مقاله پژوهشی
Original Article

بررسی مقایسه‌ای باورهای خودکارآمدی و سلامت روان در میان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی

غلامعلی افروز[1]، علی‌اکبر ارجمندنیاء[2]، *حسین تقی‌زاده[3]، سوگند قاسم‌زاده[4]، راضیه اسدی[3]

The Comparison of Self-Efficacy Beliefs and Mental Health between Gifted and Normal Students

*GholamAli Afrooz[1], Ali Akbar Arjmandnia[2], *Hossein Taghizadeh[3], Sogand Ghasemzadeh[4], Razieh Asadi[3]*

مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۳، شماره ۳، زمستان ۱۳۹۲، ۳۸-۲۷

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 27-38

دریافت: ۱۳۹۲/۶/۲۰

پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۱۰

Received: 11/9/2013

Accepted: 2/10/2013

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، مقایسهٔ باورهای خودکارآمدی و سلامت روان و بررسی ارتباط آن‌ها در میان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی بود.

روش‌بررسی: نمونهٔ این پژوهش متشکل از ۱۰۰ دانش‌آموز (۵۰ دانش‌آموز تیزهوش و ۵۰ دانش‌آموز عادی) در شهرستان بابل بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار به‌کار گرفته شده، مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر، پرسشنامه سلامت عمومی و آزمون هوش ریون (فرم بزرگسال) بود. طرح پژوهش یک طرح تحلیلی- مقطعی بوده و برای تجزیه تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های تی مستقل و همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین باورهای خودکارآمدی (p=۰/۰۰۱) و سلامت روان (p=۰/۰۰۵) دانش‌آموزان مدارس تیزهوش و مدارس عادی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، بین باورهای خودکارآمدی و سلامت روان و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی ارتباط معناداری وجود دارد (r=۰/۶۵۰، p=۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، به نظر می رسد که دانش‌آموزان مدارس عادی در قیاس با دانش‌آموزان مدارس تیزهوش سلامت روان کمتری دارند لذا توصیه می شود که دانش آموزان مدارس عادی توسط روانشناسان، مشاوران و سایر کارکنان این مدارس، مورد توجه بیشتری قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: باورهای خودکارآمدی، سلامت روان، دانش‌آموزان تیزهوش و عادی.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to compare self-efficacy beliefs and mental health and their relationship between gifted and normal students.

Methods: A cross-sectional study was conducted. The sample of this study was randomly selected and consisted of 100 students (50 gifted student and 50 normal students) in Babul. Data were collected by Sherer's General Self-Efficacy Scale, General Health Questionnaire and Raven's Intelligence Test (Adult forms). Independent t-test, Pearson's correlation and multivariate regression tests were used to analyze the data.

Result: There were significant differences between the average mental health (p= 0.001) and self-efficacy beliefs (p= 0.005) of gifted and normal students. Also, there were significant relationships between self-efficacy beliefs and mental health and its components in gifted and normal students (p= 0.01, r= 0.650).

Conclusion: According to the results, it seems that normal students had lower levels of mental health as compared to gifted students. It is recommended that students of normal schools by psychologists, counselors and other staff in the schools, more attention to them.

Keywords: Self-Efficacy Beliefs, Mental Health, Gifted and Normal Students

۱. دکترای روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، استاد دانشگاه تهران، تهران، ایران؛ ۲. دکترای روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار دانشگاه تهران، تهران، ایران؛ ۳. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛ ۴. دانشجوی دکترای روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، ، تهران، ایران؛

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تهران، خیابان گیشا، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. *تلفن: ۰۹۱۱۵۸۲۹۰۶۵ . *رایانامه: Hosseintzk@gmail.com

****این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی می‌باشد.**

1. PhD of Psychology and Education of Exceptional Children, Professor of Tehran University, Tehran, Iran; 2. PhD of Psychology and Education of Exceptional Children, Assistant Professor of Tehran University, Tehran, Iran; 3. MA of Psychology and Education of Exceptional Children, Tehran University, Tehran, Iran; 4. PhD student of Psychology and Education of Exceptional Children, Tehran University, Tehran, Iran.
* **Correspondent Author Address:** Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Geisha St., Tehran, Iran. *Tel: +98(911)5829065 *E-mail: Hosseintzk@gmail.com

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 27-38

مقدمه

یکی از مفاهیم بنیادی روانشناسی مورد توجه پژوهشگران این رشته سلامت روان[1] است. آن‌ها همیشه سعی داشته‌اند تا با داشتن تعریف جامع و کامل از این مفهوم و بررسی عواملی که در سلامت روان انسان نقش دارد به انسان برای رسیدن به تعادل روحی و آرامش فکری و کمال مطلوب کمک کنند. تأمین سلامت روانی گروه‌های مختلف جامعه یکی از مسائل هر کشوری است. کاپلان[2] (۱۹۷۱) سلامت روان را شامل سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تضادهای درونی و الزامات محیطی در حال تغییر می‌داند(۱). فروید[3] نیز نشانهٔ سلامت روان را وجود تعادل و هماهنگی بین نهاد، خود و فراخود و سطوح خودآگاهی و ناخودآگاهی قلمداد نموده است(۲). سازمان جهانی بهداشت[4]، سلامت روان را عبارت از قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود می‌داند(۳). گلدشتاین[5] سلامت روان را تعادل بین اعضا و محیط در رسیدن به خود شکوفایی می‌داند(۴). لهسایی‌زاده و مرادی (۱۳۸۶) سلامت روان را استعداد روانی برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کارکردن، انعطاف‌پذیر بودن در موقعیت‌های دشوار و داشتن توانایی برای بازیابی تعادل خود تعریف کرده‌اند(۵). آدلر سلامت روان را داشتن اهداف مشخص، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب، کمک به همنوعان و کنترل عواطف و احساسات خود می‌داند(۳). الگوی راجرز از شخصیت سالم و سلامت روان، انسانی است بسیار کارآمد و با کنش و کارکرد کامل که از توانایی‌ها و استعدادهاش بهره می‌گیرد و دارای ویژگی‌هایی مانند آمادگی برای کسب تجربه، احساس تجربه، احساس آزادی و خلاقیت و آفرینندگی است(۳). طبق برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای صنعتی و درحال‌توسعه رو به افزایش است؛ این در حالی است که در برنامه‌ریزی‌های توسعهٔ اجتماعی و اقتصادی، پایین‌ترین اولویت به آن‌ها داده می‌شود(۶). مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی انجام شده در ایران، متغیر بودن شیوع این اختلالات از ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد را دلالت می‌کنند(۷). عوامل متعددی ممکن است در سلامت روان دانش‌آموزان تیزهوش تأثیر داشته باشند. یکی از این عوامل، باورهای خودکارآمدی است. از دیدگاه بندورا[6] خودکارآمدی، توانایی فرد در انجام عمل خاص در کنار آمدن با یک موقعیت ویژه است(۸). به عبارتی، خودکارآمدی به قضاوت‌های افراد در رابطه با توانایی‌هایشان برای به ثمر رساندن سطوح طراحی شدهٔ عملکرد اطلاق می‌شود(۹). حیطه‌های مختلف خودکارآمدی عبارتند از: الف) خودکارآمدی اجتماعی: به‌معنای ادراک فرد از توانمندی خود در رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی است؛ ب) خودکارآمدی تحصیلی: به‌معنای ادراک فرد از توانمندی خود در یادگیری، حل مسائل تحصیلی و دستیابی به موفقیت‌های تحصیلی و دستیابی به موفقیت‌های تحصیلی است؛ ج) خودکارآمدی هیجانی: به‌معنای ادراک فرد از توانمندی خود در کنترل و مدیریت هیجان‌ها و افکار منفی است؛ د) خودکارآمدی جسمانی: به‌معنای ادراک فرد از توانایی جسمی، اطمینان در انجام فعالیت‌ها و مهارت‌های فیزیکی و همچنین اطمینان از تأثیرگذاری مثبت جسمانی بر افراد دیگر است (۱۲-۱۰). تحقیقات اخیر بندورا نشان داده است که احساس خودکارآمدی کم با افزایش فشار روانی، پاسخ‌های ضعیف‌تر به درد، انگیزش کمتر برای پیگیری برنامه‌های مربوط به سلامتی و تندرستی، همبسته است. همچنین احساس خودکارآمدی زیاد با فشار روانی و پاسخ‌های زیستی کمتر به فشار روانی، قدرت انطباق بیشتر و علاقه‌مندی زیادتر به برنامه‌های سلامتی و تندرستی همبسته است. باورهای خودکارآمدی بر طرز تفکر افراد، چگونگی رویارویی با مشکلات، سلامت هیجانی، تصمیم‌گیری مقابله با استرس و افسردگی(۱۳)، انتخاب اهداف و دسترسی به آن‌ها(۱۴) تأثیر می‌گذارد.

1. Mental Health
2. Kaplan
3. Freud
4. World Health Organization
5. Goldstein
6. Bandura

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]

باورهـای خودکارآمـدی از طرفـی در بهبـود رفتـار و سلامتی و رضایت‌مندی از زندگی نقش دارد و از طرف دیگر بسیاری از مسائل و مشکلات افراد ناشی از این باورها است (۱۳). باورداشتن به ناتوانی در تغییر شرایطی که به‌طور معنادار بر زندگی فرد تأثیر دارند، باعث احساس پوچی، بیهودگی، غمگینی و آسیب‌پذیری نسبت به رویدادهای فشارآور می‌شود. هنگامی که افراد خود را در به‌دست‌آوردن پیامدهای با ارزش ناتوان می‌بینند، افسرده می‌شوند. قضاوت‌های فرد در کارایی خود، هنگام ناتوانی در تأثیرگذاری بر رویدادها و نارضایتی از حوادث پیرامونی هستهٔ اصلی احساس بی‌کفایتی افراد افسرده است (۱۵). افراد دارای خودکارآمـدی ضـعیف، تکـالیف و کارهـا را دشوارتر می‌بینند و این باعث افزایش استرس در آنان می‌شود، در مقابل باورهای خودکارآمدی قوی باعث آرامش و نزدیکی به تکالیف مشکل می‌شود (۹). کاپرارا (۲۰۰۴) در پژوهش خود بدین نتیجه دست یافت که بین خودکارآمدی و مشکلات رفتاری و روانی رابطهٔ معنـاداری وجـود دارد (۱۶). یافتـه‌های مطالعـهٔ سیوکاچینگ و استفن[1] (۲۰۰۰) حاکی از آن است که افزایش خودکارآمدی با بهبود سلامت روان رابطه دارد؛ این مطالعه افزایش خودکارآمدی و فراهم‌کردن یک محیط اجتماعی حمایت‌کننده از آن‌ها را از جمله راه‌های کمک به افرادی که از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند، می‌داند (۱۷). اسمیت و بینتر (۱۸)؛ بارلو[2]، کولن و راو (۱۹) و اندلر (۲۰) نیز بین خودکارآمدی و افسردگی و اضطراب رابطهٔ معکوس و معنادار یافتند. تـری (۱۹۹۴) در پـژوهش خـود نشـان داد کـه خودکارآمدی زیاد، سلامت جسمانی و روانی بیشتری را بـه‌دنبال خواهـد داشـت؛ در حـالی کـه انتظـارات خودکارآمـدی انـدک بـه اسـتفاده از راهبردهـای دفـاعی انکار و سرزنش خود منجر می‌شود که آن نیز به نوبهٔ خـود، نشـانگان جسـمی و روانـی و بهزیسـتی منفـی، اضطراب، درماندگی و افسردگی را در پی دارد (۲۱). پژوهشی تحت عنوان رابطهٔ بین ابعاد خودکارآمدی و افسـردگی در نوجوانـان توسـط طهماسـیان و همکـاران (۱۳۸۸) انجام شد که نشان داد سطوح خودکارآمدی بـا نمـرات افسـردگی رابطـهٔ معکـوس داشـته و خودکارآمـدی تحصـیلی، بیشـترین همبسـتگی را بـا افسردگی دارد (۲۲). نتایج پژوهش فولادوند، فرزاد، شهرآرای و سنگری (۱۳۸۷) نشان داد که سطوح بالاتر سلامت روانی- جسمانی از طریق نمرات بیشتر حمایت اجتمـاعی، خودکارآمـدی تحصـیلی و نمـرات کمتـر استرس تحصیلی پیش‌بینی می‌شود (۲۳). در پـژوهش دیگر که توسط محمد امینی و همکاران (۱۳۸۷) تحت عنوان رابطهٔ هوش هیجانی بـا خودکارآمـدی و سـلامت روان و مقایسـهٔ آن‌هـا در دانش‌آمـوزان ممتـاز و عـادی انجـام شـد، نتـایج نشـان داد کـه هـوش هیجـانی بـا خودکارآمـدی و سـلامت روان در هـر دو گـروه از دانش‌آمـوزان رابطـهٔ معنـاداری داشـته و بـین هـوش هیجـانی، خودکارآمـدی و سـلامت روان در دوگـروه تفـاوت معنـاداری وجـود دارد (۳). همچنـین پژوهشـی توسـط افـروز و معتمـدی (۱۳۸۴) تحـت عنـوان خودکارآمدی و سلامت روانی در دانش‌آموزان عـادی و تیزهوش انجام شد و نتایج آن نشان داد که بین سلامت روانـی و ابعـاد خودکارآمـدی (تـلاش، اسـتعداد و بازخورد) رابطهٔ معنادار وجود دارد (۲۴).

از دلایل تفاوت میان دو گروه دانش‌آموزان تیزهـوش و عـادی، ایـن اسـت کـه اخـتلالات روانشـناختی در دانش‌آموزان تیزهـوش شـیوع بیشـتری نسـبت بـه افـراد عادی به‌خصوص در سنین نوجوانی و بزرگسالی دارد؛ زیرا این افراد به‌دلیل توانایی‌های شناختی خود نسبت به تعارضات بین فردی حساس‌تر بوده و احساس از خـود بیگانگی و فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۵). همچنین، طبق نظریهٔ لومبروزو[3] میـان تیزهـوش بـودن و دیوانگی رابطه‌ای وجود دارد. این نظریه موجب شـد کـه سال‌هـا در افکـار عمـومی در مـورد سـلامت روان افـراد تیزهـوش شـک و تردیـدهایی بـه‌وجـود آیـد. طبـق ایـن نظریـه، تصـورات رایـج دربـارهٔ دانش‌آمـوزان تیزهـوش، سرزدن رفتارهای غیرقابل قبول از آنـان اسـت. از جملـه این رفتارها می‌توان به بدخلقی، انزواطلبی[4]، تک‌روی و کمک‌نکردن به دیگران، پرخاشگری، بـی‌ثباتی عـاطفی،

1. Siu-kau Cheng and Stephen
2. Barlov
3. Lombroso
4. Isolationism

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]

ناسازگاری اجتماعی و نداشتن جذابیت اشاره کرد (۲۶). دانش‌آموزان تیزهوش باید با مشکلات بسیاری کنار بیایند. یکی از مشکلات آن‌ها، توقع و انتظاراتی است که والدین، معلمان و دیگران به‌طور ضمنی یا تلویحی به آن‌ها تحمیل می‌کنند (۲۷). همچنین دانش‌آموزان تیزهوش معمولاً فشار روانی زیادی برای گرفتن نمره‌های بالا یا به دست آوردن شغل‌های خاص احساس می‌کنند و برای عالی‌بودن در همهٔ زمینه‌ها احساس اجبار و وظیفه‌شناسی می‌کنند، این حالت را نشانگان کمال‌گرایی[1] می‌نامند (۲۷). این فشار موجب نوعی همرنگی شده و نمی‌گذارد این دانش‌آموزان مسیری را انتخاب کنند که با زندگی و علاقهٔ شخصی آن‌ها متناسب است (۲۷). با وجود این که افراد تیزهوش از توانایی تحصیلی بالاتری برخوردارند؛ ولی به نظر می‌رسد که توانایی تحصیلی فرد برای کاهش اضطراب و افسردگی کافی نیست، چون بسیاری از دانش‌آموزان تیزهوش دچار تشویش روانی و ناسازگاری‌های اجتماعی نیز هستند (۲۴). از سوی دیگر، افراد تیزهوش از همان سال‌های اولیه دورهٔ دبستان، خود را به‌عنوان فردی متفاوت درک می‌کنند که این ادراک، موجب خودانگارهٔ منفی می‌شود (۲۸). همچنین گفته می‌شود افراد تیزهوش در بیشتر مواقع از سوی همسالان خود، افرادی خودنما، پر ادعا و لجوج به شمار می‌روند و در برابر انتقاد دیگران آسیب‌پذیرند. اغلب احساس می‌کنند که از سوی دیگران درک نشده و از این رو گوشه‌گیر می‌شوند (۲۹). موقعیت‌های آموزشی و تحصیلی از عوامل مهم تأثیرگذار بر باورهای خودکارآمدی و سلامت روان دانش‌آموزان تیزهوش است. چنانچه موقعیت‌های آموزشی دربردارندهٔ رقابت‌های ناسالم و انتظارات بیش از توان دانش‌آموزان باشد یا در اثر عدم جذابیت و برچسب‌زدن‌ها به کاهش انگیزه و منزوی‌کردن دانش‌آموزان بینجامد، می‌تواند به کاستن سلامت روان این دانش‌آموزان منجر شود. همچنین، هنوز از سلامت روان و ارتباط بین این متغیر با باورهای خودکارآمدی در گروه تیزهوش مقطع دبیرستان در مقایسه با دیگر دانش‌آموزان از جمله دانش‌آموزان عادی اطلاع چندانی نداریم و پژوهش دربارهٔ سلامت روان دانش‌آموزان تیزهوش در کشورمان مورد کم‌توجهی قرار گرفته است. در مطالعات دانشگاهی به صورت جسته و گریخته به آن‌ها به صورت کلی پرداخته می‌شود و این در حالی است که کشورهایی که در زمینهٔ پژوهش‌های مربوط به کودکان استثنایی در دنیا پیشتاز هستند، تمام گروه‌های استثنایی را از ابعاد مختلف با هم مقایسه می‌کنند تا بتوانند از این طریق به شناخت بهتر برسند. همچنین زمینه‌ای را برای برنامه‌ریزی صحیح و تدوین راهبردهای پیشگیری فراهم کنند؛ بنابراین، با توجه به پژوهش‌ها و مطالعاتی که در سال‌های اخیر در مورد باورهای خودکارآمدی و تأثیرات آن بر سلامت جسمانی و روانی انجام شده و با توجه به هدفی که این پژوهش به دنبال آن است (مقایسهٔ باورهای خودکارآمدی و سلامت روان و ارتباط آن‌ها در میان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی)، فرضیات زیر مورد بررسی و آزمون قرار می‌گیرد:

- بین باورهای خودکارآمدی دانش‌آموزان تیزهوش و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
- بین سلامت روان و مؤلفه‌های آن در میان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
- بین باورهای خودکارآمدی و نشانگان جسمانی دانش‌آموزان تیزهوش و عادی ارتباط معناداری وجود دارد.
- بین باورهای خودکارآمدی و اضطراب دانش‌آموزان تیزهوش و عادی ارتباط معناداری وجود دارد.
- بین باورهای خودکارآمدی و افسردگی دانش‌آموزان تیزهوش و عادی ارتباط معناداری وجود دارد.
- بین باورهای خودکارآمدی و اختلال در عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان تیزهوش و عادی ارتباط معناداری وجود دارد.

روش‌بررسی

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش و با توجه به این که هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ باورهای خودکارآمدی و سلامت روان و ارتباط آن‌ها در میان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی بوده است، از روش تحقیق تحلیلی-مقطعی استفاده شد.

1. Perfectionism

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]

جامعه و نمونهٔ آماری: جمعیت آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان تیزهوش و عادی مقطع دبیرستان شهرستان بابل بود. حجم نمونهٔ این پژوهش ۱۰۰ نفر بوده که از این تعداد، ۵۰ نفر دانش‌آموز تیزهوش و ۵۰ نفر دانش‌آموز عادی بودند. روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی خوشه‌ای بود. به این طریق که ابتدا از میان تمام مدارس مقطع دبیرستان فهرستی تهیه شد و سپس از بین آن‌ها، یک مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. به‌منظور شناسایی آزمودنی‌ها به‌عنوان افراد تیزهوش و عادی، ابتدا از میان دانش‌آموزان این مدرسه، ۱۶۷ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس بر روی آنان آزمون هوش ریون اجرا شد و دانش‌آموزانی که نمرهٔ معیار را به دست آوردند (نمرهٔ هوشبهر ۱۳۰ به بالا، به‌عنوان تیزهوشی و نمرهٔ هوشبهر ۹۰ تا ۱۱۰، به‌عنوان عادی)، در گروه‌های مربوطه جایگزین شدند. همچنین، گروه‌ها از نظر سن (طبقهٔ سنی ۱۹-۱۷ سال) و جنس (پسر) همتاسازی شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها: برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش از آزمون‌های زیر استفاده شد:

الف) آزمون هوش ریون (فرم بزرگسال): آزمون ریون یکی از آزمون‌های گروهی و نابسته به فرهنگ است که ریون[1] به‌منظور اندازه‌گیری هوش طراحی کرده است. آزمون ریون فرم بزرگسالان برای افراد ۹ ساله و بیشتر طراحی شده است. این فرم از چهار خرده‌آزمون تشکیل شده است که هر یک، از الگو و منطق جداگانه‌ای پیروی می‌کنند. این فرم دارای ۶۰ عنصر است که به سری‌های ۱۲ تایی، با درجهٔ دشواری فزاینده، تقسیم شده‌اند. این آزمون با تصویرهای سیاه و سفید تدوین شده و زمان اجرای آن ۴۵ دقیقه است (۳۰). قابلیت اعتماد آزمون ریون با روش بازآزمایی در دامنهٔ ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ در فواصل زمانی و گروه‌های مختلف گزارش شده است (۳۰). همبستگی این آزمون با آزمون‌های وکسلر و استنفورد- بینه، شاخصی از روایی است که در دامنهٔ ۰/۶۰ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (۳۰). در پژوهش رحمانی (۳۱)، با استفاده از روش بازآزمایی، بین نمرات خام حاصل از دو مرحله آزمون‌گیری ضریب همبستگی ۰/۹۱+ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. همچنین، به‌منظور تعیین روایی آزمون، شواهد همبستگی روایی ملاکی همزمان استفاده شد. مقدار عددی ضریب همبستگی ۰/۷۳+ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود؛ بنابراین با توجه به معنادار بودن ضریب به‌دست‌آمده، می‌توان نتیجه گرفت که آزمون ماتریس‌های پیشروندهٔ ریون پیشرفته برای سنجش میزان هوش دانش‌آموزان دبیرستانی و به‌دست‌آوردن بهرهٔ هوشی آنان از میزان روایی قابل قبولی برخوردار است. در پژوهش حاضر نیز، ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ، ۰/۶۷ و ضریب همبستگی این آزمون با آزمون کتل به‌عنوان میزان روایی، ۰/۷۳ به دست آمد. این آزمون طی پژوهشی که توسط پاشا شریفی و ثنایی دربارهٔ بررسی علل افت تحصیلی در دانشگاه تربیت معلم انجام گرفته بود، در مورد دانش‌آموزان گروه‌های سنی ۹ تا ۱۸ سالهٔ تهران هنجاریابی شده است (۳۰).

ب) مقیاس خودکارآمدی: برای سنجش خودکارآمدی از مقیاس خودکارآمدی شرر[2] و مادوکس استفاده شد (۳۲). این مقیاس شامل ۱۷ سؤال به‌صورت کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است. این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل «میل به آغازگری رفتار» و «میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف» و «مقاومت در رویارویی با موانع» را اندازه‌گیری می‌کند و به شیوهٔ ۴ امتیازی لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۳۳). این مقیاس اکثراً برای اندازه‌گیری خودکارآمدی عمومی استفاده شده است. اگرچه مقیاس خودکارآمدی عمومی برای پژوهش‌های بالینی و شخصیتی توسعه یافت امّا در سازمان‌ها نیز به کار رفته است. نمره‌گذاری مقیاس برای گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ (۱ امتیاز اولین گزینه تا ۴ امتیاز آخرین گزینه) و باقیماندهٔ گویه‌ها از چپ به راست (۴ امتیاز اولین گزینه تا ۱ امتیاز آخرین گزینه) است. امتیاز کلی از جمع نمره‌های تمام گویه‌ها به دست می‌آید که به این ترتیب کمینه آن ۱۷ و بیشینه آن ۶۸ خواهد بود. وودروف و کاشمن[3] (۱۹۹۳) در بررسی مقیاس خودکارآمدی

1. Raven

2. Sherer Self-Efficacy Scale
3. Woodruff & Cashman

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 27-38

عمومی شرر و مادوکس، روایی و اعتبار آن را تأیید کرده‌اند (۳۴). نتایج بررسی بوچر[1] و اسمیت (۱۹۹۸) حاکی از وجود سه عامل نهفتهٔ همبسته و یک عامل سطح بالاتر یعنی خودکارآمدی عمومی در این مقیاس است (۳۵). اصغرنژاد و دیگران برای روایی ملاکی همبستگی درونی این مقیاس آن را با مسند مهارگذاری راتر (۱۹۶۶) مقایسه کردند. همبستگی جزیی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و مسند مهارگذاری درونی راتر برابر با ۰/۳۳۳ (که در محاسبه پیشرفت تحصیلی مهار شده است) و همبستگی پیرسون بین مقیاس‌های مذکور برابر با ۰/۳۴۲ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (۳۶). همبستگی این مقیاس‌ها در مطالعهٔ شرر و مادوکس (۱۹۸۲)، ۰/۲۸۷ به دست آمده است. آن‌ها اعتبار مقیاس را با استفاده از آزمون اسپرمن براون با طول برابر ۰/۷۶ و نابرابر ۰/۷۶ و با دونیمه‌کردن گاتمن ۰/۷۵ به دست آوردند (۳۲). در این پژوهش نیز، ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۰ و همبستگی درونی این مقیاس با مسند مهارگذاری راتر به‌عنوان میزان روایی ملاکی، ۰/۵۳ به دست آمد.

ج) پرسشنامهٔ سلامت روان (GHQ-28): این پرسشنامه توسط گلدبرگ[2] (۱۹۷۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است (۳۷). سؤالات در یک طیف چهار درجه‌ای (اصلاً، در حد معمول، بیشتر از حد معمول، همیشه) به روش لیکرت درجه‌بندی شده است که سؤالات از راست به چپ از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. در کل نمرات کم نشان‌دهندهٔ سلامت روان و نمرات بیشتر حاکی از فقدان سلامت روانی است. این پرسشنامه، چهار مقیاس فرعی را در بر می‌گیرد که بدین شرح است:

الف) نشانه‌های جسمانی (بدنی): هفت ماده را به خود اختصاص می‌دهد و سردرد، احساس ضعف و سستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی و احساس داغی یا سردی در بدن را بررسی می‌کند؛ ب) علائم اضطراب: هفت ماده را به خود اختصاص می‌دهد و اضطراب، بی‌خوابی، تحت فشار بودن و عصبانیت و دلشوره را بررسی می‌کند؛ ج) اختلال در عملکرد اجتماعی: هفت ماده را به خود اختصاص می‌دهد و توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفیدبودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت‌های روزمرهٔ زندگی را بررسی می‌کند؛ د) علائم افسردگی: هفت ماده را به خود اختصاص داده و احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، احساس بی‌ارزش‌بودن زندگی، افکار خودکشی و آرزوی مردن و ناتوانایی در انجام کارها را بررسی می‌کند. نمرهٔ کل هر فرد از حاصل‌جمع نمرات چهار زیر مقیاس به دست می‌آید. نمرات بین ۱۴ تا ۲۱ در هر مقیاس، وخامت وضع آزمودنی در آن عامل را نشان می‌دهد. مرور مطالعات انجام‌گرفته در کشورهای مختلف جهان در زمینهٔ اعتباریابی فرم‌های ۱۲، ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامهٔ سلامت عمومی دلالت بر روایی و پایایی زیاد این آزمون را داشته است (۳۷). مطالعات اندکی در زمینهٔ اعتباریابی پرسشنامهٔ سلامت عمومی در ایران انجام شده است. در پژوهش احقر (۳۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی هر یک از مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی، اختلال عملکرد اجتماعی و نشانگان جسمانی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۹۰، ۰/۸۵ و ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز، ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ و میزان همبستگی درونی این پرسشنامه با مقیاس علائم روانی SCL-90 که به‌عنوان شاخصی از میزان روایی است، برابر با ۰/۶۶ به دست آمد.

روش اجرا: روش جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش به این صورت بود که ابتدا جهت ورود به مدرسه معرفی‌نامه‌ای از طرف دانشگاه و آموزش‌وپرورش شهرستان بابل گرفته شد و پس از ورود به مدرسه و انتخاب تصادفی دانش‌آموزان، پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد. قبل از جواب‌دادن به گزینه‌ها، از آن‌ها خواسته شد ابتدا مشخصات فردی خود را تکمیل کنند، سپس با توجه به دستورالعمل هر پرسشنامه و توضیحات داده شده، با دقت به سؤال‌های پرسشنامه پاسخ دهند. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز، شامل: ابتلا به بیماری‌های عفونی و واگیر، شروع درمان دارویی یا انجام جراحی، جابه‌جایی محل تحصیل یا

1. Bosscher
2. Goldberg

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 27-38

محل زندگی، دریافت برنامهٔ مداخله‌ای همزمان با این پژوهش که ممکن بود بر متغیرهای این پژوهش تأثیرگذار باشد، بود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: پس از جمع‌آوری داده‌ها و ورود آن‌ها به کامپیوتر، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-18 انجام گرفت. به این صورت که ابتدا آمار توصیفی محاسبه شده و سپس برای آزمون فرضیه و به‌منظور آزمودن فرضیه‌های مربوط به مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه دانش‌آموزان تیزهوش از نظر متغیرهای پژوهش، از آزمون تی مستقل استفاده شد. همینطور جهت تبیین ارتباط بین متغیرهای باورهای خودکارآمدی و سلامت روان و مؤلفه‌های آن در میان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی، آزمون همبستگی پیرسون به کار رفت.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مربوط به باورهای خودکارآمدی و سلامت روان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی و خلاصهٔ نتایج آزمون تی مستقل به‌منظور تعیین معنادار بودن تفاوت میانگین نمرات دانش‌آموزان تیزهوش و عادی، در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی و خلاصه نتایج آزمون تی مستقل متغیرهای باورهای خودکارآمدی و مؤلفه‌های سلامت روان

متغیر	تیزهوش		عادی			
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	p
باورهای خودکارآمدی	۱۱/۴۳	۵/۳۸	۹/۷۵	۵/۸۷	۳/۱۶	۰/۰۰۱
سلامت روان (کل آزمون)	۱۰/۲۹	۴/۳۷	۹/۵۱	۴/۱۲	۲/۳۸	۰/۰۰۵
نشانگان جسمانی	۲/۷۱	۰/۴۵	۴/۶۱	۰/۵۱	۱/۲۶	۰/۱۲۴
اضطراب	۲/۷۰	۰/۴۳	۵/۱۷	۰/۴۸	۱/۹۴	۰/۰۰۴
افسردگی	۲/۳۹	۰/۴۰	۳/۱۸	۰/۳۱	۱/۴۸	۰/۰۰۱
اختلال در عملکرد اجتماعی	۲/۷۷	۰/۳۷	۴/۵۰	۰/۴۰	۱/۶۹	۰/۰۰۲

همان‌گونه که از نتایج جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرهٔ دانش‌آموزان تیزهوش در متغیر باورهای خودکارآمدی با توجه به سطح معناداری ۰/۰۱، بالاتر از دانش‌آموزان عادی است. از بین مؤلفه‌های سلامت روان در بین دانش‌آموزان تیزهوش، میانگین مؤلفهٔ اختلال در عملکرد اجتماعی (۲/۷۷) بیشترین و میانگین مؤلفهٔ افسردگی (۲/۳۹) کمترین مورد است. همچنین از بین مؤلفه‌های سلامت روان در بین دانش‌آموزان عادی، میانگین مؤلفهٔ اضطراب (۵/۱۷) بیشترین و میانگین مؤلفهٔ افسردگی (۳/۱۸) کمترین مورد است.

همچنین با توجه به جدول ۱، در متغیر باورهای خودکارآمدی بین دانش‌آموزان تیزهوش و دانش‌آموزان عادی تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱). در متغیر سلامت روان نیز بین دانش‌آموزان تیزهوش و دانش‌آموزان عادی تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۵). بین دانش‌آموزان دو گروه، در مؤلفه‌های اضطراب (p=۰/۰۰۴)، افسردگی (p=۰/۰۰۱)، اختلال در عملکرد اجتماعی (p=۰/۰۰۲) تفاوت معناداری وجود دارد؛ در حالی که بین دو گروه از دانش‌آموزان در بُعد نشانگان جسمانی (p=۰/۱۲۴) تفاوت معناداری وجود ندارد.

خلاصهٔ نتایج آزمون همبستگی پیرسون به‌منظور تبیین معنادار بودن ارتباط بین باورهای خودکارآمدی و مؤلفه‌های سلامت روان در میان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی، در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 27-38

جدول ۲. نتایج آزمون همبستگی پیرسون به‌منظور تبیین ارتباط متغیرهای مطالعه‌شده در میان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی

		سلامت روان (کل)	نشانگان جسمانی	اضطراب	افسردگی	اختلال در عملکرد اجتماعی
ضریب همبستگی پیرسون	باورهای خودکارآمدی	۰/۶۵۰	۰/۴۱۱	۰/۵۶۷	۰/۵۹۲	۰/۳۲۳
مقدار p		۰/۰۱	۰/۰۱۲	۰/۰۰۵	۰/۰۰۸	۰/۰۱۳

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، بین باورهای خودکارآمدی و سلامت روان (کل) ارتباط معناداری وجود دارد ($r=۶$، $p=۰/۰۱$). همچنین، بین مؤلفه‌های نشانگان جسمانی ($r=۰/۴۱۱$، $p=۰/۰۱۲$)، اضطراب ($r=۰/۵۶۷$، $p=۰/۰۰۵$)، افسردگی ($r=۰/۵۹۲$، $p=۰/۰۰۸$) و اختلال در عملکرد اجتماعی ($r=۰/۳۲۳$، $p=۰/۰۱۳$) نیز با باورهای خودکارآمدی ارتباط معناداری وجود دارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ باورهای خودکارآمدی و سلامت روان و همچنین ارتباط آن‌ها در میان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی بود. در بررسی باورهای خودکارآمدی، نتایج با توجه به سطح معناداری نشان داد که بین دانش‌آموزان تیزهوش و عادی از لحاظ باورهای خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود دارد و فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارت دیگر، میانگین نمرهٔ باورهای خودکارآمدی دانش‌آموزان تیزهوش بالاتر از میانگین نمرهٔ باورهای خودکارآمدی دانش‌آموزان عادی است؛ یعنی که باورهای خودکارآمدی دانش‌آموزان تیزهوش قوی‌تر از باورهای خودکارآمدی دانش‌آموزان عادی است. در بررسی سلامت روان، نتایج با توجه به سطح معناداری نشان داد که بین دانش‌آموزان تیزهوش و عادی از لحاظ سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد و فرض صفر رد می‌شود؛ یعنی میانگین نمرهٔ سلامت روان دانش‌آموزان تیزهوش بالاتر از میانگین نمرهٔ سلامت روان دانش‌آموزان عادی بود. به این ترتیب که بین دانش‌آموزان دو گروه، در ابعاد اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. در حالی که بین دو گروه از دانش‌آموزان در بُعد نشانگان جسمانی تفاوت معناداری وجود نداشته ونشان‌دهندهٔ این بود که دانش‌آموزان تیزهوش از سطح بالاتری از سلامت روان نسبت به دانش‌آموزان عادی برخوردار هستند. همچنین، نتایج با توجه به سطح معناداری نشان داد که بین باورهای خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی ارتباط معناداری وجود دارد و فرض صفر رد می‌شود؛ یعنی که هر چقدر میزان باورهای خودکارآمدی بالاتر باشد، وضعیت سلامت روانی فرد نیز مطلوب‌تر است و بالعکس. این نتایج تقریباً با نتایج پژوهش‌های خارجی زیر همسو است:

تری (۲۱) در پژوهش خود نشان داد که سطح بالای باورهای خودکارآمدی، سلامت جسمانی و روانی بیشتری را به‌دنبال خواهد داشت؛ در حالی که سطح پایین باورهای خودکارآمدی به استفاده از راهبردهای دفاعی انکار و سرزنش خود منجر می‌شود که آن نیز به نوبهٔ خود، نشانگان جسمی و روانی و بهزیستی منفی، اضطراب، درماندگی و افسردگی را در پی دارد. ریچاردسون (۱۱)، نشان داد که نوجوانان افسرده، در چندین حیطهٔ باورهای خودکارآمدی از جمله، باورهای خودکارآمدی تحصیلی و اجتماعی، ضعیف هستند. یافته‌های مطالعهٔ سیوکاچینگ و استفن (۲۰۰۰) حاکی از آن است که افزایش باورهای خودکارآمدی با بهبود سلامت روان رابطه دارد. این مطالعه پیشنهاد می‌کند که از جمله راه‌های کمک به افرادی که از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند، افزایش باورهای خودکارآمدی و فراهم‌کردن یک محیط اجتماعی حمایت‌کننده از آن‌ها است. اسمیت و بتز (۱۸)؛ بارلو و همکاران (۱۹) و اندلر و همکاران (۲۰) نیز بین باورهای خودکارآمدی و افسردگی و اضطراب رابطهٔ معکوس و معنادار یافتند. کاپرارا و همکاران (۱۶) در پژوهش خود بدین نتیجه دست یافت که بین خودکارآمدی و مشکلات رفتاری و روانی رابطهٔ معناداری وجود دارد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]

همچنین، این نتایج با نتایج پژوهش‌های داخلی زیر مطابقت دارد:

محمد امینی و همکاران (۳) در پژوهش خود، به این نتیجه دست یافتند که بین باورهای خودکارآمدی با سلامت روان دانش‌آموزان تیزهوش در سطح ۰/۰۱ و دانش‌آموزان عادی در سطح ۰/۰۵ رابطهٔ مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، به این نتیجه دست یافتند که از لحاظ باورهای خودکارآمدی بین دانش‌آموزان تیزهوش و دانش‌آموزان عادی با ۰/۹۵ اطمینان تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، نشان دادند که بین دانش‌آموزان تیزهوش و دانش‌آموزان عادی از لحاظ سلامت روان با ۰/۹۵ اطمینان تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش طهماسیان و اناری (۲۲) مبتنی بر این است که سطوح باورهای خودکارآمدی با نمرات افسردگی رابطهٔ معکوس دارد، به این معنی که هر چه سطح باورهای خودکارآمدی بالاتر باشد، میزان افسردگی پایین‌تر خواهد بود. یافته‌های پژوهش حق‌شناس، چمنی و فیروزآبادی (۳۹) نشان داد که دانش‌آموزان تیزهوش از سطح سلامت روانی بهتری نسبت به دانش‌آموزان عادی برخوردارند. بدین ترتیب که تفاوت عمدهٔ دانش‌آموزان تیزهوش و دانش‌آموزان عادی در ابعاد اضطراب و افسردگی بوده است؛ یعنی دانش‌آموزان تیزهوش نسبت به دانش‌آموزان عادی میانگین نمرات پایین‌تری در دو بُعد اضطراب و افسردگی کسب کرده‌اند و از وضعیت سلامت روان بهتری نسبت به گروه عادی برخوردارند (۳۸). نتایج پژوهش فولادوند، فرزاد، شهرآرای و سنگری (۲۳) نشان داد که سطوح بالاتر سلامت روانی‌جسمانی از طریق نمرات بالاتر حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و نمرات پایین‌تر استرس تحصیلی پیش‌بینی می‌شود. همچنین پژوهشی توسط افروز و معتمدی (۲۴) تحت عنوان خودکارآمدی و سلامت روانی در دانش‌آموزان عادی و تیزهوش انجام شد که نتایج آن نشان داد که بین سلامت روان و خودکارآمدی رابطهٔ معناداری وجود دارد.

در توجیه این یافته می‌توان گفت: باورهای خودکارآمدی عاملی است که به‌عنوان یک میانجی شناختی عمل می‌کند و شناخت و افکار و احساسات افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین، وقتی دانش‌آموزان در معرض رویدادهای منفی یا موقعیت‌های استرس‌زا قرار می‌گیرند، احساس خودکارآمدی بالا به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند آن رویدادها و موقعیت‌ها را اداره کنند و در نتیجه خود را در برابر بسیاری از مشکلات روانی محافظت کنند. از سوی دیگر احساس خودکارآمدی اندک مانع کنارآمدن مؤثر با موقعیت‌های تنیدگی شده و نشانه‌های مرضی و اختلالات روانی را افزایش می‌دهد.

سرانجام، محدودیت‌ها این پژوهش به شرح زیر است:

- دشواری دسترسی به پاسخگویان و جلب رضایت آنان جهت تکمیل پرسشنامه‌ها نیز از محدودیت‌های این پژوهش به حساب می‌آید.
- از آنجا که نمونهٔ انتخاب‌شده مربوط به شهرستان بابل است، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر نقاط کشور باید احتیاط کرد.
- مطالعهٔ حاضر تنها در مورد حمایت اجتماعی دریافت‌شده و ادراک‌شده، خودکارآمدی و سلامت روان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی انجام شده است و به سادگی نمی‌توان از تعمیم نتایج در دیگر دانش‌آموزان با نیازهای ویژه سخن گفت.
- در این پژوهش امکان کنترل سایر متغیرها که به نوعی با سلامت روان ارتباط دارند و بر آن تأثیر می‌گذارند (مانند طبقهٔ اجتماعی، تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای، سبک‌های فرزندپروری و ...) فراهم نبوده است.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، نشان داد که باورهای خودکارآمدی با سلامت روان و مؤلفه‌های آن یعنی نشانگان جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی همبسته است. از سوی دیگر تفاوت معناداری بین باورهای خودکارآمدی و سلامت روان کودکان عادی با کودکان تیزهوش وجود دارد؛ بنابراین تفاوت‌های فردی در دانش‌آموزان از نکات بسیار مهمی است که بایست مورد توجه مربیان و مسئولین مراکز آموزشی قرار گیرد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]

تشکر و قدردانی

از مـدیران و معلمـان مـدارس دانش‌آمـوزان مـدارس تیزهوشـان و عـادی کـه بـا حمایت‌هـای همـه‌جانبـه در محیطی مطلوب ما را در اجرای آزمون‌ها و پرسشـنامه‌ها یاری کردند تا پژوهش حاضر را به نحو احسن بـه اتمـام برسانیم؛ سپاسگزاری می‌نماییم.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]

References

1. Hosseini SH, Sadeghi A, Rajabzadeh R, Rezazadeh J, Nabavi SH, Ranaie M, Almasi A. The mental health of student in Khorasan University medical sciences. Journal of Northern Khorasan University of Medical Sciences. 2011;3(2):23-8. [Persian]
2. Shafiei A, Naseri Gh. The theories of counseling and psychotherapy. Tehran: Jeyhon Publication;2009. [Persian]
3. Muhammad Amini Z, Narimani M, Barahmand T, Gheramlaki N. The relationship emotional intelligence with self-efficacy and mental health and comparison of gifted and normal student. Journal of Psychology. 2008;2(5): 93-107. [Persian]
4. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. Williams & Wilkins Co; 1988.
5. Lahsaeizadeh AA, Moradi GM. The relationship between social capital and immigrants' mental health. Social Welfare. 2007; 7(3): 161-80. [Persian]
6. Azadi S, Azad H. The relationship social support, Resiliency and mental health of shahed and isargar students in Ilam University. Iranian Journal of War and Public Health. 2011;3(12): 48- 58. [Persian]
7. Riahi ME, Verdinia AA, Porhossein SZ. The relationship between social support and mental health. Social welfare. 2010;10(39):85- 121.
8. Pajares F. Self-efficacy beliefs in academic settings. Rev Educ Res. 1996;66(4):543–78.
9. Pajares F, Schunk DH. Self and self-belief in psychology and education: A historical perspective. Improv Acad Achiev Impact Psychol Factors Educ. 2002;3–21.
10. Ehrenberg MF, Cox DN, Koopman RF. The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. Adolescence. 1991.
11. Richardson ED. Adventure-based therapy and self-efficacy theory: Test of a treatment model for late adolescents with depressive symptomatology. Virginia Polytechnic Institute and State University; 1999.
12. Muris P, Schmidt H, Lambrichs R, Meesters C. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. Behav Res Ther. 2001;39(5):555–65.
13. Bandura A, Locke EA. Negative self-efficacy and goal effects revisited. J Appl Psychol. 2003;88(1):87.
14. Dweck CS. Self-theories: Their role in motivation, personality, and development. Psychology Press; 2000.
15. Muris P. Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. Personal Individ Differ. 2002;32(2):337–48.
16. Caprara GV, Barbaranelli C, Pastorelli C, Cervone D. The contribution of self-efficacy beliefs to psychosocial outcomes in adolescence: Predicting beyond global dispositional tendencies. Personal Individ Differ. 2004;37(4):751–63.
17. Cheung SK, Sun SY. Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. Soc Behav Personal Int J. 2000;28(5):413–22.
18. Smith HM, Betz NE. An examination of efficacy and esteem pathways to depression in young adulthood. J Couns Psychol. 2002;49(4):438-48.
19. Barlow JH, Cullen LA, Rowe IF. Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. Patient Educ Couns. 2002;46(1):11–9.
20. Endler NS, Speer RL, Johnson JM, Flett GL. General self-efficacy and control in relation to anxiety and cognitive performance. Curr Psychol. 2001;20(1):36–52.
21. Terry DJ. Determinants of coping: The role of stable and situational factors. J Pers Soc Psychol. 1994;66(5):895.
22. Tahmassian K, Anari A. Relationship between domains of self-efficacy and depression in adolescence. 2009; PP: 83-93. [Persian]
23. Foladvand Kh, Farzad V, Shahrara M, Sangari AA. Effectiveness social support, academic stress and academic self-efficacy on mental – physical health. 2008, pp: 81–93. [Persian]
24. Afrooz GhA, Motamedi F. self-efficacy and mental health in normal and gifted students. Developmental Psychology. 2007; (2)6: 173–181. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]

25. Sheikholeslami R, Lotfian M. Relationship between domains of self-conceptwith general health and its domains in girl and boy students of Shiraz University. Advances in Cognitve Science. 2002; 4(1): 6–16. [Persian]
26. Malakpor M. Compression of personality position of gifted and normal students in Middle school. Quarterly Joural of Education. 2001; 67: 7–20. [Persian]
27. Daniel H, Jims K. Exceptional children's: introduction on special education. Tehran: Virayesh Publications; 2009.
28. Gross MU. Exceptionally gifted children. Routledge; 2003.
29. Clark B. Growing up gifted: Developing the potential of children at home and at school. Pearson; 1979.
30. Shokohi Yekta M, Parand A. Theoretical principles of evaluation and educational and psychological tests: intelligence, academic achievement and personality tests. 2nd ed. Tehran: Teymorzadeh; 2006. [Persian]
31. Rahmani J. Reliability, validity and standardization of Raven Progressive Matrices Test in students of Azad University. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2007; 9(34): 61–74. [Persian]
32. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychol Rep. 1982;51(2):663–71.
33. Fazeli E. Effectiveness of training self-distinguish on general self-efficacy of women. MA Dissertation. Allameh Tabatabai University. [Persian]
34. Woodruff SL, Cashman JF. Task, domain, and general efficacy: A reexamination of the self-efficacy scale. Psychol Rep. 1993;72(2):423–32.
35. Bosscher RJ, Smit JH. Confirmatory factor analysis of the general self-efficacy scale. Behav Res Ther. 1998;36(3):339–43.
36. Asgharnejad T, Khodapanahi MK, Heydari M. Relationship between self-efficacy, academic achievement. Journal of Psychology. 2004; 8(3): 218–226. [Persian]
37. Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Muhammad K. Validation of General Health Questionnaire-28 as psychiatric screening instruments in Tehran city. Hakim. 2008; 11(4): 47–53. [Persian]
38. Ahghar GH. Effectiveness of group counseling with cognitive-behavioral approach on mental health of girl students. Thought and Behavior in Clinical Psychology. 2009; 4(14): 7–14. [Persian]
39. Haghshenas H, Chamani AR, Firozabadi A. Personality and mental health differences of gifted high schools students compared to ordinary high schools students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2006. 8(29-30): 57-66. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.5.1]