DOI: 10.48305/jhsr.v21i4.1630 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 21, No. 4, Winter

Received: 05.06.2024 Accepted: 15.12.2024 Published: 05.01.2026

Investigating the State of Mental Health Literacy and Its Related Factors in the Elderly of Kermanshah City, Iran, in 2024

Behnaz Marzbani[1], Majid Barati[2], Erfan Ayubi[3], Saeid Bashirian[2], Hadi Ghazanfari[4]

Original Article

Abstract

Background: Mental health literacy plays a crucial role as a facilitator in the process of seeking help and using mental health services in the elderly and, accordingly, in the diagnosis and treatment of mental disorders. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the status of mental health literacy and its related factors among the elderly of Kermanshah City, Iran, in 2024.

Methods: This cross-sectional study was conducted on people aged 60 years and older in Kermanshah City. The samples were collected using multi-stage random sampling method. The data collection tool included demographic information and a questionnaire on mental health literacy (including knowledge, attitude, and behavior dimensions) in the elderly. Pearson correlation and multiple linear regression tests were used to examine the relationships.

Findings: A total of 400 subjects (mean age: 67.06 ± 7.02 years, 52% men) were included in the study. The mean mental health literacy score of the study participants was 28.37 ± 8.88 (range: 10 to 50). The Pearson correlation coefficient test showed that there was a positive and significant correlation between the dimensions of mental health literacy, including knowledge, attitude, and behavior ($P < 0.001$). Multiple linear regression also showed that people with higher education and retired people had higher mental health literacy scores ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of this study highlight the need to attempt to increase mental health literacy among Iranian elderly. Therefore, in the design of interventions, attention should be paid to the lower education level and unemployed people, which will lead to the improvement of mental health literacy in the elderly.

Keywords: Elderly; Knowledge; Attitude; Behavior; Mental health; Health literacy

Citation: Marzbani B, Barati M, Ayubi E, Bashirian S, Ghazanfari H. **Investigating the State of Mental Health Literacy and Its Related Factors in the Elderly of Kermanshah City, Iran, in 2024.** J Health Syst Res 2026; 21(4): 480-8.

1- PhD Student, Department of Public Health, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2- Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Sciences and Technology Research Institute, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3- Associate Professor, Cancer Research Center, Institute of Cancer, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4- Assistant Professor, Behavioral Disorders and Substance Abuse Research Center AND Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran
Corresponding Author: Majid Barati; Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Sciences and Technology Research Institute, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran; Email: barati@umsha.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i4.1630]

DOI: 10.48305/jhsr.v21i4.1630 Published by Vesnu Publications

بررسی وضعیت سواد سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳

بهناز مرزبانی[۱]، مجید براتی[۲]، عرفان ایوبی[۳]، سعید بشیریان[۲]، هادی غضنفری[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سواد سلامت روان تأثیر زیادی در تسهیل فرایند کمک‌جویی و دسترسی به خدمات سلامت روان در سالمندان دارد و به همین دلیل، در تشخیص و درمان اختلالات روانی نقش کلیدی ایفا می‌کند. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سواد سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی بر روی افراد ۶۰ سال و بالاتر در شهر کرمانشاه صورت گرفت. نمونه‌ها به روش تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها متشکل از اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه سواد سلامت روان (شامل ابعاد دانش، نگرش و رفتار) در سالمندان بود. از آزمون‌های Multiple linear regression و همبستگی Pearson به منظور بررسی ارتباط‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: در مجموع، ۴۰۰ آزمودنی با میانگین سنی ۷/۰۲ ± ۶۷/۰۶ سال (۵۲ درصد مرد) وارد تحقیق شدند. میانگین نمره سواد سلامت روان شرکت‌کنندگان، ۸/۸۸ ± ۲۸/۳۷ (بازه ۱۰ تا ۵۰) بود. بر اساس نتایج ضریب همبستگی Pearson، همبستگی مثبت و معنی‌داری بین ابعاد سواد سلامت روان شامل دانش، نگرش و رفتار وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج Multiple linear regression نیز نشان داد که افراد با تحصیلات بالاتر و بازنشسته، نمره سواد سلامت روان بیشتری کسب کردند ($P < ۰/۰۵۰$).

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده نیاز به تلاش برای افزایش سواد سلامت روان در میان سالمندان ایرانی را برجسته می‌کند. بنابراین، در طراحی مداخلات باید به مواردی مانند سطح تحصیلات پایین‌تر و افراد بیکار توجه گردد که منجر به بهبود وضعیت سواد سلامت روان در سالمندان گردد.

واژه‌های کلیدی: سالمند؛ دانش؛ نگرش؛ رفتار؛ سواد سلامت؛ سلامت روان

ارجاع: مرزبانی بهناز، براتی مجید، ایوبی عرفان، بشیریان سعید، غضنفری هادی. **بررسی وضعیت سواد سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۲۱ (۴): ۴۸۸-۴۸۰

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۳/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۹/۲۵ تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۱۰/۱۵

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO)، سلامت روان را قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی، اجتماعی و حل تضادها و تمایلات به شکل عادلانه و مناسب تعریف می‌کند (۱). همچنین، دستیابی به بالاترین سطح ممکن از سلامت روان و رفاه برای کل جمعیت، یک چشم‌انداز جدایی‌ناپذیر این سازمان است (۲). سالمندان به عنوان یکی از گروه‌های مورد هدف این برنامه محسوب می‌شوند. بنابراین، توجه به نیازهای سالمندان در جهت ارتقای سلامت و رفاه آنان، از اهداف اساسی این سازمان به شمار می‌رود.

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱۸ در اروپا، از هر دو فرد ۶۵ تا ۸۴ ساله، یک نفر حداقل یک اختلال روانی را در طول زندگی خود تجربه کرده است و از هر سه نفر نیز یک نفر طی یک سال گذشته و تقریباً از هر چهار نفر یک نفر در حال حاضر اختلال روانی دارد (۳). همچنین، در ایران در سال ۲۰۲۳ گزارش شد که ۳۸/۵ درصد از سالمندان حداقل به یک اختلال روانی مبتلا بودند (۴). بر اساس نتایج تحقیقات، ترویج رفتارهای ارتقا دهنده سلامت روان در سالمندان، تأثیر بالقوه‌ای در پیشبرد سلامت آنان می‌گذارد و موجب کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی خواهد شد. سالمندان به دلیل مسایلی همچون بازنشستگی، بیماری‌های مزمن، ضعف قوای جسمانی و عدم استقلال مالی، تحت فشار روانی زیاد و همچنین، در معرض اختلالات روان‌شناختی همچون اضطراب، ترس، افسردگی و افکار منفی قرار دارند (۵، ۶). از پیامدهای مشکلات سلامت روان در سالمندان، می‌توان به افزایش میزان عوارض و مرگ و میر، کاهش کیفیت زندگی و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی اشاره نمود (۷). با این حال، بر اساس پژوهش‌ها، میزان آگاهی درباره پیشگیری و درمان اختلالات روانی محدود است و حدود ۵۵/۳ درصد بزرگسالان، از آگاهی ضعیفی برخوردار هستند (۸). بنابراین، یک قدم مهم برای ارتقای سلامت روان جامعه،

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲- استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم و فن‌آوری بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳- دانشیار، مرکز تحقیقات سرطان، پژوهشکده سرطان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴- استادیار، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد و گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
نویسنده مسؤول: مجید براتی؛ استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم و فن‌آوری بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
Email: barati@umsha.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i4.1630]

درک وضعیت سواد سلامت روان (Mental health literacy) است.

سواد سلامت روان، عامل تعیین‌کننده مهمی برای سلامت روان می‌باشد که پتانسیل بهبود سلامت فردی و جامعه را دارد (۹). طبق گفته Jorm و همکاران، سواد سلامت روان تحت عنوان «دانش و باور در مورد اختلالات روانی که به شناخت، مدیریت و پیشگیری از آن‌ها کمک می‌کند» تعریف شده است (۱۰). سواد سلامت روان از سه بعد: الف. دانش در مورد سلامت روان و اختلالات روانی، ب. باورهای سلامت روان و اختلالات روانی و ج. توانایی تشخیص، پیشگیری و مدیریت مشکل تشکیل شده است (۱۱، ۹). بنابراین، سواد سلامت روان سه مفهوم دانش (آشنایی با بیماری روانی و سلامت روان مثبت)، نگرش و کارامدی کمک‌جویی را مرتبط با یکدیگر می‌داند (۱۲).

نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که جنبه‌های سواد سلامت روان با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همچون سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت مالی و درامد ماهیانه، مصرف دخانیات و الکل و وضعیت سلامت مرتبط است و نقش مهمی در فرایند کمک‌جویی و استفاده از خدمات سلامت روان و در نتیجه، تشخیص و درمان اختلالات روانی در سالمندان دارند (۱۴، ۱۳). همچنین، با در نظر گرفتن این که در ایران مطالعات در این زمینه در مراحل ابتدایی خود می‌باشد و به طور عمده بر جمعیت‌های غیر سالمند تمرکز دارد (۱۶، ۱۵) و با توجه به تفاوت اطلاعات دموگرافیک در مناطق مختلف کشور و لزوم بررسی سواد سلامت و ارتباط آن‌ها با این عوامل در منطقه کرمانشاه، پژوهش حاضر با هدف شناسایی وضعیت سواد سلامت روان و عوامل دموگرافیک مرتبط با آن در سالمندان شهر کرمانشاه انجام گردید.

روش‌ها

جامعه آماری این مطالعه مقطعی شامل کلیه افراد ۶۰ سال و بالاتر بود. داده‌های به دست آمده از فروردین تا اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۳ جمع‌آوری گردید. نمونه‌ها به روش چند مرحله‌ای از نوع خوشه‌ای طبقه‌ای انتخاب شدند. در مرحله اول، از میان ۲۴ مرکز خدمات جامع سلامت شهری در کرمانشاه، ۵ مرکز به عنوان خوشه به صورت تصادفی ساده بر اساس جدول اعداد تصادفی انتخاب گردید. بر اساس نتایج تحقیق Kim و همکاران (۱۷) و با در نظر گرفتن انحراف معیار ۰/۹۷، مقدار خطای برآورد (d) ۰/۱۲، مقدار انحراف معیار خطای نوع اول ۰/۰۵ و اثر طرح ۱/۵، حجم نمونه براساس فرمول برآورد میانگین در جامعه، ۴۰۰ نفر برآورد گردید.

در مرحله دوم، از هر مرکز منتخب، نمونه‌ها به شیوه تصادفی طبقه‌ای و متناسب با جمعیت زنان و مردان انتخاب شدند. در مرحله آخر، افراد واجد شرایط به صورت تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی از لیست خانوارهای دارای افراد ۶۰ سال و بالاتر انتخاب و به صورت تلفنی به مرکز دعوت شدند. سپس ضمن ارایه توضیحاتی درباره موضوع پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی، پرسش‌نامه‌های کاغذی از طریق مصاحبه حضوری توسط پرسشگر در مراکز منتخب برای سالمندانی که دارای معیارهای ورود بودند، تکمیل گردید. معیارهای ورود شامل افراد ۶۰ سال و بالاتر، اخذ رضایت آگاهانه، توانایی در برقراری ارتباط و پاسخگویی به سؤالات و عدم وجود بیماری تأیید شده روانی و اختلال شناختی شدید بود. عدم تمایل به شرکت در پژوهش، مهاجرت و ابتلا به بیماری خاص و عدم توانایی به ادامه شرکت در طرح نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. به منظور کاهش سوگیری، مراقبان سلامت مراکز منتخب که در جمع‌آوری داده‌ها مشارکت داشتند، آموزش‌های فشرده‌ای دریافت کردند. در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه، سالمند بعدی انتخاب و با آن‌ها تماس گرفته شد.

از ملاحظات اخلاقی می‌توان به کسب کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی همدان، رضایت آگاهانه، تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، بیان اهداف تحقیق و ماهیت داوطلبانه مشارکت اشاره نمود.

با توجه به این که بر اساس آزمون Kolmogorov-Smirnov کلیه متغیرها از توزیع نرمال پیروی می‌کردند، از آزمون‌های ضریب همبستگی Pearson، Multiple linear regression، t، ANOVA و آزمون تعقیبی Tukey استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

مقیاس سواد سلامت روان (Mental health literacy scale یا MHLS): این مقیاس از مطالعه Kim و همکاران (۱۷) اقتباس شده است. MHLS ابزار کوتاه و جامع دارای ابعاد «دانش/ فهم، باور به قابلیت‌ها، رفتار انتقادی و رفتار عملکردی» می‌باشد که روایی و پایایی آن تأیید و ضریب Cronbach´s alpha آن ۰/۹۳ گزارش شده است. مقیاس مذکور ۱۰ گویه‌ای شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک بر اساس نتایج بررسی متون، فرضیات مطالعه و نظر متخصصان (شامل سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، بیمه درمانی، ترتیب زندگی، اطلاعات سابقه بیماری زمینه‌ای جسمی و اختلالات روانی، داشتن پرونده مراقبت روان‌پزشکی و سابقه مصرف دخانیات یا الکل) و سؤالات سواد سلامت روان در سالمندان بود. سؤالات سواد سلامت روان در سه بعد دانش (۴ سؤال)، نگرش (۱ سؤال) و رفتار (۵ سؤال) با طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (۱ = اصلاً تا ۵ = همیشه) نمره‌دهی گردید. نمونه سؤالات از هر بعد به ترتیب شامل: «من می‌دانم که چه منابع و خدمات سلامت روانی در دسترس هستند»، «من اعتقاد دارم که می‌توانم مشکلات سلامت روان خود را حل کنم» و «من می‌دانم چگونه خدمات و منابع سلامت روان مورد نیاز خود را به دست آورم» بود. دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۵۰ متغیر بود و نمره بالاتر نشان دهنده سطح بالاتر سواد سلامت روان خودگزارش شد.

برای استفاده از MHLS نسخه کره‌ای، ابتدا از نویسنده مسؤول مقاله به صورت مکاتبه الکترونیک کسب اجازه گردید. سپس با روش ترجمه و بازترجمه، پرسش‌نامه به زبان فارسی ترجمه شد. روایی محتوایی پرسش‌نامه نیز به روش کمی و با کمک پنل خبرگان متشکل از ۲۰ متخصص در زمینه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و روان‌شناسی تأیید گردید. بدین منظور، از نسبت روایی محتوا (Content validity ratio یا CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI یا Content validity index) استفاده شد. CVR با تعیین ضرورت هر گویه بر اساس طیف لیکرت سه قسمتی محاسبه شد و مقدار آن ۰/۵ به دست آمد. مقادیر CVI نیز بر اساس معیارهای سادگی (۰/۷)، مربوط بودن (۰/۹) و وضوح (۰/۷۵) محاسبه گردید. تعیین روایی صوری پرسش‌نامه به روش کیفی، با نظرخواهی از ۲۰ فرد مشابه جمعیت هدف و متخصصان انجام پذیرفت. همچنین، سطح دشواری، میزان تناسب و ابهام گویه‌ها ارزیابی و اصلاحات مورد نیاز بر اساس نظرات پاسخ دهندگان اعمال شد. پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از آزمون‌های Cronbach´s alpha، ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (ICC یا Intraclass Correlation Coefficient) و ضریب همبستگی Pearson بر روی ۳۰ نفر از سالمندان خارج از نمونه، در دو مرحله با فاصله دو

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i4.1630]

هفته ارزیابی گردید. سپس ضریب Cronbach´s alpha قبل (۰/۹۴) و بعد (۰/۹۲)، شاخص ICC (۰/۹۲) و ضریب همبستگی Pearson بین دو مرحله (۰/۹۲) محاسبه گردید. همچنین، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره قبل (۸/۶۰ ± ۳۳/۹۳) و بعد (۸/۶۰ ± ۳۳/۴۷) وجود نداشت (P = ۰/۸۳).

یافته‌ها

از ۴۰۰ نفر شرکت‌کننده (نرخ پاسخدهی ۸۶ درصد)، ۴۸/۳ درصد زن بودند. میانگین سنی افراد ۷/۰۲ ± ۶۷/۰۶ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دبیرستانی، شغل بازنشسته (مردان) و خانه‌دار (زنان)، متأهل، درامد ماهیانه متوسط و تنها زندگی نمی‌کردند (جدول ۱). علاوه بر این، بیش از سه چهارم شرکت‌کنندگان دارای دفترچه درمانی بودند و از نظر وضعیت سلامت نیز حدود نیمی از پاسخ دهندگان گزارش کردند که دارای سابقه بیماری جسمی بودند و ۲۰ درصد دارای اختلال روان خفیف بودند که از این تعداد نیز بیش از سه چهارم پرونده مراقبت روان‌پزشکی داشتند. اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره سواد سلامت روان با متغیرهای جنسیت، بیماری جسمی و اختلال روانی وجود نداشت (P > ۰/۰۵۰).

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان بر اساس سواد سلامت روان (تعداد = ۴۰۰ نفر)

متغیر		تعداد (درصد)	سواد سلامت روان (میانگین ± انحراف معیار)	مقدار P
جنسیت	زن	۱۹۳ (۴۸/۲۵)	۲۸/۱۸ ± ۹/۱۸	*۰/۶۷۴
	مرد	۲۰۷ (۵۱/۷۵)	۲۸/۵۵ ± ۸/۶۱	
سن (سال)	۶۰–۶۹	۲۷۱ (۶۷/۸۷)	۳۰/۰۸ ± ۸/۵۵	**< ۰/۰۰۱
	۷۰–۷۹	۹۹ (۲۴/۷۵)	۲۵/۵۹ ± ۸/۱۵	
	بالاتر از ۸۰	۳۰ (۷/۵۰)	۲۲/۱۳ ± ۹/۲۹	
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۹۱ (۲۲/۷۵)	۲۲/۲۳ ± ۶/۷۳	**< ۰/۰۰۱
	زیر دیپلم	۱۶۰ (۴۰/۰۰)	۲۶/۴۹ ± ۷/۳۲	
	دیپلم	۷۲ (۱۸/۰۰)	۳۲/۳۴ ± ۸/۹۲	
	دانشگاهی	۷۷ (۱۹/۲۵)	۳۵/۸۳ ± ۷/۰۸	
وضعیت تأهل	مجرد	۷۴ (۱۸/۵۰)	۲۵/۲۵ ± ۹/۳۹	*۰/۰۰۱
	متأهل	۳۲۶ (۸۱/۵۰)	۲۹/۰۸ ± ۸/۶۲	
وضعیت اشتغال	بازنشسته	۱۶۱ (۴۰/۲۵)	۳۱/۹۰ ± ۸/۴۴	**< ۰/۰۰۱
	شاغل	۸۰ (۲۰/۰۰)	۲۸/۲۶ ± ۸/۰۷	
	بیکار	۲۰ (۵/۰۰)	۱۸/۹۵ ± ۵/۳۹	
	خانه‌دار	۱۳۹ (۳۴/۷۵)	۲۵/۷۰ ± ۸/۳۳	
درامد ماهیانه	ضعیف	۱۴۷ (۳۶/۷۵)	۲۶/۹۲ ± ۸/۱۶	**۰/۰۳۲
	متوسط	۲۴۷ (۶۱/۷۵)	۲۹/۱۴ ± ۹/۲۲	
	خوب	۶ (۱/۵۰)	۳۲/۱۶ ± ۷/۶۲	
شرایط زندگی	تنها زندگی می‌کند.	۴۶ (۱۱/۵۰)	۲۴/۱۰ ± ۹/۰۳	*۰/۰۰۱
	تنها زندگی نمی‌کند.	۳۵۴ (۸۸/۵۰)	۲۸/۹۲ ± ۸/۷۲	
بیمه درمانی	ندارد	۵۹ (۱۴/۷۵)	۲۲/۹۸ ± ۸/۴۱	**< ۰/۰۰۱
	دارد	۳۴۱ (۸۵/۲۵)	۲۹/۳۰ ± ۸/۶۳	
بیماری روان‌شناختی	ندارد	۳۲۱ (۸۰/۲۵)	۲۸/۶۸ ± ۹/۰۹	*۰/۱۲۷
	دارد	۷۹ (۱۹/۷۵)	۲۷/۱۱ ± ۷/۹۱	
مراقبت روان‌شناختی	ندارد	۴۹ (۶۲/۰۳)	۲۵/۲۴ ± ۷/۰۱	*۰/۰۰۶
	دارد	۳۰ (۳۷/۰۹)	۳۰/۱۶ ± ۸/۴۴	
بیماری جسمی	ندارد	۱۹۹ (۴۹/۷۵)	۲۸/۲۴ ± ۹/۰۹	*۰/۷۶۵
	دارد	۲۰۱ (۵۰/۲۵)	۲۸/۵۰ ± ۸/۶۹	
مصرف الکل یا دخانیات	ندارد	۳۱۴ (۷۸/۵۰)	۲۸/۸۵ ± ۹/۱۲	*۰/۰۲۳
	دارد	۸۶ (۲۱/۵۰)	۲۶/۶۰ ± ۷/۷۲	

*آزمون Independent t، **آزمون ANOVA

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i4.1630]

نتایج نشان داد که افراد متأهل، دارای پرونده مراقبت روان‌پزشکی و دفترچه بیمه درمانی، سابقه مصرف دخانیات یا الکل و افرادی که با همسر یا فرزند زندگی می‌کردند، میانگین سواد سلامت روان بیشتری را گزارش کردند (P = ۰/۰۳۰).

نتایج آزمون ANOVA نشان داد که بین سن، تحصیلات، اشتغال و درامد ماهیانه با سواد سلامت روان ارتباط معنی‌داری وجود داشت. بر اساس نتایج آزمون تعقیبی Tukey، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه‌های مختلف سنی به استثنای دو گروه سنی ۷۰ تا ۷۹ سال و ۸۰ سال و بالاتر مشاهده شد و به عبارت دیگر، گروه سنی پایین‌تر دارای سواد سلامت روان بالاتری بودند (P < ۰/۰۱۰). همچنین، با افزایش تحصیلات و درامد، میانگین MHL بیشتر شد (P < ۰/۰۵۰). به ترتیب کمترین و بیشترین میانگین سواد سلامت روان مربوط به گروه‌های شغلی غیر شاغل و بازنشسته بود (P < ۰/۰۱۰) و فقط بین گروه شاغل با خانه‌دار اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد؛ البته به تفکیک جنسیت، این تفاوت بین کلیه گروه‌ها در مردان معنی‌دار بود (P = ۰/۰۲۰)، در زنان نیز بین گروه خانه‌دار با گروه‌های شاغل و بازنشسته اختلاف معنی‌داری گزارش گردید (P = ۰/۰۲۰).

بر اساس نتایج همبستگی Pearson، ارتباط بین ابعاد سواد سلامت روان مثبت و معنی‌دار بود (P < ۰/۰۰۱). همچنین، با مقایسه میزان مجموع ضرایب همبستگی و محاسبه ضریب تعیین، مشخص گردید که به ترتیب ۵۴/۰ درصد (۰/۷۳۵ به توان دو) و ۷۶/۲ درصد (۰/۸۷۳ به توان دو) تغییرات نمره بعد رفتار توسط ابعاد نگرش و دانش تبیین می‌شود و ۴۱/۲ درصد (۰/۶۴۲ به توان دو) تغییرات در بعد نگرش متأثر از تغییرات بعد دانش می‌باشد. همچنین، حداکثر نمره قابل اکتساب سواد سلامت روان به طور کلی ۴۵/۹۲ درصد به دست آمد. حداکثر نمره قابل اکتساب مربوط به بعد رفتار بود و به ترتیب پس از آن، ابعاد دانش و نگرش قرار داشت (جدول ۲).

به منظور پیش‌بینی سواد سلامت روان، متغیرهای تثبیت شده (جدول ۱) گروه سنی، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت درامد ماهیانه، شرایط زندگی و داشتن دفترچه بیمه درمانی و پرونده مراقبت روان‌پزشکی در مدل Multiple linear regression وارد شد (P < ۰/۰۵۰). نتایج آنالیز نشان داد که تنها متغیرهای سطح تحصیلات بالاتر (β = ۹/۹۹، P < ۰/۰۰۱) و گروه شغلی بازنشسته در مقابل غیر شاغل (β = ۴/۴۸-، P = ۰/۰۴۰) پیش‌بینی‌کننده‌های مهم سواد سلامت روان باقی ماندند (جدول ۳).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سواد سلامت روان با مؤلفه‌های آن و عوامل جمعیت‌شناختی در سالمندان شهر کرمانشاه انجام شد. نتایج نشان داد که افزایش سطح تحصیلات و بازنشستگی، با افزایش نمره سواد سلامت روان همراه بود. این یافته‌ها حاکی از وجود نابرابری اقتصادی و اجتماعی در سطح سواد سلامت روان در این گروه سنی است.

نتایج مطالعه حاکی از سطح پایین سواد سلامت روان در بین سالمندان است که با یافته‌های تحقیقات پیشین در سایر کشورها (۱۷، ۱۵) همسو بود. با این حال، در پژوهش نوروزی و همکاران میانگین سواد سلامت روان بالاتری گزارش گردید (۱۸) که با یافته‌های به دست آمده از بررسی حاضر مغایرت داشت. یک توضیح احتمالی این است که بر خلاف مطالعه حاضر که فقط بر روی افراد سالمند انجام شد، مطالعه نوروزی و همکاران شامل افراد ۱۸ تا ۶۵ ساله بود (۱۸). همچنین، این تفاوت‌ها ممکن است ناشی از تعداد محدود تحقیقات و فقدان ابزارهای استاندارد جهت ارزیابی سواد سلامت روان باشد (۱۹). علاوه بر این، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سطح بالای سواد سلامت روان، می‌تواند منجر به شناسایی زودهنگام بیماری‌های روانی، کاهش انگ و دریافت درمان به‌موقع شود (۱۱). از این‌رو، توجه به این موضوع در جامعه سالمندان ضروری می‌باشد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین سواد سلامت روان با ابعاد دانش، نگرش و رفتار، همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، هرچه سواد سلامت روان بیشتر باشد، سالمندان دانش، نگرش و رفتار مطلوب‌تری در این زمینه خواهند داشت. با این حال، شرکت‌کنندگان دانش محدودی در زمینه منابع و خدمات سلامت روان و چگونگی دسترسی به آن‌ها، درک اصطلاحات ارایه دهندگان خدمات و فواید درمان‌ها داشتند. نتایج تحقیقات پیشین نیز به محدودیت دانش سالمندان در مورد راهبردهای خودیاری، پیشگیری و درمان اختلالات روانی اشاره کرده بودند (۱۹، ۱۷). با این حال، برخی پژوهش‌ها از جمله Barney و همکاران، آگاهی سالمندان از اختلالات روانی را بالا ارزیابی کرده‌اند (۲۰) که ممکن است به دلیل تأکید رسانه‌ها بر موضوعات مرتبط با سلامت روان باشد. یک توضیح احتمالی این است که افزایش سن، سبب بروز مشکلات شناختی و ادراکی در سالمندان می‌شود که مانعی در کسب اطلاعات و ارتقای سواد سلامت روان محسوب می‌گردد. همچنین، آموزش ناکافی و وجود اطلاعات نادرست و تصورات غیر علمی در جامعه درباره سلامت روان، بر آگاهی این گروه سنی تأثیرگذار است. در مجموع، افزایش آگاهی در مورد سلامت روان، می‌تواند منجر به افزایش رفتار کمک‌جویی در افراد شود که ضرورت آموزش و فرهنگ‌سازی در این زمینه را برجسته می‌کند (۲۱). بنابراین، ارایه برنامه‌های آموزشی همراه با بهبود دسترسی به خدمات تخصصی و جلب مشارکت جامعه، راهکارهای مهمی به منظور ارتقای آگاهی سالمندان درباره سلامت روان محسوب می‌شوند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که همبستگی مثبتی بین سواد سلامت روان و نگرش در میان سالمندان وجود دارد؛ به این معنی که افراد با نگرش مثبت پایین‌تر، سواد سلامت روان پایین‌تری داشتند و با یافته‌های تحقیقات پیشین در ایران که میانگین نمره نگرش سالمندان نسبت به کمک‌جویی روان‌شناختی را گزارش کرده بودند (۲۲)، هم‌راستا می‌باشد.

جدول ۲. ضریب همبستگی، میانگین، دامنه نمرات و درصد میانگین از حداکثر نمره قابل اکتساب برای ابعاد سواد سلامت روان

ابعاد سواد سلامت روان	۱	۲	۳	میانگین ± انحراف معیار	دامنه نمرات	درصد
دانش	۱			۱۱/۲۹ ± ۳/۷۷	۴-۲۰	۴۵/۵۶
نگرش	۰/۶۴۲**	۱		۲/۷۲ ± ۱/۰۳	۱-۵	۴۲/۷۵
رفتار	۰/۸۷۳**	۰/۷۳۵**	۱	۱۴/۳۶ ± ۴/۶۰	۵-۲۵	۴۶/۸۰

**همبستگی در سطح ۰/۰۱ (دو دامنه) معنی‌دار است.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i4.1630]

جدول ۳. پیش‌بینی سواد سلامت روان براساس متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	β	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	مقدار P
سن			
۶۰-۶۹	رفرنس		
۷۰-۷۹	-۱/۶۸	-۳/۵۱-۰/۱۵	۰/۰۷۰
بالاتر از ۸۰	-۲/۳۳	-۵/۷۹-۱/۱۲	۰/۱۸۰
سطح تحصیلات			
بی‌سواد	رفرنس		
زیر دیپلم	۲/۵۲	۰/۳۲-۴/۷۳	۰/۰۲۵۰
دیپلم	۷/۴۸	۴/۷۲-۱۰/۲۳	< ۰/۰۰۱
دانشگاهی	۹/۹۹	۷/۰۱-۱۲/۹۷	< ۰/۰۰۱
وضعیت تأهل			
مجرد	رفرنس		
متأهل	-۰/۲۹	-۳/۲۰-۲/۶۱	۰/۸۴۰
وضعیت اشتغال			
بازنشسته	رفرنس		
شاغل	-۱/۷۶	-۳/۹۱-۰/۳۹	۰/۱۰۰
بیکار	-۴/۴۸	-۸/۹۰ ،-۰/۰۷	۰/۰۴۰
خانه‌دار	-۱/۸۰	-۴/۰۰-۰/۳۹	۰/۱۰۰
درامد ماهیانه			
ضعیف	رفرنس		
متوسط	۰/۵۱	-۱/۰۹-۲/۱۱	۰/۵۲۰
خوب	۴/۲۶	-۱/۹۴-۱۰/۴۷	۰/۱۷۰
شرایط زندگی			
تنها زندگی می‌کند.	رفرنس		
تنها زندگی نمی‌کند.	۲/۰۳	-۱/۴۳-۵/۵۱	۰/۲۵۰
بیمه درمانی			
ندارد	رفرنس		
دارد	۰/۷۴	-۱/۶۲-۳/۱۲	۰/۵۳۰
مراقبت روان‌شناختی			
ندارد	رفرنس		
دارد	۰/۹۷	-۰/۱۱-۲/۰۶	۰/۰۷۰
مصرف الکل یا دخانیات			
ندارد	رفرنس		
دارد	-۱/۲۶	-۳/۱۹-۰/۶۵	۰/۱۹۰

مقدار β یا ضریب رگرسیونی بیان‌کننده قدرت و جهت ارتباط متغیرهای مستقل با سواد سلامت روان و همچنین، تغییر میانگین سطح سواد سلامت روان به ازای مقایسه هر سطح از متغیرهای مستقل نسبت به سطح رفرنس می‌باشد.

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که نگرش نسبت به کمک‌جویی روان‌شناختی هم به تلاش فرد برای جستجوی کمک حرفه‌ای و هم به فرایند مقابله با مشکلات روانی مرتبط است و نقش مهمی در رفتار کمک‌جویی افراد ایفا می‌کند و تحت تأثیر سواد سلامت روان قرار دارد (۲۳). همچنین، مطالعات پیشین ارتباط سواد سلامت روان با نگرش نسبت به سبک مقابله‌ای مثبت را نشان داده است (۲۴). بر اساس نتایج تحقیق حاضر، وضعیت نگرش نسبت به سواد سلامت روان در سالمندان نامطلوب ارزیابی گردید. با این حال، برخی پژوهش‌ها، نگرش مثبت‌تر سالمندان را نسبت به کمک‌جویی و باورهای درمانی و اختلالات روانی

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i4.1630]

گزارش کرده‌اند (۲۶، ۲۵) که ممکن است با کلیشه‌های رایج در تضاد باشد. یک توضیح احتمالی این است که سواد سلامت روان در گروه‌های سنی بزرگسال جوان و مسن، بر اساس اختلالات روان‌شناختی متفاوت است (۲۵). با این حال، این احتمال وجود دارد که دیدگاه‌های فرهنگی بر درک بیماری‌های روانی و سواد سلامت روان در میان سالمندان تأثیر بگذارد. همچنین، تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی بین کشورها می‌تواند بر نگرش سالمندان نسبت به سلامت روان تأثیرگذار باشد. در مجموع، داشتن نگرش مثبت نسبت به کمک‌جویی شاید بتواند منجر به بروز رفتارهای ارتقا دهنده سلامت شود.

بر اساس نتایج بررسی حاضر، سطح سواد سلامت روان سالمندان با رفتار آن‌ها در زمینه مدیریت مشکلات سلامت روان ارتباط دارد. سالمندان در زمینه دسترسی به اطلاعات، استفاده از خدمات و تصمیم‌گیری درباره نیاز خانواده به کمک، عملکرد ضعیفی دارند. با این حال، مطالعه Yu و همکاران بر روی سالمندان روستایی، این یافته را تأیید نکرد و نشان داد که افراد تمایل بیشتری برای جستجوی خدمات بهداشت روان داشتند (۲۱). این عدم همسویی می‌تواند ناشی از تفاوت‌های جامعه هدف مورد بررسی و ابزار تحقیق باشد. همچنین، نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده است که سطوح بالای سواد سلامت، با رفتارهای ارتقای سلامت مرتبط است و افراد با سواد سلامت روان پایین، به دلیل درک ناکافی از ماهیت و مدیریت اختلالات روانی، بیشتر احتمال دارد به درمان نامناسب و تأخیر در کمک‌جویی برای مشکلات سلامت روان روی بیاورند (۲۷، ۱۱). علاوه براین، برخی سالمندان ممکن است به دلیل شرم و ترس از برچسب خوردن، کمتر به دنبال کمک برای مسایل سلامت روان باشند (۲۸). از طرف دیگر، این امکان وجود دارد که گروه‌های مسن‌تر در هنگام تشخیص بیماری روانی، از درمان‌های پزشکی عمومی استفاده نکنند و به جای آن، پشتیبانی شبکه غیر رسمی (به طور مثال از طرف خانواده) یا سایر روش‌های درمانی جایگزین (مانند داروهای گیاهی چینی) را انتخاب کنند (۲۹). بنابراین، ارتقای سواد سلامت روان در سالمندان، می‌تواند به بهبود رفتارهای مرتبط با مدیریت مشکلات سلامت روان کمک کند. بنابراین، طراحی برنامه‌های آموزشی و حمایتی به منظور توانمندسازی این گروه ضروری است و توجه به موانع اجتماعی، می‌تواند منجر به کاهش استیگما و تشویق آن‌ها به جستجوی کمک‌های لازم شود.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که افزایش سطح تحصیلات و شغل بازنشستگی، پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای سواد سلامت روان می‌باشند که با یافته‌های مطالعات پیشین (۱۸، ۱۴) همخوانی داشت. نتایج مطالعه He و همکاران نشان داد که سطح تحصیلات بالاتر و بازنشسته بودن به عنوان عوامل محافظت‌کننده برای دستیابی به سواد سلامت روان در میان ساکنان شهری می‌باشد (۱۴). یک توضیح احتمالی برای سطوح بالاتر سواد سلامت روان در میان بازنشستگان بیمارستان‌های نیروهای مسلح (ارایه دهندگان خدمات سلامت روان) در مقایسه با افراد فاقد این حرفه، این است که سطح تحصیلات و درامد بالاتر آن‌ها، موجب دسترسی راحت‌تر به منابع مختلف می‌شود. این نتایج نشان می‌دهد که افراد با تحصیلات و درامد بالاتر، سبک زندگی سالم‌تری دارند و منابع سلامت روان بیشتری در دسترس آن‌ها است (۱۴). در عین حال، افراد با تحصیلات کمتر، بیماری‌های روانی را بیشتر به علل ماورای طبیعی نسبت می‌دهند که این امر می‌تواند به دلیل درک ضعیف توضیح علمی در مورد علت بیماری روانی باشد (۳۰). با این حال، نتایج برخی از مطالعات با وضعیت فوق سازگار نیست. به عنوان مثال، Chen و همکاران دریافتند که سطح تحصیلات با سواد سلامت روان ارتباطی ندارد (۱۹). همچنین، در مطالعه Piper و همکاران، سطح تحصیلات با هیچ نمره‌ای از سواد سلامت روان مرتبط نبود و این یافته نشان می‌دهد که برای افراد مسن، داشتن تحصیلات کارشناسی، لزوماً احتمال بهتر بودن سواد سلامت روان فرد را نسبت به فردی که تحصیلات کارشناسی ندارد،افزایش نمی‌دهد (۳۱). این عدم همسویی می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی میان محل انجام تحقیقات، حجم نمونه، ابزار و سؤالات پرسش‌نامه باشد. همچنین، این تفاوت ممکن است به دلیل بازتاب هنجارهای اجتماعی و ارزش‌های فرهنگی خاص هر دوره زمانی باشد. بنابراین، طراحی مداخلات برای ارتقای سواد سلامت روان در میان سالمندان با توجه به عوامل اجتماعی- اقتصادی، ضروری به نظر می‌رسد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، ماهیت مقطعی بودن آن می‌باشد که در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط رعایت شود. یک مطالعه طولی ممکن است در ارزیابی علیت با توجه به متغیرهای در نظر گرفته شده ارزشمند باشد. دیگر محدودیت، استفاده از پرسشگر برای تکمیل پرسش‌نامه بود که ممکن برخی شرکت‌کنندگان به گونه‌ای پاسخ دهند که از نظر اجتماعی قابل قبول‌تر باشد. با وجود این محدودیت‌ها، مطالعه حاضر کمک قابل توجهی به مجموعه دانش موجود کرد و زمینه‌ای را برای انجام تحقیقات آینده با موضوع سواد سلامت روان در ایران فراهم نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که سواد سلامت روان در بین سالمندان پایین است و این موضوع با سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال آن‌ها ارتباط دارد. این یافته‌ها پیامدهای متعددی دارند. در مرحله اول، مداخلات برای تقویت سواد سلامت روان در میان سالمندان بسیار مهم است. بسیاری از سالمندان سطح سواد پایینی دارند و در دانشگاه حضور نداشته‌اند. در نتیجه، بخش آموزش برای رسیدگی به این مسایل نیاز به حمایت دارد. همچنین، موانع ارتباطی و فرهنگ‌پذیری محدود می‌تواند مانع مشارکت افراد کم‌سواد در فعالیت‌های آموزشی و ارتقای سلامت شود. برای ترویج مؤثر سواد سلامت روان در میان سالمندان، مداخلات آموزشی باید متناسب با سطح سواد و زمینه‌های فرهنگی آن‌ها باشد. علاوه بر این، ارتباط بین سواد سلامت روان و اشتغال، نیاز به رویکردهای حساس به وضعیت اشتغال در تلاش‌های ارتقای سلامت روان با هدف قرار دادن افراد غیر بازنشسته تأکید می‌کند. بنابراین، به منظور بهبود سواد سلامت روان در این گروه سنی، طراحی مداخلات باید با تمرکز بر ارتقای عوامل اجتماعی- اقتصادی انجام پذیرد. این رویکرد می‌تواند منجر به افزایش سواد سلامت روان در میان سالمندان شود. با این حال، توسعه سواد سلامت روان به زمان نیاز دارد. در پرتو این دیدگاه‌ها، تمرکز بر سواد سلامت روان از نظر سلامت روان جامعه حیاتی می‌شود. به همین دلیل، هم در حوزه آموزش و هم در حوزه سیاست‌گذاری سلامت روان، باید برای ارتقای سواد سلامت روان تلاش شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی با شماره ۱۴۰۳۰۲۱۸۱۲۷۳ و کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1403.098، مصوب

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i4.1630]

دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد که تحت حمایت مالی این دانشگاه انجام شد. بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی همدان، معاونت امور بهداشتی استان کرمانشاه، مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه و کلیه افرادی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Saxena S, Funk M, Chisholm D. WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? World Psychiatry. 2014; 13(2): 107.
2. World Health Organization. The WHO special initiative for mental health (2019-2023 :(universal health coverage for mental health. JSTOR; 22019.
3. Andreas S, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. The British Journal of Psychiatry. 2017; 210(2): 125-31.
4. Fakhari A, Herizchi S, Sadeghi-Bazargani H, Amiri S, Noorazar SG, Mirzajanzade M, et al. Prevalence of psychiatric disorders in the aging population in the northeastern of Iran. Middle East Current Psychiatry. 2023; 30(1): 25.
5. Philip J, Cherian V. Impact of COVID-19 on mental health of the elderly. Int J Community Med Public Health. 2020;7(2435): 10.18203.
6. Rhee M-K, Mor Barak ME, Gallo WT. Mechanisms of the effect of involuntary retirement on older adults' self-rated health and mental health. Journal of gerontological social work. 2016; 59(1): 35-55.
7. Kumar S, Adiga KR, George A. Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on depression among elderly residing in residential homes. The Nursing Journal of India. 2014; 105(6): 248-51.
8. Almusma AS, Sharifi AY, Alshahrani JA. Mental health awareness among adult attendees of Armed Forces Hospital Southern Region family and community center. Journal of family medicine and primary care. 2020; 9(11): 5678-83.
9. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. BMC psychiatry. 2015; 15: 1-20.
10. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "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. 1997; 166(4): 182-6.
11. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. American psychologist. 2012; 67(3): 231.
12. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. The solid facts: Health literacy. Denmark: The World Health Organisation Regional Office for Europe. 2013.
13. Schneider M, Jaks R, Nowak-Flück D, Nicca D, De Gani SM. Mental health literacy in zurich: a first measurement attempt using the general HLS-EU-Q47. Frontiers in Public Health. 2021; 9: 723900.
14. He XY, Guo LL, Ji Y, Jia FJ, Wang SB. Mental Health Literacy Among Urban and Rural Residents of Guangdong Province, China. 2024.
15. Munawar K, Mukhtar F, Choudhry FR, Ng ALO. Mental health literacy: A systematic review of knowledge and beliefs about mental disorders in Malaysia. Asia-Pacific Psychiatry. 2022; 14(1): e12475.
16. Mahmoodi R, Hassanzadeh A ,Rahimi M. Health literacy and its dimensions in elderly people in Farsan city, Iran. Journal of Education and Health Promotion. 2021; 10(1): 362.
17. Kim Y, Lee HY, Lee M, Simms T, Park B. Mental health literacy in korean older adults: A cross-sectional survey. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2017; 24(7): 523-33.
18. Noroozi A, Khademolhosseini F, Lari H, Tahmasebi R. The mediator role of mental health literacy in the relationship between demographic variables and health-promoting behaviours. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2018;12(2).
19. Chen H, Ma Z, Huang R, Liu Y, Li L, Zhou Z, et al. Factors associated with mental health literacy and demand for mental health services among older adults in China: a cross-sectional study. 2024.
20. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2006; 40(1): 51-4.
21. Yu Y, Liu Z-w, Hu M, Liu X-g, Liu H-m, Yang JP, et al. Assessment of mental health literacy using a multifaceted measure among a Chinese rural population. BMJ open. 2015; 5(10): e009054.
22. Fazlifar K, Jorbonyan A, Lemraski MR, Papi S. Mental Health Literacy and Attitude Toward Seeking Professional Psychological Help Among Iranian Older Adults: A Cross-Sectional Study. Journal of Nursing and

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i4.1630]

Midwifery Sciences. 2024 (In Press).
23. Loreto N. Reducing stigma and encouraging help seeking intentions through a mental health literacy program. 2017.
24. Li Ss, Zhang Jy, Wu CW, Lu Yw, Xu Lj, Ni YY, et al. The mediating effect of coping style on the relationship between perceived stress and mental health in Chinese rural older adults living alone: A cross-sectional study. Geriatrics & Gerontology International. 2022; 22(7): 523-8.
25. Bragg TL, Segal DL, Coolidge FL. Mental health literacy and attitudes about mental disorders among younger and older adults: a preliminary study. Open J Geriatr. 2018; 1(2): 1-6.
26. Mackenzie CS, Scott T, Mather A, Sareen J. Older adults' help-seeking attitudes and treatment beliefs concerning mental health problems. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2008; 16(12): 1010-9.
27. Liu Y-B, Liu L, Li Y-F, Chen Y-L. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: a survey of elderly Chinese. International journal of environmental research and public health. 2015; 12(8): 9714-25.
28. Conner KO, Copeland VC, Grote NK, Rosen D, Albert S, McMurray ML, et al. Barriers to treatment and culturally endorsed coping strategies among depressed African-American older adults. Aging and Mental Health. 2010; 14(8): 971-83.
29. Wong DFK, Xuesong H, Poon A, Lam AYK. Depression literacy among Chinese in Shanghai, China: a comparison with Chinese-speaking Australians in Melbourne and Chinese in Hong Kong. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2012; 47: 1235-42.
30. Benti M, Ebrahim J, Awoke T, Yohannis Z, Bedaso A. Community perception towards mental illness among residents of Gimbi town, Western Ethiopia. Psychiatry journal. 2016; 2016.
31. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone II. Predictors of mental health literacy in older people. Archives of gerontology and geriatrics. 2018; 79: 52-6.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i4.1630]