J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/03/29 *Accepted:2024/09/06*

Persian Translation, Cross cultural Adaptation and Validity and Reliability of the Mental Health Literacy Knowledge Assessment Tool in Iranian Students

Batool Zeidabadi (Ph.D.)[1], Mahsa Khodayarian (Ph.D.)[2], Reza Sadeghi (Ph.D.)[3], Sara jambarsang(Ph.D.)[4]

1.Ph.D. Student in Health Education and Health Promotion, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran.

2.Corresponding Author: Professor Department of Health Education & Health Promotion, Social Determinants of Health Research Center, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
Email: mahsa.khodayarian6@gmail.com Tel: 09133578436

3.Professor, Department of Public Health, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran.

4.Associate Professor Departments of Biostatistics and Epidemiology, Center for Healthcare Data Modeling, School of public health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Abstract

Introduction: The importance of mental health literacy is recognized as an essential component for increasing knowledge and changing attitudes towards mental health and mental illness in school students. To identify mental health problems, tools to measure knowledge of mental health literacy to cases, understanding mental health and mental illness, mental illness stigma, information about specific mental illnesses, experiences of mental illness ،Assistance and the importance of positive mental health. The study aimed to translate, cultural adaptation and examine the validity and reliability of the mental health literacy knowledge assessment tool in Iranian students.

Methods: The English version of the Mental Health Literacy Knowledge Measuring Tool was conducted with 28 knowledge questions and 8 attitude questions about mental disorders, initial translation, open translation and corrections. Then, the qualitative formalization of the questionnaire was reviewed and approved by 12 experts (psychiatrist, psychologist, educational sciences, health education and health promotion and biostatistics). To calculate the reliability, 30 students aged 13 to 15 completed the first Persian version of the questionnaire twice, 14 days apart.

Results: In the translation of the tool, two questions were adapted and localized to Iranian culture. In the content validity check, the content validity ratio scale and the content validity index were calculated according to the tables of Lavshe, Waltz and Basel. CVI average of the items was 0/88 and in the CVR, questions 4 were unacceptable. Students' Cronbach's alpha coefficient index of general health knowledge questions and attitude about mental disorders were obtained as 0/96 and 0/86, respectively and the Pearson correlation of the questions of the knowledge section was 0/93 and the attitude was 0/76, which is an acceptable reliability coefficient.

Conclusion: The present tool is a tool for measuring mental health literacy knowledge that was translated and localized in Iran, which is useful for measuring mental health literacy among 13 to 15-year-old high school students. Using the mental health literacy knowledge measurement tool is suggested to increase knowledge and reduce the stigma of mental illness in order to improve mental health literacy in schools.

Keywords: Mental health Literacy, Cultural Adoption, Validation, Knowledge, Attitude, Mental Illness

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

This Paper Should be Cited as:
Author: Batool Zeidabadi, Mahsa Khodayarian, Reza Sadeghi, Sara jambarsang.
Persian Translation, Cross cultural Adaptation and Validity and Reliability of the Mental Health Literacy…..…….Tolooebehdasht Journal. 2024;23(2)66-80.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

ترجمه فارسی، بومی سازی و ارزیابی روایی و پایایی ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان در دانش آموزان ایرانی

نویسندگان: بتول زیدآبادی[۱]، مهسا خدایاریان[۲]، رضا صادقی[۳]، سارا جام برسنگ[۴]

۱. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

شماره تماس: ۰۹۱۳۳۵۷۸۴۳۶ Email:mahsa.khodayarian6@gmail.com

۳. استادیارگروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران.

۴. دانشیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی ، مرکز مدل سازی داده های مراقبت های بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و سوم
شماره دوم
خرداد و تیر
شماره مسلسل:۱۰۴

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۰۱/۱۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۰

چکیده

مقدمه: اهمیت سواد سلامت روان به عنوان یک مؤلفه ضروری برای افزایش دانش و تغییر نگرش نسبت به سلامت روان و بیماری روانی در دانش آموزان مدارس شناخته شده است. برای شناسایی مشکلات روانی، ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان به موارد، درک سلامت روان و بیماری روانی، انگ بیماری روانی، اطلاعات در مورد بیماری های روانی خاص، تجربیات بیماری روانی، کمک جویی و اهمیت سلامت روان مثبت می‌پردازد. لذا هدف این مطالعه ترجمه، بومی سازی و بررسی روایی و پایایی ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان در دانش آموزان ایرانی می باشد.

روش بررسی: نسخه انگلیسی ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان با ۲۸ سوال دانش و ۸ سوال نگرش در مورد اختلالات روانی، ترجمه اولیه، باز ترجمه و اصلاحات انجام گرفت.سپس روایی صوری کیفی و محتوا پرسشنامه توسط ۱۲ نفر از متخصصین(روانپزشک، روانشناس، علوم تربیتی، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت و آمار زیستی) بررسی و مورد تایید قرار گرفت. برای محاسبه پایایی، ۳۰ نفر از دانش آموزان ۱۳ تا ۱۵ ساله متوسطه اول نسخه فارسی پرسشنامه را دو بار به فاصله ۱۴ روز تکمیل کردند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۳۰ نفر (۱۰ پسر و ۲۰ دختر) در رده سنی ۱۳ تا ۱۵ سال وارد مطالعه شدند. در ترجمه ابزار دو سوال با فرهنگ ایرانی تطابق و بومی سازی شد. در بررسی روایی محتوایی طبق جدول لاوشه و والتز و باسل مقیاس نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی محاسبه شد. میانگین شاخص روایی محتوا گویه‌ها عدد ۰/۸۸ بدست آمد و نسبت روایی محتوا تعداد ۴ سوال غیرقابل قبول بود. شاخص ضریب آلفای کرونباخ سوالات دانش سلامت عمومی و نگرش در مورد اختلالات روانی دانش آموزان به ترتیب۰/۹۶ و ۰/۸۶ بدست آمد. و همبستگی پیرسون سوالات بخش دانش ۰/۹۳ و نگرش ۰/۷۶ بود که ضریب پایایی قابل قبول بود. است.

نتیجه گیری: ابزار حاضراولین ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان است که در ایران ترجمه و بومی سازی شد، این ابزار برای سنجش سواد سلامت روان دانش آموزان ۱۳ تا ۱۵ ساله دبیرستانی مفید است. پیشنهاد می‌شود از ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان برای افزایش دانش و کاهش انگ بیماری روانی در راستای ارتقاء سواد سلامت روان در مدارس استفاده شود.

واژه های کلیدی: سواد سلامت روان، بومی سازی، اعتبارسنجی، دانش، نگرش، بیماری روانی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

افزایش مشکلات سلامت روان نوجوانان یک چالش جهانی است، زیرا شیوع اختلالات سلامت روان در نوجوانان بالا است و در سراسر جهان در حال افزایش است(۲،۱). بیشتر اختلالات سلامت روان که در طول زندگی تجربه می‌شوند، برای اولین بار در نوجوانی ظاهر می‌شوند(۳). نتایج مطالعات نشان می‌دهد بسیاری از نوجوانان سواد سلامت روانی پایینی دارند، بنابراین داشتن دانش و باورهای مناسب در مورد سلامت روان و مشکلات آن برای نوجوانان ضروری است(۴).

یکی از تلاش‌ها برای کاهش بار جهانی ناشی از مشکلات سلامت روان شامل افزایش سواد سلامت روان عمومی است که به عنوان "دانش و باور در مورد اختلالات روانی که به شناخت، مدیریت یا پیشگیری از آنها کمک می‌کند" تعریف می‌شود(۵). مطالعات، سطوح بالاتر سواد سلامت روان را با نگرش های مرتبط با انگ کمتر، درک چگونگی دستیابی و حفظ سلامت روان، درک اختلالات روانی و درمان آنها، افزایش دریافت کمک و دانستن اینکه چه زمانی و کجا می توان مراقبت های سلامت روان مبتنی بر شواهد را دریافت کرد مرتبط می‌دانند(۸-۶).

سواد سلامت روان بر اهمیت نگرش نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی تأکید می‌کند و شامل کاهش انگ و تبعیض علیه آنها می‌شود(۱۲-۹). افزایش دانش عمومی سلامت روان به عنوان یک پیش نیاز برای تشخیص زودهنگام در اختلالات روانی است(۱۳،۱۴). تا به حال، مطالعات در مورد سلامت روان نشان داده است که بسیاری از افراد شناختی در مورد مشکلات روانی ندارند و نگرش منفی در مورد درمان یا اثربخشی درمان دارند(۱۱،۱۵). با این حال، داشتن سواد سلامت روان بالا دارای مزایای متعددی مانند پیشگیری از بیماری، تشخیص زودهنگام علائم و انجام مداخلات لازم برای کاهش علائم اختلال روانی است(۱۶). سواد سلامت روان به عنوان پایه‌ای برای ارتقای سلامت روان، پیشگیری، شناسایی زودهنگام و بهبود دسترسی به مراقبت موثر در نظر گرفته می‌شود و برای نوجوانان ممکن است به بهترین وجه در محیط‌های مدرسه به آن پرداخته شود(۱۷).

در سال‌های اخیر، ابزارهای متعددی شامل پرسشنامه سواد سلامت روان جورم(۱۸)، پرسشنامه سواد سلامت روان دیاس(۱۹)، مقیاس سواد سلامت روان اکونور(۲۰)، سواد سلامت روان را مورد ارزیابی قرار داده اند. بررسی ها نشان می‌دهد که ابزارهای دانش سلامت روان و معیارهای سواد سلامت روان، اشکالات مهمی مانند فقدان اعتبارسنجی، نیاز به ترجمه یا اقتباس به دلیل تفاوت‌های زبانی و فرهنگی یا شواهد محدود برای کیفیت ویژگی‌های اندازه‌گیری برای اکثر معیارها وجود دارد (۲۱، ۹، ۶).

Wei و همکارانش در یک پژوهش مرور دامنه ای (۹) ۹۱ معیار سواد سلامت روان شامل ۱۶معیار دانش، ۶۵ معیار انگ و ۱۰معیار کمک جویی را شناسایی کردند از این میان، ۱۶معیار دانش سطوح مختلفی از شواهد کیفیت را برای ویژگی‌های اندازه‌گیری مرتبط نشان دادند. با این حال، هیچ کدام برای استفاده در مدارس یا دانش آموزان دبیرستان تأیید نشده بودند. با توجه به اشکالات ساختاری، محتوایی یا روان‌سنجی مرتبط با ابزارهای موجود، مطالعات اندکی در زمینه سواد سلامت روان دانش‌آموزان نوجوان وجود داشت.هدف از انجام این پژوهش دریافت دامنه وسیعی از مسائل مربوط به سواد سلامت روان

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

است. بنابراین از مفهوم سازی جورم از سواد سلامت روان استفاده کردیم، سواد سلامت روان (MHL) به دانش و نگرش در مورد سلامت روان اشاره دارد که به شناخت، مدیریت و پیشگیری از مسائل مربوط به سلامت روان کمک می کند(۲۲). به گفته جورم و همکاران، MHL شامل هفت ویژگی: توانایی تشخیص اختلالات ؛ دانستن چگونگی جستجوی اطلاعات سلامت روان؛ دانش عوامل خطر و علل; آگاهی از خوددرمانی؛ آگاهی از کمک حرفه ای است(۲۱). بررسی ها نشان داد که ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان به موارد ۱)درک سلامت روان و بیماری روانی، ۲) انگ بیماری روانی، ۳) اطلاعات در مورد بیماری های روانی خاص، ۴) تجربیات بیماری روانی، ۵) کمک جویی و دریافت حمایت و ۶) اهمیت سلامت روان مثبت می‌پردازد(۲۳).

از آنجایی که دانش آموزان بیشتر وقت خود را در مدارس می گذرانند؛ ضروری است که سواد سلامت روان در دانش آموزان در مدارس مورد توجه قرار گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد افزایش دانش سلامت عمومی و تغییر نگرش در مورد اختلالات روانی در دانش آموزان دبیرستانی منجر به بهبود سواد سلامت روان می‌شود(۲۴). از آنجایی که در ایران به این مفهوم در مدارس توجه لازم نشده و ابزاری که تمام جنبه های سواد سلامت روان برای دانش‌آموزان دبیرستانی را شامل شود، وجود ندارد. ابزار اندازه گیری آن ضروری به نظر می رسد و یک ابزار روایی و پایایی شده مورد نیاز است. ابزارسنجش دانش سواد سلامت روان شامل ۲۸ سوال دانش عمومی سلامت روان که نمرات بالاتر نشان دهنده دانش بالاتر است و ۸ سوال نگرش در مورد بیماری روانی می باشد. سوالات نگرش مربوط به اختلالات روانی، نگرش شخصی شرکت کنندگان از جمله دیدگاه آنها در مورد علل و درمان بیماری روانی و رفتارهای مورد نظر نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی را مورد بررسی قرار می‌دهند. علی‌رغم کاربرد گسترده این ابزار در کشورهای مختلف، در ایران تاکنون این ابزار ترجمه و بومی سازی نشده است. با استفاده از چنین ابزاری در کنار پرسشنامه های معمول سواد سلامت روان می توان اطلاعات جامع تری از سواد سلامت روان افراد به دست آورد. به علاوه وجود چنین پرسشنامه‌ای می‌تواند برای سنجش اثربخشی مداخله‌ها و برنامه‌های آموزشی نیز مفید باشد. لذا هدف از انجام این پژوهش ترجمه، بومی‌سازی و بررسی روایی و پایایی ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان در دانش آموزان دبیرستانی بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع ترجمه- ساخت آزمون بود. شرکت کنندگان در این مطالعه ۳۰ نفر (۱۰ پسر و ۲۰ دختر) در رده سنی ۱۳ تا ۱۵ سال بودند. به منظور انتخاب ۳۰ نفر از دانش آموزان، دو مدرسه در شهرستان سیرجان، یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از بازدید از مدارس منتخب، شرکت کنندگان به صورت تصادفی از لیست دانش آموزان انتخاب شدند. در این مطالعه ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان(Mental Health Literacy knowledge Measurement Tool) ابتدا ترجمه و سپس روایی و پایایی شد.

برای ترجمه از پروتکل استاندارد IQOLA (Quality Of Life Assessment) استفاده شد (۲۵). شامل مراحل ترجمه، سنجش کیفیت ترجمه، ترجمه رو به عقب، مقایسه نسخه

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

انگلیسی با نسخه فارسی توسط طراح اصلی پرسشنامه بود. ابتدا از طریق ایمیل پرسشنامه اصلی از طراحان اولیه پرسشنامه در خواست شد و اجازه ترجمه ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان گرفته شد.

در ترجمه پرسشنامه توسط دو متخصص زبان انگلیسی فارسی زبان و بدون اطلاع از یکدیگر، به فارسی ترجمه شد. سپس برای نمره دهی دو ترجمه هریک از آیتم های ابزار، طیف لیکرتی ۵ قسمتی کاملاً موافقم (۵ امتیاز)، موافقم (۴ امتیاز)، نظری ندارم (۳ امتیاز)،مخالفم (۲ امتیاز) و کاملاً مخالفم (۱ امتیاز) در نظر گرفته شد.

با انتخاب بیشترین امتیاز، توسط محققیق تیم پژوهش به یک نسخه تبدیل شد. مرحله دوم، ترجمه برگشتی یعنی ترجمه فارسی توسط دو فرد مسلط به زبان اصلی (انگلیسی) بدون اطلاع از یکدیگر و بدون اطلاع از نسخه اصلی مقیاس، تبدیل به انگلیسی شد سپس دو نسخه کنار هم قرار گرفته با هم انطباق داده شدند وکیفیت ترجمه از نظر دستور زبان و لغات مبهم اصلاح شد و بهترین کلمات گزینش شد تا به یک نسخه تبدیل شود.

مرحله سوم مرور و بررسی ترجمه نهایی در یک جلسه بحث گروهی متمرکز با مشورت متخصصین (افرادی که در زمینه‌ی ابزارسازی و بومی سازی آن تبحر کافی داشتند و همچنین آشنا به مقوله سلامت روان بودند از جمله، متخصص روانشناسی بالینی (۲نفر)، متخصص روانپزشکی(۱نفر)، متخصص علوم تربیتی(۱نفر) و متخصص آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت (۲نفر)که در زمینه سلامت روان تبحر داشتند برای درک بهتر و متناسب با پرسشنامه اصلی انجام شد.

در نهایت مطابقت و همسانی مفهومی نسخه اصلی با نسخه فارسی برگردانده شده به زبان انگلیسی از سوی طراحان نسخه اصلی تایید گردید.

در مرحله دوم روایی محتوایی، روایی صوری و پایایی ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان محاسبه گردید. این ابزار متشکل از ۲ بخش: شامل ۲۸ سوال دانش عمومی سلامت روان و ۸ سوال نگرش در مورد بیماری روانی می باشد.

برای سنجش دانش، سه گزینه « درست »، « نادرست » یا « نمی‌دانم » وجود دارد. به پاسخ صحیح یک امتیاز و به پاسخ نادرست یا پاسخ " نمی دانم " صفر امتیاز داده می‌شود که بالاترین امتیاز ۲۸ هست. بنابراین نمرات بالاتر نشان دهنده دانش بالاتر است.

در مطالعه Mcluckie و همکاران آلفای کرونباخ برای سازگاری داخلی ۰/۷۱ مورد تائید قرار گرفت(۲۶). سوالات نگرش مربوط به اختلالات روانی ۸ سوال با مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از « کاملاً مخالفم » تا « کاملاً موافقم » است.

این ۸ آیتم، نگرش شخصی شرکت کنندگان از جمله دیدگاه ها در مورد علل و درمان بیماری روانی و رفتارهای مورد نظر نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی را مورد بررسی قرار می‌دهند. نمرات بین ۸ تا ۵۶ است که نمرات بالاتر نشان دهنده نگرش بهتر و انگ کمتر نسبت به بیماری روانی است. سازگاری درونی این ۸ آیتم در مطالعه (ملین و همکاران، ۲۰۱۵) آلفای کرونباخ ۰/۶۸ (۲۷) و در مطالعه وی و همکاران (۲۰۱۹) (۲۳) آلفای کرونباخ ۰/۷۰ را نشان دادند. در این مطالعه برای نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio) ابزار از مدل پیشنهادی لاوشی(Lawshe) استفاده شد(۲۸).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

به این ترتیب که پرسشنامه در اختیار گروه خبرگان قرار گرفت و به منظور تعیین نسبت روایی محتوا از آنها خواسته شد که ضرورت وجود هر گویه را بر اساس طیف لیکرت سه قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند و امتیاز دهند. برای تعیین روایی نیاز بود که افراد گروه پنل خبرگان شناسایی شوند.

معمولاً اعضای گروه پنل ارزیابی روایی بایستی از متخصصانی تشکیل شوند که در حوزه دامنه محتوایی ابزار فعالیت داشته باشند تا امکان قضاوت دقیق و صحیح فراهم شود.

این اعضا بر طبق اهداف از پیش تعیین شده مطالعه انتخاب شدند. در این مطالعه تصمیم بر آن شد که حداقل ۱۲نفر شامل متخصص روانشناس(۴نفر)، متخصص روانپزشک (۲نفر)، متخصص علوم تربیتی(۱نفر)، متخصص آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت(۳نفر) و متخصص آمار زیستی(۲نفر) در روند روایی سنجی این ابزار شرکت کنند تا با سطح اطمینان بیشتری به توافق آرای مورد نیاز و به ضریب اعتبار بیشتر از ۶۰ درصد که توسط Chadwick و همکاران (۲۹) به عنوان حداقل ضریب اعتبار تجزیه و تحلیل روایی پذیرفته شده است، دست یابیم.

با متخصصان مرتبط با پژوهش از طریق تماس تلفنی با آنها ارتباط برقرار شد بعد از موافقت آنها ابزار از طریق پست الکترونیک ارسال شد. نسبت روایی محتوا بر اساس فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$CVR=\frac{nE-\frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

در این فرمول، nE تعداد متخصصانی هستند که به گزینه "ضروری" پاسخ داده‌اند و N تعداد کل متخصصان است. پس از محاسبه امتیاز، بر اساس جدول حداقل مقادیر CVR برای تعداد متفاوت اعضای پانل امتیاز به دست آمده تفسیر شد.

بسته به تعداد نفراتی که در مرحله روایی سنجی شرکت می‌کنند، یک CVR خاص وجود دارد و هر چقدر تعداد اعضای پنل بیشتر باشد، CVR مورد پذیرش مقدار کمتری خواهد شد. که در مطالعه حال حاضر که ۱۲ نفر در پانل حضور داشتند این مقدار برابر ۰/۵۶ می‌باشد.

شاخص روایی محتوا (Content Validity Index): تعیین میزان CVI طبق روش والتز و باسل انجام شد: از خبرگان خواسته شد میزان مرتبط بودن هر گویه را با طیف چهار قسمتی (غیر مرتبط، نیاز به بازبینی اساسی، مرتبط اما نیاز به بازبینی، کاملاً مرتبط) مشخص کنند.

برای محاسبه CVI هرسوال تعداد خبرگانی که گزینه ۳ و ۴ را انتخاب کرده اند را بر تعداد کل خبرگان تقسیم شد. اگر مقدار حاصل از ۰/۷کوچکتر بود گویه رد می‌شد. اگر بین ۰/۷تا ۰/۷۷بود باید بازبینی انجام شود و اگر از ۰/۷۷بزرگتر باشد قابل قبول بود.

به منظور بررسی روایی صوری به شکل کیفی ۱۲ نفر از متخصصان در رشته های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، روانشناسی، روانپزشکی و آمار زیستی در مورد سطح دشواری، میزان تناسب و ابهام ابزار را بررسی کردند و اصلاحات مورد نیاز انجام شد. پس از ترجمه ابزار نیازی به بررسی کمی روایی صوری نیست(۳۰).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

برای بررسی پایایی پرسشنامه(Reliability)، همسانی درونی، با آلفای کرونباخ؛ و ثبات در طول زمان نیز با روش آزمون-بازآزمون اندازه‌گیری می‌شوند(۳۱).

حداقل سطح مورد قبول آلفای کرونباخ، ۰/۷ در نظر گرفته شد(۳۲). در این مطالعه به منظور تعیین ثبات نسخه نهایی ابزار، با توجه به معیارهای مربوط به انجام آزمون-بازآزمون، ابزار در دو مرحله توسط ۳۰ نفر از دانش آموزان ۱۳ تا ۱۵ ساله با فاصله زمانی ۱۴ روز تکمیل شد. سپس با استفاده از شاخص همبستگی درون خوشه‌ای Intraclass correlation coefficient (ICC)، نمرات کسب کسب شده در این دو مرحله با هم مقایسه شدند (۳۳).

میزان شاخص همبستگی درون خوشه‌ای (ICC) از صفر تا یک می باشد و هر چه به یک نزدیکتر باشد پایایی بالاتری را نشان می دهد.

در گزارش میزان ICC باید فاصله اطمینان را نیز گزارش کرد. فاصله اطمینان کمتر از ۰/۶ باشد، معمولا پایایی مناسب تلقی نمی‌شود. سطوح ارزیابی میزان این آماره بدین صورت طبقه-بندی شده است:

پایین (۰/۲-۰/۰)؛ ضعیف (۰/۴-۰/۲۱)؛ متوسط (۰/۶-۰/۴۱)؛ خوب (۰/۸-۰/۶۱) و عالی (۱-۰/۸۱) (۳۴).

برای بومی سازی پرسشنامه سنجش دانش سواد سلامت روان توسط متخصصین (دو متخصص روانشناس و یک متخصص علوم تربیتی و یک متخصص آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت) در بحث گروهی متمرکز مورد بررسی قرار گرفت.

ویژگی های دانش‌آموزان از نظرسن وپیشینه قومی، فرهنگی و مذهبی در نظر گرفته شد و محتوایی که مناسب سن تلقی نمی‌شد حذف شد یا تطبیق داده شد.

یافته ها

در ترجمه بیشترین اختلاف مربوط به استفاده از کلمات رایج انگلیسی در زبان فارسی بود مانند مدیتیشن که در فارسی هم کاربرد زیادی دارد و دو سوال از لحاظ سازگاری های بین فرهنگی در پنل خبرگان در بحث گروهی مورد بررسی قرار گرفت و در این مرحله بر اساس اشتراک نظر متخصصین نسخه نهایی مورد تائید قرار گرفت.

طبق روش لاوشه روایی محتوا، باتوجه به حجم نمونه (۱۲ نفر) و حداقل میزان CVR برای این حجم نمونه ۰/۵۶ می باشد. بنابراین CVR سوال ۴، سوال ۵، سوال ۲۹، سوال ۳۵ (جدول۱)، غیرقابل قبول می باشند.

میانگین شاخص روایی محتوا (CVI) گویه‌ها عدد ۰/۸۸ بدست آمد که از حداقل ۰/۷۹ بیشتر می باشد که تایید کننده‌ی CVI معتبر می باشد. و گویه‌های شماره ۳، ۴، ۷، ۱۸ با کسب نمره ۰/۷۵ بانظر خبرگان مورد بازبینی قرار گرفت و اصلاح شد. CVRو CVR سوالات در جدول ۱ آورده شده است. پس از بازبینی نسخه فارسی نهایی به متخصصین ایمیل شد و تایید شد.

در پایایی ابزار ۳۰ دانش آموز(۱۰ پسر و ۲۰ دختر) در رده سنی ۱۳ تا ۱۵ سال شرکت کردند.

پایایی ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان شاخص ضریب آلفای کرونباخ سوالات دانش سلامت عمومی و نگرش در مورد اختلالات روانی دانش آموزان به ترتیب۰/۹۶ و ۰/۸۶ بدست آمد و خرده مقیاس- همبستگی بخش دانش سلامت عمومی ۰/۹۳ و همبستگی نگرش در مورد اختلالات روانی ۰/۷۶ بود که ضریب پایایی قابل قبول است (جدول ۲).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

جدول ۱: روایی محتوا (نسبت روایی محتوای (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان

ردیف		CVI	CVR
	سوال		
۱	سلامت روان و بیماری روانی هر دو شامل مغز و نحوه عملکرد آن می شود.	۰/۸۳	۰/۶۶
۲	افرادی که بیماری روانی دارند می توانند در عین حال از سلامت روان نیز برخوردار باشند.	۰/۹۱	۰/۸۳
۳	مغز می تواند بر نحوه عملکرد بدن تأثیر بگذارد اما بدن نمی تواند بر عملکرد مغز تأثیر بگذارد.	۰/۷۵	۰/۶۶
۴	لوب های پیشانی مغز یک فرد تا حدود ۲۵ سالگی به رشد و نمو ادامه می دهند.	۰/۷۵	۰/۱۶
۵	سه مورد از عملکردهای مغز شامل تفکر، سیگنال دهی و رفتار است.	۰/۸۳	۰/۳۳
۶	خلق و خوی هر فرد می تواند به طور طبیعی بالا و پایین شود.	۱	۰/۶۶
۷	مغز برای کمک به کنترل عملکرد قلب، ریه ها و انگشتان کمک می کند.	۰/۷۵	۰/۶۶
۸	هم مشکلات ژنتیکی و هم عفونت ها می توانند باعث بیمار شدن مغز و توقف عملکرد طبیعی شوند.	۰/۸۳	۰/۶۶
۹	علائم بیماری روانی ناشی از عملکرد غیر طبیعی مغز است.	۱	۰/۸۳
۱۰	افرادی که بیماری روانی دارند اغلب خشن و خطرناک هستند.	۰/۹۱	۰/۸۳
۱۱	اکثر افرادی که بیماری روانی دارند خوب می شوند و با درمان خوب می مانند.	۰/۸۳	۰/۸۳
۱۲	افرادی که مبتلا به اسکیزوفرنی هستند اغلب دچار دوگانگی شخصیتی می شوند.	۰/۹۱	۱
۱۳	ویتامین ها و مدیتیشن، درمان های موثری برای اکثر بیماری های روانی هستند.	۰/۸۳	۰/۶۶
۱۴	افسردگی و اختلال دوقطبی دو نمونه از انواع بیماری های روانی به نام اختلالات خلقی هستند.	۰/۸۳	۱
۱۵	اختلال اضطراب زمانی اتفاق می‌افتد که مغز شخص وجود خطر را تشخیص دهد – مانند حمله سگ	۱	۰/۸۳
۱۶	اختلال پانیک معمولا در نوجوانی و بلوغ شروع می شود.	۱	۱
۱۷	حمله پانیک به طور ناگهانی رخ می دهد و معمولا یک یا چند روز طول می کشد.	۰/۹۱	۰/۸۳
۱۸	اختلال کم توجهی بیش فعالی دارای سه جزء مشکلات توجه، بیش فعالی و افسردگی است.	۰/۷۵	۰/۸۳
۱۹	خودکشی در نوجوانان بیشتر مربوط به قلدری است و ارتباط چندانی با بیماری روانی ندارد.	۱	۰/۸۳
۲۰	رفتارهای خود آزاری گاهی ممکن است به طور تصادفی منجر به مرگ شود.	۱	۰/۶۶
۲۱	درمان اختلالات روانی شامل سه هدف: تسکین علائم، بازیابی عملکرد و ارتقاء بهبودی دارد.	۰/۸۳	۰/۶۶
۲۲	افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ترس غیرمنطقی و بیش از حدی را تجربه می کنند که رفتاری تحقیرآمیز یا شرم آور انجام دهند.	۰/۹۱	۰/۶۶
۲۳	بی اشتهایی عصبی یک اختلال خوردن است که می تواند منجر به مرگ شود	۱	۰/۶۶

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

CC BY-NC 4.0

۲۴	یکی از وظایف مهم مغز کمک به فرد برای سازگاری با محیط است.	۱	۰/۶۶
۲۵	اختلالات روانی معمولاً به دلیل استرس های روزمره زندگی شروع می شود.	۱	۰/۶۶
۲۶	روان پریشی نوعی اختلال در تفکر و ادراک است که منجر به از دست دادن تماس با واقعیت می شود.	۰/۸۳	۰/۶۶
۲۷	علائم اصلی اسکیزوفرنی هذیان و توهم است.	۱	۰/۶۶
۲۸	برای درمان تمام اختلالات روانی باید از داروها استفاده کرد.	۰/۹۱	۰/۸۳
۲۹	به راحتی می توان تشخیص داد که فردی دچار بیماری روانی شده است، زیرا معمولاً به شیوه ای عجیب و غریب عمل می کند.	۰/۸۳	۰/۳۳
۳۰	بیمار روانی نباید در مسائل سیاسی جامعه از جمله انتخابات شرکت کند.	۰/۹۱	۰/۶۶
۳۱	اکثر افرادی که بیماری روانی دارند خطرناک و خشن هستند.	۰/۹۱	۰/۶۶
۳۲	اکثر افراد مبتلا به بیماری روانی می توانند شغل خوب و زندگی موفق و پرباری داشته باشند.	۰/۸۳	۰/۶۶
۳۳	من حاضرم فردی مبتلا به بیماری روانی را در مدرسه خود داشته باشم.	۰/۸۳	۰/۶۶
۳۴	خوشحال می شوم که با یک فرد مبتلا به بیماری روانی دوست صمیمی شوم.	۰/۸۳	۰/۸۳
۳۵	بیماری روانی معمولاً نتیجه تربیت بد والدین یا محیط ضعیف خانواده است.	۰/۸۳	۰/۳۳
۳۶	افرادی که دچار بیمار روانی هستند بهبود نمی یابند.	۰/۹۱	۰/۶۶

جدول ۲: همبستگی پیرسون بین نمرات ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان (دانش سلامت عمومی و نگرش در مورد اختلالات روانی (آلفای کرونباخ) و پایایی آزمون- بازآزمون (ضریب همبستگی درون خوشه‌ای)

متغیرها	خرده‌مقیاس- همبستگی کل	آلفای کرونباخ	همبستگی درون خوشه‌ای		
			ICC	فاصله اطمینان	p-Value
دانش‌سلامت عمومی	۰/۹۳۶	۰/۹۶۷	۰/۹۶۷	۰/۹۲۴-۰/۰۹۸۵	<۰/۰۰۰۱
نگرش‌درمورد اختلالات روانی	۰/۷۶۱	۰/۸۳۶	۰/۸۶۳	۰/۶۸۸-۰/۹۳۹	<۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به منظور ترجمه و ارزیابی نسخه فارسی ابزار سنجش دانش سواد سلامت روان انجام شد. این ابزار برای افزایش دانش و تغییر نگرش در مورد اختلالات روانی و بهبود سواد سلامت روان در نوجوانان کاربرد فراوانی دارد. پرسشنامه بر اساس دستورالعمل استاندارد که در تحقیقات برای اندازه گیری کیفیت زندگی در فرهنگ ها و جوامع مختلف استفاده می شود(۳۵)، ترجمه ای ساده و روان شد تا نوجوانان بتوانند تک تک سوالات ابزار را به درستی درک کنند.

برای بومی سازی پرسشنامه، ویژگی های دانش‌آموزان از نظرسن و پیشینه قومی، فرهنگی و مذهبی و مطابق با فرهنگ ایرانی در نظر گرفته شد و محتوایی که مناسب فرهنگ ایرانی نبود حذف شد یا تطبیق داده شد. مثلا کلماتی مثل خودکشی یا سوء مصرف مواد به دلیل حساس بودن نوجوانان در مفهوم سوالات گنجانده شد.

همچنین به منظور بررسی روایی صوری ، ده نفر از متخصصان

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

در رشته های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، روانشناسی، روانپزشکی و آمار زیستی در مورد سطح دشواری، میزان تناسب و ابهام ابزار بررسی شد و اصلاحات مورد نیاز انجام شد. در نسخه فارسی پرسشنامه، اصطلاحات انگلیسی پرکاربرد در زبان فارسی مثل کلمه مدیتیشن حذف شد و معادل فارسی آن جایگزین شد.

در بررسی روایی محتوای ابزار در برخی از سوالات، شاخص روایی محتوا نیاز به بازبینی داشت که با نظر پنل خبرگان اصلاحات انجام شد. ضرایب برخی سوالات پایین و غیرقابل قبول بود که دو سوال مربوط به دانش و دو سوال نگرش در مورد اختلالات روانی حذف شدند. از آنجایی که در فرهنگ ایران انگ بیماری روانی وجود دارد؛ ممکن است برداشت ذهنی افراد در برخی سوالات مرتبط با آن تاثیر گذار باشد.

سایر معیارهای روانسنجی ابزار مانند ثبات درونی و ثبات آزمون-بازآزمون عملکرد خوب و بالایی را نشان دادند. میزان آماره شاخص همبستگی درون خوشه‌ای (ICC) همبستگی قوی نشان داد. علت به دست آمدن ضریب مطلوب در همبستگی درونی در این مطالعه که نشان از همگنی بالا در آیتم های این ابزار است را می‌توان در دقتی که در تهیه ترجمه فارسی این پرسشنامه صورت گرفت و استفاده از لغات مناسب، مرتبط دانست و از دیگر علل پایایی درونی بالای ابزار عدم پیچیدگی سؤالات می‌توان عنوان کرد.

در مطالعات متعددی که با استفاده از این ابزار انجام شده، فقط ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده بود. در مطالعه Mcluckie و همکاران تأثیر برنامه درسی سلامت روان، آلفای کرونباخ ابزار سنجش سواد سلامت روان برای سازگاری داخلی ۰/۷۱ بدست آمد(۲۶). در مطالعه Stan Kutcher و همکاران با هدف بهبود سواد سلامت روان دانش آموزان توسط معلمان کلاس درس بر دانش و نگرش دانش‌آموزان در مورد بیماری‌های روانی بررسی شد که در پرسشنامه دانش سلامت روان استفاده شده در مطالعه ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۶۵ گزارش شد(۳۶).

در مطالعه ایجاد و اعتبارسنجی سنجش سواد سلامت روان توسط Yifeng Wei و همکاران (۲۰۱۹) ساختار عاملی، پایایی سازگاری درونی، اعتبار سازه و پاسخگویی به تغییر ابزار را بررسی کردند در مطالعه Yifeng Wei سازگاری درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شد(۲۳). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ دانش عمومی سلامت روان و نگرش در مورد اختلالات روانی از پایایی مناسبی برخوردار بود.

در مطالعه ارزیابی روایی محتوای یک ابزار توسعه یافته مبتنی بر عملکرد، شاخص روایی محتوا (۰/۹۶) و نسبت روایی (۰/۹۸) دارای میانگین ضریب بالایی بود که تاییدکننده روایی محتوایی ابزار برای بکارگیری در سطح تیمهای مختلف بهداشتی و درمانی بود آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۴محاسبه شد و بین کلیه ابعاد پرسشنامه همبستگی قابل قبول وجود داشت. نتایج ارزیابی ICC نشان داد همبستگی درون گروهی (۰/۸۹) در سطح قابل قبولی قرار دارد.(۳۷).

در مطالعه ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه سواد سلامت روان نتایج پایایی برای همه خرده مقیاس ها 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

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

داشت(۳۸) که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد.

. Yifeng Wei و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه اعتبارسنجی سنجش سواد سلامت روان سازگاری درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شده است(۲۳).

در این مطالعه با مشورت از متخصصین در حوزه ابزارسازی و با نظر پنل خبرگان که مجموعه ای از متخصصین روانشناسی بالینی، روانپزشکی، علوم تربیتی، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت و آمار زیستی بودند، اجماع نظر در مورد ترجمه و روایی و پایایی ابزار بود. با توجه به نوع و تعداد سوالات بین متخصصین توافق انجام شد که نیازی به تحلیل عاملی و روایی سازه نیست. از مزیت های این پرسشنامه سنجش دانش سواد سلامت روان به عنوان ابزاری در نظر گرفته می شود که کاربرد و استفاده برای ارائه اطلاعات ضروری و افزایش دانش سلامت روان به منظور ارتقا سواد سلامت روان در دانش آموزان دارد. این پرسشنامه به برنامه های سلامت روان در مدارس و به درک سلامت روان و بیماری روانی در نوجوانان کمک می کند و در نهایت منجر به کاهش انگ بیماری روانی و افزایش دریافت کمک می شود. باتوجه به مزیت های این پرسشنامه و همچنین روایی و پایایی مطلوب حاصل شده در این مطالعه، پیشنهاد می‌شود از پرسشنامه برای افزایش دانش و کاهش انگ بیماری روانی در راستای ارتقاء سواد سلامت روان در مدارس استفاده شود. سنجش دانش سواد سلامت روان اولین ابزاری است که در ایران ترجمه، بومی سازی شد و برای دانش آموزان دبیرستانی استفاده می شود می توان از آن به عنوان ارائه مداخله برای افزایش دانش سلامت عمومی و تغییر نگرش و نهایتا بهبود سواد سلامت روان در مدارس استفاده کرد. بنابراین برای استفاده در محیط دبیرستان قابل اعتماد و معتبر است. با این حال، از آنجایی که اعتبارسنجی یک ابزار یک فرآیند تکراری مداوم است، تحقیقات بیشتری برای تأیید یافته‌های ما در سایر مکان‌های جغرافیایی مورد نیاز است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است.

پژوهش حاضر با تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی یزد (IR.SSU.SPH.REC.1402.089) اخذ شد.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان سهم یکسانی در تهیه این مقاله داشته اند.

حمایت مالی

حمایت مالی این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی یزد تامین شده است.

تضاد منافع

هیچگونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مایلند از متخصصانی که در ترجمه و اعتبار سنجی ابزار مشارکت داشته اند قدردانی کنند. از اداره آموزش و پرورش سیرجان نیز کمال تشکر را داریم و ما به ویژه از طراحان ابزاری که به ما اجازه ترجمه دادند و ما را در فرآیند ترجمه راهنمایی کردند، قدردانی می کنیم.

References

1-Organization WH. Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations. 2012.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

2-Jafari N, Araghieeh A, Asareh A & et al. Mental health of elementary students in Corona pandemic: A key role of health literacy. Research in Curriculum Planning. 2022;19(72):152-65.

3-Nguyen AJ, Dang H-M, Bui D & et al. Experimental evaluation of a school-based mental health literacy program in two Southeast Asian nations. School mental health. 2020;12(4):716-31.

4-Nobre J, Oliveira AP, Monteiro F & et al. Promotion of mental health literacy in adolescents: a scoping review. International journal of environmental research and public health. 2021;18(18):9500.

5-Rabin LA, Miles RT, Kamata A & et al. Development, item analysis, and initial reliability and validity of three forms of a multiple-choice mental health literacy assessment for college students (MHLA-c). Psychiatry Research. 2021;300:113897.

6-Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental health literacy: Past, present, and future. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016;61(3):154-8.

7-Kutcher S, Wei Y, Hashish M. Mental health literacy for students and teachers: A“ school friendly” approach. Positive mental health, fighting stigma and promoting resiliency for children and adolescents: Elsevier; 2016. 161-72.

8-Zhuang XY, Wong DFK, Cheng C-W, Pan S-M. Mental health literacy, stigma and perception of causation of mental illness among Chinese people in Taiwan. International Journal of Social Psychiatry. 2017;63(6):498-507.

9-Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review .BMC psychiatry. 2015;15(1):1-20.

10-Svensson B, Hansson L. How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: A cross-sectional study. Nordic journal of psychiatry. 2016;70(4):309-13.

11-Wei Y, McGrath PJ, Hayden J & et al. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. BMC psychiatry. 2015;15:1-20.

12-Ma KKY, Burn AM, Anderson JK. School-based mental health literacy interventions to promote help-seeking–a systematic review. Child and adolescent mental health. 2023;28(3):408-24.

13-Waldmann T, Staiger T, Oexle N & et al. Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems. Journal of Mental Health. 2020;29(3):270-6.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

 CC BY-NC 4.0

14-Chung EY-h, Tse TT-o. Effect of human library intervention on mental health literacy: a multigroup pretest–posttest study. BMC psychiatry. 2022;22(1):73.

15-Eslami Shahrbabaki M, Mohammadi MR, Hooshyari Z & et al. Epidemiology of psychiatric disorders among children and adolescents in Kerman and suburbs in 2016-2017. Health and Development Journal. 2020;9(2):187-20. [Persian]

16-Freţian AM, Graf P, Kirchhoff S & et al. The long-term effectiveness of interventions addressing mental health literacy and stigma of mental illness in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. International journal of public health. 2021;66:1604072.

17-Kutcher S, Wei Y, Gilberds H & et al. The African Guide: One Year Impact and Outcomes from the Implementation of a School Mental Health Literacy Curriculum Resource in Tanzania. Journal of Education and Training Studies. 2017;5(4):64-73.

18-Jorm AF, Barney LJ, Christensen H & et al. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2006;40.3-5:(1).

19-Campos L, Dias P, Duarte A & et al. 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.

20-O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. Psychiatry research. 2015;229(1-2):511-6.

21-O'Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy–a review of scale-based measures. Journal of mental health. 2014;23(4):197-204.

22-Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA & et al. "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. 1997;166(4):182-6.

23-Wei Y, Baxter A, Kutcher S. Establishment and validation of a mental health literacy measurement in Canadian educators. Psychiatry Research. 2019;279:231-6.

24-Waldmann T, Staiger T, Oexle N & et al. Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems. Journal of Mental Health. 2019.

25-Bullinger M, Alonso J, Apolone G & et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA project approach. Journal of clinical epidemiology. 1998;51(11):913-23.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

CC BY-NC 4.0

26-Mcluckie A, Kutcher S, Wei Y & et al. Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. BMC psychiatry. 2014;14:1-6.

27-Milin R, Kutcher S, Lewis SP & et al. Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students :a randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2016;55(5):383-91. e1.

28-Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel psychology. 1975;28(4):563-75.

29-Bhaskaran V. Research methods for social work. New Delhi: Rawat. 2008:173-93.

30-Taghizadeh Z, Ebadi A, Montazeri A & et al.Psychometric properties of health related measures. Part 1: Translation, development, and content and face validity. Payesh (Health Monitor). 2017;16(3):343-57. [Persian]

31-Polit DF, Yang FM. Measurement and the measurement of change: a primer for the health professions: Wolters Kluwer Philadelphia; 2016.

32-Krishna H KK. Reliability estimation in generalized inverted exponential distribution with progressively type II censored sample. J Stat Comput Simul. 2013;83(6):1007-19.

33-Baumgartner TA CH. Confidence limits for intraclass reliability coefficients. Meas Phys Educ Exerc Sci. 2001;5(3):179-88.

34-Ebadi A SH, Zareian A, L z. Instrument Development in Health Sciences. Tehran: Jameae negar; 2019. 164 p.

35-Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S & et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. Value in health. 2005;8(2):94-104.

36-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. The Canadian Journal of Psychiatry. 2015;60(12):580-6.

37-Zaeri R, Yaghoubi M, Rahmati F. Translation and localization of team performance observation tool (TPOT) of healthcare workers in Baqiyatallah University. Journal of Military Medicine. 2021;23(5):463-71.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

 CC BY-NC 4.0

38-Zarebi A, Jafari F, Hosseinian S & et al. Psychometric properties of the Persian version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) on Iranian students in 1398 .J Res Psychol Health. 2021;14(4):85-103 . [Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i2.16098]

 CC BY-NC 4.0