

بررسی اثربخشی آموزش سخت‌رویی بر افکار خودکشی در گروهی از سربازان افسرده

The efficacy of hardiness training on suicide ideation in group of depressed soldiers

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۱/۲۷

Rahnejat A.MSc[✉], Bahamin Gh.PhD
Karaminia R.PhD, Dowran B. PhD, Dabaghi P. PhD

میرحسین راه‌نجات[✉]، قباد بهامین^۱
رضا کریمی‌نیا^۲، بهناز دوران^۳، پرویز دباغی^۴

Abstract

Introduction: Patients with depressive disorder may suffer from suicidal successire ideation, therefore depression can be fatal. Depression can also cause physical disorders especially cardiovascular diseases. The present study was carried out to study the impact of hardiness training on suicide ideation in group of depressed Soldiers

Method: In this research, the impact of hardiness training was studied as an independent variable on suicide ideation and Life Quality as dependent variables by an experimental design using experimental and control groups. The sample consisted of 24 persons chosen randomly and divided into two experimental and control groups. The experimental group was trained in a hardiness training program for 10 sessions. The Suicidal Ideation variables were measured by Beck Scale Suicidal Ideation (BSSI). The data were analyzed using co-variance.

Results: The results showed no significant difference between the dependent variables of the two groups before the treatment. But after the intervention, there was a significant difference between the suicide ideation of two groups.

Discussion: According to this investigation, training in hardiness can decrease suicidal ideation. Therefore it would be helpful to use the hardiness training program as an additional pack for reducing the risk of suicide among depressed Soldiers.

Key words: Hardiness, suicidal ideation, Depression

چکیده

مقدمه: بیماران افسرده از افکار پیاپی خودکشی رنج می‌برند، بدین دلیل افسردگی می‌تواند کشنده باشد. همچنین افسردگی در بوجود آمدن اختلالات جسمانی به خصوص بیماری‌های قلبی - عروقی نقش بسزایی دارد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی آموزش سخت‌رویی بر افکار خودکشی در گروهی از سربازان افسرده انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر، یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بود که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. در این مطالعه تأثیر آموزش سخت‌رویی به عنوان متغیر مستقل بر افکار خودکشی سربازان افسرده مورد مطالعه قرار گرفت. آزمودنی‌ها ۲۴ نفر بودند که به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند؛ سپس به گروه آزمایش در طی ۱۰ جلسه یک ساعته همراه با تکلیف، مؤلفه‌های سخت‌رویی (تعهد، کنترل و چالش) آموزش داده شد. متغیر افکار خودکشی در شرایط پیش و پس‌آزمون با مقیاس افکار خودکشی بک اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش از درمان تفاوت معناداری در متغیرهای وابسته پژوهش وجود نداشت اما پس از اجرای روش درمانی، تفاوت معناداری در افکار خودکشی سربازان افسرده دیده شد.

بحث: آموزش مؤلفه‌های سخت‌رویی می‌تواند در کاهش میزان افکار خودکشی سربازان افسرده مؤثر باشد. بنابراین می‌توان از بسته آموزشی سخت‌رویی به عنوان یک مکمل درمانی مفید، در طرح‌های مبارزه با خطر خودکشی بهره جست.

کلید واژه‌ها: سخت‌رویی، افکار خودکشی، افسردگی

✉ **Corresponding Author:** Department of Clinical Psychology School of Medicine Baqiyatallah University of Medical sciences Tehran, Iran
E-mail: arahnedjat@yahoo.com

✉ گروه روانشناسی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) تهران، ایران

۱- گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور ایلام، ایلام، ایران

۲- گروه روانشناسی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) تهران، ایران

۳- گروه روانشناسی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) تهران، ایران

۴- گروه روانشناسی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران

مقدمه

امروزه یکی از پدیده‌های دردناکی که جوامع نظامی با آن مواجه می‌باشند، پدیده خودکشی است به طوری که خودکشی دومین علت شایع مرگ در بین سربازان در حال خدمت و کهنه سربازان^۱ ارتش آمریکا می‌باشد (ماهون و همکاران، ۲۰۰۵). گزارش منتشر شده توسط وزارت دفاع آمریکا^۲ در سال ۲۰۰۸، نشان می‌دهد که میزان خودکشی در بین سربازان آمریکایی در حال خدمت از ۱۰/۳ درصد سال ۲۰۰۱ به ۱۵/۸ درصد در سال ۲۰۰۸ افزایش یافته است. نتایج همین مطالعه نشان داد که تفکنداران دریایی و بعد از آن سربازان پیاده نظام به ترتیب با ۱۹/۵ و ۱۸/۵ درصد از بالاترین میزان خودکشی در بین سربازان آمریکایی برخوردار بودند و کمترین میزان خودکشی به سربازان نیروی هوایی و دریایی ارتش آمریکا به ترتیب با ۱۲/۱ درصد و ۱۱/۶ درصد اختصاص داشت (رام‌چاند^۳، ۲۰۱۱). پیترزاک و همکاران (۲۰۱۰) طی مطالعه‌ای بر روی ۲۷۲ نفر از سربازان شرکت‌کننده در عملیات آزادسازی عراق به این یافته رسیدند که ۱۲/۵ درصد از سربازان، ۲ هفته قبل از شروع مطالعه، افکاری در زمینه خودکشی داشته‌اند (لومر، ۲۰۱۱). پیندر و همکارانش طی مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۱ بر روی ۸۲۱ نفر از سربازان ارتش انگلستان، میزان شیوع مادام‌العمر اقدام به خودکشی را ۵/۶ درصد برآورد نمودند (پیندر^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین روحانی و همکاران (۱۳۸۴) میزان شیوع افکار خودکشی در بین ۳۲۱ نفر از سربازان در حال خدمت پادگان‌های تهران، در یکی از نیروهای نظامی ایران را ۱۵/۳ درصد برآورد نمودند.

نتایج مطالعات گوناگون اشاره به نقش عوامل مختلف در پیدایش افکار خودکشی و اقدام به خودکشی دارد. یکی از مهم‌ترین عوامل خطرزا و پیش‌بینی‌کننده خودکشی در بین سربازان و کارکنان نظامی، استرس است که منجر به پیدایش افسردگی می‌گردد. نتایج پژوهش ماهون و همکارانش (۲۰۰۵) بر روی ۷۳۲ مورد مرگ در طی سال‌های ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۲ در بین نیروهای دفاعی ایرلند، نشان داد که ۵۷ درصد افرادی که از طریق اقدام به

خودکشی فوت نموده بودند قبل از اقدام به خودکشی با رویدادهای استرس‌زای مهمی از نوع مشکلات ارتباطی و مالی مواجه شده بودند. استرس شامل الگوی پیچیده‌ای از احساسات منفی و واکنش‌های فیزیولوژیک است و زمانی رخ می‌دهد که افراد در رسیدن به اهداف اصلی خود ناکام مانده و به مشکل برخورد کنند. استرس خود به تنهایی باعث ناتوانی جسمی یا بیماری نمی‌شود بلکه هرگاه شخص از توانایی‌های لازم برای رویارویی با مشکلات برخوردار نباشد؛ دچار افسردگی، ناامیدی و ناتوانی می‌شود. تأثیرات منفی استرس بر توانایی‌های فردی و اجتماعی موجب کاهش مقاومت در فردگریدیده و در درازمدت اثرات ناخوشایندی بر بهداشت جسمی و روانی وی باقی خواهد گذاشت (گامون و مورگان، ۲۰۰۵). اکنون این مسئله مطرح است، با وجود این که همه ما برخی اوقات در شرایط دشوار و استرس‌زای زندگی احساس ناتوانی و افسردگی می‌کنیم، چرا تنها عده خاصی در مقطعی از زندگی خود دست به خودکشی می‌زنند؟ محققین چندی نظیر اسکات و کلوم (۱۹۸۷) مدل آمادگی - استرس - ناامیدی را در این زمینه ارائه داده‌اند. بر اساس این مدل عواملی چند، فرد را نسبت به استرس آسیب‌پذیر می‌کنند و افرادی که از چنین آسیب‌پذیری رنج می‌برند در صورت روبرو شدن با استرس دچار ناتوانی گشته و اقدام به خودکشی می‌کنند. افسردگی به عنوان یکی از اختلالات ناشی از استرس و شایع‌ترین عامل ناتوانی در کشورهای توسعه یافته است و منجر به صرف هزینه‌های هنگفت پزشکی، از بین رفتن بهره‌وری و غیبت فرد از جامعه می‌گردد. در بیماران افسرده‌ای که از افکار پیاپی خودکشی رنج می‌برند، در صورت عدم درمان یا درمان نامناسب افسردگی می‌تواند کشنده باشد. در حدود ۱۰ درصد بیمارانی که از افسردگی اساسی رنج می‌برند اقدام به خودکشی می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی^۵، ۲۰۰۲). افسردگی علاوه بر خودکشی با بیماری‌های جسمانی نیز همراه است که از آن میان می‌توان بیماری‌های قلبی را برشمرد زیرا افسردگی و استرس باعث تغییرات شیمیایی در بدن می‌شوند. همچنین بیشتر پژوهش‌های انجام شده در بین

سربازان و کهنه‌سربازان نشان می‌دهد، افسردگی منجر به افزایش افکار خودکشی در بین کارکنان نظامی در حال خدمت یا بازنشسته می‌شود. نتایج پژوهش لومر و همکاران (۲۰۱۱) بر روی ۱۷۴۰ نفر از سربازان در حال خدمت و کهنه‌سربازان شرکت‌کننده در عملیات آزادسازی عراق نشان داد که ۱۱۳ نفر از آنان (۶/۵ درصد) در زمان مصاحبه دارای افکار خودکشی فعال بودند و تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که مهم‌ترین عوامل خطرزای مرتبط با افکار خودکشی آنها، شامل داشتن سابقه اقدام به خودکشی، جنسیت مونث، تشخیص اختلال استرس پس از ضربه و اختلال افسردگی بود (لومر، ۲۰۱۱). کاظمی و همکاران (۱۳۸۴) طی پژوهشی روی ۳۸۵ نفر از کارکنان نظامی پادگان‌های تهران در یکی از نیروهای نظامی، میزان شیوع اختلال افسردگی را ۱۲/۷ درصد برآورد نمودند.

مطالعات فراوانی، آموزش مهارت‌های زندگی و سایر آموزش‌های حل مسئله و مقابله را در درمان افسردگی، کاهش افکار خودکشی و بیماری‌های روان‌تنی مؤثر می‌دانند (لرنر، ۱۹۹۰؛ سالکوسکیس، ۱۹۹۰؛ ایوت، ۱۹۹۲ و شریفی، ۱۹۹۵). در چند دهه اخیر، آموزش مهارت‌های سخت‌رویی، یکی از شیوه‌های مطرح شده است که باعث ارتقاء ظرفیت روانشناختی، تغییر نگرش و در نتیجه افزایش سلامت عمومی و کاهش ناامیدی و افسردگی در بین افراد مبتلا به افسردگی می‌شود. سخت‌رویی یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که به عنوان عاملی برای ارتقای سلامتی تلقی می‌شود. کوباسا، مادی و کوهن (۱۹۸۲) با استفاده از نظریه‌های شخصیت، سازه سخت‌رویی را به عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی تعریف می‌کنند که به عنوان یک منبع مقاومت، در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل می‌کند. این متغیر شخصیتی از سه مؤلفه (وابسته به هم) شامل کنترل، تعهد و مبارزه‌جویی تشکیل شده است. کنترل، مفهوم مقابل احساس تهدید یا ترس است. افراد سرسخت در برابر اعمال و رفتار احساس تعهد کرده و به جای این که آن را تهدیدی برای زندگی خود به شمار آورند معتقدند که رویدادهای زندگی قابل کنترل و

پیش‌بینی‌اند و بالاخره تغییر در زندگی و نیاز به انطباق با آن را نوعی شانس و مبارزه‌جویی برای رشد بیشتر در نظر می‌گیرند (کوباسا، ۱۹۸۲).

پژوهش‌های مداخله‌ای نیز حکایت از آن دارد که سخت‌رویی متأثر از تجربه و آموزش است. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش سخت‌رویی نه تنها نگرش‌ها و اعمال سخت‌کوشانه را افزایش می‌دهد بلکه عملکرد و سلامت را در بزرگسالان شاغل و دانشجویان افزایش می‌دهد (مادی و همکاران، ۱۹۸۷ و ۱۹۹۸). یافته‌ها نشان می‌دهند که سخت‌رویی به مثابه سپر در مقابل استرس در موقعیت‌های گوناگون زندگی عمل می‌کند (زاکین و همکاران، ۲۰۰۳؛ فلورین، ۱۹۹۵؛ کوباسا، ۱۹۷۹؛ مانینگ و همکاران، ۱۹۸۸ و وایب و همکاران، ۱۹۹۱)، بیانگر اعتماد شخصی به توانایی خود برای مقابله با شرایط متفاوت است (هولاهان و همکاران، ۱۹۸۶)، حس استقلال و خودپیروی را تقویت می‌کند (هاوارد و همکاران، ۱۹۸۶) و باعث ارتقاء و بهبود عملکرد می‌شود (وستمن، ۱۹۹۰؛ گولبی و همکاران، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۷). سخت‌رویی، همچنین از طریق فعال‌سازی راهبردهای مقابله‌تبدیلی (فعال، تعیین‌کننده) با شرایط استرس‌زا به جای راهبردهای مقابله‌بازگشتی (انکاری، اجتنابی)، احتمال بیماری‌های جسمانی مربوط به استرس، بیماری‌های روانی و ضعف‌های رفتاری و عملکردی را کاهش می‌دهد (مدی، ۱۹۹۹؛ کوباسا و همکاران، ۱۹۸۵؛ قربانی و همکاران، ۲۰۰۰ و مادی و همکاران، ۱۹۹۴). پژوهش‌ها، همچنین نشان داده‌اند که افراد سخت‌رو در مقایسه با همتایان کمتر سخت‌کوش‌شان، شرایط استرس‌زا را کمتر تهدیدکننده و بیشتر قابل کنترل ارزیابی می‌کنند و از مهارت‌های مقابله‌ای مؤثرتر استفاده می‌کنند (زاکین و همکاران، ۲۰۰۳؛ مادی، ۱۹۹۹؛ رودالت و همکاران، ۱۹۸۴؛ مادی، ۱۹۹۷؛ مادی، ۱۹۹۹ و ویلیامز، ۱۹۹۲). یک پژوهش نشان می‌دهد افرادی که در سخت‌رویی نمرات بالاتری می‌گیرند کمتر افسرده می‌شوند و تمایل دارند خود را خوشبخت‌تر از دیگران ببینند (رودالت و همکاران، ۱۹۸۹).

پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش مولفه‌های

سخت‌رویی به عنوان متغیر مستقل بر افکار خودکشی گروهی از سربازان افسرده صورت گرفت.

روش

در انجام پژوهش حاضر از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل^۷ استفاده شد. بدین صورت که در دو گروه آزمودنی متغیرهای وابسته (افکار خودکشی) دو بار در هر گروه با استفاده از ابزارهای پژوهش اندازه‌گیری شد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه سربازان افسرده مراجعه‌کننده به یکی از مراکز اصلی مشاوره نظامی استان تهران بود که در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹ به این مرکز مراجعه نموده بودند. برای گزینش نمونه از روش تصادفی ساده استفاده شد. به این صورت که تمام سربازان مایل به شرکت در طرح، توسط روانشناس از طریق مصاحبه روانپزشکی و تکمیل پرسشنامه افکار خودکشی یک مورد ارزیابی قرار گرفتند. از بین تمام افرادی که دارای افکار خودکشی پرخطر بودند، ۲۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب، ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی گنجانده شدند. پس از معرفی اهداف پژوهش و روش انجام آن، آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت آموزش مولفه‌های سخت‌رویی بر اساس پروتکل

آموزشی - درمانی از پیش تهیه شده سخت‌رویی، توسط دو نفر از کارشناسان ارشد روانشناسی به مدت ۱۰ جلسه یک ساعته همراه با تکالیف مرتبط با درمان قرار گرفتند (جدول ۱). لازم به ذکر است آزمودنی‌های گروه کنترل به غیر از درمان‌های معمول روانپزشکی، تحت درمان روانشناختی دیگری نبودند و فقط پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌های مربوطه را دریافت نمودند. در این پژوهش ملاک‌های ورود شامل: ۱- داشتن ملاک‌های تشخیصی افسردگی به تشخیص روانپزشک و مصاحبه تشخیصی روانشناس مرکز بر اساس مصاحبه بالینی ساخت‌یافته برای اختلال‌های محور یک در DSM-IV ۲- عدم دریافت درمان‌های روانشناختی هم‌زمان با انجام پژوهش ۳- داشتن تحصیلات حداقل دیپلم ۴- برخوردار بودن از انگیزه بالا و تمایل به شرکت در پژوهش ۵- نداشتن مشکلات اداری، سازمانی و خدمتی جهت حضور در جلسات درمان به مدت ۱۰ هفته ۵- کسب نمره ۱۹ به بالا از طریق پرسشنامه افسردگی یک در مرحله پیش‌آزمون^۸ ۶- کسب نمره ۴ یا بالاتر در مقیاس یک برای افکار خودکشی بود. همچنین ملاک‌های خروج در این بررسی شامل: ۱- ابتلا به اختلالات روانی عمده به جزء افسردگی مانند اختلال شخصیت، اعتیاد به مواد

جدول ۱- پروتکل آموزش سخت‌رویی (بر اساس پروتکل آموزشی کوشابا و مدی ۱۹۹۸)

جلسه	عنوان	اهداف
اول	در تنگنا قرار گرفتن	آشنایی با مفهوم استرس، آشنایی با انواع استرس، ادراک متفاوت از استرس
دوم	تفاوت دیدگاه	منابع استرس، منطق مداخله، ادراک متفاوت زمان
سوم	رویداد را به گونه دیگر دیدن	بحث در مورد استرس و مفهوم سخت‌رویی، شناسایی افکار زیرین استرس، طبقه‌بندی افکار، آزمون افکار
چهارم	تغییر دیدگاه	تغییر افکار، خودگویی و انواع آن
پنجم	شنا کردن یا غرق شدن	اهمیت تفکر مخالف‌ورز، تلاش و چالش، قرار گرفتن تحت فشار و شناسایی افکار و مخالفت
ششم	حفظ آرامش	تنش‌زدایی، تصویرسازی ذهنی
هفتم	تقویت شبکه اجتماعی	تشکیل شبکه دوستان، انواع دوستان و فن نه گفتن
هشتم	جرات‌ورزی	فن بیان احساسات
نهم	سازگاری	راهبردهای مهارگری اضطراب
دهم	تغذیه	تغذیه سالم و ورزش

(۱۳۷۹)، متخصصان و استادان روانشناسی بالینی روایی این ابزار را تایید کرده‌اند. پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۵ بود (شاره و همکاران، ۱۳۸۹).

پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک فرم بلند، دارای ۲۱ ماده است که پاسخ‌ها روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و جمع نمرات می‌تواند از ۰ تا ۶۳ نوسان داشته باشد. نمرات بین ۵ تا ۹ نشان‌دهنده عدم افسردگی یا کمترین حد افسردگی، نمرات بین ۱۰ تا ۱۸ نشان‌دهنده افسردگی خفیف، نمرات بین ۱۹ تا ۲۹ نشان‌دهنده افسردگی متوسط و نمرات بین ۳۰ تا ۶۳ نشان‌دهنده افسردگی شدید می‌باشد. بررسی‌های روایی‌یابی معمولاً دامنه بالایی از همبستگی رامیان نمره‌های این پرسشنامه و سایر مقیاس‌های افسردگی به دست آورده‌اند. بررسی‌های به عمل آمده در خصوص اعتبار این پرسشنامه نشان‌دهنده ضریب ثبات درونی ۰/۶۵ تا ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی در فواصل چند ساعت تا چند ماه از ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ می‌باشد (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). در این پژوهش، آزمودنی‌هایی انتخاب شدند که بر اساس پرسشنامه افسردگی بک فرم بلند، دارای افسردگی متوسط بودند.

یافته‌ها

در این پژوهش، میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۰/۳۳ سال بود، ۱۴ نفر از آزمودنی‌ها (۵۸ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۵ نفر (۲۱ درصد) دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، ۵ نفر (۲۱ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند. مهم‌ترین فرضیه این پژوهش نشان‌دهنده آن بود که آموزش مؤلفه‌های سخت‌رویی در کاهش افکار خودکشی سربازان افسرده مؤثر است. نتایج نشان داد که دو گروه در شرایط پیش از درمان تفاوت قابل توجهی در میزان افکار خودکشی نداشتند. به منظور آزمون این فرض که آموزش مؤلفه‌های سخت‌رویی بر افکار خودکشی مؤثر است از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. تحلیل کواریانس شکلی از تحلیل واریانس است که معناداری تفاوت‌های میان میانگین‌های گروه‌های کنترل و آزمایش را با توجه به همبستگی مقدار اولیه و مقادیر

مخدر و الکل، ۲- تحصیلات کمتر از دیپلم، ۳- کسب نفع ثانویه مانند معافیت از نگهبانی و... ۴- برخورداری از افکار خودکشی خیلی شدید به گونه‌ای که آزمودنی، نیاز به بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی داشته باشد. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس بک برای افکار خودکشی^۹ (BSSI): این مقیاس توسط بک، کوواکس و ویسمن (۱۹۷۹) تهیه و یکی از ابزارهای مورد استفاده در مطالعات مربوط به افکار خودکشی می‌باشد. شامل ۱۹ پرسش است که هر پرسش از صفر تا دو نمره می‌گیرد، بنابراین جمع نمرات از صفر تا ۳۸ متغیر است. همبستگی درونی این آزمون $a = 0/89$ و پایایی بین آزماینده آن $r = 0/83$ می‌باشد. اعتبار هم‌زمان این آزمون با مقیاس سنجش افکار خودکشی، $r = 0/69$ و $p < 0/001$ به دست آمد. نمره‌گذاری نهایی این آزمون به این صورت می‌باشد: ۰-۳ فاقد افکار خودکشی، ۴-۱۱ دارای افکار خودکشی کم خطر و ۱۲-۳۸ دارای افکار خودکشی پرخطر. این آزمون در ایران ترجمه و مطالعات مقدماتی برای اجرای آن در مرکز مطالعات شناخت و رفتار بیمارستان روزبه انجام شده است (ابراهیمی، ۱۳۸۳). در این پژوهش آزمودنی‌هایی انتخاب شدند که دارای افکار خودکشی پرخطر بودند.

مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV: در ارزیابی اختلال‌های اصلی روانی (بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV) SCID-I ابزار جامع معیار شده‌ای است که برای استفاده در مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. اجرای این ابزار به قضاوت بالینی مصاحبه‌گر درباره پاسخ‌های مصاحبه شونده نیاز دارد و به همین دلیل مصاحبه‌کننده باید در زمینه آسیب‌شناسی روانی دانش و تجربه کافی داشته باشد. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلف قابل قبول گزارش شده است. در بررسی پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها، برای اکثر تشخیص‌ها، کاپای بیشتر از ۰/۷ گزارش کردند. نسخه فارسی این پرسشنامه را شریفی و همکاران (۱۳۸۳) تهیه و اعتباریابی کرده و روایی و پایایی مطلوبی برای آن گزارش کرده‌اند. در مطالعه بختیاری

متغیر وابسته مورد بررسی قرار می‌دهد (هومن، ۱۳۸۷). مقایسه اثر متغیر مستقل بر متغیر وابسته می‌پردازد. نتایج این روش با تعدیل اثر پیش‌آزمون بر مقدار پس‌آزمون به این تحلیل در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- تحلیل کواریانس تک متغیری نمره‌های پس‌آزمون افکار خودکشی با آموزش مؤلفه‌های سخت‌رویی با تعدیل اثر نمره‌های پیش‌آزمون

منبع	DF	Ss	Ms	F	η^2
پیش‌آزمون افکار خودکشی	۱	۷۴۰/۸۳۲	۷۴۰/۸۳۲	۹/۰۳۳*	۰/۳۰۱
آموزش سخت‌رویی	۱	۵۸۸/۲۵۸	۵۸۸/۲۵۸	۷/۱۷۲*	۰/۲۵۵
خطا	۲۱	۱۷۲۲/۳۳۴	۸۲/۰۱۶	-	-
کل	۲۴	۳۱۳/۸۳	-	-	-

مستقیماً به رابطه بین سخت‌رویی و افکار خودکشی بپردازد صورت نگرفته است و پژوهش حاضر در نوع خود اولین پژوهشی است که به طور خاص به مطالعه چنین رابطه‌ای پرداخته است. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۹ توسط سینها^{۱۱} و سینگه^{۱۲} انجام شد تأثیر سخت‌رویی را بر روی افسردگی مورد بررسی قرار داد. آزمودنی‌ها بر اساس میزان سخت‌رویی به سه دسته بالا، متوسط و پایین تقسیم شدند. تفاوت معناداری بین سه گروه از نظر میزان افسردگی به دست آمد که نقش ایمنولوژیکی سخت‌رویی را بر روی افسردگی برجسته می‌نمود. مادی و همکاران (۲۰۰۶) نیز در پژوهشی ارتباط بین سخت‌رویی و معنویت را با افسردگی، خشم و مکانیزم‌های حمایت اجتماعی و مقابله‌ای بررسی کردند. آزمودنی‌ها، کارکنان نظامی و دولتی بودند که به طور داوطلبانه پرسشنامه‌های مربوط به سخت‌رویی، معنویت و دیگر متغیرهای این تحقیق را تکمیل نمودند. تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که سخت‌رویی با افسردگی و خشم رابطه معکوس و با حمایت اجتماعی و مقابله‌ای رابطه مثبت معناداری دارد.

نقش راهکارهای مقابله‌ای و سخت‌رویی و ارتباط آنها با افسردگی در بین میانسالان توسط اشلینبرگ^{۱۴} (۲۰۰۵) در پژوهشی مورد مطالعه قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که سخت‌رویی بهترین پیش‌بینی‌کننده افسردگی می‌باشد. همبستگی معناداری بین سخت‌رویی و سوگیری حل

همان طور که در جدول شماره ۲ دیده می‌شود، F محاسبه شده برای اثر پیش‌آزمون (۹/۰۳۳) از لحاظ آماری معنادار است. به عبارت دیگر نمرات پس‌آزمون تا حدی تحت تأثیر نمرات پیش‌آزمون قرار گرفته‌اند. با وجود این اثر آموزش مؤلفه‌های سخت‌رویی بر افکار خودکشی (۷/۱۷۲) پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه نیز معنادار است. با توجه به جدول ۲ نمرات افکار خودکشی در گروه آزمایش کاهش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش سخت‌رویی باعث کاهش میزان افکار خودکشی گروه آزمایش شده است. مجذور آتا نشان می‌دهد که ۲۵ درصد واریانس افکار خودکشی از طریق آموزش سخت‌رویی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر تأثیر آموزش مؤلفه‌های سخت‌رویی به عنوان متغیر مستقل بر افکار خودکشی سربازان افسرده به عنوان متغیر وابسته، از طریق یک کارآزمایی بالینی با استفاده از دو گروه آزمایش و شاهد مورد مطالعه قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مؤلفه‌های سخت‌رویی، میزان افکار خودکشی در سربازان افسرده را کاهش می‌دهد. نتایج به دست آمده در این زمینه از جهاتی با یافته‌های سینها و سینگه (۲۰۰۹)، مادی و همکاران (۲۰۰۶) و اشلینبرگ (۲۰۰۵) همخوانی دارد. همان طور که دیده می‌شود تاکنون پژوهشی که

- 10 - Structured Clinical Interview for DSM_IV Axis I Disorder – SCID_ICV
 11 - Back Depression Inventory (BDI)
 12-Sinha
 13 - Singh
 14 - Schellenberg

منابع

- ۱- روحانی، سیدمظفر؛ دنیوی، وحید؛ شفیقی، فرهاد؛ حسینی، سیدرشید؛ کاظمی، جواد؛ تفرشی حسینی و همکاران. (۱۳۸۴)، بررسی شیوع فکرخودکشی در پرسنل نظامی پادگان‌های نیروی زمینی ارتش تهران. مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۵، (۳): ۹۱۴-۹۰۹.
- ۲- شاره، حسین؛ غرابی، بنفشه و عاطف وحید، محمد کاظم. (۱۳۸۹)، مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی، درمان با فلوکساین و درمان ترکیبی بر بهبود باورهای فراشناختی و پریشانی ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری. مجله تازه‌های روانشناختی؛ (۱): ۱۶-۱۰.
- ۳- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸). آزمون‌های روانشناختی - ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: موسسه انتشارات بعثت.
- ۴- کاظمی، جواد؛ دنیوی، وحید؛ حسینی، سیدرشید؛ شفیقی، فرهاد؛ روحانی، سیدمظفر؛ ارغنون، شقایق و همکاران. (۱۳۸۴) بررسی شیوع اختلالات خلقی در پرسنل نظامی نزاجا شهر تهران. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران.
- ۵- همتی، ناصر؛ دانش‌آموز، بدری و پناغی، لیلا. (۱۳۸۳) فراوانی افکار خودکشی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان آبدانان استان ایلام. تازه‌های علوم شناختی، شماره ۲۱ و ۲۲، ۸۶-۷۹.
- 6-BerekL. editor. (2002) Development Psychology. 1st ed. Tehran: Arasbaran Publishing Co.
- 7- Elliott TR, Herrick SM, Witty TE. (1992) Problem-solving appraisal and the effects of social support among college students and persons with physical disabilities. J Cognitive Therapy and Research; 39: 219-226.

مسئله مثبت و نیز بین سخت‌رویی و سوگیری حل مسئله منفی یافت شد که حاکی از آن بود که ارزیابی میانسالان در زمینه راهکارهای مقابله‌ای و سخت‌رویی و اجرای مداخلات روانشناسی بعدی برای رفع هر گونه مشکل می‌تواند علائم افسردگی را بهبود بخشد.

بر اساس مدل آمادگی-استرس-ناامیدی افرادی که در توانایی تفکر واگرا مشکل دارند زمانی که به طور طبیعی تحت شرایط فشارزا قرار گیرند از نظر شناختی آمادگی ایجاد راه‌حل‌های بدیل مؤثر برای مقابله با آن شرایط را ندارند، در نتیجه این ناتوانی، ناامیدی خویش را مسلم می‌پندارند (اسکات و کولوم، ۱۹۸۷). همان طور که قبلاً بیان شد یکی از مهم‌ترین عوارض حوادث استرس‌زا، ابتلا به افسردگی و در پی آن افکار خودکشی می‌باشد. نتایج این تحقیق با طیف گسترده‌ای از مطالعات روانشناختی که اثر مثبت سخت‌رویی را در مقابله با استرس تأیید کرده‌اند همخوانی دارد. شواهدی در تأیید این نکته وجود دارد که بر خورداری از مهارت سخت‌رویی می‌تواند بر درجه‌ای که افراد موقعیت‌های استرس‌زا را به صورت کنترل‌پذیر، جالب و لذت‌بخش ارزیابی می‌کنند، تاثیر بگذارد. این امر به نوبه خود رفتارهای تقویت‌کننده سالم‌تر، گرایش به یافتن حمایت اجتماعی و نشانه‌های بیماری کمتر را پیش‌بینی می‌کند (برک، ۲۰۰۲). بنابراین همان طور که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد از طریق آموزش مؤلفه‌های سخت‌رویی می‌توان موجبات ارتقای توانایی افراد را در برابر فشارهای روانی و مقابله مؤثر با افسردگی و افکار خودکشی را فراهم ساخت.

پی‌نوشت‌ها

- 1 - veterans
- 2 - U.S. Department of Defense - DoD
- 3 - Rajeev Ramchand
- 4 - Pinder
- 5 - World Health Organization-WHO
- 6 - Hardiness
- 7 - Pretest and Posttest Design with Control Group
- ۸- در پرسشنامه افسردگی بک، نمرات بین ۲۹-۱۹ تحت عنوان افسردگی متوسط تا شدید طبقه‌بندی می‌شود.
- 9 - Beck Scale Suicidal Ideation - BSSI

- Psychology; 37: 1-11.
- 17- Kobasa SC, Maddi SR, Kahn, S. (1982) Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982; 42: 168-177.
- 18-Kobasa S Golby J, Sheard M.(2007) Mental toughness and hardiness at different levels of rugby league. *J Personality and Individual Differences*, 37: 933-942.C.
- 19-Lemaire, Chad M, Graham David P.(2011) Research report Factors associated with suicidal ideation in OEF/OIF veterans. *Journal of Affective Disorders* 130 231-238.
- 20- Lerner MS, Clum GA.(1990) Treatment of suicide ideators: a problem-solving approach. *J Behavior Therapy*; 21: 403-411.
- 21-Maddi R, Brow D, Marnie V, Khoshaba DM, Vaitkus S.(2006) Relationship of hardiness and religiousness to depression and anger. *Consulting Psychology J Practice and Research*; 58:148-156.
- 22- Maddi SR.(1987) Hardiness training at ill noise bell telephone. In J.P.Opanatz (ed.), *health promotion: evaluation*. Stevens point, WI: National Wellness Institute.
- 23-Maddi SR, Kahn S, Maddi KL.(1998) The effectiveness of hardiness training. *J Consulting Psychology*; 50: 78-86.
- 24-Maddi, SR.(1999)The personality construct of hardiness: I. Effects on experiencing, coping, and strain. *Consulting Psychology Journal*; 51: 83-94.
- 25-Maddi SR, Khoshaba D M.(1994) Hardiness and health. *J Personality Assessment*; 63: 265-274.
- 26-Mahon, Martin J, Tobin, John P, Cusack, Denis A, Kelleher, Cecily, Malone, Kevin M.Suicide Among Regular-Duty Military Personnel: A
- 8-Emanuele E, Carlin MV, D'Angelo A, Peros E, Barale F, Geroldi D, Politi P. (2006) Elevated plasma levels of lipoprotein (a) in psychiatric patients: A possible contribution to increased vascular risk. *European Psychiatry* 21: 129-133
- 9-Florian V, Mikulincher M, Taubman O.(1995)Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The role of appraisal and coping. *J of Personality and Social Psychology*; 68: 687-695
- 10-Gammon J, Morgan-Samuel H .(2005)A study to ascertain the effect of structured student tutorial support on student stress, self-esteem and coping. *Nurse Education in Practice* ; 5: 161-171.
- 11-Ghorbani N, Watson PJ, Morris RJ. Personality, stress and mental health: evidence of relationship in a sample of Iranian managers..(2000) *J Personality and Individual Differences* ;28: 647-657.
- 12-Golby J Sheard M. (2007)Mental toughness and hardiness at different levels of rugby league. *J Personality and Individual Differences*, 37: 933-942.
- 13- Holahan CJ, Moos RH. (1986) Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *J of Personality and Social Psychology*; 49: 739-747.
- 14- Howard JH, Cunningham DA, Rechnittzer PA. (1986) Personality as a moderator of job stress and coronary risk in type an individual: a longitudinal study. *J of Behavioral Med*; 9: 229-244.
- 15-Houman HA, editor.(2008) [Statistical estimates in behavioral investigations]. 4th ed. Tehran: Samt publications.p.92. (Persian).
- 16-Kobasa SC. (1979)stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Personality and Social*

- Retrospective Case-Control Study of Occupation-Specific Risk Factors for Workplace Suicide. *Am J Psychiatry*, 2005; 162:1688-1696.
- 27-Maddi SR.(1997) Strengths and weaknesses of organizational consulting from clinical psychology background. *Consulting Psychology Journal*; 49: 207-214.
- 28- Maddi SR, Hightower M.(1999) Hardiness and optimism as expressed in coping patterns. *J Consulting Psychology*; 51: 95-105.
- 29- Manning MR, Williams RF, (1988) Wolfe DM. Hardiness and the relationship between stressors and outcomes. *Clinical Psychology*; 2: 205-216.
- 30- Morita Y, Himeno H, Yakuwa H, Usui T.(2006) Serum lipoprotein (a) level and clinical coronary stenosis progression in patients with myocardial infarction revascularization rate is high in patients with high-Lp (a). *Circulation Journal*.
- 31-Pinder, Richard J, Iversen, Amy C, Kapur, Nav, Wessely, Simon, Fear, Nicola T,(2012) Self-harm and attempted suicide among UK Armed Forces personnel: Results of a cross-sectional survey. *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 58 no. 4: 433-439.
- 32-Ramchand,Rajeev, Acosta, Joie, Burns, Rachel M, Jaycox, Lisa H, Pernin, Christopher G. *The War Within: Preventing Suicide in the U.S. Military*. Published by the RAND Corporation, Center for Military Health Policy Research.
- 33- Rhodewalt F, Agustsdottir S.(1984) On the relationship of hardiness to the type a behavior pattern: Perception of life events versus coping with life events. *J Research in personality*; 18: 212-223.
- 34- Rhodewalt F, Zone, JB. (1989) Appraisal of life change, depression, and illness in hardy and non hardy women. *Journal of Personality and Social Psychology*; 56: 81-88.
- 35-Salkouskis PM, Storer B.(1990) Cognitive behavioral problem-solving in the treatment of patients with who repeated attempt suicide: a controlled trial. *British J Psychiatry*; 157: 871-876.
- 36- Schotte DE, Clum GA.(1987) Problem-Solving skills in suicidal psychiatric patients. *J of Consulting Psychology*; 51: 85-99.
- 37- Sharifi Gh. [Studying the effectiveness of training problem solving skill in the treatment of depression symptoms among the Shahed adolescents].MA Thesis.Tehran Psychiatry Institute 1995 (Persian).
- 38-Schellenberg DE. [Coping and Psychological Hardiness and Their Relationship to Depression in Older Adults].PhD Thesis.Philadelphia College of Osteopathic Medicine 2005.
- 39- Sinha V, Singh RN.(2009) *Immunological*
- 40-Westman M.(1990)The relationship between stress and performance: The moderating effects of hardiness. *Human Performance*; 3: 141-155.
- 41-Wiebe DJ. Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanisms. *J of Personality and Social Psychology* 1991; 60: 89-99.
- 42-Williams PG, Wiebe DJ, Smith TW.(1992) Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *J of Behavioral Medicine*; 15: 123-130.
- 43-World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva WHO.
- 44- Zakin G, Solomon Z, Neria Y. (2003) Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israel pow and combat veterans .*personality and individual difference*; 34: 819 -829.