

The Role of Psychological Disorders, Family Functioning and Occupational Factors on Self-harming Behaviors by the Mediating Role of Depression among Shiraz Military Personnel

Mehdi Imani¹, Mehdi Zemestani^{2*}, Javad Karimi³

¹ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

² Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanity and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanity Science, Malayer University, Malayer, Iran

Received: 8 September 2017 Accepted: 5 January 2018

Abstract

Background and Aim: Self-harming behaviors are one of the main problems of the military personnel. The aim of the current study was to investigate the role of psychological disorders, personality disorders, occupational and family variables in self-injuring behaviors of the Iranian army force personnel in Shiraz city.

Method: This research was a descriptive-correlational study which was conducted on military staff members living in Shiraz, Iran, in 2016. Availability sampling was the method for choosing subjects. Data were collected using Suicide Behavior Questionnaire- Revised (SBQ-R), Self-Harm Inventory (SHI), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Milon Clinical Multi Axis Inventory-III (MCMI-III), Family Assessment Device (FAD), Maslach Burnout Inventory (MBI), Bery Fild and Roth Job Satisfaction Inventory and Job Stress Questionnaire. Data were analyzed using SPSS-21 software and Structural Equation Modeling (SEM).

Results: The mean age of 215 army personnel was 31.07 ± 4.71 years old. Findings showed that the Measurement Model wasn't fit, and then some modification was done. Also in the Structural Model with regard to fitness and modification indices some paths (Personality disorders and anxiety disorders) were removed from the model in order to increase the fitness. Moreover, findings showed depression ($\beta=0.79$, $p<001$, $t=7.74$), occupational factors ($\beta=0.79$, $p<001$, $t=5.52$) and family factors ($\beta=0.67$, $p<001$, $t=2.92$) had a significant and direct effect on self-injuring behaviors. Also occupational factors ($\beta=0.62$, $p<001$, $t=8.09$), and family functions ($\beta=0.69$, $p<001$, $t=4.21$) had a significant and direct effect on depression. By mediating depression ($\beta=0.49$) and family functioning ($\beta=0.46$), occupational factors had an indirect effect on self-injuring behaviors.

Conclusion: It can be concluded that depression, job burnout and family functioning are effective variables on self-injuring behaviors of army force personnel.

Keywords: Psychiatric Disorder, Family Functioning, Job Burnout, Suicide

نقش اختلالات روانپزشکی، کارکرد خانواده و عوامل شغلی بر رفتارهای خودآسیب رسان با میانجیگری افسردگی در بین کارکنان ارتش شهر شیراز

مهدي ايماني^۱، مهدي زمستاني^{۲*}، جواد کریمی^۳

^۱استادیار بخش روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

^۲استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

^۳استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای خود آسیب رسان یکی از مشکلات عمده کارکنان ارتش می باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش اختلالات روانپزشکی، متغیرهای خانوادگی و شغلی در رفتارهای خودآسیب رسان کارکنان ارتش جمهوری اسلامی ایران در شهر شیراز انجام شد. **روش ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است که بر روی کارکنان ارتش ساکن شهر شیراز، ایران در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نوع نمونه گیری نمونه گیری در دسترس بود. داده ها با استفاده از پرسشنامه رفتار خودکشی-نسخه تجدید نظر شده، پرسشنامه خودآسیب زنی، پرسشنامه افسردگی Beck (ویراست دوم)، آزمون بالینی چند محوری Milon-3، ابزار سنجش خانواده، پرسشنامه فرسودگی شغلی Maslach، پرسشنامه رضایت شغلی Brayfield و Rothe و پرسشنامه استرس شغلی جمع آوری شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-18 و تحلیل مدل یابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد.

یافته ها: نتایج آزمون فرضیات بین ۲۱۵ کارکنان ارتش انجام شد. میانگین سنی نمونه مورد مطالعه ۳۱/۰۷ با انحراف استاندارد ۴/۷۱ بود. یافته ها نشان دادند که مدل اندازه گیری برازش مناسبی ندارد، بنابراین اصلاحاتی در مدل اندازه گیری به عمل آمد. در بخش ساختاری نیز با توجه به شاخصهای برازش و اصلاح، برخی مسیرها حذف (اختلالات شخصیت و اختلالات اضطرابی) شدند تا مطابق شاخصهای برازش، مدل از برازش متناسبی برخوردار شود. علاوه بر این یافته ها نشان دادند افسردگی ($\beta=0/79$, $t=7/74$, $p<0.001$)، عوامل شغلی ($\beta=0/79$, $t=5/52$, $p<0.001$) و کارکردهای خانوادگی ($\beta=0/67$, $t=2/92$, $p<0.001$) تاثیر مستقیم معناداری در آسیب رسانی به خود دارند. همچنین شغل ($\beta=0/62$, $t=8/09$, $p<0.001$) و کارکرد خانواده ($\beta=0/69$, $t=4/21$, $p<0.001$) تاثیر مستقیم معناداری بر افسردگی دارد. در نهایت یافته ها نشان دادند که شغل از مسیر افسردگی ($\beta=0/49$) و کارکرد خانواده ($\beta=0/46$) اثر غیرمستقیمی بر خودآسیب رسانی تاثیر دارد.

نتیجه گیری: متغیرهای افسردگی، فرسودگی شغلی و کارکرد خانوادگی از عوامل تاثیرگذار بر رفتار خودآسیب رسان کارکنان ارتش هستند.

کلیدواژه ها: اختلال روانپزشکی، کارکرد خانواده، فرسودگی شغلی.

مقدمه

رفتار خودکشی و شبه خودکشی یکی از مشکلات مهم اجتماعی در دنیای مدرن بوده و با توجه به پیچیده تر شدن تعاملات و ارتباطات رو به افزایش است (۱، ۲). شواهد حاکی از آن است که حدود ۴٪ جمعیت عمومی سابقه آسیب به خود دارند (۳) و در سالهای اخیر شیوع چنین رفتارهایی بویژه در بین جوانان افزایش یافته است (۴).

خودکشی دومین عامل مرگ در فاصله سنی ۱۴ تا ۲۵ سال در ایالات متحده بوده (۲) و بررسی ها نشان داده اند که ۱۰ تا ۱۸ درصد جمعیت عمومی فکر خودکشی و ۳ تا ۵ درصد در طول عمر اقدام به خودکشی داشته‌اند (۵). در ایران اطلاعات اندکی در مورد شیوع رفتار خودکشی وجود دارد، اما خودکشی در ایران، از بیشتر کشورهای دنیا، بویژه جوامع غربی پایین تر بوده ولی بالاتر از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه است (۶).

اعضای گروه های خاص شغلی بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار دارند و مطالعات نشان می‌دهند میزان خودکشی در بین نظامیان شکل فزاینده‌ای دارد (۷و۸). خودکشی، دومین علت مرگ در ارتش آمریکا گزارش شده و پژوهشها فراوانی خودکشی را در بین نظامیان ۹ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر نشان داده اند (۸). گرچه در مورد خودکشی و خودآسیب زنی در نظامیان ایران آمار دقیقی ارایه نشده است، اما انیسی و همکاران گزارش کرده اند که فراوانی اقدام به خودکشی در میان سربازان قابل توجه است (۹).

رفتار خودکشی و خودآسیب رسانی علل مختلفی دارد و پژوهشگران مطالعاتی را در زمینه نقش اختلالات روانپزشکی و شخصیت، خانواده و متغیرهای شغلی انجام داده‌اند. یکی از مهم ترین عوامل تاثیرگذار بر خودکشی اختلالات روانپزشکی گزارش شده است Nock و همکاران که ارتباط خودکشی با اختلالات روانپزشکی را در ۲۵ کشور دنیا مورد مطالعه قرار داده اند، به این نتیجه دست یافته‌اند که اختلالات روانپزشکی تاثیر معناداری در خودکشی جمعیت عمومی دارند. طبق گزارش آنها، قویترین پیش-بین خودکشی در کشورهای پیشرفته افسردگی و در کشورهای در حال توسعه اختلالات سوء مصرف مواد و اختلال استرس پس از سانحه است (۱۰).

در زمینه رابطه و نقش اختلالات شخصیت در خودآسیب زنی نیز مطالعات مختلفی بویژه در جمعیت غیرنظامی انجام گرفته است و نشان داده شده است که از جمله در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رایج است (۱۱). همچنین مطالعه Konick و همکاران که بر روی نظامیان انجام گرفته است نشان داده است که افرادی که دارای سابقه آسیب به خود دارند، علاوه بر اختلال شخصیت مرزی در دیگر اختلالات شخصیت نیز نمرات بیشتری دریافت می کنند (۱۲).

علاوه بر دو عامل فوق، که تأثیر مستقیمی در گرایش به خودکشی و خودآسیب زنی دارند، عوامل دیگری نیز می‌توانند نقش

مستقیم و غیرمستقیمی در گرایش به این رفتارها داشته باشند که از جمله آنها متغیرهای خانوادگی و شغلی است. در زمینه نقش متغیرهای خانوادگی در خودکشی پژوهش های چندانی صورت نگرفته است و اغلب مطالعات نیز تاثیر متغیرهای خانوادگی بر خودکشی نوجوانان را مد نظر قرار داده‌اند (۱۳). در کل اعتقاد بر این است که سطوح بالاتر پیوستگی و حمایت خانوادگی با سطوح پایین تر گرایش به خودکشی مرتبط است (۱۳). با این حال دو مطالعه تاثیر مستقیم عوامل خانوادگی بر گرایش به خودکشی و خودآسیب زنی را بررسی کرده و نشان داده‌اند که تعارضات زناشویی و برخی کارکردهای خانواده با اقدام به خودکشی در جمعیت غیرنظامی رابطه دارد (۱۴، ۱۵) و Compton و همکاران نشان داده‌اند که در این میان افسردگی نقش میانجی دارد؛ یعنی نقص در کارکرد و پیوستگی خانواده موجب افزایش افسردگی شده و آن نیز به نوبه خود موجب گرایش به خودکشی می گردد (۱۵).

با وجود گزارشهای مبتنی بر تجربه استرس، فرسودگی شغلی بالا و رضایت شغلی پایین در مشاغل نظامی (۱۶) و میزان خودکشی بیشتر که در فوق اشاره شد، توجه چندانی به نقش عوامل شغلی، از جمله فرسودگی، رضایت و استرس شغلی را در گرایش به خودکشی و خودآسیب زنی نشده است. علاوه بر تاثیر مستقیم عوامل، احتمال دارد با افزایش افسردگی نیز به صورت غیرمستقیم گرایش به رفتارهای خودآسیب رسان را افزایش دهند.

بنابراین مطالعه حاضر درصدد این بوده است که در قالب مدل معادلات ساختاری نقش مستقیم اختلالات شخصیت و اختلالات روانپزشکی (اختلالات خلقی و اضطرابی)، کارکرد خانواده و عوامل شغلی (فرسودگی، رضایت و استرس شغلی) را بر رفتارهای خودآسیب رسان مورد بررسی قرار دهد. همچنین در این مدل، نقش غیرمستقیم کارکرد خانواده و عوامل شغلی بر این رفتارهای مورد مطالعه قرار گرفته است.

روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی و همبستگی بوده و تاثیرات علی بین متغیرها با استفاده از مدل مطالعات ساختاری مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کارکنان ارتش جمهوری اسلامی ایران در شهر شیراز بوده و نمونه پژوهش که با استفاده شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شده است شامل ۲۵۰ نفر از این کارکنان بوده که در سال ۱۳۹۵ در یگان های ارتش شهر شیراز مشغول به خدمت بوده اند که البته پس از جمع آوری پرسشنامه ها، ۲۱۵ پرسشنامه که به طور کامل پاسخ داده شده بودند مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

لازم به ذکر است معیار ورود آزمودنی ها در این پژوهش، دارا بودن وضعیت شغلی کارمندی ارتش در یگان های مربوطه مستقر در شهر شیراز بود.

برای سنجیدن عملکرد خانواده طبق الگوی McMaster تدوین شده است. این الگو شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می کند که عبارتند از حل مشکل، ارتباط، نقشها، پاسخدهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار. ابزار سنجش خانواده با ضریب آلفای خرده مقیاس های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی برخوردار بوده است (Opstine و همکاران؛ به نقل از ۲۴). ویژگی های روانسنجی این ابزار در ایران توسط یوسفی (۲۵) مورد بررسی قرار گرفته است و ضرایب پایایی همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف برای ۶۰ ماده و ۷ عامل (به ترتیب با مقدار ۰/۸۳ و ۰/۸۲) رضایت بخش گزارش شده است.

پرسشنامه فرسودگی شغلی (MBI) Maslach: این

پرسشنامه توسط Maslach و Jackson برای سنجش فرسودگی شغلی تدوین شده است و شامل ۲۲ گویه است. این ابزار فرسودگی شغلی را در سه بعد خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و بدبینی و فقدان تحقق شخصی است (به نقل از ۲۶). پایایی خرده مقیاسهای خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و فقدان تحقق شخصی را به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۱ گزارش کرده اند. در ایران نیز مومنی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بر روی کارکنان یک بیمارستان در اصفهان برای خستگی هیجانی ۰/۸۸، مسخ شخصیت ۰/۷۶ و فقدان تحقق شخصی ۰/۷۹ و برای کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آورده است (۲۶).

پرسشنامه رضایت شغلی Rothe و Brayfield: این

پرسشنامه که به منظور سنجش میزان رضایت طراحی شده است که پاسخدهندگان احساس و نگرشهای خود نسبت به شغلشان را از طریق این ابزار مشخص می کنند. پایایی این ابزار در چندین مطالعه بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۷) و مطالعه رضایی و خلیل زاده (۲۸) پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش کرده است.

پرسشنامه استرس شغلی Rice: این مقیاس استرس

شغلی دارای ۵۷ ماده است که شامل سه خرده مقیاس روابط بین فردی، وضعیت جسمانی و علایق شغلی می باشد. این مقیاس در ایران توسط حاتمی (۲۹) ترجمه و هنجاریابی شده است. میزان پایایی محاسبه شده با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ بدست آمده و میزان پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای سه خرده مقیاس روابط مابین فردی، وضعیت جسمانی و علایق شغلی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۸ و ۰/۸۸ ذکر شده است.

شیوه اجرا

به منظور اجرای پژوهش حاضر، پس از دریافت معرفی نامه از معاونت آموزش دانشگاه علوم پزشکی آجا، به مرکز آموزش پیاده شیراز مراجعه شد. با ارائه توضیحات لازم در جهت هدف طرح حاضر، فرماندهی محترم دستور همکاری را به مرکز بهداشت صادر کردند. سپس هماهنگی های لازم با رئیس مرکز بهداشت به عمل آمده و به روانشناسان مستقر در یگانها مراجعه شده و جهت اجرای

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه رفتار خودکشی-نسخه تجدید نظر شده

(SBQ-R): این ابزار که توسط Osman و همکاران (۱۷) تدوین شده است دارای ۴ مولفه است که ابعاد مختلف خودکشی شامل انگاره های خودکشی و یا اقدام به خودکشی در عرصه زندگی، فراوانی انگاره های خودکشی طی ۱۲ ماه اخیر، تهدید به اقدام به خودکشی و احتمال خودکشی در آینده را مورد سنجش قرار می دهد. پایایی و روایی این ابزار در بین جمعیت های مختلف مورد بررسی قرار گرفته و دارای همسانی درونی و پایایی مطلوب بوده است (۱۷)، در پژوهش حاضر نیز ضریب همسانی درونی آزمون به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ بدست آمده است.

نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه خودآسیب زنی

(SHI): این پرسشنامه که توسط Wiederman و Sansone (۱۸)

تهیه شده است دارای ۲۲ گویه به شیوه پاسخگویی بله و خیر بوده و رفتارهای خود تخریبی را مورد ارزیابی قرار می دهد. ویژگی های روانسنجی و اعتبار افتراقی و سازه این ابزار در جمعیت های غیر ایرانی مورد تایید قرار گرفته است (۱۸، ۱۹). برای استفاده از این ابزار در پژوهش حاضر، ابتدا نسخه انگلیسی توسط دو دانش آموخته روانشناسی با درجه دکتری به فارسی ترجمه گردید و سپس متن فارسی به توسط یک روانشناسی بالینی دیگر به زبان انگلیسی برگردانده شد و اصلاحات لازمه در ترجمه فارسی انجام شده و نهایتاً نسخه فارسی تدوین گردید. آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه برابر با ۰/۷۶ محاسبه گردید.

پرسشنامه افسردگی بک (ویراست دوم): پرسشنامه

افسردگی Beck (BDI-II) این پرسشنامه که شامل ۲۱ سوال است توسط Beck و همکاران به منظور سنجش بازخوردها و نشانه های بیماران افسرده ساخته شده است پژوهشها، ویژگیهای روان سنجی این پرسشنامه را در ایران تایید کرده اند و ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی دونیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴، همبستگی آن نیز با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۰).

آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳ (MCMI-III):

یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بله/ خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می سنجد. این ابزار، یکی از پر کاربردترین آزمون های روانی است که به چندین زبان ترجمه شده و در تحقیقات بین فرهنگی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. نسخه دوم این ابزار در ایران توسط خواجه موگهی (۲۱) و نسخه سوم آن توسط شریفی (۲۲) هنجاریابی کرده است. شریفی و همکاران (۲۳) روایی تشخیصی این ابزار را بسیار خوب گزارش کرده اند.

ابزار سنجش خانواده (FAD) (Family Assessment

Device): ابزار سنجش خانواده پرسشنامه ای ۶۰ سوالی است که

ملاحظات اخلاقی: از همه افراد شرکت کننده در مطالعه رضایتنامه کتبی و آگاهانه اخذ شد و ایشان مختار بودند در هر زمان از مطالعه خارج شوند. شرکت در مطالعه داوطلبانه بوده است. تمام اطلاعات محرمانه بوده و بطور گروهی منتشر می شود.

نتایج

جمعیت مورد مطالعه، ۲۱۵ نفر از کارکنان ارتش با میانگین سنی ۳۱ / ۰۷ سال و انحراف استاندارد ۴/۷۱ سال بود. به منظور بررسی برازش مدل پیشنهادی، نخست مدل اندازه گیری متغیرهای نهفته از طریق تحلیل عاملی تاییدی مورد آزمون قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۱- و جدول ۲- درج شده است. چنانچه جدول ۱- نشان می دهد، اکثر نشانگرها بر روی متغیر نهفته خود بار عاملی نیرومند و معناداری را دریافت نموده اند. با این حال نشانگرهای استرس شغلی، تحقق شخصی و کارکرد پاسخدهی عاطفی بارعاملی معناداری بر روی متغیرهای نهفته خود دریافت نکرده اند؛ علاوه بر این اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته و همچنین اختلال اضطرابی بارهای عاملی ضعیفی دریافت کرده اند. بنابراین با استفاده از شاخصهای اصلاح در مدل اندازه گیری اولیه تغییراتی ایجاد شده و مدل اندازه گیری اصلاح شد.

ابزارها توضیحات لازم بدانها ارائه شد و با یاری روانشناسان پرسشنامه ها در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و در صورت داشتن رضایت از آنها خواسته شد که پرسشنامه ها را در همان محل کار تکمیل کنند. سپس پرسشنامه ها جمع آوری شدند و نمره گذاری بر روی آنها انجام و ثبت گردید.

تجزیه و تحلیل آماری داده ها: نمرات خام وارد نرم افزار SPSS-16 شده و با استفاده از نرم افزار AMOS تحلیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده گردید. بدین منظور ابتدا مدل اندازه گیری و سپس مدل ساختاری بر اساس شاخصهای مجذور خی (X^2)، شاخص هنجار شده مجذور خی (نسبت مجذور خی بر درجات آزادی)، شاخص نیکویی برازش (goodness of fit index)، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (adjusted goodness of fit index)، شاخص برازندگی تطبیقی (comparative fit index)، شاخص برازندگی افزایشی (incremental fit index) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (root-mean-square error of approximation) مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم اصلاحاتی در آنها به عمل آمد. سپس به ضرایب اثر مستقیم و غیرمستقیم مدل ساختاری پرداخته شد.

جدول ۱- بارهای عاملی نشانگرهای مربوط به متغیرهای نهفته

عامل نهفته	نشانگر	ضریب استاندارد	S.E.	CR
اختلالات شخصیت	شخصیت اسکیزوئید	۰/۴۴		
	شخصیت اجتنابی	۰/۷۱	۰/۲۲	۶/۴۵***
	شخصیت وابسته	۰/۸۳	۰/۳۱	۶/۷۹***
	شخصیت نمایشی	-۰/۲۳	۰/۱۷	۳/۱۰*
	شخصیت خودشیفته	۰/۱۹	۰/۱۳	۲/۶۴*
	شخصیت ضداجتماعی	۰/۹۰	۰/۳۴	۶/۹۷***
	شخصیت منفی گرا	۰/۶۹	۰/۳۰	۶/۳۵***
	شخصیت مرزی	۰/۹۴	۰/۳۶	۷/۰۶***
	شخصیت پارانوئید	۰/۵۳	۰/۲۴	۵/۶۱***
	شخصیت اسکیزوتایپی	۰/۹۲	۰/۴۰	۷/۰۱***
عوامل شغلی	استرس شغلی	۰/۰۵	۰/۰۹	-۰/۹۵
	رضایت شغلی	-۰/۵۹	۰/۰۵	۹/۶۸***
	خستگی عاطفی	۰/۸۸		
	مسخ شخصیت	۰/۶۷	۰/۰۳	۱۱/۱۴***
	تحقق شخصی	۰/۰۸	۰/۰۳	۱/۳۹
کارکردهای خانواده	حل مسئله	۰/۵۷	۰/۲۶	۴/۵۱***
	ارتباط	۰/۶۹	۲۶	۴/۷۸***
	نقشها	۰/۴۴	۰/۱۵	۴/۰۱***
	پاسخدهی عاطفی	۰/۱۱	۰/۱۷	۱/۳۷
	آمیزش عاطفی	۰/۴۴	۰/۲۳	۴/۰۳***
	کنترل رفتار	۰/۴۰		
اختلالات روانشناختی	وسواسی-جبری	-۰/۲۵	۰/۰۹	۳/۶۴***
	PTSD	۰/۹۹	۰/۰۹	۲۲/۲۳***
	اضطراب	۰/۸۵		
افسردگی	جسمانی-عاطفی	۰/۹۲	۰/۱۲	۱۲/۵۱***
	شناختی	۰/۸۱		
خودآسیب رسانی	خودکشی	۰/۹۴	۰/۱۱	۱۰/۴۸***
	رفتار خودآسیب زن	۰/۸۱		

شاخصهای برازش مدل اندازه گیری اولیه و اصلاح شده در جدول ۲- درج شده است. مطابق مندرجات این جدول در مدل اولیه شاخص هنجار شده مجذور خی (CMIN/df) و شاخصهای GFI، AGFI، CFI و IFI و RMSEA همگی حاکی از عدم برازش مدل اندازه گیری اولیه هستند. بنابراین، با توجه به شاخصهای اصلاح در وهله نخست نشانگرهایی که بارهای عاملی غیرمعنادار داشتند (شامل استرس شغلی، تحقق شخصی و پاسخدهی عاطفی) حذف شدند و تحلیل مجدد مدل اندازه گیری نشان داد که شاخصهای برازش بهبود یافته اند، اما این بهبود در حد مطلوب نبود و بنابراین مجدداً با توجه به شاخصهای اصلاح، نشانگرهای دیگری در متغیر نهفته اختلالات شخصیت (شامل اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته، منفی گرا و پارانویید)، عوامل شغلی (رضایت شغلی)، اختلالات روانشناختی (وسواسی-جبری) حذف شدند تا برازش مدل در حد مطلوب قرار گرفت. شاخصهای برازش مدل پس از اصلاح نیز در این جدول ارائه شده اند که نشانگر برازش مدل اندازه گیری اصلاح شده می باشند.

پس از برازش مدل اندازه گیری به برازش مدل ساختاری پیشنهادی پرداخته شد که شاخصهای برازش این مدل در جدول ۲ نشان داده شده اند. مطابق مندرجات این جدول در مدل پیشنهادی

شاخصهای برازش مدل اندازه گیری اولیه و اصلاح شده در جدول ۲- درج شده است. مطابق مندرجات این جدول در مدل اولیه شاخص هنجار شده مجذور خی (CMIN/df) و شاخصهای GFI، AGFI، CFI و IFI و RMSEA همگی حاکی از عدم برازش مدل اندازه گیری اولیه هستند. بنابراین، با توجه به شاخصهای اصلاح در وهله نخست نشانگرهایی که بارهای عاملی غیرمعنادار داشتند (شامل استرس شغلی، تحقق شخصی و پاسخدهی عاطفی) حذف شدند و تحلیل مجدد مدل اندازه گیری نشان داد که شاخصهای برازش بهبود یافته اند، اما این بهبود در حد مطلوب نبود و بنابراین مجدداً با توجه به شاخصهای اصلاح، نشانگرهای دیگری در متغیر نهفته اختلالات شخصیت (شامل اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته، منفی گرا و پارانویید)، عوامل شغلی (رضایت شغلی)، اختلالات روانشناختی (وسواسی-جبری) حذف شدند تا برازش مدل در حد مطلوب قرار گرفت. شاخصهای برازش مدل پس از اصلاح نیز در این جدول ارائه شده اند که نشانگر برازش مدل اندازه گیری اصلاح شده می باشند.

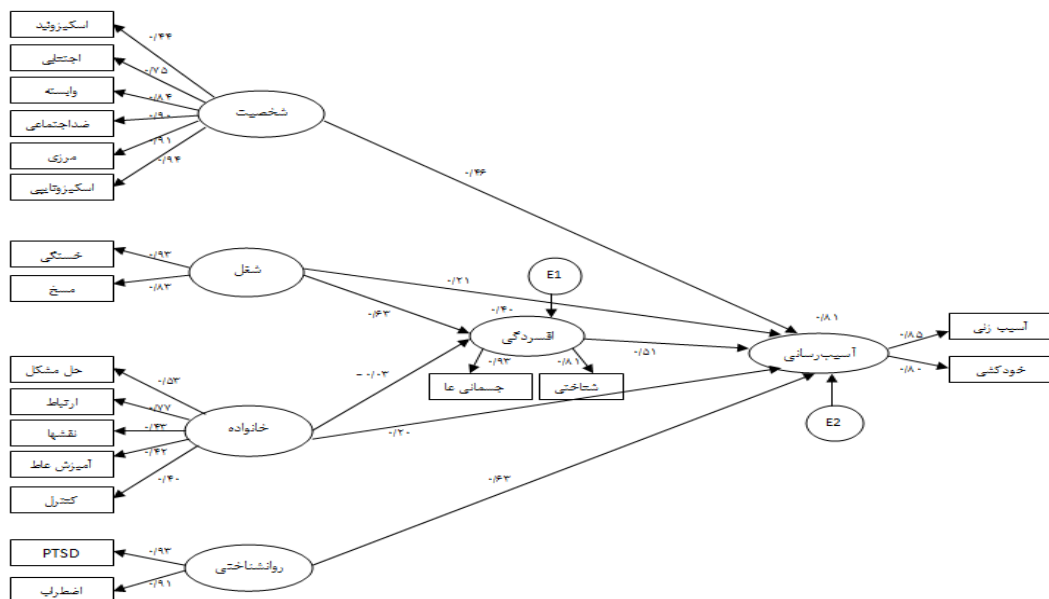
پس از برازش مدل اندازه گیری به برازش مدل ساختاری پیشنهادی پرداخته شد که شاخصهای برازش این مدل در جدول ۲ نشان داده شده اند. مطابق مندرجات این جدول در مدل پیشنهادی

جدول ۲- شاخصهای برازش مدل اندازه گیری اولیه و اصلاح شده

مدل	χ^2	CMIN/df	GFI	AGFI	CFI	IFI	RMSEA
مدل اولیه	۲۰۱۲/۵۹	۶/۰۰	۰/۷۱	۰/۴۸	۰/۷۰	۰/۷۰	۰/۱۳
مدل اصلاح شده	۴۳۸/۷۸	۳/۰۹	۰/۹۳	۰/۸۸	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۰۹

جدول ۳- شاخصهای برازش مدل ساختاری پیشنهادی و اصلاح شده

مدل	χ^2	CMIN/df	GFI	AGFI	CFI	IFI	RMSEA
مدل پیشنهادی	۱۴۰۷/۷۴	۹/۶۷	۰/۶۷	۰/۵۷	۰/۶۱	۰/۶۲	۰/۲۰
مدل اصلاح شده	۱۸۷/۹۴	۴/۸۱	۰/۸۷	۰/۷۸	۰/۸۴	۰/۸۴	۰/۱۳



شکل ۱- مدل پیشنهادی عوامل موثر بر خودآسیب رسانی

پژوهشی است که نقش مجموعه ای از متغیرهای روانشناختی، شغلی و خانوادگی را بر رفتارهای خودآسیب رسان در بین نظامیان مورد بررسی قرار داده است و بنابراین، نمی توان یافته های مربوط به مدل پیشنهادی و اصلاح شده را با آن مقایسه نمود و پژوهشهای آتی به یافتن مدلی کامل تر در این زمینه کمک خواهند کرد. یافته های مدل مورد بررسی حاکی از نقش متغیرهای موجود در مدل حتی قبل از اصلاح بود و این یافته نشان می دهد که گرچه مطابق شاخصهای برازش، مدل پیشنهادی برازش مطلوبی نداشته و نیاز به اصلاح داشت، اما متغیرهای موجود در مدل پیشنهادی اولیه، توانایی بالایی در پیش بینی رفتارهای خودآسیب رسان دارند. اما با توجه به اینکه هدف اصلی مدلسازی معادلات ساختاری بازتولید داده های مورد بررسی و مقایسه آن با مدل پیشنهادی یا نظری است، در مدل نهایی برخی متغیرها حذف شده اند تا برازش مطلوبتر شود. به نظر می رسد در پژوهشهای آتی دسته بندی متغیرهای نشانگر همگون تر به عنوان یک متغیر نهفته برای بررسی مدل‌های مشابه مفید تر واقع شود.

در کل، یافته های این پژوهش تاییدی بر نقش قابل توجه اختلالات و مسائل روانی همچون افسردگی، فرسودگی شغلی و کارکرد خانوادگی نامطلوب در شکل گیری رفتار خود آسیب رسان کارکنان ارتش بود. یافته های حاصل از این پژوهش نشان دهنده ضرورت توجه نهادهای مسئول به بهزیستی روانی کارکنان ارتش و برنامه ریزی در جهت بهبود وضعیت خانوادگی آنان می باشد. واضح است که در صورت برنامه ریزی و اندیشیدن تمهیداتی در این راستا، نه تنها در کاهش از انجام رفتارهای آسیب رسان، بلکه در بهبود کلی وضعیت روانی کارکنان ارتش و افزایش بهره‌وری این افراد موثر خواهد بود، چرا که ارگان‌هایی همچون ارتش که ماهیت شغلی آنان با مواقع بحران همچون تجاوز دشمن خارجی و یا کمک رسانی به هموطنان آسیب دیده از بلایای طبیعی گره خورده است، تنها در صورت داشتن وضعیت روانی مناسب قادر به انجام وظایف مهم و اثرگذار خود خواهند بود.

در مورد محدودیت های پژوهش حاضر باید گفت که داده‌های مطالعه حاضر، براساس پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع آوری شده است و بنابراین ممکن است شرکت کنندگان با سوءگیری ابزارها را تکمیل کرده باشند و نتایج به دست آمده، نگرشها و الگوهای روانشناختی و رفتاری واقعی آنها را منعکس نکرده باشند. همچنین نمونه مطالعه حاضر را کارکنان مرد ارتش شهر شیراز تشکیل داده اند، بنابراین تعمیم یافته ها به نظامیان دارای جنسیت زن مقدور نیست.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش میتوان بیان کرد که متغیرهای افسردگی، فرسودگی شغلی و کارکرد خانوادگی از عوامل تاثیر گذار بر رفتار خودآسیب رسان کارکنان ارتش در شهر شیراز می باشد.

همچنین یافته های مطالعه حاضر نشان دادند که متغیرهای شغلی اندازه گیری شده در مدل (شامل فرسودگی عاطفی و مسخ شخصیت) نقش معناداری در رفتار خودآسیب رسانی نظامیان دارد که این یافته همسو با یافته های Schneider و همکاران (۳۲) و Law (۳۳) است. مطابق دیدگاه بوم شناختی در زمینه رفتارهای خود آسیب رسان، می توان گفت که استرس منجر به ناتوانی در مقابله با شرایط و خواسته های شغلی شده (۳۵ و ۳۴)، تعامل و تقابل با همکاران و نیازهای شغلی را مختل کرده و بنابراین کفایت فرد برای حل مسائل و مشکلات شغلی را تحت تاثیر قرار می دهد که در این شرایط فرد توانایی تصمیم گیری منطقی را از دست داده و بر راهبردهای هیجانی تکیه می کند، که یکی از این راهبردها آسیب رساندن به خود است. به عبارت دیگر می توان گفت افرادی که اقدام به خود آسیب رسانی می کنند، بیشتر مشکل انطباق داشته و نمی توانند خود را با محیط سازگار کنند.

در زمینه نقش متغیر کارکرد خانواده یافته ها نشان داد که کارکردهای خانواده تاثیر معناداری در رفتار خودآسیب رسانی نظامیان دارد که حاکی از این است که با افزایش مشکلات در کارکرد خانواده، گرایش نظامیان به رفتارهای خودآسیب رسان افزایش معناداری می یابد. این یافته همسو با مطالعاتی است که گزارش کرده اند که متغیرهای خانوادگی در گرایش به رفتارهای خودآسیب رسان و از جمله خودکشی نقش دارند (۳۳). به هر حال چنین یافته هایی حاکی از نقش خانواده و جو خانوادگی در گرایش به رفتارهای خودآسیب رسان و خودکشی دارد.

بخشی دیگری از یافته های مطالعه حاضر نشان دادند که متغیرهای شغلی تاثیر غیرمستقیمی بر افزایش رفتارهای خودآسیب رسان دارد؛ این بدان معناست که متغیرهای شغلی با میانجیگری افسردگی نیز موجب افزایش رفتارهای خودآسیب رسان می شوند. به دیگر سخن مشکلات مربوط به شغل منجر به افزایش افسردگی شده و افسردگی نیز به نوبه خود منجر به افزایش رفتارهای خودآسیب رسان می گردد. گرچه مطالعه ای نقش غیر مستقیم متغیرهای شغلی را در رفتارهای خودآسیب رسان بواسطه افسردگی مورد بررسی قرار نداده است، اما مطالعه Pflanz و همکاران (۱۶) نشان داده است که عوامل مختلفی که از جمله آنها عوامل شغلی بود، موجب افزایش افسردگی در نظامیان ارتش انگلیس شده است و از آنجایی که مطالعات دیگر که در فرضیه های پیشین مورد اشاره قرار گرفت افسردگی موجب افزایش گرایش به رفتارهای خودآسیب رسان و از جمله خودکشی می گردد.

در نهایت مدل اصلاح شده حاکی از این بود که متغیرهای نهفته مربوط به عوامل شغلی، عملکرد خانواده و افسردگی در مدل باقی مانده اند که این سه متغیر نهفته توان تبیین ۶۴ درصد تغییرات رفتارهای خودآسیب رسان را دارند. گرچه مطالعات پیشین به عوامل موثر بر رفتارهای آسیب رسان در بین گروههای مختلف و بویژه نظامیان پرداخته اند، اما طبق دانش ما مطالعه حاضر، اولین

مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی معاونت تحقیقات و فن آوری بنیاد نخبگان می باشد که در مورخه ۴-۹-۹۲ با کد: ۶۹۲۳۳۵ به تصویب رسیده و ثبت شده است.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می کنند که هیچ گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Ichimura A, Matsumoto H, Kimura T, Okuyama T, Watanabe T, Nakagawa Y, et al. Changes in mental disorder distribution among suicide attempters in mid-west area of Kanagawa. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005;59(2):113-8.
2. McClure G. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;178(5):469-74.
3. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American journal of Orthopsychiatry*. 1998;68(4):609-20.
4. Shearer SL. Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1994; 182:524-526
5. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu H-G, Joyce PR, et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological medicine*. 1999;29(1):9-17.
6. MORADI SE. Evaluation of suicides resulting in death in Iran, comparing with the world rates. 2002.
7. Azimi AV, Ebadi A, Ahmadi F, Saadat S. Delirium in prolonged hospitalized patients in the intensive care unit. *Trauma monthly*. 2015; 20(2): e17874.
8. Hyman J, Ireland R, Frost L, Cottrell L. Suicide incidence and risk factors in an active duty US military population. *American journal of public health*. 2012;102(S1):S138-S46.
9. Anisi J, Fathi A, Salimi S, Ahmadi K. Evaluation of reliability and validity of beck suicide scale ideation in solders. *Mil Med J*. 2005;7:33-7.
10. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*. 2010;15(8):868-76.
11. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 1994;8(4):257-67.
12. Konick LC, Gutierrez PM. Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(2):181-92.
13. Harris TL, Molock SD. Cultural orientation, family cohesion, and family support in suicide ideation and depression among African American college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2000;30(4):341-53.
14. Joe S, Kaplan MS. Suicide among African American men. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001;31(s1):106-21.
15. Compton MT, Thompson NJ, Kaslow NJ. Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40(3):175-85.
16. Pflanz SE, Ogle AD. Job stress, depression, work performance, and perceptions of supervisors in military personnel. *Military medicine*. 2006;171(9):861.
17. Osman A, Bage CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*. 2001;8(4):443-54.
18. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*. 1998;54(7):973-83.
19. Sansone RA, Sansone LA. Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. *Psychiatry (Edgmont)*. 2010;7(4):16.
20. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*. 2005;21(4):185-92.
21. Khajeh mogehi N. Preliminary Validation of MCMI-2 in Tehran city. Tehran: Iran Medical Sciences University; 1993.
22. Sharifi A. MCMI-3. Karami A, editor. Tehran: Ravansanji; 2006;26-47
23. Sharifi A. guide book for MCMI. Tehran: Ravansanji; 2007; 114-137
24. Sanaie B, Alagheband S, Houman A. Scales for marital and family. Tehran: Besat; 2000; 16-28
25. Yousefi N. Psychometrics of McMaster FAD. *Educational Evaluations*. 2012;7:87-114.
26. Bakhshi Soreshjani L. Relationship between emotional intelligence and burnout in teachers, nurses and employes in Behbahan. *Educational Managing Creativities*. 2010;22:37-58.
27. Moghimi S. Organization and Managment of research approach. Tehran: Termeh; 2007;88-97
28. Rezaie A, Khalilzadeh A. The relationship between social intelligence managers with job

satisfaction of teachers in schools. *Education and Evaluation*. 2009;7:121-45.

29. Hatamai M. Demonstrating Stress in Mothers Based on Mother- child properties: *Alameh Tabataie*; 1998;86-110

30. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(8):1501-8.

31. Nouri R, Fathi-Ashtiani A, Salimi S, Soltani Nejad A. Effective factors of suicide in soldiers of a military force. *Journal Mil Med*. 2012;14(2):99-103.

32. Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A. Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide: A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry research*. 2011;190(2):265-70.

33. Law YW, Yip PS, Zhang Y, Caine ED. The chronic impact of work on suicides and under-utilization of psychiatric and psychosocial services. *Journal of affective disorders*. 2014;168:254-61.

34. Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*. 2017;64(2):158-68.

35. Lheureux F, Truchot D, Borteyrou X. Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners: their relationship with burnout. *Work & Stress*. 2016;30(2): 173-92.