**مقاله پژوهشی**
**مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان**
**دوره ۲۳، شهریور ۱۴۰۳، ۴۹۸-۴۸۲**

# ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی در جمعیت عمومی: یک مطالعه توصیفی

**آزاده سادات حسینی‌خبر[۱]، حمید یعقوبی[۲]، حجت الله فراهانی[۳]**

**دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۲۶ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۳/۰۴/۲۴ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۳/۰۶/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۱۷**

**چکیده**

**زمینه و هدف:** شیوع بالای اختلالات روان‌شناختی و سطح پایین استفاده از خدمات سلامت روان لزوم بررسی و ارزیابی موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی را نشان می‌دهد. ابزارهای محدودی برای ارزیابی موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی وجود دارد. در ایران هم ابزاری که متناسب با فرهنگ و شرایط جامعه باشد، وجود ندارد. بنابراین، هدف مطالعه حاضر، تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-ارزشیابی، در سال ۱۴۰۳ در ایران انجام شد. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد ۱۸ تا ۶۵ ساله بودند. از این میان ۲۲۷ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های موانع کمک‌طلبی روان شناختی، سواد سلامت روان، نگرش به کمک‌طلبی روان‌شناختی و خودپنهان سازی پاسخ دادند. برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی، روایی همگرا و واگرا از همبستگی Pearson و برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برازش مدل ۵ عاملی بود. همبستگی‌های معنی‌دار بین عوامل به‌دست آمده با مقیاس سواد سلامت روان، نگرش به کمک‌طلبی و خودپنهان سازی، روایی واگرا و همگرای مقیاس را تأیید کرد. پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی ۰/۹۱ به‌دست آمد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به‌دست آمده، نسخه فارسی مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی ساختاری ۵ عاملی دارد و از روایی و پایایی لازم برای استفاده در پژوهش‌های روان‌شناختی در جمعیت ایرانی برخوردار است.

**واژه‌های کلیدی:** رفتار کمک‌طلبی، روایی و پایایی، مقیاس

**ارجاع:** حسینی خبر آس، یعقوبی ح، فراهانی حا. ویژگی¬های روان¬سنجی نسخه فارسی مقیاس موانع کمک¬طلبی روان¬شناختی در جمعیت عمومی: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۳، دوره ۲۳ شماره ۶، صفحات: ۴۹۸-۴۸۲.

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲- (نویسنده مسئول) دانشیار گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
تلفن: ۰۲۱-۵۱۲۱۲۴۶۸، پست الکترونیک: yaghubi@shahed.ac.ir
۳- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]
[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]

## مقدمه

بخش زیادی از جمعیت جهان از مشکلات سلامت روان رنج می‌برند. علاوه بر این، بعد از همه‌گیری کرونا میزان شیوع اختلالات روانی مانند: افسردگی اساسی و اضطراب افزایش یافته است (۱). سطح پایین سلامت روان و دوره‌های طولانی درمان نشده بیماری نه تنها بر روند و نتایج بیماری تأثیر می‌گذارد، بلکه می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد، کیفیت پایین زندگی، سوء مصرف مواد، بیکاری، رفتارهای ضد اجتماعی و حتی خودکشی شود (۲).

با وجود این‌که جستجوی کمک روان‌شناختی حرفه‌ای می‌تواند بسیار کمک کننده باشد، شواهد حاکی از آن است که بسیاری از افراد به‌دنبال دریافت خدمات روان‌شناختی نیستند، آن را به تعویق می‌اندازند یا اصلاً درمانی دریافت نمی‌کنند (۵-۳). به عنوان مثال در آمریکا ۶۷ درصد از افرادی که مشکلات سلامت روان را تجربه می‌کنند، درمانی دریافت نمی‌کنند (۶). این آمار در اروپا حدود ۷۴ درصد است (۷). در ایران نیز حدود ۲۳ درصد از جمعیت به نوعی دچار اختلالات روانی هستند. مطالعات در دنیا نشان می‌دهد که در کشورهای با درآمد متوسط، ۷۵ درصد افراد دارای اختلال روانی مانند افسردگی و اضطراب، از خدمات درمانی استفاده نمی‌کنند. این میزان، یک رقم جهانی است و در ایران نیز ۶۶ تا ۷۵ درصد از افراد دارای اختلال روانی برای درمان به متخصصان سلامت روان مراجعه نمی‌کنند (۸). پس لزوم بررسی موانع کمک طلبی روان‌شناختی (Psychological help seeking) کاملاً مشخص است.

موانع مرتبط با کمک‌طلبی روان‌شناختی این‌گونه تعریف می شود: عدم تمایل عمومی به دریافت خدمات سلامت روان یا عواملی که مانع می‌شود تا فرد به‌دنبال دریافت کمک روان‌شناختی حرفه-ای برود (۹). پژوهش‌های زیادی در این زمینه انجام شده است. Aydoğdu و همکاران در پژوهش خود نشان دادند مهم‌ترین مانع دریافت کمک حرفه‌ای این است که افراد گمان می‌کنند به تنهایی یا با کمک خانواده و دوستان‌شان می‌توانند مشکل‌شان را حل کنند و گاهی مراجعه به متخصص آخرین گزینه است (۱۰). در پژوهش‌های مختلف به موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی پرداخته شده است. برخی از این موارد عبارت از عدم اطلاع از نحوه استفاده از خدمات روان‌شناختی، مسائل مالی، باورهای اشتباه، زمان انتظار زیاد، دریافت کمک‌های غیر حرفه‌ای، ترس از برچسب خوردن، اعتماد و رازداری می‌باشند (۱۲، ۱۱، ۲).

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد رابطه منفی بین نگرش به کمک‌طلبی روان‌شناختی و موانع کمک‌طلبی وجود دارد (۱۴، ۱۳، ۴). بر اساس پژوهش‌های انجام شده موانع مرتبط با کمک‌طلبی روان‌شناختی را می‌توان در سه دسته طبقه‌بندی کرد: موانع فردی (ویژگی‌های فردی و موقعیت‌ها)، موانع فرهنگی-اجتماعی (ارزش‌های فرهنگی و شرایط خاص جامعه) و موانع مربوط به سیستم‌های کمک‌رسان (مراکز ارائه دهنده خدمات، متخصصان سلامت روان) (۱۵).

یکی از حوزه‌های مهم پژوهشی در رابطه با شناخت موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی، نحوه ارزیابی این موانع و تهیه ابزار برای شناخت موانع است. ابزارهای محدودی برای شناخت موانع کمک طلبی روان‌شناختی وجود دارد. از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد: مقیاس بازنگری شده موانع خدمات سلامت روان (Barriers to mental health services scale revised) از این مقیاس در جمعیت عمومی و سالمندان استفاده شده است (۱۷، ۱۶). مقیاس موانع مراقبت از سلامت نسخه والد ( Parental

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]
[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]


CCBY-NC.4.0 DEED

healthcare barriers scale) پرسش‌نامه دیگری است که موانع دسترسی به مراقبت‌های روان‌شناختی را برای والدین کودکان دارای ناتوانی‌های ذهنی و رشدی ارزیابی می‌کند (۱۸). ابزار سنجش بعدی مقیاس ارزیابی دسترسی به کمک ( Barrier to access to care evaluation) است که برای جمعیت عمومی و افراد با انواع مشکلات سلامت روان قابل استفاده است (۷). یکی از ایرادات آن تعداد نسبتاً زیاد سؤالات است. نمونه دیگر، مقیاس جستجوی موانع کمک طلبی روان‌شناختی ( Barriers to seeking psychological help) است که در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است. این مقیاس شامل ۱۷ سؤال است. این پرسش‌نامه در کشور ترکیه طراحی شده است و به نظر می‌رسد نزدیکی فرهنگی بیشتری با جامعه ایرانی داشته باشد. (۱۹).

همان‌گونه که اشاره شد با توجه به شیوع بالای بیماری‌های روانی و استفاده کم افراد از خدمات سلامت روان، لزوم وجود ابزارهایی که بتواند موانع مراجعه افراد به روان‌شناس، مشاور و روان‌پزشک را شناسایی کند بر کسی پوشیده نیست. شناسایی این موانع می‌تواند به متولیان حوزه سلامت در جهت برنامه‌ریزی بهتر برای شناخت نیازها و ترغیب افراد برای استفاده از خدمات سلامت روان کمک کننده باشد. ابزارهای محدودی برای سنجش موانع کمک‌طلبی حرفه‌ای وجود دارد (۱۶) و بر طبق جستجوهای به عمل آمده، در ایران هم ابزاری که متناسب با جامعه ایرانی باشد، وجود ندارد. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین روایی و پایایی مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی در جمعیت عمومی در جامعه ایرانی است. این ابزار ۱۷ سؤالی به‌خوبی موانع کمک‌طلبی را پوشش می‌دهد و از نظر تعداد سؤالات متناسب است.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک طرح توصیفی از نوع ارزشیابی است که در سال ۱۴۰۳ در ایران انجام شده است. در این پژوهش از شاخص های توصیفی، ضرایب اعتبار، روایی و تحلیل ساختار عاملی برای برآورد ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس موانع کمک‌طلبی روان شناختی استفاده شده است.

شرکت کنندگان در این پژوهش به صورت فراخوان از جمعیت عمومی انتخاب شدند. شرکت کنندگان ۱۸ تا ۶۵ ساله بودند. لینک پرسش‌نامه‌های پژوهش در سایت پرس‌لاین (Porsline) آماده شد و جهت اجرا در شبکه‌های اجتماعی مانند واتس‌آپ، تلگرام و اینستاگرام منتشر شد. قانون تقریبی محاسبه حجم نمونه در پژوهش‌های روان‌سنجی نسبت ۱ به ۱۰ است، به این صورت که به ازای هر گویه، ۱۰ شرکت کننده برای پاسخ‌گویی به سؤالات انتخاب می‌شود. مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی دارای ۱۷ سؤال است و بر این اساس حجم نمونه ۱۷۰ نفر مناسب است. بر اساس توصیه Comrey و Lee (۲۰) برای کفایت حجم نمونه در تحلیل عاملی حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر است. بنابراین، حجم نمونه ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد و ۳۰ نفر هم برای کاهش خطای اندازه‌گیری به نمونه افزوده شد. با حذف پرسش‌نامه‌های مخدوش، در نهایت نمونه شرکت کننده در پژوهش ۲۲۷ نفر بودند.

ملاک‌های ورود به پژوهش قرار داشتن در بازه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج از پژوهش هم ناقص گذاشتن پاسخ گویی به سؤالات بود. در این پژوهش تلاش شد کلیه اصول اخلاقی رعایت شود. شرکت کنندگان با رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند و کلیه اطلاعات به صورت محرمانه نگه داشته شد و صرفاً جهت اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. این پژوهش دارای کد اخلاق از دانشگاه شاهد است (IR.SHAHED.REC.1401.162).

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]


CCBY-NC.4.0 DEED

در پژوهش‌هایی که با هدف رواسازی ابزارهای روان‌شناختی در فرهنگ‌های مختلف انجام می‌شود، اولین گام ترجمه پرسش‌نامه است (۲۱). در پژوهش حاضر ابتدا مقیاس موانع کمک‌طلبی روان شناختی توسط محقق به فارسی ترجمه شد، بعد از آن توسط یک متخصص روان‌شناس و یک مترجم به‌طور جداگانه مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت. سپس فرآیند ترجمه معکوس توسط یک نفر مسلط به زبان فارسی و انگلیسی انجام شد. در نهایت هر دو نسخه ترجمه و متن اصلی مورد بررسی قرار گرفت و پس از بازبینی و اصلاح، نسخه نهایی ترجمه شده مقیاس موانع کمک طلبی روان-شناختی به همراه مقیاس سواد سلامت روان، مقیاس نگرش به کمک‌طلبی روان‌شناختی، مقیاس خودپنهان‌سازی و یک چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی اجرا شد. در ادامه به ابزارها و ویژگی‌های روان‌سنجی آن‌ها پرداخته شده است.

چک لیست جمعیت شناختی: این چک لیست شامل سؤالاتی در رابطه با جنسیت، سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل بود.

مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی (Barriers to Seeking Psychological Help Scale; BSPHS): پرسش‌نامه‌ای ۱۷ سؤالی است و نمره‌گذاری این پرسش‌نامه با استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است، به این صورت که به پاسخ کاملاً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نه موافق نه مخالف نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق می‌گیرد. این مقیاس پنج درجه‌ای مجموعه-ای از موانع ادراک شده را در قالب ۱۷ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پنج زیر مقیاس عبارتند از: ترس از برچسب خوردن از سوی اجتماع (۴ سؤال)، اعتماد به متخصصان سلامت روان (۴ سؤال)، مشکلات خودافشایی (۳ سؤال)، احساس بی‌ارزشی (۳ سؤال) و کمبود دانش و اطلاعات (۳ سؤال). حداقل نمره پرسش نامه ۱۷ و حداکثر نمره ۸۵ است، نمرات بالاتر نشان دهنده موانع ادراک شده بیشتر است (۱۹). برای ساخت این ابزار پژوهش‌گران ابتدا پیشینه پژوهشی را برای یافتن موانع موجود بررسی کردند. علاوه بر این، با استفاده از دو سؤال باز پاسخ در یک نمونه از دانشجویان درمورد بازدارنده‌ها و تسهیل کننده‌های کمک‌طلبی روان‌شناختی نظرخواهی انجام دادند. بر اساس پاسخ‌های دانشجویان و بررسی پیشینه پژوهشی یک مجموعه آیتم ۳۵ سؤالی طراحی شد و برای ۷ کارشناس که در زمینه‌های روان شناسی و مشاوره، زبان ترکی و سنجش و ارزیابی تخصص داشتند ارسال شد. این ۳۵ سؤال توسط کارشناسان بررسی شدند و بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای از کاملاً نامناسب (۱) تا کاملاً مناسب (۵) از نظر وضوح و روایی محتوایی نمره‌گذاری شدند. در نهایت تعداد ۱۸ آیتم که از نظر کارشناسان نامناسب بودند حذف شدند و ۱۷ آیتم باقی ماند. روایی و اعتبار این مقیاس در ترکیه بررسی شده است و ابزار از روایی و اعتبار لازم برای استفاده در پژوهش‌های روان‌شناختی برخوردار است (۱۹). میزان آلفای کرونباخ در پژوهش Topkaya و همکارش بالای ۰/۷ گزارش شده است (۲۲).

مقیاس سواد سلامت روان (Mental Health Literacy Questionnaire; MHLQ): این پرسش‌نامه توسط Dias و همکاران در سال ۲۰۱۸ با ۲۹ سؤال و ۴ خرده مقیاس طراحی شد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه با استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه ای است. به این صورت که به پاسخ کاملاً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نه موافق نه مخالف نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق می‌گیرد و هم‌چنین سؤالات ۶، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۲۱ و ۲۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. امتیاز کلی ۲۹ گویه از ۲۹ تا ۱۴۵ متغیر است. نمرات مقیاس آگاهی از مشکلات سلامت روان (۱۱ سؤال) در محدوده ۱۱ تا ۵۵ متغیر بود. باورهای


CCBY-NC.4.0 DEED
[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]
[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]

اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان (۸ سؤال) در محدوده ۸ تا ۴۰ متغیر بودند. جستجوی کمک و مهارت‌های کمک‌های اولیه (۶ سؤال) در محدوده ۶ تا۳۰ متغیر بود. استراتژی‌های کمک به خود (۴ سؤال) در محدوده ۴ تا ۲۰ است. در این پرسش‌نامه نمره بالاتر نشان‌دهنده سواد اطلاعاتی بیشتر است. در پژوهش Dias و همکاران در سال ۲۰۱۸ پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ آگاهی از مشکلات سلامت روان ۰/۷۴، باورهای اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان ۰/۷۲، برای خرده مقیاس جستجوی کمک و مهارت‌های کمک‌های اولیه ۰/۷۱ و استراتژی‌های کمک به خود ۰/۶۰ گزارش شد (۲۳). در پژوهش Zarebi و همکاران در سال ۱۳۹۹ برای تعیین پایایی ابتدا از آلفای کرونباخ استفاده شد و میزان این شاخص برای نمره کل ۰/۷۷ به دست آمد که نشان‌دهنده مناسب بودن ثبات درونی کل پرسش نامه می‌باشد (۲۴).

مقیاس خودپنهان سازی (Self-Concealment Scale; SCS): این پرسش‌نامه توسط Larson و Chastain در سال ۱۹۹۰ به صورت خودگزارشی طراحی شد. نسخه اصلی برای جوانان و بزرگسالان طراحی و روی نوجوانان ایرانی هنجاریابی شده است. پرسش‌نامه دارای ۱۰ سؤال و فاقد خرده مقیاس است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه با استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است به این صورت که به پاسخ کاملاً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نه موافق نه مخالف نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق می‌گیرد. کمترین نمره ۱۰ و بیشترین نمره ۵۰ است. در این پرسش‌نامه کسب نمره بالاتر خود پنهان‌سازی بیشتر را نشان می‌دهد (۲۵). در پژوهش Larson و Chastain پایایی این پرسش نامه با استفاده از روش همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده که این ضریب برای جوانان ۰/۸۷ و برای گروه بزرگسال ۰/۸۴ به‌دست آمده است و پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی ۴ هفته همبستگی بین نمرات دو نوبت اجرا شده ۰/۸۱ محاسبه و گزارش شده است (۲۵). Ghaffari و همکاران (۱۴۰۰) آلفای کرونباخ ۰/۸۴ را برای این مقیاس بیان کردند (۲۶).

مقیاس نگرش به کمک طلبی روان‌شناختی (فرم کوتاه) (Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale; ATSPPH): فرم اصلی این پرسش‌نامه شامل ۲۹ سؤال و ۴ زیرمقیاس است. زیر مقیاس‌های فرم بلند شامل شناسایی احتیاج شخصی به کمک حرفه‌ای (۸ سؤال)، تحمل برچسب مربوط به کمک حرفه‌ای (۵ سؤال)، باز بودن فردی نسبت به مشکلات (۷ سؤال) و اعتماد به متخصص سلامت روان (۹ سؤال) است (۲۷). در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۱۰ سؤالی استفاده شده است. فرم کوتاه شده این پرسش‌نامه یکی از پر استفاده‌ترین مقیاس‌ها بوده و برگرفته از مقیاس اصلی می‌باشد. فرم کوتاه شده یک نمره کلی جهت نگرش هسته‌ای فرد به‌دست می‌دهد و تک مؤلفه‌ای است. پاسخ به سؤالات به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای بوده به این‌صورت که کاملاً مخالفم نمره ۰، مخالفم نمره ۱، موافقم نمره ۲ و کاملاً موافقم نمره ۳ می‌گیرد. نمره کل می‌تواند از ۰ تا ۳۰ متغیر باشد. نمرات ۱۴ به بالا نشان دهنده نگرش مثبت به کمک‌طلبی حرفه‌ای روان‌شناختی و نمرات ۱۳ به پایین نشان‌دهنده نگرش منفی می‌باشد. Fischer و Farina (۱۹۹۵) ضریب پایایی درونی را ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. ضریب پایایی به دست آمده از طریق آزمون-بازآزمون با فاصله یک ماهه ۰/۸ به‌دست آمده است. همبستگی فرم کوتاه با فرم اصلی ۰/۸۷ می‌باشد که نشان دهنده روایی همگرای مثبت آن می‌باشد (۲۸). Sharifi و همکاران روایی و پایایی این پرسش‌نامه را در ایران بر روی یک گروه از سالمندان مورد بررسی قرار داده‌اند که ابزار از


CCBY-NC.4.0 DEED
[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]
[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]

روایی و پایایی مناسب برخوردار بود. آلفای کرونباخ گزارش شده در این پژوهش برابر با ۰/۸۴ بود (۲۹).

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و R نسخه ۴,۴,۱ انجام شد. داده‌ها نمره‌گذاری و از نظر صحت ورود اطلاعات و ارزش‌های از دست رفته بررسی شدند. سپس برای سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس، روایی و پایایی مقیاس با استفاده از تأیید عاملی تأییدی (Confirmatory factor analysis)، روایی ملاکی همزمان (Concurrent validity)، روایی همگرا (Convergent validity) و روایی واگرا (Divergent validity) مورد ارزیابی قرار گرفت. روایی همگرا بر اساس دو شاخص اعتبار ترکیبی (Composite Reliability; CR) و میانگین واریانس استخراج شده (Average Variance Extracted; AVE) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج گزارش شد. روایی ملاکی هم‌زمان بر اساس همبستگی نمرات مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی با مقیاس سواد سلامت روان، نگرش به کمک طلبی روان‌شناختی و روایی واگرا بر اساس همبستگی مقیاس موانع کمک‌طلبی روان شناختی با مقیاس خود پنهان‌سازی بررسی شد. پایایی مقیاس با استفاده از روش اعتبار همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ارزیابی شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی در جدول ۱ نشان داده شده است.

***جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی در نمونه ایرانی مورد بررسی در سال ۱۴۰۳ (n=۲۲۷)***

| متغیرها | | تعداد (درصد) |
|---|---|---|
| **جنسیت** | زن | ۱۶۰ (۷۰/۵) |
| | مرد | ۶۷ (۲۹/۵) |
| **سطح تحصیلات** | زیر دیپلم | ۹ (۳/۸) |
| | دیپلم | ۲۰ (۸/۸) |
| | کاردانی | ۱۲ (۵/۲) |
| | کارشناسی | ۱۰۰ (۴۴) |
| | کارشناسی ارشد | ۵۴ (۲۳/۷) |
| | دکتری | ۳۲ (۱۴) |
| **سن (سال)** | ۱۸ تا ۲۹ | ۵۹ (۲۵/۸) |
| | ۳۰ تا ۴۰ | ۹۵ (۴۱/۸) |
| | ۴۱ تا ۵۰ | ۵۶ (۱۸/۹) |
| | ۵۱ تا ۶۵ | ۳۰ (۱۳/۱) |
| **وضعیت تأهل** | مجرد | ۷۶ (۳۳/۵) |
| | متأهل | ۱۵۱ (۶۶/۵) |

مناسب بودن هر گویه برای تحلیل عاملی با استفاده از شاخص همبستگی نمره هر گویه با نمره کل تصحیح شده ( Corrected item total correlation) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد میزان همبستگی تمامی گویه‌ها با نمره کل تصحیح شده بیشتر از ۰/۳ است. مثبت بودن تمام ضرایب همبستگی حاکی از آن است که تمامی گویه‌ها همسو با نمره کل مقیاس هستند (۳۰).

***جدول ۲- همبستگی گویه‌ها با نمره کل تصحیح شده در نمونه ایرانی مورد بررسی در سال ۱۴۰۳ (n=۲۲۷)***


CCBY-NC.4.0 DEED
[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]
[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]

| گویه | محتوای گویه | همبستگی با نمره کل تصحیح شده* |
|---|---|---|
| ۱ | برای من سخت است درمورد مشکلاتم با یک غریبه صحبت کنم حتی اگر آن شخص یک متخصص (مشاور، روان‌شناس یا روان‌پزشک) باشد. | ۰/۴۵ |
| ۲ | من نگران این هستم که درصورت مراجعه به مشاور، روان‌شناس یا روان‌پزشک برچسب فرد مشکل دار یا دیوانه بگیرم. | ۰/۶۲ |
| ۳ | چون رفتن پیش مشاور، روان‌شناس و روان‌پزشک زمان‌بر است تمایلی به مراجعه به آن ها ندارم. | ۰/۵۰ |
| ۴ | درمورد محرمانه نگه داشتن اطلاعات به روان‌شناس، روان‌پزشک و مشاور اعتماد ندارم. | ۰/۵۵ |
| ۵ | من از این‌که مشکلم را با مشاور، روان‌شناس و روان‌پزشک در میان بگذارم خجالت می‌کشم. | ۰/۶۶ |
| ۶ | نگران این هستم که اگر به مشاور، روان‌شناس و روان‌پزشک مراجعه کنم دیگران درمورد من چه فکری می‌کنند. | ۰/۶۲ |
| ۷ | من نمی‌دانم چگونه باید با یک مشاور، روان‌شناس یا روان‌پزشک در ارتباط باشم. | ۰/۵۸ |
| ۸ | من از دادن اطلاعات درمورد مشکلات خصوصی خود (رابطه جنسی، خشونت و غیره) حتی به یک مشاور، روان‌شناس و روان‌پزشک خودداری می‌کنم. | ۰/۵۶ |
| ۹ | من نگران این هستم که اگر به مشاور، روان‌شناس و روان‌پزشک مراجعه کنم دوستانم من را مسخره کنند. | ۰/۶۳ |
| ۱۰ | به دلیل دور بودن مراکز خدمات روان‌شناختی از من به مشاور، روان‌شناس و روان‌پزشک مراجعه نمی‌کنم. | ۰/۴۴ |
| ۱۱ | اگر مشکلاتم را با یک مشاور، روان‌شناس یا روان‌پزشک در میان بگذارم احساس ضعف می‌کنم. | ۰/۷۴ |
| ۱۲ | من نگران این هستم که مشاور، روان‌شناس یا روان‌پزشک من را درک نکنند. | ۰/۵۹ |
| ۱۳ | اگر به مشاور، روان‌شناس یا روان‌پزشک مراجعه کنم اعتماد به نفسم کم می‌شود. | ۰/۶۸ |
| ۱۴ | من به مشاور، روان‌شناس یا روان‌پزشک مراجعه نمی‌کنم زیرا در فرهنگی که در آن بزرگ شده‌ام مراجعه به مشاور، روان‌شناس یا روان‌پزشک کاری عادی و طبیعی نیست. | ۰/۶۲ |
| ۱۵ | نگران این هستم که اگر یک بار به مشاور، روان‌شناس یا روان‌پزشک مراجعه کنم باز هم نیاز به مراجعه داشته باشم. | ۰/۶۱ |
| ۱۶ | من نگران این هستم که آیا مشاور، روان‌شناس یا روان‌پزشک به اندازه کافی به من گوش می‌دهد یا نه؟ | ۰/۶۰ |
| ۱۷ | نگران این هستم که چون مشاور، روان‌شناس یا روان‌پزشک دائما با افرادی که مشکل مشابه من دارند در تماس است به اندازه کافی نسبت به مشکل من حساس نباشد. | ۰/۵۷ |

*$P<۰/۰۰۱$

زمانی که پژوهش‌گران با اتکا به دانش نظری و پژوهش‌های تجربی به ساختار یک مقیاس رسیده‌اند تحلیل عاملی تأییدی به آن‌ها این امکان را می‌دهد که این فرضیه را که "آیا متغیرهای مشاهده شده (گویه‌ها) و ساختارهای پنهان موجود (عامل‌ها و خرده مقیاس‌ها) با هم همبسته هستند؟" در یک ساختار مشخص آزمون کنند (۳۱). در این پژوهش برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. انتخاب روش برآورد در تحلیل عاملی تأییدی بسیار با اهمیت است. از مهم‌ترین مفروضه‌های روش، بیشینه درست نمایی (Maximum Likelihood)، بررسی نرمال بودن تک متغیری گویه‌ها از طریق آزمون Kolmogorov-Smirnov و نرمال بودن چند متغیری از طریق آزمون Mardia است. از آن جایی که نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov ($P<۰/۰۰۱$) و آزمون Mardia ($P<۰/۰۰۱$) حاکی از عدم توزیع نرمال بود، از روش برآورد کمترین مربعات وزنی مرکب (Diagonally Weighted Least Squares; DWLS) استفاده شد. زمانی که توزیع داده‌ها نرمال نباشد این روش دقت بیشتری دارد و نتایج از استحکام بیشتری برخوردار می‌شود (۳۱).

نتایج تحلیل عاملی نشان داد این ساختار شامل عامل ترس از برچسب خوردن از سوی اجتماع (سؤالات ۲، ۶، ۹، ۱۴)، اعتماد به متخصصان سلامت روان (سؤالات ۴، ۱۲، ۱۶، ۱۷)، احساس بی ارزشی (سؤالات ۱۱، ۱۳، ۱۵)، مشکلات خودافشایی (سؤالات ۱، ۵، ۸) و کمبود دانش و اطلاعات (سؤالات ۳، ۷، ۱۰) است. در ابتدا


CCBY-NC.4.0 DEED
[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]
[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]

تمامی سؤالات متناسب با ساختار عاملی مطرح شده وارد تحلیل شد. اما با توجه به این‌که بار عاملی سؤال ۴ معنی‌دار نشد، این سؤال حذف گردید.

در این پژوهش برای بررسی برازش مدل از شاخص های مجذور کای، کای دو نسبی (مجذور کای به درجه آزادی)، شاخص برازش هنجار نشده (Non-normed Fit Index; NNFI)، شاخص برازش هنجار شده (Normed Fit Index; NFI)، شاخص برازش تطبیقی (Comparative Fit Index; CFI)، شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit Index; GFI)، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA) و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (Adjusted Goodness of Fit Index; AGFI) استفاده شد. نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

***جدول ۳- شاخص‌های نیکویی برازش محاسبه شده در نمونه ایرانی مورد بررسی در سال ۱۴۰۳ (n=۲۲۷)***

| | مجذور کای | درجه آزادی | مجذور کای نسبی | ریشه میانگین مربعات خطای برآورد | شاخص نیکویی برازش | شاخص برازش تطبیقی | شاخص برازش هنجار شده | شاخص برازش هنجار نشده | شاخص نیکویی برازش تعدیل شده |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **مقادیر محاسبه‌شده** | ۱۷۷/۹۷ | ۹۴ | ۱/۸۹ | ۰/۰۶ | ۰/۹۱ | ۰/۹۴ | ۰/۹ | ۰/۹۳ | ۰/۸۷ |
| **مقادیر قابل‌قبول (۳۱)** | P۰/۰۵< | - | <۳ | <۰/۱ | ۰/۸> | ۰/۸> | ۰/۸> | ۰/۸> | ۰/۸> |

در ارزیابی برازش مدل، استفاده از مجذور کای روشی رایج است. عدم معنی‌داری مجذور کای در سطح ۰/۰۵ حاکی از آن است که مدل از برازش مناسبی برخوردار است. با این وجود این شاخص محدودیت‌هایی هم دارد که از آن جمله می‌توان به تأثیر حجم نمونه بر آن اشاره کرد. برای حل این مشکل و کاهش اثر حجم نمونه، استفاده از شاخص کای دو نسبی پیشنهاد می‌شود. کای دو نسبی در این مدل برابر با (۱/۸۹) بود. هر چند این شاخص فاقد مقدار ثابت به عنوان میزان قابل قبول است، اما Hair و همکاران کای دو نسبی زیر ۵ را قابل قبول و زیر ۳ را مطلوب می‌دانند (۳۲). یکی دیگر از شاخص‌های قابل استفاده، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد است که در این مدل برابر (۰/۰۶) بود. این مقدار نشان دهنده این است که خطای اندازه گیری در مدل کنترل شده است. Meyers و همکاران بیان می‌کنند که اندازه های بیشتر از ۰/۱ در این شاخص غیر قابل قبول هستند (۳۳).

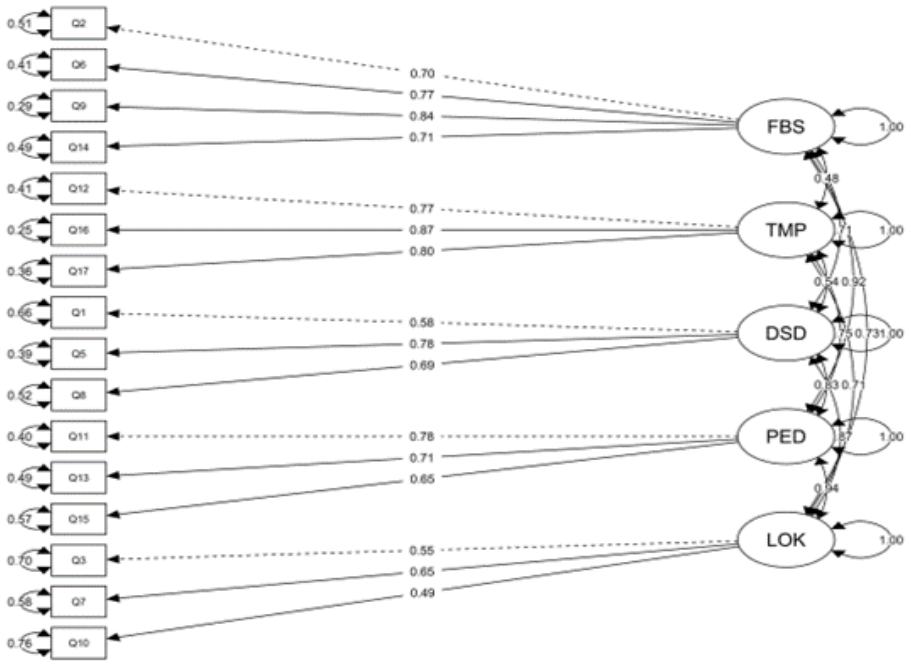
شاخص‌های برازش هنجار نشده (NNFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص های براز تطبیقی (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI) به ترتیب برابرند با ۰/۹۳، ۰/۹، ۰/۹۴، ۰/۹۱ و ۰/۸۷ (جدول ۳). این شاخص‌ها می‌توانند مقادیری از ۰ تا ۱ را اتخاذ کنند و هر چه مقدار آن‌ها به ۱ نزدیک‌تر باشد مدل از برازش بهتری برخوردار است مقادیر بیشتر از ۰/۸ قابل قبول و بیشتر از ۰/۹ مطلوب هستند (۳۱). در مجموع با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت مدل از برازش مطلوب و مناسب برخوردار است (شکل ۱).

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]


CCBY-NC.4.0 DEED

[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ] [ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]




***شکل ۱- مدل ۵ عاملی مقیاس موانع کمک طلبی و ضرایب استاندارد مسیرها در نمونه ایرانی مورد بررسی در سال ۱۴۰۳ (n=۲۲۷)***
***ترس از برچسب خوردن از اجتماع (Fear of being stigmatized by society; FBS)***
***اعتماد به متخصصان سلامت روان (Trust in the mental health professional; TMP)***
***مشکل در خودافشایی (Difficulties in self-disclosure; DSD)***
***احساس بی‌ارزشی (Perceived devaluation; PED)***
***کمبود دانش و اطلاعات (Lack of knowledge; LOK)***

***جدول ٤- ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و t محاسبه شده در نمونه ایرانی مورد بررسی در سال ۱۴۰۳ (n=۲۲۷)***

| گویه‌ها | بار عاملی استاندارد | بار عاملی غیراستاندارد | مقدار t* |
|---|---|---|---|
| **۱** | ۰/۵۸ | ۱ | |
| **۲** | ۰/۶۹ | ۱ | |
| **۳** | ۰/۵۵ | ۱ | |
| **۵** | ۰/۷۸ | ۱/۲۹ | ۸/۱۱ |
| **۶** | ۰/۷۶ | ۱/۰۸ | ۱۰/۵۲ |
| **۷** | ۰/۶۴ | ۱/۲۰ | ۷/۱۰ |
| **۸** | ۰/۶۹ | ۱/۲۳ | ۷/۶۰ |
| **۹** | ۰/۸۴ | ۰/۹۹ | ۱۱/۳۶ |
| **۱۰** | ۰/۴۹ | ۰/۸۸ | ۵/۸۹ |
| **۱۱** | ۰/۷۷ | ۱ | |
| **۱۲** | ۰/۷۶ | ۱ | |
| **۱۳** | ۰/۷۱ | ۰/۸۴ | ۱۱/۴۲ |
| **۱۴** | ۰/۷۱ | ۱/۰۱ | ۹/۸۹ |
| **۱۵** | ۰/۶۵ | ۱/۰۹ | ۱۰/۲۹ |
| **۱۶** | ۰/۸۶ | ۱/۰۹ | ۱۲/۶۴ |
| **۱۷** | ۰/۷۹ | ۱/۰۳ | ۱۱/۹۰ |

** P<۰/۰۰۱*


CCBY-NC.4.0 DEED
[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]
[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]

در این پژوهش میانگین واریانس استخراج شده (AVE) که شاخصی برای محاسبه روایی همگرا است، ۰/۵۱ به‌دست آمده است. میزان قابل قبول AVE مقادیر بیشتر از ۰/۵ است و نشان دهنده روایی همگرای مقیاس و این نکته است که هر گویه فقط عامل خود را اندازه‌گیری می‌کند و ترکیب آن‌ها به گونه‌ای است که به‌خوبی از هم تفکیک شده‌اند (۳۴). یکی دیگر از شواهد روایی همگرای مقیاس، روایی ترکیبی (CR) آن است. اگر مقدار CR بیشتر از ۰/۷ باشد نشان دهنده روایی همگرای سازه است به این معنا که گویه‌ها همگی به طور یکنواختی یک سازه پنهان را بازنمایی می‌کنند (۳۴). مقدار CR در مطالعه حاضر برابر با ۰/۹۴ بود که نشان دهنده روایی همگرای سازه است.

علاوه بر این، به منظور بررسی روایی ملاکی همزمان و روایی واگرا، همبستگی Pearson با مقیاس خود پنهان‌سازی، سواد سلامت روان و نگرش به کمک‌طلبی روان‌شناختی محاسبه شد. نتایج این بررسی در جدول ۵ نشان داده شده است. مقیاس خود پنهان‌سازی با هر ۵ عامل رابطه مثبت معنی‌دار (P<۰/۰۰۱) داشت. مقیاس‌های سواد سلامت روان و نگرش به کمک‌طلبی روان‌شناختی با هر ۵ عامل رابطه منفی معنی‌دار (P<۰/۰۰۱) داشت. با توجه به نتایج به‌دست آمده روایی همگرا و واگرای سازه تأیید شد.

برای بررسی پایایی مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی، ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس مورد ارزیابی قرار گرفت. از این روش در بیشتر مطالعات استفاده می‌شود و معرف میزان تناسب گروهی از آیتم‌هایی است که یک سازه را می‌سنجند (۳۵). پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بود. مقدار آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها هم از ۰/۸۴ تا ۰/۵۹ به‌دست آمد. مقدار مناسب آلفا برای پایایی مقیاس مقادیر بالای ۰/۷ است (۳۶). بنابراین، مقدار آلفای به‌دست آمده برای این مقیاس نشان دهنده پایایی آن است. نتایج در جدول ۵ گزارش شده است.

***جدول ۵- همبستگی بین متغیرها وآلفای کرونباخ در نمونه ایرانی مورد بررسی در سال ۱۴۰۳ (n=۲۲۷)***

| | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
|---|---|---|---|---|---|
| **۱. ترس از برچسب خوردن از سوی اجتماع** | | | | | |
| **۲. اعتماد به متخصصان سلامت روان** | ۰/۵۳* | | | | |
| **۳. مشکلات خودافشایی** | ۰/۵۵* | ۰/۴۹* | | | |
| **۴. احساس بی ارزشی** | ۰/۷۲* | ۰/۶۷* | ۰/۵۹* | | |
| **۵. کمبود دانش و اطلاعات** | ۰/۵۲* | ۰/۵۴* | ۰/۵۴* | ۰/۶۳* | |
| **۶. سوادسلامت روان** | -۰/۳۵* | -۰/۲۰* | -۰/۱۹* | -۰/۳۲* | -۰/۲۳* |
| **۷. خود پنهان‌سازی** | ۰/۲۹* | ۰/۳۸* | ۰/۴۶* | ۰/۳۸* | ۰/۳۹* |
| **۸. نگرش به کمک‌طلبی روان‌شناختی** | -۰/۴۰* | -۰/۳۶* | -۰/۲۹* | -۰/۳۹* | -۰/۲۰* |
| **آلفای کرونباخ** | ۰/۸۳ | ۰/۸۴ | ۰/۷۳ | ۰/۷۳ | ۰/۵۹ |

** P<۰/۰۰۱*

## بحث

از آن‌جایی که میزان استفاده افراد از خدمات سلامت روان به نسبت شیوع مشکلات روان‌شناختی بسیار پایین است، شناخت موانعی که موجب بازداری افراد از مراجعه به سیستم‌های خدمات رسان در این زمینه می‌شود، بسیار با اهمیت است. با توجه به این‌که در جامعه ایرانی ابزار مناسبی جهت ارزیابی این موانع وجود ندارد، پژوهش حاضر با هدف تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی در جامعه ایرانی


CCBY-NC.4.0 DEED
[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]
[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]

انجام شده است. به همین منظور با استفاده از آزمون تحلیل عاملی، روایی ملاکی هم‌زمان و روایی واگرا، روایی سازه‌ای ابزار احراز گردید. نتایج تحلیل عاملی تأییدی، حاکی از وجود ساختار ۵ عاملی مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی و برازش مطلوب مدل بود. این نتایج در گستره پژوهش‌هایی بود که در گذشته انجام شده است (۱۹، ۲۲).

نتایج پژوهش نشان داد نسخه فارسی این مقیاس شامل عامل ترس از برچسب خوردن از سوی اجتماع، اعتماد به متخصصان سلامت روان، احساس بی ارزشی، مشکلات خودافشایی و کمبود دانش و اطلاعات است. در ابتدا تمامی سؤالات متناسب با ساختار عاملی مطرح شده وارد تحلیل شد، اما با توجه به این‌که بار عاملی سؤال ۴ معنی‌دار نشد، این سؤال حذف گردید. گویه حذف شده این مسئله را مطرح می‌کند که "درمورد محرمانه نگه داشتن اطلاعات به روان‌شناس، روانپزشک و مشاور اعتماد ندارم" و مربوط یه زیرمقیاس خودافشایی است. این مسئله می‌تواند مرتبط با فرهنگ باشد. خودافشاسازی شامل فرآیند آشکار کردن افکار، احساسات درونی فرد و تجارب قبلی فرد برای شخصی دیگر است. خودافشایی در روابط یکی از ملاک های سازگاری در روابط است و طبق مطالعات انجام شده با سلامت روان مرتبط است (۳۸-۳۷).

با توجه به حذف یک سؤال در تحلیل عاملی نسخه فارسی پرسش‌نامه موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی مقیاسی خودگزارشی با ۱۶ گویه است. پاسخ دهندگان میزان موافقت خود با هر گویه را با یک مقیاس ۵ درجه‌ای که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق درجه‌بندی می‌شود، مشخص می‌کنند. با توجه به حذف یک سؤال در نسخه فارسی نمره کل پرسش‌نامه از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است. نمرات بالاتر نشان دهنده موانع ادراک شده بیشتر است.

برای بررسی روایی واگرا، از مقیاس‌های نگرش به کمک‌طلبی روان‌شناختی و سواد سلامت روان و برای بررسی روایی ملاکی هم‌زمان پرسش‌نامه از مقیاس خود پنهان‌سازی استفاده شد. نتایج همبستگی Pearson وجود رابطه معنی‌دار بین عوامل مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی و نمرات سه مقیاس ذکر شده را تأیید می‌کند. میزان همبستگی بین متغیرها ضعیف تا متوسط بود. Topkaya و همکاران هم در پژوهش خود از مقیاس خودپنهان سازی و نگرش به کمک‌طلبی روان‌شناختی برای بررسی روایی همگرا و واگرای مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی استفاده کرده‌اند. در مطالعه Topkaya و همکاران هم همبستگی بین نمره مقیاس موانع کمک‌طلبی و پرسش‌نامه‌های مذکور وجود داشت، اما شدت همبستگی ضعیف تا متوسط بود (۱۹). در یک مطالعه در ترکیه روایی ملاکی هم‌زمان نسخه ترکی مقیاس حاضر با مقیاسی مشابه آن مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج حاکی از وجود رابطه مثبت معنی‌دار بین دو مقیاس است (۳۹).

جهت بررسی پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برای نمره کلی ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به‌دست آمد. با توجه به این‌که مقدار آلفای کرونباخ مناسب برای یک مقیاس باید بیشتر از ۰/۷ باشد (۳۶)، آلفای کرونباخ مقیاس حاضر مطلوب است و نتایج از اعتبار لازم برخوردار است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش Topkaya و همکاران همسو می‌باشد. آن‌ها در پژوهش خود مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی را طراحی کردند و سپس اعتبار و روایی آن را در بین دانشجویان ترکیه مورد بررسی قرار دادند که از روایی و پایایی لازم برخوردار بود. میزان آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش Topkaya و همکاران در نمونه اول ۰/۸۷ و در نمونه دوم ۰/۹۱ گزارش شده است، میزان آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها هم از ۰/۵۸ تا ۰/۹۱ به‌دست آمده است. در مطالعه دیگری که ویژگی‌های روان‌سنجی همین مقیاس در جمعیت عمومی بزرگسالان بررسی شده است، میزان آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ گزارش شده است (۲۲).

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]


CCBY-NC.4.0 DEED

مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی علاوه بر این‌که از روایی و پایایی قابل قبولی در جامعه ایرانی برخوردار است به‌خوبی موانعی را که در پیشینه پژوهشی مطرح شده است، پوشش می‌دهد. در پژوهش‌های انجام شده مهم‌ترین موانع استفاده از خدمات روان شناختی عبارتند از ترس از برچسب خوردن (استیگما) و احساس شرمندگی و خجالت از دریافت کمک حرفه‌ای، رازداری و اعتماد، ناتوانی در بیان و شناخت علائم اختلال روانی (پایین بودن سطح سواد سلامت روان)، در دسترس نبودن خدمات، اعتماد به خود، نگرانی در مورد توانایی و صلاحیت فرد متخصص، عدم اطلاع از منابعی که می‌توانند به آن‌ها کمک کنند و ترس از منابعی که خدمات سلامت روان را ارائه می‌دهند (۴۰). در این مقیاس هم به ۵ عامل ترس از برچسب خوردن از سوی اجتماع، اعتماد به متخصصان سلامت روان، احساس بی‌ارزشی، مشکلات خودافشایی و کمبود دانش و اطلاعات دست پیدا کردیم که تا حد قابل توجهی مهم‌ترین موانع را دربرمی‌گیرد.

اگر بخواهیم مقایسه‌ای بین مقیاس کمک‌طلبی روان‌شناختی و ابزارهای مشابه داشته باشیم، می‌توان به مقیاس بازنگری شده موانع خدمات سلامت روان (BMHSS-R) اشاره کرد. این مقیاس۱۰ مورد از موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی را بررسی می کند و بیشتر مناسب سالمندان است و برای آنان طراحی شده است (۱۷). موانعی که این مقیاس به آن‌ها اشاره می‌کند عبارتند از: مشکلات رفت و آمد، پیدا کردن درمانگر مناسب، صلاحیت و دانش درمانگر، ارجاعات و مشکلات پزشکی، سن بالا، ترس از برچسب خوردن، نگرانی‌های مربوط به بیمه و پرداخت هزینه (۷).

مقیاس موانع مراقبت از سلامت نسخه والدین (PHBS) پرسش‌نامه دیگری است که موانع دسترسی به مراقبت های روان شناختی را برای والدین کودکان دارای ناتوانی‌های ذهنی و رشدی ارزیابی می کند. Xiong و همکاران ویژگی‌های روان سنجی این ابزار را در والدین کانادایی مورد بررسی قرار داده اند (۱۸). نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از مناسب بودن این ابزار برای بررسی موانع دسترسی به کمک روان‌شناختی برای والدین دارای کودک با ناتوانی ذهنی است. این ابزار ۴ حوزه از موانع را مورد بررسی قرار می‌دهد که شامل: پشتیبانی از خدمات، آمادگی هیجانی، باورهای شخصی و در دسترس بودن منابع است. این دو مقیاس برای گروه-های خاص طراحی شده اند و برای جمعیت عمومی قابل استفاده نیستند و از این منظر مقیاس موانع کمک طلبی روان‌شناختی نسبت به آن‌ها برتری دارد، زیرا برای جمعیت عمومی قابل استفاده است (۲۲).

مقیاس دیگری که در این زمینه کار شده است، مقیاس ارزیابی دسترسی به کمک (BACE) است که برای جمعیت عمومی و افراد با انواع مشکلات سلامت روان قابل استفاده است. این ابزار ۳۰ آیتم درمورد موانع کلی و ۱۲ آیتم در رابطه موانع مرتبط یا استیگما دارد و از این منظر ابزار جامعی به حساب می‌آید، اما تعداد زیاد سؤالات می‌تواند یکی از نقاط ضعف ابزار نسبت به مقیاس موانع کمک‌طلبی باشد. Clement و همکاران این مقیاس را طراحی و ارزیابی کرده‌اند (۷). روایی و پایایی این ابزار در برزیل و در بین عرب زبان‌ها هم مورد بررسی قرار گرفته است و از روایی و پایایی مناسب برخوردار بوده است (۱۷-۱۶).

در مجموع و با توجه به بررسی‌های انجام شده مقیاس موانع کمک‌طلبی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است، از نظر جامع بودن و پوشش دادن موانع مختلف، قابل استفاده بودن برای گروه‌های مختلف، تعداد سؤالات برای ارزیابی موانع کمک طلبی روان‌شناختی نسبت به سایر ابزارها، ابزار مناسب‌تری می-باشد. علاوه بر این، با توجه به نتایج پژوهش حاضر مقیاس موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی از روایی و پایایی مناسب برای استفاده در جمعیت عمومی، در جامعه ایرانی برخوردار است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه گیری در دسترس بود که می‌تواند روایی بیرونی پژوهش را با


CCBY-NC.4.0 DEED
[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]
[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]

مشکل مواجه کند. هم‌چنین هنجاریابی پرسش‌نامه در جمعیت عمومی و غیربالینی، امکان استفاده از آن در جمعیت بالینی را محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس در جمعیت‌های متنوع و به‌خصوص در جمعیت بالینی مورد بررسی قرار گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش این بود که تنها از آلفای کرونباخ برای سنجش پایایی استفاده شد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از سایر روش‌های بررسی پایایی هم استفاده شود تا نتایج قابل اعتمادتری حاصل شود.

## نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد پرسش‌نامه موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی از روایی و پایایی لازم برای استفاده در جامعه ایرانی برخوردار است. جامع بودن مقیاس، پوشش دادن موانع مختلف، قابل استفاده بودن برای گروه‌های مختلف و زیاد نبودن تعداد سؤالات، سبب شده است این مقیاس ابزار مناسبی برای ارزیابی موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی حرفه‌ای باشد. شناخت موانع کمک‌طلبی روان‌شناختی می‌تواند به متولیان حوزه سلامت روان در برنامه‌ریزی‌های آینده جهت تسهیل استفاده از خدمات روان شناختی کمک کننده باشد. از این منظر می‌توان از مقیاس موانع کمک‌طلبی در جهت اهداف پژوهشی و کاربردی در حوزه پیش-گیری و درمان استفاده نمود. البته با توجه به محدودیت‌های مطالعه استفاده از نتایج و تعمیم آن باید با در نظر گرفتن جوانب احتیاط صورت بگیرد.

## تشکر و قدردانی

از شرکت کنندگان در پژوهش که با همکاری در این طرح پژوهشی موجبات نگارش این مقاله را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

**تعارض در منافع:** این پژوهش تعارض منافع ندارد.

**حامی مالی:** این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی و غیردولتی دریافت نکرده است.

**ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق):** این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.SHAHED.REC.1401.162 از کمیته اخلاق دانشگاه شاهد است. در این مقاله سعی شده است کلیه اصول اخلاق پژوهش رعایت شود. افراد با رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند، امکان ادامه ندادن پژوهش را داشتند و کلیه اطلاعات آن‌ها صرفا برای اهداف پژوهشی استفاده شد و به صورت محرمانه نگه‌داشته شد.

**مشارکت نویسندگان**

- **طراحی ایده:** حمید یعقوبی، آزاده سادات حسینی خبر، حجت الله فراهانی
- **روش کار:** حجت الله فراهانی
- **جمع‌آوری داده‌ها** آزاده سادات حسینی خبر
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** حجت الله فراهانی، آزاده سادات حسینی خبر
- **نظارت:** حمید یعقوبی، حجت الله فراهانی
- **مدیریت پروژه:** حمید یعقوبی
- **نگارش – پیش‌نویس:** آزاده سادات حسینی خبر
- **نگارش – بررسی و ویرایش:** حمید یعقوبی، آزاده سادات حسینی خبر، حجت الله فراهانی

# References

1. Naumova K. "I could easily get professional help if I wanted to": Professional help-seeking intentions and the Theory of planned behaviour. *Psihologija* 2022; 55(4): 427-42.

2. Fekih-Romdhane F, Boukadida Y, Abassi B, Chaibi LS, Conus P, Krebs M-O, et al. French validation of the barriers to access to care evaluation (BACE-3) scale.

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]


CCBY-NC.4.0 DEED

*L'encephale* 2024; https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.11.020.

3. Martinez AB, Co M, Lau J, Brown JSL. Filipino help-seeking for mental health problems and associated barriers and facilitators: a systematic review. *Soc Psych Psych Epid* 2020; 55(11): 1397-413.

4. Noorwali R, Almotairy S, Akhder R, Mahmoud G, Sharif L, Alasmee N, et al. Barriers and facilitators to mental health help-seeking among young adults in Saudi Arabia: A qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(5): 2848.

5. Organization WH. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief, 2 March 2022; https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1.

6. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 2005; 352(24): 2515-23.

7. Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 1-11.

8. Noorbala AA, Yazdi SB, Yasamy M, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* 2004; 184(1): 70-3.

9. Vogel DL, Wade NG, Hackler AH. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *J counsel Psychol* 2007; 54(1): 40.

10. Aydoğdu BN, Eryiğit D, Ekşi H. Evaluation of attitudes towards seeking mental health services from a cultural perspective: turkish adaptation of barriers to seeking mental health counseling scale. *Spi Psychol Couns* 2022; 7(1): 55-74.

11. Seamark D, Gabriel L. Barriers to support: a qualitative exploration into the help-seeking and avoidance factors of young adults. *Br J Guid Couns* 2018; 46(1): 120-31.

12. Taylor RE, Kuo BCH. Black American psychological help-seeking intention: An integrated literature review with recommendations for clinical practice. *J Psychother Integr* 2019; 29(4): 325-37.

13. Taylor RE, Kuo BC. A theory-driven exploration of Black Canadians' psychological help-seeking intentions. *Can J Couns Psychother* 2020; 54(3): 464-85.

14. Tomczyk S, Schomerus G, Stolzenburg S, Muehlan H, Schmidt S. Ready, Willing and Able? An Investigation of the Theory of Planned Behaviour in Help-Seeking for a Community Sample with Current Untreated Depressive Symptoms. *Prev Sci* 2020; 21(6): 749-60.

15. Dunley P, Papadopoulos A. Why Is It So Hard to Get Help? Barriers to Help-Seeking in Postsecondary Students Struggling with Mental Health Issues: a Scoping Review. *Int J Ment Health AD* 2019; 17(3): 699-715.

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]


CCBY-NC.4.0 DEED

16. Pepin R, Segal DL. The barriers to mental health services scale revised: reliability, validity, and underlying structure. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21(3): S108.

17. Pepin R, Segal DL, Klebe KJ, Coolidge FL, Krakowiak KM, Bartels SJ. The barriers to mental health services scale revised: Psychometric analysis among older adults. *Ment Health Prev* 2015; 3(4): 178-84.

18. Xiong T, Kaltenbach E, Yakovenko I, Lebsack J, McGrath PJ. How to measure barriers in accessing mental healthcare? Psychometric evaluation of a screening tool in parents of children with intellectual and developmental disabilities. *BMC Health Serv Res* 2022; 22(1): 1383.

19. Topkaya N, Sahin E, Meydan B. The Development, Validity, and Reliability of the Barriers to Seeking Psychological Help Scale for College Students. *Int J High Educ* 2017; 6(1): 48-62.

20. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. Second Edition, New Yourk, Taylor & Francis. 2013; pp 442.

21. Fenn J, Tan C-S, George S. Development, validation and translation of psychological tests. *BJPsych Adv* 2020; 26(5): 306-15.

22. Topkaya N, Sahin E. Confirmatory Factor Analysis and Reliability of the Barriers to Seeking Psychological Help Scale among Turkish Adults. *Turk Online J Educ T* 2019; 2: 78-85.

23. Dias P, Campos L, Almeida H, Palha F. Mental health literacy in young adults: adaptation and psychometric properties of the mental health literacy questionnaire. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(7): 1318.

24. 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(4): 85-103. [Farsi]

25. Larson DG, Chastain RL. Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *J Soc Clin Psychol* 1990; 9(4): 439-55.

26. Ghaffari Z, Ghaseminezhad P, Chorami M. The Mediating Role of Help-Seeking Behaviors in Relationship between Loneliness and Self-Concealment with Suicidal Ideation in University Students. *Psychological studies* 2021; 17(1): 95-112. [Farsi]

27. Fischer EH, Turner JI. Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *J Consult Clin Psychol* 1970; 35(1p1): 79.

28. Fischer EH, Farina A. Attitudes toward seeking professional psychologial help: A shortened form and considerations for research. *J Coll Stud Dev* 1995.

29. Sharifi M, Abolfathi Momtaz Y, Alizadeh T, Zanjari N, Mohammadi Safa N. Psychometric properties of the attitudestoward receiving professional psychological services scale in a sample of Iranian older adults. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2019; 6(5): 83-95. [Farsi]

30. Nunnally J. Psychometric theory. Second Edition, New Yourk, McGraw-Hill. 1978; pp 701.

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]


CCBY-NC.4.0 DEED

31. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling; Forth Edition, New Yourk, Guilford publications. 2015; pp 534.

32. Hair JF, Black WC, Babin BJ. Multivariate Data Analysis: A Global Perspective. Seventh Edition, New Jersey, Pearson Education. 2010; pp 800.

33. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. Second Edition , Los Angeles, Sage publications. 2006; pp 722.

34. Farahani H, Roshan Chesli R. Essentials for Developing and Validating Psychological Scales: Guide to Best Practices. *Journal of Clinical Psychology & Personality* 2020; 12(2): 197-212. [Farsi]

35. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of MeasurmentS in Health Applied Researches. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015; 13(12): 1153-70. [Farsi]

36. Helms JE, Henze KT, Sass TL, Mifsud VA. Treating Cronbach's alpha reliability coefficients as data in counseling research. *Couns Psychol* 2006; 34(5): 630-60.

37. Shi J, Khoo Z. Online health community for change: Analysis of self-disclosure and social networks of users with depression. *Front psychol* 2023; 14: 1092884.

38. Aldahadha B. Self-disclosure, mindfulness, and their relationships with happiness and well-being. *Middle East Curr Psychiatr* 2023; 30(1): 7.

39. Daşçı G, Aydoğdu BN, Eryiğit D, Ekşi H. Evaluation of Attitudes Towards Seeking Mental Health Services From a Cultural Perspective: Turkish Adaptation of Barriers to Seeking Mental Health Counseling Scale. *Spi Psychol Couns* 2022; 7(1): 55-74.

40. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H, Brewer JL. A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC psychiatry* 2012; 12(1): 1-12.

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]


CCBY-NC.4.0 DEED

# Psychometric Properties of the Persian Version of Barriers to Seeking Psychological Help Scale in the General Population: A Descriptive Study

**Azade Sadat Hoseini Khabr[1], Hamid Yaghubi[2], Hojjatollah Farahani[3]**

**Received: 15/06/24 Sent for Revision: 14/07/24 Received Revised Manuscript: 03/09/24 Accepted: 07/09/24**

**Background and Objectives:** The high prevalence of psychological disorders and the low utilization rate of mental health services underscore the need to examine and evaluate the barriers to seeking psychological help. There are limited tools available for assessing these barriers, and in Iran, no instrument currently exists that fits the culture and conditions of the society. Therefore, the aim of this study was to determine the psychometric properties of the Persian version of the Barriers to Seeking Psychological Help Scale.

**Materials and Methods:** This descriptive-evaluative study was carried out in 2024 in Iran. The statistical population consisted of all Iranian individuals aged 18 to 65. Out of which, 227 individuals were selected using convenience sampling and completed questionnaires of Barriers to Seeking Psychological Help, Mental Health Literacy, Attitudes Towards Seeking Psychological Help, and Self-Concealment. Construct validity, convergent and divergent validity, and reliability were assessed using confirmatory factor analysis, Pearson's correlation, and Cronbach's alpha coefficient, respectively.

**Results:** The confirmatory factor analysis results indicated a good fit for the 5-factor model. Significant correlations between the obtained factors and the scales of mental health literacy, attitudes towards seeking help, and self-concealment confirmed the scale's convergent and divergent validity. The reliability of the scale, measured by Cronbach's alpha coefficient, was 0.91 for the total score.

**Conclusion:** Based on the results, the Persian version of the Barriers to Seeking Psychological Help Scale has a 5-factor structure and possesses the necessary validity and reliability for use in psychological research within the Iranian population.

**Keywords:** Help-seeking behavior, Reliability and validity, Scale

**Funding:** This study did not have any funds.

**Conflict of interest:** None declared.

**Ethical considerations:** The Ethics Committee of Shahed University approved the study (IR.SHAHED.REC.1401.162).

**Authors' contributions**

- **Conceptualization:** Hamid Yaghubi, Azade Sadat Hoseini Khabr, Hojjatollah Farahani
- **Methodology:** Hojjatollah Farahani
- **Data collecttion:** Azade Sadat Hoseini Khabr
- **Formal analysis:** Hojjatollah Farahani, Azade Sadat Hoseini Khabr
- **Supervision:** Hamid Yaghubi
- **Project administration:** Hamid Yaghubi, Hojjatollah Farahani
- **Writing – original draft:** Azade Sadat Hoseini Khabr
- **Writing – review & editing:** Hamid Yaghubi, Azade Sadat Hoseini Khabr, Hojjatollah Farahani

**Citation:** Hoseini Khabr AS, Yaghubi H, Farahani H. Psychometric Properties of the Persian Version of Barriers to Seeking Psychological Help Scale in the General Population: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2024; 23 (6): 482-98. [Farsi]

*1- PhD Student in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran*

*2- Associate Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University Tehran, Iran, ORCID:0000000324239203 (Corresponding Author) Tell: (021) 51212468, E-mail: yaghubi@shahed.ac.ir*

*3- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran*



CCBY-NC.4.0 DEED

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.61186/jrums.23.6.482 ]