پیش بینی گرایش به افکار خودکشی بر اساس متغیرهای روانی-اجتماعی و احتمال اعتیاد به مواد در سربازان وظیفه: یک الگوی ساختاری

مهدی نصرت آبادی*[1]، زهره حلوایی پور[2]، غلامرضا قائدامینی هارونی[3]

۱) گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲) دانشکده علوم پزشکی سیرجان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سیرجان، ایران

۳) گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹٤/٤/۲٤ **تاریخ پذیرش: ۹٤/۱۰/٦**

چکیده

مقدمه: ورود به دوران سربازی عوامل استرس زای مختلفی را برای سرباز به همراه دارد. عدم سازگاری با این شرایط می تواند زمینه ساز شکل گیری آسیب هایی چون افکار خودکشی باشد. هدف از تحقیق حاضر تبیین افکار خودکشی بر اساس برخی متغیرهای روانی-اجتماعی و احتمال اعتیاد به مواد مخدر در سربازان وظیفه بود.

مواد و روش ها: در این مطالعه همبستگی بر پایه مدل یابی ساختاری، تعداد ۱۷۶ سرباز به صورت نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده از سه یگان نظامی انتخاب گردیدند. با استفاده از چهار پرسش نامه افکار خودکشی بک(BSSI)، پرسش نامه افسردگی بک(BDI-II)، مقیاس احتمال مصرف مواد و مقیاس حمایت اجتماعی داده های مطالعه جمع آوری شدند. در تحلیل داده ها از نرم افزارهای SPSS vol.19 و Amos استفاده شد.

یافته های پژوهش: ۲۸/۴ درصد سربازان در خطر بالای باورهای مرتبط با خودکشی قرار داشتند(نمره بالاتر از ۱۰). بین متغیرهای افسردگی و اعتیاد به مواد با افکار خودکشی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت($P<0.05$). حمایت اجتماعی و وضعیت خانوادگی، اجتماعی-اقتصادی تنها به طور غیرمستقیم بر افکار خودکشی اثر داشتند. مدل ساختاری تحقیق نشان داد که ۷۳ درصد واریانس افکار خودکشی از طریق متغیرهای افسردگی، مصرف مواد، حمایت اجتماعی و وضعیت خانوادگی، اجتماعی-اقتصادی تبیین می گردد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به ریسک بالای افکار خودکشی در این مطالعه لزوم اتخاذ تدابیری جدی در راستای ارتقاء وضعیت سلامت روانی-اجتماعی سربازان بیش از پیش احساس می گردد.

واژه های کلیدی: افکار خودکشی، متغیرهای روانی-اجتماعی، اعتیاد به مواد مخدر، سربازان وظیفه

*نویسنده مسئول: گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: nosrat.welfare@gmail.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.87]

مقدمه

اقدام به خودکشی شامل آن دسته اقداماتی است که شخص به منظور از بین بردن خود انجام می دهد اما منجر به مرگ نمی شود. افکار خودکشی نیز شامل اشتغالات ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن می باشد که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است(۱). نتایج تحقیقات در نیروهای نظامی بیانگر آن است که خودکشی بین سربازان تصادفی نیست و در نتیجه جریانی از اندیشه ها، رفتارها، موقعیت ها و روابط بین فردی که اغلب ریشه در قبل از شروع دوره سربازی دارند، رخ می دهد. برخی از نیروهای نظامی احساس شدید تنهایی صدمه کرده و فرصتی برای دریافت کمک پیدا نمی کنند و دچار آشفتگی های هیجانی می شوند که اغلب به واکنش هایی چون مصرف مواد(۲) یا اقدام به خودکشی می انجامد(۳). بر اساس مطالعات فراوانی، خودکشی موفق در غیر نظامیان ۹ و در نظامیان ۱۲ مورد در هر یکصد هزار نفر است(۴) اگر چه در مورد خودکشی و اقدام به خودکشی در نظامیان ایران آمار دقیقی ارائه نشده است، اما گزارش ها نشانگر شیوع بالای اقدام به خودکشی در میان سربازان است(۵).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سالیانه ۲/۵ میلیون نفر در دنیا به دلیل اعتیاد به مواد مخدر و مصرف مشروبات الکلی جان خود را از دست می دهند(۶). با وجود این که مصرف مواد در پرسنل نظامی در سراسر دنیا غیرقانونی می باشد اما مطالعات صورت گرفته نشان می دهند که در نیروهای نظامی کشور های مختلف دنیا اعتیاد به مواد مخدر و الکل وجود دارد(۷،۸). دلایل مختلفی برای گرایش به سمت دخانیات و مواد اعتیادآور در سربازان وجود دارد که از این جمله می توان به دوری آن ها از خانواده و رفتارهای همسالان اشاره کرد. در برخی مطالعات در رابطه با نیروهای نظامی و سربازان، اثرات مخرب مصرف مواد بر سلامت جسمی و روانی آن ها به اثبات رسیده است(۹،۱۰). در ایران مطالعه سربازان در بدو ورود به خدمت نشان می دهد که ۲۰/۸ درصد آن ها به طور دائم سیگار مصرف می کنند و ۷۲/۴ درصد نیز تجربه مصرف سیگار دارند(۱۱). مطالعات انجام شده در افرادی که اقدام به خودکشی داشته اند، نشان می دهد که بین ۱۹ تا ۶۳ درصد آن ها مبتلا به یکی از انواع اختلال های مرتبط با مواد بوده اند(۱۲). احتمال اقدام به خودکشی و افکار خودکشی در بین مصرف کنندگان مواد افزایش می یابد(۱۰،۱۳،۱۴). هم چنین مصرف مواد در سربازان و آمارهای مربوط به خودکشی در ایران نیز نشان می دهد اعتیاد به مواد مخدر با نسبت ۰/۵۴ به عنوان دومین اختلال شایع در افراد با سابقه اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل به حساب می آید(۱۵).

افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز و افکار مرگ و خودکشی مشخص می شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم های بیولوژیک همراه است(۱۶). نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که در بیش از ۹۰ درصد خودکشی ها، اختلال های روانی نقش دارند و در بین اختلال های روان پزشکی، افسردگی به عنوان بالاترین میزان خطر برای افکار خودکشی و اقدام به آن در نظر گرفته شده است(۱۷) طبق بررسی ها ۵۰ درصد از موارد خودکشی سربازان به دلیل افسردگی بوده است(۱۸). پژوهش های متعدد نشان می دهد که میزان شیوع علائم افسردگی در سربازان بیشتر از کل جامعه است(۱۳،۱۹). حمایت اجتماعی سازه ای چند بعدی است که تعریف آن دشوار است. این سازه ادراک فرد از مورد حمایت قرار گرفتن، دوست داشته شدن و ارزشمند بودن را نشان می دهد، از ویژگی های آن تعلق به شبکه ارتباطی و داشتن تعهدات متقابل نسبت به یکدیگراست(۲۰). پژوهش های مختلف نشان داده که حمایت اجتماعی یک عامل محافظت کننده از فرد در مقابل اقدام به خودکشی در جمعیت های عمومی و سربازان بوده است(۲۱،۲۲).

بررسی مستمر سطح سلامت روانی-اجتماعی گروه های مختلف به منظور ارتقاء رفاه و بهزیستی آن ها و در نهایت نیل به شکوفایی و باروری هر جامعه ای ضرورت دارد. در این بین ارزیابی وضعیت روانی سربازان، ارزیابی سطح سلامت آن ها و تشخیص موارد نابهنجار به خاطر حساسیت سنی این گروه و وجود

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.87]

استرس های خاص دوره سربازی از اهمیت به سزایی برخوردار است. به گونه ای که اگر سازگاری مثبتی با این عوامل استرس زا صورت نگیرد احتمال شکل گیری آسیب های روانی-اجتماعی فراهم می گردد. با توجه به این واقعیت که عوامل و فاکتورهای متعدد روان شناختی-اجتماعی و فردی هم چون حمایت اجتماعی، اعتیاد به مواد مخدر، اختلال افسردگی و فاکتورهای خانوادگی می تواند در شکل گیری افکار خودکشی نقش داشته باشد(۲۳،۲۴) و مطالعات پیشین در ایران به ندرت این عوامل را در یک چارچوب ساختاری مورد مطالعه قرار داده اند، لذا از این حیث یک کاستی تحقیقاتی به ویژه در جامعه آسیب پذیر سربازان وظیفه ایرانی احساس می گردد. با توجه به موارد مطرح شده مطالعه حاضر در نظر دارد با رویکردی ساختاری گرایش به افکار خودکشی در سربازان وظیفه را بر اساس متغیرهای روانی/اجتماعی و احتمال اعتیاد به مواد پیش بینی کند.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع طرح های همبستگی و هدف از آن کشف روابط ممکن بین متغیرها بر پایه مدل یابی معادلات ساختاری است که به تدوین مدل ساختاری از ارتباط بین متغیرهای مورد بررسی می پردازد. جامعه آماری این تحقیق کلیه سربازان وظیفه مشغول به خدمت در دانشگاه علوم پزشکی ارتش در سال ۱۳۹۳ بودند. «لوهلین» پیشنهاد می کند که بهتر است در مطالعات ساختاری به ازای هر متغیر پنهان حدود ۵۰ نمونه در نظر گرفته شود(۲۵). با توجه به این که در این تحقیق سه متغیر پنهان وجود داشت حجم نمونه ۱۵۰ نفری به نظر کفایت می نمود با این حال بیست و پنج نمونه اضافی نیز توسط سربازان تکمیل گردد و حجم نمونه ۱۷۶ نفری با روش تصادفی طبقه بندی شده انتخاب گردید. به تناسب حجم سربازان تعداد ۳۶ سرباز از یگان بیمارستان امام رضا(ع)، ۴۰ سرباز از یگان انتظامات و ۱۰۰ سرباز نیز از یگان پشتیبانی و خدمات نمونه پژوهش را تشکیل دادند.

ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از سربازان وظیفه ای که بیش از سه ماه از ورودشان به محیط نظامی گذشته باشد و به مشارکت در تحقیق رضایت داشته باشند. مدت زمان اجرای پژوهش شش ماه بود. در این مطالعه از ۴ پرسش نامه برای جمع آوری اطلاعات استفاده گردید.

مقیاس افکار خودکشی بک: مقیاس افکار خودکشی بک(BSSI) یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است. در این مقیاس هر سوال دارای سه گزینه است. نمره گذاری پرسش نامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سوال صفر تا ۲ می باشد مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. در این مقیاس نمره ۵-۰ عدم وجود افکار خودکشی، نمره ۱۹-۶ آمادگی برای خودکشی و نمره ۳۸-۲۰ قصد اقدام به خودکشی را نشان می دهد. آلفای کرونباخ(همسانی درونی) و پایایی هم زمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است و همبستگی معناداری با مقیاس های افسردگی و ناامیدی بک دارد(۲۶) این مقیاس در ایران توسط انیسی و همکاران بر روی سربازان ایرانی اعتباریابی شده است. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی هم زمان آن با مقیاس افسردگی پرسش نامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است(۲۷).

مقیاس احتمال اعتیاد به مواد: در این پژوهش از برای سنجش احتمال اعتیاد به مواد از یک پرسش نامه ۱۷ سوالی که برای اولین بار پورشریفی و همکاران (۱۳۸۴) به کار برده شد، استفاده گردید. این پرسش نامه با مرور منابع معتبر علمی در زمینه مهم ترین عوامل خطر آسیب پذیری فرد در برابر مصرف مواد مخدر و استفاده از سوالات پرسش نامه های غربالگری جوانان در معرض خطر موسسه پژوهشی منتر(۱۹۹۸) و مرکز پژوهش سلامت رفتاری شمال غرب(۲۰۰۵) تدوین گردیده است(۲۸). هر سوال گویای یک عامل خطر مصرف مواد است و هر قدر فردی تعداد بیشتری از این عوامل خطر را دارا باشد با احتمال بیشتری در معرض خطر مصرف مواد خواهد بود. با توجه به این که وزن این عوامل خطر در احتمال اقدام به مصرف مواد یک فرد یکسان نبود لازم بود به هر یک از این عوامل خطر وزنی اختصاص دهند و سپس آن ها را جمع کرده تا نمره کلی شاخص به دست آید، بنا بر این سوال هایی را با توجه به بار عاملی بالا به عنوان سوال اصلی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.87]

انتخاب کردند؛ و سپس مجموع آن ها را به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته و با انجام رگرسیون و به دست آوردن کسر برتری سایر سوال های این مقیاس (که همگی به عوامل خطر مصرف مواد اشاره داشتند) وزنی را برای هر کدام از این متغیرها در نظر گرفتند و همان طور که گفته شد با جمع بستن سوال ها بر اساس وزن هایی که به دست آمده بود شاخصی تحت عنوان احتمال مصرف مواد به دست آمد. این کسر برتری ها نشان می داد که هر کدام از سوال ها یا گزینه های سوال، چند برابر احتمال تبدیل گزینه عدم مصرف به گزینه مصرف را افزایش می دهد. روایی سازه این مقیاس توسط گروه تخصصی دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری تایید گردید. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۱ بود.

مقیاس افسردگی بک ویرایش دوم(BDI-II): مقیاس افسردگی بک ویرایش دوم(BDI-II) شکل بازنگری شده پرسش نامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است و با ملاک های افسردگی DSM-IV انطباق دارد. این پرسش نامه ۲۱ گروه جمله دارد که هر گروه شامل ۴ گزینه می باشد. در مجموع کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۶۳ می باشد. در این پژوهش نمرات کمتر از ۱۰ به عنوان افراد سالم و نمرات بیشتر از ۱۰ به عنوان افرادی که دارای درجاتی از افسردگی هستند در نظر گرفته شد. مشخصات روان سنجی این ابزار به این شکل می باشد: ضریب آلفا ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی ۰/۷۴(۲۹). در مطالعه کنونی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای این مقیاس محاسبه گردید.

مقیاس حمایت اجتماعی: این مقیاس از سوال های پرسش نامه حمایت اجتماعی پژوهش بخشی پور، پیروی و عابدیان(۳۰) استخراج شده است و به دلیل اختصار از ۴ سوال تشکیل شده است. برای به دست آوردن نمره کل مقیاس حمایت اجتماعی، ابتدا این سوال ها تحلیل عامل شدند و مشخص شد که یک عامل را تشکیل می دهند لذا جمع پذیری آن ها محرز شد و بر این اساس بعد از در نظر گرفتن نمره ۱ برای گزینه بلی و نمره صفر برای گزینه خیر، با توجه به نزدیک بودن وزن و اهمیت نظری این سوال ها(بدون در نظر گرفتن وزنی برای هر سوال) از طریق جمع بستن این نمره ها، نمره کلی مقیاس حمایت اجتماعی به دست می آید. بدین ترتیب مقیاسی حاصل می شود که حداقل نمره هر فرد در آن صفر و حداکثر نمره ۴ است. در این پژوهش آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۱ به دست آمد.

در نهایت جهت سنجش وضعیت خانوادگی، اجتماعی-اقتصادی سربازان بر اساس ۳ سوال چک لیستی تهیه می شود که این شاخص را مورد سنجش قرار خواهد داد. این سوالات شامل رابطه با والدین، ارزیابی وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده و میزان درآمد می گردید. نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که این سه سوال روی هم یک عامل را تشکیل می دادند و ۵۶ درصد واریانس شاخص را تبیین می کردند.

در این پژوهش از نرم افزارهای SPSS و Amos برای تجزیه وتحلیل داده ها و تحلیل ساختاری استفاده گردید. هم چنین علاوه بر آماره های توصیفی از آزمون های مختلف برازش مدل، همبستگی، آزمون کای دو، تحلیل مسیر و ترسیم مدل های ساختاری(برای کشف اثرات مستقیم و غیرمستقیم) استفاده شد.

یافته های پژوهش

از مجموع ۱۷۶ سرباز در نمونه تحقیق، ۱۵۷ نفر (۸۹/۸ درصد) مجرد و ۱۸ نفر(۱۰/۲ درصد) متاهل بودند. ۱۵۱ نفر از آن ها سنی زیر بیست و سه سال داشتند. از نظر وضعیت تحصیلی بیشترین فراوانی مربوط به مدرک سیکل بوده است به گونه ای که ۳۸/۱ درصد از سربازان سطح تحصیلی سیکل را گزارش نمودند. به منظور قضاوت در مورد اعتیاد به مواد از میانه اعتیاد به مواد(عدد ۸۳) با دو طبقه بندی پایین تر از میانه و بالاتر از میانه استفاده شد. بر این اساس سربازانی که در گروه بالاتر از میانه قرار می گرفتند، احتمال بالاتری در اعتیاد به مواد داشتند. از مجموع ۹۲ سرباز که احتمال بالایی برای اعتیاد به مواد داشتند ۸۱/۱ درصد زیر ۲۳ سال سن داشـــتند و تنها

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.87]

۱۸/۵ درصد در سن بالای ۲۳ سال قرار داشتند. هم چنین از ۸۴ نفری که دارای نمره کمتر از میانه بودند ۹۰/۵ درصدشان سن زیر ۲۳ سال داشتند.

جدول شماره ۱ شیوع افکار خودکشی در سربازان بر اساس سن آن ها را نشان می دهد. همان طور که مشخص است از مجموع ۵۰ سرباز(۲۸/۴ درصد) که دارای خطر بسیار بالای افکار خودکشی بودند ۳۱/۱ درصد زیر ۲۳ سال سن داشتند. هم چنین از مجموع ۱۲۶ سربازی که دارای افکار خودکشی بودند ۶۸/۹ درصد زیر ۲۳ سال سن داشتند.

جدول شماره۱. بررسی شیوع افکار خودکشی در سربازان به تفکیک وضعیت سنی

شاخص	وضعیت سنی	داشتن افکار خودکشی		خطر بسیار بالای افکار خودکشی		کل		آماره	معناداری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	X^2	P
افکار خودکشی	زیر ۲۳ سال	۱۰۴	۶۸/۹	۴۷	۳۱/۱	۱۵۱	۱۰۰		
	بالای ۲۳ سال	۲۲	۸۸	۳	۱۲	۲۵	۱۰۰	۰/۴۹	۰/۰۳
	کل	۱۲۶	۷۱/۶	۵۰	۲۸/۴	۱۷۶	۱۰۰		

با توجه به نرمال بودن متغیرهای تحقیقی به منظور برای بررسی میزان و جهت رابطه بین افکار خودکشی و متغیرهای افسردگی، اعتیاد به مواد، حمایت اجتماعی و وضعیت خانوادگی، اجتماعی–اقتصادی، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همان طور که جدول شماره ۲ نشان می دهد بین افکار خودکشی و متغیر های اعتیاد به مواد مخدر و افسردگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد به گونه ای که با افزایش احتمال مصرف مواد و افسردگی، افکار خودکشی در سربازان نیز افزایش می یابد. هم چنین بین افکار خودکشی با متغیرهای حمایت اجتماعی و وضعیت خانوادگی، اجتماعی–اقتصادی رابطه منفی و معناداری دارد به گونه ای که هر چه میزان برخورداری از حمایت اجتماعی بیشتر باشد و سربازان از وضعیت خانوادگی، اجتماعی–اقتصادی بهتری برخوردار باشند، احتمال افکار خودکشی در آن ها پایین تر است.

جدول شماره ۲. همبستگی بین متغیر افکار خودکشی و شاخص های افسردگی، سوء مصرف مواد، حمایت اجتماعی و وضعیت خانوادگی، اجتماعی–اقتصادی

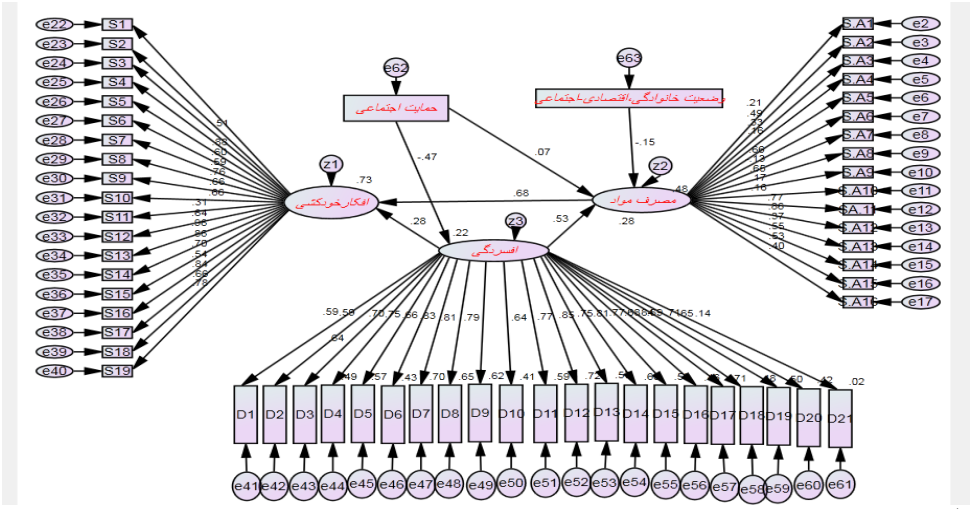
	همبستگی	ضریب همبستگی	معناداری
افکار خودکشی	افسردگی	۰/۶۵	۰/۰۰۰
	اعتیاد به مواد	۰/۶۳	۰/۰۰۰
	حمایت اجتماعی	-۰/۲۶	۰/۰۰۰
	وضعیت خانوادگی، اجتماعی–اقتصادی	-۰/۲۵	۰/۰۰۱

شکل شماره ۱ و ۳ مدل ساختاری و پارامترهای آن برای تبیین افکار خودکشی بر اساس متغیرهای مصرف مواد افسردگی، حمایت اجتماعی و وضعیت خانوادگی، اجتماعی–اقتصادی را نشان می دهد. همان طور که این جدول نشان می دهد ضریب تعیین افکار خودکشی در این مدل ۷۳ درصد است. به عبارتی ۷۳ درصد از تغییرات متغیر افکار خودکشی توسط چهار متغیر افسردگی، متغیر وضعیت خانوادگی، اجتماعی–اقتصادی، حمایت اجتماعی و مصرف مواد تبیین شده است. ضریب تعیین متغیر واسط مصرف مواد ۲۸ درصد است به عبارتی ۲۸ درصد تغییرات متغیر مصرف مواد توسط متغیرهای افسردگی، وضعیت خانوادگی، اجتماعی–اقتصادی و حمایت اجتماعی تبیین شده است. ضریب تعیین دیگر در این جدول مربوط به متغیر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.87]

افسردگی است به گونه ای که ۲۲ درصد تغییرات این متغیر از طریق متغیر حمایت اجتماعی تبیین گردیده است. همان طور که جدول نشان می دهد اثر متغیر حمایت اجتماعی بر مصرف مواد معنادار نبوده است($P>0.05$). این متغیر تاثیر مستقیمی بر مصرف مواد نداشته اما به طور غیر مستقیم بر آن اثرگذار بوده است(با ضریب رگرسیونی ۰/۲۴-). متغیر حمایت اجتماعی تاثیر مستقیمی در این مدل بر افکار خودکشی نداشته اما به طور غیرمستقیم(با ضریب رگرسیونی ۰/۲۵-) با افکار خودکشی ارتباط داشته است. هم چنین وضعیت خانوادگی، اقتصادی-اجتماعی به طور مستقیم تاثیری بر افکار خودکشی نداشت اما به طور غیرمستقیم و از طریق متغیر مصرف مواد(با ضریب رگرسیونی ۰/۰۹-) با افکار خودکشی رابطه داشت. شاخص های برازش این مدل مطلوب برآورد گردیدند ($GFI=0.79$، $AGFI=0.75$ ،$RMSEA=0.06$).



شکل شماره ۱. مدل ساختاری تحلیل مسیر افکار خودکشی از طریق متغیرهای وضعیت خانوادگی، اجتماعی-اقتصادی، مصرف مواد، حمایت اجتماعی و افسردگی

جدول شماره ۳. ضرایب رگرسیون استاندارد(بتا)، نسبت بحرانی(CR)، مقدار p و اثرات مستقیم و غیرمستقیم هر ضریب مرتبط به مدل

جهت متغیر	ضریب رگرسیون استاندارد(اثر کل)	C.R.	P	ضریب تعیین	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم
مصرف مواد بر افکار خودکشی	۰/۶۷	۲/۵	۰/۰۱	۰/۷۳	۰/۶۷	-۰/۲۶
افسردگی بر افکار خودکشی	۰/۶۴	۴/۴	۰/۰۰۰	-	۰/۲۸	۰/۳۶
وضعیت خانوادگی، اجتماعی-اقتصادی بر مصرف مواد	-۰/۱۴	-۱/۶	۰/۰۴	-	-۰/۱۴	-
افسردگی بر مصرف مواد	۰/۵۳	۲/۴	۰/۰۱	۰/۲۸	۰/۵۳	-
حمایت اجتماعی بر مصرف مواد	-۰/۱۸	۰/۸	۰/۴		۰/۰۶	-۰/۲۴
حمایت اجتماعی بر افسردگی	-۰/۴۶	-۵/۸	۰/۰۰۰	-/۲۲	-۰/۴۶	-
حمایت اجتماعی بر افکار خودکشی	-۰/۲۵	-	۰/۰۱	-	-	-۰/۲۵
وضعیت خانوادگی، اجتماعی-اقتصادی افکار خودکشی	-۰/۰۹	-	۰/۰۲	-	-	-۰/۰۹

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.87]

بحث و نتیجه گیری

این تحقیق مدل ارتباطی عوامل موثر در سلامت روانی-اجتماعی سربازان وظیفه در ارتباط با افکار خودکشی را مورد بررسی قرار داد. در این مدل ارتباطی متغیر احتمال مصرف مواد بیشترین ارتباط را با افکار خودکشی داشت و پس از آن متغیر افسردگی قرار داشت. یافته مهم دیگر این تحقیق این بود که متغیرهای حمایت اجتماعی و وضعیت خانوادگی، اجتماعی-اقتصادی به طور غیرمستقیم و از طریق اثرگذاری بر متغیرهای واسط افسردگی و مصرف مواد بر افکار خودکشی سربازان موثر بودند. نتایج نشان داد که ۷۳ درصد تغییرات متغیر افکار خودکشی از طریق متغیرهای افسردگی و مصرف مواد(هم به عنوان متغیرهای مستقل و هم واسط) و نیز متغیرهای حمایت اجتماعی و وضعیت خانوادگی، اجتماعی- اقتصادی(تنها با اثرات غیرمستقیم) تبیین می گردد.

بر اساس یافته ها حمایت اجتماعی می تواند در ارتباط با افسردگی به کاهش افکار خودکشی سربازان کمک کند. حمایت اجتماعی به طور مستقیم با افکار خودکشی ارتباط نداشت اما از طریق متغیر افسردگی (به عنوان یک متغیر تعدیل کننده) با افکار خودکشی رابطه دارد. این یافته همسو با مطالعات دیگر در این زمینه است(۳۱،۳۲) که نشان داده اند حمایت اجتماعی بالاتر می تواند در برابر توسعه نشانه های افسردگی و استرس آسیب زا عامل محافظت کننده باشد و از این رو به عنوان یک ضربه گیر روانی اجتماعی از افکار خودکشی قلمداد گردد. هم چنین در مطالعه ای نشان داده شد که حمایت اجتماعی از طریق تاثیرگذاری بر کاهش استرس های روانی و افزایش تعاملات اجتماعی با کاهش نشانه های افسردگی در سربازان ارتباط دارد(۳۳) برخورداری از حمایت ادراک شده در دوران سربازی می تواند در تسکین استرس ها و ناگواری های احتمالی این دوران که ممکن است عوامل خطری برای افسردگی باشند، نقش داشته باشد و از این طریق احساس ناامیدی و خطر افکار خودکشی در فرد را کاهش دهد. در مدل این تحقیق افسردگی هم به طور مستقیم و هم به واسطه متغیر اعتیاد به مواد مخدر بر افکار خودکشی موثر بود. در هر دو حالت هر چه میزان افسردگی بیشتر باشد احتمال افکار خودکشی و مصرف مواد نیز بیشتر می باشد(جدول شماره ۳) این یافته همسو با مطالعات مختلفی است(۳۴،۳۵) که بر نقش افسردگی به عنوان یک متغییر تبیین گر در اختلال های روانی-اجتماعی(اعتیاد به مواد مخدر و افکار خودکشی) تاکید داشته اند.

مطالعه نشان داد اعتیاد به مواد مخدر به تنهایی و نیز در تعامل با فاکتورهای خطر زای دیگر مانند افسردگی، خطر افکار خودکشی را افزایش می دهد. بر اساس نظریه «هافورد»(۳۶) اعتیاد به مواد مخدر از طریق مکانیسم هایی چون اضطراب و پریشانی، افزایش پرخاشگری و کاهش سطح آگاهی(که راهبردهای انطباقی را مختل می سازد) به شکل گیری فکر خودکشی و اقدام به آن بیانجامد. تبیین این نظریه در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است(۳۷،۳۸). در این مطالعات نشان داده شده است که مصرف مواد در تعامل با فاکتورهای روان شناختی (افسردگی) و اجتماعی-اقتصادی(حمایت اجتماعی و وضعیت خانوادگی، اقتصادی-اجتماعی) می تواند تبیین کننده بهتری برای افکار خودکشی در سربازان باشد. مدل های یادگیری اجتماعی، رفتاری-شناختی و سیستمی خانواده همگی بر اهمیت متغیرهای خانوادگی-اجتماعی در سلامت روانی-اجتماعی افراد تاکید دارند(۳۹). نوری و همکاران نیز در تحقیق خودر در زمینه عوامل زمینه ساز اقدام به خودکشی در سربازان ارتباط وضعیت خانوادگی، اختلالات روانی و اعتیاد را با اقدام به خودکشی نشان داده داده اند(۴۰).

در مجموع تحقیق نشان داد که ریسک افکار خودکشی، مصرف مواد و افسردگی در سربازان دانشگاه علوم پزشکی ارتش نسبتاً قابل توجه می باشد که لزوم اتخاذ تدابیر جدی از سوی مسئولین ذیربط را می طلبد. در رفتارهای پرخطری از جمله خودکشی تنها یک یا چند عامل معدود دخیل نیستند بلکه این رفتارها معلول عوامل متعدد محیطی، اجتماعی، فردی و خانوادگی می باشند. به عبارتی متغیرهایی که در مدل نهایی در تبیین افکار خودکشی سربازان در نظر گرفته شدند با هم نقش موثری در بروز یا پیشگیری از خطر افکار خودکشی دارند. با استفاده از این الگو می توان عوامل

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.87]

کاهش دهنده خودکشی(مانند حمایت اجتماعی) و خطر زای خودکشی(مانند افسردگی، مصرف مواد و وضعیت خانوادگی، اجتماعی-اقتصادی پایین) در سربازان را مورد توجه قرار داد و از آن ها برای پیشگیری اولیه شکل گیری افکار خودکشی استفاده نمود. در این راستا اقداماتی چون پایش و غربالگری وضعیت سلامت روان سربازان در بدو ورود به خدمت سربازی و ترسیم پروفایل روانی سربازان و انجام مراقبت ها و مشاوره های روانی، توجه جدی به جلوگیری از توزیع و مصرف دخانیات(به عنوان دروازه ورود به مصرف مواد) در پادگان های نظامی، آموزش های مرتبط با رفتارهای پرخطر اعتیاد به مواد مخدر(خصوصاً مواد جدید) و در نهایت برگزاری منظم کارگاه های پیشگیری از خودکشی و مصرف مواد در محیط های نظامی پیشنهاد می گردد.

محدودیت های پژوهش: یافته های پژوهش حاضر مبتنی بر ابزارهای خود گزارش دهی بودند که این امر می تواند از توان تعمیم پذیری یافته ها بکاهد. عدم همکاری برخی از سربازان در تکمیل پرسش نامه ها که این مورد نیز یکی از محدودیت های تحقیق بود و پیشنهاد می گردد برای مطالعات بعدی روی این قشر، فرماندهان یگان های مربوطه در این زمینه همکاری لازم را با محققین داشته باشند.

References

1.Fortinash KM, Holodayworret PA. Psychiatric mental health nursing. 5th ed. New York Mosby Publication.2008;P.236.

2.Herrell R, Wilk J, Bliese P, Hoge C. Combat intensity, psychopathology, and suicidal ideation in a population of soldiers after deployment to Iraq. Comprehensive Psychiatry2011;52:8.

3.Fathi A, Eslami H. Assessment of suicide risk factors and causes of trauma in soldiers. Mil Med J2001;4:245-50.

4.Sadock BJ, Sadock VA. and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry. Philadelphia: Williams and Wilkins Publication; 2005.

5.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. (Persian)

6. Mares SH, Vorst H, Lichtwarck A, Schulten I. Effectiveness of the home based alcohol prevention program in control no alcohol study protocol of a randomized controlled trial. BMC Public Health2011;11:622.

7.Kolkutin V, Pinchuk PV, Salomatin VE. Role of the forensic medical expertise in the campaign of Russia defense ministry against trafficking of narcotics and strong drug substances. Sud Med Ekspert 2003;46:8-15.

8.Milliken, Charles S, Jennifer L, Charles. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. JAMA2007;298:2141-8.

9.Boscarino M, Joseph A. Posttraumatic stress disorder and mortality among USA Army veterans 30 years after military service. Ann Epidemiol2006;16:248-56.

10.Trautmann S, Schonfeld S, Behrendt S, Hofler M, Zimmermann P, Wittchen HU. Substance use and substance use disorders in recently deployed and never deployed soldiers. Drug Alcohol Depend 2014;134:128-35.

11.Izadi M, Sajjadi A, Ghafourian A. Effect of education on the knowledge of soldiers about smoking hazards. Mil Med J 2009;11:7-8.

12.Schneider B. Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. Arch Suicide Res2009;13:303-16.

13.Maguen S, Madden E, Cohen BE, Bertenthal D, Neylan TC, Seal KH. Suicide risk in Iraq and Afghanistan veterans with mental health problems in VA care. J Psychiatry Res2015;68:120-4.

14.Chapman SLC, Wu LT. Suicide and substance use among female veterans: A need for research. Drug Alcohol Depend2014;136:1-10.

15.Ghoreishi A, Mousavinasab N. Systematic review of completed suicide and suicide attempt in Iran. J Psych Clin psychol2010;16:154-62.

16.Kaplan H, Sadock B. Comprehensive text book of psychiatry. 6th ed. Baltimore Williams Wilkins Publishing.1995;P.78-9.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.87]

17.Verona E, Petrick C, Joiner TE. Psychopathy antisocial personality and suicide risk. J Abnorm Pathol2001;110:462-70.
18.Jones E, Wessely S. Forward psychiatry in the military: Its origins and Effectiveness. J Traum Stress 2003;16:411-9.
19.Ramsawh H, Fullerton CS, Mash H , Kessler R. Risk for suicidal behaviors associated with PTSD, depression, and their comorbidity in the USA Army. J Affect Disord2014;16:116-22.
20.Yalcin I. Social support and optimism as predictors of life satisfaction of college student. J Adv Couns 2011;33:79-87.
21.Lemaire CM, Graham D. Factors associated with suicidal ideation in OEF/OIF veterans. J Affect Disord 2011;130:231-8.
22.Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health a review of prospective multilevel studies. J Epidemiol 2012;22:179-87.
23.Ejdesgaard BA, Zollner L, Jensen BF, Jorgensen HO, Kahler H. Risk and protective factors for suicidal ideation and suicide attempts among deployed Danish soldiers from 1990 to 2009. Mil Med 2015;180:61-7.
24.Ramsawh HJ, Fullerton CS, Mash HB, Ng TH, Kessler RC, Stein MB, Ursano RJ. Risk for suicidal behaviors associated with PTSD depression and their comorbidity in the USA Army. J Affect Disord2014;161:116-22.
25.Loehlin C. Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis. 3th ed. Lawrence Erlbaum Associates Publishing.1998; P.113-4.
26.Beck A, Steer R. Manual for the beck scale for suicide ideation. 5th ed. San Antonio Psychological Publication.1991;P.234.
27.Anisi J, Fathiashtiani A, Soltaninezhad A, Amiri M. Prevalence of suicide ideation and related factors among troops. Mil Med J2006;8:113-8.
28.Poorsharifi H, Taremian F, Zarani F, Anzabi M. [Assessing of Mental Health among students entering University 2005-2006 covered by the ministry of science research and technology]. Res Plan Sci Technol 2006;22:12-6. (Persian)
29.Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. J Depres Anx 2005;21:185-92.
30.Bakhshipoor A, Peyravi H, Abedian A. Relationship between life satisfaction and social support with mental health among university students. J Fund Ment Health 2004;7:145-52.
31.Greening L, Stoppelbein L. Religiosity attribution style and social support as psychosocial buffers for African American and white adolescents perceived risk for suicide. Suicide Life Threat Behav 2002;32:404-17.
32.Kang HK, Bullman TA. Risk of suicide among USA Veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones. JAMA2008;30:652-53.
33.Pietrzak R, Robert H. Risk and protective factors associated with suicidal ideation in veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom. J Affect Disord 2010;123:102-7.
34.Balazs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal K, Akiskal H. The close link between suicide attempts and mixed depression: implications for suicide prevention. J Affect Disord 2006;91:133-8.
35.Akiskal HS, Benazzi F. Psychopathologic correlates of suicidal ideation in major depressive outpatients: is it all due tounrecognized depressive mixed states? Psychopathology2005;38:273-80.
36.Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. Clin Psychol Rev 2001;21:797-811.
37.Griffith J. Suicide in the army national guard an empirical inquiry. Suicide Life Threat Behav2002;42:104-19.
38.Nezihe U, Neslihan O. Relationship between the stress coping levels of university students and their probability of committing suicide. Soc Behav Person2009;37:1221-30.
39.George C, Herman.K, Ostrander R. The Family environment and developmental psychopathology the unique and interactive effects of depression attention and conduct problems. Child Psychiatry Hum Deve2006;37:163-77.
40.Nouri R, Fathiashtiani A, Salimi SH, Soltaninejad A. Effective factors of suicide

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.87]

in soldiers of a military force. Mil Med J 2012;14:99-103.

Predicting Suicide Ideation Based on Psycho-Social Factors and Probability of Drug Abuse in Soldiers: A structural model

Nosratabadi M[1], Halvaiepour Z[2], Amini G[3]*

(Received: July 15, 2015 Accepted: December 27, 2015)

Abstract

Introduction: Military service is entry to a new environment with a particular order in which various stressors can increase the possibility of forming psycho-social harms (including suicidal ideation, depression and substance abuse). The purpose of this study was to explain the suicide ideation among soldiers based on some Psycho-Social variables.

Materials and methods: In this correlation-based structural modeling study, 176 soldiers were selected using stratified random sampling. The Beck Scale for suicidal Ideation, The Beck depression Scale, Social support Scale and Possibility of substance abuse Scale were completed and analyzed by SPSS and AMOS Software.

Findings: 28.4 of the studied individuals were at high risk for suicidal thoughts, there was significant and positive association between depressions, possibility of substance abuse with suicidal ideation ($p<.05$). Social support and familial, socio-economic status only indirectly affect suicidal ideation. The final model showed that 73% of the overall variance of suicidal ideation was attributed to these variables.

Discussion & conclusions: According to results we can conclude that High-risk behaviors such as suicide result from the interaction of environmental, social, personal and family factors. Due to the increased risk of suicidal thoughts, taking serious action to promote mental and social health of soldiers is more crucial.

Keywords: Suicide Ideation, Substance abuse, Psycho-Social Factors, Solidiers

1.Dept of Health Services Management, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Sirjan Faculty of Medical Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Sirjan, Iran
3. Dept of Social Welfare Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
** Corresponding author Email: nosrat.welfare@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.87]