

حمایت اجتماعی و علایم افسردگی: نقش واسطه‌ای خودکارآمدی

Social support and depression symptoms: The mediating role of self-efficacy

Masoume Maleki Pirbazari
Clinical Psychology
Robabeh Nouri &
Gholamreza Sarami
Tarbiat Moallem University

معصومه ملکی پیربازاری*
روانشناسی بالینی
ربابه نوری و
غلامرضا صرامی
دانشگاه تربیت معلم تهران

Abstract

The present research aimed to understand the mediating role of self-efficacy in the relationship between social support resources and depressive symptoms in university students in the city of Tehran. The sample consisted of 333 students (162 female and 171 male) of Tehran and Amir Kabir Universities. The instruments were as follows: Beck Depression Inventory (BDI-I), Sherer Self-Efficacy Scale (SES), and The Social Support Appraisals Scale (SS-A). Data was analyzed using Pearson correlation and path analyses. A causal model taken from Haslam, Pakenham, and, Smith's model (2006) was tested in this study. Results showed that the proposed model had sufficient fitness with data of the research. Path analysis showed that self-efficacy and peer support significantly affected depressive symptoms directly. It was found out that family support also had an affect, albeit indirectly. Self-efficacy had the strongest effect on depressive symptoms. Thus Self-efficacy may be considered as an important variable in the etiology of depression. It seems that early experiences of self-efficacy of students depend heavily on parental and family support and students with high self-efficacy seem to get involve more in social relationships. In addition, students benefit from peers support because they have common experiences and characteristics. Therefore, peer support may be play a role in reducing depression in students. Thus, interventions that help improve self-efficacy and increase social support from peers and the family can decrease and prevent depressive symptoms in university students. Therefore presenting this kind of interventions in the university environment may prove useful and necessary.

Keywords: cognitive-social theory, family support, peer support, mood disorder

چکیده

این پژوهش با هدف مشخص کردن نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین منابع حمایت اجتماعی و علایم افسردگی در دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران انجام شد. نمونه شامل ۳۳۳ دانشجو (۱۶۲ زن، ۱۷۱ مرد) از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های تهران و امیر کبیر بودند. از دانشجویان خواسته شد سه مقیاس افسردگی بک (BDI-I)، مقیاس خودکارآمدی شرر (SES) و مقیاس حمایت اجتماعی واکس (SS-A) را تکمیل نمایند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش همبستگی اسپیرمن و تحلیل مسیر استفاده شد. در این پژوهش یک مدل فرضی که برگرفته از مدل هاسلم، پاکنهام و اسمیت بود، مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد مدل پیشنهادی با داده‌های پژوهش برازش مناسبی داشت. خودکارآمدی و حمایت اجتماعی از جانب دوستان به‌طور مستقیم و حمایت خانواده به‌طور غیرمستقیم بر علایم افسردگی دانشجویان اثر داشت. همچنین خودکارآمدی نقش واسطه‌ای در رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی و بیشترین تاثیر را بر علایم افسردگی دانشجویان داشت. بنابراین نتایج پژوهش نشان داد خودکارآمدی متغیری بسیار مهم در سبب‌شناسی افسردگی است. چون تجربیات اولیه ایجادکننده خودکارآمدی بر والدین متمرکز است، حمایت خانواده نقش مهمی در افزایش خودکارآمدی دانشجویان دارد و دانشجویان خودکارآمدی بیشتر درگیر روابط اجتماعی می‌شوند. همچنین دانشجویان به دلیل داشتن تجارب و ویژگی‌های مشترک، از حمایت دوستان بسیار بهره می‌برند. مداخلاتی که موجب بهبود خودکارآمدی و دریافت حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان شود، می‌توانند افسردگی را در دانشجویان کاهش داده یا از آن جلوگیری کنند. آرایه چنین مداخلاتی در محیط دانشگاه بسیار مفید و ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: نظریه شناختی- اجتماعی، حمایت خانواده، حمایت دوستان، اختلال خلقی

*نشانی پستی نویسنده: کرج، میدان حصارک، دانشگاه تربیت معلم، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. پست الکترونیکی: masi_30002000@yahoo.com

مقدمه

۲۰۰۴؛ شنک، اروین، استوارت و ابی^۸؛ ۲۰۰۱؛ به نقل از کاراداماس، ۲۰۰۶). از طرف دیگر، دیدگاه غالبی وجود دارد که کمبود حمایت اجتماعی، خطر افسردگی را افزایش می‌دهد (ویندل، ۱۹۹۲). حمایت اجتماعی به‌عنوان اطلاعاتی است که شخص را بر این باور هدایت می‌کند که مورد عشق و علاقه، تایید و ارزش از طرف خانواده و همسالان است و در معنای وسیع‌تر متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات و وظایف متقابل است (کوب، ۱۹۷۶). هنگامی که فرد درک کند توسط اطرافیان پذیرفته شده و در روابط بین‌فردی، عنصر مهمی است، عزت، اطمینان و کارایی وی افزایش می‌یابد و در نتیجه در مقابل افسردگی محافظت می‌شود (ویندل، ۱۹۹۲). منابع حمایت اجتماعی بسیار متنوع هستند. محیط خانواده، اولین محل کسب تجارب حمایت اجتماعی است. از دیگر منابع حمایت اجتماعی می‌توان به همسالان، دوستان، خویشاوندان، همسایه‌ها و همکاران اشاره کرد. طبق نظر بالبی، اعضای خانواده و دوستان منابع اصلی حمایت اجتماعی هستند (کاسیدی، ۱۹۹۹).

از طرفی خودکارآمدی، در رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی نقش واسطه‌ای^۹ دارد. مطابق با مدل حمایت-کارآمدی^{۱۰}، تعامل مداوم با افراد حمایت‌گر، به این اعتقاد می‌انجامد که فرد توانایی مقابله با چالش‌ها را دارد (فیوری، مکیولان، براون و آنتونوچی، ۲۰۰۶). به‌عبارت دیگر، حمایت اجتماعی فرایندی است که به وسیله آن باورهای افراد حمایت‌گر در مورد یک فرد به او منتقل می‌شود و بر خودکارآمدی وی تاثیر می‌گذارد. همچنین، حمایت اجتماعی از طریق حمایت انتظاری^{۱۱}، بر خودکارآمدی تاثیر می‌گذارد. حمایت انتظاری به معنی درک این موضوع است که هنگام نیاز به دیگران، آنان برای کمک به ما حاضر هستند. حمایت انتظاری موجب ایجاد شبکه امن اجتماعی می‌شود که احتمال خطر افسردگی را کاهش می‌دهد و افراد را برای حل مشکل توسط خودشان تشویق می‌کند (کراس، ۲۰۰۳). در همین رابطه، پژوهش هاسلم، پاکنهام و اسمیت (۲۰۰۶) نشان داد هرچه حمایت والدین و خودکارآمدی مادر بالاتر باشد، نشانه‌شناسی افسردگی پس از زایمان کمتر می‌شود و یافته‌ها مطرح کردند که حمایت والدین به وسیله

افسردگی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی است به طوری که عده‌ای آن را سرماخوردگی روان‌پزشکی می‌نامند (کسلر^۲ و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از کرینگ، دیویسون، نیل، جانسون، ۱۳۸۸). دانشجویان از اقشاری هستند که افسردگی در آنان بسیار شایع است (آزاد، ۱۳۷۸؛ به نقل از رستمی ثانی و آرین، ۱۳۸۷) زیرا با عوامل تنش‌زای زیادی در طول تحصیل مواجه هستند. تغییر محل زندگی و جداسدن ناگهانی از خانواده، ناآشنا بودن با محیط دانشگاه یا فرهنگ حاکم، عدم علاقه به رشته تحصیلی، ناسازگاری با سایر افراد محیط، فشار تحصیلی و دلهره امتحان، کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی بر دانشجویان استرس زیادی وارد می‌کند (باقری زاده، براتی و ملک‌زاده، ۱۳۸۵). آثار زیان‌بار و شیوع فراوان افسردگی در دانشجویان، از موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنان می‌کاهد و بازده علمی آنان را پایین می‌آورد. دانشجویان سرمایه‌های آینده کشور هستند، بنابراین توجه به افسردگی دانشجویان و شناخت عواملی که به سبب‌شناسی افسردگی کمک می‌کند، ضروری به نظر می‌رسد. یافته‌ها نشان داده‌اند فقط یک عامل نمی‌تواند وقوع افسردگی را تبیین کند، بلکه افسردگی از تعامل چندین عامل مختلف حاصل می‌شود (هاوتون، کیرک و کلارک، ۱۳۸۸). درمیان عوامل روانی-اجتماعی، خودکارآمدی^۳ و حمایت اجتماعی^۴ به‌عنوان عواملی کلیدی در افسردگی بیان شده‌اند (چونگ و سان، ۲۰۰۰).

خودکارآمدی یک مفهوم مهم در نظریه شناختی اجتماعی^۵ بندورا است (چونگ و سان، ۲۰۰۰). خودکارآمدی اعتقاد فرد به توانایی پاسخ‌دادن به یک موقعیت خاص است (بندورا، ۱۹۸۲). انتظارات کارآمدی، بر انتخاب‌های افراد، امید، سطح تلاش و پایداری، مقاومت در برابر سختی‌ها و مشکلات و آسیب‌پذیری آنان به افسردگی تاثیر می‌گذارد (بندورا، ۱۹۹۸). تحقیقات متعدد نشان داده‌اند خودکارآمدی پایین با نشانه‌های بیشتر افسردگی ارتباط دارد (فور و لوکستون^۶، ۲۰۰۳؛ کاشدان و روبرتس^۷،

1. depression
2. Kessler, R. C.
3. self-efficacy
4. social support
5. cognitive-social theory
6. Faure, S., & Loxton, H.
7. Kashdan, T. B., & Roberts, J. E.

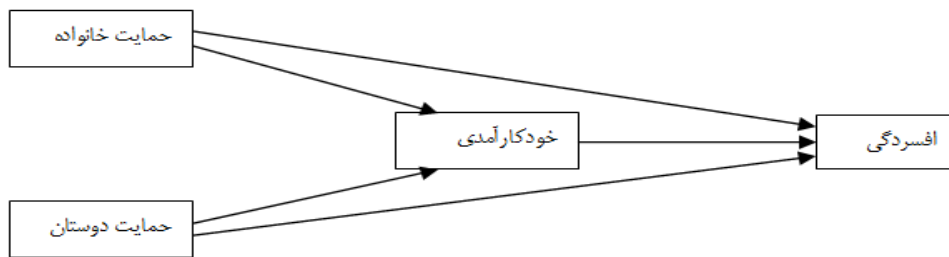
8. Shnek, Z. M., Irvine, J., Stewart, D., & Abbey, S.

9. mediating role

10. support-efficacy model

11. anticipated support

فرضی (شکل ۱) که برگرفته از مدل هاسلم، پاکنهام و اسمیت (۲۰۰۶) است، بررسی کند. پژوهش آنان افسردگی پس از زایمان را در مادران بررسی کرد درحالی که پژوهش حاضر به بررسی علایم افسردگی غیربالینی در دانشجویان دانشگاه می‌پردازد. بنابراین جامعه و نوع افسردگی پژوهش حاضر با پژوهش هاسلم، پاکنهام و اسمیت (۲۰۰۶) متفاوت است.



شکل ۱
مدل فرضی پژوهش

و دانشکده کشاورزی و منابع طبیعی واقع در پردیس کرج و در دانشگاه امیرکبیر، دانشکده‌های عمران و محیط زیست، نساجی، مهندسی هسته‌ای و فیزیک، کامپیوتر و فناوری اطلاعات و مهندسی برق بودند. در هر دانشگاه، با مراجعه به دانشکده‌های انتخابی، سه پرسشنامه بین دانشجویان حاضر در محوطه هر دانشکده به طور تصادفی توزیع شد. پس از برقراری ارتباط موثر با دانشجویان اطلاعات لازم در مورد پرسشنامه‌ها، داده و همچنین به آنان یادآوری شد نوشتن نام روی پرسشنامه لازم نیست. حجم نمونه ۳۳۳ نفر بود. ۵۱/۷٪ از دانشجویان از دانشگاه تهران و ۴۸/۳٪ از دانشگاه امیرکبیر، ۴۸/۶٪ زن و ۵۱/۴٪ مرد، ۹۴٪ مجرد و ۶٪ متأهل بودند. در این پژوهش برای تعیین چگونگی ارتباط سازه‌ها از همبستگی اسپیرمن و برای تعیین سهم هر یک از مولفه‌ها از روش تحلیل مسیر استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-I): پرسشنامه افسردگی بک^۱ یک درجه‌بندی خودگزارشی ۲۱ سوالی است که نشانه‌ها و نگرش‌های خاص افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. BDI-I همسانی درونی^۲ بالایی را با ضریب آلفای ۰/۸۸ برای بیماران

افزایش خودکارآمدی مادر، نشانه‌شناسی افسردگی را، کاهش می‌دهد.

بنابراین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی متغیرهایی هستند که بر افسردگی اثر می‌گذارند. به‌علاوه، بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی نیز ارتباط وجود دارد. این پژوهش قصد دارد نحوه تاثیر متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی را بر علایم افسردگی دانشجویان به‌طور همزمان با استفاده از یک مدل

در این پژوهش پاسخ به این سوالات مورد بررسی قرار می‌گیرد:
- آیا خودکارآمدی به‌طور مستقیم و غیر مستقیم با علایم افسردگی در دانشجویان رابطه دارد؟
- آیا حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم و غیر مستقیم با علایم افسردگی در دانشجویان رابطه دارد؟
- مسیر و سهم هر یک از متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در علایم افسردگی دانشجویان چگونه است؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: با توجه به هدف پژوهش و ماهیت مساله مورد مطالعه، روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه تحقیق حاضر را دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه‌های دولتی وابسته به وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری شهر تهران در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. ابتدا، دو دانشگاه تهران و امیرکبیر از میان دانشگاه‌های دولتی وابسته به وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری شهر تهران به‌طور تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد نیز از هر دانشگاه، ۵ دانشکده مجدداً به‌طور تصادفی انتخاب شدند. دانشکده‌های انتخاب‌شده در دانشگاه تهران، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، هنر، علوم و ادبیات واقع در پردیس تهران

1. Beck Depression Inventory (BDI)
2. internal consistency

کرده است. ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. ضریب همسانی درونی این سازندگان مقیاس ضریب پایایی را از طریق روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی ۰/۸۶ به دست آوردند. در این پژوهش خودکارآمدی عمومی مورد ارزیابی قرار گرفت. ضریب پایایی مقیاس خودکارآمدی در این پژوهش ۰/۸۸ به دست آمد.

یافته ها

جهت مشخص نمودن نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف (S-K) استفاده شد. با توجه به جدول ۱ چون توزیع دو متغیر خودکارآمدی و افسردگی نرمال نبود و از آن جاکه مفروضه استفاده از همبستگی پیرسون نرمال بودن توزیع است، در این پژوهش برای تعیین چگونگی ارتباط سازه‌ها از همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

جدول ۱

نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنوف برای توزیع متغیرهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و افسردگی

| افسردگی | حمایت اجتماعی | خودکارآمدی | شاخص |
|---------|---------------|------------|------------------|
| ۰/۱۴ | ۰/۰۶ | ۰/۰۹ | بیشترین مقدار |
| ۰/۱۴ | ۰/۰۳ | ۰/۰۵ | مقدار تفاوت مثبت |
| -۰/۱۱ | -۰/۰۶ | -۰/۰۹ | مقدار تفاوت منفی |
| ۲/۵۲ | ۱/۰۵ | ۱/۶۳ | مقدار S-K |
| ۰/۰۰ | ۰/۲۲ | ۰/۰۱ | احتمال S-K |

مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

با توجه به جدول ۲، ضریب همبستگی اسپیرمن برای متغیرهای حمایت خانواده و حمایت دوستان، حمایت خانواده و خودکارآمدی، حمایت خانواده و افسردگی، حمایت دوستان و خودکارآمدی، حمایت دوستان و افسردگی، و خودکارآمدی و افسردگی معنادار بود.

روان‌پزشکی و ۰/۸۱ برای بیماران غیرروان‌پزشکی نشان می‌دهد. بالاترین نمره در هر یک از ۲۱ سوال، عدد ۳ و بالاترین نمره کل ممکن برای کل پرسشنامه ۶۳ و پایین‌ترین نمره کل ممکن صفر است. نمرات ۹-۵ بهنجاری، ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۶۳-۳۰ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (اندلیب، رضایی، عریضی، شفیع و بلوچی، ۲۰۰۶). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی شرر (SES): مقیاس خودکارآمدی شرر^۱ توسط شرر، مادوکس، مرکاندانت، پرنیتیس-دون، جاکوبس و و راجرز (۱۹۸۲) ساخته شده است. این مقیاس ۲۳ سوال دارد که ۱۷ سوال آن خودکارآمدی عمومی را با میانگین ۵۷/۹۹ و انحراف معیار ۱۲/۰۸ می‌سنجد.

مقیاس ارزیابی حمایت اجتماعی (SS-A): مقیاس ارزیابی حمایت اجتماعی^۲ توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامسون، ویلیامز و استوارت^۳ در سال ۱۹۸۶ (به نقل از حمید، ۱۳۸۵) تهیه شده و ساختار نظری آن مبتنی بر تعریف کوب بر حمایت اجتماعی است. این مقیاس دارای ۲۳ سوال است که سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را در نظر می‌گیرد. این آزمون را ابراهیمی قوام (۱۳۷۰) به فارسی ترجمه کرده و با نمره‌گذاری ۰ و ۱ روی ۱۰۰ دانشجوی و ۲۰۰ دانش‌آموز ایرانی اجرا کرده است. او آلفای کرونباخ این مقیاس را در دانشجویان ۰/۹۰ و در نمونه دانش‌آموزی ۰/۷۰ و در آزمون مجدد در دانش‌آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ گزارش

1. Self-Efficacy Scale (SES)
2. The Social Support Appraisal Scale (SS-A)
3. Vux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D.

جدول ۲

ماتریس ضرایب همبستگی بین عوامل خودکارآمدی، حمایت خانواده، حمایت دوستان و افسردگی

| عامل | حمایت خانواده | حمایت دوستان | خودکارآمدی | افسردگی |
|---------------|---------------|--------------|------------|---------|
| حمایت خانواده | ۱ | | | |
| حمایت دوستان | ۰/۴۴** | ۱ | | |
| خودکارآمدی | ۰/۲۶** | ۰/۲۳** | ۱ | |
| افسردگی | -۰/۲۲** | -۰/۳۰** | -۰/۳۹** | ۱ |

* $p < 0.01$

برای تعیین سهم هریک از مولفه‌ها و اثر مستقیم^۱ و غیرمستقیم^۲ آنها، از روش تحلیل مسیر^۳ استفاده شد. شاخص‌های برازش مدل با اعمال خطای اندازه‌گیری، در جدول ۳ آورده شده‌است. نتایج جدول نشان می‌دهد مدل با داده‌های پژوهش برازش مناسبی دارد.

جدول ۳

شاخص‌های برازش مدل با اعمال خطای اندازه‌گیری

| شاخص | مقدار |
|---------------------------------------|-------|
| مجذور خی ^۲ | ۲/۰۴ |
| ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب | ۰/۰۳ |
| ملاک اطلاعات | ۱۸/۴۸ |
| شاخص بنتلر - بونت یا نرم‌شدگی | ۰/۹۹ |
| شاخص تاکر - لویز یا نرم نشده برازندگی | ۰/۹۹ |
| شاخص برازندگی تطبیقی | ۰/۹۹ |
| شاخص برازش مدل | ۰/۹۹ |
| شاخص برازش | ۰/۹۵ |

1. direct effect
2. indirect effect
3. path analysis

خودکارآمدی بر افسردگی، $0/38-$ بود. اثر کلی حمایت خانواده بر افسردگی، $0/14-$ و اثر کلی حمایت دوستان بر افسردگی، $0/27-$ به دست آمد. بنابراین خودکارآمدی بیشترین اثر کلی را بر افسردگی داشت. بعد از خودکارآمدی، حمایت دوستان بیشترین اثر کلی را بر افسردگی داشت.

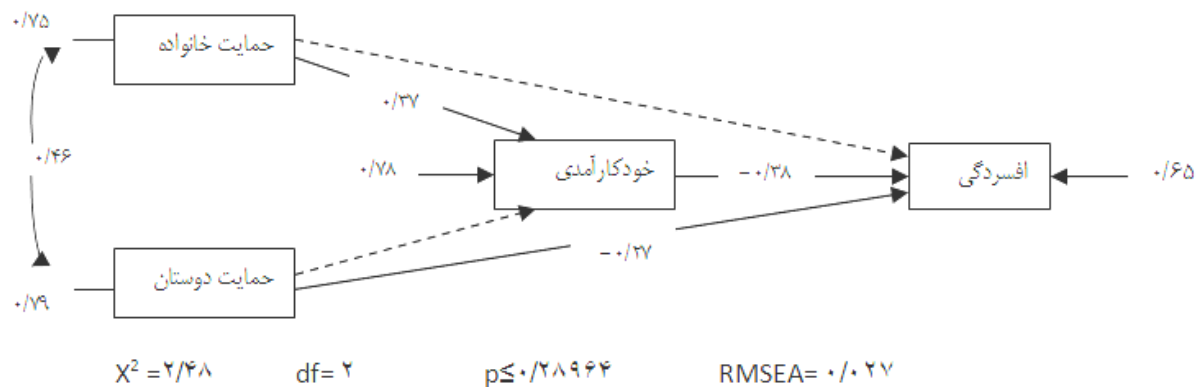
با توجه به جدول ۴، اثر مستقیم خودکارآمدی بر افسردگی $0/38-$ و اثر مستقیم حمایت دوستان بر افسردگی $0/27-$ است. حمایت خانواده به طور مستقیم بر افسردگی اثر نداشت در حالی که اثر مستقیم آن بر خودکارآمدی $0/37+$ است. بنابراین اثر غیرمستقیم حمایت خانواده بر افسردگی $0/14-$ است. اثر کلی

جدول ۴

نتایج آزمون تحلیل مسیر عوامل خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و افسردگی

| اثر کلی | اثر غیر مستقیم | اثر مستقیم | مسیر |
|---------|----------------|------------|-----------------------------|
| $-0/38$ | | $-0/38$ | خودکارآمدی بر افسردگی |
| $0/37$ | | $0/37$ | حمایت خانواده بر خودکارآمدی |
| $-0/14$ | $-0/14$ | | حمایت خانواده بر افسردگی |
| $-0/27$ | | $-0/27$ | حمایت دوستان بر افسردگی |

شکل ۲ نشان می‌دهد مدل فرضی پژوهش با داده‌ها برازش یافت.



شکل ۲

اثر مستقیم و غیر مستقیم حمایت خانواده، حمایت دوستان و خودکارآمدی بر افسردگی

همکاران (۱۹۹۹)، دینس (۱۹۸۲)، موریس و همکاران (۲۰۰۱)، و هولاهان و هولاهان (۱۹۸۷)، همسو است. حمایت اجتماعی از جانب دوستان به طور مستقیم با علایم افسردگی در دانشجویان رابطه داشت و حمایت اجتماعی از جانب خانواده، به طور غیرمستقیم با علایم افسردگی در دانشجویان رابطه داشت. حمایت اجتماعی از جانب دوستان، در مقابل اثرات منفی استرس از دانشجویان حمایت می‌کند و احساس عزت‌نفس و ارزشمندی در آنها به وجود می‌آورد. همچنین بودن در چنین فضای حمایت‌گری یک عامل مهم مقاومت در برابر افسردگی است (تایلور، ۲۰۰۲). وقتی دانشجویان با دوستان خود که از

بحث

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هاسلم، پاکنهام و اسمیت (۲۰۰۶) هماهنگ بود. در مدل آنان، در رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی، خودکارآمدی نقش واسطه‌ای داشت. خودکارآمدی به طور مستقیم با علایم افسردگی دانشجویان رابطه داشت. زیرا 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 احساس افسردگی می‌کنند (بندورا، ۱۹۹۷). نتایج این پژوهش در زمینه اثر مستقیم خودکارآمدی بر افسردگی، با نتایج تحقیقات بندورا و

خودکارآمدی اثر گذاشت ولی این تاثیر به قدری نبوده که بتواند خودکارآمدی را افزایش بدهد. شاید به این دلیل که هسته اصلی احساس خودکارآمدی در دوران کودکی و در درون خانواده شکل گرفته و حمایت خانواده نقش مهمی در افزایش خودکارآمدی دارد.

به این ترتیب می توان گفت خودکارآمدی اعتقادی است که از زمان کودکی در درون خانواده شکل می گیرد و در دوران نوجوانی و جوانی تحت تاثیر همسالان قرار می گیرد. زمانی که خودکارآمدی دانشجویان بالا باشد، در موقعیت های استرس زا که معمولاً در دانشگاه و در طول تحصیل با آنها مواجه هستند، دچار افسردگی نمی شوند. حمایت اجتماعی و درگیر شدن در شبکه های اجتماعی، خودکارآمدی را در دانشجویان بالا می برد و در نتیجه علایم افسردگی را به حداقل می رساند که احتمالاً به علت فراهم کردن الگوهای مناسب، افزایش تفسیرهای مثبت و فراهم کردن حمایت اطلاعاتی است. بنابراین می توان گفت افزایش خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در پیشگیری از افسردگی در دانشجویان در دوران تحصیل بسیار موثر است.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی روبرو بود. متغیرهای زیادی مثل عوامل ژنتیکی، زیست شناختی (اختلال در انتقال دهنده های عصبی)، محیطی (تجربه های خانوادگی) و روان شناختی بر افسردگی اثر می گذارند (کندلر، نیل، کسلر، هلس و اوانس^۴، ۱۹۹۳؛ به نقل از پور محمد رضا تجریشی و میرزمانی بافقی، ۱۳۸۶). با این حال، در این پژوهش، فقط به دو متغیر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی پرداخته شد. همچنین پژوهش حاضر روی علایم افسردگی صورت گرفت نه اختلال افسردگی تک قطبی. این در حالی است که علایم افسردگی با علایم سایر بیماری ها هم پوشی دارد. به همین دلیل تعمیم یافته های پژوهشی باید با تاکید بر این علایم افسردگی انجام شود نه اختلالات افسردگی.

پیشنهاد می شود پژوهشگران در پژوهش های آتی، متغیرهای بیشتری را که بر افسردگی اثر می گذارند و در محدودیت پژوهش به آنها اشاره شد، به طور هم زمان و در مدل های پیچیده تر مورد بررسی قرار دهند. همچنین پژوهش های آینده روی دانشجویان مبتلا به افسردگی بالینی با تشخیص های بالینی انجام شود و این مدل به صورت جداگانه بر روی دانشجویان دختر و پسر بررسی شود.

لحاظ سنی به هم نزدیک تر اند و تجارب مشترکی با هم دارند، ارتباط صمیمی برقرار می کنند، در این صورت انتقال اطلاعات (حمایت اطلاعاتی^۱) در آنها بیشتر صورت گرفته و درک، همدلی و کمک متقابل افزایش می یابد (هلگسون و گوتلیب^۲، ۲۰۰۰؛ به نقل از دنیس، ۲۰۰۳). عدم تاثیر مستقیم حمایت خانواده بر علایم افسردگی دانشجویان نیز احتمالاً به نکته بالا مربوط می شود. از آنجا که ویژگی های روانی و تجارب جوانان به هم نزدیک تر است، در این پژوهش فقط حمایت اجتماعی از جانب دوستان به طور مستقیم بر افسردگی اثر کرد. همچنین تغییر نگرش و سبک زندگی فرزندان در مقایسه با والدین و شکاف نسل ها (امیرپور و امیرپور، ۱۳۸۸)، ممکن است اثر مستقیم حمایت خانواده را بر علایم افسردگی دانشجویان تحت تاثیر قرار داده باشد.

یافته های تحقیق حاضر در زمینه اثر حمایت اجتماعی، با نتایج تحقیق بخشانی و همکاران (۱۳۸۲)؛ پورمحمد رضا تجریشی و میرزمانی بافقی (۱۳۸۶)؛ جینا پیستولکا، هابه-راهان و هیون چونگ پارک^۳ (۲۰۰۲)؛ به نقل از بخشانی، بیرشک، عاطف وحید و بوالهروی، ۱۳۸۲)؛ چوناروم و همکاران (۲۰۰۵)؛ حسین چاری و دلاورپور (۱۳۸۵)؛ زی و همکاران (۱۹۹۶)؛ سالتزمن و هولاهان (۲۰۰۲)؛ سیمیستر و فرند (۲۰۰۳)؛ ماژور و همکاران (۱۹۹۰) همسو است.

همچنین حمایت اجتماعی از جانب خانواده، از طریق فراهم کردن سرمشق های موثر و تجربه جانشینی، افزایش تفسیرهای مثبت و فراهم کردن حمایت اطلاعاتی، خودکارآمدی دانشجویان را افزایش داد و به دنبال آن، افسردگی را به طور غیرمستقیم کاهش داده است. حمایت اجتماعی از جانب دوستان نتوانست به طور غیرمستقیم و از طریق افزایش خودکارآمدی بر افسردگی اثر بگذارد. خودکارآمدی به تدریج رشد می کند. تجربیات اولیه ایجادکننده خودکارآمدی بر والدین متمرکز است. با رشد کودک و با گذر از مراحل نوجوانی و جوانی تاثیر همسالان و دوستان نیز پررنگ تر می شود و بر خودکارآمدی تاثیر می گذارد (شولتز و شولتز، ۱۳۷۸). بنابراین بنابه گفته شانک و میلر (۲۰۰۲)، افراد بیشتر اطلاعات خودکارآمدی را از خانواده و محیط خانه دریافت می کنند. در این پژوهش حمایت دوستان بر

1. informational support

2. Helgesson, V. S., & Gottlieb, B.

3. Gina Pistulka, R. N., Hae- Rahan, R. V., & Hyun Geong Park, R. V.

4. Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Evans, L. J.

دختر دانشگاه شیراز. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۱۲۳-۱۱۹.

حمید، ن. (۱۳۸۵). رابطه حمایت اجتماعی، فعالیت سیستم ایمنی در مدیران دبیرستان‌های استان خوزستان، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۳، ۳۶-۲۹.

رستمی ثانی، ل. و آریین، خ. (۱۳۸۷). بررسی کاربرد رویکرد روایت‌درمانی بر کاهش افسردگی دختران دانشجوی خوابگاهی. *مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۱۸۴-۱۸۰.

شولتز، د و شولتز، س. (۱۳۷۸). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: موسسه نشر هما.

کرینگ، آ. م.، دیویسون، ج. س.، نیل، ج. م. و جانسون، ش. ل. (۱۳۸۸). *آسیب‌شناسی روانی (روان‌شناسی ناپهنجاری)*. ترجمه حمید شمسی‌پور. تهران: ارجمند.

هاوتون، س.، کیرک، جی. و کلارک، د. (۱۳۸۸). *رفتار درمانی شناختی، راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی*. ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده. تهران: ارجمند.

References

- Andalib, A., Rezaie, A., Oreizy, F., Shafiei, K., & Baluchi, S. (2006). A study on stress, depression and NK cytotoxic potential in women with recurrent spontaneous abortion. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*, 5, 9-15.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1998). Personal and collective efficacy in human adaptation and change. In J. G. Aaire (Eds.), *Advances in psychological science: social, personal and cultural aspects* (pp.51-71). England: psychology press/Erlbaum.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 258-269.

فراهم‌کردن فرصت‌هایی برای ارتباط اجتماعی بیشتر دانشجویان با یکدیگر مانند اجرای طرح‌های حمایت و مشاوره همسالان و همچنین ارائه خدمات و مداخلاتی در زمینه بهبود مهارت‌های اجتماعی مانند برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزش مهارت اجتماعی و روابط بین فردی موثر، می‌تواند موجب افزایش حمایت اجتماعی و کاهش علائم افسردگی در آنان شود.

مراجع

- بخشانی، ن.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م. و بوالهروی، ج. (۱۳۸۲). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی. *اندیشه و رفتار*، ۲، ۵۵-۴۹.
- پورمحمد رضا تجربی، م. و میرزمانی بافقی، م. (۱۳۸۶). ارتباط بین فعالیت سیستم‌های مغزی- رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی. *فصل‌نامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۲، ۲۴۵-۲۲۳.
- حسین چاری، م. و دل‌اورپور، م. (۱۳۸۵). رابطه بین مهارت‌های اجتماعی و کم‌رویی و مقایسه آن در بین دانشجویان پسر و

- Cassidy, T. (1999). *Stress, cognition and health*. London: Routledge.
- Cheung, S., & Sun, S. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and Personality*, 28, 413-421.
- Choenarom, Ch., Williams, K. A., & Hegerty, B. M. (2005). The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19, 18-29.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Dennis, C. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 321-332.
- Devins, G. M. (1982). Perceived self-efficacy, outcome expectancies, and negative mood states in end stage renal disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 241-244.
- Fiori, K. L., Mcilvane, J. M., Brown, E. E., & Antonucci, T. C. (2006). Social relations and depressive symptomatology: Self-

- efficacy as a mediator. *Aging and mental health*, 10, 227-239.
- Haslam, D. M., Pakenham, K. I., & Smith. A. (2006). Social support and postpartum depression symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27, 276-291.
- Holahan, C. K., & Holahan, C. J. (1987). Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 42, 65-68.
- Karademas, E. C. (2006). Self- efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290.
- Krause, N. (2003). Social foundations of personal control in late life. In S. H., Zarit & L. I., Pearlin (Eds.), *Personal control in social and life course context* (pp. 45-70). New York: Springer Publishing.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M., Testa, M., & Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 452-463.
- 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.
- Saltzman, K. M., & Holahan, C. J. (2002). Social support, self-efficacy and adaptive coping strategies: An integrative model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 309-322.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism rehabilitation psychology and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22, 123-129.
- Taylor, Sh. E. (2002). *Health psychology*. New York: The Mc-Graw Hill Companies, Inc.
- Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, 28, 522-530.
- Zea, M. C., Belgrave, F. Z., Townsend, T. G., Jarama, S. L., & Banks, S. R. (1996). The influence of social support and active coping on depression among African and Latinos with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 41, 225-242.