

اثربخشی پروتکل یکپارچه نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله ایلام

حمیرا سلیمان نژاد: دانشجوی دوره دکتری، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ایلام، ایلام، ایران
حمید پورشریفی: دانشیار، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران - نویسنده رابط: poursharifih@gmail.com
جهانسا محمدزاده: دانشیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران
کوروش سایه میری: دانشیار، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۴/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۳

چکیده

زمینه و هدف: نگرش به خودکشی در نوجوانان یکی از مشکلات عمده سلامت روانی محسوب می‌شود. لذا انجام پژوهش‌هایی از این دست حائز اهمیت می‌باشد. از این رو هدف از پژوهش حاضر اثربخشی پروتکل یکپارچه نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله می‌باشد.

روش کار: در یک طرح نیمه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل تعداد ۴۰ نفر از نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر ایلام به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. همه آن‌ها پرسشنامه‌های نگرش به خودکشی و نگرش منفی به حل مسأله را تکمیل کرده‌اند. پس از اجرا و جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با روش تحلیل کواریانس چندمتغیری MANCOVA به کمک نرم‌افزار SPSS^{v19} تحلیل شده‌اند.

نتایج: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد تفاوت معنی داری در نمرات دو گروه وجود دارد ($F= ۱۰/۷۴۸, p < ۰/۰۱$). اثر لانداوی ویلکز). در همه مؤلفه‌های نگرش منفی به حل مسأله بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه‌نگری بر نگرش منفی به حل مسأله افراد نمونه اثربخش بوده و نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای گرایش - اجتناب به مسائل و کنترل شخصی کاهش یافته و در متغیر اعتماد به حل مسائل افزایش یافته است.

نتیجه‌گیری: در نهایت می‌توان گفت آموزش مبتنی بر رویکرد التقاطی (یکپارچه‌نگری) در نگرش منفی به حل مسأله نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله که گرایش به خودکشی داشته‌اند، مؤثر بود. از این رو آموزش برنامه‌هایی از قبیل حل مسأله، تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و مواردی از این قبیل به روانشناسان، والدین، نوجوانان، متخصصان حوزه سلامت و آسیب‌شناسی اجتماعی جهت کاهش و جلوگیری از خودکشی نوجوانان می‌تواند اثربخش واقع شود.

واژگان کلیدی: پروتکل یکپارچه‌نگر، نگرش منفی به حل مسأله، گرایش به خودکشی، نوجوانان

مقدمه

می‌دهد که تعداد بسیار زیادی از این نوجوانان دارای مشکلات یا آسیب‌های روانی آشکاری هستند (۲). در این راستا، نگرش به خودکشی (Attitudes towards suicide) در نوجوانان یکی از مشکلات عمده سلامت روانی محسوب می‌شود. نگرش به خودکشی به عنوان خودگزارش‌دهی درباره خودکشی، در دامنه‌ای از یک میل

سال‌های نوجوانی با طبیعت سرکش نوجوان، رفتار تکانشی، فشار همسالان، بی‌اعتنایی به قوانین و جدایی عاطفی از والدین مشخص می‌شود. حتی نوجوانان خانواده‌های سالم و خوشحال نیز در این سنین تغییرات زیادی پیدا می‌کنند (۱). تجارب و پژوهش‌های بالینی نشان

مهارت تقریباً در همه نوع مسائل انسانی کاربرد دارد. ویژگی‌های مهم حل مسئله عبارتند از: اینکه حل مسئله فرآیندی شناختی است ولی از رفتار انسان استنباط می‌شود. دوم اینکه نتیجه فرآیند حل مسئله ارائه راه‌حل است و در نهایت حل مسئله مستلزم دستکاری یا عمل کردن بر اساس دانش پیشین است (۷). در تمامی الگوهایی که برای حل مسئله ارائه شدند مراحل یا مؤلفه‌های شناسایی مسئله، تحلیل مسئله و ارائه راه‌حل از مؤلفه‌های اصلی حل مسئله محسوب می‌شوند. هرگاه افراد در یک یا بیش از یک مرحله مشکل داشته باشند، از عهده حل مسائل بر نمی‌آیند. از این رو مشکلی در حل مسئله اتفاق می‌افتد که لازم است به آن توجه شود. از این رو داشتن نگرش منفی به حل مسائل باعث بروز مشکل و ناتوانی در حل آنها می‌شود (۸). زاهدی اصل و خدردی در پژوهشی به اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر افکار خودکشی پرداختند که نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری در افکار خودکشی دو گروه پس از آموزش حل مسئله وجود دارد. به این معنی که گروه آزمایش پس از دریافت مداخله نمرات بالاتری را نسبت به گروه کنترل کسب کردند (۹). در پژوهش دیگری که تحت عنوان حل مسئله و اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که اقدام به خودکشی در گروهی که آموزش حل مسئله را دیدند بسیار ضعیفتر از گروهی بوده که این آموزش را نداشتند. از سویی نتایج نشان داد در میزان خلق و خوی این گروه با گروه بدون آموزش، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (۱۰). بر اساس نظریه شناختی، تلاش برای خودکشی ناشی از عدم توانایی شخصی برای تشخیص و حل مسئله در زمان مواجهه با مشکلات می‌باشد (۱۱). ویژگی‌های شخصیتی، آسیب‌های روانی و رخداد‌های منفی زندگی به لحاظ نظری و پژوهشی با خودکشی مرتبط هستند (۱۲). در پژوهشی که با عنوان اثربخشی آموزش حل مسئله بر افسردگی و پتانسیل خودکشی در نوجوانان و بزرگسالان انجام شد، به این نتایج دست یافتند که میزان افسردگی و خطر خودکشی در افراد گروه آزمایش بسیار کمتر از قبل از درمان بود. این در حالی بود که در میزان پیش‌آزمون و

مبهم با نفوذ برای مردن تا نقشه کامل خودکشی تعریف می‌شود. این نگرش می‌تواند به صورت فریاد کمک‌خواهی جهت رهایی از تنش و حوادث غیرقابل تحمل و اجتناب، به رفتار خودتخریبی تبدیل شوند (۳). به این معنی که بعد از سال‌های ۱۹۵۰ جهان، شاهد افزایش روزافزون رفتارهای خودکشی‌گرایانه شامل افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، نگرش به خودکشی، رفتار خودتخریبی و خودکشی موفق در بین نوجوانان و جوانان بوده است، به نحوی که از سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۹۰ نرخ رفتارهای خودکشی‌گرا در نوجوانان ۱۹-۱۵ ساله سه برابر بیشتر شده است. در سال‌های اخیر رفتار خودکشی‌گرا علت مرگ و میر ۸ الی ۱۵٪ از نوجوانان ۱۲-۱۸ سال و جوانان ۴۰-۱۸ سال با احراز رتبه دوم تا پنجم بوده است (۴).

نگرش منفی به حل مسئله یکی از مهمترین عواملی که می‌تواند بر افکار و نگرش به خودکشی نقش داشته باشد. حل مسئله (Problem solving) به مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی، عاطفی و اجتماعی اشاره دارند که افراد از آنها برای غلبه بر مشکلاتی که در مسیر دستیابی به یک هدف با آن مواجه می‌شوند، استفاده می‌کنند. این مهارت‌ها در خلال فرآیند رشد کسب‌شده و تأثیرات بسزایی بر سازگاری و انطباق اجتماعی افراد و کسب موفقیت در زندگی روزمره دارند. فرآیند حل مسئله شامل طیف گسترده‌ای از تلاش‌ها از شناسایی مشکل تا حل آن است و تا حد زیادی متأثر از تجارب فردی، ویژگی‌های شخصیتی، نگرش‌ها و اصول اخلاقی است (۵). مهارت حل مسئله فرایندی شناختی رفتاری است که افراد بوسیله آن راهبردهای مؤثر مقابله با موقعیت مسئله ساز در زندگی را کشف و شناسایی می‌کنند. بطورکلی حل مسئله به فرایند شناختی، رفتاری و ابتکاری فرد اطلاق می‌شود که بوسیله آن فرد می‌خواهد راهبردهای مؤثر سازگارانه برای مشکلات روزمره را تعیین، کشف یا ابداع کند (۶). از طرفی مهارت حل مسئله یکی از کارکردهای عالی ذهن است که اکتساب آن معمولاً به آموزش نیاز دارد و اگر چه انسان در حوزه‌های مختلف با مسائل متنوعی مواجه است، با این حال اصولی کلی این

می‌پردازد. از این رو با توجه به نرخ خودکشی در میان نوجوانان و جوانان کشور بویژه در استان ایلام، اولاً تهیه و طراحی پروتکل درمانی مداخله‌گرایانه با هدف پیشگیری از طیف رفتار خودکشی لازم و ضروری به نظر می‌رسد، ثانیاً تاکنون مطالعات زیادی به بررسی عوامل موثر بر خودکشی، شیوع، آمار و ارقام و روند آن پرداخته‌اند اما هیچ پژوهشی با رویکرد پیشگیری از خودکشی در داخل انجام نشده است. بنابراین با توجه به این مطالب، هدف اصلی در این پژوهش اثربخشی پروتکل یکپارچه نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین‌کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله می‌باشد.

روش کار

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر ایلام بود که در ابتدا ۳۰۰ نفر با توجه به فرمول کرجیسی و مورگان به روش خوشه‌ای از ۳ منطقه (شهر ایلام به ۳ منطقه شمال، مرکز و جنوب تقسیم‌بندی شد) انتخاب 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. ۳۰ نفر که گرایش به خودکشی آن‌ها نسبت به بقیه کمتر بوده از مجموع افراد کنار گذاشته شدند. در مرحله بعد از بین افرادی که واجد ملاک‌های پژوهش بودند، تعداد ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس این ۴۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه تقسیم و با همین روش یک گروه به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. گروه آزمایش تحت آموزش التقاطی یکپارچه نگر قرار گرفت و برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای اجراء نشد. هر دو گروه پیش از شروع مداخله و پس از مداخله به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. سطح تحصیلات، حداقل سیکل (سوم راهنمایی)، دامنه سنی

پس‌آزمون افسردگی و خطر خودکشی گروه کنترل تفاوتی مشاهده نشد. علاوه بر آن پس از مداخله میزان عزت‌نفس و همچنین مهارت ابراز وجود در گروه آزمایش افزایش یافته است (۱۳). در پژوهش دیگری که با عنوان بررسی نگرش دانشگاهیان نسبت به مرتکبان خودکشی انجام شد، جامعه آماری کلیه دانشجویان دوره لیسانس ۳۶۰ نفر بودند که پس از خواندن گزارش کوتاهی درباره ارتکاب خودکشی از نظر سطح تمایل به خودکشی و تفکر به وجود آمده ارزیابی شدند. نتایج پژوهش نشان داد که سطح فکر بیشترین تأثیر را بر روی تصورات درک خودکشی دارد. همچنین خیال پردازی خودکشی به میزان معنی داری بیشتر از دیگران احتمال دارد که مرتکبان خودکشی را افرادی عاقل و معتدل، دوست داشتنی و قابل اعتماد قلمداد کنند و بیشتر احتمال دارد که آنها را به عنوان دوست صمیمی انتخاب کنند. این نتایج نشان داد پذیرش رفتار خودکشی با سطح تفکر فرد به خودکشی همبستگی مثبت و مستقیمی دارد (۱۴).

علیرغم تلاش‌های اساسی در چندین کشور که شامل طرح‌های ملی اختصاصی است این سوال اساسی پیش می‌آید که کدام مداخلات موثر همچنان برای پیشگیری از خودکشی باقی مانده است، حدود ۳۴ نوع مداخله‌های پیشگیری از خودکشی در بازنگری مطالعات منتشر شده به چشم می‌خورد که تمامی طیف تلاش‌های پیشگیری از خودکشی از درمان تا نگهداری را پوشش می‌دهد. در مطالعات پیشین سه رویکرد درمانی برای پیشگیری از خودکشی که شامل درمان‌های شناختی - رفتاری، درمان‌های روان‌پوشی و رویکرد راه‌حل‌گرا به چشم می‌خورد. رویکرد روان تحلیل‌گری یا روان‌پویایی به عنوان یک رویکرد بازسازنده، بر کسب بینش توسط بیمار به منظور تغییر تأکید می‌کند. حوزه‌های شناختی - رفتاری به عنوان یک رویکرد بازآموزانه بر مدیریت و تغییر رفتار تأکید دارند، درمان راه‌حل‌گرا نوعی جهت‌گیری از رویکرد مساله‌گرا به رویکردی راه‌حل‌گرا در درمان است. رویکرد درمانی یکپارچه نگر با تأکید بر یکپارچه‌نگری نظری، به گزینی و عوامل مشترک رویکردهای درمانی به حل و فصل مشکل مراجعان

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

نتایج

به منظور اثربخشی پروتکل یکپارچه‌نگر در کاهش نگرش منفی به حل مساله به عنوان تعیین‌کننده‌های گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیری MANCOVA) استفاده شده است. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آمده است.

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد هر کدام از متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. همچنین کمترین و بیشترین نمره برای هر کدام از متغیرها ارائه شده است. پس از بررسی یافته‌های توصیفی، در ادامه به تجزیه و تحلیل یافته‌های استنباطی پرداخته می‌شود، لذا قبل از انجام تحلیل‌های مربوطه، وضعیت کلی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا داده‌های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی (Plot Box) بررسی و نتایج نشان داد که هیچ داده پرت تک‌متغیری در متغیرها وجود ندارد. پس از آن برای بررسی تحلیل‌های پژوهش از تحلیل کواریانس استفاده شد. پروتکل یکپارچه‌نگر به‌عنوان متغیر مستقل، نمرات در پس‌آزمون نگرش منفی به حل مساله، متغیر وابسته و نمرات آن‌ها در پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی یا هم‌پراش در نظر گرفته شده‌اند. آزمون کواریانس دارای مفروضه‌هایی است. در نتیجه، لازم است نرمال بودن متغیرها، همگنی شیب رگرسیون، ارتباط خطی و برابری واریانس‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر مورد نظر بررسی شود. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این بررسی در جدول ۳ آمده است.

۱۵ تا ۲۴ سال، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، رضایت و تعهد به شرکت در تمام جلسات مداخله و گرایش به خودکشی بر اساس نمره وی در تست خودکشی و مصاحبه به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش بودند و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر و داشتن بیش از ۲ جلسه غیبت به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش تعیین شده‌اند. در این پژوهش ۲۳ نفر دختر (۵۷/۵٪) و ۱۷ پسر (۴۲/۵٪) قرار داشته است. همچنین میزان تحصیلات آن‌ها از سیکل تا لیسانس بوده است. این در حالی بود که همه آن‌ها در دامنه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال قرار داشتند و میانگین و انحراف استاندارد سن آن‌ها $19/4 \pm 2/54$ بوده است.

ابزارهای اندازه‌گیری شامل: ۱- پروتکل التقاطی یکپارچه‌نگر: پروتکل التقاطی در جدول ۱ ارائه شده است. ۲- پرسشنامه نگرش منفی به حل مساله: پرسشنامه حل مساله توسط هپنر و کراسکوف طراحی شده است. این ابزار برای سنجش درک پاسخ‌دهنده از رفتارهای حل مساله‌شان تهیه شده است. دارای ۳۵ ماده می‌باشد که برای اندازه‌گیری چگونگی واکنش افراد به مسائل روزانه طراحی شد. ابزار دارای سه خرده‌مقیاس اعتماد به حل مسائل، سبک گرایش - اجتناب و کنترل شخصی می‌باشد. ابزار بر روی یک طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای از ۱=کاملاً موافقم، ۲=به طور متوسط موافقم، ۳=اندکی موافقم، ۴=اندکی مخالفم، ۵=به طور متوسط مخالفم و ۶=کاملاً مخالفم قرار دارد. هپنر و پترسون میزان آلفای کرونباخ کلی ابزار را ۰/۹۰ گزارش کردند (۱۵). ۳- پرسشنامه گرایش به خودکشی: مقیاس گرایش به خودکشی استفاده شده در این پژوهش فرم ایرانی پرسشنامه بالینی نوجوانان میلیون بوده که توسط مهرابی (۱۳۸۹) تهیه و تدوین شده است. مقیاس دارای ۲۷ گویه بوده که گرایش به خودکشی را 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 (۱۶). پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و با روش بازآزمایی بعد از ۱۰ روز ۰/۷۳ گزارش شده است (۱۷).

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود پیش‌شرط برابری واریانس‌های خطا در همه مؤلفه‌های نگرش منفی به حل مسأله برقرار است. بنابراین نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معناداری در نمرات دو گروه داشت ($F=10/748, p<0/01, \eta^2=0/506$ اثر لانداوی ویلکز) (جدول ۶).

نتایج جدول ۶ حاکی از آن است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های نگرش منفی به حل مسأله تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌منظور مشخص شدن این تفاوت نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در ادامه ارائه شده است (جدول ۷).

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود در همه مؤلفه‌های نگرش منفی به حل مسأله بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است. به این معنی که آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه‌نگری بر نگرش منفی به حل مسأله افراد نمونه اثربخش بوده و با مراجعه به یافته‌های توصیفی می‌توان گفت نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای گرایش-اجتناب به مسائل و کنترل شخصی کاهش یافته و در متغیر اعتماد به حل مسائل افزایش یافته است.

بحث

خودکشی به عنوان آسیبی زیستی، روانی و اجتماعی پدیده‌ای کهن و معضلی است که گریبان‌گیر تمامی جوامع بوده و منطبق با خصوصیات و ویژگی‌های آن جامعه ظهور و تجلی می‌کند. از این رو پرداختن به عوامل تعیین‌کننده آن و اجرای مداخلات بالینی در این حوزه حائز اهمیت است. لذا هدف از این پژوهش اثربخشی پروتکل یکپارچه‌نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین‌کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله بود. بر اساس یک طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل تعداد ۴۰ نوجوان و جوانی که گرایش به خودکشی داشته و در دامنه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال قرار داشتند، از شهر ایلام انتخاب شده و ابزارهای پژوهش را تکمیل

مقدار آماره آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های نگرش به حل مسائل در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول فوق آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود همه متغیرهای پژوهش در دو گروه و در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارای داده‌های نرمال بوده‌اند. لذا مفروضه نرمال بودن داده‌ها برقرار بوده است. از دیگر شرایط آزمون کوواریانس وجود ارتباط خطی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر مورد پژوهش است. نتایج حاصل از این بررسی در شکل ۱ نمایش داده شده است.

با بررسی شکل ۱ آشکار می‌گردد که مفروضه ارتباط خطی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نگرش منفی به حل مسأله مبنی بر موازی بودن خطوط رگرسیون صادق است؛ یعنی، با توجه به این واقعیت که شیب‌ها به‌طور تقریبی موازی هستند، این امر تأیید شده است و لذا شیب‌ها موازی بوده و همدیگر را قطع نکرده‌اند. مفروضه دیگر آزمون کوواریانس همگنی شیب رگرسیون نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نتایج حاصل از این بررسی در جدول ۴ آمده است:

نتایج جدول ۴ مبین این است که مقدار آماره ($0/035$) بدست آمده از آزمون با سطح معنی‌داری ($0/853$) از $0/05$ بیشتر است. از این رو، تعامل ناشی از داده‌های این آزمون معنی‌دار نمی‌باشد. یعنی، فرضیه همگنی شیب رگرسیون تأیید می‌شود که حاکی از برقراری این مفروضه می‌باشد. پس از بررسی مفروضات کلی تحلیل کوواریانس، در ادامه به بررسی تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) پرداخته می‌شود. تحلیل کوواریانس چندمتغیری دارای مفروضاتی است که در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌شود. برای بررسی برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($M=9/853, F=1/501, p>0/05$ باکس). علاوه بر آن به‌منظور بررسی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شده است. نتایج این آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

فراهم می‌گردد. در پژوهش دیگری Becker-Weidman و همکاران (۲۴) نشان داده‌اند که میان درمان مبتنی بر کاهش استرس نوجوانان، تمایل به خودکشی آنان را کاهش داده و مهارت حل مسأله را در آنان ارتقا می‌دهد. همچنین آنان در این تحقیق نشان داده‌اند که سبک حل مسأله اجتناب و سبک بی‌تفاوتی یا درماندگی به طور معنی‌داری گرایش به خودکشی را در نوجوانان پیش‌بینی می‌نماید. از این رو می‌توان گفت افراد دارای نگرش به خودکشی از سبک حل مسأله مناسبی برخوردار نیستند و در حل مسائل به صورت منطقی دچار مشکلاتی هستند. از این رو انجام درمان‌های مختلف برای این گروه حائز اهمیت است و نتایج این پژوهش نشان داد که با استفاده از روش‌های درمانی مختلف به صورت یکپارچه و التقاطی می‌توان در حل مسأله نوجوانان و جوانان دارای نگرش به خودکشی مؤثر واقع شود. همانطور که نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان یکپارچه‌نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین‌کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان موثر بوده است. با توجه به پروتکل یکپارچه‌نگر آموزش حل مسأله از جمله مهارت‌های رفتاری هستند که در این درمان وجود دارد. توانایی حل مسأله به برخورد فعالانه دریافتن و تشخیص مسائل، مشکلات و فرصت‌ها استفاده از منطق و مهارت ارزیابی در جمع‌آوری تحلیل اطلاعات و جستجو و خلق راهکارها، مقایسه راهکارهای مختلف و انتخاب بهترین شیوه برای مواجهه با یک مسأله است. ناتوانی در حل مسأله باعث ایجاد ناامیدی در افراد می‌شود که نشانگر نقش تعدیل‌کننده آن در راه‌اندازی افکار و رفتار خودکشی‌گرایانه می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد که فشار روانی ناشی از عدم حل مؤثر مسأله می‌تواند افراد را به سوی افکار خودکشی سوق دهد. مانند هر پژوهش دیگری 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 شهر ایلام صورت گرفته، لذا تعمیم‌دهی نتایج آن به سایر نوجوانان و جوانان مناطق کشور با احتیاط صورت گیرد. دومین محدودیت این

کرده‌اند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به روش تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) تحلیل شدند. نتایج نشان داد همه مؤلفه‌های نگرش منفی به حل مسأله بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری داشتند. به این معنی که آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه‌نگری بر نگرش منفی به حل مسأله نوجوانان و جوانان اثربخش بود. نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای گرایش-اجتناب به مسائل و کنترل شخصی کاهش یافته و در متغیر اعتماد به حل مسائل افزایش یافته است. این در حالی بود که گروه کنترل که هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکردند، تفاوت معنی‌داری در نمرات مؤلفه‌های نگرش منفی به حل مسأله آن‌ها مشاهده نشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۰-۱۸) همسو بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، حل مسأله یک فرایند شناختی است که در آن فرد در تلاش است تا راه‌حل مناسبی برای یک مشکل بیابد. این فرایند راه‌حل‌های مؤثر بالقوه را برای یک مسأله یا مشکل در دسترس قرار داده و امکان انتخاب راه‌حل‌های مؤثر را از بین راه‌حل‌های مختلف افزایش می‌یابد (۱۷). در طی سال‌های گذشته رویکردهای درمانی حل مسأله به عنوان یک مداخله، بر انطباق و آموزش نگرش‌ها و مهارت‌های حل مسأله تمرکز می‌کردند، اما امروزه درمان‌های مختلف به خصوص درمان‌های یکپارچه‌نگر به عنوان رویکرد درمانی همانند رویکرد حل مسأله می‌توانند در نگرش به حل مسأله افراد اثربخش واقع شوند (۲۱). توانایی حل مسأله با میزان اعتماد به نفس و اسناد درونی رابطه مثبت و بروز رفتارهای مشکل‌ساز رابطه منفی دارد (۲۲). از این رو پژوهش‌های پیشین اثربخشی هر درمان را به صورت جداگانه بر نگرش منفی به حل مسأله نشان داده‌اند. باباشهبابی و کاشانی‌نیا (۲۳). در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نگرش به حل مسأله در نوجوانان و جوانان آن‌ها را در برخورد و مقابله سازگارانه با مسائل و مشکلات زندگی یاری خواهد داد و انعطاف‌پذیری ذهنی خاصی در آنان ایجاد خواهد کرد. این ویژگی از طریق کاهش اضطراب و ترس نوجوانان در مقابله با مشکلات و مسائل

یکپارچه‌نگری بر نگرش منفی به حل مسأله 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 این رویکرد (یکپارچه‌نگری) بتوانند بر سایر متغیرهای دخیل در نگرش به خودکشی و یا خودکشی نوجوانان و جوانان فائق آیند و اثربخشی این درمان را بر آن‌ها مورد بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

در نهایت بدین وسیله پژوهشگران از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش بخاطر صبر و بردباری و کمیت اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام کمال تشکر و قدردانی را دارند. همچنین این مقاله مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایلام به شماره IR.MEDILAM.REC.1397.29 می‌باشد.

بوده که نتایج حاصل از طریق ابزار (پرسشنامه) بدست آمده است و مشخص نیست که نتایج بدست آمده تا چه حد به رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. به این معنی که به صورت دقیق مشخص نیست که افرادی که به عنوان گرایش به خودکشی در جلسات درمانی شرکت داشتند آیا در واقعیت چنین رفتارهایی دارند و تا چه حد ابزارهای تشخیصی از روایی و اعتبار برخوردار بودند. حجم کم نمونه و انتخاب نمونه از یک محدوده جغرافیایی مشخص (نوجوانان و جوانان شهر ایلام) از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. به این معنی که بین مناطق گوناگون کشور تفاوت‌های جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی وجود دارد. همچنین وجود متغیرهای کنترل نشده نظیر وضعیت اقتصادی از جمله مواردی بوده که باید به آن‌ها توجه کرد. براساس این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود نمرات نگرش منفی به حل مسأله با اندازه‌های رفتار واقعی در زندگی روزمره همبسته شود. هنوز مشخص نیست که آیا نمرات بالا در این پژوهش توان اثربخشی برنامه

جدول ۱- خلاصه پروتکل درمانی مبتنی بر رویکرد التقاطی: اثربخشی پروتکل یکپارچه‌نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین‌کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله ایلام

جلسه	عنوان جلسه	توضیحات
اول و دوم	ذهن‌آگاهی	پس از معارفه نوجوانان و اجرای پیش‌آزمون در دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به تعریف و بررسی ذهن‌آگاهی برآمده از رویکرد درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به فرد آموزش داده شد. دو برنامه تمرینی در داخل جلسه درمان و دو برنامه تمرینی ما بین 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 صورت گرفت.
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 بکارگرفته شد.
هفتم	حل مسأله	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 پرداخته است.
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 مورد استفاده قرار گرفت.
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 مورد استفاده قرار گرفت 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.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون: اثربخشی پروتکل یکپارچه‌نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین‌کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله ایلام

متغیر	گروه	آزمون	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
اعتماد به حل	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۳۰	۴۹	۳۹/۱۰	۵/۵۰
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۳۱	۵۹	۴۳/۳۵	۸/۸۳
مسائل	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۲۶	۴۹	۳۶/۶۰	۶/۳۲
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۲۵	۵۲	۳۷/۱۵	۶/۶۱
گرایش-اجتناب	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۳۸	۶۹	۵۱/۸۰	۸/۰۶
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۳۴	۷۱	۴۶/۲۵	۸/۲۴
در مسائل	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۳۱	۶۵	۴۹/۴۰	۸/۴۴
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۴۲	۷۷	۵۷/۲۰	۱۱/۷۸
کنترل شخصی	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۱۲	۲۷	۱۸/۰۵	۳/۸۶
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۱۲	۲۱	۱۶/۶۵	۲/۸۱
	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۹	۲۶	۱۸/۱۰	۳/۷۷
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۱۵	۲۸	۲۱/۷۰	۳/۹۲

جدول ۳- بررسی نرمال بودن داده‌ها در مؤلفه‌های نگرش منفی به حل مسأله: اثربخشی پروتکل یکپارچه‌نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین‌کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله ایلام

متغیر	گروه	آزمون	Z کولموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
اعتماد به حل	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۰/۱۴۹	۰/۲۰۰
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۰/۱۱۶	۰/۲۰۰
مسائل	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۰/۱۶۲	۰/۱۷۶
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۰/۱۷۳	۰/۱۲۱
گرایش-اجتناب	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۰/۱۴۲	۰/۲۰۰
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۰/۱۹۰	۰/۰۵۷
در مسائل	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۰/۱۲۵	۰/۲۰۰
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۰/۱۷۹	۰/۰۹۱
کنترل شخصی	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۰/۱۰۳	۰/۲۰۰
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۰/۱۷۱	۰/۱۲۷
	آزمایش	نمرات پیش‌آزمون	۰/۱۸۹	۰/۰۵۸
	کنترل	نمرات پس‌آزمون	۰/۱۲۱	۰/۲۰۰

جدول ۴- بررسی همگنی شیب رگرسیون برای متغیر نگرش منفی به حل مسأله: اثربخشی پروتکل یکپارچه‌نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین‌کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله ایلام

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۰/۰۵۳	۱	۰/۰۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸۷
پیش‌آزمون	۲/۶۲۵	۱	۲/۶۲۵	۰/۰۱۳	۰/۹۱۱
گروه*پیش‌آزمون	۷/۲۱۴	۱	۷/۲۱۴	۰/۰۳۵	۰/۸۵۳
خطا	۷۴۵۸/۶۹۳	۳۶	۲۰۷/۱۸۶	---	---

جدول ۵- نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌های خطا: اثربخشی پروتکل یکپارچه‌نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین‌کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله ایلام

متغیرها	آماره F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون‌گروهی	معناداری
اعتماد به حل مسائل	۲/۸۸۴	۱	۳۸	۰/۰۹۸
گرایش-اجتناب به مسائل	۳/۱۹۰	۱	۳۸	۰/۰۸۲
کنترل شخصی	۳/۵۲۰	۱	۳۸	۰/۰۶۸

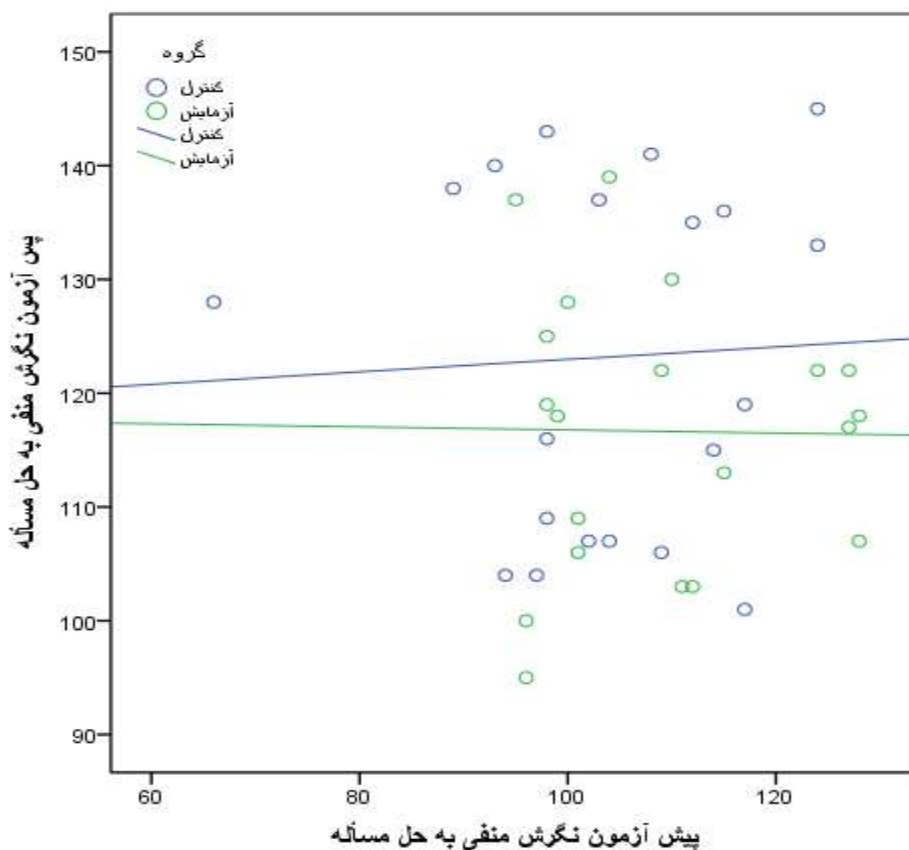
جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری: اثربخشی پروتکل یکپارچه‌نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین‌کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله ایلام

اثرات	ارزش F	df فرضیه	df خطا	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلایی	۱۰/۷۴۸	۳	۳۳	۰/۰۰۰۵	۰/۴۹۴	۰/۹۹۷
اثر لاندام ویلکز	۱۰/۷۴۸	۳	۳۳	۰/۰۰۰۵	۰/۴۹۴	۰/۹۹۷
اثر هتلینگ	۱۰/۷۴۸	۳	۳۳	۰/۰۰۰۵	۰/۴۹۴	۰/۹۹۷
اثر رویس لارگت	۱۰/۷۴۸	۳	۳۳	۰/۰۰۰۵	۰/۴۹۴	۰/۹۹۷

جدول ۷- نتایج آزمون کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسه گروهی: اثربخشی پروتکل یکپارچه‌نگر در کاهش نگرش منفی به حل مسأله به عنوان تعیین‌کننده گرایش به خودکشی در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله ایلام

شاخص آماری ← منابع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجدورات	توان آزمون
اعتماد به حل مسائل	۳۵۹/۳۵۵	۱	۳۵۹/۳۵۵	۵/۹۴۶	۰/۰۲۰	۰/۱۴۵	۰/۶۶۰
گرایش-اجتناب به مسائل	۹۶۲/۸۵۹	۱	۹۶۲/۸۵۹	۹/۲۰۰	۰/۰۰۵	۰/۲۰۸	۰/۸۳۹
کنترل شخصی	۲۱۸/۰۸۱	۱	۲۱۸/۰۸۱	۱۷/۷۴۰	۰/۰۰۰۵	۰/۳۳۶	۰/۹۸۴

df=درجات آزادی



شکل ۱- نمودار پراکنش ارتباط خطی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نگرش منفی به حل مسأله در دو گروه آزمایش و کنترل

References

1. Feldhaus M, Heintz-Martin V. Long-term effects of parental separation: Impacts of parental separation during childhood on the timing and the risk of cohabitation, marriage, and divorce in adulthood. *Advances*. 2015;26(2): 22-31.
2. Goodyer IM, Croudace T, Dunn V, Herbert J, Jones P.B. Cohort profile: risk patterns and processes for psychopathology emerging during adolescence: the ROOTS project. *International journal of epidemiology*. 2010;39(2):361-369.
3. Anderson R.N. Deaths: Leading causes. *National vital statistic report*. 2000;50(16):1-85.
4. Fadaei Z, Ashouri A, Hooshyari Z, Ezanloo B. Path analysis of locus of control, symptoms of depression and suicidal ideation on academic achievement: The role of gender as moderator. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011;13(2):148-59. [Persian]
5. Serin NB, Pehlivan A, Serin O, Şahin S, Saygili G. Relationship between intelligence areas and interpersonal problem solving skills according to multiple intelligences theory. *International*

- Online Journal of Primary Education (IOJPE) ISSN. 2012;131(2):25-40.
6. Adachi PJ, Willoughby T. More than just fun and games: The longitudinal relationships between strategic video games, self-reported problem solving skills, and academic grades. *Journal of youth and adolescence*. 2013;42(7):1041-52.
 7. Funkhouser C, Richard Dennis J. The effects of problem-solving software on problem-solving ability. *Journal of Research on Computing in Education*. 1992;24(3):338-347.
 8. Wehmeyer M, Lattin D, Agran M. Achieving access to the general curriculum for students with mental retardation: a curriculum decision-making model. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*. 2001;36(4):327-342.
 9. Zahedi ASL M, Khedri B. Effectiveness Problem-solving skills training to reduce the suicide thought of soldiers. *Nurse and Physician Within War*. 2015;3(7):38-45. [Persian]
 10. Pollock LR, Williams JMG. Problem-solving in suicide attempters. *Psychological medicine*. 2004;34(01):163-167.
 11. Bazrafshan MR, Jahangir F, Mansouri A, Kashfi SH. Coping strategies in people attempting suicide. *International Journal of high risk behaviors & addiction*. 2014;3(1):33-50. [Persian]
 12. Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum FA. Systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: potential mechanisms and clinical implications. *Clinical psychology review*. 2016;47(3):85-105.
 13. Eskin M, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*. 2008;32(2):227-245.
 14. Watkins ED, Moulds M. Distinct modes of ruminative self-focus: impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*. 2005;5(3):319-330.
 15. Heppner PP, Petersen CH. The development and implications of a personal problem-solving inventory. *Journal of counseling psychology*. 1982;29(1):66-80.
 16. Mehrabi HA. Eronning 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]
 17. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Development and preliminary evaluation of the social problem solving inventory. *Psychological Assessment*. 1990;2:156-63.
 18. Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical psychology review*. 2016;47(3):85-105.
 19. Eskin M, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive*

- Therapy and Research. 2008;32(2):227-245.
20. Watkins ED, Moulds M. Distinct modes of ruminative self-focus: impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*. 2005;5(3):319-328.
21. Akinsola MK. Relationship of some psychological variables in predicting problem solving ability of in-service mathematics teachers. *The Montana Mathematics Enthusiast*. 2008;5:79-100.
22. Reiff JC, Cannella GS. Conceptual level, learning style, and beginning teacher performance. *Journal of Personnel Evaluation in Education*. 1990;3:365-75.
23. Babashahabi R, Kashani Nia Z. The study of the effect of problem-solving skill on social anxiety of the adolescent's lack of effectiveness supervising boarding centers under covering the welfare organization in Kurdistan providence. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2007;12:18-25. [Persian]
24. Becker-Weidman EG, Jacobs RH, Reinecke MA, Silva SG, March JS. Social problem solving among adolescents treated for depression. *Behavior Research and Therapy*. 2010;48:11-8.

Effectiveness of an Integrative Protocol in Reducing the Negative Attitude Towards Problem Solving as a Determinant of Suicidality Among Teenagers and Youth 15-24 Years Old in Ilam, Iran

Soleimannejad H: Ph.D. Student, Faculty of Humane Science, Islamic Azad University, Ilam, Iran

Poursharifi H: Ph.D. Associate Professor, Faculty of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: poursharifih@gmail.com

Mohammadzadeh J: Ph.D. Associate Professor, Faculty of Humane Science, Ilam University, Ilam, Iran

Sayehmiri K: Ph.D. Associate Professor, Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

Received: Jul 13, 2018

Accepted: Dec 24, 2018

ABSTRACT

Background and Aim: Adolescents' attitude to suicide is one of the major problems in mental health. Thus, research in this area is of utmost importance. The objective of this study was to determine the effectiveness of an integrated protocol in reducing the negative attitude toward problem solving as a determinant of suicidal tendency in adolescents and young people 15-24 years old in Ilam, Iran.

Materials and Methods: In this semi-experimental pretest-posttest study with a control group, a sample of 40 adolescents 15-24 years old were selected by random cluster sampling in Ilam city, Iran. All of the participants completed a suicidal attitude questionnaire, as well a negative-attitude-toward-problem solving questionnaire. Data were analyzed using the SPSS-V19 software, the statistical test being the multivariate covariance analysis (MANCOVA).

Results: Multivariate analysis of variance analysis showed that there was a significant difference in the attested scores of the two groups ($P < 0.01$, $F = 0.408$, Wilk's Lambda = 0.506). The differences between the experimental and control groups were significant as regards all of the components of the negative attitude. The training based on the integrated approach to negative attitude in problem solving was found to have been effective. The post-test scores of two variables, namely, problem tendency-avoidance and personal control, decreased in the experimental group; however, one other variable, namely, trust in problem-solving, increased.

Conclusion: Based on the findings it can be concluded that education based on an eclectic (integrated) approach towards the negative attitude to problem solving can be effective in adolescents and the youth 15-24 years old with suicidal tendencies – suicidality. Hence, it is recommended to administer training programs such as problem-solving, emotional regulation and mindfulness to help psychologists, parents, adolescents, health professionals and social pathologists to reduce and prevent suicide in adolescents.

Keywords: Integrated Protocol, Negative Attitude to Problem Solving, Suicidal Tendency, Adolescents