

Determining The Mental Health Indicators in Military Personnel

Received: 19 November 2014

Revised: 20 January 2015

Accepted: 1 February 2015

ABSTRACT

Khosro Mohamadi^{1*}
Khodabakhsh Ahmadi²
Ali Fathi Ashtiani³
Parviz Azad Falla⁴
Abbas Ebadi⁵

¹PhD, Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, IR Iran.

² Associate Professor, Counseling, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Professor, Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴Associate Professor, Department of Psychology, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.

⁵Associate Professor, Health Training, Department of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author:

Khosro Mohamadi

Tel: (+98)9123274367

e-mail: kh.mohamadi@gmail.com

Background: Promoting mental health and preventing staffs from mental health problems are important tasks for military commanders and mental health professionals in the military organizations. This objective requires the establishment of information networks and systems of efficient data collection and determining the indicators of mental health in military personnel. This study was conducted to determine the mental health indicators in military personnel.

Materials and Methods: This study was performed based on Q methodology in six stages: 1. Development of Q Sample Statements, 2. Selection of Participants (30 professionals in the Military organizations) for the Q Sort using Judgement Sampling method, 3. Q-sorting in a 9-degree range based on indicators' significance, 4. Data entry using SPSS, 5. Statistical analysis through the extraction of Q sorts, (the Principal Components Analysis method was used), 6. Factor Interpretation.

Results: 32 mental health indicators were determined in mental health system of military forces in four categories: mental health status, mental health factors, spiritual and health behaviors, using health services.

Conclusion: This study, as a basic research, was carried out to develop mental health indicators in military forces. The results expressed the present mental health status of military organizations. In addition, indicators obtained in this study can be used in the present mental health status assessment, future plans and policies, mental health information updates, scientific comparisons, and mental health services supervision and assessment aiming mental health quality promotion in military forces.

Keywords: mental health, mental health indicators, Q-methodology, military personnel

تعیین شاخص‌های سلامت روانی کارکنان نیروهای مسلح

تاریخ پذیرش: ۱۲ بهمن ۱۳۹۳

تاریخ اصلاح: ۳۰ دی ۱۳۹۳

تاریخ دریافت: ۲۸ آبان ۱۳۹۳

چکیده

خسرو محمدی^{*۱}خدابخش احمدی^۲علی فتحی آشتیانی^۳پرویز آزادفلاح^۴عباس عبادی^۵

مقدمه: ارتقاء سلامت روانی و پیشگیری از مشکلات روانی کارکنان یک وظیفه مهم برای مدیران و فرماندهان نظامی و انتظامی و دست‌اندرکاران حوزه سلامت روانی در سازمان‌های نظامی و انتظامی است. این اهداف مستلزم استقرار شبکه‌های اطلاع‌رسانی فعال و سیستم‌های مؤثر جمع‌آوری اطلاعات و تعیین شاخص‌های سلامت روانی کارکنان است. این مطالعه با هدف تعیین شاخص‌های سلامت روانی کارکنان نیروهای مسلح کشور انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه بر اساس روش کیو و در شش مرحله انجام شده است: تهیه و تولید نمونه‌های کیو، انتخاب ۳۰ نفر متخصص و کارشناس در حوزه سلامت روانی نیروهای نظامی و انتظامی با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، رتبه‌بندی کیو در یک طیف ۹ درجه‌ای بر اساس میزان اهمیت هر گویه (شاخص)، ورود و ثبت داده‌ها با استفاده از برنامه نرم‌افزاری SPSS، آنالیز آماری از طریق تحلیل آماری کیو (تحلیل مؤلفه‌های اصلی) و درنهایت تأویل و تفسیر نتایج.

یافته‌ها: ۳۲ شاخص برای استفاده در نظام سلامت روانی نیروهای مسلح در چهار طبقه وضعیت سلامت روانی، تعیین‌کننده‌های سلامت روانی، رفتارهای بهداشتی و معنوی و استفاده از خدمات بهداشتی تعیین و معرفی شد.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر به‌عنوان یک مطالعه پایه برای توسعه شاخص‌های سلامت روانی در نیروهای مسلح انجام شده است که نتایج آن می‌تواند منعکس‌کننده وضعیت فعلی سلامت روانی در این سازمان‌ها باشد. به‌علاوه، این شاخص‌ها می‌تواند در ارزیابی وضعیت فعلی سلامت روانی، جهت‌گیری‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های آتی، به‌روزرسانی اطلاعات حوزه سلامت روانی، امکان مقایسه‌های علمی و همچنین نظارت و ارزیابی خدمات سلامت روانی با هدف ارتقاء کیفیت سلامت روانی در سازمان‌های نظامی و انتظامی مفید باشد.

کلید واژه‌ها: سلامت روانی، شاخص‌های سلامت روانی، روش کیو، کارکنان نیروهای مسلح

*نویسنده مسئول:

خسرو محمدی

تلفن: ۹۱۲۳۲۷۴۳۶۷ (+۹۸)

پست الکترونیک:

kh.mohamadi@gmail.com

مقدمه

نظامی و انتظامی میسر نخواهد شد. لذا توجه به مسائل تأثیرگذار در عملکرد بهینه ایشان ضروری می‌باشد. نیروهای مسلح کشور به لحاظ ویژگی‌های ذاتی حرفه نظامی، با مسائل شغلی متعددی مواجه

با توجه به اینکه نیروهای مسلح حافظ استقلال، امنیت و تمامیت ارضی کشور هستند، اقتدار کشور بدون اقتدار و توانمندی نیروهای

برنامه‌ریزی به اطلاعات جامع، صحیح، کافی و روزآمد نیاز دارند که این اطلاعات را از طریق ثبت داده رخدادها، جمع آوری داده‌ها، محاسبه شاخص‌ها و مقایسه با استانداردها، تحلیل و تفسیر علمی و درنهایت بازخورد به دست می‌آورند. به‌منظور کاهش اثرات اجتماعی و اقتصادی جدی مشکلات روانی، بررسی وضعیت عمومی و سطح سلامت روانی در نیروهای مسلح و نظارت دوره‌ای روند تغییرات ضروری است. به همین دلیل ایجاد شاخص‌های مختلف سلامت روانی و استفاده از آن‌ها در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی ضروری به نظر می‌رسد.

دهه‌های اخیر شاهد رشد سیستم‌های قدرتمند شاخص‌های سلامت اجتماعی بوده است [۴]. کشورهای توسعه‌یافته، شاخص‌های سلامت روانی را بر مبنای زمینه‌های نظری به‌عنوان پروژه‌های ملی، نه‌تنها برای بررسی وضعیت سلامت روانی مردم و نظارت بر روند آن، بلکه برای فراهم آوردن زمینه‌های علمی کمک به سیاست‌گذاران و نظارت بر فرآیندها و نتایج برنامه‌ها، توسعه داده‌اند [۵]. شاخص‌های سلامت، وضعیت یا فرایندهای حیاتی را اندازه‌گیری می‌کنند که به‌طور بالقوه قابل تغییر هستند و به نظر می‌رسد ارتباط قابل‌اثباتی با نتایج سلامت داشته باشند. این شاخص‌ها ممکن است ظرفیت، منابع، فرایندها یا نتایج عملی سلامت را بسنجند [۶]. شاخص‌ها، متغیرهایی هستند که در اندازه‌گیری میزان تغییرات به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به‌کاربرده می‌شوند [۷-۸]. شاخص‌ها، متغیرهایی هستند که بیانگر و نشان‌دهنده شرایط موجود می‌باشند و بنابراین می‌توانند برای اندازه‌گیری تغییرات مورد استفاده قرار گیرند [۹]. شاخص سلامت روانی به‌عنوان یک متغیر اندازه‌گیری از وضعیت سلامت روانی تعریف می‌شود؛ این شاخص متغیری است که به سلامت روانی مرتبط بوده و یک اولویت یا یک مسئله را در این حوزه نشان می‌دهد [۱۰-۱۱]. شاخص‌های معتبر^۱ سلامت روانی برای ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات سلامت روانی اهمیت فراوانی دارند زیرا قادر به بیان تغییرات و میزان پیشرفت برنامه‌های سلامت روانی هستند [۱۱]؛ بنابراین شاخص‌های سلامت روانی برای نظارت بر وضعیت سلامت روانی کارکنان واحدهای نظامی و انتظامی در کشور، توسعه سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت روانی و ارزیابی عملکرد چنین برنامه‌هایی ضروری می‌باشد. علاوه بر این، شاخص‌های سلامت روانی برای مقایسه و تعیین معیار نیز مورد نیاز است [۱۲] و به‌نظام سلامت روانی سازمان‌های مسلح کشور امکان می‌دهد تا معلوم کند که امروز وضعیت سلامت روانی کارکنان نظامی کشور در چه جایگاهی ایستاده است و کدام مسیر را به سمت یک فردای مطلوب ترسیم کند.

بنابراین، این مطالعه برای تعیین و ارائه شاخص‌های سلامت روانی

بوده و در نتیجه از آسیب‌پذیری روان‌شناختی بیشتری نسبت به کارکنان سایر مشاغل برخوردارند. فشار روانی ناشی از نوع شغل و مأموریت‌های پیچیده، قوانین سخت، احتمال مجروحیت و معلولیت، ترس از شکست، اسارت و حتی مرگ ازجمله مسائلی است که احتمال آن‌ها در مشاغل نظامی بسیار بیشتر از مشاغل غیرنظامی است [۱]. از طرف دیگر نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان داده است کارکنان نظامی نه‌تنها از ابتلا به اختلالات روانی مصون نیستند بلکه به خاطر فشار روانی بیش‌ازاندازه شغلی بیشتر از جمعیت عادی به اختلالات روانی مبتلا می‌شوند [۲]؛ بنابراین سازمان‌های نظامی و انتظامی به‌واسطه ماهیت شغلی و مأموریت‌های خود، می‌بایست بیشتر از سایر سازمان‌ها به آمادگی و سلامت کارکنان خود توجه داشته باشند و زمینه‌هایی که باعث کاهش این امور می‌شود را شناسایی و به حداقل ممکن برسانند. از آنجایی که ارائه خدمات سلامت روانی به نیروهای نظامی و انتظامی کشور مستلزم برآورد دقیقی از کمیت و کیفیت عملکرد نظام سلامت روانی و خدمات سلامت روانی و همچنین وضعیت سلامت روانی کارکنان است، لذا بررسی و تعیین شاخص‌های سلامت روانی کارکنان یک ضرورت بسیار مهم در ارزیابی وضعیت سلامت روانی سازمان‌های نظامی و انتظامی و کارکنان آن برای دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزان این سازمان‌ها است تا بر این اساس اولویت‌های مهم سلامت روانی کارکنان را درک نموده و برنامه‌های مناسب و اولویت‌های ضروری را به نحو مطلوب اجرا نمایند. شاخص‌های سلامت روانی مربوط به جمعیت و کارکنان یک سازمان، یکی از معیارهای اصلی ارزیابی کیفیت عملکرد آن سازمان در ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت‌های تحت پوشش می‌باشد. ارتقای شاخص‌های سلامت روانی در هر جامعه‌ای منجر به بهبود بهره‌وری و افزایش بازدهی جامعه می‌شود. در این راستا آگاهی از وضعیت سلامت روانی نیروهای نظامی و انتظامی و پژوهش مستمر در سیستم‌های بهداشتی و درمانی به برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی منابع موجود جهت ارائه خدمات سلامت روانی 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 سلامت روانی، ابزار مناسبی جهت پایش وضعیت و فرایندهای جاری در حوزه سلامت روانی هستند [۳]. شاخص‌ها ازجمله ابزارهای شناسایی و ارزیابی وضعیت موجود هر واحد و سیستمی به شمار می‌رود و نظام سلامت روانی در نیروهای مسلح کشور نیز از این قاعده مستثنا نیست. در راستای افزایش و ارتقاء سلامت روانی کارکنان سازمان‌های نظامی و انتظامی، مدیران و برنامه‌ریزان جهت

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

مواد و روش‌ها

این مطالعه بر اساس روش کیو^۱ در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ انجام شده است. روش کیو را پیوند بین روش‌های کیفی و کمی^۲ می‌دانند [۱۳] زیرا از یک‌سو، 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 دیگر، یافته‌ها از طریق تحلیل عاملی و به‌صورت کاملاً کمی به دست می‌آیند [۱۴]. همچنین با توجه به شیوه گردآوری داده‌ها (مرتب‌سازی)، عمیق تر می‌توان از ذهنیت مشارکت‌کنندگان آگاه شد [۱۳]. به این ترتیب روش کیو، هم دارای ویژگی‌های روش‌های کیفی و هم دارای برخی ویژگی‌های روش‌های کمی است [۱۴-۱۳] و برای تهیه شاخص‌هایی برای ارزیابی عملکرد سیستم کاربرد دارد [۱۵]. لذا، این مطالعه بر اساس 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، در نهایت 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، در بین اهالی گفتمان که شامل ۳۰ نفر از متخصصان حوزه سلامت روانی در نیروهای مسلح کشور بودند، با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و همچنین تشکیل جلسات بحث گروهی متمرکز به بحث و تفسیر گذاشته شد. کارشناسان درباره این لیست شاخص‌ها در یک فرایند تکراری اظهارنظر و بحث کردند و شاخص‌های احتمالی دیگر را نیز مشخص کردند. مصاحبه‌ها و جلسات بحث گروهی در یک‌زمان 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 چهار جلسه بحث گروهی و پنج جلسه مصاحبه، داده‌ها به مرز اشباع رسید؛ و در نهایت ۹۸ 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 [۱۳]. ۳۰ نفر متخصص و کارشناس در حوزه سلامت روانی و مراقبت‌های بهداشتی شاغل در نیروهای مسلح کشور بر اساس نمونه‌گیری هدفمند از نوع همگن^۳ 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 [۱۴-۱۳]. در روش کیو برای انتخاب مشارکت‌کنندگان تعداد مشخص تعریف نشده و بررسی‌ها و مطالعات انجام شده تعداد نمونه مشارکت‌کنندگان را متفاوت نشان داده است. معمولاً انتخاب بین ۲۰ تا ۸۰ نمونه از افراد مورد بررسی به منظور دستیابی به نظرهای مختلف نسبت به یک موضوع کفایت می‌کند. چون هدف از نمونه تعیین شده اطمینان از این است که پاسخ‌ها کاملاً نظرها و عقاید متنوع و مختلفی از فضای گفتمان را دربر دارد [۱۴-۱۳]. 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 نیروهای مسلح، 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 بقیه‌الله (شماره ۳۰۳-۹۰-تاریخ: ۱۳۹۰/۵/۵) تصویب شد.

۳- رتبه‌بندی کیو^۴

هدف از رتبه‌بندی کیو به دست آوردن ذهنیات و تصورات افراد درباره موضوع مورد تحقیق است. درواقع رتبه‌بندی کیو ماکت یا مینیاتوری از ذهنیت افراد است. در رتبه‌بندی کیو از تکنیک رتبه‌بندی 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، به‌طوری‌که عدد ۱ بیشترین مخالفت و عدد ۹ بیشترین موافقت و به‌طور طبیعی عدد ۵ نیز وضعیت خنثی را نشان می‌داد. بر این اساس دستورالعملی تهیه و تمامی شاخص‌های به دست آمده از مراحل قبلی (۹۸ 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 تهیه شده برای رتبه‌بندی به همراه گویه‌ها و عبارات به دست آمده در اختیار تعداد ۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان نمونه و همین‌طور ۱۰ نفر از متخصصان خارج

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 می داد؛ و معیار سوم که آن نیز از تحلیل عاملی معمولی به دست می آید، انتخاب عاملی بود که بارهای عاملی بزرگی (بیش از ۰/۷) به آن تعلق گرفت.

یافته ها

۳۰ کارشناس در این مطالعه مشارکت داشتند. سن شرکت کنندگان بین ۳۵-۶۰ بود و ۲۵ نفر از شرکت کنندگان مرد و ۵ نفر از آنان نیز زن بودند. همه شرکت کنندگان حداقل دارای ۱۵ سال سابقه تجربه حرفه ای یا مدیریتی در حوزه سلامت روانی در نیروهای مسلح بودند. برخی جزئیات و ویژگی های شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

در این تحقیق ابتدا ادبیات مربوط به شاخص های سلامت روانی بررسی شد. در فاز دوم با ۳۰ نفر از خبرگان حوزه سلامت روانی سازمان های نظامی و انتظامی مصاحبه شد. پس از بررسی های دقیق و سازمان دهی داده ها، ۲۴۶ گویه یا عبارت (شاخص) شناسایی گردید؛ در نهایت ۹۸ گویه (شاخص) به عنوان نمونه کیو انتخاب شدند؛ لازم به توضیح است آن دسته از عباراتی که دارای فراوانی بیشتری بوده یا به نظر می رسید مصاحبه شونده ها به آن ها از زوایای متفاوتی نگریسته و یا نقطه نظرات مختلفی دارند، به عنوان نمونه انتخاب شد. در مرحله بعدی، ۹۸ گویه به دست آمده در جدولی به صورت نامنظم و تصادفی چیده شد تا مشارکت کنندگان بتوانند گویه ها را بر اساس میزان اهمیت و در یک طیف ۹ درجه ای رتبه بندی کنند. برای شناسایی الگوهای ذهنی، رتبه بندی و مرتب سازی 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^{۱۱} استفاده شد. عامل ها به وسیله روش مؤلفه اصلی استخراج شدند و به روش واریماکس پنج دور چرخش یافتند. ابتدا برای تشخیص مناسب بودن داده ها برای تحلیل عاملی از آماره های KMO و آزمون بارتلت استفاده شد. مقدار آزمون KMO برای مجموع شاخص های سلامت روانی، برابر ۰/۶۸۳ و مقدار آزمون بارتلت نیز برابر ۲۳۰۴/۲۵ به دست آمد که در سطح یک درصد معنی دار می باشد. این دو آزمون بیانگر این است که داده ها برای تحلیل عاملی مناسب هستند؛ بنابراین نتایج تحلیل نشان می دهد که شرایط لازم جهت تحلیل عاملی وجود دارد. برای تعیین تعداد عامل ها از نمودار تست بریدگی، مقدار ویژه و درصد واریانس استفاده شد. بر همین اساس چهار عامل شناسایی شدند که ۶۳/۴۳۰ درصد از کل واریانس با این چهار عامل تحت پوشش قرار گرفت. چهار

از پنل 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 موضع تحقیق، رتبه بندی نمایند. درواقع در مرحله آزمایشی، دیدگاه های گروه آزمایش نسبت به کم و کیف عبارات به دست 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 داده ها

در این راستا نتیجه رتبه بندی هر شرکت کننده در برنامه نرم افزاری SPSS نسخه ۱۵ ثبت شد.

۵- آنالیز آماری

در این قسمت داده های 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 داده ها است. اساس روش تحلیل عاملی بر همبستگی بین متغیرها البته از نوع غیر علی استوار است. در صورتی که 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 نشان دهنده این مسئله باشد که یک دسته از افراد بار بیشتری بر یک عامل دارند، لذا می توانند در یک گروه قرار گیرند؛ بنابراین تجزیه و تحلیل آماری در سه مرحله انجام شد:

الف- استخراج عامل ها^۱: برای استخراج عامل ها به مقدار ویژه^۲ توجه می شود که معمولاً باید بیشتر از یک باشد. در کیو متدولوژی بسته به نوع برنامه نرم افزار از دو روش سنتروئید^۳ یا تحلیل مؤلفه های^۴ اصلی استفاده می شود. در این مطالعه برای استخراج عامل ها، روش تحلیل مؤلفه های اصلی مورد استفاده قرار گرفت.

ب- بارگذاری عاملی^۵: که بر اساس میزان همبستگی بین متغیرها تفسیر شد.

ج- چرخش عامل ها^۶: که از چرخش واریماکس^۷ به صورت متعامد^۸ استفاده شد.

۶- تأویل و تفسیر نتایج

تفسیر و تحلیل نهایی بر اساس نمره های عاملی، نحوه آرایه فاکتورها و همچنین بررسی عبارات مؤثر در ایجاد عامل ها صورت می گیرد. به طور کلی محقق باید الگوی فاکتورها را بر اساس توجه به عوامل زیر تفسیر نماید: نحوه قرارگیری فاکتور کیو^۹، توجه به بارگذاری افراد^{۱۰}، درک و فهم خود محقق از پدیده. اساسی ترین معیارها برای مهم تلقی کردن یک عامل به عنوان یک طبقه برای شاخص های سلامت روانی در این مطالعه عبارت بودند از: معیار اول «تفسیرپذیر بودن» آن عامل، بر اساس معیار دوم، عاملی مهم تلقی

عنصر با مقدار ویژه بزرگ‌تر از یک یافت شدند، نمودار سنگریزه نیز چهار عنصر را تأیید کرد. آلفای کرونباخ محاسبه شده، $0/867$ به‌دست آمد، بنابراین می‌توان اظهار داشت گویه‌ها از پایایی مطلوبی برخوردار بوده و از بابت همبستگی درونی گویه‌ها با یکدیگر اطمینان وجود دارد. همچنین به‌منظور بررسی پایایی، مرتب‌سازی توسط ۱۰ کارشناس حاضر در پنل کارشناسی و ۱۰ کارشناس مستقل تکرار شد. تکرار مرتب‌سازی تا ۷۳ درصد مطابق با رتبه‌بندی قبلی بود.

شاخص‌ها بر اساس رتبه به‌دست‌آمده 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 مشارکت‌کننده، دست‌کم پنج فرد، روی آن دارای بار عاملی بزرگی بودند)، ۳۲ شاخص که بار عاملی بیشتری داشتند (بیشتر از $0/7$) در چهار طبقه (عامل) اصلی وضعیت سلامت روانی^۱، تعیین‌کننده‌های سلامت روانی، رفتارهای بهداشتی و معنوی و استفاده از خدمات بهداشتی به دست آمد. تعیین‌کننده‌های سلامت روانی در چهار زیرگروه عوامل فردی، خانوادگی، شغلی و محیطی قرار گرفتند. به‌منظور بررسی پایایی^۲، مرتب‌سازی توسط ۱۵ کارشناس حاضر در پنل کارشناسی و ۱۵ کارشناس مستقل تکرار شد. تکرار مرتب‌سازی تا ۷۳ درصد مطابق با رتبه‌بندی قبلی بود.

شاخص‌های «وضعیت سلامت روانی فرد (وجود انواع نشانه‌ها و اختلالات روانی در فرد)»، «تعداد روزهای بدون سلامت روانی»، «نقص روانی (درصد محدودیت نقش به دلیل مشکلات روانی)»، «فراوانی رویدادهای منفی زندگی»، «سابقه آسیب‌های عمدی (تعداد اقدام به خودکشی، خودزنی و دگر زنی) فرد در طول سال»، «تعداد روزهای بدون سلامت جسمی»، «میزان و اندازه انعطاف‌پذیری»، «وجود اعتیاد و سابقه سوءمصرف مواد»، «میزان رضایتمندی از شغل»، «میزان استرس تجربه‌شده در طول سال» به ترتیب با بالاترین رتبه و نمره عاملی، به‌عنوان ۱۰ شاخص برتر انتخاب و تعیین شدند. هشت شاخص در طبقه «وضعیت سلامت روانی» قرار گرفتند که در این طبقه، شاخص‌های «وضعیت سلامت روانی فرد (وجود انواع نشانه‌ها و اختلالات روانی در فرد)»، «تعداد روزهای بدون سلامت روانی» و «نقص روانی (درصد محدودیت نقش به دلیل مشکلات روانی)» دارای بالاترین نمره بار عاملی و رتبه بودند. این سه شاخص در مجموع نیز بالاترین تبه‌ها را در بین ۳۲ شاخص به دست آوردند. ۱۴ شاخص در طبقه «تعیین‌کننده‌های سلامت روانی» قرار گرفتند. ۸ شاخص در زیرگروه «عوامل فردی»، ۲ شاخص در زیرگروه «عوامل خانوادگی»، دو شاخص در زیرگروه «عوامل شغلی» و دو عامل نیز در زیرگروه «عوامل

محیطی و اجتماعی» قرار گرفتند. در طبقه «تعیین‌کننده‌های سلامت روانی»، به ترتیب شاخص‌های «فراوانی رویدادهای منفی زندگی»، «میزان و اندازه انعطاف‌پذیری»، «میزان رضایتمندی از شغل»، «میزان استرس تجربه‌شده در طول سال»، «میزان رضایتمندی از زندگی» و «میزان انرژی، سرزندگی، شادکامی و رفاه روانی (شاخص انرژی شور و شوق)» به‌عنوان مهم‌ترین شاخص‌ها در این طبقه، بالاترین رتبه را به دست آوردند. شاخص‌های «دفعات شرکت در فعالیت‌های ورزشی در طول هفته»، «میزان زمان اختصاص داده‌شده به فعالیت‌های تفریحی و گردشی در طول سال»، «میزان زمان اختصاص داده‌شده به فعالیت‌های زیارتی-معنوی در طول سال»، «میزان زمان اختصاص داده‌شده به خانواده در طول روز (میزان زمان حضور فرد در خانواده در شبانه‌روز)»، «میزان زمان خوابیدن در شبانه‌روز»، «مدت‌زمان فعالیت (کار) در شبانه‌روز»، «مدت‌زمان صرف شده برای انجام مناسک و تقیدات دینی و مذهبی فردی در طول هفته»، «تعداد دفعات انجام معاینات پزشکی و روانپزشکی در طول سال»، در طبقه «رفتارهای بهداشتی و معنوی» قرار گرفتند که در این طبقه بالاترین رتبه متعلق به شاخص‌های «میزان زمان خوابیدن در شبانه‌روز»، «تعداد دفعات انجام معاینات پزشکی و روانپزشکی در طول سال» و «مدت‌زمان فعالیت (کار) در شبانه‌روز» بود. دو شاخص نیز در طبقه «استفاده از خدمات بهداشتی» قرار گرفتند که به ترتیب رتبه عبارت‌اند از: «میزان استفاده از خدمات سلامت روانی در طول سال (خدمات سرپایی به‌صورت خود گزارشی)» و «میزان استفاده از داروهای ضدافسردگی، ضد اضطرابی، ضدروانپزشی در طول سال» (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

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 [۱۷-۱۶]. تعیین شاخص‌های سلامت روانی کارکنان یک ضرورت بسیار مهم در ارزیابی نظام سلامت روانی برای مدیران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت روانی است [۱۲-۱۱] تا بر این اساس بتوان اولویت‌های مهم سلامت روانی نیروهای نظامی 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 درستی عملکرد بر اساس برنامه‌ها است [۱۸]. به این معنی که این شاخص‌ها برای اندازه‌گیری جنبه‌های مختلف نظام سلامت روانی مانند نیازهای

اجتماعی) نگاه کرد. چهارچوبی برای عوامل سلامت توسط کمیته ملی عملکرد سلامت استرالیا در سال ۲۰۰۰ ارائه شده که جنبه های آن عبارتند از: عوامل محیطی [۲۱ و ۱۵]، عوامل اجتماعی و اقتصادی [۲۳]، ظرفیت های جامعه [۲۱]، رفتارهای سلامت [۲۳] و [۲۱]، عوامل فردی [۲۱]. در این مطالعه، به ترتیب شاخص های «فراوانی رویدادهای منفی زندگی»، «میزان و اندازه انعطاف پذیری»، «میزان رضایتمندی از شغل»، «میزان استرس تجربه شده در طول سال»، «میزان رضایتمندی از زندگی» و «میزان انرژی، سرزندگی، شادکامی و رفاه روانی (شاخص انرژی شور و شوق)» به عنوان مهم ترین شاخص ها در طبقه «تعیین کننده های سلامت روانی»، بالاترین رتبه را به دست آوردند.

هرچند «رفتارهای سلامت» به نوعی «عوامل سلامت» محسوب می شود، اما به جهت اهمیت آن، در این مطالعه به طور مجزا و با ۸ شاخص، به عنوان یک طبقه شناخته شد. شاخص های «میزان زمان خوابیدن در شبانه روز»، «تعداد دفعات انجام معاینات پزشکی و روانپزشکی» و «مدت زمان فعالیت (کار) در شبانه روز» از مهم ترین رفتارهای بهداشتی بودند که در این مطالعه به عنوان شاخص های اصلی در این طبقه معرفی شدند. ضعف سلامت قویاً به دلیل رفتارهای خاص سلامتی است [۲۰]. در چهارچوب مدل میدانی، رفتار، پاسخی به سایر عوامل است و می تواند به عنوان یک عامل واسط سلامت دیده شود. رفتار توسط عوامل زیادی شکل می گیرد. خصوصاً محیط های فیزیکی و اجتماعی و تفاوت های ژنتیکی [۲۴]. شاخص های ممکن برای ارزیابی این جنبه عبارتند از: مصرف دخانیات، سطوح فعالیت جسمی، مصرف زیاد الکل، مصرف غذا [۲۰] و استفاده از داروهای غیرمجاز [۲۱].

در طبقه «استفاده از خدمات بهداشتی» دو شاخص جای گرفتند: «میزان استفاده از خدمات سلامت روانی در طول سال (خدمات سرپایی به صورت خود گزارشی)» و «میزان استفاده از داروهای ضد افسردگی، ضد اضطرابی، ضدروانپزشکی در طول سال». در تحقیقی که برای تعیین شاخص های سلامت روانی در سطح اتحادیه اروپا انجام شد، در طبقه رفتارهای بهداشتی، شاخص های زیر به دست آمد: استفاده از خدمات سرپایی، استفاده از دارو، میزان مستمری ناشی از ناتوانی های روانی، استفاده از مرخصی استعلاجی و کل هزینه هر کشور در بخش خدمات روانپزشکی [۲۵].

از این ۳۲ شاخص، اطلاعات ۱۲ شاخص (شاخص هایی مانند وضعیت سلامت روانی فرد، میزان انرژی، سرزندگی، شادکامی و رفاه روانی (شاخص انرژی شور و شوق)، میزان رضایتمندی از زندگی یا میزان عزت نفس، نیاز به سنجش و ارزیابی، بررسی های زمینه ای و همه گیرشناسی دارد. اطلاعات مربوط به ۲۰ شاخص دیگر

سلامت روانی کارکنان (به عنوان مثال، درصد جمعیت آسیب پذیر)، منابع سرمایه ای در سیستم های خدمات سلامت روانی (به عنوان مثال، تعداد متخصصان سلامت روانی به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر و درصد بودجه برای برنامه های ارتقاء سلامت روانی در بودجه عمومی)، کیفیت خدمات سلامت روانی ارائه شده (به عنوان مثال، تعداد سالانه بیماران بستری در بیمارستان های روانی در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر) و تأثیر خدمات سلامت روانی (به عنوان مثال، نرخ سالانه خودکشی، کاهش علائم، سطوح ناتوانی، کیفیت زندگی) کاربرد دارند [۱۹].

این مطالعه ۳۲ شاخص سلامت روانی را در چهار طبقه اصلی برای استفاده در نظام سلامت روانی و برای تعیین وضعیت سلامت روانی کارکنان در سازمان های نظامی و انتظامی معرفی و پیشنهاد کرده است. طبقه و دامنه اول شامل شاخص هایی است که مربوط به وضعیت سلامت روانی است. وضعیت سلامت روانی، سلامت روانی مثبت و مشکلات سلامت روانی از جمله اختلالات روانی را پوشش می دهد و به طور کلی با بیماری روانی و بروز آن مرتبط است. طبق نتایج مطالعه حاضر، ۸ شاخص در این طبقه قرار گرفتند که می توان از شاخص های «وضعیت سلامت روانی فرد»، «تعداد روزهای بدون سلامت روانی» و «نقص روانی (درصد محدودیت نقش به دلیل مشکلات روانی)» به عنوان مهم ترین شاخص های این طبقه یاد کرد. طبق نتایج دیگر تحقیقات، شاخص های ممکن برای این جنبه می تواند شامل شیوع، بروز یا بار بیماری و خودکشی، سال های زندگی با ناتوانی^۱ (YLD)، علل منجر به فوت و همچنین امید به مرگ زودرس^۲ (YLL)، علل منجر به فوت و همچنین امید به زندگی و تندرستی باشد [۲۱ و ۲۰]. اطلاعات مربوط به شاخص های حوزه وضعیت سلامت روانی بیشتر از طریق بررسی های زمینه یابی و مطالعات همه گیرشناسی به دست می آید [۲۲ و ۲۱].

در طبقه «تعیین کننده های سلامت روانی» ۱۴ شاخص جای گرفتند. این طبقه به ۴ زیرگروه «عوامل فردی»، «عوامل خانوادگی»، «عوامل شغلی» و «عوامل محیطی و اجتماعی» تقسیم شد و به دست آمد. به منظور ارزیابی عملکرد سیستم سلامت، تعیین و اندازه گیری تأثیر و عوامل سلامت بر نتایج سلامت اهمیت دارد [۲۰]. این گروه از شاخص ها شامل عوامل تعیین کننده سلامت روانی هستند. این فاکتورها عبارتند از [۸]: عوامل شخصی و بیولوژیکی که خصوصیات فردی را که ممکن است میزان انعطاف پذیری و آسیب پذیری در برابر اختلالات را تعیین کند در برمی گیرند اما به خودی خود بیماری نیستند؛ رفتارهای بهداشتی (عوامل سبک زندگی)؛ شرایط زندگی و کاری که باید بیشتر به عنوان محیط گسترده تر (فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی و

داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی نماید.

منابع

1. Abedi L, Mazruee H. Individual factors affecting military forces job satisfaction. *MilMed J* 2010; 12: 45-9.
2. Iversen AC, van Staden L, Hughes JH, Browne T, Hull L, Hall J, et al. The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *BMC psychiatry* 2009; 9: 68.
3. Deaton A. Inequalities in income and inequalities in health: National bureau of economic research 1999; 285.
4. Stone SA, Frost LE, Van Norman JR, Casey KA. Creating a Mentally Healthy Community Through the Use of Behavioral Health Indicators. *Appl Res Qual Life* 2010; 5: 273-85.
5. 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. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 816-21.
6. Braveman PA. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *J Health Popul Nutr* 2003; 21: 181-92.
7. 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. *Qual Health Care* 2001; 10: 152-8.
8. Weaver JB, Mays D, Weaver SS, Hopkins GL, Eroglu D, Bernhardt JM. Health information-seeking behaviors, health indicators, and health risks. *Am J Public Health* 2010; 100: 1520-5.
9. 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. *J Ment Health Admin* 2002; 11: 199-212.
10. Wilkinson J, Bywaters J, Simms S, Chappel D, Glover G. Developing mental health indicators in England. *Public health* 2008; 122: 897-905.
11. 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. *Scand J Public Health* 2003; 31: 451-9.
12. Shield T, Campbell S, Rogers A, Worrall A, Chew-Graham C, Gask L. Quality indicators for primary care mental health services. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 100-6.
13. Mbeng LO, Probert J, Phillips PS, Fairweather R. Assessing public attitudes and behaviour to household waste management in Cameroon to drive strat-

(شاخص‌هایی مانند تعداد روزهای بدون سلامت جسمی، تعداد روزهای بدون سلامت روانی یا تعداد روزهای مرخصی استعلاجی را می‌توان از طریق جمع‌آوری داده‌های آماری موجود به دست آورد که لازمه آن، ثبت چنین اطلاعاتی در پرونده سلامت روانی کارکنان است.

در میان شاخص به‌دست‌آمده، بالاترین نمرات بارهای عاملی متعلق به طبقه وضعیت سلامت روانی بود و این نشان می‌دهد که آگاهی از سطح سلامت روانی و درک وضعیت فعلی سلامت روانی کارکنان نیروهای مسلح از اهمیت بالایی برخوردار است؛ و از طرفی می‌تواند به این دلیل باشد که تعداد اختلالات روانی و خودکشی روزبه‌روز در حال افزایش است.

همچنین با توجه به‌مرور شاخص‌های موجود در ایران و سایر کشورها، ۶ شاخص «تعداد روزهای مرخصی استعلاجی به دلیل اختلالات روانی در طول سال»، «میزان رضایتمندی از شغل»، «مدت‌زمان فعالیت (کار) در شبانه‌روز»، «مدت‌زمان صرف شده برای انجام مناسک و تقیدات دینی و مذهبی فردی در طول هفته»، «میزان زمان اختصاص داده‌شده به خانواده در طول روز (میزان زمان حضور فرد در خانواده)»، «میزان زمان اختصاص داده‌شده به فعالیت‌های زیارتی -معنوی در طول سال» صرفاً در این مطالعه به‌دست‌آمده ذکر شده و در مطالعات دیگر مشاهده نشدند؛ یعنی این ۶ شاخص به‌طور اختصاصی برای نیروهای مسلح ایران به‌دست‌آمده است که با توجه به شرایط شغلی و همچنین فرهنگ سازمانی اسلامی کاملاً منطقی به نظر می‌رسد.

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 محدودشده بود به کارشناسان و متخصصین که در مطالعات بعدی کارکنان و مدیران و مصرف‌کنندگان خدمات سلامت روانی نیز می‌تواند گنجانده شود. از طرفی شاخص‌ها فقط کارکنان نیروهای مسلح را هدف قرار داده بود که در آینده می‌توان خانواده‌ها و فرزندان کارکنان نیروهای مسلح را نیز برای تعیین شاخص‌ها به‌عنوان گروه هدف موردبررسی قرار داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه 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

- egy development: AQ Methodological approach. Sustainability 2009; 1: 556-72.
14. Watts S, Stenner P. Doing Q methodology: theory, method and interpretation. Qual Res Psychol 2005; 2: 67-91.
 15. Jedeloo S, van Staa A, Latour JM, van Exel NJ. Preferences for health care and self-management among Dutch adolescents with chronic conditions: a Q-methodological investigation. Int J Nurs Stud 2010; 47: 593-603.
 16. 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>.
 17. Jane-Llopis E. Mental health promotion: concepts and strategies for reaching the population. Health Promot J Austr 2007; 18: 191-7.
 18. Han H, Ahn DH, Song J, Hwang TY, Roh S. Development of mental health indicators in Korea. Psychiatry Investig 2012; 9: 311-8.
 19. World Health Organization. Mental health policy and service guidance package 2003.
 20. Canadian Institute for Health Information (CIHI). National Health Expenditure Trends, 1975 to 2014. Available at: <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm>.
 21. National Health Performance Authority (NHPA). Reporting framework. Available at: <http://www.nhpa.gov.au/internet/nhpa/publishing.nsf/Content/Reporting-framework>.
 22. Marconi J. [Policy of mental health in Latin America]. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1976; 22: 112-20. (Spanish)
 23. Burgess P, Pirkis J. Key performance indicators for Australian Public Mental Health Services—potential contributions of MH-NOCC data: developing indicators of effectiveness Version 2.0. Brisbane, Queensland 2008.
 24. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. Soc Sci Med (1982) 1990; 31: 1347-63.
 25. Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V (eds). Improving Mental Health Information in Europe. Proposal

