

مدلیابی خود اثرمندی جسمانی در افسردگی نوجوانان بر مبنای مدل عاملیتی بندورا از افسردگی

*دکتر کارینه طهماسیان^۱، دکتر علیرضا جزایری^۱، دکتر پروانه محمدخانی^۱، دکتر محمود قاضی طباطبایی^۲

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی و مدلیابی تأثیر مستقیم و غیرمستقیم خوداثرمندی جسمانی بر افسردگی نوجوانان انجام شده است.

روش بررسی: آزمودنیهای این پژوهش توصیفی - مقطعی، ۹۴۶ نفر از دانش آموزان مقطع دبیرستان و پیش دانشگاهی شهر تهران می باشند که به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای - تصادفی انتخاب شده اند. ابزار گردآوری اطلاعات عبارتند از: سیاهه افسردگی کودک (CDI)، پرسشنامه خوداثرمندی جسمانی، پرسشنامه اجتناب اجتماعی و پرسشنامه طرد همسالان. پس از تکمیل پرسشنامه ها توسط نمونه های پژوهش، برای تجزیه تحلیل داده ها از نرم افزار کامپیوتری لیزرل و روش مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شد. روش مدلیابی ساختاری اساساً برای مشخص کردن پدیده مورد مطالعه در قالب متغیرهای علت و معلولی استفاده می گردد.

یافته ها: از طریق روش تحلیل عاملی، دو عامل خود اثرمندی مهارت و تسلط جسمانی و خوداثرمندی ارائه مهارت های جسمانی مشخص شده و مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج ($GFI=0/96$ ، $NFI=0/97$ ، $RMSEA=0/047$ و $RMR=0/079$) نشان داد که تأثیر مستقیم خوداثرمندی مهارت و تسلط جسمانی بر افسردگی معنی دار نمی باشد ($P>0/05$). اما تأثیر غیرمستقیم آن معنی دار است ($P<0/05$). همچنین تأثیر مستقیم خوداثرمندی در ارائه مهارت های جسمانی بر افسردگی و نیز تأثیر غیرمستقیم آن معنی دار می باشد ($P<0/05$).

نتیجه گیری: خوداثرمندی ارائه مهارت های جسمانی و کسب ارزیابی مثبت اجتماعی به طور مستقیم و همچنین به طور غیرمستقیم از طریق اجتناب اجتماعی و طرد همسالان بر افسردگی نوجوانان مؤثر است. خوداثرمندی مهارت و تسلط جسمانی بر افسردگی نوجوانان تأثیر مستقیم نداشته و از طریق اجتناب اجتماعی و طرد همسالان بر افسردگی نوجوانان مؤثر است. کلید واژه ها: خوداثرمندی / خوداثرمندی جسمانی / افسردگی / نوجوان / مدلیابی

- ۱- دکترای روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده
- ۲- دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- دکترای جامعه شناسی، دانشیار دانشگاه تهران

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۱۰/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۲/۱۰

*آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

تلفن: ۲۹۹۰۲۳۸۹

* E-mail: karineh_438@yahoo.com



مقدمه

افسردگی کودکان و نوجوانان به دلیل شیوع آن (۳٪ بالینی و ۳۵٪ غیربالینی) و ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی، حرفه‌ای و غیره موضوعی است که به توجه جدی نیاز دارد (۱). عوامل روانی اجتماعی بسیاری با سبب‌شناسی افسردگی نوجوانی مرتبطند و نظریه‌های مختلفی، بر عامل یا عوامل خاصی از تعیین‌کننده‌های مؤثر بر افسردگی تأکید دارند (۲، ۳). نظریه شناختی اجتماعی بندورا یک مدل عاملیتی^۱ از افسردگی ارائه می‌دهد که در آن فرد به جای آنکه دستخوش تأثیر استرس‌های محیطی بر روی آسیب‌پذیریهای فردی شود، نقش عاملی در سازگاری خود دارد. در این مدل عواملی که باعث سازگاری موفق فرد می‌شوند، فرد را توانمند می‌سازند تا فعالانه بر رویدادها عمل نماید، آنها را انتخاب کند، سازمان دهد یا تغییر دهد. به معنای دیگر این عوامل نه فقط محافظ فرد در برابر فشارها و رویدادها به شمار می‌آیند، بلکه ابزاری هستند که فرد را توانمند می‌سازند تا با بکارگیری فعال آنها خود و محیطش را تغییر دهد یا بیافریند (۴).

در مکانیزم عاملیت انسانی^۲، هیچ مفهومی محوری‌تر از مفهوم خوداثرمندی^۳ نیست. خوداثرمندی به معنای باور فرد به توانایی خود در انجام یک فعالیت، ایجاد یک پی‌آمد، مقابله با موقعیتهای خاص و بطور کلی اثرگذاری بر شرایط است (۵، ۶).

مطابق این مدل، خوداثرمندی نقش محوری در خودگردانی حالات هیجانی دارد. باور به ناتوانی در اثرگذاری بر وقایع و شرایطی که به طور معنادار بر زندگی فرد تأثیر دارند، احساس پوچی، بیهودگی، غمگینی و آسیب‌پذیری نسبت به رویدادهای فشار آور را بر می‌انگیزاند. هنگامی که افراد خود را در بدست آوردن پی‌آمدهای با ارزش ناتوان می‌بینند، افسرده می‌شوند (۷).

نوجوانان به دلیل دوره رشدی خاص خود ناچارند با رویدادهای انتقالی بسیاری از نظر بیولوژیک، تحصیلی و اجتماعی روبرو شوند. آنان می‌بایست راه‌حلهایی برای حل مشکلات و مقابله با آنها بیابند. موفقیت آنان در چالش‌های بی‌شمار این دوره رشدی، به میزان خوداثرمندی آنان ارتباط دارد. نوجوانی که حس اثرمندی ضعیفی دارد منفعلانه تحت تأثیر این فشارها قرار می‌گیرد. مطالعات بسیاری نیز نشان داده‌اند که نوجوانان افسرده در چندین حیطة از خوداثرمندی، ضعیف هستند (۷-۹).

مدل عاملیتی افسردگی چندین مسیر مهم را که خود اثرمندی ضعیف باعث افسردگی می‌شود، بیان می‌کند. یکی از مسیرهای مهمی که در این مدل مطرح می‌شود، از طریق عدم اثرمندی در تحقق آرزوها و عدم باور

فرد به توانایی رسیدن به معیارهایی که برای فرد ارزشمند هستند، می‌باشد (۴). از آنجایی که در دوره نوجوانی مهارتهای جسمانی و رسیدن به معیارهایی برای ارزیابی مثبت از ویژگی و توانمندی جسمانی، بعنوان یکی از معیارهای مهم به شمار می‌آید، خوداثرمندی جسمانی می‌تواند همبستگی بالایی با افسردگی داشته باشد (۸، ۱۰). پذیرش از طرف گروه همسالان و موفقیت در رقابت با همسالان در ابعاد مختلف از قبیل تواناییها و جذابیت جسمانی برای نوجوان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در حالیکه یک احساس ضعیف از اثرمندی جسمانی می‌تواند باعث رفتارهای انزوای اجتماعی و در نهایت اجتناب اجتماعی و طرد همسالان گشته و نوجوان را به افسردگی کشاند (۸). بنابراین پژوهش در زمینه تأثیر خوداثرمندی جسمانی و بررسی مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم آن و اینکه از چه طریق می‌تواند بر افسردگی نوجوانان مؤثر باشد ضروری به نظر می‌رسد.

بدین منظور پژوهش حاضر به بررسی و مدلیابی تأثیر مستقیم خوداثرمندی جسمانی و تأثیر غیرمستقیم آن از طریق اجتناب اجتماعی و طرد همسالان می‌پردازد. پژوهش حاضر برای اولین بار خوداثرمندی جسمانی را به عنوان یکی از مسیرهای مهم افسردگی مورد مدلیابی قرار می‌دهد و از جهت اینکه در ارتباط با مسیرهای خوداثرمندی در افسردگی در ایران پژوهشی صورت نگرفته پژوهشی بدیع و ضروری به نظر می‌رسد.

اهداف این پژوهش چنانچه ذکر گردید بررسی و مدلیابی تأثیر مستقیم خوداثرمندی تسلط و مهارت جسمانی و خوداثرمندی ارائه این توانمندیها بر افسردگی نوجوانان و همچنین بررسی و مدلیابی تأثیر غیرمستقیم آنان از طریق اجتناب اجتماعی و طرد همسالان در افسردگی نوجوانان می‌باشد.

روش بررسی

نمونه‌های پژوهش حاضر که به روش توصیفی و مقطعی صورت گرفت، شامل ۹۴۶ نفر از دانش‌آموزان در گروه سنی ۱۴ الی ۱۹ سال مقطع متوسطه شهر تهران می‌باشد. حجم نمونه بر اساس تعداد متغیرهای نهفته^۴ ۱۰۰۰ نفر تعیین شد که تعداد ۱۰۳۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند و از این تعداد ۸۴ نفر به دلیل عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها یا داشتن مشکلات روانشناختی غیر از افسردگی از مطالعه کنار گذاشته شدند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است. از

1 - Agentic model
3 - self-efficacy

2 - human agency
4 - Latent Variables



است (۱۳). در پژوهش حاضر نیز پایانی آزمون از طریق آزمون - بازآزمون به فاصله دو هفته در ۴۳ نفر از دانش‌آموزان تهرانی مقطع دبیرستان برابر با ۹۲٪ و ثبات درونی آن با آلفای کرونباخ ۷۷٪ محاسبه گردید (۱۲).

۳- پرسشنامه طرد همسالان: این پرسشنامه محقق ساخته است. با توجه به فقدان پرسشنامه‌ای متناسب با وضعیت فرهنگی ایران و اهداف پژوهش حاضر، این پرسشنامه ساخته شد. در ابتدا فهرستی با توجه به منابع مربوط تهیه شد. سپس با تشکیل گروه متمرکز شامل چند دانشجوی دکترای روانشناسی فهرست استخراج شده مورد ارزیابی قرار گرفته و از میان این فهرست نهایتاً ۱۵ ماده انتخاب گردید. پایایی این آزمون از طریق آزمون باز آزمون به فاصله دو هفته در ۴۳ دانش‌آموز تهرانی مقطع دبیرستان برابر با ۹۳٪ و ثبات درونی آن با آلفای کرونباخ ۹۱٪ محاسبه گردید (۱۲).

۴- پرسش نامه خودآزمندی جسمانی^۴: این پرسشنامه ادراک فرد از توانایی جسمانی خود و اطمینان در انجام فعالیت و مهارت‌های فیزیکی را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای دو خرده آزمون است. ده ماده آن مربوط به خرده آزمون توانمندی جسمانی و دوازده ماده آن مربوط به خرده آزمون توان ارائه توانمندی جسمانی است. رایمکن پایایی آزمون را ۸۰٪ برای کل مقیاس، ۸۵٪ برای خرده آزمون اول و ۶۹٪ برای خرده آزمون دوم گزارش کرده است (۱۴). اهرنبرگ نیز پایایی این آزمون را بسیار معنی‌دار و ۸۰٪ گزارش می‌دهد (۸). در پژوهش حاضر نیز پایایی آزمون از طریق آزمون - باز آزمون به فاصله دو هفته در ۴۳ دانش‌آموز برابر با ۸۱٪ در کل آزمون محاسبه شد و توسط روش تحلیل عاملی از عامل یا متغیر نهفته برونزای خودآزمندی مهارت و تسلط جسمانی و عامل یا متغیر نهفته برونزای خودآزمندی ارزیابی مثبت از توانمندی جسمانی و ارزیابی مثبت دیگران استفاده شد (۱۲). در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها و مدل‌یابی از مدل‌های لیزرل^۵ استفاده شد که با ادغام دو مدل تحلیل عوامل تأییدی^۶ و تحلیل توابع ساختاری^۷ روابط علت و معلولی بین سازه‌ها استنباط می‌گردد. مدلیابی توابع ساختاری، الگویی قوی برای محک زدن نظریه‌ها می‌باشد که در دو مرحله انجام می‌گیرد. مرحله اول مدل اندازه‌گیری یا تحلیل عوامل تأییدی مشخص می‌کند که چگونه متغیرهای نهفته در قالب تعداد بیشتری متغیرهای قابل مشاهده اندازه‌گیری می‌شوند. در مرحله دوم یا قسمت تابع ساختاری روابط عملی بین متغیرهای نهفته مشخص می‌گردد.

مناطق نوزده گانه آموزش و پرورش شهر تهران مناطقی از شمال (n = ۲۱۲)، جنوب (n = ۱۸۵)، شرق (n = ۲۱۲)، غرب (n = ۱۷۳) و مرکز (n = ۱۲۴) بطور تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر منطقه مدرسی در مقطع متوسطه به طور تصادفی انتخاب شده و از هر مدرسه در میان تعداد کلاسهای موجود هر پایه، کلاسهای بطور تصادفی انتخاب و دانش‌آموزان هر کلاس به صورت گروهی مورد آزمون قرار گرفتند. بدین ترتیب نمونه‌ها از بین پنج منطقه آموزش و پرورش و از ۲۰ مدرسه و ۴۰ کلاس (۲۰ کلاس دخترانه و ۲۰ کلاس پسرانه) انتخاب شدند. دامنه سنی نمونه‌ها ۱۴ الی ۱۹ سال می‌باشد که در پایه‌های اول، دوم، سوم و یا پیش‌دانشگاهی مشغول به تحصیل بودند. ابزار بکار برده شده برای گردآوری داده‌های پژوهش عبارتند از:

۱- سیاهه افسردگی کودک^۱: این سیاهه یکی از معروفترین ابزارهای سنجش افسردگی کودکان بوده و برای کودکان و نوجوانان سنین مدرسه در گروه سنی ۷ الی ۱۸ سال طراحی شده است. این سیاهه نشانه‌های افسردگی از قبیل خلق پایین، ناتوانی در لذت بردن، رفتارهای بین فردی، ارزیابی از خود و مسائل تحصیلی را می‌سنجد. دارای ۲۷ ماده و هر ماده دارای سه انتخاب است که با صفر، یک یا دو نمره گذاری می‌شوند. هرچه نمره این مقیاس بالاتر باشد نشاندهنده شدت افسردگی بالاتری است. کوواکس ضریب پایایی آن را ۸۶٪ گزارش می‌دهد (۱۱). بندورا و همکاران نیز آلفای کرونباخ ۸۸٪ و ضریب پایایی ۹۲٪ را گزارش می‌دهند (۴). این آزمون برای اولین بار توسط پژوهشگر در ایران ترجمه و مورد استفاده قرار گرفت. پایایی آزمون از طریق آزمون و باز آزمون ۸۳٪ به فاصله دو هفته در بین ۴۳ دانش‌آموز تهرانی مقطع متوسطه محاسبه گردید (۱۲).

کوواکس اعتبار همگرایی این آزمون را بسیار خوب گزارش می‌دهد و همبستگی عاملهای آن را با نمره کل آزمون از ۵۵٪ الی ۸۲٪ گزارش می‌دهد (۱۱). همچنین همبستگی این آزمون با آزمون موازی آن، یعنی سیاهه افسردگی بک^۲ نسخه دوم ۶۸٪ محاسبه گردید که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است (۱۲).

۲- مقیاس اجتناب اجتماعی: مقیاس اجتناب و فشار اجتماعی^۳ در سال ۱۹۶۹ توسط واتسون و فرند به منظور تشخیص و ارزیابی اضطراب اجتماعی ساخته شد. این مقیاس از دو خرده مقیاس اجتناب اجتماعی و فشار اجتماعی تشکیل شده است. خرده مقیاس اجتناب اجتماعی، دوری‌گزینی از جمع و پرهیز از آمیختن با مردم را می‌سنجد. این خرده مقیاس دارای ۱۶ ماده است که ارزش‌گزینه‌ها با نمرات صفر، یک و دو تعیین می‌شوند (۱۳).

آمالی ضریب پایایی این مقیاس را برابر با ۸۳٪ محاسبه نموده

1 - Child Depression Inventory (CDI)

2 - BDI (2)

3 - Social Avoidance & Distress scale

4 - Physical Self Efficacy Questionnaire

5 - Lisrel

6 - Confirmatory factor analysis

7 - Structural Equation

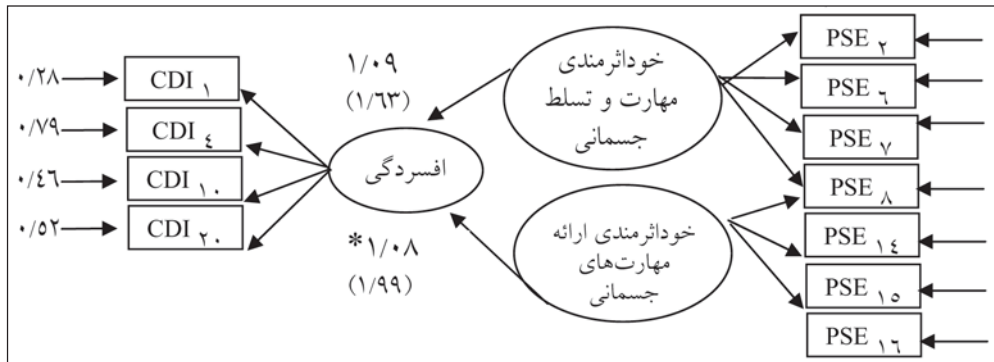


یافته‌ها

مهارت و تسلط جسمانی به سوی افسردگی با ضریب مسیر ۱/۰۹ (T= ۱/۶۳) معنی دار نیست. در شکل زیر مسیرهای مستقیم از خوداثرمندی جسمانی به افسردگی ارائه شده است.

این پژوهش نشان داد که مسیر مستقیم از خوداثرمندی ارائه مهارت‌های جسمانی به سوی افسردگی معنی دار و دارای ضریب مسیر ۱/۰۸ (T= -۵/۴۱) است، اما مسیر مستقیم از خوداثرمندی

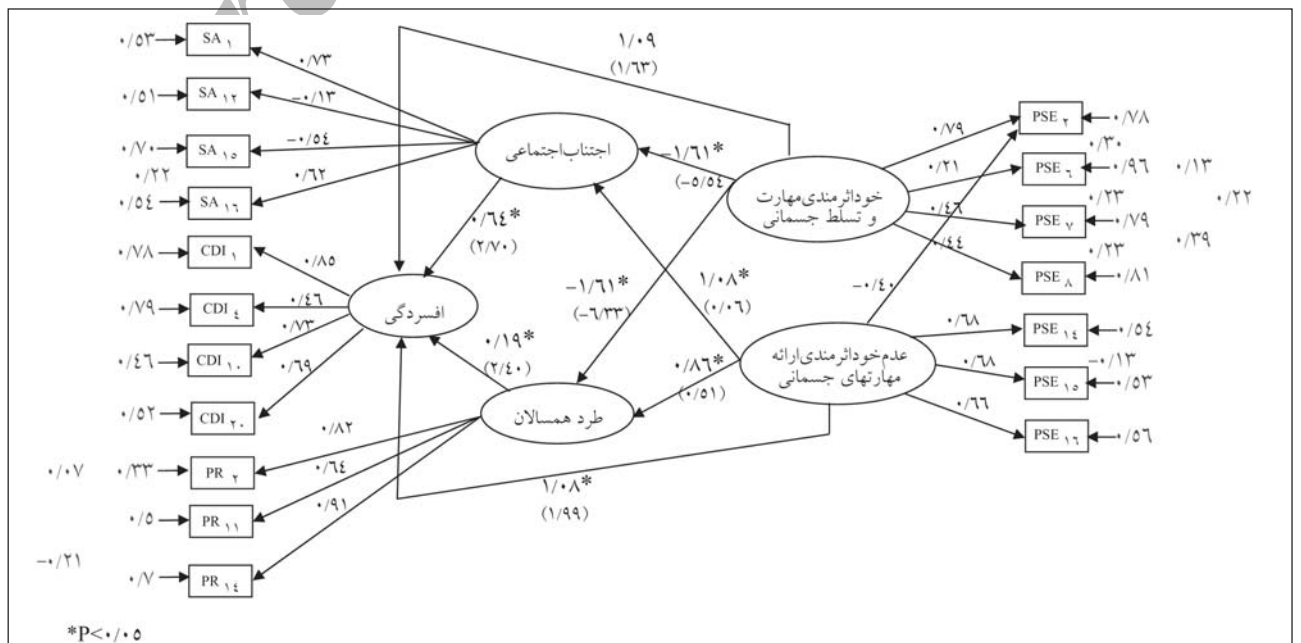
شکل ۱- مسیرهای مستقیم از خوداثرمندی جسمانی به افسردگی نوجوانان



همچنین مسیر غیرمستقیم معنی داری از خوداثرمندی مهارت و تسلط جسمانی و ارائه مهارت‌های جسمانی به افسردگی از طریق طرد همسالان برقرار است. این مسیر از خوداثرمندی مهارت و تسلط جسمانی به طرد همسالان دارای ضریب مسیر ۱/۱۶ (T = -۶/۳۳) و از خوداثرمندی ارائه مهارت‌های جسمانی به طرد همسالان دارای ضریب مسیر ۰/۸۶ (T= ۳/۵۱) و از طرد همسالان به افسردگی دارای ضریب مستقیم ۰/۱۹ (T= ۲۴۰) می باشد. در شکل زیر مدل تأثیر مستقیم و غیرمستقیم خوداثرمندی جسمانی بر افسردگی نوجوانان ارائه شده است.

در این شکل CDI متغیر مشاهده شده افسردگی و PSE متغیر مشاهده شده خوداثرمندی جسمانی است. در مسیرهای غیرمستقیم، مسیر معنی داری از دو عامل خوداثرمندی مهارت و تسلط جسمانی و ارائه مهارت‌های جسمانی و افسردگی از طریق اجتناب اجتماعی برقرار است. این رابطه از مهارت جسمانی به اجتناب اجتماعی دارای ضریب مسیر ۱/۶۱ (T = -۵/۴۱) و ارائه مهارت‌های جسمانی به اجتناب اجتماعی دارای ضریب مسیر ۱/۰۸ (T = ۳/۰۶) و از اجتناب اجتماعی به افسردگی دارای ضریب مسیر ۰/۶۴ (T = ۲/۷۰) است.

شکل ۲- مدلیابی تأثیر مستقیم و غیر مستقیم خوداثرمندی جسمانی در افسردگی نوجوانان



*P<۰/۰۵



جسمانی می‌تواند همبستگی بالایی با افسردگی داشته باشد (۱۵، ۸، ۴). در مدل پیشنهادی پژوهش حاضر، روابط ساختاری میان خودآزمندی ارائه مهارت‌های جسمانی، خودآزمندی مهارت و تسلط جسمانی و افسردگی نوجوانان از طریق مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مورد بررسی قرار گرفت. در این مدل خودآزمندی ارائه مهارت‌های جسمانی و کسب ارزیابی مثبت اجتماعی بطور مستقیم بر افسردگی نوجوانان تأثیر دارد. بدین معنا که نوجوانی که حس ضعیفی از اثرمندی در تحت تأثیر قرار دادن دیگران از طریق توانمندی و ویژگی‌های جسمانی دارد بیشتر در معرض افسردگی قرار دارد.

اما در این مدل خودآزمندی مهارت و تسلط جسمانی بطور مستقیم بر افسردگی تأثیر نمی‌گذارد. یعنی صرف داشتن خودآزمندی مهارت و تسلط جسمانی اثر مستقیمی بر افسردگی نوجوانان ندارد، بلکه از طریق کسب ارزیابی مثبت اجتماعی و تحت تأثیر قراردادن همسالان است که بر افسردگی اثر می‌گذارد. در مدل حاضر به نظر می‌رسد خودآزمندی مهارت و تسلط جسمانی تأثیر مستقیم خود را بر افسردگی با حضور خودآزمندی ارائه مهارت‌های جسمانی و کسب ارزیابی مثبت اجتماعی از دست می‌دهد. یعنی خودآزمندی جسمانی بیشتر از طریق خودآزمندی در کسب ارزیابی مثبت اجتماعی از ویژگی‌های جسمانی، بر افسردگی اثر می‌گذارد.

این موضوع در مسیرهای دیگر مدل پیشنهادی حاضر نیز تأیید می‌گردد. خودآزمندی مهارت و تسلط جسمانی از طریق غیرمستقیم و بدلیل ایجاد رفتارهای انزوایی و اجتناب اجتماعی و همچنین بدلیل طرد همسالان می‌تواند بر افسردگی نوجوان تأثیر بگذارد. یک حس اعتماد و اطمینان از توانمندی‌های جسمانی، می‌تواند نوجوان را به سوی فعالیتهای جسمانی گروهی کشانده و از طریق موفقیت در فعالیتهای گروه، مورد پذیرش همسالان قرار دهد. اما عدم اعتماد و اطمینان در توانمندی جسمانی، نوجوان را در تعاملات گروهی به سوی رفتارهای اجتناب اجتماعی و طرد همسالان کشانده و از آنجایی که طرد همسالان و اجتناب اجتماعی در نوجوانی، پیش‌بینی‌کننده قوی در افسردگی هستند، بنابراین خودآزمندی جسمانی ضعیف از این طریق می‌تواند بطور غیرمستقیم بر افسردگی تأثیر بگذارد (۱۷، ۱۶، ۷، ۴).

همچنین نوجوانی که باور به اثرمندی در ارائه مهارت‌های جسمانی و کسب ارزیابی مثبت اجتماعی ندارد، از بسیاری فعالیتهای گروهی همسالان اجتناب نموده و از بسیاری تقویت‌کننده‌های مثبت اجتماعی و ارتباطات اجتماعی محروم می‌گردد. از طرف دیگر، برای پذیرفته شدن در گروه همسالان، نوجوان می‌بایست یک حس قوی از اثرمندی در ارائه مهارت‌های جسمانی و تحت تأثیر قرار دادن دیگران برای

در جدول زیر ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم تأثیر خودآزمندی جسمانی بر افسردگی نوجوانان نشان داده شده است.

جدول ۱- ضرایب مسیر گاما یا تأثیر متغیرهای نهفته برونزا (Ksi) بر متغیرهای درونزا (ETA)		
خودآزمندی مهارت و تسلط جسمانی	خودآزمندی ارائه مهارت‌های جسمانی	
افسردگی	۱/۰۹	۱/۰۸*
اجتناب اجتماعی	-۱/۶۱*	۱/۰۸*
طرد همسالان	-۱/۶۱*	۰/۸۶*
* P < ۰/۰۵		

جدول ۲- ضرایب مسیر بتاها یا تأثیر متغیرهای نهفته درونزا (ETA) روی سایر متغیرهای درونزا		
افسردگی	اجتناب اجتماعی	طرد همسالان
-	۰/۶۴*	۰/۱۹*

*P < ۰/۰۵

در این مدل کای اسکوتر برابر با ۳۲۰/۷۰ با درجه آزادی ۱۱۸ و $RMSEA = ۰/۰۴۷$ و $RMR = ۰/۰۷۹$ بوده است. همچنین شاخصهای برازش این مدل به شرح زیر می‌باشند:

- شاخص برازش هنجار شده (NFI) = ۰/۹۵
- شاخص برازش هنجار نشده (NNFI) = ۰/۹۶
- شاخص برازش تطبیقی (CFI) = ۰/۹۷
- شاخص برازش افزایشی (IFI) = ۰/۹۷
- شاخص برازش نسبی (RFI) = ۰/۹۴
- شاخص نیکویی برازش (GFI) = ۰/۹۶
- شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI) = ۰/۹۴

بحث

همانگونه که ذکر گردید در این پژوهش تأثیر مستقیم و غیرمستقیم خودآزمندی جسمانی در افسردگی نوجوانان ایرانی مورد بررسی و مدلیابی قرار گرفت. طبق مدل عاملیتی بندورا از افسردگی یکی از مهمترین مسیرهای مهم از خودآزمندی به افسردگی، عدم باور فرد به توانمندی دسترسی به معیارهایی است که برای فرد ارزشمند هستند. هنگامی که حس اثرمندی فرد در رسیدن به معیارهای شخصی در ارتباط با شایستگی و لیاقت پائین‌تر باشد، فرد افسرده می‌گردد. از آنجا که در دوره نوجوانی مهارت‌های جسمانی و رسیدن به معیارهایی برای ارزیابی مثبت از ویژگی‌ها و توانمندی‌های جسمانی برای جذب همسالان بعنوان یکی از معیارهای مهم به شمار می‌آید، خودآزمندی



جسمانی) در افسردگی نوجوانان مطابق با مدل عاملیتی بندورا مورد تأیید قرار گرفت. در سالهای اخیر مفهوم خوداثرمندی بعنوان یکی از مکانیسمهای اصلی در سبب شناسی، درمان و پیشگیری از عود افسردگی در برنامه‌های پیشگیرانه جای گرفته است و ضروری است بعنوان یکی از اهداف مداخلات درمانی در افسردگی مورد توجه روانشناسان و رواندرمانگران قرار گیرد.

ارزیابی مثبت داشته باشد. بنابراین عدم خوداثرمندی در ارائه مهارتهای جسمانی نیز از طریق طرد همسالان و اجتناب اجتماعی تأثیر معنی دار بر سطح افسردگی نوجوانان دارد.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش نقش حیطه خاصی از خوداثرمندی (خوداثرمندی

منابع:

- 1- Peterson A C, Compas B E, Brooks-Gunn J, Stemler M, Grant K. E. Depression in Adolescence. *American Psychologist* 1993; 48: 155-168
- 2- Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark D.M. *Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems*. New Yourk: Oxford University Press, 1990
- 3- Clark DM, Fairburn C.G. *Science Practice Of Cognitive Behavior Therapy*. New York: Oxford University Press, 1997
- 4- Bandura A, Pastorelli C, Barbaranelli C, Caprara G.V. Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999; 76: 258-269
- 5- Bandura A. *Self-Efficacy: The Excercise of Control*. New York: W.H.Freemn & Company, 1997
- 6- Bandura A. The primacy of self Regulation in health Promotion Tran formative main stream. *Applied Psychology and International Review* 2005; 245-254
- 7- Muris P, Schmidt H, Lambrichs R, Meesters C. Protective and Vulnerability Factos of Depression in Normal Adolescents. *Behavior Research and Therapy* 2001; 39: 555, 565
- 8- Ehrenberg MF, Cox DN, Koopman R.F. The Relationship between Self-Efficacy and Depression in Adolescents. *Adolescence* 1991; 26:361-374
- 9- Richardson E. D. *Adventure Based Therapy and self Efficacy Theory: test of a Treatment model for late Adolescents with Depressive symptomology*. Dissertation of Virginia polytechnic Institute and State University, 1999
- 10- Pajares F, shuak D.H. *Self Beliefs And School Success*. Perceptio. London: Alben Publishing, 2001
- 11- Kovacs M. *Child Depression Inventory*. New york: Multi Health Systems inc, 1992.
- ۱۲- طهماسیان، ک. مدلیابی خوداثرمندی در افسردگی نوجوانان بر مبنای مدل عاملیتی بندورا از افسردگی. پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (۱۳۸۴).
- ۱۳- آمالی، ش. بررسی و مقایسه میزان کارایی روش جرأت آموزی و جرأت آموزی توأم با بازسازی شناختی بر روی برخی از نوجوانان مضطرب اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی: انستیتو روانپزشکی تهران. (۱۳۷۲)
- 14- Ryckman R M, Robbins M A, Thornton B, Cantrell, P. Development and Validation of Physical self Efficacy Scale. *Journal of Personality and social Psychology* 1982; 891-900
- 15- Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior* 2004; 91: 143-164
- 16- Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development* 1996; 67: 1206-1222
- 17- Burns JM, Andrews G, szabo M. *Depression in young people*. 2002. <http://www.mja.com>