



Psychometric properties of the Persian version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) on Iranian students in 1398

Arezoo Zarebi^{1*}, fatemeh Jafari², Simin Hosseinian³, Abbas abdollahi⁴

1. (Corresponding Author): PhD Student, Department of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran. arezoo.1358@gmail.com,

2. PhD Student, Department of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran.

3. Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Women's Research Institute, AlZahra University, Tehran, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Women's Research Institute, AlZahra University, Tehran, Iran.

Citation: Zarebi A, Jafari F, Hosseinian S, Abdollahi A. Psychometric properties of the Persian version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) on Iranian students in 1398. *Journal of Research in Psychological Health*. 2021; 14 (4), 85-103. [Persian].

Key words:

Corona, middle-aged, quarantine, qualitative study

Highlights

- Mental health literacy scale is a valid and appropriate tool for Iranian society.

Abstract

The aim of the present study was to prepare a Persian version of the Dias, Compos, Almeida and Palha (2018) Mental Health Literacy Questionnaire (MHLQ) and to examine its psychometric properties. For this purpose, 346 undergraduate, graduate and doctoral students of Shahroud University were selected in the academic year of 1398-99 through the available sampling. They completed the Persian version of the MHLQ (2018), Attitude Scale - Fischer and Farina (1995) - Short Form, questionnaire, and Health Anxiety inventory - Salkovskis & Warwick - Short Form (2002), and Beck Depression Questionnaire. The results of compound reliability for all subscales were more than 0.5, which indicates the desired reliability of the scale. CVR was more than 0.62 percent and the CVI was more than 0.75 percent, indicating the appropriate content validity of the scale. The results of the confirmatory factor analysis showed that the factor load of the items is more than 0.15 and all the routes from the items to the variable hidden at the level. 0.5 were significant and the scale had a good construct validity. An examination of the validity of the structure using CFA showed that the scale has a factor structure consisting of 4 subscales. The study of validity at the same time as calculating the correlation of this scale with the scale of attitude with the help of psychological psychologists - Fisher and Farina (1995) short form, Health Anxiety Questionnaire - Salkoskis and Varvik short form (2002), indicates a positive relationship between scale scores. The results indicate that the mental health literacy questionnaire is a valid and appropriate tool for use in Iranian society.

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه سواد سلامت روان (MHLQ) در دانشجویان دانشگاه شاهرود در سال ۱۳۹۸

آرزو ضاربی^۱، فاطمه جعفری^۲، سیمین حسینیان^۳، عباس عبداللهی^۴

۱. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. arezoo.1358@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

یافته‌های اصلی

- پرسشنامه سواد سلامت روان ابزاری معتبر و مناسب برای جامعه ایران است.

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تهیه نسخه فارسی پرسشنامه سواد سلامت روان (MHLQ) دیاس، کامپوس، آلمیدا و پالها (۲۰۱۸) و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن بود. به این منظور، ۳۴۶ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه شاهرود در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به نسخه فارسی پرسشنامه سواد سلامت روان (۲۰۱۸) و پرسشنامه مقیاس نگرش به کمک طلبی حرفه‌ای روان‌شناختی- فرم کوتاه فیشر و فارینا (۱۹۹۵)، پرسشنامه اضطراب سلامتی- فرم کوتاه سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) و پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. نتایج پایایی مرکب برای همه خرده مقیاس‌ها بیشتر از ۰/۵ بود که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد. نسبت روایی محتوا بیشتر از ۰/۶۲ درصد و شاخص روایی محتوا بیشتر از ۰/۷۵ درصد بود که نشان از روایی محتوای مناسب پرسشنامه داشت. نتایج تحلیل عامل تأییدی نشان داد که بار عاملی گویه‌ها بیشتر از ۰/۱۵ است و تمام مسیرها از گویه‌ها به متغیر پنهان در سطح ۰/۰۵ معنادار بودند و پرسشنامه از روایی سازه مناسب برخوردار است. بررسی روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که پرسشنامه دارای ساختار عاملی شامل ۴ خرده مقیاس است. بررسی روایی همزمان با محاسبه همبستگی این پرسشنامه با مقیاس نگرش به کمک طلبی حرفه‌ای روان‌شناختی- فرم کوتاه فیشر و فارینا (۱۹۹۵)، پرسشنامه اضطراب سلامتی- فرم کوتاه سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲)، بیانگر رابطه مثبت بین نمرات پرسشنامه سواد سلامت روان با این پرسشنامه‌ها بود. نتایج، نشانگر آن است پرسشنامه سواد سلامت روان ابزاری معتبر و مناسب برای استفاده در جامعه ایران است.

تاریخ دریافت

۱۳۹۹/۰۳/۲۲

تاریخ پذیرش

۱۴۰۰/۰۹/۰۲

واژگان کلیدی

اعتباریابی، تحلیل عاملی، روان‌سنجی، پرسشنامه سواد سلامت روان

مقدمه

سواد سلامت روان به دانش، نگرش‌ها و باورهایی در مورد اختلال‌های روانی اشاره دارد که تشخیص نشانه‌ها، مدیریت و پیش‌گیری از آن‌ها را تسهیل کند (جوهرم^۹، ۲۰۱۲). سواد سلامت روان شامل سه مفهوم مرتبط دانش، نگرش و جست و جوی کمک است (وی، مک‌گرا^{۱۰}، هایدن^{۱۱} و کاتچر^{۱۲}، ۲۰۱۵). فقدان دانش در مورد مشکلات سلامت روانی می‌تواند منجر به نگرش‌های منفی و باورهای منفی نسبت به سلامت روان‌شناختی، خدمات بهداشت روان و افراد مبتلا به بیماری‌های روانی شود (برینجات، پرودرو، ماهتانی و آنتونیاد^{۱۳}، ۲۰۱۶). سواد سلامت روان ۴ حوزه را شامل می‌شود: (۱) درک چگونگی دستیابی و حفظ سلامت روانی؛ (۲) درک اختلال‌های روانی و درمان آنها؛ (۳) کاهش نگرانی نسبت به بیماری روانی؛ و (۴) جست و جوی کمک اثربخش (کاتچر، باگنل^{۱۴} و وی، ۲۰۱۵؛ وی، هایدن، کاتچر، زیگمونت^{۱۵} و مک‌گرا^{۱۶}، ۲۰۱۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که جمعیت عمومی و به ویژه جوانان سطح سواد سلامت روان بسیار پایینی دارند (هارت، ماسون، کلی، کوتکووسکی^{۱۷} و جوهرم، ۲۰۱۶). آنها در شناسایی اختلال‌های روانی و دلایل اساسی بروز آنها، عوامل خطر و عوامل محافظتی مرتبط با آنها، مشکل دارند و همچنین اعتقادهای نادرست در مورد اثربخشی مداخلات درمانی می‌تواند، اغلب منجر به کاهش احتمال جستجوی کمک می‌شود (جوهرم، بارنی، کریستنسن، هایت^{۱۸}، کلی و کیتچنر^{۱۹}، ۲۰۰۶؛ کلی، جوهرم و رایت^{۲۰}، ۲۰۰۷). علاوه بر این، ننگ و بدنامی مرتبط با مشکلات سلامت روان برای افراد در سنین پایین

اختلال‌های روانی یک تهدید جدی برای سلامت افراد جوان بوده و ۲ تا ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان در سراسر جهان به آن‌ها، مبتلا هستند (پولانسزیک، سالوم، ساگایا، کای و روهدی^{۲۱}، ۲۰۱۵). تقریباً ۵۰٪ اختلال‌های روان‌شناختی موجود در بزرگسالی از سن ۱۴ سالگی آغاز می‌شود (سازمان جهانی بهداشت^{۲۲} [WHO]، ۲۰۱۸). با وجود این شیوع گسترده، در حال حاضر تنها یک جوان از هر پنج جوان که نیاز به خدمات سلامت روان دارند، واقعاً کمک دریافت می‌کنند. مشکلات و اختلال‌های روانپزشکی درمان نشده در نوجوانان و جوانان، پیش‌بینی کننده قوی دستاوردهای شغلی و حرفه‌ای کم، عملکرد بین فردی و خانوادگی ضعیف و همچنین کاهش امید به زندگی است (وی، کاتچر و اسزومیلان^{۲۳}، ۲۰۱۱). در مقابل، افزایش آگاهی عمومی در زمینه تشخیص سریع اختلال که به عنوان سواد سلامت روان^{۲۴} (MHL) شناخته می‌شود، با بهبود عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی بهتر مرتبط است (اودونوگوه، لینی، کینسلا، ترنر، اکالاقان، کلارک^{۲۵}، ۲۰۱۴).

در واقع، سلامت روان جوانان در حال حاضر به عنوان یک نگرانی گسترده بهداشت جهانی در نظر گرفته می‌شود (پاتل، فلیشر، هتريک و مک‌گوری^{۲۶}، ۲۰۰۷؛ بالی، گروو، کاستلو^{۲۷}، ۲۰۲۰). در سال‌های اخیر، فقدان سواد سلامت روانی نیز به عنوان یک مساله اساسی شناخته شده است. مطالعات نشان داده‌اند که بهبود سواد سلامت روانی یک معیار موثر برای بهبود سلامت روان است (ویتفورد، دجنه‌ارت، رهم، باکستر، فراری، ارسکین و برستین^{۲۸}، ۲۰۱۳).

⁹ Jorm

¹⁰ McGrath

¹¹ Hayden

¹² Brijnath, Protheroe, Mahtani & Antoniadis

¹³ Bagnell

¹⁴ Zygmunt

¹⁵ Hart, Mason, Kelly & Cvetkovski

¹⁶ Barney, Christensen, Highet

¹⁷ Kitchener

¹⁸ Wright

¹ Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde

² World Health Organization

³ Wei, Kutcher & Szumilas

⁴ Mental Health Literacy

⁵ O'Donoghue, Lyne, , Kinsella, Turner, O'Callaghan & Clarke

⁶ Patel, Flisher, Hetrick & McGorry

⁷ Bale, Grove & Costello

⁸ Whiteford, Degenhardt, Rehm, Baxter, Ferrari, Erskine & Burstein

آشکار است (کامپوز، دیاس، دارتی، ویگا، دیاس و پالها^۱، ۲۰۱۸).

سطح پایین سواد سلامت روان به عنوان یکی از مهمترین مشکلات در درمان اختلال‌های روان-شناختی شناخته شده است (بریجنات و همکاران، ۲۰۱۶). در مقابل، افزایش سطح سواد سلامت روان از طریق ارائه آموزش به نوجوانان و جوانان می‌تواند در کاهش بار بیماری‌های روانی و ارتقای سطح مراقبت‌های بهداشتی کمک کننده باشد. به ویژه اینکه پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد در مقایسه با بیماری‌های فیزیکی و جسمی، از آگاهی کمتری نسبت به بیماری‌های روانی برخوردارند (ویمالاناتان و فارنهام^۲، ۲۰۱۸). شواهد نشان می‌دهد که بهبود دانش در مورد سلامت روان و اختلال‌های روانی، تشخیص زودهنگام اختلال‌های روانی، آگاهی بیشتر از نحوه دستیابی به کمک و درمان و کاهش نشانه‌های بیماری روانی در سطوح فردی، اجتماعی و نهادی، بهبود نتایج سلامت روان و افزایش استفاده از خدمات روان‌شناختی را به دنبال دارد (راج، ایوانز-لاکو، هندرسون، فلچ، تورنیکرافت^۳، ۲۰۱۱). افزایش سواد سلامت روان در یک جامعه نه تنها به نفع مصرف‌کنندگان و متخصصان سلامت روان است بلکه همچنین باعث افزایش رفاه عمومی مردم از طریق مداخله‌های اولیه، استراتژی‌های پیشگیری و ارتقاء سلامت روان می‌شود (سامین، آندریو، ریدر، کیرمایر^۴، ۲۰۱۶).

همچنین، نگرش جوانان قابل انعطاف است و می‌توان آسان‌تر از بزرگسالان آن را تغییر داد (کوريجان و واتسون^۵، ۲۰۰۷)، و این موضوع، فرصتی برای سرمایه‌گذاری در ارتقاء سواد سلامت روان در این سن فراهم می‌کند که تأثیرات مثبتی در ارتقاء سواد سلامت روان در جوانان - به طور خاص در افزایش دانش و کاهش کلیشه‌های مرتبط با مشکلات سلامت روان، ارتقاء نگرش مثبت به جست و جو و

دریافت کمک دارد (کامپوز و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین از آنجا که سه چهارم اختلال‌های گزارش شده در سنین ۱۸ تا ۲۵ سالگی ظاهر می‌شود و این دوران، مقارن با دوران دانشجویی است دانشگاه-ها در سطح ملی می‌توانند در افزایش سواد سلامت روان نقش مهمی ایفا کنند (کسلر، برگلاند، دیملر و مریکانگاس^۶، ۲۰۰۵؛ اتحادیه ملی بیماری‌های روانی NAMI^۷، ۲۰۱۲).

در حال حاضر چندین کشور نه تنها در حال سرمایه‌گذاری در درمان اختلال‌های روانی، بلکه در ارتقاء سلامت روان و پیشگیری از بیماری‌های روانی هستند (بویلی، دونالد، دن، کونراد و ماتچ^۸، ۲۰۰۷). بنابراین، به منظور مقابله با ریشه مشکلات سلامت روان، بهبود سواد سلامت روان یک استراتژی موثر برای ارتقای جست و جوی کمک به خود و نیز کمک به دیگران است. این امر به نوبه خود، می‌تواند منجر به تشخیص زودهنگام و درمان شود و در نتیجه بار بیماری‌های روانی را در افراد کاهش دهد (کلی و همکاران، ۲۰۰۷؛ لام، وانگ و لام، ۲۰۱۹).

از اواسط دهه ۱۹۹۰ پژوهش‌های فراوانی در سطح بین‌المللی در زمینه MHL انجام شده‌است (ویکستد^۹ و فارنهام، ۲۰۱۷). همچنین مطالعات زیادی در زمینه ساخت و استانداردسازی ابزارهایی به منظور سنجش مفهوم سواد سلامت روان و کمی‌سازی آن انجام شده است. وی و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش فراتحلیلی که پیرامون بررسی مفهوم و ابزارهای اندازه‌گیری سواد سلامت روان بود، ۴۰۱ مطالعه انگلیسی را بررسی کردند. یافته‌های پژوهش نشان داد این ۴۰۱ مطالعه شامل ۶۹ ابزار بررسی دانش (توانایی شناسایی بیماری، و آگاهی واقعی از اختلال‌های روانی مانند اصطلاحات آن، تشخیص، پیش‌بینی، و عواقب)، ۱۱۱ ابزار بررسی نگرش منفی و بدنامی بیماری‌های روانی و ۳۵ ابزار بررسی جست و جوی کمک برای درمان بودند این پژوهش مروری

⁵ Corrigan & Watson

⁶ Kessler, Berglund, Demler, Merikangas

⁷ National Alliance on Mental Illness (NAMI)

⁸ Boyle, Donald, Dean, Conrad, Mutch

⁹ Wickstead

¹ Campos, Dias, Duarte, Veiga, Dias & Palha

² Vimalanathan & Furnham

³ Rusch, Evans-Lacko, Henderson, Flach, Thornicroft

⁴ Sumin, Andrew, Ryder & Kirmayer

۸ تا ۴۰ (M = 19.75؛ SD = 2.92) متغیر بودند. جستجوی کمک و مهارت‌های کمک‌های اولیه بین ۶ و ۳۰ (M = 24.13؛ SD = 3.33) متغیر بود. استراتژی‌های کمک به خود، محدوده بین ۴ تا ۲۰ است (M = 16.90؛ SD = 1.90).

روایی سازه، ارزیابی شده از طریق تحلیل عاملی اکتشافی، چهار بعد را نشان داد که با دیدگاه چند بعدی ساختار سواد سلامت روانی سازگار است. ثبات درونی، که با آلفای کرونباخ ارزیابی شد، برای سه مورد از ابعاد پرسشنامه و نمره کل قابلیت اطمینان خوب را نشان داد. آلفای پایین استراتژی‌های کمک به خود (۰/۶۰) را می‌توان با تعداد کم گویه‌های آن توضیح داد. پژوهش‌های آینده باید نمرات ثبات درونی این بعد را مورد ارزیابی قرار داده و اگر امتیازها پایین باشند، بازبینی آن باید مورد توجه قرار گیرد.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فرم MHLq ابزاری عملی و معتبر برای تشخیص شکاف در دانش، باورها و مقاصد رفتاری مربوط به سلامت روان و اختلال‌های روانی، برنامه‌ریزی برنامه‌های ارتقا و ارزیابی اثربخشی مداخله‌ها است.

پرسشنامه سواد سلامت روان بر محدودیت‌های بسیاری از ابزارهای ارزیابی MHL که شامل تمرکز انحصاری بر ابعاد خاص MHL و یا تعداد محدودی از اختلال‌های روانی بود، غلبه می‌کند. این کار با ارائه یک ارزیابی معتبر و قابل اعتماد، براساس یک رویکرد جامع به این ساختار، از جمله دانش در مورد مشکلات سلامت روان، باورهای نادرست / کلیشه‌ها، جست و جوی کمک و مهارت‌های کمک‌های اولیه، و استراتژی‌های کمک به خود، انجام می‌شود. متخصصان سلامت روان و پژوهشگران می‌توانند از این ابزار برای طراحی و ارزیابی برنامه‌های ارتقا سلامت روان و شناسایی نیازهای مداخله در میان جوانان در محیط‌های مختلف، برای مثال در محیط کار و در سازمان‌های آموزش عالی استفاده کنند. از

بر ابزارهای سنجش سواد سلامت روان، انجام داده که از یک سو موجب تسهیل استفاده از این ابزارهای موجود و از سوی دیگر، یک پایگاه داده منسجم برای پژوهش‌های آتی در رابطه با ارزیابی سیستماتیک سواد سلامت روان و توسعه ابزارهای جدید فراهم می‌کند.

در سال‌های اخیر در مقاله‌های منتشر شده ابزارهای مورد استفاده در سنجش سواد سلامت روان شامل پرسشنامه سواد سلامت روان جورم، کورتن، جاکوب، کریستنسن و رودگرز (۱۹۹۷)، پرسشنامه دانش سلامت روان وانگ، جیانگ، سیا و زنگ (۲۰۱۳)، مقیاس سواد سلامت روان اکونور و کیسی^۱ (۲۰۱۵)، پرسشنامه سواد سلامت روان^۲ دیاس، کامپوس، آلمیدا^۳ و پالها (۲۰۱۸) بوده‌اند.

در میان این ابزارها، پرسشنامه سواد سلامت روان (MHLQ) دیاس، کامپوس، آلمیدا و پالها (۲۰۱۸) شکل آزمایشی فرم جوانان - MHLQ جوان توسط گروهی از ۳۵۶ شرکت کننده بین ۱۸ تا ۲۵ سال سن (M=3.69 و SD=21.13) اداره می‌شود. از میان جوانان، ۴۷ درصد مرد بودند، ۹۷،۵ درصد مجرد بودند و ۹۷،۲ درصد پرتغالی بودند. اکثر شرکت کنندگان (۸۸،۶٪) دانشجوی بودند و در کالج (n=214) و سایر برنامه‌های آموزش بزرگسالان در مدارس حرفه‌ای (n=89) شرکت داشتند. این پرسشنامه، شامل ۲۹ گویه با آلفای ۰/۸۴ است و در چهار بعد: (۱) آگاهی از مشکلات سلامت روان (۱۱ گویه) با آلفای ۰/۷۴، (۲) باورهای اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان (۸ گویه) با آلفای ۰/۷۲، (۳) جستجوی کمک و مهارت‌های کمک‌های اولیه (۶ گویه) با آلفای ۰/۷۱ و (۴) استراتژی‌های کمک به خود (۴ گویه) با آلفای ۰/۶۰ سازمان دهی شده است. امتیاز کلی ۲۹ گویه از تعداد بزرگسالان جوان MHLQ بین ۲۹ و ۱۴۵ (M=105.27؛ SD = 7.05) متغیر است. دانش مشکلات بهداشت روانی در محدوده بین ۱۱ تا ۵۵ (M = 44.50؛ SD = 4.45) متغیر بود. باورهای اشتباه در محدوده بین

³ Almeida

¹ O'Connor & Casey

² Mental health literacy questionnaire

روش

روش پژوهش حاضر، آزمون‌سازی است و با توجه به پرسشنامه سواد سلامت روان و روش گردآوری داده‌ها، طرح آن همبستگی است. در این پژوهش جامعه آماری کلیه دانشجویان کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه شاهرود در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند. برای برآورد دقیق حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد و ۳۴۶ نفر ۲۱۹ نفر دختر و ۱۲۴ نفر پسر و ۳ نفر نامشخص به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، دانشجو بودن آنها در دانشگاه شاهرود و مبتلا نبودن به اختلال جسمانی و روانی مزمن و مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی بود که بصورت خود گزارشی از شرکت کنندگان بود. پرسشنامه‌ها در کلاس تکمیل شدند.

ابزارهای پژوهش به شرح زیر می‌باشند:

۱. پرسشنامه سواد سلامت روان^۱ (MHLQ) دیاس، کامپوس، آلمیدا و پالها^۲ (۲۰۱۸): این پرسشنامه، یک ابزار ۲۹ سوالی است که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالف، مخالف، نه موافق نه مخالف، موافق و کاملاً موافق) تنظیم شده است و هدف آن درک این موضوع است که جوانان درباره مشکلات سلامت روان چگونه فکر می‌کنند. سوالات روی جنبه‌هایی از این قبیل تمرکز دارند که افراد در مورد این نوع مشکلات چه شنیده‌اند و چه فکر می‌کنند و در مواقع نیاز از بین منابع مختلف احتمالاً از کدام منبع استفاده می‌کنند.

۲. مقیاس نگرش به کمک طلبی حرفه‌ای روان‌شناختی - فرم کوتاه فیشور و فارینا (۱۹۹۵): فرم اصلی این مقیاس دارای ۲۹ آیتم و شامل ۴ عامل (شناسایی احتیاج شخصی به کمک حرفه‌ای روان‌شناختی، تحمل برچسب مربوط به کمک حرفه‌ای، بازبودن فردی در برابر مشکلاتش، اعتماد به متخصص سلامت

آنجا که این ابزار در زبان پرتغالی ساخته شده است، استفاده از آن در زبان‌های دیگر باید با ترجمه، اعتبارسنجی متناسب با فرهنگ محلی و مطالعه روان‌سنجی مورد استفاده قرار گیرد (دیاس، کامپوس، آلمیدا و پالها، ۲۰۱۸).

به دلیل فقدان پژوهش‌ها در مورد مداخلات با سواد سلامت روان، فقدان ارزیابی‌های مربوط به معیارهای سواد سلامت روانی موجود و ویژگی‌های روان‌سنجی مربوط به آن، وجود یک بررسی هدفمند برای پر کردن این شکاف ضروری است.

با توجه به اهمیت سواد سلامت روان در ابعاد مختلف زندگی، وجود ابزار مناسب جهت بررسی این مفهوم مهم، مبتنی بر بافت فرهنگی ایران احساس می‌شود. به طور کلی پژوهش‌ها نشان می‌دهند سواد سلامت روان در ارتقای سطح سلامت روان‌شناختی افراد جامعه، از جایگاه مهمی برخوردار است و از آنجا که در ایران به این مفهوم توجه لازم نشده است، معرفی مفهوم سواد سلامت روان و ابزار اندازه‌گیری آن ضروری به نظر رسیده و وجود یک ابزار روا و پایا جهت بررسی این مفهوم در کشور مورد نیاز است. علیرغم کاربرد گسترده پرسشنامه سواد سلامت روان دیاس و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش‌های مختلف خارجی، این ابزار، تاکنون در ایران مورد بررسی روان‌سنجی قرار نگرفته و هنجاریابی نشده است. لذا هدف از انجام این پژوهش تعیین اعتبار، روایی و تحلیل عاملی یا به عبارتی تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سواد سلامت روان دیاس و همکاران (۲۰۱۸) در دانشجویان دانشگاه شاهرود در سال ۹۸ بود. اهداف پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند:

۱. بررسی روایی محتوایی و صوری پرسشنامه سواد سلامت روان
۲. بررسی اعتبار پرسشنامه سواد سلامت روان
۳. بررسی روایی سازه و همگرایی پرسشنامه سواد سلامت روان

² Dias, Campos, Almeida, Palha

¹ Mental health literacy questionnaire

سوالی است و مجدداً توسط سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) ساخته شد و به صورت مختصر HAI خوانده می‌شود. هر آیتم چهار گزینه دارد و هریک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مولفه‌های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی باید یکی از جملاتی را که بهتر، او را توصیف می‌کند انتخاب کند. نمره گذاری برای هر آیتم از ۰ تا ۳ نمره می‌باشد. انتخاب گزینه الف «۰»، گزینه ب «۱»، گزینه ج «۲» و گزینه د «۳» نمره دارد و نمره بالا در آن، نشانه اضطراب سلامتی می‌باشد. پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است. روایی پرسشنامه ۰/۷۲ به دست آمده است (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲). آبراموویتز و مور^۳ (۲۰۰۷) ضریب روایی آن را ۰/۹۴ محاسبه کردند. در ایران، نرگسی (۱۳۹۰) ضریب همبستگی این پرسشنامه و آزمون خودبیمارپنداری (احدی و پاشا، ۱۳۸۱) را ۰/۷۵- به دست آورد که در سطح معناداری $p < 0.0001$ معنادار است. بنابراین پرسشنامه اضطراب سلامتی از روایی خوبی برخوردار است. (دلیل منفی شدن همبستگی نوع نمره گذاری پرسشنامه‌هاست نمره زیاد در پرسشنامه اضطراب سلامتی نشانه اضطراب سلامتی بالا و در آزمون خودبیمارپنداری نمره زیاد نشانه اضطراب سلامتی پایین می‌باشد).

۴. پرسشنامه افسردگی بک-فرم بلند: آزمونی ۲۱ گویه‌ای است که شدت نشانه‌های افسردگی را در مقیاس چهاردرجه‌ای از نمره ۰ تا ۶۳ می‌سنجد. نمره ۰-۱۳ فاقد افسردگی، نمره ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و بیشتر از ۲۹ افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود (جکسون^۴، ۲۰۱۶). پایایی این ابزار در مطالعه بک، استر و براون^۵ (۱۹۹۶) بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳-۰/۹۲ است و اعتبار آن ۰/۴۸-۰/۸۶ گزارش

روان) بوده است (فیشر و ترنر، ۱۹۷۰). فرم کوتاه شده این مقیاس یکی از پرستفاده‌ترین مقیاس‌ها بوده و برگرفته از مقیاس اصلی نگرش به طلب کمک حرفه‌ای روانشناختی ساخته شده توسط فیشر و ترنر (۱۹۷۰) می‌باشد. فیشر و فارینا (۱۹۹۵) جهت بالابردن روایی و پایایی مقیاس، آن را به شکل کوتاه تر که شامل ۱۰ سوال می‌باشد و خلاصه‌ای از فرم اصلی است، تبدیل کرده‌اند. مقیاس کوتاه شده، یک نمره کلی جهت نگرش هسته‌ای فرد به دست می‌دهد و تک مولفه‌ای می‌باشد. پاسخ به سوالات به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۰: مخالف تا ۳: موافق) بوده و نمره کل می‌تواند از ۰ تا ۳۰ باشد. نمرات ۱۴ به بالا نشان دهنده نگرش مثبت به طلب کمک حرفه‌ای روانشناختی بوده و نمرات ۱۳ به پایین، نشان‌دهنده نگرش منفی به طلب کمک حرفه‌ای روانشناختی می‌باشد. ضریب پایایی درونی مقیاس، ۰/۸۴ بوده و منعکس کننده یک عامل می‌باشد (فیشر و فارینا، ۱۹۹۵). ضریب پایایی به دست آمده از طریق آزمون-بازآزمون با فاصله ۱ ماه ۰/۸ است. همچنین همبستگی فرم کوتاه شده با فرم اصلی نیز ۰/۸۷ می‌باشد که تعیین کننده روایی همگرایی مثبت آن‌ها می‌باشد. ملاک اعتبار مقیاس از توانایی پیش‌بینی استفاده از خدمات سلامت روان تایید شده است (بویسجولی^۱، ۲۰۱۳). مقیاس نگرش به طلب کمک حرفه‌ای روانشناختی-فرم کوتاه با مقیاس "تمایل به خود فاش‌گری" همبستگی منفی ($r = -0.19$) و همبستگی مثبت ($r = 0.56$) با مقیاس "قصد گرفتن مشاوره برای مسائل روانشناختی" دارد (ووگل، وستر، وی و بویسن، ۲۰۰۵) که به ترتیب نشان‌دهنده روایی همزمان واگرا و همگرایی این مقیاس می‌باشد.

۳. پرسشنامه اضطراب سلامتی^۲- فرم کوتاه سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲): فرم اولیه و بلند پرسشنامه اضطراب سلامت برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۱۹۸۹ طراحی شد. این فرم بر اساس مدل شناختی اضطراب سلامتی و خودبیمارپنداری تدوین شده بود. فرم کوتاه آن که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، ۱۸

⁴ Jackson

⁵ Beck, Steer & Brown

¹ Boisjolie

² Health Anxiety Inventory

³ Abramowitz & Moore

گرفتن خطای اندازه‌گیری در فرایند برآورد، ۲. ارائه شاخص‌های برازندگی برای تحلیل عاملی تأییدی و ۳. شناسایی بهتر برای روایی همگرا و اعتبار سنجی برای ابزارها را فراهم می‌کند (کلاین، ۲۰۱۵).

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۳/۳۴ با انحراف استاندارد ۴/۸۵ بود و از لحاظ وضعیت تأهل، ۱۷/۳ درصد متأهل و ۸۲/۷ درصد مجرد بودند. از مجموع شرکت‌کنندگان، ۲۲۶ نفر در مقطع کارشناسی، ۸۹ نفر در مقطع کارشناسی ارشد، ۲۵ نفر در مقطع دکتری بودند. از تعداد شرکت‌کنندگان ۲۱۰ نفر دختر و ۱۲۴ نفر پسر بودند، ۹۲ نفر در رشته‌های فنی، ۷۰ نفر علوم پایه، ۱۴۴ نفر علوم اجتماعی، و ۱۲ نفر هنر مشغول به تحصیل بودند؛ ۲۶۳ نفر غیرشاغل و ۶۵ نفر شاغل بودند. قبل از انجام تحلیل عاملی تأییدی، آزمون‌های مقدماتی مانند بررسی داده‌های از دست‌رفته، داده‌های پرت و نرمال بودن داده‌ها انجام شد. داده‌های پرت به‌وسیله آزمون ماهالانویس دی‌اسکوئر با سطح معناداری ۰/۰۰۱ در نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت و ۱۸ داده پرت شناسایی شد زیرا تقسیم عدد ماهالانویس دی‌اسکوئر آن بر تعداد گویه‌های آشکار بزرگتر از عدد ۱۱/۳۴ بود و از مجموع داده‌ها حذف گردید. برای بررسی مفروضه نرمال بودن گویه‌ها، از کجی (۰/۱۳۱ تا -۱/۲۳۴) و کشیدگی (۰/۲۶۱ تا ۲/۵۳۳) استفاده شد. ارزش اعداد در دامنه بین ± 2 برای کجی و ± 3 برای کشیدگی شرط نرمال بودن داده محسوب می‌شود (رائو، ۲۰۱۱)؛ و نتایج نشان داد که داده‌ها نرمال می‌باشند. میانگین و انحراف استاندارد گویه‌های پرسشنامه سواد سلامت روان در جدول ۱ قابل رؤیت است.

شده است. در ایران دابسون^۱ و محمدخانی (۱۳۸۴) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۹۳ را به فاصله یک هفته به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر جهت بررسی روایی واگرای سواد سلامت روان، از این پرسشنامه استفاده شد. در پژوهش حاضر، پایایی کلی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، درصد به دست آمد.

به منظور ترجمه پرسشنامه سواد سلامت روان (MHLQ) دیاس، کامپوس، آلمیدا و پالها (۲۰۱۸) از روش بریزلین استفاده شد. (بریزلین، لونر و بری، ۱۹۸۶) در این روش ابتدا نسخه انگلیسی پرسشنامه تهیه شد سپس به فارسی ترجمه شد. دو نفر مسلط به زبان انگلیسی و فارسی به گونه‌ای انتخاب شدند که یکی از آن‌ها با روان‌شناسی و اصطلاحات آن آشنایی داشته در حالی که نفر دیگر هیچ گونه آشنایی با روان‌شناسی و اصطلاحات وابسته نداشت. ابتدا، متخصص روان‌شناسی، نسخه انگلیسی پرسشنامه را به فارسی ترجمه کرد و از نفر دوم، متخصص زبان انگلیسی که هیچ اطلاعی از پرسشنامه انگلیسی و جملاتش نداشت، خواسته شد تا جملات ترجمه‌شده را به انگلیسی ترجمه کند. نسخه اولیه ترجمه‌شده با شماری از متخصصان در میان گذاشته شد و اشکالات آن، رفع شد. در انتها نسخه ترجمه‌شده با نسخه اصلی مقایسه شد و اشکالات آن رفع گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سواد سلامت روان نسخه فارسی از نرم افزارهای اس پی اس اس و R، روش تحلیل عاملی تأییدی در مدل‌سازی معادلات ساختاری، ضرایب میانگین واریانس استخراج‌شده^۳، حداکثر مجذور واریانس مشترک^۴ و میانگین مجذور واریانس مشترک^۵ استفاده شد. مزایای استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری عبارت‌اند از: ۱. برآورد آماری با در نظر

⁴ Maximum Shared Squared Variance; MSV

⁵ Average Shared Square Variance; ASV

⁶ Ryu

¹ Dabson

² Brislin, Lonner, & Berry

³ Average Variance Extracted; AVE

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گویه‌های پرسشنامه سواد سلامت روان

ردیف	گویه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
۱	ورزش به بهبود سلامت روان کمک می‌کند.	۴/۱۹	۰/۸۳
۲	فرد مبتلا به افسردگی به شدت احساس بدبختی می‌کند.	۳/۹۳	۰/۹۰
۳	افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا اغلب دارای توهم هستند (به عنوان مثال، ممکن است باور داشته باشند که به طور مداوم مورد تعقیب قرار می‌گیرند و مشاهده می‌شوند).	۳/۶۲	۰/۸۶
۴	در صورتی که به اختلال روانی مبتلا شوم، از خویشاوندانم کمک خواهم گرفت.	۲/۸۸	۱/۲۳
۵	در صورتی که یکی از نزدیکان من به اختلال روانی مبتلا شود، او را تشویق می‌کنم با یک روانشناس ملاقات کند.	۴/۲	۰/۹۷
۶	اختلال‌های روانی بر رفتارهای افراد تاثیر نمی‌گذارد.	۱/۶۸	۰/۹۴
۷	خواب خوب به بهبود سلامت روان کمک می‌کند.	۴/۱۶	۰/۹۵
۸	در صورتی که مبتلا به اختلال روانی شوم، از یک روانشناس کمک خواهم گرفت.	۱/۴	۰/۹۹
۹	فرد مبتلا به اختلال اضطرابی ممکن است در موقعیت‌هایی که می‌ترسد، دچار حملات وحشت زدگی شود.	۳/۵۳	۰/۸۱
۱۰	افراد مبتلا به اختلال‌های روانی به خانواده‌های کم درآمد تعلق دارند.	۲/۰۶	۱
۱۱	در صورتی که یکی از نزدیکانم به اختلال روانی مبتلا شود، بدون قضاوت یا انتقاد به او گوش می‌دهم.	۴/۰۱	۰/۹۲
۱۲	مصرف الکل ممکن است باعث اختلال‌های روانی شود.	۳/۵۳	۰/۹۸
۱۳	اختلال‌های روانی بر احساسات افراد تاثیر نمی‌گذارد.	۱/۸	۰/۹۰
۱۴	هر چه زودتر اختلال‌های روانی شناسایی و درمان شوند، بهتر است.	۴/۲۸	۱/۰۱
۱۵	فقط افراد بزرگسال دارای اختلال‌های روانی هستند.	۱/۶۶	۰/۷۴
۱۶	تغییرات عملکرد مغز منجر به بروز اختلال‌های روانی می‌شود.	۳/۵۴	۰/۸۷
۱۷	در صورتی که یکی از نزدیکانم مبتلا به اختلال روانی شود، او را تشویق می‌کنم نزد روانپزشک برود.	۳/۸۶	۱/۰۱
۱۸	در صورتی که مبتلا به اختلال روانی شوم، از دوستانم کمک می‌گیرم.	۲/۷۹	۱/۰۹
۱۹	داشتن رژیم غذایی متعادل به سلامت روان خوب کمک می‌کند.	۳/۷۹	۰/۸۴
۲۰	یکی از نشانه‌های افسردگی، از دست دادن علاقه یا لذت به خیلی از چیزها است.	۴/۱۴	۰/۹۰
۲۱	اگر یکی از نزدیکانم مبتلا به اختلال روانی شود، نمی‌توانم هیچ کمکی به او کنم.	۲/۳	۰/۸۶
۲۲	طول مدت نشانه‌ها، یکی از ملاک‌های مهم برای تشخیص اختلال روانی است.	۳/۶۶	۰/۸۴
۲۳	افسردگی یک اختلال روانی نیست.	۲/۳	۱/۰۲
۲۴	اعتیاد به مواد مخدر ممکن است باعث اختلال‌های روانی شود.	۳/۹۱	۰/۸۹

۲۵	اختلال‌های روانی بر افکار افراد تأثیر می‌گذارد.	۴/۲۴	۰/۷۸
۲۶	انجام کارهای لذت بخش به داشتن سلامت روان خوب کمک می‌کند.	۴/۰۹	۱
۲۷	فرد مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است چیزهایی را ببیند و بشنود که هیچ کس دیگر نمی‌بیند و نمی‌شنود.	۳/۶۱	۰/۹۶
۲۸	شرایط بسیار استرس‌زا ممکن است موجب اختلال‌های روانی شود.	۳/۹۵	۰/۸۶
۲۹	در صورتی که مبتلا به اختلال روانی شوم، نزد روانپزشک خواهم رفت.	۳/۷۸	۱/۱

مقیاس‌های لیکرتی، نسبت روایی محتوا^۵ و شاخص روایی محتوا^۶ است (کولتون و کاورت، ۲۰۰۷).

برای اندازه‌گیری نسبت روایی محتوا ابزار به ۱۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی و مشاوره داده شده و از آن‌ها درخواست شد تا هر آیتم را بر اساس نمره سه قسمتی ۱. ضروری نیست؛ ۲. مفید است اما ضروری نیست؛ و ۳. ضروری است نمره‌گذاری نمایند.

در بررسی ضرورت وجود گویه، ضریب لاوشه مورد استفاده قرار گرفت. (کوک و بکمان^۷، ۲۰۰۶). بر اساس جدول لاوشه و با توجه به تعداد متخصصان، در صورتی که عدد به دست آمده از عدد جدول لاوشه یعنی ۰/۶۲ بزرگ‌تر باشد، حاکی از این است که وجود عبارت مربوطه با سطح معناداری آماری (۰/۰۵) در این ابزار ضروری و مهم است (لاوشه، ۱۹۷۵). فرمول نسبت روایی، به صورت زیر است که ne ، تعداد متخصصانی است که به گویه، نمره «ضروری است» داده‌اند و N ، تعداد متخصصان است. هیچ گویه‌ای حذف نشد و ضرایب، بالای ۶۲ درصد بود؛ نتایج به دست آمده، در جدول ۲، قابل مشاهده است.

$$\text{نسبت روایی محتوا} = \frac{ne - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

شاخص روایی محتوا بر اساس محاسبه سه معیار «سادگی و روان بودن»، «مربوط بودن» و «وضوح یا شفاف بودن» ادر طیف لیکرت ۴ درجه‌ای سنجیده

برای تعیین پایایی ابتدا از آلفای کرونباخ استفاده شد و میزان این شاخص برای خرده مقیاس آگاهی از مشکلات سلامت روان ۰/۷۰۲، خرده مقیاس باورهای اشتباه در مورد سلامت روان ۰/۲۸۴، خرده مقیاس جستجوی کمک و مهارت‌های کمک اولیه ۰/۶۵۰، خرده مقیاس استراتژی‌های کمک به خود ۰/۳۸۶ و نهایتاً نمره کل ۰/۷۷ به دست آمد که نشان‌دهنده مناسب بودن ثبات درونی کل پرسشنامه می‌باشد (مایرز، ۲۰۱۳). در مرحله بعد از پایایی مرکب^۱، نیز استفاده شد که جایگزینی برای آلفای کرونباخ در تحلیل مدل معادلات ساختاری است (اسپوزیتو وینزی و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج پایایی مرکب ۰/۸۱ نیز، حاکی از مناسب بودن همسانی درونی پرسشنامه سواد سلامت روان بود.

روایی اشاره به این مفهوم دارد که آیا واقعا پرسشنامه آنچه را که هدف از طراحی آن بوده می‌سنجد یا خیر. اندازه‌گیری زمانی دارای اعتبار است که آنچه مدنظر است را اندازه‌گیری کند و نه چیز دیگری را. در این مطالعه این مرحله با روش‌های مختلفی از قبیل روایی محتوا^۲، روایی صوری^۳ و روایی سازه صورت گرفت (کولتون و کاورت^۴، ۲۰۰۷).

۱. روایی محتوا: روایی محتوا به این موضوع می‌پردازد که سوالات ابزار به چه میزانی معرف محتوا و هدف آن موضوع است. معروف‌ترین روش‌های کمی برای اندازه‌گیری روایی محتوا در

⁵ Content Validity Ratio; CVR

⁶ Content Validity Index; CVI

⁷ Cook & Beckman

¹ Composite Reliability; CR

² Content Validity

³ Face validity

⁴ Colton & Covert

۰,۷۰-۰,۷۹ باشد عبارت باید مورد اصلاح و بازنگری قرار گیرد و اگر نمره CVI کمتر از ۰,۷۰ باشد عبارت مورد نظر غیر قابل قبول بوده و بایستی حذف گردد (لین، داس، میچال و ویلیامز^۳، ۲۰۰۶). در شاخص روایی محتوا نیز، نیاز به اصلاح و یا حذف گویه‌ای نبود. نتایج به‌دست‌آمده، در جدول ۲، قابل مشاهده است.

می‌شود (یا قمال^۱، ۲۰۰۹؛ والتز، استریکلند و لنز^۲، ۲۰۱۰). برای محاسبه این شاخص تعداد کسانی که گزینه ۳ و ۴ را مبنی بر سادگی، مربوط بودن و وضوح را انتخاب کردند بر تعداد کل افراد تقسیم می‌شود. اگر عدد حاصله بیش از ۰,۷۹ باشد، آن گویه در پرسشنامه باقی خواهد ماند. اگر نمره بین

جدول ۲. میزان نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا برای پرسشنامه سواد سلامت روان در دانشجویان دانشگاه شاهرود

نسبت روایی محتوا		شاخص روایی محتوا		میزان توافق خود را مشخص کنید.
ضروری بودن	سادگی و روان بودن	مربوط بودن	وضوح یا شفاف بودن	
(۱ تا ۳)	(۱ تا ۴)	(۱ تا ۴)	(۱ تا ۴)	
۱	۰/۹	۰/۹	۱	۱. ورزش به بهبود سلامت روان کمک می‌کند.
۰/۶	۱	۱	۰/۹	۲. فرد مبتلا به افسردگی به شدت احساس بدبختی می‌کند.
۱	۱	۰/۸	۱	۳. افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا اغلب دارای توهم هستند (به عنوان مثال، ممکن است باور داشته باشند که به طور مداوم مورد تعقیب قرار می‌گیرند و مشاهده می‌شوند).
۰/۸	۰/۹	۰/۸	۱	۴. در صورتی که به اختلال روانی مبتلا شوم، از خویشاوندانم کمک خواهم گرفت.
۰/۸	۱	۰/۸	۱	۵. در صورتی که یکی از نزدیکان من به اختلال روانی مبتلا شود، او را تشویق می‌کنم با یک روانشناس ملاقات کند.
۱	۱	۰/۸	۰/۸	۶. اختلال‌های روانی بر رفتارهای افراد تاثیر نمی‌گذارد.
۰/۸	۰/۹	۱	۱	۷. خواب خوب به بهبود سلامت روان کمک می‌کند.
۱	۱	۱	۱	۸. در صورتی که مبتلا به اختلال روانی شوم، از یک روانشناس کمک خواهم گرفت.
۰/۸	۰/۸	۰/۹	۱	۹. فرد مبتلا به اختلال اضطرابی ممکن است در موقعیت‌هایی که می‌ترسد، دچار حملات وحشت زدگی شود.
۰/۸	۰/۷	۰/۹	۱	۱۰. افراد مبتلا به اختلال‌های روانی به خانواده‌های کم درآمد تعلق دارند.
۱	۰/۹	۰/۹	۰/۸	۱۱. در صورتی که یکی از نزدیکانم به اختلال روانی مبتلا شود، بدون قضاوت یا انتقاد به او گوش می‌دهم.
۰/۸	۰/۹	۱	۱	۱۲. مصرف الکل ممکن است باعث اختلال‌های روانی شود.

³ Lynn, Das, Michael & Williams

¹ Yaghmale

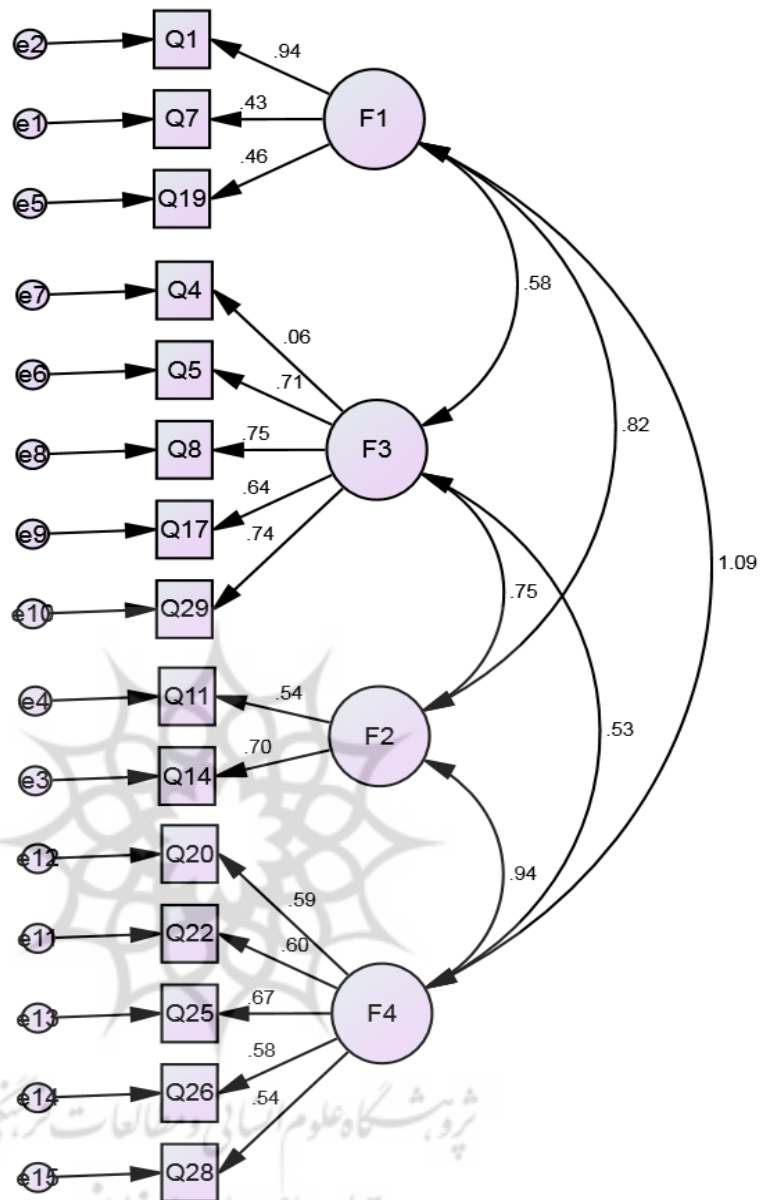
² Waltz, Strickland & Lenz

۰/۹	۱	۱	۱	۱۳. اختلال‌های روانی بر احساسات افراد تأثیر نمی‌گذارد.
۱	۱	۰/۹	۰/۸	۱۴. هر چه زودتر اختلال‌های روانی شناسایی و درمان شوند، بهتر است.
۰/۹	۰/۹	۰/۹	۱	۱۵. فقط افراد بزرگسال دارای اختلال‌های روانی هستند.
۱	۰/۸	۱	۰/۶	۱۶. تغییرات عملکرد مغز منجر به بروز اختلال‌های روانی می‌شود.
۱	۱	۰/۹	۰/۸	۱۷. در صورتی که یکی از نزدیکان مبتلا به اختلال روانی شود، او را تشویق می‌کنم نزد روانپزشک بروم.
۰/۹	۰/۹	۰/۷	۰/۸	۱۸. در صورتی که مبتلا به اختلال روانی شوم، از دوستانم کمک می‌گیرم.
۱	۰/۹	۰/۹	۰/۸	۱۹. داشتن رژیم غذایی متعادل به سلامت روان خوب کمک می‌کند.
۱	۱	۱	۱	۲۰. یکی از نشانه‌های افسردگی، از دست دادن علاقه یا لذت به خیلی از چیزها است.
۰/۷	۰/۸	۰/۹	۰/۸	۲۱. اگر یکی از نزدیکانم مبتلا به اختلال روانی شود، نمی‌توانم هیچ کمکی به او کنم.
۱	۰/۹	۱	۱	۲۲. طول مدت نشانه‌ها، یکی از ملاک‌های مهم برای تشخیص اختلال روانی است.
۱	۰/۹	۰/۷	۰/۶	۲۳. افسردگی یک اختلال روانی نیست.
۰/۹	۰/۸	۰/۷	۱	۲۴. اعتیاد به مواد مخدر ممکن است باعث اختلال‌های روانی شود.
۰/۷	۰/۹	۰/۷	۰/۶	۲۵. اختلال‌های روانی بر افکار افراد تأثیر می‌گذارد.
۰/۹	۰/۹	۰/۸	۰/۸	۲۶. انجام کارهای لذت بخش به داشتن سلامت روان خوب کمک می‌کند.
۰/۹	۱	۰/۸	۰/۸	۲۷. فرد مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است چیزهایی را ببیند و بشنود که هیچ کس دیگر نمی‌بیند و نمی‌شنود.
۰/۹	۰/۸	۰/۹	۱	۲۸. شرایط بسیار استرس‌زا ممکن است موجب اختلال‌های روانی شود.
۱	۰/۹	۰/۹	۱	۲۹. در صورتی که مبتلا به اختلال روانی شوم، نزد روانپزشک خواهیم رفت.

عاملی با ارزش‌های مقدراری بالای ۰/۵ بودند و هیچ گویه‌ای حذف نگردید (شکل ۱ را نگاه کنید).

برای ارزیابی روایی همگرا، بارگذاری عامل^۱ برای هر آیتم باید بیش از ۰/۵ باشد (سامی‌تج، ۲۰۱۴). گویه‌های پرسشنامه سواد سلامت روان دارای بار

^۱ Factor loading



شکل ۱. مدل اندازه‌گیری برای پرسشنامه سواد سلامت روان

برآزش تعدیل‌شده^۴؛ ب- شاخص‌های برآزش تطبیقی^۵ مثل شاخص برآزش تطبیقی^۶؛

شاخص‌های برآزندگی مدل در سه بخش طبقه‌بندی شده‌اند: الف- شاخص‌های برآزش مطلق^۱ مثل سطح تحت پوشش کای مربع^۲، شاخص نیکویی برآزش^۳ و شاخص نیکویی

⁴ AGFI

⁵ Incremental fit indices

⁶ CFI

¹ Absolute fit indices

² Chi-Square

³ GFI

شده، شاخص برآزش فزاینده^۱ و شاخص برآزش هنجارشده^۲ و ج- شاخص های برآزش مقتصد^۳ مثل شاخص برآزش مقتصد هنجارشده^۴، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۵ و کای مربع بهنجارشده^۶ (کلایین، ۲۰۱۵). برای مدل مناسب، کلایین شاخص های زیر را پیشنهاد می کند: کای مربع بهنجار شده، شاخص برآزش تطبیقی و شاخص نیکویی برآزش. یک قاعده کلی برای شاخص های برآزندگی این است که مقادیر برابر یا بالاتر از ۰/۹، قابل قبول هستند. علاوه بر این، میزان شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد، اگر بین ۰/۰۳ و ۰/۰۸ باشد، قابل قبول است (کلایین، ۲۰۱۵)؛ بنابراین، در این مطالعه، کای مربع بهنجار

شده، شاخص برآزش تطبیقی، شاخص نیکویی برآزش و ریشه میانگین مربعات خطای برآورد برای ارزیابی مدل، مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج شاخص های نیکویی برآزش (RMSEA=0.82, CMIN/DF=3.3, IFI=.683, GFI=.68, CFI=.679) نشان داد که همگی شاخص های برآزش در محدوده قابل پذیرش قرار دارند و مدل، دارای برآزندگی قابل قبول است.

برای بررسی روایی همگرا و واگرا، از شاخص های میانگین واریانس استخراج شده^۷، ماکزیمم واریانس مشترک^۸ و میانگین مربع واریانس مشترک^۹ استفاده شد.

جدول ۳. روایی همگرا و واگرای پرسشنامه سواد سلامت روان نسخه فارسی در بین دانشجویان دانشگاه شاهرود

عاملها	میانگین واریانس استخراج شده	ماکزیمم واریانس مشترک	میانگین مربع واریانس مشترک
آگاهی از مشکلات سلامت روان	۰/۴۸	۰/۵۱	۰/۴۳
باورهای اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان	۰/۵۴	۰/۵۲	۰/۴۶
جستجوی کمک و مهارت های کمک های اولیه	۰/۴۲	۰/۴۹	۰/۲۹
استراتژی های کمک به خود	۰/۵۲	۰/۴۳	۰/۴۱

افسردگی بک، دارای همبستگی مثبت ($r=0/018$) با سلامت روان است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه سواد سلامت روان در نمونه ای از دانشجویان دانشگاه شاهرود انجام شد که نتایج نشان داد این پرسشنامه از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است. برای بررسی پایایی، ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی مرکب به کار رفت و نتایج حاکی از آن بود که پرسشنامه سواد

جهت برقراری روایی همگرا، میزان میانگین واریانس استخراج شده باید بیشتر از ۰/۵ و بزرگ تر از پایایی مرکب^{۱۰}؛ و جهت برقراری واگرا باید مقادیر ماکزیمم واریانس مشترک و میانگین مربع واریانس مشترک، کوچک تر از میانگین واریانس استخراج شده باشند (چتفیلد، ۲۰۱۸). همان طور که نتایج جدول ۳ نشان می دهد، پرسشنامه سواد سلامت روان از روایی همگرا و واگرای مناسبی برخوردار است. هم چنین نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که درخواست کمک دارای همبستگی منفی ($r=-0/064$) و

⁶ CMIN

⁷ Average Variance Extracted; AVE

⁸ Maximum Shared Variance; MSV

⁹ Average Shared Squared Variance

¹⁰ Composite Reliability

¹ IFI

² NFI

³ Parsimony fit indices

⁴ PNFI

⁵ RMSEA

چاپویرا^۵، (۲۰۲۰)، بنابراین بدیهی است که چنین اشخاصی راحت تر از سایرین در پی دستیابی به کمک های حرفه‌ای برآمده و به واسطه چنین شرایطی از مشکلات کمتر روانشناختی رنج می‌برند. برعکس، سواد سلامت پایین در افراد باعث می‌شود که اشخاص در هنگام مواجهه با چالش‌های روانشناختی و بحران‌های تصمیم‌گیری، دچار آشفتگی شده و برای روبه رو شدن با نشانگان ایجاد شده در چنین شرایطی از آمادگی لازم برخوردار نبوده و به دلیل کاهش عملکرد روان‌شناختی، بیشتر در معرض آسیب قرار می‌گیرند و نهایتاً سلامت روان آنها نیز لطمه می‌بیند (هارلی، اسوان، آلن و ولا^۶، ۲۰۲۰؛ بیل، گروو و کاستلو^۷، ۲۰۲۰). تای و همکاران (۲۰۱۹) نیز در این رابطه به این نتیجه دست یافتند که سواد سلامت روان می‌تواند در کاهش مشکلاتی نظیر افسردگی و اضطراب موثر باشد. لذا مکانیزم عمل سواد سلامت بدین صورت است که به عنوان یک راهنمای درونی در مواجهه با چالش‌ها، بحران‌ها و یا مشکلات روان‌شناختی به فرد در شناخت، تعدیل و مدیریت نشانگان آسیب کمک نموده و به آنها در کمک طلبی و برخورداری از خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی یاری می‌رساند و بدیهی است که چنین مکانیسمی می‌تواند در کاهش مشکلاتی نظیر افسردگی و یا اضطراب کمک کننده باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش این است که تنها از آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی استفاده شد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش بازآزمایی نیز برای محاسبه پایایی استفاده گردد. همچنین پژوهش تنها شامل نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه شاهرود بود که تعمیم نتایج را به سایر دانشجویان دانشگاه‌ها و کل افراد جامعه با محدودیت و احتیاط مواجه می‌سازد. علی‌رغم محدودیتی که ذکر شد، پژوهش حاضر، اولین پژوهش انجام شده در زمینه سواد سلامت روان و بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه آن در ایران می‌باشد و می‌تواند سرآغاز پژوهش‌های آینده در کشورمان شود. با توجه به نتایج پژوهش، پرسشنامه

سلامت روان از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. در ابتدا، روایی محتوا با استفاده از معیارهای نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا بررسی و مقادیر مناسبی، به دست آمد. سپس، همسو با تحقیقات دیاس و همکاران (۲۰۱۸) و وی، باکستر و کاتچر^۱ (۲۰۱۹) از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد و نتایج نشان داد که گویه‌ها بار عاملی مناسبی را (بین ۰/۲۰ تا ۰/۹۰) نسبت به متغیرهای مکنون، نشان می‌دهند؛ بنابراین پرسشنامه سواد سلامت روان از روایی سازه مناسبی برخوردار است. شاخص‌های نیکویی برازش نیز، تحلیل عاملی تأییدی و مدل ترسیم‌شده را تأیید کردند و یافته‌ها نشان داد که مدل پیش‌فرض، از برازش مناسبی برخوردار است. برای سنجش روایی همگرا و واگرا، شاخص‌های میانگین واریانس استخراج شده، ماکزیمم واریانس مشترک و مربع میانگین واریانس مشترک به کار رفت و نتایج نشان داد که پرسشنامه سواد سلامت روان، روایی همگرا و واگرایی قابل‌قبولی دارند. همچنان که نتایج پژوهش حاضر نشان داد پرسشنامه سواد سلامت روان دارای رابطه معنادار منفی با پرسشنامه افسردگی بک و دارای رابطه معنادار مثبت با مقیاس نگرش به کمک طلبی حرفه‌ای روان‌شناختی - فرم کوتاه فیشر و فارینا (۱۹۹۵)، پرسشنامه اضطراب سلامتی - فرم کوتاه سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) بود و این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های دونگ، نگوین، فام، نگوین، گیاپ و همکاران^۲ (۲۰۱۹)؛ تای، اونگ، فه، لو، تان و همکاران^۳ (۲۰۱۹) و دیاس و همکاران (۲۰۱۸) می‌باشد. در تبیین نتایج پژوهش حاضر باید اذعان داشت که سواد سلامت روانی می‌تواند باعث بروز رفتارهای حرفه‌ای تر هنگام مواجه شدن با مشکلات روانی شود. همچنین افراد دارای این پتانسیل بیشتر از سایرین در صدد دریافت کمک های حرفه‌ای و نهایتاً حل مشکلات برمی‌آیند (گالیور، فرر، بنت و گریفیتز^۴، ۲۰۱۹؛ گروزینسکی، سیمز-اسکوتن و ویلسون^۵، ۲۰۲۰). این اشخاص بیشتر از سایرین با خدمات روانشناختی و مشاوره آشنا بوده و اهمیت شاخص های سلامت روان را به خوبی ادراک می‌کنند (دی سیلوا، پونتینگ، راموس، گووارا و

⁵ Gorczyński, Sims-Schouten & Wilson

⁶ De Silva, Ponting, Ramos, Guevara, & Chavira

⁷ Hurley, Swann, Allen, & Vella

⁸ Bale, Grové, & Costello

¹ Wei, Baxter & Kutcher

² Duong, Nguyen, Pham, Nguyen, Giap, Tran & Su

³ Tay, Ong, Peh, Low, Tan & Low

⁴ Gulliver, Farrer, Bennett & Griffiths

پرسشنامه‌ها رعایت شد و به شرکت‌کنندگان گفته شد که شرکت در این پژوهش اختیاری است و آن‌ها می‌توانند هر زمان که بخواهند از پژوهش کناره‌گیری کنند.

تشکر و قدردانی

لازم است از کلیه دانشجویان سه مقطع، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه شاهرود که با پژوهشگران همکاری کرده‌اند؛ صمیمانه تشکر و قدردانی شود.

سواد سلامت روان می‌تواند ابزاری مناسب و معتبر جهت استفاده در جامعه دانشجویان باشد لذا می‌توان از این پرسشنامه در موسسات پژوهشی، پژوهش‌های دانشجویی، مراکز مشاوره و کارگاه‌های آموزشی استفاده کرد. همچنین، با توجه به اهمیت سواد سلامت روان در افزایش سطح رفاه و سلامت روان‌شناختی افراد و به خصوص جوانان وجود ابزار فوق می‌تواند در جهت سنجش میزان سواد سلامت روان مفید واقع شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل تضمین حریم خصوصی و رازداری به‌وسیله بدون نام تکمیل شدن

منابع

Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 2007, 45(3), 413-424.

Ahadi, H, Pasha, Gh. Construction and validation of a scale for measuring hypochondriac disorder in Ahvaz city, *Quarterly Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2002; 4 (11), 28-15. [Persian].

Bale, J., Grové, C., & Costello, S. Building a mental health literacy model and verbal scale for children: Results of a Delphi study. *Children and Youth Services Review*, 2020; 109, 104667.

Bale, J., Grové, C., & Costello, S. Building a mental health literacy model and verbal scale for children: Results of a Delphi study. *Children and Youth Services Review*, 2020; 109, 104667.

Beck, A. T., Steer, R. A. and Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory* (2nd ed). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Boisjolie, J. (2013). Gender Role Conflict and Attitudes toward Seeking Help. *MSW Clinical Research Paper press*.

Boyle, F. M., Donald, M., Dean, J. H., Conrad, S., & Mutch, A. J. Mental health promotion and non-profit health organisations. *Health & social care in the community*, 2007; 15(6), 553-560.

Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K. R., & Antoniadis, J. Do web-based mental health literacy

interventions improve the mental health literacy of adult consumers? Results from a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 2016; 18(6), e165.

Brislin, R. W., Lonner, W. J., & Berry, J. W. (1986). *Field methods in cross-cultural research*. Beverly Hills: SAGE.

Campos, L., Dias, P., Duarte, A., Veiga, E., Dias, C. C., & Palha, F. Is it possible to “find space for mental health” in young people? Effectiveness of a school-based mental health literacy promotion program. *International journal of environmental research and public health*, 2018; 15(7), 1426.

Colton D, Covert RW. (2007). *Designing and constructing instruments for social research and evaluation*. Firsted. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.

Cook DA, Beckman TJ. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *The American journal of medicine*. 2006; 119: 166. E7- e16.

Corrigan, P.; Watson, A. How children stigmatize people with mental illness. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2007, 53, 526-546.

Dabson. K, Mohammadkhani P. Psychometric Coordinates of the Beck-2 Depression Questionnaire in Patients with Major Depression Disorder. *Rehabilitation Quarterly, Special Issue of Mental Illness*.2005; 8 (29), 88-83. [Persian].

De Silva, L. E. D., Ponting, C., Ramos, G., Guevara, M. V. C., & Chavira, D. A. Urban Latinx parents'

- attitudes towards mental health: Mental health literacy and service use. *Children and Youth Services Review*, 2020; 109, 104719.
- Duong, T. V., Nguyen, T. T., Pham, K. M., Nguyen, K. T., Giap, M. H., Tran, T. D., & Su, C. T. Validation of the Short-Form Health Literacy Questionnaire (HLS-SF12) and Its Determinants among People Living in Rural Areas in Vietnam. *International journal of environmental research and public health*, 2019; 16(18), 3346.
- Fischer, E. H., & Farina, A. Attitudes towards seeking professional psychological help: A shortened form and consideration for research. *Journal of College Student Development*, 1995; 36(4), 368-373.
- Fischer, E. H., & Turner, J. Orientation to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 1970; 35(1), 79-80.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*; 10:113.
- Hart, L.M.; Mason, R.J.; Kelly, C.M.; Cvetkovski, S.; Jorm, A.F. 'Teen Mental Health First Aid': A description of the program and an initial evaluation. *Int. J. Ment. Health Syst.* 2016, 10.
- Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health*; 103 (5): 777-80. doi:10.2105/AJPH.2012.301056.
- Hurley, D., Swann, C., Allen, M. S., & Vella, S. A. A qualitative evaluation of a mental health literacy intervention for parents delivered through community sport clubs. *Psychology of Sport and Exercise*, 2020; 47, 101635.
- Jackson G. Beck depression inventory. *Occup Med*, 2016; 66:174-5.
- Jorm, A. F. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist*, 2012; 67(3), 231.
- Jorm, A.F.; Barney, L.J.; Christensen, H.; Highet, N.J.; Kelly, C.M.; Kitchener, B.A. Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2006, 40, 3-5.
- Kelly, C.M.; Jorm, A.F.; Wright, A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med. J. Aust.* 2007, 187, 26-30.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005; 62(6):593-602.
- Komiya N, Good GE, Sherrod NB. Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *J Couns Psychol*, 2000; 47(1):138-43. doi:10.1037//0022-0167.47.1.138.
- Kutcher S, Bagnell A, Wei Y. Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2015; 24(2):233-44.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Morgan, C. Successful application of a Canadian mental health curriculum resource by usual classroom teachers in significantly and sustainably improving student mental health literacy. *Can J Psychiatry*, 2015; 60(12), 580-586. doi: 10.1177/070674371506001209.
- Lam, L. T., Wong, P., & Lam, M. K. Protocol for a phase III wait-listed cluster randomised controlled trial of an intervention for mental well-being through enhancing mental health literacy and improving work friendliness in Hong Kong. *Trials*, 2019; 20(1), 1-11.
- Lawshe CH. A qualitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975; 25: 563-75.
- Lynn SJ, Das LS, Michael NH, Williams JC. Mindfulness, acceptance, and hypnosis: Cognitive and clinical perspectives. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2006; 54: 143-66.
- Nargesi, F. Comparison of dysfunctional beliefs, personality traits and a history of serious illness in primary school teachers with and without health anxiety in Andimeshk. Unpublished master's thesis, Ahvaz University, Faculty of Psychology and Educational Sciences. 2011. [Persian].
- National Alliance on Mental Illness (NAMI). (2012). Learn about the issue. Retrieved from http://www2.nami.org/Content/NavigationMenu/Find_Support/NAMI_on_Campus/Learn_About_The_Issue/Learn_About_The_Issue.htm.
- O'Connor, M. & Casey, L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure

- of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 2015; 229,511–516.
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The mental health literacy scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy, *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>.
- O'Donoghue, B., Lyne, J., Kinsella, A., Turner, N., O'Callaghan, E., & Clarke, M. Detection and characteristics of individuals with a very long duration of untreated psychosis in an early intervention for psychosis service. *Early Intervention in Psychiatry*, 2014; 8(4), 332-339. doi:10.1111/eip.12063.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313. doi:10.1016/S0140-6736 (07) 60368-7.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015; 56(3), 345-365.
- Rusch N, Evans-Lacko S, Henderson C, Flach C, Thornicroft G. Public knowledge and attitudes as predictors of help seeking and disclosure in mental illness. *Psychiatr Serv*, 2011; 62(6):675–8.
- Ryu, E. Effects of skewness and kurtosis on normal-theory based maximum likelihood test statistic in multilevel structural equation modeling. *Behavior research methods*, 2011; 43(4), 1066-1074.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 2002; 32, 843–853.
- Sumin, Andrew G. Ryder & Laurence J. Kirmayer. (2016). Toward a Culturally Responsive Model of Mental Health Literacy: Facilitating Help-Seeking Among East Asian Immigrants to North America. *Am J Community Psychol*, 0: 1-15.
- Tay, K. W., Ong, A. W. H., Peh, K. S., Low, S. K., Tan, C. S., & Low, P. K. Assessing the Effectiveness of a Mental Health Literacy Programme for Refugee Teachers in Malaysia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*, 2019; 26(6), 120.
- Thornicroft G (2007). Most people with mental illness are not treated. *Lancet* 370(9590):807–8. 10.
- Waddell C, McEwan K, Shepherd CA, Offord DR, Hua JM (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Can J Psychiatry*. 50(4):226–33.
- Vimalanathan, A., & Furnham, A. Comparing physical and mental health literacy. *Journal of Mental Health*, 2019; 28(3), 243-248.
- Vogel DL, Wade NG, Ascherman PL. Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: reliability and validity of a new stigma scale with college students. *J Couns Psychol*, 2009; 56 (2): 301–8. doi: 10.1037/a0014903.
- Vogel, D. L., Wester S. R., Wei, M. & Boysen, G. A. The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 2005; 52, 459-470.
- Waltz CF, Strickland O, Lenz ER. (2010). *Measurement in nursing and health research*: Springer Pub.
- Wei Y, Hayden JA, Kutcher S, Zygmunt A, McGrath P. The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Intervent Psychiatry*, 2013; 7(2):109–21.
- Wei, Y., Baxter, A., & Kutcher, S. Establishment and validation of a mental health literacy measurement in Canadian educators. *Psychiatry research*, 2019; 279, 231-236.
- Wei, Y., Kutcher, S., & Szumilas, M. Comprehensive school mental health: An integrated “School-Based Pathway to Care” model for Canadian secondary schools. *McGill Journal of Education*, 2011; 46, 213-229. doi: 10.7202/1006436ar.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*, 2015; 15(1), 291.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- World Health Organization (2013). *The solid facts: health literacy*. World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.

World Health Organization (WHO). (2018). Mental health. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/.

Yaghmale F. Content validity and its estimation. Journal of Medical Education. 2009; 3. 37.

