

اندیشه پردازی خودکشی و عمل به مناسک دینی در بیماران

مبتلا به افسردگی

ربابه دل آذر^۱، حسن فرهی^۲

^۱ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مرکز مشاوره دانشگاه کیلان، رشت، ایران E-mail: H.farrahi14@gmail.com

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کیلان

چکیده

زمینه و هدف: ادبیات پژوهشی به طور گسترده ای نشان می دهد که دین اغلب به عنوان عامل محافظتی نیرومندی در برابر اختلال های روانی و روان تنی عمل می کند. با این همه، نوع تأثیر باورهای نظری و مناسک یا آیین های عملی دینی بر پدیدارشناسی اختلال های مزبور به قدر کافی کندوکاو نشده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اندیشه پردازی خودکشی در بیماران افسرده دارای سطوح متفاوت عمل به مناسک دینی اجرا گردید.

روش کار: در قالب یک پژوهش مقطعی، ۶۶ بیمار افسرده به شیوه نمونه گیری آسان از بین مراجعه کنندگان به کلینیک روانپزشکی و روانشناسی طلوع و بیمارستان روان پزشکی شفا رشت انتخاب شدند. برای تشخیص افسردگی از مصاحبه ساختارنیافته بر اساس معیارهای DSM-IV-TR و پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. با استفاده از یک مقیاس درجه بندی خوداجرابی محقق ساخته، میزان عمل آزمودنی ها به مناسک و آیین های دینی تعیین و آزمودنی ها در دو گروه بیماران افسرده عامل قوی و بیماران افسرده عامل ضعیف به مناسک دینی گمارده شدند. همچنین از مقیاس ناامیدی بک و مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک استفاده به عمل آمد.

یافته ها: تحلیل آماری با استفاده از آزمون t نشان داد که بین دو گروه آزمودنی از نظر میزان افسردگی (۰/۸۴۷) تفاوت معنی داری دیده نمی شود. با این همه، میزان ناامیدی (۰/۰۳۴) و اندیشه پردازی خودکشی (۰/۰۰۵) گروه افسرده عامل قوی به مناسک دینی به طور معنی داری کمتر از گروه دیگر بود.

نتیجه گیری: یافته های فوق نشان می دهند که پدیدارشناسی افسردگی در بیماران افسرده ای که عامل قوی به آیین های دینی هستند از نظر میزان اندیشه پردازی خودکشی و ناامیدی با بیماران افسرده ای که عامل ضعیف به آیین های دینی هستند تفاوت دارد.

کلمات کلیدی: افسردگی، اندیشه پردازی خودکشی، عمل به مناسک دینی، ناامیدی، خودکشی

دریافت: ۸۸/۵/۱۰ پذیرش: ۸۸/۱۰/۵

مقدمه

خودکشی را می توان به سه گروه تقسیم کرد: اندیشه پردازان^۱، اقدام کنندگان^۲ و تکمیل کنندگان^۳. اندیشه پردازان افرادی هستند که اخیراً اقدامات آشکاری برای خودکشی انجام نداده اند اما درباره

خودکشی از موارد اورژانسی اصلی متخصصان بهداشت روانی بوده و معضلی برای سلامت عمومی جامعه به شمار می آید [۱]. خودکشی پدیده ای متحد الشکل نیست بلکه می توان آن را در طول پیوستاری از فکر کردن به خودکشی تا اقدام عملی برای ارتکاب آن در نظر آورد. افراد در معرض

^۱ Ideators

^۲ Attempters

^۳ Completers

اثرات حمایت های اجتماعی است [۱۵]. نتایج یک پژوهش در هلند نیز نشانگر آن است که باور های راست کیشانه (ارتودوکس) و وابستگی دینی بهترین پیش بین های پذیرش کمتر خودکشی در افراد و فراوانی پایین تر خودکشی در ۱۱ استان این کشور بود [۱۸].

نگرش و رفتار دینی از جمله حیطه های وجودی انسان است که دانشمندان علوم روانی-رفتاری-اجتماعی توجه جدی به آن نشان نداده اند [۱۹]. در پژوهش هایی نیز که در این باره انجام شده، بیشتر نقش دین در موضوعات مربوط به سلامت روانی و جسمانی مورد بررسی قرار گرفته است اما زمینه آسیب شناسی روانی چندان مورد توجه گسترده واقع نشده یا نوع تأثیر باورهای نظری و مناسک یا آیین های عملی دینی بر پدیدارشناسی^۲ اختلال های روانی به قدر کافی کندوکاو نشده است. به ویژه در ادبیات پژوهشی، رابطه بین دین و خودکشی توجه کمی دریافت کرده [۲۰] و تا سال ۲۰۰۰ فقط ۶۸ پژوهش رابطه بین دین و خودکشی را بررسی کرده اند [۲۱]. در آنچه در پی می آید به برخی از مطالعات انجام شده در این زمینه اشاره می شود.

سرگلزایی و همکاران در بررسی همبستگی فعالیتهای مذهبی با اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد در یک نمونه ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه ها و مراکز آموزش عالی سبزوار دریافتند که صرف وقت بیشتر در فعالیتهای مذهبی همبستگی معناداری با کاهش اضطراب حالتی و خصلتی، بالاتر بودن سلامت سبک زندگی و کاهش افکار خودکشی دارد [۲۲]. بررسی ۱۴۴ نفر از اقدام کنندگان به خودکشی که در یک درمانگاه اورژانس ترکیه پذیرفته شده بودند نشان داد که اکثر اقدام کنندگان زانی بودند که گرایش مذهبی و وضعیت تحصیلی پایینی داشتند [۲۳]. گارتنر^۳، ضمن بررسی مروری

آن فکر کرده یا طرح ها و آرزوهایی برای ارتکاب آن در سر پرورنده اند [۲].

موضوعات متنوعی به عنوان عوامل خطر انگیز برای خودکشی ذکر شده است. مهمترین عوامل خطر انگیز عبارتند از اختلال روانی و اقدام خودکشی قبلی [۳]. به ویژه، ارتباط نیرومندی بین افسردگی و خودکشی مشاهده شده است [۴]. اختلال های افسردگی ۸۰٪ از ۹۵٪ اختلال های روانی قابل تشخیص در مرتکب شوندگان یا اقدام کنندگان خودکشی را شامل می شوند [۵، ۱]. ناامیدی مهمترین عامل مرتبط با افسردگی است که نقش عمده ای در اندیشه پردازی، اقدام و تکمیل خودکشی ایفا می کند. حجم گسترده ای از پژوهش ها بیانگر آن است که ناامیدی ممکن است هم همانند افسردگی و هم عامل پیش بینی اندیشه پردازی و رفتار خودکشی باشد [۶-۱۰]. برخی از پژوهش ها نیز حاکی از آنند که ناامیدی بیش از افسردگی وقوع اندیشه پردازی خودکشی فعلی را پیش بینی می کند [۱۲، ۱۱]. این امر به ویژه در مورد بیمارانی صدق می کند که اقدام قبلی خودکشی دارند [۱۳].

پژوهشها نشان می دهند که وابستگی و مشارکت دینی با فراوانی کم اختلال های روانی از جمله افسردگی ارتباط دارد [۱۵، ۱۴]. پژوهش جان بزرگی نشان می دهد که در نمونه ای از دانشجویان دانشگاه های تهران، مذهب درونی شده با افزایش سلامت روانی ارتباط داشته و همبستگی منفی با افسردگی و گرایش به خودکشی دارد [۱۶]. همچنین پژوهش خوانین زاده و همکاران بیانگر آن است که دلبستگی ایمن به عنوان یکی از عوامل محافظتی در برابر اختلال های روانی در افراد دارای جهت گیری مذهبی درونی بیشتر به چشم می خورد [۱۷]. نتایج پژوهش راسیک و همکاران حاکی از آن است که وابستگی^۱ دینی با اقدام خودکشی کمتر در جمعیت عمومی ارتباط دارد و در جمعیت بالینی این تأثیر مستقل از

² Phenomenology

³ Gartner

¹ Affiliation

دوازده پژوهش متوجه شدند که بین اعتقادات مذهبی و خودکشی همبستگی منفی وجود دارد [۲۴]. درویچ و همکاران در بررسی ۳۷۱ بیمار سرپایی افسرده با یا بدون وابستگی دینی دریافتند که آزمودنی‌های فاقد وابستگی دینی اقدامات خودکشی تمام عمر بیشتری داشتند و در بستگان درجه یک آنان ارتکاب خودکشی بیشتری دیده می‌شد. همچنین آنان برخلاف گروه دارای وابستگی دینی دلایل کمتری برای زندگی و ایرادات اخلاقی کمتری برای خودکشی داشتند [۲۰]. لیزاردی^۱ و همکاران ۲۶۵ بیمار افسرده سرپایی را که ایرادات اخلاقی کم یا زیادی به خودکشی داشتند بر اساس سابقه رفتار خودکشی گریانه مقایسه کردند و دریافتند که بیماران دارای ایراد اخلاقی و مذهبی کم به خودکشی به نحو معناداری اقدامات خودکشی تمام عمر بیشتری داشته و افسرده تر بودند [۲۵]. ریچاردسن-وژلگارد^۲ و همکاران در بررسی گروهی از بیماران افسرده مبتلا به اختلال مصرف الکل متوجه شدند که ایرادات اخلاقی کمتر نسبت به خودکشی با اندیشه پردازی بیشتر خودکشی ارتباط دارد [۲۶]. این نکته شایان ذکر است که اکثر پژوهش‌های موجود در ادبیات پژوهشی مؤلفه باورها، نگرش‌ها یا وابستگی دینی را بررسی و از مطالعه مؤلفه عملی یا آیینی دین غفلت کرده‌اند. برای نمونه، لیزاردی و همکاران [۲۵] و ریچاردسن-وژلگارد و همکاران [۲۶] نقش ایرادات مذهبی به خودکشی و راسیک و همکاران [۱۵] نقش روحیه معنوی و دینی را در کاهش رفتار خودکشی مورد تحقیق قرار داده‌اند. با توجه به ادبیات پژوهشی موجود، جای پژوهش‌هایی که مؤلفه آیینی یا عملیاتی دین را مورد مطالعه قرار دهند خالی به نظر می‌رسد. به عبارت دیگر، ضروری است بررسی شود که مؤلفه‌های گوناگون دین به صورت جداگانه یا یکپارچه تا چه اندازه قادر به تنظیم

اندیشه پردازی، اقدام یا تکمیل خودکشی هستند. نکته مهم دیگر این است که اکثر پژوهش‌ها رابطه بین دین و اختلال‌های روانی از جمله افسردگی را از منظر نقش محافظتی دین در برابر اختلال‌های روانی بررسی می‌کنند [۲۱] و تأثیر احتمالی دین در پدیدارشناسی اختلال‌های روانی را نادیده می‌گیرند. به سخن دیگر، در ادبیات پژوهشی بیشتر به این موضوع توجه شده است که دین چگونه و تا چه اندازه در برابر مشکلات و اختلال‌های روانی به عنوان عامل بازدارنده^۳، تعدیل‌کننده^۴، فرونشاندنده^۵، یا پیش‌گیرنده^۶ عمل می‌کند [۲۷] و توجه چندانی به تفاوت‌های احتمالی مبتلایان به اختلال‌های روانی معین از نظر نشانه‌شناسی^۷، بر اساس وجود یا عدم وجود گرایش نظری یا عملی به دین نشده است. با توجه به کمبودهای فوق، پژوهش حاضر با هدف بررسی اندیشه پردازی در بیماران افسرده دارای سطوح متفاوت عمل به آیین‌ها یا مناسک دینی اجرا می‌گردد و قصد بررسی سؤالات زیر را دارد:

(الف) آیا بیماران افسرده عامل قوی به مناسک دینی از نظر اندیشه پردازی خودکشی تفاوت معناداری با بیماران افسرده عامل ضعیف به مناسک دینی دارند؟
(ب) آیا بیماران افسرده عامل قوی به مناسک دینی از نظر ناامیدی تفاوت معناداری با بیماران افسرده عامل ضعیف به مناسک دینی دارند؟

روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک بررسی مقطعی اجرا گردید و ۶۶ بیمار افسرده سرپایی به شیوه نمونه‌گیری آسان یا در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک روانپزشکی و روانشناسی طلوع و بیمارستان روانپزشکی شفا رشت انتخاب شدند. برای

³ deterrent

⁴ moderator

⁵ suppressor

⁶ prevention

⁷ symptomatology

¹ Lizardi

² Richardson-Vejlgaard

تشخیص افسردگی از مصاحبه ساختار نیافته توسط کارشناسان ارشد روان شناسی بالینی بر اساس معیارهای DSM-IV-TR و نمره به دست آمده در پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI) استفاده به عمل آمد. حداقل نمره لازم برای ورود به پژوهش در پرسشنامه افسردگی بک ۲۰ در نظر گرفته شد. سپس با استفاده از مقیاس مناسک دینی ۶۶ آزمودنی یاد شده به دو گروه بیماران افسرده عامل قوی به مناسک دینی (۳۳ نفر) و بیماران افسرده عامل ضعیف به مناسک دینی (۳۳ نفر) تقسیم شدند. بیماران افسرده عامل قوی به مناسک دینی از بین مراجعه کنندگانی انتخاب شد که حداقل در پنج ماده از مقیاس مناسک دینی گزینه های «زیاد عمل می کنم» (نمره سه) یا «خیلی زیاد عمل می کنم» (نمره چهار) را علامت می زدند. همچنین آزمودنی های افسرده عامل ضعیف به مناسک دینی از بین گروهی از مراجعه کنندگان برگزیده شد که در همه مواد مقیاس مناسک دینی گزینه های «اصلاً عمل نمی کنم» (نمره صفر) یا «کم عمل می کنم» (نمره یک) را علامت می زدند. در مرحله بعد، که به فاصله یک هفته از مرحله قبلی اجرا گردید، مقیاس های ناامیدی^۲ و اندیشه پردازی خودکشی بک^۳ برای سنجش میزان ناامیدی و اندیشه پردازی خودکشی تکمیل شد.

پرسشنامه افسردگی بک پرکاربردترین ابزار مورد استفاده و مورد بررسی در زمینه افسردگی در جهان است [۲]. این مقیاس در سال ۱۹۶۱ توسط بک طراحی و در سال ۱۹۸۷ با همکاری استیر بازنگری شد. تعداد مواد آن ۲۱ بوده و پنج حیطه افسردگی (۲ ماده در زمینه نشانه های عاطفی، ۱۱ ماده در زمینه نشانه های شناختی، ۲ ماده در زمینه نشانه های رفتاری، ۵ ماده در زمینه نشانه های جسمانی، ۱ ماده

در زمینه نشانه های بین فردی) را بررسی می کند. هر ماده از چهار جمله تشکیل شده و از صفر تا سه نمره می گیرند. بررسی ها نشان دهنده آن است که BDI از ویژگی های روان سنجی مناسب و کافی برخوردار است [۲۸،۲]. در یک بررسی مروری میانگین همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۷ و پایایی از طریق باز آزمایی بیشتر از ۰/۶۰ به دست آمد [۲۹]. همچنین بررسی ها نشان می دهند که نمرات BDI همبستگی بالایی با قصد خودکشی دارند. در ایران، پورشهباز ضریب همبستگی نمرات هر بخش با نمره کل مقیاس را بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۸ و ضریب همسانی درونی آن را ۰/۸۵ گزارش نمود [۳۰].

مقیاس ناامیدی بک (BHS) یک پرسشنامه خود گزارشی است که از ۲۰ ماده تشکیل می شود و درجه منفی گرایی و بدبینی پاسخ دهندگان را درباره آینده می سنجد [۱۲]. پاسخ به مواد این مقیاس به شکل درست - غلط بوده و دامنه احتمالی نمرات از ۰ تا ۲۰ می باشد. نمرات بین ۰ و ۳ به حداقل میزان ناامیدی، بین ۴ و ۸ به میزان کم ناامیدی، بین ۹ و ۱۴ به میزان متوسط ناامیدی، ۱۵ و بالاتر از آن به ناامیدی شدید بالینی دلالت دارد [۲۸،۲]. در بررسی اعتبار یابی اولیه BHS بر روی ۲۹۴ بیمار بستری که اخیراً اقدام به خودکشی کرده بودند اجرا شد. ضریب پایایی ۰/۹۳ و ضریب های همبستگی ماده-کل از ۰/۳۹ تا ۰/۷۶ بود. در ایران مطالعات مقدماتی حاکی از اعتبار و پایایی این مقیاس است [۳۱]. در پژوهش حاضر از ترجمه مقیاس ناامیدی بک توسط کاویانی [۳۲] استفاده به عمل آمد.

مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (BSSI) در سال ۱۹۷۹ توسط بک، برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شد. اجرای آن از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته بوده و برآوردی عددی از شدت افکار و امیال خودکشی گرایانه فراهم می کند [۳۳]. این مقیاس مشتمل بر ۱۹ ماده است

¹ Beck Depression Inventory

² Beck Hopelessness Scale

³ Beck Scale for Suicide Ideation

بیان نمایند. پس از تأیید ۱۵ آیین دینی، به منظور برآورد پایایی از طریق باز آزمایی، مقیاس مناسک دینی با فاصله ۳ هفته بر روی ۵۴ دانشجوی پزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان اجرا شد و ضریب پایایی ۰/۷۴ به دست آمد که نشانگر پایایی مناسب مقیاس مناسک دینی است. پاسخدهی به مواد این مقیاس به شکل لیکرت ۵ نقطه ای در دامنه صفر (اصلاً عمل نمی‌کنم) تا ۴ (خیلی زیاد عمل می‌کنم) صورت می‌گیرد.

براساس فرضیه های پژوهش حاضر، پاسخ های دو گروه مورد بررسی به مقیاس های افسردگی، ناامیدی، و اندیشه پردازی خودکشی بک و مقیاس مناسک دینی گردآوری شد و برای تجزیه و تحلیل آنها از میانگین، درصد، انحراف معیار، آزمون t مستقل و کای دو استفاده به عمل آمد.

یافته ها

از مجموع ۶۶ بیمار افسرده در دو گروه مورد بررسی ۴۳ نفر (۶۵/۲٪) زن و ۲۳ نفر (۳۴/۸٪) مرد؛ ۴۰ نفر (۶۰/۶٪) متأهل و ۲۶ نفر (۳۹/۴٪) مجرد و ۱۹ نفر (۲۸/۸٪) زیر دیپلم، ۲۵ نفر (۳۷/۹٪) دیپلم، ۲۲ نفر (۳۳/۳٪) بالاتر از دیپلم بودند. همچنین دامنه سنی مجموع بیماران از ۲۳ تا ۴۷ بود. در جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی بیماران افسرده به تفکیک دو گروه عامل قوی و عامل ضعیف به مناسک دینی نشان داده شده است.

میانگین سنی گروه عامل قوی به مناسک دینی $33/54 \pm 6/87$ و گروه عامل ضعیف به مناسک دینی $32/60 \pm 7/34$ بود. جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه پژوهش از نظر سن تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. همچنین دو گروه آزمودنی از نظر متغیرهای جمعیت شناختی جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل بر اساس آزمون کای دو مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج آزمون کای دو نشان داد که دو گروه پژوهش از نظر متغیرهای جمعیت شناختی جنس

که توسط بالینگر بر روی یک مقیاس سه نقطه ای از صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) درجه بندی 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، 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 می‌شود. اعتبار و پایایی BSSI در پژوهش های گوناگون تأیید شده است. برای مثال بک، ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان آن را به ترتیب، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کردند [۳۳]. در ایران نیز اعتبار و پایایی BSSI بررسی و تأیید شده است [۳۲، ۳۱]. در پژوهش حاضر از مقیاس ترجمه شده توسط کاویانی [۳۲] استفاده به عمل آمد.

محققان حاضر به منظور سنجش میزان عمل آزمودنی ها به مناسک دینی^۱ یک مقیاس درجه بندی خود اجرایی طراحی کردند. برای طراحی این مقیاس، ابتدا با مراجعه به کتب اسلامی ۳۰ آیین دینی تعیین و فهرست شد و در اختیار ۱۱۴ دانشجوی رشته پزشکی و ۵۵ دانشجوی رشته بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان قرار گرفت تا فراوانی عمل یا مرسوم بودن مناسک و آیین های دینی مزبور در جامعه اسلامی را مشخص کنند. پس از ارزیابی دانشجویان، ۱۸ آیین دینی که بالاترین فراوانی عمل را داشتند استخراج شد و از ۴ روانشناس بالینی (کارشناس ارشد و مربی هیئت علمی دانشگاه) درخواست گردید نظر خود درباره اعتبار صوری ۱۸ آیین دینی انتخاب شده را

¹ Religious rights

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه پژوهش

| گروهها | | متغیرها |
|----------------|----------------|----------------|
| بیماران افسرده | بیماران افسرده | |
| عامل ضعیف | عامل قوی | زن |
| ۲۲ (۶۶/۶٪) | ۲۱ (۶۳/۶٪) | مرد |
| ۱۱ (۳۳/۳٪) | ۱۲ (۳۶/۳٪) | زیر دیپلم |
| ۱۰ (۳۰/۳٪) | ۹ (۲۷/۲٪) | دیپلم |
| ۱۰ (۳۰/۳٪) | ۱۵ (۴۵/۴٪) | بالتر از دیپلم |
| ۱۳ (۳۹/۳٪) | ۹ (۲۷/۱۹٪) | مجرد |
| ۱۶ (۴۸/۴٪) | ۱۰ (۳۰/۳٪) | متاهل |
| ۱۷ (۵۱/۵٪) | ۲۳ (۶۹/۶٪) | |

جدول ۲. نتایج آزمون t برای مقایسه سن دو گروه پژوهش

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | تفاوت میانگینها | درجه آزادی | t | سطح معناداری |
|-------|---------|--------------|-----------------|------------|-------|--------------|
| سن | ۳۳/۰۷ | ۷/۰۷ | ۰/۹۳۹ | ۶۴ | ۰/۵۳۶ | ۰/۵۹۴ |

جدول ۳. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه دو گروه پژوهش در زمینه افسردگی، ناامیدی و اندیشه پردازی خودکشی.

| متغیرها | میانگین | انحراف معیار | تفاوت میانگین | درجه آزادی | T | سطح معناداری |
|----------------------|---------|--------------|---------------|------------|--------|--------------|
| افسردگی | ۳۲/۵۷ | ۵/۰۴ | ۰/۲۴۲ | ۶۴ | -۰/۱۹۴ | ۰/۸۴۷ |
| ناامیدی | ۱۴/۸۹ | ۲/۳۹ | -۱/۲۴۲ | ۶۴ | -۲/۱۶۸ | ۰/۰۳۴ |
| اندیشه پردازی خودکشی | ۱۲/۱۵ | ۶/۶۳ | -۹/۶۹۶ | ۶۴ | -۸/۷۱۰ | ۰/۰۰۰۵ |

پژوهش حاضر قصد داشت دو گروه بیماران افسرده عامل قوی به مناسک دینی و بیماران افسرده عامل ضعیف به مناسک دینی را از نظر اندیشه پردازی خودکشی و ناامیدی مقایسه کند. داده های به دست آمده از این بررسی نشان داد که دو گروه آزمودنی از نظر متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. با این همه، یافته های پژوهش حاضر دلالت بر آن دارند که بیماران افسرده ای که به طور قابل ملاحظه ای به آیین، مراسم و مناسک دینی عمل می کنند کمتر از بیماران افسرده ای که به طور ضعیفی مناسک دینی را انجام می دهند ناامید بوده و به خودکشی می اندیشند. این در حالی است که دو گروه از نظر میزان افسردگی تفاوت معناداری با هم نداشتند. همان طور که پیشتر بیان شد ادبیات پژوهشی نشان می دهد که اشخاص دارای باورهای دینی قوی تر، به ویژه کسانی که در یک اجتماع دینی

($X^2=۰/۰۹$, $P=۰/۷۶۵$)، تحصیلات ($P=۰/۴۸۰$)، وضعیت تأهل ($X^2=۲/۴۷۷$) و وضعیت تأهل ($P=۰/۰۸۴$) نیز با هم تفاوت معناداری ندارند. داده های پژوهش در زمینه افسردگی، ناامیدی و اندیشه پردازی خودکشی با استفاده از آزمون t مستقل مقایسه شدند. بر اساس یافته های پژوهش، بین دو گروه آزمودنی از نظر میزان افسردگی ($۰/۸۴۷$) تفاوت معناداری دیده نمی شود. با این همه، میزان ناامیدی ($۰/۰۳۴$) و اندیشه پردازی خودکشی ($۰/۰۰۰۵$) گروه افسرده عامل قوی به مناسک دینی به طور معناداری کمتر از گروه دیگر است. نتایج مربوط به مقایسه دو گروه پژوهش از نظر افسردگی، ناامیدی و اندیشه پردازی خودکشی نشان داده شده است (جدول ۳).

حمایت گرانه مشارکت دارند، به طور همسان نگرش های منفی تری نسبت به خودکشی دارند، افکار خودکشی کمتری دارند و در خطر کمتری برای ارتکاب خودکشی هستند [۲۱].

از مجموع ۶۸ مطالعه ای که تا سال ۲۰۰۰ در باره رابطه خودکشی و مذهبی بودن انجام شده است ۵۷ بررسی میزان کمتر خودکشی یا نگرش منفی تر نسبت به آن را در افراد با رویکرد مذهبی قوی تر نشان داده اند [۲۱].

این پژوهش همسو با تعدادی از بررسی های پیشین نتیجه می گیرد که رویکرد دینی علاوه بر آن که می تواند نقش محافظتی در برابر اختلال های روانی از جمله افسردگی داشته باشد (بر اساس یافته های تحقیقات پیشین) بلکه می تواند در نشانه شناسی آن اختلال ها در افراد مبتلا نیز تأثیر بگذارد. بنا بر یافته های این مطالعه، یکی از بارزترین اثرات رویکرد عملی به دین کاهش میزان ناامیدی و اندیشیدن به خودکشی در بیماران افسرده است، هر چند این اثرگذاری ممکن است در نشانه های دیگر از قبیل خلق پایین نمود پیدا نکند. یافته های بررسی حاضر با حجم در خور توجهی از مطالعات موجود در ادبیات پژوهشی هماهنگی دارد. پیش از اشاره به موارد همخوانی و ناهمخوانی، خاطر نشان می شود که پژوهشگران حاضر به رغم جستجوی فراوان نتوانستند مقالاتی را بیابند که رابطه خودکشی، افسردگی و ناامیدی، از یک سو، و عمل به مناسک و آیین های دینی (و نه باورها و وابستگی های مذهبی)، از سوی دیگر، را مورد تحقیق قرار داده باشند. تنها استثنا در این مورد پژوهش سرگلزایی و همکاران است که همبستگی فعالیتهای مذهبی با اضطراب، افسردگی و سوءمصرف مواد را مورد بررسی قرار داده اند؛ ایشان برای سنجش فعالیتهای مذهبی تنها از یک آیتم در زمینه وقت صرف شده در فعالیت های مزبور استفاده کرده اند [۲۲]. لذا پژوهش هایی که در زیر بدانها استناد می شود تنها مربوط به تأثیر وجوه

فکری و عقیدتی دین در پدیده های مورد بررسی است.

لیزاردی^۱ و همکاران با بررسی دو گروه از بیماران افسرده سرپایی دارای MOS (ایرادات اخلاقی به خودکشی)^۲ بالا و پایین متوجه شدند که بیماران افسرده دارای MOS پایین به طور معناداری خودکشی تمام عمر بیشتری داشتند، وابستگی دینی شان کمتر بود، ناامیدی و تکانشگری صفتی^۳ بیشتری داشتند و دلایل شان برای زندگی کمتر بود. این محققان با استفاده از رگرسیون لجستیک دریافتند که رابطه MOS با اقدام خودکشی مستقل از ویژگی های فوق الذکر بود [۲۵]. گاروت^۴ و همکاران در بررسی معنویت و خودکشی اقدام شده^۵ در بین بومیان آمریکا دریافتند که افراد دارای سطح بالای گرایش و جهت گیری مذهبی فرهنگی در مقایسه با افراد دارای سطح پایین گرایش و جهت گیری مذهبی فرهنگی شیوع پایینتری از خودکشی اقدام شده را نشان می دهند [۳۴].

ریچاردسن-وژلگارد^۶ و همکاران ضمن بررسی ایرادات اخلاقی یا دینی به خودکشی در آزمودنی های سفید پوست، سیاه پوست و اسپانیولی مبتلا به اختلال های خلقی دریافتند که در اکثر گروه ها اندیشه پرداری بیشتر خودکشی همبستگی کمتری با نمرات MOS داشت [۲۶]. در تحقیقی دیگر، ریچاردسن-وژلگارد و همکاران ۵۲۱ بیمار افسرده با و بدون اختلال مصرف الکل را با مجموعه ای از آزمون های روانی بررسی کرده و به این یافته رسیدند که نمرات پرسشنامه دلایل زندگی بین گروه ها معنادار نبود به جز در یک مورد که بیماران دارای اختلال مصرف الکل ایرادات اخلاقی کمتری به

¹ Lizardi

² Moral Objections to Suicide

³ state impulsivity

⁴ Garrouette

⁵ Attempted suicide

⁶ Richardson-Vejlgaard

خودکشی داشتند. اندیشه پردازی بیشتر خودکشی مرتبط بود با نمرات پایین تر در مقیاس MOS [۳۵]. در مالزی، زورایدا^۱ ۱۵ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و دو قطبی فاز افسردگی را مورد بررسی قرار داده و دریافتند که بیمارانی که به طور بارزی مذهبی بودند بسیار کمتر از بیماران که به طور آشکار مذهبی نبودند به اندیشه پردازی خودکشی می پرداختند. این یافته به ویژه در مورد مسلمانان بیشتر از بوداییان، هندوها و مسیحیان صادق بود [۳۶].

درویچ^۲ و همکاران رابطه بین وابستگی دینی و اقدام به خودکشی را در ۳۷۱ بیمار افسرده سرپایی بررسی کرده و پی بردند که آزمودنی های فاقد وابستگی دینی دلایل کمتری برای زندگی و ایرادات اخلاقی و دینی کمتری به خودکشی دارند. همچنین برخلاف یافته های پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بیماران افسرده عامل قوی به مناسک دینی کمتر از بیماران افسرده عامل ضعیف به مناسک دینی از خود ناامیدی نشان می دهند در این پژوهش مشخص شد که بین دو گروه هیچ تفاوتی در زمینه میزان افسردگی ذهنی یا عینی، ناامیدی یا رخداد های استرس انگیز وجود ندارد [۲۰]. همچنین راسیک^۳ و همکاران برخلاف یافته های پژوهش حاضر متوجه شدند که مراقبت و حضور مذهبی با احتمال کم اقدام به خودکشی ارتباط دارد و نه کاهش اندیشه پردازی خودکشی. کاهش میزان اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال های روانی دارای وابستگی دینی مستقل از اثرات حمایت های اجتماعی بود اما کاهش اندیشه پردازی خودکشی به اثرات حمایت های اجتماعی وابستگی داشت [۱۵]. این موضوع شایان اهمیت است که آیا کاهش اندیشه پردازی خودکشی در این بیماران به طور مستقیم ناشی از

تأثیر محافظتی عمل به مناسک دینی است یا انجام مناسک دینی موجب کاهش ناامیدی در بیماران شده و به طور غیر مستقیم بر کاهش اندیشه پردازی خودکشی تأثیر می گذارد. مجموعه گسترده ای از مطالعات دلالت بر آن دارند که بین خودکشی و ناامیدی همبستگی مثبت بالایی وجود دارد [۱۰-۶] و ناامیدی عامل پیش بین نیرومندی برای اندیشه پردازی یا اقدام به خودکشی است [۳۸،۳۷]. حتی تعدادی از پژوهش ها حاکی از آنند که ناامیدی بیش از افسردگی وقوع اندیشه پردازی خودکشی فعلی را پیش بینی می کند [۱۲، ۱۱]. در تحقیقی، الیس^۴ و همکاران دریافتند که ناامیدی، بیماران خودکشی گرا و بیماران غیر خودکشی گرایی را که سطوح افسردگی مشابهی داشتند از هم افتراق داد (۳۹). با توجه به این که در آموزه های دینی ناامیدی و اندیشه پردازی خودکشی نکوهش شده است، به نظر می رسد عمل به مناسک دینی به طور همزمان بر ناامیدی و اندیشه پردازی خودکشی تأثیر می گذارد. همچنین بر اساس یافته پژوهش حاضر، عمل به مناسک دینی می تواند رابطه نیرومند افسردگی و خودکشی را سست کند. به سخن دیگر، عمل به مناسک و آیین های دینی موجب می شود که بیماران افسرده به رغم کاهش خلق دچار افکار مربوط به خودکشی نشوند. در این جا این سؤال پیش می آید که چرا عمل به مناسک دینی فقط بر ناامیدی و اندیشه پردازی خودکشی تأثیر نهاده و افت خلق یا افسردگی را تغییر نداده است؟ به نظر می رسد این امر ناشی از دو موضوع زیر است: اول این که خودکشی و ناامیدی ظاهراً بیش از کاهش خلق توسط دین تقبیح و نکوهش شده و به ویژه در مورد خودکشی، عواقب وخیم تر و گسترده تری برای آن در نظر گرفته شده است. دوم این که خودکشی جنبه عینی تر و ملموس تری از افت خلق داشته و

¹ Zuraida² Dervic³ Rasic⁴ Ellis

بایدها و نبایدهای دینی و اخلاقی درباره آن بیشتر مورد توجه عموم قرار می گیرد. همان طور که قبلاً بیان شد، دین از مؤلفه های مختلفی تشکیل می شود. پژوهش حاضر به دلیل محدودیت در نمونه گیری، مؤلفه مربوط به عمل به مناسک و آیین ها را بررسی کرده و مؤلفه مربوط به افکار و نگرش های دینی را در نظر نیاورده است. پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده به منظور روشن شدن این موضوع که آیا دین به مثابه یک کل یکپارچه تأثیر می گذارد و یا اجزا و عناصر آن تأثیرات متفاوتی به دنبال دارند، آزمودنی هایی با نگرش دینی توأم با عمل به مناسک دینی و آزمودنی هایی با نگرش دینی بدون عمل به مناسک دینی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده و تأثیر یکسان یا متفاوت آنها بر اندیشه پردازی خودکشی سنجیده شود. همچنین تحقیقات نشان دهنده آنند که بین اندیشه پردازی، اقدام و تکمیل خودکشی تفاوت هایی وجود

دارد [۴۲-۴۰] و ممکن است عوامل خطرناکیز متفاوتی با هر گروه ارتباط داشته باشد. بدین ترتیب، اندیشه پردازان، اقدام کنندگان و تکمیل کنندگان خودکشی ممکن است گروه های مجزا و نسبتاً مستقلی باشند [۳]. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی موضوع مورد بررسی حاضر با گروه های اقدام کننده و تکمیل کننده خودکشی نیز مورد تحقیق قرار گیرد.

نتیجه گیری

یکی از یافته های مهم پژوهش حاضر این است که بیماران افسرده عامل قوی به مناسک دینی علی رغم آن که افسردگی شان تفاوت معناداری با بیماران افسرده عامل ضعیف به مناسک دینی ندارد، با این همه، کمتر از آنان ناامید شده و به خودکشی فکر می کنند.

References

- 1- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical Psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 898-907.
- 2- Reinecke MA, Franklin-Scott RL. Assessment of suicide: Beck's scales for assessing mood and suicidality. In: Yufit RI, Lester D, Editors, Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, 2005: 29-62.
- 3- Bronisch T. Suicide. In: Smelser NJ, Baltes PB, Editors, International encyclopedia of the social and behavioral sciences. Oxford: Elsevier, 2001:15259-15268.
- 4- Davila J, Daley S. Studying interpersonal factors in suicide: Perspectives from depression research. In: Joiner T, Rudd M, Editors, Suicide science: Expanding the boundaries. Boston: Kluwer Academic, 2000: 175-200.
- 5- Murphy GE. Suicide and attempted suicide. In: Michels R, Editors, Psychiatry. Philadelphia: J. R. Lippincott, 1985: 1-17.
- 6- Alloy L, Abramson L, Metalsky G, Hartlage S. The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. Bri J Clin Psychol. 1988 , 27: 5-21.
- 7- Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row, 1967.
- 8- Beck AT. Hopelessness as a predictor of eventual suicide. Ann New York Acad Sci. 1986, 487: 90-96.
- 9- Beck AT, steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. Suicide life Threatening Behav. 1993 , 23: 139-145.
- 10- Minkoff k, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression, and attempted suicide . Am J Psychiatry. 1973 , 130: 455-459.

- 11- Kovacs M, Beck AT, Weisman A. Hopelessness: An indicator of suicidal risk. *Suicide*. 1975, 5: 98-103.
- 12- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974, 42: 861-865.
- 13- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *J Am Med Assoc*. 1975, 234: 1146-1149.
- 14- McCullough ME, Larson DB. Religion and depression: A review of the literature. *Twin Res*. 1999, 2, 126-136.
15. Rasic DT, Belik S, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J, et al. Spirituality, religion and suicide behavior in a nationally representative sample. *J Affect Dis*. in press.
- ۱۶- جان بزرگی مسعود. جهت گیری مذهبی و سلامت روان. پژوهش در پزشکی، سال ۱۳۸۶، شماره ۴، صفحه های ۳۴۵-۳۵۰.
- ۱۷- خوانین زاده مرجان، اژه ای جواد، مظاهری محمدعلی. مقایسه سبک دلبستگی دانشجویان دارای جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی. مجله روانشناسی، سال ۱۳۸۴، شماره ۹، صفحه های ۴۷-۲۲۷.
- 18- Neeleman J. Regional suicide rates in the Netherlands: Does religion still play a role? *Int J Epidemiol*. 1998, 27: 466-472.
- ۱۹- غباری بناب باقر. باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان. اندیشه و رفتار، سال ۱۳۷۴، شماره ۴، صفحه های ۴۸-۵۴.
- 20- Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*. 2004, 161: 2303-2308.
- 21- Koenig HG. Faith and mental health. Philadelphia: Templeton Foundation Press, 2005: 82-112.
- ۲۲- سرگلزایی محمدرضا، بهدانی فاطمه، وثوق ایرج، قربانی اسمعیل. مطالعه همبستگی فعالیت‌های مذهبی با اضطراب، افسردگی و سوءمصرف مواد در دانشجویان دانشگاه سبزوار. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال ۱۳۸۱، شماره ۱۳ و ۱۴، صفحه های ۳۰-۲۴.
- 23- Ozdel O, Varma G, Atesci FC, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Amuk T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis: J Crisis Interven Suicide Prev*, 2009, 30(2), 90-93.
- 24- Gartner J, Larson DB, Allen G. Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature, *J Psychol Theol*. 1991, 19: 6-26.
- 25- Lizardi D, Dervic K, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ, Oquendo MA. The role of moral objection to suicide in the assessment of suicidal patients. *J Psychiat Res*. 2008, 42, 815-821.
- 26- Richardson-Vejlgaard R, Sher L, Oquendo MA, Lizardi D, Stanley B. Moral objections to suicide and suicidal ideation among mood disordered Whites, Blacks, and Hispanics. *J Psychiat Res*. 2009, 43: 360-365.
- 27- Kennedy GJ. Religion and depression. In: Koenig HG, Editors, *Handbook of religion and mental health*. London: Academic Press, 1998: 129-145.
- 28- Lam R, Michalak EE, Swinson RP. Assessment scales in depression, mania and anxiety. London: Taylor & Francis, 2005.
- 29- Beck AT, steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five-years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988, 8: 77-100.
- ۳۰- پورشهباز عباس. رابطه بین ارزیابی میزان استرس رویدادهای زندگی و تیپ شخصیت در بیماران مبتلا به سرطان خون. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، تهران، انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۱۳۷۲.

۳۱- رحیمی آباد پریسا. 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، سال ۱۳۷۸.

۳۲- کاویانی حسین، موسوی اشرف السادات، محیط احمد. مصاحبه و آزمون های روانی. تهران: انتشارات سنا، سال ۱۳۸۰.

- 33- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979, 47: 343-352.
- 34- Garrouette EM, Goldberg J, Beals J, Herrell R, Manson SM, AL-SUPERPFP Team. Spirituality and attempted suicide among America Indians. *Social Sci Med*, 2003, 59(7), 1571-1579.
- 35- Richardson-Vejlgaard R, Sher L, Oquendo MA, Lizardi D, Stanley B. Objections to suicide among depressed patients with alcohol use disorders. *J Affect Dis*, in press.
- 36- Zuraida NZ, Ahmad HS. Religiosity and suicide ideation in clinically depressed patients. *Malay J Psychiatry*, 2007, 16(1), 12-15.
- 37- Beck AT, Brown G, Berchick R, Stewart B, Steer R. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1990, 147: 190-195.
- 38- Beck AT, Brown G, Steer R. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *J Consult Clin Psychol*. 1989, 57: 309-310.
- 39- Ellis T, Ratliff K. Cognitive characteristics of suicidal and non-suicidal psychiatric patients. *Cognit Ther Res*. 1986, 1: 625-634.
- 40- Beck AT. *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Philadelphia Press, 1972.
- 41- Beck AT, Weissman A, Lester D, & Trexler L. The classification of suicidal behaviors: 2 Dimensions of suicidal intent. *Arch Gen Psychiatry*. 1976, 33, 835-837.
- 42- Pokorny A. A scheme for classifying suicidal behaviors. In: Beck AT, Resnik HL P, Lettieri DJ, Editors, *The prediction of suicide*. Bowie, MD: Charles Press, 1974: 29-44.