

Applying the Social Cognitive Theory for predicting the related factors to mental health of middle-age women referring to comprehensive health services centers

Fataneh Bakhshi

Department of Health Education & Promotion, Research Center of Social Determinants of Health, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Abolhasan Afkar

Associate Professor of Health Services Management, Department of Health Education & Promotion, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Saeed Omidi

Department of Statistics and Epidemiology, Research Center of Health and Environment, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Rabiollah Farmanbar

Associate Professor of Health Education, Research Center of Health and Environment, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Narjes Nikpey

* MSc of Health Education & Promotion, Research Center of Health and Environment, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. (Corresponding author):
n.nikpey1994@gmail.com.

Asieh Akbari

MSc of Health Education & Promotion, Research Center of Social Determinants of Health, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Received: 2022/10/4

Accepted: 2023/04/12

Doi: 10.22034/11.2.127

ABSTRACT

Background and objectives: Mental health as one of the dimensions of health is especially important in middle-aged women. The aim of this study was to determine the factors related to mental health based on social cognitive theory in middle-aged women referring to the comprehensive health service centers in 2019.

Materials and Methods: This analytical cross-sectional study was conducted on 438 middle-aged women referring to three comprehensive health service centers by random sampling in 2019. The questionnaire used consisted of three sections: demographic characteristics, mental health and the structure of social cognitive theory. Data were analyzed in SPSS version 18 software using descriptive and inferential statistical tests.

Results: The structures of self-efficacy (p -value $< 0/001$, $\beta = -0/62$), social support (p -value = $0/002$, $\beta = -0/12$) and self-control (p -value = $0/001$, $\beta = -0/17$) showed a significant and inverse relationship with mental health. According to the results, social cognitive theory constructs were able to significantly explain the mental health of the studied women and predict 61% of their mental health changes.

Conclusion: Based on the findings of the present study, self-efficacy and social support were the main determinants of mental health in middle-aged women, therefore, in planning interventions to improve the mental health of this group, more emphasis can be placed on strategies to improve the aforementioned structures.

Keywords: mental health, women, middle- age, social cognitive theory

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Bakhshi F, Afkar A, Omidi S, Farmanbar R, Nikpey N, Akbari A. Applying the Social Cognitive Theory for predicting the related factors to mental health of middle-age women referring to comprehensive health services centers. *Iran J Health Educ Health Promot.* (Summer 2023); 11(2): 127-140.

► **Citation (APA):** Bakhshi F., Afkar A., Omidi S., Farmanbar R., Nikpey N., Akbari A. (Summer 2023). Applying the Social Cognitive Theory for predicting the related factors to mental health of middle-age women referring to comprehensive health services centers. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 11(2), 127-140.

کاربرد تئوری شناختی اجتماعی در پیشگویی عوامل مرتبط با سلامت روان زنان میانسال

مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت

فئانه بخشی

گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

ابوالحسن افکار

دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

سعید امیدی

گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بهداشت و محیط زیست، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

ربیع اله فرمانبر

دانشیار آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات بهداشت و محیط زیست، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

نرجس نیک بی

* کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات بهداشت و محیط زیست، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول):
n.nikpey1994@gmail.com

آسیه اکبری

کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روان به عنوان یکی از ابعاد سلامتی بخصوص در زنان میانسال اهمیت ویژه‌ای دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل پیش بینی کننده سلامت روان زنان میانسال مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت و با استفاده از تئوری شناختی اجتماعی انجام گردید.

مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی تحلیلی حاضر در ۴۳۸ نفر از زنان میانسال مراجعه کننده به سه مرکز خدمات جامع سلامت با نمونه گیری تصادفی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. پرسشنامه استفاده شده شامل سه بخش مشخصات جمعیت شناختی، سلامت روان و سازه تئوری شناختی اجتماعی بود. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره سلامت روان زنان میانسال $32/7 \pm 10$ بود که نشان دهنده اختلال روانی خفیف در این گروه می‌باشد. سازه‌های خودکارآمدی ($p < 0/001$ ، $\beta = -0/62$)، حمایت اجتماعی ($p < 0/002$)، $\beta = -0/12$ و خود کنترلی ($p < 0/001$)، $\beta = -0/17$ رابطه معنی دار و معکوس با سلامت روان نشان داد. مطابق با نتایج، سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی بطور معنی داری قادر به تبیین سلامت روان زنان مورد مطالعه و پیش بینی کننده ۶۱ درصد از تغییرات سلامت روان آنها بوده است.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی تعیین کننده‌های اصلی سلامت روان در زنان میانسال بوده است. لذا در برنامه‌ریزی مداخلات بهبود سلامت روان این گروه می‌توان بر استراتژی‌های ارتقای سازه‌های مذکور تاکید بیشتری کرد.

کلیدواژه: سلامت روان، زنان، میانسال، تئوری شناختی اجتماعی
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

◀ **استناد (ونکوور):** بخشی، ف، افکار، ابوالحسن، امیدی، س، فرمانبر، ر، نیک بی، ن، اکبری آ. کاربرد تئوری شناختی اجتماعی در پیشگویی عوامل مرتبط با سلامت روان زنان میانسال مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. تابستان ۱۴۰۲؛ ۱۱(۲): ۱۲۷-۱۴۰.

◀ **استناد (APA):** بخشی، فئانه، افکار، ابوالحسن، امیدی، سعید، فرمانبر، ربیع اله، نیک بی، نرجس، اکبری، آسیه. (تابستان ۱۴۰۲). کاربرد تئوری شناختی اجتماعی در پیشگویی عوامل مرتبط با سلامت روان زنان میانسال مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۱۱(۲): ۱۲۷-۱۴۰.

از منظر سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی بخشی بسیار مهم در حیطه سلامت است که ارتقا و برنامه‌ریزی در راستای بالا بردن آن مؤثر است. این سازمان، سلامت روانی را بدین صورت تعریف می‌کند: سلامت روان، حالتی از سلامتی است که در آن فرد، توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثر ثمر باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد. بر این اساس، سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (۱). سلامت روان مؤلفه‌ای مهم برای ارزیابی وضعیت سلامت یک جمعیت است که می‌توان آن را با بررسی شاخص‌های گوناگون ارزیابی کرد (۲). به عبارت دیگر مفهوم سلامت روان، جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامتی است و به کلیه روش‌ها و تدابیری اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از ابتلای افراد به بیماری‌های روانی، درمان و توان بخشی آن‌ها به کار می‌روند. روان‌شناسان معتقدند خصوصیات فردی، فشارهای روانی و محیطی، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی، عدم دستیابی به اهداف زندگی و فقدان انگیزه بر سلامت روان افراد مؤثر است (۳).

مطابق با آمار سازمان بهداشت جهانی، ۵۲ میلیون نفر از مردم در سراسر جهان در سنین مختلف از بیماری‌های شدید روانی و ۲۵۰ میلیون نفر از بیماری‌های خفیف روانی رنج می‌برند. در ایران، مطابق با مطالعات انجام شده در زمینه اختلالات روانی، شیوع این اختلالات از ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد متغیر بوده است (۴). مطالعه‌ای با استفاده از پرسشنامه GHQ^۱ در میان ۱۹۳۷۰ شهروند تهرانی بالای ۱۵ سال، نرخ موارد مشکوک به اختلالات سلامت روان را ۳۴/۲ درصد نشان داد (۵). معینی و همکاران نیز با استفاده از همین پرسشنامه در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه نشان دادند ۵۴/۵ درصد شرکت‌کنندگان از نظر سلامت روان وضعیت نامطلوبی داشته و مشکوک به اختلال روانی بودند (۶).

مسائل و مشکلات متعدد دوره میانسالی موجب بحرانی شدن و به خطر افتادن سلامت روان زنان و افزایش مبتلایان به اختلالات

روانی می‌شود (۷). سلامت زنان مفهوم گسترده‌ای دارد و بسیاری از عوامل زیستی و اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و محیطی می‌توانند بر آن تاثیر بگذارد (۸). تحقیقات نشان می‌دهد که افسردگی در زنان تقریباً دو برابر شایع‌تر از مردان است. در حال حاضر می‌دانیم که تفاوت‌های جنسی مهمی در درمان و ارزیابی بیماری‌ها وجود دارد. بسیاری از بیماری‌ها نشانه‌های متفاوت، سیر متفاوت و عوامل خطر متفاوت در مردان و زنان دارند، اما هیچ زمینه‌ای از سلامت زنان بیشتر از سلامت روانی به این موضوع توجه نکرده است (۹). زنان اختلالات اضطرابی بیشتری را تجربه می‌کنند از جمله اضطراب منتشره اختلال هراس و بیشتر از ۹۰ درصد موارد اختلال خوردن در زنان رخ می‌دهد. در حقیقت تقریباً یک‌سوم زنان معیارهای یک اختلال اضطرابی را در طول زندگی خواهند داشت (۱۰). تغییر نقش زنان به موازات مدرن شدن جامعه و تغییرات شگرف ایجاد شده در حوزه خانواده، سبب ایجاد فشارهای هیجانی فراوان و تهدید سلامت جسمانی و روانی زنان شده است (۱۱).

متخصصین آموزش بهداشت باید به منظور کامل نمودن راهبردهای آموزشی، نظریه‌های مختلف را به کار گیرند و به آن‌ها توصیه می‌شود مرتبط‌ترین نظریه را با توجه به شرایط مکانی و زمانی خویش به کار برند (۱۲). 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 (۱۳).

یکی از مهم‌ترین نظریه‌ها در زمینه آموزش سلامت که هم عوامل فردی و هم عوامل محیطی را در کنترل رفتار مؤثر می‌داند، نظریه شناخت اجتماعی^۲ می‌باشد که توسط آلبرت بندورا^۳ پایه‌گذاری شد. این نظریه، عملکرد انسان را نتیجه تعامل متقابل و پویا بین عوامل روان‌شناختی (شخصی)، محیط فیزیکی - اجتماعی و رفتار می‌داند (۱۴). از جمله سازه‌های این تئوری شامل توانایی رفتاری، انتظارات، انتظار پیامد، محور کنترل، تعیین‌کنندگی متقابل، تقویت،

2. Social Cognitive Theory

3. Bandura Albert

1. General Health Questionnaire

خودتنظیمی، خودکارآمدی و پاسخ تطابق هیجانی می‌باشد. یکی از مؤلفه‌های اصلی این نظریه خودکارآمدی است که به عنوان اعتقاد فرد به توانایی پاسخ دادن به یک موقعیت خاص تعریف می‌شود (۱۵). این مفهوم به قضاوت افراد درباره توانایی‌های خود در انجام کاری خاص مرتبط است (۱۶). حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران به عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس (۱۷)، کمک‌ها و حمایت‌های اجتماعی خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم تعریف شده است که فرد آن را با توجه به شرایط اجتماعی و فردی خود درک می‌کند (۱۸).

سازه محور کنترل بیان می‌کند یادگیری براساس تقویت‌کننده‌هایی است که افراد در گذشته از انتظارات خاص و عمومی خود داشتند. مفهوم کلی در محور کنترل این است که نگرش و دانش مثبت، رفتار بهداشتی و شرایط فیزیکی خوب را می‌سازد (۱۹). خودکنترلی به معنی افکار، احساسات و اعمال خودانگیخته است که به منظور دست‌یابی به اهداف شخصی صورت می‌گیرد (۲۰). خودکنترلی می‌تواند ارتباط مستقیم و غیرمستقیم با سلامت و بهزیستی روان‌شناختی داشته باشد (۲۱). در سال‌های اخیر مطالعاتی نظریه بندورا را در حوزه آموزش سلامت به کار برده‌اند اما به دلیل گستردگی این نظریه، بررسی‌ها بر روی تعداد محدودی از سازه‌ها متمرکز شده است (۲۲). در این رابطه می‌توان به مطالعه همتی و همکاران اشاره نمود که ارتباط معنی‌دار و مثبتی را بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت روان زنان مورد مطالعه نشان دادند (۲۳)، هم‌چنین جمالی و همکاران نیز در مطالعه خود میزان حمایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر را با سلامت روان آنها مرتبط دانسته‌اند (۲۴).

افزایش زنان میانسال، آسیب‌پذیر بودن این مرحله از زندگی به دلیل فزونی تغییرات و نقش‌های زنان در خانواده و جامعه و نیز افزایش توجه به سلامت این گروه، نشان دهنده لزوم بررسی وضعیت سلامت و عوامل مؤثر بر آن در این گروه می‌باشد. مطالعات نشان داده است که مسائل و مشکلات متعدد در این دوره موجب بحرانی شدن این مرحله از زندگی و به خطر افتادن سلامت روان زنان و

افزایش تعداد مبتلایان به اختلالات روانی می‌گردد، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان زنان میانسال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر صومعه سرا با استفاده از تئوری شناختی اجتماعی در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع تحلیلی-مقطعی بوده که با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان زنان میانسال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر صومعه سرا با استفاده از تئوری شناختی اجتماعی در سال ۱۳۹۸ صورت گرفت. جامعه پژوهش زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شماره یک، دو و سه شهر صومعه سرا بودند و با توجه به مطالعه‌ای که توسط شکیب و همکاران در بوشهر انجام گرفت، با در نظر گرفتن ضریب همبستگی بین سلامت روان و انگیزش $0/14$ (۲۴)، خطای نوع اول ۵ درصد و خطای نوع دوم برابر با ۲۰ درصد تعداد نمونه مورد نیاز ۳۹۸ نفر برآورد گردید که با احتساب ۱۰ درصد برای احتمال مخدوش‌شدگی و عدم تکمیل مناسب پرسشنامه‌ها، تعداد نمونه ۴۳۸ نفر در نظر گرفته شد. لیست افراد بر اساس کد ملی ثبت شده در سامانه سیب و بر اساس اعداد تصادفی انتخاب شد. از هر خانوار تنها یک زن میانسال انتخاب شد. جهت انجام پژوهش، پس از اخذ مجوز، با مکاتبه از طریق معاونت بهداشتی استان با مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان شهر منتخب، هماهنگی‌های لازم صورت پذیرفت. سپس از طریق کارشناسان واحد سلامت میانسال شبکه‌های بهداشت شهرستان صومعه سرا، جهت حضور پژوهشگر در مراکز خدمات جامع سلامت اقدام گردید. با مراجعه به مراکز شماره یک، دو و سه نمونه‌های مورد مطالعه انتخاب گردیدند. بعد از کسب رضایت در مورد نحوه پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و بیان اهمیت پاسخگویی صادقانه به سؤالات، پرسشنامه در زنان میانسال توزیع و شرکت‌کنندگان آن را تکمیل نمودند. معیار ورود به مطالعه زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله دارای پرونده الکترونیک بهداشتی در مراکز خدمات جامع سلامت شهر صومعه‌سرا، حداقل سواد (ابتدایی) و رضایت آگاهانه برای تکمیل

دوستان (۷) سوال و سایرین (۸) سوال را شامل می‌شود. ابراهیمی قوام (۱۳۷۰) این آزمون را به فارسی ترجمه کرده و با نمره گذاری صفر و یک روی ۱۰۰ دانشجو و ۲۰۰ دانش آموز ایرانی اجرا کرده است. او آلفای کرونباخ این مقیاس را در دانشجویان ۰/۹۰ و در نمونه دانش آموزی ۰/۷۰ و در آزمون مجدد در دانش آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ گزارش کرده است. این پرسشنامه با امتیاز یک برای پاسخ بله و امتیاز صفر برای پاسخ خیر، از صفر تا ۲۳ نمره گذاری می‌شود و کسب نمره بالاتر به معنای درک بالاتر از حمایت اجتماعی است (۲۷).

سایر سازه‌های این بخش پس از مطالعات کتابخانه‌ای و مقالات مرتبط با موضوع تهیه و ارتباط آن از طریق بررسی نظرات ۱۱ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه (۶ نفر متخصص آموزش بهداشت، ۲ نفر اپیدمیولوژی و ۳ نفر روانشناس) و با سنجش CVI و CVR مورد تایید قرار گرفت. بدین ترتیب سازه خودکارآمدی^۲ از طریق ۹ سوال با مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (اصلاً مطمئن نیستم = ۱، تقریباً مطمئنم = ۲، خیلی مطمئنم = ۳، کاملاً مطمئنم = ۴) و طیف نمره ۹-۳۶ سنجیده شد. سازه محور کنترل^۳ دارای ۱۶ سؤال با مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱، مخالفم = ۲، کمی مخالفم = ۳، کمی موافقم = ۴، موافقم = ۵، کاملاً موافقم = ۶) و طیف نمره ۱۶-۹۶ بود. خودکنترلی^۴ با استفاده از ۱۳ سؤال به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلاً = ۱، خیلی کم = ۲، کم = ۳، زیاد = ۴، خیلی کم = ۵) و طیف نمره ۱۳-۶۵ مورد سنجش قرار گرفت. در هر سازه طبقه‌بندی امتیازات بدین صورت بود که میانگین امتیازات بین صفر تا ۳۳/۳۳ در سطح ضعیف، ۳۳/۳۴ تا ۶۶/۶۷ در سطح متوسط و بالاتر از ۶۶/۶۷ در سطح خوب قرار گرفتند (۲۸).

جهت سنجش روایی پرسشنامه سازه‌های خودکارآمدی، محور کنترل و خودکنترلی، شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا به ترتیب برای سازه خودکارآمدی ۱ و ۰/۸۶، سازه محور کنترل ۰/۹۷ و ۰/۹۷ و سازه خودکنترلی ۰/۷ و ۰/۸۴ کسب شد. جهت

پرسشنامه بود. معیار خروج از مطالعه نیز تکمیل ناقص پرسشنامه و مصرف داروهای اعصاب و روان بوده است.

در این مطالعه از پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش استفاده شد. بخش اول، سؤالات جمعیت شناختی (۱۱ سؤال) شامل سن، تعداد فرزند، تعداد افراد خانواده، شغل، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، نسبت در خانوار، باردار بودن، مصرف دارو، میزان درآمد خانوار و وجود بیماری تشخیص داده شده توسط پزشک بود.

بخش دوم، پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت روان (GHQ-28) بود که با ۷ سوال برای هر یک از چهار حیطه علائم جسمانی (زیر مقیاس: وضعیت سلامت عمومی و علائم جسمانی)، علائم اضطراب (زیر مقیاس: علائم و نشانه‌های بالینی اضطرابی شدید، بی‌خوابی، تحت فشار بودن، عصبانی بودن و دلشوره)، اختلال در کارکرد اجتماعی (زیر مقیاس: توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مقید بودن، قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره زندگی) و افسردگی (زیر مقیاس: علایم اختصاصی افسردگی از قبیل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها) سنجیده شد. نمره دهی به صورت طیف ۴ گزینه‌ای بیش از حد معمول نمره ۳، حد معمول نمره ۲، کمتر از حد معمول ۱ و به خیلی کمتر از حد معمول نمره صفر تعلق گرفت. سؤالات ۱ و ۱۵ تا ۲۱ به صورت معکوس امتیازدهی می‌گردند. نمره دهی در کل پرسشنامه برای داشتن اختلال روان به صورت (۰-۲۲) هیچ یا کمترین حد، (۲۳-۴۰) خفیف، (۴۱-۶۰) متوسط و (۶۱-۸۰) شدید می‌باشد. روایی و پایایی ابزار GHQ-28 در مطالعات مختلفی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵ و ۲۶).

بخش سوم، پرسشنامه تعدادی از سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی بود. از جمله پرسشنامه حمایت اجتماعی^۱ که ابزاری تک عاملی و حاوی پرسشنامه حمایت اجتماعی استاندارد فیلیپس مشتمل بر ۲۳ عبارت مربوط به حمایت اجتماعی درک شده توسط افراد است. این پرسشنامه سه خرده مقیاس حمایت خانواده (۸ سوال)،

2. Self-efficacy

3. Locus of control

4. Self control

1. Social support

داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده گردید. برای بررسی ارتباط سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی با سلامت روان از آزمون اسپیرمن و هم‌چنین جهت پیشگویی‌کنندگی سازه‌ها از آزمون رگرسیون خطی چند متغیره پس از نرمال سازی داده‌های غیر نرمال استفاده شد. سطح معنی داری آزمون‌ها در این مطالعه (۰/۰۵ < p-value) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بیشترین فراوانی (۲۴/۳ درصد) مربوط به گروه سنی ۳۰-۳۴ سال و کمترین فراوانی (۹/۸ درصد) مربوط به گروه سنی ۵۵-۵۹ سال

بررسی پایایی، پرسشنامه توسط ۴۰ نفر از زنان واجد شرایط تکمیل شد و ضریب آلفای کرونباخ برای سازه خودکارآمدی ۰/۷۸، سازه محور کنترل ۰/۷۰ و سازه خودکنترلی ۰/۷۱ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج توصیفی به شکل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار در قالب جداول ارائه شد. در ابتدا نرمالیتی داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف^۱ مشخص گردید، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آزمون‌های آماری پارامتری در صورت نرمال بودن توزیع و یا آزمون‌های آماری ناپارامتری در صورت نرمال نبودن توزیع استفاده شد. جهت بررسی شکل توزیع

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی در جمعیت مورد پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
سن	۳۰-۳۴	۱۰۶	۲۴/۳	۶۷	۱۵/۳
	۳۵-۳۹	۷۹	۱۸	۱۳۱	۲۹/۹
	۴۰-۴۴	۸۵	۱۹/۴	۱۵۹	۳۶/۳
	۴۵-۴۹	۷۴	۱۶/۹	۶۱	۱۳/۹
	۵۰-۵۴	۵۱	۱۱/۶	۱۸	۴/۱
	۵۵-۵۹	۴۳	۹/۸	۲	۰/۵
تعداد افراد خانوار	یک تا سه نفره	۱۹۲	۴۳/۹	۲۹	۶/۶
	چهار تا شش نفره	۲۴۵	۵۵/۹	۳۸۴	۸۷/۷
	هفت نفره	۱	۰/۲	۲۵	۵/۷
شغل	خانه دار، بیکار	۳۲۳	۷۳/۷	۱۲۷	۲۸/۸
	کارمند	۹۵	۲۱/۶	۱۳۷	۳۱/۳
	کارگر	۲	۰/۵	۳۷	۸/۴
	کشاورز	۲	۰/۵	۱۰۴	۲۴
	بازنشسته	۲	۰/۵	۳۳	۷/۵
	دانشجو	۲	۰/۵	۱۵۹	۳۶/۳
تأهل	آزاد	۸	۱/۸	۲۳۵	۵۳/۷
	سایر	۴	۰/۹	۴۴	۱۰
	مجرد	۲۴	۵/۵	۷۹	۱۸
بارداری	متأهل	۳۹۷	۹۰/۶	۳۵۹	۸۲
	بدون همسر به علت طلاق	۹	۲/۱	۸۸	۲۰/۱
	بدون همسر به علت فوت	۸	۱/۸	۳۵۰	۷۹/۹
میزان تحصیلات	بله	۱۲	۲/۷		
	خیر	۴۲۶	۹۷/۳		
نسبت در خانوار	سرپرست				
	همسر				
تعداد فرزندان	فرزند				
	زیر دیپلم				
درآمد	دیپلم				
	فوق دیپلم				
مصرف دارو	کارشناسی				
	کارشناسی ارشد				
بیماری تشخیص داده شده	کمتر از یک میلیون				
	بین یک تا سه میلیون				
بیش از سه میلیون	بیش از سه میلیون				
	بیش از سه میلیون				

جدول ۲. توزیع فراوانی نمره سلامت روان در جمعیت مورد پژوهش

سلامت روان	فراوانی	درصد فراوانی
کمترین حد	۵۵	۱۲/۶
خفیف	۲۸۰	۶۳/۹
متوسط	۹۹	۲۲/۶
شدید	۴	۹

جدول ۳. میانگین نمره زیر مقیاس سلامت روان

سطوح	میانگین \pm انحراف معیار
علایم جسمانی (۷ سوال)	۸/۱ \pm ۳/۸
اضطراب (۷ سوال)	۵/۶ \pm ۴/۹
کارکرد اجتماعی (۷ سوال)	۱۵/۳ \pm ۴/۳
افسردگی (۷ سوال)	۷/۲ \pm ۳/۸
کل سلامت روان (۲۸ سوال)	۳۲/۷ \pm ۱۰

طبق نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن در جدول ۴، سلامت روان با سازه‌های خودکارآمدی ($r = -0/833$)، حمایت اجتماعی ($r = -0/702$)، خودکنترلی ($r = -0/695$) و محور کنترل ($r = -0/611$) همبستگی منفی و معنی‌دار دارد که نشان می‌دهد هرچه فرد نمره کمتری از نظر سلامت روان کسب کند و وضعیت سلامت روان مطلوب‌تری داشته باشد، از خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، خودکنترلی و محور کنترل بالاتری برخوردار است.

بود. اکثر افراد دارای دو فرزند (۳۶/۳ درصد) بودند و تنها ۵/۵ درصد آنان شش فرزند داشتند. از مجموع ۴۳۸ خانوار، بیشتر خانواده‌ها (۳۲/۶ درصد) چهار نفره، ۵/۳ درصد شش نفره و ۲/۰ درصد هفت نفره بودند. شغل اکثر زنان خانه‌دار (۷۳/۷ درصد) و مجموعاً ۲ درصد آن‌ها کارگر، کشاورز، بازنشسته و دانشجو (هر کدام ۵/۰ درصد) بودند. بیشتر افراد متأهل (۹۰/۶ درصد) و ۵/۵ درصد نیز مجرد بودند. همچنین اکثراً (۹۷/۳ درصد) باردار نبودند و ۸۲ درصد زنان سابقه مصرف دارو نیز نداشتند. درآمد ۵۳/۷ درصد از خانوارها بین یک تا سه میلیون تومان بود و ۷۹/۹ درصد از زنان بیماری تشخیص داده شده نداشتند. هم چنین ۳۱/۳ درصد از زنان دارای تحصیلات دیپلم و ۷/۵ درصد نیز دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند (جدول ۱).

با توجه به نتایج به دست آمده، بیشتر افراد مورد مطالعه (۶۳/۹ درصد) از نظر سلامت روان در طبقه بندی خفیف قرار داشتند و فقط ۱۲/۶ درصد از آنان هیچ یا کمترین حد اختلال روانی را نشان دادند. در مجموع ۳۱/۶ درصد از افراد نیز در طبقه بندی متوسط و شدید مشکلات سلامت روان قرار گرفتند (جدول ۲). میانگین نمره زیر مقیاس‌های سلامت روان در جدول ۳ نشان می‌دهد که افراد مورد مطالعه از نظر مقیاس کارکرد اجتماعی دارای بالاترین نمره میانگین نسبت به سایر زیر مقیاس‌های سلامت روان بوده و مؤید این نکته است که جمعیت هدف در حیطه کارکرد اجتماعی دارای اختلال متوسط می‌باشند.

جدول ۴. نتایج توصیف آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی با سلامت روان

سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی	خودکارآمدی	حمایت اجتماعی	خودکنترلی	محور کنترل	سلامت روان
خودکارآمدی	۱				
حمایت اجتماعی	*-۰/۷۱۵	۱			
خودکنترلی	*-۰/۷۰۸	*-۰/۷۲۸	۱		
محور کنترل	*-۰/۶۱۷	*-۰/۷۲۸	*-۰/۶۳۶	۱	
سلامت روان	*-۰/۸۳۳	*-۰/۷۰۲	*-۰/۶۹۵	*-۰/۶۱۱	۱

* P < 0/05

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با سلامت روان بر اساس تئوری شناختی اجتماعی در زنان میانسال مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر صومعه سرا در سال ۱۳۹۸ انجام شد. دوره میانسالی با تغییر و تحولات جسمی زیادی در زنان همراه است. زنان در این مرحله از زندگی با تغییرات هورمون مواجهه هستند که بر سیستم روانی و عصبی آن‌ها تاثیر دارد و سلامت روان در این دوره به دلیل تغییرات فراوان بیولوژیکی، فیزیکی و روانی و اجتماعی آسیب پذیرتر است. اگر به نیازها و تعارضات در این دوره از زندگی پاسخی مناسب داده شود و مشکلات حل شود، میانسال می تواند به شادمانی و برآوردن نیازهای شخصی پرداخته و سلامت روان خود را حفظ کند (۷). طبق نتایج مطالعه حاضر میانگین نمره سلامت روان ۳۲/۷ بوده است که بر اساس طبقه بندی استاندارد پرسشنامه به کار رفته نشان می دهد افراد مورد مطالعه از نظر سلامت روان در سطح خفیف اختلال روان قرار داشتند. روند رو به افزایش اختلال های روانی در جوامع، به خصوص در زنان که رکن اصلی خانواده را تشکیل می دهند و سلامت جسم و روان آن‌ها

جهت توصیف ارتباط بین سلامت روان با متغیرهای جمعیت شناختی، از آزمون های کروسکال والیس و کای اسکوتر استفاده شد و مشخص گردید که از بین متغیرهای مذکور، دو متغیر مصرف دارو ($p\text{-value} < 0/001$) و بیماری تشخیص داده شده ($p\text{-value} = 0/005$) ارتباط معنی داری با نمره سلامت روان دارد؛ به طوری که افرادی که مصرف دارو داشته و هم چنین افرادی که بیماری شان تشخیص داده شده بود، دارای میانگین نمره سلامت روان بالاتری بودند. جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره را نشان می دهد. طبق نتایج این جدول، متغیرهای دموگرافیک و سازه های تئوری در مجموع ۶۱ درصد از وضعیت سلامت روان را پیشگویی کردند. از میان سازه های مورد بررسی، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، محور کنترل و خودکنترلی به طور معنی دار و معکوس پیشگویی کننده سلامت روان بودند؛ بدین معنی که به ازای یک واحد افزایش در متغیرهای خودکارآمدی، خودکنترلی و حمایت اجتماعی متغیر سلامت روان به ترتیب ۰/۶۲۹، ۰/۱۷۱ و ۰/۱۲۶ واحد کاهش یافت. در این میان خودکارآمدی ($\beta = 0/629, P < 0/001$) قوی ترین پیشگویی کننده وضعیت سلامت روان بود.

جدول ۵. تعیین قدرت پیشگویی کنندگی هریک از سازه های تئوری شناختی اجتماعی مرتبط با سلامت روان با کنترل عوامل مخدوش کننده در جمعیت مورد پژوهش

متغیر	ضریب بتا	خطای معیار	آماره آزمون سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
				حد پایین	حد بالا
خودکارآمدی	-۰/۶۲۹	۰/۰۶۶	-۹/۵۸۰	<۰/۰۰۱	-۰/۷۵۸ -۰/۵۰۰
حمایت اجتماعی	-۰/۱۲۶	۰/۰۴۱	-۳/۰۸۵	۰/۰۰۲	-۰/۲۰۷ -۰/۰۴۶
محور کنترل	-۰/۰۵۰	۰/۰۳۶	-۱/۳۷۳	۰/۱۷۱	-۰/۱۲۱ ۰/۰۲۱
خودکنترلی	-۰/۱۷۱	۰/۰۵۱	-۳/۳۲۵	۰/۰۰۱	-۰/۲۷۱ -۰/۰۷۰
سن	۰/۰۰۸	۰/۱۹۶	۰/۰۳۹	۰/۹۶۹	-۰/۳۹۲ ۰/۳۷۷
شغل					
کارگر	-۱۴/۳۳۰	۴/۵۰۹	-۳/۱۷۸	۰/۰۰۲	-۲۳/۱۹۳ -۵/۴۶۶
کشاورز	۱۳/۰۱۳	۴/۵۷۶	۲/۸۴۲	۰/۰۰۵	۴/۰۱۷ ۲۲/۰۰۸

از سوی دیگر، میانگین نمرات زیر مقیاس های پرسشنامه (GHQ-28) در مطالعه حاضر، برای زیر مقیاس کارکرد اجتماعی اختلال متوسط را نشان داد. مطالعات مختلفی مؤید بیشترین اختلال سلامت عمومی

بر سلامت خانواده و تربیت فرزندان تاثیر مستقیم دارد، قابل تأمل بوده و لزوم ارائه خدمات بهداشت عمومی و روانی در جامعه زنان را مطرح می کند (۲۹)

می کند (۱۶). حمایت اجتماعی نیز با ایجاد تعهدات متقابل، تاثیر بالقوه‌ای بر کیفیت زندگی و مقابله با تنش‌های روانی دارد و به حفظ فعالیت‌های مرتبط به رفتار سلامتی کمک می کند (۱۸)؛ از سوی دیگر، خودکنترلی که اشاره به تنظیم استانداردهای درونی و واکنش‌های خود ارزشیابی کننده برای رفتار مشخص دارد می تواند از طریق خود پایشی، تنظیم هدف، باز خورد و کسب حمایت اجتماعی، ارتباط مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت فرد داشته باشد (۱۵، ۴۰). در این میان، محور کنترل می تواند با ایجاد دانش و نگرش مثبت نسبت به سلامتی از طریق اعتقاد فرد به این امر که سلامتی وی تا چه اندازه تحت کنترل عوامل درونی و بیرونی است، موجب ارتقای شرایط جسمی و روانی سلامت گردد (۴۱، ۴۲).

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که مصرف دارو و بیماری تشخیص داده شده با سلامت روان ارتباط معنی داری داشته است به طوری که افرادی که هر نوع دارویی مصرف می کردند از میانگین نمره سلامت روان بالاتری نسبت به افرادی که دارو مصرف نمی کردند برخوردار بودند؛ وضعیت سلامت روان در افرادی که بیماری همراه نداشتند نیز بهتر از افرادی بود که حداقل یک بیماری را گزارش کرده بودند؛ این نتایج را می توان به تاثیر بیماری بر جسم و روان افراد نسبت داد. این یافته با نتایج سایر مطالعات که رابطه معنی داری بین آسیب پذیری سلامت روان و بیماری همراه و مصرف دارو را گزارش کرده اند، مطابقت دارد (۴۳، ۴۴).

در مطالعه کنونی جهت مشخص کردن میزان تبیین سلامت روان بر اساس سازه‌های نظریه شناختی اجتماعی، از رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. نتایج حاصله نشان داد سازه‌های خودکارآمدی، خودکنترلی و حمایت اجتماعی و متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل شغل کارگر و کشاورز در مجموع ۶۱ درصد از تغییرات سلامت روان را پیش بینی می کنند. برخی مطالعات نشان دهنده نقش پیش بینی کننده سازه‌های خودکارآمدی (۳۶، ۴۵-۴۷)، حمایت اجتماعی (۲۴، ۳۶، ۴۷) و خود کنترلی (۳۸، ۴۸، ۴۹) در سلامت روان بودند. خودکارآمدی قوی ترین و موثرترین متغیر در پیشگویی کنندگی وضعیت سلامت روان شناخته شد که

در زیر مقیاس کارکرد اجتماعی بوده است (۳۰-۳۲). در مطالعه قربانی و همکاران، زیر مقیاس اضطراب و کارکرد اجتماعی به ترتیب دارای بالاترین نمره بودند (۲۹). از آنجا که یکی از هدف‌های دوره میانسالی یافتن معنای جدیدی از زندگی و دوره‌ای برای درون‌نگری فرد می باشد تا با بررسی احساسات، نگرش‌ها، ارزش‌ها و اهداف خود هویت جدید خود را تعریف کند و به این سوالات جواب دهد که من که هستم؟ و قصد دارم به کجا بروم؟ این سال‌ها می تواند زمانی برای غنی تر شدن زندگی به خصوص در زمینه عملکرد و هویت جدید اجتماعی باشد (۳۳). شاید بتوان گفت زنان در دوره میانسالی حس می کنند که کنترل شخصیتی جهت حل مشکل در آن‌ها کاهش یافته است، در نتیجه باعث انزوا و کاهش فعالیت‌های اجتماعی شده و موجب مشکلات روانی در حیطه عملکرد اجتماعی می شود. به منظور افزایش اثربخشی مداخلات ارتقای سلامت روان در

جمعیت عمومی به ویژه زنان، ضروری است که تعیین کننده‌های مرتبط با سلامت روان در این گروه شناسایی شوند. بر این اساس، نتایج ضریب همبستگی مطالعه حاضر نشان داد به ترتیب سازه‌های خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، خودکنترلی و محور کنترل بیشترین رابطه معنی دار را با سلامت روان دارند که بیانگر این است که افرادی که از نظر سازه‌های بیان شده در وضعیت بهتری باشند از سلامت روان مطلوب تری نیز برخوردار خواهند بود. دهکردی و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که بین خودکارآمدی دانشجویان و استرس رابطه معنی دار وجود دارد به طوری که هرچه خودکارآمدی بالاتر باشد، استرس کمتری را تجربه می کنند (۳۴). سایر پژوهش‌های انجام شده هم نشان دهنده رابطه معنی دار میان سازه خودکارآمدی (۳۵، ۳۶)، حمایت اجتماعی (۳۶)، محور کنترل (۳۷) و خود کنترلی (۳۸، ۳۹) با سلامت روان بوده است. یکی از مولفه‌های اصلی تئوری شناختی اجتماعی خودکارآمدی است که به عنوان اعتقاد فرد به توانایی پاسخ دادن به یک موقعیت خاص تعریف می شود، بدیهی است که تفکر، احساسات و رفتار انسان در موقعیت‌هایی که به توانایی خود احساس اطمینان می کند، متفاوت از رفتار وی در مواقعی است که در آن احساس عدم توانایی و یا فقدان صلاحیت

دارای نقش محوری در تنظیم حالات روحی و روانی و سلامت روان بوده است. مطالعه Wilcox در کانادا نشان داد ۴۱/۲ درصد از احساس شادمانی دانشجویان توسط خودکارآمدی قابل پیشگویی است (۵۰). این یافته هم‌چنین همسو با نتایج مطالعه زینی وند، یاقوتی و شاهنگیان بود (۵۱-۵۳). خودکارآمدی اطمینان فرد به خودش در انجام موفقیت آمیز یک رفتار می باشد. هرچه افراد انگیزه، توانایی و امید بیشتری برای ارتقای سلامت روان خود داشته باشند، سلامت روان مطلوب تری خواهد داشت.

حمایت اجتماعی به عنوان دومین سازه تئوری شناختی اجتماعی توانست وضعیت سلامت روان را پیشگویی کند. حمایت اجتماعی تاثیر مثبت و معنی داری بر ارتقای سلامت روان داشته است. نتایج مطالعات انجام شده در دبی، امریکا و چین به ترتیب ۶۳٪ و ۳۴٪ و ۲۹/۸۶٪ از سلامت روان مشارکت کنندگان با حمایت اجتماعی قابل پیشگویی بود (۵۴-۵۶). به نظر می رسد افرادی که ارتباطات اجتماعی بیشتری برقرار می کنند، در مقایسه با افرادی که ارتباطات اجتماعی کمتری دارند، کمتر دچار بیماری های روانی- اجتماعی می شوند و در صورت ابتلا به بیماری های روانی- جسمانی، زودتر بهبود می یابند و شدت بیماری شان نیز کمتر است (۵۷). علاوه بر این، افراد با حمایت اجتماعی بالاتر از مهارت های ارتباطی کارآمدتری برخوردار هستند که آن ها را از افسردگی و سایر مشکلات روانی دور می کند (۵۸).

محور کنترل به عنوان سومین سازه تئوری شناختی اجتماعی توانست وضعیت سلامت روان را پیشگویی نماید. این یافته با نتایج مطالعه Kurtović و Origlio که تاثیر محور کنترل را بر سلامت روان اثبات کردند، همخوانی دارد (۵۹ و ۶۰). در واقع کسانی که دارای منبع کنترل درونی اند، دارای خود مختاری و استقلال در تفکر هستند. آن ها اضطراب و ناامنی کمتری تجربه می کنند، احساس امنیت، اعتماد به نفس، رهایی از ترس و عزت بیشتری نسبت به برآوردن نیازهای حال یا آینده خود دارند (۶۱).

آخرین سازه تئوری شناختی اجتماعی پیشگویی کننده وضعیت سلامت روان در مطالعه حاضر، خودکنترلی بوده است. بدیهی است

تنظیم اهداف مشخص، مدیریت زمان و استراتژی ها جهت دستیابی به اهداف به واسطه خودکنترلی امکان پذیر است. تاثیر سازه خودکنترلی در سایر مطالعات در زمینه های مختلف سلامت روانی و جسمی تایید شده است (۳۹ و ۶۲). به طور کلی می توان گفت سازه های تئوری شناختی اجتماعی ماهیتاً قابلیت پیشگویی کنندگی خوبی برای وضعیت سلامت روان دارند. با مرور مطالعات مختلفی که از این تئوری برای پیشگویی انواع موقعیت های سلامت روان استفاده کرده اند، مشخص گردیده است که استفاده از این سازه ها در برنامه های مداخله ای نیز می تواند با بهره برداری از پیشگویی کننده های به دست آمده، تاثیر مناسبی در ارتقای سلامت روان داشته باشد.

نقاط قوت و محدودیت ها: در پژوهش حاضر بررسی رابطه متغیرهای جمعیت شناختی و اجتماعی با ابعاد مختلف سلامت روان در زنان میانسال به عنوان نقطه قوت آن در نظر گرفته شده است. اگرچه یافته های این مطالعه بینش ارزنده ای در درک وضعیت سلامت روان زنان میانسال ایجاد می کند اما چند محدودیت آن را نباید نادیده گرفت. از جمله می توان به استفاده از فقط چند سازه تئوری شناختی اجتماعی در این مطالعه اشاره نمود. با وجود سازه های نسبتاً زیاد و متنوع در این تئوری چنانچه در طراحی اولیه مطالعه از سازه های بیشتری بهره برده می شد شاید قابلیت تعمیم پذیری مطالعه افزایش می یافت. هم چنین انجام مطالعه در منطقه جغرافیایی کوچک نیز می تواند دیگر محدودیت مطالعه به شمار آید.

نتیجه گیری

در این مطالعه تئوری شناختی اجتماعی توانست ۶۱٪ از واریانس وضعیت سلامت روان را تبیین کند. از طرف دیگر بر اساس نتایج مطالعه حاضر ۶۳/۹ درصد از جمعیت مورد مطالعه دارای اختلالات خفیف روانی بودند که این موضوع اهمیت توجه به سلامت روان این قشر از افراد جامعه را نشان می دهد، هم چنین این افراد در بعد کارکرد اجتماعی داری اختلال روانی می باشند؛ که این یافته نیازمند مداخلات در زمینه سلامت روان افراد است. با توجه به پیش بینی قوی وضعیت سلامت روان بر اساس سازه های تئوری شناختی اجتماعی بررسی شده می توان از این مدل در برنامه ریزی های آموزشی و تکنیک های ارتقا و

دانشگاه علوم پزشکی گیلان می‌باشد.

تأمین بودجه: این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و حمایت مالی معاونت پژوهشی و فناوری می‌باشد.

سهم نویسندگان: نرجس نیک پی و فتانه بخشی: طراحی مطالعه و نگارش مقاله، سعید امیدی: مشارکت در اجرای طرح و تحلیل داده ها و نگارش مقاله ربیع اله فرمانبر، آسیه اکبری و ابوالحسن افکاری: مشارکت در اجرای طرح و نگارش مقاله.

References

1. Organization WH. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. World Health Organization; 2019.
2. Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP, Verhaak PF. Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. Health and quality of life outcomes. 2004;2(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-1> <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-23> PMID:15132745 PMCID:PMC428585
3. Yousefi F, Mohamadkhani M. Investigation of students' mental health at Kurdistan University of Medical Science and its related with age, gender and their academic courses. Medical journal of mashhad university of medical sciences. 2014;56(6):354-61.
4. Jafari A, Nejatian M, Momeniyan V, Barsalani FR, Tehrani H. Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. BMC psychiatry. 2021;21:1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03507-5> PMID:34641793 PMCID:PMC8507341
5. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran-Iran (2009). Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2011;16(4):479-83.
6. Moeini B, Rezapur-Shahkolai F, Tapak L, Geravandi A, Parsamajid S. Relationship between Happiness and Mental Health with Social Capital among Health Workers. J Educ Community Health. 2020;7(2):119-25. <https://doi.org/10.29252/jech.7.2.119>
7. Abusalehi A, Vahedian-Shahroodi M, Esmaily H, Jafari A, Tehrani H. Mental health promotion of the elderly in nursing homes: a social-cognitive intervention. International Journal of Gerontology. 2021;15(3):221-7.
8. Ahmadi B, Farzadi F, Alimohammadian M. Women's health in Iran: issues and challenges. 2012.
9. Peyman N, Mahdizadeh M, Taghipour A, Esmaily H. Using of social cognitive theory: predictors of physical activity among women with diabetes type 2. Journal of Research and Health. 2013;3(2):345-54.
10. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry. 1994;51(1):8-19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002> PMID:8279933
11. Anbari M, Haghi S. A Study of Role Changes and Happiness of Rural Women. Journal of Applied Sociology. 2021;32(1):23-58.
12. Williams HM, Zeldman A, Freedman Z, Deci E, Elder D, Moser SM, et al. Instructional design strategies for health behavior change, MB Kinzie (USA) 3. Patient Education and Counseling. 2005;56:361-3. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.02.005> PMID:15590217
13. Nutbeam D, Harris E, Wise W. Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories: McGraw-Hill; 2010.
14. Artino AR, La Rochelle JS, Durning SJ. Second-year medical students' motivational beliefs, emotions, and achievement. Medical education. 2010;44(12):1203-12.

- <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03712.x>
PMid:21091760
15. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice: John Wiley & Sons; 2008.
 16. Sharma M. Theoretical foundations of health education and health promotion: Jones & Bartlett Learning; 2021.
 17. Schulz U, Schwarzer R. Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2004;23(5):716-32. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.716.50746>
 18. Moradi A, Taheri S, Javanbakht F, Taheri A. A meta-analysis on the relationship between mental health and social support in Iran. *Journal of Research in Behavioural science*. (10 (6)):565-73.
 19. Wallston KA. The validity of the multidimensional health locus of control scales. *Journal of health psychology*. 2005;10(5):623-31. <https://doi.org/10.1177/1359105305055304>
<https://doi.org/10.1177/1359105305055301>
PMid:16033784
 20. Zimmerman BJ. Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. *Handbook of self-regulation*: Elsevier; 2000. p. 13-39. <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50031-7>
 21. Vorhaus J, MacGregor A, Salter E, Duckworth K. Self regulated learning: a review of literature. 2009.
 22. Jamali M, Noroozi A, Tahmasebi R. Factors Affecting Academic Self-Efficacy and Its Association with Academic Achievement among Students of Bushehr University Medical Sciences 2012-13. *Iranian Journal of Medical Education*. 2013;13(8):629-41.
 23. towhidian y, Navabakhsh M, agha jani mera h. Investigating the Impact of Citizenship Awareness on Social Cohesion in Tehran at Local Level. *Journal of Socio - Cultural Changes*. 2021;17(4):1-12.
 24. Shakib Z, Tahmasebi R, Norouzi A. Factors affecting the mental health of high school girls in Bushehr based on social cognitive theory. *Health Educ Health Promot*. 2014;2(2):131-42.
 25. Nourbala AA, Bagheri YS, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. 2009.
 26. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of shiraz university. *Journal of psychology*. 2002;5(4):381-98.
 27. Maleki Pirbazari M, Nouri R, Sarami G. Social support and depression symptoms: The mediating role of self-efficacy. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2012;6(2):26-34.
 28. Jalily M, Barati M, Bashirian S. Using Social Cognitive Theory to Determine Factors Predicting Nutritional Behaviors in Pregnant Women Visiting Health Centers in Tabriz, Iran. *Journal of Education and Community Health*. 2015;1(4):11-21. <https://doi.org/10.20286/jech-010411>
 29. Ghorbani A, Golchin M. Investigating the mental health status of women in Qazvin Province (2008). *Journal of Inflammatory Diseases*. 2011;15(1):56-62.
 30. Solhi M, Kazemi SS, Haghni H. Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center No. 2 in Chaloos (2012). *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013;20(109):72-9.
 31. Koohpaei A, Khandan M, Arab Z, Mobinizadeh V, Moamenian S. Survey of mental health status among female workers in Qom province in 2014: Opportunities and challenges. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015;14(8):691-700.
 32. Talarowska M, Chodkiewicz J, Nawrocka N, Miniszewska J, Biliński P. Mental health and the SARS-CoV-2 epidemic-Polish research study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(19):7015. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197015>
PMid:32992807 PMCid:PMC7579123
 33. Tudor K. *Mental health promotion: Paradigms and practice*: Routledge; 2013. <https://doi.org/10.4324/9781315812670>
 34. Fazeldehkordi, khorsandi M, Roozbehani N, Mehdi R, Rajabi M. APPLICATION OF SOCIAL COGNITIVE THEORY FOR PREDICTING STRESS IN NON-NATIVE NEW STUDENTS OF ARAK UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES 2015-2016. *Nursing and Midwifery Journal*. 2018;16(7):517-26.
 35. Afrooz GA, Motamedi F. Self efficacy and mental health of gifted and normal students. 2005.
 36. Jamali M, Noroozi A, Tahmasebi R. Application of the basic constructs of social cognitive theory for predicting mental health in student of Bushehr University Medical Sciences 2012-13. *ISMJ*. 2015;17(6):1236-51.
 37. Richardson A, Field T, Newton R, Bendell D. Locus of control and prenatal depression. *Infant Behavior and Development*. 2012;35(4):662-8. <https://doi.org/10.1016/j.inbeh.2012.07.006>
PMid:22982265 PMCid:PMC3494786
 38. Mousavomoghadam SRA, Nouri T, Khodadadi T, Ahmadi A, Ghiasi G. Association of Internet Addiction and Self-

- Control with Mental Health Among Students of the University of Applied Sciences and Technology, Ilam City, Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2017;15(1):1-8.
39. Mizbani S, Ghasri Z, Sedaghat-Fard F, Gomroki H, Amidi-Mazaheri M. Investigating the Relationship between Mental Health with Self-Control and Life Satisfaction in Students of Isfahan University of Medical Sciences, Iran, in 2019. *Journal of Health System Research*. 2022;17(4):275-81.
40. Bandura A, Walters RH. *Social learning theory*: Englewood cliffs Prentice Hall; 1977.
41. Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public health*. 2007;7(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-295> PMID:17942001 PMCID:PMC2206030
42. Tsionis A, Pantoglou D, Kasvikis Y. Mental health locus of control in refugees with clinically established psychopathology. *Psychiatrike= Psychiatriki*. 2022. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.094> PMID:36436213
43. Saeidimehr S, Delbari A, Zanjari N, Fadaye Vatan R. Factors Related to Frailty Among Older Adults in Khuzestan, Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2021;16(2):202-17. <https://doi.org/10.32598/sija.16.2.1600.1>
44. Takmaz T, Gundogmus I, Okten SB, Gunduz A. The impact of COVID-19-related mental health issues on menstrual cycle characteristics of female healthcare providers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2021;47(9):3241-9. <https://doi.org/10.1111/jog.14900> PMID:34137123 PMCID:PMC8447072
45. Karademas EC, Kalantzi-Azizi A. The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and individual differences*. 2004;37(5):1033-43. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.11.012>
46. 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-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:639-43. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.124> <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.125>
47. Nabavi SS, Sohrabi F, Afrooz G, Delavar A, Hosseinian S. Relationship between self-efficacy and mental health among teachers: the role of perceived social support. 2017. <https://doi.org/10.29252/rph.11.2.50>
48. Shojaee M. *Mental health components and locus of control*: Mount Saint Vincent University; 2014.
49. Shin S, Lee E. Relationships among the Internal Health Locus of Control, Mental Health Problems, and Subjective Well-Being of Adults in South Korea. *Healthcare*. 2021;9(11):1588. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111588> PMID:34828633 PMCID:PMC8620821
50. Wilcox G, Nordstokke D. Predictors of university student satisfaction with life, academic self-efficacy, and achievement in the first year. *Canadian Journal of Higher Education/Revue canadienne d'enseignement supérieur*. 2019;49(1):104-24. <https://doi.org/10.47678/cjhe.v49i1.188230>
51. Zeinivanmoghadam L, Jalilian M, Mirzaei A. Predictors of Fruits and Vegetable Consumption in Adolescent Girls Based on Social Cognitive Theory. *J Educ Community Health*. 2020;7(4):285-91. <https://doi.org/10.29252/jech.7.4.285>
52. Yaghoti H, Tol A, Sadeghi R, Mazloumi A, Rahimi Foroushani A, Ghaderi A. Assessing Predictive Factors of Awareness in Personal Protective Equipment Use (PPEs) among Workers Employed at Iran Aluminium Company (IRALCO): Application of Social Cognitive Theory. *Journal of Health and Safety at Work*. 2021;11(1):13-25.
53. Shahangian SA, Tabesh M, Yazdanpanah M. Psychosocial determinants of household adoption of water-efficiency behaviors in Tehran capital, Iran: Application of the social cognitive theory. *Urban Climate*. 2021;39:100935. <https://doi.org/10.1016/j.uclim.2021.100935>
54. Smith AJ, Felix ED, Benight CC, Jones RT. Protective factors, coping appraisals, and social barriers predict mental health following community violence: A prospective test of social cognitive theory. *Journal of Traumatic Stress*. 2017;30(3):245-53. <https://doi.org/10.1002/jts.22197> PMID:28644538
55. Grey I, Arora T, Thomas J, Saneh A, Tohme P, Abi-Habib R. The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2020;293:113452. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452> PMID:32977047 PMCID:PMC7500407
56. Ye Z, Yang X, Zeng C, Wang Y, Shen Z, Li X, et al. Resilience, Social Support, and Coping as Mediators between COVID-19-related Stressful Experiences and Acute Stress Disorder among College Students in China. *Applied*

- Psychology: Health and Well-Being. 2020;12(4):1074-94. <https://doi.org/10.1111/aphw.12211> PMID:32666713 PMCID:PMC7405224
57. Fooladvand K, Farzad V, Shahraray M, Sangari AA. Role of social support, academic stress and academic self-efficacy on mental and physical health. *Contemp Psychol*. 2009;4(2):81-93.
58. ghasemipoor m, jahanbakhsh ganje s. The relationship between the social support and mental health in Lorestan university students in 2009. *scientific magazine yafte*. 2010;12(1):0-
59. Kurtović A, Vuković I, Gajić M. The Effect of Locus of Control on University Students' Mental Health: Possible Mediation through Self-Esteem and Coping. *The Journal of Psychology*. 2018;152(6):341-57. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1463962> PMID:30089081
60. Origlio J, Odar Stough C. Locus of control and pre-pandemic depressive symptoms relate to psychological adjustment of college students to the COVID-19 pandemic. *Journal of American College Health*. 2022;1-8. <https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2047699> PMID:35271418
61. Jain M, Singh S. Locus of control and its relationship with mental health and adjustment among adolescent females. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*. 2015;20(1):16. <https://doi.org/10.4103/0971-8990.164803>
62. Baponi Tebtan A, Yawaryan R. Determining Self-Control And Tolerance For Failure Among The Students Of Urmia University Of Medical Sciences: Two Effective Features On Mental Health. *Nursing And Midwifery Journal*. 2021;19(8):655-63. <https://doi.org/10.52547/unmf.19.8.655>