



استناد به این مقاله: یوسفی، ناصر (۱۳۹۲). مقایسه تأثیر شناخت درمانی مذهب محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی در میان دانشجویان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۲)، ۱۴۲-۱۱۵.

مقایسه تأثیر شناخت درمانی مذهب محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی در میان دانشجویان

ناصر یوسفی^۱

دریافت: ۱۳۹۲/۱/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۱۶

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر مذهب محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی در میان دانشجویان انجام شد. جامعه تحقیق شامل کلیه دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه کردستان بود که از این جامعه ۳۶ دانشجو به شیوه تصادفی انتخاب شدند. برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی از مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (۱۹۷۹) و مصاحبه تشخیصی تکمیلی برمبنای SM-IV-R، استفاده شد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری (گروه مذهب محور و درمان وجودی و گواه) قرار گرفتند. با استفاده از مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک دانشجویان، در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون اندازه گیری شد. نتایج نشان داد که روی آورد تأثیر مذهب محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی دانشجویان مؤثرند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد، بین دو روی آورد میل به خودکشی دانشجویان در کاهش میل به خودکشی تفاوت معناداری وجود ندارد.

کلید واژه ها: مذهب محور، درمان وجودی، میل به خودکشی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱. عضو هیئت علمی دانشگاه کردستان، naseryoosofi@yahoo.com

مقدمه

تحولات سریع اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگیهای زندگی امروزی؛ سلامت، بهداشت و آرامش را تهدید می‌کند. مشکلات زندگی آسیب‌پذیری انسانها را افزایش می‌دهد (کوتلر^۱، ۲۰۰۳)، به همین دلیل افراد اغلب از اضطراب، افسردگی، رنجش بی دلیل یا بی کفایتی در رویارویی با مشکلات زندگی رنج می‌برند (پالمر^۲، ۲۰۰۱). افزایش داروهای آرام‌بخش، قرصهای خواب‌آور، الکل، جنایت‌های خشونت‌بار و توسل روز افزون به مراقبه و انواع شیوه‌های درمانگری برای دستیابی به تسکین خاطر دلیل این مدعاست (فرانکل^۳، ۱۹۶۷). بسیاری از افراد در برابر مشکلات تسلیم می‌شوند و دیگر نمی‌توانند از عهده کارها برآیند. برخی دیگر سبک زندگی‌شان مبتنی بر مدار خود-ویرانگری است و یا از شیوه‌های رویارویی ناکارآمد و نابهنجار (مثل اقدام به خودکشی) سود می‌جویند، خودکشی به عنوان یک رفتار؛ مرگی است که به دست خود شخص انجام می‌گیرد (ایوی^۴، ۲۰۰۰). به گفته اشنایدمن (۲۰۰۲) "خودکشی عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی دانست که برای مسئله تعیین شده او این عمل بهترین راه حل، تصور می‌شود." بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا (۲۰۰۵)، خودکشی تلاشی آگاهانه به منظور خاتمه دادن به زندگی شخص توسط خودش می‌باشد که ممکن است این تلاش به اقدام تبدیل گردد یا فقط به شکل احساسی در فرد بماند، مثل میل به خودکشی و اندیشه پردازی خودکشی (یونتف و ژاکویس^۵، ۲۰۰۵). در زمینه سبب شناسی خودکشی عوامل متعددی از جمله علل شناختی- روانی مثل بیماریهای جسمی، بیماریهای روانی همچون افسردگی، علل اقتصادی مثل بیکاری، مشکلات اقتصادی، اخراج شدن از کار، ورشکست شدن و از دست رفتن پایگاه‌های اجتماعی و علل عاطفی مثل شکست در عشق، از دست رفتن شخص مورد علاقه، مرگ یا بیماری خطرناک یکی از نزدیکان، درگیریها و اختلالات خانوادگی وجود دارد. بر اساس نتایج بررسیهای مختلف می‌توان به برخی از عوامل پیش‌گویی کننده خودکشی اشاره کرد. بین خصوصیات همراه با خطر بالای خودکشی می‌توان از: سن بالای ۴۵ سال، جنس مذکر، الکلیسم، خشونت و تحریک‌پذیری، از دست دادن سلامت جسمی، افسردگی و بستری شدن قبلی در بیمارستان

¹ - Kottler, A.

² - Palmer, E.

³ - Frankl, V.

⁴ - Ivey, A.

⁵ - Yontef, G., & Jacobs, L.

روانی نام برد. همچنین اقدام و مبادرت قبلی به خودکشی، به عنوان یک ملاک قوی برای احتمال بروز مجدد خودکشی به شمار می‌رود.

آشکارترین هشدار در خودکشی ابراز تمایل مستقیم است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که تقریباً بیش از دو سوم کسانی که خودکشی می‌کنند، قبلاً قصد خود را با دیگران در میان گذاشته و آنها را به انجام آن تهدید می‌نمایند. بنابراین یکی از راه‌های موفق پیشگیری از خودکشی توجه به ابراز این فکر، از طریق دیگران، کمک به حل مشکل آنان و راهنمایی آن‌ها جهت مراجعه به روانشناس یا روانپزشک است (اشنایدمن، ۲۰۰۲). این کمکها با به کارگیری روشهای درمانگری، امکان پذیراست (اوزدل، وارما و اتیسی^۱، ۲۰۰۹).

درمان افراد اقدام کننده به خودکشی عبارتست از: مشاوره، راهنمایی و حمایت فرد، آموزش و درمان حل مسأله‌ای، روان درمانی فردی، مداخله خانوادگی، گروه درمانی، درمان دارویی و بستری کردن در بخش بیماران روانی (سالکوسکیس و ستورر^۲، ۱۹۹۰). مهارتهای حل مسأله به فرد این امکان را می‌دهد که با بررسی راه‌حل‌های مختلفی که در پیش‌رو دارد، یکی از آنها را مؤثرتر تشخیص داده و در جهت حل مشکل آن را به کار بندد. به‌یاد داشته باشیم که خودکشی می‌تواند یک راه‌حل باشد، اما بدترین و آخرین راه حل مشکل است. همیشه برای حل همه مشکل‌ها راه‌حل‌های بسیاری ساده، ارزان و آبرومندانه وجود دارد که باید به آن‌ها فکر کنیم و با کمک مشاور آن‌ها را پیدا کنیم. درمان وجودی و درمانگری مذهب محور از جمله روشهای درمانگری‌اند که از دیرباز سهم به‌سزایی در کاهش رنج انسان ایفا کرده‌اند (تیمس، گوریکزنی^۳، ۲۰۰۲).

۱- درمانگری مذهب محور^۴: در این رویکرد علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به مراجع کمک می‌شود، تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. همچنین "توکل به خدا" و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود، امید به زندگانی افزایش یابد (لامبرت، دولاهات^۵، ۲۰۰۸). در جلسات روان درمانگری این باورداشت در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد،

^۱ - Ozdel O, Varma G & Atesci, F.

^۲ - Salkouskis, P, M, & Storer, B

^۳ - Timms, S., & Goreczny, A.

^۴ - Religious therapy

^۵ - Lambert, N. M. & Dollahite, D.

بی فایده نبوده بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد چنین طرز تفکری بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. همچنین در این رویکرد درمانی با استناد به آیات قرآن کریم و احادیث و تاثیر آنها در درمان تمرکز شد. برخی از بیماران که علاوه بر افسردگی، دچار اضطراب و حملات هراس بودند، همواره تصور می‌کردند که ممکن است هر لحظه تعادل خود را از دست داده و دچار غش و مرگ ناگهانی شوند (برنن^۱، ۲۰۰۴). در رویکرد مذهبی این باور داشت که جهان هستی واحد نظم است و بدون اراده‌ی خالق هستی برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگترین حافظ و تکیه‌گاه است در آنها تقویت می‌شد. از سوی دیگر، به مراجع کمک می‌شود تا با تلقینات مثبت و تمرکز بر نیروی عظیم الهی که در وجود هر انسانی به طور بالقوه وجود دارد، به آرامش درونی رسیده و بر پدیده‌های جهان پیرامون خود مسلط شود. این شیوه همراه با تکالیف خانگی به طور گام به گام اجرا می‌شد^۲ (احمری، هدی؛ حیدری و همکاران، ۱۳۸۸).

۲- درمان وجودی^۳: وجود درمانی عبارت است از یک رویکرد در مشاوره و روان‌درمانی که اساسش بر این استوار است که انسان وجودش بر ماهیتش مقدم است، درمان وجودگرا ریشه اش در فلسفه اگزیستانسیالیسم است. می‌توان گفت که مارتین هیدگر^۴ (۱۹۷۱) پدر فلسفه وجودی است که بزرگترین تاثیر بر روان‌درمانی و مشاوره وجودی داشت (به نقل از نلسون^۵، ۲۰۰۶). هرچند هیدگر خودش مستقیماً و صریحاً در مورد روان‌درمانی چیزی نگفته است. اما مفاهیم فلسفه اش توسط دو تن از روان‌پزشکان به نامهای بینسوانگر^۶ (۱۸۸۱-۱۹۹۶) و بوس^۷ (۱۹۹۰-۱۹۰۳) در حیطه درمان به کار گرفته شد و از آن در فهم مشکلات بیماران بهره گرفتند، روش آنها در روان‌درمانی و استفاده از مفاهیم فلسفه وجودی در درمان نقطه آغازی برای به کار گیری رویکرد وجودگرایی در مشاوره و روان‌درمانی بود (یالوم^۸، ۱۹۸۰). مهمترین عامل موثر در رشد روان‌درمانی و مشاوره وجودی به وسیله دو فیلسوف و روان‌درمانگری در همین سالها به نامهای دیورزن و کنوارد^۹ (۲۰۰۵) انجام گرفته است. باید گفت می^{۱۰} (۱۹۹۴-۱۹۰۹) در زمینه وجودگرایی نقش مهمی داشت. درمانگران سعی دارند از طریق کوتاه یعنی با پی بردن فرد به وجود

^۱ - Brennan, M.

^۲ - در بخش روش شناسی چهارچوب درمانی به طور اختصار بیان می‌شود.

^۳ - Existential therapy

^۴ - Heidegger, M.

^۵ - Nelson, R.

^۶ - Binswanger, L.

^۷ - Boss, M.

^۸ - Yalom, I.

^۹ - Deurzen, E. van, & Kenward, R.

^{۱۰} - May, R.

به فرد شخصیت بخشند و او را مهم جلوه دهند، مطابق تصور اگزستانسیالیزم "خود" برابر هستی وجود نیست که بتوان آن را ترسیم نمود چرا که لحظه به لحظه خود جدید نمایان می شود و خود همراه با تجربه تغییر می کند. هرچه ما انتخاب بیشتر داشته باشیم، احساس آزادی بیشتر می کنیم. امور محدود برای ما اموری ناگوار است چون ما در این محدودیت ها کمتر اجازه انتخاب داریم، برای مثال محیط اطرافمان، والدین، فرهنگ، زمانی که ما در آن متولد می شویم همگی به نوعی محدودیت هستند (بالوم، ۲۰۰۱). اگزستانسیالیست ها در امر درمان تأکید دارند که به دلیل اینکه ما آزادی داریم، پس ناچار به انتخاب هستیم و این نوع انتخابات و ابداعات و آزادیها ما را به اضطراب می کشاند. اضطراب از دیدگاه وجودگرا عبارت است از نگرانی در مورد به دست آوردن وجود و از دست دادن وجود (هولت^۱، ۱۹۶۶). چیزی که ما نمی توانیم آن را تغییر دهیم و غیر قابل اجتناب است "مرگ" است. این واقعیت را همه می دانیم، اما زمان و مکانش را نمی دانیم و این معنی از آن استنباط می شود که ما به مرگ معنی متغیر می دهیم. هرچند آگاهی از مرگ نوعی آزادی به ارمغان می آورد. مرگ به زندگی وسعت می دهد و انکار مرگ تجارب ما را از زندگی محدود می کند. اگر در ذهن خود تصور کنیم که ما مردنی هستیم و زندگی بدون مرگ محدود است، بنابراین ما اراده خواهیم نمود که زندگی را مستدل کنیم و بیشتر از زندگی لذت می بریم (سدنر^۲، ۲۰۰۹، شولنبرگ^۳، ۲۰۰۲).

درمانگران وجودگرا به تشخیص و طبقه بندی بیماری های روانی و آسیب شناسی و آزمایشگاه خودشان را محدود نمی سازند و دیدگاهشان را نسبت به درمان به عنوان رنج و ناراحتی ناشی از بیماری تعریف نمی کنند، بلکه آنها به مشکلات و ناراحتی روانی مراجعانشان به عنوان (مشکلی در زندگی) توجه دارند. درمانگران وجودگرا اشاره می کنند که ما اختلالات روان شناختی را یاد نمی گیریم، بلکه "در زندگی" به عنوان عامل اختلال روانشناختی محسوب می شود، به عنوان یک حقیقت بدیهی "وجود بشر" شامل حقایقی مثل تجارب اضطرابی و گناه، زندگی به سوی مرگ، قبول مسئولیت، معنی بخشیدن به زندگی نقش مهم دارد. ما باید همه راههایی که مانع از دادن "وجود" به جهان و اشیاء می شود پیدا کنیم، زیرا آنها موجب محدودیت در ما می شود و حرکت در حالت ثابت و غیر جهت دار مانع از به دست آمدن امنیت در انسان می شود و موجب تنش در ما و مشکلاتمان می شود که تفکر خودکشی نوعی واکنش به این محدودیت است (سچندیر^۴، ۲۰۰۱، دیورزین و آرنولد بک^۱، ۲۰۰۵).

^۱ . Holt, H.

^۲ . Seidner, S. S.

^۳ . Schulenberg, S.

^۴ . Schneider, K.

در اثر انتخاب و قبول مسئولیت اگر ما خودمان را برای برخورد با خطرات و بی‌امنیتی آماده کنیم، بهتر قادر خواهیم بود که جزئیات زندگی را کنترل کنیم و این موجب تقویت ما می‌شود و باعث می‌شود امور زندگی‌مان را خودمان تعیین کنیم (پروچاسکا^۲ و نورکراس^۳، ۱۳۸۱/۲۰۰۵). تحلیلگران وجودی بر مطالعه تجارب فردی تاکید دارند. نکته اصلی و بنیادی درمان وجودی پیوند اندیشه با تجربه‌های ژرف و واقعی زندگی آدمی است، مسائل ژرفی که از قلمرو بررسی‌های علمی و پژوهش‌های روشمند فراتر می‌روند، درمان وجودی التزاماً به جریان خود اکتشافی درمانجویان جهت درک تعارض‌های ناخودآگاه و شناسایی مکانیسم دفاعی ناسازگارانه مدد می‌رساند. درمانگران بر این باورند که پیدا کردن درجاتی از معنای رویداد‌های آسیب‌زا مسئله مهمی است و این کشف زمانی است که فرد احساس بهبودی را در معنای می‌یابد (نلسون^۴، ۲۰۰۶؛ هارمند، اشلوکو و میلر^۵، ۱۹۹۳؛ نظری و ضرغامی، ۱۳۸۸؛ پروین^۶، ۱۹۶۰؛ محمد پور، ۱۳۹۰).

متأسفانه در ایران تا به حال در زمینه روی آوردهای وجودگرایی و شناخت درمانگری مذهب محور در کاهش مشکلات مراجعان پژوهش‌های بسیار نادری انجام شده است. نظر به جدید بودن موضوع پژوهش حاضر پیشینه‌ی زیادی در رابطه با اثر بخشی شناخت درمانی مذهب محور و درمان وجودی بر میل به خودکشی در ایران به طور مستقیم در دسترس نبود، اما از آنجا که تمام پایه‌های خودکشی به نوعی حکایت از عدم تعادل روانی و دینی فرد دارد، تحقیقات ذکر شده به نحوی مرتبط با پایه‌های پژوهشی حاضر هستند.

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد، شولنبرگ^۷ (۲۰۰۳) با استفاده از روش ایجاد وجود و معطوف کردن توجه مراجعان به اهداف بالا در مقابل اهداف پایین روان‌آزردگی را به شدت در مراجعان کاهش داد و امکان زندگی بهتری را برای آنان فراهم کرد. در پژوهشی ماسکرو و روزن^۸ (۲۰۰۶) رابطه‌ی معناداری میان داشتن احساس وجود و توانایی مقابله با استرس در میان دانشجویان به دست آوردند. تحقیقات نشان داد، گروه درمانی به شیوه وجودی انسان‌گرایانه موجب بهبود سلامت روان زندانیان شده

^۱ . Deurzen, E. van and Arnold-Baker, C.,

^۲ . Prochaska

^۳ . Norcras

^۴ - Nelson, J.

^۵ - Harmand, J. ; Ashlock, I.E. & Miller, T.

^۶ - Pervin, I.

^۷ - Schulenberg, S.

^۸ - Mascaro, N. & Rosen, D.

است (حسن آبادی، ۱۳۹۰). تحقیقات دیگر نشان داد که گروه درمانی بارویکرد معنادرمانی که بخشی از فلسفه ی وجودی نگری است، موجب بهبود سطح سلامت روان زنان سالمند شد (فخار، نوابی نژاد، ۱۳۸۷). نتایج تحقیقات دیگر نشان داد که گروه درمانی انسان گرایانه- وجودی بر اختلال شخصیت مرزی موثر بود (قمری و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهشی دیگری که در رابطه با اثر بخشی گروه درمانی وجودی بر تنیدگی انجام شده، به طور معناداری موجب کاهش استرس در گروه آزمایش در مقایسه با افراد (گروه کنترل) که درمان های رایج را دریافت کرده بودند، گردید (باری، ۱۳۸۹). تحقیقات متعدد دیگری نیز بر اثر مثبت درمان وجودی بر گروههای مختلف جمعیت شناختی و بهبود مشکلات گوناگون روانی تأکید کرده اند (کیزان و همکاران^۱، ۱۹۹۶؛ کاین^۲، ۲۰۰۲، اسپینل^۳، ۲۰۰۳، آیاکوو^۴، ۲۰۰۹).

پژوهشی نشان دادند، اعتقادات دینی و مذهب به عنوان یک عامل برای آرامش روانی در نظر گرفته می شود و نداشتن مذهب با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی مرتبط است (آکس لاین^۵، ۲۰۰۸، احمدی طهران، حیدری، کجویی و ایرانی، ۱۳۸۸). پژوهشی دیگر نشان دادند، بین نگرش مثبت به دعا و نیایش فردی با میزان اضطراب رابطه معکوس معنی داری وجود دارد و ذکر خدا به عنوان نیرویی برای مقابله با استرس شناخته شده است (ابراهیمی، نشاط دوست، و کانتیری، ۱۳۸۶). پژوهش های دیگر نشان داده است که بین نگرش مثبت به دعا و نیایش فردی با میزان اضطراب رابطه معکوس معنی داری وجود دارد و ذکر خدا به عنوان نیرویی برای مقابله با استرس شناخته شده است (سعیدی نژاد، مظاهری، غباری بناب، ۱۳۸۸). در بررسی دیگری مشاهده کردند افرادی که همیشه از مقابله های مذهبی استفاده می کنند نسبت به افرادی که کم تر و گاهی از این مقابله ها استفاده می کنند در ۹ شاخص از ۱۲ شاخص سلامت روان شناختی نمرات بالاتری کسب کردند (وولف دیوید^۶، ۲۰۰۳/۱۳۸۶).

تحقیقی اثر زیارت مذهبی را روی افسردگی و اضطراب ۲۴ بیمار سالمند بررسی کرد. تحقیق نشان داد که علائم آنها بعد از زیارت رفتن کاهش زیادی داشته و حداقل تا ده ماه بعد از برگشتن از زیارت هم این اثر ادامه داد (پروپست، استروم، واتکینس و همکاران^۶، ۱۹۹۲). در مطالعه دیگری «مکین توش» نقش مذهب را در سازگاری افراد با یک رویداد معنی دار زندگی بررسی کرد. او با ۱۲۴ پدر و مادری که کودک خود را به علت سندرم مرگ ناگهانی از دست داده بودند مصاحبه کرد و دریافت که مذهبی بودن

¹ - Kisan & et al.

² - Cain, D.

³ - Spinelli, E.

⁴ - Iacova, S.

⁵ - Exline

⁶ - Propst, L.R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., Mashburn, D.

با یافتن معنی در مرگ ارتباط مثبتی دارد. به علاوه مذهبی بودن با افزایش صلاحیت روانی و کاهش ناراحتی در بین والدین در طی ۱۸ ماه بعد از مرگ کودکانشان ارتباط داشت (به نقل از مجاهد، کلانتری، مولوی و همکاران، ۱۳۸۸). کونینگ^۱ (۱۹۹۸) در تحقیقی بر روی بیماران بستری در دو بیمارستان نشان دادند که ۶۰ درصد (۵۹/۱) نمونه تحقیق که عامل به مذهب بودند انعطاف بیش‌تری برای کنار آمدن بامشکل خود داشتند و ۱۲ درصد این افراد در پاسخنامه (گزارش فردی) قبل از اینکه از آنها پرسش مستقیم شود اظهار داشتند که مذهب مهم‌ترین عامل برای مقابله و کنار آمدن بامشکلات می‌باشد. در این بررسی تجزیه و تحلیل فاکتورهای «دموگرافیک» نشان داد که تأثیر مثبت رویارویی مذهبی با بیماری‌های بسیار جدی، همبستگی مثبت داشته و همراه با اعمال شناختی بهتر می‌باشد. در تحقیق دیگری گروه تحقیق کونینگ و دیگر محققین افسردگی بسیار پایین را در بین سالمندان عامل به مذهب نشان دادند.

برگین^۲ (۱۹۹۱) با فراتحلیل ۲۴ مقاله پژوهشی، به بررسی رابطه بین دین و مذهب با بهداشت روانی پرداختند. آنها در سال ۱۹۹۱ نتایج این پژوهش را ارائه کردند، پژوهش‌های انجام شده در این مورد، به طور کلی نشان داده‌اند که مذهب تأثیر منفی بر بهداشت روانی ندارد. در مجموع رابطه بین مذهب و بهداشت روانی مثبت هست. با این وجود افرادی که دارای مذهب درونی هستند یعنی معتقدند که مذهب در ذات آنها ریشه دارد، در مقایسه با افرادی که مذهب بیرونی دارند یعنی مذهب را وسیله‌ای برای دستیابی به چیزی دیگر می‌دانند، بهداشت روانی مثبت‌تری دارند. افراد دارای مذهب درونی، سلامت روان بالاتری دارند و افراد دارای مذهب بیرونی احتمالاً پیامدهای منفی‌تری را تجربه می‌کنند.

کامستاک و پاتریچ^۳ (۱۹۷۲) در یک بررسی نشان دادند، خودکشی در کسانی که در مراسم دینی شرکت می‌کنند نسبتی بسیار کمتر از دیگران دارد و احتمال خودکشی در افرادی که به عبادتگاه‌ها نمی‌روند چهار برابر بیش از شرکت‌کنندگان در محافل دینی است، همه پژوهش‌ها نشان می‌دهد یکی از علل مهم خودسوزی ضعیف بودن اعتقادات مذهبی بوده است.

یک بررسی که در کشور اردن توسط داراکه^۴ (۱۹۹۲) انجام شده است نشان می‌دهد تعداد خودکشی در ماه رمضان در مقایسه با ماه‌های دیگر سال کاهش قابل توجهی را نشان می‌دهد (به نقل از قهرمانی، ۱۳۸۲). پژوهش‌های مختلفی دیگر نقش عقاید و باورهای مذهبی را بر سلامت روان نشان می‌دهد.

^۱ - Koenig, H.

^۲ - Bergin, A

^۳ - Comstock, G.r Partidge, K.

^۴ - Darakeh

دهند(تورسن و هریس^۱، ۲۰۰۲؛ برنان^۲، ۲۰۰۴؛ یالوم^۳، ۱۹۸۰؛ پروچاسکا^۴ و نورکراس^۵، ۲۰۰۲/۱۳۸۱). ضرورت پژوهش این است، رابطه ایمان، معنویت، ایمان و احساس امنیت و آرامش روانی را اکثر دانشمندان صراحتاً و یا به صورت ضمنی پذیرفته‌اند، از جمله ویلیام جیمز، امانوئل کانت، کارل گوستاو یونگ، اریک اریکسون و ... (ازهر و وارما^۶، ۱۹۹۵). البته نیاز به دین، منحصر به دوره خاص یا به دین خاصی نیست، بلکه بشر در تمام اعصار این احتیاج را به سادگی حس می‌کرده است. در عصر ما ضرورت دین و ایمان بیش از هر عصر دیگری احساس می‌شود. تنها دین است که می‌تواند انسانیت را حفظ کرده او را از انحطاط نجات دهد.

این نیاز فطری که از درون منشأ می‌گیرد بخصوص از آن نظر که نیاز انسان را به تکیه گاهی نیرومند و قوی ارضا می‌کند، قابل توجه است. تکیه گاهی که در همه حوادث به آن پناه ببرد و به اتکای آن آرام و مطمئن باشد (الا بذكر الله تطمئن القلوب، سوره رعد آیه ۲۸)، بی پناهی و احساس بی کسی و پوچی که در اکثر عدم تعادل‌های روانی به چشم می‌خورد، در اعتقاد به یک وجود و حامی مقتدر و پناه دهنده‌ای که مصدر نیکی‌ها، سازندگی‌ها و کارهای خیر است به انسان آرامش روانی می‌بخشد و در بهداشت روانی او موثر است.

علیرغم این که اکثر تحقیقات ذکر شده در ادیان دیگری صورت گرفته است و از آنجایی که باور و اعتقاد ما مسلمانان بر این است که دین اسلام به عنوان یک ایدئولوژی ارائه دهنده کامل‌ترین و سلامت‌سازترین سبک زندگی بشریت است و احکام و دستورات آن حوزه‌های وسیع اخلاقی فردی بهداشتی و اجتماعی را در برمی‌گیرد، لذا مطالعه علمی اثرات و نقش متغیرهای مذهبی و معنوی در سلامت روانی و پیشگیری از خودکشی یک ضرورت اساسی به نظر می‌رسد، لابد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، از ضعف وجودی و ایمانی باشد.

هدف و فرضیه پژوهش: هدف پژوهش حاضر به بررسی میزان تأثیر شیوه‌های وجودی و مذهب محور درمانی بر کاهش میل به خودکشی دانشجویان دانشگاه کردستان اختصاص یافته است و فرضیه اصلی پژوهش این است، درمان وجودی و مذهب محور درمانی بر کاهش میل به خودکشی مؤثر است

¹ -Thoresen, & Harris

² -Brennan

³ -yallom

⁴ - Prochaska

⁵ - Norcras

⁶ - Azhar, M. Z., Varma, S.

روش

طرح پژوهش: در این پژوهش از روش تحقیق نیمه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایشی و کنترل استفاده شده است.

جامعه و نمونه

جامعه تحقیق متشکل از دانشجویانی (اعم از خوابگاهی و غیر خوابگاهی و بومی و غیر بومی ۶ ماهه دوم سال ۹۱ و سه ماهه سال ۹۲) بود که به مرکز مشاوره دانشگاه کردستان مراجعه می‌کردند (کل جامعه تحقیق ۱۶۸ دانشجو شامل ۱۰۳ دختر و ۶۵ پسر بودند). ملاک ورود با استفاده از مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک و مصاحبه تشخیصی تکمیلی میزان میل به خودکشی مراجعان مشخص شد (کل مراجعان مستعد میل به خودکشی ۵۴ نفر تشخیص داده شد) و ملاک خروج داشتن بیماری شدید روانی و مصرف دارو بود. از این جامعه (۵۴ نفری) به شیوه تصادفی ساده ۳۶ دانشجو (شامل ۲۷ زن و ۹ پسر) که برای حل مشکلات روانی مراجعه کرده بودند، به قصد پژوهش انتخاب شدند. با استفاده از مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک و مصاحبه تشخیصی تکمیلی میزان میل به خودکشی دانشجویان اندازه‌گیری شد (پیش‌آزمون) و به تصادف، افراد در سه گروه ۱۲ نفری (گروه درمانگری مذهب محور، معاد درمانگری و گواه) قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش از سه مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (BSSI) استفاده شد که ویژگی‌های روانسنجی آن شرح داده می‌شود. مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک^۱ (به نقل از بک، کواکس و ویزمن، ۱۹۷۹): برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شده است. این پرسشنامه که در واقع نوعی مصاحبه نیمه ساختار یافته است که دارای ۱۹ ماده است که بر اساس طیف سه درجه ای صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) نمره گذاری می‌شود. پنج ماده اول میل آزمودنی به زنده بودن یا مردن را غربالگری می‌کند و از این طریق مدت زمان اجرا در افراد فاقد میل به خودکشی را کاهش می‌دهد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه خودکشی را گزارش کنند در مواد ۶ تا ۱۹ درجه بندی می‌شوند. این مواد به طول مدت و فراوانی افکار خودکشی گرایانه،

^۱ - Beck Scale for Suicide Ideation

^۲ - Beck, AT, Kovacs, M. & Weissman. A.

میزان آرزوی مردن، احساس کنترل بر آرزوهای خودکشی گرایانه، طرح و برنامه خودکشی، وسیله و فرصت روش خودکشی، نیرومندی آرزوی زنده بودن و آرزوی مردن، بازدارنده های درونی و بیرونی و سابقه اقدامات قبلی خود کشی مربوط می شود. در مطالعه دانیتز^۱ (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی ۰/۸۳ به دست آمده است. همچنین رواییه مزمان آزمون با مقیاس سنجش خطر خودکشی ۰/۶۹ گزارش شده است (داچر و دالری^۳، ۲۰۰۴). اعتبار و پایایی این مقیاس در پژوهشهای دیگر نیز تأیید شده است، در پژوهش بک پایایی این ابزار به صورت آلفای کرونباخ و بین ارزیابان به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش شده است (بک، کویاکس و ویزمن^۴، ۱۹۷۹). در ایران، انیسی، آشتیانی، سلیمی و احمدی (۱۳۸۳) اعتبار مقیاس را با استفاده از روش آلفای برابر ۰/۹۵ و با روش دومیه سازی ۰/۷۵ گزارش کرده اند. همچنین در مطالعه مذکور روایی همزمان مقیاس با زیرمقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی ۷۶ بدست آمده است. در تحقیقات رحیمی آباد (۱۳۷۸) و کاویانی، موسوی و محیط (۱۳۸۰) روایی و پایایی قابل قبولی برای این مقیاس از لحاظ روانسنجی گزارش شده است.

شیوه ی اجراء

گروههای آزمایش با روش درمانگری مذهب محور و وجودی به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه یک ساعته با هفته ای یک بار در سالن دفتر مجله مشاوره و روان درمانی خانواده دانشگاه کردستان مورد درمان قرار گرفتند.

دانشجویان گروه اول با روش درمانگری مذهب محور به صورت گروهی بر اساس بسته ی آموزشی - درمانی محقق ساخته بر اساس نص قرآنی و احادیث مورد درمان قرار گرفتند. البته این پروتکل توسط درمانگران متخصص در امور معنوی درمانی و روحانیون مذهب محور مورد تأیید روایی محتوایی و صوری قرار گرفت، پروتکل شناخت درمانی مذهب محور به شرح ذیل است:

جلسه اول: آشنایی اعضا، تعیین اهداف و قواعد جلسات درمان و محبت ورزی و

رحمت الهی: در این جلسه آشنایی با انواع دیدگاه ذهنی در تفکر غیر دینی، آشنایی با تعریف دینی سلامت روانی و مؤلفه های آن. بیان دیدگاه مذهب در رابطه با تقدس سلامت روانی و بیان تقدس به عنوان

^۱ - Danitz, M.

^۲ - Suicidal Risk Assessment Scale

^۳ - Ducher, J. L., & Dalery, J.

^۴ - Beck AT, Kovacs, M, Weissman A.

عنصری مؤثر در پایداری سلامت روانی. مروری بر افکار منفی و چالش با آنها، استناد به آیات کتاب‌های مقدس (در اینجا قرآن) و احادیث درباره‌ی حل مشکلات و مواجهه‌ی صحیح با رویدادها. در قرآن، در آیات متعددی توصیه به پرهیز از گمانها و داوریهای ناصحیح شده است، امری که در زندگی فردی مسائل عدیده‌ای را به وجود می‌آورد. لذا در جلسه روی باورها و گمانهای ناقص و نادرست مراجع، که در جریان زندگی مانع به وجود می‌آورد، پرداخته می‌شود. چگونگی اصلاح این رفتار و آسیب‌شناسی آن مطرح و مورد بررسی قرار می‌گیرد. آشنایی با اصل محبت ورزی و رابطه آن با عملکرد ذهنی؛ شناخت تفاوت مودت و رحمت؛ شناخت منابع مودت و رحمت؛ آگاهی از وظایف فردی در تأمین مودت و رحمت؛ شناخت حد مودت و رحمت؛ آشنایی با مسئولیت فرد در تحقق مودت؛ آشنایی با نقش سبک زندگی در ایجاد صمیمیت؛ آشنایی با تأکید دین بر تعامل مثبت با دیگران.

جلسه دوم: اخلاق و تعهد در متن مذهب و تاثیر آن بر سلامت روانی: آموزش فن توجه

برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی بد اخلاقی در فرد، فعال‌سازی رفتار اخلاقی، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث اخلاقی به منظور به چالش کشیدن اخلاق منفی و غیر منطقی تعهد به وعده‌ها (چه در عمل و چه در گفتار) و اینکه انسان بخواهد مسئله یا رویدادی را متعهد شود، یکی از مواردی است که در زندگی فردی مشکل ایجاد می‌کند، عدم وعده به قول‌ها و تعهدهای غیر قابل انجام در زندگی، یکی از ویژگیهایی است که وقتی رخ می‌دهد در فرد دغدغه و نگرانی زیاد ایجاد می‌کند. در قرآن راهکارهای مختلفی در جهت اصلاح این ویژگی ارائه شده است مانند درون‌نگری و بازگشت به خویش و در پیش گرفتن صداقت و صراحت در گفتار. به مراجعین کمک می‌شود تا درک کند که دوری از صراحت و گفتن دروغ و تحریف کردن قضایا چقدر می‌تواند فضای زندگی را مشوش و ناامید کند. از آیه‌های مختلف برای توضیح و کمک به فرد برای ایجاد تعهد در وجود خویش و پرهیز از عدم صراحت، استفاده شد. به مراجع کمک شد تا نسبت به وعده دادن و عمل به وعده‌هایش آگاهی کافی پیدا کند. در قرآن به انسان در انجام درست وعده‌هایش توصیه‌های فراوانی شده است. یا ایها الذین آمنوا لم تقولون ما لا تفعلون* کبر مقتا عند الله ان تقولوا ما لا تفعلون. ای مومنان چرا چیزی را که انجام نمی‌دهید، می‌گویید. آشنایی رابطه خوش اخلاقی با تعامل مثبت و عواطف مثبت؛ شناخت مؤلفه‌های خوش اخلاقی؛ آشنایی با نقش هر یک از مؤلفه‌های نرم‌خویی، خوش‌گویی، خوش‌رویی و شوخ‌طبعی در برانگیختن عواطف مثبت؛ شوخ‌طبعی و حدود آن؛ آشنایی با سایر مؤلفه‌های خوش اخلاقی شامل گشاده‌دستی، خرسندی در موقعیت‌های خوشایند و ناخوشایند و روش‌های مهار خشم. آشنایی با

تأثیر بدی کردن بر روابط انسانی و خود فرد؛ آشنایی با توان خودداری از بدی به عنوان توانمندی در پیشگیری از بروز عواطف منفی؛ آشنایی با مصادیق خودآزاری.

جلسه سوم: قضاوت کردن از دیدگاه آموزه های دینی و تأثیر آن بر شخصیت فرد: در

این جلسه روی شتابزدگی و عجل بودن در قضاوت به هنگام به وجود آمدن مشکلات زندگی پرداخته شد. خداوند در قرآن بارها انسان را از قضاوت در امور مختلف منع کرده است. این آموزه ها در جلسه با فرد کار شد. در پایان جلسه با کمک مراجعین جلسه خلاصه شد، تکلیفهای متناسب با قضاوت درست که قبلاً طراحی شده بود، ارائه شد. به طور مثال آیه های متناسب با این مسئله بر روی کاغذ به صورت بزرگ نوشته می شد و تا جلسه بعد مراجعین خود را ملزم به خواندن و متعهد به پیروی از آن آموزه ها می کردند و باید خودشان آموزه های لازم را در زمینه ی خودکشی جمع آوری کنند.

جلسه چهارم: صبر و بردباری با مفهوم معنوی و مذهبی: در این جلسه از صبر و بردباری با

مفهوم معنوی و مذهبی بحث شد. شتاب و عجله یکی از آفتهای رفتاری انسان از دیدگاه قرآن است. زمانیکه انسان با آرامش و طمأنینه نتواند عملی را انجام دهد، باعث می شود تا کار فرد به صورت ناتمام و ناقص جلوه کند. در این جلسه به مراجعین کمک شد تا توانایی انجام درست رفتارها و گرفتن تصمیم درست را یاد بگیرند. شاید هیچ مفهومی مانند صبر در قرآن شکافته نشده باشد و در مورد آن صحبت نشده باشد. صبر در مقابل ناراحتیها و حفظ خونسردی باعث می شود تا فرد بتواند در نهایت یک تصمیم درست و غیر عجولانه بگیرد. در پایان جلسه تمرینهایی در زمینه صبر و شکیبایی در هنگام پدید آمدن مشکلات در زندگی به مراجعین ارائه شد و قرار جلسه بعد به زوجین یاد آوری شد.

جلسه پنجم: بخشودگی از دیدگاه معنویت و مذهب: در این جلسه از بخشودگی از دیدگاه

قرآن پرداخته شد. زمانی که یک کار ناتمام در زندگی فردی رخ می دهد باعث رنجش، نفرت و تعارض می شود، فرد باید یاد بگیرند که توانایی بخشش داشته باشند. در قرآن روی بخشش و بخشودگی زیاد تأکید و توصیه شده است. در جلسه به مراجع کمک شد تا قدرت بخشش طرف مقابلش را پیدا کند. بخشش و بخشودگی نیاز به تعمق و درون نگری دارد و لازم است که مراجع تمرینهایی مربوط به بخشودگی را بیشتر تکرار کند. بخشودگی شامل رفتارها، گفتارها و افکار فرد در زندگی می شود. زمانی که مراجع بتواند به این مرحله برسد، او خواهد توانست که در مقابل مشکلاتی که در آینده با آن مواجه خواهد شد، به خوبی عمل کند. در پایان جلسه تکلیف هایی متناسب به مراجع داده شد و قرار جلسه بعدی با مراجع گذاشته شد.

جلسه ششم: رابطه و صله رحم: آشنایی با انواع رابطه؛ شناخت رابطه با شخص ثالث (مثل برادر و خواهر، فامیل همسر) و نقش آن در زندگی فردی. در اصطلاح، صله رحم (یا پیوند خویشاوندی) محبت و سلوک داشتن با خویشان و نزدیکان است. اسلام صله رحم و رسیدگی به بستگان را به عنوان یک ارزش الهی واجب کرده است. صله رحم، تنها به رفت و آمد و دیدار نیست، همان گونه که قطع رحم، به ترک آمد و شد نیست. هدف از صله رحم برقرار کردن ارتباط و پیوند عاطفی با خویشاوندان است و این ارتباط از راه‌های گوناگونی امکان پذیر است: کمک جانی، کمک مالی و کمک فکری، ترک آزار: یکی از بهترین روش‌های صله رحم با خویشاوندان، ترک اذیت و آزار آنان است. اگر کسی نمی‌تواند به بستگان خود کمک مالی کند، لاقلاً باید زمینه اذیت و آزار آنان را فراهم نکند. کمک عاطفی: اگر عضوی نیاز به توجه و محبت دارد، از او دریغ نکند. توجه به این امور نور امید را در افراد خودکشی‌گرا را روشن می‌کند.

جلسه هفتم: پرهیز از ناامیدی و نشاط فردی: در زمان بحرانی، خدا دست کسانی که از او کمک بخواهند را خواهد گرفت. او مهربان و دلسوز است. مطمئن باشید که اگر به او توکل کنید و با او معامله کنید، در زندگی شکست نخواهید خورد. در مواقع بحرانی بر شیطان لعنت بفرستید و با نماز و نیایش به دامن خدا پناه ببرید. می‌توانید برای این که خدا در ذهنمان باشد، به کارهایی مانند قرآن خواندن هر شب، وضو داشتن در طول روز، و یا نذر برای دوری از گناه روی آورید. امکان دارد هر کسی احساس ضعف بکند. ولی، آنچه مهم است این است که یادمان باشد: اگر در این نبرد پیروز نشویم، هم به خود، هم به خانواده خود، هم به خدای خود، هم به نزدیکان خود، و هم به جامعه‌ی خود خیانت کرده‌ایم. شناخت نقش نشاط در زندگی؛ آشنایی با مؤلفه‌ها و حدود نشاط؛ شناخت مهارت‌های شوخی کردن؛ شناخت عوامل نشاط مربوط به بهداشت روانی، ارتباط، هدیه خریدن و با هم بودن و آشنایی با چگونگی تأثیر این عوامل بر سلامت روانی. آشنایی با لذت معنوی؛ شناخت نقش لذت معنوی در نشاط فردی و چگونگی تبدیل درون به محیطی برای پرداختن به امور معنوی و توصیه مذهب به نشاط و حدود نشاط از دیدگاه مذهبی.

جلسه هشتم: بازگشت و توبه و اختتام: در جلسه آخر به روش بازگشت از دیدگاه قرآن پرداخته شد. به مراجع کمک شد تا بتواند به قبل از مشکل برگردد و مشکل را بررسی کند و بعد جهت پیدا کردن و جایگزین کردن روشهای درست به جای روشهای گذشته، به مراجع کمک شد. توبه یا بازگشت از دیدگاه حضرت علی (ع) هم مورد توجه بود. حضرت علی (ع) توبه را پشیمانی قلبی از یک رفتار نامناسب

می دانست و اقدام عملی در راستای جبران آن. لذا به مراجعین کمک شد تا جهت دستیابی به یک کلیت و رسیدن به انسجام روانی از اشتباههای خود توبه کنند و صمیمانه به اقدام متناسب جهت به دست آوردن تعادل روانی بپردازند. همچنین به مراجع کمک شد تا به یکپارچگی لازم برسد و قدرت برخورد با مشکلاتی که به صورت ناقص در زندگی رها شده اند، را پیدا کند.

دانشجویان گروه دوم با روش وجود درمانی به صورت گروهی بر اساس بسته ی آموزشی- درمانی محقق ساخته بر اساس نظریه ی درمان وجودی مدل فرانکل (۱۹۶۷/۱۳۸۶، می و ۱۹۷۷) مورد درمان قرار گرفتند. پروتکل وجود درمانی: فرایند درمان شامل:

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت ها، آموزش تشخیص هیجان های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزنده ی منفی، افکار ناخوشایند، فرم مثبت رویدادها، هیجان ها، افکار منفی به عنوان تکلیف خانگی و در جلسه او در مورد اضطراب هم به این صورت صحبت شد: اضطراب ویژگی هستی شناختی هر فرد است که در رابطه با تهدید نیستی در وجود ما ریشه دوانده است. پذیرش آزادی و آگاهی از متناهی بودن، ناگزیر موجب اضطراب می شود یا سرگیجه آزادی به بار می آورد. اضطراب چیزی نیست که داشته باشیم بلکه چیزی است که هستیم.

جلسه دوم: توانایی برای خود آگاهی: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید شد: بالا بردن خود آگاهی هدف مشاوره است و وظیفه درمانگر این است که به درمانجو یاد آور شود که باید بهای افزایش آگاهی را بپردازد. وقتی ما آگاهتر می شویم "رفتن دوباره به خانه" مشکل تر می شود. نادیده گرفتن وضعیت مان می تواند خشنودی همراه با احساس مردگی نسبی به بار آورد ولی وقتی درها را به روی دنیای خود باز می کنیم کشمکش بیشتر و در عین حال احساس رضایت بیشتری را می توانیم انتظار داشته باشیم.

جلسه سوم: آزادی و مسئولیت: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می شود: افراد آزادند تا از بین گزینه ها انتخاب کنند و بنابراین نقش عمده ای در شکل دهی سرنوشت خود دارند. همچنین ما در قبال زندگی خود، اعمالمان و عدم موفقیت در اقدام نکردن مسئولیم. به عبارت دیگر مردم محکوم به آزادی هستند. فرد باید احساس تعهد نسبت به انتخاب کردن را برای خود ضروری بداند. بنابراین از نظر وجودگراها، آزاد بودن و انسان بودن یکی هستند. آزادی و مسئولیت دست در دست یکدیگر دارند و ما آفریننده زندگی خویش هستیم.

جلسه چهارم: به وجود آوردن هویت خویش و برقرار کردن روابط معنی دار با دیگران: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می‌شود: هر یک از ما تمایل داریم که خویشتن را پیدا کنیم، یعنی هویت شخصی خود را بیابیم یا بیافرینیم، این فرایند خودبخودی نیست و نیاز به جرات دارد. ما به عنوان موجودات ارتباطی، برای برقرار کردن پیوند با دیگران تلاش می‌کنیم و باید در قبال دیگران از خود گذشته‌گی نشان داده و به آنها اهمیت دهیم. در دیدگاه وجودی درمانگران با خودداری از ارایه راه حل‌ها و یا پاسخهای حاضر و آماده، درمانجویان را با این واقعیت روبرو می‌کنند که فقط خود آنها باید پاسخهای خویش را پیدا کنند.

جلسه پنجم: به جستجو برای معنی، مقصود، ارزشها و هدفها: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می‌شود: ویژگی بارز انسان تلاش برای درک معنی و هدف در زندگی است. وظیفه درمانگر این است که به توانایی درمانجویان در کشف نظام ارزشی که به زندگی آنها معنی می‌دهد و آن را از درون خویش به دست آورده باشند، اعتماد کند. بی‌معنایی در زندگی به پوچی و بی‌محتوایی منجر می‌شود و درمانجویان وجودی به این بی‌معنایی گناه وجودی می‌گویند و این وضعیتی است که از احساس ناقص بودن یا پی بردن به اینکه آن چیزی نیستیم که باید می‌شدیم ناشی می‌شود.

جلسه ششم: اضطراب به عنوان شرط زیستن: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می‌شود: اضطراب وجودی به صورت نتیجه اجتناب ناپذیر روبه‌رو شدن با "مقرری‌های وجود" یعنی مرگ، آزادی، انزوای وجودی و بی‌معنایی توصیف شده است. در دیدگاه وجودی آزادی و اضطراب دو روی یک سکه هستند؛ اضطراب با شور و هیجان همراه با تولد عقیده‌ای تازه ارتباط دارد. بنابراین زمانی دستخوش اضطراب می‌شویم که از آزادی خود برای خارج شدن از امور شناخته شده و وارد شدن به قلمرو ناشناخته استفاده کنیم. خیلی از ما به خاطر ترس سعی می‌کنیم از جهش به امور ناشناخته اجتناب کنیم.

جلسه هفتم: آگاهی از مرگ و نیستی: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می‌شود: وجود نگرها مرگ را به صورت منفی در نظر نمی‌گیرند، بلکه معتقدند که آگاهی از مرگ به عنوان شرایط اساسی انسان به زندگی معنی می‌دهد. اگر از خود در برابر واقعیت مرگ دفاع کنیم، زندگی کسل‌کننده و بی‌معنی می‌شود اما اگر تشخیص دهیم که فانی هستیم می‌دانیم که برای کامل کردن طرحهای خود زندگی ابدی نداریم و هر لحظه موجود حیاتی است. آگاهی ما از مرگ منبع علاقه به زندگی و خلاقیت است.

جلسه هشتم: تبدیل تراژدی به پیروزی و جمع بندی و در نهایت درمانگران وجودی عمدتاً به شناختن دنیای ذهنی درمانجویان اهمیت می‌دهند تا به آنها کمک کنند به آگاهی و گزینه‌های تازه‌ای برسند.

تمرکز روی شرایط فعلی درمانجویان است نه روی کمک کردن به آنها در بازیابی گذشته خویش. درمان وجودی از درمانجویان می خواهد روشهای زندگی نکردن به صورت کامل و اصیل را تشخیص داده و انتخابهایی بکنند که به آنها کمک کنند که به چیزی تبدیل شوند که قابلیت آن را دارند. هدف درمان این است که به درمانجویان کمک شود به سمت اصالت پیش بروند و تشخیص دهند چه موقعی خود را فریب می دهند.

گروه سوم: گروه کنترل دانشجویانی بودند، هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند و گروه گواه محسوب شدند، بلکه فقط مقیاس میل به خودکشی را در سه مرحله پیش و پس از آزمون تکمیل کردند. البته آنها در لیست انتظار قرار گرفتند و از انجام و هدف تحقیق آگاه شدن و جهت رعایت اخلاق پژوهش بعد از اتمام مداخله گروههای آزمایشی به آنها ۸ جلسه درمان وجودی ارائه گردید.

جهت رعایت اخلاق پژوهشی تمام آزمودنیهای آگاه شدند که این اطلاعات به منظور اهداف پژوهشی جمع آوری می شود و در مورد پنهان ماندن هویت پاسخ دهندگان اطمینان داده شد. همچنین ذکر شد که علاقمندان می توانند با ارائه پست الکترونیکی و آدرس از نتایج پژوهش آگاه شوند.

یافته ها

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد آزمودنیهای سه گروه را در مقیاس میل به خودکشی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و همسانی واریانسها را با استفاده از آزمون لوین نشان می دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ۳ گروه در مقیاس میل به خودکشی

پس آزمون		پیش آزمون		گروه ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۰۴	۲۶/۰۳	۱/۴۵	۲۴/۱۲	کنترل میل به خودکشی
۰/۹۸	۹/۲۳	۱/۸۷	۲۳/۳۵	مذهب محور میل به خودکشی
۱/۱۲	۸/۹۴	۱/۳۲	۲۵/۱۱	وجود درمانی میل به خودکشی

جدول ۱ یافته توصیفی را نشان می دهد، میانگین و انحراف استاندارد ۳ گروه در مقیاس میل به خودکشی را نشان می دهد.

جهت بررسی همگنی واریانسها چون مقدار F محاسبه شده (۲۶/۳۴) در سطح معناداری، بالاتر از ۰/۰۵ است، مبین همسانی و همگنی واریانسهای سه گروه در متغیر میل به خودکشی است. برای اطمینان از برابری میانگینهای دو گروه در مرحله پیش‌آزمون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد.

جدول ۲. آزمون تحلیل واریانس سه گروه در متغیرهای مورد مطالعه مرحله پیش‌آزمون

متغیرها	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان آماری
میل به خودکشی	۲۲/۶۷	۱	۲۲/۶۷	۱۹/۴۳	۰/۷۶	۰/۱۱	۰/۱۲

تحلیل واریانس یافته‌ها نشان داد که بین سه گروه در متغیر میل به خودکشی در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۲). میزان تأثیر پیش‌آزمون و گروههای درمانگری در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی میزان تأثیر پیش‌آزمون و درمانگری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان آماری
متغیر وابسته	میل به خودکشی پیش‌آزمون	۱۸/۵۴	۱	۱۸/۵۴	۱۸/۵۴	۰/۸۳	۰/۰۴	۰/۱۱
گروهها	میل به خودکشی پس‌آزمون	۱۳۴/۳۴	۱	۱۳۴/۳۴	۲۰۲/۴۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱/۰۰

بر مبنای تحلیل کوواریانس مشخص شد که نمره‌های پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر نمره‌های پس‌آزمون ندارند ($p > 0/05$)، اما گروههای درمانگری نمره‌های پس‌آزمون را تحت تأثیر قرار دادند ($p < 0/05$). به عبارت دیگر همان طوری که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است، با کنترل پیش‌آزمون بین آزمودنیها گروه‌های آزمایش و گروه گواه از لحاظ میل به خودکشی تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($p < 0/0001$ و $F=202/432$)، بنابراین فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۲ می‌باشد، یعنی ۹۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون میل به خودکشی مربوط به تأثیر مذهب محور و وجود درمانی می‌باشد. معنی دار شدن تفاوت در تحلیل واریانس مشخص نمی‌سازد که بین کدام

گروه تفاوت وجود دارد، لذا بدنبال این تحلیل، تحلیل تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات میل به خودکشی مراجعان گروه های سه گانه

گروهها	میانگین	۱	۲	۳
درمان مذهب محور	۹/۲۳	—	($p < ۰/۰۰۰۱$)	($p < ۰/۰۰۰۱$)*
وجود درمانی	۸/۹۴	($p < ۰/۰۰۰۱$)	—	($p < ۰/۰۰۰۱$)*
کنترل	۲۶/۰۳	($p < ۰/۰۰۰۱$)*	($p < ۰/۰۰۰۱$)*	—

نتایج جدول ۴ نشان می دهد، بین گروه کنترل و گروه های آزمایشی تفاوت معنی داری از لحاظ میل به خودکشی وجود دارد. به عبارت دیگر، گروه های آزمایشی با توجه به میانگین میل به خودکشی آنان نسبت به میانگین گروه کنترل موجب کاهش میل به خودکشی گروه های آزمایش شده است، بنابراین فرضیه تحقیق تأیید می گردد. همچنین بین گروههای مذهب محور و وجود درمانی تفاوت معنی داری وجود ندارد که با توجه به میانگین ها، این امر بیانگر آن است مذهب محور و وجود درمانی در تاثیر بر کاهش میل به خودکشی اثر مشابه دارند.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان دادند که روی آورد درمان مذهب محور در کاهش میل به خودکشی دانشجویان مؤثر بوده است (جدول ۳). یافته های به دست آمده با پژوهشهای (تورسن و هریس، ۲۰۰۲؛ برنان، ۲۰۰۴؛ احمدی طهران، حیدری، پروپست، استروم، واتکینس و همکاران، ۱۹۹۲، آکس لاین، ۲۰۰۸، نشاط دوست و نصیری، ۱۳۸۴، سعیدی نژاد، مظاهری، غباری بناب، ۱۳۸۸، برگین، ۱۹۹۱) همسوست. در تبیین مطالب فوق می توان گفت، اغلب افراد مومن ارتباط خود را با خداوند مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می کنند و معتقدند که می توان از طریق اتکا و توسل به خداوند اثر موقعیت های غیر قابل کنترل را به طریقی کنترل نمود. به همین دلیل گفته می شود که مذهب ممکن است به شیوه های فعال در فرایند مقابله ای با میل به خودکشی موثر باشد. به طور کلی مقابله ای مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس های هیجانی و کنترل رفتارهای تکانشی و اقدام به خودزنی و خودکشی به افراد کمک می کند.

احساس تعلق داشتن به منجی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، حمایت روحانی و ... همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث، فشار کم‌تری را تحمل کنند. در مکتب اسلام، انسان و زندگی او چون آفرینش جهان نمی‌تواند بی‌هدف باشد، هدف از آفرینش سیر تکاملی او در همه ابعاد وجودی، بادور شدن و شکوفا شدن او و سرانجام سیر او به سوی کمال مطلق و خداگونه شدن است.

در این مختصر نقش مقابله مذهبی در میانجگری بین عوامل استرسزا و ارتباط آن با سلامت روانی و خودکشی کاملاً روشن است، اغلب افرادی که دست به خودکشی می‌زنند، به نوعی به پوچ‌گرایی رسیده‌اند و مذهب می‌تواند نور امید و هدف را در دل این افراد روشن کند. تجربه‌های عینی و بررسی‌های اجتماعی نشان داده‌اند افرادی که با آموزش‌های راستین و منطقی دینی و اخلاقی پرورش یافته‌اند بیش‌تر از کسانی که چنین آموزش‌هایی نداشته‌اند در راه هدف‌های ارزنده اجتماعی گام برداشته‌اند (امیدوار بوده‌اند). منتهی رسالت دین تنها ارائه اندیشه‌های اخلاقی به شکل انتزاعی و تجریدی نیست. شیوه‌های کاربردی اندیشه اخلاقی و ابزارهایی که بتوانند اندیشه را به عمل تبدیل کنند، امری است که در جوهر دین نهفته است. در مقابله مذهبی فرد از منابع مذهبی مثل دعا و نیایش، توکل و توسل به خواند و ... برای مقابله با مشکلات استفاده می‌شود. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند از آنجایی که این نوع مقابله‌ها منبع حمایت عاطفی و هم‌وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند، ممکن است مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند، بنابراین به کارگیری آنها برای اکثر افراد سلامت‌ساز است و سبب کاهش گرفتاری روانی و انصراف از خودکشی شود.

از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان دادند که وجود درمانگری هم در کاهش میل به خودکشی مانند مذهب درمانگری اثر داشته است (جدول ۳). اثر وجود درمانگری در کاهش کاهش میل با پژوهش‌های شولنبرگ (۲۰۰۳)، ماسکرو و روزن (۲۰۰۶)، کیزان و همکاران (۱۹۹۶)، کاین (۲۰۰۲)، اسپینل (۲۰۰۳)، آیاکوو (۲۰۰۹) همخوانی دارد. در تبیین اثر درمانی وجودی باید گفت: تقلای انسان برای آزاد شدن از محدودیت‌ها (مثل خودکشی) در یک آینده مبهم و بی‌هدف نمی‌باشد بلکه آزادی انسان برای هدفی است که در حال و آینده خود انتخاب کرده است، افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، مفهوم آزادی را درک نمی‌کنند. افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند معنی مسئولیت را نمی‌دانند، وجود نگرها معتقد بر این هستند که انسان خود سازنده و مسئول سرنوشت خود می‌باشد، خود انسان است که مسئول اعمال

خویش است، درک مسئولیت پذیری اثر خاصی بر کاهش اقدام به خودکشی دارد، چرا که این افراد نوعی احساس بی مسئولیتی می کنند. افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، معنا در زندگی ندارند، باید گفت معنا به صورت اتوماتیک به ما هدیه نشده است، بلکه ما خودمان هستیم که این معنا را برای خودمان می آفرینیم و انگیزه حرکت به سوی آن را در خویش خلق می کنیم. یعنی این معنی حاصل جستجو و کاوشمان برای یک هدف خاص است و این معنا و جستجوی آن است که در زندگی، انگیزه رفتار ما را شکل می دهد، افراد متمایل به خودکشی هدفی در زندگی ندارند و احساس پوچی و بی معنایی می کنند و در خلأیی بدون گریز گرفتار هستند. وقتی از انسان پرسیده می شود « برای چه زنده ای؟ » جواب این سوال همان چیزی است که به معنی اشاره دارد، بنابراین تنها راه گریز انسان از پوچی و احساس یأس و ناامیدی خلق یک معنی و ارزش برای خود در هر لحظه و حرکت به سوی آن است و این جستجوی ارزش فعالیت هر لحظه ای انسان است، یعنی با رسیدن به هدف مورد نظر هدفی دیگر خلق می شود و ارزشی دیگر در نظر گرفته می شود پس انسان هر لحظه در حال شدن، تعیین هدف و حرکت به سوی آن است، اگر افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، بتوانند، معنای زندگی، ارزش وجودی و مسئولیت فردی و اجتماعی را دریافت کنند، تغییرات در میل آنها هم به جود می آید و ابتدا اقدام به خودکشی نمی کنند و نه تنها از زندگی زده نمی شوند، بلکه زندگی هر لحظه برای آنها متنوع تر و جذاب تر است. در انسان یک دوگانگی همیشگی موجود است که انسان بین آن قرار دارد، (مثلاً دو گانگی بین مرگ و زندگی).

در حقیقت وقتی انسان با مسأله ای به نام مرگ که گریز ناپذیر است، مواجه می شود دچار اضطراب می گردد. اهمیت مرگ و خودکشی از جهت واقعه ای که می افتد نیست، بلکه از نظر وجودی خودکشی از این جهت است که انسان چون اعتمادش نسبت به بقای خویش سلب می کند، کارهایی می کند و نقشه هایی پی ریزی می نماید تا اساس ثبات را برای خود پی ریزی کند، در هر صورت مرگ انسان را به وظایفی که باید انجام دهد آگاه می سازد. انزوای وجودی در افراد خودکشی گرا بسیار غالب است، یعنی تنهایی بنیادی در این دنیا، شرایط دیگر زندگی است که موجب اضطراب و میل به خودکشی در این افراد می شود. این انزوا و بیگانگی، باعث می شود که این افراد از درون و وجود خویش جدا شود و شخصیت خود را نیز از دست بدهد.

بدینوسیله خود انسان در یک تارهای ساخته شده معدوم می گردد. بنابراین اقدام به نابودی خود استقلال فردی و انسانیت را از شخص سلب می کند و او خود را فراموش می کند و چون انسان خود و موقعیت خویش را تشخیص ندهد، مسلم است مسائل مربوط به خود را نیز نمی تواند تشخیص دهد. پس

انسانی که نتواند خویش و موقعیت خویش را تشخیص دهد در دنیایی زندگی می‌کند که علی‌رغم وجود دیگران در کنار او احساس تنهایی می‌کند، به این دلیل است که این افراد اغلب احساس بی‌کسی می‌کنند و پناه به خودکشی می‌برند. نکته قابل توجه دیگر این است که در جلسات درمان باید برای مراجع متمایل به خودکشی روشن شود و بیان کرد تنها وجود اصیل است یعنی رو راستی با طبیعت، با دیگران و خودمان ما را از تنهایی و اقدام به خودکشی نجات می‌دهد. از نظر آنان اصالت پاداش دهنده است، اصالت یعنی اینکه ما تصمیم گرفته ایم صاف و پوست کنده با دنیا روبرو شویم، بدون اینکه آن را از خود پنهان کنیم و یا خود را از آن پنهان سازیم. در حقیقت انسان اصیل، خود را آنطور که هست آشکار می‌سازد نه آنطور که دیگران می‌خواهند. یعنی انسان اصیل ترسی در مورد اینکه دیگران اگر بدانند او واقعا کیست و چیست، دچار نگرانی نمی‌شوند. وجود اصیل سالم ترین وجود است، بدین دلیل که در آن سه سطح هستی ما به جای در تعارض بودن، یکپارچه یا متصل به هم هستند یعنی یکی از سطوح، سطوح دیگر را قربانی نمی‌کند، بنابر این افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، سعی دارند که سطحی از وجود خود را قربانی ابعاد دیگر زندگی کنند. این تبیین‌ها و شیوه‌ی اثر وجود درمانگری در کاهش کاهش میل با بررسی‌های نظری و تحقیقی یالوم (۱۹۸۰)، هولت (۱۹۶۶)، سدنر (۲۰۰۹) و شولنبرگ (۲۰۰۲)، فردریک نت فرزکی (۱۹۰۰-۱۸۴۴)، مارتین هیدگر (۱۹۷۱)، سچندیر (۲۰۰۱)، دیورزین و آرنولد بک (۲۰۰۵) همخوانی دارد.

البته یکی از محدودیت‌های پژوهش این است که در پژوهش حاضر دانشجویان دختر درصد بیشتری از کل نمونه را تشکیل می‌دادند که در تعمیم نتایج به کل جامعه باید جنسیت را لحاظ کرد. همچنین به دلیل اینکه جامعه آماری این پژوهش دانشجویان بودند، در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید به خاص بودن نمونه توجه شود. یکی دیگر از محدودیت‌ها، اجرای پیش‌آزمون‌ها در میان دانشجویان متمایل به خودکشی بود که به دلیل تحت استرس بودن آنها و تنش‌هایی که با آنها مواجه بودند، جلب رضایت و تمرکز برخی از آنها برای تکمیل پرسشنامه‌ها گاهی مواقع دشوار بود و با مشکلاتی همراه بود. محدودیت دیگر این بود که دانشجویان از آشکار شدن افکار خودکشی نگران بودند و به محرمانه بودن آن شک داشتند و چند نفر حاضر به همکاری نشدند.

همچنین از آنجا که هدف پژوهش‌های اخیر علاوه بر تعیین اثربخشی یک مداخله، تعیین مناسب‌ترین نوع درمان برای هر فرد است، بررسی وضعیت اجتماعی، تحصیلی، بومی و غیر بومی بودن و فرهنگی افراد به منظور تعریف بهترین گروه هدف برای این نوع مداخله نیز ضرورت دارد. همچنین سطح سواد به

عنوان یکی دیگر از محدودیت های این تحقیق می باشد که می تواند تعمیم دهی آن را به افراد با سواد پایین با احتیاط همراه سازد. با توجه به اینکه این پژوهش در شهرستان سنندج واقع در استان کردستان انجام گرفت و با توجه به اینکه مسائل مذهبی و فرهنگی برای افراد مهم است، پیشنهاد می شود این پژوهش در شهرها، قومیت ها و فرهنگ های دیگر تکرار شود.

نتیجه گیری

در این پژوهش نیز دانشجویان به دلیل نارضایتی از وضع موجود مانند، سختی دوران تحصیل، هزینه تحصیل، دوری از خانواده، نگرانی در مورد شغل آینده، به شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند. به همین دلیل وجو درمانگری با ارائه متد خاص، نگرش دانشجویان را کاهش داد. از سوی دیگر افراد متدین به هر نسبت که ایمان قوی و محکم داشته باشند از بیماری های روانی مصون تر هستند. از جمله آثار ایمان دینی آرامش خاطر است. ایمان دینی به حکم این که به انسان که یک طرف معامله است، نسبت به هیجان که طرف دیگر معامله است، اعتماد و اطمینان می بخشد، دلهره و نگرانی نسبت به رفتار جهان را در برابر انسان از میان می برد و به جای آن به او آرامش خاطر می دهد. یکی دیگر از دلایل نگرانی دانشجویان نسبت به آینده، این است که سرنوشت خود را محصول عوامل غیر ارادی یعنی جبرگرایی و محیط تصور می کنند. در حالی که وجود درمانگری انسان را صاحب عقل و اختیار می داند و زندگی را بر پایه آزادی و اختیار تبیین می کند.

بنابراین بر مبنای اختیار، دانشجویان این نوع زندگی را انتخاب کرده اند. به همین دلیل با به کارگیری معنادرمانگری و تأکید بر قدرت انتخاب، تمایل به خودکشی دانشجویان کاهش یافته است. رابطه ی بین میزان دینداری و اصالت وجود افراد و میزان خودکشی اغلب در ارزیابیهای کلینیکی نادیده گرفته می شود. اگرچه تحقیقات زیادی نقش بازدارنده دین و اصالت وجود در مقابل خودکشی را نشان داده است. راهنمایی های عملی کلی که در ادامه ارائه می شود، می تواند به مشاوران کمک کند تا تأثیر میزان دینداری و اصالت وجود مراجعان بر احتمال خودکشی آنها را ارزیابی کنند و از این طریق نگرش و تمایل به خودکشی آنها را کاهش دهند. این رهنمودها کاربردی عبارتند از ارزیابی اهمیت دین و اصالت وجود در نظر مراجعان و نقش دین در هویت آنها. مواردی مثل میزان دینداری فرد مراجعه کننده چقدر است؟ هرچند وقت یکبار وظایف دینی مثل خواندن نماز را بجا می آورند؟ تا چه اندازه در مراسمهای دینی حاضر می شوند؟ تا چه اندازه با مومنان معاشرت دارند؟ ارزیابی چگونگی مفهوم بندی و فهم

خودکشی از سوی مراجعان. آیا مراجع می‌داند که در دین خودکشی منع شده است؟ آیا شرایطی وجود دارد که در آن، دین، خودکشی را مجاز نموده باشد؟ آیا در دین تفاسیر متفاوتی از خودکشی وجود دارد؟ آیا بین تلقی مراجعان از خودکشی و دیدگاه دین آنها تضادی دیده می‌شود؟ اگر چنین است، مراجعان چگونه با این تضاد و تاثیر آن بر ایمان خود، برخورد می‌کنند؟ در خاتمه باید گفت: عمل خودکشی در بیشتر ادیان محکوم شده است.

تحقیقات نشان داده است که میزان دینداری و مسئولیت‌پذیری مستقیماً با میزان خودکشی رابطه دارد و هراندازه که میزان دینداری و معنایابی از زندگی بیشتر باشد احتمال رفتار معطوف به خودکشی کمتر می‌شود. اطلاعات دینی و وجودگرایی بالینی مناسب می‌تواند به مشاوران کمک نماید تا این اطلاعات را به هنگام تدوین برنامه‌هایشان مورد استفاده قرار دهند. بنابراین درمانگران و مشاوران نباید اهمیت توجه به مسایل معنوی، وجودی و مذهبی در کمک به مراجعان را از نظر دور بدانند و از این روش‌های مذهبی و انسان‌گرایانه برای کمک به مراجعان مشکل‌دار و دردمند بهره‌گیرند، تا از این طریق اثربخشی مداخلات درمانی خود را افزایش دهند و وقوع خودکشی رو به تازد در بین نوجوانان کاهش داد.



منابع

- انیسی، جعفر، فتحی آشتیانی، علی، سلیمی، سید حسین و احمدی، خدابخش (۱۳۸۳). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۷: ۳۳-۳۷.
- ابراهیمی امراله؛ نشاط دوست حمیدطاهر؛ کلانتری مهرداد؛ مولوی حسین؛ اسداللهی قربانعلی (۱۳۸۶). سهم مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی در پیش‌بینی و نسبت بخت ابتلا به افسردگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۹(۴): ۵۸-۵۲.

- احمدی، طهران، هدی؛ حیدری، اکرم؛ کجویی، احمد؛ ایرانی، آزاد (۱۳۸۸). همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*؛ ۵۱: ۳-۵۶.
- اشنایدمن، ادوین (۱۳۸۳). *روان‌شناسی خودکشی: ذهن خودکشی‌گرا*. ترجمه مهرداد فیروز بخت. ناشر: موسسه خدمات فرهنگی رسا، تهران. (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۲).
- پالمر، استفان. (۱۳۸۳). *نظریه های مشاوره و روان درمانی*. ترجمه ناصر. یوسفی، اصفهان: انتشارات پرسش، چاپ اول (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۱).
- پروچاسکا. جیمز او و نورکراس. جان سی (۱۳۸۱). *نظریه های روان درمانی*. ترجمه ی یحیی سید محمدی. تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۲).
- حسین آبادی، مجید (۱۳۹۰). *اثربخشی گروه درمانی وجودی- انسان‌گرایانه بر میزان سلامت روان زندانیان و بررسی سهم عزت نفس و احساس شرم در بهبود سلامت روان*. پایان نامه ی کارشناسی ارشد. دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- رحیمی آباد پریسا (۱۳۷۸). *استفاده از یک مدل تجربی برای بررسی کمبودها در فرایند بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام کنندگان به خودکشی*. پایان نامه پزشکی عمومی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- کاویانی حسین، موسوی اشرف السادات، محیط احمد (۱۳۸۰). *مصاحبه و آزمون های روانی*. تهران: انتشارات سنا.
- سعیدی نژاد، زهره؛ مظاهری، محمد علی و غباری بناب، باقر. (۱۳۸۸). *تأثیر مداخلات معنوی به شیوه ی گروهی بر سلامت روان و خود شکوفایی تازه ها و پژوهش های مشاوره؛ ۸ (۳۱): ۱۱۵-۱۳۴*.
- فرانکل، ویکتور. (۱۳۸۶). *انسان در جستجوی معنی*. ترجمه اکبر. معارفی، چاپ هشتم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران (تاریخ انتشار اثر اصلی ۱۹۶۷).
- فخاری نوابی نژاد، فروغان (۱۳۸۷). *تأثیر مشاوره ی گروهی با رویکرد معنا درمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند*، *مجله ی سالمندی ایران*، ۳ (۷): ۴۳-۵۸.
- قهرمانی، محمد (۱۳۸۲). *بررسی تأثیر روزه داری بر وضعیت سلامت روانی، همایش، نقش دین در بهداشت روان*، قم، معارف، چاپ اول، جلد ۱، ۲۴۴-۲۴۴.
- کوتلر، ایلن. (۱۳۸۵). *مهارتهای مشاوره ای برای معلمان*. ترجمه ناصر یوسفی و ناصر شیربگی، سنندج: نشر دانشگاه کردستان (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۳).
- مجاهد، عزیزا...؛ کلاتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ بخشانی، نورمحمد. (۱۳۸۸). *مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری با درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان*. *مجله اصول بهداشت روانی*؛ ۴ (۱۱): ۲۸۲-۲۹۱.

محمد پور، احمد رضا (۱۳۹۰) ویکتور امیل فرانکل (بزرگان روانشناسی و تعلیم و تربیت). تهران: دانژه. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۲).

نظری، محمد علی و ضرغامی، سعید (۱۳۸۸) روان‌درمانی وجودی (درمان فردی و گروهی). تهران: پازینه.
 وولف دیوید (۱۳۸۶)؛ روانشناسی دین، ترجمه محمد دهقانی. چاپ اول؛ انتشارات رشد، ص ۳۶-۳۹. (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۳).

یاری، شیما (۱۳۸۹)، اثربخشی گروه درمانی وجودی بر استرس در افراد مبتلا به دیابت، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی.

Azhar, M. Z., Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Journal Psychotherapy Psychosomatic*, 63, 165-680.

Beck, T, Kovacs, M & Weissman, A (1979). Assessment of suicidal intention: The scale of suicide ideation. *Journal Consult Clinical Psychology*; 47: 343-352.

Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *Journal American Psychologist*, 46, 394-403.

Binswanger, L. (1956). "Existential Analysis and Psychotherapy", in *Progress in Psychotherapy*, eds. F. Fromm-Reichman and J. Moreno (New York: Grune & Station), 196- 256.

Brennan, M. (2004). Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle- aged and older adults. *The International Journal for the Psychology of Religion*; 14 (3): 193-214.

Boss, M. (1982). *Psychoanalysis and daseinanalysis*. New York: Simon & Schuster.

Cain, D. J. & Seaman, J. (2002). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC, American Psychological Association Press.

Comstock, G. r Partidge, K. B. (1472). Church Abandance and Health. *Journal of Chronic Disease*. 25.665.672.

Danitz, M. (2001). *Suicide an unnecessary death*. London: UK.

Ducher, J. L., & Dalery, J. (2004). Concurrent validation of suicidal risk assessment Scale with the Beck s Suicidal Ideation Scale. *Encephale*, 30, 249-254.

Deurzen, E. van, and Kenward, R. (2005) *Dictionary of Existential Psychotherapy and Counseling*, London: Sage Publications.

Deurzen, E. van and Arnold-Baker, C., eds. (2005), *Existential Perspectives on Human Issues: a Handbook for Practice*, London: Palgrave, Macmillan.

Exline, J. J. (2008). Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample. *Journal of Psychology and Christianity*; 27: 131- 139.

Harmand, J. ; Ashlock, I. E. & Miller, T. W. (1993). [Treating post-traumatic stress disorder among Vietnam combat veterans: An existential perspective](#). *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 23, 281-291.

[Heidegger, M. Explained: From Phenomenon to Thing. quotation: by Graham Harman \(2007\). Sememar of Existentialism, Springer Netherlands, 116-117.](#)

- Holt, H. (1966). *The case of Father M: A segment of an existential analysis. Journal of Existentialism*, 6, 369° 495. [Also in D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.). (1979). *Great cases in psychotherapy*. Itasca, IL: F. E. Peacock.]
- Ivey, A. E. (2000). Counseling, time to take charge, counseling and psychotherapist. *Pastoral Psychology*, 23, 12- 21.
- Iacovou, S. (2009). Are Wellbeing, Health and Happiness Appropriate Goals for Existential Therapists? *Journal Existential Analysis*, 20(2), 23-35.
- Koenig, H. G. (1998). *Religion and Mental Health*, California: Academic Press.
- Kissane, D. W. et al. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Pub med.*, 12, 532-245.
- Lambert, N. M. & Dollahite, D.C. (2008). The Threefold Cord: Marital commitment in Religious Couples. *Journal of Family Issues*. 29, 592-614.
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety (rev. ed.)*. New York: Norton. (First edition published in 1950.)
- Mascaro, N. & Rosen, D.H. (2006). The role of existential meaning as a buffer against stress. *Journal of Humanistic Psychology*. 46. 2 168-190.
- Ozdel O, Varma G, Atesci FC (2009). Oguzhanoglu NK, Karadag F, Amuk T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis: Journal of Crisis Interven Suicide Prevent*, 30(2), 90-93.
- Nelson, R.; J. (2006). *Theory and practice of counseling and therapy*. London: SAGE.
- Pervin, I.A. (1960). Existentialism, psychology, and psychotherapy. *Journal of American Psychologist*, 15(5), 305-309.
- Propst, L.R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and non-religious cognitive behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 60: 98-103.
- Salkouskis, P, M, & Storer, B (1990). Cognitive behavioral problem solving in the treatment of patients who repeated attempt suicide: a controled trial. *British Journal Psychiatry* ;157: 871-6.
- Schulenberg, S. E. (2002). Logotherapy and Conduct Disorder. *The International Journal for Logotherapy*, 25: 52° 67.
- Schulenberg, S. E. (2003). Psychotherapy and movies: On using films in clinical practice. *Journal Contemporary Psychotherapy*, 33, 35° 48.
- Seidner, S. S. (2009). ["A Trojan Horse: Logotherapeutic Transcendence and its Secular Implications for Theology"](#). Mater Dei Institute. pp 10° 12.
- Schneider, K.J. (2011). ["Existential-Humanistic Therapies"](#). In S.B. Messer & Alan Gurman (Eds.), *Essential Psychotherapies. (Third ed.)*. New York: Guilford.
- Spinelli, E. (2003). [The Existential-Phenomenological Paradigm](#). In R. Woolfe, W. Dyden, S. Strawbridge, *Handbook of Counselling Psychology. 2nd edition*. London: Sage.
- Timms, S., & Goreczny, A. J. (2002). Adolescents offenders with mental retardation: Literatur review and assessment considerations. *Journal Aggression and Violent Behavior*, 7: 1° 19.
- Thoresen ,C.E., & Harris ,H.S.(2002). Spirituality and health: What s the evidence and what s needed? *Journal Annual Behavioral Medicine*; 24(1): 3-13.

- Yontef, G., & Jacobs, L. (2005). *Gestalt therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current psychotherapies*. Belmont, CA: Brooks/Cole Thompson Learning.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (2001). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists*. New York: Harper Collins.

