

بررسی رابطه خودمراقبتی و سواد سلامت با سلامت روانی در بین شهروندان شهر تبریز

محمدباقر علیزاده اقدم^{۱*}، کمال کوهی^۲، محمد قلی‌زاده^۳

• پذیرش مقاله: ۹۵/۱۲/۵

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۵/۱۲/۳

• دریافت مقاله: ۹۵/۷/۲۵



چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت سلامت روانی در زندگی فردی و خانوادگی افراد و هزینه‌های بالای سیستم بهداشتی در جهان امروز، افراد بایستی با کسب مهارت‌های فردی در حفظ و ارتقای سلامت خویش تلاش کنند. در این راستا، خودمراقبتی و سواد سلامت به عنوان ابزارهایی پویا و در دسترس افراد می‌توانند نقش تعیین کننده‌ای در جهت ایجاد عدالت و برابری در زمینه سلامت روانی باشند.

روش بررسی: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بود که بر روی ۴۱۴ نفر از شهروندان بالای ۱۵ سال شهر تبریز که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سلامت عمومی دارای سه بعد، پرسشنامه سواد سلامت دارای ابعاد پنجگانه سواد خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و برای سنجش خودمراقبتی از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی، فیشر، همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند متغیره استفاده گردید. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج تحقیق، میانگین سلامت روانی افراد برابر با ۵۸/۳۸، میانگین خودمراقبتی افراد ۵۴/۴۶ و میانگین سواد سلامت افراد نیز برابر با ۷۷/۲۰ بود. بین متغیرهای سن، میزان خودمراقبتی و سواد سلامت با سلامت روانی رابطه معنادار مثبتی وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر لزوم توجه به آموزش و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت روانی را نشان می‌دهد که در سایه آن افراد با داشتن اطلاعات و دانش در زمینه سلامتی می‌توانند از سلامت خود مراقبت کنند و احساس مسئولیت بیشتری در قبال سلامت خود داشته باشند.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، خودمراقبتی، سلامت روانی، شهروندان

ارجاع: علیزاده اقدم محمدباقر، کوهی کمال، قلی‌زاده محمد. بررسی رابطه خودمراقبتی و سواد سلامت با سلامت روانی در بین شهروندان شهر تبریز. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۵؛ ۲(۴): ۳۸۱-۳۹۴.

۱. دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
 ۲. دانشیار، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، مؤسسه تحقیقات اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
 ۳. کارشناس ارشد، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
- * نویسنده مسئول: تبریز، بلوار ۲۹ بهمن، دانشگاه تبریز، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، گروه علوم اجتماعی

Email: m.alizadeh@tabrizu.ac.ir

تلفن: ۰۴۱۳۳۳۹۲۲۶۹

مقدمه

سلامتی مهم‌ترین عامل پیشرفت و ضامن بقای جامعه است و مسئله‌ای است که بشر از ابتدای تاریخ به این امر واقف بوده و این مسئله با مطرح شدن مفهوم توسعه در جهان کنونی اهمیت بیشتری به خود گرفته است، زیرا امروزه سلامت، محور توسعه اجتماعی-اقتصادی می‌باشد و برای دستیابی به نتایج توسعه در این بعد، بایستی در زمینه ارتقای سلامت سرمایه‌گذاری کرد (۱).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت شامل سه مؤلفه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است؛ بنابراین سلامت روحی و روانی یکی از ابعاد سه‌گانه سلامت و از عناصر مهم و اساسی آن می‌باشد که تنها با فقدان بیماری سنجیده نمی‌شود (۲). سلامت روانی به عنوان وضعیتی که در آن هر فرد توانایی‌هایش را درک می‌کند و در کنار آن نقش‌های نرمال را در زندگی تجربه می‌کند و می‌تواند به صورت مفید و مثمر ثمر کار کند و قادر است تا سهمش را به عنوان یک فرد مفید در جامعه ایفا کند، تعریف شده است (۳). سلامت روانی بالا برای انجام رضایت‌بخش نقش‌های اجتماعی ضروری است و ارتباطات اجتماعی در سایه آن شکل می‌گیرد (۴). در مقابل، سطح پایین سلامت روانی با بروز آسیب‌های اجتماعی نظیر خودکشی، اعتیاد، خشونت و رفتارهای بزهکارانه نیز ارتباط نزدیکی دارد (۵). مسائل و مشکلات مربوط به سلامت روانی در دوران جوانی بیشتر مشهود است و علت بسیاری از بیماری‌ها و مرگ‌ومیرها است (۶).

امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامت پیوستاری را شامل می‌شود که اولاً حالت انفعالی نداشته و نیازمند

پرورش باشد. در ثانی افراد، گروه‌ها، اجتماعات، محیط و کل جامعه در حفظ و ایجاد آن فعال و سهیم باشند و در نهایت به نقش شاخص‌ها، عوامل مؤثر و تعیین کننده اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در کنار عوامل خطر ساز و عوامل محافظت کننده در سلامت روان توجه خاص می‌شود (۷).

برطبق رویکرد رفتاری، سلامتی نشانگر وقوع تحول در نگرش نسبت به نقش فرد و به عبارتی عاملیت انسانی در سلامت فردی است (۸). بر این اساس سلامتی بیش از آن که به پزشکان، پرستاران و مراکز مراقبت بهداشتی وابسته باشد به آنچه مردم برای خودشان انجام می‌دهند متکی است و بسیاری از بیماری‌های جوامع مدرن به عوامل رفتاری چون سبک زندگی، رژیم غذایی ضعیف و استفاده وسیع و گسترده از مواد اعتیادآور بستگی دارد (۹). به عبارتی در جوامع مدرن، سلامت انسان برعکس گذشته از عدم آگاهی از بیماری و شناخت راه‌های درمان آن به خطر نمی‌افتد، بلکه بیشتر تحت تأثیر عواملی است که انسان‌ها خودشان آن‌ها را ایجاد کرده‌اند تا از زندگی و ظواهر مادی آن لذت بیشتری ببرند و به همین دلیل خود انسانی در دنیای کنونی می‌تواند با انجام رفتارهای آگاهانه در زمینه سلامت از تعیین کننده‌های اصلی در ارتقای سلامت خویش باشد.

خودمراقبتی یکی از ابعاد مهم سبک زندگی سلامت محور و یکی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی است (۱۰). رفتارهای خودمراقبتی ارتقاء سلامت به عنوان فعالیت‌هایی که به وسیله افراد جهت ارتقاء و حفظ سلامتی و کیفیت زندگی‌شان انجام می‌شود، تعریف می‌گردد (۱۱). خودمراقبتی به عنوان فعالیت‌های یک شخص برای ارتقای سلامت، جلوگیری از بیماری، برآورد نشانه بیماری و به کارگیری بهینه‌ترین عنصر

سلامتی توصیف شده است (۱۲). همچنین خودمراقبتی، فعالیت‌های خودتوسعه‌ای به منظور حفاظت عادی از سلامت فیزیکی و روانی می‌باشد (۱۳). طبق تحقیقی که Irwan و همکاران با هدف بررسی شیوه‌های مراقبت از خود و سلامت طلبی در شهر تامائو اندونزی انجام دادند، مشخص شد بیش از ۸۸٪ از پاسخگویان از منابع مختلف پروتئین استفاده می‌کنند، ولی بیش از ۵۵٪ از پاسخگویان بیش از حد معمول از نمک و شکر استفاده می‌کنند و همچنین ۶۸٪ پاسخگویان وضعیت سلامتی خود را به طور منظم کنترل نمی‌کنند و این افراد کسانی هستند که دارای سن کمی هستند و از سطح پایینی از اطلاعات سلامتی برخوردارند (۱۴). با توجه به این که خودمراقبتی عملی است که در آن هر فرد از دانش و مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند (۱۵)؛ بنابراین داشتن دانش و اطلاعات کافی در مورد سلامت برای افراد ضروری می‌باشد. به طور کلی بار بیماری‌های روانی در جوامع در حال افزایش است و ابزار و وسایل جلوگیری از آن و آموزش‌های لازم برای این کار در دسترس افراد قرار نمی‌گیرد (۱۶). یکی از دانش‌هایی که می‌تواند در این مورد مفید باشد، سواد سلامت است. سواد سلامت روانی، دانش و باورهایی در مورد اختلالات روانی است که به کمک آن فرد خود را به رسمیت می‌شناسد و باعث بهبود مدیریت و پیشگیری از اختلالات روانی در فرد می‌شود و در مقابل نبود آن نرخ پایین‌تری از درک و درمان بیماری‌های روانی را موجب می‌شود (۱۷). Wu و همکاران بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ پیمایشی در رابطه با سواد سلامت روانی و برخورد با اختلالات روانی در تایلند انجام دادند. نتایج تحقیق

حاکمی از آن بود که داشتن سواد سلامت روانی به افراد کمک می‌کند تا واکنش بهتری نسبت به اختلالات روانی نشان دهند (۱۸). همچنین رئیسی و همکاران رابطه بین سواد سلامت و سلامت عمومی سالمندان شهر اصفهان را مطالعه کردند و به این نتیجه رسیدند که افراد با سواد سلامت پایین‌تر، بیشتر از بقیه به پزشک مراجعه می‌کنند و سابقه بستری شدن بیشتری در بیمارستان دارند و در مقابل افراد با سطح بالای سواد سلامت، وضعیت سلامت عمومی خود را بهتر ارزیابی نمودند (۱۹).

اخیراً سازمان بهداشت جهانی در گزارشی سواد سلامت را به عنوان یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مشخص نموده است (۲۰). با توجه به این که حرفه پزشکی از یک مدل پدرسالارانه به یک مدل بیمارمحور حرکت کرده است؛ بنابراین فهم بیمار یکی از بنیادی‌ترین فاکتورها می‌باشد و برآورد بیمار از خطر برای سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی الزامی است (۲۱). Stones اعتقاد دارد اشکال جدید شناخت و دانش، بازیگران عرصه اجتماع را قادر می‌سازد که درباره همه چیز از جمله در شکل درمان خود تصمیم‌گیری کنند (۲۲). سلامت روانی مفهومی چندبعدی است که از دیدگاه‌های مختلف می‌توان به بررسی آن پرداخت؛ اما آنچه اهمیت دارد این است که اگر افراد، اطلاعات و دانش کافی در این زمینه داشته باشند و احساس مسئولیت بیشتری نسبت به خود نمایند، بهتر می‌توانند در جهت حفظ و ارتقای سلامت روانی خود عمل کنند. در این راستا خودمراقبتی و سواد سلامت دارای مؤلفه‌هایی هستند که افراد با برخورداری از آن می‌توانند بسیاری از مسائل و مشکلات مربوط به سلامت روانی خود را بهبود بخشند. مطالعه حاضر نیز سعی دارد این مسئله

را به اثبات برساند و روش‌هایی را مشخص کند که افراد با استفاده از توانایی‌های خود از سلامت خود مراقبت کنند.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در بازه زمانی فروردین تا شهریور در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری در این مطالعه، افراد ۱۵ الی ۶۵ ساله ساکن شهر تبریز بودند. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ کل افراد جامعه آماری برابر با ۱۹۴۰۴۹ بودند. برای تعیین حجم نمونه ابتدا یک مطالعه مقدماتی در بین این افراد انجام شد و سپس بر اساس واریانس به دست آمده و قرار دادن آن در فرمول کوکران، حجم نمونه ۴۱۴ نفر به دست آمد. در این مطالعه با توجه به این که طیف وسیع و ناهمگنی از افراد مورد بررسی قرار می‌گرفت؛ بنابراین از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که ابتدا جمعیت مناطق ده‌گانه شهر تبریز به تفکیک مشخص گشت و سپس برای هر منطقه براساس جمعیت آن، نمونه انتخاب شد. بعد از انتخاب نمونه از هر منطقه، تعدادی محله مشخص شد و افراد به صورت تصادفی از این محلات انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت سنجش میزان سلامت روانی افراد از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ: General Health Questionnaire) دارای سه بعد استفاده شد. ابعاد این پرسشنامه شامل سلامت جسمانی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۱۴ سؤال) و سلامت اجتماعی (۷ سؤال) بود. امتیازدهی به گزینه‌های پرسشنامه با استفاده از مقیاس لیکرت چهارتایی صورت گرفت که عدد صفر نشان دهنده کمترین نمره و عدد سه نشان دهنده بیشترین نمره

بود. امتیازدهی به سؤالات سلامت عمومی به این صورت بود که از نمره صفر تا ۲۲ نشان دهنده بسیار ضعیف، از ۲۳ تا ۴۰ ضعیف، از ۴۱ تا ۶۰ متوسط و از ۶۱ تا ۸۴ نشان‌دهنده وضعیت خوب بود. حداقل نمره برای بخش سلامت روانی صفر و حداکثر نمره برابر با ۵۶ بود و امتیازدهی برای بخش سلامت روانی به این شکل که از صفر تا ۱۴ بسیار ضعیف، از ۱۵ تا ۲۸ ضعیف، از ۲۹ تا ۳۲ متوسط و از ۳۳ تا ۵۶ در حد خوب بود (۲۳). پایایی پرسشنامه سلامت روانی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ به دست آمد که برابر با ۰/۷۹۲ و مورد تأیید بود.

برای بررسی میزان خودمراقبتی از پرسشنامه‌ای ۱۳ سؤالی که توسط محقق تهیه شد، استفاده و اعتبار صوری آن توسط اساتید محترم گروه علوم اجتماعی تأیید شد. این ابزار از پایایی مناسب برخوردار بود و آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۳ بود. ابعاد این پرسشنامه شامل تغذیه سالم (۳ سؤال)، فعالیت جسمانی (۲ سؤال)، مدیریت استرس (۳ سؤال)، مصرف دخانیات (۲ سؤال)، آگاهی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامتی (۳ سؤال) بود. امتیازدهی به گزینه‌های سؤالات پرسشنامه، مقیاس لیکرت پنج‌تایی بود به این شکل که عدد ۱ نشان‌دهنده کمترین نمره و عدد ۵ نشان‌دهنده بیشترین نمره بود. کمترین نمره ۱۳ و بیشترین نمره ۶۵ بود. امتیازدهی به پرسشنامه توسط محقق به این صورت بود که از ۱۳ تا ۲۹ ضعیف، از ۳۰ تا ۴۷ متوسط و از ۴۸ تا ۶۵ در حد خوب بود.

برای بررسی میزان سواد سلامت از پرسشنامه ۳۲ سؤالی که در مطالعه منتظری و همکاران استفاده شده بود، استفاده گردید. این پرسشنامه حاوی ۵ بعد خواندن (۶ سؤال)، دسترسی (۶ سؤال)، فهم (۶

سوال)، ارزیابی (۶ سوال) و تصمیم‌گیری (۸ سوال) بود. امتیازدهی به سؤالات با استفاده از مقیاس لیکرت پنج‌تایی بود که عدد یک نشان‌دهنده کمترین نمره و عدد پنج نشان‌دهنده بیشترین نمره بود. کمترین نمره برابر با ۳۲ و بیشترین نمره برابر با ۱۶۰ بود. امتیازدهی به پرسشنامه توسط محقق به این صورت که از ۳۲ تا ۷۴ در حد ضعیف، از ۷۵ تا ۱۱۸ متوسط و از ۱۱۹ تا ۱۶۰ در حد خوب بود. روایی پرسشنامه در مطالعه منتظری و همکاران از نوع روایی سازه است به این صورت که ۲۰ پرسشنامه به طور مقطعی مورد آزمون قرار گرفت. برای تحلیل روایی از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد و نتایج آزمون کایزرمایر بین ۰/۵ تا ۰/۹، اعتبار متوسط به بالای پرسشنامه را نشان داد. برای سنجش پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد و نتایج نشان داد مقدار آلفای کرونباخ برای ابزار موردنظر بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ پایایی پرسشنامه را تأیید کرد (۲۴). به نمونه‌های مورد بررسی اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند و رضایت آگاهانه از آن‌ها اخذ شد.

در این مطالعه علاوه بر بررسی ارتباط بین متغیرهای خودمراقبتی و سواد سلامت با سلامت روانی ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با سلامت روانی نیز بررسی شد به این صورت که از آزمون آماری T-test برای آزمون بین جنسیت با سلامت روانی، از آزمون فیشر برای آزمون بین متغیرهای وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با سلامت روانی و برای آزمون بین متغیرهای سن، خودمراقبتی و سواد سلامت با سلامت روانی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین برای آزمون خطی بین متغیرهای خود مراقبتی و سواد سلامت با سلامت روانی از رگرسیون

خطی چند متغیره استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

گروه سنی ۱۵ تا ۳۰ سال دارای بیشترین فراوانی در میان افراد مورد بررسی بودند. ۶۰ درصد افراد مورد مطالعه مرد بودند. ۵۰/۵ درصد افراد مورد بررسی مجرد و ۴۵ درصد متأهل بودند. ۴۷/۹ درصد افراد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر و ۵۲/۱ درصد نیز تحصیلات پایین‌تر از لیسانس داشتند (جدول ۱). ۳۵ درصد افراد مورد بررسی از سلامت روانی پایین، ۲۸ درصد متوسط و ۳۷ درصد از سلامت روانی بالا برخوردار بودند. میانگین کل سلامت روانی شهروندان نیز برابر با ۵۸/۳۸ بود که در حد متوسط بود.

در مورد خودمراقبتی نیز ۵/۵ درصد افراد در وضعیت ضعیف، ۳۲/۵ درصد در حد متوسط و ۶۲ درصد از حد خودمراقبتی بالایی برخوردار بودند. میانگین کل خود مراقبتی شهروندان برابر با ۷۵/۶۳ بود که در حد خوبی بود. میانگین درصدی ابعاد خودمراقبتی به این شرح بود: فعالیت بدنی ۰/۶۷، تغذیه ۰/۵۵، مصرف دخانیات ۰/۷۶، مدیریت استرس ۰/۶۲ و آگاهی و مسئولیت‌پذیری ۰/۷۴ بود که ارقام به دست آمده نشان داد خودمراقبتی در بین شهروندان در حد متوسط و متوسط به بالا قرار داشت.

در مورد سواد سلامت نیز ۱۰ درصد افراد از سواد سلامت پایین، ۴۶ درصد متوسط و ۴۴ درصد نیز از سواد سلامت بالا برخوردار بودند. میانگین امتیاز کل سواد سلامت برابر با ۷۷/۳ بود که بیانگر سطح خوبی بود. میانگین درصدی ابعاد سواد سلامت به این شکل

بود: سواد خواندن ۶۷/۳، سواد دسترسی ۷۲/۶، سواد فهم ۷۶/۶، سواد ارزیابی ۷۱/۶ و سواد تصمیم‌گیری ۶۷/۱ بود که حاکی از آن بود که سواد سلامت در بین شهروندان در حد بالایی قرار داشت.

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک شهروندان مورد بررسی

| ویژگی‌های دموگرافیک | | ویژگی‌های دموگرافیک | |
|----------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| آماره توصیفی | تعداد(درصد) | آماره توصیفی | تعداد(درصد) |
| وضعیت تأهل | | | |
| ۱۵-۳۰ | ۱۸۶(۴۵) | مجرد | ۲۱۰(۵۰/۵) |
| ۳۱-۴۵ | ۱۵۳(۳۷) | متأهل | ۱۸۶(۴۵) |
| ۴۶-۶۵ | ۷۵(۱۸) | مطلقه | ۱۸(۴/۵) |
| جمع کل | ۴۱۴(۱۰۰) | جمع کل | ۴۱۴(۱۰۰) |
| میزان تحصیلات | | | |
| مرد | ۲۴۹(۶۰) | بی سواد | ۵(۱/۲) |
| زن | ۱۶۵(۴۰) | ابتدایی | ۱۴(۳/۳) |
| جمع کل | ۴۱۴(۱۰۰) | راهنمایی | ۴۵(۱۰/۸) |
| | | دیپلم | ۱۵۴(۳۶/۸) |
| | | لیسانس | ۲۰۰(۴۷/۹) |
| | | جمع کل | ۴۱۴(۱۰۰) |

متفاوت بود به گونه‌ای که رابطه آماری معناداری بین میانگین امتیاز سلامت روانی افراد مورد بررسی بر حسب سطح تحصیلات آن‌ها وجود داشت ($P=0/026$) به این شکل که با افزایش میزان تحصیلات، میانگین امتیاز سلامت روانی افراد افزایش می‌یافت. همچنین مقایسه میانگین‌ها نشان داد میانگین سلامت روانی افراد با تحصیلات لیسانس ۲۵/۶۰ از بقیه گروه‌ها بالاتر بود (جدول ۲).

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد رابطه آماری معناداری بین میانگین امتیاز سلامت روانی مردان و زنان وجود نداشت ($P=0/33$). میانگین سلامت روانی افراد مجرد ۲۲/۳۸، افراد متأهل ۲۵/۵۸ و افراد مطلقه ۱۶/۴۲ بود و رابطه آماری معناداری بین میانگین سلامت روانی با وضعیت تأهل دیده شد ($P=0/000$). مقایسه میانگین‌ها نشان داد میانگین سلامت روانی افراد متأهل از بقیه گروه‌ها بالاتر بود. سلامت روانی افراد بر حسب سطح تحصیلات آن‌ها

جدول ۲: ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با سلامت روانی در شهروندان مورد بررسی

| P-value | انحراف معیار \pm میانگین | سلامت روانی | ویژگی‌های دموگرافیک |
|---------|----------------------------|--------------------|---------------------|
| 0/33 | ۲۴/۱۴ \pm ۹/۱۱ | مردان | جنسیت |
| | ۲۳/۲۳ \pm ۹/۱۷ | زنان | |
| 0/000 | ۲۳/۳۸ \pm ۰/۷۲ | مجرد | تأهل |
| | ۲۵/۵۸ \pm ۰/۵۹ | متأهل | |
| | ۱۶/۴۳ \pm ۰/۸۴ | مطلقه | |
| 0/026 | ۲۲/۱۵ \pm ۰/۷۱ | پایین‌تر از لیسانس | سطح تحصیلات |
| | ۲۵/۶۰ \pm ۰/۶۵ | لیسانس و بالاتر | |

در ارتباط با وضعیت تأهل و خودمراقبتی نتایج نشان داد که میانگین خودمراقبتی افراد متأهل برابر با ۴/۶۲ است که نسبت به سایر گروه‌ها بالاتر بود و تفاوت معناداری بین وضعیت تأهل و خودمراقبتی شهروندان وجود داشت ($P=0/014$). سطح تحصیلات نیز

تفاوت معناداری را با خودمراقبتی شهروندان نشان داد. میانگین خود مراقبتی افراد بالاتر از لیسانس برابر با ۴/۵۶ بود که از سایر گروه‌ها بالاتر بود. تفاوت معناداری بین سطح تحصیلات و خودمراقبتی را نشان داد ($P=0/019$) (جدول ۳).

جدول ۳: ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با خودمراقبتی در شهروندان مورد بررسی

| P-value | انحراف معیار \pm میانگین | خود مراقبتی | |
|---------|----------------------------|---------------------|-------------|
| | | ویژگی‌های دموگرافیک | |
| 0/34 | ۴/۴۵ \pm 0/۴۵ | مردان | جنسیت |
| | ۴/۷۲ \pm 0/۴۶ | زنان | |
| 0/014 | ۴/۵۲ \pm 0/۶۳ | مجرد | تأهل |
| | ۴/۶۲ \pm 0/۷۱ | متأهل | |
| | ۴/۱۶ \pm 0/۷۷ | مطلقه | |
| 0/019 | ۴/۴۵ \pm 0/۸۳ | پایین تر از لیسانس | سطح تحصیلات |
| | ۴/۵۶ \pm 0/۶۳ | لیسانس و بالاتر | |

در رابطه با سواد سلامت مشخص شد تفاوت معناداری بین جنسیت و سواد سلامت وجود داشت ($P=0/01$). ارتباط وضعیت تأهل با سواد سلامت تفاوت معناداری را نشان نداد

($P=0/21$). همچنین بین سطح تحصیلات و سواد سلامت نیز تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/51$) (جدول ۴).

جدول ۴: ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با سواد سلامت در شهروندان مورد بررسی

| P-value | انحراف معیار \pm میانگین | سواد سلامت | |
|---------|----------------------------|---------------------|-------------|
| | | ویژگی‌های دموگرافیک | |
| 0/010 | ۴/۵۱ \pm 0/۷۸ | مردان | جنسیت |
| | ۴/۷۱ \pm 0/۷۴ | زنان | |
| 0/51 | ۴/۵۵ \pm 0/۴۸ | مجرد | تأهل |
| | ۴/۶۲ \pm 0/۶۳ | متأهل | |
| | ۴/۷۳ \pm 0/۱۴ | مطلقه | |
| 0/21 | ۴/۴۳ \pm 0/۹۰ | پایین تر از لیسانس | سطح تحصیلات |
| | ۴/۶۵ \pm 0/۸۰ | لیسانس و بالاتر | |

با توجه به این که ارتباط متغیرهای سن، خود مراقبتی و سواد سلامت با سلامت روانی از طریق آزمون همبستگی پیرسون مورد سنجش قرار گرفت؛ بنابراین

نتایج این سه متغیر با سلامت روانی در جدول ۵ آورده شد به این صورت که بین گروه سن ۱۵ الی ۶۵ سال و سلامت روانی رابطه آماری معناداری به

میزان سلامت روانی نیز افزایش یافت ($P=0/000$). (جدول ۵). رابطه معناداری مستقیم و مثبت بین سواد سلامت و سلامت روانی وجود داشت به طوری که با افزایش میزان سواد سلامت میزان سلامت روانی نیز افزایش یافت ($P=0/000$) (جدول ۵).

صورت مستقیم و مثبت وجود داشت، یعنی با افزایش سن میزان سلامت روانی نیز افزایش یافت ($P=0/000$). (جدول ۵). بین میزان خودمراقبتی و سلامت روانی افراد رابطه معناداری مستقیم و مثبت وجود داشت یعنی با افزایش میزان خود مراقبتی

جدول ۵: ارتباط بین گروه سن، سواد سلامت و خودمراقبتی با سلامت روانی در

شهروندان مورد بررسی

| P-value | سلامت روانی |
|---------|-------------|
| ۰/۰۰۰ | سن |
| ۰/۰۰۰ | خود مراقبتی |
| ۰/۰۰۰ | سواد سلامت |

سلامت روانی به لحاظ آماری معنادار بود ($P=0/000$) بدین معنا که بر اساس ضریب بتای غیر استاندارد مشخص شد که به ازای یک واحد افزایش در میزان خودمراقبتی، $0/325$ واحد بر سلامت روانی افراد اضافه می‌شد (جدول ۶).

طبق جدول ۶ نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره نشان داد که خودمراقبتی بر سلامت روانی تأثیر داشت و ضریب تبیین به دست آمده از آزمون رگرسیون نشان داد $10/4$ درصد از تغییرات مربوط به سلامت روانی توسط متغیر خود مراقبتی تبیین شد. بر اساس معناداری ضریب F تأثیرگذاری خودمراقبتی بر

جدول ۶: نتایج برازش مدل رگرسیون خطی چند متغیره خودمراقبتی و سلامت روانی در شهروندان مورد بررسی

| P-value | T | Beta | ضرایب غیر استاندارد | | متغیرهای مستقل |
|---------|-------|-------|---------------------|--------------|----------------|
| | | | B | انحراف معیار | |
| ۰/۰۶۱ | ۱/۸۷۶ | - | ۰/۲۱۱ | ۰/۳۹۶ | ضریب ثابت |
| ۰/۰۰۰ | ۶/۹۵۵ | ۰/۳۲۵ | ۰/۰۴۶ | ۰/۳۱۸ | خودمراقبتی |

۱/۵=دوربین واتسون $0/000$ =سطح معناداری $10/4$ =ضریب تعیین

مستقیم نداشت و از مدل رگرسیونی خارج شد (جدول ۷).

همچنین مطابق نتایج به دست آمده از خروجی رگرسیون، سواد سلامت بر سلامت روانی تأثیر علی

جدول ۷: نتایج ارتباط متغیر سواد سلامت با سلامت روانی در مدل رگرسیونی در شهروندان مورد بررسی

| نام متغیر | Beta In | T | P-value | Partial Correlation |
|------------|---------|-------|---------|---------------------|
| سواد سلامت | ۰/۰۲۳ | ۰/۳۶۸ | ۰/۷۱۳ | ۰/۰۱۸ |

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۳۵ درصد افراد دارای سلامت روانی پایین، ۲۸ درصد سلامت روانی متوسط و ۳۷ درصد سلامت روانی بالایی داشتند. ۵/۵ درصد افراد خودمراقبتی در حد پایین، ۳۲/۵ درصد متوسط و ۶۲ درصد خود مراقبتی در حد بالایی داشتند. ۱۰ درصد افراد سواد سلامت پایین، ۴۶ درصد متوسط و ۴۴ درصد سواد سلامت بالایی داشتند.

در مطالعه حاضر، مردان و زنان از نظر سلامت روانی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. یافته‌های مطالعه احمدی و همکاران نیز نشان داد بین جنسیت و سلامت روانی تفاوت معناداری وجود ندارد (۲۵)؛ اما مطالعه Pudrovska و Karraker نشان داد بین جنسیت و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد (۲۶)، امروزه نقش زنان در عرصه‌های اجتماعی روز به روز در حال افزایش است و این افزایش مشارکت مخصوصاً در زمینه‌های شغلی باعث افزایش اعتماد به نفس و قدرت عمل در میان زنان می‌شود که از نظر سلامت روحی و روانی آنان را در وضعیت بهتری قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد که زنان روز به روز در عرصه‌های اجتماعی و شغلی فعال‌تر می‌شوند و از طرف دیگر فشارهای زندگی باعث کاهش سلامت روانی در میان مردان شده که این دو رویداد باعث از بین رفتن اختلاف سلامت روانی در میان مردان و زنان شده است. نتایج این تحقیق نشان داد که بین وضعیت تأهل و میانگین امتیاز سلامت روانی تفاوت معنی‌داری وجود داشت، یعنی افراد متأهل از سلامت روانی بهتری برخوردار بودند. این نتیجه با تحقیق دانش، صادقی و همکاران و بخشی‌پور رودسری و همکاران همسو است (۲۹-۲۷). افراد متأهل در جامعه مورد مطالعه به سبب داشتن رابطه عاطفی ثابت و بی‌دغدغه

از آرامش روحی بیشتری برخوردار هستند و به نوعی ثبات و هدفمندی در زندگی دست یافته‌اند که این هدفمندی در زندگی باعث می‌شود تا فرد به زندگی امیدوار شده و برای خود برنامه‌ریزی مشخصی داشته باشد و نیز از حمایت اجتماعی و عاطفی از جانب خانواده و جامعه برخوردار باشند و در نتیجه باعث بهبود سلامت روحی و روانی فرد شود. نتایج تحقیق نشان داد که بین سطح تحصیلات افراد و میانگین امتیاز سلامت روانی آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت، یعنی افراد با سطح تحصیلات بالاتر دارای سلامت روانی بیشتری بودند. این نتیجه با تحقیق عنایت و آقاپور، احمدی و همکاران و سپهرمنش نیز همسو بود (۳۱، ۳۰، ۲۵).

شهر تبریز به عنوان یکی از کلان شهرهای کشور در معرض آلودگی‌های مختلف قرار دارد که سلامتی انسان را تهدید می‌کند و تحصیلات به عنوان یکی از عوامل مهمی است که باعث می‌شود انسان در مورد مسائل مختلف آگاهی داشته باشد و از اطلاعات بیشتری برخوردار باشد و از این اطلاعات برای حفظ سلامتی خود استفاده نمایند، همچنین تحصیلات به عنوان یکی از عوامل مهم طبقه اجتماعی افراد را به سوی پایگاه‌های اجتماعی بالاتر هدایت می‌کند که دارای محیط سالم و بهداشتی و سطح فرهنگ بالاتری می‌باشد که در سلامت روانی افراد مؤثر است.

در این پژوهش مشخص شد بین سن و سلامت روانی رابطه آماری معناداری به صورت مستقیم و مثبت وجود داشت. نتیجه تحقیق Nakayama و همکاران نیز نشان داد سن از عوامل مرتبط با سلامت روانی است (۳۲). همچنین نتایج تحقیق صادقی و همکاران در بین زنان کرمانشاهی نشان داد بین سن و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد (۲۸). شهر

در مطالعه حاضر مشخص شد که سواد سلامت رابطه معناداری با سلامت روانی داشت. یافته های Reavley و همکاران نیز نشان داد سواد سلامت روانی با سلامت روانی مرتبط است (۳۶). مطالعه Zou و همکاران نشان داد بین سواد سلامت و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد (۳۷). مطالعه ایزدی راد و ضاربان نشان داد افراد با سطح سواد بالا سطح سلامت عمومی خود را بهتر ارزیابی کردند و همچنین بهتر از سایرین به انجام رفتارهای پیشگیرانه مبادرت کردند (۳۸). مطالعه سیدالشهدایی و همکاران نشان داد سواد سلامت با سه بعد سلامت عمومی یعنی اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی ارتباط معنی دار داشت (۳۹). افزایش سواد سلامت روانی باعث بهبود استفاده از خدمات موجود می شود و افراد با برخورداری از سواد سلامت دارای آگاهی از وضعیت خود هستند و توانایی تفکر صحیح و تصمیم گیری را دارند و بنابراین دارای سلامت روانی بالاتری هستند. در بین ساکنین شهر تبریز نیز افرادی که از سطح سواد بالاتری در حوزه سلامت روانی برخوردارند بالطبع در برخورد با آن ماهرتر بوده و از راهکارهای بهتری برای مقابله با فشارهای روانی مطلع هستند و در نتیجه از سلامت روانی بالایی برخوردار می باشند.

بر اساس مطالعه حاضر مشخص شد سلامت روانی نیز مثل همه موضوعات دیگر تحت تأثیر عوامل مختلف از جمله عوامل اجتماعی می باشد. خودمراقبتی به عنوان یکی از ابعاد سبک زندگی سلامت محور تأثیر بسزایی بر سلامت روانی دارد و نشان می دهد که بایستی بر روی افراد سرمایه گذاری کرد و آموزش های لازم را به افراد داد تا بتوانند با تکیه بر دانش و توانایی های خود از سلامت خود مراقبت کنند. در این

تبریز با داشتن جمعیت جوان زیاد دارای مشکلات زیادی است و از آن جایی که افراد در سنین جوانی با فشارهای زیادی از جمله تحصیلات، اشتغال، ازدواج، مسکن و ... روبه رو می شوند که باعث می شود فشارهای عصبی زیادی بر فرد تحمیل شود و سلامت روانی افراد به خطر افتد، همچنین سنین جوانی با خطرات مصرف مواد اعتیادآور بیشتر در ارتباط است و تعداد افراد معتاد روز به روز در حال افزایش است که سبب کاهش سلامت روانی در میان جوانان شده است ولی با بالا رفتن سن و حل تدریجی مشکلات از فشارهای روانی کاسته می شود.

خودمراقبتی تأثیر علی مستقیم بر سلامت روانی داشت و افزایش در میزان خودمراقبتی باعث بهبود سلامت روانی شد. مطالعه Robinson و همکاران نشان داد که مراقبت در اموری مثل تغذیه با سلامت روانی ارتباط دارد و تغذیه نادرست مثل پر خوری و استفاده زیاد از چربی با سلامت روانی پایین مرتبط است (۳۳). نتیجه تحقیق سلمان نشان داد ورزش و فعالیت بدنی ارتباط مستقیمی با سلامت روانی دارد و باعث بهبود آن می شود (۳۴). نتیجه تحقیق تقوی و همکاران نشان داد بین استفاده از تغذیه مناسب با اضطراب، افسردگی و در کل نمره سلامت روان ارتباط معناداری وجود دارد (۳۵). در کل خودمراقبتی شامل اصلاح رفتار در زمینه هایی چون فعالیت های بدنی، استراحت به موقع، تغذیه و کنترل سلامتی می باشد که در تحقیقات متعدد رابطه آن ها با سلامت روانی به اثبات رسیده است و از آن جایی که ساکنین شهر تبریز در معرض فشارهای روانی ناشی از شهرنشینی و آلودگی های ناشی از آن قرار دارند، خودمراقبتی در این موارد می تواند به عنوان درمانی بی هزینه به بهبود سلامت روانی افراد کمک نماید.

میان یکی از چیزهایی که می‌تواند در این زمینه مؤثر واقع شود افزایش سواد سلامت روانی است که اگر افراد از آن برخوردار شوند می‌توانند از امکانات موجود استفاده بهینه نموده و راهکارهای بهبود سلامت روانی خود را مشخص نمایند و احساس مسئولیت بیشتری در قبال سلامتی خود داشته باشند.

پیشنهادها

با توجه به این که خود مراقبتی از ابعاد ورزش، تغذیه مناسب، عدم مصرف دخانیات، مدیریت استرس و آگاهی و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی تشکیل شده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود تا در رسانه‌ها و مراکز آموزشی و درمانی بر اهمیت این مسائل تأکید گردد تا افراد با آن آشنا شوند و برنامه‌هایی در این راستا برای افراد تدارک دیده شود. همچنین مراکز مشاوره‌ای می‌توانند بر اهمیت این مسائل در بالا بردن سلامت روانی تأکید نمایند تا افراد با اهمیت عوامل اجتماعی بیشتر آشنا شوند و به جای پناه بردن به مراکز درمانی و پزشک، به طرف شناخت توانایی خود و راه‌های صحیح زندگی پیش روند تا از روح و روان سالمی برخوردار شوند.

سواد سلامت دیگر عامل مهم مؤثر بر سلامت روانی افراد بود. سواد سلامت شامل ابعاد خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری در مورد مفاهیم مربوط به سلامت است؛ بنابراین بایستی راهکارهایی اتخاذ شود تا سواد سلامت در جامعه ترویج داده شود و اطلاعات مربوط به آن به راحتی در اختیار افراد قرار گیرد. در این زمینه نهادهای آموزشی مثل آموزش و پرورش و وزارت علوم می‌توانند با ایجاد واحدهای درسی و یا اردوهای آموزشی افراد را در این زمینه یاری نمایند. رسانه‌ها نیز می‌توانند با تهیه برنامه‌های آموزشی مردم را در این زمینه آگاه سازند.

سپاسگزاری

به این وسیله از اساتید محترم گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز که در تهیه این مقاله که حاصل پایان نامه با عنوان بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی در بین شهروندان تبریزی در مقطع کارشناسی ارشد در سال ۱۳۹۵ بود، سپاسگزاری می‌گردد.

تعارض منافع

در این تحقیق هیچ‌گونه تعارض منافی وجود نداشت.

References

1. Babaei N. Social Policy and Health. Social Welfare. 2003; 3 (10):201-32. Persian
2. Sivris KC, Leka S. Examples of holistic good practices in promoting and protecting mental health in the workplace: current and future challenges. Saf Health Work 2015;6(4):295-304.
3. Cheng Y, Li X, Lou C, Sonenstein FL, Kalamar A, Jejeebhoy S, et al. The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. J Adolesc Health 2014;55(6 Suppl):S31-8.
4. Tough H, Fekete C, Brinkhof MW, Siegrist J. Vitality and mental health in disability: Associations with social relationships in persons with spinal cord injury and their partners. Disabil Health J 2017;10(2):294-302.
5. Koochi K, Bahram Soltani S. General health and multiple forms of capital. Journal of Bioethics 2015;4(14):165-37. Persian
6. Adelson SL, Stroeh OM, Ng YK. Development and mental health of lesbian, gay, bisexual, or transgender youth in pediatric practice. Pediatric Clinics of North America 2016;63(6):971-83.
7. Behzad D. Social capital, as a context for mental health promotion. Social Welfare 2003; 2(6):43-53. Persian

8. Abdi B. Examines the role of social factors in the disparities between the health levels of citizens of Tehran [dissertation]. Tabriz: Faculty of Law and Social Sciences, University of Tabriz; 2015.
9. Keywanara M, Principles of Sociology of Medicine. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2008.
10. Abbaszadeh M, Alizadeh Eghdam MB, Badri Gargari R, Vedadhir A. investigation of social and cultural factors affecting self-care lifestyle of citizens. Journal of Studies of Socio-Cultural Development 2012;1(1): 119 -41. Persian
11. Chen MF, Wang RH, Hung SL. Predicting health-promoting self-care behaviors in people with pre-diabetes by applying Bandura social learning theory. Appl Nurs Res 2015;28(4):299-304.
12. Rabie T, Klopper HC, Watson MJ. Relation of socio-economic status to the independent application of self-care in older persons of South Africa. Health SA Gesondheid 2016;21:155-61.
13. Shandra CL, Sonalkar N. Health self-care in the United States. Public Health 2016;138:26-32.
14. Irwan AM, Kato M, Kitaoka K, Kido T, Taniguchi Y, Shogenji M. Self-care practices and health-seeking behavior among older persons in a developing country: Theories-based research. International Journal of Nursing Sciences 2016;3(1):11-23.
15. GHorbanian M, Fesharaki F. Self-care motives in Quran and Hadith. Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine 2015; 6 (3):187-97. Persian
16. Armstrong LL, Young K. Mind the gap: Person-centred delivery of mental health information to post-secondary students. Psychosocial Intervention 2015;24(2):83-7.
17. Coles ME, Ravid A, Gibb B, George-Denn D, Bronstein LR, McLeod S. Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. J Adolesc Health 2016;58(1):57-62.
18. Wu CY, Liu SI, Chang SS, Sun FJ. Surveys of medical seeking preference, mental health literacy, and attitudes toward mental illness in Taiwan, 1990-2000. J Formos Med Assoc 2014;113(1):33-41.
19. Reisi M, Mostafavi F, Hasanzade A, Sharifirad GR. The relationship between health literacy, health status and healthy behaviors among elderly in Isfahan, Iran. J Health Sys Res 2011; 4: 469-80. Persian
20. Tavousi M, Ebadi M, Azin A, Shakerinejad G, Hashemi A, Fattahi E, et al. Definitions of health literacy: a review of the literature. Payesh 2014;13(1):119 - 24. Persian.
21. Rutherford EJ, Kelly J, Lehane EA, Livingstone V, Cotter B, Butt A, et al. Health literacy and the perception of risk in a breast cancer family history clinic. Surgeon 2016; S1479-666X(16)30025-7.
22. Stones R. Key Sociological Thinkers. Translated by Mirdamadi M. 8th ed. Tehran: Markaz; 2014.
23. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979;9(1):139-45.
24. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Katayoun Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. Payesh 2014;13(5):589-99. Persian
25. Ahmadi H, Marzban M, Ruhani A. examining the socio-cultural factors related to mental health Shiraz University. Journal of Sociological Studies of Youth 2010;1(1):10-35. Persian
26. Pudrovska T, Karraker A. Gender, job authority, and depression. J Health Soc Behav 2014;55(4):424-41.
27. Danesh E. A comparison of happiness, physical and mental health in male and female students' married and single of university. Journal of Applied Psychology 2011;4(16):56-71. Persian
28. Sadeghi R, Zareipour M A, Akbari H, Khan-Beygi M. Mental health and associated factors amongst women referred to health care centers. Journal of Health & Care 2011; 13 (4):1-9. Persian
29. Bakhshipour roudsari A, Peyravi H, Abedian A. Investigating relationship between satisfaction with life and social support with mental health among freshman students of Tehran University. Journal of Fundamentals of Mental Health 2008;7(28):145-52. Persian
30. Enayat H, Aghapour I. A survey on the relationship between social-cultural factors and families' mental health quality a case study of families in Shiraz. Journal of Women and Society 2011;1(2):27- 46. Persian
31. Sepehrmanesh Z. Mental health and its related factors in young women in Kashan City. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2009;12(1):31-41. Persian
32. Nakayama K, Yamaguchi K, Maruyama S, Morimoto K. Association of smoking with other lifestyle factors and mental health status of Japanese factory workers. Environ Health Prev Med 1997; 2(1): 11-5.
33. Robinson M, Kendall GE, Jacoby P, Hands B, Beilin LJ, Silburn SR, et al. Lifestyle and demographic correlates of poor mental health in early adolescence. J Paediatr Child Health 2011;47(1-2):54-61.
34. Salman Z. The Correlation of Mental health and Physical Activities among Female teacher. Journal of Educational Psychology 2014;10(33):113-28. Persian
35. Naghavi S, Anisi J, Tavakoli H, Rahmati Najarkolaei F, Jahan Bakhshi Z. A Survey to the Connection between Nutrition and Mental Health

of the Staff of a Medical Sciences University. *J Mil Med* 2013; 15 (2):149-56. Persian

36. Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(1):61-9.

37. Zou H, Chen Y, Fang W, Zhang Y, Fan X. The mediation effect of health literacy between subjective social status and depressive symptoms in patients with heart failure. *J Psychosom Res* 2016;91:33-39.

38. Izadirad H, Zareban I. The relationship of health literacy with health status, preventive behaviors and health services utilization in Baluchistan, Iran. *J Educ Community Health* 2015; 2(3):43-50. Persian

39. Seyedolshohadaye M, Khaganizadeh M, Nezamiye ghalenoe M, Hamedani B, Berasteh S, The Relationship Between Health Literacy And General Health In Patients With Type 2 Diabetes. *Journal of Iranian Diabetes and Metabolism* 2016; 15(5): 312-19. Persian

The relationship of Self-care and Health Literacy with Mental Health among Citizens of Tabriz City

Alizadeh Aghdam Mohammad Bagher^{1*}, Koochi Kamal², Gholizadeh Mohammad³

• Received: 16. 10. 2016

• Revised: 21. 02. 2017

• Accepted: 23. 02. 2017



Abstract

Background & Objectives: The importance of mental health in personal and social life of people as well as the high cost of health services in today's world necessitates people to attempt for acquiring personal skills for maintaining and improving their health. In this regard, self-care and health literacy, as dynamic and available tools for individuals, can play a decisive role in promoting equity in mental health.

Methods: This study was a descriptive-analytic study performed on 414 citizens over 15 years of age in Tabriz, Iran who were selected through multi-stage cluster sampling. Data gathering was done using general health questionnaire with three dimensions, literacy questionnaire consisted of five dimensions of reading comprehension, access, understanding, evaluation and decision making and a researcher-made questionnaire about self-care. Data analysis was performed using t-test, Fisher test, Pearson correlation coefficient and multivariate linear regression and through SPSS22 software.

Results: Mean score of mental health was 58.38, mean score of self-care was 54.46 and mean score of health literacy was 77.20. There was a significant and direct relationship between mental health and variables of age, marital status, education level, and self-care.

Conclusion: The present study emphasizes on the importance of training on and accepting responsibility for mental health. People can maintain and improve their health and accept responsibility in this regard through acquiring sufficient knowledge on health aspects.

Keywords: Health literacy, Self-care, Mental health, Citizens

•**Citation:** Alizadeh Aghdam MB, Koochi K, Gholizadeh M. The relationship of Self-care and Health Literacy with Mental Health among Citizens of Tabriz City. *Journal of Health Based Research* 2017; 2(4): 381-394.

1. Associate Professor, Faculty of Law and Social Sciences, Social Sciences Department, Tabriz University, Tabriz, Iran.

2. Associate Professor, Faculty of Law and Social Sciences, Social Research Institute, Tabriz University, Tabriz, Iran.

3. MSc, Faculty of Law and Social Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran.

***Correspondence:** Social Sciences Department. Faculty of Law and Social Sciences, Tabriz University, Blv 29 Bahman, Tabriz.

Tel:04133392269

Email:m.alizadeh@tabrizu.ac.ir