

## رابطه ی خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس

زهرا خوشنویسان<sup>۱</sup>، دکتر غلامعلی افروز<sup>۲</sup>

هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان رابطه ی بین خودکارآمدی و افسردگی، اضطراب و استرس در دانش آموزان است. بدین منظور، ۳۷۶ نفر (۱۸۸ دختر و ۱۸۸ پسر) از دانش آموزان مقطع راهنمایی مدارس دولتی شهر تهران با روش تصادفی مرحله ای انتخاب شدند و از نظر خودکارآمدی، افسردگی، اضطراب و استرس مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج، نشان داد که خودکارآمدی، ۲۷ درصد از واریانس نمره ی کل، ۲۰ درصد از واریانس افسردگی ۱۵ درصد از واریانس اضطراب و ۱۹ درصد از واریانس استرس را تبیین می کند.

واژه های کلیدی: خودکارآمدی، افسردگی، اضطراب و استرس

### مقدمه

مفهوم خودکارآمدی، توسط آلفرد بندورا<sup>۳</sup> شکل گرفته است که یکی از جنبه های نظریه ی شناختی- اجتماعی اوست (شوارترز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). عنوان شناختی- اجتماعی، عنوان مناسبی است که هم به خاستگاه اجتماعی رفتار و هم به بعد شناختی رفتار توجه دارد (بندورا، ۱۹۸۶ از کدیور، ۲۰۰۶). بندورا، خودکارآمدی را به عنوان یک مفهوم مرکزی ارایه داده که به ادراک توانایی ها برای انجام دادن عملی که مطابق میل است، اشاره می کند. در این دیدگاه، رفتار تحت تاثیر نیروهای اجتماعی است ولی نحوه ی برخورد و چگونگی تاثیر گذاری بر نیروهای اجتماعی در اختیار فرد است. بنابراین، همان قدر که شرایط محیطی، انسان را شکل می دهد، انسان نیز موقعیت ها را انتخاب می کند، بر دیگران تاثیر می گذارد و از دیگران تاثیر می پذیرد (کدیور، ۲۰۰۶).

در نظریه ی یادگیری اجتماعی، رشد خودکارآمدی به عنوان قضاوت از چگونه انجام دادن کاری در موقعیت مورد انتظار، مفهوم اصلی فعالیت انسان هاست (بندورا، ۱۹۸۲). خودکارآمدی، به حس

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن. mkhoshnevisan25@Gmail.com

۲. استاد ممتاز دانشگاه تهران

کنترل هر فرد روی محیط و رفتارش وابسته است و باوری شناختی است که تعیین می کند، آیا رفتار می تواند تغییرات لازم را ایجاد کند؟ چه میزان تلاش لازم است؟ و تا کی می توان در مقابله با موانع و شکست مقاومت کرد؟ خودکارآمدی، به طور مستقیم با رفتارهای سالم در ارتباط است و به طور غیر مستقیم روی رفتارهای سالم در جهت رسیدن به اهداف، تاثیر می گذارد. خودکارآمدی روی چالش هایی که افراد با آن مواجه می شوند، اثر می گذارد. افراد با خودکارآمدی قوی اهداف مشکل تری را انتخاب می کنند، آن ها روی موقعیت ها و شرایط توجه می کنند به جای آنکه به موانع اهمیت دهند (شوارتزر و لوتس سینسکا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

خودکارآمدی، روی میزان استقامت، تعهد و تلاش برای دستیابی به هدف، اثر می گذارد (شوارتزر، ۱۹۹۲) و اینکه ما معیارهای رفتارمان را تا چه اندازه ای درست بر آورده کرده باشیم احساس خودکارآمدی ما را تعیین می کند. خودکارآمدی پایین، می تواند انگیزه را نابود کند آرزوها را کم کند، با توانایی های شناختی تداخل کرده و تاثیر نامطلوبی بر سلامت جسمانی بگذارد (بندورا، ۱۹۸۲ از شولتز، ۱۹۹۸). کارآیی، به وسیله ی مهارت در رشته ای خاص، استفاده از تجربیات دیگران، ترغیب کلامی و بازخورد زیستی کسب می شود، دانایی و هنرهای هر فرد منبع مهمی از احساس خودکارآمدی است (بندورا، ۱۹۹۴؛ ۱۹۹۷) و والدین، گروه همسالان و محیط آموزشی، در رشد خودکارآمدی نقش دارند (بندورا، ۲۰۰۱). هر مرحله از رشد، مشکلات جدیدی برای سازگاری خودکارآمدی به همراه می آورد. مسوولیت ها زیادتیر می شود و حس استقلال شکل می گیرد. در نوجوانی، حس خودکارآمدی هنوز ناقص است بنابراین آن ها در مقابل موقعیت های جدید آسیب پذیرند. تجربه ها، نشان داد که میزان قدرتمندی خودکارآمدی به مهارت های کسب شده در مراحل قبلی وابسته است (بندورا، ۱۹۹۴).

اینگل (۱۹۷۷) معتقد است در مدل زیستی- روانی- اجتماعی، سلامت و بیماری، نتیجه ی دخالت همزمان عوامل بیولوژیکی، روان شناختی و اجتماعی است. از جمله رایج ترین مسایل روانی و عاطفی در دوران نوجوانی، اضطراب، استرس و افسردگی است که اغلب بر کنش های شناختی و عاطفی افراد اثر می گذارد. بعضی از محققان، میزان کنترل درونی و بیرونی را ملاک مناسبی برای تشخیص اختلالات هیجانی قرار داده اند. دورند و بالو<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) این سه سازه را بر اساس میزان کنترل فرد بر پیرامونش تعریف می کند. از نظر آن ها، فرد زمانی دچار استرس می شود که نتواند با

1. Luszczynska

2. Durand &amp; Barlow

یک موقعیت کنار آید- این احساس ناتوانی و ادامه ی تهدید، فرد را به سوی درماندگی و افسردگی سوق می دهد. در واقع، فرد احساس می کند که کنترلی بر محیط پیرامون خود ندارد و در معرض تهدید قرار گرفته است.

پژوهش ها، نشان می دهد که خودکارآمدی، با سلامت بیشتر، موفقیت بالاتر و یکپارچگی اجتماعی رابطه دارد. این مفهوم، در حیطه های مختلفی از قبیل موفقیت تحصیلی، اختلالات هیجانی، سلامت انتخاب شغل و تغییرات اجتماعی- سیاسی کاربرد دارد (شوارترز و فاجس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶). بندورا و همکاران (۱۹۹۷) نشان دادند که سطح پایین خودکارآمدی اجتماعی و تحصیلی، افسردگی کودکان را در دراز مدت پیش بینی می کند. جورسالم و میتاگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) نشان دادند که خودکارآمدی عمومی با خوش بینی، حرمت خود، مهار درونی و انگیزه ی پیشرفت، همبستگی مثبت و با اضطراب افسردگی و روان آزردهی ها، همبستگی منفی دارد. آن ها نشان دادند افرادی که خودکارآمدی بالاتری داشتند، با تغییرات زندگی سازگاری بهتری ایجاد کرده بودند. سیوکا چنگک و استفان<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) نشان دادند که افزایش خودکارآمدی، بهبود سلامت روان را به دنبال دارد. شوارترز و لوتس سینسکا (۲۰۰۷) نشان دادند که آزمون خودکارآمدی شوارترز، با اضطراب، افسردگی استرس، فرسودگی روانی و شکایات جسمانی همبستگی منفی و با اعتماد به نفس، خوش بینی و هیجانان مثبت همبستگی مثبت دارد. همچنین، در تحقیق اوگونیمی و مابکوجه<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) رابطه ی خودکارآمدی با اعتماد به نفس و خوش بینی، مثبت و با اضطراب، افسردگی و نشانه های مرضی جسمانی، منفی گزارش شده است. پژوهش حاضر، به منظور بررسی رابطه ی خودکارآمدی با اضطراب، استرس و افسردگی در دانش آموزان مقطع راهنمایی صورت گرفته است.

## روش

### جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری این پژوهش، تمام دانش آموزان دختر و پسر مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۹۰ مدارس دولتی شهر تهران در مقطع راهنمایی بود که با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. در این پژوهش، شهر تهران به چهار بخش شمال، جنوب شرق و غرب تقسیم شد و از هر بخش، یک ناحیه ی آموزشی انتخاب شدند و از هر ناحیه، چهار

1. Fuchs

2. Jerusalem & Mittag

3. Siu-kau cheng & Stephen

4. Ogunyemi & Mabekoj

مدرسه و از هر مدرسه، یک کلاس به صورت تصادفی گزینش شد سپس، تعداد ۳۷۶ دانش آموز (۱۸۸ دختر و ۱۸۸ پسر) به عنوان نمونه انتخاب شدند که در مجموع ۳۳/۸ درصد افراد نمونه در کلاس سوم، ۳۳ درصد کلاس اول و ۳۳/۲ درصد در کلاس دوم راهنمایی مشغول به تحصیل بودند.

### ابزار

آزمون خودکارآمدی عمومی شوارتزر<sup>۱</sup> (GSE): این آزمون، در سال ۱۹۹۵ توسط شوارتزر و جروسالم ساخته شده و شامل ده سوال است که خودکارآمدی را بر اساس گرایش آزمودنی می سنجد. آزمودنی ها، میزان توافق شان را با هر گویه در طیف لیکرت چهارتایی از «کاملاً مخالفم» با نمره ی ۱ تا «کاملاً موافقم» با نمره ی ۴ نشان می دهد. پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ای بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ قرار گرفته است (شوارتزر و جروسالم، ۱۹۹۵) و نمره ی بالا در این مقیاس نشان دهنده ی خودکارآمدی قوی در فرد است (اوگونیمی و مابکوجه، ۲۰۰۷). آلفای کرونباخ در پژوهش رجبی (۲۰۰۶) برابر با ۰/۸۲ گزارش شده است که نشان می دهد این مقیاس ابزاری یک بعدی است که ۶۹/۳۸ درصد از واریانس گویه ها را تبیین می کند و از این نظر اعتبار قابل قبولی دارد.

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21): این مقیاس، در سال ۱۹۹۵ توسط لویبند و لویبند<sup>۳</sup> معرفی شده است (هنری و کرافرد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵) و دارای سه خرده مقیاس است. مقیاس افسردگی شامل سوالاتی می شود که نشانه ها را به طور مشخص می سنجد و با حالت خلقی ملال<sup>۵</sup> همبستگی دارد (مانند ناراحتی و بی ارزشی)؛ مقیاس اضطراب، با نشانه های برانگیختگی، حمله های پانیک و ترس (مانند غش و لرزش) همبستگی دارد و مقیاس استرس، شامل سوالاتی است که فشار بی قراری و تمایل به بیش فعالی در فعالیت های استرس زا را اندازه می گیرد (لویبند و لویبند، ۱۹۹۵). آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۹۳ گزارش داده شده است (هنری و کرافرد، ۲۰۰۵). لویبند و لویبند (۱۹۹۵) نیز ارزش آلفای کرونباخ آزمون DASS-21 را برای خرده مقیاس افسردگی، ۰/۸۱ اضطراب، ۰/۷۳ و برای استرس برابر ۰/۸۱ گزارش کرده اند. ایمام<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) مطالعه ی گسترده ای روی آزمون DASS انجام داده است که به گزارش وی، آلفا برای آزمون DASS-21 در خرده

1. General Self-Efficacy-Schwarzer  
2. Depression, Anxiety & Stress Scale

3. Lovibond & Lovibond  
4. Henry & Crawford

5. Dysphoric Mood  
6. Emam

مقیاسهای افسردگی، اضطراب و استرس و نمره ی کل، مساوی با ۰/۷۹، ۰/۷۰، ۰/۷۶ و ۰/۸۹ است و همبستگی بین خرده مقیاس ها برای آزمون DASS-42 بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ و در آزمون DASS-21 بین ۰/۶۱ تا ۰/۶۷ است.

در ایران نیز صاحبی و همکاران (۲۰۰۱) روی یک نمونه ی ۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد، میزان آلفای کرونباخ این آزمون را برای افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش کرده اند. همچنین، ضریب همبستگی پرسشنامه ی افسردگی بک، مقیاس استرس درک شده و مقیاس اضطراب زونک با خرده مقیاس های این آزمون به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶ استرس ۰/۴۴ و اضطراب ۰/۶۷ گزارش شده است.

### یافته ها

در جدول ۱، مشخصه های توصیفی خودکارآمدی و مولفه های اضطراب، استرس، افسردگی و نمره ی کل به همراه همبستگی خودکارآمدی با مولفه های اضطراب، استرس و افسردگی ارائه شده است. نتایج جدول ۲ نشان می دهد، در تمامی ضرایب همبستگی محاسبه شده بین خودکارآمدی با نمره ی کل مقیاس، اضطراب، استرس و افسردگی، همبستگی منفی معناداری وجود دارد.

**جدول ۱: شاخص های توصیفی نمره های آزمودنی ها در آزمون خودکارآمدی و مقیاس DASS**

مقیاس	نمره ی کل	مقیاس	مقیاس	مقیاس	مقیاس
مقیاس	مقیاس	مقیاس	مقیاس	مقیاس	مقیاس
میانگین	۳۰/۶۹	۴/۶۸	۳/۹۶	۶/۳۸	۱۵/۰۲
انحراف استاندارد	۴/۶۵	۳/۷۳	۳/۰۹	۳/۸۹	۸/۸۵
همبستگی خودکارآمدی با	۱	-۰/۴۵**	-۰/۳۹**	-۰/۴۲**	-۰/۵۲**

\*\* ضریب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است (آزمون دو دامنه  $P < ۰/۰۱$ ).

برای بررسی سهم خودکارآمدی در پیش بینی نمره ی کل و سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس دانش آموزان، برای هر متغیر، تحلیل رگرسیون با استفاده از روش همزمان، اجرا و نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۲: خلاصه ی مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون خودکارآمدی بر نمره ی کل مقیاس Dass به تفکیک سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس**

متغیرها	الگو	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	R	R <sup>2</sup>	آلفا
نمره ی کل مقیاس	رگرسیون	۸۰۲۴/۲۱	۸۰۲۴/۲۱	۱۴۰/۵۷	۰/۵۲	۰/۲۷۳	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۲۱۳۴۸/۴۶	۵۷/۰۸				
افسردگی	رگرسیون	۱۰۶۸/۹۰	۱۰۶۸/۹۰	۹۶/۳۶	۰/۴۵	۰/۲۰	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۴۱۴۸/۴۳	۱۱/۰۹				
اضطراب	رگرسیون	۵۵۳/۹۳	۵۵۳/۹۳	۶۸/۱۳	۰/۳۹	۰/۱۵	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۳۰۴۰/۴۶	۸/۱۳				
استرس	رگرسیون	۱۱۱۲/۰۹	۱۱۱۲/۰۹	۹۰/۹۱	۰/۴۴	۰/۱۹	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۴۵۷۴/۹۸	۱۲/۲۳				

**جدول ۳: میزان ضریب بتا برای هر یک از متغیرهای پژوهشی**

متغیرهای مستقل	ضرایب استاندارد نشده (بتا)	ضرایب استاندارد شده (بتا)	سطح معناداری t
نمره ی کل	-۰/۹۹	-۰/۵۲۳	-۱۱/۸۵
افسردگی	-۰/۳۶۳	-۰/۴۵۳	-۰/۹۸۱
اضطراب	-۰/۲۶	-۰/۳۹	-۸/۲۵
استرس	-۰/۳۷	-۰/۴۴	-۹/۵۳

با توجه به اطلاعات ارائه شده در جدول ۳، خودکارآمدی، ۲۷ درصد واریانس نمره ی کل مقیاس ۲۰ درصد واریانس افسردگی، ۱۵ درصد واریانس اضطراب و ۱۹ درصد واریانس استرس را تبیین می کند و پیش بینی ها بر اساس متغیر خودکارآمدی، با اطمینان ۹۹ درصد معنادار است.

### بحث و نتیجه گیری

در این بررسی، رابطه ی خودکارآمدی با اضطراب، استرس و افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. یافته ها نشان داد که بین خودکارآمدی، با افسردگی، اضطراب، استرس و نمره ی کل این مقیاس ها همبستگی معکوس دارد. این یافته با نتایج یافته های بندورا و همکاران (۱۹۹۷) اوگونیمی و مابکوجه (۲۰۰۷) شوارتز و فاجس (۱۹۹۶) جورسال و میتاگ (۱۹۹۵) شوارتز و لوتس سینسکا

(۲۰۰۷) که بر رابطه ی منفی خودکارآمدی با استرس، افسردگی اضطراب و همبستگی مثبت خودکارآمدی با سلامت روان تاکید داشته است، همخوانی دارد.

یافته های پژوهش سیوکا چنگک و استفان (۲۰۰۰) حاکی از آن است که افزایش خودکارآمدی بهبود سلامت روان را بدنبال دارد و افرادی که نمره ی خودکارآمدی بالاتری دارند، از سلامت روانی بیشتری برخوردارند؛ بنابراین ایجاد راه هایی که در دانش آموزان باعث افزایش خودکارآمدی شود، می تواند از ابتلای آن ها به اختلالات سلامت روان تا حدی جلوگیری کند و قدرت سازگاری آن ها را با محیط افزایش دهد (جورسالم و میتاگ، ۱۹۹۵). البته، سلامت روان نیز باعث رشد کودک در حیطه های مختلفی مانند هوش هیجانی، خلاقیت و خودکارآمدی می شود و در کودک، ارتباطات صحیح، قدرت حل مساله و مقابله با مشکلات را شکل می دهد (مویگان، ۲۰۰۵). والدین گروه همسالان و محیط آموزشی نیز در رشد خودکارآمدی نقش مهمی دارد (بندورا، ۲۰۰۱).

#### References

- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy. Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (1997). *Abnormal psychology: An introduction*. California: Brook. Cole Publishing Company.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (Dass-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227-239.
- Hosseini Nasab, D., Ahmadian, F., & Ravanbakhsh, M. H. (2005). An investigation into the relationship between child care giving rules, self-efficacy and mental health in students. (Master's thesis, Educational and psychological research, Mashhad University). (Persian).
- Imam, S. S. (2007). Depression Anxiety Stress Scale (DASS): The 4<sup>th</sup> International Postgraduate Research Colloquium IPRC Proceeding, 184-196. (Persian).
- Jerusalem, M., & Mittag, W. (1995). Self-efficacy in stressful life transition. In Bandura self-efficacy in changing societies. New York Cambridge: University Press.
- Kadivar, P. (2006). *Educational psychology*. Tehran: Samt Press. (Persian).
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavioral Research & Therapy*, 33, 335-343.
- Maughan, B. (2005). Childhood and adolescent mental health: Understanding the lifetime impacts. Report of a seminar organized by the Office of Health Economics and the Mental Health Foundation, April 2004. London: Mental Health Foundation.
- Ogunyemi, A. O., & Mabekoje, S. O. (2007). Self-efficacy, risk-taking behavior and mental health as predictors of personal growth initiative among university undergraduates. *Journal of Research in Educational Psychology*, 12, 349-362.

- Pirkhaefi, A. R. (2009). Investigation the role of exhaustive instruction creativity in prediction and explanation of mental health, self-efficacy and coping to develop mental health model. (Doctoral dissertation, Allameh-Tabatabayi Tehran). (Persian).
- Sahebi, A., Mirabdollahi, E., & Salari, R. (2001). DASS normalization on Mashhad normal people and Ferdowsi University students. Research proposal on Ferdowsi University. (Persian).
- Schultz, D. A. (1998). *Personality theories*. Translated by: S. Y. Mohammadi. Tehran: Virayesh Press. (Persian).
- Schwarzer, R. (1997). General perceived self-efficacy in 14 cultures. Retrieved from: <http://www.yorku.ca/faculty/academic/schwarze/world14.htm>.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-Efficacy and health behaviors. In Conner & Norman, P. (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. UK: Open University Press.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). Health behavior constructs: Theory, measurement, and research. National Cancer Institute Website. Retrieved from <http://deccps.cancer.gov/brp/constructs/self-efficacy/index.html>.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). General perceived self-efficacy. In J. Weinman, S.W. & M. Johnston (eds.), *Measures in health Psychology: A User's Portfolio*. England: NFER-Nelson.
- Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy: Thought control in action*. Washington, D.C: Hemisphere.
- Siu-kau, C., & Stephen, Y. K. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and Personality*, 413-422.
- Rajabi, Gh. R. (2006). An investigation into the reliability and validity of General Self Efficacy Scale-10. *The Journal of Modern Thoughts in Education*, 2, 111-122. (Persian).