رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۲۴، مهر ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(7), 2026

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی مقیاس پیش‌داوری نسبت به افراد دارای بیماری روانی در جمعیت ایرانی

Psychometric Properties of the Persian Version of the Prejudice Toward People with Mental Illness Scale in Iranian Population

زهرا قدوسی
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
سارا آزادی
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
دکتر فاطمه نعمتی سوگلی‌تپه (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

Zahra Ghoddousi
M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Sara Azadi
M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Dr. Fatemeh Nemati-Sogolitappeh*
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. radhiii1997@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی مقیاس پیش‌داوری نسبت به افراد دارای بیماری روانی در بزرگسالان ایرانی انجام شد. طرح پژوهش مقطعی-روان‌سنجی بود. جامعه آماری این پژوهش بزرگسالان شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس نمونهٔای به تعداد ۳۹۲ نفر انتخاب شد. ابزارهای پژوهش شامل سیاههٔ پیش‌داوری نسبت به افراد دارای بیماری روانی (PPMI؛ کنی و همکاران، ۲۰۱۸)، مقیاس رفتار گزارش‌شده و مورد انتظار (RIBS؛ ایوانزلاکو و همکاران، ۲۰۱۱)، مقیاس جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی (SDOS؛ پراتو و همکاران، ۲۰۱۳) و مقیاس فاصلهٔ اجتماعی (SDS؛ لینک و همکاران، ۲۰۰۴) بودند. داده‌های پژوهش به روش تحلیل عاملی تأییدی، همسانی درونی و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که پس از حذف سه گویه، ساختار چهارعاملی مقیاس از برازش مطلوبی برخوردار است. این ابزار با انگ بیماری روانی، فاصلهٔ اجتماعی و جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی دارای همبستگی مثبت بود که نشان‌دهنده روایی واگرا و همزمان ابزار پژوهش است (p <۰/۰۱). برای تعیین پایایی از ضرایب آلفای کرونباخ، امگای مک‌دونالد و پایایی ترکیبی استفاده شد که مقادیر به‌دست‌آمده بالاتر از ۰/۷۰ بود که حاکی از پایایی مناسب ابزار است. نسخهٔ فارسی مقیاس پیش‌داوری نسبت به افراد دارای بیماری روانی از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است و می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *تحلیل عاملی، روان‌سنجی، پیش‌داوری، بیماری‌های روانی.*

Abstract

The present study aimed to examine the psychometric properties of the Persian version of the Prejudice toward People with Mental Illness Scale among Iranian adults. The study employed a cross-sectional psychometric design. The statistical population comprised all adults residing in Tabriz, Iran, in 2025, from whom a sample of 392 participants was recruited using convenience sampling. The research instruments included the Prejudice toward People with Mental Illness Scale (PPMI; Kenny et al., 2018), the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS; Evans-Lacko et al., 2011), the Social Dominance Orientation Scale (SDOS; Pratto et al., 2013), and the Social Distance Scale (SDS; Link et al., 2004). Data were analyzed using confirmatory factor analysis, internal consistency, and Pearson correlation coefficient. The results of confirmatory factor analysis indicated that after removing three items, the four-factor structure of the scale demonstrated good fit. The instrument showed positive correlations with mental illness stigma, social distance, and social dominance orientation, supporting the divergent and concurrent validity of the scale (p <.01). Reliability was assessed using Cronbach's alpha, McDonald's omega, and composite reliability coefficients, both of which exceeded .70, indicating satisfactory reliability. Overall, the Persian version of the Prejudice toward People with Mental Illness Scale demonstrated adequate psychometric properties and can be used in future research and clinical settings.

Keywords: *Factor Analysis, Psychometrics, Prejudice, Mental Disorder.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** بهمن ۱۴۰۴ | **پذیرش:** خرداد ۱۴۰۵ | **ویرایش نهایی:** مهر ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

مقدمه

پیش‌داوری[1] نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی یکی از مؤلفه‌های اصلی انگ بیماری روانی[2] است که به دلیل نقش آن در شکل‌گیری نگرش‌های منفی، تبعیض و طرد اجتماعی این افراد، توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است (گورزیک[3] و راین، ۲۰۲۲؛ گیامفی[4] و همکاران، ۲۰۲۵). با وجود اهمیت این سازه، پژوهش‌های موجود کمتر به بررسی مستقل آن پرداخته‌اند و اغلب آن را در قالب مفهوم گسترده‌تر انگ مطالعه کرده‌اند. انگ بیماری روانی به مجموعه‌ای از نگرش‌ها، باورها و کنش‌های منفی نسبت به افراد دارای اختلال روانی اشاره دارد که می‌تواند به محدودیت فرصت‌های زندگی، کاهش مشارکت اجتماعی و محرومیت از خدمات منجر شود. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که پیامدهای ناشی از انگ در بسیاری از موارد فراتر از آثار خود بیماری بروز می‌کند (تورنیکرافت[5] و همکاران، ۲۰۲۲). در الگوهای رایج، انگ در سه مؤلفه کلیشه‌ها[6]، پیش‌داوری و تبعیض[7] مفهوم‌سازی می‌شود. کلیشه‌ها به باورهای شناختی تعمیم‌یافته درباره افراد مبتلا به بیماری روانی اشاره دارند، در حالی که پیش‌داوری به عنوان هسته هیجانی انگ شناخته می‌شود و بیانگر واکنش‌های هیجانی و نگرش‌های منفی ناشی از پذیرش این کلیشه‌ها است. تبعیض نیز نمود رفتاری این نگرش‌ها محسوب می‌شود (والش[8] و فوستر، ۲۰۲۴؛ فاکس[9] و همکاران، ۲۰۲۵؛ رن[10] و همکاران، ۲۰۲۵).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پیش‌داوری نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی با سازه‌های نگرشی و اجتماعی متعددی ارتباط دارد. از جمله این سازه‌ها می‌توان به جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی[11] و فاصلهٔ اجتماعی[12] اشاره کرد. جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی به تمایل افراد برای حمایت از روابط سلسله‌مراتبی و نابرابر میان گروه‌های اجتماعی اشاره دارد. افراد دارای جهت‌گیری سلطه اجتماعی بالا، معمولاً نگرش‌های منفی‌تری نسبت به گروه‌های فرودست و آسیب‌پذیر نشان می‌دهند و نابرابری‌های اجتماعی را مشروع‌تر تلقی می‌کنند که این موضوع خود می‌تواند زمینه‌ساز پیش‌داوری نسبت به گروه‌های آسیب‌پذیر باشد (ویسینتین و رولو[13]، ۲۰۲۱؛ لمپرپولاس و اپوستولیدیس[14]، ۲۰۱۸). همچنین، پیش‌داوری نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی با افزایش فاصلهٔ اجتماعی همراه است. فاصلهٔ اجتماعی بیانگر میزان اجتناب افراد از تعامل نزدیک با گروه‌های دارای ویژگی خاص، مانند بیماران روانی است و یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که باورهای پیش‌داورانه دربارهٔ بیماری روانی، با افزایش فاصلهٔ اجتماعی و گرایش به اجتناب از این افراد ارتباطی مستقیم دارند (مصدر و حریف‌الدین[15]، ۲۰۲۳).

با توجه به نقش محوری پیش‌داوری در مفهوم‌سازی انگ بیماری روانی، سنجش دقیق آن اهمیت فراوانی دارد. با این حال، بسیاری از ابزارهای موجود پیش‌داوری را به صورت مستقل ارزیابی نمی‌کنند و آن را در قالب سازه گسترده‌تر انگ و اغلب متمرکز بر گروه‌های خاص مورد سنجش قرار می‌دهند. برای مثال، مقیاس رفتار گزارش‌شده و مورد انتظار (RIBS[16]) از ابزارهای پرکاربرد در این زمینه است که بیشتر بر جنبه‌های رفتاری انگ تمرکز دارد. با این وجود، این مقیاس پیش‌داوری را به‌طور مستقل ارزیابی نمی‌کند؛ بلکه رفتارهایی را می‌سنجد که می‌توانند بازتاب نگرش‌های پیش‌داورانه باشند. به بیان دیگر، RIBS نشان می‌دهد افراد چه رفتارهایی انجام داده‌اند یا قصد انجام آن را دارند، بی‌آنکه اطلاعاتی درباره احساسات، نگرش‌ها یا باورهای درونی آنان فراهم کند (ایوانزلاکو[17] و همکاران، ۲۰۱۱).

از سوی دیگر، برخی ابزارهای سنجش انگ اگرچه شامل گویه‌هایی درباره پیش‌داوری‌اند، از نظر مفهومی و روان‌سنجی با کاستی‌هایی همراه‌اند. در این مقیاس‌ها، تعریف روشنی از سازهٔ مورد سنجش ارائه نشده و مؤلفه‌هایی چون باور، نگرش و کلیشه‌های مرتبط با بیماری روانی درهم آمیخته‌اند (فاکس و همکاران، ۲۰۱۸). برای نمونه، میان آگاهی از کلیشه‌ها و پذیرش آن‌ها تمایزی قائل نمی‌شوند یا بدون

1. Prejudice
2. Mental Illness Stigma
3. Görzig
4. Gyamfi
5. Thornicroft
6. Sterotypes
7. Discrimination
8. Walsh & Foster
9. Fox
10. Ren
11. Social Dominance Orientation
12. Social Distance
13. Visintin & Rullo
14. Lampropoulos & Apostolidis
15. Masdar & Harifuddin
16. Reported and Intended Behaviour Scale
17. Evans-Lacko

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

تمرکز بر مؤلفهٔ پیش‌داوری، بر جنبه‌هایی مانند فرد یا درمان تأکید می‌کنند که این امر اعتبار سازه‌ای ابزار را تضعیف می‌کند (برونو[1] و همکاران، ۲۰۲۵؛ چن[2] و همکاران، ۲۰۲۰). به‌علاوه، بسیاری از ابزارها فاقد ساختار عاملی تکرارپذیرند. برای مثال، ساختار عاملی دو ابزار پرکاربرد نگرش نسبت به بیماری روانی (OMI[3]؛ کوهن و استرونینگ[4]، ۱۹۶۲) و مقیاس نگرش‌های جامعه نسبت به بیماری روانی (CAMI[5]؛ تیلور و دیر[6]، ۱۹۸۱) در مطالعات مختلف تکرارپذیر نبوده‌اند. این مسئله تفسیر تغییرات نگرشی در طول زمان یا پس از مداخلات آموزشی را با ابهام همراه می‌سازد. همچنین، وجود گویه‌های دوسطحی که دو ایدهٔ مستقل را در یک سؤال ادغام می‌کنند و نیز بی‌توجهی به سوگیری‌هایی مانند رضایت و مطلوبیت اجتماعی (کو و یانگ[7]، ۲۰۲۵) از دیگر محدودیت‌های این ابزارهاست. این موضوع در سنجش نگرش‌های منفی نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا پاسخ‌دهندگان ممکن است تحت تأثیر هنجارهای اجتماعی، گرایش‌های پیش‌داورانهٔ خود را پنهان یا تعدیل کنند (بل و بیشای[8]، ۲۰۲۱).

به منظور رفع محدودیت‌های مذکور، کنی[9] و همکاران (۲۰۱۸) مقیاس پیش‌داوری نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی (PPMI[10]) را طراحی کردند. این مقیاس برخلاف بسیاری از ابزارهای رایج که دیدگاهی کلی‌نگر دارند و مفاهیم انگ را با دیگر اشکال انحراف اجتماعی یا دوگانگی‌های سنتی نظیر خطرناک بودن درهم می‌آمیزند، با هدف شناسایی ابعاد اختصاصی پیش‌داوری نسبت به افراد دارای اختلال روانی تدوین شده است. این مقیاس شامل ۲۸ گویه است و چهار مؤلفهٔ متمایز ترس/اجتناب، بدخواهی، اقتدارگرایی و غیرقابل‌پیش‌بینی بودن را دربرمی‌گیرد و یافته‌های پژوهشی در کشورهای عربستان (الهارتی[11] و همکاران، ۲۰۲۱)، ایتالیا (برونو و همکاران، ۲۰۲۵) و ترکیه (شاهین بایندیر[12] و همکاران، ۲۰۲۳)، ساختار چهارعاملی آن را تأیید کرده‌اند. همچنین، مطالعات مختلف شواهد مطلوبی در خصوص پایایی و روایی این مقیاس گزارش کرده‌اند که از کاربرد آن در فرهنگ‌های مختلف حمایت می‌کند.

لذا، با توجه به اهمیت پدیدهٔ انگ و پیش‌داوری نسبت به افراد دارای اختلالات روانی و تأثیرات عمیق آن بر کیفیت زندگی، فرایند درمان و عملکرد اجتماعی آنان، تاکنون در ایران ابزاری ویژه برای سنجش پیش‌داوری نسبت به افراد دارای اختلالات روانی طراحی یا اعتبارسنجی نشده است. این خلأ پژوهشی با عنایت به تفاوت‌های فرهنگی، نگرش‌های اجتماعی خاص و باورهای وابسته به فرهنگ نسبت به بیماری‌های روانی در جامعهٔ ایرانی، اهمیتی دوچندان می‌یابد. افزون بر این، فقدان ابزارهای روان‌سنجی دقیق و سازگار با زمینهٔ فرهنگی ایران، مطالعهٔ نگرش‌های پیش‌داورانه و طراحی مداخلات کارآمد را با چالش مواجه ساخته است. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس پیش‌داوری نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی در میان بزرگسالان ایرانی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-روان‌سنجی بود. جامعهٔ آماری شامل افراد بزرگسال ساکن شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ بود که از میان آنان، ۳۹۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه پژوهش را تکمیل کردند. کمری و لی[13] (۲۰۱۳) حجم نمونه برای چنین مطالعاتی را ۱۰۰ نفر ضعیف، ۲۰۰ نفر نسبتاً خوب، ۳۰۰ نفر خوب، ۵۰۰ نفر بسیار خوب و ۱۰۰۰ نفر بسیار عالی می‌داند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، سن بالای ۱۸ سال، سکونت در شهر تبریز و توانایی درک زبان فارسی بود. ملاک‌های خروج شامل انصراف از ادامهٔ تکمیل پرسشنامه، ارائه پرسشنامه‌های مخدوش، وجود بیش از ۱۰ درصد داده مفقود، الگوی پاسخ‌دهی یکنواخت، عدم موفقیت در آیتم‌های کنترل توجه، زمان پاسخ‌گویی غیرمعمول و شناسایی به‌عنوان داده پرت چندمتغیره بود. پس از اخذ مجوز کتبی از سازندهٔ اصلی، فرایند ترجمه بر اساس دستورالعمل‌های استاندارد و با روش ترجمهٔ معکوس انجام شد. دو مترجم مسلط به‌طور مستقل پرسشنامه را از انگلیسی به فارسی ترجمه کردند و مترجم سومی، بدون اطلاع از نسخهٔ اصلی، ترجمه

1. Bruno
2. Chen
3. Opinions about Mental Illness
4. Cohen & Struening
5. Community Attitudes toward the Mentally Ill
6. Taylor & Dear
7. Koo & Yang
8. Bell & Bishai
9. Kenny
10. Prejudice towards People with Mental Illness
11. Alharthi
12. Şahin Bayındır
13. Comrey & Lee

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

معکوس را انجام داد. نسخه‌های حاصل توسط هیئتی سه نفره شامل یک متخصص زبان و دو روان‌شناس از نظر انطباق مفهومی و زبانی بررسی و اصلاح شد. در نهایت، نسخهٔ فارسی به‌صورت آزمایشی روی ۲۰ نفر اجرا و بازنگری‌های لازم اعمال گردید. گردآوری داده‌ها از طریق پرسشنامهٔ الکترونیکی در بستر «پرس‌لاین» انجام شد و لینک آن از طریق شبکه‌های اجتماعی منتشر و در اختیار افراد جامعهٔ هدف قرار داده شد. پیش از آغاز، هدف پژوهش توضیح داده شد و بر داوطلبانه بودن مشارکت و امکان انصراف تأکید شد. از مجموع ۴۱۰ پرسشنامه دریافتی، ۱۸ مورد بر اساس ملاک‌های خروج کنار گذاشته شد و در نهایت داده‌های ۳۹۲ نفر مورد تحلیل قرار گرفت. پژوهش مطابق با اصول بیانیهٔ هلسینکی اجرا شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و پاسخ‌ها به‌صورت ناشناس مورد تحلیل قرار خواهند گرفت. رضایت‌نامهٔ آگاهانهٔ الکترونیکی از تمامی شرکت‌کنندگان اخذ شد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ و AMOS نسخهٔ ۲۴ تحلیل شدند. جهت بررسی روایی سازه، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. همچنین برای بررسی روایی همزمان و واگرا، ضرایب همبستگی پیرسون بین نمرات مقیاس و متغیرهای مرتبط محاسبه گردید. پایایی ابزار نیز با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ، امگای مک‌دونالد و پایایی ترکیبی ارزیابی شد.

ابزار سنجش

مقیاس پیش‌داوری نسبت به افراد دارای بیماری روانی (PPMI[1]): این ابزار یک مقیاس ۲۸ گویه‌ای است که توسط کنی و همکاران (۲۰۱۸) ساخته شده است. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۹ درجه‌ای از ۴- «کاملاً مخالفم» تا ۴+ «کاملاً موافقم» ثبت می‌شوند. ابزار شامل چهار خرده‌مقیاس ترس/اجتناب[2]، غیرقابل پیش‌بینی بودن[3]، اقتدارگرایی[4] و بدخواهی[5] است. نمرهٔ هر خرده‌مقیاس از میانگین پاسخ‌ها در همان بعد به دست می‌آید و نمرهٔ کل پیش‌داوری نیز از میانگین همهٔ ۲۸ گویه محاسبه می‌شود. نمرات در بازهٔای بین ۴- تا ۴+ قرار دارد و نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالاتر پیش‌داوری است. چهارده گویه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای تعیین روایی سازه این ابزار، طراحان آن از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده نمودند و نشان دادند که این ابزار دارای ساختار ۴ عاملی است که در مجموع ۴۴/۰۵ درصد از واریانس کل را استخراج می‌کنند. همبستگی بین عوامل استخراج شده نیز در دامنهٔ ۰/۳۱ تا ۰/۶۴ گزارش شد. آن‌ها برای تعیین روایی همگرا و واگرا، همبستگی بین مؤلفه‌های پیش‌داوری را با متغیرهای بیرونی مانند جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی، فاصلهٔ اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی محاسبه کردند که مشخص شد به طور قابل انتظاری، مؤلفه‌های پیش‌داوری نسبت به افراد دارای بیماری روانی همبستگی مثبت و معنی‌داری با این سازه‌ها داشتند. در نهایت برای تعیین پایایی ابزار از روش همسانی درونی استفاده کردند و نشان دادند که پایایی مؤلفه‌ها در دامنهٔ بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۱ (کنی و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهش حاضر، پایایی مؤلفه‌های ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ به‌دست آمد. ساختار عاملی ابزار با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد که نتایج نشان داد بارهای عاملی گویه‌ها در دامنهٔ ۰/۳۳ تا ۰/۸۶ قرار دارند و مدل از برازش مطلوب پ برخوردار است.

مقیاس رفتار گزارش‌شده و مورد انتظار (RIBS[6]): این ابزار شامل ۸ گویه در دو خرده مقیاس است که توسط ایوانزلاکو و (همکاران، ۲۰۱۱) ساخته شده است. خرده مقیاس نخست (۴ گویه) رفتارهای گزارش‌شده مانند زندگی، کار یا ارتباط با فرد دارای اختلال روانی را با نمره‌گذاری دوگزینه‌ای (۱=بله، ۰=خیر/نمی‌دانم) می‌سنجد و صرفاً برای بررسی فراوانی رفتارها به کار می‌رود و در محاسبه نمرهٔ کل استفاده نمی‌شود. خرده‌مقیاس دوم (۴ گویه) رفتارهای مورد انتظار آینده را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (۱ تا ۵) ارزیابی می‌کند و نمرات بالاتر بیانگر تمایل بیشتر به رفتار انگ‌زننده است. نمرهٔ کل ابزار بر اساس میانگین نمرات خرده‌مقیاس دوم محاسبه می‌شود و دامنهٔ آن از ۱ تا ۵ است. پایایی نسخهٔ اصلی با استفاده از آلفای کورنباخ ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی صوری و محتوایی ابزار نیز از طریق ارزیابی افراد دارای تجربهٔ زیسته و متخصصان حوزه انگ مورد تأیید قرار گرفته است (ایوانزلاکو و همکاران، ۲۰۱۱). در نسخهٔ فارسی، گرمه‌ای و همکاران (۲۰۲۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ را گزارش کردند. همچنین، روایی سازه ابزار از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و یک عامل با مقدار ویژهٔ بزرگ‌تر از ۱ شناسایی شد که ۶۵/۵۳ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کرد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ به‌دست آمد.

1. Prejudice towards People with Mental Illness
2. fear/avoidance
3. unpredictability
4. authoritarianism
5. malevolence
6. Reported and Intended Behaviour Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

مقیاس فاصلهٔ اجتماعی[1] (SDS): این مقیاس توسط لینک و همکاران در سال ۱۹۸۷ساخته شده است و تمایل به تعامل با فرد مبتلا به اسکیزوفرنی را پس از ارائهٔ یک شرح‌حال کوتاه می‌سنجد. ابزار شامل ۷ گویه با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از «اصلاً تمایلی ندارم» تا «کاملاً مایلم» است. نمرهٔ کل مقیاس از جمع نمرات به‌دست می‌آید؛ دامنهٔ نمرات ۷ تا ۳۵ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ فاصله اجتماعی بیشتر است. در نسخهٔ اصلی، لینک و همکاران (۲۰۰۴) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همبستگی معنادار مقیاس با ادراک خطرناک بودن (r=۰/۴۶) نیز به‌عنوان شاخص روایی همگرا گزارش شده است. در نسخهٔ فارسی، رنجبرکرمانی و همکاران (۱۳۹۴) پایایی مقیاس را با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۶ را گزارش کرده‌اند. همچنین شاخص روایی محتوایی نسخه فارسی این مقیاس برابر با ۰/۷۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به‌دست آمد.

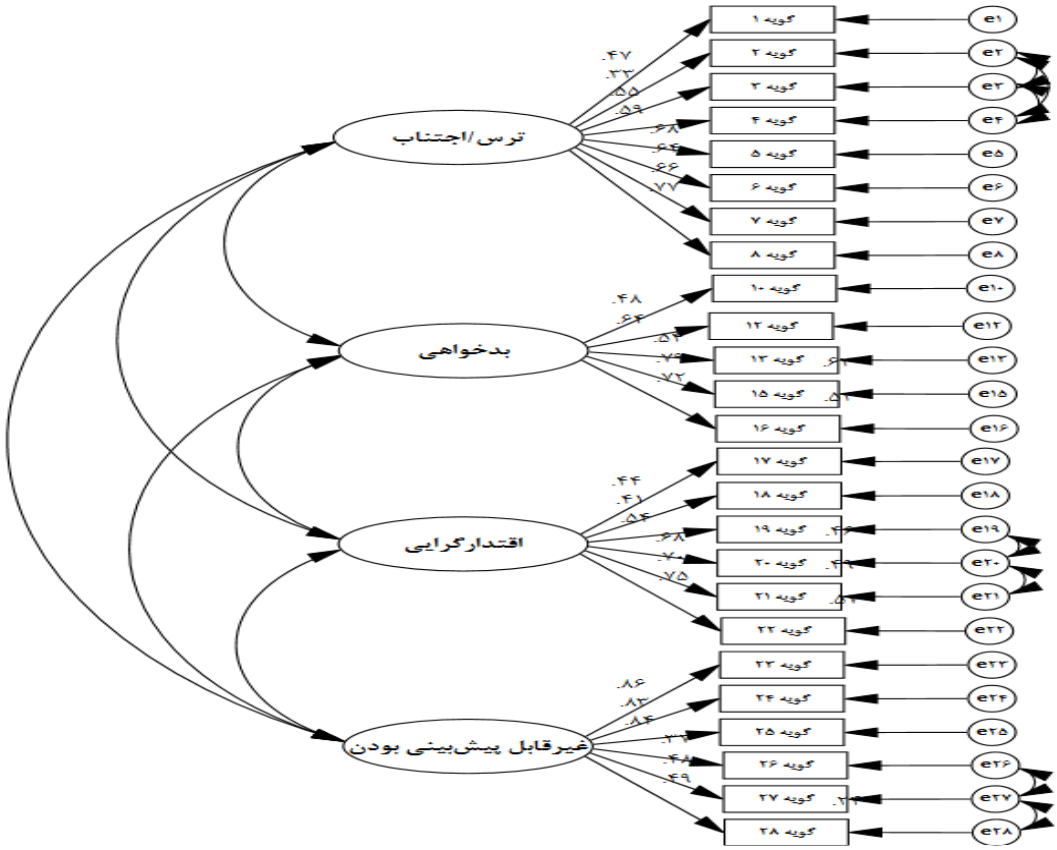
مقیاس جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی[2] (SDOS): این مقیاس توسط پراتو و همکاران (۲۰۱۳) ساخته شده و شامل ۴ گویه است که تمایل به پذیرش سلطهٔ گروه‌های برتر بر گروه‌های فرودست را در برابر ترجیح برابری و شمول اجتماعی می‌سنجد. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱۰ درجه‌ای از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۱۰ «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند. دو گویهٔ برابری‌خواهانه به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرهٔ کل از میانگین گویه‌ها محاسبه می‌شود و دامنهٔ آن ۱ تا ۱۰ است. نمرات بالاتر بیانگر تمایل بیشتر به پذیرش نابرابری است. نسخهٔ انگلیسی این ابزار همسانی درونی قابل قبولی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ نشان داده است. همچنین روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است (پراتو و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران نیز درخشان و همکاران (۱۴۰۰) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. همچنین، روایی سازه مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مطلوب گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به‌دست آمد.

یافته ها

در مطالعهٔ حاضر، ۳۹۲ نفر مشارکت داشتند که از نظر جنسیت ۲۴۹ نفر (۶۳/۵ درصد) زن و ۱۴۳ نفر (۳۶/۵ درصد) مرد بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۲۷۸ نفر (۷۰/۹ درصد) مجرد و ۱۱۴ نفر (۲۹/۱ درصد) متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات نیز ۱۵ نفر (۳/۸ درصد) زیردیپلم، ۳۴ نفر (۸/۷ درصد) دیپلم، ۱۵۳ نفر (۳۹/۰ درصد) کارشناسی، ۱۶۵ نفر (۴۲/۱ درصد) کارشناسی ارشد و ۲۵ نفر (۶/۴ درصد) دکتری و بالاتر بودند. همچنین میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان به ترتیب برابر با ۲۷/۳۸ و ۸/۶۶ بود. در ادامه به منظور تعیین روایی سازهٔ مقیاس تحلیل عاملی تأییدی انجام شد.

1. Social Dominance Orientation Scale
2. Social Distance Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]



شکل ۱. مدل تحلیل عاملی تأییدی با ضرایب استاندارد شده

شکل ۱ مدل تحلیل عاملی تأییدی مقیاس PPMI را نشان می‌دهد. در ابتدا، نتایج تحلیل عاملی تأییدی بیانگر برازش نامطلوب مدل اولیه بود. بر این اساس، سه گویه از خرده‌مقیاس بدخواهی به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ حذف شدند. سپس با اتکا به شاخص‌های اصلاحی، کوواریانس میان برخی خطاهای اندازه‌گیری ترسیم شد که به بهبود برازش مدل منجر گردید. پس از اعمال این اصلاحات، تمامی گویه‌های باقی‌مانده دارای بارهای عاملی معنادار بودند و ساختار چهارعاملی مقیاس شامل ترس/اجتناب، بدخواهی، اقتدارگرایی و غیرقابل‌پیش‌بینی بودن به برازش مطلوب دست یافت. شاخص‌های برازش مدل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱. شاخص‌های برازش مقیاس مدل فرضی

مدل	χ^2 (df)	χ^2/df	شاخص‌های نیکویی برازش				
			GFI	TLI	CFI	IFI	RMSEA
مدل چهار عاملی	۵۵۲/۶۱ (۲۵۸)	۲/۱۴	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۰۶
آستانهٔ پذیرش	-	≥ ۳	≤۰/۹۰	≤۰/۹۰	≤۰/۹۰	≤۰/۹۰	≥۰/۰۸

نتایج ارائه‌شده در جدول ۱ نشان می‌دهد که شاخص‌های برازش مدل چهارعاملی در محدوده قابل‌قبول قرار دارند. نسبت χ^2/df برابر با ۲/۱۴ و مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۶ بود که نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است. همچنین، مقادیر GFI، TLI، CFI و IFI که همگی از مقدار آستانه ۰/۹۰ فراتر بودند. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که مدل چهارعاملی مقیاس از برازش مطلوبی با داده‌های پژوهش برخوردار است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

جدول ۲. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مقیاس PPMI

زیرمقیاس	گویه	R^2	بارعاملی
ترس/ اجتناب	۱. صحبت کردن با فردی که دچار بیماری روانی است برایم دشوار خواهد بود.	۰/۲۲	۰/۴۷
	۲. اگر بدانم فردی بیماری روانی دارد، تمایل کمتری خواهم داشت با او وارد رابطهٔ عاطفی شوم.	۰/۱۱	۰/۳۳
	۳. بهتر است از افرادی که بیماری روانی دارند دوری کرد.	۰/۳۰	۰/۵۵
	۴. حضور در کنار فردی که دچار بیماری روانی است، در من احساس ناامنی ایجاد می‌کند.	۰/۳۴	۰/۵۹
	۵. به همان اندازه که از دعوت دیگران به خانه‌ام خوشحال می‌شوم، از دعوت فردی با بیماری روانی نیز خوشحال خواهم شد.*	۰/۴۶	۰/۶۸
	۶. اگر مجبور باشم با فردی که دچار بیماری روانی است صحبت کنم، احساس آرامش خواهم داشت.*	۰/۴۱	۰/۶۴
	۷. از افراد دارای بیماری روانی نمی‌ترسم.*	۰/۴۴	۰/۶۶
	۸. به طور کلی، تعامل با فردی که بیماری روانی دارد برایم آسان است.*	۰/۵۹	۰/۷۷
بدخواهی	۹. افرادی که دچار بیماری روانی هستند، از مشکلات روزمره زندگی فرار می‌کنند.	حذف	حذف
	۱۰. افرادی که بیماری روانی دارند، باید خودشان از خودشان حمایت کنند و انتظار کمک نداشته باشند.	۰/۲۳	۰/۴۸
	۱۱. افرادی که بیماری روانی پیدا می‌کنند، از نظر ژنتیکی نسبت به دیگران ضعیف‌تر هستند	حذف	حذف
	۱۲. افرادی که بیماری روانی دارند شایسته همدردی ما نیستند.	۰/۴۱	۰/۶۴
	۱۳. ما، به‌عنوان یک جامعه، باید هزینهٔ بسیار بیشتری صرف کمک به افراد دارای بیماری روانی کنیم.*	۰/۲۹	۰/۵۴
	۱۴. افرادی که دچار بیماری روانی می‌شوند، در زندگی شکست‌خورده نیستند.*	حذف	حذف
	۱۵. باید از افرادی که دچار بیماری روانی می‌شوند حمایت و مراقبت کنیم.*	۰/۶۲	۰/۷۶
	۱۶. در شرایط خاص، هر کسی ممکن است بیماری روانی را تجربه کند.*	۰/۵۲	۰/۷۲
اقتدارگرایی	۱۷. افراد دارای بیماری روانی باید به هر شکلی که لازم است کنترل شوند.	۰/۱۹	۰/۴۴
	۱۸. کسانی که دچار بیماری روانی شدید هستند، نباید اجازه داشته باشند بچه‌دار شوند.	۰/۱۷	۰/۴۱
	۱۹. افراد دارای بیماری روانی باید به اجبار تحت درمان قرار گیرند.	۰/۲۹	۰/۵۴
	۲۰. افراد دارای بیماری روانی باید آزاد باشند تا خودشان درباره زندگی‌شان تصمیم بگیرند.*	۰/۴۶	۰/۶۸
	۲۱. افراد دارای بیماری روانی باید اجازه داشته باشند هرطور که می‌خواهند زندگی کنند.*	۰/۴۹	۰/۷۰
	۲۲. جامعه حق ندارد آزادی افراد دارای بیماری روانی را محدود کند.*	۰/۵۷	۰/۷۵
غیرقابل پیش‌بینی بودن	۲۳. رفتار افراد دارای بیماری روانی غیرقابل پیش‌بینی است.	۰/۷۴	۰/۸۶
	۲۴. افراد دارای بیماری روانی اغلب کارهای غیرمنتظره انجام می‌دهند.	۰/۶۸	۰/۸۳
	۲۵. به طور کلی نمی‌توان پیش‌بینی کرد که افراد دارای بیماری روانی چگونه رفتار خواهند کرد.	۰/۷۰	۰/۸۴
	۲۶. رفتار افراد دارای بیماری روانی به همان اندازه قابل پیش‌بینی است که رفتار افراد دارای سلامت روان قابل پیش‌بینی است.*	۰/۱۴	۰/۳۷
	۲۷. افراد دارای بیماری روانی معمولاً به شیوه‌هایی رفتار می‌کنند که قابل پیش‌بینی است.*	۰/۲۳	۰/۴۸
	۲۸. من معمولاً رفتار افراد دارای بیماری روانی را باثبات و قابل پیش‌بینی می‌دانم.*	۰/۲۴	۰/۴۹

یادداشت. ضریب تشخیص=R^2،گویه‌های دارای* به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. تمامی گویه‌ها در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تمامی گویه‌های باقی‌مانده دارای بارهای عاملی استانداردشده بالاتر از ۰/۳۰ و از نظر آماری معنادار بودند. بارهای عاملی در خرده‌مقیاس‌های مختلف در دامنهٔ ۰/۳۳ تا ۰/۸۶ قرار داشتند که بیانگر سهم قابل‌قبول گویه‌ها در تبیین سازه‌های نهفتهٔ مربوطه است. همچنین، ضرایب تشخیص (R^2) نشان دادند که بخش قابل‌توجهی از واریانس گویه‌ها توسط عامل‌های متناظر تبیین می‌شود. بر این اساس، تمامی گویه‌ها به‌طور معناداری بر عامل‌های مربوطه بارگذاری شدند و ساختار چهارعاملی مقیاس مورد تأیید قرار گرفت. جهت ارزیابی روایی همگرا و همزمان این مقیاس میزان همبستگی نمرهٔ کل و مؤلفه‌های مقیاس PPMI با متغیرهای انگ بیماری روانی، فاصلهٔ اجتماعی و جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی محاسبه شد که در جدول ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

جدول ۳. همبستگی PPMI و مولفه‌های ترس/اجتناب، بدخواهی، اقتدارگرایی و غیرقابل پیش‌بینی بودن با متغیرهای انگ بیماری روانی، فاصلهٔ اجتماعی و جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی

متغیر	انگ بیماری روانی	فاصلهٔ اجتماعی	جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی
پیشداوری نسبت به بیماران روانی	۰/۵۹**	۰/۶۲**	۰/۶۹**
ترس/اجتناب	۰/۴۵**	۰/۴۰**	۰/۵۳**
بدخواهی	۰/۲۵**	۰/۳۷**	۰/۴۱**
اقتدارگرایی	۰/۴۳**	۰/۴۹**	۰/۴۹**
غیرقابل پیش‌بینی بودن	۰/۴۵**	۰/۴۱**	۰/۴۳**

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نمرهٔ کل مقیاس PPMI با انگ بیماری روانی (r=۰/۶۹)، فاصلهٔ اجتماعی (r=۰/۶۲) و جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی (r=۰/۵۹) دارای همبستگی مثبت و معنادار بود (p <۰/۰۱) همچنین، هر چهار خرده‌مقیاس ترس/اجتناب، بدخواهی، اقتدارگرایی و غیرقابل‌پیش‌بینی بودن نیز با این متغیرها همبستگی مثبت و معنادار نشان دادند. این یافته‌ها بیانگر آن است که افزایش پیش‌داوری نسبت به افراد دارای بیماری روانی با سطوح بالاتر انگ بیماری روانی، تمایل بیشتر به حفظ فاصلهٔ اجتماعی و گرایش بیشتر به پذیرش نابرابری‌های اجتماعی همراه است. بنابراین، روایی همگرا و همزمان مقیاس PPMI مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۴. همسانی درونی نمرهٔ کل و مؤلفه‌های مقیاس PPMI

متغیر	آلفای کرونباخ	امگای مک‌دونالد	پایایی ترکیبی
پیشداوری نسبت به بیماران روانی	۰/۸۶	۰/۸۷	–
ترس/اجتناب	۰/۸۳	۰/۸۳	۰/۸۲
بدخواهی	۰/۷۶	۰/۷۶	۰/۷۷
اقتدارگرایی	۰/۷۸	۰/۷۶	۰/۸۱
غیرقابل پیش‌بینی بودن	۰/۸۴	۰/۸۳	۰/۸۴

براساس جدول ۴ جهت بررسی پایایی مقیاس، شاخص همسانی درونی شامل آلفای کرونباخ، امگای مک‌دونالد و پایایی ترکیبی محاسبه شد. با توجه به جدول ۴، مقادیر به‌دست‌آمده برای هر سه شاخص در دامنهٔ مطلوب قرار داشتند که حاکی از پایایی قابل قبول مقیاس PPMIاست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی مقیاس پیش‌داوری نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی انجام شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار چهارعاملی این مقیاس از برازش مطلوبی برخوردار است. همچنین، یافته‌ها حاکی از پایایی مطلوب چهار خرده‌مقیاس و نمرهٔ کل PPMI بود و ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف در دامنهٔ ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ قرار داشت، افزون بر این، نتایج نشان داد که نمرهٔ کل و مؤلفه‌های PPMI با انگ بیماری روانی، فاصلهٔ اجتماعی و جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی همبستگی مثبت و معنادار دارند که این یافته‌ها بیانگر روایی همگرا و همزمان مطلوب این مقیاس است.

نتایج پژوهش حاضر از نظر مقادیر پایایی همسو با یافته‌های مطالعه اصلی کنی و همکاران (۲۰۱۸) بود که در این مطالعه نیز ضرایب پایایی همسانی درونی بالای ۰/۷۰ برای نمرهٔ کل و عامل‌های ترس/اجتناب، بدخواهی، اقتدارگرایی و غیرقابل‌پیش‌بینی‌بودن گزارش شد. این نتایج می‌تواند نشان‌دهندهٔ انسجام درونی مناسب گویه‌های مقیاس پیش‌داوری نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی باشد. از نظر روایی همگرا و همزمان نیز نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های کنی و همکاران (۲۰۱۸) بود که نشان داده‌اند این مقیاس با فاصلهٔ اجتماعی و جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی همبستگی مثبت و معنادار دارد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

نتایج تحلیل عاملی تأییدی از ساختار چهارعاملی شامل ترس/اجتناب، غیرقابل‌پیش‌بینی‌بودن، اقتدارگرایی و بدخواهی حمایت کرد. این یافته با ساختار مفهومی ارائه‌شده در مطالعه اصلی کنی و همکاران (۲۰۱۸) و اعتباریابی‌های بین‌المللی اخیر، از جمله نسخه‌های ایتالیایی (برونو و همکاران، ۲۰۲۵) و عربی (الهارتی و همکاران، ۲۰۲۱)، همسو است. با این حال، دستیابی به برازش بهینه در نمونهٔ ایرانی، مستلزم حذف سه گویه از زیرمقیاس بدخواهی که بار عاملی پایین‌تر از ۰/۳ داشتند بود. این نکته بازتاب‌دهندهٔ تفاوت‌های فرهنگی در مفهوم‌سازی بدخواهی است؛ زیرا در فرهنگ‌های جمع‌گرا، ابراز صریح خصومت نسبت به گروه‌های آسیب‌پذیر با هنجارهای اجتماعی تعارض دارد و ممکن است پاسخ‌دهندگان چنین مواردی را کمتر گزارش کنند (چن و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه، برخی گویه‌های نسخهٔ اصلی ممکن است نتوانسته باشند تجارب واقعی یا ضمنی خصومت را در بافت ایرانی به‌خوبی بازنمایی کنند. پس از اعمال اصلاحات، مدل نهایی با شاخص‌های برازش مناسب (RMSEA = ۰/۶ و CFI = ۰/۹۱) تثبیت شد و ساختار مقیاس با فرهنگ ایرانی همخوانی یافت.

در تبیین ارتباط میان PPMI با انگ بیماری روانی می‌توان گفت که پیش‌داوری نسبت به بیماران روانی، هستهٔ عاطفی فرایند انگ را تشکیل می‌دهد (گورزیک و راین، ۲۰۲۲). بر اساس این دیدگاه، زمانی که افراد باورهای کلیشه‌ای مانند خطرناک، ناتوان یا غیرقابل‌اعتماد بودن بیماران روانی را بپذیرند، این باورها به نگرش‌های هیجانی منفی همچون ترس، بی‌اعتمادی و اجتناب اجتماعی منجر می‌شود و در نهایت احتمال بروز رفتارهای انگ‌زننده و طردکننده را افزایش می‌دهد (والش و فوستر، ۲۰۲۴؛ فاکس و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین، همبستگی مشاهده شده نشان می‌دهد افرادی که نمرات بالاتری در PPMI کسب می‌کنند، آمادگی بیشتری برای مشارکت در فرایندهای انگ‌زنی و طرد اجتماعی افراد مبتلا به اختلالات روانی دارند.

همچنین، در تبیین رابطهٔ PPMI با جهت‌گیری سلطهٔ اجتماعی می‌توان گفت افرادی که نابرابری اجتماعی و سلطهٔ گروه‌های فرادست را مشروع و مطلوب می‌دانند، معمولاً نگرش‌های منفی‌تری نسبت به گروه‌های حاشیه‌رانده‌شده، از جمله افراد مبتلا به اختلالات روانی، دارند. این افراد برای حفظ ساختارهای سلسله‌مراتبی اجتماعی، ویژگی‌های منفی بیشتری به گروه‌های فرودست نسبت می‌دهند و در نتیجه، نگرش‌های پیش‌داورانهٔ بیشتری نسبت به بیماران روانی نشان می‌دهند (وینستین و رولو، ۲۰۲۱). افزون بر این، رابطهٔ مثبت پیش‌داوری با فاصلهٔ اجتماعی نشان می‌دهد که نگرش‌های منفی نسبت به بیماران روانی می‌تواند به اجتناب از تعامل اجتماعی، کاهش تمایل به برقراری روابط نزدیک و حفظ فاصله با این افراد منجر شود. این یافته با مدل‌های نظری انگ سازگار است که تبعیض و فاصلهٔ اجتماعی را پیامد رفتاری پیش‌داوری می‌دانند (فاکس و همکاران، ۲۰۱۸؛ مصدر و حریف‌الدین، ۲۰۲۳).

به‌طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که نسخهٔ فارسی PPMI از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است و می‌تواند به‌عنوان ابزاری معتبر برای سنجش پیش‌داوری نسبت به افراد دارای اختلالات روانی در پژوهش‌ها مورد استفاده قرار گیرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس و اجرای آنلاین پژوهش اشاره کرد که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کرده و منجر به حذف افرادی شده باشد که دسترسی کمتری به اینترنت یا سواد دیجیتال پایین‌تری دارند. همچنین، ماهیت حساس موضوع بیماری روانی ممکن است پاسخ‌دهندگان را تحت تأثیر مطلوبیت اجتماعی قرار داده و موجب کاهش گزارش نگرش‌های منفی واقعی شده باشد. افزون بر این، پژوهش حاضر تنها در جمعیت عمومی انجام شد و عملکرد ابزار در گروه‌هایی مانند متخصصان سلامت روان، خانواده‌های بیماران و سیاست‌گذاران بررسی نشد. همچنین، در پژوهش حاضر تنها روایی همگرا و همزمان مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، این ابزار در گروه‌های جمعیتی و فرهنگی متفاوت بررسی شود و علاوه بر ابزارهای خودگزارشی، از سنجه‌های ضمنی نگرش نیز استفاده گردد. همچنین، بررسی بیشتر ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس، از جمله ارزیابی روایی سازه در نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر می‌تواند به شواهد دقیق‌تری دربارهٔ روایی و پایایی این ابزار منجر شود.

منابع

درخشان، م؛ پناهی‌نسب، ص و احمدی، ح. (۱۴۰۰). بررسی رابطه شیوه های فرزندپروری و پرخاشگری: نقش واسطه گری غلبه اجتماعی و توجه اجتماعی در دختران نوجوان. *فصلنامه زن و جامعه*، ۱۲(۴۷)، ۱۹۱–۲۰۴. https://doi.org/10.30495/jzvj.2021.24835.3227

رنجبرکرمانی، ف؛ مزینانی، ر؛ فدایی، ف؛ دولتشاهی، ب و رهگذر، م. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌های مقیاس فاصله اجتماعی و مقیاس خطرناک‌بودن جهت بررسی انگ بیماری‌های شدید روانی در ایران. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۸۲(۲۱)، ۲۵۴–۲۶۱. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2471-fa.html

Alharthi, S. S., Altalhi, H. H., & Alzahrani, A. S. (2021). Validation and psychometric evaluation of the Arabic version of the prejudice towards people with mental illness (PPMI) scale. *Archives of Pharmacy Practice*, *12*(1-2021), 44-49.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

Bell, S. O., & Bishai, D. (2021). Can you repeat the question? Paradata as a lens to understand respondent experience answering cognitively demanding, sensitive questions. *PloS one*, *16*(6), e0252512. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252512

Bruno, F., Chirico, F., Khabbache, H., Rami, Y., Ait Ali, D., Cardella, V., Chayinska, M., Formica, I., & Rizzo, A. (2025). The Prejudice Towards People with Mental Illness Scale: Psychometric Properties of the Italian Version (PPMI-IT). *European journal of investigation in health, psychology and education*, *15*(7), 126 .https://doi.org/10.3390/ejihpe15070126

Chen, S. X., Mak, W. W., & Lam, B. C. (2020). Is it cultural context or cultural value? Unpackaging cultural influences on stigma toward mental illness and barrier to help-seeking. *Social Psychological and Personality Science*, *11*(7), 1022-1031.https://doi.org/10.1177/1948550619897482

Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *64*(5), 349.https://doi.org/10.1037/h0045526

Comrey, A. L., & Lee, H. B. (2013). *A first course in factor analysis* (2nd ed.). Psychology Press.

Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *20*(3), 263–271. https://doi.org/10.1017/s2045796011000308

Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2018). Conceptualizing and Measuring Mental Illness Stigma: The Mental Illness Stigma Framework and Critical Review of Measures. *Stigma and health*, *3*(4), 348–376. https://doi.org/10.1037/sah0000104

Fox, A. B., Qiu, X., Mousavi, M., & Earnshaw, V. A. (2025). Advancing the measurement of mental illness stigma: Considerations of time, structural stigma, and intersectionality. In M. C. Yzer & J. T. Siegel (Eds.), *The handbook of mental health communication* (pp. 141–153). https://doi.org/10.1002/9781394179909.ch10

Garmehi, S., Hakimi, B., Farhoudi, F., & Abedini, E. (2025). Evaluation of the reliability and validity of the Persian version of the Reported and Intended Behaviour Scale, a mental health stigma-related behaviour measure. *Frontiers in Psychiatry*, *16*, 1553002. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1553002

Görzig, A., & Ryan, L. N. (2022). The different faces of mental illness stigma: Systematic variation of stereotypes, prejudice and discrimination by type of illness. *Scandinavian Journal of Psychology*, *63*(5), 545-554. https://doi.org/10.1111/sjop.12833

Gyamfi, S., Boakye, P., Giannotti, N., & Cruz, E. (2025). Understanding the Multi-Faceted Nature of the Public Stigma of Mental Illness: Insights and Implications From a Structural Violence Perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, *34*(4), e70121. https://doi.org/10.1111/inm.70121

Kenny, A., Bizumic, B., & Griffiths, K. M. (2018). The Prejudice towards People with Mental Illness (PPMI) scale: structure and validity. *BMC psychiatry*, *18*(1), 293. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1871-z

Koo, M., & Yang, S. W. (2025). Questionnaire use and development in health research. *Encyclopedia*, 5(2), 65. https://doi.org/10.3390/encyclopedia5020065

Lampropoulos, D., & Apostolidis, T. (2018). Social dominance orientation and discrimination against people with schizophrenia: Evidence of medicalization and dangerousness beliefs as legitimizing myths. Spanish Journal of Psychology, 21, E37. https://doi.org/10.1017/sjp.2018.46

Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American journal of Sociology*, *92*(6), 1461-1500.

Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, *30*(3), 511–541. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098

Masdar, M., & Harifuddin, H. (2023). Stereotype, prejudice and social distance in multiethnic society. *International Journal of Educational Research & Social Sciences*, *4*(5), 929–936.

Pratto, F., Çidam, A., Stewart, A. L., Zeineddine, F. B., Aranda, M., Aiello, A., ... & Henkel, K. E. (2013). Social dominance in context and in individuals: Contextual moderation of robust effects of social dominance orientation in 15 languages and 20 countries. *Social Psychological and Personality Science*, *4*(5), 587-599. https://doi.org/10.1177/1948550612473663

Ren, Y., Wang, S., Fu, X., & Shi, X. (2025). A systematic review and meta-analysis of implicit stigma toward people with mental illness among different groups: measurement, extent, and correlates. Psychology research and behavior management, 851-875. https://doi.org/10.2147/PRBM.S503942

Şahin Bayındır, G., Atay, N., Buzlu, S., & Yavaş, G. Ç. (2023). Reliability and validity of the Turkish version of the prejudice toward people with mental illness scale. *Journal of Psychiatric Nursing*. https://doi.org/10.14744/phd.2022.68916

Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin*, *7*(2), 225–240. https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225

Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., Hosny, N., … Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet (London, England)*, *400*(10361), 1438–1480. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2Visintin, E. P., & Rullo, M. (2021). Humble and Kind: Cultural Humility as a Buffer of the Association between Social Dominance Orientation and Prejudice. *Societies*, *11*(4), 117. https://doi.org/10.3390/soc11040117

Visintin, E. P., & Rullo, M. (2021). Humble and kind: Cultural humility as a buffer of the association between social dominance orientation and prejudice. *Societies*, *11*(4), 117. https://doi.org/10.3390/soc11040117

Walsh, D., & Foster, J. (2024). Understanding the public stigma of mental illness: A mixed-methods, multi-level, exploratory triangulation study. *BMC psychology*, *12*(1), 403. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01887-3.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]