

ارزیابی و مقایسه ابعاد سلامت روانی کارکنان یک واحد نظامی و انتظامی

Evaluation and comparison of mental health statuses a policemen and military personnel

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۱/۲۰

Rajabi S.PhD[✉], Narimani M. PhD, Basari A. PhD

سوران رجبی[✉]، محمد نریمانی^۱، احمد باصری^۲

Abstract

Introduction: The purpose of this research was to evaluation and comparison of mental health statuses a Policemen and Military personnel.

Method: research method was a survey as a cross sectional and causal-comparative. 892 subjects selected by the use of multistage cluster sampling of military personnel located province. To collect of data used mental health questionnaire (GHQ-28) and made-researcher questionnaires.

Results: Results showed that 38.9 percent of cadre personnel and 51.6 percent of duty personnel determinate as suspect to mental disorder. Result of multivariate analysis of variance (MANOVA) showed that there is a significant difference between military personnel in all of mental health dimensions. Also, there is a significant difference between duty and cadre Militaries in all of mental health dimensions except social performance disorder.

Discussion: this study showed personnel with more relationship with people and duty personnel have lower mental health.

Key words: Policemen and Military personnel, mental health

چکیده

مقدمه: هدف تحقیق حاضر ارزیابی و مقایسه وضعیت سلامت روانی نظامیان پایور و وظیفه در یک واحد نظامی بوده است.

روش: روش تحقیق زمینه‌یابی از نوع مقطعی و علی مقایسه‌ای است. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای نمونه‌ای به حجم ۸۹۲ نفر از بین کلیه کارکنان نظامی مشغول به خدمت انتخاب شدند. در جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت روانی (GHQ-28) و پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است.

نتایج: نتایج نشان داد که ۳۸/۹ درصد از کارکنان پایور و ۵۱/۶ درصد از کارکنان وظیفه مشکوک به اختلال روانی شناخته شدند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) نشان داد که بین نیروهای نظامی و انتظامی در همه ابعاد سلامت روانی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین نیروهای نظامی پایور و وظیفه نیز در همه ابعاد سلامت روانی به جز اختلال در عملکرد اجتماعی، تفاوت معنادار است.

بحث: این تحقیق نشان داد که کارکنان نیروهایی که بیشترین ارتباط را با مردم داشتند و کارکنان وظیفه از سلامت روانی پایین تری برخوردار هستند.

کلیدواژه‌ها: کارکنان نظامی و انتظامی، سلامت روانی

✉ **Corresponding Author:** Department of Psychology
Persian Gulf University, bushehr, Iran
E-mail: soranrajabi@gmail.com

✉ گروه روان‌شناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران
۱- گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور ایلام، ایلام، ایران
۲- گروه روانشناسی نظامی دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران، ایران

مقدمه

سازمان‌ها در جوامع پیشرفته و پیچیده کنونی جایگاه برجسته‌ای در ساختار فرهنگی و اجتماعی جامعه دارند، به طوری که بسیاری از فعالیت‌های اساسی و ضروری مربوط به مسائل مردم در سازمان‌ها و نهاد‌های اجتماعی انجام شده، و زندگی بدون وجود سازمان‌های گوناگون آموزشی، صنعتی، بازرگانی، خدماتی، سیاسی و نظامی تقریباً غیر ممکن است. پیچیده شدن شرایط زندگی اجتماعی، راه‌های پیشرفت اقتصادی، نظامی و علمی و فرهنگی جوامع را منوط به ایجاد وسایل و تجهیزات متنوع و جدید کرده است. وجود سازمان‌های مناسب در هر جامعه که بتواند با کارآمدی و اثربخشی از عهده وظایف خود برآیند از مهمترین وسایل دستیابی به پیشرفت و ترقی است. بهره‌وری هر سازمان در گرو نیروی انسانی آن سازمان است (ندیری و تانوا، ۲۰۱۰). به طوری که یکی از عوامل موثر انسانی، سلامت روانی نیروی آن سازمان است که ارتباط نزدیکی با عملکرد شغلی دارد (تیر سوینسدو^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ لاپانه و هیوز^۲، ۲۰۰۷؛ لو^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). این ارتباط در مورد افراد شاغل در یگان‌های نظامی به مراتب پر رنگ‌تر است؛ زیرا تجارب جنگ‌های متعدد بشر در طول تاریخ نشان داده است که یکی از عوامل اصلی در پیروزی یگان‌های نظامی در میدابین جنگ، وجود کارکنانی است که از سطوح بالای سلامت روانی برخوردار باشند (فتحی آشتیانی و سجاده‌چی، ۱۳۸۴). بنابراین بررسی سلامت روان کارکنان نظامی از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است زیرا شناسایی به موقع افراد در معرض خطر و اقدام در جهت درمان به موقع آن، اولین گام در افزایش سلامت و در نتیجه افزایش کارایی می‌باشد. اما وجود کارکنان مبتلا به بیماری‌های روانی که در سطح یگان شناسایی نشده‌اند نه تنها می‌تواند عملکرد یگان و مأموریت آن را با مشکل مواجه سازد بلکه می‌تواند همه‌ساله هزینه‌های گزافی را بر نیروهای نظامی و انتظامی یک کشور تحمیل نماید.

نظامیان چه نارنجک به دست در معرکه در حال نبرد باشند، چه در هنگام آماده شدن برای نبرد و چه در یک پادگان در یک کشور آرام مشغول به خدمت بوده و یا هر لحظه منتظر اعزام به یک نقطه بحرانی باشند، در معرض استرس و فشار روانی قرار دارند. همچنین ترس و وحشت از اتفاقاتی که در گذشته روی داده، همیشه به عنوان حوادثی تلخ، سلامت روانی آنان را تحت تأثیر خود قرار داده است (پفلانز و اوگلی، ۲۰۰۶). در محیط‌های نظامی و انتظامی به دلیل حساسیت ویژه و مخاطرات موجود، زمینه استرس و فشار روانی بیشتر است و اثرات مخرب استرس و فشارهای روانی در عملکرد نظامیان به ویژه در افکار خودکشی و اقدام به آن قابل توجه است (فلورکوسکی^۴ و همکاران، ۲۰۰۱؛ انیسی و همکاران، ۱۳۸۵). در حقیقت یک رزمنده در جنگ و قبل از آغاز آن دچار اختلالات روانی و مواردی از قبیل ترس (ترس از زخمی شدن، اسارت) شده و اغلب با حالت‌هایی نظیر خستگی جسمی و روانی، کم‌خوابی، دل‌تنگی و ناراحتی و تعارض مواجه می‌شود. این‌گونه پارامترها فشارهای سنگینی را بر رزمندگان وارد می‌سازند. چنانچه یک رزمنده تحت تأثیر این‌گونه فشارها قرار گیرد، استعداد و کفایت رزمندگی او کاهش یافته، دچار ضعف اراده و اختلالات روانی می‌شود که اصطلاحاً به آن نوروژ جنگ، خستگی عملیاتی^۵ یا موج انفجار^۸ گفته می‌شد و امروزه به آن اختلال استرس پس از سانحه روانی می‌گویند (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰ به نقل از سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). فیریر-اورباج^۹ و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند که مناطق نظامی اثرات روان‌شناختی گوناگونی بر سربازان و نظامیان دارد. این افراد ممکن است در معرض استرس‌ها و فشارهای روانی مانند روبرو شدن با جنگ، مشاهده رنج و محرومیت انسان، زندگی و شرایط سخت کاری، جدایی از خانه و خانواده، تعارض با هم‌تایان نظامی و یا مافوق‌ها قرار گیرند. نتایج پژوهش‌های گوناگون نیز نشان داده است که کارکنان نظامی از ابتلا به اختلالات روانی مصون

واکنش‌های اضطراب و افسردگی در حد متوسط تا شدید را گزارش کردند. فتحی آشتیانی و سجاده چی (۱۳۸۴) در تحقیقی بر روی کلیه سربازان چهاردوره آموزشی پادگان شهید همت روانسر، به تعداد ۴۱۹۶ نفر، نشان دادند ۱۶/۲ درصد از نمونه مورد بررسی از لحاظ علائم روان‌شناختی واجد مشکلاتی هستند. همچنین نتایج نشان داد که شایع‌ترین نشانه‌ها مربوط به علائم وسواسی - اجباری، سو ظن و بدبینی، حساسیت در روابط بین فردی و شکایت‌های جسمانی است. نتایج تحقیق آزادمرزآبادی و همکاران (۱۳۸۵) بر روی ۷۶۶ نفر از کارکنان نظامی مستقر در منطقه خلیج فارس، میانگین نمره استرس نمونه مورد بررسی را ۲۰۴ نشان داد؛ این در حالی است که سقف نمره قابل قبول (عادی، بهنجار) در مقیاس هلمز و راهه ۱۰۰ است. همچنین ۳۴ درصد افراد نمونه مورد بررسی نمره‌های بیش از ۲۵۰ داشتند و ۳۸ درصد نیز نمره‌ای بین ۱۰۰ تا ۲۵۰ کسب کردند. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که نمره میانگین نمونه مورد بررسی حداقل دو برابر حد مجاز نمره استرس است و با توجه به پیش‌بینی سازندگان پرسشنامه افرادی که نمره آنها بین ۱۰۰ تا ۲۵۰ باشد، ۵۰ درصد احتمال ابتلا به یکی از اختلالات روانی - فیزیولوژیک را نیز دارا می‌باشند. انبسی و همکاران (۱۳۸۵) در تحقیقی نشان دادند که ۵/۸ درصد از سربازان نیروی زمینی سپاه افکار خودکشی دارند و با سلامت روانی همبستگی بالا (۰/۶۷) دارد. روحانی و همکاران (۱۳۸۵) در تحقیقی بر روی ۳۲۱ نفر کارکنان نزا جا مشغول به خدمت در پادگان‌های نزا جا در شهر تهران نشان دادند که ۱۹/۸ درصد از کارکنان وظیفه و ۱۰/۷ درصد از کارکنان پایور دارای افکار خودکشی‌اند. فارسی و همکاران (۱۳۸۵) تعداد ۳۰۱ سرباز مشغول به خدمت در ارتش که به یکی از بهداری‌های سرپایی نظامی تهران در سال ۱۳۸۵ مراجعه کرده بودند را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های به دست آمده از اجرای پرسشنامه GHQ-۲۸ نشان داد از ۳۰۱ سرباز ۱۷۴ نفر (۵۷/۸ درصد) مشکوک به

نیستند و به خاطر استرس بیش از اندازه شغلی، بیشتر از جمعیت عادی به اختلالات روانی مبتلا می‌شوند. به عنوان مثال، در تحقیق همه گیرشناسی اختلالات روانی در بین ۶۳۳ نفر از کارکنان نظامی یکی از واحدهای مهم ارتش هند، میزان شیوع اختلالات روانی خفیف (روان رنجوری)، ۳۱/۳۴ درصد برآورد شد (دهیر و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از راه نجات و همکاران، ۱۳۹۰). جونز^۱ و همکاران (۲۰۰۶) طی بررسی بر روی ۴۹۳۳ نفر از کارکنان ارتش انگلستان با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ آیتمی، چک لیست اختلال استرس پس از سانحه و نشانگان ۱۵ گانه مصرف الکل، به این نتیجه رسیدند که ۲۰ درصد شرکت‌کنندگان، بالای ۱۲ درصد دارای نشانگان مصرف الکل و ۲ درصد نیز دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه بودند. ایورسن و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیقی میزان شیوع اختلالات روانی و اختلال استرس پس از سانحه روانی را در بین کارکنان نظامی انگلستان به ترتیب ۲۷/۲ درصد و ۴/۸ درصد گزارش کردند. شایع‌ترین تشخیص‌ها در این بررسی شامل سوءمصرف الکل (۱۸ درصد) و اختلالات روان رنجوری (۱۳/۵ درصد) بود. در بررسی همه گیرشناسی دیگری که در بین ۸۳۳۶۵ نفر از کارکنان نظامی تازه استخدام‌شده ارتش کشور اردن صورت گرفت، مشخص گردید تعداد ۶۰۳ نفر از آنان (۴/۶ درصد) دارای یکی از انواع اختلالات روانی مطابق ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و ۲/۴ درصد از آنها دارای ملاک‌های تشخیصی یکی از انواع اختلالات شخصیت بودند. اختلال افسردگی اساسی فقط در ۰/۰۲ درصد از کارکنان نظامی مشاهده گردید (مشهور، ۲۰۱۱). تحقیقات داخلی نیز گویای نتایجی به شرح زیر بوده است. بدیعی (۱۳۷۸) در مطالعه‌ای با عنوان سنجش وضعیت روانی سربازان چهار دوره پادگان آموزشی نیروی دریایی سپاه که بر روی ۲۵۵۵ سرباز بوسیله تست‌های M.M.P.I و M.I.I.Q و مصاحبه بالینی انجام گرفته بود، نشان داد که ۸۰ درصد نیروها سالم هستند و ۲۰ درصد بقیه

روانی در بین کارکنان نیروهای نظامی و انتظامی نیازمند تحقیقات گسترده است، لذا پژوهش فوق باهدف برآورد سلامت روانی در بین کارکنان یگان‌هایی که بیشترین ارتباط را با مردم‌دارند، یگان‌هایی که کمترین ارتباط را با مردم‌دارند و یگان‌هایی که بین این دو قرار دارند؛ در استان اردبیل انجام گرفت که نتایج آن می‌تواند مسئولین و فرماندهان عالی‌رتبه نظامی را در راستای افزایش کارایی و بهداشت روانی کارکنان یاری دهد.

روش

موضوع ایجاب می‌کرد که از روش زمینه‌یابی مقطعی^{۱۱} جهت سنجش میزان سلامت روانی کارکنان نظامی و انتظامی و روش علی مقایسه‌ای جهت مقایسه گروه‌ها از نظر میزان سلامت روانی استفاده شود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کارکنان نظامی و انتظامی پایور و وظیفه مشغول به خدمت در یک واحد نظامی در سال ۱۳۸۶ تشکیل می‌دادند که تعداد ۹۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین ۴ شهرستان بزرگ استان انتخاب شدند. بدین نحو که ابتدا از بین ۹ شهرستان، ۴ شهرستان به تصادف انتخاب و سپس از هر شهرستان سه پایگاه اصلی مربوط به نیروهای نظامی و انتظامی انتخاب شدند. در مرحله بعدی از هر پایگاه تعداد ۷۵ نفر از کارکنان پایور و وظیفه به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. بعد از انتخاب نمونه مورد نظر، پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی و پرسشنامه محقق ساخته ویژگی‌های جمعیت شناختی به شیوه انفرادی به کمک ۴ پرسشگر اجرا شد.

لازم به ذکر است که بر اساس جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰ به نقل از کوهن و همکاران، ۲۰۰۷) حجم نمونه ۳۸۰ نفر کفایت می‌نمود اما با توجه به تعداد زیرگروه‌ها و افزایش اعتبار یافته‌ها، نمونه‌ای به حجم ۹۰۰ نفر انتخاب شد که در ادامه تعدادی از پرسشنامه‌ها به دلیل نقص در پاسخ‌دهی حذف شدند و در مجموع داده‌های ۸۹۲ نفر تحلیل شد. ابزارهای تحقیق شامل موارد زیر بودند.

پرسشنامه سلامت روانی-۲۸ آیتمی: این

اختلال روانی بودند. راه نجات و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی بین کارکنان یگان‌های زمینی نشان دادند شیوع انواع علائم مرضی بر اساس شاخص نشانگان عمومی (GSI) پرسشنامه SCL ۹۰، ۳۵/۵ درصد بود. به این صورت که از ۹۷۵ آزمودنی ۳۴۶ نفر مشکوک به اختلال روانی تشخیص داده شدند. افکار پارانوئید و اختلال جسمانی کردن به ترتیب با ۱۵/۵ و ۱۵/۴ درصد شایع‌ترین اختلالات روانی در بین آزمودنی‌های مورد پژوهش بود. همچنین نتایج حاکی از آن بودند که میزان شیوع انواع علائم مرضی در کارکنان گروه سنی ۲۰-۳۰ سال، کارکنان دارای مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر، افسران جزء، کارکنان متأهل، کارکنان رسته‌های رزمی و عملیاتی بیش از گروه‌های دیگر بود. اسکندری و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی بر روی کارکنان نظامی مستقر در یکی از مناطق مرزی ارتباط معناداری بین افزایش روزهای توقف در مناطق مرزی و افزایش نمرات سایکوتیک، پارانوئید، ترس مرضی، پرخاشگری، افسردگی، وسواس و جسمانی سازی به دست آوردند. همچنین بیشترین ارتباط بین توقف و وسواس مشاهده شد.

بنابراین انجام پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در بین کارکنان نظامی جوامع از اهمیت زیادی برخوردار است چراکه جنگ، توقف در مناطق مرزی، زندگی در شرایط عملیاتی، مأموریت‌های متعدد رزمی و درون‌شهری، دوری از خانواده، ترس از کشته شدن، اسارت، زخمی شدن، مبارزه با قاچاق، رویارویی با آسیب‌های اجتماعی مانند قتل، تجاوز، دزدی، ضرب و جرح، و... همواره بخشی از زندگی کارکنان نظامی و انتظامی است بنابراین به دلیل این نوع سبک زندگی، فرسودگی، استرس شغلی و انواع مشکلات روانی در بین آنان از شیوع بالایی برخوردار است. با برآورد میزان سلامت روانی در جامعه نظامیان مشخص خواهد شد چه نسبتی از این جامعه دست‌خوش اختلال‌اند. این شاخص مقدمه‌ای برای اجرای هر گونه طرح پیشگیرانه یا درمانی است. دستیابی به نتایجی دقیق درباره میزان سلامت

آزمایی آن را ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ گزارش کرد. همچنین اعتبار آن را خوب ارزیابی نمود. تقوی (۱۳۸۷) در تحقیقی دیگر نیز بر اعتبار و پایایی آن تأکید کرد. در مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) حساسیت این آزمون در بهترین نمره برش ۲۳ برابر ۰/۸۶/۵ و ویژگی آن برابر ۰/۸۲ به دست آمد. در تحقیق پالانگ و همکاران (۱۳۷۵) بهترین نقطه برش این پرسشنامه ۲۳ گزارش شد. همچنین حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۱۶ گزارش نمودند. ملکوتی و همکاران (۲۰۰۷) ضرایب آلفای کرونباخ، دو نیمه سازی و باز آزمایی را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۵۸ و ۰/۸۳ گزارش کردند. همچنین حساسیت و ویژگی این آزمون را در نمره برش ۱۹/۲۰، به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۶ گزارش کردند. در تحقیق حاضر ضریب آلفای کرونباخ ابعاد علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی، و افسردگی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۷، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی پرسشنامه سلامت روانی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۳ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره، آزمون خی دو و ضریب همبستگی کندیال استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد از مجموع ۸۹۲ نفر شرکت‌کننده، ۲۹۸ نفر (۳۳/۴۱ درصد) در نیروهای مشغول به خدمت بودند که کمترین ارتباط را با مردم داشتند، ۲۹۵ نفر (۳۳/۰۷ درصد) در نیروهای با بیشترین ارتباط با مردم مشغول به خدمت بودند و ۲۹۹ نفر (۳۳/۵۲ درصد) در نیروهای مشغول به خدمت بودند که بین دو گروه قبلی از نظر میزان ارتباط با مردم قرار داشتند. ۴۹۰ نفر (۵۴/۹۳ درصد) از افراد شرکت‌کننده از کارکنان پایور و ۴۰۲ نفر (۴۵/۰۷ درصد) از کارکنان وظیفه (سرباز وظیفه) بودند. ۴۷/۷ درصد از کارکنان نظامی دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر از دیپلم، ۱۷/۸ درصد با تحصیلات فوق دیپلم و ۳۴/۱ درصد دارای

پرسشنامه ۲۸ ماده دارد و توسط گلدبرک و هیلر (۱۹۷۹) با روش تحلیل عاملی ساخته شده است (گلدبرگ و ویلیام، ۱۹۹۱). این پرسشنامه از جمله مهم‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر بسزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روان پزشکی داشته است. این پرسشنامه خود گزارش گر باهدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند تهیه شده است (راش، فیرست و بلاکر^{۱۲}، ۲۰۰۸). سؤال‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. دارای چهار خرده آزمون است و هر خرده آزمون از ۷ سوال تشکیل شده است. سؤال‌های هر خرده آزمون به ترتیب پشت سرهم آمده است، به نحوی که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، از سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی‌خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی است.

تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه است و دو نوع روش نمره‌گذاری برای این گزینه‌ها وجود دارد. یکی روش نمره‌گذاری G.H.Q است که در این روش، گزینه‌های آزمون به صورت (۱، ۰، ۱، ۰) نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه، نمره فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. روش دوم، شیوه نمره‌گذاری لیکرت است که براساس این شیوه نمره‌گذاری، هر یک از سؤالات ۴ درجه‌ای آزمون به صورت (۳، ۲، ۱، ۰) است. در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. در هر دو روش نمره‌گذاری، نمره کم‌تر بیانگر بهداشت روانی بهتر است. در این پژوهش از روش نمره‌گذاری لیکرت و نمره برش ۲۳ استفاده شده است.

گلدبرک و ویلیامز (۱۹۸۸) در فراتحلیل ۷۰ پژوهش، اعتبار متوسط ۰/۸۳ و پایایی متوسط ۰/۸۷ را گزارش کردند. در ایران نیز تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی باز

پایور در دامنه سنی ۱۷ تا ۵۴ سال با میانگین (انحراف معیار) ۳۲/۳۸ (۷/۹۵) و کارکنان وظیفه در دامنه سنی ۱۷ تا ۳۵ سال با میانگین (انحراف معیار) ۲۲/۰۴ (۲/۵۹) قرار داشتند. جدول شماره ۱ وضعیت سلامت روانی نظامیان را بر اساس پرسشنامه GHQ-۲۸ بر حسب سازمان مشغول به خدمت و نوع خدمت نشان می‌دهد. داده‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که از بین

تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. از مجموع ۴۹۰ نفر کارکنان پایور، ۲۷/۵ درصد سابقه شرکت در جبهه و ۷۲/۵ درصد سابقه شرکت در جبهه را نداشتند. از نظر معلولیت، ۱۲/۸ درصد دچار معلولیت شده و ۸۶/۴ درصد سالم هستند. افراد دارای درجه نظامی افسری با ۵۱/۶ درصد و با درجه ستوانی ۴۶/۹ درصد بالاترین درصد افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر را تشکیل می‌دادند. از نظر سن، کارکنان

جدول ۱- فراوانی (درصد) کارکنان نظامی پایور و وظیفه از نظر سلامت روانی به تفکیک سازمان و نوع خدمت

سازمان	وضعیت سلامتی	پایور	وظیفه	کل	خی دو (معنی داری)
دارای کمترین میزان ارتباط با مردم	بهنجار مشکوک به اختلال روانی	۱۱۲ (۶۱/۵) ۷۰ (۳۸/۵)	۷۲ (۶۰/۰) ۴۸ (۴۰/۰)	۱۸۴ (۶۰/۹) ۱۱۸ (۳۹/۱)	۰/۰۷ (۰/۷۸)
دارای میزان متوسط ارتباط با مردم	بهنجار مشکوک به اختلال روانی	۱۱۲ (۷۱/۸) ۴۴ (۲۸/۲)	۶۰ (۴۷/۶) ۶۶ (۵۲/۴)	۱۷۲ (۶۱) ۱۱۰ (۳۹)	۱۷/۱۲ (۰/۰۰۰)
دارای بیشترین میزان ارتباط با مردم	بهنجار مشکوک به اختلال روانی	۹۶ (۵۱/۶) ۹۰ (۴۸/۴)	۴۶ (۳۷/۷) ۷۶ (۶۲/۳)	۱۴۲ (۴۶/۱) ۱۶۶ (۵۳/۹)	۵/۷۳ (۰/۰۱۷)
کل نیروها	بهنجار مشکوک به اختلال روانی	۳۲۰ (۶۱/۱) ۲۰۴ (۳۸/۹)	۱۷۸ (۴۸/۴) ۱۹۰ (۵۱/۶)	۴۹۸ (۵۵/۸) ۳۹۴ (۴۴/۲)	۱۴/۱۳ (۰/۰۰۰)

و درصد افراد مشکوک به اختلال روانی در کارکنان وظیفه (۵۱/۶ درصد) بالاتر از کارکنان پایور (۳۸/۹ درصد) است و این تفاوت بر اساس آزمون خی دو معنی دار است ($P < ۰/۰۰۱$). بین کارکنان وظیفه و پایور دارای بیشترین میزان ارتباط با مردم و همچنین بین کارکنان وظیفه و پایور دارای میزان متوسط ارتباط با مردم از نظر میزان افراد مشکوک به اختلال روانی بر اساس آزمون خی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$). اما بین کارکنان وظیفه و پایور دارای کمترین میزان ارتباط با مردم از نظر میزان افراد مشکوک به اختلال روانی بر اساس آزمون خی تفاوت معنی داری وجود ندارد. بر اساس نتایج، ۴۴/۲ درصد از نیروهای نظامی و انتظامی پایور و وظیفه مشکوک به اختلال روانی هستند. نتایج مربوط به رعایت پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیره یعنی آزمون‌های باکس و لوین نشان می‌دهد با توجه به عدم معنی

نیروهای نظامی، کارکنان نظامی دارای بیشترین میزان ارتباط با مردم، از نظر فراوانی و درصد مشکوک بودن به اختلال روانی از بالاترین میزان (۵۳/۹ درصد) برخوردار هستند و کارکنان دو گروه دیگر تقریباً برابر هستند. از بین کارکنان وظیفه مستقر در نیروهای نظامی و انتظامی، کارکنان وظیفه دارای بیشترین میزان ارتباط با مردم از بالاترین میزان افراد مشکوک به اختلال روانی (۶۲/۳ درصد) و کارکنان وظیفه دارای کمترین میزان ارتباط با مردم از پایین‌ترین میزان افراد مشکوک به اختلال روانی (۴۰ درصد) برخوردار هستند. از بین کارکنان پایور مستقر در نیروهای نظامی و انتظامی، کارکنان پایور دارای بیشترین میزان ارتباط با مردم از بالاترین میزان افراد مشکوک به اختلال روانی (۵۱/۶ درصد) و کارکنان پایور دارای حد متوسط ارتباط با مردم از پایین‌ترین میزان افراد مشکوک به اختلال روانی (۲۸/۲ درصد) برخوردار هستند. در مجموع فراوانی

معنادار است و میزان این تفاوت (مجذور اتا) نیز به ترتیب ۴ و ۳ درصد است. یعنی ۴ و ۳ درصد تفاوت‌ها در سلامت روانی و ابعاد آن مربوط به تفاوت‌های بین دو گروه یا سه گروه است. در جدول شماره ۲ میانگین سلامت روانی و ابعاد آن در چهار سطح (علائم جسمانی، اضطراب، کنش اجتماعی، و افسردگی) در بین نیروهای نظامی و انتظامی در تعامل با نوع خدمت (وظیفه و پایور) مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است. مشاهده F به دست آمده نمایانگر آن است که بین نیروهای نظامی در همه ابعاد سلامت روانی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین بین نیروهای نظامی

داری آزمون باکس (۱/۰۶) و آزمون لویین (۱/۴۳)، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس و شرط برابری واریانس‌های بین گروهی به درستی رعایت شده است. بنابراین امکان گزارش نتایج تحلیل واریانس چند متغیره وجود دارد. همچنین نتایج آزمون لامبدای ویلکز بیانگر آن است که تفاوت بین سنتروئیدهای دو گروه پایور و وظیفه با توجه به متغیرهای پنج گانه وابسته (Wilks, Lambda = ۸/۴۶, P = ۰/۰۰۰۱) و تفاوت بین سنتروئیدهای سه نیروی نظامی با توجه به متغیرهای پنج گانه وابسته (Wilks, Lambda = ۵/۹۱, P = ۰/۰۰۰۱)

جدول ۲- نتایج آزمون مانوا (MANOVA) برای مقایسه ابعاد سلامت روانی در بین پرسنل نظامی و انتظامی

ابعاد	سازمان	پایور M (SD)	وظیفه M (SD)	کل M (SD)	F سازمان	F نوع خدمت	F تعامل
علائم جسمانی	با کمترین ارتباط	۴/۵۱ (۳/۱۸)	۴/۹۳ (۳/۴۳)	۴/۶۸ (۳/۲۸)	۱۳/۶۴	۴/۴۴	۰/۱۰
	با میزان متوسط	۴/۵۵ (۳/۴۲)	۵/۲۴ (۳/۶۹)	۴/۸۵ (۳/۵۵)	(۰/۰۰۰)	(۰/۰۳)	(۰/۹۰)
	با بیشترین ارتباط	۵/۹۲ (۴/۲۶)	۶/۴۰ (۳/۹۸)	۶/۱۱ (۴/۱۵)			
اضطراب	با کمترین ارتباط	۵/۹۰ (۳/۱۰)	۶/۲۸ (۲/۹۱)	۶/۰۵ (۳/۰۳)	۳/۲۸	۱۶/۹۹	۲/۱۶
	با میزان متوسط	۵/۱۱ (۳/۳۲)	۶/۶۶ (۳/۸۲)	۵/۸۰ (۳/۶۳)	(۰/۰۳)	(۰/۰۰۰)	(۰/۱۱)
	با بیشترین ارتباط	۶/۱۳ (۳/۱۴)	۷/۰۳ (۳/۹۰)	۶/۴۹ (۳/۴۹)			
نارسایی اجتماعی	با کمترین ارتباط	۱۰/۱۹ (۳/۸۳)	۹/۷۵ (۳/۶۳)	۱۰/۰۱ (۳/۷۵)	۳/۳۸	۳/۲۸	۲/۹۰
	با میزان متوسط	۸/۶۵ (۴/۴۴)	۹/۶۵ (۴/۵۱)	۹/۰۹ (۴/۴۹)	(۰/۰۳)	(۰/۰۷)	(۰/۰۶)
	با بیشترین ارتباط	۹/۳۹ (۴/۰۴)	۱۰/۳۷ (۴/۲۸)	۹/۷۸ (۴/۱۶)			
افسردگی	با کمترین ارتباط	۲/۲۶ (۲/۷۳)	۲/۹۱ (۳/۶۱)	۲/۵۲ (۳/۱۲)	۳/۶۰	۲۹/۵۵	۵/۸۵
	با میزان متوسط	۲/۰۲ (۲/۹۶)	۴/۵۷ (۴/۵۶)	۳/۱۶ (۳/۹۶)	(۰/۰۲)	(۰/۰۰۰)	(۰/۰۰۳)
	با بیشترین ارتباط	۲/۸۷ (۳/۷۵)	۳/۷۰ (۴/۲۵)	۳/۲۰ (۳/۹۷)			
سلامت روانی*	با کمترین ارتباط	۲۲/۸۸ (۹/۱۴)	۲۳/۸۸ (۹/۶۳)	۲۳/۲۸ (۹/۳۴)	۵/۴۰	۱۹/۳۳	۳/۲۸
	با میزان متوسط	۲۰/۳۵ (۱۱/۰)	۲۶/۱۳ (۱۳/۱)	۲۲/۹۳ (۱۲/۳)	(۰/۰۰۵)	(۰/۰۰۰)	(۰/۰۳)
	با بیشترین ارتباط	۲۴/۳۳ (۱۱/۲)	۲۷/۵۲ (۱۲/۷)	۲۵/۶۰ (۱۱/۹)			

* در پرسشنامه سلامت روانی هر چقدر نمره فرد پایین تر باشد بیانگر سلامت روانی بالاتر است و بالعکس

کارکنان دارای میزان متوسط ارتباط با مردم، تفاوت معنا دار بود. در بعد افسردگی نیز بین کارکنان دارای بیشترین ارتباط با مردم با کارکنان دارای کمترین میزان ارتباط با مردم تفاوت معنی دار بود. بین نیروهای دارای کمترین میزان ارتباط با مردم با نیروهای دارای میزان متوسط ارتباط با مردم فقط در دو بعد اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی تفاوت معنی دار بود که میانگین اختلال در عملکرد اجتماعی در کارکنان دارای کمترین ارتباط با مردم بالاتر بود و میانگین افسردگی در نیروی دارای میزان متوسط ارتباط با مردم بالاتر بود.

نتایج جدول شماره ۳ بیانگر این است که هر چه سن کارکنان نظامی پایین تر بوده و از درجه نظامی پایین تری برخوردار باشند، مدت زمان بیشتری در جبهه بوده، سابقه معلولیت داشته

پایور و وظیفه نیز در همه ابعاد سلامت روانی به جز اختلال در عملکرد اجتماعی تفاوت، معنا دار است. تعامل به دست آمده در بعد افسردگی و سلامت روانی نیز معنا دار است.

با توجه به اینکه در همه ابعاد سلامت روانی یعنی اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و مجموع ابعاد سلامت روانی (به جز اختلال در عملکرد اجتماعی)، کارکنان دارای بیشترین میزان ارتباط با مردم از میانگین بالاتری برخوردار هستند، بنابراین مقایسه دو به دوی گروه‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی LSD نشان می‌دهد که میانگین ابعاد اضطراب و سلامت روانی در کارکنان دارای بیشترین ارتباط با مردم به طور معناداری بالاتر از کارکنان دو گروه دیگر است و در ابعاد علائم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی بین کارکنان دارای بیشترین ارتباط با مردم با

جدول ۳- ضرایب همبستگی کندهال بین ویژگی‌های جمعیت شناختی با سلامت روانی کارکنان نظامی

متغیرها	سلامت روانی (نمره بالاتر = سلامت روانی پایین تر)
سن	-.۰۵* .۰۰۳
مدت خدمت	-.۰۰۲ .۰۰۴۵
سابقه شرکت در جبهه (مدت زمان)	.۰۰۶* .۰۰۲
سابقه معلولیت در جبهه	.۰۰۷** .۰۰۱
درجه نظامی	-.۰۰۸*** .۰۰۰۲
نوع خدمت (پایور و وظیفه)	.۰۱۰*** .۰۰۰

انتظامی در استان بوده است. بر مبنای اهداف تحقیق حاضر نتایج نشان داد که از بین نیروهای نظامی، کارکنان دارای بیشترین میزان ارتباط با مردم از نظر میزان افراد مشکوک به اختلال روانی از بالاترین درصد (۵۳/۹ درصد) برخوردار هستند و کارکنان دارای کمترین میزان ارتباط با مردم و نیروهای دارای میزان متوسط ارتباط با مردم تقریباً

باشند و جزو کارکنان وظیفه باشند از سلامت روانی پایین تری برخوردار خواهند بود و این همبستگی معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این تحقیق ارزیابی و مقایسه ابعاد سلامت روانی کارکنان پایور و وظیفه مستقر در نیروهای نظامی و

برابر هستند. از بین کارکنان وظیفه و پایور مستقر در نیروهای نظامی و انتظامی، کارکنان وظیفه و پایور دارای بیشترین میزان ارتباط با مردم از بالاترین میزان افراد مشکوک به اختلال روانی برخوردار بودند. در مجموع درصد افراد مشکوک به اختلال روانی در کارکنان وظیفه (۵۱/۶ درصد) بالاتر از کارکنان پایور (۳۸/۹ درصد) بود.

نتایج پژوهش‌های گوناگون نیز درصد ابتلا به اختلالات روانی در بین کارکنان نظامی را متفاوت گزارش کرده‌اند. در تحقیق دهیر و همکاران (۲۰۰۴؛ به نقل از راه نجات و همکاران، ۱۳۹۰) میزان شیوع اختلالات روانی خفیف (روان رنجوری)، ۳۱/۳۴ درصد برآورد شد، در تحقیق جونز و همکاران (۲۰۰۶) ۲۰ درصد شرکت‌کنندگان بالای نقطه برش پرسشنامه سلامت عمومی قرار داشتند و ۲ درصد نیز دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه بودند. در تحقیق ایورسن و همکاران (۲۰۰۹) میزان شیوع اختلالات روانی و اختلال استرس پس از سانحه روانی به ترتیب ۲۷/۲ درصد و ۴/۸ درصد گزارش شد. در تحقیق مشهور (۲۰۱۱) میزان ۴/۶ درصد دارای یکی از انواع اختلالات روانی بودند. در تحقیقات داخلی نیز بدیعی (۱۳۷۸) گزارش کرد ۲۰ درصد سربازان سپاه واکنش‌های اضطراب و افسردگی در حد متوسط تا شدید دارند. فتحی آشتیانی و سجاده چی (۱۳۸۴) نشان دادند ۱۶/۲ درصد از سربازان از لحاظ علائم روان‌شناختی واجد مشکلاتی هستند. آزادمرزآبادی و همکاران (۱۳۸۵) نشان دادند که ۳۴ درصد استرس بالا داشتند و ۳۸ درصد نیز استرس متوسط دارند. انیسی و همکاران (۱۳۸۵) در تحقیقی نشان دادند که ۵/۸ درصد از سربازان نیروی زمینی سپاه افکار خودکشی دارند. روحانی و همکاران (۱۳۸۵) نشان دادند که ۱۹/۸ درصد از کارکنان وظیفه و ۱۰/۷ درصد از کارکنان پایور دارای افکار خودکشی‌اند. فارسی و همکاران (۱۳۸۵) گزارش کردند که ۵۷/۸ درصد از سربازان مشکوک به اختلال روانی بودند. راه نجات و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی در بین کارکنان یگان‌های زمینی نشان دادند ۳۵/۵ درصد مشکوک

به اختلال روانی هستند.

یافته بعدی نیز نشان داد کارکنان دارای بیشترین میزان ارتباط با مردم در همه ابعاد سلامت روانی یعنی اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و مجموع ابعاد سلامت روانی (به جز اختلال در عملکرد اجتماعی) از میانگین بالاتری برخوردار بودند، بین نیروهای دارای کمترین میزان ارتباط با مردم با نیروهای دارای کمترین میزان متوسط ارتباط با مردم فقط در دو بعد اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی تفاوت، معنادار بود. میانگین اختلال در عملکرد اجتماعی در کارکنان دارای کمترین میزان ارتباط با مردم بیشتر و میانگین افسردگی در نیروهای دارای میزان متوسط ارتباط با مردم بالاتر بود البته این تفاوت بین نیروهای دارای کمترین میزان ارتباط با مردم با نیروهای دارای میزان متوسط ارتباط با مردم ناشی از پایین بودن سلامت روانی در کارکنان وظیفه بوده است. یافته بعدی نیز گویای این مطلب بود به طوری که میانگین افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی در نیروهای نظامی وظیفه بالاتر از نیروهای نظامی پایور بود.

در بررسی پیشینه تحقیقاتی، محققان طرح حاضر به تحقیقی که باهدف مقایسه نیروهای نظامی صورت گرفته باشد دست نیافتند و به همین جهت، مقایسه یافته‌های تحقیق حاضر با سوابق تحقیقاتی امکان‌پذیر نبود. اما در تبیین علمی یافته‌های فوق می‌توان گفت که محیط‌های نظامی طبیعتاً از مکان‌های پرتنش و پراسترس به حساب می‌آیند و از مسائلی که همیشه در محیط‌های پر استرس نظامی مورد توجه بوده است مسئله نظم و انضباط افراد چه در مناطق جنگی و چه مناطق غیرجنگی است. توجه به مقررات سخت نظامی و رعایت آن در قالب سبک زندگی خاص نیروهای نظامی همراه با مقوله جبری بودن آن، اساساً فشارزا و استرس‌آور است و پیامد استرس طولانی مدت کاهش سلامت روانی نظامیان خواهد بود (فلاورکوسکی و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین از بین افراد شرکت‌کننده در این تحقیق، حدود ۲۷/۵ درصد سابقه شرکت در جبهه داشتند و حدود ۱۲/۸ درصد از آنها به علت حضور در جبهه،

همچنین کارکنان وظیفه در مقایسه با کارکنان پایور، فرصت کمتری جهت سازگاری با محیط‌های نظامی و زندگی در پادگان‌ها را دارند به ویژه در این تحقیق حدود ۳۷ درصد از کارکنان وظیفه از محیط دانشگاهی به محیط نظامی پا گذاشته‌اند بنابراین مسئله قدرت انتخاب و دخل و تصرف در محیط زندگی و سازگاری با آن از عوامل زمینه‌ساز سلامت روانی به حساب می‌آید. عامل اثرگذار دیگر این است که کارکنان وظیفه دارای پراکندگی سنی کمتر و بافاصله سنی ۱۷ تا ۳۵ سال بوده درحالی که کارکنان پایور دارای پراکندگی سنی بیشتر و بافاصله سنی ۱۷ تا ۵۴ سال هستند و از آنجا که بیشتر مشکلات روانی در دوران جوانی بروز پیدا می‌کند و با افزایش سن از شدت این مشکلات کاسته می‌شود بنابراین پراکندگی سنی بالاتر در کارکنان پایور نیز احتمالاً باعث کاهش مشکلات روانی و معناداری تفاوت‌ها گردیده است. عاملی دیگری که احتمالاً تفاوت‌ها را موجب می‌شود این است که کارکنان وظیفه در مقایسه با کارکنان پایور از زمان محدودتری برای سازگاری با شرایط جدید و استرس آور برخوردارند به ویژه حدود ۳۷ درصد از کارکنان وظیفه از محیط دانشگاهی به محیط نظامی پا گذاشته‌اند. اهتمام در ایجاد و توسعه محیطی سالم برای تعلیم و تربیت و اقدام همه‌جانبه برای تأمین و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی نظامیان، از وظایف مهم نظام بهداشتی کشور است و این محیط پرتنش یعنی سازمان‌های نظامی نه تنها جایگاهی برای انتقال و حفظ ارزش‌های اسلامی و ملی است، بلکه کانون رشد و پرورش صبر و بردباری و دفاع از آرمان‌های ملی است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که عوامل مؤثر بر سلامت روانی پرسنل نظامی و انتظامی مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از فرماندهان محترم نیروهای نظامی و انتظامی و کارکنان محترم پایور و وظیفه نظامی و انتظامی استان کمال تشکر و قدردانی را داریم.

دچار معلولیت‌های نسبتاً شدید بودند. بنابراین ترس و وحشت از اتفاقاتی که در گذشته روی داده، همیشه به عنوان حوادثی تلخ، سلامت روانی آنان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. در حقیقت یک رزمنده در جنگ و قبل از آغاز آن دچار اختلالات روانی و مواردی از قبیل ترس (ترس از زخمی شدن، اسارت، و...) شده و اغلب با حالت‌هایی نظیر خستگی جسمی و روانی، کم‌خوابی، دل‌تنگی و ناراحتی و تعارض مواجه است. این‌گونه پارامترها فشارهای سنگینی را بر رزمندگان وارد می‌سازند. چنانچه یک رزمنده تحت تأثیر این‌گونه فشارها قرار گیرد، استعداد و کفایت رزمندگی او کاهش یافته، دچار ضعف اراده و اختلالات روانی می‌شود که اصطلاحاً به آن نوروز جنگ یا اختلال تنش پس از سانحه می‌گویند (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰ به نقل از سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). فیریر-اورباچ و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند که مناطق نظامی اثرات روان‌شناختی گوناگونی بر سربازان و نظامیان دارد. این افراد ممکن است در معرض استرس‌ها و فشارهای روانی مانند روبرو شدن با جنگ، مشاهده رنج و محرومیت انسان، زندگی و شرایط سخت کاری، جدایی از خانه و خانواده، تعارض با هم‌تایان نظامی و یا مافوق‌ها قرار گیرند.

همچنین کارکنان دارای بیشترین میزان ارتباط با مردم به طور مستقیم با آسیب‌های اجتماعی نظیر قتل، آدم‌ربایی، ضرب و جرح، دزدی، خودکشی، تجاوز، طلاق، درگیری‌های گروهی، مزاحمت، و ... در ارتباط هستند و در درازمدت موجب افزایش استرس و فشارهای عصبی می‌شوند که پیامد تداوم این فرایند کاهش بیشتر سلامت روانی این کارکنان در مقایسه با سایر کارکنان نظامی (نیروهای دارای کمترین میزان ارتباط با مردم با نیروهای دارای میزان متوسط ارتباط با مردم) خواهند بود.

در تبیین اینکه چرا کارکنان وظیفه در مقایسه با کارکنان پایور از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند می‌توان گفت کارکنان وظیفه خارج از اراده و انتخاب خود در محیط‌های نظامی مشغول به خدمت می‌شوند درحالی که کارکنان پایور نظامی با علاقه و اراده شخصی وارد این مکان‌ها می‌شوند.

پی‌نوشت‌ها

- 1 - Nadiri & Tanova
- 2 - Ttir sveinsdo
- 3 - Lapane & Hughes
- 4 - Lu
- 5 - Pflanz & Ogle
- 6 - Florkowski
- 7 - operational fatigue
- 8 - shell shock
- 9 - Ferrier-Auerbach
- 10 - Jones
- 11 - cross-sectional
- 12 - Rush, First, & Blacker

منابع

- ۱- آزادمرزآبادی، اسفندیار؛ فتحی‌آشتیانی، علی؛ احمدی، خدابخش. (۱۳۸۵). بررسی فشارهای عصبی گروهی از کارکنان نظامی مستقر در منطقه خلیج فارس. *مجله طب نظامی* ۸ (۴)، ۲۴۹-۲۵۴.
- ۲- آزاد مرزآبادی، اسفندیار (۱۳۷۸). بررسی استرس در تعدادی از مدیران نظامی. *دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)*- گروه روان‌شناسی، همایش مسائل روان‌شناختی در نیروهای نظامی ۱۶-۱۵ اردیبهشت‌ماه.
- ۳- اسکندری، محسن؛ احمدی، خدابخش؛ انیسی، جعفر. (۱۳۹۰). بررسی رابطه مدت حضور در مناطق مرزی و سلامت روان در یک نیروی نظامی. *روانشناسی نظامی*، ۲(۵)، ۳۹-۴۶.
- ۴- انیسی، جعفر؛ فتحی‌آشتیانی، علی؛ سلطانی‌نژاد، عبدالله، امیری، ماندانا. (۱۳۸۵). بررسی شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در میان سربازان طب نظامی، ۸(۲)، ۱۱۳-۱۱۸.
- ۵- بدیعی، سیددارا (۱۳۷۸). سنجش وضعیت روانی سربازان چهار دوره پادگان آموزشی نیروی دریایی سپاه. همایش مسائل روان‌شناختی در نیروهای نظامی ۱۶-۱۵ اردیبهشت‌ماه.
- ۶- پالاهنگ، حسن؛ نصرافهانی، مهدی؛ براهنی، محمدنقی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۲ (۴)، ۲۷-۱۹.
- ۷- تقوی، سیدمحمد رضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *مجله روان‌شناسی*، ۲۰، ۳۹۸-۳۸۱.

- ۸- تقوی، سیدمحمد رضا (۱۳۸۷). *هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز*. *مجله دانشور رفتار*، ۱۵ (۲۸)، ۱۳-۱.
- ۹- خدارحیمی، سیامک (۱۳۷۴). *مفهوم سلامت روان‌شناختی*. (چاپ اول). مشهد، انتشارات جاودان خرد.
- ۱۰- دباغی، پرویز (۱۳۷۸). *مقایسه وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی ارتش و تهران*. *دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، همایش مسائل روان‌شناختی در نیروهای نظامی ۱۶-۱۵ اردیبهشت‌ماه.
- ۱۱- راه‌نجات، امیرمحسن؛ بهامین، قباد؛ سجادیان، سیدرضا؛ دنیوی، وحید. (۱۳۹۰). *همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در بین کارکنان یگان‌های زمینی یکی از نیروهای نظامی جمهوری اسلامی ایران*. *فصلنامه روان‌شناسی نظامی*، ۲ (۶)، ۲۷-۳۶.
- ۱۲- روحانی، سید مظفر؛ دنیوی، وحید؛ شفیقی، فرهاد؛ حسینی، سید رشید؛ کاظمی، جواد؛ تفرشی حسینی، سید آرشا؛ قره‌خانی، شاهین. (۱۳۸۵). *بررسی شیوع فکر خودکشی در پرسنل نظامی پادگان‌های نیروی زمینی ارتش تهران در سال ۱۳۸۴*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۴ (۳)، ۹۰۹-۹۱۴.
- ۱۳- فارسی، زهرا؛ جباری موروثی، مسعود؛ عبادی، عباس. (۱۳۸۵). *بررسی وضعیت سلامت روانی سربازان مراجعه‌کننده سرپایی به یک کلینیک نظامی در تهران* (۱۳۸۵). *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۴ (۳)، ۹۲۳-۹۳۰.
- ۱۴- فتحی‌آشتیانی، علی و سجاده‌چی، عارف. (۱۳۸۴). *ارزیابی روان‌شناختی سربازان فرماندهی آمداد و پشتیبانی در یک واحد نظامی*. *مجله طب نظامی*، ۷(۲) (مسلسل ۲۴)، ۱۵۳-۱۵۹.
- ۱۵- کرمی‌نیا، رضا (۱۳۷۸). *بررسی افسردگی در تعدادی از آزادگان*. *دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)*- گروه روان‌شناسی، همایش مسائل روان‌شناختی در نیروهای نظامی ۱۶-۱۵ اردیبهشت‌ماه.
- ۱۶- نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، عباس؛ و تقی یاسمی، محمد (۱۳۸۰). *نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران*. تهران.

- Perceptions of Job Satisfaction and Stress Among Nursing Staff in Nursing Homes, American Medical Directors Association. 27-Lu, K, Chang, L & Wu, H, (2007). Relationships Between Professional Commitment, Job Satisfaction & Work Stress in Public Health Nurses in Taiwan, *Journal of Professional Nursing*, 23(2) (March–April), PP, 110–116.
- 28-Malakouti, S.K., Fatollahi, P., Mirabzadeh, A., & Zandi, T. (2007). Reliability, validity and factor structure of the GHQ-28 used among elderly Iranians. *Int Psychogeriatr*. 19(4):623-34.
- 29-Mashhour, S. (2011). Prevalence of mental disorders among military recruits in Jordan. *Rawal Medical Journal*, 36, 182-185.
- 30-Nadiri, H., & Tanova, C., (2010) “An Investigation of the Role of Justice in Turnover Intentions, Job Satisfaction, and Organizational Citizenship Behavior in Hospitality Industry”, *International Journal of Hospitality Management*, Vol.
- 31-Noorbala, A.A., Bagheri Yazdi, S.A., Yasamy, M.T., and Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- 32-Pflanz, S. E., & Ogle, A. D. (2006). Job stress, depression, work performance, and perceptions of supervisors in military personnel. *Military Medicine*, 171 (9), 861-865
- 33-Rush, J.A., First, M.B., & Blacker, D. (2008). *Handbook of Psychiatric Measures*. American Psychiatric Pub.
- 34-Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins. Eighth Edition.
- 35-Ttir sveinsdo, H, Biering, P & Ramel, A, (2006). Occupational Stress, Job Satisfaction & Working Environment, *International Journal of Nursing Studies*, 43, PP: 875–889.
- ۱۷- یعقوبی، نوراله؛ نصر، مهدی؛ شاه محمدی، داود. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیر شناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی شهرستان صومعه‌سرا. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۶۴، ۴-۵۵.
- 18- Cohen, L., Manion, L. and Morrison, K. (2007) *Research Method in Education* (6th Edition). London: Routledge Falmer
- 19-Ferrier-Auerbach, A.G., Erbes, C.R., Polusny, M.A., Rath, C.M. & Sponheim, S.R. (2010). Predictors of emotional distress reported by soldiers in the combat zone. *Journal of Psychiatric Research*, 44 (7), 470-476.
- 20-Florkowski, A., Gruszczyński, W., & Wawrzyniak, Z. (2001). Evaluation of psychopathological factors and origins of suicides committed by soldiers, 1989 to 1998. *Military medicine*, 166(1), 44-7.
- 21-Fones, CS; Kua, EH; Ng, Tp: and Ko, SM. (1998). Studying the mental health of Singapore, *Singapore medical Journal*, 53: 251-50.
- 22-Goldberg, D. & Williams, P. (1988) *A user’s guide to the General Health Questionnaire*, U.K.: NFER-NELSON.
- 23-Goldberg, D. and Williams, P. (1991). *A user’s guide to the General Health Questionnaire*. , NFER: Nelson, London.
- 24-Iversen, A. C., Staden, L. v., Hughes ,J. H., Browne, T., Hull , L., Hall , J., Greenberg , N., Rona , R. J., H, M., Wessely , S., and Fear , N. T. (2009). The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *Journal of BMC Psychiatry*, 9, 1-12.
- 25-Jones , M., Rona ,R.J., Hooper , R. and Wesseley,S.(2006).The burden of psychological symptoms in UK Armed Forces. *Journal of Occupational Medicine*, 56, 322–328.
- 26-Lapane, K. L & Hughes, C. M, (2007). Considering the Employee Point of View,