

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# خود کار آمدی

---





- 
- عنوان و نام پدیدآور : خودکارآمدی/تالیف پیرحسین کولیوند... [و دیگران]؛ ابرای [بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء].
- مشخصات نشر : تهران : میرماه ، ۱۳۹۳.
- مشخصات ظاهری : ۷۲ ص: مصور (بخشی رنگی) .
- شابک : ۵۶۰۰۰ ریال: ۶-۹۸-۰۳۳۳-۶۰۰-۹۷۸
- وضعیت فهرست نویسی : فیپا
- یادداشت : عنوان به انگلیسی: Self-efficacy
- یادداشت : تالیف پیرحسین کولیوند ، طبیبه دادفر ، محبوبه دادفر ، هادی کاظمی .
- موضوع : خودکارایی
- شناسه افزوده : کولیوند، پیرحسین، ۱۳۵۰ -
- شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)
- شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
- رده بندی کنگره : ۱۳۹۳ خ/۹خ/ BF۶۳۷
- رده بندی دیویی : ۱۵۵/۲
- شماره کتابشناسی ملی : ۳۶۵۲۶۶۰
-

# خود کار آمدی

تألیف:

طیبه دادفر

کارشناس ارشد زبان و ادبیات فارسی

پیرحسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

دکتر هادی کاظمی

عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد  
و رئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی  
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل



میراث

۱۳۹۳ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی  
خاتم الانبیاء (ص)

## خودکار آمدی



مرکز  
تحقیقات  
علوم  
اعصاب  
شفا

تألیف: پیرحسین کولیوند، طیبه دادفر، محبوبه دادفر، دکتر هادی کاظمی

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۵۶۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۹۸-۶

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۲، واحد ۲

تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۲۰۳-۴ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

## پیشگفتار

---

نظریه خودکارآمدی بیان می‌کند که ادراک و باور به توانمندی خود، نقش تعیین‌کننده‌ای برای انجام هر عمل و رفتار دارد، بنابراین باور به خودکارآمدی به عنوان تعیین‌کننده این که فرد در یک موقعیت چگونه رفتار خواهد کرد، پیش‌بینی‌کننده افکار و عواطف تجربه شده وی در آن موقعیت است. مطابق نظریه شناختی اجتماعی (بندورا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ ب) باور به خودکارآمدی، اساس و پایه‌ی فعالیت انسان است و زندگی افراد توسط باور به خودکارآمدی شخصی هدایت می‌شود. کلیه کارکردهای روان‌شناسی متأثر از انتظارات خودکارآمدی است. باور به خودکارآمدی تعیین می‌کند که فرد فعالیتی را شروع می‌کند یا خیر. افراد در فعالیت‌هایی شرکت می‌کنند که سطحی از خودکارآمدی در موفقیت را در خود می‌بینند و بالعکس از فعالیت‌هایی که در خود، توانمندی لازم برای موفقیت را نمی‌بینند اجتناب می‌ورزند. خودکارآمدی همچنین میزان تلاش، پشتکار و استقامت افراد را تعیین می‌کند. افراد با خودکارآمدی ضعیف قبل از رسیدن به پیامد مطلوب به تلاش خود ادامه می‌دهند (بندورا، ۱۹۹۷). باور به خودکارآمدی در الگوهای فکری و هیجانی فرد نیز در شروع و حین رفتار تاثیر می‌گذارد. فردی با خودکارآمدی ضعیف بر کاستی‌ها و ناتوانی‌های خود متمرکز می‌شود و به دلیل احساس بی‌کفایتی، از شرکت در فعالیت‌های بالقوه پاداش‌دهنده اجتناب می‌ورزد (مدوکس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵).

---

1. Bandura

2. Maddux

خودکارآمدی از جمله نیرومندی‌های مثبت آدمی است که به موازات گسترش روان‌شناسی مثبت (سلیگمن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) توجه مضاعف تعداد کثیری از روان‌شناسان را به خود معطوف داشته است. خودکارآمدی بنیان کارگزاری آدمی را تشکیل می‌دهد و یک منبع شخصی کلیدی در تحول، سازش یافتگی و تغییر شخصی است و منظور از آن داوری و قضاوت‌های فاعلی شخص در باره قابلیت‌ها و توانایی‌هایش برای سازماندهی و اجرای دوره‌های عمل مورد نیاز برای مدیریت موقعیت‌های پیشاینده موثر بر زندگی‌شان می‌باشد و این موضوع بر این که افراد چگونه فکر می‌کنند (خودارزنده‌سازی یا تحقیرگری)، در رویارویی با مشکلات چگونه برانگیخته شده و پشتکار نشان می‌دهند، کیفیت سلامت هیجانی و آسیب‌پذیری‌شان در مقابله با افسردگی و تنیدگی چگونه است و در یک موقعیت حساس چگونه بهترین تصمیم را انتخاب می‌کنند، تاثیر می‌گذارد (بندورا، ۱۹۹۷، ۲۰۰۶ الف).

اگر چه باورهای خودکارآمدی قضاوت‌های فرد در باره قابلیت‌ها و توانایی‌هایش برای انجام عملی خاص در یک موقعیت خاص است (بندورا، ۱۹۹۷، ۲۰۰۶ ب) و در معنی محدود به کار می‌رود، با این وجود تعداد قابل ملاحظه‌ای از پژوهشگران و روان‌شناسان از مفهوم خودکارآمدی عمومی به معنی باورها و قضاوت‌های افراد در باره صلاحیت و توانایی کلی‌شان در رویارویی با رویدادها یا موقعیت‌های تنیدگی‌زا و تهدید کننده استفاده کرده‌اند (شولز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۲، مادوکس، ۲۰۰۲، لوزینسکا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

افراد معیارهای درونی اولیه خود را از رفتار الگوها، معمولاً والدین و سایر افراد مهم زندگی‌شان یاد می‌گیرند. وقتی معیار یا سبک رفتار یک الگو را پذیرفتند، فرآیند همیشگی مقایسه رفتار خودشان با آن معیار را آغاز می‌کنند. با درست برآورده کردن معیارهای رفتارشان، احساس خودکارآمدی افراد تعیین می‌شود. خودکارآمدی یعنی احساس شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با زندگی، برآورده کردن و حفظ معیارهای عملکرد فرد، باعث افزایش خودکارآمدی آنها و ناکامی در برآوردن و حفظ آن معیارها باعث کاهش خودکارآمدی آنها می‌گردد.

راه دیگر شرح کارایی از دید بندورا، ادراک افراد از درجه کنترل بر زندگی‌شان، است. افراد تلاش می‌کنند که بر رویدادهای زندگی که آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد، کنترل داشته باشند. تلاش

---

3. Seligman

4. Scholz

5. Luuszezynska



برای کنترل بر شرایط زندگی، می‌تواند منافع شخصی و اجتماعی زیادی را برای آنها تامین کند. توانایی تاثیرگذاری بر پیامدها، باعث پیش‌بینی پذیری آنها و پرورش آمادگی انطباقی می‌شود. ناتوانی در اعمال نفوذ بر پیامدهای نا مطلوب موجب پرورش نگرانی، دل‌سردی یا ناامیدی می‌شود. افراد با خودکارآمدی کم، احساس درماندگی، بی‌ارزشی و ناتوانی در اعمال کنترل بر رویدادهای زندگی می‌کنند و عقیده دارند به اینکه هر تلاشی بیهوده است و دچار ناامیدی سریع می‌شوند. در افراد با خودکارآمدی کم، انگیزش‌ها ناپود و آرزوها کم می‌شود و این احساس با توانایی‌های شناختی آنها تداخل می‌کند و بر سلامتی جسمانی آنها تاثیر نا مطلوب می‌گذارد. افراد با خودکارآمدی بسیار کم، برای غلبه بر مشکلات تلاشی نمی‌کنند، متقاعد شده‌اند که هر کاری انجام دهند بیهوده است و تغییری در اوضاع ایجاد نمی‌کند. هنگامی که با موانع روبرو می‌شوند سریعاً دست از تلاش بر می‌دارند. افراد با خودکارآمدی زیاد عقیده دارند که می‌توانند با رویدادها و شرایطی که مواجه می‌شوند به طور موثر برخورد کنند. در غلبه بر مشکلات انتظار موفقیت دارند، در انجام تکلیف‌ها استقامت نشان می‌دهند و در سطح بالایی عمل می‌کنند، به توانایی‌های خود بیشتر اطمینان داشته و نسبت به خود تردید کمی دارند. چالش دیدن مشکلات نه تهدید دیدن آنها و جستجو کردن فعالانه موقعیت‌های جدید از دیگر ویژگی‌های آنها است. در خودکارآمدی بالا، ترس از شکست کم می‌شود، سطح آرزو بالا می‌رود، توانایی‌های مسئله‌گشایی و تفکر تحلیلی بهبود پیدا می‌کند. پژوهش‌های بسیاری (اسکات<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲، مدینا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱، مکی جوسکی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۰، مک ماف<sup>۹</sup> و دیبوس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۸) نشان داده‌اند افرادی که خود را موفق، موثر و توانا درک می‌کنند، بهتر از عهده چالش در فعالیت‌های دشوار برمی‌آیند و برعکس آن‌هایی که خود را شکست خورده و ناموثر تصور می‌کنند به آسانی مغلوب فعالیت‌ها و موقعیت‌های دشوار می‌گردند.

احساس خودکارآمدی بالا، سلامت شخصی، توانایی انجام تکالیف و کارها را از راه‌های متعدد، افزایش می‌دهد، افرادی که به قابلیت‌های خود اطمینان دارند تکالیف مشکل را به عنوان چالش در نظر می‌گیرند که باید بر آن تسلط یابند. به جای اینکه آن را تهدید آمیز ببینند و از آن اجتناب کنند. اهداف چالش‌انگیز را انتخاب می‌کنند و قویاً متعهد باقی می‌مانند تا آن را به انجام برسانند. آنها اطمینان دارند که قادرند

---

6. Scott

7. Medina

8. Maciajewski

9. Memugh

10. Debus

تهدیدهای بالقوه را تحت مهار خود درآورند. به خوبی با شرایط، سازش می‌یابند و کنار می‌آیند و اضطراب و افسردگی کمتر و بهزیستی ذهنی بالاتری را تجربه می‌کنند. پیشرفت‌ها و سلامت روان مثبت آدمی نیازمند باورهای کارآمدی شخصی خوش‌بینانه است. (مادوکس، ۲۰۰۲، تونگ<sup>۱۱</sup> و سونگ<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵، لوزینسکا و همکاران، ۲۰۰۵، بندورا، ۲۰۰۶ الف، شوارز<sup>۱۳</sup> و لوزینسکا، ۲۰۰۷).

در نظریه یادگیری اجتماعی، باورهای خودکارآمدی دارای چند جنبه مختلف از جمله وجوه تحصیلی، اجتماعی و هیجانی است. باورهای خودکارآمدی با ابعاد گوناگونی از رفتارهای انسان و عوامل موثر بر آن چون انگیزش، تلاش و مداومت در انجام فعالیت مورد نظر، خودپنداره و خودپایی در ارتباط است. (بندورا، ۱۹۸۹). داشتن عزت نفس بالا برای یک خودکارآمدی سالم و قوی ضروری است (محمدی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۷). طبق نظر بندورا (۱۹۹۷) افراد باورهای خودکارآمدی شان را به واسطه تفسیر و ارزیابی اطلاعات اساسی به دست آمده از منابع چهار گانه تجارب مسلط، تجارب جانشینی، قانع سازی کلامی (اجتماعی) و حالت‌های فیزیولوژیکی هیجانی بنا می‌کنند. در این کتاب مفهوم خودکارآمدی، ارزیابی و کاربردهای گسترده آن در حیطه های بهداشتی، آموزشی، پرورشی و درمانی همراه با شواهد پژوهشی مرتبط ارائه خواهد شد.

### مؤلفین

۱۳۹۳ شمسی

---

11. Tong

12. Song

13. Schwarzer

## فهرست

۱۳	مفهوم خود در نظریه شناختی اجتماعی بندورا.....
۱۳	مفهوم خودکارآمدی.....
۱۴	ارزیابی‌های خود کارآمدی.....
۱۵	منابع انتظارات و ارزیابی‌های خود کارآمدی.....
۱۷	اصول افزایش خود کارآمدی.....
۱۸	خود کارآمدی و گستره زندگی.....
۲۰	خود کارآمدی و عملکرد.....
۲۲	خود کارآمدی و انگیزش.....
۲۳	خود کارآمدی و هوش هیجانی.....
۲۴	خود کارآمدی و بهزیستی ذهنی.....
۲۵	خود کارآمدی و شیوه‌های مقابله با فشار روانی.....
۲۶	خود کارآمدی و وضعیت تحصیلی.....
۲۹	کاربرد و ارزشیابی خود کارآمدی.....
۲۹	کاربردهای بالینی.....
۲۹	خود کارآمدی و تندرستی.....
۳۵	کاربرد و ارزشیابی خود کارآمدی در روانشناسی بالینی و روانپزشکی.....
۳۵	خود کارآمدی و آسیب شناسی روانی.....
۳۹	خود کارآمدی و اضطراب.....
۴۰	خود کارآمدی و افسردگی.....
۴۲	خود کارآمدی و اعتیاد.....
۴۳	کاربردهای عملی خود کارآمدی در درمان.....
۵۳	تحلیل مقایسه‌ای نظریه شناختی اجتماعی و سایر نظریه‌ها درباره خود کارآمدی.....

۵۳	..... نظریه شناختی اجتماعی و روانکاوان
۵۳	..... نظریه شناختی اجتماعی و پدیدار شناسی
۵۴	..... نظریه شناختی اجتماعی و نظریه صفات
۵۴	..... شباهت و تفاوت خودکارآمدی بندورا با منبع کنترل راتر
۵۴	..... سنجش مفهوم خودکارآمدی
۵۵	..... انتقادات از مفهوم خودکارآمدی
۵۶	..... جمع بندی
۶۰	..... منابع

### مفهوم خود در نظریه شناختی اجتماعی بندورا

مفهوم "خود" در نظریه شناختی اجتماعی به فرآیندهایی اطلاق می‌شود که بخشی از کارکرد روانشناختی فرد را تشکیل می‌دهند. انسان، از یک نظر، ساختاری به نام "خود" ندارد، بلکه دارای فرآیندهایی است که بخشی از وی را تشکیل می‌دهد. نظریه شناختی - اجتماعی بر این باور است که انسان به جای یک خودپنداره، دارای چندین خودپنداره و فرآیندهای خودگردانی است که احتمالاً از زمانی به زمانی و از موقعیتی به موقعیت دیگر تغییر می‌کند. در رویکرد بندورا به شخصیت، خود واسطه روانی که رفتار را تعیین می‌کند یا موجب آن باشد، نیست. بلکه "خود" مجموعه‌ای از فرآیندها و ساختارهای شناختی است که به فکر و ادراک مربوط می‌شود.

### مفهوم خودکارآمدی

دو جنبه مهم "خود" عبارتند از: تقویت "خود" و خودکارآمدی یا کارایی شخصی. یکی از ابعاد "خود"، مفهوم خودکارآمدی یا توانایی ادراک شده فرد در انطباق با موقعیت‌های مشخص است (بندورا، ۱۹۹۷). مفهوم خودکارآمدی به قضاوت افراد درباره توانایی آنها در انجام یک کار یا انطباق با یک موقعیت خاص مربوط است. مفهوم خودکارآمدی در فعالیتهای مختلف، در سطوح مختلف یک فعالیت و در موقعیتهای مختلف، از یکدیگر متفاوت است.

خودکارآمدی مفهوم مهم و کلیدی در نظریه شناختی اجتماعی بندورا (۱۹۹۷) به شمار می‌آید و به معنای ادراک فرد از توانایی خود در انجام یک فعالیت، ایجاد یک پیامد و مقابله و کنترل یک موقعیت است. در این نظریه فرد نه بر اساس مهارت‌های خود بلکه مطابق قضاوت خود نسبت به کارایی و اثرمندی خود برای انجام فعالیت‌ها، مقابله موثر با موقعیت‌های دشوار و دسترسی به اهداف مطلوب اقدام می‌نماید. در این نظریه تمامی فرایندهای روانشناختی و رفتاری از طریق حس خودکارآمدی و تسلط شخصی صورت می‌پذیرد. به عقیده بندورا، افراد منابع اطلاعاتی متفاوت را در رابطه با توانمندی خود پردازش نموده و سپس مطابق آن، رفتارها و کوشش‌های خود را تنظیم می‌نمایند.

از نظر بندورا اعتقاد فرد به خودکارآمدی‌اش بر جریان عملی که برای دنبال کردن انتخاب می‌کند، مقدار تلاشی که به خرج می‌دهد، مدت زمانی که در صورت روبروشدن با موانع و تجربیات استقامت می‌کند و بهبودپذیری آنها بعد از بدبختی‌ها تاثیر دارد. باورهای خودکارآمدی می‌تواند تاثیرات مثبت و منفی بر روی سلامت افراد داشته باشد. افرادی که خودکارآمدی قوی ندارند، در مواجهه با بیماری در آن غرق شده و ممکن است دچار مشکلات بیشتر شوند.

خودکارآمدی به ادراک توانایی‌ها برای انجام دادن عملی که مطابق میل است، اشاره می‌کند (موریس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). این مفهوم از نظر عواملی که بر آن تاثیر می‌گذارند، معانی ضمنی آن در انواع و اقسام رفتارها و همین طور توان آن برای تغییر، مورد بررسی قرار گرفته است.

### ارزیابی‌های خودکارآمدی

وقتی افراد رفتارشان را نظم می‌بخشند، به مشاهده عمل خود می‌پردازند و پیامدهای عملکردشان را بر حسب معیارها و اهداف شان ارزیابی می‌کنند. از سوی دیگر، بر اساس توانایی‌های کلی خود، به نتیجه می‌رسند. بندورا این قضاوت‌های کلی را ارزیابی‌های خود

کارآمدی می‌نامد و در سال‌های اخیر، خودکارآمدی، موضوع اصلی کارهای ابتکاری بندورا بوده است.

از نظر بندورا، ارزیابی‌های خودکارآمدی، تاثیر عمیقی بر سطح انگیزش افراد دارد. برای مثال اعتقاد به اینکه در تکالیف بخوبی عمل می‌کنند، با وجود مکث‌های موقت روی آنها، باعث کار سخت‌تر با پشتکار بیشتر می‌شود. شک به توانایی‌های خود باعث کار با انرژی کمتر و رها کردن کار هنگام روبرو شدن با اولین مشکل می‌شود.

ممکن است فرد توانایی خود را کمتر از حد، تخمین بزند به‌ویژه در مواردی که احتمال وجود آسیب جسمانی وجود دارد. بندورا معتقد است که خوب است ما استعداد‌های خود را بالا تخمین بزنیم و معتقد باشیم که موفق می‌شویم. خودکارآمدی خوشبینانه، سودمند است زیرا زندگی با مشکلات، ناملايمات، شکست‌ها، موانع و بی‌عدالتی‌ها همراه است. افراد پرتلاش، در خود احساس نیرومندی می‌کنند و قادرند تلاش زیادی از خود نشان دهند و شکست‌های زیادی را که برای‌شان پیش می‌آید را تحمل کنند.

### منابع انتظارات و ارزیابی‌های خودکارآمدی

مطابق نظر بندورا (۱۹۹۷) خودکارآمدی یک توانایی ثابت نیست بلکه مفهومی زاینده و مولد است که در آن مهارت‌های شناختی، اجتماعی، هیجانی و رفتاری به طور موثر برای رسیدن به هدف هماهنگ شده و سازمان می‌یابند. به طور کلی بندورا چهار منبع اطلاعاتی را برای انتظارات و ارزیابی‌های خودکارآمدی بر می‌شمرد که هر منبع در قدرت اثرگذاری بر انتظارات و ارزیابی‌های خودکارآمدی متفاوت از منابع دیگر است. طبق نظر بندورا (۱۹۹۷) افراد باورهای خودکارآمدی‌شان را به واسطه تفسیر و ارزیابی اطلاعات اساسی به دست آمده از این منابع چهارگانه بنا می‌کنند. منابع انتظارات و ارزیابی‌های خودکارآمدی یا داوری فرد درباره سطح کارایی فردی اش شامل موارد زیر هستند:

۱- عملکرد واقعی یا موفقیت عملکرد یا تجارب مسلط؛ که اساسی‌ترین و با نفوذترین منبع آگاهی است. موفقیت‌های عملی مهم‌ترین و قوی‌ترین منبع خودکارآمدی به شمار می‌آید،

زیرا از طریق چیرگی و تسلط خود راهبری شده برای ارتقاء مهارت‌های مقابله‌ای، تجربه موفقیت و خودکارآمدی را تقویت می‌کند (ویلیامز<sup>۱</sup> و زین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷، بندورا، ۱۹۹۷). موفقیت مکرر در انجام وظایف باعث افزایش حس خودکارآمدی و شکست متوالی باعث کاهش حس خودکارآمدی می‌شود. تجربه‌های قبلی موفق نشانه‌های مستقیمی را برای سطح تسلط و شایستگی ما فراهم می‌آورند. موفقیت‌های قبلی، قابلیت‌های ما را نشان می‌دهند و احساس کارایی شخصی ما را تقویت می‌کنند. شکست‌های قبلی، به‌ویژه شکست‌های مکرر کودکی، احساس کارایی ما را کم می‌کنند. حتی شکست‌های کوتاه مدت در بزرگسالی می‌توانند کارایی شخصی را کم کنند.

۲- تجربه‌های جانشینی؛ دیدن موفقیت دیگران باعث می‌شود ما موفقیت خود را دور از دسترس ندانیم، به‌ویژه در زمان اعتقاد به اینکه میزان توانایی دیگران، مشابه توانایی خود ما است. "اگر آنها می‌توانند آن را انجام دهند، پس من هم می‌توانم". دیدن افرادی که شکست می‌خورند، می‌تواند کارایی شخصی ما را کم کند. "اگر آنها نمی‌توانند آن را انجام دهند، پس من هم نمی‌توانم". لذا الگوهای موثر، تاثیر مهمی بر احساس‌های کفایت و شایستگی ما دارند. این الگوها همچنین برای برخورد با موقعیت‌های دشوار، راهبردها و روش‌های مناسبی را به ما نشان می‌دهند.

۳- ترغیب (قانع‌سازی) کلامی، اجتماعی یا صحبت‌های انرژی‌زا؛ اینکه خود را متقاعد کنیم که توانایی انجام کاری را داریم، آن کار را بهتر انجام می‌دهیم. گفتن این جمله به افراد که آنها توانایی رسیدن به هر چیزی را که می‌خواهند به آن برسند دارند، می‌تواند کارایی فردی را افزایش دهد. قانع‌سازی کلامی رایج تر از دیگر منابع اطلاعات کارایی شخصی است و توسط والدین، معلمان، همسران، دوستان و درمانگران عمل می‌شود. صحبت انرژی‌زا در تکالیف بسیار دشوار، نمی‌تواند در ما توانایی ایجاد کند. اغلب موفقیت‌ها، عمدتاً به سعی و تلاش ما

---

1- Williams

2- Zane



بستگی دارد تا توانایی ذاتی مان، لذا تشویق بیرونی تا حد زیادی می‌تواند به ما کمک کند. برای اینکه قانع سازی کلامی موثر شود باید واقع بینانه باشد.

۴- نشانه‌ها یا انگیزتگی یا حالت‌های فیزیولوژیکی و هیجانی؛ احساس خستگی یا تنش علامتی برای تفسیر دشواری کار است. افراد به نشانه‌های بدنی مشابه، به گونه‌ای متفاوت واکنش نشان می‌دهند. در یک موقعیت استرس زا چقدر می‌ترسیم یا خونسرد هستیم. اغلب این نوع اطلاعات را به عنوان مبنایی برای قضاوت کردن درباره توانایی کنار آمدن مان به کار می‌بریم. تنیدگی و آشفتگی کمتر، باعث تمایل بیشتر به انتظار موفقیت و انگیزتگی آزارنده بیشتر، باعث تمایل کمتر به انتظار موفقیت می‌شود. هر چه سطح انگیزتگی فیزیولوژیکی و هیجانی فرد بالاتر باشد، کارایی شخصی پایین تر است. در یک موقعیت معین، هر چه ترس، اضطراب یا تنش بیشتر باشد، احساس کنار آمدن با آن پایین تر است.

### اصول افزایش خودکارآمدی

از نظر بندورا با بکارگیری این منابع اطلاعاتی، امکان افزایش خودکارآمدی وجود دارد و برخی از شرایط، خودکارآمدی را افزایش می‌دهند:

۱- مواجه کردن افراد با تجربه‌های موفقیت آمیز با ترتیب دادن اهداف دست یافتنی، موفقیت عملکرد را زیاد می‌کند.

۲- مواجه کردن افراد با الگوهای مناسبی که عمل موفقیت آمیز دارند، تجربه‌های موفق جانشینی را بهتر می‌سازند.

۳- فراهم آوردن قانع سازی کلامی، افراد را ترغیب می‌نماید که باور کنند توانایی عمل موفقیت آمیز را دارند.

۴- تقویت کردن انگیزتگی فیزیولوژیکی از طریق رژیم غذایی مناسب، کاهش استرس و برنامه‌های ورزشی، نیرو، بنیه و توانایی کنار آمدن را افزایش می‌دهد.

بندورا این اصول را برای افزایش خودکارآمدی در انواع موقعیت‌ها به کار برد که موفقیت آمیز و موثر بود از جمله (نواختن آلت موسیقی، رابطه بهتر با جنس مخالف، تسلط بر مهارت‌های کامپیوتری، ترک سیگار، تسلط بر فوبی‌ها و درد جسمانی).

### خودکارآمدی و گستره زندگی

بندورا، رشد خودکارآمدی را در طول گستره زندگی (کودکی، نوجوانی، بزرگسالی و پیری) شرح داده است. نوباوگان و کودکان عمدتاً بوسیله محرک‌های جسمانی تقویت می‌شوند. کودکان بزرگتر بیشتر توسط تایید یا عدم تایید دیگران تقویت می‌شوند، این حالت درونی می‌شود به طوری که تقویت از آن به بعد توسط خود اعمال خواهد شد. کودکان ضمن بررسی محیط، می‌توانند روی محیط کنترل داشته باشند و لذا احساس خودکارآمدی کنند. در دوره کودکی خودکارآمدی به تدریج رشد می‌کند، پرورش خودکارآمدی با تلاش بر اعمال نفوذ بر محیط فیزیکی و اجتماعی شروع می‌شود. تجربیات اولیه کارایی ساز، بر والدین متمرکز است. رفتارهای مربوط به والدین برای ایجاد خودکارآمدی زیاد در کودکان، در پسرها و دخترها فرق می‌کنند. مردان دارای خودکارآمدی زیاد، روابط گرم با پدر خود بوده‌اند، مادران آنها متوقع تر از پدران بوده‌اند و انتظار سطوح بالای عملکرد و موفقیت از آنها داشته‌اند. زنان دارای خودکارآمدی زیاد و در کودکی از طرف پدر، برای سطوح بالای موفقیت تحت فشار بوده‌اند. بزرگ شدن کودکان باعث وسیع شدن دنیای اجتماعی آنها و نگاه کردن به همسالان خود به عنوان الگوهایی از خودکارآمدی و منبعی برای مقایسه و ارزیابی کارآمدی خود در زمینه‌های جدید می‌شود. رشد توانایی‌های شناختی و مهارت‌های مسئله‌گشایی برای عملکرد کارآمد بزرگسال حیاتی هستند. معلمان از طریق تاثیر بر رشد این توانایی‌ها بر فضاوت‌های خودکارآمدی اثر می‌گذارند. از دید بندورا مدارس که دانش آموز را بر اساس توانایی گروه بندی می‌کنند، باعث تضعیف خودکارآمدی دانش آموزانی می‌شوند که پیشرفت کمی دارند زیرا این مسئله موجب می‌شود تا اعتماد به نفس دانش آموزانی که در گروه‌های ضعیف گمارده شده‌اند، کاهش پیدا کند. بندورا به شرایط اجتماعی

که باعث از بین رفتن خودکارآمدی می‌شود نیز توجه دارد. بهتر است کودکان با تشریک مساعی بیشتر کار کنند و در مورد کارشان بر اساس پیشرفت فردی خودشان مور قضاوت قرار گیرند نه مقایسه با دیگران. معلمان نیز باید احساس خودکارآمدی خوبی داشته باشند.

نظریه بندورا مانند کل حوزه رشد انسان، بر اهمیت شناخت یا تفکر تاکید می‌ورزد. در این نظریه بر نحوه‌ای که در مورد خودمان و دیگران فکر می‌کنیم، تاکید بسیار زیادی می‌شود. بر اساس این دیدگاه، کودکان به تدریج در تقلید کردن سخت‌گیرتر می‌شوند. کودکان از دیدن کسانی که خود را تحسین و سرزنش می‌کنند و از طریق پس‌خوراند ارزش اعمال خودشان، معیارهای شخصی برای رفتار و احساس خودکارآمدی را پرورش می‌دهند، یعنی اعتقاد به اینکه قابلیت‌ها و ویژگی‌های خود آنها به آنها کمک می‌کنند تا موفق شوند. این شناخت‌ها، پاسخ‌هایی را در موقعیت‌های خاص هدایت می‌کنند (بندورا، ۱۹۹۷). زمانی که افراد نگرش‌ها، ارزش‌ها و اعتقاداتی را در مورد خودشان فرا می‌گیرند، می‌توانند یادگیری و رفتار خود را کنترل نمایند.

در دوره نوجوانی تجربیات انتقالی نوجوان شامل کنار آمدن با درخواست‌ها و فشارها (آگاهی جنسی تا انتخاب دانشگاه و شغل است). در هر موقعیت مستلزم سازگاری، شایستگی‌های جدید ایجاد می‌شود و فرد از توانایی‌های خود ارزیابی جدیدی به عمل می‌آورد. جوانان ظرفیت‌های نوین مثل شاغل شدن یا والد شدن را ارزیابی می‌کنند. از نظر بندورا موقعیت این مرحله انتقالی بین کودکی و بزرگسالی به سطح خودکارآمدی ایجاد شده در طول سال‌های کودکی بستگی دارد.

دوره بزرگسالی شامل اوان بزرگسالی و سال‌های میانی است. در اوان بزرگسالی، خودکارآمدی زیاد برای عملکرد موفق در تکلیف‌های این دوره (ازدواج، پدر مادر شدن و ارتقاء شغلی) ضروری است. افراد با خودکارآمدی کم، از برخورد شایسته با این موقعیت‌های اجتماعی ناتوان هستند و از عهده سازگاری با آن بر نمی‌آیند. زنان بزرگسال با خودکارآمدی زیاد، فرزندان خود را به خودکارآمدی تشویق می‌کنند، والدین خوبی هستند و کمتر دچار نومیدی و فشار هیجانی می‌شوند. در مادران شاغل دارای خودکارآمدی زیاد، و خستگی

جسمانی و هیجانی ناشی از تعارض های کار - خانواده کمتر هستند. سال های میانی نیز استرس زا هستند. ارزیابی مجدد زندگی خود، مواجه شدن با محدودیت ها، تصریح مجدد احساس خودکارآمدی خود، ارزیابی مجدد توانایی ها، مهارت ها و اهداف خود و فرصت های تازه برای رشد و بیان حال از ویژگی های این دوره است.

ارزشیابی های خودکارآمدی در پیری دشوار است. افراد پیر توانایی های سازگاری با بازنشستگی را ارزیابی و روشی نوین برای زندگی ایجاد می کنند. حس رو به گسترش خودکارآمدی باعث حفظ حرکت رو به جلو، انرژی و طراوت در فرد می گردد. خودکارآمدی پایین موجب افسردگی، کناره گیری و تردیدهای دردآلود نسبت به خود می شود. پایین بودن کارایی شخصی می تواند به صورت نوعی پیشگویی کام بخش تاثیر بیشتری بر کارکرد جسمی و ذهنی بگذارد. مثلاً کاهش احساس خودکارآمدی در مورد میل جنسی، به کاهش فعالیت جنسی منجر می شود و کارایی جسمی کم، به خستگی و محدود شدن فعالیت های جسمی منجر می گردد. اینکه نمی توان کاری انجام داد، به عدم تلاش منتهی می شود. به نظر بندورا، احساس خودکارآمدی ما عامل مهمی در تعیین موفقیت یا شکست ما در سراسر عمر است.

بندورا عنوان می کند که در جهان جدید، خودکارآمدی باید به خودکارآمدی جمعی تبدیل شود، یعنی مردم برای ایجاد تغییر و تحول، با یکدیگر کار کنند.

### خودکارآمدی و عملکرد

از دیدگاه شناختی اجتماعی، انگیزش یعنی اینکه فرد هدف ها یا معیارهایی را برای خود در نظر می گیرد و از آنها به عنوان مبنایی برای عمل استفاده می کند. بندورا بر اهمیت ادراک فرد از کارآمدی خود به عنوان میانجی شناختی عمل انسان تاکید کرد. قضاوت های خودکارآمدی به انتظارات فرد در انجام رفتاری خاص در موقعیتی ویژه گفته می شود. قضاوت های خودکارآمدی نقشی اساسی در انگیزش دارند. این نقش از طریق تاثیر آن بر انتخاب اهداف، تلاش و پایداری در به دست آوردن هدف ها، هیجاناتی که با تکالیف همراه

است (مثل اضطراب و افسردگی مربوط به خودکارآمدی پایین) و موفقیت در مقابله با رویدادهای منفی و فشارها، اعمال می‌شود. وقتی انسان در حال بررسی عمل و یا به آن مشغول است، قضاوت‌هایی نیز از توانایی خود در انجام وظایف گوناگون و شرایط آنها به عمل می‌آورد. این قضاوت‌ها که درباره خودکارآمدی است بر تفکر، (" این همان چیزی است که من باید انجام دهم و توانایی آن را هم دارم و یا برعکس، هرگز نمی‌توانم این کار را انجام دهم. مردم درباره من چه فکر خواهند کرد؟ ")، هیجان (برانگیختگی و شادی در مقابل اضطراب و افسردگی) و عمل فرد (التزام بیشتر در مقابل درماندگی و بی‌حرکتی) تاثیر می‌گذارد. انسان، معیارها و هدف‌هایی برای خود تعیین می‌کند که هم دور و طولانی مدت و هم فوری و کوتاه مدت است و در مورد توانایی انجام وظایف لازم برای دست‌یابی به این هدف‌ها قضاوت می‌کند. هر فرد اعمال مختلفی را که می‌توان انجام داد، بررسی می‌کند و بر مبنای نتایج پیش‌بینی شده (درونی یا بیرونی) و استنباطی که از کارآمدی خود در انجام آن رفتارها دارد، تصمیم می‌گیرد. نتایج یک پژوهش نشان داد که اهداف، قدرت انگیزشی زیادی دارند و این قدرت انگیزشی به کمک قضاوت‌های مربوط به خودکارآمدی و خودسنجی به وجود می‌آید (بندورا و سروان<sup>۱</sup>، ۱۹۸۳، به نقل از پروین<sup>۲</sup> و جان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بازخورد به عملکرد و قضاوت‌های مربوط به خودکارآمدی نقش مهمی در رشد علایق درونی فرد بازی می‌کند. لذا روانشناسان می‌توانند با کمک به دانش آموزان در تقسیم وظایف خود به اهداف جزئی، نظارت بر عملکرد و دادن بازخورد به آنها به نحوی که موجب افزایش احساس خودکارآمدی در آنها شود، علایق آنها را به یادگیری افزایش و سطح عملکرد آنها ارتقاء دهند (بندورا و شانک<sup>۴</sup>، ۱۹۸۵، شانک و کاکس<sup>۵</sup>، ۱۹۸۶، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱).

---

1- Servan  
2- Pervin  
3- John  
4- Morgan  
5- Schunk & Cox

### خودکارآمدی و انگیزش

پاژارس<sup>۱</sup> و والیان<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) نکته مهم نظریه شناختی اجتماعی بندورا را خودکارآمدی می‌دانند و بر این باورند که باورهای خودکارآمدی پایه فرآیندهای مهمی چون انگیزش، بهزیستی روانی و علایق فردی است. پین تریچ<sup>۳</sup> و شانک (۲۰۰۲) خودکارآمدی را یک متغیر اساسی در یادگیری، عملکردهای اجتماعی شناختی، مهارت‌های حرکتی، انتخاب راهبردها و رفتارها به شمار آورده‌اند. زیمرمن<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) به وجود ارتباط علی میان خودکارآمدی و انگیزش اشاره نموده است.

باورهای خودکارآمدی اثر وسیعی بر فرآیندهای انگیزشی دارند. به طور اختصاصی این تاثیرات را می‌توان به شرح زیر بیان کرد:

**انتخاب:** باورهای خودکارآمدی با انتخاب اهداف در ارتباط است. یعنی افراد دارای باورهای کارآمدی بالا، اهداف پیچیده تری را که متضمن تلاش بیشتری است، انتخاب می‌کنند.

**تلاش، پشتکار و عملکرد:** افراد دارای باورهای خودکارآمدی بالا، تلاش و مداومت بیشتری در کارها دارند و در مقایسه با افراد دارای باورهای خودکارآمدی پایین، عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهند (استاجکویک<sup>۵</sup> و لوتانز<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱).

**هیجان:** افراد دارای باورهای خودکارآمدی بالا در مقایسه با افراد دارای باورهای خودکارآمدی پایین، در انجام تکالیف از خلق و خوی بهتری برخوردارند. یعنی اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند.

**مقابله با موقعیت‌های فشارزا:** افراد دارای باورهای خودکارآمدی بالا در مقایسه با افراد دارای باورهای خودکارآمدی پایین، بیشتر می‌توانند با موقعیت‌های فشارزا و نومید کننده کنار بیایند.

---

1- Pajares  
2- Valiante  
3- Pintrich  
4- Zimmerman  
5- Stagkowitz  
6- Lotanz

بندورا (۱۹۹۷) شواهد مربوط به تاثیر باورهای خودکارآمدی بر انگیزش و عملکرد را به شرح زیر خلاصه کرده است: بهبود زندگی بیشتر مدیون افراد دارای پشتکار است تا افراد ناامید. باور به خود الزاماً موفقیت را تضمین نمی کند ولی عدم باور به خود مسلماً زمینه را برای شکست فراهم می کند.

### خودکارآمدی و هوش هیجانی

از جمله عوامل مرتبط با سلامت روانی هوش هیجانی و خودکارآمدی است. بندورا معتقد است که اعتقادات فرد راجع به خودکارآمدی برای سازگاری با عناصر و موقعیت‌های فشارزا مفید است و حس خودکارآمدی کم با تفکرات بدبینانه راجع به خود و توانایی‌های مرتبط است. در حالی که خودکارآمدی بالا با سلامت روانی مرتبط است. همچنین خودکارآمدی بالا باعث می شود فرد تکالیف سخت را چالش آمیز (نه تهدید آمیز) ببیند (کارادیماس<sup>۱</sup> و کالانتازی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های مختلف در ارتباط با هوش هیجانی و خودکارآمدی نشان می دهد که ارتقاء هوش هیجانی و خودکارآمدی نقش بسزایی در افزایش سلامت روانی افراد دارد. هرچه هوش هیجانی و احساس خودکارآمدی در فرد بیشتر باشد از سلامت روان بهتری برخوردار است (فولادوند و همکاران، ۱۳۸۷، زنجانی و همکاران، ۱۳۸۹).

صبحی قرامکی، محمد امینی، نریمانی و برهمند (۱۳۸۷) نشان دادند که هوش هیجانی با خودکارآمدی و سلامت روان در هر دو گروه از دانش آموزان ممتاز و عادی رابطه معناداری دارد.

احدی، نریمانی، ابوالقاسمی و آسیایی (۱۳۸۸) نشان دادند که بین هوش هیجانی و خودکارآمدی با رضایت از زندگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بین سبک‌های اسنادات و رضایت از زندگی رابطه معنی داری دیده نشد. نتایج رگرسیون نشان داد که خودکارآمدی توان پیش بینی رضایت از زندگی را دارد.

---

1- Karadimas  
2- Kalantazi

نریمانی و آریان پوران (۱۳۸۶) نشان دادند که بین تحمل ابهام با خودکارآمدی همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد. میانگین نمره خودکارآمدی افراد دارای تحمل ابهام بالا بیشتر از افراد دارای تحمل ابهام پایین است.

افراد با هوش هیجانی، خودکارآمدی و اعتماد به نفس بالاتر، اضطراب اجتماعی کمتری دارند (زنجان و همکاران، ۱۳۸۹، خیر و همکاران، ۱۳۸۷). هوش هیجانی با نقشی که در درک و فهم و اداره هیجان خود و دیگران و تدبیر ماهرانه روابط دارد و همچنین احساس کارآمدی و اعتماد به نفس با ایجاد نگرش مثبت نسبت به توانایی‌های خود در موقعیت‌های اجتماعی و به واسطه آرامش بیشتر در چنین موقعیت‌هایی، نقش مهمی در رویارویی موفق با موقعیت‌های اجتماعی دارند و فرد با داشتن چنین ویژگی‌هایی به خاطر مهارت‌های بالا در تعامل‌های اجتماعی و اعتماد به داشتن چنین توانایی‌هایی در تعامل‌های اجتماعی کمتر دچار اضطراب می‌شود.

### خودکارآمدی و بهزیستی ذهنی

باورهای خودکارآمدی بر بسیاری از جنبه‌های کارکرد شخص تاثیر می‌گذارند (کولیوند و کاظمی، ۱۳۹۲). افرادی که دارای سطح خودکارآمدی بالاتری هستند امکانات شغلی گسترده‌تری را مورد ملاحظه قرار می‌دهند و موفقیت شغلی بیشتری دارند، در مدرسه نمرات بالاتری می‌گیرند، هدف‌های شخصی عالی‌تری را برای خود برمی‌گزینند و از سلامت جسمی و روانی بهتری برخوردارند (بندورا، ۱۹۹۴، پاچارز<sup>۱</sup> و شانک، ۲۰۰۲، به نقل از شعبانی و دلاور، ۱۳۸۹). انتظارات خودکارآمدی و خوش بینی با سلامتی و کارکرد مناسب فرد مرتبط هستند (شیاو، بی‌تا). کارادیماس (۲۰۰۶) گزارش داد که خودکارآمدی بالا با تنظیم جریان استرس، عزت نفس بالا، بهزیستی بیشتر، وضعیت جسمی بهتر و بهبودی سریع‌تر از بیماری‌های حاد و مزمن مرتبط است. شعبانی و دلاور (۱۳۸۹) نشان دادند که متغیرهای خودکارآمدی و خوش بینی می‌توانند به عنوان بهترین مجموعه متغیرها، بهزیستی روانی را

---

1- Pajares



پیش‌بینی کنند. قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روانی، متغیر خودکارآمدی است. این متغیر به تنهایی ۳۶ درصد از واریانس میزان بهزیستی روانی را به طور معنی‌داری تعیین می‌کند و متغیرهای خودکارآمدی و خوش‌بینی در مجموع ۴۲ درصد از واریانس بهزیستی روانی را به طور معنی‌داری تعیین می‌کنند.

در خلال دو دهه گذشته حجم وسیعی از پژوهش‌های تجربی نقش خودکارآمدی ادراک شده را در گستره زندگی افراد به عنوان عاملی مهم در بروز و نگهداری نشانه‌های مرضی، خوش‌بینی و رضایت‌مندی از زندگی، مورد تایید قرار داده‌اند. نتایج پژوهش‌های تجربی نشان داده‌اند که خودکارآمدی عمومی به طور معنی‌داری با بعضی از مؤلفه‌های سلامت روان مانند افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی، خصومت، شکایت‌های جسمانی و پرخاشگری همبستگی منفی (موریس، ۲۰۰۲، کیم<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳، کاپرارا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴، علی‌نیا کروئی و همکاران، ۱۳۸۷) و با رضایت‌مندی از زندگی، شادکامی، عاطفه مثبت، خوش‌بینی، حرمت خود، مهار درونی و انگیزه پیشرفت همبستگی مثبت دارد (شولز و همکاران، ۲۰۰۲، تونگ و سونگ، ۲۰۰۵، لوزینسکا و همکاران، ۲۰۰۵، کاپرارا و استیکا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵، ویچیو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷، علی‌نیا کروئی و همکاران، ۱۳۸۷).

### خودکارآمدی و شیوه‌های مقابله با فشار روانی

اگر چه باورهای خودکارآمدی قضاوت‌های فرد درباره قابلیت‌ها و توانایی‌هایش برای انجام عملی خاص در یک موقعیت خاص است (بندورا، ۱۹۹۷، ۲۰۰۶ ب) و در معنی محدود به کار می‌رود، با این وجود تعداد قابل ملاحظه‌ای از پژوهشگران و روان‌شناسان از مفهوم خودکارآمدی عمومی به معنی باورها و قضاوت‌های افراد درباره صلاحیت و توانایی کلی‌شان در رویارویی با رویدادها یا موقعیت‌های تنیدگی‌زا و تهدیدکننده استفاده کرده‌اند (شولز و همکاران، ۲۰۰۲، مادوکس، ۲۰۰۲، لوزینسکا و همکاران، ۲۰۰۵).

---

1- Kim  
2- Caprara  
3- Steca  
4-Vecchio

از خصوصیات مهم شخصیتی و تفاوت‌های فردی افراد که در واکنش نشان دادن به رخدادهای و فشارهای روانی موثر است، احساس خودکارآمدی و سبک‌های شناختی فرد می‌باشد. خودکارآمدی، ابزارهای شناختی و انگیزشی را بسیج می‌کند که این نکته نقش مهمی در به کارگیری شیوه‌های مقابله با فشار روانی در افراد خواهد داشت (وول فولک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). بین خودکارآمدی و شیوه‌های مقابله با فشار روانی (تکلیف مدار، هیجان مدار و اجتنابی) رابطه وجود دارد. خودکارآمدی بالا سبب می‌شود که افراد در موقعیت‌های فشارزا از سبک تکلیف‌مدار خودکارآمدی پایین موجب می‌شود که افراد در موقعیت‌های فشارزا از سبک هیجان مدار استفاده کنند (آب نیکی، ۱۳۸۷).

باورهای خودکارآمدی در نحوه مقابله افراد با موقعیت‌های نومیدکننده و فشارزا در دستیابی به اهداف تاثیر می‌گذارد. پژوهش (شوارتر، ۱۹۹۲، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱) نشان داد که ادراک فرد از کنترل، عملکرد وی را تسهیل می‌کند. باورهای خودکارآمدی یک جنبه از چنین ادراکی از کنترل را نشان می‌دهد. پژوهش کازارلی<sup>۲</sup> (۱۹۹۳) نشان داد که خودکارآمدی نقش اصلی در سازگاری بعد از سقط جنین دارد (به نقل از همان جا).

### خودکارآمدی و وضعیت تحصیلی

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در کسب توانمندی و به تبع آن نتایج تحصیلی عوامل مختلفی شامل سه مجموعه عوامل درون داد، عوامل مربوط درباره فرایندهای برنامه ریزی و عوامل برون داد تاثیر دارند. عوامل درون داد شامل خصوصیات روحی و روانی مانند انگیزش‌ها، اعتماد به نفس، خودکارآمدی، اضطراب و ...، بر موفقیت تحصیلی تاثیر می‌گذارند. یکی از علت‌های مهم افت تحصیلی، اضطراب و خودکارآمدی است. بندورا معتقد است که خودکارآمدی اعتقاد مردم نسبت به توانایی هایشان است. خودکارآمدی قضاوت مردم است در مورد قابلیت هایشان در سازماندهی و اجرای فعالیت‌های مربوط به کنش‌های خاص. خودکارآمدی به شایستگی‌های فرد مربوط نمی‌شود بلکه به قضاوت‌های او

1-Wool folk

2- Kazarly

درباره شایستگی‌اش مربوط می‌گردد که البته این قضاوت‌ها مبنای اجتماعی دارد. بندورا معتقد است که خودکارآمدی سطح اضطراب را کاهش می‌دهد. از نظر وی خودکارآمدی هم به طور مستقیم و هم به واسطه خودمختاری اخلاقی که در صورت افسارگسیختگی می‌تواند اشتیاق یادگیری را نابود کند، موفقیت تحصیلی را افزایش می‌دهد. میری و همکاران (۱۳۸۹) گزارش دادند که خودکارآمدی بیشتر باعث شد که دانشجویان موفق شوند در رشته‌ای بالاتر مثل پزشکی قبول شوند یا این که با قبول شدن در رشته‌های بالاتر به خودکارآمدی و قضاوت بهتری نسبت به خویشتن دست یابند. دانشجویان پسر نسبت به دانشجویان دختر خودکارآمدی بالاتر و قضاوت بهتری نسبت به خویشتن داشتند. با افزایش نمره موفقیت تحصیلی، خودکارآمدی آنها افزایش می‌یافت.

پژوهش‌های انجام شده در زمینه وضعیت تحصیلی، بیشتر متمرکز بر دو هدف بوده‌اند. نخست، کشف ارتباط میان باورهای خودکارآمدی و مسایل مربوط به انتخاب رشته تحصیلی و شغل، و دوم کنکاش پیرامون ارتباط میان خودکارآمدی ادراک شده با متغیرهای روانشناختی حوزه انگیزش و پیشرفت تحصیلی (بندورا، ۱۹۹۳، پین تریچ و شانک، ۲۰۰۲). بر پایه نظریه برخی پژوهشگران (برای نمونه شانک، ۱۹۹۱، پین تریچ و شانک، ۲۰۰۲) نمی‌توان گفت که لزوماً بین خودکارآمدی ادراک شده و پیشرفت تحصیلی ارتباط مستقیمی وجود دارد. بلکه رابطه آن به صورت غیر مستقیم و به کمک سازه‌های دیگر انجام می‌شود. به باور پین تریچ و شانک (۲۰۰۲) عوامل کلیدی دیگری نیز بر موفقیت و پیشرفت‌های تحصیلی تاثیر می‌گذارند. از جمله این عوامل می‌توان به ویژگی‌های جمعیت شناختی، شرایط تحصیل در مدرسه، چشم‌داشت‌ها و نگرش والدین نسبت به موفقیت تحصیلی در فرزندان اشاره نمود. به باور بندورا (۱۹۹۷) سازه خودکارآمدی یک سازه چند بعدی است که ممکن است در پژوهش‌های انجام شده تنها ارتباط میان جنبه‌های ویژه‌ای از این سازه با پیشرفت تحصیلی

بررسی شده باشد. خودکارآمدی ادراک شده توسط فرد می‌تواند تا اندازه‌ای با خودکارآمدی واقعی افراد متفاوت باشد (جوینز<sup>۱</sup> و پرینز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

پژوهش‌های مختلفی روابط میان اهداف پیشرفت (رویکرد - عملکرد، اجتناب - عملکرد و تبحری) و خودکارآمدی تحصیلی را مورد توجه قرار داده‌اند (اعرابیان و همکاران، ۱۳۸۳، محسن پور و همکاران، ۱۳۸۵، فرکی، ۱۳۸۶، رستگار و همکاران، ۱۳۸۹). نتایج نشان دهنده رابطه مثبت و معنی دار اهداف تبحری و اهداف رویکرد - عملکرد با خودکارآمدی تحصیلی است.

فولادوند، فرزاد، شهرآرای و سنگری (۱۳۸۹) گزارش دادند که سطوح بالاتر سلامت روانی و جسمانی از طریق نمرات بالاتر حمایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی و نمرات پایین تر استرس تحصیلی پیش بینی 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.

عابدینی (۱۳۹۰) گزارش داد که خودکارآمدی و رشته تحصیلی، نقش معناداری در پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دارند. خودکارآمدی و شغل مادر پیش‌بینی کننده‌های معناداری از پیشرفت تحصیلی دانش آموزان هستند.

علایی خرایم، نریمانی، و علایی خرایم (۱۳۹۱) گزارش دادند که بین دو گروه از دانش آموزان در باورهای خودکارآمدی و انگیزه‌ی پیشرفت تفاوت معناداری وجود دارد. دانش آموزان با ناتوانی یادگیری به دلیل سطوح پایین انتظارات از خود، سطوح پایینی از باورهای خودکارآمدی و انگیزه‌ی پیشرفت را تجربه می‌کنند.

نتایج پژوهش هاشمی، مصطفوی، ماشینچی عباسی و بدری (۱۳۹۱) نشان داد که تسلط طلبی، اجتناب از تکلیف، عملکرد گریزی و عملکرد گزینی به عنوان شیوه‌های

---

1- Joes  
2- Prinz

جهت گیری هدف، خودکارآمدی در خودتنظیم گری؛ و نورزگرایی و وظیفه شناسی به عنوان ویژگی های شخصیتی، وقوع تعلل ورزی تحصیلی را به صورت جداگانه و ترکیبی به طور معنادار پیش بینی می کنند. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که تعلل ورزی تحصیلی دانشجویان براساس جهت گیری های هدف، ادراکات خودکارآمدی خودتنظیم گری و ویژگی های شخصیتی نورزگرایی و وظیفه شناسی قابل تبیین است. به عبارتی، جهت گیری ها در زمینه اهداف پیشرفت، شامل ویژگی هایی هستند که در پیش بینی تعلل ورزی نقش متفاوتی دارند. علاوه بر این، صفات شخصیتی نیز در بسیاری از موقعیت های فردی و اجتماعی، تعیین کننده رفتارهای افراد هستند.

## کاربرد و ارزشیابی خودکارآمدی

### کاربردهای بالینی

#### خودکارآمدی و تندرستی

نظریه یادگیری اجتماعی معتقد است که خودکارآمدی در سازگاری با موقعیت های جدید نقش اساسی دارد. بر اساس این دیدگاه، باور کارآمدی شخص برای کنترل محیط و رفتار خود، عامل اساسی برای تغییرات است. باورهای خودکارآمدی شناخت هایی هستند که باعث شروع تغییرات رفتارهای سلامتی شده، همچنین موجب تلاش بیشتر در فرد می گردد و همچنین موجب افزایش تحمل فرد در مقابل موانع و نیز در مواقع شکست می شوند. خودکارآمدی هم به صورت مستقیم در رفتار سلامت نقش دارد و هم به صورت غیر مستقیم از طریق تاثیر بر هدف گزینی اثر می گذارد (دویلیس<sup>۱</sup> و دویلیس، ۲۰۰۰، کولیوند و کاظمی، ۱۳۹۲، کولیوند، کاظمی، مختاری و خاکپور، ۱۳۹۲). فولی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه ی خود نشان دادند نوجوانانی که دارای خودکارآمدی بیشتری هستند به طور معنی داری انرژی بیشتری برای فعالیت بدنی و ورزشی مصرف می نمایند. مظلومی محمودآباد و همکاران

---

1- DeVellis

2- Foley

(۱۳۸۵) در مطالعه‌ای با عنوان ارتباط بین خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی به این نتیجه رسیدند که سن، جنس، بُعد خانوار، اعتماد به نفس، خودکارآمدی و تحصیلات والدین ۱۵ درصد واریانس رفتارهای بهداشتی را تبیین می‌کنند که در بین این متغیرها اثر خودکارآمدی بر روی رفتارهای بهداشتی بیش از سایر متغیرها بود. پژوهش بدری گرگری و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که خودکارآمدی فعالیت‌های بدنی و تغذیه‌ای با احساس سلامت کلی ارتباط دارد و افراد دارای خودکارآمدی بالا در زمینه تغذیه و فعالیت‌های بدنی و جسمانی، احساس مسئولیت بیشتری نسبت به سلامتی خود دارند. بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده، قصد نزدیک‌ترین پیش بینی کننده رفتار است. نگرش‌ها، هنجارهای ذهنی و کنترل تصوری شناخت‌هایی هستند که قصد مشخصی را تحت تاثیر قرار می‌دهند. خودکارآمدی و کنترل ادراکی از سازه‌های مترادف و مشابه هستند.

به عقیده پاژارس و والیان (۱۹۹۷)، خودکارآمدی و یافته‌های پژوهش‌های مربوط به آن در زمینه‌های گسترده‌ای چون پزشکی، بررسی‌های اجتماعی، رسانه‌های همگانی، امور بازرگانی و سیاسی، روانشناسی، روانپزشکی و آموزش و پرورش کاربرد دارد. به کمک این متغیر در نوجوانی می‌توان رضایت از زندگی در آینده را پیش بینی کرد (وسچیو و همکاران، ۲۰۰۷). سطوح بالای آن، با توان بیشتر مقابله با رفتارهای پرخطر برای سلامت همراه است (ما<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶، کولیوند و کاظمی، ۱۳۹۲). در پژوهش‌های روانشناسی ورزش نیز، خودکارآمدی کاربردهای فراوان داشته است (لوزینسکا و همکاران، ۲۰۰۷).

یکی از حوزه‌های بسیار فعال در پژوهش‌های اجتماعی شناختی در مورد رابطه بین باورهای خودکارآمدی و تندرستی است (بندورا، ۱۹۹۷). باورهای قوی و مثبت درباره خودکارآمدی برای تندرستی انسان مطلوب است. بر عکس، باورهای ضعیف و منفی درباره خودکارآمدی به زیان سلامت است (شوارتز، ۱۹۹۲). باورهای خودکارآمدی از دو طریق بر تندرستی انسان تاثیر می‌گذارند. یکی از طریق تاثیرات این باورها بر رفتارهای مرتبط با

## خودکارآمدی / ۳۱

تندرستی فرد و دیگری از طریق تاثیر آنها بر کارکرد زیستی وی (کنتراد<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۰، میلر<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). باورهای خودکارآمدی هم بر احتمال بروز بیماری‌های مختلف و هم بر فرآیند بهبود از بیماری تاثیر می‌گذارد (اولیری<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱). خودکارآمدی یک درک رفتاری است که احتمال التزام به یک برنامه کاری و رفتارهای ارتقاء سلامت را افزایش می‌دهد، نقش اساسی در پذیرش، حفظ و دوام رفتارها دارد و مهم‌ترین فاکتور شخصی در تغییر رفتار می‌باشد. خودکارآمدی اثر قوی بر رفتار و رفتارهای بهداشتی دارد. برخی بررسی‌ها نشان داده‌اند که خودکارآمدی، بیش از ۵۰ درصد واریانس رفتارهای بهداشتی را تبیین می‌کند (فری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱، استراوس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۱، یارچیسکی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

باورهای خودکارآمدی با رفتارهای مختلفی چون سیگار کشیدن، نوشیدن الکل و راه‌های جلوگیری از ابتلاء به ایدز مرتبط است برای مثال سرمشق‌گیری، تعیین هدف و سایر شیوه‌ها، راه‌هایی برای افزایش باورهای خودکارآمدی است و از این رو، رفتارهای خطرزا را کاهش می‌دهد (اولیری، ۱۹۹۲، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱). تغییر در باورهای خودکارآمدی در مورد فرآیند بهبود از بیماری‌ها نیز بسیار تاثیرگذار است (کولیوند، کاظمی، ۱۳۹۲). برای مثال به هنگام بهبودی از بیماری حمله قلبی، میزان معینی فعالیت بدنی ضروری است، ولی گاهی افرادی که از بیماری قلبی بهبود پیدا می‌کنند دارای باورهای خودکارآمدی بالایی هستند و فراتر از آنچه که برای آنها سازنده است به تمرین می‌پردازند. در این موارد، بیماران باید باورهای خودکارآمدی خود را با واقعیات انطباق دهند و به همین روال، تمرینات خود را با الگوهای مناسب تری انطباق دهند (ایوارت<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱).

---

1- Contrad  
2- Miller  
3- O Liery  
4- Fry  
5- Strauss  
6- Yarcheski  
7- Eivart

در مورد رابطه بین باورهای خودکارآمدی و کارکردهای بدنی، شواهد موجود نشان می‌دهد که باورهای خودکارآمدی بالا، مانع تاثیرات فشار روانی می‌شود و از این رو، کارکرد نظام ایمنی بدن (مقابله با بیماری) را افزایش می‌دهد. شواهدی وجود دارد که فشار روانی بیش از حد می‌تواند به اختلال در نظام ایمنی منجر شود، حال آنکه بهبود توانایی فرد در بهبود بخشیدن فشار روانی می‌تواند کارکرد این نظام را افزایش دهد (اولیری، ۱۹۹۰، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱). بندورا و همکاران در یک آزمایش که تاثیر خودکارآمدی ادراک شده مهار نسبت به محرک‌های تنش‌زا در نظام ایمنی را بررسی می‌کرد، دریافتند که خودکارآمدی ادراک شده، در واقع، کارکرد نظام ایمنی را افزایش داد. افزایش در باورهای خودکارآمدی با افزایش کارکرد نظام ایمنی، بهبود پیدا می‌کند (ویدن فیلد<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۰ به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱). بنابراین، اگر چه تاثیر فشار روانی ممکن است منفی باشد، تسلط خودکارآمدی ادراک شده بر محرک‌های فشارزا، می‌تواند ویژگی‌های انطباقی ارزشمندی را در کارکرد نظام ایمنی بدن ایجاد کند.

مطالعات گوناگون نشان داده است که احساس خودکارآمدی پایین، با افزایش فشار روانی، پاسخ‌های ضعیف‌تر به درد و انگیزش کمتر برای پی‌گیری برنامه‌های مربوط به تندرستی، همبستگی دارد. برعکس، احساس خودکارآمدی بالا، با فشار روانی و پاسخ‌های زیستی کمتر به فشارهای روانی، قدرت انطباق بیشتر و علاقه مندی زیادتر به برنامه‌های تندرستی که توسط مربیان بهداشت شرح داده می‌شود، همبستگی دارد. در درمان ورم مفاصل، به بیماران برنامه‌ای داده شد که درک خودکارآمدی آنها را در انطباق با مشکل خود افزایش می‌داد. این معالجه نه تنها به این هدف دست یافت؛ بلکه همچنین به کاهش درد و آماس آن مفاصل نیز منجر شد و کارکرد روانی این بیماران را نیز بهبود بخشید. در یک برنامه درمانی دیگر با بیماران مبتلا به جوع و یا افرادی که بسیار می‌خورند و سپس آن را بر می‌گردانند تا خود را از غذا خالی کنند، دیده شد که افزایش در خودکارآمدی، با خویشتنداری بیشتر در خوردن و استفراغ کمتر همبستگی دارد. سرانجام، در برنامه درمانی سوم معلوم شد که تغییر در

---

1- Widen Field



ادراک خودکارآمدی فرد در راه رفتن، با افزایش تمرین در یک برنامه ورزشی همبستگی دارد. این برنامه برای بیمارانی تنظیم شده بود که در معرض خطر بیماری قلب قرار داشتند (به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱).

پژوهش‌هایی که تاکنون انجام گرفته است، نشان می‌دهند که نظریه خودکارآمدی می‌تواند پیامدهای ضمنی مهمی برای انواع رفتارهای مربوط به تندرستی داشته باشد مانند ترک سیگار، مقابله با درد، نظارت بر خوردن و حفظ وزن و علاقه مندی به برنامه‌های پیش‌گیرانه مربوط به تندرستی (بندورا، ۱۹۹۷، میلر و همکاران، ۱۹۹۶، اولیری، ۱۹۹۳، شنايدر<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۷، شوارز، ۱۹۹۶، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱).

رژیم‌های غذایی، کنترل وزن و تغذیه پیشگیری کننده، تا حد زیادی در سایه باورهای خودکارآمدی تغذیه که با بروز تغییرات کلی در سبک زندگی مشخص می‌گردد، میسر می‌شوند. احتمال بازگشت در برنامه‌های درمانی و مداخله‌ای به عادات غذایی غلط و ناسالم گذشته در مراجعانی که به خود اعتماد و باور دارند، بسیار کم است (باگوزی<sup>۲</sup> و ادواردز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸، به نقل از نویدیان و همکاران، ۱۳۸۸).

خودکارآمدی وزن و رفتار خوردن به طور وسیع و گسترده‌ای مورد بررسی قرار گرفته است مانند بررسی رابطه خودکارآمدی و فعالیت جستجوی اطلاعات (ریمال<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲)، رضایتمندی از اطلاعات ارائه شده (استیوارت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴)، آموزش بهداشت (وینکلبی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴)، خودکارآمدی میانجی عوامل اجتماعی محیطی و رفتار خوردن (شانون<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۰)، خودکارآمدی به عنوان شاخص تغییر وزن (مارتین<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۴)، کنترل رفتار خوردن و افزایش وزن و چاقی (هایز<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۲)، ولع خوردن و

---

1- Schnieder  
2- Bagozzi  
3- Edwards  
4- Rimal  
5- Stewart  
6- Winkelby  
7- Shanon  
8- Martin  
9- Hays

عدم کنترل آن (واندروال<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷)، خودکارآمدی خوردن و افزایش وزن مجدد (کلارک<sup>۲</sup> و کینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰)، تاثیر خودکارآمدی بر رفتار تغذیه‌ای مصرف چربی‌ها (لیو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴)، خودکارآمدی و محدودیت در رفتار خوردن در کاهش وزن (باس<sup>۵</sup> و دون میز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹)، تغییر در خودکارآمدی به دنبال درمان چاقی (کلارک و همکاران، ۱۹۹۶)، مداخله مبتنی بر خودکارآمدی در مصرف میوه و سبزی (لوزینسکا و همکاران، ۲۰۰۱)، خودکارآمدی و تاثیر برنامه کنترل وزن مبتنی بر تغییر رفتار (ریچمن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۱) و استفاده از پرسش نامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی در زنان افریقایی-آمریکایی (داتون<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

نتایج اکثر پژوهش‌های فوق نشان داده‌اند که خودکارآمدی رفتار خوردن شاخص پیش‌بینی‌کننده وزن است، در جریان برنامه‌هایی که به منظور کاهش وزن طراحی و اجرا می‌شوند افزایش می‌یابد، مانع از افزایش مجدد وزن می‌شود، انگیزه و پایبندی به تغییر رفتار را افزایش می‌دهد، از نظر جستجوی منابع اطلاعاتی فرد را فعال تر می‌کند، مقابله با موقعیت‌های خطرناک و وسوسه برانگیز را راحت تر می‌سازد. به طور کلی می‌توان گفت که خودکارآمدی عامل مهمی است که باید در برنامه‌های آموزش و مشاوره‌های تغذیه‌ای کاهش وزن، مورد توجه و دقت نظر قرار گیرد و گرنه تاریخچه آموزش بهداشت نشان داده است که صرفاً ارائه اطلاعات درباره رفتار سالم و بهداشتی کافی نیست (پلاس دوتیر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸).

افخمی اردکانی، زارع، علیپور، پورشریفی و اعراب شیبانی (۱۳۹۱) گزارش دادند که متغیرهای شخصیتی و روان‌شناختی در بیماران دیابتی از عوامل تأثیرگذار مهم بر کنترل قندخون آنهاست. بنابراین می‌توان با اجرای مداخلاتی به منظور افزایش مکان کنترل درونی

---

1- Vanderman  
2- Clark  
3- King  
4- Liou  
5- Bas  
6- Donmez  
7- Richman  
8- Dutton  
9- Plasdotir

و میزان خودکارآمدی و اصلاح ویژگی‌های تیپ شخصیتی D در بیماران دیابتی به پای بندی به رژیم‌های درمانی و کنترل بهتر قندخون در این بیماران کمک کرد.

### کاربرد و ارزشیابی خودکارآمدی در روانشناسی بالینی و روانپزشکی

#### خودکارآمدی و آسیب‌شناسی روانی

به نظر بندورا، تاثیر برداشت انسان از خودکارآمدی گسترده بوده و شامل موارد زیر است: (۱) افراد به چه فعالیت‌هایی می‌پردازند، (۲) چه مقدار از تلاش‌های خود را صرف یک موقعیت مشخص می‌کنند، (۳) برای چه مدت در مقابل موانع ایستادگی می‌کنند و (۴) واکنش‌های هیجانی فرد به هنگام پیش‌بینی یک موقعیت و یا هنگام انجام آن چگونه است. بدیهی است که تفکر، احساسات و رفتار انسان در موقعیت‌هایی که به توانایی خود احساس اطمینان می‌کند متفاوت از رفتار وی در موقعیت‌هایی است که در آن احساس عدم امنیت و یا فقدان صلاحیت می‌کند. لذا درک انسان از خودکارآمدی بر الگوهای تفکر، انگیزش، عملکرد و برانگیختگی هیجانی فرد تاثیر می‌گذارد.

در نظریه شناختی اجتماعی، در آسیب‌شناسی روانی، یادگیری رفتارهای خاص و واکنش‌های عاطفی مورد توجه است، ولی به طور فزاینده‌ای بر نقش انتظارات مختل‌کننده و خود‌پنداره نیز تاکید می‌کند. ممکن است فرد به اشتباه انتظار داشته باشد که از پی بعضی از حوادث، رویدادهای دردناکی اتفاق بیفتد و یا بعضی از موقعیت‌ها با درد همراه باشد. بنابراین، ممکن است طوری عمل کند که گویی از موقعیت‌های خاصی اجتناب می‌نماید و یا به نحوی رفتار کند که موجب ایجاد موقعیتی شود که سعی داشت از آن اجتناب کند. به عنوان مثال، فرد فکر می‌کند نزدیکی به دیگران با درد و ناراحتی همراه است، پس با سایر افراد به طرز خصمانه رفتار می‌کند و در نتیجه، از سوی آنها طرد می‌شود و لذا انتظار وی در این مورد که نزدیکی به دیگران به ناامیدی و طرد منجر خواهد شد، تایید می‌شود.

فرآیندهای شناختی به دلیل خودارزیابی‌های مختل‌کننده و به‌خصوص، از نظر خودکارآمدی ضعیف یا ناکارآمدی درک شده نیز نقشی در آسیب‌شناسی روانی بازی

می‌کنند. خودکارآمدی ادراک شده، برداشتی است که در آن فرد می‌تواند به انجام تکلیفی بپردازد که لازمه یک موقعیت است و یا با آن انطباق دارد. در ناکارآمدی ادراک شده، فرد احساس می‌کند که قادر نیست تکلیفی را به انجام برساند که لازمه یک موقعیت است و یا با خواسته‌های آن در موقعیت در انطباق است. بنابراین، در نظریه شناختی اجتماعی، این ناکارآمدی ادراک شده است که نقش اصلی را در اضطراب و افسردگی افراد بازی می‌کند (بندورا، ۱۹۹۷).

خودکارآمدی همچنین نقش محوری در خودگردانی حالات هیجانی و سلامت روان افراد دارد. افراد با خودکارآمدی قوی، استقامت و پشتکار بیشتری داشته و کمتر مضطرب و افسرده‌اند. آنها بیشتر موفق بوده و کمتر مستعد آسیب‌های اجتماعی روانی همچون اعتیاد یا اختلال‌های روان آزرده‌گی هستند (بیکر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸، فار و لوکستون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). افرادی که باور دارند می‌توانند تهدیدهای بالقوه را کنترل نمایند کمتر از کسانی که باور به توانایی در اداره تهدیدهای بالقوه را ندارند، برانگیختگی و اضطراب را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر عدم خودکارآمدی در رسیدن به اهداف مطلوب بر ارزیابی فرد از ارزشمندی خود و احساس رضایتمندی وی تاثیر می‌گذارد و می‌تواند باعث احساس افسردگی، غمگینی و بیهودگی گردد (ویلیامز، ۱۹۸۷، بندورا و همکاران، ۱۹۹۹). قضاوت در مورد خودکارآمدی شخصی، مفهوم مرکزی در احساس بی‌کفایتی فرد افسرده است. عدم خودکارآمدی در اثرگذاری بر وقایع و شرایطی که به طور معنی دار در زندگی فرد دارای ارزش هستند و همچنین ناتوانمندی برای دریافت تقویت‌کننده‌های محیطی، احساس غم، ناامیدی و اضطراب را در فرد برمی‌انگیزاند (بندورا، ۲۰۰۶ الف).

مطابق با نظریه شناختی اجتماعی بندورا (۲۰۰۶ الف) خودکارآمدی نقش کلیدی و مهمی در سلامت و بهداشت روان داشته و بسیاری از کارکردهای روانشناختی ما را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. پژوهش‌هایی نیز که متمرکز بر موضوع خودکارآمدی، افسردگی، اضطراب

---

1- Baker

2- Faure & Loxton

و بهداشت روان نوجوانان بوده‌اند نشان داده‌اند که موفقیت نوجوانان در چالش‌های بی‌شمار این دوره رشد، به میزان خودکارآمدی آنها ارتباط دارد و نوجوانان مضطرب و افسرده عدم خودکارآمدی در چندین توانایی مختلف را گزارش می‌دهند (موریس، ۲۰۰۲، سالد و هوبنر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶، به نقل از نجفی و فولادچنگک، ۱۳۸۶).

بندورا و همکاران (۱۹۹۹) یک الگوی عاملیتی از اضطراب و افسردگی ارائه می‌دهند که در آن سه مسیر مهم بیان می‌شود؛ و در طی آن خودکارآمدی ضعیف در حیطه‌های تحصیلی، اجتماعی و هیجانی باعث افسردگی و اضطراب می‌گردد.

اولین مسیر در این مدل از طریق عدم تحقق آرزوها و عدم باور فرد به خودکارآمدی در رسیدن به معیارهایی است که برای فرد ارزشمند است. هنگامی که معیارهای شخصی در ارتباط با شایستگی و لیاقت بسیار بالاتر از حس کارآمدی در رسیدن به آنها باشد فرد دچار نارزنده‌سازی، افسردگی و اضطراب می‌گردد. از آن جایی که در دوره نوجوانی معیارهای بالای تحصیلی از باارزش‌ترین معیارها به شمار می‌آید (شاولسون<sup>۲</sup> به نقل از پاچارز و شانک، ۲۰۰۱، بندورا و همکاران، ۱۹۹۶، ریچاردسون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹)، بنابراین خودکارآمدی تحصیلی می‌تواند یکی از مهم‌ترین حیطه‌های خودکارآمدی در این سنین به شمار می‌آید.

بندورا (۲۰۰۱) خودکارآمدی تحصیلی را به عنوان باورها و قضاوت‌های افراد از توانایی‌هایشان در انجام تکالیف مربوط به موقعیت‌های تحصیلی تعریف می‌کند. پژوهش‌ها حاکی از رابطه منفی بین اضطراب و خودکارآمدی تحصیلی است (دواک و لگت<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸، لورا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶، به نقل از رستگار و همکاران، ۱۳۸۹). اهداف اجتناب - عملکرد از طریق اضطراب حالت به صورت منفی خودکارآمدی تحصیلی را کاهش می‌دهد، اهداف اجتناب - عملکرد از طریق اضطراب حالت بر خودکارآمدی تحصیلی اثر غیر مستقیم دارد، اهداف تبحری بر خودکارآمدی تحصیلی اثر مستقیم دارد (رستگار و همکاران، ۱۳۸۹). پازارس

---

1- Hoiner  
2- Shawelson  
3- Rishardson  
4- Doak & Leget  
5- Lora

(۲۰۰۳) بر این باور است که خودکارآمدی تحصیلی می‌تواند بر پیشرفت تحصیلی تاثیر بگذارد و به صورت غیر مستقیم بر هدف دانش آموزان که همان افزایش نمرات است، موثر واقع شود.

حمایت اجتماعی می‌تواند از طریق ساز و کارهای شناختی مانند خودکارآمدی و استرس بر سلامت روانی اثر بگذارد (کارادیماس و کالانتزی، ۲۰۰۴). حمایت اجتماعی منجر به استرس تحصیلی و افزایش سلامت روان شناختی و خودکارآمدی تحصیلی می‌شود (کارادیماس، ۲۰۰۶). نظریه ی شناختی- اجتماعی فرض می‌کند ارتباط پیوسته‌ای بین ویژگی‌های افراد، محیط، رفتار و سلامت وجود دارد. تغییر در یک مؤلفه بر مؤلفه‌های دیگر اثر می‌گذارد. بندورا (۱۹۷۷) معتقد بود اعتقاد فرد راجع به توانایی هایش در یک موقعیت، بر تصمیم‌گیری راجع به انجام نوع فعالیت‌ها و میزان مقاومت او اثر می‌گذارد. در سال‌های اخیر تاکید بیشتری بر نقش انتظارات خودکارآمدی در فرایندهای استرس و سلامت شده است (رودباثوق<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶، اصغرنژاد و همکاران، ۱۳۸۳). اثر مستقیم و غیر مستقیم حمایت اجتماعی از طریق استرس تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی روی سلامت روانی تایید شده است (بینایت<sup>۲</sup> و بندورا، ۲۰۰۴، کارادیماس و کالانتزی، ۲۰۰۴، کارادیماس، ۲۰۰۶، فولادوند و همکاران، ۱۳۸۷). خودکارآمدی تحصیلی نیز به طور مستقیم و غیر مستقیم از طریق استرس تحصیلی روی سلامت روانی اثر دارد (فولادوند و همکاران، ۱۳۸۷).

مسیر دوم در این الگو در ارتباط با خودکارآمدی اجتماعی است (بندورا و همکاران، ۱۹۹۹). برای رشد یک ارتباط اجتماعی موثر و ایجاد شبکه حمایت اجتماعی قوی که زندگی فرد را لذت‌بخش سازد و او را قوی تر نماید تا با فشارها و چالش‌های زندگی مقابله کند، نیاز به حس قوی از خودکارآمدی اجتماعی دارد. یک حس ایمن از خودکارآمدی اجتماعی موجب ایجاد ارتباط‌های اجتماعی مثبت می‌شود و بازتاب دهنده سطح رضایت اجتماعی افراد است در حالی که عدم خودکارآمدی اجتماعی فرد را به رفتارهای انزواطلبانه اجتماعی

---

1- Rodebaugh

2- Benight

کشانده و او را مستعد انواع آسیب‌های روانی اجتماعی می‌نماید (بندورا و همکاران، ۱۹۹۶، اهرنبرگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۱، موریس، ۲۰۰۲). در زمینه مهارت‌های اجتماعی که ارتباط زیادی با باورهای خودکارآمدی اجتماعی دارند و رابطه باورهای خودکارآمدی اجتماعی با ساز و کارهای روانشناختی مانند افزایش خود پنداره و عزت نفس، کاهش افسردگی و پیشرفت تحصیلی پژوهش‌های زیادی انجام شده است (هارجی و همکاران، ۱۳۷۷، آنسی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶، فرایدل<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷).

مسیر سوم کارآمدی مربوط به خودکارآمدی هیجانی و کنترل افکار منفی است (بندورا و همکاران، ۱۹۹۹). خودکارآمدی هیجانی توانایی تشخیص هیجانات متفاوت خود و دیگری است و به نوعی به هماهنگی زندگی درونی با بیرونی پیوند دارد. هر فردی غم و اضطراب را از زمانی به زمان دیگر در پاسخ به فقدان‌ها، شکست‌ها، طردها و موانع تجربه می‌کند. بعضی از افراد به سرعت از وضعیت افسرده زارها می‌شوند، در حالی که بعضی دیگر دچار یک غم عمیق و طولانی مدت می‌گردند. خودکارآمدی ضعیف در کنترل یا مبارزه با افکار نگران کننده و منفی می‌تواند باعث برانگیختن افکار منفی دیگر و پریشانی فرد شود (بندورا و همکاران، ۱۹۹۷، موریس، ۲۰۰۲). خودکارآمدی هیجانی عاملی است که در روابط بین فردی، خانوادگی، ازدواج و ... نقش مهم و تعیین کننده‌ای دارد. رزمجویی (۱۳۸۹) گزارش داد که بین خودکارآمدی هیجانی و هوش معنوی ارتباط نزدیکی وجود دارد و رشد این دو با هم به سازگاری و بهزیستی روانی بیشتر افراد کمک می‌کند.

### خودکارآمدی و اضطراب

به استناد نظریه شناختی اجتماعی، افراد دارای برداشت ضعیف از خودکارآمدی خود در مواجهه با خطر بالقوه، اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند. رویداد تهدید کننده به خودی خود موجب اضطراب نمی‌شود، بلکه این ادراک ناکارآمدی در انطباق با آن موقعیت است که

---

1- Ehrenberg  
2- Annesi  
3- Friedel

موجب این هیجان می‌گردد. به عبارت دیگر احساس ناکارآمدی در مواجهه با رویدادهای تهدید کننده به اضطراب منجر می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افرادی که معتقدند نمی‌توانند رویدادهای اضطراب آور را مهار کنند، پریشانی زیادی را تجربه می‌کنند. اختلال‌های شناختی مانند دل مشغولی به آنچه احتمالاً اتفاق می‌افتد نیز ممکن است در این افراد ایجاد شود. به عبارت دیگر، فرد مضطرب، به جای تمرکز بر آنچه که در انطباق با آن موقعیت می‌تواند انجام دهد، توجه خود را به ناکامی در آینده و ناتوانی در انطباق با آن متمرکز می‌کند. احساس ناتوانی در انطباق با این موقعیت می‌تواند بعدها با احساس ناتوانی در انطباق با خود اضطراب، پیچیده تر شود. به عبارت دیگر، ترس از پاسخگویی به ترس، می‌تواند به وحشت منجر شود (بارلو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱).

#### خودکارآمدی و افسردگی

ناکارآمدی ادراک شده در مواجهه با نتایج خوشایند به افسردگی منجر می‌شود، این افسردگی نشان دهنده واکنش فرد به ناتوانی ادراک شده در دستیابی به نتایج خوشایند مورد نظر است. البته، بخشی از مشکل افراد افسرده احتمالاً به معیارهای بیش از حد بالای آنها برمی‌گردد. به عبارت دیگر، افراد مستعد به افسردگی، معیارها و هدف‌های بیش از حد بالایی را بر خود تحمیل می‌کنند. وقتی دستیابی به این معیارهای سختگیرانه امکان پذیر نمی‌شود، خود را سرزنش می‌کنند و ناتوانی یا عدم صلاحیت خویش را به خاطر آنچه اتفاق افتاده به گردن می‌گیرند. در واقع، انتقاد بیش از حد از خود، اغلب، یکی از مشخصات عمده افسردگی است. به طور خلاصه، اگر چه احساس عدم کارآمدی در دستیابی به هدف‌های مورد نظر، عامل اصلی افسردگی است، بخشی از این مشکل می‌تواند به هدف‌های بیش از حد بالا مربوط شود. به علاوه، باور داشتن به خودکارآمدی ضعیف می‌تواند به عملکرد ضعیف تری منجر شود، فاصله فرد را با معیارهای خویش بیشتر کند و در نتیجه، موجبات سرزنش بیشتری را فراهم آورد (کاوانتی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱). همین رابطه در مطالعه بندورا و

---

1- Barlow  
2- Kavangh



همکاران (۱۹۹۹) در مورد افسردگی در دوران کودکی دیده شد. آنها دریافتند که ناکارآمدی ادراک شده اجتماعی و تحصیلی، به طور مستقیم و غیر مستقیم موجب افسردگی می شود و این امر به دلیل رفتارهای مسئله داری است که در موفقیت اجتماعی و تحصیلی آینده تداخل می کند. بنابراین، دور خود - شکست دهنده ای برقرار گردید که در آن، خودکارآمدی پایین به افسردگی و رفتارهای مسئله دار تبدیل شد و این دو به نوبه خود، ناکارآمدی و افسردگی ادراک شده بیشتری را موجب گردیدند.

بندورا (۱۹۹۲) مطرح می کند که تفاوت بین معیارها و عملکردها می تواند اثرات مختلفی داشته باشد، این اختلاف می تواند به تلاش بیشتر، به بی تفاوتی یا به افسردگی منجر شود. چه عواملی مشخص می کنند که کدامیک از این سه حالت اتفاق می افتد؟ به نظر بندورا، اختلاف بین عملکردها و معیارها وقتی به انگیزش بالا منجر می شود که افراد باور داشته باشند که کارآمدی دستیابی به آن هدف را دارند. باور به اینکه هدفها به دلیل غیر واقعی بودن، فراتر از توانایی های فرد هستند، به ترک آن هدفها و شاید به بی تفاوتی منجر شود، ولی موجب افسردگی نمی گردند. برای مثال ممکن است فردی اینطور اظهار نظر کند که "این کار بیش از حد دشوار است" و از آن صرف نظر کند. وی ممکن است ناامید شده و عصبانی شود، ولی افسرده نمی گردد. افسردگی وقتی اتفاق می افتد که فرد در مورد یک هدف، احساس ناکارآمدی کند، ولی قبول داشته باشد که آن هدف، معقولانه است. بنابراین، احساس می کند که باید به تلاش خود برای دستیابی به هدف مورد نظر ادامه دهد. از این رو، اثرات اختلاف بین معیارها و عملکردها به باورهای خودکارآمدی فرد مربوط است و این که آیا این معیارها، معقولانه، امکان پذیر و مهم تلقی می شوند یا نه.

ملکی پیربازاری، نوری قاسم آبادی و صرامی (۱۳۹۰) گزارش دادند که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی از جانب دوستان به طور مستقیم و حمایت خانواده به طور غیرمستقیم بر علایم افسردگی دانشجویان اثر داشت. همچنین خودکارآمدی نقش واسطه ای در رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی و بیشترین تاثیر را بر علایم افسردگی دانشجویان داشت. لذا خودکارآمدی متغیری بسیار مهم در سبب شناسی افسردگی است. چون تجربیات

اولیه ایجاد کننده خودکارآمدی بر والدین متمرکز است، حمایت خانواده نقش مهمی در افزایش خودکارآمدی دانشجویان دارد و دانشجویان خودکارآمد 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. ارایه چنین مداخلاتی در محیط دانشگاه بسیار مفید و ضروری به نظر می‌رسد.

#### خودکارآمدی و اعتیاد

خودکارآمدی یکی از متغیرهایی است که با نگرش به مصرف مواد ارتباط دارد و شامل قضاوت‌های فرد در مورد توانایی‌ها، ظرفیت‌ها و قابلیت‌هایش برای انجام تکالیف خاص است. در نظام بندورا، خودکارآمدی به احساس‌های شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با زندگی اطلاق می‌شود. براساس مدل آجزن، اگر فرد بازخوردهای مثبتی در مورد یک رفتار داشته و انتظار تأیید آن را نیز از سوی دیگران داشته باشد، در صورتی که احساس کند اجرای آن رفتار فراتر از توانایی و کنترل اوست، آن عمل را انجام نمی‌دهد. این مدل بین خودکارآمدی مصرف (use) و خودکارآمدی امتناع (refusal) تفاوت قائل می‌شود. خودکارآمدی امتناع منعکس کننده باور نوجوان به توانایی خود برای مقاومت در برابر فشار اجتماعی جهت مصرف مواد است. بر اساس این دیدگاه، حتی اگر نوجوان قصد مصرف مواد را نداشته باشد، ممکن است به دلیل فقدان مهارت‌های لازم در امتناع از فشار همسالان، مواد مصرف کند. رایبسون و والش نشان دادند نوجوانانی که پیوسته از مواد اعتیادآور پرهیز نموده‌اند، راهکارهای مقابله‌ای بهتر و کارآمدتری نسبت به دیگران داشته‌اند.

ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی (۱۳۸۸) نشان دادند که بین خودکارآمدی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان رابطه منفی معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، با افزایش خودکارآمدی، گرایش به مصرف مواد نیز کاهش می‌یابد. مؤلفه‌های پرخاشگری، مهارت‌های

غیر اجتماعی، خودکارآمدی عمومی و مهارت اجتماعی مناسب به ترتیب بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های گرایش به مواد در نوجوانان می‌باشند. بر همین اساس، مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی نقش تعیین‌کننده‌ای در گرایش به مصرف نوجوانان دارد. دولان و همکاران (بی‌تا)، تات و همکاران (بی‌تا) نشان دادند که خودکارآمدی ضعیف زمینه‌ساز مصرف مواد را در دانش‌آموزان فراهم می‌سازد. همچنین مک لار و همکاران در پژوهشی مسائل مرتبط با مصرف الکل، افسردگی، تکان‌شوری، مقابله اجتنابی و حمایت اجتماعی از سوی دوستان را مورد بررسی قرار داده و دریافتند که مصرف الکل از پیش‌بینی‌کننده‌های خودکارآمدی در افراد مصرف‌کننده بود. خودکارآمدی ضعیف، پیش‌بینی‌کننده مهمی برای نگرش مثبت به مصرف مواد در نوجوانان می‌باشد. به گونه‌ای که هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و استرس‌زا، نوجوانانی که خودکارآمدی بالایی دارند، پایداری بیشتری از خود نشان می‌دهند و تفکرات منفی را درباره خود و توانایی خود نمی‌پذیرند. بر این اساس، احساس خودکارآمدی به نوجوانان کمک می‌کند تا در مقابل مواد و فشار دوستان مقاومت نموده و رفتارهای خود را کنترل نمایند (به نقل از ابوالقاسمی، پورکرد، و نریمانی، ۱۳۸۸).

براساس نظریه رفتار طرحریزی، حتی اگر نوجوان قصد مصرف مواد را نداشته باشد ممکن است به دلیل فقدان مهارت‌های لازم در امتناع از فشار همسالان، وادار به مصرف مواد شود. کاربرد این یافته برای مدارس و مراکز مشاوره، استفاده از روش‌هایی جهت ارتقاء خودکارآمدی دانش‌آموزان در امتناع از مصرف مواد است.

### کاربردهای عملی خودکارآمدی در درمان

اصطلاح خودکارآمدی که بر نظریه شناختی اجتماعی بندورا (۱۹۷۷) مبتنی است به باور شخص در مورد اینکه چگونه به خوبی می‌تواند در تغییر موفق باشد، دلالت دارد. در نظام شناختی اجتماعی منظور از خودکارآمدی مفهومی است که به احساسات شایستگی و کفایت شخص در مورد انجام اعمالی که توان آن را در خود می‌بیند، اشاره دارد. از نظر بندورا شخصی که تحت درمان قرار می‌گیرد دارای دو انتظار است: انتظار پیامد، برآورد شخص از

این موضوع است که یک رفتار معین به پیامد مطلوبی خواهد انجامید و انتظار کارایی، این اعتقاد است که او می‌تواند به طرز موفقیت آمیز، رفتاری را انجام دهد که پیامد مطلوب مورد هدف را تولید کند (بندورا، ۱۹۹۳).

نظریه خودکارآمدی بندورا کاربرد گسترده‌ای در زمینه آموزش بهداشت به ویژه آموزشهای مربوط به یادگیری مهارت‌های زندگی داشته است (دواک، ۱۹۹۶). به طور کلی خودکارآمدی، گونه‌ای اطمینان و خودباوری در رفتار پسندیده اجتماعی تعریف شده است (بندورا و آدامز<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲). پژوهش باستانی و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که آموزش تنش‌زدایی بر پایه نظریه خودکارآمدی، سبب کاهش معنی‌دار اضطراب حالت، اضطراب صفت و استرس درک شده در زنان باردار شد.

در رفتار درمانی، از الگوها برای نشان دادن شیوه‌های کنار آمدن با موقعیت‌های تهدیدآمیز استفاده می‌شود. رفتار می‌تواند از طریق مشاهده و شرکت هدایت شده تغییر یابد. در سرمشق‌گیری نهفته، افراد نحوه کنار آمدن الگو با موقعیت ترسناک را تجسس می‌کنند. رویکرد بندورا به تغییر رفتار، به رفتار آشکار و متغیرهای شناختی، به ویژه خودکارآمدی می‌پردازد. وقتی که خودکارآمدی در طول درمان بهبود می‌یابد، مراجعه‌کننده به طور روزافزون می‌تواند با موضوعات یا موقعیت‌های تهدیدآمیز برخورد کند. بندورا به درمانگران اصرار می‌ورزد تا به ارزیابی‌های خودکارآمدی در تشخیص و درمان مراجعان خود، توجه ویژه‌ای مبذول دارند. مثلاً ارائه روش الگوبرداری، آرامش‌دهی و تصویرسازی هدایت شده به علاوه دادن این احساس که خودکارآمدی آنها را بالا ببرد. غلبه بر ترس (مثلاً مار) می‌تواند تغییرات مهمی در رفتار و توانایی کنار آمدن با زندگی در فرد ایجاد کند؛ به عنوان مثال تقویت اعتماد به نفس و خودکارآمدی، تغییر عادات شخصی و کاری. سایر فوبی‌ها زندگی افراد را محدود می‌کنند مثل ترس از عنکبوت و حشرات. این افراد نسبت به خودکارآمدی خود تردید می‌کنند، برای کنار آمدن با منبع فوبی، اطمینان کمی به توانایی خود دارند. آزادی از ترس یعنی گسترش زندگی و افزایش خودکارآمدی آنها. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که با بهبود

خودکارآمدی افراد در طول درمان، آنها به طور فزاینده‌ای توانستند با موضوعی که منبع ترس آنها بود، برخورد کنند. این خود شیوه درمانی بود که خودکارآمدی را افزایش داد. از نظر بندورا تغییر رفتار بدون آگاهی مراجع تحقق نمی‌یابد. خودآگاهی و خودگردانی در تغییر رفتار یا بازآموزی رفتار اهمیت دارند. تغییر رخ نمی‌دهد مگر اینکه فرد بتواند درک کند چه رفتارهایی قرار است تقویت شوند. افرادی که در معرض تغییر رفتار قرار می‌گیرند، با خودآگاهی و خودگردانی می‌فهمند چه چیزی قرار است تقویت شود. مراجع خود تصمیم می‌گیرد چه چیزی را می‌خواهد در خود تغییر دهد، خودش برای حل مشکلات عمده‌اش مراجعه می‌کند. رابطه بین مراجع و درمانگر، قراردادی بین دو فرد راضی است. شیوه‌های سرمشق‌گیری، آزادی شخصی را افزایش می‌دهند. افراد فوییک یا وسواسی آزاد نیستند، محدودیت دارند که رفتار فوییک یا وسواسی به آنها تحمیل کرده است. این محدودیت‌ها یا قید و بندها اجازه انتخاب رفتار ناچیزی را می‌دهند. برطرف کردن نشانه‌های محدودکننده از طریق تغییر رفتار، آزادی و فرصت‌های رشد شخصی را افزایش می‌دهند.

به نظر بندورا، فرآیند تغییر نه تنها شامل اکتساب الگوهای جدید تفکر و رفتار است، بلکه به تعمیم و نگهداری آنها نیز مربوط می‌شود. در نتیجه، دیدگاه اجتماعی شناختی از درمان، اهمیت تغییر در احساس خودکارآمدی را مورد تأکید قرار می‌دهد. از نظر بندورا شیوه‌های روانشناختی، صرف نظر از شکل خود، می‌تواند سطح و قدرت خودکارآمدی و یا ادراک فرد از توانایی خود را تغییر دهد تا آن را با شرایط مورد نظر منطبق کند. فرآیندهای شناختی را می‌توان به عنوان بخشی از آسیب‌شناسی روانی به حساب آورد، زیرا این فرآیندها مستلزم انتظارات و ادراک‌های نادرستی از خودکارآمدی است. بنابراین، منطقی است که یک شیوه درمانی موثر بتواند این انتظارات و ادراک‌های نادرست از خود را تغییر دهد. شیوه‌هایی چون سرمشق‌گیری و مشارکت هدایت شده می‌تواند در تسهیل این تغییرات موثر باشد و بنابراین، موجب کاهش ترس‌های مورد انتظار و رفتارهای اجتنابی در فرد شود. ریشه این شیوه‌ها و همین‌طور سایر شیوه‌های درمانی، فرآیندی شناختی است که انتظارات خودکارآمدی در فرد را تغییر می‌دهد.

در چند پژوهش میزان خودکارآمدی و رفتار افرادی که به دلیل ترس‌های مرضی تحت درمان بودند، اندازه‌گیری شد (بندورا و آدامز، ۱۹۷۷، بندورا، آدامز و بیر<sup>۱</sup>، ۱۹۷۷، بندورا، ریز<sup>۲</sup> و آدامز، ۱۹۶۲، ویلیامز، ۱۹۹۲، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱). نتایج نشان داد که اظهارات آزمودنی از خودکارآمدی خود به نحو پایداری، عملکرد آنها را در مورد وظایفی که دارای سطوح مختلفی از دشواری یا تهدید بود، پیش‌بینی می‌کرد. به عبارت دیگر، همچنان که شیوه‌های روان‌درمانی به بهبود خودکارآمدی ادراک شده منجر می‌شد، آزمودنی‌ها نیز به تدریج در رویارویی با موارد ترسناک قبلی توانا تر می‌شدند.

برای مثال نتایج پژوهش بندورا، آدامز و بیر (۱۹۷۷) نشان داد که در سرمشق‌گیری مشارکتی و سرمشق‌گیری بدون مشارکت، افزایش قابل ملاحظه‌ای در رفتار گرایشی افراد به وجود آمد. این افزایش هم در مورد تهدید مشابه و هم در مورد تهدید متفاوت اتفاق افتاد. همین‌طور در قضاوت‌های خودکارآمدی افراد نیز افزایش قابل ملاحظه‌ای دیده شد. برتری این یافته‌ها بر نتایجی که آزمودنی‌ها در موقعیت کنترل به دست آوردند کاملاً مشخص بود. به علاوه، قضاوت‌های مربوط به خودکارآمدی خود، پیش‌بینی کننده کاملاً درستی از عملکرد افراد بود. یعنی قضاوت‌های مطمئن افراد از خودکارآمدی با احتمال بیشتر موفقیت در عملکرد، همبسته بود. این انتظارات خودکارآمدی، در واقع دارای قدرت پیش‌بینی بهتری در مورد عملکردهای گذشته بود. پژوهش‌های بعدی نشان داد که نه تنها آزمودنی‌ها خودکارآمدی به دست آمده و رفتار گرایشی را حفظ کردند، بلکه به پیشرفت‌های بیشتری نیز نائل آمدند. این مطالعات همچنین بر این نقطه نظر یادگیری اجتماعی تأکید کرد که این درمان‌ها به بهبود عملکرد منجر می‌شود، زیرا موجب افزایش انتظارات خودکارآمدی در آزمودنی‌ها است (به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱).

از پژوهش‌های انجام گرفته معلوم شد که مهارت‌های کنار آمدن و خودکارآمدی افزایش یافته را می‌توان در اضطراب امتحان (اسمیت<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹) یا آسیب‌پذیری زنان مورد

---

1- Baer  
2- Ries  
3- Smithe

استفاده قرار داد (آزر<sup>۱</sup> و بندورا، ۱۹۹۰). در مورد اخیر، زنانی که در یک برنامه سرمشق گیری شرکت کرده و مهارت‌های بدنی لازم برای دفاع از خود بر علیه حمله کنندگان غیر مسلح را در حد تسلط به دست آورده بودند، آزادی عمل آنها افزایش یافت و رفتارهای اجتنابی آنها کاهش پیدا کرد: نکته مهم در این بررسی‌ها، دستیابی به تسلطی است که به افزایش خودکارآمدی ادراک شده منجر می‌شود (به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱).

یکی از نکات مهم در هر رویکرد درمانی، میزان دوام و قابلیت تعمیم این تاثیرات مثبت به سایر جنبه‌های عملکرد فرد است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تاثیرات مثبت رویکردهای سرمشق گیری و تسلط هدایت شده، اغلب پایدار هستند و به باورهای خودکارآمدی در سایر حوزه‌ها نیز منتقل می‌شوند (سروان و اسکات، ۱۹۹۵، ویلیامز، ۱۹۹۲، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱). در دیدگاه اجتماعی شناختی، عملکرد انسان به صورت قابل اطمینان تر و اساسی تر از طریق دستیابی به تجارب در حد تسلط بهبود پیدا می‌کند تا از طریق گفتگو.

دواک (۱۹۹۶) عواملی را که به بالا بردن خودکارآمدی افراد در زمینه انجام یا تغییر یک رفتار کمک می‌کنند، به شرح زیر گزارش داده است:

- ۱- به بیمار یا مددجو گوشزد می‌شود که آن رفتار از دید همگان پسندیده است.
- ۲- اگر آن مهارت یا رفتار جدید تا اندازه‌ای پیچیده است، آن رفتار به چند رفتار یا مهارت ساده تر تقسیم می‌شود و از مددجو خواسته می‌شود که آن رفتارها را گام به گام انجام دهد.
- ۳- کوشش می‌شود در هر مرحله یک رفتار بهداشتی که آموزش داده می‌شود، تمرین و تکرار شود.

۴- برای انجام هر رفتار آموخته شده، پاداش یا تقویت مثبت در نظر گرفته می‌شود. یکی از درمان‌های شناختی رفتاری هراس اجتماعی که به دلیل در برداشتن تکنیک‌های درمان مواجهه‌ای، الگوسازی، بازسازی شناختی و آرام‌سازی که همگی در گروه انجام می‌گیرند، روش جامعی به نظر می‌رسد، آموزش گروهی خودکارآمدی بندورا است. بندورا

(۱۹۹۷) خودکارآمدی را عقیده راسخ فرد مبنی بر اینکه می‌تواند یک رفتار خاص لازم برای دستیابی به نتیجه مورد نظر را با موفقیت انجام دهد، تعریف می‌کند. روش شناختی رفتاری بندورا برای افزایش خودکارآمدی بر چهار اصل استوار است که عبارتند از:

- ۱- مواجه کردن افراد با تجربه‌های موفقیت آمیز از طریق ترتیب دادن هدف‌های دست‌یافتنی، موفقیت عملکرد را افزایش می‌دهد.
- ۲- مواجه کردن افراد با الگوهای مناسبی که در یک زمینه خاص موفق هستند، تجربه‌های موفق جانشینی را بهبود می‌بخشند.
- ۳- قانع‌سازی کلامی افراد را به این باور می‌رساند که توانایی عملکرد موفقیت آمیز را دارند.

۴- تعدیل کردن برانگیختگی فیزیولوژیک از طریق رژیم غذایی مناسب، کاهش استرس و برنامه‌های ورزشی توانایی کنار آمدن با مسائل را افزایش می‌دهد (شولتز<sup>۱</sup> و شولتز، ۱۹۹۸).

بندورا (۱۹۷۷، ۱۹۹۴) موفقیت در عملکرد را مهمترین عامل افزایش خودکارآمدی در زمینه‌های گوناگون و از جمله موقعیت‌های عملکردی و اجتماعی می‌داند. وی معتقد است که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی عمدتاً از لحاظ باورهای مختل درباره کارآمدی خود و نه از لحاظ مهارت‌های اجتماعی واقعی، با دیگران متفاوتند. از نظر او درمانگر باید شرایط محیطی توانا سازی فراهم کند تا افراد مبتلا به هراس بتوانند علیرغم باورهایشان عملکرد موفق داشته باشند. او تقسیم تکالیف دشوار یا ترس آور به تکالیف کوچکتر را به عنوان روشی برای تحقق این امر پیشنهاد می‌کند. بندورا (۱۹۹۷) معتقد است که تمرین‌های رفتاری، توجه و هشیاری نسبت به موقعیت‌ها را افزایش داده و توانایی کنترل بر پیامدها را افزایش می‌دهد.

غلامی رنانی و همکاران (۱۳۸۶) ۹۶ نفر دانشجوی ساکن خوابگاه‌های دانشگاه اصفهان را به عنوان آزمودنی‌های پژوهش انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار دادند. پیش از برگزاری اولین جلسه آموزش گروهی با استفاده از «مقیاس اضطراب تعامل

1- Schultz



اجتماعی»، «مقیاس هراس اجتماعی» و «مقیاس خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی» در مورد گروه آزمایشی و گروه گواه پیش‌آزمون اجرا شد. سپس برای گروه آزمایشی هشت جلسه دو ساعته برنامه آموزش گروهی خودکارآمدی برگزار شد. محتوای جلسات آموزش گروهی که بر اساس نظریه خودکارآمدی بندورا تنظیم شده بود و بر افزایش خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی متمرکز بود شامل تمرین عملکرد موفق، بازی نقش، سخنرانی الگوی میهمان، قانع‌سازی کلامی، آموزش درباره ریشه‌های هراس اجتماعی و رابطه متقابل آنها با خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش آرام‌سازی و تکالیف خانگی بود. بعد از اتمام جلسات آموزش گروهی، مقیاس‌های به کار رفته در پیش‌آزمون مجدداً در پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایشی و گواه اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش گروهی خودکارآمدی باعث افزایش معنی‌دار خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی و کاهش معنی‌دار هراس اجتماعی، اضطراب تعامل اجتماعی و ترس از مورد مشاهده قرار گرفتن شد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که یکی از روش‌های موثر کاهش هراس اجتماعی، تلاش در جهت افزایش خودکارآمدی افراد در موقعیت‌های اجتماعی با استفاده از روش‌های به کار رفته در این پژوهش است.

از دیدگاه شناختی رفتاری، انتظارات کارایی بر آغاز رفتارهای مقابله با مشکلات و تعمیم‌دهی و نگهداری آنها تاثیر می‌گذارد. سطح انتظارات کارایی تعیین می‌کند که رفتارهای کنار آمدن در شرایط فشار تا چه مدت تداوم خواهند داشت. بر این اساس، نظریه خودکارآمدی پیش‌بینی می‌کند که درمان زمانی موثر خواهد بود که بتواند انتظارات معقول درمان‌جویان را از آنچه می‌توانند به دست آورند و تداوم بخشند، افزایش دهد (دولان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

خودکارآمدی اختصاصی یا موقعیتی به پافشاری برای انجام یک تکلیف ویژه در دست اجرا گفته می‌شود. فرض بر این است که خودکارآمدی اختصاصی بالا در موقعیت‌های پر

خطر بهتر از خودکارآمدی کلی پیش بینی کننده پرهیز از مواد خواهد بود (پروین و جان، ۲۰۰۱).

در این رابطه دولان و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که خودکارآمدی بالای بیماران در موقعیت‌های پر خطر مصرف کوکائین بیشتر از خودکارآمدی کلی با نتایج درمانی همبسته بود. بنابراین، خودکارآمدی برای موقعیت‌های اختصاصی و سوسه مصرف (همچون هیجانانگ منفی، و سوسه‌های درونی و موقعیت‌های بین فردی همچون تعارض بین فردی، فشار اجتماعی برای مصرف و ناتوانی برای ابراز خود)، برای برنامه ریزی درمان بهتر خواهد بود و از طریق قرار دادن موقعیت‌های اختصاصی می‌توان نتایج مطلوب تری به دست آورد.

در رابطه با تاثیر خودکارآمدی بر ترک دخانیات، مطالعه‌ای با یک ماه پیگیری نشان داد که خودکارآمدی، اولین عامل پیش بینی کننده ترک سیگار است (بدر<sup>۱</sup> و مودی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). در مطالعه‌ای دیگر بر روی ۶۴ جوان ۱۶ تا ۲۵ ساله، این نتیجه حاصل شد که خودکارآمدی معتادین می‌تواند ۴۷۵ از واریانس مصرف الکل و ۶۹۵ از واریانس مصرف ماری جوانا را پیش بینی کند و می‌تواند در کسب حمایت‌های اجتماعی برای تغییر موثر باشد. بنابراین خودکارآمدی به عنوان تعیین کننده شناختی، باید برای بهبود اثربخشی انواع برنامه‌های ترک سیگار و سایر مواد، مد نظر قرار گیرد (نار-کینگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

در رویکرد تغییر مرحله‌ای فرانظری، دو ساختار توازن تصمیم‌گیری و خودکارآمدی، عوامل اصلی تاثیر گذار بر ترک و ماندن در ترک محسوب می‌شوند و خودکارآمدی (یعنی اعتماد مراجعان به توانایی خود در ایجاد تغییر)، عاملی کلیدی در تغییر موفقیت آمیز و نتیجه‌گیری از درمان به شمار می‌رود. در این مدل، خودکارآمدی با بررسی میزان و سوسه مراجع به انجام رفتار مشکل ساز و میزان اعتماد به نفس او در خودداری از انجام آن رفتار در برابر و سوسه‌ها، ارزیابی شده است.

---

1- Badr

2- Moody

3- Naar-King

در یک مطالعه فراتحلیلی که به باز بینی مداخلاتی که با هدف افزایش خودکارآمدی در زمینه تغییر رفتارهای اعتیادی گروه‌های معتادین انجام گرفته بود، ۱۰ مطالعه دارای معیارهای لازم شناسایی شدند. نتایج نشان داد که از میان انواع مداخلات به کار رفته، هفت مطالعه تاثیرات مثبتی بر خودکارآمدی بیماران داشتند. خودکارآمدی می‌تواند با استفاده از روش‌های مداخله‌ای مختلف افزایش یابد (هاید<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). از نظر بندورا، مهم‌ترین تغییر درمان‌بخش، افزایش سطح خودکارآمدی مراجع است که چنین تغییری از طریق مداخلات عملکرد مدار مانند درمان شناختی رفتاری حاصل می‌شود (دولان و همکاران، ۲۰۰۸).

مداخلات فرانظری و شناختی رفتاری برای بهبود خودکارآمدی پرهیز از مواد نوجوانان معتاد موثر هستند. رویکرد شناختی رفتاری می‌تواند برای بهبود خودکارآمدی افراد معتاد موثر واقع شود (واشینگتون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹، گلدبرگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰، دایجسترا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱، یین چینگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴، و وینکلی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴ به نقل از فیگلی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). یادگیری، رفتار جدید و مناسب برای مقابله با اعتیاد، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد. کسب مهارت‌های مقابله‌ای منجر به موفقیت در برابر فشارهای درونی یا بیرونی برای مصرف گذشته، انباشتگی موفقیت‌ها، باور به خودکارآمدی را در افراد افزایش می‌دهد. مدل فرانظری به تغییر مرحله‌ای در طول زمان و فرآیندی بودن تغییر اعتقاد داشته، از نظریه‌ها، رویکردها، و تکنیک‌های مختلف برای ایجاد فرآیندهای ده گانه تغییر استفاده می‌کند، تاثیر گذاری آن بر ساختار روانی افراد معتاد از گستردگی و عمق بیشتری برخوردار می‌باشد، بر حل تردیدها توسط خود مراجع و مسئولیت یا نقش او در فرآیند تغییر و افزایش باور به خودکارآمدی

---

1- Hyde  
2- Washington  
3- Goldberg  
4- Diegestra  
5- Yeen Chinga  
6- Winkely  
7- Figlie

تاکید دارد بنابراین انتظار است که خودکارآمدی فرد دریافت کننده خدمات این نوع درمان، بهبودی بیشتری نشان دهد و تغییرات درمانی پایدارتری ایجاد شود.

قنبری هاشم آبادی و کاظمینی (۱۳۸۹) اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر بهبود عزت نفس و خود اثرمندی گزارش دادند. درمان شناختی-رفتاری می تواند از طریق بهبود عزت نفس فرد باعث افزایش خود کارآمدی در وی شود.

پژوهشگرانی که در حوزه ترک اعتیاد و جلوگیری از بازگشت آن کار می کنند، موفق شده اند عامل مشترکی را در فرآیند بازگشت شناسایی کنند. از نظر آنها افرادی که می توانند خویشتن داری نشان دهند، خود را در انطباق با رویدادها و تاثیر گذاری بر آنها توانا تر می بینند تا کسانی که به بازگشت اقدام می کنند. این عده همچنین از قضاوت های خودکارآمدی بهتری نیز برخوردارند. البته بسیاری از مردم، در جریان خویشتن داری کلی خود به بازگشت های موقتی اقدام می کنند ولی کسانی که بازگشت می کنند، با آن رویداد مانند "گفته ای" برخورد می کنند که متوجه آنها و کارآمدی شان است. بنابراین، این عده به اظهار جملاتی از این نوع می پردازند که "آدم ناموفقی هستم" و "یا نمی توانم این کار را بکنم" و "یا" اراده انجام این کار را ندارم". آنها با احساس قلبی ناتوانی از انجام کاری که در دست دارند، طوری به بازگشت موقتی می پردازند که باور آنها را نسبت به خودشان بیشتر در معرض مخاطره قرار می دهد. ملاقنبری و همکاران (۱۳۸۹) گزارش دادند که بین انگیزه تایید و خودکارآمدی همبستگی منفی و معنی دار دیده شد.

در معالجه افراد وسواسی و معتاد (کشیدن سیگار، پرخوری، قماربازی، الکل و مواد مخدر)، وادار کردن آنها به ترک آن رفتارها، تنها بخشی از کار است. در بسیاری از موارد، این کار به مراتب آسانتر از این است که به آنها کمک شود تا در این ترک پایدار بمانند. به نظر می رسد که تغییر در نحوه تفسیر این افراد از ترک موقت و افزایش احساسات آنها نسبت

به خودکارآمدی در مورد خویشتن داری، بخش مهم دیگر کار است که باید انجام شود (مارلت<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۵، مارلت و گوردون<sup>۲</sup>، ۱۹۸۰، به نقل از پروین و جان، ۲۰۰۱).  
رجبی، ابوالقاسمی، نریمانی و قائمی (۱۳۹۱) نشان دادند که آموزش کنترل تکانه بر کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه و افزایش ابعاد خودکارآمدی مؤثر بوده است که تلویحات مهمی در زمینه آموزش و ارتقای بهداشت روانی دانش‌آموزان دارد.

### تحلیل مقایسه‌ای نظریه شناختی اجتماعی و سایر نظریه‌ها درباره خودکارآمدی

#### نظریه شناختی اجتماعی و روانکاوان

بر اساس نظریه شناختی اجتماعی در اضطراب، بر ناکارآمدی ادراک شده در انطباق با رویدادهای بالقوه بیزارکننده تاکید می‌شود تا بر تضادهای درون‌ذهنی یا تهدیدسائق‌های ناهشیار. از نظر درمان، افراد، بیشتر از تغییر در عملکرد شناختی آگاهانه خود سود می‌برند تا از پرده برداشتن از یک ناهشیار. به جای تعمیم پویایی‌ها و مکانیسم دفاعی، انتظارات خاص و ارزیابی از خود مورد نظر است.

#### نظریه شناختی اجتماعی و پدیدارشناسی

انسان توانایی مفهوم‌سازی و ارزیابی توسط خود را دارد، ولی صاحب چندین خود و یا خودپنداره‌های کلی نیست. از نظر بندورا مفهوم خودپنداره کلی نمی‌تواند پیچیدگی خودکارآمدی ادراک شده را نشان دهد، زیرا مفهوم خودکارآمدی در تمام فعالیت‌های مختلف، در سطوح متفاوت یک فعالیت و در موقعیت‌های متنوع، از یکدیگر متفاوت است. راجرز به جوّ درمان به عنوان اولین شرط تغییر تاکید دارد ولی روانشناسان شناختی اجتماعی بر اهمیت تجربه در تغییر خودکارآمدی ادراک شده توجه دارند.

---

1- Marlet  
2- Gordon

### نظریه شناختی اجتماعی و نظریه صفات

نظریه پردازان صفات معتقدند که رفتار انسان، به مقدار بسیار زیاد، محصول آمادگی‌های وی است و به زمان و مکان وابسته نیست ولی روانشناسان شناختی اجتماعی بر نقش توانایی‌های شناختی انسان در تشخیص موقعیت‌ها و با توجه به خودکارآمدی ادراک شده و نتایج مورد انتظار اصرار دارند.

### شباهت و تفاوت خودکارآمدی بندورا با منبع کنترل راتر

خودکارآمدی بندورا با منبع کنترل راتر شباهت دارد. هر دو به ادراک یا عقیده ما درباره‌ی درجه‌ی کنترلی که بر رویدادهای زندگی و تلاش‌هایمان برای برخورد با آنها داریم می‌پردازند. تفاوت بین آنها این است که خودکارآمدی به موقعیتی خاص محدود می‌شود ولی منبع کنترل می‌تواند به بسیاری از موقعیت‌های موجود زندگی تعمیم یابد. خودکارآمدی به معنای احساس کفایت، لیاقت و شایستگی در کنار آمدن با زندگی بوده و از مفاهیم تحت تاثیر یادگیری است.

### سنجش مفهوم خودکارآمدی

بندورا مفهوم خودکارآمدی را با استفاده از راهبرد تحلیل خرد در تحقیق (تحقیق تحلیلی خرد) مورد سنجش قرار داد. در این راهبرد، به جای قضاوت‌های کلی، قضاوت‌های خودکارآمدی خاص ثبت می‌شود. به عبارت دیگر در این راهبرد، جزئیات اندازه‌گیری خودکارآمدی فرد، قبل از پرداختن وی به رفتار در موقعیت‌های خاص، مشخص می‌شود. بنابراین از افراد خواسته می‌شود که پس از برگزیدن یک موقعیت مشخص، وظایفی را که می‌توانند انجام دهند و میزان اطمینان خود از انجام موفقیت آمیز آن وظایف را تعیین کنند. این راهبرد نشان می‌دهد که قضاوت‌های مربوط به خودکارآمدی تنها به موقعیت‌های خاص مربوط است و بیانگر یک حالت کلی نیست که بتوان آن را از طریق پرسشنامه‌های شخصیت اندازه گرفت. در حال حاضر ابزارهای پژوهشی زیادی تهیه شده است که این مفهوم را مورد سنجش قرار می‌دهند.

### انتقادات از مفهوم خودکارآمدی

مفهوم خودکارآمدی در سال‌های اخیر مورد حمله قرار گرفته است. سه جنبه از انتقادات را می‌توان به شرح زیر مورد توجه قرار داد:

**نخست**، طرح این نکته است که باورهای مربوط به خودکارآمدی با انتظارات ما از آن نتیجه، همبسته و مرتبط است و این انتظار از نتیجه است که بر رفتار تسلط دارد. اگر افراد باور کنند که می‌توانند وظایفی را که به موقعیتی مربوط است انجام دهند، نتیجه مثبتی را انتظار خواهند داشت. در ضمن، اگر آنها احساس کنند که نمی‌توانند وظایف ضروری مربوط به آن موقعیت را انجام دهند، آیا منتظر نتایج منفی نخواهند بود؟ بنابراین، به همان میزان که فرد بپذیرد که عملکردها به نتیجه مربوط است، باورهای مربوط به خودکارآمدی وی نیز کاملاً با انتظارات او از نتیجه مرتبط خواهد شد.

البته، نظر بندورا این است که باورهای مربوط به خودکارآمدی نمی‌تواند همواره با انتظارات فرد از نتایج جور درآید، به خصوص در مواقعی که این نتایج به طور کلی و یا جزئی از حیطه نظارت او بیرون باشند. به علاوه، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که باورهای مربوط به خودکارآمدی می‌تواند رفتار را بهتر از انتظار نتیجه پیش‌بینی کند. بنابراین، بندورا بر این اعتقاد است که باورهای مربوط به خودکارآمدی کاملاً با انتظار ما از نتیجه فرق دارد. به عبارت دیگر، باور فرد به آنچه که می‌تواند انجام دهد از باور فرد به نتیجه رفتار خود متفاوت است. آنچه در این مباحثه مورد توجه است، مشخص کردن عواملی است که تعیین می‌کنند چه موقع باورهای مربوط به خودکارآمدی و انتظار از نتیجه با یکدیگر جور هستند و چه موقع از یکدیگر متفاوتند. همین طور، باید سهم هر یک از این دو در رفتار نیز مشخص شود.

**دومین** انتقادی که از مفهوم خودکارآمدی شده است این است که اگر چه بندورا عوامل موثر در ایجاد باورهای خودکارآمدی را به طور مفصل بیان کرده است، درک رویدادهایی چون افول ناگهانی یک باور خودکارآمدی و یا وجود نوسان‌های شدید بین باورهای شدید به خودکارآمدی یا عدم خودکارآمدی به نظر دشوار می‌رسد. بنابراین، برای

مثال، ممکن است فرد در یک موقعیت احساس اطمینان کند ولی به سرعت آن اطمینان را از دست بدهد و یا از لحاظ احساس خودکارآمدی دچار نوسان‌های سریع شود. سوالی که باید به آن پاسخ داد این است که چرا بعضی از باورهای مربوط به خودکارآمدی پایدارند و بعضی ناپایدار و نیز، چرا بعضی از این باورها در مقابل تغییر مقاومند و بعضی پذیرای آن.

**سومین** انتقاد، سوالی است در مورد رابطه بین باورهای خودکارآمدی و جنبه‌های کلی رفتار. مفهوم خودکارآمدی را می‌توان با توجه به راهبرد تحلیل خرد بندورا اندازه گرفت. این اندازه‌گیری در لحظه معینی از زمان و با توجه به وظایفی خاص انجام می‌گیرد. این راهبرد موجب دقت بسیار در اندازه‌گیری است، ولی قدرت تبیین گسترده‌ای ندارد. اگر باورهای مربوط به خودکارآمدی به وظایف و بافت‌های خاصی محدود باشد، ارزش آنها در جنبه‌های کلی تر زندگی انسان و یا در موقعیت‌های جدید چیست؟ همین طور، در موقعیت‌هایی که باورهای مربوط به خودکارآمدی ارتباطی با رفتار ندارد، چگونه خودکارآمدی را می‌توان اندازه گرفت؟ مثلاً فردی را در نظر بگیرید که به توانایی خود در انجام کاری باور دارد و به نظر می‌رسد که آن کار را نیز می‌تواند انجام دهد، ولی در عمل، خود را از انجام آن کار ناتوان می‌بیند.

### جمع‌بندی

باورهای خودکارآمدی چهارچوبی برای انگیزش، رفاه و پیشرفت فردی ایجاد می‌کند. ارزیابی افراد از عملکرد خود باعث تنظیم و ایجاد احساس خودکارآمدی در آنها می‌شود. عملکرد و خودکارآمدی در یک چرخه تقویت متقابل شکل می‌گیرد. در صورتی که افراد از احساس ارزشمندی بالا برخوردار باشند، نسبت به زندگی خود خوش بین هستند و معتقدند در صورتی که تلاش کنند به اهداف خود می‌رسند. تاثیر باورهای خودکارآمدی بر تلاش و عملکرد چنان چشمگیر است که می‌تواند تفاوت‌های عمده (برای مثال جنسیتی) در توانایی افراد را از بین ببرد.



علاقه درونی وقتی رشد می کنند که فرد برای دستیابی به معیارهای هیجان انگیز تلاش کند، در این صورت، هم یک حس خودکارآمدی بالقوه برای دستیابی به این معیارها در فرد ایجاد می شود و هم در صورت دستیابی، فرد خودسنجی مثبتی از خویش به دست می آورد. این علاقه درونی می تواند تلاش های فرد را در طولانی مدت و در فقدان پاداش های محیطی تسهیل کند. بر عکس، وقتی فرد احساس کند که پاداش های بیرونی یا درونی و نیز پاداش های خودسنجی، ناکافی است و یا وقتی احساس خودکارآمدی فرد آنچنان پایین است که دستیابی به یک نتیجه مثبت، غیر ممکن می نماید، حفظ و نگهداری انگیزش دشوار می شود. ادراک فرد از عدم کارآمدی خود می تواند امکان انگیزشی مطلوب ترین نتایج را نیز بی اثر کند.

عملکرد موفق ممکن است به افزایش خودکارآمدی منجر شود و نیز ممکن است که به متوقف شدن تلاش های فرد و یا به تبیین معیارهای بالاتر برای تلاش های بعدی بینجامد. عملکردهای ناموفق یا شکست نیز با توجه به اهمیت آن نتیجه برای فرد و احساس خودکارآمدی وی نیز با توجه به کوشش های آینده، ممکن است به صرف نظر کردن از آن کار و یا ادامه تلاش منجر شود. به عنوان مثال در تحصیلات دانشگاهی، انگیزش فرد در تحصیلات تا وقتی باقی است که معیارهای بالا، نتایج مثبت، احساس غرور از دست یابی به این معیارها و احساس توانمندی از این دست یابی همچنان در وی حفظ شود. از طرف دیگر، ملال و انگیزه پایین وقتی سراغ فرد می آید که معیارها پایین باشد، پاداش های بیرونی یا درونی کمی از انجام کار دریافت شود و یا فرد احساس کند که دست یابی به عملکرد موفق غیرممکن است.

به نظر می رسد که هوش هیجانی و خودکارآمدی با نقشی که در سازگاری فرد با چالش ها و مشکلات زندگی ایفا می کنند منجر به سلامت روانی بیشتر می شوند. به این دلیل که سازگاری هیجانی یکی از متغیرهای دخیل در سلامت روانی است که به تنظیم هیجانها مختلف و درک و تفسیر آنها در موقعیت های مختلف کمک بسیاری می کند.

در مطالعات همبستگی گزارش شده کاملاً واضح نیست؛ که خودکارآمدی بالا منجر به افزایش بهزیستی ذهنی می‌شود یا برعکس پیامد بهزیستی ذهنی بالا است. خودکارآمدی عمومی می‌تواند به عنوان یک عامل شناختی، نقش میانجی (تعدیل کننده) را در این راستا برعهده داشته باشد. با توجه به اینکه سطح و میزان خودکارآمدی عمومی قابل ارتقاء و افزایش است، تدوین و اجرای برنامه‌ها برای ارتقاء خودکارآمدی عمومی، می‌بایست در تلاش‌های روان شناختی کلی که در راستای ارتقاء سلامت روانی افراد صورت می‌گیرد، به طور ویژه مورد توجه قرار گیرد. زیرا با افزایش صلاحیت افراد در رویارویی با تنیدگی و چالش‌ها می‌توان به ارتقاء سازش یافتگی و بهبود بهزیستی ذهنی آنها کمک کرد.

خودکارآمدی به عنوان یک متغیر شخصیتی و یک واسطه و سپری مهم در مقابل حوادث فشارزای زندگی عمل می‌کند و شخص را در برابر پیامدهای ناگوار مصون می‌دارد و پایین بودن آن سبب می‌شود تا فرد در مقابل فشارهای روانی از شیوه‌های نامطلوب مقابله استفاده نماید.

ادراک فرد از کارآمدی خویش، تاثیرات ضمنی مهمی در واکنش‌های هیجانی وی به موقعیت‌ها و در ایجاد انگیزش در انجام رفتارهای مختلف دارد. این مفهوم می‌تواند تاثیرات ضمنی با اهمیتی نیز در تندرستی داشته باشد، زیرا در درک پاسخ‌های هیجانی و رفتاری فرد به شرایط تنش‌زا و برنامه‌های مربوط به تندرستی کمک می‌کند. می‌توان با آموزش‌های مناسب و دادن آگاهی‌های بهداشتی از شکل‌گیری عادات رفتاری غیر بهداشتی جلوگیری نمود. در طراحی برنامه‌های آموزش بهداشت در نظر گرفتن متغیرهای روانشناختی مانند خودکارآمدی اهمیت دارد، به طوری که اگر انگیزه‌های رفتاری و عوامل شخصی در نظر گرفته نشود کوشش برای تغییر رفتار بی‌نتیجه خواهد بود.

از نظر روانشناسی عوامل زیادی وجود دارند که بر میزان دست‌یابی به تغییر رفتار بهداشتی تاثیر گذار هستند از جمله می‌توان به باورهای فرد در مورد توانایی خویش برای انجام رفتار و اجرای تغییر اشاره کرد. به‌نظر می‌رسد افراد زمانی برای انجام رفتارهای بهداشتی

## خودکارآمدی / ۵۹

برانگیخته می‌شوند و حتی در برخورد با چالش‌ها رفتارهای بهداشتی را انجام می‌دهند که احساس کنند بر رفتار بهداشتی شان کنترل دارند.

به طور کلی، به نظر می‌رسد که خودکارآمدی، مفهوم ارزشمندی است ولی در عین حال به بررسی و شرح و بسط بیشتری نیاز دارد.

## منابع

- آب نیکی، الهام (۱۳۸۷). بررسی رابطه ی بین سبک‌های یادگیری، خودکارآمدی با شیوه‌های مقابله با فشار روانی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شیراز. شیراز، ۱-۲ خرداد ماه، ۵۰۱-۴۹۶.
- ابوالقاسمی، عباس؛ پورکرد، مهدی و نریمانی، محمد (۱۳۸۸). ارتباط مهارت‌های اجتماعی، خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان. مجله علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۶، ۴، ۱۸۸-۱۸۱.
- احدی، بتول؛ نریمانی، محمد؛ ابوالقاسمی، عباس، آسیایی، مریم (۱۳۸۸). بررسی ارتباط هوش هیجانی، سبک اسناد و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در زنان شاغل. مجله علمی پژوهشی مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۰ (۱)، ۱۲۷-۱۱۷.
- اعرابیان، اقدس، خداپناهی، محمدکریم، حیدری، محمود، صالح صدق پور، بهرام (۱۳۸۳). بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی بر سلامت روانی و موفقیت تحصیلی دانشجویان. مجله روانشناسی، سال هشتم، ۴، ۳۷۱-۳۶۰.
- افخمی اردکانی، محمد؛ زارع، حسین؛ علیپور، احمد؛ پورشریفی، حمید؛ اعراب شیبانی، خدیجه (۱۳۹۱). همبستگی خودکارآمدی، تیپ شخصیتی و کانون کنترل سلامت با میزان کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۰، ۶، ۸۱۳-۸۰۵.
- باستانی، فریده، حیدرنیا، علیرضا، وفایی، مریم، کاظم نژاد، انوشیروان، کاشانیان، مریم (۱۳۸۵). تاثیر آموزش تنش زدایی بر پایه نظریه خود - کارآمدی در بهداشت روانی زنان باردار. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوازدهم، شماره ۲، ۱۱۶-۱۰۹.
- بدری گرگری، رحیم، حسینی اصل، مریم، نصیر، فاطمه (۱۳۸۹). رابطه خودکارآمدی تغذیه ای، خودکارآمدی فعالیت‌های بدنی و جنسیت با احساس سلامتی کلی و مسئولیت پذیری سلامت

## خودکارآمدی / ۶۱

- در دانشجویان. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران، ۲۲ و ۲۳ اردیبهشت ماه، ۱۰۱۳-۱۰۱۰.
- خیر، محمد، استوار، صغری، لطیفیان، مرتضی، تقوی، محمدرضا، سامانی، سیامک (۱۳۸۷). اثر واسطه‌گی توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری‌های داوری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴، ۱، ۳۲-۲۴.
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). افسردگی نوجوانان: راهنمای عملی برای والدین و نوجوانان. تهران: انتشارات رویان پژوه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، غرایبی، بنفشه، نوری قاسم‌آبادی، ربابه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) برای اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران. تهران: انتشارات میرماه.
- راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.
- رجبی، سعید، ابوالقاسمی، عباس، نریمانی، محمد، قائمی، فاطمه (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر خودکارآمدی و ابعاد آن در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های بیش‌فعالی نقص توجه. فصلنامه روانشناسی مدرسه، ۴، ۱، ۷۲-۵۶.
- رزمجویی، رودابه (۱۳۸۹). رابطه خودکارآمدی با هوش معنوی در دانشجویان. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران، ۲۲ و ۲۳ اردیبهشت ماه، ۱۹۶.

رستگار، احمد، قربان جهرمی، رضا، مظلومیان، سعید، جمشیدی، اکبر (۱۳۸۹). رابطه اهداف پیشرفت و خودکارآمدی تحصیلی: نقش واسطه اضطراب حالتی. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران، ۲۲ و ۲۳ اردیبهشت ماه، ۱۹۷-۱۹۷.

رمضانی فرانی، عباس، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل (۱۳۹۳). معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری. تهران: انتشارات میرماه.

زاده محمدی، علی، عابدی، علیرضا، خانجانی، مهدی (۱۳۸۷). بهبود حرمت خود و خودکارآمدی در نوجوانان. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۴، ۱۵، ۲۴۵-۲۵۲.

زنجانی، زهرا، میرحسینی، فخرالسادات، امید، عبدالله، فقیهی، راضیه، علی اصغرزاده، علی اکبر، عباس زاده، زهرا (۱۳۸۹). مقایسه خودکارآمدی، هوش هیجانی و اعتماد به نفس دانشجویان با اضطراب اجتماعی بالا و پایین. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران، ۲۲ و ۲۳ اردیبهشت ماه.

زنجانی، زهرا، میرحسینی، فخرالسادات، امید، عبدالله، نیازی، صغری، عطوف، فاطمه (۱۳۸۹). رابطه هوش هیجانی و خودکارآمدی با سلامت روان دانشجویان. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران، ۲۲ و ۲۳ اردیبهشت ماه، ۲۱۷.

شعبانی، سمیه، دلاور، علی (۱۳۸۹). تدوین مدل روابط خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و خوشبینی در پیش بینی کنندگی بهزیستی ذهنی دانشجویان. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران، ۲۲ و ۲۳ اردیبهشت ماه، ۲۵۱-۲۵۲.

شیاو، وناتا (بی تا). ارتباط در حوزه سلامت: از نظریه تا اجرا. مترجمان پیرحسین کولیوند، هادی کاظمی، محمدحسین کاوه، مرتضی جلالی فخر. تهران: انتشارات میرماه.

صبحی قرامکی، ناصر، محمد امینی، زرار، نریمانی، محمد، برهمند، تراوشا (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی با خودکارآمدی و سلامت روان و مقایسه آن در دانش آموزان ممتاز و عادی. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، شماره ۳۵ و ۳۶، ۱۰۷-۱۲۲.

### خودکارآمدی / ۶۳

عابدینی، یاسمن (۱۳۹۰). پیش بینی پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دبیرستانی بر اساس باورهای خودکارآمدی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و رشته تحصیلی. دو فصلنامه روانشناسی معاصر، سال ششم، شماره ۲، ۷۰-۵۷.

علایی خرایم، رقیه، نریمانی، محمد، علایی خرایم، سارا (۱۳۹۱). مقایسه باورهای خودکارآمدی و انگیزه‌ی پیشرفت در میان دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری، ۱، ۳، ۱۰۴-۸۵.

علی نیا کروئی، رستم، برجعلی، احمد، جمهری، فرهاد (۱۳۸۷). بررسی رابطه خودکارآمدی عمومی و روان درستی فاعلی (بهبودی ذهنی) دانشجویان. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. دانشگاه شیراز. شیراز، ۲-۱ خرداد ماه، ۸۵۹-۸۵۶.

علی نیا کروئی، رستم، برجعلی، احمد، جمهری، فرهاد (۱۳۸۷). بررسی رابطه خودکارآمدی عمومی و نشانه‌های مرضی دانش آموزان دبیرستانی. فصلنامه روانشناسی، سال دوازدهم، شماره ۲، ۱۳۵-۱۲۲.

غلامی رنانی، فاطمه، کجاف، محمدباقر، نشاط دوست، حمید طاهر، مرادی، اعظم (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کاهش هراس اجتماعی. مجله روانشناسی، ۲، ۱۱، ۲۳۲-۲۱۶.

فرکی، داوود (۱۳۸۶). رابطه اضطراب خصیصه‌ای و جهت‌گیری هدفی با خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان سال دوم متوسطه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

فولادوند، حدیجه، فرزاد، ولی اله، شهرآرای، مهرناز، سنگری، علی اکبر (۱۳۸۹). اثر حمایت اجتماعی، استرس تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی بر سلامت روانی - جسمانی. دو فصلنامه روانشناسی معاصر، سال چهارم، شماره ۲، ۹۳-۸۱.

قنبری هاشم آبادی، بهرام علی، کاظمینی، تکتم (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهبود عزت نفس و خوداثربندی دانشجویان. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران، ۲۲ و ۲۳ اردیبهشت ماه، ۳۹۴-۳۹۳.

کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). ارتقای بهره‌وری در بیمارستان‌ها. تهران: انتشارات میرماه.

کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). بازتوانی قلبی. تهران: انتشارات میرماه.

کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). بیمارستان همانند یک هتل. تهران: انتشارات میرماه.

کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی، مختاری، ریحانه، خاکپور، مریم (۱۳۹۲). مدیریت کارآفرینی و نقش آن در حوزه سلامت. تهران: انتشارات میرماه.

محسن پور، مریم، حجازی، الهه، کیامنش، علیرضا (۱۳۸۵). نقش خودکارآمدی، اهداف پیشرفت، راهبردهای یادگیری و پایداری در پیشرفت تحصیلی درس ریاضی دانش‌آموزان سال سوم متوسطه شهر تهران. فصلنامه نوآوری‌های آموزشی، سال پنجم، شماره ۱۶، ۳۵-۹.

مظلومی محمودآباد، سید سعید، مهری، علی، مروتی شریف‌آباد، محمد علی (۱۳۸۵). ارتباط بین اعتماد به نفس و خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، دوره ۳، شماره ۲، ۱۱۷-۱۱۱.

ملاقنبری، علیرضا، پیغمبری، آذرسادات، حسینی، سیدحسین، هاشمی نجات، اعظم‌السادات، لطفی مفرد، طاهره (۱۳۸۹). رابطه بین خودکارآمدی و انگیزه تأیید دانشجویان در معرض خطر سوء مصرف مواد و دانشجویان عادی. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران، ۲۲ و ۲۳ اردیبهشت ماه، ۴۶۹-۴۶۸.

ملکی پیربازاری، معصومه، نوری قاسم‌آبادی، ربابه، صرامی، غلامرضا (۱۳۹۰). حمایت اجتماعی و علایم افسردگی: نقش واسطه‌ای خودکارآمدی. دو فصلنامه روانشناسی معاصر، سال ششم، شماره ۲، ۳۴-۲۵.

میری، محمد رضا، نکوهی، محمد، دستجردی، رضا (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین اضطراب و خودکارآمدی با موفقیت تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران، ۲۲ و ۲۳ اردیبهشت ماه، ۱۰۱۳-۱۰۱۰.



نجفی، محمود، فولادچنگ، محبوبه (۱۳۸۶). رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش آموزان دبیرستانی. دو ماهنامه دوره جدید دانشور رفتار، ویژه مقالات روانشناسی، ۲۲، ۱۴، ۸۲-۶۹.

نریمانی، محمد، آریان پوران، سعید (۱۳۸۶). مقایسه خودکارآمدی و تحمل ابهام در ورزشکاران گروهی و انفرادی با افراد غیر ورزشکار. مجله علمی پژوهشی حرکت، ۳۲، ۹۶-۸۵.

نصر، نصرالله، کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). فناوری اطلاعات در سلامت. تهران: انتشارات میرماه.

نویدیان، علی، عابدی، محمدرضا، باغبان، ایران، فاتحی زاده، مریم السادات، پورشریفی، حمید (۱۳۸۸). اعتبار و روایی پرسش نامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن در افراد دارای اضافه وزن و چاق. مجله علوم رفتاری، دوره ۳، شماره ۳، ۲۲۲-۲۱۷.

هارجی، اون، ساندرز، کریستین، دیکسون، دیوید، میرون، نانسی (۱۳۷۷). مهارت اجتماعی در ارتباطات میان فردی. ترجمه: خشایار بیگی و مهرداد فیروز بخت. تهران: انتشارات رشد.

هاشمی، تورج، مصطفوی، فریده، ماشینچی عباسی، نعیمه، بدری، رحیم (۱۳۹۱). نقش جهت گیری هدف، خودکارآمدی خودتنظیم گری و شخصیت در تعلل ورزی. دو فصلنامه روانشناسی معاصر، سال ۱، شماره ۷، ۸۴-۷۳.

Annesi, J.J. (2006) . Relations of physical self – concept and self – efficacy with frequency of voluntary physical activity in preadolescents: Implications for after – school care programming. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 515-520.

Badr, H.E., Moody, P.M. (2005) . Self-efficacy: A predictor for smoking cessation contemplators in Kuwaiti adults. *International Journal of Behavioural Medicine*, 12.4, 273-277.

Bagozzi, R. P., Edwards, E. A. (1998) . Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight. *Psychological Health*, 13, 593-621.

Baker, J. (1998) . Moderating effect of general self- efficacy on the relationship between sensation seeking and adolescence substance abuse. [mcmaster.ca/inabis98/binoededin/index.htm](http://mcmaster.ca/inabis98/binoededin/index.htm).

Bandura, A. (1977) . Self – efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

- Bandura, A. (1982) . Self – efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1989) . Regulation of cognitive processes through perceived self – efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729-735.
- Bandura, A. (1993) . Perceived self – efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148.
- Bandura, A. (1997) . Self – efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman & Company.
- Bandura, A. (2005) . The primacy of self regulation in health promotion transformative main system. *Applied Psychology and International Review*, 54, 245-254.
- Bandura, A. (2006a) . Towards a psychology of human agency. *Perspective of Psychological Science*, 1, 164-180.
- Bandura, A. (2006b) . Adolescent development from an agentic perspective. In F. pajares and T. Urban (Eds) . *Self-efficacy beliefs of Adolescents*, 5, 143. Greenwich.ct; Information age publishing.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1982) . Analysis of self – efficacy theory in behavior change. *Cognitive Theory and Research*, 1, 287-310.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., & Caprara, G.V. & Pastorelli, C. (1996) . Multifaceted impact of self-efficacy believes on academic function. *Child Development*, 67, 1206-1222.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G.V. (1999) . Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 258-269.
- Bas, M., Donmez, S. (2009) . Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite* , 52, 209-216.
- Benight, C. C., Bandura, A. (2004) . Social cognitive the theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- Caprara, G. V., & Steca, P. (2005) . Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 4, 275-286.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., & Cervone, D. (2004) . The contribution of self-efficacy beliefs to psychosocial outcomes in adolescence: Predicting beyond global dispositional tendencies. *Personality and Individual Differences*, 37, 751-763.

- Clark, M. M. (1996) .Cargill, B. R., Medeiros, M. L., Pera, V. (1996) . Changes in self-efficacy following obesity treatment. *Obesity Research*, 4, 2, 179-181.
- Clark, M. M., King, T. K. (2000) . Eating self-efficacy and wieght cycling: A prospective clinical study. *Eating Behavior*, 1, 47-52.
- DeVellis, B. M. & DeVellis, R. F. (2000) . Self-effeicacy and health. In: A. Baum, T. A., Revenson., & J. E. Singer, (Eds.) . *Handbook of health psychology*, 235-247. Mahwah, NJ: Erlbam.
- Doak, R. (1996) . *Teaching patients with low literacy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dolan, S.L., Martin, R. A., Rohsenow, D.J. (2008) .Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviour*,33, 5, 675-688.
- Dutton, G. R., Martin, P. D., Rhode, P. C., Brantley, P. J. (2004) . Use of the weight lifestyle questionnaire with African American: Validation and extention of previous findings. *Eastern Behavior*, 5, 375-346.
- Ehrenberg, M.F., Cox, D. N., & Koop man, R.F. (1991) . The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence*, 26, 361-374.
- Faure,S., & Loxton, H. (2003) . Anxiety, depression and self-efficacy level of women undergoing first trimester abortion. *South African Journal of Psychology*,33, 28-38.
- Feist, J., Feist, G. J. (2002) . *Theories of personality*. (5nd Ed) . London: Harcourt Brace, Jovanovich, Inc.
- Figlie,N., Dunn,J., Bazan, J.L., Laranjeira,R. (2005) . The stages of Change Scale among Brazilian alcohol dependents. *Addictive Disorders & Treatments*,4,4,161-165.
- Foley, L., Prapavessis, H., Maddison, R., Burke, S., McGowen, E., Gillanders, L. (2008) . Predicting physical activity intention and behavior in school-age children. *Pediatric Exercise*, 20, 342-356.
- Friedel, J. M., Cortina, K. SSs., Turner, J. C., & Midgley, C. (2007) . Achievement goals, efficacy beliefs and coping strategies in mathematic: The roles of perceived parent and teacher goal emphases. *Contemporary Educational Psychology*, 32, 434-458.
- Hays, N. P., Bathalon, G. P., McCrory, M. A., Roubenoff, R., Lipman, R, Roberts, S. B. (20020). Eating behaviour correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 years.*American Journal Clinical Nutrition*, 75, 3, 476-483.

- Hyde, J., Hankins, M., Deale, A., Marteau, T.M. (2008). Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: A systematic literature review. *Journal Health Psychology*, 13, 5, 607-623.
- Joes, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self – efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.
- Karadimas, E. C (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290.
- Karadimas, E. C., Kalantazi, A. (2004). The stress processes, self-efficacy expectations and psychological health. *Personality and Individual Differences*, 37, 1033-1043.
- Liou, D. (2004). Influence of self-efficacy on fat-related dietary behaviour in Chinese American. *International Journal Health Education*, 7, 27-37.
- Luuszezynska, A., Gutierrez-Dona, B., & Schwarzer, R. (2005). General self – efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychiatry*, 40, 80-89.
- Luuszezynska, A., Manzurkiewicz, M., Ziegelmann, J., P., & Schwarzer, P. (2007). Recovery self – efficacy and intention as predictors of running or jogging behavior: A cross-lagged panel analysis over a two-year period. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 247-260.
- Luuszezynska, A., Tryburcy, M., Schwarzer, R. (2001). Improving fruit and vegetable consumption: A self – efficacy intervention compared with a combined self – efficacy and planning intervention. *American Journal Public Health*, 91, 19, 1686-1693.
- Ma, G. X., Fang, C. Y., Knauer, Cc. A., Tan, T., & Shive, S. E. (2006). Tobacco dependence, risk perceptions and self – efficacy among Korean American smokers. *Addictive Behaviors*, 31, 1776-1784.
- 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.
- Maddux, J.E. (2002). Self-efficacy: The power of believing you can. In C.R. Snyder & Lopez, S.J. (Ed). *The handbook of positive psychology*. (pp.277-287). New York: Plenum Press.
- Maddux, J.E. & Lewis, J. (1995). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum Press.

- Martin, P. D., Dutton, G. R., McCorry, M. A. Roubenoff, R., Lipman, R., Roberts, S. B. (2002) . Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obesity Research*, 12, 646-651.
- McMugh, A., & Debus, R. (1998) . Self-efficacy and adjustment in the social context: A close at childhood adjustment to chronic illness. [WWW.aare.eu.au / 98 pap / mcm 98025. htm](http://WWW.aare.eu.au/98pap/mcm98025.htm).
- Medina, F.J. (2002) . Self-efficacy and conflict behaviour effectiveness. Doctorial %20 Dissertation.htm.
- Muris, P. (2002) . Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and individual Differences*, 32, 337-348.
- Naar-King, S., Wright,K., Parsons,J.T, Frey,M., Templin,T.Ondersma, S. (2006) . Transtheoretical model and substance use in HIV- positive youth. *AIDS Care*, 18,7,839-845.
- Pajares, F. (2003) . Self – efficacy beliefs, motivation and achievement in writing: A review of the literature. *Reading and Writing Quaterly*, 19, 139-158.
- Pajares, F., & Schunk, D. H. (2001) . Self beliefs and school success perception. London: Alben Publishing.
- Pajares, F., & Valiante, G. (1997) . Predictive and meditational roles of the self – efficacy beliefs of upper elementary school students. *Journal of Educational Research*, 90, 353-360.
- Pervin,L., John,O.p. (2001) . *Personality: Theory and research*. (Eighth edition) . Aeeizh.
- Pintrich, P. R., & Schunk, D. H. (2002) . *Motivation in education*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Plasdottir, A. (2008) . Information behavior, health self – efficacy beliefs and health behavior in Icelanders every day life. *Information Reaserch*, 13, 1, 334-346.
- Richardson, E. D. (1999) . Adventure based therapy and self-efficacy theory: Test of treatment model for late adolescents with depressive symptomatology. Dissertation of Virginia Polytechnic Institute and state University.
- Richman, R. M., loughnan, G. T., Droulers, A. m., Steinbeck, K. S., Caterson, I. D. (2001) . Self-efficacy in relation to eating behavior among obese and non-obese women. *International Journal of Obesity*. 25, 6, 907-913.
- Rimal, R. N. (2002) . Perceived risk and self-efficacy as motivators: Understanding individual's long-term use of health information. *Journal Common*, 51, 4, 633-654.

- Rodebaugh, T. L. (2006) . Self-efficacy and social behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1831-1838.
- Scholz, U., Gutierrez-Dona, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002) . Is general self – efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*. 18, 242-251.
- Schultz, D.P., Schultz, S.E. (1998) . *Theories of personality*. (6nd Ed) . Brooks, cole publishing company pacific. Grove, California.
- Schunk, D. H. (1991) . *Learning theories: An educational perspective*. New York: MacMillan.
- Schwarzer, R. (2007) . Everything you wanted to know about the General Self-efficacy Scale but were afraid to ask. Retrieved March 28, 2007. From: <http://www.ralfschwarzer.de/>
- Schwarzer, R., Luuszezynska, A. (2007) . Self-efficacy. In M. Gerrard & K. D. McCaul (Eds.) . *Health Behavior Constructs: Theory, Measurement, and Research*. National Cancer Institute.
- Scott, K.W. (2002) . High self-efficacy and perseverance in adults committed to the new challenging life pursuits after age 50. PDK Outstanding Doctorial Dissertation Awards. University of Idaho: Moscow.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005) . Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Shannon, B., Bagby, R., Wang, M. Q., Trenkner, L. (1990) . Self-efficacy: A contributor to the explanation of eating behavior. *Health Education Research*, 5, 4, 395-407.
- Tong, Y., & Song, S. (2005) . A syudy on general self-efficacy and subjective well-being of low SES college students in a Chinese university. *College Students Journal*, 38, 637-638.
- Vanderwal, J. S., Johnson, K. a., Dhurandhar, N. V. (2007) . Psychometric properties of the state and trait Food Cravings Questionnaires among overweight and obese persons. *Eating Behavior*, 8, 211-223.
- Vecchio, G. M, Gerbino, M., pastorelli, C., Bove, G. D, & Caprara, G. V. (2007) . Multifaceted self – efficacy beliefs as predictors of life satisfaction in late adolescence. *Personality and Individual Differences*, 43, 1807-1818.
- Williams, S. L. & Zane, G. (1997) . Guided mastery treatment of phobia. *The Clinical Psychologist*, 50, 13-25.
- Williams, S. L. (1987) . On anxiety and phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 161-180.

- Winkelby, M. A., Feighery, E., Dunn, M., Kole, S., Ahn, D., Killen, J. D. (2004) . Effects of an advocacy intervention to reduce smoking among teenagers. *Archive Pediatric Adolescence Medicine*, 158, 3, 269-275.
- Wool folk, H. A. (2004) . What do teachers need to know about self-efficacy. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association. San Diego, C. A. 2004. Session 52.070. [http://www.emory.edu/education/mfp/eff page.html](http://www.emory.edu/education/mfp/eff%20page.html)
- Zimmerman. B. J. (1995) . Self – efficacy and educational development. In A. Bandura (Ed) . *Self – efficacy in changing societies* (pp. 202-231) . Cambridge: Cambridge University Press.

# Self-efficacy

---



by:

**Pir Hossein Kolivand**

Assistant of Shafa Neuroscience Research Center

**Tayebeh Dadfar**

MA in Persian Language and Literature

**Mahboubeh Dadfar**

PhD student in clinical psychology,  
International Campus,  
Iran University of Medical Sciences

**Hadi Kazemi MD**

Faculty of Shahed University and  
Director of Shafa Neuroscience Research Center Clinical