دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست- پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هفدهم، شماره ۶، صفحه ۱۲۵۱– ۱۲۳۶ (بهمن و اسفند ۱۳۹۳)

ISMJ 2015; 17(6): 1236-1251

کاربرد سازه‌های اساسی نظریه شناخت اجتماعی در پیشگویی سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر سال ۹۲–۱۳۹۱

مکیه جمالی [۱]، آزیتا نوروزی [۱*]، رحیم طهماسبی [۲ و ۳]

[۱] گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
[۲] گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
[۳] بخش ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

(دریافت مقاله: ۹۲/۲/۲۱– پذیرش مقاله: ۹۲/۴/۲)

چکیده

زمینه: یکی از محورهای ارزیابی سلامت در جوامع مختلف، بهداشت روان است که نقش مهمی را در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه به‌خصوص در قشر دانشجو ایفا می‌کند. بنابراین این مطالعه با هدف کاربرد سازه‌های اساسی نظریه‌ی شناخت اجتماعی در پیشگویی سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی منظم در ۴۲۸ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال تحصیلی ۹۲–۱۳۹۱ انجام شد. اطلاعات توسط ۵ پرسشنامه استاندارد شامل پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی، استرس تحصیلی، حمایت اجتماعی چند بعدی، انتظار پیامد دانشجو و کیفیت زندگی (SF-36) جمع‌آوری گردید. سپس داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ و با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه بین سلامت روان با حمایت اجتماعی (p=۰/۰۰۰ و r=۰/۳۷)، استرس تحصیلی (p=۰/۰۰۰ و r=–۰/۴۵) و خودکارآمدی تحصیلی (p=۰/۰۰۰ و r=۰/۲۴) رابطه معنی‌داری وجود داشت. در مدل رگرسیون خطی عوامل پیشگویی کننده سلامت روان متغیرهای نوع دانشکده، ارزیابی مشاوره درسی و غیردرسی و سازه‌های خودکارآمدی (B=۱/۴۹ و p=۰/۰۳۱)، استرس تحصیلی (B=–۴/۳۵ و p=۰/۰۰۰) و حمایت اجتماعی (B=۴/۷۷ و p=۰/۰۰۰) بود. به‌علاوه جنسیت، تحصیلات مادر و شغل پدر از طریق حمایت اجتماعی و سهمیه قبولی در کنکور و ارزیابی مشاوره درسی از طریق خودکارآمدی تحصیلی به‌طور غیرمستقیم بر سلامت روان تأثیر می‌گذاشتند.

نتیجه‌گیری: با استفاده از راهبردهای افزایش خودکارآمدی و ایجاد محیط حمایت کننده، همچنین کاهش استرس به‌ویژه با برگزاری جلسات مشاوره درسی و غیردرسی می‌توان سلامت روان دانشجویان را ارتقاء بخشید.

واژگان کلیدی: سلامت روان، خودکارآمدی، استرس روان‌شناختی، حمایت اجتماعی، دانشجویان

* بوشهر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
Email :azitanoroozi@yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی سلامت را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی تعریف می‌کند. بر همین اساس، یکی از محورهای ارزیابی سلامت در جوامع مختلف، بهداشت روان است که نقش مهمی را در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند (۱).

هدف اصلی سلامت روان کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کامل‌تر و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است (۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸، ۱۴ درصد جمعیت دنیا مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند (۳) و بودجه مالی حاصل از افزایش سال‌های عمر از دست رفته به‌دلیل بیماری‌های روحی و روانی تا سال ۲۰۲۰ به‌میزان ۱۵ درصد افزایش خواهد یافت (۴). انجمن ملی سلامت روان نیز، بر اساس گزارش مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا در سال ۲۰۰۵، اعلام داشت که ۷/۸ درصد مردان و ۱۲/۳ درصد زنان در سنین ۲۴- ۱۸ سالگی از مشکلات روان رنج می‌برند (۱).

آسیب‌پذیری قشر دانشجو در مقابل موقعیت‌ها و مشکلات مختلف از قبیل امتحان، فعالیت‌های کلاسی، فقدان اوقات فراغت، ساعات طولانی مطالعه و نگرانی درباره نمره امتحانی باعث ابتلا آنها به انواع اختلالات روان‌شناختی و از دست دادن سلامت روان می‌گردد (۵). مطالعات صورت گرفته بر روی دانشجویان، میزان اختلالات روانی را در این گروه بین ۴۱-۱۶/۵ درصد گزارش نموده (۶) و انجمن ملی سلامت، اضطراب را در دانشجویان پسر ۴۶ درصد و در دانشجویان دختر ۶۴ درصد گزارش کرده است. بنابراین با توجه به اهمیت سلامت روان و نامناسب بودن آن در دانشجویان لازم است عوامل مؤثر بر آن شناسایی شود (۱).

امروزه الگوها و نظریه‌های آموزش سلامت عوامل متعددی که یک رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند شناسایی نموده، روابط بین این عوامل و شرایطی که تحت آن شرایط این روابط رخ می‌دهند را معین می‌نمایند (۷). یکی از مهم‌ترین نظریه‌های تغییر رفتار در زمینه آموزش سلامت که هم عوامل فردی و هم عوامل محیطی را در کنترل رفتار مؤثر می‌داند، نظریه‌ی شناخت اجتماعی (Social Cognitive Theory) می‌باشد که توسط بندورا (Bandura) پایه‌گذاری شد. نظریه‌ی شناخت اجتماعی، عملکرد انسان را نتیجه تعامل متقابل و پویا بین عوامل روان‌شناختی (شخصی)، محیط فیزیکی– اجتماعی و رفتار می‌داند (۸).

یکی از عوامل روان‌شناختی مؤثر، خودکارآمدی است که نقش ویژه‌ای در ابعاد مختلف زندگی و سلامت افراد دارد، همچنین نقش اصلی را در سبک تفکر فردی، تصمیم‌گیری، کیفیت برخورد با مشکلات و بیماری‌های روانی دارد (۹). بندورا خودکارآمدی را باور و قضاوت افراد از توانایی‌هایشان در انجام تکالیف خاص در موقعیت‌های ویژه تعریف می‌کند (۱۰). خودکارآمدی تحصیلی، به‌طور خاص، به معنی اطمینان در انجام وظایف تحصیلی مانند خواندن کتاب، پاسخ به سئوالات در کلاس و آمادگی جهت آزمون می‌باشد (۱۱). خودکارآمدی بالا با پیامدهای سلامت بهتر و به‌کارگیری رفتارهای پیشگیرانه و ارتقاء دهنده سلامت ارتباط دارد (۱۲) به‌طوری که دانشجویان با خودکارآمدی تحصیلی بالاتر، استرس تحصیلی کمتر و سلامت روحی و روانی بالایی را حفظ می‌کنند، در نتیجه قادر به مواجهه مؤثرتر با استرس‌آورهای تحصیلی هستند (۱۱). از سوی دیگر بر طبق این نظریه، خودکارآمدی بر انتظار نتیجه اثر می‌گذارد (۱۳). انتظار نتیجه یک مؤلفه شناختی–

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

انگیزشی درباره‌ی باور دانشجو در رابطه با ارزش پیگیری تکالیف تحصیلی بوده (۱۴) و به‌عنوان مشوق یا منع کننده رفتار سالم می‌باشد. این دو سازه از جمله سازه‌های ارزشمند جهت پیشگویی رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم در زندگی هستند (۱۵).

علاوه‌بر عوامل روان‌شناختی، عوامل محیطی نیز می‌توانند سلامت روان را تحت تأثیر قرار دهند. از میان عوامل محیطی متعدد می‌توان به استرس تحصیلی و حمایت اجتماعی اشاره نمود (۱۶). استرس شرایطی است که در نتیجه تعارض میان فرد و محیط به‌وجود می‌آید و باعث ایجاد ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود (۱۷). سطوح بالای استرس می‌تواند به‌طور منفی سلامت را تحت تأثیر قرار دهد و منجر به پیامدهای فیزیکی، روحی و روان‌شناختی شود (۱۱).

در این راستا مطالعه‌ای که توسط آرتین (Artin) در سال ۲۰۱۰ بر روی ۱۳۶ دانشجوی پزشکی در آمریکا انجام گرفت مشخص نمود که احساسات منفی مانند اضطراب می‌توانند باورهای خودکارآمدی را تحت تأثیر قرار داده و از این طریق سلامت فرد را تحت تأثیر قرار دهند (۷). در مقابل، حمایت اجتماعی با فراهم کردن منابع اطمینان بخش (۱۱)، با کاهش عوامل استرس‌زا باعث بهبود و ترغیب رفتارهای سالم در دانشجویان می‌شود (۱۶).

در سال‌های اخیر مطالعاتی نظریه بندورا را در حوزه آموزش سلامت به‌کار برده‌اند اما به‌دلیل گستردگی این نظریه، بررسی‌ها بر روی تعداد محدودی از سازه‌ها متمرکز شده است. مطالعه فولادوند و همکاران در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ در دانشگاه تربیت معلم به‌منظور بررسی روابط بین حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و استرس تحصیلی با سلامت روانی- جسمانی بر روی ۳۲۰ دانشجو انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که سطوح بالاتر سلامت روانی - جسمانی با نمرات بالاتر حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و نمرات پایین‌تر استرس تحصیلی مرتبط است و رابطه بین حمایت اجتماعی با سلامت روانی - جسمانی از طریق خودکارآمدی تحصیلی و استرس تحصیلی و رابطه بین خودکارآمدی تحصیلی با سلامت روانی - جسمانی از طریق استرس تحصیلی میانجی‌گری شده است (۱۶).

در مطالعه تورس و سولبرگ (Torres & Solberg) که در سال ۲۰۰۱ به جهت بررسی نقش خودکارآمدی، استرس و حمایت اجتماعی بر سلامت بر روی ۱۷۹ نفر از دانشجویان انجام گرفت، مشخص شد که هیچ رابطه‌ای بین حمایت خانوادگی و سلامت وجود نداشته و خودکارآمدی با استرس تحصیلی در ارتباط بوده و استرس نیز ارتباط قوی با سلامت روانی- جسمانی داشت (۱۱). مطالعه میرسمیعی و همکاران با هدف بررسی رابطه بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان با سلامت روان که در ۳۰۰ دانشجوی دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه علامه طباطبایی در سال ۸۵-۸۴ صورت گرفت نشان داد که بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده با سلامت روان رابطه مثبت و معناداری موجود بوده اما بین اضطراب و سلامت روان رابطه منفی معنادار وجود دارد (۱۸).

نتایج مطالعه موهد (Mohd) که در سال ۲۰۱۲ در مالزی به‌منظور بررسی تاثیر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده بر سازگاری روانی در ۱۸۵ دانشجوی لیسانس بین‌الملل در یک مؤسسه آموزشی انجام شد نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی (حمایت دوستان) با سازگاری روانی وجود دارد (۱۹).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

با توجه به تناقضات موجود در زمینه‌ی عوامل مؤثر بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه‌های مختلف و از آنجایی که تاکنون مطالعه‌ای در این رابطه در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام نشده است، محققین بر آن شدند تا با به‌کارگیری سازه‌های اساسی نظریه شناخت اجتماعی عوامل مؤثر بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر را مشخص نمایند تا با شناسایی این عوامل راه‌کارهای مؤثری را جهت ارتقاء سطح سلامت روان در دانشجویان طراحی و برنامه‌ریزی نمایند.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی – تحلیلی از نوع مقطعی است که بر روی ۴۲۸ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر که در دانشکده‌های بهداشت، پیراپزشکی، پرستاری – مامایی و دندانپزشکی – پزشکی در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بودند انجام شد. حجم نمونه بر اساس ضریب همبستگی ۰/۲ بین نمره خودکارآمدی و سلامت روان به‌دست آمده از مطالعات پیشین، در سطح خطای ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰ با تعداد ۱۴ متغیر تبیینی ۴۲۸ نفر برآورد گردید که جهت اطمینان از تعداد کافی نمونه‌ها ۴۵۱ دانشجو وارد مطالعه شدند. از این تعداد، ۱۲ نفر به‌علت انتقالی، ۸ نفر به‌علت عدم تمایل به مشارکت در مطالعه و ۳ نفر به‌علت تغییر رشته از مطالعه خارج شدند، بنابراین مطالعه بر روی ۴۲۸ دانشجو صورت گرفت (میزان پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها ۹۴/۹ درصد). معیارهای ورود به مطالعه شامل دانشجویانی بود که حداقل ۲ ترم از تحصیل آن‌ها گذشته و در ترم حاضر حداقل ۱۰ واحد تئوری (غیر از دروس عمومی) داشتند و در مقطع کارشناسی و دکتری عمومی این دانشگاه مشغول به تحصیل بودند و معیار خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه (قبل از ارائه پرسشنامه)، انتقال به دانشگاه دیگر و انصراف از تحصیل بوده است.

روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به‌صورت تصادفی منظم (سیستماتیک) به تفکیک هر رشته تحصیلی بود. به‌منظور انتخاب افراد نمونه، در این مطالعه ابتدا لیست اسامی دانشجویان به همراه شماره دانشجویی، رشته تحصیلی و سال ورودی آن‌ها از آموزش کل دانشگاه گرفته شده و شماره دانشجویی افراد واجد شرایط وارد نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc، Chicago، Il، USA) ویرایش ۱۸ شد و بر اساس نسبت تعداد کل دانشجویان واجد شرایط در هر رشته به تعداد نمونه لازم، تعداد نمونه در هر رشته بطور تصادفی انتخاب شدند. سپس محقق با مراجعه به دانشکده‌های مربوطه و اخذ برنامه کلاسی دانشجویان منتخب، با حاضر شدن در کلاس درس (در پایان کلاس) و کسب اجازه از اساتید، هدف پژوهش را برای نمونه‌ها توضیح داده و پرسشنامه‌ها (بدون مشخصات و با کدهای مخصوص که فقط محقق از آن‌ها اطلاع داشت) را در بین دانشجویان منتخب توزیع نمود و اطلاعات از طریق خودگزارشی جمع‌آوری گردید. جهت رعایت اخلاقیات در این مطالعه، از یادداشت کردن اسامی دانشجویان خودداری شد، به‌علاوه شرکت در مطالعه بر اساس تمایل دانشجویان بوده و هیچ‌گونه اجباری در مشارکت آن‌ها وجود نداشت.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه‌ای ۶ بخشی، شامل موارد زیر بود:

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

۱) بخش سئوالات دموگرافیک که جهت بررسی اطلاعات آموزشی (نوع دانشکده، سال تحصیلی، محل اخذ دیپلم، سهمیه قبولی در کنکور، مشاوره درسی و غیردرسی) و غیرآموزشی (سن، وضعیت سکونت فعلی، محل سکونت خانواده، جنسیت، تحصیلات و شغل پدر و مادر) استفاده شد.

۲) پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی تحصیلی (college academic self-efficacy scale=CASES) با ۳۲ گویه که میزان اعتماد دانشجو در ارتباط با یادداشت برداشتن، سؤال پرسیدن، توجه در کلاس، استفاده از کامپیوتر و کتابخانه و غیره را سنجیده و کلیه سوالات مقیاس لیکرت ۵ سطحی داشتند. شکری و همکاران (۱۳۸۹) به‌منظور بررسی روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه‌های ایرانی، آن را بر روی ۳۲۰ دانشجو (۱۸۸ زن و۱۳۲ مرد) اجرا کردند. همسانی درونی برای کل آزمون ۹۱ درصد، برای مردان ۹۰ درصد و برای زنان ۹۱ درصد به‌دست آمد که نشان دهنده‌ی پایایی مناسب ابزار است. اعتبار ابزار ایرانی در پژوهش شکری و همکاران با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی مورد بررسی قرار گرفت (۲۰).

۳) پرسشنامه استاندارد استرس دوران دانشجویی (Student-Life Stress Inventory:SLSI) با ۵۰ سؤال در ۹ بخش که ۵ بخش عامل استرس‌زا (ناکامی‌ها، تعارضات، فشارها، تغییرات و استرس خودتحمیلی) و ۴ بخش واکنش نسبت به عوامل استرس‌زا (جسمانی، هیجانی، رفتاری و ارزیابی شناختی) را با مقیاس لیکرت ۵ سطحی می‌سنجید. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط دکتر شکری و همکاران بررسی و روایی عاملی توسط تحلیل عاملی و همسانی درونی توسط ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۰) تأئید گردید (۲۱).

۴) پرسشنامه استاندارد حمایت اجتماعی چند بعدی (Multidimensional scale of perceived social support) با ۱۲ سؤال سه زیر مقیاس حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم را با مقیاس لیکرت ۷ سطحی می‌سنجید. این مقیاس از اعتبار عاملی و همزمان مطلوبی برخوردار بوده و ضریب آلفای آزمون ۰/۹۱ برآورد گردید (۲۲). روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط رجبی و هاشمی بررسی و روایی عاملی توسط تحلیل عاملی و همسانی درونی توسط ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۸) تأئید گردیده است (۲۳).

۵) پرسشنامه استاندارد انتظار پیامد دانشجو (Student Outcome Expectation Scale=SOES) با ۱۳ سؤال سه بعد جهت‌دهی آینده، رضایت شغلی و انتظارات شخصی را با مقیاس لیکرت ۴ سطحی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات متعدد بررسی شده است (۲۴ و ۲۵).

در دانشجویان ایرانی نیز روایی و پایایی این ابزار توسط شفیع نادری و همکاران در سال ۱۳۸۹ بررسی شد. این ابزار از تحلیل عاملی خوبی برخوردار بوده و پایایی ابزار نیز ۰/۷۱ برآورد شده است (۲۶).

۶) سلامت روان توسط پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) که حیطه‌های محدودیت ایفای نقش به‌دلایل عاطفی، عملکرد اجتماعی، خستگی و نشاط و سلامت روان را با ۱۴ سوال بررسی می‌نماید. کلیه سؤالات مقیاس لیکرت ۵ سطحی دارند. پایایی و روایی نسخه

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

فارسی این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران تأیید شده است (r=۰/۷-۰/۹) (۲۷).

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد کامپیوتر و توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل داده‌ها علاوه‌بر ارائه شاخص‌های توصیفی از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش همزمان استفاده شد.

یافته‌ها

از ۴۵۱ نمونه وارد شده در مطالعه، ۴۲۸ نفر مطالعه را تکمیل نمودند که از این تعداد، ۳۰۵ نفر (۷۱/۳ درصد) دختر و ۱۲۳ نفر (۲۸/۷ درصد) پسر بوده و میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه (۲۱/۶۲±۲/۰۱) محاسبه گردید. سایر متغیرهای دموگرافیک که به دو دسته آموزشی و غیرآموزشی تقسیم شده‌اند در زیر نشان داده شده است (جدول ۱).

جدول ۱) توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک آموزشی و غیر آموزشی به تفکیک سطوح

متغیرهای دموگرافیک آموزشی				متغیرهای دموگرافیک غیر آموزشی			
	سطح	تعداد	درصد		سطح	تعداد	درصد
نوع دانشکده	بهداشت	۱۱۱	۲۵/۹	شغل پدر	کارگر و کشاورز	۶۲	۱۴/۵
	پیراپزشکی	۱۶۰	۳۷/۴		کارمند	۱۱۶	۲۷/۱
	پرستاری- مامایی	۷۹	۱۸/۵		بازنشسته	۱۰۲	۲۳/۸
	پزشکی	۷۸	۱۸/۲	شغل مادر	آزاد	۱۳۱	۳۰/۶
محل اخذ دیپلم	شهر	۳۹۶	۹۲/۵		خانه دار	۳۷۴	۸۷/۴
	روستا	۲۷	۶/۳		شاغل	۵۲	۱۲/۱
سهمیه قبولی در کنکور	منطقه ۱	۶۲	۱۴/۵	تحصیلات پدر	بی سواد	۳۴	۷/۹
	منطقه ۲	۱۱۴	۲۶/۶		خواندن و نوشتن	۶۱	۱۴/۳
	منطقه ۳	۲۳۸	۵۵/۶		زیر دیپلم	۹۹	۲۳/۱
	شاهد	۱۴	۳/۳		دیپلم	۹۲	۲۱/۵
سال تحصیلی	سال اول	۳۹	۹/۱		بالای دیپلم	۱۳۳	۳۱/۱
	سال دوم	۱۸۷	۴۳/۷	تحصیلات مادر	بی سواد	۶۶	۱۵/۴
	سال سوم	۱۰۹	۲۵/۵		خواندن و نوشتن	۹۳	۲۱/۷
	سال چهارم	۹۳	۲۱/۷		زیر دیپلم	۱۳۱	۳۰/۶
مشاوره درسی	خوب	۱۳۸	۳۲/۲		دیپلم	۸۳	۱۹/۴
	متوسط	۱۴۴	۳۳/۶		بالای دیپلم	۵۲	۲۱/۱
	ضعیف	۱۴۶	۳۴/۱		منزل	۸۰	۱۸/۷
مشاوره غیر درسی	خوب	۱۰۰	۲۳/۴	وضعیت سکونت فعلی	خوابگاه	۳۴۸	۸۱/۳
	متوسط	۱۱۶	۲۷/۱		بومی استان	۲۶۷	۶۲/۴
	ضعیف	۲۱۱	۴۹/۳	محل سکونت خانواده	غیر بومی	۱۶۱	۳۷/۶

در بررسی ارتباط بین نمره سلامت روان (با میانگین و انحراف معیار ۱۸/۷۵±۶۴/۱۳) با سازه‌های حمایت اجتماعی (۱۲/۹۶±۶۱/۶۲)، استرس تحصیلی (۲۴/۶۴±۱۲۰/۵۶)، خودکارآمدی تحصیلی (۱۷/۶۸±۱۰۶/۰۴) و انتظار نتیجه (۶/۴±۳۶/۶۳) مشخص گردید که بین سلامت روان با حمایت اجتماعی (p=۰/۰۰۰ و r=۰/۳۷)، استرس تحصیلی (p=۰/۰۰۰ و r=-۰/۴۶) و خودکارآمدی تحصیلی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

(p=۰/۰۰۰ و r=۰/۲۴) رابطه معنی‌دار وجود داشت اما بین سلامت روان و انتظار نتیجه (p=۰/۵۰۷ و r=۰/۰۳) رابطه‌ای مشاهده نشد.

جدول ۲) ضرایب رگرسیون خطی چندگانه مربوط به سلامت روان

متغیر		β	B	P	متغیر		β	B	P
جنس		۰/۰۶۳	۳۷/۹۰۱	۰/۱۷۸	سن		-۰/۰۱۴	-۱/۹۱۸	۰/۷۸۱
محل اخذ دیپلم		۰/۰۳۲	۳۴/۵۸۶	۰/۴۶۴	شغل مادر		۰/۰۳۴	۲۷/۴۸۴	۰/۵۶۲
وضعیت سکونت	خوابگاه	-۰/۰۲۷	-۱۸/۹۸۳	۰/۶۰۲	مشاوره غیر درسی: نسبت به ضعیف	متوسط	-۰/۰۹۳	-۵۵/۴۱۶	۰/۰۷۶
	منزل	-۰/۰۴۱	-۲۲/۵۷۹	۰/۴۴۳		خوب	-۰/۱۶۰	۱۰۰/۶۹۵	۰/۰۰۶
سازه‌ها	خودکارآمدی	۰/۱۴۲	۲/۱۶۵	۰/۰۰۲	سال تحصیلی: نسبت به سال ۱	سال تحصیلی ۲	-۰/۱۵۹	-۸۵/۳۵۱	۰/۰۹۴
	استرس	-۰/۴۱۶	-۴/۵۱۵	۰/۰۰۰		سال تحصیلی ۳	-۰/۱۲۸	-۷۷/۱۲۷	۰/۱۴۲
	انتظار نتیجه	۰/۰۷۰	۲/۹۵۸	۰/۱۲۴		سال تحصیلی۴	-۰/۱۷۳	-۱۱۱/۵۷	۰/۰۲۸
	حمایت	۰/۲۰۶	۴/۲۲۵	۰/۰۰۰					
تحصیلات مادر: نسبت به بیسواد	خواندن و نوشتن	۰/۰۲۸	۱۸/۴۲۰	۰/۶۵۸	تحصیلات پدر: نسبت به بیسواد	خواندن و نوشتن	۰/۰۶۵	۵۱/۰۹۷	۰/۳۵۸
	زیر دیپلم	۰/۰۶۸	۳۹/۰۳۸	۰/۳۶۸		زیر دیپلم	-۰/۰۷۵	-۴۶/۸۶۲	۰/۴۰۱
	دیپلم	۰/۰۴۹	۳۲/۱۰۳	۰/۵۲۱		دیپلم	-۰/۰۴۱	-۲۶/۰۳۴	۰/۶۷۹
	بالای دیپلم	-۰/۰۸۲	-۶۵/۷۹۲	۰/۳۲۱		بالای دیپلم	-۰/۰۴۵	-۲۵/۷۰۹	۰/۷۰۳
شغل پدر: نسبت به کارگر و کشاورز	کارمند	۰/۰۹۸	۵۷/۰۰۹	۰/۲۴۸	دانشکده: نسبت به پزشکی	دانشکده بهداشت	۰/۱۳۵	۸۲/۰۸۶	۰/۰۲۸
	بازنشسته	۰/۰۵۴	۳۳/۲۷۰	۰/۴۸۱		دانشکده پیراپزشکی	۰/۱۱۴	۶۲/۸۵۶	۰/۰۷۶
	آزاد	۰/۱۱۲	۶۴/۶۱۳	۰/۱۱۲		دانشکده پرستاری	۰/۰۵۵	۳۷/۹۶۳	۰/۳۵۳
مشاوره درسی :نسبت به ضعیف	متوسط	۰/۰۹۶	۵۳/۹۷۳	۰/۰۸۸	سهمیه قبولی: نسبت به منطقه ۱	منطقه ۲	-۰/۱۰۵	-۷۸/۷۴۹	۰/۲۹۳
	خوب	۰/۱۶۰	۹۱/۲۴۳	۰/۰۱۳		منطقه ۳	-۰/۰۷۵	-۴۵/۵۸۲	۰/۵۱۹
						شاهد	-۰/۰۴۶	-۲۴/۸۸۳	۰/۷۲۴

جهت تعیین عوامل پیشگویی کننده سلامت روان از مدل رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید که در آن بر اساس ساختار نظریه‌ی شناخت اجتماعی، نمره سلامت روان به‌عنوان متغیر پاسخ و متغیرهای دموگرافیک و سازه‌ها به‌عنوان عوامل مستقل به‌روش همزمان وارد مدل شدند. از میان متغیرهای دموگرافیک آموزشی، دانشجویان دانشکده بهداشت در مقایسه با دانشجویان پزشکی از سلامت روان بهتری برخوردار بودند. همچنین دانشجویانی که مشاوره‌ی درسی را خوب ارزیابی کرده بودند در مقایسه با دانشجویانی که مشاوره درسی را نامناسب می‌دانستند از سلامت روان بهتری برخوردار بودند، اما دانشجویانی که مشاوره غیردرسی را مناسب ارزیابی می‌کردند در مقایسه با دانشجویانی که مشاوره غیردرسی نامناسب داشتند سلامت روان بدتری داشتند. همچنین دانشجویان سال چهارم نسبت به دانشجویان سال اول از سلامت روان مطلوب‌تری برخوردار بودند. در بین سازه‌های مورد بررسی، سازه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی تبیین کننده‌ی مثبت سلامت روان بودند، به‌طوری که با

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

افزایش ۱ واحد در خودکارآمدی، سلامت روان به‌اندازه ۲/۱۷ واحد افزایش یافته و با افزایش ۱ واحد در حمایت اجتماعی، سلامت روان به‌اندازه ۴/۲۳ واحد افزایش می‌یافت. سازه استرس تحصیلی نیز تبیین کننده‌ی منفی سلامت روان بود به‌طوری که با افزایش ۱ واحد در استرس تحصیلی، سلامت روان به‌اندازه ۴/۵۲ واحد کاهش می‌یافت. این متغیرها ۳۹/۳ درصد تغییرات سلامت روان را تبیین می‌نمودند (R2=٪۳۹/۳) (جدول ۲).

بر اساس ساختار نظریه، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و استرس تحت تأثیر عوامل دموگرافیک قرار می‌گیرند، جهت بررسی این اثر، مدل رگرسیون خطی چندگانه جداگانه‌ایی به‌روش همزمان برای هر یک از این سازه‌ها برازش گردید تا اثر غیرمستقیم متغیرهای دموگرافیک نیز بر سلامت روان مشخص گردد. در مدل رگرسیونی که حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیر پاسخ بود متغیرهای دموگرافیک غیرآموزشی جنس و شغل آزاد پدر تبیین کننده حمایت اجتماعی بودند.

به‌طوری که دانشجویان دختر نسبت به پسر از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، همچنین دانشجویانی که پدرشان شغل آزاد داشتند از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار بودند. این متغیرها ۱۳/۴ درصد تغییرات حمایت اجتماعی را تبیین می‌کرد (R2=٪۱۳/۴) (جدول ۳).

جدول ۳) برآورد ضرایب رگرسیونی خطی مربوط به سازه حمایت اجتماعی

متغیر		β	B	P value	متغیر		β	B	P value
جنس		-۰/۱۶۶	-۴/۸۶۷	۰/۰۰۲		خواندن و نوشتن	-۰/۱۳۰	-۴/۱۲۷	۰/۰۸۶
سن		۰/۰۵۵	۰/۳۵۴	۰/۳۷۵	تحصیلات مادر:	زیر دیپلم	-۰/۰۱۰	-۰/۲۷۱	۰/۹۱۴
محل اخذ دیپلم		۰/۰۳۱	-۳/۴۵۱	۰/۲۱۴	نسبت به بیسواد	دیپلم	-۰/۰۸۸	-۲/۸۱۵	۰/۳۳۰
شغل مادر		۰/۰۳۱	۱/۶۳۸	۰/۵۴۷		بالای دیپلم	-۰/۱۱۷	۵/۱	۰/۲۲۹
وضعیت سکونت	خوابگاه	-۰/۰۱۹	۰/۶۵۹	۰/۷۵۴	مشاوره غیر درسی: نسبت به ضعیف	متوسط	-۰/۰۲۰	-۰/۵۸۹	۰/۰۷۶
	منزل	-۰/۰۷۲	-۱/۹۱۹	۰/۲۵۷		خوب	-۰/۰۳۱	/۹۴۶	۰/۶۵۱
تحصیلات پدر: نسبت به بیسواد	خواندن و نوشتن	۰/۰۹۵	۳/۶۴۸	۰/۲۵۷	سال تحصیلی: نسبت به سال ۱	سال تحصیلی ۲	۰/۰۸۲	۲/۱۵۲	۰/۴۶۴
	زیر دیپلم	۰/۱۷۴	۵/۳۱۱	۰/۱۰۰		سال تحصیلی ۳	۰/۰۹۵	۲/۸۰۴	۰/۳۵۶
	دیپلم	۰/۱۱۹	۳/۶۶۳	۰/۳۱۴		سال تحصیلی۴	۰/۰۹۳	۲/۹۱۲	۰/۳۲۰
	بالای دیپلم	۰/۱۵۹	۴/۳۹۴	۰/۲۶۱					
شغل پدر: نسبت به کارگر و کشاورز	کارمند	۰/۱۵۸	۴/۴۹۶	۰/۱۱۴	دانشکده: نسبت به پزشکی	دانشکده بهداشت	۰/۰۰۵	۰/۱۵۴	۰/۹۴۳
	بازنشسته	۰/۱۱۲	۳/۳۶۷	۰/۲۱۵		دانشکده پیراپزشکی	۰/۰۱۸	۰/۴۹۱	۰/۸۱۰
	آزاد	۰/۱۸۱	۶۴/۶۱۳	۰/۰۳۰		دانشکده پرستاری	-۰/۰۶۰	-۲/۰۱۵	۰/۳۹۱
مشاوره درسی: نسبت به ضعیف	متوسط	۰/۰۹۳	۲/۵۶۵	۰/۱۶۱	سهمیه منطقه: نسبت به منطقه ۱	منطقه ۲	۰/۰۱۷	۰/۶۳۵	۰/۸۸۲
	خوب	۰/۱۳۴	۳/۷۳۲	۰/۰۷۳		منطقه ۳	-۰/۱۲۲	-۳/۶۲۱	۰/۳۶۸
						شاهد	-۰/۰۶۳	-۱/۶۵۸	۰/۶۸۰

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

در مورد خودکارآمدی، متغیرهای مشاوره درسی خوب و سهمیه قبولی (منطقه ۲، ۳ و شاهد) تبیین کننده بودند. بنابراین می‌توان گفت که دانشجویانی که ارزیابی مناسبی از مشاوره درسی داشتند نسبت به دانشجویانی که از مشاوره درسی رضایت نداشتند از خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند. همچنین دانشجویان مناطق ۲، ۳ و شاهد نسبت به دانشجویان منطقه یک ازخودکارآمدی بالاتری بهره‌مند بودند. این متغیرها نیز ۱۳/۴ درصد تغییرات خودکارآمدی را تبیین می‌کرد (R2=٪۱۳/۴) (جدول ۴). مدل رگرسیونی مربوط به استرس تحصیلی معنادار نبود.

جدول ۴) برآورد ضرایب رگرسیونی خطی مربوط به سازه خودکارآمدی تحصیلی

متغیر		β	B	P value	متغیر		β	B	P value
جنس		-۰/۰۱۸	-۰/۶۹۹	۰/۷۴۳		خواندن و نوشتن	۰/۰۶۷	۲/۸۶۰	۰/۳۷۴
سن		۰/۰۱۲	-۰/۱۰۴	۰/۸۴۵	تحصیلات مادر:	زیر دیپلم	۰/۱۳۴	۵/۰۴۸	۰/۱۳۲
محل اخذ دیپلم		۰/۰۷۸	۵/۴۶۰	۰/۱۳۵	نسبت به بیسواد	دیپلم	۰/۱۰۵	۴/۴۹۳	۰/۲۴۶
شغل مادر		۰/۰۲۱	۱/۱۲۸	۰/۷۵۸		بالای دیپلم	۰/۱۴۵	۷/۶۱۱	۰/۱۳۷
وضعیت سکونت	خوابگاه	۰/۰۶۲	-۲/۸۳۳	۰/۳۱۵	مشاوره غیردرسی:	متوسط	-۰/۰۰۲	-۰/۰۸۵	۰/۹۷۲
	منزل	۰/۱۲۴	۴/۴۴۰	۰/۰۵۱	نسبت به ضعیف	خوب	۰/۰۳۶	۱/۴۷۲	۰/۶
تحصیلات پدر: نسبت به بیسواد	خواندن و نوشتن	۰/۰۶۱	۳/۱۶۶	۰/۴۶۳	سال تحصیلی: نسبت به سال ۱	سال تحصیلی ۲	۰/۰۱۷	۰/۵۸۲	۰/۸۸۲
	زیر دیپلم	-۰/۰۶۱	-۲/۴۸۴	۰/۵۶۵		سال تحصیلی ۳	۰/۰۲۳	۰/۹۲۸	۰/۸۲۰
	دیپلم	-۰/۰۲۱	-۰/۸۷۳	۰/۸۵۸		سال تحصیلی۴	۰/۰۷۲	۳/۰۴۶	۰/۴۳۷
	بالای دیپلم	۰/۰۲۱	۰/۷۷۱	۰/۸۸۳					
شغل پدر: نسبت به کارگر و کشاورز	کارمند	۰/۰۶۹	۲/۶۰۸	۰/۴۹۳	دانشکده: نسبت به پزشکی	دانشکده بهداشت	۰/۰۴۲	۱/۶۵۸	۰/۵۶۵
	بازنشسته	۰/۱۶۳	۶/۵۴۴	۰/۰۷۳		دانشکده پیراپزشکی	-۰/۰۱۸	-۰/۶۵۰	۰/۸۱۲
	آزاد	۰/۰۲۹	۱/۰۹۳	۰/۷۲۷		دانشکده پرستاری	۰/۰۲۷	۱/۲۲۸	۰/۹۹۶
مشاوره درسی: نسبت به ضعیف	متوسط	۰/۰۰۰ ۰/۱۴۹	-۰/۰۱۶	۰/۹۹۵	سهمیه منطقه: نسبت به منطقه ۱	منطقه ۲	۰/۲۹۰	۱۴/۲۶۹	۰/۰۱۳
	خوب		۵/۵۶۳	۰/۰۴۶		منطقه ۳	۰/۳۹۳	۱۵/۶۰۱	۰/۰۰۴
						شاهد	۰/۴۶۷	۱۶/۳۷۳	۰/۰۰۳

بحث

با توجه به اینکه حداکثر نمره سلامت روان ۱۰۰ می‌باشد کسب میانگین نمره سلامت روان (۶۴/۱۳±۱۸/۷۵) در این مطالعه نشان‌دهنده سطح متوسط سلامت روان در دانشجویان می‌باشد، لذا شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روان در دانشجویان می‌تواند نقش سازنده‌ای در پیشرفت تحصیلی دانشجویان و کارایی و ارتقاء کیفیت نظام آموزشی داشته باشد. بنابراین در این مطالعه از نظریه‌ی شناخت اجتماعی جهت پیشگویی عواملی که تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر دارند، استفاده شده است. نتایج این مطالعه نشان داد که خودکارآمدی اثر مستقیم بر

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

سلامت روان داشته و اثر دو متغیر مشاوره درسی و سهمیه قبولی بر سلامت روان را میانجی‌گری می‌نماید. در مطالعه کارادماس و کالانتزی (Kalantzi & Karademas) که در سال ۲۰۰۴ بر روی دانشجویان دانشگاه آتن انجام شد نیز خودکارآمدی بر سلامت دانشجویان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم داشت (۱۲). در مطالعه تورس و سولبرگ خودکارآمدی اثر مستقیم و غیرمستقیمی از طریق استرس بر سلامت روان داشت؛ همچنین بین خودکارآمدی با تعاملات اجتماعی و تعامل با اساتید دانشکده رابطه قابل توجهی وجود داشت (۱۱). در مطالعه پرتو و بشارت (۲۰۱۱) خودکارآمدی رابطه منفی با سلامت روان (GHQ) داشت، به‌علاوه از طریق مکانیسم‌های غلبه به‌طور غیرمستقیم نیز بر سلامت روان اعمال اثر می‌نمود (۲۸). در مطالعات قانعی چمن‌آباد (۲۰۱۰) (۹)، اعرابیان (۱۳۸۳) بر روی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی (۲۹)، میرسمیعی (۱۸)، فولادوند (۱۶) و ملکی پیربازاری (۸۹–۸۸) بر روی دانشجویان دانشگاه تهران و امیرکبیر (۳۰) نیز خودکارآمدی یک فاکتور مؤثر بر سلامت روان بود. بنابراین می‌توان گفت که خودکارآمدی نقش محوری در تنظیم حالت‌های روحی و روانی دانشجویان ایفا می‌کند. دانشجویانی که به توانایی‌های خود در تحصیل اطمینان دارند از یک سو با مدیریت و تنظیم تکالیف درسی (از طریق ترکیبی از تجارب خود و دیگران) و از سوی دیگر با تنظیم هیجانات (غلبه بر استرس) بر سلامت روان خود تأثیر می‌گذارند. همچنین برخورداری دانشجویان مناطق ۲ و ۳ و دانشجویان شاهد از خودکارآمدی بالاتر نسبت به دانشجویان منطقه ۱ می‌تواند به‌طور غیرمستقیم موجب سلامت روان در آنها شود. اما در مطالعه دل آرام و همکاران که در سال ۸۹–۱۳۸۸ بر روی دانشجویان علوم پزشکی شهرکرد به‌منظور سلامت روان در دانشجویان موفق و ناموفق انجام گرفت دانشجویان ناموفق که بیشتر آنها از سهمیه ایثارگران برخوردار بودند از سلامت روان بدتری برخوردار بودند (۳۱). این تناقض را می‌توان به کم بودن تعداد دانشجویان برخوردار از سهمیه شاهد و منطقه ۱ در مطالعه حاضر نسبت داد. در مطالعه اخیر تنها ۳/۳ درصد دانشجویان سهمیه شاهد داشتند که در مقایسه با مطالعه دل آرام نسبت بسیار پایینی است، همچنین در این مطالعه تنها ۱۴/۵ درصد دانشجویان سهمیه منطقه یک داشتند لذا مقایسه دانشجویان منطقه ۲ و ۳ نسبت به افراد با چنین درصد پایینی می‌تواند دلیل این تناقضات باشد که نشان‌دهنده ضرورت مطالعه این عوامل در دانشگاه‌های بزرگ با توزیع متعادل‌تر سهمیه‌ها می‌باشد.

دیگر سازه‌ای که در مطالعه حاضر با سلامت روان ارتباط مستقیم داشت حمایت اجتماعی بود که اثر جنس و شغل پدر بر سلامت روان را نیز تعدیل می‌نمود. در مطالعه فولادوند حمایت اجتماعی علاوه بر اثر مستقیم، رابطه غیرمستقیمی از طریق استرس و خودکارآمدی برسلامت روان داشت. در مطالعه‌ی تورس و سولبرگ (Torres & Solberg) حمایت اجتماعی خانواده اثری غیرمستقیمی از طریق خودکارآمدی تحصیلی و استرس بر سلامت روان داشت و فاقد اثر مستقیم بر سلامت روان بود (۱۱). در مطالعه مصطفی (Mustafa) در سال ۲۰۱۰ در مالزی (۳۲)، جلیلیان در سال تحصیلی ۹۰–۱۳۸۹ در همدان (۳۳) و ملکی پیربازاری (۳۰) نیز حمایت اجتماعی رابطه منفی معنی‌داری با افسردگی داشت. استرازدینس و بروم (Strazdins & Broom)(۲۰۰۸) حمایت اجتماعی را عامل ارتقاء سلامت روان قلمداد کرده

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

(۳۴) که هم‌راستا با نتایج این مطالعه می‌باشند. در این مطالعه، بهره‌مندی دانشجویان دختر از حمایت اجتماعی بالاتر منجر به وضعیت بهتر سلامت روان نسبت به دانشجویان پسر شده بود. در توضیح این یافته می‌توان گفت که رفتار متناسب با نقش جنسی باعث می‌شود که زنان راحت‌تر از مردان علائم ناراحتی‌های عاطفی مانند گریه کردن و تسلی‌جویی را نشان دهند لذا احتمال دارد که زنان از نظر مددجویی در رابطه با مشکلات عاطفی بیش‌تر به دیگران روی آورند از این رو حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت خواهند کرد، همچنین مردان ممکن است کمک خواستن از دیگران را نشانه ضعف قلمداد کنند در نتیجه کمتر از راهبرد حمایت اجتماعی استفاده کنند و از سلامت کمتری بهره ببرند (۳۵). دیگر متغیر تأثیرگذار بر حمایت اجتماعی شغل پدر بود به این ترتیب که دانشجویانی که پدرشان شغل آزاد داشتند حمایت بالایی را دریافت می‌کردند و احتمال دارد تا از سلامت روان بیشتری نیز برخوردار باشند.

در توضیح این نتیجه می‌توان گفت که مزیت اکثر مشاغل آزاد داشتن وقت کافی و تنظیم کارها بر اساس برنامه‌ریزی‌های خود فرد می‌باشد در نتیجه دانشجویانی که والدینشان شغل آزاد دارند بیشتر با آن‌ها در تعامل بوده‌اند.

در مطالعه اخیر استرس تحصیلی با سلامت روان رابطه مستقیم معکوسی داشت. نتایج مطالعات تورس و سولبرگ (۱۱)، میرسمیعی (۱۸) و فولادوند (۱۶) نیز در راستای مطالعه اخیر می‌باشند. سطح بالای استرس تحصیلی باعث شده که دانشجویان سلامت روحی – روانی کمتری را ابراز کنند.

بنابراین می‌توان گفت زمانی که دانشجویان توانایی کمتری در انجام تکالیف درسی داشته و یا زمان کافی جهت انجام آن نداشته باشند موقعیت تحصیلی را استرس‌زا ارزیابی کرده و دچار آشفتگی‌های روحی و روانی می‌شوند بنابراین توصیه می‌شود اساتید راهنما و مرکز مشاوره دانشگاه با برگزاری کلاس‌های فنون مدیریت استرس این حس را در دانشجویان کاهش داده و در نهایت باعث ارتقاء سلامت روان در دانشجویان شوند.

نتایج این مطالعه نشان داد که انتظار نتیجه با سلامت روان رابطه‌ای ندارد اما در مطالعه آندرسون و ویس (Anderson & Wise) (۳۶) انتظار نتیجه به‌طور قوی و مثبت با قصد رفتاری در ارتباط بوده است. در مطالعه کوبایوا و دی لوریو (Kobaua & DiIorio) در سال ۲۰۰۳ انتظار نتیجه یکی از عوامل پیشگویی کننده رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم بود (۱۵). علت تناقض موجود می‌تواند به‌دلیل هم‌پوشانی متغیرها بر هم باشد به عبارتی تأثیر استرس به حدی است که تأثیر متغیرهای دیگر از جمله انتظار نتیجه را مخفی می‌نماید، لذا انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری به‌نظر می‌رسد.

در این مطالعه از متغیرهای دموگرافیک وارد شده در مدل، متغیر نوع دانشکده تبیین کننده سلامت روان بود. نتایج نشان داد که دانشجویان دانشکده بهداشت نسبت به دانشجویان دانشکده پزشکی از سلامت روان مطلوب‌تری برخوردار بودند. در مطالعه جهانی هاشمی و همکاران که در سال ۱۳۸۴ بر روی دانشجویان سال اول و آخر دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد مشخص گردید که دانشجویان دانشکده بهداشت نسبت به سایر دانشکده‌ها از اختلال روانی کمتری برخوردار بودند (۳۷) که در راستای این مطالعه می‌باشد.

به‌نظر می‌رسد سختی و فشردگی دروس و همچنین طولانی بودن دوره‌ی تحصیلی و آموزش در مراکزی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

همچون بیمارستان و درمانگاه باعث شده که دانشجویان سایر دانشکده‌ها سلامت روان پایین‌تری داشته باشند. بنابراین توصیه می‌شود که جهت ارتقاء سلامت روان این دانشجویان، دانشکده‌های مربوطه با مرکز مشاوره دانشگاه در ارتباط باشند که در این راستا می‌توانند با برگزاری کلاس‌ها و کارگاه فنون برقراری ارتباط با بیماران، روش‌های یادگیری، آرام‌سازی و مدیریت استرس از بروز اختلالات روانی جلوگیری کنند.

سال تحصیلی دیگر متغیر تبیین کننده سلامت روان بود. به‌طوری که دانشجویان سال چهارم سلامت روان بهتری را نسبت به دانشجویان سال اول تجربه می‌کردند.

در مطالعه تورس و سولبرگ نیز دانشجویان سال دوم نسبت به سال چهارم استرس بیشتر و سلامت کمتری را درک می‌کردند (۱۱). در مطالعه جهانی هاشمی دانشجویان سال اول نسبت به دانشجویان سال آخر از اختلالات روانی بیشتری رنج می‌بردند (۳۷). اما در مطالعه الیاس (Elias) و همکاران که در سال ۲۰۱۱ بر روی ۳۷۶ دانشجو در دانشگاه پوترای مالزی انجام گرفت، مشخص شد که دانشجویان سال آخر استرس بیشتر و در نتیجه سلامت پایین‌تری را نسبت به دانشجویان سال اول درک می‌کردند که با یافته‌های این مطالعه در تناقض است (۳۸).

بنابراین می‌توان گفت که سال اول ورود به دانشگاه به‌دلیل افزایش تعیین کننده‌های تحصیلی و پایه‌گذاری روابط اجتماعی جدید می‌تواند به‌عنوان یک منبع استرس‌زا باشد و نداشتن آمادگی جهت روبرو شدن با شرایط استرس‌زا در دانشجویان سال اول منجر به سلامت روان پایین‌تر می‌شود، اما انطباق مؤثرتر با محیط آموزشی و برقراری روابط اجتماعی بهتر با دیگران در دانشجویان سال آخر، باعث سلامت روان بهتر در آن‌ها شده است.

از دیگر متغیرهای دموگرافیک تأثیرگذار بر سلامت روان در این مطالعه، ارزیابی مشاوره درسی و غیردرسی بود. به‌طوری که دانشجویانی که مشاوره درسی را خوب ارزیابی کرده بودند در مقایسه با آنهایی که مشاوره درسی را ضعیف ارزیابی کرده بودند از سلامت روان بهتری برخوردار بودند. این رابطه را اینگونه می‌توان استدلال کرد که مشاوره درسی به‌صورت درک فرد از حمایت اجتماعی توسط اساتید عمل می‌کند که این عامل علاوه‌بر این که می‌تواند سلامت روان دانشجویان را بهبود ببخشد منجر به افزایش خودکارآمدی (از طریق ترغیب‌های کلامی و تجربیات جانشینی) در انجام تکالیف دانشگاهی شده و در نهایت از این طریق نیز سلامت روان دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین دانشجویانی که مشاوره غیردرسی را خوب ارزیابی کرده بودند در مقایسه با آنهایی که مشاوره غیردرسی را ضعیف ارزیابی کرده بودند از سلامت روان بدتری برخوردار بودند که می‌تواند به این دلیل باشد که اساتید مشاور معمولاً مشاوره غیردرسی را برای دانشجویانی که سلامت روان نامطلوبی دارند انجام می دهند به عبارتی مشکلات روحی- روانی عاملی جهت انجام مشاوره غیردرسی بوده است.

از محدودیت این مطالعه، تمرکز بر تعداد محدودی از سازه‌های نظریه‌ی شناخت اجتماعی بوده که به‌دلیل حجیم بودن پرسشنامه‌ها چاره‌ای جز این نبوده که ضرورت مطالعات متعدد با سازه‌های دیگر را مشخص می‌نماید. همچنین از آنجایی که کسب یافته‌ها در مورد سازه‌ها از طریق خودگزارشی بود ممکن است دانشجویان شرکت کننده در این مطالعه تحت تأثیر

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

عوامل زمانی، محیطی و زیاد بودن تعداد سؤالات قرار گرفته و پاسخ‌های متناسب با آن زمان خاص یا آن موقعیت را بیان کرده باشند یا از ابراز صحیح احساسات و رفتارهای خود اجتناب کرده باشند که این عامل از محدودیت‌های کلیه مطالعات پرسشنامه‌ای می‌باشد. از نقاط قوت مطالعه می‌توان به بررسی عوامل محیطی و روان‌شناختی به‌طور جمعی و همچنین استفاده از نمونه‌گیری تصادفی که قابلیت تعمیم به کل جامعه را دارد اشاره کرد. در این مطالعه علاوه بر عوامل مستقیم تأثیرگذار بر سلامت روان، عوامل غیرمستقیم نیز سنجیده شد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت که خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و استرس نقش بسزایی را در سلامت روان دانشجویان ایفا می‌کنند. بنابراین جهت ارتقاء سلامت روان دانشجویان به‌خصوص دانشجویان پسر، توصیه می‌شود که اساتید راهنما با همکاری مرکز مشاوره دانشگاه کلاس‌هایی را در زمینه ارتقاء خودکارآمدی، فنون یادگیری، مدیریت زمان و استرس و روش‌های ارتباط با بیمار برگزار نمایند. به‌علاوه اختصاص دادن زمانی به دانشجویان جهت مطرح کردن نظرات و پیشنهاداتشان با اساتید و رؤسای دانشکده‌ها و ایجاد انجمن‌ها و تشکل‌های دانشجویی جهت استفاده از تجارب همدیگر از طریق ایجاد حمایت اجتماعی می‌تواند در ارتقاء سلامت روان مفید واقع شوند. با توجه به وسعت نظریه پیشنهاد می‌شود از سایر سازه‌های نظریه نیز در مطالعات بعدی استفاده گردد.

سپاس و قدردانی

این مقاله حاصل یافته‌های کار تحقیقاتی مربوط به پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر می‌باشد.
بدین‌وسیله از کلیه شرکت کنندگان که با صبر و حوصله در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References:

1.Sadeghian E, Heidarian Pour A. Stressors and mental health status among students of Hamadan University of Medical Sciences. HAYAT 2009;15:71- 80. [Persian]
2.Mohammad AZ, Narimani M, Barahmand O, et al. The relationship between emotional intelligence with self- efficacy and mental health in successes and non- successes students. Knowl Res Appl Psychol 2008; 10:107-122. [Persian]
3.Abasszadeh A. Association between mental health and educational stressful factors among students of Razi Nursing and Midwifery School in Kerman. Iran J Med Educ 2011;11:200-209. [Persian]
4.Mental and Neurological Disorders. The world health report, 2001. Available from: www.who.int/entity.
5.Moshki M, Ghofranipour FA, Azad Falah P, et al. Effect of an educational program with self esteem and health control beliefs on mental health promotion of university students. FEYZ 2009; 12: 38 – 45. [Persian]
6.Rabbani Bavojdan M, Bagheri M, Rabbani Bavojdan M. Clinical comparison of general self-efficacy believes of depressed or anxious students with normal students. Psychol Res 2012; 15(1): 29 -43. [Persian]
7.Nutbeam D, Harris E. Theory in Nuteshell: A practical guide to health promotion theories. 2th edition. McGraw-Hill. 2004.
8.Artino AR, Rochelle JS, Durning S. Second-

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

year medical student motivational beliefs, emotions, and achievement. Med Educ 2010; 44: 1203-12.
9.Ghanaei Chamanabad A, Mirdoraghi F, Pakmehr H. The relationship of M.A. students meta-cognitive and self-efficacy beliefs with their mental health. Procedia Soc Behav Sci 2011; 15: 3050–5.
10.Mohamadi FS, Asadzadeh H, Ahadi H, et al. Testing bandura's theory in school. Procedia Soc Behav Sci 2011; 12: 426-35.
11.Torres JB, Solberg S. Role of self-efficacy, stress, social integration, and family support in Latino college student persistence and health. J Vocat Behav 2001; 59: 53-63.
12.karademas EC, kalantzi-Azizi A. The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. Pers Individ Dif 2004; 37: 1033-43.
13.Walker G, Posner A, Wise JB. Using social cognitive theory to predict behavior. www.mnsu.edu/urc/journal/2003/walker_posner.pdf.
14.Liem AD, Lau S, Nie Y. The role of self-efficacy, task value, and achievement goals in predicting learning strategies, task disengagement, peer relationship, and achievement outcome. Contemp Educ Psychol 2008; 33: 486-512.
15.Kobu R, Dilorio C. Epilepsy self- efficacy management: a comparison of self-efficacy and outcome expectancy for medication adherence and lifestyle behaviors among people with epilepsy. Epilepsy Behav 2003; 4: 217-25.
16.Fooladvand KH, Farzad V, Shahraray M, et al. Role of social support, academic stress and academic self-efficacy on mental and physical health. Contemp Psychol 2009; 4: 81- 93. [Persian]
17.Misra R, Castillo LG. Academic stress among college students: comparison of American and international students. Int J Stress Manag 2004; 11: 132-48.
18.Mirsamiei M, Ebrahimi GS. A study on the relationship between self – efficacy, efficacy, social support and exam anxiety and the psychological health of the men women students in Allameh Tabatabei University. Q Educ Psychol 2007; 2: 73-91. [Persian]
19.Yusliza Mohd Y. Self-efficacy, perceived social support, and psychological adjustment in international undergraduate students in a public higher education institution in Malaysia. J Stud Int Educ 2011; 16: 353-371.
20.Shokri O, Toulabi S, Ghanaei Z, et al. A psychometric study of the academic self-efficacy beliefs questionnaire. Stud Learn Instr 2012; 3: 11-16. [Persian]
21.Shokri O, Kadivar P, Naghsh Z, et al. Personality traits, academic stress and academic performance. J Educ Psychol Stud 2007; 3: 25-48. [Persian]
22.Zimet GD, Powell SS, Farley GK, et al. Psychometric characteristics of the Multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess 1990; 55: 610-7.
23.Rajabi Gh, Hashemi-Sheykh-Shabani SE. The study of psychometric properties of the Multidimensional Scale Perceived Social Support. J Behav Sci 2011; 5:357-64. [Persian]
24.Rodriguez CM. The impact of academic self-concept, expectation and the choice of learning strategy on academic achievement: the case of business students. High Educ Res Dev 2009; 28: 523-39.
25.Wigfield A, Eccles J. The development of achievement task values: a theoretical analysis. Dev Rev 1992; 12: 265-310.
26- Shafinadery M, Kadivar P, Arabzadeh M , et al. An analysis of the factor structure, reliability, and validity of students' outcome expectancy scale.Training Meas 2013; 3: 21-35. [Persian]
27.Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, et al. The Iranian version of 12-item short form health survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. BMC Public Health 2009; 9: 341-7.
28.Parto M, Besharat MA. The direct and indirect effects of self- efficacy and problem solving on mental health in adolescents: Assessing the role of coping strategies as mediating mechanism. Procedia Soc Behav Sci 2011; 30: 639-43.
29.Arabian A, Khodapanahi MK, Heydari M, et

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

al. Relationship between self efficacy beliefs, mental health and academic achievement in colleagues. J Psychol 2005; 8: 360-71. [Persian]
30.Maleki Pirbazari M, Nouri R, Sarami GH. Social support and depression symptoms: the mediating role of self efficacy. Contemp Psychol 2011; 6: 26-34. [Persian]
31.Delaram M, Salehian T, Froozandeh N, Alidoosti M. Comparison of general health in droupout and Non-droupout students of Shahrekord University of Medical Sciences. JIUMS 2012; 20: 1-8.
32.Mustafa MB, Nasir R, Yusooff F. Parental support, personality, self-efficacy and depression among medical students. Procedia Soc Behav Sci 2010; 7: 419-24.
33.Jalilian F, Emdadi S, Karimi M, et al. Depression among Collage Students; The role of general self-efficacy and perceived social support. Sci J Hamadan Univ Med Sci 2012; 18: 60-6. [Persian]
34.Strazdins L, Broom D. The mental health costs and benefits of giving social support. Int J Stress Manag 2007; 14: 370-385.
35.Riahi ME, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between social support and mental health. Soc Welfare Q 2011; 10: 85-121. [Persian]
36.Anderson B, Wise J. The use of social cognitive theory to predict strength training behavior. http://ahn.mnsu.edu/rpls/faculty/urcposterbethanyanderson.pdf.
37.Jahani Hashemi H, Rahimzadeh Mirmahalleh S, Ghafelehbashi H, et al. Investigating the mental health of the first- and last-year students of QUMS (2005). JQUMS 2008; 12: 41-19. [Persian]
38.Elias H, Ping WS, Abdullah MC. Stress and academic achievement among undergraduate students in university Putra Malaysia. Procedia Soc Behav Sci 2011; 29: 646-55.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

ISMJ 2015; 17(6): 1236-1251

Original Article

Application of the basic constructs of social cognitive theory for predicting mental health in student of Bushehr University Medical Sciences 2012-13

M. Jamali [1], A. Noroozi [1*], R. Tahmasebi [2,3]

[1] Department of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN
[2] Department of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN
[3] Department of Health promotion, The Persian Gulf Marine Biotechnology Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN

(Received 1 Mar, 2014 Accepted 11 Jul, 2013)

Abstract

Background: mental health is one of the health assessment topics in different communities which plays an important role in ensuring the dynamism and efficiency, especially in the students. Thus, the aim of this study is to application of basic constructs of social cognitive theory for predicting mental health in student of Bushehr University Medical Sciences.

Materials and Methods: This cross– sectional study was conducted with using a systematic random sampling method in 428 students of Bushehr University Medical Sciences in 2012-13. Information was collected by using five standard questionnaires including academic self efficacy, academic stress, multidimensional social support, student outcome expectancy and Quality of life (SF-36) scales. After data collection, all data was analyzed by SPSS statistical software with using Pearson correlation coefficient test and multiple linear regressions.

Results: In this study, mental health had a significant correlation with social support (P =0.000, r=0.37), academic stress (P= 0.000, r= -0.45) and academic self-efficacy (P =0.000 , r =0. 24). In the liner regression model, predictor factors of mental health were faculty type and curriculum counseling and noncurriculum counseling evaluation variables and self efficacy (P=0.031, B= 1.49), academic stress (P=0.000, B=- 4.35), and social support constructs (P=0.000, B =4.77). Also, gender, mother's education and father's job had indirect effects to mental health through social support and acceptance quota and curriculum counseling evaluation had indirect effects to mental health through self efficacy.

Conclusion: Utilization of strategies to increase self- efficacy, creating social support environment and also stress reduction particularly with organization of curriculum and non-curriculum counseling sessions can promote mental health in students.

Key words: Mental health, self efficacy, Psychological stress, Social support, students.

**Address for correspondence:* School of Health, Bushehr university of medical sciences, Bushehr, IRAN. E-mail: azitanoroozi@yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]