

رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش آموزان دبیرستانی*

نویسندگان: محمود نجفی^۱ و دکتر محبوبه فولادچنگ^۲

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی

۲. استادیار دانشگاه شیراز

چکیده

هدف اساسی پژوهش حاضر، بررسی رابطه خود کارآمدی با سلامت روان می باشد. بدین منظور ۳۰۰ دانش آموز دختر و پسر پایه سوم دبیرستان در رشته های تحصیلی علوم تجربی، انسانی و ریاضی با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش سیاهه نشانگان مرضی ۹۰ سئوالی (SCL-90-R) و پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران در ۱۹۸۲ بوده است پس از اجرای پرسشنامه ها داده های بدست آمده با روش های آماری همبستگی و t برای مقایسه دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی و نشانگان مرضی رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. بین خودکارآمدی و سلامت روان همبستگی مثبت معنی دار یافت شد. همچنین مشاهده شد که بین دو گروه دختر و پسر از لحاظ خودکارآمدی و سلامت روان تفاوت معنی داری وجود ندارد. در این پژوهش وجود رابطه معنادار بین باورهای خودکارآمدی و سلامت روان (نشانگان مرضی کمتر) تایید شد.

واژه های کلیدی: خود کارآمدی، سلامت روان، نشانگان مرضی، دانش آموزان دبیرستان

* این پژوهش با استفاده از اعتبارات شورای تحقیقات آموزش و پرورش استان فارس انجام پذیرفته است.

دوماهنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال چهاردهم- دوره جدید

شماره ۲۲

اردیبهشت ۱۳۸۶

مقدمه

سلامت روان یکی از مقوله های مهم در مباحث روان شناسی و روان پزشکی است که هر ساله حجم زیادی از تحقیقات را به خود اختصاص می دهد و عوامل مؤثر بر آن همواره مورد توجه روان شناسان بوده است. دوره نوجوانی دوره ای از چرخه تحول است که در

خلال آن، باورهای خودکارآمدی بر پیامدهای روانشناختی تأثیرگذار و مهم است، چه، در این دوره افراد با چالش های جدیدی مواجه می شوند و چگونگی کنار آمدن و سازگاری با این چالش ها تا حدی تحت تأثیر باورهای خودکارآمدی فرد است [۱]. نیروی محرکه و پویای جامعه را همین قشر تشکیل می دهند و بنابراین

بایستی به مسئله سلامت روان نوجوانان اهمیتی بیش از گذشته داده شود. عوامل متعددی ممکن است در سلامت روان تأثیر داشته باشند. یکی از این عوامل باورهای خودکارآمدی (Self-efficacy beliefs) است که از سال ۱۹۷۷ با مقاله آلبرت بندورا (Bandura) وارد پیشینه روان‌شناسی شد. از دیدگاه بندورا خودکارآمدی توانایی فرد در انجام یک عمل خاص در کنار آمدن با یک موقعیت ویژه است. به عبارتی، خودکارآمدی به قضاوت‌های افراد در رابطه با توانایی‌هایشان برای به ثمر رساندن سطوح طراحی شده عملکرد اطلاق می‌شود [۲]. بندورا بر اهمیت ادراک فرد از کارآمدی به عنوان میانجی شناختی عمل انسان تأکید دارد. از طرفی چاپ صدها مقاله در دهه گذشته در مجله‌های مختلف علمی بیانگر اهمیت و جایگاه سازه خودکارآمدی در جنبه‌های مختلف زندگی و سلامت انسان‌ها است [۳]. تحقیقات اخیر بندورا نشان داده است که احساس خودکارآمدی پائین با افزایش فشار روانی، پاسخ‌های ضعیف‌تر به درد، انگیزش کم‌تر برای پی‌گیری برنامه‌های مربوط به تندرستی، همبسته است، برعکس احساس خودکارآمدی بالا با فشار روانی و پاسخ‌های زیستی کم‌تر به فشارهای روانی، قدرت انطباق بیش‌تر و علاقه‌مندی زیادتر به برنامه‌های تندرستی همبسته است. باورهای خودکارآمدی از دو طریق بر رفتارهای مرتبط با تندرستی انسان تأثیر می‌گذارند یکی از طریق تأثیرات این باورها بر رفتارهای مرتبط با تندرستی فرد و دیگری از طریق تأثیر آن‌ها بر کارکرد زیستی او، به عبارتی هم بر احتمال بروز بیماری‌های مختلف و هم بر فرآیند بهبود از بیماری تأثیر می‌گذارد [۴]. باورهای خودکارآمدی بر طرز تفکر افراد، چگونگی رویارویی با مشکلات، سلامت هیجانی، تصمیم‌گیری، مقابله با استرس و افسردگی [۵]، انتخاب اهداف و دسترسی به آن‌ها [۶] تأثیر می‌گذارد. نظام باورها از طرفی در بهبود رفتار، سلامتی و رضایتمندی از زندگی نقش دارد و از طرف دیگر بسیاری از مسائل و مشکلات افراد ناشی از

این باورها است. بر طبق نظر بندورا ناکارآمدی ادراک شده (perceived inefficacy) نقش مهمی در افسردگی، اضطراب، استرس، روان‌آزردگی و دیگر حالت‌های عاطفی بازی می‌کند. همچنین می‌تواند منجر به احساس‌ها و باورهای پوچی گردد. زمانی که فرد خود را در رسیدن به انتظارات با ارزش ناکارآمد بداند افسرده خواهد شد و وقتی که خود را در کنار آمدن با محرک‌های تهدیدآمیز ناتوان ببیند مضطرب خواهد شد [۷]. افراد دارای خودکارآمدی ضعیف، تکالیف و کارها را دشوارتر می‌بینند و این باعث افزایش استرس در آنان می‌شود، در مقابل، باورهای خودکارآمدی قوی باعث آرامش و نزدیکی به تکالیف مشکل می‌شود. بنابراین می‌تواند پیش‌بینی کننده قوی برای پیشرفت افراد باشد [۸]. خودکارآمدی همچنین در یادگیری و پیشرفت مؤثر است. دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی قوی در مقایسه با ضعیف به پیشرفت‌های بیش‌تری نایل می‌شوند [۹]. درنظریه شناختی اجتماعی بندورا، افراد دارای احساس کارآمدی بالا در مقابله با عوامل فشارزاهای خاص و تقاضاهای بین فردی، آسیب‌پذیری کم‌تری به استرس و بد کارکردی دارند در نتیجه در جنبه‌های کلیدی و مهم زندگی نظیر پیشرفت تحصیلی و تعاملات اجتماعی بهتر می‌توانند از اضطراب و افسردگی جلوگیری کنند [۱]. کاپرارا (Caprara) در سال ۲۰۰۴ در تحقیق خود بدین نتیجه دست یافت که بین خودکارآمدی و مشکلات رفتاری رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج تحقیق بندورا و گروهی از پژوهشگران ایتالیایی در شهر رم نشان داد که کارآیی شخصی با پیشرفت تحصیلی، رفتارهای مشکل‌آفرین و افسردگی ارتباط دارد [۱۰]. کارآیی شخصی از طریق چهار منبع یا ترکیبی از آن‌ها فراگرفته شده، افزایش یا کاهش می‌یابد. با نفوذترین منبع کارآیی شخصی تجربیات مهارت یعنی، عملکردهای قبلی هستند، به طور کلی عملکرد موفقیت‌آمیز تجربیات کارآیی را افزایش می‌دهد و شکست آن‌ها را کاهش می‌دهد. دومین منبع کارآیی، سرمشق‌گیری

اجتماعی یعنی تجارت جانشینی هستند که دیگران تأمین می‌کنند. قانع‌سازی اجتماعی نیز می‌تواند کارآیی شخصی را بالا ببرد یا پائین بیاورد. آخرین منبع کارآیی حالت‌های فیزیولوژیکی و هیجانی فرد هستند معمولاً هیجان شدید عملکرد را پائین می‌آورد. زمانی که افراد دچار ترس و اضطراب شدید با سطوح بالای استرس می‌شوند، انتظارات کارآیی آن‌ها پائین می‌آید [۱۰].

با نگاهی اجمالی به یافته‌های پژوهشی در می‌یابیم که بین خودکارآمدی با نشانگان مرضی و سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد. محققان دریافته‌اند زمانی که دانش‌آموزان انتظار دارند به نحو مطلوبی عمل کنند و خود ارزشیابی مثبتی دارند عملکردشان بهبود می‌یابد. در مقابل، انتظارات عملکرد ضعیف و خود ارزشیابی منفی، باعث عملکرد ضعیف در دانش‌آموزان می‌شود [۱۱]. پژوهش‌های مختلفی که پس از اجرای برنامه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی در مدارس صورت گرفته‌است دستاوردهای مهمی را در ابعاد سلامت روان به دست داده است. از جمله می‌توان به ابعاد تصور از خود توسط کروتر (Krueuter) در ۱۹۹۱، عزت نفس توسط اینت (Ennet) و همکاران در ۱۹۹۴، خودکارآمدی توسط الیاس و همکاران در ۱۹۹۱، ناسازگاری اجتماعی و هیجانی توسط کاپلان و همکاران در ۱۹۹۴ و کاهش اضطراب اجتماعی توسط بوتوین (Botvin) و انگ (Eng) در ۱۹۸۲ اشاره کرد [۱۲].

یافته‌های مطالعه سیوکاچینگ (Siu- Kaucheng) و استفن (Stephen) در سال ۲۰۰۰ حاکی از آن است که افزایش خودکارآمدی با بهبود سلامت روان رابطه دارد. این مطالعه پیشنهاد می‌کند که از جمله راه‌های کمک به افرادی که از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند، افزایش خودکارآمدی و فراهم کردن یک محیط اجتماعی حمایت‌کننده از آن‌ها می‌باشد. به علاوه، مشاهده شده‌است که خودکارآمدی ضعیف و احساس تنهایی دو ویژگی مرتبط با افسردگی و اضطراب است [۱۳].

کیم (Kim) در سال ۲۰۰۳ در پژوهش خود بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی به این نتیجه رسید که بین خودکارآمدی و بعضی مؤلفه‌های سلامت روان (اضطراب، افسردگی و خصومت) رابطه وجود دارد [۱۴]. باورهای خودکارآمدی نشان دهنده این موضوع هستند که فرد قادر است حالات منفی روانی خود را تغییر دهد. کیم نشان داد که افسردگی با باورهای ضعیف خودکارآمدی رابطه دارد و خودکارآمدی در کاهش نشانه‌های افسردگی نقش میانجی ایفا می‌کند. اضطراب و افسردگی افراد، با افزایش و تقویت باورهای خودکارآمدی کاهش می‌یابد. روزن بام و هادری [به نقل از ۴] نیز دریافتند که بیماران پارانوئیدی دارای خودکارآمدی ضعیف هستند و احساس ناکارآمدی می‌کنند. اسمیت (Smit) و بیتتر (Binter) در ۲۰۰۲ [۱۵]، بارلو (Barlow) و همکاران در ۲۰۰۲ [۱۶]، موریس (Muris) در ۲۰۰۲ [۷]، اندلر (Endler) در ۲۰۰۱ [۱۷]، رامبو (Rambo) در ۱۹۹۸ [۱۸]، ریواس و فرناندز در ۱۹۹۵ [به نقل از ۱۴]، شوارزر (Schwarzer) و فاجس (Fuchs) در ۱۹۹۴ [۱۹] نیز بین خودکارآمدی و افسردگی و اضطراب رابطه معکوس و معنادار یافتند. یافته‌های بندورا و همکاران در ۱۹۹۹ [۲۰]، اهرنبرگ و همکاران در ۱۹۹۱ [۲۱]، وینرید در ۱۹۹۶ [به نقل از ۲۲]، کرامتی در ۱۳۸۰ [۲۳] و حکیمی نژاد در ۱۳۸۰ [۲۴] حاکی از آن است که بین دختران و پسران از لحاظ خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما پیتریش (Pintrich) و همکاران در ۱۹۹۴ [۸] و موریس در ۲۰۰۲ [۷] نتیجه گرفتند که خودکارآمدی در دو جنس متفاوت است. به نظر می‌رسد که خودکارآمدی با توجه به سن و جنس تفاوت دارد. مردان به طور متوسط در مقایسه با زنان از خودکارآمدی قوی‌تری برخوردارند و تفاوت‌های جنسی در این زمینه تا ۲۰ سالگی به اوج خود می‌رسد و در سال‌های بعد کاهش می‌یابد. در هر دو جنس خودکارآمدی در سراسر کودکی و اوایل بزرگسالی افزایش یافته، در میانسالی به بالاترین حد خود رسیده و پس از ۶۰ سالگی کاهش

- ۲- بین خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت معنی‌داری وجود دارد.
- ۳- دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا شکایت‌های جسمانی کم‌تری دارند.
- ۴- دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا مشکلات وسواسی- اجبار کم‌تری دارند.
- ۵- دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا حساسیت در روابط متقابل کم‌تری دارند.
- ۶- دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا افسردگی کم‌تری دارند.
- ۷- دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا تفکرات پارانوئیدی کم‌تری دارند.
- ۸- دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا ترس مرضی کم‌تری دارند.
- ۹- دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا روان گسستگی کم‌تری دارند.
- ۱۰- دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا خصومت کم‌تری دارند.
- ۱۱- دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا اضطراب کم‌تری دارند.

روش

با توجه به این که هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین خودکارآمدی با سلامت روان است، روش تحقیق، از نوع همبستگی است. تحقیقات همبستگی شامل کلیه تحقیقاتی است که در آن‌ها سعی می‌شود رابطه بین متغیرهای مختلف با استفاده از ضریب همبستگی کشف و یا تعیین گردد.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز که در پایه سوم مقطع متوسطه (رشته‌های تحصیلی ریاضی- انسانی و تجربی) در سال تحصیلی ۸۳-۸۲ در دبیرستان‌های دولتی مشغول به تحصیل می‌باشند.

می‌یابد. در ایران ارتباط خودکارآمدی با متغیرهای روان‌شناختی متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. برای مثال با: عزت‌نفس و عملکرد تحصیلی [۲۵]، راهبردهای مقابله با استرس توسط ذوالفقاری، محمدخانی و عباسپور در ۱۳۷۶ [به نقل از ۲۶]، جهت‌گیری هدفی، یادگیری خودگردان و پیشرفت تحصیلی [۲۷]، اسناد نیت و هدف‌های اجتماعی [۲۸]، کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زای ازدواج [۲۹]، باورهای معرفت‌شناختی [۳۰] نگرش به ریاضی [۲۳]، خودگردانی و پیشرفت تحصیلی [۳۱]، مسند مهارگذاری و موفقیت تحصیلی [۳۲] و با سلامت روانی و موفقیت‌های تحصیلی [۲۲].

نتایج پژوهش اعراییان و همکاران در ۱۳۸۳ نشان داد که بین خودکارآمدی و سلامت روانی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. مؤدهی در ۱۳۸۱ [۲۶] و کندری در ۱۳۸۱ [۳۳] نیز به بررسی مقایسه باورهای خودکارآمدی دانش‌آموزان پسر شاخه‌های نظری، فنی و حرفه‌ای و کار و دانش پرداختند. با این حال به رابطه خودکارآمدی با سلامت روان به جز یک مورد پرداخته نشده است. تمهیدات یاد شده نشان می‌دهد که نظام باورهای فرد نقش مهمی بر جنبه‌های مختلف زندگی و سلامت انسان دارد.

نظر به این که دانش‌آموزان بخش عظیمی از جامعه کنونی ما را تشکیل می‌دهند و مدارس هم نقش مهمی در پیشگیری و بهداشت روانی دانش‌آموزان دارند، پژوهش حاضر با توجه به نقش خودکارآمدی در شخصیت، پیشرفت، یادگیری و سلامت روان، در زمینه بررسی ارتباط خودکارآمدی با سلامت روان در دانش‌آموزان شهر شیراز انجام گرفته است.

فرضیات تحقیق

- ۱- دانش‌آموزان دارای خودکارآمدی بالا از سلامت روان بیش‌تری برخوردارند.

نمونه تحقیق شامل ۳۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر پایه سوم مقطع متوسطه شهر شیراز است (۱۵۰ دختر و ۱۵۰ پسر). ابتدا براساس نظر کارشناسان سازمان آموزش و پرورش ناحیه یک شیراز به عنوان معرف نواحی چهارگانه در نظر گرفته شد و سپس تعداد ۴ دبیرستان دخترانه و ۴ دبیرستان پسرانه انتخاب گردید. پس از آن با مراجعه به دبیرستان اطلاعات لازم از دانش‌آموزان مورد نظر جمع‌آوری شد. در نهایت پس از بررسی پرسشنامه‌ها ۴۸/۳ درصد دختر و ۵۱/۷ درصد پسر و همچنین ۲۹/۷ درصد رشته تجربی، ۲۸/۳ درصد رشته انسانی، ۴۰/۷ درصد رشته ریاضی و ۱/۳ درصد رشته خود را مشخص نکرده‌بودند، کل گروه نمونه را تشکیل دادند.

ابزار پژوهش

به منظور گردآوری اطلاعات و داده‌های این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است:

الف: مقیاس خودکارآمدی شرر (sherer) و همکاران در ۱۹۸۲ [ر.ک. ۲۵].

ب: آزمون تجدیدنظر شده فهرست نشانگان مرضی (Scl-90-R) (Symptom checklist-90 Revise)

الف: مقیاس خودکارآمدی

این مقیاس توسط شرر و همکاران در ۱۹۸۲ ساخته شده است و دارای ۲۳ ماده است. از این ۲۳ ماده، ۱۷ ماده آن اختصاص به خودکارآمدی عمومی دارد و ۶ ماده دیگر مربوط به تجربیات خودکارآمدی در موقعیتهای اجتماعی است. در این پژوهش از «مقیاس ۱۷ ماده‌ای خودکارآمدی شرر» استفاده شده است.

شرر و همکاران در ۱۹۸۲ میزان آلفای کرونباخ را ۸۶٪ گزارش داده‌اند و برای سنجش اعتبار سازه مقیاس خودکارآمدی از همبستگی آن با مقیاس کنترل درونی-بیرونی راتر، خرده مقیاس I-E گوین لا (Guinlao) ویتی (Beatti) در ۱۹۶۹، مقیاس درجه قابلیت اجتماعی مارلو (Marlow)، کراو (Crowe) در ۱۹۶۴، مقیاس بیگانگی از خود توسط بارون در ۱۹۵۳ و مقیاس شایستگی بین

فردی روزنبرگ (Rosenberg) در ۱۹۶۵ استفاده کردند [به نقل از ۲۵]. براساس بررسی‌های انجام شده بین نمرات خودکارآمدی و مقیاس کنترل درونی-بیرونی، همبستگی منفی متوسط، بین مقیاس درجه قابلیت اجتماعی و خودکارآمدی همبستگی مثبت متوسط، بین بیگانگی از خود و شایستگی اجتماعی با خودکارآمدی همبستگی مثبت متوسط به دست آمده است.

براتی در ۱۳۷۶ [۲۵] برای بدست آوردن روایی سازه آزمون همبستگی آن را با مقیاس عزت نفس برابر ۰/۶۱ گزارش داده است. وی پایایی آزمون خودکارآمدی را در دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان با روش اسپیرمن براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش دو نیمه کردن گاتمن برابر ۰/۷۶ بدست آورد. پژوهشگر به منظور اطمینان از پایایی آزمون، مجدداً آن را در نمونه مورد مطالعه بررسی کرد و آلفای کرونباخ ۰/۸۰ را بدست آورد. در نمره‌گذاری این آزمون به هر ماده از یک تا پنج امتیاز تعلق می‌گیرد و ماده‌های ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از چپ به راست، امتیازشان افزایش می‌یابد. پایایی این آزمون در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۰ بدست آمد.

ب: آزمون تجدیدنظر شده فهرست نشانگان مرضی Scl-90-R

این آزمون ۹ بعد مختلف از علائم بیماری‌های روانی و سه شاخص کلی را شامل می‌شود. این ابعاد عبارتند از: شکایت جسمانی، مشکلات وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، تفکرات پارانوئیدی و بعد روان گسستگی. شاخص‌های روانی آن عبارتند از ضریب کلی علائم مرضی (Global severity index)، معیار ضریب ناراحتی (positive symptom index) و جمع علائم مثبت (positive symptom total).

ناتالی در ۱۹۷۰ پایایی و اعتبار این آزمون بر روی ۲۲۴۱ نفر بیمار روانی، معتاد و افراد سالم از ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ بدست آورد [به نقل از ۲۶]. در بررسی میرزائی در

۱۳۵۹ [۲۶] پایایی در تمام مقیاس‌ها به استثنای خصومت، ترس مرضی و افکار پارانوئید بیش‌تر از ۰/۸۰ بوده است. باقری یزدی در ۱۳۷۵ [۳۴] در بررسی خود در مناطق روستایی میبد پایایی حاصل از روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته را ۰/۹۷ گزارش نمود. در زمینه روایی همزمان، دراگاتیس و همکاران در ۱۹۷۶ این آزمون را به همراه MMPI بر روی ۱۱۹ آزمودنی اجرا نمودند. همبستگی بین نتایج دلالت بر همگرایی بالا بین دو آزمون بود به گونه‌ای که بالاترین ضریب همبستگی مربوط به بعد افسردگی (۰/۷۳) و کم‌ترین همبستگی مربوط به ترس مرضی (۰/۵۰) بوده است [به نقل از ۳۵]. پایایی این آزمون توسط پژوهشگر ۰/۹۶ بدست آمد. برای نمره‌گذاری ابعاد ۹ گانه به هر سؤال از صفر تا ۴ نمره تعلق می‌گیرد. ابتدا نمرات به‌دست آمده از هر بعد را محاسبه نموده و بر تعداد سؤال‌های آن بعد تقسیم می‌نماییم و به ترتیب در مورد ۹ بعد این عمل اجرا می‌شود.

روش تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های به دست آمده براساس نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل و پردازش شد.

- ۱- روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، درصد، فراوانی و ترسیم جداول و نمودارها.
- ۲- روش‌های آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی، آزمون t استودنت برای دو گروه مستقل جهت بررسی بین گروهی و مقایسه میانگین‌ها.

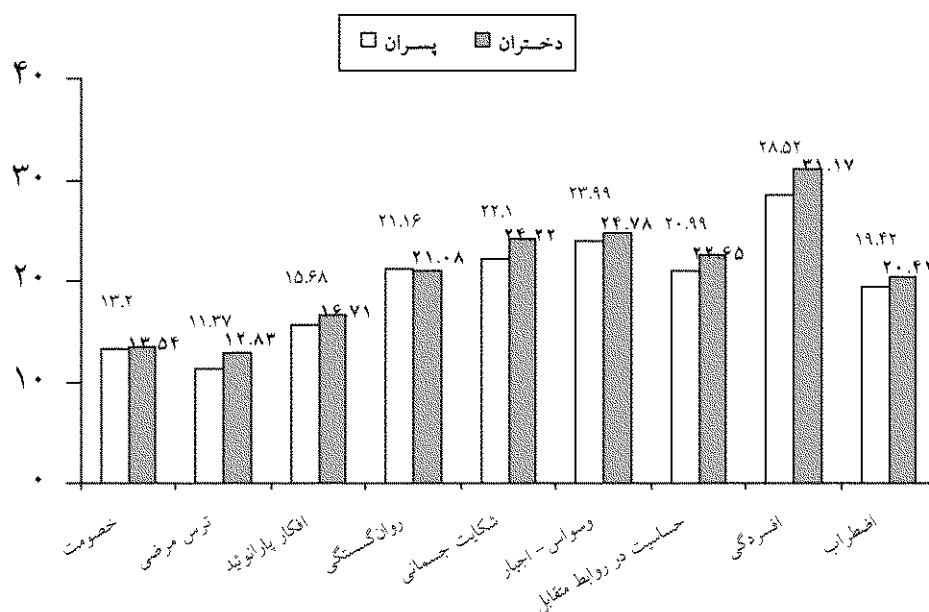
نتایج

در این قسمت به تجزیه و تحلیل اطلاعات در دو بخش توصیفی و استنباطی پرداخته می‌شود.

بر اساس یافته‌های جدول ۱ و نمودار مربوط به آن بالاترین میانگین در سیاهه نشانگان مرضی در گروه پسران مربوط به زیر مقیاس افسردگی (۲۸/۵۲) و پایین‌ترین میانگین مربوط به زیر مقیاس ترس مرضی (۱۱/۳۷) می‌باشد.

جدول ۱ توزیع نمرات پسران و دختران در پرسشنامه‌های خودکارآمدی و Scl-90

متغیر	شاخص آماری		کمینه		بیشینه		میانگین		انحراف معیار	
	پسران	دختران	پسران	دختران	پسران	دختران	پسران	دختران	پسران	دختران
خصومت	۶	۶	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۱۳/۱۲	۱۳/۵۴	۵/۱۰	۵/۵۳
ترس مرضی	۷	۷	۲۹	۲۹	۳۲	۳۲	۱۱/۳۷	۱۲/۸۳	۴/۰۷	۵/۲۳
افکار پارانوئیدی	۶	۷	۳۰	۲۹	۲۹	۲۹	۱۵/۶۸	۱۶/۷۱	۴/۴۹	۴/۸۱
روان گسستگی	۱۰	۱۰	۴۲	۴۲	۴۲	۴۲	۲۱/۱۶	۲۱/۰۸	۶/۵۶	۷/۵۳
شکایات جسمانی	۱۲	۱۳	۵۵	۵۵	۵۴	۵۴	۲۲/۷۰	۲۴/۴۳	۸/۳۹	۸/۰۹
وسواس - اجبار	۱۲	۱۲	۴۶	۴۶	۴۶	۴۶	۲۳/۹۹	۲۴/۷۸	۶/۹۵	۷/۷۲
حساسیت در روابط متقابل	۹	۹	۴۰	۴۰	۴۱	۴۱	۲۰/۹۹	۲۲/۶۵	۶/۹۴	۷/۹۰
افسردگی	۱۴	۱۵	۵۷	۵۷	۶۰	۶۰	۲۸/۵۲	۳۱/۱۷	۹/۷۶	۱۰/۵۴
اضطراب	۱۴	۱۰	۴۱	۴۱	۴۴	۴۴	۱۹/۴۲	۲۰/۴۲	۷/۰۰۸	۷/۶۵
Scl-90	۱۰۰	۱۱۴	۳۴۳	۳۴۱	۱۹۲/۸۴	۲۰۰/۸	۵۳/۰۸	۵۷/۹	۹/۴۷	۹/۹
خودکارآمدی	۲۳	۲۱	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰	۴۰/۷۳	۴۲/۸۰	۹/۴۷	۹/۹



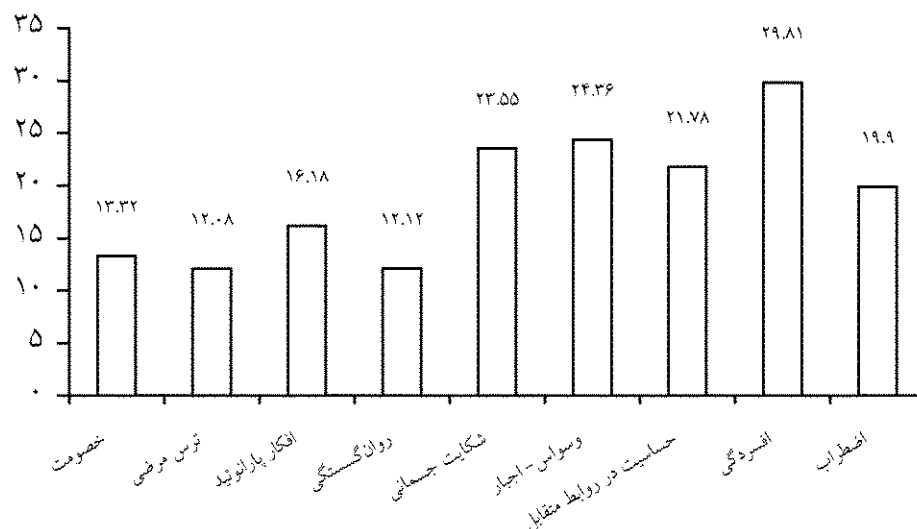
نمودار ۱ میانگین نمرات پسران و دختران در ابعاد نه گانه پرسشنامه Scl-90

نمونه به زیر مقیاس افسردگی و ترس مرضی مربوط می شود. به منظور آزمون فرضیه اول و فرضیه های سوم تا نهم از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جداول شماره ۳ و ۴ آمده است.

همچنین بالاترین میانگین در دختران مربوط به زیر مقیاس افسردگی (۳۱/۱۷) و پایین ترین میانگین مربوط به زیر مقیاس ترس مرضی (۱۲/۸۳) می باشد. جدول ۲ نشان می دهد بالاترین و پایین ترین میانگین در کل گروه

جدول ۲ توزیع نمرات کل آزمودنی ها در پرسشنامه های خودکارآمدی و Scl-90

متغیر	شاخص آماری	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
خصوصیت	۶	۳۰	۱۳/۳۲	۵/۳۰	
ترس مرضی	۷	۳۲	۱۲/۰۸	۴/۷۱	
افکار پارانوئیدی	۶	۳۰	۱۶/۱۸	۴/۶۷	
روان گسستگی	۱۰	۴۲	۲۱/۱۲	۷/۰۳	
شکایات جسمانی	۱۲	۵۵	۲۳/۵۵	۸/۲۸	
وسواس - اجبار	۱۲	۴۶	۲۴/۳۶	۷/۳۲	
حساسیت در روابط متقابل	۹	۴۱	۲۱/۷۸	۷/۴۵	
افسردگی	۱۴	۶۰	۲۹/۸۱	۱۰/۲۲	
اضطراب	۱۰	۴۴	۱۹/۹۰	۷/۳۲	
Scl-90	۱۰۰	۳۴۳	۱۹۶/۵	۵۵/۴۱	
خودکارآمدی	۲۱	۷۰	۴۱/۷۳	۹/۷۶	



نمودار ۲ میانگین نمرات کل گروه نمونه در پرسشنامه Scl-90

جدول ۴ بیانگر همبستگی دو متغیر خودکارآمدی و نمره کلی Scl-90 در دو گروه دختر و پسر می‌باشد. توجه به جدول ۴ نشان می‌دهد که همبستگی بین خودکارآمدی و نمره کلی مقیاس Scl-90 منفی و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که بین خودکارآمدی و سلامت روان (نشانگان مرضی کم‌تر) همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد. بدین ترتیب فرضیه اول و فرضیه‌های سوم تا نهم تأیید می‌شود.

جهت آزمون فرضیه دوم از آزمون t استفاده شده‌است که نتایج در جدول ۵ آورده شده‌است. همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود همبستگی‌های مشاهده شده بین خودکارآمدی و زیر مقیاس‌های آن منفی و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند. از بین زیر مقیاس‌های سلامت روان افسردگی و افکار پارانوییدی به ترتیب بیش‌ترین ($r = -0/46$) و کم‌ترین ($r = -0/21$) همبستگی را با خودکارآمدی دارا می‌باشند.

جدول ۳ همبستگی متغیر خودکارآمدی و نشانگان در کل گروه نمونه

متغیر	خودکارآمدی	سطح معنی‌داری
مجموعه	-۰/۴۴	۰/۰۱
توس مرضی	-۰/۳۵	۰/۰۱
افکار پارانوییدی	-۰/۲۱	۰/۰۱
روان گسستگی	-۰/۳۵	۰/۰۱
شکایات جسمانی	-۰/۳۵	۰/۰۱
وسواس - اجبار	-۰/۴۳	۰/۰۱
حساسیت در روابط متقابل	-۰/۴۱	۰/۰۱
افسردگی	-۰/۴۶	۰/۰۱
اضطراب	-۰/۴۲	۰/۰۱

جدول ۴ همبستگی بین خودکارآمدی و نمره کلی مقیاس Scl-90

متغیر	نمره کلی مقیاس Scl-90		سطح معنی داری
	جنسیت		
خودکارآمدی	دختران	-۰/۴۴	۰/۰۱
	پسران	-۰/۴۷	۰/۰۱
	کل نمونه	-۰/۴۵	۰/۰۱

جدول ۵ نتایج آزمون «تی» برای مقایسه خودکارآمدی و سلامت روان در دو گروه دختر و پسر

شاخص آماری	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t محاسبه شده	سطح معنی داری
خودکارآمدی	دختر	۴۲/۸۰	۹/۹۹	۲۷۹	-۱/۷۷	۰/۰۷
	پسر	۴۰/۷۳	۹/۴۷			
فهرست نشانگان مرضی (Scl-90)	دختر	۱۹۲/۸	۵۷/۹۶	۲۳۴	-۱/۱۱	۰/۲۶
	پسر	۲۰۰/۸	۵۳/۰۸			

به منظور آزمون فرضیه دوم مبنی بر این که «بین خودکارآمدی دانش آموزان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود دارد» از آزمون «تی» مستقل استفاده شده است که نتایج در جدول شماره ۵ آورده شده است. همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می شود میانگین های دو گروه در متغیر خودکارآمدی مقایسه شده و هیچ تفاوت معنی داری در این دو متغیر بین دو گروه وجود ندارد و بنابراین فرضیه دوم تحقیق تأیید نمی شود. و همچنین، بین نشانگان مرضی در دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

انسان از آغاز خلقت با پرسش ها و مجهولات بسیاری مواجه بوده است و همواره سعی کرده در سایه کنجکاوی و تلاش به پاسخ ها و راه حل های آن دست پیدا کند. با این همه، انسان در طی هزاران سالی که بر او می گذرد همیشه یکی از بزرگترین مجهولات خود بوده است.

بندورا در اواخر دهه ۱۹۷۰ مفهوم خودکارآمدی را به عنوان عامل تأثیر گذار بر چگونگی زندگی و سلامت افراد معرفی کرد. خودکارآمدی به عنوان بخش مهمی از سیستم «خود» به توانایی ادراک شده فرد در انجام یک تکلیف یا کنار آمدن با موقعیت های خاص اطلاق می شود و در عملکرد مناسب، کنش وری های بهینه و سلامت روان آدمیان نقش اساسی دارد [۳۶]. اهمیت خودکارآمدی تا بدانجاست که بندورا در ۲۰۰۱ [۳۷] آن را «اساس عمل انسان» نامید بدین گونه که انسانها خودگردان، مبتکر، ژرف اندیش و خود سامان بخش هستند و برای به وجود آوردن پیامدهای مطلوب، از نیروی تأثیرگذاری بر اعمالشان برخوردارند و همچنین مهم ترین مکانیزم ژرف اندیشی افراد را کارآیی شخصی می داند یعنی عقیده آن ها به این که تا اندازه ای توانایی اعمال کنترل بر عملکرد خودشان و بر رویدادهای محیط شان را دارند. پژوهش های مختلفی در مورد رابطه خودکارآمدی با سایر متغیرهای روان شناختی انجام شده

است. با توجه به نقش و اهمیتی که بندورا در مورد تأثیر خودکارآمدی بر ابعاد زندگی و سلامت روان قائل شده‌است، لزوم توجه به آن را ایجاب می‌نماید. در بررسی پژوهش‌های مربوط به خود، کودکانی که تصویر مثبتی از خود داشته و از بودن خود احساس رضایت‌مندی دارند، در برابر عوامل تنش‌زای خارجی بهتر مقاومت می‌کنند. هم‌چنین نقش حمایت‌گر مفهوم خود، تصویر مثبت و قابل قبول از خود و عزت نفس در سلامت روانی افراد اثر مهمی دارد [۳۳].

تغییر در باورهای خودکارآمدی بر روی فرایند بهبود بیماری‌ها تأثیر گذار است. شواهد حاکی از آن است که باورهای خودکارآمدی بالا، مانع تأثیرات فشارزا می‌شوند و کارکرد نظام ایمنی بدن را افزایش می‌دهند. طبق نظر بندورا در ۱۹۷۷، ۱۹۸۲، ۱۹۸۶ [۱۳] هنگامی که افراد در استرس هستند، آن‌هایی که در مواجهه با مشکلات خود را توانمند و کارآمد می‌دانند، تلاش‌های بیشتری برای مقابله و کنار آمدن با مشکلاتشان انجام می‌دهند، افرادی که در رویارویی با مشکلات خود را ناتوان و ناکارآمد می‌دانند، به آسانی تسلیم می‌شوند و احساس افسردگی، اضطراب و ناامیدی می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر، که به منظور ارتباط خودکارآمدی و سلامت روان انجام پذیرفته، حاکی است که بین خودکارآمدی و سلامت روان (نشانگان مرضی کم‌تر) رابطه معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی بین خودکارآمدی و نشانگان مرضی رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های کیم در ۲۰۰۳ [۱۴] جلیس (Gellis) در ۲۰۰۰ [۳۸] سیوکاچینگ و استیفن در ۲۰۰۰ [۱۳]، ریواس و فرناندز در ۱۹۹۵ [۱۳] اعراییان و همکاران در ۱۳۸۳ [۲۲]، هم‌خوانی دارد. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودکارآمدی، پیش‌بینی‌کننده قوی برای سلامت روان محسوب می‌شود. هم‌چنین بیماران دارای خودکارآمدی پایین، احساس نقص جسمانی بیش‌تر و اضطراب و افسردگی بیش‌تری می‌کنند.

در توجیه این یافته باید اشاره کرد که با توجه به این که بندورا خودکارآمدی را عاملی می‌داند که به عنوان یک میانجی شناختی عمل می‌کند و شناخت و افکار و احساسات افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بدست آوردن چنین نتیجه‌ای به دور از انتظار نیست؛ چرا که وقتی دانش‌آموزان در معرض رویدادهای منفی و یا موقعیت‌های استرس‌زا قرار می‌گیرند احساس خودکارآمدی بالا به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند آن رویدادها و موقعیت‌ها را اداره و کنترل کنند و در نتیجه خود را در برابر بسیاری از مشکلات روانی محافظت کنند. هنگامی که افراد قضاوت‌های صحیحی از توانایی‌های خود داشته باشند، می‌توانند با بررسی درست و دقیق موقعیت و شرایط با مسائل مقابله کنند تا باعث آسیب پذیری و بیماری‌ها نشود. از طرفی باورهای خودکارآمدی بالا در روند درمان باعث می‌شود فرد بیش‌تر تلاش، مشارکت و همکاری کند و در نتیجه در بهبودی بسیار مفید واقع می‌شود. باور و توانایی در سازش با موقعیت باعث تئیدگی کم‌تر می‌شود کسانی که دارای خودکارآمدی ضعیف هستند، در مقابله با بیماری‌ها در آن غرق شده و درمان را رها می‌کنند که این خود مشکلات بیش‌تری را به دنبال دارد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین باورهای خودکارآمدی دو گروه دختر و پسر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با یافته‌های بندورا و همکاران در ۱۹۹۹ [۲۰] اهرنبرگ و همکاران در ۱۹۹۱ [۲۱]، وینرید در ۱۹۹۶ [۲۲]، کرامتسی در ۱۳۸۰ [۲۳]، اعراییان و همکاران در ۱۳۸۳ [۲۲] و حکیمی نژاد در ۱۳۸۰ [۲۴] همسو است و با یافته‌های پیتتریج و همکاران در ۱۹۹۴ [۸] و موریس در ۲۰۰۲ [۷] ناهمسو است. در تبیین این یافته باید اذعان کرد که عدم همسانی در نتایج، بیش‌تر به عوامل فرهنگی، خانوادگی، ادراک نادرست از توانایی‌ها، ادراک در نقش‌ها و الگویابی جنسیتی مربوط می‌شود. در این مورد باید گفت که عواملی از قبیل ادراک درست یا نادرست از توانمندی‌ها؛ مهارت‌ها، متفاوت

ناتوانی و احساس درماندگی همراه است. این شناخت‌های منفی باعث می‌شود فرد در برخورد با موقعیت‌های تهدیدزا و استرس‌آور نتواند عملکرد خوبی داشته باشد و در نتیجه به افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شود.

زمانی که فرد خود را در رسیدن به انتظارات با ارزش ناکارآمد بداند، افسرده خواهد شد و وقتی خود را در کنار آمدن با محرک‌های تهدیدآمیز ناتوان ببیند مضطرب خواهد شد.

افراد با باورهای خودکارآمدی بالا در مقایسه با افراد دارای خودکارآمدی پائین در انجام تکالیف از خلق و خوی بهتری برخوردارند یعنی اضطراب و افسردگی کم‌تری را تجربه می‌کنند و بیش‌تر می‌توانند با موقعیت‌های فشارزا و نومیدکننده کنار بیایند. در مورد رابطه خودکارآمدی و افسردگی باید گفت که ناکارآمدی ادراک شده اجتماعی و تحصیلی به طور مستقیم و غیرمستقیم موجب افسردگی می‌شود و این امر به دلیل رفتارهای مسئله‌داری است که در موفقیت اجتماعی و تحصیلی آینده تداخل می‌کند (بندروا، پاسترولی (Pastorelli)، باربارانلی (Barbaranelli) و کاپورا (۱۹۹۹) [۴]. بنابراین دور خود شکست دهنده‌ای برقرار می‌گردد که در آن خودکارآمدی پائین به افسردگی و رفتارهای مسأله دار تبدیل می‌شود و این دو به نوبه خود، ناکارآمدی و افسردگی ادراک شده بیش‌تری را موجب می‌شود.

از یافته‌های دیگر این پژوهش این است که بین خودکارآمدی و ترس مرضی، روان گسستگی، خصومت و افکار پارانوئیدی رابطه معنی داری وجود دارد.

این یافته که با یافته‌های روزن بام و هادری در ۱۹۸۵ جونزو منزیس در ۱۹۹۷ و کیم در ۲۰۰۳ هماهنگ است. نتایج این پژوهش‌ها مبین این است که خودکارآمدی با هر چهار زیر مقیاس مذکور همبستگی منفی معنادار دارد. در یک نتیجه‌گیری کلی باید گفت که بین خودکارآمدی و سلامت روان همبستگی مثبت معنادار وجود دارد و بنابراین با توجه به نقش مدارس در امر

بودن روش‌ها و الگوهای آموزشی، داشتن انتظارات پایین یا بالا، نگرش جامعه و نهادهای اجتماعی بر تفاوت‌های جنسی تأثیر می‌گذارند.

نتایج پژوهش حاضر هم‌چنین مؤید آن است که بین خودکارآمدی و شکایت‌های جسمانی رابطه معکوس معنادار وجود دارد، که این یافته به گونه‌ای با نتایج پژوهش مالینگ و رایت در ۱۹۸۳ [به نقل از ۱۰]، بندورا در ۱۹۹۷ [۳۹] و بارلو در ۲۰۰۲ [۱۶] همخوان است. بالا بودن میزان خودکارآمدی در بهبود بیماری‌های جسمانی مؤثر است به طوری که احساس کارایی شخصی و توانمند بودن در مقابله با بیماری اثر گذاشته و فرد می‌تواند بهتر با آن کنار بیاید. باورهای خودکارآمدی بر رفتارهای مربوط به سلامت جسمی تأثیر و بر عملکرد زیستی در سلامت جسمانی نقش دارد.

از جمله یافته‌های دیگر این پژوهش وجود رابطه معکوس معنی‌دار بین خودکارآمدی و مشکلات وسواس-اجبار است که با یافته‌های پژوهش جونز (Jones) و منزیس (Menziez) در ۱۹۹۷ [۴۰] همخوان است.

همچنین پژوهش کیم در ۲۰۰۳ [۱۴] نشان داد که خودکارآمدی، پیش‌بینی کننده مهمی برای حساسیت در روابط متقابل است، به عبارتی دانش‌آموزانی که از باورهای خودکارآمدی بالایی برخوردارند حساسیت در روابط متقابل آن‌ها کم‌تر است.

در پژوهش حاضر بین خودکارآمدی، اضطراب و افسردگی رابطه معنی‌داری معکوس بدست آمد که با یافته‌های کیم در ۲۰۰۳ [۱۴]، اسمیت (Smit) و بیتز (Betz) در ۲۰۰۲ [۱۵]، بارلو و همکاران در ۲۰۰۲، موریس در ۲۰۰۲، اندلر در ۲۰۰۱، بندورا و همکاران در ۱۹۹۹، رامبو در ۱۹۹۸، ریواس و فرناندز در ۱۹۹۵، شوارز و فاجس در ۱۹۹۵، پتريچ در ۱۹۹۴، کاوناق (Kavang) و باور (Bower) در ۱۹۸۵ [به نقل از ۴] همخوان است. در تبیین این یافته‌ها باید گفت که خودکارآمدی ضعیف با خود ارزیابی منفی، نامطلوب و

بر گرفته است، این امر تعمیم یافته‌های پژوهش را با دشواری روبرو می‌سازد.

- به علت اینکه اکثر کارهای پژوهشی بر روی دانش‌آموزان انجام می‌شود. دانش‌آموزان با دلسردی و انگیزه پائین به پرسشنامه‌ها پاسخ می‌دادند و این در حصول اطمینان از نتایج تحقیق موثر است و باید احتیاط کرد.

- از جمله محدودیت دیگر این است که در این پژوهش از مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر استفاده شده است و به بررسی خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی، تحصیلی و ... پرداخته است.

- محدودیت دیگر این است که تنها رابطه دو متغیر را بررسی کرده و به متغیرهای دیگر اقتصادی - اجتماعی و ... پرداخته نشده است.

پیشگیری و تسرویح بهداشت روانی دانش‌آموزان برنامه‌های پیشگیرانه در مدارس باید گسترش پیدا کند و تنها بر افزایش عملکرد تحصیلی تأکید نکنند بلکه بر تأمین و حفظ سلامت روان آنان نیز تأکید نماید و البته نباید خودکارآمدی را تنها علت در نظر گرفت چراکه به عنوان یک میانجی‌گر شناختی عمل می‌کند و می‌تواند نقشی در اختلالات روانی ایفا کند.

با استناد یافته‌های پژوهش حاضر، معلمان، مشاوران و دست‌اندرکاران آموزشی می‌توانند با شناخت بیش‌تر دانش‌آموزان، به آن‌هایی که دارای باورهای خودکارآمدی ضعیف هستند کمک کنند و آن‌ها را در انتخاب رشته، ارتقاء بهداشت روانی و سایر مسایل یاری رسانند.

از محدودیت‌های مهم این تحقیق می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- محدود بودن بررسی‌ها به دانش‌آموزان پایه سوم در شهر شیراز و اینکه صرفاً جمعیت دانش‌آموزان را در

منابع

1. Caprara, G. V. Barbaranelli, C. Postorellic, C. & Cervone, D. (2004) The contribution of self-efficacy beliefs to psychosocial outcomes in adolescence: Predicting beyond global dispositional tendencies. *Personality and individual Differences*. 37, 751-763.
2. Pajares, F. (1997) Self-efficacy beliefs in academic setting. *review of Educational reaserch*. 66, 543-578.
3. Maddux, J. E. (2002) Self-efficacy: the power of believing you can. *The handbook of positive psychology*, 277-287. Newyork: oxford university press.
4. پروین، لارنسای و جان اولیور. بی. (۱۳۸۱) روانشناسی شخصیت: نظریه و پژوهش. ترجمه محمد جعفر جوادی و پروین کدیور. تهران: انتشارات آبیژ.
5. Bandura, A. & Locke, E.A. (2003) Negative Self-efficacy and goal revisited. *Journal of Applied psychology*. 88, 1, 87-89.
6. Dweek, C.S. (2000) *Self theory: Their role in motivation, personality and development*. Philadelphia: Tylor and Francis.
7. Muris, P. (2002) Relationship between Self- efficacy and symptoms of anxiety disorder and depression in a normal adolescent sample. *Personality and individual defrences*. 32, 337-348.
8. Pajares, F & Schunk, D.H. (2002) *Self and self-belief in psychology and Education: An historical perspective*. Psychology of Education: Newyork: Academic perss.
9. Kunushimoi, A. (1992) Association of attitude toward mathematics with Self- efficacy, causal attribution and personality traits. *Perceptual and Motor Skills*, 75, 563-567.
۱۰. شولتس و شولتس (۱۳۷۷) نظریه‌های شخصیت ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر هما.
11. Byrne, & Baron, A.R (1997) *Social psychology: understanding Interaction*. Newyork, Academic press.
۱۲. سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۷) برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، ترجمه نوری قاسم آبادی، ربابه و محمد خانی، پروانه. واحد بهداشت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد.

۲۵. براتی، سیامک (۱۳۷۶) بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس با عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان سال سوم نظام جدید متوسطه شهرستان اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شهید اهواز.

۲۶. مؤدوسی، محمدرضا (۱۳۸۱) مقایسه باورهای خودکارآمدی دانش‌آموزان پسر شاخه‌های نظری، فنی حرفه‌ای و کارودانش. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.

۲۷. دلیر عبدی‌نیا، محمود (۱۳۷۷) بررسی رابطه خودکارآمدی، جهت‌گیری هدفی، یادگیری خودگردان و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان سوم راهنمایی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تهران.

۲۸. صحبت زاده لنیر، رزاق (۱۳۷۹) بررسی ارتباط بین اسناد نیست، هدف‌های اجتماعی و ادراک خودکارآمدی کودکان تیزهوش در پاسخ به محرک‌های مبهم اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس.

۲۹. وقری، عزت‌ا... (۱۳۷۹) بررسی رابطه خودکارآمدی و سبک‌های مقابله با بحران در زوج‌های جوان دانشجویی دانشگاه‌های تهران در سال تحصیلی ۷۹-۷۸، پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم.

۳۰. حسن‌آبادی، حمید رضا (۱۳۸۰) بررسی باورهای معرفت‌شناختی و باورهای خودکارآمدی دانش‌آموزان و دانشجویان پسر و دختر شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تهران.

۳۱. کدیور، پروین (۱۳۸۲) نقش باورهای خودکارآمدی، خودگردانی و هوش در پیشرفت درسی دانش‌آموزان دبیرستانی. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال دهم، شماره‌های ۱ و ۲ ص ۵۸-۴۵.

۳۲. اصغر نژاد، طاهره و همکاران (۱۳۸۳) بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی، مسند مهارگزاری با موفقیت تحصیلی. مجله روانشناسی، سال هشتم، شماره ۳.

۳۳. کندری، مجید (۱۳۸۱) مقایسه باورهای خودکارآمدی دانش‌آموزان پسر پایه سوم مقطع متوسطه شاخه‌های نظری و فنی حرفه‌ای شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تهران.

۳۴. باقری یزدی، سید عباس، بولهری، جعفر و شاه محمدی، داوود (۱۳۷۳) همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۲ ص ۴۱-۲۳.

۳۵. ده‌بزرگی، شهرام (۱۳۸۰) بررسی رابطه بین سلامت روان و بخشایشگری در مادران دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تهران.

13. Siu-kau cheng and stephen Y.K. (2000) Effects of Self-efficacy and social suport on the Mental health conditions of Mutual-Aid organization Memberd. Social behavior and personality, 28, (5), 413-422.

14. Kim, Young- Ho. (2003) Correlation of mental health problems with psychological construction in adolescence: Final results from a 2 year study. International Journal of Narsing studies, 40, 115-125.

15. Smit, Heather, M.,Bets, Noncy, E. (2002) An examination of efficacy and esteerm pathways to depression in young adolthood. Journal of counseling psychology, Vol49, Iss4, P438.

16. Barlov, J., culle.,L., &Rowe,L. F. (2002) Educational prefrences psychological well-being and Self- efficacy among people with rheumatoid arthritis patient. Education and counseling. 16,11-19

17. Endler,N. speer, R.L., Jhnson,J. Fleet,G.L. (2001) General Self- efficacy and control in relation to anxiety and cognitive performance. current Psychology. Spring Vol.20, Issue.1, Academic search premier.

18. Rambo.R.G.A. (1998) Relationship among Self-efficacy, anxiety, perceptional of clinical instructor effectiveness and senior bachlorate nursing students perception of learning in the clinical environment. Dissertation abstracts International,56, 2960-2961.

19. Schwarer, R & Fuchs. (1995) Changing risk behaviors and adopting helath behaviors: The role of self – efficacy belifes. Selfefficacy in changing societies. New york: Cambridge university Prsss.

20. Bandura, A., & Pastorelli, C., Barbaranelli. C., & capra. G.V. (1999) Self- efficacy pathways to childhood depression. Journal of personslity and social psychology. 78.258-265.

21. Ehrenberg. M.F., Koopman,R.F. (1991) The relationship Between Self- efficacy and depression in adolescents. adolescence. 26.361-374.

۲۲. اعراییان، اقدس و همکاران (۱۳۸۳) بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی بر سلامت روانی و موقعیت تحصیلی دانشجویان. مجله روانشناسی، سال هشتم، شماره ۴.

۲۳. کرامتی، هادی (۱۳۷۸) بررسی رابطه خودکارآمدی دانش‌آموزان سوم راهنمایی شهر تهران و نگرش آنان نسبت به درس ریاضی با پیشرفت ریاضی آن‌ها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم.

۲۴. حکیمی نژاد، اقبال (۱۳۸۱) بررسی تعامل جنسیت و خودکارآمدی (بالا و پایین) بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان سال سوم راهنمایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شیراز.

39. Bandura. A. (1997) Self- efficacy: The exercise of control. Newyork: Freeman.
40. Jones, M.K. & Menzies,R.G. (1997) The cognitive mediation of obsessive- compulsive handwashing. Behavior Reaserch. 35,843- 850.
36. Villant, G.E (2003) Mental health. Amricican Journal of psychiatry, 16, 1373-1384.
۳۷. جس فیست و گریگوری جی فیست (۱۳۸۳) نظریه‌های شخصیت ترجمه یحیی محمدی، تهران: نشر روان.
38. Gellilis, Z. (2002) Psychological predictors of depression in a sample of japnes. American Elderly-schod of Ney york.