

## ضرورت بررسی سطح سلامت روانی در گزینش نیروی انسانی در سپاه

علی فتحی آشتیانی Ph.D.، سید حسین سلیمی Ph.D.، زهرا کاتب B.Sc.، زهرا ثابتی B.Sc.

علی ملازمانی M.Sc.، خدابخش احمدی Ph.D. و اسفندیار آزاد M.Sc.

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج» - پژوهشکده طب رزمی - مرکز تحقیقات علوم رفتاری - تهران - ایران

### خلاصه

**مقدمه:** این مقاله بخشی از نتایج یک پژوهش است که با هدف بررسی سطح سلامت روانی در گزینش نیروی انسانی سپاه در سال ۱۳۸۰ انجام شده است.

**روش کار:** بدین منظور ۴۳۰ نفر از افرادی که تازه وارد سپاه شده و دوره آموزشی را طی می‌کردند از نیروهای زمینی، هوایی، دریایی، مقاومت، قدس و دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج» به‌طور تصادفی انتخاب و با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی و چک لیست علایم مرضی (SCL-90-R) مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های به‌دست آمده با آزمون T، تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون کمترین اختلاف معنی‌دار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج به‌دست آمده بیانگر آن است که میانگین سن افراد مورد مطالعه ۲۱/۸۵ سال و انحراف معیار آن ۳/۰۷ می‌باشد. از نظر سلامت روانی، بیشترین مشکلات در کل نمونه مربوط به سوءظن و بدبینی، حالت‌های وسواسی-اجباری و حساسیت در روابط متقابل و کمترین آن‌ها مربوط به ترس مرضی، پرخاشگری، شکایت‌های جسمانی و اضطراب بود. به‌علاوه میانگین جمع علایم مرضی در کل نمونه ۲۸/۷۲ و انحراف معیار آن ۱۸/۵۳ بود. در این رابطه بیشترین علایم مربوط به افراد جذب شده توسط نیروی زمینی و کمترین آن مربوط به دانشگاه بود که تفاوت معنی‌داری از این لحاظ بین گروه‌های مورد نظر وجود داشت. همچنین با توجه به نقطه برش برای سلامت روانی، ۸۱/۹ درصد به‌عنوان افراد سالم و ۱۸/۱ درصد به‌عنوان افرادی که با مشکلاتی از لحاظ سلامت روانی روبه‌رو بودند شناخته شدند.

**بحث:** نتایج مقایسه این دو گروه بر اساس خرده مقیاس‌های پرسشنامه SCL-90-R بیانگر تفاوت معنی‌دار در همه موارد بود. نتایج به‌دست آمده نشان دهنده ضرورت بررسی سطح سلامت روانی در گزینش نیروی انسانی است. لذا، بر اساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد، سطح سلامت روانی مورد توجه بیشتر مسئولین گزینش قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** گزینش نیروی انسانی، سلامت روانی، کارکنان سپاه، نیروهای پنجگانه

### مقدمه

فرد برای مقابله با محیطی که در آن بسر می‌برد اطلاق می‌گردد. سلامت روانی به‌عنوان بخش مهمی از مفهوم کلی سلامت، استعداد ایجاد روابط موزون با دیگران، استعداد شرکت در تغییرات محیط

از نظر سازمان بهداشت جهانی [۲ و ۱] سلامت، حالت خوب بودن کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی است. در دائرةالمعارف بریتانیا [۳]، سلامت به توان مستمر جسمی، هیجانی، ذهنی و اجتماعی

به منظور ارتقاء سطح سلامت و بهزیستی کارکنان، یکی از اهداف مهم هر سازمانی است. در این خصوص، ارزیابی سطح سلامت کارکنان در نیروهای مسلح از جمله سپاه به‌خاطر مأموریت‌های ویژه و استرس‌هایی که در عملیات‌های نظامی تجربه می‌کنند از اهمیت بیشتری برخوردار است. از آنجا که سلامت روانی فرد با پیشگویی رفتار آینده فرد در شغل مورد نظر ارتباط دارد، این طرح با هدف تعیین و مقایسه بررسی سطح سلامت روانی افرادی که تازه به استخدام سپاه در آمده‌اند انجام شده است و درصدد پاسخگویی به این سؤال است که سطح سلامت روانی افراد جذب شده چقدر است و آیا تفاوتی از این نظر بین افراد جذب شده در گروه‌های مورد مطالعه وجود دارد؟.

## روش

این تحقیق یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع گذشته‌نگر است. جامعه آماری شامل کلیه افرادی است که در سال ۱۳۸۰ به عضویت سپاه در آمده‌اند. از بین این افراد با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۴۳۰ نفر که مراحل گزینش را طی کرده و دوره آموزشی را می‌گذراندند از نیروی زمینی، هوایی، دریایی، مقاومت، قدس و دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... «عج» به‌طور تصادفی انتخاب و با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی و چک لیست نشانه‌های مرضی SCL-90-R مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه مشخصات فردی شامل سن، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، محل تحصیل، سابقه بسیجی، سابقه شغل و غیره بود. پرسشنامه SCL-90-R دارای ۹۰ سؤال است که توسط دراگوتیس، لیپمن و کووی [۹] ارایه گردیده و بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی مورد تجدید نظر قرار گرفته است [۱۰، ۱۱]. این پرسشنامه به‌طور مکرر در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته است و اعتبار آن در خارج از کشور بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و در داخل کشور بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده است. پاسخ‌های داده شد به هر یک از سؤال‌های پرسشنامه در مقیاس ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی، 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 پارانوییدی

اجتماعی و مادی و استعداد کمک به ایجاد تغییرات به‌شیوه سازنده است. به‌علاوه حد‌اعلای سلامت روانی را قابلیت تطابق، مقابله و غلبه بر انواع استرس‌های زندگی روزمره، توانایی حرکت در جهت اهداف خود به‌صورت خلاق، احساس ارزشمندی به‌عنوان عضوی از جامعه، احساس مسئولیت در قبال دیگران و هر چیز ارزشمند در فرهنگ و اجتماع خاص می‌دانند. همچنین برخی معتقدند خوب بودن واقعی، فرایند قادر بودن همراه با داشتن یک زندگی خوب را منعکس می‌کند؛ مثل کنترل داشتن بر زندگی خود تا قادر بودن در انتخاب آنچه که می‌خواهد انجام دهد یا آنچه که می‌خواهد باشد. قادر بودن بر رشد استعدادهای خود و خودمختاری برای گسترش و اظهار این کیفیت‌ها [۴]. آنچه که در سلامت روانی بیش از همه مورد نظر است، احترام به شخصیت و حیثیت انسانی است و تا هنگامی که حیثیت و احترام فرد برقرار نشود، سلامت فکر و تعادل روان و بهبود روابط انسانی معنا و مفهومی نخواهد داشت [۵]. با توجه به موارد فوق بررسی‌های مربوط به سلامت بهتر است به‌گونه‌ای طراحی شوند که برای انواع شرایط سلامت مناسب باشند تا بازخوردها، باورها و رفتارها در نتیجه آن تغییر کنند [۶].

سلامت روانی ارتباط نزدیکی با عملکرد و رضایت شغلی دارد [۷]. در سازمان‌های بزرگ مانند نیروهای نظامی که سالانه صدها نفر به استخدام درمی‌آیند، انتخاب افراد واجد سلامت روانی از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. استخدام افراد سالم در وهله اول می‌تواند منابع اقتصادی بین ۶ تا ۲۰ درصد را نصیب سازمان نماید و در وهله بعد می‌تواند به کاهش غیبت، کناره‌گیری و اخراج ناشی از افزایش سطح رضایت‌مندی آنان منجر شود [۷]. به‌نظر می‌رسد، دارا بودن سطح سلامت روانی عنصر مهمی برای پذیرش فرد در سازمان، انتخاب نوع فعالیت و نیز امکان تداوم فعالیت آن را ارزیابی و پیش‌بینی می‌کند. در تحقیقی که روی متقاضیان ورود به ارتش در طی دوره آموزش صورت گرفت، نشان داد؛ ویژگی‌های روانشناختی همچون اتکاء به خود و عزت‌نفس با انجام مسئولیت‌های نظامی همبستگی مثبت دارند [۸]. به‌علاوه، افرادی که تجارب فرسودگی کمتری را نشان می‌دادند نیز در مقایسه با گروه کنترل موفقیت بیشتری را در دوره آموزش نظامی از خود نشان دادند. بررسی مستمر سطح سلامت‌روانی و جسمانی کارکنان

۲۸/۷۲ و انحراف معیار ۱۸/۵۳ می‌باشد و بیشترین علائم در کارکنان نیروی هوایی، مقاومت و زمینی وجود دارد. (جدول ۱). به‌علاوه به‌منظور بررسی اختلاف بین میانگین‌ها از روش تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده است.

نتایج بیانگر آن است که بین میانگین گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ میزان علائم مرضی تفاوت معنی‌دار ( $p < 0.001$ ) وجود دارد. برای تعیین این‌که بین کدام یک از میانگین‌ها در گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ جمع علائم مرضی تفاوت وجود دارد، از آزمون LSD استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: مقایسه اختلاف میانگین‌ها در رابطه با جمع علائم مرضی (PSD)

	زمینی		هوایی	
	۳/۹۶	۵/۹۶*	۹/۶۵**	۲/۹۶
گروه‌ها				
هوایی				
دریایی	۱/۲۹	۲/۶۸	۶/۹۷*	۱۱/۷۳**
مقاومت	۱۷/۴۲**	۲۱/۳۸**	۱۸/۷۰**	۱۲/۵۵**
قدس	۱۸/۲۳**	۲۲/۱۹**	۱۹/۵۲**	۰/۸۱**
دانشگاه				

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، بین میانگین اکثر گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ سطح سلامت روانی، بر اساس جمع علائم مرضی تفاوت معنی‌دار در سطح  $p < 0.05$  تا  $p < 0.01$  وجود دارد. با این وجود بین نتایج به‌دست آمده از مطالعه افراد در نیروهای هوایی و مقاومت با نیروی زمینی و بین نیروی مقاومت و نیروی هوایی و بین دانشگاه و نیروی قدس تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. به‌منظور تمایز بین افراد سالم و بیمار بر اساس جمع علائم مرضی با توجه به تعیین نقطه برش برای سلامت و یا عدم سلامت روانی بر اساس میانگین و انحراف معیار ( $M+1SD$ )، ۸۱/۹ درصد از افراد مورد مطالعه دارای سلامت روانی و حدود ۱۸/۱ درصد فاقد ملاک‌های مورد نظر برای سلامت روانی به‌طور کلی تشخیص داده شدند. البته توزیع این ۱۸/۱ درصد در گروه‌های مختلف متفاوت است (جدول ۳).

(سوءظن و بدبینی) و روان‌گسستگی را در بر می‌گیرد. نمره‌گذاری و تفسیر نمرات پرسشنامه بر اساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی به‌دست می‌آید. داده‌های به‌دست آمده با روش‌های آماری از جمله: آزمون T و تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون کمترین اختلاف معنی‌دار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## نتایج

نتایج به‌دست آمده بیانگر آن است که میانگین سن در نمونه مورد مطالعه ۲۱/۸۵ سال و انحراف معیار آن ۳/۰۷ می‌باشد. جوان‌ترین گروه مربوط به نیروی دریایی ( $M=20.07$  و  $Sd=1.48$ ) و مسن‌ترین آن‌ها مربوط به نیروی مقاومت ( $M=25$  و  $Sd=2.41$ ) می‌باشد (جدول ۱). از نظر وضعیت تأهل ۸۵/۷ درصد مجرد، مابقی متأهل بودند. از نظر تحصیلات ۲۰/۷ درصد زیر دیپلم، ۶۰/۵ درصد دیپلم، ۶/۵ درصد فوق دیپلم و ۱۱/۹ درصد لیسانس بودند.

جدول ۱: شاخص‌های آماری گروه‌های مورد مطالعه بر اساس جمع علائم

مرضی (PST)

شاخص‌ها گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
تعداد	۱۰۶	۵۸	۱۰.۶	۶۰	۶۵
میانگین	۳۴/۴۵	۳۸/۴۱	۲۸/۷۷	۲۵/۷۴	۱۷/۰۴
انحراف معیار	۱۷/۰۷	۱۹/۴۵	۱۵/۰۴	۱۹/۵۲	۱۳/۲۱
حداقل نمره	۱	۴	۰	۲	۰
حداکثر نمره	۷۱	۸۰	۶۰	۸۶	۵۱

نتایج به‌دست آمده از بررسی وضعیت سلامت روانی در گروه‌های مورد مطالعه بیانگر آن است که بیشترین مشکلات مربوط به سوءظن و بدبینی، حالت‌های وسواسی-اجباری و حساسیت در روابط متقابل است و کمترین آن‌ها ترس مرضی، پرخاشگری، شکایت جسمانی و اضطراب است. به‌علاوه نتایج به‌دست آمده از جمع علائم مرضی در یک مقیاس صفر تا ۹۰، نشانگر میانگین

جدول ۳: توزیع نمونه مورد بررسی بر حسب جمع علائم مرضی و نقطه برش

کل نمونه	دانشگاه		قدس		مقاومت		دریایی		هوایی		زمینی		نیروها	
	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	نقطه برش ↓ شاخص ←	
۸۱/۹	۳۵۲	۹۲/۶	۷۵	۹۶/۵	۵۵	۶۸/۲	۴۵	۹۱/۷	۵۵	۶۸/۳	۴۱	۷۶/۴	۸۱	M+1SD کمتر از
۱۸/۱	۷۸	۷/۴	۶	۳/۵	۲	۳۱/۸	۲۱	۸/۳	۵	۳۱/۷	۱۹	۲۳/۶	۲۵	M+1SD بیشتر از
۱۰۰	۴۳۰	۱۰۰	۸۱	۱۰۰	۵۷	۱۰۰	۶۶	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۱۰۶	مجموع

وسواسی- اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان گسستگی، شاخص شدت علائم، جمع علائم مرضی و معیار ضریب ناراحتی تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد.

به منظور تعیین تفاوت‌های موجود بین دو گروه از لحاظ سلامت روانی در خرده مقیاس‌های مورد نظر جدول ۴ تنظیم شد. همان طور که در این جدول مشاهده می‌شود، بین دو گروه در همه موارد تفاوت معنی دار وجود دارد. یعنی، از لحاظ شکایت جسمانی،

جدول ۴: مقایسه دو گروه از نظر سلامت روانی در خرده

شاخص‌ها خرده مقیاس‌ها ↓ ←	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	آزمون همسانی واریانس‌ها			آزمون T (همسانی میانگین‌ها)			
				F	سطح احتمال	واریانس‌ها	ارزش T	درجه آزادی	سطح معنا داری	خطای استاندارد تفاوت
شکایت جسمانی	۱	۲/۹۱	۳/۲۴	۲۲/۹۲	۰/۰۰۰۱	همسان	۹/۲۵	۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵
	۲	۷/۰۸	۴/۵۲			ناهمسان	۷/۴۴	۸۶/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
وسواسی - اجباری	۱	۵/۵۱	۳/۹۸	۹/۱۷	۰/۰۰۰۳	همسان	۱۲/۰۲	۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵
	۲	۱۲/۰۸	۵/۲۷			ناهمسان	۱۰/۰۱	۸۸/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
حساسیت در روابط متقابل	۱	۵/۰۵	۴/۲۶	۰/۰۱	۰/۸۹	همسان	۹/۲۰	۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵
	۲	۱۰/۱۳	۴/۲۸			ناهمسان	۹/۱۷	۱۰۱/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵
افسردگی	۱	۴/۱۵	۳/۹۰	۴۵/۵۷	۰/۰۰۰۱	همسان	۱۰/۵۱	۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
	۲	۱۰/۲۴	۶/۶۳			ناهمسان	۷/۵۳	۸۱/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
اضطراب	۱	۲/۹۸	۵/۶۰	۶/۵۴	۰/۰۱	همسان	۶/۵۰	۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲
	۲	۷/۶۴	۵/۲۰			ناهمسان	۶/۸۲	۱۰۷/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
پر خاشگری	۱	۱/۴۰	۱/۷۰	۴۶/۷۵	۰/۰۰۰۱	همسان	۹/۴۶	۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵
	۲	۳/۷۸	۲/۸۴			ناهمسان	۶/۸۵	۸۱/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵
ترس مرضی	۱	۱/۴۴	۱/۷۹	۳۸/۴۶	۰/۰۰۰۱	همسان	۸/۰۴	۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶
	۲	۳/۵۱	۲/۷۹			ناهمسان	۶/۰۵	۸۳/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴
افکار پارانوئیدی	۱	۴/۱۶	۳/۲۱	۰/۷۲	۰/۳۶	همسان	۶/۱۸	۴۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
	۲	۶/۷۵	۳/۳۶			ناهمسان	۵/۹۹	۹۹/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳
روان گسستگی	۱	۴/۰۹	۳/۲۱	۱۸/۶۳	۰/۰۰۰۱	همسان	۱۱/۲۳	۴۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵
	۲	۹/۱۳	۴/۷۳			ناهمسان	۸/۷۴	۸۴/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
شاخص شدت علائم	۱	۰/۳۸	۰/۲۶	۲۶/۷۲	۰/۰۰۰۱	همسان	۱۲/۶۷	۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۳
	۲	۰/۸۸	۰/۴۴			ناهمسان	۹/۱۷	۸۰/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵
جمع علائم مثبت	۱	۲۲/۶۳	۱۳/۲۰	۱۷/۲۹	۰/۰۰۰۱	همسان	۲۲/۱۰	۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۱/۶۴
	۲	۵۸/۹۲	۹/۲۰			ناهمسان	۳۷/۹۴	۱۳۵/۵۲	۰/۰۰۰۱	۱/۳۰
معیار ضریب ناراحتی	۱	۱/۴۲	۰/۴۳	۰/۱۱	۰/۷۳	همسان	۲/۱۱	۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵
	۲	۱/۵۳	۰/۳۹			ناهمسان	۲/۲۵	۱۰۷/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵

۲ = گروه با شاخص عدم سلامت روانی

۱ = گروه با شاخص سلامت روانی

## بحث

[۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵] همخوانی دارد و با برخی دیگر [۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹] ناهمخوان است. این نتیجه در مقایسه با نتایج سایر تحقیقاتی که در کشورهای دیگر انجام شده و میزان شیوع علائم اختلالات روانی را از ۱۶/۶ تا ۳۰ درصد برآورد کرده اند نیز با برخی از این تحقیقات [۲۰، ۲۱، ۲۲] همخوان و با برخی دیگر ناهمخوان [۲۳، ۲۴] می‌باشد. وجود تفاوت در نتایج به دست آمده را می‌توان به عوامل متعددی نسبت داد. اولین نکته در بررسی این تفاوت مربوط به ابزار مورد استفاده است. با توجه به این که در این پژوهش از پرسشنامه

نتایجی که از کل نمونه مورد بررسی در رابطه با سلامت روانی به دست آمده است با توجه به نقطه برش در ارتباط با جمع علائم مرضی بیانگر آن است که ۱۸/۱ درصد از افراد مورد بررسی دارای علائم مرضی قابل توجه بوده و در ردیف کسانی قرار می‌گیرند که واجد مشکلات روان‌شناختی هستند. این نتیجه با نتایج تحقیقات انجام شده در ایران که میزان شیوع علائم اختلالات روانی را از ۱۲/۵ تا ۲۶/۹ درصد برآورد کرده‌اند در برخی از موارد

گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ علایم مرضی، غیر عادی بوده و با توجه به این‌که اجرا و مجریان تقریباً در همه موارد مشابه بوده است، وجود این تفاوت‌ها را باید به عوامل دیگری از جمله عدم صداقت در پاسخگویی به سؤال‌ها و سعی در بهتر جلوه دادن خود، ترس از پذیرفته نشدن و غیره نسبت داد، علی‌رغم این‌که قبل از اجرا، مجریان کاملاً افراد را راجع به این‌که این کار یک کار پژوهشی است و ارتباطی به قبول یا رد شدن آن‌ها ندارد توجیه کرده بودند. در رابطه با نوع علایم مرضی، در کل نمونه، بیشترین مشکلات مربوط به مقیاس‌های افکار پارانوئیدی (سوءظن و بدبینی)، حالت‌های وسواسی - اجباری و حساسیت در روابط متقابل است و کمترین علایم مربوط به ترس مرضی، پرخاشگری، شکایت‌های جسمانی و اضطراب می‌باشد، که این نتیجه با نتایج برخی تحقیقات [۱۱،۱۲،۱۳] همخوانی دارد. شاید بتوان عوامل مستعد کننده برخی از علایم در افراد مثل افکار سوءظن و بدبینی، حالت‌های وسواسی - اجباری و حساسیت در روابط متقابل که در این تحقیق و همخوان با آن در تحقیقات دیگر به آن اشاره شده است را به عوامل فرهنگی و اجتماعی نسبت داد که با تغییر آن‌ها بتوان به بهداشت روانی افراد کمک نمود.

### نتیجه‌گیری

اگر چه نتایج به‌دست آمده از این تحقیق تفاوت معنی‌داری با نتایجی که از سایر تحقیقات در این زمینه انجام شده است ندارد ولی با توجه به حساسیت سازمان‌های نظامی به‌ویژه سپاه که پاسدار نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران می‌باشد، انتظار می‌رود در گزینش نیروی انسانی، توجه بیشتری به مسأله سلامت روانی افراد داوطلب استخدام صورت گیرد و افرادی جذب این سازمان شوند که دارای کمترین مشکل از نظر سلامت روانی باشند. به‌علاوه با توجه به تفاوت معنی‌دار بین نیروهای جذب شده در گروه‌های مورد مطالعه، به‌نظر می‌رسد استفاده از آزمون‌های روانشناختی با هدف افزایش و بالابردن عملکرد فرد و سازمان، یک‌دست و یکنواخت نمودن ملاک‌ها و معیارهای مورد نظر و جلوگیری از اعمال نظرهای شخصی و ذهنی، بتواند کمک شایان توجهی در گزینش نیروی انسانی نماید و به انتخاب بهترین و شایسته‌ترین افراد از بین داوطلبان منجر شود.

SCL-90-R استفاده شده است و این پرسشنامه علایم ۹ اختلال را می‌سنجد، نتیجه بدست آمده با نتایج تحقیقاتی که از این ابزار به‌ویژه در ایران استفاده کرده‌اند، همخوانی دارد. ولی در مطالعاتی که از پرسشنامه GHQ استفاده نموده‌اند و این پرسشنامه علایم ۴ نوع اختلال را می‌سنجد، ناهمخوان می‌باشد. این نتیجه بیانگر آن است که شاید مهمترین علت در بروز تفاوت در نتایج در وهله اول مربوط به ابزار مورد استفاده و در وهله بعد به شیوه انتخاب نمونه، تفاوت‌های فرهنگی - اجتماعی و زمان اجرای پژوهش باشد.

در ارتباط با نتیجه به‌دست آمده به‌طور کلی می‌توان گفت اولاً با توجه به وضعیت ژنتیکی و شرایط اجتماعی - اقتصادی و وجود استرس‌های مختلفی که فرد را احاطه کرده است؛ چنین نتیجه‌ای دور از انتظار نیست و می‌توان گفت بجز جنبه‌های ژنتیکی، کمتر کسی است که به‌طور روزمره هیچ‌گونه استرسی را تجربه نکند و یا هیچ رنجی نداشته باشد، حتی گروهی را که ما به‌عنوان افراد سالم و فاقد علایم مرضی معرفی کردیم، در همین ردیف قرار می‌گیرند. علاوه بر آن به‌نظر می‌رسد، شرایط خاص این افراد (تازه به‌استخدام در آمدن) و تقریباً بلافاصله در معرض ارزیابی قرارگرفتن توسط دیگران، آن‌هم با آزمون‌های روان‌شناختی به این مسأله دامن زده و علایم را تشدید نموده است. افزون بر موارد فوق، مقایسه دو گروه با عنوان واجد سلامت روانی و فاقد آن، نشان دهنده تفاوت معنی‌دار در همه مقیاس‌ها مورد مطالعه است. این نتیجه می‌تواند بیانگر این مسأله باشد که تعیین نقطه برش برای تمایز بین دو گروه، درست بوده و توانسته دو گروه کاملاً متفاوت از یکدیگر را به لحاظ سلامت روانی از یکدیگر مجزا نمایند. به‌عبارت دیگر گروهی که با عنوان عدم سلامت روانی مشخص شده‌اند، از لحاظ مقیاس‌های مورد نظر در حدی هستند که کاملاً متفاوت از گروه دیگر بوده و می‌توان آن‌ها را به‌عنوان افرادی که نباید جذب می‌شدند و یا در درک دستورالعمل آزمون با مشکل رو به رو بوده و یا این‌که شرایط اجرای آزمون برایشان مناسب نبوده در نظر گرفت. در هر صورت وقتی که احساس می‌شود این افراد نباید جذب می‌شدند، واریسی مجدد ضرورت می‌یابد.

نتیجه دیگر به مقیاس‌های گروه‌های مورد مطالعه مربوط می‌شود. همان‌طور که از نتایج برمی‌آید، از لحاظ سلامت روانی تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها دیده می‌شود و در برخی موارد تفاوت‌ها زیاد و قابل ملاحظه است. وجود تفاوت‌های زیاد بین

## قدردانی

از کلیه همکاران محترم مراکز گزینش و استخدام در معاونت نیروی انسانی ستاد مشترک و نیروهای پنجگانه سپاه که به

انجام این تحقیق کمک شایان توجهی نمودند به ویژه از آقای محمود صابریان صمیمانه تشکر می نمایم.

## منابع

- 1- Curtis AJ. Health Psychology, london: Routledge. 2000; P: 2.
- 2- World Health Organization Constitution of the World Health Organization, In: Basic Documents Geneva: World Health Organization. 1984; P: 1-10.
- 3- The New Encyclopedia Britanica 15 th Edition, Chicago, Inc 1994; 5, 779.
- 4- Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. Health promotion: Models and Values, Oxford University Press 1996; P: 10.
- ۵- میلانی فر بهروز. بهداشت روانی، نشر قدس، چاپ هفتم. ۱۳۷۸؛ صفحه: ۵.
- 6- Pitts M, Phillips K. Health Psychology. An Introduction, London: Routledge. 1998; P: 12.
- 7- Cooper D, Robertson I T. The Psychology of Porsonnel Selection, London: Routledge. 1996; P: 32.
- 8- Quick JC, Joplin JR, Nelson DL, Mangelsd orff AD, Fidler E. Self-reliance and military services training outcomes. military psychology. 1996; 8: 279- 293.
- 9- Derogatis LR. Symptom Cecklist- 90- R. P.O. Box :14 16, Minneapolis, National computer system, inc. 1994; p: 1-25.
- 10- Derogatis LR. SCL- 90- R: Administration, Scoring and procedures manual II. Baltimore: clinical psychometric Research. 1983; P: 1-20.
- 11- Derogatis LR, lipman R S and covi L. SCL- 90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. psychopharmacology Bulletin, 1973; 9 :13-27.
- ۱۲- باقری یزدی سیدعباس، بوالهبری جعفر، شاهمحمدی داود. بررسی همهگیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی، مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۷۳؛ شماره ۱، صفحات: ۳۲-۴۱.
- ۱۳- جاویدی حجت‌اله. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در فارس، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران. ۱۳۷۲؛ صفحات: ۹ - ۱۰.
- ۱۴- افشاری منفرد ژاله، باقری یزدی سیدعباس، بوالهبری جعفر. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه‌کنندگان درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. مجله طب و تزکیه. ۱۳۷۶؛ شماره ۲۶، صفحات: ۱۰ - ۱۵.

- ۱۵- محمدی محمدرضا، داویدیان هارطون. بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور. ۱۳۸۱؛ صفحات: ۱۱۵-۱۱۹.
- ۱۶- نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سیدعباس. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر، مجله حکیم. ۱۳۸۱؛ دوره پنجم، شماره اول، صفحات: ۱-۱۱.
- ۱۷- پالاهنگ حسن، نصر مهدی، براهنی محمد نقی، شاه محمدی داود. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۷۵؛ سال دوم، شماره ۴، صفحات: ۱۹-۲۷.
- ۱۸- یعقوبی نورالله، نصر مهدی، شاهمحمدی داود. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا، گیلان. مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۷۴؛ سال اول، شماره ۴، صفحات: ۵۵-۶۵.
- ۱۹- شمس‌علیزاده نرگس، بوالهبری جعفر، شاهمحمدی داود. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی استان تهران، مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۸۱؛ سال هفتم، شماره ۱، صفحات: ۱۹-۲۱.
- 20- Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J and et al. Prevalence of mental disorders among adults in Finland. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1991; 81: 418-425.
- 21- Bahar E, Henderson AS, Mackinon AJ. An epidemiology study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatra, Indonesia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1992; 85: 257-263.
- 22- Fones CS, Kua EH, Ng TP, Ko SM. Studing the mental health of nation a preliminary report on a population survey in Singapare Singapore Med J. 1998; 39: 251-255.
- 23- Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montano JJ, Salva JJ, Leal S, Mental disorder on the island of formentera: Pervelance in general population osiny the schedules for clinical Assessment in Neure Psychiatry soe Psychiatry Epidemiol. 1999; 34: 410-415.
- 24- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CR, Hughes M, Eshleman S, Wittchem HU, Kendler KS and et al. lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United State. Archives of General Psychiatry. 1994; 51: 9-19.