

Determining the Validity and Revision of the Neurological and Mental Illnesses Part of the Medical Exemption Regulation

Mohammad Reza Ebrahimi¹, Farhad Avakh², Arsia Taghva³, Zahra Farsi⁴,
Leila Gonabadi-Nezhad^{5*}

¹ Department of Psychiatry, Medicine Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Aerospace and Sub-Aquatic Medical Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Psychiatry, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Community Health Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ Candidate Fellowship of Military Psychiatry, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 12 March 2022 Accepted: 1 March 2023

Abstract

Background and Aim: The high transparency and validity of the Medical Exemption Regulations can improve the unity of the procedure. The aim of this study was to determine the validity and revision of the neurological and mental illnesses part of the medical exemption regulation for 2021.

Methods: A qualitative study with the classical Delphi technique approach was performed in three rounds. The first round consisted of interviews and focus group discussions to extract the flaws and ambiguities of the existing regulation. In the second round, the face and content validity of the amended regulations were assessed based on the opinions of experts, and in the third round, the opinions of experts were assessed to investigate the agreement on the final regulations. The study population consisted of psychiatrists, conscientious objectors, and medical doctors with experience in attending medical commissions.

Results: Thirty-two specialists participated in at least one round of the study. The mean age and experience of their presence in medical commissions were 47.9 ± 5.8 and 10.7 ± 5.5 years, respectively. In the first round, a total of 62 initial codes were extracted. The regulation document, including 15 clauses and 27 sub-categories, was provided to the participants to assess the content validity (second round) and the content validity index (CVI), and the content validity ratio (CVR) for the neurological and mental illnesses part of the medical exemption regulation were 84.87 and 61.1, respectively. The final version of regulations with 14 clauses and 25 sub-categories was provided to the experts to assess the agreement, and the mean agreement for the neurological and mental illnesses part of the medical exemption regulation was 84.8.

Conclusion: The revised regulation can be used as an alternative to the existing regulation. Utilizing the opinions of a large number of experts during different rounds and using different approaches has increased the validity of the findings and provided reliable results.

Keywords: Validity, Regulation, Medical Exemption, Public Military Service.

اعتبارسنجی و بازنگری بخش بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مشمولان وظیفه عمومی

محمد رضا ابراهیمی^۱، فرهاد آوخ^۲، ارسیا تقوا^۳، زهرا فارسی^۴، لیلا گنابادی نژاد^{۵*}

^۱ گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

^۲ دانشکده طب هوافضا و زیرسطحی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

^۳ گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

^۴ گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

^۵ کاندیدای فلوشیپ روانپزشکی نظامی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: شفافیت و اعتبار بالای آیین‌نامه می‌تواند سبب بهبود وحدت رویه شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اعتبار و بازنگری بخش بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مشمولان وظیفه عمومی در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد.

روش‌ها: یک مطالعه کیفی با رویکرد تکنیک دلفی کلاسیک در سه مرحله انجام شد. مرحله اول شامل مصاحبه و بحث گروهی متمرکز برای استخراج ایرادات و ابهامات آیین‌نامه بود. در مرحله دوم روایی صوری و محتوایی آیین‌نامه اصلاح‌شده مورد سنجش قرار گرفت و در مرحله سوم نظرات متخصصین برای سنجش میزان توافق در مورد آیین‌نامه نهایی اخذ شد. جامعه پژوهش شامل روانپزشکان، افراد آگاه در حوزه آیین‌نامه‌های نظام وظیفه و پزشکان عمومی دارای سابقه حضور در کمیسیون‌های پزشکی بود.

یافته‌ها: ۳۲ متخصص حداقل در یکی از مراحل مطالعه شرکت نمودند. میانگین سن و سابقه حضور آن‌ها در کمیسیون‌های پزشکی به ترتیب برابر با $5/8 \pm 47/9$ و $5/5 \pm 10/7$ سال بود. در مرحله اول در مجموع تعداد ۶۲ کد اولیه استخراج شد. در مرحله دوم آیین‌نامه اصلاح‌شده شامل ۱۵ بند و ۲۷ زیر مجموعه با محاسبه میزان شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا به ترتیب به میزان $84/87$ و $61/1$ روان‌سنجی شد. آیین‌نامه نهایی با ۱۴ بند و ۲۵ زیر مجموعه جهت سنجش توافق در اختیار صاحب‌نظران قرار گرفت و میانگین توافق برای بخش بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی در مجموع برابر با $84/8$ بود.

نتیجه‌گیری: آیین‌نامه اصلاح شده می‌تواند به عنوان نسخه جایگزین آیین‌نامه موجود مورد بهره‌برداری قرار گیرد. بهره‌گیری از نظرات جمع‌کنندگی از متخصصین در طی مراحل مختلف و با استفاده از رویکردهای متفاوت، اعتبار یافته‌ها را افزایش داده و نتایج قابل‌اتکایی فراهم نموده است.

کلیدواژه‌ها: اعتبار، آیین‌نامه، معافیت پزشکی، مشمولان وظیفه عمومی.

مقدمه

بعد از انقلاب صنعتی در کشورهای اروپایی تغییرات سبک زندگی با سرعتی بیش از پیش نمایان گشت. توسعه شهرهای صنعتی و روی کار آمدن نظام‌های سرمایه‌داری سبب گسترش شهرنشینی و مهاجرت از روستا به شهر گردید. به مرور تراکم جمعیت در شهرها بویژه شهرهای صنعتی در تمامی نقاط جهان افزایش شدیدی یافت (۱). با ورود به نیمه دوم قرن بیستم دوران رشد سرسام‌آور علم و تکنولوژی نیز فرا رسید. آنچه امروزه در جهان شاهد آن هستیم شامل شلوغی و هیاهوی محیط‌های شهری، تغییرات آبی و مداوم، مواجهه لحظه‌ای به انبوهی از اطلاعات جدید می‌باشد و این شرایط در کنار تغییرات کلان اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و اقلیمی در سراسر جهان، شرایطی را به وجود آورده است که گروه‌های مختلف سنی را با تنش‌های فراوان مواجه می‌نماید (۲،۳). در این قشر جوان وضعیتی به مراتب نگران‌کننده‌تر را تجربه می‌نماید. دلیل این امر می‌تواند مربوط به مختصات دوران جوانی به عنوان دوران تصمیمات بزرگ در زمینه تشکیل زندگی مشترک، انتخاب مسیر تحصیلی و شغلی آینده و حتی محل سکونت در ورای مرزهای مختلف جغرافیایی باشد (۴،۵).

نتیجه یک مطالعه ملی در ایالات متحده آمریکا با بررسی ۲۱۲۹۱۳ نوجوان سنین ۱۲ الی ۱۷ سال در طی سال‌های ۲۰۰۵ الی ۲۰۱۷ و ۳۹۸۹۶۷ نفر بالای ۱۸ سال در طی سالیان ۲۰۰۸ الی ۲۰۱۷ حاکی از افزایش اختلالات اعصاب و روان و تنش‌های روانی در طی زمان بوده است. بیشترین افزایش در گروه سنی ۱۸-۲۵ سال به میزان ۷۱ درصد ثبت شده است. همچنین در گروه سنی جزیی‌تر شامل افراد ۲۱-۲۰ سال این میزان برابر با ۷۸ درصد بوده است که نشان‌دهنده آسیب‌پذیر بودن و در معرض خطر بودن جوانان در زمینه اختلالات اعصاب و روان می‌باشد (۶). مرور نظام‌مند و متاآنالیز ۴۶ مطالعه از ۲۱ کشور دنیا در ۶ قاره مختلف در طی سال‌های ۱۹۸۰ الی ۲۰۱۸ شیوع اختلالات شخصیتی را ۷/۸ درصد برآورد نموده است که این میزان در کشورهای درآمد بالا با شیوع ۹/۶ درصد و بیش از کشورهای با درآمد کم و متوسط به میزان ۴/۳ درصد بوده است (۷).

در زمینه شیوع اختلالات اعصاب و روان، کشور ایران نیز دارای وضعیتی کمابیش یکسان است. یک بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات روانپزشکی در ایران توسط محمدی و همکاران بر روی نمونه ۲۵۱۸۰ نفری نشان داده است که شیوع اختلالات اعصاب و روان در مجموع ۱۰/۸۱ درصد بوده است که در گروه سنی ۱۸ الی ۲۵ سال این میزان برابر با ۹/۰۷ برآورد شد (۸). این در حالی است که مطالعه‌ای با فاصله زمانی ۶ سال، شیوع اختلالات اعصاب و روان را برابر با ۳۹/۶ درصد گزارش نموده است که افزایش چشمگیری را نشان می‌دهد (۹). همچنین در مطالعه‌ای دیگر توسط شریفی و همکاران، شیوع کلی اختلالات اعصاب و روان در یک دوره ۱۲ ماهه در نمونه مورد بررسی ۲۳/۶ درصد برآورد شده است (۱۰).

اختلالات اعصاب و روان علاوه بر شیوع بالا دارای پیامدهای منفی متعددی نیز هستند. بر حسب نوع اختلال، تاثیر این گروه از بیماری‌ها می‌تواند شامل کاهش توانایی جسمی و شناختی، ناپایداری روانی و خلقی، ایجاد وابستگی، واکنش‌های مخرب در قبال خود و سایرین، اختلال در روابط بین فردی و همچنین اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی در کنار سایر پیامدهای ناگوار آن باشد. در بین پیامدهای منفی اختلالات اعصاب و روان می‌توان به خودکشی به عنوان یکی از مخرب‌ترین رفتارها اشاره نمود که شواهد موجود نشان دهنده وضعیت نامناسب کشور است (۱۴-۱۱). در بازه زمانی ۲۰۱۵-۲۰۰۶ به ترتیب ۲۵۳۸۷ مرد و ۱۰۶۴۷ زن در ایران به دلیل خودکشی جان خود را از دست داده‌اند. این میزان در بازه ۲۰۱۰-۲۰۰۶ برابر با ۷/۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است که در بازه زمانی ۲۰۱۱-۲۰۰۶ به ۸/۶ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر افزایش یافته است. در هر دو جنس شیوع خودکشی موفق در بازه سنی ۲۴-۲۰ سال بیشترین مقدار بوده است. (۱۵). علی‌رغم اینکه نقش سایر متغیرها در اقدام به خودکشی را نمی‌توان نادیده انگاشت، با این حال نقش اختلالات اعصاب و روان در این مورد بسیار بارز بوده و اغلب سایر عوامل نیز زمانی می‌توانند علت اقدام به خودکشی باشند که به یک اختلال اعصاب و روان تبدیل شده باشند (۱۶،۱۷).

شیوع بالای اختلالات اعصاب و روان در بین نوجوانان و جوانان و همچنین پیامدهای مخرب و ناگوار این اختلالات سبب شده است که بخشی از آیین‌نامه معافیت پزشکی مشمولان وظیفه عمومی در کشور به این گروه از بیماری‌ها اختصاص داشته باشد. بر این اساس در قسمت اختلالات اعصاب و روان تعداد ۱۵ بند در مورد این اختلالات و نحوه تصمیم‌گیری در مورد مشمولان بر اساس آن‌ها وجود دارد که در نهایت در قالب معاف دائم، معاف موقت و یا معاف رزم، رأی کمیسیون پزشکی مربوطه صادر می‌شود (۱۸). علی‌رغم اینکه تصمیم‌گیری در مورد این اختلالات توسط صاحب‌نظران فارغ‌التحصیل در حوزه روانپزشکی صورت می‌گیرد، با این حال شواهد میدانی حاکی از وجود اشکالاتی در این فرآیند می‌باشد که به نظر می‌رسد ناشی از ابهامات، عدم شفافیت و اعتبار پایین آیین‌نامه مذکور باشد. اگرچه در این زمینه شواهد پژوهشی با هدف ارزیابی آیین‌نامه در دست نیست، با این حال شواهدی نظیر آمار بالای درخواست‌کنندگان معافیت در حین خدمت به دلیل اختلالات اعصاب و روان (۱۹)، عدم ثبات رویه در بین ارگان‌های پذیرنده مشمولان بر اساس آیین‌نامه و همچنین شیوع اختلالات روانشناختی در بین سربازان وجود دارد (۲۳-۲۰). البته در مورد شیوع اختلالات در بین سربازان باید به این نکته اشاره نمود که ممکن است اختلال در دوره خدمت مشمول ایجاد شده باشد، اما وجود اختلال از قبل و عدم تصمیم‌گیری صحیح در کمیسیون پزشکی را نیز می‌توان به عنوان یک سناریوی محتمل در نظر گرفت. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اعتبار و بازنگری

یافته‌های به‌دست آمده در مرحله اول با استفاده از روش تحلیل محتوای جهت‌دار تجزیه و تحلیل شد. در این روش پژوهشگران از نظریه از قبل موجود (بخش بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مضمولان وظیفه عمومی) استفاده نمودند تا آن را کامل‌تر یا اصلاح نمایند و اجازه دادند تا مفاهیم و بندها به طور قیاسی و استقرایی از آیین‌نامه اولیه و متن مصاحبه‌ها استخراج شود. جهت سنجش روایی اقدام به محاسبه شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا شد. در این راستا با ارسال فرم طراحی شده و ارائه توضیحاتی برای آگاهی مشارکت‌کنندگان از محتوای گویه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا در زمینه هر یک از موارد مربوط به ابعاد، یکی از طیف‌ها را انتخاب نمایند. با محاسبه شاخص روایی محتوا، پذیرش هر مورد بر اساس معیار بدین صورت بود: نمره شاخص روایی محتوای بالاتر از $0/79$ (قابل قبول)، نمره ما بین $0/70$ تا $0/79$ (سؤال برانگیز و نیازمند اصلاح و بازنگری) و نمره کمتر از $0/70$ (غیرقابل قبول) تلقی شده و از لیست بندهای آیین‌نامه حذف گردید و یا به‌صورت جدی مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت. در مورد نسبت روایی محتوا مطابق با دستورالعمل موجود و تعداد مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر (۲۸ نفر)، مقدار قابل قبول برای نسبت روایی محتوا به میزان $0/35$ و بالاتر در نظر گرفته شد (۲۸). در گام سوم آیین‌نامه اصلاح‌شده برای تعیین میزان توافق در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و بر اساس آن ضریب توافق محاسبه گردید.

در این مطالعه جهت افزایش قابلیت اعتبار و اعتماد داده‌های مرحله کیفی مواردی نظیر تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و درگیری طولانی مدت با پدیده تحت مطالعه، غوطه‌وری کامل در داده‌ها، تلفیق منبع داده‌ها با استفاده از متون و منابع متعدد مرتبط با موضوع، بازنگری ناظرین، جستجوی مدارک و شواهد رد کننده و تحلیل موارد منفی، اعتبار محقق، ارائه داده‌های توصیفی غنی از فرآیندهای مشاهده شده در طی تحقیق و حسابرسی تحقیق با بررسی دقیق داده‌ها، مدنظر قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه به تصویب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آجا با کد IR.AJAUMS.REC.2020.187 رسید. موافقت آگاهانه از تمامی مشارکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش با استفاده از فرم رضایت آگاهانه به‌صورت شفاهی یا کتبی اخذ شد و جهت ضبط صدا و یادداشت‌برداری اخذ اجازه گردید. همچنین تضمین گردید که اطلاعات به‌دست آمده محرمانه تلقی شده و فقط در جهت اهداف تحقیق استفاده گردید.

نتایج

مرحله اول؛ در مجموع مراحل اجرایی پژوهش، تعداد ۳۲ نفر از افراد واجد شرایط انتخاب شده و در مطالعه مشارکت نمودند. در جدول ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان، روش‌های

بخش بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مضمولان وظیفه عمومی در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تکنیک دلفی کلاسیک است که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری شامل روانپزشکان فعال در کمیسیون‌های پزشکی، پزشکان عمومی و کارشناسان حوزه حقوقی و قوانین سازمان نظام وظیفه عمومی بود. از روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود به مطالعه استفاده شد. در این راستا دارا بودن حداقل دو مورد از معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه و تمایل به مشارکت در مطالعه، دارا بودن دانشنامه تخصصی در حوزه روانپزشکی، دارا بودن دانشنامه دکترای حرفه‌ای پزشکی، حداقل ۵ سال فعالیت در کمیسیون‌های معافیت پزشکی مضمولان وظیفه عمومی، حداقل ۵ سال فعالیت در سازمان نظام وظیفه عمومی به عنوان پزشک عمومی، حداقل ۵ سال سابقه فعالیت در حوزه حقوقی و قوانین سازمان وظیفه عمومی، جهت انتخاب مشارکت‌کنندگان ضروری در نظر گرفته شد. عدم تمایل به ادامه همکاری بعد از انتخاب مشارکت‌کننده به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

تکنیک دلفی در حوزه‌های مختلف از جمله برای اعتباریابی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۴). برای انجام دلفی کلاسیک هیچگونه دستورالعملی برای محاسبه تعداد مشارکت‌کنندگان وجود ندارد و در این زمینه مواردی نظیر هدف مطالعه و منابع در دسترس مدنظر قرار می‌گیرد. در این راستا مشارکت تعداد ۱۲ الی ۱۵ نفر توصیه شده است (۲۵، ۲۶). امکان مشارکت تعداد بیشتری از متخصصین نیز وجود دارد و می‌تواند به بسط جوانب مختلف و آشکار شدن زوایای گوناگون موضوع کمک کند (۲۷).

مراحل سه‌گانه انجام پژوهش حاضر به شرح ذیل بود:

- مرحله اول: در مرحله اول یک پرسشنامه بدون ساختار و باز پاسخ در خصوص ابهامات و ایرادات موجود در "بخش بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مضمولان وظیفه عمومی" تهیه شد که به عنوان استراتژی زایش ایده‌ها عمل نمود. مشارکت‌کنندگان بر اساس پرسشنامه بدون ساختار (باز پاسخ) تهیه شده مورد مصاحبه‌های انفرادی و بحث گروهی متمرکز قرار گرفتند. انتخاب مکان و زمان مصاحبه با مشارکت‌کنندگان توسط آنان تعیین شد.

- مرحله دوم: در مرحله دوم بندهای مستخرج از مرحله اول و بندهای "بخش بیماری اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مضمولان وظیفه عمومی" در اختیار متخصصین قرار گرفته و نظرات آن‌ها جهت تعیین روایی محتوا اخذ شد.

- مرحله سوم: بر اساس یافته‌های گام اول و دوم چک لیست جدیدی (منطبق بر آیین‌نامه اصلاح‌شده) طراحی شد و اقدام به محاسبه ضریب توافق گردید.

جدول-۱. متغیرهای جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان، روش جمع‌آوری داده و مشارکت در مراحل مطالعه

کد مشارکت‌کننده	سن (سال)	جنس	فعالیت در کمیسیون پزشکی (سال)	روش جمع‌آوری داده	مشارکت در مراحل مطالعه		
					مرحله اول	مرحله دوم	مرحله سوم
۱	۴۱	مرد	۷	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	-
۲	۵۲	مرد	۱۸	مصاحبه، دلفی	✓	✓	✓
۳	۵۴	مرد	۱۰	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	-
۴	۴۵	زن	۵	بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۵	۶۴	مرد	۱۱	مصاحبه، دلفی	✓	✓	✓
۶	۳۹	مرد	۱۰	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۷	۴۸	مرد	۱۵	مصاحبه، دلفی	✓	✓	✓
۸	۴۲	مرد	۱۰	مصاحبه، دلفی	✓	✓	-
۹	۵۴	مرد	۲۰	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۱۰	۴۸	مرد	۱۸	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۱۱	۴۴	مرد	۱۵	مصاحبه، دلفی	✓	✓	-
۱۲	۴۳	مرد	۱۱	بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۱۳	۵۲	مرد	۲۲	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۱۴	۴۶	مرد	۷	مصاحبه، دلفی	✓	✓	-
۱۵	۴۸	مرد	۹	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۱۶	۵۲	مرد	۲۱	بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۱۷	۴۷	مرد	۹	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز	✓	-	-
۱۸	۵۶	مرد	۳	مصاحبه، دلفی	✓	✓	✓
۱۹	۴۵	مرد	۴	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۲۰	۴۷	مرد	۷	مصاحبه، دلفی	✓	✓	✓
۲۱	۴۹	مرد	۲۰	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۲۲	۵۰	مرد	۱۵	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۲۳	۵۴	مرد	۵	مصاحبه، دلفی	✓	✓	-
۲۴	۴۷	مرد	۵	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۲۵	۴۶	مرد	۶	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز	✓	-	-
۲۶	۵۷	مرد	۱۱	مصاحبه، دلفی	✓	✓	✓
۲۷	۵۲	مرد	۱۲	مصاحبه، دلفی	✓	✓	-
۲۸	۴۸	مرد	۱۲	مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، دلفی	✓	✓	✓
۲۹	۳۹	مرد	۶	مصاحبه، دلفی	✓	✓	✓
۳۰	۴۰	مرد	۷	مصاحبه، دلفی	✓	✓	✓
۳۱	۴۲	مرد	۶	دلفی	✓	-	-
۳۲	۴۱	مرد	۵	دلفی	✓	-	-

جدول-۲. بندها، زیر مجموعه‌ها و تعداد کدهای اولیه مربوط به هر بند

بند	زیر مجموعه	کدهای اولیه
سایکوزها	الف: اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، اختلالات هذیانی و پسیکوزهای آتیپیک مزمن - معاف دائم ب: اختلال سایکوز گذار - ۶ ماه معاف موقت	سایکوز ناشی از مواد؛ سایکوز ناشی از شرایط معمول پزشکی؛ زمان بروز سایکوز؛ اضافه کردن سایکوز خفیف
اختلالات خلقی	الف: ابتلا به بیماری دو قطبی نوع یک در هر مرحله و فاز - معاف دائم ب: اختلال افسردگی اساسی - معاف دائم ج: انواع اختلال خلقی افسردگی خفیف (دیس تایمی و سایکلو تایمی)، اختلال خلقی دو قطبی نوع دوم (هایپو مانیا) در صورتیکه با دارو تحت کنترل بوده و یا تهدید کننده خود و اطرافیان نباشد - معاف از خدمات رزمی د: در صورتیکه حداقل ۶ ماه از حمله حاد (اولین حمله حاد مانیا) و افسردگی گذشته باشد و هیچ گونه علامتی نداشته باشد - معاف از خدمات رزمی	معافیت دائم افراد مبتلا به دو قطبی نوع ۲؛ دفعات بستری فرد دارای اختلال دو قطبی؛ دفعات بستری و کنترل علائم فرد مبتلا به افسردگی؛ اختلالات خلقی ناشی از مواد و شرایط معمول پزشکی؛ مغایرت موجود در زیر مجموعه‌های (الف) و (د) از بند اختلالات خلقی؛ شرایط همبودی اختلالات خلقی
انواع اختلالات شخصیتی	الف: انواع سایکوپات (ضد اجتماعی)، مرزی، اسکیزوئید، اسکیزوتایپال و پارانوئید - معاف دائم ب: انواع دیگر اختلال شخصیت در صورتیکه ناتوان کننده نباشد - معاف از خدمات رزمی	معافیت دائم برای کلیه اختلالات شخصیتی با شدت شدید؛ اضافه کردن اختلال شخصیت وابسته و اجتنابی؛ معافیت از خدمات رزمی به افراد مبتلا به اختلالات شخصیتی در حد متوسط و خفیف؛ تغییرات و اختلالات شخصیتی منتج از ضربات مغزی؛ صفات شخصیتی؛ اعطای معافیت موقت ۶ ماهه و تایید معافیت دائم بعد از بررسی
اختلال وسواس، پانیک، اضطراب، فوبیا، PTSD و سایر اختلالات اضطرابی	الف: نوع شدید مقاوم به درمان - معاف دائم ب: نوع خفیف - معاف از خدمات رزمی	طبقه بندی بر اساس DSM-5؛ خروج اختلال استرس پس از سانحه؛ خروج اختلال اضطرابی از طبقه وسواس؛ اضافه کردن اختلال اضطراب جدایی در مجموعه اختلال‌های اضطرابی
انواع نقیصه عقلانی و کند ذهنی	الف: با ضریب هوشی زیر ۷۰ - معاف دائم ب: با ضریب هوشی بین ۷۰-۹۰ - معاف از خدمات رزمی	ضریب هوشی به همراه سطح عملکرد؛ مدت زمان تحصیل در مدرسه استثنایی؛ تعیین سطح عملکردی افراد؛ ضریب هوشی کمتر از ۸۰ مدنظر قرار گیرد؛ پر رنگ کردن نقش مصاحبه‌های بالینی توسط متخصصین؛ کاهش ضریب هوشی جهت معافیت دائم به ۶۰؛ بهره هوشی ۶۰ الی ۸۵ به عنوان ملاک معافیت از رزم؛ بهره هوشی ۷۵ همراه با اختلال عملکردی شدید معافیت دائم
اختلال تکلم و لکت با منشاء نورولوژیک	الف: موارد شدید - معاف دائم (تبصره: برای دارندگان مدارک کارشناسی و بالاتر - معاف از خدمات رزمی) ب: در موارد متوسط و خفیف - معاف از خدمات رزمی	مخالفت با معافیت دائم و اعطای معافیت از رزم برای موارد شدید؛ حذف علت نورولوژیک؛ نحوه تعیین شدت اختلال تکلم
کژخوبی مغایر با شئون اجتماعی و نظامی	انحرافات جنسی و هموسکسوالیتی - ۶ ماه معاف موقت (تبصره: پس از ۶ ماه در صورت اثبات در مراکز درمانی ن.م. - معاف دائم)	تاییدیه پزشکی قانونی؛ تاییدیه دو نفر روانپزشک؛ تاییدیه پزشکی قانونی؛ معافیت از رزم اعطا شده و در دوره ۶ ماهه نظر نهایی ارائه شود؛ اشاره به انواع مختلف پارافیلیا (انحراف جنسی)
اختلال کنترل تکانه شدید	معاف دائم	شدت اختلال کنترل تکانه تعریف شده؛ تصمیم گیری بر مبنای شرایط اختلال و پیامدهای آن؛ تغییر طبقه قرارگیری اختلال تکانه
اختلالات سوماتوform	در صورتیکه بیش از ۲ سال طول کشیده باشد به شرط ثبوت با مدارک پزشکی مستقل - معاف دائم (تبصره: برای دارندگان مدارک کارشناسی و بالاتر - معاف از خدمات رزمی)	تصمیم گیری بر اساس دفعات بستری؛ عدم نقش داشتن مدرک تحصیلی؛ وحدت رویه
اختلالات تیک صوتی یا حرکتی	الف: نوع شدید - معاف دائم ب: نوع خفیف - معاف از خدمات رزمی	نحوه تعیین شدت اختلال؛ تعیین مصادیق تیک و نوع معافیت بر اساس آن؛ موارد دارای اختلال متوسط
اختلالات فراگیر رشد	الف: شدید همراه با افت عملکرد واضح - معاف دائم ب: خفیف - معاف از خدمات رزمی	وضعیت عملکردی فرد و نظر بالینگر برای قضاوت در مورد شدت؛ رفرنس روانپزشکی اطفال و همچنین نظر بالینگر
اختلال هویت جنسی	با ارائه گواهی پزشکی قانونی و تایید در مراکز درمانی ن.م. - معاف دائم	تغییر عنوان این بند به Gender dysphoria؛ گواهی پزشکی قانونی برای تشخیص اختلال؛ رأی پزشکی قانونی و نظر روانپزشکان

(ادامه)

بند	زیر مجموعه	کدهای اولیه
اعتیاد به مواد مخدر یا روان گردان	۶ ماه معاف موقت	قضاوت در مورد ادامه دوره اعتیاد فرد؛ معافیت از رزم و ایست خدمتی؛ تفکیک انواع اعتیاد مضمولان؛ رعایت اصل وحدت روبه
مشمولین پزشک	که از سلامتی کامل در خصوص هر یک از بیماری های فوق برخوردار نباشند (در حد معافیت دائم باشد) لیکن قادر به طبابت در نیروهای مسلح باشند- معاف از خدمات سنگین	عدم تفکیک بین مضمولان پزشک با سایر گروه های تحصیلی؛ فرد پزشک مبتلا به اختلال روانپزشکی؛ نهاد متولی تصمیم گیری در مورد معافیت از خدمات رزمی
سایر بیماری‌ها	الف: سایر بیماری های موضوع این بخش که منطبق با دسته دوم ماده ۲ آیین نامه باشند- معاف از خدمات رزمی ب: سایر بیماری های موضوع این بخش که منطبق با دسته سوم ماده ۲ آیین نامه باشند- ۶ ماه معاف موقت ج: سایر بیماری های موضوع این بخش که منطبق با دسته چهارم ماده ۲ آیین نامه باشند- معاف دائم	تبعیت اقدامات تشخیصی از DSM-5؛ قرارگیری اختلال انطباقی و PTSD در طبقه اختلالات وابسته به استرس؛ تعیین وضعیت افراد مبتلا به PTSD بر اساس شرایط موجود؛ عدم توجه به زمان بستری؛ نواقص آیین نامه

مورد مربوط به بند اختلال تکلم و لکنت با منشاء نورولوژیک و مورد مربوط به بند مشمولین پزشک (از سلامتی کامل در خصوص هر یک از بیماری های فوق برخوردار نباشند) (بیماری آنان در حد معافیت دائم باشد) لیکن قادر به طبابت در نیروهای مسلح باشند- معاف از خدمات سنگین)، در وضعیت نامناسب و غیر قابل قبول قرار داشتند. در مجموع میزان شاخص روایی محتوا برای مجموع بندها و زیر مجموعه های مورد بررسی به میزان ۸۴/۸۷ برآورد شد.

در زمینه نسبت روایی محتوا از مجموع ۲۷ زیر مجموعه، تعداد ۲۳ زیر مجموعه دارای وضعیت قابل قبول (نسبت روایی محتوای بالاتر از ۰/۳۵) بودند. همچنین ۴ زیر مجموعه شامل زیر مجموعه (د) بند اختلالات خلقی (در صورتی که حداقل ۶ ماه از حمله حاد (اولین حمله حاد مانیا) و افسردگی گذشته باشد و هیچ گونه علامتی نداشته باشد- معاف از خدمات رزمی)، مورد مربوط به بند اختلال تکلم و لکنت با منشاء نورولوژیک (موارد شدید- معاف از خدمات رزمی)، مورد مربوط به بند اختلالات سوماتوفرم (افراد با سابقه بستری ۳ بار و بیشتر در طی ۳ سال به شرط ثبوت با مدارک پزشکی مستدل- معاف دائم [تبصره: برای دارندگان مدارک کارشناسی و بالاتر- معاف از خدمات رزمی]) و مورد مربوط به بند مشمولین پزشک (که از سلامتی کامل در خصوص هر یک از بیماری های فوق برخوردار نباشند) (بیماری آنان در حد معافیت دائم باشد) لیکن قادر به طبابت در نیروهای مسلح باشند- معاف از خدمات سنگین)، با کسب نسبت روایی محتوا کمتر از ۰/۳۵ در وضعیت غیر قابل قبول قرار داشتند.

در مرحله سوم چک لیست اصلاح شده بر اساس یافته های مرحله دوم و اعمال نظرات متخصصین، برای سنجش میزان توافق در اختیار ۲۳ نفر از متخصصین قرار گرفت و میزان توافق آن ها در زمینه موارد بند بیماری های اعصاب و روان آیین نامه محاسبه گردید (جدول ۳). تمامی موارد دارای میزان توافق ۷۰ درصد و بیشتر بودند و در نتیجه آیین نامه اصلاح شده در قالب ۱۴ بند و ۲۵ زیر مجموعه به عنوان آیین نامه نهایی مورد تایید قرار گرفت.

اخذ نظرات آنان در طی پژوهش و وضعیت مشارکت آنان در هر یک از مراحل مطالعه گزارش شده است. میانگین سنی مشارکت کنندگان در این پژوهش برابر با ۴۷/۹ سال با انحراف معیار ۵/۸ سال بوده و در بین افراد منتخب، مردان اکثریت (۹۶٪) را به خود اختصاص داده بودند. همچنین میانگین سابقه فعالیت افراد در کمیسیون های پزشکی برابر با ۱۰/۷ سال با انحراف معیار ۵/۵ بود.

نتایج تحلیل محتوای جهت دار متون مصاحبه و بحث گروهی متمرکز به صورت جدول ۲ بود. در مجموع ۶۲ کد اولیه در این مرحله استخراج شد که بند انواع نقیصه عقلانی و کند ذهنی با ۷ مورد دارای بیشترین فراوانی از نظر کد استخراجی بود و کمترین فراوانی در این راستا مربوط به بند اختلالات فراگیر رشد با ۲ مورد بود.

در قالب مرحله دوم مطالعه؛ بند بیماری های اعصاب و روان آیین نامه معافیت پزشکی مضمولان وظیفه عمومی جهت بررسی روایی در اختیار صاحب نظران قرار گرفت. چک لیست مورد استفاده در این بخش بر اساس یافته های مرحله اول مطالعه مورد اصلاح و بازبینی قرار گرفته بود. در این راستا یافته های به دست آمده نشان داد که در مجموع وضعیت ۲۰ (۷۴٪) زیر مجموعه (مورد) از ۱۵ بند مورد بررسی در حالت قابل قبول و مناسب قرار گرفت. ۴ (۱۴/۸٪) زیر مجموعه شامل مورد (د) از بند اختلالات خلقی (در صورتی که حداقل ۶ ماه از حمله حاد (اولین حمله حاد مانیا) و افسردگی گذشته باشد و هیچ گونه علامتی نداشته باشد- معاف از خدمات رزمی)، مورد مربوط به بند اختلال کنترل تکانه شدید، مورد مربوط به بند اختلالات سوماتوفرم (افراد با سابقه بستری ۳ بار و بیشتر در طی ۳ سال به شرط ثبوت با مدارک پزشکی مستدل- معاف دائم [تبصره: برای دارندگان مدارک کارشناسی و بالاتر- معاف از خدمات رزمی]) و مورد (ب) از بند اختلالات رشد فراگیر (خفیف- معاف از خدمات رزمی)، در وضعیت نیازمند اصلاح و بازنگری و تعداد ۳ (۱۱/۲٪) زیر مجموعه شامل مورد (ج) از بند سایکوزها (سایکوز ناشی از شرایط عمومی پزشکی- معاف از خدمات رزمی)،

جدول-۳. نتایج نظرسنجی میزان توافق در مورد بندهای بخش بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه

بند	مورد	میزان توافق
پسیکوزها	الف: اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، اختلالات هذیانی و پسیکوزهای آتیپیک مزمن- معاف دائم ب: اختلال سایکوز گذار- ۶ ماه معاف موقت	۹۵/۶ ۹۵/۶
اختلالات خلقی	الف: ابتلا به بیماری دوقطبی نوع ۱ و ۲- معاف دائم ب: اختلال افسردگی متوسط تا شدید- معاف دائم	۸۶/۹ ۸۲/۶
انواع اختلالات شخصیتی	ج: انواع اختلال خلقی افسردگی خفیف (دیس تایمی و سایکلو تایمی)- معاف از خدمات رزمی الف: انواع آنتی سوشیال (ضد اجتماعی)، مرزی، اختلالات کلاستر نوع A (اسکیزوتایپال و پارانوئید)- معاف دائم تبصره: انواع دیگر اختلالات شخصیت که ناتوان کننده و همراه با اختلال عملکرد شدید باشد- معاف دائم	۹۱/۳ ۹۱/۳
اختلال اضطرابی، PTSD و OCD	الف: شدید و ناتوان کننده- معاف دائم ب: نوع خفیف- معاف از خدمات رزمی	۹۵/۶ ۹۱/۳
انواع نقیصه عقلانی و کندذهنی	الف: با ضریب هوشی زیر ۶۰- معاف دائم ب: با ضریب هوشی بین ۶۰-۸۴- معاف از خدمات رزمی تبصره: ضریب هوشی بین ۶۰-۸۴ همراه با افت عملکرد و ناتوان کننده (بر اساس نظر روانپزشکان کمیسیون پزشکی) - معاف دائم	۹۵/۶ ۹۵/۶
اختلال تکلم و لکت زبان	معاف از خدمات رزمی	۹۱/۳
کژخوئی مغایر با شئون اجتماعی و نظامی	انحرافات جنسی و هموسکسوالیتی- ۶ ماه معاف موقت (تبصره: پس از ۶ ماه در صورت اثبات در مراکز درمانی ن.م. ترجیحاً توسط دو نفر روانپزشک- معاف دائم)	۸۲/۶
اختلالات سوماتوفرم	الف: شدید و ناتوان کننده اگر بیش از ۱ سال طول کشیده باشد- معاف دائم ب: خفیف و متوسط- معاف از خدمات رزمی	۸۲/۶ ۷۸/۲
اختلالات تیک صوتی یا حرکتی	الف: شدید و ناتوان کننده اگر بیش از ۱ سال طول کشیده باشد- معاف دائم ب: بقیه موارد تیک صوتی و حرکتی- معاف از خدمات رزمی	۹۵/۶ ۹۱/۳
اختلال اوتیسم	الف: Level 1- معاف از خدمات رزمی ب: Level 2, 3- معاف دائم	۹۱/۳ ۹۵/۶
اختلال هویت جنسی، TS (Gender dysphoria)	۶ ماه معاف موقت (تبصره: در بازه ۶ ماه تحت نظر دو نفر روانپزشک ترجیحاً نظامی بوده و در صورت تایید تشخیص بعد از ۶ ماه- معاف دائم)	۷۸/۲
اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان	رسیدگی و اعزام به خدمت مضمولان دارای اعتیاد با ارائه گواهی ترک اعتیاد صورت پذیرد	۹۱/۳
مضمولین پزشک	در صورتی که توانایی طبابت داشته و بدون اختلال روانپزشکی مآزور باشند- معاف از خدمات رزمی، در صورت عدم توانایی طبابت و اختلال روانپزشکی ناتوان کننده- معاف دائم	۷۳/۹
سایر بیماری‌ها	الف: سایر بیماری‌های موضوع این بخش که منطبق با دسته دوم ماده ۲ آیین‌نامه باشند- معاف از خدمات رزمی ب: سایر بیماری‌های موضوع این بخش که منطبق با دسته سوم ماده ۲ آیین‌نامه باشند- ۶ ماه معاف موقت ج: سایر بیماری‌های موضوع این بخش که منطبق با دسته چهارم ماده ۲ آیین‌نامه باشند- معاف دائم	۹۱/۳ ۷۸/۲ ۷۳/۹
میانگین ضریب توافق		۸۴/۸

بحث

اصلی توجه به سایکوز ناشی از مواد و همچنین سایکوز ناشی از شرایط معمول پزشکی بود. سایکوز ناشی از مواد، یک وضعیت سلامت روانی است که در آن شروع دوره‌های روان پریشی یا علائم اختلال روان پریشی فرد را می‌توان در شروع یا توقف مصرف الکل یا مواد مخدر (شروع در هنگام مسمومیت یا شروع در هنگام ترک) ردیابی کرد (۲۹). به دلیل پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی این نوع از سایکوز بررسی آن در حوزه معافیت‌های پزشکی حائز اهمیت است.

سایکوز ناشی از شرایط معمول پزشکی در نتیجه تغییرات فیزیولوژیک منتج از سایر شرایط پزشکی ایجاد می‌شود و ممکن

این پژوهش با هدف تعیین اعتبار و بازنگری بخش بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مضمولان وظیفه عمومی در طی سه مرحله انجام شد.

در مرحله اول این پژوهش نظرات متخصصین به صورت کیفی در زمینه موارد بخش بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مضمولان پزشکی اخذ شد که بعد از تجزیه و تحلیل و جمع‌بندی به صورت اصلاحاتی در بندهای آیین‌نامه قید گردید و در مراحل بعدی از نظر روایی و میزان موافقت صاحب‌نظران در اختیار آنان قرار گرفت. در زمینه بند سایکوزها یکی از پیشنهادهای

هویت جنسی در زمینه شرایط حائز بررسی برای اعطای معافیت را غیر موجه خوانده و با توجه به پیامدهای این اختلال پیشنهاد نمودند که این وضعیت به عنوان ملاک اعطای معافیت بررسی شود. اختلال هویت جنسی مفهومی است که در DSM-5 به عنوان ناراحتی یا اختلال بالینی قابل توجه مرتبط با تمایل شدید به جنسیت دیگر، که ممکن است شامل تمایل به تغییر ویژگی‌های جنسی اولیه و یا ثانویه باشد، اطلاق شده است. عدم هماهنگی تمایلات فرد با ویژگی‌های بیولوژیک وی می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات روانشناختی در وی شده که در این میان می‌توان به افسردگی اشاره نمود. Witcomb و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شانس ابتلا به افسردگی در بین افراد دارای اختلال هویت جنسی بیشتر از افراد گروه کنترل بوده است (۳۵).

سایر پیشنهادات در این مرحله مربوط به نحوه بررسی صلاحیت افراد برای اعطای معافیت بر اساس هر یک از بندهای آیین‌نامه و همچنین تعیین نقش بالین‌گر در این زمینه بوده است. همچنین تاکید بر وحدت رویه یکی دیگر از پیشنهادات اصلی مشارکت‌کنندگان بوده است.

در گام بعدی بند بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مشمولان وظیفه عمومی بر اساس نظرات دریافتی در مرحله اول مطالعه مورد اصلاح و بازبینی قرار گرفت و به صورت ۱۵ بند و ۲۷ زیر مجموعه جهت بررسی روایی در اختیار افراد قرار گرفت. در این راستا یافته‌های به‌دست آمده نشان داد که تقریباً ۷۵ درصد زیر مجموعه‌های ۱۵ بند مورد بررسی در حالت قابل قبول و مناسب قرار داشتند. بر اساس نتایج این مرحله و انجام اصلاحات مورد نیاز، چک لیست نهایی جهت سنجش میزان توافق صاحب‌نظران طراحی و در مرحله سوم در اختیار آنان قرار گرفت.

یافته‌های مرحله سوم در زمینه میزان توافق بر بندهای آیین‌نامه نشان داد که میزان توافق در زمینه تمامی بندها و زیرمجموعه‌های تدوین شده از نظر صاحب‌نظران بیشتر از ۷۰ درصد بوده است. بر اساس دستورالعمل تصمیم‌گیری مبتنی بر میزان توافق، مواردی که ضریب توافق آن‌ها ۷۰ درصد و بیشتر باشد مورد پذیرش واقع می‌شود (۳۶).

پژوهش حاضر اولین مطالعه در کشور است که با رویکردی جامع به اعتبارسنجی و بازنگری بند بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی پرداخته است. یافته‌های این مطالعه سبب بازنگری آیین‌نامه و تبدیل آن به یک آیین‌نامه با اعتبار بالا شده است که بکارگیری آن موجبات افزایش وحدت رویه را فراهم می‌نماید. با این حال مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی است که عبارتند از: انتخاب نمونه‌ها صرفاً محدود به شهر تهران بود، در حالی که نظرسنجی از افراد شاغل در شورای پزشکی استان‌ها نیز می‌توانست به تنوع و جامعیت نظرات پیشنهادی کمک نماید. همچنین علی‌رغم اینکه بندها و زیرمجموعه‌های بخش بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی از نظر مرتبط بودن و

است علائمی نظیر هذیان و توهم را به‌دنبال داشته باشد. پیامدهای این وضعیت می‌تواند به صورت مقطعی و گذرا باشد و گاهی ممکن است در صورت رفع مشکلات پزشکی نیز مجدد عود نماید (۳۰).

مهمترین پیشنهاد صاحب‌نظران در زمینه اختلالات خلقی توجه به شرایط همبودی این اختلال بوده است. از آنجایی که پیامدهای اختلال خلقی در نتیجه وجود همبودی با سایر اختلالات ممکن است بسیار متفاوت بوده و از نظر شدت و دفعات تکرار نیز متغیر خواهد بود، توجه به شرایط همبودی حائز اهمیت است. برای مثال در مطالعه Koyuncu و همکاران (۲۰۱۴) ۹۰ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (Social anxiety disorder: SAD) دارای همبودی با سایر اختلالات بوده‌اند که در این میان همبودی اختلال اضطراب اجتماعی با اختلال خلقی در ۷۴ درصد موارد گزارش شده است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که اختلالات خلقی ممکن است با افزایش شدت و کاهش عملکرد در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی همراه باشد (۳۱).

در زمینه اختلال‌های شخصیتی پیشنهاد گردید که اختلال شخصیت وابسته و اجتنابی به عنوان زیر مجموعه به بخش اختلال‌های شخصیتی اضافه گردد. دلیل این امر پیامدهای رفتاری این نوع از اختلالات شخصیتی می‌باشد که کارکردهای اجتماعی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۳۲). همچنین یکی از پیشنهادات برای اصلاح آیین‌نامه در بند اختلالات شخصیتی مربوط به توجه به برخی از صفات شخصیتی به عنوان ملاک برای اعطای معافیت بوده است. یکی از این موارد ویژگی‌های شخصیتی ناسازگار بوده است که فرد را در زمینه سازگاری با شرایط جدید با مشکل مواجه می‌نماید که می‌تواند متاثر از رخدادهای عمده زندگی بوده و یا تحت تاثیر دوران کودکی فرد ایجاد شود (۳۳). در هر صورت این ویژگی‌های شخصیتی میزان تطابق فرد با شرایط خدمت وظیفه عمومی را تحت تاثیر قرار داده و می‌تواند سبب بروز پیامدهای متعددی شود که از این نظر باید در شرایط اعطای معافیت مورد توجه قرار گیرد.

در زمینه نقیصه عقلانی و کند ذهنی اغلب نظرات متخصصین در زمینه تغییر شرایط معافیت بر اساس میزان ضریب هوشی بوده است. عمده نظرات در این راستا مربوط به لحاظ کردن افت عملکرد فرد و بررسی‌های دقیق توسط روانپزشک بوده است. افراد با ضریب هوشی یکسان ممکن است از نظر عملکردی دارای تفاوت‌های فاحشی باشند و لذا می‌بایست سطح عملکرد به عنوان یک ملاک مدنظر قرار گیرد. در این راستا در مطالعه Mohn و همکاران (۲۰۱۴) بر روی ۲۵۰ فرد سالم مشخص شد که صرفاً ۵۰ درصد از عملکرد شناختی افراد تحت تاثیر ضریب هوشی آنان قرار دارد (۳۴). این عامل اهمیت سطح سنجش سطح عملکرد به صورت مجزا از ضریب هوشی افراد را نشان می‌دهد.

مهمترین مسئله عنوان شده در زمینه کژخویی‌های مغایر با شئون اجتماعی و نظامی شامل اشاره به اختلال هویت جنسی در این حوزه بوده است. به عبارت دیگر صاحب‌نظران فقدان اختلال

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- اصلاحیه بند بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مشمولان وظیفه عمومی.
- نسخه جدید آیین‌نامه بیماری‌های اعصاب و روان معافیت پزشکی.
- کاهش هزینه‌های ناشی از مشکلات رفتاری سربازان وظیفه دارای مشکلات روانشناختی.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل از پایان‌نامه نویسنده

آخر در مقطع فلوشیپ روانپزشکی نظامی با عنوان "تعیین اعتبار و بازنگری بخش بستری بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مشمولان وظیفه عمومی" می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان از شرکت‌کنندگان در مطالعه و دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران تقدیر و تشکر خود را اعلام می‌کنند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد

منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. DeVries MW, Wilkerson B. Stress, work and mental health: a global perspective. *Acta Neuropsychiatrica*. 2003;15(1):44-53. doi:10.1034/j.1601-5215.2003.00017.x
2. Nelson JM. Religion, Spirituality, and Physical Health. In: Nelson JM (eds) *Psychology, Religion, and Spirituality*. Springer, New York, NY. 2009. pp. 311-345. doi:10.1007/978-0-387-87573-6_10
3. Kim J, Ng SH, Kim J. Psychological trauma of rapid social transformations: Korea's economic crisis and Hong Kong after the reunification. *Historical Social Research*. 2010;120-50. doi:10.12759/hsr.35.2010.2.120-150
4. Liu J, Modrek S, Sieverding M. The mental health of youth and young adults during the transition to adulthood in Egypt. *Demographic Research*. 2017; 36:1721. doi:10.4054/DemRes.2017.36.56
5. Ahani M. The comparative study of male and female boarding school students' love and marriage, interpersonal, moral and sexual, job, and dormitory problems in Mahneshan (based on a content analysis of letters received by advisor). *Journal of Humanities*. 2019;6(1):60-4. doi:10.9756/IAJH/V6I1/1910008
6. Twenge JM, Cooper AB, Joiner TE, Duffy ME, Binau SG. Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*. 2019;128(3):185-99. doi:10.1037/abn0000410
7. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, et al. The prevalence of

ضرورت مورد نظرخواهی از متخصصین قرار گرفت با این حال از نظر عملی بودن (قابلیت اجرایی) ارزیابی صورت نگرفت.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه کاربردی به صورت اصلاحیه بند بیماری‌های اعصاب و روان آیین‌نامه معافیت پزشکی مشمولان وظیفه عمومی تدوین شد. این آیین‌نامه اصلاح‌شده می‌تواند به عنوان نسخه جدید آیین‌نامه معافیت پزشکی مورد بهره‌برداری قرار گیرد. بهره‌گیری از نظرات جمع‌کثیری از متخصصین در طی مراحل مختلف و با استفاده از رویکردهای متفاوت، اعتبار یافته‌های مطالعه را افزایش داده و یافته‌های قابل‌اتکایی در این زمینه فراهم نموده است که با بهره‌گیری از آن امید است شرایط برای افزایش عدالت و کارآمدی در فرآیند بررسی معافیت مشمولین ایجاد شود و درخواست‌های حین خدمت به دلیل کاستی‌ها و عدم وجود وحدت رویه به حداقل کاهش یابد. در نتیجه با بکارگیری یک آیین‌نامه به روز، مبتنی بر شواهد علمی و همه‌جانبه بدون شک هزینه‌های ناشی از مشکلات رفتاری سربازان وظیفه دارای مشکلات روانشناختی به حداقل کاهش می‌یابد و همچنین میزان رضایت مشمولان افزایش خواهد یافت.

- personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2020;216(2):69-78. doi:10.1192/bjp.2019.166
8. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretmad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2005;1(1):16. doi:10.1186/1745-0179-1-16
9. Noorbala AA, Damari B, Riazi Isfahani S. Evaluation of mental disorders incidence trend in Iran. *Daneshvar Medicine*. 2014;21(112):1-10. [In Persian]
10. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, Rahimi-Movaghar A. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*. 2015;18(2):76-84. doi:10.34172/aim.2022.93
11. Mirahmadizadeh A, Rezaei F, Mokhtari AM, Gholamzadeh S, Baseri A. Epidemiology of suicide attempts and deaths: a population-based study in Fars, Iran (2011–16). *Journal of Public Health*. 2020;42(1):e1-e11. doi:10.1093/pubmed/fdy218
12. Mokhtari AM, Gholamzadeh S, Salari A, Hassanipour S, Mirahmadizadeh A. Epidemiology of suicide in 10–19 years old in southern Iran, 2011–2016: a population-based study on 6720 cases. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2019; 66:129-33. doi:10.1016/j.jflm.2019.06.018
13. Rostami C, Karami K, Daliri S, Mardani A,

- Narimisa F. Epidemiological study of suicide in Khuzestan province, south west of Iran, during 2011 to 2014. *Archives of Forensic Medicine and Criminology*. 2017;67(1):46-60. doi:10.5114/amsik.2017.70337
14. Hassanian-Moghaddam H, Zamani N. Suicide in Iran: The facts and the figures from nationwide reports. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2017;12(1):73-7.
15. Snowdon J, Saberi SM, Moazen-Zadeh E. A comparison between the age patterns and rates of suicide in the Islamic Republic of Iran and Australia. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2020;26(6):748-54.
16. Ligier F, Giguère CE, Notredame CE, Lesage A, Renaud J, Séguin M. Are school difficulties an early sign for mental disorder diagnosis and suicide prevention? A comparative study of individuals who died by suicide and control group. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2020;14(1):1. doi:10.1186/s13034-019-0308-x
17. McManus S, Gunnell D. Trends in mental health, non-suicidal self-harm and suicide attempts in 16–24-year old students and non-students in England, 2000–2014. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55(1):125-8. doi:10.1007/s00127-019-01797-5
18. Organization DoLaRoNPMS. Selected Rules and Regulations of Public Military Services. 2017:1-239. [In Persian]
19. Shahbazi M, Alizadeh K, Zareiy S. Costs assessment of medical exemption due to seizure in conscripts visiting Be'sat Hospital of IRI Air Force in the year 2007. *EBNESINA*. 2009;12(2):4-9. [In Persian]
20. Karami M, Jadidfard K. Screening for Mental Disorders in Draftees Newly Arrived in Tehran Metropolitan 1393–94. *Journal of Police Medicine*. 2017;5(4):291-8. [In Persian] doi:10.30505/5.4.291
21. Nouri R, Fathi-Ashtiani A, Salimi S, Soltani Nejad A. Effective factors of suicide in soldiers of a military force. *Journal of Military Medicine*. 2012;4(2):99-103. [In Persian]
22. Nosratabadi M, Halvaiepour Z. A structural equation modeling of the relationships between depression, drug abuse and social support with suicidal ideation among soldiers in Iran in 2015. *Journal of Research in Health Sciences*. 2016;16(4):212-6.
23. Donyavi V, Ebrahimi MR. The study of the frequencies of the psychiatry disorders (axis I) in soldiers who evade the draft. *Annals of Military and Health Sciences Research*. 2007;5(3):1283-6. [In Persian]
24. Hsu CC, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical assessment, research, and evaluation*. 2007;12(1):10. doi:10.7275/pdz9-th90
25. Linstone HA, Turoff M. Introduction to the Delphi method: techniques and applications. *The Delphi method: Techniques and applications*. 1975:3-12.
26. York CS, Ertmer PA. Towards an understanding of instructional design heuristics: An exploratory Delphi study. *Educational Technology Research and Development*. 2011;59(6):841-63. doi:10.1007/s11423-011-9209-2
27. Black N, Murphy M, Lamping D, McKee M, Sanderson C, Askham J, et al. Consensus development methods: a review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*. 1999;4(4):236-48. doi:10.1177/135581969900400410
28. Csikszentmihalyi M, Larson R. Validity and reliability of the experience-sampling method. *Flow and the foundations of positive psychology*: Springer; 2014. pp. 35-54. doi:10.1007/978-94-017-9088-8_3
29. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. Prediction of onset of substance-induced psychotic disorder and its progression to schizophrenia in a Swedish national sample. *American Journal of Psychiatry*. 2019;176(9):711-9. doi:10.1176/appi.ajp.2019.18101217
30. Lazzaretti M, Mandolini GM, Grassi S. Psychotic Disorders Due to Traumatic Brain Injury (PD-TBI). *Clinical Cases in Psychiatry: Integrating Translational Neuroscience Approaches*: Springer; 2019. pp. 137-53. doi:10.1176/appi.neuropsych.11070176
31. Koyuncu A, Ertekin E, Binbay Z, Özyıldırım İ, Yüksel Ç, Tükel R. The clinical impact of mood disorder comorbidity on social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(2):363-9. doi:10.1016/j.comppsy.2013.08.016
32. Jalali N, Kojidi HT, Badrfam R, Zandifar A. The relationship between personality disorder, depression and eating disorder with treatment adherence in patients with type 2 diabetes; a cross-sectional study in diabetic patients in Iran. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2021;20:153-9. doi:10.1007/s40200-020-00722-x
33. Perugini MLL, Solano AC. Normal and maladaptive personality traits as predictors of motives for social media use and its effects on well-being. *Psychological Reports*. 2021;124(3):1070-92. doi:10.1177/0033294120922495
34. Mohn C, Sundet K, Rund BR. The relationship between IQ and performance on the MATRICS consensus cognitive battery. *Schizophrenia Research: Cognition*. 2014;1(2):96-100. doi:10.1016/j.scog.2014.06.003
35. Witcomb GL, Bouman WP, Claes L, Brewin N, Crawford JR, Arcelus J. Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*. 2018;235:308-15. doi:10.1016/j.jad.2018.02.051
36. Rau G, Shih YS. Evaluation of Cohen's kappa and other measures of inter-rater agreement for genre analysis and other nominal data. *Journal of English for Academic Purposes*. 2021;53:101026. doi:10.1016/j.jeap.2021.101026