Military Caring Sciences **Original Article**

OPEN ACCESS

The Effect of Resilience Training Delivered Through Lectures and Group Discussions on the Prevalence of Self-Injurious Behaviors among Soldiers in a Selected in Shiraz: A Randomized Controlled Trial

Mohseni Jaihani. S[1]
*Teymouri. F[2]
Rajai. N[3]
Khalaji. M[4]

1- Psychiatric Nursing Department, Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Health in Emergencies and Disasters Department, Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author), Email: Fatemeh.teimouri@yahoo.com*

3- Critical Care Nursing Department, Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Psychiatric Nursing Department, Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Introduction: Military service can significantly affect individuals' mental health and may increase soldiers' vulnerability to self-injurious behaviors. Resilience training, as a strategy for promoting psychological well-being among military personnel, enhances adaptive coping skills and may play an important role in reducing such behaviors.

Objective: This study aimed to determine the effect of resilience training on the prevalence of self-injurious behaviors among soldiers in a selected military garrison affiliated with the Islamic Republic of Iran Army (Aja) in Shiraz, Iran.

Material and Methods: This randomized controlled trial was conducted in 2024 at a selected Aja military garrison. A total of 52 soldiers were recruited through convenience sampling and randomly allocated to either the intervention group (n=26) or the control group (n=26) using simple randomization. Participants in the intervention group attended eight resilience training sessions based on Henderson's Resilience Model, delivered through lectures and group discussions. Data were collected using a demographic information form and the Klonsky Self-Injurious Behaviors Questionnaire at three time points: baseline (pre-test), post-intervention, and follow-up. Data were analyzed using SPSS software, and statistical significance was set at $P<0.05$.

Results: Prior to the intervention, the mean self-injurious behavior scores in the intervention and control groups were 16.03±3.85 and 16.11±3.61, respectively, with no significant difference between the groups. Following the intervention, the mean scores decreased to 7.50±2.35 in the intervention group, whereas the control group showed little change (16.57±4.10), indicating a significant effect of the resilience training program. This difference remained evident at the follow-up assessment, with mean scores of 7.19±1.83 and 11.11±2.81 in the intervention and control groups, respectively. Furthermore, the physical pain score significantly decreased across the three assessment phases in the intervention group ($P=0.012$), while no significant change was observed in the control group. However, no statistically significant within-group or between-group differences were found regarding the variable "intention to stop self-harm" at any stage of the study.

Conclusion: Resilience training was effective in reducing self-injurious behaviors and associated physical pain among soldiers. These findings suggest that resilience-based interventions may serve as an effective strategy for improving mental health and preventing self-harm in military and clinical settings.

Keywords: Mental Health, Randomized Controlled Trial, Resilience Training, Soldiers, Self-Injurious Behaviors

IRCT No.: IRCT202409110633009N1

Cite this article: Mohseni Jaihani S, Teymouri F, Rajai N. Khalaji M. The Effect of Resilience Training Delivered Through Lectures and Group Discussions on the Prevalence of Self-Injurious Behaviors among Soldiers in a Selected in Shiraz: A Randomized Controlled Trial. Military Caring Sciences. 2026; 13 (1): 34-45.

Received: 2025/07/1 Received in revised form: 2025/08/21 Accepted:2025/08/26 Published: 2025/03/30

©The Author(s)

Publisher: Aja University of Medical Sciences

علوم مراقبتی نظامی

مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری به روش سخنرانی و بحث گروهی بر شیوع رفتارهای خود آسیب‌رسان در سربازان پادگان منتخب در شهر شیراز: یک مطالعه کنترل دار تصادفی

سودابه محسنی جیحانی[1]
***فاطمه تیموری**[2]
ناهید رجایی[3]
مرضیه خلجی[1]

۱- گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

۲- گروه سلامت در بلایا و فوریت ها، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک:

Fatemeh.teimouri@yahoo.com

۳-گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: ورود به سربازی سلامت روان افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند سربازان را در معرض رفتارهای خود آسیب‌رسان قرار می‌دهد. آموزش تاب‌آوری، به عنوان ابزاری برای ارتقای سلامت روان در نیروهای نظامی با تقویت مهارت‌های سازگاری، نقشی مهم در کاهش این رفتارها دارد.

هدف: مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش تاب‌آوری بر شیوع رفتارهای خود آسیب‌رسان در سربازان یک پادگان منتخب در شهر شیراز انجام شد.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی کنترل دار تصادفی در سال ۱۴۰۳ در یک پادگان منتخب شهر تهران انجام شد. ۵۲ سرباز به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۲۶ نفر) تقسیم شدند. مشارکت کنندگان در گروه آزمون در هشت جلسه آموزش تاب‌آوری بر اساس مدل هندرسون شرکت نمودند. داده‌ها با فرم اطلاعات فردی و پرسش‌نامه رفتارهای خود آسیب‌رسان کلونسکی در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) جمع‌آوری شد. داده‌های حاصل از این پژوهش از طریق از نرم‌افزار SPSS و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله میانگین رفتار خود آسیب‌رسان به ترتیب در گروه آزمون و کنترل (۱۶/۰۳±۳/۸۵ و ۱۶/۱۱±۳/۶۱) بود و دو گروه تفاوت معناداری نداشتند؛ اما در مرحله پس از مداخله (۷/۵۰±۲/۳۵ و ۱۶/۵۷±۴/۱۰) بود که نشان دهنده اثربخشی مداخله در گروه آزمون بود و در مرحله پیگیری همچنان این تفاوت حفظ شده بود (۷/۱۹±۱/۸۳ و ۱۱/۱۱±۲/۸۱). نمره احساس درد فیزیکی نیز در گروه مداخله طی سه مرحله به‌طور معناداری کاهش یافت (P= ۰/۰۱۲) اما در گروه کنترل تغییری نداشت. با این حال، در خصوص متغیر «قصد توقف آسیب به خود»، در هیچ‌یک از مراحل، تفاوت معناداری درون یا بین گروه‌ها مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: آموزش تاب‌آوری باعث کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان و درد فیزیکی در سربازان شد و می‌تواند روشی مؤثر در بهبود سلامت روان در محیط‌های نظامی و بالینی باشد.

کلمات کلیدی: سرباز، رفتارهای خود آسیب‌رسان، آموزش تاب‌آوری

کد کارآزمایی بالینی: IRCT۲۰۲۴۰۹۱۱۰۶۳۳۰۰۹ N۱

استناد: محسنی جیحانی سودابه، تیموری فاطمه، رجایی ناهید، خلجی مرضیه. بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری به روش سخنرانی و بحث گروهی بر شیوع رفتارهای خود آسیب‌رسان در سربازان پادگان منتخب در شهر شیراز: یک مطالعه کنترل دار تصادفی. علوم مراقبتی نظامی. ۱۴۰۵؛ ۱۳(۱): ۴۵- ۳۴.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۰ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۵/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۰۴ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۱/۱۰

CC BY NC

©نویسندگان

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی آجا

مقدمه

دوران خدمت سربازی، ورود به مرحله‌ای است که جوانان را از محیط حمایتگر و پشتیبان خانواده جدا کرده و به فضایی رسمی، قانونمند و نظامی وارد می‌کند. ورود به سربازی می‌تواند زمینه‌ساز مسائل گوناگونی برای سازگاری باشد، زیرا سربازان جوان با محیطی جدید، دوری از حمایت‌های خانوادگی، شبکه‌های پشتیبانی و پذیرش مسئولیت‌های تازه روبه‌رو می‌شوند (۱). چنین شرایطی ممکن است تغییرات چشمگیری در عملکرد روانی و اجتماعی فرد ایجاد کرده و او را در معرض مشکلات روان‌شناختی قرار دهد. علاوه بر این، زمینه‌های پیشین روانی و خصوصیات شخصیتی فرد، همراه با ناکارآمدی در انطباق با استرس‌های محیطی، می‌توانند سبب عدم تعادل در سلامت روانی- اجتماعی شوند و مشکلاتی نظیر هیجانات منفی، رفتارهای تکانش گرانه و خود آسیب‌رسانی را به جود آورند (۱، ۲).

رفتارهای خود آسیب‌رسان غیر خودکشی‌گرا (Non-Suicidal Self-Injury; NSSI) به اقداماتی اطلاق می‌شود که فرد به صورت عمدی به بدن خود آسیب وارد می‌کند، بدون آن‌که قصد خودکشی داشته باشد. این رفتارها شامل بریدن، سوزاندن، خراشیدن پوست با سطح خشن و حکاکی کردن پوست هستند. این رفتارها اغلب به دلیل کاهش یا حذف هیجان‌های منفی، تنبیه خود، یا کاهش حالت‌های بی‌حسی هیجانی و تجارب تجزیه‌ای (Dissociative Experiences) انجام می‌شود. معمولاً انجام این رفتارها با نیت مرگ یا به‌عنوان اعتراض به هنجارهای اجتماعی صورت نمی‌گیرند، بلکه اغلب پاسخی ناسازگارانه به حالات درونی نامطلوب فرد محسوب می‌شوند (۳). رفتارهای خود آسیب‌رسان به دو دسته مستقیم و غیرمستقیم تقسیم می‌شوند. خود آسیب‌رسانی مستقیم (Direct Self-Harm) شامل اعمال تعمدی و آگاهانه مانند بریدن یا سوزاندن بدن است. در مقابل، رفتارهای غیرمستقیم (Indirect Self-Harm) شامل سوءمصرف مواد، روابط آسیب‌زا یا رفتارهای ناسازگارانه است (۴، ۵).

بر مبنای پژوهش‌های پیشین رفتارهای خود آسیب‌رسان معمولاً در افرادی با مشکلات روان‌شناختی مانند اختلال شخصیت مرزی، افسردگی، اختلالات اضطرابی و سایر بیماری‌های روان‌پزشکی شایع‌تر است. همچنین، این رفتارها به طور کلی به معنای خودکشی نیستند؛ اما ممکن است در برخی موارد با افکار یا تلاش‌های خودکشی همراه شوند (۶).

بررسی‌های اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که شیوع رفتارهای خود آسیب‌رسان در میان جمعیت عمومی بین ۴ تا ۱۳ درصد و در میان نوجوانان و جوانان تا ۳۲ درصد گزارش شده است. در نظامیان شیوع رفتارهای خود آسیب‌رسان بالاتر است. به عنوان مثال، در ایالات متحده، شیوع خود آسیب‌رسانی در نظامیان بین ۴ تا ۱۴ درصد تخمین زده شده است که در مقایسه با جمعیت عمومی بالاتر است (۷، ۸). در بریتانیا نیز، شیوع این رفتارها در میان نظامیان ۵/۶ درصد و در میان جانبازان ۱۰/۵ درصد گزارش شده است (۹). در ایران، آمار دقیقی از خود آسیب‌رسانی در نظامیان موجود نیست؛ اما پژوهش آوخ و همکاران شیوع خود آسیب‌رسانی را در میان سربازان ۶۳/۳ درصد گزارش کرده‌اند (۱۰).

یکی از عوامل مؤثر بر بهبود سلامت روان و افزایش توانایی انطباق افراد با شرایط دشوار و طاقت فرسا، تاب‌آوری (resilience) است (۱۱). بر اساس تعریف انجمن روان‌شناسی آمریکا (American Psychological Association) تاب‌آوری فرایندی است که طی آن فرد توانایی «بازگشت به حالت اول» از تجارب دشوار و «سازگاری مثبت در مواجهه با ناملایمات، تروما، تهدیدها یا منابع قابل توجه استرس» را پیدا می‌کند. این تعریف، بر بازگشت‌پذیری و توانایی انطباق و سازگاری تأکید دارد که از مهم‌ترین خصوصیات تاب‌آوری به شمار می‌رود. تاب‌آوری را می‌توان به‌صورت یک توالی در نظر گرفت که از توانایی محدود برای بازگشت تا افزایش توانایی و حتی شکوفایی، یعنی دستیابی به سطح عملکرد و کارایی بهتر پس از مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، متغیر است (۱۲).

در پژوهشی توسط بارتون (Bartone) و همکاران، بیان شده است، افرادی که دارای سطح بالاتری از تاب‌آوری بودند، در آزمون‌های گزینشی برای ورود به نیروهای ویژه نیروی زمینی ارتش آمریکا موفقیت بیشتری نسبت به سایر شرکت‌کنندگان داشتند (۱۳). تحقیقات مختلف اثربخشی برنامه‌های آموزش تاب‌آوری را تصدیق کرده‌اند. به عنوان مثال، در پژوهش فریبورگ (Friburg) و همکاران نشان داده شد که مداخله‌هایی که به منظور افزایش تاب‌آوری و سازگاری مثبت با شرایط ناگوار انجام

می‌شوند، برای نوجوانان و جوانان آسیب‌پذیر بسیار مفید هستند و باعث کاهش آسیب‌پذیری می‌شوند (۱۴).

یکی از الگوهای مؤثر در آموزش تاب‌آوری، مدل هندرسون و میلتستین (Henderson & Milstein) می‌باشد که در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است. بر اساس این مدل، تاب‌آوری فرایندی اکتسابی است و عوامل متعددی از جمله عوامل محیطی، حمایتی و مهارت‌های فردی در سازگاری مثبت با ناملایمات تأکید دارد. این مدل شامل شش مؤلفه کلیدی (روابط حمایتی، مشارکت معنادار، تعیین مرزهای روشن، آموزش مهارت‌های زندگی، حمایت عاطفی و داشتن انتظارات بالا اما واقع‌بینانه) برای ارتقای تاب‌آوری در محیط‌های پرتنش می‌باشد (۱۵).

ارتش جمهوری اسلامی ایران حدود ۴۲۰۰۰۰ نفر پرسنل دارد که جمعیت قابل توجهی است. با توجه به اهمیت پاسداری از کشور و مرزهای آن، داشتن نیرویی شاداب، سالم و متعهد امری ضروری است؛ بنابراین، حفظ و ارتقای سلامت روان نیروهای نظامی و سربازان بسیار مهم است (۱۶). این در حالی است که در سال‌های اخیر، نرخ خودزنی و خودکشی در میان نیروهای نظامی توجه بسیاری از پژوهشگران و متخصصان سلامت روان را به خود جلب کرده است. این موضوع نشان‌دهنده نیاز به مداخلات روان‌شناختی هدفمند و مؤثر برای کاهش استرس‌ها و عوامل تأثیرگذار بر اقدامات خود آسیب‌رسان است (۱۷). با جستجوهای انجام شده توسط پژوهشگر، مطالعه‌ای که به بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر رفتارهای خود آسیب‌رسان در سربازان بپردازد یافت نگردید. با توجه به این مسئله و نظر به اینکه پژوهشگر اصلی این مطالعه در بیمارستانی مشغول به کار می‌باشد که شاهد رفتارهای آسیب‌رسان متعددی در میان سربازان است؛ لذا، این مطالعه با هدف تأثیر آموزش تاب‌آوری بر شیوع رفتارهای خود آسیب‌رسان در سربازان پادگان منتخب شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی تصادفی شده کنترل دار با شماره IRCT ۲۰۲۴۰۹۱۱۰۶۳۳۰۰۹ N۱ بود که از آبان تا بهمن سال ۱۴۰۳ در یک پادگان در شهر شیراز انجام شد. حجم نمونه با استناد به مطالعه مشابه انجام‌شده توسط فرانکو (Franco) و همکاران (۱۸)، با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳,۱,۹,۲ و با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آزمون ۹۵ درصد، برای هر گروه ۲۱ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن ۲۵ درصد احتمال ریزش، تعداد نهایی نمونه‌ها برای هر گروه به ۲۶ نفر افزایش یافت (مجموعاً ۵۲ نفر).

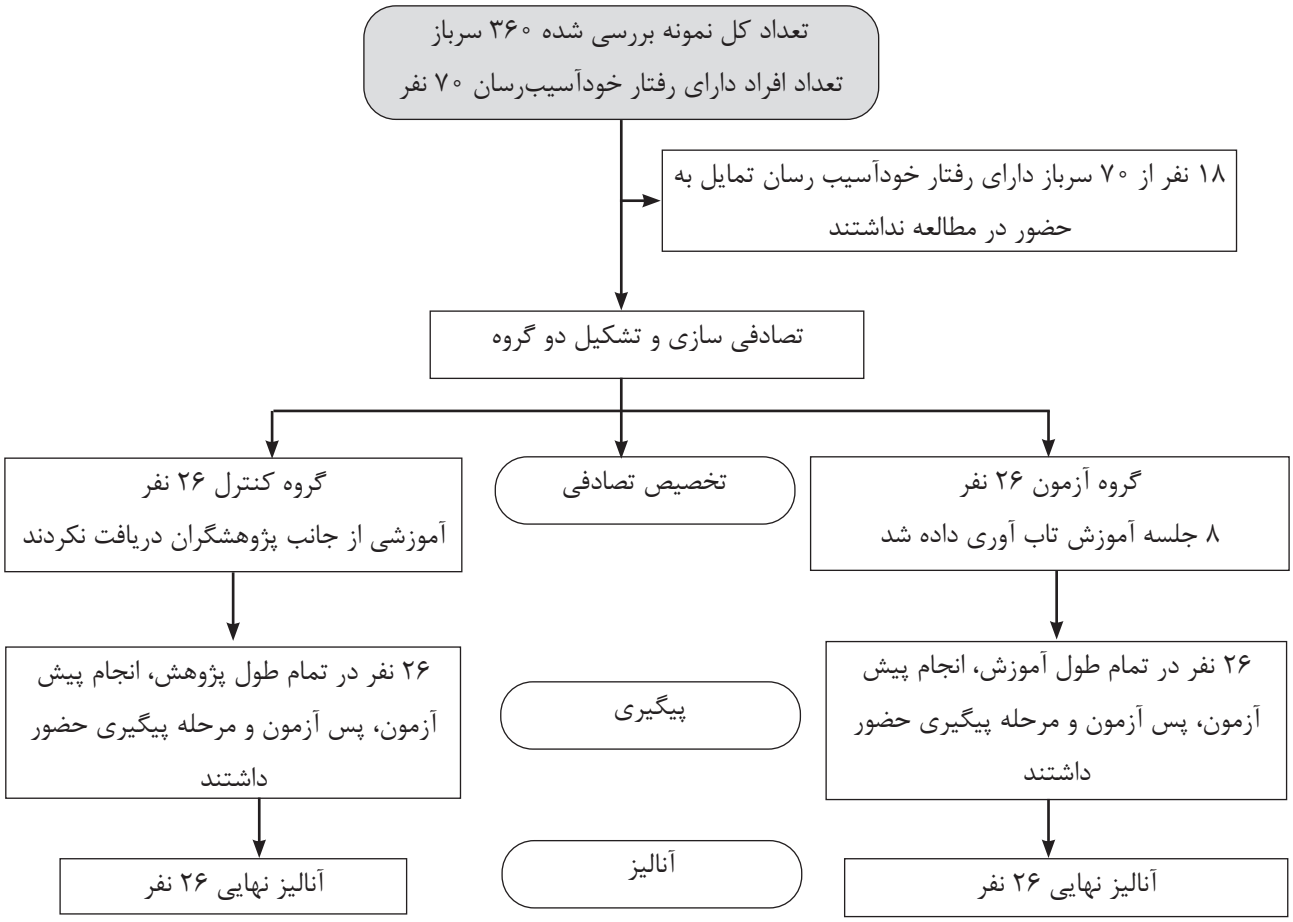
افراد واجد شرایط به روش در دسترس انتخاب و با روش تصادفی ساده به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند؛ به این صورت که پس از تهیه لیست اسامی، سربازان به طور تصادفی ۲۶ نفر اول در گروه آزمون و ۲۶ نفر دوم در گروه کنترل قرار گرفتند. (نمودار شماره ۱). معیار ورود به مطالعه شامل اشتغال به خدمت سربازی در یک پادگان منتخب در شیراز، نداشتن سابقه دریافت مداخلات روان‌شناختی هم‌زمان یا در یک ماه گذشته (۷)، داشتن سواد خواندن و نوشتن، طبق لیست رفتارهای خود آسیب رسان در پرسش‌نامه کلونسکی (Self-Injurious Behaviors Questionnaire Klonsky) فرد حداقل یک بار تجربه انجام این رفتارها را در طول دوران سربازی داشته باشد، باقی ماندن حداقل سه ماه از دوره خدمت وظیفه (به جهت اینکه بتوانند تا پایان مطالعه حضور داشته باشند) و نداشتن سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل بود. همچنین، معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در بیش از دو جلسه آموزشی یا عدم تمایل به ادامه همکاری در طول پژوهش تعیین گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها، شامل فرم اطلاعات فردی و پرسش‌نامه رفتار خود آسیب‌رسان کلونسکی بود. فرم اطلاعات فردی که توسط پژوهشگر طراحی و تدوین شد و شامل اطلاعاتی نظیر سن، میزان تحصیلات، درجه فرد در پادگان بود. ابزار دوم، پرسش‌نامه رفتارهای خود آسیب‌رسان کلونسکی بود که به صورت خود گزارشی توسط Klonsky و Glenn در سال ۲۰۰۸ تدوین شده است. این پرسش‌نامه دارای دو بخش کارکردی و رفتاری بود که در این مطالعه از بخش رفتاری استفاده شد. در این بخش به سنجش فراوانی و نوع رفتارهای خودآسیب‌رسان بدون قصد خودکشی (Non-Suicidal Self-Injury: NSSI) در قالب ۱۲ رفتار مختلف مانند بریدن، خراشیدگی شدید، گاز گرفتن، زدن یا ضربه زدن به خود، سوزاندن، مانع التیام زخم شدن (به عنوان مثال، جدا کردن پوست محل زخم)، حکاکی کردن، دردناک کردن پوست در برابر سطح خشن، خرابکاری، سوزنکاری خود، کشیدن مو، بلع مواد خطرناک می‌پردازد. در

این پرسشـــنامه فرد می‌بایست تعداد دفعات تجربه هر یک از این آسیب‌ها را ثبت نماید. سپس جمع دفعات این آسیب‌ها به عنوان نمره کل رفتار آسیب‌رســـان برای هر فرد محسوب شده و هر چه قدر نمره فرد بیشـــتر باشد میزان آسیب بیشتر خواهد بود. بخش دیگر پرسشنامه، تجربه داشتن درد فیزیکی در حین آسیب است که دارای طیف لیکـــرت اکثر اوقات (نمره ۲)، گاهی اوقات (نمره ۱) و نداشتن درد (نمره صفر) است که هر چه قدر نمره فرد از این متغیر بیشتر باشد، درد بیشتری را در حین آسیب تجربه می‌کند. بخش آخر نیز داشتن قصد توقف آسیب به خود را می‌سنجد. این بخش نیز دارای طیف لیکرت بله (نمره ۱) و خیر (نمره صفر) بوده و نمره بالاتر نشـــان دهنده تمایل بیشتر فرد برای توقف آسیب به خود است. همبستگی درونی بخش رفتاری ابزار کلونسکی توسط کلونسکی در سال ۲۰۰۸ به میزان ۰/۸۴ گزارش شد (۱۹). روایی صوری و محتوایی این ابزار در مطالعه صفاری‌نیا و همکاران تأیید و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است (۲۰). در مطالعه حاضر نیز پایایی ابزار با استفاده از همسانی

جدول ۱ - محتوای آموزشی ارائه شده به سربازان شرکت کننده در گروه مداخله

جلسات	موضوع	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و خودآگاهی	آشـــنایی با مخاطبان، برقراری ارتباط، آشنا کردن آن‌ها با تاب‌آوری و قوانین شرکت در کارگاه. خودآگاهی، باهدف آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود
جلسه دوم	ارزشمندی	تقویت عزت‌نفس
جلسه سوم	ارتباط مؤثر و همدلی و تعیین مرزهای شخصی	تعریف ارتباط مؤثر و اهمیت ارتباط شناخت شیوه‌های ارتباطی و انتخاب بهترین شیوه ارتباط مؤثر عناصر اصلی ارتباط کلامی و غیرکلامـــی، محتوای کلام، کیفیت صدا در کلام، تماس چشمی، حالات چهره، ژست‌ها کاربرد همدلی و توانایی درک و فهم احساسات و افکار دیگران ارزش قائل شدن برای دیگران
جلسه چهارم	آینده‌نگری مهارت تصمیم‌گیری	تعیین هدف و چگونگی دست‌یابی به آن آشنایی با نقش و اهمیت تصمیم‌گیری شناخت موقعیت‌های مختلف تصمیم‌گیری آشنایی با عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری منطقی عوامل بازدارنده در تصمیم‌گیری
جلسه پنجم	مهارت حل مسئله	حل مسئله آشنایی با مهارت حل مسئله و اهمیت کاربرد آن آگاهی یافتن از اهداف در دسترس شناخت مراحل مختلف حل مسئله و راه حل، اولویت‌بندی‌ها، فرآیند و مراحل حل مسئله عوامل بازدارنده حل مسئله
جلسه ششم	خودکارآمدی	مسئولیت‌پذیری
جلسه هفتم	مدیریت هیجانات	شناخت هیجان‌های خود به ویژه خشم شناسایی نشانه‌های خشم و نقش افکار در ایجاد و حفظ خشم و همچنین شناسایی افکار غیر منطقی به هنگام خشم شناسایی و درک علائم و عوامل استرس و تأثیر آن بر زندگی فردی و حرفه‌ای افراد. آموزش روش‌های مختلف مقابله با اســـترس، شامل تمرینات تنفسی، تمرینات ورزشی، تکنیک‌های ذهنی و روش‌های مدیریت استرس.
جلسه هشتم	معنامندی، مروری بر محتوی آموزش تاب‌آوری	آشنایی بامعنا



نمودار -۱ انجام فرایند مطالعه

درونی بررسی و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. جهت انجام مداخله ابتدا شرکت‌کنندگان هر دو گروه ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها را تکمیل کردند. مداخله آموزشی برای گروه آزمون در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی چهار هفته (دو جلسه در هفته) به‌صورت گروهی و با روش سخنرانی توسط پژوهشگر که دوره تاب آوری و مهارت‌های زندگی را گذرانده بود برگزار شد. محتوای آموزشی بر اساس مدل تاب‌آوری هندرسون (Resilience Based on the Henderson Model) تدوین شده بود (جدول ۱) (۲۱). کلاس‌ها در حسینیه پادگان منتخب با حضور ۲۶ سرباز گروه مداخله در حضور روانشناس پادگان برگزار شد. حضور فعال در کلاس‌ها با تشویق مرخصی یک روز در هفته با هماهنگی روانشناس پادگان همراه بود. برای جلوگیری از نشت اطلاعات بین گروه آزمون و کنترل، در ابتدای جلسات آموزشی، از کلیه اعضای گروه آزمون خواسته شد که از انتقال محتوای جلسات آموزشی به سایر سربازان (به‌ویژه هم خدمتی‌ها در گروه کنترل) خودداری نمایند. این موضوع به‌صورت صریح به‌عنوان شرط ادامه همکاری در مطالعه مطرح شد. همچنین با توجه به اینکه پاداش مشارکت در جلسات آموزشی، یک روز مرخصی تشویقی بود که برای اعضای گروه مداخله در نظر گرفته شده بود، انگیزه‌ی حفظ محرمانگی افزایش یافته بود؛ چرا که افشای محتوای آموزش می‌توانست این مزیت را تضعیف کند. پس‌آزمون بلافاصله پس از اتمام جلسات آموزشی و همچنین یک ماه بعد برای هر دو گروه اجرا گردید. پس از پایان مطالعه، جزوه آموزشی به گروه کنترل نیز ارائه گردید.

داده‌های حاصل از این پژوهش از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این مطالعه جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو–ویلک (Shapiro–Wilk Test) برای متغیرها استفاده گردید، سپس از آزمون‌های آنووای اندازه‌های تکراری (Repeated Measures ANOVA) یومن ویتنی (Mann–Whitney U Test)، آزمون دقیق فیشر (Fisher's Exact Test) و آزمون کوکران (Cochrans Q Test) استفاده شد.

این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه

علوم پزشـــکی آجا با شماره IR. AJAUMS REC.۱۴۰۳.۱۵۵ رسید پژوهشـــگران خود را ملزم به رعایت مفاد بیانیه هلسینکی (Helsinki) نمودند (۲۲). بعد از بیان اهـــداف و روش مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه کتبی، سربازان آزادانه وارد مطالعه شـــــدند و هـــر زمان که تمایل داشـــتند می‌توانســـــتند از مطالعه خارج شـــــوند. داده‌های سربازان محرمانه باقی ماند و هیچ آســـیب و زیانی به آن‌ها وارد نشد. اصول کمیته اخلاق در نشر (COPE)در این مطالعه رعایت شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۵۲ ســـرباز شرکت داشـــتند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲/۳۵ ±۲۱/۲۹ بود. بیشـــتر افـــراد درجه گروهبان ســـوم (۲۴ نفر، ۴۶/۲ درصد) و سطح تحصیلات غالب افراد دیپلم (۲۴ نفر، ۴۶/۲ درصد) بود. با مقایســـه اطلاعات دموگرافیک، در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معناداری بین دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت (جدول ۲).

جدول ۲ -مقایسه اطلاعات دموگرافیگ دو گروه آزمون و کنترل

متغیر		گروه کنترل (n=۲۶)	گروه آزمون (n=۲۶)	نوع آزمون	سطح معنی داری
درجه نظامی	گروهبان دومی	۲ نفر (٪۷/۷)	۲ نفر (٪۷/۷)	Fisher's Exact Test	P= ۰/۰۶۰
	گروهبان سومی	۸ نفر (٪۳۰/۸)	۱۶ نفر (٪۶۱/۵)		
	ستوان سوم	۴ نفر (٪۱۵/۴)	۰		
	ستوان دوم	۱ نفر (٪۳/۸)	۰		
	سرباز	۱۱ نفر (٪۴۲/۳)	۸ نفر (٪۳۰/۸)		
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۱ نفر (٪۴۲/۳)	۱۰ نفر (٪۳۸/۵)	Fisher's Exact Test	P= ۰/ ۱۲۷
	دیپلم	۹ نفر (٪۳۴/۶)	۱۵ نفر (٪۵۷/۷)		
	فوق دیپلم	۱ نفر (٪۳/۸)	۱ نفر (٪۳/۸)		
	لیسانس	۴ نفر (٪۱۵/۴)	۰		
	فوق لیسانس	۱ نفر (٪۳/۸)	۰		
سن	میانگین سنی (انحراف معیار)	۲۱/۳۸ (۲/۴۶)	۲۱/۱۹ (۲/۲۸)	Mann–Whitney U test =۳۲۵ /۵۰	P= ۰/ ۸۱۷

نتایج نشـــان داد که بیشترین شـــیوع رفتار آسیب رسان در بین ســـربازان بریدن با ۹۰/۳۸ درصد بوده اســـت. در برخی افراد این رفتار تا ۹ بار تکرار شـــده اســـت. از بین ۵۲ نفـــر، تعداد ۳۳ نفر (معـــادل ۶۳/۴۶ درصد) در موقع تنهایی به خود آســـیب زده‌اند. همچنیـــن ۳۳ نفر (معادل ۶۳/۴۶ درصد) احســـاس درد فیزیکی را در هنگام آســـیب تجربه کردند. تعداد ۴۵ نفر (معادل ۸۶/۵۴ درصد) قصد توقف آسیب‌رسانی به خود داشته‌اند (جدول ۳).

جدول ۳- فراوانی و درصد رفتارهای خود آسیب رسان در کل افراد مطالعه

رفتار آسیب‌رسان	فراوانی افراد	درصد افراد	حداکثر تعداد تکرار دفعات رفتار
بریدن	۴۷	٪۹۰/۳۸	۹
خراشیدگی شدید	۴۵	٪۸۶/۵۴	۴
گاز گرفتن	۴۰	٪۷۶/۹۲	۲
ضربه زدن به خود	۳۹	٪۷۵	۲
سوزاندن	۳۷	٪۷۱/۱۵	۲
کندن جای زخم	۲۴	٪۴۶/۱۵	۱

ادامه جدول ۳- فراوانی و درصد رفتارهای خود آسیب رسان در کل افراد مطالعه

رفتار آسیب‌رسان	فراوانی افراد	درصد افراد	حداکثر تعداد تکرار دفعات رفتار
حکاکی کردن	۴۱	٪۷۸/۸۵	۲
دردناک کردن پوست در برابر سطح خشن	۳۹	٪۷۵	۲
خرابکاری (تخریب یا آسیب به اموال خود و دیگران)	۳۷	٪۷۱/۱۵	۲
سوراخ کردن پوست با سوزن	۳۶	٪۶۹/۲۳	۲
کشیدن مو	۳۳	٪۶۳/۴۶	۲
بلع مواد خطرناک	۳۴	٪۶۵/۳۸	۲

نتایج آزمون آنووای اندازه‌های تکراری نشـــان داد که تغییرات نمره رفتارهای خود آسیب‌رســـان در طول زمان از نظر آماری معنادار بود (P<۰/۰۰۱) و تعامل زمان و گروه نیز معنی‌دار گزارش شد (P<۰/۰۰۱). همچنین مقایسه بین گروهی با آزمون تی مستقل نیز نشان داد کـــه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، نمرات گروه آزمون به‌طور معنـــاداری کمتر از گروه کنترل بود (P<۰/۰۰۱)، در حالی که در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی بین دو گروه وجود نداشت (P=۰/۹۴۱)، (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه نمره کل رفتارهای آسیب رسان را در طی سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری) در گروه آزمون و کنترل

نمره کل رفتارهای آسیب رسان	پیش از مداخله		پس از مداخله		پیگیری		مقایسه درون گروهی نتیجه آزمون آنووای اندازه‌های تکراری مقدار آماره، درجه آزادی، مقادیر آزمون موخلی و سطح معنی‌داری
گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمون	۱۶/۰۳	۳/۸۵	۷/۵۰	۲/۳۵	۷/۱۹	۱/ ۸۳	F=۱۳/۷۴۴، P <۰/۰۰۱، df=۱/۰۵۸، w=۰/۱۱۰
کنترل	۱۶/۱۱	۳/۶۱	۱۶/۵۷	۴/۱۰	۱۱/۱۱	۲/۸۱	F=۱۰/۰۱۴، P=۰/۰۰۴، df=۱/۰۲۶، w=۰/۰۵۱
مقایســـه بین گروهی، آزمون تی مســـتقل: سطح معنی‌داری، درجه آزادی، مقدار آماره،	P =۰/۹۴۱ df = ۵۰ t=۰ -/۰۷۴		P =۰/۰۰۱ df =۵۰ t =۹-/۷۸		P=۰/۰۰۲ df= ۵۰ t=-۵/۹۴		

مطابق جدول شـــماره ۵ نتایج تحلیل واریانس درون‌گروهی نشان داد که نمره احســـاس درد فیزیکی در گروه آزمون در ســـه مرحله پیش از مداخله، پس از مداخله و پیگیری کاهش معناداری داشـــته اســـت (P= ۰/۰۱۲، df= ۲، Value= ۸/۸۰). میانگین این متغیر در گروه آزمون از ۰/۸۸ در پیش از مداخله به ۰/۳۸ در پس از مداخله و ۰/۳۰ در پیگیـــری کاهش یافت. کاهش تدریجی این نمرات نشـــان‌دهنده اثربخشـــی مداخله آموزشی در کاهش احســـاس درد فیزیکی هنگام خود آسیب‌رسانی اســـت. در مقابل، در گروه کنترل تغییر معناداری مشـــاهده نشـــد (P=۰/۹۵۲، df= ۲، Value= ۰/۰۹). نتایج آزمون بیـــن گروهـــی (Mann-Whitney U) نیز تفـــاوت معنادار بین دو گـــروه را در مراحـــل پس‌آزمون و پیگیری تأییـــد کرد. در مرحله پـــس از مداخله تفاوت به نفع گروه آزمـــون معنادار بود (P=۰/۰۰۲، Mann-Whitney U =۱۸۲) و در مرحله پیگیری نیز این تفاوت تقویت شـــد (P< ۰/۰۰۱، Mann-Whitney U =۱۵۴/۵۰)؛ اما در مرحله پیش از مداخله تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت (P= ۰/۳۳۵، Mann-Whitney U = ۲۸۸/۵۰).

جدول ۵ - مقایسه متغیر تجربه احساس درد فیزیکی در طی سه مرحله (پیش آزمون، پس از مداخله و مرحله پیگیری) در دو گروه آزمون و کنترل

نمره کل درد / گروه	پیش از مداخله			پس از مداخله			پیگیری			نتیجه آزمون درون گروهی مقدار آماره، درجه آزادی، سطح معنی‌داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	
گروه آزمون	۰/۸۸	۰/۸۶	۲/۳۷	۰/۳۸	۰/۶۳	۱/۸۵	۰/۳۰	۰/۵۴	۱/۷۹	Friedman test Value = ۸/۸۰, df = ۲, P = ۰/۰۱۲
گروه کنترل	۱/۱۱	۰/۸۶	۲	۱/۰۳	۰/۷۷	۲/۰۴	۱/۰۳	۰/۷۲	۱/۹۶	Friedman test Value =۰/۰۹, df = ۲, P =۰/۹۵۲
نتیجه آزمون بین گروهی مقدار آماره، سطح معنی‌داری	Mann-Whitney U = ۲۸۸/۵۰ P= ۰/۳۳۵			Mann-Whitney U = ۱۸۲ P= ۰/۰۰۲			Mann-Whitney U = ۱۵۴/۵۰ P< ۰/۰۰۱			

بر اساس آزمون Q کوکران، تغییرات قصد توقف آسیب به خود در گروه آزمون در طول زمان معنادار نبود (P=۰/۰۹۷) همچنین در گروه کنترل نیز تفاوت معناداری در سه زمان مشاهده نشد. (P=۰/۳۶۸) آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین دو گروه در هیچیک از مراحل تفاوت معناداری در توزیع پاسخ‌ها وجود نداشت. (P>۰/۰۵)، (جدول ۶).

جدول ۶ - مقایسه نمره قصد توقف آسیب به خود در طی سه مرحله (پیش آزمون، پس از مداخله و مرحله پیگیری) در دو گروه آزمون و کنترل

نمره قصد توقف آسیب به خود / گروه		پیش از مداخله		پس از مداخله		پیگیری		نوع آزمون، درجه آزادی سطح معنی‌داری
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
گروه آزمون	خیر	۱۵/۴	۴	۳/۸	۱	۱۱/۵	۳	Cochran's Q = ۴/۶۶ df = ۲ P = ۰/۰۹۷
	بله	۸۴/۶	۲۲	۹۶/۲	۲۵	۸۸/۵	۲۳	
	کل	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	
گروه کنترل	خیر	۱۱/۵	۳	۱۱/۵	۳	۷/۷	۲	Cochran's Q = ۲/۰۰ df = ۲ P = ۰/۳۶۸
	بله	۸۸/۵	۲۳	۸۸/۵	۲۳	۹۲/۳	۲۴	
	کل	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	
نتیجه آزمون بین گروهی سطح معنی‌داری		Fisher's Exact Test P= ۱/۰۰۰		Fisher's Exact Test P= ۰/۶۱۰		Fisher's Exact Test P= ۱/۰۰۰		

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش تاب‌آوری مبتنی بر مدل هندرسون بر شیوع رفتارهای خود آسیب‌رسان در میان سربازان یک پادگان منتخب آجا در شهر شیراز انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که آموزش تاب‌آوری به عنوان یک مداخله مؤثر در کاهش فراوانی و شدت این رفتارها عمل کرده است.

یافته‌های این پژوهش در مورد شیوع بالای رفتارهای خود آسیب‌رسان از جمله بریدن، خراشیدن، ضربه زدن به خود و

سوزاندن در بین سربازان مورد مطالعه، مطابق با نتایج تحقیقات قبل، مبنی بر شیوع بیشتر این رفتارها در محیط‌های نظامی نسبت به جمعیت عمومی است. موضوعی که هشداری مهم برای سلامت روانی این گروه محسوب می‌شود (۲۳).

نتایج اصلی پژوهش بیانگر آن است که آموزش تاب‌آوری منجر به کاهش معنادار رفتارهای خود آسیب‌رسان و احساس درد فیزیکی ناشی از آن در گروه مداخله شد. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش‌های خان و آنگار (Khan, Ungar) که اثربخشی مداخلات مبتنی بر تاب‌آوری را در کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان و بهبود تنظیم تکانه در میان نظامیان گزارش کرده‌اند همسو است (۲۴). همچنین، نتایج پژوهش هولی (Hooley) و همکاران نشان داد که افراد دارای سابقه خود آسیب‌رسانی، در مقایسه با جمعیت عادی، از مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی و پریشانی کمتری برخوردارند و مداخلاتی نظیر آموزش تاب‌آوری می‌توانند در ارتقای این توانمندی‌ها و قابلیت‌ها مؤثر باشند (۲۵). علاوه بر این، یافته‌های پژوهش چانگ (Chung) و همکاران نیز بیانگر این است که آموزش انعطاف‌پذیری با کاهش معنادار رفتارهای خود آسیب‌رسان همراه بوده و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، افزایش تحمل استرس و تقویت پشتیبانی اجتماعی از عوامل اساسی در این بهبود محسوب می‌شوند (۲۶). یافته‌های مطالعه اسفندیار و همکاران نیز گویای این است که آموزش تاب‌آوری می‌تواند منجر به کاهش معنادار میزان استرس ادراک شده، رفتارهای خود زنی و افزایش تاب‌آوری در میان سربازان شود که این نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است و بر عملکرد محافظتی تاب‌آوری در شرایط پرفشار نظامی تأکید دارد (۷).

مطالعه‌ای توسط فرانکلین (Franklin) و همکاران نشان داد که در اکثر موارد خود آسیب‌رسانی، افراد برای «احساس چیزی» یا «کاهش بی‌حسی هیجانی» به دنبال درد فیزیکی می‌گردند. آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و افزایش تاب‌آوری، در این مواقع به‌عنوان جایگزینی اثربخش عمل می‌کند (۲۷). نتایج پژوهشی دیگر، از ناگرا (Nagra) و همکاران بیانگر آن است که آموزش تاب‌آوری سبب تنزل احساس نیاز به تجربه درد فیزیکی در میان نوجوانان دارای سابقه خود آسیب‌رسانی شد (۲۸). افزون بر این مطالعه نئارخو (Nearchou) نشان داد که اجرای برنامه‌های آموزش تاب‌آوری به کاهش چشمگیر رفتارهای خود آسیب‌رسان انجامیده و مشارکت‌کنندگان از ارتقای توانایی در تحمل درد روانی و جسمی پس از مداخله خبر داده‌اند (۲۹). از یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که رفتارهای خود آسیب‌رسان اغلب به‌عنوان پاسخ‌هایی سریع اما ناکارآمد در برابر هیجانات منفی و فشارهای روانی بروز می‌کنند؛ این موضوع مخصوصاً در محیط‌های نظامی که با قانونمندی، احساس انزوا و تنهایی و محدودیت در بیان هیجانات همراه هستند، نمود بیشتری دارد. آموزش تاب‌آوری از طریق تقویت توانمندی‌هایی نظیر خودتنظیمی هیجانی، تحمل ناکامی، انعطاف‌پذیری شناختی و بهره‌گیری از پشتیبانی اجتماعی، می‌تواند سازوکارهایی مؤثرتر برای مقابله با شرایط بحرانی در اختیار سربازان قرار دهد و از این طریق نقش پیشگیرانه‌ای در کاهش بروز رفتارهای خود آسیب‌رسان ایفا نماید.

با این وجود یک یافته مهم در این پژوهش، عدم معناداری در متغیر "قصد توقف آسیب به خود" در هیچ یک از گروه‌های آزمون و کنترل و در طول مراحل مختلف مطالعه بود. این نتیجه با یافته‌های مربوط به دو متغیر دیگر مطالعه؛ کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان و درد فیزیکی متفاوت است و به پیچیدگی فرایند بهبودی اشاره دارد. همان‌طور که در مطالعه‌ای توسط ویدیج (Weedage) و همکاران اش بیان شده، بهبود از خود آسیب‌رسانی تنها به توقف رفتارهای خود آسیب‌رسان محدود نمی‌شود، بلکه شناسایی مکانیسم‌های مقابله‌ای جایگزین و توسعه دیدگاه‌های جدید در مورد خود را نیز در بر می‌گیرد (۳۰). علاوه بر این، نتایج پژوهشی دیگر نشان می‌دهد که توقف خود آسیب‌رسانی یک پروسه پیچیده است که عوامل زمینه‌ای متعددی مانند تروماهای گذشته، محیط اجتماعی و باورهای ناکارآمد بر آن تأثیر دارد. لذا، برای ایجاد تغییر کامل در "قصد" و "باور" فرد برای توقف این رفتار، نیاز به مداخلات جامع‌تری و طولانی‌تری است که علاوه بر تاب‌آوری، جنبه‌های شناختی و انگیزشی را نیز شامل شود (۳۱)؛ بنابراین، گرچه آموزش تاب‌آوری در کاهش کلی رفتارهای خود آسیب‌رسان و تحمل درد مؤثر بوده، به نظر می‌رسد که تغییر در تمایل به توقف این رفتار، ممکن است به راهکارهای متفاوت یا زمان بیشتری نیاز داشته باشد.

نوآوری پژوهش حاضر در تأکید بر اهمیت طراحی و اجرای مداخلات ساختارمند تاب‌آوری در بستر خاص نظامی و فرهنگی

ایران اســـت. با توجه به تفاوت در زمینه‌های فرهنگی، خانوادگی و تجربه‌های زیســـته ســـربازان ایرانی، نمی‌توان منحصراً به نتایج پژوهش‌های بین‌المللی تکیه کرد؛ بلکه باید از پژوهش‌های بومی برای تدوین مداخلات کارآمد بهره گرفت.

پژوهش حاضر با وجود یافته‌های ارزشمند، دارای محدودیت‌هایی اســـت که باید در تفســـیر نتایج مدنظر قرار گیرند. نخست آنکه ابزار گردآوری داده‌ها خود گزارشـــی بودند و احتمال ســـوگیری پاسخ‌دهی به ویژه در محیط‌های نظامی به دلیل ترس از قضاوت یا پیامدهـــای احتمالی وجـــود دارد. اســـتفاده از ابزارهای چند منظوره، مصاحبه‌هـــای بالینی و ارزیابی‌های چند منبعی (مثلاً از دید فرماندهان یا روان‌شناســـان پادگان) می‌تواند اعتبار داده‌ها را در مطالعات آتی افزایش دهد. دوم اینکه مدت زمان پیگیری پس از مداخلـــه محدود بود. با توجه بـــه ماهیت مزمن رفتارهای خود آسیب‌رســـان این احتمال مطرح اســـت که تحت تأثیر گذر زمان یا بازگشـــت به محیط پرتنش مجدداً بـــروز یابند، انجام مطالعات طولـــی با پیگیری‌هـــای میان مدت و بلندمدت ضـــروری به نظر می‌رســـد. مورد دیگـــر اینکه، در این مطالعه طـــول دوره خدمت سربازی می‌توانســـت به عنوان یک متغیر مخدوش گر باشد و در این مطالعه در نظر گرفته نشـــد، توصیه می‌شود در مطالعات آتی این متغیر در نظر گرفته شود.

پژوهش حاضر نشان داد که حتی در چالش‌برانگیزترین محیط‌های انســـانی، آموزش می‌تواند ابزاری برای ترمیم، تاب‌آوری و بازسازی امید باشـــد. این نتایج تأکیدی بر اهمیـــت گنجاندن آموزش‌های روان‌شـــناختی در ســـاختار آموزشـــی نظام وظیفه دارد. طراحی برنامه‌هـــای جامع و بومی‌شـــده تاب‌آوری می‌توانـــد به‌عنوان یک راهکار پیشـــگیرانه، در کنار خدمات روان‌شناسی بالینی، به بهبود ســـلامت روانی ســـربازان کمک شـــایانی نماید. همچنین یافته‌ها می‌توانند مبنایی برای تصمیم‌گیری مدیران، روان‌شناسان نظامی و سیاست‌گذاران ســـلامت روان نیروهای مسلح باشند تا با توسعه آموزش‌های روانـــی و بهره‌گیری از مدل‌هـــای اثربخش، زمینه‌ای برای ارتقای کیفیت زندگی سربازان فراهم سازند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی، علاوه بر افزایش حجم نمونه، به مقایسه اثربخشی روش‌های مختلف مداخله (مانند درمان شـــناختی–رفتاری، ذهن آگاهی و آموزش تاب‌آوری) پرداخته و همچنین به بررسی پایداری اثرات این آموزش‌ها در گذر زمان بپردازند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشـــجوی کارشناســـی ارشـــد روان پرستاری با حمایت مالی دانشـــگاه علوم پزشـــکی آجا است که در تاریخ ۱۴۰۳/۵/۸ به شـــماره ۹۷۰۰۲۹۴۷ به تصویب رسیده است. بدین وسیله از مسئولین دانشکده پرستاری آجا، مسئولین پادگان‌های منتخب آجا در شهر شـــیراز، اساتیدی که در تعیین روایی محتوی آموزشی همکاری کردند و سربازان شرکت کننده در مطالعه قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

نویسندگان پژوهش عنوان می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1. Jalali H, Nazari M, Karimi M, Soltani E, Khoramaki Z. The effect of emotion regulation skills training on resilience of soldiers based on self-efficacy model. J Mil Med. 2022; 24(1): 1008–15. (persian) DOI:10.30491/JMM.24.1.1008
2. Bahmani B, Javadi MH, Khalilzadeh N, Mehraban S. The effectiveness of training resiliency skills on soldier's mental heath. J Psychol Psychiatry. 2018; 5(4): 78–86. (Persian) DOI:10.29252/SHENAKHT.5.4.78
3. Damavandian A, Golshani F, Saffarinia M, Baghdasarians A. Comparing the effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Dialectic Behavior Therapy (DBT) on aggression, self-harm behaviors and emotional self-regulation in juvenile offenders of Tehran juvenile correction and rehabilitation center. Social Psychology Research. 2021; 11(41): 31–58. (Persian) DOI:10.22034/spr.2021.253334.1579
4. Sabet Dizkuhi K, Abolghasemi A, Kafi Masuleh SM. Analysis of relationships between impulsivity emotion regulation and resilience with mental health components in university students with self-harm behaviors. Journal of Clinical Psychology. 2023; 15(1): 93-105. (Persian) DOI:10.22075/jcp.2023.28519.2536
5. Asghari A. Comparison of impulsivity, alexitimia and self-harming behaviors in students with internet addiction and normal students. Education Strategies in Medical Sciences. 2023; 16(4): 412–20. (Persian) URL: http://edcbmj.ir/article-1-2874-fa.html
6. Patel TA, Mann AJ, Blakey SM, Aunon FM, Calhoun PS, Beckham JC, et al. Diagnostic correlates of nonsuicidal self-Injury disorder among veterans with psychiatric disorders.

19. Klonsky ED, Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. J Consult Clin Psychol. 2008; 76(1): 22-7. DOI: 10.1037/0022-006X.76.1.22
20. Saffarinia M, Nikoogoftar M, Damavandian A. The effectiveness of dialectical behavior therapy (dbt) on reducing self-harming behaviors in juvenile offenders in Tehran's juvenile correction and rehabilitation centre. Clinical Psychology Studies. 2014; 5(15): 141–58. (Persian) URL: https://jcps.atu.ac.ir/article_349.html?lang=en
21. Isanejad O, Haydarian M. Effectiveness of resiliency training on quality of life and resiliency in prisoners of war. Iranian Journal of war and public health. 2020; 12(1): 1–9. (Persian) DOI: 10.29252/ijwph.12.1.1
22. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants. JAMA. 2025; 333(1): 71-4. DOI: 10.1001/jama.2024.21972
23. Khanjani S, Asmari Y, Mousavi Asl E, Ashouri A. Relationship of non-suicidal self-injury behaviors with mental pain in soldiers: The mediating role of self-compassion. J Mil Med. 2020; 22(4): 363–72. (Persian) DOI:10.30491/JMM.22.4.6
24. Khan A, Ungar M. Resilience to self-harm: A scoping review of protective factors that aid in recovery among marginalized young people. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2023; 44(1): 61–9. DOI:10.1027/0227-5910/a000831
25. Hooley JM, Fox KR, Boccagno C. Nonsuicidal self-Injury: Diagnostic challenges and current perspectives. Neuropsychiatr Dis Treat. 2020; 16: 101-12. DOI: 10.2147/NDT.S198806
26. Chung JJ, Heakes M, Kaufman EA. The role of cognitive flexibility in self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review. Clinical Psychology: Science and Practice. 2024; 31(1): 42-56. DOI:10.1037/cps0000163
27. Franklin JC, Aaron RV, Arthur MS, Shorkey SP, Prinstein MJ. Nonsuicidal self-injury and diminished pain perception: the role of emotion dysregulation. Compr Psychiatry. 2012; 53(6): 691-700. DOI: 10.1016/j.comppsych.2011.11.008
28. Nagra GS, Lin A, Upthegrove R. What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment. Psychiatry Res. 2016; 241: 78-82. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.04.103
29. Nearchou F. Self-harm in Young People: Investigating the role of resilience and posttraumatic stress related to the COVID-19 pandemic. J Child Adolesc Trauma. 2022; 17(1): 1-12. DOI: 10.1007/s40653-022-00511-z
30. Weedage D, Kool-Goudzwaard N, Meijnckens D, Vermeiren RRJM, Boonmann C. Resilience revisited: A systematic review and synthesis of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) and its relation with resilience. BMC Psychiatry. 2025; 25(1): 463. DOI: 10.1186/s12888-025-06868-3
31. Mummé TA, Mildred H, Knight T. How do people stop non-suicidal self-Injury? A systematic review. Arch Suicide Res. 2017; 21(3): 470-89. DOI: 10.1080/13811118.2016.122231.

Psychiatry Res. 2021; 296: 113672. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113672
7. Esfandiar Y, Rahnejat AM, Mousavi M, Sabayan B. The effectiveness of resiliency training on reduction of emotional stress and self-mutilation attempt in soldiers in Tehran, Iran in 2018. J Mil Med. 2020; 22(1): 27–35. (Persian) DOI:10.30491/JMM.22.1.12
8. Turner BJ, Kleiman EM, Nock MK. Non-suicidal self-injury prevalence, course, and association with suicidal thoughts and behaviors in two large, representative samples of US Army soldiers. Psychol Med. 2019; 49(9): 1470-80. DOI: 10.1017/S0033291718002015
9. Jones N, Sharp ML, Phillips A, Stevelink SAM. Suicidal ideation, suicidal attempts, and self-harm in the UK armed forces. Suicide Life Threat Behav. 2019; 49(6): 1762-79. DOI: 10.1111/sltb.12570
10. Avakh F, Mahdavi A, Ebrahimi M. The relation of self-mutilation and personality disorders among military soldiers. Ebnesina. 2013; 15(4): 24–9. (Persian) URL:http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-216-en.html
11. Jahedi R, Derakhshani R. The relationship between empathy and altruism with resilience among soldiers. Military Psychology. 2020; 10(40): 57–65. (Persian) URL: https://sid.ir/paper/190059/en
12. American Psychological Association. Resilience [Internet]. APA dictionary of psychology. Washington (DC): American Psychological Association; 2018 [cited 2026 Jun 3]. Available from: https://dictionary.apa.org/resilience
13. Bartone PT, Roland RR, Picano JJ, Williams TJ. Psychological hardiness predicts success in US army special forces candidates. International Journal of Selection and Assessment. 2008; 16(1): 78–81. DOI:10.1111/j.1468-2389.2008.00412.x
14. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. Int J Methods Psychiatr Res. 2005; 14(1): 29-42. DOI: 10.1002/mpr.15
15. Henderson N, Milstein MM. Resiliency in schools: Making it happen for students and educators: Corwin Press; 2003. URL:https://psycnet.apa.org/record/2002-18336-000
16. Bakhtar M, Rezaeian M. A survey on the suicidal behavior in Iranian military forces: A systematic review study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2018; 16(11): 1065–80. (Persian) URL: http://journal.rums.ac.ir/article-1-3972-en.html
17. Bryan CJ, Rudd MD, Wertenberger E, Young-McCaughon S, Peterson A. Nonsuicidal self-injury as a prospective predictor of suicide attempts in a clinical sample of military personnel. Compr Psychiatry. 2015; 59: 1-7. DOI: 10.1016/j.comppsych.2014.07.009
18. Franco C, Amutio A, Lopez-Gonzalez L, Oriol X, Martinez-Taboada C. Effect of a mindfulness training program on the impulsivity and aggression levels of adolescents with behavioral problems in the classroom. Front Psychol. 2016; 7: 1385. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01385