شاخص‌های سلامت‌روانی

توسعه شاخص‌های سلامت‌روانی در ایران

خسرو محمدی [۱*]
خدابخش احمدی [۲]
علی فتحی‌آشتیانی [۳]
پرویز آزادفلاح [۴]
عباس عبادی [۵]

*۱. دکترای تخصصی روان شناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
kh.mohamadi@gmail.com

۲. دانشیار، دکترای تخصصی مشاوره، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

۳. استاد، دکترای تخصصی روان‌شناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

۴. دانشیار، دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۵. دانشیار، دکترای تخصصی آموزش بهداشت، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۲/۰۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: ارتقاء سلامت‌روانی و پیشگیری از مشکلات روانی یک هدف و وظیفه مهم برای مدیران، مسئولان و دست‌اندرکاران حوزه سلامت‌روانی در کشور است. رسیدن به این هدف مستلزم استقرار شبکه‌های اطلاع‌رسانی فعال و سیستم‌های مؤثر جمع‌آوری اطلاعات و تعیین شاخص‌های سلامت‌روانی است. این مطالعه با هدف تعیین و توسعه شاخص‌های سلامت‌روانی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه بر اساس روش کیو و در شش مرحله انجام شده است: تهیه و تولید نمونه‌های کیو (گویه‌ها)، انتخاب ۳۰ نفر متخصص در حوزه سلامت‌روانی با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان مشارکت‌کنندگان در طرح، رتبه‌بندی کیو در یک طیف ۹ درجه‌ای بر اساس میزان اهمیت هر گویه (شاخص)، ثبت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS، تجزیه‌وتحلیل آماری از طریق تحلیل آماری کیو (تحلیل مؤلفه‌های اصلی) و در نهایت تأویل و تفسیر نتایج.

یافته‌ها: ۲۱ شاخص برای استفاده در نظام سلامت‌روانی کشور در سه طبقه وضعیت سلامت‌روانی، نظام سلامت‌روانی و خدمات سلامت‌روانی تعیین و معرفی شدند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه یک مطالعه پایه برای شناسایی و توسعه شاخص‌های سلامت‌روانی است که شاخص‌های سلامت‌روانی را برای اصلاح نظارت‌ها و سیاست‌گذاری‌ها، ارائه خدمات سلامت‌روانی مناسب، ارتقاء سطح سلامت‌روانی و به‌روزرسانی و اندازه‌گیری اطلاعات سلامت‌روانی معرفی کرد.

کلیدواژه‌ها: شاخص‌های سلامت‌روانی، سلامت‌روانی، روش کیو، ایران.

◀ **استناد:** محمدی خ، احمدی خ، فتحی‌آشتیانی ع، آزادفلاح پ، عبادی ع. توسعه شاخص‌های سلامت‌روانی در ایران. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۳۹۳؛ ۲(۱): ۳۷-۴۸.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

MENTAL HEALTH INDICATORS

Development of Mental Health Indicators in Iran

Khosro Mohamadi [1]
Khodabakhsh Ahmadi [2]
Ali Fathi-Ashtiani [3]
Parviz AzadFallah [4]
Abbas Ebadi [5]

1. PhD in Psycology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah Univ. of Medical Sciences (BMSU), Tehran, Iran. (Corresponding author)
kh.mohamadi@gmail.com

2. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, BMSU, Tehran, Iran.

3. Professor, Behavioral Sciences Research Center, BMSU, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Tarbiat Modarres Univ. (TMU), Tehran, Iran.

5. PhD in Health Education, Associate Professor, BMSU, Tehran, Iran.

Received: 23/04/2014
Accepted: 01/05/2014

ABSTRACT

Background and objective: Promoting mental health and preventing mental health problems are important tasks for directors, officers and mental health professionals. This objective requires the establishment of information networks and systems enable efficient data collection and determining indicators of mental health. This study was conducted to determine the mental health Indicators in Iran.

Methods: This study was performed based on Q methodology in six stages: 1) development of Q sample statements, 2) selection of participants (professionals in health and mental health) 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), and 6. factor interpretation.

Results: Twenty-one indicators were offered in three categories: mental health status, mental health service and mental health system.

Conclusion: This study was a preliminary study for identification of mental health indices that reflects the status of mental health in Iran. Indicators obtained in this study can also be used in regulatory reforms and policies, providing appropriate mental health services, mental health promotion, updates and measuring mental health information.

Keywords: Mental health indicators, Mental health, Q-methodology, Iran.

▶ **Citation**: Mohamadi K, Ahmadi K, Fathi-Ashtiani A, AzadFallah P, Ebadi A. Development of Mental Health Indicators in Iran. Journal of Health Education and Health Promotion 2014; 2(1): 37-48.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

مقدمه

ارائه خدمات سلامت‌روانی به جامعه مستلزم برآورد دقیقی از کیفیت عملکرد نظام سلامت‌روانی و همینطور وضعیت سلامت‌روانی افراد جامعه است. لذا بررسی و تعیین شاخص‌های سلامت‌روانی یک ضرورت بسیار مهم در ارزیابی وضعیت سلامت‌روانی برای دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزان این حوزه است تا براین اساس اولویت‌های مهم سلامت‌روانی جامعه را درک نموده و برنامه‌های ارائه‌شده را به نحو مطلوب اجرا نمایند. شاخص‌های سلامت‌روانی مربوط به یک جمعیت، یکی از معیارهای اصلی ارزیابی کیفیت عملکرد آن جامعه در ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت‌های تحت پوشش است. ارتقای شاخص‌های سلامت‌روانی در هر جامعه‌ای منجر به بهبود بهره‌وری و افزایش بازدهی جامعه می‌شود. در این راستا، آگاهی از وضعیت موجود سلامت‌روانی کشور و پژوهش مستمر در نظام‌های بهداشتی و درمانی به برنامه‌ریزی و سازماندهی منابع موجود جهت ارائه خدمات سلامتی کمک می‌کند.

شاخص‌های سلامت‌روانی، ابزار مناسبی جهت پایش وضعیت و فرایندهای جاری در حوزه سلامت‌روانی هستند (۱). شاخص‌ها از جمله ابزارهای شناسایی و ارزیابی وضعیت موجود هر جامعه‌ای به شمار می‌روند. در راستای افزایش و ارتقاء سلامت‌روانی در کشور، مدیران و برنامه‌ریزان جهت برنامه‌ریزی به اطلاعات جامع، صحیح، کافی و روزآمد نیاز دارند؛ که این اطلاعات را از طریق ثبت داده رخدادها، 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 و نظارت دوره‌ای روند تغییرات ضروری است. به همین دلیل، ایجاد شاخص‌های مختلف سلامت‌روانی و استفاده از آن‌ها در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی ضروری به نظر می‌رسد. دهه‌های اخیر شاهد رشد نظام‌های قدرتمند شاخص‌های سلامت اجتماعی بوده است (۲). کشورهای توسعه‌یافته، شاخص‌های سلامت‌روانی را بر مبنای زمینه‌های نظری به‌عنوان پروژه‌های ملی، نه تنها برای بررسی وضعیت سلامت‌روانی مردم و نظارت بر روند آن، بلکه برای فراهم‌آوردن زمینه‌های علمی کمک به سیاست‌گذاران و نظارت بر فرآیندها و نتایج برنامه‌ها، توسعه داده‌اند (۳). شاخص‌های عملکرد سلامت، وضعیت یا فرایندهای حیاتی را اندازه‌گیری می‌کنند که به‌طور 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 بسنجد (۴). شاخص‌ها، متغیرهایی هستند که در اندازه‌گیری میزان تغییرات به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم به‌کاربرده می‌شوند (۵-۶). شاخص‌ها، متغیرهایی هستند که بیانگر و نشان‌دهنده شرایط موجود می‌باشند و بنابراین می‌توانند برای اندازه‌گیری تغییرات مورد استفاده قرار گیرند (۷). شاخص سلامت‌روانی به‌عنوان یک متغیر اندازه‌گیری از وضعیت بهداشت روانی تعریف می‌شود؛ این شاخص متغیری است که به سلامت‌روانی مرتبط بوده و یک اولویت یا یک مسئله را در این حوزه نشان می‌دهد (۸-۹). شاخص‌های معتبر[1] سلامت‌روانی برای ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات سلامت‌روانی اهمیت فراوانی دارند؛ زیرا قادر به بیان تغییرات و میزان پیشرفت برنامه‌های سلامت‌روانی هستند (۹). بنابراین، شاخص‌های سلامت‌روانی برای نظارت بر وضعیت سلامت‌روانی 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 موردنیاز است (۱۰) و به نظام سلامت‌روانی کشور امکان می‌دهد تا معلوم کند که امروز وضعیت سلامت‌روانی ایران در چه جایگاهی ایستاده است وکدام مسیر را به سمت یک فردای مطلوب ترسیم کند.

انواع مختلفی از برنامه‌های ارتقاء سلامت‌روانی و پیشگیری از اختلالات روانی، به شاخص‌های معتبر مختلف نیاز خواهند داشت که بستگی به طرح، گروه هدف و تنظیم برنامه دارد (۱۱-۱۲). تعیین شاخص‌های سلامت‌روانی یک ضرورت بسیار مهم در ارزیابی نظام سلامت‌روانی برای مدیران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت‌روانی است (۹-۱۰) تا براین اساس بتوان اولویت‌های مهم سلامت‌روانی جامعه را تعیین و برنامه‌های ارائه‌شده را به نحو مطلوبی اجرا نمود. هدف از توسعه شاخص‌ها کمک به درک عملکرد خدمات سلامت و تهیه اطلاعات سلامت و تعیین هرساله شاخص‌های جدید بر اساس اهداف خدمات سلامت و بازتاب تغییرات و پیگیری

1-Valid indicators

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

درستی عملکرد بر اساس برنامه‌ها است (۱۳). بنابراین، این مطالعه برای تعیین و ارائه شاخص‌های سلامت‌روانی در ایران انجام شد تا با استفاده از این شاخص‌ها، بتوان در جهت بهبود سلامت‌روانی کشور، ارزیابی برنامه‌ها و خدمات سلامت‌روانی، تحلیل مشکلات سلامت‌روانی افراد و کمک به سیاست‌گذاران سلامت‌روانی، گام‌های اساسی برداشت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه بر اساس روش کیو در سال های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ انجام‌شده است. روش کیو را پیوند بین روش‌های کیفی و کمی[2] می‌دانند (۱۴)؛ زیرا از یک‌سو، انتخاب مشارکت‌کنندگان از طریق روش‌های نمونه‌گیری احتمالی صورت نمی‌گیرد بلکه نمونه افراد معمولا به‌طور هدفمند و با اندازه‌های کوچک انتخاب می‌شود که آن را به روش کیفی نزدیک می‌سازد و از سوی دیگر، یافته‌ها از طریق تحلیل عاملی و به‌صورت کاملاً کمی به‌دست می‌آیند (۱۵). همچنین با توجه به شیوه گردآوری داده‌ها (مرتب‌سازی)، عمیق‌تر می‌توان از ذهنیت مشارکت‌کنندگان آگاه شد (۱۴). به این ترتیب، روش کیو دارای ویژگی‌های روش‌های کیفی و نیز دارای برخی ویژگی‌های روش‌های کمی است (۱۴-۱۵) و برای تهیه شاخص‌هایی برای ارزیابی عملکرد سیستم کاربرد دارد (۱۶). لذا، این مطالعه بر اساس روش کیو در شش مرحله انجام‌شده است:

۱. تهیه و تولید نمونه‌های کیو (گویه‌ها): با بررسی شاخص‌های سلامت‌روانی در دیگر کشورها و از طریق بررسی مقالات علمی در مجلات و منابع معتبر، مجموعه‌ای مقدماتی از شاخص‌ها تهیه شد. در این مرحله، مجموعه ۲۴۶ شاخص سلامت‌روانی که از جستجوی مقالات علمی معتبر در جهان به دست آمده بود، در بین اهالی گفتمان که شامل ۳۰ نفر از متخصصان حوزه سلامت‌روانی بودند، با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و همچنین تشکیل جلسات بحث گروهی متمرکز به بحث و تفسیر گذاشته شد. متخصصان درباره این فهرست شاخص‌ها در یک فرایند تکراری اظهارنظر و بحث کردند و شاخص‌های احتمالی دیگر را نیز مشخص کردند. مصاحبه‌ها و جلسات بحث گروهی در یک زمان و مکان مناسب برای شرکت‌کنندگان انجام شد. متوسط زمان مصاحبه‌ها 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.

۲. انتخاب مشارکت‌کنندگان: در مطالعات انجام‌شده با استفاده از روش کیو، به‌جای انتخاب تصادفی، نمونه‌ها با دقت انتخاب می‌شوند (۱۴). ۳۰ نفر متخصص در حوزه سلامت‌روانی و مراقبت‌های بهداشتی بر اساس نمونه‌گیری هدفمند از نوع همگن[3] 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 برخی داده‌های ضروری را در پی داشته باشد (۱۴-۱۵). معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱. دارا بودن حداقل ۱۵ سال سابقه و تجربه حرفه‌ای یا مدیریتی در حوزه سلامت‌روانی یا مراقبت‌های بهداشتی و ۲. دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی ارشد. معیارهای خروج نیز عبارت بود از: ۱. متخصصانی که کمتر از ۱۵ سال سابقه فعالیت حرفه‌ای یا مدیریتی در حوزه سلامت‌روانی داشتند و ۲. متخصصانی که مدرک تحصیلی کمتر از کارشناسی ارشد داشتند. 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 بقیه‌الله (به شماره ۹۰-۳۰۳ و تاریخ ۱۳۹۰/۵/۵) تصویب و در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ اجرا شد.

۳. رتبه‌بندی کیو:[4] هدف از رتبه‌بندی کیو به‌دست‌آوردن ذهنیات و تصورات افراد درباره موضوع مورد تحقیق است. در واقع رتبه‌بندی کیو ماکت یا مینیاتوری از ذهنیت افراد است. در رتبه‌بندی کیو از تکنیک رتبه‌بندی با توزیع شبه‌نرمال 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، به‌طوری‌که عدد ۱ بیشترین مخالفت و عدد ۹ بیشترین موافقت و به‌طور طبیعی عدد ۵ نیز وضعیت خنثی را نشان می‌داد. براین اساس، دستورالعملی تهیه و تمامی شاخص‌های به‌دست‌آمده از مراحل قبلی (۸۳

2- qualiquantological

3- purposive sampling type of homogeneous sampling
4- Q-Sorting

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

شاخص) در جدولی در اختیار شرکت‌کنندگان 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 تهیه‌شده برای رتبه‌بندی به همراه گویه‌ها و عبارات به‌دست‌آمده در اختیار تعداد ۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان نمونه و همینطور ۱۰ نفر از متخصصان خارج از پنل کارشناسان تحقیق، قرار گرفت تا عبارات را از جهت اینکه تکراری نباشد، نگارش عبارات به‌اندازه کافی گویا باشد، هر عبارت تنها بیانگر یک‌چیز باشد و همچنین بررسی میزان پوشش عبارات نسبت به موضوع تحقیق، رتبه‌بندی نمایند. همچنین برای سنجش پایایی مرتب‌سازی، از روش استفاده از یک دسته عبارات برای دو نمونه افراد مشابه استفاده شد.

۴. ورود و ثبت داده‌ها: در این راستا نتیجه رتبه‌بندی هر شرکت‌کننده در نرم‌افزار SPSS۱۵ ثبت شد.

۵. تجزیه وتحلیل آماری: در این قسمت داده‌های خام حاصل از قدم قبلی به لحاظ آماری و از طریق تحلیل عاملی کیو مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. تحلیل عاملی روش آماری چندمتغیره است که هدف آن خلاصه‌کردن داده‌ها است. اساس روش تحلیل عاملی بر همبستگی بین متغیرها البته از نوع غیرعلّی استوار است. درصورتی‌که ماتریس همبستگی بر اساس همبستگی بین افراد پاسخگو محاسبه شود، به تحلیل عاملی نوع کیو منجر خواهد شد. نتایج تحلیل عاملی از نوع کیو ممکن است نشان‌دهنده این مساله باشد که یک دسته از افراد بار بیشتری بر یک عامل دارند، لذا می‌توانند در یک گروه قرار گیرند. بنابراین تجزیه‌وتحلیل آماری در سه مرحله انجام شد:

الف-استخراج عامل‌ها:[5] برای استخراج عامل‌ها به مقدار ویژه[6] توجه می‌شود که معمولا باید بیشتر از یک باشد. در روش کیو، بسته به نوع برنامه نرم‌افزار از دو روش سنتروئید[7] یا تحلیل مؤلفه‌های اصلی[8] استفاده می‌شود. در این مطالعه برای استخراج عامل‌ها، روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت.

ب- بارگذاری عاملی:[9] که بر اساس میزان همبستگی بین متغیرها تفسیر شد.

ج- چرخش عامل‌ها:[10] که از چرخش واریماکس[11] به‌صورت متعامد[12] استفاده شد.

جهت انجام تحلیل عاملی از ماتریس همبستگی[13] استفاده شد. عامل‌ها به‌وسیله روش مؤلفه اصلی استخراج شدند و به روش واریماکس پنج دور چرخش یافتند. ابتدا برای تشخیص مناسب‌بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی از آماره‌های KMO[14] و آزمون بارتلت استفاده شد. برای تعیین تعداد عامل‌ها از نمودار تست بریدگی، مقدار ویژه و درصد واریانس استفاده شد. همچنین به منظور بررسی پایایی،[15] مرتب‌سازی توسط ۱۰ کارشناس حاضر در پنل کارشناسی و ۱۰ کارشناس مستقل تکرار شد.

۶. تأویل و تفسیر نتایج: تفسیر و تحلیل نهایی بر اساس نمره‌های عاملی، نحوه ارائه عامل‌ها و همچنین بررسی عبارات مؤثر در ایجاد عامل‌ها صورت می‌گیرد. به‌طور کلی محقق باید الگوی عامل‌ها را بر اساس توجه به عوامل زیر تفسیر نماید: نحوه قرارگیری عامل (فاکتور) کیو،[16] توجه به بارگذاری افراد،[17] درک و فهم خود محقق از پدیده. اساسی‌ترین معیارها برای مهم تلقی‌کردن یک عامل به‌عنوان یک طبقه برای شاخص‌های سلامت‌روانی در این مطالعه عبارت بودند از: معیار اول «تفسیرپذیر بودن» آن عامل، بر اساس معیار دوم، عاملی مهم تلقی شد که تعداد بیشتری مشارکت‌کننده، دست‌کم ۵ فرد، روی آن دارای بار عاملی بزرگی بودند؛ زیرا آن عامل، ذهنیت تعداد قابل‌توجهی از مشارکت‌کنندگان را نشان می‌داد. و معیار سوم که آن نیز از تحلیل عاملی معمولی به‌دست می‌آید، انتخاب عاملی بود که بارهای عاملی بزرگی (بیش از ۰/۷) به آن تعلق گرفت.

یافته‌ها

سن شرکت‌کنندگان بین ۳۵-۶۰ بود و ۲۵ نفر از شرکت‌کنندگان مرد و ۵ نفر از آنان نیز زن بودند. همه شرکت‌کنندگان حداقل دارای ۱۵ سال سابقه تجربه حرفه‌ای یا مدیریتی در حوزه سلامت‌روانی بودند. برخی جزئیات و

5- Factors Extraction
6- Eign Value
7- Centroid
8- Principle Component Analysis
9- Factor Loading
10- Factor Rotation
11-Varimax
12-Orthogonal
13- Correlation matrix
14- Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)
15- reliability
16- Q-Factor Arrays
17- Person Loading On the Factor

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های ۴ گروه متخصص شرکت کننده در مطالعه

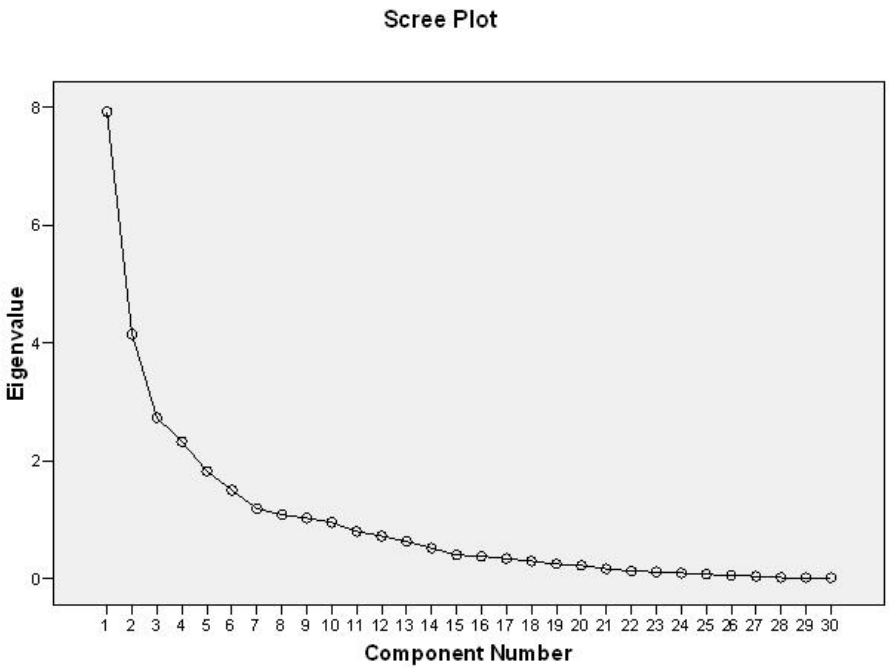
متغیر	ویژگی‌ها	تعداد	درصد
جنسیت	مذکر	۲۵	۸۳/۳
	مونث	۵	۱۶/۷
شغل و حرفه	روان‌پزشک	۳	۱۰
	روان‌شناس	۱۸	۶۰
	دکترای پزشکی و پیراپزشکی	۴	۱۳/۳
	مشاور	۵	۱۶/۷
درجه علمی	استاد	۲	۶/۷
	دانشیار	۵	۱۶/۷
	استادیار	۳	۱۰
	دانشجوی دکترای تخصصی	۱۲	۴۰
	کارشناس ارشد	۸	۲۶/۶

پس از بررسی‌های دقیق و سازماندهی داده‌ها، ۲۴۶شاخص اولیه شناسایی گردید که از این بین، ۸۳ شاخص به‌عنوان نمونه کیو انتخاب شدند؛ مقدار آزمون KMO برای مجموع شاخص‌های سلامت‌روانی، برابر ۰/۶۲۴ و مقدار آزمون بارتلت نیز برابر ۲۲۵۶/۶۷ به دست آمد که در سطح یک درصد معنادار می‌باشد. بنابراین، نتایج تحلیل نشان می‌دهد که شرایط لازم جهت تحلیل عاملی وجود دارد (جدول ۲). بر اساس نمودار تست بریدگی، مقدار ویژه و درصد واریانس، سه عامل شناسایی شدند که ۶۸/۰۷۲ 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 تأیید کرد (نمودار ۱).

جدول ۲. مقدار KMO و آزمون بارتلت و سطح معناداری

KMO	بارتلت	سطح معناداری
۰/۶۲۴	۲۲۵۶/۶۷	۰/۰۰۱

آلفای کرونباخ محاسبه‌شده، ۰/۸۷۰ به‌دست‌آمد. بنابراین، می‌توان اظهار داشت شاخص‌ها از پایایی مطلوبی برخوردار بوده و از بابت همبستگی درونی گویه‌ها با یکدیگر اطمینان وجود دارد. همچنین تکرار مرتب‌سازی تا ۷۳٪ مطابق با رتبه‌بندی قبلی بود که نشان می‌دهد مرتب‌سازی از پایایی مناسب برخوردار است.



نمودار ۱. تست بریدگی برای تعیین تعداد عامل‌ها

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

عوامل سه‌گانه مجموعا ۶۷/۰۷۲ درصد از کل واریانس متغیرها را تبیین کردند (جدول ۳). عامل‌های استخراج‌شده همراه با مقدار ویژه و واریانس پس از چرخش عامل‌ها در جدول ۴ ارائه‌شده است. همبستگی هر یک از عامل‌های محاسبه‌شده با متغیرهای تشکیل‌دهنده آن بعد از چرخش در جداول ۵ تا ۷نشان داده‌شده است.

جدول ۳. عامل‌های استخراج‌شده همراه با مقدار ویژه و واریانس قبل از چرخش عامل‌ها

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

جدول۴ . عامل‌های استخراج‌شده همراه با مقدار ویژه و واریانس پس از چرخش عامل‌ها

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

نهایتا ۲۱ شاخص که بار عاملی بیشتری داشتند (بیشتر از ۰/۷) در سه طبقه وضعیت سلامت‌روانی،[18] خدمات سلامت‌روانی[19] و نظام سلامت‌روانی[20] به‌دست‌آمد.

با توجه به چرخش عامل‌ها، سه عامل موردنظر و متغیرهای تشکیل‌دهنده آن به شرح زیر می‌باشند:

* **عامل اول:** «وضعیت سلامت‌روانی» که شاخص‌های «میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در بین افراد برحسب سن، جنس و نوع اختلال در طول سال»، «نرخ اقدام به خودکشی در طول سال»، «میزان بروز اختلالات روان‌پزشکی برحسب سن، جنس و نوع اختلال در طول سال»، «میزان شیوع مصرف مواد»، «تعداد مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی»، «تعداد مستمری‌بگیران و ازکارافتادها به دلیل ناتوانی‌های روانی در طول سال» و «تعداد بیماران مزمن روانی در سال» در این طبقه قرار گرفتند که ۲۳/۲۵۶٪ واریانس کل را تبیین می‌کند. در این طبقه، شاخص‌های «میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی»، «نرخ اقدام به خودکشی در طول سال»، «میزان بروز اختلالات روان‌پزشکی» و «میزان شیوع مصرف مواد»، دارای بالاترین نمره بار عاملی و رتبه بودند (جدول ۵).

* **عامل دوم:** «نظام سلامت‌روانی» که شاخص‌های «درصد کل بودجه و اعتبارات بخش خدمات سلامت‌روانی»، «تعداد متخصصان (روان‌پزشک، روان‌شناس، مشاور و...) به نسبت جمعیت»، «تعداد تخت‌های روان‌پزشکی برای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت»، «میزان سرانه خدمات سلامت‌روانی» در این طبقه قرار گرفتند که ۲۰/۲۶۲٪ واریانس کل را تبیین می‌کند. در این طبقه بالاترین رتبه متعلق به شاخص‌های «درصد کل بودجه و اعتبارات بخش خدمات سلامت‌روانی»، «تعداد متخصصان» و «تعداد تخت‌های روان‌پزشکی» بود (جدول ۶).

جدول ۵. رتبه و همبستگی محاسبه‌شده عامل اول با متغیرهای تشکیل‌دهنده آن بعد از چرخش

نام عامل	متغیر (گویه)	بار عامل	رتبه در عامل	رتبه کل
وضعیت سلامت روانی	میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی برحسب سن، جنس و نوع اختلال در طول سال	۰/۸۳۷	۱	۱
	نرخ اقدام به خودکشی در طول سال	۰/۸۳۵	۲	۲
	میزان بروز اختلالات روان‌پزشکی برحسب سن، جنس و نوع اختلال در طول سال	۰/۷۳۵	۳	۹
	میزان شیوع مصرف مواد	۰/۷۳۰	۴	۱۰
	تعداد مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی	۰/۷۲۷	۵	۱۱
	تعداد مستمری‌بگیران و ازکارافتاده‌ها به دلیل ناتوانی‌های روانی در طول سال	۰/۷۲۵	۶	۱۲
	تعداد بیماران مزمن روانی در سال	۰/۷۱۹	۷	۲۰

18- Mental health status
19- Mental health service
20- Mental health system

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

* **عامل سوم:** «خدمات سلامت‌روانی» که شاخص‌های «میانگین مدت اقامت در بخش روان‌پزشکی به روز»، «نرخ بستری مجدد در طول سال»، «تعداد دوره‌های آموزش سلامت‌روانی برای کارشناسان و متخصصان»، «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 افراد از خدمات سلامت‌روانی»، «تعداد بستری و ترخیص بیماران روانی در طول سال»، «درصد جمعیتی که به خدمات سلامت‌روانی اولیه دسترسی دارند» و «درصد جمعیتی که از خدمات سلامت‌روانی در طول سال استفاده می‌کنند» در این طبقه قرار گرفتند که ۱۶/۸۲۹٪ واریانس کل را تبیین می‌کند. در این گروه، به‌ترتیب شاخص‌های «میانگین مدت اقامت در بخش روان‌پزشکی به روز»، «نرخ بستری مجدد در طول سال»، «تعداد دوره‌های آموزش سلامت‌روانی برای کارشناسان و متخصصین» و «تعداد ارزیابی‌های دوره‌ای و چکاپ‌های روان‌شناختی هر نفر در طول سال» بالاترین رتبه و نمره عاملی را به خود اختصاص دادند (جدول ۷).

جدول ۶. رتبه و همبستگی محاسبه‌شده عامل دوم با متغیرهای تشکیل‌دهنده آن بعد از چرخش

نام عامل	متغیر (گویه)	بار عامل	رتبه در عامل	رتبه کل
نظام سلامت روانی	درصد کل بودجه و اعتبارات بخش خدمات سلامت‌روانی	۰/۸۱۲	۱	۳
	تعداد متخصصان (روان‌پزشک، روان‌شناس، مشاور و...)	۰/۸۱۰	۲	۴
	تعداد تخت‌های روان‌پزشکی برای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت	۰/۸۰۴	۳	۵
	میزان سرانه خدمات سلامت‌روانی	۰/۷۸۵	۴	۸

جدول ۷. رتبه و همبستگی محاسبه‌شده عامل سوم با متغیرهای تشکیل‌دهنده 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 سلامت‌روانی برای کارشناسان و متخصصین	۰/۷۲۴	۳	۱۳
	تعداد ارزیابی‌های دوره‌ای و چکاپ‌های روان‌شناختی هر نفر در طول سال	۰/۷۲۴	۴	۱۴
	تعداد فعالیت‌ها و برنامه‌های پیشگیرانه	۰/۷۲۲	۵	۱۵
	درصد اشغال تخت‌های روان‌پزشکی	۰/۷۲۱	۶	۱۶
	میزان رضایت افراد از خدمات سلامت‌روانی	۰/۷۲۱	۷	۱۷
	تعداد بستری و ترخیص بیماران روانی در طول سال	۰/۷۲۰	۸	۱۸
	درصد جمعیتی که به خدمات سلامت‌روانی اولیه دسترسی دارند	۰/۷۲۰	۹	۱۹
	درصد جمعیتی که از خدمات سلامت‌روانی در طول سال استفاده می‌کنند	۰/۷۱۴	۱۰	۲۱

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

بحث

این مطالعه ۲۱ شاخص سلامت‌روانی را در سه طبقه اصلی برای استفاده در نظام سلامت‌روانی معرفی و پیشنهاد کرده‌است. طبقه و دامنه اول شامل شاخص‌هایی است که مربوط به وضعیت سلامت‌روانی است. وضعیت سلامت‌روانی، سلامت‌روانی مثبت و مشکلات سلامت‌روانی از جمله اختلالات روانی را پوشش می‌دهد و به‌طور کلی با بیماری روانی و بروز آن مرتبط است. طبق نتایج مطالعه حاضر، ۷ شاخص در این طبقه قرار گرفتند که می‌توان از شاخص‌های «میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در بین کارکنان»، «نرخ اقدام به خودکشی»، «میزان بروز اختلالات روان‌پزشکی»، «میزان شیوع مصرف مواد» و «تعداد مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی» به‌عنوان 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،[۲۱] سال‌های زندگی ازدست‌رفته به دلیل مرگ زودرس،[۲۲] علل منجر به فوت و همچنین امید به زندگی و تندرستی باشد (۱۳).

چهار شاخص در طبقه «نظام سلامت‌روانی» قرار گرفتند. نظام سلامت‌روانی شامل شاخص‌های مربوط به منابع سلامت‌روانی و سیاست‌ها و برنامه‌های مربوط به سلامت‌روانی، سازمان و منابع انسانی مرتبط با خدمات سلامت‌روانی و بودجه و اعتبارات می‌شود. این بعد بیشتر دربرگیرنده برنامه‌های سلامت جامعه، خدمات مراقبت اولیه و بخش‌های مراقبت حاد و مراقبت مستمر است (۱۷-۱۸). درواقع این بعد دربرگیرنده 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، منابع انسانی یا سایر انواع منابع (مانند تعداد تخت‌های بیمارستانی یا تعداد متخصصان حوزه سلامت‌روانی)، ۲- جمعیت (نظیر ساختار سنی یا نسبت جمعیت ساکن در مناطق شهری و روستایی) و ۳- خدمات بهداشتی (۱۳). خدمات سلامت‌روانی نیز به‌عنوان بعد سوم، تمام فعالیت‌های سلامت‌روانی که برای ارتقاء، پیشگیری، درمان و توان‌بخشی انجام می‌شود را شامل می‌شود. از ۱۰ شاخص به‌دست‌آمده، شاخص‌های 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 سلامت‌روانی برای کارشناسان و متخصصان» و «تعداد ارزیابی‌های دوره‌ای و چکاپ‌های روان‌شناختی هر نفر در طول سال». از این ۲۱ شاخص، اطلاعات ۱۶ شاخص (شاخص‌هایی مانند نرخ اقدام به خودکشی، تعداد مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی یا تعداد متخصصان) را می‌توان از طریق جمع‌آوری داده‌های آماری موجود به دست آورد و ۵ شاخص دیگر از جمله شاخص‌های میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی یا میزان بروز اختلالات روان‌پزشکی، نیاز به بررسی‌های زمینه‌یابی و همه‌گیرشناسی دارد.

در میان شاخص‌های به دست آمده، بالاترین نمرات بارهای عاملی متعلق به طبقه نظام سلامت‌روانی بود و این نشان می‌دهد که اهمیت منابع از قبیل سیاست‌ها، سازمان، منابع انسانی و مالی در درک وضعیت فعلی سلامت‌روانی در کشور چقدر بالا است. علاوه بر این، شاخص‌های حوزه وضعیت سلامت‌روانی نیز در رتبه‌های بالایی قرار گرفتند. به‌طور خاص، اینکه «میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی» و «نرخ خودکشی» رتبه‌های اول را به دست آورده‌اند، احتمالا می‌تواند به این دلیل باشد که تعداد اختلالات روانی و خودکشی روز به روز در حال افزایش است. بیشتر کشورهای اروپایی که می‌توانند داده‌های شاخص مهمی همچون تعداد مرگ‌ومیر را ارائه دهند، می‌توانند اطلاعات مربوط به نرخ خودکشی به تفکیک سن و جنس را هم در آن بگنجانند (۱۹). اکثر کشورهای اروپایی قادر به ارائه اطلاعات درباره تعداد بیماران روانی که در بیمارستانی بیش از یک سال بستری می‌شوند، شیوع اختلالات روانی، وقوع روان‌پریشی ناشی از مصرف بی‌رویه الکل هستند. این اطلاعات بر اساس اطلاعات جاری موجود حاصل از ثبت ترخیص‌های بیمارستانی، مجموعه اطلاعات سالانه بیمارستانی درباره سلامت‌روانی یا اطلاعات بیمه‌های بهداشتی به‌دست می‌آید (۲). به‌تازگی، چند سازمان بین‌المللی و برخی کشورها، پروژه‌هایی را برای توسعه شاخص‌های سلامت‌روانی در

21- Years Lived with Disability (YLD)

22- Years of Life Lost due to premature mortality (YLL)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

سطح جهان انجام دادند. به‌عنوان مثال سازمان همکاری اقتصادی و توسعه،[۲۳] پروژه کیفیت شاخص‌های مراقبت‌های بهداشتی را انجام داد که بر اساس نتایج این پروژه، سلامت‌روانی به‌عنوان یکی از پنج حوزه اولویت‌دار در شاخص‌های به‌دست‌آمده در کشورهای عضو تعریف‌شده است (۱۸). سازمان بهداشت جهانی یک پروژه برای توسعه شاخص‌ها برای ارزیابی سیاست‌های سلامت‌روانی و خدمات قابل استفاده در کشورهای توسعه‌نیافته عضو که سیستم جمع‌آوری اطلاعات سلامت‌روانی 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 سلامت‌روانی در کشورهای توسعه‌یافته، از نظر هدف، ساختار و محتوا، با کشورهای توسعه‌نیافته متفاوت بوده و در این کشورها قابل استفاده نمی‌باشد (۳). تاکنون و طبق نتایج حاصل از مقالات یافته شده، در کشورهای زیر شاخص‌های سلامت‌روانی توسعه داده‌شده است و برای ارتقا، نظارت بر برنامه‌ها، عملکرد و خدمات سلامت‌روانی به کار می‌رود: در اتحادیه اروپا با ۳۵ شاخص در ۹ حوزه (۲۰)، ایالات متحده آمریکا با ۴۴ شاخص در ۴ حوزه (۲۱)، استرالیا با ۱۵ شاخص در ۹ حوزه (۲۲)، انگلستان ۱۱ شاخص (۲۳)، اسکاتلند ۵۵ شاخص در ۲ حوزه اصلی (۲۴) و در کره جنوبی ۳۰ شاخص در ۵ حوزه وضعیت سلامت‌روانی، عوامل سلامت‌روانی، نظام سلامت‌روانی، خدمات سلامت‌روانی و کیفیت خدمات سلامت‌روانی (۲۵). در اکثر این پروژه‌ها، علاوه بر مشکلات و اختلالات روانی، به سلامت‌روانی مثبت و ارتقاء سلامت‌روانی نیز در تدوین شاخص‌ها، پرداخته شد. پروژه‌ای در راستای توسعه شاخص‌ها برای نظارت بر سلامت‌روانی در اروپا انجام‌شده است تا بتواند شاخص‌هایی را برای نظارت بر سلامت‌روانی در اروپا پایه‌ریزی کند. این پروژه از نظر نوع شاخص‌های به‌دست‌آمده و حوزه‌های مربوطه شباهت زیادی به نتایج حاصل از مطالعه حاضر دارد. چهارچوبی که این پروژه دنبال می‌کند، دارای دسته‌بندی زیر است: ۱-عوامل اجتماعی اقتصادی و مردم‌شناسی، ۲- وضعیت سلامت، ۳- تعیین‌کننده‌های سلامت، ۴- نظام‌های سلامت. این پروژه در مجموع تعداد ۳۶ شاخص ویژه سلامت‌روانی را پیشنهاد کرده‌است که از این تعداد، ۲۲ شاخص بر اساس اطلاعات آمار جاری به‌دست می‌آیند و ۱۴ شاخص به داده‌های زمینه‌یابی نیاز درند (۹، ۲۶). همچنین پروژه توسعه اطلاعات سلامت‌روانی و عوامل مؤثر در سطح اروپا[۲۴] نیز مجموعه‌ای از شاخص‌های سلامت‌روانی را معرفی کرد که قرار است در سیستم نظارت بر بهداشت اتحادیه اروپا به کار رود. این مجموعه شاخص بر اساس چهارچوب سه‌گانه (وضعیت سلامت‌روانی، تعیین‌کننده‌های سلامت و سیستم سلامت) طراحی‌شده است (۲۰،۲) که شباهت بسیاری با قلمروهای به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر دارد. در این مطالعه در حوزه وضعیت سلامت، ۱۳ شاخص پیشنهاد شد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: نرخ خودکشی، تعداد مرگ‌های مرتبط با مصرف مواد مخدر و الکل (که بر اساس آمار جاری استوار هستند و داده‌های مربوط به این شاخص‌ها از قبل وجود دارد)، میزان شیوع بیماری‌هایی همچون اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلالات روانی و سازگاری درمیان کودکان و نوجوانان. در حوزه تعیین‌کننده‌های سلامت ۵ شاخص به ترتیب زیر معرفی شد: احساس برتری و تسلط، عزت‌نفس، حمایت اجتماعی، حوادث منفی زندگی، مشکلات دوران کودکی؛ و در حوزه سیستم‌های سلامت ۱۷ شاخص پیشنهادشده که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: تعداد برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، تعداد برنامه‌های ارتقاء سلامت‌روانی، تعداد تخت‌های روان‌پزشکی، تعداد روان‌پزشکان، تعداد روان‌پزشکان کودک (و نوجوان) و هزینه خدمات سلامت‌روانی (۲۰،۲). پروژه دیگری برای تعیین شاخص‌های ساختاری سلامت‌روانی در اروپا با استفاده از روش دلفی[۲۵] و بررسی آثار علمی اروپایی در طی ۲۰ سال گذشته، انجام شد. به‌عنوان نتیجه پایانی یک مجموعه از ۳۱ شاخص از شاخص‌های اجتماعی سلامت‌روانی مثبت پیشنهاد شد. همه این شاخص‌ها از آثار علمی به دست آمده بودند و کارشناسان در آن باره اتفاق نظر داشتند. بیشتر شاخص‌ها (۲۵ شاخص) را می‌شود به شکل عددی در جمعیت ارزیابی کرد، شش شاخص دیگر به وجود بعضی برنامه‌ها یا قوانین خاص مربوط می‌شود. مهم‌ترین شاخص‌های پیشنهادی این پروژه عبارت بودند از: سرمایه اجتماعی، برنامه‌های آموزشی ویژه حرفه‌ای‌ها، نسبت مدارسی که به دانش‌آموزان مشاوره ارائه می‌دهند، نسبت

23- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

24-Mental Health Information and Determinants for the European Level (MINDFUL)

25- The Delphi study

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

افراد بدون کار، نسبت جمعیتی که در فقر زندگی می‌کنند (۱۰،۲). طبق یافته‌های پژوهش حاضر، شاخص‌های میزان شیوع اختلالات روانی، نرخ اقدام به خودکشی، میزان بودجه و اعتبارات بخش خدمات سلامت‌روانی، تعداد متخصصان (روان‌پزشک، روان‌شناس و...)، تعداد تخت‌های روان‌پزشکی، مدت اقامت در بخش روان‌پزشکی و همینطور شاخص‌های تعیین‌کننده سلامت‌روانی مانند میزان رضایتمندی از زندگی، فراوانی رخدادهای منفی زندگی به‌عنوان مهم‌ترین شاخص‌ها معرفی‌شده‌اند که بسیاری از این شاخص‌ها در مطالعات مشابه در کشورهای اروپایی (۲۰،۲)، امریکا (۲۱)، استرالیا (۲۲) و کره جنوبی (۲۵) نیز به‌عنوان شاخص‌های مهم معرفی‌شده‌اند و به‌عنوان شاخص‌های سلامت‌روانی در این کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرند.

همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴ در مجموعه شاخص‌های ملی سلامت که متشکل از ۳۹۲ شاخص بهداشتی است به ۴ شاخص «میزان بروز اختلالات روان‌پزشکی، میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی، درصد اشغال تخت‌های روان‌پزشکی و میانگین مدت اقامت در بیمارستان به تفکیک روانی و غیرروانی» نیز به‌عنوان شاخص‌های مهم مربوط به حوزه سلامت‌روانی اشاره کرده‌است (۲۷) که دقیقا همین ۴ شاخص در این مطالعه در حوزه «وضعیت سلامت‌روانی» نیز به‌دست آمد و میزان شیوع اختلالات روانی در مطالعه حاضر به‌عنوان مهم‌ترین شاخص با بالاترین رتبه اهمیت به‌دست آمد

مطالعه حاضر به‌عنوان یک مطالعه پایه برای توسعه شاخص‌های سلامت‌روانی در کشور انجام‌شده است که نتایج آن می‌تواند منعکس‌کننده وضعیت فعلی سلامت‌روانی در ایران باشد. به‌علاوه، این شاخص‌ها می‌تواند در ارزیابی وضعیت فعلی سلامت‌روانی، جهت‌گیری‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های آتی، به‌روزرسانی اطلاعات حوزه سلامت‌روانی، امکان مقایسه‌های علمی و همچنین نظارت و ارزیابی خدمات سلامت‌روانی با هدف ارتقاء کیفیت سلامت‌روانی در کشور مفید باشد. نیاز ضروری است که داده‌های مربوط به شاخص‌ها به‌صورت دوره‌ای جمع‌آوری‌شده و بانک اطلاعاتی موردنیاز تشکیل شود و نهایتا به‌طور دائم مورد تجزیه‌وتحلیل قرارگرفته و برای سیاست‌گذاری‌ها و اجرای بهتر برنامه‌ها، مورد استفاده قرار گیرد.

نقطه قوت اصلی این مطالعه استفاده از روش کیو بود. استفاده از این روش می‌تواند برای هدایت پژوهش‌های آتی سودمند باشد. و محدودیت عمده مطالعه این بود که بررسی نظرات، محدودشده بود به کارشناسان و متخصصان حوزه سلامت‌روانی که در مطالعات بعدی افراد جامعه و مصرف‌کنندگان خدمات سلامت‌روانی نیز می‌تواند گنجانده شود. از طرفی برای گروه‌های خاص جامعه مانند کودکان و نوجوانان، سالمندان، معلولان و غیره نیز می‌توان به‌طور جداگانه شاخص‌های سلامت‌روانی تعیین نمود.

سپاسگزاری

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) انجام‌شده است. نویسنده اول بر خود لازم می‌داند از اساتید، محققان و کلیه همکاران و همه عزیزانی که به‌نوعی در انجام این مطالعه مشارکت و همکاری داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی نماید.

References

1. Deaton, A, Inequalities in income and inequalities in health. Chicago: Chicago University Press, 2001; 285.
2. Stone SA, Frost LE, Van Norman JR, Casey KA. Creating a Mentally Healthy Community Through the Use of Behavioral Health Indicators. Applied Research in Quality of Life. 2010;5(4):273-85.
3. Saxena S, Lora A, Van Ommeren M, Barrett T, Morris J, Saraceno B. WHO's assessment instrument for Mental Health Systems: collecting essential information for policy and service delivery. Psychiatric Services. 2007;58(6):816-21.
4. Braveman PA. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. Journal of health, population and nutrition. 2003;21(3):181-92.
5. Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. Quality in Health Care. 2001 September 1, 2001;10(3):152-8. doi:10.1136/qhc.0100152.
6. Weaver III JB, Mays D, Weaver SS, Hopkins GL, Eroğlu D, Bernhardt JM. Health information–seeking behaviors, health indicators, and health risks. American Journal of Public Health.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

2010;100(8):1520-5.
7. Rogers A, Campbell S, Gask L, Sheaff R, Marshall M, Halliwell S, et al. Some national service frameworks are more equal than others: implementing clinical governance for mental health in primary care groups and trusts. Journal of Mental Health. 2002;11(2):199-212.
8. Wilkinson J, Bywaters J, Simms S, Chappel D, Glover G. Developing mental health indicators in England. Public health. 2008;122(9):897-905.
9. Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, Dalgard O-S, Kovess V, Morgan A, et al. Review Article: Establishing a set of mental health indicators for Europe. Scandinavian Journal of Public Health. 2003 December 1, 2003;31(6):451-9.
10. Shield T, Campbell S, Rogers A, Worrall A, Chew-Graham C, Gask L. Quality indicators for primary care mental health services. Quality and Safety in Health Care. 2003;12(2):100-6.
11. Bush R, Donald M, Dower J. Working locally with national outcomes and indicators for mental health: making evaluation realistic and reliable, 2005. Available at: http://www.sph.uq.edu.au/cphc/research/indicators.html.
12. Jané-Llopis E. Mental health promotion: concepts and strategies for reaching the population. Health Promotion Journal of Australia. 2007;18(3):191-7.
13. Canadian Institute for Health Information. Health Indicators 2013, Canadian Institute for Health Information. Available from https://secure.cihi.ca/free_products/HI2013_Jan30_EN.pdf
14. Mbeng LO, Probert J, Phillips PS, Fairweather R. Assessing public attitudes and behaviour to household waste management in Cameroon to drive strategy development: AQ Methodological approach. Sustainability. 2009;1(3):556-72.
15. Watts S, Stenner P. Doing Q methodology: theory, method and interpretation. Qualitative Research in Psychology. 2005;2(1):67-91.
16. Jedeloo S, van Staa A, Latour JM, van Exel N. Preferences for health care and self-management among Dutch adolescents with chronic conditions: a Q-methodological investigation. International journal of nursing studies. 2010;47(5):593-603.
17. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. Journal of epidemiology and community health. 2003;57(4):254-8.
18. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. Social Science & Medicine.
1990;31(12):1347-63.
19. McDonnell S, Troiano RP, Barker N, Noti E, Hlady WG, Hopkins R. Long-term effects of Hurricane Andrew: revisiting mental health indicators. Disasters. 1995;19(3):235-46.
20. MINDFUL-Mental Health Information and Determinants for the European Level, 2012. Available at: http://info.stakes.fi/mindful/EN/frontpage.htm.
21. Mental Health Statistics Improvement Program's Consumer-Oriented Mental Health Report Card, 2012. Available at: http://www.mhsip.org/reportcard/
22. 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.
23. Department of Health. NHS Performance Ratings: Acute Trusts, Specialist Trusts, Ambulance Trusts, Mental Health Trusts 2001/02. London: Department of Health Publications; 2002.
24. Parkinson J., Establishing a Core Set of National, Sustainable Mental Health Indicators for Adults in Scotland: Final Report. Edinburgh: NHS Health Scotland.2007.
25. Han H, Ahn DH, Song J, Hwang TY, Roh S. Development of mental health indicators in Korea. Psychiatry investigation. 2012;9(4):311-8.
26. STAKES. Development of mental health indicators. Scandinavian Journal of Public Health, 2005; 3(6), 451–459.
27. Ministry of Health, Statistics and Information Technology Office. National Health Indicators. Tehran: Ministry of Health; 2005. Farsi.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]