

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

♦ سید عین الله طیموری فرد^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 - پس‌آزمون با گروههای آزمایش و گروه کنترل است. جامعه پژوهش، همه دانش‌آموزان پایه‌های چهارم، پنجم و ششم کشور بودند که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش به روش تصادفی ساده و خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد که شامل ۶۹۱ دانش‌آموز (۳۳۱ پسر و ۳۶۰ دختر) و ۶۹۱ والد (۲۳۴ پدر و ۳۵۷ مادر) بود. گروههای نمونه 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 جلسه‌ای (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، ملتنر 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.

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

© تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۷/۰۲

© تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۱۴

* 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

مقدمه

در کشورهای توسعه‌یافته، مشکلات رفتاری عاطفی و سوء‌مصرف مواد نوجوانان و جوانان مسئله‌ای قابل توجه است (جانگنلیس، پتیگرو، لارنس و ریکرز^۱؛ بدر، طاه‌اودی^۲، کوری^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). این سوءرفتار هر چه زودتر شروع شود سطح 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 خانواده‌براساس مداخلات پیشگیرانه را مورد تأکید قرار می‌دهد (داوسون، گلدشتاین، چو، روان و گرن^۴، ۲۰۰۸). این درحالی است که در سال ۲۰۱۸ تقریباً نیمی از نوجوانان دبیرستانی ایالات متحده آمریکا در مقطعی از زندگی خود از مواد مخدر غیرقانونی استفاده کرده‌اند (جانستون^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). بسیاری از عوامل مؤثر بر سلامت روان نوجوانان ناشی از محیط مدرسه است که از مهم‌ترین این عوامل کیفیت زندگی مدرسه‌ای است (ارس و بیلاسا^۶، ۲۰۱۷). کیفیت زندگی در مدرسه شامل رضایتمندی، ارتباطات، نیازهای روانی - اجتماعی و عاطفی است (اوزن و دورکن^۷، ۲۰۱۶) که با طراحی روشهای آموزشی می‌توان آن را بهبود بخشید (تورامان و آچیچک^۸، ۲۰۱۹).

از آنجایی که در دهه‌های اخیر کودکان و نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و اجتماعی، مورد توجه پژوهشگران در مقیاس جهانی و در اولویتهای سیاستهای بهداشت عمومی بین‌المللی قرار گرفته‌اند (بلفر^۹، ۲۰۰۸؛ هاسکی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸؛ اورتونیو سیرا، آرتیو سولانا و فونسکا پدررو^{۱۱}، ۲۰۱۷)، لذا سرمایه‌گذاری جوامع بر ارتقای سلامت روان‌شناختی و اجتماعی کودکان و نوجوانان را می‌توان به‌عنوان رویکردی برای پیشگیری از اعتیاد در نظر گرفت (سگروت، مورفی، راثول، اسکورفیلد، فاکس کرافت، گیلسپی و مور^{۱۲}، ۲۰۱۷؛ گارسیا، کینوشیتا و مکسیمیانو^{۱۳}، ۲۰۱۴؛ مورتا، نوبره ساندوال، پدرالهو، تاوارس، راموس، آلن و کومبز^{۱۴}، ۲۰۱۸؛ فرلانگ، مک‌گیلوی و لکی^{۱۵}، ۲۰۱۷). براساس 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

کرد. در پژوهشهای متعددی که درباره نقش مهارتهای زندگی در پیشگیری از مشکلات رفتاری و مصرف مواد انجام شده است، به این نتیجه رسیده اند که آموزش این مهارتها به انتخابهای سالم و رفتار مناسب در طول زندگی می انجامد (بوتوین، بیکر، دوزنبری، تور تو و بوتوین^۱، ۱۹۹۹؛ قاضی اوغلو و جنل^۲، ۲۰۱۵). کامپفر^۳ و همکارانش (۲۰۱۲) شواهد مداخلات خانواده - محور بیست سال گذشته را به صورت 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 برنامه ای را که بالاترین اثربخشی و شواهد نتایج مثبت داشتند، برگزیدند که هر یک از این برنامه های برگزیده باید در حداقل دو آزمایش کنترل تصادفی و از سوی دو تیم پژوهشی با جمعیت های مختلف اجرا و نتایج مثبت آنها تأیید می شد. این هفت برنامه برگزیده خانوادگی شامل ۱. برنامه کمک به کودک ناسازگار^۴ (مبنای پروژه همکاری خانه و مدرسه FAST در دنیا و ایران)؛ ۲. سالهای باور نکردنی^۵؛ ۳. برنامه تقویت خانواده ها^۶؛ ۴. خانواده - درمانی کاربردی^۷؛ ۵. خانواده - درمانی چندسیستمی^۸؛ ۶. آماده سازی برای سالهای بدون مواد مخدر^۹ (اکنون راهنمای خوب)؛ ۷. سرپرستی درمان - محور^{۱۰} بودند. نتایج این برنامه ها در پژوهشهای شبه آزمایشی اثبات شده بود. از جمله مزایای این برنامه های مداخلات خانوادگی برای جوانان و نوجوانان مهارتهای اجتماعی و مهارتهای خودتنظیمی احساسات است که مهم ترین مهارتها برای جلوگیری از مشکلات رفتاری شناخته شده اند. این مهارتها رفتارهای جامعه پسند را تقویت می کنند، زیرا به کودکان و نوجوانان اجازه می دهند تا با بزرگسالان، شخصیت های مفید و همسالان ارتباطات مثبت داشته باشند و از طریق روابط مثبت از مشکلات رفتاری و بزهکاری جلوگیری شود و برون داده های مثبت بیشتری در زندگی مثبت داشته باشند.

یکی از پرکاربردترین این برنامه ها «برنامه تقویت بنیان خانواده» است. پژوهشهای گوناگونی برای بررسی اثربخشی برنامه های تقویت بنیان خانواده انجام شده است. این پژوهشها نشان داده اند که اجرای این برنامه در بریتانیا اثربخش بوده، اما در منطقه بارنزلی انگلستان میزان اثربخشی این برنامه برجسته نبوده است (کومیز، 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 ملاحظه کمتری از نتایج در آزمایشات ایالات متحده امریکا به دست 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

و سک^۱، ۲۰۱۶؛ فاکس کرافت، کالن^۲، دیویس^۳ و کوزارین^۴، ۲۰۱۷؛ مور، سگروت و گیلسپی، ۲۰۱۵). از این رو برخی معتقدند که در بسیاری از کشورها، پیاده‌سازی و اجرای این برنامه، نیازمند تغییرات فرهنگی است (کانتو، هیل و بکر^۵، ۲۰۱۰؛ لندرام و هامفری^۶، ۲۰۱۲؛ بونل^۷، فلچر^۸، مورتون^۹، لرنس^{۱۰} و مور، ۲۰۱۲). نسخه فارسی این برنامه را کارشناسان دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در ایران، وزارت آموزش و پرورش، ستاد مبارزه با مواد مخدر و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۵) انطباق فرهنگی داده‌اند و فیلم برنامه (۱۳۹۶) متناسب با فرهنگ ایرانی تهیه شده است و به‌صورت آزمایشی در برخی از مدارس و مجموعه‌های وزارت بهداشت و آموزش پزشکی کشور مورد استفاده قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی نسخه فارسی برنامه تقویت خانواده بر سلامت روان، کیفیت زندگی در مدرسه و انطباق آن با فرهنگ ایرانی برای بهره‌گیری در گروه‌های نوجوان ۱۴-۱۰ سال انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و گروه کنترل بوده است. جامعه پژوهش، کلیه دانش‌آموزان پایه‌های چهارم، پنجم و ششم (۱۴-۱۰ سال) 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، سیستان 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 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 دانش‌آموز (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

ابزارهای اندازه گیری

● **پرسشنامه نظرسنجی نوجوان:** یک ابزار خودگزارشی ۱۵ سؤالی است که تسهیل گران برای ارزیابی برنامه مورد استفاده قرار می دهند (مولگارد و اسپوت^۱، ۲۰۰۱). از شرکت کنندگان میزان رفتارشان در هر سؤال در شروع برنامه و پس از کامل شدن برنامه سؤال می شود. این ابزار اندازه گیری براساس یک مقیاس لیکرت ۴ درجه ای از به ندرت ۱، گاهی ۲، معمولاً ۳ و اغلب ۴ تشکیل شده است. نمره بالاتر در این ابزار نشانگر کارکردهای فردی و اجتماعی مطلوب تر است. آلفای کرونباخ پرسشنامه نوجوان در ایران برابر با ۰/۸۵، ضریب اعتبار به روش گاتمن ۰/۷۷ و این ضریب به روش دونیمه سازی ۰/۸۱ است (طیموری فرد، ۱۳۹۹).

● **پرسشنامه مشکلات و تواناییها^۲:** 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^۳، ۲۰۰۳). نسخه خودگزارشی پرسشنامه شامل ۲۵ گویه و پنج خرده مقیاس است: مشکلات عاطفی^۴، مشکلات سلوک^۵، مشکلات روابط همسالان^۶، بی توجهی/ بیش فعالی^۷ و رفتار جامعه پسند^۸ (نوع دوستی). خرده مقیاس مشکلات سلوک و مشکلات بیش فعالی/ بی توجهی را در یک مقیاس جدید به عنوان مشکلات برونی سازی^۹ و بر همین اساس خرده مقیاسهای علائم عاطفی و مشکلات روابط با همسالان را در مقیاس جدید مشکلات درونی سازی^{۱۰} می نامند (گودمن و گودمن، ۲۰۱۱؛ آنتون^{۱۱}، ۲۰۱۶). آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۵ و قابلیت اطمینان ترکیبی^{۱۲} آن ۰/۸۰ به دست آمده است و آلفای کرونباخ برای خرده مقیاسهای مشکلات درونی سازی و برونی سازی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به دست آمده است (بارکو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران قره باغی و وفایی (۱۳۸۸)؛ به نقل از پورسینا و همکاران، (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ را برای نمره کلی مشکلات ۰/۷۷ گزارش کرده اند. 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

● **پرسشنامه کیفیت زندگی در مدرسه^۱** این پرسشنامه به منظور سنجش رفاه و بهزیستی دانش‌آموزان ساخته شده (اندرسون و بورک^۲، ۲۰۰۰) و دارای ۳۹ سؤال با نمره‌گذاری پنج‌نقطه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) است. این پرسشنامه شامل هفت خرده‌مقیاس رضایت عمومی^۳، عواطف منفی^۴، رابطه با معلم^۵، فرصت^۶، پیشرفت^۷، ماجراجویی^۸ و انسجام اجتماعی^۹ است. سلطانی شال و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که نسخه فارسی ابزار حاضر دارای هفت عامل است که ضرایب پایایی آنها ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ است. روایی همگرایی 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	- نظرات و قوانین گروهی، اهداف و مراحل رسیدن به اهداف، تهیه و به اشتراک گذاشتن نقشه‌های گنج
خانواده (۱)	حمایت از اهداف فرزندان	کمک به خانواده‌ها در جهت ایجاد روابط مثبت	- بازدید والدین از نقشه‌های نوجوانان و مراحل نیل به اهداف - 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.	- 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	- کنار گذاشتن رودربایستی - تهیه نمودار درختی خانواده
نوجوان (۳)	مدیریت استرس	شناسایی موقعیتهای ایجاد استرس شناسایی نشانه‌های استرس آموختن شیوه‌های مدیریت استرس	- درک استرس - چگونه متوجه می‌شوید که دچار استرس شده‌اید - یافتن تکنیکهای مدیریت استرس که برای من مناسباند.
خانواده (۳)	استفاده از جلسات خانوادگی	روی مزایای جدول امتیازات کار می‌کنند	- مقدمه‌ای بر جلسات خانوادگی - جلسات خانوادگی - بازی کارت خانواده
نوجوان (۴)	پیروی از قوانین	در صورت پیروی از قوانین، وضعیت بهتر می‌شود	- اشکال با چشم‌پسته - 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

(ادامه) جدول ۱.

جلسه	موضوع	اهداف	برخی از موضوعات
خانواده (۴)	درک ارزش خانواده	درک رابطه بین ارزشهای خانواده شناسایی ارزشهای خانوادگی خود	- درک ارزشهای خانواده - بازی ارزشها - انطباق ارزشها با عملکرد - تهیه سپر خانواده
نوجوان (۵)	تعامل با فشار همسالان	مواد اعتیادآور به آنها آسیب می زنند. مهارتهایی را برای مقاومت نسبت به فشار همسالان تمرین کنند.	- سؤال پرسید، مشکل را نام ببرید - بگویند چه اتفاقی ممکن است بیفتد - پیشنهاد مسیر دیگر
خانواده (۵)	ایجاد ارتباطات خانوادگی	مهارتهای شنیداری ایجاد کنند. مشکلات را با هم حل کنند.	- بازی شنیداری - نمایش حل مسئله گروهی - بازی گروهی حل مسئله
نوجوان (۶)	فشار همسالان و دوستان خوب	مهارتهای بیشتر برای مقاومت در مقابل فشار همسالان دوستان خوب چگونه هستند؟	- تأمل در مورد جلسه فشار همسالان - مواجهه با فشار همسالان و دوستان - مواد اعتیادآور ما را از نیل به اهدافمان بازمی دارند.
خانواده (۶)	خانواده ها و فشار همسالان	در مورد ممانعت از مصرف مواد اعتیادآور صحبت کنند.	- والدین در مواجهه با فشار همسالان به نوجوانان کمک می کنند. - به اشتراک گذاشتن رؤیاهای و انتظارات والدین
نوجوان (۷)	دسترسی به دیگران	روشهای کمک به دیگران تعامل با نوجوانان بزرگتر	- چه کار باید بکنیم؟ - سؤال نوشتن برای گروه مهمان - سوالات گروه مهمان و پاسخهای آنها
خانواده (۷)	جمع بندی مطالب	خانواده ها به انجام موارد زیر می پردازند: بررسی محتوای برنامه	- خلاصه برنامه و اسلاید بازبینی - ارزیابی برنامه - نامه هایی به نوجوانان و والدین

روش اجرا

برنامه تقویت خانواده برای نوجوانان ۱۰ تا ۱۴ سال شامل هفت جلسه دو ساعته است که به صورت هفته ای (متوالی) یک جلسه اجرا می شود. سه نفر به عنوان رهبر گروه مورد نیاز است: یک نفر جهت اداره جلسه با والدین و دو نفر دیگر که جلسه با نوجوانان را اداره کنند. نقشهای رهبران گروه در طول جلسات خانوادگی از مدرس به تسهیل گر تغییر می کند، رهبر هر گروه مسئولیت مهمی نسبت به یک گروه متشکل از سه تا ۴ خانواده به عهده می گیرد و در هر جلسه با همان گروه مشخص کار می کند. بسیاری از فعالیتهای خانوادگی شامل خانواده های منفردی هستند که با یکدیگر همکاری می کنند. رهبر گروه در هر نوبت با هر یک از خانواده های تحت پوشش، نشستی برگزار و در صورت نیاز به آنها کمک می کند. رهبر گروه جلسات هفتگی آموزش جوانان یا خانواده برگزار می کند و همچنین جلسات خانوادگی آموزش را از هفته اول تا هفتم با استفاده از ویدئو تسهیل می کند (به کتابچه برنامه تقویت خانواده، ۱۳۹۵، مراجعه شود). برای مهیا کردن شرایط نظارت شده آموزش، در سال ۱۳۹۵ نگارنده اول مقاله و تعدادی از کارشناسان وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت و آموزش پزشکی با شرکت در دوره تربیت مربی با حضور مدرسان بین المللی، گواهی مربیگری ملی را دریافت

کردند. در ادامه نگارنده اول مقاله همراه با کارشناسان دیگر آموزش و پرورش به استانهای نمونه سفر کردند و به تسهیل گران هر مدرسه آموزش لازم را دادند. افرادی که موفق به دریافت گواهینامه تسهیل گری 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 خطی بودن 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 ($F=1/28$ و $p > 0/05$)، مشکلات هیجانی ($F=1/03$ و $p > 0/05$)، مشکلات سلوکی ($F=0/03$ و $p > 0/05$)، مشکلات با همسالان ($F=1/86$ و $p > 0/05$) و رفتار نوع‌دوستی ($p > 0/05$) و $F=0/15$) در سطح $0/05$ معنادار نیست. بنابراین مفروضه همگونی واریانسها نیز مورد تأیید قرار گرفت. همچنین در مورد خطی بودن ($F=1/29$ و $p > 0/05$) در سطح $0/05$ معنادار نبود.

انجام دادن آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که این شاخص آزمون ($p < 0/05$)، $\lambda=0/91$ و $F=15/71$ 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 بین‌آمودنی نشان داد که عامل گروه در میان گروههای آزمایش و کنترل، در مورد تک‌تک زیرمقیاسهای بیش‌فعالی و کمبود توجه ($F=15/98$ و $p < 0/05$)، مشکلات هیجانی ($F=12/73$ و $p < 0/05$)، مشکلات سلوکی ($F=26/75$ و $p < 0/05$)، مشکلات با همسالان ($F=375/64$ و $p < 0/05$) و رفتار نوع‌دوستی ($F=19/19$ و $p < 0/05$) 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 چندمتغیره استفاده شده است. نتایج آزمون لوین برای این تحلیل در مورد مشکلات برونی‌سازی ($F=0/95$ و $p > 0/05$) و درونی‌سازی ($F=0/72$ و $p > 0/05$) معنادار نبود. همچنین مفروضه خطی بودن ($F=46/32$ و $p > 0/05$) معنادار نبود. انجام دادن آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که این آزمون ($p < 0/05$)، $\lambda=0/62$ و $F=207/01$ معنادار است. لذا می‌توان ذکر کرد که نیمرخ کلی مشکلات درونی‌سازی - برونی‌سازی گروههای آزمایش و کنترل پس از حذف اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون از هم متفاوت است. در ادامه نتایج مقایسه اثر بین‌آمودنی نشان داد

که عامل گروه در میان گروههای آزمایش و کنترل، در مورد مشکلات برونی سازی ($p < 0/05$) و ($F=39/92$) و درونی سازی ($p < 0/05$ و $F=413/98$) از لحاظ آماری معنادار است. لذا مداخله توانسته است در میانگینهای مشکلات درونی سازی و برونی سازی دو گروه در مرحله پس آزمون و پس از حذف اثر پیش آزمون تفاوت ایجاد کند.

در بخش بعدی برای مقایسه نمره کلی زیرمقیاس توانایی نوع دوستی دو گروه آزمایش و کنترل پس از حذف اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شده است. نتایج نشان داده که عامل گروه در میان گروههای آزمایش و کنترل، در مورد زیرمقیاس توانایی نوع دوستی ($p < 0/05$ و $F=25/48$) از لحاظ آماری معنادار است. لذا مداخله توانسته است در میانگین دو گروه در مرحله پس آزمون و پس از حذف اثر پیش آزمون تفاوت ایجاد کند.

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

متغیر		پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات و توانایی	بیش فعالی و کمبود توجه	آزمایش	۴/۳	۱/۵	۱/۴۸
		کنترل	۴/۸	۱/۴	۱/۵۲
	مشکلات هیجانی	آزمایش	۷/۲	۲/۴	۲/۴۸
		کنترل	۷/۶	۲/۳	۲/۲۳
	مشکلات سلوکی	آزمایش	۵/۵	۳/۰۹	۳/۴۴
		کنترل	۴/۷	۳/۱	۳/۱۷
	مشکلات با همسالان	آزمایش	۵/۴	۱/۸	۱/۷۳
		کنترل	۵/۱	۱/۶	۱/۶۲
	رفتار نوع دوستی	آزمایش	۴	۲/۴	۲/۰۹
		کنترل	۵/۷	۱/۸	۱/۸۶
	مشکلات برونی سازی شده	آزمایش	۱۱/۳	۳/۷	۵/۱۲
		کنترل	۱۴/۱	۴/۲	۴/۳۱
	مشکلات درونی سازی شده	آزمایش	۹/۸	۳/۴	۴/۰۹
		کنترل	۱۱/۹	۳/۵	۳/۵۶
	مشکلات (کل)	آزمایش	۲۱/۷	۶/۸	۴/۹۲
		کنترل	۲۵/۰۳	۶/۹	۶/۹۱
	توانایی (کل)	آزمایش	۴	۲/۴	۲/۰۹
		کنترل	۵/۷	۱/۸	۱/۸۶

ادامه جدول ۲.

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

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 ($F=۱/۴۴$ و $p > ۰/۰۵$)، عواطف منفی ($F=۳/۳۸$ و $p > ۰/۰۵$)، رابطه با معلم ($F=۱/۹۶$ و $p > ۰/۰۵$)،

فرصت ($F=1/0.9$ و $p > 0.05$)، پیشرفت ($F=1/0.1$ و $p > 0.05$)، ماجراجویی ($F=1/3.9$ و $p > 0.05$) و انسجام اجتماعی ($F=0/1.7$ و $p > 0.05$) و شاخصهای آماری مفروضه خطی نبودن ($p > 0.05$) و $F=9.8/0.3$ 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 ($p < 0.05$ ، $\lambda = 0/3.9$ و $F=1.64/6.6$) معنادار بوده است. بنابراین می‌توان گفت که نیمرخ دو گروه با هم تفاوت دارد. انجام دادن آزمون اثر بین‌آزمودنی برای مشخص کردن تفاوت‌های میان نیمرخها هم نشان داد که میان گروههای آزمایش و کنترل، در کلیه زیرمقیاسهای رضایت عمومی ($F=7.95/9$ و $p < 0.05$)، عواطف منفی ($F=4.9/8$ و $p < 0.05$)، رابطه با معلم ($F=1.83/8$ و $p < 0.05$)، فرصت ($F=7.5/1$ و $p < 0.05$)، پیشرفت ($F=1.45/0.9$ و $p < 0.05$)، ماجراجویی ($F=3.48/9$ و $p < 0.05$) و انسجام اجتماعی ($F=4.23/1$ و $p < 0.05$) 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 ($F=3.70/8$ و $p < 0.05$) 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 ۱۰-۱۴ 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^۱ و همکاران (۲۰۰۴)، کومبز و همکاران (۲۰۰۹)، فرلانگ و همکاران (۲۰۱۷)، سگروت و همکاران (۲۰۱۷)، روت، سولدو و فرون^۲ (۲۰۱۷)، مورتا و همکاران (۲۰۱۸) و لیما و بلا^۳ (۲۰۲۱)

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

مبنی بر اینکه آموزش و اجرای برنامه تقویت خانواده برای والدین و نوجوانان منجر به بهبود کارکردهای خانواده و در نتیجه تقویت تواناییها و کاهش مشکلات رفتاری و عاطفی نوجوانان می‌شود، همسوست.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش 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، قابلیت توانایی مثبت، صداقت، تقویت مهارتهای تاب‌آوری، مدیریت موقعیتهای، ارتقای عملکرد، ارتباطات خانوادگی، بهبود اجتماعی‌شدن بچه‌ها، سلامت عاطفی، عملکرد تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری عاطفی نوجوانان همانند کاهش چالش با دوستان و والدین، حل مشکلات خشم، استرس، مشکلات رفتاری با دوستان، خطر به در دسر افتادن، رفتارهای پر خاشگرانه، رفتارهای ضد اجتماعی، افسردگی، اضطراب اجتماعی، فوبیا و اختلال شخصیتی مؤثر است که نتایج این پژوهش با آن پژوهشها همسوست. از طرفی هم با توجه به اینکه محتوای برنامه تقویت خانواده برای والدین و نوجوانان ۱۴-۱۰ سال است، فرصت یادگیری رفتارها و مهارتهای اجتماعی را فراهم می‌کند. نتایج این پژوهش با یافته‌های کوک، گرشام، کرن، بارراس، تورنتون و کروز^۱ (۲۰۰۸) و برن، نایت، تایلور و تومبورو^۲ (۲۰۱۹) همخوانی دارد. آنها نشان دادند که آموزش 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 - فردی در فرزندپروری و مدیریت رفتار نوجوانان (کوثر ورث^۳ و همکاران، ۲۰۱۵)، حل مشکلات، خشم، استرس، مشکلات رفتاری با دوستان، تقویت مهارتهای تاب‌آوری، خطر به در دسر افتادن، رفتارهای پر خاشگرانه و مدیریت موقعیتهای (کومیز و همکاران، ۲۰۰۹)، مهارتهای اجتماعی، ارتباطات، سازماندهی، انسجام و تعارضها (کامپفر، ۲۰۱۴) افزایش شایستگی اجتماعی (اورته، بالستر، مارچ و آمر^۴، 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 & Toubmourou
3. Coatsworth
4. Orte, Ballester, March & Amer

فعال در مدرسه، صرفه جویی در استفاده از خدمات در مدرسه (فرلانگ و همکاران، ۲۰۱۷)، کاهش عصبانیت، ایجاد ارتباط، افزایش گفتگوی مثبت، مشارکت بیشتر در مدرسه، بهبود رفتار کودک، تاب آوری و مقاوم بودن (برن و همکاران، ۲۰۱۹) را نشان می دهند.

علاوه بر این با توجه به اینکه برنامه تقویت خانواده یک برنامه مداخله ای برای بهبود مشکلات و رفتارهای نوجوانان است، نتایج این پژوهش همخوانی دارد با یافته های صمدی و همکاران (۱۳۹۷)، آجار و کیلینچ^۱ (۲۰۱۷)، ارس و بیلاسا (۲۰۱۷)، تورامان و آیچیچک^۲ (۲۰۱۹)، وانگ، هاو و نیمروود^۳ (۲۰۱۹) و جیکوبسن، برگسند، ونتزل لارسن، اسمیت و مو^۴ (۲۰۲۰) که اثر بخشی آموزش و مداخله ها در دوران نوجوانی را بر بهبود کیفیت زندگی مدرسه ای نشان می دهند. در تبیین این یافته می توان گفت در واقع مدرسه به عنوان دومین خانه دانش آموزان محسوب می شود و با توجه به اینکه دانش آموزان بیشتر اوقات روزانه خود را در محیط های تحصیلی سپری می کنند، دانش آموزان شرکت کننده در برنامه تقویت خانواده در مورد مؤلفه ها و پیش آندهای کیفیت زندگی در مدرسه همانند قابلیت توانایی مثبت، صداقت، کاهش چالش با دوستان در مدرسه، مشکلات رفتاری با دوستان در مدرسه، تقویت مهارت های تاب آوری، خطر به در درسر افتادن، مدیریت موقعیتها، ارتقای عملکرد و ارتباطات در مدرسه، بهبود اجتماعی شدن بچه ها و سلامت عاطفی و عملکرد تحصیلی، رفتارهای ضد اجتماعی طولانی مدت، بهبود اعتماد والدین، روابط همسالان و زندگی اجتماعی در مدرسه و حضور بیشتر در مدرسه، به صورت گروهی آموزش دیده، از پشتهای قوی در زمینه کیفیت زندگی در مدرسه برخوردارند و بهتر می توانند با موقعیت مختلف که از نظر عاطفی، اجتماعی و آموزشی متضاد و ناهمگون است، سازگاری پیدا کنند و بتوانند با مشکلات و موانع تحصیلی پیشرو کنار بیایند و کیفیت زندگی مدرسه ای بالایی را تجربه کنند.

بخش نهایی یافته ها نشان داد که آموزش برنامه تقویت خانواده از منظر نوجوانان سبب بهبود کارکردهای خانوادگی نوجوانانی شده است که این آموزش یا مداخله را دریافت کرده اند. این یافته همسوسست با نتایج پژوهش کو همکاران (۲۰۰۹)، کامپفر (۲۰۱۴)، کامپفر و همکاران (۲۰۱۲)، اورته و همکاران (۲۰۱۳)، گارسیا و همکاران (۲۰۱۴)، ریش^۵ و همکاران (۲۰۱۲)، فرلانگ و همکاران (۲۰۱۷)، سگروت و همکاران (۲۰۱۷)، مورتا و همکاران (۲۰۱۸) و برن و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اینکه آموزش و اجرای برنامه تقویت خانواده برای والدین و نوجوانان ۱۴-۱۰ سال بر جنبه های مختلفی از کارکرد خانواده و والدین اثر بخش بوده، اما با

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

یک بخش از پژوهش کومبز و همکاران (۲۰۰۹) مبنی بر اینکه میزان اثربخشی برنامه در منطقه بارنزی 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، حل مسئله 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 سنی ۱۴-۱۰ 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-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.

- 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 شعراف، 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 سادات؛ حسن زاده، رمضان و دوستی، 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.
- طیموری فرد، سید عین‌الله. (۱۳۹۹). کارآمدی برنامه تقویت کارکردهای خانواده بر توانایی‌ها، مشکلات و کیفیت زندگی نوجوانان ۱۴-۱۰ ساله. *رساله دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم*.
- وزارت آموزش و پرورش. (۱۳۹۵). *راهنما و دستورالعمل اجرای برنامه تقویت بنیان خانواده*. تهران: معاونت تربیت‌بدنی و سلامت.

- Acar, H., & Kılınc, 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., Rio, 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.

- 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 Psychology 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.

- 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

- 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.