Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article

February-March 2026, Volume 13, Issue 6

The Association of Mental Health Literacy and Social Anxiety with Sociodemographic Characteristics Among Women Affected by Domestic Violence

Seyed Younes Hosseini[1], Jamileh Mohtashami[2*], Soulmaz Roshandel[3]

1- Master's degree in Psychiatric Nursing, Department of Nursing, Tems.c, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2- Associate Professor, Department of Nursing, Tems.c, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3-Assistant Professor, Department of Midwifery, Tems.c, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Jamileh Mohtashami, PhD, Department of Nursing, Tems.c, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Email: j_mohtashami@sbmu.ac.ir

Received: 2025/08/31 Accepted: 2026/01/05

Abstract

Introduction: Women affected by domestic violence are at increased risk of developing various psychological issues, including social anxiety. Mental health literacy is recognized as a personal capacity to identify, prevent, and manage mental health problems. This study aimed to examine the relationship between mental health literacy and social anxiety with demographic characteristics among women affected by domestic violence.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted on a convenience sample of 138 women who referred to the central forensic medicine center of Tehran. Participants completed a demographic questionnaire, the Mental Health Literacy Scale (O'Connor & Casey, 2015), and the Social Anxiety Questionnaire (Jarabek, 1996). This study was conducted during the winter and spring of 2024. Data were analysed using SPSS and Spearman's test.

Results: Most participants (91.3%) were married, and half of them were unemployed and without income. The mean mental health literacy score was in the moderate-to-low range, while the mean social anxiety score was in the moderate-to-high range. The results indicated that higher mental health literacy was associated with lower social anxiety ($r = 0.563$, $p < 0.01$). Mental health literacy was also positively correlated with education ($r = 0.366$, $p < 0.01$) and income ($r = 0.194$, $p < 0.05$). Employment status showed a significant relationship with both main variables, such that employed women had higher mental health literacy and lower social anxiety. Additionally, women with higher levels of education reported lower social anxiety ($r = 0.278$, $p< 0.01$).

Conclusion: Higher education, employment, and income act as protective factors, being associated with greater mental health literacy and reduced social anxiety. Intervention programs should focus on socio-economic empowerment and mental health education for this vulnerable population to help prevent domestic violence and mitigate its psychological consequences.

Keywords: Mental health literacy, Social anxiety, Demographic factors, Domestic violence, Women.

نشریه روان پرستاری مقاله پژوهشی
بهمن و اسفند ۱۴۰۴، دوره ۱۳، شماره ٦

ارتباط سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی

سیدیونس حسینی[۱]، جمیله محتشمی[۲*]، سولماز روشندل[۳]

۱- کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲- دکتری پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳- دکتری مامایی، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: جمیله محتشمی، دانشیار، گروه پرستاری، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: j_mohtashami@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۶/۹ تاریخ پذیرش : ۱۴۰۴/۱۰/۱۵

چکیده

مقدمه: زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی در معرض مشکلات روانی متعددی از جمله اضطراب اجتماعی قرار دارند. سواد سلامت روان نیز به‌عنوان یک توانمندی فردی در شناخت، پیشگیری و مدیریت مشکلات روانی شناخته می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی انجام شد.

روش کار: این پژوهش توصیفی- تحلیلی روی ۱۳۸ زن مراجعه کننده به پزشکی قانونی مرکزی تهران، به صورت در دسترس انجام شد. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، مقیاس سواد سلامت روان اکونور و کیسی (۲۰۱۵) و پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابک (۱۹۹۶) را تکمیل کردند. این پژوهش در زمستان سال ۱۴۰۳ انجام شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون اسپیرمن انجام شد.

یافته‌ها: اغلب زنان (۹۱/۳ درصد) متاهل و نیمی از آنان بیکار و بدون درآمد بودند. میانگین نمره سواد سلامت روان در محدوده متوسط رو به پایین و میانگین نمره اضطراب اجتماعی در محدوده متوسط رو به بالا قرار داشت. نتایج نشان داد افزایش سواد سلامت روان با کاهش اضطراب اجتماعی همراه است (r= ۰/۵۶۳ , p< ۰/۰۱). همچنین سواد سلامت روان با تحصیلات (r=۰/۳۶۶ , p<۰/۰۱) و درآمد (r = ۰/۱۹۴, p<۰/۰۵) رابطه مثبت داشت. وضعیت اشتغال نیز با هر دو متغیر اصلی ارتباط معنادار نشان داد، به گونه ای که زنان شاغل دارای سواد سلامت روان بالاتر و اضطراب اجتماعی پایین تر بودند. علاوه بر این زنان با سطح تحصیلات بالاتر اضطراب اجتماعی کمتری داشتند (r = ۰/۲۷۸ , p<۰/۰۱).

نتیجه گیری: تحصیلات، اشتغال و درآمد بالاتر به‌عنوان عوامل محافظتی با سواد سلامت روان بالاتر و اضطراب اجتماعی پایین‌تر مرتبط هستند. برنامه‌های مداخله‌ای باید بر توانمندسازی اقتصادی - اجتماعی و آموزش سلامت روان برای این گروه از زنان متمرکز شوند تا از بروز خشونت خانگی و پیامدهای روانشناختی آن تا حد امکان جلوگیری کنند.

کلیدواژه ها: سواد سلامت روان، اضطراب اجتماعی، عوامل جمعیت‌شناختی، خشونت خانگی، زنان.

مقدمه

خشونت خانگی یکی از گسترده ترین اشکال خشونت مبتنی بر جنسیت است که بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت شامل استفاده عمدی از زور یا قدرت علیه فرد دیگر بوده و پیامدهایی مانند آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی به همراه دارد (۱, ۲) خشونت خانگی، که شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان محسوب می‌شود، در قالب‌های جسمی، روان‌شناختی، جنسی و اقتصادی بروز می‌یابد و یک معضل جدی سلامت عمومی و تهدیدی برای حقوق بشر است (۳-۵). بررسی‌های جهانی نشان می‌دهد تقریباً ۳۰ درصد از زنان در سراسر جهان خشونت را تجربه می‌کنند (۶). در ایران نیز نتایج مطالعات ملی شیوع نگران کننده ۶۰ تا ۸۰ درصدی خشونت خانگی (شامل آزار جسمی، عاطفی، جنسی و اقتصادی) را گزارش کرده‌اند (۷-۱۰) که لزوم پرداختن به پیامد های روانی آن را برجسته می کند.

قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی می‌تواند طیف گسترده‌ای از مشکلات سلامت روان از جمله اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب، کاهش اعتماد به نفس، اختلالات عملکردی و پریشانی مداوم را به همراه داشته باشد (۱۱,۱۲). اضطراب اجتماعی ، به‌عنوان یکی از پیامدهای مهم، با ترس از ارزیابی منفی، شرم و نگرانی از سرزنش همراه است و می‌تواند مانع جدی برای کمک‌جویی و استفاده از خدمات حمایتی توسط زنان شود. این موضوع به‌ویژه در فرهنگ‌هایی مانند ایران که انگ اجتماعی نقش پررنگ‌تری دارد، می‌تواند پیامدهای خشونت را تشدید کند (۱۳-۱۵).

سواد سلامت روان نیز به عنوان یک سازه کلیدی در ارتقای توانایی افراد برای شناخت، پیشگیری و مدیریت مشکلات روانی تعریف می‌شود (۱۶). مطالعات نشان داده‌اند زنان با سطح سواد سلامت روان بالاتر، آگاهی، پذیرش و مهارت بیشتری برای مقابله با استرس داشته و بیشتر از خدمات تخصصی استفاده می‌کنند. در مقابل، سواد سلامت روان پایین می‌تواند با انزوای اجتماعی و ماندگاری در چرخه خشونت همراه باشد (۱۶-۱۸).

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی چون سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد و مدت زمان ازدواج، به طور بالقوه می‌توانند بر سلامت روان زنان پس از تجربه خشونت خانگی اثرگذار باشند. پژوهش‌هایی نشان داده‌اند زنان با تحصیلات بالاتر و اشتغال پایدار، تاب‌آوری بیشتری نسبت به پیامدهای خشونت داشته و راحت‌تر به شبکه‌های حمایتی و خدمات تخصصی دسترسی دارند. از سوی دیگر، فقر اقتصادی و تحصیلات پایین عامل مهمی در باقی ماندن در چرخه خشونت و کمبود اعتماد به نفس تلقی می‌شود (۷, ۱۶).

با وجود اهمیت این عوامل، بیشتر مطالعات مربوط به خشونت خانگی و پیامدهای روان‌شناختی آن در کشورهای غربی انجام شده‌اند (۱۹, ۲۰) و شواهد موجود در ایران، به‌ویژه درباره ارتباط سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در زنان آسیب‌دیده، محدود است. تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و ساختاری ایران ضرورت انجام پژوهش‌های بومی را دوچندان می‌کند.

از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی با متغیرهای جمعیت‌شناختی در زنان آسیب دیده از خشونت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران انجام شد تا شکاف موجود در ادبیات پژوهش تکمیل و مبنای مداخلات مؤثر حمایتی و درمانی فراهم شود.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی بود که در زمستان سال ۱۴۰۳ در پزشکی قانونی مرکزی تهران واقع در محله سنگلج انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان تحت خشونت خانگی بود که به این مرکز مراجعه کرده بودند. تعیین حجم نمونه بر اساس اطلاعات استخراج شده از مطالعات پیشین و با استفاده از فرمول کوکران برای جوامع محدود و با در نظر گرفتن حداکثر خطای قابل قبول ۰.۰۵ و سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۱۳۸ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری به‌صورت غیرتصادفی و در دسترس انجام گرفت.

$$n = \frac{\left(Z_{\frac{\alpha}{2}}^{2} \times S^{2}\right)}{d^{2}}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل تایید خشونت خانگی پس از معاینه اولیه جسمانی توسط متخصصان سازمان پزشکی قانونی ستاد مرکزی استان تهران، گذشت حداقل ۶ ماه از بروز خشونت خانگی، و داشتن سواد خواندن و نوشتن برای زنان بود. افرادی که در طول پژوهش تمایلی به

ادامه همکاری نداشتند، بیش از ۲۰ درصد پرسشنامه‌ها را تکمیل نکردند یا پس از شروع مطالعه مشخص شد که با معیارهای ورود مطابقت ندارند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. گردآوری داده‌ها پس از اخذ کد اخلاق (IR.IAU.TMU.REC.1403.102) و کسب رضایت آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان واجد شرایط، با توزیع پرسشنامه‌های مربوطه در میان زنان تحت خشونت خانگی مراجعه‌کننده به شعبه مرکزی پزشکی قانونی استان تهران انجام شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به‌صورت محرمانه نگهداری خواهد شد و آن‌ها می‌توانند در هر مرحله از پژوهش از ادامه مشارکت انصراف دهند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های استاندارد و معتبر استفاده شد. پرسشنامه‌ها به‌صورت حضوری توزیع و توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. در مجموع ۱۴۶ پرسشنامه توزیع شد و تعداد پاسخ‌های معتبر نهایی ۱۳۸ مورد به دست آمد. جمع آوری و تکمیل همه پرسشنامه ها از دی ماه تا اسفند ماه ۱۴۰۳ به طول انجامید.

ابزارهای گردآوری داده ها شامل سه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس سواد سلامت روان (اکونور و کیسی ۲۰۱۵) و پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابک (۱۹۹۶) بود.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: جهت ثبت اطلاعات دموگرافیک از جمله: سن، ازدواج، سابقه بیماری جسمی، سابقه بیماری روان پزشکی، تحصیلات، شغل، میزان درآمد ماهانه، مدت ازدواج، اعتیاد، رضایت از ازدواج، عامل خشونت و تعداد فرزندان، مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس سواد سلامت روان (اکونور و کیسی ۲۰۱۵): این مقیاس ۳۵ سوالی با ۶ خرده‌مقیاس (تشخیص اختلالات، آگاهی از عوامل خطر، آگاهی درمانی، منابع اطلاعاتی، کمک‌های حرفه‌ای، نگرش به بیماری‌های روانی) سه حوزه دانش، نگرش و جستجوی کمک را پوشش می‌دهد. سوالات ۱۵-۱ با مقیاس لیکرت چهاردرجه (۱: خیلی کم تا ۴: خیلی زیاد) و سوالات ۳۵-۱۶ با مقیاس لیکرت پنج درجه (۱: خیلی کم تا ۵: خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. ۱۲ سوال (۲۸-۲۰، ۱۵، ۱۲، ۱۰) معکوس نمره‌گذاری شده و نمره کل بین ۳۵ تا ۱۶۰ (نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از سواد سلامت روان) است (۲۱). روایی نسخه فارسی ۰.۷۹ و پایایی ۰.۵۹ می‌باشد (۲۲) و در پژوهش نجاتیان (۱۶) نیز به کار رفته است.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابک (۱۹۹٦): این پرسشنامه ۲۵ سوالی با مقیاس لیکرت پنج درجه (۱: تقریباً هیچ وقت تا ۵: تقریباً همیشه) پنج مولفه اضطراب اجتماعی شامل ترس از بیگانگان، ارزیابی دیگران، صحبت در جمع، انزوای اجتماعی و آشکارسازی علائم اضطراب را اندازه‌گیری می‌کند (۲۳). ۱۱ سوال (۳،۵،۸،۹،۱۲،۱۳،۱۶،۱۹،۲۱،۲۲،۲۵) معکوس نمره‌گذاری شده و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی کمتر است(۲۴). روایی نسخه فارسی ۰.۶۸ و پایایی آن ۰.۷۶ گزارش شده (۲۵) و در مطالعات دهستانی (۲۶) و حبیب‌زاده (۲۷) استفاده شده است. وضعیت پایایی ابزار های ذکر شده در این مطالعه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. پایایی ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه

ردیف	عنوان ابزار	آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ استاندارد شده	تعداد گویه‌ها
۱	سواد سلامت روان اکونور-کیسی	۰/۷۳۱	۰/۷۷۹	۳۵
۲	اضطراب اجتماعی جرابک	۰/۸۹۷	۰/۹۲۴	۲۵

داده ها با استفاده از نرم افزار آماری spss نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شد. در بخش توصیفی از تحلیل های آماری مانند فراوانی، درصد و جداول استفاده گردید. در بخش استنباطی نیز با توجه به سطح اندازه گیری متغیرها، ابتدا از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و روش چولگی و کشیدگی برای بررسی توزیع نرمال داده ها استفاده شد، و پس از آن برای تعیین قدرت روابط بین متغیرها، ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن محاسبه شد (۲۸).

یافته ها

در مطالعه حاضر ۱۳۸ نفر از زنان تحت خشونت خانگی مورد بررسی قرار گرفتند که اطلاعات جمعیت شناختی آن ها در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان

مشخصه	دسته‌بندی	فراوانی (درصد)
سن (سال)	۱۸-۲۵	۱۵(٪۱۰/۹)
	۲۶-۳۳	۲۸(٪۲۰/۳)
	۳۴-۴۱	۶۱(٪۴۴/۲)
	۴۲-۵۰	۲۸(٪۲۰/۳)
	اعلام نشده	۶(٪۴/۳)
وضعیت تأهل	متأهل	۱۲۶(٪۹۱/۳)
	مطلقه	۹(٪۶/۵)
	سایر	۳(٪۲/۲)
وضعیت اشتغال	بیکار	۶۹(٪۵۰)
	کارمند	۳۰(٪۲۱/۷)
	آزاد	۳۹(٪۲۸/۳)
سطح تحصیلات	بدون تحصیلات	۶(٪۴/۳)
	پایین‌تر از دیپلم	۱۲(٪۸/۷)
	دیپلم	۳۹(٪۲۸/۳)
	فوق دیپلم	۱۸(٪۱۳)
	کارشناسی	۳۹(٪۲۸/۳)
	کارشناسی ارشد	۱۵(٪۱۰/۹)
	دکترا	۹(٪۶/۵)
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۴۲(٪۳۰/۴۵)
	یک فرزند	۴۲(٪۳۰/۴۵)
	دو فرزند	۴۵(٪۳۲/۶)
	سه فرزند	۶(٪۴/۳)
	بیشتر از سه	۳(٪۲/۲)
مدت ازدواج	کمتر از یک سال	۱۲(٪۸/۷)
	یک تا پنج سال	۳۰(٪۲۱/۷)
	پنج تا ده سال	۲۴(٪۱۷/۴)
	بیشتر از ده سال	۷۲(٪۵۲/۲)
رضایت به ازدواج	بله	۱۰۸(٪۷۸/۳)
	خیر	۳۰(٪۲۱/۷)
سابقه بیماری جسمی	بله	۶(٪۴/۳)
	خیر	۱۳۲(٪۹۵/۷)
سابقه بیماری روانی	بله	۶(٪۴/۳)
	خیر	۱۳۲(٪۹۵/۷)

سابقه اعتیاد	سیگار	۹(٪٦/٥)
	ندارد	۱۲۹(٪۹۳/٥)
درآمد مالی	بدون درآمد	۶۹(٪٥۰)
	کمتر از ۵ میلیون تومان	۱۵(٪۱۰/۹)
	۵–۱۰ میلیون تومان	۱۵(٪۱۰/۹)
	۱۰–۱۵ میلیون تومان	۱۵(٪۱۰/۹)
	بیشتر از ۱۵ میلیون تومان	۲۴(٪۱۷/٤)
عامل خشونت	همسر	۱۲۳(٪۸۹/۲)
	پدر	۶(٪٤/۳)
	سایر	۹(٪٦/٥)

جدول۳ توزیع فراوانی نمره کل اضطراب اجتماعی و سواد سلامت روان را نشان می‌دهد.

جدول ۳. توزیع فراوانی نمره کل سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی

متغیر اصلی	دسته بندی نمرات	فراوانی (درصد)
نمره کل سواد سلامت روان	پایین (۶۰–۳۵)	۳۳(٪۲٤)
	متوسط رو به پایین (۹۰–۶۱)	۷۵(٪٥٤/۳)
	متوسط رو به بالا (۱۲۰–۹۱)	۳۰(٪۲۱/۷)
	بالا(۱۶۰–۱۲۱)	۰
نمره کل اضطراب اجتماعی	خیلی بالا (۵۰–۲۵)	۲۷(٪۱۹/٥)
	بالا (۷۵–۵۱)	٦۰(٪٤۳/٤)
	متوسط (۱۰۰–۷۶)	۳۳(٪۲٤)
	پایین (۱۲۵–۱۰۱)	۱۸(٪۱۳/۱)

جدول ۴ آمار توصیفی اضطراب اجتماعی و سواد سلامت روان را نشان می‌دهد.

جدول٤. شاخص های توصیفی اضطراب اجتماعی و سواد سلامت روان

متغیر	میانگین	حداقل	حداکثر	چولگی	کشیدگی
سواد سلامت روان					
توانایی تشخیص اختلالات	۱۸/۱۵±۵/۲۶	۶	۳۰	-۰/۰۲	-۰/۵۰
آگاهی از عوامل خطر و علل اختلالات	۸/۹۳±۲/۳۹	۲	۱۲	-۱/۰۳	۰/۳۹
آگاهی در مورد درمان	۶/۷۶±۲/۵۹	۰	۱۱	-۰/۶۲	-۰/۰۳
آگاهی درمورد منابع معتبر جستجوی اطلاعات	۱۱/۳۷±۳/۵۵	۰	۱۸	-۰/۸۳	۱/۳۴
آگاهی در مورد کمک‌های حرفه‌ای در دسترس	۲۰/۵۰±۷/۷۴	۱۰	۳۹	۰/۵۴	-۰/۴۸
نگرش عمومی در مورد افراد مبتلا به بیماری‌های روانی	۹/۴۶±۳/۲۶	۴	۱۷	۰/۷۰	-۰/۴۷
نمره کل سواد سلامت روان	۷۵/۲۰±۱۷/۷۹	۴۳	۱۱۳	۰/۰۰	-۰/۶۷
اضطراب اجتماعی					
ترس از بیگانگان	۲۰/۷۶±۷/۳۶	۱۱	۳۴	۰/۳۴	-۱/۲۲
ترس از ارزیابی توسط دیگران	۱۱/۸۷±۳/۹۵	۵	۲۰	۰/۲۱	-۰/۹۶
ترس از صحبت کردن در جمع	۱۳/۰۴±۳/۷۹	۷	۲۴	۱/۱۲	۰/۹۴

ترس از انزوای اجتماعی	۱۱/۹۳±۳/۸۹	۶	۲۰	۰/۲۹	−۱/۰۱
ترس از آشکار شدن علائم اضطراب	۱۲/۵۹±۳/۳۸	۷	۱۹	۰/۶۵	−۰/۶۳
نمره کل اضطراب اجتماعی	۷۰/۳۹±۲۰/۲۱	۴۲	۱۱۲	۰/۵۵	−۰/۸۷

با توجه به توزیع غیرنرمال متغیرها در این بخش از آزمون همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن برای بررسی روابط بین سواد سلامت روان و لضطراب اجتماعی با متغیرهای جمعیت شناختی استفاده شد. جدول شماره ۵ این همبستگی ها را نشان می دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون همبستگی بین سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی با متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	نمره کل سواد سلامت روان	نمره کل اضطراب اجتماعی
نمره کل اضطراب اجتماعی	۰/۵۶۳**	۱
نمره کل سواد سلامت روان	۱	۰/۵۶۳**
سن	−۰/۰۸۴	۰/۰۰۲
وضعیت اشتغال	۰/۲۵۰**	۰/۲۴۵**
میزان تحصیلات	۰/۳۶۶**	۰/۲۷۸**
تعداد فرزندان	−۰/۰۶۸	۰/۱۳۶
مدت ازدواج	۰/۰۷۱	۰/۱۸۶*
سابقه بیماری جسمی	۰/۱۰۴	۰/۰۸۸
سابقه بیماری روانی	−۰/۲۴۱*	۰/۰۵۲
سابقه اعتیاد	−۰/۰۹۰	۰/۲۰۹*
درآمد ماهیانه	۰/۱۹۴*	۰/۱۳۶

P<۰/۰۵*, p<۰/۰۱**

نتایج جدول ۵ نشان داد که سواد سلامت روان همبستگی مثبت متوسط با اضطراب اجتماعی (p<۰/۰۱)، (r =۰/۵۶۳) دارد، با توجه به نمره گذاری معکوس اضطراب اجتماعی (نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب کمتر است)، با افزایش سواد سلامت روان، سطح اضطراب اجتماعی در این جمعیت از زنان تحت خشونت خانگی تمایل به کاهش داشت. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات ارتباط مثبت و معناداری با هر دو متغیر سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی دارند. عدم سابقه بیماری روانی با سواد سلامت روان، مدت ازدواج بیشتر و عدم سابقه اعتیاد با اضطراب اجتماعی کمتر و درآمد ماهیانه با سواد سلامت روان ارتباط معناداری را نشان می‌دهند. سن و تعداد فرزندان در این نمونه ارتباط معناداری با متغیرهای سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی نداشتند.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی با متغیرهای جمعیت‌شناختی در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی انجام شد. یافته‌های این پژوهش را می‌توان در چند محور اصلی خلاصه نمود: سطح اضطراب اجتماعی در شرکت‌کنندگان در حد متوسط رو به بالا و سطح سواد سلامت روان در حد متوسط رو به پایین بود. بین این دو متغیر اصلی، همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد. همچنین، هر یک از این متغیرها با برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از قبیل وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و درآمد ماهیانه مرتبط بودند.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه نشان داد که اکثریت قریب به اتفاق زنان متأهل (۹۱.۳ درصد) و تقریباً نیمی از آنان بیکار (۵۰ درصد) بودند. این الگو با شواهد پیشین مبنی بر نقش وابستگی اقتصادی در تداوم چرخه خشونت خانگی همخوانی دارد. اکثر شرکت‌کنندگان خشونت از سوی همسر (۸۹.۲ درصد) را تجربه کرده‌اند که با الگوهای جهانی خشونت شریک زندگی به عنوان شایع‌ترین شکل خشونت مطابقت دارد (۱, ۲۹).

همچنین، توزیع متنوع سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان (با سهم برابر ۲۸.۳ درصدی برای دیپلم و کارشناسی) این

واقعیت را تأیید می‌کند که خشونت خانگی زنان را در تمامی سطوح تحصیلی تحت تأثیر قرار می‌دهد و فرضیه نقش محافظتیِ تحصیلات را به چالش می‌کشد. این یافته با پژوهش رسولیان و همکاران که شیوع خشونت خانگی را در کلیه سطوح اجتماعی–اقتصادی ایران گزارش کرده‌اند، همسو است (۳۰).

۵۲.۲ درصد شرکت‌کنندگان بیش از ده سال ازدواج کرده بودند، که نشان می‌دهد بسیاری از زنان روابط خشونت‌آمیز را طولانی تحمل می‌کنند. این با یافته‌های مطالعات ایرانی همخوانی دارد (۹). اکثر زنان (۷۸.۳ درصد) ابتدا از ازدواج رضایت داشتند، اما بعداً خشونت را تجربه کردند که ماهیت تدریجی سوءاستفاده را برجسته می‌کند. این الگو توصیف طاهرخانی از تدریجی بودن تخریب روابط را منعکس می‌کند (۳۱). وابستگی مالی بالا (۵۰ درصد بدون درآمد) بر اهمیت توانمندسازی اقتصادی تأکید دارد. نمونه‌گیری مبتنی بر مراجعه به پزشکی قانونی ممکن است شامل زنان با خشونت شدیدتر باشد؛ لذا تعمیم یافته‌ها به تمام زنان تحت خشونت خانگی نیازمند احتیاط است.

میانگین نسبتاً بالای اضطراب اجتماعی در زنان تحت خشونت خانگی (۷۰/۳۹) آسیب‌پذیری این گروه در برابر مشکلات سلامت روان را تأیید می‌کند. این یافته با نتایج جیناوالی و همکاران مبنی بر وجود علائم اضطراب و افسردگی در تقریباً ۵۰ درصد زنان تجربه‌کننده خشونت خانگی مطابقت دارد (۳۲). همچنین نتایج ناتانسون و همکاران بیانگر افزایش افسردگی و اختلال اضطراب پس از سانحه در این زنان بود (۳۳). در رابطه با زیر گروه های اضطراب اجتماعی، بالاترین میانگین برای ترس از بیگانگان (۲۰/۷۶) احتمالاً ناشی از احساس ناامنی و بی‌اعتمادی پس از تجربه خشونت در روابط نزدیک است که به سایر تعاملات اجتماعی تعمیم می‌یابد.

میانگین متوسط رو به پایین سواد سلامت روان در این نمونه (۷۵/۲۰) نشان می‌دهد این زنان ممکن است در تشخیص مشکلات سلامت روان، آگاهی از عوامل خطر و درمان‌ها، و جستجوی کمک حرفه‌ای با چالش مواجه باشند. این یافته با مطالعه جعفری و همکاران که سطح سواد سلامت روان زنان را متوسط گزارش کرد، مطابقت دارد (۳۴). در رابطه با زیر گروه های سواد سلامت روان، بالاترین میانگین برای آگاهی در مورد کمک‌های حرفه‌ای (۲۰/۵۰) احتمالاً ناشی از مراجعه آن‌ها به مرکز پزشکی قانونی و مواجهه با اطلاعات خدمات حمایتی است.

با توجه به یافته های این پژوهش، همبستگی مثبت متوسط بین سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی (نمره بالاتر در پرسشنامه جرابک به معنای اضطراب کمتر است) ($r = ۰/۵۶۳$) ($p < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد که با افزایش سواد سلامت روان، سطح اضطراب اجتماعی در این جمعیت کاهش می‌یابد. این یافته نشان می‌دهد که آگاهی بیشتر در مورد سلامت روان می‌تواند به مدیریت بهتر علائم اضطراب کمک کند. مطابق با نتایج ما مطالعه محمدی نیا و همکاران نشان داد سواد سلامت با تقویت انعطاف پذیری روانشناختی، الگوهای فکری غیرسازنده را کاهش می دهد و به طور غیرمستقیم اضطراب را کم می کند (۳۵). همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین اضطراب اجتماعی و سواد سلامت روان با برخی مولفه‌های جمعیت‌شناختی همبستگی‌های معناداری وجود دارد. وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات با هر دو متغیر کلیدی (اضطراب اجتماعی کمتر، سواد سلامت روان بالاتر) همبستگی مثبت و معنادار داشتند (۳۶, ۳۷) نداشتن سابقه بیماری روانی با نمرات پایین‌تر در سواد سلامت روان همراه بود، که با تحقیق غضنفری و همکاران مغایرت دارد (۳۸). این مغایرت ممکن است ناشی از آگاهی کمتر افراد بدون سابقه بیماری روانی باشد، چرا که مواجهه با مشکلات روانی سواد سلامت روان را افزایش می‌دهد (۳۹–۴۱).

سابقه اعتیاد با اضطراب اجتماعی ارتباط معنادار داشت؛ زنان بدون سابقه اعتیاد اضطراب اجتماعی کمتری داشتند (۴۲). سن و تعداد فرزندان با هیچیک از متغیرهای کلیدی رابطه معنادار نداشتند، که با مطالعاتی مانند ندری و همکاران همسو است (۴۳). درآمد ماهیانه با سواد سلامت روان همبستگی مثبت و معنادار داشت (۴۴). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات از مهم‌ترین عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش سواد سلامت روان در زنان هستند. همچنین، سابقه بیماری جسمی و روانی، مدت ازدواج، سابقه اعتیاد و درآمد ماهیانه نیز به صورت معناداری با یکی از متغیرهای سواد سلامت روان یا اضطراب اجتماعی مرتبط بودند.

اگرچه این مطالعه با محدودیت‌هایی روبرو بود، اما یافته‌های آن می‌تواند نقشه راهی برای اقدامات عملی فراهم آورد. مهم‌ترین این محدودیت‌ها عبارت بودند از:

اول، طرح مقطعی مطالعه که مانع از استنباط رابطه علّی بین متغیرها می‌شود. دوم، اتکا به داده‌های خوداظهاری که با توجه به ماهیت حساس خشونت خانگی، ممکن است منجر به سوگیری مطلوبیت اجتماعی شده باشد؛ به طوری که زنان شرکت‌کننده ممکن است به دلیل شرم، ترس از قضاوت یا احساس گناه، برخی علائم اضطراب را کمتر از میزان واقعی گزارش کرده باشند. سوم، محدودیت در قابلیت تعمیم یافته‌ها به دلیل نمونه‌گیری از زنان مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی تهران؛ همانطور که حاج‌نصیری و همکاران اشاره کرده‌اند، شیوع خشونت خانگی در برخی مناطق شرقی ایران ممکن است تا ۷۰ درصد باشد و الگوی آن در محیط‌های شهری و روستایی متفاوت است (۷). چهارم، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مهم از قبیل شدت، تداوم و انواع خاص خشونت که ممکن است روابط بین متغیرهای کلیدی پژوهش را تعدیل کنند. در نهایت، محدودیت‌های اجرایی شامل طولانی بودن فرآیند اخذ مجوز از سازمان پزشکی قانونی و الزام به همراهی استاد مشاور از این سازمان، از چالش‌های عملی این پژوهش بود. با توجه به مطالب ذکر شده می‌توان پاسخ به سوال اصلی پژوهش را این گونه خلاصه کرد که بین سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی در زنان قربانی خشونت خانگی رابطه معناداری وجود دارد و این رابطه تحت تأثیر عوامل جمعیت شناختی چون اشتغال، تحصیلات و درآمد قرار می‌گیرد. بر این اساس، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی هدفمند برای ارتقای سواد سلامت روان و همچنین برنامه‌های توانمندسازی اقتصادی می‌تواند به عنوان دو رکن اصلی در ارایه خدمات حمایتی به این گروه از زنان در نظر گرفته شود.

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و درآمد ماهانه، مهم‌ترین عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با کاهش اضطراب اجتماعی و ارتقای سواد سلامت روان در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی هستند. علاوه بر این، بین سواد سلامت روان و اضطراب اجتماعی در این گروه رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد، به طوری که افزایش آگاهی و مهارت‌های مرتبط با سلامت روان با کاهش سطح اضطراب اجتماعی همراه بود. این الگوها با مطالعات پیشین در این حوزه مطابقت دارد و نقش عوامل اقتصادی-اجتماعی را در تبیین پیامدهای روانشناختی خشونت خانگی برجسته می‌سازد.

با توجه به یافته‌های حاضر، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی هدفمند جهت ارتقای سواد سلامت روان در میان زنان قربانی خشونت خانگی، می‌تواند به عنوان یک راهبرد مداخله‌ای مؤثر در کاهش علائم اضطراب اجتماعی و بهبود بهزیستی روانی آنان مورد توجه قرار گیرد. همچنین، ایجاد و گسترش برنامه‌های توانمندسازی اقتصادی و حرفه‌ای، به ویژه برای زنان با سطح درآمد پایین و وضعیت اشتغال ناپایدار، می‌تواند عاملی محافظتی در برابر تداوم چرخه خشونت و پیامدهای روانی آن باشد. این مداخلات بهتر است در قالب ارائه خدمات تلفیقی روانشناختی-اجتماعی در مراکز حمایتی، کلینیک‌های سلامت روان و مراجع قانونی مرتبط ارائه شوند.

به منظور تعمیق درک حاضر، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با به کارگیری طرح‌های طولی و علّی- مقایسه‌ای، به بررسی رابطه علّی بین متغیرهای اصلی این پژوهش بپردازند. همچنین، گسترش دامنه نمونه‌گیری به گروه‌های متنوع‌تر از جمله زنان ساکن مناطق روستایی، زنان بدون دسترسی به خدمات حمایتی رسمی و نیز زنان با پیشینه‌های قومی-فرهنگی متفاوت، می‌تواند به تعمیم‌پذیری بهتر یافته‌ها بینجامد. بررسی نقش تعدیلگر متغیرهایی همچون شدت و مدت خشونت، نوع خشونت و نیز عوامل حمایتی اجتماعی و خانوادگی نیز می‌تواند ابعاد پیچیده‌تری از این پدیده را روشن سازد.

سپاسگزاری

این مقاله قسمتی از یک طرح تحقیقاتی (پایان نامه مقطع ارشد) بزرگتر مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند که از شرکت کنندگان و حامیان (دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران، معاونت پژوهشی و اساتید دانشکده پرستاری، سازمان پزشکی قانونی استان تهران) پژوهش حاضر تقدیر و تشکر کنند.

تعارض منافع

در پژوهش حاضر هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Grose RG, Roof KA, Semenza DC, Leroux X, Yount KM. Mental health, empowerment, and violence against young women in lower-income countries: A review of reviews. Aggression and Violent Behavior. 2019;46:25-36. 2019;46:25-36. https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.01.007
2. Tsuyuki K, Cimino AN, Holliday CN, Campbell JC, Al-Alusi NA, Stockman JK. Physiological Changes from Violence-Induced Stress and Trauma Enhance HIV Susceptibility Among Women. Curr HIV/AIDS Rep. 2019;16(1):57-65. https://doi.org/10.1007/s11904-019-00435-8
3. Organization WH. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women: World Health Organization; 2021.
4. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: World Health Organization; 2013.
5. Dehghani-Firoozabadi E-S, Mohtashami J, Atashzadeh-Shoorideh F, Nasiri M, Dolatian M, Sedghi S. Correlation between Religious Attitude and Resiliency of Women under Domestic Violence. Global Journal of Health Science. 2016;9(3):199. https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n3p199
6. United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women Estimation and Data. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2021.
7. Hajnasiri H, Ghanei Gheshlagh R, Sayehmiri K, Moafi F, Farajzadeh M. Domestic Violence Among Iranian Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iran Red Crescent Med J. 2016;18(6):e3497. https://doi.org/10.5812/ircmj.34971
8. Raziani Y, Hasheminasab L, Gheshlagh RG, Dalvand P, Baghi V, Aslani M. The prevalence of intimate partner violence among Iranian pregnant women: a systematic review and meta-analysis. Scand J Public Health. 2024;52(1):108-18. https://doi.org/10.1177/14034948221119641
9. Vizheh M, Zanjari N. Factors Associated with Domestic Violence Against Women in Tehran. Journal of Social Work Research. 2017;4(14):37-66.
10. Pournaghash-Tehrani S. Domestic violence in Iran: A literature review. Aggression and violent behavior. 2011;16(1):1-5. https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.12.001
11. Caldwell JE, Swan SC, Woodbrown VD. Gender differences in intimate partner violence outcomes. Psychology of violence. 2012;2(1):42. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0026296 https://doi.org/10.1037/a0026296
12. Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. World report on violence and health. 2002;1:87-113.
13. McNeil DW, Randall CL. Conceptualizing and describing social anxiety and its disorders. Social anxiety: Elsevier; 2014. p. 3-26. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394427-6.00001-7 https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394427-6.00001-7
14. Morgan K, Buller AM, Evans M, Trevillion K, Williamson E, Malpass A. The role of gender, sexuality and context upon help-seeking for intimate partner violence: A synthesis of data across five studies. Aggression and violent behavior. 2016;31:136-46. https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.09.001
15. Fanti KA. Individual, social, and behavioral factors associated with co-occurring conduct problems and callous-unemotional traits. J Abnorm Child Psychol. 2013;41(5):811-24. https://doi.org/10.1007/s10802-013-9726-z
16. Nejatian M, Tehrani H, Momeniyan V, Jafari A. A modified version of the mental health literacy scale (MHLS) in Iranian people. BMC Psychiatry. 2021;21(1):53. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03050-3
17. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. Am Psychol. 2012;67(3):231-43. https://doi.org/10.1037/a0025957
18. Bahrami M, Shokrollahi P, Kohan S, Momeni G, Rivaz M. Reaction to and Coping With Domestic Violence by Iranian Women Victims:

A Qualitative Approach. Glob J Health Sci. https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n7p100 https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n7p100

19. Walter B, Chung D, Waters R, Watts L. Exploring lived experience of family and domestic violence against women with disability: A scoping review. Trauma, Violence, & Abuse. 2024;25(3):1925-37. https://doi.org/10.1177/15248380231201813
20. Shirvani R, Maryami M, Jafari A. Investigating the promotion of mental health literacy. 10th International Conference on Health, Treatment and Health Promotion2022.
21. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. Psychiatry Res. 2015;229(1-2):511-6. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064
22. Zarebi A, Jafari F, Hosseinian s, Abdollahi A. Psychometric properties of the Persian version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) on Iranian students in 1398. Journal of Research in Psychological Health. https://doi.org/10.52547/rph.14.4.85
23. Javdan M, Shahri F. Defense Mechanisms, Impaired Emotion Regulation and Intolerance of Uncertainty in Students with and without Social Anxiety: A Comparative Study. Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal. 2023;5(1):171-81. https://doi.org/10.52547/ieepj.5.1.171
24. Hosseinchari M, Fadakar MM. Investigating the Effects of Higher Education on Communication Skills Based on Comparison of College and High School Students. Teaching and Learning Research. 2006;3(2):21-32.
25. Salmalian H, maleki pirbazari m, Salehi S. The relationship early maladaptive schemas of students with their academic burnout and social anxiety (A Canonical Correlation). Journal of Educational Sciences. 2020;27(1):183-202.
26. Dehestani M, Shamsi S, Mahdavi A. Investigating The Relationship Between Perfectionism and Social Anxiety WithMediation by Cognitive Insight. journal of Psychology new Ideas. 2021;9(13):1-12. http://jnip.ir/article-1-559-en.html
27. Habibzadeh Z, Ghorban Shiroudi S. The Relationship Between Addiction to Online Games and Social Anxiety in Adolescents. journal of Psychology new Ideas. 2023;15(19):0. http://jnip.ir/article-1-903-en.html
28. Seiler A, Kohler S, Ruf-Leuschner M, Landolt MA. Adverse childhood experiences, mental health, and quality of life of Chilean girls placed in foster care: An exploratory study. Psychol Trauma. 2016;8(2):180-7. https://doi.org/10.1037/tra0000037
29. Hajnasiri H, Gheshlagh RG, Karami M, Taherpour M, Khatooni M, SayehMiri K. Physical, sexual and emotional violence among Iranian women: a systematic review and meta-analysis study. 2017. https://www.researchgate.net/publication/313388703_Physical_sexual_and_emotional_violence_among_Iranian_women_A_systematic_review_and_meta-analysis_study https://doi.org/10.5812/ircmj.34971
30. Rasoulian M, Habib S, Bolhari J, Hakim Shooshtari M, Nojomi M, Abedi S. Risk factors of domestic violence in Iran. J Environ Public Health. 2014;2014:352346. https://doi.org/10.1155/2014/352346
31. Taherkhani S. The Development and Psychometric Assessment of a Coping Inventory for Intimate Partner Violence Among Abused Iranian Women. J Interpers Violence. 2022;37(17-18):NP16670-NP99. https://doi.org/10.1177/08862605211023488
32. Gnawali S, Atteraya MS, Kim E. Association Between Domestic Violence and Mental Health Among Nepalese Women: Results from a Nationally Representative Sample. J Interpers Violence. 2024:8862605241271333. https://doi.org/10.1177/08862605241271333
33. Nathanson AM, Shorey RC, Tirone V, Rhatigan DL. The Prevalence of Mental Health Disorders in a Community Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. Partner Abuse. 2012;3(1):59-75. https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.1.59
34. Jafari R, Zenoozian S, Hajimiri K. Evaluating Mental Health Literacy among Iranian Women: A Cross-Sectional Study. Journal of Human Environment and Health Promotion. 2024;10(2):89-95. https://doi.org/10.61186/jhehp.10.2.89
35. Mohammadinia N, Nasehi A, Niusha B. The Effect of Health Literacy on Health Anxiety with the Mediation of Cyberchondria and Cognitive Flexibility in Breast Cancer Patients. Journal of

Nursing Education. 2024;11(6):129-40.
36. Rahnama FS. Survey of Awareness and Attitude about Domestic Violence among Married Women in Fasa, During Coronavirus Quarantine, 1399. Journal of Advanced Biomedical Sciences. 2020;10(4):2806-14. http://jabs.fums.ac.ir/article-1-2482-en.html
37. Kazemi Z, Ghassemi G. The Social Factors Affecting Domestic Violence Against Women (Case Study in Karaj City). Journal of Criminal Law and Criminology. 2023;11(21):131-63.
38. Ghazanfari F. The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city. Journal of fundamentals of mental health. 2008;10(37):47-54.
39. Anbesaw T, Asmamaw A, Adamu K, Tsegaw M. Mental health literacy and its associated factors among traditional healers toward mental illness in Northeast, Ethiopia: A mixed approach study. PLoS One. 2024;19(2):e0298406. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298406
40. Fleary SA, Joseph PL, Goncalves C, Somogie J, Angeles J. The Relationship Between Health Literacy and Mental Health Attitudes and Beliefs. Health Lit Res Pract. 2022;6(4):e270-e9. https://doi.org/10.3928/24748307-20221018-01
41. Elkin N, Mohammed AK, Kilincel S, Soydan AM, Tanriver SC, Celik S, et al. Mental health literacy and happiness among university students: a social work perspective to promoting well-being. Front Psychiatry. 2025;16:1541316. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1541316
42. Ayiro L, Misigo BL, Dingili R, editors. Stress levels, coping strategies, and mental health literacy among secondary school students in Kenya. Frontiers in Education; 2023: Frontiers Media SA. https://doi.org/10.3389/feduc.2023.1099020
43. Nadri M, Sadeghi M, Rezaei F. Presenting a causal model of social anxiety disorder based on primary maladaptive schemas and childhood traumas with the mediating role of emotional coping strategy. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2022;12(2):49-72.
44. Bakhshalipour V, Khodaparast S, Kalashi M. The effect of Socio-Economic Variables on the Relationship between Health Literacy and General Health and the Quality of Life in Inactive Staff of Baqerul Uloom Marine Science Training Center. Journal of Marine Medicine. 2023;5(1):22-30.