

تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی و کلامی کارکنان وظیفه مرکز آموزش‌های پشتیبانی شهید فیض‌ا... امانی

جابر قلی‌نژاد^{۱*}

زهرا کریم‌زاده^۲

محمد شاهین‌فرد^۳

حامد تشویشی^۴

چکیده:

از جمله معضلات حادی که فرماندهان در یگان‌های نظامی با آن بسیار روبه‌رو هستند و از اهمیت شایانی برخوردار است پرخاشگری کارکنان وظیفه یا تحت امر است. هدف این مقاله یافتن اثربخشی درمان‌های فراشناختی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی و کلامی کارکنان وظیفه مرکز تربیت و آموزش شهید فیض‌ا... امانی نزاجا می‌باشد. بدین منظور، ۴۰ نفر از کارکنان وظیفه مراجعه‌کننده به شعبه خدمات مشاوره‌ای بازرسی این مرکز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی نظام‌دار در دو گروه تصادفی (گروه درمان فراشناختی و گروه کنترل) با حجم مساوی (۲۰ نفر) قرار گرفتند که از آزمون‌های پرخاشگری باس و پری، مصاحبه سازمان‌یافته، توسط روان‌شناس بالینی، در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد که در تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) انجام شده روی داده‌ها نشان داد: درمان فراشناختی در کاهش پرخاشگری فیزیکی و کلامی کارکنان وظیفه اثربخش بوده است. این مداخله‌ها با جایگزین کردن الگوهای سازگاری رفتاری و شناختی در این افراد، به وی امکان می‌دهد که از خزانه رفتاری گسترده‌تر و مناسب‌تر در مواجهه با موقعیت برخوردار باشد و در واکنش به مسائل با برنامه‌ریزی و آینده‌نگری مؤثرتری عمل کند. بنابراین، با استفاده از مداخلات روان‌شناختی به‌ویژه مداخلات فردی می‌توان میزان پرخاشگری کارکنان وظیفه را کاهش داد.

کلید واژه‌ها:

درمان فراشناختی، پرخاشگری، کارکنان وظیفه

مقدمه

۱- کارشناس ارشد مدیریت دفاعی و مدرس دانشگاه فرماندهی و ستاد ارتش جمهوری اسلامی ایران
*نویسنده مسئول: gg.teacher@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد مدیریت راهبردی ورزش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام‌شهر

۲- کارشناس ارشد مدیریت دفاعی

۳- دانشجوی کارشناس ارشد علوم اجتماعی گرایش پژوهشگری

چنانچه امروزه میزان ابتلا جوامع بشری به یک موضوع خاص را یکی از معیارهای اهمیت آن موضوع بدانیم به جرأت می‌توان ادعا کرد که به‌موازات پیشرفت صنایع و تحول زندگی بشر پرخاشگری فیزیکی و کلامی از جمله مسائل عمده و مهم جوامع بشری است. از آنجایی که سربازان بخشی از بدنه‌ی اصلی نیروهای نظامی جوامع بشری هستند، برای ایجاد و حفظ امنیت در کشور و نظم اجتماعی، مدتی را در اختیار نیروهای مسلح قرار می‌گیرند. یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها در دوران سربازی، حفظ سلامت جسمی و روانی سربازان است (غفاریان مسلمی، ۱۳۹۳: ۷۶). حال باید عنوان کنیم که درمان فراشناخت رویکرد نوظهوری است که به‌جای تمرکز بر محتوای فکر بیمار بر کاهش فرایندهای شناختی غیرمفید تأکید می‌کند؛ با این حال رویکرد فراشناختی به ما این امکان را می‌دهد تا یک درمان استاندارد واحد که مؤثر برای اختلال‌های مختلف است بوجود بیاید؛ مزیت این کار، ساده‌سازی درمان است که یک مدل را به‌عنوان مبنایی برای فرمول‌بندی و درمان مورداستفاده قرار می‌دهد که می‌توان آن را برای اکثر اختلال‌ها به کار گرفت (ولز، ۲۰۰۹: ۱۷۹-۱۹۹). درمان فراشناختی از درمان‌های موج سوم هستند که اثربخشی آن‌ها در دامنه‌ای از اختلالات روانی مختلف مورد آزمون قرار گرفته است درمان فراشناخت به باورها و فرایندهایی اشاره دارد که برای ارزیابی، تنظیم، بررسی و بازبینی فکر استفاده می‌شود. پژوهشگران در این زمینه دریافته‌اند که رفتار کودکان باکیفیت یا امنیت دل‌بستگی آن‌ها با مراقبان اولیه‌شان (مادر) ارتباط دارد، به‌عبارت‌دیگر، کودکان نوپایی که در دوران دل‌بستگی احساس ناایمنی می‌کرده‌اند احتمال دارد از نظر پذیرش، نزدیکی و راحتی با مادر یا مراقبان‌شان با مشکلاتی همچو پرخاشگری روبرو باشند (افتخاری، ۱۳۹۲: ۴۳). کارکنان وظیفه‌ای که از لحاظ عاطفی در محیط خانواده مشکل دارند با هر محرک کوچکی برانگیخته می‌شوند و پرخاشگری می‌کنند، بنابراین وقتی وارد محیط‌های نظامی می‌شوند نمی‌توانند با هر موقعیتی خود را سازگار سازند. به‌طورکلی، برخی از روان‌شناسان، پرخاشگری را رفتاری می‌دانند که موجب آسیب رساندن یا معدوم ساختن چیزی یا کسی صورت می‌گیرد یا بالقوه بتواند به دیگران آسیب بزند. پرخاشگری معمولاً به رفتاری اطلاق می‌شود که «قصد» آن آزار رساندن (جسمانی یا کلامی) به فرد دیگر یا آسیب رساندن و نابود کردن دارایی دیگران است؛ به‌عبارت‌دیگر پرخاشگری به‌عنوان رفتاری در نظر گرفته می‌شود که به شخص دیگری صدمه بزند و یا باعث انهدام اموال شخص دیگری شود. (روحانی و دیگران، ۱۳۸۵: ۱۰۹).

مراکز نظامی خرده‌فرهنگ‌های خاص هم‌نوابی دارند که ممکن است رفتار خارج از آن رفتار بزهکارانه تلقی شود. در حقیقت بزهکاری نوعی کجروی است که شدت بیشتری را در بر

می‌گیرد. محیط‌های واقع در یگان‌های نظامی مشوق فعالیت‌های غیرقانونی هستند که این‌گونه رفتارها را ترویج می‌کنند؛ بزه‌کاری از نظر حقوقی به اعمالی گفته می‌شود که برخلاف قوانین، مقررات و هنجارهای یگان‌های خدمتی از سوی سربازان ۱۸ تا ۲۲ سال صورت می‌گیرد. اعمالی مثل نهست کارکنان وظیفه، دروغ‌گویی‌های مکررشان، فرار از یگان خدمتی، ولگردی، ایجاد حریق، تخریب، سرقت، حمل و مصرف مواد مخدر، زیر پا گذاشتن حقوق دیگران، انحرافات جنسی و... در زمره اعمال بزهکارانه رایج در بین این سربازان است (افتخاری، ۱۳۹۲: ۴۲).

اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر از دو جنبه کاربردی و پژوهشی قابل توجه است:

الف) جنبه پژوهشی: نتایج این مطالعه می‌تواند به قابلیت‌های درمان فراشناختی در کارکنان وظیفه‌ای که در یگان‌های نظامی مشغول خدمت هستند.

ب) جنبه کاربردی: اطلاعات منسجم و تلفیقی جدیدی در ارتباط با کاهش پرخاشگری فراهم نماید تا مورد استفاده روانشناسان، مراکز خدمات مشاوره‌ای واقع در مراکز نظامی قرار بگیرد.

در پژوهش حاضر از درمان فراشناختی برای درمان و کنترل رفتارهای پرخاشگری استفاده شده، چراکه پرخاشگری یا رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد، معضلات موجود در مراکز نظامی را به بار آورده است؛ به‌طور کلی به ترتیب اهداف و فرضیه این پژوهش، کشف و بررسی تأثیر درمان فراشناختی بر پرخاشگری و رفتارهای منفی مقابله جویانه در بین کارکنان وظیفه واقع در مرکز تربیت و آموزش شهید فیض‌ا... امانی نزاچا در سال ۱۳۹۳ و اینکه آیا درمان فراشناختی بر پرخاشگری فیزیکی، کلامی و رفتارهای منفی مقابله جویانه در بین کارکنان وظیفه واقع در مرکز تربیت و آموزش شهید فیض‌ا... امانی نزاچا تأثیری داشته است یا خیر؟ واحد تحلیل در این پژوهش تأثیر درمان‌ها فراشناخت بر پرخاشگری در کارکنان وظیفه است، پرخاشگری که سربازان در دو بعد کلامی و فیزیکی نسبت به اطرافیان خود مبذول می‌کنند، که این دو بعد محور پژوهش حاضر است. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی نظام‌دار در دو گروه تصادفی (گروه درمان فراشناختی و گروه کنترل) با حجم مساوی (۲۰ نفر) قرار گرفتند که از آزمون‌های پرخاشگری باس و پری^۱، مصاحبه سازمان‌یافته، توسط روان‌شناس بالینی، در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد.

مباحث نظری

«سچن فیلد^۱ در پژوهشی عواملی را که در سه سال اول شروع به کار بر روی سلامتی معلمان اثر می‌گذارند را مورد شناسایی قرار داد. این پژوهش یک گروه از زنان معلم که تازه در نواحی نیویورک استخدام شده بودند و یک گروه دیگر از افراد غیر معلم را به‌عنوان گروه مقایسه در نظر گرفت و از روش مطالعه طولی آن‌ها را مورد مطالعه قرار داد. علائم روانی - جسمانی مانند سردرد، معده درد، عزت‌نفس، رضایت شغلی و انگیزه را برای تدریس مورد کنترل قرار گرفتند، نتایج نشان داد که حمایت‌های کلی و عمومی و حمایت سرپرستان در محل کار اثرات سودمندی برای فرد دارد ولی رفتارهای پرخاشگرانه جسمی و کلامی دانش‌آموزان بر روی روحیه معلمان تأثیر منفی دارد» (محمدی، رجائی‌پور، ۱۳۹۱: ۳۴). بیشترین پرخاشگری در دروان نوجوانی رخ می‌دهد، تحقیقات صورت گرفته به دست دانشمندان میزان بالایی از جرم‌های خشونت‌آمیز همچون ضرب و جرح، دزدی، آتش‌افروزی، قتل و تجاوز را بین نوجوانان نشان می‌دهد. این نوع انحرافات هویتی پرخاشگرانه و خشونت‌آمیز دارند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۷: ۲۰۳).

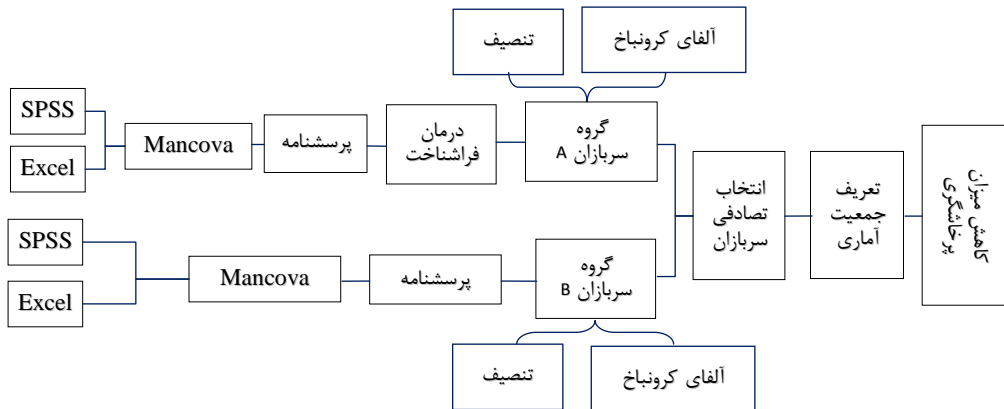
پرخاشگری از جمله موضوعاتی است که مختص دوران نوجوانی می‌باشد که اکثر مواقع در مدارس و خیابان‌ها نوجوانانی دیده می‌شوند که به زدو خورد، دعوا و رفتارهای پرخاشگرانه می‌پردازند و به همین دلیل مورد تنبیه انضباطی چه در مدارس و چه در خانه قرار می‌گیرند. نوجوانان پرخاشگر معمولاً قدرت مهار رفتار خود را ندارند و هنجارهای جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند را نقض می‌کنند، آنچه باعث توجه محققان به رفتار پرخاشگرانه شده است اثرات نامطلوب آن بر رفتار بین فردی و همچنین اثر ناخوشایند آن بر حالات درونی و روانی افراد است. عدم مهار رفتار پرخاشگرانه علاوه بر اینکه می‌تواند باعث ایجاد مشکلات بین فردی و جرم، بزه و تجاوز به حقوق دیگران شود، می‌تواند درون‌ریزی شده و باعث انواع مشکلات جسمانی و روانی مانند زخم معده، سردردهای میگرنی و افسردگی گردد (ابوالمعالی و همکاران به نقل از افتخاری، ۱۳۹۲: ۹۸). «نظریه فراشناختی از لحاظ تأکید بر این اصل که باورهای ناکارآمد فرد بر پردازش ذهنی تأثیر می‌گذارد به نظریه شناختی سنتی شباهت دارد، اما این نظریه به‌جای تمرکز بر محتوای شناخت بر فرایند شناخت تأکید دارد» (زمستانی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۸۸) «درمان فراشناختی بر این اصل

استوار است که فراشناخت برای درک عملکرد شناخت و تولید تجربه‌های هشیارانه ما درباره خودمان و جهان اطرافمان بسیار مهم است، باورهای فراشناختی افکار نشخوارگونه را به‌عنوان شیوه‌ای برای مقابله و خودتنظیمی در نظر می‌گیرند» (هاشمی، علیلو، هاشمی نصرت‌آبادی، ۱۳۹۰: ۱۳۳-۱۳۴)

نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش مورد مطالعه با توجه به اهداف از نوع پژوهش کاربردی می‌باشد. روش پژوهش از نوع آزمایشی است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل باهدف آزمودن اثر درمان فراشناختی در کاهش پرخاشگری فیزیکی و کلامی کارکنان وظیفه در شعبه خدمات مشاوره‌ای بازرسی مرکز تربیت و آموزش شهید فیض... امانی نزاا انجام گرفته است. نگاره‌ی این طرح در مدل ۱ ارائه شده است:

مدل ۱) روش و مدل مفهومی پژوهش (مأخذ: نگارنده)



در پژوهش حاضر مؤلفه مورد نظر ما کاهش پرخاشگری در کارکنان وظیفه بود که در ابتدا با تعریف و انتخاب یک جامعه آماری و نمونه‌گیری تصادفی، سربازان را به دو گروه A, B تقسیم کردیم و بر یک گروه متغیر درمان فراشناختی را اثر دادیم و بر گروه دیگر که همان گروه کنترل است هیچ عملی انجام ندادیم سپس با آزمون‌های پرخاشگری باس و پری، مصاحبه سازمان‌یافته توسط روان‌شناس بالینی و تحلیل کوواریانس چند متغیری Mancova و بعد Spss, Excel به مقایسه نتایج پرداختیم. پرسشنامه باس و پری شامل ۲۹ سؤال است که بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ درجه‌بندی شده است. هر سؤال دارای پنج گزینه است که حداقل امتیاز، یک برای پاسخ به گزینه "کاملاً خلاف خصوصیات من است" و حداکثر پنج (برای پاسخ به گزینه "کاملاً گویای خصوصیات من است.") در

نظر گرفته شده است؛ به جز سؤالات ۲۴ و ۲۹ که به صورت عکس نمره گذاری شده اند. این پرسشنامه، چهار جنبه پرخاشگری شامل پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را می سنجد و همچنین میزان پرخاشگری کلی را اندازه گیری می کند. حداقل نمره ۲۹ و حداکثر نمره ۱۴۵ می باشد و جمع نمرات فرد به عنوان نمره پرخاشگری محسوب شده است (ترشیزی، سعادت جو، ۱۳۹۱: ۱۱۷). اعتبار و پایایی آزمون های پرخاشگری را با آلفای کرونباخ و تنصیف مورد روان سنجی قراردادیم. در این پژوهش تعداد ۴۰ نفر از کارکنان وظیفه سنین ۱۸ تا ۲۲ سال به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) که به دلیل نقض هنجارها و مقررات نظامی به شعبه خدمات مشاوره ای بازرسی مرکز تربیت و آموزش شهید فیض... امانی نذاجا اعزام شده اند. سربازان گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه یک و نیم ساعته و به مدت ۸ هفته تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند در حالی که سربازان گروه کنترل هیچ درمانی در این مدت دریافت نکرده اند. ملاک های ورود سربازان به پژوهش عبارت بودند از: سربازانی که میزان پرخاشگری بالایی داشتند، حداقل سطح تحصیلاتشان پنجم دبستان تا مقطع متوسطه باشد، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و تکمیل فرم ضوابط اخلاقی را داشته باشند، فاقد بیماری های روان پریشی و عدم مصرف داروهای روانی از ملاک های مهم جهت ورود به این پژوهش بود.

تجزیه تحلیل آماری داده ها

به منظور سنجش اعتبار پرسشنامه، از ضریب آلفای کرونباخ و روش دونیمه کردن یا تنصیف استفاده گردید. در روش آلفای کرونباخ، یکی از متداول ترین روش های اندازه گیری اعتماد پذیری پرسشنامه است که بر اساس سازگاری درونی پرسشنامه شکل گرفته است. پس از جمع آوری پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار SPSS میزان ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید. برای تفسیر ضریب آلفای کرونباخ می توان گفت هرگاه ضریب آلفای محاسبه شده بالاتر از ۰.۵۰ باشد پرسشنامه مربوطه پایایی قابل قبولی دارد. هرگاه بالاتر از ۰.۷۰ یا همان ۰.۷ باشد، می توان گفت از پایایی قوی برخوردار است. (زنوزی، مالدار: ۱۳۹۳: ۱۳۷)

جدول (۱) ضرایب پایایی پرسشنامه پرخاشگری در تحقیق حاضر

ضرایب پایایی		شاخص آماری مقیاس
تنصیف	آلفای کرونباخ	
۰/۷۸	۰/۷۹	پرخاشگری کلامی
۰/۷۶	۰/۷۶	پرخاشگری جسمانی

آزمون آلفای کرونباخ برای این در کارهای پژوهشی استفاده می شود که بتوان همبستگی

سؤالات مربوط به یک مفهوم را پیدا کرد از آنجایی که در پرسشنامه حاضر عدد آزمون آلفای کرونباخ باید بالای ۰.۷ باشد که این حاکی از این مسئله است که همبستگی بین سؤالات یک مفهوم برقرار است. در حال حاضر همان گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌کنید ضرایب پایایی پرسشنامه پرخاشگری کلامی و جسمانی همه بالای ۰.۷ می‌باشد هم در آلفای کرونباخ و هم در تنصیف بالای ۰.۷ می‌باشند که نشان از پایایی سؤالات تحقیق است؛ لذا در مجموع کل پرسشنامه دارای پایایی و قابلیت اعتماد قوی می‌باشد.

جدول ۲) بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
پرخاشگری جسمانی	آزمایش	۰/۵۵۶	۰/۵۷۵
	کنترل	۰/۵۱۱	۰/۶۱۴
پرخاشگری کلامی	آزمایش	۰/۶۲۷	۰/۵۹۰
	کنترل	۰/۶۴۵	۰/۵۱۵

معمولاً در جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگوروف - اسمیرونوف استفاده می‌شود (نوری و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۹۱) ابتدا برای بررسی توزیع نرمالیتی متغیرهای کمی از آزمون تک نمونه‌ای کولموگوروف - اسمیرونوف استفاده شد. نتایج حاصل از اجرای آزمون کولموگوروف اسمیرنف، نشان می‌دهد که توزیع فراوانی کلیه متغیرها منطبق با توزیع نرمال است و از این رو می‌توان از آزمون‌های آماری پارامتریک برای تحلیل فرضیه‌ی مان (آیا درمان فراشناختی بر پرخاشگری فیزیکی، کلامی و رفتارهای منفی مقابله جویانه در بین کارکنان وظیفه واقع در مرکز تربیت و آموزش شهید فیض... امانی نزاجا تأثیری داشته است) استفاده کرد. در این آزمون اگر سطح معناداری بالای $(P=0.05)$ باشد سطح معناداری با (P) نشان داده می‌شوند یعنی آزمون معنادار است و محقق اجازه دارد تا از آزمون‌ها پارامتریک استفاده کند؛ نرمال بودن به این معنی است که نمونه به دست آمده را ما می‌توانیم به تمامی آحاد جامعه تعمیم بدهیم.

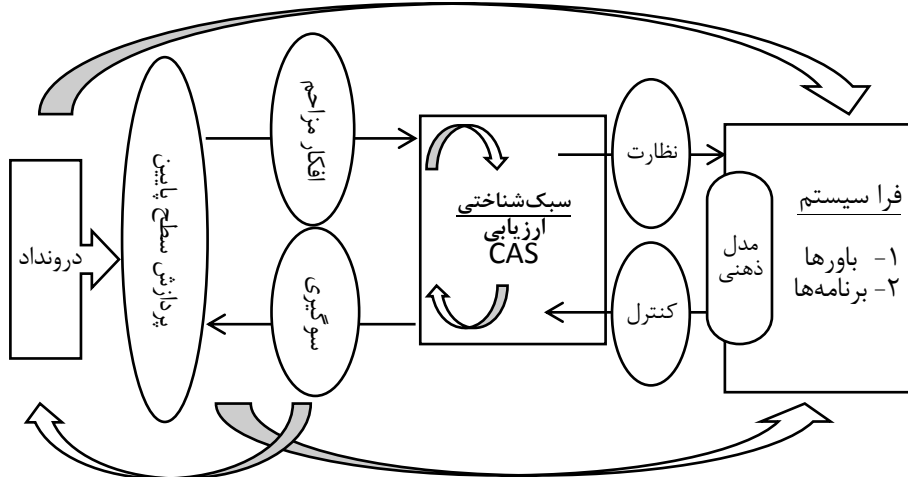
همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌کنید تمامی اعداد به دست آمده از آزمون کالمرگروف اسمیرنف بالای $(P=0.05)$ می‌باشند، نتایج آزمون کالمرگروف - اسمیرنف، برای پرخاشگری کلامی $(P=0.590)$ ، پرخاشگری جسمی $(P=0.575)$ برای گروه آزمایش و پرخاشگری کلامی $(P=0.515)$ ، پرخاشگری جسمی $(P=0.614)$ ، برای گروه کنترل، مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات متغیر پرخاشگری رعایت شده است که حاکی از نرمال بودن داده‌ها

می‌باشد و این به منزله این است نمونه‌ها به دست آمده را می‌توانیم به کل آحاد جامعه تعمیم بدهیم و اینکه ما توانایی پیدا می‌کنیم تا از آزمون‌های پارامتریک استفاده کنیم.

در مدل ۲ درمان فراشناخت طیف وسیعی از اطلاعات شناختی از طریق سازوکار و تعامل میان ۴ دسته از پدیده‌ها روی می‌دهد: (۱) دانش فراشناختی، (۲) تجارب فراشناختی، (۳) اهداف (یا تکالیف) و (۴) اعمال (و یا راهبردها). فراشناخت به فرایند «تفکر درباره‌ی تفکر» و دانش در مورد اینکه «چه می‌دانیم» و «چه نمی‌دانیم» اطلاق می‌شود؛ فراشناخت به‌عنوان پایه و اساس بسیاری از مشکلات روان‌شناختی موردبررسی قرار گرفته است که شامل یک مفهوم چندوجهی است که شامل دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کنند همان‌طور که در مدل پایین نشان داده شده، مدل بنیادی درمان فراشناختی، مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش نامیده می‌شود که تبیینی برای عوامل شناختی و فراشناختی دخیل در کنترل بالا به پائین اختلال هیجانی ارائه می‌نماید. در این مدل فرایندهای شناختی در سه سطح متعامل توزیع شده‌اند که شامل پردازش خودکار و بازتابی (پردازش سطح پائین)، پردازش هشیار کنترل‌شده‌ی افکار و رفتارها (موسوم به سبک‌شناختی) و مجموعه‌ی دانش یا باورهایی که از لحاظ ماهیت فراشناختی هستند و در حافظه‌ی بلندمدت ذخیره شده‌اند. (محمد خانی، خالق: ۱۳۹۴:

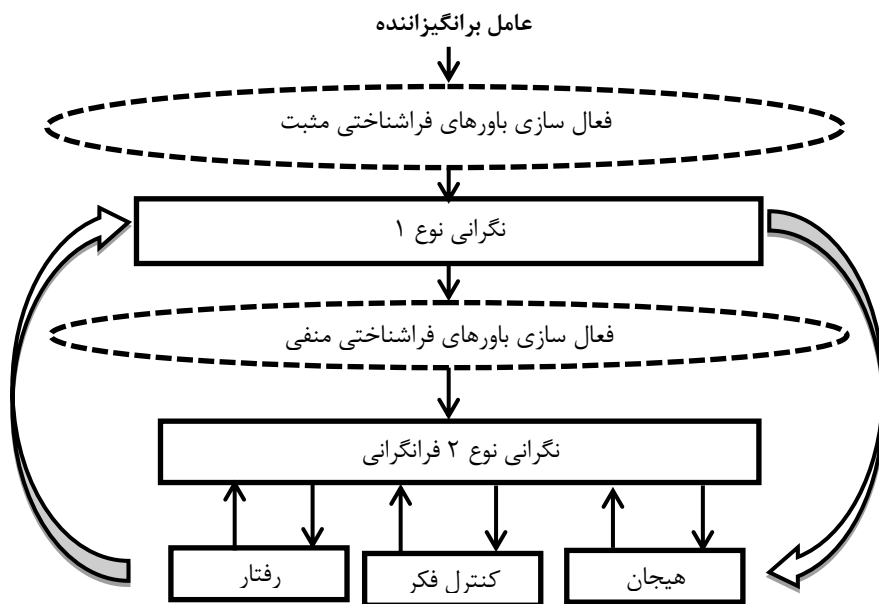
(۱۱۳)

مدل ۲) مدل درمان فراشناختی



اصل بنیادین درمان فراشناختی آن است که اختلال روان‌شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی- توجه مرتبط است. در بسیاری از افراد، دوره‌های هیجانی و ارزیابی منفی (مانند غمگینی، اضطراب، خشم، احساس بی‌ارزشی) محدود و گذرا هستند. با این وجود سندرم شناختی توجهی تأثیراتی دارد که افراد را در دام اختلال‌های بلندمدت و عودکننده گرفتار می‌سازد. سندرم شناختی- توجهی شامل نوعی سبک تفکر درجامانده (تکرارشونده) به صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه (مانند سرکوب فکر، اجتناب، مصرف مواد) است. این سبک پیامدهایی دارد که به حفظ و تداوم هیجان‌ها و تقویت افکار منفی منجر می‌شود.

مدل ۳) مدل فراشناختی اختلال پرخاشگری فراگیر



به‌طور کلی، سندرم شناختی- توجهی موجب تداوم احساس تهدید در فرد می‌شود مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر در شکل زیر نشان داده شده است. در این مدل فرد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر معمولاً از نگرانی به‌عنوان وسیله‌ای برای پیش‌بینی مسائل آتی و تولید روش‌های مقابله‌ای، استفاده می‌کنند. معمولاً نگرانی به‌عنوان نوعی راهبرد مقابله‌ای در پاسخ به یک فکر منفی مزاحم فعال می‌شود. این فرآیند الزاماً مشکل‌ساز نیست، چون از لحاظ نظری تا وقتی که فرد بر این باور است که نگرانی‌اش مفید است و

جلوی خطر را می‌گیرد، ممکن است نگران خوشحال باشد. نگرانی عمومی درباره‌ی رویدادهای خارجی و نگرانی‌های مربوط به سلامت جسمانی و اجتماعی در پاسخ به عوامل برانگیزاننده، «نگرانی نوع^۱» خوانده می‌شود. استفاده از نگرانی به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای، به باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی نگرانی که اکثر افراد تا حدودی دارند، مربوط می‌شود. این نوع باورها، شامل باورهایی مانند «نگرانی به من کمک می‌کند تا از مشکلات اجتناب کنم»، «نگرانی به من کمک می‌کند تا برای برخورد با مسائل آماده‌باشم»، «نگران بودن به من کمک می‌کند تا با مشکلات مقابله کنم» است. باین‌حال فعال شدن باورهای فراشناختی منفی در گذار به اختلال اضطراب فراگیر از اهمیت بیشتری برخوردار است.

اختلال اضطراب فراگیر هنگامی به وجود می‌آید که باورهای منفی درباره‌ی نگرانی در فرد فعال می‌شوند. دو نوع باور منفی مهم هستند: باورهای منفی درباره‌ی کنترل ناپذیری نگرانی و باورهای منفی درباره‌ی پیامدهای آسیب‌زا یا مخاطره‌آمیز نگرانی. باورهای منفی درباره‌ی پیامدهای نگرانی، شامل باورهایی هستند مبنی بر این‌که نگرانی می‌تواند به پیامدهای ناگوار جسمی (مانند حمله قلبی)، روان‌شناختی (مانند فروپاشی روانی) یا اجتماعی (مانند طرد شدن از سوی دیگران) منجر شود. این‌رو کیرد درمانی بر این فرضیه استوار است که مقاومت در برابر تغییرات محتوای شناختی یکی از ویژگی‌های طبیعی پردازش اطلاعات می‌باشد و این مقاومت نشان دهنده این می‌باشد که محتوای منفی در هر ذهن سالم و بیمار به نسبتی وجود دارد و نشان‌دهنده بیماری نیست و تلاش برای حذف آن‌ها معمولاً با موفقیت همراه نیست و به‌جای تأکید بر تغییر محتوا، بهتر است بر تغییر فراشناخت‌ها تأکید و تمرکز شود فراشناخت به کاربرد شناخت برای شناخت یا فرایند تفکر درباره تفکر عطف می‌شود و ممکن است به‌عنوان هر دانش یا فرایند شناختی تعریف شود که در فرایند ارزیابی، کنترل و پایش تفکر درگیر می‌باشند (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۶).

نخستین گام در تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمون و کنترل محاسبه شاخص‌های توصیفی است که شامل میانگین، انحراف استاندارد می‌باشد. پس از آن سنجش پیش‌فرض‌های (نرمال بودن متغیرها، همگنی واریانس، یکسانی واریانس - کوواریانس) مرتبط با این آزمون هستند. جهت تحلیل داده‌های استنباطی با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس MANCOVA مورد بررسی قرار گرفت. که در اینجا میانگین پس‌آزمون گروه آزمایشی با میانگین پس‌آزمون گروه کنترل مقایسه می‌شود و نمره‌های پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی به کار گرفته شده است. به‌منظور سنجش پایایی ابزارهای به‌کاررفته در پژوهش حاضر، از آزمون‌های تنصیف و آلفای

کرونباخ استفاده گردید. تحلیل آماری هر دو بخش مذکور با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS، EXCEL انجام شد. ضمناً برای فرضیه این پژوهش سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شده است. سطح معناداری $0/05$ یعنی اگر معناداری پایین $0/05$ باشد مورد قبول است و اگر بالای $0/05$ باشد یعنی آزمون معنادار نیست. یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه برای کلیه متغیرهای در این پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است:

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیر پرخاشگری و حیطه‌های آن در گروه‌های آزمون و کنترل

در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

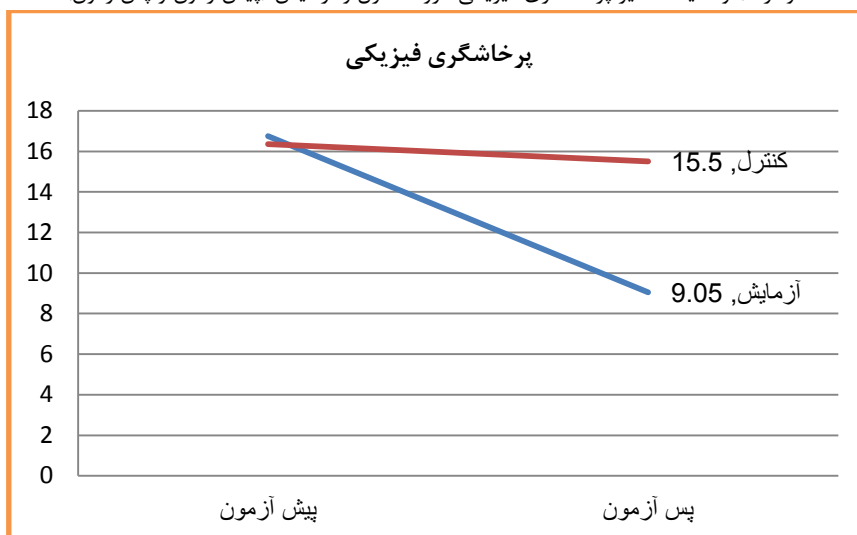
تغییر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پرخاشگری کلامی	پیش‌آزمون	کنترل	۱۶/۳۵	۲/۷۲	۲۰
		آزمون	۱۶/۷۵	۲/۳۸	۲۰
	پس‌آزمون	کنترل	۱۵/۵۰	۳/۰۸	۲۰
		آزمون	۹/۰۵	۱/۹۸	۲۰
پرخاشگری جسمانی	پیش‌آزمون	کنترل	۲۵/۷۵	۴/۸۹	۲۰
		آزمون	۲۸/۴۰	۴/۱۹	۲۰
	پس‌آزمون	کنترل	۲۹/۶۰	۴/۳۶	۲۰
		آزمون	۱۸/۸۰	۴/۷۸	۲۰

همان‌طوری در جدول ۳ مشاهده می‌کنید در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار متغیر پرخاشگری کلامی هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه کنترل ۱۶.۳۵ و ۲.۷۲ می‌باشد، که به این معناست، در این مرحله درمان فراشناخت بر روی این گروه از سربازان اجرا نشده و گروه مورد آزمون میانگین و انحراف معیارشان به ترتیب ۱۶.۷۵ و ۲.۳۸ است که قرار است درمان فراشناخت بر روی این گروه صورت بگیرد، همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌کنید تقریباً اعداد به یکدیگر نزدیک می‌باشند، هم میانگین هم انحراف معیار؛ میانگین در اینجا یعنی همان آزمونی که از سربازان صورت گرفته، میانگین وزنی سؤالاتی که پاسخ داده‌اند و انحراف معیار در اینجا به این معنی است که آن آزمونی که از کارکنان وظیفه به‌عمل آمده و میانگینش را به دست آورده‌ایم چقدر انحراف دارد یا اینکه چقدر فاصله از میانگین دارد.

حال اگر به جدول ۳ بیان می‌کند که در پس‌آزمون یعنی زمانی که درمان‌های فراشناخت روی سربازان صورت گرفته میانگین آزمون‌شان و انحراف معیارشان به ترتیب در گروه آزمون ۹.۰۵ و ۱.۹۸ شده است. حال می‌توانید پی ببرید که درمان فراشناخت در گروه آزمون چقدر مؤثر بوده است و باعث کاهش پرخاشگری کلامی شده است. همان‌طوری که در ادامه جدول ۳ مشاهده می‌کنید در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار متغیر

پرخاشگری فیزیکی یا جسمانی هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه کنترل ۲۵.۷۵ و ۴.۸۹ می‌باشد، که به این معناست، در این مرحله درمان فراشناخت بر روی این گروه از سربازان اجرا نشده و گروه مورد آزمون میانگین و انحراف معیارشان به ترتیب ۲۹.۶۰ و ۴.۳۶ است که قرار است درمان فراشناخت بر روی این گروه صورت بگیرد، همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌کنید تقریباً اعداد به یکدیگر نزدیک می‌باشند و پرخاشگری فیزیکی به چه میزانی می‌باشد، هم میانگین هم انحراف معیار؛ حال اگر به جدول ۳ توجه کنید متوجه می‌شوید که در پس‌آزمون یعنی زمانی که درمان‌های فراشناخت روی سربازان صورت گرفته میانگین آزمونشان در گروه آزمون ۱۸/۸۰ شده است. حال می‌توانید پی ببرید که درمان فراشناخت در گروه آزمون چقدر مؤثر بوده است و باعث کاهش پرخاشگری فیزیکی یا همان جسمانی شده است.

نمودار ۱) وضعیت متغیر پرخاشگری فیزیکی گروه کنترل و آزمایش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)



همان‌گونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌کنید نمره پرخاشگری فیزیکی سربازان در گروه کنترل در پیش‌آزمون ۱۶/۳ است که همین گروه در پس‌آزمون نمره ۱۵/۵ را اخذ می‌کند؛ اما گروه سربازان آزمایش نمره آزمونش در پیش‌آزمون ۱۶.۷۵ بوده است که بعد از مداخله درمان فراشناختی در پس‌آزمون نمره پرخاشگری فیزیکی سربازان به ۹.۵ کاهش پیدا کرد. حتی سالکووسکیس بر این باور است که ارزیابی منفی افکار مزاحم منجر به احساس مسئولیت افراطی برای خطر یا پرهیز از آن می‌شود و تلاش‌هایی که برای خنثی کردن افکار مزاحم انجام می‌شوند در باعث شکل‌گیری اختلال‌های وسواسی و -پرخاشگری فیزیکی- می‌شود البته ارزیابی مسئولیت به همان اندازه در پیدایش محتوای افکار مزاحم مؤثرند.

پورڈن و کلارک نیز باورهای فراشناختی مانند نیاز به کنترل افکار مزاحم را در شکل‌گیری و تداوم وسواس‌ها و -پرخاشگری- بسیار مهم دانستند. در درمان فراشناختی به پذیرش بی‌طرفانه‌ای از افکار مزاحم بدون ارتباط با پردازش بیشتر یا عمل دست یابند. (اندوز، همایش دانشگاه شهید بهشتی: ۱۳۸۷). حتی مدل فراشناختی بیان می‌دارد که حالت افسردگی، با شکست در ارزیابی تحقق اهداف شخصی ارتباط دارد. باورهای فراشناختی، افکار نشخوارگونه را به‌عنوان شیوه‌ای برای مقابله و خود تنظیمی در نظر می‌گیرند. با اینکه این افکار همیشه به‌طور داوطلبانه به وجود نمی‌آیند، ادامه آن‌ها تابع کنترل داوطلبانه است و با باورهای مثبت درباره مفید بودن این راهبردها ارتباط دارد. خود تمرکزی و نشخوار فکری، نه‌تنها باعث منحرف کردن توجه از اشکال سازگار مقابله، مثل حل مسئله می‌گردند، بلکه در عدم کارآمدی فراشناختی نیز سهیم هستند و باعث می‌شوند که افراد انعطاف خود را در پردازش مؤثر و کارا از دست بدهد. (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۰: ۹۳)

نمودار ۲) وضعیت متغیر پرخاشگری کلامی گروه کنترل و آزمایش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

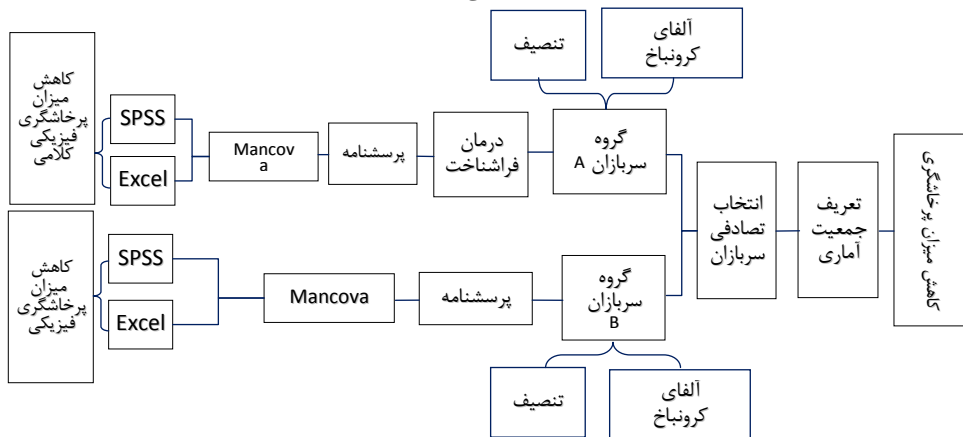


در نمودار ۲ مشاهده می‌کنید نمره پرخاشگری کلامی در گروه کنترل در قبل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۱۶.۳۵ است که همین گروه در پس‌آزمون نمره ۱۵.۵ را اخذ می‌کند؛ اما گروه آزمایش نمره آزمونس در پیش‌آزمون ۱۶.۷۵ بوده است که بعد از مداخله درمان فراشناختی در پس‌آزمون نمره پرخاشگری کلامی به ۹.۵ کاهش پیدا کرد. یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های دیگر نشان داده است که درمان فراشناختی، تغییرات قابل توجهی در نمرات آزمودنی‌های گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در علائم پرخاشگری و افسردگی ایجاد

کرده است و موجب بهبودی در علائم پرخاشگری همه سربازان مورد نمونه‌گیری شد (شماره، دولت‌شاهی و ماهانی، ۱۳۹۳: ۱۲۴) سربازان پرخاشگر نمی‌توانند به‌درستی پیامدهای رفتار خود را پیش‌بینی کنند، در محرک‌های اجتماعی نشانه‌های خصمانه فراوانی را مشاهده می‌کنند، درک درستی از سطح پرخاشگری خود ندارند، از راه‌حل‌های کلامی اندکی برای اثبات خود در مسائل اجتماعی بهره می‌جویند و بیشتر از راه‌حل‌های پرخاشگرانه استفاده می‌کنند.

آن‌ها از نظر اخلاقی پرخاشگری را مطلوب ارزیابی می‌کنند و به دلیل همین مقبولیت ارزشی، از پرخاشگری به‌عنوان راهکار مناسب استفاده می‌کنند. رفتار پرخاشگرانه در یک سازه کلی قرار دارد. سازه‌ای که می‌تواند به‌صورت خشم، خصومت، پرخاشگری جسمانی و پرخاشگری کلامی نمایان گردد. این ابعاد پرخاشگری می‌توانند زمینه بروز انواع آسیب‌های جسمانی و روان‌شناختی را فراهم سازند (صداقت و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۳۶) که درمان فراشناختی موجب بهبودی در علائم پرخاشگری همه سربازان مورد نمونه‌گیری شد.

مدل ۴- روش و مدل مفهومی پژوهش (مأخذ: نگارنده)



بر اساس نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که یکی از علت‌های اثربخشی مداخله فراشناختی، اثرگذاری بر روی مؤلفه فراشناختی به‌ویژه بر روی درآمیختگی افکار می‌باشد (فرهمند و همکاران، ۱۳۹۲: ۸۸) که در این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان گروهی فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی و پاسخ‌ها یا همان واکنش‌های آن در سربازان پرخاشگر مراجعه‌کننده به شعبه خدمات درمانی بازرسی این مرکز بودند، اجرا شد. درمان فراشناختی باعث کاهش شدت علائم پرخاشگری سربازان شد و در مجموع یافته‌های حاصله با نتایج سایر تحقیقات در زمینه اثربخشی رویکرد فراشناختی در کاهش پرخاشگری همسو بود؛ باید اذعان داشت که با واردکردن درمان فراشناخت پرخاشگری‌های کلامی و فیزیکی کاهش یافت همان‌طور که در مدل ۴ می‌توانید ملاحظه کنید، از طرفی با توجه به نتایج، به

نظر می‌رسد رویکرد درمانی فراشناخت از طریق رفع مشکل پرخاشگری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف‌پذیر است و مسیر پردازش طبیعی را در اکثر اختلالات روانی، از جمله افسردگی را هم هموار می‌سازد.

نتیجه‌گیری:

امروزه درمان‌های شناختی متعددی برای افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و ... وجود دارد، در پژوهش‌های بالینی، درمان‌هایی که اثربخشی خود را به اثبات رساندند عبارت‌اند از درمان شناختی-رفتاری، شناخت درمانی و فراشناختی (زمستانی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۶۳). اصولاً اکثر سربازان در دوره نوجوانی قرار دارند که از مهم‌ترین مراحل رشد و تکامل انسان به شمار می‌رود، که ویژگی‌های رشدی آن می‌تواند زمینه‌ساز بروز انواع اختلالات رفتاری، بزهکاری، سوءمصرف مواد و بیماری‌های روانی باشد. با توجه به افزایش تعداد نوجوانان و جوانان در ساختار جمعیتی ایران، شناخت سریع و برنامه‌ریزی مناسب برای کنترل این اختلالات، حائز اهمیت می‌باشد (سیارچور و همکاران، ۱۳۹۰: ۵۸). این مطالعه باهدف بررسی وضعیت پرخاشگری، آبشخور سندرم شناختی- توجهی، دانش و باورهایی که موجب هیجان‌های مخرب و اشکال در فرایند خود تنظیمی در فرد شود. به دلیل آنکه پژوهش داخلی یا خارجی در ارتباط با موضوع پژوهش صورت نگرفته بود بنابراین استنباط و تبیین قوی‌تر این یافته‌ها؛ نیازمند پژوهش‌های بیشتری خواهد بود. با توجه به اهمیت درمان فراشناختی به نقش فراشناخت واژه‌ها و نشانگان شناختی- توجهی در بسیاری از اختلالات، یکی از دلایل احتمالی تأثیر و کارایی درمان فراشناختی در کاهش پرخاشگری این بوده است که ریشه این نوع رفتارها و باورها، در نشانگان شناختی- توجهی و باورها و افکار تکرارشونده است که می‌توان گفت: مداخلات فراشناختی به حل مشکلات مذکور کمک شایانی کرده است و نتایج پژوهش قابل کاربرد در مراکز خدمات مشاوره‌های یگان‌های نظامی می‌باشد. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های گذشته نیز پویایی و جامعیت درمان فراشناختی را تشریح می‌کند و این یافته‌ها می‌توانند شواهد گویا و نیرومندی برای کاربرد و ارزیابی درمان فراشناختی در حوزه‌های وسیع‌تر فراهم کند. با این حال، مطالعات کنترل‌شده آتی می‌تواند تأییدی بر نتایج پژوهش حاضر باشد.

فراتر از اهمیت محتوا و ماهیت تفکر، ما بر این هستیم از طریق درمان فراشناختی به تغییر شناخت واره‌هایی بپردازیم که سبک ناسازگارانه تفکر منفی تکرارشونده و غیرقابل کنترل را

در سربازان وظیفه سطح یگان‌های نظامی را کاهش دهیم. یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی علاوه بر مدل‌ها و تکنیک‌های اختصاصی برای کاهش پرخاشگری کلامی و نیز فیزیکی کارکنان وظیفه در یگان‌های نظامی اثربخشی قابل‌توجهی داشته است، فراشناخت واره‌ها از فرآیندهای درگیر با ایجاد کاهش رفتار پرخاشگرانه حمایت می‌کنند، آن‌ها می‌توانند این امکان را فراهم سازند، تا فرد نظاره‌گر افکارش باشد، دیده‌ها و شنیده‌های خودش را ببیند و بشنود، زیرا افراد الگوهای ذهنی درونی از آنچه می‌بینند و می‌شنوند درباره خودشان دارند، به‌عبارت‌دیگر بر نوع باورهای سربازانی که از پرخاشگری بالایی برخوردار بودند تأثیر می‌گذارد (افتخاری، ۱۳۹۲: ۱۶۱). در نتیجه، در پژوهش حاضر با به‌کارگیری تکنیک‌های اختصاصی تغییر باورها و حذف راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی موجب کاهش پرخاشگری نوجوانان شده است.

منابع:

- افتخاری، فرزانه (۱۳۹۲)، بررسی اثر درمان فراشناختی در افزایش عزت‌نفس و کاهش پرخاشگری نوجوانان بزهکار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- اندوز، زهرا، ۱۳۸۷، همایش روان‌شناختی اختلالات وسواسی اجباری دانشگاه شهید بهشتی.
- ترشیزی، مرضیه، سعادت جو، علیرضا، ۱۳۹۱، شیوع پرخاشگری و برخی عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهر بیرجند، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ۹، شماره ۴.
- زمستانی، مهدی، داودی، ایران، مهرابی هنرمند، مهناز، زرگر، یدالله، (۱۳۹۲)، اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی بر علائم افسردگی، اضطراب و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، مجله دستاوردهای شناختی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره ۴، شماره ۱
- زهره هاشمی، مجید محمود علیلو، تورج هاشمی نصرت‌آبادی، (۱۳۹۰)، اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلابه افسردگی اساسی (مطالعه موردی)، تحقیقات علوم رفتاری / دوره ۹ / شماره ۲.
- سلیمی، حسین، راه نجات، امیر محسن، ربیعی، مهدی، آشتیانی، علی فتحی، دباغی، پرویز، دنیوی، وحید، ۱۳۹۳، مرور و تحلیلی بر درمان فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه: یک مطالعه مروری نظام‌دار، فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، شماره بیست‌وپنج.

- سیار پور، سید مصطفی، هزاوه ای، سید محمدمهدی، احمد پناه، محمد، معینی، بابک، ۱۳۹۰، بررسی رابطه پرخاشگری و خود کارآمدی ادراک شده در دانش آموزان مقطع متوسطه شهر همدان، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، دوره نوزدهم، شماره ۲.
- شاره، حسین، دولتشاهی، مهشید، کاهانی، محمد، (۱۳۹۳)، اثر درمان گروهی فراشناختی در بهبود افسردگی باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی، مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۱، شماره ۱.
- صداقت، سمیره، مرادی، امید، احمدیان، حمزه، ۱۳۹۳، اثربخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری کنترل خشم بر پرخاشگری دانش آموزان دختر پرخاشگر، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۲۴، شماره ۴.
- غفاریان مسلمی، حامد، ۱۳۹۳، همه‌گیرشناسی پرخاشگری در سربازان وظیفه و بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش آن، پایان‌نامه، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری- دانشگاه فردوسی مشهد- دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- فرهمند، زهره، محمود علیلو، مجید، پور شریفی، حمید، ۱۳۹۲، اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار افراد مبتلابه نوع شستشوی اختلال وسواسی اجباری، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۲، شماره ۲.
- لواف پور نوری، فرشاد، زهرا کار، کیانوش، ثنایی ذاکر، باقر، ۱۳۹۱، بررسی اثربخشی بخشایش درمانی گروهی در کاهش پرخاشگری نوجوانان پرخاشگر ۱۱ تا ۱۳ ساله شهرستان دزفول، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۰ شماره ۴.
- محمدخانی، پروانه، حسنی، فریبا، سپاه منصور، مژگان، محمودی غلامرضا، لاریجانی، زرین، ۱۳۹۳، مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی بر نشخوار فکری و علائم افسردگی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی و مطالعات روان‌شناختی دوره دهم، شماره ۲.
- محمدی، احمد، رجائی پور، سعید، ۱۳۹۱، بررسی رابطه بین فشارهای روانی (استرس) و عملکرد فرماندهان مراکز آموزش نظامی، فصلنامه علوم و فنون نظامی، سال هشتم، شماره ۲۱.
- مشرفی زنوزی، عباس، مالدار، احمد، ۱۳۹۳، بررسی عوامل مؤثر بر ترک خدمت پیش از موعد کارکنان مطالعه موردی، قرارگاه پدافند هوایی خاتم الانبیا (ص)، آجا، فصلنامه علوم و فنون نظامی، سال ۹، شماره ۲۶.
- مظفر روحانی، فرشاد نجفی پور، امیر محسن راه نجات، مریم شریفی، (۱۳۸۵)، بهداشت روانی برای فرماندهان و یگان‌های بهداری، اداره بهداشت و درمان نزا، بازرسی کمیته تدوین کتب طب نظامی، چاپ اول.

