

ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس سواد سلامت روان (MHLS) در دانشجویان ایرانی □

Psychometric Properties of the Persian Version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) in Iranian Students □

Fateme Jafari, MSc □

Arezoo Zarebi, MSc

Simin Hosseini, PhD

Abbas Abdollahi, PhD

فاطمه جعفری^۱

آرزو ضاربی^۱

سیمین حسینیان^۱

عباس عبداللهی^۱

چکیده

Abstract

The aim of the present study was to prepare a Persian version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) of O'Connor & Casey (2015) and to examine its psychometric properties. In order to 346 people of undergraduate, graduate and doctoral students of Shahroud University in 1998 were selected through available sampling And completed the Persian version of the MHLS (2015), the Psychological Assistant Attitude Scale - Fischer and Farina (1995) -Short Form, Health Anxiety inventory - Salkovskis & Warwick -Short Form (2002), and Beck Depression Questionnaire. 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 6 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 mental health scale scores It was questionnaires. The results indicate that the mental health literacy scale is a valid and appropriate tool for use in Iranian society.

Keywords: Validity, Factor Analysis, Psychometrics, Mental Health Literacy Scale

هدف پژوهش حاضر، تهیه نسخه فارسی مقیاس سواد سلامت روان (MHLS) اکونور و کیسی (۲۰۱۵) 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 به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به مقیاس سواد سلامت روان (۲۰۱۵)، 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 تمامی خرده مقیاس‌ها بیشتر از ۰/۵ بود که بیانگر پایایی مطلوب مقیاس 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 مقیاس داشت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که بار عاملی گویه‌ها بیشتر از ۰/۱۵ است و تمام مسیرها از گویه‌ها به متغیر پنهان در سطح ۰/۵ معنادار بودند و مقیاس از روایی سازه مناسبی برخوردار است. بررسی روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس دارای ساختار عاملی شامل ۶ خرده مقیاس است. بررسی روایی همزمان با محاسبه همبستگی این مقیاس 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 مقیاس سواد سلامت روان با این پرسشنامه‌ها بود. نتایج نشانگر آن است که مقیاس سواد سلامت روان ابزاری معتبر و مناسب برای استفاده در جامعه ایران است.

کلیدواژه‌ها: اعتباریابی، تحلیل عاملی، روانسنجی، مقیاس سواد سلامت روان

□ Department of Counseling Alzahra University, Tehran, Iran.

✉ Email: jafari.fateme1458@gmail.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۲/۳ تصویب نهایی: ۱۳۹۹/۸/۳۰

۱. گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

● مقدمه

شیوع اختلالات روانی در جهان بالا بوده و به ویژه در دوران جوانی به شدت افزایش می‌یابد (یاماگوچی، فو، نیشیدا، اوگاوا، تاگو و ساساکی، ۲۰۱۹؛ ته‌ای، وو و بوی، ۲۰۲۰). با وجود شیوع بالای بیماری‌های روانی در جهان، شکاف زیادی بین افراد نیازمند مراقبت و افرادی که از این مراقبت‌ها بهره‌مند می‌شوند، وجود دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که در سراسر جهان، بین ۷۰ تا ۸۰ درصد جوانان و بزرگسالان، مراقبت‌های بهداشت روانی را که نیاز دارند دریافت نمی‌کنند (تورنیکروفت، ۲۰۰۷؛ وادل، مک ایوان، شفر، آفورد و هو، ۲۰۰۵). از نشانه‌های سلامت روان، برخورداری از خصیصه‌های توانمندساز درونی و یا منابع درونی قدرت است (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۹۶). در مورد موانع و تسهیل‌کننده‌های دریافت خدمات سلامت روان، گالیور، گریفیتس و کریستنسن (۲۰۱۰) در یک بررسی سیستماتیک نشان دادند که نگرانی نسبت به جستجوی کمک مانند احساس ضعف شخصی، خجالت، تلاش برای حفظ اعتماد به نفس، ووجه اجتماعی و مشکل در شناسایی علائم از جمله مهم‌ترین موانع درون فردی برای جستجوی کمک در مورد سلامت روان است (کومیا، گود و شرود، ۲۰۰۰؛ ووگل، وادی و اسپچمن، ۲۰۰۹). همچنین محدود بودن دسترسی به مراقبت از مهمترین موانع بیرونی در این زمینه است (کاتچر، وی و مورگان، ۲۰۱۵). علاوه بر این مهم‌ترین مانع، سطح پایین سواد سلامت روان (Mental Health Literacy) است. سواد سلامت روان ابتدا به عنوان «دانش و عقاید در مورد اختلالات روانی» تعریف شد که به شناخت، مدیریت یا پیشگیری از آنها کمک می‌کند (جورم، ۱۹۹۷؛ ۲۰۱۲). سواد سلامت روان به عنوان نوعی توانمندسازی در جامعه دیده می‌شود که هدف آن کمک به دفاع از سلامت روان خود و سلامت روان دیگران است (جورم، ۲۰۱۲). جورم، بعدها، با تشخیص تعدادی از مؤلفه‌های خاص سواد سلامت روانی، این مفهوم را اصلاح کرد و آن را شامل شناخت چگونگی پیش‌گیری از اختلالات روانی، شناخت بیماری‌ها برای تسهیل کمک، آگاهی از راهبردهای مؤثر کمک، دانش و مهارت برای دادن کمک‌های اولیه و حمایت از دیگران دانست (جورم، ۲۰۲۰).

سواد سلامت روان شامل ۶ مؤلفه است: توانایی تشخیص اختلالات روانی مختلف؛ دانش و باورهای مربوط به عوامل خطر و علل آن اختلالات؛ دانش و باورهای مربوط به

کمک‌های شخصی و حرفه‌ای که در دسترس است؛ و دانش در مورد راه‌های کسب اطلاعات مربوط به سلامت روان و نگرش‌هایی که می‌توانند رفتار جست‌وجوی کمک را ارتقا دهند (جورم، ۲۰۰۰؛ کامپوز و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین، سواد سلامت روانی به ۳ حوزه متقابل مرتبط اشاره می‌کند: دانش، نگرش نسبت به بیماری روانی و یافتن کمک کارآمد.

با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی در سراسر دنیا، نیاز مبرم به ارتقای سواد سلامت روان جوانان وجود دارد (تهای، وو و بوی، ۲۰۲۰). مداخلات سواد سلامت روانی که افراد جوان را هدف قرار می‌دهند، در ترویج رفتارهای سالم و کاهش خطرات سلامتی آینده حیاتی هستند (برودر و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین سواد سلامت روان را می‌توان در سطوح فردی و اجتماعی از طریق مداخله، رسانه‌های جمعی، و از طریق کانال‌های آنلاین بهبود بخشید (هارلی و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعه‌ای نشان داد عواطف مثبت و منفی در رابطه بین معنای زندگی و سلامت روانی، نقش واسطه‌ای دارند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۷).

از سوی دیگر، مداخلات سواد سلامت روان باید براساس چارچوب فرهنگی جامعه باشد. علاوه بر اصلاح مداخله برای بهبود تناسب فرهنگی، برنامه‌های سواد سلامت روانی باید بومی سازی شوند. مداخلات باید بتوانند نیازها و انتظارات زبانی و فرهنگی افراد را برآورده کنند (برارا، کاسترا و استیکر، ۲۰۱۱؛ نا، ریدر و کرمایر، ۲۰۱۶). با این وجود، تحقیقات اندکی در سطح فرهنگی انجام شده است. این مسئله به ویژه از این نظر مهم است که مسائل فرهنگی بر تعریف سلامت روانی اثرگذار است و در نتیجه فرهنگ در تعریف یک مشکل به عنوان مشکل سلامت روانی نقش مهمی ایفا می‌کند (ووا، هال و پتریدیس، ۲۰۲۰).

علی‌رغم فراوانی تحقیقات در زمینه مداخلات سواد سلامت روان در خارج از کشور، در داخل کشورمان خلا تحقیقاتی بزرگی در این زمینه وجود دارد. به منظور پر کردن این خلاء و شروع تحقیقات سواد سلامت روان متناسب با فرهنگ کشورمان، در گام اول نیاز به معرفی و کاربرد یک ابزار ارزشیابی شاخص‌های سواد سلامت روان با ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب وجود دارد. مقاله حاضر، به این امر خطیر می‌پردازد. در این پژوهش مقیاس سنجش سواد سلامت روان ترجمه و مورد بررسی روان‌سنجی قرار می‌گیرد.

در خارج از کشور، وی، مک‌گرا، هایدن و کاتچر (۲۰۱۵) در پژوهشی فراتحلیلی پیرامون بررسی مفهوم و ابزارهای اندازه‌گیری سواد سلامت روان، ۴۰۱ مطالعه انگلیسی را

بررسی کردند. در سال‌های اخیر در مقالات 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، هی، جیانگ، سیا، وانگ، زنگ و سیا (۲۰۱۳)، مقیاس سواد سلامت روان (Mental Health Literacy Scale) اکونور و کیسی (۲۰۱۵) بوده‌اند. در میان این ابزارها، مقیاس سواد سلامت روان اکونور و کیسی (۲۰۱۵) یک مقیاس ۳۵ ماده‌ای است که برای افراد بالای ۱۷ سال طراحی و در مورد نمونه دانشجویی به کار گرفته شده است. این مقیاس، دانش و نگرش نسبت به سلامت روان و جستجوی کمک‌های مربوط به آن را ارزیابی می‌کند. که شامل؛ توانایی تشخیص اختلالات (گویه‌های ۸-۱)، آگاهی از عوامل خطر و علل اختلالات (گویه‌های ۹-۱۲)، دانش در مورد خود درمان (گویه‌های ۱۳-۱۵)، دانش در مورد منابع معتبر جستجوی اطلاعات (گویه‌های ۱۶-۱۹)، نگرش‌هایی که باعث تشخیص یا جستجوی مناسب کمک می‌شوند و آگاهی از کمک‌های حرفه‌ای در دسترس (گویه‌های ۲۰-۲۸)، نگرش عمومی در مورد افراد مبتلا به بیماری‌های روانی (گویه‌های ۲۹-۳۵) است. استفاده از این مقیاس باعث شناسایی کارآمد افرادی می‌شود که از سطوح پایین‌تری از سواد سلامت روان برخوردارند و مفید است که از آموزش و پشتیبانی بیشتر بهره‌مند شوند (اکونور و کیسی، ۲۰۱۵).

با توجه به اهمیت سواد سلامت روان در ابعاد مختلف زندگی، وجود ابزار مناسب جهت بررسی این مفهوم، 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 است. لذا هدف از انجام این پژوهش تعیین ویژگی‌های روانسنجی مقیاس سواد سلامت روان اکونور و کیسی (۲۰۱۵) در دانشجویان ایرانی در سال ۹۸ بود. سؤالات پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند:

۱. آیا مقیاس سواد سلامت روان، دارای روایی محتوایی و صوری مناسب است؟
۲. آیا مقیاس سواد سلامت روان دارای اعتبار مناسب است؟
۳. آیا مقیاس سواد سلامت روان دارای روایی سازه و همگرایی مناسبی است؟

● روش

روش پژوهش حاضر، آزمون‌سازی است و با توجه به مقیاس سواد سلامت روان و روش گردآوری داده‌ها، طرح آن ارزشیابی ویژگی‌های مقیاس است. جامعه آماری کلیه دانشجویان کارشناسی، ارشد و دکتری دانشگاه شاهرود در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ بودند. برای برآورد دقیق حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد و ۳۴۶ نفر (۲۱۹ دختر و ۱۲۴ پسر) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، دانشجوی بودند دانشگاه شاهرود، مبتلا نبودن به اختلال جسمانی و روانی مزمن، مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی بود که بصورت خود گزارشی از شرکت‌کنندگان بود.

● ابزار

□ الف: مقیاس سواد سلامت روان اکونور و کیسی (۲۰۱۵): یک مقیاس ۳۵ سؤالی است که سؤال ۱ الی ۱۵ لیکرت ۴ درجه‌ای و سؤالات ۱۶ الی ۳۵ لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. سؤالات ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۲۰-۲۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره ۳۵ و حداکثر نمره ۱۶۰ است. نمره بالاتر نشان دهنده سطح بالاتری از سواد سلامت روان است. MHLIS ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی دارد آلفای کرونباخ ۰/۸۷۳، نشان دهنده هماهنگی خوب درونی مقیاس است. نتایج بازآزمون برای بررسی پایایی و ضریب اطمینان $r(69) = 0.797, p < 0.001$ به دست آمد.

□ ب: مقیاس نگرش به کمک طلبی حرفه‌ای روان‌شناختی - فرم کوتاه (the Psychological Assistant Attitude Scale) فیشر 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 روان) بوده است (فیشر و ترنر، ۱۹۷۰). فرم کوتاه شده این مقیاس برگرفته از مقیاس اصلی توسط فیشر و ترنر (۱۹۷۰) ساخته شده است. فیشر و فارینا (۱۹۹۵) جهت بالابردن روایی و پایایی، آن را به شکل کوتاه‌تر که شامل ۱۰ سؤال و خلاصه‌ای از فرم اصلی است، تبدیل کرده‌اند. پاسخ سؤالات به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۰: مخالف تا ۳: موافق) بوده و نمره کل می‌تواند از ۰ تا ۳۰ باشد. نمرات بالای ۱۴ نشان دهنده نگرش مثبت و نمرات کمتر از ۱۳، نشان دهنده نگرش منفی می‌باشد. ضریب پایایی

درونی مقیاس، ۰/۸۴ 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 (بویسجولی، ۲۰۱۳). این مقیاس 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.

□ ج: پرسشنامه اضطراب سلامتی (Health Anxiety Inventory) - 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. فرم کوتاه آن که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، ۱۸ سؤالی است و مجدداً توسط سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) ساخته شد و به صورت مختصر HAI خوانده می‌شود. نمره گذاری برای هر آیتیم 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، نشانه اضطراب سلامتی می‌باشد. پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه ۰/۹۰ 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 (۲۰۰۷) ضریب روایی آن را ۹۴/۰ محاسبه کردند. در ایران، نرگسی (۱۳۹۰) ضریب همبستگی این پرسشنامه و آزمون خودبیماری‌پنداری (احدی و پاشا، ۱۳۸۱) را ۷۵/۰- به دست آورد که در سطح معناداری $p < 0.001$ معنادار است.

□ د: پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Questionnaire) - فرم بلند:

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

● شیوه اجرا

به منظور ترجمه مقیاس سواد سلامت روان اکونور و کیسی (۲۰۱۵) از روش بریزلین استفاده شد (بریزلین، لونر و بری، ۱۹۸۶). ابتدا نسخه انگلیسی 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 فرد دیگر هیچ گونه آشنایی با روانشناسی و اصطلاحات وابسته نداشت. ابتدا، متخصص روانشناسی، نسخه انگلیسی مقیاس را به فارسی ترجمه کرد و از نفر دوم، متخصص زبان انگلیسی که هیچ اطلاعی از مقیاس انگلیسی و جملاتش نداشت، خواسته شد تا جملات ترجمه‌شده را به انگلیسی ترجمه کند. نسخه اولیه ترجمه شده 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 از نرم افزارهای SPSS و R، روش تحلیل عاملی تأییدی در مدل‌سازی معادلات ساختاری، ضرایب میانگین واریانس استخراج‌شده، حداکثر مجذور واریانس مشترک و میانگین مجذور واریانس مشترک استفاده شد.

● یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۳/۳۴ با انحراف استاندارد ۴/۸۵ بود و ۱۷/۳ درصد متأهل و ۸۲/۷ درصد مجرد بودند. ۲۲۶ نفر در مقطع کارشناسی، ۸۹ نفر در مقطع کارشناسی ارشد، ۲۵ نفر در مقطع دکتری بودند. ۲۱۰ شرکت‌کننده 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 به وسیله آزمون ماهالانویس دی‌اسکوئر با سطح معناداری ۰/۰۰۱ در نرم‌افزار ایموس مورد بررسی قرار گرفت و ۸ داده پرت شناسایی شد زیرا تقسیم عدد ماهالانویس دی‌اسکوئر آن بر تعداد گویه‌های آشکار بزرگتر از عدد ۱۶/۸۱ بود و از مجموع داده‌ها حذف گردید. نتایج نشان داد که داده‌ها نیز نرمال می‌باشند.

در مرحله بعد، از پایایی مرکب استفاده شد که جایگزینی برای آلفای کرونباخ در تحلیل مدل معادلات ساختاری است (اسپوزیتو وینزی و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج پایایی مرکب کل مقیاس ۰/۵۹ نیز، حاکی از مناسب بودن همسانی درونی مقیاس بود.

روایی اشاره به این مفهوم دارد که آیا واقعا مقیاس آنچه را که هدف از طراحی آن بوده می‌سنجد یا خیر. در این مطالعه این مرحله با روش‌های مختلفی از قبیل روایی محتوا، روایی صوری و روایی سازه صورت گرفت (کولتون و کاورت، ۲۰۰۷).

۱. روایی محتوا: روایی محتوا به این موضوع می‌پردازد که سؤالات ابزار به چه میزانی معرف محتوا و هدف آن موضوع است. معروف‌ترین روش‌های کمی برای اندازه‌گیری روایی محتوا در مقیاس‌های لیکرتی، نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا 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، 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). هیچ گویه‌ای حذف نشد و ضرایب، بالای ۶۲ درصد بود؛ نتایج به دست آمده، در جدول ۱، قابل مشاهده است.

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

شاخص روایی محتوا براساس محاسبه سه معیار «سادگی و روان بودن»، «مربوط بودن» و «وضوح یا شفاف بودن» در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت سنجیده میشود. 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 $0/70-0/79$ باشد عبارت باید مورد اصلاح و بازنگری قرار گیرد و اگر نمره CVI کمتر از $0/70$ باشد عبارت مورد نظر غیر قابل قبول بوده و بایستی حذف گردد. در شاخص روایی محتوا نیز، نیاز به اصلاح و یا حذف گویه‌ای نبود. نتایج به دست آمده در جدول ۱ قابل رؤیت است.

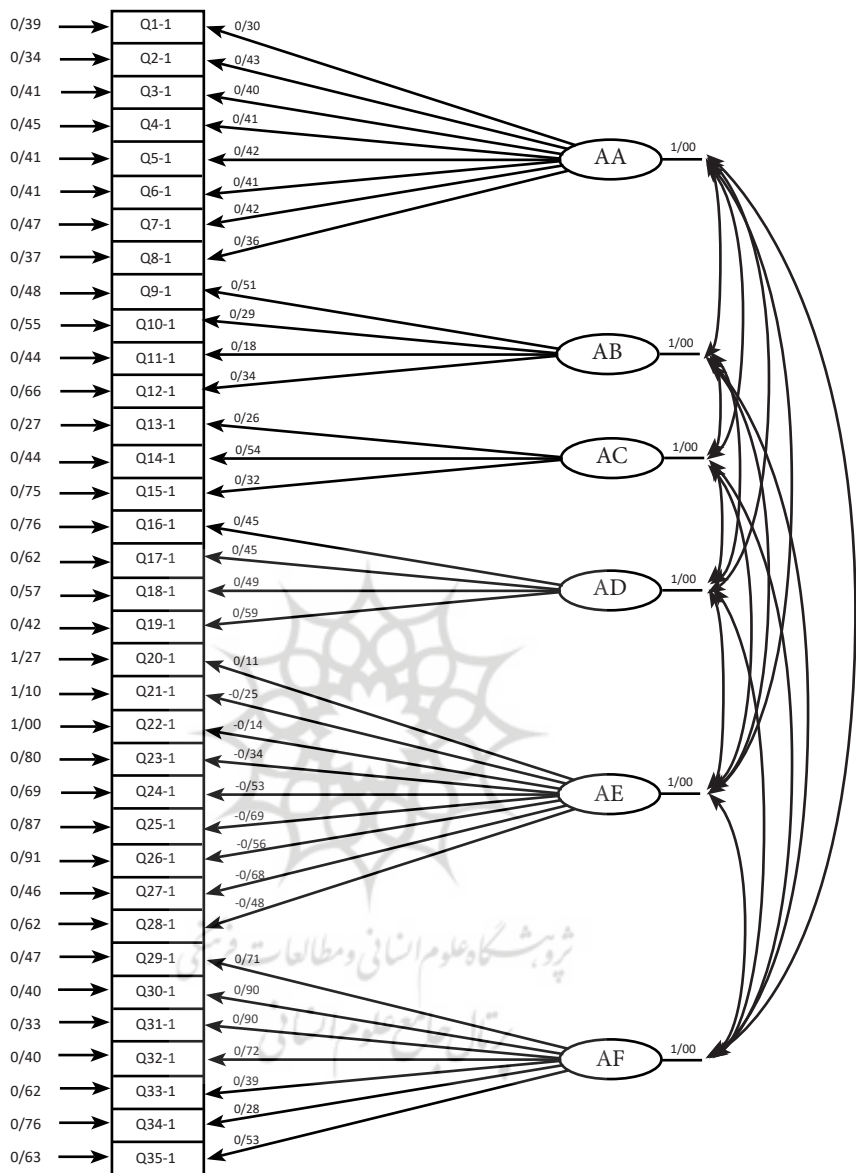
جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و روایی برای مقیاس سواد سلامت روان در دانشجویان ایرانی

گویه‌ها	میانگین	انحراف	نسبت روایی	شاخص روایی محتوا
	استاندارد	محتوا	محتوا	محتوا
۱- اگر کسی در یک موقعیت (مثلا یک مهمانی یا جلسه ارائه)، جایی که می‌ترسد توسط دیگران مورد ارزیابی قرار گیرد، تحقیر شده یا خجالت بکشد و به شدت عصبی یا مضطرب شود، فکر می‌کنید چه میزان احتمال دارد که هراس اجتماعی داشته باشد؟	۳/۲۵	۰/۶۹	۱	۱
۲- اگر کسی در شرایطی قرار بگیرد که لزوماً نگران-کننده نیست ولی بیش از حد نگران شده و کنترل این نگرانی برایش مشکل شود و علامت جسمانی مثل تنش ماهیچه‌ای داشته و احساس خستگی کند، فکر می‌کنید تا چه اندازه این احتمال وجود دارد که اختلال اضطراب فراگیر داشته باشد؟	۳/۰۵	۰/۷۲	۱	۰/۷
۳- اگر فردی برای دو یا چند هفته احساس بی‌حوصلگی کرده، علاقه‌اش را به فعالیت‌های عادی از دست بدهد و تغییراتی را در اشتها و میزان خواب تجربه کند، فکر می‌کنید به چه میزان احتمال دارد که اختلال افسردگی اساسی مبتلا باشد؟	۲/۸۸	۰/۷۶	۰/۶	۰/۷
۴- فکر می‌کنید چه میزان احتمال دارد اختلالات شخصیتی جزء بیماری‌های روانی باشد؟	۳/۱۴	۰/۷۸	۱	۱
۵- فکر می‌کنید چه میزان احتمال دارد که افسرده خوبی یک اختلال باشد؟	۳/۲۷	۰/۷۶	۱	۱
۶- اگر فردی از بودن در مکان‌های باز یا بسته بترسد و احساس به دام افتادن، شرمساری و درماندگی کند، فکر می‌کنید چه میزان این احتمال وجود دارد که آگورافوبیا داشته باشد؟	۳/۳۴	۳/۲۵	۱	۰/۸
۷- اگر فردی دچار تغییرات شدید خلق باشد، فکر می‌کنید به چه میزان این احتمال وجود دارد که مبتلا به اختلال دوقطبی باشد؟	۳/۰۸	۰/۸۰	۰/۸	۱
۸- فکر می‌کنید چه میزان این احتمال دارد که وابستگی به مواد، دربردارنده تحمل جسمانی و روانی دارو باشد؟	۳/۲۱	۰/۷۱	۰/۷	۱
۹- فکر می‌کنید چه اندازه این احتمال وجود دارد که زنان بیشتر از مردان بیماری‌های روانی را تجربه کنند؟	۲/۸۷	۰/۸۶	۰/۸	۰/۸
۱۰- فکر می‌کنید چه میزان این احتمال وجود دارد که مردان بیشتر از زنان اختلالات اضطرابی را تجربه کنند؟	۲/۶۲	۰/۸۰	۰/۸	۰/۸
۱۱- فکر می‌کنید چه میزان مفید است که شخص برای مدیریت هیجانات، کیفیت خواب خود را بهبود ببخشد؟	۳/۱۴	۰/۶۸	۱	۱
۱۲- فکر می‌کنید چه میزان مفید است فردی که در مدیریت هیجانات خود مشکل دارد از تمام فعالیت‌ها یا شرایطی که باعث اضطرابش می‌شود، اجتناب ورزد؟	۲/۷۹	۰/۸۸	۰/۸	۰/۹
۱۳- فکر می‌کنید چه میزان این احتمال وجود دارد که درمان شناختی رفتاری، درمانی مبتنی بر چالش با افکار منفی و افزایش رفتارهای مفید و کارآمد باشد؟	۳/۱۴	۰/۵۲	۱	۰/۸
۱۴- فکر می‌کنید چه میزان این احتمال وجود دارد که اگر مراجع در معرض خطر مستقیم آسیب به خود یا دیگران باشد متخصص بهداشت روان محرمانه بودن را نقض کرده و به خانواده او اطلاع دهد.	۳/۴۴	۰/۸۵	۱	۰/۹

۰/۷	۰/۷	۰/۷	۱	۰/۹۲	۲/۶۱	۱۵- فکر می‌کنید چه میزان احتمال دارد که مورد ذیل جزء شرایطی باشد که در آن متخصص بهداشت روان محرمانه بودن را نقض کند: زمانی که مشکل خاصی زندگی‌تان را تهدید نمی‌کند اما متخصصین سلامت روان می‌خواهند به دیگران کمک‌کنند تا از شما بهتر حمایت کنند.
۰/۹	۰/۹	۰/۹	۱	۰/۹۸	۳/۱۷	۱۶- مطمئنم که می‌دانم اطلاعات مربوط به بیماری‌های روان‌شناختی را از کجا جست‌وجو کنم.
۱	۰/۷	۰/۹	۱	۰/۹۱	۳/۴۴	۱۷- مطمئنم برای کسب اطلاعات درباره بیماری‌های روان‌شناختی از رایانه یا تلفن استفاده می‌کنم.
۱	۰/۷	۰/۹	۱	۰/۹۰	۳/۸۱	۱۸- مطمئنم برای کسب اطلاعات درباره بیماری‌های روان‌شناختی می‌توانم از جلسات مشاوره‌ای استفاده کنم.
۱	۰/۸	۰/۹	۱	۰/۸۷	۳/۹	۱۹- مطمئنم برای دستیابی به اطلاعات مربوط به بیماری‌های روان‌شناختی منابعی در دسترس می‌باشد که می‌توانم از آن‌ها استفاده کنم.
۱	۰/۹	۱	۱	۱/۱۳	۳/۶۱	۲۰- افرادی که درگیر بیماری‌های روان‌شناختی هستند اگر بخواهند می‌توانند بهبود یابند.
۱	۰/۸	۱	۱	۱/۰۸	۲/۵۱	۲۱- داشتن یک بیماری روان‌شناختی نشانه ضعف شخصی است.
۱	۰/۹	۱	۰/۸	۱/۰۲	۲/۷۷	۲۲- یک بیماری روان‌شناختی یک بیماری بالینی (پزشکی) نیست.
۱	۰/۹	۱	۰/۸	۰/۹۶	۲/۴۲	۲۳- افراد مبتلا به بیماری روانی خطرناک هستند.
۰/۸	۰/۹	۱	۱	۰/۹۸	۲/۲۴	۲۴- بهتر است با افرادی که بیماری روان‌شناختی دارند ارتباط نداشته باشید تا به مشکلی شبیه آنها دچار نشوید.
۱	۰/۸	۱	۱	۱/۱۶	۲/۳۵	۲۵- اگر بیماری روانی داشتم، به هیچ کس نمی‌گفتم.
۱	۰/۹	۱	۱	۱/۱	۲/۱۴	۲۶- رفتن نزد متخصص سلامت روان به این معنی است که شما برای مدیریت مشکلات خود به اندازه کافی قوی نیستید.
۰/۹	۰/۹	۰/۸	۰/۸	۰/۹۶	۲/۰۸	۲۷- اگر یک بیماری روان‌شناختی داشته باشم، از متخصص سلامت روان کمک نمی‌گیرم.
۰/۸	۰/۸	۰/۹	۰/۷	۰/۹۳	۱/۹۹	۲۸- من معتقدم درمان بیماری‌های روانی توسط متخصصین سلامت روان، موثر نخواهد بود.
۰/۹	۰/۷	۱	۱	۰/۹۸	۲/۴۳	۲۹- آیا مایلید با کسی که بیماری روانی دارد، همسایه شوید؟
۰/۶	۰/۷	۰/۷	۰/۸	۱/۱	۲/۶۱	۳۰- آیا مایلید یک بعدازظهر را با کسی بگذرانید که بیماری روانی دارد؟
۰/۸	۰/۷	۰/۹	۰/۸	۱/۰۷	۲/۴۱	۳۱- آیا مایلید با فردی که بیماری روانی دارد دوست شوید؟
۰/۹	۰/۷	۰/۹	۰/۸	۰/۹۵	۲/۱۹	۳۲- آیا مایلید با فردی که بیماری روانی دارد در یک شغل، همکاری نزدیک داشته باشید؟
۰/۹	۰/۹	۱	۰/۸	۰/۸۷	۱/۷۳	۳۳- آیا مایلید کسی که بیماری روانی دارد با خانواده شما ازدواج کند؟
۰/۹	۰/۹	۱	۰/۸	۰/۹۱	۱/۶۵	۳۴- آیا مایلید به یک سیاستمدار رأی بدهید در صورتی که بداند یک بیماری روان‌شناختی دارد؟
۰/۹	۰/۹	۱	۰/۸	۰/۹۵	۲/۰۴	۳۵- آیا مایلید فردی را در صورت داشتن بیماری روانی استخدام کنید؟

تحلیل عاملی تأییدی (Confirmatory factor analysis) روشی برای نشان دادن

روابط بین گویه‌های مشاهده‌شده و متغیرهای پنهان است و برای بررسی روایی سازه به کار می‌رود. علاوه بر این، روایی همگرا برای هر متغیر را نیز تعیین می‌کند (پیتوچ و استونس، ۲۰۱۵). گویه‌های مقیاس سواد سلامت روان دارای بار عاملی با ارزش‌های مقداری بالای ۰/۵ بودند و هیچ گویه‌ای حذف نگردید (شکل ۱ را نگاه کنید).



شکل ۱. مدل اندازه‌گیری برای مقیاس سواد سلامت روان

برای مدل مناسب، کلاین شاخص‌های زیر را پیشنهاد می‌کند: کای مربع بهنجار شده، شاخص برازش تطبیقی و شاخص نیکویی برازش. یک قاعده کلی برای شاخص‌های برازندگی 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 $0/03$ و $0/08$ باشد، قابل قبول است (کلاین، ۲۰۱۵)؛ بنابراین، در این مطالعه، کای مربع بهنجار شده، شاخص برازش تطبیقی، شاخص نیکویی برازش و ریشه میانگین مربعات خطای برآورد برای ارزیابی مدل، مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج شاخص‌های نیکویی برازش ($GFI=0/81$, $CMIN/DF=2/70$, $RMSEA=0/06$), $CFI=0/79$, $IFI=0/79$) نشان داد که همگی شاخص‌های برازش در محدوده قابل پذیرش قرار دارند و مدل، دارای برازندگی قابل قبول است.

جدول ۲. روایی همگرا و واگرایی مؤلفه‌های سواد سلامت روان نسخه فارسی در بین دانشجویان

مؤلفه‌ها	میانگین واریانس استخراج‌شده	ماکزیم واریانس مشترک	میانگین مربع واریانس مشترک
توانایی تشخیص اختلالات	۰/۵۴	۰/۵۱	۰/۳۸
آگاهی از عوامل خطر و علل اختلالات	۰/۵۷	۰/۴۹	۰/۴۵
دانش در مورد خود درمان	۰/۶۱	۰/۵۳	۰/۴۱
دانش در مورد منابع معتبر جست و جوی اطلاعات	۰/۴۸	۰/۵۱	۰/۳۷
نگرش‌هایی که باعث تشخیص یا جستجوی مناسب کمک می‌شوند و آگاهی از کمک‌های حرفه‌ای در دسترس	۰/۵۳	۰/۴۹	۰/۵۰
نگرش عمومی در مورد افراد مبتلا به بیماری‌های روانی	۰/۴۶	۰/۴۲	۰/۵۲

جهت برقراری روایی همگرا، میزان میانگین واریانس استخراج‌شده باید بیشتر از $0/5$ و بزرگ‌تر از پایایی مرکب؛ و جهت برقراری واگرایی باید مقادیر ماکزیم واریانس مشترک و میانگین مربع واریانس مشترک، کوچک‌تر از میانگین واریانس استخراج‌شده باشند (چتفیلد، ۲۰۱۸). همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، مقیاس سواد سلامت روان از روایی همگرا و واگرایی مناسبی برخوردار است. همچنین نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که مقیاس درخواست کمک دارای همبستگی منفی ($r=-0/150$) و افسردگی یک دارای همبستگی مثبت ($r=0/118$) با مقیاس سلامت روان است؛ بنابراین، روایی همگرایی مؤلفه دوم و روایی واگرایی مؤلفه اول مقیاس سواد سلامت روان، تأیید می‌شود.

با توجه به این که ماتریس همبستگی مبنای تجزیه و تحلیل مدل مفهومی پژوهش و روابط بین متغیرهاست، در جدول ۳ ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش به همراه سطح معناداری آنها ارایه شده است. برای نمونه ضریب همبستگی میان مؤلفه ۱ و نگرش به کمک‌طلبی ($r=0/164$) رابطه مثبت، ضریب همبستگی میان مؤلفه ۲ و اضطراب سلامتی ($r=0/190$) رابطه مثبت و ضریب همبستگی میان مؤلفه ۴ و افسردگی بک ($r=-0/187$) رابطه

منفی نشان می‌دهند که در سطح $P < 0/01$ معنادار هستند و نسبت به سایر مؤلفه‌ها رابطه قویتری با سایر مقیاسها دارند. همانگونه که در جدول ۳ گزارش شده است ضریب همبستگی بین مؤلفه ۲ و افسردگی بک ($r = 0/125$) حاکی از رابطه مثبت و ضریب همبستگی میان مؤلفه ۵ و افسردگی بک ($r = -0/124$) حاکی از رابطه منفی میان متغیرهاست که در سطح $P < 0/05$ معنادار هستند.

جدول ۳. ماتریس همبستگی مؤلفه‌های سواد سلامت روان با سایر مقیاس‌های پژوهش

مؤلفه‌های سواد سلامت روان			نگرش به کمک‌طلبی اضطراب‌سلامتی افسردگی بک		
مؤلفه ۱	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۱۶۴**	-۰/۰۱۵	-۰/۱۰۵	
	سطح معناداری	۰/۰۰۲	۰/۷۸۸	۰/۰۵۱	
	تعداد	۳۴۵	۳۴۳	۳۴۳	
مؤلفه ۲	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۰۸۲	**۰/۱۹۰	*۰/۱۲۵	
	سطح معناداری	۰/۱۲۹	۰/۰۰۰	۰/۰۲۰	
	تعداد	۳۴۵	۳۴۳	۳۴۳	
مؤلفه ۳	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۰۵۰	۰/۰۷۰	۰/۰۷۴	
	سطح معناداری	۰/۳۵۷	۰/۱۹۵	۰/۱۷۰	
	تعداد	۳۴۵	۳۴۳	۳۴۳	
مؤلفه ۴	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۰۲۸	-۰/۰۸۶	*-۰/۱۸۷	
	سطح معناداری	۰/۶۰۹	۰/۱۱۳	۰/۰۰۱	
	تعداد	۳۴۵	۳۴۳	۳۴۳	
مؤلفه ۵	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۰۸۵	-۰/۰۹۵	*-۰/۱۲۴	
	سطح معناداری	۰/۱۱۷	۰/۰۷۸	۰/۰۲۱	
	تعداد	۳۴۵	۳۴۳	۳۴۳	
مؤلفه ۶	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۱۰۵	-۰/۰۸۸	۰/۰۱۵	
	سطح معناداری	۰/۰۵۰	۰/۱۰۴	۰/۷۸۶	
	تعداد	۳۴۵	۳۴۳	۳۴۳	

*p < 0/05 **p < 0/01

● بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس سواد سلامت روان در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی انجام شد. نتایج نشان داد این مقیاس 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 این مقیاس 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، به‌دست آمد. سپس، همسو با تحقیقات دونگ، نگوین، فام، نگوین، گیاپ و همکاران (۲۰۱۹) و وی، باکستر و کاتچر (۲۰۱۹) از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد و نتایج نشان داد که گویه‌ها بار عاملی مناسبی را (بین ۰/۱۱ تا ۰/۹۰) نسبت به متغیرهای مکنون، نشان می‌دهند؛ بنابراین این مقیاس 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 استخراج‌شده، ماکزیمم واریانس مشترک و مربع میانگین واریانس مشترک به کار رفت و نتایج نشان داد که مقیاس سواد سلامت روان، روایی همگرا و واگرای قابل‌قبولی دارند.

نتایج نشان داد 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 وی و همکاران (۲۰۱۵)، تای، اونگ، فه، لو، تان (۲۰۱۹) و وی و همکاران (۲۰۱۹) می‌باشد.

در تبیین نتایج می‌توان گفت که افرادی که از سواد سلامت روان بالاتری برخوردار هستند، بیشتر از سایرین درصدد کمک‌طلبی حرفه‌ای برمی‌آیند که این مسئله می‌تواند در کاهش مشکلات روانشناختی افراد اثرگذار باشد (گالیور، فرر، بنت و گریفیتز، ۲۰۱۹). تای و همکاران (۲۰۱۹) در این باره اذعان داشته‌اند که سواد سلامت روان می‌تواند در کاهش مشکلات روانشناختی نظیر اختلالات افسردگی و اضطراب و ارتقای استراتژی‌های خودیاری مثبت اثرگذار باشد. در عین حال افرادی که از سواد سلامت پایین‌تری برخوردارند، خود را در دستیابی به خدمات سلامت روان محدود می‌دانند (کانچر و همکاران، ۲۰۱۵). این افراد احتمالاً در روش‌های ارزیابی و تشخیصی، علل و عوامل خطر بیماری روانی و اپیدمیولوژی سلامت روان و بیماری روانی دچار مشکلاتی و کاستی‌هایی هستند (گروزینسکی، سیمز - اسکوتن و ویلسون، ۲۰۲۰). بنابراین سواد سلامت روان ناکافی توانمندی افراد جهت مقابله با مشکلات روانشناختی را کاهش داده و بدیهی است که برآیند این وضعیت بروز افسردگی و اضطراب‌های مرتبط با سلامت است.

● نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان اذعان داشت که سواد سلامت روان می‌تواند در قابلیت‌های فردی اشخاص برای تشخیص فردی و مقابله زودهنگام با مشکلات روانشناختی اثرگذار بوده و کمک‌طلبی حرفه‌ای در آنان را ارتقا می‌دهد که این مسئله نهایتاً می‌تواند منجر به اضطراب سلامت و پیامدهای منفی روانشناختی نظیر افسردگی و سایر اختلالات روانشناختی می‌شود. 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.

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، این مقیاس می‌تواند ابزاری مناسب و معتبر جهت استفاده در جامعه ایرانی باشد لذا می‌توان از این آزمون در مؤسسات پژوهشی، پژوهش‌های دانشجویی، مراکز مشاوره و کارگاه‌های آموزشی استفاده کرد. همچنین، با توجه به اهمیت آن در افزایش سطح رفاه و سلامت روان‌شناختی افراد و به خصوص جوانان وجود ابزار فوق می‌تواند در جهت سنجش میزان سواد سلامت روان، در کارهای پژوهشی و طرح‌ریزی مداخلات دقیقتر و کارآمدتر مفید واقع شود.

● منابع

- احدی، حسن؛ پاشا، غلامرضا. (۱۳۸۱). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش اختلال هیپوکندریا در شهرستان اهواز، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۴ (۱۱)، ۱۵-۲۸.
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ پورشریفی، حمید؛ غباری بناب، باقر؛ خانجانی، زینب و بهرامی، محسن (۱۳۹۶). رابطه دل‌بستگی بزرگسالی و دل‌بستگی به خدا با سلامت روان‌شناختی با میانجیگری تاب‌آوری. مجله روانشناسی، ۲۳ (۴)، ۳۶۹-۳۸۳.
- دابسون، کیت؛ محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۴). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی ماژور. فصلنامه توانبخشی، شماره ویژه بیماری‌های روانی. ۸ (۲۹)، ۸۸-۸۳.
- محمدی، لیلا؛ بشارت، محمدعلی؛ رضازاده، محمدرضا؛ غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای

- عواطف مثبت و منفی در رابطه بین معنای زندگی و سلامت روانی. *مجله روانشناسی*، ۲۲ (۲)، ۱۵۷-۱۷۱. نرگسی، فریده. (۱۳۹۰). مقایسه باورهای ناکارآمد، صفات شخصیتی و سابقه ابتلا به بیماری وخیم در معلمان مقطع ابتدایی دارا و فاقد اضطراب سلامتی در اندیمشک. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد، دانشگاه اهواز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 413-424.
- Barrera, M. Jr, Castro, F.G., & Steiker, L.K.H. (2011). A critical analysis of approaches to the development of preventive interventions for subcultural groups. *American Journal of Community Psychology*, 48, 439-454.
- Beck, A. T., Steer, R. A. and Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory* (2nded.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bohleber, L., Cramer, A., Eich-Stierli, B., Telesko, R., & von Wyl, A. (2016). Can we foster a culture of peer support and promote mental health in adolescence using a web-based app? A control group study. *JMIR Ment Health*, 3(3), e45. <https://doi.org/10.2196/menta1.5597>.
- Boisjolie, J. (2013). Gender Role Conflict and Attitudes toward Seeking Help. MSW Clinical Research Paper press.
- Brislin, R. W., Lonner, W. J., & Berry, J. W. (1986). Field methods in cross-cultural research. *Beverly Hills: SAGE*.
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2016). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing Mental Health Literacy in young people. *Universitas Psychologica*, 15(2), 61-72.
- Colton D, Covert RW. (2007). Designing and constructing instruments for social research and evaluation. first ed. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Cook DA, Beckman TJ. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *The American journal of medicine*. 119: 166. e7-.e16.
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes towards seeking professional psychological help: A shortened form and consideration for research. *Journal of College Student Development*, 36(4), 368-373.
- Fischer, E. H., & Turner, J. (1970). Orientation to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 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.
- Hurley, D., Swann, C., Allen, M. S., Ferguson, H. L., & Vella, S. A. (2020). A systematic review of parent and caregiver mental health literacy. *Community mental health journal*, 56(1), 2-21.
- Jackson G. (2016). Beck depression inventory. *Occup Med*; 66:174-5.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist*, 67(3), 231.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Komiya N, Good GE, Sherrod NB. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *J Couns Psychol*; 47(1):138-43. doi:10.1037//0022-0167.47.1.138.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Morgan, C. (2015). 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*, 60(12), 580-586. doi:10.1177/070674371506001209.
- Lawshe CH. (1975). A qualitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 25: 563-75.
- Na, S., Ryder, A. G., & Kirmayer, L. J. (2016). Toward a culturally responsive model of mental health literacy: Facilitating help-seeking among East Asian immigrants to North America. *American Journal of Community Psychology*, 58(1-2), 211-225.
- O'Connor, M. & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research* 229,511-516.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843-853.
- Thai, T. T., Vu, N. L. L. T., & Bui, H. H. T. (2020). Mental Health Literacy and Help-Seeking Preferences in High School Students in Ho Chi Minh City, Vietnam. *School Mental Health*, 1-10.
- 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.
- Vogel DL, Wade NG, Ascherman PL.(2009). Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: reliability and validity of a new stigma scale with college students. *J Couns Psychol*;56(2):301–8. doi: 10.1037/a0014903.
- Vogel, D. L., Wester S. R., Wei, M. & Boysen, G. A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 459-470.
- Vovou, F., Hull, L., & Petrides, K. V. (2020). Mental health literacy of ADHD, autism, schizophrenia, and bipolar disorder: a cross-cultural investigation. *Journal of Mental Health*, 1-11.
- Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C. A., Offord, D. R., & Hua, J. M. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 226-233.
- Wang, J., He, Y., Jiang, Q., Cai, J., Wang, W., Zeng, Q., ... & Cai, C. (2013). Mental health literacy among residents in Shanghai. *Shanghai archives of psychiatry*, 25(4), 224.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*, 15(1), 291.
- World Health Organization (WHO). (2018). Mental health. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/.
- Yamaguchi, S., Foo, J. C., Nishida, A., Ogawa, S., Togo, F., & Sasaki, T. (2019). Mental health literacy programs for school teachers: A systematic review and narrative synthesis. *Early intervention in psychiatry*.