اثر مستقیم و غیرمستقیم خوداثرمندی اجتماعی در افسردگی نوجوانان

کارینه طهماسیان*، علی‌رضا جزایری**، پروانه محمدخانی***، محمود قاضی‌طباطبائی****

طرح بحث: *این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مستقیم و غیرمستقیم خوداثرمندی اجتماعی بر افسردگی نوجوانان تهرانی انجام شده است.*

روش تحقیق: *آزمودنی‌های پژوهش ۹۴۶ نفر (۴۷۱ دختر و۴۷۵ پسر) از دانش‌آموزان مقطع دبیرستان و پیش‌دانشگاهی شهر تهران می‌باشند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای ـ تصادفی انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری اطلاعات عبارتند از: پرسش‌نامه خوداثرمندی کودکان و نوجوانان، سیاهه افسردگی کودک (CDI)، پرسش‌نامه اجتناب اجتماعی، پرسش‌نامه طرد همسالان و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی کودکان و نوجوانان. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار کامپیوتری لیزرل و روش تحلیل مسیر استفاده شده است.*

یافته‌ها: *نتایج به دست آمده نشان داده که تأثیر مستقیم خوداثرمندی اجتماعی بر افسردگی نوجوانان معنی‌دار نمی‌باشد اما تأثیر غیرمستقیم آن از طریق اثر معنی‌دار در اجتناب اجتماعی، طرد همسالان و حمایت اجتماعی تأیید می‌گردد.*

نتیجه: *خوداثرمندی اجتماعی در افسردگی نوجوانان تأثیر غیرمستقیم دارد و این تأثیر از طریق اجتناب اجتماعی، طرد همسالان و حمایت اجتماعی می‌باشد.*

کلید واژه‌ها: افسردگی، خوداثرمندی، خوداثرمندی اجتماعی ، نوجوانان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۵/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۴/۱۰/۱۸

* دکترای روان‌شناسی بالینی، <Karineh_438@yahoo.com>

** دکترای روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** دکترای روان‌شناسی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

**** دکترای جامعه‌شناسی، عضو هیأت علمی دانشگاه تهران

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

افسردگی کودکان و نوجوانان به دلیل شیوع آن (۳ درصد بالینی و ۳۵ درصد غیر بالینی) (Peterson, et al, 1993:155) و ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی، حرفه‌ای و غیره، موضوعی است که به توجه جدی نیاز دارد. افسردگی با شروع زودرس، یک پدیده گذرا نبوده و چنانچه عوامل زمینه‌ساز یا تداوم‌بخش آن بدون مداخله باقی بمانند، تمایل به دوام داشته و نتایج پایدار و مخرب برجا می‌گذارد (Richardson , 1999:3).

عوامل روانی اجتماعی بسیاری با سبب‌شناسی افسردگی نوجوانی در ارتباط هستند و نظریه‌های مختلف همچون درماندگی آموخته‌شده[1]، سبک اسناد منفی[2]، (Harrington.1999)، طرحواره‌های شناختی منفی[3]، (Hawton ,1990) ، فقدان تقویت‌کننده‌های مثبت مشروط بر پاسخ (lewinsohn, Clark, 1990) و نقص در خودگردانی[4]، (Clark ,1997) بر عامل یا عوامل خاصی از تعیین‌کننده‌های مؤثر برافسردگی تأکید دارند. نظریه شناختی اجتماعی بندورا یک مدل عاملیتی[5] از افسردگی را 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 (Bandura, et al, 1999:259).

در مکانیزم عاملیت انسانی هیچ مفهومی محوری‌تر از مفهوم خوداثرمندی[6] نیست.

1. Learned Helplessness
2. Negative Attributional Style
3. Negative Cognitive Schema
4. Self Regulation
5. Agentic Model
6. Self-Efficacy

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

خوداثرمندی به معنای باور فرد به توانایی خود در انجام یک فعالیت، ایجاد یک پی‌آمد یا مقابله با موقعیت‌های خاص است (Bandura, 1997:36) که بدون آن مشوق اندکی برای انجام یک رفتار یا استقامت در رویارویی با رخدادها باقی می‌ماند (Bandura , 1986).

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 فشارآور را برمی‌انگیزاند. هنگامی که افراد خود را در بدست آوردن پی‌آمدهای باارزش ناتوان می‌بینند، افسرده می‌شوند (Muris, 2002:338).

نوجوانان، به دلیل دوره خاص رشد 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 رشد، به میزان خوداثرمندی آنان ارتباط دارد. نوجوانی که حس اثرمندی ضعیفی دارد، منفعلانه تحت‌تأثیر این فشار قرار می‌گیرد. مطالعات بسیاری (Ehrenberg, 1991, Muris, 2001, Richardson, 1999) نیز نشان داده‌اند که نوجوانان افسرده، در چندین حیطه خوداثرمندی، ضعیف هستند.

بندورا و همکاران (Bandura et al,1999:260) چندین مسیر مهم را که خوداثرمندی ضعیف باعث افسردگی می‌شود، بیان می‌کنند. یکی از مسیرهای مهمی که در مدل بندورا مطرح می‌شود از طریق خوداثرمندی اجتماعی ضعیف برای رشد ارتباط اجتماعی است که زندگی فرد را لذت‌بخش نموده و او را قادر می‌سازد تا با فشارهای طولانی‌مدت مقابله نماید، این مسیر نیازمند یک حس قوی از اثرمندی اجتماعی است. یک حس ایمن از خوداثرمندی اجتماعی باعث ایجاد ارتباطات اجتماعی مثبت می‌گردد درحالی که عدم خوداثرمندی اجتماعی فرد را به رفتارهای اجتناب اجتماعی و طرد همسالان کشانده و این خود باعث محرومیت فرد از تقویت‌کننده‌های مثبت اجتماعی می‌گردد (Bandura el al, 1996:1210; Ehrenberg, 1996:362). نقش حمایت اجتماعی نیز در افسردگی بسیار نمایان است. حمایت اجتماعی، آسیب‌پذیری فرد را نسبت به استرس، افسردگی و انواع بیماری‌های روانی وجسمانی کاهش می‌دهد. اما حمایت اجتماعی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

ماهیت خودشکل‌گیرنده ندارد. برای ایجاد یک شبکه حمایت اجتماعی افراد نیاز دارند که به سوی دیگران رفته، روابط حمایت‌گری را ایجاد نمایند و در نگهداری آن بکوشند و این نیازمند یک حس قوی از خوداثرمندی اجتماعی است. هر چقدر خوداثرمندی اجتماعی افراد ضعیف باشد، حتی اگر دارای مهارت‌های اجتماعی کافی باشند، کمتر موفق به ایجاد چنین رفتارهایی می‌گردند (Bendura, et al, 1996:1221).

هدف اصلی این پژوهش نیر بررسی نقش مستقیم و غیرمستقیم خوداثرمندی اجتماعی در افسردگی نوجوانان شهر تهران می‌باشد. بنابراین در این پژوهش تأثیر مستقیم خوداثرمندی اجتماعی و تأثیر غیرمستقیم آن به‌واسطه اجتناب اجتماعی، طرد همسالان و حمایت اجتماعی در افسردگی نوجوانان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱) روش

۱-۱) جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

نمونه پژوهش حاضر، شامل ۹۴۶ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر (تعداد ۴۷۱ دختر و ۴۷۵ پسر) درگروه سنی ۱۴ الی ۱۹ سال مقطع متوسطه شهر تهران می‌باشد.

حجم نمونه بر اساس تعداد متغیرهای مشاهده شده در چهار مدل پیشنهادی پژوهش ۱۰۰۰ نفر تعیین گردید. در پژوهش حاضر تعداد ۱۰۳۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که 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 چندمرحله‌ای بوده است. از مناطق نوزده‌گانه آموزش و پرورش شهر تهران مناطقی از شمال (n=۲۱۲)، جنوب (n=۱۸۵)، شرق (n=۲۱۲)، غرب (n=۱۷۳) ومرکز (n=۱۲۴) به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر منطقه مدارسی در مقطع متوسط به‌طور تصادفی انتخاب شده سپس از هر مدرسه در میان تعداد کلاس‌های موجود هر پایه کلاس‌هایی به‌طور تصادفی انتخاب و دانش‌آموزان هر کلاس به صورت گروهی مورد آزمون قرار گرفتند. درتحلیل نتایج تفاوت جنسیت منظور نشده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

بدین ترتیب نمونه‌ها از بین پنج منطقه آموزش و پرورش و از ۲۰ مدرسه و۴۰ کلاس (۲۰ کلاس دخترانه و۲۰ کلاس پسرانه) انتخاب شدند. دامنه سنی آنان ۱۴ الی ۱۹ سال می‌باشد که در پایه‌های اول، دوم، سوم و یا پیش‌دانشگاهی مشغول به تحصیل بودند.

۲-۱) ابزارهای پژوهش

ابزار به‌کار برده شده برای گردآوری داده‌های پژوهش عبارتند از:

الف) سیاهه افسردگی کودک[1]: 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 بین‌فردی، 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 نمره‌گذاری می‌شوند. هرچه نمره این مقیاس بالاتر باشد نشان‌دهنده شدت افسردگی بالاتری است. کوواکس (Kovacs ,1992) ضریب پایائی این ابزار را ۸۶ درصد گزارش می‌دهد. بندورا و همکاران (Bandura et al, 1999) نیز آلفای کرونباخ ۸۸ درصد و ضریب پایائی ۹۲ درصد را گزارش می‌دهند. این آزمون برای اولین بار توسط پژوهشگر در ایران ترجمه و مورد استفاده قرار گرفت (طهماسیان، ۸۸:۱۳۸۴) و پایائی آزمون از طریق آزمون و بازآزمون ۸۳ درصد به فاصله دو هفته در بین ۴۳ دانش‌آموز تهرانی مقطع متوسطه محاسبه گردید. همچنین برای سنجش روایی این آزمون، همبستگی این آزمون را آزمون افسردگی بک فرم دوم محاسبه گردید که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود.

ب) پرسش‌نامه خوداثرمندی کودکان و نوجوانان[2]: این پرسش‌نامه توسط موریس (Muris, 2002) برای ارزیابی خوداثرمندی کودکان و نوجوانان تهیه شده است که دارای سه خرده‌آزمون در سه حیطه خوداثرمندی اجتماعی، تحصیلی و هیجانی است. خرده آزمون خوداثرمندی اجتماعی شامل هشت ماده اول پرسش‌نامه است که توانمندی ارتباط با

1. Child Depression Inventory-CDI
2. Child Self-Efficacy Questionnaire

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

همسالان، قاطعیت و رسیدن به معیارهای اجتماعی را می‌سنجد و پایائی آن ۷۸ درصد گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایائی آزمون از طریق آزمون ـ بازآزمون به فاصله دو هفته در ۴۳ نفر از دانش‌آموزان تهرانی برابر ۸۷ درصد و آلفای کرونباخ آن ۷۴ درصد محاسبه شد (طهماسیان، ۹۴:۱۳۸۴).

ج) مقیاس اجتناب اجتماعی: مقیاس اجتناب و فشار اجتماعی[1] درسال ۱۹۶۹ به‌وسیله واتسون (Watson) و فرند (Friend)، (آمالی، ۱۳۷۲) به منظور تشخیص و ارزیابی اضطراب اجتماعی ساخته شد. این مقیاس از دو خرده مقیاس اجتناب اجتماعی و فشار اجتماعی تشکیل شده است. خرده‌مقیاس اجتناب اجتماعی دارای ۱۶ ماده است که ارزش گزینه‌ها با نمرات صفر، یک و دو تعیین می‌شوند. آمالی (۱۳۷۲) ضریب پایائی این مقیاس را برابر با ۸۳ درصد محاسبه نموده است. در پژوهش حاضر نیز پایائی آزمون از طریق آزمون ـ بازآزمون به فاصله دو هفته در ۴۳ نفر از دانش‌آموزان تهرانی مقطع دبیرستان برابر با ۹۲ درصد وثبات درونی آن با آلفای کرونباخ ۷۷ درصد محاسبه گردید (طهماسیان، ۹۹:۱۳۸۴).

د) 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 به‌منظور سنجش روایی محتوائی، فهرست استخراج شده مورد ارزیابی قرارگرفته و از میان این فهرست در نهایت ۱۵ ماده انتخاب گردید. پایایی این آزمون از طریق آزمون ـ بازآزمون به فاصله دو هفته در ۴۳ دانش‌آموز تهرانی مقطع دبیرستان برابر با ۹۳ درصد و ثبات درونی آن با آلفای کرونباخ ۹۱ درصد محاسبه گردید (طهماسیان، ۱۰۱:۱۳۸۴).

هـ) پرسش‌نامه حمایت اجتماعی کودکان و نوجوانان: این پرسش‌نامه محقق ساخته است. با توجه به منابع مربوط فهرستی ابتدائی تهیه شده سپس به منظور سنجش روایی محتوائی از طریق گروه متمرکز این فهرست مورد ارزیابی قرارگرفته و در نهایت ۱۹ ماده از میان فهرست انتخاب گردید. پایائی آزمون از طریق آزمون ـ بازآزمون به فاصله دو هفته

1. Social Avoidance and Distress Scale

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

در ۴۳ دانش‌آموز تهرانی مقطع دبیرستان برابر ۷۸ درصد و ثبات درونی آن ۶۵ درصد محاسبه گردید (طهماسیان، ۱۰۲:۱۳۸۴).

داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری لیزرل[1] (Lisrel) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و از طریق روش تحلیل مسیر، مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم از خوداثرمندی اجتماعی به افسردگی نوجوانان مورد آزمون قرارگرفتند.

۲) یافته‌ها

این پژوهش نشان داد که ضریب مسیر تأثیر مستقیم خوداثرمندی اجتماعی در افسردگی نوجوانان برابر ۰/۰۲ بوده که معنی‌دار نمی‌باشد (P<۰/۰۵) اما کلیه مسیرهای غیرمستقیم از خوداثرمندی اجتماعی به افسردگی نوجوانان معنی‌دار مشخص شدند. ضریب مسیر از خوداثرمندی اجتماعی به اجتناب اجتماعی ۰/۵۵- و از اجتناب اجتماعی به افسردگی نوجوانان برابر با ۰/۲۱ و معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۵). همچنین ضریب مسیر از خوداثرمندی اجتماعی به طرد همسالان ۰/۵۹- و از طرد همسالان به افسردگی ۰/۱۳ و معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۵). و در آخر، ضریب مسیر از خوداثرمندی اجتماعی به حمایت اجتماعی ۰/۴۸ و از حمایت اجتماعی به افسردگی ۰/۶- و معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۵). در جدول شماره ۱ ماتریکس کوواریانس متغیرها ارائه می‌گردد.

جدول ۱: ماتریکس کوواریانس متغیرها

	افسردگی	اجتناب اجتماعی	طرد همسالان	حمایت اجتماعی	خوداثرمندی اجتماعی
افسردگی	۱				
اجتناب اجتماعی	۰/۴۲	۱			
طرد همسالان	۰/۴۵	۰/۴۶	۱		
حمایت اجتماعی	-۰/۵۵	-۰/۴۱	-۰/۵۹	۱	
خوداثرمندی اجتماعی	-۰/۳۷	-۰/۵۵	-۰/۵۹	۰/۴۸	۱

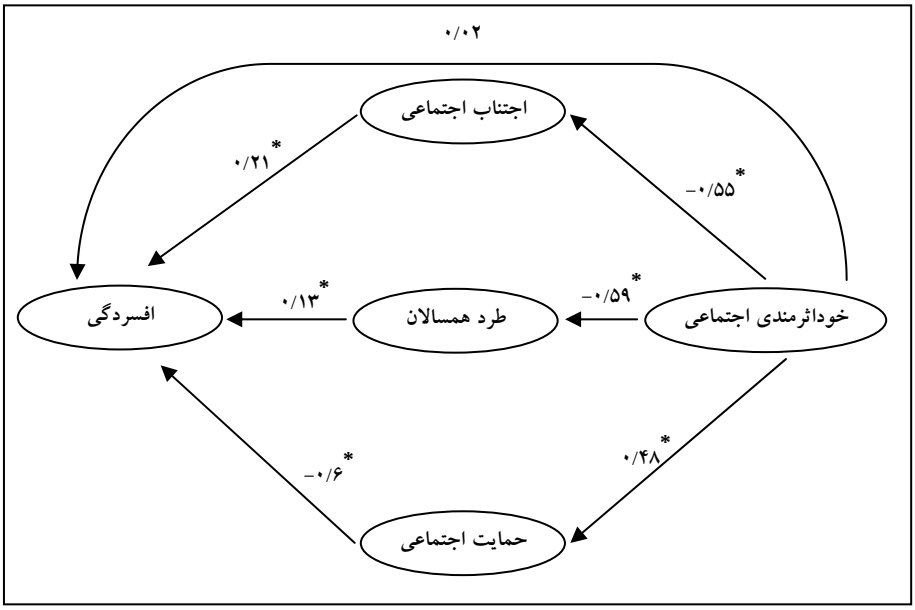
1. Lisrel

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

شکل شمارهٔ ۱ نیز ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم از خوداثرمندی اجتماعی به افسردگی نوجوانان را نشان می‌دهد.

کلیه ضرایب به غیر از ضرایب مسیر مستقیم از خوداثرمندی اجتماعی به افسردگی نوجوانان در سطح (P =۰/۰۵) معنی‌دار می‌باشد.

شکل ۱: تحلیل مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم از خوداثرمندی اجتماعی به افسردگی نوجوانان



کای اسکویر= ۱۸۱/۸۰ درجه آزادی = ۳ ۰/۲۹۴=RMSEA * p<۰/۰۵

در این مدل شاخص برازش هنجارشده (NFI) برابر است با ۰/۹۸؛ شاخص برازش هنجار نشده (NNFI) برابر است با ۰/۶۴؛ شاخص برازش تطبیقی (CFI) برابر است با ۰/۸۹؛ باقیمانده مربع‌های میانگین (RMSR) برابر با ۰/۱۱ و شاخص نیکویی برازش برابر با ۰/۹۰ همراه با کای اسکویر ۱۸۱/۸۰ بوده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

۳) بحث

همان‌گونه که گفته شد در این پژوهش تأثیر مستقیم وغیرمستقیم خوداثرمندی اجتماعی در افسردگی نوجوانان ایرانی مورد بررسی قرارگرفته است. طبق نظر بندورا و همکاران (Bandura et al, 1999:260) یکی از مهم‌ترین مسیرهای افسردگی از طریق خوداثرمندی اجتماعی است. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که خوداثرمندی اجتماعی تأثیر معنی‌دار در افسردگی نوجوانان دارد. اما علی‌رغم یافته‌های بندورا و همکاران (Bandura et al, 1999:267) این تأثیراز طریق مسیرمستقیم معنی‌دار نمی‌باشد؛ که این یافته مطابق با نتایج پژوهش‌های دیگر (Maciejewski et al, 2000; Ehrenberg ,1991) می‌باشد. در مدل ساختاری ارائه شده در این پژوهش تأثیر خوداثرمندی اجتماعی برافسردگی نوجوانان، غیرمستقیم و از طریق اجتناب اجتماعی، طرد همسالان و حمایت اجتماعی است اهرنبرگ (Ehrenberg, 1991:362) وبندورا و همکاران (Bandura et al,1999:260) بیان می‌دارند که یکی از مهم‌ترین مسایل در نوجوانان، کارکردهای اجتماعی آنان است. فرد برای رشد یک ارتباط اجتماعی مثبت که زندگی‌اش را لذت‌بخش می‌نماید، نیازمند یک حس قوی از اثرمندی اجتماعی است. عدم اثرمندی اجتماعی فرد را به سوی رفتارهای اجتنابی و انزوای اجتماعی می‌کشاند و این خود باعث محرومیت نوجوانان از تقویت‌کننده‌های مثبت اجتماعی شده وآنان را به سوی افسردگی می‌کشاند. این مسیر در مدل ساختاری پژوهش حاضر تأیید می‌شود؛ به عبارتی، آزمودنی‌هایی که دارای خوداثرمندی ضعیف بودند، به‌طور معنی‌داری دارای رفتارهای اجتناب اجتماعی بودند که با افسردگی رابطه معنی‌داری دارد.

تأثیر غیرمستقیم دیگری که خوداثرمندی اجتماعی بر افسردگی نوجوانان می‌گذارد از طریق طرد همسالان است. گروه همسالان عاملی مهم در اجتماعی شدن یک نوجوان است و برای مورد پذیرش واقع شدن از طرف همسالان، نوجوان می‌بایست حس قوی از اثرمندی در ارائه مهارت‌های اجتماعی و تحت‌تأثیر قرار دادن دیگران برای ارزیابی مثبت خود داشته باشد. یک حس ضعیف از خوداثرمندی اجتماعی مانع بروز رفتارهای مناسب اجتماعی و در نتیجه طرد همسالان می‌گردد. طرد یا پذیرش همسالان تأثیر معنی‌دار در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

سطح افسردگی نوجوانی دارد (Bandura et al, 1996:1220, Muris, 2002:338). نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که خوداثرمندی اجتماعی ضعیف اثر مثبتی با طرد همسالان داشته و طرد همسالان نیز باعث افسردگی نوجوانان می‌گردد. بنابراین مسیر غیرمستقیم تأثیر خوداثرمندی اجتماعی بر افسردگی نوجوانان به واسطه طرد همسالان نیز تأیید می‌شود.

مسیر سوم از خوداثرمندی اجتماعی به افسردگی نوجوانان از طریق حمایت اجتماعی است که این مسیر نیز مورد تأیید قرارگرفت. در واقع قسمت مهمی از تأثیر خوداثرمندی اجتماعی برافسردگی نوجوانان به واسطه حمایت اجتماعی می‌باشد. نقش حمایت اجتماعی در افسردگی نمایان است. یک شبکه حمایت اجتماعی آسیب‌پذیری فرد را نسبت به استرس‌ها و انواع آسیب‌های روانی واجتماعی کاهش می‌دهد. اما برای داشتن یک شبکه حمایتی نیازمند یک حس قوی از توان‌مندی اجتماعی هست زیرا حمایت اجتماعی ماهیت خودشکل‌گیرنده نداشته و برای ایجاد آن فرد می‌بایست مجهز به یک سری توانمندی‌ها و خوداثرمندی اجتماعی باشد. در این پژوهش نیز نقش خوداثرمندی اجتماعی در ایجاد حمایت اجتماعی و افسردگی مطابق پژوهش بندورا و همکاران (Bandura et al, 1999:268) تأیید می‌گردد.

۴) نتیجه

در سال‌های اخیر مفهوم خود اثرمندی به عنوان یکی از مکانیزم‌های اصلی در سبب‌شناسی، درمان و پیشگیری از عود افسردگی در برنامه‌های پیشگیرانه جای گرفته است و همچنان که در این پژوهش نیز نقش آن در افسردگی نوجوانان تأیید گردید ضروری است به عنوان یکی از اهداف مداخلات درمان در افسردگی مورد توجه روان‌شناسان و روان‌درمان‌گران قرارگیرد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

منابع References

۱. آمالی، شهره. (۱۳۷۲)، **بررسی و مقایسه میزان کارایی روش جرأت‌آموزی و جرأت‌آموزی توأم با بازسازی شناختی بر روی برخی از نوجوانان مضطرب اجتماعی**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، تهران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

۲. طهماسیان، کارینه. (۱۳۸۴)، **مدل‌یابی خوداثرمندی در افسردگی نوجوانان بر مبنای مدل عاملیتی بندورا از افسردگی**، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

3. Bandara, A. (1999), **A Social Cognitive Theory of Personality**, In L. Perving and John(Ed), Handbook of Personality, New York, Guiltord Publications.

4. Bandura, A. (1986), **Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory,** Englewood, NJ: Prentice-Hall.

5. Bandura, A. Barbaranelli, C. Caprara, G. V. Pastorelli, C. (1996), **Multifaceted Impact of Self-efficacy Beliefs on Academic Functioning**, Child Development, 67, 1206-1222.

6. Bandura, A. (1997), **Self-efficacy: The Excercies of Control,** New York, W.H. Freeman & Company.

7. Bandura, A. Pastorelli, C. Caprara, G. V. (1999), **Self-efficacy Pathways to Childhood Depression**, Journal of Personality and Social Psychology**,** 76, 258-269.

8. Clark, D. M. Fairburn, C. G. (1997),**Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy,** New York, Oxford University Press.

9. Ehrenberg, M. F. Cox, D. .N., Koopman, R. F. (1991), **The Relationship between Self-efficacy and Depression in Adolescents. Adolescence,** 26, 361-374.

10. Harrington, R. (1993),**Depressive Disorder in Childhood and Adolescence,** New York, John wiley Sons.

11. Hawton, K. Salkovskis. P.M. Kirk, J. and Clark, D. M. (1990), **Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems**, New York, Oxford University Press.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

References منابع

12. Kovacs, M. (1992), **Child Depression Inventory**, New York, Multi Health Systems, Inc.
13. Lewinsohn, P. M. Clarke, G. N. Hops, H. Andrews, J. (1990), **Cognitive-Behavioral Treatment for Depressed Adolescents**, Behavior Therapy, 21, 385-401.
14. Maciejewski, P. K. Prigerson, H. G. Mazure, C. M. (2000), **Self-efficacy as a Mediator between Stressful Life Events and Depressive Symptoms**, The British Journal of Psychiatry, 176,373-378.
15. Muris, P. Schmidt, H. Lambrichs, R. Meesters, C. (2001), **Protective and Vulnerability Factors of Depression in Normal Adolescents,** Behavior Research and Therapy, 39, 555-565.
16. 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.
17. Peterson, A.C. Compas, B. E. Brooks-Gunn, J. Stemmlet, M.E.S. Grant, K.E. (1993), **Depression in Adolescence**, American Psychologist**,** 48, 155-168.
18. Richardson, E. D. (1999), **Adventure Based Therapy and Self Efficacy Theory: Test of a Treatment Model for Late Adolescents With Depressive symptomatology**, Dissertation of Virginia Polytechnic Institute and State University.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]