

بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی با مؤلفه‌های سلامت عمومی در بین دانشجویان

حسین ابراهیمی مقدم^۱، ایوت محمود^۲

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۵/۱

هدف: این مطالعه باهدف بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی با مؤلفه‌های سلامت عمومی در بین دانشجویان انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد واحد رودهن می‌باشد و نمونه مورد مطالعه شامل ۱۵۰ نفر از دانشجویان است که به‌صورت روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارتز و جروسلم (۱۹۷۹) و مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) استفاده شد. داده‌ها با آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج بدست آمده نشان داد که بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی با سلامت عمومی در دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد و این دو متغیر قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی دانشجویان هستند ($p < 0.01$). **نتیجه‌گیری:** این یافته نشان می‌دهد که با افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی در دانشجویان مؤلفه‌های سلامت عمومی نیز در آنان افزایش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، خودکارآمدی، سلامت عمومی

۱. (نویسنده مسئول) دانشیار روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.

hem_psy@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد.

مقدمه

لاروس (۱۹۸۸)^۱، سلامت عمومی را استعداد روان برای هماهنگی خوشایند و مؤثر کارکردن و برای موقعیت‌های دشوار انعطاف پذیر بودن معرفی می‌کند (به نقل از سورگی^۲، ۲۰۱۳). همچنین در تعریفی دیگر کاپلان^۳ (۱۹۷۱) سلامت عمومی را شامل سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تضادهای درونی و الزامات محیطی در تغییر می‌داند (حسینی و همکاران، ۲۰۱۱). سلامت عمومی با شیوه تفکر، بروز هیجان و ابراز احساسات و رفتارها و اقدامات افراد مرتبط است (جنا آبادی، ۲۰۱۱)؛ و محور رشد اجتماعی و عاطفی افراد محسوب می‌شود (شوارتز^۴، ۲۰۰۹). یکتا طلب و انصارفرد (۲۰۱۴) در مطالعات خود نشان دادند که بین مقیاس‌های کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران آسم رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

یکی از متغیرهایی که با سلامت عمومی رابطه دارد خودکارآمدی^۵ است (پاکستون^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). خودکارآمدی به باور فرد به توانایی و مهارت خود در انجام یک عمل و رفتار خاص گفته می‌شود (شین و همکاران^۷، ۲۰۱۱) و از نظر بندورا بنیادی‌ترین ساز و کار ضروری انسان برای اداره و کنترل حوادثی است که بر زندگی او اثر می‌گذارد (کورت^۸ و همکاران، ۲۰۱۱) و بیشتر به عنوان مؤلفه اصلی رفتار و به خصوص تغییر رفتار توصیف می‌شود (سانگ^۹ و همکاران، ۲۰۱۰) البته، خودکارآمدی ممکن است به صورت سطحی از اعتماد به نفس افراد نیز ظاهر شود. (جاین و داوسون^{۱۰}، ۲۰۰۹) و یکی از عامل‌های

1. Larousse.

2. Soorgi ,S.

3. Kaplan.

4. Schwartz, C.h.

5. self-efficacy.

6. Paxton, R.J., et al.

7. Shin , et al.

8. Kurt ,T., et al.

9. Sang , et al.

10. Jain, S., & Dowson, M.

پیش بینی کننده در تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی است (راجی^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). این مفهوم میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد (سلیمیان و همکاران، ۲۰۱۶). یافته‌های مطالعاتی ویوینس و^۲، (۲۰۰۸) نشان داد که افراد با خودکارآمدی بالاتر بیشتر به رفتارهای خودمدیریتی و خود مراقبتی اقدام می‌کنند و در زمان برخورد با عوامل تنش‌زای تهدیدکننده سلامتی، واکنش‌های مناسب‌تری را از خود بروز می‌دهند.

یکی دیگر از متغیرهایی که با سلامت عمومی همبستگی معناداری دارد، کیفیت زندگی است (حسین‌زاده فیروزآباد و همکاران، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را ادراکی از وضعیتی که افراد در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و نظام آموزشی که در آن هستند، بطوری که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آنان می‌باشد تعریف می‌کند (فورجاز^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). کیفیت زندگی همچنین شامل ادراک فرد از انتظارات فردی، استانداردها و نگرانی‌ها در چهارچوب سیستم فرهنگی و ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کنند تعریف می‌شود (روما^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعه بلکمور^۵ و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که بین کیفیت زندگی پایین با اضطراب و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد.

نظربه اینکه هدف علم در قرن حاضر ارتقاء سطح سلامت عمومی افراد به منظور مقابله با انواع بیماری‌های روانی و جسمی و افزایش کیفیت زندگی در آنان می‌باشد، در این راستا هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی با مؤلفه‌های سلامت عمومی در بین دانشجویان می‌باشد.

1. Raggi, A., et al.
2. Vivienne, W.u.
3. Forjaz, M., et al.
4. Roma, et al.
5. Blakemore, A.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع همبستگی می‌باشد، جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد واحد رودهن می‌باشد و نمونه مورد مطالعه شامل ۱۵۰ نفر از دانشجویان است که به صورت روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا فهرست ۴ رشته از رشته‌های دانشگاه رودهن (به غیر از روان‌شناسی) را تهیه نموده و سپس از میان آنها ۱۰ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شده و از مجموع دانشجویان شرکت کننده در این کلاس‌ها، بطور تصادفی از ۱۵۰ دانشجوی درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد استفاده را تکمیل نمایند جهت جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش از مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارتز و جروسالم^۱ (۱۹۷۹) و مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ^۲ (۱۹۷۲) استفاده شد. داده‌های بدست آمده از پرسشنامه‌ها با آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون تحلیل شدند.

الف) مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این مقیاس به مطالعه ۴ دامنه از کیفیت زندگی می‌پردازد که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، محیط زندگی، روابط با دیگران (نصیری، ۱۳۸۵). جهت سنجش سلامت ۷ گویه، سلامت روان ۶ گویه، روابط اجتماعی ۳ گویه، محیط زندگی ۸ گویه در نظر گرفته شد، علاوه بر این دو گویه اضافی نیز برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد قرار داده شده است، یک مورد از گویه‌های بعد روابط اجتماعی به دلیل عدم تطابق فرهنگی حذف شد. برای هر گویه نمره ای از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده است. نصیری (۱۳۸۵) برای بررسی پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی (با فاصله هفته ای) تصنیفی و آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی بازآزمایی ۰.۶۷٪، تصنیفی ۰.۸۷٪ و آلفای کرونباخ ۰.۸۴٪ می‌باشد. ضریب همبستگی بدست آمده با استفاده از روش روایی همزمان ۰.۴۵٪ تا ۰.۸۳٪ بود. که بدین منظور رابطه نمره کل آزمون و نمره آزمودنی در خرده مقیاس‌های حاضر با نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از ضریب همبستگی

1. Schwartz and Jerusalem.

2. Goldberg, D.

سنجیده شد. پایایی و روایی محاسبه شده GHQT، توسط تقوی (۱۳۸۰)، به نقل از نصیری (۱۳۸۵) در حد مطلوب نشان داده شده است.

ب) پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: مقیاس خودکارآمدی عمومی در سال ۱۹۷۹ توسط شوارتز و جروسلم به منظور ارزیابی خودکارآمدی عمومی و اجتماعی ساخته شد. آزمون مذکور دارای ۲۰ عبارت و دوزیر مقیاس خودکارآمدی عمومی و اجتماعی بود. در سال ۱۹۸۱ شوارتز و جروسالم آزمون را مورد بازنگری قرار داده و تعداد عبارت آن را به ۱۰ عدد کاهش دادند. بنابراین، پرسشنامه باورهای خودکارآمدی فعلی دارای ۱۰ عبارت است که همگی میزان خودکارآمدی عمومی را می‌سنجند، این آزمون یک ابزار خود گزارشی مخصوص بزرگسالان (بالای ۱۲ سال) است و آزمودنی‌ها باید در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای (از اصلا صحیح نیست تا کاملا صحیح) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات آن را مشخص سازند، شوارتز و همکاران (۱۹۹۷) ضرایب همسانی درونی و ویرایش‌های مقیاس خودکارآمدی عمومی را در دانشجویان آلمانی ۸۴٪، کاستاریکا و اسپانیایی ۸۱٪ و چینی ۹۱٪ گزارش کردند. در پژوهش رجیبی (۱۳۸۵) ضرایب روایی همگرا میان مقیاس خودکارآمدی عمومی و مقیاس عزت نفس روزنبرگ روی ۳۱۸ نفر ۳۰/۵، بدست آمد.

ج) سلامت عمومی: پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲)، طراحی شد. فرم اصلی آن دارای ۶۰ سؤال است و فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ سؤالی نیز تهیه شده است. آزمون، علائم مرضی فرد را از یک ماه قبل تا زمان اجرای آزمون مورد ارزیابی (خودسنجی) قرار می‌دهد. رایج‌ترین روش نمره‌گذاری آن نیز نوع ۴ درجه‌ای لیکرت - است. مطالعات روان سنجی نسخه‌های مختلف آزمون سلامت عمومی نشان می‌دهد، نسخه ۲۸ سوال نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و ویژگی است. گلدبرگ و ماری حساسیت این پرسشنامه را ۸۴٪ محاسبه کردند (به نقل از شریعتی و همکاران، ۲۰۰۲). مولوی، روایی، پایایی و ساختار عاملی این پرسشنامه را با نمونه ۱۱۶ نفری از دانشجویان دانشگاه اصفهان در حیطه غیر بالینی همراه با پرسشنامه مشکلات زندگی دانش‌آموز و چک لیست مشکلات تحصیلی

ارزیابی نمود. تحلیل عوامل با چرخش ابلیمین و بار عاملی حداقل ۰/۳۰ همان چهار عامل گلدبرگ را تأیید نمود؛ اما در سه عامل اختلال کارکرد اجتماعی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی ۰/۵۱ و واریانس را تبیین نمودند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ با پرسشنامه کیفیت زندگی، به ترتیب ۰/۷۲ و ۰ و ۵۸ بدست آمد.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها شامل ۱۵۰ نفر (زن ۷۵ نفر) و مرد (۷۵ نفر) که در دامنه سنی ۲۵-۳۵ سال قرار داشته، ۸۰٪ در مقطع کارشناسی و ۲۰٪ در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بوده و از میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن انتخاب شدند. در ادامه جداول مربوط به شاخص‌های پراکندگی و مرکزی و نیز جداول مربوط به متغیرهای کیفیت زندگی و ابعاد آن، و متغیرهای الگوی ارتباط خانواده و ابعاد آن در متغیرهای زمینه‌ای (مثل سن، جنس، مقطع تحصیلی دانشجویان و شغل والدین، تحصیلات والدین، ...) ارائه می‌گردد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	مؤلفه	میانگین	میان	انحراف معیار
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	۹۳/۱۳	۹۶	۱۴/۹۹
	روانشناختی	۸۳/۰۶	۸۴	۱۵/۹۶
	روابط اجتماعی	۱۹۶/۸۳	۱۲۰	۲۵/۴۲
	محیط زندگی	۴۶/۲۰	۴۸	۹/۲۵
خودکارآمدی	خودکارآمدی	۳۰/۵۴	۳۱	۶/۳۱
سلامت عمومی	نشانه‌های اجتماعی	۱۱/۵۳	۱۰	۴/۲۶
	اضطراب	۱۲/۱۰	۱۱	۴/۹۷
	افسردگی	۹/۵۳	۸	۴/۲۸
	کژکاری اجتماعی	۱۱/۶۰	۱۱	۴/۰۳
	سلامت عمومی (نمره کل)	۴۴/۹۲	۴۰	۱۵/۶۰

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها (N=141)

متغیرها	نشانه‌های جسمانی	اضطراب	کژکاری اجتماعی	افسردگی	سلامت عمومی (نمره کل)
	R	r	R	r	R
حیطه سلامت جسمانی	-۰/۳۸۱**	-۰/۳۸۵**	-۰/۳۸۱**	-۰/۴۷۵**	-۰/۴۶۱**
حیطه روان شناختی	-۰/۳۸۳**	-۰/۳۲۰**	-۰/۳۳۹**	-۰/۳۶۴**	-۰/۳۹۵**
حیطه روابط اجتماعی	-۰/۴۹۸**	-۰/۴۸۷**	-۰/۴۵۹**	-۰/۴۸۸**	-۰/۵۴۹**
حیطه محیط زندگی	-۰/۴۰۱**	-۰/۳۲۸**	-۰/۳۷۰**	-۰/۴۳۲**	-۰/۴۳۷**
خودکارآمدی	-۰/۴۹۲**	-۰/۴۵۲**	-۰/۵۴۲**	-۰/۴۸۲**	-۰/۵۶۲**

** p:0.01

با توجه به ضرایب به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که هر ۴ حیطه سلامت جسمانی، روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی و خودکارآمدی با سلامت عمومی و ۴ مؤلفه نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کژکاری اجتماعی و افسردگی همبستگی منفی و معنادار دارند ($p < 0/01$).

جدول ۳. خلاصه ضرایب رگرسیون

پیش بینی کننده ها	B	β	T	Sig	تولرانس	VIF	دوربین- واتسون
عدد ثابت	۱۱۷/۸۴۸	-	۱۵/۵۷۲**	۰/۰۰۱	-	-	۲/۰۴۶
حیطه سلامت جسمانی	-۰/۲۲۲	-۰/۲۰۵	-۲/۶۷۸**	۰/۰۰۸	۰/۷۱۰	۱/۴۰۹	
حیطه روان شناختی	-۰/۰۲۴	-۰/۰۲۴	-۰/۳۰۷	۰/۷۵۹	۰/۶۶۴	۱/۵۰۶	

پیش بینی کننده ها	B	β	T	Sig	تولرانس	VIF	دوربین- واتسون
حیطه روابط اجتماعی	-۰/۱۸۷	-۰/۲۹۹	-۳/۵۶۸**	۰/۰۰۱	۰/۵۸۸	۱/۷۰۲	
حیطه محیط زندگی	-۰/۱۶۴	-۰/۰۹۹	-۱/۲۸۰	۰/۲۰۳	۰/۷۰۰	۱/۴۲۸	
خودکارآمدی	-۰/۶۷۴	-۰/۲۷۵	-۳/۴۰۷**	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸	۱/۵۶۸	
P < 0.001 **							
R = 0.691; R ² = 0.477; تعدیل شده R ² = 0.456; F = 23.001 **							

همان طور که در جدول بالا مشاهده می شود، مقدار R^2 به دست آمده بدین معنی است که ۴۷/۷ درصد از واریانس متغیر سلامت عمومی توسط ۴ حیطه سلامت جسمانی، روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی و خودکارآمدی تبیین می شود. به عبارت دیگر، ۴۷/۷ درصد از پراکندگی مشاهده شده در تغییر سلامت عمومی توسط این متغیرها توجیه می شود. مقدار R مشاهده شده (۰/۶۹۱) نیز نشان دهنده آن است که مدل رگسیون خطی حاضر می تواند برای پیش بینی استفاده شود. علاوه بر این، نسبت F محاسبه شده (۲۳/۰۰۱) در سطح اطمینان حداقل ۹۹ درصد معنادار است. در نتیجه، فرضیه اصلی تایید می شود. با مراجعه به آماره t و سطوح معناداری میتوان قضاوت کرد که تنها ۳ متغیر سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و خودکارآمدی قادر به پیش بینی سلامت عمومی هستند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده در این پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی با مؤلفه های سلامت عمومی رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد، این یافته با نتایج پژوهش های سلاتی^۱ و همکاران (۲۰۰۹)؛ حجتی و همکاران (۲۰۱۰)؛ لپس^۲ و همکاران (۲۰۰۹)؛ یکتا طلب و

1. Salati.
2. Lips, I.M.

انصارفرد (۲۰۱۴) و کوستانزو^۱ و همکاران (۲۰۰۹) توزنده جانی و همکاران (۱۳۹۰)، جلیلیان و همکاران (۱۳۹۰)، مارکز و همکاران^۲ (۲۰۰۵)، اعرابیان (۱۳۸۳) همسو می‌باشد.

امروزه شاهد این هستیم خوش بینی و بطور کلی باورهای مثبت بر بیماری و سلامت روانی و جسمانی انسان تاثیر زیادی می‌گذارد. (به نقل از سلیگمن^۳، ۲۰۰۰). فردی که از سلامت روان برخوردار است به طور معمول می‌تواند بر فشارهای معمول زندگی روزمره غلبه کند و می‌تواند یک زندگی مستقل داشته باشد. (شاملو، ۱۳۸۶).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که کیفیت زندگی بعنوان معیاری از سنجش سلامت (شبنانی و همکاران، ۲۰۰۷) درک فرد از میزان خوب بودن جسمی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی زندگی می‌باشد (فیلیپس^۴، ۲۰۰۶) که رابطه تنگاتنگی با سطح سلامت عمومی فرد دارد؛ و می‌تواند بعنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت عمومی به آن توجه کرد.

یکی دیگر از نتایجی که در این پژوهش بدست آمد وجود رابطه‌ی معناداری بین خودکارآمدی با سلامت عمومی در دانشجویان بود که این یافته با نتایج پژوهش‌های دیوید^۵ و همکاران (۲۰۰۹)؛ دون^۶ و همکاران (۲۰۰۷)؛ لاگرولد^۷ و همکاران (۲۰۱۰)؛ مک اولی^۸ و همکاران (۲۰۰۶) پاکستون و همکاران (۲۰۱۰) بروور^۹ و همکاران (۲۰۱۰) همسو می‌باشد به عقیده‌ی آنان افرادی که از خودکارآمدی بالا برخوردارند، از سلامت روان بالاتری برخوردارند؛ زیرا باورهای خودکارآمدی بر حالت فیزیولوژی و روانی افراد تاثیر گذار است و نیز این یافته با نتایج پژوهش کاپرا و استکا^{۱۰} (۲۰۰۵) و هوآنگ و همکاران^{۱۱}

1. Costanzo, E.S.
2. Marks, R et al.
3. Seligmann, M.E.P.
4. Phillips, D.
5. David, E et al.
6. Dunn, K et al.
7. Lagerveld, S. E et al.
8. McAuley ,E et al.
9. Brouwer ,S et al.
10. Caprara GV,Steca,P. & et al.
11. Huang, L & et al .

(۲۰۱۲) در یک راستا می‌باشند، نتایج آنان شان داد که خودکارآمدی با اضطراب و افسردگی رابطه منفی و با بهزیستی روانی و رضایتمندی از زندگی رابطه مثبت و معنی داری دارد و نیز خودکارآمدی رابطه معکوس با افسردگی و یک رابطه مستقیم با خودمدیریتی در بیماریها، مشارکت در رفتارهای بهداشتی، انجام فعالیت‌های فیزیکی و کیفیت زندگی افراد دارد.

نتیجه این پژوهش را چنین می‌توان تبیین کرد که هر اندازه دریافت افراد از محیط پیرامون و انعکاس آن در ذهن به واقعیت نزدیک تر باشد، روابط افراد با محیط پیرامونی و نیز چگونگی واکنش آن‌ها به حوادث و رویدادها منطقی تر و به سلامت روانی نزدیک تر است. بدون توجه به میزان خوش بینی یا بدبینی بازخورد افراد نسبت به خود و یا جهان در آسیب پذیری آنان نسبت به تنیدگی‌های روانی نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند. (سومرزو فلاگن^۱، ۲۰۰۴).

نظر می‌رسد که احساس خودکارآمدی، سلامت شخصی، توانایی انجام تکالیف و کارها را به طرق متعدد افزایش می‌دهد و باعث می‌شود تا افراد، تکالیف مشکل را به عنوان چالشی در نظر بگیرند که باید بر آن مسلط شوند، آنان اطمینان دارند که می‌توانند تهدیدهای بالقوه را تحت مهار خود در آورده و به خوبی با شرایط، سازگاری یافته و اضطراب و افسردگی کمتر و بهزیستی روان شناختی بالاتری را تجربه کنند (راجی^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). و نیز به دلیل اهمیتی که سلامتی فرد در حفظ سلامت فکری و توانایی مقابله با مشکلات زندگی و برقراری یک رابطه سالم و صمیمانه با هم نوع و داشتن زندگی هدف دار و پرثمریک هدف مهم در زندگی می‌باشد (حجتی، ۲۰۰۸). بطور کلی می‌توان بیان کرد که افراد بر این باور باشند که قابلیت‌ها و توانایی‌های لازم برای انجام کار یا فعالیتی را دارند، برای انجام آن تکلیف دقت بیشتری صرف می‌کنند و در نهایت به نتایج بهتری دست خواهند یافت که این خود مستلزم داشتن سلامت عمومی می‌باشد.

1. Sommers- Flanagan, J., & Sommers- Flanagan, R.

2. Raggi, A.

پژوهش حاضر خالی از محدودیت نبوده و مهم‌ترین آنها عبارتند از: صرف استفاده از پرسشنامه با توجه به محدودیت‌های خاص، عدم تفسیر علی از نتایج با در نظر گرفتن ماهیت تحقیقات همبستگی و عدم امکان کنترل تأثیر برخی از متغیرهای مداخله‌گر مانند ویژگی‌های شخصیتی آزمودنی‌ها، وضعیت اجتماعی می‌باشد و برای پژوهش‌های همسودر این زمینه پیشنهاد می‌گردد موضوع سلامت را در نمونه‌ای غیر از دانشجویان انجام دهند که بتوان آن را به طیف کلی جامعه تعمیم داد.

منابع

- توزنده جانی، ح. توکلی زاده، ج. لگزیان، ز ۱۳۹۰. اثربخشی شیوه‌های فرزندپروری بر خودکارآمدی و سلامت روان دانشجویان علوم انسانی دانشگاه پیام نور و آزاد نیشابور، افق دانش؛ فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان گناباد (دوره ۱۷؛ شماره ۲) ۶۴-۵۶.
- جلیلیان، ف. امدادی، ا. کریمی، م. براتی، م. غریب نواز، ح. (۱۳۹۰). افسردگی در بین دانشجویان؛ بررسی نقش خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره هجدهم، شماره ۴، شماره مسلسل ۶۲.
- رجبی، غ ر (۱۳۸۵)، بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی (GSE) در دانشجویان روان شناسی دانشکده ی علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرو دشت، فصلنامه اندیشه ی نوین تربیتی، ۲، (۱ و ۲)، ۱۲۲-۱۱۱.
- نصیری، حبیب الله (۱۳۸۵)، بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و تهیه نسخه ایرانی آن. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری سلامت عمومی دانشجویان.
- _____، بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ایرانی آن، سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران: دانشگاه علم و صنعت.
- Blakemore, A. Dickens, C. Guthrie, E. Bower, P. Kontopantelis, E. Afzal, C. and Coventry, P.A. (2014). Depression and anxiety predict health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. Internashnal Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 9: 501-512.
- Brouwer S, Reneman MF, Bültmann U, Van der Klink JJ, Groothoff JW.(2010).A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. JO ccup Rehabil; 20(1): 104 -12.
- Caprara GV,Steca P.(2005). Affective and social self regulatory efficacy beliefs

- as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 4,275-86.
- Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychol*;28(2):147-56.
 - David E, Okazaki S, Saw A. (2009). Bicultural self-efficacy among college students: Initial scale development and mental health correlates. *J Couns Psychol*; 56(2): 211-26.49.
 - Dunn K, Elsom S, Cross W. (2007). Self-efficacy and locus of control affect management of aggression by mental health nurses. *Issues in mental health nursing*; 28(2): 201-17.
 - Forjaz M, Rodriguez C, Ayala A, Rodriguez V, Pedro J, Garcia S.(2015) Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *Eur J Int Med*; 2:54-71.
 - Goldberg D. P. and Hillier V. F. (1979). A scaled version of general health questionnaire. *Journal of Psychological Medicine*. Vol. 9.131- 145.
 - Hojjati H. A comprehensive review of mental health 1&2. Tehran: Salemi publication; 2008: 29. [Book in Persian]
 - Hojati,H. Alostani,S. Akhond zadeh, G. Heydari, B. Sharif niya,S H.(2010) Mental health and its relationship with quality of life in addicts, *Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences.High Risk Behavior Conference*,Vol.18,No. 3, Suppl.1, 207-214
 - Hosseini SH, Sadeghi A, Rajabzadeh R, Rezazadeh J, Nabavi SH, Ranaie M, Almasi A.(2011) The mental health of student in Khorasan University medical sciences. *Journal of Northern Khorasan University of Medical Sciences*;3(2):23-8. [Persian]
 - Hosseinzadeh Firouzabad, Y. Mohammadabadi,MS,Mousavi,I.(2015) A study of relationship between mental health and Quality of life in diabetes patients, *Journal of Nursing Development in Health, Research Analytical Journal of Aligoudarz School of Nursing*, 7(1):57-66.
 - Huang L, Li L, Zhang Y, Li H, Li X, Wang H.(2012) Selfefficacy, medication adherence, and quality of life among people living with HIV in Hunan province of China: A questionnaire survey. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*. Forthcoming.
 - Jain S, Dowson M.(2009) Mathematics anxiety as a function of multidimensional self-regulation and self -efficacy. *Contemporary Educ Psych*; 34(3): 240-249.
 - Jenaabadi, H. (2011). Investigation of the Mental Health of Payamnoor and Azad University Students in Saravan City. 2nd International Conference on New Trends in Education and Their Implications 27-29 April, 2011 Antalya-Turkey www.iconte.org.
 - Kurt T, Duyar I, Calik T.(2011) Are we legitimate yet? A closer look at the casual relationship mechanisms among principal leadership, teacher self efficacy and collective efficacy. *Journal of Management Development*;31(1): 71-86.

- Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Schaufeli WB.(2010) Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress*;24(4): 359-75.
- Lips IM, van Gils CH, van der Heide UA, Kruger AE, van Vulpen M.(2009)Health-related quality of life 3 years after high-dose intensity-modulated radiotherapy with gold fiducial marker-based position verification. *BJU Int*;103(6):762-7.
- McAuley E, Konopack JF, Motl RW, Morris KS, Doerksen SE, Rosengren KR.(2006) Physical activity and quality of life in older adults: influence of health status and self-efficacy. *Ann Behav Med*; 31(1): 99 -103.
- Marks R, Allegrante JP.(2005) A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice. *Health Promot Pract* . vol. 6 no. 2 148-156
- Paxton RJ, Motl RW, Aylward A, Nigg CR.(2010) Physical activity and quality of life—the complementary influence of self-efficacy for physical activity and mental health difficulties. *IntJ Behav Med*; 17(4): 255-63.
- Phillips D.(2006) Quality of life: Concept, policy and practice. UK:Routledge.
- Raggi A, Leonardi M, Mantegazza R, Casale S, Fioravanti G. (2010)Social support and self-efficacy in patients with Myasthenia G ravis: a common pathway towards positive health outcomes. *Neurological Sciences*; 31:231-235.
- Raggi, A. Leonardi, M. Mantegazza, R. Casale, S. & Fioravanti, G. (2010). Social support and self efficacy inpatients with Myasthenia G ravis: a commonpathway towards positive health outcomes. *Neurol Sci*, (31), 231-5.
- Roma I, Almeida MLd, Mansano NdS, Viani GA,Assis MRd, Barbosa PMK.(2014) Quality of life in adults and elderly patients with rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia*;54:279-86.
- Salati M, Brunelli A, Xiumè F, Refai M, Sabbatini A.(2009) Quality of life in the elderly after major lung resection for lung cancer.*Interact Cardiovasc Thorac Surg*, Jan;8(1):79-83.
- Salimian SH, Esmaili R, Dabirian R, Mansoorin S, et al. (2016)The Survey of factors related to self-efficacy based on Orem`s theory in patients with coronary artery bypass surgery in Tehran in 2014. *Shahid Beheshti Univ Med Sci and Health Services*. [In Persian]
- Sang G, Valcke M, Braak J, Tondeur Jo.(2010) Student teachers`thinking processes and ICT integration: Predictors of prospective teaching behaviors with educational technology.*Computers and Education*; 13: 45-61.
- Schwartz, Ch. (2009).The Economics of Children's Mental Health. *Children's mental health Research Quarterly*, volume3, number 1,p1-16.
- Schwarzer, R. Babler, J. Kwiatek, P. Schroder, K. & Zhang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self- beliefs: Comparison of German, Spanish and Chinese Versions of the General Self- Efficacy Scale. *Applied Psychology*, 46 (1), 177- 190.
- Shabani Bahar Gh, Nazem F, PoorAghaee Ardakani Z.(2007)Influence of

- Special training program on quality of life in postmenopausal women non-athletes. *Journal of Sports Sciences*;12:123-133.[Persian]
- Shariati M, Kaffashi A, Ghalehbandi M, Fateh A, Ebadi M.(2002) Mental health in medical students of the Iran University of Medical Sciences (IUMS). *PAYESH*;1(1):29-37.
 - Shin H, Shin J, Liu PY, Dutton GR, Abood DA.(2011) Selfefficacy improve weight loss in overweight/Obese postmenopausal women during a 6 month weight loss intervention. *Nutr Res*; 31: 822-8.
 - Sommers- Flanagan, J.,& Sommers- Flanagan,R.(2004).*Counseling and psychotherapy: Theories in context and practice*. New Jersey: John Willy.
 - Soorgi S.(2013) The mental health and academic failure. *Roshd Moshver Madreseh*; 9(1): 44-9. [Persian]
 - Vivienne Wu SF, Courtney M, Edwards H, McDowell J, Short ridge- Baggett LM, Chang PJ. (2008)Development and validation of the Chinese version of the Diabetes Management Selfefficacy Scale. *Int J Nurs Stud*;45:534-42.
 - Yektatalab, SH, Ansarfard, F.(2014).The relationship between mental health and quality of life in patients with asthma, *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*,Spring;2(1)72-81