

بررسی باورهای غیر منطقی در اقدام کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) و افراد بهنجار

سید کمال صولتی*

چکیده:

هدف این پژوهش بررسی رابطه بین باورهای غیر منطقی و اقدام به خودکشی (به روش خودسوزی) است. روش مطالعه مقطعی - مقایسه‌ای و نمونه پژوهش شامل دو گروه می‌باشد. گروه اول شامل کلیه افراد اقدام کننده به خودسوزی در شهر تهران بود که به دو مرکز بزرگ سوانح سوختگی «شهید مطهری و توحید» در طی مدت ۶ ماه ارجاع و بستری شده بودند. گروه دوم شامل افرادی بود که هیچگونه سابقه بیماری روانی نداشته و به صورت تصادفی انتخاب و به عنوان گروه شاهد با گروه اول مورد مقایسه قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل دو آزمون "TBT" باورهای غیر منطقی و "SCL-90" چک لیست علائم بود که افکار و باورهای غیر منطقی و سلامت روانی نمونه‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌داد. نتایج به دست آمده نشان داد از کل نمونه گروه اقدام کننده به خودکشی (۵۰ نفر)، تعداد ۳۴ نفر (۶۸٪) زن و ۱۶ نفر (۳۲٪) مرد بودند. محدوده سنی زنان ۲۰ تا ۲۹ و مردان ۳۰ تا ۳۹ سال بود. از گروه مذکور ۶۲٪ متأهل، ۲۸٪ مجرد و ۱۰٪ سایر موارد (بیوه، مطلقه و غیره) بودند. ۸۷/۵٪ مردان و ۸۲٪ زنان که روی هم ۷۰٪ گروه خود سوز را تشکیل می‌دادند سابقه اقدام به خودکشی نداشته و تنها ۱۶٪ چنین سابقه‌ای را متذکر شدند. همچنین ۷۶٪ اقدام کنندگان سابقه مراجعه به روان پزشکی و روان شناس را طی ۳-۴ سال گذشته گزارش کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون "t" برای گروههای مستقل نشان داد که بین باورهای غیر منطقی در اقدام کنندگان به خودکشی با افراد بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد. در این رابطه بین دو گروه در باورهای غیر منطقی «تأیید و حمایت از جانب دیگران» «انتظار بیش از حد از خود»، «تمایل به سرزنش»، «واکنش به ناکامی»، «بی مسئولیتی عاطفی»، «نگرانی بیش از حد توأم با اضطراب» و «درماندگی نسبت به تغییر» تفاوت معنی داری به دست آمد اما این تفاوت در باورهای غیر منطقی «اجتناب از مشکلات»، «وابستگی» و «کمال گرایی» در همان سطح آماری معنی دار نبود. نتایج این پژوهش به طور کلی نشان داد که باورهای غیر منطقی اقدام کنندگان به خودکشی نسبت به افراد بهنجار در سطح بالائی وجود دارد که شناخت این باورها در این گروه و روشهای درمانی خاص در این مورد می‌تواند تا حد زیادی در پیشگیری از این معضل مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: اقدام به خودکشی، باورهای غیر منطقی، افراد بهنجار

مقدمه:

فجیع اقدام به خودکشی روش خودسوزی (Self-burning) است که در جوامع شرقی نسبت به جوامع غربی از شیوع بالائی برخوردار است (۲۲).

خودکشی یکی از معضلات روانی - اجتماعی است که امروزه با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیشتر جوامع رو به افزایش است. یکی از روشهای

* عضو هیأت علمی گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

اعتقاد و عمل به آنها فرد را دچار بیماری و نابهنجاری می‌کند (۵). این ده تفکر عبارتند از اعتقاد فرد به اینکه:

۱- لازم است که همه افراد دیگر جامعه او را دوست بدارند و تعظیم و تکریمش کنند (ضرورت تأیید و حمایت از جانب دیگران = Demand for approval).

۲- من باید فرد موفق باشم، بتوانم به اهدافم برسم و حداکثر صلاحیت و شایستگی را به دست آورم تا احساس ارزشمندی کنم (انتظار بیش از حد از خود High self expectation).

۳- مردم و از جمله خود فرد باید مستحق سرزنش شدن و مجازات به خاطر اشتباهات خویش و اعمال بدی که انجام می‌دهند باشند (تمایل به سرزنش Blame proneness).

۴- اگر وقایع و حوادث آن طور نباشند که او می‌خواهد نهایت ناراحتی و بیچارگی است و بدبختیهای زیادی را به دنبال خواهد داشت (واکنش به ناکامی Frustration reactive).

۵- تمام آشفتگی‌ها و ناراحتیهای روانی ناشی از مسائل و حوادث بد زندگی هستند که فرد هیچگونه دخالتی در ایجاد یا رفع آن نمی‌تواند داشته باشد (بی مسئولیتی عاطفی = Emotional irresponsibility).

۶- حوادث بد و خطرناک همیشه موجب نهایت نگرانی و ناراحتی می‌شوند و باید همیشه نگران چنین حوادثی بود (بیش نگرانی توأم با اضطراب Anxious overconcern).

۷- اجتناب کردن از مسائل، مشکلات، مسئولیتها و وظایف، آسان‌تر از مواجه شدن با آنهاست (اجتناب از مشکلات = Problem avoiding).

۸- باید به افراد قوی‌تر از خود متکی بود چراکه بدون آنها زندگی کردن بسیار مشکل و غیر ممکن است (وابستگی به دیگران = Dependency).

۹- تاریخچه گذشته تعیین کننده رفتار کنونی است و به هیچ وجه نمی‌توان آنرا تغییر داد (درماندگی نسبت به

اقدام به خودکشی را عملی گرایانه بدون آنکه نتیجه‌اش منجر به مرگ شود، تعریف کرده‌اند (۲۴). بر اساس گزارشات سازمان جهانی بهداشت هر ساله در سراسر دنیا ۴۰۰ هزار نفر دست به خودکشی می‌زنند. این عمل یکی از ده علل اصلی مرگ و میر در دنیا به شمار می‌رود (۲۴، ۲۵). در برخی پژوهشها شایع‌ترین علت مراجعه افراد زیر ۵۰ سال به فوریتهای پزشکی، اقدام به خودکشی بوده است. این عمل شایع‌ترین علت مراجعه زنان و دومین علت مراجعه مردان (پس از حمله قلبی) به مراکز فوریتهای پزشکی بوده و یک عامل پیش‌بینی کننده مهم خطر مرگ ناشی از خودکشی در آینده است (۲۰).

Scully & Hutcherson از بررسیهای به عمل آمده روی ۱۶۴ مورد سوختگی نشان دادند که ۹٪ آنها در اثر اقدام به خودکشی (خودسوزی) بوده است (۲۱). عوامل مهمی در اقدام به خودکشی مؤثر هستند. بیش از ۹۰٪ از بیماران که اقدام به خودکشی نموده‌اند، سابقه بیماری روانی در آنها گزارش شده است. افسردگی و سوء مصرف مواد جزء مهم‌ترین عوامل مخاطره‌آمیز خودکشی محسوب می‌شود (۲۴، ۲۵).

یکی از دیدگاههای روان‌شناسی در مورد علل بیماری روانی دیدگاه عقلانی - عاطفی "آلبرت ایس" است. به نظر او رفتار و عواطف انسان ناشی از باورها، اعتقادات و طرز تفکر اوست. اضطراب، افسردگی، غم، اندوه، خشم و ترس همگی ناشی از طرز فکر و باورهای فرد نسبت به جهان و دیگران است. وی نام این باورها را باورهای غیر منطقی گذاشت (۵). این باورها مجموعه‌ای از افکار، اندیشه‌ها و عقایدی هستند که در آن اجبار، الزام، وظیفه و مطلق گرایی وجود دارد و موجب بروز اختلالات عاطفی و رفتاری می‌گردند و این اختلالات زمینه بروز افکار و اعمال خودکشی را در فرد فراهم می‌سازند (۵). ایس (Ellis) معتقد بود که ده تفکر اصلی غیر منطقی در هر فرد ممکن است وجود داشته باشد که

الیس (Ellis) معتقد است که افسردگی به عنوان یک بیماری و پیامدهای آن از جمله خودکشی بی ارتباط با باورهای غیر منطقی نیست. به دلیل اینکه چنین پژوهشی نه در ایران و نه در کشورهای دیگر در این رابطه صورت نگرفته، پژوهش حاضر بر آن است که نشان دهد آیا این دیدگاه توجیهی برای اقدام به خودکشی می‌تواند ارائه دهد. همچنین با توجه به این مسئله که اقدام به خودکشی به روش خودسوزی براساس برخی پژوهشها در کشور ما (ایران) نسبت به کشورهای غربی که از سایر روشهای خودکشی (استفاده از اسحله گرم، پرتاب از ارتفاع و در برخی موارد استفاده از سموم) استفاده می‌کنند، از شیوع بیشتری برخوردار است (۲۵، ۲۴، ۴)، بررسی این موضوع و شناخت عوامل مؤثر در آن می‌تواند راهکارهایی را جهت پیشگیری از آن به ما عرضه دارد.

مواد و روشها:

این پژوهش یک پژوهش مقطعی - مقایسه‌ای بوده و نمونه‌های پژوهش در دو گروه قرار گرفتند. گروه اول شامل ۵۰ نفر بیماران اقدام کننده به خودکشی (به روش خودسوزی) بود که طی مدت ۶ ماه به دو بیمارستان بزرگ سوانح سوختگی در تهران (شهید مطهری و توحید) ارجاع، بستری و تحت درمان قرار گرفته بودند. ملاک تشخیصی اقدام به خودسوزی، اظهارات خود بیمار، همراهان، نزدیکان و پرونده بیمار بود. گروه دوم که گروه شاهد محسوب می‌شد، ۵۰ نفر از افرادی بودند که هیچگونه سابقه اختلال روانی و مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس را نداشته و از جمعیت عمومی به صورت تصادفی انتخاب گردیدند.

ابزار پژوهش شامل یک چک لیست مشخصات دموگرافیک و دو آزمون روانشناختی بود. آزمون اول آزمون باورهای غیر منطقی IBT بود که بر اساس دیدگاه "Ellis" در سال ۱۹۶۸ توسط Jonse ساخته شد و یکی از پر استفاده‌ترین ابزار اندازه‌گیری باورهای غیر منطقی

تغییر (Helplessness for change =).

۱۰- برای هر مشکلی فقط یک راه حل کامل و درست وجود دارد و اگر بدان دست نیابیم وحشتناک و فاجعه‌آمیز خواهد بود (کمال‌گرایی = Perfectionism).
Woods & Muller در پژوهشی به بررسی باورهای غیر منطقی بین دو گروه دارای تفکر خودکشی و فاقد اینگونه تفکرات پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که باورهای غیر منطقی در گروه دارای تفکر خودکشی بسیار بالاتر از گروه دیگر بود (۲۶). گرچه از ده تفکر غیر منطقی دیدگاه "Ellis"، سه تفکر کمال‌گرایی، تمایل به سرزنش و وابستگی به دیگران بین دو گروه تفاوت معنی‌داری به دست نیامد، اما در مورد سایر تفکرات غیر منطقی این رابطه معنی‌دار بود (۲۶). در پژوهش دیگری Lester رابطه بین افسردگی اشتغالات ذهنی خودکشی و تفکر منطقی را مورد بررسی قرار داد و نشان داد که افکار غیر منطقی با افسردگی مرتبط بوده و افرادی که اشتغالات فکری خودکشی داشتند، میزان باورهای غیر منطقی در آنها زیاد بود (۱۸).

در ایران چند پژوهش با آزمون Irrational Belief Test (IBT) انجام گرفت. فرح بخش طی پژوهشی ارتباط باورهای غیر منطقی را در دو گروه افسرده و بهنجار مورد بررسی قرار داد که در مجموع نشان از تفاوت معنی‌دار بین دو گروه می‌داد (۶). تقی‌پور در پژوهش دیگری باورهای غیر منطقی را در بیماران روان‌تنی (Psychosomatic) و افراد سالم مورد بررسی قرار داد که به استثنای باورهای تمایل به سرزنش، بی‌مسئولیتی عاطفی، اجتناب از مشکلات، وابستگی به دیگران و کمال‌گرایی در سایر باورها تفاوت معنی‌داری بین دو گروه به دست آمد (۳).

هدف از پژوهش حاضر بررسی این موضوع است که آیا ارتباطی بین تفکر و اقدام به خودکشی در یک فرد با باورهای غیر منطقی او وجود دارد یا خیر؟ هر کسی بر اساس دیدگاه خود علل اقدام به خودکشی را بیان می‌کند.

در جهان است. این آزمون دارای ده مقیاس و هر مقیاس دارای ده سؤال است که باورهای غیر منطقی ده گانه "Ellis" را مورد بررسی قرار می دهد. سؤالات آزمون به روش لیکرت و به صورت ۵ درجه می باشد و تعداد کل سؤالات آزمون ۱۰۰ سؤال است.

اعتبار (Validity) آزمون IBT از طریق همبستگی با آزمون رفتارهای منطقی (-Rational Behavior Inventory) توسط Smit و Zurawasky برابر با ۰/۷۱ و همچنین همبستگی این آزمون با آزمون BDI (Beck Depression Inventory) برابر با ۰/۷۷ بدست آمد که در سطح ۰/۹۹ معنی دار بود (۲۵). همچنین اعتبار این آزمون توسط Bernard و اساتید روان شناسی در ایران مورد تأیید قرار گرفته است (۳). Jonse با استفاده از روش آزمون - آزمون مجدد پایانی این آزمون را ۰/۹۲ و پایانی هر یک از زیر مقیاسهای ده گانه آن را ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ و میانگین پایانی همه زیر مقیاسها را ۰/۸۴ به دست آورد (۳). در ایران روایی (Reliability) این آزمون از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۱ به دست آمد (۳). به منظور اجرای آزمون IBT محقق پس از ایجاد ارتباط و کسب اعتماد اقدام کنندگان، آزمون فوق را روی آنها اجرا کرد. در طی مدت تحقیق (۶ ماه) تعداد ۵۰ نفر اقدام به خودسوزی کرده بودند.

آزمون دوم آزمون چک لیست علائم SCL-90 (Symptoms Check List) بود که سلامت روانی آزمودنیها را مورد ارزیابی قرار می داد. این آزمون نُه مقیاس اضطراب فوبیک (Phobic anxiety)، افسردگی (Depression)، وسواس فکری - عملی (Obsessive-compulsive)، اضطراب (Anxiety)، جسمی سازی (Somatization)، افکار پارانویید (Paranoid idiation)، حساسیت بین فردی (Interpersonal sensitivity)، روان پریشی (Psychosis) و خصومت (Hostility) را در فرد مورد ارزیابی قرار داده و افراد بهنجار و سالم را از افراد نا

بهنجار متمایز می سازد.

این آزمون در سال ۱۹۷۶ توسط Derogatis ساخته شد (۱۱) و در تحقیقات بسیاری اعتبار و پایانی آن مورد تأیید قرار گرفت (۱۲، ۱۱). Fernandez, Wainer, Ablouf و Crage اعتبار این آزمون را بر اساس اجرا روی بیماران سرطانی و بیماران بدخیم بسیار بالا ارزیابی کردند (۱۲). این آزمون در ایران در بسیاری از پژوهشها به کار گرفته شده و از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است. روایی این آزمون از طریق آزمون - آزمون مجدد برابر با ۰/۸۴ و نقطه برش (Cut-off) آن برابر با "۱" به دست آمد (۶). تعداد کل سؤالات این آزمون ۹۰ سؤال است که مقیاسهای نه گانه فوق را ارزیابی می کند. این آزمون تنها بر روی گروه شاهد اجرا گردید. برای انتخاب گروه شاهد و اجرای آزمون SCL-90 و همثانی این گروه با گروه مورد و متناسب با ویژگیهای دموگرافیک، تعداد ۱۰۰ نفر از جمعیت عمومی به صورت تصادفی انتخاب و آزمون مورد نظر روی آنها اجرا گردید. پس از نمره گذاری، آزمودنی هائی که در کل مقیاس آزمون مورد نظر نمره کمتر از یک به دست آوردند به عنوان افراد بهنجار تلقی شده و از سایر آزمودنی ها جدا شدند. از این تعداد ۵۰ نفر که همثانی بیشتری با گروه اقدام کننده به خودکشی (خودسوزی) داشتند به عنوان گروه شاهد انتخاب گردیده و پس از آن آزمون IBT در مورد آنها اجرا گردید. علت انتخاب افراد بهنجار به عنوان گروه کنترل، تعیین تفاوت میزان باورهای غیر منطقی در دو گروه اقدام کننده به خودکشی و افراد سالم بوده تا مشخص شود آیا تفاوت معنی داری بین این دو گروه در باورهای غیر منطقی وجود دارد یا خیر؟ روش آماری مورد استفاده در این پژوهش آزمون "t" برای گروههای مستقل می باشد.

نتایج:

نتایج پژوهش نشان داد که از تعداد کل اقدام کنندگان به خودسوزی (۵۰ نفر)، ۶۸٪ زن و ۳۲٪ مرد بودند.

جدول شماره ۱: توزیع وضعیت تأهل، سابقه اقدام و سابقه بیماری روانی در گروه خودسوز و بهنجار به تفکیک جنس

متغیرها	جنسیت		مردان		زنان		جمع	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
متاهل	۶۴/۷	۲۲	۵۶/۲۵	۹	۶۲	۳۱		
مجرد	۲۶/۴۷	۹	۳۱/۲۵	۵	۲۸	۱۴		
سایر موارد (مطلقه، بیوه و...)	۸/۸۳	۳	۱۲/۵	۲	۱۰	۵		
داشتن سابقه اقدام	۱۷/۶۵	۶	۱۲/۵	۲	۱۶	۸		
عدم داشتن سابقه اقدام	۸۲/۳۵	۲۸	۸۷/۵	۱۴	۸۴	۴۲		
داشتن سابقه بیماری روانی	۸۵/۲۹	۲۹	۵۶/۲۵	۹	۷۶	۳۸		
عدم داشتن سابقه بیماری روانی	۱۴/۷	۵	۴۳/۷۵	۷	۲۴	۱۲		

همانطور که داده‌های فوق نشان می‌دهد اقدام به خودکشی در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد در هر دو جنس بیشتر بوده است. همچنین ۸۴٪ از اقدام کنندگان سابقه اقدام به خودسوزی نداشتند. داشتن سابقه بیماری روانی و مراجعه به روانپزشک و روانشناس طی ۳-۴ سال گذشته در ۷۶٪ اقدام کنندگان گزارش شده است. سابقه بیماری روانی و مراجعه به روانپزشک و روانشناس در زنان نسبت به مردان بیشتر بوده است (۸۵٪ در مقابل ۵۶٪).

میانگین سنی زنان ۲۴ سال و مردان ۳۵ سال بود، ۶۸٪ اقدام کنندگان متأهل، ۲۸٪ مجرد و ۱۰٪ هم سایر موارد (مطلقه، بیوه و...) بودند. ۸۴٪ اقدام کنندگان در هر دو جنس سابقه اقدام به خودکشی (به هر روش) را نداشته و تنها ۱۶٪ سابقه اقدام را گزارش کردند. همچنین ۷۶٪ اقدام کنندگان در هر دو جنس سابقه مراجعه به روان‌شناس یا روان‌پزشک را طی ۳-۴ سال گذشته گزارش کردند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات باورهای غیر منطقی در دو گروه خود سوز و بهنجار

باورهای غیر منطقی ده گانه	اقدام کننده به خودسوزی	بهنجار
ضرورت تأیید و حمایت از جانب دیگران	۳۶/۲۸±۶/۹۱*	۲۸/۷±۳/۷۴
انتظار بیش از حد از خود	۳۳/۱۲±۳/۲۶*	۲۷/۵۲±۴/۶۳
نمایب به سرزنش	۳۰/۲۲±۳/۷۸*	۲۸/۳۸±۳/۷۱
واکنش به ناکامی	۳۳/۱۷±۴/۳۴*	۲۶/۲۴±۴/۲۴
بی مسئولیتی عاطفی	۳۰/۶±۳/۷۳*	۲۷/۰۶±۳/۷۵
بیش نگرانی توأم با اضطراب	۳۴/۳۲±۴/۳۲*	۲۹/۸۹±۴/۲۷
اجتناب از مشکلات	۳۱/۷۸±۴/۴۸	۳۰/۴۶±۴/۳۴
وابستگی به دیگران	۳۱/۴۲±۴/۲۲	۲۹/۸۴±۴/۰۲
درماندگی نسبت به تغییر	۳۲/۵±۴/۲۷*	۲۹/۶۹±۴/۰۱
کمال گرایی	۲۸/۱۶±۳/۶۱	۲۷/۲۴±۳/۴۶
جمع	۳۲۱/۵۷±۴۳	۲۸۵/۰۲±۴۱

جدول فوق نشان می‌دهد میانگین نمرات همه باورهای غیر منطقی در گروه اقدام کننده به خودکشی نسبت به گروه بهنجار بالاتر است. گرچه میانگین نمرات باورهای غیر منطقی "اجتناب از مشکلات"، "وابستگی به دیگران" و "کمال گرایی" در گروه خود سوز بیشتر از گروه بهنجار است ولی تفاوت معنی داری در این سه باور بین دو گروه به دست نیامد. داده‌ها بصورت میانگین ± انحراف معیار است. علامت ستاره تعیین کننده تفاوت معنی دار باورهای غیر منطقی بین دو گروه است.

نتایج اصلی پژوهش به طور کلی نشان داد که بین میزان باورهای غیر منطقی در اقدام کنندگان به خودکشی (به روش خود سوزی) و افراد بیمار در سطح آماری $P < 0/05$ تفاوت معنی داری وجود دارد. میانگین و انحراف استاندارد کلی نمرات آزمودنی های بهنجار در آزمون IBT به ترتیب $285/02$ و $30/79$ و در اقدام کنندگان به خود سوزی $321/57$ و $28/18$ به دست آمد. در مورد باورهای "ضرورت تأیید و حمایت از جانب دیگران"، انتظار بیش از حد از خود، "تمایل به سرزنش"، "واکنش به ناکامی"، "بی مسئولیتی عاطفی"، "بیش نگرانی توأم با اضطراب" و "درماندگی نسبت به تغییر"، رابطه معنی داری بین دو گروه خودسوز و بهنجار بدست آمد $P < 0/05$. میانگین نمرات در گروه خود سوز از گروه بهنجار بالاتر بود. در مورد باورهای غیر منطقی "اجتناب از مشکلات"، "وابستگی به دیگران" و "کمال گرایی" رابطه معنی داری را بین دو گروه خود سوز و بهنجار در سطح آماری $P < 0/05$ بدست نیامد (جدول شماره ۲).

بحث:

هدف اصلی این پژوهش روشن ساختن رابطه بین باورهای غیر منطقی و اقدام به خودکشی (به روش خودسوزی) است تا مشخص شود آیا باورهای غیر منطقی افراد نقشی در اقدام به خودکشی ایفاء می کند یا خیر. همچنین اهداف فرعی این پژوهش رابطه اقدام به خودکشی با متغیرهایی چون سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وسیله خودسوزی، سابقه اقدام و سابقه بیماری روانی را مورد بررسی قرار می دهد. نتایج نشان داد که شیوع خودسوزی در زنان نسبت به مردان بیشتر است. نتایج این قسمت از پژوهش با تحقیقات Sheth و همکاران (۲۲)، Hammond و همکاران (۱۴) پاک سرشت و شکرکن (۱) در ایران به طور اخص (خودسوزی) و با پژوهشهای Khan و همکاران (۱۷)،

Comer (۱۰)، پورافکاری (۲) و همچنین یاسمی و همکاران (۷) در ایران به طور اعم (اقدام به خودکشی)، همخوانی دارد. محدوده سنی زنان اقدام کننده ۲۹-۲۵ سال و مردان ۳۹-۳۰ سال بود که با تحقیق حیدری (۴) و پاک سرشت و شکرکن (۱) در ایران همخوانی دارد اما با آمار ارائه شده از اداره سرشماری امریکا (به نقل از Bootzin و همکاران) که بیشترین تعداد خودکشیها در این کشور در محدوده سنی ۸۴-۷۵ بوده (۸) و همچنین آمار سازمان جهانی بهداشت همخوانی ندارد (۲۵،۲۴). احتمالاً یکی از دلایل اختلاف این قسمت از نتایج پژوهش در ایران با سایر کشورهای غربی، بالا بودن متوسط عمر انسانها در کشورهای فوق است بطوریکه متوسط عمر انسان در ایران چندین سال کمتر از کشورهای غربی است و این مسئله باعث تفاوت نتایج بدست آمده در ایران و کشورهای فوق می باشد. در مورد وضعیت تأهل ۶۲٪ اقدام کنندگان متأهل، ۲۸٪ مجرد و ۱۰٪ سایر موارد بود که با تحقیق حیدری (۴) در ایران همخوانی دارد. اما با تحقیقات پورافکاری (۲) و یاسمی (۷) در ایران و گزارشات سازمان جهانی بهداشت (۲۵)، همخوانی ندارد. از نظر وضعیت شغلی ۷۹٪ زنان اقدام کننده خانه دار و ۳۱٪ مردان همین گروه بیکار بودند. نتایج دیگر پژوهش نشان داد که ۸۴٪ اقدام کنندگان به خودسوزی سابقه اقدام به این عمل را نداشته و تنها ۱۶٪ سابقه چنین عملی را گزارش کردند که با تحقیق Goldstein (۱۳)، KerKhof (۱۶) همخوانی ندارد. تفاوت در این نتایج را می توان ناشی از نوع روش اقدام به خودکشی دانست به طوری که در این پژوهش روش اقدام به خودکشی، خودسوزی بوده ولی در پژوهشهای فوق روش اقدام سایر روشها (مسمومیت دارویی و سایر سموم) بوده است. همچنین ۷۶٪ اقدام کنندگان سابقه مراجعه به روان پزشک و روان شناس را طی ۳-۴ سال گذشته گزارش کردند که این نتیجه با نتایج گزارشات WHO مبنی بر اینکه بیش از ۹۰٪ کسانی که در امریکا و

اروپا اقدام به خودکشی کرده‌اند در دوران زندگی‌شان سابقه بیماری روانی داشته‌اند، هماهنگی و همخوانی دارد (۲۵،۲۴).

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین کل نمرات گروه اقدام کننده به خودکشی (خودسوزی) با افراد بهنجار در آزمون باورهای غیر منطقی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر میانگین کل نمرات آزمون باورهای غیر منطقی در گروه اقدام کننده نسبت به گروه بهنجار بالاتر بود (۳۲۱/۵۷ در مقابل ۲۸۵/۰۲)، که با پژوهشهای Muller & Woods (۲۶)، Lester & Melish (۱۹)، همخوانی دارد. در مورد هر کدام از باورهای غیر منطقی نتایج نشان داد که بین نمرات دو گروه خود سوز و بهنجار در باورهای " ضرورت تأیید و حمایت از جانب دیگران "، " انتظار بیش از حد از خود "، واکنش به ناکامی "، " بی مسئولیتی عاطفی "، نگرانی بیش از حد توأم با اضطراب " و " درماندگی نسبت به تغییر " در سطح آماری $P < 0/05$ تفاوت معنی داری بدست آمد که با پژوهشهای Cash (۹)، Smit & Zurawasky (۲۳) Hagland & Kolison (۱۵)، همخوانی دارد. در دیگر باورهای غیر منطقی، "اجتناب از مشکلات"، "وابستگی به دیگران" و "کمال گرایی" تفاوت معنی داری بین دو گروه در همان سطح آماری بدست نیامد که در مورد باورهای "اجتناب از مشکلات" با تحقیق Woods & Muller (۲۶) و "کمال گرایی" با تحقیق Smit & Zurawasky (۲۳) همخوانی دارد.

در واقع نتایج این پژوهش مهر تأییدی بر دیدگاه "عقلانی - عاطفی" "الیس" است. "الیس" دیدگاه خود را یک دیدگاه جهان شمول می‌داند و معتقد است باورهای غیر منطقی یازده گانه او در تمام انسانها ممکن است وجود داشته باشد. نتایج این تحقیق همچون سایر پژوهشهای مرتبط با انسان نمی‌خواهد رابطه علی متغیرهای پژوهش را به اثبات رساند، یا به تعبیر دیگر

علت اقدام به خودکشی را بطور قطعی باورهای غیر منطقی بدانند، چرا که در انسانهای نابهنجار دیگر که اقدام به خودکشی نمی‌کنند ممکن است این باورها وجود داشته و علاوه بر این فاکتورهای دیگری در نابهنجاری و یا چنین اقدامی بی تأثیر نیست. اما نکته مورد نظر اینجاست که دیدگاه عقلانی - عاطفی "الیس" می‌خواهد تفاوت بهنجار و نابهنجار بودن را در این باورهای به اثبات رساند و قطعاً از نظر روانشناسی کسی که اقدام به خودکشی می‌کند جزء افراد نابهنجار تلقی می‌شود و این خود نیز کافی است ضمن آنکه نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بین دو گروه اقدام کننده به خودکشی و بهنجار در این باورها تفاوت وجود داشته و میزان این باورها در گروه اول بالاتر از گروه دوم است هدف سایر پژوهشهای انجام شده روی بیماران مختلف (سایکوسوماتیکها، افسرده‌ها و...) هم حکایت از چنین مسئله‌ای است.

پیشنهادهات:

۱- با توجه به اینکه خودسوزی یکی از روشهای فجیع و خطرناک اقدام به خودکشی است و ممکن است اثر آن تا آخر عمر در بدن فرد باقی بماند و آثار سوء و منفی زیادی روی بیمار خواهد گذاشت، ضرورت دارد سوانح سوختگی بعد از درمان فیزیکی این بیماران، مدتی آنها را تحت درمان روانشناختی قرار داده و با استفاده از مشاوران و روان‌شناسان باورهای غیر منطقی این بیماران را تغییر داده و آنها را با دیدی تازه و تفکر منطقی در مقابل مشکلات به سوی زندگی و اجتماع باز گردانند. (این پیشنهاد در مورد سایر روشهای اقدام به خودکشی مثل مسمومیت مصداق دارد).

۲- بکارگیری درمان عقلی - عاطفی آلبرت الیس در مراکز مشاوره و روان درمانی به خصوص روی بیماران افسرده که احتمال خودکشی در آنها بیش از سایرین است.

۳- انجام پژوهش دیگری در رابطه با باورهای غیر

منطقی الیس و تطابق آن با فرهنگ ایرانی بدین معنی که آیا از باوری که در غرب به عنوان باور غیر منطقی یاد می‌شود در ایران هم چنین است یا خیر؟

تشکر و قدردانی:

از اساتید بزرگوار جناب آقای دکتر عبدالله شفیع آبادی و جناب آقای دکتر علی دلاور، اساتید محترم دانشکده روانشناسی دانشگاه علوم طباطبائی که افتخار شاگردی در محضرشان را در طول تحصیل

داشتم، همچنین از دوست عزیز و ارجمند جناب آقای دکتر رامین خدابخشی استاد دانشگاه علوم بهزیستی که همواره از راهنمایی‌های ارزنده‌اشان استفاده فراوان بردم، کمال تشکر و قدردانی را می‌نمایم. ضمناً از آقایان دکتر امیر حسین کلانتری و رحمت الله نیکویی رؤسای محترم بیمارستانهای سوانح سوختگی شهید مطهری و توحید تهران، خانم حق پوی روانشناس و مددکار بیمارستان شهید مطهری و سایر پرسنل در بیمارستان مذکور که مرا در اجرای پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع:

- ۱- پاک سرشت محمد جعفر؛ شکرکن حسین. بررسی مقدماتی خودکشی در استان خوزستان. خلاصه مقالات دومین سمینار ارائه یافته‌های علوم تربیتی و روان‌شناسی استان خوزستان، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ۵-۲۴، ۱۳۷۳.
- ۲- پورافکاری نصرت ا... . بررسی یکصد مورد اقدام به خودکشی به طریقه مسمومیت دارویی در تبریز. خلاصه مقالات دومین کنگره سالیانه روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران، ۴۰-۳۹، ۱۳۷۳.
- ۳- تقی پور منوچهر. بررسی و مقایسه باورهای غیر منطقی در اختلالات روان تنی با افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۳۷۷.
- ۴- حیدری صنوبر. خودکشی و بررسی آن در ایران. پایان نامه جهت اخذ دکترای روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۶۶.
- ۵- شفیع آبادی عبدا...؛ ناصری غلامرضا. نظریه‌های مشاوره و روان درمانی، درمان عقلانی - عاطفی، شفیع آبادی عبدالله. مرکز نشر دانشگاهی چاپ سوم، ۳۰-۱۱۵، ۱۳۷۲.
- ۶- فرح بخش کیومرث. بررسی و مقایسه میزان باورهای غیر منطقی در بیماران افسرده ۵۰-۲۰ ساله مراجعه کننده به مراکز روان پزشکی شهر اصفهان با افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۳۷۲.
- ۷- یاسمی محمد تقی. بررسی همه گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان. اندیشه و رفتار، ۳(۴): ۲۸-۱۵، ۱۳۷۷.
- 8- Bootzin RR.; Acocella JR.; Alloy LB. Abnormal psychology. Alloy LB. The mood disorder: From McGraw-Hill, USA, 216-70, 1993.
- 9- Cash FT. Irrational belief test: cognitive-behavioral traits and depression. J Clin Psychol, 40(6): 103-13, 1985.
- 10- Comer JR. Abnormal psychology: From WH Freeman & Company. New York: USA, 240-81, 1995.
- 11- Derogatis LR.; Rickels K.; Rock A. The Sci-90 and the MMPI, a step in the validation of a new self report scale. Br J Psychiatry, 128: 280-89, 1976.
- 12- Ellis A. Is rational-emotive therapy (RET) "Rationalist" or "Constructivist"? In: Dryden W(ed). The essential Albert Ellis: seminal weightings on psychotherapy: From Springer. New York: USA, 114-41, 1990.
- 13- Goldstien RB. The prediction of suicide: sensitivity, specificity and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patient with affective disorder. Arch Gen Psychiatry, 48: 418-22, 1991.
- 14- Hammond JS.; Ward CG. Pereira E: Self-inflicted burns. J Burn Curn Care Rehabil, 9: 178-79, 1988.
- 15- Hangland BS.; Kolison LT. Loneliness and irrational belief among college students. Journal of College Development, 30(1): 53-61, 1992.

- 16- Kerkhof AJFM.; Diekstra RFW. How to evaluate and deal with acute suicide risk: guidelines for health care workers. In: Diekstra R.; Gulbinat W(eds). Preventive strategies on suicide: the state of the art: From Inpress. 97-128, 1995.
- 17- Khan MM.; Islam S.; Kundi AK. Parasuicide in pakistan: experience at a University hospital. Acta Psychiatr Scand, 93: 264-7, 1996.
- 18- Lester D. Depression, suicidal preoccupation and rational thinking. J Gen Psychol. 116(2): 221-3, 1989.
- 19- Lester D.; Melish C. Beliefs in myths about suicide and irrational thinking. J Psychol Rep, 67: 1050, 1990.
- 20- Rihmer Z. Strategies of suicide prevention : focus on health care. J Affect Disord, 39: 83-91, 1999.
- 21- Scully JH.; Hutcherson R. Suicide by burning. Am J Psychiatry, 140: 905-6, 1983.
- 22- Sheth H.; Dziewalski P.; Settel YAD. Self-inflicted burn: a common way of suicide in the Asia population a 10-year retrospective study. Burns, 20(4): 334-5, 1994.
- 23- Smit TW.; Zurawasky RM. Assessment of irrational belief the question of discriminant validity. J Clin Psychol, 39(4): 87-93, 1984.
- 24- WHO. Primary prevention of mental neurological and psychosocial disorder. Geneva, 75-87, 1998.
- 25- WHO. Consultation on strategies for reducing suicidal behavior in the European region. (Doc. EUR/ICP/PSF O24(s)). Copenhagen. WHO-EURO, 1989.
- 26- Woods PJ.; Muller Gerie. The contemplation of suicide: its relationship to irrational in a client sample and the implications for long range suicide prevention. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 6(4): 83-91, 1988.