

عوامل مؤثر بر سلامت روان دختران دبیرستانی شهر بوشهر بر اساس نظریه شناخت اجتماعی

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی و روان‌پزشکی سلامت روان است که عوامل متعددی بر آن تأثیرگذار است. هدف از این مطالعه تعیین عوامل مؤثر بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر بوشهر مبتنی بر نظریه شناخت اجتماعی است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، پژوهشی توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بوده که در آن ۵۰۰ نفر دانش‌آموز دختر دبیرستان‌های دولتی شهر بوشهر به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای خوشه‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها توسط پرسشنامه‌های استاندارد خودکارآمدی اجتماعی، اضطراب پیشرفت تحصیلی، حمایت اجتماعی چندبعدی، انگیزش تحصیلی و کیفیت زندگی (SF-36) جمع‌آوری گردید. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS20 با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: دانش‌آموزان مورد بررسی از سطح سلامت روان متوسطی ($50/99 \pm 11$) برخوردار بودند و سلامت روان آنان با حمایت اجتماعی، انگیزش تحصیلی و اضطراب تسهیل‌کننده ارتباط داشت. اضطراب تسهیل‌کننده، حمایت خانواده و حمایت دوستان ۱۳/۲٪ تغییرات سلامت روان را پیشگویی می‌کردند.

نتیجه‌گیری: ایجاد محیط حمایت‌کننده در خانه و مدرسه توسط والدین، دوستان و آموزش نحوه برخورد با اضطراب به‌ویژه اضطراب تسهیل‌کننده جهت ارتقاء سلامت روان دانش‌آموزان دختر ضروری است.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: نظریه شناخت اجتماعی، سلامت روان دانش‌آموزان، حمایت اجتماعی، انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی اجتماعی، اضطراب پیشرفت تحصیلی، بوشهر.

◀ **استناد:** شکیب ز، طهماسبی ر، نوروزی آ. عوامل مؤثر بر سلامت روان دختران دبیرستانی شهر بوشهر بر اساس نظریه شناخت اجتماعی. تابستان ۱۳۹۳؛ ۲(۲): [۱۳۱-۱۴۲].

زهرة شکیب^۱

رحیم طهماسبی^۲

آزیتا نوروزی^{۳*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

۲. دانشیار آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

*۳. دانشیار آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران. (نویسنده مسئول)
تلفن: ۰۷۷۱-۵۵۶۵۳۳۱

azitanoroozi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۱/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۵/۰۳

STUDENTS MENTAL HEALTH

Determinant Factors of Mental Health Based on Social Cognitive Theory Among High School Girl Students

ABSTRACT

Background and objective: One of the critical components in psychology and psychiatrics is mental health that is influenced by several factors. The aim of this study was to investigate the factors affecting the mental health of high school girls in Bushehr based on social cognitive theory.

Methods: In this cross-sectional study, 500 high school students evaluated with using multi-stage cluster random sampling. Information was collected by five standardized questionnaire including social self-efficacy, anxiety academic, multi-dimensional social support, educational motivation and quality of life (SF-36). The data were analyzed with SPSS20 software by using Pearson correlation coefficient and linear regression model in 0.05 significant level.

Results: The students had a moderate level of mental health (50.99 ± 11) and mental health was associated with social support, motivation and facilitator anxiety. Facilitating anxiety, family support and friend support predicted 13.2% of mental health change.

Conclusions: Providing supportive environment in home and school by parents and friends and education about coping skills especially facilitative stress is necessary for promoting mental health in girl students.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Social cognitive theory, Mental health, Social support, Education motivation, Social self-efficacy, Academic Anxiety, Bushehr.

► **Citation:** Shakib Z, Tahmasebi R, Noroozi A. Determinant factors of mental health based on social cognitive theory among high school girl students. *Journal of Health Education and Health Promotion*. Summer 2014;2(2): [131-142].

Zohreh Shakib,¹

Rahim Tahmasebi,²

Azita Noroozi^{3*}

1. MSc. Student of Health Education, Dept. of Health, Bushehr University of Medical Sciences (BPUMS), Bushehr, Iran.

2. Associate Professor in Biostatistics, School of Health, The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, BPUMS, Bushehr, Iran.

*3. Associate Professor in Health Education, School of Health, The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, BPUMS, Bushehr, Iran. Tel: 0771-5565331 (Corresponding Author) azitanoroozi@yahoo.com

Received: 12/04/2014

Accepted: 25/09/2014

مقدمه

سلامت روان یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی و روان‌پزشکی بوده و بیماری‌های روانی به شکل خطرناکی رو به افزایش است (۱-۲). آمارهای موجود شیوع بالای مشکلات روانی، به‌ویژه افسردگی را در میان جوانان در محدوده ۱۶ تا ۳۰٪ برآورد کرده‌اند (۳). در ایران نیز ۳۹٪ دانش‌آموزان، مبتلا به مشکلات رفتاری - عاطفی بوده و در دانش‌آموزان دختر نسبت به پسر (۱۹/۷۴ در برابر ۱۵/۹۱) از شیوع بالاتری برخوردار هستند (۴). مطالعات نشان می‌دهند که استرس می‌تواند منجر به بروز بیماری‌های جسمی و روانی، اختلال در عملکرد، قدرت سازگاری و درنهایت پایین آمدن کیفیت زندگی دانش‌آموزان گردد (۵-۶). به‌علاوه شیوع بالای افسردگی و آثار زیان‌بار آن باعث کاهش موفقیت و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان شده و درنهایت منجر به کاهش بازده علمی آنان می‌گردد (۷).

با توجه به نقش برجسته سلامت روان در رشد و تکامل اجتماعی - روانی نوجوانان و تعدد عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان، نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار می‌توانند نقش برجسته‌ای در شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روان ایفا کنند (۸-۱). یکی از نظریه‌های تغییر رفتار که هم عوامل شخصی و هم عوامل محیطی مؤثر بر رفتار را بررسی می‌کند نظریه شناخت اجتماعی است (۸-۹). یکی از مؤلفه‌های اصلی این نظریه خودکارآمدی است که به‌عنوان اعتقاد فرد به توانایی پاسخ دادن به یک موقعیت خاص تعریف می‌شود (۷). خودکارآمدی عامل مهمی در پیش‌بینی عملکرد تحصیلی در حوزه‌های خاص قلمداد می‌شود (۱۰-۱۱). در مطالعه‌ای که توسط پرتو و بشارت در سال ۲۰۱۱ بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران انجام شد، خودکارآمدی اثر مستقیم و غیرمستقیمی بر مشکلات روان داشت (۱۰). علاوه بر این، خودکارآمدی می‌تواند با اثر بر اضطراب آزمون^۱، سلامت روان افراد را تحت تأثیر قرار دهد. به‌گونه‌ای که افراد با باورهای خودکارآمدی پایین، موقعیت امتحانی را معمولاً اضطراب‌آور ارزیابی می‌کنند و در زمان امتحان دچار احساس درماندگی و ناتوانی می‌شوند و قادر نیستند که رویدادهای امتحان را تحت کنترل و نفوذ

1. test anxiety

خود درآوردند (۱۱). در همین راستا، در مطالعه‌ای که توسط خوشنویسان و افروز در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت نشان دادند که خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی معکوس دارد (۱۲).

از دیگر عوامل و سازه‌های این نظریه که می‌تواند سلامت روان را به‌صورت درونی و بیرونی تحت تأثیر قرار دهد انگیزش تحصیلی^۲ می‌باشد (۱۳). انگیزه تحصیلی، انگیزه روان‌شناختی فراگیری است که با اثرگذاری بر انواع مختلف فعالیت‌های تحصیلی به تمایل فرد برای رسیدن به هدف‌های تحصیلی اشاره دارد (۱۴). کاهش انگیزش تحصیلی می‌تواند باعث نوعی بدبینی، اضطراب، افسردگی و متعاقباً افت عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان گردد. از سویی خودکارآمدی می‌تواند زمینه‌ساز انگیزش باشد، حس خودکارآمدی بالا منجر به اتخاذ روش‌هایی جهت بهبود یادگیری خواهد شد که به دنبال آن انگیزش افزایش خواهد یافت (۱۴). مطالعه‌ای علایی‌خرایم و همکاران در سال ۱۳۹۱ بر روی دانش‌آموزان شهر اردبیل، بیانگر ارتباط مستقیم انگیزش تحصیلی با خودکارآمدی بود (۱۴).

از عوامل محیطی تأثیرگذار بر سلامت روان می‌توان به اضطراب تحصیلی^۳ و حمایت اجتماعی^۴ اشاره نمود. اضطراب امتحان به‌عنوان یک پدیده متداول و مهم آموزشی که رابطه تنگاتنگی با عملکرد و پیشرفت تحصیلی کودکان و نوجوانان دارد، می‌تواند سلامت روان آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۱۱). در مطالعه مظلومی‌محمودآباد و همکاران در سال ۱۳۸۹ که به‌منظور بررسی رابطه بین استرس مزمن و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر یزد انجام شد، همبستگی معکوس معناداری میان استرس مزمن و سلامت روان دیده شد (۵). همچنین درک حمایت اجتماعی با ایجاد تعهدات متقابل، تأثیر بالقوه‌ای را بر کیفیت زندگی و مقابله با تنش‌های ناشی از بیماری روانی اعمال می‌کند و منجر به افزایش آن دسته از فعالیت‌هایی می‌شود که به حفظ رفتارهای سلامتی کمک می‌کنند (۲). در همین راستا در مطالعه‌ای که توسط مرادی و طاهری در سال ۱۳۹۱ به‌منظور بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت روان در سطح کشور انجام گردید، نشان داد که

2. academic motivation

3. anxiety test

4. social support

حمایت اجتماعی رابطه قوی با سلامت روان دارد (۲). بنابراین، با توجه به حساسیت بالای دوره نوجوانی و شیوع بالای اختلالات روانی به‌ویژه در دختران در این مقطع سنی و نقش سازنده سلامت روان در رشد و تکامل اجتماعی-روانی نوجوانان و تعدد عوامل درونی و بیرونی تأثیرگذار بر سلامت روان، پژوهشگران بر آن شدند تا عوامل مؤثر بر سلامت روان در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر بوشهر را با استفاده از نظریه شناخت اجتماعی شناسایی نمایند تا بر اساس آن بتوان مداخلات آموزشی مؤثری را جهت ارتقاء سلامت روان برنامه‌ریزی و طراحی نمود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، پژوهشی توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است. جامعه آماری در این مطالعه کلیه دانش‌آموزان دختر شاغل به تحصیل در دبیرستان‌های شهر بوشهر در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳ بودند. از معیارهای ورود به مطالعه، تحصیل در دبیرستان یا هنرستان‌های دولتی شهر بوشهر و نداشتن ناراحتی روحی روانی حاد بود. حجم نمونه لازم در این مطالعه مبتنی بر برآورد ضریب همبستگی بین نمره خودکارآمدی و سلامت عمومی که در مطالعه نجفی و فولادچنگ (۱) $r = -0.21$ گزارش گردیده است، در سطح خطای ۰/۰۱ و توان آزمون ۰/۹۰، بر اساس فرمول زیر ۳۲۸ نفر برآورد گردید که با توجه به روش نمونه‌گیری، اثر خوشه ۱/۵ و میزان ریزش احتمالی، ۵۰۰ نفر وارد مطالعه شدند.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{\frac{1}{4} (\ln \frac{1+r}{1-r})^2} + 3$$

روش نمونه‌گیری پژوهش به‌صورت تصادفی چندمرحله‌ای خوشه‌ای بود که از بین ۱۲ دبیرستان و هنرستان دولتی شهر بوشهر به‌صورت تصادفی و با قرعه‌کشی، ۵ مدرسه انتخاب گردیدند. در هر مدرسه نیز با قرعه‌کشی و با توجه به حجم نمونه موردنیاز متناسب با حجم نمونه کل، کلاس‌های هر پایه مشخص و کلیه دانش‌آموزان کلاس‌های منتخب وارد مطالعه شدند. در هر مدرسه با دریافت برنامه کلاسی از دفتر مدرسه و کسب اجازه از مدرس پژوهشگران در کلاس درس حاضر شده و پرسشنامه‌ها در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت. لازم به ذکر است که قبل از جمع‌آوری داده‌ها جهت

بررسی پایایی ابزارها، پرسشنامه‌ها توسط ۳۰ دانش‌آموز تکمیل و ضریب آلفای کرونباخ مربوط به پرسشنامه‌ها بررسی شد که در زیر مقادیر ضریب آلفای کرونباخ مربوط به هر پرسشنامه ذکر شده است.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای ۳ بخشی شامل قسمت‌های زیر بود: (۱) سؤالات جمعیت‌شناختی که جهت بررسی اطلاعات آموزشی (نوع رشته، سال تحصیلی، علاقه به رشته، مشاوره درسی و غیردرسی) و غیرآموزشی (سن، جنس، شغل پدر و مادر، میزان تحصیلات پدر و مادر و رتبه فرزند) استفاده شد. (۲) پرسشنامه مربوط به سازه‌ها شامل پرسشنامه‌های استاندارد مربوط به سازه‌های خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان (ASSES)^۵، اضطراب پیشرفت تحصیلی (AAT)^۶، حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی (MSPSS)^۷ و انگیزش تحصیلی (AMS)^۸ بود. پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان دارای ۲۵ گویه با طیف لیکرت ۶ سطحی (از غیرممکن = ۱ تا بیش‌ازحد ساده = ۶) بوده که دامنه نمره‌ای بین ۶ تا ۱۵۰ را کسب نموده و نمره بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی اجتماعی بالاتر می‌باشد. این ابزار روی سه گروه از دانش‌آموزان دبیرستانی هنجاریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون در سه گروه بین ۰/۹۰-۰/۹۵ بوده و پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله دوهفته‌ای ۰/۹۴ بوده است. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی برای پسران ۰/۸۱ و برای دختران ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۵-۱۶). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه گردید.

پرسشنامه اضطراب پیشرفت تحصیلی دارای ۱۹ گویه با مقیاس لیکرت ۵ سطحی (از هرگز = ۱ تا همیشه = ۵) می‌باشد که دو نوع اضطراب تسهیل‌کننده و بازدارنده را موردسنجش قرار می‌دهد. اضطراب تسهیل‌کننده شامل ۹ سؤال با دامنه نمره ۹ تا ۴۵ و اضطراب بازدارنده با ۱۰ سؤال با دامنه نمرات ۱۰ تا ۵۰ است. نمرات بالاتر در این دو زیرمقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر اضطراب (تسهیل‌کننده و بازدارنده) بوده که اضطراب تسهیل‌کننده به‌عنوان عامل

5. Adolescent Social Self – Efficacy Scale (ASSES)

6. Achievement Anxiety Test (AAT)

7. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

8. Academic Motivation Scale (AMS)

برانگیزاننده و اضطراب تضعیف کننده به عنوان عامل مؤثر در اختلال عملکرد است. پایایی این آزمون در فاصله ۸ ماه برای زیرمقیاس های آن ۰/۷۵ و ۰/۷۶ بود (۱۷). ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون در این مطالعه ۰/۶۰ برآورد گردید. پرسشنامه حمایت اجتماعی شامل ۱۲ گویه با مقیاس لیکرت ۷ سطحی (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷) است. این پرسشنامه، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط آزمودنی را در ۳ زیرمقیاس حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم می سنجد که هر زیرمقیاس ۴ سؤال با دامنه نمرات ۷ تا ۲۸ است. دامنه نمره کل مقیاس بین ۷ تا ۸۴ بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی درک شده بالاتر است. این مقیاس اعتبار عاملی و همزمان مطلوبی داشته و از نظر همسانی درونی از وضعیت مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیرمقیاس های آن در دامنه ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ است (۱۸). روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط رجبی و هاشمی شیخ شعبانی بررسی و روایی عاملی توسط تحلیل عاملی و پایایی ابزار توسط ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۸) تأیید شده است (۱۹). در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه انگیزش تحصیلی دارای ۲۸ گویه با مقیاس لیکرت ۷ درجه ای (از اصلاً=۱ تا کاملاً=۷) بوده که سه بعد اصلی انگیزش یعنی انگیزش درونی^۹، انگیزش بیرونی^{۱۰} و بی انگیزشی^{۱۱} را مورد بررسی قرار می دهد. هر زیرمقیاس شامل ۴ گویه و دامنه نمرات ۴ تا ۲۸ است. در این پرسشنامه نمرات مربوط به زیرمقیاس بی انگیزشی به صورت معکوس نمره گذاری مجدد گردید. دامنه نمرات مربوط به کل پرسشنامه بین ۲۸ تا ۱۹۶ بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده انگیزش تحصیلی بالاتر می باشد. والراند ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس های آزمون انگیزش تحصیلی را بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ گزارش کرده است. ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی زیرمقیاس های آزمون انگیزش تحصیلی در فاصله یک ماه نیز بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۰). این ابزار در ایران توسط کاوسیان و کدیور روان سنجی شده و ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های آن مناسب

9. intrinsic motivation
10. extrinsic motivation
11. amotivation

ارزیابی شده است (انگیزش درونی تحصیلی=۰/۸۵، انگیزش بیرونی تحصیلی=۰/۷۵۲، بی انگیزگی تحصیلی=۰/۶۷۲) (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در این مطالعه برای کل مقیاس ۰/۸۰ بود.

۳- بخش مربوط به سلامت روان، توسط سؤالات مربوط به سلامت روان پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶)^{۱۲} سنجیده شد. این پرسشنامه شامل چهار حیطه محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی (۳ گویه)، عملکرد اجتماعی (۲ گویه)، خستگی یا نشاط (۴ گویه) و سلامت عاطفی (۵ گویه) بوده و نمره کل از ۰ تا ۱۰۰ نمره گذاری می شود که شیوه نمره گذاری در پرسشنامه استاندارد توضیح داده شده است (۲۲). نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده سطح بالاتر سلامت روان است. ویر^{۱۳} در ۲۰۰۰ پایایی ۰/۹۳ را برای این بعد از پرسشنامه گزارش کرده است. پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران تأیید شده است (۲= ۰/۷-۰/۹). مطالعه منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۴ نشان داد که این پرسشنامه از آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ برخوردار است (۲۲). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگران با ارائه معرفی نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی بوشهر مجوز انجام مطالعه را از اداره آموزش و پرورش دریافت کردند. همچنین قبل از شروع برنامه، اهداف پژوهش برای دانش آموزان توضیح داده شد و شرکت آن ها در مطالعه منوط به رضایت و تمایل آن ها بود و هیچ گونه اجباری برای شرکت افراد در مطالعه وجود نداشت. همچنین به دانش آموزان اطمینان لازم مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات نیز داده شد.

بعد از جمع آوری پرسشنامه ها و کدگذاری آن ها، اطلاعات به دست آمده وارد کامپیوتر شدند. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS20 انجام شد. ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف نرمال بودن توزیع داده های کمی بررسی شد. سپس از شاخص های توصیفی، آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی استفاده گردید. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ بود.

12. Short Form Health Survey (SF-36)

13. Ware

یافته‌ها

با توجه به بررسی انجام‌شده، از ۳۹۲ دانش‌آموزی که انتخاب رشته کرده بودند، ۱۶۷ نفر (۴۳/۳٪) علاقه به رشته را بسیار زیاد و ۱۲۷ نفر (۳۲/۴٪) زیاد گزارش نموده و تنها ۸ نفر (۲/۱٪) علاقه خیلی کمی به رشته خود داشتند. مشاوره درسی توسط ۱۵۰ دانش‌آموز (۳۸/۰٪) در سطح متوسط و تنها توسط ۴۵ دانش‌آموز (۱۱/۴٪) خیلی خوب ارزیابی شده بود. مشاوره غیردرسی نیز توسط اکثر دانش‌آموزان (۱۴۱ نفر معادل ۳۶/۲٪) در سطح متوسط ارزیابی شده بود. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی آموزشی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی آموزشی

متغیر آموزشی	تعداد	درصد	
سال تحصیلی	اول	۱۰۸	۲۱/۶
	دوم	۱۵۶	۳۹/۲
	سوم	۱۴۳	۳۶/۲
	چهارم	۹۳	۲۳/۶
رشته تحصیلی	علوم تجربی	۱۰۵	۲۶/۰
	ریاضی فیزیک	۸۷	۲۲/۴
	علوم انسانی	۱۰۳	۲۶/۰
	فنی حرفه‌ای	۴۵	۱۱/۴
	کار و دانش	۵۲	۱۳/۴
	عدم انتخاب رشته	۱۰۸	۲۷/۶
علاقه به رشته	خیلی زیاد	۱۶۷	۴۳/۳
	زیاد	۱۲۷	۳۲/۴
	متوسط	۷۹	۲۰/۴
	کم	۱۱	۲/۸
	خیلی کم	۸	۲/۰
مشاوره درسی	عدم انتخاب رشته	۱۰۸	۲۷/۶
	خیلی خوب	۴۵	۱۱/۴
	خوب	۱۱۷	۲۹/۴
	متوسط	۱۵۰	۳۸/۰
	ضعیف	۹۸	۲۵/۰
مشاوره غیردرسی	خیلی ضعیف	۸۹	۲۲/۸
	بدون پاسخ	۱	۰/۲
	خیلی خوب	۵۷	۱۴/۴
	خوب	۱۰۶	۲۷/۲
	متوسط	۱۴۱	۳۶/۲
	ضعیف	۹۴	۲۴/۰
رتبه تولد	خیلی ضعیف	۱۰۰	۲۵/۰
	بدون پاسخ	۲	۰/۴
	اول	۱۶۹	۴۳/۰
	دوم	۱۵۲	۳۸/۴
	سوم	۷۲	۱۸/۴
	چهارم	۴۷	۱۲/۰
مشاوره غیردرسی	پنجم و بالاتر	۵۹	۱۵/۰
	بدون پاسخ	۱	۰/۲

۵۰۰ دانش‌آموز با میانگین سنی $16/27 \pm 1/134$ در مطالعه شرکت کردند. تعداد ۱۰۸ نفر (۲۱/۶٪) از دانش‌آموزان در کلاس اول مشغول به تحصیل بودند؛ بنابراین فاقد انتخاب رشته بودند. از نظر رتبه تولد، ۳۳/۸٪ نمونه‌ها (۱۶۹ نفر) فرزند اول بودند. تحصیلات پدر ۳۴/۴٪ دانش‌آموزان (۱۷۲ نفر) دیپلم بود و تنها ۳/۲٪ (۱۶ نفر) از دانش‌آموزان پدرشان بی‌سواد بودند. تحصیلات مادر ۳۷/۶٪ نمونه‌ها (۱۸۸ نفر) زیر دیپلم بود و ۴/۶٪ (۲۳ نفر) مادر بی‌سواد داشتند. شغل پدر ۴۰/۴٪ دانش‌آموزان (۲۰۲ نفر) آزاد و شغل مادر ۸۶/۶٪ نمونه‌ها (۴۳۳ نفر) خانه‌دار بود. سایر ویژگی‌های غیرآموزشی دانش‌آموزان در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی غیرآموزشی

متغیر غیرآموزشی	تعداد	درصد	
شغل پدر	بیکار	۴	۰/۸
	کارگر و کشاورز	۱۷	۳/۴
	کارمند	۱۳۳	۳۳/۶
	نظامی	۶۳	۱۶/۰
	بازنشسته	۶۹	۱۷/۸
	آزاد	۲۰۲	۵۱/۴
شغل مادر	بدون پاسخ	۱۲	۳/۰
	خانه‌دار	۴۳۳	۱۱۰/۶
	شاغل	۶۴	۱۶/۰
	بدون پاسخ	۳	۰/۶
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۱۶	۴/۰
	خواندن و نوشتن	۳۷	۹/۴
	زیر دیپلم	۱۱۵	۲۹/۰
	دیپلم	۱۷۲	۴۳/۴
	بالای دیپلم	۱۵۶	۳۹/۲
	بدون پاسخ	۴	۱/۰
تحصیلات مادر	بی‌سواد	۲۳	۵/۶
	خواندن و نوشتن	۶۲	۱۵/۴
	زیر دیپلم	۱۸۸	۴۷/۶
	دیپلم	۱۶۱	۴۱/۰
	بالای دیپلم	۶۵	۱۶/۰
	بدون پاسخ	۱	۰/۲
رتبه تولد	اول	۱۶۹	۴۳/۰
	دوم	۱۵۲	۳۸/۴
	سوم	۷۲	۱۸/۴
	چهارم	۴۷	۱۲/۰
	پنجم و بالاتر	۵۹	۱۵/۰
	بدون پاسخ	۱	۰/۲

میانگین نمره سلامت روان در دانش‌آموزان ($50/99 \pm 11$) بود که نشان‌دهنده سطح متوسط سلامت روان در دانش‌آموزان است. شاخص‌های توصیفی سلامت روان و سازه‌های نظریه شناخت اجتماعی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به سلامت روان و سازه‌های تئوری شناخت اجتماعی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	دامنه نمرات
سلامت روان	۵۰/۹۹	۱۱	۸۰-۲۵/۷۱
حمایت اجتماعی	۵۶/۸۲	۱۴/۷	۸۴-۱۲
انگیزش تحصیلی	۱۴۹/۵۳	۲۲/۶۴	۱۹۲-۶۴
خودکارآمدی اجتماعی	۹۴/۷۸	۱۸/۴۳	۱۴۲-۲۵
اضطراب تسهیل‌کننده	۲۵/۹۰	۵/۷۹	۴۵-۹
اضطراب تضعیف‌کننده	۲۸/۴۹	۷/۲۶	۵۰-۱۰

زیرمقیاس‌های دارای ارتباط معنادار با سلامت روان به‌عنوان متغیر مستقل و سلامت روان به‌عنوان متغیر پاسخ در نظر گرفته شد. در این مدل سازه‌های نظریه $13/2\%$ ، تغییرات سلامت روان را تبیین می‌کردند ($R^2 = 13/2\%$).

در این مدل رگرسیونی، اضطراب تسهیل‌کننده، حمایت خانواده و حمایت دوستان تنها تبیین‌کننده‌های سلامت روان بودند به گونه‌ای که با افزایش ۱ واحد در اضطراب تسهیل‌کننده، سلامت روان به میزان $0/24$ واحد افزایش می‌یافت ($\beta = 0/24$ ، $p = 0/006$) و با افزایش ۱ واحد در حمایت خانواده سلامت روان تقریباً $0/43$ واحد ($0/427$ ، $\beta = 0/43$ ، $p < 0/001$) و با افزایش ۱ واحد در حمایت دوستان سلامت روان تقریباً $0/3$ واحد افزایش می‌یافت ($0/299$ ، $\beta = 0/3$ ، $p < 0/001$) (جدول ۴).

جدول ۴. برآورد ضرایب رگرسیون خطی مربوط به سازه‌های معنادار نظریه شناخت اجتماعی با سلامت روان

زیرسازه	β	SE	P
حمایت خانواده	0/427	0/091	0/001
حمایت دوستان	0/299	0/079	0/001
حمایت افراد مهم	-0/050	0/085	0/556
اضطراب تسهیل‌کننده	0/240	0/087	0/006
اضطراب تضعیف‌کننده	-0/065	0/066	0/325
انگیزش درونی	-0/034	0/060	0/577
انگیزش بیرونی	0/023	0/057	0/685
بی‌انگیزشی	0/010	0/088	0/907

بحث

نتایج مطالعه حاضر بیانگر این بود که دانش‌آموزان از سطح سلامت روان متوسطی برخوردار بوده و سلامت روان با حمایت اجتماعی، انگیزش تحصیلی و اضطراب تسهیل‌کننده ارتباط داشت.

جهت بررسی رابطه سازه‌های مدل با سلامت روان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد؛ که بر اساس آن بین سلامت روان با حمایت اجتماعی ($r = 0/298$ ، $p < 0/001$)، انگیزش تحصیلی ($r = 0/14$ ، $p = 0/002$) و اضطراب تسهیل‌کننده ($r = 0/169$ ، $p < 0/001$) رابطه معنادار وجود داشت. ولی بین خودکارآمدی اجتماعی ($r = 0/059$ ، $p = 0/98$) و اضطراب تضعیف‌کننده ($r = -0/088$ ، $p = 0/051$) با سلامت روان رابطه معناداری وجود نداشت.

از نظر رابطه بین زیرمقیاس سازه‌های معنادار با سلامت روان، بین حمایت خانواده ($r = 0/299$ ، $p < 0/001$)، حمایت دوستان ($r = 0/235$ ، $p < 0/001$)، حمایت افراد مهم ($r = 0/131$ ، $p < 0/001$)، انگیزش درونی ($r = 0/131$)، انگیزش بیرونی ($r = 0/099$ ، $p = 0/028$) و بی‌انگیزشی ($r = 0/109$ ، $p = 0/15$) با سلامت روان رابطه معنادار وجود داشت.

جهت تعیین عوامل پیشگویی‌کننده سلامت روان از مدل رگرسیون خطی استفاده شد که در آن کلیه سازه‌ها و

در مطالعه مظلومی محمودآباد و همکاران در سال ۱۳۸۹ که با هدف بررسی رابطه بین استرس مزمن و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر یزد انجام گرفت، دانش‌آموزان از سلامت روان در سطح متوسط ($46/54 \pm 8/67$) برخوردار بودند (۵). همچنین در مطالعه غفاری و همکاران در سال ۱۳۹۲ که به جهت ارزیابی کیفیت زندگی جمعیت بالای ۱۸ سال شهر قم انجام گرفت، زنان از نظر نمره سلامت روان در سطح متوسطی قرار داشتند ($62/51 \pm 20/69$) که مؤید مطالعه کنونی می‌باشد (۲۳). در مطالعه نوربالا و همکاران در سال ۲۰۰۴ شیوع اختلالات روانی در جنس مؤنث $25/9\%$ بود که نشان‌دهنده پایین بودن سطح سلامت روان در این جنس است (۲۴). با توجه به یافته‌های مطالعه اخیر و مطالعات ذکرشده ضرورت توجه به سلامت روان در دختران نوجوانان به‌ویژه در مقطع متوسطه مشخص می‌باشد.

نتایج مطالعه اخیر در زمینه رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روان در راستای یافته‌های برخی از مطالعات است؛ از جمله یافته‌های مطالعه محمدیان و همکاران در سال ۱۳۸۹ نشان‌دهنده رابطه مستقیم معنادار بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی دانش‌آموزان دختر شهر کاشان بود (۲۵). همچنین در مطالعه فولادوند و ولی‌الله در سال ۱۳۸۶ حمایت اجتماعی رابطه مستقیم و غیرمستقیمی از طریق استرس تحصیلی و خودکارآمدی با سلامت روان داشت (۲۶). لذا در اکثر مطالعات رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روان (27,27) تأیید شده است. بنابراین، می‌توان گفت که حمایت اجتماعی با نقش ضربه‌گیر خود از ابتلای افراد به بیماری‌های روانی جلوگیری می‌کند و دانش‌آموزانی که حمایت بالایی از سوی والدین، دوستان و سایر افراد مهم زندگی دریافت می‌کنند، از سلامت روان بهتری برخوردارند.

یکی از شایع‌ترین و بارزترین مشکلات تحصیلی دانش‌آموزان پایین بودن انگیزش تحصیلی آنان است. در این مطالعه انگیزش تحصیلی و کلیه زیرمقیاس‌های آن با سلامت روان در ارتباط بود؛ به‌طوری‌که افزایش انگیزش موجب ارتقاء سلامت روان در دانش‌آموزان می‌شد. در مطالعه کارشکی و همکاران در سال ۱۳۹۳ که جهت بررسی رابطه انگیزش تحصیلی و کیفیت زندگی دانش‌آموزان شهر قاین انجام‌گرفته بود، مشخص گردید که بین کیفیت زندگی و

انگیزش تحصیلی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد (۲۸). مطالعات متعددی بین انگیزش تحصیلی و پیشرفت تحصیلی رابطه معناداری را گزارش نمودند (9,14). همچنین در پاره‌ای از مطالعات با ایجاد انگیزش تحصیلی از طریق برنامه‌های آموزشی در دانش‌آموزان، سلامت روان آنان بهبود یافته بود (۲۹,۱۳) که این نتایج با یافته‌های مطالعه اخیر همسو است. لذا با توجه به اهمیت انگیزش و نقش آن در بهبود سلامت روان بایستی پایین بودن انگیزش در بین دانش‌آموزان را مورد توجه خاص قرار داد.

در مطالعه حاضر بین سلامت روان و اضطراب تسهیل‌کننده رابطه معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که با افزایش اضطراب تسهیل‌کننده سلامت روان افزایش می‌یافت، اما بین سلامت روان و اضطراب تضعیف‌کننده رابطه معناداری دیده نشد. مطالعه تقوی‌لاریجانی و شریفی‌نیستانک در سال ۱۳۸۷ که جهت ارتباط قاطعیت و اضطراب بر دانشجویان پرستاری و مامایی شهر تهران انجام گرفت نشان دادند که نیمی از دانشجویان پرستاری و مامایی (به ترتیب $56/6\%$ و $63/6\%$) دارای اضطراب خفیف بودند که می‌تواند سازنده باشد اما مابقی دارای اضطراب متوسط و بالا بودند که می‌تواند اثرات ناگواری بر سلامت آنان بگذارد (۳۰). در مطالعات متعدد رابطه بین اضطراب امتحان و سلامت روان منفی بود (۳۱-۳۲) و از آنجایی‌که در این مطالعات تنها اضطراب تضعیف‌کننده مورد بررسی قرار گرفته بود، این روابط منفی گزارش‌شده ولی بر اساس یافته‌های مطالعه اخیر اهمیت اضطراب تسهیل‌کننده بر سلامت روان بیش از اضطراب تضعیف‌کننده است. با توجه به اینکه اضطراب امتحان پدیده‌ای رایج است که به‌وفور در مراکز آموزشی و تحصیلی دیده می‌شود و همبستگی زیادی با عملکرد موفقیت‌آمیز یا ناموفق دانش‌آموز دارند، برگزاری کلاس‌های مشاوره جهت رفع اضطراب و ایجاد اضطراب تسهیل‌کننده ضروری به نظر می‌رسد.

در مطالعات متعددی که در زمینه رابطه بین خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان انجام شده رابطه معناداری بین این دو متغیر گزارش شده است (10,12,17). همچنین خودکارآمدی، یکی از سازه‌های مهم در نظریه‌ی شناختی - اجتماعی بندورا بوده و به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی‌های خود در کنترل افکار،

احساسات، فعالیت‌ها و نیز عملکرد مؤثر در موقعیت‌های استرس‌زا است (۱۲). باین‌وجود، در مطالعه اخیر ارتباطی بین خودکارآمدی اجتماعی و سلامت روان وجود نداشت؛ که این تناقض را می‌توان به استفاده از ابزار خودکارآمدی اجتماعی جهت سنجش خودکارآمدی در دانش‌آموزان مطالعه حاضر نسبت داد. همچنین معنادار نبودن رابطه بین این متغیرها در پژوهش حاضر را می‌توان به پیچیدگی عوامل تأثیرگذار در سلامت روان در مقاطع مختلف سنی، خودگزارشی بودن مقیاس‌ها و عوامل فرهنگی و عقیدتی نسبت داد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اضطراب تسهیل‌کننده، حمایت خانواده و حمایت دوستان تبیین‌کننده‌های سلامت روان بودند. در مطالعه انجام‌شده درباره رابطه سلامت روان و حمایت اجتماعی توسط مرادی و طاهری در سال ۱۳۹۱ حمایت اجتماعی با سلامت روان رابطه قوی داشت (۲). همچنین در مطالعه ریاحی و همکاران در سال ۱۳۸۷ که جهت بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان انجام گرفت، متغیر حمایت اجتماعی قوی‌ترین و مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده سلامت روان دانشجویان بود و حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده در مقایسه با دوستان و دیگران تأثیر بیشتری داشت که هم‌راستا با مطالعه اخیر است (۲۷). در مطالعه ملکی‌پیربازاری و همکاران بر روی دانشجویان دانشگاه‌های تهران در سال ۱۳۹۰ مشخص شد که حمایت اجتماعی از جانب دوستان به‌طور مستقیم و حمایت اجتماعی از جانب خانواده، به‌طور غیرمستقیم، با علائم افسردگی در دانشجویان رابطه داشت. حمایت اجتماعی از جانب دوستان در مقابل اثرات منفی استرس از دانشجویان حمایت می‌کند و احساس عزت‌نفس و ارزشمندی در آن‌ها به وجود می‌آورد. همچنین حضور در چنین فضای حمایت‌گری یک عامل مهم مقاومت در برابر افسردگی است. حمایت اجتماعی از جانب خانواده نیز، از طریق فراهم کردن سرمشق‌های مؤثر و تجربه جانشینی، افزایش تفسیرهای مثبت و فراهم کردن حمایت اطلاعاتی، خودکارآمدی دانشجویان را افزایش داده و به دنبال آن، افسردگی به‌طور غیرمستقیم کاهش داده می‌شود (۷).

همچنین در مطالعه ونتزل در سال ۱۹۹۸ حمایت خانواده و دوستان با کاهش اضطراب بر سلامت روان تأثیرگذار بود

و دختران نسبت به پسران سطح حمایت بیشتری دریافت می‌کردند (۳۳). یافته‌های این مطالعات مؤید آن است که حمایت خانواده و دوستان با کاهش اضطراب و به‌ویژه ایجاد اضطراب تسهیل‌کننده موجب ارتقاء سلامت روان در این گروه از نوجوانان خواهد شد.

از محدودیت‌های این مطالعه، تمرکز بر تعداد محدودی از سازه‌های مؤثر بر پیشرفت تحصیلی بود که به دلیل حجم بودن ابزارها چاره‌ای جز این نبود. این امر ضرورت انجام مطالعات متعدد با سازه‌های دیگر را مشخص می‌نماید. همچنین از آنجایی که کسب یافته‌ها در مورد سازه‌ها از طریق خودگزارش‌دهی بود، ممکن است دانش‌آموزان تحت تأثیر عوامل زمانی، محیطی و زیاد بودن تعداد سؤالات قرار گرفته، پاسخ‌های متناسب با آن زمان خاص یا آن موقعیت را بیان کرده باشند. به‌علاوه یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه کار بر روی دختران بوده که توصیه می‌شود مطالعاتی نیز جهت بررسی وضعیت سلامت روان در پسران دبیرستانی و عوامل مؤثر بر سلامت این گروه نیز انجام گیرد.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان‌دهنده سطح متوسط سلامت روان در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی بود که ضرورت طراحی برنامه‌های مداخله‌ای جهت بهبود و ارتقاء سلامت روان را مشخص می‌سازد. از آنجایی که اضطراب تسهیل‌کننده، به‌عنوان یک عامل انگیزشی عملکرد شخص را بهبود می‌بخشد، لذا برخلاف عقیده دانش‌آموزان که آن را مخرب می‌دانند، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که درجاتی از این حالت ناخوشایند، می‌تواند باعث عملکرد بهتر در آنان شود. از طرفی حمایت اجتماعی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان بوده و هرچه شبکه حمایت اجتماعی فرد بهتر و گسترده‌تر باشد، سلامت روان آنان ارتقاء می‌یابد. حمایت اجتماعی حاصل از والدین و دوستان می‌تواند بسیاری از علائم روان‌شناختی از قبیل اضطراب را کاهش دهد. ذکر این نکته حائز اهمیت است که در این بین دریافت حمایت اجتماعی از سوی خانواده تأثیر بسزایی در کاهش استرس، سازگاری و عملکرد مطلوب‌تر دارد. بنابراین با استفاده از آموزش مهارت‌های مدیریت اضطراب و ایجاد محیط حمایت‌کننده در خانه و مدرسه توسط والدین و دوستان می‌توان سلامت روان

5. Mazloomi Mahmoudabad SS, Zolghadr R, Mirzaie Alavijeh M, Hasan Baigi A. Relationship between chronic stress and quality of life in female students in Yazd city. *Tolooe -Behdasht*. 2011;10(2):1-10. [Persian]
6. Alizadeh-Navaei R, Hosseini SH. Mental health status of Iranian students until 2011: A systematic review. *Journal Clinical Excellence*. 1)2;2014):1-8. [Persian]
7. Maleki Pirbazari M, Nouri R, Sarami GH. Social support and depression symptoms: The mediating role of self-efficacy. *Contemporary Psychology*. 2011;6(2):26-34. [Persian]
8. Rakhshani F, Esmaeili A, Charkazi A, Haftavar M, Shahnazi H, Jan Esmaeili A. Effect of education on smoking prevention in students of Zahedan. *Journal Health System Research*. 2010;6(2):267-75. [Persian]
9. Artino AR, Rochelle JS, Durning S. Second-year medical students' motivational beliefs, emotions, and achievement. *Medical Education*. 44:1203-12;2010 .
10. Parto M, Besharat M A. 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.
11. Bakhtiarpoor S, Hafezi F, Behzadi Sheni F. The relationship among locus of control, perfectionism and self-efficacy with test anxiety and academic performance in the students of the Islamic Azad University. *New Findings in Psychology*. 2010;5(13):35-52. [Persian]
12. Khoshnevisan Z, Afrouz GH. Relationship between self-efficacy and depression, anxiety and stress. *Andisheh va Raftar [Applied Psychology]*. 2011; 5 (20):73-80. [Persian]
13. Omidvar H, Omidvar Kh, Omidvar A. The determination of effectiveness of teaching time management strategies on the mental health and academic motivation of school students. *Journal of*

دانش‌آموزان را ارتقاء بخشید. با توجه به نتایج مطالعه، توصیه می‌شود تا آموزش‌های سلامت روان از سنین نوجوانی شروع شده و ارائه خدمات مشاوره جهت کاهش مشکلات اضطرابی در دانش‌آموزان و برگزاری کارگاه‌های آموزش برای والدین جهت فراهم کردن محیط حمایتی مناسب در خانه و درگیر کردن آن‌ها در رفع مشکلات اضطرابی دانش‌آموزان جزء دستور کار مدیران مدارس قرار گیرد. همچنین انجام مطالعات دیگر با استفاده از سایر الگوهای تغییر رفتار و نیز سازه‌های دیگر این نظریه بر روی دانش‌آموزان دختر و پسر در مناطق مختلف کشور توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل یافته‌های طرح تحقیقاتی مربوط به پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر است. بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان 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. Najafi M, Foadjang M. The relationship between self-efficacy and mental health among high school students. *Daneshvar Raftar*. 2007;14(22):69-82. [Persian]
2. Moradi A, Taheri S. A meta-analysis on the relationship between mental health and social support in Iran. *Journal of Research Behavioural Science*. 2013;10(6):1-9. [Persian]
3. Baksheev GN, Robinson Jo, Cosgrave EM, Baker K, Yung AR. Validity of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) in detecting depressive and anxiety disorders among high school students. *Psychiatry Research*. 2011;187:291-6.
4. Sadeghian E, Moghadari Kousha M, Gorji S. The study of mental health status in high school female students in Hamedan city. *Journal of Research Health Science*. 2010;17(3):39-45. [Persian]

23. Ghafari R, Rafiei M, Taheri-Nejad MR. Assessment of health related quality of life by SF-36 version 2 in general population of Qom city. *Arak Medical University Journal*. 2014;16(80):62-71. [Persian]
24. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA. Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*. 2004;184 70- 3.
25. Mohamadian H, Eftekhar Ardebili H, Rahimi A, Taghdisi MH, Shojaiezade D, Montazeri A. Predicting health.related quality of life by using a health promotion model among Iranian adolescent girls: A structural equation modeling approach. *Nursing and Health Sciences*. 2011;13(2):141-8.
26. Fooladvand KH, Valiollah F. Role of social support, academic stress and academic self-efficacy on mental and physical health. *Contemporary Psychology*. 2007;4(2):81-95.
27. Riahi M, Aliverdina A, Pourhussein Z. The relationship between social support and mental health. *Social Welfare Quarterly*. 2010;10(39):85-121. [Persian]
28. Karshky H, Momeni Mahmoudi H, Qoreishi B. Comparison of educational motivation and quality of life male students, subjected to descriptive evaluation with the traditional evaluation. *Research in Curriculum Planning*. 2014;11(13):104-14. [Persian]
29. Deci EL, Richard M. Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology* 2008; 49(1): 14-23.
30. Taghavi Larijani T, Sharifi Neiestanak N. Assertiveness and anxiety in midwifery and nursing students. *Hayat*. 2009;15(2):61-72. [Persian]
31. Soleimanizadeh L, Soleimanizadeh F. Association between mental health and educational stressful factors among students of Razi nursing and midwifery school in Kerman. *Iranian Journal of Medical Education* 2011; 11(3): 200-209. [Persian]
32. Salehi T, Dehghan Nayeri N. Relationship School Psychology. 2013;2(3):6-23. [Persian]
14. Alaei Kharaem R, Narimani M, Alaei Kharaem S. A comparison of self-efficacy beliefs and achievement motivation in students with and without learning disability. *Journal of Learning Disabilities*. 2012;11(3):85-104. [Persian]
15. Richardson ED. A denture- based therapy and self-efficacy theory. Test of treatment model for late adolescents with depressive symptomatology. Ph.D dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University, 1999.
16. Nagle DW, Hansen DJ, Erdley CA, Norton PJ. Practitioner's guide to empirically based measures of social skills. New York; Dordrecht; Heidelberg; London: Springer, 2010.
17. Concoran K, Fischer J. Measures for clinical practice and research. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2013.
18. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1990; 55(3-4):15-27.
19. Rajabi Gh, Hashemi-Sheykh-Shabani SE. The study of psychometric properties of the multidimensional scale perceived social support. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011;5(4): 357-64. [Persian]
20. Vallerand R, Pelletier I, Blais M, Briere N, Senecal C, Vallieres E. The academic motivation scale: A measure of intrinsic, extrinsic, and motivation in education. *Educational and Psychological Measurement*. 1992;52:1003-17.
21. Kavousian J, Kadivar P. Normalization of scale valler and academic motivation. *Journal of Educational Sciences*. 2009;5(4):103-130. [Persian]
22. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2005;14 (3):875-82.

between anxiety and quality of life in students living in dormitories of Tehran university of medical sciences. Payesh. 2011;10(2):175-81. [Persian]

33. Wentzel KR. Social relationships and motivation in middle school: The role of parents, teachers and peers. Journal of Educational Psychology. 1998;90(20):202-9.