

## میزان شیوع اختلالات روانی در بین کارکنان نیروهای نظامی

### *The prevalence of Psychological Disorders among Military Forces*

اسفندیار آزاد مرزآبادی\*، روح... زمانی نسب\*\*، سید مرتضی هاشمی زاده\*\*\*

#### Abstract

**Introduction:** Guaranteeing the mental health of military forces is of paramount importance given the nature of their profession. The present study aimed at investigating the prevalence of psychological disorders among the target military staff.

**Method:** The design of the study was descriptive-cross sectional. The participants of the study were 1835 members of army staff. They were selected from among 11 regiments by using cluster sampling. The data was collected through a self-designed questionnaire on demographic characteristics and an SCL-90 test.

Then, the data was analyzed by running the descriptive statistics and analysis variance functions of SPSS software and the LSD test.

**Results:** The prevalence of psychological disorders was found to be 16/3%. The highest distributions of the psychological disorders investigated in the study were respectively related to depression (16.7%), obsessive-compulsive disorder (15.8%), somatization (15.6%), interpersonal sensitivity (15.4%), anxiety (15.3), psychoticism (15.3%), phobic anxiety (12.6%), and paranoid ideation (8.9%). Concerning the demographic variables, the findings of the study suggested that the more the age, the more the likelihood of suffering from psychological disorders would be.

**Discussion:** Considering the outbreak rate of psychological disorders among the army staff investigated in the study, the importance and the delicacy of their profession, and the discrepancy between the results from epidemiological studies, it seems necessary to carry out similar studies with the same method on other army units and to have periodical check-ups in order to keep their mental health.

**Key words:** prevalence, Psychological Disorders, Military Forces.

#### چکیده

**مقدمه:** سلامت روان کارکنان نیروهای نظامی با توجه به ماهیت و حساسیت شغلی آنها از اهمیت بسیار ویژه ای برخوردار می باشد. هدف مطالعه حاضر تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در کارکنان یکی از نیروهای نظامی بود.

**روش:** در این مطالعه توصیفی- مقطعی تعداد ۱۸۳۵ نفر از کارکنان یکی از نیروهای نظامی به صورت نمونه گیری خوشه ای از میان ۱۱ یگان عمده آن انتخاب شدند. اطلاعات به کمک پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی محقق ساخته و پرسشنامه نشانه‌های مرضی SCL-90 جمع آوری شد. داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS با آزمون‌های توصیفی و تحلیل واریانس و آزمون LSD تجزیه و تحلیل شدند.

**نتایج:** میزان شیوع اختلالات روانی ۱۶/۳٪ تعیین شد. توزیع اختلالات به ترتیب اولویت شیوع شامل افسردگی ۱۶/۷٪، پرخاشگری ۱۶/۲٪، وسواس اجبار ۱۵/۸٪، جسمانی سازی ۱۵/۶٪، حساسیت در روابط متقابل ۱۵/۴٪، اضطراب ۱۵/۳٪، روان گسستگی ۱۵/۳٪، ترس مرضی ۱۲/۶٪، افکار پارانوئیدی ۸/۹٪ بود. در متغیرهای جمعیت شناختی نیز با بالا رفتن سن احتمال ابتلای افراد به اختلالات روانی افزایش می یابد.

**بحث:** با توجه به میزان شیوع اختلالات روانی در کارکنان نیروهای نظامی، اهمیت و حساسیت شغلی آنها و نیز اختلاف نتایج بین مطالعات متعدد همه گیری شناسی، انجام پژوهش‌های همسو با روشی یکسان در سایر واحدهای نظامی و نیز معاینات ادواری به منظور کنترل سلامت روانی کارکنان لازم و ضروری به نظر می رسد.

**کلید واژه‌ها:** میزان شیوع، اختلالات روانی، نیروی نظامی.

## مقدمه

افراد شاغل بیش از نیمی از عمر خود را در محیط کار سپری می‌کنند و پویایی و بالندگی هر سازمانی مستلزم داشتن سرمایه‌های انسانی سالم و کارآمد است (انیسی، ۱۳۹۰).

استرس شغلی درجهان درحال گسترش امروز، عامل خطر ساز مهمی در ایجاد بیماریهای جسمی و روانی محسوب می‌شود (تسیامرتیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که محیط‌های شغلی و استرس‌های شغلی می‌توانند باعث ایجاد بیماری روانی در کارکنان شده و یا روند ایجاد بیماری را تسریع نمایند. به دنبال تجربه استرس شغلی، فرد به بیماری روانی مبتلا شده و از کار افتاده و ناتوان می‌گردد (مک لین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

مطالعات انجام شده سطح بالایی از استرس را برای مشاغل نظامی شناسایی کرده اند به بیان دیگر استرس‌های شغلی در محیط‌های نظامی با فراوانی و شدت بیشتری نمایان است (شخاوت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶).

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده ای در زمینه همه گیر شناسی بیماری ها و نیازهای بهداشتی افراد خواهیم بود، به گونه ای که بیماریهای روانی از جمله استرس‌های مربوط به اختلالات روانی، دومین علت ناتوانی‌ها تا سال ۲۰۲۰ خواهد بود (کالیا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲).

همچنین پیش بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی درجهان از سهم کلی بیماریها ۵۰ درصد افزایش یافته و از ۱۰/۵ درصد کنونی به ۱۵ درصد کل سهم بیماری ها برسد (وسی ونگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶).

همه گیر شناسی (اپیدمیولوژی) اختلالات روانی شاخه ای از پژوهش در علوم رفتاری است که نحوه توزیع بیماری ها در جامعه را مورد مطالعه قرار می‌دهد.

اختلال روانی یا بیماری روانی یک الگوی رفتاری و شناختی است که در یک فرد اتفاق می‌افتد و همراه با آشفتگی در کارکرد ناشی از یک اختلال بیولوژیک، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی است. اختلال روانی بر حسب شدت انحراف از محدوده طبیعی سنجیده می‌شود (کامبی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴).

این تغییرات درگستره هنجار جامعه قرار نمی‌گیرند و به طور واضح غیر عادی، بیمار گونه، مداوم یا عود کننده هستند (سادوک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹).

اختلال روانی علاوه بر رنج و محدودیت‌هایی که برای افراد ایجاد می‌کند، باعث می‌شود تا فرد در فعالیت‌های اجتماعی و حرفه ای خود دچار تبعیض‌هایی به علت انگ بیماری روانی نیز شود، تاثیر اختلالات روانی روی جامعه بدلیل مراقبت از آنها و حمایت‌های فیزیکی و کاهش مولد بودن آنها بسیار مهم است. بار سنگین هزینه‌های درمان و مراقبت از آنها و حمایت‌های فیزیکی و عاطفی که بر دوش خانواده‌های بیماران است و همچنین بار اقتصادی آنها نباید نادیده گرفته شود (کاپلان<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷).

هر چند وجود بیماری های روانی در جوامع مختلف از قرن‌ها پیش مورد تاکید قرار گرفته است لیکن در طی قرن بیستم بود که روش‌های آماری برای برآورد حجم این مشکلات مورد استفاده قرار گرفت.

در گذشته بررسی‌های همه گیرشناسی اختلالات روانی با مراجعه به پرونده بیماران و اطلاعات بدست آمده از افراد کلیدی، انجام می‌شد اما با تهیه و

1- Tsiamyrtis.  
2- Mclean.  
3- Shekhawat.  
4- Kalia.  
5- Wusy, Wang.

6- Cumbia.  
7- Saduck.  
8- Kaplan.

تدوین پرسشنامه های غربالگری و مصاحبه‌های بالینی استاندارد، امروزه حجم زیادی از بیماری های روانی در جهان شناسایی شده است.

با وجود اینکه امروزه بسیاری از مشکلات روانی در جهان شناخته شده لیکن به دلیل متنوع بودن ابزارهای غربالگری و تشخیصی، تکنیک‌های مصاحبه و تفاوت در روش نمونه گیری و طبقه بندی‌های مختلف مورد استفاده حجم مشکلات روانی بسیار متغیر و متفاوت برآورد شده اند (وتیچن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

برپایه آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ میزان شیوع اختلال روانی در ۱۴ کشور دنیا بین ۴/۳٪، در شانگهای چین تا ۲۶/۴٪ و در ایالات متحده آمریکا متغیر بوده است.

بر پایه اظهار نظر کارشناسان سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸) از ده بیماری که بیشترین میزان ناتوانی را در جهان سبب شده اند پنج مورد آن مربوط به بیماری های روانی است (افسردگی اساسی، سوء مصرف دارو، الکلی، اختلال خلقی دو قطبی، اسکیزوفرنی و اختلال وسواسی-اجباری).

بر پایه پیش‌بینی‌های پژوهشگران بین‌المللی (وسی‌ونگ، ۲۰۰۶) افسردگی، حوادث و سوانح، عوارض جنگ، خشونت و صدمه به خود از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ به ترتیب از رتبه چهارم به دوم، نهم به سوم، شانزدهم به هشتم، نوزدهم به دوازدهم و هفدهم به چهاردهم جابجا می‌شود.

در جدیدترین پیش‌بینی WHO (۲۰۰۸) بار اختلال افسردگی از سال ۲۰۰۲ به سال ۲۰۳۰ میلادی در کشورهای توسعه یافته از رتبه چهارم به رتبه نخست و در کشورهای در حال توسعه از رتبه چهارم به رتبه دوم می‌رسد.

مطالعه مروری در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد که ۲۷٪ از بزرگسالان کشورهای اروپایی حداقل یک اختلال روانی را در مدت ۱۲ ماه داشته‌اند.

نقش مهم سلامت روان در عملکرد نیروهای نظامی به طور فزاینده ای در حال شناسایی است (کریمر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴).

نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان داده است که کارکنان نظامی از ابتلا به اختلالات روانی مصون نیستند.

به عنوان مثال هوگه<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۴) در بررسی نیروهای نظامی ایالات متحده که برای عملیات‌های نظامی به عراق و افغانستان اعزام شده بودند، پی بردند که سلامت روان در این گروه‌ها به میزان معناداری دچار آسیب می‌شود.

مطالعه جونز<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۶) بر روی ۴۵۰۰ نفر از کارکنان ارتش انگلستان نشان می‌دهد که ۲۰٪ افراد دارای اختلالات روان رنجوری بوده‌اند.

در بررسی همه گیر شناسی دیگری در بین کارکنان نظامی کشور انگلستان توسط ایورسن<sup>۵</sup> (۲۰۰۹) میزان شیوع اختلالات روانی ۲۷/۲ درصد گزارش شده که شایع ترین تشخیص‌ها در این بررسی شامل سوء مصرف الکلی (۱۸٪) و اختلالات روان رنجوری (۱۳/۵٪) بوده است.

در مطالعه دیگری که در بین ۱۳۳۶۹ نفر از کارکنان نظامی ارتش اردن صورت گرفت مشخص گردید که، تعداد ۶۲۰ نفر از آنان (۴/۶٪) دارای یکی از اختلالات روانی مطابق ملاک‌های تشخیصی DSM IV و (۲/۴٪) از آن‌ها دارای ملاک‌های تشخیصی یکی از انواع اختلالات شخصیتی بوده‌اند (مشهور<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱).

2- Creamer.

3- Hoge.

4- Jones.

5- Iverson.

6 - Mashhour

1- Wittchen.

(۱۳۷۱) در میبد یزد ۱۲/۵٪، پالاهانگ (۱۳۷۴) در کاشان ۲۳/۷٪، یعقوبی (۱۳۷۴) در گیلان ۲۳/۸٪، بهادرخان (۱۳۷۲) در گناباد خراسان ۱۶/۶٪، قاسمی (۱۳۷۶) در اصفهان ۱۹/۹٪، نوربالا (۱۳۷۸) در تهران ۲۱/۵٪، جمیلیان (۱۳۸۷) در اراک ۲۱/۳٪، احمدوند (۱۳۸۷) در کاشان ۲۹٪، نوربالا (۱۳۸۷) در تهران ۳۴/۲٪ گزارش شده است.

نتایج تحقیقی برای بررسی و مقایسه وضعیت سلامت روانی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارتش با دانشجویان ورودی در همان سال در دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان داد که بین عوامل شکایت بدنی، وسواس و اجبار، حساسیت و روابط متقابل، افسردگی، پرخاشگری، افکار پارانوئیدی و روان پریشی تفاوت معنی داری وجود داشته و لذا ورود به دانشگاه و محیط نظامی مشکلات روانشناختی دانشجویان را افزایش می‌دهد (دباغی، ۱۳۷۸).

تحقیق دیگری توسط فتحی آشتیانی (۱۳۸۱) بر روی افراد داوطلب استخدام یکی از نیروهای نظامی نشان می‌دهد که ۱۸/۱٪ درصد از افراد مورد بررسی دارای علائم مرضی قابل توجه بوده که بیشترین مشکلات، مربوط به افکار پارانوئیدی، حالت‌های وسواسی-اجباری و حساسیت در روابط متقابل است. در پژوهش دیگری که توسط راه نجات و همکاران در سال (۱۳۸۷) در بین ۹۷۵ نفر از کارکنان پایور یگان‌های زمینی یکی از نیروهای نظامی کشور انجام گرفته میزان شیوع علائم مرضی در بین افراد، ۳۵/۵ درصد گزارش گردیده است.

بنابراین عوامل تهدید کننده سلامت روان در نیروهای نظامی که در ارتباط با وضعیت شغلی شان (ودی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷) و نیز ماهیت و حساسیت شغلی آنها است، لزوم بررسی و تامین سلامت روان را در این

پژوهش انجام شده توسط دهیر<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) در بین ۶۰۰ نفر از کارکنان نظامی ارتش هند، میزان شیوع اختلالات روانی خفیف را ۳۱٪ گزارش نموده است. تکباش<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) بایررسی سربازان وظیفه در ارتش ترکیه به این نتیجه رسیدند که ۲۹/۹ درصد این سربازان، دارای علائم اختلالات روانی بودند که در مقایسه با جمعیت عادی ترکیه به طور معنی داری متفاوت بود.

مطالعات انجام شده در زمینه بررسی سلامت روان در ایران رامی توان بر اساس زمان انجام به دو دوره تقسیم نمود:

دوره اول: شامل مطالعاتی است که در طول یک دهه از سال ۱۳۴۱ تا ۱۳۵۰ در ایران انجام گرفته و میزان شیوع اختلالات بین ۱۱/۹ تا ۱۸/۶ درصد گزارش شده است.

دوره دوم: شامل مطالعاتی است که پس از انقلاب اسلامی در ایران انجام گرفته و شیوع اختلالات بین ۱۲/۵ تا ۳۴/۲ در صد متغیر بوده است.

اولین مطالعه گسترده در زمینه بررسی سلامت روان افراد جامعه در ایران در سال ۱۳۷۸ و در قالب طرح ملی (سلامت و بیماری) انجام گرفت. در این مطالعه میزان شیوع اختلالات روانی ۲۱ درصد بود.

دومین مطالعه کشوری در زمینه همه گیر شناسی اختلال های روانی در ایران در سال ۱۳۸۰ انجام گرفته که شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در این مطالعه ۱۷/۱ درصد گزارش گردیده است (نوربالا، ۱۳۸۷).

تحقیقات نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی در ایران از آمار سایر کشورها و گزارشات سازمان بهداشت جهانی کمتر نیست به طوری که این میزان در تحقیق افشاری (۱۳۷۶) در سمنان ۱۴٪، داویدیان (۱۳۵۰) در رودسر ۱۷٪، باقری یزدی

1 - Dhir.

2 - Tekbas.

3 - Wud.

وضعیت تأهل و سابقه اختلالات روانی) و نقش متغیرهای محیطی (سابقه خدمت، مدت سابقه حضور در جبهه، رسته نظامی، درجه نظامی و جمعیت خانواده) می‌پرداخت.

پرسشنامه SCL90-R یکی از پر استفاده ترین ابزار تشخیصی روانپزشکی است که به منظور غربالگری اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرم اولیه این پرسشنامه در سال ۱۹۷۳ توسط دراگوتیس و همکارانش معرفی شد و در سال ۱۹۸۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت.

این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است و ۹ بعد مختلف شکایت جسمی، وسواسی- اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان گسستگی را در بر می‌گیرد. نمره گذاری و تفسیر پرسشنامه براساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی به دست می‌آید.

اعتبار این پرسشنامه بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و روایی آن بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است. علاوه بر این، حساسیت، ویژگی و کارایی این آزمون با اعتبار بالا و به ترتیب برابر ۰/۹۴، ۰/۹۸، ۰/۹۶ گزارش شده است. در بررسی که توسط میرزایی (۱۳۵۹) در ایران جهت ارزیابی پایایی و اعتبار این آزمون صورت گرفت، پایایی آن در تمام مقیاس ها به استثنای پرخاشگری و ترس مرضی و افکار پارانوئیدی بیش از ۰/۸ و اعتبار سازه آن نشان دهنده این است که آزمون می تواند به عنوان وسیله سرند خوبی برای تشخیص بیماران روانی از افراد سالم به کار رود. در مطالعه میرزایی، پایایی بازآزمایی ۰/۷۹ در مقایسه با مصاحبه روان پزشکی بر اساس ملاک های تشخیصی ۰/۹۴ بوده است (انیسی، ۱۳۹۰).

گروه بسیار حائز اهمیت می‌نماید. از طرف دیگر با توجه به برآوردهای بسیار متفاوت از میزان شیوع اختلالات روانی و نقش مهم سلامت روان در عملکرد نیروهای نظامی، پژوهش حاضر با هدف جمع آوری اطلاعات پایه به منظور برنامه ریزی دقیق برای ارائه خدمات بهداشت روان در سازمان‌های نظامی انجام گرفته است.

## روش

این مطالعه از نوع مطالعات همه گیری شناسی است که با هدف تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در نیروهای نظامی انجام گرفته است. جامعه آماری این پژوهش کارکنان یکی از نیروهای نظامی کشور بوده که بصورت نمونه گیری خوشه ای تعداد ۱۸۳۵ نفر از میان ۱۱ یگان عمده آن انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از جدول بر آورد حجم نمونه کرسی<sup>۱</sup> و مورگان<sup>۲</sup> (۱۹۷۰) و با توجه به حجم جامعه آماری به دست آمد.

به منظور اجرای تحقیق سعی شد که از کارشناسان شاغل در قسمت بهداشت و روان استفاده شود. همه کارشناسان مورد استفاده کارشناس روانشناسی بوده و قبلا تجربه تکمیل آزمون مورد استفاده را داشته اند، در عین حال به منظور یکسانی شرایط اجرا، دستورالعملی تهیه شد و همه افراد ملزم گردیدند که براساس دستورالعمل بطور هماهنگ عمل نمایند.

برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی محقق ساخته و پرسشنامه نشانه‌های مرضی SCL90-R استفاده شد.

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی حاوی پرسش‌هایی بود که به جمع آوری اطلاعات مربوط به نقش متغیرهای شخصی (سن، سطح تحصیلات،

1- Krejcie.

2- Morgan.

۵۲۳ نفر (۰/۲۸/۵) نمونه مورد مطالعه بدون فرزند و ۶۷۰ نفر (۰/۳۶/۵) دارای ۱-۲ فرزند و ۵۱۵ نفر (۰/۲۸/۱) بین ۳-۴ فرزند داشته اند، درحالی که میانگین تعداد فرزند ۱/۸۶ و انحراف معیار آن حدود ۱/۷۳ بوده و بیشترین تعداد فرزند ۱۲ نفر بوده است. میانگین سابقه کار نمونه مورد بررسی ۱۲/۶۸ سال (با انحراف معیار ۷/۱۵) بود، به علاوه حداکثر سابقه کار افراد مورد بررسی ۲۶ سال و حداقل آن یک سال بوده است.

و از سویی دیگر میانگین سابقه جبهه افراد مورد مطالعه ۲۷ ماه و انحراف معیار آن ۳۷/۶ بود. بالاترین درصد سابقه جبهه در بین نمونه مورد بررسی را افرادی تشکیل می دهند که دارای سابقه بین ۱-۲۴ ماه و پس از آن افرادی که بین ۲۵-۴۸ ماه سابقه حضور در مناطق جنگی را داشته اند، این در حالی است که حدود ۰/۴۰ افراد نمونه مورد مطالعه نیز سابقه جبهه نداشته اند.

برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ۱۸ و روش آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس، آزمون LSD) استفاده شد.

### نتایج

نمونه مورد بررسی شامل ۱۸۳۵ نفر از کارکنان یکی از نیروهای نظامی کشور است.

از این تعداد ۲۰/۷٪ افراد ۱۹-۲۵ سال، ۳۶/۷٪ افراد ۲۶-۳۵ سال، ۳۴/۸٪ افراد ۳۶-۴۵ سال، و ۴/۸٪ افراد ۴۶ سال و بالاتر و ۳٪ افراد نیز سن خود را مشخص نکرده بودند. به طور کلی میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۳/۱۴ و انحراف معیار آنان ۷/۷۱ بود. حداقل سن ۱۹ سال و حداکثر سن ۵۸ سال بوده است.

۲۹۲ نفر (۰/۱۵/۰۹) از شرکت کنندگان مجرد، ۱۴۲۹ نفر (۰/۷۷/۹) متأهل و ۰/۶٪ از شرکت کنندگان نیز وضعیت تأهل خود را مشخص نکرده اند.

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی و درصد ضریب کلی علائم مرضی (GSI)

درصد	فراوانی	مقدار نقطه برش
۸۳/۷	۱۵۳۶	کمتر از M+1SD
۱۶/۳	۲۹۹	بیشتر از M+1SD
۱۰۰	۱۸۳۵	جمع

$$M = ۰/۷۸۸۲$$

$$Max = ۳/۴۲$$

$$SD = ۰/۶۳۲۱$$

$$Min = ۰$$

تحقیقات دیگر نقطه برش معادل میانگین نمرات افراد در GSI تلقی شده و  $GSI < ۰/۴$  را معادل مرز سلامت و بیماری دانسته اند، در صورتی که در این تحقیق براساس شاخص  $GSI < ۰/۷۸$  محاسبه گردد، میزان گرایش به اختلالات روانی بطور قابل توجهی افزایش یافته و به عدد ۰/۴۰/۷٪ می‌رسد.

براساس ضریب کلی علائم مرضی (GSI) ۱۵۳۶ نفر (۰/۸۳/۷) نمونه مورد مطالعه، دارای سلامت روانشناختی و ۲۹۹ نفر (۰/۱۶/۳) آنان مشکوک به بیماری هستند.

این شاخص براساس میانگین نمونه افراد به اضافه یک انحراف معیار تعیین شده است. در حالی که در

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی خرده مقیاس های سلامت روانی در نمونه مورد بررسی با توجه به نقطه برش

ردیف	نوع علائم	نقطه برش	فراوانی	درصد
۱	افسردگی	کمتر از M+1SD	۱۵۲۹	۸۳/۳
		بیشتر از M+1SD	۳۰۶	۱۶/۷
۲	اضطراب	کمتر از M+1SD	۱۵۵۴	۸۴/۷
		بیشتر از M+1SD	۲۸۱	۱۵/۳
۳	علائم جسمی سازی	کمتر از M+1SD	۱۵۴۸	۸۴/۴
		بیشتر از M+1SD	۲۸۷	۱۵/۶
۴	وسواس اجباری	کمتر از M+1SD	۱۵۴۵	۸۴/۲
		بیشتر از M+1SD	۲۹۰	۱۵/۸
۵	حساسیت در روابط متقابل	کمتر از M+1SD	۱۵۵۳	۸۴/۶
		بیشتر از M+1SD	۲۸۲	۱۵/۴
۶	افکار پارانوئیدی	کمتر از M+1SD	۱۶۷۲	۹۱/۱
		بیشتر از M+1SD	۱۶۳	۸/۹
۷	ترس مرضی	کمتر از M+1SD	۱۶۰۴	۸۷/۴
		بیشتر از M+1SD	۲۳۱	۱۲/۶
۸	روان گسستگی	کمتر از M+1SD	۱۵۵۴	۸۴/۷
		بیشتر از M+1SD	۲۸۱	۱۵/۳
۹	پرخاشگری	کمتر از M+1SD	۱۵۳۷	۸۳/۸
		بیشتر از M+1SD	۲۹۸	۱۶/۲

جسمانی کردن ناراحتی‌ها (۸۴/۴٪ سالم)، ۱۵/۸٪ افراد گرایش به وسواس-اجبار (۸۴/۲٪ افراد سالم)، ۱۵/۴٪ افراد گرایش به نشان دادن حساسیت در روابط متقابل (۸۴/۶٪ افراد سالم)، ۸/۹٪ افراد گرایش به افکار پارانوئیدی (۹۱/۱٪ افراد سالم)، ۱۲/۶٪ افراد گرایش به ترس مرضی (۸۷/۴٪ افراد سالم)، ۱۵/۳٪ افراد گرایش به روان گسستگی (۸۴/۷٪ افراد سالم) و ۱۶/۲٪ افراد گرایش به پرخاشگری (۸۳/۸٪ افراد سالم) داشته اند.

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی خرده مقیاس های سلامت روانی را در نمونه مورد مطالعه با توجه به نقطه برش نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود در این تحقیق نقطه برش یک انحراف معیار بالاتر از میانگین انتخاب شده است. افرادی که بیشتر از یک انحراف معیار از میانگین فاصله دارند به عنوان افرادی شناخته می‌شوند که گرایش به اختلال روانی داشته و بقیه افراد مورد مطالعه نیز سالم در نظر گرفته می‌شوند. لذا با توجه به جدول شماره ۷، ۱۶/۷٪ افراد گرایش به اختلال افسردگی داشته (۸۳/۳٪ افراد سالم)، ۱۵/۳٪ افراد گرایش به اضطراب داشته (۸۴/۷٪ افراد سالم)، ۱۵/۶٪ افراد گرایش به

### بحث و نتیجه گیری

براساس نتایج به دست آمده میزان گرایش به اختلالات روانی در افراد مورد بررسی ۱۶/۳٪ بوده است.

به عبارت دیگر افرادی که نمره آنها در ضریب کلی علائم مرضی بیش از یک انحراف معیار با میانگین فاصله داشت به عنوان افرادی شناخته شدند که دارای گرایش به اختلال روانی بوده اند (در صورتی که در این تحقیق نقطه برش بر اساس شاخص  $GSI < 0/78$  محاسبه گردد میزان گرایش به اختلالات روانی به عدد ۴۰٪ می‌رسد).

این یافته با تحقیق فتحی آشتیانی (۱۳۸۱) تحت عنوان آماده سازی آزمون‌های روانشناختی و بررسی میزان اثر بخشی آنها در گزینش نیروی انسانی در یکی از سازمان های نظامی انجام شده و میزان گرایش به اختلالات روانی را براساس جمع علائم مرضی ۱۸/۵۳٪ برآورد نموده، نزدیک است.

همچنین با نتایج آخرین مطالعه کشوری (نوربالا، ۱۳۸۷) در زمینه همه گیری شناسی اختلال‌های روانی در ایران که شیوع انواع اختلالات روانی را ۱۷/۱٪ گزارش نموده، همخوانی دارد.

افزون برآن میزان شیوع اختلالات روانی در این پژوهش از مطالعات محمدی ۱۳۸۰ در همدان (۱۱/۲۸٪)، افشاری ۱۳۷۱ در سمنان (۱۴٪)، باقری یزدی ۱۳۷۱ در میبدیزد (۱۲/۵٪)، بهادرخان ۱۳۷۲ در خراسان (۱۶/۶٪)، جمیلیان اراک ۱۳۸۷

(۱۶٪)، هدایفونت ۱۹۸۷ در هلند (۷/۳٪)، مدیانونس ۱۹۸۷ در یونان (۱۹/۴٪)، Shen ۲۰۰۶ در چین (۷٪)، Kavasami ۲۰۰۵ در ژاپن (۸/۸٪)، Hosain ۲۰۰۶ در بنگلادش با (۱۶٪) بیشتر است.

در حالی که این میزان شیوع در مقایسه با مطالعه پالاهنگ ۱۳۷۴ در کاشان (۲۳/۷٪)، یعقوبی

۱۳۷۴ در گیلان (۲۳/۸٪)، قاسمی ۱۳۷۶ در اصفهان (۱۹/۹٪)، نوربالا ۱۳۷۸ در تهران (۲۱/۵٪)، احمدوند ۱۳۸۷ در کاشان (۲۹٪)، نوربالا ۱۳۸۷ در تهران (۳۴/۲٪)، راه نجات ۱۳۸۷ در یگانهای زمینی یکی از نیروهای نظامی (۳۵/۵٪)، Baxter ۲۰۰۳ در نیوزلند (۲۹/۵٪)، Biji ۲۰۰۳ در ایالات متحده آمریکا (۲۹/۱٪) کمتر است.

اختلاف نتایج بین مطالعات متعدد را می‌توان به علت تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در مناطق مختلف، روش شناختی، شیوه انتخاب گروه‌های نمونه، تعریف عملیاتی متغیرها، روش گرد آوری اطلاعات، تفاوت در نوع ابزار و وجود تفاوت در نحوه تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده نسبت داد.

از میان علائم مرضی، بالاترین میزان شیوع مربوط به افسردگی با ۱۶/۷٪ است که با پژوهش احمدوند (۱۳۸۷) در کاشان که اختلالات خلقی با ۹/۳٪ شایع ترین نوع اختلالات روانی بوده همخوانی دارد ولی در تحقیق فتحی آشتیانی (۱۳۸۰) و راه نجات (۱۳۸۷) این علامت رتبه پایین تری آورده است.

شاید بتوان یکی از عوامل موثر در اختلالات روانی را ناشی از تجارب نامطلوب جنگ تحمیلی دانست. براساس مطالعات، هنگامی که محرک فشارزاپایان می‌یابد واکنش‌های دفاعی علیه فشار روانی کاهش می‌یابد.

پس از عامل افسردگی، پرخاشگری با ۱۶/۲٪ دومین علامت شایع می‌باشد در حالی که در تحقیق احمدوند (۱۳۸۷) در کاشان اختلالات اضطرابی با ۴/۷٪ و مطالعه راه نجات (۱۳۸۷) در بین کارکنان یگان‌های زمینی یکی از نیروهای نظامی در کشور حساسیت بین فردی با ۱۴/۵٪ در رتبه دوم قرار دارد.



معنی داری مشاهده نشد (بیان زاده، ۱۳۸۷). براساس نتایج این پژوهش بالاترین میزان شیوع علائم مرضی بر حسب سن در بین گروه‌های بالاتر از ۴۵ سال بوده است.

این یافته با پژوهش باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۲)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) پرورش و همکاران در کرمان (۱۳۸۶) نوربالا در تهران (۱۳۸۷) و احمدوند در کاشان (۱۳۸۷)، مطالعه موسسه ملی بهداشت روان آمریکا (۱۹۹۱)، کسلر و همکاران (۱۹۹۴)، اداره ویژه گزارش‌های آماری استرالیا (۱۹۹۸)، اندریوز و همکاران (۲۰۰۱) همخوانی دارد.

به طور کلی نتایج این بررسی نشان دهنده این است که با بالا رفتن سن احتمال ابتلای افراد به اختلالات روانی افزایش یافته و در گروه سنی بالاتر از ۴۵ سال و گروه‌های سنی ۲۵-۱۹، ۳۵-۲۶ و ۴۵-۳۶ سال تفاوت معنی دار وجود دارد. یعنی نمره علائم مرضی در گروه بالاتر از ۴۵ سال بیشتر از سایر گروه‌ها بوده است.

اضطراب ناشی از رسیدن به سن بازنشستگی و از دست دادن کار کرد اجتماعی، افت کارآیی متعاقب افزایش سن، آسیب‌پذیری بیشتر، تغییرات بیولوژیکی و بیماری جسمی، فشارهای مضاعف اقتصادی و کمبود حمایت‌های اجتماعی را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات در این سنین دانست.

البته قابل ذکر است که در مورد عامل سن نتایج متفاوتی گزارش شده است. درپاره ای از پژوهش‌ها بالاترین میزان شیوع علائم مرضی بر حسب سن در دامنه سنی ۳۰-۲۰ سال بوده است.

برای مثال در تحقیق راه نجات (۱۳۸۷) و پژوهشی که به منظور بررسی میزان اختلالات روانی در بین نظامیان آمریکایی برگشته از جنگ عراق و افغانستان در سال ۲۰۰۴ انجام شد بالاترین میزان

به طور کلی به نظر می‌رسد که با توجه به ارتباط بین خشم و افسردگی این پدیده قابل توجیه است؛ چرا که بسیاری از روانشناسان بروز افسردگی را ناشی از خشم سرکوب شده می‌دانند و منطقی به نظر می‌رسد که گرایش به پرخاشگری پس از افسردگی بالاترین میزان شیوع را داشته باشد. براساس نتایج این پژوهش عمده ترین موارد پس از افسردگی و پرخاشگری، وسواس اجباری با ۱۵/۸٪، جسمانی سازی با ۱۵/۶٪؛ حساسیت در روابط متقابل با ۱۵/۴٪ و اضطراب با ۱۵/۳٪ رتبه‌های بعدی را داشته اند.

شیوع علائم در این پژوهش با نتایج آخرین مطالعه کشوری در سال ۱۳۸۰، فتحی آشتیانی (۱۳۸۰) احمدوند (۱۳۸۷) در کاشان، راه نجات (۱۳۸۷) در کارکنان نظامی، سوتکر (۱۹۹۵) در بین سربازان شرکت کننده در عملیات صحرا، Florez (۲۰۰۵) در کانادا، Preville (۲۰۰۸) در ترکیه از نظر ترتیب اختلال ناهمخوان می‌باشد.

وجود تفاوت در نتایج بدست آمده را می‌توان بیشتر به روش و ابزارهای مورد استفاده غربالگری و تشخیص اختلالات، تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و ماهیت شغلی و شرایط سازمانی نمونه‌های مورد مطالعه نسبت داد.

در این پژوهش به منظور بررسی چگونگی ارتباط متغیرهای جمعیتی از همبستگی و تحلیل واریانس استفاده شد و براساس نتایج بدست آمده بجز متغیر سن، بین سایر متغیرها و شیوع اختلالات روانی ارتباط معنی داری مشاهده نشده است.

این نتیجه در تحقیق بیان زاده در خصوص بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان یک مجتمع صنعتی نیز مورد تأیید قرار گرفته است، بدین معنی که میان وضعیت تاهل، بعد خانوار، سنوات کاری، نوبت کاری با ابتلا به اختلالات روانی همبستگی

**تشکر و قدردانی:** از کلیه شرکت کنندگان در این تحقیق، همچنین ازمدریان و کارشناسانی که در جمع آوری داده‌ها نهایت تلاش را مبذول نموده اند تشکر و قدردانی می‌شود.

شیوع اختلالات روانی به ترتیب در دامنه سنی ۳۰-۲۰ سال و ۲۴-۱۸ سال گزارش گردیده است. از علل اختلاف و تفاوت در نتایج پژوهش‌ها می‌توان به شیوه انتخاب گروه‌های نمونه، تعریف عملیاتی متغیرها، روش گرد آوری اطلاعات، تفاوت در نوع ابزار و شرایط سازمانی نمونه‌های مورد مطالعه اشاره نمود.

با توجه به یافته‌های این تحقیق، انجام پژوهش‌های همسو با روشی یکسان در سایر واحدهای نظامی و نیز التزام فرماندهان، مدیران و کارکنان محترم در برنامه ریزی و شرکت مسئولانه در پروژه‌های تحقیقاتی و معاینات ادواری نیروهای مسلح مورد تاکید قرار می‌گیرد.

### پیشنهادها

با توجه به اختلاف نتایج بین مطالعات متعدد همه گیر شناسی، انجام پژوهش‌های همسو با روشی یکسان در سایر واحدهای نظامی و نیز معاینات ادواری به منظور کنترل سلامت روانی کارکنان پیشنهاد می‌گردد.

همچنین نظر به این که مهمترین محور در بهداشت روانی پیشگیری است پیشنهاد می‌گردد فرماندهان و مسئولان تدابیری را به منظور ارتقا سطح بهداشت روانی کارکنان به عمل آورند.

لازم به ذکر است که یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر فقدان یک گروه از جمعیت عادی به منظور مقایسه میزان شیوع علائم اختلالات روانی است و از محدودیت‌های دیگر می‌توان به عدم همکاری بعضی از مسولین ذیربط در اجرای تحقیق اشاره نمود که این مسئله متأسفانه زمان زیادی را به منظور صدور اجازه اجرای تحقیق از پژوهشگران گرفت.

from a clinical interview-based study. Journal of BMC psychiatry, 9, 1-12.

12- 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.

13- Kalia M. (2002) Assessing the economic impact of stress: The modern day hidden epidemic. Metabolism.;51 (6):46-53.

14- Kaplan HL, Sadock BJ., (2007) Synopsis of Psychiatry, 10th ed., Baltimore, William & Wilkins.

15- Krejcie RV, Morgan DW. , (1970) Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas.; 30:607-10.

16- Mashhour, S. (2011). Prevalence of mental disorders among military recruits in Jordan. Rawal Medicine Journal, 36,182-185.

17- McLean J. , (2008) Stress and job satisfaction among distance educators [dissertation]. Pennsylvania: Pennsylvania College of technology

18- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Rulz, P. (2009). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

19- Shekhawat. Seema & Aurobinda Mahapatra. Debidatta, (2006), Kargil Displaced of Akhnoor in Jammu and Kashmir Enduring Ordeal and bleak future.

20- Tekbas OF, Ceylan S, Hamzaoglu O, Hasde M, (2003). An investigation of the prevalence of depressive symptoms in newly recruited young adult men in Turkey. Psychiatr Res.; 119:155-62.

21- Tsiamyrtis P, Zhu Z, MacBirde L, Pavidis IT, Levine JA. , (2009) Description and clinical studies of a device for the instantaneous detection of office-place. Stress. 34 (3):359-64.

22- Wittchen HU, Jacobi F. , (2005) Size and burden of mental disorders in Europe—acritical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol, Aguset; 15:3 57-76.

23- World Health Organization (2008). Policies and practices for mental health in Europe, meeting the challenges. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

24- Wu D, Chu N, Lin Y, Lai H. , (2007) Aggregation of adverse behaviors and its affecting factors among young military conscripts in Taiwan. Addict Behave. 32:1302-8.

25- Wu SY, Wang MZ, Li J, Zhang XF. (2006) Study of the intervention measures for the occupational stress to the teachers in the primary and secondary schools. Wei Sheng Yan Jiu; 35:213-6.

## منابع

۱- احمدوند، افشین، سپهرمنش، زهرا، قریشی، فاطمه و همکاران (۱۳۸۷) بررسی شیوع اختلالات روانی در جمعیت شهر کاشان. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۶، شماره ۲، صفحه ۲۴-۱۶.

۲- انیسی، جعفر، اکبری، فاطمه، مجدیان، محمد، آتشکاره، مجید، قربانی، زهره (۱۳۹۰). هنجاریابی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی در کارکنان نیروهای مسلح. فصلنامه روانشناسی نظامی، دوره ۲، شماره ۵، صفحه ۳۷-۲۹.

۳- دباغی، پرویز (۱۳۷۸). مقایسه وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی ارتش و تهران. مجله حکیم، دوره ۲، شماره ۴، صفحه ۲۲۳-۲۱۲.

۴- راه نجات، امیرمحسن، بهامین، قباد، سجادیان، سید رضا، دنیوی، وحید (۱۳۹۰). همه گیر شناسی اختلالات روانی در بین کارکنان یگان‌های زمینی یکی از نیروهای نظامی جمهوری اسلامی ایران. فصلنامه روانشناسی نظامی، دوره ۲، شماره ۶، صفحه ۳۶-۲۷.

۵- فتحی، آشتیانی، علی، سلیمی، سید حسین، کاتب، زهرا، ثابتی، زهرا، ملازمانی، علی، احمدی، خدابخش، آزاد، اسفندیار (۱۳۸۳). ضرورت بررسی سطح سلامت روانی در گزینش نیروی انسانی سپاه. فصلنامه طب نظامی، شماره ۶، صفحه ۸۲-۷۷.

۶- نوربالا، احمد، باقری یزدی، سید عباس، اسدی لاری، محسن، واعظ مهدوی، محمد رضا (۱۳۸۹). وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ ساله و بالاتر شرح تهران در سال ۱۳۸۷. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال ۱۶، شماره ۱۴، صفحه ۴۸۳-۴۷۹.

7- Creamer M, Forbes D (2004). Treatment of posttraumatic stress disorder in military and veteran population. Psychotherapy.;41 (4):388-98.

8- Cumbie SA, Conley VMC, Burman ME. (2004) Advanced Practicenursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. Advances in Nursing Science: Nursing Care Management 27: 70-80.

9- Dhir , C., Benerjee , A., Chaudhary ,S., Singh, Z. (2008). Neuroses among Armed Forces Personnel. Medical Journal Armed Forces India, 64,136-139.

10- Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. (2004) Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care. N Engl J Med. 351:13-22.

11- Iversen, A. C., Staden, L. V., Hughes, J. H., Browne, T., Hull, L., Hall, J., Greenberg, N., Rona, R. J., H, M., Wesseley, S., and Fear, N. T. (2009). The prevalence of common mental disorders and PTSD in UK military: using data