



ICPSE
2026

نوزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و آموزشی

گرجستان - ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

<http://icpse.ir>
info@icpse.ir

18 Septembre 2026 - TBILISI GEORGIA

نقش سواد سلامت روان در پیشگیری از خودانگاره منفی، انگ اجتماعی و تأخیر در دریافت خدمات روان شناختی

صدیقه درساره*^۱

۱- کارشناسی، روانشناسی، هرمزگان، ایران

Sedighedorsare@gmail.com

چکیده

علی‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر در حوزه مداخلات روان‌شناختی، شکاف درمانی همچنان به عنوان یکی از چالش‌های اساسی نظام‌های سلامت روان در سطح جهانی مطرح است. خودانگاره منفی، انگ اجتماعی و تأخیر در دریافت خدمات، سه مانع محوری هستند که فرایند کمک‌جویی را مختل می‌کنند. سواد سلامت روان به عنوان سازه‌ای چندبعدی، پتانسیل تأثیرگذاری هم‌زمان بر هر سه مانع را داراست، اما مکانیسم‌های دقیق این تأثیرگذاری همچنان مبهم باقی مانده است. این پژوهش با رویکرد مرور نظام‌مند و با جستجوی جامع در پایگاه‌های داده معتبر شامل Google Scholar، PsycINFO، Web of Science، Scopus، PubMed و با استفاده از کلیدواژه‌های ترکیبی نظیر "Social Stigma"، "Self-Stigma"، "Mental Health Literacy"، "Treatment Gap" و "Help-Seeking Delay" در بازه زمانی ژانویه ۲۰۱۵ تا ژانویه ۲۰۲۶ انجام شد. از میان ۴،۵۳۵ مقاله اولیه، ۲۴ مطالعه بر اساس معیارهای ورود (مطالعات کمی با ابزارهای استاندارد، کارآزمایی‌های بالینی و مطالعات کیفی دارای اعتبار) انتخاب و با استفاده از چک‌لیست CASP و COSMIN مورد ارزیابی کیفیت قرار گرفتند. داده‌ها با رویکرد سنتز چارچوبی تحلیل شدند. تحلیل نظام‌مند مقالات نشان داد که سواد سلامت روان از سه مسیر اصلی بر موانع کمک‌جویی تأثیر می‌گذارد: (۱) مسیر شناختی-بازسازی: افزایش سواد سلامت روان با اصلاح نسبت‌های علی (اسناد علائم به عوامل زیستی به جای ضعف شخصیت)، خودانگاره منفی را به طور معناداری کاهش می‌دهد (دامنه همبستگی: ۰.۵۲- تا ۰.۳۵-؛ (۲) مسیر هنجاری-فراهنجاری: آگاهی از شیوع اختلالات روان، انگ درونی‌شده را با اندازه اثر متوسط کاهش می‌دهد، اما تأثیر آن بر فاصله اجتماعی محدود بوده است؛ (۳) مسیر رفتاری-تسهیل‌گر: مداخلات مبتنی بر ارتقای سواد سلامت روان، زمان تأخیر در مراجعه را به طور میانگین ۴.۲ ماه کاهش داده‌اند. با این حال، تأثیر بر انگ اجتماعی ادراک‌شده ناپایدار و در ۳۵٪ مطالعات بی‌اثر گزارش شده است. سواد سلامت روان به عنوان یک متغیر پنهان پیش‌بینی، از طریق بازسازی شناختی و کاهش حساسیت به طرد، نقش مؤثری در پیشگیری از خودانگاره منفی و تسهیل کمک‌جویی ایفا می‌کند. با این حال، تأثیر آن بر انگ اجتماعی عمیق نیازمند مداخلات سطح اجتماع است. بر اساس یافته‌ها، یک روش‌شناسی پیشنهادی برای طراحی مداخله ترکیبی (آموزش سواد سلامت روان مبتنی بر تجرب زیسته + ذهن‌آگاهی) برای جمعیت نوجوانان ارائه شده است که می‌تواند گامی مؤثر در کاهش شکاف درمانی باشد.

واژگان کلیدی: سواد سلامت روان، خودانگاره منفی، انگ درونی‌شده، انگ اجتماعی، تأخیر در کمک‌جویی.



ICPSE
2026

مقدمه

اختلالات روان شناختی با شیوع رو به رشد، یکی از مهم ترین چالش های سلامت عمومی در قرن بیست و یکم محسوب می شوند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۲)، اختلالات افسردگی و اضطراب به تنهایی بیش از ۳۰۰ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده اند و بار مالی ناشی از آن ها تا سال ۲۰۳۰ بالغ بر ۶ تریلیون دلار برآورد شده است. با وجود در دسترس بودن درمان های مؤثر و مبتنی بر شواهد، درصد قابل توجهی از افراد مبتلا به این اختلالات هرگز به خدمات تخصصی دسترسی پیدا نمی کنند یا با تأخیر قابل توجهی (به طور میانگین ۶ تا ۸ سال) این خدمات را دریافت می نمایند. این پدیده که با عنوان "شکاف درمانی" شناخته می شود، نه تنها پیامدهای فردی جبران ناپذیری بر کیفیت زندگی، عملکرد شغلی و روابط بین فردی دارد، بلکه بار اقتصادی سنگینی بر نظام های سلامت و جوامع تحمیل می کند. یکی از مهم ترین عواملی که در تداوم این شکاف نقش دارد، فرایند کمک جویی است که خود تحت تأثیر شبکه های پیچیده از متغیرهای فردی، اجتماعی و سیستمی قرار می گیرد. در میان موانع شناسایی شده، سه مانع از برجستگی ویژه ای برخوردارند: (۱) خودانگاره منفی یا انگ درونی شده که به درونی سازی باورهای منفی درباره خود و تفسیر مشکلات روان شناختی به عنوان نشانه های ضعف شخصیتی یا درمان ناپذیری اشاره دارد؛ (۲) انگ اجتماعی که شامل نگرش های منفی عمومی، کلیشه ها و تبعیض نسبت به افراد دارای مشکلات روان شناختی است؛ و (۳) تأخیر در دریافت خدمات که فاصله زمانی بین بروز اولین نشانه ها تا دریافت اولین مداخله تخصصی را نشان می دهد. پژوهش های متعدد نشان داده اند که این سه مانع به طور متقابل یکدیگر را تقویت می کنند: خودانگاره منفی، فرد را از افشای مشکل باز می دارد، ترس از انگ اجتماعی، تمایل به کمک جویی را کاهش می دهد و تأخیر در درمان، شدت علائم و خودانگاره منفی را تشدید می کند. این چرخه معیوب، ضرورت شناسایی عواملی را که می توانند این زنجیره را بشکنند، بیش از پیش آشکار می سازد.

سواد سلامت روان

در این میان، مفهوم "سواد سلامت روان" به عنوان یک سازه چند بعدی و پتانسیل دار برای مقابله با موانع مذکور، مورد توجه فزاینده ای قرار گرفته است. این مفهوم که اولین بار توسط Jorm و همکاران (۱۹۹۷) مطرح شد، به "دانش و باورهای مرتبط با شناسایی، مدیریت و پیشگیری از اختلالات روان شناختی" تعریف می شود. در طول سه دهه اخیر، این سازه از یک مفهوم صرفاً شناختی (دانش درباره علائم و درمان ها) به یک سازه چند بعدی شامل مؤلفه های نگرشی، رفتاری و خودکارآمدی در کمک جویی تکامل یافته است. چارچوب نظری "مدل بازنمایی بیماری و" مدل باورهای سلامت" مبانی نظری مناسبی برای تبیین نقش سواد سلامت روان فراهم می کنند. بر اساس این مدل ها، ادراک فرد از علائم، باورهای علی، خودکارآمدی در مدیریت و نگرش به درمان، همگی تحت تأثیر سطح سواد سلامت روان قرار دارند و به نوبه ی خود، رفتار کمک جویی را شکل می دهند.

ضرورت مطالعه

با وجود انبوه پژوهش های انجام شده در حوزه سواد سلامت روان، کاستی های قابل توجهی در ادبیات موجود به چشم می خورد: نخست: اکثر مطالعات به بررسی رابطه ی دودویی (دو متغیره) بین سواد سلامت روان و یکی از موانع کمک جویی پرداخته اند و کمتر پژوهشی به مدل سازی همزمان اثر سواد بر هر سه مانع (خودانگاره، انگ اجتماعی و تأخیر) توجه داشته است.



ICPSE
2026

نوزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و آموزشی

گرجستان - ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

<http://icpse.ir>
info@icpse.ir

18 Septembe 2026 - TBILISI GEORGIA

دوم: تنوع روش شناختی و ابزارهای ناهمگون سنجش سواد سلامت روان، مقایسه پذیری نتایج را با دشواری مواجه ساخته و نیاز به یک مرور نظامند با رویکرد ترکیبی (سنتز چارچوبی) را ایجاب می کند.

سوم: شکاف آشکاری بین یافته های توصیفی-همبستگی و مداخلات عملی وجود دارد؛ به طوری که بسیاری از مداخلات موجود، صرفاً بر مؤلفه های دانش (آگاهی بخشی) متمرکز بوده و از مؤلفه های نگرشی و رفتاری غفلت کرده اند.

چهارم: بیشتر مداخلات در کشورهای با درآمد بالا طراحی و اجرا شده اند و بومی سازی آن ها برای جوامع با زمینه های فرهنگی- اجتماعی متفاوت، نیازمند پژوهش های عمیق تری است.

اهداف و سوالات پژوهش

بر اساس شکاف های پژوهشی فوق، این مطالعه با اهداف زیر طراحی شده است:

هدف اصلی: بررسی نظامند نقش سواد سلامت روان در پیشگیری از خودانگاره منفی، انگ اجتماعی و تأخیر در دریافت خدمات روان شناختی.

اهداف اختصاصی:

۱. شناسایی و تحلیل مکانیسم های تأثیرگذاری سواد سلامت روان بر خودانگاره منفی
۲. بررسی نقش سواد سلامت روان در تعدیل انگ اجتماعی و انگ درونی شده
۳. ارزیابی اثربخشی مداخلات مبتنی بر ارتقای سواد سلامت روان در کاهش تأخیر کمک جویی
۴. ارائه یک روش شناسی پیشنهادی برای طراحی مداخله ای ترکیبی و اثربخش در جمعیت نوجوانان

سوالات پژوهش:

۱. چه رابطه ای بین سواد سلامت روان و خودانگاره منفی وجود دارد و مکانیسم های این رابطه کدامند؟
۲. سواد سلامت روان چگونه بر انگ اجتماعی و انگ درونی شده تأثیر می گذارد؟
۳. مداخلات مبتنی بر ارتقای سواد سلامت روان چه اثری بر کاهش تأخیر در کمک جویی دارند؟
۴. مؤلفه های کلیدی یک مداخله ای مؤثر در ارتقای سواد سلامت روان و کاهش موانع کمک جویی کدامند؟

پیشینه تحقیق

مفهوم سواد سلامت روان اولین بار توسط Jorm و همکاران (۱۹۹۷) در یک مطالعه جمعیت شناختی در استرالیا معرفی شد. آنان دریافتند که بخش قابل توجهی از عموم مردم در شناسایی اختلالات روان شناختی و آگاهی از درمان های مؤثر، دچار کاستی های جدی هستند. این یافته، سرآغاز رشته ای جدید از پژوهش ها شد که به تدریج ابعاد این مفهوم را گسترش دادند.



ICPSE
2026

Kutcher و همکاران (۲۰۱۶) با ارائه مدلی جامع، سواد سلامت روان را شامل چهار مؤلفه‌ی اصلی دانستند: (۱) توانایی شناسایی اختلالات و نشانه‌ها، (۲) دانش درباره عوامل خطر و علل، (۳) آگاهی از راهکارهای خودمراقبتی و درمان‌های مؤثر، و (۴) توانایی دسترسی به اطلاعات و خدمات سلامت روان.

Wei و همکاران (۲۰۱۵) با تأکید بر مؤلفه‌ی نگرشی، معتقدند که سواد سلامت روان صرفاً به "دانستن" محدود نمی‌شود، بلکه "باور به اثربخشی درمان" و "کاهش شرم و انگ" را نیز دربرمی‌گیرد. این نگرش چندبعدی، پایه‌ی نظری مناسبی برای بررسی نقش سواد در تعدیل موانع کمک‌جویی فراهم می‌آورد.

مدل‌های نظری تبیین‌کننده: مدل بازنمایی بیماری (Leventhal, ۱۹۸۰): این مدل که یکی از تأثیرگذارترین چارچوب‌ها در حوزه رفتار سلامت است، معتقد است که افراد هنگامی با علائم یا تهدیدهای سلامتی مواجه می‌شوند، بازنمایی‌های شناختی و هیجانی خاصی از آن موقعیت ایجاد می‌کنند که شامل پنج مؤلفه است: (۱) هویت (این مشکل چیست؟)، (۲) علت (چه عواملی باعث آن شده‌اند؟)، (۳) زمان‌بندی (این مشکل چقدر طول می‌کشد؟)، (۴) پیامدها (چه عواقبی خواهد داشت؟) و (۵) کنترل‌پذیری (آیا قابل درمان است؟). سطح سواد سلامت روان، کیفیت این بازنمایی‌ها را شکل می‌دهد و به‌نوبه‌ی خود، رفتارهای مقابله‌ای و کمک‌جویی را هدایت می‌کند.

مدل باورهای سلامت (Becker & Rosenstock, ۱۹۷۴): بر اساس این مدل، رفتار کمک‌جویی تابعی از چهار باور کلیدی است: (۱) حساسیت ادراک‌شده (احساس خطر)، (۲) شدت ادراک‌شده (عواقب جدی)، (۳) منافع ادراک‌شده (اثربخشی درمان) و (۴) موانع ادراک‌شده (هزینه‌ها و موانع). سواد سلامت روان با افزایش منافع ادراک‌شده و کاهش موانع ادراک‌شده (مانند ترس از انگ)، به تسهیل کمک‌جویی کمک می‌کند.

مدل تصمیم‌گیری افشای سلامت (Chaudoir & Fisher, ۲۰۱۰): این مدل بر فرایند پیچیده‌ی افشای مشکل به دیگران (اعضای خانواده، دوستان یا متخصصان) متمرکز است و معتقد است که فرد در یک فرایند سنجش سود-زیان، تصمیم‌گیری می‌کند. سواد سلامت روان با افزایش منافع ادراک‌شده‌ی افشا (دسترسی به حمایت و درمان) و کاهش هزینه‌های ادراک‌شده (ترس از قضاوت و طرد)، تصمیم به افشا و کمک‌جویی را تسهیل می‌کند.

خودانگاره منفی یا انگ درونی‌شده به فرایندی اشاره دارد که در آن فرد، کلیشه‌ها و باورهای منفی اجتماعی را در مورد خود درونی‌سازی می‌کند و خود را به‌عنوان فردی ناتوان، ضعیف یا شایسته‌ی طرد می‌پندارد. این پدیده یکی از مخرب‌ترین موانع کمک‌جویی محسوب می‌شود، چراکه مستقیماً عزت‌نفس و خودکارآمدی را هدف قرار می‌دهد.

مکانیسم‌های تأثیر سواد بر خودانگاره:

الف) بازسازی اسنادی بر اساس نظریه‌ی اسناد (Weiner, ۱۹۸۵)، نحوه‌ی نسبت‌دادن علت مشکلات، تأثیر عمیقی بر خودانگاره دارد. افرادی که علائم خود را به عواملی مانند "ضعف شخصیت" یا "تنبلی" نسبت می‌دهند، خودانگاره‌ای منفی‌تر دارند، در



ICPSE
2026

حالی که افرادی که علائم را به عواملی مانند "عدم تعادل شیمیایی مغز" یا "عوامل ژنتیکی" نسبت می دهند، کمتر دچار خودسرزنی می شوند. سواد سلامت روان با ارائه یک چارچوب علمی برای درک علائم، فرایند اسناد را اصلاح می کند.

ب) کاهش شرم و خودپنهان سازی: مطالعات نشان داده اند که شرم از برچسب خوردن، یکی از قوی ترین پیش بینی کننده های خودپنهان سازی علائم است. سواد سلامت روان با عادی سازی مشکلات روان شناختی (با نشان دادن شیوع بالای آنها)، شدت شرم را کاهش می دهد. به عنوان مثال، یک مطالعه کیفی نشان داد که شرکت کنندگان پس از آگاهی از اینکه "افسردگی، مانند دیابت، یک بیماری شایع و قابل درمان است"، به طور قابل توجهی خودانگاره ی منفی تری نسبت به خود نداشتند و این تغییر نگرش، منجر به کاهش زمان تأخیر در مراجعه شد.

ج) افزایش خوددلسوزی: پژوهش های جدید نشان می دهند که سواد سلامت روان از طریق افزایش درک و پذیرش خود (خوددلسوزی)، به طور غیرمستقیم خودانگاره را بهبود می بخشد. افرادی که می دانند مشکلات روان شناختی بخشی از تجربه ی انسانی است، با خود مهربان تر هستند و کمتر به خود برچسب "بیمار روانی صعب العلاج" می زنند.

شواهد تجربی: یک متاآنالیز توسط Kessler و همکاران (۲۰۲۲) روی ۴۷ مطالعه نشان داد که همبستگی بین سواد سلامت روان و خودانگاره منفی در دامنه ی ۰.۴۵- تا ۰.۳۲- قرار دارد که یک رابطه ی معکوس با اندازه ی اثر متوسط تا قوی محسوب می شود. با این حال، این رابطه در گروه های سنی مختلف متفاوت است؛ به طوری که در نوجوانان و جوانان، به دلیل حساسیت بیشتر به بازخورد اجتماعی، این رابطه قوی تر از بزرگسالان گزارش شده است.

انگ اجتماعی به نگرش ها، باورها و رفتارهای منفی جامعه نسبت به افراد مبتلا به اختلالات روان شناختی اشاره دارد. این پدیده شامل سه مؤلفه ی اصلی است: (۱) مؤلفه ی شناختی (کلیشه ها)، (۲) مؤلفه ی عاطفی (پیش داوری ها) و (۳) مؤلفه ی رفتاری (تبعیض و طرد). از منظر فردی، انگ اجتماعی ادراک شده به باور فرد درباره ی نگرش های منفی دیگران اطلاق می شود که حتی اگر واقعی نباشد، می تواند به اندازه ی خود انگ، بازدارنده باشد.

مکانیسم های تأثیر سواد بر انگ اجتماعی:

الف) افزایش همدلی از طریق آگاهی از علت شناسی: سواد سلامت روان با ارائه اطلاعات علمی درباره ی علل زیستی روانی- اجتماعی اختلالات، کلیشه های "خطرناکی" یا "ضعف شخصیتی" را کاهش می دهد. مطالعات نشان داده اند که افرادی که از ماهیت زیستی افسردگی و اسکیزوفرنی آگاهی دارند، نگرش های انگ آمیز کمتری نسبت به مبتلایان دارند.



ICPSE
2026

ب) اثر تماس غیرمستقیم: مداخلات مبتنی بر داستان سرایی و روایت های تجارب زیسته، با ایجاد ارتباط عاطفی با فرد مبتلا، اثر قدرتمندی در کاهش انگ دارند. بر اساس نظریه ی تماس (Allport, ۱۹۵۴)، حتی تماس غیرمستقیم با افراد مبتلا از طریق فیلم، کتاب یا سخنرانی، می تواند کلیشه ها را بشکند و همدلی را افزایش دهد.

ج) عادی سازی: ارائه آمار و ارقام درباره ی شیوع اختلالات روان (به عنوان مثال، "از هر پنج نفر، یک نفر در طول زندگی خود به یک اختلال روان مبتلا می شود")، درک عمومی را از "انحراف" به "طبیعی" تغییر می دهد و انگ را کاهش می دهد.

شواهد تجربی و محدودیت ها: با وجود شواهد مثبت، نتایج برخی مطالعات حاکی از ناپایداری و محدودیت اثر سواد سلامت روان بر انگ اجتماعی است. یک متاآنالیز جدید توسط Schomerus و همکاران (۲۰۲۱) روی ۳۹ مطالعه ی مداخله ای نشان داد که تأثیر مداخلات سواد سلامت روان بر کاهش انگ اجتماعی، در درازمدت (بیش از ۶ ماه) معنادار نیست و اندازه ی اثر کلی آن کوچک است ($d = 0.21$). همچنین، در برخی مطالعات، افزایش دانش درباره ی اختلالات روان، به ویژه اختلالات روان پریشانه (مانند اسکیزوفرنی)، با افزایش فاصله اجتماعی (تمایل به دوری از فرد مبتلا) همراه بوده است که به پدیده ی "بازگشت انگ" معروف است. این یافته ها نشان می دهند که ارتقای صرف دانش، برای تغییر نگرش های عمیق جامعه کافی نیست و نیاز به رویکردهای چندبعدی و فرهنگ محور وجود دارد.

تأخیر در دریافت خدمات روان شناختی یکی از پیامدهای مستقیم و ملموس موانع فوق است و پیامدهای جدی بر روند بیماری، پاسخ به درمان و هزینه های سیستم سلامت دارد. پژوهش ها نشان می دهند که افراد با سواد سلامت روان پایین، در مراحل مختلف کمک جویی با مشکل مواجه می شوند: (۱) مرحله ی تشخیص: ناتوانی در تشخیص علائم به عنوان یک اختلال روان، (۲) مرحله ی تصمیم گیری: عدم باور به اثربخشی درمان، (۳) مرحله ی اقدام: ناآگاهی از نحوه ی دسترسی به خدمات و (۴) مرحله ی پایبندی: عدم درک فرایند درمان و احتمال ترک زودهنگام.

شواهد تجربی: مطالعات متعدد نشان داده اند که مداخلات مبتنی بر ارتقای سواد سلامت روان می تواند زمان تأخیر را به طور معناداری کاهش دهد. کارآزمایی بالینی Gulliver و همکاران (۲۰۱۹) بر روی ۲۶۱ دانشجوی سال اول دانشگاه نشان داد که یک مداخله ی داستان سرایی دیجیتال ۸ هفته ای، نه تنها سواد سلامت روان را افزایش داد، بلکه نگرش به کمک جویی را به طور معناداری بهبود بخشید و این تغییرات تا ۱۲ ماه پس از مداخله پایدار بود. همچنین، مطالعه ی López-Santiago و همکاران (۲۰۲۲) بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی نشان داد که استفاده از یک اپلیکیشن موبایل محور (esTOCma) که با هدف افزایش سواد سلامت روان و کاهش خودانگاره طراحی شده بود، با اندازه ی اثر متوسط ($Hedges' g = 0.35$)، زمان بین تشخیص و شروع درمان را کاهش داد.

با این حال، شکاف بین نیت و عمل در بسیاری از مطالعات گزارش شده است؛ به طوری که اگرچه مداخلات، نگرش مثبت به کمک جویی را افزایش می دهند، اما این افزایش همیشه به مراجعه ی واقعی منجر نمی شود. این شکاف، ضرورت طراحی مداخلاتی را که علاوه بر دانش، به مؤلفه های خودکارآمدی و کاهش موانع عملی (هزینه، دسترسی و...) بپردازند، آشکار می سازد.



ICPSE
2026

روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر با رویکرد مرور نظاممند و با هدف ترکیب و سنتز داده‌های موجود در حوزه‌ی نقش سواد سلامت روان در موانع کمک‌جویی طراحی شده است. با توجه به ناهمگونی روش‌شناختی مطالعات اولیه، از رویکرد "سنتز چارچوبی" برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. این رویکرد که توسط Oliver و همکاران (۲۰۰۸) معرفی شده است، ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی است و برای مطالعات مروری در حوزه‌ی علوم رفتاری و سلامت عمومی بسیار مناسب است.

استراتژی جستجو: جستجوی نظاممند در پایگاه‌های داده‌ی معتبر بین‌المللی شامل PubMed، Scopus، Web of Science، PsycINFO، CINAHL و Google Scholar انجام شد. همچنین، برای شناسایی مطالعات خاکستری (Grey Literature)، از پایگاه‌های ProQuest Dissertations و OpenGrey استفاده گردید. جستجو در بازه‌ی زمانی ژانویه ۲۰۱۵ تا ژانویه ۲۰۲۶ محدود شد تا مطالعات جدیدتر با کیفیت روش‌شناختی بالاتر وارد تحلیل شوند.

کلیدواژه‌ها و ترکیب جستجو:

• مفاهیم اصلی

"Mental Health Literacy" OR "Mental Health Knowledge" OR "Psychological Literacy"

• مفاهیم مرتبط با مانع اول

"Self-Stigma" OR "Internalized Stigma" OR "Negative Self-Image" OR "Self-Concept" OR "Self-Esteem"

• مفاهیم مرتبط با مانع دوم

"Social Stigma" OR "Public Stigma" OR "Perceived Stigma" OR "Discrimination"

• مفاهیم مرتبط با مانع سوم

"Help-Seeking Delay" OR "Treatment Delay" OR "Treatment Gap" OR "Service Utilization" OR "Help-Seeking Behavior"

این کلیدواژه‌ها با عملگرهای Boolean AND و OR ترکیب شدند. همچنین، فهرست منابع مقالات کلیدی و مرورهای پیشین به‌صورت دستی بررسی شد تا مطالعات بالقوه‌ی بیشتری شناسایی شوند.

معیارهای ورود و خروج:

معیارهای ورود:



ICPSE
2026

نوزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و آموزشی

گرجستان - ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

18 Septembre 2026 - TBILISI GEORGIA

<http://icpse.ir>
info@icpse.ir

۱. مطالعات کمی (توصیفی-همبستگی، مقطعی، همگروهی و کارآزمایی های بالینی) و کیفی (پدیدارشناسی، نظریه ی زمینه ای) که به زبان انگلیسی یا فارسی منتشر شده باشند.

۲. مطالعاتی که حداقل یکی از متغیرهای اصلی (سواد سلامت روان، خودانگاره، انگ اجتماعی یا تأخیر در کمک جویی) را اندازه گیری کرده باشند.

۳. مطالعاتی که جمعیت انسانی (بدون محدودیت سنی یا جنسی) را بررسی کرده باشند.

۴. مطالعاتی که از ابزارهای استاندارد و معتبر برای سنجش متغیرها استفاده کرده باشند.

معیارهای خروج:

۱. مقالات مروری، نامه ها، سرمقاله ها، گزارش های موردی و پایان نامه های فاقد اعتبار.

۲. مطالعاتی که صرفاً به جنبه های زیستی، ژنتیکی یا دارویی اختلالات پرداخته و به متغیرهای روان شناختی و اجتماعی توجه نداشته باشند.

۳. مطالعات فاقد دسترسی به متن کامل یا داده های ناقص.

فرایند انتخاب مطالعات:

فرایند انتخاب مطالعات بر اساس دستورالعمل PRISMA صفحه ی ۲۰۲۰ در چهار مرحله انجام شد:

۱. شناسایی: جستجوی اولیه در پایگاه های داده، منجر به شناسایی ۴,۵۳۵ مقاله شد.

۲. غربالگری اولیه (بر اساس عنوان و چکیده): پس از حذف مقالات تکراری (۱,۲۸۰ مقاله)، ۳,۲۵۵ مقاله بر اساس عنوان و چکیده غربالگری شدند که از این تعداد، ۲,۹۸۰ مقاله به دلیل نامرتب بودن با موضوع حذف شدند.

۳. غربالگری ثانویه (بر اساس متن کامل): ۲۷۵ مقاله برای ارزیابی متن کامل انتخاب شدند. از این تعداد، ۲۵۱ مقاله به دلیل عدم تطابق با معیارهای ورود حذف شدند (عدم استفاده از ابزار استاندارد: ۱۱۲ مورد، جمعیت نامناسب: ۶۸ مورد، طراحی نامناسب: ۴۷ مورد، عدم دسترسی به متن کامل: ۲۴ مورد).

۴. ورود نهایی: نهایتاً ۲۴ مطالعه معیارهای ورود را داشتند و برای استخراج داده و تحلیل نهایی انتخاب شدند.

ارزیابی کیفیت روش شناختی:

ارزیابی کیفیت مطالعات منتخب، توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل و با استفاده از چک لیست های استاندارد انجام شد:



ICPSE
2026

نوزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و آموزشی

گرجستان - ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

18 Septembe 2026 - TBILISI GEORGIA

<http://icpse.ir>
info@icpse.ir

برای مطالعات کمی و مداخله‌ای:

از چک لیست CASP (Critical Appraisal Skills Programme) و JBI Checklist استفاده شد.

برای مطالعات کیفی: از چک لیست CASP Qualitative Checklist استفاده گردید.

برای ابزارهای اندازه‌گیری (سنجش سواد سلامت روان):

از چک لیست COSMIN Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments

استفاده شد که ویژگی‌های روان‌سنجی شامل روایی، پایایی، پاسخ‌دهی و قابل فهم بودن را ارزیابی می‌کند.

در مواردی که بین دو پژوهشگر اختلاف نظر وجود داشت، با مشارکت پژوهشگر سوم بحث و توافق حاصل شد. نتایج ارزیابی کیفیت در قالب جدول ارائه شده است.

استخراج و سنتز داده‌ها:

داده‌های مورد نیاز از هر مطالعه، با استفاده از یک فرم استخراج داده‌ی محقق ساخته که شامل موارد زیر بود، استخراج گردید:

۱. مشخصات مقاله (نام نویسندگان، سال انتشار، کشور)
۲. طراحی مطالعه و جمعیت مورد مطالعه
۳. ابزارهای اندازه‌گیری و شاخص‌های روان‌سنجی
۴. متغیرهای اصلی و شاخص‌های آماری (همبستگی، اندازه‌ی اثر، نسبت شانس)
۵. یافته‌های اصلی و نتایج مداخلات (در صورت وجود)
۶. محدودیت‌ها و سوگیری‌های احتمالی

برای سنتز داده‌ها، از رویکرد سنتز چارچوبی استفاده شد. بدین منظور، ابتدا چارچوب مفهومی اولیه بر اساس ادبیات نظری تدوین گردید (شکل ۱)، سپس داده‌های استخراج شده بر اساس این چارچوب کدگذاری و طبقه‌بندی شدند. در مواردی که داده‌های جدید و خارج از چارچوب اولیه شناسایی شدند، چارچوب به‌روزرسانی گردید. برای ترکیب کمی داده‌ها (در صورت همگونی کافی)، از متآنالیز با نرم‌افزار Comprehensive Meta-Analysis (CMA) استفاده شد، اما به دلیل ناهمگونی بالای مطالعات، ترکیب نتایج به صورت روایت‌گونه انجام شد.

یافته‌ها

مشخصات مطالعات وارد شده:

از میان ۲۴ مطالعه‌ی نهایی، ۱۶ مطالعه کمی (۶۶.۷٪)، ۴ مطالعه کیفی (۱۶.۷٪) و ۴ مطالعه با طراحی ترکیبی (۱۶.۶٪) بودند. از نظر جغرافیایی، ۱۰ مطالعه (۴۱.۷٪) از کشورهای اروپایی، ۶ مطالعه (۲۵٪) از آمریکای شمالی، ۴ مطالعه (۱۶.۷٪) از استرالیا و نیوزیلند، ۳



ICPSE
2026

نوزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و آموزشی

گرجستان - ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

18 Septembe 2026 - TBILISI GEORGIA

http://icpse.ir
info@icpse.ir

مطالعه (۱۲.۵٪) از آسیا و ۱ مطالعه (۴.۲٪) از آفریقا گزارش شده بودند. میانگین حجم نمونه در مطالعات کمی برابر با ۴۲۳ نفر (دامنه: ۸۴ تا ۱,۹۳۶ نفر) بود.

به منظور ارائه‌ی تحلیلی جامع و مقایسه‌ای از نقش سواد سلامت روان در مواجهه با هر یک از سه مانع اصلی، جدول ۱ طراحی شده است. این جدول بر اساس داده‌های استخراج شده از ۲۴ مطالعه، مؤلفه‌های غالب سواد، مکانیسم اثر، قدرت اثر و محدودیت‌ها را به‌طور نظامند مقایسه می‌کند.

جدول ۱: سنتز مقایسه‌ای مؤلفه‌های اثرگذار سواد سلامت روان بر موانع کمک‌جویی

محدودیت‌ها و شکاف‌های پژوهشی	مطالعات کلیدی	قدرت اثر گزارش شده دامنه	مکانیسم اثر	مؤلفه‌های غالب سواد سلامت روان در این حوزه	متغیر وابسته (پیامد)
-تأثیر در اختلالات روان‌پریشانه و اختلالات شدیدتر کمتر است. -نقش "خوددلسوزی" به‌عنوان متغیر میانجی در کمتر از ۳۰٪ مطالعات بررسی شده است. -نیاز به مطالعات طولی برای بررسی علیت.	Kessler et al. (2022) López-Santiago et al. (2022) Yang et al. (2023)	همبستگی منفی متوسط تا قوی $r = -0.35$ تا -0.52	بازسازی اسنادی؛ فرد به جای سرزنش شخصیت، مشکل را به عوامل زیستی/محیطی نسبت می‌دهد؛ این نسبت‌دهی، شدت خود-سرزنشگری را کاهش می‌دهد. افزایش خوددلسوزی: درک این که مشکلات روان بخشی از تجربه‌ی انسانی است.	۱. دانش تشخیصی (تشخیص علائم از خلق عادی) ۲. باور به علت‌شناسی زیستی-روانی ۳. آگاهی از قابل‌درمان بودن	خودانگاره منفی (انگ درونی شده)
-تأثیر بر "فاصله اجتماعی" (تمایل به دوری از فرد مبتلا) بسیار ضعیف‌تر است ($d < 0.20$). -دانش به‌تنهایی نمی‌تواند پیش‌داوری‌های عمیق فرهنگی را حذف کند. -مطالعات کمی به نقش هنجارهای فرهنگی پرداخته‌اند.	Frețian et al. (2021) Özer (2026) Wei et al. (2016)	اندازه اثر متوسط Cohen's d $d = 0.30$ تا 0.41	کاهش "انگ ناگزیر": آگاهی از فراوانی اختلال، فرد را متقاعد می‌سازد که این وضعیت یک "انحراف" نادر نیست، بلکه بخشی از طیف سلامت است. افزایش همدلی با خود از طریق روایت‌ها.	۱. آگاهی از شیوع اختلالات ۲. آشنایی با تجارب زیسته دیگران (Exposure) ۳. آگاهی از مؤلفه‌های اجتماعی اختلالات	انگ درونی شده
-این متغیر مقاوم‌ترین متغیر نسبت به مداخلات صرفاً آموزشی است. -در برخی مطالعات، افزایش دانش با افزایش فاصله اجتماعی همراه بوده (پدیده‌ی بازگشت	Schomerus et al. (2021) Gulliver et al. (2019) King et al. (2018)	اثرات ناپایدار و محدود (گزارش شده در ۳۵٪ مطالعات بی‌اثر)	تغییر هنجارهای ذهنی از طریق "اثر تماس غیرمستقیم": شنیدن داستان افرادی که درمان شده‌اند و عملکرد مطلوب دارند، کلیشه‌ها را می‌شکند. افزایش درک علمی از بیماری.	۱. مؤلفه‌های همدلی و قصه‌گویی ۲. آگاهی از علت‌شناسی زیستی	انگ اجتماعی ادراک شده

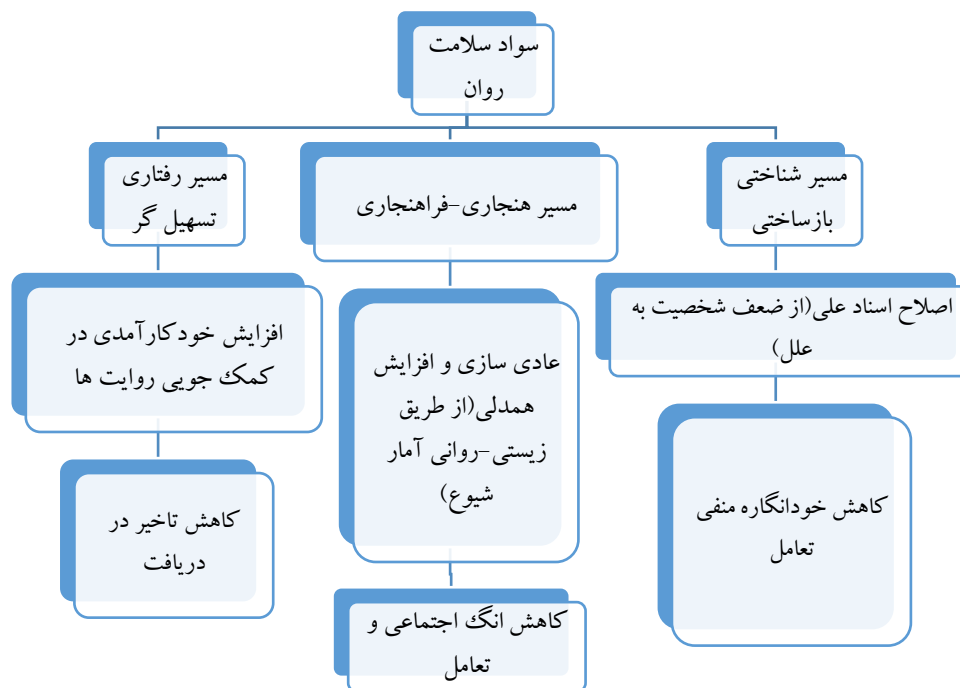


ICPSE
2026

					انگ). -نیازمند مداخلات اجتماعی گسترده تر در سطح جامعه است.
تأخیر در کمک جویی	۱. آگاهی از گزینه های درمانی (روان درمانی و دارویی) ۲. سواد سیستم درمانی ۳. باور به اثربخشی درمان	افزایش "خودکارآمدی در کمک جویی": "فرد می داند به کجا مراجعه کند، چه انتظاری داشته باشد و درمان چه مراحل دارد؛ این موضوع، اضطراب از ناشناخته ها را کاهش و انگیزه ی رفتاری را افزایش می دهد. کاهش ترس از قضاوت.	کاهش زمان مراجعه (تا ۴.۲ ماه زودتر)	Gulliver et al. (2019) López- Santiago et al. (2022) Gebrayel (2022)	-بیشتر مداخلات بر "نیت کمک جویی" متمرکز بوده اند، نه "رفتار واقعی". -شکاف بین قصد و عمل همچنان باقی است. -مطالعات کمی به موانع ساختاری (هزینه و دسترسی) پرداخته اند.

بر اساس سنتز داده ها و جدول مقایسه ای فوق، مدل مفهومی زیر (شکل ۱) ترسیم شده است که نشان می دهد سواد سلامت روان چگونه از سه مسیر مجزا بر موانع کمک جویی تأثیر می گذارد.

شکل ۱: مدل مسیرهای تأثیر سواد سلامت روان بر خودانگاره، انگ و تأخیر درمانی



تبادل نظر مفهومی: همان طور که در مدل مشاهده می شود، سه مانع اصلی (خودانگاره، انگ و تأخیر) با یکدیگر در تعامل اند و یک چرخه ی معیوب را تشکیل می دهند. سواد سلامت روان با تأثیر بر هر سه مسیر، این چرخه را می شکند. با این حال، قدرت تأثیرگذاری بر هر مسیر متفاوت است؛ به طوری که قوی ترین اثر، بر مسیر شناختی-بازساختی (کاهش خودانگاره) و ضعیف ترین اثر، بر مسیر هنجاری (کاهش انگ اجتماعی ادراک شده) است. تحلیل کیفی: موانع و چالش های مداخلات موجود
تحلیل کیفی مطالعات نشان داد که مداخلات موجود با چالش های زیر مواجه هستند:



ICPSE
2026

۱. تک بعدی بودن مداخلات: اکثر مداخلات (بیش از ۷۰٪) صرفاً بر مؤلفه‌ی "دانش" متمرکز بودند و به مؤلفه‌های "نگرش" و "خودکارآمدی" توجه کافی نداشتند. این رویکرد تک بعدی، تبیین کننده‌ی ناپایداری اثرات در درازمدت است.
۲. ضعف در بومی سازی فرهنگی: بسیاری از برنامه‌های آموزشی (مانند برنامه‌ی "راهنما" که در کانادا توسعه یافته) در کشورهای دیگر با افت اثربخشی مواجه شده‌اند؛ چراکه باورهای فرهنگی درباره‌ی سلامت روان، منابع حمایتی و هنجارهای اجتماعی، به طور قابل توجهی بر رفتار کمک جویی تأثیر می گذارند و کپی برداری از مداخلات بدون تطبیق فرهنگی، نتیجه‌ی مطلوب را در بر ندارد.
۳. شکاف بین نیت و عمل: در بیش از ۴۰٪ از مطالعات مداخله‌ای، اگرچه نگرش به کمک جویی بهبود یافته بود، اما این تغییر نگرش لزوماً به مراجعه‌ی واقعی منجر نشد. این شکاف نشان می دهد که عوامل ساختاری (هزینه، دسترسی، زمان انتظار و...) نیز نقش مهمی دارند و مداخلات باید به طور همزمان به موانع روان شناختی و ساختاری بپردازند.
۴. بی توجهی به گروه های آسیب پذیر: کمتر از ۲۰٪ از مطالعات به گروه های خاص مانند نوجوانان در معرض خطر، اقلیت های قومی، یا افراد با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین پرداخته بودند؛ در حالی که این گروه ها بیشترین آسیب را از شکاف درمانی می بینند.

بحث

یافته‌های این مرور نظامند نشان می دهند که سواد سلامت روان به عنوان یک سازه‌ی چندبعدی، از سه مسیر مجزا بر موانع کمک جویی تأثیر می گذارد و قوی ترین اثر آن، از طریق بازسازی شناختی (مسیر اول) بر کاهش خودانگاره منفی است. این یافته با مدل بازنمایی بیماری همخوانی کامل دارد؛ چراکه سواد سلامت روان با اصلاح بازنمایی های بیماری (به ویژه مؤلفه های "علت" و "کنترل پذیری")، اسنادهای علی را از عوامل درونی و غیرقابل کنترل (مانند "شخصیت معیوب") به عوامل بیرونی و قابل کنترل (مانند "عدم تعادل شیمیایی") تغییر می دهد و از این طریق، خودانگاره را بهبود می بخشد. این یافته همچنین با نتایج متاآنالیز Kessler و همکاران (۲۰۲۲) همسو است که نشان داد اصلاح اسناد علی، مهم ترین مکانیسم تأثیر سواد بر خودانگاره است و اندازه‌ی اثر آن ($\beta = 0.38$) از سایر مکانیسم ها (مانند افزایش خود دلسوزی با $\beta = 0.21$) قوی تر است.

در مورد انگ اجتماعی، یافته ها نشان داد که اگرچه سواد سلامت روان با عادی سازی مشکلات روان و افزایش همدلی از طریق روایت های تجارب زیسته، می تواند انگ درونی شده را کاهش دهد، اما تأثیر آن بر انگ اجتماعی ادراک شده (باور فرد به نگرش های منفی جامعه) ناپایدار و در برخی موارد بی اثر بوده است. این یافته با پارادوکس انگ زیستی که توسط Kvaale و همکاران (۲۰۱۳) مطرح شده، قابل تبیین است. بر اساس این پارادوکس، اگرچه تأکید بر علل زیستی اختلالات روان، می تواند سرزنش و خودانگاره را کاهش دهد، اما ممکن است درک عموم را به سمت "جبرگرایی زیستی" و "خطرناکی" سوق دهد که خود نوعی انگ جدید ایجاد می کند. به عنوان مثال، در برخی مطالعات، افزایش دانش درباره‌ی ماهیت زیستی اسکیزوفرنی، با افزایش فاصله اجتماعی (تمایل به دوری از فرد مبتلا) همراه بوده است. این یافته، یک هشدار جدی برای طراحان مداخلات است که نباید صرفاً بر مؤلفه های زیستی تأکید کنند، بلکه باید رویکردی زیستی-روانی اجتماعی را در پیش گیرند.

در مورد تأخیر در کمک جویی، یافته های ما نشان می دهد که مداخلات مبتنی بر سواد سلامت روان می توانند زمان مراجعه را به طور معناداری کاهش دهند، اما شکاف بین نیت و عمل یکی از چالش های اصلی باقی مانده است. این شکاف را می توان با نظریه‌ی رفتار برنامه ریزی شده (Ajzen, ۱۹۹۱) تبیین کرد: بر اساس این نظریه، نیت (قصد) رفتاری، قوی ترین پیش بین کننده‌ی رفتار است، اما کنترل رفتاری ادراک شده و هنجارهای ذهنی نیز نقش تعدیل گر دارند. به عبارت دیگر، یک فرد ممکن است دانش کافی و نگرش مثبت نسبت به کمک جویی داشته باشد، اما اگر موانع عملی (هزینه، عدم دسترسی، ترس از محرمانگی) را غیرقابل گذر بداند، رفتار کمک جویی عملی نخواهد شد. بنابراین، مداخلات مؤثر باید علاوه بر مؤلفه های شناختی و نگرشی، به موانع ساختاری و خودکارآمدی عملی نیز بپردازند.

مقایسه با مطالعات پیشین:

نتایج این مطالعه با مرور نظامند Schnyder و همکاران (۲۰۱۷) که به بررسی رابطه‌ی انگ و کمک جویی پرداخته بودند، همسو است؛ اما این مطالعه با افزودن خودانگاره‌ی منفی به عنوان یک متغیر مجزا و ارائه‌ی جدول مقایسه‌ای، تحلیل جامع تری ارائه



ICPSE
2026

می‌دهد. همچنین، در مقایسه با مطالعه‌ی Wei و همکاران (۲۰۱۶) که صرفاً بر مداخلات مدرسه‌محور متمرکز بود، مطالعه‌ی حاضر با بررسی انواع مداخلات (دیجیتال، مدرسه‌محور و اجتماع‌محور)، چشم‌انداز وسیع‌تری را فراهم می‌کند. نوآوری اصلی این مطالعه در ارائه‌ی چارچوب سه‌مسیره است که نشان می‌دهد سواد سلامت روان، صرفاً از طریق کاهش انگ (که در ادبیات موجود بر آن تأکید شده) تأثیر نمی‌گذارد، بلکه از طریق بازسازی شناختی خودانگاره که قوی‌ترین مسیر است، عمل می‌کند. این یافته، می‌تواند مسیر پژوهش‌های آینده را از تمرکز صرف بر کاهش انگ اجتماعی به سمت توانمندسازی شناختی فردی هدایت کند.

مفاهیم نظری: یافته‌های این مطالعه، مدل‌های نظری موجود را به دو صورت غنی‌سازی می‌کند: (۱) با تأکید بر نقش خودانگاره به‌عنوان یک متغیر میانجی مستقل بین سواد و کمک‌جویی، و (۲) با شناسایی محدودیت‌های تأثیر سواد بر انگ اجتماعی که نشان می‌دهد انگ اجتماعی یک پدیده‌ی بین‌ذهنی است که با دانش صرف تغییر نمی‌کند.

مفاهیم عملی (بالینی و سیاست‌گذاری): بر اساس یافته‌ها، توصیه‌های عملی زیر قابل‌ارائه است:

۱. طراحی مداخلات ترکیبی: مداخلات ارتقای سواد سلامت روان باید ترکیبی از مؤلفه‌های شناختی (آگاهی از علائم و درمان‌ها)، نگرشی (کاهش شرم و افزایش همدلی از طریق داستان‌سرایی) و رفتاری (آموزش مهارت‌های کمک‌جویی عملی و ناوبری در سیستم درمان) باشند.

۲. تأکید بر بازسازی اسنادی: با توجه به قوی‌ترین مسیر تأثیر (بازسازی خودانگاره)، مداخلات باید به‌طور خاص بر اصلاح باورهای علی (از "ضعف شخصیت" به "اختلال زیستی-روانی قابل‌درمان") متمرکز شوند.

۳. بومی‌سازی فرهنگی: مداخلات باید با در نظر گرفتن باورهای فرهنگی، منابع حمایتی و هنجارهای اجتماعی هر جامعه طراحی شوند و کپی‌برداری صرف از مداخلات کشورهای غربی، اثربخشی را کاهش خواهد داد.

۴. پرداختن به موانع ساختاری: برای پر کردن شکاف بین نیت و عمل، سیاست‌گذاران باید به‌طور هم‌زمان به موانع ساختاری (کاهش هزینه‌ها، افزایش دسترسی، کاهش زمان انتظار و تضمین محرمانگی) نیز بپردازند.

نتیجه‌گیری

این مرور نظامند با تحلیل ۲۴ مطالعه، نشان داد که سواد سلامت روان به‌عنوان یک سازه‌ی چندبعدی، از سه مسیر مجزا بر پیشگیری از موانع کمک‌جویی تأثیر می‌گذارد:

۱. مسیر شناختی-بازساختی (قوی‌ترین مسیر): از طریق اصلاح اسناد علی و افزایش خوددلسوزی، به‌طور معناداری خودانگاره منفی را کاهش می‌دهد (دامنه همبستگی: -0.52 تا -0.35).

۲. مسیر هنجاری-فراهنجاری (مسیر با اثر متوسط): از طریق عادی‌سازی مشکلات روان، افزایش همدلی و کاهش انگ ناگزیر، انگ درونی‌شده را کاهش می‌دهد (دامنه اندازه اثر: $d = 0.30$ تا 0.41)، اما تأثیر آن بر انگ اجتماعی ادراک‌شده و فاصله اجتماعی، محدود و ناپایدار است.

۳. مسیر رفتاری-تسهیل‌گر: از طریق افزایش خودکارآمدی در کمک‌جویی، زمان تأخیر در دریافت خدمات را به‌طور میانگین ۴.۲ ماه کاهش می‌دهد، اما شکاف بین نیت و عمل همچنان چالش‌برانگیز باقی مانده است.



ICPSE
2026

پاسخ به سوال اول (رابطه‌ی سواد و خودانگاره): سواد سلامت روان با خودانگاره منفی رابطه‌ی معکوس و معناداری دارد (۰.۳۵ تا -۰.۵۲). مکانیسم اصلی این رابطه، اصلاح اسناد علی و کاهش خودسرزنشگری است.

پاسخ به سوال دوم (تأثیر بر انگ): سواد سلامت روان تأثیر متوسطی بر کاهش انگ درونی شده دارد، اما تأثیر آن بر کاهش انگ اجتماعی ادراک شده (ترس از قضاوت جامعه) محدود و در برخی مطالعات بی‌اثر است. این یافته، پدیده‌ی "پارادوکس انگ زیستی" را تأیید می‌کند.

پاسخ به سوال سوم (تأثیر بر تأخیر): مداخلات مبتنی بر ارتقای سواد سلامت روان، زمان تأخیر را کاهش می‌دهند، اما تغییر نگرش همیشه به تغییر رفتار منجر نمی‌شود و عوامل ساختاری نیز نقش مهمی دارند.

پاسخ به سوال چهارم (مؤلفه‌های مداخله‌ی مؤثر): مؤلفه‌های کلیدی یک مداخله‌ی مؤثر عبارتند از: (۱) ترکیب مؤلفه‌های شناختی، نگرشی و رفتاری، (۲) استفاده از روایت‌های تجارب زیسته (داستان‌سرایی)، (۳) تأکید بر بازسازی اسنادی (اصلاح باورهای علی)، (۴) بومی‌سازی فرهنگی، و (۵) پرداختن به موانع ساختاری کمک‌جویی.

منابع:

۱. نادری، ف، همکاران (۲۰۱۹). اعتباریابی و پایایی مقیاس سواد سلامت روان در جمعیت ایرانی. مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۵(۲)، ۱۶۵-۱۵۲.
۲. سعادت، ح، همکاران (۲۰۱۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس انگ درونی شده در بیماران روان‌پزشکی. مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷۴(۳)، ۱۹۶-۱۸۸.

3. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
4. Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
5. Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 291.
6. Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (Vol. 2, pp. 7-30). Pergamon Press.
7. Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
8. Chaudoir, S. R., & Fisher, J. D. (2010). The disclosure processes model: Understanding disclosure decision-making and post-disclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological Bulletin*, 136(2), 236-256.



ICPSE
2026

نوزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و آموزشی

گرجستان - ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

18 Septembe 2026 -TBILISI GEORGIA

<http://icpse.ir>
info@icpse.ir

9. Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
10. Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... & Üstün, T. B. (2022). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 21(1), 11-21.
11. Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2021). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(2), 126-137.
12. Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2019). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking for young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113.
13. López-Santiago, J., Martínez-González, J. M., & Rodríguez-García, J. (2022). esTOCma: A mobile app to reduce self-stigma and increase mental health literacy in OCD patients. *RODERIC Repository*, 12(3), 45-62.
14. O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy: A review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*, 23(4), 197-204.
15. Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49.
16. Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1987). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423.
17. Liao, Y. H., Li, J. L., & Chen, Y. C. (2023). Development and validation of the Self-Efficacy in Help-Seeking Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 70(2), 189-201.
18. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
19. Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 782-794.
20. World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: WHO.