

ارزیابی روان‌شناختی سربازان فرماندهی آماد و پشتیبانی در یک واحد نظامی

علی فتحی آشتیانی^{۱*} Ph.D. و عارف سجاده چی^{۲**} M.D.

* دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^ع - پژوهشکده طب رزمی - مرکز تحقیقات علوم رفتاری - تهران - ایران

** فرماندهی آماد و پشتیبانی نیروی زمینی سپاه - معاونت بهداشتی

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۸۳/۱۲/۱۷ تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۴/۵/۴ تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۸۴/۶/۲۴

خلاصه

مقدمه: به منظور دستیابی به تصویری کلی از وضعیت روان‌شناختی سربازان عادی جدیدالورود به فرماندهی آماد و پشتیبانی در یک واحد نظامی و پیشگیری از بروز رفتارهای ناپه‌نجان این تحقیق انجام شده است.

مواد و روش کار: بدین منظور کلیه سربازان ۴ دوره آموزشی پادگان شهید همت روانسر که ۴۱۹۶ نفر بودند، به شیوه نمونه‌گیری سرشماری و به صورت گروهی مورد مطالعه قرار گرفتند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه SCL-90-R و پرسشنامه مشخصات فردی و مصاحبه استفاده به عمل آمد. داده‌های به دست آمده با روش‌های آماری میانگین، انحراف معیار، مجذور کای و آزمون t مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج به دست آمده نشان داد، ۱۶/۲ درصد از نمونه مورد بررسی از لحاظ علایم روان‌شناختی واجد مشکلاتی هستند. افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد، کسانی که یکی از والدین‌شان فوت کرده بود بیشتر از فوت هر دو والد و در قید حیات بودن هر دو والد، و کسانی که سرپرستی خانواده را به عهده داشتند و یا پدرشان فوت شده بود بیشتر از کسانی که پدرشان در قید حیات بود، دارای علایم روان‌شناختی بودند. همچنین نتایج نشان داد که شایع‌ترین نشانه‌ها مربوط به علایم وسواسی - اجباری، سوءظن و بدبینی، حساسیت در روابط بین فردی و شکایت‌های جسمانی است.

بحث: بر اساس یافته‌های این تحقیق، سربازانی که دارای مشکلات روان‌شناختی تشخیص داده شده بودند، مورد مصاحبه قرار گرفته و بر اساس نتایج آزمون و مصاحبه، نحوه ادامه خدمت و به کارگیری آنها به گونه‌ای تعیین گردید که از مشاغل پرخطر دور شوند. لذا توصیه می‌شود، این نکته در به کارگیری سربازان با مشکلات روان‌شناختی مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی روان‌شناختی، سلامت روانی، سرباز، واحد نظامی

مقدمه

اسلامی، درصد بالایی وارد خدمت مقدس سربازی می‌شوند. این جوانان از استان‌های مختلف با فرهنگ‌های متفاوت و از خانواده‌های گوناگون در اماکن نظامی دور هم جمع می‌شوند و مرحله جدیدی از زندگی و مسئولیت‌پذیری خود را آغاز می‌کنند. این دوره جدید در زندگی با همه مزایایی که دارد، با استرس‌های

جامعه امروز ما جامعه جوانی است که بیش از ۳۳ درصد آن را جوانان تشکیل می‌دهند [۱]. بر اساس پیش‌بینی‌های موجود تعداد جمعیت ۱۸ ساله ذکور ایران در سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۵ به ترتیب ۹۵۵، ۸۹۲ و ۸۹۰ هزار نفر خواهد بود [۱]، که از این تعداد برابر قوانین جاری و به منظور نگهداری و صیانت از نظام جمهوری

اطلاعات به فرماندهان در یافتن راه کارهای مناسب، ایجاد تغییرات ضروری در روش‌ها و تهیه برنامه راهبردی زمان‌بندی شده کمک شایانی خواهد کرد و نقش مؤثری در تصمیم‌گیری‌ها خواهد داشت و از پیامدها و تبعات آن گروه از افرادی که مشکلاتشان قابل تشخیص و درمان‌اند، پیشگیری به‌عمل خواهد آورد. با توجه به نکات فوق، در اواخر سال ۱۳۸۰ تصمیم گرفته شد که در حرکتی نو، با استفاده از ابزارهای استاندارد روان‌شناختی کلیه سربازان عادی جدیدالورود به فرماندهی آماد و پشتیبانی نیروی زمینی سپاه (نرسا) را پیش از تقسیم و حضور در واحدهای خدمتی، مورد ارزیابی روان‌شناختی قرار داده، از نتایج حاصل به منظور کسب اهدافی که در پی می‌آید، بهره برده شود.

- تعیین سطح سلامت روانی سربازان در بدو ورود.
- تشخیص سربازانی که از نظر سلامت روانی در معرض خطر قرار دارند.
- پیشگیری از بروز رفتارهای ناهنجار در سربازانی که دارای مشکلات روان‌شناختی‌اند.
- تقسیم و به‌کارگیری مناسب سربازان در مشاغل مختلف.

مواد و روش کار

با هدف ارزیابی روان‌شناختی کلیه سربازان عادی جدیدالورود به فرماندهی آماد و پشتیبانی نرسا پیش از حضور در واحدهای خدمتی، کلیه سربازان آموزشی ۴ دوره که طی سال ۱۳۸۱ در پادگان آموزشی شهید همت روانسر دوره آموزشی را می‌گذراندند ($N = 4196$) با روش سرشماری و به صورت گروهی مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد، پرسشنامه‌های ۱۵۲ نفر (۳/۶ درصد) مخدوش بود و از تعداد نمونه‌ها کم شد. در این تحقیق با توجه به هدف آن از بین ابزارهایی که امکان ارزیابی روان‌شناختی افراد مورد بررسی را فراهم می‌کرد، چک لیست علایم روان‌شناختی (SCL-90-R) انتخاب گردید.

چک لیست علایم روان‌شناختی (SCL-90-R)، دارای ۹۰ سؤال است که توسط دراگوتیس، لیپمن و کووی [۶] ارایه گردیده و بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی مورد تجدید نظر قرار گرفته است [۷، ۸]. این پرسشنامه به طور مکرر در داخل و

زیادی نیز همراه است که از جمله آن می‌توان به جدا شدن از خانواده و سیستم‌های حمایتی، جدا شدن از کسانی که دوستشان داشته، تغییر در عادات روزانه، تغییر در عادات تغذیه، محدودیت در انتخاب و آزادی عمل، انضباط ویژه، زیاد و تحمیلی، تغییر مکان مکرر و اجباری، تغییر در عادات خواب، اضطراب ناشی از عملکرد در برابر انتظارات فوق‌العاده، مشکلات در رابطه با فرمانده یا هم‌قطاران، ترس از برقراری رابطه با دیگران، ناتوانی در حل و برخورد مناسب با مسایل اشاره نمود. این استرس‌های زندگی نظامی، در کنار سختی‌ها و خطرات بالقوه دوره آموزشی و کار نظامی، به‌عنوان عوامل آشکار کننده به یکباره بر سرباز وارد شده و با توجه به استعداد و زمینه قبلی و با توجه به تعریفی که از سلامت ارایه می‌شود و آن را برآیندی از سلامت جسم، سلامت روان و سلامت اجتماعی می‌دانند که در تعامل با یکدیگر عمل می‌کنند [۲]، ممکن است منجر به مشکلات انطباقی شده و شاهد بروز برخی از رفتارها و ناهنجاری‌هایی در سربازان باشیم که نمونه بارز آن اقدام به خودکشی، خودزنی و دیگرزنی است. به عبارت دیگر عدم توانایی در حل مشکلات و برخورد مناسب با آنها ممکن است منجر به مشکلات سازشی شود که خود را به شکل آشفتگی هیجانی، افزایش حساسیت به محرک‌های بیرونی، اضطراب، ناراحتی، تغییرات خلقی و افسردگی نشان می‌دهد [۳]. خودکشی یک عمل اتفاقی و بی‌معنا نیست، بلکه روشی است برای رهایی از یک مسئله یا بحران که شدیداً شخص را رنج می‌دهد [۴]. اگر چه میزان اعتقاد و ایمان فرد در اقدام به این عمل نقش اساسی دارد؛ با این وجود شدت استرس‌های وارده بر فرد، مجرد بودن، بی‌کار بودن، ابتلا به بیماری‌های روانی و اعتیاد نقش اساسی در بروز آن دارد، به گونه‌ای که میزان بروز آن در ماه‌های نخست خدمت بیشتر می‌باشد [۵]. وجود این مسائل بدون تردید برای هر فرماندهی از اهمیت بسزایی برخوردار است و در صدد پیدا کردن راه‌کارهایی برای کنترل و یا کاهش آن می‌باشد. بر این اساس این پژوهش با هدف ارایه تصویری مناسب از وضعیت بهداشت روان سربازان انجام شده است و در صدد آن است تا فرماندهان و دست‌اندرکارانی که پیوسته با مشکلات، نیازها و خواسته‌های آشکار و پنهان آنان روبرو هستند را با گوشه‌ای از حقایق درونی ایشان آشنا نماید. آشنایی با این

ساکن شهرها بودند و از نظر سلامت روانی تفاوت معناداری ($P < 0/01$) با یکدیگر داشتند. بررسی از نظر وضعیت والدین نشان داد که والدین ۹۲/۵ درصد سربازان در قید حیات بودند، ۷ درصد یکی از والدین خود را از دست داده بودند (۵/۲ درصد پدر، ۱/۸ درصد مادر) و ۰/۵ درصد هر دو والد خود را از دست داده بودند و از نظر سلامت روانی تفاوت معناداری ($P < 0/01$) بین آنها وجود داشت. این نتیجه نشان دهنده آن است که میزان علایم روان‌شناختی در افرادی که یکی از والدینشان را از دست داده‌اند (۲۳/۱ درصد)، بیشتر از کسانی است که هر دو والد را از دست داده (۲۰ درصد) و یا هر دو در قید حیات‌اند (۱۵/۷ درصد). از نظر سرپرستی در خانواده، در ۸۴/۶ درصد پدر، ۲/۱ درصد مادر و ۱۳/۳ درصد خود سرباز سرپرستی خانواده را به عهده داشت و از نظر سلامت روانی تفاوت معناداری ($P < 0/01$) بین آنها وجود داشت. این نتیجه بیانگر آن است که میزان علایم روان‌شناختی در کسانی که خودشان سرپرستی خانواده را به عهده دارند (۲۵/۲ درصد) و یا سرپرست خانواده مادر است (۲۳/۱ درصد) بیشتر از حالتی است که پدر سرپرست خانواده می‌باشد (جدول ۱). نتایج به دست آمده از نظر سلامت روانی با توجه به شاخص شدت علایم مرضی (GSI) و انتخاب نقطه برش (میانگین به علاوه یک انحراف معیار) نشان دهنده آن است که ۸۳/۸ درصد از افراد مورد بررسی، فاقد علایم روان‌شناختی و ۱۶/۲ درصد جزو کسانی بودند که با مشکلاتی از نظر مسایل روان‌شناختی روبرو بودند.

تعیین سلامت روانی در نمونه مورد بررسی برحسب ابعاد مختلف در جدول ۲ آمده است. همان طور که ملاحظه می‌شود علایم وسواسی-اجباری (۱۷ درصد)، سوءظن و بدبینی (۱۶/۸ درصد)، حساسیت در روابط بین فردی (۱۶/۷ درصد) و شکایت‌های جسمانی (۱۶/۳ درصد) علایمی هستند که شایع‌تر بوده و میزان آنها بیشتر از حد میانگین در کل نمونه می‌باشد، ولی میزان شیوع سایر علایم کمتر از حد میانگین است. به علاوه نتایج به دست آمده از مقایسه افراد از نظر سلامت روانی (فاقد یا واجد علایم روان‌شناختی) برحسب نقطه برش در شاخص شدت علایم مرضی بیانگر تفاوت معنادار ($P < 0/01$) در همه ابعاد مورد بررسی است.

خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته است و اعتبار آن در خارج از کشور بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و روایی آن بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در تحقیقات داخل کشور بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده است [۹]. در عین حال حساسیت، ویژگی و کارایی این آزمون با اعتبار بالا و به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۸ و ۰/۹۶ گزارش شده است و بدین لحاظ این آزمون می‌تواند به عنوان یک وسیله غربالگری تشخیصی در مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی به طور موفقیت آمیزی به کار رود [۱۰]. پاسخ‌های داده شد به هر یک از سؤال‌های پرسشنامه در مقیاس ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی برحسب شدت آنها، از هیچ تا خیلی زیاد مشخص می‌گردد. ۹۰ سؤال این پرسشنامه ۹ بعد مختلف شکایات جسمانی، وسواسی-اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌گسستگی را در بر می‌گیرد. نمره‌گذاری و تفسیر نمرات پرسشنامه بر اساس سه شاخص ضریب شدت علایم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علایم مرضی به دست می‌آید. پرسشنامه مشخصات فردی دارای سؤال‌هایی راجع به مشخصات فردی، خانوادگی، سوابق بیماری، علایق و مهارت‌ها است. داده‌های به دست آمده با روش‌های آمار توصیفی فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی آزمون مجذور کای و آزمون t مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

از نظر سن، ۶۰/۳ درصد ۱۹ ساله، ۲۲/۳ درصد ۲۰ ساله، ۱۰/۷ درصد ۲۱ ساله و ۶/۸ درصد ۲۲ ساله و بالاتر بودند که از نظر سلامت روانی تفاوت معناداری بین آنها وجود نداشت. از نظر وضعیت تأهل، ۳۷۸۱ نفر (۹۵/۳ درصد) مجرد و ۱۸۷ نفر (۴/۷ درصد) متأهل بودند که از این نظر هم تفاوت معناداری بین آنها وجود نداشت؛ اگر چه میزان علایم روان‌شناختی در افراد متأهل (۲۰/۹ درصد) بیشتر از افراد مجرد (۱۶ درصد) بود. از نظر تحصیلی ۳۳/۷ درصد دیپلم، ۲۵/۵ درصد متوسطه، ۲۹/۴ درصد راهنمایی و ۱۱/۴ درصد در حد ابتدایی بودند که از نظر سلامت روانی تفاوت معناداری ($P < 0/01$) بین آنها وجود داشت. از نظر محل سکونت، ۱۰۷۸ نفر (۲۷ درصد) روستایی و مابقی ۲۹۱۹ نفر (۷۳ درصد)

جدول ۱: بررسی سلامت روانی بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک

سطح معناداری	درجه آزادی	مجذور کای	جمع	شدت علائم مرضی		متغیرها	
				بیمار	سالم		
۰/۲۶	۳	۴/۰۱	۲۴۳۸	۴۱۴	۲۰۲۴	سن	۱۹ ساله
			درصد ۶۰/۳	درصد ۱۷	درصد ۸۳		۲۰ ساله
			۹۰۱	۱۲۸	۷۷۳		۲۱ ساله
			درصد ۲۲/۳	درصد ۱۴/۲	درصد ۸۵/۸		۲۲ و بیشتر
۰/۵۱	۱	۳/۱۲	۳۷۸۱	۶۰۴	۳۱۷۷	وضعیت تأهل	مجرد
			درصد ۹۵/۳	درصد ۱۶	درصد ۸۴		متاهل
۰/۰۰۰۱	۳	۳۲/۲۷	۴۵۹	۱۰۳	۳۵۶	وضعیت تحصیلی	ابتدایی
			درصد ۱۱/۴	درصد ۲۲/۴	درصد ۷۷/۶		راهنمایی
			۱۱۸۸	۱۹۲	۹۹۶		متوسطه
			درصد ۲۹/۴	درصد ۱۶/۲	درصد ۸۳/۸		دیپلم
۰/۰۰۰۱	۱	۱۳/۶۳	۱۰۷۸	۲۱۵	۸۶۳	محل سکونت	روستا
			درصد ۲۷	درصد ۱۹/۹	درصد ۸۰/۱		شهر
۰/۰۱	۲	۱۰/۸۷	۲۰	۴	۱۶	وضعیت والدین	هر دو فوت شده‌اند
			درصد ۰/۵	درصد ۲۰	درصد ۸۰		یکی از والدین فوت شده است
			۲۸۱	۶۵	۲۱۶		هر دو زنده‌اند
۰/۰۰۰۱	۲	۵۲/۸۷	۳۷۰۳	۵۸۱	۳۱۲۲	سرپرستی خانواده	پدر (مادر در قید حیات است)
			درصد ۹۲/۵	درصد ۱۵/۷	درصد ۸۴/۳		مادر (پدر فوت شده است)
			۷۸	۱۸	۶۰		خود فرد
۰/۰۰۰۱	۲	۵۲/۸۷	۴۹۶	۱۲۵	۳۷۱	خود فرد	پدر (مادر در قید حیات است)
			درصد ۱۳/۳	درصد ۲۵/۲	درصد ۷۴/۸		مادر (پدر فوت شده است)

جدول ۲: مقایسه ابعاد سلامت روانی در کل نمونه

ابعاد	گروه‌ها	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
شکایت‌های جسمانی	۱	۳۳۸۲	۸۳/۷	-۰/۷۸	-۰/۴۵	۷۵/۸۴	۴۰۴۱	۰/۰۰۰۱
	۲	۶۶۱	۱۶/۳	۲/۲۴	-۰/۴۳			
وسواسی- اجباری	۱	۳۳۵۶	۸۳	-۰/۹۸	-۰/۴۴	۷۲/۷۲	۴۰۴۲	۰/۰۰۰۱
	۲	۶۸۸	۱۷	۲/۳۱	-۰/۳۷			
حساسیت در روابط بین فردی	۱	۳۳۷۰	۸۳/۳	-۰/۷۹	-۰/۴۲	۷۲/۵۹	۴۰۴۲	۰/۰۰۰۱
	۲	۶۷۴	۱۶/۷	۲/۰۷	-۰/۳۹			
افسردگی	۱	۳۳۸۰	۸۵/۳	-۰/۷۶	-۰/۴۶	۷۰/۶۸	۳۹۶۱	۰/۰۰۰۱
	۲	۵۸۳	۱۴/۷	۲/۲۱	-۰/۴۴			
اضطراب	۱	۳۴۲۱	۸۴/۶	-۰/۶۰	-۰/۴۱	۷۸/۴۵	۴۰۴۰	۰/۰۰۰۱
	۲	۶۲۱	۱۵/۴	۲/۰۷	-۰/۵۰			
پرخاشگری	۱	۳۳۹۲	۸۳/۹	-۰/۶۶	-۰/۴۶	۸۰/۶۴	۴۰۴۱	۰/۰۰۰۱
	۲	۶۵۱	۱۶/۱	۲/۳۵	-۰/۶۰			
ترس مرضی	۱	۳۴۲۲	۸۴/۶	-۰/۳۴	-۰/۲۹	۸۵/۶۸	۴۰۴۲	۰/۰۰۰۱
	۲	۶۲۲	۱۵/۴	۱/۶۳	-۰/۵۳			
سوءظن و بدبینی	۱	۳۳۶۳	۸۳/۲	-۰/۹۹	-۰/۴۸	۶۶/۶۱	۴۰۴۱	۰/۰۰۰۱
	۲	۶۸۰	۱۶/۸	۲/۳۱	-۰/۴۲			
روان گسستگی	۱	۳۴۲۲	۸۴/۶	-۰/۴۷	-۰/۳۴	۷۹/۰۳	۴۰۳۹	۰/۰۰۰۱
	۲	۶۱۹	۱۵/۴	۱/۷۴	-۰/۴۷			
شاخص شدت کلی علائم مرضی (GSI)	۱	۳۳۸۴	۸۳/۷	-۰/۷۵	-۰/۳۵	۷۶	۴۰۴۲	۰/۰۰۰۱
	۲	۶۶۰	۱۶/۳	۱/۹۲	-۰/۳۷			
جمع علائم مرضی (PST)	۱	۳۲۷۳	۸۱/۴	-۰/۳۳	۱۴/۹۴	۶۰/۳۷	۴۰۱۹	۰/۰۰۰۱
	۲	۷۴۸	۱۸/۶	۷۲/۸۷	۶/۵۰			
معیار ضریب ناراحتی (PSDI)	۱	۳۴۳۰	۸۴/۹	-۰/۶۲	-۰/۳۱	۷۱/۶۷	۴۰۳۸	۰/۰۰۰۱
	۲	۶۱۰	۱۵/۱	۲/۶۳	-۰/۳۴			

۱ = فاقد علائم روان‌شناختی (کمتر از M+1Sd)

۲ = واجد علائم روان‌شناختی (بیشتر از M+1Sd)

بحث

افزون بر آن میزان علائم روان‌شناختی در سربازانی که یکی از والدینشان را از دست داده‌اند، بیشتر از کسانی است که هر دو والد را از دست داده یا هر دو زنده‌اند؛ که این نتیجه با عقل سلیم کاملاً منطبق است و مربوط می‌شود به نیازها و وابستگی‌هایی که پس از فوت یک والد مطرح می‌شود و نگرانی‌هایی که معمولاً یک فرزند به ویژه در فرهنگ ما نسبت به این فقدان از خود نشان می‌دهد. این تحلیل با نتیجه‌ای که در رابطه با فوت هر دو والد به دست آمده است نیز به خوبی نمایان است. علاوه بر نتایج فوق، این تحقیق نشان داد وقتی سرپرستی خانواده با سرباز است میزان بروز علائم

افزایش میزان علائم روان‌شناختی در افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد بر خلاف اپیدمیولوژی رایج در بیماری‌هاست. چرا که به طور معمول، متغیر تأهل باعث کاهش میزان علائم روان‌شناختی و متغیر مجرد موجب افزایش آن است [۴]؛ ولی در این تحقیق، به نتایج معکوسی دست یافته‌ایم که می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد که از جمله آن می‌توان به دلالتگی و دوری از یار و دیار، نگرانی از این که مبادا مشکلی برای همسرش به وجود آید و نگرانی از این که مبادا مشکلی برای خودش به وجود آید، اشاره کرد.

بستری مناسب برای خوب کار کردن، خوب زیستن و خوب بودن است. بدین منظور دست اندرکاران بهداشت روانی در نیروهای نظامی ناچار از اجرای موارد زیر می‌باشند:

- داشتن برنامه‌ای منسجم جهت ارتقاء سطح بهداشت روان سربازان.

- اتخاذ تدابیر پیشگیرانه و تشخیص زود هنگام در مورد افرادی که مشکلات روان‌شناختی دارند، با توجه به این که مشکلات در ماه‌های اول دوره خدمت بیشتر است.

- ایجاد امکانات لازم به منظور ارائه خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای به سربازان.

- تهیه بانک اطلاعات سلامت روان نیروها، به منظور پیشگیری، تشخیص و درمان به موقع در مورد افراد با ریسک بالا.

علاوه بر آن پیشنهاد می‌شود در صورت امکان:

- محل خدمت سرباز با محل زندگی او در یک جا و یا نزدیک به هم باشد.

- شرایطی فراهم شود تا امکان دسترسی و تماس با خانواده آسان باشد.

- فاصله بین مرخصی‌ها کوتاه باشد تا از بروز دلتنگی‌های شدید جلوگیری به عمل آید.

- برای سربازانی که متأهل هستند و یا سرپرستی خانواده را به عهده دارند تسهیلات بیشتری وجود داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق کمک شایان توجهی نمودند به ویژه از فرماندهی و معاونت محترم نیروی انسانی آماد و پشتیبانی نرسا صمیمانه تشکر می‌نمایم.

روان‌شناختی در دوره سربازی به طور معناداری بیشتر از زمانی است که سرپرستی خانواده با پدر است و این نتیجه نشان دهنده نگرانی‌ها از عدم ایفای نقش به طور صحیح از سوی فرد در قبال سایر اعضای خانواده است.

در رابطه با نتیجه به دست آمده از میزان بروز علائم روان‌شناختی، می‌توان گفت نتیجه به دست آمده با توجه به شرایطی که نمونه‌ها داشته‌اند خیلی دور از انتظار نیست و با نتایج برخی از تحقیقاتی [۱۱، ۱۲] که از ابزار مشابه با این تحقیق استفاده کرده‌اند کاملاً هم‌خوانی دارد ولی با نتایج برخی دیگر ناهمخوان است. در این گروه، نتیجه این تحقیق بیشتر از نتایجی است که برخی از تحقیقات [۱۰، ۱۳] به دست آورده‌اند و کمتر از نتایجی است که در برخی دیگر از تحقیقات [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷] به دست آمده است. علت این عدم هم‌خوانی و تفاوت متعدد است که از جمله آنها می‌توان به زمان اجرا، مکان اجرا، نمونه و شیوه نمونه‌گیری، متغیر سن و جنس اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

تلاش برای آگاهی از سطح بهداشت روان نظامیان به ویژه سربازان امری ضروری است؛ چرا که، امروزه بیماری‌ها و اختلالات روانی رفته رفته به‌عنوان اصلی‌ترین علت ناتوانی‌های نظامی مطرح می‌شوند. رویارویی با مشکلات روانی نیز کاری گروهی است و نیازمند همکاری و همیاری بین فرماندهان از یک سو و روان‌شناسان، روانپزشکان و مسئولین نیروی انسانی از سوی دیگر است. لذا، بر اساس نتایج به دست آمده از این تحقیق می‌توان گفت هدف از تنظیم و به‌کارگیری برنامه‌های بهداشت روان مثل ارزیابی روان‌شناختی سربازان در بدو ورود به خدمت، در حقیقت ایجاد

منابع

- 5- Martlunen M, Henrikson M, Pelkonen S, Scheoderus M and Lonngvist J. Suicide among military conscripts in Finland : A psychological autopsy study. Mil Med 1997;162(1):14-18.
- 6- Derogatis LR. Symptom Cecklist - 90 -R. Minneapolis National Computer System. Inc; 1994. p.1-25
- 7- Derogatis LR. SCL-90-R : Administration, Scoring and Procedures Manual II. Baltimore. Clinical Psychometric Research 1983. p.1-20.

- ۱- سازمان ملی جوانان، بررسی پدیده خودکشی جوانان. انتشارات مؤسسه فرهنگی اهل قلم ۱۳۸۲؛ شماره ۱۸. صفحه: ۱۲.
- 2- Curtis AJ. Health Psychology, london: Routledge; 2000.p.2-12.
- 3- Florkowski A, Gruszczynski W and Wawrzyniak Z. Evaluation of psychopathology factors and origin of suicides committed by soldiers. J Mil Med 2001;166(1):44-47.
- ۴- کاپلان ه، سادوک ب و گرب ج. خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری. ترجمه نصرت الله پور افکاری. تهران شهراب ۱۳۷۶. صفحات: ۲۲۷-۲۳۰.



۱۴- فتحی آشتیانی علی، سلیمی سیدحسین، کاتب زهرا، ثابتی زهرا، ملازمانی علی، احمدی خدابخش و همکاران. ضرورت بررسی سطح سلامت روانی در گزینش نیروی انسانی. مجله طب‌نظامی ۱۳۸۳؛ سال ششم، شماره ۲، صفحات: ۷۷-۸۲.

15- Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE and Gerber PO. The prevalence of psychiatry disorders in a primary care practice. Archives of General Psychiatry 1988;45:1100-1106.

16- Hollifield M, Laton W, Spin D and pule L. Anxiety and depression in a village of Lesoto: A comparison with the United States. British Journal of Psychiatry 1990;156:343-350.

17- Roca M, Gili M, Ferre V, Bernardo M, Montano JJ, Salva JJ et al. Mental disorders on the island of Formentera: Pervallence in general population using the schedules for clinical assessment in Neuropsychiatry. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;348:410-415.

8- Derogatis LR, Lipman RS and Covi L. SCL- 90-R: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. Psychopharmacology Bulletin 1973;9(1):13-27.

۹- همایی رضوان. بررسی رابطه استرس و سلامت روانی دختران دانشگاه اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران ۱۳۷۹. صفحه: ۱۲۴.

۱۰- باقری یزدی سیدعباس، بوالهیری جعفر و شاه محمدی داود. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی. مجله اندیشه و رفتار ۱۳۷۳. شماره ۱. صفحات: ۳۲ - ۴۱.

۱۱- جاویدی حجت‌اله. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در فارس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۲. صفحات: ۹ - ۱۰.

۱۲- چگینی سودابه. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در شهر قم. پایان‌نامه بهداشت عمومی (MPH). دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۹. صفحه: ۸.

۱۳- افشاری‌منفرد ژاله، باقری‌یزدی سیدعباس و بوالهیری جعفر. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه‌کنندگان درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. مجله طب و تزکیه ۱۳۷۶. شماره ۲۶، صفحات: ۱۰ - ۱۵.