

وضعیت سلامت عمومی و روانی سربازان در دوره آموزش رزم مقدماتی

Status general and mental health in basic combat training Soldiers

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۵

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۱۰

Nouri R. MSc[✉], Fathi Ashtiani A. PhD, Ahmadi Kh.
PhD, Gholam- Ali Lavasani M.PhD

رضا نوری[✉]، علی فتحی آشتیانی^۱، خدابخش احمدی^۱، مسعود
غلامعلی لواسانی^۲

Abstract

Introduction: The purpose of this study is to identify some of the factors disturbing the general health and mental training soldiers in the basic combat training and presentation strategies to prevent or reduce these problems.

Method: The statistical population was composed of three period training soldiers in basic combat military training during the year 2012. The samples size was 920 members. Samples were selected by census method. The research tool was general health questionnaire and the demographic characteristics. The obtained data were analyzed by SPSS 18 software and statistical methods (frequency distribution, mean, standard deviation and t-test).

Results: 19.60 percent of subjects had the problems of general health, the highest frequency (27.53 percent) associated with social functioning problems, the highest rate was seen in soldieres with a highest college education. The lowest frequency (15.89 percent) associated with depressive symptoms, the highest frequency of depressive symptoms seen with this problem was married. Highest frequency in the four-scale general health questionnaire was seen among non-native soldiers who were significant differences according to t-test results.

Discussion: According to this reserch results, where it appears to reduce general and mental problems among soldiers training to be useful is resolution training soldiers in terms of education levels, marital status, native and non-native. therefore commanders and instructors in higher education or advanced education at least at the level of the soldiers should be considered.

Keywords: soldier, mental health, anxiety, depression, social dysfunction

چکیده

مقدمه: هدف تحقیق حاضر، شناسایی برخی از عوامل مختل کننده سلامت عمومی و روانی سربازان در دوره آموزش رزم مقدماتی و ارائه راهکارهای پیشگیری و یا کاهش این مشکلات است.

روش: جامعه مورد مطالعه سربازان ۳ دوره آموزش رزم مقدماتی نظامی، طی سال ۱۳۹۱ بودند. حجم نمونه ۹۲۰ نفر بود که به شیوه سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک بود. پس از تکمیل پرسشنامه ها، اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS18 و روش های آماری (توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و آزمون تی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: ۱۹/۶۰ درصد آزمودنی ها دارای مشکلاتی از نظر سلامت عمومی بودند. بالاترین فراوانی این مشکلات مربوط به کارکرد اجتماعی با ۲۷/۵۳ درصد و بیشترین میزان آن در افراد دارای تحصیلات دانشگاهی دیده شد. کمترین فراوانی ۱۵/۸۹ درصد در نشانه های افسردگی دیده شد که بالاترین فراوانی افراد دارای این مشکل مربوط به افراد متأهل بود. بالاترین فراوانی در هر چهار مقیاس پرسشنامه سلامت عمومی در بین سربازان غیر بومی دیده شد که طبق نتایج آزمون t دارای تفاوت معنا داری نیز بوده است.

بحث: بنابر نتایج این تحقیق، مواردی که به نظر می رسد در جهت کاهش مشکلات عمومی و روانی سربازان در دوره آموزشی مفید باشد عبارت است از: تفکیک دوره های آموزشی سربازان بر حسب مقاطع تحصیلی، تأهل، بومی و غیر بومی و بالطبع فرماندهان و مربیان آموزشی دارای تحصیلات بالاتر و یا حداقل در سطح مقاطع تحصیلی این سربازان مد نظر قرار گیرد.

کلید واژه ها: سرباز، سلامت روانی، اضطراب، افسردگی، کارکرد اجتماعی

[✉] **Corresponding Author:** Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: renouri6@gmail.com

[✉] مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۱- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۲- دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

در برهه‌ای از تاریخ زندگی می‌کنیم که علیرغم پیشرفت‌های شگرف انسان در عرصه‌های مختلف علم و فن آوری، از نظر سلامت روانی، افراد جوامع مختلف در هیچ‌قرنی تا این اندازه دچار بحران نبوده‌اند (اسحاقی و همکاران، ۱۳۸۸). گزارش کمیسیون بهداشت روانی ایرلند در سال ۲۰۱۲ اشاره می‌نماید که هنوز هم کمبود جدی در توسعه و ارائه خدمات بهداشت روانی وجود دارد و تأکید دارد که توجه به سلامت روانی برای آحاد مردم از اهمیت زیادی برخوردار است (کمیسیون، ۲۰۱۳). سلامت روانی به صورت‌های متفاوتی تعریف شده است. با وجود این، بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روانی چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است. با وجود این که بسیاری از ما از اختلال خاص روانی قابل تشخیصی رنج نمی‌بریم اما برخی از ما به لحاظ سلامت روانی، سالم‌تر از دیگران هستیم (خاقانی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۵). سلامت روانی عبارت است از: «قابلیت فرد در ایجاد ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران و توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود» (سارافینو، ادوارد، ۱۳۸۷). آلپورت صفاتی از قبیل: توان بسط خود، توان تمایلات گرم و صمیمی، احساس امنیت عاطفی و خود‌پذیری، برداشت واقع‌گرایانه از استعدادها و توانایی‌های خود، حس شوخ‌طبعی و داشتن فلسفه انسجام‌بخش مانند دین در زندگی را خصیصه افراد سالم می‌داند (سالاری فر و همکاران، ۱۳۸۹).

نتایج پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم

دنیا مشکلات روانشناختی دارند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). البته مشکلات سلامت روانی زنان معمولاً مشکلات درون‌سازی شده مثل اضطراب درونی و افسردگی است در حالی که بیشتر مشکلات مردان، برون‌سازی شده مثل مصرف مواد مخدر و رفتار ضد اجتماعی می‌باشد (روزنفیلد، ۲۰۱۳) گزارش وزارت بهداشت و درمان انگلستان (۱۹۸۶) نشان می‌دهد که تقریباً ۲۲/۸ میلیون روز کار به دلیل اختلالات روانشناختی از دست رفته است (آزاد مرزآبادی، ۱۳۸۸). پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰، افسردگی بعد از ناراحتی قلبی بالاترین رقم هزینه‌ها را در سیستم بهداشتی جوامع به خود اختصاص دهد. ضمن این که هم مطالعات مقطعی و هم مطالعات طولی نشان داده‌اند که حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد افراد دارای مشکلات جسمی نیز مشکلات روانشناختی را تجربه نموده‌اند (بولمیچر، ۲۰۱۰). پژوهش‌های صورت گرفته از طرف سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که ۲۰ درصد جمعیت ایران دچار نوعی از اختلالات روانی هستند. در یک مطالعه در سطح کشور اعلام شده است که مجموعاً ۲۱ درصد از افراد ۱۵ سال به بالا در ایران از سطحی اختلالات روانی رنج می‌برند (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۱) واسپکتور، ۲۰۰۶). یکی از زمینه‌هایی که توجه به سلامت روانی در آن حائز اهمیت است شغل نظامی‌گری می‌باشد. استرس ناشی از نوع شغل و مأموریت‌های پیچیده، قوانین سخت، دوری از خانواده، احتمال معلولیت، ترس از شکست، اسارت و حتی مرگ از جمله مسائلی است که احتمال آنها در مشاغل نظامی بسیار بیشتر از مشاغل غیرنظامی است و در نتیجه مشکلات روان‌شناختی بیشتری در پی خواهد داشت (آزاد مرزآبادی، ۱۳۸۸). هاموند^۱ طی جنگ‌های داخلی آمریکا به مسئله عوارض

روانی جنگ پرداخت و آن را تحت عنوان غم غربت یا درد دوری از یار و دیار^۲ مطرح نمود. در این زمان داکوستا^۳ مواردی را تحت عنوان سندرم قلب تحریک‌پذیر^۴ سربازان توصیف کرد که بی‌شک نوعی روان‌آزردگی^۵ ناشی از اضطراب و استرس میدان نبرد بوده است. در جنگ جهانی اول سندرمی مطرح شد که چون با تلاش و راهپیمایی طولانی همراه بود سندرم تلاش نام گرفت. علاوه بر آن بیماری دیگری به علت استرس حاصل از نبرد مورد بررسی قرار گرفت و شوک انفجار^۶ نامیده شد (فتحی، ۱۳۸۵ و میرزمانی، ۱۳۸۷). در جنگ جهانی دوم حدود ۱۰۲ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر مجروح، بیمار روانپزشکی بودند و بیشتر از بیماری رنج می‌بردند که تحت عنوان «واژه واماندگی نبرد»^۷ نامگذاری شد. علائم این بیماری شامل خستگی، تپش قلب، اسهال، سر درد، اختلال در تمرکز، فراموشی و اختلال خواب بود. در جنگ ویتنام شش درصد از کل بیمارانی که به پشت جبهه تخلیه شدند، به دلیل بیماری‌های روانی بوده است. مشخص‌ترین بیماری در این جنگ اختلال استرس پس از ضربه^۸ است که مهمترین نشانه‌های آن عبارتند از: مشکلات در زمینه روابط بین فردی، صمیمیت و جامعه‌پذیری، سرد و فاقد هیجان بودن، پرخاشگری، انزوای اجتماعی، تحریک‌پذیری، مشکلات جنسی، مشکلات والدین و تربیت فرزند، اختلال در عملکرد، انسجام خانواده، بیان عواطف، کاهش خود اشنایی (فتحی، ۱۳۸۵ و میرزمانی، ۱۳۸۷ و چونگ، ۲۰۰۷). نهایتاً در جنگ خلیج فارس سندرمی تحت عنوان «سندرم خلیج فارس» معرفی شد. علائم این سندرم شامل خستگی، سر درد، درد مفاصل و دانه‌های پوستی بود (فتحی، ۱۳۸۵). طی دو دهه گذشته شواهد نشان داده است که توسعه عملیات‌های نظامی با افزایش اختلالات روانی و کاهش

کیفیت زندگی نیروهای نظامی همراه بوده است. (فتحی و همکاران ۱۳۹۰). در نبردهای شدید، بر اثر واکنش‌های استرس جنگ (CSR)^۹ توان نظامی رو به زوال می‌نهد. گلاس^{۱۰} (۱۹۷۳) میزان CSR روانپزشکی را در مجروحان ارتش آمریکا که در یکی از نبردهای جنگ جهانی دوم شرکت کرده بودند، بین ۱۰ تا ۴۸ درصد گزارش کرده است. همچنین تأکید کرد که در سال ۱۹۴۳ سربازانی که بر اثر مسائل روانپزشکی صرف به پشت جبهه انتقال داده شده بودند، بیش از تعداد سربازانی بود که آمریکا در آن زمان بسیج کرده بود (گال، ۱۳۸۱ و کاپل، ۱۹۹۹). تحقیق فارسی (۱۳۸۵) و همچنین پژوهش سچی^{۱۱} (۱۹۹۴) روی سربازان بیان می‌دارد که اختلالات روانی در سربازان نسبت به جمعیت عادی شیوع بیشتری دارد. تحقیقات دیگر بیانگر آن است که اختلالات خلقی و سازگاری این روزها به طور فزاینده‌ای در جامعه نظامی خود را نشان می‌دهد (مک کولی، ۲۰۰۸). نتایج تحقیقی در نیروهای نظامی نشان داده است که ۲۴/۴ درصد افراد نظامی که اقدام به خودکشی یا خودزنی داشته دارای سابقه اختلال روانی بوده‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰) لیکن افراد نظامی دارای اختلال روانی، احتمال کمتری دارد که بتوانند در دوره آموزش، خود را با شرایط وفق دهند و آموزش سخت ممکن است باعث بدتر شدن شرایط آنها شود. آموزش نظامی شامل آموزش فیزیکی، انطباق و عملکرد در موقعیت‌های استرس‌زا است. در یک سیستم نظامی، یک فرایند غربالگری این امکان را می‌دهد که افراد آسیب‌پذیر که ممکن است برای آموزش در شرایط نظامی مناسب نباشند، تشخیص داده شوند (چونگ، ۲۰۰۷). بنابراین با توجه به اینکه دشمنان ما دست از دشمنی خود برنداشته، به عنوان

نمونه جان گالوپن فرمانده نیروهای ناتو در سال ۱۹۹۲ به نقل از حبیبی و همکاران (۱۳۸۹) می‌گوید: «ما جنگ سرد را از روسیه کمونیسم بردیم، حال می‌توانیم به نبرد واقعی خود که همانا رویارویی با اسلام است بازگردیم»، لیکن حفظ و ارتقای سلامت عمومی و روانی سربازان و نیروهای نظامی دارای اهمیت فراوانی است. هدف تحقیق حاضر، بررسی سلامت روانی و عمومی نمونه مورد بررسی و شناسایی برخی از ویژگی‌های دموگرافیک است که نقش زیادی در سلامت عمومی و روانی سربازان دارند تا بدین وسیله بتوان در جهت پیشگیری و یا کاهش مشکلات سلامت عمومی و روانی در سربازان آموزشی اقدام لازم به عمل آورد.

روش

نوع مطالعه توصیفی-مقطعی و جامعه مورد مطالعه کلیه سربازان ۳ دوره آموزش رزم مقدماتی در یکی از آموزشگاه‌های نرسا طی سال ۱۳۹۱ بود. حجم نمونه شامل همه جامعه مورد مطالعه به تعداد ۹۲۰ نفر بود که به شیوه سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. به این نحو که پس از انجام هماهنگی‌های اولیه و دستیابی به ابلاغیه نرسا مبنی بر ضرورت بررسی سلامت عمومی سربازان آموزشی، در زمان‌های از پیش تعیین شده به محل آموزش رزم مقدماتی سربازان مورد نظر مراجعه شد و پس از توجیه آزمودنی‌ها در قالب گروهان و دسته‌های نظامی، پرسشنامه‌های تکثیر شده در بین آنها توزیع گردید و در حین تکمیل پرسشنامه‌ها به سؤالات و ابهامات برخی از آزمودنی‌ها پاسخ داده شد.

ابزار سنجش پرسشنامه بود، که دو بخش داشت: بخش اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و

بخش دوم پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بود. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ):^{۱۲} یک پرسشنامه سرنندی است مبنی بر روش خود گزارش‌دهی که منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم گردید و دارای سه فرم ۶۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی است که همگی از اعتبار و روایی برخوردار می‌باشند. در این تحقیق از فرم ۲۸ سؤالی استفاده شده است. سؤال‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت سلامتی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات ناپه‌نجان و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. این پرسشنامه چهار مقیاس فرعی دارد که هر کدام آنها دارای ۷ سؤال است که عبارتند از: نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و نشانه افسردگی. برای نمره‌گذاری پرسشنامه از روش لیکرت استفاده شده و نمره هر سؤال از صفر تا سه متغیر است در نتیجه نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر می‌باشد. نمره هریک از مقیاس‌های چهارگانه آن نیز از صفر تا ۲۱ متغیر است. بنابراین نمره کمتر بیانگر سلامت بهتر خواهد بود. تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ مطالعه درباره روایی پرسشنامه سلامت عمومی در نقاط مختلف دنیا به انجام رسیده بود. در بررسی کلدبرگ و ویلیامز به نقل از (فتحی ۱۳۸۹)، اعتبار تصنیفی برای کل پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کردند و ثبات درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران توسط تقوی در دانشگاه شیراز ترجمه و انطباق یافته و اعتبار و روایی آن مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب اعتبار و روایی مقیاس‌های چهارگانه این پرسشنامه به ترتیب عبارتند از: نشانه‌های جسمانی (۰/۶۰ و ۰/۷۶) اضطراب و

یافته ها

از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی دامنه سنی نمونه مورد بررسی ۱۸ تا ۳۱ سال و بالاترین فراوانی تحصیلات (۲۴/۷۸ درصد) مربوط به مقطع فوق دیپلم و بالاتر و کمترین فراوانی (۳/۹۱ درصد) مربوط به مقطع ابتدایی بود. ۸۸/۰۴ درصد نمونه، مجرد، ۱۱/۹۶ درصد متأهل، ۷۰ درصد غیر بومی و ۳۰ درصد بومی بودند (جدول ۱).

بی‌خوابی (۰/۶۷ و ۰/۸۴) نارسایی در کارکرد اجتماعی (۰/۵۷ و ۰/۶۱) افسردگی (۰/۵۸ و ۰/۶۱) و کل پرسشنامه (۰/۵۵ و ۰/۹۳) می‌باشد (تقوی، ۱۳۸۰).

در پایان پرسشنامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری گردیدند و اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 18^{۱۳} و روش‌های آماری (توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و آزمون تی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱- فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

نام متغیر	فراوانی	درصد
گروه سنی	۱۸-۲۱ سال	۴۸۵
	۲۲-۳۱	۴۷۲
	ابتدایی	۳۶
تحصیلات	راهنمایی	۱۱۷
	دبیرستانی	۱۸۵
	دیپلم	۱۶۸
	فوق دیپلم و لیسانس	۲۲۸
تأهل	فوق لیسانس و بالاتر	۱۸۶
	متأهل	۱۱۰
	مجرد	۸۱۰
محل خدمت	بومی	۲۷۶
	غیر بومی	۲۴۴

بود دارای مشکلات روانی شناخته شدند و افرادی که نمره آنها کمتر از نمرات برش مربوط بود، طبیعی قلمداد شدند. بنابراین در مقیاس کلی پرسشنامه ۱۹/۶۰ درصد نمونه مورد بررسی دارای مشکلات روانی بودند. در مقیاس‌های فرعی، بالاترین میزان اختلال (۲۷/۵۳ درصد) مربوط به کارکرد اجتماعی بود و سپس به ترتیب نشانه‌های جسمانی ۲۱/۳۹ درصد، نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی ۱۷/۷۱ درصد و نشانه‌های افسردگی ۱۵/۸۹ درصد قرار داشتند (جدول ۲).

در بررسی نتایج پرسشنامه سلامت عمومی، جهت مقیاس کل و هر کدام از زیر مقیاس‌های چهارگانه به تفکیک، میانگین و انحراف معیار مربوط به دست آمد. سپس با توجه به نمرات برش در مقیاس کلی (۴۱) و در هر زیر مقیاس ۱۷ (فتحی، ۱۳۸۹)، آزمودنی‌ها در گروه‌های طبیعی یا دارای مشکلات روانی قرار گرفتند. به این معنی که نمره به دست آمده از اجرای آزمون برای هر فرد با نمرات برش مربوط تطبیق گردید. افرادی که نمره پرسشنامه آنها بالاتر از ۴۱ در مقیاس کلی و یا بالاتر از ۱۷ در هر زیر مقیاس

جدول ۲- شاخص های توصیفی پرسشنامه سلامت عمومی

دارای اختلال		طبیعی		انحراف استاندارد	میانگین	پرسشنامه سلامت عمومی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی			
N						
۱۹/۶۰	۱۹۶	۷۸/۶۹	۷۲۴	۱۱/۵۳	۳۹/۰۶	مقیاس کل
۲۱/۳۹	۲۱۸	۷۶/۳۰	۷۰۲	۴/۳۵	۱۰/۰۵	نشانه‌های جسمانی
۱۷/۷۱	۱۸۲	۸۰/۲۲	۷۳۸	۳/۰۴	۹/۹۱	نشانه‌های اضطراب و بی خوابی
۲۷/۵۳	۲۶۸	۷۰/۸۷	۶۵۲	۳/۹۶	۱۱/۳۵	نارسایی در عملکرد اجتماعی
۱۵/۸۹	۱۶۰	۸۲/۶۱	۷۶۰	۴/۶۵	۹/۷۳	نشانه‌های افسردگی

بالاتر و در مقیاس نشانه‌های افسردگی، بالاترین میانگین مربوط به گروه‌های متأهل، غیربومی و تحصیلات دیپلم و پایین‌تر مشاهده شد. قابل توجه است که بالاترین فراوانی افراد دارای مشکلات در هر چهار مقیاس پرسشنامه سلامت عمومی مربوط به افراد غیر بومی است که طبق نتایج آزمون تی، این تفاوت معنادار می‌باشد (جدول ۳).

نتایج این پژوهش در بررسی نقش ویژگی‌های دموگرافیک در میزان مشکلات روانی و عمومی نمونه‌های مورد بررسی بیانگر آن است که بالاترین میزان نشانه‌های جسمانی در آزمودنی‌های مجرد، غیربومی و دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر از آن مشاهده شد. در مقیاس نشانه‌های اضطراب و نارسایی در عملکرد اجتماعی، بالاترین میانگین مربوط به گروه‌های مجرد، غیربومی و تحصیلات فوق دیپلم و

جدول ۳- مقایسه تأهل، تحصیلات و محل خدمت آزمودنی‌ها به لحاظ میزان مشکلات جسمی، اضطراب، افسردگی و نارسایی در کارکردهای اجتماعی

نام متغیر	مجرد	متأهل	بومی	غیربومی	فوق دیپلم و بالاتر	دیپلم و کمتر
میانگین	۷/۹۰	۲/۱۵	۳/۴۵	۶/۶۰	۴/۵۳	۵/۱۷
نشانه‌های جسمانی	۲/۲۶	۲/۰۹	۳/۱۱	۱/۲۴	۱/۵۷	۲/۷۸
مقدار t	۵/۶۲			۳/۴۵		۰/۵۶
سطح معنا داری	۰/۰۱			۰/۰۳		۰/۵۲
میانگین	۵/۱۲	۴/۷۹	۲/۸۱	۷/۴۰	۶/۹۴	۲/۹۷
نشانه‌های اضطراب	۲/۰۳	۱/۰۱	۱/۲۳	۱/۸۱	۱/۰۵	۱/۹۹
مقدار t	۰/۹۵			۴/۹۴		۲/۴۷
سطح معنا داری	۰/۳۵			۰/۰۴		۰/۰۲
میانگین	۶/۸۵	۴/۵۰	۳/۳۳	۶/۰۲	۸/۶۵	۲/۷۰
نشانه‌های عملکرد اجتماعی	۲/۱۶	۱/۸۰	۱/۹۷	۱/۹۹	۲/۰۶	۱/۹۰
مقدار t	۸/۵۷			۳/۵۸		۴/۰۴
سطح معنا داری	۰/۰۱			۰/۰۱		۰/۰۱

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این تحقیق در خصوص شیوع مشکلات سلامت روانی نمونه مورد بررسی به میزان ۱۹/۶۰ درصد با تحقیقات بسیاری همخوانی دارد (خاقانی زاده و همکاران ۱۳۸۵، فارسی ۱۳۸۵، سچی، ۱۹۹۴). اما تحقیق خانی و همکاران میزان کلی شیوع مشکلات روانی را ۱۴ درصد اعلام داشته است (خانی و همکاران، ۱۳۹۱). این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت جامعه انتخابی در این تحقیقات باشد. تحقیق خانی در محیط غیر نظامی انجام شده اما تحقیق حاضر در سربازان محیط نظامی انجام شده است. پژوهش‌های فراوانی استرس آور بودن محیط‌های نظامی و بالطبع بالا بودن مشکلات روانی در نیروهای نظامی را تأیید نموده‌اند (بهداشت جهانی، ۲۰۰۱، آزاد مرزآبادی، ۱۳۸۸، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴، سارافینو، ۱۳۸۷)، لیکن ضرورت دارد تا مسئولین کشوری و نظامی توجه زیادی به حفظ و ارتقای سلامت روانی نظامیان داشته باشند و در جهت شناسایی عوامل مختل کننده سلامت روانی نیروهای تحت امر خود کوشا باشند.

در نمونه مورد بررسی این تحقیق، بالاترین فراوانی (۲۷/۳۹ درصد) اختلالات مربوط به مقیاس کارکرد اجتماعی بوده که با یافته‌های تحقیقات دیگر نیز همخوانی دارد (سچی، ۱۹۹۴، نوری و همکاران، ۱۳۹۰، فارسی، ۱۳۸۵، خاقانی زاده و همکاران، ۱۳۸۵). از طرفی بالاترین فراوانی نشانه‌های اضطراب و نارسایی در عملکرد اجتماعی مربوط به گروه تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر بوده است. باید توجه داشت که ۲۴/۷۸ درصد نمونه مورد بررسی دارای تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس بودند و ۲۰/۲۲ درصد نیز دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و دکتری

تخصصی در رشته‌های مختلف بودند. به نظر می‌رسد که بالا بودن میانگین نمرات نارسایی در کارکرد اجتماعی و اضطراب این افراد با مشکلاتی نظیر دوری از خانواده، مشکلات خانوادگی و مالی، نگرانی از دست دادن منبع درآمد (چون بیشتر این افراد در زمان تحصیل در دوره دکتری و فوق لیسانس درآمدی غیررسمی نیز داشته‌اند)، مشکلات سازگاری با محیط نظامی و مربیان آموزشی باشد. بنابر این مسئولین مربوط باید تدابیری اتخاذ نمایند تا این افراد در شهر محل سکونت خود، دوره آموزشی و خدمت سربازی را سپری نمایند و حتی در حین آموزش نیز بتوانند شبها در اختیار خودشان باشند تا به کارهای روزمره و خانواده خود رسیدگی نمایند. همچنین متصدیان امور آموزش و مربیان آموزشی مربوط به این افراد نیز حتی الامکان از تجربه و تحصیلات بالایی برخوردار باشند.

طبق نتایج این تحقیق بالاترین میانگین نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطراب و نارسایی در عملکرد اجتماعی مربوط به آزمودنی‌های مجرد و غیر بومی بوده است. این نتایج با تحقیقات فراوانی همخوانی دارد (فتی و همکاران، ۱۳۸۷ و شاکر، ۱۳۸۸). در مقیاس نشانه‌های افسردگی، بالاترین میانگین مربوط به گروه‌های متأهل و غیربومی است که تحقیقات دیگر نیز بیان می‌کنند؛ میانگین نمرات کسب شده در دو گروه مجردین و متأهلین تفاوت معناداری مبنی بر افسردگی بیشتر در متأهلین است. همچنین نمره مشکلات سلامت روانی دانشجویان شهرستانی بیشتر از دانشجویانی بومی بوده است (نوری و همکاران، ۱۳۹۰، بیتنکورت، ۲۰۱۲، مصلی نژاد، ۱۳۸۳).

بنابر نتایج ارائه شده این تحقیق، مواردی که به نظر می‌رسد می‌تواند در جهت کاهش مشکلات روانی

- 4- Irritable heart syndroms
- 5- Neurosis
- 6- Shell Shock
- 7- Battle Exhaustion
- 8- Post Traumatic Stress Disorder
- 9- Combat Stress Reactions
- 10- Glass
- 11- Schei
- 12- General Health Questionnaire
- 13- Statistical Package for the Social Sciences

سربازان آموزشی مفید باشد عبارت است از:

الف) تفکیک دوره‌های آموزشی سربازان: ۱- بر حسب مقاطع تحصیلی به صورت دوره‌های ابتدایی و سیکل، دبیرستانی و دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر و بالطبع تعیین متصدیان و مربیان آموزشی دارای تحصیلات بالاتر و یا حداقل در سطح مقاطع تحصیلی سربازان آموزشی مورد نظر. ۲- بر حسب وضعیت تأهل افراد ۳- بر حسب بومی و غیر بومی بودن سربازان (دوره آموزشی سربازان در شهر محل سکونت آنها باشد). قابل ذکر است که در همه مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی بالاترین مشکلات، مربوط به سربازان غیر بومی بوده و این تفاوت در آزمون تی معنادار است. لذا اگر سربازان در پادگان‌های مستقر در شهر محل سکونت خود آموزش ببینند، تا حد زیادی از مشکلات عمومی و روانی آنها پیشگیری به عمل خواهد آمد. به عنوان مثال مرخصی سربازان آموزشی یکسان است در حالی که تفاوت فاصله محل سکونت سربازان و محل آموزش آنها در تحقیق حاضر، از ۱۵ کیلومتر تا ۱۰۰۰ کیلومتر هم می‌رسد، لیکن خیلی از سربازان غیر بومی نمی‌توانند از تعطیلات و مرخصی‌های ۳-۴ روزه استفاده نمایند؛ در محل آموزش باقی خواهند ماند و بالطبع دچار ناکامی و مشکلات روانی خواهند شد. این در حالی است که برخی از سربازان بومی هر شب یا حداقل در آخر هفته از مرخصی استفاده می‌نمایند (ب) غربالگری سربازان به لحاظ وضعیت سلامت روانی، مشکلات جسمانی، مشکلات خانوادگی و مشکلات شغلی.

منابع

- ۱- آزاد مرزآبادی، اسفندیار. (۱۳۸۸). روانشناسی سازمانی. مرکز تألیف کتابهای درسی معاونت تربیت، آموزش و فرهنگ پاسداری سپاه. تهران.
- ۲- اسحاقی، سیدرضا. فرج زادگان، زیبا. بابک، آنهیتا. (۱۳۸۸). طراحی پرسشنامه سنجش سبک زندگی در سالمندان. فصلنامه پایش. سال نهم. شماره اول. زمستان.
- ۳- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). مجله روانشناسی سال پنجم شماره ۴.
- ۴- حبیبی، محمد باقر. آزاد مرزآبادی، اسفندیار. نوری، رضا. (۱۳۸۹). میزان آگاهی از روش‌های جنگ روانی و مقابله با آن با ارائه راهکارهای ارتقاء سطح آگاهی نیروهای نظامی. فصلنامه روانشناسی نظامی. شماره ۳. (ص ۷۹-۷۳).
- ۵- خاقانی زاده، مرتضی. سیرتی نیر، مسعود. عبدی، فتانه. کاویانی، حسین. (۱۳۸۵). بررسی سطح سلامت روان در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران. فصلنامه اصول بهداشت روانی. شماره ۳۱ و ۳۲. (ص: ۱۳۱-۱۳۸)
- ۶- خانی، حسن. مجددی، محمدرضا، منتظری، علی. حسینی، سید حمزه. و همکاران. (۱۳۹۰). بررسی وضعیت سلامت روانی بیماران تالاسمی ماژور در استان مازندران. فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۳۵ و ۳۶. ص: ۸۵-۹۶.
- ۷- سارافینو، ادوارد. (۱۳۸۷). روانشناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی. تهران. انتشارات رشد.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Hamond
- 2- Nostalgia
- 3- Dacosta

- ۱۸- نوربالا، احمد علی، محمد، کاظم، باقری یزدی، سید عباس، یاسمی، محمد تقی. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله پژوهشی حکیم. دوره ۵ شماره ۱: ۱-۱۰.
- ۱۹- نوری، رضا، فتحی آشتیانی، علی، سلیمی، سیدحسین، آزاد مرزآبادی، اسفندیار، اسماعیلی، علی اکبر. (۱۳۹۰). بررسی برخی از ویژگی های شخصیتی، سلامت عمومی و روانی در سربازان اقدام کننده به خودکشی در یک نیروی نظامی. مجله روانشناسی نظامی. شماره ۵.
- 20- Bittencourt MN, Rodrigues LR, Diniz MA, Ferreira LA, (2012). Dias FA. Quality of life of nursing professionals working in mental health. *Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 105205/01012007].;7(3):672-8.*
- 21- Bohlmeijer, E. Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research, 68(6), 539-544.*
- 22- Chong S-a. (2007). The mental health screening of conscripts for the Singapore armed forces: Rationale, objectives and design. *Military Psychology (172): 12-45.*
- 23- Commission, M. H. (2013). Mental health commission annual report 2012 Including report of the Inspector of mental health services
- 24- Koppel S, Mc G. (1999). Socioeconomic factors that predict psychiatric admissions at a local level. *Psychological medicine, 29(5), 1235-1241.*
- 25- Mccauly M, Hughes j, lieblich-Kalifani H. (2008). Ethical consideration for military clinical psychology :a review of selected literature. *Military Psychology, 7.*
- 26- Rosenfield, S., & Mouzon, D. (2013). Gender and mental health Handbook of the sociology of mental health (pp. 277-296): Springer.
- 27- Schei E. (1994). A strengthening experience? Mental distress during military service: A study of Norwegian army conscripts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 29(1): 40.*
- ۸- سالاری فر، محمدرضا، شجاعی، محمد صادق، موسوی اصل، سید مهدی، دولتخواه، محمد. (۱۳۸۹). بهداشت روانی با نگرش به منابع اسلامی. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. قم.
- ۹- شاکر، علی. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین سبک های دلبستگی و سلامت روانی با سازگاری زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علم و فرهنگ.
- ۱۰- فارسی، ز. جباری مورویی، م. عبادی، ع. (۱۳۸۵). بررسی وضعیت سلامت روانی سربازان مراجعه کننده به یک کلینیک نظامی شهر تهران. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. ۳(۴): ۳۰-۳۳.
- ۱۱- فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۵). آسیب شناسی روانی اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ. انتشارات رسانه تخصصی. تهران.
- ۱۲- فتحی آشتیانی، علی، جعفری کندوان، غلامرضا. (۱۳۹۰). مقایسه سبک زندگی، کیفیت زندگی و سلامت روان کارکنان دو دانشگاه با وابستگی نظامی و غیر نظامی. طب نظامی. بهار. شماره ۱.
- ۱۳- فتحی آشتیانی، علی. داستانی، محبوبه (۱۳۸۹). آزمون های روانشناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. انتشارات بعثت. چاپ سوم.
- ۱۴- فتی، لادن، موتابی، فرشته، شکیب، شیما، باروتی، عصمت. (۱۳۸۷). مؤلفه های هوش هیجانی - اجتماعی به عنوان پیش بینی کننده های سلامت روان. مطالعات روانشناختی. دانشگاه الزهراء (س). شماره ۲.
- ۱۵- گال، ریون. دیوید منگلسدورف، آ. (۱۳۸۱). راهنمای روانشناسی نظامی (ترجمه محمد حسین الیاسی). مؤسسه چاپ و انتشارات دانشگاه امام حسین (ع). تهران.
- ۱۶- مصلی نژاد، لیلا، امینی، میترا. (۱۳۸۳). بررسی ارتباط بین تحصیل و سلامت روانی در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی چهارم. فصلنامه اصول بهداشت روانی. شماره ۲۱ و ۲۲.
- ۱۷- میرزمانی سید محمود. (۱۳۷۸). کاربرد روانشناسی در نیروهای نظامی. چاپ اول. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج) تهران: ۴۱-۴۰.

28- Spector, P. E. (2006) . Industrial and organizational psychology: Research and practice. New York: Wiley.

29- World Health Organization. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence. Summary report a report of the World Health Organization. Department of mental health and Substance.

30-World - health R. (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope, World Health Organization.