

## تعیین شاخص‌های سلامت روانی در یک سازمان نظامی

### *Determining of the mental health indicators in a military organization*

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۱۸

Mohamadi Kh.MSc<sup>✉</sup>, Ahmadi Kh.PhD, Fathi Ashtiani A.PhD, Azad Fallah P.PhD, Ebadi A.MSc

خسرو محمدی<sup>✉</sup>، خدابخش احمدی<sup>۱</sup>، علی فتحی آشتیانی<sup>۱</sup>، پرویز آزادفلاح<sup>۲</sup>، عباس عبادی<sup>۳</sup>

#### Abstract

#### چکیده

**Introduction:** Promoting mental health and preventing mental health problems are important tasks for Military commanders and Mental health professionals in the Military organizations. This study was conducted to determine the mental health Indicators in the Military organizations.

**مقدمه:** ارتقاء سلامت روانی و پیشگیری از مشکلات روانی یک وظیفه مهم برای مدیران و فرماندهان نظامی و دست‌اندرکاران حوزه سلامت روانی در سازمان‌های نظامی است. این مطالعه با هدف تعیین شاخص‌های سلامت روانی در محیط‌های نظامی انجام شده است.

**Method:** This study was performed based on Q methodology in six stages: 1. Development of Q Sample Statements, 2. Selection of Participants (professionals in the Military organizations) for the Q Sort, 3. Q-sorting, 4. Data entry, 5. Statistical analysis (For the extraction of Q sorts, the principal components Analysis method was used), 6. Factor Interpretation.

**روش:** این مطالعه براساس روش کیو و در شش مرحله انجام شده است. تهیه و تولید نمونه‌های کیو (گویه‌ها)، انتخاب ۳۰ نفر متخصص و کارشناس در حوزه سلامت روانی نیروهای نظامی با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان مشارکت‌کنندگان در طرح، رتبه‌بندی کیو در یک طیف ۹ درجه‌ای براساس میزان اهمیت هر گویه (شاخص)، ثبت داده‌ها با استفاده از برنامه نرم‌افزاری SPSS، آنالیز آماری از طریق تحلیل آماری کیو (تحلیل مولفه‌های اصلی) انجام شد.

**Results:** An initial set of indicators (A total of 246 indicators) was obtained from a number of foreign scientific sources. The experts commented and discussed this list of mental health indicators during a focus group discussions and interviews. During the Q sorting Phase, the Q-methodology panelists were ranking indicators. As a result, 30 indicators were offered in three categories: Mental health status, Mental health service and Mental health system.

**نتایج:** مجموعه اولیه‌ای از شاخص‌های سلامت روانی (جمعاً تعداد ۲۴۶ شاخص) از تعدادی از منابع علمی خارجی به دست آمد. در مرحله بعد، لیست شاخص‌های اولیه توسط کارشناسان و خبرگان شرکت‌کننده در مطالعه در گروه‌های متمرکز مورد بحث و گفتگو و همچنین مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته قرار گرفت و در نتیجه آن، ۸۳ شاخص برای انجام رتبه‌بندی نهایی به دست آمد. این شاخص‌ها توسط کارشناسان حاضر در مطالعه رتبه‌بندی شدند و سپس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند که در نتیجه آن، ۳۰ شاخص برای استفاده در نظام سلامت روانی نیروهای نظامی در سه طبقه وضعیت سلامت روانی، نظام سلامت روانی و خدمات سلامت روانی تعیین و معرفی شد.

**Discussion:** Indicators obtained in this study can be used in Regulatory reforms and policies, providing appropriate mental health services, Mental health promotion in the military organizations, Updates and Measuring mental health Information.

**بحث:** شاخص‌های به دست آمده در این تحقیق می‌تواند در اصلاح نظارت‌ها و سیاست‌گذاری‌ها، ارائه خدمات سلامت روانی مناسب، ارتقاء سطح سلامت روانی سازمان‌های نظامی و به روز رسانی و اندازه‌گیری اطلاعات سلامت روانی مفید باشد.

**Keywords:** Mental health, mental health indicator, Q-methodology, military, Iran

**کلید واژه‌ها:** سلامت روانی، شاخص‌های سلامت روانی، روش کیو، نظامی، ایران

<sup>✉</sup> Corresponding author: Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
Email: kh.mohamadi@gmail.com

<sup>✉</sup> مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران  
۱- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران  
۲- گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
۳- گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

**مقدمه**

برنامه‌ریزان این نیروها است، تا براین اساس اولویت‌های مهم سلامت‌روانی سازمان را درک نموده و برنامه‌های ارائه شده را به نحو مطلوب اجرا نمایند. شاخص‌های سلامت‌روانی مربوط به یک سازمان و جمعیت، یکی از معیارهای اصلی ارزیابی کیفیت عملکرد آن سازمان در ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت‌های تحت پوشش می‌باشد.

ارتقای شاخص‌های سلامت‌روانی در هر جامعه‌ای منجر به بهبود بهره‌وری و افزایش بازدهی جامعه می‌شود. در این راستا آگاهی از وضعیت موجود سلامت‌روانی سازمان‌های نظامی و پژوهش مستمر در سیستم‌های بهداشتی و درمانی به برنامه‌ریزی و سازماندهی منابع موجود جهت ارائه خدمات سلامتی کمک می‌کند. عوامل متعدد و بخش‌های بسیاری در یک سازمان نظامی در مسئولیت سلامت سهیم هستند. بنابراین پایش نتایج این عوامل و عملکرد بخش‌های مذکور می‌تواند منجر به آگاهی از وضعیت موجود شود. شاخص‌های سلامت‌روانی، ابزار مناسبی جهت پایش وضعیت و فرایندهای جاری در حوزه سلامت‌روانی هستند (دیتون، ۲۰۰۱). شاخص‌ها از جمله ابزارهای شناسایی و ارزیابی وضعیت موجود هر واحد نظامی به شمار می‌روند و نظام سلامت‌روانی در نیروهای نظامی نیز از این قاعده مستثنی نیست. در راستای افزایش و ارتقاء سلامت‌روانی در سازمان‌های نظامی، مدیران و برنامه‌ریزان جهت برنامه‌ریزی به اطلاعات جامع، صحیح، کافی و روزآمد نیاز دارند که این اطلاعات را از طریق ثبت داده رخداده‌ها، جمع‌آوری داده‌ها، محاسبه شاخص‌ها و مقایسه با استانداردها، تحلیل و تفسیر علمی و در نهایت بازخورد به دست می‌آورند. به منظور کاهش اثرات اجتماعی و اقتصادی جدی مشکلات روانی، بررسی وضعیت عمومی و سطح سلامت‌روانی در

با توجه به اینکه نیروهای نظامی در هر کشور حافظ استقلال و امنیت و تمامیت ارضی آن کشور می‌باشند، اقتدار کشور بدون اقتدار و توانمندی نیروهای نظامی میسر نخواهد شد. لذا استفاده بهینه از این نیروهای ارزشمند و توجه به مسائل تاثیرگذار در عملکرد بهینه آن‌ها ضروری است. نیروهای نظامی به لحاظ ماموریت‌های حرفه‌ای ویژه، با مسائل شغلی متعددی مواجه بوده و بالتبع در تیررس مشکلات روان‌شناختی بیشتری در مقایسه با کارکنان سایر مشاغل قرار دارند. فشار روانی ناشی از نوع شغل و ماموریت‌های پیچیده، قوانین سخت، احتمال مجروحیت و معلولیت، ترس از شکست، اسارت و حتی مرگ از جمله مسائلی است که احتمال آنها در مشاغل نظامی بسیار بیشتر از مشاغل غیر نظامی است (عابدی و همکاران، ۱۳۸۹). از طرف دیگر نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌است که کارکنان نظامی نه تنها از ابتلاء به اختلالات روانی مصون نیستند بلکه به خاطر استرس بیش از اندازه شغلی، بیشتر از جمعیت عادی به اختلالات روانی مبتلا می‌شوند. (ایورسن و همکاران، ۲۰۰۹). سازمان‌های نظامی به واسطه ماهیت شغلی و مأموریت‌های خود، باید بیشتر از سایر سازمان‌ها به آمادگی و سلامت کارکنان خود توجه داشته و زمینه‌هایی که باعث کاهش این امور می‌شود را شناسایی و به حداقل ممکن برساند.

از آنجایی که ارائه خدمات سلامت‌روانی به نیروهای نظامی مستلزم برآورد دقیقی از کیفیت عملکرد نظام سلامت‌روانی و همین‌طور وضعیت سلامت‌روانی کارکنان است، لذا بررسی و تعیین شاخص‌های آن یک ضرورت بسیار مهم در ارزیابی وضعیت سلامت‌روانی سازمان‌های نظامی و کارکنان برای دست‌اندرکاران و

سلامت‌روانی برای ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات سلامت‌روانی اهمیت فراوانی دارند زیرا قادر به بیان تغییرات و میزان پیشرفت برنامه‌های سلامت‌روانی هستند (کوریلا و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین شاخص‌های سلامت‌روانی برای نظارت بر وضعیت سلامت کارکنان واحدهای نظامی در کشور، توسعه سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت‌روانی و ارزیابی عملکرد چنین برنامه‌هایی ضروری است. علاوه بر این، شاخص‌های سلامت‌روانی برای مقایسه و تعیین معیار نیز مورد نیاز است (شیلد و همکاران، ۲۰۰۳) و به نظام سلامت سازمان‌های نظامی کشور امکان می‌دهد تا معلوم کند که امروز وضعیت سلامت‌روانی نیروهای نظامی کشور در چه جایگاهی ایستاده است و کدام مسیر را به سمت یک فردای مطلوب ترسیم کند.

این مطالعه برای تعیین و ارائه شاخص‌های سلامت‌روانی در سازمان‌های نظامی در ایران انجام شد تا با استفاده از این شاخص‌ها، بتوان در جهت بهبود سلامت روانی نیروهای نظامی، ارزیابی برنامه‌ها و خدمات سلامت‌روانی، تحلیل مشکلات کارکنان و کمک به سیاست‌گذاران سلامت‌روانی، گام‌های اساسی برداشت.

### روش

این مطالعه بر اساس روش کیو<sup>۲</sup> در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ انجام شده است. روش کیو را پیوند بین روش‌های کیفی و کمی می‌دانند<sup>۳</sup> (ام‌پنگ و همکاران، ۲۰۰۹) زیرا از یک سو، انتخاب مشارکت‌کنندگان از طریق روش‌های نمونه‌گیری احتمالی صورت نمی‌گیرد بلکه نمونه افراد معمولاً به‌طور هدفمند و با اندازه‌های کوچک انتخاب می‌شود که آن را به روش کیفی نزدیک می‌سازد و از سوی

نیروهای نظامی و نظارت دوره‌ای روند تغییرات، ضروری است. به همین دلیل ایجاد شاخص‌های مختلف سلامت‌روانی و استفاده از آنها در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی ضروری به‌نظر می‌رسد. دهه‌های اخیر شاهد رشد سیستم‌های قدرتمند شاخص‌های سلامت اجتماعی بوده است (سوزان و همکاران، ۲۰۱۰). کشورهای توسعه یافته، شاخص‌های سلامت روانی را بر مبنای زمینه‌های نظری به عنوان پروژه‌های ملی، نه تنها برای بررسی وضعیت سلامت‌روانی مردم و نظارت بر روند آن، بلکه برای فراهم آوردن زمینه‌های علمی کمک به سیاست‌گذاران و نظارت بر فرآیندها و نتایج برنامه‌ها، توسعه داده‌اند (ساکسنا و همکاران، ۲۰۰۷).

شاخص‌های عملکرد سلامت، وضعیت یا فرایندهای حیاتی را اندازه‌گیری می‌کنند که به طور بالقوه قابل تغییر هستند و به نظر می‌رسد ارتباط قابل اثباتی با نتایج سلامت داشته باشند. این شاخص‌ها ممکن است ظرفیت، منابع، فرایندها یا نتایج عملی سلامت را بسنجند (بریومن، ۲۰۰۳). شاخص‌ها، متغیرهایی هستند که در اندازه‌گیری میزان تغییرات به صورت مستقیم یا غیر مستقیم به کار برده می‌شوند (سدون و همکاران، ۲۰۰۱، ویور و همکاران، ۲۰۱۰). شاخص‌ها، متغیرهایی هستند که بیانگر و نشان دهنده شرایط موجود هستند؛ بنابراین می‌توانند برای اندازه‌گیری تغییرات مورد استفاده قرار گیرند (راجرز و همکاران، ۲۰۰۲). شاخص سلامت‌روانی به عنوان یک متغیر اندازه‌گیری از وضعیت بهداشت‌روانی تعریف می‌شود؛ این شاخص متغیری است که به سلامت‌روانی مرتبط بوده و یک اولویت یا یک مسئله را در این حوزه نشان می‌دهد (ویلیکینسون و همکاران، ۲۰۰۸، کوریلا و همکاران، ۲۰۰۳). شاخص‌های معتبر<sup>۱</sup>

دیگر، یافته‌ها از طریق تحلیل عاملی و به صورت کاملاً کمی به دست می‌آیند (واتس و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین با توجه به شیوه گردآوری داده‌ها (مرتب‌سازی)، عمیق‌تر می‌توان از ذهنیت مشارکت‌کنندگان آگاه شد (ام‌بنگ و همکاران، ۲۰۰۹). به این ترتیب روش کیو، هم دارای ویژگی‌های روش‌های کیفی و هم دارای برخی ویژگی‌های روش‌های کمی است (ام‌بنگ و همکاران، ۲۰۰۹، واتس و همکاران، ۲۰۰۵)؛ برای تهیه شاخص‌هایی برای ارزیابی عملکرد سیستم کاربرد (جدلو و همکاران، ۲۰۱۰). لذا، این مطالعه براساس روش کیو در شش مرحله انجام شده است:

#### ۱- تهیه و تولید نمونه‌های کیو (گویه‌ها)

با بررسی شاخص‌های سلامت روانی در دیگر کشورها و از طریق بررسی مقالات علمی در مجلات و منابع معتبر، مجموعه‌ای مقدماتی از شاخص‌ها تهیه شد. این شاخص‌ها برحسب نظرات مکتوب برخی شرکت‌کنندگان تبیین و اصلاح شدند و با حذف موارد تکراری، ۲۴۶ شاخص به دست آمد. در این مرحله، مجموعه ۲۴۶ شاخص سلامت روانی که از جستجوی مقالات علمی معتبر در جهان به دست آمده بود، بین ۳۰ نفر از متخصصان و خبرگان حوزه سلامت روانی در نیروهای مسلح کشور توزیع گردید و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و همچنین تشکیل جلسات بحث گروهی متمرکز به بحث و تفسیر گذاشته شد. کارشناسان درباره لیست شاخص‌ها در یک فرایند تکراری اظهار نظر و بحث کردند و شاخص‌های احتمالی دیگر را نیز مشخص نمودند. مصاحبه‌ها و جلسات بحث گروهی در یک زمان و مکان مناسب برای شرکت‌کنندگان انجام شد. متوسط زمان مصاحبه و جلسات بحث گروهی ۶۰ دقیقه بود.

مصاحبه‌ها و بحث گروهی تا زمان رسیدن به اشباع ادامه یافت. پس از ۴ جلسه بحث گروهی و ۵ جلسه مصاحبه، داده‌ها به مرز اشباع رسید. در نهایت ۸۳ عبارت و گویه به عنوان شاخص‌های اولیه سلامت روانی به دست آمد.

#### ۲- انتخاب مشارکت‌کنندگان

در مطالعات انجام شده با استفاده از روش کیو، به جای انتخاب تصادفی، نمونه‌ها با دقت انتخاب می‌شوند (ام‌بنگ و همکاران، ۲۰۰۹). ۳۰ نفر متخصص و کارشناس در حوزه سلامت روانی و مراقبت‌های بهداشتی شاغل در نیروهای نظامی کشور بر اساس نمونه‌گیری هدفمند از نوع همگن<sup>۴</sup> برای انجام مطالعه کیو انتخاب شدند. با توجه به نتایج برخی پژوهش‌ها، انتخاب ۳۰ نفر برای انجام مطالعه کیو کافی است. استفاده از تعداد زیاد شرکت‌کنندگان، ممکن است برخی مشکلات از قبیل از بین رفتن تعدادی داده‌های ضروری را در پی داشته باشد (ام‌بنگ و همکاران، ۲۰۰۹، واتس و همکاران، ۲۰۰۵). معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- دارا بودن حداقل ۱۵ سال سابقه و تجربه حرفه‌ای یا مدیریتی در حوزه سلامت روانی یا مراقبت‌های بهداشتی در سازمان‌های نظامی ۲- دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی ارشد. به همه شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن پاسخ‌ها اطمینان داده شد و از آنها رضایت آگاهانه کلامی کسب گردید. این مطالعه در سال ۱۳۹۰ توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (شماره ۳۰۳-۹۰ تاریخ: ۱۳۹۰/۵/۵) تصویب شد.

#### ۳- رتبه بندی کیو<sup>۵</sup>

هدف از رتبه بندی کیو به دست آوردن ذهنیات و تصورات افراد درباره موضوع مورد تحقیق است. در

در این قسمت داده‌های خام حاصل از قدم قبلی به لحاظ آماری و از طریق تحلیل عاملی کیو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل عاملی روش آماری چند متغیره است که هدف آن خلاصه کردن داده‌ها است. اساس روش تحلیل عاملی بر همبستگی بین متغیرها البته از نوع غیر علی استوار است. در صورتی که ماتریس همبستگی براساس همبستگی بین افراد پاسخگو محاسبه شود به تحلیل عاملی نوع کیو منجر خواهد شد. نتایج تحلیل عاملی از نوع کیو ممکن است نشان دهنده این مسئله باشد که یک دسته از افراد بار بیشتری بر یک عامل دارند، لذا می‌توانند در یک گروه قرار گیرند. بنابراین تجزیه و تحلیل آماری در سه مرحله انجام شد:

الف- استخراج عامل ها<sup>۶</sup>: برای استخراج عامل‌ها به مقدار ویژه<sup>۷</sup> توجه می‌شود که معمولاً باید بیشتر از یک باشد. در کیو متدولوژی بسته به نوع برنامه نرم‌افزار از دو روش سنترئوئید<sup>۸</sup> یا تحلیل مولفه‌های اصلی<sup>۹</sup> استفاده می‌شود. در این مطالعه برای استخراج عامل‌ها، روش تحلیل مولفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. ب- بارگذاری عاملی<sup>۱۰</sup>: که براساس میزان همبستگی بین متغیرها تفسیر شد.

ج- چرخش عامل‌ها<sup>۱۱</sup>: که از چرخش واریماکس<sup>۱۲</sup> به صورت متعامد<sup>۱۳</sup> استفاده شد.

۶- تاویل و تفسیر نتایج

تفسیر و تحلیل نهایی براساس نمره‌های عاملی، نحوه آرایه فاکتورها و همچنین بررسی عبارات موثر در ایجاد عامل‌ها صورت می‌گیرد. به طور کلی محقق باید الگوی فاکتورها را براساس توجه به عوامل زیر تفسیر نماید. نحوه قرارگیری فاکتور کیو<sup>۱۴</sup>، توجه به بارگذاری افراد<sup>۱۵</sup>، درک و فهم خود محقق از پدیده.

واقع رتبه بندی کیو، ماکت یا مینیاتوری از ذهنیت افراد است. در رتبه بندی کیو از تکنیک رتبه بندی با توزیع شبه نرمال استفاده می‌شود. برای انجام رتبه‌بندی در این مطالعه، از اعداد مثبت کمک گرفته شد. یعنی از یک طیف ۹ درجه‌ای (۱ تا ۹) استفاده شد، به طوری که عدد ۱ بیشترین مخالفت و عدد ۹ بیشترین موافقت و به طور طبیعی عدد ۵ نیز وضعیت خنثی را نشان می‌داد. براین اساس دستورالعملی تهیه و تمامی شاخص‌های به دست آمده از مراحل قبلی (۸۳ شاخص) در جدولی در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت تا شاخص‌ها و گویه‌ها را برحسب میزان اهمیت رتبه‌بندی نمایند.

قبل از انجام رتبه‌بندی، یک مرحله آزمایشی از رتبه‌بندی انجام شد که در آن جداول تهیه شده برای رتبه‌بندی به همراه گویه‌ها و عبارات به دست آمده در اختیار تعداد ۱۰ نفر از شرکت کنندگان نمونه و همین طور ۱۰ نفر از متخصصان غیراز کارشناسان تحقیق، قرار گرفت تا عبارات را از جهت اینکه تکراری نباشد، نگارش عبارات به اندازه کافی گویا باشد، هر عبارت تنها بیانگر یک چیز باشد و همچنین بررسی میزان پوشش عبارات نسبت به موضوع تحقیق، رتبه بندی نمایند. در واقع در مرحله آزمایشی، دیدگاه‌های گروه آزمایش نسبت به کم و کیف عبارات بدست آمد. همچنین برای سنجش پایایی مرتب سازی، از روش استفاده از یک دسته عبارات برای دو نمونه افراد مشابه استفاده شد.

۴- ورود و ثبت داده‌ها

در این مرحله نتیجه رتبه‌بندی هر شرکت کننده در برنامه نرم‌افزاری SPSS نسخه ۱۵ ثبت شد.

۵- آنالیز آماری

### یافته ها

تعداد کارشناسان شرکت کننده در این مطالعه ۳۰ نفر، در محدوده سنی ۳۵ تا ۶۰ سال بودند. ۲۵ نفر از شرکت کنندگان مرد و ۵ نفر از آنان زن بودند. همه شرکت کنندگان حداقل دارای ۱۵ سال سابقه تجربه حرفه‌ای یا مدیریتی در حوزه سلامت روانی در نیروهای نظامی بودند. برخی جزئیات و ویژگی‌های شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

اساسی ترین معیارها برای مهم تلقی کردن یک عامل به عنوان یک طبقه برای شاخص‌های سلامت روانی در این مطالعه عبارت بودند از: معیار اول «تفسیرپذیر بودن» آن عامل، براساس معیار دوم عاملی مهم تلقی شد که تعداد بیشتری مشارکت کننده دست کم ۵ فرد، روی آن دارای بار عاملی بزرگی بودند، زیرا آن عامل ذهنیت تعداد قابل توجهی از مشارکت کنندگان را نشان می‌داد. معیار سوم که آن نیز از تحلیل عاملی معمولی به دست می‌آید، انتخاب عاملی بود که بارهای عاملی بزرگی (بیش از ۰/۷) به آن تعلق گرفت.

جدول ۱- ویژگی‌های ۴ گروه کارشناس شرکت کننده در مطالعه

متغیر	ویژگی‌ها	تعداد	درصد
جنسیت	مذکر	۲۵	۸۳/۳
	مونث	۵	۱۶/۷
شغل و حرفه	روانپزشک	۳	۱۰
	روان‌شناس	۱۸	۶۰
	دکترای پزشکی	۴	۱۳/۳
درجه علمی	مشاور	۵	۱۶/۷
	استاد	۲	۶/۶
	استادیار و دانشیار	۸	۲۶/۷
	دانشجوی دکتری تخصصی	۱۲	۴۰
	کارشناس ارشد	۸	۲۶/۶

یا نقطه نظرات مختلفی دارند، به عنوان نمونه انتخاب شد. در مرحله بعدی، ۸۳ گویه به دست آمده در جدولی به صورت نامنظم و تصادفی چیده شد تا مشارکت کنندگان بتوانند گویه‌ها را براساس میزان اهمیت و در یک طیف ۹ درجه‌ای رتبه‌بندی کنند. برای شناسایی الگوهای ذهنی، رتبه‌بندی و مرتب‌سازی کیو انجام شده توسط خبرگان، وارد نرم افزار SPSS شد و تحلیل عاملی کیو با استفاده از آن انجام گرفت. جهت انجام تحلیل عاملی از ماتریس همبستگی<sup>۱۶</sup>

در این تحقیق ابتدا ادبیات مربوط به شاخص‌های سلامت روانی بررسی شد. در فاز دوم با ۳۰ نفر از خبرگان حوزه سلامت روانی سازمان‌های نظامی مصاحبه شد. پس از بررسی‌های دقیق و سازماندهی داده‌ها، ۲۴۶ گویه یا عبارت (شاخص) شناسایی گردید؛ در نهایت ۸۳ گویه (شاخص) به عنوان نمونه کیو انتخاب شدند؛ لازم به توضیح است آن دسته از عباراتی که دارای فراوانی بیشتری بوده یا به نظر می‌رسید مصاحبه شونده‌ها به آنها از زوایای متفاوتی نگریسته و

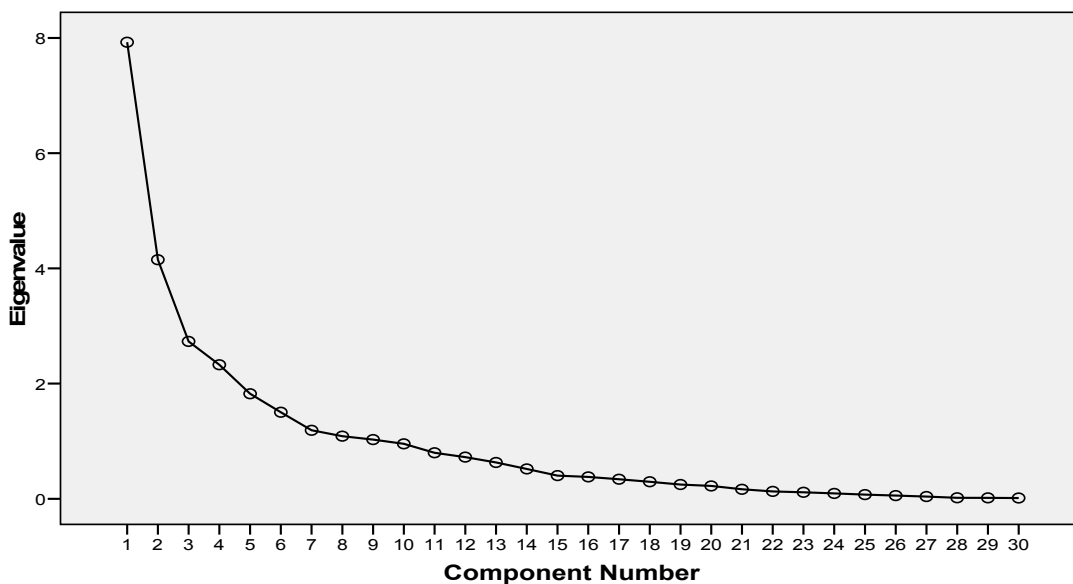
استفاده شد. عامل‌ها به وسیله روش مولفه اصلی استخراج شدند و به روش واریماکس پنج دور چرخش یافتند. ابتدا برای تشخیص مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی از آماره‌های  $KMO^{19}$  و آزمون بارتلت استفاده شد. مقدار آزمون  $KMO$  برای مجموع شاخص‌های سلامت‌روانی، برابر  $0/624$  و مقدار آزمون بارتلت نیز برابر  $2256/67$  به دست آمد که در سطح یک درصد معنادار است. این دو آزمون بیانگر این است که داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب هستند. بنابراین

نتایج تحلیل نشان می‌دهد که شرایط لازم جهت تحلیل عاملی وجود دارد (جدول ۲). برای تعیین تعداد عامل‌ها از نمودار تست بریدگی، مقدار ویژه و درصد واریانس استفاده شد. برهمن اساس سه عامل شناسایی شدند که  $68/072$  درصد از کل واریانس با این سه عامل تحت پوشش قرار گرفت. سه عنصر با مقدار ویژه بزرگ‌تر از یک یافت شدند، نمودار سنگریزه نیز سه عنصر را تایید کرد (شکل ۱).

جدول ۲- مقدار  $KMO$  و آزمون بارتلت و سطح معناداری

سطح معناداری	بارتلت	$KMO$
۰/۰۰۰	۲۲۵۶/۶۷	۰/۶۲۴

Scree Plot



شکل ۱- تست بریدگی برای تعیین تعداد عامل‌ها

۱۰ کارشناس حاضر در پنل کارشناسی و ۱۰ کارشناس مستقل تکرار شد. تکرار مرتب سازی تا  $73\%$  مطابق با رتبه‌بندی قبلی بود. عوامل سه‌گانه مجموعاً  $67/072$  درصد از کل واریانس متغیرها را تبیین کردند (جدول ۳).

آلفای کرونباخ محاسبه شده،  $0/870$  به دست آمد، بنابراین می‌توان اظهار داشت گویه‌ها از پایایی مطلوبی برخوردار بوده و از بابت همبستگی درونی گویه‌ها با یکدیگر اطمینان وجود دارد. همچنین به منظور بررسی پایایی، مرتب سازی توسط

جدول ۳- عامل‌های استخراج شده همراه با مقدار ویژه و واریانس قبل از چرخش عامل‌ها

عامل	مقدار ویژه	درصد واریانس	درصد واریانس تجمعی
۱	۳/۱۷۳	۳۴/۵۸۷	۳۴/۵۸۷
۲	۲/۷۳۲	۱۸/۸۳۶	۵۳/۴۲۳
۳	۱/۶۵۵	۱۳/۶۴۹	۶۷/۰۷۲

هر یک از عامل‌های محاسبه شده بیشترین واریانس کل متغیرها را تحت پوشش قرار دهد (جدول ۴). همبستگی هر یک از عامل‌های محاسبه شده با متغیرهای تشکیل دهنده آن بعد از چرخش در جداول ۵، ۶ و ۷ نشان داده شده است.

نهایتاً با استفاده از روش واریماکس متغیرها به نحوی چرخش داده شدند که هر یک از عامل‌های محاسبه شده با سایر عامل‌ها، کمترین همبستگی را داشته و هر یک از متغیرهای تشکیل دهنده عامل با عامل مربوطه بیشترین ضریب همبستگی را داشته باشد و همچنین،

جدول ۴- عامل‌های استخراج شده همراه با مقدار ویژه و واریانس پس از چرخش عامل‌ها

عامل	مقدار ویژه	درصد واریانس	درصد واریانس تجمعی
۱	۳/۰۰۹	۲۳/۲۵۶	۲۳/۲۵۶
۲	۲/۹۲۷	۲۰/۲۶۲	۴۳/۶۱۸
۳	۲/۶۵۱	۱۶/۸۲۹	۶۰/۴۴۷

عامل اول: «وضعیت سلامت روانی» که شاخص‌های «میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در بین کارکنان برحسب سن، جنس و نوع اختلال در طول سال»، «ترخ اقدام به خودکشی»، «میزان بروز اختلالات روانپزشکی برحسب سن، جنس و نوع اختلال»، «میزان شیوع مصرف مواد»، «تعداد مرگ و میر ناشی از خودکشی»، «تعداد مستمیری بگیران و از کارافتادگی به دلیل ناتوانی‌های روانی»، «تعداد بیماران مزمن روانی در سال»، «میزان فرسودگی شغلی کارکنان»، «میزان استفاده از مرخصی استعلاجی به دلیل مشکلات سلامت روانی در سال»، «میزان آگاهی و سواد (نگرش) مسئولان و فرماندهان

شاخص‌ها براساس رتبه به دست آمده و انجام مراحل تحلیل عاملی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند که در نتیجه آن و با توجه به نحوه قرارگیری فاکتور کیو، توجه به بارگذاری افراد (عاملی مهم تلقی شد که تعداد بیشتری مشارکت کننده، دست کم ۵ فرد، روی آن دارای بار عاملی بزرگی بودند)، نهایتاً ۳۰ شاخص که بارعاملی بیشتری داشتند (بیشتر از ۰/۷) در سه طبقه وضعیت سلامت روانی<sup>۱۸</sup>، خدمات سلامت روانی<sup>۱۹</sup> و سیستم سلامت روانی<sup>۲۰</sup> جای گرفتند. با توجه به چرخش عامل‌ها، سه عامل مورد نظر و متغیرهای تشکیل دهنده آن به شرح زیر می‌باشند:



«نرخ اقدام به خودکشی»، «میزان بروز اختلالات روانپزشکی برحسب سن، جنس و نوع اختلال»، «میزان شیوع مصرف مواد»، «تعداد مرگ و میر ناشی از خودکشی»، دارای بالاترین نمره بار عاملی و رتبه بودند (جدول ۵).

درمورد سلامت روانی و «تعداد جرائم و تخلفات سازمانی در طول سال» در این طبقه قرار گرفتند که ۲۳/۲۵۶ درصد واریانس کل را تبیین می‌کند. در این طبقه، شاخص‌های «میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در بین کارکنان برحسب سن، جنس و نوع اختلال».

جدول ۵- رتبه و همبستگی محاسبه شده عامل اول با متغیرهای تشکیل دهنده آن بعد از چرخش

رتبه کل	رتبه در عامل	بار عامل	متغیر (گویه)	نام عامل
۱	۱	۰/۸۳۷	میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در بین کارکنان	وضعیت سلامت روانی
۲	۲	۰/۸۳۵	نرخ اقدام به خودکشی در طول سال	وضعیت سلامت روانی
۱۲	۳	۰/۷۳۵	میزان بروز اختلالات روانپزشکی برحسب سن، جنس و نوع اختلال در طول سال	
۱۳	۴	۰/۷۳۰	میزان شیوع مصرف مواد	
۱۴	۵	۰/۷۲۷	تعداد مرگ و میر ناشی از خودکشی	
۱۵	۶	۰/۷۲۵	تعداد مستمری بگیران و از کارافتادگی به دلیل ناتوانی‌های روانی در طول سال	
۲۳	۷	۰/۷۱۹	تعداد بیماران مزمن روانی در سال	
۲۴	۸	۰/۷۱۹	میزان فرسودگی شغلی کارکنان	
۲۵	۹	۰/۷۱۸	میزان استفاده از مرخصی استعلاجی	
۲۸	۱۰	۰/۷۰۶	به دلیل مشکلات سلامت‌روانی در سال	
۳۰	۱۱	۰/۷۰۱	میزان آگاهی و سواد (نگرش) مسئولان و فرماندهان درمورد سلامت‌روانی	
			تعداد جرائم و تخلفات سازمانی در طول سال	

یگان‌هایی که حداقل یک کارشناس روان‌شناسی آموزش دیده دارند» در این طبقه قرار گرفتند که ۲۰/۲۶۲ درصد واریانس کل را تبیین می‌کند. در این طبقه بالاترین رتبه متعلق به شاخص‌های «درصد کل بودجه و اعتبارات بخش خدمات سلامت روانی»، «تعداد متخصصان (روانپزشک، روان‌شناس، مشاور و...)»، «تعداد تخت‌های روانپزشکی برای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت» و «تعداد مراکز و واحدهای مراقبت‌های سلامت‌روانی»، «تعداد کل نیروی انسانی شاغل در بخش‌ها و واحدهای سلامت روانی» و «تعداد واحدها و

عامل دوم: «نظام سلامت‌روانی» که شاخص‌های «درصد کل بودجه و اعتبارات بخش خدمات سلامت روانی»، «تعداد متخصصان (روانپزشک، روان‌شناس، مشاور و...)»، «تعداد تخت‌های روانپزشکی برای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت»، «میزان سرانه خدمات سلامت روانی»، «تعداد مراکز و واحدهای مراقبت‌های سلامت‌روانی»، «تعداد کل نیروی انسانی شاغل در بخش‌ها و واحدهای سلامت روانی» و «تعداد واحدها و

جدول ۶- رتبه و همبستگی محاسبه شده عامل دوم با متغیرهای تشکیل دهنده آن بعد از چرخش

نام عامل نظام سلامت	متغیر (گویه)	بار عامل	رتبه در عامل	رتبه کل
روانی	درصد کل بودجه و اعتبارات بخش خدمات سلامت روانی	۰/۸۱۲	۱	۳
	تعداد متخصصان (روانپزشک، روان شناس، مشاور و...)	۰/۸۱۰	۲	۴
	تعداد تخت‌های روانپزشکی برای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت	۰/۸۰۴	۳	۵
	میزان سرانه خدمات سلامت روانی	۰/۷۸۵	۴	۸
	تعداد مراکز و واحدهای مراقبت‌های سلامت روانی	۰/۷۶۶	۵	۹
	تعداد کل نیروی انسانی شاغل در بخش‌ها و واحدهای سلامت روانی	۰/۷۶۵	۶	۱۰
	تعداد واحدها و یگان‌هایی که حداقل یک کارشناس روان‌شناسی آموزش دیده دارند	۰/۷۴۹	۷	۱۱

استفاده می‌کنند»، «تعداد برنامه‌های آموزش معنوی (عقیدتی) کارکنان» و «تعداد آموزش‌های مستمر فردی و گروهی سلامت روانی در طول سال برای کارکنان»، در این طبقه قرار گرفتند که ۱۶/۸۲۹ درصد واریانس کل را تبیین می‌کند. در این گروه، به ترتیب شاخص‌های «میانگین مدت اقامت در بخش روانپزشکی به روز»، «نرخ بستری مجدد در طول سال»، «تعداد دوره‌های آموزش سلامت روانی برای کارشناسان و متخصصین»، «تعداد ارزیابی‌های دوره‌ای و چکاپ‌های روان‌شناختی هر نفر در طول سال» بالاترین رتبه و نمره عاملی را به خود اختصاص دادند (جدول ۷).

عامل سوم: «خدمات سلامت روانی» که شاخص‌های «میانگین مدت اقامت در بخش روانپزشکی به روز»، «نرخ بستری مجدد در طول سال»، «تعداد دوره‌های آموزش سلامت روانی برای کارشناسان و متخصصین»، «تعداد ارزیابی‌های دوره‌ای و چکاپ‌های روان‌شناختی هر نفر در طول سال»، «تعداد فعالیت‌ها و برنامه‌های پیشگیرانه (اعتیاد و خودکشی و...)»، «درصد اشغال تخت‌های روانپزشکی»، «میزان رضایت کارکنان از خدمات سلامت روانی»، «تعداد بستری و ترخیص بیماران روانی در طول سال»، «درصد جمعیتی که به خدمات سلامت روانی اولیه دسترسی دارند»، «درصد جمعیتی که از خدمات سلامت روانی در طول سال

جدول ۷- رتبه و همبستگی محاسبه شده عامل سوم با متغیرهای تشکیل دهنده آن بعد از چرخش

نام عامل	متغیر (گویه)	بار عامل	رتبه در عامل	رتبه کل
خدمات سلامت روانی	میانگین مدت اقامت در بخش روانپزشکی به روز	۰/۷۹۸	۱	۶
	نرخ بستری مجدد در طول سال	۰/۷۸۵	۲	۷
	تعداد دوره‌های آموزش سلامت روانی برای کارشناسان و متخصصین	۰/۷۲۴	۳	۱۶
	تعداد ارزیابی‌های دوره‌ای و چکاپ‌های روان‌شناختی هر نفر در طول سال	۰/۷۲۴	۴	۱۷

۱۸	۵	۰/۷۲۲	تعداد فعالیت‌ها و برنامه‌های پیشگیرانه
۱۹	۶	۰/۷۲۱	درصد اشغال تخت‌های روانپزشکی
۲۰	۷	۰/۷۲۱	میزان رضایت کارکنان از خدمات سلامت روانی
۲۱	۸	۰/۷۲۰	تعداد بستری و ترخیص بیماران روانی در طول سال
۲۲	۹	۰/۷۲۰	درصد جمعیتی که به خدمات سلامت روانی اولیه دسترسی دارند
۲۶	۱۰	۰/۷۱۴	درصد جمعیتی که از خدمات سلامت روانی در طول سال استفاده می‌کنند
۲۷	۱۱	۰/۷۱۰	تعداد برنامه‌های آموزش معنوی (عقیدتی) کارکنان
۲۹	۱۲	۰/۷۰۵	تعداد آموزش‌های مستمر فردی و گروهی سلامت روانی در طول سال برای کارکنان

### بحث و نتیجه گیری

سلامت روانی مردم (به عنوان مثال، درصد جمعیت آسیب پذیر)، منابع سرمایه‌ای در سیستم‌های خدمات سلامت روانی (به عنوان مثال، تعداد متخصصان سلامت روانی به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر و درصد بودجه برای برنامه‌های ارتقاء سلامت روانی در بودجه عمومی)، کیفیت خدمات سلامت روانی ارائه شده (به عنوان مثال، تعداد سالانه بیماران بستری در بیمارستان‌های روانی در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر) و تاثیر خدمات سلامت روانی (به عنوان مثال، نرخ سالانه خودکشی، کاهش علائم، سطوح ناتوانی، کیفیت زندگی) کاربرد دارند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵).

این مطالعه ۳۰ شاخص را در سه طبقه اصلی برای استفاده در نظام سلامت روانی سازمان‌های نظامی معرفی و پیشنهاد کرده است. طبقه و دامنه اول شامل شاخص‌هایی است که مربوط به وضعیت سلامت روانی است. وضعیت سلامت روانی، سلامت روانی مثبت و مشکلات سلامت روانی از جمله اختلالات روانی را پوشش می‌دهد و به طور کلی با بیماری روانی و بروز آن مرتبط است. طبقه نتایج مطالعه حاضر، ۱۱ شاخص در این طبقه قرار گرفتند که می‌توان از

انواع مختلفی از برنامه‌های ارتقاء سلامت روانی و پیشگیری از اختلالات روانی، به شاخص‌های معتبر مختلف نیاز خواهند داشت که بستگی به طرح، گروه هدف و تنظیم برنامه دارد (بوش و همکاران، ۲۰۰۵، جان-لوپز، ۲۰۰۷).

تعیین شاخص‌های سلامت روانی یک ضرورت بسیار مهم در ارزیابی نظام سلامت برای مدیران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت روانی است (کورکیلا، ۲۰۰۳، شیلد، ۲۰۰۳)، تا بر این اساس بتوان اولویت‌های مهم سلامت روانی نیروهای نظامی را تعیین و برنامه‌های ارائه شده را به نحو مطلوبی اجرا نمود.

هدف از توسعه شاخص‌ها، کمک به درک عملکرد خدمات سلامت و تهیه اطلاعات سلامت، تعیین هر ساله شاخص‌های جدید بر اساس اهداف خدمات سلامت و بازتاب تغییرات و پیگیری درستی عملکرد بر اساس برنامه‌ها است (موسسه اطلاعات سلامت کانادا، ۲۰۱۳). به این معنی که این شاخص‌ها برای اندازه‌گیری جنبه‌های مختلف مانند نیازهای

شاخص‌های «میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در بین کارکنان»، «نرخ اقدام به خودکشی»، «میزان بروز اختلالات روانپزشکی»، «میزان شیوع مصرف مواد» و «تعداد مرگ و میر ناشی از خودکشی» به عنوان مهمترین شاخص‌های این طبقه یاد کرد. طبق نتایج دیگر تحقیقات، شاخص‌های ممکن برای این جنبه می‌تواند شامل شیوع، بروز یا بار بیماری و خودکشی، سال‌های زندگی با ناتوانی<sup>۲۱</sup> (YLD)، سال‌های زندگی از دست‌رفته به دلیل مرگ زودرس<sup>۲۲</sup> (YLL)، علل منجر به فوت و همچنین امید به زندگی و تندرستی باشد (موسسه اطلاعات سلامت کانادا، ۲۰۱۳). اطلاعات مربوط به شاخص‌های حوزه وضعیت سلامت روانی بیشتر از طریق بررسی‌های زمینه‌یابی و مطالعات همه‌گیرشناسی به دست می‌آید (موسسه اطلاعات سلامت کانادا، ۲۰۱۳، سوزان و همکاران، ۲۰۱۰).

۷ شاخص در طبقه «نظام سلامت روانی» قرار گرفتند. نظام سلامت روانی شامل شاخص‌های مربوط به منابع سلامت روانی و سیاست‌ها و برنامه‌های مربوط به سلامت روانی، سازمان و منابع انسانی مرتبط با خدمات سلامت روانی و بودجه و اعتبارات می‌شود. این بعد بیشتر در برگیرنده برنامه‌های سلامت جامعه، خدمات مراقبت اولیه و بخش‌های مراقبت حاد و مراقبت مستمر است (بریومن و همکاران، ۲۰۰۳، ایوانس، ۱۹۹۰). در واقع این بعد در برگیرنده آن بخش از ویژگی‌های جامعه و نظام سلامت است که اطلاعات زمینه‌ای فراهم می‌کند اما مقیاس‌های مستقیم وضعیت سلامت، عوامل سلامت یا عملکرد سیستم سلامت نیستند. این ویژگی‌های زمینه‌ای به ۳ گروه تقسیم می‌شوند: ۱- منابع: شامل منابع مالی، انسانی یا سایر انواع منابع (مانند تعداد تخت‌های بیمارستانی یا تعداد متخصصان حوزه سلامت روانی) ۲-

جمعیت (نظیر ساختار سنی یا نسبت جمعیت ساکن در مناطق شهری و روستایی). ۳- خدمات بهداشتی (موسسه اطلاعات سلامت کانادا، ۲۰۱۳). در مطالعه حاضر، هماهنگ با دیگر تحقیقات، درصد کل بودجه و اعتبارات بخش خدمات سلامت روانی، میزان سرانه خدمات سلامت روانی، تعداد متخصصان و تعداد تخت‌های روانپزشکی به عنوان مهمترین شاخص‌های این گروه به دست آمد. از آنجا که تعداد واحدها و یگان‌هایی که دارای کارشناسان سلامت روانی هستند در سازمان‌های نظامی و به‌ویژه یگان‌ها و واحدهای نظامی دورافتاده‌تر خیلی مهم است، یک شاخص هم تحت عنوان «تعداد واحدها و یگان‌هایی که حداقل یک کارشناس روان‌شناسی آموزش دیده دارند» به دست آمد. خدمات سلامت روانی نیز به عنوان بعد سوم، تمام فعالیت‌های سلامت روانی که برای ارتقاء، پیشگیری، درمان و توانبخشی انجام می‌شود را در بر می‌گیرد. در این مطالعه، از ۱۲ شاخص به دست آمده، موارد زیر به ترتیب جزء مهم‌ترین شاخص‌های این بعد قرار گرفتند: «میانگین مدت اقامت در بخش روانپزشکی به روز»، «نرخ بستری مجدد در طول سال»، «تعداد دوره‌های آموزش سلامت روانی برای کارشناسان و متخصصین»، «تعداد ارزیابی‌های دوره‌ای و چکاپ‌های روان‌شناختی هر نفر در طول سال». از این ۳۰ شاخص، اطلاعات ۲۲ شاخص (شاخص‌هایی مانند نرخ اقدام به خودکشی، تعداد مرگ و میر ناشی از خودکشی یا تعداد متخصصان را می‌توان از طریق جمع‌آوری داده‌های آماری موجود به دست آورد و ۸ شاخص دیگر از جمله شاخص‌های میزان شیوع اختلالات روانپزشکی یا میزان آگاهی و سواد (نگرش) سلامت روانی کارکنان، نیاز به سنجش و ارزیابی و بررسی‌های زمینه‌ای و همه‌گیرشناسی دارد. در میان

۳۰ شاخص به دست آمده، بالاترین نمرات بارهای عاملی متعلق به طبقه نظام سلامت روانی بود و این نشان می‌دهد که اهمیت منابع از قبیل سیاست‌ها، سازمان، منابع انسانی و مالی در درک وضعیت فعلی سلامت روانی در سازمان‌های نظامی چقدر بالا است. علاوه بر این، شاخص‌های حوزه وضعیت سلامت روانی نیز در رتبه‌های بالایی قرار گرفتند. به طور خاص، اینکه «میزان شیوع اختلالات روانپزشکی» و «نرخ خودکشی» رتبه‌های اول را به دست آورده‌اند احتمالاً می‌تواند به این دلیل باشد که تعداد اختلالات روانی و خودکشی روز به روز در حال افزایش است.

از آنجا که متأسفانه تحقیقاتی در زمینه شاخص‌های سلامت روانی در نیروهای نظامی داخل یا خارج از کشور یافت نشد و دلیل آن می‌تواند عدم انجام چنین مطالعاتی باشد و یا اینکه معمولاً چنین اطلاعاتی به دلیل سری بودن منتشر نمی‌شود؛ بنابراین به چند نمونه تحقیق در زمینه توسعه سلامت روانی در برخی سازمان‌ها و کشورها اشاره می‌شود. به تازگی، چند سازمان بین‌المللی و برخی کشورها، پروژه‌هایی را برای توسعه شاخص‌های سلامت روانی انجام دادند. به عنوان مثال سازمان همکاری اقتصادی و توسعه<sup>۲۳</sup>، پروژه کیفیت شاخص‌های مراقبت‌های بهداشتی را انجام داد که براساس نتایج این پروژه، سلامت روانی به عنوان یکی از پنج حوزه اولویت‌دار در شاخص‌های به دست آمده در کشورهای عضو تعریف شده است (ایوانس و همکاران، ۱۹۹۰). سازمان بهداشت جهانی یک پروژه برای توسعه شاخص‌ها برای ارزیابی سیاست‌های سلامت روانی و خدمات قابل استفاده در کشورهای توسعه نیافته عضو که سیستم جمع‌آوری اطلاعات سلامت روانی ندارند، اجرا کرد. طی این پروژه، ۱۵۶ شاخص در ۶ طبقه و ۲۸ زیر طبقه معرفی شد. این

پروژه نشان داد که ابزار و شیوه‌های ارزیابی و پایش سلامت روانی در کشورهای توسعه یافته، از نظر هدف، ساختار و محتوا، با کشورهای توسعه نیافته متفاوت بوده و در این کشورها قابل استفاده نمی‌باشد (ساکسنا و همکاران، ۲۰۰۷). اتحادیه اروپا نیز برای توسعه اطلاعات سلامت روانی و تعیین سطح اروپا<sup>۲۴</sup> پروژه‌ای را بر اساس پروژه‌های قبلی برای بهسازی و ترویج اطلاعات سلامت روانی و مقایسه میان کشورهای عضو با هدف گسترش سیستم‌های نظارت بر سلامت روانی، پایه‌گذاری و اجرا نمود. در این پروژه علاوه بر مشکلات و اختلالات روانی، به سلامت روانی مثبت و ارتقاء سلامت روانی نیز پرداخته شد. این پروژه ۳۵ شاخص را در ۹ حوزه پیشنهاد کرد. (موسسه تعیین سطح سلامت اروپا، ۲۰۱۲). در دیگر کشورها از جمله ایالات متحده آمریکا (برنامه بهبود آماری سلامت روان، ۲۰۱۲)، استرالیا (کمیته عملکرد ملی سلامت روانی استرالیا، ۲۰۰۸)، انگلستان (آکادمی سلامت انگلیس، ۲۰۰۱)، اسکاتلند (پارکینسون، ۲۰۰۲)، کره (هان و همکاران، ۲۰۱۲) نیز شاخص‌های سلامت روانی به منظور نظارت بر عملکرد و خدمات سلامت روانی توسعه داده شده است.

مطالعه حاضر به عنوان یک مطالعه پایه برای توسعه شاخص‌های سلامت روانی در سازمان‌های نظامی انجام شده است که نتایج آن می‌تواند منعکس کننده وضعیت فعلی سلامت روانی در این سازمان‌ها باشد. علاوه بر این، شاخص‌ها می‌تواند در ارزیابی وضعیت فعلی سلامت روانی، جهت‌گیری برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های آتی، به روز رسانی اطلاعات حوزه سلامت روانی، امکان مقایسه‌های علمی و همچنین نظارت و ارزیابی خدمات سلامت روانی با هدف ارتقاء

- 14- Q-Factor Arrays
- 15- Person Loading On the Factor
- 16- Correlation matrix
- 17- Kaiser-Meyer-Olkin
- 18- Mental health status
- 19- Mental health service
- 20- Mental health system
- 21- Years Lived with Disability
- 22- Years of Life Lost due to premature mortality
- 23- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
- 24- Mental Health Information and Determinants for the European Level (MINDFUL)

### منابع

- ۱- عابدی، لطفعلی. مزروعی، حسین. (۱۳۸۹) عوامل فردی موثر بر رضایت شغلی نیروهای نظامی. مجله طب نظامی. شماره ۱۰(۳). ص: ۴۹-۴۵
- 2- Braveman, P.A., (2003). Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *J Health Popul Nutr.*, 21(3): 181-92
- 3- Braveman PA, Cruskin S : Defining equity in health. *Epidemiol Community Health.* 2003; 57: 254-8
- 4- Bush, R., Donald, M., & Dower, J. (2005). Working locally with national outcomes and indicators for mental health: making evaluation realistic and reliable. Available at: <http://www.sph.uq.edu.au/cphc/research/indicators.html>.
- 5- Deaton, A. (2001). Inequalities in income and inequalities in health. Chicago, Chicago University Press ; 285
- 6- Department of Health. NHS Performance Ratings: Acute Trusts, Specialist Trusts, Ambulance Trusts, Mental Health Trusts 2001/02. London: Department of Health Publications; 2002.
- 7- Evans RG, Stoddart GL: Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med.*(1990); 31(12): 1347-63.
- 8- Han H, Ahn DH, Song J, Hwang TY, Roh S. (2012). "Development of Mental Health Indicators in Korea", *Psychiatry Investigation.* 9(4): 311-318.
- 9- Health Indicators (2013) , Canadaian Institute for Health Information , Available from [https://secure.cih.ca/free\\_products/HI2013\\_EN.pdf](https://secure.cih.ca/free_products/HI2013_EN.pdf)
- 10- Iversen, A. C., Staden, L. v., Hughes, J. H., Browne, T., Hull, L., Hall, J., Greenberg, N., Rona, R. J., H, M., Wessely, S., and Fear, N. T. (2009). The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *Journal of BMC Psychiatry.* 9, 1-12.

کیفیت سلامت روانی در سازمان‌های نظامی مفید باشد.

نقطه قوت اصلی این مطالعه استفاده از روش کیو بود. استفاده از این روش می‌تواند برای هدایت پژوهش‌های آتی سودمند باشد. محدودیت عمده این مطالعه این بود که بررسی نظرات فقط محدود به نظر کارشناسان و متخصصین شده بود که در مطالعات بعدی کارکنان و مدیران و مصرف‌کنندگان خدمات سلامت روانی نیز می‌تواند گنجانده شود. از طرفی شاخص‌ها فقط کارکنان و سازمان نظامی را هدف قرار داده بود و درآینده می‌توان خانواده‌ها و فرزندان افراد نظامی را نیز برای تعیین شاخص‌ها به عنوان گروه هدف مورد بررسی قرار داد.

### تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی نویسنده اول مقاله می‌باشد که با حمایت مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) انجام شده است. نویسنده اول بر خود لازم می‌داند از اساتید، محققان و کلیه همکاران و همه عزیزانی که به نوعی در انجام این مطالعه مشارکت و همکاری داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی نماید.

### پی‌نوشت‌ها

- 1- Valid indicators
- 2- Q methodology
- 3- qualiquantological
- 4- purposive sampling type of Homogeneous sampling
- 5- Q-Sorting
- 6- Factors Extraction
- 7- Eign Value
- 8- Centroid
- 9- Principle Component Analysis
- 10- Factor Loading
- 11- Factor Rotation
- 12- Varimax
- 13- Orthogonal

Mentally Healthy Community Through the Use of Behavioral Health Indicators. *Applied Research QualityLife* 5:273-285

24- Watts, S.; Stenner, P.(2005). Doing Q methodology: Theory, Method & Interpretation. *Qualitative Research in Psychology*. 2, 67-91.

25- Weaver, J. B., III, et al.(2010). "Health information-seeking behaviors, health indicators, and health risks." *Am.J.Public Health* 100.8. 1520-25.

26- Wilkinson, J., Bywaters,J., Simms,S., Chappel, D., Glover,G. (2008). "Developing mental health indicators in England." *Public Health*. 122.9: 897-905.

27- World Health Organization. *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Information Systems*. Geneva: World Health Organization; (2005).

11- Jane-Lopis, E.(2007). "Mental health promotion: concepts and strategies for reaching the population." *Health Promot. J.Austr.* 18.3 .191-97.

12- Jedeloo S, van Staa A, Latour JM, van Exel NJ.(2010). Preferences for health care and self-management among Dutch adolescents with chronic conditions: a Q-methodological investigation. *Int J Nurs Stud*. 47(5):593-603.

13- Korkeila,J.,Lehtinen,V.,Bijl,R.,Dolgard,O.S.,Kovess,V.,Morgan,a.,Salize,H.J.(2003)."Establishing a set of mental health indicators for Europe." *Scand.J.Public Health* 31.6: 451-59.

14- Mbeng, Lawrence O., Jane Probert, Paul S. Phillips, and Roy Fairweather.(2009). "Assessing Public Attitudes and Behaviour to Household Waste Management in Cameroon to Drive Strategy Development: A Q Methodological Approach", *Sustainability*.

15- Mental Health Statistics Improvement Program's Consumer-Oriented Mental Health Report Card. Available at: <http://www.mhsip.org/reportcard/>. Accessed May 8, (2012).

16- MINDFUL-Mental Health Information and Determinants for the European Level. Available at: <http://info.stakes.fi/mindful/EN/frontpage.htm>. Accessed May 8, (2012).

17- National Mental Health Performance Subcommittee. *Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services: Technical Specification Summary*. Canberra: Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia; (2008).

18- Parkinson J.(2007). *Establishing a Core Set of National, Sustainable Mental Health Indicators for Adults in Scotland: Final Report*. Edinburgh: NHS Health Scotland.

19- Rogers A, Campbell SM, Gask L, et al.(2002). Some national service frameworks are more equal than others: implementing clinical governance for mental health in primary care groups and trusts. *J Ment Health*.11:199-212.

20- Saxena S, Lora A, van Ommeren M, Barrett T, Morris J, Saraceno B.( 2007). WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: collecting essential information for policy and service delivery. *Psychiatr Serv*. 58:816-821.

21- Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, et al. (2001).Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the United Kingdom, Australia and New Zealand. *Qual Health Care*.10:152-8.

22- Shield T, Campbell S, Rogers A, Worrall A, Chew-Graham C, Gask L.(2003).Quality indicators for primary care mental health services. *Qual Saf Health Care*. 12(2):100-6.

23- Susan A. Stone. Lynda E. Frost. James R. Van Norman. Kathleen A. Casey. (2010). *Creating a*