Evaluating the Impact of an Educational Intervention Based on the Adapted Mental Health Literacy Curriculum on Barriers and Help-Seeking Behaviors Among High School Students

ABSTRACT

Background and Objectives: Mental health disorders are significant public health challenges that impact adolescents. In Iran, the high prevalence of mental health issues and the lack of help-seeking behavior among adolescents highlight the necessity of improving mental health literacy. This study aimed to evaluate the impact of an educational intervention based on the Canadian Mental Health Literacy Curriculum (adapted for Iran) on reducing barriers and improving help-seeking behaviors among high school students.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental, cluster-based study conducted in 2023 among 200 female high school students in Saveh, Iran. Participants were selected using multistage cluster sampling and were randomly assigned to either the intervention group (n = 100) or the control group (n = 100). Data collection tools included standard questionnaires on "Barriers to Help-Seeking" and "Help-Seeking Behaviors." The intervention group participated in a 6-week educational program. Data were collected at three time points (before, one month after, and three months after the intervention) and analyzed using SPSS version 21 and repeated-measures ANOVA.

Results: Results indicated that variables were homogenous between the two groups prior to the intervention. Following the intervention, a significant reduction in perceived barriers to help-seeking was observed in the intervention group ($p < 0.05$). However, while there was an increase in help-seeking behaviors in the intervention group, the change was not statistically significant ($p > 0.05$). No significant differences were observed in the control group before and after the intervention ($p > 0.05$).

Conclusion: The findings suggest that the adapted Mental Health Literacy Curriculum effectively reduced perceived barriers and fostered a more positive attitude toward help-seeking. However, these changes did not significantly translate into improved help-seeking behaviors. This study underscores the importance of designing interventions that not only enhance mental health literacy but also improve access to services, strengthen self-efficacy, and address perceived barriers among adolescents.

Keywords: Mental Health Literacy, Barriers, Help-Seeking Behavior, Early Intervention, Educational, Adolescent

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Paper Type: Research Article.

▶ **Citation (Vancouver):** Saboohi Z, Nazarnia M, Hosseini A, Solhi M. Evaluating the Impact of an Educational Intervention Based on the Adapted Mental Health Literacy Curriculum on Barriers and Help-Seeking Behaviors Among High School Students. *Iran J Health Educ Health Promot.* (Spring 2025); 13(2): 200-212.

▶ **Citation (APA):** Saboohi Z., Nazarnia M., Hosseini A., Solhi M. (Spring 2025). Evaluating the Impact of an Educational Intervention Based on the Adapted Mental Health Literacy Curriculum on Barriers and Help-Seeking Behaviors Among High School Students. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion*., 13(2), 200-212.

Zahra Saboohi
Department of Health Services, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Mahsa Nazarnia
Department of Health Education and Promotion, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Ava Sadat Hosseini
Department of Health, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Mahnaz Solhi
* Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) :
solhi.m@iums.ac.ir

Received: 2024/08/29
Accepted: 2025/01/27

Doi: 10.22034/13.2.3

تأثیر مداخله آموزشی بر اساس برنامه درسی اقتباس شده سواد سلامت روان بر موانع و رفتار کمک‌جویی دانش‌آموزان دبیرستانی

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات روانی از چالش‌های مهم بهداشت عمومی هستند که نوجوانان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. در ایران، شیوع بالای مشکلات سلامت روان و عدم کمک‌جویی نوجوانان، لزوم ارتقای سواد سلامت روان را برجسته می‌کند. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر برنامه درسی سواد سلامت روان کانادا (نسخه‌ی ایرانی‌شده) بر کاهش موانع و بهبود رفتار کمک‌جویی دانش‌آموزان دبیرستانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه‌ی نیمه‌تجربی خوشه‌ای است که در سال ۱۴۰۲ در میان ۲۰۰ دانش‌آموز دختر متوسطه شهرستان ساوه انجام شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام گردید و شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی به دو گروه مداخله (۱۰۰ نفر) و کنترل (۱۰۰ نفر) تخصیص داده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه استاندارد «موانع کمک‌جویی» و «رفتار کمک‌جویی» بود. برنامه آموزشی در گروه مداخله طی ۶ جلسه هفتگی برگزار شد. داده‌ها در سه مرحله (قبل، یک ماه و سه ماه پس از آموزش) و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند. سطح معناداری ۵ ٪ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج بیانگر همگن‌بودن متغیرها در دو گروه قبل از مداخله آموزشی بوده است و به‌دنبال آموزش در گروه مداخله، کاهش معناداری در موانع کمک‌جویی ($P<۰/۰۵$) مشاهده گردید. اما در رفتار کمک‌جویی با وجود افزایش در گروه مداخله، اختلاف معنادار نبود($P>۰/۰۵$).در گروه کنترل نیز قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، برنامه‌ی درسی انطباق‌شده سواد سلامت روان توانست به کاهش موانع درک‌شده کمک کند و نگرش مثبت‌تری نسبت به موضوع ایجاد نماید، اما این تغییرات نتوانست به‌طور معناداری در رفتار کمک‌جویانه افراد تأثیر بگذارد. نتایج این پژوهش بر اهمیت طراحی مداخلاتی که علاوه بر ارتقای سواد سلامت روان، با ایجاد دسترسی بهتر به خدمات و حمایت‌های موجود، به تقویت خودکارآمدی و کاهش موانع درک‌شده در نوجوانان بپردازند، تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت روان، موانع، رفتار کمک‌جویانه، مداخله‌ی زودهنگام، آموزشی، نوجوان

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

◄ **استناد (ونکوور):** صبوحی ز، نظرنیا م، حسینی آ، صلحی م. تأثیر مداخله آموزشی بر اساس برنامه درسی اقتباس شده سواد سلامت روان بر موانع و رفتار کمک‌جویی دانش‌آموزان دبیرستانی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. بهار ۱۴۰۴؛۱۳(۲):۲۰۰-۲۱۲ .

◄ **استناد (APA):** صبوحی، زهرا؛ نظرنیا، مهسا؛ حسینی، آوا سادات؛ صلحی، مهناز. (بهار ۱۴۰۴). تأثیر مداخله آموزشی بر اساس برنامه درسی اقتباس شده سواد سلامت روان بر موانع و رفتار کمک‌جویی دانش‌آموزان دبیرستانی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۱۳(۲):۲۰۰-۲۱۲.

زهراصبوحی
گروه خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مهسا نظرنیا
گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

آوا سادات حسینی
گروه بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

مهناز صلحی
* مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول):
solhi.m@iums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۰۸

مقدمه

اختلالات روانی یکی از چالش‌های جدی بهداشت عمومی در سراسر جهان است که همه‌ی گروه‌های سنی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱). تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان ایرانی در سن مدرسه علائم و نشانه‌های مشکلات سلامت روان را دارند. بنابراین، شیوع مشکلات جدی در بین آن‌ها ۳ تا ۱۸ درصد برآورد شده است (۲). مشکلات سلامت روان در این دوره می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر سلامت جسمانی، تحصیلی و پیامدهای اجتماعی-اقتصادی در طول زندگی داشته باشد (۳) . با این وجود، اکثر نوجوانان برای مشکلات روانی خود به‌دنبال کمک نمی‌روند (۴).

کمک‌جویی، فرآیندی متمرکز بر حل مسئله است که می‌تواند اثرات طولانی‌مدت مشکلات سلامت روان را کاهش دهد و از پیشرفت اختلالات شدید جلوگیری کند (۵). با این‌حال، شواهد حاکی از آن است که بخش قابل‌توجهی از نوجوانان مبتلا به مشکلات سلامت روان از خدمات رسمی استفاده نمی‌کنند. به‌عنوان مثال، در یک مطالعه در ایالات متحده مشخص شد که تقریباً ۶۴ درصد از نوجوانان با علائم بالینی مشکلات روانی از کمک‌جویی رسمی اجتناب می‌کنند (۶). هم‌چنین، مطالعه‌ای دیگر در بریتانیا نشان شد که نوجوانانی که برای مشکلات سلامت روان کمک نمی‌گیرند، تا هفت برابر بیشتر در معرض بدترشدن وضعیت روانی خود قرار دارند (۷).

یکی از موانع اصلی کمک‌جویی در نوجوانان، سواد سلامت روان پایین است (۸، ۹) برای نمونه، نتایج یک نظرسنجی در بریتانیا که شامل ۲۷۰۲ جوان زیر ۲۰ سال بود نشان داد که بیش از نیمی از پاسخ‌دهندگان برای مشکلات سلامت روانی خود کمک نگرفته‌اند زیرا آگاهی کافی نسبت به وضعیت روانی خود نداشتند (۱۰). به همین‌دلیل، مداخلات مبتنی بر افزایش سواد سلامت روان در سطح جهان برای تشویق کمک‌جویی زودهنگام آغاز شده‌اند (۱۱، ۱۲) با این‌حال، شواهد به‌دست آمده در مورد اثربخشی این مداخلات هنوز نتایج متفاوتی ارائه داده است (۱۳، ۱۴).

سواد سلامت روان که ابتدا به‌عنوان "دانش و باور در مورد اختلالات روانی که به شناخت، مدیریت یا پیشگیری از آن‌ها کمک می‌کند" تعریف شد (۱۵)، شامل ابعاد مختلفی نظیر توانایی تشخیص اختلالات خاص، و دانش در مورد چگونگی کمک‌گرفتن است (۱۶). مفاهیم جدیدتر، ابعاد گسترده‌تری مانند چگونگی به‌دست آوردن و حفظ سلامت روانی خوب، درک اختلالات و درمان آن‌ها، کاهش انگ و افزایش اثربخشی کمک‌جویی را پیشنهاد کرده‌اند. این تغییرات بر اهمیت حرکت به‌سوی ارتقای سلامت روانی مثبت تأکید دارند (۱۵).

کمک‌جویی به‌عنوان یکی از ابعاد کلیدی سواد سلامت روان، به‌ویژه در میان نوجوانان، برای مدیریت مشکلات روانی بسیار اهمیت دارد. کمک‌جویی ممکن است رسمی (مانند مراجعه به خدمات تخصصی سلامت روان) یا غیررسمی (مانند کمک‌گرفتن از والدین و دوستان) باشد. بااین‌حال، مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان غالباً کمک‌های غیررسمی را ترجیح می‌دهند (۱۷). با این‌حال، عدم کمک‌جویی منجر به بدترشدن وضعیت سلامت روان و پیامدهای منفی طولانی‌مدت می‌شود که حتی تا دوران بزرگسالی نیز ادامه پیدا می‌کنند (۷) (۱۲).

موانع اصلی کمک‌جویی در نوجوانان شامل درک ناکافی از نیاز به کمک (۴۶/۹٪ از پاسخ دهندگان)، مشکلات ساختاری در سیستم خدمات بهداشت روان (۴۳/۷٪)، و نگرش منفی نسبت به این خدمات (۳۶/۵٪) است (۱۸). درحالی‌که مطالعات گذشته بیشتر بر موانع نگرشی مانند انگ تمرکز کرده‌اند، شواهد نشان می‌دهند که موانع ساختاری یکی از دلایل اصلی اجتناب از کمک‌جویی در نوجوانان ایرانی است (۱۹، ۲۰).

با این‌حال، در ایران تحقیقات کافی در زمینه مداخلات ساختاریافته برای ارتقای سواد سلامت روان نوجوانان انجام نشده است. اگرچه چند مطالعه محدود به این موضوع پرداخته‌اند (۲۱، ۲۲). اما شکاف‌های پژوهشی هم‌چنان باقی مانده است.

این پژوهش اولین تلاش برای تطبیق و استفاده از یک راهنمای رسمی بین‌المللی سواد سلامت روان در کشور است (۲۳). این

پژوهش اولین تلاش برای تطبیق و استفاده از یک راهنمای رسمی بین‌المللی سواد سلامت روان در کشور است. راهنمای برنامه درسی سلامت روان کانادا، به‌عنوان یک ابزار آموزشی ساختاریافته، تأثیرات مثبتی بر ارتقای سواد سلامت روان در مدارس این کشور داشته است (۲۴).این راهنما شامل شش بخش اصلی است که جنبه‌های مختلف سلامت روان، ازجمله انگ‌زدایی، درک بیماری‌های روانی و تشویق کمک‌جویی، را پوشش می‌دهد (۲۳).

با توجه به شیوع بالای مشکلات سلامت روان در میان نوجوانان ایرانی و عدم تمایل آن‌ها به کمک‌جویی، ضرورت طراحی مداخلاتی که نه تنها به ارتقای سواد سلامت روان بلکه به کاهش موانع ساختاری و نگرشی کمک کنند، بیش از پیش احساس می‌شود. نتایج این مطالعه می‌تواند به طراحی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر شواهد برای بهبود دسترسی نوجوانان به خدمات سلامت روان و ارتقای پیامدهای بلندمدت در این حوزه کمک کند.

هدف از این مطالعه، بررسی اثربخشی یک مداخله آموزشی مبتنی بر نسخه ایرانی‌شده این راهنما برای دانش‌آموزان دبیرستانی است. این پژوهش تأثیر مداخله را بر سواد سلامت روان، کاهش انگ، و بهبود رفتار کمک‌جویی ارزیابی کرده و تلاشی برای پرکردن شکاف دانش موجود در این حوزه در ایران است.

اختلالات روانی یکی از چالش‌های جدی بهداشت عمومی در سراسر جهان است که همه‌ی گروه های سنی را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد (۱) تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان ایرانی در سن مدرسه علائم و نشانه‌های مشکلات سلامت روان را دارند. بنابراین، شیوع مشکلات جدی در بین آن‌ها ۳ تا ۱۸ درصد برآورد شده است (۲) مشکلات سلامت روان در این دوره می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر سلامت جسمانی ، تحصیلی و پیامدهای اجتماعی-اقتصادی در طول زندگی داشته باشد. .(۴)با این وجود، اکثر نوجوانان برای مشکلات روانی خود به‌دنبال کمک نمی‌روند (۵).

کمک‌جویی فرآیندی متمرکز بر حل‌مسئله است که می‌تواند اثرات طولانی‌مدت مشکلات سلامت روان را کاهش دهد و از پیشرفت اختلالات شدید جلوگیری کند (۶). با این‌حال، شواهد حاکی از آن است که بخش قابل‌توجهی از نوجوانان مبتلا به مشکلات سلامت روان از خدمات رسمی استفاده نمی‌کنند. به‌عنوان مثال، در یک مطالعه در ایالات متحده مشخص شد که تقریباً ۶۴ درصد از نوجوانان با علائم بالینی مشکلات روانی از کمک‌جویی رسمی اجتناب می‌کنند(۷). هم‌چنین، مطالعه‌ای دیگر در بریتانیا نشان شد که نوجوانانی که برای مشکلات سلامت روان کمک نمی‌گیرند، تا هفت برابر بیشتر در معرض بدترشدن وضعیت روانی خود قرار دارند (۸).

یکی از موانع اصلی کمک‌جویی در نوجوانان، سواد سلامت روان پایین است(۹و ۱۰) برای نمونه، نتایج یک نظرسنجی در بریتانیا که شامل ۲۷۰۲ جوان زیر ۲۰ سال بود نشان داد که بیش از نیمی از پاسخ‌دهندگان برای مشکلات سلامت روانی خود کمک نگرفته‌اند زیرا آگاهی کافی نسبت به وضعیت روانی خود نداشتند (۱۱). به همین‌دلیل، مداخلات مبتنی بر افزایش سواد سلامت روان در سطح جهان برای تشویق کمک‌جویی زودهنگام آغاز شده‌اند (۱۲و ۱۳) با این‌حال، شواهد به‌دست آمده در مورد اثربخشی این مداخلات هنوز نتایج متفاوتی ارائه داده است (۱۴و ۱۵).

سواد سلامت روان که ابتدا به‌عنوان "دانش و باور در مورد اختلالات روانی که به شناخت، مدیریت یا پیشگیری از آن‌ها کمک می کند" تعریف شد (۱۶)، شامل ابعاد مختلفی نظیر توانایی تشخیص اختلالات خاص، و دانش در مورد چگونگی کمک گرفتن است (۱۷). مفاهیم جدیدتر، ابعاد گسترده‌تری مانند چگونگی به‌دست آوردن و حفظ سلامت روانی خوب، درک اختلالات و درمان آن‌ها، کاهش انگ و افزایش اثربخشی کمک‌جویی را پیشنهاد کرده‌اند. این تغییرات بر اهمیت حرکت به سوی ارتقای سلامت روانی مثبت تأکید دارند.(۱۶).

کمک‌جویی به‌عنوان یکی از ابعاد کلیدی سواد سلامت روان، به‌ویژه در میان نوجوانان، برای مدیریت مشکلات روانی بسیار اهمیت دارد. کمک‌جویی ممکن است رسمی (مانند مراجعه به خدمات تخصصی سلامت روان) یا غیررسمی (مانند کمک‌گرفتن از والدین و دوستان) باشد. بااین‌حال، مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان

غالباً کمک‌های غیررسمی را ترجیح می‌دهند (۱۸). با این‌حال، عدم کمک‌جویی منجر به بدترشدن وضعیت سلامت روان و پیامدهای منفی طولانی‌مدت می‌شود که حتی تا دوران بزرگسالی نیز ادامه پیدا می‌کنند (۸) (۱۳).

موانع اصلی کمک‌جویی در نوجوانان شامل درک ناکافی از نیاز به کمک (۴۶/۹٪ از پاسخ دهندگان)، ، مشکلات ساختاری در سیستم خدمات بهداشت روان (۴۳/۷٪)، و نگرش منفی نسبت به این خدمات (۳۶/۵٪) است (۱۹). درحالی‌که مطالعات گذشته بیشتر بر موانع نگرشی مانند انگ تمرکز کرده‌اند، شواهد نشان می‌دهند که موانع ساختاری یکی از دلایل اصلی اجتناب از کمک‌جویی در نوجوانان ایرانی است (۲۰, ۲۱).

با این‌حال، در ایران تحقیقات کافی در زمینه‌ی مداخلات ساختاریافته برای ارتقای سواد سلامت روان نوجوانان انجام نشده است. اگرچه چند مطالعه‌ی محدود به این موضوع پرداخته‌اند (۲۲, ۲۳). اما شکاف‌های پژوهشی هم‌چنان باقی مانده است .

این پژوهش اولین تلاش برای تطبیق و استفاده از یک راهنمای رسمی بین‌المللی سواد سلامت روان در کشور است (۲۴). راهنمای برنامه‌ی درسی سلامت روان کانادا، به‌عنوان یک ابزار آموزشی ساختاریافته، تأثیرات مثبتی بر ارتقای سواد سلامت روان در مدارس این کشور داشته است (۲۵). .این راهنما شامل شش بخش اصلی است که جنبه‌های مختلف سلامت روان، ازجمله انگ‌زدایی، درک بیماری‌های روانی و تشویق کمک‌جویی، را پوشش می‌دهد (۲۴).

با توجه به شیوع بالای مشکلات سلامت روان در میان نوجوانان ایرانی و عدم تمایل آن‌ها به کمک‌جویی، ضرورت طراحی مداخلاتی که نه‌تنها به ارتقای سواد سلامت روان بلکه به کاهش موانع ساختاری و نگرشی کمک کنند، بیش از پیش احساس می‌شود. نتایج این مطالعه می‌تواند به طراحی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر شواهد برای بهبود دسترسی نوجوانان به خدمات سلامت روان و ارتقای پیامدهای بلندمدت در این حوزه کمک کند.

هدف از این مطالعه، بررسی اثربخشی یک مداخله آموزشی مبتنی بر نسخه‌ی ایرانی‌شده این راهنما برای دانش‌آموزان دبیرستانی است. این پژوهش تأثیر مداخله را بر سواد سلامت روان، کاهش انگ و بهبود رفتار کمک‌جویی ارزیابی کرده و تلاشی برای پرکردن شکاف دانش موجود در این حوزه در ایران است.

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر یک طرح نیمه‌تجربی بود که بر روی دانش‌آموزان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله در سال ۱۴۰۲ در شهرستان ساوه انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر بر اساس مطالعه‌ی قبلی مشابه (۱۸) تعیین شد که در آن میانگین نمره و انحراف‌معیار اهداف مطالعه در گروه مداخله و کنترل به‌ترتیب ۳/۳۹ ± ۲۴/۵۶ و ۲۰/۹۳ ± ۵/۲۴ بود .هم‌چنین با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد با اطمینان ۹۵ درصد بود و با احتساب نمونه‌ها، حجم نمونه ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد که به هر یک از گروه های مداخله و کنترل ۱۰۰ نفر تخصیص داده شد.

$$n = \frac{(Z_{1-(\alpha/2)}+Z_{1-\beta})^2(\delta_1^2+\delta_2^2)}{(\mu_1-\mu_2)^2}.$$

شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین‌منظور در مرحله‌ی اول، چهار مدرسه‌ی دخترانه از فهرست مدارس دولتی (هجده نفر) شهرستان ساوه به‌صورت تصادفی انتخاب و سپس دو مدرسه به‌صورت تصادفی در گروه مداخله و دو مدرسه در گروه کنترل قرار گرفتند. در نهایت از هر مدرسه یک کلاس به‌صورت تصادفی انتخاب و از دانش‌آموزان دعوت به شرکت در مطالعه شد. به‌منظور جلوگیری از آلودگی داده‌ها بین گروه مداخله و کنترل، تخصیص تصادفی در سطح خوشه‌ای (یعنی مدرسه) انجام شد. معیارهای ورود دانش‌آموز دختر پایه‌ی هشتم و نهم، حضور منظم در مدرسه، رضایت آگاهانه و عدم شرکت هم‌زمان در سایر کلاس‌های آموزشی و درمانی بود. معیارهای خروج از مطالعه، دانش‌آموزانی بودند که تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند و دانش‌آموزانی که بیش از دو جلسه شرکت نکرده بودند.

شرکت‌کنندگان به‌منظور رعایت اصول اخلاقی داوطلبانه وارد مطالعه شده‌اند، مطالعه مورد تایید شورای تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC.1401.713) است و مجوز مربوطه از اداره‌ی آموزش‌وپرورش شهرستان ساوه اخذ گردیده است. کلیه‌ی شرکت‌کنندگان از کیفیت اجرای پروژه، محرمانه‌بودن اطلاعات و هدف پروژه مطلع شدند و رضایت آگاهانه کتبی از آن‌ها اخذ شد و هم‌چنین رضایت آگاهانه توسط والدین آن‌ها امضا شد. هم‌چنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند.

ابزار گردآوری اطلاعات

ابزارهای مورد استفاده دراین مطالعه شامل، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن دانش‌آموز و سطح تحصیلات و شغل والدین). پرسشنامه‌ی دوم استفاده‌شده در این مطالعه، پرسشنامه‌ی موانع درک‌شده‌ی خدمات سلامت روان می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۶ سوال است (به‌عنوان مثال، "من نمی‌توانم پولی را که برای دریافت خدمات بهداشت روان نیاز دارم" بپردازم، که در مقیاس لیکرت از "۱" کاملاً مخالف تا "۵" کاملاً موافق پاسخ داده شود. نمرات پرسشنامه بین ۶-۳۰ بود. پرسشنامه توسط فینیکس کی‌اچ‌مو طراحی و اعتبارسنجی شده است (۲۹). پرسشنامه‌ی سوم مربوط به رفتار کمک‌جویی می‌باشد، این پرسشنامه شامل ۶ سوال با گزینه‌های بله- خیر و نمی‌دانم است که به گزینه‌ی بله ۱ امتیاز و به گزینه‌ی خیر و نمی‌دانم صفر امتیاز تعلق گرفت. حداقل نمره‌ی قابل اکتساب صفر و حداکثر نمره‌ی قابل اکتساب ۶ می‌باشد. این پرسشنامه توسط توسط جانت‌سی‌لیندو و همکاران روایی و پایایی آن اندازه‌گیری و تایید شده است (۳۰). سنجش اعتبار ابزار تحقیق (پرسشنامه‌های موانع درک‌شده خدمات سلامت روان و رفتار کمک‌جویی) توسط ۱۰ نفر از اعضا هیات‌علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران (رشته‌های آموزش بهداشت و روانشناسی بالینی) انجام شده است و سپس شاخص روایی محتوایی و نسبت روایی محتوای مربوط به پرسشنامه محاسبه گردید. ضریب CVR برای این پرسشنامه‌های موانع درک‌شده خدمات سلامت روان و رفتار کمک‌جویی به‌ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ به‌دست آمد. هم‌چنین CVI بین ۰/۷ تا ۱ و هم‌چنین میزان آن برای هر بخش از ۰/۷۹ بیشتر بوده است. برای بررسی پایایی پرسشنامه، ۳۰ نفر از نوجوانانی که جز نمونه نبوده‌اند در دو مرحله به‌فاصله‌ی دو هفته پرسشنامه را تکمیل کردند.

نتایج آزمون کاپای به‌عمل‌آمده برای سوالات موانع درک‌شده خدمات سلامت روان ۰/۸۱ بود. و بیانگر آن است که ابزار تحقیق نیز از پایایی لازم برخوردار بوده است. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه رفتار کمک‌جویی استفاده از روش کودر-ریچاردسون[1] تایید شد.

۲،۳. مداخله‌ی سواد سلامت روان «راهنما» (نسخه ایرانی)

مواد آموزشی این مداخله، ترجمه‌ی راهنمای برنامه درسی سلامت روان کانادا می‌باشد.که به‌عنوان بخشی از پروژه‌ی تحقیقاتی ایرانی برای پایان‌نامه دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، به فارسی ترجمه و برای استفاده در نوجوانان ایرانی روان‌سنجی شد. هدف این پروژه ایجاد، اجرا و ارزیابی مداخله سواد سلامت روان متمرکز بر نوجوانان بود. محققان و کارشناسان بهداشت روان کانادایی برنامه‌ی درسی مداخله راهنما نوجوانان را کردند که شامل منابع آموزشی جامع در مورد سلامت روان و بیماری روانی است. که معلمان می‌توانند از آن در کلاس درس برای کمک به نوجوانان برای یادگیری و توسعه سواد سلامت روان[2] استفاده کنند. نسخه ایرانی مانند نسخه‌ی اصلی شامل شش ماژول است که به اجزای فوق‌الذکر سواد سلامت روان می‌پردازد. این ماژول‌ها شامل(۱) انگ بیماری روانی (۲)، درک سلامت روان و بیماری روانی (۳)، اطلاعات در مورد بیماری‌های روانی خاص (۴)، تجربیات بیماری روانی (۵)، کمک‌گرفتن و یافتن حمایت (۶) و اهمیت سلامت روانی مثبت می‌باشند. به‌طور خاص، ماژول‌های ۱ و ۴ به نگرش‌ها و باورها در مورد سلامت روان می‌پردازند و هدفشان کاهش انگ‌زدن است. گزارش‌های تجربیات شخصی با بیماری روانی برای تقویت همدلی و پذیرش دانش‌آموزان و مقابله با پیش‌داوری‌ها و تعصبات موجود مورد بحث قرار می‌گیرد. ماژول چهارم، که بر تجربیات زندگی‌شده با بیماری روانی تمرکز دارد، مستلزم دو گزینه برای ارائه‌ی عنصر تماس است. می‌توان از داستان‌های دیجیتال

1. Kuder-Richardson
2. Mental Health Literacy

مبتنی بر ویدئو از نوجوانان استفاده کرد (تماس غیرمستقیم) یا می‌توان از سخنرانان به کلاس دعوت کرد تا با دانش‌آموزان در مورد تجربیاتشان با بیماری روانی صحبت کنند (تماس مستقیم). این برنامه یادگیری تعاملی در مورد سلامت روان را ارائه می دهد و شامل بسیاری از منابع و تکنیک‌های آموزشی (کاربرگ، فیلم، ارائه‌ی پاورپوینت، کارت فعالیت، تمرینات گروهی، مکالمه و غیره) است. علاوه بر فعالیت‌ها و مطالب اصلی، منابع دیگری نیز موجود است. حداقل هفت تا هشت ساعت برای ارائه‌ی مفاهیم ضروری مورد نیاز است (جدول ۱).

لازم به‌ذکر است اقدامات تکمیلی مانند نصب پوسترهای اطلاعاتی در مدارس، ازجمله معرفی مشاوران و خدمات قابل دسترس که نقش حمایتی داشتند نیز در دسترس دانش‌آموزان قرار گرفت.

داده‌های خام در نرم‌افزار SPSS ۲۱ با استفاده از آزمون کای‌اسکوئر، آزمون من‌ویتنی، آزمون دقیق فیشر و در نتیجه آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بین‌گروهی و درون‌گروهی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ بود.

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۰۰ دانش‌آموز بودند. میانگین سنی (SD) شرکت‌کنندگان در گروه مداخله ۰/۷۷ ± ۱۴/۴۹ سال و در گروه کنترل ۰/۵۶ ± ۱۴/۰۶ سال بود. آزمون کای‌اسکوئر نشان داد که بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر و شغل مادر تفاوت آماری معناداری وجود ندارد (جدول ۲).

جدول ۱. محتوای برنامه‌ی آموزشی جلسات در گروه مداخله

جلسه	هدف	مدت جلسه	آموزش دهنده	روش های و مواد آموزشی
اول	درک ننگ پیرامون بیماری روانی و تأثیر انگ بر رفتار کمک‌جویانه بررسی تفاوت بین افسانه‌ها و واقعیت‌های بیماری روانی آموزش در مورد برخی از راه‌های غلبه بر انگ و ترویج درک واقع‌بینانه از بیماری روانی	۶۰ دقیقه	پژوهشگر	فعالیت ۱: تعریف انگ (۱۵ دقیقه) فعالیت ۲: ارائه پاورپوینت: انگ: افسانه‌ها و واقعیت‌های بیماری روانی (۱۰ دقیقه) فعالیت ۳: داستان‌گویی دیجیتال (۱۰ دقیقه) فعالیت ۴: کدام افراد مشهور با یک بیماری روانی زندگی می‌کردند؟ (۱۰ دقیقه)
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم اساسی دخیل در عملکرد طبیعی مغز، و نقش مغز در کنترل افکار، احساسات و رفتارهای ما اینکه سلامت روان و بیماری روانی هر دو شامل طیف وسیعی از حالات هستند اینکه داشتن مشکل سلامت روان با داشتن یک بیماری روانی یکسان نیست اینکه فرد می‌تواند بیماری روانی داشته باشد و در عین‌حال از سلامت روانی برخوردار باشد برخی از زبان مورد استفاده برای بحث در مورد سلامت روان و بیماری روانی	۶۰ دقیقه	پژوهشگر	فعالیت ۱: مغز نوجوان (۱۰ دقیقه) فعالیت ۲: ارائه پاورپوینت: سلامت روان و بیماری روانی: مبنای مشترک (۲۰ دقیقه) فعالیت ۳: زبان مهم است (۲۵ دقیقه)
سوم	اینکه که بیماری‌های روانی با تغییراتی در عملکردهای معمول مغز مرتبط است را بدانند. درک بهتری از علائم، علل، درمان‌ها و سایر حمایت‌ها برای بیماری‌های روانی خاص که معمولاً در دوران نوجوانی ایجاد می‌شوند به‌دست آورند.	۶۰ دقیقه	پژوهشگر	فعالیت ۱: ارائه پاورپوینت: وقتی مغز بیمار می‌شود چه اتفاقی می افتد؟ (۲۰ دقیقه) فعالیت ۲: ارائه پاورپوینت: بیماری‌های روانی رایج (۲۵ دقیقه) فعالیت ۳: درک اختلالات روانی رایج در نوجوانان (۴۵ دقیقه) فعالیت ۴: گروه‌های بحث (۲۵ دقیقه) فعالیت ۵: اشتراک‌گذاری قطعات (۲۰ دقیقه)
چهارم	برای درک، در سطح شخصی، روشی که بیماری‌های روانی می‌توانند بر زندگی یک فرد تأثیر بگذارند درک اهمیت کمک‌گرفتن و درمان مناسب برای یک بیماری روانی تأکید بر اهمیت ارتباطات مثبت بین والدین و نوجوانان	۶۰ دقیقه	پژوهشگر	فعالیت ۱: برگه بحث ویدیویی (۳۰ دقیقه) فعالیت ۲: نوجوانان و والدین (۱۵ دقیقه)
پنجم	درک این‌که افراد ممکن است برای مقابله با برخی از رویدادها و موقعیت‌های بسیار استرس‌زا زندگی نیاز به حمایت داشته باشند. یادگیری تمایز بین پاسخ‌های "عادی" به استرس و پاسخ‌هایی که ممکن است نشان‌دهنده نیاز به حمایت بیشتر از سوی متخصصان سلامت باشد. ترغیب دانش‌آموزان به این موضوع که اگر نگران سلامت روانی خود یا دوست یا بستگان باشند، با چه کسی می‌توانند صحبت کنند. شناسایی پرسنل پشتیبانی در مدرسه مرتبط با سلامت روان آشنایی با طیف وسیعی از خدمات و گروه‌های مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر جامعه برای حمایت از افرادی که بیماری روانی دارند و خانواده‌ها و دوستان آن‌ها	۶۰ دقیقه	پژوهشگر	فعالیت ۱: ارائه پاورپوینت: درمان و بهبودی (۱۵ دقیقه) فعالیت ۲: دریافت کمک (۲۰ دقیقه) فعالیت ۳: سؤالات سلامتی من (۲۰ دقیقه)
ششم	در مورد این‌که پاسخ استرس چیست و چگونه از آن برای کمک به توسعه تاب‌آوری استفاده کنند یاد بگیرند که چه زمانی از تکنیک‌های کاهش استرس استفاده کنند و چه نوع تکنیک‌های کاهش استرس می‌تواند مفید باشد برای یادگیری و به‌کارگیری فعالیت‌هایی که برای افزایش سلامت روانی و جسمی طراحی شده‌اند	۶۰ دقیقه	پژوهشگر	فعالیت ۱: درک پاسخ به استرس (۲۵ دقیقه) فعالیت ۲: به چالش کشیدن تفکر ما (۱۰ دقیقه) فعالیت ۳: بررسی راهبردهای مفید برای تعدیل شدت پاسخ به استرس (۱۰ دقیقه)

یافته‌ها

هم‌چنین برای ارزیابی تغییرات میانگین نمرات موانع و رفتار کمک‌جویی در گروه‌های مداخله و کنترل از آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات موانع درک‌شده خدمات سلامت روان و رفتار کمک‌جویی در گروه مداخله به‌صورت معنادار تغییر کرده است (P<۰/۰۵). در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. رفتار کمک‌جویی در گروه مداخله و کنترل تغییرات معناداری مشاهده نشد د (جدول ۳).

جدول ۲. مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر		گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	*P value
تحصیلات پدر	بی‌سواد	(۸) ۸	(۳) ۳	۰/۱۵۶
	ابتدایی	(۷) ۷	(۶) ۶	
	دبیرستان	(۱۶) ۱۶	(۱۹) ۱۹	
	دیپلم	(۲۰) ۲۰	(۱۷) ۱۷	
	دانشگاهی	(۴۹) ۴۹	(۵۲) ۵۲	
تحصیلات مادر	بی‌سواد	(۸) ۸	(۶) ۶	۰/۲۹۶
	ابتدایی	(۱۵) ۱۵	(۱۳) ۱۳	
	دبیرستان	(۱۹) ۱۹	(۲۳) ۲۳	
	دیپلم	(۲۵) ۲۵	(۲۸) ۲۸	
	دانشگاهی	(۳۳) ۳۳	(۲۷) ۲۷	
شغل پدر	بیکار	(۵) ۵	(۳) ۳	۰/۱۱۴
	آزاد	(۶۴) ۶۴	(۶۳) ۶۳	
	کارمند	(۳۱) ۳۱	(۳۱) ۳۱	
شغل مادر	کارمند	(۱۵) ۱۵	(۱۸) ۱۸	۰/۱۶۵
	خانه دار	(۸۵) ۸۵	(۸۲) ۸۲	

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات نگرش و قصد کمک‌جویی افراد دو گروه قبل و بعد از مداخله

متغیر		گروه مداخله	گروه کنترل	آزمون آماری
		میانگین ±انحراف‌معیار	میانگین ±انحراف‌معیار	سطح معناداری مقایسه دو گروه
موانع درک‌شده خدمات سلامت روان	قبل از مداخله	۴۸/۴ ± ۱۶/۲۲	۳۳/۴ ± ۹۴/۲۱	۰۰۳/۰
	یک ماه بعد از مداخله	۸۹/۴ ± ۵۳/۱۸	۹۸/۳ ± ۱۵/۲۰	
	سه ماه بعد از مداخله	۸۹/۴ ± ۱۹/۱۸	۸۹/۴ ± ۵۳/۲۱	
	سطح معناداری مقایسه درون‌گروهی	۰۰۱/۰	۱۱۵/۰	
رفتار کمک جویی	قبل از مداخله	۶۸/۰ ± ۵۳/۱	۴۴/۰ ± ۶۸/۱	۰۹/۰
	یک ماه بعد از مداخله	۸۳/۰ ± ۹۸/۱	۳۹/۰ ± ۵۶/۱	
	سه ماه بعد از مداخله	۵۵/۰ ± ۷۶/۱	۶۲/۰ ± ۶۳/۱	
	سطح معناداری مقایسه درون‌گروهی	۱۱۵/۰	۲۳۱/۰	

بحث

در این مطالعه تأثیر برنامه‌ی آموزشی سواد سلامت روان بر موانع و رفتار کمک‌جویی دانش‌آموزان دبیرستانی در شهرستان ساوه بررسی شد. در مطالعه‌ی حاضر، به‌دنبال اجرای مداخله آموزشی، نمره‌ی موانع درک‌شده مربوط به خدمات مرتبط با سلامت روان در نوجوانان گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشت. که هم‌سو با مطالعه‌ی ویلسون و همکاران می‌باشد (۳۱). بااین‌حال، کاهش معنادار موانع در پیگیری سه‌ماهه حفظ نشد. این موضوع نشان‌دهنده‌ی نیاز به برنامه‌های پیگیری بلندمدت و پشتیبانی مداوم است، چراکه تغییرات مرتبط با موانع کمک‌جویی، به زمان و تلاش بیشتری در مقایسه با سایر جنبه‌های سواد سلامت روان نیاز دارند.

محتوای ماژول آموزشی توانست در پیگیری یک ماهه موانع درک خدمات سلامت روان را کاهش دهد. هم‌چنین یکی از راه‌های غلبه بر موانع درک‌شده استفاده از استراتژی‌های خودکارآمدی در نوجوانان در این مطالعه بود (۳۲). مطابق با ماژول یک (بررسی تفاوت بین افسانه‌ها و واقعیت‌های بیماری روانی) برای نوجوانان، افرادی که بر چالش‌های سلامت روان غلبه کرده‌اند و از خدمات بهداشت روانی به‌طور موثر استفاده کرده‌اند، به دانش‌آموزان معرفی شدند. داستان‌های موفقیت در زندگی واقعی می‌توانند به‌عنوان الگوهای نقش قدرتمندی عمل کنند و نشان دهند که کمک‌گرفتن یک گزینه‌ی قابل‌اجرا و مؤثر است و هم‌چنین آشناشدن نوجوانان با سیستم و خدمات بهداشت روان باعث می شود، موانع و اضطراب‌های درک‌شده مرتبط با کمک‌گرفتن را کاهش یابد.

هم‌چنین میانگین نمره‌ی رفتار کمک‌جویی یک و سه ماه پس از مداخله، نسبت به قبل از مداخله، افزایش معنی‌داری نداشته است. این یافته هم‌سو با نتایج مطالعه‌ی آلیسون‌ال‌کلیر و همکاران در استرالیا می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد پس از اجرای پروژه منبع قدرت که به‌منظور افزایش رفتار کمک‌جویی در نوجوانان دو کشور آمریکا و استرالیا صورت گرفت، متغیر معناداری در رفتار کمک‌جویی نوجوانان مشاهده نشد (۳۳). هم‌چنین نتایج مطالعه‌ی لیدل و همکاران که با هدف ارزیابی اثرات یک برنامه مختصر سواد سلامت روان تحت عنوان پروژه[1] که برای افزایش قصد کمک‌گرفتن برای مشکلات سلامت روان در میان ورزشکاران پسر نوجوان ساکن استرالیا انجام شد، نشان داد که بعد از مداخله‌ی آموزشی تغییر معناداری در رفتار کمک‌جویی نوجوانان مشاهده نشد (۳۴). در مطالعه‌ی ریویچی‌موری و همکاران در کشور ژاپن (۳۵) برنامه‌ی آموزشی[2] بر روی ۱۲۵ دانش‌آموز (۵۱ نفر در گروه مداخله و ۷۴ نفر در گروه کنترل) به‌صورت سه جلسه مداخله‌ی آموزشی ۵۰ دقیقه‌ای اجرا شد. نتایج این مطالعه نشان داد، بعد از مداخله‌ی آموزشی سواد سلامت روان در رفتار کمک‌جویی نوجوانان تغییر معناداری نداشته است. این امر نشان می‌دهد که نیاز به طراحی ابزارهای دقیق‌تر و هم‌چنین تمرکز بر جنبه‌های رفتاری، نه صرفاً آموزشی، وجود دارد. هم‌چنین نتایج مطالعه صورت‌گرفته توسط روسیوکاساناس و همکاران تحت پروژه سواد سلامت روان به نام EspaiJove.net در نوجوانان اسپانیایی نیز هم‌سو با مطالعه‌ی ما بود (۳۶). یک دلیل احتمالی برای این نتیجه این است که افراد این مطالعه دانش‌آموزانی نبودند که قبلاً به حمایت روانی نیاز داشته باشند، بلکه نمونه‌گیری کلی از دانش‌آموزان تمامی دبیرستان‌ها صورت گرفت و اکثر شرکت‌کنندگان می‌توانستند سالم باشند و ممکن است در کوتاه‌مدت نیاز کمتری به رفتار کمک‌جویی داشته باشند. این نتیجه‌گیری نشان می‌دهد که یک دوره پیگیری بیش از سه ماه مطلوب است. هم‌چنین این احتمال وجود دارد که این برنامه‌ی آموزشی برای ترویج تغییرات رفتاری کافی نبوده و ممکن است برای بهبود اثربخشی برنامه‌های MHL، بررسی عوامل و فرآیندهایی که منجر به رفتار کمک‌جویی می‌شوند مورد نیاز باشد. هم‌چنین برای نوجوانان، تمرکز بر جنبه‌های مثبت‌تر، به‌جای صرفاً ارائه‌ی اطلاعات در مورد MHL، ممکن است مفید باشد (۳۵). بر خلاف نتایج مطالعه‌ی ما، مطالعه‌ی صورت گرفته توسط جانت سی‌لیندو که تحت پروژه‌ای به نام یام[3] در نوجوانان آمریکایی انجام شد

1. HOAM
2. Sanita MHL
3. YAM

نشان داد بعد از مداخله‌ی آموزشی رفتار کمک‌جویی در نوجوانان افزایش یافت(۳۰). البته مطالعه‌ی صورت‌گرفته توسط جانت‌سی‌لیندو فاقد گروه کنترل بود. که باعث ایجاد سوگیری در نتایج مطالعه می‌شد. هم‌چنین پیگیری این مطالعه طولانی‌تر از پیگیری پژوهش حاضر بود که باعث نهادینه‌شدن اطلاعات در نوجوانان شده است. یکی از تفسیرهای بالقوه این نتیجه این است که رفتار کمک‌جویی تحت‌تأثیر عوامل متعددی فراتر از محدوده‌ی مداخلات آموزشی است. این عوامل شامل هنجارهای اجتماعی، تعاملات فرهنگی، حمایت خانوادگی و ویژگی‌های فردی می‌باشد که تغییر آن‌ها نیازمند مداخلات چندجانبه و بلندمدت است. هم‌چنین، محدودیت این مطالعه به پیگیری‌های کوتاه‌مدت (یک و سه ماه) ممکن است مانع مشاهده نتایج طولانی‌مدت شده باشد.

هم‌چنین نتایج مطالعه‌ی صورت‌گرفته توسط نیکولاجی‌سیمکیس که در کشور انگلیس صورت گرفت (۲۶)، مغایر با نتایج مطالعه‌ی حاضر بود، از دلایل احتمالی اختلاف را شاید بتوان این‌گونه توجیه کرد که پرسشنامه‌ی کمک‌جویی به‌کار رفته در مطالعه‌ی نیکولاجی‌سیمکیس طبق گفته خود نویسنده نتوانسته رفتار واقعی کمک‌جویی اندازه بگیرد.

یکی از تفسیرهای بالقوه‌ی این نتیجه این است که رفتار کمک‌جویی تحت‌تأثیر عوامل متعددی فراتر از محدوده‌ی مداخلات آموزشی است. در حالی‌که برنامه‌های آموزشی بدون شک نقشی اساسی در افزایش آگاهی مسائل مربوط به سلامت روان دارند، ممکن است به تنهایی در ایجاد تغییر رفتار کافی نباشند. رفتارهای کمک‌جویانه نوجوانان در معرض تأثیرات چندوجهی ازجمله هنجارهای اجتماعی، عوامل فرهنگی، تعاملات با همسالان و ویژگی‌های روانشناختی فردی و غیره است. بنابراین، قابل قبول است که تأثیر یک مداخله‌ی آموزشی تنها توسط این متغیرهای پیچیده کاهش نمی‌یابد. از طرفی دیگر برای تاثیرگذاری یک مداخله‌ی آموزشی بر رفتار نیازمند زمان‌های پیگیری طولانی‌مدت می باشیم، در صورتی‌که به‌دلیل عدم دسترسی به تمام نوجوان بعد از بازه‌ی زمانی طولانی در این مداخله از پیگیری یک ماهه و سه ماه بعد از مداخله‌ی آموزشی استفاده شد.

نقاط‌قوت، محدودیت‌ها و پیشنهادات: ۱- برای افزایش تأثیرگذاری مداخلات مشابه، مطالعات آتی باید از پیگیری‌های بلندمدت (۶ ماهه یا بیشتر) استفاده کنند. ۲- پیشنهاد می‌شود که مداخلات آینده با رویکردی چندوجهی شامل خانواده، همسالان و محیط‌های اجتماعی انجام شوند.

۳- بررسی و تحلیل عوامل فرهنگی، اجتماعی و فردی که بر رفتار کمک‌جویی تأثیر می‌گذارند، می‌تواند به توسعه برنامه‌های جامع‌تر کمک کند.

۴- پیشنهاد می‌شود از ابزارهای معتبرتری برای اندازه‌گیری رفتار کمک‌جویی استفاده شود که بتواند رفتار واقعی را بهتر ارزیابی کند.

از محدودیت‌های این مطالعه، پیگیری کوتاه‌مدت (یک و سه ماه) بود که امکان بررسی تأثیرات بلندمدت را فراهم نکرد. رفتار کمک‌جویی اغلب تحت‌تأثیر عوامل چندوجهی شامل هنجارهای اجتماعی، باورهای فرهنگی، تعاملات با همسالان و ویژگی‌های روان‌شناختی فردی است که ممکن است تغییر آن در بازه‌های زمانی کوتاه دشوار باشد. هم‌چنین، به‌دلیل عدم امکان دسترسی به تمامی دانش‌آموزان پس از بازه‌های زمانی طولانی‌تر، نتایج این مطالعه از نظر پایداری اثرات محدود شده است. از دیگر محدودیت‌های مطالعه عدم همکاری کادر اجرایی مدرسه به‌دلیل فشرده‌بودن دروس دانش‌آموزان بود که این مسئله منجر به کاهش تعداد جلسات آموزش حضوری شد، این موضوع ممکن است بر کیفیت و اثربخشی آموزش تأثیر گذاشته باشد. هم‌چنین مطالعه تنها بر روی دانش‌آموزان دختر در شهرستان ساوه انجام شد که تعمیم نتایج به جمعیت‌های مختلف (ازجمله پسران یا سایر مناطق جغرافیایی) را محدود می‌کند.

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که مداخله‌ی آموزشی بر اساس برنامه درسی سازگارشده سواد سلامت روان، منجر به کاهش معنادار موانع درک‌شده خدمات سلامت روان در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شد. با این‌حال، این کاهش در پیگیری سه ماهه حفظ نشد که می‌تواند نشان‌دهنده‌ی ضرورت تقویت و تکرار آموزش‌ها در بازه‌های زمانی طولانی‌تر باشد. از سوی دیگر، مداخله‌ی تأثیر معناداری بر افزایش رفتار کمک‌جویی در نوجوانان نداشت. این یافته همسو با

پژوهش‌های مشابه بین‌المللی است که نشان می‌دهند تغییر رفتار کمک‌جویی به عوامل متعددی ازجمله زمان طولانی‌تر برای تثبیت تغییرات رفتاری، حضور حمایت‌های محیطی و برنامه‌های آموزشی چندوجهی نیاز دارد.

نتایج این پژوهش بر اهمیت طراحی مداخلاتی تأکید دارد که علاوه بر ارتقای سواد سلامت روان، با ایجاد دسترسی بهتر به خدمات و حمایت‌های موجود، به تقویت خودکارآمدی و کاهش موانع درک‌شده در نوجوانان بپردازند. هم‌چنین، اجرای پیگیری‌های طولانی‌مدت می‌تواند به ارزیابی اثربخشی پایدار این مداخلات کمک کند. در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود که از رویکردهای چندجانبه مانند مشارکت والدین، معلمان و سایر عوامل مؤثر در محیط مدرسه استفاده شود تا زمینه‌سازی لازم برای تغییر رفتار پایدار فراهم گردد.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران و هم‌چنین از اداره‌ی آموزش‌وپرورش شهرستان ساوه و دانش‌آموزانی که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

تضاد منافع: در این مقاله هیچ تضاد منافعی وجود ندارد.

حمایت مالی: حمایت مالی این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: پژوهش حاضر دارای کد تاییدیه اخلاق به شماره IR.IUMS.REC.1401.713 می‌باشد.

سهم نویسندگان: زهرا صبوحی: طراحی، اجرای پژوهش و نگارش مقاله. مهسا نظرنیا: مشارکت در طراحی پژوهش، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها و نگارش مقاله. آوا سادات حسینی: مشارکت در طراحی پژوهش، نگارش مقاله. مهناز صلحی: مشارکت در طراحی پژوهش، نگارش مقاله.

References

1. Kasturi S, Oguoma VM, Grant JB, Niyonsenga T, Mohanty I. Prevalence rates of depression and anxiety among young rural and urban Australians: a systematic review and meta-analysis. International journal of environmental research and public health. 2023;20(1):800. https://doi.org/10.3390/ijerph20010800 PMid:36613122 PMCid:PMC9819515
2. Mirmohammadkhani M, Paknazar M, Asl NS, Paknazar F. Gender Differences in Emotional and Behavioral Problems of Adolescents: A Cross-sectional Study on Talented School Students in Iran (2019). Iranian Journal of Pediatrics. 2023;33(1). https://doi.org/10.5812/ijp-126543
3. Bazargan M, Dehghani A, Ramezani MA, Ramezani A. Prevalence of depression among Iranian children and adolescents: An updated systematic review and meta-analysis. Health Science Reports. 2023;6(10):e1584. https://doi.org/10.1002/hsr2.1584 PMCid:PMC10545890
4. Riahi F, Mohammadi MR, Mazidi MI, Khaleghi A, Hooshyari Z. Prevalence of Psychiatric Disorders among Children and Adolescents: A Study from Khuzestan. Iranian Journal of Child Neurology. 2022;16(3):95.
5. Radez J, Reardon T, Creswell C, Lawrence PJ, Evdoka-Burton G, Waite P. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. European child & adolescent psychiatry. 2021;30:183-211. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4 PMid:31965309 PMCid:PMC7932953
6. Seo Y-W, Choi B-R, Kim M-S, Lim M-H. Exploring psychopathological and cognitive factors associated with help-seeking intentions among Korean high school students: A cross-sectional study. Medicine. 2022;101(30). https://doi.org/10.1097/MD.0000000000029502 PMCid:PMC9333469
7. Merikangas KR, He J-p, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli S, Case B, et al. Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2011;50(1):32-45. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.10.006 PMid:21156268 PMCid:PMC4408275
8. Neufeld SA, Dunn VJ, Jones PB, Croudace TJ, Goodyer IM. Reduction in adolescent depression after contact with mental health services: a longitudinal cohort study in the UK. The Lancet Psychiatry. 2017;4(2):120-7. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30002-0 PMid:28087201
9. Renwick L, Pedley R, Johnson I, Bell V, Lovell K, Bee P, Brooks H. Mental health literacy in children and adolescents in low-and middle-income countries: a mixed studies systematic review and narrative synthesis. European Child & Adolescent Psychiatry. 2022:1-25. https://doi.org/10.1111/hex.13407

PMid:34904773 PMCid:PMC8849250
10. Guo Z, Chen Y, Zhang Y, Ding C, Li M, Xu L, Jin J. Associations among risk perception, health efficacy, and health behaviors for cardiovascular disease: an application of risk perception attitude framework. Frontiers in Cardiovascular Medicine. 2023;10:1201789. https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1201789 PMid:37771673
11. Minds Y. Fighting for young people's mental health. 2018. https://doi.org/10.12968/cypn.2018.2.27
12. Coburn C. Mental health in Finnish schools: so close to perfection. The Lancet Child & Adolescent Health. 2019;3(12):848-9. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30274-3
13. Goodfellow C, Macintyre A, Knifton L, Sosu E. Associations between dimensions of mental health literacy and adolescent help-seeking intentions. Child and Adolescent Mental Health. 2023;28(3):385-92. https://doi.org/10.1111/camh.12608 PMid:36375813 PMCid:PMC10947377
14. Ma KKY, Anderson JK, Burn AM. School-based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma-a systematic review. Child and Adolescent Mental Health. 2023;28(2):230-40. https://doi.org/10.1111/camh.12543 PMid:35005830
15. Wei Y, Hayden JA, Kutcher S, Zygmunt A, McGrath P. The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. Early intervention in psychiatry. 2013;7(2):109-21. https://doi.org/10.1111/eip.12010 PMid:23343220
16. Jorm AF. Mental health literacy. American psychologist. 2012;67(3):231-43. https://doi.org/10.1037/a0025957 PMid:22040221
17. Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental health literacy: Past, present, and future. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016;61(3):154-8. https://doi.org/10.1177/0706743715616609 PMid:27254090 PMCid:PMC4813415
18. Del Mauro JM, Jackson Williams D. Children and adolescents' attitudes toward seeking help from professional mental health providers. International Journal for the Advancement of Counselling. 2013;35:120-38. https://doi.org/10.1007/s10447-012-9172-6
19. Willis C. Regional development performance in council areas of Scotland with the highest percentage of Gaelic speakers. ECMI Research Paper. 2020;121.
20. Nazari A, Garmaroudi G, Foroushani AR, Hosseinnia M. The effect of web-based educational interventions on mental health literacy, stigma and help-seeking intentions/attitudes in young people: systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry. 2023;23(1):647. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05143-7 PMid:37667229 PMCid:PMC10478184
21. Waqas A, Malik S, Fida A, Abbas N, Mian N, Miryala S, et al. Interventions to reduce stigma related to mental illnesses in educational institutes: A systematic review. Psychiatric Quarterly. 2020;91:887-903. https://doi.org/10.1007/s11126-020-09751-4 PMid:32372401 PMCid:PMC7395002
22. Tehrani H, Olyani S, Salimi M. The effect of an education intervention on mental health literacy among middle school female students. Journal of Health Literacy. 2021;5(4):41-7.
23. Zare S, Kaveh MH, Ghanizadeh A, Asadollahi A, Nazari M. Promoting mental health literacy in female students: a school-based educational intervention. Health Education Journal. 2021;80(6):734-45. https://doi.org/10.1177/00178969211013571
24. 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(2):83-93. https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.784615
25. Mcluckie A, Kutcher S, Wei Y, Weaver C. Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. BMC psychiatry. 2014;14:1-6. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0379-4 PMid:25551789
26. Simkiss NJ, Gray NS, Kemp AH, Dunne C, Snowden RJ. A randomised controlled trial evaluating the Guide Cymru mental health literacy intervention programme in year 9 (age 13-14) school pupils in Wales. BMC Public Health. 2023;23(1):1062. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15922-2 PMid:37277757 PMCid:PMC10239719
27. Kirchhoff S, Fretian AM, Okan O, Bauer U. Evaluating the effect of an adapted mental health literacy intervention on mental health related stigma among secondary students in Germany: results of a pre-post evaluation study. BMC public health. 2023;23(1):1959. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16825-y PMid:37817102
28. Frețian AM, Kirchhoff S, Bauer U, Okan O. The effects of an adapted mental health literacy curriculum for secondary schoolstudentsinGermanyonmentalhealthknowledgeand help-seeking efficacy: results of a quasi-experimental pre-post evaluation study. Frontiers in Public Health. 2023;11. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1219925 PMid:37663825 PMCid:PMC10468570

29. Mo PK, Mak WW. Help-seeking for mental health problems among Chinese: The application and extension of the theory of planned behavior. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2009;44:675-84. https://doi.org/10.1007/s00127-008-0484-0 PMid:19262970
30. Lindow JC, Hughes JL, South C, Minhajuddin A, Gutierrez L, Bannister E, et al. The youth aware of mental health intervention: impact on help seeking, mental health knowledge, and stigma in US adolescents. Journal of Adolescent Health. 2020;67(1):101-7. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.006 PMid:32115325 PMCid:PMC7311230
31. Wilson CJ, Deane FP, Marshall KL, Dalley A. Reducing adolescents' perceived barriers to treatment and increasing help-seeking intentions: effects of classroom presentations by general practitioners. Journal of Youth and Adolescence. 2008;37:1257-69. https://doi.org/10.1007/s10964-007-9225-z
32. Jones CJ, Smith H, Llewellyn C. Evaluating the effectiveness of health belief model interventions in improving adherence: a systematic review. Health psychology review. 2014;8(3):253-69. https://doi.org/10.1080/17437199.2013.802623 PMid:25053213
33. Calear AL, McCallum SM, Christensen H, Mackinnon AJ, Nicolopoulos A, Brewer JL, et al. The Sources of Strength Australia project: A cluster randomised controlled trial of a peer-connectedness school-based program to promote help-seeking in adolescents. Journal of affective disorders. 2022;299:435-43. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.043 PMid:34952104
34. Liddle SK, Deane FP, Batterham M, Vella SA. A brief sports-based mental health literacy program for male adolescents: A cluster-randomized controlled trial. Journal of Applied Sport Psychology. 2021;33(1):20-44. https://doi.org/10.1080/10413200.2019.1653404
35. Mori R, Uchino T, Mizuno M, Yamaguchi T, Katagiri N, Nemoto T. Effectiveness of a comprehensive mental health literacy educational programme for junior high school students: a randomised controlled trial examining changes in their knowledge, attitudes, and behaviour. Journal of Personalized Medicine. 2022;12(8):1281. https://doi.org/10.3390/jpm12081281 PMid:36013230 PMCid:PMC9410060
36. Casañas R, Castellvi P, Gil J-J, Torres-Torres M, Barón J, Teixidó M, et al. The effectiveness of a "EspaiJove. net"-a school-based intervention programme in increasing mental health knowledge, help seeking and reducing stigma attitudes in the adolescent population: a cluster randomised controlled trial. BMC public health. 2022;22(1):2425. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14558-y PMid:36566192 PMCid:PMC9789578