

## پیش‌بینی اضطراب اجتماعی بر مبنای حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی در نوجوانان معلول جسمی - حرکتی

نگار فلامرزی<sup>۱</sup>، دیبا سیف<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۱۵

تاریخ صول: ۹۸/۰۵/۱۵

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف پیش‌بینی اضطراب اجتماعی بر مبنای حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی در نوجوانان معلول جسمی - حرکتی انجام شد. روش پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر و پسر معلول جسمی - حرکتی در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ در مقطع متوسطه‌ی اول و دوم شهرستان شیراز بودند. گروه نمونه شامل ۷۶ دانش‌آموز دختر و پسر معلول جسمی - حرکتی در مقطع متوسطه اول و دوم شهرستان شیراز است که به‌صورت هدفمند از مدارس واقع در ۴ ناحیه‌ی شهر شیراز انتخاب شدند. ابزار پژوهش، مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان لاجرسا (۱۹۹۹)، مقیاس حمایت اجتماعی (شربورن و استوارت، ۱۹۹۱) و مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی (گادیانو و هربرت، ۲۰۰۳) بود. داده‌ها با استفاده از SPSS، آزمون همبستگی و رگرسیون تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد از بین مؤلفه‌های خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی ( $r = 0/41, p < 0/01$ ) و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی با ترس از ارزیابی منفی رابطه معنی‌داری ( $r = -0/26, p < 0/01$ ) دارد. علاوه بر این، از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، حمایت هیجانی/اطلاع‌رسانی ( $r = -0/24, p < 0/01$ ) و حمایت مهربانی ( $r = -0/24, p < 0/01$ ) با اجتناب و اندوه عمومی رابطه معنی‌داری دارد. از بین مؤلفه‌های خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی ( $r = 0/32, p < 0/01$ ) و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی ( $r = -0/36, p < 0/01$ ) با اجتناب و اندوه در موقعیت‌های جدید رابطه معنی‌داری ندارد. همچنین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی با اجتناب و اندوه در موقعیت‌های جدید رابطه معنی‌داری دارد ( $r = 0/26, p <$

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

negar.fa@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

کنترل شناختی به طور معنی داری ترس از ارزیابی منفی ( $\beta=0/4$ ،  $p<0/01$ ) اجتناب و اندوه عمومی ( $\beta=0/27$ ،  $p<0/001$ ) و اضطراب و اندوه در موقعیت های جدید ( $\beta=0/27$ ،  $p<0/01$ ) را پیش بینی می کند. با توجه به رابطه منفی مؤلفه های حمایت اجتماعی، با اضطراب اجتماعی، پیشنهاد می شود که درمانگران و متخصصان حوزه بهداشت روان، به نقش این متغیر در مداخلات درمانی توجه بیشتری نشان دهند.

**واژگان کلیدی:** اضطراب اجتماعی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی، نوجوانان معلول جسمی-حرکتی

### مقدمه

معلولیت و پیامدهای منفی جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از آن، یکی از موانع رشد و توسعه کشور قلمداد می گردد. معلولیت، پدیده ای ناخواسته و ناگوار است که گروهی از انسان ها ممکن است به ناگزیر در بخشی از زندگی یا تمامی عمر خود به آن دچار گردند (سجادی و زنجری، ۱۳۹۴). افراد معلول دارای نقایص طولانی مدت فیزیکی، ذهنی یا حسی هستند، به این دلیل معلولان جسمی و حرکتی نیازمند توجه جدی تری می باشند (براون و ترمر، ۲۰۱۰). معلولان جسمی-حرکتی افرادی هستند که به دلایل مختلفی دارای ضعف، اختلال یا ناتوانی در سیستم حرکتی هستند و یا برای تحرک نیاز به وسایل کمکی دارند (کریمی درمنی، ۱۳۹۳). با توجه به پژوهش های انجام گرفته، معلولیت و ناتوانی جسمی سرچشمه مشکلات عاطفی زیادی است، که اثرات آن در اشکال مختلفی از جمله اضطراب نشان داده شده است (بقایی مقدم و همکاران، ۱۳۹۰؛ براون و ترمر، ۲۰۱۰). اضطراب پدیده ای طبیعی است و اکثر افراد آن را در مرحله ای از زندگی خود احساس می کنند. اضطراب پاسخی ضروری، عقلانی و حتی حیاتی به استرس است و فرد را به هنگام مواجهه با خطر، برای فعالیت و کنش آماده می کند (کندل و چانسکی، ۲۰۱۱). علی رغم طبیعی بودن اضطراب، برخی از افراد به هنگام حضور در موقعیت های اجتماعی ترس شان آن قدر شدید می شود که حتی در پیش بینی مواجه شدن با این موقعیت ها شدیداً مضطرب می شوند و از این موقعیت ها اجتناب می کنند، به این نوع اضطراب که بر عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی تأثیر منفی می گذارد، اضطراب اجتماعی می گویند (حاتم نژاد و همکاران، ۱۳۹۲). وجود اضطراب اجتماعی در یک کودک و نوجوان، وی را مستعد مشکلات

1. Brown & Tumer
2. Kendall & Chansky

طولانی مدت در حوزه‌های مختلف عملکرد می‌کند. اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً با اشکال آسیب‌های روانی همراه است (رحمانیان و همکاران، ۱۳۹۰). افراد معلول با چالش‌هایی در ارتباط با نیازهای مراقبتی برای سلامت خود و همچنین در ارتباط با فعالیت‌های اجتماعی در زندگی روزمره خود مواجه هستند، معلولیت نه تنها جسم افراد معلول را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه دیدگاه افراد جامعه را نسبت به آنان تحت تأثیر قرار می‌دهد (نوری، ۱۳۷۴). از بعد مراقبتی معلولیت جسمی محدودکننده‌ی حرکت یا تحرک فرد است، این نوع از معلولیت‌ها در دستگاه عصبی (مغز، نخاع و اعصاب) و در دستگاه عضلانی-اسکلتی بدن (ماهیچه‌ها، استخوان‌ها و مفاصل) تأثیر منفی به جای می‌گذارند (گنجی، ۱۳۹۴). از بعد اجتماعی تبعیض و نگرش‌های منفی به افراد معلول در بین متخصصین و عموم مردم وجود دارد (گزارش جهانی از معلولیت، ۲۰۱۱). از سوی دیگر نگرش و ادراک منفی افراد معلول در مورد خود و توانایی‌هایشان در مقایسه با افراد عادی بیانگر این اعتقاد است که آن‌ها توسط نیروهای خارجی و بیرونی کنترل می‌شوند، آن‌ها می‌اندیشند که وقایع به طور اتفاقی برای آن‌ها رخ می‌دهد و آن‌ها برای تغییر هر چیزی قادر به انجام کاری نمی‌باشند، به همین دلیل تعجب آور نیست که افراد معلول معمولاً بیشتر به دیگران متکی هستند، آن‌ها در تکالیفی که متضمن کلنجار است کمتر درگیر می‌شوند (حیدری و همکاران، ۱۳۸۹).

یکی دیگر از متغیرهایی که در این پژوهش مدنظر است، خودکارآمدی می‌باشد. احساس خودکارآمدی می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (رامبد و همکاران، ۱۳۸۷). طبق نظریه بندورا افرادی که اضطراب اجتماعی بالایی دارند، اغلب احساس می‌کنند که مهارت‌های ویژه و توانایی‌های لازم برای رفتار میان فردی را ندارند و چشم‌داشت کمی از موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی دارند (بندورا، ۱۹۹۹؛ نقل از وریسیمو، ۲۰۰۵). خودکارآمدی تغییری قابل پرورش و توسعه است و عوامل متعددی در افزایش خودکارآمدی می‌تواند نقش داشته باشد، در این میان حمایت اجتماعی از جمله متغیرهای مهمی است که مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. یافته‌های پژوهشی نشان داده است، که خانواده و محیط اجتماعی و به تبع آن حمایت اجتماعی، نقش مهمی در افزایش باور به خودکارآمدی ایفا می‌کند (وریسیمو، ۲۰۰۵). لذا، حمایت اجتماعی فرایندی است

1. World Health Organization
2. Bandura
3. Verissimo

که به‌وسیله‌ی آن باورهای افراد حمایت‌گر در مورد یک فرد به او منتقل می‌شود و بر خودکارآمدی وی تأثیر می‌گذارد (راگی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). حمایت اجتماعی یکی از عناصر مهمی است که به فرد کمک می‌کند تا عزت، اطمینان و کارایی وی افزایش یابد و فرد درک می‌کند که توسط دیگران پذیرفته‌شده است (هاگلند<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). فرصت دادن به افراد معلول برای کسب تجربه و رسیدن به یکپارچگی بالا مستلزم تحقیق و بررسی چگونگی درک این افراد از جهان اجتماعی‌شان و همچنین نوع حمایت از آن‌ها می‌باشد (ویلسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). در واقع، می‌توان حمایت اجتماعی را به‌عنوان قوی‌ترین منبع بیرونی برای خنثی کردن اضطراب قلمداد کرد که به فرد قدرتی جهت رویارویی با اضطراب‌ها را می‌دهد (علوی و جنتی فرد، ۱۳۹۱). به‌طور کلی، در زندگی اجتماعی سلامتی یک جنبه‌ی حیاتی در فرد و شرط لازم برای بر عهده گرفتن نقش‌های اجتماعی است، بیماری این شرط لازم را نقض می‌کند، در نتیجه حمایت اجتماعی می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در سلامت روان کودکان معلول باشد (هوگس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). در چندین پژوهش به بررسی رابطه اضطراب اجتماعی با خودکارآمدی اجتماعی و حمایت اجتماعی پرداخته شده است. نتایج پژوهش تمنائی فر و تولیت (۱۳۹۴) تحت عنوان پیش‌بینی اضطراب اجتماعی با توجه به صفات شخصیتی و خودکارآمدی، نشان داد که بین صفات شخصیتی و خودکارآمدی با اضطراب اجتماعی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که خودکارآمدی، پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی‌تری برای اضطراب اجتماعی است. در پژوهشی که توسط رئوفی، ترخان و قربان‌شیرودی (۱۳۹۱) با عنوان رابطه‌ی بین سوگیری توجه و خودکارآمدی اجتماعی با اضطراب اجتماعی انجام شد که نتایج نشان داد که بین اضطراب اجتماعی با سوگیری توجه رابطه‌ی مثبت معنی‌دار و با خودکارآمدی اجتماعی رابطه‌ی منفی معنی‌دار وجود دارد. همچنین، کورنمان و جنیفر<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت روان از جمله اضطراب پرداخته‌اند و تأثیر آشکار حمایت اجتماعی بر سلامتی و آسایش روانی را تأیید کرده‌اند. به‌طور کلی طبق پژوهش‌های کلارک و آرکوویتاس<sup>۶</sup>

1. Raggi, Leonardi, Mentegazza, Casale & Fioraranti
2. Haugland
3. Wilson & Rapee
4. Hughes and et al.
5. Cornman & Jennifer
6. Clark & Arkovaitas

(۱۹۹۰)، به نقل از بهارلویی، ۱۳۷۷؛ عسگری، نادری و شرف‌الدین، ۱۳۸۸) افرادی که اضطراب اجتماعی بالایی دارند نسبت به کسانی که دارای اضطراب اجتماعی پایین هستند، جنبه‌های مثبت عملکرد خود را کمتر از حد معمول ارزیابی می‌کنند. علاوه بر این بین اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در زنان رابطه‌ی چندگانه معنادار وجود دارد. در پژوهشی عطادخت و جوکار کمال‌آبادی (۱۳۹۲) در مقاله‌ای تحت عنوان حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی افراد معلول جسمی-حرکتی و مقایسه آن با افراد عادی نشان داده‌اند که بین دو گروه معلولین جسمی-حرکتی و افراد عادی از لحاظ استرس، اضطراب، افسردگی و حمایت افراد مهم تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین استرس افراد معلول با حمایت افراد مهم و دوستان؛ افسردگی معلولین با حمایت افراد مهم، دوستان و خانواده و همچنین با نمره کل حمایت اجتماعی و سرانجام اضطراب افراد معلول با حمایت افراد مهم، دوستان و خانواده رابطه‌ی معنی‌دار دارد. از این رو، حمایت اجتماعی را می‌توان به‌عنوان قوی‌ترین منبع بیرونی برای خنثی کردن اضطراب قلمداد کرد که به فرد قدرتی جهت رویارویی با اضطراب‌ها را می‌دهد (علوی و جنتی فرد، ۱۳۹۱). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند کسانی که حمایت اجتماعی بالاتری دارند از سلامت روانی بهتری نیز برخوردار می‌باشند (بوویر، چاموت و پرنیجر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). به‌طور کلی، در زندگی اجتماعی سلامتی یک جنبه‌ی حیاتی در فرد و شرط لازم برای بر عهده گرفتن نقش‌های اجتماعی است، بیماری این شرط لازم را نقض می‌کند، در نتیجه حمایت اجتماعی می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در سلامت روان کودکان معلول باشد (هوگس، ۲۰۰۷). همچنین، پیامدهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده برای دانش‌آموزان، افزایش میزان رضایت از مدرسه و باورهای خودکارآمدی است (شربورن و استوارت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱). بنابراین، نکات بحث‌شده و مطالعات اندک در زمینه‌ی اضطراب اجتماعی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی در گروه معلولین جسمی، می‌تواند ضرورت این پژوهش را نشان دهد. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه‌ی مؤلفه‌های حمایت اجتماعی (حمایت ملموس، حمایت هیجانی، اطلاع‌رسانی، مهربانی و تعامل اجتماعی) و خودکارآمدی اجتماعی (خودکارآمدی برای مهارت‌های مقابله‌ای، خودکارآمدی برای

- 
1. Bovier, Chamot & Perneger
  2. Sherborne and Stewart

کنترل شناختی و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی) با ابعاد اضطراب اجتماعی (ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و اندوه عمومی و اجتناب و اندوه در موقعیت‌های جدید) در میان دانش‌آموزان معلول جسمی- حرکتی بود.

## روش

پژوهش حاضر با روش توصیفی از نوع همبستگی اجرا شد. در این پژوهش ابعاد حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی به عنوان متغیرهای پیش بین و ابعاد اضطراب اجتماعی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. جامعه آماری این پژوهش را ۹۵ دانش‌آموز دختر و پسر معلول جسمی- حرکتی شهر شیراز تشکیل می‌دادند که در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ در مقطع متوسطه‌ی اول و دوم شهرستان شیراز مشغول به تحصیل بودند. گروه نمونه‌ی این پژوهش که به صورت هدفمند انتخاب شدند که شامل ۷۶ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر معلول جسمی- حرکتی مقطع متوسطه‌ی اول و دوم شهرستان شیراز بودند که از مدارس ۴ ناحیه‌ی شهر شیراز انتخاب شدند. با توجه به هدفمند بودن نمونه، ملاک ورود به این پژوهش، حضور دانش‌آموزان معلول جسمی حرکتی در مدارس عادی (در قالب طرح تلفیقی)، داشتن معلولیت جسمی- حرکتی (خفیف، متوسط، شدید)، نداشتن معلولیت ذهنی، داشتن تحصیلات متوسطه‌ی اول و دوم در رشته‌های مختلف تحصیلی و داشتن سطح تحصیلات مختلف پدر و مادر این دانش‌آموزان بود. همچنین، ملاک خروج از این پژوهش، عدم همکاری این دانش‌آموزان، مرگ و از دست دادن شرایط مطلوب مطالعه بود. اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌ی پژوهش و مشخصه‌های آن به تفکیک و با توجه به وضعیت جنسیت، رشته تحصیلی و سطح تحصیلات والدین نشان می‌دهد که ۶۷/۱٪ از نمونه‌ی پژوهش را دختران و ۳۲/۹٪ از نمونه‌ی پژوهش را پسران تشکیل داده است. تعداد ۵۹/۲٪ نفر از دانش‌آموزان معلول جسمی- حرکتی نمونه‌ی پژوهش در دوره‌ی راهنمایی مشغول به تحصیل بوده‌اند، همچنین ۱۳/۱٪ در رشته‌ی تجربی، ۱۳/۱٪ در هنرستان، ۲/۶۳٪ در رشته‌ی ریاضی و ۱۱/۸٪ در رشته‌ی انسانی مشغول به تحصیل بوده‌اند. همچنین، جدول ۳ نشان می‌دهد که ۶۳/۲٪ از پدران دانش‌آموزان معلول جسمی- حرکتی دارای تحصیلات "دیپلم و زیر دیپلم"، ۳۵/۵٪ دارای تحصیلات "فوق دیپلم و لیسانس" و ۱/۳٪ از پدران دانش‌آموزان معلول دارای مدرک "فوق لیسانس یا بالاتر" بوده است. همچنین همان‌طور

که جدول ۳-۳ نشان می‌دهد، تعداد ۷۶/۳٪ از مادران دانش‌آموزان معلول دارای تحصیلات "دیپلم و زیر دیپلم"، ۲۱/۱٪ دارای تحصیلات "فوق دیپلم و لیسانس" و همچنین تعداد ۲/۶٪ از مادران دارای تحصیلات "فوق لیسانس یا بالاتر" بوده‌اند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان (SAS-C)<sup>۱</sup>، مقیاس حمایت اجتماعی (شربورن و استوارت، ۱۹۹۱) و مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی (گادیانو و هربرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷) استفاده شد که در ادامه توضیح هر یک از این ابزارها ارائه می‌شود.

مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان: این مقیاس یکی از رایج‌ترین ابزارهای تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی است و مطالعات زیادی بر روی آن انجام شده است و این مقیاس توسط لاجرسا<sup>۳</sup> در سال ۱۹۹۹ ساخته شده است. همچنین، این مقیاس دارای سه خرده مقیاس ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و اندوه اجتماعی در موقعیت‌های جدید و اجتناب و اندوه عمومی می‌باشد (لاجرسا، ۱۹۹۹). ساختار سه عاملی مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان در تحقیقات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (لاجرسا و لوپز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸، لاجرسا و همکاران، ۱۹۹۸، ورنبرگ، ابوندرا، ایول و بیری<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲). ساختاری عاملی این مقیاس در ایران توسط استوار و رضویه (۱۳۸۶) بررسی شده است. نتیجه‌ی تحلیل عاملی روی این ۱۸ گویه، استخراج سه عامل بوده است: ترس از ارزیابی منفی<sup>۶</sup> به‌وسیله‌ی همسالان شامل ۸ گویه که ترس و نگرانی نوجوانان در مورد ارزیابی منفی همسالان را ارزیابی می‌کند، اجتناب و اندوه اجتماعی در موقعیت‌های جدید<sup>۷</sup> که شامل ۶ گویه‌ی اجتناب و اندوه اجتماعی نوجوانان در موقعیت‌های اجتماعی را ارزیابی می‌کند و اجتناب و اندوه عمومی<sup>۸</sup> شامل ۴ گویه است که اندوه و ناراحتی‌های عمومی را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت ۱ تا ۵ از به هیچ وقت تا همیشه می‌باشد و نمره‌گذاری معکوس ندارد (استوار و رضویه، ۱۳۸۶).

پایایی مقیاس اضطراب اجتماعی به روش بازآزمایی دامنه‌ای از ۰/۵۴ تا ۰/۷۵ در

1. Social anxiety scale for children (SAS-C)
2. Gadianv and Herbert
3. Lagreca
4. Lagreca & Lopez
5. Vernberg, Abwender, Ewell & Beery
6. Fear of Negative Evaluation (FNE)
7. Social Avoidance and Distress in New situations (SAD– New)
8. Social Avoidance and Distress– General (SAD–General)

فاصله‌ی زمانی ۸ هفته (لاجرسا و همکاران، ۱۹۹۸) و از ۰/۴۷ تا ۰/۷۵ برای یک فاصله‌ی زمانی ۶ ماهه (ورنبرگ و همکاران، ۱۹۹۲) گزارش شده است. همچنین، بررسی روایی سازه‌ای این مقیاس به وسیله‌ی بررسی ارتباط بین مقیاس SAS-A با مقیاس کودکان ۷ تا ۱۷ ساله احراز شده است که شامل پنج زیر مقیاس خلق منفی، مشکلات بین فردی، بی‌کفایتی، عدم لذت و عزت نفس منفی است. این پرسشنامه دارای ثبات درونی مناسبی بوده و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، دامنه‌ای از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ را نشان داده است (سلیور، فینچ، اسپیرتو و بنت<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹؛ نقل از استوار، رضویه، ۱۳۸۶).

در پژوهش حاضر برای احراز روایی مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان، ضریب همبستگی بین مولفه‌ها و نمره‌ی کل مقیاس محاسبه شد این ضرائب برای ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و اندوه عمومی و اجتناب و اندوه در موقعیت‌های جدید با نمره‌ی کل مقیاس برابر با ۰/۸۶، ۰/۷۱، ۰/۷۴. حاصل شد ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ). پایایی نمره‌ی کل این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰، پایایی بعد ارزیابی منفی ۰/۷۷، پایایی بعد اجتناب و اندوه در موقعیت‌های ۰/۷۷ و پایایی بعد اجتناب و اندوه در موقعیت جدید ۰/۷۷ به دست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی: برای سنجش حمایت اجتماعی در پژوهش حاضر از مقیاس حمایت اجتماعی (شربورن و استوارت، ۱۹۹۱) استفاده شد. این مقیاس توسط شربورن و استوارت در سال ۱۹۹۱ ساخته شده است. این مقیاس که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد، دارای ۱۹ گویه و ۵ زیر مقیاس است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: حمایت ملموس؛ که کمک‌های مادی و رفتاری را می‌سنجد، حمایت هیجانی؛ که عاطفه‌ی مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، اطلاع‌رسانی؛ که راهنمایی، اطلاع‌رسانی یا دادن بازخورد را می‌سنجد، مهربانی؛ که ابراز عشق و علاقه را می‌سنجد و تعامل اجتماعی مثبت؛ که وجود افرادی را برای پرداختن به فعالیت‌های تفریحی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات آن در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ‌وقت = ۱ امتیاز، به ندرت = ۲ امتیاز، گاهی اوقات = ۳ امتیاز، اغلب = ۴ امتیاز، همیشه = ۵ امتیاز) مشخص می‌سازد. پایین‌ترین امتیاز در این آزمون ۱۹ و بیشترین امتیاز ۹۵ است.

1. Saylor, Finch, Spirto & Bennett



برای به دست آوردن نمره‌ی کلی همه‌ی امتیازها باهم جمع می‌شوند. نمره‌ی بالا در این مقیاس بیانگر این است که آزمودنی از حمایت اجتماعی قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. سؤالات ۹ تا ۱۲ مربوط به خرده مقیاس حمایت ملموس، سؤالات ۱ تا ۸ مربوط به خرده مقیاس حمایت هیجانی، سؤالات ۱۶ تا ۱۸ مربوط به خرده مقیاس مهربانی و سؤالات ۱۳ تا ۱۵ مربوط به خرده مقیاس تعامل مهربانی می‌باشد. پایایی این مقیاس با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (شربون و استورات، ۱۹۹۱). در پژوهش حاضر روایی مقیاس از طریق روش همبستگی نمره‌ی ابعاد حمایت ملموس، حمایت هیجانی / اطلاع‌رسانی، مهربانی و تعامل اجتماعی با نمره‌ی کل به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۳۹، ۰/۶۸ و ۰/۸۳ به دست آمد. ثبات درونی نمره‌ی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و ابعاد به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۲، ۰/۶۴ و ۰/۷۰ به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی: این مقیاس برای ارزیابی خودکارآمدی افراد مضطرب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی توسط گادیانو و هربرت (۲۰۰۳) ساخته شده و دارای ۹ گویه است آزمودنی‌ها هر گویه را بر اساس یک مقیاس ۱۰ گزینه‌ای (اصلاً مطمئن نیستم، اصلاً در دوسر ساز نیست و اصلاً احتمال ندارد= ۱ تا خیلی مطمئن هستم، خیلی در دوسر ساز است و خیلی احتمال دارد= ۱۰) درجه‌بندی می‌کنند. همچنین، گویه‌های در دوسر ساز معکوس نمره گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر، خودکارآمدی بالاتری را برای موقعیت اجتماعی نشان می‌دهند. این مقیاس سه مؤلفه‌ی خودکارآمدی را اندازه‌گیری می‌کند: ۱- خودکارآمدی برای مهارت‌های مقابله‌ای (گویه‌های ۱-۳) یا باوری که شخص مهارت‌های ضروری برای مقابله با موقعیت‌های ترس آور و تهدیدآمیز را دارد. ۲- خودکارآمدی برای کنترل شناختی (گویه‌های ۴-۶) یا باوری که شخص می‌تواند افکار و نگرانی‌های در دوسر ساز را کنترل کند. ۳- خودکارآمدی برای کنترل عاطفی (گویه‌های ۷-۹) یا باوری که شخص توانایی کنترل ناراحتی و اضطراب خود را در موقعیت‌های تهدیدکننده دارد (گادیانو و هربرت، ۲۰۰۳).

گادیانو و هربرت (۲۰۰۳) روایی سازه‌ای این مقیاس را به کمک تحلیل مؤلفه‌های اصلی بررسی و سه عامل استخراج نمودند. آنان ثبات درونی مقیاس را از طریق محاسبه‌ی

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین میزان ثبات درونی آن را با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های خودکارآمدی برای مهارت‌های مقابله‌ای، خودکارآمدی برای کنترل شناختی و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۶۳ گزارش نمودند.

در پژوهش حاضر روایی مقیاس از طریق روش همبستگی نمره‌ی ابعاد خودکارآمدی برای مهارت‌های مقابله‌ای، خودکارآمدی برای کنترل عاطفی و خودکارآمدی برای کنترل شناختی با نمره‌ی کل به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۳۸ و ۰/۶۸ به دست آمد. ثبات درونی نمره‌ی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۹ و ابعاد به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ به دست آمد. جمع‌آوری اطلاعات این پژوهش به صورت انفرادی با مراجعه به مدارسی که در طرح تلفیقی قرار داشتند و دانش‌آموزان معلول جسمی را پوشش می‌دادند صورت گرفت. در خصوص اهداف پژوهش و روش پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌های پژوهش توضیح کافی ارائه و به پرسش‌های آزمودنی‌ها در این زمینه پاسخ‌داده شد. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش حاضر با به کارگیری نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ جهت توصیف اطلاعات محاسبه شد. در این پژوهش مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی شامل ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و اندوه عمومی و اجتناب و اندوه در موقعیت‌های جدید و نیز نمره‌ی کل اضطراب اجتماعی به عنوان متغیر ملاک در هر یک از تحلیل‌های رگرسیون گام‌به‌گام بود. متغیرهای پیش‌بین این تحلیل‌ها را مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی تشکیل دادند. سرانجام داده‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام تحلیل شد.

#### یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به نمرات ابعاد اضطراب اجتماعی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی در دانش‌آموزان معلول جسمی - حرکتی به طور جداگانه محاسبه گردید. داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است. در ادامه ماتریس همبستگی پژوهش ارائه شده است.



حمایت ملموس	حمایت هیجانی/اطلاعرسان	مهربانی	تعامل اجتماعی	حمایت اجتماعی کلی	بود کارآمدی برای مهارت‌مقابله‌ای	کنترل شناختی	خود کارآمدی برای کنترل عاطفی	خود کارآمدی اجتماعی کلی
-۰/۰۲۷	-۰/۰۸۳	-۰/۰۸۳	۰/۰۳۰	-۰/۰۶۰	-۰/۰۱۰	۰/۴۱**	-۰/۲۶*	۰/۰۲۱
-۰/۰۱۳	-۰/۲۴**	-۰/۲۴**	-۰/۰۶۷	-۰/۰۲۲	-۰/۰۱۷	۰/۳۳**	-۰/۳۶**	-۰/۰۱۱
-۰/۰۳۵	-۰/۰۵۳	-۰/۰۳۲	۰/۰۷۶	-۰/۰۰۸	-۰/۰۱۷	۰/۲۶*	-۰/۲۲	-۰/۰۷۵
-۰/۰۶۸	-۰/۰۱۴	-۰/۰۱۰	۰/۰۲۸	-۰/۰۱۳	-۰/۰۱۷	۰/۴۴**	-۰/۳۴**	-۰/۰۵۲
-	۰/۷۴**	۰/۳۹**	۰/۶۸**	۰/۸۳**	۰/۲۹**	-۰/۱۵	۰/۱۱	۰/۱۴
	-	-	۰/۶۷**	۰/۹۳**	۰/۳۰**	-۰/۲۰	۰/۰۹۰	۰/۱۱
			۰/۵۳**	۰/۷۱**	۰/۱۱	-۰/۰۲۸	۰/۱۰	۰/۱۰
			-	۰/۳۳**	۰/۲۱	-۰/۰۷۸	۰/۱۰	۰/۰۵۳
				-	۰/۷۸**	-۰/۰۱۵	-۰/۰۵۷	۰/۱۲
					-	-۰/۰۱۱	۰/۰۷۱	۰/۲۴**
						-	۰/۴۱**	۰/۳۸**
							-۰/۰۱۴	۰/۷۶**

بر اساس جدول ۵ مشخص می‌شود که مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با ترس از ارزیابی منفی رابطه ندارد. از بین مؤلفه‌های خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی ( $r = 0/41$ ) و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی ( $r = -0/26$ ) با ترس از ارزیابی منفی، رابطه‌ی معنی‌داری دارد. علاوه بر این، از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، حمایت هیجانی و اطلاع‌رسانی ( $r = -0/24$ ) و حمایت مهربانی ( $r = -0/24$ ) با اجتناب و اندوه عمومی رابطه‌ی معنی‌داری دارد. از بین مؤلفه‌های خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی ( $r = 0/32$ ) و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی ( $r = -0/36$ ) با اجتناب و اندوه عمومی رابطه‌ی معنی‌داری دارد. همچنین، مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، با اجتناب و اندوه در موقعیت‌های جدید رابطه‌ی معنی‌داری ندارد. همچنین، از بین مؤلفه‌های خودکارآمدی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی ( $r = 0/26$ ) با اجتناب و اندوه در موقعیت‌های جدید رابطه‌ی معنی‌داری دارد.

جدول ۶. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام ترس از ارزیابی منفی بر روی مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی

متغیرهای پیش‌بین	R	R <sup>2</sup>	P	f	P	$\beta$	t	P<
خودکارآمدی برای کنترل شناختی	0/41	0/17	0/001	15/44	0/001	0/42	3/930	0/001

بر اساس نتایج حاصل از جدول شماره ۶ مشخص می‌شود که از میان متغیرهای پیش‌بین تحقیق تنها یک متغیر عبارت از خودکارآمدی برای کنترل شناختی، ترس از ارزیابی منفی را پیش‌بینی می‌کند ( $t = 3/93$ ,  $p < 0/01$ ,  $\beta = 0/4$ ). این متغیر در مجموع ۱۷٪ ترس از ارزیابی منفی را تدبیر می‌کند ( $R^2 = 0/17$ ,  $P < 0/01$ ,  $F = 15/44$ ).

جدول ۷. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام اجتناب و اندوه عمومی بر روی مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی

متغیرهای پیش‌بین	R	R <sup>2</sup>	P	f	P	$\beta$	t	P<
گام نخست خودکارآمدی برای کنترل عاطفی	0/36	0/13	0/001	11/13	0/001	-0/36	-3/33	0/001
خودکارآمدی برای کنترل عاطفی						-0/32	-3/004	0/004
گام دوم خودکارآمدی برای	0/45	0/20	0/001	9/39	0/001	0/28	2/604	0/011

کنترل شناختی	
خودکارآمدی برای کنترل عاطفی	۰/۳۰ -۲/۸۰۰ -۰/۰۰۶
خودکارآمدی برای کنترل شناختی	۰/۲۷ ۲/۶۳۳ ۰/۰۱۰
گام سوم کنترل شناختی	۰/۴۹ ۰/۲۴ ۷/۸۸ ۰/۰۰۱
مهربانی	۰/۲۱ -۲/۰۲۰ -۰/۰۴۷

جدول ۷ نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام اجتناب و اندوه عمومی را بر روی مؤلفه‌های حمایت‌های اجتنابی و خودکارآمدی اجتماعی نشان می‌دهد. چنان‌که در این جدول نشان داده شده است، متغیرهای پیش‌بینی‌کننده اجتناب و اندوه عمومی شامل سه متغیر خودکارآمدی برای کنترل عاطفی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی و حمایت اجتماعی مهربانی است. خودکارآمدی برای کنترل عاطفی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده اجتناب و اندوه عمومی است ( $\beta = -0.362, t = 3.337, p < 0.01$ ). دومین پیش‌بینی‌کننده اجتناب و اندوه عمومی، متغیر خودکارآمدی برای کنترل شناختی است ( $\beta = 0.275, t = 2.604, p < 0.05$ ). پیش‌بینی‌کننده سوم اجتناب و اندوه عمومی، متغیر مهربانی است ( $\beta = -0.208, t = -2.020, p < 0.05$ ). این متغیرها در مجموع ۲۴٪ از واریانس اجتناب و اندوه عمومی تدبیر می‌کنند ( $R^2 = 0.24, p < 0.05$ ). چنان‌که ملاحظه می‌گردد، ورود هر متغیر به معادله‌ی رگرسیون منجر به افزایش قدرت پیش‌بینی‌کنندگی شده است.

جدول ۸ نتایج تحلیل رگرسیون مؤلفه‌ی اجتناب و اندوه در موقعیت جدید، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی

متغیر پیش‌بین	متغیرهای ملاک	R	R <sup>2</sup>	f	P<	$\beta$	t	P<
خودکارآمدی برای کنترل شناختی	اجتناب و اندوه در موقعیت‌های جدید	۰/۲۶	۰/۰۷	۵/۷۰	۰/۰۲	۰/۲۷	۲/۳۹	۰/۰۲

بر اساس نتایج حاصل از جدول شماره ۸ مشخص می‌شود که از میان مؤلفه‌های خودکارآمدی اجتماعی، تنها خودکارآمدی برای کنترل شناختی ( $\beta = 0.27, t = 2.39, p < 0.05$ ) به طور معنی‌داری اجتناب و اندوه در موقعیت جدید را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۹. نتایج تحلیل رگرسیون نمره‌ی اضطراب کل بر اساس مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R <sup>۲</sup>	f	p	$\beta$	t	p
اضطراب کل	خودکارآمدی برای کنترل شناختی	۰/۴۴	۰/۱۸	۱۷/۷۳	۰/۰۰	۰/۳۹	۳/۸۹	۰/۰۰۱
	خودکارآمدی برای کنترل عاطفی	۰/۵۲	۰/۲۵	۱۳/۵۹	۰/۰۷	-۰/۲۸	-۲/۹۶	۰/۰۳

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی ( $\beta=0/39, t=3/89, p<0/01$ ) و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی ( $\beta=-0/28, t=-2/96, p<0/05$ ) نمره‌ی اضطراب کل را پیش‌بینی می‌کنند و هیچ‌یک از مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، نمره‌ی اضطراب کل را پیش‌بینی نمی‌کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی پیش‌بینی اضطراب اجتماعی بر مبنای حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی در نوجوانان معلول جسمی-حرکتی انجام شد. نتایج نشان داد که از بین مؤلفه‌های خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی با ترس از ارزیابی منفی و با اجتناب و اندوه عمومی رابطه‌ی معنی‌داری دارد. همچنین، از بین مؤلفه‌های خودکارآمدی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی با اجتناب و اندوه در موقعیت‌های جدید رابطه‌ی معنی‌داری دارد.

این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های لنز و شورتریج-باگت<sup>۱</sup> (۲۰۰۲)، کاپرارا و استکا<sup>۲</sup> (۲۰۰۵)، آریاپوران (۱۳۹۴)، چگینی (۱۳۹۴)، رثوفی، ترخان و قربان شیروودی (۱۳۹۱) هماهنگ است. در تبیین نتیجه‌ی حاصله می‌توان گفت که خودکارآمدی، شامل قضاوت‌های فرد در مورد توانایی‌ها، ظرفیت‌ها و قابلیت‌ها برای انجام تکالیف خاص است. این مهارت، بنیان کارگزاری آدمی را تشکیل می‌دهد و یک منبع کلیدی برای تحول، سازش یافتگی و تغییر شخصی است (بندورا، ۲۰۰۶). در این راستا، کاپرارا و استکا (۲۰۰۵) در

1. Lenz & Shortridge-Baggett

2. Caprara & Steca

پژوهشی نشان دادند که خودکارآمدی به‌طور معنی‌داری با اضطراب اجتماعی و افسردگی رابطه‌ی منفی و با رضایت‌مندی از زندگی و خوش‌بینی رابطه مثبت دارد. همچنین؛ در پژوهشی دیگر لنز و شورتریچ-باگت (۲۰۰۲) نشان دادند که افراد دارای خودکارآمدی بالا در عملکرد خود کمتر دچار استرس و اضطراب می‌شوند و افراد با خودکارآمدی پایین به افسردگی مبتلا می‌شوند و بهزیستی روانی پایین‌تری دارند.

از سوی دیگر، نتایج پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با ترس از ارزیابی منفی، رابطه ندارد. همچنین، از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، حمایت هیجانی و اطلاع‌رسانی و حمایت مهربانی با اجتناب و اندوه عمومی رابطه‌ی معنی‌داری دارد. همچنین، مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، با اجتناب و اندوه در موقعیت‌های جدید رابطه‌ی معنی‌داری ندارد. که این نتیجه با نتایج حاصل از تحقیقات کولز، تورک، هیمبرگ و فرسکو<sup>۱</sup> (۲۰۰۱)، شیرمحمدی، کاکاوند، صادقی و جعفری جوزانی (۱۳۹۵)، کلارک و ولز<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) همسو و هماهنگ است. در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد که داشتن حمایت اجتماعی می‌تواند موجب کاهش هیجانات منفی در افراد گردد. بدیهی است که همه‌ی انسان‌ها در هنگام گرفتاری‌ها به حمایت اطرافیان و دوستان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند (وان لیون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). همسو با نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه‌شده، افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی و رضایت از زندگی افراد می‌شود (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷).

دومین نتیجه این پژوهش نشان داد که از میان متغیرهای پیش‌بین تحقیق تنها متغیر خودکارآمدی برای کنترل شناختی، ترس از ارزیابی منفی را پیش‌بینی می‌کند. در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد که بندورا (۲۰۰۶) خودکارآمدی را عاملی می‌داند که به‌عنوان یک میانجی شناختی عمل می‌کند و شناخت، افکار و احساسات افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بنابراین به دست آوردن چنین نتیجه‌ای دور از انتظار نیست، چراکه وقتی که دانش آموزان (به‌ویژه دانش آموزان معلول) در معرض رویدادهای منفی و یا موقعیت‌های استرس‌زا قرار می‌گیرند، احساس خودکارآمدی بالا به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند آن رویداد و

1. Coles, Turk, Heimberg & fresco

2 . Clark & Wells

3 .Van leeuwen



موقعیت‌ها را اداره کنند و در نتیجه، خود را در برابر مشکلات روانی محافظت کنند. از سوی دیگر، خودکارآمدی پایین، از نظر شناختی مانع کنار آمدن مؤثر با موقعیت‌های تنیدگی می‌گردد و نشانه‌های مرضی و اختلال‌های روانی را افزایش می‌دهد.

سومین نتیجه پژوهش نشان داد که براساس نتایج مشخص شد که متغیرهای پیش‌بینی کننده‌ی اجتناب و اندوه عمومی شامل سه متغیر خودکارآمدی برای کنترل عاطفی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی و حمایت اجتماعی مهربانی می‌باشند. نتایج حاصل از پژوهش‌های مریسون و همبرگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۳)، شریعتی، فضیلت پور و حسین چاری (۱۳۹۵)، کورنمان و جنیفر<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، را تأیید می‌کند. در تبیین دیگری از سؤال سوم پژوهش می‌توان گفت که خودکارآمدی در کنترل شناختی را به‌عنوان توانایی نادیده گرفتن افکار و اعمال نامربوط برای تمرکز به اهداف و اعمال مربوط دانست (میلر و کوهن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). همان‌طور که مشهود است کنترل شناختی یک فرآیند واحد را نشان نمی‌دهد بلکه شامل تنظیم مجموعه‌ای فرآیندهای شناختی می‌باشد. لذا، نقص و کمبود در ظرفیت کنترل شناختی مشخص‌کننده‌ی دامنه‌ی وسیعی از اختلال‌ها و شرایط عصب‌روان‌پزشکی و به‌ویژه اضطراب می‌باشد. خودکارآمدی پایین، می‌تواند انگیزه را نابود کند آرزوها را کم کند، با توانایی‌های شناختی تداخل کرده و تأثیر نامطلوبی بر سلامت روانی بگذارد (مکی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). در تبیین دیگر می‌توان گفت که به نظر بندورا (۲۰۰۶)، اهدافی که هر شخص برای خود در نظر می‌گیرد، می‌تواند از چگونگی ارزیابی فرد از توانمندی‌اش متأثر باشد. باورهای مردم از کارآمدی‌شان انواع سناریوهای مقدماتی را که هر شخص برای خود می‌سازد، تحت تأثیر قرار می‌دهد. آن‌هایی که از احساس کارآمدی بالایی برخوردارند، سناریوهای موفق‌تری را متصور می‌شوند که حمایت و راهنمایی مثبتی را برای عملکرد فراهم می‌آورد. ولی آن‌هایی که نسبت به کارآمدی‌شان مشکوک و مرددند سناریوهایی از شکست را متصور ساخته و روی بسیاری از چیزها که می‌توانند منجر به خطاها شوند، متمرکز می‌شوند. این الگوی شناختی سازش‌نا یافته، احتمالاً سبب می‌شود تا فرد امیدی به موفقیت نداشته و هرگونه تلاش را بی‌فایده دانسته و به تبع تمایلی به آغاز و پایداری در انجام تکلیف نداشته

- 
1. Morrison & Heimberg
  2. Cornman & Jennifer
  3. Miller & Cohen
  4. Mackie

باشد. چهارمین نتیجه پژوهش نشان داد که از میان مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی، تنها خودکارآمدی برای کنترل شناختی به‌طور معنی‌داری اضطراب و اندوه در موقعیت‌های جدید را پیش‌بینی می‌کند. که این نتیجه با نتایج حاصل از تحقیقات ویار<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)، کلارک و ولز (۱۹۹۵)، تمنائی فر و تولیت (۱۳۹۴)، ترخان و قربان شیرودی (۱۳۹۱) همسو و هماهنگ است. همچنین هیچ یک از مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، نمره‌ی اضطراب کل را پیش‌بینی نمی‌کند که نتیجه‌ی حاصله با نتایج حاصل از پژوهش‌های پژوهش لموس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳)، لاندمن و پیترز و کارلین<sup>۳</sup> (۲۰۰۵)، علی پور، سجادی، ستاره فروزان و خدمتی (۱۳۸۸)، نیسی، شهنی بیلاق و فراشبندی (۱۳۸۵)، کاپرا و استکا (۲۰۰۵)، کلارک و ولز (۱۹۹۵)، رثوفی، ترخان و قربان شیرودی (۱۳۹۱) مغایر است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که احساس خودکارآمدی به سه طریق موجب اضطراب می‌شود. نخست زمانی که فرد با موقعیت‌های تهدیدکننده مواجه می‌شود، نوعی احساس ناکارآمدی پایین ممکن است خلق مضطربی را ایجاد کرده، فرد را دچار تشویش و نگرانی کند. این حالت، به‌ویژه زمانی مصداق پیدا می‌کند استانداردهای شخصی فرد بالاتر از خودکارآمدی او باشد. دوم، احساس خودکارآمدی پایین در موقعیت‌های تهدیدکننده ممکن است مانع آگاهی از روابط اجتماعی مثبت شود که در فرد احساس رضایت ایجاد می‌کند و او را به کنترل تجارب استرس‌زا تحریک می‌کند و در نتیجه احساس اضطراب را موجب می‌شود. سوم اینکه خودکارآمدی پایین درباره‌ی اعمال کنترل منفی، همچنین ممکن است به افزایش اضطراب در فرد منجر شود (لموس و همکاران، ۲۰۱۳).

همچنین، پنجمین نتیجه پژوهش نشان داد که از بین مؤلفه‌های خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی برای کنترل شناختی و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی نمره‌ی اضطراب کل را پیش‌بینی می‌کنند. در تبیین این نتایج می‌توان بیان داشت که خودکارآمدی فرد را قادر می‌سازد تا بر افکار، انگیزه، احساسات و اعمالشان کنترل داشته باشند. این نظام از طریق فراهم کردن مکانیسم‌های اسنادی، کارکردی، ادراکی و خودگردانی موجب می‌شود که افراد رفتار خود را ارزیابی کنند. این ارزیابی نتیجه‌ی اثر متقابل خودکارآمدی و محیط است که بر فرآیندهای شناختی و رفتاری اثر گذاشته و آن‌ها را قادر به تعدیل محیط می‌کند

---

1. Viar

2. Lemos

3. Landman, peters & karlien

(کاپرا و استکا، ۲۰۰۵). هاگلند (۲۰۱۳) معتقد است که باورهای خودکارآمدی به صورت نیرومندی با اضطراب رابطه دارند. باورهای خودکارآمدی نشان دهنده‌ی این هستند که فرد توانایی تغییر حالات منفی روانی خود را دارد. خودکارآمدی نقش میانجی در کاهش نشانه‌های اضطراب ایفا می‌کند و با افزایش و تقویت خودکارآمدی میزان استرس و اضطراب کاهش می‌یابد.

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که نمونه‌ی پژوهش فقط نوجوانان بودند. بنابراین، با توجه به این محدودیت‌ها، تعمیم نتایج پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، این پژوهش فقط برای نوجوانان معلول جسمی - حرکتی اجرا شده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در نمونه وسیعی اجرا شود. همچنین، در پژوهش‌های آتی، به‌جز نوجوانان دارای معلولیت جسمی حرکتی، از سایر افراد با نیازهای ویژه نیز استفاده شود. از سوی دیگر، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تفاوت بین دختران و پسران معلول جسمی حرکتی نیز لحاظ شود.

## منابع

- آریاپوران، س. (۱۳۹۴). مقایسه‌ی ابراز هیجان، سواد هیجانی و خودکارآمدی اجتماعی در کودکان با و بدون ناتوانی‌های یادگیری، فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری، ۱۷(۴): ۷-۲۶.
- استوار، ص. رضویه، ا. (۱۳۸۶). روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان (SAS-A) جهت استفاده در ایران، مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۲(۱۰): ۶۹-۷۸.
- بقایی مقدم، گک. ملک پور، م. امیری، ش. مولوی، ح. (۱۳۹۰). "اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان اضطراب، شادی و کنترل خشم نوجوانان با ناتوانی جسمی-حرکتی"، مجله‌ی علوم رفتاری، ۵، ۴، ۳۱۰-۳۰۵.
- تمنائی فر، م. تولیت، و. (۱۳۹۴). پیش‌بینی اضطراب اجتماعی با توجه به صفات شخصیتی و خودکارآمدی، فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی، ۴(۱۳۲): ۹-۱۱۵.
- چگینی، ع. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی دانشجویان، دومین کنفرانس ملی و اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در علوم انسانی.
- رامبد، م. پیروی، ح. ساریان حسن آبادی، م. رفیعی، ف. حسینی، ف. (۱۳۸۷). خودکارآمدی در بیماران همودیالیزی و عوامل وابسته به آن. دانشکده مامایی و پرستاری شهید

بهشتی، ۱۸ (۶۲)، ۲۹-۳۴.

رحمانیان، ز. میرزاییان، ب. حسن‌زاده، ر. (۱۳۹۰). بررسی رابطه‌ی اضطراب اجتماعی با خودپنداره در دانش‌آموزان دختر پایه پنجم شهرستان جهرم، *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۵ (۱۹)، ۱۰-۱۹.

رئوفی، ا. ترخان، م. قربان‌شیرودی، ش. نوذری، م. (۱۳۹۱). رابطه بین سوگیری توجه و خودکارآمدی اجتماعی با اضطراب اجتماعی در دختران مقطع متوسطه شهر ساری، *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۲ (۶)، ۲۷-۳۸.

سجادی، ح. زنجری، ن. (۱۳۹۴). معلولیت (ناتوانی) در ایران: شیوع، ویژگی‌ها و همبسته‌های اقتصادی و اجتماعی آن، *مجله توان‌بخشی دوره‌ی*، ۱۶ (۱)، ۸۴-۹۲.

شریعتی، م. فضیلت‌پور، م. حسین‌چاری، م. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای خودکارآمدی اجتماعی در رابطه بین دلبستگی به گروه همسال و والدین با احساس تنهایی در دانش‌آموزان دبیرستانی، *مجله‌ی مطالعات آموزش و یادگیری*، ۱ (۳)، ۱۴-۲۳.

شیرمحمدی، ف. کاکاوند، ع. صادقی، م. جعفری جوزانی، ر. (۱۳۹۵). نقش میانجی تفکر ارجاعی در ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی، *مطالعات روان‌شناختی*، ۴۶ (۱): ۱۴۳.

عطا دخت، و. جوکار کمال‌آبادی، ن. (۱۳۹۲). نقش حمایت اجتماعی ادراک شدن در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی افراد معلول جسمی حرکتی و مقایسه آن با افراد عادی، *مجله‌ی توان‌بخشی*، ۱۵ (۳)، ۳۵-۵۵.

علوی، س. جنتی فرد، ف. (۱۳۹۱). رابطه بین حمایت اجتماعی و عزت‌نفس در گروهی از بافندگان فرش روستاهای توابع شهرستان نایین. *مجله‌ی سلامت کار ایران*، ۱ (۹)، ۸-۱. علی‌پور، ف. سجادی، ح. فروزان، آ. نبوی، ح. خدمتی، ا. (۱۳۸۸). نقش حمایت‌های اجتماعی در کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان، *نشریه‌ی سالمند*، ۴ (۱۱)، ۵۳-۶۱. کریمی درمنی، ح. (۱۳۹۳). تأکید بر خدمات توان‌بخشی گروه‌های استثنایی، تهران، انتشارات رشد.

نیسی، ع. شهنی ییلاق، م. فراشبندی، ا. (۱۳۸۵). بررسی رابطه‌ی ساده و چندگانه‌ی متغیرهای عزت‌نفس، اضطراب عمومی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سرسختی روان‌شناختی با اضطراب اجتماعی، *علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ۲ (۳)، ۱۵۲-۱۳۷.

Bandura A. (1999). *Aggression: a social learning analysis* Oxford, Prentice-

- Hall.
- Bandura A. (2006). Towards a psychology of human agency. *Perspect Psychol Sci* 1: 164-80.
- Brown, R.L., & Turner, R.J. (2010). Physical disability and depression: clarifying racial/ethnic contrasts. *J Aging Health*, 22(7): 977-1000
- Caprara, G. V., & Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10(4), 275-286.
- Clark, D., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg & M. R. Liebowitz (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford.
- Coles, M.E., Turk, C.L., Heimberg, R.G., & Fresco, D.M. (2001). Effects of varying levels of anxiety within social situations: Relationship to memory perspective and attributions in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*. 39, 651-665.
- Cornman, Jennifer. C. et al., (2003). Social Ties and Perceived Support, *Journal of Aging & Health*, 15(4). pp: 616-44.
- De Mello, M., & et al. (2012). "Low family support perception: a 'social marker' of substance dependence"? *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association*, 34(1), 52-59.
- Gaudiano BA, Herbert JD. (2007). Self-efficacy for social situations in adolescents with generalized social anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother*. 52(20):209-23.
- Haugland T. (2013). *Stress, social support, general self-efficacy and health related quality of life in patients with neuroendocrine tumors. A cross-sectional and pilot study. PHD thesis*. Department of Public Health and Primary Health Care, Faculty of Medicine and dentistry, University of Bergen.
- Hughes, B.M. (2007). *The Social Support at University Scale (SSUS): A brief index of social support among college students*. 100:76-82
- Kendall, P.C., & Chansky, T.E. (2011). considering cognition in anxiety-disordered children. *J Anxiety Disord*. 2(0): 167-87
- La Greca, A. M. (1999). *The social anxiety scales for children and adolescents. The Behavior Therapist*, 22, 133 – 136.
- La Greca, A. M., Dandes, S. K., Wick, P., Shaw, K., & Stone, W. L. (1988). Development of the Social Anxiety Scale for children: Reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 84-91.
- Landman-Peters, Karlien M.C. (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety, *Social Sciences & Medicine*; 60: 2549-59.
- Lemos, V. A., Moreira Antunes, H.K., Nunes Baptista, M., Tufik, S., Túli Lenz, A., Elizabeth, R., Shortrige, B., & Lillie, M.. (2002). *Self-efficacy in nursing: research and measurement perspectives*. New York: Spriner Publishing Co.
- Mackie, M. T. Van Dam, N. Fan, J. (2013) Cognitive control and attentional functions. *Journal of Brain and Cognition*, 82,301-3012.

- Miller, E. K., & Cohen, J. D. (2001). *An integrative theory of prefrontal cortex function*. Annual Review.
- Morrison, A.S & Heimberg, R.G. (2013). Social anxiety and social anxiety disorder. *Annu Rev Clin Psycho*, 9, 74-249.
- Raggi A, Leonardi M, Mantegazza R, Casale S, Fioravanti G. (2010). Social support and self-efficacy in patients with Myasthenia G ravis: a common pathway towards positive health outcomes. *Neurol Sci*; 31:231-5.
- Sherbourne, D., & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Sot Science Medicine*, 32(6), 705-714.
- Van Leeuwen, M.c., post, W.M., Van Asbeck, W.F., Vander Woude, H. V., Groot, S. Lindeman, E. (2010). Social support and Life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of psychology*, pp. 265-271. Vol 3.
- Verissimo R. (2005). Emotional intelligence, social support and affect regulation. *Acta Med Port*, 18: 345- 52.
- Vernberg, E. M., Abwender, D. A., Ewell, K. K., & Beery, S. H. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescence: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21.
- Viar, M. A. (2009). *Self-focused attention and evaluation on perceived performance in social anxiety*. Distinguished Majors Thesis, University of Virginia.
- Wilson JK & Rapee RM. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: Changes during treatment and relationship to outcome. *J Behav Res Ther*; 43: 373-89.
- World Health Organization. *World Report on Disability 2011 Geneva*: World Health Organization, 2011. Rehabilitation.