

اثر حمایت اجتماعی، استرس تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی بر سلامت روانی - جسمانی

Role of social support, academic stress and academic self-efficacy on mental and physical health

Khadijeh Fooladvand, M.A.

Valiollah Farzad, Ph.D

Mehrnaz Shahraray, Ph.D.

Ali Akbar Sangari, M.A.

خدیدجه فولادوند *

دکتر ولی‌اله فرزاد **

دکتر مهرناز شهرآرای **

علی اکبر سنگری ***

چکیده

هدف اصلی این پژوهش بررسی روابط بین حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، استرس تحصیلی و سلامت روانی - جسمانی بود که در قالب یک مدل پیشنهادی به روش تحلیل معادلات ساختاری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سیصد و بیست دانشجو (۱۸۸ دختر، ۱۳۲ پسر) در این پژوهش شرکت داشتند. از دانشجویان خواسته شد به پرسشنامه‌های خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان (CASEA؛ اُون و فرانمن، ۱۹۸۸)، مقیاس حمایت اجتماعی (SSA؛ ثامتی، نجاریان و شکرکن، ۱۳۷۶)، پرسشنامه استرس‌زاهای دانشجویی (SSQ؛ پولادی ری شهری، ۱۳۷۴) و پرسشنامه سلامت روانی - جسمانی (SF-36؛ ویر، ۱۹۹۶) پاسخ دهند. نتایج این پژوهش نشان داد که سطوح بالاتر سلامت روانی و جسمانی از طریق نمرات بالاتر حمایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی و نمرات پایین‌تر استرس تحصیلی پیش‌بینی می‌شود. همچنین، رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی - جسمانی از طریق خودکارآمدی تحصیلی و استرس تحصیلی و رابطه بین خودکارآمدی تحصیلی و سلامت روانی - جسمانی از طریق استرس تحصیلی میانجی‌گری می‌شود. تمام روابط بین متغیرها نیز از نظر آماری معنادار بوده و متغیرهای پیش‌بین مدلی، ۰/۱۹ از واریانس سلامت روانی و جسمانی را تبیین کردند.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، استرس تحصیلی، سلامت روانی - جسمانی

Abstract

This study was aimed to investigate the direct and indirect effect of social support on mental and physical health which was analyzed according to a structural equation modeling method in a propositional model. The target populations of this research were undergraduate students of Tarbiat Moallem University. Three hundred and twenty students (188 females, 132 males) were included in this study who were selected using multi-stage cluster sampling method. All students were asked to complete College Academic Self-efficacy Scale (CASEA, Owen & Fronman, 1988), Social Support Inventory (SSA, Sameti, Najarian & Shokrkon, 1997), Students Stressors Questionnaire (SSQ, Pooladyereyshahri, 1995) and Mental and Physical Health Questionnaire (SF-36 Version 2, Ware, 1996). The results of this study revealed that a higher level of mental and physical health was accompanied with both by higher level of social support and academic self-efficacy, and low level of academic stress. Also, relationship between social support and mental and physical health was mediated by academic self-efficacy and academic stress. The relationship between academic self-efficacy and mental and physical health was mediated by academic stress. All of the relations between the variables were statistically significant, and model's predictors' variables accounted for 0.194 of the mental and physical health variance. Results and implications are discussed.

Keywords: social support, academic self-efficacy, academic stress, mental-physical health

kfooladvand@yahoo.com

* کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران

** عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت معلم تهران

*** کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی دانشگاه تربیت معلم تهران

مقدمه

می‌تواند اثر حفاظتی داشته باشد (استین و لاروز^{۱۳}، ۲۰۰۵؛ مارینو و همکاران، ۲۰۰۸؛ مینینگ و فوسیلیر^{۱۴}، ۱۹۹۹؛ هولاند و هولاهان^{۱۵}، ۲۰۰۳). حمایت اجتماعی می‌تواند استرس را از طریق صمیمیت و نزدیکی اجتماعی، کاهش دهد و از این راه به عنوان یک ضربه‌گیر (سپر) عمل کند؛ اگر چه حمایت اجتماعی افراطی می‌تواند ظرفیت‌های کنار آمدن افراد را کاهش دهد (بینایت و بندورا^{۱۶}، ۲۰۰۴).

طبق مدل اثر اصلی، حمایت اجتماعی از طریق فراهم کردن تجارب مثبت و حس خودارزشی و ثبات در زندگی اجتماعی فرد، اثر سودمندی دارد. در این مدل، فرض بر این است که فقدان حمایت اجتماعی، باعث ایجاد استرس می‌شود. این مدل، بیان می‌کند حمایت اجتماعی باعث به وجود آمدن حمایت‌های مثبت برای افراد می‌شود و از این طریق با سلامت ارتباط برقرار می‌کند. در مجموع، طبق این مدل، حمایت اجتماعی به دلیل تأثیر مثبت، احساس پیش‌بینی‌پذیری، ثبات در موقعیت زندگی و ترفیع ارزش خویش بر سلامت فرد اثر می‌گذارد (کارادیماس، ۲۰۰۶؛ مارینو و همکاران، ۲۰۰۸؛ یاپ و دیویلی^{۱۷}، ۲۰۰۴). مدل اثر میانجی، حمایت اجتماعی را به عنوان متغیری که به طور غیرمستقیم (برای مثال از طریق خودکارآمدی) بر سلامت اثر می‌گذارد، در نظر می‌گیرد. طبق مدل اثر میانجی، ارتباطات اجتماعی به طور غیرمستقیم از طریق: ۱. تقویت مثبت انجام تکلیف؛ ۲. فراهم کردن تجارب جانشینی و یادگیری مشاهده‌ای از طریق الگوگیری نقش؛ ۳. فراهم کردن فرصت‌هایی برای مقایسه‌های اجتماعی؛ ۴. آموزش راهبردهای کنارآمدن و تفسیر مثبت فرد راجع به توانایی‌اش؛ ۵. تفسیر مثبت برانگیختگی هیجانی و ۶. تشویق بازسازی شناختی از طریق راهنمایی مشارکتی، بر سلامت اثر می‌گذارند (آئو و همکاران، ۲۰۰۹؛ بینایت و بندورا، ۲۰۰۴؛ دنیس، ۲۰۰۳؛ سالتزمن و هولاهان^{۱۸}، ۲۰۰۲).

مدل قانون‌نگر^{۱۸} استرس فرض می‌کند، بافت ویژگی‌هایی دارد که بر ادراک استرس اثر می‌گذارد. رویکردهای عمده در پژوهش استرس نیز، حمایت اجتماعی را به عنوان عاملی که مانع اثر منفی استرس بر سلامت روان‌شناختی می‌شود، در نظر گرفته‌اند

یکی از منابع سلامت روانی و جسمانی، برقراری ارتباطات اجتماعی رضایت‌بخش است. افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، مرگ و میر کمتر، خطر کمتر برای مبتلا شدن به آشفتگی روان‌شناختی و اختلال روانپزشکی دارند و از سلامت روانی و جسمانی بهتری برخوردارند (دنيس، ۲۰۰۳؛ سولبرگ و توريس^۲، ۲۰۰۱؛ کارادیماس^۳، ۲۰۰۶؛ مارینو، سیری، رائو و الکسوپولوس^۴، ۲۰۰۸؛ یاپ و دیویلی^۵، ۲۰۰۴). تحقیقات نشان می‌دهند حمایت اجتماعی، می‌تواند بر سلامت (روانی و جسمانی) اثر مستقیم و غیرمستقیم داشته باشد (کارادیماس و کالانتزی^۶، ۲۰۰۴؛ جنکوز^۷، ۲۰۰۴). همچنین حمایت اجتماعی می‌تواند باعث افزایش خودکارآمدی تحصیلی و کاهش استرس تحصیلی شود (کارادیماس، ۲۰۰۶).

مدل سنتی حمایت اجتماعی، سه مدل اثر ضربه‌گیر (سپر)^۸، مدل اثر اصلی^۹ و مدل میانجی^{۱۰} را شامل می‌شود. مدل اثر ضربه‌گیر فرض می‌کند حمایت اجتماعی از افراد در برابر تجارب استرس‌زا حمایت می‌کند. ضربه‌گیر کردن استرس، باعث کاهش اثرات منفی استرس بر سلامت می‌شود. در واقع، حمایت اجتماعی باعث پیشگیری یا تقلیل عوامل استرس‌زا از طریق تدارک منابع بهتر برای مقابله با استرس می‌شود. همچنین، حمایت اجتماعی از طریق بهبود و ترغیب رفتارهای سالم، اثر استرس را کاهش می‌دهد (آئو، لای و لائو^{۱۱}، ۲۰۰۹؛ کارادیماس و کالانتزی، ۲۰۰۴؛ یاپ و دیویلی، ۲۰۰۴؛ یانگ و فارن^{۱۲}، ۲۰۰۵). مدل ضربه‌گیری مطرح می‌کند حضور عوامل موقعیتی (برای مثال حمایت اجتماعی، همدلی دیگران) یا ویژگی‌های شخصیتی خاص (برای مثال اجتماعی بودن) می‌تواند منجر به کاهش اثرات منفی ناشی از استرس، شود. نکته دیگر این‌که حمایت اجتماعی، در مقابل بیماری‌هایی که به وسیله استرس به وجود می‌آیند،

13. Eastin, M., & Larose, R.
14. Manning, M., & Fusilier, M.
15. Holland, K. D., & Holahan, C. K.
16. Benight, C., & Bandura, A.
17. Saltzman, K. M., & Holahan, C. J
18. nomothetic model

1. Dennis, C.
2. Solberg, S., & Torres, J.
3. Karademas, E.
4. Marino, P., Sirey, J. A., Raue, P., & Alexopoulos, G.
5. Yap, M., & Devily, G.
6. Kalantzi, A.
7. Gencoz, T.
8. buffering effect model
9. main effect model
10. mediating model
11. Au, A., Lai, M., & Lau, K. M.
12. Yang, H., & Farn, C.

(دیرکزوآگر، هنک و پلوگ^۱، ۲۰۰۳)، چرا که وقتی استرس را در اثر رویدادی در زندگی مان تجربه کنیم، باعث به وجود آمدن پاسخ‌های هیجانی، شناختی، رفتاری و جسمانی ما به آن رویداد می‌شود (کاسیدی^۲، ۱۹۹۹). همچنین، از نظر هوبفول، مونیر و دوناهو^۳ (۱۹۹۵)، به نقل از یاپ و دیویلی، (۲۰۰۴)، افراد به طور فطری برانگیخته می‌شوند، تا منابع فردی و اجتماعی‌شان را حفظ کنند و وقتی این منابع تهدید شوند یا کاهش یابند، استرس را تجربه می‌کنند.

یکی از متغیرهای دیگر که بر وضعیت سلامت (روانی و جسمانی) فرد اثر می‌گذارد، خودکارآمدی^۴ است. خودکارآمدی از نظر بندورا، بنیادی‌ترین سازوکار ضروری انسان برای اداره و کنترل حوادثی است که بر زندگی او اثر می‌گذارند (زیمرن و کیتسانتاس^۵، ۲۰۰۵). در حالی که خودکارآمدی بالا با سلامت بهتر ارتباط دارد (دنيس، ۲۰۰۳)، خودکارآمدی پایین با نشانه‌های اضطراب، افسردگی و نشانه‌های روان‌تنی بالا ارتباط دارد (بینایت و بندورا، ۲۰۰۴). وگا، میراندا و هوق^۶ (۱۹۸۵) نقل از سولبرگ، ابرین، ویلارل، کنیل و دیویس^۷ (۱۹۹۳) مطرح کردند خودکارآمدی نقش مهمی به عنوان یک سازوکار در تسهیل سلامت روانی دارد. خودکارآمدی به عنوان یک میانجی، سازگاری دانشجویانی که استرس را تجربه می‌کنند، تسهیل می‌نماید. اعتقاد دانشجویان راجع به کارآمد بودن خود، هم بر مدیریت و تنظیم خواسته‌های تکلیف تحصیلی و هم از نظر هیجانی - با کاهش استرس - بر آن‌ها اثر می‌گذارد (بندورا، ۱۹۷۷؛ نقل از زیمرن، ۲۰۰۰).

خودکارآمدی تحصیلی به قضاوت فرد راجع به توانایی‌اش برای سازمان و انجام انواع تکالیف آموزشی طرح شده، گفته می‌شود. افراد با خودکارآمدی تحصیلی بالا در مقایسه با دانشجویان با خودکارآمدی تحصیلی پایین‌تر، اطمینان بیشتری دارند که بتوانند تکالیف آموزشی را انجام دهند. سطوح بالای خودکارآمدی تحصیلی، منجر به میانگین نمرات بالاتر و پایداری برای تکمیل تکالیف می‌شود. دانشجویان با کارآمدی تحصیلی بالا، عملکرد و سازگاری تحصیلی بهتری نیز دارند. از سوی دیگر، کارآمدی

تحصیلی، به دانشجویان در موقعیت‌های استرس‌زا کمک می‌کند. دانشجویان با خودکارآمدی تحصیلی بالاتر، مشکلات سازگاری و اضطراب کمتری دارند و قادر به مواجهه مؤثرتر با استرس‌زاهای تحصیلی هستند (بندورا، ۱۹۹۷؛ به نقل از بینایت و بندورا، ۲۰۰۴). خودکارآمدی نه تنها بر چگونگی سازماندهی تهدیدها اثر می‌گذارد، بلکه بر سازگاری افراد با آن‌ها نیز اثر می‌گذارد. خودکارآمدی بالا، باعث کاهش آشفتگی در مقابل حوادث استرس‌زا می‌شود (بینایت و بندورا، ۲۰۰۴؛ مارینو و همکاران، ۲۰۰۸).

استرس تحصیلی بر سلامت روانی - جسمانی دانشجویان و توانایی‌شان برای انجام مؤثر تکالیف درسی اثر می‌گذارد (آکان و کیاروچی^۸، ۲۰۰۳). سطوح بالای استرس، منجر به نتایج روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی منفی مثل خواب کم، ضعف نظام ایمنی و بیماری می‌شود (سولبرگ و توریس، ۲۰۰۱). مدل فرآیند استرس نیز بر سطوح چندگانه حمایت اجتماعی و استرس در سطح فرد، خانواده و جامعه تمرکز می‌کند و سعی در پیش‌بینی سلامت روانی دارد؛ بر اساس این مدل استرس‌زاهای اولیه و ثانویه و سلامت روانی، تحت تأثیر حمایت اجتماعی قرار می‌گیرند (کترندال و پارچمن^۹، ۲۰۰۲).

آنچه روشن به نظر می‌رسد، یکی از جهت‌گیری‌های عمده و مهم روان‌شناسی امروز، به سمت پیش‌گیری از بروز بیماری‌های روانی - جسمانی و حفظ سلامت است، چرا که از فواید این امر، کاهش هزینه‌های انسانی و مادی خواهد بود. پیدایش گرایشی نو در روان‌شناسی امروز با عنوان روان‌شناسی سلامت، انجام تحقیقاتی گسترده و انتشار مقالات و کتاب‌ها در این زمینه در خارج کشور، مؤید این امر است. با توجه به رشد روزافزون دانشجویان ایرانی در دانشگاه‌ها، چنانچه بتوان عوامل مؤثر بر سلامت روانی - جسمانی آن‌ها را شناسایی کرد، می‌توان از نتایج آن در بهبود برنامه‌ریزی‌های خرد و کلان آموزشی، اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی به منظور ارتقاء سلامت روانی - جسمانی و پیشگیری از بیماری‌ها در دانشجویان ایرانی، سود برد. به علاوه، آنچه انجام این پژوهش را مهم و ضروری نشان می‌دهد این است که اگرچه در مطالعات پیشین روابط این متغیرها بررسی شده است (برای مثال آثو و همکاران، ۲۰۰۹؛ بینایت و بندورا، ۲۰۰۴؛ دنيس، ۲۰۰۳؛ مارینو و همکاران، ۲۰۰۸)، اما این پژوهش، روابط این متغیرها را در چهارچوب یک مدل پیشنهادی بررسی کرده

8. Akan, S., & Ciarrochi, J.

9. Katerndahl, D., & Parchman, M.

1. Dirkzwager, A., Henk, B., & Ploeg, V.

2. Cassidy, T.

3. Hobfoll, B., Monnier, H., & Dunahoo, L.

4. self-efficacy

5. Zimmerman, B., & Kitsantas, A.

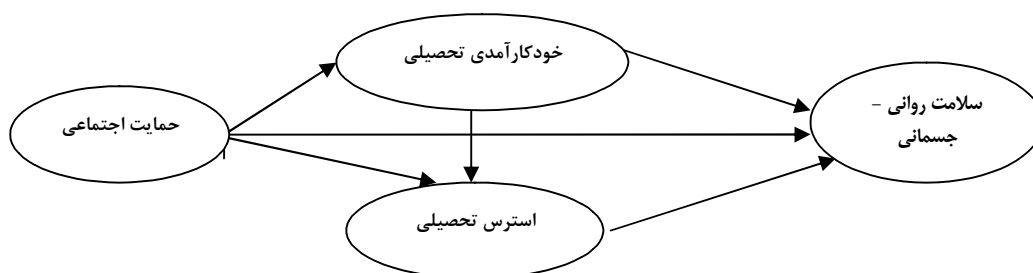
6. Vega, W., Miranda, M. R., & Hough, R. L.

7. Solberg, S., O'Brien, K., Villareal, P., Kannel, R., & Davis, B.

است و از این طریق، روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مورد مطالعه را مورد توجه قرار داده است. همچنین پژوهش حاضر، واریانس هر یک از متغیرهای مستقل پژوهش در تبیین سلامت روانی و جسمانی را مورد نظر قرار داده است. این اهداف با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری محقق شد. مدل‌یابی معادله ساختاری یک تکنیک نیرومند تحلیل چندمتغیری است. این تکنیک که تحلیل چندمتغیری با متغیرهای مکنون، مدل‌یابی علی و تحلیل ساختار کوواریانس نیز نامیده شده، یکی از پیشرفت‌های متدولوژیکی نویدبخش در علوم رفتاری است که کاربرد داده‌های همبستگی، آزمایشی و غیرآزمایشی را برای تعیین میزان موجه بودن مدل‌های نظری در یک جامعه به خصوص امکان‌پذیر می‌سازد (هومن، ۱۳۸۵).

مدلی (نمودار ۱) که این تحقیق به آن پرداخته است، بر اساس پژوهش‌های مرتبط (برای مثال آئو و همکاران، ۲۰۰۹؛

کارادیماس، ۲۰۰۶؛ مارینو و همکاران، ۲۰۰۸) و نظریه‌هایی چون نظریه شناختی- اجتماعی بندورا، ارائه گردید و ۴ متغیر دارد. این چهار متغیر عبارتند از: حمایت اجتماعی به عنوان متغیر مستقل برون‌زا؛ خودکارآمدی تحصیلی و استرس تحصیلی به عنوان متغیرهای مستقل درون‌زا؛ سلامت (روانی- جسمانی) به عنوان متغیر وابسته درون‌زا. فرضیه‌های این پژوهش به شرح زیر بررسی شدند: فرضیه اول: حمایت اجتماعی بر سلامت روانی- جسمانی اثر مستقیم و غیرمستقیم دارد؛ فرضیه دوم: حمایت اجتماعی بر استرس تحصیلی اثر مستقیم و غیرمستقیم دارد؛ فرضیه سوم: حمایت اجتماعی بر خودکارآمدی تحصیلی اثر مستقیم دارد؛ فرضیه چهارم: خودکارآمدی تحصیلی بر سلامت روانی- جسمانی اثر مستقیم و غیرمستقیم دارد؛ فرضیه پنجم: خودکارآمدی تحصیلی بر استرس تحصیلی اثر مستقیم دارد؛ فرضیه ششم: استرس تحصیلی بر سلامت روانی- جسمانی اثر مستقیم دارد.



نمودار ۱- مدل پیشنهادی رابطه بین حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، استرس تحصیلی و سلامت روانی - جسمانی

در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ مشغول به تحصیل بودند، جامعه آماری این پژوهش را شامل می‌شوند. کلیه دانشجویان کارشناسی روزانه دانشگاه تربیت معلم در سال تحصیلی ۸۶-۸۵، ۳۱۵۳ نفر بودند. ۳۲۰ دانشجو از طریق روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای خوشه‌ای، انتخاب شدند (۱۸۸ دختر، ۱۳۲ پسر). دانشجویان رشته‌های مختلف تحصیلی دانشکده‌های علوم انسانی و علوم پایه در این پژوهش شرکت کردند. بر پایه پیشنهاد استیونس^۱ (۱۹۹۶؛ به نقل از هومن، ۱۳۸۴) در نظر گرفتن حداقل پانزده

بر اساس آن‌چه گفته شد، پژوهش حاضر در پی آن بود که روابط بین حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، استرس تحصیلی و سلامت روانی- جسمانی دانشجویان را بررسی کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: کلیه دانشجویان کارشناسی روزانه دانشگاه تربیت معلم که

1. Stevens, J.

تحصیلی ۳۳ سؤال دارد و بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. برای پاسخ دادن به سؤال‌ها، دانشجویان باید یکی از حروف الف، ب، ج، د، ه (که بر اساس پیوستار اعتماد بالا تا پایین - برای انجام کارهای فوق الذکر - مرتب شده است)، را با کشیدن یک دایره، مشخص کنند. اُون و فرانمن (۱۹۸۸) برای بررسی پایایی پرسشنامه مزبور، آن را روی ۸۸ دانشجو اجرا کردند و پایایی این مقیاس را با انجام روش بازآزمایی به فاصله ۸ هفته ۰/۹۰ به دست آوردند (به نقل از تریواتان، ۲۰۰۲). روایی همزمان پرسشنامه مزبور با استفاده از دو ملاک فراوانی انجام هر تکلیف و لذت بردن از هر تکلیف به دست آمده است، که هر کدام به وسیله نظریه خودکارآمدی مطرح شده‌اند (اُون و فرانمن، ۱۹۸۸؛ به نقل از تریواتان، ۲۰۰۲). چوی^۹ (۲۰۰۵) همسانی درونی پرسشنامه را ۰/۹۳ گزارش کرده است. نتایج پژوهش آیی‌کو^{۱۰} (۲۰۰۵) نیز برای بررسی روایی همزمان پرسشنامه مزبور نشان داد، پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان اُون و فرانمن (۱۹۸۸) همبستگی مثبت نسبتاً بالایی (۰/۷۷) با پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی سولبرگ و همکاران (۱۹۹۳) دارد. در اعتباریابی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان در مورد نمونه‌ای از دانشجویان، مشخصه‌های روان‌سنجی به شرح زیر گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد سؤال‌های CASE بر حول یک عامل قرار دارند. ضریب همبستگی خودکارآمدی تحصیلی و استرس‌زاهای دانشجویی، ۰/۷۴- بود ($P < ۰/۰۰۱$) که نشان‌دهنده روایی افتراقی CASE بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان نیز نشان‌دهنده برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌ها بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مزبور ۰/۹۱ به دست آمد (فولادوند، فرزاد، شهرآرای و سنگری، تحت داوری).

پرسشنامه استرس‌زاهای دانشجویی (SSQ) "پولادی ری شهری (۱۳۷۴): پرسشنامه استرس‌زاهای دانشجویی توسط پولادی ری شهری (۱۳۷۴؛ به نقل از ثامتی، ۱۳۷۶)، به وسیله روش آماری تحلیل عامل ساخته شده است. این پرسشنامه ۵۴ سؤال و ۴ مقیاس فرعی دارد. مقیاس‌های فرعی عبارتند از: ۱. استرس‌زاهای مربوط به شرایط تحصیلی (۱۵ سؤال)؛ ۲. استرس‌زاهای مربوط به محیط آموزشی (۱۵ سؤال)؛

نفر برای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش کمترین مجزورات استاندارد، یک قاعده خوب به شمار می‌آید. چون مدل معادلات ساختاری در برخی جنبه‌ها با رگرسیون چندمتغیری ارتباط دارد، تعداد ۱۵ نفر به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده در مدل معادلات ساختاری غیرمنطقی نیست. همچنین هر متغیر اندازه‌گیری شده در تحلیل، دست‌کم دارای یک ضریب مسیر و یک خطا یا برآورد واریانس است، بر این اساس، توصیه استیونس با حداقل ۱۵ نفر به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده، منطقی است. ۳۲۰ دانشجوی انتخاب شده، پس از ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش و جلب همکاری آن‌ها به پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان (CASE)، پرسشنامه عوامل استرس‌زای دانشجویی (SSQ)، مقیاس حمایت اجتماعی (SSI) و پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سؤالی (Version 2) SF-36 پاسخ دادند. میانگین سنی کل دانشجویان ۲۱ سال ($sd=2/96$)، میانگین سن دانشجویان دختر ۲۱/۴ ($sd=2/12$) و میانگین سن دانشجویان پسر ۲۰/۲ ($sd=2/2$) بود. در این پژوهش به دلیل وجود بیش از دو متغیر و استفاده از یک مدل پیشنهادی در مورد روابط بین متغیرها، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهشی، از مدل معادلات ساختاری استفاده شده است. از روش حداکثر احتمال برای برآورد مدل و از شاخص مجذور خی^۱ (X^2)، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی (X^2/df)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی^۳ (AGFI)، باقیمانده مجذور میانگین^۴ (SRMR) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب^۵ (RMSEA) برای برازش مدل استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی (CASE) اُون و فرانمن^۶ (۱۹۸۸): به نقل از تریواتان^۸، (۲۰۰۲): این پرسشنامه برای اندازه‌گیری اعتقادات خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان تهیه شده است. پرسشنامه خودکارآمدی

1. Chi Square
2. Goodness of Fit Index
3. Adjusted Goodness of Fit Index
4. Root Mean Square Residual
5. Root Mean Square Error of Approximation
6. College Academic Self-Efficacy
7. Owen, S. V., & Fronman, R. D.
8. Trevathan, V. L.

9. Choi, N.

10. Ayiku, T. Q.

11. Student Stressors Questionnaire

پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سؤالی (SF-36 (Version 2)^۲ ویر ۳ (۱۹۹۶، به نقل از ویر، ۲۰۰۰): دو عامل سلامت روانی و جسمانی را از طریق ۸ مقیاس می‌سنجد (کارکرد جسمانی^۴، نقش جسمانی^۵، درد بدنی^۶، سلامت عمومی^۷، سرزندگی^۸، کارکرد اجتماعی^۹، نقش هیجانی^{۱۰} و سلامت روانی^{۱۱}). مدل اندازه‌گیری مقیاس‌های SF-36 (V2) سه سطح دارد: سؤال‌ها، ۸ مقیاس، و ۲ مؤلفه (PCS^{۱۲} و MCS^{۱۳}). برای هر مقیاس باید نمره‌های سؤال‌های هر مقیاس با استفاده از طیف لیکرت (بسته به تعداد گزینه‌های سؤال‌ها) کدگذاری شده، جمع شوند و به طیفی از ۱۰۰-۰ تبدیل شوند. سپس بر اساس میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰، نمره استاندارد فرد در هر مقیاس با فرمول ذیل محاسبه می‌شود:

نمره هر فرد در طیف ۱۰۰-۰ = {۵۰ + ۱۰ (انحراف استاندارد/میانگین) -

پایایی ۸ مقیاس و دو مؤلفه SF-36(V2) با استفاده از روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی محاسبه شده است. اکثر مطالعات (در بیشتر از ۲۵ مطالعه) نشان‌دهنده ضریب پایایی بالاتر از ۰/۸۰ هستند. در یک مرور بر ۱۵ مطالعه منتشر شده، روشن شد میانگین ضریب پایایی برای ۸ مقیاس مساوی یا بیشتر از ۰/۸۰ بوده است، به استثنای کارکرد اجتماعی که میانگین آن در مطالعات ۰/۷۶ بوده است. به علاوه پایایی ۰/۹۳ برای مقیاس سلامت روانی گزارش شده است (ویر، ۲۰۰۰).

مطالعات مربوط به روایی محتوا، همزمان^{۱۴}، ملاک^{۱۵} و سازه^{۱۶}، نشان‌دهنده روایی این پرسشنامه هستند (برای مثال آزن، پالمر، کارلسون،

۳. استرس‌زاهای مربوط به فارغ التحصیلی (۱۲ سؤال)؛
۴. استرس‌زاهای مربوط به محیط خوابگاه (۱۲ سؤال). ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب پایایی عامل اول ۰/۸۴، عامل دوم ۰/۸۳، عامل سوم ۰/۷۹، عامل چهارم ۰/۷۴ و کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمده است. ضریب روایی مقیاس استرس‌زاهای دانشجویی با مقیاس اضطراب ANQ (نجاریان، عطاری و مکوندی، ۱۳۷۴؛ به نقل از ثامتی، ۱۳۷۶)، ۰/۱۷ بوده که در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار است. پیوستار پاسخ‌ها در مقیاس ۵۴ ماده‌ای استرس‌زاهای دانشجویی بر پایه طیف هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات رتبه‌بندی شده و به ترتیب نمره‌های صفر، یک، دو و سه به هر پاسخ اختصاص یافته است (ثامتی، ۱۳۷۶).

مقیاس حمایت اجتماعی (SSI): این پرسشنامه توسط ثامتی، نجاریان و شکرکن (۱۳۷۶) ساخته و تحلیل عامل شده است و ۲۸ سؤال دارد که دو عامل، خانواده (۱۵ سؤال) - SSI1 و دوستان (۱۳ سؤال) - SSI2 را می‌سنجد. پیوستار پاسخ‌ها در مقیاس ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه حمایت اجتماعی ثامتی و همکاران (۱۳۷۶) بر پایه طیف "نادرست" و "درست" رتبه‌بندی می‌شود و به ترتیب نمره‌های صفر و یک به هر پاسخ اختصاص می‌یابد. در پژوهش ثامتی و همکاران (۱۳۷۶)، برای سنجش پایایی مقیاس SSI از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی استفاده شده است. در بازآزمایی، ضرایب همبستگی کل مقیاس SSI، ۰/۷۳؛ عامل SSI1، ۰/۷۳ و عامل SSI2، ۰/۶۸ بوده است. همسانی درونی SSI، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس SSI، ۰/۸۳، برای عامل SSI1، ۰/۶۳ و برای عامل SSI2، ۰/۹۳، به دست آمده است.

به منظور بررسی روایی مقیاس SSI از مقیاس حمایت اجتماعی (فلمینگ و همکاران، ۱۹۸۲؛ نقل از ثامتی و همکاران، ۱۳۷۶) استفاده شده است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس SSI و مقیاس FSSI، ۰/۷۰ بوده است. همبستگی بین نمره‌های عامل SSI1 و SSI2 با مقیاس FSSI به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۶ به دست آمده است.

2. Short Form
3. Ware, J.
4. physical functioning
5. role-physical
6. bodily pain
7. general health
8. vitality
9. social functioning
10. role-emotional
11. mental health
12. physical component summary
13. mental component summary
14. concurrent
15. criterion
16. construct

1. Social Support Inventory

مندل، چری، فانچیانگ، جکسون و کلارک^۱، ۱۹۹۹؛ تومبو، فنگ، بویی، سو، تیو و فونگ^۲، ۲۰۰۰؛ فرانک، مورفی، میشل^۳، پالمر و آزن، ۱۹۹۹؛ نگومتزر، سورکین، منگیون، گاندک و هیز^۴، ۲۰۰۸). روایی هر کدام از ۸ مقیاس و ۲ مؤلفه، نشان داده است این دو مؤلفه از هم متفاوت هستند، همان طور که مطالعات تحلیل عاملی مربوط به روایی سازه نیز این مسأله را نشان می دهد. مقیاس های سلامت روانی، نقش هیجانی و کارکرد اجتماعی روایی بیشتری برای اندازه گیری عامل سلامت روانی دارند، همچنین مقیاس های کارکرد جسمانی، نقش جسمانی و درد بدنی در اندازه گیری عامل سلامت جسمانی از روایی بیشتری برخوردارند؛ این موضوع در مطالعات طولی و فرهنگی نیز مورد تأیید قرار گرفته است (ویر، ۲۰۰۰).

ویژگی های روان سنجی فرم فارسی پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سؤالی سلامت روانی و جسمانی در یک مطالعه مقدماتی مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است. در این پژوهش، نتایج تحلیل عامل اکتشافی نشان داد دو مؤلفه سلامت روانی و جسمانی از هم متفاوتند. نتایج تحلیل ۷ مقیاس را نشان داد. دو

سؤال مربوط به مقیاس کارکرد اجتماعی زیرمقیاس سلامت روانی قرار گرفت. ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب پایایی عامل سلامت روانی ۰/۹۳، سلامت جسمانی ۰/۸۶ و ضریب پایایی برای مقیاس های مربوط به عامل های سلامت روانی و جسمانی: سرزندگی (۰/۷۸)، نقش هیجانی (۰/۸۷)، سلامت روانی (۰/۸۵)، کارکرد جسمانی (۰/۸۱)، نقش جسمانی (۰/۸۵)، درد بدنی (۰/۷۲) و سلامت عمومی (۰/۷۵) به دست آمد (فولادوند، فرزاد، شهرآرای و سنگری، ۱۳۸۸).

یافته ها

جدول ۱ مشخصه های آماری آزمودنی ها را بر حسب نمره های حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، استرس تحصیلی و سلامت روانی- جسمانی به تفکیک در مورد دانشجویان پسر و دختر نشان می دهد. نتایج ماتریس همبستگی بین حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، استرس تحصیلی و سلامت روانی- جسمانی دانشجویان در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره های حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، استرس تحصیلی و سلامت روانی - جسمانی دانشجویان

متغیرهای نهفته		دانشجویان پسر		دانشجویان دختر	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۱۷	۶/۶۷	۱۹		۷/۲۰	
۴۲/۴۳	۱۵/۹۷	۴۰/۵		۱۵/۱۸	
۶۳/۴۵	۸/۳۷	۶۴		۹/۰۲	
۳۸/۳۴	۸/۵۶	۴۰/۳۹		۸/۸۷	
حمایت اجتماعی					
خودکارآمدی تحصیلی					
استرس تحصیلی					
سلامت روانی - جسمانی					

1. Azen, S., Palmer, J., Carlson, M., Mandel, D., Cherry, B., Fanchiang, S., Jackson, J., & Clark, F.
2. Thumboo, J., Feng, P., Boey, M., Soh, C., Thio, S., & Fong, K.
3. Frank, L. J., Murphy, S. T., Michel, V.,
4. Ngo-Metzer, Q., Sorkin, D., Mangione, C., Gandek, B., & Hays, R.

جدول ۲- نتایج ماتریس همبستگی بین حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، استرس تحصیلی

و سلامت روانی - جسمانی دانشجویان				
متغیرهای نهفته	خودکارآمدی تحصیلی	استرس تحصیلی	سلامت روانی و جسمانی	حمایت اجتماعی
خودکارآمدی تحصیلی	۱			
استرس تحصیلی	۰/۳*	۱		
سلامت روانی - جسمانی	۰/۳*	۰/۳۱*	۱	
حمایت اجتماعی	۰/۳۴*	۰/۳۴*	۰/۴۱*	۱

* $P < 0.01$

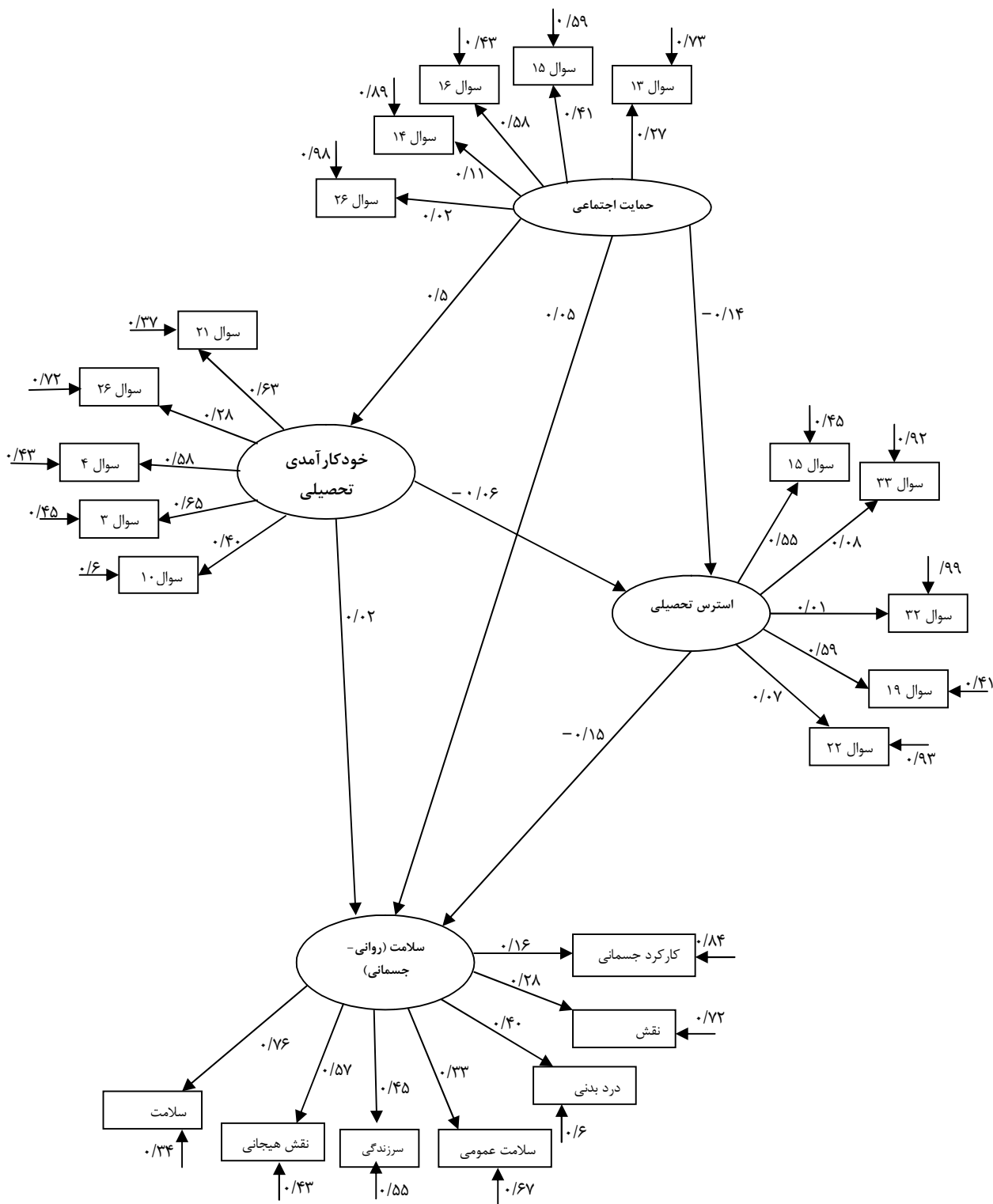
روانی- جسمانی یک نمره استاندارد به دست آورد. به دلیل اینکه نتایج تحلیل اکتشافی ۷ مقیاس- سرزندگی، نقش هیجانی، سلامت روانی، کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، سلامت عمومی- را نشان داده بود (فولادوند و همکاران، ۱۳۸۸)، ۷ نشانگر برای متغیر سلامت روانی- جسمانی وارد مدل معادله ساختاری شد؛ تمامی ضرایب مسیرها معنادار بودند. نمودار (۲) اثرات (ضرایب β و γ) حمایت اجتماعی، استرس تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی روی سلامت روانی و جسمانی را نشان می‌دهد.

برآورد مدل

در مدل پیشنهادی، آزمون مجذور خی به منظور بررسی برازش مدل کلی، $P < 0.01$ ، $X^2 = 402.21$ ، $df = 203$ نشان می‌دهد که بین مدل‌های پیشنهاد شده و مشاهده شده، هماهنگی وضعی وجود دارد. از آنجا که این آزمون نسبت به اندازه نمونه و عدم نرمال بودن توزیع نمرات حساس است؛ لذا به منظور ارزیابی برازش کلی مدل با داده‌ها، بیشتر از آماره‌های برازش توصیفی استفاده می‌شود.

مقادیر مربوط به هر یک از شاخص‌های نیکویی برازش شامل (X^2) ، (X^2/df) ، (CFI) ، (GFI) ، $(ACFI)$ ، $(SRMR)$ و $(RMSEA)$ به ترتیب ۴۰۲/۲۱، ۱/۹۸، ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۰۴ و ۰/۰۴ به دست آمد که نشان می‌دهند مدل با داده‌ها برازش مناسبی دارد.

به منظور پیش‌بینی سلامت روانی و جسمانی، مدل مفهومی پیشنهاد شده از طریق روش مدل یابی معادلات ساختاری بررسی شد، تا بتوان به این سوال اصلی که چگونه حمایت اجتماعی بر سلامت روانی و جسمانی اثر می‌گذارد، پاسخ داد. سطوح بالاتر سلامت روانی و جسمانی از طریق نمرات بالاتر حمایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی، و نمرات پایین‌تر استرس تحصیلی پیش‌بینی شد. همچنین رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی- جسمانی از طریق خودکارآمدی تحصیلی و استرس تحصیلی، و رابطه بین خودکارآمدی تحصیلی و سلامت روانی- جسمانی از طریق استرس تحصیلی میانجی‌گری شد. سطوح بالای حمایت اجتماعی با افزایش خودکارآمدی تحصیلی، کاهش استرس تحصیلی و در نتیجه افزایش سطح سلامت روانی- جسمانی مرتبط بود. سطوح بالای استرس تحصیلی با کاهش سلامت روانی- جسمانی- ارتباط داشت. افزایش سطح خودکارآمدی تحصیلی، کاهش استرس تحصیلی و افزایش سطح سلامت روانی- جسمانی را به دنبال داشت. بر اساس بارهای عاملی به دست آمده از تحلیل عامل تاییدی برای متغیرهای تحقیق، نشانگرهایی انتخاب شدند (برای هر کدام از متغیرها به غیر از سلامت روانی و جسمانی ۵ سؤال به عنوان نشانگر انتخاب شد (در هر متغیر ۵ سؤال که بیشترین بار عاملی را داشتند به عنوان نشانگر انتخاب شدند). همانطور که قبلاً اشاره شد، می‌توان برای هر کدام از مقیاس‌های سلامت



نمودار ۲- مدل پیشنهادی بعد از برازش رابطه بین حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، استرس تحصیلی و سلامت روانی - جسمانی

نتایج تحلیل بعد از برازش کامل داده‌های مدل مورد نظر نشان داد، حمایت اجتماعی بر سلامت روانی - جسمانی اثر مستقیم و غیرمستقیم دارد. این یافته‌ها منطبق با نتایج تحقیقات آثو و همکاران (۲۰۰۹)؛ استین و لاروز (۲۰۰۵)؛ بینایت و بندورا (۲۰۰۴)؛ جنکوز (۲۰۰۴)؛ دنیس (۲۰۰۳)؛ سالتزمن و هولاهان (۲۰۰۲)؛ سولبرگ و توریس (۲۰۰۱)؛ کارادیماس و کالانتزی (۲۰۰۴)؛ مارینو و همکاران (۲۰۰۸)؛ هولاند و هولاهان (۲۰۰۳)؛ یانگ و فارن (۲۰۰۵)، است. همچنین، مدل‌های قانون‌نگر، اثر ضربه‌گیر، اثر اصلی، مدل میانجی و نظریه بندورا (۱۹۸۶، ۱۹۷۷)؛ به نقل از زیمرمن، ۲۰۰۰) را می‌توان برای تبیین اثرات مستقیم و غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر سلامت در نظر گرفت. گوشه‌نشینی با تنهایی، غمگینی و مشکلات سلامت رابطه دارد، در حالی که با خانواده و دوستان بودن با شادکامی، گرمی، سلامت و بهزیستی مرتبط است. افرادی که ارتباطات اجتماعی بیشتری برقرار می‌کنند، در مقایسه با افرادی که ارتباطات اجتماعی کمتری دارند، کمتر دچار بیماری‌های روانی - جسمانی می‌شوند و در صورت ابتلا به بیماری‌های روانی - جسمانی، زودتر بهبود می‌یابند و شدت بیماری‌شان نیز کمتر است. محققان مطرح کرده‌اند در افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند، حمایت اجتماعی اثر ضربه‌گیر دارد.

مدل ضربه‌گیری مطرح می‌کند حضور عوامل موقعیتی (برای مثال حمایت اجتماعی، همدلی دیگران) یا ویژگی‌های شخصی (برای مثال حمایت اجتماعی بودن) می‌تواند منجر به کاهش بیماری که ناشی از استرس است، شود. حمایت اجتماعی می‌تواند اثر حفاظتی در مقابل بیماری‌هایی که به وسیله استرس به وجود می‌آید، داشته باشد. مدل اثر اصلی نیز بیان می‌کند حمایت اجتماعی باعث به وجود آمدن حمایت‌های مثبت برای افراد می‌شود و از این طریق با سلامت رابطه دارد، همچنین افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، مرگ و میر کمتری دارند. حمایت اجتماعی، احساس کنترل و اثربخشی بر زندگی را افزایش می‌دهد. در واقع، حمایت اجتماعی منجر به کاهش احساس تنهایی، غمگینی، استرس و افسردگی می‌شود و از این طریق به شکل مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت روانی - جسمانی اثر می‌گذارد.

از نتایج دیگر تحقیق می‌توان به اثر مستقیم و غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر استرس تحصیلی اشاره کرد. این نتیجه با یافته‌های بینایت و بندورا (۲۰۰۴)؛ کاسیدی (۱۹۹۹)؛ مارینو و

همکاران (۲۰۰۸)؛ منینگ و فوسیلیر (۱۹۹۹) همسو است. مدل قانون‌نگر و نظریه هوبفول و همکاران (۱۹۹۵)؛ به نقل از یاپ و دیویلی، ۲۰۰۴)، در تبیین این اثر مفیدند. مدل قانون‌نگر استرس فرض می‌کند، بافت ویژگی‌هایی دارد که بر ادراک استرس اثر می‌گذارد. حمایت اجتماعی مانع اثر منفی استرس بر سلامت روان‌شناختی می‌شود، چرا که وقتی استرس را در اثر رویدادی در زندگی‌مان تجربه کنیم، باعث به وجود آمدن پاسخ‌های هیجانی، شناختی، رفتاری و جسمانی ما به آن رویداد می‌شود. از نظر هوبفول و همکاران (۱۹۹۵)؛ به نقل از یاپ و دیویلی، ۲۰۰۴)، افراد به طور فطری برانگیخته می‌شوند تا منابع فردی و اجتماعی‌شان را حفظ کنند و وقتی این منابع تهدید شوند یا کاهش یابند، استرس را تجربه می‌کنند.

حمایت اجتماعی می‌تواند اثرات منفی استرس تحصیلی را به طور مستقیم یا غیرمستقیم کاهش دهد و آشفتگی‌های روان‌شناختی مثل اضطراب و افسردگی طی تجربه استرس تحصیلی را کاهش دهد. داشتن روابط نزدیک و صمیمانه با دیگران طی تجربه استرس‌های تحصیلی، می‌تواند به دستیابی به راه حل‌های مؤثرتر برای کنارآمدن با این استرس‌ها منجر شود.

نتایج، همچنین اثر حمایت اجتماعی بر خودکارآمدی تحصیلی را نشان داد. این یافته منطبق با مطالعه سولبرگ و توریس (۲۰۰۱) و نظریه بندورا است. حمایت اجتماعی می‌تواند از طرق مختلفی چون دادن تشویق و تنبیه‌ها هنگام درگیر بودن در فعالیت‌ها بر میزان خودکارآمدی تحصیلی فرد اثر بگذارد. پس‌خوراند دریافت شده از دیگران و میزان اطمینان‌بخشی دریافت شده از دیگران راجع به میزان توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های تحصیلی، می‌تواند میزان خودکارآمدی تحصیلی فرد را بالا ببرد و بر باور فرد راجع به میزان توانایی‌اش برای انجام فعالیت‌های تحصیلی، کنترل و تسلط بر آن‌ها اثر گذارد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، اثر مستقیم و غیرمستقیم خودکارآمدی تحصیلی بر سلامت روانی - جسمانی بود. این یافته منطبق با نتایج مطالعات بینایت و بندورا (۲۰۰۴)؛ سولبرگ و توریس (۲۰۰۱)؛ کارادیماس و کالانتزی (۲۰۰۴)؛ مارینو و همکاران (۲۰۰۸)، و نظریه‌های بندورا و وگا است. دانشجویان با خودکارآمدی تحصیلی بالا، در مواجهه با استرس‌های تحصیلی آشفته نمی‌شوند و به تکالیف سخت به گونه‌ای چالش‌آمیز نگاه می‌کنند؛ در نتیجه عملکردشان آسیب کمتری می‌بیند و سطح استرس تحصیلی‌شان کاهش یافته و از سلامت روانی - جسمانی بهتری برخوردارند. در حالی که خودکارآمدی بالا با سلامت بهتر

ارتباط دارد، خودکارآمدی پایین با نشانه‌های اضطراب، افسردگی و نشانه‌های روان‌تنی بالا ارتباط دارد (بینایت و بندورا، ۲۰۰۴). وگا و همکاران (۱۹۸۵؛ نقل از سولبرگ و همکاران، ۱۹۹۳) نیز مطرح کردند خودکارآمدی نقش مهمی به عنوان یک سازوکار در تسهیل سلامت روانی دارد. طبق نظر آن‌ها سلامت روانی، منتج از سه عامل تعاملی است: ویژگی‌های بافت، استرس‌زها و میانجی‌ها. خودکارآمدی به عنوان میانجی، سازگاری دانشجویانی که استرس را تجربه می‌کنند، تسهیل می‌نماید.

خودکارآمدی تحصیلی بر استرس تحصیلی نیز اثر می‌گذارد. نتایج پژوهش‌های بینایت و بندورا (۲۰۰۴)؛ سولبرگ و توریس (۲۰۰۱) و نظریه بندورا و وگا نیز این مسأله را نشان می‌دهند. بندورا (۱۹۸۶، ۱۹۹۷) معتقد بود خودکارآمدی یکی از مهم‌ترین عوامل تنظیم رفتار انسان است. قضاوت‌های ناکارآمدی فرد در یک موقعیت، بیشتر از کیفیت و ویژگی‌های خود موقعیت، استرس را به وجود می‌آورند. افراد با خودکارآمدی کم، تفکرات بدبینانه راجع به توانایی‌های خود دارند. بنابراین، این افراد از هر موقعیتی که طبق نظر آن‌ها از توانایی‌هایشان فراتر باشد، اجتناب می‌کنند. در مقابل، افراد با خودکارآمدی بالا، تکالیف سخت را به عنوان چالش‌هایی که می‌توانند بر آن‌ها مسلط شوند، در نظر می‌گیرند؛ آن‌ها تکالیف چالش‌انگیز را انتخاب می‌کنند، سریع‌تر حس کارآمدی‌شان بهبود می‌یابد و در صورت وجود مشکلات، تلاش‌شان حفظ می‌شود (کارادیماس و کالانتزی، ۲۰۰۴). خودکارآمدی تحصیلی بر کیفیت هیجانی و آسیب‌پذیری در برابر استرس و افسردگی و واکنش فرد در برابر موقعیت‌های تهدیدکننده اثر دارد. خودکارآمدی تحصیلی بالا، باعث می‌شود دانشجو اعتقاد داشته باشد، می‌تواند استرس‌های تحصیلی را کنترل کند. در نتیجه به توانایی خود اطمینان بیشتری خواهد داشت و میزان استرس تجربه شده توسط این افراد نیز کمتر است. بالاخره، نتایج نشان داد استرس تحصیلی بر سلامت روانی-جسمانی اثر می‌گذارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های سولبرگ و توریس (۲۰۰۱)؛ آکان و کیارروچی (۲۰۰۳) و مدل فرایند استرس است.

در حقیقت تحقیقات مربوط به استرس، که ارتباط بین عوامل اجتماعی، روان‌شناسی و زیست‌شناسی را نشان داده‌اند، باعث درک فرایندهای استرس که شاید مهم‌ترین جنبه تحقیقات

روان‌شناسی سلامت باشد، شده‌اند (کاسیدی، ۱۹۹۹). استرس تحصیلی بر نظام ایمنی اثر منفی دارد، کارآیی دستگاه ایمنی را کاهش می‌دهد و از این طریق آسیب‌پذیری در برابر بیماری‌ها را افزایش می‌دهد. حتی استرس تحصیلی می‌تواند منجر به رفتارهای ناسالمی همچون پرخوری و مصرف الکل شود. استرس تحصیلی آشفتگی‌های ذهنی را به وجود می‌آورد. بنابراین استرس تحصیلی می‌تواند خطر بروز بیماری‌های روانی، جسمانی و روان‌تنی را افزایش دهد.

در سطح نظری یافته‌های پژوهشی حاضر می‌توانند پژوهش‌ها و نظریه‌های فعلی مربوط به حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، استرس تحصیلی و سلامت روانی-جسمانی را تأیید کنند و هم پرسش‌ها و فرضیه‌های جدید در مورد متغیرهای پژوهش و روابط آن‌ها با یکدیگر مطرح سازند. نمونه‌ای از این پرسش‌ها عبارتند از: آیا مدل پیشنهادی در مورد روابط بین متغیرها در دختران و پسران یکسان است؟ نقش متغیرهای شخصیتی، اجتماعی و محیطی دیگر که بر هر کدام از متغیرهای مزبور اثر می‌گذارند چیست؟ (برای مثال، این سؤال که آیا نحوه کنار آمدن فرد با استرس‌ها بر میزان استرس و در نتیجه وضعیت سلامت او اثر خواهند گذاشت). پاسخ به این سؤالات نیازمند پژوهش‌های مستقلی است که به علاقه‌مندان پیشنهاد می‌شود تا با بررسی آن‌ها، مدل پیشنهادی به سمت جامعیت بیشتری سوق پیدا کند. در سطح عملی با به دست آوردن برآوردی از سلامت (روانی-جسمانی) و اهمیت اثر استرس تحصیلی، خودکارآمدی تحصیلی و حمایت اجتماعی بر سلامت (روانی-جسمانی)، می‌توان در پیش‌بینی وضعیت سلامت روانی-جسمانی دانشجویان و پیشگیری از ابتلا آن‌ها به اختلالات (روانی، جسمانی و روان‌تنی) و ارتقای عملکرد آن‌ها در زمینه‌های مختلف (به‌طور مثال، تحصیلی و اجتماعی) استفاده کرد.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشته است. بررسی حاضر ماهیتاً از نوع همبستگی است، بنابراین نمی‌توان روابط به دست آمده را از نوع علت و معلولی فرض کرد. نمونه این پژوهش بیشتر از دختران دانشجو تشکیل شده که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را به دانشجویان پسر با محدودیت مواجه سازد. پژوهش به نقش عوامل فرهنگی بر متغیرهای مورد نظر نپرداخته است، زیرا عامل فرهنگ بر ادراک حمایت اجتماعی، استرس، خودکارآمدی و سلامت اثر می‌گذارد.

- فولادوند، خدیجه؛ فرزاد، ولی اله؛ شهرآرای، مهرناز و سنگری، علی اکبر (تحت داوری). تحلیل عامل و همسانی درونی پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان. *مجله پژوهش در تعلیم و تربیت*.
- هومن، حیدر علی (۱۳۸۴). *مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل*. چاپ اول. تهران: انتشارات سمت.
- هومن، حیدر علی (۱۳۸۵). *تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری*. چاپ دوم. تهران: انتشارات پیک فرهنگ.
- فولادوند، خدیجه؛ فرزاد، ولی اله؛ شهرآرای، مهرناز و سنگری، علی اکبر (۱۳۸۸). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت روانی و جسمانی ویر. *مجله علوم رفتاری*، ۳، ۲۰۱-۲۰۷.
- Akan, S., & Ciarrochi, J. (2003). Learned resourcefulness moderates the relationship between academic stress and academic performance. *Educational Psychology*, 23, 287-294.
- Au, A., Lai, M., & Lau, K. M. (2009). Social support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. *Aging & Mental Health*, 13, 761-768.
- Ayiku, T. Q. (2005). The relationships among college self-efficacy, academic self-efficacy and athletic self-efficacy. *Unpublished M. A. dissertation*, Maryland University.
- Azen, S., Palmer, J., Carlson, M., Mandel, D., Cherry, B., Fanchiang, S., Jackson, J., & Clark, F. (1999). Psychometric properties of a Chinese translation of the SF-36 Health Survey. *Journal of Aging and Health*, 2, 240-251.
- Benight, C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- Cassidy, T. (1999). *Stress, cognition and health*. London and New York: Routledge.
- Choi, N. (2005). Self-efficacy and self-concept as predictors of college student's academic performance. *Psychology in Schools*, 42, 197-205.
- Dennis, C. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *Nursing Studies*, 40, 321-332.
- Dirkzwager, A., Henk, B., & Ploeg, V. (2003). Social support, coping, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34, 1543-1559.
- Eastin, M., & Larose, R. (2005). Social support online. *Computers in Human Behavior*, 21, 977-992.
- Frank, L. J., Murphy, S. T., Michel, V., Plamer, J. M., Azen, S. P. (1999). Psychometric properties of a Chinese translation of the SF-36 Health Questionnaire in the well elderly study. *Journal of Aging and Health*, 11, 240-257.
- Gencoz, T. (2004). Direct and indirect effects of social support on psychological well-being. *Social Behavior and Personality*, 32, 449-458.
- Holland, K. D., & Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychological and Health*, 18, 15-29.
- Karademas, E. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290.
- Karademas, E., & Kalantzi, A. (2004). The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and Individual Differences*, 37, 1033-1043.
- Katerndahl, D., & Parchman, M. (2002). The ability of stress process model to explain mental health outcomes. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 351-360.
- Manning, M., & Fusilier, M. (1999). The relationship between stress and health care use: An investigation of the buffering roles of personality, social support and exercise. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 159-173.
- Marino, P., Sirey, J. A., Raue, P., & Alexopoulos, G. (2008). Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*, 4, 713-718.

- Ngo-Metzer, Q., Sorkin, D., Mangione, C., Gandek, B., & Hays, R. (2008). Evaluating the SF-36 Health Survey (Version 2) in older Vietnamese Americans. *Journal of Aging and Health, 20*, 420-436.
- Saltzman, K. M., & Holahan, C. J. (2002). Social support, self-efficacy, and depressive symptoms: an integrative model. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*, 309-322.
- Solberg, S., O'Brien, K., Villareal, P., Kannel, R., & Davis, B. (1993). Self-efficacy and hispanic college students: Validation of the college self-efficacy instrument. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 15*, 80-95.
- Solberg, S., & Torres, J. (2001). Role of self-efficacy, stress, social integration, family support in Latino college student persistence and health. *Journal of Vocational Behavior, 59*, 53-63.
- Thumboo, J., Feng, P., Boey, M., Soh, C., Thio, S., & Fong, K. (2000). Validation of the Chinese SF-36 quality of life assessment in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus, 9*, 708-712.
- Trevathan, V. (2002). A profile of psychosocial, learning style, family, and academic self-efficacy characteristics of the transition program students at North Carolina state university. *Unpublished Ph.D. dissertation*, North Carolina state university.
- Ware, J. (2000). SF-36 health survey update. *Spine, 25*, 3130-3139.
- Yang, H., & Farn, C. (2005). An investigation the factors affecting MIS student burnout in technical-vocational college. *Computers in Human Behavior, 21*, 917-932.
- Yap, M., & Devilly, G. (2004). The role of perceived social support in crime victimization. *Clinical Psychology Review, 24*, 1-14.
- Zimmerman, B. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology, 25*, 82-91.
- Zimmerman, B., & Kitsantas, A. (2005). Homework practices and academic achievement: The mediating role of self-efficacy and perceived responsibility beliefs. *Contemporary Educational Psychology, 30*, 397-417.

