

## مقایسه سبک زندگی، کیفیت زندگی و سلامت روان کارکنان دو دانشگاه با وابستگی نظامی و غیرنظامی

علی فتحی آشتیانی\* *PhD*، غلامرضا جعفری کندوان<sup>۱</sup> *MSc*

\* مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (ع.ج)، تهران، ایران

<sup>۱</sup> گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** پژوهش‌های انجام‌شده در بافت نظامی عمدتاً بیانگر مسایل روان‌شناختی هستند که با توجه به اقتضای شغل نظامی ممکن است بروز کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک زندگی، کیفیت زندگی و سلامت روان کارکنان دو دانشگاه با وابستگی نظامی و غیرنظامی انجام شد.

**روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای که در سال ۱۳۸۷ انجام شد، تعداد ۳۴۴ نفر (۱۳۱ مرد و ۲۱۳ زن) از کارکنان دو دانشگاه شهر تهران به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون (MCMI-III)، نپیرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی (HPLP II) و فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) بررسی شدند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 11.5 با آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون T مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** در مقایسه میانگین متغیرهای سلامت روان، در اغلب زیرمقیاس‌ها تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت و میزان سلامت روان در کارکنان دانشگاه نظامی از کارکنان دانشگاه غیرنظامی بیشتر بود. در متغیرهای سبک زندگی و کیفیت زندگی تفاوت میانگین بین دو گروه معنی‌دار نبود. **نتیجه‌گیری:** سلامت روان کارکنان دانشگاه نظامی در مقایسه با کارکنان دانشگاه غیرنظامی بالاتر است. ولی در مورد سبک و کیفیت زندگی دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بالابودن سلامت روان کارکنان دانشگاه نظامی می‌تواند به علت پیاده‌سازی برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت روان و نیز امنیت شغلی و فرآیندهای شفاف ارتقای شغلی باشد.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روان، سبک زندگی، کیفیت زندگی، دانشگاه

## Comparison of lifestyle, quality of life and mental health in two military dependent and non-military dependent university personnel

Fathi Ashtiani A.\* *PhD*, Jafari Kandovan Gh. R.<sup>1</sup> *MSc*

\*Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>1</sup>Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

### Abstract

**Aims:** Studies performed on military structure indicate psychological issues which may occur considering the nature of military jobs. The present study was performed with the aim of comparing the lifestyle, quality of life and mental health of two military and non-military universities' personnel.

**Methods:** This descriptive comparative study was performed in year 2008. 344 (131 men, 213 women) personnel of two universities of Tehran were selected by available sampling method and completed Millon Clinical Multi-axial Inventory III (MCMI III), Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) and WHO Quality of Life-Brief (WHOQOL-BREF) questionnaire. Data was analyzed by SPSS 11.5 software, using descriptive statistical methods and independent t-test.

**Results:** Comparing mental health variables, there was significant difference between two groups in majority of mental health subscales and the military university personnel had higher mental health. No significant difference was found in terms of lifestyle and quality of life between the two groups.

**Conclusion:** Military university personnel have higher mental health compared to non-military university personnel, but there is no significant difference in lifestyle and quality of life between the two groups. Higher levels of mental health in personnel of the military university can be related to performing preventive procedures for mental health improvement as well as job security and clear promotion processes.

**Keywords:** Mental Health, lifestyle, Quality of life, University

## مقدمه

در دنیای امروز که دنیای سازمان‌ها نیز نامیده می‌شود، منابع انسانی متعهد و کارآمد می‌تواند از جمله مهم‌ترین عوامل دستیابی به اهداف سازمانی باشد. شرایط خاص سازمان‌های داخلی که بعد از طی دوران پرفراز و نشیب پس از پیروزی انقلاب اسلامی، اکنون در مسیر ثبات گام برمی‌دارند و وارد عرصه سنگین رقابت با سازمان‌های همتای بین‌المللی شده‌اند، ایجاب می‌کند که برای بقا و حرکت رو به رشد استوار در این مسیر، توجه مضاعفی به نیروهای انسانی صورت گیرد. اهمیت این موضوع زمانی دوچندان می‌شود که یک سازمان نظامی با نیروهای نظامی و حساسیت‌های خاص خود مدنظر قرار گیرد. هرچند واژه سازمان و نیروی نظامی در نگاه اول، سازمان و نیروی مسلح و صرفاً با هدف دفاع را به ذهن متبادر می‌سازد، اما نباید از نظر دور داشت که گستره این سازمان‌ها در حوزه‌های علم و فناوری، صنایع، خدمات و غیره بسیار فراتر از چنین ذهنیتی است. با این حال و به‌رغم تعدد حوزه‌های فعالیت، حلقه اتصال تمام این سازمان‌ها تبعیت از خطمشی‌های سطوح بالای نظامی است. لذا فعالیت کارکنان در محیطی که از حیث خلأ ادوات نظامی ممکن است غیرنظامی به‌نظر آید، به سبب تقید به این خطمشی‌ها نظامی خوانده می‌شود. فعالیت در چارچوب چنین خطمشی‌هایی از یک سو موجب تمایز این سازمان‌ها از سازمان‌های مشابه غیرنظامی و از سوی دیگر موجب تشابه وضعیت نیروهای این سازمان‌ها با نیروهای مسلح و دفاعی است.

نیروهای نظامی در واکنش به تجاوزها، اغتشاش‌ها و بلایای طبیعی معمولاً اولین گروهی هستند که فراخوانده می‌شوند. این ماموریت‌ها که حتی ممکن است مدت‌ها به‌طول انجامد، عمدتاً منجر به جدایی این نیروها از خانواده و زندگی خانوادگی‌شان می‌شود [۱]. از سوی دیگر، درگیری نیروهای نظامی در جنگ علاوه بر دوران جنگ [۲، ۳]، مدت‌ها پس از اتمام جنگ نیز عوارض جسمی و روانی مرتبط را می‌تواند در پی داشته باشد [۴، ۵]. مصدومان حملات شیمیایی یا مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه، شاهدی بر این مدعا هستند. خانواده‌های نیروهای نظامی یا خانواده‌هایی که یکی از اعضای آنها در نیروهای نظامی مشغول به خدمت هستند (به‌خصوص اگر درگیر جنگ بوده باشند) نیز جمعیتی را تشکیل می‌دهند که در معرض خطر مسایل مربوط به سلامت روان قرار دارند [۶، ۷]. این مساله می‌تواند طی یک چرخه معیوب موجب بروز مشکلات سلامت روان در نیروهای نظامی شود. بنابراین عوامل تهدیدکننده سلامت روان این نیروها که در ارتباط با وضعیت شغلی‌شان است [۸، ۹، ۱۰، ۱۱] و نیز ماهیت و حساسیت شغلی آنها، لزوم بررسی و تامین سلامت روان را در این گروه، بسیار حایز اهمیت می‌کند. تکیه افراد جامعه به نیروهای نظامی سالم و آماده برای تامین استقلال، آزادی و امنیت جامعه، بر ضرورت حفظ و ارتقای سلامت روان در کارکنان نیروهای نظامی صحنه می‌گذارد. در ایران نیز به‌دلیل تحمیل جنگی طولانی‌مدت، بسیاری از کارکنان نیروهای مسلح که در زمان جنگ در جبهه‌ها حضور داشتند،

می‌توانند در معرض خطر بروز عوامل تهدیدکننده سلامت روان قرار گیرند. این مساله مختص نیروهای باسابقه نیست و نسبت قابل توجه و معنی‌داری از افراد جدیدی که وارد نیروهای نظامی می‌شوند، با انفصال از خدمت مواجه می‌شوند [۱۲].

مروری بر تعاریف سلامت روان و کیفیت زندگی، ابعاد ارتباط این دو متغیر را هرچه بیشتر آشکار می‌نماید. سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ سلامت روان را به‌عنوان حالت کاملی از رفاه اجتماعی، روانی و جسمی و نه صرفاً عدم حضور بیماری یا ناتوانی تعریف کرد [۱۳]. از سوی دیگر، این سازمان کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک فرد از جایگاه خود در زندگی، در بافت فرهنگی و سامانه ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، آرزوها، ملاک‌ها و اولویت‌ها تعریف کرده است [۱۴]. این تعریف، ارزیابی فرد از رضایت یا نارضایتی خود را در توانایی‌ها و فعالیت‌های روان‌شناختی، اجتماعی، شغلی و جسمی فرد وارد می‌کند. بنابراین عوامل مشترک روان‌شناختی، اجتماعی و جسمی این تعاریف در ارتباط با فرد می‌تواند حاکی از ارتباط متقابل این دو عامل باشد. به بیان دقیق‌تر، با درنظرگرفتن مولفه‌های رفاه و رضایت عینی، وضعیت عملکردی و عوامل بافتی به‌عنوان ۳ مولفه کیفیت زندگی، همپوشی دو مولفه اول با سلامت روان مشهود است [۱۵]. پژوهش‌های انجام‌شده نیز به کاهش کیفیت زندگی در پی بروز نگرانی‌های روان‌شناختی [۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹] و وجود همبستگی منفی معنی‌دار بین میزان افسردگی و کیفیت زندگی [۲۰] اشاره می‌کنند.

سبک زندگی نیز به‌عنوان شاخصی از سلامت جسمی بر مبنای آن‌چه که مورد قبول عموم است، یعنی ارتباط دوجانبه سلامت جسم و روان، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده سلامت روان باشد. تحقیقات نشان داده‌اند سبک‌های زندگی در ارتباط با وضعیت سلامت روانی و جسمی و نیز کیفیت زندگی بزرگسالان قرار می‌گیرند [۲۱، ۲۲، ۲۳]. ورزش و تغذیه مناسب علاوه بر سلامت جسمی بر سلامت روان نیز تاثیر مثبت دارند [۲۴]. همچنین سبک زندگی مناسب مانند خوردن روزانه صبحانه یا شرکت در تمرینات بدنی منظم در گروهی از کارگران کارخانجات در ارتباط مستقیم با سلامت روان شناسایی شده است [۲۳].

نقش مهم سلامت روان در عملکرد نیروهای نظامی به‌طور فزاینده‌ای در حال شناسایی است [۲۵]. با این حال چیل و لوملی [۲۶] در مطالعات خود به‌جای تکیه بر فرضیات یا داده‌های پژوهش‌های قبلی که شاید امکان تعمیم به وقایع جدید را نداشته باشند، به مسایل برجسته‌ای از سلامت روان، صرفاً در ارتباط با میدان نبرد اشاره می‌کنند که خود بر لزوم بررسی سلامت روان به‌صورت اختصاصی در بافت نظامی تاکید می‌کند. تدابیر جدید کشورها در ارتباط با ارتقای سلامت روان برای عموم اقشار جامعه همچون قانون برابری سلامت روان در ایالات متحده [۲۷، ۲۸] از یک سو و جواب‌دهی برنامه‌های مداخله‌ای سبک زندگی در کشورهای در حال توسعه [۲۹] از سوی دیگر و اقدامات اختصاصی مربوطه در ارتباط با نیروهای نظامی [۳۰]

نیز اهمیت این موضوع را مورد تأکید قرار می‌دهد.

با وجود اطلاعات محدودی که در زمینه سبک زندگی، کیفیت زندگی و سلامت روان قشرهای مختلف جامعه وجود دارد، پژوهش مشخصی در زمینه بررسی این متغیرها در کشور در بین نیروهای نظامی صورت نگرفته است. بر همین اساس، انجام این پژوهش به منظور حفظ سلامت و ارتقای سطح بهداشت روان این نیروها و خانواده‌هایشان لازم و ضروری به نظر می‌رسد. در این پژوهش با توجه به اقتضای سازمان نظامی، تفاوت‌های موجود در اهداف اختصاصی سطوح عالی این سازمان با دیگر سازمان‌ها می‌تواند به‌طور مستقیم بر متغیرهای سبک زندگی، کیفیت زندگی و سلامت روان کارکنان این سازمان موثر باشد. لذا مقایسه این متغیرها در گروه‌های کارکنان سازمان نظامی و غیرنظامی خواهد توانست اطلاعاتی جامع در ارتباط با متغیرهای ذکر شده در این گروه‌ها آرایه کند و امکان برطرف کردن خلاءها و افزایش نقاط قوت را برای هر دو گروه فراهم آورد. این پژوهش می‌تواند اساس زندگی سالم، پایه خدمات روان‌شناختی، روان‌درمانی و مشاوره را برای کارکنان سازمان نظامی و آمادگی لازم برای پشتیبانی و دفاع از کشور از سوی این گروه را فراهم نماید.

ریدل و همکاران [۸] در پژوهش خود در رابطه با شیوع اختلالات روانی در نیروهای نظامی ایالات متحده به این نتیجه رسیدند که نیروهای نظامی متعلق به زیرگروه‌های زن، سن پایین، سطح تحصیلات پایین، مجرد، سفیدپوست، با دوران خدمت کوتاه‌مدت و نیروهای داوطلب، بیشتر در معرض ابتلا به برخی از اختلالات روان‌شناختی هستند. هوگه و همکاران [۲] در بررسی نیروهای نظامی ایالات متحده که برای عملیات‌های نظامی به عراق و افغانستان اعزام شده بودند، به میزان خطرپذیری معنی‌داری در ارتباط با مسایل سلامت روان در این گروه‌ها پی بردند. دلگوز و همکاران [۴] نیز پس از بررسی نیروهای نظامی ایالات متحده شرکت‌کننده در جنگ خلیج فارس، دریافتند که این افراد پس از جنگ در معرض انواع اختلالات روانی از جمله استرس، اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد و نیز اختلالات مرتبط با مصرف الکل قرار داشتند. بروکس و همکاران [۵] در بررسی سلامت روان سربازان اعزامی به جنگ ویتنام، به فقر سلامت روان این گروه در مقایسه با سربازان اعزامی به دیگر نقاط و نیز تأثیرات نامطلوب حضور در جنگ بر سلامت روان سربازان جوان‌تر در مقایسه با هم‌زمان مسن‌تر پی بردند. تک‌باش و همکاران [۱۱] با بررسی سربازان وظیفه در ترکیه به این نتیجه رسیدند که ۲۹/۹٪ این سربازان دارای علائم افسردگی بودند که در مقایسه با جمعیت عادی ترکیه به‌طور معنی‌داری متفاوت بود. سربازانی که سیگار می‌کشیدند، الکل مصرف می‌کردند، درآمد پایینی داشتند و علاقه‌ای به ورزش نداشتند، نمرات بیشتری در آزمون افسردگی اخذ کردند. همچنین وو و همکاران [۱۰] با بررسی سبک زندگی سربازان وظیفه در تایوان دریافتند این سربازان به‌طور معنی‌داری تمایل به سیگار، الکل و جویدن برگ تنبول داشتند. این تمایل در میان سربازان جوان‌تر و با

سطح تحصیلات پایین‌تر بیشتر به چشم می‌خورد.

ایتین و همکاران [۷] در پژوهشی به بررسی وضعیت سلامت روان همسران سربازان شرکت‌کننده در جنگ عراق و افغانستان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که همسران سربازان به‌اندازه خود سربازان دچار مشکلات مربوط به سلامت روان هستند. با این حال میزان رسیدگی به سلامت روان همسران سربازان از خود سربازان کمتر است. بورل و همکاران [۱] در پژوهشی دیگر به بررسی ارتباط ۴ حوزه اقتضای سبک زندگی نظامی یعنی؛ ۱) خطر جراحت یا مرگ، ۲) تغییر مکان‌های مداوم، ۳) جدایی‌های دوره‌ای و ۴) اقامت در کشورهای خارجی با بهزیستی روان‌شناختی و جسمی، رضایت از ارتش و رضایت زناشویی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که تأثیر جدایی به‌صورت منفی با هر ۴ برون‌داد مذکور ارتباط دارد، در حالی که اقامت در کشورهای خارجی با بهزیستی روان‌شناختی و جسمی، ترس از امنیت جانی با بهزیستی جسمی و تأثیر جابه‌جایی با رضایت از ارتش به‌صورت منفی ارتباط پیدا می‌کند. روهال و همکاران [۹] به بررسی تأثیرات تعدیل نیروی ارتش روسیه در اواسط دهه ۱۹۹۰ بر کیفیت زندگی و سلامت روان ۴ گروه از اعضای ارتش و همسران آنها پرداختند. این ۴ گروه عبارت بودند از؛ ۱) افرادی که مشمول تعدیل نیرو نشدند، ۲) افرادی که همچنان در ارتش ماندند، ولی تمایل به ترک ارتش داشتند، ۳) گروهی که ارتش را ترک کردند و شغلی غیرنظامی یافتند و ۴) افرادی که ارتش را ترک کردند، ولی هنوز شغلی برای خود پیدا نکرده‌اند. در این پژوهش برخلاف انتظار، گروه سوم کیفیت زندگی بالاتری را گزارش نمودند و تفاوت معنی‌داری بین گروه اول و گروه چهارم پیدا نشد. موارد مذکور در مورد همسران این گروه نیز صادق بود. در رابطه با سلامت روان نیز افرادی که همچنان در ارتش مانده بودند ولی در انتظار خروج بودند، بیشترین میزان افسردگی، اضطراب و خصومت را گزارش نمودند. در حالی که افرادی که در مشاغل غیرنظامی وارد شده بودند، کمترین میزان اختلال روان‌شناختی را انعکاس دادند.

یان و همکاران [۳۱] در بررسی سربازان جدیدالاستخدام ارتش چین به این نتیجه دست یافتند که سلامت روان این گروه همانند سلامت روان جمعیت ارتش، بالاتر از جمعیت عادی است. هاتوپ و همکاران [۳] پس از بررسی نظامیان انگلستان که در سال ۲۰۰۳ به عراق اعزام شده بودند، دریافتند که فقط بین نیروهای نظامی وجود دارد و در نیروهای نظامی عادی چنین ارتباطی مشاهده نشده است. فورمن هافمن و همکاران [۳۲] با بررسی سربازان اعزامی به جنگ اول خلیج فارس به این نتیجه رسیدند که این سربازان ممکن است بیشتر در خطر بروز درد گسترده مزمن قرار گیرند که این به‌نوبه خود در ارتباط با سطح پایین سلامت و کیفیت زندگی قرار می‌گیرد. شنور و همکاران [۳۳] نیز با بررسی سربازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه به این نتیجه رسیدند که علائم این اختلال با سطح پایین کیفیت زندگی در ارتباط

است. شوورین و همکاران [۳۴] در ارزیابی خود از برنامه‌های کیفیت زندگی در نیروی دریایی به تاثیر مثبت این برنامه‌ها اشاره می‌کنند. نتایج تحقیقات *آتلانتیس* و همکاران [۳۵] نیز حاکی از تاثیر درمان‌های مبتنی بر تمرینات بدنی چندگانه یا تک‌بعدی بر علائم افسردگی و بهبود علائم استرس و کیفیت زندگی است.

به طوری که ملاحظه می‌شود، پژوهش‌های انجام‌شده در بافت نظامی عمدتاً بیانگر مسایل روان‌شناختی هستند که با توجه به اقتضای شغل نظامی ممکن است بروز کند. بر این اساس، این پژوهش با توجه به قرار گرفتن دو گروه کارکنان دانشگاه نظامی و غیرنظامی در دو محیط کاری متفاوت (که بافت نظامی، این تفاوت را برجسته می‌سازد) و با در نظر گرفتن تاثیر محیط کار بر متغیرهای ذکر شده به مقایسه این عوامل در دو گروه پرداخته است.

بنابراین هدف از این پژوهش، مقایسه سبک زندگی، کیفیت زندگی و سلامت روان کارکنان دو دانشگاه با وابستگی نظامی و غیرنظامی بود.

## روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی است که در سال ۱۳۸۷ انجام شد. تعداد ۳۴۴ نفر از کارکنان دو دانشگاه (یک دانشگاه با وابستگی نظامی و یک دانشگاه با وابستگی غیرنظامی) به عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند که حجم نمونه براساس جدول کرجسی و مورگان [۳۶] تعیین شد. با توجه به نسبت جامعه آماری دو سازمان، تعداد ۱۴۴ نفر (۶۹ مرد، ۷۵ زن) از دانشگاه نظامی و ۲۰۰ نفر (۶۲ مرد، ۱۳۸ زن) از دانشگاه غیرنظامی به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این نمونه‌ها که شامل کارکنان غیرهیأت علمی دو دانشگاه بودند، بر مبنای ۳ گروه اصلی نیروهای ستادی، بهداشتی-درمانی و کادر فنی و پشتیبانی هم‌تاسازی شدند. ذکر این نکته ضروری است که به دلیل برخی محدودیت‌ها، امکان دریافت آمار و نیز اطلاعات دقیق‌تر شخصی و شغلی کارکنان میسر نشد. از بین ۳۴۴ پرسش‌نامه ارایه‌شده به کارکنان، ۹ پرسش‌نامه به دلیل مخدوش بودن از بین پرسش‌نامه‌ها خارج شد. با خروج این پرسش‌نامه‌ها در مجموع تعداد ۳۳۵ پرسش‌نامه مورد تحلیل قرار گرفت.

پس از انجام هماهنگی‌های اداری با مبادی ذی‌ربط هر دو سازمان، پرسش‌نامه‌ها به صورت فردی بین آزمودنی‌ها توزیع شد و پس از توجیه آزمودنی‌ها در رابطه با پژوهش و اطمینان‌بخشی در زمینه محرمانه بودن پاسخ‌ها و نیز عدم لزوم ذکر نام و مشخصات سازمانی، بر پاسخ‌گویی کامل به پرسش‌ها تاکید شد.

برای سنجش سطح سلامت روان از نسخه سوم پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون (MCMI-III) که در سال‌های اخیر پرکاربردترین پرسش‌نامه اختلالات روانی بوده است، استفاده شد. هدف عمده در ساخت این پرسش‌نامه، کوتاه و کوچک کردن پرسش‌نامه برای ترغیب استفاده از آن و در عین حال حفظ کارایی در

تشخیص گستره‌ای از اختلالات بوده است. این پرسش‌نامه الگوی‌های بالینی شخصیت شامل شخصیت‌های اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، سادیسیتیک، وسواسی، منفی‌گرا و خودآزار، آسیب‌های شدید شخصیت شامل شخصیت اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید، نشانگان بالینی شامل اختلال اضطراب، اختلال شبه‌جسمی، اختلال دوقطبی، اختلال افسرده‌خویی، وابستگی به الکل، وابستگی دارویی، اختلال استرس پس از ضربه و نشانگان بالینی شدید شامل اختلال تفکر، افسردگی اساسی و اختلال هذیانی را می‌سنجد [۳۷]. پاسخ‌گویی به این پرسش‌نامه که دارای ۱۷۵ پرسش است، در حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به طول می‌انجامد. نمرات این پرسش‌نامه بین صفر تا ۱۱۵ است که نمره بالای ۸۵ به احتمال آسیب‌شناسی در گستره اختلال اشاره دارد [۳۸]. روایی نسخه اصلی انگلیسی این آزمون از طریق همبستگی بین درجه‌بندی‌های متخصصان بالینی، آزمون‌های هم‌ترازی که سازه‌های یکسانی را اندازه‌گیری می‌کنند و روش‌های آماری نشان داده شده است و اعتبار آن نیز از طریق ضریب آلفا بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۲ و از طریق بازآزمایی بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است [۳۹]. برای بررسی میزان اعتبار پرسش‌نامه‌ها، پس از انتخاب ۳۰ پرسش‌نامه به صورت تصادفی از میان کل پرسش‌نامه‌ها از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و برای این پرسش‌نامه میزان ضریب آلفا ۰/۹۳ به دست آمد.

برای بررسی سبک زندگی از نسخه ویرایش شده نیم‌رخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی (HPLP II) [۴۰] استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۵۲ سؤال است که در یک مقیاس لیکرت چهاربخشی، رفتارهای ارتقادهنده سلامتی فعلی را بر مبنای الگوی ارتقای سلامت [۴۱] در ۶ زیرمقیاس تعالی معنوی، مسئولیت‌پذیری در برابر سلامت، تغذیه، فعالیت جسمی، مدیریت استرس و روابط بین‌فردی مورد سنجش قرار می‌دهد. روایی محتوای نسخه پیشین این پرسش‌نامه توسط ۴ عضو هیأت علمی که با پیشینه ارتقای سلامت آشنا بودند، پس از اعمال تغییراتی مورد تایید قرار گرفت و *آدامز* و همکاران نیز ضریب اعتبار این پرسش‌نامه را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند [۴۱]. میزان ضریب آلفا برای پرسش‌نامه نیم‌رخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی ۰/۹۶ محاسبه شد.

کیفیت زندگی نیز براساس پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه (WHOQOL-BREF) [۴۲] سنجیده شد که در واقع فرم کوتاه‌شده پرسش‌نامه WHOQOL-100 و شامل ۲۶ پرسش در مقیاس لیکرت پنج‌بخشی است. این پرسش‌نامه ۴ حوزه سلامت جسمی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط را در ۲۴ رویه انسجام‌یافته در این حوزه‌ها اندازه‌گیری می‌کند. حوزه جسمی شامل فعالیت‌های روزمره زندگی، وابستگی به مواد دارویی و کمک‌های پزشکی، انرژی و فرسودگی، پویایی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت و ظرفیت کار است. حوزه روان‌شناختی شامل تصویر بدنی و شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، حرمت خود، معنویت، مذهب،

جدول (۱) مقایسه میانگین متغیرهای سلامت روان در دو گروه براساس آزمون T مستقل (۱= دانشگاه نظامی، ۲= دانشگاه غیرنظامی)

| متغیرهای سلامت روان  | گروه‌ها          | میانگین    | انحراف استاندارد | t    | سطح معنی داری |
|----------------------|------------------|------------|------------------|------|---------------|
| الگوهای بالینی شخصیت | اسکیزوتیپ        | ۱<br>۳۰/۲۶ | ۲۲/۱۷            | ۲/۳۸ | ۰/۰۱۸         |
|                      |                  | ۲<br>۳۶/۰۰ | ۲۱/۵۴            |      |               |
|                      | دوری‌گترین       | ۱<br>۳۰/۰۷ | ۲۰/۲۸            | ۱/۷۵ | ۰/۰۸۰         |
|                      |                  | ۲<br>۳۴/۰۱ | ۲۰/۲۷            |      |               |
|                      | افسرده           | ۱<br>۳۶/۴۹ | ۲۷/۰۲            | ۲/۴۵ | ۰/۰۱۵         |
|                      |                  | ۲<br>۴۴/۰۱ | ۲۸/۲۰            |      |               |
|                      | وابسته           | ۱<br>۲۲/۹۴ | ۱۷/۲۷            | ۱/۹۵ | ۰/۰۵۲         |
|                      |                  | ۲<br>۲۶/۸۸ | ۱۹/۵۹            |      |               |
|                      | نمایشی           | ۱<br>۴۳/۹۷ | ۲۴/۵۶            | ۳/۲۲ | ۰/۰۰۱         |
|                      |                  | ۲<br>۵۲/۵۱ | ۲۳/۴۴            |      |               |
|                      | خودشیفته         | ۱<br>۴۷/۱۰ | ۱۷/۳۴            | ۲/۰۱ | ۰/۰۴۶         |
|                      |                  | ۲<br>۵۱/۲۰ | ۱۹/۲۴            |      |               |
| آسیب شدید شخصیت      | ضداجتماعی        | ۱<br>۳۲/۲۵ | ۲۴/۲۷            | ۰/۳۳ | ۰/۷۳۸         |
|                      |                  | ۲<br>۳۲/۹۹ | ۱۶/۴۱            |      |               |
|                      | دیگرآزار         | ۱<br>۳۰/۲۴ | ۱۷/۵۳            | ۰/۵۸ | ۰/۵۶۰         |
|                      |                  | ۲<br>۳۱/۳۴ | ۱۶/۵۵            |      |               |
|                      | وسواسی           | ۱<br>۶۰/۳۱ | ۱۷/۹۹            | ۰/۴۷ | ۰/۶۴۱         |
|                      |                  | ۲<br>۶۱/۲۳ | ۱۷/۴۹            |      |               |
|                      | منفی‌گرا         | ۱<br>۳۵/۸۴ | ۲۲/۸۶            | ۲/۰۴ | ۰/۰۴۲         |
|                      |                  | ۲<br>۴۱/۰۲ | ۲۲/۸۷            |      |               |
|                      | خودآزار          | ۱<br>۲۶/۳۳ | ۱۸/۷۵            | ۱/۵۱ | ۰/۱۳۲         |
|                      |                  | ۲<br>۲۹/۶۳ | ۲۰/۴۱            |      |               |
|                      | اسکیزوتایپال     | ۱<br>۲۷/۵۹ | ۱۸/۶۳            | ۳/۶۰ | ۰/۰۰۰۱        |
|                      |                  | ۲<br>۳۴/۹۰ | ۱۸/۱۷            |      |               |
| نشانگان بالینی       | مرزی             | ۱<br>۳۲/۵۴ | ۱۷/۳۲            | ۱/۲۳ | ۰/۲۲۱         |
|                      |                  | ۲<br>۳۴/۹۶ | ۱۸/۲۲            |      |               |
|                      | پارانویید        | ۱<br>۳۳/۹۴ | ۲۱/۹۰            | ۲/۸۲ | ۰/۰۰۵         |
|                      |                  | ۲<br>۴۰/۴۱ | ۱۹/۰۲            |      |               |
|                      | اختلال اضطرابی   | ۱<br>۳۳/۰۹ | ۲۴/۱۷            | ۳/۳۱ | ۰/۰۰۱         |
|                      |                  | ۲<br>۴۱/۶۶ | ۲۲/۷۹            |      |               |
|                      | شبه‌جسمی         | ۱<br>۳۲/۵۸ | ۲۲/۲۶            | ۲/۱۰ | ۰/۰۳۶         |
|                      |                  | ۲<br>۳۷/۸۵ | ۲۲/۹۱            |      |               |
|                      | مانیک            | ۱<br>۲۰/۴۷ | ۲۲/۶۴            | ۳/۲۷ | ۰/۰۰۱         |
|                      |                  | ۲<br>۲۸/۷۶ | ۲۲/۹۹            |      |               |
|                      | افسرده‌خویی      | ۱<br>۳۰/۸۴ | ۱۹/۴۲            | ۱/۷۳ | ۰/۰۸۴         |
|                      |                  | ۲<br>۳۴/۶۴ | ۲۰/۰۹            |      |               |
| نشانگان شدید         | وابستگی به الکل  | ۱<br>۱۵/۷۹ | ۱۱/۸۶            | ۱/۳۸ | ۰/۱۶۹         |
|                      |                  | ۲<br>۱۷/۶۹ | ۱۲/۷۹            |      |               |
|                      | وابستگی به مواد  | ۱<br>۱۹/۰۷ | ۱۲/۶۷            | ۰/۶۷ | ۰/۵۰۰         |
|                      |                  | ۲<br>۲۰/۰۴ | ۱۳/۱۹            |      |               |
|                      | استرس پس از ضربه | ۱<br>۲۰/۰۳ | ۲۲/۱۱            | ۲/۷۸ | ۰/۰۰۶         |
|                      |                  | ۲<br>۲۷/۳۵ | ۲۵/۹۶            |      |               |
|                      | اختلال تفکر      | ۱<br>۳۳/۶۷ | ۲۲/۹۴            | ۳/۰۵ | ۰/۰۰۲         |
|                      |                  | ۲<br>۴۱/۱۰ | ۲۱/۳۰            |      |               |
|                      | افسردگی اساسی    | ۱<br>۳۰/۳۸ | ۲۴/۳۴            | ۱/۹۸ | ۰/۰۴۸         |
|                      |                  | ۲<br>۳۵/۶۶ | ۲۳/۸۲            |      |               |
|                      | اختلال هذیانی    | ۱<br>۲۱/۸۶ | ۲۰/۰۵            | ۲/۲۰ | ۰/۰۲۸         |
|                      |                  | ۲<br>۲۶/۷۱ | ۱۹/۷۹            |      |               |

اجتماعی شامل روابط فردی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی و

عقاید شخصی و تفکر، یادگیری، حافظه و تمرکز است. حوزه روابط

تفاوت میانگین بین دو گروه معنی‌دار نبود، بنابراین تفاوتی بین سبک زندگی و کیفیت زندگی دو گروه وجود نداشت (جدول ۲ و ۳).

**جدول ۳** مقایسه میانگین کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های مربوطه در دو گروه براساس آزمون T مستقل (۱=دانشگاه نظامی، ۲=دانشگاه غیرنظامی)

| متغیر         | گروه میانگین | انحراف استاندارد | t    | سطح معنی‌داری |
|---------------|--------------|------------------|------|---------------|
| کیفیت زندگی   | ۱۴/۱۲        | ۲/۳۲             | ۰/۹۹ | ۰/۳۲          |
|               | ۱۳/۸۸        | ۲/۱۵             |      |               |
| سلامت جسمی    | ۱۵/۲۱        | ۲/۵۴             | ۰/۵۳ | ۰/۶۰          |
|               | ۱۵/۰۶        | ۲/۴۶             |      |               |
| روان‌شناختی   | ۱۳/۸۲        | ۲/۸۴             | ۰/۴۱ | ۰/۶۹          |
|               | ۱۳/۶۹        | ۲/۷۶             |      |               |
| روابط اجتماعی | ۱۴/۳۳        | ۳/۰۴             | ۰/۱۱ | ۰/۹۱          |
|               | ۱۴/۳۰        | ۲/۹۹             |      |               |
| محیط          | ۱۳/۱۴        | ۲/۵۳             | ۱/۸۰ | ۰/۰۷          |
|               | ۱۲/۶۳        | ۲/۵۸             |      |               |

### بحث

نتایج نشان‌دهنده سلامت روان بالاتر در کارکنان دانشگاه نظامی در مقایسه با کارکنان دانشگاه غیرنظامی است. چنین تفاوتی علی‌رغم پیشینه پژوهشی که عمدتاً بیانگر زمینه مساعد آسیب‌شناختی سازمان‌های نظامی است، با در نظر گرفتن بافت و پیشینه نظامی این دانشگاه می‌تواند بیانگر موفقیت مضاعف این سازمان در پیاده‌سازی برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت روان باشد. همچنین این یافته همسو با نتایج پژوهش یان و همکاران [۳۱] است که به بالا بودن میزان سلامت روان نیروهای ارتش چین در مقایسه با جمعیت عادی اشاره دارد. در این خصوص می‌توان به نوع استخدام در نیروهای نظامی نیز اشاره نمود که علی‌رغم فرآیند دشوار خود، فرد پس از استخدام در سیستمی با امنیت شغلی نسبتاً بالا قرار می‌گیرد که نحوه ارتقا در آن در مقایسه با دیگر سیستم‌های اداری شفاف‌تر است. این دو عامل یعنی امنیت و ارتقای شغلی در عمده پژوهش‌های انجام‌شده، در ارتباط مستقیم با سلامت روان کارکنان قرار دارد [۴۴، ۴۵، ۴۶]. توجه مضاعف به معیارهای گزینش افراد در سازمان‌های نظامی در مقایسه با دیگر سازمان‌ها که منجر به استخدام فرد مناسب و به‌کارگماری وی در شغل مناسب می‌شود نیز به‌نوبه‌خود می‌تواند رضایت شغلی و به تبع آن سلامت روان فرد را حفظ نموده و ارتقا دهد. از سوی دیگر، چنین گزینشی با استخدام افراد معتقد به آرمان‌ها و اهداف سازمان، منجر به فعالیت فرد در گروهی همگن با اهداف عالی همسو شده و محیط کار را از نظر روانی-اجتماعی سالم می‌سازد. با این حال نباید از نظر دور داشت که نتیجه حاصل، از حیث مقایسه‌ای بودن به معنای عدم وجود یا میزان پایین اختلالات روان‌شناختی در این گروه نیست و برای پاسخ به این سؤال، تحقیق

در نهایت حوزه محیط شامل منابع مالی، آزادی، ایمنی جسمانی و امنیت، قابلیت دسترسی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط خانه، فرصت‌های فراگیری مهارت‌ها و اطلاعات جدید، میزان مشارکت و فرصت فعالیت‌های تفریحی و سرگرم‌کننده، محیط فیزیکی (آلودگی، سروصدا، ترافیک، آب و هوا) و حمل و نقل است. اسکوینگتون و همکاران [۴۳] در گزارشی از طرف گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، اعتبار این پرسش‌نامه را در بین گروه‌های نمونه‌ای از ۲۳ کشور، بالای ۰/۷۰ ذکر کرده و روایی آن را مورد تایید قرار داده‌اند.

داده‌های به‌دست‌آمده پس از ارایه آماره‌های توصیفی مربوطه و نیز بررسی و تایید فرض همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین، با آزمون T مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### نتایج

در مقایسه میانگین متغیرهای سلامت روان، در زیرمقیاس‌های اسکیزوئید، افسرده، نمایشی، خودشیفته، منفی‌گرا، اسکیزوتایپال، پارانوئید، اختلال اضطراب، شبه‌جسمی، مانیک، استرس پس از ضربه، اختلال تفکر، افسردگی اساسی و اختلال هذیانی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت (جدول ۱). در سایر زیرمقیاس‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در مواردی که تفاوت وجود داشت، میزان سلامت روان در کارکنان دانشگاه نظامی از کارکنان دانشگاه غیرنظامی بیشتر بود (در متغیر سلامت روان، نمره پایین به معنی سلامت روان بالاتر است).

**جدول ۲** مقایسه میانگین سبک زندگی و زیرمقیاس‌های مربوطه در دو گروه براساس آزمون T مستقل (۱=دانشگاه نظامی، ۲=دانشگاه غیرنظامی)

| متغیر                         | گروه میانگین | انحراف استاندارد | t    | سطح معنی‌داری |
|-------------------------------|--------------|------------------|------|---------------|
| سبک زندگی                     | ۲/۵۵         | ۰/۳۵             | ۱/۵۰ | ۰/۱۳          |
|                               | ۲/۶۱         | ۰/۳۴             |      |               |
| مسئولیت‌پذیری در برابر سلامتی | ۲/۴۱         | ۰/۵۲             | ۱/۳۳ | ۰/۱۸          |
|                               | ۲/۳۳         | ۰/۵۳             |      |               |
| فعالیت جسمی                   | ۱/۸۵         | ۰/۵۷             | ۰/۳۴ | ۰/۷۳          |
|                               | ۱/۸۷         | ۰/۵۷             |      |               |
| تغذیه                         | ۲/۴۲         | ۰/۳۹             | ۰/۷۶ | ۰/۴۵          |
|                               | ۲/۴۶         | ۰/۴۵             |      |               |
| تعالی معنوی                   | ۲/۷۶         | ۰/۵۶             | ۰/۷۹ | ۰/۴۳          |
|                               | ۲/۸۱         | ۰/۵۱             |      |               |
| روابط بین فردی                | ۲/۶۴         | ۰/۴۳             | ۰/۹۲ | ۰/۳۶          |
|                               | ۲/۶۸         | ۰/۴۵             |      |               |
| مدیریت استرس                  | ۲/۱۷         | ۰/۴۵             | ۱/۰۱ | ۰/۳۱          |
|                               | ۲/۲۲         | ۰/۴۷             |      |               |

در متغیرهای سبک زندگی و کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های مربوطه،

- health problems and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351:13-22.
- 3- Hotop M, Hull L, Fear NT, Browne T, Horn O, Iversen A, et al. The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: A cohort study. *Lancet*. 2006;376:1731-41.
- 4- Dlugosz LJ, Hocter WJ, Kaiser KS, Knoke JD, Heller JM, Hamid NA, et al. Risk factors for mental disorders hospitalization after the Persian Gulf war: U.S. armed forces. *J Clin Epidemiol*. 1999;52(12):1267-78.
- 5- Brooks MS, Ladiitka SB, Ladiitka JN. Long-term effects of military service on mental health among veterans of the Vietnam war era. *Mil Med*. 2008;173:570-5.
- 6- Darwin JL, Reich KI. Reaching out to the families of those who serve: The SOFAR project. *Prof Psychol Res Pr*. 2006;37(5):481-4.
- 7- Eaton KM, Hoge CW, Messer SC, Whitt AA, Cabrera OA, McGurk D, et al. Prevalence of mental health problems, treatment need and barriers to care among primary care-seeking spouses of military service members involved in Iraq and Afghanistan deployments. *Mil Med*. 2008;173:1051-6.
- 8- Riddle JR, Smith TC, Smith B, Corbeil TE, Engel CC, Wells TS, et al. Millennium cohort: The 2001-2003 baseline prevalence of mental disorders in the U.S. military. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:192-201.
- 9- Rohall DE, Hamilton VL, Sega DR, Segal MW. Downsizing the Russian army: Quality of life and mental health consequences for former organizational members, survivors and spouses. *J Polit Mil Soc*. 2001;29:73-91.
- 10- Wu D, Chu N, Lin Y, Lai H. Aggregation of adverse behaviors and its affecting factors among young military conscripts in Taiwan. *Addict Behav*. 2007;32:1302-8.
- 11- Tekbas OF, Ceylan S, Hamzaoglu O, Hasde M. An investigation of the prevalence of depressive symptoms in newly recruited young adult men in Turkey. *Psychiatr Res*. 2003;119:155-62.
- 12- Cigrang JA, Todd SL, Carbone EG. Stress management training for military trainees returned to duty after a mental health evaluation: Effect on graduation rates. *J Occup Health Psychol*. 2000;5(1):48-55.
- 13- Taylor SE. *Health psychology*. New York: McGraw-Hill; 2003.
- 14- WHOQOL Group. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996.
- 15- Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. *Quality of life in mental disorders*. West Sussex: John Wiley and Sons; 2006.
- 16- Cook E, Harman J. A comparison of health-related quality of life for individuals with mental health disorders and common chronic medical conditions. *Public Health Rep*. 2008;123(1):45-51.
- 17- Langeland E, Wahi AK, Kristoffersen K, Nortvedt MW, Hanestad BR. Quality of life among Norwegians with chronic mental health problems living in the community versus the general population. *Community Ment Health J*. 2007;43(4):321-39.
- 18- Failde I, Ramos I, Fernandez-Palacin F, Gonzalez-Pinto A. Women, mental health and health-related quality of life in coronary patients. *Women Health*. 2006;43(2):35-49.
- 19- Scott LD, Setter-Kline K, Britton AS. The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure. *Appl Nurs Res*. 2004;17(4):248-56.
- 20- Otsuka K, Mitsutake G, Yano S. Depression, quality of life and lifestyle: Chronoecological health watch in a community. *Biomed Pharmacother*. 2002;56(2):231-42.
- 21- Rohrer JE, Pierce JR, Blackburn C. Lifestyle and mental health. *Prev Med*. 2005;40:438-43.

دیگری نیز در این زمینه باید صورت گیرد.

با وجود تفاوت معنی‌دار در سلامت روان، در مقایسه سبک زندگی و کیفیت زندگی دو گروه تفاوت معنی‌داری حاصل نشد. وجود تفاوت در سلامت روان به‌رغم عدم وجود تفاوت در سبک زندگی و کیفیت زندگی دو گروه جالب توجه است. این نکته نشان می‌دهد که سلامت روان کارکنان سازمان نظامی در مقایسه با کارکنان سازمان غیرنظامی مستقل از مسایل مادی، رفاهی و معیشتی است. چرا که اگر چنین تفاوتی وجود می‌داشت، در متغیر کیفیت زندگی که متاثر از عوامل فوق‌الذکر است مشاهده می‌شد. بنابراین در مجموع چنین به‌نظر می‌رسد که سازمان‌های نظامی علی‌رغم دارا بودن استعداد آسیب‌شناختی می‌توانند با به‌کارگیری مداخلات صحیح روان‌شناختی در زمینه آگاهی‌بخشی و پیشگیری و نیز با داشتن خط‌مشی‌های صحیح سازمانی در ارتباط با گزینش و استخدام، ارتقای سازمانی و فراهم‌نمودن محیط کار سالم در جهت تامین سلامت روانی کارکنان خود، گام‌هایی فراتر از سازمان‌های هم‌تای غیرنظامی خود بردارند. با توجه به یافته‌های این پژوهش، انجام پژوهش‌های همسو با روشی غیر از پرسش‌نامه خودگزارشی به‌ویژه برای بررسی سلامت روان (برای مثال مصاحبه‌های بالینی) در صورت رفع محدودیت‌های اجرایی، بودجه‌ای و زمانی می‌تواند نتایج بسیار ارزشمندی را در برداشته باشد. همچنین اجرای طرح‌هایی برای بررسی میزان روایی پاسخ‌های ارایه‌شده به پرسش‌ها نیز ممکن است حاوی نتایج مهمی باشد. به‌نظر می‌رسد به‌طور کلی مداخلاتی در قالب فعالیت‌های فرهنگی در زمینه آگاهی‌بخشی ارتقای سبک زندگی کارکنان و درونی‌نمودن فرهنگ سبک زندگی سالم در این گروه و تدوین سیاست‌های سازمانی در زمینه ارتقای کیفیت زندگی و نیز فعالیت‌های آموزشی از جمله برگزاری کارگاه‌های آموزشی در این زمینه می‌تواند در حفظ و افزایش سلامت روان کارکنان موثر باشد.

## نتیجه‌گیری

سلامت روان کارکنان دانشگاه نظامی در مقایسه با کارکنان دانشگاه غیرنظامی بالاتر است. ولی در مورد سبک و کیفیت زندگی دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. باال بودن سلامت روان کارکنان دانشگاه نظامی می‌تواند به‌علت پیاده‌سازی برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت روان و نیز امنیت شغلی و فرآیندهای شفاف ارتقای شغلی باشد.

## منابع

- 1- Burrell LM, Adams GA, Briley Durand D, Castro CA. The impact of military lifestyle demands on well-being, army and family outcomes. *Armed Forces Soc*. 2006;33(1):43-58.
- 2- Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental

- 35- Atlantis E, Chow C, Kirby A, Singh MF. An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: A randomized controlled trial. *Prev Med.* 2004;39:424-34.
- 36- Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30:607-10.
- 37- Millon T. The Millon clinical multiaxial tests. Sharifi AA, translator. Tehran: Ravan Tajhiz Publication; 2004. [Persian]
- 38- Millon T, Millon CM, Meagher S, Grossman S, Ramnath R. Personality disorders in modern life. New Jersey: John Wiley and Sons; 2004.
- 39- Aluja A, Cuevas A, Garcia LF, Garcia O. Zucherman's personality model predicts MCMI-III personality disorders. *Pers Individ Dif.* 2007;42:1311-21.
- 40- Lee R, Look Y. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nurs.* 2005;22(3):209-20.
- 41- Dubois EJ. Assessment of health-promoting factors in college students' lifestyles [dissertation]. Alabama: Auburn University; 2006.
- 42- World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. Geneva: World Health Organization; 2004.
- 43- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. Geneva: World Health Organization; 2004.
- 44- Rugulies R, Bultmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *Am J Epidemiol.* 2006;163(10):877-87.
- 45- Niedhammer I, Chastang JF, David S, Barouhiel L, Barrandon G. Psychosocial work environment and mental health: Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. *Int J Occup Environ Health.* 2006;12(2):111-9.
- 46- Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health: A meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32(6):443-62.
- 22- Ezoe S, Morimoto K. Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory workers. *Prev Med.* 1994;23(1):98-105.
- 23- Chen X, Sekine M, Hamanishi S, Wang H, Gaina A, Yamagami T, et al. Lifestyles and health-related quality of life in Japanese schoolchildren: A cross-sectional study. *Prev Med.* 2005;40:668-78.
- 24- Kertis A. Health psychology. Fathi-Ashtiyani A, Azimi H, translators. Tehran: Besat Publication; 2006. [Persian]
- 25- Creamer M, Forbes D. Treatment of posttraumatic stress disorder in military and veteran population. *Psychotherapy.* 2004;41(4):388-98.
- 26- Chappelle W, Lumley V. Outpatient mental health care at a remote U.S. air base in southern Iraq. *Prof Psychol Res Pr.* 2006;37(5):523-30.
- 27- Armstrong D. Bailout buoys mental health parity bill. *Congr Q Wkly Rep.* 2008;66(38):2700-3.
- 28- Armstrong D. Equal treatment for mental health. *Congr Q Wkly Rep.* 2008;66(39):277-8.
- 29- Sarrafzadegan N, Kelishadi R, Esmailzadeh A, Mohammadifard N, Rabiei K, Roohafza H, et al. Do lifestyle interventions work in developing countries? Findings from the Isfahan healthy heart program in Iran. *Bull World Health Organ.* 2009;87:39-50.
- 30- Kennedy K. Face-off on mental-health funds. *Army Times.* 2009;66(35):19-21.
- 31- Yan J, Wang L, Cheng Q, Miao D, Zhang L, Yuan S, et al. Estimated mental health and analysis of relative factors for new Chinese recruits. *Mil Med.* 2008;173:1031-4.
- 32- Forman-Hoffman VL, Peloso PM, Black DW, Woolson RF, Letuchy EM, Doebbeling BN. Chronic widespread pain in veterans of the first Gulf war: Impact of deployment status and associated health effects. *J Pain.* 2007;8(12):954-61.
- 33- Schnurr PP, Hayes AF, Lunney CA, McFall M, Uddo M. Longitudinal analysis of relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(4):707-13.
- 34- Schwerin MJ, Michael PG, Glaser DN, Farrar KL. A cluster evaluation of Navy quality of life programs. *Eval Program Plann.* 2002;25:303-12.