Research in Psychological Health

September 2017, Volume 11, issue 2

[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]

[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

# Relationship between self-efficacy and mental health among teachers: the role of perceived social support

Seyed Sadegh Nabavi[1], Faramarz sohrabi[2], Gholamali Afrooz[3], Ali Delavar[4], Simin Hosseinian[5]

*1 Phd student of Imam Reza International University, assistant professor of Farhangian University, Tehran, Iran.*

*2 Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran*

*3 Tehran University, Tehran, Iran*

*4 Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran*

*5 Alzahra University, Tehran, Iran*

Please cite to: Nabavi, S., Sohrabi, F., Afrooz, GH., Delavar, A., Hosseinian, S. (2017). Relationship between self-efficacy and mental health among teachers: the role of perceived social support. *Research in psychological Health*, 11 (2), 50-69. [Persian]

Highlights

- Teachers with higher level of self-efficacy had higher level of mental health
- Social support could be a protective factor for mental health among theachers

**Abstract**

The main objective of this study was to investigate the relationship between self-efficacy, perceived social support and mental health among teachers. Sample consisted of 447 teachers which selected by cluster random sampling. In order to collect research data from the General Health Questionnaire, general self-efficacy questionnaire and Social Support Questionnaire were used. The results of path analysis showed that social support can mediate the relationship between self-efficacy and mental health among teachers. There have significiant diffrences between genders in anxiety and insomnia symptoms. There were not significiant difrences between elementary school and secondary school teachers in outcome variableres. Path analysis showed that 15% of teacher's mental health scores was explained through the perceived social support. It could be concluded that social support had a pivotal role in teacher self efficacy and mental health.

Key words: self-efficacy, mental health, social support

# رابطه خودکارآمدی با سلامت روان در معلمان: نقش واسطه‌ایِ حمایت اجتماعی ادراک‌شده

سیدصادق نبوی[۱] فرامرز سهرابی[۲] غلامعلی افروز[۳] علی دلاور[۴] سیمین حسینیان[۵]

تاریخ دریافت:۱۳۹۵/۳/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۱۱

یافته‌های اصلی

- معلمان با خودکارآمدی بالا میزان بالاتری از سلامت روانی تجربه می‌کنند
- حمایت اجتماعی یک مکانیسم محافظت کننده سلامت روان در معلمان است.

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر پیش‌بینی سلامت روان معلمان، بر اساس خودکارآمدی و با میانجی گری حمایت اجتماعیِ ادراک‌شده بوده است. با توجه به اهداف پژوهش، روش پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل کلیهٔ معلمان دورهٔ ابتدایی و متوسطهٔ شهر تهران بوده است که از میان آن‌ها تعداد ۴۴۷ نفر با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای برای اجرای پژوهش انتخاب شدند. به‌منظور جمع آوری داده های پژوهش از پرسشنامهٔ سلامت عمومی، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی ، پرسشنامه حمایت اجتماعی استفاده به عمل آمد. نتایج تحلیلِ مسیر نشان داد که متغیر حمایت اجتماعی می تواند رابطهٔ بین خودکارآمدی و سلامت روان را در بین معلمان میانجی گری نماید. متغیر خودکارآمدی هم اثر مستقیمی بر روی سلامت روان دارد و هم به‌واسطهٔ حمایت اجتماعی می تواند رابطهٔ غیرمستقیمی با سلامت روان داشته باشد. درنهایت در مدل مفروض ۱۵درصد از پراکندگی نمرات سلامت روان معلمان از طریق نقش واسطه ایِ حمایت اجتماعیِ ادراک‌شده، تبیین شد. بین معلمان زن و مرد از لحاظ شدت نشانه‌های بی‌خوابی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد. می‌توان نتیجه‌گیری نمود که حمایتِ اجتماعی نقش کلیدی در خودکارآمدی و سلامت روان معلمان دارد.

**واژه های کلیدی:** خودکارآمدی، سلامت روان، حمایت اجتماعی، معلمان

[۱] .دانشجوی دکتری دانشگاه امام رضا، استادیار دانشگاه فرهنگیان تهران، تهران، ایران.
[۲] . گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
[۳] گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
[۴] گروه روانسنجی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
[۵] گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

**مقدمه**

ایجاد تحول در نظام‌های آموزشی منوط به به‌کارگیری معلمانی برخوردار از صلاحیت‌های شخصیتی، حرفه‌ای و تخصصی است؛ چراکه اجرای مطلوب تمام برنامه‌های آموزشی در مدرسه، منوط به وجود معلمان توانمند و برخوردار از سلامت روانی بالا است(نبوی، ۱۳۹۰).

به‌طور گسترده‌ای معلمان و کسانی که درباره رفتار آن‌ها مطالعه می‌کنند معتقدند که تدریس، شغل بسیار استرس-زایی است و معلمان از مشکلات سلامت روان بیشتری نسبت به شاغلین مشاغل دیگر رنج می‌برند. کین من، ری و استرانگ[1](۲۰۱۱) این‌گونه اظهار می‌دارند" اکثر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که معلمان نسبت به بسیاری از گروه‌های شغلی دیگر، در برابر استرس مرتبط باکار، پریشانی روانی، و فرسودگی شغلی آسیب‌پذیرتر هستند" (ون دراگن بروک و اسپرویت،[2]۲۰۱۵).

اسپوستا[3](۲۰۰۳) ادعا می‌کند که ایجاد یک انگیزهٔ قوی در دانش‌آموزان تنها از دانش تخصصی معلم نشئت نمی-گیرد؛ بلکه به‌طور عمده ویژگی‌های شخصیتی، دیدگاه‌ها، نگرش‌ها، رفتار و عمل وی در آن مؤثر است، و مجموع این ویژگی‌ها فضای کلاس را آرام و مشارکت‌پذیر نموده، و ارتباط غیررسمیِ میان معلم و شاگرد را شکل می‌دهد (همراناوا،[4]۲۰۱۵).

بدون شک عوامل متعددی بر سلامت روان افراد تأثیر می-گذارند، عواملی همچون خودکارآمدی و حمایت اجتماعی به افراد کمک می‌کنند تا با شرایط استرس‌زا و اضطراب‌زا کنار بیایند و آسیب روانی کمتری را تجربه نمایند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که باورهای خودکارآمدی بسیار از کارکردهای شخصی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. افرادی که دارای سطح خودکارآمدی بالاتری هستند امکانات شغلی گسترده‌ای را موردتوجه قرار می‌دهند و موفقیت شغلی بیشتری دارند، اهداف شخصی عالی‌تری برای خود انتخاب می‌نمایند و از سلامت روان بهتری برخوردار هستند. احساس خودکارآمدی بالا، سلامت روان و توانایی انجام کارها را افزایش داده و افراد را در برابر استرس‌های شغلی مقاوم‌تر می‌کند (پاجارز و شانک[5] ۲۰۰۲؛ به نقل از میرسمیعی و ابراهیمی قوام ،۱۳۸۶). بندورا[6](۲۰۰۶) معتقد است که خودکارآمدی در وهلهٔ اول یک باور است و سپس عمل، بنابراین برای تقویت آن باید در وهلهٔ اول نگرش مفید و مؤثری را در فرد نسبت به خود پدید آورد. سپس باید به او یاد داد که بتواند راه‌های موفقیت را شناسایی کند، راجع به موقعیت‌ها، ادراک، تفسیر و ارزیابی درستی داشته و از خلقی مثبت برای رویارویی با چالش‌ها برخوردار باشد( بندورا، ۲۰۰۶). ازنظر بندورا، خودکارآمدی، قابلیت (توانایی) ادراک‌شدهٔ فرد در انجام یک عمل دلخواه یا کنار آمدن با یک موقعیت خاص، محوری‌ترین مکانیزم از میان مکانیزم‌های کارگزاری آدمی است. در میان مکانیزم‌های کارگزاری آدمی، هیچ مکانیزمی محوری‌تر و بانفوذتر از باورهای کارآمدیِ شخصی نیست. باورهای خودکارآمدی کنش‌وری‌های آدمی را به‌واسطهٔ فرایندهای شناختی، انگیزشی، عاطفی و تصمیم‌گیری تنظیم می‌نمایند. آن‌ها بر اینکه افراد چگونه فکر می‌کنند(خودارزنده‌سازی یا خودتحقیرگری)، در رویارویی با مشکلات چگونه برانگیخته می‌شوند و پشتکار نشان می‌دهند، کیفیت سلامت هیجانی و آسیب‌پذیری-شان در مقابله با افسردگی و تنیدگی چگونه است و در یک موقعیت حساس چگونه بهترین تصمیم را انتخاب می‌کنند، تأثیر می‌گذارند (بندورا و لاک[7]، ۲۰۰۳ ؛ به نقل از علی‌نیاکروئی،۱۳۸۲).

پیشینهٔ تجربی نشان می‌دهد که احساس کارآمدی بالا، سلامت شخصی، توانایی انجام تکالیف و کارها را به طرق اطمینان دارند، تکالیف مشکل را به‌عنوان چالش در نظر می‌گیرند که باید بر آن تسلط یابند. و نباید آن را تهدید-

1Kinman,Wray & Strange
2Van Droogenbroeck & Spruyt
3Spousta
4Hamranová

5Pajares & Shunk
6Bandura, A
7Bandura. A & Locke, E.A



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

آمیز تلقی‌کرده و از آن اجتناب کنند. آن‌ها اهداف چالش-انگیز را انتخاب می‌کنند و باقوت تمام متعهد باقی می-مانند تا آن را به انجام برسانند. و اطمینان دارند که موقعیت‌های تهدیدآمیز را می‌توانند تحت کنترل خود درآورند. چنین برداشتی نسبت به قابلیت‌ها، تنیدگی و افسردگی را کاهش می‌دهد و به تکمیل تکالیف منجر می-شود (پاجارز و شانک[1]، ۲۰۰۲). به نظر بندورا (۱۹۹۹) ناکارآمدی ادراک‌شده نقش محوری در افسردگی[2]، اضطراب[3]،فشار روانی، روان‌آزرده‌گرایی[4] و دیگر حالت-های عاطفی بازی می‌کند. ناکارآمدی و ناتوانی ادراک‌شده که تحت تأثیر شرایط اجتماعی و رویدادهای زندگی قرار دارد می‌تواند منجر به احساس‌ها و باورهای پوچی، اندوهگینی و اضطراب شود. هنگامی‌که فرد خود را در دست‌یابی به انتظارات ارزشمند ناکارآمد ادراک کند، افسرده خواهد شد و وقتی خود را در کنارآمدن با محرک-هایی که بالقوه تهدیدآمیزند، کم‌توان ببیند، مضطرب خواهد شد (بندورا، ۱۹۹۹).

شواهد تجربی حاکی از آن است که معلمان دارای سطح خودکارآمدی بالا، به انجام برنامه‌ریزی سازمانی گرایش دارند و تمایل بیشتری به استفاده از روش‌های جدید در ارضای نیازهای یادگیری دانش‌آموزان دارند (اکت، گلبکلان[5]۲۰۰۳ ؛ به نقل از کارابیک و کاروماز[6]، ۲۰۱۴). بیشتر مطالعات نشان می‌دهند که خودکارآمدی بر فرایند تصمیم‌گیری معلمان، انگیزش علمی، یادگیری و پیشرفت علمی آن‌ها مؤثر است (پاجارز[7]،۱۹۹۶؛ شانک[8]،۱۹۹۵؛ به نقل از کارابیک وکاروماز، ۲۰۱۴).

1Pajares.F, And Shunk. D. H
2Depression
3anxiety
4neuroticism
5AKt, Gulebaglan
6Karabiyik, B. & Korumaz, M
7Pajares, F
8Schunk, D. H

حمایت اجتماعی عاملی است که موجب احساس امنیت و خودارزشمندی در فرد می‌گردد و امکان رشد و پویایی را برای فرد فراهم می‌کند. پژوهشگران معتقدند که حمایت اجتماعی در زندگی هر فرد مانند سپر عمل می‌کند و افراد را در مقابله با مشکلات زندگی یاری می‌کند. همچنین در رشد شخصیت و سلامت جسمانی و روانی افراد تأثیر به‌سزایی دارد. افرادی که پیوندهای اجتماعی گسترده‌ای دارند و با دوستان و اقوام ارتباط بیشتری دارند از سلامت روانی بیشتری برخوردارند (هیلگارد[9] و همکاران، ۱۹۸۳، ترجمهٔ براهنی و همکاران، ۱۳۸۰).

مروری بر پژوهش‌های تجربی نشانگر آن است که حمایت اجتماعی، علیرغم مواجه نشدن با یک موقعیت استرس‌زا در تقویت سلامت روان و جسم نقش مستقیمی دارد. این امر دلایلی دارد. اولاً حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی مهمی را در برمی‌گیرد و انزوا را کاهش می‌دهد. افرادی که دوستانی صمیمی در زندگی دارند، رضایت بیشتری از زندگی‌شان دارند و احساس ارزشمندی می‌کنند. ثانیاً حضور فردی مهربان و آشنا؛ همهٔ منابع مهم نظیر محبت، اطلاعات، مشورت، انتقال، کمک غذایی، حمایت مالی و توجه به‌سلامتی را فراهم می‌آورد (استفان و برنشتاین[10]،۱۹۸۱؛ به نقل از احمدی، ۱۳۸۰).

حمایت اجتماعی می‌تواند با حس پذیرفته‌شده همراه با سطوح بالای عزت‌نفس و حس کنترل، فرد را قادر سازد تا با حوادث استرس‌زا به‌طور مؤثری مقابله کند و از نتایج رخدادهای منفی استرس پیشگیری نماید. داشتن حس کنترل و عزت‌نفس بالا موجب کاهش اهمیت منبع استرس‌زا می‌گردد و میزان مقابله با استرس را افزایش می‌دهد (هوس[11]،۱۹۸۱؛ به نقل از شه‌بخش، ۱۳۹۰).

ارتباط خودکارآمدی و سلامت روان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرارگرفته است. ارتباط

9Hillgard
10Stephen, S & Bernstein
11Hous



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

خودکارآمدی با سلامت روان اولین بار توسط راتر[1] (۱۹۶۶) و سپس توسط بندورا (۱۹۹۹) مطرح گردید. در این ارتباط شواهد پژوهشی خارجی و داخلی با نمونه‌های غیربالینی (۱۹۹۸؛ بندورا، ۱۹۹۹؛ بوهارت[2]، ۱۹۹۹؛ مادوکس[3]، ۲۰۰۲ ؛ یوهوا و شانگوی[4]، ۲۰۰۵؛ بندورا ، ۲۰۰۶؛ زیمرمن و کلیری[5]، ۲۰۰۶؛ اعرابیان و همکاران، ۱۳۸۳؛ احتشامی‌تبار، مرادی و شهرآرای، ۱۳۸۵؛ معتمدی، ۱۳۸۶) مؤید ارتباط خودکارآمدی با سلامت روان بوده‌اند و از تأثیر معنادار خودکارآمدی بر کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش پردازش شناختی، افزایش احساس شادمانی و خوش‌بینی، افزایش اعتمادبه‌نفس تا کاهش کلی نشانگان اختلال روانی حکایت دارند. این نتایج نشان می‌دهند که تقویت خودکارآمدی می‌تواند به ارتقای سلامت روان افراد منجر شود. تعدادی از پژوهش‌ها ارتباط بین خودکارآمدی و اضطراب را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج پژوهش موریس[6](۲۰۰۲) نشان داد که سطح پایین خودکارآمدی با سطح بالای نشانه‌های اختلال اضطرابی و نشانه‌های افسردگی و نیز صفات اضطرابی/ روان‌آزرده‌گرایی همراه بوده است. پژوهش‌های پروین و کرونه[7](۲۰۰۵) نیز نشان می‌دهند که خودکارآمدی بر چگونگی انطباق با استرس و تعقیب اهداف زندگی مؤثر است. در این راستا سطوح مهارت‌ها بر باورها، ادراک و رفتار خودکارآمدی مؤثر است و روابط بین خودکارآمدی و انگیزهٔ عمل را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد.

نتایج پژوهش علی‌نیاکروئی و همکاران (۱۳۸۲) نشان داد که بین خودکارآمدی عمومی و نشانه‌های مرضی دانش-آموزان همبستگی منفی وجود دارد. این نتیجه بین دختران و پسران یکسان بود. تحلیل بیشتر نتایج نشان می‌دهد که باور خودکارآمدی عمومی پایین از راه‌های مختلفی منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی و اختلالات روانی می‌گردد. همچنین نتایج پژوهش میرسمیعی و ابراهیمی قوام (۱۳۸۶) نشان داد که همبستگی مثبت و معناداری بین خودکارآمدی و سلامت روان وجود داشته و بین نمرات خودکارآمدی و نشانگان مرضی دانشجویان رابطه منفی معناداری (r=/۴۱ ) وجود دارد. نتایج پژوهش درواقع نشان می‌دهد که دانشجویان با خودکارآمدی بالاتر از سلامت روانی بهتری برخوردارند و همچنین بین حمایت اجتماعی و سلامت روان رابطه مثبتی وجود داشته است. پژوهشگر نتایج پژوهش خود را با پژوهش‌های بندورا ( ۱۹۹۹)، موریس( ۲۰۰۲) و بارلو وهمکاران[8]( ۲۰۰۲) هماهنگ می‌داند (به نقل از میرسمیعی و ابراهیمی‌قوام، ۱۳۸۶).

در پژوهشی، سیوکاچینگ و استفان[9]، ۲۰۰۰، به نقل از علی‌نیاکروئی، ۱۳۸۲) رابطهٔ بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی و سلامت روان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که افزایش خودکارآمدی منجر به بهبودیِ سلامت روان افراد شده است. همچنین این مطالعه پیشنهاد می‌کند که از طریق افزایش خودکارآمدی و فراهم نمودن یک محیط اجتماعی حمایت‌کننده، می-توان اضطراب و افسردگی را در افراد کاهش داد.

از دیدگاه راین و دسی[10](۲۰۰۶) یکی از تبعات حمایت اجتماعی ادراک‌شده مطلوب، سلامت روان است. آن‌ها رابطهٔ حمایت اجتماعی و سلامت روان را به‌طور گسترده‌ای مورد بررسی قرار داده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی- اجتماعی هدایت می‌کند (به نقل از زرگرنتاج ، ۱۳۸۸). نتایج برخی از پژوهش‌های انجام‌گرفته (اسماعیلی ریاحی و همکاران، ۱۳۸۷؛ زرگرنتاج ، ۱۳۸۸؛ میرزا بیگی، ۱۳۹۱؛ مرادی و چراغی، ۱۳۹۴) حاکی از آن است که بین سلامت روان و حمایت

1Roter
2Bohart
3 Madox
4 Yuhova & Shangvi
5Zimmerman, B.J and Cleary
6Muris
7Pervin & Cervone

8Barlow
9Siu-kaucheng and Stephane
10Ryan, R.M.& Deci, E.l.



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

اجتماعی رابطهٔ معناداری وجود دارد. سایم[1](۱۹۷۸) در پژوهشی اهمیت حمایت اجتماعی را در سلامتی افراد تأیید کرد. طبق نتایج پژوهش وی مرگ‌ومیر در میان افرادی که تماس نزدیک با دیگران نداشته‌اند نسبت به آن‌هایی که معاشرت‌های زیاد داشته‌اند، دو تا سه برابر بوده است (سایم، ۱۹۷۸، به نقل از شاملو، ۱۳۷۲).

هوس[2](۱۹۸۶)، کین[3](۱۹۸۵) و سایم (۱۹۷۹) در پژوهشی نتیجه گرفتندکه افرادی که ارتباطات اجتماعی بیشتری دارند، نسبت به آن‌هایی که از این روابط محرومند، سالم‌ترند و زندگی طولانی‌تر، مفیدتر و پربارتری دارند. افرادی که تحت فشارهای محیطی قرار دارند با فراهم کردن حمایت اجتماعی برای یکدیگر قادر می‌شوند فشارهای شدید را کنترل کنند و تا حدی از شدت آن بکاهند (به نقل از شه‌بخش ،۱۳۹۰).

بدون تردید بسیاری از عوامل درونی و بیرونی بر میزان سلامت روان معلمان تأثیر می‌گذارند. در این پژوهش از میان عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان، متغیرهای خودکارآمدی (عامل درونی) و حمایت اجتماعی (عامل بیرونی) انتخاب‌شده است تا تأثیر آن‌ها بر سلامت روان معلوم گردد. هدف اصلی این پژوهش پیش‌بینی سلامت روانِ معلمان، بر اساس خودکارآمدی و با میانجی‌گری حمایت اجتماعی بوده است. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، می‌تواند کمک مؤثری به متصدیان نظام آموزش‌وپرورش بنماید تا مکانیزم‌های خاصی را برای ارتقای سطح سلامت روان معلمان پیش‌بینی نمایند. با توجه به مطالب مذکور، پیش‌بینی‌های این پژوهش ازاین‌قرار است: متغیر خودکارآمدی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی می‌تواند سلامت روان معلمان را پیش‌بینی کند؛ بین عوامل جمعیت‌شناختی و میزان سلامت روان معلمان، رابطه وجود دارد و بین معلمان زن و مرد در دوره‌های ابتدایی و متوسطه ازنظر سطح خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و سلامت روان تفاوت وجود دارد.

## روش پژوهش

### الف)طرح پژوهش

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش، روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. به‌منظور تحلیل استنباطی داده‌ها از تحلیل رگرسیون چندمتغیری، برای گروه‌های مستقل از تحلیل مسیر و آزمون T استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخهٔ ۲۲و LISREL نسخهٔ ۸/۵ تحلیل شدند.

### ب)شرکت‌کنندگان

جامعهٔ آماری این پژوهش شامل کلیهٔ معلمان مدارس ابتدایی و متوسطهٔ دومِ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳بود. بر اساس گزارش اداره برنامه‌ریزی و آمار ادارهٔ کل آموزش‌وپرورش شهرتهران، تعداد کل معلمان مدارس ابتدایی و متوسطهٔ دوم مشغول به کار در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳، در شهر تهران ۲۹۴۶۸ نفر (دورهٔ ابتدایی ۱۶۸۰۶ نفر، دورهٔ متوسطهٔ دوم ۱۲۶۶۲ نفر) بوده است. برای تعیین حجم نمونه از جدول تعیین اندازهٔ نمونه از یک جامعهٔ مورد نظر که توسط ریج سی و مورگان[4] (۱۹۷۰) تدوین گردیده، استفاده شد. حداقل حجم نمونه طبق جدول مذکور، ۳۷۹ نفر بود که در پژوهش حاضر تعداد ۴۴۷ نفر از معلمان (دورهٔ ابتدایی۲۴۷ نفر، متوسطهٔ دوم ۲۰۰ نفر) با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند.

برای اجرای پژوهش در مناطق آموزشی منتخب، پژوهشگر پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی ادارهٔ کل آموزش‌وپرورش شهر تهران(به شماره ۱۶۳۹۹۶/۶۴ مورخ

1 Syme
2Hous
3Keen

4Kregcie and Morgan



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

۱۳۹۳/۱۲/۱۲) و هماهنگی با ادارات آموزش‌وپرورش مناطق ۲، ۵، ۶، ۸، ۱۸ تهران مطابق نمونه‌گیری انجام‌گرفته به مدارس منتخب مراجعه نموده و سپس با هماهنگی مدیران مدارس و جلب همکاری معلمان نسبت به اجرای پژوهش با بیان اهداف و ارائهٔ توضیحات لازم اقدام نمود. البته پژوهشگر این اطمینان را به کلیهٔ مشارکت‌کنندگان داد که شرکت آن‌ها در پژوهش کاملاً اختیاری بوده و اطلاعات حاصله محرمانه خواهد بود و هیچ تأثیری بر روند ارزشیابی کار اداری آنان نخواهد داشت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط معلمان، نسبت به جمع‌آوری پرسشنامه‌ها اقدام شد. سپس اطلاعات موردنیاز استخراج شد و مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفت.

**ج)ابزارها و مواد**

با توجه به فرضیه‌های پژوهش، از سه نوع ابزار و یک فرمِ مشخصات جمعیت‌شناختی، برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد که در اینجا به‌اختصار به ذکر مشخصات آن‌ها پرداخته می‌شود:

*۱- پرسشنامهٔ سلامت عمومی(GHQ-۲۸سوالی):* به‌منظور اندازه‌گیری مؤلفه‌های سلامت روان افراد نمونه از پرسشنامهٔ سلامت عمومی استفاده شد. این آزمون توسط گلدبرگ[2]در سال۱۹۷۲معرفی شد و آن یک پرسشنامهٔ سرندیِ مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی است که در مجموعهٔ بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد(گلدبرگ،۱۹۷۲؛ به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). دراین پرسشنامه از شیوهٔ نمره‌گذاری لیکرت استفاده شد. در شیوهٔ نمره‌گذاری لیکرت، نمره‌گذاری به این صورت است که به هریک از سئوالات ۴درجه‌ایِ آزمون، به صورت،۱،۲،۳، ۰، نمره داده می‌شود. لازم به ذکر است که میزان نمرهٔ بالا در پرسشنامه نشانگر شدت علائم و نشانه‌های اختلال روان‌شناختی در فرد است. به عبارتی، هر چه نمره بالاتر باشد شدت اختلال و مشکل فرد نیز بالا خواهد بود. روایی و پایایی "پرسشنامهٔ سلامت عمومی" توسط پژوهشگران مختلف تأیید شده است. "هومن(۱۳۷۷) در پژوهشی که تحت عنوان استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامهٔ سلامت عمومی انجام داد روایی همزمان پرسشنامهٔ سلامت عمومی را با چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی[3] SCL-90 محاسبه نموده است". در این پژوهش ضریب پایایی ۰/۸۴ و در پژوهش پیرخائفی(۱۳۸۸) ۰/۸۸ از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد. در پژوهش میرزابیگی(۱۳۹۱) ضریب پایایی از طریق محاسبهٔ آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است. ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه(تعداد ۵۰ نفر از معلمان تهران) نیزتوسط پژوهشگر محاسبه شد،که ضریب پایایی ۰/۹۴ بدست آمد. ضریب مذکور نسبتاً ضریب بالایی است.

۲- *پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی واکس و همکاران(۱۹۸۶):* به‌منظور اندازه‌گیری میزان حمایت اجتماعی افراد نمونه، از این پرسشنامه استفاده شد. این آزمون توسط واکس، فیلیپس، تامپسون، ویلیامز و استوارت(۱۹۸۶) تهیه شده است. این آزمون دارای ۲۳سؤال می‌باشد که بر اساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای (بسیارموافق، موافق، مخالف و بسیارمخالف) ساخته شده است. خرده‌مقیاس خانواده ۸عبارت، خرده‌مقیاس دوستان ۸ عبارت و خرده‌مقیاس دیگران ۷عبارت دارد(علی پور، ۱۳۸۵). روش نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت صفرویک است که حداکثر امتیاز یک فرد از خرده‌مقیاس‌های خانواده و دوستان ۸ و حداقل امتیاز صفر و همچنین حداکثر برای خرده‌مقیاس سایرین ۷ و حداقل امتیاز صفر می‌باشد. بنابراین فردی که در این آزمون نمرهٔ ۲۳ می‌گیرد از بالاترین میزان حمایت اجتماعی و فردی که نمرهٔ صفر می‌گیرد از کمترین میزان حمایت اجتماعی برخوردار است. در واقع میزان محدودهٔ نمرهٔ حمایت اجتماعی افراد بین صفر تا ۲۳ می‌باشد (زرگرنتاج، ۱۳۸۸).

1 General Health Questionnaire
2 Goldberg
3 Mental health Symptom check list-90
4 Wax,Philips,Hally,Tompson,Williams &stwort



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

روایی و پایایی این پرسشنامه، توسط پژوهشگران مختلف تأیید شده است. ضریب پایایی آزمون توسط واکس و همکاران(به نقل از خدابنده، ۱۳۹۱) ۸۷/. گزارش شده است، همچنین در پژوهش میرزابیگی(۱۳۹۱) از طریق محاسبهٔ آلفای کرونباخ پایایی آن ۷۹/. بدست آمده است. لازم به ذکر است که ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه(تعداد ۵۰ نفر از معلمان تهران) نیز توسط پژوهشگر محاسبه شد که ضریب پایایی ۰/۷۹ بدست آمد. ضریب مذکور نسبتاً قابل قبول است.

۳- *پرسشنامهٔ خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران*[1] *(۱۹۸۲)*: برای اندازه‌گیری میزان خودکارآمدی افراد نمونه از این پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه را شرر و همکاران برای سنجش باورهای عمومی افراد تنظیم کرده‌اند و شامل ۱۷ماده (پرسش) بوده که به صورت لیکرتی و در پنج درجه تدوین شده است. و از درجهٔ یک کاملاً مخالف، تا درجهٔ پنج کاملاً موافق را دربرمی‌گیرد. شیوهٔ نمره‌گذاری مقیاس خودکارآمدی عمومی به این شکل است که به هر عبارت از یک تا پنج نمره تعلق می‌گیرد. به‌این‌صورت که به عبارت‌های شمارهٔ ۳،۱۵،۱۳،۹،۸، ۱ مقیاس از راست به چپ نمره‌گذاری شده و بقیه از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند، نمره تعلق می‌گیرد. فردی که در این آزمون نمره‌ای کمتر از ۴۴ کسب کند دارای خودکارآمدی پایین و فردی که نمرهٔ بالاتر از ۶۹ به دست آورد دارای خودکارآمدی بالاست (ملک محمدی، ۱۳۸۸).

روایی و پایایی این پرسشنامه، در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (میرسمیعی و ابراهیمی قوام، ۱۳۸۶ ). ضریب پایایی گزارش‌شده به‌وسیلهٔ شرر و همکاران(۱۹۸۲؛ به نقل از پیرخائفی، ۱۳۸۸) برای مقیاس خودکارآمدی عمومی برابر۰/۸۶ و نسبتاً بالا بود. علی‌نیاکروئی (۱۳۸۲) در مطالعه‌ای ضریب پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ یا همسانی کلی سؤالات برابر با ۰/۷۸ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه(تعداد ۵۰ نفر از معلمان تهران) محاسبه شد که ضریب ۰/۷۵ به‌دست آمد. به‌طوری‌که ملاحظه می‌شود ضریب به‌دست‌آمده نسبتاً قابل قبول است.

۴- فرم مشخصات جمعیت‌شناختی: شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، رشتهٔ تحصیلی، مقطع تدریس و سابقهٔ خدمت) و وضعیت اقتصادی- اجتماعی(میزان حقوق و مزایا، وضعیت مسکن، میزان تحصیلات) افراد نمونه می‌باشد که توسط پژوهشگر تهیه و تدوین شده است.

1 Sherer & others



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

**یافته‌ها**

با توجه به فرضیه‌های پژوهش، تحلیل استنباطی داده‌ها و یافته‌ها در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۱- نتایج آزمون t برای مقایسهٔ میزان خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و سلامت روان در بین معلمان زن و مرد

| متغیر | جنسیت | میانگین | انحراف استاندارد | خطای استاندارد میانگین | T | درجه آزادی | تفاوت میانگین | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| خودکارآمدی | زن | ۶۵/۸۷ | ۷/۳۰ | ۰/۴۶۴ | ۱/۷۱ | ۴۴۵ | ۱/۰۹ | ۰/۱۱۷ |
| | مرد | ۶۴/۷۸ | ۷/۴۰ | ۰/۰۱۴ | | | | |
| حمایت اجتماعی | زن | ۱۶/۶۶ | ۲/۲۸ | ۰/۱۴۵ | -/۲۰۵ | ۴۴۵ | -/۰۴۶ | ۰/۸۳۸ |
| | مرد | ۱۶/۷۱ | ۲/۵۵ | ۰/۱۸۰ | | | | |
| نشانه‌های جسمانی | زن | ۵/۵۹ | ۴/۰۴ | ۰/۲۵۷ | -/۱۸۹ | ۴۴۵ | -/۰۶۹ | ۰/۸۵۰ |
| | مرد | ۵/۶۶ | ۳/۶۷ | ۰/۲۶۰ | | | | |
| اضطراب‌و بی‌خوابی | زن | ۵/۸۶ | ۴/۴۹ | ۰/۲۸۶ | ۲/۱۵۴ | ۴۴۵ | ۰/۹۰۶ | *۰/۰۳۲ |
| | مرد | ۴/۹۶ | ۴/۳۲ | ۰/۳۰۶ | | | | |
| اختلال‌در کارکردهای اجتماعی | زن | ۵/۸۴ | ۴/۸۹ | ۰/۳۱۱ | -/۱۸۸ | ۴۴۵ | ۰/۰۸۷ | ۰/۸۵۱ |
| | مرد | ۵/۹۳ | ۴/۹۶ | ۰/۳۵۱ | | | | |
| افسردگی | زن | ۲/۷۵ | ۴/۲۹ | ۰/۲۷۳ | ۱/۰۰۶ | ۴۴۵ | ۰/۳۸۲ | ۰/۳۱۵ |
| | مرد | ۲/۳۷ | ۳/۵۸ | ۰/۲۵۳ | | | | |

همان‌طوری که در جدول۱ مشاهده می‌شود در مقدار میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در بین دو گروه نمونهٔ معلمان زن و مرد جز در متغیر اضطراب و بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج حاصله نشان می‌دهد که با توجه به آمارهt ، بین معلمان زن و مرد درمتغیرهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، نشانه‌های جسمانی، اختلال درکارکردهای اجتماعی و افسردگی از نظر آماری تفاوت معناداری وجود ندارد. تنها در متغیر اضطراب و بی‌خوابی با توجه به آماره t مربوطه (t= ۲/۱۵۴) فرض صفر رد می‌شود؛ لذا با اطمینان ۹۵درصد می‌توان نتیجه گرفت که بین معلمان زن و مرد از نظر اضطراب و بی‌خوابی به گونهٔ معناداری (P<۰/۰۵) تفاوت وجود دارد و معلمان زن نسبت به معلمان مرد اضطراب و بی‌خوابی بالاتری داشته‌اند. همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد که معلمان گروه نمونه از سطح خودکارآمدی و حمایت اجتماعی متوسطی برخوردار بوده‌اند و در متغیرهای نشانه‌های جسمانی، اختلال درکارکردهای اجتماعی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی نمرات نسبتاً پایینی کسب کرده‌اند. به عبارتی می‌توان گفت که از نظر سلامت روان در وضعیت مناسبی قرار دارند.



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

جدول۲- نتایج آزمون t برای مقایسه میزان خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و سلامت روان در بین معلمان دوره ابتدایی و متوسطه

| متغیر | مقطع تحصیلی | میانگین | انحراف استاندارد | خطای استاندارد میانگین | T | درجه آزادی | تفاوت میانگین | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| خودکارآمدی | دبستان | ۶۵/۴۸ | ۷/۳۰ | ۰/۴۶۴ | ۰/۳۰۲ | ۴۴۵ | ۰/۲۱۱ | ۰/۷۶۳ |
| | دبیرستان | ۶۵/۲۷ | ۷/۴۵ | ۰/۵۲۶ | | | | |
| حمایت اجتماعی | دبستان | ۱۶/۷۱ | ۲/۳۹ | ۰/۱۵۲ | ۰/۲۲۹ | ۴۴۵ | ۰/۰۵۲ | ۰/۸۱۹ |
| | دبیرستان | ۱۶/ ۶۶ | ۲/۴۲ | ۰/۱۷۱ | | | | |
| نشانه‌های جسمانی | دبستان | ۵/۳۱ | ۳/۷۱ | ۰/۲۳۶ | ۱/۸۶ | ۴۴۵ | -/۶۸۵ | ۰/۰۶۳ |
| | دبیرستان | ۴/۰۵ | ۴/۰۵ | ۰/۲۸۶ | | | | |
| اضطراب‌و بی‌خوابی | دبستان | ۵/۲۷ | ۴/۰۲ | ۰/۲۵۵ | -/۹۶۰ | ۴۴۵ | ۰/۴۰۵ | ۰/۳۳۸ |
| | دبیرستان | ۴/۰۵ | ۴/۰۵ | ۰/۲۸۶ | | | | |
| اختلال‌در کارکردهای اجتماعی | دبستان | ۵/۸۹ | ۴/۷۰ | ۰/۲۹۹ | ۰/۰۶۳ | ۴۴۵ | ۰/۰۲۹ | ۰/۹۴۹ |
| | دبیرستان | ۵/۸۶ | ۵/۱۸ | ۰/۳۶۶ | | | | |
| افسردگی | دبستان | ۲/۵۴ | ۳/۸۱ | ۰/۲۴۲ | -/۲۵۶ | ۴۴۵ | -/۰۹۷ | ۰/۷۹۸ |
| | دبیرستان | ۲/۶۴ | ۴/۲۱ | ۰/۲۹۷ | | | | |

همان‌طوری که در جدول۲ مشاهده می‌شود در مقدار میانگین و انحراف استانداردِ متغیرهای پژوهش، در بین دوگروه نمونهٔ معلمان دورهٔ ابتدایی و متوسطه، تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج حاصله نشان می‌دهد، با توجه به آماره t متغیرها و سطح معناداری، بین معلمان دورهٔ ابتدایی و متوسطه درمتغیرهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی از نظر آماری تفاوت معناداری وجود ندارد.



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

جدول۳- مقادیرتحلیل رگرسیون برای متغیرهای سلامت روان، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در بین معلمان

| متغیر وابسته | متغیر پیش‌بین | R | B | β | E .DTS | T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سلامت روان | خودکارآمدی | -/۳۶۶ | -/۶۸۱ | -/۳۴۵ | ۰/۰۸۷ | -۷/۸۱ | ** ۰/۰۰۱ |
| | حمایت اجتماعی | -/۱۸۹ | -/۸۲۳ | -/۱۳۷ | ۰/۲۶۶ | -۳/۰۹ | ** ۰/۰۰۲ |

همان طور که در جدول۳ مشاهده می‌شود ضریب رگرسیون استانداردشده متغیر پیش‌بین(β= -/۳۴۵) با توجه به آماره t آن متغیر(t =-۷/۸۱) نشان می‌دهد که متغیر خودکارآمدی می‌تواند سلامت روان را به گونه‌ای معنادار(P<۰/۰۰۱) در بین معلمان تبیین و پیش‌بینی کند. لذا بین متغیر خودکارآمدی با شدت نشانه‌های روانی رابطهٔ منفی معناداری وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت بین خودکارآمدی و سلامت روان در بین معلمان رابطهٔ مثبت معناداری وجود دارد. همچنین ضریب رگرسیون استاندارد شدهٔ متغیر حمایت اجتماعی (β= -/۱۳۷) با توجه به آماره t آن متغیر(t= -۳/۰۹ )، نشان می‌دهد که این متغیر می‌تواند سلامت روان را به گونه‌ای معنادار(P<۰/۰۰۲) تبیین و با اطمینان ۹۹درصد تغییرات مربوط به سلامت روان را در بین معلمان پیش‌بینی کند. لذا بین متغیر حمایت اجتماعی و شدت نشانه‌های روانی، رابطهٔ منفی معناداری وجود دارد، به عبارتی می‌توان گفت بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در بین معلمان رابطهٔ مثبت معناداری وجود دارد.

جدول ۴- میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی بین متغیرهای مشاهده شده مدل سلامت روان

| متغیرهای مشاهده شده | M | DS | R۱ | R۲ | R۳ |
|---|---|---|---|---|---|
| اختلال روانی | ۱۹/۵۵ | ۱۴/۵۲ | ۱ | | |
| خودکارآمدی | ۶۵/۳۸ | ۷/۳۶ | -/۳۶۶ | ۱ | |
| حمایت اجتماعی | ۱۶/۶۸ | ۲/۴۰ | -/۱۸۹ | ۰/۱۵۱ | ۱ |

همان‌طوری که در جدول۴ ملاحظه می‌شود متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی، با اختلال روانی رابطهٔ منفی دارند و برعکس با سلامت روان رابطهٔ مثبتی دارند. براساس شاخص های برازش به دست آمده از مدل به نظر می رسد این مدل از برازش خوبی در داده‌ها برخوردار است. (AGFI=۰/۵۶، GFI =۰/۹۳، NNFI=-۰/۶۱، NFI=۰/۳۳، RMSEA=۰/۳۴، ۲۸/۵۲=نسبت خی دو به درجه آزادی).



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

همان‌طوری که در نمودار ۱ و ۲ مشاهده می‌شود متغیر حمایت اجتماعی رابطهٔ معناداری با خودکارآمدی و سلامت روان دارد و با توجه به ضریب مسیر، مقدارt و شاخص‌های کلی برازش، می‌تواند رابطهٔ بین خودکارآمدی را با سلامت روان میانجی‌گری کند. لذا مدل مفهومی سلامت روان به دلیل اینکه از برازش قابل قبولی برخوردار بود، تأیید شد. همچنین مسیر مستقیم خودکارآمدی به سلامت روان با توجه به ضریب مسیر و مقدار t به لحاظ آماری معنادار است. با توجه به رابطهٔ معنادار و مستقیم متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با سلامت روان، می‌توان گفت که مدل در سه مسیر خودکارآمدی به سلامت روان، خودکارآمدی به حمایت اجتماعی و حمایت اجتماعی به سلامت روان، برازش دارد. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که متغیر خودکارآمدی هم اثر مستقیمی بر سلامت روان دارد و هم به‌واسطهٔ حمایت اجتماعی، می‌تواند رابطهٔ غیرمستقیمی با سلامت روان داشته باشد که در رابطهٔ غیرمستقیم ۱۵درصد از واریانس سلامت روان معلمان را تبیین و پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۵- مقادیر تحلیل رگرسیون برای متغیرهای سلامت روان و عوامل جمعیت‌شناختی

| متغیر وابسته | متغیر پیش‌بین | R | R 2 | B | β | TS E.D | T | F | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نشانه‌های جسمانی | جنسیت | ۰/۰۰۹ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۷۶ | ۰/۰۱۰ | ۰/۳۷۱ | ۰/۲۰۴ | ۰/۲۲۸ | ۰/۸۳۸ |
| | سن | -/۰۲۵ | | -/۰۲۴ | -/۰۴۳ | ۰/۰۳۲ | -/۷۶۷ | | ۰/۴۴۴ |
| | سابقه خدمت | ۰/۰۱۱ | | ۰/۱۷۴ | ۰/۰۳۴ | ۰/۲۸۶ | ۰/۶۱۰ | | ۰/۵۴۲ |
| اضطراب و بی خوابی | جنسیت | -/۱۰۲ | ۰/۰۱۲ | -/۹۲۴ | -/۱۰۴ | ۰/۴۲۳ | -۲/۱۸۶ | ۱/۷۸۸ | *۰/۰۲۹ |
| | سن | -/۰۳۶ | | -/۰۲۵ | -/۰۳۸ | ۰/۰۳۶ | -/۶۹۱ | | ۰/۴۹۰ |
| | سابقه خدمت | -/۰۱۶ | | -/۰۲۵ | -/۰۰۴ | ۰/۳۲۵ | -/۰۷۷ | | ۰/۹۳۹ |
| اختلال در کارکردهای اجتماعی | جنسیت | ۰/۰۰۹ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۷۹ | ۰/۰۰۸ | ۰/۴۷۱ | ۰/۱۶۸ | ۰/۲۲۲ | ۰/۸۶۷ |
| | سن | ۰/۰۲۳ | | ۰/۰۳۰ | ۰/۰۴۱ | ۰/۰۴۰ | ۰/۷۴۴ | | ۰/۴۵۷ |
| | سابقه خدمت | -/۰۱۴ | | -/۲۲۹ | -/۰۳۵ | ۰/۳۶۲ | -/۶۲۴ | | ۰/۵۳۳ |
| افسردگی | جنسیت | ۰/۰۴۸ | ۰/۰۰۵ | -/۴۱۱ | -/۰۵۱ | ۰/۳۸۱ | -۱/۰۷۹ | ۰/۶۹۰ | ۰/۲۸۱ |
| | سن | -/۰۳۳ | | -/۰۰۸ | -/۰۱۴ | ۰/۰۳۲ | -/۲۵۴ | | ۰/۸۰ |
| | سابقه خدمت | -/۰۴۴ | | -/۲۱۱ | -/۰۴۰ | ۰/۲۹۳ | -/۷۲۱ | | ۰/۴۷۱ |

همچنان که داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد بین متغیرهای نشانه‌هایِ جسمانی با جنسیت، سن و سابقهٔ خدمت در میان معلمان با توجه به ضریب رگرسیون استانداردشده و آمارهٔt آن متغیرها از نظر آماری رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین ضریب رگرسیون استاندارد شده متغیر جنسیت (β= -/۱۰۴) با توجه به آمارهٔt مربوط به آن (t= -۲/۱۸۶) نشان می‌دهد که این متغیر می‌تواند تغییرات مربوط به اضطراب و بی‌خوابی را به گونه‌ای معنادار (P<۰/۰۵) در بین معلمان تبیین نموده و با اطمینان ۹۵درصد پیش‌بینی کند. ولی بین متغیرهای سن و سابقهٔ خدمت با اضطراب و بی‌خوابی، با توجه به ضریب رگرسیون استانداردشده و آمارهٔt آن متغیرها از نظر آماری رابطه معناداری وجود ندارد. همان‌طوری که در جدول فوق مشاهده می‌شود با توجه به آمارهٔt مربوط به متغیرهای جنسیت (t= ۰/۱۶۸)، سن (t =۰/۷۴۴) و سابقه خدمت (t = -/۶۲۴) می‌توان نتیجه گرفت که آن‌ها نمی‌توانند تغییرات اختلال در کارکردهای اجتماعی را به گونه‌ای معنادار تبیین کنند و ضرایب رگرسیون استانداردشده



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

آن متغیرها نیز نشان می‌دهد که این متغیرها نمی‌توانند تغییرات مربوط به اختلال در کارکردهای اجتماعی را در بین معلمان پیش‌بینی کنند. بر اساس داده‌های جدول با توجه به آمارهٔt مربوط به متغیرهای جنسیت(t= -۱/۰۷۹)، سن(t = -/۲۵۴) و سابقهٔ خدمت (t = -/۷۲۱) و ضرایب رگرسیون استانداردشدهٔ آن متغیرها، می‌توان نتیجه گرفت که آن‌ها نمی‌توانند تغییرات مربوط به افسردگی را به گونه‌ای معنادار تبیین نموده و در بین معلمان پیش‌بینی کنند.

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نقش و جایگاه والای معلم در تعلیم و تربیت دانش‌آموزان، همان‌طور که در سند تحول بنیادین آموزش و پرورش جمهوری اسلامی ایران از وی به عنوان هدایت‌کننده و اسوه‌ای امین و بصیر در فرآیند تعلیم و تربیت یاد می‌شود، بی‌تردید صلاحیت‌های حرفه‌ای، شخصیتی و میزان سلامت روان وی، در امر تعلیم‌وتربیت دانش‌آموزان یکی از مؤلفه‌های اصلی و تأثیرگذار محسوب می‌شود. بنابراین بررسی سلامت روان معلم به عنوان مهمترین شاخص صلاحیت شخصیتی وی، به دلیل نقش به‌سزایی که در سلامت روان دانش‌آموزان ایفا می‌کند، ضرورتی انکارناپذیر است. در سال‌های اخیر موضوع سلامت روان معلمان و تأثیر استرس شغلی بر آن، توجه روزافزونی در کشورهای مختلف به خود جلب کرده است. به طور گسترده‌ای معلمان و کسانی که درباره رفتار آن‌ها مطالعه می‌کنند معتقدند که تدریس شغل بسیار استرس-زایی است و معلمان از مشکلات سلامت‌روان بیشتری نسبت به کارکنان سایر مشاغل رنج می‌برند. خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در میان متغیرهای مختلف از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی افراد به شمار می‌آید. برخی از پژوهشگران (بندورا، ۱۹۹۹ ؛ موریس[1]،۲۰۰۲؛ ملک محمدی، ۱۳۸۸) در طی پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده‌اند که سلامت روان با خودکارآمدی همبستگی مثبت و معناداری دارد. یافته‌های پژوهشی سیوکاچینگ و استفان(۲۰۰۰، به نقل از علی نیاکروئی، ۱۳۸۲) نیز حاکی از آن است که افزایش خودکارآمدی بهبود سلامت روان را به دنبال دارد. این پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که از جمله روش‌هایی که می‌توان از طریق آن به افرادی که از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند، کمک کرد، افزایش خودکارآمدی و فراهم نمودن محیط اجتماعی‌ای است که از آن‌ها حمایت کند. حمایت‌اجتماعی ارتباط زیادی با سلامت‌روان دارد، به‌طوری که نتایج پژوهش‌های کاستنر،کورنمان و اونیل[2](۲۰۰۳)، اسماعیلی ریاحی، علی‌وردی‌نیا و پورحسین(۱۳۸۷)، میرسمیعی و ابراهیمی قوام(۱۳۸۶) و میرزابیگی(۱۳۹۱) نشان می‌دهد، موجب ارتقای سلامت روان افراد می‌شود و هر چه شبکهٔ اجتماعی افراد گسترده‌تر باشد از سلامت روان بیشتری برخوردار خواهند بود. هدف اصلی پژوهش حاضر پیش‌بینی سلامت روان معلمان بر اساس خودکارآمدی و با میانجی‌گری حمایت اجتماعی بوده است. بر این اساس، فرضیه‌هایی طرح گردید که پژوهشگر با جمع‌آوری داده‌ها به آزمون آن‌ها پرداخته است. در این بخش به تبیین یافته‌های حاصله، نتیجه‌گیری و همچنین میزان هماهنگی و همخوانی نتایج با یافته‌های سایر پژوهشگران دراین زمینه، می‌پردازیم.

نتایج تحلیل مسیر نشان داد که بین متغیر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در بین معلمان رابطهٔ معناداری وجود دارد و متغیر حمایت اجتماعی می‌تواند رابطهٔ بین خودکارآمدی با سلامت روان را در بین معلمان میانجی‌گری کند. با توجه به رابطهٔ معنادار و مستقیم بین متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با سلامت روان، می‌توان گفت که مدل در سه مسیر خودکارآمدی به سلامت روان، خودکارآمدی به حمایت اجتماعی و حمایت اجتماعی به سلامت روان برازش دارد. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که متغیر خودکارآمدی هم اثر مستقیمی بر روی سلامت روان دارد و هم به‌واسطهٔ حمایت اجتماعی

1Muris

2Kaestner, R., Korenman, S., & O'Neill, J



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

می‌تواند رابطهٔ غیرمستقیمی با سلامت روان داشته باشد که در رابطهٔ غیرمستقیم ۱۵درصد از واریانس سلامت روان معلمان را تبیین و پیش‌بینی می‌نماید. یافته‌های حاصله با یافته‌های پژوهش میرسمیعی و ابراهیمی قوام (۱۳۸۶)، علی‌نیاکروئی (۱۳۸۲)، میرزابیگی، (۱۳۹۱) بارلو( ۲۰۰۲) و رایان و دسی[1](۲۰۰۶)، که نشان داده‌اند بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با سلامت روان رابطهٔ مثبتی وجود دارد، هماهنگی و همخوانی دارد. همچنین با یافتهٔ پژوهش بورلی و همکاران[2](۲۰۱۴)، مرادی و چراغی (۱۳۹۴) که نشان داده‌اند، حمایت‌های اجتماعی اثر مستقیم بر بهزیستیِ روان‌شناختی و افسردگی دارد، همخوانی دارد. به علاوه با نتایج پژوهش پاجارز و شانک[3] (۲۰۰۲ )، ونگ، هال و رحیمی[4](۲۰۱۵) که نشان دادند احساس خودکارآمدی بالا، سلامت روان و توانایی انجام کارها را افزایش داده و افراد را در برابر استرس‌های شغلی مقاوم‌تر می‌کند، هماهنگی و همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد از آنجایی که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی، سلامت روان و توانایی انجام کارها را افزایش داده و افراد را در برابر استرس‌های شغلی مقاوم‌تر می‌کند؛ لذا رابطهٔ منفی بین این دو متغیر با علائم اختلال روانی مورد انتظار بوده و می‌توان گفت که آن‌ها می‌توانند سلامت روان را در بین معلمان تبیین و پیش‌بینی نمایند. علاوه بر این از آنجایی که خودکارآمدی بالا، احساس کارآیی شغلی را در فرد افزایش می‌دهد، این احساس به نوبهٔ خود موجب تقویت اعتمادبه‌نفس و کاهش اضطراب در انجام فعالیت‌های شغلی می‌شود.

یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که میان معلمان زن و مرد در متغیرهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی از نظر آماری تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش دودانگه (۱۳۸۴)، نوریان نجف‌آبادی و جهانگیر(۱۳۹۰) که نشان دادند تفاوت معناداری بین میزان سلامت روانی معلمان زن و مرد وجود ندارد، هماهنگی و همخوانی دارد. اما تنها در متغیر اضطراب و بی‌خوابی فرضِ صفر، رد می‌شود. لذا می‌توان نتیجه گرفت که بین معلمان زن و مرد از نظر اضطراب و بی‌خوابی به گونهٔ معناداری تفاوت وجود دارد؛ به صورتی که میزان اضطراب و بی‌خوابی معلمان زن بیشتر از معلمان مرد بوده است. همچنین با یافتهٔ پژوهش میرسمیعی و ابراهیمی قوام (۱۳۸۶) که نشان دادند بین میانگین‌های خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در دو گروه دانشجویان دختر و پسر تفاوتی وجود ندارد، همخوانی دارد. در تبیین این یافتهٔ پژوهشی می‌توان گفت از آنجایی که متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی از ویژگی‌هایی هستند که جنسیت در آنها تأثیری ندارد، لذا نمی‌توان انتظار داشت که بین معلمان زن و مرد از نظر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشته باشد. همان‌طور متغیرهای نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی از خرده‌مقیاس‌های اختلال روانی محسوب می‌شوند که جنسیت در آنها تأثیری ندارد؛ ولی از آنجایی که زنان اضطراب بیشتری را نسبت به مردان تجربه می‌کنند، اضطراب و بی‌خوابی در بین معلمان زن بیشتر از معلمان مرد بوده است. همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد که معلمان گروه نمونه از سطح خودکارآمدی و حمایت اجتماعی متوسطی برخوردار بوده و در متغیرهای نشانه-های جسمانی، اختلال درکارکردهای اجتماعی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی، نمرات نسبتاً پایینی کسب کرده‌اند. به عبارتی می‌توان گفت که معلمان گروه نمونه از نظر سلامت روان در وضعیت مناسبی قرار دارند.

یافته‌ها نشان داد که بین جنسیت، سن و سابقهٔ خدمت با نشانه‌های جسمانی در میان معلمان، از نظر آماری رابطهٔ معناداری وجود ندارد. همچنین بین سن و سابقهٔ خدمت با اضطراب و بی‌خوابی در بین معلمان رابطهٔ معناداری وجود ندارد؛ ولی بین جنسیت و اضطراب و بی‌خوابی از نظر

1Ryan, R.M. & Deci, E.l.
2Borrelli and et al.
3Pajares & Shunk
4Wang. H, Hall.N, & Rahimi. S



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

آماری رابطهٔ معناداری وجود دارد به‌طوری که نتایج نشان می‌دهد میزان اضطراب و بی‌خوابی معلمان زن بیشتر از معلمان مرد بوده است. لذا با اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که می‌تواند آن تغییرات اضطراب و بی‌خوابی را در میان معلمان به گونه‌ای معنادار تبیین و پیش‌بینی نماید. بین متغیرهای سن، جنسیت و سابقهٔ خدمت با اختلال در کارکردهای اجتماعی در بین معلمان رابطهٔ معناداری وجود ندارد. یافته‌های تحلیل رگرسیون نشان داد که تغییرات مربوط به اختلال در کارکردهای اجتماعی را نمی‌توان براساس عوامل جمعیت‌شناختی در بین معلمان تبیین و پیش‌بینی کرد.

همچنین بر اساس نتایج حاصله، بین متغیرهای جنسیت، سن و سابقهٔ خدمت با افسردگی، از نظر آماری رابطهٔ معناداری وجود ندارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آنها نمی‌توانند تغییرات مربوط به افسردگی را به گونه‌ای معنادار تبیین نموده و در بین معلمان پیش‌بینی نمایند. این یافتهٔ پژوهش با یافته‌های پژوهش جانیس تانگ و همکاران(۲۰۱۳ )، سیبت و همکاران[2](۲۰۱۳)، نظرپور صمصامی(۱۳۸۵)، مهری (۱۳۹۰) و خاری آرانی و همکاران (۱۳۹۲) که نشان دادند بین متغیرهای زمینه‌ایِ سن، جنس، و سابقهٔ خدمت با سلامت روانی معلمان رابطه معناداری وجود ندارد، هماهنگی و همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان عنوان کرد که عوامل جمعیت‌شناختی مانند جنسیت، سن و سابقهٔ خدمت در بین معلمان به خودی خود نمی‌توانند باعث بوجود آمدن اختلال روانی شوند و احتمالاً همراه با سایر عوامل روان‌شناختی یا زیستی ممکن است شدت نشانه‌های اختلال روانی را کمتر یا بیشتر کنند؛ به‌طوری که نتایج برخی از تحقیقات انجام‌شده نیز نشان می‌دهد متغیرهای سن، جنسیت و سابقهٔ خدمت با سلامت روان معلمان رابطهٔ معناداری ندارند. اما متغیر اضطراب و بی‌خوابی با متغیر جنسیت رابطهٔ معناداری دارد و آن به احتمال زیاد مربوط به این می‌شود که اضطراب جز متغیرهای وابسته به جنسیت تلقی می‌شود. به‌طوری‌که نتایج برخی از پژوهش-ها نیز نشان می‌دهد اضطراب و بی‌خوابی در بین زنان بیشتر از مردان بوده است.

همچنین نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بین معلمان دورهٔ ابتدایی و متوسطه در متغیرهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی، از نظر آماری، تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافتهٔ پژوهش با یافتهٔ پژوهش دودانگه(۱۳۸۴) که نشان داد سطح سلامت روانی معلمان در مقاطع تحصیلی متفاوت است و معلمان شاغل در مقطع ابتدایی از پایین-ترین سطح سلامت روانی و معلمان مقطع متوسطه از بالاترین سطح سلامت روانی برخوردارند، همخوانی ندارد. همچنین با یافته‌های پژوهش کلاسن و چی[3](۲۰۱۲) که نشان دادند، معلمانی که در دورهٔ دبستان تدریس می‌کنند، سطح بالاتری از خودکارآمدی در عامل مدیریت کلاس، و درگیری با دانش‌آموزان دارند، همخوانی ندارد. در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد که متفاوت بودن ویژگی‌های جامعهٔ آماری پژوهش‌ها، می‌تواند نتایج پژوهشی متفاوتی به دنبال داشته باشد. همچنین در پژوهش کلاسن و چی احتمالاً به دلیل این‌که از ابزار ویژهٔ خودکارآمدی معلمان در فرایند تدریس استفاده شده است، نتایج متفاوت از نتایج پژوهش حاضر که از ابزار خودکارآمدی عمومی بهره گرفته شده، حاصل شده است.

نتایج پژوهش حاضر بیانگر وجود همبستگی منفی بین متغیرهای خودکارآمدی با نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی است. به عبارتی معلمانی که به توانایی‌های خود در تدریس و ادارهٔ کلاس درس و همچنین هدایت دانش-آموزان باور دارند، کمتر علائم نشانه‌های روانی را نشان داده و برعکس از سلامت روان بالاتری برخوردارند. همان‌طور وجود همبستگی منفی بین حمایت اجتماعی با

1Janistang, J., Leca, S., & Mclenan, S
2Seibt, R., Spitzer, S., Druschke, D., Scheuch, K & Hinz,
3Klassen, R.M and Chiu, M. M.



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی نشانگر آن است معلمانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند از سلامت روان بهتری برخوردارند و نشانه‌های روانی کمتری از خود نشان می‌دهند. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی می‌توانند تا اندازه‌ای سلامت روان معلمان را پیش‌بینی کنند.

با عنایت به این که پژوهش حاضر در بین نمونه‌ای از معلمان تهرانی انجام گرفته است، به همه معلمان کشور قابل تعمیم نیست. از این نظر با محدودیت همراه است. همچنین یافته‌های این مطالعه همچون بسیاری از مطالعات دیگر به دلیل استفاده از ابزارهای خودگزارشی، به جای مطالعهٔ رفتار واقعی، ممکن است مشارکت‌کنندگان ترغیب کند تا از شیوه‌های مبتنی بر کسب تأیید اجتماعی و اجتناب از بدنامی مربوط به عدم کفایت فردی، استفاده کنند. به بیان دیگر، به‌منظور تأیید مقیاس‌های خودگزارشی از مشاهدهٔ رفتاری و دیگر شاخص‌های بالینی استفاده نشد. از این لحاظ نیز با محدودیت همراه است.

براساس یافته‌های حاصله پیشنهاد می‌گردد: ۱. وزارت آموزش‌وپرورش از طریق به‌کارگیری روش‌های حمایتی (مالی، اداری، قضایی) از معلمان، از میزان استرس‌های ایشان کاسته و بدان وسیله زمینهٔ ارتقای سطح سلامت روان آن‌ها را فراهم کند. ۲. بر اساس نتایج پژوهش حاضر خودکارآمدی تأثیر قابل‌توجهی بر سلامت روان معلمان دارد؛ لذا وزارت آموزش‌وپرورش با همکاری دانشگاه فرهنگیان و دانشکده‌های علوم تربیتی و روان‌شناسی می‌توانند از طریق برگزاری دوره‌های دانش‌افزایی، خودکارآمدی معلمان را افزایش دهد، تا از طریق افزایش خودکارآمدی و فراهم کردن یک محیط اجتماعی حمایت‌کننده، بتوان اضطراب و افسردگی را در بین آنها کاهش داد. ۳. براساس نظرات بسیاری از صاحب‌نظران علوم اجتماعی، شغل معلمی از مشاغل سخت و دشوار محسوب می‌شود که مستلزم مقابلهٔ قابل توجه با شماری از آسیب‌های روانی و اجتماعی است. لذا پیشنهاد می‌شود به‌منظور پیشگیری از بروز اختلالات روانی در بین معلمان، در دورهٔ تربیت معلم پودمان، مهارت‌های زندگی (توسط مشاوران مجرب و ماهر) در قالب برنامه‌های فرهنگی به ایشان ارائه گردد.

## منابع


Ahmadi, A. (2001). *the status of self-concept in high school students and its relationship with perceived social support at school*. Research report, the Department of Education of Tehran city. [persian]

Ali Pour, A. (2006). Relationship between Social support and immune parameters in healthy subjects: a review of the overall impact. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (thought and behavior), 12(4), 134-139. [Persian]

Alinia keroei, R. (2003). *The relationship between general self-efficacy and mental health of theSharyar city's high school third grade students*. Master's Thesis, University of Allameh Tabatabai. [Persian]

Arabyan H, Khodapanahi MK, Sedghpour S. (2004). Examine the relationship between self-efficacy and mental health and academic achievement. *Psychology Quarterly*, 8(4),12-24. [Persian]

Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. *Self-efficacy: Thought control of action, 2*.

Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. *Handbook of personality: Theory and research*, 154-196.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, *5*(307-337).

Barlow, J. H., Cullen, L. A., & Rowe, I. F. (2002). Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient education and counseling*, *46*(1), 11-19.

Bayani. A., Khochaki. M., and Ashori.M (2007). Mental health status of teachers in Golestan province. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 22, 54-68. [persian]




[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]

[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

Khodabande, Z. (2012). Evaluate the effectiveness of reminiscence on reducing loneliness and increasing social sup port for elderly Mazandaran province. Master's thesis, Tehran, Allameh Tabatabaei University. [Persian]

Klassen, R. M., & Chiu, M. M. (2010). Effects on teachers' self-efficacy and job satisfaction: Teacher gender, years of experience, and job stress. *Journal of educational Psychology*, *102*(3), 741.

Maddux, J. E. (2002). The power of believing you can. Handbook of positive psychology, Newyork, Oxford University press.

Malek Mohammadi, A. (2009). *Relationship drowning in work, mental health and self-efficacy*. Master's thesis, University of Allameh Tabatabai. [Persian]

Mehri, A. (2011). *Evaluation of the impact the Social capital on mental health and social health teachers in Hamadan*, Master's thesis, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabaei University. [Persian]

MirSamii, M., and Ebrahimi ghavam, S. (2007). The relationship between self-efficacy, social support and test anxiety and mental health of male and female students of Allameh Tabatabai University. *Quarterly of Psychology and ducation*, Allameh Tabatabai University, 7, 56-73. [Persian]

Mirzabeygi, G. (2012). *Development the mental health model based on individual factors and socio-familial for payamnoor Gorgan`s university students*. Master's thesis, University of Allameh Tabatabai. [Persian]

Moradi, M., and Cheraghi, A. (2015). The relationship between social support and psychological well-being and depression: the mediating role of self-esteem and psychological basic needs. *Journal of Developmental Psychology*, 43, 297. [Persian]

Mo'tamedi, F. (2007). *Self- efficacy and mental health in normal and gifted students*. Master's thesis, Tehran University. [Persian]

Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and individual differences*, *32*(2), 337-348.

Nabavi, Seyed Sadegh. (2011). Study of teacher training position in educational systems. Higher

Bohart, A. C. (1999). Intuition and creativity in psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, *12*(4), 287-311.

Borrelli, I., Benevene, P., Fiorilli, C., D'amelio, F., & Pozzi, G. (2014). Working conditions and mental health in teachers: a preliminary study. *Occupational medicine*, *64*(7), 530-532.

Claro, S., & Bedregal, P. (2003). Mental health status of teachers in 12 schools of Puente Alto, Santiago, Chile. *Revista medica de Chile*, *131*(2), 159-167.

Dodangeh, Mohammad. (2005). *Evaluation of teachers' Mental Health in Qazvin province compared to other government employees*. research report, Qazvin Province Department of Education, Institute of Education Studies. [Persian]

EhteshamiTabar, A., Moradi, A., and Shararai, M. (2006). The effectiveness of planned strategies nervous Verbal on public health and academic motivation. *Psychology Quarterly*,10 year, Issue 1, 30-40.[persian]

Fathi Ashtiani, A., and Dastani, M. (2009). *Psychological tests*, Tehran, publisher of Besat. [Persian]

Hamranová, A. (2015). Content Analysis of Selected Slovak Educational Journals Focusing on the Issue of Teacher's Mental Health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *174*, 2538-2542.

Hylgard, E., Atkinson, R., and Atkinson, R. (1983). *Introduction of Psychology*, translated by Mohammad Naghi Baraheni and colleagues (2001), Volume II, Tehran, publisher of Roshd. [Persian]

Janistang, J., Leca, S., & Mclenan, S.(2013). International Archives of Occupational and Environmental Health. 86(6), 657-666.

Kaestner, R., Korenman, S., & O'Neill, J. (2003). Has welfare reform changed teenage behaviors? *Journal of Policy Analysis and Management*, *22*(2), 225-248.

Karabiyik, B., & Korumaz, M. (2014). Relationship between teacher's self-efficacy perceptions and job satisfaction level. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *116*, 826-830.

KariArani. M., Asayesh. H., & Ali Akbarzadeh, Z., and Zaresarvi, A. (2013). Mental health normal school teachers with teachers of exceptional students, *Journal of Nursing and Midwifery in Orumia* , 12, 955. [Persian]



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]

[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]

Van Droogenbroeck, F., & Spruyt, B. (2015). Do teachers have worse mental health? Review of the existing comparative research and results from the Belgian Health Interview Survey. *Teaching and Teacher Education*, *51*, 88-100.

Wang, H., Hall, N. C., & Rahimi, S. (2015). Self-efficacy and causal attributions in teachers: Effects on burnout, job satisfaction, illness, and quitting intentions. *Teaching and Teacher Education*, *47*, 120-130.

Zargarnataj, S. T. (2009). *Investigate the relationship between social support and mental health and academic achievement among 17-15 year-old girls in Babol city*. Master Thesis, University of Allameh Tabatabai. [Persian]

Zimmerman, B. J., & Cleary, T. J. (2006). Adolescents' development of personal agency: The role of self-efficacy beliefs and self-regulatory skill. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, *5*, 45-69.

Education Complex of Payambar Azam. Farhangian Research Center, 1, 45-39.

Nazarpoorsamsamy, p. (2006). The relationship between personality characteristics of teachers and job satisfaction in primary education, secondary and high schools in the city of Masjed Soleiman. *Journal of Research in educational planning*, 11, 121. [Persian]

NorianNajaf-Abadi, M. N. and Jahangir, N. (2011). The relationship between social trust and mental health of city teachers Tiran and Karvan, *Journal of Historical Sociology*, 3, 2, 45-57. [Persian]

Pajares, F., & Schunk, D. H. (2002). Self and self-belief in psychology and education: A historical perspective. *Improving academic achievement: Impact of psychological factors on education*, 3-21.

Pervin, L. A., Cervone, D., & Oliver, P. John. (2005). Personality: theory and research. Hoboken. Wiley International Education.

Pirkhaefi, A R.(2009) The Role of Creative Education to develop a model to predict and analyze mental health mental health variables based on creativity, self-efficacy and how to cope with stress. PhD thesis, Tehran, Allameh Tabatabaei University. [Persian]

Riahi, M. E., Pourhossein, Z., & Verdiniya, A. A. (1389). The relationship between social support and mental health. *Journal of Social Welfare*, 39, 85-121. [Persian]

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of personality*, *74*(6), 1557-1586.

Seibt, R., Spitzer, S., Druschke, D., Scheuch, K., & Hinz, A. (2013). Predictors of mental health in female teachers. *International journal of occupational medicine and environmental health*, *26*(6), 856-869.

Shah Bakhsh, A. (2011). *Review and compare the relationship between dimensions of perfectionism, social support, burnout among students with high and low levels of academic burnout*. Master's thesis, University of Allameh Tabatabai. [Persian]

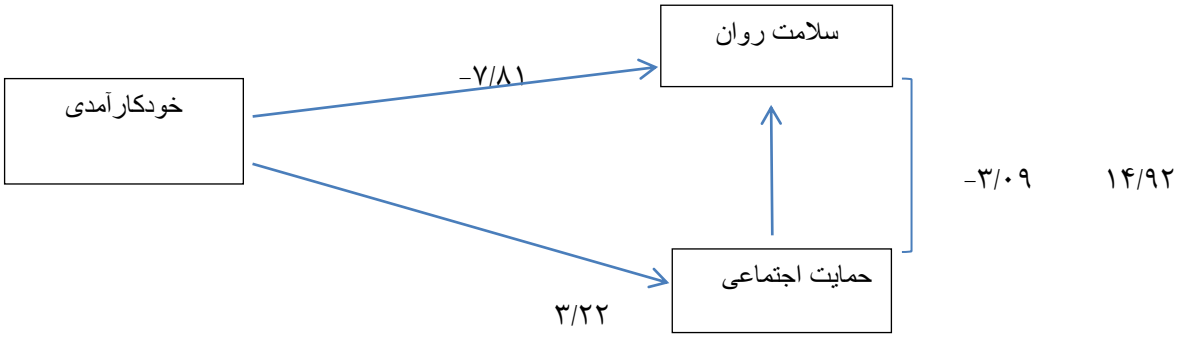
Shamloo, Saied. (1993). *Mental Health*, Tehran, publisher of Roshd. [Persian]



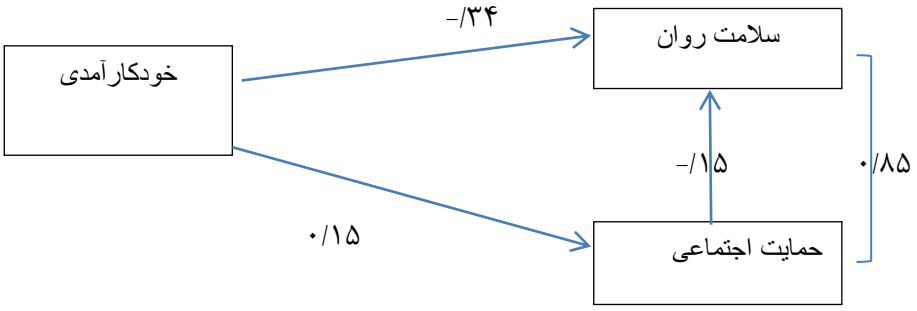
[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]

[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]




نمودار۱- مقادیر t تحلیل مسیر رابطه بین متغیرهای خودکارامدی و سلامت روان با میانجی‌گری حمایت اجتماعی




نمودار۲- مقادیر ضرایب مسیر رابطهٔ بین متغیرهای خودکارآمدی و سلامت روان با میانجی‌گری حمایت اجتماعی



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]
[ DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5 ]
[ DOI: 10.29252/rph.11.2.50 ]