

پرسشنامه آگاهی از سلامت روان مثبت: ترجمه و تطابق فرهنگی و تعیین

ویژگیهای روان‌سنجی

مقدمه: «سواد سلامت روان مثبت»، یعنی آگاهی از چگونگی حفظ و ارتقای سلامت روان، بخش عمده‌ای از تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامتی است. پرسشنامه آگاهی از سلامت روان مثبت نخستین ابزار سنجش سواد سلامت روان مثبت می‌باشد. هدف این مطالعه، ترجمه و تطابق فرهنگی این ابزار به زبان فارسی و سنجش ویژگیهای سایکومتریک آن بود.

روش: ترجمه و تطابق فرهنگی طبق روش بیتون و همکاران انجام شد. جامعه آماری عبارت بود از ایرانیان فارسی‌زبان باسواد با سن حداقل ۱۵ سال و دارای توانایی استفاده ابتدایی از اینترنت. نسخه فارسی با نمونه‌گیری آسان در قالب آنلاین بین این افراد توزیع شد. روایی صوری و محتوا به شیوه کیفی و روایی ساختار به کمک تحلیلهای عاملی اکتشافی و تأییدی بررسی شد. پایایی با بررسی همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی سنجیاده شد.

یافته‌ها: در فرآیند ترجمه توافق بالایی مشاهده شد و روایی صوری و محتوا با نظر متخصصان و مصاحبه با ۳۰ نفر از گروه هدف تأیید شد. سپس پرسشنامه توسط ۱۶۰۶ نفر تکمیل شد. روایی سازه طبق تحلیلهای عاملی اکتشافی و تأییدی رضایت‌بخش بود. پایایی پرسشنامه طبق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب دونیمه‌سازی گاتمن ۰/۷۹ مناسب بود. نسخه نهایی دارای ۱ عامل و ۱۰ گویه و میانگین نمره سواد سلامت روان مثبت ۴/۲۱ از $SD = ۰/۷۲$ بود.

بحث: پرسشنامه سواد سلامت روان مثبت در افراد ۱۵ سال به بالای باسواد و دارای تواناییهای ابتدایی استفاده از اینترنت روایی و پایایی مناسبی دارد؛ لذا می‌تواند در سنجش آگاهی افراد از عوامل مؤثر بر حفظ و ارتقای سلامت روان و بررسی اثربخشی مداخله‌های مربوطه استفاده شود.

۱. سیدمحمدحسین محمودی[✉]
روانپزشک، مرکز تحقیقات سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. مسعود احمدزاد اصل[✉]
روانپزشک، مرکز تحقیقات سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. مریم رسولیان[✉]
روانپزشک، مرکز تحقیقات سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، (نویسنده مسئول).
< rasoulia.m@gmail.com >




واژه‌های کلیدی:

سلامت روان مثبت، سواد سلامت روان، سواد سلامت روان مثبت، روسازی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۸

Mental Health Positive Knowledge Questionnaire: Translation, Cultural Adaptation, and Psychometric Properties

- ▶ **1. Seyed Mohammad Hossein Mahmoodi** 
Psychiatrist, Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- ▶ **2. Masoud Ahmadzad-Asl** 
Psychiatrist, Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- ▶ **3. Maryam Rasoulia** 
Ph.D in Sociology, Psychiatrist, Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (corresponding author)
< rasoulia.m@gmail.com >

Key words:

Positive mental health, Mental health literacy, Positive mental health literacy, validation

Received: 2021/02/19

Accepted: 2021/10/20

Introduction: Higher mental health literacy (MHL) is related to many desirable mental health outcomes. Most studies, however, have focused on disease-oriented MHL and have not investigated positive MHL (PMHL) i.e., understanding how to maintain and improve one's mental health. This study aimed to translate a measure of PMHL named Mental Health Positive Knowledge (MHPK) into Persian and check its psychometric properties.

Method: The translation and cultural adaptation process was performed according to Beaton et al. Any Iranian individual with a minimum age of 15, literacy for reading and writing, and basic internet skills could be included using a convenient method of sampling. Face and content validity were assessed by qualitative methods. Exploratory and confirmatory factor analyses were used to investigate construct and convergent validity. The split-half method and internal consistency were examined as reliability measures.

Findings: Forward and backward translations and expert panel session were used. To investigate psychometric properties a total of 1606 individuals with a mean age of 29.9 years ($SD = 9.14$) participated in the study; the age of 176 participants were below 18. Exploratory and confirmatory factor analyses showed a construct compatible with the original version. Cronbach's alpha of 0.81 and Guttman split-half coefficient of 0.79 were measured as reliability indices. The final version contains 1 factor and 10 items and average MHPK score was 4.21 ($SD = 0.72$).

Discussion: Using the MHPK questionnaire which is a measure of positive mental health literacy (PMHL) can improve MHL investigations and can help to evaluate mental health educational interventions. This study showed that the Persian MHPK is a valid and reliable measure of PMHL for literate individuals with the age of 15 years and older.

Extended Abstract

Introduction: Mental health literacy (MHL) is a derivative of the known concept of health literacy. It is a modifiable factor that can affect a wide range of beliefs and behaviors related to mental health. In recent conceptualizations, four domains are suggested to construct MHL including 1) being familiar with mental disorders; 2) stigma against disorders and treatment; 3) help-seeking competency; and 4) understanding factors that keep and improve one's mental health, which is known as positive mental health literacy (PMHL).

Many studies around the world have shown that higher MHL is related to desirable outcomes like higher help-seeking behavior, less stigma, better treatment compliance, and more effective communication with mental health providers. Most of these studies, however, have focused on disease-oriented MHL; i.e., have not investigated PMHL. This is not compatible with the World Health Organization (WHO)'s definition of health, which insisted that health is not just the absence of disease. This gap limits people's and professional's understanding of mental health to the medical model. Some researchers, therefore, have suggested including PMHL in MHL investigations in adults and adolescents.

Despite the high variability among MHL measures, most of them are disease-oriented. In recent years more attention has been paid to awareness of mental health maintenance and promotion, i.e., PMHL. The first PMHL questionnaire was introduced in 2017, and it was named Mental Health Positive Knowledge (MHPK). It is a single construct instrument with 10 brief questions in the English language. The average of all questions makes up the total score, which is from 0 to 5. The MHPK is tested in a population of Norwegian adolescents and the total score of 4 is considered as a preliminary cut-off of sufficient PMHL.

Using MHPK can fill the gap between the daily practice of mental health staff and standard definitions of health and mental health and extend our understanding of MHL beyond disease concepts. It can also be used to determine the efficacy of positive mental health educational interventions. Several studies have investigated positive mental health and its determinants in the Iranian population. No study, however, was found to explore PMHL, i.e., people's awareness of positive mental health. There was also no instrument to measure PMHL in the Persian language

according to the literature review. To use a valid instrument that is developed in another language and culture, it is necessary to ensure its compatibility with the target population. This study, therefore, aimed to translate MHPK into the Persian language with proper cultural adaptation along with checking its psychometric properties.

Method: The translation and cultural adaptation process was performed according to Beaton et al. It included two forward and two backward translated versions and an expert panel that resulted in a refined Persian MHPK with satisfactory face and content validity. This Persian version was used in the pretest, i.e., asking 30 participants from the target population to fill out the questionnaire and interviewing with them about its clarity and propriety. The final version and demographic questions were prepared as an online form so that it could be filled by any Iranian individual with a minimum age of 15, literacy for reading and writing, and basic internet skills. Answering all questions was necessary to submit the form; therefore, there were no missing data. Exploratory and confirmatory factor analyses were used to investigate the construct validity of Persian MHPK. The split-half method and measuring Cronbach's alpha were used to investigate its reliability. Mean, standard deviation (SD), 95% confidence interval (95% CI), and frequency were used to describe data. SPSS Statistics for Windows, version 16 (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA) and Mplus software version 7.4 were used. Participants were kept anonymous and the research protocol was approved by the ethics committee of Iran University of Medical Sciences. There was no conflict of interest for the authors.

Findings: Forward and backward translations were quite similar to each other and the original English questionnaire. Expert panel members discussed the accuracy and appropriateness of the Persian version and agreed easily on details. A brief explanation was added to some items in parentheses to be sure about the face and content validity. In the pretest, 30 individuals with a mean age of 27.9 participated in the study including 8 adolescents, and all of them found the instrument clear and without offensive content. Four of them, however, were not sure about the

exact meaning of the item number 8 (“Setting limits for what is OK for you”). To investigate psychometric properties a total of 1606 individuals from different cities of the country were selected. The mean age was 29.9 (SD = 9.14) and ranged from 15 to 69; 176 participants were adolescents whose age was below 18. Most of the participants (71.9%) were female and 235 of them (15.2%) did not have any university degrees. The average MHPK score was 4.21 (SD = 0.72) with a 95% CI of 4.18 – 4.25. Near a quarter of participants (24.4%) scored below the preliminary cut-off and may be considered to have insufficient PMHL. Females and participants with Master’s or higher university degrees showed significantly higher MHPK scores (both p values < 0.001). Exploratory factor analysis showed sufficient sample size with Kaiser-Meyer-Olkin index of 0.887 and chi-square of 3980.85 in Bartlett’s test. Only one factor was extracted in exploratory factor analysis; therefore rotation techniques were not used. According to confirmatory factor analysis, the model with one factor showed satisfactory goodness of fit indices and provided further support for construct validity as well as convergent validity of the instrument. The Cronbach’s alpha of 0.81 was calculated as a measure of internal consistency and using the split-half method a Guttman coefficient of 0.79 was calculated; these results showed good reliability of the instrument.

Discussion: In this study, the MHPK questionnaire which is a measure of positive mental health literacy (PMHL) was translated into Persian by using a standard method to ensure its validity and cultural adaptation. Afterward, its psychometric properties were investigated and showed good validity and reliability. Persian MHPK is a single factor instrument according to exploratory and confirmatory factor analyses; this is compatible with the construct of the original version. The average MHPK score evaluated in Norwegian adolescents by the original version has been 4.51 and less than 20% of them showed insufficient scores. These results are better than the findings of the current study with much more educated participants. The better results in the Norwegian sample may be due to the effects of the translation process on scores or may be another example of higher MHL in developed countries compared to developing nations, like Iran. Females showed higher PMHL both in the Norwegian sample and in the current study. A big sample size

with considerable diversity and standard methodology were advantages of this study, but there are some limitations. All of the high school students who participated in this study were from Tehran, the capital of the country. Besides, all participants were capable of using the internet. Therefore, some psychometric properties may need to be tested before using the instrument in different communities. Validity and reliability could be inspected in more detail. Persian MHPK is the first Persian instrument to evaluate PMHL and is one of the few in the world. Using it, besides conventional disease-oriented MHL measures, can improve MHL evaluation in accordance with the WHO definition of health and mental health. Furthermore, adding PMHL concepts to mental health education interventions can make them applicable to all people regardless of being mentally healthy or ill. This study showed that Persian MHPK is a valid and reliable measure of PMHL for literate individuals with the age of 15 years old and higher.

Ethical Consideration

Authors' contributions

Seyed Mohammad Hossein Mahmoodi contributed to the design of the work, data acquisition, analysis, and interpretation, and drafting of the manuscript. Masoud Ahmadzad-Asl and Maryam Rasoulia contributed to the conception and design, data interpretation, and revising the manuscript critically. The final version was approved by all authors.

Funding

No financial support is used in this research.

Conflicts of interest

The authors did not declare any competing interests.

Acknowledgments

This research was approved by the ethics committee of Iran University of Medical Sciences and the principles of the declaration of Helsinki were observed.

مقدمه

سواد سلامت روان^۱ (MHL) یکی از مؤلفه‌های قابل تعدیل برای بهبود سلامت روان افراد و جامعه است که در سالهای اخیر توجه فزاینده‌ای به آن جلب شده است (فرنهام و سوآمی^۲، ۲۰۱۸). مفهوم MHL برای نخستین بار در سال ۱۹۹۷ میلادی توسط جُرم و همکاران - در امتداد مفهوم شناخته شده سواد سلامت^۳ - صورت‌بندی شد تا بر ضرورت آموزش و پژوهش در این حیطه تاکید شود. تعریفی که آنان از MHL ارائه دادند عبارت است از «آگاهیها و باورهایی درباره اختلالات روانی که به شناسایی و مدیریت و پیشگیری از آنها کمک کند» (جُرم^۴، ۲۰۱۲). پژوهشهای گوناگون در نقاط مختلف جهان موید تأثیر MHL بر انواع پیامدهای مطلوب مرتبط با سلامت روان بوده‌اند. برای نمونه آگاهی کمتر درباره مشکلات روانی با رفتارهای مددجویی^۵ کمتر، ارتباط نامؤثر با پزشک، پذیرش درمانی ضعیف، هیجانهای منفی درباره ابتلای خود یا دیگران به بیماریهای روانی، نگرش منفی به درمان و انگ^۶ بیشتر درباره مراقبین سلامت روان و بیماریها و داروها مرتبط بوده است (فرنهام و سوآمی، ۲۰۱۸؛ نوروزی و همکاران، ۲۰۱۸؛ اسپایکر و همیر^۷، ۲۰۱۹؛ ونکاتارامن^۸ و همکاران، ۲۰۱۹).

گرچه در کشورهای توسعه‌یافته بهبود محدودی مشاهده شده، سطح MHL در تمام جهان به ویژه در کشورهای درحال توسعه از جمله در خاورمیانه نامطلوب ارزیابی می‌شود (آلنیم و همکاران، ۲۰۱۷؛ فرنهام و سوآمی، ۲۰۱۸؛ غولوم^۹ و همکاران، ۲۰۱۰؛ ونکاتارامن و همکاران ۲۰۱۹). مطابق مطالعات اندک انجام شده در ایران نیز میزان MHL در بزرگسالان و نوجوانان، رضایت‌بخش نبوده است (بهرامی و همکاران، ۲۰۱۹؛ قدیریان و سیاری‌فرد، ۲۰۱۹؛ صفا و همکاران، ۲۰۰۳؛ سیاری‌فرد و قدیریان، ۲۰۱۳؛ سیاری‌فرد و همکاران، ۲۰۱۵؛ شریفی و همکاران، ۲۰۱۶).

1. Mental Health Literacy

4. Jorm

7. Spiker and Hammer

2. Furnham and Swami

5. Help-seeking behavior

8. Venkataraman

3. Health Literacy

6. Stigma

9. Ghuloum

اگرچه تعریف اولیه جرم و همکاران راهگشا بوده، برخی پژوهشگران به تمرکز این تعریف بر بیماریهای روانی و نه بر سلامتی روانی اشاره کرده و آن را تعریفی بیماری-محور و در نتیجه ناقص توصیف کرده‌اند که مؤلفه‌های مرتبط با حفظ و ارتقای سلامت روان را پوشش نمی‌دهد (بیونس^۱ و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوچر^۲ و همکاران، ۲۰۱۶؛ ونکاتارامن و همکاران، ۲۰۱۹). این محققان چارچوب مفهومی اولیه MHL را با تعریف سازمان سلامت جهانی^۳ از سلامتی و سلامت روانی ناهمخوان دانسته‌اند که سلامتی را فراتر از فقدان بیماری تعریف کرده و سلامتی روانی را ملازم با مفاهیمی مانند احساس بهزیستی^۴، تسلط، مواجهه مؤثر، مشارکت و خودشکوفایی دانسته‌اند (بیونس و همکاران، ۲۰۱۷؛ سازمان سلامت جهانی، ۲۰۱۳).

به تدریج، تعاریف فراگیرتری مورد توجه قرار گرفت و از جمله اخیراً چهار جزء برای تعریف MHL پیشنهاد شده است: ۱) آگاهی از چگونگی کسب و تداوم سلامت روان (سلامت روان مثبت^۵)، ۲) درک اختلالات روانی و درمانشان، ۳) انگ کمتر درباره اختلالات روانی و ۴) مددجویی کارآمدتر (کوچر و همکاران، ۲۰۱۶).

برخی پژوهشگران، کاهش تمرکز بر MHL بیماری‌محور و توجه بیشتر به مفاهیم سلامت روان مثبت، یعنی شناخت از مؤلفه‌های مؤثر بر برخورداری از سلامت روان مطلوب و آگاهی از روشهای نگهداری و ارتقای آن را ضروری دانسته‌اند (بیونس و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوچر و همکاران، ۲۰۱۶؛ اوکان^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). در یک مقاله مروری اخیر درباره MHL در نوجوانان نیز به همین کاستی اشاره و توصیه شده که پژوهشهای MHL از تمرکز بر اختلالات کاسته و به سوی مفهوم جامع‌تری از سلامت روان حرکت کنند (منسفیلد^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). از طرفی ابزارهای سنجش MHL نیز با وجود تنوع فراوانشان، هماهنگ

1. Bjornsen

2. Kutcher

3. World Health Organization

4. Well-being

5. Positive mental health

6. Okan

7. Mansfield

با تعاریف ابتدایی MHL، غالباً بر مدل طبی و بیماری‌محور استوار هستند و بنابراین، جزء اول از ابعاد چهارگانه بالا یعنی آگاهی درباره سلامت روان مثبت را پوشش نمی‌دهند (وی^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). در سال ۲۰۱۷ میلادی برای نخستین بار پرسشنامه‌ای برای سنجش سواد سلامت روان مثبت^۲ با نام آگاهی از سلامت روان مثبت (MHPK) طراحی و معرفی شد تا این کاستی موجود در ارزیابیهای MHL را رفع کند (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۷). در مباحث نظری جدید و در ابزارهای سنجش MHL که در پی این تحول، طراحی و معرفی شده‌اند، توجه به پژوهشگران به MHPK و به طور کلی به مفهوم سواد سلامت روان مثبت قابل مشاهده است (چائو^۳ و همکاران، ۲۰۲۰؛ اوکان و همکاران، ۲۰۱۹؛ زناس^۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

پرسشنامه آگاهی از سلامت روان مثبت (MHPK) یک ابزار تک‌سازه‌ای مختصر و حاوی ۱۰ عبارت است که برای هر یک در مقیاس لیکرت پاسخهایی از ۰ برای گزینه نمی‌دانم تا ۵ برای گزینه کاملاً صحیح پیش‌بینی شده است. به این ترتیب نمره کل این ابزار که از میانگین نمره ۱۰ عبارت به دست می‌آید عددی بین ۰ تا ۵ خواهد بود؛ نمرات بالاتر بیانگر سواد سلامت روان مثبت بیشتر هستند. طراحان برای مشخص کردن افراد با آگاهی ناکافی عدد ۴ را به عنوان یک خط برش اولیه - که البته نیازمند بررسیهای بیشتر خواهد بود - معرفی کردند؛ به این ترتیب سطح سواد سلامت روان مثبت در افرادی که نمره کمتر از ۴ کسب کنند، ناکافی قلمداد می‌شود. این ابزار بر نظریه نیازهای روانشناختی پایه^۵ استوار شده که بر اساس آن سه عامل اصلی، پیش‌بینی کننده بر خورداری از سلامت روان مطلوب هستند: کفایت^۶ یعنی ادراک تسلط و کارآمدی در مدیریت شرایط پیرامونی، خودمختاری^۷ یعنی تجربه اراده آزاد یا

-
- | | | |
|---------------|-----------------|---|
| 1. Wei | 2. Positive MHL | 3. Mental Health Positive Knowledge (MHPK-10) |
| 4. Chao | 5. Zenas | 6. Basic psychological needs theory (BPNT) |
| 7. Competence | 8. Autonomy | |

پیاده کردن تمایلات و ارزشهای شخصی و احساس پیوستگی^۱ یعنی احساس تعلق و میل به تعامل با دیگران و مراقبت از آنان. اعتبارسنجی این پرسشنامه که توسط طراحان در جمعیت ۱۵ تا ۲۱ ساله انجام شد نشان داد که این ابزار از روایی و پایایی مناسب با آلفای کرونباخ ۰.۸۶ و امگای مکدونالد ۰.۸۴ برخوردار است. طراحان این ابزار به ضرورت ارزیابی آن در جمعیت‌های متفاوت و گروه‌های سنی مختلف اشاره کرده‌اند (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۷). به گزارش ایشان، ترجمه و اعتبارسنجی این ابزار به زبانهای فرانسه، پرتغالی و یونانی و استفاده از آن در پژوهشهایی در انگلستان و ایالات متحده در جریان است.

با بهره‌گیری از ابزاری که سواد سلامت روان مثبت را ارزیابی می‌کند، تخمینی از آگاهی افراد درباره عوامل مؤثر بر حفظ و بهبود سلامتی روانی به دست می‌آید. با استفاده از چنین ابزاری در کنار پرسشنامه‌های معمول سنجش MHL - که همگی کمابیش اختلال‌محور هستند - به تصویر جامع‌تر و روزآمدتری از سواد سلامت روان افراد دست پیدا می‌کنیم. به علاوه وجود چنین پرسشنامه‌ای می‌تواند برای سنجش اثربخشی مداخله‌ها و برنامه‌های آموزشی نیز مفید باشد (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۷).

چندین مطالعه - غالباً با روش کیفی - درباره «سلامت روان مثبت» در جمعیت‌های ایرانی به انجام رسیده است. از آن جمله می‌توان به پژوهش کیفی میرابزاده و همکاران درباره مفهوم سلامت روان مثبت از دیدگاه جامعه ایرانی، مطالعه کیفی فلاح و همکاران درباره تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت روان مثبت و پژوهش کیفی افتخاری و همکاران در زمینه اولویتهای ارتقای سلامت روان مثبت در جوامع ایرانی اشاره کرد (افتخاری و همکاران، ۲۰۱۸؛ فلاح و همکاران، ۲۰۱۹؛ میرابزاده و همکاران، ۲۰۱۸).

این مطالعات اگرچه به موضوع سلامت روان مثبت پرداخته‌اند اما بر «سواد سلامت روان مثبت» - یعنی میزان آگاهی ایرانیان از مؤلفه‌های مؤثر بر سلامت روان و حفظ و ارتقای آن

1. Relatedness

- تمرکز نکرده‌اند. از دیگر سو، مطالعات متعددی درباره سواد سلامت روان در جامعه ایرانی مشاهده می‌شود که برای نمونه می‌توان به مطالعه گسترده قدیریان و سیاری فرد درباره آگاهی از افسردگی در میان ساکنان شهر تهران اشاره کرد (قدیریان و سیاری فرد، ۲۰۱۹). همچنین ابزارهای معتبری برای سنجش سواد سلامت روان به فارسی برگردانده شده که مطالعه قائد امینی و همکاران از این جمله است (قائدامینی هارونی، ۲۰۲۱). با این همه - هماهنگ با الگوی جهانی - بررسیهای سواد سلامت روان در ایرانیان و ابزارهای ترجمه شده به فارسی برای سنجش آن - طبق مرور منابع فارسی و انگلیسی - همگی اختلال‌محور هستند و در نتیجه یکی از ابعاد کلیدی سواد سلامت روان یعنی سواد سلامت روان مثبت مغفول واقع شده است. به این ترتیب جای خالی ابزاری برای سنجش سواد سلامت روان مثبت به چشم می‌خورد. در دسترس قرار گرفتن چنین ابزاری می‌تواند به تکمیل این وجه از مطالعات سواد سلامت روان در میان ایرانیان کمک کند. بنابراین هدف این مطالعه ترجمه و تطابق فرهنگی پرسشنامه آگاهی از سلامت روان مثبت (MHPK) به زبان فارسی و بررسی ویژگیهای روان‌سنجی آن برای استفاده در جمعیت نوجوان - ۱۵ سال به بالا - و بزرگسال ایرانی بود.

روش

پیش از آغاز این مطالعه، با طراحان پرسشنامه مکاتبه و اجازه ترجمه به زبان فارسی اخذ شد. سپس در گام نخست، پرسشنامه MHPK مطابق راهنمای بیتون و همکاران به زبان فارسی معیار ترجمه و از نظر فرهنگی مطابقت داده شد (بیتون^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). در گام بعدی روایی و پایایی این نسخه فارسی آزموده شد.

روش ترجمه و تطابق فرهنگی

برای ترجمه و تطابق فرهنگی ابتدا دو مترجم مسلط به زبان انگلیسی که زبان مادری

1. Beaton

ایشان فارسی بود متن اصلی پرسشنامه را به فارسی ترجمه کردند. یکی از این دو با مفاهیم سلامت روان کاملاً آشنا بود؛ دیگری ناآشنا اما کارشناس مترجمی زبان انگلیسی بود. این دو مترجم با برگزاری نشست‌های حاصل کار خود را مقایسه کرده تفاوتها را به گفتگو گذاشتند تا نهایتاً یک نسخه فارسی پردازش شده به دست آید؛ مقرر شد در صورت عدم دستیابی به اتفاق نظر درباره ترجمه هریک از عبارات، نظر مترجم دیگری تعیین کننده نتیجه نهایی باشد. در ادامه این نسخه فارسی را دو مترجم مسلط به زبان فارسی که زبان مادری ایشان انگلیسی بود برای تهیه نسخه‌های ترجمه معکوس^۱، به انگلیسی ترجمه کردند؛ مطابق راهنمای بیتون و همکاران، هر دوی ایشان با مباحث روانپزشکی و روانشناسی بالینی ناآشنا بودند. سپس نشست متخصصان با حضور دو نفر متخصص سلامت روان و دارای تجربه در ترجمه و تطابق ابزارها، یکی از مترجمان به فارسی و یک اپیدمیولوژیست برگزار شد. در این جلسه با واریسی و مقایسه نسخه‌های اولیه فارسی و ترجمه‌های معکوس، همسانی نسخه پردازش شده فارسی با پرسشنامه اصلی از نظر کاربرد واژه‌ها و اصطلاحات و معنادار بودن تجارب و مفاهیم آن در فرهنگ ایرانی بررسی شد و موارد چالش برانگیز به بحث گذاشته و مناسب‌ترین عبارات برای نسخه فارسی برگزیده شد. در گام بعدی یعنی مرحله پیش‌آزمون، این نسخه فارسی در اختیار ۳۰ نفر از گروه هدف یعنی افراد ۱۵ سال به بالا قرار گرفت و درباره تک تک عبارات پرسشنامه با ایشان گفتگو شد؛ در این گفتگو فهم ایشان از مقصود هر عبارت و دلایل احتمالی عدم پاسخگویی و احیاناً وجود مضامین آزاردهنده کاویده شد تا در صورت مشاهده موارد مبهم یا نامناسب، مجدداً نشست متخصصان برگزار و عبارات ناکارآمد جایگزین شوند و در صورت نیاز این مرحله مجدداً تکرار شود. به این ترتیب نسخه نهایی فارسی مورد تأیید متخصصان و گروه هدف به دست آمد.

1. Back translation

محیط پژوهش و شیوه نمونه‌گیری

برای بررسی ویژگیهای روان‌سنجی MHPK فارسی، حجم نمونه مطابق قاعده کلی حداقل ۱۰ نفر به ازای هر پرسش پرسشنامه به تعداد حداقل ۱۰۰ نفر محاسبه شد (مونرو، ۲۰۰۵). مشابه نسخه اصلی این پرسشنامه، در مطالعه حاضر افراد با سن ۱۵ سال یا بیشتر و با سواد خواندن و نوشتن واجد شرایط ورود به مطالعه در نظر گرفته شدند. برای توزیع آسان‌تر و دسترسی بهتر به گستره سنی نوجوانان تا بزرگسالان، پرسشنامه به صورت یک فرم آنلاین طراحی شد؛ بنابراین برخورداری از تواناییهای ابتدایی استفاده از اینترنت - در حد تکمیل یک پرسشنامه آنلاین - نیز معیار ورود این مطالعه بود. معیار خروج در نظر گرفته نشد و ساکنان هریک از شهرها و روستاهای کشور مجاز به تکمیل فرم بودند. پرسشنامه آنلاین با امکانات گوگل فرم^۱ طراحی شد و نشانی اینترنتی دسترسی به آن از دو طریق در اختیار گروه هدف قرار گرفت؛ یکی به صورت حضوری با ارائه برگه راهنمای حاوی معرفی پژوهش و نشانی اینترنتی و دیگری با ارسال یک پیامک حاوی معرفی پژوهش و لینک دسترسی به فرم. به این ترتیب، داده‌ها به شیوه نمونه‌گیری آسان^۲ جمع‌آوری شد.

در ابتدای فرم آنلاین، محل اخذ رضایت آگاهانه ظاهر می‌شد و در صورت درج رضایت، شرکت‌کنندگان به ادامه فرم برای تکمیل پرسشنامه هدایت می‌شدند. اطلاعات تماس با تیم پژوهش در ابتدای فرم، درج شده و تقاضا شده بود که ابهامها یا مشکلات احتمالی درباره استفاده از فرم آنلاین یا درباره متن پرسشنامه و آیتها را با ما در میان بگذارند. پرسشهای محدودی برای اخذ اطلاعات دموگرافیک از جمله سن و جنسیت و آخرین مدرک تحصیلی و محل زندگی (شامل کلان‌شهر، شهر، یا روستا و نام استان) در فرم آنلاین گنجانده شد؛ این موارد امکان شناسایی هویت افراد را فراهم نمی‌کرد. با توجه به اینکه ثبت نهایی پاسخ منوط

1. Google Forms

2. Convenient

به تکمیل همه پرسشها بود، در این مطالعه داده از قلم افتاده^۱ نداشتیم.

روش برآورد روایی و پایایی و تحلیل داده‌ها

بررسی روایی صوری و روایی محتوا آنچنان که بیشتر شرح داده شد به صورت کیفی انجام گرفت که شامل اخذ نظرات متخصصان و اعمال آن در نسخه نهایی و نیز مصاحبه با ۳۰ نفر از افراد گروه هدف بود؛ با توجه به عدم ضرورت سنجش کمی روایی صوری و محتوا برای ابزارهای ترجمه شده، از سنجش کمی این موارد پرهیز شد (تقی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۷). برای بررسی روایی ساختار این ابزار، ابتدا تحلیل عاملی اکتشافی به کار گرفته شد. در ادامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی روایی ساختار واریسی شد و در ضمن آن، ارزیابی روایی همگرا نیز به انجام رسید. برای سنجش پایایی ابزار، از بررسی همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد و ضمناً روش دونیمه‌سازی نیز برای محاسبه ضریب گاتمن به کار گرفته شد. حداقل آلفای کرونباخ قابل قبول، برابر یا بزرگتر از ۰.۷ مدنظر قرار گرفت (محمدبیگی، محمدصالحی و علی‌گل، ۲۰۱۵).

تحلیل داده‌ها ابتدا با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از درصد فراوانی استفاده شد. در تحلیل عاملی اکتشافی که برای سنجش روایی ساختار به کار گرفته شد، نتایج آزمونهای کایسر مایر اولکین^۲ (KMO) و کرویت بارتلت^۳ بررسی شد و حداقل مقدار ارزش ویژه برابر با ۱ در نظر گرفته شد. پس از آن تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار Mplus نسخه ۷.۴ انجام و نتایج از جمله شاخصهای نیکویی برازش ارزیابی شد.

1. Missing data
2. Kaiser-Meyer-Olkin test (KMO test)
3. Bartlett's test of Sphericity

یافته‌ها

ترجمه و تطابق فرهنگی

دو نسخه حاصل از ترجمه پرسشنامه اصلی انگلیسی به زبان فارسی در اغلب آیتمها مشابه بودند. موارد تفاوت در نشست مترجمان به بحث گذاشته شد و درباره همه آنها توافق نظر میان دو مترجم حاصل و نسخه فارسی برای ترجمه معکوس از فارسی به انگلیسی آماده شد. دو نسخه ترجمه معکوس، مشابهت بسیار زیادی به هم و همچنین به نسخه اصلی پرسشنامه داشتند. در نشست متخصصان درباره موارد گوناگونی گفتگو و در مواردی برای انتقال دقیق معنا از ترجمه واژه به واژه فاصله گرفته شد. برای نمونه گزینه‌های مختلف برای ترجمه عبارت «good mental health» بررسی شد و نهایتاً عبارت «برخورداری از سلامت روان» ترجیح داده شد یا واژه «school» در نسخه فارسی به صورت «مدرسه یا دانشگاه» جایگزین شد. همچنین پس از همفکری مقرر شد برای بعضی عبارات که احتمال ایجاد ابهام درباره‌شان وجود دارد، عبارات تکمیلی در پرانتز اضافه شود؛ مثلاً در کنار واژه «خودباوری» در پرانتز عبارت «یعنی باور داشتن به تواناییهای خود» اضافه شد.

در نشست متخصصان درباره تمامی موارد با اتفاق نظر تصمیم‌گیری و به این ترتیب نسخه مناسب برای پیش‌آزمون آماده شد. در مرحله پیش‌آزمون با ۳۰ نفر از جامعه هدف با میانگین سنی ۲۷.۹ سال شامل ۸ دانش‌آموز و ۲۲ فرد بزرگسال مصاحبه شد که همه ایشان باسواد بودند. همه آنان ابزار را روشن و بدون ابهام توصیف کردند و برای تکمیل آن مشکلی نداشتند؛ گرچه ۴ نفر از ایشان درباره معنای آیتم شماره ۸ («تعیین حد و مرز، حتی در مورد کارهایی که انجامشان اشکالی ندارد») دچار تردید شده بودند. در بررسی تک تک آیتمها مشخص شد که فهم ایشان از عبارات با فهم جاری در نشست متخصصان تطابق دارد. از نظر تمامی این افراد، هیچ واژه یا عبارتی اضافی، موهن، یا آزاردهنده نبود. بنابراین مطابق نتایج پیش‌آزمون، کیفیت

نسخه فارسی رضایت‌بخش و برای آغاز بررسی ویژگیهای روان‌سنجی مناسب بود.

ویژگیهای روان‌سنجی

روایی صوری و محتوایی نسخه فارسی در نشست متخصصان و پس از اعمال نظرات ایشان تأیید شد و پس از آن در فاز پیش‌آزمون با اخذ نظرات گروه هدف نیز روایی صوری به تأیید رسید و بنابراین در این مرحله تغییری در آیتمها اعمال نشد. داده‌های لازم برای بررسی ویژگیهای روان‌سنجی این پرسشنامه در خلال اجرای پژوهش دیگری که برای بررسی MHL در جریان بود جمع‌آوری و بنابراین استفاده از حجم نمونه بزرگی میسر شد. مجموعاً ۱۶۰۶ نفر در تکمیل پرسشنامه مشارکت کردند؛ مشخصات دموگرافیک ایشان در جدول (۲) ارائه شده است. هیچ پرسش یا مشکلی درباره استفاده از فرم آنلاین یا درباره متن پرسشنامه و محتوای آیتمها از طرف مشارکت‌کنندگان مطرح نشد.

جدول (۱) ویژگیهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان

سن	میانگین (انحراف معیار) دامنه نوجوان (کمتر از ۱۸ سال)	۲۹/۹۹ (۹/۱۴) ۱۵ تا ۶۹ ۱۷۶ نفر (۱۱٪)
جنسیت	خانم آقا	۱۱۴۹ نفر (۷۲/۱٪) ۴۴۵ نفر (۲۷/۹٪)
محل سکونت	روستا شهر کلان‌شهر	۲۹ نفر (۲٪) ۳۲۴ نفر (۲۲٪) ۱۱۲۰ نفر (۷۶٪)
تحصیلات	دیپلم یا کمتر کاردانی یا کارشناسی کارشناسی ارشد یا بالاتر	۲۱۴ نفر (۱۴/۴٪) ۸۵۹ نفر (۵۷/۹٪) ۴۱۱ نفر (۲۷/۷٪)

در تحلیل عاملی اکتشافی - که پس از توزیع پرسشنامه و برای بررسی روایی ساختار به کار گرفته شد - مقدار شاخص KMO برابر با ۰.۸۸۷ به دست آمد که عددی نزدیک به ۱ و لذا مؤید کفایت مناسب نمونه مورد بررسی بود (محمدیگی و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین در آزمون بارتلت، مقدار مجذور کای، عددی بزرگ (۳۹۸۰/۸۵) و معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). در تحلیل عاملی اولیه و بدون چرخش، تمامی پرسشها بر روی یک عامل با ارزش ویژه برابر با ۳/۹۱۷ تبیین شدند که ۳۹/۱۷٪ از واریانس را پوشش می‌داد و نشان‌دهنده ساختار عاملی مناسب پرسشنامه بود. به این ترتیب نیازی به استفاده از شیوه‌های چرخش ماتریکسها ایجاد نشد. بار عاملی هریک از گویه‌ها در تحلیل عاملی اکتشافی در جدول (۲) قابل ملاحظه است.

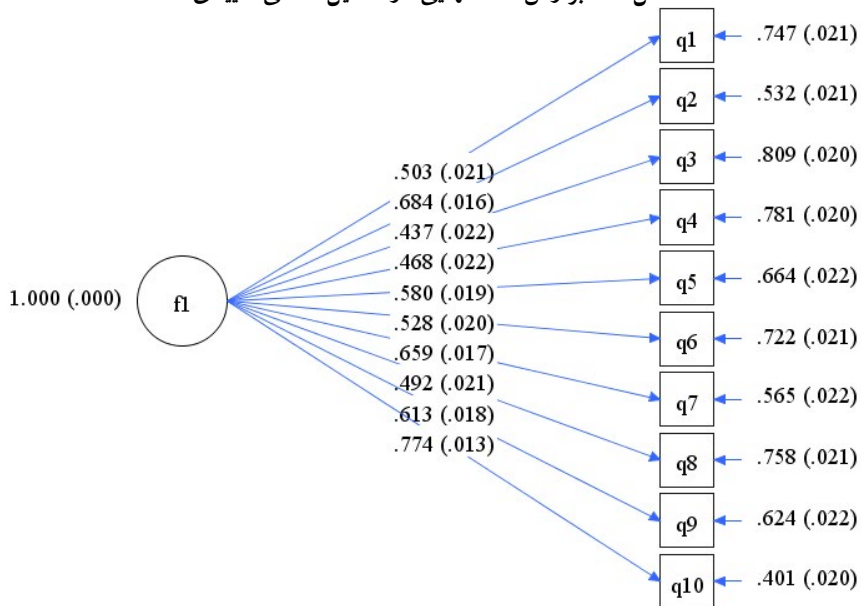
جدول (۲) پرسشها و بار عاملی آنها در تحلیل عاملی اکتشافی

مقدار اشتراک	بار عاملی	گویه
۰/۳۰	۰/۵۴	۱. مدیریت مناسب موقعیتهای پرتنش (پراسترس)
۰/۴۹	۰/۷۰	۲. خودباوری (یعنی باور داشتن به تواناییهای خود)
۰/۲۵	۰/۵۰	۳. عاداتها و رفتارهای مناسب مربوط به خواب
۰/۲۸	۰/۵۳	۴. تصمیم‌گرفتن با توجه به میل و خواسته خود
۰/۴۱	۰/۶۴	۵. تعیین حد و مرز برای اعمال و رفتارهای خود
۰/۳۵	۰/۵۹	۶. احساس متعلق بودن به یک اجتماع
۰/۴۷	۰/۶۸	۷. مسلط بودن (کنترل داشتن) بر افکار ناخوشایند یا منفی خود
۰/۳۲	۰/۵۷	۸. تعیین حد و مرز، حتی در مورد کارهایی که انجامشان اشکالی ندارد
۰/۴۱	۰/۶۴	۹. احساس ارزشمندبودن، بدون توجه به هرآنچه در زندگی به دست آمده
۰/۵۹	۰/۷۷	۱۰. داشتن خودباوری و احساس توانمندی در محیط مدرسه یا دانشگاه

1. Rotation Methods

در گام بعدی برای تکمیل سنجش روایی ساختار، تحلیل عاملی تأییدی انجام شد. در این بررسی در کنار مجذور کای - که با توجه به حجم نمونه بالای این مطالعه، کمتر قابل اتکاست - سایر معیارهای نیکویی برازش نیز - با توجه به مقادیر بالاتر از ۰/۹ در مورد شاخصهای TFI، GFI و IFI و مقدار کمتر از ۰/۰۵ در شاخص SRMR و مقدار کمتر از ۰/۰۸ در شاخص RMSEA - سنجیده شد که مجموعاً نشانگر برازش مناسب مدل و مؤید روایی ساختار بودند. برازش مدل نظری در تحلیل عاملی تأییدی با مقادیر استاندارد شده در شکل (۱) و شاخصهای نیکویی برازش آن در جدول (۳) ارائه شده است. ضمناً با توجه به اینکه این مقادیر استاندارد شده بارهای عاملی همگی بالاتر از ۰/۴ و بجز سه مورد مابقی بالاتر از ۰/۵ بودند روایی همگرایی ابزار نیز در حد قابل قبول ارزیابی شد.

شکل (۱) برازش مدل نهایی در تحلیل عاملی تأییدی



F1 عامل (متغیر پنهان)؛ اعداد روی پیکانها: بارهای عاملی (و خطای استاندارد آنها)؛ q1 تا q10: گویه‌های ابزار؛ اعداد ستون سمت راست: خطای اندازه‌گیری (و خطای استاندارد آنها)

جدول (۳) شاخصهای نیکویی برازش مدل در تحلیل عاملی تأییدی

شاخصهای نکویی برازش	مقدار
Chi-Square Test of Model Fit	Value = 351/35 p-Value < 0/001
RMSEA	۰/۰۷۴
SRMR	۰/۰۳۹
CFI	۰/۹۲۵
TLI	۰/۹۰۴
GFI	۰/۹۱۰

در بررسی پایایی، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد که بیانگر سطح خوب همسانی درونی پرسشهای MHPK فارسی است (محمدیگی و همکاران، ۲۰۱۵). به علاوه با روش دونیمه‌سازی نیز ضریب گاتمن برابر با ۰/۷۹ محاسبه شد که در محدوده مناسب است. حذف هریک از پرسشهای دهگانه به افت مختصر مقدار آلفا می‌انجامد؛ بنابراین در این مرحله نیز بدون اعمال تغییری، پایایی ابزار رضایت‌بخش ارزیابی شد.

به این ترتیب اعتبارسنجی پرسشنامه آگاهی از سلامت روان مثبت فارسی (MHPK) انجام شد. این ابزار که دارای ۱ عامل و ۱۰ گویه است، آگاهی افراد از عوامل مؤثر بر حفظ و بهبود سلامت روان را ارزیابی می‌کند. گویه‌های این پرسشنامه در جدول (۲) قابل ملاحظه است. میانگین نمره MHPK در کل شرکت‌کنندگان در این مطالعه برابر با ۴/۲۱ با SD برابر

با ۰/۷۲ و دامنه ۰ تا ۵ بود و فاصله اطمینان ۹۵٪ (CI) ۴/۱۸ - ۴/۲۵ داشت. تعداد ۳۹۳ نفر (۲۴/۴٪) از پاسخ‌دهندگان میانگین نمره کمتر از ۴ داشتند و بنابراین سواد سلامت روان مثبت ایشان مطابق خط برش اولیه طراحان در محدوده ناکافی قرار گرفت. میانگین نمره افراد مؤنث ($M=۴/۲۶$, $SD=۰/۷۲$) به طور معناداری بیش از افراد مذکر ($M=۴/۰۸$, $SD=۰/۶۹$) بود ($t=۴/۵۶$, $p<۰/۰۰۱$). همچنین میانگین نمره افراد ۱۸ سال یا بالاتر (۲۴/۴ با $SD=۰/۶۸$) به طور معناداری بیشتر از افراد زیر ۱۸ سال (۴/۰۰ با $SD=۰/۹۱$) بود ($t=۳/۳۹$, $p<۰/۰۰۱$). نمره MHPK در افراد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد یا بالاتر به طور معناداری بیش از سایر افراد بود ($p<۰/۰۰۱$) اما با محل زندگی - یعنی روستا، شهر، یا کلان‌شهر - ارتباطی مشاهده نشد ($p=۰/۶۲۰$).

بحث

در این مطالعه، پرسشنامه آگاهی از سلامت روان مثبت (MHPK) به صورت روشمند از زبان مبدأ یعنی انگلیسی به زبان فارسی ترجمه و از نظر فرهنگی مطابقت داده شد؛ سپس در جمعیت نوجوانان و بزرگسالان ایرانی برخوردار از سواد خواندن و نوشتن و توانایی ابتدایی استفاده از اینترنت، ویژگیهای روانسنجی آن ارزیابی شد. نسخه فارسی این ابزار توافق مناسبی با نسخه اصلی داشت؛ روایی صوری و محتوایی به صورت کیفی و روایی ساختار و همگرا با تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بررسی شد و طی این بررسیها روایی مناسبی مشاهده شد. به علاوه ارزیابی همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ و نیز بررسی به روش دونیمه‌سازی مؤید سطح خوب پایایی این ابزار بود. بنابراین مجموعاً می‌توان MHPK فارسی را ابزاری معتبر برای سنجش سواد سلامت روان مثبت در نظر گرفت.

در تمامی مراحل ترجمه و تطابق فرهنگی اعم از جلسه مترجمان مستقیم، بررسی ترجمه‌های معکوس، نشست متخصصان، مصاحبه درباره تک تک آیتمها با افرادی از گروه

هدف و نهایتاً تکمیل پرسشنامه همواره ابهام یا اختلاف نظرها ناچیز و دستیابی به توافق آسان بود. این موضوع را می‌توان ناشی از صراحت و سادگی متن نسخه اصلی پرسشنامه در نظر گرفت. در کنار آن، بهره‌گیری از روش‌شناسی مناسب، کیفیت مناسب ترجمه مستقیم و اصلاح‌های اعمال شده در نشست متخصصان از جمله افزودن توضیحاتی مختصر به بعضی آیتمها که به تطابق بیشتر با فرهنگ امروزی ایرانی کمک کرد - نیز مؤثر به نظر می‌رسد.

در تحلیل عاملی اکتشافی که توسط طراحان MHPK روی نسخه اصلی در جمعیت نوجوان و جوان نروژی انجام شد، بهینه‌ترین شکلی که برای پوشش بار عاملی پرسشها مشاهده شد تک عاملی بود؛ یعنی آیتمها با یک گویه به بهترین شکل پوشش داده می‌شدند و به این ترتیب آنان MHPK را یک ابزار تک‌عاملی معرفی کردند. مشابه با همین نتیجه در مطالعه حاضر نیز حاصل و در تحلیل عاملی اکتشافی مشخص شد که MHPK فارسی نیز یک پرسشنامه تک‌عاملی است و این یافته با تحلیل عاملی تأییدی نیز حمایت شد (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۷). به علاوه، آلفای کرونباخ نسخه اصلی در مطالعه دیگری که توسط طراحان این ابزار انجام شده برابر با ۰.۸۶ محاسبه شده که به عدد به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر نزدیک است (بیونسن، اسپنس، ایلتنس، رینگدال و مکسنس، ۲۰۱۹). میانگین نمره MHPK به‌دست‌آمده در دو مطالعه منتشرشده توسط طراحان برابر با ۴.۵۱ گزارش شده است که از عدد به دست آمده در این مطالعه اندکی بیشتر است (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۷؛ بیونسن و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به اثرات بالقوه ترجمه بر نمرات، نمی‌توان این تفاوت را الزاماً به معنای تفاوت میزان سواد سلامت روان مثبت دو جمعیت تلقی کرد. همچنین مطابق خط برش اولیه طراحان، در مطالعه ایشان کمتر از ۲۰٪ پاسخ‌دهندگان، سطح ناکافی از MHL مثبت نشان دادند؛ این عدد در مطالعه حاضر اندکی بیشتر و نزدیک به ۲۵٪ بود (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۷). این خط برش برای جمعیت دیگری تعریف شده و لذا خط برش می‌بایست به طور اختصاصی برای جامعه ایرانی استخراج شود؛ این می‌تواند موضوعی برای

مطالعات آتی در این حوزه باشد. در این مورد این تفاوتها می‌بایست تأثیرات احتمالی ترجمه بر تغییر سطح نمره‌ها را مدنظر داشت. افزون بر آن، با در نظر داشتن شواهد متعدد موجود درباره پایین‌تر بودن MHL در کشورهای در حال توسعه در قیاس با کشورهای توسعه‌یافته، نمرات پایین‌تر MHPK در مطالعه حاضر ممکن است مطرح‌کننده وجود همان الگو در مورد MHL مثبت باشد؛ چنین فرضیه‌ای می‌تواند در پژوهشهای آینده مدنظر قرار گیرد (فرنهام و سوآمی، ۲۰۱۸؛ ونکاتارامن و همکاران، ۲۰۱۹). بالاتر بودن نمره MHPK افراد مؤنث در مطالعه حاضر، مشابه با نتیجه به دست آمده در مطالعه طراحان پرسشنامه است (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۹).

برخی صاحب‌نظران اشاره به واژه پیشگیری در تعاریف اولیه MHL را نمایانگر توجه پایه‌گذاران این مفهوم به میزان آگاهی افراد از عوامل مؤثر بر حفظ و ارتقای سلامت روان، یعنی MHL مثبت می‌دانند (اوکان و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر برخی محققان تعاریف ابتدایی را متمرکز بر مدیریت بیماریهای روانی یا پیشگیری از آنها و در نتیجه کم‌توجه به MHL مثبت توصیف می‌کنند (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوچر و همکاران ۲۰۱۶).

با این حال، بررسی ابزارهای سنجش MHL تا پیش از معرفی MHPK نشان می‌دهد که گذشته از مباحث نظری، این مفهوم در عمل مغفول مانده است (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۷؛ وی و همکاران، ۲۰۱۵). مطابق مرور منابع انگلیسی و فارسی، مطالعه حاضر برای نخستین بار ابزاری برای سنجش MHL مثبت به زبان فارسی در اختیار قرار داده است. با استفاده از این پرسشنامه کوتاه در کنار ابزارهای معمول سنجش MHL که قریب به اتفاق آنها بیماری محور و فاقد گویه‌های مربوط به MHL مثبت هستند، می‌توان تصویری همه‌جانبه‌تر از MHL افراد به دست آورد (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۷). چنین تصویری می‌تواند هماهنگی بیشتری با تعاریف و رویکردهای روزآمد حوزه سواد سلامت روان داشته باشد (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوچر و همکاران ۲۰۱۶؛ مانسفیلد و همکاران ۲۰۲۰). از سوی دیگر، با

مدنظر قرار دادن مفاهیم MHL مثبت یعنی مؤلفه‌های مؤثر بر نگهداری از سلامت روان و ارتقای آن و پیشگیری از اختلالاتها، می‌توان دامنه مخاطبان مداخله‌های آموزشی سلامت روان را از جمعیت مبتلا به تمام جامعه گسترش داد؛ وجود پرسشنامه‌ای برای سنجش MHL مثبت می‌تواند به سنجش اثربخشی چنین مداخله‌هایی یاری رساند (بیونسن و همکاران، ۲۰۱۷).

مطالعه حاضر در کنار برخورداری از مزایایی همچون بهره‌گیری از روش‌شناسی مناسب و حجم نمونه کافی، کاستیهایی داشت. گرچه بخش زیادی از بزرگسالان تکمیل‌کننده پرسشنامه از اهالی سایر شهرها از جمله شهرهای کوچک کشور بودند، تمامی دانش‌آموزانی که در این مطالعه مشارکت کردند ساکن پایتخت بودند. بنابراین استفاده از این پرسشنامه در دانش‌آموزان سایر شهرها ممکن است نیازمند بررسی مجدد برخی ویژگیهای روان‌سنجی باشد. به علاوه، افراد بدون سواد و بدون تواناییهای ابتدایی کار با اینترنت وارد مطالعه نشدند؛ به این ترتیب استفاده از این ابزار در چنین افرادی نیازمند روان‌سنجی مجدد است. عده افراد مؤنث و افراد دارای تحصیلات دانشگاهی در جمعیت مشارکت‌کننده در این تحقیق بسیار بالا بود؛ غلبه این افراد گرچه می‌تواند موجب تأثیر بر نتایج تحلیل توصیفی - مثلا دست بالا گرفتن^۱ میانگین نمره MHPK یا درصد افراد با MHL مثبت کافی - شده باشد، با توجه به وجود حجم نمونه کافی از افراد مذکر و با تحصیلات غیردانشگاهی می‌توان نتایج به دست آمده در بررسی ویژگیهای روان‌سنجی یعنی روایی و پایایی را اطمینان‌بخش دانست. مقایسه نمرات MHPK مشارکت‌کنندگان با نمرات یک گروه آگاه - مثلا مراقبین سلامت روان - می‌توانست کیفیت سنجش روایی را بالاتر ببرد اما انجام نشد. با توجه به فقدان آزمون استاندارد طلایی برای سنجش MHL مثبت، ارزیابی روایی از این طریق امکان‌پذیر نبود. بررسی ثبات زمانی ابزار مثلا به شیوه آزمون-بازآزمون^۲ نیز - گرچه ارزش آن توسط برخی

1. Overestimation

2. Test-retest

پژوهشگران مورد پرسش واقع شده - می توانست سنجش پایایی را تکمیل کند (محمدبیگی و همکاران، ۲۰۱۵).

این مطالعه ضمن ترجمه روشمند پرسشنامه سواد سلامت روان مثبت (MHPK) به فارسی و تطابق فرهنگی آن، نشان داد این ابزار - که برای نخستین بار به زبان فارسی در دسترس قرار می گیرد - در افراد ۱۵ سال به بالا و باسواد و دارای تواناییهای ابتدایی استفاده از اینترنت از ویژگیهای روانسنجی رضایت بخش برخوردار است. به این ترتیب می توان در چنین جمعیتهایی از آن برای سنجش جامع سواد سلامت روان و برای ارزیابی اثربخشی مداخله های آموزشی درباره عوامل مؤثر بر حفظ و ارتقای سلامت روان استفاده کرد.

قدردانی

نویسندگان از اساتید گرامی دکتر امیر شعبانی، روان پزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دکتر مرضیه نجومی، اپیدمیولوژیست و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران برای نظرات سازنده و حضور در نشست متخصصان صمیمانه قدردانی می کنند. به علاوه نویسندگان قدردان تلاشهای سرکار خانم کیانا شیرسوار، دانشجوی پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران برای همکاری در جمع آوری داده ها هستند.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت نویسندگان

سید محمدحسین محمودی در طراحی مطالعه، جمع آوری داده ها، تحلیل، تفسیر داده ها و نوشتن متن نهایی مشارکت داشت. مسعود احمدزاد اصل و مریم رسولیان در ایده پردازی و طراحی مطالعه، تفسیر داده ها، اصلاح نقادانه و بازنگری متن نهایی مشارکت داشتند. نسخه نهایی از طرف همه نویسندگان مورد تأیید قرار گرفت.

منابع مالی

برای انتشار این مقاله حمایت مالی دریافت نشده است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تعارض منافی گزارش نکردند.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه با رعایت اصول عهدنامه هلسینکی انجام شد و با شناسه FMD.IUMS.IR.

1397.173.REC مورد تأیید کمیته اخلاق دانش‌گاه علوم پزشکی ایران قرار گرفت.

- Al-Yateem, N. et al. (2017). Mental health literacy among pediatric hospital staff in the United Arab Emirates. *BMC Psychiatry*, 17(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1556-z>
- Bahrami, M. A., Bahrami, D., & Chaman-Ara, K. (2019). The correlations of mental health literacy with psychological aspects of general health among Iranian female students. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0315-6>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191.
- Bjornsen, H. N., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., Espnes, G. A., & Moksnes, U. K. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17(1), 717. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of School Nursing : The Official Publication of the National Association of School Nurses*, 35(2), 107–116. <https://doi.org/10.1177/1059840517732125>
- Chao, H.-J. et al. (2020). Mental Health Literacy in Healthcare Students: An Expansion of the Mental Health Literacy Scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 948. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030948>
- Eftekhari, M. B. et al. (2018). Priorities of positive mental health promotion in the Iranian community: a qualitative study. *Electronic Physician*, 10(7), 7120–7131. <https://doi.org/10.19082/7120>
- Falahat, K., Mirabzadeh, A., Eftekhari, M. B., Sajjadi, H., Vameghi, M., Harouni, G. G., & Feizzadeh, G. (2019). Social Determinants of Positive Mental Health in Iranian Society: A Qualitative Approach. *International Journal of Preventive Medicine*, 10(1), 170. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_94_18
- Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 7(4), 240–257. <https://doi.org/10.1037/ipp0000094>

- Ghadirian, L., & Sayarifard, A. (2019). Depression literacy in urban and suburban residents of Tehran, the Capital of Iran; Recognition, help seeking and stigmatizing attitude and the predicting factors. *International Journal of Preventive Medicine*, 10(1), 134. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_166_18
- Ghaedamini Harouni, G., Sajjadi, H., Forouzan, A. S., Ahmadi, S., Ghafari, M., & Vameghi, M. (2021). Validation of the Persian version of the mental health literacy scale in Iran. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, e12447. Advance on-line publication. <https://doi.org/10.1111/appy.12447>
- Ghuloum, S., Bener, A., & Burgut, F. T. (2010). Epidemiological survey of knowledge, attitudes, and health literacy concerning mental illness in a national community sample: a global burden. *Journal of Primary Care & Community Health*, 1(2), 111–118. <https://doi.org/10.1177/2150131910372970>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Mansfield, R., Patalay, P., & Humphrey, N. (2020). A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: Current challenges and inconsistencies. *BMC Public Health*, 20(1), 607. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08734-1>
- Mirabzadeh, A., Baradaran Eftekhari, M., Falahat, K., Sajjadi, H., Vameghi, M., & Ghaedamini Harouni, G. (2018). *Positive Mental Health from the perspective of Iranian society: A qualitative study*. F1000Research, 7, 103. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13394.2>
- Mohammadbeigi, A., Mohammadsalehi, N., & Aligol, M. (2015). Validity and Reliability of the Instruments and Types of MeasurementS in Health Applied Researches. *RUMS_JOURNAL*, 13(12), 1153–1170. Retrieved from <http://journal.rums.ac.ir/article-1-2274-fa.html>
- Munro, B. H. (2005). *Statistical Methods for Health Care Research*.

- United Kingdom: Lippincott Williams & Wilkins.
- Noroozi, A., Khademolhosseini, F., Lari, H., & Tahmasebi, R. (2018). The mediator role of mental health literacy in the relationship between demographic variables and health-promoting behaviours. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(2), e12603. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.12603>
 - Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (Eds.). (2019). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/24879>
 - Safa, M., Farhadi, ali, & Khordbin, B. (2003). Attitude of Khorramabad High School Students towards Psychiatric DisordersSafa. *Yafteh*, 5(16), 51–56. Retrieved from <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=30632>
 - Sayarifard, A., & Ghadirian, L. (2013). Mental Health Literacy in Iran : An Urgent Need for a Remedy. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(7), 741–744.
 - Sayarifard, A. et al. (2015). Assessing mental health literacy: What medical sciences students' know about depression. *Medical Journal of the Islamic Republic Of Iran*, 29(1), 16-24. Retrieved from <http://mjiri.iums.ac.ir/article-1-2665-en.html>
 - Sharifi, V., Mojtabai, R., Shahrivar, Z., Alaghband-Rad, J., Zarafshan, H., & Wissow, L. (2016). Child and Adolescent Mental Health Care in Iran: Current Status and Future Directions. *Archives of Iranian Medicine*, 19(11), 797–804.
 - Spiker, D. A., & Hammer, J. H. (2019). Mental health literacy as theory: current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 28(3), 238–242. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437613>
 - Venkataraman, S., Patil, R., & Balasundaram, S. (2019). Why mental health literacy still matters: a review. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6(6), 2723. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20192350>
 - 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. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>

- World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>
- Zenas, D. et al. (2020). Assessing mental health literacy among Danish adolescents - development and validation of a multifaceted assessment tool (the Danish MeHLA questionnaire). *Psychiatry Research*, 293, 113373. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113373>
- Taghizadeh, Z. et al. (2017). Psychometric properties of health related measures. Part 1: Translation, development, and content and face validity. *Payesh (Health Monitor)*, 16(3), 343-357. Retrieved from <http://payesh-journal.ir/article-1-108-en.html>