

رابطه بین سواد سلامت روان دیجیتال و رفتارهای کمک‌خواهی روان‌شناختی در نسل جوان: نقش اعتماد و انگ اجتماعی

شیوه استناددهی به این مقاله: حسینی، سارا. (۱۴۰۴). رابطه بین سواد سلامت روان دیجیتال و رفتارهای کمک‌خواهی روان‌شناختی در نسل جوان: نقش اعتماد و انگ اجتماعی. *مطالعات رفتاری و اجتماعی در سلامت روان*، ۱(۱)، ۹۹-۱۱۸.

© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه نسل جوان از چگونگی تأثیر سواد سلامت روان دیجیتال بر شناسایی مشکلات روان‌شناختی و تصمیم‌گیری برای کمک‌خواهی، با تأکید بر نقش اعتماد به منابع دیجیتال و انگ اجتماعی انجام شد. این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۴ جوان ۱۸ تا ۲۹ ساله ساکن تهران بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. معیار اصلی ورود، سابقه استفاده از اینترنت، شبکه‌های اجتماعی، وبسایت‌ها یا برنامه‌های دیجیتال برای جست‌وجوی اطلاعات سلامت روان در یک سال گذشته بود. داده‌ها فقط از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فردی گردآوری شدند. مصاحبه‌ها تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت؛ به‌طوری‌که اشباع اولیه در مصاحبه بیست‌ویکم حاصل شد و سه مصاحبه بعدی برای اطمینان از اشباع انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از فرایند شش‌مرحله‌ای تحلیل مضمون و نرم‌افزار NVivo ۱۴ تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها به استخراج پنج مقوله اصلی منجر شد: «سواد دیجیتال به‌مثابه ابزار نام‌گذاری و تشخیص اولیه تجربه روان‌شناختی»، «ارزیابی انتقادی اطلاعات در برابر سردرگمی و خودتشخیصی»، «اعتماد مشروط به اعتبار منبع و حفاظت از حریم خصوصی»، «انگ اجتماعی و پناه‌بردن به کمک‌خواهی پنهان» و «گذار از جست‌وجوی دیجیتال به دریافت کمک حرفه‌ای». یافته‌ها نشان دادند که سواد سلامت روان دیجیتال، هنگامی که با توانایی ارزیابی اعتبار منابع همراه بود، شناخت نشانه‌ها و انتخاب مسیر مناسب کمک‌خواهی را تسهیل می‌کرد. در مقابل، اعتماد پایین، نگرانی درباره محرمانگی، اطلاعات متناقض و انگ اجتماعی موجب تأخیر، پنهان‌کاری یا محدودشدن کمک‌خواهی به فضای آنلاین می‌شدند. رابطه میان سواد سلامت روان دیجیتال و کمک‌خواهی، رابطه‌ای مستقیم و خطی نیست، بلکه اعتماد و انگ اجتماعی در آن نقش سازوکارهای واسطه و زمینه‌ای دارند. افزایش دسترسی به اطلاعات، بدون ارتقای ارزیابی انتقادی، تضمین محرمانگی و کاهش انگ، الزاماً به دریافت کمک تخصصی منجر نمی‌شود. بنابراین، برنامه‌های ارتقای سواد سلامت روان دیجیتال باید علاوه بر آموزش تشخیص نشانه‌ها، بر اعتبارسنجی منابع، شناخت حدود خودیاری دیجیتال، امنیت داده‌ها و عادی‌سازی مراجعه به متخصصان تمرکز کنند.

واژگان کلیدی: سواد سلامت روان دیجیتال، کمک‌خواهی روان‌شناختی، اعتماد، انگ اجتماعی، نسل جوان، پژوهش کیفی.

مشخصات نویسندگان

۱. سارا حسینی: گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیک نویسنده مسئول: sarahosseini.psy@gmail.com

The Relationship Between Digital Mental Health Literacy and Psychological Help-Seeking Behaviors Among Young People: The Roles of Trust and Social Stigma

How to cite this article: Hosseini, S. (2025). The Relationship Between Digital Mental Health Literacy and Psychological Help-Seeking Behaviors Among Young People: The Roles of Trust and Social Stigma. *Behavioral and Social Studies in Mental Health*, 1(1), 99-118.



© 2025 the authors.

Abstract

This study aimed to explain how digital mental health literacy shapes young people's recognition of psychological difficulties and their decisions to seek help, with particular attention to the roles of trust and social stigma. A qualitative design using thematic analysis was employed. Participants were 24 young people aged 18–29 years residing in Tehran, Iran, who were recruited through purposive maximum-variation sampling. Eligibility required having used the internet, social media, websites, or digital applications to obtain mental health information during the preceding year. Data were collected exclusively through individual semi-structured interviews. Interviews continued until theoretical saturation was reached; preliminary saturation occurred after the twenty-first interview, and three additional interviews were conducted to confirm it. The data were analyzed through the six-phase thematic analysis process, supported by NVivo 14 software. Five main categories were identified: “digital literacy as a means of naming and initially recognizing psychological experiences,” “critical appraisal versus confusion and self-diagnosis,” “conditional trust based on source credibility and privacy protection,” “social stigma and reliance on concealed help-seeking,” and “transition from digital searching to professional support.” Digital mental health literacy facilitated symptom recognition, communication of distress, and identification of potential sources of support when it included critical evaluation skills. However, conflicting information, algorithmically amplified content, privacy concerns, low institutional trust, and fear of social judgment delayed professional help-seeking or confined help-seeking to anonymous digital environments. The relationship between digital mental health literacy and psychological help-seeking is neither direct nor linear. Trust and social stigma operate as contextual and intermediary mechanisms that determine whether digital knowledge is translated into professional action. Merely increasing access to mental health information is therefore insufficient. Digital mental health literacy initiatives should incorporate source verification, awareness of the limits of digital self-help, privacy and data-security education, clear referral pathways, and culturally appropriate stigma-reduction strategies.

Keywords: Digital mental health literacy, psychological help-seeking, trust, social stigma, young people, qualitative research.

Authors' Information

1. Sara Hosseini*: Department of General Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. (Corresponding Author). sarahosseini.psy@gmail.com

مقدمه

سلامت روان نسل جوان در دهه‌های اخیر به یکی از مهم‌ترین موضوعات حوزه سلامت عمومی، روان‌شناسی اجتماعی و سیاست‌گذاری رفاهی تبدیل شده است. دوره نوجوانی پایانی و بزرگسالی نوظهور با تغییرات هم‌زمان در هویت، روابط بین‌فردی، تحصیل، اشتغال، استقلال اقتصادی و انتظارات اجتماعی همراه است و همین امر می‌تواند جوانان را در برابر فشار روانی، اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی و فرسودگی آسیب‌پذیر سازد. با وجود گسترش خدمات روان‌شناختی، بسیاری از جوانان در مراحل اولیه شکل‌گیری مشکلات روانی به متخصص مراجعه نمی‌کنند و فاصله قابل‌توجهی میان تجربه ناراحتی روان‌شناختی و دریافت خدمات حرفه‌ای وجود دارد. کمک‌خواهی روان‌شناختی فرایندی چندمرحله‌ای است که از تشخیص وجود مشکل آغاز می‌شود، با ارزیابی نیاز به حمایت ادامه می‌یابد و در نهایت به انتخاب منبع کمک، افشای مشکل و دریافت خدمت منتهی می‌شود. اختلال در هر یک از این مراحل ممکن است به تأخیر در درمان، مزمن‌شدن نشانه‌ها و افزایش پیامدهای تحصیلی، شغلی و اجتماعی منجر شود. (Rickwood et al., ۲۰۰۵; Gulliver et al., ۲۰۱۰)

یکی از مفاهیم اساسی برای توضیح تفاوت افراد در شناسایی مشکلات و استفاده از خدمات، سواد سلامت روان است. این مفهوم نخست با تأکید بر دانش و باورهای مطرح شد که به تشخیص، مدیریت و پیشگیری از اختلال‌های روانی کمک می‌کند. (Jorm et al., ۱۹۹۷) در رویکردهای جدیدتر، سواد سلامت روان تنها به شناخت نام اختلال‌ها یا نشانه‌های بالینی محدود نیست، بلکه توانایی حفظ سلامت روان مثبت، شناخت عوامل خطر، آگاهی از درمان‌های مؤثر، دانستن زمان و مکان مناسب برای کمک‌خواهی، کاهش نگرش‌های انگ‌زننده و برخورداری از شایستگی لازم برای خودمراقبتی و تصمیم‌گیری آگاهانه را نیز دربرمی‌گیرد. (Jorm, ۲۰۱۲; Wei et al., ۲۰۱۵) بر این اساس، فرد دارای سواد سلامت روان مناسب باید بتواند میان ناراحتی گذرا و مشکل نیازمند ارزیابی تخصصی تمایز برقرار کند، منابع معتبر را بشناسد، درباره روش‌های درمانی انتظارات واقع‌بینانه داشته باشد و در صورت نیاز، کمک حرفه‌ای متناسب دریافت کند.

گسترش اینترنت، تلفن‌های هوشمند، شبکه‌های اجتماعی، موتورهای جست‌وجو، پادکست‌ها، سامانه‌های مشاوره آنلاین و برنامه‌های خودیاری، زمینه ظهور شکل تازه‌ای از این شایستگی را فراهم کرده است که می‌توان آن را «سواد سلامت روان دیجیتال» نامید. این مفهوم از تلفیق سواد سلامت روان و سواد سلامت الکترونیکی شکل می‌گیرد. سواد سلامت الکترونیکی به توانایی جست‌وجو، یافتن، فهمیدن، ارزیابی و استفاده از اطلاعات سلامت در محیط‌های الکترونیکی برای حل یک مسئله سلامت اشاره دارد. (Norman & Skinner, ۲۰۰۶) در حوزه سلامت روان، این توانایی شامل تشخیص نیاز اطلاعاتی، انتخاب کلیدواژه مناسب، دسترسی به منابع دیجیتال، ارزیابی صلاحیت تولیدکننده

محتوا، تمایز میان تجربه شخصی و شواهد علمی، شناخت محتوای تبلیغاتی، بررسی تاریخ و منبع انتشار، حفاظت از داده‌های شخصی و تصمیم‌گیری درباره زمان گذار از خودیاری دیجیتال به دریافت کمک تخصصی است. بنابراین، دسترسی مکرر به محتوای سلامت روان یا دنبال کردن صفحات روان‌شناسی به تنهایی به معنای برخورداری از سواد سلامت روان دیجیتال نیست.

برای نسل جوان، اینترنت اغلب نخستین محیط مواجهه با اصطلاحات روان‌شناختی و نخستین محل جست‌وجوی توضیح برای تجربه‌های هیجانی است. جوانی که با بی‌خوابی، افت انگیزه، حملات اضطرابی، افکار مزاحم یا دشواری در روابط مواجه می‌شود، ممکن است پیش از گفت‌وگو با خانواده یا مراجعه به درمانگر، نشانه‌های خود را در موتور جست‌وجو وارد کند، ویدئوهای کوتاه ببیند، تجربه‌های کاربران دیگر را بخواند یا از ابزارهای غربالگری آنلاین استفاده کند. کمک‌خواهی آنلاین برای جوانان مزایایی مانند دسترسی سریع، هزینه اولیه اندک، ناشناس ماندن، امکان کنترل میزان افشا و کاهش دشواری آغاز گفت‌وگو درباره موضوعات حساس دارد (Kauer et al., ۲۰۱۴; Pretorius et al., ۲۰۱۹). فضای دیجیتال می‌تواند برای افرادی که هنوز آمادگی مراجعه حضوری ندارند، یک «درگاه کم‌فشار» ایجاد کند و به آنان اجازه دهد تجربه خود را نام‌گذاری کنند، احساس تنهایی کمتری داشته باشند و با مسیرهای حمایت آشنا شوند.

با این حال، فراوانی اطلاعات لزوماً به تصمیم‌گیری بهتر منجر نمی‌شود. محیط دیجیتال فاقد یک نظام یکنواخت برای کنترل کیفیت محتواست و اطلاعات مبتنی بر شواهد در کنار توصیه‌های تجاری، روایت‌های شخصی، شبه‌علم، ساده‌سازی‌های افراطی و محتوای تولیدشده با هدف جلب توجه قرار می‌گیرد. الگوریتم‌های شبکه‌های اجتماعی نیز معمولاً محتوایی را بیشتر نمایش می‌دهند که واکنش هیجانی، تعامل و ماندگاری کاربر را افزایش دهد، نه الزاماً محتوایی را که دقیق‌تر یا از نظر بالینی مناسب‌تر باشد. در چنین شرایطی، اصطلاحات تخصصی ممکن است از زمینه بالینی خود جدا شوند و تجربه‌های عادی زندگی به نشانه اختلال تعبیر گردند. از سوی دیگر، افراد دارای مشکلات واقعی ممکن است بر اساس محتوای عمومی به این نتیجه برسند که وضعیت آنان جدی نیست یا با چند توصیه ساده قابل حل است. در نتیجه، سواد سلامت روان دیجیتال می‌تواند هم نقش توانمندساز و هم، در صورت ضعف مهارت‌های ارزیابی، نقش سردرگم‌کننده داشته باشد. مرور Yeo et al. (۲۰۲۴) نشان داد مداخلات سواد سلامت روان دیجیتال می‌توانند دانش و برخی پیامدهای سلامت روان را بهبود دهند، اما تأثیر آنها به محتوا، کیفیت اجرا، ویژگی‌های جمعیت هدف و سازوکارهای تبدیل دانش به رفتار وابسته است.

رابطه میان دانش و کمک‌خواهی، رابطه‌ای ساده و مستقیم نیست. ممکن است فرد نشانه‌های افسردگی یا اضطراب را به درستی بشناسد، اما به دلیل نگرانی از قضاوت خانواده، هزینه درمان، بی‌اعتمادی به متخصص یا ترس از افشای اطلاعات شخصی به خدمات مراجعه نکند. حتی

برخی ابعاد سواد سلامت روان می‌توانند پیامدهای متفاوتی داشته باشند. برای مثال، شناخت اثربخشی درمان معمولاً نگرش مثبت‌تری نسبت به کمک‌خواهی ایجاد می‌کند، اما صرف توانایی تشخیص یک مشکل، بدون برخورداری از راهنمای عملی و امید به درمان، الزاماً به مراجعه منجر نمی‌شود (Goodfellow et al., ۲۰۲۳). بنابراین، لازم است عواملی بررسی شوند که دانش دیجیتال را به کنش کمک‌خواهانه تبدیل می‌کنند یا مانع این تبدیل می‌شوند. در پژوهش حاضر، اعتماد و انگ اجتماعی به‌عنوان دو سازوکار مهم در این فاصله مفهومی در نظر گرفته شده‌اند.

اعتماد در محیط دیجیتال به انتظار مثبت کاربر درباره دقت، صداقت، شایستگی و خیرخواهی منبع و نیز ایمنی فرایند استفاده از آن اشاره دارد. اعتماد می‌تواند متوجه تولیدکننده محتوا، متخصص، سازمان ارائه‌دهنده خدمت، فناوری، پلتفرم، سیاست حفظ حریم خصوصی یا شیوه استفاده از داده‌های کاربران باشد. جوانان هنگام ارزیابی یک منبع ممکن است به نشانه‌هایی مانند مدرک و تخصص تولیدکننده، وابستگی دانشگاهی یا درمانی، ارجاع به شواهد، شفافیت درباره محدودیت‌ها، کیفیت طراحی، تجربه کاربران دیگر و امکان ارتباط با انسان توجه کنند. پژوهش Ito-Jaeger et al. (۲۰۲۳) نشان داد اعتبار تولیدکننده، طراحی حرفه‌ای و مشارکت جوانان در تولید منابع دیجیتال می‌تواند اعتماد را افزایش دهد، درحالی‌که ابهام در سیاست حریم خصوصی و نحوه استفاده از داده‌ها اعتماد را تضعیف می‌کند. همچنین، سطح سواد سلامت الکترونیکی با الگوی اعتماد به کانال‌های اطلاعاتی ارتباط دارد؛ افراد دارای مهارت ارزیابی بالاتر معمولاً میان منابع تخصصی و محتوای غیررسمی تمایز بیشتری قائل می‌شوند (Paige et al., ۲۰۱۷).

اعتماد در زمینه سلامت روان اهمیتی مضاعف دارد، زیرا اطلاعات مبادله‌شده ممکن است شامل تجربه‌های هیجانی، روابط خانوادگی، سابقه آسیب، افکار خودآسیب‌رسان یا اطلاعات هویتی حساس باشد. اگر کاربر احتمال دهد که اطلاعات او ذخیره، فروخته، ردیابی یا بدون رضایت در اختیار دیگران قرار می‌گیرد، ممکن است از استفاده از خدمت دیجیتال خودداری کند یا اطلاعات ناقص ارائه دهد. بی‌اعتمادی همچنین می‌تواند متوجه کیفیت متخصصان، واقعی بودن مدارک آنان، محرمانگی جلسات آنلاین یا انگیزه تجاری پلتفرم باشد. از سوی دیگر، اعتماد افراطی و بدون ارزیابی نیز خطرناک است؛ زیرا ممکن است فرد توصیه یک اینفلوئنسر یا پاسخ یک ابزار خودکار را هم‌ارز ارزیابی بالینی تلقی کند. بنابراین، اعتماد مطلوب در سواد سلامت روان دیجیتال نه به معنای پذیرش بی‌قیدوشرط، بلکه به معنای «اعتماد سنجیده و قابل‌بازبینی» است.

انگ اجتماعی دومین عامل مهم در رفتار کمک‌خواهی است. انگ عمومی شامل باورهای منفی جامعه درباره افراد دارای مشکلات روانی است، درحالی‌که انگ ادراک‌شده به انتظار فرد از قضاوت و طرد دیگران و خودانگ‌زنی به درونی‌سازی همین باورها اشاره دارد. فرد ممکن است مراجعه به روان‌شناس را نشانه ضعف، ناتوانی در کنترل خود یا داشتن یک بیماری شدید بداند و در نتیجه، حتی پس از تشخیص نیاز به کمک، از اقدام خودداری کند. مرور (Clement et al., ۲۰۱۵) نشان داد انگ اثر منفی معناداری بر کمک‌خواهی دارد و نگرانی از افشا یکی از مهم‌ترین سازوکارهای آن است. مطالعات دانشجویان نیز نشان داده‌اند که خودانگ‌زنی، نگرانی از برداشت دیگران و تصور پیامدهای تحصیلی یا شغلی می‌تواند استفاده از خدمات را کاهش دهد. (Eisenberg et al., ۲۰۰۹) در میان جوانان، وابستگی مالی به خانواده، زندگی مشترک با والدین و حساسیت نسبت به ارزیابی همسالان ممکن است این مانع را تقویت کند.

فضای دیجیتال می‌تواند اثر انگ را کاهش دهد، زیرا جست‌وجوی اطلاعات و دریافت برخی حمایت‌ها بدون افشای مستقیم هویت ممکن است. جوانان می‌توانند پیش از مراجعه رسمی، تجربه افراد مشابه را بخوانند، پرسش‌های خود را ناشناس مطرح کنند یا از مشاوره متنی استفاده کنند. با این حال، کمک‌خواهی پنهان همیشه به کمک‌خواهی حرفه‌ای منتهی نمی‌شود. ناشناس بودن ممکن است به فرد اجازه دهد برای مدت طولانی در مرحله جست‌وجو باقی بماند و مراجعه را به تعویق اندازد. همچنین، بازنمایی‌های سطحی یا کلیشه‌ای در شبکه‌های اجتماعی ممکن است شکل تازه‌ای از انگ ایجاد کند؛ برای مثال، افراد بر اساس برچسب‌های تشخیصی تعریف شوند یا مشکلات آنان به مد روز، ضعف اراده یا رفتار جلب‌توجه‌کننده تقلیل یابد. از این رو، محیط دیجیتال هم می‌تواند فضای مقاومت در برابر انگ باشد و هم کلیشه‌ها را بازتولید کند.

مطالعات انجام‌شده در ایران نیز بر اهمیت زمینه فرهنگی و اطلاعاتی تأکید دارند. محمودی و همکاران در مطالعه دانشجویان دانشگاه‌های دولتی تهران دریافتند که اینترنت پرکاربردترین منبع اطلاعات سلامت روان است، اما کارکنان سلامت بیشترین میزان اعتماد را به خود اختصاص می‌دهند؛ به بیان دیگر، میان منبع مورد استفاده و منبع مورد اعتماد شکاف وجود دارد. (Mahmoodi et al., ۲۰۲۲) این شکاف می‌تواند نشان دهد که سهولت دسترسی، نه اعتماد، عامل اصلی استفاده از منابع دیجیتال است. پژوهش‌های داخلی همچنین از باقی‌ماندن نگرش‌های انگ‌زننده، کمبود آگاهی عمومی، موانع فرهنگی و ضعف هماهنگی نهادی در زمینه سلامت روان حکایت دارند. (Taghva et al., ۲۰۱۷) یافته‌های مربوط به سواد افسردگی در تهران نیز نشان داده‌اند که تشخیص، نگرش به درمان و انتخاب منبع کمک تحت تأثیر تحصیلات، تجربه قبلی و باورهای اجتماعی قرار می‌گیرند. (Sayarifard & Ghadirian, ۲۰۱۹)

با وجود اهمیت این موضوع، بخش عمده پژوهش‌های موجود کمی بوده و رابطه متغیرها را از طریق پرسش‌نامه‌ها بررسی کرده‌اند. چنین مطالعاتی برای برآورد سطح سواد یا شدت نگرش‌های انگ‌زننده مفیدند، اما فرایندهایی را که جوانان هنگام مواجهه با نشانه‌ها، جست‌وجوی اطلاعات، سنجش اعتبار منابع و تصمیم‌گیری برای مراجعه طی می‌کنند، به‌طور کامل آشکار نمی‌سازند. علاوه بر این، مفهوم سواد سلامت روان دیجیتال در زمینه فرهنگی ایران هنوز به اندازه کافی صورت‌بندی نشده است. مشخص نیست جوانان تهرانی چه معیارهایی برای معتبر دانستن محتوا به کار می‌برند، نگرانی درباره محرمانگی چگونه بر رفتار آنان اثر می‌گذارد، انگ خانواده و همسالان چگونه با ناشناس‌بودن فضای دیجیتال تعامل می‌کند و چه عواملی جست‌وجوی آنلاین را به مراجعه حرفه‌ای تبدیل می‌سازند. از این‌رو، پژوهش حاضر با رویکرد کیفی انجام شد تا تجربه‌های جوانان از رابطه میان سواد سلامت روان دیجیتال و رفتارهای کمک‌خواهی روان‌شناختی را تبیین کند و نقش اعتماد و انگ اجتماعی را در این فرایند بشناسد.

۱ مواد و روش

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل مضمون بود. انتخاب رویکرد کیفی بر این فرض استوار بود که کمک‌خواهی روان‌شناختی یک تصمیم منفرد و قابل تقلیل به نمره پرسش‌نامه نیست، بلکه فرایندی زمینه‌مند، تفسیری و متأثر از تجربه‌های فردی، روابط اجتماعی، فرهنگ، فناوری و ساختار خدمات است. تحلیل مضمون به دلیل انعطاف‌پذیری در شناسایی الگوهای مشترک در روایت مشارکت‌کنندگان و امکان تبیین ارتباط میان سواد دیجیتال، اعتماد، انگ و کنش کمک‌خواهانه انتخاب شد. گزارش پژوهش با توجه به اصول معیارهای یکپارچه گزارش پژوهش کیفی تنظیم شد.

جامعه هدف شامل جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله ساکن شهر تهران بود. ۲۴ مشارکت‌کننده با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و راهبرد حداکثر تنوع انتخاب شدند. تلاش شد از نظر جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه استفاده از خدمات روان‌شناختی و میزان استفاده از منابع دیجیتال تنوع ایجاد شود. معیارهای ورود شامل قراردادن در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال، سکونت در تهران به مدت حداقل یک سال، توانایی گفت‌وگو به زبان فارسی، استفاده از اینترنت یا رسانه‌های دیجیتال برای جست‌وجو یا دریافت اطلاعات مرتبط با سلامت روان در ۱۲ ماه گذشته و تمایل به بیان تجربه‌ها بود. افرادی که در زمان مصاحبه به دلیل بحران حاد روان‌شناختی توانایی مشارکت در گفت‌وگو را نداشتند یا رضایت آگاهانه ارائه نمی‌کردند، وارد مطالعه نشدند. جذب مشارکت‌کنندگان از طریق انتشار فراخوان در محیط‌های دانشگاهی، فرهنگی و شبکه‌های اجتماعی انجام شد، اما تنها روش گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختاریافته فردی بود.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شدند. راهنمای اولیه مصاحبه بر اساس هدف پژوهش و مرور ادبیات تدوین شد و پرسش‌هایی از این دست را دربرمی‌گرفت: «وقتی درباره سلامت روان یا مشکلات روان‌شناختی در اینترنت جست‌وجو می‌کنید، معمولاً از کجا شروع می‌کنید؟»، «چگونه تشخیص می‌دهید یک مطلب یا توصیه قابل اعتماد است؟»، «اطلاعاتی که در فضای دیجیتال می‌بینید چگونه بر تصمیم شما برای مراجعه یا مراجعه‌نکردن به روان‌شناس اثر می‌گذارد؟»، «نگرانی درباره نظر خانواده، دوستان یا دیگران چه نقشی در کمک گرفتن شما دارد؟»، «آیا ناشناس بودن فضای آنلاین کمک‌خواهی را برای شما آسان‌تر می‌کند؟» و «چه چیزی باعث می‌شود از جست‌وجوی اینترنتی به دریافت کمک حرفه‌ای برسید؟». متناسب با پاسخ‌ها، پرسش‌های کاوشی مانند «می‌توانید مثالی بزنید؟»، «در آن موقع چه احساسی داشتید؟»، «چرا آن منبع را معتبر دانستید؟» و «بعد از آن چه اقدامی انجام دادید؟» مطرح شد.

مصاحبه‌ها در محیطی آرام و خصوصی و با انتخاب مشارکت‌کنندگان انجام گرفت. پیش از آغاز مصاحبه، هدف مطالعه، اختیاری بودن مشارکت، امکان انصراف در هر زمان، شیوه ضبط و نحوه حفاظت از اطلاعات توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی دریافت گردید. هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه و به‌طور متوسط حدود ۵۸ دقیقه طول کشید. گفت‌وگوها با اجازه مشارکت‌کنندگان به‌صورت صوتی ضبط و سپس واژه‌به‌واژه پیاده‌سازی شدند. مشخصات هویتی از متن حذف و برای هر مشارکت‌کننده یک کد مانند «مشارکت‌کننده ۷، زن، ۲۳ ساله» تعیین شد. فایل‌های صوتی و متنی در فضای رمزگذاری شده نگهداری شدند و دسترسی به آنها به اعضای اصلی گروه پژوهش محدود بود.

نمونه‌گیری و تحلیل داده‌ها به‌صورت هم‌زمان پیش رفت. پس از هر چند مصاحبه، متن‌ها مرور و مفاهیم اولیه استخراج شدند تا گروه‌هایی که تجربه متفاوتی داشتند برای مصاحبه‌های بعدی انتخاب شوند. اشباع زمانی در نظر گرفته شد که مصاحبه‌های جدید به ایجاد کد یا بعد مفهومی تازه‌ای در ارتباط با پرسش پژوهش منجر نمی‌شدند و روابط میان مقوله‌ها به اندازه کافی روشن شده بود. نشانه‌های اشباع در مصاحبه بیست‌ویکم مشاهده شد؛ بااین‌حال، سه مصاحبه دیگر برای بررسی ثبات الگوها و اطمینان از پوشش تنوع تجربه‌ها انجام گرفت. این مصاحبه‌ها مضمون اصلی تازه‌ای ایجاد نکردند و بر این اساس، نمونه نهایی ۲۴ نفر تعیین شد.

تحلیل داده‌ها با پیروی از فرایند شش مرحله‌ای تحلیل مضمون (۲۰۰۶) Braun and Clarke انجام شد. در مرحله نخست، پژوهشگران با چند بار خواندن متن مصاحبه‌ها و گوش دادن مجدد به فایل‌های صوتی با داده‌ها آشنا شدند. در مرحله دوم، واحدهای معنایی مرتبط با شناخت نشانه‌ها، جست‌وجوی اطلاعات، ارزیابی اعتبار، اعتماد، محرمانگی، انگ، تصمیم‌گیری و تجربه دریافت کمک کدگذاری شدند. کدگذاری در آغاز به‌صورت باز و نزدیک به زبان مشارکت‌کنندگان انجام گرفت. در مرحله سوم، کدهای مرتبط در خوشه‌های مفهومی قرار گرفتند و

مضامین اولیه ساخته شدند. در مرحله چهارم، مضامین در سطح کدها و کل مجموعه داده بازبینی و موارد هم‌پوشان ادغام یا تفکیک شدند. در مرحله پنجم، حدود مفهومی هر مضمون، روابط میان مضامین و نام نهایی آنها مشخص شد. در مرحله ششم، روایت تحلیلی یافته‌ها با استفاده از نقل قول‌های نماینده تنظیم گردید. نرم‌افزار NVivo ۱۴ برای سازمان‌دهی متن‌ها، ثبت کدها، بازیابی بخش‌های مرتبط، مقایسه موارد و حفظ مسیر تحلیل به کار رفت.

برای افزایش استحکام پژوهش از معیارهای باورپذیری، انتقال‌پذیری، وابستگی و تأییدپذیری استفاده شد. باورپذیری از طریق حضور طولانی مدت پژوهشگر در داده‌ها، مصاحبه‌های کاوشگرانه، مقایسه مستمر موارد و بازبینی برداشت‌های کلی با شماری از مشارکت‌کنندگان تقویت شد. برای افزایش وابستگی، مراحل نمونه‌گیری، تغییرات راهنمای مصاحبه، تصمیم‌های کدگذاری و نحوه شکل‌گیری مضامین ثبت شدند. بخشی از متن‌ها و ساختار کدگذاری به وسیله پژوهشگر دوم بررسی شد و اختلاف‌های تفسیری از طریق گفت‌وگو حل گردید. حداکثر تنوع نمونه و ارائه توصیف نسبتاً غنی از زمینه، امکان ارزیابی انتقال‌پذیری یافته‌ها را فراهم کرد. یادداشت‌های بازاندیشانه نیز برای شناسایی پیش‌فرض‌های پژوهشگران و جلوگیری از تحمیل چارچوب‌های ازپیش‌تعیین‌شده به روایت مشارکت‌کنندگان نوشته شدند. پژوهش پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه مربوطه انجام شد و کد اخلاق باید در نسخه نهایی مقاله درج شود.

۲ یافته‌ها

در این مطالعه ۲۴ جوان ۱۸ تا ۲۹ ساله با میانگین سنی تقریبی ۲۳.۷ سال مشارکت داشتند. ۱۴ نفر زن، معادل ۵۸.۳ درصد، و ۱۰ نفر مرد، معادل ۴۱.۷ درصد، بودند. از نظر تحصیلات، ۵ نفر معادل ۲۰.۸ درصد دارای دیپلم یا مدرک کاردانی، ۱۳ نفر معادل ۵۴.۲ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۶ نفر معادل ۲۵ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. ۱۱ نفر، معادل ۴۵.۸ درصد، دانشجو، ۸ نفر، معادل ۳۳.۳ درصد، شاغل و ۵ نفر، معادل ۲۰.۸ درصد، بیکار یا در جست‌وجوی کار بودند. ۹ مشارکت‌کننده، معادل ۳۷.۵ درصد، دست‌کم یک تجربه مراجعه به روان‌شناس، مشاور یا روان‌پزشک داشتند و ۱۵ نفر، معادل ۶۲.۵ درصد، سابقه مراجعه حرفه‌ای نداشتند. ۱۷ نفر، معادل ۷۰.۸ درصد، اظهار کردند که دست‌کم هفته‌ای یک بار با محتوای سلامت روان در شبکه‌های اجتماعی، موتورهای جست‌وجو، وب‌سایت‌ها یا برنامه‌های تلفن همراه مواجه می‌شوند و ۷ نفر، معادل ۲۹.۲ درصد، استفاده ماهانه یا موردی داشتند. تحلیل مصاحبه‌ها به استخراج پنج مقوله اصلی منجر شد. مقوله نخست، «سواد دیجیتال به مثابه ابزار نام‌گذاری و تشخیص اولیه تجربه روان‌شناختی»، در روایت ۲۲ نفر از ۲۴ مشارکت‌کننده مشاهده شد. بیشتر جوانان فضای دیجیتال را نخستین محل برای یافتن واژه‌ای می‌دانستند که بتواند تجربه مبهم آنان را توضیح دهد. آشنایی با مفاهیمی

مانند اضطراب اجتماعی، حمله هراس، نشخوار فکری، فرسودگی، مرزهای بین فردی و سبک‌های دلبستگی به آنان کمک کرده بود احساسات خود را جدی‌تر بگیرند و درباره آنها با دیگران صحبت کنند. مشارکت‌کننده ۴، زن ۲۱ ساله، بیان کرد: «قبل از اینکه درباره اضطراب اجتماعی بخوانم فکر می‌کردم فقط آدم ضعیفی هستم که بلد نیست با بقیه حرف بزند. وقتی نشانه‌ها را دیدم، حداقل فهمیدم تجربه من اسم دارد و فقط تنبلی یا بی‌عرضگی نیست.» برخی مشارکت‌کنندگان گفتند مشاهده تجربه افراد مشابه، احساس تنهایی و غیرعادی بودن را کاهش داده است. مشارکت‌کننده ۱۱، مرد ۲۵ ساله، گفت: «وقتی دیدم آدم‌های دیگر هم حمله‌ای شبیه من داشته‌اند، ترسم کمتر شد. همان شب برای اولین بار به یکی از دوستانم گفتم چه اتفاقی برایم افتاده.» با این حال، برخورداری از واژگان روان‌شناختی همیشه با تشخیص دقیق همراه نبود. چند نفر اظهار کردند که در مراحل اولیه، شباهت سطحی میان تجربه خود و فهرست نشانه‌های منتشرشده در شبکه‌های اجتماعی را به معنای داشتن یک اختلال قطعی تلقی کرده‌اند. یافته‌ها نشان دادند که دسترسی دیجیتال می‌تواند آغاز خودآگاهی باشد، اما هنگامی مفیدتر است که جوان بتواند میان شناخت مقدماتی و تشخیص تخصصی تمایز بگذارد.

مقوله دوم، «ارزیابی انتقادی اطلاعات در برابر سردرگمی و خودتشخیصی»، در تجربه ۲۰ مشارکت‌کننده برجسته بود. جوانان دارای مهارت ارزیابی بالاتر، اطلاعات را از چند منبع بررسی می‌کردند، نام و صلاحیت تولیدکننده محتوا را می‌دیدند، میان آموزش عمومی و توصیه درمانی تمایز می‌گذاشتند و به محتواهایی که وعده درمان سریع یا تشخیص قطعی می‌دادند بدبین بودند. مشارکت‌کننده ۱۹، زن ۲۷ ساله، توضیح داد: «اگر کسی فقط جلوی دوربین بگوید پنج نشانه که ثابت می‌کند تروما داری، قبول نمی‌کنم. اسمش را جست‌وجو می‌کنم، می‌بینم روان‌شناس هست یا فقط تولیدکننده محتوا، بعد چند سایت دیگر را هم می‌خوانم.» در مقابل، مشارکت‌کنندگانی که معیار روشنی برای سنجش اعتبار نداشتند، از تضاد اطلاعات و تعدد برچسب‌ها احساس سردرگمی می‌کردند. مشارکت‌کننده ۲، مرد ۲۰ ساله، گفت: «یک صفحه می‌گفت مشکل من بیش‌فعالی است، یکی می‌گفت افسردگی پنهان و یکی می‌گفت کمبود ویتامین. آخرش بیشتر از قبل نگران شدم و مدام تست آنلاین می‌زدم.» برخی جوانان گزارش کردند که الگوریتم شبکه اجتماعی پس از مشاهده چند محتوای مرتبط، حجم زیادی از مطالب مشابه را نمایش داده و این تکرار، احتمال واقعی بودن یک تشخیص را در ذهن آنان افزایش داده است. مشارکت‌کننده ۱۵، زن ۲۴ ساله، بیان کرد: «وقتی چند روز پشت سرهم ویدئو درباره اختلال شخصیت دیدم، فکر کردم حتماً من یا نامزد من این اختلال را داریم. بعداً فهمیدم چون ویدئوها را تا آخر دیده بودم، برنامه همان موضوع را بیشتر نشان می‌داد.» بنابراین، سواد سلامت روان دیجیتال در روایت مشارکت‌کنندگان فقط توانایی یافتن اطلاعات نبود، بلکه شامل مدیریت اضافه‌بار اطلاعاتی، فهم منطق الگوریتم و مقاومت در برابر خودتشخیصی شتاب‌زده می‌شد.

مقوله سوم، «اعتماد مشروط به اعتبار منبع و حفاظت از حریم خصوصی»، گسترده‌ترین مضمون بود و در روایت ۲۳ مشارکت‌کننده دیده شد. اعتماد جوانان چندبعدی بود و به تخصص تولیدکننده، وابستگی سازمانی، شفافیت، شیوه بیان، تجربه دیگر کاربران و امنیت داده‌ها وابسته بود. منابع وابسته به دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، انجمن‌های تخصصی و متخصصانی که شماره نظام یا پیشینه حرفه‌ای قابل‌بررسی داشتند، معتبرتر ارزیابی می‌شدند. درعین‌حال، زبان بیش‌ازحد رسمی یا تبلیغاتی و ادعاهای مطلق اعتماد را کاهش می‌داد. مشارکت‌کننده ۸، مرد ۲۸ ساله، گفت: «اینکه طرف مدرک داشته باشد مهم است، ولی کافی نیست. وقتی هر ویدئو آخرش می‌گوید برای درمان فقط دوره من را بخر، حس می‌کنم دارد از نگرانی آدم پول درمی‌آورد.» اعتماد به خدمات آنلاین همچنین به محرمانگی وابسته بود. نگرانی درباره ضبط جلسه، دسترسی کارکنان پلتفرم، ذخیره پیام‌ها، دیده‌شدن اعلان‌ها توسط اعضای خانواده و استفاده تجاری از اطلاعات از موانع مهم استفاده از خدمات بود. مشارکت‌کننده ۶، زن ۲۲ ساله، اظهار کرد: «مشاوره آنلاین برایم راحت‌تر بود، ولی نمی‌دانستم پیام‌ها کجا ذخیره می‌شود. می‌ترسیدم بعداً تبلیغات مرتبط ببینم یا کسی به اطلاعاتم دسترسی پیدا کند.» چند مشارکت‌کننده بیان کردند که توصیه یک دوست قابل‌اعتماد یا تجربه مثبت قبلی می‌تواند تردید آنان را کاهش دهد. باین‌حال، اعتماد به خود پلتفرم و اعتماد به متخصص دو امر جداگانه تلقی می‌شدند؛ ممکن بود فرد به روان‌شناس اعتماد داشته باشد، اما به زیرساخت دیجیتال اعتماد نکند. این یافته نشان داد که اعتماد نقش یک «دروازه تصمیم» را دارد: سواد بالا در صورت نبود اعتماد، ممکن است به شناخت نیاز منجر شود، اما الزاماً استفاده از خدمت را در پی نداشته باشد.

مقوله چهارم، «انگ اجتماعی و پناه‌بردن به کمک‌خواهی پنهان»، در روایت ۲۱ مشارکت‌کننده شناسایی شد. بسیاری از جوانان اظهار کردند که جست‌وجوی آنلاین را به این دلیل ترجیح می‌دهند که بدون اطلاع خانواده، دوستان یا همکاران امکان‌پذیر است. ترس از ضعیف تلقی‌شدن، جدی گرفته‌نشدن، متهم‌شدن به خودتلقینی، نگرانی از تأثیر سابقه درمان بر ازدواج یا اشتغال و تصور اینکه مراجعه فقط برای افراد دارای اختلال شدید است، کمک‌خواهی آشکار را محدود می‌کرد. مشارکت‌کننده ۱۳، زن ۲۶ ساله، گفت: «در خانواده ما اگر بگویی پیش روان‌شناس می‌روم، سریع می‌پرسند مگر دیوانه‌ای؟ برای همین اول چند ماه فقط پادکست گوش می‌دادم و حتی وقت مشاوره را هم از همه پنهان کردم.» مشارکت‌کننده ۱۷، مرد ۲۳ ساله، بیان کرد: «برای پسرها سخت‌تر است؛ می‌گویند خودت باید حلش کنی. من در یک انجمن با اسم مستعار حرف زدم، ولی حاضر نبودم به دوستم بگویم حالم خوب نیست.» ناشناس‌بودن فضای دیجیتال برای برخی مشارکت‌کنندگان مرحله‌ای حمایتی بود که امکان تمرین افشا و دریافت تأیید اولیه را فراهم می‌کرد، اما برای برخی دیگر به جایگزینی طولانی‌مدت برای کمک حرفه‌ای تبدیل شده بود. خودآنگ‌زنی نیز در روایت‌ها مشاهده شد؛ تعدادی از مشارکت‌کنندگان با وجود پذیرش درمان برای دیگران، نیاز شخصی خود را

نشانه ناتوانی می‌دانستند. مواجهه با روایت‌های واقع‌بینانه افراد دارای تجربه درمان و محتوایی که مراجعه را رفتاری مسئولانه معرفی می‌کرد، این نگرش را کاهش داده بود. در مقابل، شوخی‌ها، برچسب‌زنی‌ها و استفاده تحقیرآمیز از اصطلاحات تشخیصی در شبکه‌های اجتماعی، احساس ناایمنی و پنهان‌کاری را افزایش می‌داد.

مقوله پنجم، «گذار از جست‌وجوی دیجیتال به دریافت کمک حرفه‌ای»، در روایت ۱۹ مشارکت‌کننده به‌طور روشن مطرح شد. یافته‌ها نشان دادند که تبدیل دانش به مراجعه زمانی رخ می‌داد که چند شرط هم‌زمان فراهم می‌شد: فرد مشکل را جدی و پایدار می‌دانست، به اثربخشی درمان امید داشت، منبع یا متخصص قابل‌اعتماد پیدا می‌کرد، هزینه و دسترسی قابل‌مدیریت بود و خطر قضاوت اجتماعی کاهش می‌یافت. محتوای دیجیتالی که صرفاً نشانه‌ها را معرفی می‌کرد، کمتر از محتوایی مؤثر بود که مسیر اقدام مشخصی مانند نحوه انتخاب درمانگر، تفاوت روان‌شناس و روان‌پزشک، هزینه تقریبی، شیوه رزرو و انتظارات جلسه نخست ارائه می‌داد. مشارکت‌کننده ۲۰، مرد ۲۹ ساله، گفت: «سال‌ها درباره اضطراب می‌خواندم، ولی چیزی که باعث شد وقت بگیرم یک ویدئو بود که دقیق توضیح می‌داد جلسه اول چه اتفاقی می‌افتد. ترس من بیشتر از ناشناخته‌بودن فرایند بود.» حمایت یک شخص واسطه نیز اهمیت داشت. مشارکت‌کننده ۹، زن ۱۹ ساله، اظهار کرد: «خودم جرئت تماس نداشتم. لینک مرکز مشاوره را برای دوستم فرستادم و او کنارم نشست تا فرم را پر کنم.» در مواردی که اطلاعات دیجیتال بر خودیاری نامحدود تأکید داشت یا دسترسی به متخصص دشوار بود، جوانان در چرخه جست‌وجو، ذخیره محتوا و امتحان کردن توصیه‌های پراکنده باقی می‌ماندند. مشارکت‌کننده ۲۲، زن ۲۵ ساله، گفت: «اطلاعات زیاد داشتم، ولی نمی‌دانستم قدم بعدی چیست. هر بار یک تمرین جدید ذخیره می‌کردم و فکر می‌کردم باید خودم حلش کنم.» برآیند داده‌ها نشان داد که سواد سلامت روان دیجیتال هنگامی به کمک‌خواهی مؤثر منتهی می‌شود که علاوه بر دانش، شامل خودکارآمدی برای اقدام، معیار انتخاب منبع، شناخت حدود خودیاری و دسترسی به یک مسیر ارجاع روشن باشد.

۳ بحث

هدف پژوهش حاضر تبیین تجربه جوانان از رابطه میان سواد سلامت روان دیجیتال و رفتارهای کمک‌خواهی روان‌شناختی، با تأکید بر نقش اعتماد و انگ اجتماعی بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که این رابطه ماهیتی فرایندی، غیرخطی و زمینه‌مند دارد. سواد سلامت روان دیجیتال می‌تواند به جوانان کمک کند تجربه‌های مبهم خود را نام‌گذاری کنند، نشانه‌های هشداردهنده را بشناسند و منابع احتمالی حمایت را بیابند؛ بالاین‌حال، تبدیل این شناخت به کمک‌خواهی حرفه‌ای به کیفیت ارزیابی اطلاعات، میزان اعتماد به منبع و خدمت، ادراک محرمانگی، شدت

انگ اجتماعی، دسترسی اقتصادی و حمایت بین فردی بستگی دارد. بنابراین، نمی توان فرض کرد افزایش مواجهه با محتوای سلامت روان یا حتی افزایش دانش نظری، به صورت خودکار میزان مراجعه به خدمات را افزایش می دهد. یافته محوری پژوهش آن است که اعتماد و انگ صرفاً دو متغیر جانبی نیستند، بلکه سازوکارهایی اند که تعیین می کنند دانش دیجیتال در چه نقطه ای به اقدام تبدیل شود، در سطح خودیاری باقی بماند یا به تأخیر و اجتناب بینجامد.

نخستین مقوله نشان داد منابع دیجیتال برای بیشتر جوانان کارکرد نام گذاری و شناخت اولیه دارند. این یافته با تعریف گسترده سواد سلامت روان همسو است که توانایی شناخت مشکلات، آگاهی از عوامل خطر و دانستن زمان مناسب برای کمک خواهی را دربرمی گیرد (Jorm, ۲۰۱۵; Wei et al., ۲۰۱۲). نام گذاری تجربه می تواند احساس آشفتگی را کاهش دهد و به فرد امکان دهد وضعیت خود را با زبان قابل فهم تری بیان کند (Eigenhuis et al., ۲۰۲۱). نیز نشان دادند بسیاری از نوجوانان و جوانان تنها پس از کسب اطلاعات درباره افسردگی توانستند نشانه های خود را به عنوان مسئله ای نیازمند کمک درک کنند. کمک خواهی آنلاین در این مرحله می تواند پلی میان تجربه خام ناراحتی و پذیرش نیاز به حمایت باشد. مرور (Pretorius et al., ۲۰۱۹) نیز نشان داد جوانان اغلب پیش از افشای مشکل برای اطرافیان یا متخصصان، از اینترنت برای فهم تجربه خود استفاده می کنند. با این حال، یافته های حاضر نشان دادند نام گذاری زمانی سازنده است که به عنوان فرضیه مقدماتی تلقی شود، نه تشخیص قطعی. در غیر این صورت، واژگان روان شناختی ممکن است به برجسب زنی شتاب زده خود یا دیگران منجر شوند.

مقوله دوم بر تمایز میان دسترسی به اطلاعات و توانایی ارزیابی انتقادی آن تأکید داشت. مشارکت کنندگان دارای سواد بالاتر، اعتبار تولیدکننده، شواهد پشتیبان، انگیزه تجاری، تاریخ انتشار و همخوانی اطلاعات با منابع دیگر را بررسی می کردند. این یافته با چارچوب سواد سلامت الکترونیکی (Norman and Skinner, ۲۰۰۶) سازگار است که یافتن اطلاعات را تنها یکی از مراحل شایستگی دیجیتال می داند و بر فهم، ارزیابی و کاربرد آن تأکید می کند. در محیط رسانه های اجتماعی، معیارهایی مانند تعداد دنبال کننده، کیفیت تصویر یا بیان مطمئن ممکن است با صلاحیت حرفه ای اشتباه گرفته شوند. تکرار الگوریتمی محتوا نیز می تواند «توهم اجماع» ایجاد کند؛ یعنی کاربر به دلیل مشاهده مکرر یک ادعا، آن را معتبرتر بداند. این وضعیت توضیح می دهد که چرا سواد سلامت روان دیجیتال باید دانش درباره منطق پلتفرم ها و الگوریتم ها را نیز شامل شود. یافته های (Yeo et al., ۲۰۲۴) نشان می دهد مداخلات دیجیتال سواد سلامت روان می توانند مفید باشند، اما اثربخشی آنها به

کیفیت طراحی و توانایی تبدیل آموزش به مهارت کاربردی وابسته است. بنابراین، آموزش فهرست نشانه‌ها بدون آموزش عدم قطعیت، تشخیص افتراقی و حدود خودارزیابی ممکن است ناخواسته خودتشخیصی و اضطراب سلامت را افزایش دهد.

مقوله سوم نشان داد اعتماد نقش تعیین‌کننده‌ای در استفاده از اطلاعات و خدمات دیجیتال دارد. مشارکت‌کنندگان اعتبار علمی، شفافیت هویت تولیدکننده، وابستگی سازمانی، زبان غیراغراق‌آمیز و امکان بررسی مدارک را نشانه‌های اعتماد می‌دانستند. این الگو با یافته‌های Ito-Jaeger (۲۰۲۳) همسو است که نشان دادند اعتبار تولیدکنندگان، طراحی حرفه‌ای و مشارکت جوانان در توسعه منابع، اعتماد به یک وبسایت سلامت روان را افزایش می‌دهد. در مطالعه حاضر، طراحی حرفه‌ای به‌تنهایی کافی نبود و گاه حتی طراحی تبلیغاتی و وعده‌های قطعی بی‌اعتمادی ایجاد می‌کرد. این امر نشان می‌دهد اعتماد جوانان ترکیبی از نشانه‌های سطحی و قضاوت‌های عمیق‌تر درباره صداقت، تخصص و انگیزه منبع است. ارتباط سواد سلامت الکترونیکی و اعتماد به منابع آنلاین نیز در مطالعه Paige et al. (۲۰۱۷) گزارش شده است. افراد دارای مهارت بیشتر نه‌الزاماً اعتماد بیشتری به همه منابع، بلکه الگوی متمایزتری از اعتماد دارند و منابع را بر اساس نوع، وابستگی و شواهد ارزیابی می‌کنند. بنابراین، هدف برنامه‌های آموزشی نباید افزایش کلی اعتماد به سلامت دیجیتال باشد، بلکه باید «اعتماد کالیبره‌شده» را پرورش دهد؛ یعنی سطح اعتماد با کیفیت واقعی شواهد و امنیت منبع متناسب باشد.

یکی از ابعاد مهم اعتماد در یافته‌ها، حریم خصوصی بود. برخی جوانان به متخصص اعتماد داشتند، اما به پلتفرم، ذخیره پیام‌ها، اعلان‌های تلفن همراه یا نحوه استفاده از داده‌ها اعتماد نمی‌کردند. این تفکیک نشان می‌دهد اعتماد دیجیتال چندلایه است و ارزیابی اعتبار درمانگر نمی‌تواند جایگزین ارزیابی امنیت فناوری شود (Pretorius et al. ۲۰۱۹). نگرانی از محرمانگی و نامشخص بودن اعتبار منابع را از موانع اصلی کمک‌خواهی آنلاین جوانان معرفی کردند. در حوزه سلامت روان، هزینه ادراک‌شده نقض محرمانگی بالاست؛ زیرا افشای ناخواسته ممکن است به تعارض خانوادگی، شرمساری، قضاوت یا نگرانی درباره آینده شغلی و تحصیلی منجر شود. از این رو، سیاست‌های پیچیده حریم خصوصی یا رضایت‌نامه‌های مبهم می‌توانند حتی در افراد دارای نگرش مثبت به درمان مانع ایجاد کنند. شفافیت درباره نوع داده‌های جمع‌آوری‌شده، مدت نگهداری، اشخاص دارای دسترسی، امکان حذف اطلاعات و حدود محرمانگی باید بخشی از طراحی خدمت و آموزش سواد سلامت روان دیجیتال باشد.

مقوله چهارم نشان داد انگ اجتماعی، جوانان را به سوی شکل‌های پنهان و ناشناس کمک‌خواهی سوق می‌دهد. این یافته با مرور Clement (۲۰۱۵) et al. هم‌هنگ است که نگرانی از افشا و قضاوت را از سازوکارهای اصلی اثر انگ بر کمک‌خواهی معرفی کرد (Corrigan).

(۲۰۰۴) نیز توضیح می‌دهد که انگ عمومی می‌تواند از طریق انتظار تبعیض و خودانگ‌زنی به کاهش استفاده از خدمات منجر شود. در مطالعه حاضر، برخی مشارکت‌کنندگان مراجعه به روان‌شناس را برای دیگران قابل قبول، اما برای خود نشانه ناتوانی می‌دانستند. این الگو نشان‌دهنده فاصله میان نگرش عمومی اظهارشده و باورهای خودارجاعی است. مطالعه Eisenberg et al. (۲۰۰۹) نیز نشان داد خودانگ‌زنی و نگرانی از ادراک دیگران با کاهش کمک‌خواهی دانشجویان ارتباط دارد. در زمینه ایران، Taghva et al. (۲۰۱۷) بر نقش باورهای فرهنگی، کمبود آگاهی، نگرش‌های عمومی و ساختارهای اجتماعی در تداوم انگ تأکید کرده‌اند. بنابراین، مداخلات کاهش انگ باید فراتر از ارائه اطلاعات درباره اختلال‌ها باشند و باورهای مرتبط با ضعف، مسئولیت شخصی، ازدواج، آبرو و توانایی شغلی را مستقیماً هدف قرار دهند.

فضای دیجیتال در رابطه با انگ، نقشی دوگانه داشت. ناشناس بودن، کنترل افشا و امکان مشاهده تجربه هم‌تایان، ورود به فرایند کمک‌خواهی را آسان می‌کرد. این یافته با Kauer et al. (۲۰۱۴) و Pretorius et al. (۲۰۱۹) همسو است که دسترسی، ناشناس بودن و کاهش فشار تعامل حضوری را از مزایای خدمات آنلاین برای جوانان دانسته‌اند. با این حال، کمک‌خواهی ناشناس ممکن است به یک مرحله پایدار تبدیل شود و فرد بدون انتقال به ارزیابی حرفه‌ای، در گروه‌ها، صفحات و ابزارهای خودیاری باقی بماند. از سوی دیگر، رسانه‌های اجتماعی می‌توانند با روایت‌های واقع‌بینانه درمان، انگ را کاهش دهند، اما استفاده تمسخرآمیز از برچسب‌های تشخیصی، زیباشناختی کردن اختلال یا معرفی درمان به عنوان کالای هویتی ممکن است انگ و سوءبرداشت را بازتولید کند. بنابراین، ارزیابی نقش فضای دیجیتال در کاهش انگ باید به نوع محتوا، شیوه بازنمایی تجربه زیسته و وجود مسیرهای ارجاع توجه کند.

مقوله پنجم بیانگر آن بود که گذار از جست‌وجوی دیجیتال به کمک‌خواهی حرفه‌ای به وجود یک مسیر عملی روشن نیاز دارد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان درباره نشانه‌ها اطلاعات داشتند، اما نمی‌دانستند چگونه درمانگر انتخاب کنند، تفاوت حرفه‌ها چیست، جلسه نخست چگونه پیش می‌رود یا در صورت محدودیت مالی چه گزینه‌هایی دارند. این یافته با مدل Rickwood et al. (۲۰۰۵) سازگار است که کمک‌خواهی را متشکل از آگاهی، بیان مشکل، شناسایی منبع در دسترس و آمادگی برای افشا می‌داند. سواد سلامت روانی که تنها مرحله آگاهی را تقویت کند، سه مرحله بعدی را تضمین نمی‌کند (Goodfellow et al. ۲۰۲۳). نیز نشان دادند ابعاد مختلف سواد سلامت روان ارتباط یکسانی با قصد کمک‌خواهی ندارند و آگاهی از اثربخشی درمان می‌تواند از صرف شناسایی مشکل اهمیت بیشتری داشته باشد. در مطالعه حاضر، محتوایی بیشترین اثر را داشت که ابهام فرایند مراجعه را کاهش می‌داد و اقدام بعدی را به گام‌های کوچک و قابل انجام تبدیل می‌کرد.

حمایت دوستان و افراد قابل اعتماد نیز در تبدیل قصد به عمل نقش واسط داشت. برای برخی مشارکت کنندگان، ارسال لینک یک مرکز، همراهی در تکمیل فرم، معرفی درمانگر یا عادی سازی تجربه مراجعه، مانع اولیه را کاهش داده بود. این یافته با مطالعات کیفی کمک خواهی جوانان همسو است که منابع غیررسمی را اغلب دروازه ورود به خدمات رسمی می دانند (Eigenhuis et al., ۲۰۲۱) در نتیجه، تقابل میان کمک خواهی آنلاین، غیررسمی و حرفه ای دقیق نیست؛ این منابع می توانند به صورت زنجیره ای یا مکمل عمل کنند. یک محتوای معتبر ممکن است آگاهی ایجاد کند، یک دوست اعتماد لازم را فراهم سازد و یک خدمت دیجیتال محرمانه، دسترسی به متخصص را عملی کند. شکست در هر حلقه، مسیر را متوقف می کند. از این رو، الگوی حاصل از پژوهش حاضر را می توان یک مسیر چندمرحله ای دانست: مواجهه با تجربه روان شناختی، جست و جوی دیجیتال، تفسیر و ارزیابی اطلاعات، سنجش اعتماد و پیامدهای افشا، انتخاب راهبرد کمک خواهی و در نهایت اقدام یا تعویق. اعتماد در مرحله ارزیابی و انتخاب منبع عمل می کند و انگ بیشتر بر افشا، انتخاب کانال و آشکار یا پنهان بودن اقدام اثر می گذارد؛ باین حال، این دو عامل با یکدیگر تعامل دارند. برای مثال، فردی که از قضاوت می ترسد، نسبت به امنیت داده حساس تر می شود و فردی که به محرمانگی اعتماد ندارد، ممکن است انگ ادراک شده را شدیدتر تجربه کند.

یافته های این پژوهش با مطالعه (Mahmoodi et al., ۲۰۲۲) در میان دانشجویان ایرانی سازگار است. در آن مطالعه، اینترنت پرکاربردترین منبع اطلاعات سلامت روان بود، اما کارکنان سلامت بالاترین اعتماد را دریافت کردند. نتایج حاضر توضیح کیفی برای این شکاف فراهم می کنند: جوانان به دلیل سرعت، ناشناس بودن و دسترسی آسان از اینترنت استفاده می کنند، اما هنگام تصمیم های مهم، به تخصص و پاسخ گویی حرفه ای نیاز دارند. اگر متخصصان و نهادهای سلامت حضور دیجیتال قابل اعتماد، قابل فهم و در دسترس نداشته باشند، فضای خالی ممکن است با محتوای غیرتخصصی پر شود. راه حل، محدود کردن جست و جوی آنلاین نیست، بلکه پیوند دادن مزایای دسترسی دیجیتال با اعتبار حرفه ای است. پلتفرم ها و نهادهای عمومی باید منابعی ایجاد کنند که زبان آنها برای جوانان قابل فهم باشد، هویت و صلاحیت تولیدکنندگان را آشکار کند، عدم قطعیت را توضیح دهد و مسیر ارجاع مشخصی ارائه دهد.

از نظر محدودیت ها، یافته های این مطالعه بر تجربه شمار محدودی از جوانان ساکن تهران استوار است و ممکن است شرایط جوانان شهرهای کوچک، مناطق روستایی یا گروه های دارای دسترسی دیجیتال محدود را بازنمایی نکند. نمونه گیری هدفمند و مشارکت داوطلبانه ممکن است موجب حضور بیشتر افرادی شده باشد که از پیش به موضوع سلامت روان علاقه مند بوده اند. داده ها بر گزارش شخصی مشارکت کنندگان متکی بودند و امکان تفاوت میان روایت افراد و رفتار واقعی آنان وجود دارد. همچنین، تجربه های مرتبط با انواع اختلال ها، شدت های متفاوت

ناراحتی روان‌شناختی و پلتفرم‌های گوناگون به صورت جداگانه بررسی نشدند. حضور پژوهشگر و حساسیت موضوع نیز ممکن است بر میزان افشا اثر گذاشته باشد. افزون بر این، فضای دیجیتال و ویژگی‌های پلتفرم‌ها به سرعت تغییر می‌کنند و برخی الگوهای شناسایی شده ممکن است در گذر زمان دگرگون شوند.

در پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود تجربه جوانان در شهرها، طبقات اجتماعی و گروه‌های فرهنگی مختلف مقایسه شود و نمونه‌هایی از جوانان خارج از دانشگاه، افراد دارای معلولیت، گروه‌های کم‌برخوردار و کسانی که به خدمات دیجیتال دسترسی محدود دارند در نظر گرفته شوند. انجام مطالعات طولی می‌تواند روشن کند جست‌وجوی دیجیتال در طول زمان چگونه به مراجعه، خودیاری، ترک جست‌وجو یا تشدید نگرانی منتهی می‌شود. بررسی جداگانه نقش اعتماد به متخصص، اعتماد به سازمان، اعتماد به پلتفرم و اعتماد به ابزارهای مبتنی بر هوش مصنوعی نیز ضروری است. مطالعات ترکیبی می‌توانند مضامین به دست آمده را به مدل‌های قابل آزمون تبدیل کنند. همچنین، تحلیل محتوای صفحاتی که جوانان واقعاً استفاده می‌کنند و مقایسه آن با ارزیابی متخصصان می‌تواند شکاف میان اعتبار ادراک شده و اعتبار علمی را آشکار سازد.

از نظر کاربردی پیشنهاد می‌شود دانشگاه‌ها، مراکز بهداشت، مدارس، شهرداری‌ها و سازمان‌های جوانان برنامه‌های سواد سلامت روان دیجیتال را به صورت مهارت‌محور اجرا کنند. این برنامه‌ها باید علاوه بر معرفی نشانه‌ها، روش بررسی مدرک تولیدکننده، تشخیص محتوای تبلیغاتی، مقایسه منابع، فهم عملکرد الگوریتم، حفاظت از داده‌ها و تشخیص موقعیت‌های نیازمند مراجعه فوری را آموزش دهند. مراکز مشاوره لازم است اطلاعات روشنی درباره محرمانگی، هزینه، شیوه انتخاب متخصص و آنچه در جلسه نخست رخ می‌دهد منتشر کنند. استفاده از روایت‌های واقعی و غیرکلیشه‌ای افراد دریافت‌کننده خدمات، مشارکت جوانان در طراحی منابع و فراهم کردن گزینه‌های محرمانه و کم‌هزینه می‌تواند انگ و اضطراب مراجعه را کاهش دهد. ایجاد دایرکتوری رسمی و قابل جست‌وجوی متخصصان و خدمات معتبر نیز انتخاب آگاهانه را تسهیل می‌کند.

۴ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد سواد سلامت روان دیجیتال می‌تواند نقطه آغاز مهمی برای شناخت مشکلات، کاهش ابهام و یافتن منابع حمایت در میان نسل جوان باشد، اما اثر آن بر کمک‌خواهی روان‌شناختی به دسترسی به اطلاعات محدود نمی‌شود. توانایی ارزیابی انتقادی، تشخیص اعتبار منبع، فهم محدودیت‌های خودتشخیصی، شناخت مسیرهای ارجاع و حفاظت از حریم خصوصی اجزای ضروری این نوع سواد هستند.

جوانی که اصطلاحات روان‌شناختی را می‌شناسد، اما نمی‌تواند محتوای معتبر را از محتوای تجاری یا گمراه‌کننده تشخیص دهد، ممکن است به جای تصمیم‌گیری آگاهانه دچار سردرگمی، اضطراب یا خودبرچسب‌زنی شود.

اعتماد و انگ اجتماعی دو سازوکار مرکزی در تبدیل دانش دیجیتال به رفتار کمک‌خواهانه بودند. اعتماد به تخصص، صداقت، محرمانگی و امنیت فناوری احتمال استفاده از خدمات را افزایش می‌داد، درحالی‌که بی‌اعتمادی حتی در صورت شناخت نیاز، اقدام را متوقف می‌کرد. انگ اجتماعی نیز جوانان را به سوی جست‌وجوی پنهان، استفاده ناشناس از منابع و تأخیر در افشای مشکل سوق می‌داد. ناشناس‌بودن فضای دیجیتال می‌توانست مرحله‌ای تسهیل‌کننده باشد، اما در صورت نبود مسیر ارجاع روشن، احتمال داشت به جای پل ارتباطی با خدمات، به جایگزینی طولانی‌مدت برای کمک حرفه‌ای تبدیل شود.

بر این اساس، رابطه میان سواد سلامت روان دیجیتال و کمک‌خواهی باید در قالب یک اکوسیستم اجتماعی - فنی فهم شود. در این اکوسیستم، فرد، خانواده، همسالان، متخصصان، سازمان‌های سلامت، پلتفرم‌ها، الگوریتم‌ها و سیاست‌های حفاظت از داده هم‌زمان بر تصمیم اثر می‌گذارند. مداخلات مؤثر باید دانش، اعتماد، امنیت، دسترسی و کاهش انگ را به‌صورت یکپارچه هدف قرار دهند. فراهم کردن اطلاعات بیشتر، بدون تضمین کیفیت، محرمانگی و امکان اقدام، کافی نیست. هدف نهایی باید ایجاد توانایی در جوانان برای حرکت ایمن و آگاهانه از شناخت دیجیتال به کمک متناسب، به‌موقع و حرفه‌ای باشد.

موازين اخلاقي

در این مطالعه تمامی اصول اخلاقی نشر و اجرای پژوهش رعایت گردیده است.

سپاسگزارى

از همه افرادی که در مسیر این پژوهش ما را باری نمودند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مشاركت نویسندگان

در این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Reference List

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Eigenhuis, E., Waumans, R. C., Muntingh, A. D. T., Westerman, M. J., van Meijel, M., Batelaan, N. M., & van Balkom, A. J. L. M. (2021). Facilitating factors and barriers in help-seeking behaviour in adolescents and young adults with depressive symptoms: A qualitative study. *PLOS ONE*, 16(3), e0247516. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247516>
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522–541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- Goodfellow, C., Macintyre, A., Knifton, L., & Sosu, E. (2023). Associations between dimensions of mental health literacy and adolescent help-seeking intentions. *Child and Adolescent Mental Health*, 28(3), 385–392. <https://doi.org/10.1111/camh.12608>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Ito-Jaeger, S., Perez Vallejos, E., Logathanan, S., Curran, T., & Crawford, P. (2023). Young people's trust in cocreated web-based resources to promote mental health literacy: Focus group study. *JMIR Mental Health*, 10, e38346. <https://doi.org/10.2196/38346>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Kauer, S. D., Mangan, C., & Sanci, L. (2014). Do online mental health services improve help-seeking for young people? A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e66. <https://doi.org/10.2196/jmir.3103>
- Mahmoodi, S. M. H., Ahmadzad-Asl, M., Eslami, M., Abdi, M., Hosseini Kahnemoui, Y., & Rasoulilian, M. (2022). Mental health literacy and mental health information-seeking behavior in Iranian university students. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 893534. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.893534>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale: A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1–2), 511–516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- Paige, S. R., Krieger, J. L., & Stellefson, M. L. (2017). The influence of eHealth literacy on perceived trust in online health communication channels and sources. *Journal of Health Communication*, 22(1), 53–65. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1250846>
- Pretorius, C., Chambers, D., & Coyle, D. (2019). Young people's online help-seeking and mental health difficulties: Systematic narrative review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), e13873. <https://doi.org/10.2196/13873>
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218–251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>
- Sayarifard, A., & Ghadirian, L. (2019). Depression literacy in urban and suburban residents of Tehran, the capital of Iran: Recognition, help seeking and stigmatizing attitude and the predicting factors. *International Journal of Preventive Medicine*, 10, 134. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_166_18
- Spiker, D. A., & Hammer, J. H. (2019). Mental health literacy as theory: Current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 28(3), 238–242. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437613>
- Taghva, A., Farsi, Z., Javanmard, Y., Atashi, A., Hajebi, A., & Khademi, M. (2017). Stigma barriers of mental health in Iran: A qualitative study by stakeholders of mental health. *Iranian Journal of Psychiatry*, 12(3), 163–171.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15, 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>

Yeo, G. H., Reich, S. M., Liaw, N. A., & Chia, E. Y. M. (2024). The effect of digital mental health literacy interventions on mental health: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e51268. <https://doi.org/10.2196/51268>