ABSTRACT

The relationship between mental health literacy and motivations for receiving methadone among addicts

Rahman Panahi[1], Nooshin Baleshzar[2], Kayhan Javanmardi[3], Armin Baleshzar[4*]

1. Department of Public Health, Qaen Faculty of Medical Sciences, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
2. Student Research School Faculty of Medical Sciences, Kurdestan University of Medical Sciences, sanandaj, Iran
3. Faculty of Psychology, Kurdistan University, Sanandaj, Iran
4. Student Research Committee, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Received: 19 Decemberr 2024
Accepted for publication: 2 July 2025
[EPub a head of print-29 April 2026]
Payesh: 2026; 25(3): 431- 440

Objective (s): Given the increasing prevalence of addiction, the importance of measuring the level of mental health literacy among addicts and the limited studies on motivations for addiction treatment, the present study was conducted to determine the relationship between mental health literacy and motivations for receiving methadone among addicts.
Methods: In a cross-sectional descriptive-analytical study, 250 addicts referring to addiction treatment centers in Qaen town between October and November 2024 were selected to participate in the study through one-stage cluster sampling. The data collection tools included demographic and background characteristics, the Mental Health Literacy Questionnaire (MHLQ) and the Motivation for Receiving Methadone Questionnaire. The data were analyzed using SPSS version 23 software and descriptive statistics and logistic regression test.
Results: The mean and standard deviation of the mental health literacy score was 68.258±3.247 out of 145, which was at a low level. The mean and standard deviation of the motivation score for methadone intake was 19.126±3.362 out of 30, which was at an average level. According to the results of logistic regression, the variables of education level, amount of substance used, and mental health literacy were effective factors on motivation for methadone intake.
Conclusion: Motivation for methadone intake was lower among addicts with less than a diploma level of education, addicts with low amount of substance used, and addicts with lower mental health literacy. Therefore, it is suggested that more attention be paid to the aforementioned addicts in designing educational programs to improve motivation for methadone intake.

Keywords: Motivation to quitting, Methadone therapy, Mental health literacy, Addicts, Addiction treatment centers

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.431]

* Corresponding author: Student Research Committee, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
E-mail: baleshzararmin@gmail.com

سال بیست و پنجم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۴۰۵

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

بررسی ارتباط بین سواد سلامت روان و انگیزه های دریافت متادون بین معتادان

رحمن پناهی[۱]، نوشین بالش زر[۲]، کیهان جوانمردی[۳]، آرمین بالش زر[۴*]

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی قاین، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۳. دانشکده روانشناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران
۴. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۹/۲۹
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۴/۱۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۹ اردیبهشت ۱۴۰۵]
نشریه پایش: ۴۴۰- ۴۳۱ :(۳)۲۵؛ ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: با توجه به افزایش شیوع اعتیاد و نظر به مهم بودن سنجش سطح سواد سلامت روان در بین افراد معتاد و محدود بودن مطالعات در خصوص انگیزه های درمان اعتیاد، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سواد سلامت روان و انگیزه های دریافت متادون در بین معتادان انجام شد.

مواد و روش کار: در یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی، ۲۵۰ نفر از معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر قاین در فاصله زمانی مهرماه تا آبان ماه ۱۴۰۳ از طریق نمونه گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مشخصات دموگرافیکی و زمینه‌ای، پرسشنامه سنجش سواد سلامت روان (MHLQ) و پرسشنامه سنجش انگیزه‌های دریافت متادون بود. داده‌ها با به‌کارگیری نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و آمارهای توصیفی و آزمون رگرسیون لجستیک، تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت روان برابر با ۳/۲۴۷±۶۸/۲۵۸ از ۱۴۵ بود و در سطح پایینی قرار داشت. میانگین و انحراف معیار نمره انگیزه‌های دریافت متادون برابر با ۳/۳۶۲±۱۹/۱۲۶ از ۳۰ بود و در سطح متوسطی قرار داشت. طبق نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک، متغیرهای میزان تحصیلات، میزان ماده مصرفی و سواد سلامت روان از عوامل موثر بر انگیزه های دریافت متادون بودند.

نتیجه‌گیری: انگیزه های دریافت متادون در بین معتادان با سطح تحصیلات زیردیپلم، معتادان با میزان ماده مصرفی پایین و معتادان دارای سواد سلامت روان پایینتر، کمتر بود. لذا پیشنهاد می‌شود در طراحی برنامه های آموزشی جهت ارتقای انگیزه های دریافت متادون، به معتادان فوق الذکر توجه بیشتری مبذول گردد.

کلید واژه ها: انگیزه ترک، متادون درمانی، سواد سلامت روان، معتادان، مراکز ترک اعتیاد
کداخلاق: IR.BUMS.REC.1403.226

* نویسنده پاسخگو: بیرجند، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند
E-mail: baleshzararmin@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.431]

مقدمه

اعتیاد یکی از مهمترین مشکلات زندگی بشر محسوب می‌شود و به عنوان اولین اختلال شایع روانی از آن یاد می‌شود [۱]. اعتیاد دامنه جهانی پیدا کرده و به یکی از چهار بحران جهانی پس از تخریب محیط زیست، بمب اتمی و فقر تبدیل شده است [۲،۳]. اختلالات اعتیادی و وابستگی به مواد، منجر به مشکلات جسمانی و روانی قابل توجهی شده و مشکلات زیادی را برای فرد و جامعه ایجاد می‌کند که در اکثر جوامع یک مشکل سلامت عمومی محسوب می‌شود [۱]. به رغم تلاش‌های گسترده‌ای که در سراسر جهان برای کنترل مواد مخدر انجام شده است، شیوع مصرف مواد مخدر همچنان در حال افزایش است [۴]. بررسی‌های اخیر حاکی از آن است که اعتیاد در ایران مساله ای جدی و رو به رشد است، به گونه‌ای که شیوع آن به ۳ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر می‌رسد [۵]. شیوع اعتیاد از ۳/۷ درصد در سال ۲۰۰۸ به ۵/۴ در سال ۲۰۱۶ رسیده است. بر اساس داده‌های منتشرشده توسط دفتر سازمان ملل متحد در مورد مواد مخدر و جرم در سال ۲۰۱۷، بیش از ۴۰۰ میلیون نفر معتاد هستند که ۵ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. همچنین ایران با نرخ مصرف ۱/۱۳ درصد چهارمین کشور است [۶]. استعمال مواد مخدر به فرایندهای شناختی، آسیب می‌رساند و ضمن تشدید مشکلات زیربنایی اعتیاد، خطر آسیب پذیری غیرعمدی و مرگ را افزایش می‌دهد [۷]. دارودرمانی به عنوان اولین انتخاب برای درمان اعتیاد به کار می‌رود، اما استفاده صرف از دارودرمانی بدون توجه به ابعاد وابستگی روانی، فرهنگی و اقتصادی فرد معتاد، تنها به زدودن ماده موثر مواد مخدر تاکید دارد [۶]. درمان نگهدارنده با متادون یکی از شناخته‌شده‌ترین روش‌های دارودرمانی برای مصرف کنندگان مواد است [۸]. برای بسیاری از افراد وابسته به مواد افیونی استفاده از متادون، درمان جایگزین مناسبی است، زیرا آنان می‌توانند با مصرف این دارو تغییراتی در زندگی خود ایجاد نمایند و به فعالیت‌های اجتماعی خود برگردند [۹]. در بین مصرف کنندگان مواد تحت درمان با متادون، کاهش مصرف مخفیانه مواد و مرگ و میر مشاهده شده است [۱۰]. با این وجود، گزارشات و مطالعاتی وجود دارد که نشان داده است وابستگی به متادون و استفاده طولانی مدت از آن موجب بروز اختلالات شناختی در افراد مصرف کننده می‌شود و در دراز مدت این اختلالات شناختی موجب کاهش کارایی فردی، خانوادگی و اجتماعی مصرف کننده می‌گردد [۸]. در خصوص انگیزه های دریافت متادون در بین معتادان، مطالعات بسیار محدودی انجام شده است. اورن و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ۴ عامل انگیزه درونی، انگیزه بیرونی، کمک جویی بین فردی و بی اعتمادی از مهمترین انگیزه های شروع و ادامه درمان اعتیاد به الکل و مواد میباشند [۱۰]. همچنین نتایج مطالعه کوک و همکاران نشان داد که انگیزه های جستجوی درمان در سطح متوسطی قرار داشته و عواملی مانند فقدان دانش در مورد اعتیاد و دسترسی به کمک حرفه‌ای، همراه با نگرانی‌هایی پیرامون انگ، به‌عنوان موانع قابل‌توجهی برای انگیزه جستجوی درمان در بین معتادان مطرح هستند [۱۱]. در مطالعه باباخانیان و همکاران، عوامل انگیزشی موثر در ورود افراد معتاد به درمان نگهدارنده با متادون عبارت بودند از: کسب اطلاعات درباره درمان با متادون، مشاهده بهبودی در دوستان و آشنایان، تشویق اعضای سالم خانواده، نیاز به مراقبت از خانواده و فرزندان، رفع عوارض جسمانی و روانی حاصل از مصرف افیونها، نارضایتی از سایر شیوه های رایج درمان وابستگی به مواد [۱۲].

برای پیشگیری از اعتیاد، اقدامات احتیاطی متعددی باید در سطوح مختلف انجام شود. یکی از این موارد، افزایش سطح سواد سلامت روان در بین افراد مبتلا به اختلال مصرف الکل و مواد است [۱۱]. جرم و همکاران، سواد سلامت روان را تحت عنوان دانش و باورها درباره اختلالات روان که به شناخت، کنترل یا پیشگیری از اختلالات روان کمک می‌کند، تعریف کردند [۱۳]. محققان بیشتری سعی کردند این مفهوم را گسترش دهند و اخیراً چهار حوزه برای ساخت سواد سلامت روان پیشنهاد شده است: ۱-درک سلامت روان خوب، به عنوان مثال، ارتقای سلامت روان، که به عنوان سواد سلامت روان مثبت نیز شناخته می‌شود، ۲-آشنایی با اختلالات روانی و درمان، ۳- ننگ علیه بیماری روانی و درمان و ۴- شایستگی رفتار کمک جویانه [۱۴]. سواد سلامت روان از طریق انگ، تأثیر مستقیمی بر نگرش نسبت به کمک جویی و نیات کمک جویی دارد [۱۵]. بهبود سواد سلامت روان به تشخیص زودهنگام اختلالات روانی کمک می کند و اختلالات روانی را می توان با افزایش سطح سواد سلامت روان متوقف کرد [۱۶]. افزایش سطح سواد سلامت روان در افراد معتاد ممکن است تأثیر مثبتی بر انطباق و انگیزه درمان داشته باشد [۱۷]. تعیین سطح سواد سلامت روان موجود در افراد معتاد و ارتباط آنها با انگیزه درمان به منظور ارائه مداخلات مرتبط (به ویژه اطلاعات سواد سلامت روان، شناخت اعتیاد، کمک حرفه ای، درمانهای موجود، اطلاعات در مورد راهبردهای خودیاری

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.431]

موثر) مهم است [۱۸]. اطلاعات محدودی در مورد سطح سواد سلامت روان در بین افراد مبتلا به اعتیاد وجود دارد [۱۱]. طبق مطالعه انجام شده توسط کوک و همکاران، سواد سلامت روان در بین معتادان به الکل و مواد مخدر، در سطح متوسطی قرار داشت [۱۱]. همچنین مطالعه انجام شده توسط کسینگ و همکاران نشان داد که سواد سلامت روان معتادان شرکت کننده تقریبا در سطح متوسطی قرار داشت [۱۹].

با توجه به افزایش شیوع اعتیاد [۲] و نظر به مهم بودن سنجش سطح سواد سلامت روان در بین افراد معتاد [۱۸] و محدود بودن مطالعات در خصوص انگیزه های درمان اعتیاد [۱۰-۱۲]، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سواد سلامت روان و انگیزه های دریافت متادون در بین معتادان طراحی و انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بود و جامعه آماری آن، معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر قاین در فاصله زمانی مهرماه تا آبان ماه ۱۴۰۳ بودند. در این مطالعه، ۲۵۰ نفر از معتادان مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه گیری در مطالعه حاضر با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای یک مرحله ای انجام شد، بدین صورت که ابتدا لیستی از تمامی مراکز ترک اعتیاد شهر قاین تهیه شد (۴ مرکز). سپس به صورت تصادفی، از بین تمامی مراکز موجود، تعداد دو مرکز انتخاب شده و معتادان مراجعه کننده به این مراکز منتخب به شرط دارا بودن معیارهای ورود، انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه حاضر شامل تمایل به شرکت در مطالعه، اعتیاد به یکی از مواد مخدر به مدت حداقل یکسال، عدم ابتلا به بیماری روانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن پرونده در یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر قاین و سکونت در شهرستان قاینات بودند. همچنین تکمیل ناقص پرسشنامه ها و عدم رضایت به ادامه مشارکت در هر مرحله از پژوهش، معیارهای خروج بودند.

با توجه به نتایج برگرفته از مطالعه پایلوت در بین ۳۰ نفر از معتادان و در نظر گرفتن ضریب همبستگی برابر با (r=۰/۱۵) برای میزان همبستگی بین سواد سلامت روان و انگیزه دریافت متادون و همچنین استفاده از جدول حجم نمونه برای پژوهش‌های همبستگی، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۱۷۵ نفر تخمین زده شد [۲۰]. در ادامه با احتساب اثر طرح (Design Effect) برابر با ۱/۲، حجم نمونه ۲۱۰ نفر برآورد شد. نهایتا با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۲۰ درصدی نمونه ها، ۲۵۰ نفر وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ای سه قسمتی بود که عبارتند از:

الف) بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیکی و زمینه ای که مشتمل بر سوالاتی درباره سن، جنسیت، وضعیت تاهل، محل سکونت، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، تعداد اعضای خانواده، وضعیت اقتصادی خانواده، سابقه مصرف مواد مخدر در بین اعضای خانواده، وضعیت استعمال دخانیات، وضعیت استعمال الکل، وضعیت استعمال قرص‌های روانگردان، ریتالین و ترامادول، نوع مواد مخدر مصرفی در حال حاضر، میزان ماده مصرفی، اولین ماده مخدر مصرف شده، سن در زمان مصرف اولین ماده مخدر و راه‌های کسب اطلاعات در خصوص ترک اعتیاد بود.

ب) برای سنجش سواد سلامت روان از نسخه فارسی پرسشنامه سواد سلامت روان دیاس، کامپوس، آلمیدا و پالها استفاده شد [۲۱]. این پرسشنامه، یک ابزار ۲۹ گویه‌ای است که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملا مخالف، مخالف، نه موافق نه مخالف، موافق و کاملا موافق) و در چهار بعد: ۱- آگاهی از مشکلات سلامت روان (۱۱گویه)، ۲- باورهای اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان (۸ گویه)، ۳- جستجوی کمک و مهارتهای کمکهای اولیه (۶گویه) و ۴- استراتژی های کمک به خود (۴ گویه) تنظیم شده است. نمره کلی این پرسشنامه در دامنه ۲۹ تا ۱۴۵ قرار می‌گیرد و کسب نمرات بالاتر، نشان دهنده سواد سلامت روان بالاتر است. تمامی مراحل ترجمه و بومی‌سازی این ابزار توسط جعفری و همکاران، انجام شده و خصوصیات روانسنجی آن مورد تایید قرار گرفته است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کلی این ابزار برابر با ۰/۷۷ بوده و نشان دهنده مناسب بودن ثبات درونی کلی پرسشنامه است [۲۱]. در مطالعه حاضر در ابتدا این پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از معتادان قرار داده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ محاسبه شد.

ج) جهت تدوین ابزار سنجش انگیزه های دریافت متادون در بین معتادان، از برخی از مطالعات انجام گرفته در این خصوص استفاده شد [۱۲]. بدین منظور، تیم تحقیق در ابتدا مولفه های حاصل از این مطالعه را اقتباس کرده و آنها را با استفاده از طیف لیکرت، به صورت یک پرسشنامه تنظیم کردند. پرسشنامه تنظیم شده در ابتدا جهت انجام روایی صوری کیفی در اختیار ۱۲ نفر از معتادان قرار داده شد و نظرات آنان در خصوص وجود یا عدم وجود سطح دشواری در درک کلمات، وجود یا عدم وجود برداشتهای اشتباه از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.431]

عبارات، وجود یا عدم وجود نارسایی در معنای کلمات در نظر گرفته شد. سپس جهت انجام روایی صوری کمی، پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از معتادان دیگر قرار داده شد و اهمیت هر عبارت با استفاده از ضریب تاثیر (Impact score) سنجیده شد. در این روش، در صورتی که نمره تاثیر عبارتی مساوی و یا بیشتر از ۱/۵ باشد، آن عبارت حفظ می‌شود [۲۲]. سپس برای بررسی روایی محتوا به شکل کمی، از ۲ شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI)، استفاده شد. برای تعیین نسبت و شاخص روایی محتوا، پرسشنامه به تنی چند از اساتید و متخصصان در حیطه آموزش بهداشت، روانشناسی و روانسنجی ارسال و درخواست شد تا ابتدا هر گویه را براساس طیف ۳ قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. در این بخش ۱۳ نفر از متخصصان پاسخ دادند. براساس جدول لاوشه، برای تعیین حداقل ارزش نسبت روایی محتوا، عباراتی که میزان عددی CVR آنها حداقل ۰/۵۴ بود (براساس ارزیابی ۱۳ نفر متخصص) [۲۲]، در پرسشنامه حفظ شدند. سپس از اساتید و متخصصان خواسته شد تا براساس شاخص روایی محتوایی والتس و باسل، میزان مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن هر یک از عبارات موجود در پرسشنامه را به صورت مجزا در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی تعیین کنند. در این بخش عباراتی که CVI کمتر از ۰/۷۹ داشتند [۲۲] حذف و یا مورد بازنگری قرار گرفتند. در بررسی کیفی روایی محتوا، پرسشنامه‌ها به چندین متخصص فرستاده شد تا آنها نظرات خود را درباره گویه‌هایی مثل رعایت دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب و قرارگیری مناسب عبارات در جای خود و امثالهم را ارائه دهند که نظراتشان در برخی موارد اعمال شد. سپس برای تعیین پایایی، این پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از معتادان قرار داده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ محاسبه شد. نحوه امتیاز گذاری پرسشنامه بدین صورت بود که تمامی سوالات مربوطه با مقیاس لیکرت ۵ سطحی (از کاملا موافقم = ۵ نمره تا کاملا مخالفم = ۱ نمره) رتبه بندی شدند. این پرسشنامه دارای ۶ گویه اصلی بود و دامنه نمرات آن بین ۶ تا ۳۰ بوده و نمره بالاتر نشان دهنده انگیزه درمانی بیشتر است. طبق نظر محققان، میزان انگیزه های دریافت متادون در دو سطح محدود (کسب نمره کمتر از ۵۰٪ نمره کل) و مطلوب (کسب نمره ۱۰۰-۵۰٪) طبقه بندی شد و در رگرسیون لجستیک مورد استفاده قرار گرفت. در مورد ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، ابتدا شماره طرح پژوهشی از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1403.226) دریافت شده و هماهنگی‌های لازم با مراکز ترک اعتیاد منتخب، انجام شد. همچنین هدف از اجرای این تحقیق برای معتادان شرکت کننده توضیح داده شد و رضایت آنها به صورت کتبی اخذ گردید. ضمنا تکمیل پرسشنامه ها به صورت خودگزارشی و به صورت کتبی بود، بدین صورت که از همه معتادان خواسته شد با صداقت کامل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به طور محرمانه و بدون ذکر نام افراد استفاده خواهد شد. پس از جمع آوری، داده ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ شدند و سپس با به کارگیری آمارهای توصیفی و آزمون رگرسیون لجستیک مورد تحلیل قرار گرفتند. ضمناً سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۲۳۰ نفر از معتادان مورد مطالعه قرار گرفتند (میزان پاسخگویی: ۹۲ درصد). در این بین، ۷۸/۷ درصد (۱۸۱ نفر) از نمونه‌ها متاهل بودند، تحصیلات ۷۰ درصد (۱۶۱ نفر) از آنها در سطح زیردیپلم بود و ۷۹/۵ درصد (۱۸۳ نفر) دارای شغل آزاد بودند. میانگین و انحراف معیار سن معتادان مورد مطالعه برابر با ۴۰/۱۲۴±۳/۲۴۷ سال بود. جدول شماره ۱، فراوانی متغیرهای مورد بررسی و نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک جهت تعیین عوامل موثر بر انگیزه های دریافت متادون در بین معتادان مورد مطالعه را نشان می‌دهد. همان طور که نتایج نشان می‌دهد متغیرهای میزان تحصیلات، میزان ماده مصرفی و سواد سلامت روان از عوامل موثر بر انگیزه های دریافت متادون بودند:

- متغیر میزان تحصیلات از عوامل موثر بر انگیزه های دریافت متادون بود، به طوری که شانس داشتن انگیزه های دریافت متادون در سطح مطلوب در بین معتادان دارای میزان تحصیلات بالاتر از دیپلم، ۱/۸۴۵ برابر معتادان دارای تحصیلات زیردیپلم بود.
- متغیر میزان ماده مصرفی از عوامل موثر بر انگیزه های دریافت متادون بود، به طوری که شانس داشتن انگیزه های دریافت متادون در سطح مطلوب در بین معتادانی که روزانه بیشتر از دو بار ماده مخدر استعمال میکردند، ۱/۵۸۵ برابر معتادانی بود که روزانه فقط یکبار ماده مخدر استعمال میکردند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.431]

- متغیر سواد سلامت روان یکی دیگر عوامل موثر بـر انگیـزه هـای دریافت متادون بود، بدین صورت که با افزایش یک واحـد نمـره بـه این متغیر، شانس معتادان جهت داشتن انگیزه های دریافت متادون در سطح مطلوب، ۱/۵۴۱ برابر افزایش می یافت.

طبق نتـایج حاصـله، میـانگین و انحـراف معیـار نمـره انگیـزه هـای دریافت متادون در بین معتادان برابر با ۳/۳۶۲±۱۹/۱۲۶ از ۳۰ بود و در سطح متوسطی قرار داشت. جـدول شـماره ۲، توزیـع فراوانـی عوامل انگیزشی موثر در ورود افراد معتـاد بـه درمـان نگهدارنـده بـا متادون را نشان میدهد. همان طور که این جـدول نشـان مـی‌دهـد مهمترین عوامل انگیزشی عبارتند از: کسب اطلاعات درباره درمان با متادون، مشاهده بهبودی در دوسـتان و آشـنایان و تشـویق اعضـای سالم خانواده. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره سواد سـلامت روان در بین معتادان مورد مطالعه برابر بـا ۳/۲۴۷±۶۸/۲۵۸ از ۱۴۵ بود و در سطح پایینی قرار داشت.

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای مورد بررسی و تحلیل رگرسیون لجستیک برای تعیین عوامل موثر بر بر انگیزه‌های دریافت متادون در بین معتادان*

متغیرها	فراوانی	درصد	Odds (CI 95%)	P
سن	-	-	۱/۰۱۵ (۰/۶۱۳-۱/۲۱۴)	۰/۲۵۹
جنسیت				
مرد	۱۹۵	۸۴/۷۸	۱/۰۰ (ref.)	
زن	۳۵	۱۵/۲۲	۱/۲۵۸ (۱/۰۱۴- ۲/۲۱۴)	۰/۳۱۴
وضعیت تاهل				
مجرد	۴۹	۲۱/۳	۱/۰۰ (ref.)	
متاهل	۱۸۱	۷۸/۷	۰/۲۵۳ (۰/۴۱۸-۱/۱۲۳)	۰/۴۱۹
محل سکونت				
شهر	۱۴۲	۶۱/۷۴	۱/۰۰ (ref.)	
روستا	۴۸	۲۰/۸۶	۰/۶۱۰ (۰/۳۱۹ -۱/۱۰۱)	۰/۵۱۴
حومه شهر	۴۰	۱۷/۴۰	۰/۱۴۷ (۰/۳۲۸ -۰/۵۴۶)	۰/۴۱۲
میزان تحصیلات				
زیردیپلم	۱۶۱	۷۰	۱/۰۰ (ref.)	
دیپلم	۴۰	۱۷/۴۰	۰/۴۵۸ (۰/۶۴۹ - ۱/۴۸۹)	۰/۱۲۵
بالاتر از دیپلم	۲۹	۱۲/۶۰	۱/۸۴۵ (۱/۵۴۹-۳/۱۲۹)	**۰/۰۱۳**
میزان تحصیلات همسر				
زیردیپلم	۴۷	۲۰/۴۳	۱/۰۰ (ref.)	
دیپلم	۱۲۲	۵۳/۰۵	۰/۴۶۹ (۰/۲۵۸ - ۱/۸۷۵)	۰/۴۷۸
بالاتر از دیپلم	۶۱	۲۶/۵۲	۱/۲۱۱ (۰/۸۵۴-۲/۳۶۴)	۰/۵۴۹
شغل همسر				
خانه دار	۱۷۶	۷۶/۵۲	۱/۰۰ (ref.)	
کارمند	۲۵	۱۰/۸۸	۱/۰۲۵ (۰/۶۸۹ -۲/۱۴۷)	۰/۷۷۸
بازنشسته	۲۹	۱۲/۶۰	۱/۱۲۱ (۰/۷۸۹ - ۲/۸۹۱)	۰/۶۵۸
شغل				
کارگر	۸۵	۳۶/۹۰	۱/۰۰ (ref.)	
آزاد	۸۰	۳۴/۸	۱/۲۵۸ (۰/۳۰۲-۳/۰۰۱)	۰/۳۸۹
بازنشسته	۴۰	۱۷/۴۰	۱/۶۱۱ (۰/۷۵۷-۳/۴۵۶)	۰/۵۵۷
سایر	۲۵	۱۰/۸۸	۱/۵۳۱ (۰/۴۸۷-۳/۱۲۵)	۰/۸۱۲
تعداد اعضای خانواده				
۲ نفر	۵۰	۲۱/۷۴	۱/۰۰ (ref.)	
۳ نفر	۴۶	۲۰	۰/۸۸۸ (۱/۱۸۹ -۲/۴۵۶)	۰/۵۸۴
۴ تا ۶	۹۲	۴۰	۱/۵۱۴ (۰/۷۷۵ -۳/۲۵۹)	۰/۴۱۲
۷ نفر و بیشتر	۴۲	۱۸/۲۶	۱/۱۲۵ (۰/۶۱۸ -۳/۳۱۶)	۰/۵۶۹
وضعیت اقتصادی خانواده				
نامطلوب	۷۵	۳۲/۶۵	۱/۰۰(ref.)	
متوسط	۷۵	۳۲/۶۵	۰/۷۴۱ (۰/۹۱۱ - ۳/۴۵۸)	۰/۷۸۹
مطلوب	۸۰	۳۴/۷	۱/۷۸۱ (۰/۷۴۱ - ۱/۸۸۷)	۰/۲۵۸
سابقه مصرف مواد مخدر در بین اعضای خانواده				
خیر	۶۰	۲۶/۱	۱/۰۰ (ref.)	
بله	۱۷۰	۷۳/۹	۰/۱۹۴ (۰/۲۴۷ - ۱/۷۲۵)	۰/۶۱۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.431]

متغیرها	فراوانی	درصد	Odds (CI 95%)	P
وضعیت استعمال سیگار				
خیر	۹۰	۳۹/۱۳	۱/۰۰ (ref.)	
بله	۱۴۰	۶۰/۸۷	۰/۳۶۸ (۰/۵۲۵ - ۱/۴۱۴)	۰/۳۱۵
وضعیت استعمال قلیان				
خیر	۱۳۵	۵۸/۷	۱/۰۰ (ref.)	
بله	۹۵	۴۱/۳	۰/۴۱۴ (۰/۵۶۵-۱/۲۰۱)	۰/۲۵۱
وضعیت استعمال قرصهای روانگردان، ترامادول و ریتالین				
هرگز	۱۴۰	۶۰/۸۷	۱/۰۰ (ref.)	
گاهی اوقات	۵۶	۲۴/۳۵	۰/۳۲۵ (۰/۶۵۸ - ۱/۱۰۴)	۰/۲۵۷
هر روز	۳۴	۱۴/۷۸	۰/۱۱۸ (۰/۳۷۰ - ۰/۸۹۹)	۰/۵۸۹
نوع مواد مخدر مصرفی در زمان حاضر				
تریاک	۷۲	۳۱/۳	۱/۰۰ (ref.)	
هرویین	۴۶	۲۰	۰/۴۹۸ (۰/۶۴۸ -۱/۲۵۸)	۰/۴۰۹
حشیش	۴۰	۱۷/۴	۰/۵۸۹ (۰/۸۷۹ - ۱/۵۸۱)	۰/۵۵۷
شیشه	۲۳	۱۰	۰/۴۱۲ (۰/۴۹۹ - ۱/۱۲۴)	۰/۶۲۱
کراک	۲۶	۱۱/۳	۰/۶۵۲ (۰/۷۱۱ - ۲/۳۱۶)	۰/۲۵۱
سایر	۲۳	۱۰	۰/۲۵۸ (۰/۳۹۱ - ۱/۲۱۱)	۰/۹۴۵
میزان ماده مصرفی				
روزانه یکبار	۱۳۵	۵۸/۷	۱/۰۰ (ref.)	
روزانه دو بار	۴۵	۱۹/۵۷	۰/۴۱۹ (۰/۵۸۹ - ۱/۳۵۸)	۰/۲۵۹
بیشتر از دو بار	۵۰	۲۱/۷۳	۱/۵۸۵ (۱/۳۱۴ - ۳/۲۳۳)	**۰/۰۰۹**
اولین ماده مخدر مصرف شده				
تریاک	۶۵	۲۸/۲۶	۱/۰۰ (ref.)	
هرویین	۳۷	۱۶/۱	۰/۶۵۶ (۰/۶۲۱ - ۲/۵۴۷)	۰/۴۱۹
حشیش	۷۰	۳۰/۴۴	۰/۸۶۵ (۰/۹۴۴ -۳/۵۲۸)	۰/۳۳۵
شیشه	۱۸	۷/۸	۰/۱۶۳ (۰/۴۵۸ -۰/۹۸۹)	۰/۷۵۴
کراک	۲۳	۱۰	۰/۷۸۹ (۰/۸۹۷ - ۲/۴۱۵)	۰/۲۳۳
سایر	۱۷	۷/۴	۰/۱۰۶ (۰/۲۱۲ - ۰/۵۴۸)	۰/۴۸۹
سن در زمان مصرف اولین ماده مخدر				
بیشتر از ۲۵ سال	۶۰	۲۶/۱	۱/۰۰ (ref.)	
۱۵ تا ۲۵ سال	۱۳۰	۵۶/۵	۰/۴۲۱ (۰/۶۸۱ - ۱/۵۴۷)	۰/۲۶۹
کمتر از ۲۵ سال	۴۰	۱۷/۴۰	۱/۰۱۴ (۰/۵۸۱ - ۲/۵۴۷)	۰/۵۱۵
راه‌های کسب اطلاعات درباره ترک اعتیاد				
اینترنت	۷۰	۳۰/۴۳	۱/۰۰ (ref.)	
کارکنان بهداشتی-درمانی	۴۵	۱۹/۵۷	۰/۵۲۳ (۰/۸۵۹-۲/۲۰۱)	۰/۴۵۳
رادیو و تلویزیون	۳۵	۱۵/۳	۰/۳۶۱ (۰/۴۱۲ - ۱/۰۱۶)	۰/۲۵۸
کتاب، روزنامه و مجله	۳۰	۱۳	۰/۴۱۳ (۰/۶۵۹ - ۲/۱۱۲)	۰/۳۶۹
سایر	۳۰	۱۳	۰/۱۱۲ (۰/۰۸۹ - ۰/۹۷۸)	۰/۶۱۲
سواد سلامت روان	۲۰	۸/۷	۱/۵۴۱ (۱/۰۱۲-۲/۲۲۱)	**۰/۰۰۸**

*متغیرهای مستقل به روش همزمان وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند.

جدول ۲: توزیع فراوانی عوامل انگیزشی موثر در ورود افراد معتاد به درمان نگهدارنده با متادون در مطالعه حاضر

عوامل انگیزشی موثر	تعداد	درصد
کسب اطلاعات درباره درمان با متادون	۱۱۸	۵۱/۳۰
مشاهده بهبودی در دوستان و آشنایان	۹۲	۴۰
تشویق اعضای سالم خانواده	۷۶	۳۳
رفع عوارض جسمانی و روانی حاصل از مصرف افیونها	۶۹	۳۰
نارضایتی از سایر شیوه های رایج درمان وابستگی به مواد	۵۴	۲۳/۵
نیاز به مراقبت از خانواده و فرزندان	۴۸	۲۰/۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.431]

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین انگیزه‌های دریافت متادون و سواد سلامت روان در بین معتادان انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که انگیزه‌های دریافت متادون در بین معتادان مورد مطالعه در سطح متوسطی قرار داشت. این یافته از مطالعه حاضر با نتایج مطالعه کوک و همکاران [۱۱] همخوانی داشت. همچنین در مطالعه حاضر مهمترین عوامل انگیزشی به ترتیب عبارت بودند از: کسب اطلاعات درباره درمان با متادون، مشاهده بهبودی در دوستان و آشنایان و تشویق اعضای سالم خانواده. این نتایج تقریبا همسو با نتایج مطالعه باباخانیان و همکاران [۱۲] بود با این تفاوت که در مطالعه باباخانیان و همکاران، انگیزه نیاز به مراقبت از خانواده و فرزندان در رتبه چهارم قرار داشت، اما در مطالعه حاضر در رتبه آخر قرار گرفت. دلیل احتمالی این مساله میتواند این باشد که مطالعه باباخانیان و همکاران در بین زنان معتاد انجام شده و زنان به دلیل داشتن خصوصیات فیزیولوژیکی و داشتن حس مادری، معمولا خود را حافظ فرزندان و خانواده خویش میدانند، در حالی که زنان در مطالعه حاضر، فقط ۱۵ درصد شرکت کنندگان را شامل می شدند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سواد سلامت روان در بین معتادان مورد مطالعه در سطح پایینی قرار داشت. با توجه به نقش سطوح پایین سواد سلامت روان در تشخیص و درمان و توقف اختلالهای روانشناختی [۱۶،۲۳] و نظر به حضور ۷۰ درصدی افراد دارای سطح تحصیلات زیردیپلم در مطالعه حاضر و بالاتر بودن سطح سواد سلامت روان در بین افراد دارای تحصیلات بالاتر [۱۵]، حصول این نتایج تا حدودی قابل توجیه است. این یافته از مطالعه حاضر با نتایج مطالعات انجام شده توسط کوک و همکاران [۱۱] و کسینگ و همکاران [۱۹]، که حاکی از سطوح متوسط سواد سلامت روان در بین معتادان بود، مطابقت نداشت. از جمله دلایل احتمالی این ناهمخوانی میتوان به استفاده از ابزار متفاوت برای سنجش سواد سلامت روان، به تفاوت سطح تحصیلات در بین این دو مطالعه و مطالعه حاضر اشاره کرد. ضمنا دلیل دیگر میتواند هم مرز بودن محل انجام این مطالعه با کشور افغانستان باشد زیرا این نزدیکی احتمالا توانسته در جابجایی و انتقال بیشتر مواد مخدر و تاثیرپذیری بیشتر افراد از فرهنگ این کشور همسایه، موثر باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان تحصیلات از دیگر عوامل موثر بر انگیزه های دریافت متادون بود. همسو با این یافته در مطالعه کوک و همکاران نیز، فقدان دانش در مورد اعتیاد و دسترسی به کمک حرفه‌ای، به عنوان یک مانع مهم و بازدارنده از انگیزه جستجوی درمان در بین معتادان مطرح شد [۱۱]. ضمنا همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه باباخانیان و همکاران نیز، داشتن مهارت لازم کسب اطلاعات درباره درمان با متادون، مهمترین عامل انگیزشی جهت ورود افراد معتاد به درمان نگهدارنده با متادون بود [۱۲]. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان ماده مصرفی از دیگر عوامل موثر بر انگیزه های دریافت متادون بود. در توجیه این یافته می‌توان این طور استنباط کرد که معتادانی که مصرف بیشتری دارند، دچار مشکلات بیشتری شده و احتمالا شماتت های بیشتری را از سوی اطرافیانشان تحمل میکنند. لذا احتمالا انگیزه های بیشتری برای ترک مصرف و دریافت متادون خواهند داشت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سواد سلامت روان از دیگر عوامل موثر بر انگیزه های دریافت متادون بود. همسو با این یافته، در مطالعه کوک و همکاران بین سواد سلامت روان و انگیزه جستجوی درمان در بین معتادان ارتباط معنادار وجود داشت [۱۱]. با توجه به تاثیر سواد سلامت روان بر انطباق و انگیزه درمان در بین افراد معتاد [۱۷] و نظر به نقش سواد سلامت روان در کنترل اختلالات روانی [۱۳]، این یافته از مطالعه حاضر قابل توجیه است. از محدودیتهای مطالعه حاضر می‌توان به خودگزارشی در زمان تکمیل پرسشنامه توسط معتادان اشاره نمود که ممکن است اطلاعات صحیح و دقیقی را در اختیار تیم تحقیق قرار ندهد. همچنین تعداد کم نمونه‌ها، محدود بودن مطالعات در خصوص ارتباط بین انگیزه های دریافت متادون و سواد سلامت روان در بین معتادان و عدم دسترسی به معتادانی که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه نمیکنند، از دیگر محدودیتهای مطالعه حاضر بود. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که مطالعه حاضر فقط در میان معتادان مراجعه کننده به مراکز اعتیاد شهرستان قاینات انجام شد. لذا نتایج حاصل از آن قابل تعمیم به معتادان سایر نقاط کشور نیست. بنابراین انجام این مطالعه در مقیاس وسیع‌تری از معتادان سایر نقاط کشور، توصیه می‌شود. همچنین با توجه به عدم سنجش سواد سلامت روان معتادان و نیز عدم وجود مطالعه در خصوص ارتباط بین سواد سلامت روان و انگیزه های دریافت متادون در کشور، می‌توان این موارد را جزء نقاط قوت مطالعه حاضر قلمداد کرد. در مجموع نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که در بین معتادان مورد مطالعه، انگیزه های دریافت متادون در سطح متوسط

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.431]

و سواد سلامت روان در سطح محدودی قرار داشت. همچنین متغیرهای میزان تحصیلات، میزان ماده مصرفی و سواد سلامت روان از عوامل موثر بر انگیزه های دریافت متادون بودند. انگیزه های دریافت متادون در بین معتادان با سطح تحصیلات زیردیپلم، معتادان با میزان ماده مصرفی پایین و معتادان دارای سواد سلامت روان پایینتر، کمتر بود. لذا پیشنهاد می‌شود در طراحی برنامه های آموزشی جهت ارتقای انگیزه های دریافت متادون، به معتادان فوق الذکر توجه بیشتری مبذول گردد.

تضاد منافع: نویسندگان مقاله اعلام می دارند هیچ گونه تضاد منافعی ندارند.

سهم نویسندگان

رحمن پناهی: طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها، نگارش و ویرایش نهایی مقاله

نوشین بالش زر: مشارکت در نگارش و ویرایش نهایی مقاله

کیهان جوانمردی: مشارکت در گردآوری داده‌ها و نگارش نهایی مقاله

آرمین بالش زر: ارائه دهنده ایده اصلی پژوهش و گردآوری داده‌ها

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و همکاری مسئولان مراکز ترک اعتیاد شهرستان قاینات به اجرا در آمده است. بدین وسیله نویسندگان این مقاله از تمامی مسئولانی که محققان را در اجرای پژوهش حاضر یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

منابع

1. Ghandehari A, dehghani A. Effectiveness of Group Schema Therapy in Metacognitive Beliefs and Methadone Dose Reduction in Men under Methadone Treatment. Etiadpajohi 2018; 11: 169-86 [Persian]
2. Farahaninia M, Azarang Z, Bozorgnezhad M, Haghani H. Relationship between Health Literacy and Addiction Susceptibility in High School Adolescents. Journal of Client-Centered Nursing Care 2024; 10: 3-14 [Persian]
3. Zeighami R, Hosseini SM, Mohammadi N, Shahsavari S. Predicting addiction susceptibility based on big five personality traits. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2021; 15: 103-9 [Persian]
4. Cousijn J, Luijten M, Feldstein Ewing SW. Adolescent resilience to addiction: A social plasticity hypothesis. The Lancet Child & Adolescent Health 2018; 2: 69-78
5. Moazen B, Shokoohi M, Noori A, Rahimzadeh S, Saeedi Moghaddam S, Rezaei F, et al. Burden of drug and alcohol use disorders in Iran: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Archives of Iranian Medicine 2015; 18: 480-5 [Persian]
6. Heidari A, Mohamadi R, Bahmani M. The Effect of Motivational Interviewing on Reducing Craving and Relapse in Substance Abusers under Methadone Treatment. Etiadpajohi 2017; 11: 89-104 [Persian]
7. Mosalman M, Mikaeli N, Mahdavi A. Predicting Addiction Readiness based on Health Literacy in Students. Etiadpajohi 2021; 15: 43-64
8. Bell J, Burrell T, Indig D, Gilmour S. Cycling in and out of treatment; participation in methadone treatment in NSW, 1990–2002. Drug and Alcohol Dependence 2006; 81: 55-61
9. Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. Drug and Alcohol Dependence 2008; 94: 151-7
10. Evren C, Saatcioglu O, Dalbudak E, Danismant BS, Cakmak D, Ryan RM. Factorial Structure and Reliability and Validity of Turkish Version Treatment Motivation Questionnaire (TMQ) in Alcohol Dependents. Journal of Dependenc 2006; 7: 117-22
11. Koç A, Tok HH, Taştekin N, Ensari H. Relationship Between Mental Health Literacy Level and Treatment Motivation in Alcohol and Drug Addicts. Current Approaches in Psychiatry 2023; 15: 429-38
12. Babakhanian M, AlamMehrjerdi Z, Sotodeh N, Shenaiy Y. A Survey on Motivational Factors Associated with Entry to Methadone Maintenance Treatment Clinics among Women: A Short Report. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2013; 12: 667-72 [Persian]
13. Mirsalimi F, Ghofranipour F, Montazeri A, Norouzi A. Investigating mental health literacy regarding postpartum depression and related factors in pregnant women. Payesh 2019; 18: 525-33 [Persian]
14. Mahmoodi SMH, Ahmadzad-Asl M, Eslami M, Abdi M, Hosseini Kahnamoui Y, Rasoulian M. Mental Health Literacy and Mental Health Information-

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.431]

Seeking Behavior in Iranian University Students. Frontiers in Psychiatry 2022; 13: 893534 [Persian]
15. Cormier E, Park H, Schluck G. College Students' eMental Health Literacy and Risk of Diagnosis with Mental Health Disorders. Healthcare 2022; 10: 2406
16. Hu J, Wang J, Li D, Huang X, Xue Y, Jia L, et al. Mediating Effect of Sleep Disorder Between Low Mental Health Literacy and Depressive Symptoms Among Medical Students: The Roles of Gender and Grade. Frontiers in Psychiatry 2022; 13: 818295
17. Miles R, Rabin L, Krishnan A, Grandoit E, Kloskowski K. Mental health literacy in a diverse sample of undergraduate students: Demographic, psychological, and academic correlates. BMC Public Health 2020; 20: 1-13
18. Bozdağ N, Çuhadar D. Internalized stigma, self-efficacy, and treatment motivation in patients with substance use disorders. Journal of Substance Use 2022; 27: 174-80
19. Kesgin MT, Pehlivan S, Uymaz P. Study of validity and reliability of the mental health literacy scale in Turkish. Anatolian Journal of Psychiatry 2020; 21: 5-14
20. Panahi R, Ghorbanpour Z, Moradi B, Eidy F, Amjadian MA. The relationship between health literacy and the adoption of COVID-19 preventive behaviors: A cross-sectional study in Iran. PLoS ONE 2024; 19: e0299007
21. Zarebi A, Jafari F, Hosseinian S, Abdollahi A. Psychometric properties of the Persian version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) on Iranian students in 1398. Journal of Research in Psychological Health 2021; 14: 85-103 [Persian]
22. Hajizade E, Asghari M. Methods and statistical analysis looking at the methodology. 1st Edition, Press agency SID: Tehran, 2011 [in Persian]
23. Brijnath B, Protheroe J, Mahtani KR, Antoniades J. Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results from a Systematic Review. Journal of Medical Internet research 2016; 18: 165

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.431]