

Original Article

Open Access

Evaluating Validity and Reliability of the Persian Version of "Mental Illness: Clinicians' Attitudes " Scale among Final Year Medical and Nursing Students at Shiraz University of Medical Sciences

Hourvash Haghiginejad^{1*} , Zahra Jowkar¹ 

1. Family Medicine Department, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Received: 2024/11/15

Accepted: 2025/05/06

Keywords:

Mental Illness
Medical Student
Nursing Student
Stigma

***Corresponding author:**

Hourvash Haghiginejad,
Family Medicine Department,
School of Medicine, Shiraz
University of Medical Sciences,
Shiraz, Iran
hhaghighi@sums.ac.ir

**ABSTRACT**

Introduction: "Mental Illness Clinicians' Attitudes" scale version 4 (MICA-4) measures stigma towards mental illness in a wide range of healthcare professionals. The present study aimed to determine the validity and reliability of the Persian translation of the questionnaire.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 300 medical and nursing students of Shiraz University of Medical Sciences. Four experts translated the studied questionnaire into Persian then into English using the forward - backward translation method. These translations were compared with the original version by a reviewer, and minor corrections were made to the Persian version. Ten experts revised the Persian version to achieve an acceptable content validity index (CVI) and content validity ratio (CVR). Exploratory factor analysis was used to evaluate construct validity. Reliability was measured using Cronbach's alpha.

Results: Findings indicated the content validity of the scale was acceptable. The correlation coefficients between the questions and the total score were more than 0.4, except for questions 3, 6, and 12 ($P < 0.001$). The scaling success was 13 out of 16 (81.25%). Exploratory factor analysis showed that the five-factor structure was appropriate for the scale. The internal consistency of the scale was appropriate (Cronbach's $\alpha = 0.67$), and by removing question 12, this value increased to 0.72. The item-total correlation for all items was estimated to be > 0.2 in each subscale.

Conclusion: The validity and reliability of the Persian version of the MICA-4 questionnaire were acceptable, and except for questions 6 and 12, the rest of the questions were suitable for measuring stigma. It is recommended that these two items be removed or revised according to the society's cultural and mental conditions.

How to Cite This Article: Haghiginejad H, Jowkar Z. Evaluating Validity and Reliability of the Persian Version of "Mental Illness: Clinicians' Attitudes " Scale among Final Year Medical and Nursing Students at Shiraz University of Medical Sciences. *Res Med Edu.* 2025;17 (3):47-58.



[10.32592/rmegums.17.3.47](https://doi.org/10.32592/rmegums.17.3.47)

Copyright © 2025 Research In Medical Education, and Guilan University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. License (<https://creativecommons.org/mission/by-nc/4.0/>)

بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه «بیماری روانی: نگرش حرفه‌های بالینی» در دانشجویان سال آخر پزشکی و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

حوروش حقیقی نژاد^{۱*}، زهرا جوکار^۱

۱. گروه پزشکی خانواده، دانشکده پزشکی شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

تاریخچه:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۱۶

کلیدواژه‌ها:

استیگما

بیماری روان

دانشجوی پزشکی

دانشجوی پرستاری

* نویسنده مسئول:

حوروش حقیقی نژاد، گروه پزشکی خانواده، دانشکده پزشکی شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

hhaghghi@sums.ac.ir

چکیده

مقدمه: «پرسش‌نامه بیماری روانی: نگرش حرفه‌های بالینی» نسخه ۴ (MICA-4) برای سنجش استیگما نسبت به بیماران روانی در طیف وسیعی از فعالان حوزه سلامت قابل استفاده است. هدف این مطالعه تعیین روایی و پایایی نسخه ترجمه شده فارسی این پرسش‌نامه بود.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۰۰ نفر از دانشجویان پزشکی و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. پرسش‌نامه مورد مطالعه توسط چهار نفر مسلط به هر دو زبان با استفاده از روش ترجمه - بازترجمه به فارسی ترجمه و سپس مجدد به انگلیسی برگردانده شد. سپس توسط یک ناظر این ترجمه‌ها با نسخه اصلی مقایسه شد و اصلاحاتی جزئی در نسخه ایرانی صورت گرفت. در نهایت توسط ۱۰ نفر از متخصصان روان پزشکی یا روان شناسی و اساتید گروه پزشکی خانواده برای به دست آوردن شاخص روایی محتوا (CVI) و نسبت روایی محتوا (CVR) قابل قبول بازنگری گردید. برای ارزیابی روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. پایایی با آلفای کرونباخ اندازه‌گیری گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که روایی محتوایی مقیاس مورد بررسی قابل قبول بود. ضرایب همبستگی بین سؤالات و نمره کل به جز سؤالات ۳، ۶ و ۱۲ بیش از ۰/۴ بود ($p < 0.001$). موفقیت مقیاس (Scaling Success) ۱۳ از ۱۶ (۸۱/۲۵ درصد) بود. تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که ساختار پنج‌عاملی برای مقیاس مناسب است. سازگاری درونی مقیاس مناسب بود ($\text{Cronbach's } \alpha = 0.67$) و با حذف سؤال ۱۲ این مقدار به ۰/۷۲ افزایش یافت. همبستگی گویه کل برای همه گویه‌ها در هر زیرمقیاس بیشتر از ۰/۲ بود.

نتیجه‌گیری: روایی و پایایی پرسش‌نامه فارسی شده MICA-4 قابل قبول است و به جز سؤال ۱۲ و ۶ بقیه سؤالات در گروه مورد مطالعه در اندازه‌گیری استیگما کارایی مناسبی داشته‌اند. توصیه محققان حذف یا تغییر این دو گزینه در جهت مطابقت با شرایط فرهنگی و ذهنی جامعه ماست.

مقدمه

استیگما (Stigma) یک واژه یونانی است که ریشه آن به نوعی خال کوبی یا نشانه‌گذاری اشاره دارد که روی بدن گناهکاران، برده‌ها یا خیانتکاران کنده یا سوزانده می‌شد تا در بین جمعیت به عنوان افراد بدنام و آلوده شناخته شوند (۱). امروزه، استیگما به صورت انگ اجتماعی و نگرش منفی یا تبعیض قائل شدن بین افراد به دلیل ویژگی‌های متفاوتشان مانند بیماری‌های روانی، مشکلات جسمی یا ناتوانی تعریف می‌شود (۲). استیگمای اجتماعی در اشکال متفاوتی اتفاق می‌افتد. معمول‌ترین آن‌ها در ارتباط با فرهنگ، قومیت، جنسیت،

بیماری‌ها و ناهنجاری‌هاست. افرادی که تحت این استیگماها قرار می‌گیرند، معمولاً احساسات متفاوتی را تجربه می‌کنند و توسط سایرین کم‌ارزش تلقی می‌شوند (۱). در زمان ما هنوز افرادی حتی با تحصیلات دانشگاهی وجود دارند که نگرش آن‌ها نسبت به بیماری روانی با استیگما همراه است (۳). همگام با پیشرفت روان‌شناسی اجتماعی از اواخر دهه پنجاه میلادی، بررسی نگرش افراد نسبت به بیماری روانی از اهمیت روزافزون برخوردار شده است، به گونه‌ای که تمامی برنامه‌های پیشگیری و مداخلات درمانی جامعه‌نگر در خصوص

بیماری‌های روانی، تغییر نگرش را جزء اهداف اصلی و عمده خود قرار داده است (۴).

استیگما روی تعاملات بیماران، روابط اجتماعی، فرصت‌های شغلی و کیفیت زندگی عمومی تأثیرگذار است. همچنین باعث کاهش اعتمادبه‌نفس بیماران و تخریب روابط خانوادگی می‌شود، به‌گونه‌ای که ازسوی محققان به‌عنوان جدی‌ترین عامل مخاطره‌آمیز و بازدارنده در ارتقای سلامت روان شناخته می‌شود و با ممانعت بیمار در دریافت بهنگام مراقبت لازم، نه‌تنها به بار بیماری اضافه می‌کند، بلکه کلیشه‌سازی را در نسل آینده پزشکان نیز تداوم می‌بخشد (۵).

انتظار می‌رود افزایش دانش و درمان‌های مؤثرتر بیماران باعث بهبود نگرش‌ها میان عامه مردم و مشاغل مربوط به بهداشت نسبت به مراکز روانی و درمان بیماران روانی شود. بااین‌حال، نگرش‌های نامناسب نسبت به بیماران و بیماری‌های روانی در میان عامه مردم، دانشجویان و مشاغل مرتبط با پزشکی به‌طور وسیع وجود دارد (۶).

در بین فعالان حوزه سلامت، دانشجویان پزشکی و پرستاری گروه هدف مهمی در ارتباط با تغییر نحوه نگرش درباره افراد با بیماری روانی هستند. نگرش دانشجویان در اوایل دوران تحصیل بیشتر قابل‌تغییر است و با افزایش مدت‌زمان تحصیل در رشته پزشکی و رزیدنتی نگرش آن‌ها به‌سختی قابل‌تغییر می‌شود (۶-۸). کاهش استیگما و بهبود نگرش در دانشجویان پزشکی به‌عنوان پزشکان آینده می‌تواند موجب رفتار مناسب یک پزشک شود (۹). همچنین، فرض می‌شود استیگمای نسبت به بیماری روانی با کاهش انتخاب شغل روان‌پزشکی توسط دانشجویان پزشکی در ارتباط است؛ چرا که آن را شغلی بی‌فایده و پُراسترس می‌دانند (۷).

در مطالعه‌ای که بر روی تعدادی از دانشجویان پزشکی و پرستاری در اسپانیا درباره استیگما نسبت به بیماری روانی انجام گرفت، نشان داده شد که در هر دو گروه نگرش منفی نسبت به این بیماران وجود دارد. بعنوان مثال اعتقاد داشتند بیماران روانی بهبود نمی‌یابند (۵۰ درصد)، آن‌ها ممکن است خطرناک و مجرم باشند (۷۸ درصد) و باید از اجتماع دور نگه داشته شوند (۸). همچنین هیچ تفاوتی بین نگرش دانشجویان پزشکی و پرستاری نسبت به بیماری روانی دیده نشده است (۸). اما در برخی مطالعات نیز نتایج نشان داده است در دانشجویان پزشکی، حتی قبل از آنکه آموزش‌های آکادمیک روان‌پزشکی را دریافت کنند، استیگما کاهش می‌یابد (۹).

بیماری‌های روانی را نسبت به عموم مردم تجربه می‌کنند و همچنین در طول دوره تحصیل پزشکی سلامت روانی آن‌ها تحلیل می‌رود (۱۰). بااین‌حال، به‌علت پیامدهای منفی که فاش شدن بیماری روانی بر روی حرفه یک پزشک دارد، میلی به جست‌وجوی کمک ندارند (۱۱). آن‌ها ریسک بالاتری در افکارخودکشی و اقدام به خودکشی (۱۲)، درصد بالاتری از فرسودگی شغلی (۱۳) و کیفیت پایین‌تری از زندگی نسبت به جمعیت هم‌سن خود دارند (۱۴). فرسودگی شغلی و علائم افسردگی با افکار خودکشی در ارتباط هستند (۱۴). بار زیاد استرس و فشار روانی احساس همدردی و دلسوزی و تمایلشان به کمک به جمعیت بی‌بضاعت را کاهش می‌دهد و از اخلاق حرفه‌ای‌شان می‌کاهد (۱۵).

دانشجویان پرستاری نیز مستعد بیماری‌های روحی و خلقی هستند. در یک مطالعه متاآنالیز نشان داده شده است که میزان افسردگی در دانشجویان پرستاری از ۴۳ درصد در آسیا تا ۲۱ درصد در آمریکای لاتین متغیر بوده است (۱۶).

بیشترین موانعی که در دانشجویان پرستاری سبب جلوگیری از کمک خواستن و دریافت خدمات سلامت روان می‌شود، شامل کمبود وقت، کمبود اعتمادبه‌نفس، استیگمای استفاده از سرویس سلامت روان، هزینه درمان، ترس از ثبت در پرونده تحصیلی و همچنین ترس از مداخلات ناخواسته می‌باشد (۱۷).

بنابراین با توجه به مطالب عنوان‌شده، پُر واضح است که نگرش دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی و تمام عوامل سلامت که با بیماران روانی در ارتباط نزدیک‌اند، بر روی روند درمان، بهبودی، مراجعه مجدد و پیگیری روند درمان این بیماران و درنهایت بازگشت این اشخاص به جامعه به‌عنوان فردی کارآمد و مستقل تأثیر بسزایی دارد. ازاین‌رو، بررسی این نگرش امری حائز اهمیت است.

ازآنجاکه دانشجویان سال آخر پزشکی و پرستاری به‌زودی در خط اول برخورد با بیماران، ازجمله بیماران روانی، قرار می‌گیرند، مهم است میزان استیگمای درک‌شده توسط آنان و راه‌های بهبود و کاهش این استیگما بررسی شود تا خدمات بهتر به بیماران روانی ارائه گردد.

ابزارها و مقیاس‌های متعددی تاکنون برای بررسی استیگما طراحی شده است. یکی از آن‌ها «پرسش‌نامه بیماری روانی: نگرش حرفه‌های بالینی» (MICA-4 - Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale version 4) است. این مقیاس برای اکثر گروه‌های سلامت و متخصصان حوزه سلامت

به هریک از شرکت‌کنندگان در مطالعه پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر دو بخش شامل اطلاعات دموگرافیک (از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل) و پرسش‌نامه بیماری روانی: نگرش حرفه‌های بالینی (MICA-4) داده شد.

از آنجا که برای تعیین روایی و پایایی هر پرسش‌نامه تعداد قابل قبول حجم نمونه ۵ تا ۱۰ نمونه به ازای هر سؤال پرسش‌نامه است، در این مطالعه نیز برای گروه پزشکی ۱۰ نمونه برای هر سؤال در نظر گرفته شد. با توجه به تعداد سؤالات پرسش‌نامه که ۱۶ سؤال است، حجم نمونه در این گروه برابر با ۱۶۰ گردید. با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش که به علت عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان در نظر گرفته شد، حجم نمونه به ۲۰۰ نفر رسید. در گروه پرستاری به علت تعداد کمتر دانشجویان ۵ نمونه به ازای هر سؤال در نظر گرفته شد که حجم نمونه مورد نیاز ۸۰ نفر و با احتساب ۲۰ درصد ریزش، حجم نمونه نهایی در گروه پرستاری به ۱۰۰ نفر رسید.

پس از کسب مجوز ترجمه از طراح اصلی پرسش‌نامه و تأیید کمیته اخلاق پزشکی ترجمه مطابق با روش ارائه شده توسط وایلد و همکاران انجام شد (۱۹). به این صورت که دو نفر مسلط به زبان فارسی و انگلیسی پرسش‌نامه را به صورت مجزا به فارسی ترجمه کردند. بعد از مقایسه دو ترجمه، تغییرات مختصری انجام شد و نسخه نهایی تأیید گردید. نسخه ترجمه شده به دو نفر دیگر که مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی بودند، ارائه شد تا به انگلیسی برگردانده شود. این دو نفر با مترجمان پرسش‌نامه به زبان فارسی ارتباطی نداشتند و زبان مادری یک نفر از این افراد زبان انگلیسی بود. سپس، یک ناظر این ترجمه‌ها را با نسخه اصلی مقایسه کرد و اصلاحاتی جزئی در نسخه ایرانی صورت گرفت.

در نهایت، پرسش‌نامه انگلیسی به همراه ترجمه فارسی آن به ۱۰ نفر متخصص روان پزشکی یا روان‌شناسی و اساتید گروه پزشکی خانواده ارائه شد تا روایی محتوایی آن را تأیید کنند.

شاخص روایی محتوا

شاخص روایی محتوا: در شاخص روایی محتوا، متخصصان گزینه‌های «مربوط بودن»، «واضح بودن»، «ساده بودن» و «دارای ابهام بودن» هر گویه را براساس یک طیف لیکرتی چهارقسمتی مشخص کردند. جهت سنجش مربوط بودن هر گویه، نمره دهی با نمرات ۱ «مربوط نیست»، ۲ «نیازمند برخی اصلاحات است»، ۳ «مربوط است، ولی به اصلاحات جزئی نیاز

اجتماعی مناسب است و می‌توان از آن برای مقایسه حرفه‌های مختلف استفاده کرد. از مزیت‌های دیگر این پرسش‌نامه آن است که توسط شرکت‌کننده و به شیوه خوداظهاری تکمیل می‌شود و مدت‌زمان کمی (۵ دقیقه) برای تکمیل آن لازم است. این مقیاس در بخش سرویس سلامت و تحقیقات جمعیت بنیاد روان پزشکی دانشگاه King لندن طراحی شده است. اعتبار روان‌سنجی این مقیاس به عنوان بخشی از برنامه تحقیقات سلامت بنیاد ملی (NIHR - National Institute for Health Research) روی استیگما و تبعیض‌گذاری سلامت روان اثبات شده است (۱۸).

نسخه‌های مختلف این مقیاس عبارت‌اند از نسخه ابتدایی که شامل ۳۳ سؤال بود. بعد از آن با کم کردن تعداد سؤالات نسخه ابتدایی، اولین مقیاس معتبر یعنی MICA-2 ساخته شد که حاوی ۱۶ سوال است و برای استفاده در گروه دانشجویان پزشکی، کارآموزان روان پزشکی و روان‌پزشکان توصیه می‌شود. نسخه سوم شامل ۱۶ سوال است که با تغییر جمله بندی نسخه قبل ساخته شده و به‌طور اختصاصی برای دانشجویان پرستاری طراحی شده است. مجدداً با تغییرات مختصری در جمله بندی نسخه سوم، نسخه چهارم ساخته شد تا بتوان پرسش‌نامه را برای اکثر گروه‌های حوزه سلامت و متخصصان حوزه سلامت اجتماعی مورد استفاده قرار داد. این نسخه برای یک نمونه بزرگ از دانشجویان پرستاری مورد استفاده قرار گرفت و مقاله‌ای در خصوص ویژگی‌های روان‌سنجی آن منتشر شد. استفاده از این نسخه برای دانشجویان و کارکنان حوزه سلامت و مراقبت اجتماعی توصیه می‌شود (۱۸).

از آنجا که نسخه چهارم پرسش‌نامه در طیف وسیعی از فعالان حوزه سلامت قابل استفاده است، امکان بررسی بیشتر و مقایسه گروه‌های مختلف را بهتر فراهم می‌کند. لذا در این مطالعه روایی و پایایی ترجمه فارسی این نسخه سنجیده شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی تحلیلی است. جمعیت مورد مطالعه کلیه دانشجویان سال آخر رشته‌های پزشکی و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز بودند که به روش سرشماری از تیرماه تا شهریور سال ۱۴۰۰ وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه عبارت بود از دانشجویان سال آخر پزشکی و پرستاری که مایل به شرکت در مطالعه بودند. معیار خروج نیز عدم تکمیل پرسش‌نامه به صورت کامل بود.

دارد» و ۴ «کاملاً مربوط است» انجام شد.

ساده بودن گویه‌ها به ترتیب با ۱: «ساده نیست»، ۲: «نیازمند برخی اصلاحات»، ۳: «ساده است، ولی به اصلاحات جزئی نیاز دارد»، تا ۴: «کاملاً ساده است» و واضح بودن گویه‌ها نیز به ترتیب با نمره‌دهی ۱: «واضح نیست»، ۲: «نیازمند برخی اصلاحات است»، ۳: «واضح است، ولی به اصلاحات جزئی نیاز دارد» و ۴: «کاملاً واضح است» مشخص شد. دارای ابهام بودن نیز به ترتیب به وسیله نمرات ۱: «دارای ابهام است»، ۲: «نیازمند برخی اصلاحات است»، ۳: «ابهام ندارد، ولی نیازمند تجدیدنظر جزئی است» تا ۴: «واضح است» مشخص گردید. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص روایی محتوا (CVI - Content Validity Index) برابر با ۰/۷۹ است و اگر شاخص CVI گویه‌ای کمتر از این میزان باشد، آن گویه بایستی تغییر داده شود (۲۰).

نسبت روایی محتوا: برای تعیین نسبت روایی محتوا (CVR Content Validity Ratio)، از متخصصان درخواست شد تا هر آیت‌م را براساس طیف سه‌قسمتی «ضروری است»، «مفید است، ولی ضرورتی ندارد» و «ضرورتی ندارد» بررسی کنند. سپس CVR محاسبه و با توجه به جدول «لاشه» تفسیر شد (۲۱). برای به دست آوردن حد نصاب شاخص روایی محتوا، سوالات طی ۳ مرحله تصحیح شدند تا درنهایت شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا به میزان قابل قبول رسید. سپس مجدداً پرسش‌نامه توسط یک فرد مسلط به دو زبان فارسی و انگلیسی به انگلیسی ترجمه شد تا تطابق آن با پرسش‌نامه اصلی سنجیده شود.

سنجش پایایی

بعد از تأیید روایی محتوا، برای انجام مطالعه پایلوت، این پرسش‌نامه به ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان ارائه شد تا پایایی آن سنجیده شود که نتیجه نشان‌دهنده آلفای کرونباخ برابر ۰/۷ بود. پس از تأیید، این پرسش‌نامه به همراه فرم جمع‌آوری داده به سایر شرکت‌کنندگان ارائه گردید. قبل از موافقت شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه، توضیحات لازم در مورد طرح تحقیقاتی و چگونگی تکمیل پرسش‌نامه به شرکت‌کنندگان ارائه شد و در صورت رضایت آنها برای شرکت در مطالعه، پرسش‌نامه تحویل گردید.

این پرسش‌نامه‌ها بی‌نام بودند و فقط با کد تهیه شدند و اطلاعات ارائه‌شده غیرقابل‌انتساب به فرد بودند و اطلاعات به‌صورت محرمانه نزد مجری باقی ماندند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها:

پرسش‌نامه بیماری روانی: نگرش حرفه‌های بالینی (Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA-4)): برای اینکه بتوان هر دو گروه دانشجویان پزشکی و پرستاری را در مطالعه وارد کرد، از پرسش‌نامه «بیماری روانی: نگرش حرفه‌های بالینی» (MICA-4) که برای طیف وسیعی از فعالان حوزه سلامت قابل‌استفاده است، استفاده شد. نسخه اصلی این پرسش‌نامه به زبان انگلیسی بوده و پایایی (آلفای کرونباخ: ۰/۷۲) آن مناسب بوده است. هم‌بستگی هر سؤال با کل سوالات (Item Total Correlation) ۰/۲ بود و روایی همگرایی (Convergent Validity) مناسب با پرسش‌نامه (RIBS - Reported and Intended Behavior Scale) که یک پرسش‌نامه دیگر در زمینه نگرش در مورد بیماران روانی است، داشته است ($r=0/49$, $p \text{ value} < 0/01$). همچنین بار عاملی بیشتر از ۰/۳ بوده است (۱۸).

این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۶ سؤال است. نمره پرسش‌نامه MICA-4 حاصل مجموع امتیازات جداگانه هر مورد است. نحوه امتیازدهی برای سوالات ۳، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶ به صورت بسیار موافقم = ۱، موافقم = ۲، تقریباً موافقم = ۳، تقریباً مخالفم = ۴، مخالفم = ۵ و بسیار مخالفم = ۶ است. برای سایر سوالات شامل ۱، ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۵ امتیازدهی برعکس صورت می‌گیرد؛ یعنی بسیار موافقم = ۶، موافقم = ۵، تقریباً موافقم = ۴، تقریباً مخالفم = ۳، مخالفم = ۲، بسیار مخالفم = ۱ می‌گیرد. دامنه ممکن نمرات MICA-4 برابر با ۹۶-۱۶ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده نگرش منفی‌تر است. نسخه اصلی پرسش‌نامه دارای ۵ بُعد شامل (۱) دیدگاه حوزه سلامت/مراقبت اجتماعی و بیماری روانی، (۲) آگاهی از بیماری روانی، (۳) افشا، (۴) تشخیص مراقبت از سلامت روانی و جسمی و (۵) مراقبت از بیمار برای افراد مبتلا به بیماری روانی (۲۲) است. جهت استفاده از این پرسش‌نامه در طرح حاضر، رضایت طراح پرسش‌نامه اخذ شد.

روش‌های آماری:

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد. برای مقایسه میانگین‌ها در صورت نرمال بودن داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل استفاده شد. برای تعیین روایی محتوا، از CVI و

تعیین شده بودند، ۲۸۴ نفر به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند که از این تعداد ۱۲۲ نفر مرد (۴۳ درصد) و ۱۶۲ نفر زن (۵۷ درصد) بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه دانشجویان پرستاری $24/84 \pm 1/88$ و در گروه دانشجویان پزشکی $25/39 \pm 1/72$ بود. سایر داده‌های دموگرافیک در دو گروه دانشجویی در جدول ۱ آورده شده است.

در جدول ۲، مقادیر توصیفی شامل حداقل، حداکثر و میانگین و انحراف‌معیار نمره کل پرسش‌نامه MICA-4 به تفکیک در هرکدام از گروه‌ها (دانشجوی پزشکی و دانشجوی پرستاری) ارائه شده است. میانگین نمره MICA-4 بین گروه دانشجویی پزشکی و پرستاری تفاوت معنی‌دار آماری نشان نداد (P - value = 0.09).

CVR و برای روایی سازه از روایی همگرایی بین سؤالات‌ها با نمره کل پرسش‌نامه استفاده گردید. تحلیل عاملی اکتشافی نیز برای بررسی ابعاد پرسش‌نامه مورد استفاده قرار گرفت. برای بررسی پایایی، از پایایی سازگاری درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد و هم‌بستگی داخل گویه (inter-item correlation) و هم‌بستگی کل گویه (Total-Item correlation) بررسی گردیدند. داده‌ها با نرم‌افزار IBM SPSS Statistics نسخه ۲۶ تحلیل شدند و سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میزان پاسخ‌دهی در این مطالعه ۹۴/۷ درصد بود. از کل شرکت‌کنندگان که براساس تعیین حجم نمونه ۳۰۰ نفر

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

دانشجویان	پزشکی (n=185)	پرستاری (n=99)	تعداد کل
مشخصات دموگرافیک	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
جنسیت			
مرد	۸۲ (۴۴/۳)	۴۰ (۴۰/۴)	۱۲۲ (۴۳)
زن	۱۰۳ (۵۵/۷)	۵۹ (۵۹/۶)	۱۶۲ (۵۷)
تأهل			
مجرد	۱۵۶ (۸۴/۳۷)	۷۸ (۷۸/۸)	۲۳۴ (۸۳/۶)
متأهل	۲۸ (۱۵/۱)	۲۰ (۲۰/۲)	۴۸ (۱۶/۴)

جدول ۲. نمره کل پرسش‌نامه به تفکیک گروه‌های دانشجویی

گروه	میانگین (انحراف‌معیار)	حداقل	حداکثر
دانشجویان پزشکی	۴۳/۶۶ (۷/۸۲)	۲۶	۶۴
دانشجویان پرستاری	۴۵/۳۹ (۹/۰۴)	۲۸	۷۰

روایی و پایایی پرسش‌نامه

شاخص و نسبت روایی محتوایی جهت بررسی روایی پرسش‌نامه مورد استفاده قرار گرفت. ده نفر اعضای هیئت علمی روان‌شناسی و روان‌پزشکی و پزشکی خانواده این پرسش‌نامه را بررسی کردند. نسبت روایی محتوا بالای ۰/۸ و شاخص روایی محتوا برای تمام سؤالات برابر یا بیش از ۰/۹ بود. براساس مطالعات، شرط قابل قبول بودن روایی محتوای پرسش‌نامه اندکس روایی محتوا بیشتر از ۰/۷۹ و نسبت روایی محتوا برای ۱۰ نفر بیش از ۰/۶۲ است (۲۱) که نشان‌دهنده قابل قبول بودن روایی

محتوایی پرسش‌نامه است.

بررسی روایی ساختاری به وسیله بررسی هم‌بستگی بین سؤالات پرسش‌نامه MICA-4 با نمره کل آن با استفاده از آزمون هم‌بستگی پیرسون انجام شد. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، هم‌بستگی بین سؤال مربوط و نمره کل در تمامی سؤالات؛ به جز سؤال ۳، ۶ و ۱۲ بیشتر از ۰/۴ بوده است ($p < 0.001$). بنابراین موفقیت مقیاس (scaling success) ۱۳/۱۶ (۸۱/۲۵ درصد) بوده است.

جدول ۳. بررسی همبستگی بین سؤالات پرسش‌نامه MICA-4 با نمره کل

سؤالات پرسش‌نامه MICA-4	ضریب همبستگی اسپیرمن	سطح معنی‌داری*
سؤال ۱ من فقط زمانی درمورد سلامت روان یاد می‌گیرم که مجبور باشم و زحمت خواندن مطالب اضافی درباره آن را به خودم نمی‌دهم.	۰/۴۹	$p < 0/001$
سؤال ۲ افراد مبتلا به بیماری‌های شدید روانی هیچ‌گاه آن‌قدر بهبود نمی‌یابند که بتوانند کیفیت زندگی بالایی داشته باشند.	۰/۵۶	$p < 0/001$
سؤال ۳ فعالیت در زمینه سلامت روان به اندازه فعالیت در سایر زمینه‌های مراقبت‌های اجتماعی/سلامت ارزشمند است.	۰/۲۱	$p < 0/001$
سؤال ۴ اگر من به بیماری روانی دچار بودم، هیچ‌گاه این موضوع را با دوستانم در میان نمی‌گذاشتم؛ چون می‌ترسیدم به‌گونه متفاوتی با من رفتار شود.	۰/۵۵	$p < 0/001$
سؤال ۵ افراد با بیماری‌های روانی شدید، اغلب اوقات خطرناک هستند تا بی‌آزار.	۰/۵۱	$p < 0/001$
سؤال ۶ کارکنان بخش مراقبت‌های اجتماعی/سلامت درمورد زندگی افراد تحت درمان بیماری‌های روانی اطلاعات بیشتری نسبت به اعضای خانواده یا دوستان آن‌ها دارند.	-۰/۰۳۵	۰/۵
سؤال ۷ اگر من به بیماری روانی دچار بودم، از ترس اینکه به‌گونه متفاوتی با من رفتار شود، این موضوع را هیچ‌گاه به همکارانم نمی‌گفتم.	۰/۵۵	$p < 0/001$
سؤال ۸ متخصص سلامت روان یک متخصص واقعی مانند سایر متخصصان مراقبت‌های اجتماعی/سلامت نیست.	۰/۵۷	$p < 0/001$
سؤال ۹ اگر یک همکار رده بالاتر به من دستور دهد که با بیماران روانی با بی‌احترامی رفتار کنم، من از دستورات او پیروی نمی‌کنم.	۰/۴۳	$p < 0/001$
سؤال ۱۰ من هنگام صحبت کردن با یک فرد دارای بیماری روانی به همان اندازه احساس راحتی می‌کنم که در صحبت کردن با یک فرد دارای بیماری جسمی.	۰/۴۴	$p < 0/001$
سؤال ۱۱ این امر مهم است که هر متخصص حوزه مراقبت‌های اجتماعی/سلامت هنگام مراقبت از یک بیمار روانی مطمئن شود که سلامت جسمی آن‌ها نیز ارزیابی شده است.	۰/۳۸	$p < 0/001$
سؤال ۱۲ جامعه نیاز ندارد که در برابر افراد دارای مشکلات شدید روانی محافظت شود.	-۰/۱	۰/۱
سؤال ۱۳ اگر یک فرد دارای بیماری روانی از علائم جسمانی شکایت کند (مانند درد قفسه سینه) من این موضوع را به بیماری روانی او نسبت می‌دهم.	۰/۴۴	$p < 0/001$
سؤال ۱۴ نباید از پزشکان عمومی انتظار داشت که یک بررسی جامع و کامل از افراد با علائم روانی به عمل آورند؛ زیرا این افراد می‌توانند به روان‌پزشک ارجاع داده شوند.	۰/۴۷	$p < 0/001$
سؤال ۱۵ من از کلمات «دیوانه»، «بله»، «احمق» و غیره درمقابل همکارانم برای توصیف افراد با بیماری روانی که در محل کار دیده‌ام، استفاده می‌کنم.	۰/۵۸	$p < 0/001$
سؤال ۱۶ اگر یکی از همکارانم به من بگوید که مشکل روانی داشته است، من همچنان مایلیم که با او کار کنم.	۰/۴۵	$p < 0/001$

* مقادیر P براساس آزمون همبستگی اسپیرمن است.

تحلیل عاملی

می‌دهد. مقادیر ویژه (Eigenvalues) به ترتیب برای عوامل ۱ تا ۵ عبارت بودند از ۳/۵، ۲/۰، ۱/۴، ۱/۲ و ۱/۱. عامل یک ۲۳/۵٪ از کل واریانس را توضیح می‌دهد، عامل دو ۱۳/۱ درصد، عامل سه ۹/۱ درصد، عامل چهار ۸/۳ درصد و عامل پنجم ۷/۳ درصد از کل واریانس را توضیح می‌دهد. بار عامل همه گویه‌ها در ساختار پنج‌بعدی بالای ۰/۳ بوده است (جدول ۴). گرچه تحلیل عاملی در این مطالعه مانند نسخه اصلی تأییدکننده ساختار ۵ بعدی پرسش‌نامه است، ولی سؤالات هر بُعد تاحدودی با پرسش‌نامه اصلی تفاوت داشت. گرچه در

در تحلیل عاملی اکتشافی پرسش‌نامه MICA-4، مقدار Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) برابر ۰/۶۶ بود که بالاتر از ۰/۶ است و نشان می‌دهد که حجم نمونه برای تحلیل عاملی مناسب است. همچنین، نتیجه آزمون بارتلت (Bartlett's Test) معنی‌دار بود ($p < 0/001$) که نشان‌دهنده همبستگی خوبی بین متغیرها برای تحلیل عاملی است. تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که در نسخه فارسی، همانند نسخه اصلی، یک ساختار پنج‌بعدی، ۶۱/۳ درصد از کل واریانس را توضیح

پرسش‌نامه اصلی نیز بعضی از گویه‌ها مانند گویه شماره ۸، ۵، ۱۱، ۱۳ و ۱۴ در دو بُعد بار عاملی بالایی داشتند و دقیقاً در یک بُعد قرار نمی‌گرفتند (۱۹). پنج زیرمقیاس‌های این نسخه فارسی با عنوان‌های (۱) دیدگاه درمورد مراقبت سلامت روان، (۲) افشا و پذیرش بیماری روانی، (۳) برخورد با بیماری روانی، (۴) صعب‌العلاج بودن و (۵) دانش درمورد بیماری روانی نام‌گذاری شدند.

پایایی پرسش‌نامه

مقادیر پایایی درونی پرسش‌نامه با کمک ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شده است. مقدار آلفا برای نمره پرسش‌نامه MICA-4 مقدار ۰/۶۷ بود که میزان متوسط قابل‌قبول برای پایایی است (۲۳، ۲۴). البته با حذف سؤال ۱۲، این مقدار به ۰/۷۲ افزایش یافت.

جدول ۴. بار عاملی در تحلیل عاملی پرسش‌نامه MICA-4

سؤالات (ابعاد در نسخه اصلی پرسش‌نامه)	زیرمقیاس				
	بعد ۱	بعد ۲	بعد ۳	بعد ۴	بعد ۵
سؤال ۱۶ (۱۶A)	۰/۷۳۴				
سؤال ۱۱ (۱۱A)	۰/۷۲۸				
سؤال ۸ (۸A)	۰/۵۷۸	۰/۳۵۲			
سؤال ۳ (۳A)	۰/۵۵۱				
سؤال ۹ (۹E)	۰/۴۴۱	۰/۴۱۵			
سؤال ۴ (۴C)		۰/۸۸۰			
سؤال ۷ (۷C)		۰/۸۵۴			
سؤال ۱۰ (۱۰A)		۰/۴۲۹	۰/۳۵۳		
سؤال ۱ (۱B)			۰/۳۴۸		
سؤال ۱۳ (۱۳B)			۰/۷۳۳		
سؤال ۱۵ (۱۵D)			۰/۸۰۵		
سؤال ۲ (۲B)				۰/۷۸۸	
سؤال ۱۴ (۱۴D)				۰/۷۰۸	
سؤال ۵ (۵B)				۰/۴۰۵	۰/۴۶۴
سؤال ۶ (۶B)					۰/۷۷۲

حروف A تا D: زیرمقیاس اول تا پنجم در نسخه اصلی پرسش‌نامه

جدول ۵. بررسی شاخص‌های سازگاری درونی (پایایی) ابعاد و کل پرسش‌نامه MICA-4

ابعاد شاخص	بعد ۱	بعد ۲	بعد ۳	بعد ۴	بعد ۵	کل پرسش‌نامه
آلفای کرونباخ	۰/۶۸	۰/۶۸	۰/۶۵	۰/۵۲	تک‌سؤال	۰/۷۲
هم‌بستگی بین گویه‌ها Inter-Item- correlation	۰/۳۲	۰/۴۱	۰/۳۳	۰/۲۷		
هم‌بستگی گویه-کل Total-Item correlation	۰/۴۲ - ۰/۵۱	۰/۳۰ - ۰/۶۲	۰/۳۲ - ۰/۶۱	۰/۲۸ - ۰/۴۴		۰/۶۲ - ۰/۲۰

بحث

استیگما بر روی روند اختلالات روانی چنان تأثیرگذار است که ازسوی محققان به‌عنوان جدی‌ترین عامل مخاطره‌آمیز و بازدارنده در ارتقای سلامت روان شناخته می‌شود. بنابراین شناخت این عامل، به‌خصوص در کارکنان سلامت که در درمان بیماران نقش مهمی دارند، اهمیت ویژه‌ای دارد. در این مطالعه روایی و پایایی پرسش‌نامه MICA-4 که یک پرسش‌نامه استاندارد برای بررسی میزان استیگما نسبت به بیماری روانی در کارکنان مراقب سلامت است در دانشجویان سال آخر پزشکی و پرستاری موردسنجش قرار گرفت. میانگین نمره کل MICA-4 در دانشجویان پزشکی معادل ۴۳/۶۶ و در دانشجویان پرستاری معادل ۴۵/۳۹ محاسبه شد که تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. در بررسی روایی پرسش‌نامه، تمام سؤالات پرسش‌نامه، به‌جز سؤال ۳، ۶ و ۱۲، دارای هم‌بستگی مناسبی با نمره کل بودند (موفقیت مقیاس ۸۱/۲۵ درصد). همچنین در بررسی پایایی پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ ۰/۶۷ بود که قابل‌قبول است و با حذف سؤال ۱۲، این مقدار به ۰/۷۲ افزایش یافت. پرسش‌نامه فارسی همانند نسخه اصلی دارای ۵ بُعد بود که ابعاد آن پایایی درونی مناسب تا نسبتاً مناسب داشتند.

استیگما مفهومی است که تحت تأثیرات عوامل فرهنگی و تجارب شخص از بیماری روانی و همچنین عوامل دموگرافیک از قبیل سن و جنس است. بنابراین یک پرسش‌نامه در فرهنگ‌های مختلف ممکن است تفاوت‌هایی در سنجش این مفهوم ذهنی داشته باشد (۲۵).

در یک مطالعه، نسخه چهارم این پرسش‌نامه به زبان هلندی ترجمه و بررسی شده است. در این مطالعه، میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بوده و در نتیجه روایی و پایایی قابل‌قبولی داشته است (۲۶). همچنین در مطالعه‌ای که به‌منظور بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه MICA-2 صورت گرفته است، آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده و در آخر بیان شده است که پرسش‌نامه MICA ایزاری روا و پایا جهت بررسی نگرش دانشجویان پزشکی و عاملان سلامت نسبت به بیماران روانی است (۲۷).

البته تمام مطالعات تأییدکننده این گزارش از روایی و پایایی پرسش‌نامه نبوده‌اند. در بررسی دیگری که با ترجمه هلندی دیگری از پرسش‌نامه MICA-2 انجام شده است، آلفای کرونباخ پایین (۰/۵۱) به دست آمده است که با حذف سؤالات از طرفی، مطالعات مختلف ساختار پنج‌بُعدی این پرسش‌نامه را

۳ و ۱۲ به ۰/۷۹ رسیده و قابل‌قبول شده است (۲۸). در بررسی روایی این پرسش‌نامه در برزیل، پایایی پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۶۸ محاسبه شده بود. در این نسخه نیز سؤالات ۱۲ و ۱۰ به‌علت عدم ایجاد هم‌بستگی با سایر سؤالات حذف شده بود (۲۹). در مطالعه‌ای دیگر، پرسش‌نامه به دو زبان پرتغالی و اسپانیایی ترجمه و در چند کشورهای آمریکای لاتین بررسی شده است. پایایی این دو نسخه پرسش‌نامه با ضریب امگا سنجیده شد که این ضریب در افراد اسپانیایی‌زبان ۰/۹۱ و در پرتغالی‌زبان‌ها ۰/۸۹ بوده است که قابل‌قبول است (۳۰). تفاوت در پایایی درونی این مطالعه با مطالعه حاضر شاید به‌علت استفاده از شاخص‌های متفاوت برای سنجش پایایی پرسش‌نامه باشد؛ زیرا در مطالعه مذکور از ضریب امگا و در مطالعه حاضر از ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش پایایی استفاده شده است.

در مطالعه ما نیز مانند مطالعه هلموس (Helmus) و فرناندس (Fernandes) (۲۸، ۲۹) با حذف سؤال ۱۲ (جامعه نیاز ندارد که در برابر افراد دارای مشکلات شدید روانی محافظت شود) پایایی پرسش‌نامه به حد قابل‌قبول رسید. در مطالعه حاضر، ۷۹ درصد افراد کاملاً یا نسبتاً با این سؤال موافق بوده‌اند که نشان می‌دهد اکثر دانشجویان معتقدند جامعه به محافظت در برابر بیماران مبتلا به بیماری روانی نیاز ندارد و احتمالاً این ارتباطی به استیگما و نگرش منفی یا مثبت نسبت به این نوع بیماری ندارد. در هم‌بستگی بین نمره کل و سؤال ۱۲ نیز این واقعیت نشان داده شده است؛ چراکه هم‌بستگی در این سؤال کمتر از ۰/۴ است. همچنین سؤال ۳ (فعالیت در زمینه سلامت روان به‌اندازه فعالیت در سایر زمینه‌های مراقبت‌های اجتماعی/سلامت ارزشمند است) دارای هم‌بستگی پایینی با نمره کل پرسش‌نامه است، ولی پایایی پرسش‌نامه با وجود این سؤال قابل‌قبول است. در رابطه با سؤال ۶، ۷۳/۲ درصد از دانشجویان با این سؤال (کارکنان بخش مراقبت‌های اجتماعی/سلامت در مورد زندگی افراد تحت درمان بیماری‌های روانی اطلاعات بیشتری نسبت به اعضای خانواده یا دوستان آن‌ها دارند) نسبتاً یا کاملاً موافق بودند. یعنی بیشتر افراد بدون در نظر گرفتن استیگما معتقد بودند کارکنان سلامت بهتر از خانواده‌ها در مورد وضعیت بیمار روانی اطلاع دارند که این مورد نیز نشان‌دهنده نگرش فرهنگی به این موضوع است که خانواده‌ها و جامعه اطلاع کمی از بیماری‌های روانی دارند و احتمالاً ارتباطی با استیگما ندارند.

بررسی کرده‌اند. مطالعه فرناندس (Fernandes) و همکاران

طیف سنی وسیع‌تر و سایر گروه‌های دانشجویی می‌تواند کارایی آن را بیشتر نشان دهد. همچنین، عدم استفاده از پرسش‌نامه مشابه برای بررسی روایی یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه است که البته علت آن پیش‌بینی عدم پذیرش دانشجویان برای پاسخ‌گویی به دلیل تعداد زیاد سؤالات بوده است. توصیه می‌شود در مطالعات آینده این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌های دیگری که استیگما را ارزیابی می‌کنند، مقایسه و تجزیه و تحلیل سایکومتریک شود. همچنین، توصیه می‌شود برای تأیید روایی و پایایی در گروه‌های دیگر نیز مورد مطالعه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد روایی و پایایی پرسش‌نامه نسخه فارسی شده MICA-4 قابل قبول است و به‌جز سؤالات ۱۲ و ۶، بقیه سؤالات در گروه مورد مطالعه در اندازه‌گیری استیگما کارایی مناسبی داشته‌اند. بنابراین توصیه محققان حذف یا تغییر این دو گزینه در جهت مطابقت با شرایط فرهنگی و ذهنی جامعه ماست. باین‌حال، از آنجاکه نسخه اصلی این پرسش‌نامه قابل استفاده برای کلیه متصدیان حوزه سلامت است، توصیه می‌شود برای مقایسه استیگما در سایر گروه‌های این حوزه مورد استفاده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد اخلاق IR.SUMS.MED.REC.1399.552 به تصویب رسید.

حمایت مالی

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز تأمین مالی این طرح را برعهده گرفت. این پژوهش توسط زهرا جوکار در راستای احراز جزئی از شرایط اخذ گواهی‌نامه پزشکی عمومی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز با شماره گرت -01-01-98/20645 انجام شد.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی و طراحی مطالعه: حوروش حقیقی نژاد؛ جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها: زهرا جوکار، حوروش حقیقی نژاد، تهیه پیش‌نویس دست‌نوشته: زهرا جوکار؛ بازبینی نقادانه دست‌نوشته برای محتوای فکری مهم: حوروش حقیقی نژاد؛ تحلیل آماری: حوروش حقیقی نژاد؛ جذب منابع مالی:

نشان داد که در جمعیت برزیل ساختار دُبعدی بیشتر مناسب این پرسش‌نامه است (۲۹). در مطالعه ویستورت (Vistorte) که در چهار کشور آمریکای لاتین صورت گرفته، یک ساختار سه‌بعدی برای پرسش‌نامه تأیید شد که عبارت از «دیدگاه‌های حوزه‌های بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی و بیماری‌های روانی»، «افشای و آگاهی از بیماری‌های روانی» و «تمایز سلامت روانی/جسمانی» بود (۳۰).

ممکن است علت تغییر در ساختار پنج‌بعدی نسخه اصلی، تفاوت فرهنگ‌هایی باشد که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. جمعیت مورد مطالعه در تحقیق فرناندس (Fernandes)، طیف وسیعی از مشاغل پزشکی و پیراپزشکی را شامل می‌شد (۲۹)، ولی مطالعه ویستورت (Vistorte) بر روی پزشکان مراقبت‌های اولیه در چند کشور آمریکای لاتین صورت گرفته است (۳۰). در مطالعه ما نیز جمعیت مطالعه شامل دانشجویان پزشکی و پرستاری بودند. از آنجاکه استیگما می‌تواند تحت تأثیر تفاوت‌های فرهنگی قرار گیرد، احتمالاً درک افراد از سؤالات پرسش‌نامه در فرهنگ‌های مختلف نیز متفاوت بوده است (۲۹). در مطالعه حاضر، گرچه ساختار پنج‌بعدی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفته، ولی گویه‌های هر بُعد با نسخه اصلی تاحدودی متفاوت است. قابل ذکر است در نسخه اصلی پرسش‌نامه نیز بعضی از گویه‌ها دقیقاً در یک بُعد قرار نمی‌گرفتند و در دو یا چند بُعد مختلف بار عاملی بالایی نشان می‌دادند (۱۸). علاوه بر این، همان‌گونه که ذکر شد، تفاوت فرهنگ‌ها نیز گاهی اوقات می‌تواند باعث تفاوت درک سؤالات یک پرسش‌نامه و در نتیجه تغییر ابعاد گویه‌ها شود (۳۱).

پرسش‌نامه MICA-4 از این جنبه که می‌تواند طیف‌های مختلف عاملان سلامت را ارزیابی و زمینه مقایسه گروه‌های متفاوت را فراهم کند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مطالعه حاضر به‌علت استفاده از تحلیل عامل اکتشافی می‌تواند دیدگاهی متفاوت از ساختار توصیه‌شده نسخه اصلی ارائه دهد و همان‌طور که در مطالعه فرناندس (Fernandes) ذکر شده است، آغازی برای بررسی بیشتر و تحلیل این پرسش‌نامه باشد (۲۹). گروه‌بندی سؤالات این پرسش‌نامه در زیرمقیاس‌های متفاوت در مطالعات و جمعیت‌های مختلف می‌تواند نشان‌دهنده جنبه‌های متفاوتی از درک سؤالات توسط جمعیت‌ها باشد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به استفاده از این پرسش‌نامه تنها در دو گروه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اشاره کرد، در حالی که استفاده از این پرسش‌نامه در

حوروش حقیقی نژاد؛ نظارت بر مطالعه: حوروش حقیقی نژاد

استفاده از هوش مصنوعی

نویسندگان اعلام می‌دارند که در فرایند نگارش این مقاله از هیچ‌گونه فناوری‌های هوش مصنوعی برای تولید محتوا، ایده، تجزیه و تحلیل و سایر موارد استفاده نشده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافی در رابطه با نویسندگی و یا انتشار این مقاله ندارند.

قدردانی

بدین‌وسیله از اساتید گران‌قدر گروه آمار دانشگاه علوم پزشکی

شیراز، استاد فرهیخته مرحوم جناب آقای دکتر پیمان جعفری که همیشه راهنما و مشوقی دلسوز بودند و یادشان همیشه گرامی است و استاد بزرگوار سرکار خانم دکتر زهرا شایان که با سعه صدر مشاوره‌های ما را پاسخ گفتند، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم. همچنین، از دانشجویان پزشکی و پرستاری که با صرف وقت گران‌بهای خود در تکمیل پرسش‌نامه این طرح ما را یاری کردند، تشکر می‌کنیم.

References

- Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Simon and schuster; 2009. [Link]
- Shrivastava A, Johnston M, Bureau Y. Stigma of mental illness-1: Clinical reflections. Mens Sana Monogr 2012;10(1):70. [DOI: 10.4103/0973-1229.90181]
- Omdeari S, Shahidzadeh Mahani A, Montazeri A, Baradaran H, Azin S A, Harirchi AM, et al. Knowledge and attitude of Tehran people about mental illnesses: a demographic study. J Med Council Iran 2007;25(3):278-291. [Link]
- Lien Y-Y, Lin H-S, Tsai C-H, Lien Y-J, Wu T-T. Changes in attitudes toward mental illness in healthcare professionals and students. Int J Environ Res Public health 2019;16(23):4655. [DOI: 10.3390/ijerph16234655]
- Nieuwhof MG, Rademakers J, Kuyvenhoven M, Soethout M, ten Cate TJ. Students' conceptions of the medical profession; an interview study. Med Teach 2005;27(8):709-714. [DOI: 10.1080/01421590500271159]
- Reddy J, Tan S, Azmi M, Shaharom M, Rosdinom R, Maniam T, et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. Ann Acad Med Singap 2005;34(8):505-510. [DOI: 10.47102/annals-acadmedsg.V34N8p505]
- Hankir A, Djama D, Yi Lo H, R Carrick F, Zaman R. A King's college London global health society event discussing global mental health to increase interest in psychiatry as a career: A pilot study. Psychiatr Danub 2019;31(suppl 3):294-298. [Link]
- Llerena A, Cáceres MC, Peñas-Lledó EM. Schizophrenia stigma among medical and nursing undergraduates. Eur Psychiatry 2002;17(5):298-299. [DOI: 10.1016/s0924-9338(02)00672-7]
- Ochse SL, Lowton K. Assessing attitudes of fourth year medical students towards psychiatry and mental illness. S Af J Psychiatry 2023;29:1994. [DOI: 10.4102/sajpsychiatry.v29i0.1994]
- Wilkinson E. Medical students face high levels of mental health problems but stigma stops them getting help. BMJ 2023; 25:381:933. [DOI: 10.1136/bmj.p933]
- Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. BMC Med Educ 2013;13(1):141. [DOI: 10.1186/1472-6920-13-141]
- Coentre R, Góis C. Suicidal ideation in medical students: recent insights. Adv Med Educ Pract 2018:873-880. [DOI: 10.2147/AMEP.S162626]
- Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among US medical students. Ann Intern Med 2008;149(5):334-341. [DOI: 10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008]
- Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: A cross-sectional study. Med Educ 2005;39(6):594-604. [DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02176.x]
- Dyrbye LN, Shanafelt TD. Commentary: medical student distress: a call to action. Acad Med

- 2011;86(7):801-803. [DOI: 10.1097/ACM.0b013e31821da481]
16. Tung Y-J, Lo KK, Ho RC, Tam WSW. Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today* 2018;63:119-129. [DOI: 10.1016/j.nedt.2018.01.009]
17. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med* 2002;77(9):918-921. [DOI: 10.1097/00001888-200209000-00024]
18. Gabbidon J, Clement S, van Nieuwenhuizen A, Kassam A, Brohan E, Norman I, et al. Mental illness: clinicians' attitudes (MICA) scale-psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry Res* 2013;206(1):81-87. [DOI: 10.1016/j.psychres.2012.09.028]
19. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health* 2005;8(2):94-104. [DOI: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x]
20. Yusoff MSB. ABC of content validation and content validity index calculation. *Educ Med J* 2019;11(2):49-54. [DOI:10.21315/eimj2019.11.2.6]
21. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychol* 1975;28(4):563-575. [Persian] [DOI: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x]
22. Health Service and Population Research Department IoP, King's College London. Mental illness: clinician's attitudes scale (mica) manual for researchers (updated January 2013). In: Health Service and Population Research Department, editor. London: Institute of Psychiatry, King's College London. [Link]
23. Shamsuddin A, Bt N, Mubin A, Bt N, Zain M, Nur A, et al. Perception of managers on the effectiveness of the internal audit functions: a case study in tnb. *South East Asia J of Contemporary Business, Economics and Law* 2015;7:30-39. [Link]
24. Hume C, Ball K, Salmon J. Development and reliability of a self-report questionnaire to examine children's perceptions of the physical activity environment at home and in the neighbourhood. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2006;3:16. [DOI: 10.1186/1479-5868-3-16]
25. Feijó LP, Araújo RJd, Motta SG, Ramalho Filho MHN, Kubrusly M, Lustosa Augusto K. Translation, adaptation and validation of the MICA-4 scale in Brazil with application for medical students. *Rev Bras de Educaç Méd* 2023;47(4). [DOI:10.1590/1981-5271v47.4-2022-0313.ing]
26. Gras LM, Swart M, Slooff CJ, van Weeghel J, Knegeting H, Castelein S. Differential stigmatizing attitudes of healthcare professionals towards psychiatry and patients with mental health problems: Something to worry about? A pilot study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50:299-306. [DOI: 10.1007/s00127-014-0931-z]
27. Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatr Scand* 2010;122(2):153-161. [DOI: 10.1111/j.1600-0447.2010.01562.x]
28. Helmus K, Schaars IK, Wierenga H, De Glint E, Van Os J. Decreasing stigmatization: Reducing the discrepancy between "us" and "them". An intervention for mental health care professionals. *Front Psychiatry* 2019;10:243. [DOI: 10.3389/fpsy.2019.00243]
29. Fernandes RHH, Sanches M, Bobbili SJ, Godoy Sd, de Sousa ÁFL, González-Ângulo P, et al. Validation of the mental illness: clinicians' attitudes scale: The factor structure and psychometric properties of the Brazilian version. *Healthcare* 2024;12(22):2265. [DOI:10.3390/healthcare12222265]
30. Vistorte AOR, Ribeiro W, Ziebold C, Asevedo E, Evans-Lacko S, Varas DJ, et al. Adaptation to Brazilian Portuguese and Latin-American Spanish and psychometric properties of the mental illness clinicians' attitudes scale (MICA v4). *Trends Psychiatry Psychother* 2023;45:e20210291. [DOI: 10.47626/2237-6089-2021-0291]
31. Shayan Z, Pourmovahed Z, Najafipour F, Abdoli AM, Mohebpoor F, Najafipour S. Factor structure of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) from infertile women attending the Yazd research and clinical center for infertility. *Int J Reprod Biomed* 2015;13(12):801-808. [Persian] [Link]