

شناسایی ویژگیهای انسان سالم در مقام دفاعی

علی لطفی^۱

علیرضا بوستانی پور^۲

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۱۱/۲۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۰۸

چکیده

در این پژوهش به دنبال مقدمه‌چینی برای رسیدن به مفاهیم و الگویی هستیم تا سلامت روان افرادی مفهوم‌پردازی شود که در حوزه‌های نظامی و دفاعی هستند. به همین منظور با استفاده از روش پژوهش تحلیل محتوا، متون و پژوهش‌های دفاعی و نظامی، مورد بررسی قرار گرفت. نمونه‌گیری از پژوهش‌هایی بود که در دسترس پژوهشگر در زمینه‌های دفاعی و نظامی قرار می‌گرفت تا بتواند با بررسی هر چه بیشتر متون به یافته‌های بیشتری دست پیدا کند. در نهایت ۵۸ مقاله پژوهشی داخلی و خارجی به عنوان نمونه نهایی انتخاب شد. در ادامه نیز بررسی متون، توسط پنج نفر صاحب‌نظر دیگر در زمینه‌های نظامی و سلامت روان، صورت گرفت و مؤلفه‌های استخراج شده بر اساس آماره کاپا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سرانجام عوامل الگوی مفهومی برای تبیین انسان سالم در مقام دفاعی در سه حوزه آسیب‌شناسی، مثبت‌گرایی و نگرشی به این شرح گزارش شد: آسیب‌شناسی (اضطراب، افسردگی، پارانوئا، وسواس، خودشیفتگی)؛ مثبت‌گرا (مثبت‌نگری، سلامت جنسی، بهزیستی معنوی، بهزیستی اجتماعی)؛ ابعاد نگرش (نگرش به شغل، نگرش به اعتیاد).
کلید واژه‌ها: انسان سالم، تحلیل محتوا، الگوی مفهومی، ابزار ارزیابی.

karbordi@gmail.com

arbp99@gmail.com

۱- دکترای روانشناسی عمومی

۲- دکترای مشاوره خانواده

مقدمه

با توجه به پیشفرضهای مطرح شده در باب سلامت انسانی در متون جدید روانشناسی و دیدگاه‌های فعلی که دیگر سلامتی را صرفاً عدم بیماری معرفی نمی‌کنند و به دنبال ویژگیهایی هستند که فرد را به نقطه‌ای ورای عدم بیماری و رسیدن به رشد و تعالی معرفی می‌کند و با علم به اینکه مقام دفاعی و موقعیت‌های نظامی و دفاعی شرایط خاص و ویژه‌ای را داراست، سه حیطه اساسی شناسایی و سعی شد خرده مفاهیم تبیین کننده سلامت انسانی در مقام دفاعی مورد بررسی قرار گیرد و نتایج براساس بررسی متون و مفاهیم تبیین و گزارش شود. در ادامه به تبیین و توضیح سازه‌های استحصال شده از تحلیل محتوا پرداخته خواهد شد تا ضمن تبیین الگوی استخراجی توضیح داده شود که برای سنجش و مداخله در کدام از حیطه‌ها، چه رویکردی را باید در نظر داشت.

با در نظر گرفتن یافته‌های مختلف در حیطه‌های پنجگانه مؤثر در شکل‌گیری انسان سالم، این پژوهش بر آن است تا با بررسی مؤلفه‌های دفاعی و نظامی به بررسی این پنج حوزه در قالب موقعیت‌های دفاعی و نظامی بپردازد. حال انسان در مقام دفاعی به معنی فردی که بتواند در جایگاه انسان در برابر تهاجم دیگران از خود و وابستگان خود، جان، مال و اموال خود، دفاع کند به طور قطع نیازمند ویژگیهایی خاص خواهد بود. نظر به اینکه جنگها از شکل کلاسیک خود خارج شده و به سمت عملیات روانی و فرهنگی در حرکت است، نیروهای دفاعی آینده نیز شامل تمامی افرادی می‌شود که در جامعه زندگی می‌کنند و آماج این اهداف قرار می‌گیرند. مباحثی که در جنگ نرم و قدرت نرم علوم سیاسی مطرح می‌شود، بیانگر همین است (نای، ۲۰۰۵، ۲۰۰۸)؛ با این همه باید در نظر داشت، گرچه در مطالعاتی مانند آنچه فوربس و همکاران (۲۰۱۳) انجام داده‌اند، دیدگاه نظامیان نسبت به سلامت و دیگر مشکلات مربوط به آن مثبت‌تر است، مطالعات بسیاری نیز در زمینه‌های متعدد بهداشت روان و ویژگیهای سلامت در محیط‌های دفاعی و نظامی انجام شده است که بیشتر هدف را به سلامت از دید نبود بیماری معطوف می‌داند تا آنچه رشد و ارتقای سلامت با معنای مورد نظر در روانشناسی مثبت‌نگر است.

حال طبق تمامی مسائلی که بدانها اشاره شد با در نظر داشتن تعاریف جدید سازمان بهداشت جهانی و رویکرد زیستی روانی - اجتماعی، این پژوهش بر آن است که ویژگیهای انسان سالم را با جامعیت مورد بررسی قرار دهد؛ اما به دلیل تمرکز بر ویژگیهای دفاعی و همچنین تمرکز بر ویژگیهای انسان سالم به عنوان هدف تهاجم و عامل دفاع، تمرکز اصلی بر این دو حوزه قرار دارد و با توجه به اینکه وزارت دفاع به عنوان ارگانی بسیار حساس، مسئولیت برنامه‌ریزی، هماهنگی، پشتیبانی و توسعه توان دفاعی نیروهای مسلح را بر عهده دارد، این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که انسان سالم از نظر روانشناختی و اجتماعی در مقام دفاع و به عنوان عامل دفاعی چه ویژگیهایی دارد.

اهمیت و ضرورت پژوهش

از نظر تاریخی، حق سالم بودن یکی از قدیمی‌ترین حقوقی است که در قانون اساسی بسیاری از کشورهای جهان اعلام شده است. در سطح بین‌المللی هم در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر قاطعانه اعلام شده است که: «هر کس حق دارد استانداردهای کافی زندگی از نظر سلامت و رفاه را برای خود و خانواده‌اش داشته باشد...». در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی هم تأیید شده که سلامت از حقوق اساسی هر یک از افراد بشر است تا «از بیشترین استاندارد قابل دسترس سلامت» برخوردار باشد (هاردی، ۲۰۱۵).

با در نظر داشتن این مسئله از یک سو و از سوی دیگر از آنجا که دولتها با صرف هزینه‌های زیاد در پی کاهش آسیب‌ها و مسائل هستند و در راستای ارتقای سلامت جامعه و پرورش انسانهای سالم تلاش می‌کنند، توجه به سلامت بسیار مهم به نظر می‌رسد و این عمل نیاز به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاریهای دقیق و مدون دارد ولی لازم است که تمام برنامه‌ها و سیاست‌گذاریها پایه محکم اطلاعاتی و پژوهشی داشته باشد؛ زیرا قبل از حل هر مسئله و ایجاد وضعیتی بهتر برای پیشبرد و ارتقای جامعه لازم است به جمع‌آوری اطلاعات از کتابها، مقالات و پژوهشها پرداخت. نتایج پژوهشها می‌تواند در این مسیر راهگشا باشد. از آنجا که پژوهش علمی در این زمینه به مدیران سازمانها، برنامه‌ریزان اجتماعی و سیاستگذاران کمک می‌کند تا به شناخت بهتری از ویژگیهای انسان سالم و ابعاد آن برسند و نهایتاً این

می‌تواند به ارتقای سطح سلامت افراد و خانواده‌ها کمک کند، علاوه بر ضرورت تلاش برای ارتقای سطح سلامت تمامی اعضای جامعه اهمیت این مسائل در مشاغل سازمانی حساسی مانند مجموعه وزارت دفاع مهمتر جلوه می‌کند که با عناوینی مانند دفاع و ارتقای ویژگیهای روانی دفاعی سر و کار دارد. بر اساس این اصل بدیهی، که نیروی نظامی سالم، نیروی نظامی آماد برای دفاع است (گولایتلی و کراون، ۲۰۱۵) باید در نظر داشت که بودجه‌های کلان به منظور حفظ و ارتقای سلامت نیروهای نظامی همواره دغدغه نیروهای نظامی بوده است (چپمن و همکاران^۱، ۲۰۱۵؛ رسلر و همکاران^۲، ۲۰۱۴؛ گیبز و همکاران^۳، ۲۰۱۱)؛ لذا بررسی این ویژگیها در نهایت به ارتقا و پیشرفت کیفیت زندگی اجتماعی کارکنان و دیگر اقشاری می‌تواند منجر شود که در معرض حملات سخت و نرم قرار می‌گیرند؛ لذا این پژوهش بر آن است که ویژگیهای انسان سالم را در مقام دفاعی مورد بحث و بررسی قرار دهد.

اهداف پژوهش

۱ - هدف کلی

- شناسایی مؤلفه‌های سلامت انسان در مقام دفاعی

۲ - اهداف جزئی

- شناسایی مؤلفه‌های تعیین کننده انسان سالم در مقام دفاعی به منظور تدوین الگوی ارزیابی

- شناسایی مؤلفه‌های تقویت کننده انسان سالم در مقام دفاعی به منظور تدوین بسته مداخله‌ای

فرضیات پژوهش

۱ - فرضیه کلی

- مؤلفه‌های سلامت انسان در مقام دفاعی کدام است؟

1. Chapman et al.
2. Ressler et al.
3. Gibz et al.

۲ - فرضیه‌های جزئی

- مؤلفه‌های تعیین کننده انسان سالم در مقام دفاعی به منظور تدوین الگوی ارزیابی کدام است؟
- مؤلفه‌های تقویت کننده انسان سالم در مقام دفاعی به منظور تدوین بسته مداخله‌ای کدام است؟

روش پژوهش

پژوهش از نوع کیفی است و روش اجرای پژوهش به صورت تحلیل محتوا به منظور ارائه الگویی تبیینی برای رسیدن به ابعاد انسان سالم در مقام دفاعی خواهیم پرداخت. روش تحلیل محتوا از جمله روشهای پژوهش کیفی به شمار می‌رود. روشهای کیفی برای مفهوم‌پردازی، الگوسازی و ارائه نظریه به کار گرفته می‌شود (دلاور، ۱۳۸۵). تحلیل محتوا از شیوه‌های مربوط به روش اسنادی در پژوهش علوم اجتماعی است. روش اسنادی به تمام روشهایی گفته می‌شود که در آنها هدف پژوهش با مطالعه، تحلیل و بررسی اسناد و متون برآورده می‌شود.

همان گونه که از نام تحلیل محتوا پیداست، این شیوه به تحلیل و تجزیه محتوا می‌پردازد و می‌کوشد با استفاده از تحلیل، داده‌هایی را در مورد متن استخراج کند، با این حال آنچه تحت نام تحلیل محتوا نامیده شده، گونه خاصی از تحلیل است که با شیوه‌های دیگری که می‌کوشند یافته‌هایی را از متن استخراج کنند، تفاوت دارد. هیژمن هشت نوع تحلیل محتوا را شناسایی می‌کند و توضیح می‌دهد که عبارت است از: تحلیل معانی بیان، تحلیل اسطوره و روایت، تحلیل گفتمان، تحلیل ساختاری یا نشانه‌شناختی، تحلیل تفسیری، تحلیل محاوره، تحلیل انتقادی و تحلیل نرم‌تپو (هومن، ۱۳۸۵).

روش این پژوهش، تحلیل محتوا است که به شمارش واحدهای محتوایی متون مختلف در حوزه انسان سالم پرداخته است به این صورت که در بررسی متون مختلف مربوط به قدرت ملی، تمام مفاهیمی را که استنباط مفهوم انسان سالم از آنها می‌شود، شمارش می‌کند و با دسته‌بندی مفهومی آنها می‌کوشد الگویی مفهومی در جهت تبیین ابعاد انسان سالم در مقام دفاعی استخراج کند. در این پژوهش برای تحلیل محتوا از الگوی باردن (۱۳۷۴) پیروی شده است. او مراحل مختلف تحلیل محتوا را همانند هر بررسی جامعه‌شناختی و تجربی، شامل سه مرحله اصلی می‌داند:

۱ - تحلیل ابتدایی

۲ - به دست آوردن مواد اولیه پژوهش

۳ - بررسی نتایج استنباط و تفسیر

او مرحله اول را شامل سه مأموریت می‌داند:

- انتخاب مدارکی که باید تحلیل شود.

- تنظیم فرضیات و اهداف

- تعیین معرفیهایی که تفسیر نهایی بر مبنای آنها خواهد بود.

بر این اساس، ضمن در نظر گرفتن نمونه‌گیری در تحلیل محتوا بر اساس متون موجود به بررسی روش نمونه‌گیری و جامعه پرداخته خواهد شد.

۱ - جامعه، نمونه و شیوه نمونه‌گیری

جامعه پژوهش تمام متون مربوط به انسان سالم از دیدگاه‌های مختلفی است که در مجلات علمی - پژوهشی داخلی و خارجی از سال ۲۰۰۵ میلادی و ۱۳۸۰ شمسی به چاپ رسیده است. طبیعی است ادعای دستیابی به همه متون نمی‌تواند واقعی نشان داده شود؛ اما تمام تلاش پژوهشگر برای دستیابی به این متون تا سر حد اشباع در این مفهوم بوده است. شایان ذکر است که با توجه به جدیدتر بودن مفاهیم مقالات با توجه به تسریع در چاپ مقاله در مقایسه با کتاب، صرفاً مقالات علمی - پژوهشی به عنوان جامعه مورد نظر انتخاب شد. سپس، نمونه‌گیری به صورت هدفمند و بر اساس عنوان مقالات، که در حوزه علوم انسانی باشد، انجام شد به این صورت که مفاهیم مربوط به توانمندیهای شناختی و آگاهیهای نظامی صرف از دایره نمونه‌گیری کنار گذاشته شد و بیشتر مقالات مربوط به ویژگیهای اجتماعی و روانشناختی در دایره نمونه‌گیری قرار گرفت.

۲ - ابزار اندازه‌گیری

تحلیل محتوا روشی پژوهشی استقرایی و اکتشافی است که به پژوهشگر در حوزه‌های موضوعی گوناگون امکان می‌دهد تا به جای اتکا به نظریه‌های موجود و از پیش تدوین شده خود به تدوین نظریه و گزاره اقدام کند. این نظریه‌ها و گزاره‌ها به شکلی نظام‌مند و بر اساس داده‌های واقعی تدوین می‌شود.

واژه گراند در این موضوع نشانگر این است که هر نظریه و گزاره‌ای که بر اساس این روش تدوین می‌شود بر زمینه‌ای مستند از داده‌های واقعی بنیان نهاده شده است. در واقع گراند تئوری روشی است برای کسب شناخت درباره موضوع مورد مطالعه و موضوع یا موضوعاتی که قبلاً در مورد آنها تحقیق جامع و عمده‌ای نشده و دانش ما در آن زمینه محدود است؛ لذا براساس مصاحبه‌هایی که با حضور متخصصان حوزه‌های دفاعی و هم‌چنین کارکنان وزارت دفاع به عمل خواهد آمد، داده‌های مورد نظر جمع‌آوری شد. این مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت تا اشباع اطلاعاتی به دست آید.

مبانی نظری

ادبیات

همواره یکی از مهمترین موضوعات، رسیدن به ویژگیهای انسان سالم است. بررسی ویژگیهای انسان سالم از دهه ۵۰ میلادی با نظریات مازلو مورد توجه قرار گرفته است (آرینز، ۲۰۰۹). تا پیش از آن روانشناسی به دلیل سلطه بلامنزاع روانکاوان و پیروان فرویدسم تحت تأثیر پزشکی و بررسی بیماریهای روانی بوده تا اینکه مازلو با جمله معروف خود به این نکته اشاره کرد که «دیگر بررسی معلولان روانی در حوزه روانشناسی کافی است» و باید روانشناسان دید خود را به سمت انسانهای سالم و رو به تعالی برگردانند. این نگاه در دیدگاه‌های انسانگرایی جای خود را باز کرد تا اینکه در دهه ۹۰ میلادی با کارهای مارتین سلیگمن به اوج خود رسید. سلیگمن در پژوهشهای خود به مفاهیمی اشاره کرد که در واقع تقسیم‌بندی دو بعدی انسان بیمار و انسان بدون بیماری را به چالش کشید و لایه سوم را به عنوان انسان سالم یا انسان رو به رشد مطرح کرد (کلوک و همکاران، ۲۰۱۵). شوشانی و استاین متز (۲۰۱۳) هم با ارائه الگوهای برگرفته از روانشناسی مثبت‌گرای سلیگمن در مدارس به مدت دو سال، یافتند که این برنامه می‌تواند به کاهش آشفتگی روانی و نشانه‌های اضطراب و افسردگی و در عین حال، افزایش عزت نفس، خوش بینی و بهبود روابط بین فردی منجر شود. البته باید پذیرفت که همیشه انسان سالم در نظریات روانشناسان گذشته، حتی خود فروید نیز مطرح بوده؛ اما اوج بررسیها در سالهای

اخیر در حیطه روانشناسی مثبت خود را به نمایش گذاشته است (پرین و همکاران، ۲۰۱۵). البته همواره بحث درباره سلامت و الگوهای آن به این شکل مطرح بوده که آیا صرف عدم بیماری به معنای سلامت است و یا برای سلامت باید فرد را در مسیر رشد دید. افرادی مانند تئودور میلون دیدگاه طبی و پزشکی را در این زمینه پیشنهاد کرده‌اند که معتقد است صرف عدم بیماری به معنای سلامت است (آنتونی، ۲۰۱۵).

در این بین سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را این گونه تعریف می‌کند: حالت بهزیستی که در آن فرد قادر به شناسایی ظرفیتهای بالقوه خود است و توانایی سازگاری با فشارهای روانی عادی زندگی را دارد و می‌تواند کارکردهای روزمره خود را به گونه مؤثری انجام دهد و توانایی مشارکت در زندگی اجتماعی را دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). با در نظر گرفتن سلامتی به عنوان مفهومی تحت تأثیر مجموعه‌ای پیچیده از عوامل زیستی، روانی - اجتماعی، اقتصادی و محیطی، دیگر سلامتی تنها دغدغه دست اندرکاران علوم پزشکی نیست، بلکه دانشمندان علوم اجتماعی بویژه جامعه‌شناسی، روانشناسی و انسانشناسی نیز به بررسی آن علاقه‌مندند (جورکوویچ و همکاران، ۲۰۱۵). الگوهای پذیرفته شده در تبیین ساختار شخصیت انسان در قالب پنج عامل جسم، روان، اجتماع، فرهنگ و معنویت صورتبندی می‌شود. بر همین اساس در این پژوهش نیز همین الگو مورد پذیرش است و صورتبندی خواهد شد.

عامل جسمی: فینچام و همکاران (۲۰۱۵) رابطه تغذیه و ورزش را در ارتقای سلامت روان کارکنان درگیر در حیطه‌های بهداشت روانی بسیار مهم و با اهمیت می‌دانند. آنها سبک زندگی سالم را در گرو داشتن سبک زندگی سالم در تغذیه می‌دانند. بومن و همکاران (۲۰۱۵) نیز به بررسی رابطه متقابل سلامت جسمی و سلامت روانی پرداخته‌اند و دریافته‌اند که افزایش سلامت جسمی بر کاهش مشکلات روانشناختی و مشکلات مربوط به بهداشت روان اثرگذار است.

عامل روانی: در این راستا، الگوهایی مانند الگوی جاهودا، الگوی بهزیستی ذهنی داینر و الگوی شش عاملی بهزیستی روانشناختی ریف تدوین شده که در تعریف و تبیین سلامت روانی به جای تمرکز بر بیماری و ضعف بر تواناییها و داشته‌های فرد متمرکز است و این داشته‌ها را به عنوان

شناسایی ویژگیهای انسان سالم در مقام دفاعی

ویژگیهای انسان سالم مورد بررسی قرار داده است. الگوی ریف، از مهمترین الگوهای حوزه بهزیستی روانشناختی به شمار می‌رود که در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد. ریف، بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق تواناییهای بالقوه واقعی فرد می‌داند.

عامل اجتماعی: کاستیلو و شوارتز (۲۰۱۳) نیز سوء مصرف الکل، ترس از مورد تجاوز قرار گرفتن و تحقیر شدن را به دلیل نژاد و ملیت از جمله عوامل تهدید کننده سلامت روان در حیطه اجتماعی می‌دانند. آنها معتقدند سلامت شرط اساسی ایفای نقشهای اجتماعی است و همه انسانها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل انجام دهند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند؛ در این حالت سلامت در ردیف ارزشهای اجتماعی قرار می‌گیرد و متغیرهای صرفاً زیستی برای به دست دادن تعریفی از آن کافی نخواهد بود. منظور از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت انسان، وضعیتی است که افراد در آن به دنیا می‌آیند؛ رشد، زندگی و کار می‌کنند (چپل و لوملی، ۲۰۰۶). یکی از تعیین کننده‌های اجتماعی که می‌تواند نقش مؤثری بر سلامت انسان داشته باشد، سرمایه اجتماعی است (دانیگ، ۱۹۹۴).

عامل فرهنگی: رین و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی عوامل اثرگذار بر سلامت روان از طریق مطالعات کیفی و با تشکیل یک گروه ۱۶ نفری متشکل از متخصصان بهداشت روان متوجه شدند که خدمات بهداشت روان بویژه در کودکی و نوجوانی به دلیل درگیری بیشتر نوجوانان و جوانان در مسئله هویت‌یابی بسیار تحت تأثیر موضوعات فرهنگی و البته اعتقادی است. آنها با بررسی و تحلیل نظر شانزده صاحب‌نظر در حوزه سلامت روان، الگویی را برای حفظ سلامت کودکان و نوجوانان ارائه کردند که بر آگاهی از تأثیرات فرهنگ در شکل‌گیری انواع رفتارهای سالم و ناسالم در این دوره‌های سنی مبتنی بود. لوینگستون و همکاران (۲۰۱۴) نیز با بررسی اثربخشی یک برنامه رسانه‌ای در دوره‌های دو ساله متوجه شدند که دیدگاه افراد نسبت به بیماریها و سلامت روانی بشدت تحت تأثیر عوامل فرهنگی مانند آنچه در رسانه‌ها و گروه‌های همسالان بیان می‌شود، است.

عامل معنوی: واژه «معنویت» به تمایل انسان برای جستجوی معنای زندگی از طریق تعالی نفس یا از طریق نیاز به ارتباط با چیزی فراتر از خودش اشاره دارد. دین به شکلی از جستجوی معنی اشاره

می‌کند که با آداب و سنت‌های رسمی دینی مرتبط است در حالی که معنویت به چنین بافتی وابسته نیست. از این رو واژه معنویت بیشتر به جستجو برای امری قدسی اشاره دارد و واژه دین به جستجویی اشاره دارد که پایه‌های آن در شکل‌های رسمی (نهادی) معنویت قرار دارد. در حال حاضر مطالعات بسیاری، چگونگی تأثیر دینداری و معنویت را بر سلامت جسمی و روانی بررسی کرده است. یافته‌های مغایر ضرورتاً ارتباط بهزیستی و دین را نفی نمی‌کند، بلکه موقعیت‌هایی را مشخص می‌کند که ارتباط در آنها قویتر است؛ برای مثال، ارتباط بهزیستی و دینداری معمولاً در زنان از مردان قویتر است. به نظر می‌رسد که سن نیز یک عامل مؤثر باشد. ارتباط بین دینداری و بهزیستی معمولاً در افراد مسن قویتر است. موریس اوکون و ویلیام استوک دریافتند دینداری و سطح مطلوب سلامت جسمانی، دو مورد از قویترین پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی روانشناختی در میان افراد مسن است. مارگارت پولوما و بریان پندلتون دریافتند که اگر معیار بهزیستی، داشتن احساس معنا و هدف در زندگی باشد، ارتباط قویتری بین بهزیستی و دینداری وجود دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد پایبند به اعتقادات و آداب دینی، سطوح بالاتری از بهزیستی را تجربه می‌کنند. هم‌چنین، تأثیر دین کم است؛ اما همواره وجود دارد و بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (بول و همکاران، ۲۰۱۵).

پیشینه پژوهش

موستیلو و همکاران (۲۰۱۵) روی سربازانی که از جنگ عراق و افغانستان برگشته بودند در میزان ابتلا به افسردگی و الکل و اختلال تنش پس از سانحه، مطالعاتی را انجام دادند. نتایج بیانگر میزان زیاد خطر در ابتلا به این سه اختلال عمده بود. از سویی دیگر، مک گرگور و همکارانش (۲۰۱۵) به طور اختصاصی تر روی احتمال ابتلا به اختلال تنش پس از سانحه بین نیروهای خدمات بهداشت و درمان ارتش آمریکا کار کردند و یافتند که میزان ابتلا به این اختلال بین این نیروها بیش از دیگران است. مکین تایر - اسمیت و همکاران (۲۰۱۵) در یک بررسی به واکنش‌های تبدیلی سربازان کانادایی به صورت اختلالات جنسی پرداختند و در مطالعه‌ای مشاهده کردند که میزان ابتلا به اختلالات نعوظ و

ارگاسمی و در پی آن، نارضایتی جنسی بین آنها بیش از میزان شیوع این مشکلات بین افراد عادی است. برایان و همکاران (۲۰۱۲) مشکلات و تخلفات رانندگی سربازان برگشته از جنگ عراق و افغانستان را بیش از دیگران گزارش کرده‌اند و چنین استنباط می‌کنند که قانونگریزی در این افراد شایعتر است. برایان و برایان (۲۰۱۴) در مطالعه خود به بررسی شیوع میزان آسیب‌رسانی به خود بدون نیت خودکشی در سربازان پرداختند. گارسیا و همکاران (۲۰۱۵) نشانه‌های فرسودگی و تشخیص‌های مربوط به سلامت روان را بین کارکنان نیروی هوایی امریکا، که در پایگاه نظامی این کشور در قطر فعال بودند، بررسی کردند. تیلور و همکاران (۲۰۱۴) به بررسی میزان خواب و ارتباط آن با کاهش سلامت روان ارتشیان امریکایی پرداختند و مشاهده کردند که کاهش ۰/۸ ساعتی خواب بین نظامیان آمادگی آنها را در ابتلا به اختلال تنش پس از سانحه، اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی افزایش می‌دهد. بومن و همکاران (۲۰۱۵) طی پژوهش کیفی خود به بررسی عوامل اثرگذار بر سلامت افسران حوزه پزشکی و رفاهی ارتش پرداختند. ویتکوچ و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی شیوع اعتیاد بین سربازان پرداخته‌اند. گیبز و همکاران (۲۰۱۱) بافت نظامی محیط‌های ارتشی را متغیری واسطه‌ای در ایجاد مشکلات بهداشت روانی می‌دانند که به سوء مصرف الکل منجر می‌شود. هنری و همکاران (۲۰۱۵) عوامل آشفتگی روانی بین نظامیان را کمال‌گرایی مرضی، اضطراب، افسردگی و گرایش به خودکشی معرفی کرده‌اند. فاندربریک و همکارانش (۲۰۱۵) نیز بین ۹۵۴ سرباز از جنگ برگشته بررسی طولی دو ساله را اجرا کردند و یافتند که علاقه به دریافت خدمات بهداشت روانی با سطح سلامت روان معکوس است؛ به این معنی که هر چه سلامت روان افت می‌کند، علاقه و اشتیاق برای مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی افزایش می‌یابد. ژو و همکارانش (۲۰۱۵) نیز عوامل تحلیل شده به عنوان عوامل خطر ساز ابتلا به اختلال تنش پس از سانحه بین سربازان را به این ترتیب فهرست کرده‌اند: زن بودن، اقلیت قومی بودن، تحصیلات پایین، درجات نظامی پایین‌تر، داشتن مسئولیت‌های متعدد و سابقه مشکلات روانشناختی. در نهایت نیز گابیلوندو و همکاران (۲۰۱۰) با بررسی شیوع و همبستگی مشکلات سلامت روان ارتش کانادا، که برای عملیات پشتیبانی به افغانستان اعزام شده بودند، شش مشکل اساسی مبتلا به این نظامیان را چنین فهرست کرده‌اند: افسردگی اساسی، افسردگی خفیف، اختلال تنش پس از سانحه،

تفکر خودکشی، اختلال اضطراب فراگیر و در نهایت اختلال هراس و وحشتزدگی. در مقابل برنامه‌هایی هم با هدف ارتقای سلامت نظامیان ارائه شده است که از آن میان می‌توان به این موارد اشاره کرد: رسلر و شومیکر (۲۰۱۴) در اجرای یک طرح به منظور ارزیابی خطر و تاب‌آوری در اعضای خدماتی ارتش امریکا، الگویی را برای ارتقا و سنجش سلامت روان نظامیان امریکایی اجرا کردند که برگرفته از الگویی به نام فرامینگهام است. الگوی فرامینگهام برای کاهش تنش افراد مبتلا به بیماران قلبی در دهه ۱۹۴۰ در امریکا اجرا شد. در این پژوهش سعی شد تا آن الگو برای کاهش تنش و ارتقای سلامت سربازان و بهبود عملکرد رفتاری آنها اجرا شود. گلاور و همکاران (۲۰۱۵) با اتخاذ رویکردی سیستمی به اهمیت فعالیت‌های بهداشتی مبتنی بر ظرفیت‌های دانشی و فراساختارهای اطلاعات محور قوی در شکل‌گیری سازوکاری سلامت محور اشاره می‌کنند. شور و همکاران (۲۰۱۴) به بررسی تأثیر استفاده از فناوری موبایل در ارتقای سلامت روان سربازان پرداختند و مشاهده کردند که ارتباطات موبایلی هم می‌تواند در عرضه خدمات بهداشتی به نظامیانی سودمند باشد که در خطوط جنگی هستند و هم به این دلیل که ارتباط بین فردی بویژه با دیگر اعضای خانواده را در هر زمانی برای سربازان ممکن می‌سازد در ارتقای سلامت آنها نقش مهمی ایفا می‌کند. چپمن و همکاران (۲۰۱۵) نیز به اهمیت عرضه خدمات بهداشت روان برای سربازان حوزه بهداشت و درمان اشاره کرده‌اند. ناییک (۲۰۰۹) نیز الگویی را برای ارتقای سازگاری در نظامیان مبتلا به اختلال تنش پس از سانحه ارائه کرده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از آموزش شناسه‌گذاران و به حد کفایت رسیدن قابلیت اعتماد آزمایشی، فرآیند شناسه‌گذاری آغاز می‌شود. همان‌طور که بیان شد، قابلیت اعتماد مفاهیم و عملیاتی‌سازی شفاف و دقیق متغیرها به شناسه‌گذاری قابل اعتماد کمک بسیاری می‌کند. در نهایت پس از جمع‌آوری داده‌های حاصل از شناسه‌گذاریها و اولویت‌بندیها، تحلیل داده‌ها انجام شد و یافته‌ها به این ترتیب به دست آمد:

جدول ۱: داده‌های توصیفی مقالات نمونه‌گیری شده در تحلیل محتوا

ضریب توافق (کاپا)	درصد	فراوانی	
محل انتشار			
	۱۶	۸	داخلی
	۸۴	۴۵	خارجی
آسیب شناختی			
۱	۳۸	۳۳	اضطراب
۱	۳۰	۲۶	افسردگی
۰/۸۰	۱۲	۱۱	پارانویا
۰/۸۰	۱۰	۹	وسواس
۰/۸۰	۸	۷	خودشیفتگی
ابعاد مثبت نگر			
۱	۳۶	۲۸	مثبت نگری و امید به آینده
۰/۸۰	۲۵	۱۹	سلامت جنسی
۰/۸۰	۱۹	۱۵	بهبودی معنوی و دینی
۰/۸۰	۱۸	۱۴	بهبودی اجتماعی
ابعاد نگرشی			
۰/۸۰	۵۷	۱۵	نگرش به شغل
۰/۸۰	۴۳	۱۱	نگرش به اعتیاد

همان‌طور که در جدول نیز مشهود است، فراوانیها در مجموع ۵۳ مقاله جستجو شد و مورد تحلیل قرار گرفت و مشخص شد که در سه بعد آسیب‌شناسی، مثبت‌گرا و نگرشی، فراوانی کلمات و مضمونهای شناسه‌گذاری شده به ترتیب چگونه است. شایان ذکر است که مفاهیم دیگری هم بود که به لحاظ تحلیل آماری چون میزان توافق معناداری را بین شناسه‌گذاران به دست نیاورد، از درج آنها در جدول یافته‌ها خودداری شد؛ مضمونهایی مانند اسکیزوفرنی در ابعاد آسیب‌شناختی که فراوانی بسیار کمی داشت، هوش هیجانی در ابعاد مثبت‌نگر که بسیار مبهم بود و در نهایت نگرش به آینده که همپوشی زیادی با مثبت‌نگری در ابعاد مثبت‌گرا داشت؛ لذا آنچه در این جدول آمده بیانگر ابعاد و

خرده مفاهیم شناسه‌گذاری شده‌ای است که بیشترین میزان توافق و همسانی را بین شناسه‌گذاران از لحاظ تحلیلهای ضریب کاپا داشته است.

کوهن (۱۹۶۰ به نقل از دلاور، ۱۳۸۵) فرمول کاپا را ابداع کرد که شبیه فرمول P_i اسکات است. این فرمول به این صورت ارائه می‌شود:

$$kappa = \frac{po - pe}{1 - pe}$$

که در آن:

P_o : توافق مشاهده شده، که همان میزان توافق در اشاره به کلمات و مضمونها در هر یک از فرمهای شناسه‌گذاری برای هر مقاله توسط شناسه‌گذار است.

P_e : توافق مورد انتظار است.

بر این اساس، آماره کاپا بیانگر میزان توافق در هر مضمون، که واحد تحلیل در این پژوهش است در جدول آمده است. نتایج نشان‌دهنده بیشترین میزان توافق در اثرگذاری به ابعاد آسیب‌شناختی اضطراب و افسردگی و کمترین میزان توافق به نگرش به اعتیاد و خودشیفتگی مربوط بود. دیگر مفاهیم به دلیل ابعاد در اشاره داخل متون و در نتیجه عدم دستیابی به تعریف عملیاتی مشخص، و قطعاً عدم توافق در تعریف کنار گذاشته شد.

اندازه معمول ضریب قابلیت اعتماد مورد پذیرش برای بیشتر تحقیقات بین ۸۰ تا ۹۰ درصد است؛ اما تحقیقاتی که برای اولین بار وارد عرصه‌های جدید می‌شود و دارای مفاهیمی است که ارزش تحلیلی زیادی دارد، می‌تواند سطح قابل پذیرش را کمی پایین بیاورد. به هر حال تحقیقات اساسی و مهم در تحلیل محتوا، که ضریب قابلیت اعتماد آنها از ۷۰ درصد کمتر باشد برای تفسیر دستاوردهای خود و تکرار تحقیق با مشکل روبه‌رو خواهد بود؛ لذا ضرایب زیر ۰/۸۰ در این پژوهش نیز نادیده گرفته شد.

تحلیل محتوا

ابعاد الگوی مفهومی تحقیق

در این بخش ضمن بررسی مفاهیم در قالب شکل ۱، توضیحی درباره شیوه‌ها و رویکردهای سنجش و مداخله در هر کدام به تفصیل خواهد آمد.



شکل ۱: الگوی مفهومی تحقیق

ابعاد آسیب‌شناسی روانی

آسیب‌شناسی روانی به انواع اختلالات و آسیب‌هایی مربوط است که در زندگی روزمره فرد و در عملکرد عادی زندگی او اثر می‌گذارد. کراس و کراس (۲۰۱۵) معتقدند برای اینکه به رفتاری برچسب آسیب و اختلال بخورد، آن رفتار باید دارای هفت عنصر باشد. به هر ترتیب در راهنمای تشخیص و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا، که به عنوان کتابی مرجع در زمینه تشخیص انواع اختلالات روانشناختی شناخته می‌شود، نشانی از این وجود ندارد که انسان سالم چه ویژگی‌هایی باید داشته باشد و بیشتر با این دید نگریده شده که یکی از ابعاد و پیشفرضهای رسیدن به سلامت، عدم بیماری است. اگرچه در این پژوهش رسیدن به رشد و سلامت هم مدنظر بوده است، وجود و احتمال ابتلا به اختلالات مختلف هم از نظر دور نمانده که سعی شده است به عنوان عوامل مخل در رسیدن به سلامت به انواع اختلالات روانشناختی نگریده شود که به تفصیل در ادامه مفاهیم استخراجی از تحلیل محتوای مقالات و متون با رویکرد موقعیت دفاعی و نظامی بررسی خواهد شد.

اضطراب: اضطراب، حالتی چون نگرانی، تشویش، پریشانی و بیقراری را توصیف می‌کند. این ترس ممکن است منطقی و بر پایه حوادث واقعی باشد؛ مثل زمانی که شخص ضربان قلبش نامنظم می‌شود و در نتیجه از حمله قلبی می‌ترسد یا ممکن است غیر منطقی باشد و بر پایه رخداد‌های قابل پیش‌بینی باشد که احتمال وجود آنها می‌رود و قطعی نیست؛ مثل مردود شدن در آزمونی که هنوز برگزار نشده است. بیشتر مردم مقدار معینی اضطراب غیر واقعی و غیر منطقی را تجربه کرده‌اند. به نظر می‌رسد اضطراب بخش غیر قابل اجتناب شخصیت انسان است که به صورت «اگر اتفاق بیفتد...» است. این شرایط در موقعیت‌های نظامی و دفاعی بسیار رخ می‌دهد. اضطراب یکی از نشانه‌های^۱ رایج در بسیاری از اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی، اختلالات وسواسی - عملی^۲، اختلالات تنش پس از سانحه^۳ و... است؛ اما در فوبی‌ها و دیگر اختلالات اضطرابی حذف اضطراب تنها نشانه اصلی و رایج اضطراب است.

1. Symptoms
2. Obsessive - Compulsive disorders
3. Posttraumatic stress

افسردگی: اختلال افسردگی مجموعه‌ای از حالات مختلف روحی و روانی است که از احساس خفیف ملال تا سکوت و دوری از فعالیت روزمره بروز می‌کند. افسردگی واژه‌ای است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا به منظور مجموعه‌ای از نشانه‌های اختلال خلق برای DSM-III (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی) در سال ۱۹۸۰ به کار رفت و پس از آن عمومیت یافت (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷). بر اساس آخرین تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا در DSM-5 اختلال افسردگی مجموعه‌ای از وجود اندوه، احساس تهی بودن یا خلق تحریک پذیر همراه تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری بر ظرفیت کارکردی فرد تأثیر می‌گذارد (رضاعی و همکاران، ۱۳۹۳). افسردگی یکی از اختلال‌های روانی ناتوان کننده‌ای است که با میزان شیوع ۱۷ درصد به عنوان شایعترین اختلال روانپزشکی مطرح شده است که ویژگی آن خلق افسرده و با احساس غمگینی، اعتماد به نفس کم و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می‌شود؛ حالتی که از آن به عنوان «سرماخوردگی روانی» یاد می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷). بار قابل ملاحظه اجتماعی، اقتصادی و روانشناختی اختلال افسردگی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و میزان شیوع سالانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد در جمعیت عمومی همراه با در نظر داشتن میزان خطر در طول زندگی برابر ۱۹ - ۱۷ درصد، همچنان افسردگی را به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهشها نگه داشته است. افراد مبتلا به افسردگی نقصهای شناختی گوناگونی از جمله اختلال در حافظه و توجه به حل مسئله از خود نشان می‌دهند (لوین و همکاران^۱، ۲۰۰۷).

پارانویا: نوعی روان‌پریشی است که فرد مبتلا از توهمات خاصی مثل توهم آزار و اذیت و خود بزرگ‌بینی رنج می‌برد. افرادی که از پارانویا رنج می‌برند معتقدند که دیگران می‌خواهند از آنها بهره‌کشی کنند یا آنها را مورد اذیت و آزار قرار دهند. اتفاقات عادی روزمره به عنوان موقعیتهای تهدید کننده و مشکوک در نظر گرفته می‌شود و افراد نمی‌توانند چنین وضعی را از موقعیتهایی تمیز دهند که واقعا تهدید کننده است. به علاوه در اسکیزوفرنی پارانوئید احتمال هذیان نیز هست که در این حالت

1 - Levin, Heller, Mohanty, Herrington & Miller

فرد از یک شخص معروف تاریخی یا افسانه‌ای پیامهایی را دریافت می‌کند؛ چنین نشانه‌هایی با توهم خود بزرگ‌بینی مرتبط است. ویژگی‌های اختلال شخصیت پارانوئید عبارت است از شکایت بیش از اندازه، دشمنی و حساسیت نسبت به تهمت. این تیپ شخصیتی با نداشتن وضعیت کاملاً آزار دهنده از اختلال پارانوئید متمایز می‌شود. حالات پارانوئیدی حاد، معمولاً کمتر از شش ماه به طول می‌انجامد و غالباً در افرادی که تجربه شدید سخت و یا تغییرات ناگهانی در محیط زندگی‌شان داشته‌اند (مانند مهاجران، زندانیها، اسیران جنگی، سربازان و کسانی که به طور ناگهانی از خانواده خود جدا شده‌اند) دیده می‌شود. شروع آن ناگهانی و بدون سابقه قبلی است و کمتر مزمن می‌گردد. لازم به ذکر است که بیمار پارانوئید با وجود داشتن هذیانهای عجیب در شئون دیگر زندگی، منطقی و عادی عمل می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

اختلال وسواس: وسواس در واقع، فکر یا تصویری است که به رغم اراده انسان به هشیاری (ذهن) وی هجوم می‌آورد؛ سازمان روانی را تحت سیطره خود قرار می‌دهد و اضطراب گسترده‌ای را در فرد بر می‌انگیزد. این افکار مزاحم، غالباً بیمار را به تکرار برخی کارها و رفتار بی‌فایده وا می‌دارد. بیمار با اینکه می‌داند این افکار و رفتار غیر منطقی و بی‌فایده است، نمی‌تواند خود را از چنبره آنها رهایی بخشد؛ بلکه خود را به آنها مجبور می‌بیند. این اعمال اجباری، زندگی فرد را مختل می‌کند و وقت زیادی را از او می‌گیرد. علاوه بر اینکه واکنش منفی اطرافیان را نیز برمی‌انگیزاند و موجب تمسخر یا مخالفت علنی دیگران می‌شود. در نتیجه این روند به پنهانکاری، تردید، تشویش، عدم اعتماد به نفس و در مراحل شدیدتر تهاجم و صدمه به دیگران، افسردگی و... می‌انجامد. بنابراین «وسواس» یکی از بیماریهایی است که از پیچیدگی زیادی برخوردار است و در صورتی که درمان نشود، زندگی فردی و اجتماعی بیمار را مختل می‌کند و مشکلات جدی‌تری نیز برای اطرافیان فرد و سواسی به وجود می‌آورد. خودشیفتگی: کسانی که اختلال شخصیتی خود شیفتگی دارند از طریق خیالپردازیهای نامحدود درباره موفقیت با قدرت و زیبایی خود دچار خود مجذوبی دائمی می‌شوند که از طریق رفتارهای نمایشی و بازیگری و مورد تحسین قرار گرفتن از دیگران پیش می‌گیرند. بی‌اعتنایی نسبت به

دیگران، احساس دائمی تهدید نسبت به عزت نفس خویش، منحصر پاسخهای اغراق آمیز به صورت خشم، شرم، تحقیر و پوچی می شود. اشتغال ذهنی آنان همواره درباره خود بزرگ بینی است که می تواند براحتی احساسات دیگران را درک کنند و به همین دلیل بدون اینکه مسئولیتهای دو جانبه را احساس کنند، معتقد باشند که دنیا به آنان بدهکار است. علل به وجود آمدن این نوع شخصیت بین روانشناسان بسیار مختلف است؛ از جمله بعضی می گویند ممکن است ناشی از تربیت والدین باشد؛ چرا که این امر توقع بیش از اندازه ای نسبت به دیگران دارند؛ از جمله والدینی که کودکان تک فرزندی دارند، احتمال اینکه فرزندشان به دلیل توجه بیش از اندازه و ایجاد توقع کاذب آنها را به این اختلال شخصیتی بکشاند. به نظر می رسد که درمان اختلال خودشیفتگی از دیگر انواع اختلال شخصیتی آسانتر باشد. روان درمانی های گروهی، مسئولیت دانهای همراه با نظارت و تشویق و تنبیه می تواند تا مقداری شدت این وضع را کاهش دهد.

ابعاد مثبت گرا

برخلاف هیجانهای منفی، که باور مردم درباره عملکردهای مختلف را محدود می کند، مانند جنگ یا گریز، هیجانهای مثبت ذهنیت مردم را بیشتر باز نگه می دارد و آنها را تشویق می کند تا از اندیشه یا عمل، مرزهای جدیدی را به وجود بیاورند. یکی از پیامهای عالی ذهنهای وسعت یافته، افزایش تواناییهای انسان است. هنگامی که انسانها رفتار و قواعد جدیدی را کشف می کنند و آنها را یاد می گیرند، برای خود، تواناییهای فیزیکی، عقلی، اجتماعی و روانشناختی فراهم می آورند. این واقعیت جدید، نظریه توسعه و ساخت هیجانهای مثبت نامیده می شود. مطالعات تجربی این نظریه را تأیید می کند و نشان می دهد که هیجانهای مثبت با تأثیر بر تفکر وسعت یافته، رشد ویژگیهای شخصیتی مثبت مانند، مقاومت و انعطاف پذیری و خوش بینی را موجب می شود. روانشناسی مثبت این پیام را می دهد که هیجانهای مثبت، ارزش پرورش یافتن را دارد؛ اما نه تنها به صورت هدف نهایی، بلکه به صورت روشی برای رسیدن به رشد و شکوفایی روانشناختی.

مثبت نگری: خوش بینی، آموختنی است. آزمایشهای سلیگمن برای اینکه باز هم انسانی تر بشود به چیزهای بیشتری نیاز داشت. او رفت سراغ روانشناسی اجتماعی و آنجا نظریه هایی پیدا کرد که توانست

با آنها پل بزند بین «درماندگی آموخته‌شده» و «آموزش خوش‌بینی». کاملترین نظریه‌ای که به دردش خورد از نوشته‌های «واینر» بود. او سالها قبل از سلیگمن، «سبکهای اسنادی آدمها» را معلوم کرده بود. فرض کنید شما در موقعیتی قرار می‌گیرید که چندان کنترلی بر آن ندارید. شما قبل از اینکه بیاموزید درمانده شوید از سبکهای اسنادی استفاده می‌کنید. ما در مقابل رویدادهای بد زندگی یا خوش‌بین هستیم یا بدبین. به زبان سلیگمن، ما بدبین هستیم اگر در مقابل رویدادهای بد، سبک اسنادی درونی (خودمان را مقصر بدانیم نه محیط)، کلی (در موقعیت‌های مشابه هم آن اتفاق بد می‌افتد) و دائمی (همیشه این اتفاق بد تکرار خواهد شد) داشته باشیم. در واقع انسانهایی که عزت نفس بیشتری دارند، رویدادهای خوب را به خودشان نسبت می‌دهند. هم‌چنین آنها با ربط دادن وقایع به محیط و دیگران اجازه نمی‌دهند رویدادهای بد به عزت نفسشان آسیبی وارد کند. البته خود سلیگمن هم قبول داشت که در وضعیتی که ما کاملا به محیط کنترل داریم و اشتباهی می‌کنیم، ربط دادن آن به عوامل بیرونی، بی‌مسئولیتی است (نه خوش‌بینی). او هشدار می‌دهد که این سبکهای اسنادی بدبینانه و خوش‌بینانه بیشتر در مقابل وضعی است که ما به محیطمان کنترل مبهمی داشته باشیم. پس در یک کلام: «خوش‌بینی آموختنی است». اگر ما یاد بگیریم که در مقابل رویدادهای ناخوشایند، سبک اسنادی بیرونی، خاص و گذرا داشته باشیم و در مقابل رویدادهای خوشایند، سبک اسنادی درونی، کلی و دائمی، آن‌وقت خوش‌بین هستیم. سلیگمن و همکارانش دریافته‌اند که آموزش تغییر در سبکهای اسنادی باعث می‌شود افراد نشانه‌های افسردگی را کنار بگذارند.

سلامت جنسی: مسائل روانشناختی تا به حال بزرگترین دسته مشکلات جنسی را تشکیل داده‌اند. این مسائل ممکن است از کمرویی، نگرشها و بی‌توجهی‌های غلط ناشی شده باشد؛ اما اساطیر جنسی جامعه تأثیر نیرومندی دارد. یک مثال از مورد آخر این فکر است که رابط جنسی خوب و کامل باید شامل نعوظ سریع^۱، مقاربت طولانی و ارگانیسم همزمان باشد. مجلات، رمانها و ادبیات عامیانه این مطلوبها را تقویت می‌کند که نمی‌تواند همیشه برطرف شود و بدین ترتیب اضطراب، احساس گناه و بی

1 - Erection

کفایتی را افزایش می‌دهد. ناتوانی جنسی، اختلال در چرخه عملکرد جنسی، میل، انگیزش، ارگاسم و مداومت یا درد ناشی از آمیزش جنسی است.

بهزیستی معنوی: واژه «معنویت» به تمایل انسان برای جستجوی معنای زندگی از طریق تعالی نفس یا از طریق نیاز به ارتباط با چیزی فراتر از خودش اشاره دارد. دین به شکلی از جستجوی معنی اشاره دارد که با آداب و سنتهای رسمی دینی مرتبط است در حالی که معنویت به چنین بافتی وابسته نیست. نتایج بررسیها نشان می‌دهد که مشارکت بیشتر در فعالیتهای دینی به طور معنی‌داری با بهزیستی بیشتر و میزان کمتر بزهکاری، مصرف الکل، سوء مصرف مواد و دیگر مشکلات اجتماعی مرتبط است. به گفته دیوید مایرز «تحقیقات مکرر در میان مردم امریکای شمالی و اروپا نشان می‌دهد که مردم دیندارتر بیشتر از بی‌دینها احساس شادی و رضایت از زندگی را گزارش می‌کنند.» جیمز پیکاک و مارگارت پولوما دریافتند که احساس نزدیکی به خدا، بزرگترین و تنها پیش‌بینی کننده رضایت از زندگی در همه سنین است؛ اما با اینکه همبستگی بین احساس بهزیستی روانشناختی و دینداری معنادارتر است، میزان ارتباط معمولاً متوسط به کم است. افزون بر این، مطالعات همواره ارتباط معنادار را گزارش نمی‌کند. یافته‌های مغایر ضرورتاً ارتباط بین بهزیستی و دین را نفی نمی‌کند، بلکه موقعیت‌هایی را مشخص می‌کند که ارتباط در آنها قوی‌تر است؛ برای مثال، ارتباط بین بهزیستی و دینداری معمولاً در زنان از مردان قویتر است. به نظر می‌رسد که سن نیز یک عامل مؤثر باشد. ارتباط بین دینداری و بهزیستی معمولاً در افراد مسن قویتر است. موریس اوکون و ویلیام استوک دریافتند دینداری و سطح مطلوب سلامت جسمانی، دو مورد از قویترین پیش‌بینی کننده‌های بهزیستی روانشناختی در میان افراد مسن است. مارگارت پولوما و بریان پندلتون دریافتند که اگر معیار بهزیستی، داشتن احساس معنا و هدف در زندگی باشد، پس ارتباط قویتری بین بهزیستی و دینداری وجود دارد. پژوهشها نشان می‌دهد افراد پایبند به اعتقادات و آداب دینی، سطوح بالاتری از بهزیستی را تجربه می‌کنند. هم‌چنین، تأثیر دین کم است؛ اما همواره وجود دارد و بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (تامسون، ترجمه صالحی، ۱۳۸۸).

بهزیستی اجتماعی: در این الگو هدف سلامت اجتماعی به عنوان در برگیرنده کارکردهای مثبت روانشناختی گسترش یافت. این ابعاد شامل پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، داشتن هدف در زندگی و استقلال (خودمختاری) است؛ اما طبق نظر کیز (۱۹۹۸) آنچه در ادبیات سلامت اجتماعی مفقود شده، تشخیص این مطلب است که اشخاص ممکن است کیفیت زندگی خود و کارکردهای شخصی خود را در برابر ملاکهای اجتماعی ارزیابی کنند. کیز معتقد است که سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهد که چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند؛ مثلاً به عنوان همسایه، همکار و همشهری (کیز، ۱۹۹۵). زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالشهای اجتماعی را نیز در نظر می‌گیرد. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت مجموعه‌ای معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم بداند. کیز سلامت اجتماعی را دارای پنج بعد شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی می‌داند.

ابعاد نگرشی

نگرشها با عواملی نظیر دوره‌ای که در آن زندگی می‌کنیم، مکانی که در آن زندگی می‌کنیم و خانواده و سامانه آموزشی تعیین می‌شود؛ با این حال نگرشها در حال تغییر است. از میان مهمترین متغیرهایی که در تغییر نگرش اثرگذار است، می‌توان به این موارد اشاره کرد: ویژگی شخصیتی، اعتبار منبع افکار یا اطلاعات مختلفی که علیه نگرشهای ما باشد، عضویت در گروه‌ها و رفتارهای فردی که با رفتارهای دیگر افراد همخوانی نداشته باشد، در حالی که ما می‌توانیم از صحت یا غلط بودن، درستی یا نادرستی، دقیق بودن یا نبودن قضاوتها سؤال کنیم اما نمی‌توانیم این پرسشها را درباره نگرشها انجام دهیم. ما فقط می‌توانیم بررسی کنیم که آیا نگرشها و رفتار ما از لحاظ منطقی با نگرشها و رفتار دیگران و هم‌چنین با باورها و رفتار ما سازگار است. نگرشها بر همه جنبه‌های زندگی ما سایه می‌افکند. آنها

قالبهای مرجع و حالت‌های ذهنی برای ما فراهم می‌آورد که به شیوه قضاوت و واکنش ما نسبت به افراد و اشیا، که در محیط اطرافمان است، تأثیر می‌گذارد؛ اما همه نگرشها نتایج رفتاری آشکار و صریحی ندارد. اگرچه شکی نیست که نگرشها بر رفتار ما اثر می‌گذارد، ما نسبت به افراد یا اشیا مشخص دید مثبتی داریم و سعی می‌کنیم که آنها را تداعی کنیم اما نسبت به افراد یا اشیا دیگر احساس منفی داریم؛ پس از آنها می‌پرهیزیم. در اینجا ابعاد نگرشی به گرایشهای بالقوه و احتمال ابتلا به اختلالات و ویژگیهای منفی اشاره دارد و در واقع بیشتر به پیشگیری و ارتقای سطح کیفی برای سطوح شغلی و سوق پیدا نکردن به سوی اعتیاد در افراد نظامی معطوف است که به تفصیل در ذیل بررسی خواهد شد.

نگرش به شغل: نف (۱۹۸۵) تحلیلی یکپارچه نگر را از کارکردهای روانشناختی کار ارائه می‌کند. نف بر مبنای روان تحلیلگری، نظریه‌های خودپنداره و دیدگاه‌های بافتی به سؤال «چرا افراد مختلف انرژیهای خود را در مشاغل مختلف و به میزانهای مختلف صرف می‌کنند» پاسخ می‌دهد (نف، ۱۹۸۵: ۱۴۵). کارهای نف (۱۹۸۵) رده‌بندی معناداری را درباره عوامل مربوط به بافت کاری در اواخر قرن ۲۰، ارائه کرده است. به علاوه، تحلیل نف مانند دیگر مفهومی‌سازیهایی که در روانشناسی شغلی و ص/س انجام شده، مانند نظریه‌های روان تحلیل به تجربه کاری مربوط به افراد تحصیل کرده می‌پردازد؛ با این حال، این دیدگاه‌ها همه بر این مطلب اشتراک دارد که نیازهای کارکردی با کار ارضا می‌شود. نقش کارکردن در سلامت کارکردهای روانشناختی از زمان فروید (۱۹۳۰) و تأکیدش بر اهمیت کار و عشق به وجود آمده است. شور و ماسیمو (۱۹۷۹؛ شور، ۱۹۹۸) مشاهده کردند که بیشتر متون تجربی از مفید بودن بازگشت به کار در پیش‌بینی موفقیت روانشناختی در بحران و بیماری است. من معتقدم که مطالعات بعدی در روانشناسی، روابط پیچیده و چندگانه بین کار و سلامت روان را بیشتر نشان می‌دهد. البته، شرایطی که فرد در آن کار می‌کند بر سلامت روان فرد تأثیر زیادی دارد. بنابراین، زمانی که فرد کار ندارد، ممکن است در مقایسه با زمانی که فشار روانی دارد، رسیدن به سلامت روانی او آسان شود. نگرش به اهمیت نظامی‌گری و ایفای نقش در موقعیت‌های دفاعی و اعتقاد و ایمان داشتن به جایگاه ویژه شغلی در آینده خود، خانواده و دیگر افراد اجتماع از مهمترین ابعاد تعیین‌کننده سلامت انسانی است. این مهمترین ویژگی است که باید طی مداخلات روانشناختی برای افراد شاغل در حوزه‌های

دفاعی تبیین شود تا مسائل شغلی منفی مانند تنش و فرسودگی شغلی کاهش یابد و در پی آن رضایت و انگیزش شغلی افزایش یابد.

نگرش به اعتیاد: اعتیاد بیماری زیست شناختی، روانشناختی و اجتماعی است. عوامل متعددی در اتیولوژی سوء مصرف و اعتیاد مؤثر است که در تعامل با یکدیگر به شروع مصرف و سپس اعتیاد منجر می‌شود. عوامل مؤثر بر فرد، محیط فرد و تمام علل و عوامل درهم بافته‌ای است که بر یکدیگر تأثیر می‌گذارد. درک تمام علل و عوامل زمینه‌ای موجب می‌شود تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح‌ریزی شود.

در موقعیت‌های نظامی و دفاعی با توجه به وضعیت غیر قابل کنترلی که گاهی در زندگی فرد پیش می‌آید و امکان کنترل و پیش‌بینی را از انسان سلب می‌کند، امکان گرایش به مواد برای فرار از شرایط تنش‌زا وجود دارد. متأسفانه میل به مصرف دخانیات و دیگر مواد مخدر با این اعتقاد که فرد بتواند برای مدتی هرچند کوتاه و به عنوان مسکن از موقعیت فعلی فرار کند از جمله افکاری است که در فکر فرد می‌تواند نفوذ کند و او را به سمت مصرف مواد مخدر سوق دهد. متأسفانه به نظر می‌رسد ضریب شیوع اعتیاد در میان نیروهای نظامی و انتظامی به حدی باشد که نیازمند برخورد بیشتر و جدی‌تری است.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های تحقیق و الگوی مفهومی پژوهش در خصوص "شناسایی ویژگی‌های انسان سالم در مقام دفاعی" سه حوزه آسیب شناسی (اضطراب، افسردگی، پارانوایا، وسواس، خودشیفتگی)، مثبت‌گرایی (مثبت‌نگری، سلامت جنسی، بهزیستی معنوی، بهزیستی اجتماعی) و بعد نگرشی (نگرش به شغل، نگرش به اعتیاد) مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

کتابنامه:

الف) منابع فارسی

۱. انجمن روانپزشکی امریکا (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ویرایش پنجم. ترجمه رضاعی، فرزین؛ فخرایی، علی؛ فرمند، آتوسا؛ نیلوفری، علی؛ هاشمی‌آذر، ژانت؛ شاملو، فرهاد. تهران: انتشارات ارجمند.
۲. باردن، لورنس (۱۳۷۴). تحلیل محتوا. ترجمه ملیحه آشتیانی و محمد یمنی دوزی سرخابی. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
۳. دلاور، ع (۱۳۸۵). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
۴. سادوک، ب.ج.، و سادوک، و.آ. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی، ۱۳۸۷. تهران: ارجمند.
۵. هومن، ح (۱۳۸۵). راهنمای عملی پژوهش کیفی. تهران: انتشارات سمت.

ب) منابع خارجی و وبگاه‌ها

1. Antoni, M. H. (2015). Effects of Theodore Millon's Teaching, Mentorship, Theory, and Scientific Contributions on Health Psychology and Behavioral Medicine Research and Practice. *Journal of personality assessment*, 97(6), 550 – 562. doi: 10.1080/00223891.2015.1046549.
2. Arinez, I. (2009). The development of a Quality of life Index at a county level: Quality of Life Index for Arkansas Counties (QLAC). Fayetteville: University of Arkansas.
3. Bowman, B., Stevens, G., Eagle, G., & Matzopoulos, R. (2015). Bridging risk and enactment: The role of psychology in leading psychosocial research to augment the public health approach to violence in South Africa. *South African Journal of Psychology*, 45(3), 279 – 293. doi: 0081246314563948/10, 1177.
4. Bryan, C., & Bryan, A. (2014). Nonsuicidal self-injury among a sample of United States military personnel and veterans enrolled in college classes. *Journal of clinical psychology*, 70(9), 874 – 885. doi: 10.1002/jclp. 22075.
5. Bryan, C. J., Jennings, K. W., Jobes, D. A., & Bradley, J. C. (2012). Understanding and preventing military suicide. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 16(2), 95

- 110. doi: 13811118,2012,667321/10,1080.
6. Bull, S., Thandi, G., Keeling, M., Chesnokov, M., Greenberg, N., Jones, N. Hatch, S. L. (2015). Medical and Welfare Officers beliefs about post-deployment screening for mental health disorders in the UK Armed Forces: a qualitative study. *BMC public health*, 15, 338. doi: 10,1186/s 4-1695-015-12889.
 7. Castillo, L. G., & Schwartz, S. J. (2015). Introduction to the special issue on college student mental health. *Journal of clinical psychology*, 69(4), 291 – 297. doi: 10,1002/jclp. 21972
 8. Chapman, P. L., Elnitsky, C., Pitts, B., Figley, C., Thurman, R. M., & Unwin, B. (2015). Mental health, help seeking, and stigma and barriers to care among 3- and 12- month postdeployed and never deployed U.S. Army Combat Medics. *Military medicine*, 179 (8Suppl), 55 – 62. doi: 10,7208/MILMED-D-00367-12.
 9. Chappelle, W., & Lumley, V. (2006). Outpatient mental health care at a remote U.S. air base in Southern Iraq. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(5), 523 – 530. doi: 7028, 37, 5, 523 – 0735/10, 1037.
 10. Clercq, B. de, Clays, E., Janssens, H., Bacquer, D. de, Casini, A., Kittel, F., & Braeckman, L. (2015). Health Behaviours As a Mechanism in the Prospective Relation between Workplace Reciprocity and Absenteeism: A Bridge too Far ? *PloS one*, 10(11), e0141608. doi: 10, 1371/journal.pone. 0141608.
 11. Cross, J. R., & Cross, T. L. (2015). Clinical and Mental Health Issues in Counseling the Gifted Individual. *Journal of Counseling & Development*, 93(2), 163 – 172. doi: 10,1002/j. 1556 - 6676, 2015, 00192.x
 12. Djordjevic, D., Petrovic, D., Vukovic, D., Mihailovic, D., & Dimic, A. (2015). Motivation and job satisfaction of health workers in a specialized health institution in Serbia. *Vojnosanitetski preglod*, 72(8), 714 – 721. doi: 10,2298/VSP131110055D.
 13. Dunning, J. (1994). Re-evaluating the Benefits of Foreign Direct Investment. *Journal of Transnational corporations*, 3(1): 23 - 55.
 14. Fincham, S. M., Roomaney, R., & Kagee, A. (2015). The relationship between worldview, self-efficacy, psychological distress, and a health-promoting lifestyle among a South African undergraduate university sample. *South African Journal of Psychology*, 45(4), 508 - 520. doi: 10,1177/0081246315585935.
 15. Forbes, H. J., Boyd, C. F. S., Jones, N., Greenberg, N., Jones, E., Wessely, S. Fear, N. T. (2013). Attitudes to mental illness in the U.K. military: a comparison with the general population. *Military medicine*, 178(9), 957 - 965. doi: 10,7205/MILMED-D- 12-00436.

16. Funderburk, J. S., Spinola, S., & Maisto, S. A. (2015). Mental health predictors of veterans' willingness to consider research participation. *Military medicine*, 180(6), 697 - 701. doi: 10,7205/MILMED-D- 14-00478.
17. Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernandez, A., Pinto-Meza, A., & Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*, 120(3-1), 76-85, 2009,04,016.
18. Garcia, S. M. S., Ortman, B. V., & Burnett, D. G. (2015). Mental health diagnoses and attrition in Air Force recruits. *Military medicine*, 180(4), 436-444. doi: 10,7205/MILMED-D-14-00311.
19. Gibbs, D. A., Rae Olmsted, K. L., Brown, J. M., & Clinton-Sherrod, A. M. (2011). Dynamics of stigma for alcohol and mental health treatment among army soldiers. *Military Psychology*, 23(1), 36-51. doi: 10,1080/08995605,2011,534409.
20. Glover, W. J., Plmanabhan, J., Rhodes, D., & Nightingale, D. (2015). Architecting the Future U.S. Military Psychological Health Enterprise via Policy and Procedure Analysis. *Military medicine*, 180(8), 898-909. doi: 10/7205/MILMED-D-14-00372.
21. Golightley, M., & Kirwan, G. (2015). Mental Health an Issue for Everyone? *Journal of Social Work Practice*, 29(3), 249-253. doi: 10,1080/02650533.2015,1058246.
22. Hardy, S. A. (2015). The perplexing issue of severe mental illness, physical health screening and primary care in England. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(8), 647-652. doi: 10,1111/jpm. 12236.
23. Levin, R., Heller, W., Mohanty, A., Herrington, J., & Miller, G. (2007) Cognitive deficits in depression and functional specificity of regional brain activity. *Cognitive Therapy and Research*, 31(2), 211-233.
24. Livingston, J. D., Cianfrone, M., Korf-Uzan, K., & Coniglio, C. (2014). Another time point, a different story: one year effects of a social media intervention on the attitudes of young people towards mental health issues. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(6),985-990. doi: 10,1007/s00127-013-0815-7.
25. MacGregor, A. J., Dougherty, A. L., Mayo, J. A., Han, P. P., & Galarneau, M. R. (2015). Post-traumatic Stress Disorder Among Navy Health Care Personnel Following Combat Deployment. *Military medicine*, 180(8), 882-887. doi: 10,7205/MILMED-D-14-00323.
26. McIntyre-Smith, A., St Cyr, K., & King, L. (2015). Sexual Functioning Among a Cohort of Treatment-Seeking Canadian Military Personnel and Veterans With Psychiatric Conditions. *Military medicine*, 180(7), 817-824. doi: 10,7205/MILMED-D-14-00125.

27. Mustillo, S. A., Kysar-Moon, A., Douglas, S. R., Hargraves, R., Wadsworth, S. M., Fraine, M., & Frazer, N. L. (2015). Overview of depression, post-traumatic stress disorder, and alcohol misuse among active duty service members returning from Iraq and Afghanistan, self-report and diagnosis. *Military medicine*, 180(4), 419-427. doi: 10.7205/MILMED-D-14-00335.
28. Nayback, A. M. (2009). PTSD in the combat veteran: using Roy's Adaptation Model to examine the combat veteran as a human adaptive system. *Issues in mental health nursing*, 30(5), 304-310. doi: 10.1080/01612840902754404.
29. Nye, J. S. (2008). *The power to lead*, NY: Oxford University Press.
30. Nye, J. S. (2005). *Soft power: the mean to success in world politics*. NY: Public Affairs.
31. Perrin, P. B., Panyavin, I., Morlett Paredes, A., Aguayo, A., Macias, M. A., Rabago, B. Arango-Lasprilla, J. C. (2015). A Disproportionate Burden of Care: Gender Differences in Mental Health, Health-Related Quality of Life, and Social Support in Mexican Multiple Sclerosis Caregivers. *Behavioural neurology*, 2015,283958. doi: 10.1155/2015/283958.
32. Raine, R., a' Bháird, C. N., Xanthopoulou, P., Wallace, I., Ardron, D., Harris, M., . . . Livingston, G. (2015). Use of a formal consensus development technique to produce recommendations for improving the effectiveness of adult mental health multidisciplinary team meetings. *BMC psychiatry*, 15,143. doi: 10.1186/s12888-015-0534-6.
33. Ressler, K. J., & Schoomaker, E. B. (2014). Commentary on "The Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS)": Army STARRS: a Framingham-like study of psychological health risk factors in soldiers. *Psychiatry*, 77(2), 120-129. doi: 10.1521/psyc.2014.77.2.120.
34. Shore, J. H., Aldag, M., McVeigh, F. L., Hoover, R. L., Ciulla, R., & Fisher, A. (2014). Review of mobile health technology for military mental health. *Military medicine*, 179(8), 865-878. doi: 10.7205/MILMED-D-13-00429.
35. Shoshani, A., & Steinmetz, S. (2014). Positive Psychology at School: A School-Based Intervention to Promote Adolescents' Mental Health and Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1289-1311. doi: 10.1007/s10902-013-9476-1.
36. Taylor, M. K., Hilton, S. M., Campbell, J. S., Beckerley, S. E., Shobe, K. K., & Drummond, S. P. A. (2014). Prevalence and mental health correlates of sleep disruption among military members serving in a combat zone. *Military medicine*, 179(7), 744-751. doi: 10.7205/MILMED-D-13-00551.
37. Witkiewitz, K., & Estrada, A. X. (2011). Substance abuse and mental health treatment in the military: Lessons learned and a way forward. *Military Psychology*, 23(1), 112-123. doi: 10.1080/08995605.2011.548651.

38. World Health Organization. (2015) Definition of health and mental health; Available at: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.
39. Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M., & Zhang, L. (2015). A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PloS one*, 10(3), e0120270. doi: 10.1371/journal.pone. 0120270.