

## خودکارآمدی در نوجوانان و پیشگویی کننده‌های فردی - اجتماعی آن

مژگان میرغفوروند<sup>۱</sup>، سکینه محمد علیزاده چرندابی<sup>۲</sup>، نیکتا توانانژاد<sup>۳</sup>، مهسا کارخانه<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت 1392/10/28 تاریخ پذیرش 1392/12/28

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** امروزه اعتقاد بر این است که افراد برای اینکه بتوانند در تغییر رفتار و ارتقای سلامت خود موفق باشند، باید خودشان را در غلبه بر موانعی که ممکن است برای تغییر رفتار وجود داشته باشد، کارآمد ببینند. با توجه به نقش موثر خودکارآمدی در ارتقای سلامت و اهمیت دوره‌ی نوجوانی در زندگی، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت خودکارآمدی و عوامل موثر بر آن در نوجوانان دختر و پسر ۱۴ تا ۱۸ سال شهرستان سنندج انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه روی ۱۵۲۴ نفر از نوجوانان ۱۴-۱۸ سال (۷۶۰ پسر و ۷۶۴ دختر) مشغول به تحصیل در مدارس دولتی و نیمه دولتی و غیرانتفاعی شهرستان سنندج انجام گرفت. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی بود. پرسشنامه‌های مورد استفاده، پرسشنامه‌ی خودکارآمدی عمومی Sherer و پرسشنامه‌ی مشخصات جمعیتی - اجتماعی بود که پس از گرفتن رضایت کتبی از نوجوانان به روش خودتکمیلی، تکمیل شدند. نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی خودکارآمدی در ایران توسط بختیاری براتی ارائه شد که برای روایی سازه آزمون همبستگی آن را با مقیاس عزت نفس برابر ۰/۶۱، و ضریب آلفای کرونباخ آن را برابر ۰/۸۰ گزارش کرده است. از روش تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره برای تعیین پیشگویی کننده‌های فردی - اجتماعی خودکارآمدی استفاده گردید.

**یافته‌ها:** میانگین (انحراف معیار) نمره‌ی خودکارآمدی در نوجوانان ۳/۶۰ (۰/۵۹)، از محدوده نمره قابل کسب ۵-۱ بود. بین نمره‌ی خودکارآمدی با متغیرهای جنسیت، ابتلا فعلی به بیماری، مصرف دارو، مقطع تحصیلی، رشته‌ی تحصیلی، شغل پدر و میزان درآمد خانوار ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت و این متغیرها مسئول ۳ درصد از واریانس ایجاد شده در نمره خودکارآمدی نوجوانان بودند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** طبق نتایج، خودکارآمدی در نوجوانان این مطالعه متوسط روبه بالا است که با توجه به تأثیر مهم خودکارآمدی بر انجام رفتارهای ارتقا دهنده‌ی سلامت و کاهش انجام رفتارهای پرخطر، نیاز است راهکارهایی برای افزایش میزان خودکارآمدی نوجوانان ارائه گردد.

**کلید واژه‌ها:** خودکارآمدی، نوجوانان، مشخصات جمعیتی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره دوم، پی در پی 55، اردیبهشت 1393، ص 153-165

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، گروه مامایی، تلفن: ۰۴۱۱-۴۷۷۷۳۷۹

Email: Soshyant777@yahoo.com

## مقدمه

شروع کار و میزان پایداری افراد برای انجام آن کار مشخص می‌باشد (۱). خودکارآمدی بیشتر از آنکه بر قضاوت شخصی افراد در مورد ویژگی‌های فردی و فیزیکی اشاره کند، به معنی عقیده‌ی شخص در مورد اینکه چه کارهایی می‌تواند انجام دهد می‌باشد (۲، ۳).

خودکارآمدی به عنوان یکی از مفاهیم محوری در نظریه‌ی شناختی - اجتماعی، کانون توجه بسیاری از متخصصان تعلیم و تربیت را به خود جلب کرده و به معنی باور فرد در مورد توانایی مواجهه با موقعیت‌های خاص است که نحوه‌ی نگرش، رفتارها و هیجانات افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مشخص کننده‌ی

<sup>۱</sup> استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز<sup>۲</sup> استادیار، مرکز تحقیقات علوم اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، گروه مامایی<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کمیته تحقیقات دانشجویی (نویسنده مسئول)<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کمیته تحقیقات دانشجویی

معتاد می‌تواند ۴۷ درصد از واریانس مصرف الکل و ۶۹ درصد از واریانس مصرف ماری‌جوانا را پیش‌بینی کند (۱۷). تحقیقاتی که روی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت انجام شده است، خودکارآمدی را به عنوان مؤثرترین سازه در انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت گزارش کرده‌اند (۱۸، ۱۹). در مطالعه‌ای که در ایران توسط غنایی چمن‌آباد و همکارانش انجام شد، رابطه‌ی معنی‌داری بین خودکارآمدی و سلامت روانی دانشجویان نشان داده شده است (۲۰). همچنین در مطالعه‌ی دیگری روی بزرگسالان، بر تأثیر مثبت خودکارآمدی در انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت تأکید شده است (۲۱). Lee و همکارانش در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که میزان خودکارآمدی بالاتر می‌تواند در کاهش انجام رفتارهای جنسی پرخطر، در نوجوانان تایوانی موثر باشد (۲۲).

از آنجا که در ایران مطالعه‌ای برای تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های جمعیتی-اجتماعی خودکارآمدی در نوجوانان انجام نشده است، و با توجه به اهمیت دوره‌ی نوجوانی در زندگی انسان به عنوان زیرساختی برای سلامت حال و آینده‌ی آنان و نیز نقش موثر خودکارآمدی بر رفتارهای نوجوانان، این مطالعه با هدف بررسی وضعیت خودکارآمدی و تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های جمعیتی-اجتماعی آن در نوجوانان دختر و پسر ۱۴ تا ۱۸ سال شهرستان سنندج انجام شد.

### مواد و روش‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۱۵۰۰ نفر از نوجوانان ۱۸-۱۴ سال (۷۵۰ نوجوان پسر و ۷۵۰ نوجوان دختر) مشغول به تحصیل در مدارس دولتی، نیمه دولتی و غیرانتفاعی شهرستان سنندج بودند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، ملیت ایرانی، سن ۱۴-۱۸ سال و سکونت در شهر سنندج. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی بود؛ بدین صورت که ابتدا با مراجعه به اداره کل آموزش و پرورش شهرستان سنندج، لیست کلیه مدارس دخترانه و پسرانه در مقطع دبیرستان اخذ شد که مشتمل بر ۱۱۵ دبیرستان در سطح شهر سنندج بود، سپس به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، ۱۴ دبیرستان پسرانه و ۱۲ دبیرستان دخترانه انتخاب شدند. در هر مدرسه نیز به صورت تصادفی طبقه‌ای، دانش‌آموزانی از هر مقطع تحصیلی انتخاب شدند و پس از دادن توضیحاتی در مورد مطالعه و توجیه دانش‌آموزان و بعد از گرفتن رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها، پرسشنامه‌ها به روش خودتکمیلی تکمیل شد.

پرسشنامه‌های استفاده شده در این مطالعه عبارت بودند از:

باید مد نظر داشت که خودکارآمدی تا حدودی متفاوت از توانایی‌های واقعی یک فرد بوده و ممکن است فردی علی‌رغم داشتن توانایی برای انجام یک کار، به دلیل داشتن خودکارآمدی پایین قادر به انجام درست آن کار نباشد (۴). امروزه اعتقاد بر این است که افراد برای اینکه بتوانند در تغییر رفتار و ارتقای سلامت خود موفق باشند، باید خودشان را در غلبه بر موانعی که ممکن است برای تغییر رفتار وجود داشته باشد، کارآمد ببینند (۵).

مطالعاتی که در زمینه‌ی عوامل موثر بر خودکارآمدی در افراد انجام شده است به نتایج مهمی دست یافته‌اند که به عنوان نمونه می‌توان به مطالعه‌ی نقانجر<sup>۱</sup> و همکارانش روی افراد ۱۶-۷۹ سال اشاره کرد که متغیرهای تحصیلات، جنسیت و سن را از جمله عوامل موثر بر خودکارآمدی معرفی کردند همچنین در مطالعات دیگری نیز بر تأثیر عوامل فردی و اجتماعی بر خودکارآمدی تأکید شده است (۶-۸) که نشان دهنده‌ی اهمیت این عوامل به عنوان تسهیل‌کننده‌های خودکارآمدی در افراد می‌باشد.

یکی از مهم‌ترین رده‌های سنی در هر جامعه‌ای نوجوانان می‌باشند که سلامت آن‌ها زیربنای مهمی در سلامت جامعه محسوب می‌شود. سازمان جهانی بهداشت نوجوانی را فاصله‌ی سنی بین ۱۰-۱۹ سال تعیین می‌کند (۹). طبق آخرین سرشماری سال ۱۳۹۰ در مرکز آمار ایران، نوجوانان تقریباً پانزده میلیون نفر (۲۱/۹ درصد) از کل جمعیت ایران را تشکیل می‌دهند (۱۰). از آنجا که نوجوانی دوره‌ی گذر و انتقال است، نوجوانان به ناچار با مشکلات زیستی، تحصیلی، اجتماعی بسیاری مواجه خواهند شد که می‌بایست راهی برای حل آن‌ها پیدا کنند (۱۱). سالونا<sup>۲</sup> و همکارانش در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ روی نوجوانان ۱۵-۱۹ سال انجام دادند، افزایشی را در انجام رفتارهای تهدیدکننده سلامت در این دوره‌ی زندگی در میان افراد مشاهده کردند (۱۲). در مطالعات دیگر عوامل خطر متعددی از جمله خطر استفاده از دخانیات (۱۳) و یا بروز بیماری‌های قلبی در اثر اضافه وزن (۱۴) در نوجوانان نشان داده شده است.

موفقیت نوجوانان در چالش‌های بی‌شمار این دوره، با خودکارآمدی آنان ارتباط دارد (۱۱). نتایج مطالعه موریس حاکی از آن است که میزان پایین خودکارآمدی در نوجوانان عمدتاً با علائم اختلالات اضطرابی و افسردگی همراه است (۱۵). نتایج یک پژوهش که در سال ۲۰۰۵ روی نوجوانان و جوانان هلندی انجام شد نشان داد که خودکارآمدی تقریباً با تمامی متغیرهای موثر بر نوشیدن الکل ارتباط دارد (۱۶). همچنین در مطالعه‌ای روی ۶۴ جوان ۱۶ تا ۲۵ سال مشخص شد که خودکارآمدی در جوانان

<sup>1</sup> Neganger

<sup>2</sup> Salonna

و انسجام درونی (ضریب آلفای کرونباخ) تعیین شد. ICC (95% Confidence Interval) و  $\alpha$  کرونباخ برای خودکارآمدی (۰/۹۳ تا ۰/۱۷۰) و ۰/۸۶ و ۰/۸۴ بدست آمد.

حجم نمونه با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و خطای قابل قبول ۰/۰۵ در اطراف میانگین و بزرگ‌ترین انحراف معیار زیر دامنه مطالعه‌های قبلی (۲۷، ۲۸) که ۰/۶۹ بوده است، تعداد نمونه تقریباً ۷۳۱ نفر برای هر یک از گروه‌های دختر و پسر محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال افت نمونه‌ها، تعداد ۷۵۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ استفاده شد. برای توصیف مشخصات جمعیتی-اجتماعی و خودکارآمدی از آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. برای تعیین پیشگویی کننده‌های خودکارآمدی، نخست با استفاده از آزمون‌های دومتغیره مانند تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه ارتباط بین خودکارآمدی و مشخصات فردی-اجتماعی سنجیده شد، سپس برای پیشگویی تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل (مشخصات جمعیتی-اجتماعی) بر روی متغیر وابسته (خودکارآمدی) و تبیین واریانس، آن دسته از متغیرهای مستقل که P-value آن‌ها در آزمون دومتغیره کمتر از ۰/۲ بود، وارد مدل رگرسیون خطی چندمتغیره با استراتژی Backward شدند. قبل از آنالیز چندمتغیره، پیش فرض‌های رگرسیون شامل نرمالیتی مانده‌ها، همگنی واریانس مانده‌ها، هم خطی داده‌های پرت و استقلال مانده‌ها بررسی گردید.

### یافته‌ها

بیش از نیمی از نوجوانان شرکت کننده در مطالعه (۶۳/۲ درصد) در گروه سنی ۱۶-۱۵ سال قرار داشتند که میانگین سنی آن‌ها  $15.53 \pm 1.03$  بود. بیش از یک سوم نوجوانان (۳۹/۷ درصد) در مقطع تحصیلی سال اول دبیرستان در حال تحصیل بودند. اکثریت نوجوانان (۹۱/۶ درصد) در مدارس دولتی و نیمه دولتی در حال تحصیل بودند و فقط (۶/۷ درصد) همراه با تحصیل کار می‌کردند. اکثر نوجوانان مورد مطالعه (۸۹/۸ درصد) با هر دو والد خود زندگی می‌کردند. تقریباً نیمی از نوجوانان (۴۹/۸ درصد) در خانواده‌های کم جمعیت زندگی می‌کردند. حدود سه چهارم نوجوانان (۷۳/۹ درصد) شاخص توده بدنی (BMI) طبیعی داشتند و فقط ۳/۵ درصد به بیماری خاصی مبتلا بودند (جدول ۱).

پرسشنامه مشخصات جمعیتی-اجتماعی که شامل سؤالاتی در مورد نوع مدرسه، جنسیت، سن، مقطع تحصیلی، رشته‌ی تحصیلی، وضعیت اشتغال همراه با تحصیل، تحصیلات پدر، شغل پدر، تحصیلات مادر، شغل مادر، سابقه‌ی ابتلا به بیماری، ابتلای فعلی به بیماری، مصرف دارو، تعداد فرزندان خانواده، کفایت درآمد ماهیانه برای هزینه‌های زندگی، وضعیت زندگی با والدین، نوع منزل مسکونی، شاخص ازدحام، مصرف سیگار، استفاده از قلیان و شاخص توده‌ی بدنی بود. شاخص ازدحام از تقسیم تعداد افراد خانواده به تعداد اتاق‌ها، بدون احتساب حمام و توالت به دست آمد و در سه سطح کم جمعیت (کمتر از دو فرد به ازای هر اتاق)، جمعیت متوسط (دو تا سه فرد به ازای هر اتاق) و پرجمعیت (بیش از سه فرد به ازای هر اتاق) دسته بندی شد. شاخص توده بدنی (BMI) ( $kg/m^2$ ) بر اساس وزن و قد محاسبه شد و بر اساس طبقه‌بندی شاخص توده بدنی توسط سازمان جهانی بهداشت که مخصوص نوجوانان و به تفکیک جنسیت و سن بود، به ۵ گروه بسیار لاغر، لاغر، طبیعی، اضافه وزن و چاق تقسیم بندی گردید (۲۳).

پرسشنامه‌ی خودکارآمدی عمومی<sup>۱</sup> که در سال ۱۹۸۲ توسط Sherer ارایه شد، شامل ۱۷ آیتم برای سنجش خودکارآمدی در انجام کارها می‌باشد. تمامی آیتم‌ها بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌دهی می‌شوند. نمره‌ی بالای این آزمون خودکارآمدی قوی‌تر و نمره پایین‌تر خودکارآمدی ضعیف‌تر را نشان می‌دهد. آیتم‌های شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ که برحسب مقیاس لیکرت کاملاً موافق، موافق، بی نظر، مخالف، کاملاً مخالف می‌باشد به ترتیب نمراتی از ۵ الی ۱ می‌گیرند و بقیه آیتم‌ها به ترتیب نمراتی از ۱ الی ۵ می‌گیرند. نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه در سال ۱۳۷۶ توسط بختیاری براتی ارائه شد که برای بدست آوردن روایی سازه آزمون همبستگی آن را با مقیاس عزت نفس برابر ۰/۶۱، و برای پایایی، ضریب آلفای کرونباخ آن را برابر ۰/۸۰ گزارش کرده است. در مطالعات متعدد دیگری نیز از این ابزار استفاده شده است (۲۴).

برای تعیین اعتبار پرسشنامه‌ها از اعتبار محتوا و صوری استفاده شد؛ به این صورت که پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی قرار گرفت و بعد از جمع کردن نظرات آن‌ها، اصلاحات لازم بر روی ابزارها بر اساس بازخورد کسب شده صورت گرفت، همچنین با انجام پیش آزمون و باز آزمون بر روی ۳۰ نفر، پایایی از دو بعد تکرارپذیری (ICC=Intra Class Correlation)

<sup>1</sup> General Self-Efficacy Scale

جدول (۱): ارتباط مشخصات فردی - اجتماعی با خودکارآمدی در نوجوانان

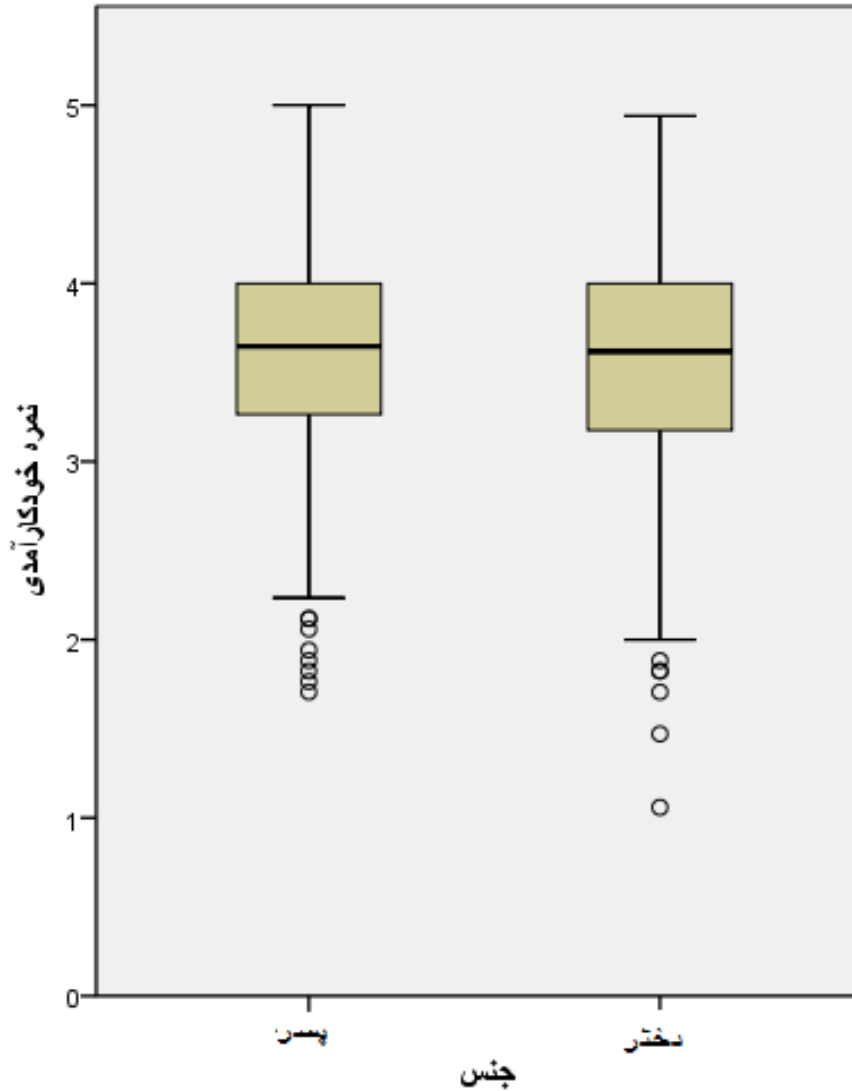
متغیر	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)	متغیر	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
گروه سنی			تحصیلات پدر		
۱۴ سال و کمتر	۲۶۲ (۱۷/۲)	۳/۶۱ (۰/۵۶۹)	بی سواد	۱۴۲ (۹/۳)	۳/۵۰ (۰/۵۵)
۱۵-۱۶ سال	۹۶۴ (۶۳/۲)	۳/۵۹ (۰/۶۰۷)	ابتدایی	۳۳۵ (۲۲)	۳/۶۱ (۰/۵۷)
۱۷ سال و بالاتر	۲۹۸ (۱۹/۶)	۳/۶۱ (۰/۵۷۲)	راهنمایی	۲۷۵ (۱۸/۱)	۳/۵۷ (۰/۶۰)
نوع مدرسه			دبیرستان	۱۴۲ (۹/۳)	۳/۶۲ (۰/۵۶)
دولتی و نیمه دولتی	۱۳۹۶ (۹۱/۶)	۳/۶۰ (۰/۵۹۱)	دیپلم	۳۰۹ (۲۰/۳)	۳/۶۰ (۰/۵۷)
غیرانتفاعی	۱۲۸ (۸/۴)	۳/۵۹ (۰/۶۲۶)	دانشگاهی	۳۱۹ (۲۱)	۳/۶۴ (۰/۶۵)
وضعیت اشتغال ×			شغل پدر ×		
بله	۱۰۲ (۶/۷)	۳/۴۸ (۰/۵۴)	بیکار	۱۰۱ (۶/۷)	۳/۳۸ (۰/۵۷)
خیر	۱۴۲۲ (۹۳/۳)	۳/۶۰ (۰/۵۹)	کارگر	۲۵۰ (۱۶/۵)	۳/۵۴ (۰/۵۷)
سابقه‌ی ابتلا به بیماری			کارمند	۳۷۹ (۲۵/۱)	۳/۶۱ (۰/۶۳)
بله	۱۱۴ (۷/۵)	۳/۴۹ (۰/۶۷)	مغازه‌دار	۱۹۴ (۱۲/۸)	۳/۵۴ (۰/۶۳)
خیر	۱۴۱۰ (۹۲/۵)	۳/۶۰ (۰/۵۸)	بازنشسته	۱۵۰ (۹/۹)	۳/۶۳ (۰/۵۵)
ابتلا فعلی به بیماری			شغل آزاد	۴۳۷ (۲۸/۹)	۳/۶۷ (۰/۵۵)
بله	۵۴ (۳/۵)	۳/۴۸ (۰/۶۶)	تحصیلات مادر		
خیر	۱۴۷۰ (۹۶/۵)	۳/۶۰ (۰/۵۹)	بی سواد	۳۶۱ (۲۳/۸)	۳/۵۵ (۰/۵۶)
مصرف دارو به صورت مداوم			ابتدایی	۴۱۴ (۲۷/۳)	۳/۵۸ (۰/۵۸)
بله	۲۵ (۱/۶)	۳/۷۶ (۰/۶۶)	راهنمایی	۲۱۸ (۱۴/۴)	۳/۶۰ (۰/۵۸)
خیر	۱۴۹۹ (۹۸/۴)	۳/۵۹ (۰/۵۹)	دبیرستان	۷۵ (۴/۹)	۳/۶۳ (۰/۶۰)
مقطع تحصیلی			دیپلم	۲۶۸ (۱۷/۶)	۳/۶۴ (۰/۵۹)
اول	۶۰۵ (۳۹/۷)	۳/۵۶ (۰/۵۷)	دانشگاهی	۱۸۳ (۱۲)	۳/۶۴ (۰/۶۷)
دوم	۴۶۶ (۳۰/۶)	۳/۶۱ (۰/۶۲)	شغل مادر		
سوم	۴۵۲ (۲۹/۷)	۳/۶۴ (۰/۵۸)	خانه‌دار	۱۳۰۴ (۸۵/۷)	۳/۵۹ (۰/۵۸)
رشته‌ی تحصیلی*			شاغل در منزل	۶ (۰/۴)	۳/۷۲ (۰/۴۴)
سال اول (عمومی)	۵۳۲ (۳۴/۹)	۳/۵۹ (۰/۵۶)	شاغل در خارج از منزل	۱۷۸ (۱۱/۷)	۳/۶۶ (۰/۶۴)
ریاضی	۱۱۴ (۷/۵)	۳/۶۴ (۰/۶۲)	بازنشسته	۳۳ (۲/۲)	۳/۶۵ (۰/۶۳)
تجربی	۳۸۸ (۲۵/۵)	۳/۶۷ (۰/۵۹)	تعداد فرزندان خانواده		
انسانی	۱۵۱ (۹/۹)	۳/۵۶ (۰/۶۴)	یک	۱۶۰ (۱۰/۷)	۳/۶۱ (۰/۶۰)
فنی و بازرگانی	۲۷۵ (۱۸)	۳/۵۵ (۰/۵۹)	دو	۹۷۰ (۶۴/۷)	۳/۵۹ (۰/۶۰)
کار و دانش	۶۱ (۴)	۳/۴۱ (۰/۵۵)	سه	۱۹۶ (۱۳/۱)	۳/۶۱ (۰/۵۶)
هنر	۳ (۰/۲)	۲/۷۶ (۰/۴۷)	چهار	۸۴ (۵/۶)	۳/۶۱ (۰/۵۱)
شاخص ازدحام			پنج و بیشتر	۹۰ (۶)	۳/۵۸ (۰/۵۷)
کم جمعیت	۷۴۲ (۴۹/۸)	۳/۶۲ (۰/۵۹)	میزان درآمد خانوار ×		
جمعیت متوسط	۵۸۱ (۳۹)	۳/۵۹ (۰/۶۰)	دخل برابر خرج	۷۹۶ (۵۲/۴)	۳/۶۲ (۰/۵۹)
پر جمعیت	۱۶۸ (۱۱/۳)	۳/۵۲ (۰/۵۵)	دخل بیشتر از خرج	۳۲۱ (۲۱/۱)	۳/۶۱ (۰/۵۸)
شاخص توده‌ی بدنی			دخل کمتر از خرج	۴۰۲ (۲۶/۵)	۳/۵۳ (۰/۵۹)
بسیار لاغر	۱۴ (۰/۹)	۳/۶۹ (۰/۵۸)	جنسیت		
لاغر	۶۱ (۴)	۳/۶۳ (۰/۵۴)	پسر	۷۶۰ (۴۹/۸)	۳/۶۲ (۰/۵۶)
طبیعی	۱۱۲۲ (۷۳/۹)	۳/۵۹ (۰/۵۹)	دختر	۷۶۴ (۵۰/۲)	۳/۵۷ (۰/۶۲)
اضافه وزن	۲۴۸ (۱۶/۳)	۳/۵۸ (۰/۶۰)			
چاقی	۷۴ (۴/۹)	۳/۶۱ (۰/۶۲)			

P < ۰/۰۵\*

خودکارآمدی:

توجه به نتایج بدست آمده به تفکیک جنسیت، میانگین نمره برای متغیر خودکارآمدی در نوجوانان دختر  $3/57 \pm 0/62$  و در نوجوانان پسر  $3/62 \pm 0/56$  بود (نمودار ۱).

میانگین نمره خودکارآمدی در نوجوانان  $3/60 \pm 0/59$  و دامنه‌ی عملی مشاهده شده نمرات برای این متغیر ۱-۵ بود. با



نمودار (۱): boxplot نمره خودکارآمدی به تفکیک جنس

(۱/۰۲) و  $4/08$  ( $1/21$ ) و  $3/05$  بود. برای سؤال "بار اول اگر نتوانم کاری را انجام دهم، به تلاشم ادامه می‌دهم"  $40/2$  درصد از افراد گزینه‌ی "موافقم" و برای سؤال "وقتی که اهداف مهمی برای خود تعیین می‌کنم، به ندرت به آن‌ها دست می‌یابم"  $26/1$  درصد از نوجوانان گزینه‌ی "مخالفم" را انتخاب کرده بودند (جدول ۲).

بیشترین و کمترین نمرات کسب شده در میان سؤالات پرسشنامه‌ی خودکارآمدی، به ترتیب مربوط به سؤالات "بار اول اگر نتوانم کاری را انجام دهم، به تلاشم ادامه می‌دهم" و "وقتی که اهداف مهمی برای خود تعیین می‌کنم، به ندرت به آن‌ها دست می‌یابم" بود که میانگین (انحراف معیار) نمره‌ی آن‌ها به ترتیب

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمره کلی و آیتم‌های خودکارآمدی در نوجوانان

کل			متغیر
نوجوانان پسر	نوجوانان دختر	نوجوانان	
میانگین (انحراف معیار)			
۳/۷۳ (۱/۱۱)	۳/۹۹ (۰/۹۳)	۳/۸۶ (۱/۰۳)	وقتی برای کاری برنامه‌ریزی می‌کنم، مطمئن هستم که می‌توانم آن را انجام دهم.
۳/۳۷ (۱/۱۸)	۳/۵۴ (۱/۱۱)	۱/۴۶ (۱/۱۵)	یکی از مشکلات من این است که وقتی می‌خواهم کاری انجام دهم نمی‌توانم از عهده آن برآیم.
۴/۰۹ (۱/۰۱)	۴/۰۷ (۱/۰۳)	۴/۸ (۱/۰۲)	بار اول اگر نتوانم کاری را انجام دهم، به تلاش ادامه می‌دهم.
۲/۹۸ (۱/۲۲)	۳/۱۲ (۱/۲۰)	۳/۰۵ (۱/۲۱)	وقتی که اهداف مهمی برای خود تعیین می‌کنم به ندرت به آن‌ها دست می‌یابم.
۳/۷۰ (۱/۱۸)	۳/۶۸ (۱/۱۵)	۳/۶۹ (۱/۱۶)	قبل از تمام کردن کارهایم، آن‌ها را نیمه تمام رها می‌کنم.
۳/۲۱ (۱/۲۷)	۳/۱۹ (۱/۲۵)	۳/۲۰ (۱/۲۶)	از رو به رو شدن با مشکلات اجتناب می‌کنم.
۳/۶۹ (۱/۲۱)	۳/۶۲ (۱/۱۸)	۳/۶۵ (۱/۲۰)	در صورتی که کاری خیلی پیچیده به نظر برسد، حتی زحمت امتحانش را به خود نمی‌دهم.
۳/۴۲ (۱/۱۸)	۳/۴۰ (۱/۱۶)	۳/۴۱ (۱/۱۷)	وقتی کاری که برایم جالب نیست را باید انجام دهم، آنقدر پایداری می‌کنم تا آن را تمام کنم.
۳/۹۶ (۱/۰۷)	۳/۹۹ (۱/۰۴)	۳/۹۸ (۱/۰۶)	وقتی تصمیم به انجام کاری گرفتم، به طور جدی و دقیق روی همان کار تمرکز می‌کنم.
۳/۶۱ (۱/۱۵)	۳/۵۶ (۱/۱۹)	۳/۵۸ (۱/۱۷)	هنگامی که سعی می‌کنم چیز جدیدی بیاموزم، اگر در ابتدا موفق نشوم به زودی آن را رها می‌کنم.
۳/۰۵ (۱/۱۶)	۳/۰۹ (۱/۱۳)	۳/۰۷ (۱/۱۴)	وقتی مشکلات پیش‌بینی نشده‌ای برایم رخ می‌دهد، به خوبی از پس آن برنمی‌آیم.
۳/۵۴ (۱/۲۱)	۳/۴۶ (۱/۲۲)	۳/۵۰ (۱/۲۲)	از یادگیری مطالب جدید هنگامی که به نظرم مشکل می‌آید، اجتناب می‌کنم.
۳/۹۵ (۱/۲۴)	۳/۹۲ (۱/۱۷)	۳/۹۴ (۱/۲۱)	شکست باعث تلاش بیشتر می‌شود.
۳/۵۴ (۱/۳۳)	۳/۷۵ (۱/۲۳)	۳/۶۴ (۱/۲۸)	به توانایی خود برای انجام کارها اعتماد ندارم.
۳/۸۵ (۱/۱۲)	۳/۸۱ (۱/۱۷)	۳/۸۳ (۱/۱۵)	به خود متکی هستم.
۳/۷۲ (۱/۲۱)	۳/۸۵ (۱/۱۶)	۳/۷۸ (۱/۱۹)	به سادگی تسلیم شرایط می‌شوم.
۳/۳۲ (۱/۲۹)	۳/۵۶ (۱/۲۰)	۳/۴۴ (۱/۲۵)	توانایی برخورد با اکثر مشکلاتی که در زندگی برایم پیش می‌آید را ندارم.
۳/۵۷ (۰/۶۲)	۳/۶۲ (۰/۵۶)	۳/۶۰ (۰/۵۹)	کل

آزمون دو متغیره داشتند، وارد مدل رگرسیون چند متغیره مدل Backward شدند. بین متغیرهای جنسیت، ابتلا فعلی به بیماری، مصرف دارو، مقطع تحصیلی، رشته‌ی تحصیلی، شغل پدر و میزان درآمد با خودکارآمدی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت و روی هم رفته توانستند ۳ درصد از واریانس خودکارآمدی را در نوجوانان پیش‌گویی کنند (جدول ۳).

ارتباط بین مشخصات جمعیتی- اجتماعی و خودکارآمدی؛ نتایج آزمون‌های دومتغیره نشان داد که در نوجوانان ارتباط معنی‌دار آماری بین خودکارآمدی با متغیرهای وضعیت اشتغال، رشته‌ی تحصیلی، شغل پدر و میزان درآمد ( $P < 0/05$ ) وجود دارد. متغیرهای جنسیت، وضعیت اشتغال، سابقه‌ی ابتلا به بیماری، ابتلا فعلی به بیماری، مصرف دارو، مقطع تحصیلی، رشته‌ی تحصیلی، شغل پدر، میزان درآمد و شاخص ازدحام که  $p < 0/2$  در

**جدول (۳):** ارتباط مشخصات جمعیتی - اجتماعی با خودکارآمدی در نوجوانان بر اساس آزمون رگرسیون خطی چند متغیره

متغیر	$\beta$ (CI 95%)	P
<b>جنسیت</b>		
پسر (مرجع)	.	.
دختر	-۰/۰۵ (-۰/۱۳ تا -۰/۰۱)	۰/۰۲۵
<b>ابتلا فعلی به بیماری</b>		
بله (مرجع)	.	.
خیر	۰/۰۷ (۰/۰۴ تا ۰/۴۱)	۰/۰۱۶
<b>مصرف دارو به صورت مداوم</b>		
بله (مرجع)	.	.
خیر	-۰/۰۵ (-۰/۵۱ تا ۰/۰۱)	۰/۰۵۹
<b>مقطع تحصیلی</b>		
سال سوم (مرجع)	.	.
سال دوم	-۰/۰۱ (-۰/۰۹ تا ۰/۰۶)	۰/۷۲۶
سال اول	-۰/۲۲	<۰/۰۰۱
<b>رشته تحصیلی</b>		
ریاضی (مرجع)	.	.
سال اول (عمومی)	۰/۱۴ (۰/۰۱ تا ۰/۳۵)	۰/۰۴۲
تجربی	-۰/۰۰ (-۰/۱۳ تا ۰/۱۲)	۰/۹۳۳
انسانی	-۰/۰۴ (-۰/۲۳ تا ۰/۰۵)	۰/۲۳۴
فنی و بازرگانی	-۰/۰۸ (-۰/۲۵ تا ۰/۰۱)	۰/۰۶۱
کارودانش	-۰/۰۳ (-۰/۲۹ تا ۰/۰۸)	۰/۲۸۵
هنر	-۰/۰۶ (-۱/۵۶ تا -۰/۲۱)	۰/۰۰۹
<b>شغل پدر</b>		
شغل آزاد (مرجع)	.	.
بیکار	-۰/۱۱ (-۰/۳۹ تا -۰/۱۳)	<۰/۰۰۱
کارگر	-۰/۰۵ (-۰/۱۸ تا ۰/۰۰)	۰/۰۵۷
کارمند	-۰/۰۶ (-۰/۱۷ تا -۰/۰۱)	۰/۰۳۲
مغازه‌دار	-۰/۰۷ (-۰/۲۳ تا -۰/۰۳)	۰/۰۰۷
بازنشسته	-۰/۰۲ (-۰/۱۶ تا ۰/۰۵)	۰/۳۰۹
<b>میزان درآمد</b>		
دخل بیشتر از خرج (مرجع)	.	.
دخل برابر خرج	۰/۰۰ (-۰/۰۷ تا ۰/۰۷)	۰/۹۷۷
دخل کمتر از خرج	-۰/۰۳ (-۰/۱۴ تا ۰/۰۳)	۰/۲۵۱
Adjusted R <sup>2</sup>	۰/۰۳	

### بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج بدست آمده از این پژوهش، میانگین نمره خودکارآمدی در نوجوانان متوسط رو به بالا می‌باشد. این یافته مشابه با نتایج مطالعات دیگری از جمله مطالعه‌ی صحرانورد و همکارانش روی نوجوانان ۱۴ ساله (۲۹) و نیز Meyer و

همکارانش روی نوجوانان ۲۰-۱۳ ساله (۳۰) می‌باشد، اما میانگین نمره‌ی خودکارآمدی نوجوانان مطالعه‌ی حاضر نسبت به نوجوانان مطالعه‌ی محمدی و همکارانش که روی پسران نوجوان بدسرپرست و بی‌سرپرست انجام داده بودند، بالاتر بود (۳۱). طبق نتایج تحقیقاتی که تا کنون انجام شده است، والدین تأثیر زیادی بر

دانش‌آموزان مقطع پیش‌دانشگاهی (۴۳) و زینلی پور و همکارانش روی دانش‌آموزان سال اول دبیرستان (۴۴) اشاره کرد و در هر دو این مطالعات تفاوتی بین دانش‌آموزان دختر و پسر به ترتیب از نظر خودکارآمدی تحصیلی و خودکارآمدی اجتماعی مشاهده نشد که ممکن است دلیل تناقض مشاهده شده بین نتایج این مطالعات با مطالعه‌ی حاضر، تفاوت در ابزارهای مورد استفاده و نوع خودکارآمدی سنجیده شده باشد.

از دیگر متغیرهای پیش‌گویی‌کننده‌ی خودکارآمدی در این مطالعه، مقطع و رشته‌ی تحصیلی بودند که با توجه به نتایج بدست آمده از آنالیز رگرسیون چند متغیره با خودکارآمدی نوجوانان در سال سوم به طور معنی‌داری بیش از سال اولی‌ها بود. این یافته‌ها هم جهت با نتایج تحقیقات Francis و همکارانش روی افراد دارای علائم افسردگی می‌باشد که بیان کردند با افزایش سواد افراد، میزان خودکارآمدی آن‌ها افزایش یافته و متعاقب آن علائم افسردگی کاهش می‌یابد (۴۵). محققان در مطالعه‌ی دیگری نشان دادند که برنامه‌های آموزشی سبب افزایش میزان خودکارآمدی دانش‌آموزان می‌شود (۴۶). جهانی ملکی و همکارانش نیز، مشخصه‌های جمعیتی-اجتماعی موثر بر خودکارآمدی در دانشجویان را سن، محل زندگی، تأهل، دانشکده، مقطع تحصیلی و نمره‌ی کلی مهارت‌های زندگی معرفی کردند (۶). Donovan-Kicken و همکارانش در مطالعه‌ای که انجام دادند، بیان کردند که سواد و آگاهی بهداشتی پایین یک عامل پیش‌گویی‌کننده‌ی خودکارآمدی پایین، احساس سلامت و آمادگی کمتر و سردرگمی بیشتر در بیماران می‌شود (۴۷). احتمالاً دلیل چنین یافته‌هایی این است که با آموزش و افزایش سطح تحصیلات و آگاهی، افراد به خودباوری و شناخت بهتری از خود رسیده و نیز نگرش‌ها و مهارت‌های جدیدی برای ارتقا سطح زندگی خود کسب می‌کنند که در نتیجه سبب افزایش اعتماد و عزت نفس و در نهایت افزایش خودکارآمدی آن‌ها می‌شود.

طبق نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، متغیر شغل پدر از جمله دیگر متغیرهایی است که می‌توان به عنوان عامل پیش‌گویی‌کننده‌ی خودکارآمدی در نوجوانان معرفی کرد. مطالعات مشابهی در زمینه‌ی تأثیر این عامل بر خودکارآمدی صورت گرفته که می‌توان به مطالعه‌ی Walker اشاره کرد که روی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن قلبی انجام داد و به این نتیجه دست یافت که میزان خودکارآمدی عمومی در آن دسته از بیمارانی که شاغل بودند به طور معنی‌داری بیشتر از بیماران بیکار بود (۴۸)، که این یافته تا حدودی مشابه با یافته‌ی مطالعه‌ی حاضر می‌باشد که میزان خودکارآمدی در نوجوانانی که پدر آن‌ها بیکار بود کمتر از نوجوانانی بود که پدر آن‌ها شغل آزاد داشت. همچنین در

جنبه‌های مختلف زندگی فرزندان خود از جمله خودباوری فرزندان در "توانایی خواندن" (۳۲)، باورهای سلامتی و انجام رفتارهای مرتبط با سلامتی (۳۳) دارند. از این رو با توجه به اینکه نوجوانان بدسرپرست و بی‌سرپرست در خانواده‌های با ساختار غیر متعارف و تحت سرپرستی والدین فاقد صلاحیت لازم برای تربیت فرزندان خود، که معمولاً هم افراد با سطح تحصیلات و موقعیت شغلی و اجتماعی پایین هستند، پرورش یافته‌اند، لذا این موضوع می‌تواند دلیل احتمالی بیشتر بودن خودکارآمدی نوجوانان مطالعه‌ی حاضر نسبت به نوجوانان مطالعه‌ی محمدی و همکارانش باشد.

بین متغیرهای جنسیت، ابتلا فعلی به بیماری، مصرف دارو، مقطع تحصیلی، رشته‌ی تحصیلی، شغل پدر و میزان درآمد خانوار با خودکارآمدی در نوجوانان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت و روی هم رفته توانستند ۳ درصد از واریانس خودکارآمدی را در نوجوانان پیش‌گویی کنند.

مطالعات بسیاری برای بررسی تأثیر جنسیت در ابعاد مختلف زندگی نوجوانان انجام شده است که نشان می‌دهد نوجوانان دختر و پسر در زمینه‌های مختلفی از جمله وضعیت درسی (۳۴)، رفتارهای ضد اجتماعی (۳۵)، مصرف دارو (۳۵)، ابتلا به افسردگی (۳۶)، آسیب‌پذیری (۳۷) و عواطف (۳۸) وضعیت متفاوتی دارند. نتایج مطالعه‌ی حاضر نیز نشان می‌دهد که از نظر میانگین نمره‌ی خودکارآمدی تفاوت آماری معنی‌داری بین نوجوانان دختر و پسر وجود دارد و خودکارآمدی نوجوانان پسر بیشتر از نوجوانان دختر است. در این راستا مطالعات دیگری هم انجام شده‌اند که به نتایج مشابهی دست یافته‌اند؛ به عنوان مثال برگمن و اسکات<sup>۱</sup> در مطالعه‌ی خود تفاوت‌های واضحی را از نظر عزت نفس، خودکارآمدی، ناخشنودی و نگرانی‌ها در بین نوجوانان دختر و پسر یافتند (۳۹). پژوهش‌های دیگر نیز نشان می‌دهد که دختران نسبت به پسران خودکارآمدی پایین‌تری دارند (۴۰، ۴۱). همچنین Presnell و همکارانش بیان کردند که نوجوانان پسر برای کاهش وزن خود از خودکارآمدی اولیه‌ی بیشتری نسبت به نوجوانان دختر برخوردار هستند (۴۲). شاید یک دلیل احتمالی برای بالاتر بودن میزان خودکارآمدی پسران، مربوط به فرهنگ و هنجارهای اجتماعی باشد که سبب می‌شود اغلب اوقات پسران نقش‌های فردی و اجتماعی پررنگ‌تری نسبت به دختران داشته باشد و همین امر سبب اعتماد به نفس بالاتر و همچنین خودکارآمدی بیشتری در پسران نسبت به دختران می‌شود. قابل ذکر است که یافته‌های مطالعات دیگری متناقض با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد که از جمله می‌توان به مطالعه‌ی سروقد و همکارانش روی

<sup>۱</sup> Bergman & Scott



که راهکارهایی برای افزایش میزان خودکارآمدی نوجوانان ارائه گردد.

کاربرد یافته‌ها:

با توجه به تأثیر خودکارآمدی بر حفظ و ارتقای سلامتی و دوره‌ی نوجوانی به عنوان بنیادی برای زندگی آینده و همچنین آموزش‌پذیری افراد در این دوره یافته‌های این پژوهش می‌تواند پایه‌ای برای مطالعات بعدی به ویژه پژوهش‌های مداخله‌ای باشد تا زمینه لازم را برای گسترش علم و دانش در این راستا فراهم آورد. محدودیت‌های پژوهش:

به دلیل ماهیت مقطعی این مطالعه، ارتباط‌های نشان داده شده بین خودکارآمدی با مشخصات فردی - اجتماعی الزاماً نشان دهنده رابطه علیتی نمی‌باشد. همچنین با توجه به اینکه دانش‌آموزان با روش "خودتکمیلی" پرسشنامه‌ها را پاسخ داده‌اند، لذا ممکن است برخی از سؤالات پرسشنامه‌ها به دقت و به صورت صحیح پاسخ داده نشده باشند.

پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی:

انجام پژوهش‌های کیفی و کمی در زمینه تعیین عوامل موثر بر خودکارآمدی در نوجوانان.

بررسی تأثیر استفاده از دخانیات و مواد روان گردان و مخدر بر خودکارآمدی افراد گروه‌های سنی مختلف.

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۲ روی افراد ۱۸ سال به بالا در چین انجام شد، نشان داده شد که میزان درآمد پایین، که شاخصی برای نابرابری اجتماعی است، عامل پیش‌گویی کننده‌ای برای متغیرهایی مثل افسردگی، بهداشت ضعیف و نیز خودکارآمدی پایین می‌باشد (۴۹). توضیح احتمالی که برای این ارتباط می‌توان بیان کرد این است که شاغل بودن و سطح اقتصادی بالاتر سبب بهبود سطح زندگی می‌شود.

Rossmann و همکارانش در مطالعه‌ی خود اظهار داشتند که در بیماران دیابتی، تعداد عوارض ناشی از بیماری ارتباط معکوسی با میزان خودکارآمدی آنان برای مصرف انسولین دارد (۵۰) که مشابه نتیجه‌ی این مطالعه می‌باشد که در افرادی که به بیماری خاصی مبتلا بودند، میزان خودکارآمدی پایین‌تر بود.

این مطالعه خودکارآمدی و ارتباط آن را با متغیرهای جمعیتی-اجتماعی در نوجوانان دختر و پسر شهر سنندج مورد بررسی قرار داد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی خودکارآمدی در نوجوانان متوسط رو به بالا می‌باشد و متغیر جنسیت به عنوان یکی از پیشگویی کننده‌های خودکارآمدی شناخته شد. با توجه به تأثیر مهم خودکارآمدی بر انجام رفتارهای ارتقا دهنده‌ی سلامت و کاهش انجام رفتارهای پرخطر، نیاز است

## References:

- Bandura A. Adolescent development from an agentic perspective. In F. Pajares and T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy Beliefs of Adolescents* 2006;5:1-43.
- Bandura A. Self efficacy. Ramachaudran (Ed) *Encyclopedia of human behavior* 1994;4:71-81.
- Bandura A, Pastorelli C, Caprara G. Self-efficacy pathways to childhood depression. *J Pers Soc Psychol* 1999;76:258-69.
- Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ; Prentice-Hall 1986.
- Baheiraei A, Mirghafourvand M. *Health promotion: from concepts to practice: Tehran: Noor-e-Danesh; 2011.*
- Jahani Maleki S, Sharifi M, Jahani maleki R, Nazari Bolani G. The relationship between awareness levels of life skill with self efficacy beliefs among shahid beheshti university student. *J Psychology (Tabriz University).* 2011;6(22):26-56.
- Miranda AO, Umhoefer DL. Acculturation, Language Use, and Demographic Variables as Predictors of the Career Self-Efficacy of Latino Career Counseling Clients. *J Multicult Couns Devel* 1998;26(1):39-51.
- Rutledge CM, Guardia ACL, Bluestein D. Predictors of self-efficacy for sleep in primary care. *J Clin Nurs* 2013;22(9-10):1254-61.
- World Health Organization. 10 Facts on adolescent health 2008 [cited 2012 1 Aug .] Available from: [http://www.who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html).
- Statistical Center of Iran. Information technology 2009 [cited 2011 15 Sep ]. Available from: [www.medianews.ir/fa/2010/03/13/internet.html](http://www.medianews.ir/fa/2010/03/13/internet.html).

11. Richardson ED. Adventure-based therapy and self-efficacy theory: Test of a treatment model for late adolescents with depressive symptomatology (Dissertation). Virginia :Virginia Polytechnic Institute and State University; 1999.
12. Salonna F, van Dijk JP, Geckova AM, Sleskova M, Groothoff JW, Reijneveld SA. Social inequalities in changes in health-related behaviour among Slovak adolescents aged between 15 and 19: a longitudinal study. *BMC Public Health* 2008;8(57):1-13.
13. Doku D, Koivusilta L, Raisamo S, Rimpelä A. Tobacco use and exposure to tobacco promoting and restraining factors among adolescents in a developing country. *Public Health* 2012;126(8):668-74.
14. Falkner B, DeLoach S, Keith SW, Gidding SS. High risk blood pressure and obesity increase the risk for left ventricular hypertrophy in African-American adolescents. *J Pediatr* 2012;162(1):94-100.
15. Muris P. Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences* 2002;32(2):337-48.
16. Engels RC, Wiers R, Lemmers L, Overbeek G. Drinking motives, alcohol expectancies, self-efficacy, and drinking patterns. *J Drug Educ* 2005;35(2):147-66.
17. Naar-King S, Wright K, Parsons J, Frey M, Templin T, Ondersma S. Transtheoretical model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS care* 2006;18(7):839-45.
18. Gillis AJ. Determinants of a health promoting lifestyle: an integrative review. *J Adv Nurs* 1993;18(3):345-53.
19. Peker K, Bermek G. Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul university. *J Dent Educ* 2011;75(3):413-20.
20. Ghanaei CHamanabad A, mirdoragi f, pakmehr h, editors. The Relationship of M.A. Students' Metacognitive and Self-efficacy Beliefs with Their Mental Health. 3<sup>rd</sup> Word Conference on Educational Sciences 2011. Istanbul: Bahcesehir University; 2011.
21. Silva MCSAd, Lautert L. The sense of self-efficacy in maintaining health promoting behaviors in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2010;44(1):61-7.
22. Lee Y-H, Salman A, Fitzpatrick JJ. HIV/AIDS preventive self-efficacy, depressive symptoms, and risky sexual behavior in adolescents: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2009;46(5):653-60.
23. world health organization. BMI-for-age (5-19 years) 2007 [cited 2013 9 Apr]. Available from: [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/).
24. Arabian A, Khodapanahi MK, Heydari M, Sadeghpour S. Relationships between self efficacy beliefs, mental health and academic achievement in colleagues. *J Phycol* 2005;4(32):360-71.
25. Farahani MN, Keramati H. Relationship between self-efficacy, attitude and academic performance of mathematics course in third year students in secondary schools of Tehran city. *Human Sci Res J Alzahra Univ* 2002;12(42):107-24.
26. Najafi M, Foladchang M. Relationship between self-efficacy and mental health in secondary school students. *Bimonthly Official Publication Medical Daneshvar* 4(22):69-81.
27. Dubois EJ. Assessment of health-promoting factors in college students' lifestyles (Dissertation). Auburn :Auburn University; 2006.
28. Geckil E, Yildiz S. Adolescent health behaviors and problems. *Adolescence* 2006;3:26-34.
29. Sahranavard M, Hassan SA. The relationship between self-concept, self-efficacy, self-esteem, anxiety and science performance among Iranian

- students. *Middle-East J Sci Res* 2012;12(9):1190-6.
30. Meyer BW, Jain S, Canfield-Davis K. The effect of parenthood education on self-efficacy and parent effectiveness in an alternative high school student population. *The Professional Counselor: Reas Practice* 2011;1(1):29-40.
31. Mohammadi AZ, Abedi AR, Khanjani M. Improving the self-esteem and self-efficacy among juveniles. *J Iran Psychol* 2008;4(15):245-52.
32. Bandura A. *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press; 1995.
33. Lynch J. Parents' self-efficacy beliefs, parents' gender, children's reader self-perceptions, reading achievement and gender. *J Res Read* 2002;25(1):54-67.
34. Luke MD, Sinclair GD. Gender differences in adolescents' attitudes toward school physical education. *J TEACH PHYS EDUC*. 1991;11(1):31-46.
35. Svensson R. Gender differences in adolescent drug use the impact of parental monitoring and peer deviance. *Youth & Society* 2003;34(3):300-29.
36. Lyons AL, Carlson GA, Thurm AE, Grant KE, Gipson PY. Gender differences in early risk factors for adolescent depression among low-income urban children. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2006;12(4):644-57.
37. Dreber A, von Essen E, Ranehill E. In Bloom: Gender Differences in Preferences among Adolescents. *Stockholm School of Economics*; 2011.P. 1-17.
38. Stapley JC, Haviland JM. Beyond depression: Gender differences in normal adolescents' emotional experiences. *Sex Roles* 1989;20(5-6):295-308.
39. Bergman MM, Scott J. Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: gender and socio-economic differences. *J Adolesc* 2001;24(2):183-97.
40. Dalgard F, Stern R, Lien L, Hauser S. Itch, stress and self-efficacy among 18-year-old boys and girls: A Norwegian population-based cross-sectional study. *Acta Derm Venereol (Oslo)* 2012;92(5):547-52.
41. Schunk DH, Lilly MW. Sex differences in self-efficacy and attributions: Influence of performance feedback. *J Early Adolesc* 1984;4(3):203-13.
42. Presnell K, Pells J, Stout A, Musante G. Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating behav* 2008;9(2):170-80.
43. Sarvghad S, Rezaee A, Masomi F. On the relationship between thinking styles and self-efficacy of pre-university students in Shiraz. *Sociology of Women (Journal of Women and Society)* 2011;1(4):135-56.
44. Zainallypour H, Zareei E, Zandineya Z. Study of general and academic self-efficacy of students and its relationship with academic achievement. *J Educ Psych Stud* 2009;9:13-28.
45. Francis L, Weiss BD, Senf JH, Heist K, Hargraves R. Does literacy education improve symptoms of depression and self-efficacy in individuals with low literacy and depressive symptoms? A preliminary investigation. *J Am Board Fam Med* 2007;20(1):23-7.
46. Van Dinther M, Dochy F, Segers M. Factors affecting students' self-efficacy in higher education. *Educ Res Rev* 2011;6(2):95-108.
47. Donovan-Kicken E, Mackert M, Guinn TD, Tollison AC, Breckinridge B, Pont SJ. Health literacy, self-efficacy, and patients' assessment of medical disclosure and consent documentation. *Health Communication* 2012;27(6):581-90.

48. Lau-Walker M. Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. *J Adv Nurs* 2007;60(2):187-98.
49. Sun J, Buys N, Wang X. Association between low income, depression, self-efficacy and mass-incident-related strains: an understanding of mass incidents in China. *J Public Health* 2012;34(3):340-7.
50. Rossman HC. Self-efficacy in low income insulin dependent diabetics (Dissertation). United States: Ball State University; 1997.

## SELF-EFFICACY IN ADOLESCENTS AND ITS SOCIO-DEMOGRAPHIC PREDICTORS

Mirghaforvand M<sup>1</sup>, Mohammad Alizadeh Charanabi S<sup>2</sup>, Tavananezhad N<sup>3\*</sup>, Karkhaneh M<sup>4</sup>

Received: 18 Jan , 2014; Accepted: 19 Mar , 2014

### Abstract

**Background & aims:** It is believed that to be successful in behavior changes and health promotion, individuals need to find themselves efficient to overcome possible barriers of behavior change. Considering the important role of self-efficacy in health promotion and importance of adolescence period in the lifetime, this study aimed to determine the self-efficacy status and its effective factors in adolescents aged 14 to 18 years in Sanandaj.

**Materials & Methods:** This study was conducted on 1,500 adolescents aged 14-18 years (750 boys and 750 girls) enrolled in public, semi-public and private schools in Sanandaj. The random sampling method was used. We used the Sherer general self-efficacy scale and socio-demographic questionnaire. Multiple linear regression analysis was used to determine socio-demographic predictors of self-efficacy.

**Results:** The mean (standard deviation) score of self-efficacy was 3.60 (0.59) of the possible range score of 1-5. There was significant correlation between self-efficacy and variables of current suffering from disease, continuous drug use, course of study, field of study, father's job and household income level. This variables accounted for 3% of the variance in adolescents' self-efficacy score.

**Conclusion:** Based on the findings of this study, the self-efficacy score was average upward. With attention to significant impact of the self-efficacy on health promoting behaviors and reduction of risky behaviors, it is necessary to offer strategies to increase adolescent self-efficacy.

**KeyWords:** Self-efficacy, Adolescent, Population Characteristics

**Address:** Students' research committee, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tel: (+98) 411 477 7379

**Email:** Soshyant777@yahoo.com

<sup>1</sup>PhD in Reproductive Health, Assistant Professor of Midwifery Department, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences.

<sup>2</sup>PhD in Reproductive Health, Assistant Professor, Research center of social determinants of health, Midwifery Department, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences

<sup>3</sup>MSc student in Midwifery, Students' research committee, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences

<sup>4</sup>MSc student in Midwifery, Students' research committee, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences