

بررسی ابعاد چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت روانی

خسرو محمدی^۱، خدابخش احمدی^۲، علی فتحي آشتیانی^۳، پرویز آزاد فلاح^۴، عباس عبادی^۵

مقاله مروری

چکیده

مقدمه: این مطالعه، با هدف بررسی ابعاد چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت روانی، انجام گردید. با ارایه چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت روانی می‌توان زمینه را برای ایجاد یک مجموعه واحد و منسجم از شاخص‌های سلامت روانی فراهم کرد.

مواد و روش‌ها: پژوهش، به روش مرور منظم مقالات علمی (مرور سیستماتیک) انجام شده و از نوع کتابخانه‌ای و براساس منابع اینترنتی بوده است. برای جستجوی آثار از پایگاه‌های اطلاع‌رسانی معتبر و شناخته شده از جمله «medline»، «pubmed» و «psyclit» و دیگر پایگاه‌ها و با استفاده از کلیدواژه‌هایی که به نوعی به توسعه، اجرا، ارزیابی برنامه‌های ارتقا سلامت روانی مربوط هستند، انجام شده است.

یافته‌ها: در بیشتر نظام‌های بهداشتی و سلامت روانی، چهارچوب مفهومی شاخص‌ها به طور جامع مبتنی بر چهار بعد زیر به کار می‌رود: وضعیت سلامت، عوامل سلامت روانی، عملکرد نظام سلامت روانی و ویژگی‌های جامعه و سیستم سلامت روانی. هم‌چنین طبق تحقیقات موجود، شاخص سلامت روانی باید ویژه، قابل اندازه‌گیری، پایا، معتبر، واقع‌گرا، کاربردی، مقرون به صرفه، مبتنی بر سند و اخلاقی باشد.

نتیجه‌گیری در بین چهارچوب‌های مفهومی شاخص‌های سلامت، چهارچوب پیشنهادی مؤسسه کانادایی اطلاعات سلامت (CIHI) از وسعت و جامعیت کافی برخوردار می‌باشد و می‌توان آن را با تغییرات جزئی در ایران مورد استفاده قرار داد. براساس این چهارچوب، شاخص‌های سلامت به‌طور جامع مبتنی بر چهار بعد: وضعیت سلامت، عوامل سلامت، عملکرد سیستم سلامت، ویژگی‌های جامعه و نظام سلامت بررسی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: نظام‌های سلامت، سلامت روانی، شاخص‌های سلامت روانی، چهارچوب مفهومی، مرور سیستمی

ارجاع: محمدی خسرو، احمدی خدابخش، فتحي آشتیانی علی، آزاد فلاح پرویز، عبادی عباس. **بررسی ابعاد چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت**

روانی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۵): ۴۹۱-۴۸۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۹/۱۳

Email: kh.mohamadi@gmail.com

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج، تهران، ایران

۳- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج، تهران، ایران

۴- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۵- دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج، تهران، ایران

روش الکترونیک انجام شد. برای جستجوی آثار از پایگاه‌های اطلاع‌رسانی معتبر و شناخته‌شده از جمله مؤسسه سلامت و رفاه استرالیا، کمیته بین‌المللی استانداردها (ISO)، سایت‌های اینترنتی سازمان بهداشت جهانی (WHO)، کمیته ملی عملکرد سلامت استرالیا، مرکز توسعه رفاه و بهداشت فنلاند (STAKES) و پایگاه‌های اطلاعاتی «medline»، «pubmed» و «psyclit»، «PsycINFO»، «SCOPUS» و برای جستجو، کلمه «شاخص‌های سلامت روانی» استفاده شد. عبارت‌های کلی مورد جستجو نیز بدین شکل بود: شاخص‌های سلامت و سلامت روانی، چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت و سلامت روانی، وضعیت سلامت، عوامل سلامت، پایگاه‌های اطلاعاتی شاخص‌های سلامت، معیارهای انتخاب شاخص سلامت، کیفیت برنامه‌های ارتقا سلامت روانی. برحسب پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف، تغییراتی در شیوه جستجو به عمل آمد و با هدف انجام یک جستجوی حساس، برای هر یک از پایگاه‌های اطلاعاتی از ترکیب کلمه‌های کلیدی متناسب استفاده شد. جستجوی الکترونیک منابع تا تاریخ اول دی ۱۳۹۱ هجری شمسی برابر با ۲۲ دسامبر ۲۰۱۲ انجام شد. در مورد سال انتشار مقاله هیچ محدودیتی اعمال نشد. منابع پایانی مقاله‌ها نیز بررسی شد تا مقاله‌های مناسب از این نظر نیز استخراج شود. پس از حذف همپوشانی‌ها، برای شناسایی مقاله‌ها، ابتدا چکیده مقاله‌ها بررسی شد. سپس متن کامل مقاله‌های انتخاب شده بررسی شد. در این مرحله نیز چند مقاله که نامرتب بودند کنار گذاشته شدند.

چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت روانی

شاخص‌ها، ابزار اندازه‌گیری غیر مستقیم تغییرات، حوادث و شرایط هستند (۱۰-۱۲). شاخص سلامت روانی به عنوان یک متغیر اندازه‌گیری از وضعیت بهداشت روانی تعریف می‌شود؛ این شاخص متغیری است که به سلامت روانی مرتبط شده و یک اولویت یا یک مسأله را در این حوزه نشان می‌دهد (۱۳). چهارچوب، ساختاری برای راهنمایی، درک و ارزیابی سلامت است. چهارچوب توجه به عملکرد سیستم یا برنامه سلامت را تسهیل می‌کند (۱۴). Mathers and Fogarty در سال ۱۹۹۶ چهارچوبی برای شاخص‌های سلامت پیشنهاد کردند که توسط

مقدمه

سیمای سلامت یک جامعه براساس شاخص‌های سلامت آن جامعه سنجیده شده و گذر سلامت (Health transition) را براساس روند تغییرات این شاخص‌ها در طی زمان برآورد می‌کنند (۲،۱). شاخص‌ها، متغیرهایی هستند که بیانگر و نشان‌دهنده شرایط موجود می‌باشند و بنابراین می‌توانند برای اندازه‌گیری تغییرات مورد استفاده قرار گیرند (۳). شاخص سلامت روانی به عنوان یک متغیر اندازه‌گیری از وضعیت سلامت روانی تعریف می‌شود؛ این شاخص متغیری است که به سلامت روانی مرتبط شده و یک اولویت یا یک مسأله را در این حوزه نشان می‌دهد (۴).

بررسی شاخص‌های سلامت روانی یک ضرورت بسیار مهم در ارزیابی وضعیت سلامت روانی برای دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت روانی است (۵) تا براین اساس اولویت‌های مهم بهداشتی جامعه را نیز درک نموده و برنامه‌های ارایه شده را به نحو مطلوبی اجرا نمایند (۶،۷). به منظور مفید بودن شاخص‌ها برای پایش سلامت و عملکرد سیستم سلامت، باید برای انتخاب و تعریف شاخص‌های سلامت، معیارهای روشنی به کار رود. انتخاب معیارها باید برپایه‌ی توافق در مورد آنچه که سنجش می‌شود و برای هدفی که سنجش انجام می‌شود و با یک چهارچوب مفهومی واضح ارایه گردد (۸). چهارچوب مفهومی باید ابعاد اصلی و فرعی مناسبی را تعریف کند که برای توصیف سلامت جامعه و عملکرد سیستمی مراقبت بهداشتی ضروری هستند. یک چهارچوب مفهومی شاخص سلامت می‌تواند انتخاب و تفسیر معنی‌دار شاخص‌های سلامت را میسرکند (۸،۹). با ارایه چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت روانی می‌توان یک مجموعه منسجم از شاخص‌های سلامت روانی را ایجاد کرد (۳). بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی ابعاد چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت روانی انجام گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش به روش مرور منظم مقالات علمی (مرور سیستماتیک) و از نوع کتابخانه‌ای بوده است. جستجوی نظام‌مند منابع به

شده‌است که عبارتند از:

۱- شرایط سلامت (۸،۱۴): شاخص‌های ممکن برای این جنبه، می‌تواند شامل شیوع، بروز یا بار بیماری باشد (۱۴).

۲- کارکرد انسان (۸): شاخص‌های ممکن برای این جنبه عبارتند از: سال‌های زندگی با ناتوانی (YLD یا Years Lived with Disability)، میزان نقص و سطوح استقلال یا وابستگی (۱۴) امید به زندگی و تندرستی (۱۴): شاخص‌هایی که می‌تواند عملکرد سیستم سلامت در دستیابی به امید به زندگی و تندرستی را نشان دهد عبارتند از: امید به زندگی ناتوانی تعدیل شده (Disability-Adjusted Life Expectancy یا DALE)، سال‌های زندگی ناتوانی تعدیل شده (DALY یا Disability-Adjusted Life Years).

۴- مرگ و میر (۱۴): شاخص‌های ممکن در این زمینه می‌تواند شامل موارد زیر باشد: سال‌های زندگی ازدست رفته به دلیل مرگ زودرس (YLL یا Years of Life Lost due to premature mortality)، علل منجر به فوت.

ب- عوامل سلامت: به منظور ارزیابی عملکرد سیستم سلامت، تعیین و اندازه‌گیری تأثیر عوامل سلامت بر نتایج سلامت اهمیت دارد (۱۴). یک مدل عوامل سلامت توسط Evans و استودارت stoddart در سال ۱۹۹۰ به عنوان مدل میدانی سلامت پیشنهاد شده است که یک چهارچوب مفهومی وسیع برای توجه به فاکتورهایی فراهم می‌کند که بر روی سلامت جامعه مؤثرند (۱۶،۱۷). چهارچوبی نیز برای عوامل سلامت توسط کمیته ملی عملکرد سلامت استرالیا در سال ۲۰۰۰ ارائه شده که جنبه‌های آن عبارتند از: عوامل محیطی (۸،۱۴)، عوامل اجتماعی و اقتصادی (۱۸)، ظرفیت‌های جامعه (۱۴)، رفتارهای سلامت (۱۴،۱۸)، عوامل فردی (۱۴).

ج - عملکرد سیستم سلامت: این بعد در برگیرنده برنامه‌های سلامت جامعه، خدمات مراقبت اولیه و بخش‌های مراقبت حاد و مراقبت مستمر است (۱۴). تقریباً ۵ سال از افزایش ۳۰ سال امید به زندگی در قرن حاضر می‌تواند به بهبود خدمات بهداشتی نسبت داده شود (۱۹). تخمین زده شده که از این ۵ سال، خدمات درمانی حدوداً ۳/۵ سال و خدمات پیشگیری حدوداً

مؤسسه سلامت و رفاه استرالیا در سال ۱۹۹۹ با اصلاحاتی مورد تأیید قرار گرفت. این چهارچوب از ۴ بعد اصلی تشکیل شده است (۳): وضعیت سلامت، عوامل سلامت، زیرساخت و ورودی‌ها، مداخلات سلامت عمومی. چهارچوب دیگری در سال ۲۰۰۰ توسط کمیته ملی عملکرد سلامت استرالیا پیشنهاد گردید که از ۳ بعد اصلی تشکیل شده است (۱۴): وضعیت سلامت، عوامل سلامت، عملکرد سیستم سلامت. همچنین چهارچوبی توسط مؤسسه کانادایی اطلاعات سلامت (CIHI یا Canadian Institute for Health Information) در سال ۲۰۰۱ ارائه شده‌است. این چهارچوب نیز از چهار بعد تشکیل شده است (۱۴) که همانند چهارچوب سال ۲۰۰۰ استرالیا است و تنها بعد چهارمی تحت عنوان ویژگی‌های جامعه و سلامت، آن را جامع‌تر کرده است. چهارچوب‌های ذکر شده تفاوت زیادی با هم ندارند. تنها تفاوت آن‌ها در بعد چهارم است. در چهارچوب پیشنهادی کمیته ملی عملکرد سلامت استرالیا تنها سه بعد برای چهارچوب ارائه شده ولی چهارچوب‌های پیشنهادی مؤسسه سلامت و رفاه استرالیا و مؤسسه کانادایی اطلاعات سلامت، بعد چهارمی هم ارائه کرده‌اند که در مورد اول تحت عنوان زیر ساخت و ورودی‌ها و در بقیه تحت عنوان ویژگی‌های جامعه و سلامت، مورد توجه قرار گرفته است. در این مقاله، چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت به‌طور جامع مبتنی بر چهار بعد، به شرح زیر بررسی می‌شود: وضعیت سلامت، عوامل سلامت، عملکرد سیستم سلامت، ویژگی‌های جامعه و نظام سلامت.

الف- وضعیت سلامت: وضعیت سلامت جامعه به وسیله محدوده گسترده‌ای از عوامل اجتماعی و جمعیتی همانند رفتارهای فردی تعیین می‌شود. تغییرات وضعیت سلامت را می‌توان مورد سنجش قرار داد (۹). وضعیت سلامت روانی به طور کلی با بیماری روانی و بروز آن مرتبط است. وضعیت سلامت روانی به تجربه عمومی سلامت روان در جمعیت، که از طریق تحقیق رسمی و غیررسمی بررسی می‌شود، اشاره دارد. چنین تحقیقی بر اساس مفهوم‌سازی و اندازه‌گیری سلامت روان براساس تظاهرات روان‌شناختی هم‌چون کیفیت زندگی انجام می‌گیرد (۱۵). وضعیت سلامت از جنبه‌های متعددی توصیف

۴- جمع‌آوری اطلاعات به صورت غیررسمی: بعضی از شاخص‌ها را فقط می‌توان به شکل غیر رسمی جمع‌آوری کرد. نمونه‌هایی از این دست شامل میزان شیوع تلاش برای خودکشی در طول زندگی یا چگونگی دسترسی به خدمات بهداشت روانی می‌باشد. برنامه‌ریزی دقیق و طرح جمع‌آوری اطلاعات غیررسمی پیش‌شرطی برای موفقیت آن‌ها خواهد بود. این نوع از فعالیت‌ها باید شدیداً به تحقیقات علمی متصل باشند تا کاربرد این داده‌های جمع‌آوری شده را افزایش دهند.

پایگاه داده‌ها (Database)

منابع داده‌های موجود بهداشت بین‌المللی، قلت داده‌های قابل مقایسه سلامت روانی حتی در اروپا را نشان می‌دهد (۲۶،۲۷). بیشتر کشورهای اروپایی که می‌توانند داده‌های مرگ و میر ارایه دهند، می‌توانند اطلاعات مربوط به نرخ خودکشی مخصوص به سن و جنس را هم در آن بگنجانند. هم‌چنین داده‌های جدیدتر درباره تخت‌های روان‌پزشکی و تریخیص‌های بیمارستانی مرتبط با اختلالات روانی در بیشتر این کشورها موجود است (۲۸،۲۹). با این حال بیشتر کشورهای اروپایی عضو یورو قادر به ارایه اطلاعات درباره تعداد بیماران روانی که در بیمارستانی بیش از یک‌سال بستری می‌شوند یا شیوع اختلالات روانی، نمی‌باشند (۲۹،۲۵). اخیراً مراکز مخصوص جمع‌آوری داده‌های بین‌المللی نظیر سازمان بهداشت جهانی، پروژه اطلس و پروژه خط مبدأ WHO، دیدگاه‌های با ارزشی در بیان سیستم‌های سلامت روانی در کشورها ارایه داده‌اند. کمیسیون اروپایی، حرکت‌های مهمی را برای جمع‌آوری اطلاعات جامع و هماهنگ آغاز کرده است، و این کار را با معرفی مجموعه شاخص‌های سلامت اجتماع اروپایی از طریق زمینه‌یابی انجام داده‌است (۴،۲۵).

معیارهای انتخاب شاخص‌های سلامت روانی

ساخت و انتخاب شاخص‌های مناسب اهمیت بالایی دارد. نتایج تحقیقات، معیارهایی را برای به‌دست آوردن شاخص‌ها پیشنهاد می‌دهد. این معیارها عبارتند از (۲۸): مناسب بودن برای سلامت روانی، اعتبار و پایایی، عملی بودن اطلاعات به دست آمده، در دسترس بودن اطلاعات مقایسه‌ای مربوط به مجموعه استانداردها. تحقیقات هم‌چنین حاکی از آن هستند که یک

۱/۵ سال سهم دارند (۱۸). ویژگی‌های اساسی نظام سلامت عبارتند از: مقبولیت و پاسخ‌گویی (۸،۲۰)، دسترسی (۸،۱۴)، تناسب (۸،۱۴،۲۱)، توانایی (۱۴)، استمرار (۸،۱۴)، اثربخشی (۲۲)، کارایی (۸،۱۴،۲۳)، ایمنی (۱۴،۲۴)، قابلیت نگهداری (۱۴).

د- ویژگی‌های جامعه و نظام سلامت: آخرین بعد چهارچوب مفهومی شاخص‌ها 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، منابع انسانی یا سایر انواع منابع (مانند میزان تخت‌های بیمارستانی)، ۲- جمعیت (نظیر ساختار سنی یا نسبت جمعیت ساکن در مناطق شهری و روستایی) و ۳- خدمات بهداشتی (۸).

شیوه‌های جمع‌آوری اطلاعات مربوط به شاخص‌ها

روش‌های مختلف زیر برای جمع‌آوری داده‌ها برای شاخص‌های سلامت روانی استفاده می‌شود (۲۵):

۱- آمار جاری: آمار جاری (routine) معمولاً برای اهداف اجرایی جمع‌آوری می‌شوند و مصرف آن‌ها در نظارت سلامت روانی ممکن است محدود باشد. بیشتر کشورها اطلاعات منظم درباره علل مرگ (شامل خودکشی و خودآزاری، مرگ‌های مرتبط با الکل و دیگر مواد)، هم‌چنین تعداد تخت‌های بیمارستانی و بهره‌برداری از آن‌ها را به صورت جاری جمع‌آوری می‌کنند.

۲- جمع‌آوری اطلاعات بیماری یا مخصوص وضعیت: این داده‌ها اغلب موارد برای پایش بهداشتی، اهداف برنامه‌ریزی یا همه‌گیرشناسی جمع‌آوری می‌شوند. اطلاعات در مورد اختلالات شدید روانی و رفتاری نظیر آلزایمر، اسکیزوفرنی، افسردگی شدید و وابستگی به مواد، ممکن است از بعضی سیستم‌های جمع‌آوری داده‌های ملی و منطقه‌ای در دسترس باشد.

۳- زمینه‌یابی‌های بهداشتی: همانند همه زمینه‌یابی‌ها، گنجانند معیارها و تکنیک‌های نمونه‌گیری برای تعبیر نتایج بسیار مهم می‌باشند. زمینه‌یابی‌های مصاحبه‌ای می‌توانند داده‌های پایاتری از پرسش‌نامه‌های پستی ارایه دهند اما گران‌تر هستند. زمینه‌یابی‌های آزمایشی از آن‌هم گران‌تر هستند.

ایجاد خواهد کرد که به هنگام ارزیابی سلامت جامعه و خدمات سلامت مفید هستند. با توجه به چهارچوب‌های مفهومی شاخص‌های سلامتی ارایه شده که در این مقاله مورد بررسی قرار گرفته است، به نظر می‌رسد چهارچوب پیشنهادی مؤسسه کانادایی اطلاعات سلامت (CIHI) یا Canadian Institute for Health Information از وسعت و جامعیت کافی برخوردار باشد و بتوان آن را (در صورت لزوم با تغییرات جزئی) در کشور ایران مورد استفاده قرار داد. دسته‌بندی‌های اصلی ECHI نیز عبارتند از: فاکتورهای جمعیت‌شناختی و اجتماعی اقتصادی، وضعیت بهداشتی، تعیین‌کننده‌های بهداشتی؛ سیستم‌های بهداشتی. پروژه‌ای که در راستای پایه‌ریزی شاخص‌ها برای نظارت سلامت روانی در اروپا (۳،۴) توسط مرکز تحقیقات ملی و مرکز توسعه رفاه و بهداشت فنلاند (STAKES) صورت گرفته است یک مجموعه از شاخص‌های قابل اجرای سلامت روانی (۳۶ شاخص) را با تعاریف دقیق پیشنهاد کرده است. چهارچوبی که این پروژه دنبال می‌کند همانند چهارچوب پیشنهادی (CIHI) دارای دسته‌بندی زیر است: فاکتورهای اجتماعی- اقتصادی و مردم‌شناسی، وضعیت سلامتی، تعیین‌کننده‌های سلامتی، نظام‌های سلامتی (۴). همچنین پروژه‌ای تحت عنوان اطلاعات سلامت روانی و تعیین‌کننده‌های سطح اروپا (MINDFUL یا Mental health information and determinants for the European level)، توسط کمیسیون اروپایی «دانش و اطلاعات بهداشتی» انجام شد (به نقل از Susan و همکاران). این مجموعه شاخص نیز براساس چهارچوب (وضعیت سلامت روانی، تعیین‌کننده‌های سلامتی و سیستم و نظام سلامت) طراحی شده است (۲۵،۳۰).

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی نویسنده اول مقاله می‌باشد. نویسنده اول بر خود لازم می‌داند از اساتید، محققان و همکاران مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) صمیمانه تشکر و قدردانی نماید.

شاخص خوب به روشنی (clearly) و به شکل غیرمبهم (unambiguously) تعریف می‌شود، برای اجتماع قابل قبول است، با خط مشی‌های سلامت رفتاری موجود مرتبط است (۶). همچنین شاخص باید ویژه (specific)، قابل اندازه‌گیری (measurable)، پایا (reliable)، معتبر (valid)، واقع‌گرا (realistic)، کاربردی (practical)، مقرون‌به‌صرفه (cost effective)، مبتنی بر سند (evidence based) و اخلاقی (ethical) باشد (۷). Glore and Kameez-Gold معیارهای زیر را برای شاخص‌های مناسب پیشنهاد می‌کنند (۳۱،۳۰): وضوح ادراکی، ارتباط روشن با یک هدف سازمانی، عملیاتی، پایا و معتبر، تشکیل شدن از نسبت و بهره به جای اعداد خام و قابل مقایسه.

بحث و نتیجه‌گیری

جامعه سالم یکی از عوامل مؤثر در توسعه هر کشوری است. ارتقای شاخص‌های سلامت روانی در هر جامعه منجر به بهبود بهره‌وری و افزایش بازدهی جامعه می‌شود. در این راستا آگاهی از وضعیت موجود سلامت روانی جامعه به برنامه‌ریزی و سازماندهی منابع موجود جهت ارایه خدمات سلامت روانی کمک می‌کند. بنابراین پیش‌تایج 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 هستند و چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت روانی به ایجاد ساختار دایمی و هماهنگ برای تعیین شاخص‌های سلامت‌روانی در جهت پایش و نظارت سلامت جامعه کمک می‌کند (۳).

در این مطالعه، ابعاد، مفاهیم و ساختارهای شاخص‌های سلامت روانی توصیف شدند. حرکت به سمت یک چهارچوب مفهومی استاندارد شاخص‌های سلامت روانی، به ایجاد یک زبان مشترک جهت سنجش وضعیت و سیستم سلامت‌روانی کمک خواهد کرد و منجر به توسعه شاخص‌های سلامت روانی خواهد شد. در واقع چهارچوب، یک رده‌بندی جامع از انواع کلیدی شاخص‌هایی

References

1. Sandoval C, Couris C., Leeb K. New mental health indicators provide a snapshot on performance of the mental health system in Canada. *Healthc Q* 2012; 15(2): 14-6.
2. Grant-Pearce C, Miles I, Hills P. Mismatches in priorities for health research between professionals and consumers. Manchester: Policy Research in Engineering science and Technology, university of Manchester; 1998.
3. Wilkinson J, Bywaters J, Simms S, Chappel D, Glover G. Developing mental health indicators in England. *Public Health* 2008; 122(9): 897-905.
4. Stake S. Development of mental health indicators. *Scand J Public Health* 2005; 3(6): 451-9.
5. Flynn BC. Healthy cities: Toward worldwide health promotion. *Annu Rev Public Health* 1996;17:299-309.
6. Wold C. Health indicators: A review of reports currently in use. Pasadena: Wold & Associates; 2008.: 13-21.
7. Jane-Lopis E."Mental health promotion: Concepts and strategies for reaching the population. *Health Promot J Austr* 2007; 18(3);.191-7.
8. Health Indicators 2013 , Canadian Institute for Health Information [online].2013; Available from : URL: https://secure.cihi.ca/free_products/HI2013_EN.pdf.
9. Wold C. Health indicators: A review of reports currently in use. Pasadena: Wold & Associates; 2008: 13-21
10. Weaver JB, Mays D, Weaver SS, Hopkins GL, Eroglu D., Bernhardt J.M. Health information-seeking behaviors, health indicators, and health risks. *Am J Public Health* 2010; 100(8). 1520-25.
11. Center for Mental Health Services. Mental Health United States (Chp. 10) [online].2004; Available from: URL: <http://mentalhealth.samsha.gov/publications/allpubs/SMA06-4195/>.
12. Community Action Network. Check Austin 2010: Gauging our progress together. [online].2009; Available from: URL:<http://www.caction.org/initiatives/RetreatDashboardPresentation30Sept2009.pdf>
13. Compendium to the 2008 Community Impact Report. Travis County health and human services and veterans research and planning division [online].2009; Available from: URL: http://www.co.travis.tx.us/health_human_services/research_planning/documents/2008_CIR_Community_Conditions_Compendium.pdf.
14. NHPC. National Health Performance Framework Report [online].2001; Available from: URL: www.health.gld.gov.au/.../performance_framework/11381_doc.pdf
15. Marconi J. Policy of mental health in Latin America. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 1976;22(2): 112-20.
16. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med* 1990; 31(12): 1347-63.
17. Minkler M., Blackwell AG., Thompson M., Tamir H. Community-based participatory research: implications for public health funding. *American Journal of Public Health* 2003, 93(8), 1210-13
18. Ozamiz JA. Mental health promotion policies in Europe. *J Ment Health.* 2011; 20(2):174-84.
19. Braveman PA, Cruskin S : Defining equity in health. *Epidemiol Community Health.* 2003; 57(4): 254-8
20. W.H.O. The world Health Report, Health system improving performance. Geneva : World Health Organization; 2000; 205-13.
21. Lavis JN, Anderson GM: Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications . *CMAJ* 1996; 154(3): 321-8
22. National Health Performance Committee. Forth National Report on Health Sector Performance indicators – A Report to the Australian Health Ministers Conference. Sydney: State Health Publication; 2000.

23. Australian Institute of Health and welfare. Integrating indicators: Theory and practice in the Disability Services Field. Canberra: Aihw; 2000:5.
24. Hallqvist J, Diderichsen F, Theorell T, Reuterwall C, Ahlbom A. Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude? Results from Stocholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). Soc Sci Med 1998; 46(11): 1405-15
25. Lauriks S, de Wit MA, Buster MC, Arah OA, Klazinga NS. Composing a Core Set of Performance Indicators for Public Mental Health Care: A Modified Delphi Procedure. Adm Policy Ment Health. 2013 ; 15.
26. Perlman CM, Hirdes JP, Barbaree H, Fries BE, McKillop I, Morris JN, et al. Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the inter RAI mental health assessment. BMC Health Serv Res 2013 ;10(13):15.
27. McCrone P. The development of a Local Index of Need (LIN) and its use to explain variations in social services expenditure on mental health care in England. Health SocCare Community 2006; (14)3 : 254-63.
28. McDonnell S, Trojano RP, Barker N, Noji E, Hlady WG, Hopkinz R. Long-term effects of Hurricane Andrew: Revisiting mental health indicators. Disasters 1995; 19(3): 235-46.
29. Gunderson EK, Arthur RJ . A brief mental health index. J Abnorm Psychol 1969; 74(1): 100-4.
30. Korkeila JJA. Measuring Aspects of Mental Health. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2000.
31. Kuehner C, Gass P, Dressing H. Mental health impact of stalking in men and women. Psychother Psychosom Med Psychol 2006; 56(8): 336-41.

Dimensions of conceptual framework of mental health indicators

Khosro Mohamadi¹, Khodabakhsh Ahmadi², Ali Fathi Ashtiani³, Parviz Azad Fallah⁴,
Abbas Ebadi⁵

Review Article

Abstract

Aim and Background: This study was conducted with the aim of explaining aspects of conceptual framework of indicators for mental health. Providing mental health indicators conceptual framework could provide for the creation of a unified set of mental health indicators.

Methods and Materials: This research was conducted in the method of systematic review and in type of library researching and internet resources. To search for a reputable and well-known databases such as “medline”, “pubmed”, “psyclit” and other informative sites were used. And the key words to the development, implementation and evaluation of mental health promotion programs were used.

Findings: In most systems, health and mental health indicators conceptual framework used to comprehensively based on the following four aspects: health status, mental health factors, mental health system performance, and characteristics of the mental health system and community and health system characteristics. Also, according to the research, mental health indicators should be specific, measurable, reliable, valid, realistic, practical, cost effective, evidence based and ethical.

Conclusions: Among the health indicators conceptual framework, the framework proposed by the Canadian Institute for Health Information (CIHI) is of sufficient breadth and comprehensiveness. And it can be used with slight changes in Iran. based on this framework, a comprehensive general health indicators based on four dimensions: health status, health factors, health system, community and health system characteristics is investigated.

Keywords: Health Systems, Mental Health, Mental Health Indicators, Conceptual Framework, Systematical Review

Citation: Mohamadi Kh, Ahmadi Kh, Fathi Ashtiani A, Azad Fallah P, Ebadi A. **Dimensions of conceptual framework of mental health indicators** . J Res Behave Sci 2014; 11(5): 484-491

Received: 14.02.2013

Accepted: 04.12.2013

1- PhD Students-Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical 1. sciences, Tehran, Iran, (Corresponding author) Email: kh.mohamadi@gmail.com

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

3- Professor, Department of Psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

5- Assistant Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran