

## Investigating the relationship between self-efficacy and mental health in sixth grade elementary school students

Hamzeh Akbari Daghi <sup>\*1</sup>, Maryam Bakhshi <sup>2</sup>

1. Assistant Professor Department of Psychology, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran

2. Master of Family Counseling, Education, Golestan, Gorgan, Iran

### Abstract

**Background & Purpose:** The purpose of this study was to investigate the relationship between self-efficacy and mental health in sixth grade elementary school students in Gonbad County.

**Method:** This study is a correlational study. The statistical population of this study includes all sixth grade elementary school students in Gonbad-Kavos County in the academic year 2018-2019, which is 3226 people. Considering the size of the statistical population and using the Krejci and Morgan table, the sample size was estimated to be 370 people, who were selected using a multi-stage cluster method. The data collection tools were the General Self-Efficacy Questionnaire of Scherer and Maddox (1982) and the General Health Questionnaire of Goldberg (GHQ) (1972). Regression analysis and Pearson correlation coefficient were used to analyze the data, and the t-test was used to compare the variables between two independent groups.

**Result:** There is a significant relationship between self-efficacy and mental health of students ( $P < 0.01$ ). There is no significant difference between the self-efficacy of male and female students. There is no significant difference between the mental health of male and female students.

**Conclusion:** Considering the significant relationship between self-efficacy and mental health in students, it can be said that people with higher self-efficacy have higher mental health.

### Article Info

#### Keywords :

Self-efficacy, Mental Health, Students

Received: 2025/04/30

Accepted: 2025/05/23

Available: 2025/06/15

**Author Address:** Hamzeh Akbari Daghi , Assistant Professor Department of Psychology, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran

**Author E-mail:** [akbarih1355@gmail.com](mailto:akbarih1355@gmail.com)

## بررسی رابطه‌ی بین خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان پایه ششم مقطع ابتدایی

حمزه اکبری داغی\*<sup>۱</sup>، مریم بخشی<sup>۲</sup>

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاداسلامی، آزادشهر، ایران

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، آموزگار ابتدایی، آموزش و پرورش گلستان، گرگان، ایران

**هدف:** هدف از این تحقیق بررسی رابطه‌ی بین خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان پایه ششم مقطع ابتدایی شهرستان گنبد بود.

**روش:** این تحقیق از نوع همبستگی است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانش‌آموزان پایه ششم مقطع ابتدایی شهرستان گنبد کاووس در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ می‌باشد که ۳۲۲۶ نفر می‌باشند. با توجه به حجم جامعه آماری و بوسیله جدول کرجسی و مورگان حجم نمونه آماری ۳۷۰ نفر برآورد شد که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس (۱۹۸۲) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) (1972) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون و برای مقایسه متغیرها بین دو گروه مستقل از آزمون t استفاده شد.

**یافته‌ها:** بین خودکارآمدی و سلامت روان دانش‌آموزان رابطه معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). بین خودکارآمدی دانش‌آموزان پسر و دختر تفاوت معناداری وجود ندارد. بین سلامت روان دانش‌آموزان پسر و دختر تفاوت معناداری وجود ندارد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به رابطه‌ی معنادار بین خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان می‌توان گفت که افراد با خودکارآمدی بیشتر از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند.

چکیده

تاریخ دریافت مقاله : ۱۴۰۴/۰۲/۱۰

تاریخ پذیرش : ۱۴۰۴/۰۳/۰۲

تاریخ انتشار : ۱۴۰۴/۰۳/۲۵

کلیدواژه‌ها:

خودکارآمدی، سلامت روان، دانش‌آموزان

مشخصات مقاله

\* نویسنده مسئول : حمزه اکبری داغی ، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاداسلامی، آزادشهر، ایران

رایانامه : [akbarih1355@gmail.com](mailto:akbarih1355@gmail.com)

**مقدمه**

هرکدام از ما به‌عنوان انسان، صاحب عاطفه و احساس هستیم، که این عواطف و احساسات بخش جدایی‌ناپذیر هستی و موجودیت افراد را تشکیل می‌دهند و وجودشان برای حیات و بقا ما کاملاً ضروری و انکارناپذیر است و هرچند که این احساسات به‌عنوان احساسات مثبت و منفی وجود دارد و دامنه‌ای از احساسات هولناک و تحمل‌ناپذیر تا احساسات آرام‌بخش و لذت‌بخش را به خود اختصاص می‌دهد، اما وجود احساسات منفی است که به دلیل ناخوشایند بودن، می‌تواند به‌عنوان یک چالش در نظر گرفته شود (حق‌نگهدار، ۱۳۹۵). وجود این‌گونه از احساسات می‌تواند در همه ايام وجود داشته باشد و هر فردی در هر زمانی آن را تجربه نماید و دانش‌آموزان نیز به‌واسطه درگیر بودن با مسائل فردی، خانوادگی و تحصیلی، این‌گونه از احساسات ناخوشایند را تجربه می‌نمایند؛ اما وجود توانمندی افراد در مدیریت فشارهای روانی و احساسات ناخوشایند، می‌تواند موجب تفاوت بین آنان گردد به‌طوری‌که برخی از افراد توانمندی بیشتری در افزایش سازگاری داشته و می‌توانند آسیب‌ها را بهتر مدیریت نمایند (کمالی زارچی، ۱۳۹۶).

ترقی و پویایی و اعتلای هر جامعه‌ای جز در داشتن عناصر و اعضای سالم و کارآمد در آن اجتماع نمی‌باشد افرادی که علاوه بر وضعیت جسمانی مناسب از لحاظ وضعیت روحی و روانی نیز در حد متعادل و مطلوبی باشند. بهداشت و سلامت روانی دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روشهای صحیح روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری حاصل نموده و برای حل مشکلات خود از راه‌های مطلوب اقدام نمایند. در بهداشت روانی تنها نداشتن علائم بیماری کافی نیست، بهداشت روانی مناسب باید افراد را قادر سازد تا توانایی‌های جسمی و روانی خود را به حداکثر رسانیده، از استرس‌های ناشی از تعامل بین افراد جلوگیری کرده، زندگی اجتماعی-اقتصادی بارور و هماهنگ با محیط داشته باشد (شاملو، ۱۳۷۴).

نظریه یادگیری شناختی - اجتماعی بندورا یکی از گسترده‌ترین نظریه‌هاست که تغییر در رفتار را فرآیندی شناختی می‌داند و بر نقش اعتماد به نفس افراد نسبت به توانایی‌های شان در انجام رفتاری که از آن‌ها خواسته شده، تأکید می‌کند. سازه اصلی این نظریه، خودکارآمدی است که بندورا آن را قضاوت فرد از توانایی‌هایش در زمینه انجام یک عمل مشخص می‌داند و بر اساس

مطالعاتش عنوان می‌کند که خودکارآمدی درک شده توسط فرد، مؤلفه‌ای مهم در عملکرد او به شمار می‌رود (تونز؛ ترجمه فرزبان پور، ۱۳۷۸). خودکارآمدی «به باورهای افراد درباره توانایی کنترل زندگی به دست خودشان گفته می‌شود». باورهای خودکارآمدی از جمله عواملی هستند که می‌توانند روی سلامت افراد تأثیرات مثبت و منفی برجای گذارند. خودکارآمدی سازه اصلی نظریه شناختی اجتماعی بندورا (۱۹۹۷) است و به قضاوت اشخاص درباره توانایی خود برای سازماندهی افکار، احساسات و اعمال برای ایجاد نتایج مطلوب اشاره دارد (لوسانی و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین در نظریه شناختی اجتماعی بندورا (۱۹۸۶) فرض می‌شود که باورهای خودکارآمدی، در تعیین فعالیت‌هایی که افراد تعقیب می‌کنند، میزان تلاشی که آنها برای تعقیب فعالیت‌ها به کار می‌گیرند و سطوح متمایز مقاومت افراد در مواجهه با موانع احتمالی، مهم می‌باشد (گری، ۲۰۰۶).

خودکارآمدی نقش مهمی در رویارویی فرد با مسائل زندگی دارد چنانچه براون و انیوی کشف کردند کسانی که میزان خودکارآمدی آنان بالاتر است، هنگامی که با مسائل حل نشده‌ای روبرو می‌شوند پایداری بیشتری از خود نشان می‌دهند. خودکارآمدی اطمینان به توانایی‌های خود در کنترل افکار، احساسات و فعالیت‌هاست و بنابراین بر عملکرد واقعی افراد، هیجانات و انتخاب افراد و سرانجام میزان تلاشی که شخص صرف یک فعالیت می‌کند، مؤثر است. خودکارآمدی بر رفتار فرد بسیار تأثیرگذار است (سیف، ۱۳۸۶).

با توجه به اینکه سلامت روان شایع‌ترین اختلال روانپزشکی دانشجویان است که در بسیاری از موارد به صورت مزمن می‌باشد و با توجه به تأثیر گسترده این اختلال بر عملکرد شخصی و اجتماعی فرد و نبود مطالعات کافی در این زمینه و نبود مطالعه‌ای در زمینه متغیرهای مطرح شده فوق در ارتباط با دانش‌آموزان این سوال اساسی مطرح می‌شود که آیا بین خودکارآمدی و سلامت روان دانش‌آموزان رابطه معناداری وجود دارد؟

**روش**

روش این تحقیق از نوع توصیفی - همبستگی است و به بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و سلامت روان می‌پردازد. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانش‌آموزان پایه ششم مقطع ابتدایی شهرستان گنبد کاووس در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ می‌باشد که ۳۲۲۶ نفر

۰/۵ (معنادار) و در جهت تایید سازه مورد نظر بود (به نقل از کرامتی و شهرآرای، ۱۳۸۳). همچنین ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است (شمائی زاده و عابدی، ۲۰۰۵).

## ۲- پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) (۱۹۷۲):

متن اصلی این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ برای غربالگری اختلالات روان شناختی غیر سایکوتیک در مراکز درمانی و سایر جوامع طراحی و تدوین شده است. فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی که در این پژوهش از آن استفاده شده است توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۲۰۰۶ تدوین یافته است. سؤال‌های آن بر اساس تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده‌ای اولیه استخراج گردیده است. این پرسشنامه نیز همانند فرم اولیه مشتمل مقیاس فرعی اما هر یک از آنها دارای ۷ پرسش است.

۱- علائم جسمانی ۲- اضطراب و خواب ۳- اختلال در کنش اجتماعی ۴- افسردگی شدید

نتایج چندین مطالعه دلالت بر وجود همبستگی قوی بین نتایج حاصل از پرسشنامه‌های ۲۸ و ۶۰ ماده‌ای سلامت در تشخیص ناراحتی‌های روان شناختی دارد. (نیامورا و همکاران و ۱۹۸۳ و بنجامین و همکاران ۱۹۸۲ به نقل از هومن ۱۳۷۶).

از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد برای جمع بندی نمرات به اصلاً نمره صفر، در حد معمول، ۱ بیش از حد معمول، ۲، و خیلی بیشتر از حد معمول نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است.

گلدبرگ و بک ول (۱۹۷۰) روایی پرسشنامه سلامت عمومی را با استفاده از یک چک لیست مصاحبه بالینی درباره ۲۰۰ نفر از بیماران بخش جراحی در انگلستان مشخص نمود بر اساس این مطالعه به کارگیری پرسشنامه مذکور توانست بیش از ۹۰ درصد گروه نمونه را به درستی به عنوان بیمار و سالم طبقه بندی نماید به علاوه ضریب همبستگی بین نمرات پرسشنامه مذکور با نتیجه ارزیابی بالینی شدت

می‌باشند. با توجه به حجم جامعه آماری و بوسیله جدول کرجسی و مورگان حجم نمونه آماری ۳۷۰ نفر برآورد شد که به روش خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات در این تحقیق از روش کتابخانه ای شامل استفاده از کتب، مقالات معتبر و اینترنت و از روش میدانی شامل پرسشنامه استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل نمودار، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون و برای مقایسه متغیرها بین دو گروه مستقل از آزمون t استفاده شد.

## ملاک‌های ورود:

- دانش آموز پایه ششم مقطع ابتدایی شهرستان گنبد کاووس
- عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن؛
- عدم مصرف داروها بطوری که در روند درمان تداخل ایجاد کند؛
- عدم اعتیاد؛
- عدم معلولیت؛

## ملاک‌های خروج از مطالعه:

- عدم همکاری دانش آموزان در حین مطالعه؛
- ابتلا به بیماری جسمانی و روانی در حین مطالعه؛
- غیبت بیش از سه جلسه در روند درمان.

## ۱- پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس (۱۹۸۲)

این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. این مقیاس توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتباریابی شده است. بختیاری و براتی (۱۳۷۶) برای سنجش روایی سازه‌ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات بدست آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱) و در سطح

بین نمرات پرسشنامه سلامت عمومی با ارزیابی بالینی به ترتیب بدنی برابر با ۰/۸۶، ۰/۷۷، ۰/۷۰، + گزارش شده است (هومن، ۱۳۷۶).

**یافته ها**  
**میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی و سلامت روان دانش آموزان**

اختلالات به میزان ۰/۸۰+ گزارش شده است گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۶) همبستگی بین داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه سلامت عمومی و فهرست علائم روانی (SCI-96) را بر روی ۲۴۴ آزمودنی به میزان ۰/۷۸ گزارش نموده است بر اساس این مطالعه شاخصهای حساسیت، ویژگی، میزان کلی اشتباه طبقه‌بندی و ضریب همبستگی

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی و سلامت روان دانش آموزان

سلامت روان	جنسیت	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی	پسر	۴۶/۹۰	۲۴/۷۸
	دختر	۴۳/۲۰	۲۸/۸۴
علائم جسمانی	پسر	۳/۸۹	۳/۲۱
	دختر	۴/۶۵	۳/۰۳
علائم اضطرابی و اختلال خواب	پسر	۴/۶۸	۲/۶۵
	دختر	۵/۴۵	۳/۱۵
علائم کارکرد اجتماعی	پسر	۳/۲۱	۲/۶۱
	دختر	۳/۳۵	۲/۱۴
علائم افسردگی	پسر	۲/۵۶	۲/۳۴
	دختر	۲/۷۴	۲/۳۲
سلامت روان کل	پسر	۱۴/۳۴	۶/۶۵
	دختر	۱۶/۲۴	۷/۱۵

از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است می توان گفت دانش‌آموزان مورد مطالعه در مجموع هیچکدام از علائم مرضی را نداشته اند.

داده های جدول ۱ میانگین نمرات سلامت روان دانش آموزان مورد مطالعه را به تفکیک جنسیت نشان می دهد. با توجه به نمره دهی این مقیاس که بیان می کند در هر زیر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع آزمون فرضیه ها

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای خودکارآمدی و سلامت روان دانش آموزان

خودکارآمدی	ضریب پیرسون	علائم جسمانی
۰/۳۲۸	ضریب پیرسون	علائم جسمانی
۰/۰۲۲	p	
۰/۲۵۵	ضریب پیرسون	علائم اضطرابی و اختلال خواب
۰/۰۱۱	p	
۰/۵۱۸	ضریب پیرسون	علائم کارکرد اجتماعی
۰/۰۱۸	p	
۰/۳۰	ضریب پیرسون	علائم افسردگی
۰/۰۰۶	p	
۰/۳۱۱	ضریب پیرسون	سلامت روان کل
۰/۰۰۱	P	

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، ضرایب پیرسون محاسبه شده بین سلامت روان و خودکارآمدی (۰/۳۱۱) معنادار است ( $p < ۰/۰۱$ ). بدین معنا که رابطه بین سلامت روان و خودکارآمدی مستقیم می

باشد یعنی هرچه دانش آموزان خودکارآمدی بالاتری داشته باشند از سلامت روانی بهتری برخوردارند. رابطه بین خودکارآمدی با تمامی زیرمقیاس های سلامت روان دانش آموزان معنادار شد.

جدول ۳: آزمون t بین گروه های مستقل برای تعیین تفاوت میانگین نمرات خودکارآمدی دانش آموزان پسر و دختر

جنسیت	میانگین	تفاوت میانگین	df	t	F	p
پسر	۴۶/۹۰	۳/۷	۳۶۸	۲/۱۶۶	۲/۱۲۵	۰/۱۷۶
دختر	۴۳/۲۰					

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی دانش آموزان پسر و دختر با توجه به اینکه سطح معناداری های محاسبه شده بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، معنادار نیست. بنابراین فرضیه تحقیق مبنی بر وجود تفاوت بین خودکارآمدی دانش آموزان پسر و

دختر رد می شود و می توان گفت بین خودکارآمدی دانش آموزان پسر و دختر تفاوتی وجود ندارد و از نظر خودکارآمدی در یک سطح می باشند.

جدول ۴: آزمون t بین گروه های مستقل برای تعیین تفاوت میانگین نمرات سلامت روان دانش آموزان پسر و دختر

جنسیت	تفاوت میانگین	درجه آزادی	t	F	p
پسر	-۰/۷۶	۳۶۸	۰/۱۶۶	۰/۷۰۸	۰/۲۰۲
دختر					
پسر	-۰/۷۷	۳۶۸	۰/۲۴	۰/۲۰۳	۰/۳۵۴
دختر					
پسر	-۰/۱۴	۳۶۸	۰/۴	۰/۸۴۶	۰/۲۵۴
دختر					
پسر	-۰/۱۸	۳۶۸	۰/۶۵	۰/۹۸۵	۰/۲۳۴
دختر					
پسر	-۲/۱۰	۳۶۸	۱/۳۷	۱/۹۸	۰/۱۲۱
دختر					

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اختلاف میانگین نمرات سلامت روان دانش آموزان پسر و دختر با توجه به اینکه سطح معناداری های محاسبه شده بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، معنادار نیست. بنابراین فرضیه تحقیق مبنی بر وجود تفاوت بین سلامت روان دانش آموزان پسر و دختر رد می شود و می توان گفت بین سلامت روان دانش آموزان پسر و دختر تفاوتی وجود ندارد و از نظر سلامت روان در یک سطح می باشند.

#### بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد بین خودکارآمدی و سلامت روان در دانش آموزان رابطه معناداری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ). این یافته هم سو با یافته های صلحی و همکاران (۱۳۹۲) که نشان دادند بین سلامت عمومی و

خودکارآمدی همبستگی معنادار وجود دارد، ملکی پیربازاری و همکاران (۱۳۹۰) که نشان دادند خودکارآمدی متغیری بسیار مهم در سبب شناسی افسردگی است، دسگوپتا (۲۰۱۲) که نشان داد که افزایش خودکارآمدی می تواند موجب کاهش رفتارهای نالیمن در محیط کار شود، راگی و همکاران (۲۰۱۰) که نشان داد که بین خودکارآمدی و مشکلات رفتاری رابطه معناداری وجود دارد، کاردماس (۲۰۰۶) که نشان داد خودکارآمدی پایین با نشانه های بیشتر افسردگی ارتباط دارد، هاسلم، پاکنهام و اسمیت (۲۰۰۶) که نشان دادند که هرچه خودکارآمدی مادر بالاتر باشد، نشانه شناسی افسردگی پس از زایمان کمتر می شود، کیم (۲۰۰۳) که بیان نمود که فرد دارای خودکارآمدی بالا، توانایی تغییر حالات منفی روانی خود

را دارد، اسچوبروک و همکاران (۲۰۰۰) که نشان دادند که باورهای خودکارآمدی بالا، مانع از تأثیرات عوامل فشارزا می‌شوند و کارکرد سیستم ایمنی بدن را افزایش می‌دهند، زدلین و پاژارس (۲۰۰۰) بیان نمودند که خودکارآمدی منجر به استقامت و قابلیت انعطاف پذیری مورد نیاز برای غلبه بر موانع علمی و حرفه‌ای می‌شود، شولتز و شولتز (۱۹۹۸) که نشان دادند که افراد دارای خودکارآمدی ضعیف به جای برخورد با موانع، از آنها اجتناب می‌کنند و به صورت غیر واقع بینانه‌ای معیارهای بالایی برای خود بر می‌گزینند که منجر به شکست‌های پیاپی، افسردگی و در نهایت، اختلال در سلامت روان آنان می‌گردد، سولبرگ و ویلیاریل (۱۹۹۷) که نشان دادند که احساس خودکارآمدی بالاتر در افراد همراه با گزارش دهی کمتر نرخ آشفتگی‌های جسمی و روانشناختی است هماهنگ می‌باشد.

در تبیین تأیید این فرضیه همان‌طور که بندورا<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) بیان می‌کند هنگامی که افراد در معرض 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 ولی، افرادی که در رویارویی با مشکلات خود را ناتوان می‌دانند، به آسانی تسلیم می‌شوند و احساس افسردگی، اضطراب و ناامیدی می‌کنند. به عبارت دیگر خودکارآمدی نقش مهمی در تنظیم حالات هیجانی دارد. وقتی که افراد در برخورد با موقعیت‌های دشوار خودکارآمدی پایینی احساس کنند، دچار یاس و ناامیدی شده و مکانات روانشناختی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی را بروز می‌دهند.

همچنین نتایج نشان داد بین خودکارآمدی دانش‌آموزان پسر و دختر تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج بیرامی و پورفرج عمران (۱۳۹۲)، شانگ (۱۹۹۱) و موریس (۲۰۰۲) که نشان دادند که از نظر خودکارآمدی بین مرد و زن تفاوت معناداری وجود دارد و مردان خودکارآمدی بالاتری دارند ناهماهنگ می‌باشد.

از سویی این یافته با پژوهش‌های میرسمیعی و ابراهیمی قوام (۱۳۸۷)، کرامتی (۱۳۸۰)، کروئی (۱۳۸۲)، حکمتی نژاد (۱۳۸۰)، نجفی (۱۳۸۳)، بالی لاشک به نقل از پورگنابادی (۱۳۸۷) و بندورا و همکاران (۱۹۹۹) که نشان دادند از نظر خودکارآمدی بین مرد و زن تفاوت معناداری وجود ندارد هماهنگ می‌باشد.

با توجه به عدم هماهنگی بین نتایج مختلف و با توجه به تحقیق و تفحص در مطالعات این پژوهشگران می‌توان گفت تفاوت‌های جنسیتی در باورهای خودکارآمدی تنها ناشی از عوامل بیولوژیکی نمی‌باشد. به نظر می‌رسد ادراک از نقش‌ها و الگوهای جنسیتی، ادراک نادرست از توانایی‌ها و قابلیت‌ها، فقدان مهارت یا آمادگی، عدم برابری در روش و الگوهای تدریس و فرصت‌های آموزش، انتظارات، نهاد‌های دولتی، نهاد‌های اجتماعی، مدرسه، خانه، رده‌های سنی، رده‌های شغلی، سطح اقتصادی، قومیت‌ها و جنبه‌های شخصیتی و محیطی

دیگر از جمله عواملی می‌باشند که بر خودکارآمدی دانش‌آموزان تأثیر بسزایی دارند.

همچنین نتایج نشان داد بین سلامت روان دانش‌آموزان پسر و دختر تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با یافته اسفندیاری (۱۳۸۶) که نشان داد سلامت عمومی با جنس و مدت تحصیل ارتباط معناداری وجود دارد، انصاری و همکاران (۱۳۸۶) که نشان دادند بین دانشجویان دختر و پسر در خرده‌مقیاس اضطراب، بی‌خوابی و سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد و چن و ونگ و همکاران (۲۰۰۷) که نشان دادند که دختران نسبت به پسران از استرس بیشتری رنج می‌برند و سلامت روانی آنها نسبت به پسران در سطح پایین‌تری قرار دارد ناهماهنگ می‌باشد.

از طرفی این یافته با نتایج طاهری و مقامی (۱۳۸۷) که نشان دادند بین سلامت روان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود ندارد، امیدیان (۱۳۸۶) که نشان داد میانگین نمره‌ی کلی سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های آن در بین دانشجویان دختر و پسر متفاوت نیست هماهنگ می‌باشد. همچنین این یافته با یافته پتاسک و همکاران (۱۹۹۲)؛ به نقل از تروپ، (۱۹۹۴) و صادقی (۱۳۸۹) که نشان دادند که پسران بیشتر از رویارویی مبتنی بر مسئله استفاده می‌کنند ناهماهنگ می‌باشد.

عدم در نظر گرفتن متغیرهایی چون سطح و طبقه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، جنسیت و قومیت آزمودنی‌ها از محدودیت‌های تحقیق حاضر است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش با اعمال کنترل بیشتری روی ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، سطح و طبقه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، جنسیت و قومیت و غیره) انجام گیرد.

#### موازین اخلاقی

به منظور رعایت اصول و معیارهای اخلاق حرفه‌ای از آزمودنی‌هایی استفاده شد که آگاهانه و داوطلبانه تمایل به شرکت در آزمون و تکمیل پرسشنامه را داشتند. همچنین محرمانه بودن اطلاعات برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد.

#### منابع

اسفندیاری، غلامرضا، (۱۳۸۶)، عوامل استرس‌زا و رابطه آن با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۷۸، *مجله عملی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۸، ۱۷-۲۱.

افراسیابی، مهناز و عباس زاده روگویی، راضیه، (۱۳۹۷)، بررسی رابطه خود کارآمدی عمومی و سلامت اجتماعی دردانش‌آموزان نوجوان دختر، *پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی*، قزوین، موسسه آموزش عالی تاکستان- دانشگاه پیام نور استان قزوین.

- self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27, 276-291.
- Kim YH. (2003). Correlation of mental health problems with psychological construction in adolescence: Final results from a 2 year study. *International Journal of Nursing studies*, 40: 115-125.
- Karademas, E. C. (2006). Self- efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290.
- 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.
- Sarafino EP. (1998). *Health Psychology, Biopsychosocial Interactions*. 3rd ed. New York: 174.
- Zedlin A, Pajares F. (2000). Self-Efficacy beliefs of women in mathematical, scientific and technological careers. *Am Educ Res J*. 37, 1, 215-48.
- امیدیان، مرتضی، (۱۳۸۶)، بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه یزد، *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱۰، ۱، ۱۰۱-۱۱۵.
- بیرامی، منصور و پورفرج عمران، مجید، (۱۳۹۲)، بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی، خودکارآمدی و خوش بینی، با اضطراب امتحان دانشجویان علوم پزشکی، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی*، ۲۱، ۷، ۱۶-۹.
- تونز، کیت، تیسلفورد، سیلوپا، روبینسون، ایون، (۱۳۷۸)، *آموزش بهداشت، کارآیی و اثربخشی آن*، ترجمه فرشته فرزبان پور، چاپ دوم، تهران: سلاله نیکان.
- سیف، علی اکبر، (۱۳۸۶)، *روانشناسی پرورشی نوین*، ویرایش ششم، تهران: نشر دوران.
- صلحی، مهناز، کاظمی، سید سمیه، و حقانی، حمید، (۱۳۹۲)، بررسی رابطه سلامت عمومی و خودکارآمدی در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره چالوس، *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۰، ۱۱۰، ۶۳-۷۰.
- صادقی، خیراله، صابری، سید مهدی و عصاره، مرضیه، (۱۳۸۹)، همه گیر شناسی بیماری های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۶، ۲۲ و ۲۳، ۲۵-۱۶.
- طاهری، ژاله و مقامی، حمیدرضا، (۱۳۸۷)، بررسی انگیزه پیشرفت، سلامت روان و خودپنداره تحصیلی دانشجویان رشته روان شناسی دانشگاه های دولتی، آزاد و غیرانتفاعی شهر تهران، *پژوهش در نظام های آموزشی*، ۲، ۴، ۶۲-۴۵.
- گنجی، حمزه، (۱۳۷۶)، *بهداشت روانی*، تهران: انتشارات ارسباران.
- ملکی پیربازاری، معصومه، نوری، ربابه، و صرامی، غلامرضا، (۱۳۹۰)، حمایت اجتماعی و علایم افسردگی: نقش واسطه ای خودکارآمدی، *روانشناسی معاصر*، ۶، ۲، ۳۴-۲۶.
- غلامعلی لواسانی، مسعود، خضری، آذر هیمن، امانی، جواد، مال احمدی، احسان، (۱۳۸۹)، نقش خودکارآمدی تحصیلی و اهداف پیشرفت در تنیدگی، اضطراب و افسردگی دانشجویان، *مجله روانشناسی دانشگاه تهران*، ۱۴، ۴، ۴۳۲-۴۱۷.
- میرسمیعی، مرضیه و ابراهیمی قوام، صغری، (۱۳۸۷)، بررسی رابطه بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان با سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علامه طباطبایی، *فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی*، ۹۱-۷۳.
- Bandura, Albert. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychology*, 37, 122-147.
- Dweck CS, Leggett EL. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*; 95: 256- 273.
- Haslam, D. M., Pakenham, K. I., & Smith. A. (2006). Social support and postpartum depression symptomatology: The mediating role of maternal