

The mental health promotion programs and strategies used in US, UK, Russia and Iran's military organizations: systematic review

Mohammad Balouchi Anaraki¹, Mahdi Amini^{2*}, Esfandiar Azad³, Abolfazl Shirmardi⁴

¹ MSc, Counselling and Psychology Department, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

² Addiction Department, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ MSc, Counselling and Psychology Department, Islamic Azad University, Khomeyni Shahr Branch, Isfahan, Iran

Received: 7 May 2017 Accepted: 16 May 2019

Abstract

Background and Aim: Military staff are exposed to high levels of stress, and as such, and their mental health has long been an area of focus. The purpose of this study was to investigate and compare mental health promotion programs and strategies used in American, British and Russian military organizations, to those used in Iranian military organizations.

Methods: This study was a systematic review that included all studies published in journal articles and books, in English and Persian, that were related to mental health programs in military organizations of the USA, Britain, Russia and Iran, from 1980 (1359 AH) to 2015 (1394 AH). A total of 154 articles were identified from 13 websites, and 137 were included in the study. After the data collection, programs and strategies of mental health promotion used in US, UK, Russia and Iran's Military Organizations were reviewed. Results were also classified on the basis of pre-determined framework.

Results: The most important mental health promotion programs in American military organizations were: the army study to assess risk and resilience in Service members (Army STARRS), the Stigma mental health program, promotion of psychological resilience, the Mental Health Liaison Program, Stress management training for military trainees, Combat and operational stress control, and the Comprehensive Soldier and family Fitness Program. British programs and strategies for Mental Health with the highest importance included the Trauma risk management (TRiM), Battle mind training, Third-location decompression, community mental health for veterans, mental health support and the Medical Assessment Program. In Russia the most important programs used were military humanitarian programs, educational methods as a source of psychological support for soldiers, and social works in solving social problems of military personnel were. Iran's military organizations had two major mental health promotion programs, the Imam Reza plan and the adviser police.

Conclusion: Mental Health Programs and Strategies in Iranian military organizations are, in general, in line with American, British and Russian programs. But regarding operational planning, mental health programs in Iranian military organizations are generally ambiguous, and lack targeted planning. Mental health programs in American and British military forces are largely research-based and needs-based. Therefore, it is necessary to identify the weaknesses in Iran's military organizations' mental health programs and to take action to promote them.

Keywords: Mental health, Military Organizations, Iran, USA, Russia.

برنامه‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت روانی در سازمان‌های نظامی آمریکا، انگلستان، روسیه و ایران: مطالعه مروری نظام‌مند

محمد بلوچی انارکی^۱، مهدی امینی^{۲*}، اسفندیار آزاد^۳، ابوالفضل شیرمردی^۴

^۱ کارشناسی ارشد، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
^۲ گروه اعتیاد، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۳ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
^۴ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: به دلیل در معرض استرس بودن پرسنل نظامی توجه به سلامت روانی آنها همواره مورد تاکید بوده است. این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه برنامه‌ها و راهبردهای ارتقا سلامت روانی در سازمان‌های نظامی آمریکا، انگلیس و روسیه با ایران صورت گرفت. **روش‌ها:** در این مطالعه مرور نظام‌مند، همه آثار منتشرشده در قالب مقالات و کتب منتشر شده به زبان انگلیسی و فارسی مرتبط با برنامه‌های سلامت روان در سازمان‌های نظامی کشورهای آمریکا، انگلیس، روسیه و ایران، که از سال ۱۹۸۰ میلادی (۱۳۵۹ هجری شمسی) تا ۲۰۱۵ میلادی (۱۳۹۴ هجری شمسی) منتشرشده بودند، بررسی شد. از ۱۳ پایگاه اینترنتی ۱۵۴ مقاله دریافت شده و ۱۳۷ مورد از آنها بررسی شدند. پس از گردآوری منابع، برنامه‌ها و راهبردهای ارتقاء سلامت روان سازمان‌های نظامی در کشورهای مذکور بررسی شده و یافته‌ها بر اساس چارچوب از پیش تعیین شده دسته‌بندی شدند.

یافته‌ها: طبق نتایج حاصله مهم‌ترین برنامه‌های ارتقای سلامت روان در سازمان‌های نظامی ایالات متحده شامل برنامه Army STAARS، برنامه سلامت روان Stigma، ارتقای تاب‌آوری روان‌شناختی در ارتش آمریکا، برنامه سلامت روان Liaison، برنامه آموزش مدیریت استرس برای افراد در حال خدمت، برنامه پیشگیری، مدیریت و کنترل استرس در عملیات و رزم، برنامه جامع سازگاری برای خانواده‌ها و سربازان بود. مهم‌ترین برنامه‌ها و راهبردهای سلامت روان نظامیان در کشور انگلستان شامل برنامه کاهش خطر تروما (TriM)، آموزش برنامه ذهن رزمی، رفع فشار با استفاده از مکان سوم، سلامت روان برای بازنشستگان، سلامت روان پشتیبان و برنامه ارزشیابی پزشکی بودند. در کشور روسیه نیز مهم‌ترین برنامه‌ها مشتمل بر برنامه انسان‌گرایی نظامی، روش‌های آموزشی به‌عنوان منبعی برای حمایت روانی سربازان، مددکاری اجتماعی در حل مشکلات اجتماعی کارکنان نظامی بودند. در سازمان‌های نظامی ایران نیز دو برنامه مهم سلامت روان، شامل طرح امام رضا (ع) و پلیس مشاور بود.

نتیجه‌گیری: بطور کلی، برنامه‌ها و راهبردهای جامع بهداشت روان در سازمان‌های نظامی ایران همگام با برنامه‌های ایالات متحده، انگلستان و روسیه هستند. اما در حوزه برنامه‌ریزی عملیاتی، برنامه‌های بهداشت روان در سازمان‌های نظامی ایران، تا حدودی کلی، غیر شفاف و بدون برنامه‌ریزی هدفمند است. از دیگر سو، برنامه‌های نه‌گانه بهداشت روان در نیروهای مسلح ایالات متحده و انگلستان عمدتاً مبتنی بر پژوهش و نیازمحور شکل گرفته‌اند. از این رو، نیاز است تا نقاط ضعف برنامه‌های بهداشت روان در سازمان‌های نظامی ایران مشخص شده و نسبت به ارتقا این برنامه‌ها در نیروهای مسلح ایران، اقدام شود.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، سازمان‌های نظامی، ایران، آمریکا، روسیه.

مقدمه

خلأها و نقص‌های موجود در برنامه‌های مربوط به بهداشت و سلامت روان در نیروهای مسلح ایران، به پایان نرساندن اکثر طرح‌های ملی در زمینه‌ی سلامت روانی، بسنده کردن اکثر پژوهش‌های علمی فقط به بررسی شیوع اختلالات روانی در میان کارکنان نظامی و انتظامی و نبود برنامه‌های مدون، مداخله‌ای و کاربست‌های آموزشی در این زمینه، محققان را بر آن داشت که به بررسی برنامه‌های مؤثر سلامت روان در کارکنان نظامی کشورهای دیگر را بررسی کرده و آن‌ها را به سازمان‌های نظامی و انتظامی کشور معرفی نماید (۱۰-۶).

کشورهای پیشرو در این زمینه همانند آمریکا، روسیه، کانادا، استرالیا و کشورهای اروپایی مثل آلمان، انگلستان و فرانسه برنامه‌های خاص و مدونی برای ارتقای سلامت روان در سازمان‌های نظامی و پیشگیری از مشکلاتی از این دست دارند (۱۱-۱۵).

استفاده از برنامه‌هایی که در کشورهای پیشرو در این زمینه انجام شده است و مقایسه‌ی آن با برنامه‌های کشور ایران می‌تواند تا حد زیادی از مشکلات و نقاط ضعف مربوط به سلامت روان و دیگر آسیب‌های در حال وقوع که آسیب‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی هستند را مشخص کند و با اصلاح این نقاط ضعف سلامت روان کارکنان نیروهای مسلح ایران را بهبود بخشد. لذا هدف اول این پژوهش بررسی و جمع‌آوری برنامه‌ها و روش‌های ارتقا سلامت روانی در سازمان‌های نظامی آمریکا، انگلیس و روسیه بود. هدف دوم آن، مقایسه تحلیلی این برنامه‌ها با برنامه‌های سلامت روان در سازمان‌های نظامی ایران بود.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعات مروری بود و مرور به روش مرور نظام‌مند انجام شد. از این رو، در این پژوهش بر اساس کلیدواژه‌های مرتبط با سلامت و بهداشت روان در سازمان‌های نظامی در کشورهای آمریکا، انگلستان، روسیه و ایران در موتورهای جستجوی مراکز، مؤسسات سازمان‌ها و مقالات علمی و سپس به بررسی و جمع‌بندی دانش فعلی در این حیطه پرداخته می‌شود. جامعه مورد مطالعه مجموعه آثار رسمی و غیررسمی منتشر شده در قالب مقالات و کتب علمی انگلیسی و فارسی‌زبان مرتبط با سلامت روان در سازمان‌های نظامی کشورهای مذکور بود.

شرایط ورود مقالات عبارت بودند از:

مقالاتی که به زبان‌های مختلف نوشته شده بودند و ترجمه انگلیسی متن آن‌ها قابل دسترس بود.

مقالاتی که به صورت سیستماتیک و فرا تحلیل انجام شده بودند نسبت به مقالات حاصل از مطالعات اولیه اولویت داشتند.

مقالاتی که در حوزه‌ی وسیعی از موضوعات نوشته شده بودند (مانند برنامه‌های کلان در ارتباط با سلامت روان در نیروهای مسلح) بر مقالاتی که به یک موضوع جزئی پرداخته‌اند (مانند بررسی

واژه بهداشت و سلامتی همیشه توجه انسان را در طول تاریخ به خود مشغول کرده است. تدوین برنامه‌های بهداشتی برای حفظ سلامتی، جلوگیری و درمان بیماری‌ها نمونه‌ای از این اقدامات بشری است. بهداشت روانی از آن جهت که رابطه مستقیمی با عملکرد فردی - اجتماعی و آسیب‌های روانی - اجتماعی دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است و این اهمیت باعث تدوین و اجرای برنامه‌های متعدد بهداشت روانی در سه بعد «پیشگیری، درمان و توان‌بخشی» می‌شود. این سه بعد دربرگیرنده تمام اهداف و فعالیت‌های بهداشت روانی است (۱).

سلامت روان عبارت است از اینکه هر فرد از توانایی‌های فردی خود آگاه باشد، از عهده‌ی فشارهای عادی زندگی برآید، بتواند به صورت مولد و مفید کار کند و با جامعه خود همکاری داشته باشد (۲). بهداشت روانی افراد، متأثر از عوامل متعددی است، اگرچه این عوامل به صورت جداگانه مورد مطالعه قرار می‌گیرند ولی در واقع این موضوع چندوجهی و متأثر از یکدیگر است (۳). عواملی همچون عدم برآورده شدن نیازهای اولیه، ناکامی، استرس زیاد، یادگیری، مسائل اجتماعی و رسانه‌های جمعی و... بر بهداشت روانی مؤثر هستند. بهداشت روانی در یگان‌های نظامی، به لحاظ اهمیت حفظ و ارتقای سلامت جسمانی و روانی کارکنان نظامی و بهره‌وری و افزایش توان رزمی نیروهای مسلح از اهمیت غیرقابل‌اجتنابی برخوردار می‌باشد.

توجه به بهداشت روانی در سازمان‌های نظامی، به صورت گسترده با شروع جنگ‌ها و درگیری‌ها آغاز شد. جنگ نه تنها باعث قطع عضو، معلولیت و آسیب جسمانی به وسیله سلاح‌های به کار برده شده توسط انسان می‌شود، بلکه به عنوان یک تجربه‌ی آسیب‌زا، بر ابعاد روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در جنگ نیز مؤثر است؛ بنابراین کارکنان نظامی به میزان زیادی طی شرکت در جنگ و عملیات نظامی و مانورها، در معرض حوادث تروماتیک هستند (۴).

نیروهای مسلح علاوه بر پاسداری از سرحدات و مرز کشورها، وظیفه همکاری و همراهی با سازمان‌های امدادگر را در بروز بلایای طبیعی و حوادث غیرمترقبه نیز عهده‌دار هستند. بر این اساس ضروری است همواره از آمادگی مناسب و سلامت کامل برخوردار باشند. از طرفی ماهیت و مأموریت‌های خاص نیروهای مسلح ایجاب می‌کند که سازمان آن‌ها نیز همواره از پویایی و کارایی مطلوب برخوردار باشند. این امر مستلزم آن است که سازمان آن‌ها بیش از سایر سازمان‌ها در معرض تغییرات قرار داشته باشند که نتیجه آن بروز ناسازگاری‌ها و استرس‌های گوناگون است. لذا ضروری است برای حفظ سلامت و آگاهی کامل، راه‌های مقابله با هیجانات منفی و استرس‌ها، در قالب برنامه‌ها و روش‌های سلامت روان، شناسایی شوند (۵). برای دستیابی به این مهم به برنامه‌ها و روش‌های مدون و از قبل طراحی شده نیاز است.

وضعیت بهداشت روانی در کارکنان) اولویت داشتند، مگر در مواردی که مرور نظام‌مند در مورد آن موضوع انجام نشده بود یا موضوع جدید بود.

موضوعات مقالات و کتاب‌ها می‌بایست در این حوزه بود: سلامت روان، برنامه‌ها و روش‌های ارتقای سلامت روان در نیروهای مسلح کشورهای مذکور.

در جدول ۲- تعداد مقالات یافت شده و مرتبط با موضوع پژوهش آورده شده است.

از جامعه موردنظر کلیه مقالات، کتاب‌ها و همچنین سایت‌های اینترنتی کشورهای مذکور که از سال ۱۹۸۰ میلادی (۱۳۵۹ هجری شمسی) تا ۲۰۱۵ میلادی (۱۳۹۴ هجری شمسی) منتشر شده‌اند و در ارتباط با سلامت روان در سازمان‌های نظامی می‌باشند، انتخاب شدند.

روش انجام این مطالعه مبتنی بر تحلیل پژوهش‌های انجام‌گرفته در کشورهای مذکور بود. هدف از این مطالعه دستیابی به برنامه‌ها و روش‌های جاری ارتقاء سلامت روان سازمان‌های نظامی است که در کشورهای پیشرو در این زمینه در حال اجرا می‌باشد و بدین منظور ادبیات پژوهشی مرتبط موردبررسی قرار گرفت. پس از جمع‌آوری منابع موجود، برحسب قسمت‌ها یا چارچوب از پیش تعیین‌شده برای مرور، منابع موردبررسی قرار گرفت و اطلاعات موجود جمع‌آوری و دسته‌بندی شده و در نهایت نگارش شد. چارچوب نگارش شامل قسمت تاریخچه، مفاهیم، نظریه‌ها، مدل‌ها، برنامه‌های کلان، روش‌های عمده، روش‌های

نتایج

از ۱۳ پایگاه جستجو برای گردآوری منابع جمعاً ۱۵۴ مقاله دریافت شد که ۱۳۷ مورد از آن‌ها استفاده شد. ۱۷ مقاله‌ای که استفاده نشد به علت دارا نبودن برنامه‌ی مدون یا در دسترس نبودن یافته‌ای کامل (چون خود مقاله جزئی از یک پروژه‌ی بزرگتر بود) حذف شدند.

نیروهای مسلح ایالات متحده آمریکا، نیروی نظامی کشور آمریکا است که از پنج شاخه اصلی؛ نیروی زمینی (نیروی زمینی ایالات متحده آمریکا نخستین نیروی رزمی ایالات متحده آمریکا است که در ژوئن ۱۷۷۵ از سوی کنگره قاره‌ای و برای پشتیبانی نیروهای مردمی در جنگ استقلال آمریکا تشکیل گردید و ارتش استقلال طلبان نام گرفت)، نیروی هوایی (به عنوان یک یگان مستقل از ارتش در ۲۶ ژوئیه ۱۹۴۷ و بر اساس تصمیم شورای امنیت ملی ایالات متحده آمریکا تأسیس شد (۴)).

فرمانده نیروی زمینی ایالات متحده آمریکا از سوی رئیس جمهور ایالات متحده آمریکا و با تأیید مجلس سنای ایالات متحده آمریکا انتخاب می‌شود. برنامه‌های مختلفی در ارتباط با سلامت روان در نیروهای مسلح آمریکا وجود دارد که با توجه به منابع یافت شده، اصلی‌ترین برنامه‌های آن عبارت‌اند از:

جدول-۱. کلید واژه‌های اولیه و ثانویه در جستجوی مطالعات

کلیدواژه‌های اولیه	Mental health, guide line in the army and mental health, guide line policy سلامت روان در نیروهای مسلح، بهداشت روان
کلیدواژه‌های ثانویه	Mental health care for serviceman, military health, military mental health, mental health in servicemen, army mental health, mental health for conscripts

جدول-۲. پایگاه‌های جستجو و تعداد مقالات مرتبط یافت شده و استفاده‌شده در پژوهش

پایگاه‌های جستجو	وابسته به مرکز نظامی	تعداد مقالات مرتبط یافت شده	تعداد مقالات استفاده‌شده
Sciencedirect.com		۱۲	۱۰
Googlescholar.com		۵۰	۵۰
cityofmadison.com	*	۲	۲
rand.org	*	۷	۷
emeraldinsight.com		۱۰	۱۰
nhs.uk	*	۸	۸
proquest.com		۲۰	۱۵
scopus.com		۵۸	۵۳
palgrave.com		۱۰	۵
army.mod.uk	*	۵	۵
سیوبلیکا		۵	۴
Sid.ir		۱۰	۵
نورمگز		۱۰	۵
جمع		۱۵۴	۱۳۷

با توجه به منابع موجود، ۵ برنامه و روش برای ارتقای سلامت روان در نیروهای مسلح کشور روسیه یافت شد: برنامه انسان گرایی نظامی، معنویت نظامی - کار مذهبی در میان پرسنل، روشهای آموزشی به عنوان منبعی برای حمایت روانی سربازان، کار افسران آموزشی در طول بحران و جنگ، نقش مددکار اجتماعی در حل مشکلات اجتماعی پرسنل نظامی.

از چهار نهاد جداگانه به نامهای ارتش جمهوری اسلامی ایران، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و قرارگاه پدافند هوایی ارتش جمهوری اسلامی ایران تشکیل می‌شود. همگی این نیروها زیر نظر ستاد کل نیروهای مسلح قرار گرفته و رؤسای همه آنها توسط رهبر ایران انتخاب می‌شود. وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح کار برنامه‌ریزی و تهیه امکانات برای نیروهای نظامی را برعهده دارد و به طور مستقیم در عملیات‌های نظامی شرکت نمی‌کند ولی جزء نیروهای مسلح محسوب می‌شود.

با توجه به منابع محدود و عدم دسترسی در زمینه برنامه‌های ارتقای سلامت روان در نیروهای مسلح کشور ایران، برنامه‌های زیر یافت شد: طرح امام رضا(ع)، نقش حل مسئله، مواجهه سازی و ترکیبی بر اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ، نقش روان درمانی گروهی تحلیل رفتار متقابل در افزایش عزت نفس سربازان، استانداردسازی و تعالی رفتار کارکنان، معنویت و نقش آئین نامه انضباطی در رسیدن به رشد، تعالی و سلامت روان کارکنان نیروهای مسلح، ارتقاء بهداشت روانی و مهارت‌های زندگی کارکنان کلانتری ها.

با توجه به جستجو در اینترنت و پایگاه‌های داده که قبلاً ذکر شد، موارد زیر در ارتباط با کشورهای ایران، آمریکا، روسیه و انگلستان به دست آمد. جدول ۳- برنامه‌های ارتقای سلامت روانی کشور آمریکا، جدول ۴- مربوط به برنامه‌های ارتقای سلامت روانی کشور انگلستان، جدول ۵- برنامه‌های ارتقای سلامت روان کشور روسیه و جدول ۶- مربوط به برنامه‌ها/اقدامات ارتقای سلامت روانی کشور ایران می‌باشد.

جدول ۳- برنامه‌های ارتقای سلامت روانی کشور آمریکا

برنامه	هدف برنامه	سال شروع	افراد مورد هدف	مهم‌ترین پژوهش‌های انجام‌گرفته
برنامه Army STAAARS (مطالعه)	تاب‌آوری	۲۰۰۸	افسران سربازان	(۱۶-۱۹)
ارتش برای ارزیابی خطر و تاب‌آوری در اعضای خدمتی)	انعطاف‌پذیری		(به‌طور کلی همه اعضای ارتش)	
برنامه‌ی سلامت روان Stigma	Stigma (برچسب)	۲۰۱۳	کارکنان نظامی	(۲۰-۲۳)
برنامه ارتقای تاب‌آوری روان‌شناختی در ارتش آمریکا	تاب‌آوری	۲۰۱۱	خانواده‌ی کارکنان نظامی جامعه (عموم مردم)	(۱۳، ۲۴)
برنامه سلامت روان Liaison	ارائه خدمات سلامت روان توسط افسران پلیس	۱۹۸۰	افسران پلیس جامعه (عموم مردم)	(۲۵-۲۷)

برنامه ARMY STARRS (مطالعه ارتش بر ارزیابی خطر و تاب‌آوری در اعضای خدمتی)، برنامه‌ی سلامت روان Stigma، برنامه ارتقای تاب‌آوری روانشناختی در ارتش آمریکا، برنامه سلامت روان Liaison، روش مواجهه درمانی بر مبنای واقعیت مجازی برای سربازان درحال خدمت، برنامه آموزش مدیریت استرس برای افراد درحال خدمت، برنامه پیشگیری، مدیریت و کنترل استرس در عملیات و رزم، برنامه راهنمای خواب در محیط‌های عملیاتی، برنامه جامع سازگاری برای خانواده‌ها و سربازان.

رسماً نیروهای مسلح علیاحضرت ملکه که به نیروهای مسلح تاج هم شناخته می‌شوند، از لحاظ قانونی «نیروهای مسلح تاج و تخت سلطنت» هستند. هم‌اکنون، فرماندهی کل قوا بر عهده الیزابت دوم، ملکه بریتانیا و وارث مقام سلطنت بریتانیا است. وزارت دفاع بریتانیا، مسئولیت اداره نیروهای مسلح بریتانیا را برعهده دارد. کنترل نیروهای مسلح نیز بر عهده ستاد مشترک نیروهای مسلح بریتانیا است که هم‌اکنون توسط ژنرال دیوید ریچارد اداره می‌شود (۱۱). برنامه‌های مختلفی در ارتباط با سلامت روان در نیروهای مسلح انگلستان وجود دارد که با توجه به منابع یافت شده، اصلی‌ترین برنامه‌های آن عبارت‌اند از: برنامه کاهش خطر TrIM، آموزش برنامه ذهن رزمی، برنامه رفع فشار با استفاده از مکان سوم، خدمات سلامت روان برای بازنشستگان، خدمات سلامت روان برای جامعه بازنشستگان، برنامه سلامت روان برای جامعه بازنشستگان لندن، برنامه پیش به سوی روانپزشکی، برنامه سلامت روان پشتیبان، برنامه ارزشیابی پزشکی.

نیروهای مسلح فدراسیون روسیه همان وزارت دفاع روسیه است که پس از تجزیه اتحاد جماهیر شوروی تأسیس شد. در ۷ مه ۱۹۹۲ بوریس یلتسین فرمان‌تأسیس روسی وزارت دفاع را امضا کرد. رییس‌جمهور فدراسیون روسیه (پوتین) فرمانده عالی نیروهای مسلح است. نیروهای نظامی روسیه به سه بخش نیروهای زمینی، دریایی و هوایی تقسیم می‌شود. علاوه بر این، سه نیروی مستقل دیگر نیز وجود دارد که عبارتند از: نیروهای استراتژیک موشکی، نیروهای دفاع هوایی روسیه و نیروهای هوای روسیه (۱۲).

روشن‌مواجهه درمانی بر مبنای واقعیت مجازی برای سربازان در حال خدمت	اختلالات روانی (به‌ویژه اختلالات فوبی و اضطرابی)	-	سربازان جامعه (عموم مردم)	(۲۸، ۲۹)
برنامه آموزش مدیریت استرس برای افراد در حال خدمت	مدیریت استرس	۱۹۸۵	افسران آموزشی سربازان جامعه (عموم مردم)	(۳۰)
برنامه پیشگیری، مدیریت و کنترل استرس در عملیات و رزم	واکنش‌های ناسازگارانه کارکنان در مواجهه با موقعیت رزم	۱۹۹۱	فرماندهان کارکنان نظامی سربازان جدیدالورود	(۳۱)
برنامه راهنمای خواب در محیط‌های عملیاتی	تنظیم خواب کارکنان نظامی در عملیات و محیط رزم	۲۰۰۷	افسران آموزشی کارکنان نظامی	(۳۲-۳۵)
برنامه جامع سازگاری برای خانواده‌ها و سربازان	افزایش سلامت جسمانی و فیزیکی، تاب‌آوری و بهبود عملکرد سربازان و خانواده آن‌ها	-	سربازان و خانواده‌های سربازان	(۳۶-۴۳)

جدول-۴. برنامه‌های ارتقای سلامت روانی کشور انگلستان

برنامه	هدف برنامه	سال شروع	افراد مورد هدف	مهم‌ترین پژوهش‌های انجام‌گرفته
برنامه کاهش خطر TriM	بهبود عملکرد افراد پس از مبتلا شدن به PTSD	۱۹۸۰	کارکنان نظامی و سازمان‌های غیرنظامی (مثل سرویس آمبولانس لندن و اداره رفاه عمومی)	(۴۴-۴۶)
آموزش برنامه ذهن رزمی	مداخلات روانی-آموزشی علی‌الخصوص کسانیکه در معرض نشانه‌های PTSD و سوءمصرف الکل قرار می‌گیرند	۲۰۰۶	فرماندهان سربازان	(۴۷-۵۳)
برنامه رفع فشار با استفاده از مکان سوم	برنامه جامع مدیریت استرس پس از عملیات	۲۰۰۱	سربازانی است که در اواخر استقرار در عملیات خود	(۵۴-۶۰)
خدمات سلامت روان برای بازنشستگان	یک مدل ارزیاب، و دستیابی افراد به خدمات ملی سلامت و ارزیابی اختصاصی برای مشکلات روانی آن‌ها	۲۰۰۷	بازنشستگان	(۶۱)
خدمات سلامت روان برای جامعه بازنشستگان	پیشگیری از استرس بحران‌زا	۲۰۰۸	بازنشستگان و عموم مردم	(۶۱)
برنامه سلامت روان برای جامعه بازنشستگان لندن	درمان، ارزیابی و تمرکز بر نشانه‌های اختلالات روانی	۲۰۰۸	بازنشستگان و عموم مردم	(۶۱)
برنامه پیش به سوی روانپزشکی	درمان شوک‌ها و استرس‌های ناگهانی	جنگ جهانی اول	فرماندهان سربازان	(۶۲-۶۵)
برنامه سلامت روان پشتیبان	ارزیابی و درمان سرپائی برای بیمارانی که با مشکلات روحی و روانی در حال مبارزه هستند	۲۰۰۶	کارکنان نظامی و اعضای خانواده آن‌ها	Defence Medical Services RMHP, www.dmsd.mod.uk.
برنامه ارزشیابی پزشکی	ارائه مشاوره در مورد بیماری‌های روانی کارکنان نظامی و درمان آن‌ها	۱۹۹۳	کارکنان نظامی	(۶۶-۶۷)

جدول-۵. برنامه‌های ارتقای سلامت روان کشور روسیه

برنامه	هدف برنامه	سال شروع	افراد مورد هدف	مهم‌ترین پژوهش‌های انجام‌گرفته
برنامه انسان‌گرایی نظامی	پیشگیری از خودکشی	۱۹۹۰	فرماندهان افسران آموزشی سربازان	(۶۸-۷۰)
معنویت نظامی - کار مذهبی در میان کارکنان	ارتقای سلامت روان با استفاده از فعالیت‌های مذهبی	۱۹۹۹	فرماندهان افسران آموزشی سربازان	(۷۱)
روش‌های آموزشی به‌عنوان منبعی برای حمایت روانی سربازان	ارتقای سلامت روان کارکنان نظامی پیشگیری از خودکشی	-	سربازان و خانواده‌های آن‌ها	(۷۲، ۷۳)

کار افسران آموزشی در طول بحران و جنگ	آمادگی روانی برای مواجهه با بحران	-	افسران آموزشی سربازان وظیفه بازنشستگان	(۷۴، ۷۵)
نقش مددکار اجتماعی در حل مشکلات اجتماعی کارکنان نظامی	مشکلات اجتماعی کارکنان نظامی ارتش	۱۹۹۵	کارکنان نظامی خانواده‌های آن‌ها	(۷۶-۸۰)

جدول-۶. برنامه‌ها/اقدامات ارتقای سلامت روانی کشور ایران

برنامه‌ها/اقدامات	هدف برنامه	سال شروع	افراد مورد هدف	مهم‌ترین پژوهش‌های انجام گرفته
طرح امام رضا (ع)	آموزش، بهداشت و سلامت جسمانی و روانی	۱۳۸۴	کارکنان نظامی و خانواده‌های آن‌ها سربازان وظیفه	(۸۱)
نقش حل مسئله، مواجهه سازی و ترکیبی بر اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ	درمان و بهبود PTSD	-	کارکنان نظامی سربازان وظیفه جامع (عموم مردم)	(۸۲، ۸۳)
نقش روان‌درمانی گروهی تحلیل رفتار متقابل در افزایش عزت‌نفس سربازان	ارتقای عزت‌نفس	-	سربازان	(۸۴، ۸۵)
معنویت و نقش آئین‌نامه انضباطی در رسیدن به رشد، تعالی و سلامت روان کارکنان نیروهای مسلح	ارتقای سلامت روان	-	کارکنان نظامی سربازان وظیفه	(۸۶-۹۰)
ارتقاء بهداشت روانی و مهارت‌های زندگی کارکنان کلاتری‌ها	آموزش مهارت‌های زندگی	-	کارکنان نظامی	-
استانداردسازی و تعالی رفتار کارکنان	ارتقای سلامت روان	-	کارکنان نظامی	-
پلیس مشاور	پیشگیری، مداخله و درمان، ارتقای سلامت روان	۱۳۷۹	کارکنان نظامی، سربازان و عموم مردم	-

در ادامه به صورت خلاصه نقاط قوت و ضعف در برنامه‌های سلامت روان کشورهای مذکور آورده شده است (جدول ۷ تا ۱۰).

جدول-۷. نقاط قوت و ضعف برنامه‌های سلامت روان کشور آمریکا

نقاط قوت	نقاط ضعف
<ul style="list-style-type: none"> حمایت جامع وزارت دفاع از برنامه‌های سلامت روان در نیروهای مسلح شواهد پژوهشی کافی برای هر برنامه‌ی در حال اجرا ارتباط کامل دانشگاه‌های معتبر با ارتش در جهت طراحی، تدوین و پیشبرد برنامه‌های سلامت روان وجود برنامه‌های متنوع برای کارکنان نظامی، خانواده‌های آن‌ها، سربازان و بازنشستگان وجود برنامه‌های متنوع سلامت روان برای افرادی که در حال اعزام به خدمت، در حال خدمت و پس از خدمت هستند پوشش درمانی انواع اختلالات روانی در ارتش پوشش هر سه سطح پیشگیری (اولیه، ثانویه و ثالثیه) در برنامه‌های سلامت روان برنامه‌های سلامت روانی که در محیط‌های نظامی اجرا می‌شود برای عموم مردم هم قابل کاربرد است 	<ul style="list-style-type: none"> عدم توجه به انضباط معنوی توجه ناکافی به رشد و تعالی کارکنان نظامی توجه صرف به مسائل علمی و آکادمیک در حوزه بهداشت روان نیروهای مسلح

جدول-۸. نقاط قوت و ضعف برنامه‌های سلامت روان کشور انگلستان

نقاط قوت	نقاط ضعف
<ul style="list-style-type: none"> حمایت جامع وزارت دفاع از برنامه‌های سلامت روان در نیروهای مسلح شواهد پژوهشی کافی برای هر برنامه‌ی در حال اجرا ارتباط کامل دانشگاه‌های معتبر با ارتش در جهت طراحی، تدوین و پیشبرد برنامه‌های سلامت روان وجود برنامه‌های متنوع برای کارکنان نظامی، خانواده‌های آن‌ها، سربازان، بازنشستگان وجود برنامه‌های متنوع سلامت روان برای افرادی که در حال اعزام به خدمت، در حال خدمت و پس از خدمت هستند پوشش درمانی انواع اختلالات روانی در ارتش پوشش هر سه سطح پیشگیری (اولیه، ثانویه و ثالثیه) در برنامه‌های سلامت روان برنامه‌های سلامت روانی که در محیط‌های نظامی اجرا می‌شود برای عموم مردم هم قابل کاربرد است 	<ul style="list-style-type: none"> عدم توجه به انضباط معنوی توجه ناکافی به رشد و تعالی کارکنان نظامی توجه صرف به مسائل علمی و آکادمیک در حوزه بهداشت روان نیروهای مسلح

جدول-۹. نقاط قوت و ضعف برنامه‌های سلامت روان کشور روسیه

نقاط قوت	نقاط ضعف
<ul style="list-style-type: none"> • توجه زیاد به سلامت روان در مسائل عملیاتی و رزم • توجه زیاد به سلامت روان سربازان و وظیفه به‌عنوان نیروی جایگزین در محیط‌های عملیاتی 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم وجود شواهد پژوهشی کافی برای برنامه‌های سلامت روان • پوشش محدود اختلالات روانی در محیط‌های نظامی (بیشتر PTSD در این برنامه‌های مدنظر است) • عدم دسترسی کافی به روانپزشکان نظامی • عدم توسعه روانشناسی نظامی در نیروهای مسلح • عدم تنوع در برنامه‌های موجود برای کارکنان نظامی، خانواده‌ها، سربازان، بازنشستگان • پوشش فقط سطح اولیه پیشگیری در برنامه‌ها

جدول-۱۰. نقاط قوت و ضعف برنامه‌های سلامت روان کشور ایران

نقاط قوت	نقاط ضعف
<ul style="list-style-type: none"> • توجه زیاد به انضباط معنوی کارکنان نظامی • توجه زیاد به رشد و تعالی کارکنان نظامی • توجه به مسائل دینی و مذهبی در جهت ارتقای سلامت روان کارکنان نظامی • وجود آموزش مهارت‌های زندگی در اکثر برنامه‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم وجود شواهد پژوهشی کافی برای برنامه‌های سلامت روان • پوشش محدود اختلالات روانی در محیط‌های نظامی (بیشتر PTSD در این برنامه‌های مدنظر است) • عدم دسترسی کافی به روانپزشکان نظامی • عدم توسعه روانشناسی نظامی در نیروهای مسلح • عدم تنوع در برنامه‌های موجود برای کارکنان نظامی، خانواده‌ها، سربازان، بازنشستگان و جانبازان • پوشش فقط سطح اولیه پیشگیری در برنامه‌ها

بحث

مجموعه نیروهای مسلح جمهوری اسلامی سازگار و هماهنگ باشد. لذا در این قسمت متناسب با اهداف تحقیق در ابتدا به بررسی برنامه سلامت روان در کشورهای جامعه هدف می‌پردازیم.

آمریکا به‌عنوان کشوری که دارای قدرتمندترین ارتش جهان می‌باشد. بی‌تردید دارای برنامه‌های جامع و گسترده در حوزه سلامت روان کارکنان خود می‌باشد. محققان در بررسی‌های خود به ۹ برنامه جامع بهداشت روان در ارتش آمریکا، ۹ برنامه بهداشت روان در انگلستان، تعداد ۵ خرده برنامه در کشور روسیه و تعدادی برنامه در کشور ایران دست‌یافتند.

گروه‌های هدف در سازمان‌های نظامی شامل: کادر نظامی، سربازان، بازنشستگان، خانواده نظامیان و عموم مردم می‌باشد، لذا در این گفتگو به این بحث می‌پردازیم که در کشورهای مختلف و در مقایسه با ایران چه گروه‌های هدف موردتوجه قرار گرفته‌اند.

برنامه‌های آمریکا ناظر بر بخش‌های مختلفی از ارتش می‌باشد؛ که شامل سربازان، کادر نظامی، بازنشستگان و همچنین خانواده‌های آنهاست (۳۸، ۴۲، ۴۳). البته بررسی برنامه‌های بهداشت روان در ایران نیز دارای این جامعیت می‌باشد. در برنامه‌های بهداشت روان ایران نیز گروه‌های مختلف از جمله کادر نظامی، سربازان، بازنشستگان و همچنین خانواده کارکنان مدنظر هستند (۹۱). لذا به لحاظ گروه‌های هدف بین برنامه‌های ایران و آمریکا تفاوتی خاصی وجود ندارد؛ اما در برنامه‌های آمریکا به‌طور اخص مشخص شده است که چه برنامه‌ای برای چه گروه‌هایی مناسب است.

بر اساس دستورالعمل‌هایی که در اختیار محقق قرار گرفته، برنامه‌های بهداشت روان در نیروهای سپاه و نیروی انتظامی به‌صورت ویژه‌تری مورد توجه قرار گرفته‌اند. طرح امام رضا (ع) (۹۲، ۸۱) به‌عنوان یک برنامه جامع در حوزه سلامت متمرکز می‌باشد و برنامه‌های کلانی را در حوزه سلامت روان کارکنان و

نیروهای مسلح علاوه بر پاسداری از سرحدات و مرز کشورها، وظیفه همکاری و همراهی با سازمان‌های امدادگر را در بروز بلایای طبیعی و حوادث غیرمترقبه نیز عهده‌دار هستند. بر این اساس ضروری است همواره از آمادگی مناسب و سلامت کامل برخوردار باشند. هر کشوری متناسب با توجه و اهمیتی که به وضعیت سلامت نیروهای مسلح خود می‌دهد و همچنین دانشی که در زمینه دارد، برنامه‌هایی را برای ارتقاء سلامت روان در حوزه‌های پیشگیری و درمان در دستور کار قرار می‌دهد. از سویی برنامه‌های بهداشت روان، ناظر بر وضعیت سلامت و نیازمندی‌های سازمانی نیروهای مسلح هر کشوری می‌باشد که بر اساس وضعیت سلامت روانی و یا ناهنجاری‌های موجود طراحی و عملیاتی می‌گردد.

در این زمینه علوم مختلفی موردتوجه هستند که از آن جمله می‌توان به روانشناسی نظامی، پزشکی نظامی، روانشناسی جنایی، عملیات روانی و جنگ نرم، بهداشت روانی و... اشاره نمود. بی‌تردید در این رهگذر کشورهایی که به لحاظ قدرت نظامی در جهان پیشرو و برتر هستند، برنامه‌های سازمان‌یافته و مدون و عملیاتی را طرح‌ریزی و اجرا می‌کنند؛ که به ترتیب می‌توان به کشور آمریکا و انگلیس اشاره کرد.

با توجه به منابعی که در دسترس محققان قرار گرفته است، به نظر می‌رسد کشور آمریکا نسبت به سایر کشورها برنامه‌های جامع‌تری را در این زمینه طرح‌ریزی و عملیاتی کرده که حوزه‌های مختلفی از جمله: فردی، نظامی، محیطی، اجتماعی و خانوادگی را در برمی‌گیرد. در این رهگذر باید به این مهم توجه کرد که روش ارتقاء سلامت روانی در سازمان‌های نظامی کشورها، مختلف بوده و می‌توان با مقایسه و بررسی روش‌ها، برنامه‌ها و دستورالعمل‌های هر کشوری، به یک برنامه مؤثر، عملیاتی، روشن و سیستمی، متناسب با نیازمندی‌های خود دست‌یافت که با ساختار حاکم بر

توانبخشی و پیشگیری از آن‌ها فراهم آورده‌اند. نکته مهم دیگر تفکیک اختلالات در برنامه‌های اجرایی می‌باشد. به این معنا که صرفاً یک برنامه کلان برای پیگیری‌های بهداشت روان وجود ندارد، بلکه برنامه‌های خرد و اجرایی طرح‌ریزی شده تا اهداف درمانی، به صورت عملیاتی و دقیق پیگیری گردد. لذا هم مجریان برنامه و هم دریافت‌کنندگان خدمات، از کاری که درصدد انجام آن هستند آگاهی دارند و لذا درمانگر و درمانجو برای اهداف مشخصی با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند و این خود می‌تواند، موجب تسهیل و تسریع در دستیابی به گروه هدف و اهداف درمانی گردد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به در دسترس نبودن جزئیات برنامه‌های هر ۴ کشور مورد بررسی به دلایلی امنیتی و نظامی و همچنین عدم مسلط بودن به زبان‌های غیر از انگلیسی و فارسی محققین نام برد.

نتیجه‌گیری

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت، توجه به نیازهای اساسی و اولیه کارکنان نظامی و بالا بردن سطح رضایت شغلی آنان باید در اولویت قرار گیرد تا بتوان جنبه‌های دیگر مرتبط با سلامت روانی آنان را بهبود بخشید. اهداف کلان و طرح‌های جامع بهداشت روان در ایران همگام با کشورهای آمریکا، انگلستان و روسیه قرار دارد، اما در حوزه برنامه‌ریزی عملیاتی، برنامه‌های بهداشت روان در ایران؛ کلی، غیرشفاف و بدون برنامه‌ریزی هدفمند است. برنامه‌های ۹گانه بهداشت روان در نیروهای مسلح آمریکا و انگلستان عمدتاً مبتنی بر پژوهش است و جای برنامه‌های مبتنی بر پژوهش و مبتنی بر نیاز در سازمان‌های نظامی ایران خالی است. لذا، پیشنهاد می‌شود با توجه به برنامه‌های در حال اجرای کشورهای آمریکا و انگلستان، نقاط ضعف برنامه‌های ایران مشخص و با استفاده از ساختار و رویه‌ای که در آن برنامه‌ها وجود دارد به ارتقا و توسعه برنامه‌های مرتبط با سلامت روان نیروهای مسلح ایران اقدام شود.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی:

- برای ارتقای سلامت روان در سازمان‌های نظامی کلیه اقدامات باید مبتنی بر شواهد باشد.
- در برنامه‌های سلامت روان پوشش هر سه سطح پیشگیری (اولیه، ثانویه و ثالثیه) ضروری است.
- توجه به بعد معنویت در کنار سایر ابعاد سلامت روان امری اجتناب‌ناپذیر است.
- برخی برنامه‌های سلامت روان پیشگیرانه و برخی دیگر مداخله‌ای و اختصاصی است.
- برنامه‌های سلامت روان باید به گونه پویا و انعطاف‌پذیر تدوین شوند و متناسب با نیازهای سازمان‌های نظامی تغییر یابند.

سربازان ارائه داده است. برای کارکنان و برنامه تعالی رفتار در راستای ارتقاء بهداشت روان سربازان انجام می‌گیرد. همچنین در کانون بازنشستگی نیروهای مسلح دفاتر مشاوره‌ای باهدف ارتقاء بهداشت روانی بازنشستگان به ارائه خدمات می‌پردازند. معاونت نیروی انسانی نیز در سازمان خود، واحد مشاوره را فعال نموده و به کارکنان خدمات مشاوره‌ای به صورت تلفنی و حضوری ارائه می‌دهد. لذا می‌توان به صراحت مدعی شد که برنامه‌های بهداشت روان در نیروهای مسلح فراگیر و جامع بوده و توانسته در سطح قابل قبولی توسعه یابد و تا حدی تمام گروه‌های هدف را پوشش دهد.

برنامه‌های کشور ایران در مقایسه با کشور انگلستان در پوشش گروه هدف نیز وضعیتی مشابه با آمریکا دارد، هرچند که تا حدی توانسته با طرح امام رضا (ع) و برنامه پلیس مشاور گروه‌های هدف را پوشش دهد ولی چون ارزیابی، شواهد مبتنی بر پژوهش و بازخوردستی در این مورد انجام نگرفته است نمی‌توان مدعی شد که کیفیت پوشش دهی این دو برنامه همانند برنامه‌های آمریکا و انگلستان می‌باشد.

در مروری بر برنامه‌های دو کشور ایران و روسیه به وضوح می‌توان دید که هر دو تمرکز فعلی خود را بر کارکنان نظامی و سربازان گذاشته‌اند و تمرکز کمتری به بازنشستگان، خانواده‌ها و عموم مردم دارند (۹۳).

پروژه‌های بهداشت روان در تقسیم‌بندی دیگر برحسب سطوح پیشگیری، متمرکز بر پیشگیری سطح اول، دوم و سوم می‌باشند. مطالعه برنامه‌های بهداشت روان در کشور آمریکا نشان می‌دهد، این برنامه‌ها متمرکز بر هر سه سطح پیشگیری هستند. عمده اقدامات کشور انگلستان ناظر بر پیشگیری در سطح دوم و سوم می‌باشد. درحالی‌که برنامه‌های بهداشت روان در ایران و روسیه در سطوح اول و دوم قرار می‌گیرد. از جمله مهم‌ترین رویکردهای پیشگیرانه و مؤثر در حوزه بهداشت روان تمرکز بر پیشگیری از بیماری‌های روانی است که احتمالاً مجموعه‌های نظامی با آن درگیر هستند و یا آنکه ممکن است در طول نبرد و یا انجام مأموریت دچار آن شوند. از این رو در کشورهای مختلف متناسب با فراوانی بیماری‌های روانی کارکنان نظامی خود، برنامه‌هایی را طرح‌ریزی و اجرا می‌کنند تا بتوانند مانع حاد شدن و همچنین شیوع اختلالات و بیماری‌های روانی در کارکنان نظامی گردند. لذا در ابتدا با مرور برنامه‌های بهداشت روان کشورهای هدف، اهداف درمانی آن‌ها را به بحث می‌گذاریم. تا به مقایسه اهداف کشورهای مختلف دست یابیم. مرور برنامه‌های بهداشت روان در کشورهای آمریکا و انگلستان نشان می‌دهد که آن‌ها، در طرح‌ریزی‌های خود بر اختلالات اضطرابی و راهنمایی‌های عمومی در زمینه ی سبک زندگی و بهزیستی روانی متمرکز هستند (۵۵، ۶۶، ۹۴).

از آنجاکه اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلال در واحدهای نظامی است (۶۰) به صورت هدفمند برنامه‌هایی را برای درمان،

داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی نماید.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌دارند که در خصوص این

پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

1. Ahmadvand M A. Mental Health. Tehran: Iran: Entesharate PayameNour; 2011.
2. Mental Health: a state of well-being (updated August 2014) 2014. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
3. SaberiZafarghandi M. Some of the Challenges of Mental Health and Addiction in Iran. *IJPCP*. 2011;17(2):161-57.
4. Bramsen I, Dirkzwager AJ, Van der Ploeg HM. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*. 2014.
5. Rafati Shaldhy H, Asadzany M, Tadrissi SD. the need for attention to mental health in the armed forces. *The Third International Congress on Health and crisis management in disasters*; Tehran, the medical community mobilization2006.
6. Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Soltani Nejad A, Amiri M. Prevalence of Suicidal Ideation in Soldiers and its Associated Factors. *J Mil Med*. 2006;8(2):113-8.
7. Dehbash A, Talebi M. Study of mental health in the office employees of the Shahid Khazraei military educational center. *EBNESINA- Journal of Medical*. 2008;11(1):11-6.
8. Eskandari H. The Survey of Veterans' Depression and Anxiety and its Relationship with Veterans' Social-Economic Activities. *J Mil Med*. 2015;16(4): 197-203.
9. Moradiani H, Abbaspour M. Monitoring General Health in Executive and Operational Police and its Correlation with the Quality of Military Mission Performances. *J Mil Med*. 2015;17(1):47-53.
10. Yasai I., Ahmadi K., Kolivand A. Prevalence of psychological Disorders and work Fatigue among Pilots. *J Mil Med*. 2003;4(4):231-6.
11. Acosta J, Becker A, Cerully JL, Fisher MP, Martin LT, Vardavas R, et al. *Mental Health Stigma in the Military*: Rand Corporation; 2014.
12. Toivola R. *Arrangements and Methods For Fostering Mental Fitness in The Russian Armed Forces*. Russia: Army Academy Publications: Lappeenranta; 2012.
13. Meredith LS, Sherbourne CD, Gaillot SJ. *Promoting psychological resilience in the US military*: Rand Corporation; 2011.
14. Pinder RJ, Fear NT, Wessely S, Reid GE, Greenberg N. Mental health care provision in the UK armed forces. *Military medicine*. 2010;175(10):805-10.
15. Nikitin A, Kostin D, Shamrei V, Ganapol'skiĭ V, Miliutin S. Status of mental health of men called up

تشکر و قدردانی: این طرح پژوهشی با حمایت مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) انجام شده است. محقق بر خود لازم می‌داند از اساتید و کلیه همکاران و همه عزیزانی که به نوعی در انجام این مطالعه مشارکت و همکاری

- for military service. *Voenno-meditsinskii zhurnal*. 2010;331(6):17-20.
16. Kessler RC, Heerigna SG, Murray BS, Cople LJ, Fullerton CS, Hwang I, et al. Thirty-Day Prevalence of DSM-IV Mental Disorders Among Nondeployed Soldiers in the US Army: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):504-13. .
17. Matthew KN, Stein MB, Heeringa SG, Ursano RJ, Colpe LJ, Fullerton CS, et al. Prevalence and Correlates of Suicidal Behavior Among Soldiers: Results From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):514-22.
18. Sareen J, Isaak C, Katz LY, Bolton J, Enns MW, Stein MB. Promising strategies for advancement in knowledge of suicide risk factors and prevention. *American journal of preventive medicine*. 2014;47(3):S257-S63.
19. Ursano R, Benedek D, Engel C. Mental illness in deployed soldiers. *BMJ: British Medical Journal*. 2007;335(7620):571.
20. Acosta JD, Becker A, Cerully JL, Fisher MP, Martin LT, Vardavas R, et al. *Mental health stigma in the military*. DTIC Document, 2014.
21. Barlas FM, Higgins WB, Jacqueline CP, Diecker K. *Health Related Behaviors Survey of Active Duty Military Personnel*. In: Defense Do, editor. Washington, D.C: U.S. Department of Defense; February 3, 2014.
22. Dalky HF. *Mental Illness Stigma Reduction Interventions: Review of Intervention Trials*. *Western Journal of Nursing Research*. 2012;34(4): 520-47.
23. <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a519676.pdf>. *Mental Health Advisory Team V, Operation Iraqi Freedom 06-08*.
24. Jenson JM, Fraser MW. *A risk and resilience framework for child, youth, and family policy. Social policy for children & families: A risk and resilience perspective*. 2006;118.
25. Cesnik BI, Pierce N, Puls M. *Law enforcement and crisis intervention services: A critical relationship. Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1977; 7(4):211-5.
26. City of Madison Police Department. www.madisonpolice.com, COMMUNITY PROGRAMS, *Mental Health Liaison Program*.p 2014.
27. Coggins MH, Pynchon MR. *Mental health consultation to law enforcement: Secret service development of a mental health liaison program*. *Behavioral sciences & the law*. 1998;16(4):407-22.
28. Parsons TD, Rizzo AA. *Affective outcomes of*

- virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2008;39(3):250-61.
29. Reger GM, Holloway KM, Candy C, Rothbaum BO, Difede J, Rizzo AA, et al. Effectiveness of virtual reality exposure therapy for active duty soldiers in a military mental health clinic. *Journal of traumatic stress*. 2011;24(1):93-6.
30. Cigrang JA, Todd SL, Carbone EG. Stress management training for military trainees returned to duty after a mental health evaluation: effect on graduation rates. *Journal of occupational health psychology*. 2000;5(1):48.
31. Brusher EA. Combat and operational stress control. *International journal of emergency mental health*. 2007;9(2).
32. <http://wrair-www.army.mil/WRAIROtherProgramsAndServices.aspx>.
33. Killgore WD, Balkin TJ, Wesensten NJ. Impaired decision making following 49 h of sleep deprivation. *Journal of sleep research*. 2006;15(1):7-13.
34. McLellan TM, Kamimori GH, Voss DM, Tate C, Smith SJ. Caffeine effects on physical and cognitive performance during sustained operations. *Aviation, space, and environmental medicine*. 2007;78(9):871-7.
35. Wesensten N, Belenky G, Kautz MA, Thorne DR, Reichardt RM, Balkin TJ. Maintaining alertness and performance during sleep deprivation: modafinil versus caffeine. *Psychopharmacology*. 2002;159(3):238-47.
36. Casey Jr GW. Comprehensive soldier fitness: a vision for psychological resilience in the US Army. *American Psychologist*. 2011;66(1):1.
37. Cornum R, Matthews MD, Seligman ME. Comprehensive soldier fitness: building resilience in a challenging institutional context. *American Psychologist*. 2011;66(1):4.
38. Gottman JM, Gottman JS, Atkins CL. The Comprehensive Soldier Fitness program: family skills component. *American Psychologist*. 2011;66(1): 52.
39. Harms PD, Herian M, Krasikova DV, Vanhove AJ, Lester PB. The Comprehensive Soldier and Family Fitness Program Evaluation. Report# 4: Evaluation of Resilience Training and Mental and Behavioral Health Outcomes. 2013.
40. Leppin AL, Bora PR, Tilburt JC, Gionfriddo MR, Zeballos-Palacios C, Dulohery MM, et al. The efficacy of resiliency training programs: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. 2014.
41. Lester PB, Harms PD, Herian MN, Krasikova DV, Beal SJ. The Comprehensive Soldier Fitness Program Evaluation. Report 3: Longitudinal Analysis of the Impact of Master Resilience Training on Self-Reported Resilience and Psychological Health Data. DTIC Document, 2011.
42. Reivich KJ, Seligman ME, McBride S. Master resilience training in the US Army. *American Psychologist*. 2011;66(1):25.
43. Steenkamp MM, Nash WP, Litz BT. Post-traumatic stress disorder: Review of the Comprehensive Soldier Fitness program. *American journal of preventive medicine*. 2013;44(5):507-12.
44. Greenberg N, Langston V, Jones N. Trauma risk management (TRiM) in the UK Armed Forces. *Journal of the Royal Army Medical Corps*. 2008;154(2):124-7.
45. Jones E, Wessely S. The Origins of British Military Psychiatry Before the First World War. *War & Society*. 2001;19(2):91-108.
46. McGeorge T, Hacker Hughes J., Wessely S. The MOD PTSD Decision: A Psychiatric Perspective. *Occupational Health Review*. 2006;122:21-8.
47. Adler AB, Bliese PD, McGurk D, Hoge CW, Castro CA. Battlemind debriefing and battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2009;77(5):928.
48. Adler AB, Castro CA, McGurk D. Time-driven battlemind psychological debriefing: a group-level early intervention in combat. *Military medicine*. 2009;174(1):021-8.
49. Bliese PD, Wright KM, Adler AB, Cabrera O, Castro CA, Hoge CW. Validating the primary care posttraumatic stress disorder screen and the posttraumatic stress disorder checklist with soldiers returning from combat. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(2):272.
50. Castro CC. Impact of Combat on the Mental Health and Well-Being of Soldiers and Marines. *Smith College Studies in Social Work*. 2009;79(3-4):247-62.
51. Iversen AC, Fear NT, Ehlers A, Hacker Hughes J, Hull L, Earnshaw M, et al. Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychological medicine*. 2008;38(04):511-22.
52. Mulligan K, Fear N, Jones N, Wessely S, Greenberg N. Psycho-educational interventions designed to prevent deployment-related psychological ill-health in Armed Forces personnel: a review. *Psychological medicine*. 2011;41(04):673-86.
53. Mulligan K, Fear NT, Jones N, Alvarez H, Hull L, Naumann U, et al. Postdeployment Battlemind training for the UK armed forces: a cluster randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012;80(3):331.
54. Alexander JA. Third-location decompression for Canadian soldiers ending a tour of duty: a focus group. 2012.
55. Browne T, Iversen A, Hull L, Workman L, Barker C, Horn O, et al. How do experiences in Iraq affect alcohol use among male UK armed forces personnel? *Occupational and Environmental Medicine*. 2008;65(9):628-33.
56. Fertout M, Jones N, Greenberg N. Third location decompression for individual augmentees after a military deployment. *Occupational medicine*. 2012;62(3):188-95.
57. Fertout M, Jones N, Greenberg N, Mulligan K, Knight T, Wessely S. A review of United Kingdom

- Armed Forces' approaches to prevent post-deployment mental health problems. *International Review of Psychiatry*. 2011;23(2):135-43.
58. Jones N, Burdett H, Wessely S, Greenberg N. The subjective utility of early psychosocial interventions following combat deployment. *Occupational Medicine*. 2011;61(2):102-7.
59. Jones N, Jones M, Fear NT, Fertout M, Wessely S, Greenberg N. Can mental health and readjustment be improved in UK military personnel by a brief period of structured postdeployment rest (third location decompression)? *Occupational and environmental medicine*. 2013.
60. Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Southwick SM. Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and anxiety*. 2009;26(8):745-51.
61. Dent-Brown K, Ashworth A, Barkham M, Connell J, Gilbody S, Hardy G. An evaluation of six community mental health pilots for veterans of the Armed Forces: A case study series. A Report for the Ministry of Defence University of Sheffield. 2010.
62. Cozza KL, Hales RE. Psychiatry in the Army: a brief historical perspective and current developments. *Psychiatric Services*. 1991;42(4):413-8.
63. Gillham A, Robbins I. Brief therapy in a battleshock recovery unit: three case studies. *Journal of the Royal Army Medical Corps*. 1993;139(2):58-60.
64. Neria Y, Solomon Z. Prevention of posttraumatic reactions: Debriefing and frontline treatment. 1999.
65. O'Brien LS. Traumatic events and mental health: Cambridge University Press; 1998.
66. Iversen A, Dyson C, Smith N, Greenberg N, Walwyn R, Unwin C, et al. 'Goodbye and good luck': the mental health needs and treatment experiences of British ex-service personnel. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(6):480-6.
67. Palmer IP. UK extended Medical Assessment Programme for ex-service personnel: the first 150 individuals seen. *The Psychiatrist*. 2012;36(7):263-70.
68. Baev P. *The Russian Army in a time of troubles*: Sage; 1996.
69. Herspring DR, McDermott RN. Serdyukov promotes systemic Russian military reform. *Orbis*. 2010;54(2):284-301.
70. Weitz R. Illusive visions and practical realities: Russia, NATO and missile defence. *Survival*. 2010;52(4):99-120.
71. McDermott RN. Russia's Conventional Armed Forces and the Georgian War. *Parameters (Carlisle Barracks, Pa)*. 2009;39(1):65.
72. Rapoport A, editor *Patriotic Education in Russia: Stylistic Move or a Sign of Substantive Counter-Reform?* The Educational Forum; 2009: Taylor & Francis.
73. Spivak AL, Pridemore WA. Conscription and Reform in the Russian Army. *Problems of Post-Communism*. 2004;51(6):33-43.
74. Kasimov N, Malkhazova S, Romanova E. Environmental education for sustainable development in Russia. *Journal of Geography in Higher Education*. 2005;29(1):49-59.
75. Pavlova M. Education for sustainable development in Russia. *Technology and Vocational Education for Sustainable Development: Springer*; 2009. p. 175-92.
76. Grigorieva I. Social Policy: The Main Concepts. *The Journal of Social Policy Studies*. 2003;1(1):29-44.
77. McNelis PJ. Servicemen and Social Work In: Editor-in-Chief, editor. *Encyclopaedia of Social Work* 1993.
78. Radebe C. The mentoring of officers commanding in the SA Military Health Service (SAMHS): a military social work perspective: Stellenbosch: University of Stellenbosch; 2009.
79. Siu P. Mental disorders in men enlisted into military service and in soldiers (clinico-epidemiological study). *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 1999;99(8):16-20.
80. Surkova I. Social Problems in the Russian Army within the Framework of Social Work. *Journal of Comparative Social Work*. 2010;2010.(Y)
81. NAJA B. Cheshmandaz 20 sale behdasht o darman Nirouhaye Mosalah Va Ahame Dastourolamale mortabet ba Tarhe Emam Reza. In: NAJA B, editor. Tehran 2013.
82. Ahmadizadeh M, Ahmady K, J. A. The Effectiveness of Problem Solving and Prolonged Exposure Therapy Methods and a Combination of Both on the Adjustment of Veterans Suffering from War-Related Post-Traumatic Stress Disorder. *J Mil Med*. 2012;14(3):178-85.
83. Amir M, Kaplan Z, Efroni R, Levine Y, Benjamin J, Kotler M. Coping styles in post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. *Personality and Individual differences*. 1997;23(3):399-405. [Persian]
84. Marzabadi E. Stressor Factors in Military Staff. *J Mil Med*. 2010;11(4):213-7.
85. Ebrahimisani E, Hashemian K, F Da. The Effectiveness of Transactional Analysis Group Therapy in Increasing the Self-Esteem of Northern Khorasan Province Prisons' Soldier-Guards. *J Mil Med*. 2012;14(3):214-20.
86. Azad Marzabadi E, Purkhalil M, Hashemizadeh S, P. S. The Role of Organizational Spirituality in Job Stress and Job Satisfaction in Staff of Baqiyatallah Hospital Personnel and Considering Solutions to Enhance Theirs Spirituality. *J Mil Med*. 2014;16(3):147-53.
87. Mutahhari M, Qarā'i M. *Society and history: Islamic Propagation Organization*; 1985.
88. Ragheb-Esfahani H. *Al-mofradat-fi-Gharib-al-Quran*. Beirutin: Daror-Alghalam. 1991:421.
89. Razi S. Nahjolbalaghe, translated by Mohammad dashtai. Amiralmomentin research institute, Qom. 2005.
90. Schahgaldian NB, Barkhordarian G. *The Iranian Military Under the Islamic Republic*. DTIC Document, 1987.

91. Imami S, Tahamtan F, Nabipour I, Azizi F, Zafarmand M, K N. Use of focus groups to assess the health needs of the community for priorities in health research in Bushehr port, I.R. Iran, The Persian Gulf region. Iran South Med J. 2002;5(2): 176-80.
92. NAJA. Dastourolamale maharathaye zendegi, erteghaye behdashte ravanye koupha. 2015.
93. Burger ES, Gitau R. Russian Anti-Corruption Campaign: Public relations, Politics or Substantive Change, The. New J Eur Crim L. 2010;1:218.
94. Jones E, Vermaas RH, McCartney H, Beech C, Palmer I, Hyams K, et al. Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th-century diagnosis. The British Journal of Psychiatry. 2003;182(2):158-63.