

رابطه بین ابعاد خودکارآمدی و افسردگی در نوجوانان*
**The Relation between domains of self-efficacy and
Depression in adolescence**

K. Tahmassian, ph.D: Shahid Bheshti Uni.

E-mail: k-tahmassian@Sbu.ac.ir

A. Anari: M.A. in Child Clinical Psychology

Abstract: Aim: This project studies the relation between domains of self-efficacy (social, educational-physical and emotional) and depression in different stages of adolescence. **Method:** This project is descriptive and correlation and participant The subjects in this study were 946 students (471 girls and 475 boys) in Tehran. The Child Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992), Children Self-Efficacy Questionnaire (Muris, 2002), Physical Self-Efficacy Questionnaire (Ryckman, et al. 1982) were used. Data were analyzed by liner Regression and correlation. **Findings:** There were negative correlation between General, Social, Educational, Physical and Emotional self-efficacy with Depression. In addition, physical self-efficacy has an impact on depression in males in early, middle and late adolescence and early, middle stage of female adolescents. Educational self-efficacy has an impact on Depression in all stages of adolescents. Social self-efficacy does not have an impact on depression in adolescence and emotional self-efficacy has impact on depression in the middle stage of female adolescent. **Conclusion:** Low self-efficacy correlated with high depression and high self-efficacy correlated with low depression in adolescence. Educational self-efficacy showed the highest correlation with depression. Physical and educational self-efficacy was the best predictors for depression in all stare adolescence. Social self-efficacy was least wedictive and emotional self-efficacy was the only predictor of depression in females at the late adolescence.

Key Words: adolescence, depression, self-efficacy

دکتر کارینه طهماسبیان: دانشگاه شهید بهشتی

آسیه اناری: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی کودک

چکیده: هدف پژوهش شناسایی اهمیت ابعاد خودکارآمدی اجتماعی، تحصیلی، هیجانی و جسمانی با افسردگی در دوره های متفاوتی در نوجوانان دختر و پسر است. **روش** پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی و آزمودنی های پژوهش ۹۴۶ نفر (۴۷۱ دختر و ۴۷۵ پسر) از دانش آموزان مقطع دبیرستان و پیش دانشگاهی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۳-۸۴ است که با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای- تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات سیاهه افسردگی کودک (CDI، کوواکس، ۱۹۹۲)، پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان (موریس، ۲۰۰۲) و پرسشنامه خودکارآمدی جسمانی (رایکمن و همکاران، ۱۹۸۲) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های تحلیل رگرسیون خطی و همبستگی استفاده شد. **یافته ها** نشان داد که همبستگی نمره کلی خودکارآمدی و خودکارآمدی اجتماعی، تحصیلی، هیجانی و جسمانی با نمره افسردگی منفی است. به علاوه خودکارآمدی جسمانی در ایجاد نشانه های افسردگی در پسران اوایل، اواسط و اواخر نوجوانی و دختران اوایل و اواسط نوجوانی تاثیرگذار است. خودکارآمدی تحصیلی در پسران و دختران همه سنین، نقش معناداری در ایجاد افسردگی دارد. خودکارآمدی اجتماعی در ایجاد افسردگی نوجوانان معنادار نیست و خودکارآمدی هیجانی تنها در ایجاد افسردگی در دختران اوایل نوجوانی معنادار است. **نتیجه گیری:** سطوح خودکارآمدی با نمرات افسردگی رابطه معکوس و خودکارآمدی تحصیلی، بالاترین همبستگی را با افسردگی دارد. خودکارآمدی تحصیلی و جسمانی به ترتیب بهترین و خودکارآمدی اجتماعی کمترین بروز افسردگی در نوجوانان سنین مختلف هستند و خود کارآمدی هیجانی تنها در دختران سنین اواخر نوجوانی پیش بینی کننده بروز افسردگی است.

کلید واژه ها: افسردگی، خودکارآمدی، نوجوانان

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۹/۱۹؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۷/۱۱/۱۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۳/۱۷

* برگرفته از طرح پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

در حوزه روان شناسی مرضی تحولی^۱، وجود یا فقدان افسردگی^۲ در کودکان و نوجوانان، سال-های متممادی مورد مناقشه بوده است. اما بررسی های چند دهه اخیر جای تردیدی باقی نگذاشته اند که در سنین تحول نیز آدمی نشانه ها و وهله های افسردگی را در شکل آشکار یا پنهان و به صورت بالینی یا غیر بالینی آن تجربه می کند (هارینگتون^۳، ۲۰۰۲). همچنین نتایج پژوهش ها حاکی از آنند که اختلال های افسردگی در خلال کودکی نسبت به بزرگسالی از فراوانی کمتری برخوردارند اما در نوجوانی شاهد افزایش چشمگیر این فراوانی هستیم (دادستان، ۱۳۸۲). افسردگی نوجوانان ممکن است از نظر تشخیصی بسیار متفاوت با افسردگی بزرگسالان باشد (هاراسیلتا، مارتونن، کاپریو و آرو^۴، ۲۰۰۴). مفاهیم و پژوهش های موجود در افسردگی نوجوانان، اعم از نشانه شناسی بالینی^۵، پدیدار شناسی^۶ و درمان همچنان محدود است.

در زمینه تبیین افزایش قابل ملاحظه شمار دختران افسرده نسبت به پسران (تقریباً دو برابر) در سنین نوجوانی فرضیه های بسیاری ارائه شده است، اما در حد دانش کنونی غالب مؤلفان بر این باورند که در کنار مسائل زیست شناختی احتمالی، فشارهای روانی^۷ وابسته به جنس و مکانیزم های دفاعی افسردگی زاء، نقش مهمی در این میان ایفا می کنند (ناصر، ۱۳۸۶).

نشانه ها و اختلال های افسرده وار در نوجوانان، احتمال اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد و مشکلات رفتاری و ارتباطی را در حد قابل ملاحظه ای افزایش می دهند و به افت سطح صلاحیت و پیشرفت تحصیلی منجر می شوند. افزون بر این، زیان اقتصادی که این اختلال به گونه ای مستقیم بر خانواده ها و جوامع تحمیل می کند نیز بسیار سنگین است (ناصر، ۱۳۸۶). در سبب شناسی افسردگی الگوهای شناختی-رفتاری جایگاه خاص خود را دارند. افسردگی در این الگوها نتیجه مجموعه طرحواره های شناختی منفی، درماندگی آموخته شده و سبک اسناد منفی، فقدان تقویت کننده های مثبت، نقص در خودگردانی و عدم خودکارآمدی فرض شده است (طهماسیان، ۱۳۸۴).

1. Developmental psychopathology

2. Depression

3. Harrington

4. Haarasilta, Marttunen, Kaprio & Aro

5. Clinical symptomology

6. Phenomenology

7. Stress

رابطه بین ابعاد خودکارآمدی و افسردگی در ...

خودکارآمدی به معنای باور فرد در مورد توانایی مقابله او در موقعیت های خاص است و الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی را در سطوح مختلف تجربه انسانی تحت تاثیر قرار می دهد و تعیین کننده این است که آیا رفتاری شروع خواهد شد یا خیر و اگر شروع شد فرد چه مقدار تلاش برای انجام آن خواهد داشت و در رویارویی با مشکل چه مقدار استقامت از خود نشان خواهد داد (بندورا^۱، ۲۰۰۶).

مطابق این الگو، خودکارآمدی 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 آسیب پذیری نسبت به رویدادهای فشارآور را برمی انگیزاند. هنگامی که افراد خود را در به دست آوردن پیامدهای با ارزش ناتوان می بینند، افسرده می شوند. قضاوت های فرد در کارایی خود، هسته اصلی احساس بی کفایتی افراد افسرده است که هنگام ناتوانی در تاثیرگذاری بر رویدادها و نارضایتی از حوادث پیرامونی تجربه می کنند. نظریه خودکارآمدی چهارچوبی مفید در تبیین افسردگی ایجاد نموده است (موریس^۲، ۲۰۰۲).

نوجوانان به دلیل دوره خاص رشد خود ناچارند با رویدادهای انتقالی بسیاری از نظر زیست شناختی، تحصیلی و اجتماعی روبرو شوند. آنان می بایست راه حل هایی برای حل مشکلات و مقابله با آن ها بیابند. موفقیت آنان در چالش های بی شمار این دوره رشد، با خودکارآمدی آنان ارتباط دارد. نوجوانی که باور ضعیفی به کارآمدی خود دارد، منفعلانه تحت تأثیر این فشارها قرار می گیرد (ریچاردسون، ۱۹۹۹). مطالعات بسیاری نشان داده اند که نوجوانان افسرده، در چندین حیطة خودکارآمدی، ضعیف هستند. حیطة های مختلف خودکارآمدی عبارتند از:

الف) خودکارآمدی اجتماعی: به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی است.

ب) خودکارآمدی تحصیلی: به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در یادگیری، حل مسایل تحصیلی و دستیابی به موفقیت های تحصیلی و دستیابی به موفقیت های تحصیلی است.

ج) خودکارآمدی هیجانی: به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در کنترل و مدیریت هیجان ها و افکار منفی است.

د) خودکارآمدی جسمانی: به معنای ادراک فرد از توانایی جسمی، اطمینان در انجام فعالیت ها و مهارت های فیزیکی و همچنین اطمینان از تاثیرگذاری مثبت جسمانی بر افراد دیگر است

1. Bandura

2. Muris

(اِهرنبرگ، کوکس و کوپمان^۱، ۱۹۹۱؛ موريس، اسچمیت، لمبریچز و میسترز^۲، ۲۰۰۱؛ ریچاردسون^۳، ۱۹۹۹).

با این فرض که خودکارآمدی رابطه منفی با افسردگی دارد و به علاوه انتظار می رود سن و جنس در رابطه خودکارآمدی و افسردگی تأثیر گذار باشد. پژوهش حاضر رابطه بین ابعاد مختلف خودکارآمدی اجتماعی، تحصیلی، هیجانی، جسمانی و افسردگی و نیز اهمیت نقش هر یک از این ابعاد را در سنین مختلف در نوجوانان دختر و پسر مورد بررسی قرار داده است. به امید آن که نتایج این پژوهش بتواند به لحاظ علمی و کاربردی در تشخیص، مفهوم سازی، پیشگیری و درمانگری افسردگی نوجوانان به کار برده شود.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش های توصیفی و همبستگی است.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش کلیه دانش آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه مدارس دولتی در مناطق نوزده گانه آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳ است.

نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش گزارش بخشی از یافته های یک پژوهش بزرگ است. از این رو، ۱۰۰۰ نفر با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از پنج منطقه شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب مدارس دولتی شهر تهران انتخاب و تعداد ۷۷ نفر به دلیل ناکامل بودن پرسشنامه ها از نمونه کنار گذاشته شدند و جمعاً ۹۳۳ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

جهت انتخاب نمونه فوق، با همکاری آموزش و پرورش تهران مناطقی از شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب انتخاب و از هر منطقه چهار مدرسه (دو مدرسه دخترانه و دو مدرسه پسرانه) و از هر مدرسه از کلاس های موجود هم پایه، کلاس هایی به طور تصادفی انتخاب شدند؛ به طوری که در هر منطقه از هر پایه یک کلاس دخترانه و یک کلاس پسرانه (جمعاً ۸ کلاس، چهار کلاس دخترانه و چهار کلاس پسرانه در هر منطقه) انتخاب و دانش آموزان هر کلاس به صورت گروهی

1. Ehrenberg, Cox, Koopman, & Richardson

2. Schmidt, Lambrichs & Meesters

3. Richardson

رابطه بین ابعاد خودکارآمدی و افسردگی در ...

مورد آزمون قرار گرفتند. نمونه‌ها از بین پنج منطقه آموزش و پرورش و از ۲۰ مدرسه و ۴۰ کلاس (۲۰ کلاس دخترانه و ۲۰ کلاس پسرانه) مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش آزمودنی‌ها به سه گروه سنی تقسیم شدند: اوایل نوجوانی^۱ (۱۳ تا ۱۵ سال و ۶ ماه؛ ۲۰۸=تعداد)، اواسط نوجوانی^۲ (۱۵ سال و ۷ ماه تا ۱۷ سال؛ ۲۳۶=تعداد) و اواخر نوجوانی^۳ (۱۷ سال و ۱ ماه تا ۱۹ سال؛ ۴۶۶=تعداد). مبنای این تقسیم بندی بر اساس دوره‌های تحولی نوجوانان (اهرنبرگ و همکاران، ۱۹۹۱) است.

ابزارهای پژوهش

الف) سیاهه افسردگی کودک^۴: این سیاهه یکی از معروف ترین ابزارهای سنجش افسردگی کودکان بوده و توسط کوواکس در سال (۱۹۹۲)، 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 مسایل تحصیلی را می‌سنجد. این سیاهه دارای ۲۷ ماده و هر ماده دارای سه انتخاب است که با صفر، یک یا دو نمره گذاری می‌شوند. هر چه نمره این مقیاس بالاتر باشد نشان دهنده شدت افسردگی بالاتری است. کوواکس^۵ (۱۹۹۲) ضریب اعتبار^۶ این ابزار را ۰/۸۶ گزارش کرده است. بندورا، پاستوریلی و کاپرارا^۷ (۱۹۹۹) نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ضریب اعتبار ۰/۹۲ را گزارش کرده اند. این آزمون در ایران توسط طهماسبیان (۱۳۸۴) ترجمه و مورد استفاده قرار گرفت و اعتبار آزمون از طریق آزمون و بازآزمون به فاصله دو هفته در بین ۴۳ دانش آموز تهرانی مقطع متوسطه ۰/۸۳ محاسبه گردید. همچنین برای سنجش روایی^۸ این آزمون، همبستگی این آزمون با آزمون افسردگی بک^۹ فرم دوم محاسبه گردید که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود.

-
1. Early adolescence
 2. Middle adolescence
 3. Late adolescence
 4. Child Depression Inventory (CDI)
 5. Kovacs, M.
 6. Reliability
 ۷. Bandura, Pastotelli & Caprara
 8. Validity
 9. Beck

ب) پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان^۱: این پرسشنامه توسط موریس (۲۰۰۲) برای ارزیابی خودکارآمدی کودکان و نوجوانان سنین مدرسه (۷-۱۸ سال) تهیه شده است که دارای سه خرده آزمون در سه حیطه خودکارآمدی اجتماعی، تحصیلی و هیجانی است. این پرسشنامه ۲۳ ماده دارد و هر ماده در مقیاس ۵ نمره ای از ۱= اصلا تا ۵= بسیار زیاد نمره گذاری می شود. اعتبار آزمون در ایران از طریق آزمون-بازآزمون به فاصله دو هفته در ۴۳ نفر از دانش آموزان تهرانی برابر ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ محاسبه شد (طهماسیان، ۱۳۸۴). تحلیل عاملی چهار عامل را در جهت تأیید روایی آزمون نشان داد (طهماسیان، ۱۳۸۴؛ موریس، ۲۰۰۲).

ج) پرسش نامه خودکارآمدی جسمانی^۲: این پرسشنامه ادراک فرد از توانایی جسمانی خود و اطمینان در انجام فعالیت و مهارت های جسمانی را می سنجد و توسط رایکن، رابینز، تورنتون و کانترل^۳ (۱۹۸۲) ساخته شده است. این آزمون دو خرده آزمون دارد و برای نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله قابل استفاده است. از آزمودنی خواسته می شود درجه موافقت یا مخالفت خود را نسبت به هر یک از جملات در مقیاس ۶ درجه ای از کاملا مخالف تا کاملا موافق ارزش گذاری نماید. ده ماده این پرسشنامه مربوط به خرده آزمون توانمندی جسمانی و دوازده ماده آن مربوط به خرده آزمون توان ارائه توانمندی جسمانی است. رایکن و همکاران (۱۹۸۲) اعتبار آزمون را ۰/۸۰ برای کل مقیاس، ۰/۸۵ برای خرده آزمون اول و ۰/۶۹ برای خرده آزمون دوم گزارش کرده است. اهرنبرگ و همکاران (۱۹۹۱) نیز اعتبار این آزمون را بسیار معنی دار و ۰/۸۰ گزارش می دهد. اعتبار آزمون در ایران از طریق آزمون-باز آزمون به فاصله دو هفته در ۴۳ دانش آموز برابر با ۰/۸۱ در کل آزمون محاسبه شد (طهماسیان، ۱۳۸۴). روایی همگرایی آزمون با آزمون مفهوم خود جسمانی^۴ ۰/۵۸ گزارش شده است (اهرنبرگ و همکاران، ۱۹۹۱).

یافته ها

برای آزمون فرضیه ارتباط بین خودکارآمدی تحصیلی، اجتماعی، هیجانی، جسمانی و افسردگی نوجوانان، در گام نخست از ضریب همبستگی^۵ استفاده شد. نتایج در جدول ۱ ارائه شد که نشان می دهد افسردگی با نمره کلی خودکارآمدی رابطه منفی دارد. به علاوه همبستگی بین خودکارآمدی تحصیلی، اجتماعی، هیجانی و جسمانی با نمره افسردگی نیز منفی است. به عبارت

1. Child Self-Efficacy Questionnaire
2. Physical Self-Efficacy Questionnaire
3. Ryckman, Robbins, Thornton & Cantrell
4. Physical self concept
5. Correlation coefficients

رابطه بین ابعاد خودکارآمدی و افسردگی در ...

دیگر با افزایش نمرات خودکارآمدی کلی، اجتماعی، تحصیلی، هیجانی و جسمانی نمره افسردگی، کاهش می یابد. از سوی دیگر، ابعاد خودکارآمدی و نمره کلی خودکارآمدی با یکدیگر رابطه مثبت معناداری نشان می دهند.

جدول ۱. ماتریکس همبستگی بین ابعاد خودکارآمدی

خودکارآمدی جسمانی	خودکارآمدی هیجانی	خودکارآمدی اجتماعی	خودکارآمدی تحصیلی	خودکارآمدی کلی	افسردگی	
					۱	افسردگی
				۱	*-۰/۴۳	خودکارآمدی کلی
			۱	*۰/۶۸	*-۰/۴۶	خودکارآمدی تحصیلی
		۱	*۰/۳۱	*۰/۶۱	*-۰/۳۱	خودکارآمدی اجتماعی
	۱	*۰/۳۲	*۰/۳۳	*۰/۵۸	*-۰/۳۸	خودکارآمدی هیجانی
۱	*۰/۳۰	*۰/۴۳	*۰/۴۳	*۰/۴۰	*-۰/۴۳	خودکارآمدی جسمانی

* معناداری در سطح $P < 0.05$

نتایج تحلیل رگرسیون خطی در جدول ۲ نشان می دهد که در پسران اوایل، اواسط و اواخر نوجوانی، خودکارآمدی جسمانی در ایجاد نشانه های افسردگی نقش معناداری ایفا می کند. در حالی که در دختران اوایل و اواسط نوجوانی این مسئله صادق است. خودکارآمدی تحصیلی در پسران و دختران نوجوان همه سنین، نقش معناداری در ایجاد افسردگی دارد. در مقابل نتایج به دست آمده نشان داد که نقش خودکارآمدی اجتماعی در افسردگی نوجوانان معنادار نیست. و در نهایت، نقش خودکارآمدی هیجانی در ایجاد افسردگی دختران اواخر نوجوانی معنادار است.

جدول ۲. تحلیل رگرسیون خطی برای نمره کلی افسردگی، سن، جنس و ابعاد خودکارآمدی

پسران (۴۷۲)		دختران (۴۶۸)		تعداد	سن	ابعاد خودکارآمدی
سطح معناداری	ضریب رگرسیون	سطح معناداری	ضریب رگرسیون			
۰/۰۰۱	(*)-۰/۲۹	۰/۰۲	(*)-۰/۱۷	۲۱۱	اوایل نوجوانی	جسمانی
۰/۰۰۱	(*)-۰/۱۹	۰/۰۰۱	(*)-۰/۲۰	۲۳۸	اواسط نوجوانی	
۰/۰۰۱	(*)۰-/۲۱	۰/۲۲	-۰/۰۶	۴۹۱	اواخر نوجوانی	
۰/۰۲	(*)-۰/۳۲	۰/۰۰۱	(*)-۰/۴۲	۲۱۱	اوایل نوجوانی	تحصیلی
۰/۰۰۱	(*)-۰/۳۲	۰/۰۰۱	(*)-۰/۶۱	۲۳۸	اواسط نوجوانی	
۰/۰۰۱	(*)-۰/۳۲	۰/۰۰۱	(*)-۰/۴۵	۴۹۱	اواخر نوجوانی	
۰/۸۱	۰/۰۳	۰/۸۸	-۰/۰۲	۲۱۱	اوایل نوجوانی	اجتماعی
۰/۲۳	-۰/۱۳	۰/۶۰	-۰/۰۸	۲۳۸	اواسط نوجوانی	
۰/۲۸	-۰/۱۲	۰/۲۵	-۰/۱۲	۴۹۱	اواخر نوجوانی	
۰/۰۵۱	-۰/۲۹	۰/۰۶	-۰/۲۹	۲۱۱	اوایل نوجوانی	هیجانی
۰/۴۰	-۰/۱۰	۰/۲۷	-۰/۱۳	۲۳۸	اواسط نوجوانی	
۰/۳۴	-۰/۰۹	۰/۰۰۱	(*)-۰/۲۹	۴۹۱	اواخر نوجوانی	

(*) معناداری در سطح $P < 0.001$

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش رابطه بین ابعاد خودکارآمدی و افسردگی در پسران و دختران ایرانی مورد بررسی قرار گرفت. همان گونه که پیش بینی می شد ابعاد خودکارآمدی با افسردگی به طور منفی رابطه داشت. به بیان دیگر سطوح خودکارآمدی پایین با نمرات افسردگی بالا و در مقابل سطوح خودکارآمدی بالا با نمرات افسردگی پایین مرتبط بود. خودکارآمدی تحصیلی، بالاترین همبستگی را با افسردگی نشان داد. می توان این مسئله را این گونه تبیین نمود که خودکارآمدی تحصیلی، شامل ادراک فرد از شایستگی در عملکرد تحصیلی و کفایت شغلی است. نوجوانان در جایگاهی قرار دارند که می بایست در مورد شغل و ادامه تحصیل تصمیم گیری کنند. بنابراین رقابت تحصیلی در بین آن ها امری شایع است. که می تواند منجر به رابطه پرننگ خودکارآمدی تحصیلی و افسردگی شود (بندورا، ۲۰۰۶؛ سویل و جورج^۱، ۲۰۰۰). طهماسیان، جزایری، محمدخانی و قاضی طباطبایی (۱۳۸۴) برای الگویابی خودکارآمدی تحصیلی و نقش آن در افسردگی نوجوانان، به این نتیجه دست یافتند که خودکارآمدی و احساس توانمندی از مهارت-های تحصیلی حتی بیشتر از موفقیت تحصیلی در افسردگی نوجوانان نقش دارد.

1. Sewell & George

رابطه بین ابعاد خودکارآمدی و افسردگی در ...

اهرنبرگ و همکاران (۱۹۹۱)، بندورا و همکاران (۱۹۹۹) و موریس (۲۰۰۲) نیز به این نکته که در دوره نوجوانی معیارهای بالای تحصیلی از بالاترین معیارها به شمار می آید و خودکارآمدی تحصیلی به عنوان یکی از عواملی که می تواند بالاترین همبستگی منفی را با افسردگی داشته باشد، تاکید دارند. پژوهش های دیگر (پاجارز و چانک^۱، ۲۰۰۱؛ فان و والکر^۲، ۲۰۰۰؛ میلز، هرون و کول^۳، ۲۰۰۴) نیز تاثیر خودکارآمدی تحصیلی را بیشتر از مهارت ها و توانایی های واقعی ذهنی و تحصیلی اثرگذار می دانند.

در این پژوهش خودکارآمدی اجتماعی کمترین رابطه را با میزان افسردگی نوجوانان داشت. با توجه به اهمیت گروه همسالان در این دوره تحول، این مسئله می تواند یافته قابل توجهی باشد. ممکن است رابطه بین خودکارآمدی اجتماعی و افسردگی رابطه ای پیچیده تر از دیگر متغیرهای خودکارآمدی باشد و نیاز به شناسایی عامل واسطه ای آن واجد اهمیت بسیار است (اهرنبرگ و همکاران، ۱۹۹۱).

اهرنبرگ و همکاران (۱۹۹۱)، مکی جوسکی، پریجرسون و مازور^۴ (۲۰۰۰) اعلام می دارند که خودکارآمدی اجتماعی از طریق تاثیر بر عوامل دیگر باعث افسردگی در نوجوانان می گردد. به نظر می رسد تاثیر خودکارآمدی اجتماعی بر افسردگی بسیار پیچیده و بیشتر از مشکلات روانی اجتماعی دیگر است. طهماسیان و همکاران (۱۳۸۴) دریافتند که خودکارآمدی اجتماعی به طور مستقیم بر افسردگی نوجوانان تاثیر ندارد بلکه تاثیر آن غیرمستقیم و از طریق اجتناب اجتماعی، طرد همسالان و عدم حمایت اجتماعی صورت پذیر است.

در این پژوهش خودکارآمدی تحصیلی و جسمانی به ترتیب بهترین پیش بینی کننده های بروز افسردگی در نوجوانان سنین مختلف بودند. خودکارآمدی اجتماعی کمترین پیش بینی کننده و خود کارآمدی هیجانی تنها در دختران اواخر نوجوانی پیش بینی کننده بروز افسردگی بود. این یافته با نتایج پژوهش (اهرنبرگ و همکاران، ۱۹۹۱) مبنی بر این که ارزیابی مثبت از ویژگی ها و همچنین توانمندی های جسمانی به عنوان یکی از معیارهای با ارزش و مهم دوران افسردگی به شمار می آید همخوان است. طهماسیان، جزایری، محمدخانی و قاضی طباطبایی (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی دریافتند خودکارآمدی جسمانی هم از طریق مستقیم و هم از طریق طرد همسالان می تواند در افسردگی نقش داشته باشد.

2. Pajares & Schunk

3. Phan & Walker

3. Mills, Herron & Cole

4. Maciejewski, Prigerson & Mazure

پژوهش های کمی در زمینه خودکارآمدی هیجانی و افسردگی صورت گرفته است. موریس (۲۰۰۲) دریافت که خودکارآمدی هیجانی بیشتر بر ایجاد نگرانی و اضطراب منتشر نقش دارد. ممکن است میزان بالای اضطراب در دختران باعث افسردگی آنان گردد (هرینگتون، ۲۰۰۲) که البته نیاز به پژوهش بیشتر در این زمینه مشهود است.

به طور کلی دختران و پسران در خودکارآمدی جسمانی و هیجانی با یکدیگر متفاوت بودند. به این صورت که در دختران اواخر نوجوانی خودکارآمدی جسمانی پیش بینی کننده بروز افسردگی نیست و بالعکس در همین گروه سنی خودکارآمدی هیجانی می تواند بروز افسردگی را پیش بینی کند.

در حال حاضر خودکارآمدی به دلیل تاثیر آن بر بهداشت روان و افسردگی نوجوانان مورد توجه روان شناسان و متخصصان بالینی قرار گرفته است. بر اساس نتایج این پژوهش و پژوهش-های مشابه مبنی بر تاثیر خودکارآمدی تحصیلی در ایجاد نشانه های افسردگی در دختران و پسران همه سنین، توجه به زمینه ارتقاء خودکارآمدی و توانمندی تحصیلی در نوجوانان در پیشگیری از آسیب های روانی-اجتماعی مهم و حائز اهمیت به نظر می رسد. یافته های این پژوهش می توانند در تدوین برنامه های پیشگیرانه و درمانی در سنین نوجوانی مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- دادستان، پریخ. (۱۳۸۲). *روان شناسی مرضی تحولی*، جلد اول، تهران: سمت.
- طهماسیان، کارینه. (۱۳۸۴). *مدل یابی خودکارآمدی در افسردگی نوجوانان بر مبنای مدل عاملیتی بندورا/از افسردگی*، پایان نامه دکتری روان شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ دانشکده روان شناسی.
- طهماسیان، کارینه، جزایری، علیرضا، محمدخانی، پروانه، و قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۴). اثر مستقیم و غیر مستقیم خوداثرمندی اجتماعی در افسردگی نوجوانان، *رفاه اجتماعی*، ۱۹، ۱۲۴-۱۱۳.
- طهماسیان، کارینه، جزایری، علیرضا، محمدخانی، پروانه، و قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۶). مدلیابی خوداثرمندی جسمانی در افسردگی نوجوانان بر مبنای مدل عاملیتی بندورا از افسردگی، *توانبخشی*، ۲۹، ۳۹-۳۴.
- ناصر، اشکان (۱۳۸۶)، درمانگری افسردگی: شناخت-رفتار درمانگری گروهی، مهارت آموزی والدین و جلسات مشترک نوجوانان-والدین، *مجله روان شناسان ایرانی*، ۱۲، ۳۳۲-۳۲۳.

Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agnatic perspective. In F. Pajares and T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of Adolescent*, 5, 143-146. Greenwich: Information age publishing.

- Bandura, A., Pastorelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy Pathways to Childhood Depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 258-269.
- Ehrenberg, M. F., Cox, D. N., & Koopman, R. F. (1991). The Relationship between Self-efficacy and Depression in Adolescents. *Adolescence*, 26, 361-374.
- Haarasilta, L. M., Marttunen, M. J., Kaprio, J. A., & Aro, H. M. (2004). Correlates of depression in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Eur Journal Public Health*, 14, 280 – 285.
- Harrington, R. C. (2002). *Depressive disorders in children and adolescent*. Manchester: John Wiley and Sons Ltd.
- Kovacs, M. (1992). *Child Depression Inventory*, New York, Multi Health Systems, Inc.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure, C. M. (2000). Self-Efficacy as a mediator between stressfull life events and depressive symptoms, *The British Journal of Psychiatry*, 176, 373-378.
- Mills, N., Herron, C., Cole, & S. P. (2004). Teacher-assisted versus Individual Viewing of Foreign Language Video: Relation to Comprehension, Self-efficacy, and Engagement. *CALICO Journal*, 21, 23-34.
- Muris, P. (2002). Relationship between self-efficacy and Symptoms of Anxiety Disorders and Depression in a Normal Adolescent Sample, *Personality and Individual Differences*, 32, 337-348.
- Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R., & Meesters, C. (2001). Protective and Vulnerability Factors of Depression in Normal Adolescents, *Behavior Research and Theory*, 39, 555-565.
- Pajares, F., & Schunk, D. H. (2001). *Self beliefs and school success: Self Efficacy, self-concept, and school achievement* in R. Riding and Ranyer (Eds.). Perception. London: Alben publishing.
- Phan, H., & Walker, F. (2000). *The predicting and mediational role of mathematics self-efficacy: A pathanalysis*. <http://www.aare.edu.au/oopap/phao0224.htm>.
- Richardson, E. D. (1999). *Adventure Based Theory and Self Efficacy Theory: Test of Treatment Model for Late Adolescents with Depressive Symptomatology*, Dissertation of Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Ryckman, R. M., Robbins, M. A., Thornton, B., & Cantrell, P. (1982). Development and validation of Physical self-efficacy scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 891-900.
- Sewell, A., & George, A. (2000). Developing efficacy beliefs in the classroom. *Journal of Educational Enquiry*, 1, 20-27.