Volume 25, Issue 1 (January- February 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Comparison of the effect of face-to-face and virtual educational intervention on the mental health literacy of elementary school teachers

Parvaneh Taymoori[1], Arezoo Fallahi[1], Shahin Fathi[1*]

1. Department of Public Health, Faculty of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Received: 18 September 2024
Accepted for publication: 10 June 2025
[EPub a head of print- 28 January 2026]
Payesh: 2026; 25(1): 99- 110

Abstract

Objective(s): Improving mental health literacy can have a significant impact on knowledge, attitude, beliefs and help-seeking methods. This effect can help prevent, identify, treat and manage mental health disorders. The purpose of this study was to compare the effect of face-to-face and virtual educational intervention program on the mental health literacy of elementary school teachers in Sanandaj city.

Methods: This research was conducted by an intervention method on 198 primary school teachers in Sanandaj city in 2023. The samples were divided into three groups: 6 clusters in the face-to-face training group (69 teachers), 6 clusters in the virtual training group (64 teachers) and 6 clusters in the control group (65 teachers). Educational content was uploaded in Shad messenger for the virtual intervention group in three sessions in two consecutive weeks, and three 2-hour face-to-face training sessions were held in the face-to-face intervention group in two weeks. Teachers' mental health literacy was evaluated before and after the intervention and one month after that using mental health literacy questionaire. Data were analyzed using SPSS.22 software. A significance level of 0.05 was considered.

Results: The results showed that in the face-to-face education group, the average mental health literacy score before the intervention was (79.9±10.1), which increased to (89.6±10.8) after the intervention, and in the follow-up phase (83.6±12.1) was obtained (P value=0.001).In the virtual education group, the average score before the intervention was (82.3±0.9) and after the intervention it increased to (91.9±14.1) and in the follow-up phase (0.86±0.15) was received (P value = 0.0001). However, in the control group, there was no significant difference in the mean scores of mental health literacy before and after the intervention.

Conclusion: Educational interventions, both face-to-face and virtual, had a positive and significant effect on mental health literacy and awareness of primary teachers. These results show that trainings related to mental health can help improve the mental health status of teachers.

Keywords: Mental Health literacy, Intervention, Schools, Teachers

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]

[*] Corresponding author: Department of Public Health, Faculty of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
E-mail: shahin.fathi57@gmail.com

سال بیست و پنجم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۴۰۴

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

مقایسه تاثیر مداخله آموزشی حضوری با مجازی برسواد سلامت روانی معلمان مدارس ابتدایی

پروانه تیموری[۱]، آرزو فلاحی[۱]، شهین فتحی [۱*]

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۲۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۸ بهمن ۱۴۰۴]
نشریه پایش: ۱۱۰- ۹۹ :(۱)۲۵؛ ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: ارتقای سواد سلامت روان می‌تواند تاثیر قابل توجهی بر دانش، نگرش، باورها و روش‌های درخواست کمک داشته باشد. این تاثیر می‌تواند به پیشگیری، شناسایی، درمان و مدیریت اختلالات سلامت روان کمک کند. هدف از مطالعه حاضر مقایسه تاثیر مداخله آموزشی حضوری با مجازی برسواد سلامت روانی معلمان مدارس ابتدایی شهر سنندج بود.

مواد و روش کار: این پژوهش به روش مداخله ای در رابطه با ۱۹۸ نفر از معلمان مدارس ابتدایی شهر سنندج در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ انجام شد. نمونه ها در سه گروه؛۶ خوشه در گروه آموزش حضوری (۶۹ معلم)، ۶ خوشه در گروه آموزش مجازی (۶۴ معلم) و ۶ خوشه در گروه کنترل (۶۵ معلم) قرار گرفتند. محتوای آموزشی در گروه مداخله مجازی در سه جلسه، در دو هفته پیاپی در پیام رسان شاد بارگذاری شد و در گروه مداخله حضوری طی دو هفته، سه جلسه آموزشی حضوری ۲ ساعته برگزارگردید. سواد سلامت روان معلمان قبل، بعد و یک ماه پس از مداخله با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت روان ارزیابی شد. داده ها با نرم افزار SPSS.22 تجزیه تحلیل شد. سطح معنی دار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که در گروه آموزش حضوری، میانگین نمره سواد سلامت روان قبل از مداخله (۱۰/۱±۷۹/۹) بود که پس از مداخله به (۱۰/۸±۸۹/۶) افزایش یافت و در مرحله پیگیری به (۱۲/۱±۸۳/۶) رسید (مقدار P=۰/۰۰۱). در گروه آموزش مجازی، میانگین نمره قبل از مداخله (۹/۰±۸۲/۳) بود و پس از مداخله به (۱۴/۱±۹۱/۹) افزایش یافته و در مرحله پیگیری به میزان (۱۵/۰±۸۶/۰) رسید (مقدار P=۰/۰۰۰۱)؛ اما در گروه کنترل، تفاوت معنی‌دار در میانگین نمره‌های سواد سلامت روان قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد.

نتیجه گیری: مداخلات آموزشی، چه به صورت حضوری و چه به صورت مجازی، تاثیر مثبت و معنی دار بر سواد سلامت روان و آگاهی معلمان ابتدایی داشت. این نتایج نشان می دهد که آموزش های مربوط به سلامت روان می تواند به ارتقای سواد سلامت روان معلمان کمک کند.

کلیدواژه ها: سواد سلامت روان، مداخله، مدارس، معلمان

کد اخلاق: IR.MUK.REC.1402.089

* نویسنده پاسخگو: سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی
E-mail: shahin.fathi57@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]

مقدمه

در دهه های اخیر مشکلات سلامت روان شایع ترین اختلالات و یکی از علل عمده ناتوانی و مرگ زودرس در سراسر جهان است و مسئول بیش از یک سوم تمام ناتوانی ها در طول زندگی است [۱] و همچنین مسئول بیش از ۱۳ درصد بار جهانی بیماری هستند[۲]. بر اساس گزارش سازمان سلامت جهان، شیوع اختلالات روانی در مردان ۲۸/۶٪ و در زنان ۲۹/۸٪ است[۳]. ایران مانند سایر کشورها از شیوع بالای اختلالات روانی برخوردار است. بر اساس نتایج یک فراتحلیل انجام شده، میزان شیوع اختلالات روانپزشکی ۳۱ درصدگزارش شده است[۴]. اختلالات اضطرابی (۱۴/۱۳ درصد) و اختلالات رفتاری (۸/۳ درصد) بیشترین شیوع را داشتند. میزان اختلالات روانی در اولین پیمایش ملی روانی در ایران ۲۱ درصد گزارش شد [۵]. از این رو، همگام با روندهای جهانی، ایران با چالش شیوع بالای اختلالات روانی مواجه است. افزایش آگاهی عمومی به عنوان پیش‌نیاز تشخیص و مداخله زود هنگام در اختلالات روانی، نیازمند درک مفهوم سلامت روان و اختلالات مرتبط با آن است[۳،۶]. مدارس برای ارتقای سلامت روان کودکان در سن مدرسه ایده آل هستند، اما دانش فعلی معلمان برای ایفای نقش موثر در خدمات بهداشت روان در مدارس کافی نیست[۷]. به طور فزاینده ای مدارس، به دلیل چندین جنبه مهم می توانند محیط های کلیدی برای ارائه مداخلات اولیه باشند که به رسمیت شناخته می شوند: ۱) مکانی هستندکه کودکان و نوجوانان به طور منظم در آن جمع می شوند، ۲) یک محیط پرورشی متمرکز بر یادگیری و توسعه هستند و ۳) دارای کارکنانی هستند که به طور منحصر به فردی با کودکان، سروکار دارند و اغلب اولین کسانی هستند که علائم بیماری روانی را مشاهده می کنند[۸]. برای اینکه هر مداخله بهداشت روانی مدرسه بر فرهنگ و عملکرد مدرسه تأثیر بگذارد، معلمان باید درگیر این موضوع شوند. سنگ بنای بسیاری از ابتکارات بهداشت روان در مدارس سواد سلامت روان معلمان است. تحقیقات قابل توجهی در کشورهای توسعه یافته انجام شده است که سعی در بهبود سواد سلامت روان در بین معلمان دارد[۹،۱۰]. درک و نگرش معلمان در مورد سلامت روان، بر نحوه واکنش آنها به مسائل مربوط به سلامت روان دانش آموزان تأثیر می گذارد. مطالعات مختلف آموزش سواد سلامت روان تاثیر مثبتی بر توانایی معلمان در شناخت دانش آموزانی که با مشکلات مربوط به سلامت روان روبرو هستند نشان داده است. شناسایی زود هنگام می تواند منجر به ارجاع زودهنگام شود و در نتیجه ممکن است طول مدت بیماری درمان نشده را کاهش دهد[۱۱،۱۲]. سواد سلامت روان (Mental Health Literacy) به عنوان یک پیش نیاز برای تشخیص زودهنگام و مداخله در اختلالات روانی شناخته شده است [۱۳]. سواد سلامت روان به عنوان یک پیش بینی کننده مهم پیامدهای سلامت روانی مطلوب در نظر گرفته می شود [۱۴]. همچنین اندازه گیری MHL در سطح جامعه برای ارتقای مراقبت از سلامت روان بسیار مهم است.

اگر قرار است اختلالات روانی در جامعه زودهنگام شناسایی شود و مداخله مناسب انجام شود، باید سطح سواد سلامت روان را بالا برد. شواهد نشان می دهد که افراد دارای MHL کافی می توانند اختلالات سلامت روان را در مراحل اولیه تشخیص دهند، بیشتر به دنبال کمک حرفه ای هستند و نگرش های انگ زنی کمتری دارند [۱۵]. با ارزیابی دانش و باورهای فرد، می‌توان انگj مرتبط با مشکلات سلامت روانی را که یکی از موانع اصلی شناخت و مداخله زودهنگام است، شناسایی کرد [۱۶]. افرادی که MHL بالاتری دارند احتمالا بهتر می توانند بیماری روانی را تشخیص دهند و منابع درمانی مناسب را شناسایی کنند، در حالی که MHL پایین تر با خاتمه زودهنگام درمان سلامت روان و استفاده از راهبرد های مقابله ای نامناسب مانند استفاده از الکل و سایر داروها مرتبط است [۱۷]. برخی مطالعات بر بهبود (MHL) با کمک مداخلات آموزشی تأکید دارند که بر تغییر باورها در مورد اختلالات روانی برای کمک به شناخت، مدیریت یا پیشگیری از آنها تمرکز دارد [۱۸،۱۹]. در کشورهای پردرآمد مانند کانادا و نروژ، نتایج مثبتی در زمینه تحصیلی و بهداشتی کودکان به دنبال بهبود مستمر سواد سلامت روان معلمان دبیرستان از طریق برنامه‌های درسی بهداشت روان مدارس با طراحی ویژه مشاهده شده است[۱۱،۱۲]. مطالعه ای در تانزانیا نشان داد که آموزش سواد سلامت روان و کاربرد آن در محیط های کلاس درس منجر به بهبود قابل توجهی در دانش آنها در مورد سلامت روان و کاهش انگ شد[۲۰]. همچنین مطالعه به هدف توانمندسازی معلمان برای غربالگری، راهنمایی و ارجاع دانش آموزان با مشکلات رفتاری و روانی، بر اثربخشی آموزش معلمان در شناسایی و راهنمایی کودکان نیازمند مراقبت بهداشت روان حمایت نمود [۲۱]. طراحی و اجرای مداخلات و ارایه خدمات مناسب برای ارتقای سلامت روان دانش آموزان و معلمان به یکی از دغدغه های اصلی سیاست گذاران ایرانی در دهه اخیر تبدیل شده است. آموزش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]

معلمان به عنوان یک مداخله موثر در سلامت روان در محیط های مدرسه محسوب می شود که سلامت روانی مثبت و احساس تعلق را در بین دست اندرکاران ارتقا می دهد و یادگیری دانش آموزان را تسهیل می کند. در نتیجه فضای روانی – عاطفی مدرسه بهبود می یابد. مداخلات آموزشی می تواند برای معلمان بهبود قابل توجهی در دانش و نگرش معلمان در مورد سلامت روان و دقت بهتر در شناسایی معلمان کودکان و نوجوانان مبتلا به مشکلات سلامت روان به همراه داشته باشد[۹]. هدف این مطالعه بررسی تاثیر برنامه مداخله آموزشی برسواد سلامت روانی معلمان مدارس ابتدای شهر سنندج می باشد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع مداخله ای بود که با هدف بررسی تاثیر مداخله آموزشی برسواد سلامت روانی معلمان انجام شد. این مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کردستان به تصویب رسید.

جامعه مورد مطالعه: جامعه مورد مطالعه، معلمان مقطع ابتدایی شاغل در مدارس آموزش و پرورش ناحیه دو شهر سنندج در سال تحصیلی (۱۴۰۱-۱۴۰۲) می باشد. این پژوهش به روش مداخله ای با پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل بر روی ۱۹۸ نفر از معلمان مدارس ابتدایی شهر سنندج انجام شد.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری: براساس یافته های مطالعه اندرسون و همکاران [۲۱] با فرض اینکه فاصله اطمینان ۹۵٪ و قدرت (توان) ۹۰٪ باشد، حجم نمونه بر اساس فرمول برآورد حجم نمونه در مطالعه مداخله ای برابر ۱۴ نفر در هر گروه بدست آمد که با توجه به خوشه ای بودن نمونه گیری در ضریب اثر طرح ۲ حجم نمونه نهایی برابر ۲۸ نفر درهرگروه تعیین گردید.

$$n= (z1-\alpha/2+z1-\beta)2[\sigma12+ \sigma22]/(\mu1-\mu2)2$$

σ1= انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه مداخله = ۵/۲

σ2= انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه کنترل = ۱/۲

μ1= میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه مداخله= ۴۲/۸

μ2= میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه کنترل= ۳۵/۶

روش نمونه گیری چند مرحله ای بود. به این صورت که هر یک از مدارس ناحیه ۲ به صورت خوشه در نظر گرفته شد. سپس مدارس با توجه به موقعیت قرار گرفتن در ناحیه ۲ سنندج بصورت مدارس حاشیه، مرکز و مرفه نشین تقسیم شدند. در هریک از مناطق فوق تعداد ۶ مدرسه و در مجموع ۱۸ مدرسه ابتدایی به عنوان خوشه به روش تصادفی ساده انتخاب گردید.

گروههای مطالعه: گروه آموزش حضوری۶ خوشه شامل ۶۹ معلم، گروه آموزش مجازی۶ خوشه شامل۶۴ معلم و گروه کنترل ۶ خوشه شامل ۶۵ معلم بودند. در هر مدرسه همه معلمان که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به عنوان نمونه انتخاب و وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات: پرسشنامه این مطالعه شامل ۱۰ گویه مربوط به اطلاعات زمینه ای و دموگرافیکی (سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، سنوات خدمتی، محل خدمت، سابقه بیماریهای روانی و مصرف دخانیات) و مقیاس سواد سلامت روان (Mental Health Literacy Scale) بود [۲۱]. این پرسشنامه توسط محبوبه نجاتیان و همکاران، اصلاح و بومی سازی شده و آلفای کرونباخ آنرا ۰/۷۹ بدست آوردند [۱۳]. این پرسشنامه ۲۹ گویه دارد که ۱۵ گویه آن بر اساس مقیاس لیکرت خیلی بعید است (۱ نمره) تا خیلی احتمال دارد (۴ نمره)، ۷ گویه آن بر اساس مقیاس لیکرت کاملا مخالفم (۱ نمره) تا کاملا موافقم (۵ نمره) و ۷ گویه دیگر برای قطعا مایل نیستم (۱ نمره) تا قطعا مایل هستم (۵ نمره)، رتبه بندی شده است. دامنه نمره بین ۲۹ تا ۱۳۰ است، نمرات بالاتر نشان دهنده وضعیت بهترMHL است یعنی هرچه نمره بالاتر باشد معلمان از سواد سلامت روان مطلوب تری برخوردارند.

این پرسشنامه ۶ حیطه زیر راپوشش می دهد:

- **توانایی تشخیص اختلالات:** این حیطه شامل ۸ گویه بود که با استفاده از مقیاس لیکرت ۴ گزینه ای (خیلی بعید، بعید، احتمال دارد، خیلی احتمال دارد) اندازه گیری شد. این ویژگی به «توانایی تشخیص صحیح ویژگی های یک اختلال، یک اختلال خاص یا دسته ای از اختلالات» اشاره دارد. (مثال : تا چه حد فکر می کنید امکان دارد که اختلال شخصیتی، جزء بیماری های روحی- روانی دسته بندی شود.)
- **آگاهی از عوامل و علل خطر**: این حیطه شامل ۲ گویه بود که با استفاده از مقیاس لیکرت ۴ گزینه ای (خیلی بعید، بعید، احتمال دارد، خیلی احتمال دارد) اندازه گیری شد. این ویژگی به علم شناخت عوامل محیطی، اجتماعی، خانوادگی یا بیولوژیکی که خطر ابتلا به یک بیماری روانی را افزایش می دهد اشاره دارد.(مثال: بطور کلی تا چه حد فکر می کنید ممکن است در ایران، مردان نسبت به زنان بیشتر دچار اختلال اضطراب شوند)
- **آگاهی ازدانش خود درمانی:** این حیطه شامل ۲ گویه بود که با استفاده از مقیاس لیکرت ۴ گزینه ای (خیلی مفید نیست، مفید نیست، مفید است، خیلی مفید است) اندازه گیری شد. این ویژگی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]

به دانش درمان های معمولی توصیه شده توسط متخصصان بهداشت روان و فعالیت هایی که یک فرد می تواند انجام دهد اشاره دارد.(مثال: اگر کسی در مدیریت احساسات خود مشکل دارد (به عنوان مثال بسیار مضطرب یا افسرده می شود)، فکر می کنید که بهبود کیفیت خواب او چقدر می تواند برای او مفید باشد؟)

- **آگاهی از کمک های حرفه ای موجود:** این حیطه شامل ۳ گویه بود که با استفاده از مقیاس لیکرت ۴ گزینه ای (خیلی بعید، بعید، احتمال دارد، خیلی احتمال دارد) اندازه گیری شد. این ویژگی به «اطلاعات متخصصان سلامت روان و خدماتی که ارائه می دهند» اشاره دارد.(مثال: به نظر شما تا چه حد امکان دارد که رفتار درمانی- شناختی یک روش درمانی بر اساس به چالش کشیدن افکار منفی و افزایش رفتار های کمک کننده باشد)

- **آگاهی از اینکه کجا باید اطلاعات را جستجو کرد:** این حیطه شامل ۴ سؤال بود که با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نه موافقم و نه مخالفم، موافقم، کاملاً موافقم) اندازه گیری شد. این ویژگی به دانش در مورد مکان دسترسی به اطلاعات و ظرفیت برای انجام این کار اشاره دارد.(مثال: من مطمئن هستم که مکان جستجوی اطلاعات در مورد بیماری های روانی را می دانم)

- **نگرش‌هایی که شناخت یا رفتار مناسب کمک جویی را ترویج می‌کنند:** این حیطه شامل ۱۰ سؤال بود که سه سؤال آن با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نه موافقم نه مخالفم، موافقم، کاملاً موافقم) و هفت سؤال آن با (قطعاً مایل نیستم، احتمالاً مایل نیستم، نه مایل و نه بی‌میل، احتمالاً مایل هستم، قطعاً مایل هستم) اندازه‌گیری شد. این ویژگی به نگرش‌هایی که بر شناخت اختلالات و تمایل به درگیر شدن در رفتار کمک طلبی و جستجوی کمک روان‌شناختی برای مشکلات یا بیماری‌های سلامت روان یا جستجوی روانشناسی حرفه‌ای تأثیر می‌گذارد اشاره دارد.(مثال: چقدر شما مایل هستید با یک بیمار روانی دوست شوید؟)

در مرحله اول مطالعه هم‌زمان با اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از معلمان شرکت‌کننده، پرسشنامه‌های پیش‌آزمون؛ در سه گروه حضوری، مجازی و کنترل توسط معلمان تکمیل شدند. سپس مداخله آموزشی در گروه حضوری و مجازی برگزار شد. محتوای برنامه مداخله آموزشی، از ترجمه نسخه III بهداشت روان و راهنمای برنامه درسی بهداشت روان و درک سلامت روانی استفاده شد [۲۳] که دارای شش پودمان: انگ بیماری روانی، درک سلامت روان و تندرستی، اطلاعات در مورد بیماری‌های خاص، تجارب بیماری روانی، کمک جویی و یافتن حمایت و اهمیت سلامت روانی مثبت بود. همه پودمانها شامل: اهداف یادگیری، طرح درس، فعالیت‌های کلاس درس و منابع آموزشی بودند. محتوای آموزشی سواد سلامت روان (طبق جدول ۱) در گروه مداخله مجازی در ۳ جلسه، به مدت ۲ هفته از طریق پیام‌رسان شاد بارگذاری شد و در هر جلسه آموزشی مجازی، ابتدا توضیحاتی مقدماتی به شکل متن نوشتاری ارائه گردید، بعد محتوای آموزشی به‌صورت فایل پی‌دی‌اف و فیلم آموزشی و پوستر و فایل صوتی در گروه‌های مجازی بارگذاری شد. در گروه‌های حضوری نیز طی دو هفته ۳ جلسه آموزشی حضوری دوساعته برگزار شد. مداخله آموزش حضوری با استفاده از روش سخنرانی چهره به چهره و بحث گروهی و پرسش و پاسخ توسط محقق ارائه گردید

پس از انجام مداخله آموزشی، بلافاصله پس‌آزمون از معلمان شرکت‌کننده در هر سه گروه حضوری، مجازی و کنترل مجدداً برگزار شد. همچنین یک ماه پس از آخرین جلسه آموزشی، پرسشنامه‌ها تکمیل گردید.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS.22 و آمار توصیفی شامل فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار و همچنین آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر برای مقایسه داده‌های کیفی، آزمون کلوموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌های کمی، آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه برای مقایسه متغیرهای کمی در گروه‌ها و آنالیز واریانس داده‌های تکرارشونده برای مقایسه نمره سواد سلامت روانی و ابعاد آن در سه مرحله در سه گروه موردمطالعه، مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفت. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

ویژگی‌های دموگرافیک و زمینه‌ای معلمان شرکت‌کننده در مطالعه قبل از اجرای مداخله آموزشی در جدول ۲ درج‌شده است. میانگین سن معلمان در گروه حضوری ۸/۱ ± ۴۴/۶، گروه مجازی ۷/۷ ± ۴۱/۲ و در گروه کنترل ۹/۰ ± ۴۱/۵ سال بود. سه گروه مورد مطالعه ازنظر جنسیت، تحصیلات، وضعیت درآمد و سابقه بیماری روانی تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند (P>۰/۰۵)؛ اما ازنظر وضعیت تا هل، سنوات خدمت تفاوت معنی‌دار آماری داشتند (P<۰/۰۵). بر اساس نتایج جدول۳، یافته‌های آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد، میانگین نمره بعد توانایی تشخیص اختلالات در گروه مداخله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]

حضوری و مجازی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار آماری دارند (P=۰/۰۰۰۱)، اما در گروه کنترل تفاوت ازنظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۲۸). همچنین آزمون آنالیز واریانس داده‌های تکرارشونده نشان داد که نمره بعد توانایی تشخیص اختلالات در سه مرحله ارزیابی در گروه‌های موردمطالعه تفاوت معنی‌دار آماری دارند (P=۰/۰۰۰۱).

یافته‌ها در خصوص مقایسه میانگین نمره آشنایی با عوامل و علل خطر در گروه‌های مداخله حضوری، مجازی و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند (P=۰/۶۸). میانگین نمره دانش خوددرمانی در دو گروه مداخله در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار آماری دارند (P=۰/۰۰۲)، اما در گروه کنترل تفاوت ازنظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۲۳). آزمون آنالیز واریانس داده‌های تکرارشونده نیز بر وجود تفاوت معنی‌دار آماری میانگین نمره دانش خوددرمانی بین سه گروه موردمطالعه تأکید دارد (P=۰/۰۳۲). در مقایسه نمره آگاهی از اینکه کجا باید اطلاعات را جستجو کرد در هر یک از گروه‌های مداخله حضوری، مجازی و گروه کنترل ازنظر آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵)؛ اما آزمون آنالیز واریانس داده‌های تکرارشونده نشان داد سه گروه موردمطالعه در طول سه مرحله باهم تفاوت معنی‌دار آماری داشتند (P=۰/۰۰۸).

یافته‌ها در خصوص مقایسه میانگین نمره آگاهی از کمک‌های حرفه‌ای موجود در دو گروه مداخله حضوری و مجازی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار آماری دارند (P<۰/۰۵)، اما در گروه کنترل تفاوت معنی‌دار نبود (P=۰/۲۳). در مقایسه سه گروه موردمطالعه ازنظر نمره آگاهی از کمک‌های حرفه‌ای موجود تفاوت ازنظر آماری معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۰۱).

در مقایسه میانگین نمره نگرش‌هایی که شناخت رفتار مناسب کمک جویی را ترویج می‌کند فقط در دو گروه مداخله حضوری و مجازی تفاوت معنی‌دار بود (P<۰/۰۵). همچنین آزمون آنالیز واریانس داده‌های تکرارشونده در مقایسه سه گروه موردمطالعه نشان‌دهنده معنی‌دار بودن این تفاوت در معلمان سه گروه داشت (P=۰/۰۲).

مقایسه میانگین نمره کل سواد سلامت روانی، معلمان در گروه‌های مداخله در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار آماری داشتند (P<۰/۰۵)، اما در گروه کنترل تفاوت مشاهده نشد (P=۰/۸۲). آزمون آنالیز واریانس داده‌های تکرارشونده نیز نشان می‌دهد سه گروه موردمطالعه در طول مدت مطالعه (سه مرحله) ازنظر نمره سواد سلامت روانی باهم تفاوت معنی‌دار آماری داشتند (P=۰/۰۰۰۱).

جدول ۱: جلسات آموزشی

شماره جلسه	محتوای آموزشی و مدت زمان آموزش	روش آموزش
اول	پودمان (۱): انگ بیماری‌های روانی (۶۰ دقیقه) پودمان (۲): درک سلامت روانی و بیماری روانی (۶۰ دقیقه)	(*در گروه حضوری* : آموزش چهره به چهره و بحث گروهی و پرسش و پاسخ)
دوم	پودمان (۳): اطلاعات در مورد بیماری‌های روان (۶۰ دقیقه) پودمان (۴): تجربیات بیماری روانی (۶۰ دقیقه)	(*در گروه روش مجازی* : ارسال محتوی آموزشی و فیلم و پوسترهای مرتبط)
سوم	پودمان (۵): درخواست کمک و پیدا کردن پشتیبانی (۶۰ دقیقه) پودمان (۶): اهمیت سلامت روان مثبت (۶۰ دقیقه)	

جدول ۲: مقایسه متغیرهای دموگرافیک در گروه‌های موردمطالعه

متغیر	حضوری تعداد (٪)	مجازی تعداد (٪)	کنترل تعداد (٪)	P-value
جنسیت				
زن	۵۹(۸۵/۵)	۴۴(۶۸/۸)	۵۰(۷۶/۹)	† ۰/۰۷
مرد	۱۰(۱۴/۵)	۲۰(۳۱/۲)	۱۵(۲۳/۱)	
تحصیلات				
دیپلم	۳(۴/۳)	۱(۱/۶)	۳(۴/۶)	
فوق‌دیپلم	۹(۱۳/۰)	۱(۱/۶)	۳(۴/۶)	‡ ۰/۰۷
لیسانس	۴۸(۶۹/۷)	۴۵(۷۰/۳)	۴۵(۶۹/۲)	
فوق‌لیسانس و دکتری	۱۰(۱۳/۰)	۱۷(۲۶/۶)	۱۴(۲۱/۵)	
وضعیت تاهل				
متأهل	۵۹(۸۵/۶)	۴۲(۶۵/۶)	۵۷(۸۷/۷)	† ۰/۰۳
مجرد	۱۰(۱۳/۰)	۲۲(۲۶/۶)	۸(۱۲/۳)	
سابقه خدمت				

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]

۱۰-۱ سال	۷(۱۰/۱)	۱۲(۱۸/۸)	۱۶(۲۴/۶)	
۲۰-۱۱ سال	۲۶(۳۷/۷)	۳۱(۴۸/۴)	۱۹(۲۹/۲)	† ۰/۰۴
۲۱ و بیشتر	۳۶(۵۲/۲)	۲۱(۳۲/۸)	۳۰(۴۶/۲)	
وضعیت درامد				
خوب	۱۲(۱۷/۴)	۴(۶/۲)	۶(۹/۲)	
متوسط	۴۸(۶۹/۶)	۴۴(۶۸/۸)	۴۵(۶۹/۲)	† ۰/۱۶
کم	۹(۱۳/۰)	۱۶(۲۵/۰)	۱۴(۲۱/۵)	
وضعیت درامد				
بلی	۱(۱/۴)	۰	۳(۴/۶)	‡ ۰/۲۲
خیر	۶۸(۹۸/۶)	۶۴(۱۰۰)	۶۲(۹۵/۴)	

† آزمون کای اسکوئر، ‡ آزمون دقیق فیشر

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره ابعاد سواد سلامت روانی در سه گروه موردمطالعه در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

ابعاد سواد سلامت روانی	مرحله	حضوری انحراف معیار± میانگین	مجازی انحراف معیار± میانگین	کنترل انحراف معیار± میانگین	‡P-value
توانایی تشخیص اختلالات	پیش‌آزمون	۲۴/۲±۳/۵	۲۵/۴±۲/۹	۲۴/۲±۳/۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۶/۹±۳/۵	۲۷/۷±۳/۲	۲۴/۲±۳/۵	
	پیگیری	۲۵/۱±۴/۳	۲۵/۶±۳/۸	۲۳/۵±۳/۲	
	† p-value	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	
آشنایی با عوامل و علل خطر	پیش‌آزمون	۵/۵±۱/۳	۵/۴±۰/۹	۵/۲±۱/۳	۰/۶۸
	پس‌آزمون	۵/۸±۱/۰	۵/۴±۰/۹	۵/۲±۱/۱	
	پیگیری	۵/۵±۱/۲	۵/۱±۰/۹	۵/۲±۱/۱	
	p-value	۰/۳۶	۰/۰۸	۰/۹۱	
دانش خوددرمانی	پیش‌آزمون	۵/۴±۱/۰	۵/۱±۱/۲	۵/۲±۱/۰	۰/۰۳۲
	پس‌آزمون	۶/۱±۱/۳	۵/۸±۱/۳	۵/۲±۰/۹	
	پیگیری	۵/۶±۱/۰	۵/۳±۱/۱	۵/۲±۰/۹	
	p-value	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۲۳	
آگاهی از اینکه کجا باید اطلاعات را جستجو کرد	پیش‌آزمون	۱۴/۴±۳/۳	۱۴/۴±۲/۷	۱۳/۹±۲/۵	۰/۰۰۸
	پس‌آزمون	۱۵/۱±۳/۲	۱۵/۲±۲/۷	۱۲/۸±۳/۳	
	پیگیری	۱۵/۰±۳/۲	۱۵/۰±۳/۰	۱۲/۸±۳/۶	
	p-value	۰/۳۲	۰/۲۲	۰/۱۱۴	
آگاهی از کمک‌های حرفه‌ای موجود	پیش‌آزمون	۸/۶±۱/۳	۸/۵±۱/۶	۸/۵±۱/۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	۹/۵±۱/۵	۹/۳±۱/۶	۸/۳±۱/۳	
	پیگیری	۹/۰±۱/۴	۸/۹±۱/۵	۸/۲±۱/۳	
	p-value	۰/۰۰۲	۰/۰۰۶	۰/۲۳	
نگرش‌هایی که شناخت یا رفتار مناسب کمک جویی را ترویج می‌کند	پیش‌آزمون	۲۱/۷±۶/۸	۲۳/۷±۶/۶	۲۲/۵±۶/۸	۰/۰۲
	پس‌آزمون	۲۶/۲±۷/۵	۲۸/۴±۹/۸	۲۳/۵±۷/۱	
	پیگیری	۲۳/۳±۷/۵	۲۶/۱±۹/۷	۲۳/۵±۷/۱	
	p-value	۰/۰۰۱	۰/۰۱۲	۰/۵۲	
سواد سلامت روانی	پیش‌آزمون	۷۹/۹±۱۰/۱	۸۲/۳±۹/۰	۷۹/۵±۸/۴	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	۸۹/۶±۱۰/۸	۹۱/۹±۱۴/۱	۷۸/۴±۹/۲	
	پیگیری	۸۳/۶±۱۲/۱	۸۶/۰±۱۵/۰	۷۸/۸±۱۳/۵	
	p-value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲	

† آنالیز واریانس داده‌های تکرارشونده ، ‡ آنالیز وار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]

بحث و نتیجه گیری

ارتقای سواد سلامت روان از طریق مدارس یک سرمایه‌گذاری مقرون‌به‌صرفه است که می‌تواند سلامت و آموزش را به‌طور هم‌زمان بهبود بخشد و به تحقق اهداف توسعه پایدار کمک کند[۱۴]. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر برنامه مداخله آموزشی باسواد سلامت روانی معلمان مدارس ابتدایی شهر سنندج انجام شد.

در مطالعه حاضر در پنج بعد از ابعاد شش‌گانه سواد سلامت روان، یعنی در ابعاد توانایی تشخیص اختلالات روانی، دانش خود مراقبتی، آگاهی از محل جستجوی اطلاعات، آگاهی از کمک‌های حرفه‌ای موجود و نگرش‌هایی که شناخت یا رفتار مناسب کمک جویی را ترویج می‌کند، پس از مداخله آموزشی در مقایسه با قبل از آموزش و در مقایسه با گروه کنترل نمره سواد سلامت افزایش یافت که این امر حاکی از مؤثر بودن مداخله آموزشی بود.

نتایج پژوهش حاضر در بعد توانایی تشخیص اختلالات روانی، بعد از مداخله در هر دو گروه حضوری و مجازی نسبت به گروه کنترل بهبود نشان داد؛ که با یافته‌های پژوهش لاله قدیریان و همکاران[۲۳]، آمارسوریا در سریلانکا [۲۴]، راولی در استرالیا [۲۵]، فورنهام در بریتانیا [۲۱] همخوانی دارد. توانایی تشخیص اختلالات روانی، هسته مرکزی سواد سلامت روان است زیرا برای کمک جویی مناسب، پیش نیاز است [۲۷]. بر اساس مطالعات انجام شده، تشخیص بیماری در حال پیشرفت، کمک جویی و آگاهی از درمان های موجود ناکافی است [۱۹،۲۷]. در بررسی سواد سلامت پرستاران مدارس در امارات متحده عربی کمتر از ۵۰٪ آنها اختلالات روانی را شناسایی کردند [۲۸]. مطالعه ملی در استرالیا نشان داد که برای تشخیص بهتر و زودهنگام اختلالات روانپزشکی و مداخله موثر، باید سطح سواد سلامت روان ارتقا یابد[۱۹]. از آنجایی که تشخیص اختلال روانپزشکی اولین گام در کمک و درمان است، به نظر می رسد آموزش جامعه برای شناخت علائم این نوع اختلال و ارتقای سواد سلامت روان بسیار مهم است.

در این مطالعه میزان آشنایی با عوامل خطر ابتلا به اختلالات روانی در معلمان گروه حضوری و مجازی در تمام مراحل پایین بود. مطالعه‌ای در هند نشان داد آگاهی دانشجویان در مورد عوامل خطر ابتلا به افسردگی و روان‌پریشی پایین بود [۲۹]. مطالعه فورنهام [۳۰] در سال ۲۰۱۸ نشان داد که شناخت عموم مردم نسبت به علائم اختلالات سلامت روان پایین بود. از دلایل پایین بودن نمره آشنایی با عوامل خطر اختلالات روانی در مطالعه ما، ضعف منبع مورداستفاده (راهنمای نسخه ۳) در پرداختن به عوامل خطر اختلالات روانی بود. درصورتی‌که مردم به ابزارهای مناسب برای شناسایی عوامل خطر اختلالات روانی دسترسی داشته باشند می‌توانند رفتارهای پیشگیرانه خود را بهتر مدیریت کنند [۲۹].

در پژوهش حاضر مداخله آموزشی در افزایش نمره دانش خوددرمانی اختلالات روانی در معلمان گروه حضوری و مجازی نسبت به گروه کنترل مؤثر بود و میانگین نمرات گروه حضوری از گروه مجازی بالاتر بود. در مطالعه جورم و همکاران [۱۸] و کوچر و همکاران [۲۰] در مطالعه توسعه سلامت روان در بین معلمان، نشان دادند که آگاهی معلمان از مسائل بهداشت روان بعد از مداخله آموزشی افزایش معنی‌داری داشته است. آگاهی از درمان‌های موجود اختلالات روان‌پزشکی کم و اندک است [۱۹]. تامپسون در استرالیا نشان داد که مهم‌ترین دلیل بیماران برای به تأخیر انداختن درمان، فقدان دانش در مورد درمان‌های موجود است [۳۱]. مطالعه ملی در استرالیا، تغییرات قابل‌توجهی در دانش و باورها در مورد اختلالات روانی و درمان آن‌ها در بین مردم طی یک دوره ۸ ساله نشان داد [۳۲]. نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر در مورد اینکه کجا باید اطلاعات را جستجو کرد با نتایج مطالعه در چین [۳۳] که مردم قصد زیادی برای جستجوی خدمات بهداشت روان دارند، اما آن‌ها هیچ‌دانشی در مورد اینکه کجا باید منابع کمکی بالقوه را جستجو کنند، همخوانی دارد. مطالعه‌ای مروری نشان می‌دهد که دانش و آگاهی مردم در مورد اختلالات روانی، سلامت روان و محل جستجوی کمک و درمان، بهبودیافته و درنتیجه استفاده مردم از خدمات سلامت روان افزایش‌یافته است [۳۴]. در مطالعات انجام‌شده؛ «اینترنت» و «تلویزیون» پراستفاده‌ترین منبع برای دریافت و جستجوی اطلاعات سلامت روان گزارش‌شده و قابل‌اعتمادترین منبع کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بودند [۳۵،۳۶]. در بررسی اپیدمیولوژیک دانش، نگرش و سواد سلامت در مورد بیماری روانی در قطر، نشان داد که منبع اصلی اطلاعات در مورد بیماری روانی، رسانه بود [۳۷].

مداخله آموزشی بر میانگین نمرات آگاهی از کمک‌های حرفه‌ای موجود در دو گروه حضوری و مجازی نسبت به گروه کنترل مؤثر بود و میانگین نمرات در گروه حضوری از گروه مجازی بیشتر بود. از دلایل آن می‌تواند توضیحات شفاهی پژوهشگر، در مورد معرفی مراکز ارائه کمک‌های حرفه‌ای بومی و موجود در محل زندگی معلمان برای درمان اختلالات روانی بوده باشد. همچنین سن بالا و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]

زیاد بودن تعداد زنان و تعداد متاهلان در گروه حضوری می‌تواند از دلایل دیگر باشد. این یافته همسو با پژوهش لاله قدیریان و همکاران است که جنسیت زن، افزایش سن و متأهل بودن می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی احتمال کمک جویی را بهبود می دهد[۲۳]. تفاوت‌های سنی، جنسیتی، آموزشی، شهری-روستایی و بین فرهنگی در MHL وجود دارد که ممکن است بر میزان کمک جویی در زمینه‌های مختلف تأثیر بگذارد [۳۰]. مطالعه فراملی نگرش نسبت به جستجوی کمک حرفه‌ای در اردن، امارات و اعراب فلسطینی، استدلال می‌کند که فرایندهای جستجوی کمک حرفه‌ای در میان زنان عرب به‌شدت تحت تأثیر عواملی مانند سن، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل، قرار دارد [۳۸]. مداخلات آموزشی به‌منظور افزایش شناخت صحیح و کاهش انگ برای ترویج کمک جویی در بین افراد نیازمند مؤثر است [۴۲-۳۹].

در مطالعه حاضر نگرش‌هایی که شناخت یا رفتار مناسب کمک جویی را ترویج می‌کند در گروه‌های مداخله به‌طور معنی‌داری در مدت مداخله بهبودیافته بود؛ که با یافته مطالعات دیگر همخوانی دارد[۴۵-۴۳]. بررسی‌ها نشان می‌دهند که آگاهی از بیماری‌های روانی [۱۸]، انگ بیماری روانی [۴۸-۴۶]، و اثربخشی کمک جویی [۴۹] بر نگرش‌های کمک جویی تأثیر می‌گذارد. بنابراین برنامه مداخله آموزشی (MHL) ما که شامل تشخیص بیماری روانی، دانش خود مراقبتی، اثربخشی کمک جویی و انگ بیماری روانی بود، سبب بهبود نگرش معلمان نسبت به رفتار مناسب کمک جویی شده است. یافته‌های مطالعه ریندرز نشان داد که افرادی که نگرش مثبت نسبت به کمک جویی دارند و کمتر نگران برچسب‌زنی و انگ زدن توسط دیگران هستند، مشکلات روانی کمتری دارند و از این مشکلات پیشگیری می‌کند [۵۰]. یافته‌های ما نشان داد نمره سواد سلامت روان در گروه‌های مداخله به‌طور معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل بالاتر بود. همچنین نمره سواد سلامت روان گروه مجازی بالاتر از گروه حضوری بود. احتمالاً سطح تحصیلات بالاتر (مقطع ارشد و دکتری) معلمان در گروه مجازی می‌تواند علت این امر باشد. در مطالعه نوروزی و همکاران همبستگی مثبت بین سطح تحصیلات با سطح MHL مشاهده شد [۵۱]. همچنین در مطالعه‌ی (Jorm) جورم و همکاران در استرالیا در سال که باهدف توسعه سواد سلامت روان در میان معلمان انجام شد، در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌دار در آگاهی معلمان از مسائل بهداشت روانی، قصد کمک به دانش آموزان و بهبودهایی در باورهای معلمان و کاهش انگ، مشاهده شد [۱۸]. در مطالعه حاضر افزایش سواد سلامت معلمان بعد از مداخله و کاهش آن در مرحله پیگیری مشاهده شد. در مطالعه اثربخشی مداخله بهداشت روان مبتنی بر مدرسه برای معلمان مدارس شهری در پاکستان نیز اثر مثبت بهبود سواد سلامت روان در مرحله پیگیری باگذشت زمان اندکی کاهش یافت [۵۲]. با توجه به محدودیت‌های اداره آموزش‌وپرورش، برای ورود به مدارس برای انجام مداخله آموزشی، شرکت‌کنندگان در این مطالعه، به معلمان مدارس ناحیه ۲ سنندج محدود شد. با توجه به زمان اجرای مطالعه امکان پیگیری سه‌ماهه تأثیر مداخله آموزی ممکن نبود. علیرغم تفاوت‌های جغرافیایی، بهبود سواد سلامت روانی در همه جوامع موردنیاز است؛ بنابراین، طراحی و اجرای مداخلات مؤثر مانند برنامه‌های آموزشی مناسب، ضروری به نظر می‌رسد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در برنامه درسی مدارس برنامه سواد سلامت روانی ادغام شود. مداخلات آموزشی، چه به‌صورت حضوری و چه به‌صورت مجازی، تأثیر مثبت و معنی‌داری بر سواد سلامت روان و آگاهی معلمان ابتدایی داشت. این نتایج نشان می‌دهد که آموزش‌های مربوط به‌سلامت روان می‌تواند به بهبود وضعیت سلامت روان معلمان کمک کند.

سهم نویسندگان

پروانه تیموری: طراحی مطالعه، نگارش مقاله
شهین فتحی گردآوری، تجزیه تحلیل داده ها و نگارش مقاله
آرزو فلاحی: طراحی مطالعه و بازنگری مقاله

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، اداره آموزش‌وپرورش شهرستان سنندج و تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل‌آورند.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

منابع

1. Hashemi Z, Afshari A, Einy S. The effectiveness of acceptance and commitment education on improving the mental health and quality of life of elderly people with cancer. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2020; 8:160-71 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]

2. Tsai AC, Tomlinson M. Inequitable and ineffective: exclusion of mental health from the post-2015 development agenda. PLoS Medicine. 2015 30;12:e1001846
3. McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J, Altwaijri Y, Andrade LH, Bromet EJ, .WHO World Mental Health Survey Collaborators. Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. Lancet Psychiatry 2023; 10:668-681
4. Mirghaed MT, Gorji HA, Panahi S. Prevalence of psychiatric disorders in Iran: a review and meta-analysis. International Journal of Preventive Medicine 2020; 17:11-21
5. Mohammadi MR, Ahmadi N, Khaleghi A, Mostafavi SA, Kamali K, Rahgozar M, et al. Prevalence and correlates of psychiatric disorders in a national survey of Iranian children and adolescents. Iranian Journal of Psychiatry 2019;14:1 [Persian]
6. Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2014;48:61-9
7. Afshari R, Kaveh MH, Lankarani KB, Doolub D, Jaafari N, Ostovarfar J. Empowering teachers to screen, guide, and refer schoolchildren with behavioral and mental health problems. A pilot study to promote mental health in Iran. Frontiers in Psychiatry 2022; 13:894483
8. Fazel M, Patel V, Thomas S, Tol W. Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. The Lancet Psychiatry 2014; 1:388-98
9. Kutcher S, Wei Y, McLuckie A, Bullock L. Educator mental health literacy: a programme evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide. Advances in School Mental Health Promotion 2013; 6:83-93
10. Kidger J, Turner N, Fisher H, Evans R, Bell S. An intervention to improve mental health support and training available to secondary school teachers (the WISE study): a cluster-randomised controlled trial. The Lancet 2019; 394:S63
11. Kutcher S, Bagnell A, Wei Y. Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. Child and Adolescent Psychiatric Clinics 2015; 24:233-44
12. Skre I, Friborg O, Breivik C, Johnsen LI, Arnesen Y, Wang CEA. A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. BMC Public Health 2013; 13:1-15
13. Nejatian M, Tehrani H, Momeniyan V, Jafari A. A modified version of the mental health literacy scale (MHLS) in Iranian people. BMC Psychiatry 2021; 21:1-11
14. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Measurement properties of mental health literacy tools measuring help-seeking: a systematic review. Journal of Mental Health 2017; 26:543-55
15. Singh S, Zaki RA, Farid NDN. Adolescent mental health literacy and its association with depression. ASM Science Journal 2020; 13:207-16
16. Campos L, Dias P, Palha F, Duarte A, Veiga E. Desarrollo y propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario de evaluación de alfabetización en salud mental en jóvenes. Universitas Psychologica 2016; 15:61-72
17. Jung H, von Sternberg K, Davis K. Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. Psychiatry Research 2016; 243:278-86
18. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. American Psychologist 2012; 67:231
19. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "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; 166:182-6
20. Kutcher S, Wei Y, Gilberds H, Ubuguyu O, Njau T, Brown A, et al. A school mental health literacy curriculum resource training approach: effects on Tanzanian teachers' mental health knowledge, stigma and help-seeking efficacy. International Journal of Mental Health Systems 2016; 10:1-9
21. Anderson RJ, Pierce D. Assumptions associated with mental health literacy training–Insights from initiatives in rural Australia. Advances in Mental Health 2012; 10:258-67
22. https://mentalhealthliteracy.org/schoolmhl/wp-content/uploads/2015/09/Mental-Health-High-School-Curriculum-Guide.pdf 2024/11.15
23. Ghadirian L, Sayarifard A. 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. 2019; 10:134
24. Amarasuriya SD, Jorm AF, Reavley NJ. Quantifying and predicting depression literacy of

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]

undergraduates: a cross sectional study in Sri Lanka. BMC Psychiatry 2015; 15:1-13
25. Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Mental health literacy in higher education students. Early Intervention in Psychiatry 2012; 6:45-52
26. Furnham A, Cook R, Martin N, Batey M. Mental health literacy among university students. Journal of Public Mental Health 2011; 10:198-210
27. Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. The British Journal of Psychiatry 2000; 177:396-401
28. Al-Yateem N, Rossiter RC, Robb WF, Slewa-Younan S. Mental health literacy of school nurses in the United Arab Emirates. International Journal of Mental Health Systems 2018; 12:1-13
29. Dev A, Gupta S, Sharma KK, Chadda RK. Awareness of mental disorders among youth in Delhi. Current Medicine Research and Practice 2017; 7:84-9
30. Furnham A, Swami V. Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. International Perspectives in Psychology 2018; 7:240-57
31. Thompson A, Hunt C, Issakidis C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2004; 39:810-7
32. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2006; 40:36-41
33. Yu Y, Liu Z-w, Hu M, Liu H-m, Yang JP, Zhou L, et al. Mental health help-seeking intentions and preferences of rural Chinese adults. Plos One 2015; 10:e0141889
34. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. BMC Psychiatry 2015; 15:1-20
35. Sayarifard A, Ghadirian L, Mohit A, Eftekhar M, Badpa M, Rajabi F. Assessing mental health literacy: What medical sciences students' know about depression. Medical journal of the Islamic Republic of Iran 2015; 29:161
36. Mahmoodi SMH, Ahmadzad-Asl M, Eslami M, Abdi M, Hosseini Kahnamoui Y, Rasoulian M. Mental health literacy and mental health information-seeking behavior in Iranian university students. Frontiers in Psychiatry 2022; 13:893534
37. Ghuloum S, Bener A, Burgut FT. 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 2010; 1:111-8
38. Al-Krenawi A, Graham JR, Dean YZ, Eltaiba N. Cross-national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel. International Journal of Social Psychiatry 2004; 50:102-14
39. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychological Medicine 2015; 45:11-27
40. Venugopal VC, Mohan A, Chennabasappa LK. Status of mental health and its associated factors among the general populace of India during COVID-19 pandemic. Asia-Pacific Psychiatry 2022; 14:e12412
41. Sharp M-L, Fear NT, Rona RJ, Wessely S, Greenberg N, Jones N, et al. Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. Epidemiologic Reviews 2015; 37:144-62
42. Yap MB, Wright A, Jorm AF. The influence of stigma on young people's help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2011; 46:1257-65
43. Lai H-J, Lien Y-J, Chen K-R, Lin Y-K. The Effectiveness of Mental Health Literacy Curriculum among Undergraduate Public Health Students. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022; 19:5269
44. Kurki M, Gilbert S, Mishina K, Lempinen L, Luntamo T, Hinkka-Yli-Salomäki S, et al. Digital mental health literacy-program for the first-year medical students' wellbeing: a one group quasi-experimental study. BMC Medical Education 2021; 21:1-11
45. Fernandez A, Tan K-A, Knaak S, Chew BH, Ghazali SS. Effects of brief psychoeducational program on stigma in Malaysian pre-clinical medical students: a randomized controlled trial. Academic Psychiatry 2016; 40:905-11
46. Lauber C, Rössler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. International Rview of Psychiatry 2007; 19:157-78
47. Martinez AB, Co M, Lau J, Brown JS. Filipino help-seeking for mental health problems and associated barriers and facilitators: a systematic review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2020; 55:1397-413
48. Zhang Z, Sun K, Jatchavala C, Koh J, Chia Y, Bose J, et al. Overview of stigma against psychiatric illnesses

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]

and advancements of anti-stigma activities in six Asian societies. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17:280
49. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC Psychiatry 2010; 10:1-9
50. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2014; 49:231-9
51. Noroozi A, Khademolhosseini F, Lari H, Tahmasebi R. The mediator role of mental health literacy in the relationship between demographic variables and health-promoting behaviours. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2018; 12, 2:e12603
52. Imran N, Rahman A, Chaudhry N, Asif A. Effectiveness of a school-based mental health intervention for school teachers in urban Pakistan: a randomized controlled trial. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2022; 16:1-12

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.99]