اثربخشی آموزش برنامه تقویت خانواده بر سلامت روان و کیفیت زندگی در مدرسه نوجوانان ۱۴- ۱۰ سال*

◈ سید عین‌الله طیموری‌فرد[۱] ◈ دکتر مجید ضرغام حاجبی[۲] ◈ دکتر نادر منیرپور[۳]

چکیده: هدف از پژوهش حاضر سنجش اثربخشی نسخه فارسی برنامه تقویت خانواده بر سلامت روان و کیفیت زندگی در مدرسه و انطباق این برنامه با فرهنگ ایرانی برای استفاده در گروه نوجوانان ۱۴- ۱۰ سال بود. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروههای آزمایش و گروه کنترل است. جامعه پژوهش، همهٔ دانش‌آموزان پایه‌های چهارم، پنجم و ششم کشور بودند که در سال تحصیلی ۹۸ - ۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند. نمونهٔ پژوهش به روش تصادفی ساده و خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شـــد که شامل ۶۹۱ دانش‌آموز (۳۳۱ پسر و۳۶۰ دختـــر) و ۶۹۱ والد (۳۳۴ پدر و۳۵۷ مادر) بود. گروههای نمونـــه ۳۸۷ دانش‌آموز و ۷۷۴ والدین گروه آزمایش و ۳۰۴ دانش‌آموز و ۶۰۸ والدین گروه کنترل بودند که از هفت استان (اصفهان، فارس، خراسان رضوی، لرستان، شهرستانهای تهران، سیستان و بلوچستان و تهران) انتخاب شدند. والدین و نوجوانان به‌طور همزمان تحت آموزش یازده جلســـه‌ای (هفت جلسه اصلی و چهار جلسه تقویتی) برنامه تقویت خانواده برای والدین و نوجوانان قرار گرفتند. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در پیش و پس‌آزمون، از پرسشنامه‌های ارزیابی برنامه تقویت خانواده برای نوجوانان (مولگارد و اسپوت، ۲۰۰۱)، مشکلات و تواناییها (گودمن، ملتزر و بیلی، ۲۰۰۳) و کیفیت زندگی در مدرسه (اندرسون و بورک،۲۰۰۰) استفاده شد. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بیانگر این بودند که آموزش گروهی برنامه تقویت خانواده بر بهبود تواناییها و مشکلات نوجوانان، مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی، کیفیت زندگی مدرسه‌ای و همچنین کارکردهای مطلوب خانوادگی نوجوانان اثربخش است. لذا می‌توان بسته آموزش برنامه تقویت خانواده را به‌عنوان برنامه‌ای برای بهبود وضعیت سلامت روانشناختی، اجتماعی و خانوادگی نوجوانان استفاده کرد.

کلید واژگان: آموزش برنامه تقویت خانواده، برنامه پیشگیری از اعتیاد، نوجوان، سلامت روان، کیفیت زندگی در مدرسه

◉ تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۱۴ ◉ تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۷/۰۲

* *این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است.*

۱. دانش آموخته دوره دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران. ainalat@yahoo.com
۲. **(نویسنده مسئول)** دانشیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران. zarghamhajebi@gmail.com
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران. Monirpoor1357@gmail.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

مقدمه

در کشـــورهای توسعه‌یافته، مشکلات رفتاری‌عاطفی و سوءمصرف مواد نوجوانان و جوانان مسئله‌ای قابل‌توجه‌است(جانگنلیس،پتیگرو،لارنس‌وریکرز[1]،۲۰۱۹؛بدر،طاهاودی[2]،۲۰۱۴،کوری[3]و همکاران،۲۰۱۲). این ســـوءرفتار هر چه زودتر شروع شود ســـطح بالاتری از آسیب را در بزرگسالی همراه خواهد داشت و اصلاح پیامدهای سوءرفتارهایی که زودهنگام شروع شده باشند، بسیار مشکل‌تر است و این امر ضرورت تقویت خانواده براساس مداخلات پیشگیرانه را مورد تأکید قرار می‌دهد (داوسون، گلدشتاین، چو، روان وگرنت[4]، ۲۰۰۸). این درحالی است که در سال ۲۰۱۸ تقریباً نیمی از نوجوانان دبیرستانی ایالات متحده امریکا در مقطعی از زندگی خود از مواد مخدر غیرقانونی استفاده کرده‌اند (جانستون[5] و همکاران، ۲۰۱۹). بسیاری از عوامل مؤثر بر سلامت روان نوجوانان ناشی از محیط مدرسه است که از مهم‌ترین این عوامل کیفیت زندگی مدرســـه‌ای است (ارس و بیلاسا[6]، ۲۰۱۷). کیفیت زندگی در مدرسه شامل رضایتمندی، ارتباطات، نیازهای روانی ـ اجتماعی و عاطفی اســـت (اوزن و دورکن[7]، ۲۰۱۶) که با طراحی روشـــهای آموزشی می‌توان آن را بهبود بخشید (تورامان و آیچیچک[8]، ۲۰۱۹).

ازآنجایی‌که در دهه‌های اخیر کودکان و نوجوانان دارای مشـــکلات رفتاری و اجتماعی، مورد توجه پژوهشـــگران در مقیاس جهانی و در اولویتهای سیاستهای بهداشـــت عمومی بین‌المللی قرار گرفته‌اند (بلفر[9]، ۲۰۰۸؛ هاســـکی[10] و همکاران، ۲۰۱۸؛ اورتونیو سییرا، آریتیو سولانا و فونسکا پدررو[11]، ۲۰۱۷)، لذا ســـرمایه‌گذاری جوامع بر ارتقای سلامت روان‌شـــناختی و اجتماعی کودکان و نوجوانان را می‌توان به‌عنوان رویکردی برای پیشـــگیری از اعتیاد در نظر گرفت (سگروت، مورفی، راثول، اسکورفیلد، فاکس کرافت، گیلسپی و مور[12]، ۲۰۱۷؛ گارسیا، کینوشیتا و مکسیمیانو[13]، ۲۰۱۴؛ مورتا، نوبره ساندوال، پدرالهو، تاوارس، راموس، آلن و کومبز[14]، ۲۰۱۸؛ فرلانگ، مک‌گیلووی و لکی[15]، ۲۰۱۷). براســـاس این رویکرد پژوهشهای بسیاری انجام شده است. از جمله می‌توان به نقش آموزش مهارتهای زندگی (بوتوین) اشاره

1. Jongenelis, Pettigrew, Lawrence & Rikkers
2. Badr, Taha & Dee
3. Currie
4. Dawson, Goldstein, Chou, Ruan & Grant
5. Johnston
6. Eres & Bilasa
7. Özen & Durkan
8. Toraman & Aycicek
9. Belfer
10. Husky
11. Ortuño-Sierra, Aritio-Solana & Fonseca-Pedrero
12. Segrott, Murphy, Rothwell, Scourfield, Foxcroft, Gillespie & Moore
13. Garcia, Kinoshita, & Maximiano
14. Murta, Nobre-Sandoval, Pedralho, Tavares, Ramos, Allen & Coombes
15. Furlong, McGilloway & Leckey

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

کرد. در پژوهشهای متعددی که دربارهٔ نقش مهارتهای زندگی در پیشگیری از مشکلات رفتاری و مصرف مواد انجام شده است، به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش این مهارتها به انتخابهای سالم و رفتار مناسب در طول زندگی می‌انجامد (بوتوین، بیکر، دوزنبری، تورتو و بوتوین[1]، ۱۹۹۹؛ قاضی اوغلو و جنل[2]، ۲۰۱۵).

کامپفر[3] و همکارانش (۲۰۱۲) شـــواهد مداخلات خانواده ـ محور بیست سال گذشته را به‌صورت ویژه و متناوب مورد مطالعه قرار داده و نخست میزان شواهد و اثربخشی ۳۵ برنامه تقویت خانواده را در دولت فدرال ایالات متحده گردآوری و بررسی کردند. آنها هفت برنامه از ۳۵ برنامه‌ای را که بالاترین اثربخشی و شواهد نتایج مثبت داشتند، برگزیدند که هر یک از این برنامه‌های برگزیده باید در حداقل دو آزمایش کنترل تصادفی و از سوی دو تیم پژوهشی با جمعیتهای مختلف اجرا و نتایج مثبت آنها تأیید می‌شد. این هفت برنامهٔ برگزیده خانوادگی شامل ۱. برنامه کمک به کودک ناسازگار[4] (مبنای پروژه همکاری خانه و مدرسه FAST در دنیا و ایران)؛ ۲. سالهای باورنکردنی[5]؛ ۳. برنامه تقویت خانواده‌ها[6]؛ ۴. خانواده ـ درمانی کاربردی[7]؛ ۵. خانواده ـ درمانی چندسیستمی[8]؛ ۶. آماده‌سازی برای سالهای بدون مواد مخدر[9] (اکنون راهنمای خوب)؛ و ۷. سرپرستی درمان ـ محور[10] بودند. نتایج این برنامه‌ها در پژوهشهای شبه آزمایشی اثبات شده بود. از جمله مزایای این برنامه‌های مداخلات خانوادگی برای جوانان و نوجوانان مهارتهای اجتماعی و مهارتهای خودتنظیمی احساسات است که مهم‌ترین مهارتها برای جلوگیری از مشکلات رفتاری شناخته شده‌اند. این مهارتها رفتارهای جامعه‌پسند را تقویت می‌کنند، زیرا به کودکان و نوجوانان اجازه می‌دهند تا با بزرگسالان، شخصیتهای مفید و همسالان ارتباطات مثبت داشته باشند و از طریق روابط مثبت از مشکلات رفتاری و بزهکاری جلوگیری شود و بروندادهای مثبت بیشتری در زندگی مثبت داشته باشند.

یکی از پرکاربردترین این برنامه‌ها «برنامه تقویت بنیان خانواده» اســـت. پژوهشهای گوناگونی برای بررسی اثربخشی برنامه‌های تقویت بنیان خانواده انجام شده است. این پژوهشها نشان داده‌اند که اجرای این برنامه در بریتانیا اثربخش بوده، اما در منطقه بارنزلی انگلستان میزان اثربخشی این برنامه برجسته نبوده است (کومبز، آلن، مارش و فاکس کرافت، ۲۰۰۹). با این حال پژوهشها در چندین کشور اروپایی (آلمان، لهستان، سوئد و ولز) اثر کوتاه مدت یا بلندمدت مثبتی برای برنامه تقویت خانواده پیدا نکردند یا اثرات قابل ملاحظهٔ کمتری از نتایج در آزمایشات ایالات متحده امریکا به‌دست آمد (بالدوس، تامسن

1. Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu & Botvin
2. Gazioğlu & Canel
3. Kumpfer
4. Helping the noncompliant child
5. The Incredible Years
6. Strengthening Families Program (SFP)
7. Functional Family Therapy
8. Multi-Systemic Family Therapy
9. Preparing for the Drug Free Years
10. Treatment Foster Care

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

و ســـک[1]، ۲۰۱۶؛ فاکس کرافت، کالن[2]، دیویس[3] و کوزارین[4]، ۲۰۱۷؛ مور، سگروت و گیلسپی، ۲۰۱۵). از این رو برخی معتقدند که در بســـیاری از کشـــورها، پیاده‌سازی و اجرای این برنامه، نیازمند تغییرات فرهنگی است (کانتو، هیل و بکر[5]، ۲۰۱۰؛ لندرام و هامفری[6]، ۲۰۱۲؛ بونل[7]، فلچر[8]، مورتون[9]، لرنس[10] و مور، ۲۰۱۲). نسخه فارسی این برنامه را کارشناسان دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در ایران، وزارت آموزش‌وپرورش، ســـتاد مبارزه با مواد مخدر و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۵) انطباق فرهنگی داده‌اند و فیلم برنامه (۱۳۹۶) متناســـب با فرهنگ ایرانی تهیه شـــده است و به‌صورت آزمایشـــی در برخی از مدارس و مجموعه‌های وزارت بهداشـــت و آموزش پزشکی کشور مورد اســـتفاده قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی نسخه فارسی برنامه تقویت خانواده بر ســـلامت روان، کیفیت زندگی در مدرسه و انطباق آن با فرهنگ ایرانی برای بهره‌گیری در گروههای نوجوان ۱۴-۱۰ سال انجام شده است.

روش

پژوهـــش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شـــیوه گـــردآوری داده‌ها از نوع آزمایشـــی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروههای آزمایش و گروه کنترل بوده است. جامعه پژوهش، کلیه دانش‌آموزان پایه‌های چهارم، پنجم و ششم (۱۴-۱۰سال) بود که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در مدارس کشور ایران مشغول تحصیل بودند. شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بوده است. به این شیوه که از میان تمام استانهای کشور به قید قرعه هفت استان (اصفهان، فارس، خراسان رضوی، لرستان، شهرستانهای تهران، سیســـتان و بلوچستان و تهران) انتخاب شدند. در ادامه در هر استان ۵ منطقه و از هر منطقه ۱ مدرسه به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای با قید قرعه انتخاب شدند. در هر مدرسه نیز از میان دانش‌آموزان پایه‌های چهارم تا ششم ۲۶ نوجوان و والدین آنها به شیوه تصادفی ساده به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. گروه نمونه شامل ۳۸۷ دانش‌آموز (گروه آزمایش) و ۳۰۴ دانش‌آموز (گروه کنترل) بود. نمونه نهایی شامل ۶۹۱ دانش آموز (۳۳۱ پسر، ۳۶۰ دختر) بود. از این تعداد در گروه آزمایش ۲۰۱ دختر و ۱۸۶ پسر و در گروه کنترل ۱۵۹ دختر و ۱۴۵ پسر پرسشنامه‌ها را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند.

1. Baldus, Thomsen & Sack
2. Callen
3. Davies
4. Kozaryn
5. Cantu, Hill & Becker
6. Lendrum & Humphrey
7. Bonell
8. Fletcher
9. Morton
10. Lorenc

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

ابزارهای اندازه‌گیری

- **پرسشنامه نظرسنجی نوجوان**: یک ابزار خودگزارشی ۱۵ سؤالی است که تسهیل‌گران برای ارزیابی برنامه مورد استفاده قرار می‌دهند (مولگارد و اسپوت[1]، ۲۰۰۱). از شرکت‌کنندگان میزان رفتارشان در هر سؤال در شروع برنامه و پس از کامل‌شدن برنامه سؤال می‌شود. این ابزار اندازه‌گیری براساس یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از به‌ندرت ۱، گاهی۲، معمولاً ۳ و اغلب۴ تشکیل شده است. نمره بالاتر در این ابزار نشانگر کارکردهای فردی و اجتماعی مطلوب‌تر است. آلفای کرونباخ پرسشنامه نوجوان در ایران برابر با ۰/۸۵، ضریب اعتبار به روش گاتمن ۰/۷۷ و این ضریب به روش دونیمه‌سازی ۰/۸۱ است (طیموری فرد، ۱۳۹۹).
- **پرسشنامه مشکلات و تواناییها[2]**: این پرسشنامه برای غربالگری اختلالات رفتاری کودکان ۴ تا ۱۶ ساله طراحی شده و برای معلمان، والدین و خود کودکان است (گودمن، ملتزر و بیلی[3]، ۲۰۰۳). نسخه خودگزارشی پرسشنامه شامل ۲۵ گویه و پنج خرده‌مقیاس است: مشکلات عاطفی[4]، مشکلات سلوک[5]، مشکلات روابط همسالان[6]، بی‌توجهی/ بیش‌فعالی[7] و رفتار جامعه‌پسند[8](نوع‌دوستی). خرده‌مقیاس مشکلات سلوک و مشکلات بیش‌فعالی/ بی‌توجهی را در یک مقیاس جدید به‌عنوان مشکلات برونی‌سازی[9] و بر همین اساس خرده‌مقیاسهای علائم عاطفی و مشکلات روابط با همسالان را در مقیاس جدید مشکلات درونی‌سازی[10] می‌نامند (گودمن و گودمن،۲۰۱۱؛ آنتون[11]، ۲۰۱۶). آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۵ و قابلیت اطمینان ترکیبی[12] آن ۰/۸۰ به‌دست‌آمده است و آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاسهای مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی به‌ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به‌دست آمده است (بارکو[13] و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران قره‌باغی و وفایی (۱۳۸۸؛ به نقل از پورسینا و همکاران، ۱۳۹۳) آلفای کرونباخ را برای نمره کلی مشکلات ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نمره آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ حاصل شده است.

1. Molgaard & Spoth
2. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
3. Goodman, Meltzer, & Bailey
4. Emotional problems
5. Conduct problems
6. Peer problems
7. Hyperactivity
8. Prosocial behavior
9. Externalizing problems
10. Internalizing problems
11. Antón
12. Compound reliability
13. Barco

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

● **پرسشـــنامه کیفیت زندگی در مدرسه**[1]: این پرسشـــنامه به‌منظور سنجش رفاه و بهزیستی دانش‌آموزان ساخته شده (اندرسون و بورک[2]، ۲۰۰۰) و دارای ۳۹ سؤال با نمره‌گذاری پنج‌نقطه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) اســـت. این پرسشنامه شامل هفت خرده‌مقیاس رضایت عمومی[3]، عواطف منفی[4]، رابطه با معلم[5]، فرصت[6]، پیشـــرفت[7]، ماجراجویی[8] و انســـجام اجتماعی[9] اســـت. ســـلطانی شال و همکاران (۱۳۹۰) نشـــان دادند که نسخه فارسی ابزار حاضر دارای هفت عامل است که ضرایب پایایی آنها ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ است. روایی همگرای محتوایی این پرسشنامه نیز مناسب گزارش شده است.

جدول ۱. موضوعات و اهداف هفت جلسه آموزشی نوجوانان و خانواده

جلسه	موضوع	اهداف	برخی از موضوعات
نوجوان (۱)	داشتن اهداف و رویاها	کمک به نوجوانان برای آشنایی با قوانین گروهی تجسم رویاها و اهداف در آینده	ـ نظرات و قوانین گروهی، اهداف و مراحل رسیدن به اهداف، تهیه و به اشتراک گذاردن نقشه‌های گنج
خانواده (۱)	حمایت از اهداف فرزندان	کمک به خانواده‌ها در جهت ایجاد روابط مثبت	ـ بازدید والدین از نقشه‌های نوجوانان و مراحل نیل به اهداف ـ تا چه حد یکدیگر را می‌شناسیم؟
نوجوان (۲)	درک والدین	استرس والدین ممکن است سبب شود برخی کارها را انجام داده یا برخی حرفها را به زبان بیاورند.	ـ در نوجوان یا والد بودن، چه چیزی خوب و چه چیزی دشوار است؟چرا والدین استرس دارند.
خانواده (۲)	درک اعضا	کمک به خانواده‌ها در شناسایی نقاط قوت	ـ کنار گذاشتن رودربایستی ـ تهیه نمودار درختی خانواده
نوجوان (۳)	مدیریت استرس	شناسایی موقعیتهای ایجاد استرس شناسایی نشانه‌های استرس آموختن شیوه‌های مدیریت استرس	ـ درک استرس ـ چگونه متوجه می‌شوید که دچار استرس شده‌اید ـ یافتن تکنیکهای مدیریت استرس که برای من مناسب‌اند.
خانواده (۳)	استفاده از جلسات خانوادگی	روی مزایای جدول امتیازات کار می‌کنند	ـ مقدمه‌ای بر جلسات خانوادگی ـ جلسات خانوادگی ـ بازی کارت خانواده
نوجوان (۴)	پیروی از قوانین	در صورت پیروی از قوانین، وضعیت بهتر می‌شود	ـ اشکال با چشم‌بسته ـ قواعد و مسئولیتهای بزرگسالان

1. Quality of School Life (QOSL)
2. Anderson & Bourke
3. General satisfaction
4. Negative affect
5. Relation with teacher
6. Opportunity
7. Achievement
8. Adventure
9. Social integration

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

(ادامه) جدول ۱.

جلسه	موضوع	اهداف	برخی از موضوعات
خانواده (۴)	درک ارزش خانواده	درک رابطه بین ارزشهای خانواده شناسایی ارزشهای خانوادگی خود	ـ درک ارزشهای خانواده ـ بازی ارزشها ـ انطباق ارزشها با عملکرد ـ تهیهٔ سپر خانواده
نوجوان (۵)	تعامل با فشار همسالان	مواد اعتیادآور به آنها آسیب می‌زنند. مهارتهایی را برای مقاومت نسبت به فشار همسالان تمرین کنند.	ـ سؤال بپرسید، مشکل را نام ببرید ـ بگویید چه اتفاقی ممکن است بیفتد ـ پیشنهاد مسیر دیگر
خانواده (۵)	ایجاد ارتباطات خانوادگی	مهارتهای شنیداری ایجاد کنند. مشکلات را با هم حل کنند.	ـ بازی شنیداری ـ نمایش حل‌مسئله گروهی ـ بازی گروهی حل‌مسئله
نوجوان (۶)	فشار همسالان و دوستان خوب	مهارتهای بیشتر برای مقاومت در مقابل فشار همسالان دوستان خوب چگونه هستند؟	ـ تأمل در مورد جلسه فشار همسالان ـ مواجهه با فشار همسالان و دوستان ـ مواد اعتیادآور ما را از نیل به اهدافمان بازمی‌دارند.
خانواده (۶)	خانواده‌ها و فشار همسالان	در مورد ممانعت از مصرف مواد اعتیادآور صحبت کنند.	ـ والدین در مواجهه با فشار همسالان به نوجوانان کمک می‌کنند. ـ به اشتراک گذاشتن رؤیاها و انتظارات والدین
نوجوان (۷)	دسترسی به دیگران	روشهای کمک به دیگران تعامل با نوجوانان بزرگ‌تر	ـ چه‌کار باید بکنیم؟ ـ سؤال نوشتن برای گروه مهمان ـ سؤالات گروه مهمان و پاسخهای آنها
خانواده (۷)	جمع‌بندی مطالب	خانواده‌ها به انجام موارد زیر می‌پردازند: بررسی محتوای برنامه	ـ خلاصه برنامه و اسلاید بازبینی ـ ارزیابی برنامه ـ نامه‌هایی به نوجوانان و والدین

روش اجرا

برنامه تقویت خانواده برای نوجوانان ۱۰ تا ۱۴سال شامل هفت جلسه دو ساعته است که به‌صورت هفته‌ای (متوالی) یک جلسه اجرا می‌شود. سه نفر به‌عنوان رهبر گروه مورد نیاز است: یک نفر جهت ادارهٔ جلسه با والدین و دو نفر دیگر که جلسه با نوجوانان را اداره کنند. نقشهای رهبران گروه در طول جلسات خانوادگی از مدرس به تسهیل‌گر تغییر می‌کند، رهبر هر گروه مسئولیت مهمی نسبت به یک گروه متشکل از سه تا ۴ خانواده به‌عهده می‌گیرد و در هر جلسه با همان گروه مشخص کار می‌کند. بسیاری از فعالیتهای خانوادگی شامل خانواده‌های منفردی هستند که با یکدیگر همکاری می‌کنند. رهبر گروه در هر نوبت با هر یک از خانواده‌های تحت پوشش، نشستی برگزار و در صورت نیاز به آنها کمک می‌کند. رهبر گروه جلسات هفتگی آموزش جوانان یا خانواده برگزار می‌کند و همچنین جلســات خانوادگی آموزش را از هفتهٔ اول تا هفتم با استفاده از ویدئو تسهیل می‌کند(به کتابچه برنامه تقویت خانواده، ۱۳۹۵، مراجعه شود). برای مهیاکردن شرایط نظارت‌شده آموزش، در سال ۱۳۹۵ نگارنده اول مقاله و تعدادی از کارشناسان وزارت آموزش‌وپرورش و وزارت بهداشت و آموزش پزشکی با شرکت در دوره تربیت مربی با حضور مدرسان بین‌المللی، گواهی مربیگری ملی را دریافت

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

کردند. در ادامه نگارنده اول مقاله همراه با کارشناسان دیگر آموزش‌وپرورش به استانهای نمونه سفر کردند و به تسهیل‌گران هر مدرسه آموزش لازم را دادند. افرادی که موفق به دریافت گواهینامه تسهیل‌گری شدند، به آنها اجازه آموزش به نوجوانان و والدین در مدارس داده شد و گردآوری داده‌ها در این بخش صورت گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی گروه نمونه در جدول ۲ ارائه شده است. برای بررسی این فرضیه که آیا در نیمرخ مشکلات و تواناییهای گروههای آزمایش و کنترل پس از حذف اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد یا نه، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است. قبل از این تحلیل مفروضه‌های آن یعنی همگونی واریانسها میان گروهها و خطی‌بودن رابطه میان متغیر وابسته بررسی شد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه، از آزمون همگونی واریانسهای لوین استفاده شده است. نتایج نشان داد که آزمون لوین در مورد هیچ‌یک از زیرمقیاسهای مشکلات و تواناییهای نوجوانان از جمله بیش‌فعالی و کمبود توجه ($p>۰/۰۵$ و $F=۱/۲۸$)، مشکلات هیجانی ($p>۰/۰۵$ و $F=۱/۰۳$)، مشکلات سلوکی ($p>۰/۰۵$ و $F=۰/۰۰۳$)، مشکلات با همسالان ($p>۰/۰۵$ و $F=۱/۸۶$) و رفتار نوع‌دوستی ($p>۰/۰۵$ و $F=۰/۱۵$) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بنابراین مفروضه همگونی واریانسها نیز مورد تائید قرار گرفت. همچنین در مورد خطی‌بودن ($p>۰/۰۵$ و $F=۱/۲۹$) در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود.

انجام دادن آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که این شاخص آزمون ($p<۰/۰۵$، $\lambda=۰/۹۱$ و $F=۱۵/۷۱$) معنادار است. لذا می‌توان ذکر کرد که نیمرخ کلی مشکلات و تواناییهای نوجوانان دو گروه آزمایش و کنترل پس از حذف اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون از هم متفاوت است. در ادامه نتایج مقایسه اثر بین‌آزمودنی نشان داد که عامل گروه در میان گروههای آزمایش و کنترل، در مورد تک‌تک زیرمقیاسهای بیش‌فعالی و کمبود توجه ($p<۰/۰۵$ و $F=۱۵/۹۸$)، مشکلات هیجانی ($p<۰/۰۵$ و $F=۱۲/۷۳$)، مشکلات سلوکی ($p<۰/۰۵$ و $F=۲۶/۷۵$)، مشکلات با همسالان ($p<۰/۰۵$ و $F=۳۷۵/۶۴$) و رفتار نوع‌دوستی ($p<۰/۰۵$ و $F=۱۹/۱۹$) از لحاظ آماری معنادار است. لذا مداخله توانسته است در میانگین کلیه خرده‌مقیاسهای دو گروه تفاوت ایجاد کند.

برای مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در نیمرخ مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی نیز از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج آزمون لوین برای این تحلیل در مورد مشکلات برونی‌سازی ($p>۰/۰۵$ و $F=۰/۹۵$) و درونی‌سازی ($p>۰/۰۵$ و $F=۰/۷۲$) معنادار نبود. همچنین مفروضه خطی‌بودن ($p>۰/۰۵$ و $F=۴۶/۳۲$) معنادار نبود. انجام دادن آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که این آزمون ($p<۰/۰۵$، $\lambda=۰/۶۲$ و $F=۲۰۷/۰۱$) معنادار است. لذا می‌توان ذکر کرد که نیمرخ کلی مشکلات درونی‌سازی ـ برونی‌سازی گروههای آزمایش و کنترل پس از حذف اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون از هم متفاوت است. در ادامه نتایج مقایسه اثر بین‌آزمودنی نشان داد

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

که عامل گروه در میان گروههای آزمایش و کنترل، در مورد مشکلات برونی‌سازی ($p < ۰/۰۵$ و $F=۳۹/۹۲$) و درونی‌سازی ($p < ۰/۰۵$ و $F=۴۱۳/۹۸$) از لحاظ آماری معنادار است. لذا مداخله توانسته است در میانگینهای مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت ایجاد کند.

در بخش بعدی برای مقایسه نمره کلی زیرمقیاس توانایی نوع‌دوستی دو گروه آزمایش و کنترل پس از حذف اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شده است. نتایج نشان داده که عامل گروه در میان گروههای آزمایش و کنترل، در مورد زیرمقیاس توانایی نوع‌دوستی ($p <۰/۰۵$ و $F=۲۵/۴۸$) از لحاظ آماری معنادار است. لذا مداخله توانسته است در میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت ایجاد کند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مشکلات و توانایی نوجوانان، کیفیت زندگی در مدرسه و نظرسنجی نوجوان

متغیر		گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات و توانایی	بیش‌فعالی و کمبود توجه	آزمایش	۴/۳	۱/۵	۴/۲	۱/۴۸
		کنترل	۴/۸	۱/۴	۴/۸۶	۱/۵۲
	مشکلات هیجانی	آزمایش	۷/۲	۲/۴	۷/۰۶	۲/۴۸
		کنترل	۷/۶	۲/۳	۷/۷۹	۲/۲۳
	مشکلات سلوکی	آزمایش	۵/۵	۳/۰۹	۵/۷۵	۳/۴۴
		کنترل	۴/۷	۳/۱	۴/۴۸	۳/۱۷
	مشکلات با همسالان	آزمایش	۵/۴	۱/۸	۲/۱۰	۱/۷۳
		کنترل	۵/۱	۱/۶	۵/۱۶	۱/۶۲
	رفتارنوع‌دوستی	آزمایش	۴	۲/۴	۶/۰۴	۲/۰۹
		کنترل	۵/۷	۱/۸	۵/۸۰	۱/۸۶
مشکلات برونی‌سازی‌شده		آزمایش	۱۱/۳	۳/۷	۱۰/۷۹	۵/۱۲
		کنترل	۱۴/۱	۴/۲	۱۴/۰۸	۴/۳۱
مشکلات درونی‌سازی‌شده		آزمایش	۹/۸	۳/۴	۵/۰۲	۴/۰۹
		کنترل	۱۱/۹	۳/۵	۱۱/۹۹	۳/۵۶
مشکلات (کل)		آزمایش	۲۱/۷	۶/۸	۱۹/۲۱	۴/۹۲
		کنترل	۲۵/۰۳	۶/۹	۲۵/۳	۶/۹۱
توانایی (کل)		آزمایش	۴	۲/۴	۶/۰۴	۲/۰۹
		کنترل	۵/۷	۱/۸	۵/۸	۱/۸۶

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

(ادامه) جدول ۲.

متغیر		گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی در مدرسه	رضایت عمومی	آزمایش	۱۷/۵	۵/۱	۲۵	۴/۷
		کنترل	۱۴/۵	۳/۶	۱۴/۴	۳/۷
	عواطف منفی	آزمایش	۱۴/۷	۳/۸	۱۷/۹	۸
		کنترل	۱۴/۲	۴/۶	۱۴/۱	۴/۷
	رابطه با معلم	آزمایش	۱۵/۳	۴/۰۵	۱۸/۶	۴/۲
		کنترل	۱۴/۲	۳/۴	۱۴/۱	۳/۵
	فرصت	آزمایش	۱۶/۹	۴/۳	۲۰/۹	۵/۷
		کنترل	۱۵/۶	۴/۱	۱۵/۵	۴/۱
	پیشرفت	آزمایش	۱۲/۴	۳/۰۸	۱۵/۱	۳/۳
		کنترل	۱۱/۴	۳/۱	۱۱/۳	۳/۱
	ماجراجویی	آزمایش	۱۳/۸	۳/۴	۱۷	۴/۲
		کنترل	۱۲/۱	۲/۹	۱۲	۲/۹
	انسجام اجتماعی	آزمایش	۲۷/۸	۶/۷	۳۱/۱	۵/۴
		کنترل	۱۹/۴	۳/۹	۱۹/۳	۳/۸
	کل	آزمایش	۱۱۱/۴	۲۴/۰۲	۱۴۵/۷	۲۰/۸
		کنترل	۱۰۱/۶	۲۱/۵	۱۰۰/۹	۲۱/۳
نظرسنجی نوجوان		آزمایش	۲۸/۱	۹/۳	۵۲/۹	۵/۹
		کنترل	۲۵/۶	۵/۵	۲۵/۸	۵/۴

در ادامه برای بررسی این فرضیه که آیا در نیمرخ کیفیت زندگی در مدرسه نوجوانان گروههای آزمایش و کنترل پس از حذف اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد یا نه، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است. بررسی مفروضه همگونی واریانس نشان داد که آزمون لوین در مورد هیچ‌یک از زیرمقیاسهای کیفیت زندگی در مدرسه نوجوانان از جمله رضایت عمومی ($p > ۰/۰۵$ و $F=۱/۴۴$)، عواطف منفی ($p > ۰/۰۵$ و $F=۳/۳۸$)، رابطه با معلم ($p > ۰/۰۵$ و $F=۱/۹۶$)،

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

فرصت (p >۰/۰۵ و F=۱/۰۹)، پیشرفت (p >۰/۰۵ و F=۱/۰۱)، ماجراجویی (p >۰/۰۵ و F=۱/۳۹) و انسجام اجتماعی (p>۰/۰۵ و F=۰/۱۷) و شاخصهای آماری مفروضه خطی‌نبودن (p >۰/۰۵ و F=۹۸/۰۳) در سطح ۰/۰۵ معنادار نبوده است. لذا با برقراری مفروضه‌های تحلیل، انجام آن نشان داد اثر کلی گروه بر کیفیت زندگی در مدرسه نوجوانان (p<۰/۰۵، λ = ۰/۳۹ و F=۱۶۴/۶۶) معنادار بوده است. بنابراین می‌توان گفت که نیمرخ دو گروه با هم تفاوت دارد. انجام دادن آزمون اثر بین‌آزمودنی برای مشخص‌کردن تفاوتهای میان نیمرخها هم نشان داد که میان گروههای آزمایش و کنترل، در کلیه زیرمقیاسهای رضایت عمومی (p<۰/۰۵ وF=۷۹۵/۹)، عواطف منفی (p<۰/۰۵ و F=۴۹/۸)، رابطه با معلم (p <۰/۰۵ و F=۱۸۳/۸)، فرصت (p <۰/۰۵ و F=۷۵/۱)، پیشرفت (p<۰/۰۵ و F=۱۴۵/۰۹)، ماجراجویی (p <۰/۰۵ و F=۳۴۸/۹) و انسجام اجتماعی (p<۰/۰۵ وF=۴۲۳/۱) از لحاظ آماری معنادار است. لذا می‌توان گفت که مداخله توانسته است میانگین کلیه زیرمقیاسهای رضایت عمومی، عواطف منفی، رابطه با معلم، فرصت، پیشرفت، ماجراجویی و انسجام اجتماعی و میانگین گروه آزمایش را در پس‌آزمون افزایش دهد.

در نهایت برای بررسی این فرضیه که آیا آموزش برنامه تقویت خانواده گروههای آزمایش پس از حذف اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل با هم تفاوت دارند یا نه، از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که عامل گروه در میان گروههای آزمایش و کنترل، در مورد آموزش برنامه تقویت خانواده (p<۰/۰۵ و F=۳۷۰۹/۸) از لحاظ آماری معنادار است. پس مداخله توانسته است نظر نوجوانان در مورد کارکردهای خانوادگی مطلوب خود را ارتقا ببخشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی برنامه تقویت کارکردهای خانواده بر پنج مقوله: ۱) مشکلات و تواناییهای نوجوانان؛ ۲) مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی؛ ۳) توانایی نوع‌دوستی؛ ۴) کیفیت زندگی در مدرسه؛ و ۵) نظر نوجوانان در مورد رفتارهای مطلوب خانوادگی خود انجام شده است. یافته‌ها نشان دادند که آموزش برنامه تقویت خانواده به والدین و نوجوانان ۱۴-۱۰ سال سبب کاهش مشکلات (بیش‌فعالی، مشکلات هیجانی، سلوکی و مشکل با همسالان) و افزایش تواناییهای نوجوانان (نوع‌دوستی) شده است. این یافته با نتایج پژوهش اسپات[1] و همکاران (۲۰۰۴)، کومبز و همکاران (۲۰۰۹)، فرلانگ و همکاران (۲۰۱۷)، سگروت و همکاران (۲۰۱۷)، روت، سولدو و فرون[2] (۲۰۱۷)، مورتا و همکاران (۲۰۱۸) و لیما و بلا[3] (۲۰۲۱)

1. Spoth
2. Roth, Suldo & Ferron
3. Lima & Behlau

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

مبنـــی بر اینکه آموزش و اجـــرای برنامه تقویت خانواده برای والدیـــن و نوجوانان منجر به بهبود کارکردهـــای خانواده و در نتیجه تقویت تواناییها و کاهش مشـــکلات رفتاری و عاطفی نوجوانان می‌شود، همسوست.

همچنین نتـایج ایـن پـژوهش نشـان داد کـه آمـوزش برنامه تقویت خانواده در افزایش توانایی جامعه‌پسند نوع‌دوستی و کاهش مشکلات رفتاری عاطفی نوجوانان مؤثر است. در پژوهشهای فوق آموزش برنامه بر جنبه‌های مختلفی از تقویت توانایی نوجوانان مثل انجام فعالیتهای هدفمندیاورانه، قابلیـــت توانایی مثبت، صداقت، تقویت مهارتهای تـــاب‌آوری، مدیریت موقعیتها، ارتقای عملکرد، ارتباطات خانوادگی، بهبود اجتماعی‌شـــدن بچه‌ها، ســـلامت عاطفی، عملکرد تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری عاطفی نوجوانان همانند کاهش چالش با دوستان و والدین، حل مشکلات خشم، اســـترس، مشکلات رفتاری با دوستان، خطر به دردســـر افتادن، رفتارهای پرخاشگرانه، رفتارهای ضداجتماعی، افســـردگی، اضطراب اجتماعی، فوبیا و اختلال شـــخصیتی مؤثر است که نتایج این پژوهش با آن پژوهشـــها همسوست. از طرفی هم با توجه به اینکه محتوای برنامه تقویت خانواده برای والدین و نوجوانان ۱۴-۱۰سال است، فرصت یادگیری رفتارها و مهارتهای اجتماعی را فراهم می‌کند. نتایج این پژوهش با یافته‌های کوک، گرشـــام، کرن، بارراس، تورنتون و کروز[1] (۲۰۰۸) و برن، نایت، تایلور و تومبورو[2] (۲۰۱۹) همخوانی دارد. آنها نشـــان دادند کـــه آمـوزش مهارتهای اجتماعی در افزایش توانایی نوع‌دوستی و کاهش مشکلات رفتاری مؤثر است.

بخش دیگری از یافته‌ها نشان داد که آموزش برنامه تقویت خانواده سبب بهبود نیمرخ کیفیت زندگی در مدرسه نوجوانانی می‌شود که به همراه والدین این آموزش یا مداخله را دریافت کرده‌اند. این یافته همسوست با نتایج پژوهشهایی که اثربخشی برنامه تقویت خانواده بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مدرسه مانند، مشارکت فعال و عملکرد تحصیلی در مدرسه (اسپات و همکاران، ۲۰۰۴)، بهبود خودآگاهی میان ـ فردی در فرزندپروری و مدیریت رفتار نوجوانان (کوتز ورث[3] و همکاران، ۲۰۱۵)، حل مشـــکلات، خشم، استرس، مشکلات رفتاری با دوستان، تقویت مهارتهای تاب‌آوری، خطر به دردســـر افتادن، رفتارهای پرخاشـــگرانه و مدیریت موقعیتها (کومبز و همکاران، ۲۰۰۹)، مهارتهای اجتماعی، ارتباطات، سازماندهی، انسجام و تعارضها (کامپفر، ۲۰۱۴) افزایش شایستگی اجتماعی (اورته، بالســـتر، مارچ و آمر[4]، ۲۰۱۳)، فعالیتهای هدفمند یاورانه، قابلیت توانایی مثبت، صداقت و کاهش چالش با دوستان در مدرسه (سگروت و همکاران، ۲۰۱۷)، ارتباطات و روابط بهتر، بهبود رفتار و بهزیستی کودک، افزایش شایستگی اعتمادبه‌نفس، تقویت زندگی اجتماعی، حضور

1. Cook, Gresham, Kern, Barreras, Thornton & Crews
2. Burn, Knight, Taylor & Toumbourou
3. Coatsworth
4. Orte, Ballester, March & Amer

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

فعال در مدرسه، صرفه‌جویی در استفاده از خدمات در مدرسه (فرلانگ و همکاران، ۲۰۱۷)، کاهش عصبانیت، ایجاد ارتباط، افزایش گفتگوی مثبت، مشـــارکت بیشتر در مدرسه، بهبود رفتار کودک، تاب‌آوری و مقاوم بودن (برن و همکاران، ۲۰۱۹) را نشان می‌دهند.

علاوه بر این با توجه به اینکه برنامه تقویت خانواده یک برنامه مداخله‌ای برای بهبود مشکلات و رفتارهای نوجوانان است، نتایج این پژوهش همخوانی دارد با یافته‌های صمدی و همکاران (۱۳۹۷)، آجار و کیلینچ[1] (۲۰۱۷)، ارس و بیلاســـا (۲۰۱۷)، تورامـــان و آیچیچک[2] (۲۰۱۹)، وانگ، هاوز و نیمرود[3] (۲۰۱۹) و جیکوبسن، برگساند، ونتزل لارسن، اسمیت و مو[4] (۲۰۲۰) که اثربخشی آموزش و مداخله‌ها در دوران نوجوانی را بر بهبود کیفیت زندگی مدرسه‌ای نشان می‌دهند. در تبیین این یافته می‌توان گفت در واقع مدرسه به‌عنوان دومین خانه دانش‌آموزان محسوب می‌شود و با توجه به اینکه دانش‌آموزان بیشتر اوقات روزانهٔ خود را در محیطهای تحصیلی سپری می‌کنند، دانش‌آموزان شرکت‌کننده در برنامه تقویت خانواده در مورد مؤلفه‌ها و پیش‌آیندهای کیفیت زندگی در مدرسه همانند قابلیت توانایی مثبت، صداقت، کاهش چالش با دوســـتان در مدرسه، مشکلات رفتاری با دوستان در مدرسه، تقویت مهارتهای تاب‌آوری، خطر به دردسر افتادن، مدیریت موقعیتها، ارتقای عملکرد و ارتباطات در مدرسه، بهبود اجتماعی‌شدن بچه‌ها و سلامت عاطفی و عملکرد تحصیلی، رفتارهای ضداجتماعی طولانی‌مدت، بهبود اعتماد والدین، روابط همسالان و زندگی اجتماعی در مدرســـه و حضور بیشتر در مدرســـه، به‌صورت گروهی آموزش دیده، از پشتوانه‌ای قوی در زمینه کیفیـــت زندگی در مدرســـه برخوردارند و بهتر می‌توانند با موقعیـــت مختلف که از نظر عاطفی، اجتماعی و آموزشـــی متضاد و ناهماهنگ است، سازگاری پیدا کنند و بتوانند با مشکلات و موانع تحصیلی پیشرو کنار بیایند و کیفیت زندگی مدرسه‌ای بالایی را تجربه کنند.

بخش نهایی یافته‌ها نشـــان داد که آموزش برنامه تقویت خانواده از منظر نوجوانان ســـبب بهبـــود کارکردهای خانوادگی نوجوانانی شـــده اســـت که ایـــن آموزش یا مداخلـــه را دریافت کرده‌اند. این یافته همسوســـت با نتایج پژوهش کو همکاران (۲۰۰۹)، کامپفر(۲۰۱۴)، کامپفر و همکاران(۲۰۱۲)، اورته و همکاران (۲۰۱۳)، گارســـیا و همکاران (۲۰۱۴)، ریش[5] و همکاران (۲۰۱۲)، فرلانگ و همکاران (۲۰۱۷)، سگروت و همکاران (۲۰۱۷)، مورتا و همکاران، (۲۰۱۸) و بـــرن و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اینکه آمـــوزش و اجرای برنامه تقویت خانواده برای والدین و نوجوانان ۱۴-۱۰ ســـال بر جنبه‌های مختلفی از کارکرد خانواده و والدین اثربخش بوده، اما با

1. Acar & Kılınç
2. Toraman & Aycicek
3. Wong, Hawes & Nimrod
4. Jacobsen, Bergsund, Wentzel-Larsen, Smith & Moe
5. Riesch

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

یک بخش از پژوهش کومبز و همکاران (۲۰۰۹) مبنی بر اینکه میزان اثربخشی برنامه در منطقه بارنزلی انگلستان برجسته نبوده است، همسو نیست. نتایج این پژوهشها اثربخشی برنامه تقویت خانواده، بر بهبود کارکردهای خانواده مانند ارتباط میان والدین و فرزند، سازمان‌دهی، انسجام، نظارت، مهارتهای اجتماعی و فرزندپروری (کومبز و همکاران، ۲۰۰۹؛ کامپفر و همکاران، ۲۰۱۲؛ ریش و همکاران، ۲۰۱۲)، کاهش مشکلات سلامت روان‌شناختی (کامپفر و همکاران، ۲۰۱۲)، پیشگیری از مصرف الکل و مواد مخدر، کاهش مشکلات و رفتارهای عاطفی (اورته و همکاران، ۲۰۱۳)، کاهش چالش با دوستان و والدین (سگروت و همکاران، ۲۰۱۷)، تقویت عوامل محافظتی (مورتا و همکاران، ۲۰۱۸)، کاهش عصبانیت والدین و کودکان، بهبود رفتار کودکان و سازگاری والدین و فرزندان (برن و همکاران، ۲۰۱۹) را در کشورهای مختلف نشان داده است. در تبیین این یافته نیز می‌توان بیان کرد والدین و نوجوانانی که در برنامه تقویت خانواده مبتنی بر دیویدی شرکت کردند، نوجوانان برای مهارتهای تنظیم احساسات، اجتماعی شدن، مقاومت در برابر فشار همسالان، حل‌مسئله و ارتباط مؤثر آموزش می‌بینند. والدین آموزشهای لازم را در مورد عشق، حدومرز، پادش، توجه، ارتباط روشن، نظم و انضباط مؤثر و چگونگی حل مشکلات به‌دست می‌آورند. در جلسات خانوادگی هر دو گروه در مورد اهمیت بازی در خانواده، وقت برای با هم بودن، ارتباطات خانوادگی مؤثر، کاهش استرس و تعارض آموزش می‌بینند که این موارد و دیگر موارد برنامه که از عوامل اساسی مداخلات خانواده-محور است، نقش بسیار مؤثر در تقویت کارکردهای خانواده دارد.

از محدودیتهای مهم پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ۱) برنامه تقویت خانواده مختص گروه سنی۱۴-۱۰ سال است. پس یافته‌های آن فقط در این گروه سنی قابل تعمیم است؛ ۲) با توجه به حجم بالای نمونه یکی از محدودیتهای پژوهش عدم امکان کنترل اثر برخی از متغیرهای مداخله‌گر مانند ویژگیهای شخصیتی نوجوانان و والدین و وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی خانواده‌ها بود. از این رو پیشنهاد می‌شود: الف) میزان اثربخشی این بسته در گروههای سنی دیگر مدرسه در خرده‌فرهنگهای مختلف کشور بررسی شود؛ ب) از آنجا که ممکن است این برنامه برای دانش‌آموزان تک والد، بی‌سرپرست، پرخطر و در معرض خطر آسیبهای روانشناختی و اجتماعی و کودکان کار چندان مناسب نباشد، لذا پیشنهاد می‌شود آن را برای این گروهها متناسب‌سازی کنند.

پیشنهادهای کاربردهای دیگری هم ارائه می‌شوند که عبارت‌اند از: ۱) موانع استفاده از این برنامه در مدارس کشور رفع و به‌طور گسترده به خانواده‌ها آموزش داده شود؛ ۲) پروتکل مداخله برنامه به‌صورت ضمن خدمت به مشاوران و مربیان آموزش داده شود؛ ۳) دوره‌های ضمن خدمت با محتوای انطباق داده‌شده برنامه مبتنی بر شواهد و فیلم آموزشی تولیدشده حداقل برای معلمان متوسطه اول برگزار شود تا معلمان دانش و اطلاعات خود را با آخرین یافته‌های علمی مطابقت دهند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

منابع

REFERENCES

پورسینا، زهرا؛ طهماسیان، کارینه و صادقی، منصوره السادات. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای ایمنی هیجانی در رابطه بین کارکرد خانواده و مشکلات رفتاری کودک. *مجله روانشناسی خانواده*، ۱ (۲)، ۶۹-۷۸.

سلطانی شال، رضا؛ کارشکی، حسین؛ آقامحمدی شعرباف، حمیدرضا؛ عبدخدایی، محمدسعید و بافنده، حسین. (۱۳۹۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی در مدرسه در مدارس شهر مشهد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۹ (۱)، ۷۹-۹۳.

صمدی، افتخار ســـادات؛ حسن زاده، رمضان و دوســـتی، یارعلی. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انگیزش پیشرفت و کیفیت زندگی در مدرسه دانش‌آموزان دختر متوسطه شهر ساری. *مجله سلامت اجتماعی*، ۵ (۲)، ۱۵۱-۱۵۸.

طیموری‌فرد، سید عین‌الله. (۱۳۹۹). *کارآمدی برنامه تقویت کارکردهای خانواده بر توانایی‌ها، مشکلات و کیفیت زندگی نوجوانان* ۱۴-۱۰. رساله دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم.

وزارت آموزش‌وپرورش. (۱۳۹۵). *راهنما و دســـتورالعمل اجرای برنامه تقویت بنیان خانواده*. تهران: معاونت تربیت‌بدنی و سلامت.

Acar, H., & Kılınç, M. (2017). Effect of psychoeducation program prepared in terms of coping with peer pressure on high school students' level of peer pressure. *Mehmet Akif Ersoy University Journal of Social Science Institute*, *9*(19), 287-300.

Anderson, L. W., & Bourke, S. F. (2000). *Assessing affective characteristics in the schools* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Badr, L. K., Taha, A., & Dee, V. (2014). Substance abuse in Middle Eastern adolescents living in two different countries: Spiritual, cultural, family and personal factors. *Journal of Religion and Health, 53*(4), 1060-1074.

Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P. M., et al. (2016). Evaluation of a German version of the Strengthening Families Programme 10-14: A randomised controlled trial. *The European Journal of Public Health*, *26*(6), 953-959.

Barco, B. L., Lazaro, S. M., Río, M. I. P., & Ramos, M. L. (2019). Parental psychological control and emotional and behavioral disorders among Spanish adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(3), 507.

Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 226-236.

Bonell, C., Fletcher, A., Morton, M., Lorenc, T., & Moore, L. (2012). Realist randomized controlled trials: A new approach to evaluating complex public health interventions. *Social Science and Medicine*, *75*(12), 2299-2306.

Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., & Botvin, E. M. (1999). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive - behavioral approach: Results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(4), 437-446.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

Burn, M., Knight, T., Taylor, L., & Toumbourou, J. W. (2019). Parents' perceptions of changes in family functioning after participation in a strengthening families intervention: A qualitative analysis. *Children and Youth Services Review, 100*, 428-436.

Cantu, A., Hill, L., & Becker, L. (2010). Implementation quality of a family-focused preventive intervention in a community-based dissemination. *Journal of Children's Services*, *5*(4), 18-30.

Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Gayles, J. G., Bamberger, K. T., … Demi, M. A. (2015). Integrating mindfulness with parent training: Effects of the mindfulness-enhanced strengthening families program. *Developmental Psychology*, *51*(1), 26-35.

Cook, C. R., Gresham, F. M., Kern, L., Barreras, R. B., Thornton, S., & Crews, S. D. (2008). Social skills training for secondary students with emotional and/or behavioral disorders: A review and analysis of the meta-analytic literature. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *16*(3), 131-144.

Coombes, L., Allen, D., Marsh, M., & Foxcroft, D. R. (2009). The Strengthening Families Program (SFP) 10-14 and substance misuse in Barnsley: The perspective of facilitators and families. *Child Abuse Review*, *18*(1), 41-59.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., … Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S., Ruan, W., & Grant, B. (2008). Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 32*(12), 2149-2160.

Ereş, F., & Bilasa, P. (2017). Middle school students' perceptions of the quality of school life in Ankara. *Journal of Education and Learning*, *6*(1), 175-183.

Foxcroft, D. R., Callen, H., Davies, E., & Okulicz-Kozaryn, K. (2017). Effectiveness of the strengthening families programme 10–14 in Poland: Cluster randomized controlled trial. *European Journal of Public Health*, 27(3), 494-500.

Furlong, M., McGilloway, S., & Leckey, Y. (2017). *An evaluation of the Strengthening Families Programme in Co. Kildare, Ireland.* DOI:10.13140/RG.2.2.14265.67681

Garcia, L., Kinoshita, R. T., & Maximiano, V. (2014). Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas. In F. I. Bastos, & N. Bertoni (Eds.), *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras*? (pp. 147–155). Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ.

Gazioğlu, A. E., & Canel, A. N. (2015). A school-based prevention model in the fight against addiction: Life skills training. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, *2*(2), 23-44.

Goodman, A., & Goodman, R. (2011). Population mean scores predict child mental disorder rates: Validating SDQ prevalence estimators in Britain. *Journal of Child Psycholoogy and Psychiatry and Allied Disciplines*, *52*(1), 100-108.

Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *International Review Psychiatry*, *15*(1-2), 173-177.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

Husky, M. M., Boyd, A., Bitfoi, A., Carta, M. G., Chan-Chee, C., Goelitz, D., … Kovess-Masfety, V. (2018). Self-reported mental health in children ages 6-12 years across eight European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(6), 785-795.

Jacobsen, H., Bergsund, H. B., Wentzel-Larsen, T., & Smith, L., & Moe, V. (2020). Foster children are at risk for developing problems in social-emotional functioning: A follow-up study at 8 years of age. *Children and Youth Services Review*, *108*(C), 1-10.

Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., & Patrick, M. E. (2019). *Monitoring the Future National Survey results on drug use: 1975–2018: Overview, key findings on adolescent drug use.* Institute for Social Research, University of Michigan.

Jongenelis, M., Pettigrew, S., Lawrence, D., & Rikkers, W. (2019). Factors associated with poly drug use in adolescents. *Prevention Science, 20*(5), 695-704.

Kumpfer, K. L. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls. *ISRN Addiction*: 308789. doi: 10.1155/2014/308789.

Kumpfer, K. L., Xie, J., & Driscoll, R. (2012). Effectiveness of a culturally adapted Strengthening Families Program 12-16 years for high-risk Irish families. *Child and Youth Care Forum*, *41*(2), 173-195.

Lendrum, A., & Humphrey, N. (2012). The importance of studying the implementation of interventions in school settings. *Oxford Review of Education, 38*(5), 635-652.

Lima, L., & Behlau, M. (2021). Emotional/behavioral indicators in children and adolescents with and without vocal problems: Self-evaluation and parental evaluation. *Journal of Voice, 35*(4), 664.e1-664.e9.

Molgaard, V., & Spoth, R. (2001). The Strengthening Families Program for young adolescents: Overview and outcomes. *Residential Treatment for Children & Youth, 18*(3), 15-29.

Moore, L., Segrott, J., & Gillespie, D. (2015). *NPRI randomised controlled trial of the Strengthening Families Programme 10-14 UK in Wales UK: Results*. Presentation at the EUSPR 6th International Conference and Member Meeting, Oct. 22-24, 2015, Ljubljana.

Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Pedralho, M. S., Tavares, T. N. G., Ramos, C. E., Allen, D., & Coombes, L. (2018). Needs assessment for cultural adaptation of Strengthening Families Program (SFP 10-14-UK) in Brazil. *Psicologia*: *Reflexão e Crítica*, *31*, Article 25.

Orte, C., Ballester, L., March, M., & Amer, J. (2013). The Spanish adaptation of the Strengthening Families Program. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *84*, 269-273.

Ortuño-Sierra, J. O., Aritio-Solana, R. A., & Fonseca-Pedrero, E. (2017). Mental health difficulties in children and adolescents: The study of the SDQ in the Spanish National Health Survey. *Psychiatry Research*, *259*, 236-242.

Özen, F., & Durkan, E. (2016). The relationship between perceived organizational ethical climate and teaching profession ethics. *Educational Administration: Theory and Practice*, *22*(4), 593-627.

Riesch, S. K., Brown, R. L., Anderson, L. S., Wang, K., Canty-Mitchell, J., & Johnson, D. L. (2012). Strengthening families program (10–14): Effects on the family environment. *Western Journal of Nursing Research, 34*(3), 340-376.

Roth, R. A., Suldo, S. H. M., & Ferron, J. M. (2017). Improving middle school students' subjective

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]

well-being: Efficacy of a multicomponent positive psychology intervention targeting small groups of youth. *School Psychology Review, 46*(1), 21-41.

Segrott, J., Murphy, S., Rothwell, H., Scourfield, J., Foxcroft, D., Gillespie, D., & Moore, L. (2017). An application of Extended Normalization Process Theory in a randomized controlled trial of a complex social intervention: Process evaluation of the Strengthening Families Programme (10–14) in Wales, UK. *SSM-Population Health*, *3*, 255-265.

Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., & Azevedo, K. (2004). Brief family intervention effects on adolescent substance initiation school-level growth curve analyses 6 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 535-542.

Toraman, C., & Aycicek, B. (2019). An investigation of the relationships between attachment levels to school and the variables of the perception of school life quality and peer pressure among high school students. *Journal of Education and Training Studies, 7*(1), 76-84.

Wong, Y. T., Hawes, D. J., & Nimrod, I. D. (2019). Illness representations among adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Associations with quality of life, coping, and treatment adherence. *Heliyon*, *5*(10):e2705.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.3.4]