

سلامت اجتماعی و خودکارآمدی معلمان با تأکید بر خودپنداره  
نقش‌های جنسیتی

Social Health and Self-Efficacy of Teachers with an  
Emphasis on Gender Role Self-Concept

Mansoorreh Nikoogoftar<sup>1</sup>

منصوره نیکوگفتار\*

**Introduction:** Survival, continuity and progress of any society depends on the efficiency and quality of its education. Teachers as a basis of education, a very important role in training the next generation, and to be able to play their role properly, should have the necessary skills and abilities; hence, efficacy and public health impact teachers a significant achievement in the field of personal and professional skills and competences them. Social health has five dimension including of social acceptance, social participation, social actualization, social cohesion and social integration and of the evaluation and understanding of how their performance and the quality of the relations with other people, and those social groups that are members of them. Self-efficacy, a strong personal belief about the skills and competences for action on a task and succeed in it. On the other hand, social health and self-

**مقدمه:** بقا، دوام و پیشرفت هر جامعه به کارآیی و کیفیت تعلیم و تربیت آن جامعه بستگی دارد. معلمان به منزله رکن اصلی آموزش و پرورش، نقش بسیار مهمی در تربیت نسل آینده کشور بر عهده دارند و برای اینکه بتوانند به درستی نقش خود را ایفا کنند، باید از تواناییها و مهارتهای لازم برخوردار باشند؛ از این رو، خودکارآمدی و سلامت اجتماعی معلمان تأثیر به‌سزایی در تحقق تواناییها و صلاحیتهای فردی و حرفه‌ای آنان دارد. سلامت اجتماعی با پنج بعد پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، وابستگی اجتماعی و انسجام اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکرد خود در جامعه و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروههای اجتماعی که عضو آنها است. خودکارآمدی، یک باور شخصی نیرومند درباره مهارتها و تواناییها برای اقدام و عمل در زمینه یک تکلیف و موفقیت در آن است. از سوی دیگر، سلامت اجتماعی و خودکارآمدی نیز تحت تأثیر خودپنداره نقش‌های جنسیتی قرار دارد. خودپنداره نقش جنسیتی، متأثر از درونی کردن نقش‌های

1. Ph.D. in Psychology  
<mnikoogoftar@gmail.com>

\* دکتر روانشناس، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران  
(نویسنده مسئول)

<mnikoogoftar@gmail.com>

image, gender roles are also affected. Concept of gender roles, gender roles is influenced by internal factors and social conditions within the framework determined. Concept of gender roles to the extent that the person finds it refers to a male or female characteristics. Although relatively stable over time are aspects of self-concept, self-concept of gender as a variable attribute is intended. Based on the scores of femininity and masculinity are four types of self-concept can be separated gender roles: women, men, androgynous and undifferentiated. This study examined the predictive power of self-concept and self-efficacy of teachers was conducted gender roles in community health.

**Method:** The study was applied and descriptive correlational study. The study population included all male and female teachers serving in Tehran province were Slamsahr. Groups of samples were randomly selected. Branch schools were randomly selected from 12 schools. The target population of 303 persons (mean age 39, SD = 97/5), including 251 women and 52 men who were teaching in different disciplines were selected and respond to questionnaires gender roles Bam (BSRI), Sherer General Self-Efficacy (GSE) and Keyes's Social

جنسیتی است و در چارچوب عوامل و شرایط اجتماعی تعیین می‌شود. خودپنداره نقش جنسیتی به میزانی که شخص خود را دارای ویژگیهای مردانه یا زنانه می‌بیند اشاره دارد. با اینکه جنبه‌های خودپنداره در طول زمان نسبتاً پایدار هستند، خودپنداره نقش جنسیتی به‌عنوان یک صفت متغیر در نظر گرفته شده است. براساس نمرات زنانگی و مردانگی چهار نوع خودپنداره نقش جنسیتی را می‌توان از هم تفکیک کرد: زنانه، مردانه، دوجنسیتی و نامتمایز. این پژوهش با هدف بررسی توان پیش‌بینی خودپنداره نقشهای جنسیتی در سلامت اجتماعی و خودکارآمدی معلمان اجرا شد.

روش: پژوهش حاضر کاربردی و از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی بود که جامعه آماری آن را کلیه معلمان زن و مرد مشغول به خدمت منطقه اسلامشهر واقع در استان تهران تشکیل داده‌اند. گروه نمونه با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. از میان مدارس اسلامشهر ۱۲ مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. از جامعه موردنظر ۳۰۳ نفر (با میانگین سنی ۳۹ و انحراف استاندارد ۹۷/۵) شامل ۲۵۱ زن و ۵۲ مرد که در رشته‌های مختلف مشغول به تدریس بودند انتخاب شدند. به پرسشنامه‌های نقشهای جنسیتی بام (BSRI)، خودکارآمدی عمومی شرر (ESG) و سلامت اجتماعی کینز (QBWSK) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمونهای خی دو، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

Well-Being Questionnaire(KSWBQ). Using Pearson correlation test, stepwise regression analysis and chi-square test were analyzed by SPSS software.

**Findings:** The results showed that the highest percentage of respondents, including 41/9% (126 patients) in the group androgynous, 25/9% in the feminine gender role, 16/3% in undifferentiated gender role and the lowest percentage in gender roles masculinity 8/3% ( $n = 25$ ) were. The results show that low self-efficacy, gender and diffuse There is a difference between the two groups were calculated and chi-square and level equal to 28/24 ( $p \leq 0/01$ ) is significant. In other words, significantly more androgynous self in undifferentiated groups, respectively. But no significant relationship between gender roles and social health. In addition, the role of gender male and female with self-efficacy and social health factors there is a significant positive relationship. In other words, the higher the scores on self-efficacy and social health of masculinity and femininity are added.

**Discussion:** In explaining the results, it can be said that androgynous individuals depending on what is appropriate for a particular situation, be able to fulfill female feature or combination

**یافته‌ها:** بیشترین درصد پاسخگویان (41/9٪) در گروه دوجنسیتی، 25/9٪ در گروه نقش جنسیتی زنانگی، 16/3٪ در گروه نقش جنسیتی نامتمایز و کمترین درصد در گروه نقش جنسیتی مردانگی (8/3٪) قرار گرفته‌اند. طبق نتایج، در خودکارآمدی پایین، بین گروه دوجنسیتی و نامتمایز تفاوت وجود داشت. به بیان دیگر، خودکارآمدی در گروه دوجنسیتی به‌طور معناداری بیش از گروه نامتمایز به دست آمد. اما بین نقشهای جنسیتی با سلامت اجتماعی رابطه‌ای مشاهده نشد. علاوه بر این، میان نقش جنسیتی مردانگی و زنانگی با خودکارآمدی و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود داشت که نشان می‌دهد هر چه نمرات مردانگی و زنانگی بالاتر باشد، بر میزان خودکارآمدی و سلامت اجتماعی نیز افزوده می‌شود.

بحث: در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت افراد دوجنسیتی بسته به آنچه که برای یک موقعیت خاص مناسب است، قادر به تحقق ویژگیهای زنانه- مردانه یا ترکیبی از ویژگیهای دوجنسیت هستند. از سویی، تجارب مسلط فرد، مؤثرترین راه برای ایجاد احساس کارایی و خودکارآمدی است. داشتن تجربه موفقیت‌آمیز، باعث ایجاد باورهای کارآمدی پایدارتری می‌شود و در مقابل، شکست موجب تضعیف این باورها می‌شود. بنابراین انتظار می‌رود وقتی فرد دارای نقش دوجنسیتی است بتواند صرف‌نظر از اینکه فقط زنانه یا مردانه رفتار کند متناسب با موقعیت پاسخ دهد، به این ترتیب یکی از مهم‌ترین منابع خودکارآمدی یعنی داشتن تجارب موفقیت‌آمیز

of features of both sexes are men. On the one hand, the dominant individual experience, the most effective way to create a sense of efficiency and efficacy. Having a successful experience, creating a more robust efficacy beliefs. On the contrary, failure is undermining these beliefs.

**Keywords:** gender role self-concept, self-efficacy, social health, teachers

تأمین خواهد شد. از آنجا که خودکارآمدی و سلامت اجتماعی معلمان دو عامل تأثیرگذار بر عملکرد آنها و دانش آموزان است پیشنهاد می شود در گزینش و جذب معلمان مدنظر قرار گیرند. با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد نقشهای جنسیتی عاملی مؤثر بر خودکارآمدی است برگزاری دوره های آموزشی در زمینه حذف نقشهای جنسیتی کلیشه ای و بهره مندی از ویژگیهای مثبت مردانگی و زنانگی می تواند بسیار تأثیرگذار باشد. همچنین مدیران مجموعه های آموزشی می توانند داشتن سطح مطلوب چنین مهارتهایی را از شرایط استخدام قرار دهند تا با این عمل منجر به توسعه نیروی انسانی شایسته با کارآمدی بالا در امر آموزش شوند.

**کلیدواژه ها:** خودپنداره نقش جنسیتی، خودکارآمدی، سلامت اجتماعی، معلمان

تاریخ دریافت: ۹۵/۷/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱/۲۰

## مقدمه

نظام آموزش و پرورش یکی از ارکان توسعه سلامت اجتماعی در جامعه به شمار می رود. با افزایش میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه به ویژه قشر تحصیل کرده، میزان سرمایه اجتماعی در جامعه افزایش می یابد و دستیابی به اهداف توسعه، سریع تر و امکان پذیرتر می شود. معلمان رکن اصلی آموزش و پرورش محسوب می شوند و نقش بسیار مهمی در تربیت نسل آینده کشور برعهده دارند. آنان برای اینکه بتوانند نقش خود را به درستی ایفا کنند، باید

از تواناییها و مهارتهای لازم برخوردار باشند؛ زیرا بار اصلی آموزش و پرورش دانش‌آموزان را بر دوش می‌کشند و آنان را برای زندگی آماده می‌کنند (ورزلی، ۱۳۷۹). سلامت اجتماعی معلمان تأثیر به‌سزایی در سلامت اجتماعی دانش‌آموزان و به‌طور کلی افراد جامعه دارد.

سلامت اجتماعی<sup>۱</sup> برحسب تعریف (برای مثال، کیز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴) در برگیرنده ارزیابی و شناخت فرد است از چگونگی عملکرد خود در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروههای اجتماعی که عضو آنها است. کیز معتقد است سلامت اجتماعی با پنج بعد پذیرش اجتماعی<sup>۳</sup>، مشارکت اجتماعی<sup>۴</sup>، شکوفایی اجتماعی<sup>۵</sup>، وابستگی اجتماعی<sup>۶</sup> و انسجام اجتماعی<sup>۷</sup>، پدیده‌ای عمومی (در مقابل خصوصی) مبتنی بر تکالیف اجتماعی است که انسان در بطن ساختارهای اجتماعی و جوامع با آنها مواجه است. زیر-مقیاس انسجام اجتماعی منعکس‌کننده کیفیت روابط فرد با جامعه است. افرادی که از نظر اجتماعی احساس یکپارچگی می‌کنند، دارای حس تعلق به جهان بوده و خود را در موقعیتهای اجتماعی قرار می‌دهند که به آنها احساس اتصال به جهان اجتماعی‌شان را می‌دهد. مشارکت اجتماعی نشان‌دهنده میزانی است که افراد احساس می‌کنند مشارکت معناداری با جهان اطراف خود دارند. شکوفایی اجتماعی شامل ارزیابی از تواناییهای بالقوه جامعه است. اعتقاد بر این است که جامعه دارای پتانسیل تبدیل شدن به مکانی بهتر برای شهروندانی است که در آن زندگی می‌کنند و این مجموعه واجد پتانسیل برای تغییرات مثبت است. وابستگی اجتماعی شامل توانایی فرد برای درک جهان پیچیده و فهم و پیش‌بینی آنچه که در آن اتفاق می‌افتد. پذیرش

1. social health

2. Keyes

3. social acceptance

4. social contribution

5. social actualization

6. social coherence

7. social integration

اجتماعی شامل میزانی که فرد توسط دیگران پذیرفته می‌شود و با آنها احساس راحتی می‌کند (کییز، ۱۹۹۸).

از سوی دیگر یکی از ویژگی‌هایی که اخیراً به میزان زیادی مورد توجه قرار گرفته است حس خودکارآمدی<sup>۱</sup> معلمان است. به گفته بندورا<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) خودکارآمدی اعتقاد شخصی قوی درباره مهارتها و تواناییها برای شروع یک تکلیف و موفق شدن در آن است. کلود و بندورا (۱۹۸۹)؛ به نقل از ویلسون<sup>۳</sup> و همکاران، (۲۰۰۹) خودکارآمدی را به عنوان اعتقاد به تواناییهای فرد برای بسیج کردن انگیزش، منابع شناختی و مسیرهای اقدام لازم برای دسترسی به خواسته‌های موقعیتی معین تعریف کرده‌اند که منعکس‌کننده یک خودارزیابی فردی است مبنی بر اینکه آیا آنها توانایی انجام یک تکلیف خاص را دارند و همچنین اعتقاد به اینکه آیا آنها این مهارتها را به دستاوردی موفقیت‌آمیز تبدیل می‌کنند؟ بندورا (۲۰۱۲) معتقد است چهار مؤلفه تجارب مسلط، الگوی اجتماعی، ترغیب اجتماعی و کنترل وضعیت هیجانی-فیزیولوژیکی در شکل‌گیری خودکارآمدی مؤثر است.

به‌طورکلی بقا، دوام و پیشرفت هر جامعه به کارآیی و کیفیت تعلیم و تربیت آن جامعه بستگی دارد. هر کشوری به معلمان کارآمد به‌عنوان یکی از ارکان تعلیم و تربیت نیاز دارد تا بتواند فرزندان خود را به گونه‌ای شایسته پرورش دهد و برای آینده‌ای بهتر آماده کند. به باور بسیاری از صاحب‌نظران، انجام اصلاحات اساسی در تعلیم و تربیت بدون برخورداری از معلمان کارآمد و باصلاحیت میسر نخواهد بود (سلمانی دستجرد و همکاران، ۱۳۸۷؛ یوسف‌زاده و معروفی، ۱۳۸۹؛ نقل

1. self-efficacy
2. Bandura
3. Wilson

از دهقانی و همکاران، ۱۳۹۳).

تحقیقات نشان می‌دهد حس قوی خودکارآمدی با توانمندی<sup>۱</sup> معلمان (ویسی و همکاران، ۲۰۱۵)، شیوه‌های آموزش مهارت‌های تفکر<sup>۲</sup> (یالکین و اردوغان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶)، سبک مدیریت کلاس (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۱)، راهبردهای خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان (وفا و همکاران، ۱۳۹۳)، تبیین راهبردهای مدیریت قلدری (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۴)، سطوح بالاتر رضایت شغلی (کاپرارا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ کاپرارا و همکاران، ۲۰۰۶)، پایبندی و تعهد بیشتر به آموزش (ایوانز و تریبل<sup>۵</sup>، ۱۹۸۶؛ وار و کیتسانتاس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷)، آسیب‌پذیری کمتر نسبت به فرسودگی<sup>۷</sup> (براورز و تامیک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰؛ شالویک و شالویک<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷)، ایجاد جو یادگیری بهتر برای دانش‌آموزان (دیمر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴؛ گنسر و کاکیروگلا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷؛ ولفاک و های<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۰؛ یاست<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲)، خلاق‌تر بودن در کاربرد روش‌های جدید آموزش (وردیم و لیزر<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۲)، وضع استانداردهای بالا برای خود و پایداری در مواجهه با موانع (رز و بروس<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷) و افزایش پیشرفت‌ها و دستاوردهای دانش‌آموزان (کاپرارا و همکاران، ۲۰۰۶؛ شاگنسی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۴؛ والیک<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۲) رابطه دارد.

با استناد به شواهد ذکرشده، خودکارآمدی و سلامت اجتماعی معلمان دو موضوع تأثیرگذار بر عملکرد آنها و متعاقباً بازدهی بهتر آموزش و پرورش است. به همین دلیل نیاز به مطالعاتی وجود دارد تا نقش عوامل مختلف تأثیرگذار بر این دو متغیر را مورد بررسی قرار دهند؛ به عبارت دیگر توجه به سلامت

1. empowerment  
4. Caprara,  
7. burnout  
10. Deemer  
13. Yost  
16. Shaughnessy

2. teaching thinking skills  
5. Evans and Tribble  
8. Brouwers and Tomic  
11. Gencer and Cakiroglu  
14. Wertheim and Leyser  
17. Wallick

3. Yalçın and Erdoğan  
6. Ware and Kitsantass  
9. Shaalvik and Shaalvik  
12. Woolfalk and Hoy  
15. Ross and Bruce

اجتماعی و خودکارآمدی و تقویت این دو در عملکرد معلمان مستلزم شناسایی عوامل پیشایندی یا تعیین کننده آنها است. به نظر می رسد یکی از عواملی که می تواند سلامت اجتماعی و خودکارآمدی را تحت تأثیر قرار دهد، خودپنداره نقشهای جنسیتی است.

جهت گیری نقش جنسیتی یک صفت یا نگرش شخصی مشروط به یک سیستم اجتماعی ستی است که از مردان انتظار می رود به صورت مردانه فکر و رفتار کنند و از زنان نیز انتظار می رود به گونه ای زنانه بیندیشند یا رفتار کنند. مردانه بودن حکایت از تمرکز شناختی بر برخورداری از شغل دارد. درحالی که رفتارها و نگرشهای وسیله ای<sup>۱</sup> و پرخاشگری به عنوان مردانه کلیشه ای شده، نگرانی برای رفاه دیگران و هماهنگی با گروه نیز زنانه ادراک می شود. رفتارها و نگرشهایی که به صورت زنانه کلیشه شده است شامل تسلیم، وابستگی، احترام، همکاری، مراقبت و پرورش است.

خودپنداره نقش جنسیتی<sup>۲</sup>، متأثر از درونی کردن نقشهای جنسیتی است و در چارچوب عوامل و شرایط اجتماعی تعیین می شوند. زنان و مردان نه تنها از صفات، رفتارها و انتظاراتی که محیط از آنها دارد آگاه هستند، بلکه این انتظارات جنسی شده را در سطوح خاصی درونی می کنند (بم<sup>۳</sup>، ۱۹۸۱). خودپنداره نقش جنسیتی به میزانی که شخص خود را دارای ویژگیهای مردانه یا زنانه می بیند اشاره می کند. با اینکه جنبه های خودپنداره در طول زمان نسبتاً پایدار هستند، خودپنداره نقش جنسیتی به عنوان یک صفت متغیر در نظر گرفته شده است. اندازه گیری خودپنداره نقش جنسیتی (مانند پرسشنامه نقش جنسیتی بم، ۱۹۷۴)

1. instrumental
2. gender role self-concept
3. Bem



یک نمره زنانگی و یک نمره مردانگی را فراهم می‌کند. این نمرات، میزانی که یک فرد دارای صفات زنانه یا مردانه است را منعکس می‌کند. بر اساس نمرات زنانگی و مردانگی چهار نوع خودپنداره نقش جنسیتی را می‌توان از هم تفکیک کرد: زنانه<sup>۱</sup> (نمرات بالا در صفات زنانه، نمرات پایین در صفات مردانه)، مردانه<sup>۲</sup> (نمرات بالا در صفات مردانه و نمرات پایین در صفات زنانه)، دوجنسیتی<sup>۳</sup> (نمرات بالا در هر دو صفات زنانه و مردانه) و نامتمایز<sup>۴</sup> (نمرات کم در هر دو صفات زنانه و مردانه)؛ به عبارت دیگر درحالی که زنان زنانه و مردان مردانه دارای صفات همخوان نقش جنسیتی هستند، افراد دوجنسیتی دارای هر دو صفات زنانه و مردانه هستند. زنان و مردان نامتمایز هیچ کدام از صفات زنانه یا مردانه را ندارند.

### چارچوب نظری

تحقیقاتی که به‌طور اختصاصی رابطه نقشهای جنسیتی و سلامت اجتماعی را مورد مطالعه قرار دهند بسیار محدود هستند. باین حال تحقیقات تجربی متمرکز بر نقشهای جنسیتی اغلب درصدد کشف کم و کیف سلامت روان‌شناختی افراد با جهت‌گیرهای مختلف نقش جنسیتی هستند (وایتلی، ۱۹۸۳). تحقیقات متعددی رابطه میان نقشهای جنسیتی و سلامت روان‌شناختی را مورد مطالعه قرار داده‌اند. درباره روابط متقابل بین خودپنداره نقش جنسیتی و سلامتی سه مدل رقیب وجود دارد (وایتلی، ۱۹۸۴):

الف) مطابق با مدل تناسب<sup>۵</sup> سلامت روان‌شناختی نتیجه تناسب بین خودپنداره نقش جنسی فرد و جنسیت او است (لایبسنسکی<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۸۱).

1. femininity

2. masculinity

3. androgyny

4. undifferentiated

5. Whitley

6. congruence model

7. Lubinski, Tellegen and Butcher

به‌طور دقیق‌تر نمرات بالای زنان در زنانگی و نمرات پایین در مردانگی و نمرات بالای مردان در مردانگی و نمرات پایین در زنانگی باید سلامتی بیشتری را گزارش کند. زنانه بودن زن و مردانه بودن مرد خودپنداره‌هایی هستند که همخوان با استانداردهای فرهنگی تناسب جنسیتی هستند (بم، ۱۹۹۳). مطابق با مدل تناسب، سلامتی به‌وسیله هم‌خوانی بین خودپنداره افراد و انتظارات محیط آنها پرورش پیدا می‌کند.

ب) مطابق با مدل دوجنسیتی<sup>۱</sup> سلامت، افراد دوجنسیتی باید سلامتی بیشتری را گزارش کنند (بم، ۱۹۷۴؛ ارلفسکی و اهرن<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷). این افراد مجموعه وسیعی از ویژگیها و گزینه‌های رفتاری دارند که به آنها اجازه می‌دهد به‌صورت منعطف رفتار کنند و با درخواستهای موقعیتی متنوع مقابله کنند (بیرهاف-آلفرمن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹ و ۱۹۹۶؛ وانک و آشمور<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳) همچنین آنها بیشتر در فعالیتهای خلاقانه درگیر می‌شوند و سطوح بالاتری از مهارتهای خلاقانه را نشان می‌دهند (نورلاندر و اریکسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰؛ جانسون و کارلسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). سیلورن و رایان<sup>۷</sup> (۱۹۷۹) در تحقیق خود نشان دادند زنان دوجنسیتی نسبت به زنان دارای نقش جنسیتی زنانه سازگارتر هستند ولی مردان دوجنسیتی سازگاری برابر با مردان دارای نقش جنسیتی مردانه دارند.

ج) مطابق با مدل مردانه<sup>۸</sup> سلامت، شخص دارای مردانگی بیشتر باید سلامتی بیشتری داشته باشد. این مدل مبتنی بر یافته‌های تجربی است تا یافته‌های نظری. باین‌حال، می‌توان فرض کرد که مردانگی با سلامت بیشتر رابطه دارد، زیرا ویژگیهای مردان در اغلب جوامعی که بر موفقیت و پیشرفت تأکید می‌کنند،

1. androgyny model

2. Orlofsky and O'Heron

3. Bierhoff-Alfermann

4. Vonk and Ashmore

5. Norlander and Erixon

6. Jonsson and Carlsson

7. Silvern and Ryan

8. masculinity model

ارزشمندتر است؛ بنابراین، صرف‌نظر از جنسیت فرد، ممکن است درونی کردن این ویژگیهای ارزشمند مسئول روابط متقابل بین مردانگی و سلامت باشد. به‌علاوه، مردانگی بالا-آنچه با اندازه‌گیری رایج نقش جنسیتی ارزیابی شده- خودکارآمدی بالا و افسردگی پایین به میزان معینی سازه‌های مشترکی دارند (وایتلی، ۱۹۸۴)؛ بنابراین همبستگی بالا احتمالاً منعکس‌کننده شباهت این سازه‌ها است تا یک ارتباط علت و معلولی مردانگی برای سلامت. آدامز و شرر<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) اشاره می‌کنند که مدل مردانه به میزانی سازگاری بهتری را ایجاد می‌کند. نتایج پژوهش عسگری و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد میان نقش دو جنسیتی و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت معناداری وجود دارد و این نقش جنسیتی پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی است. مطالعه علی‌اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که نقش جنسیتی زنانگی و مردانگی با سلامت روانی رابطه معناداری دارد، همچنین در معادله رگرسیون تنها متغیر زنانگی توان پیش‌بینی سلامت روانی و برخی از مؤلفه‌های آن را دارد و متغیر مردانگی در این پیش‌بینی نقشی ندارد. براساس نتایج به‌دست آمده از مطالعه ولفرام<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) نقشهای جنسیتی مردانه، زنانه و دوجنسیتی به‌طور مثبتی بر سلامت معلمان مرد مدارس ابتدایی تأثیرگذار است در حالی که تعارض نقش جنسیتی رابطه منفی با سلامت دارد. برنت<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۵) اشاره می‌کنند که به‌طور کلی فشار محیطی قابل ملاحظه‌ای برای ویژگیهای مردانه نسبت به ویژگیهای زنانه وجود دارد. بر اساس تعامل شخص-محیط، محیط مردانه ممکن است زنان دارای مردانگی پایین را در معرض خطر عزت‌نفس پایین قرار دهد.

1. Adams and Sherer
2. Wolfram
3. Burnett

## پیشینه تحقیق

در مورد رابطه میان نقشهای جنسیتی و خودکارآمدی مطالعات محدودی انجام شده است که نتایج متناقضی را به دست می دهند. برخی از تحقیقات نشان می دهند میان نقش جنسیتی زنانه و خودکارآمدی و نیز نقش جنسیتی مردانه و خودکارآمدی رابطه مثبت معناداری وجود دارد (نونکو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). از سوی دیگر برخی از پژوهشها بیانگر آن است که سطوح بالای زنانگی نسبت به سطوح بالای مردانگی به وضوح با میزان پایین خودکارآمدی همراه است (پمپ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). مطابق با مطالعه شرر و آدامس (۱۹۸۳؛ نقل از ستمیر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷) خودکارآمدی فقط همبستگی معناداری با مردانگی دارد. به اعتقاد چوی<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) افراد دوجنسیتی به طور کلی دارای خودپنداره و عزت نفس بالاتر، مهارتهای حل مسئله بهتر و خودکارآمدی شغلی پیشرفته تری هستند. نتایج پژوهش راث<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد زنان دارای نقش دوجنسیتی نسبت به زنان تک جنسیتی احساس بهتری از خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اختصاصی<sup>۶</sup> را دارند. مولر و داتو-ان<sup>۷</sup> (۲۰۰۷) تأثیر جهت گیری نقش جنسیتی بر خودکارآمدی بین فردی را مورد آزمون قرار دادند و دریافتند که جهت گیری دوجنسیتی نسبت به جهت گیری تک جنسیتی با سطوح بالاتر خودکارآمدی بین فردی همراه است. همچنین نتایج مطالعه هوسوکاوا<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که افراد دارای نقش دوجنسیتی در خودکارآمدی مرتبط با خوردن و تغذیه سالم به طور معناداری نمرات بالاتری نسبت به گروه زنانگی و نامتمایز دارند.

در کشور ما مطالعاتی وجود دارد که عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی

1. Nwankwo

2. Pamp

3. Setmir

4. Choi

5. Rath

6. domain-specific selfefficacy

7. Mueller and Dato-On

8. Hosokawa

معلمان مانند محل تولد، درآمد، مسکن شخصی، تعداد اعضای خانوار، رضایت زناشویی و شغلی، سلامت سازمانی مدرسه، معدل دانش‌آموزان، اعتقاد به سلامت جامعه، دینداری، حمایت اجتماعی و عاطفی (زارع شاه‌آبادی و کاظمی، ۱۳۹۴)، رضایت از شغل، سن و طبقه اجتماعی (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱) را مورد بررسی قرار داده‌اند. در میان پژوهشهای موجود درباره عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی نیز هوش معنوی (فروهر و همکاران، ۱۳۹۳؛ گل چین، ۱۳۹۱)، رضایت شغلی (زاهد و همکاران، ۱۳۸۹)، هدف‌گذاری و سبک اسناد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۴)، باورهای معرفت‌شناختی (برزگر بفرویی و همکاران، ۱۳۹۴)، دستیابی به مهارت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات (زمانی و همکاران، ۱۳۹۲) تأثیرگذار شناخته شده‌اند. در هیچ‌یک از پژوهشهای داخلی انجام شده، رابطه نقشهای جنسیتی با خودکارآمدی و سلامت اجتماعی مورد مطالعه قرار نگرفته است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی توان پیش‌بینی خودپنداره نقشهای جنسیتی بر خودکارآمدی و سلامت اجتماعی در معلمان انجام شده است. فرض بر این است خودکارآمدی و سلامت اجتماعی براساس نقشهای جنسیتی متفاوت هستند، همچنین نقشهای جنسیتی پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی و سلامت اجتماعی است.

## روش

### ماهیت و روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی و همبستگی بود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه معلمان زن و مرد مشغول به خدمت در اداره آموزش و پرورش شهرستان اسلامشهر در سال ۱۳۹۲-۹۳ بود. شرکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. از میان مدارس اسلامشهر ۱۲ مدرسه

به صورت تصادفی انتخاب شدند. با مراجعه به جدول کرجسی و مورگان از جامعه مورد نظر ۳۰۳ نفر (با میانگین سنی ۳۹ و انحراف استاندارد ۹۷/۵) شامل ۲۵۱ زن و ۵۲ مرد که در رشته‌های مختلف ریاضی، کامپیوتر، فیزیک، شیمی، زیست‌شناسی، عربی، ادبیات، زبان انگلیسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی، روان‌شناسی، تاریخ، جغرافیا مشغول به تدریس بودند انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های نقش جنسیتی بم، خودکارآمدی عمومی شرر و سلامت اجتماعی کییز پاسخ دادند. در نهایت داده‌ها با استفاده از روشهای آزمون خی دو، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون به روش گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## ابزار اندازه‌گیری

### ۱. پرسشنامه نقشهای جنسیتی بم (BSRI)

فرم بلند پرسشنامه نقشهای جنسیتی بم<sup>۱</sup> (۱۹۷۴) شامل ۲۰ ویژگی مردانه، ۲۰ ویژگی زنانه و ۲۰ صفت خنثی یا دو جنسیتی است. هر آیتم با استفاده از مقیاس لیکرت ۷ رتبه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) پاسخ‌دهی می‌شود. نمره هر مقیاس مجموع امتیازات آیت‌های فرد است. این پرسشنامه ۴ نوع نقش جنسیتی شامل مردانه (با نمرات بالا در مقیاس مردانگی)، زنانه (با نمرات بالا در مقیاس زنانگی)، دو جنسیتی (با نمرات بالا در هر دو مقیاس مردانگی و زنانگی) و نامتمایز (با نمرات پایین در هر دو مقیاس مردانگی و زنانگی) را مشخص می‌سازد. روایی محتوای پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از متخصصان روانشناس مورد تأیید قرار گرفت و به منظور سنجش ضریب توافق بین متخصصان، مقدار شاخص کاپا ۰/۸۵ به دست آمد. در رابطه با پایایی پرسشنامه، علوی، افتخار و جلالی ندوشن

1. Bem' Sex Role Inventory

(۲۰۱۵) آلفای کرونباخ فرم اصلی پرسشنامه را در مقیاس مردانگی ۰/۸۶، در مقیاس زنانگی ۰/۸۲ و ضرایب پایایی آزمون-بازآزمون در مقیاسهای زنانگی، مردانگی و دوجنسیتی ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین آنها در فرم ایرانی آلفای کرونباخ ۰/۷۱ برای مردانگی و ۰/۵۶ برای زنانگی را گزارش نمودند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

## ۲. پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (GSE)

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی توسط شرر<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۲) طراحی شده است. این پرسشنامه عقاید فرد مربوط به توانایی‌اش برای غلبه بر موقعیتهای مختلف را اندازه‌گیری می‌کند. ۱۷ عبارت که بر پایه مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) تنظیم شده، در سؤالات ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ گزینه «کاملاً مخالف» نمره یک و گزینه «کاملاً موافق»، نمره پنج می‌گیرد و سؤالات ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷ شامل نمره‌گذاری معکوس می‌شوند. نمره نهایی حداقل ۱۷ و حداکثر آن ۸۵ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی قوی‌تر است. براتی (۱۳۷۶) براساس همبستگیهای به دست آمده با دو مقیاس عزت نفس و خودارزیابی با خودکارآمدی، روایی سازه ابزار را مورد تأیید قرار داد. براتی (۱۳۷۶)، کرامتی (۱۳۸۰) و کرویی (۱۳۸۱) به ترتیب پایایی ۰/۷۶، ۰/۸۵ و ۰/۷۸ به دست آوردند که قابل قبول است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

1. Shere et al.' General self-efficacy scale

### ۳. پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز (KSWBQ)

پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) یک پرسشنامه خودگزارشی پنج بعدی است که ۳۳ آیتم دارد. ابعاد آن شامل وابستگی اجتماعی (۷ آیتم)، پذیرش اجتماعی (۷ آیتم)، مشارکت اجتماعی (۶ آیتم)، انسجام اجتماعی (۶ آیتم)، شکوفایی اجتماعی (۷ آیتم) را اندازه‌گیری می‌کنند. آیتمهای پرسشنامه در یک مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود که نمره ۱ به معنای کاملاً مخالفم و نمره ۵ به معنای کاملاً موافقم است. بر این اساس دامنه نمره کل پرسشنامه از ۳۳-۱۶۵ بوده که نمرات بالاتر بیانگر سلامت بهتر است. کیگوانی و همکارانش (۲۰۰۸) آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و مظفری، دهقان نیری و دادخواه (۲۰۱۴) آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را گزارش دادند. در مطالعه نیکوگفتار (۱۳۹۳) روایی سازه و پایایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت.

### یافته‌ها

جدول (۱) شاخصهای توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بیشترین درصد پاسخگویان (۴۱/۹٪) در گروه دوجنسیتی، ۲۵/۹٪ در گروه نقش جنسیتی زنانگی، ۱۶/۳٪ در گروه نقش جنسیتی نامتمایز و کمترین درصد در گروه نقش جنسیتی مردانگی (۸/۳٪) قرار گرفته‌اند.

1. Keyes's Social Well-Being Questionnaire



جدول (۱) آماره‌های توصیفی متغیرهای مطالعه

SD	M	Max	Min	n	زیرمقیاسها	متغیرها
۹/۰۶	۶۳/۶۹	۸۴	۳۴	۳۰۲	خودکارآمدی	
۳/۲۵	۲۷/۳۲	۳۵	۱۹	۲۷۷	وابستگی اجتماعی	سلامت اجتماعی
۴/۱۹	۲۲/۲۳	۳۵	۱۰	۲۹۳	پذیرش اجتماعی	
۳/۳۲	۲۱/۹۰	۲۹	۱۲	۲۵۹	مشارکت اجتماعی	
۳/۷۳	۱۸/۶۶	۳۰	۶	۳۰۳	انسجام اجتماعی	
۳/۲۱	۲۳/۹۶	۳۳	۱۴	۲۷۷	شکوفایی اجتماعی	
۱۳/۱۸	۱۱۳/۵۹	۱۴۸	۵۸	۳۰۳	سلامت اجتماعی (نمره کل)	
۰/۶۶	۴/۹۰	۶/۷۰	۲/۴۰	۳۰۳	مردانگی	نقشهای جنسیتی
۰/۵۵	۵/۱۶	۷	۲/۸۰	۳۰۳	زنانگی	

### آزمون فرضیه‌ها

در تحلیل فرضیه‌های اول و دوم پژوهش از آزمون خی دو استفاده شده است. در مواقعی که اطلاعات به صورت گسسته و یا طبقه‌بندی هستند (مقیاسه فراوانی حوادث) از این آزمون استفاده می‌شود (دلاور، ۱۳۸۲). برای تحلیل فرضیه سوم از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده گردید.

**فرضیه اول:** خودکارآمدی بر اساس نقشهای جنسیتی متفاوت است.

چنانچه در جدول (۲) مشاهده می‌شود، نتایج آزمون خی دو نشان داد که در خودکارآمدی پایین، بین گروه دو جنسیتی و نامتمایز تفاوت وجود دارد  $X^2=24/28$ .

$(p < 0/01)$ . به عبارت دیگر، در خودکارآمدی پایین، گروه دوجنسیتی کمتر از حد مورد انتظار فراوانی دارند و نامتمایزها بیش از حد مورد انتظار خودکارآمدی شان پایین است (با توجه به منفی و مثبت شدن مقادیر باقی مانده های مورد انتظار). به بیان دیگر، خودکارآمدی در گروه دوجنسیتی به طور معناداری بیش از گروه نامتمایز به دست آمد.

جدول (۲) نتیجه آزمون خی دو برای بررسی تفاوت فراوانی نقشهای جنسیتی بر حسب سطوح خودکارآمدی

p	X <sup>2</sup>	مجموع	خودکارآمدی			نقشهای جنسیتی پایین		
			متوسط	بالا				
۰/۰۰۱	۲۴/۲۸	۱۸	۵	۱۲	۱	Obs. f	مردانگی	
			۱	۰	-۱/۱	Exp. f		
		۸۵	۱۳	۵۴	۱۸	Obs. f	زنانگی	
			-۰/۶	-۰/۳	۱/۳	Exp. f		
		۱۱۹	۲۸	۸۳	۸	Obs. f	دوجنسیتی	
			۱/۵	۰/۴	-۲/۵	Exp. f		
		۵۳	۳	۳۴	۱۶	Obs. f	نامتمایز	
			-۲/۱	-۰/۲	۲/۷	Exp. f		
				۲۷۵	۴۹	۱۸۳	۴۳	مجموع

فرضیه دو: سلامت اجتماعی بر اساس نقشهای جنسیتی متفاوت است.

نتایج حاصل از جدول (۳) و تقابل فراوانیهای به دست آمده نشان می دهد که در هیچ یک از سطوح وابستگی، پذیرش، انسجام، مشارکت و شکوفایی بین نقشهای جنسیتی تفاوت معناداری وجود ندارد. در رابطه با سطح پایین نمره کل سلامت اجتماعی بین گروه دوجنسیتی و نامتمایز تفاوت وجود دارد؛ به طوری که

در سلامت اجتماعی پایین گروه دوجنسیتی کمتر از حد مورد انتظار و گروه نامتمایز بیش از حد مورد انتظار سلامت اجتماعی شان پایین است.

جدول (۳) نتیجه آزمون خی دو برای بررسی تفاوت فراوانی نقشهای جنسیتی بر حسب سطوح سلامت اجتماعی

p	X <sup>2</sup>	نامتمایز		دوجنسیتی		زنانگی		مردانگی		مؤلفه‌های سلامت اجتماعی	
		Exp.f	Obs.f	Exp.f	Obs.f	Exp.f	Obs.f	Exp.f	Obs.f		
۰/۲۹۰	۷/۳۵	۱/۳	۱۵	-۱/۵	۱۶	۰/۳	۱۹	۰/۸	۵	پایین	وابستگی اجتماعی
		-۰/۳	۲۹	۰/۵	۷۰	-۰/۳	۴۸	۰	۱۰	متوسط	
		-۰/۸	۶	۰/۸	۲۱	۰/۲	۱۴	-۱	۱	بالا	
۰/۷۱	۵/۳۶	۱/۸	۱۲	-۱/۴	۹	۱/۳	۱۶	۰/۵	۳	پایین	مشارکت اجتماعی
		-۰/۲	۳۶	۰/۳	۹۴	۰/۳	۵۸	۰/۲	۱۱	متوسط	
		-۰/۵	۷	۱/۵	۱۹	۰/۵	۱۰	۰/۳	۲	بالا	
۰/۸۰۵	۳/۰۳۴	-۰/۴	۸	-۰/۳	۲۰	۱/۱	۱۹	-۰/۷	۲	پایین	پذیرش اجتماعی
		۰/۴	۳۶	۰/۱	۷۸	-۰/۵	۵۰	۰	۱۲	متوسط	
		-۰/۴	۷	۰/۱	۱۹	-۰/۲	۱۲	۰/۷	۴	بالا	
۰/۲۳۰	۸/۱۰۹	۰/۴	۷	-۱/۲	۹	۰/۸	۱۲	۰/۷	۳	پایین	انسجام اجتماعی
		۰/۱	۴۱	-۰/۱	۸۸	۰/۳	۶۶	-۰/۷	۱۱	متوسط	
		-۰/۶	۶	۱/۳	۲۲	-۱/۴	۷	۰/۹	۴	بالا	
۰/۳۳۹	۶/۸۱۲	۱/۸	۱۱	-۱	۱۰	۰/۱	۱۰	-۰/۷	۱	پایین	شکوفایی اجتماعی
		-۰/۳	۳۷	۰/۳	۸۵	-۰/۲	۵۵	۰/۳	۱۳	متوسط	
		-۱/۲	۳	-۱/۲	۱۴	۰/۵	۱۰	۰/۱	۲	بالا	
۰/۰۶۰	۱۲/۰۹	۲/۱	۱۳	-۱/۵	۱۰	۰/۲	۱۲	-۰/۳	۲	پایین	نمره کل سلامت اجتماعی
		-۰/۳	۳۶	-۰/۱	۸۳	۰/۳	۶۲	۰/۴	۱۴	متوسط	
		-۱/۲	۵	-۱/۶	۲۶	-۰/۷	۱۱	-۰/۵	۲	بالا	

فرضیه سوم: نقشهای جنسیتی پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی و سلامت اجتماعی است. در جدول (۴) نتایج همبستگی میان متغیرها مشاهده می‌شود. میان نقش جنسیتی مردانگی و زنانگی با خودکارآمدی و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. به بیان دیگر، هر چه نمرات مردانگی و زنانگی بالاتر باشد بر میزان خودکارآمدی و سلامت اجتماعی نیز افزوده می‌شود.

جدول (۴) ماتریس همبستگی ابعاد نقش جنسیتی با خودکارآمدی و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی

		مؤلفه‌های سلامت اجتماعی						
متغیرها	خودکارآمدی	وابستگی اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	انسجام اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	نمره کل سلامت اجتماعی	
مردانگی	۰/۴۵**	۰/۱۵*	۰/۱۴*	۰/۲۳**	۰/۲۷**	۰/۱۲*	۰/۲۴**	
زنانگی	۰/۱۹**	۰/۱۵*	۰/۱۴*	۰/۲۲**	۰/۱۳*	۰/۲۲**	۰/۲۵**	

$p < ۰/۰۵^*$      $p < ۰/۰۱^{**}$

به‌منظور تعیین سهم نقشهای جنسیتی در واریانس خودکارآمدی و سلامت اجتماعی، از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شده است. لازم به ذکر است ابتدا مفروضه‌های مربوطه (خطی بودن روابط بین متغیرهای پیش‌بین با متغیرهای ملاک) مورد آزمون و تأیید قرار گرفتند. همچنین با استفاده از روش تعدیل نمرات، مقادیر پرت شناسایی و از فرایند تحلیل خارج شدند. در جدول (۵) نتایج مرتبط با تحلیل رگرسیون ارائه شده است. ضرایب بتای به‌دست‌آمده در این جدول با توجه به سطح معناداری آنها نشان می‌دهد که نقش جنسیتی مردانگی به‌طور مثبت و همسو قادر به پیش‌بینی خودکارآمدی است و نزدیک به ۲۱٪ از تغییرات خودکارآمدی را تبیین می‌کند. از سوی دیگر

زنانگی و مردانگی به‌طور مثبت و همسو قادر به پیش‌بینی سلامت اجتماعی هستند و به‌صورت توأمان نزدیک به ۱۰٪ از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند.

جدول (۵) خلاصه تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای تبیین متغیرهای ملاک براساس متغیرهای پیش‌بین

$p$	$F$	$R^2$	$R$	$Beta$	$B$	متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	
۰/۰۰۰۱	۷۰/۴۱۶	۰/۲۰۶	۰/۴۵۳	۰/۴۵۳	۶/۵۰۹	خودکارآمدی	مردانگی	گام اول
۰/۰۰۰۱	۱۹/۰۸۵	۰/۰۶۶	۰/۲۵۶	۰/۲۵۶	۶/۲۸۱	سلامت اجتماعی	زنانگی	گام اول
۰/۰۰۰۳	۸/۶۹۰	۰/۰۹۵	۰/۳۰۸	۰/۱۹۳	۴/۷۴۴		زنانگی	
				۰/۱۸۲	۳/۷۹۱		مردانگی	گام دوم

## بحث

نتایج پژوهش نشان داد در خودکارآمدی پایین گروه دو جنسیتی کمتر از حد مورد انتظار فراوانی دارند و نامتمایزها بیش از حد مورد انتظار خودکارآمدیشان پایین است. این یافته با نتایج پژوهش چوی (۲۰۰۴)، راث و همکاران (۲۰۱۳)، مولر و داتو-ان (۲۰۰۷) و هوسوکاوا و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر اینکه افراد دارای نقش دو جنسیتی، خودکارآمدی شغلی، عمومی، اختصاصی و خودکارآمدی بالاتر و تغذیه سالم‌تری نسبت به افراد تک جنسیتی دارند، همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد دو جنسیتی بسته به آنچه که برای یک موقعیت خاص مناسب است، توانایی درگیر شدن در زنانگی-مردانگی یا ترکیبی از ویژگیهای دو جنسیت را دارند (بم، ۱۹۷۴). از طرفی مؤثرترین راه برای ایجاد یک حس قوی از کارآیی، تجارب مسلط فرد است. داشتن تجربه موفقیت‌آمیز، باعث ایجاد باورهای کارآمدی پایدارتری می‌شود. در مقابل، شکست موجب

تضعیف آن باورها می‌گردد (بندورا، ۲۰۱۲). بنابراین انتظار می‌رود وقتی فرد دارای نقش دوجنسیتی است بتواند صرف‌نظر از اینکه زنانه یا مردانه رفتار کند به‌صورت مناسب با موقعیت پاسخ دهد، به این ترتیب یکی از مهمترین منابع خودکارآمدی یعنی داشتن تجارب موفقیت‌آمیز تأمین خواهد شد.

اما در رابطه بین زنانگی و مردانگی با خودکارآمدی، تفاوت معناداری مشاهده نشده است. این یافته با نتایج پژوهش نوانکو و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر وجود رابطه مثبت بین زنانگی و مردانگی با خودکارآمدی و همچنین نتایج پژوهش پمپ (۲۰۰۸) مبنی بر اینکه سطوح بالای زنانگی نسبت به سطوح بالای مردانگی به‌طور روشنی با سطوح پایین خودکارآمدی همراه است، همخوانی ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت اینکه زن فقط زنانه و مرد فقط مردانه عمل کند، میزان خلاقیت او در رویارویی با موقعیتهای مختلف کاهش می‌یابد. در هر دو نقش جنسیتی فرد به‌صورت کلیشه‌ای و مطابق با جنسیت خود رفتار خواهد کرد. بنابراین در هر دو میزان خودکارآمدی پایین‌تر خواهد آمد زیرا ممکن است موفقیت فرد در بعضی شرایط با زنانه رفتار کردن و در بعضی شرایط با مردانه عمل کردن حاصل شود. مطالعات نشان می‌دهد افراد دوجنسیتی نسبت به افرادی که به‌صورت کلیشه‌ای زنانه یا مردانه رفتار می‌کنند، سطوح بالاتری از مهارتهای خلاقانه را نشان می‌دهند (نورلاندر و اریکسون، ۲۰۰۰؛ جانسون و کارلسون، ۲۰۰۰). وقتی خلاقیت فرد بالا باشد به دلیل داشتن گزینه‌های انتخابی بیشتر، میزان تجارب موفقیت‌آمیز بالاتری نیز خواهد داشت. در تبیین ناهمخوانی این یافته با پژوهشهای موجود می‌توان به شاغل بودن زنان نمونه مطالعه حاضر اشاره کرد. مطابق با پژوهش راث و همکاران (۲۰۱۳) زنان شاغل خودکارآمدی عمومی و اختصاصی بالاتری نسبت به زنان بیکار دارند. اگر زنان نمونه بیکار بودند احتمال همخوانی ایجاد می‌شد زیرا شاغل

بودن به خودی خود باعث بالاتر رفتن خودکارآمدی می‌شود. یافته سوم پژوهش نشان داد میان مردانگی و زنانگی با خودکارآمدی و سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. به عبارتی وقتی مردانگی و زنانگی بیشتر شود بر میزان خودکارآمدی و سلامت اجتماعی نیز افزوده می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش نوانکو و همکاران (۲۰۱۲) در قسمت مربوط به خودکارآمدی، همخوانی دارد. مطابق با یافته چهارم در هیچ‌یک از سطوح وابستگی، پذیرش، انسجام، پذیرش و شکوفایی اجتماعی (زیرمقیاسهای سلامت اجتماعی)، بین نقشهای جنسیتی تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با مدل دوجنسیتی سلامت به این معنا که افراد دوجنسیتی باید سلامتی بیشتری را گزارش کنند (بم، ۱۹۷۴؛ ارلفسکی و آهن، ۱۹۸۷) و با مدل مردانه ۱ سلامت به این معنا که شخص دارای مردانگی بیشتر باید سلامتی بیشتری داشته باشد، مطابقت ندارد. در تبیین این ناهمخوانی می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر در رابطه با سلامت اجتماعی صورت گرفته درحالی‌که در مدل‌های مطرح شده منظور از سلامت، سلامت روان‌شناختی است. در واقع پژوهشهایی که رابطه نقشهای جنسیتی و سلامت اجتماعی را مورد مطالعه قرار داده باشند وجود ندارند، بنابراین مقایسه پژوهش حاضر با آنها اطلاعاتی دقیق به دست نمی‌دهد و نیاز به پژوهش در حوزه ارتباط میان این دو متغیر وجود دارد تا بتوان بررسی دقیق‌تری انجام داد.

بر اساس یافته نهایی، تنها متغیر مردانگی توان پیش‌بینی خودکارآمدی را دارد و متغیر زنانگی در این پیش‌بینی نقش ندارد. این یافته با نتایج شرر و آدامس (۱۹۸۳؛ نقل از ستمیر، ۲۰۰۷) مبنی بر وجود همبستگی میان خودکارآمدی با مردانگی (نه با زنانگی)، همخوان است. همچنین نتایج نشان داد که متغیر زنانگی

#### 1. masculinity model

به‌تنهایی حدود ۰/۰۶٪ توان پیش‌بینی سلامت اجتماعی را دارد اما زنانگی و مردانگی با هم نزدیک به ۱۰٪ از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. این پژوهش با نتایج علی‌اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۸۹) که نشان می‌دهد تنها متغیر زنانگی توان پیش‌بینی سلامت روانی و برخی از مؤلفه‌های آن را دارد و متغیر مردانگی در این پیش‌بینی نقشی ندارد، مغایر است. در تبیین این مغایرت، مجدداً می‌توان به عدم همسانی سلامت اجتماعی و سلامت روان‌شناختی اشاره کرد. گرچه ممکن است بین این دو مفهوم رابطه نزدیکی وجود داشته باشد ولی به این معنا نیست که می‌توان آن دو را به‌جای یکدیگر به کار برد.

از آنجاکه خودکارآمدی و سلامت اجتماعی معلمان دو عامل تأثیرگذار بر عملکرد آنها و دانش‌آموزان است پیشنهاد می‌شود در گزینش و جذب معلمان مدنظر قرار گیرند. با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد نقش جنسیتی عامل مؤثر بر خودکارآمدی است برگزاری دوره‌های آموزشی در زمینه کسب مهارت‌های «افزایش سطح نقش‌پذیری جنسیتی» و از بین بردن نقش‌های سنتی کلیشه‌ای و دارا شدن ویژگی‌های مثبت مردانگی و زنانگی می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. همچنین مدیران مجموعه‌های آموزشی می‌توانند داشتن سطح مطلوب چنین مهارت‌هایی را از شرایط استخدام قرار دهند تا با این عمل منجر به توسعه نیروی انسانی شایسته با کارآمدی بالا در امر آموزش شود. لازم است در راستای رابطه بین نقش‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی تحقیقات بیشتری صورت گیرد تا بتوان به دنبال آن برنامه‌ریزی دقیقی در این زمینه ترتیب داد.

با توجه به این‌که این تحقیق از معدود تحقیقات در این زمینه می‌باشد محدودیتهایی مانند کمبود منابع و فراهم‌نشدن امکان مقایسه دقیق با یافته‌های تحقیقات مشابه در فرهنگ ایرانی و کشورهای مشابه وجود داشت.



- اسماعیلی، م.، کتابیان، ش. و خداداد، ش. (۱۳۹۱). رابطه خودکارآمدی با سبک مدیریت کلاس معلمان تربیت بدنی آموزش و پرورش تهران. *مجله مدیریت و رفتار سازمانی در ورزش*، ۱(۱)، ۲۸-۲۱.
- برزگر بفرویی، م.، رحیمی، م. و برزگر بفرویی، ک. (۱۳۹۴). رابطه بین باورهای معرفت‌شناختی و خودکارآمدی تحصیلی دانشجو-معلمان. *فصلنامه پویا در علوم تربیتی و مشاوره*، ۱(۱)، ۴۳-۴۹.
- بیرامی، م.، گل‌پرور، ف. و میرنسب، م. (۱۳۹۴). تبیین راهبردهای مدیریت قلدری بر اساس خودکارآمدی معلمان: نقش میانجی گرایانه باورها و نگرشهای معلمان درباره قلدری دانش‌آموزان. *مجله علمی پژوهشی پژوهشهای علوم شناختی و رفتاری*، ۱(۱)، ۱۰۷-۱۲۰.
- دهقانی، م.، جوادی پور، م. و اسلام دوست، س. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و خودکارآمدی معلمان با صلاحیت‌های حرفه‌ای آنان. *فصلنامه پژوهشهای کاربردی روان‌شناختی*، ۵(۴)، ۶۸-۵۱.
- زارع شاه‌آبادی، اکبر؛ کاظمی، سمیه (۱۳۹۴). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی معلمان مقطع ابتدایی ناحیه یک شهر یزد. *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد*، ۱۴(۶)، ۶۷-۵۰.
- زمانی، ب.ع.، محمدی، ا. و بیری، ح. (۱۳۹۲). قابلیت‌ها و عوامل مهم در خودکارآمدی مدرسان و دانشجویان مراکز تربیت معلم در استفاده از اینترنت. *مدیا*، ۴(۲)، ۶۱-۴۹.
- زاهد، ع.، نامور، ی. و نوبخت، ش. (۱۳۸۸). رابطه رضایت شغلی با خودکارآمدی معلمان راهنمایی شهرستان مشگین شهر در سال تحصیلی ۸۹-۸۸. *فصلنامه علوم تربیتی*، ۲(۸)، ۱۲۸-۱۰۷.
- عسگری، پ.، احتشام زاده، پ. و پیرزمان، س. (۱۳۸۹). رابطه پذیرش اجتماعی و نقش جنسیتی (آندروژنی) با بهزیستی روانشناختی در دانشجویان دختر. *فصلنامه زن و فرهنگ*، ۲(۵)، ۹۹-۱۱۰.
- علی اکبری دهکردی، م.، شکرکن، ح. و محتشمی، ط. (۱۳۸۹). رابطه نقشهای جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان شاغل. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۳(۵)، ۴۸-۳۷.
- کریمی، ه.، اسماعیلی، ب.، جوانمرد، ع.، رئیس، ج. و شفیعی، ه. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای هدف‌گذاری در رابطه بین سبک اسناد و خودکارآمدی معلمان. *فصلنامه آموزش پژوهی*، ۲، ۷۱-۹۶.
- گل‌جین، ع. (۱۳۹۱). *رابطه بین هوش معنوی و خودکارآمدی دبیران مقطع متوسطه. مطالعه موردی: دبیرستانهای شهرستان رامیان*. پایان‌نامه کارشناسی

- ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکزی، تهران.
- فتحی، م.، عجم نژاد، ر. و خاک رنگین، م. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۲ (۴۷)، ۲۲۵-۲۴۳.
- فروهر، آ.، اسلامی، م. و صادقی، م. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر افزایش خودکارآمدی و کاهش استرس شغلی. *فصلنامه افق دانش*، ۲۰ (۴)، ۲۵۷-۲۶۱.
- نیکوگفتار، م. (۱۳۹۳). تفاوت‌های جنسیتی در سلامت اجتماعی: نقش فردگرایی-جمع گرایی. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۴ (۵۳)، ۱۱۱-۱۲۹.
- ورزلی، ا. (۱۳۷۹). معرفی و تبیین نظام‌یافته تربیت معلم در آموزش و پرورش ایران. *رشد معلم*، ۱۸ (۷)، ۲۶-۲۹.
- وفا، ش.، ابراهیمی قوام، ص. و اسدزاده، ح. (۱۳۹۳). رابطه بین باورهای خودکارآمدی معلم و ادراک دانش‌آموز از جو کلاس با راهبردهای خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان و مقایسه آن در دانش‌آموزان دختر پایه اول متوسطه مدارس تیزهوشان و عادی شهر تهران. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۳ (۱۴)، ۱۰۴-۱۲۶.
- Adams, C. H. & Sherer, M. (1985). Sex role orientations and psychological adjustment: Implications for the masculinity model. *Sex Roles*, 12, 121-128.
- Alavi, K., Eftekhari, M. & Jalali Nadoushan, A.N. (2015). Comparison of Masculine and Feminine Gender Roles in Iranian Patients with Gender Identity Disorder. *Sex Med*, 3, 261-268.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy*. The exercise of control. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2012). On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. *Journal of Management*, 38(1), 9-44.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Bem, S. L. (1993). *The lenses of gender-transforming the debate on sexual inequality*. New Haven: Yale University Press.
- Bierhoff-Alfermann, D. (1989). *Androgynie. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechterrollen [Androgyny. Gender roles' opportunities and limitations]*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Bierhoff-Alfermann, D. (1996). *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten [Gender roles and gender-typical behaviour]*. Stuttgart, Germany, Kohlhammer.
- Brouwers, A. & Tomic, W. (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, 16, 239-253.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. & Steca, P. (2003). Efficacy beliefs as determinants of teachers' job satisfaction. *Journal of Educational Psychology*, 95(4), 821-832.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Steca, P. & Malone, P. S. (2006). Teachers' self-efficacy beliefs as determinants of job satisfaction and students' academic achievement: A study at the school level. *Journal of School Psychology*, 44, 473-490.
- Choi, N. (2004). Sex-role group differences in specific, academic and general self-efficacy. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 138(2), 149-159.
- Deemer, S. A. (2004). Classroom goal orientation in high school classrooms: revealing links between teacher beliefs and classroom environments. *Educational Research*. 46(1), 73-90.
- Evans, E. D. & Tribble, M. (1986). Perceived teaching problems, self-efficacy, and commitment to teaching among preservice teachers. *Journal of Educational Research*, 80(2), 81-85.
- Gencer, A. S. & Cakiroglu, J. (2007). Turkish preservice science teachers' efficacy beliefs regarding science teaching and their beliefs about classroom management. *Teaching and Teacher Education*, 23, 664-675.
- Hosokawa, C., Ishikawa, H., Okada, M., Kato, M., Okuhara, T. & Kiu-chi, T. (2016). Gender Role Orientation With Health Literacy and Self-Efficacy for Healthy Eating among Japanese Workers in Early Adulthood. *Frontiers in Nutrition*, 25(1), 62-77.
- Jonsson, P. & Carlsson, I. (2000). Androgyny and creativity: A study of the relationship between a balanced sex-role and creative functioning. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 269-274.
- Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2) 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2004). Risk and Resilience in Human Development: An Introduction. *Research in Human Development* 1(4):223-227.

- Lubinski, D., Tellegen, A. & Butcher, J. N. (1981). The relationship between androgyny and subjective indicators of emotional wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 722-730.
- Mozaffari, N., Dehghan Nayeri, N. & Dadkhah, B. (2014). Social well-being of a sample of Iranian nurses: a descriptive-analytic study. *Journal of Caring Sciences*, 3(4):239-46.
- Mueller, S. L. & Dato-On, M. C. (2007). Gender-role orientation as a determinant of entrepreneurial self-efficacy. *Journal of Developmental Entrepreneurship*, 13(1), 3-20.
- Nwankwo, B. E., Kanu, G.C., Marire, M. I., Balogun, S. K. & Uhiara, A. C. (2012). Gender-Role orientation and self-efficacy as correlated of entrepreneurial intention. *European Journal of Business and Social Sciences*, 1(6), 09-26.
- Norlander, T. & Erixon, A. (2000). Psychological androgyny and creativity: Dynamics of gender-role and personality trait. *Social Behavior and Personality*, 28, 423-436.
- Orlofsky, J. L. & O'Heron, C. A. (1987). Stereotypic and nonstereotypic sex role trait and behavior orientations: implications for personal adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1034-1042.
- Pamp, B. (2008). *Gender, Gender Role, Self-Efficacy, Rumination, And Depression: An Extension Of Response Styles Theory*. Purdur University. West Lafayette, Indiana.
- Ross, J. A. & Bruce, C. (2007). Professional development effects on teacher efficacy; Results of randomized field trial. *The Journal of Educational Research*, 101(1), 50-66.
- Rath, S., Odisha, B. & Mishra, A. (2013). Self-efficacy of Androgynous and Sex-typed Employed and Unemployed Women. *Journal of Social Sciences*, 2(3), 72-89.
- Shaughnessy, M. F. (2004). An interview with Anita Woolfolk: The educational psychology of teacher efficacy. *Educational Psychology Review*, 16(2), 153-176.
- Shaalvik, E. M. & Shaalvik, S. (2007). Dimensions of teacher self-efficacy and relations with strain factors, perceived collective efficacy, and teacher burnout. *Journal of Educational Psychology*, 99(3), 611-625.
- Silvern, L. E. & Ryan, V. E. (1979). Self-rated adjustment and sex-typing: Is masculinity the primary predictor of adjustment?. *Sex Roles*, 5, 739-763.

- Setmir, E. L. (2007). *Women and self-efficacy: A comparison of lesbian , sexual , androgynous , and , feminine type women*.
- Veisi, S., Azizifar, A., Gowhary, H. & Jamalinesari, A. (2015). The Relationship between Iranian EFL Teachers' Empowerment and Teachers' Self-Efficacy. *Social and Behavioral Sciences*, 185, 437- 445.
- Vonk, R. & Ashmore, R. D. (1993). The multifaceted self: androgyny reassessed by open-ended self-descriptions. *Social Psychology Quarterly*, 56, 278–287.
- Wilson, F., Kickul, J. Y. & Marlino, D. (2009). Gender, Entrepreneurial self-efficacy, and Entrepreneurcareer education. Implications for Entrepreneurship education. *Entrepreneurship theory and practice*, 31(3), 387-401.
- Ware, H. & Kitsantas, A. (2007). Teacher and collective efficacy beliefs as predictors of professional commitment. *Journal of Educational Research*, 100(5), 303-310.
- Woolfilk, A. E. & Hoy, W. K. (1990). Prospective teachers' sense of efficacy and beliefs about control. *Journal of Educational Psychology*, 82(1), 81-91.
- Wertheim, C. & Leyser, Y. (2002). Efficacy beliefs, background variables, and differentiated instruction of Israeli prospective teacher. *The Journal of Educational Research*, 96(1), 54-63.
- Wallick, J. S. (2002). *The relationship between teacher efficacy and student academic outcomes on curriculum-based measures*. Unpublished doctoral dissertation, University of the Pacific, Stockton.
- Whitley, B. E. (1983). Sex role orientation and self-esteem: A critical meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 347-366.
- Whitley, B. E. (1984). Sex-role orientation and psychological well-being: two meta-analyses. *Sex Roles*, 12, 207–225.
- Wolfram, H. J., Mohr, G. & Borchert, J. (2009). Gender Role Self-concept, Gender-role Conflict, and Well-being in Male Primary School Teachers. *Sex Roles*, 60,114–127.
- Yalçın, I. & Erdoğan, T. (2016). The relationship among Teachers' classroom practices for teaching thinkings skills, teachers' self-efficacy towards teaching thinking skills and teachers'teaching styles. *Thinking Skills and Creativity*. 2016, 6(2), 53-78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tsc>.

- Yost, R. (2002). "I think I can": Mentoring as a means of enhancing teacher efficacy. *The Clearing House*, 75(4), 195-197.
- Adams, C. H. & Sherer, M. (1985). *Sex role orientations and psychological adjustment: Implications for the masculinity model*. Sex

