

رابطه خودکارآمدی و سلامت عمومی با کارکرد خانواده در دانش‌آموزان پسر اول

متوسطه ناحیه ۴ تبریز

دکتر حسین لطفی‌نیا^۱

دکتر نعیمه محب^۲

عیس عبدلی^{۳*}

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۱۲

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۱۶

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه خودکارآمدی و سلامت عمومی با کارکرد خانواده در دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه تبریز صورت گرفت. در این تحقیق همبستگی تعداد ۳۳۱ دانش‌آموز سال اول متوسطه از بین مدارس پسرانه ناحیه ۴ تبریز به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه عملکرد خانواده (FAD)، پرسشنامه خودکارآمدی شرر و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و به کمک روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام صورت گرفت. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که با کاهش علائم جسمانی میزان کارکرد خانواده در ابعاد (نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) افزایش می‌یابد (۰/۰۱). با کاهش علائم اضطراب میزان کارکرد خانواده در ابعاد (حل مسأله، ارتباط، نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) افزایش می‌یابد (۰/۰۱). با کاهش علائم افسردگی میزان کارکرد خانواده در ابعاد (ارتباط، نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) افزایش می‌یابد (۰/۰۱). با کاهش کارکرد اجتماعی میزان کارکرد خانواده در ابعاد (ارتباط، نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) افزایش می‌یابد (۰/۰۱). در کل بین مقیاس سلامت عمومی و کارکرد خانواده همبستگی منفی ۰/۴۷ در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱ رابطه وجود دارد. بین خودکارآمدی و کارکرد خانواده در ابعاد (ارتباط، نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) همبستگی مثبتی ۰/۲۵ الی ۰/۳۶ وجود دارد (۰/۰۱). سه عامل افسردگی و خودکارآمدی و عملکرد اجتماعی مجموعاً ۳۵ درصد از واریانس کارکرد خانواده را پیش‌بینی می‌کنند (۰/۰۰۱).

واژگان کلیدی: خودکارآمدی، سلامت عمومی، کارکرد خانواده، پسران دانش‌آموز.

۱. دکتری روانشناسی بالینی.

۲. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، گروه روانشناسی، تبریز، ایران.

۳. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد گروه روانشناسی عمومی، تبریز، ایران. * نویسنده مسئول
این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد می‌باشد.

مقدمه:

روانشناسان همواره تحقیقات مختلف زیادی در مورد روابط خانوادگی انسان در مراحل مختلف زندگی به خصوص در دوران نوجوانی داشته‌اند و عده‌ای از آنان معتقدند که رفتارهای ناسازگار نوجوانان ناشی از فقدان جو عاطفی لازم در محیط خانوادگی است. خشم و خصومت والدین نسبت به فرزندان طرد کردن آنان و یا نادیده گرفتن فرزندان باعث می‌شود که آنها دچار مشکلات تحصیلی، عدم سازش با گروه همسن، بروز رفتارهای ضداجتماعی و برخی اختلال‌های روانی شود. با توجه به این مطالب، پس از ورود دیدگاه‌های سیستمی به عرصه علوم انسانی، خانواده در جایگاه نهادی‌ترین و اولین سامانه زندگی ساز، مورد توجه عمیق‌تر و دقیق‌تر قرار گرفت و مفهوم درمان خانوادگی در میان متخصصان و افراد «حرفه‌های یاورانه» اهمیت بسیاری یافت، به طوری که امروز، در حوزه‌های دانشگاهی اغلب نقاط جهان، خانواده درمانی و آموزش آن یکی از شاخه‌های پر طرفدار و مطرح تلقی می‌شود بدیهی است که وقتی از خانواده و درمان خانواده بحث می‌شود دشواری‌ها و مشکلات همراه با کودکی و نوجوانی، جایی بس مهم در این حوزه می‌یابد، زیرا پذیرفته‌ایم که خانواده بنیادی‌ترین نهادی است که اساسی‌ترین تأثیر را بر فرزندان و سرنوشت آنها دارد و قبول کرده‌ایم که آموزش مهارت‌های غلبه بر دشواری‌ها و مشکلات تأثیرگذار دوران کودکی و نوجوانی باید از خانواده آغاز شود (میکوچی^۱، ۱۳۸۴).

بی‌تردید لازمه تربیت افرادی کارآمد و مولد در یک جامعه و نیز بهره‌وری بیشتر و کاهش برخی هزینه‌های جانبی از جمله در مشکلات تحصیلی و شغلی هر جامعه باید توجه ویژه‌ای به مسئله خانواده و کمک به پرورش و تربیت افرادی با باورهای توانمندی بالا و سالم داشته باشد. بنابراین چون خانواده اولین بذر تکوین رشد فردی و بنای شخصیت را در انسان فراهم می‌کند. فرزند در خانواده زبان می‌آموزد ارزش‌های اخلاقی را کسب می‌کند. روابط اجتماعی با دیگران را می‌آموزد و اصول و قواعد اخلاقی را یاد می‌گیرد. خانواده به عنوان فیلتری برای عقاید، ارزش‌ها و نگرش‌های مربوط به فرهنگ یک جامعه محسوب می‌شود و آنها را به یک شیوه بسیار اجتماعی و انتخابی به فرزندان ارائه می‌دهد. بنابراین می‌تواند عامل سازندگی جسمی، روانی، عاطفی، ذهنی، خودکارآمدی و باور فرد به رشد و تعالی باشد و یا انحراف و اختلال او را موجب شود (عیدی، ۱۳۸۳).

در سنین ۶ تا ۱۸ سالگی که دانش‌آموزان دوران تحصیل خود را سپری می‌کنند. خانواده و مدرسه نقش بسیار مهمی در رشد شخصیت کودک و نوجوان دارند و با توجه به واکنش‌های گوناگونی که دانش‌آموزان از سوی معلمان، دوستان، خانواده و والدین دریافت می‌کنند و در مقابل قضاوت‌های مختلف دیگران نسبت به خود و برداشت‌های خود از واکنش‌های دیگران، به تصور ثابتی از خود می‌رسد و در نهایت دانش‌آموزان با تشکیل یک مفهوم خود مثبت یا منفی به صورت افرادی با اطمینان، دارای عزت نفسی بالا، مصمم و بردبار، خوش بین و دارای علاقه و پشتکار نسبت به امور، یا به صورت افرادی نامطمئن با

اعتماد به نفس پایین، بد بین، مضطرب و بی تحمل در می آیند. همه این ویژگی‌های شخصیتی که در سال‌های تحصیل در مدرسه شکل می‌گیرند، زمینه‌های سلامت روان یا بیماری روانی را پی می‌ریزد (پورعباد، ۱۳۸۴).

در سال‌های اخیر تأکید زیادی روی مطالعه والدین و خانواده بیماران روانی انجام شده است و نیز علت موفقیت و کارایی افراد موفق و ناموفق تحقیقات انجام گرفته و اساس آنها معمولاً به این فکر متکی بوده که بیماری هر مریض یک علامت از بیماری خانواده اوست و در مورد اختلالات روانی شدید آنها را به بیماری روانی و اختلالات غیر قابل انکار والدین نسبت داده‌اند. به عبارت دیگر ناسازگاری‌های کنونی کودک مرتبط است با زمانی از دوران زندگی او که متناسب با محیط خانوادگی او بوده است. بنابراین اگر کارکردهای خانواده به درستی شناسایی شود، جنبه‌های مثبت آن تقویت و جنبه‌های آسیب‌پذیری‌اش اصلاح و ترمیم شود می‌توان آن گروه از کارکردهایش را که منجر به کارایی بیشتر خانواده و اعضایش می‌شوند شناسایی و تقویت و در نهایت به سطح استفاده بهینه از استعدادها و منابع انسانی جامعه دست یافت. همین مطلب پژوهشگران را وا داشته است تا در صدد یافتن راه‌حلی جهت دوباره سازمان دادن و بهبود ساختار خانواده بر آیند و معتقدند شناخت انسان هنگامی میسر است که او را در محیط طبیعی خود یعنی خانواده مورد مطالعه قرار دهیم (سعادت‌مند، ۱۳۷۶).

موضوع سلامت روان و خودکارآمدی از جمله مؤلفه‌هایی هستند که مطالعاتی روی آنها و ارتباط آن با کارایی خانواده انجام گرفته است. خودکارآمدی یکی از مفاهیم مطرح شده در تئوری شناختی اجتماعی بندورا می‌باشد که یک مفهوم اساسی در فهم رفتار انسان است این مفهوم در زمینه‌های گوناگون از قبیل پیشرفت تحصیلی، اختلالات عاطفی، سلامت جسمی و روانی، انتخاب شغل و تغییرات سیاسی اجتماعی استفاده شده است امروز مفهوم خودکارآمدی یک متغیر کلیدی در روانشناسی بالینی، تربیتی، اجتماعی، رشد، سلامت و شخصیت محسوب می‌شود. همچنین موضوع خودکارآمدی و عملکرد بهتر برخی دانش‌آموزان در مقایسه با دانش‌آموزان ناکارآمد از موضوعات مهمی است که امروز مورد توجه علمای تعلیم و تربیت قرار گرفته و با پیشرفت و احساس توانایی افراد مورد سنجش قرار گرفته مفهوم خودکارآمدی که یکی از ابعاد خویشتن است توانایی ادراک شده افراد یا قضاوت افراد درباره توانایی‌هایشان در انجام یک وظیفه یا انطباق با یک موقعیت خاص است. طبق نظریه بندورا، سطوح ادراک خودکارآمدی افراد تعیین کننده احتمال شروع انجام یک کار و میزان تلاش و پافشاری در انجام آن کار می‌باشد (بندورا، نقل از نجفی، ۱۳۸۰ ص ۴۱).

از نظر پلنت و روین (۱۹۹۰) خودکارآمدی عبارت است از انتظارات متصور یک فرد در یک موقعیت، در یک کار یا رسیدن به یک نتیجه ارزشمند از طریق فعالیت‌های فردی است. این فرآیند ذهنی، شناسایی

هدف، برآورد تلاش و توانایی‌های لازم را برای رسیدن به آن هدف پیش‌بینی نتیجه را شامل می‌شود (اعرابیان، ۱۳۸۹).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که احساس خود کارآمدی با مسئولیت‌پذیری در مورد انجام تکالیف درسی و میانگین درسی بالا در امتحانات پایان ترم (باری و آناستازیا^۱، ۲۰۰۵)، رضایت شغلی معلمان و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان (گاین^۲، کلادیو^۳، پاتریک^۴، ۲۰۰۶) رابطه مثبت وجود دارد. باورهای خود کارآمدی بر طرز تفکر افراد، چگونگی رویارویی با مشکلات، سلامت هیجانی، تصمیم‌گیری، مقابله با استرس و افسردگی تأثیر می‌گذارد (بندورا و لاکی، ۲۰۰۳).

خودکارآمدی یکی از فاکتورهایی است که با سلامت روانی افراد نیز ارتباط دارد و توانایی فرد را در سازگاری با موقعیت‌های ویژه، در هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا، داشتن احساس کنترل به شرایط می‌تواند بر پیامدهای زندگی افراد اثر بگذارد (بندورا و پاستور لی، نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۶ ص ۳۲). سلامت روان از موضوعات مهمی است که در سال‌های اخیر مورد توجه دانشمندان و مسئولان بهداشتی و سیاست‌گذاران دولتی قرار گرفته است. به طوری که سازمان بهداشت جهانی^۵ (WHO)، بهداشت روانی را یکی از اصول مراقبت‌های اولیه بهداشتی در دستور کار کشورهای عضو قرار داده است زیرا سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی لازمه رشد و شکوفایی انسان‌هاست (کوشان، ۱۳۸۶).

بنابراین پژوهش و مطالعه در این زمینه می‌تواند مشکلات موجود آمده را شناسایی کرده و در تصمیم‌گیری مسئولان برای کاهش هزینه‌های تحصیلی و درمانی را سبب شود و راهکارهای افزایش باورهای خودکارآمدی و ایجاد سلامت روانی افراد را نمایان سازد. تحقیق حاضر با هدف تعیین رابطه سلامت عمومی و خودکارآمدی با کارآیی خانواده در دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه صورت گرفته است. نتایج این تحقیق در مدارس شهر تبریز استفاده خواهد شد.

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. با توجه به هدف تحقیق، یک تحقیق کاربردی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه مدارس اداره آموزش و پرورش ناحیه ۴ شهر تبریز می‌باشد. که در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ مشغول به تحصیل می‌باشند. براساس اطلاعات بدست آمده در حدود ۲۴۰۰ دانش‌آموز پسر دوره اول متوسطه در ناحیه ۴ شهر تبریز وجود دارد.

انتخاب نمونه با در نظر گرفتن جدول مورگان - گرجسی صورت گرفت. مطابق با جدول مذکور از بین جامعه ۲۴۰۰ نفری تعداد ۳۳۱ نفر باید انتخاب شود که با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی‌ها تعداد ۳۵۰ دانش‌آموز انتخاب شد. در بررسی نهایی داده و حذف داده‌های پرت و هم‌چنین پرسشنامه‌هایی که

1 - Barry & Anastasia

2 - Gain

3 - Claudio

4 - Patrick

5 - World Health Organisation

ناقص تکمیل شده بودند. تعداد ۳۳۱ دانش‌آموز انتخاب و در تحلیل نهایی استفاده شد. از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای برای انتخاب آزمودنی‌ها استفاده شد. بدین ترتیب ابتدا به صورت تصادفی شش مدرسه از لیست مدارس متوسطه پسرانه ناحیه چهار تبریز انتخاب شد. سپس با مراجعه به مدارس، دو کلاس سال اول متوسطه از هر مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد و پرسشنامه‌های تحقیق با تکمیل آزمودنی‌ها گردآوری شد.

فرضیه های تحقیق

بین سلامت عمومی و کارایی خانواده در دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه رابطه مستقیم وجود دارد.
 بین خودکارآمدی و کارایی خانواده در دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه رابطه مستقیم وجود دارد.
 بین خودکارآمدی و سلامت عمومی در دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه رابطه مستقیم وجود دارد.

ابزارهای اندازه‌گیری

الف: ابزار سنجش خانواده (FAD): ابزار سنجش خانواده^۱ (FAD)، یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که برای سنجش کارکرد خانواده توسط اِپستاین، بالدوین و بیشاپ^۲ در سال ۱۹۸۳ بنا بر الگوی مک مستر^۳ تدوین شده است. برای اندازه‌گیری ابعاد مدل مک مستر از کارکرد خانواده یعنی شش بعد (۱- حل مسأله، ۲- ارتباط، ۳- نقش‌ها، ۴- پاسخ‌دهی عاطفی، ۵- آمیختگی عاطفی، ۶- کنترل رفتار) ساخته شده است و یک ارزیابی از کارکرد کلی خانواده نیز بدست می‌دهد، بنابراین دارای ۷ زیر مقیاس است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت رتبه‌ای ۴ درجه‌ای (۱= کاملاً موافق الی کاملاً مخالف) صورت می‌گیرد (ثنایی، ۱۳۸۵). طبق گزارش ثنایی (۱۳۸۵) پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف ایرانی بررسی شده است به طوری که پایایی درونی آن برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها مابین ۰/۴۸ الی ۰/۹۰ و همچنین روایی آن ۰/۸۶ گزارش شده است. همچنین در مطالعه زاده‌محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرنباخ هر کدام از زیر مقیاس‌های مقیاس سنجش خانواده بالاتر از ۰/۶۶ گزارش شده است. در تحلیل عامل انجام شده ابعاد سازه‌ای این مقیاس تأیید شده است.

ب: مقیاس سنجش خودکارآمدی: برای سنجش خودکارآمدی شرر^۴ و همکاران (۱۹۸۲) که دارای ۱۷ ماده می‌باشد و بر اساس درجه‌بندی لیکرت به صورت پنج گزینه‌ای طراحی شده است. حداقل نمره در این مقیاس ۱۷ و حداکثر نمره ۸۵ می‌باشد. براتی (۱۳۷۶)، روایی آن از طریق آلفای کرنباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی ۰/۸۶ محاسبه کرده است. برای بررسی اعتبار سازه مقیاس خودکارآمدی، براتی (۱۳۷۶)، از سازه‌های عزت نفس و خودارزیابی استفاده کرده است که همبستگی بدست آمده ($I=0/68$)، در جهت تایید اعتبار سازه‌آزمون بوده است.

- 1- Family Assessment Device
- 2- Epstein, Baldwin, Bishop
- 3- McMaster
- 4- Sheerer

ج: مقیاس سلامت عمومی^۱ (GHQ): در این پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) به عنوان ابزار گردآوری داده‌ها استفاده شد. این پرسشنامه، ابزاری است با ماهیت چند گانه و خود اجرا که به منظور بررسی سلامت روان و اختلالات روانی در جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه در جهت کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود عوامل آشفته کننده در زندگی اجتماعی، اقتصادی و کاری نوجوانان و بزرگسالان قابل استفاده است.

این آزمون جنبه تشخیصی ندارد و تنها می توان از آن برای سرنند کردن اختلالات روانی در افراد جامعه استفاده نمود (گلدبرگ^۲، ۱۹۷۹). این مقیاس شامل ۴ خرده مقیاس علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. که به شیوه مقیاس درجه بندی لیکرت نمره گذاری می شود. پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۳)، در سال ۱۹۷۲ تنظیم شد. گلدبرگ و همکاران با انجام دهها تحقیق میدانی ضمن تأیید روایی و کارآیی فرم‌های مختلف، نشان دادند که کارآیی فرم ۲۸ سؤالی نیز تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی پرسشنامه اصلی است (ویلیامز^۳، نقل از زمانیان، ۱۳۸۶ ص ۴۸). چانگ^۴ (۱۹۹۴)، ضریب اعتبار این مقیاس را به روش باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۵۵ و برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی ۰/۴۴، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۴۶، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۴۲ و افسردگی ۰/۴۷ گزارش کرد. در پژوهش هومن (۱۳۷۶)، ضریب همبستگی درونی مقیاس‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ و برای کل مقیاس برابر ۰/۸۵ می باشد و ضریب اعتبار اسپیرمن برابر ۰/۸۴ بر آورد شده است. داده‌ها و اطلاعات حاصل از این تحقیق با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی از طریق نرم‌افزار SPSS بررسی شده است. همچنین از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شده است.

یافته‌ها

تعداد کل دانش‌آموزان شرکت کننده در پژوهش ۳۳۱ پسر بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۱۵/۱۰ با انحراف معیار ۰/۸۰ بود. وضعیت تحصیلات والدین دانش‌آموزان تعداد ۱۵ نفر (۴/۵) بی‌سواد، ۶۸ نفر (۲۰/۵) ابتدایی، ۷۴ نفر (۲۲/۵) راهنمایی، ۸۴ نفر (۲۵/۵) دیپلم، ۶۴ نفر (۱۹/۵) فوق دیپلم و ۲۶ نفر (۷/۵) فوق لیسانس و بالاتر بودند.

1 - General Health Questionnaire (GHQ)

2- Goldberg

3- Williams

4 - Chong

جدول ۱: نتایج ضریب همبستگی پیرسون رابطه بین سلامت عمومی و کارکرد خانواده دانش آموزان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- جسمانی	۱											
۲- اضطراب	-.۵۲**	۱										
۳- افسردگی	-.۲۶**	-.۴۹**	۱									
۴- عملکرد اجتماعی	-.۲۰**	-.۲۶**	-.۲۰**	۱								
۵- سلامت عمومی	-.۶۹**	-.۸۳**	-.۷۳**	-.۶۱**	۱							
۶- حل مسأله	-.۰۱	-.۱۴**	-.۰۸	-.۱۵**	-.۱۲	۱						
۷- ارتباط	-.۱۰	-.۲۳**	-.۲۲**	-.۲۸**	-.۲۳	-.۱۶**	۱					
۸- نقش	-.۲۲**	-.۲۱**	-.۱۷**	-.۱۵**	-.۲۶	-.۰۹	-.۰۴	۱				
۹- پاسخ عاطفی	-.۰۲	-.۰۹	-.۰۸	-.۰۷	-.۱۱	-.۱۱	-.۲۲**	-.۰۶	۱			
۱۰- آمیختگی عاطفی	-.۱۵**	-.۲۵**	-.۳۲**	-.۱۹**	-.۲۳	-.۱۲	-.۳۰**	-.۲۵**	-.۱۳*	۱		
۱۱- کنترل رفتار	-.۰۶	-.۰۱	-.۰۸	-.۰۵	-.۰۲	-.۰۱	-.۰۲	-.۰۹	-.۰۲	-.۰۲	۱	
۱۲- کارکرد کلی	-.۱۲	-.۲۵**	-.۳۳**	-.۲۳**	-.۲۴**	-.۰۵	-.۱۵**	-.۱۹**	-.۰۵	-.۲۹**	-.۲۱**	۱
۱۳- کارکرد خانواده	-.۱۸**	-.۳۶**	-.۴۵**	-.۳۳**	-.۴۷**	-.۲۳**	-.۵۶**	-.۴۴**	-.۲۴**	-.۴۷**	-.۲۱**	-.۵۵**

** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

همان طوری که در جدول ۱ مشاهده می‌شود. برای بررسی رابطه بین سلامت عمومی و کارایی خانواده در دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه از ضریب همبستگی استفاده شده است. بر اساس نتایج این جدول بین علایم جسمانی و کارکرد خانواده در ابعاد (نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) همبستگی منفی از ۰/۱۲ الی ۰/۲۲ وجود دارد. بین علایم اضطراب و کارکرد خانواده در ابعاد (حل مسأله، ارتباط، نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) همبستگی منفی از ۰/۱۴ الی ۰/۲۵ وجود دارد. بین علایم افسردگی و کارکرد خانواده در ابعاد (ارتباط، نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) همبستگی منفی از ۰/۱۷ الی ۰/۳۴ وجود دارد. بین اختلال در کارکرد اجتماعی و کارکرد خانواده در ابعاد (حل مسأله، ارتباط، نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) همبستگی منفی از ۰/۱۵ الی ۰/۲۸ وجود دارد. بین مقیاس سلامت عمومی و کارکرد خانواده همبستگی منفی ۰/۴۷ وجود دارد ($P < 0.01$).

جدول ۲: نتایج ضریب همبستگی پیرسون رابطه بین خودکارآمدی و کارکرد خانواده دانش‌آموزان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱- حل مسأله	۱							
۲- ارتباط	۰/۱۶**	۱						
۳- نقش	۰/۰۹	۰/۰۴	۱					
۴- پاسخ عاطفی	۰/۱۱*	۰/۲۲**	۰/۰۶	۱				
۵- آمیختگی عاطفی	۰/۱۲*	۰/۳۰**	۰/۲۵**	۰/۱۳*	۱			
۶- کنترل رفتار	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۰۳	۱		
۷- کارکرد کلی	۰/۰۵	۰/۱۵**	۰/۱۹**	۰/۲۱**	۰/۲۹**	۰/۰۵	۱	
۸- کارکرد خانواده	۰/۳۳**	۰/۵۶**	۰/۴۴**	۰/۴۷**	۰/۷۱**	۰/۲۱**	۰/۵۵**	۱
۹- خودکارآمدی	۰/۰۴	۰/۲۵**	۰/۳۳**	۰/۰۷	۰/۳۶**	۰/۰۸	۰/۲۶**	۰/۴۱**

** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی بین خودکارآمدی و کارایی خانواده نشان داد که بین خودکارآمدی و کارکرد خانواده در ابعاد (ارتباط،

نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) همبستگی مثبتی از ۰/۲۵ الی ۰/۳۶ وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). بین خودکارآمدی و مقیاس کارکرد خانواده همبستگی مثبت ۰/۴۱ وجود دارد ($P < ۰/۰۱$).

جدول ۳: نتایج جدول آنوای تحلیل رگرسیون گام به گام تأثیر سلامت روانی و خودکارآمدی بر کارایی خانواده

گام	شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معنی داری
۱	رگرسیون	۵۶۷۳/۲۶	۱	۵۶۷۳/۲۶	۸۴/۶۰	$P < ۰/۰۰۱$
	باقیمانده	۲۲۳۹۶/۸۷	۳۳۴	۶۷/۰۵		
	کل	۲۸۰۷۰/۱۴	۳۳۵			
۲	رگرسیون	۹۰۳۶/۵۶	۲	۴۵۱۸/۲۹	۷۹/۰۵	$P < ۰/۰۰۱$
	باقیمانده	۱۹۰۳۳/۵۴	۳۳۳	۵۷/۱۵		
	کل	۲۸۰۷۰/۱۴	۳۳۵			
۳	رگرسیون	۹۹۸۲/۸۷	۳	۳۳۲۷/۶۲	۶۱/۰۸	$P < ۰/۰۰۱$
	باقیمانده	۱۸۰۸۷/۲۷	۳۳۲	۵۴/۴۸		
	کل	۲۸۰۷۰/۱۴	۳۳۵			

جدول ۴: خلاصه اطلاعات مربوط به ضریب تعیین، خطای استاندارد برآورد و ضرایب رگرسیون تحلیل تأثیر سلامت روانی و خودکارآمدی بر کارایی خانواده

گام	شاخص	ضریب b	ضریب بتا	نسبت t	سطح معنی داری	ضریب تعیین	خطای استاندارد برآورد
۱	افسردگی	-۱/۰۳	-۰/۴۵	-۹/۱۹	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۲۰	۸/۱۸
	خودکارآمدی	۰/۳۵	۰/۳۵	۷/۶۷	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۱	۷/۵۶
۳	افسردگی	-۰/۸۳	-۰/۳۶	-۸	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۵	۷/۳۸
	خودکارآمدی	۰/۳۱	۰/۳۱	۸/۹۳	$P < ۰/۰۰۱$		
	عملکرد اجتماعی	-۰/۵۷	-۰/۱۹	-۴/۱۶	$P < ۰/۰۰۱$		

همان طوری که در جدول ۳ و ۴ مشاهده می شود به منظور تعیین سهم تبیینی هر کدام از عوامل سلامت روانی و خودکارآمدی بر کارکرد خانواده از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد در گام اول افسردگی که به دلیل سهم تبیینی بالاتر وارد معادله شده است قادر است ۲۰ درصد از کارکرد خانواده را تبیین کند ($P < ۰/۰۰۱$). در گام دوم تحلیل رگرسیون دو عامل افسردگی و خودکارآمدی وارد معادله شده است که در مجموع قادرند ۳۱ درصد از واریانس کارکرد خانواده را تبیین کنند ($P < ۰/۰۰۱$). در گام سوم سه عامل افسردگی و خودکارآمدی به همراه عملکرد اجتماعی وارد معادله

رگرسیون شده است، که در تحلیل مجموعاً قادرند ۳۵ درصد از واریانس کارایی خانواده را تبیین کنند ($P < 0/001$). بر اساس علامت حاصل از ضرایب بتا مشخص می‌شود که متغیر خودکارآمدی به صورت مثبت و متغیرهای افسردگی و عملکرد اجتماعی بصورت منفی در تبیین کارکرد خانواده سهیم هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که در کل سلامت عمومی و ابعاد چهارگانه آن با کارایی خانواده و ابعاد هفت‌گانه آن ارتباط مستقیمی دارند. به طوری که بین مقیاس سلامت عمومی و کارکرد خانواده رابطه معنی‌داری وجود دارد. یعنی با افزایش سلامت عمومی کارایی خانواده نیز بهتر می‌شود و بالعکس. نتایج بدست آمده از این فرضیه با مطالعات مختلفی همخوان است. از جمله مطالعات دیلر، بیرماهر، آکسلسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۱ نشان می‌دهد والدینی که مشکلات خلقی دارند و والدینی که دارای اختلال خلقی دوقطبی هستند فرزندانشان از میزان آسیب روانی بالاتری رنج می‌برند. تحقیق دیگر نشان می‌دهد ارتباط عاطفی والدین و بویژه کیفیت گفتگوی عاطفی خانوادگی بر فرزندان در رشد خانوادگی و بالندگی فرزندان تأثیر دارد (گارت پیترز^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین گزارش شده است که حل مسأله در خانواده بر کاهش مشکلات روانی و جسمی تأثیر مثبتی دارد (مالوف^۳ و همکاران (۲۰۰۷). تحقیقات داخلی نیز نشان می‌دهند: افزایش کارایی خانواده به ارتقاء سلامت عمومی منجر می‌شود (عراقی، ۱۳۸۹؛ سعادت‌مند، ۱۳۷۶). در تحقیق نظری (۱۳۹۰) گزارش شده است که در خانواده‌های از هم گسیخته میان اعضای خانواده ارتباط خوبی وجود ندارد و در زمینه تعامل نقش‌ها و روابط عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی به طور ضعیف‌تری عمل کرده‌اند. همچنین مطالعات قبلی نشان می‌دهند که بین تمایل به پرخاشگری در نوجوانان و عملکرد خانواده آنان ارتباط مستقیمی وجود دارد (گلچین، ۱۳۸۱). از طرفی مشخص شده است که برخی مشکلات خانوادگی کودکان با چگونگی ارتباط خانواده با فرزندان ارتباط دارد (خزاعی و همکاران، ۱۳۸۴) و هم‌نوایی خانواده پیش‌بینی‌کننده اضطراب فرزندان است (کوروش‌نیا، ۱۳۸۶).

در مطالعه حسینی‌نسب و احمدیان (۱۳۸۴) در بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری و سلامت روانی دانش‌آموزان ارتباط تنگاتنگی نشان داده است. به طوری که سبک مثبت با سلامت روانی دانش‌آموزان ارتباط دارد. نتایج حاصل از تحقیق مایلی (۱۳۸۲) نیز بیانگر این است که دانش‌آموزانی که در هر یک از ابعاد کارایی خانواده بالاترین نمره را آورده‌اند از اختلال کمتری در کارکردهای اجتماعی برخوردار بودند و بالعکس و نیز دانش‌آموزانی که در هر یک از ابعاد کارایی خانواده بالاترین نمره را آورده‌اند از افسردگی، اضطراب، اختلال جسمانی کردن کمتری رنج می‌برند.

1 - Diler, Birmaher, Axelson

2 - Garrett-Peters

3 - Malouff

در کل گزارش های قبلی حاکی از این است که بین اختلال در عملکرد خانواده و کیفیت زندگی دانشجویان رابطه معکوس وجود دارد (قمری و خوشنام، ۱۳۸۸). این مسأله وقتی اهمیت بیشتری پیدا می کند که کاهش سلامت عمومی دانش آموزان به کاهش کارکرد تحصیلی آنان منجر می شود (قمری و همکاران، ۱۳۸۸).

در تبیین رابطه بین سلامت عمومی و کارایی خانواده چنین می توان استنباط کرد که سلامت روانی و مؤلفه های آن (فقدان اضطراب و افسردگی و کارکرد خوب اجتماعی) ضمن آن که به فرد این امکان را می دهد تا با رفتار و خلق سالم ارتباط برقرار کند به کاهش تنش بین فردی نیز کمک می کند. اساساً مشکلات رفتاری علاوه بر اینکه به آسیب دیدگی روابط خانوادگی می انجامد روابط خانوادگی معیوب نیز، به کاهش احساس سلامت منجر می شود. از طرفی نباید نادیده گرفت که سلامت روانی ضمن آنکه به برخورد منطقی با مشکلات خانواده کمک می کند به افزایش الفت و همراهی با سایر اعضای خانواده نیز می انجامد. چنان که خانواده کارا دارای ابعاد مختلفی است که لازمه رسیدن به آنها داشتن سلامت روانی است.

بخش دیگری از یافته های تحقیق نشان داد که بین خودکارآمدی و کارکرد خانواده در ابعاد (ارتباط، نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) همبستگی مثبتی وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش خودکارآمدی دانش آموزان بر کارکرد خانواده در ابعاد (ارتباط، نقش، آمیختگی عاطفی، کارکرد کلی) افزوده می شود. یافته های این تحقیق همخوان با مطالعات قبلی است به طوری که گزارش های قبلی حاکی از این مسأله است که خودکارآمدی ادراک شده قویاً با خانواده گروه های نوجوان و سبک تربیتی والدین و ارتباط قوی بین سازگاری افراد با خودکارآمدی ادراک شده و مسائل سلامت روان دارد (کلادیو^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین وقتی افراد نظر خوبی درباره توانایی های خود برای رویارویی با مسایل مهم دارند تمایل بیشتری برای بهره وری از زندگی، قرار دادن اهداف چالش انگیز در مقابل خود، تمایل به انجام کارهایی که دیگران تا حالا آن را انجام نداده اند را دارند (فرانکن، ۱۹۹۸). در مطالعه حسینی نسب و احمدیان (۱۳۸۴) گزارش شده است که بین خودکارآمدی دانش آموزانی که والدین آنها شیوه های فرزندپروری متفاوتی داشته اند تفاوت معنی داری وجود دارد. و نیز بین سلامت روانی دانش آموزان و خودکارآمدی آنها رابطه مثبت معنی داری وجود دارد.

از آنجائی که مطابق با نظر بندورا (نقل از شولتز و شولتز، ۱۳۸۸، ص ۱۲۰) خودکارآمدی تبیین کننده افسردگی است لذا مطالعاتی که درباره ارتباط افسردگی با کارایی خانواده صورت گرفته است می تواند در راستای این فرضیه قرار گیرد. بر این اساس تحقیق موسوی (۱۳۸۷) حاکی از این است که خانواده هایی که دارای عضو افسرده می باشند از همبستگی و انعطاف پذیری کمتری برخوردارند و اعضاء ارتباط کمتری باهم دارند و رابطه جوانان و والدین دوستانه نیست.

1. Claudia

مطابق با نتایج حاصل از این تحقیق متغیرهای افسردگی، خودکارآمدی و عملکرد اجتماعی بصورت مثبت، ۳۵ درصد از کارکرد خانواده دانش‌آموزان را پیش‌بینی می‌کنند. درباره این یافته از سؤال تحقیق چنین می‌توان استنباط کرد که داشتن علایم افسردگی با بر هم ریختن الگوی ارتباطی و گوشه‌گزینی، خودکارآمدی پایین با کاهش احساس توانمندی فرد در داشتن خانواده کارا و عملکرد اجتماعی ضعیف با کاهش توانایی‌های اجتماعی فرد، موجب می‌شود خانواده در ارتباط با جامعه و از طرفی از درون دچار آسیب شود. در جمع‌بندی فرضیه اول و دوم با نظر استینت و دفرین^۱ (۱۹۸۵) که شش ویژگی (۱- تعهد ۲- احترام ۳- ارتباط ۴- صرف وقت برای با هم بودن ۵- توانایی حل مشکل. ۶- نیکویی روحی) برای خانواده کارا بیان کرده است همسویی بالایی بین این ویژگی‌ها و سلامت روانی و خودکارآمدی وجود دارد.

بر اساس مؤلفه‌های بیان شده برای خانواده کارآمد، می‌توان همسویی بالایی با این عوامل و سلامت روانی و خودکارآمدی مشاهده کرد. زیرا بدون داشتن احساس خودکارآمدی و سلامت عمومی نمی‌توان صفاتی که نیازمند خانواده کارا (تعهد، احترام، ارتباط، صرف وقت برای با هم بودن، توانایی حل مشکل، نیکویی روحی) است، را داشت. به هر حال در خانواده‌های سالم با کارکردهای تکمیل شده، نقش‌ها به صورت تخصیص یافته (تلویحی یا روشن، تناسب تکالیف، مهارت و قدرت در انجام تکالیف و تقسیم آن‌ها) روشن و پاسخ‌گو مشخص می‌شود و در خانواده‌های ناسالم یک یا بیش‌تر از یک عضو به میزان زیادی بر تکالیف خانواده و پاسخ‌گویی می‌افزایند و کارکردهای نقش‌ها وضوح مناسبی ندارند (ریان و همکاران، ۲۰۰۵).

در نظر گرفتن یافته‌های هر تحقیق متناسب با محدودیت‌های آن جهت بهره‌برداری اهمیت دارد. لذا استفاده از ابزار خودگزارشی پرسشنامه به جهت عکس‌العملی بودن آن از محدودیت‌های این تحقیق محسوب می‌شود. در تحقیق حاضر ارتباط متغیرهای خانوادگی دانش‌آموزان از جمله سن والدین و سطح تحصیلات آنان و همچنین وضعیت اجتماعی- اقتصادی خانواده با کارکرد خانواده دانش‌آموزان مورد بررسی قرار نگرفته است. محدودیت‌های فوق بر ضرورت برنامه‌ریزی برای تحقیقات آتی تأکید می‌کند. براساس یافته‌های این تحقیق سلامت عمومی و خودکارآمدی پیش‌بینی کننده کارکرد خانواده دانش‌آموزان است. لذا پیشنهاد می‌شود در دانش‌آموزانی که دارای مشکلات خانوادگی هستند مشکلات و علایم مربوط به مؤلفه‌های سلامت روانی (وجود اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی و علایم جسمانی) و خودکارآمدی بررسی شود و متناسب با مشکلات موجود مداخلات روانی انجام گیرد. براساس یافته‌های این تحقیق احساس خودکارآمدی پیش‌بینی کننده کارکرد خانواده دانش‌آموزان است. لذا پیشنهاد می‌شود برای بالا بردن کارکرد خانواده دانش‌آموزان کارگاه‌های عملی ارتقاء خودکارآمدی در جنبه‌های

(۱- تجربه مستقیم (موفقیت عملکرد) ۲- تجارب جانشینی ۳- قانع‌سازی کلامی^۱ ۴- برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی ۵- فرآیندهای فعال‌شونده مرتبط با خودکارآمدی) اجرا شود تا عده بیشتری از دانش‌آموزان بتوانند هم از احساس توانمندی بیشتر بهره‌مند شوند و هم بر مشکلات خانوادگی فایز بیابند.

منابع

- اعرابیان، اقدس. خداپناهی، محمدکریم. حیدری، محمود و همکاران. (۱۳۸۹). بررسی باورهای خودکارآمدی بر سلامت روانی و توفیق تحصیلی دانشجویان. *مجله روانشناسی*، شماره ۳۲، ص ۳۷۱-۳۶۰.
- براتی، سیامک. (۱۳۷۶). *بررسی رابطه خود اثربخشی، عزت نفس و خود پایی در میان دانش‌آموزان سوم دبیرستان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران.
- پورعباد، عادل. (۱۳۸۴). *بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان و ارتباط آن با خود کارآمدی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان تیکمه داش*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، سازمان آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی.
- ثنایی، باقر. (۱۳۷۵). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران. بعثت.
- حسینی‌نسب، داوود. احمدیان، فاطمه. روانبخش، محمدحسین. (۱۳۸۴). بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری با خودکارآمدی و سلامت روانی دانش‌آموزان. *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی*. ص ۳۷-۲۲.
- خزاعی، طیبیه؛ خزاعی، محمد مهدی؛ خزاعی، معصومه. (۱۳۸۴). شیوع مشکلات رفتاری در کودکان شهر بیرجند، *مجله علوم پزشکی بیرجند*، ۱۲ (۲ و ۱): ۷۹-۸۵.
- زاده‌محمدی، علی، ملک‌خسروی، غفار. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، (۵): ۸۹-۶۹.
- زمانیان، زهرا. کاکویی، حسین. آیت‌اللهی، محمدتقی و همکاران. (۱۳۸۶). بررسی وضعیت سلامت روانی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر شیراز. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران*. (۴): ص ۵۴-۴۷.
- سعادت‌مند، نیره‌السادات. (۱۳۷۶). *بررسی رابطه کارآیی خانواده و سلامت عمومی فرزندان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- شولتز، دوان. شولتز، سیدنی، ا. (۱۳۸۸). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ویرایش.
- عراقی، یحیی. (۱۳۸۹). کارآیی خانواده و سلامت عمومی فرزندان. *روانشناسی و دین*، سال اول، شماره سوم، ص ۷۸-۶۳.
- عیدی، رقیه. (۱۳۸۳). *بررسی رابطه نگرش و نظارت خانواده با پیشرفت تحصیلی فرزندان*، طرح پژوهش سازمان آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی.
- قمری، محمد. خوشنام، امیرحسین. (۱۳۸۸). بررسی رابطه عملکرد خانواده اصلی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، سال هفتم، شماره ۲۷.

- قمری، فرهاد، محمدیگی، ابوالفضل، محمدصالحی، نرگس. (۱۳۸۸). ارتباط سلامت روانی و سایر ویژگی‌های فردی با موفقیت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه‌های اراک، *مجله علوم پزشکی بابل*، دوره دوازدهم، ویژه‌نامه دوازدهم، ویژه‌نامه ۱ (آموزش پزشکی) تابستان ۸۹، ص ۱۲۴، ۱۱۸.
- کوروش‌نیا، مریم؛ لطیفیان، مرتضی. (۱۳۸۶). بررسی رابطه ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده با میزان اضطراب و افسردگی فرزندان، *خانواده پژوهی*، ۳(۱۰): ۵۸۷-۶۰۰.
- کوشان، محسن. حمیدرضا، بهنام. (۱۳۸۰). بررسی شیوع برخی اختلالات رفتاری و عوامل خانوادگی مؤثر در کودکان دبستانی شهر سبزوار، *مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، سال هشتم، شماره ۴ ص ۴۶ - ۴۰.
- گلچین، مهری. (۱۳۸۱). رابطه تمایل به پرخاشگری در نوجوانان و نقش خانواده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین*، ۲۱: ۴۱-۴۰ - نجفی، مشتاق. (۱۳۸۰).
- مسعودنیا، ابراهیم. (۱۳۸۶). خودکارآمدی ادراک شده و راهبردهای مقابله در موقعیت‌های استرس‌زا، *مجله روان‌پزشکی بالینی ایران*، سال سیزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۶.
- موسوی، معصومه. حق‌شناس، حسن. علیشاهی، محمدجواد و همکاران. (۱۳۸۷). اضطراب امتحان و برخی عوامل فردی- اجتماعی مرتبط به آن در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر شیراز، *مجله علمی پژوهشی تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۱): ص ۲۵-۱۷.
- میکوچی، ژوزف. (۱۳۸۴). *نوجوان در خانواده درمانی*. ترجمه فریده همتی (۱۹۹۸). تهران، رشد.
- مایلی، میترا. (۱۳۸۲). *بررسی رابطه کارایی خانواده با بهداشت روانی دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستان شهر اراک*، طرح پژوهشی اداره آموزش و تحقیقات استان مرکزی.
- نجفی، مشتاق. (۱۳۸۰). *بررسی اثر خودکارآمدی ادراک شده و بازخورد بر عملکرد ریاضی دانش‌آموزان سال دوم رشته ریاضی- فیزیک دبیرستان‌های پسرانه ناحیه ۲ شهر زنجان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- نظری، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه عملکرد خانواده‌های عادی و مطلقه شهر تهران. *مجله مشاور مدرسه*، دوره ششم، شماره ۳، ص ۴۲-۵۰.
- هومن، عباس. (۱۳۷۶). *استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی*. مؤسسه تحقیقاتی دانشگاه تربیت معلم.
- Bandura, A & lake, E, A. (2003). Negative self-efficacy and goal revisited. *Journal of applied psychology*. 1, 87, 89
- Barry, j. Zimmerman and Anastasia kitsantas. (2005). homework practices and academic achievement: The mediating role of self- efficacy and perceived responsibility beliefs. *Contemporary Educational psychology*, volume 30, Issue 4, pages 397-417.
- Chong, W.H. (1994). *Support networks promoting- health in youth*, university of Tasmania, Australia.

- Claudia, O. Hoeltje, sven R. Silbum, Alison F. Grton & Stephen R. Zubrriich. (2010). Generalized self-efficacy: Family and adjustment correlates. **Journal of clinical child psychology**, 25(4): 446-453.
- Diler RS, Birmaher B, Axelson D, Obreja M, Monk K, Hickey MB, Goldstein B, Goldstein T, Sakolsky D, Iyengar S, Brent D, Kupfer D. (2011). **Dimensional psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder. Bipolar Disorder**, 13(7-8):670-8.
- Franken, R. (1998). **Human motivation, chapter thirteen Broolcole publishing company U.S.A.**
- Garrett-Peters P, Mills-Koonce R, Adkins D, Vernon-Feagans L, Cox M; The Family Life -Project Key Investigators, (2008). Early Environmental Correlates of Maternal Emotion Talk, *Parent Sci Pract.* 1; 8(2):117-152.
- Gain Vittorio Caprara, Claudio barbaranelli a, Patrizia Steca and Patrick S. Malone. (2006). Teachers self- efficacy beliefs as determinants of job satisfaction and students academic achievement: A study at the school level, **Journal of School psychology**, volume 44, issue 6, p 473-490.
- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis, **Clinical Psychology Review**, 27(1): 46-57
- Ryan, Epstein, BKeitner, G, Miller, I. bishap, D. (2005). **Evaluating and treating families: the MC Master approach.** Publishing: Routledge & francic group.
- Stinnett, N; & Defrain, J. (1985). **Serets of strong families**, Boston: little, Brown.
- Zubrriich. (2010). Generalized self-efficacy: Family and adjustment correlates. **Jurnalal of clinical child psychology.** (7)25, issue 4, p 446-453.
- Sheerer, M. & Maddus, J. (1982). The self-efficacy scale construction and validation psychology; **Journal of psychology.** Report.51: 663-671.