

تأثیر برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش بر کاهش گرایش به خودکشی و قصد خودکشی در دانشجویان دختر دانشگاه‌های شهرکرد در سال ۱۴۰۰

غلامرضا رجبی^{۱*}، زهرا مرادی وستگانی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۲۵

خلاصه

مقدمه: خودکشی، دومین عامل مرگ و میز در میان دانشجویان دانشگاه، و یک موضوع مهم مربوط به سلامت عمومی در جامعه می‌باشد. پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش بر کاهش گرایش به خودکشی و قصد خودکشی در دانشجویان دختر دانشگاه‌های شهرکرد در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه‌های شهرکرد در سال ۱۴۰۰ (بالغ بر ۲۰۵۶۹ دانشجوی) بود. تعداد ۴۰ دانشجوی با روش نمونه‌گیری داوطلبانه و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش برگزیده شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره کنترل و آزمایش جایگزین گردیدند. گروه آموزش، در شش جلسه نود دقیقه‌ای به صورت هفتگی تحت برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش قرار گرفتند. گروه‌ها با استفاده از مقیاس سنجش افکار خودکشی در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده برنامه آماری SPSS-22 و روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش باعث کاهش گرایش به خودکشی ($F = 44/09, p < 0/001$) و قصد خودکشی ($F = 47/22, p < 0/001$) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد.

نتیجه‌گیری: بر طبق نتایج پژوهش و تأثیر مثبت این برنامه آموزشی در کاهش افکار خودکشی، می‌توان از نتایج آن در مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌ها برای پیشگیری از خودکشی در دانشجویان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی پس از پذیرش، گرایش به خودکشی، قصد خودکشی، دانشجویان دختر

۱. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: E-mail: rajabireza@scu.ac.ir، تلفن: ۰۶۱۳۳۳۳۱۳۶۶

۲. کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

مقدمه

مطالعات نشان داده‌اند که ۶۰٪ خودکشی‌های مرتکب‌شده در دنیا در قاره‌ی آسیا اتفاق می‌افتند [۱، ۲]. انجمن سلامت دانشجویان آمریکا (American College Health Association) گزارش کرده است که ۹/۵٪ از دانشجویان دانشگاه در ۱۲ ماه قبل به طور جدی به خودکشی فکر می‌کردند و ۱/۵٪ تلاش کرده‌اند که با خودکشی جان خود را بگیرند [۳]. در یک زمینه‌یابی دانشجویی در ۷۰ دانشگاه ایالات متحده، ۶٪ از دانشجویان و ۴٪ از فارغ‌التحصیلان گزارش داده‌اند که به طور جدی به فکر خودکشی بوده‌اند و ۸۵٪ از کوشیده‌اند خود را از بین ببرند [۴]. میزان شیوع افکار خودکشی در بین دانشجویان ایرانی ۶٪ گزارش شده است و افرادی که افکار شدید خودکشی را تجربه می‌کنند بیش‌تر در معرض اقدام به خودکشی می‌باشد [۵].

به‌رحال، افراد با ورود به دانشگاه با چالش‌های متعددی، از جمله مسئولیت‌های جدید اجتماعی و تحصیلی و یافتن استقلال مواجه می‌شوند. این عوامل فشارزا می‌توانند زمینه بروز اختلالات روانی و اجتماعی را فراهم آورند. خودکشی، یکی از این پیامدها است [۶] که می‌تواند افسردگی (depression) و افکار خودکشی (suicide ideations) را به دنبال داشته باشد [۷]. افکار خودکشی به اندیشیدن، قصد داشتن و یا برنامه‌ریزی برای اقدام به خودکشی و خودکشی کامل اطلاق می‌شود [۸]. در مطالعه‌ای تعدادی از پژوهشگران استرس حاصل از جدایی از خانواده، ورود به محیط ناآشنا، روبه‌رو شدن با استانداردهای تحصیلی بالا، نگرانی نسبت به آینده شغلی، استرس‌های تحصیلی و رعایت طول مدت تحصیل را از عوامل افزایش افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دانشجویان عنوان کرده‌اند [۹]. در مطالعه‌ای در کره جنوبی مشاهده شده که نگرش‌های منفی نسبت به خود، ابهام در معنای زندگی، اضطراب و استرس درمورد پیشرفت تحصیلی، مشکلات خانوادگی، ناامیدی، افسردگی و اختلال دوقطبی از عوامل اصلی خودکشی می‌باشند [۱۰]. وقوع خودکشی در جامعه دانشجویی طیف گسترده‌ای از آثار منفی را به همراه دارد و در این مواقع امکان مسری‌بودن خودکشی و خودکشی خوشه‌ای وجود دارد [۱۱]؛ در نتیجه برنامه‌های

پیشگیری از خودکشی در دانشگاه برای کاهش صدمات و آسیب‌ها و کمک به دانشجویان برای مقابله با افکار خودکشی اهمیت بسزایی دارند که می‌تواند سلامت روان و در نتیجه، کارایی آنان را در ادامه تحصیل و قبول مسئولیت‌های مختلف در خانواده و جامعه افزایش دهد.

به دلیل نقش مهم عوامل شناختی ناسازگار، مانند ناامیدی و آستانه تحمل پایین در شرایط فشارزا در افزایش افکار خودکشی، مداخله شناختی از مداخلات مؤثر در کاهش افکار خودکشی شناخته شده است [۱۲]. از اهداف اولیه این مداخلات ارائه آموزش روان‌شناختی، کاهش عوامل خطر خودکشی، تقویت مقابله مؤثر و کم‌کردن کناره‌گیری اجتماعی برای کمک به مراجع در جهت افزایش شبکه حمایت اجتماعی او هستند [۱۳]. برنامه درمان شناختی پس از پذیرش (post-admission cognitive therapy) با هدف کاهش احتمال اقدام به خودکشی، کاهش شدت عوامل خطر روان‌شناختی، از جمله افسردگی، ایده خودکشی و ناامیدی، افزایش مهارت‌های حل مسئله و سازگاری (به‌ویژه در مورد مشکلات و رویدادهای فشارزای زندگی که منجر به تشدید گرایش به اقدام به خودکشی می‌شوند)، افزایش استفاده از شبکه حمایت اجتماعی موجود یا توسعه یک شبکه حمایت جدید، مداخلات و آماده‌سازی مراجعان در تهیه و اجرای برنامه ایمنی برای پیشگیری از خودکشی تدوین شده است. این درمان، شامل سه مرحله اصلی است که در هر مرحله اهداف و فعالیت‌های خاصی در نظر گرفته شده است. مرحله اول با هدف ایجاد رابطه و اتحاد درمانی به منظور مشارکت مراجع در روند آموزش روانی و ایجاد یک مفهوم‌سازی شناختی مشترک اجرا می‌شود. در این مرحله، به عوامل انگیزشی که ممکن است مراجع را به بهترین سمت و سازگاری سوق دهد، توجه می‌شود. مرحله دوم، با سه هدف افزایش امید با استفاده از شناسایی نقاط قوت شخصی و دلایل زندگی، آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگار و هدف قراردادن کمبودها در حل مشکلات مراجع دنبال می‌شود تا او متوجه شود خودکشی تنها گزینه قابل تأمل برای حل مشکلات زندگی نیست. مرحله سوم مربوط به آموزش ایمنی مراجع می‌باشد که در این مرحله

طرح ایمنی در اختیار او قرار می‌گیرد و مهارت‌های آموخته شده تثبیت می‌شوند [۱۳]. در پژوهش‌های متعددی نشان داده شده‌اند که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش افکار خودکشی در نوجوانان، دانشجویان و جوانان شده است [۱۶-۱۳]. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تأثیر برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش بر کاهش گرایش به خودکشی و قصد خودکشی در دانشجویان دختر انجام گرفت. در این مطالعه دو فرضیه تدوین گردید: (۱) برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش باعث کاهش گرایش به خودکشی می‌شود. (۲) برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش باعث کاهش قصد خودکشی می‌شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر در یک طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام گرفت (کُد اخلاق EE/1400/3/02/11015/scu.ac.ir). جامعه این پژوهش، شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی رشته‌های مختلف دانشگاه‌های شهرکرد در سال ۱۴۰۰ (بالغ بر ۲۰۵۶۹ دانشجو) بود. تعداد ۴۰ دانشجو بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، نمره ۲۰ تا ۳۸ در مقیاس سنجش افکار خودکشی Beck [۱۷]، سن ۱۸ تا ۲۵ سال و تمایل به شرکت در برنامه آموزشی برگزیده شدند. ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی در نظر گرفته شد. بر اساس فرمول حجم نمونه کوکران $n = z^2 pq/d^2$ (مقدار Z^2 برابر با سطح معنی‌داری ۰/۰۵، p و q برابر با ۰/۵ و $d = ۰/۰۵$) $۳۸/۴$ نفر بدست آمد که در نهایت ۴۰ نفر نمونه در نظر گرفته شد. با توجه به این که کلاس‌های دانشگاه‌ها به علت شیوع ویروس کرونا و رعایت نکات ایمنی به صورت حضوری برگزار نمی‌شدند، برای انتخاب نمونه، یک فراخوان در مورد برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی با مجوز حراست و معاونت امور دانشجویی دانشگاه‌های شهرکرد در سایت‌های این دانشگاه‌ها صادر گردید و دانشجویانی که تمایل به حضور در کلاس‌های آموزشی داشتند، انتخاب شدند. در مرحله بعد، مقیاس

سنجش افکار خودکشی Beck (the Beck Scale for Suicide Ideation) از طریق ایمیل دانشگاهی برای همه دانشجویان دختر داوطلب که مایل به شرکت در برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی بودند در مدت سه هفته ارسال گردید و به صورت خودگزارشی برگردانده شدند. در مرحله بعد از میان این افراد، چهل نفر که در این مقیاس نمره بین ۲۰ تا ۳۸ کسب نمودند به عنوان نمونه هدف برگزیده شدند و به هر کدام، یک عدد اختصاص داده شد. سپس، این اعداد در یک پاکت ریخته شدند و یک در میان به صورت قرعه‌کشی تصادفی، ۲۰ نفر به گروه آزمایش و ۲۰ نفر به گروه کنترل اختصاص داده شدند. بعد از این مرحله، مصاحبه‌ای در حدود ۱۰ دقیقه به صورت فردی با هر شرکت کننده در مورد هدف کار و نحوه تشکیل جلسات آموزش انجام گردید. برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش (جدول ۱) در طی شش جلسه نود دقیقه‌ای به صورت هفتگی در روزهای دوشنبه در ساعت ۲۰ الی ۲۱:۳۰ دقیقه، از هفته اول خرداد تا اواخر تیر ماه ۱۴۰۰ روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش توسط نویسندگان این مقاله که آموزش‌های لازم را برای برگزاری این جلسات دیده بودند از طریق فضای مجازی اُدبی کانکت اجرا گردید. شرکت‌کنندگان گروه کنترل فقط در دو جلسه در مورد خودکشی، عوامل مربوط به آن و راه‌های پیشگیری از آن تحت آموزش از طریق فضای مجازی اُدبی کانکت بعد از اتمام جلسات گروه آزمایش در همان روز و همان ساعات در اواخر مرداد ماه ۱۴۰۰ قرار گرفتند. همچنین شرکت‌کنندگان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بعد از یک ماه در مقیاس سنجش افکار خودکشی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی، از جمله کسب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، حریم شخصی، محرمانه ماندن اطلاعات تک‌تک افراد شرکت‌کننده، حق انصراف از حضور در جلسات آموزشی، دادن اطلاعات کافی در مورد زمان، مکان و مراحل پژوهش و فرصتی برای طرح سؤال و پاسخ در اختیار شرکت‌کنندگان، رعایت شد. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی: در این پژوهش یک پرسش‌نامه کوتاه جمعیت‌شناختی تهیه گردید که شامل

عاملی اکتشافی روی مقیاس سنجش افکار خودکشی Beck دو عامل انگیزش و آمادگی برای خودکشی استخراج گردید. در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس $\alpha = 0/84$ و ضرایب روایی همزمان بین این مقیاس و پرسش‌نامه‌های افسردگی و مقیاس ناامیدی بک و مقیاس‌های درجه‌بندی اضطراب و افسردگی همپلتون همبستگی معنی‌دار گزارش شده است [۲۱]. در پژوهشی محققان با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی روی این مقیاس در کشور ترکیه به شش عامل (میل به خودکشی فعال، میل به خودکشی غیرفعال، آرزوی خودکشی، عوامل حمایت‌کننده از خودکشی، افکار مطمئن از خودکشی و آمادگی) با واریانس ۶۵/۷٪، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی همزمان این مقیاس با پرسش‌نامه افسردگی Beck ($r=0/40$) و مقیاس ناامیدی بک ($p<0/001$) دست یافته‌اند [۲۲]. در مطالعه دیگری روی شرکت‌کنندگان بزرگسال کره‌ای نیز ساختار عاملی تأییدی دو عاملی انگیزش و آمادگی برای خودکشی مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ بالا و روایی همگرا معنی‌دار بین این مقیاس و عامل بالقوه خودکشی از پرسش‌نامه افسردگی ویرایش دوم و مقیاس ناامیدی Beck مشاهده گردید [۲۳].

پروتکل برنامه آموزشی شناخت درمانی پس از پذیرش برای پیشگیری از اقدام به خودکشی در مراجعانی که سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند تدوین شده است [۱۳].

متغیرهای سن آزمودنی‌ها، وضعیت تأهل، ترم تحصیلی و رشته تحصیلی بود.

مقیاس سنجش افکار خودکشی Beck: این مقیاس برای ارزیابی شدت نگرش‌ها، رفتارها و برنامه‌های اخیر برای ارتکاب خودکشی استفاده می‌شود و یک ابزار خودگزارشی و شامل نوزده ماده است [۱۷] که ویژگی‌هایی مانند آرزوی مُردن، آرزوی زنده ماندن، دلایلی برای زندگی یا مُردن و آرزوی خودکشی فعال و غیر فعال و غیره را اندازه می‌گیرد. هر یک از ماده‌های این مقیاس سه گزینه دارد که در مقیاس سه رتبه‌بندی از ۰ تا ۲ (هیچ = ۰، تا حدودی = ۱ و زیاد = ۲) رتبه‌بندی می‌شوند و هر ماده بر اساس شدت خودکشی درجه‌بندی می‌شود. نمره کل با جمع کردن ۱۹ ماده محاسبه می‌شود و دامنه نمره کل از ۰ تا ۳۸ متغیر می‌باشد که نمره‌های بالاتر بیانگر افکار، نگرش‌ها و خطر خودکشی است. در این مقیاس از ۵ ماده اول برای غربال‌گری نگرش‌ها نسبت به زندگی و مُردن استفاده می‌شود و فقط بیمارانی که میل به ارتکاب خودکشی فعال (ماده ۴) یا میل به ارتکاب خودکشی غیرفعال (ماده ۵) گزارش دهند در ماده‌های ۱۹-۶ هم ارزیابی می‌شوند. در پژوهش‌هایی ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ [۱۸]؛ ۰/۸۵ [۱۹]؛ ۰/۹۰ [۲۰] و ضریب روایی این مقیاس با پرسش‌نامه‌های افسردگی و گرایش به خودکشی (از ۰/۹۰ برای بیماران بستری تا ۰/۹۴ برای بیماران غیر بستری) و با مقیاس ناامیدی بک (Beck Hopelessness Scale) ۰/۶۲، به دست آمده‌اند [۱۸]. در مطالعه‌ای با استفاده از تحلیل

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسه‌های آموزش پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش در دانشجویان دختر دانشگاه‌های شهرکرد در سال ۱۴۰۰ [۱۳]

جلسات	اهداف	محتوا
مرحله اول	ایجاد ارتباط، ارائه آموزش روانی، ارزیابی آمادگی	در ابتدا درباره مقررات گروه، حفظ محرمانه بودن، مدت زمان و ساعات برگزاری جلسات به مراجعان اطلاعاتی ارائه شد. همچنین در مورد ساختار کلی جلسات، در جلسه اول شرح داده شد و از اعضای گروه درخواست گردید که یکی از روایت‌های مربوط به خودکشی خود را در گروه بیان کنند.
جلسه‌های اول و دوم	برای تغییر، گسترش مفهوم‌سازی برای خودکشی و بررسی حوزه‌های مختلف درگیر در حالت فعال خودکشی	سیس با پرسش‌هایی باور فرد، احساس، هیجان و واکنش‌های جسمی در لحظه روبه‌رو شدن به حالت خودکشی و راهبردهای مقابله‌ای و واکنش‌های رفتاری فرد مورد بررسی قرار گرفتند تا باور افراد شناسایی شوند. سپس تحلیل زنجیره‌ای با یک واقعه فشارزا که توسط مراجع شناسایی شده، آغاز گردید و به صورت مکتوب زنجیره نوشته شد تا در صورت نیاز به آن مراجعه شود.
مرحله دوم	آموزش راهکارهای افزایش امید و راهکارهای	در جلسه سوم برای مقابله با ناامیدی از مراجعان خواسته شد یک جعبه امید را برای خود ایجاد کنند. در مرحله بعد مفهوم جعبه امید و روش ایجاد
جلسه‌های سوم و چهارم	مقابله‌ای سازگارانه	

آن به آزمودنی‌ها آموزش داده شد. ایجاد کارت‌های مقابله‌ای شناختی و رفتاری از دیگر مهارت‌ها در جلسه سوم بود. نکات کلی در مورد این کارت‌ها این بود که باید در ابعاد کوچک و قابل حمل ایجاد شوند و در همه‌ی مواقع در دسترس مراجع باشد. آموزش برنامه‌ریزی فعالیت نیز در چند مرحله در اختیار مراجع قرار گرفت. در جلسه چهارم آموزش آرمیدگی عضلانی، طرح سه سؤالی و به چالش کشیدن الگوهای ناکارآمد تفکر در این جلسه آموزش داده شد.

در جلسه پنجم باید اطمینان حاصل کرد که مهارت‌های آموزش داده شده به خوبی توسط مراجع آموخته شده است. ابتدا مهارت‌ها و راهبردهای آموزش داده شده قبلی بررسی و مرور شدند. سپس با جلب رضایت مراجع برای آموزش مهارت پیشگیری از عود بحران از او درخواست شد که شرایط یک بحران خودکشی را تصور کند و از مهارت‌های آموخته شده در حل این بحران استفاده نماید. در جلسه ششم یک طرح ایمنی با مشارکت مراجعان به صورت فردی تدوین شد.

مهارت‌های پیشگیری از عود و مراقبت از خود

مرحله سوم
جلسه‌های پنجم و ششم

و کنترل در مؤلفه‌های گرایش به خودکشی و قصد خودکشی و مقایسه مراحل سه‌گانه گروه آزمایش در دو متغیر فوق در سطح آماری $p < 0/05$ استفاده شد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (روش آمیخته) با رعایت مفروضه‌های آن (مقایسه گروه‌های آزمایش

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

متغیرها	انحراف معیار \pm میانگین
سن آزمودنی‌ها	۲۱/۲ \pm ۲۲/۴۰
انحراف معیار \pm میانگین سن گروه‌ها	
آزمایش	۲۰/۲ \pm ۹۵/۳۷
کنترل	۲۱/۲ \pm ۵۰/۴۶
	عدم تفاوت بین گروه‌های سنی ($t = 0/72, p = 0/476$) وضعیت تأهل: فراوانی (%)
مجرد	۳۵ (۸۷/۵٪)
متأهل	۵ (۱۲/۵٪)
	وضعیت تأهل گروه‌ها: فراوانی (%)
	آزمودنی‌های مجرد گروه آزمایش ۱۶ (۸۰٪)
	آزمودنی‌های متأهل گروه آزمایش ۴ (۲۰٪)
	آزمودنی‌های مجرد گروه کنترل ۱۹ (۹۵٪)
	آزمودنی‌های متأهل گروه کنترل ۱ (۵٪)
	$\chi^2 = 1/51, p = 0/476$ عدم رابطه بین وضعیت تأهل و گروه‌های آزمایش و کنترل
ترم تحصیلی	دوم ۳ (۷/۵٪)
	سوم ۵ (۱۲/۵٪)
	چهارم ۶ (۱۵٪)
	پنجم ۸ (۲۰٪)
	ششم ۶ (۱۵٪)
	هفتم ۷ (۱۷/۵٪)
	هشتم ۵ (۱۲/۵٪)
	انسانی ۱۹ (۴۷/۵٪)
رشته تحصیلی	علوم پایه ۱۰ (۲۵٪)
	فنی-مهندسی ۸ (۲۰٪)
	علوم پزشکی ۳ (۷/۵٪)

به دست آمده که فقط واریانس دو گروه در مؤلفه گرایش به خودکشی در مرحله پیگیری تابع توزیع نرمال نبود و تخطی از این مفروضه برای این مؤلفه مهم نمی باشد؛ زیرا حجم نمونه ها در هر دو گروه برابر هستند. همچنین نتایج آزمون های برابری ماتریس های کوواریانس ام باکس ($F = 19/17$, $p < 0/008$) و کرویت موچلی ($\chi^2 = 3/73$) تقریب مجذور کای $\chi^2 = 90/0$ ، $p = 0/155$, Mauchly در مؤلفه گرایش به خودکشی در بین گروه های تحت مداخله و کنترل یکسان نبود و برای تحلیل این متغیر از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس-کیزر استفاده شد، اما نتایج آزمون های برابری ماتریس های کوواریانس ام باکس ($F = 11/79$, $p < 0/095$) و کرویت موچلی ($\chi^2 = 5/49$) تقریب خی دو $\chi^2 = 86/0$ ، $p = 0/064$, Mauchly در مؤلفه قصد خودکشی در بین گروه های تحت مداخله و کنترل یکسان بود و برای تحلیل این متغیر از آزمون کرویت استفاده گردید.

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، میانگین و انحراف معیار مؤلفه های افکار خودکشی و گرایش به خودکشی در گروه آموزش از مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری کاهش داشته اند. فرض آزمون نرمال بودن شاپیرو-ویلک داده های مؤلفه گرایش به خودکشی در مراحل سه گانه پیش آزمون $0/92$ ($p < 0/014$)، پس آزمون $0/96$ ($p = 0/161$) و پیگیری $0/91$ ($p < 0/005$) و مؤلفه قصد خودکشی در گروه های آزمایش و کنترل به ترتیب $0/95$ ($p = 0/145$)، $0/95$ ($p = 0/145$) و $0/94$ ($p < 0/037$) به دست آمد. باید خاطر نشان کرد که فرض نرمال بودن در تحلیل واریانس تقریباً بی اهمیت است. پس با وجود نقض این فرض، احتمال خطای نوع اول در اکثر موارد تقریباً در حدی است که آزمایشگر مشخص کرده؛ یعنی α (آلفا) باقی می ماند. همچنین فرض های برابری واریانس های بین گروه های آموزش و کنترل در مؤلفه گرایش به خودکشی در مرحله پیش آزمون $p = 0/447$ ، پس آزمون $p = 0/922$ و پیگیری $p < 0/042$ و در مؤلفه قصد خودکشی به ترتیب $p = 0/202$ ، $p = 1$ و $p = 0/218$

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره مؤلفه های گرایش به خودکشی و قصد خودکشی در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دانشجویان دختر دانشگاه های شهرکرد در سال ۱۴۰۰ (تعداد در هر گروه = ۲۰)

مؤلفه	مرحله گروه ها	پیش آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین
گرایش به خودکشی	آزمایش	۸/۰۵ \pm ۱/۶۳	۲/۹۰ \pm ۱/۸۶	۱/۱۵ \pm ۱/۰۴
	کنترل	۷/۱۰ \pm ۱/۸۳	۶/۳۵ \pm ۲	۶/۵۵ \pm ۱/۸۴
قصد خودکشی	آزمایش	۵/۰۵ \pm ۱/۳۱	۲/۵۵ \pm ۱/۱۹	۱/۵۰ \pm ۱/۱۹
	کنترل	۴/۸۵ \pm ۱/۸۱	۵/۴۵ \pm ۱/۲۳	۵/۲۵ \pm ۱/۶۸

و قصد خودکشی معنی دار می باشند. این یافته ها نشان می دهند که بین مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در میانگین نمره گرایش به خودکشی و قصد خودکشی در شرکت کنندگان تفاوت معنی داری وجود دارد؛ یعنی برنامه ی آموزش پیشگیری از خودکشی باعث کاهش گرایش به خودکشی و قصد خودکشی در شرکت کنندگان گروه آموزش شده است. در این رابطه دو تحلیل واریانس جداگانه با اندازه گیری های تکراری برای گروه آموزش در سه مرحله مداخله آموزشی در نمره گرایش به خودکشی و قصد

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، نسبت F های مشاهده شده عامل گروه ها در مؤلفه های گرایش به خودکشی ($F = 44/09$) و قصد خودکشی ($F = 47/22$) بیانگر تأثیر مثبت برنامه آموزشی بر کاهش گرایش به خودکشی (گروه آزمایش $4/03$ ، گروه کنترل: $6/66$) و کاهش قصد خودکشی (گروه آزمایش $3/03$ ، گروه کنترل: $5/18$)، بوده است. همچنین نسبت F های مشاهده شده درون آزمودنی ها در مراحل مداخله برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش بر کاهش گرایش به خودکشی

نشان داد که میانگین نمره‌های شرکت‌کنندگان تحت برنامه آموزشی در مؤلفه‌های گرایش به خودکشی و قصد خودکشی از مرحله قبل از مداخله تا مرحله پیگیری به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است و تأثیرات آموزش در مرحله پیگیری ماندگاری را نشان می‌دهد. به علاوه، تعامل معنی‌داری بین گروه‌ها و مراحل سه‌گانه مداخله آموزشی در مؤلفه‌های گرایش به خودکشی ($F=49/23$, $p<0/001$) و قصد خودکشی ($F=27/24$, $p<0/001$) دیده می‌شود.

خودکشی اجرا شد. با توجه به معنی‌دار شدن آزمون موچلی در مؤلفه گرایش به خودکشی ($p<0/008$) از آزمون محافظه‌کارانه گرین‌هاوس-کیزر، استفاده گردید. F مشاهده شده درون آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر ($F=101/81$, $df=1/41$, $p<0/001$) معنی‌دار بود. همچنین به دلیل معنی‌دار نبودن آزمون موچلی در مؤلفه قصد خودکشی از آزمون کرویت استفاده شد. F مشاهده شده درون آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر ($F=51/61$, $df=2$, $p<0/001$) معنی‌دار بدست آمد. به علاوه، آزمون بنفرونی

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس تکراری بین آزمودنی‌ها (گروه‌های آموزش و کنترل) و درون آزمودنی‌ها (مراحل سه‌گانه) در مؤلفه‌های گرایش به خودکشی و قصد خودکشی در دانشجویان دختر دانشگاه‌های شهرکرد در سال ۱۴۰۰

p	F	میانگین مجموع مجذورات	df	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	مؤلفه‌های خودکشی
* 0/001	44/09	208/03	1	208/03	بین آزمودنی‌ها: گروه	گرایش به خودکشی
		4/71	28	179/26	خطا	
* 0/001	71/90	169/34	1/82	309/05	درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله	
		115/95	1/82	211/61	گروه‌ها × مراحل مداخله	
		2/35	69/34	163/33	خطا	
* 0/001	47/22	138/67	1	138/67	بین آزمودنی‌ها: گروه	قصد خودکشی
		2/93	28	111/58	خطا	
* 0/001	15/85	25/15	2	50/31	درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله	
		22/42	2	86/45	گروه‌ها × مراحل مداخله	
					خطا	

* $p<0/001$ اختلاف معنی‌دار

بحث

است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، جوانانی که در ایجاد هویت‌های سالم و روابط اجتماعی موفقیت کمتری دارند در معرض آسیب‌پذیری هستند. در پژوهشی نشان داده شد دانشجویانی که از حمایت اجتماعی برخوردار بودند حتی در موقعیت‌های پرفشار، رفتارهای آسیب‌زا و افکار خودکشی کمتری را از خودشان نشان داده‌اند [۲۵]. همچنین پردازش و تفسیر مغرضانه پیشامدها و محرک‌ها منجر به ایجاد انواع خطاهای شناختی و الگوهای ناکارآمد تفکر مانند تعمیم بیش‌ازحد و شخصی‌سازی می‌شود که اساس این تفسیرهای

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش بر کاهش افکار خودکشی (گرایش به خودکشی و قصد خودکشی) در دانشجویان دختر انجام گرفت. نتایج نشان داد که برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش باعث کاهش افکار خودکشی در دانشجویان شده است. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های Slesnick و همکاران و Ghahramanlou و همکاران [۱۶، ۲۴] همسو

آشنا شوند و موانعی در برابر فعال شدن گرایش به خودکشی و مرگ ایجاد کرد. در این برنامه آموزشی شرکت کنندگان گروه آموزش یاد گرفتند آستانه تحمل خود را بالا ببرند و به آینده امیدوارتر شوند. این آموزش نظام باورهای خودکشی گرایانه شرکت کنندگان را بازسازی کرد و خودانگاره‌ی آنان را بهبود بخشید. در این آموزش برای خنثی سازی گرایش به مرگ و خودکشی، مهارت‌های تنظیم هیجان و تحمل رنج به شرکت کنندگان آموزش داده شد تا پی ببرند احساس‌های بد همیشگی و پایدار نیستند و آن‌ها می‌توانند برای بهبود وضعیت خویش گام‌های فعالی را بردارند.

یافته دیگر این بود که برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی باعث کاهش قصد خودکشی در دانشجویان شده است. این یافته با پژوهش‌های Ghahramanlou و همکاران و Stanley و همکاران همسو است [۲۴، ۲۹]. طبق پژوهش‌ها قصد خودکشی که تحت تأثیر عوامل اساسی، از جمله بیزاری از خود، نقص در انعطاف‌پذیری شناختی و غیره و عوامل پویا که تحت تأثیر شرایط می‌باشند مانند افکار خودآیند منفی، ناامیدی، خودسرزنی شکل می‌گیرد و فرد یا افرادی که آسیب‌پذیری بالایی داشته باشند در مواقع پر فشار به سمت راه‌حل‌های سریع احتمالی می‌روند و امکان مقابله ناهنجار در پاسخ به بحران افزایش می‌یابد و فرد برای کاهش یا پیشگیری از تجربه موقعیت تنش‌زا از راهکارهایی، مانند خودکشی استفاده می‌کند. درحقیقت، توالی افکار، هیجان‌ها، تأثیرات جسمانی و واکنش‌های رفتاری در انسان‌ها می‌توانند منجر به یک بحران خودکشی شوند که در این پژوهش برنامه آموزشی شناخت درمانی پس از پذیرش با هدف قراردادن حوزه‌های خطرزا، آسیب‌پذیری از رفتارهای مرتبط با خودکشی پیشگیری کرده و قصد خودکشی را کاهش داده است.

محدودیت عمده این پژوهش انجام مطالعه بر روی جامعه دانشجویی است و نتایج را باید با احتیاط برای گروه‌های مختلف جامعه استفاده کرد. محدودیت دیگر، عدم برگزاری جلسات حضوری به دلیل بیماری کرونا بود که ممکن است در نتایج تأثیرگذار بوده باشد. پیشنهاد می‌شود از این روش آموزش پیشگیری از خودکشی در جمعیت‌های دانشجویی، دانش آموزی و در قشرهای کم برخوردار و مناطق جغرافیایی

تحریف شده، باورهای ناکارآمد هستند که در ساختارهای شناختی نسبتاً ماندگار گنجانده می‌شوند [۲۶]. تصحیح سوءبرداشت‌ها و اصلاح تفکر و رفتار غیرمفید باعث ایجاد واکنش‌های بهتری در افراد می‌شود [۲۷]. برنامه آموزشی شناخت درمانی پس از پذیرش به آزمودنی‌ها کمک کرد که در روابط اجتماعی خود، کارآمدتر شوند و کمتر به افکار خودکشی بپردازند. در این پژوهش، افکار و باورهای غیرمنطقی که آزمودنی‌ها در مورد خود، دیگران و دنیای پیرامون خود داشتند، شناسایی شدند و سپس در جلسات مختلف باورهای منطقی جایگزین آن‌ها گردید؛ در نتیجه آزمودنی‌ها مهارت‌های رفتاری جدید را در رابطه با موقعیت‌های بحرانی و فشارزا یاد گرفتند. این انسجام افکار در آزمودنی‌ها باعث شد که افکار منفی کمتری به ذهن آنان وارد شود.

پژوهش حاضر نشان داد که برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی پس از پذیرش باعث کاهش گرایش خودکشی در شرکت کنندگان گروه آزمایش شده است که این یافته با نتایج پژوهش Yoosefi و همکاران مطابقت دارد [۱۵]. گرایش به مرگ، لزوماً منجر به خودکشی نمی‌شود اما در حال حاضر در طیف خودکشی تعریف شده است و به عنوان یک خطر بالقوه خودکشی عنوان می‌گردد. پژوهشی نشان داده است که راهبردهای سازگاران شناختی با کاهش گرایش به مرگ و رفتارهای مرتبط با خودکشی در ارتباط است؛ زیرا این افراد توانایی بیشتری در مقابله با رویدادهای تنش‌زا دارند و برعکس افرادی که از راهبردهای ناسازگاران شناختی استفاده می‌کنند مشکلات سلامت روان بیشتری از خود نشان می‌دهند و بیشتر در معرض خطر خودکشی هستند [۲۸]. همچنین مراجعان خودکشی اغلب ناامیدی، درماندگی، طرد شدگی و عدم تحمل رنج را تجربه می‌کنند که این مسئله توانایی آنان را برای مقابله مؤثر با مشکلات کاهش می‌دهد و باعث می‌شود این افراد در مواجهه با مشکلات مهارت حل مسئله ضعیفی از خود نشان دهند و خودکشی را به عنوان تنها راه حل در نظر بگیرند. در این پژوهش برنامه آموزشی شناخت درمانی پس از پذیرش باعث شد که آزمودنی‌ها بتوانند با سبک‌های انطباقی و سازگاران

ورود آموزش‌هایی از این نوع را برای جلوگیری از افکار منفی و خودکشی برگزار نمایند.

یادآوری کرد که زندگی در شرایط بحرانی هم ارزشمند است و باید در حفظ آن کوشا بود. همچنین این روش به افراد توصیه می‌کند که یأس، دلسردی و ناامیدی از عوامل خطر مهم در خودکشی می‌باشد و افراد می‌توانند از راهبردهای رفتاری، مانند جعبه نجات بخش و کارت‌های مقابله‌ای رفتاری و شناختی برای جلوگیری از افکار خودکشی، استفاده کنند.

تقدیر و تشکر

از کلیه دانشجویانی که با میل و رضایت خاطر در این پژوهش شرکت کردند، کمال تشکر را داریم.

مختلف بر اساس ویژگی‌های جمعیتی استفاده شود. توصیه دیگر این است که مراکز مشاوره دانشجویی برای دانشجویان نو

نتیجه‌گیری: برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شناخت درمانی باعث کاهش قابل‌ملاحظه افکار خودکشی؛ یعنی گرایش به خودکشی و قصد خودکشی در دانشجویان دختر گردید. البته این روش پیشگیری باعث افزایش تجربه هیجانی مثبت با استفاده راهبردهای حفظ توجه بر وضعیت مثبت هیجانی و اشتراک‌گذاری تجربه‌های مثبت با دیگران و افزایش رضایت از زندگی در شرکت‌کنندگان گردید و به افراد

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچگونه تعارض منافی در مورد این پژوهش وجود ندارد.

سهام نویسندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، زهرا مرادی وستگانی می‌باشد و دکتر غلامرضا رجیبی استاد راهنمای پایان‌نامه بوده است.

References

1. Chen H, Yang L, Wang L, Zhang B. Causes of suicidal behaviors in men who have sex with men in China: a national questionnaire survey. *BMC Public Health* 2015; 7 (15): 9110.
2. Kevin C, Ying, C, Paul Y. Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *IJERPH* 2012; 9(4): 1135-1158.
3. American College Health Association. National college health assessment reference group report. Baltimore, MD: American College Health Association; 2000.
4. Drum DJ, Brownson C, Burton Denmark A, Smith SE. New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm. *Prof Psychol Res Pract* 2009; 40(3): 213-222.
5. Ghaffari Z, Ghaseminezhad Dehkordi P, Chorami M. The role of help-seeking behaviors in relationship between loneliness and self-concealment with suicidal thoughts. *Psychol Stud* 2021; 17(1): 95-112. [Persian]
6. Salehi Shablizi M, Kianian E. Effectiveness comparison of resilience skills training and positive thinking on reducing suicidal ideation in male University students. *Iran J Forensic Med* 2020; 26(1): 73-78. [Persian]
7. Bakhtar M, Rezaeian M. The prevalence of suicide thoughts and attempted suicide plus their risk factors among Iranian students: A systematic review study. *JRUMS* 2017; 15(11): 1061-1076. [Persian]
8. Briley PM, Gerlach H, Jacobs M. Relationship between stuttering, depression and suicidal ideation in young adults. *J Fluency Disor* 2021; 67: 456-462.
9. Pourhossein R, Farzad Farhoudi F, Amiri M, Janbozorgi M, Reza'i Bidakhvidi A, Nourollahi F. The relationship of suicidal thoughts, depression, anxiety, resilience, daily stress and mental health in University of Tehran students. *Clini Psychol Stud* 2014; 4(14): 21-40.

10. Gselamua L, Hab, K. Attitudes towards suicide and risk factors for suicide attempts among university students in South Korea. *J Affect Disorders* 2020; 272: 166-169.
11. Polychronis D. Unrealistic expectation for suicide prevention. *Coll Stud Psychother* 2018; 32(4): 282-290.
12. Khazanov K, Colin X, Hollon D, Derubeis R, Thase M. Adding cognitive therapy to antidepressant medications decreases suicidal ideation. *J Affect Disord* 2021; 281: 183-191.
13. Ghahramanlou-Holloway M, Cox D, Greene-Palmer F. Post admission cognitive therapy a brief intervention for psychiatric inpatients admitted after a suicide attempt. *Cogn Beh Pract* 2012; 19(2): 233-244.
14. Sohrabi F, Nateghi M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in suicidal thoughts and impulsivity among adolescents with addiction. *Res Addict* 2017; 7, 1: 33-37.
15. Yoosefi, N. Comparison of the effectiveness religious therapy and existential therapy in improvement of Suicide tendency among counseling centered clients of Kurdistan University. *Res Clin Psychol Couns* 2013; 3, 2: 115-142. [Persian]
16. Slesnick N., Zhang J, Feng X, Wu Q, Walsh L. Granello, H. Cognitive therapy for suicide prevention: a randomized pilot with suicidal youth experiencing homelessness. *Cogn Therapy Res* 2019; 44: 402-411.
17. Beck AT, Covacs M, Weissman, A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Couns Clin Psychol* 1979; 47(2): 343-352.
18. Anisi J, Rahmati Najarkolaei F, Esmaeeli A, Hagghi A. Evaluate the effect of problem solving skills to reduction of suicidal ideation of soldiers. *Ebnesina* 2014; 16 (1 and 2): 42-46. [Persian]
19. Hadzic A, Spangenberg L, Hallen N, Forkmann, T, Kersting A. The association of trait impulsivity and suicidal ideation and its fluctuation in the context of the interpersonal theory of suicide. *Compr Psychiat* 2020; 98: 1-6.
20. Brown L, Bryan C, Butner J, Tabares J, Stacey Y, Hale W. Identifying suicidal subtypes and dynamic indicators of increasing and decreasing suicide risk in active duty military personnel: Study protocol. *Contemp Clin Trials Commun* 2021; 21: 1-9.
21. Beck AT, Brown GK, Steer R A. Psychometric Characteristic of the Scale for Suicide ideation with Psychiatric outpatients. *Be Res Ther* 1997; 35(11): 1039-1046.
22. Ozcelik HS, Ozel K, Bulut SD, Orsel S. Reliability and Validity of the Turkish version of the Scale for Suicide ideation (Turkish BSSI). *B Clin Psychoph* 2015; 25(2): 141-150.
23. Choi Y-H, Lee E-H, Hwang S-T, Hong S-H, Kim I-H. Reliability and Validity of the Beck Scale for Suicide ideation (BSS) in Korean adult participants. *Korean J Clin Psychol* 2020; 39(2): 111-123.
24. Ghahramanlou M, Lacroix JM, Perera KV, Neely L, Grammer G, Weaver J et al. Inpatient psychiatric care following a suicide-related hospitalization: A pilot trial of post-admission cognitive therapy in a military medical center. *Gen Hosp Psychiat* 2018; 63: 46-53.
25. Prima K, Jasup I, Fitrikasari A, Hadiati T. The relationship between perceived social supports with suicidal ideation. *Int Med J* 2021; 2(2): 6-10.
26. Beck AT. The current state of cognitive therapy. *Arch Gen Psychiat* 2005; 62: 953-959.
27. Irving B, Weiner W, Edward C. Cognitive therapy. *Corsini Enc Psychol* 2010; 3: 1-10.
28. Quintana C, Lopes M, Rey N, Natalio E. Untangling the emotional intelligence-suicidal ideation connection: The role of cognitive emotion regulation strategies in adolescents. *JCM* 2020; 9(10): 2-14.
29. Stanley B, Brown G, Brent DA, Wells K, Poling K, Curry J, et al. Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention: Treatment model, feasibility and acceptability. *JAACAP* 2009; 48(10): 1005-1013.

The Effect of Suicide Prevention Education Program based on Post-Admission Cognitive Therapy on Reducing and Tendency to Suicide and Intent to Suicide in Female Students of Shahrekord Universities in 2021

Rajabi Gh^{1*}, Moradi Vasegani Z²

1. Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author), E-mail: rajabireza@scu.ac.ir, Tel: 06133331366

2. - MSc, Graduate of Rehabilitation Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz.

Received: 11 July 2023

Accepted: 9 November 2024

Introduction: Suicide, is the second leading cause of death among college students and is a hot public health issue in community. The present study was conducted to investigate the effect of suicide prevention education program based on post-admission cognitive therapy on reducing tendency to suicide and intent to suicide in female students of Shahrekord Universities in 2021.

Material and Methods: This study was conducted in a quasi-experimental design with pretest, post-test, and follow-up with a control group. The population of this study includes all female undergraduate students of Shahrekord universities in 2020 year (a total of 20569 student). 40 female students among these students were selected using voluntary sampling method and according to include or exclude criteria to research, and were randomly assigned in the control (n = 20) and experimental (n = 20) groups. Participants in the experimental group participated in six ninety-minute weekly sessions of suicide prevention education program based on post-admission cognitive therapy, and Participants in the control group participated only in one session of suicide prevention education program. Also, Participants in both two group were assessed in the three stage of pre-test, post-test and follow-up using the Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (mixed) statistical method and SPSS-22 Statistical Software Package for social science.

Results: The results indicated that suicide prevention education program based on post-admission cognitive therapy reduced tendency to suicide ($F = 44.09, p < 0.001$) and intent to suicide ($F = 47.22, p < 0.001$) in the experimental group compared to the control group.

Conclusion: According to research results and its positive effect this educational program in reduce suicidal ideations can be used of its results in universities counseling centers to prevent of suicide in students.

Keywords: Post-Admission Cognitive Therapy, Tendency to Suicide, Intent to Suicide, Female Students

Pease cite this article as follows

Rajabi Gh, Moradi Vasegani Z. The Effect of Suicide Prevention Education Program based on Post-Admission Cognitive Therapy on Reducing and Tendency to Suicide and Intent to Suicide in Female Students of Shahrekord Universities in 2021. *Communality Health Journal* 2024;18(2):51-61.

Funding: This study was funded of Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Ethical approval: This article is citation from the master's thesis of rehabilitation counseling of the second author of the article with the code of ethics EE/1400/3/02/11015/scu.ac.ir of the ethics committee of Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.