MEJDS. 2022; 12:126.

Published online 2022 Sep. **Original Article**

The Effectiveness of the Strengthening Families Intervention Program on the Resiliency of Adolescents with High-Risk Behaviors Living in Kermanshah City, Iran

*Paydar M[1], Mohammadkhani Sh[2], Hasani J[2], Nouri R[2]

Author Address
1. PhD in Psychology, Welfare Organization, Kermanshah, Iran;
2. PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Kharazmi University of Tehran, Tehran, Iran.
***Corresponding Author's Email:** masoudpaydar8@gmail.com

Received: 2018 July 9**; Accepted:** 2018 September 1

Abstract

Background & Objective: The strengthening families program (SFP) 10–14 (Kumpfer et al. 1996) is a Substance Abuse and Mental Health Services (SAMHSA) designed model program. The program has undergone scientific review by the national registry of evidence–based programs, and practices and has been used in many communities. The program outcomes showed decreased substance use and risk behaviors among the sixth– and seventh–grade students and child's adjustment and resiliency. The program could enhance family protective factors and reduce risk behaviors among family processes. This paper aims to report the results of a preliminary examination of the efficacy of the SFP 10–14 on the resiliency of high–risk adolescents.

Methods: This quasi–experimental study has a pretest–posttest and follow–up design with a control group. The study population included all adolescents aged 12 to 16 years living in Kermanshah City (Kermanshah Province, West of Iran) in 2016–17. In order to select the samples, in the first stage, a call was made for holding classes to promote family education among schools and educational centers for adolescents in Kermanshah. In the second stage, among all adolescents and parents enrolled in this call (225 people), 40 adolescents with the following criteria were selected: aged 12 to 16 years; no history of participation in a workshop or a class for the prevention of addiction or other high–risk behaviors; lack of behavioral, mood, or emotional problems; lack of adolescent drug and alcoholic beverages; and the ability to participate in 7 educational sessions. The inclusion criteria for parents were as follows: parents between the ages of 23 and 65, being the main caregivers (biological or non–biological), having a teenager in target schools, and living at least 1 year in a target society. The participants' satisfaction was recorded, and the ethical standards of the research were respected. Subjects were then assigned randomly to the experimental group (n=20) and the control group (n=20), but the study was completed with 15 families and adolescents in the control group and 17 families and adolescents in the experimental group. After determining the sample, all selected adolescents were invited to the educational center of the welfare organization's counseling center. The training of the SFP was implemented in 7 180–minute sessions, once a week for the experimental group, with emphasis on the principles of the curriculum by the workshop's instructor (PhD specialist in psychology) under the supervisor's guidance (Dr. Mohammadkhani). Besides doing their daily activities, the control group participated in a 2–hour session on life skills. On the last day of the training session, a posttest was taken from the experimental group and one day later from the control group at the educational salon of the welfare organization's counseling center. Forty–five days after the completion of the training period, the participants of the control and experimental groups were tested again (follow–up phase). Descriptive statistics, such as mean and standard deviation, and inferential statistics, such as repeated measures analysis of variance (with p=0.05 as the significance level), were used to analyze the data based on observing the assumptions of this statistical method. Data analysis was done in SPSS–21.

Results: Repeated measures analysis of variance showed that the family strengthening program training increased resiliency of adolescents with high–risk behavior in the experimental group compared to the control group at posttest and follow–up.

Conclusion: The present study showed that the family enhancement curriculum increased the resilience of adolescents with high–risk behaviors. In this regard, it seems that this program can be used in organizations that deal with abusive and high–risk adolescent affairs as an intervention. The selective enhancement of adaptation and reduction of high–risk behaviors in this context, with appropriate training to promote mental health and resilience to counteract high–risk behaviors during this critical life cycle, should be considered.

Keywords: Resiliency, High–Risk behavior, Adolescents, Family strengthening program.

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.14.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.14]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۲۶.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی برنامهٔ مداخلهٔ تقویت خانواده بر تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتارهای پُرخطر در شهر کرمانشاه

*مسعود پایدار[۱]، شهرام محمدخانی[۲]، جعفر حسنی[۳]، ربابه نوری[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای روان‌شناسی سلامت، سازمان بهزیستی، کرمانشاه، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** masoudpaydar8@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۸ تیرماه ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۰ شهریور ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: کم‌بودن ظرفیت‌های فردی و روانی و شخصیتی زمینه‌ساز افزایش رفتارهای پُرخطر در نوجوانان است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامهٔ تقویت خانواده بر تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتارهای پُرخطر در شهر کرمانشاه انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. ۴۰ نوجوان دارای رفتارهای پُرخطر براساس کسب نمرهٔ انحراف معیار بیشتر از میانگین در مقیاس رفتارهای پرخطر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در هفت جلسهٔ آموزش برنامهٔ تقویت خانواده به‌مدت ۱۸۰ دقیقه و به‌صورت یک‌بار در هفته شرکت کرد. همچنین دو پرسشنامهٔ تاب‌آوری کونور ـ دیویدسون و پرسشنامهٔ رفتارهای پُرخطر برای آن‌ها اجرا شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها ازطریق روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشـان داد برنامهٔ آموزشـی تقویت خانواده منجربه افزایش تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتارهای پُرخطر گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری (۱۳/۱۲±۶۲/۱۰ و ۱۲/۷۹±۶۳/۲۱) در مقایسه با گروه گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری (۱۳/۵۲±۵۱/۳۶ و ۱۰/۲۱±۵۳/۴۱) شده است ($p<$۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش به‌نظر می‌رسد برنامهٔ تقویت خانواده، روشی مناسب برای افزایش تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتارهای پُرخطر باشد.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، نوجوانان، رفتارهای پُرخطر، برنامهٔ تقویت خانواده.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.14.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.14]

۱ مقدمه

امروزه شیوع رفتارهای پُرخطر نوجوانان به یکی از نگرانی‌های بسیار مهم در جامعه تبدیل شده و باوجود فعالیت‌های صورت‌گرفته طی سال‌های گذشته، رفتارهای پرخطر این افراد در کشور دارای رشدی تصاعدی بوده است (۱). برطبق آمارهای مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، شیوع رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامتی، در جامعهٔ جوانان رو به افزایش است. مصرف سیگار و تنباکو، غذاهای پرچرب و مصرف کم فیبر، نداشتن فعالیت فیزیکی، مصرف الکل، رفتارهای پرخطر جنسی، سوءمصرف مواد و ... از رفتارهای پرخطر محسوب می‌شوند (۲). همچنین آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳ (۳) بیان می‌کند بیماری‌های مقاربتی و اعتیاد و رفتارهای پرخطر در بین جوانان زیر ۲۵ سال در دنیا در حال افزایش بوده و حتی نیمی از نمونه‌های ابتلا به ایدز در این گروه سنی مشاهده شده است. براساس جدیدترین آمارهای منتشرشده از سوی مجامع رسمی در کشور تا اوایل دی‌ماه۱۳۹۶ درمجموع ۴۲هزار و ۲۵۰ نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی در کشور شناسایی شده‌اند که از این تعداد ۹۳درصد مرد و ۷درصد زن هستند. باتوجه به این گزارش ۶/۴۶درصد از مبتلایان به ویروس اچ‌آی‌وی، در گروه سنی ۲۵تا۳۴ سال است (۴).

درگیرشدن در رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد مخدر، مقاربت جنسی ناایمن، ترک تحصیل و بزهکاری می‌تواند نوجوانان را از لحاظ سازگاری و سلامت تهدید کرده و زندگی آنان را به‌خطر اندازد. همچنین ممکن است نوجوانان، درمعرض خطر عوارض و پیامدهای منفی ازجمله ارتکاب جرم، سوءمصرف مواد، بیماری‌های مقاربتی، مشکلات روحی و روانی و خودکشی قرار گیرند (۵). برای بسیاری از نوجوانان درگیری با این رفتارها عواقب طولانی‌مدت کمی دارد؛ اما هزینهٔ آن برای افرادی که به سیگار و الکل یا مواد معتاد شده و آن‌هایی که ناخواسته باردار می‌شوند، یا خود را دارای پروندهٔ قضایی یافته، می‌تواند خیلی وخیم باشد (۶). دورهٔ نوجوانی با افزایش احتمال خطر برای شروع مصرف دارو و مواد مخدر نیز همراه است؛ بنابراین، این دوره در زمینهٔ رفتارهای مخاطره‌آمیز اهمیت فراوانی دارد. نتایج تحقیقات متعدد نشان می‌دهد دانش‌آموزان دارای تجربهٔ رفتارهای پرخطر زیاد، به‌خصوص مصرف مواد، احتمال بیشتری دارد که ترک تحصیل کرده یا نمرات کمتری در مدرسه بگیرند یا از مدرسه فرار کنند (۴،۵).

طی سال‌های گذشته نظریه‌ها و دیدگاه‌های مختلفی تلاش کرده‌اند تا تبیین روشنی از علل گرایش نوجوانان به‌سمت رفتارهای پرخطر ارائه کنند که از آن‌ها می‌توان به نظریه‌های شناختی، نظریهٔ یادگیری اجتماعی، نظریه‌های تعلق اجتماعی، مدل رشد اجتماعی، مدل بوم‌شناسی اجتماعی، نظریهٔ رفتار مشکل‌ساز، مدل ساختاری، مدل تاب‌آوری و عوامل خطرساز و حفاظت‌کننده اشاره کرد. این نظریه‌ها طیف گسترده‌ای از عوامل زمینه‌ساز مصرف مواد ازجمله عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی را بررسی می‌کنند (۷). از مدل‌هایی که در سال‌های اخیر در تبیین و پیشگیری از سوءمصرف مواد و سایر رفتارهای پرخطر بسیار سودمند بوده، مدل تاب‌آوری است که در آن سعی می‌شود براساس شواهد تجربی به توصیف و تبیین مشخصی از علل بروز رفتارهای پرخطر بپردازد. همچنین ازطریق طرح‌ریزی برنامه‌های مداخله‌ای مختلف، میزان اثربخشی این مدل را از راه افزایش تاب‌آوری بر رفتارهای پرخطر نوجوانان ارزیابی کند (۸). ادبیات تحقیق درزمینهٔ رفتارهای پرخطر نوجوانان مشخص می‌کند مداخلات پیشگیری مبتنی‌بر خانواده در پیشگیری از رفتارهای پرخطر بسیار امیدبخش بوده‌اند. برنامه‌های مدرسه‌ای و اجتماعی ضروری هستند؛ ولی کافی نیستند. اگر بخواهیم خانواده‌ها در پیشگیری از رفتارهای پرخطر موفق باشند، هم کودک و هم والدین باید رفتارها و مهارت‌هایی را بیاموزند که به آن‌ها در رشد سالم کمک می‌کند (۸). مطالعات نشان می‌دهد روش‌های پیشگیری مبتنی‌بر خانواده می‌تواند به شکل‌های حمایت خانواده، آموزش رفتاری والدین، آموزش مهارت‌های خانواده، آموزش خانواده و خانواده‌درمانی باشد که به‌کاربستن این روش‌ها به‌همراه مداخلات فرزندان مؤثرتر از استفادهٔ تنها از روش متمرکز بر فرزندان است. شیوه‌های مذکور به‌طور کل به‌جای تمرکز بر کودک در خانواده، بر پویایی موجود در خانواده و جامعه متمرکز هستند. این روش‌ها بر عوامل خطرزای شناخته‌شده و عوامل محافظت‌کننده نظر دارند که احتمال شروع یا ادامهٔ مصرف مواد و سایر رفتارهای پرخطر را کاهش یا افزایش می‌دهد (۹).

یکی از برنامه‌هایی که درزمینهٔ آموزش نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر به‌کار می‌رود برنامهٔ تحکیم خانواده (SFP) است که در اوایل ۱۹۸۰ توسط دکتر کارول کامفر استاد آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه یوتا توسعه داده شد. برنامهٔ آموزش تحکیم خانواده براساس مدل تاب‌آوری و عوامل محافظ و عوامل خطر کامفر (به نقل از ۱۰) و نیز ریچاردسون و نیجر و جنسون هدایت، اقتباس شده است (۳،۴). این مدل شامل تمرکز بیشتر بر فرآیندهای حفاظتی خانواده و عوامل محافظ و پرخطر در جوانان است. مجریان آموزش تحکیم خانواده روش‌های تجربی به‌اثبات رسیده‌ای را جهت بهبود شیوه‌های مدیریت خانواده و افزایش مهارت نوجوانان با استفاده از عوامل محافظ و تاب‌آوری و همچنین عوامل خطر در مدل‌های انتخابی خود به‌کار می‌برند (۱۱). این برنامه در تعدادی از نسخه‌های کنونی دردسترس است. برنامهٔ تحکیم خانواده (۱۲تا۱۶ سال) شامل سه دورهٔ مخصوص مهارت‌های والدگری و مهارت‌های زندگی در نوجوانان و مهارت خانواده بوده که آموزش آن‌ها درمجموع چهارده هفته طول می‌کشد. به‌طورکلی، برنامهٔ مذکور مرور جامع و کاملی از زمینه‌های مهم جهت تبیین بروز رفتارهای پرخطر نوجوانان با استفاده از عوامل محافظ و عوامل خطر فردی و خانوادگی، فراهم می‌کند (۱۲).

مداخلات پیشگیرانهٔ خانواده‌محور منجربه افزایش تاب‌آوری و عوامل محافظ و کاهش عوامل خطر برای مصرف الکل و سوءاستفاده از مواد مخدر، افسردگی، خشونت و پرخاشگری، بزهکاری و نیز کاهش شکست در کودکان مدرسه و والدین درمعرض خطر سوءمصرف مواد (۱۳) ازطریق افزایش مهارت‌های فرزندپروری و بهبود روابط خانوادگی و توسعهٔ مهارت‌های زندگی نوجوانان می‌شود (۱۴). در این برنامه عوامل خطری همچون مهارت‌های ضعیف والدگری و کیفیت نامطلوب روابط والد ـ فرزند و عوامل محافظ در نوجوانان و نیز پیوند والد ـ فرزند هدف قرار می‌گیرد (۱۵). روش پیشگیری مبتنی‌بر خانوادهٔ

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.14.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.14]

مؤثر می‌تواند به والدین مجموعه‌ای از انتظارها و قوانین روشنی را دربارهٔ استفاده از مواد مخدر و الکل، تقویت رفتار مثبت، مشارکت در شیوه‌های مدیریت خانوادهٔ مؤثر و ایجاد رابطه‌ای نزدیک با فرزندان خود، بیاموزد (۱۶).

مطالعات مختلف اثربخشی این برنامه را به‌عنوان برنامه‌ای مؤثر در کاهش عوامل خطر متعدد برای سوءمصرف الکل و مواد مخدر، مشکلات روحی و روانی و نیز بزهکاری ارزیابی کرده‌اند. آموزش خانواده باعث بهبود عوامل حفاظت‌کنندهٔ خانوادگی از راه افزایش شاخص‌های کنترل، انسجام و روابط خانوادگی و تغییر جو خانواده، کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی می‌شود (۱۷). همچنین ازطریق آموزش مهارت‌های اجتماعی به نوجوانان، شایستگی اجتماعی را مانند همیاری، جرئت‌ورزی، خویشتنداری، مسئولیت‌پذیری و کفایت تحصیلی بهبود می‌بخشد و سبب کاهش مصرف الکل و مواد مخدر یا احتمال شروع الکل یا درگیرشدن در سایر رفتارهای پرخطر و نیز بهبود عوامل ازجمله برون‌سازی رفتاری می‌شود (۱۸). آموزش سبک‌های والدگری، کاهش تنبیه بدنی، نظارت ضعیف درگیری، نظم و انضباط ناپایدار و بهبود روش‌های فرزندپروری را به‌دنبال دارد (۱۴). در ارتباط با تأثیر این برنامه، تحقیقات نشان می‌دهد مداخلات پیشگیرانهٔ خانواده‌محور و آموزش تحکیم خانواده به‌همراه برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی دارای نتایج مثبت‌تر و پایدارتری است (۲۱-۱۸).

به‌طور خلاصه، به‌دلیل اهمیت دوران نوجوانی به‌عنوان قسمتی از فرایند رشدی انسان و باتوجه به ویژگی‌های خاص این دوران، همواره ممکن است عوامل خطرساز متفاوت فردی و خانوادگی و اجتماعی، نوجوانان را تهدید کند؛ بنابراین، طبق افزایش روند شیوع رفتارهای خطرساز متفاوت همچون رفتارهای جنسی ناسالم، مصرف الکل و سیگار، فرار از خانه و مدرسه و رفتارهای خشونت‌آمیز در این دوران، لزوم انجام مداخلات پیشگیرانه آشکار می‌شود. براساس ارزیابی متون گذشته، نوجوانان بیشترین تأثیر را از خانواده می‌گیرند که این تأثیر ازطریق محیط خانواده و عواملی همچون مهارت‌های ارتباطی، انسجام خانواده، مهارت‌های حل تعارض و نیز روابط نوجوانان و والدین نشأت می‌گیرد. باتوجه به مطالب مذکور در تحقیقات مختلف، اثربخشی آموزش خانواده به‌همراه آموزش مهارت‌های حفاظت‌کنندهٔ نوجوانان، شیوهٔ مؤثرتر در پیشگیری انتخابی در نوجوانان و خانواده‌های درمعرض خطر معرفی شده است. هدف اصلی این پژوهش بررسی این سؤال بود که آیا آموزش تحکیم خانواده ابزار پیشگیری مؤثری برای افزایش تاب‌آوری در نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر است؟

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی نوجوانان ۱۲تا۱۶ سال ساکن شهر کرمانشاه در سال ۹۶ـ۱۳۹۵ تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه، در مرحلهٔ اول، فراخوان برگزاری کلاس‌های تقویت آموزش خانواده در بین مدارس و مراکز آموزشی و درمانی ویژهٔ نوجوانان شهر کرمانشاه منتشر شد. در مرحلهٔ دوم، از بین همهٔ نوجوانان و والدینی که در این فراخوان ثبت‌نام کردند (۲۲۵ نفر)، ۴۰ نوجوان با ملاک‌های ذیل انتخاب شدند: دانش‌آموزان نوجوان ۱۲تا۱۶ سال، نداشتن سابقهٔ شرکت در کارگاه یا کلاس آموزش پیشگیری از اعتیاد یا سایر رفتارهای پرخطر، نداشتن مشکلات رفتاری و خلقی یا عاطفی، اعتیادنداشتن به مواد مخدر و مشروبات الکلی نوجوانان و توانایی شرکت در هفت جلسهٔ آموزشی. معیار ورودی نمونه برای والدین عبارت بود از: قرارداشتن والدین بین ۲۳تا۶۵سال؛ بودن مراقب اصلی (بیولوژیکی یا غیربیولوژیکی)؛ داشتن یک‌نوجوان در مدارس هدف؛ زندگی‌کردن دست‌کم یک‌سال در جامعهٔ هدف. رضایت کامل شرکت‌کنندگان به‌صورت کتبی جلب و موازین اخلاقی پژوهش برای آن‌ها رعایت شد. سپس، این تعداد به‌شکل تصادفی ساده، در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند؛ اما درنهایت مطالعه با ۱۵ خانواده و نوجوان در گروه گواه و ۱۷ خانواده و نوجوان در گروه آزمایش به پایان رسید. جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد.

ـ پرسشنامهٔ رفتارهای پرخطر: این ابزار با اقتباس از پرسشنامهٔ نظارت بر رفتارهای پرخطر نوجوانان طراحی شده است (۱۹). پرسشنامهٔ مذکور شامل دو بخش جمعیت‌شناختی و شیوع‌شناسی رفتارهای پرخطر بوده که میزان شیوع طیف وسیعی از رفتارهای پرخطر ازجمله مصرف سیگار، مشروبات الکلی، مصرف مواد روان‌گردان، پرخاشگری، احساس افسردگی، فکر و اقدام به خودکشی، فرار از منزل و مدرسه و ارتباط با جنس مخالف را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه میزان شیوع رفتارهای پرخطر را در طول عمر و ۱۲ ماه‌گذشته و یک‌ماه اخیر و نیز تمایل به مصرف مواد را در آینده مشخص می‌سازد. ۴۰ گویه دارد که در مقیاس لیکرتی بین صفر (هرگز نادرست) تا هفت (خیلی زیاد) با دامنهٔ ۰تا۲۸۰ نمره‌گذاری می‌شود محمدخانی (۲۳) پایایی آن را ۰/۸۷ گزارش کرد. همچنین ضریب همسانی درونی آن براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد (۱۹).

ـ مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RIS): برای سنجش تاب‌آوری، مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰) به‌کار رفت. تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) با دامنهٔ ۲۵تا۱۲۵ نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران هنجاریابی شده است. پرسشنامهٔ مذکور را کونور و دیویدسون (به نقل از ۲۱) با مرور منابع پژوهشی حوزهٔ تاب‌آوری، تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران با اضطراب پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس اعتقاد دارند پرسشنامه به‌خوبی قادر است افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور را در گروه‌های بالینی و غیربالینی تشخیص دهد و می‌توان در موقعیت‌هایی برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر نمره با نمرهٔ کل به‌جز گویهٔ ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به‌روش مؤلفه اصلی، تحلیل عاملی شدند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به‌دست آمد (۲۱).

پس از تعیین نمونهٔ بررسی‌شده، از همهٔ نوجوانان منتخب در سالن

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.14.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.14]

آموزشی مرکز مشاورهٔ سازمان بهزیستی دعوت شد و آموزش برنامه تقویت خانواده در هفت جلسهٔ ۱۸۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک‌بار در هفته برای گروه آزمایش، با تأکید بر اصول برنامهٔ آموزشی مدنظر توسط مدرس کارگاه (دکتری تخصصی روان‌شناسی) صورت گرفت. گروه گواه علاوه‌بر انجام فعالیت‌های روزمرهٔ خود در یک‌جلسهٔ دوساعته درخصوص مهارت‌های زندگی شرکت کردند. در آخرین روز جلسهٔ آموزشی، از گروه آزمایش پس‌آزمون گرفته شد و پس‌آزمون گروه گواه یک‌روز بعد از گروه آزمایش، در سالن آموزشی مرکز مشاورهٔ سازمان بهزیستی بود. به‌طورمجدد ۴۵ روز پس از اتمام دورهٔ آموزشی، برای شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش و گواه آزمون اجرا شد (مرحلهٔ پیگیری).

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری براساس رعایت مفروضه‌های این روش آماری استفاده شد. سطح معناداری آزمون برابر با ۰/۰۵ بود. همچنین تحلیل داده‌ها با برنامهٔ نرم‌افزار آماری SPSS-21 برای علوم اجتماعی صورت گرفت.

جدول ۱. پروتکل اجراشده و محتوای جلسه‌های برنامهٔ تقویت خانواده (SEP)

جلسات	پروتکل اجراشده و محتوای جلسه‌های برنامهٔ تقویت خانواده (SEP) برای والدین	پروتکل اجراشده و محتوای جلسه‌های برنامهٔ تقویت خانواده (SEP) برای نوجوانان	پروتکل اجراشده و محتوای جلسه‌های برنامهٔ تقویت خانوادهٔ (SEP) مشترک برای والدین و نوجوانان
جلسهٔ اول	مقدمه و آشنایی برنامهٔ تقویت خانواده‌ها: آگاهی‌یافتن اعضای خانواده با منطق و ساختار محتوای جلسات آموزشی آموزش تقویت خانواده.	آموزش در زمینهٔ داشتن هدف و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های تحصیلی و شخصی و اجتماعی.	حمایت از اهداف و برنامهٔ نوجوانان در زمینهٔ اجرای فعالیت‌های تحصیلی و شخصی و اجتماعی
جلسهٔ دوم	آشنایی با ویژگی‌های دوران نوجوانی و نحوهٔ مدیریت اضطراب.	احترام و قدردانی از والدین و نحوهٔ تعامل مثبت با والدین.	قدردانی از اعضای خانواده، هماهنگی و بحث بین نوجوانان و خانواده دربارهٔ انتظارهای رشدی واقع‌بینانه از نوجوانان.
جلسهٔ سوم	آموزش والدین در زمینهٔ نحوهٔ تشویق رفتارهای خوب و پاداش‌دادن به نوجوانان، گفت‌وگو دربارهٔ تقویت ازطریق توجه و پاداش‌های اجتماعی.	پاداش به نوجوانان به‌دلیل رفتارهای خوب، بررسی و آموزش بهبود رابطه با والدین از راه افزایش رفتارهای مطلوب و قراردادهای رفتاری.	ارتقای ارتباط خانوادگی براساس جداسازی خود از رفتار و بهبود رابطهٔ والد—فرزند.
جلسهٔ چهارم	آموزش والدین برای مدیریت ارتباط با نوجوانان و داشتن روابط بهتر با آنان.	آموزش نوجوانان برای عمل برطبق قوانین و یادگیری مهارت‌های ابراز کلامی و غیرکلامی مؤثر.	استفاده از جلسات خانوادگی و تمرکز بر مهارت‌های گفت‌وگو و گوش‌دادن در جهت ساده‌تر و پاداش‌دهنده‌تر ساختن روابط خانوادگی.
جلسهٔ پنجم	بررسی مشکل‌های مربوط به مسائل خانواده و مشکلات با نوجوانان و آموزش مهارت‌های حل مسئله.	آموزش مهارت‌های حل مسئله به والدین و نحوهٔ اجرای آن توسط والدین هنگام بروز مشکل.	بحث گروهی و رسیدن به درک و حل مسئله در زمینهٔ مشکلات شایع نوجوانان توسط والدین و نگرانی‌های والدین در این رابطه.
جلسهٔ ششم	آموزش در زمینهٔ روابط و نحوهٔ تعریف و محدودکردن روابط براساس دوستان خوب و فشار همسالان ازطریق قرارداد رفتاری.	قدرت نه‌گفتن و مقابله با درخواست‌های نابجای همسالان.	همکاری و بحث گروهی بین نوجوانان و خانواده دربارهٔ تعامل خانواده و نوجوانان و فشار همسالان
جلسهٔ هفتم	آموزش ارتباط مفید با جامعه و نحوهٔ تعامل مؤثر با اعضای خانواده در خارج از محیط خانه.	کمک به یکدیگر و نحوهٔ تعامل و همکاری با نوجوانان در مسائل اجتماعی و روابط با دیگران به‌ویژه همسالان.	تقدیر صمیمانه از حضور در جلسه‌های آموزشی، مرور مفاهیم جلسه‌های قبل، گرفتن پس‌آزمون در پایان جلسه از اعضا.

۳ یافته‌ها

در جدول ۲ بررسی شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش برحسب عضویت گروهی ارائه شده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.14.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.14]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش برحسب عضویت گروهی

مشخصات جمعیت‌شناختی	والدین		نوجوانان	
	گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار)	گروه گواه میانگین (انحراف معیار)	گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار)	گروه گواه میانگین (انحراف معیار)
سن	۴۰/۱۵ (۲/۲۳)	۴۲/۱۹ (۴/۰۸)	۱۴/۵۰ (۱/۵)	۱۴/۱۷ (۱/۳۹)
تحصیلات	والدین		نوجوانان	
	گروه آزمایش تعداد (درصد)	گروه گواه تعداد (درصد)	گروه آزمایش تعداد (درصد)	گروه گواه تعداد (درصد)
ابتدایی	۵ (۲۵درصد)	۸ (۴۰درصد)	۰ (۰درصد)	۰ (۰درصد)
راهنمایی	۶ (۳۰درصد)	۷ (۳۵درصد)	۲ (۱۰درصد)	۳ (۱۵درصد)
دبیرستان	۶ (۳۰درصد)	۱ (۵درصد)	۱۸ (۹۰درصد)	۱۷ (۸۵درصد)
کارشناسی	۲ (۱۰درصد)	۳ (۱۵درصد)	۰ (۰درصد)	۰ (۰درصد)
کارشناسی‌ارشد و بیشتر	۱ (۱۰درصد)	۱ (۵درصد)	۰ (۰درصد)	۰ (۰درصد)

ارزیابی وضعیت سن و تحصیلات والدین و نوجوانان در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ صورت گرفته است. بیشتر والدین در گروه آزمایش تحصیلات راهنمایی و دبیرستان و در گروه گواه تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشتند. نوجوانان در هر دو گروه آزمایش و گواه در دورهٔ دبیرستان (دورهٔ متوسطه دوم) مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر تاب‌آوری در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شاخص‌ها / گروه	میانگین ±انحراف معیار	میانگین ±انحراف معیار	میانگین ±انحراف معیار
آزمایش	(۴۲/۶۱±۱۳/۹۷)	(۶۲/۱۰±۱۳/۱۲)	(۷۹/۲۱±۱۲/۶۳)
گواه	(۴۶/۳۱±۱۲/۱۵)	(۵۱/۳۶±۱۳/۵۲)	(۲۱/۴۱±۱۰/۵۳)

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌ترتیب در گروه گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون ۱۲/۱۵± ۴۶/۳۱ و در مرحلهٔ پس‌آزمون ۱۳/۵۲±۵۱/۳۶ بوده و در گروه آزمایش در مرحلهٔ پیش‌آزمون ۱۳/۹۷±۴۲/۶۱ و در مرحلهٔ پس‌آزمون ۱۳/۱۲ ± ۶۲/۱۰ برآورد شده است.

جهت بررسی هدف پژوهش، تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری به‌کار رفت. در ابتدا برای اطمینان از نرمال‌بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون کلموگروف‌اسمیرنوف استفاده شد. مقدار احتمال حاصل از این آزمون برای گروه آزمایش و گواه به‌ترتیب برابر ۰/۴۷ و ۰/۸۷ به‌دست آمد که بیانگر نرمال‌بودن توزیع متغیرهای پژوهش بود. بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهشی، با آزمون برابری خطای واریانس‌های لوین صورت گرفت. نتایج حاصل از این آزمون برای تاب‌آوری، همگنی واریانس‌های دو گروه را بیان کرد (p>۰/۰۵).

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر برنامهٔ مداخلهٔ تقویت خانواده (SFP) بر تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر

شاخص آماری تغییر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان آماری
عضویت گروهی	۲۴۷۸/۲۶	۱	۲۴۷۸/۲۶	۳/۲۳	۰/۰۳۵	۰/۳۴	۰/۹۶
پیش‌آزمون	۴۶۳۰/۱۱	۱	۴۶۳۰/۱۱	۴/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
مقدار خطا	۴۱۰۸۹/۵۹	۳۷	۱۱۱۰/۵۲				
کل	۹۶ .۴۸۱۹۷	۳۹					

برطبق جدول ۴ ملاحظه می‌شود مداخله پس از حذف اثر پیش‌آزمون در رفتارهای پرخطر نوجوانان تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشته است. به‌طورکلی بین دو گروه از نظر سطح تاب‌آوری در پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده (p< ۰/۰۰۱) و تفاوت بین میانگین نمرات تاب‌آوری دو گروه تأیید شد (p<۰/۰۰۱). بررسی اندازهٔ اثر (۰/۴۶) نیز میزان تأثیر نوع آموزش مبتنی‌بر برنامهٔ مداخلهٔ تقویت خانواده را بر میزان تاب‌آوری نوجوانان نشان داد.

بررسی میانگین‌های تعدیل‌شدهٔ تاب‌آوری برحسب عضویت گروهی (آزمایش و گواه) نیز حاکی‌از وجود تأثیر معنادار آموزش برنامهٔ تقویت خانواده بر تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر است (برای گروه آزمایش =۷۷/۲۶ و برای گروه گواه=۵۶/۱۱)؛ بنابراین باتوجه به ارزیابی همهٔ نتایج مذکور، فرضیهٔ پژوهش مبنی‌بر معناداربودن تأثیر برنامهٔ مداخلهٔ تقویت خانواده بر افزایش تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر، تأیید شد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.14.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.14]

۴ بحث

هدف مطالعهٔ حاضر بررسی اثربخشی برنامهٔ تقویت خانواده (SFP) بر تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر بود. نتایج نشان داد افزایش تاب‌آوری درنتیجهٔ آموزش برنامهٔ تقویت خانواده در نوجوانان با رفتارهای پرخطر، به وجود می‌آید. شیوع رفتارهای پرخطر در نوجوانی مانند مصرف سیگار و الکل و مواد مخدر، اثرات و عواقب کوتاه‌مدت و بلندمدت متفاوتی بر سلامت فرد دارد. رفتارهای پرخطر عامل مهم‌تر در به‌خطرافتادن سلامت جامعه است. صاحب‌نظران معتقدند سلامت نوجوان در گرو داشتن مهارت‌های سالم و کارکرد صحیح وی است. بروز و گسترش بسیاری از رفتارهای پرخطر می‌تواند ناشی‌از سطح تاب‌آوری نوجوان باشد. از مشکلاتی که امروزه گریبان‌گیر اکثر خانواده‌ها و افراد درگیر با نوجوانان مانند مربیان و معلمان بوده، افزایش رفتارهای پرخطر این قشر از جامعه است. رفتارهای پرخطر نه‌تنها می‌تواند کارکرد طبیعی فرد را در خانواده و مدرسه و جامعه مختل کند، بلکه موجب درگیرشدن سایر اعضای خانواده و بروز اختلال در کارکرد آنان می‌شود. نظریه‌های خانواده‌درمانی بیان می‌کند نوجوان به‌عنوان جزئی از کل است و برای حل مشکل وی باید کل سیستم خانواده مدنظر قرار گیرد؛ زیرا کارکرد نوجوان و خانواده به هم وابسته‌اند و مشکلات نوجوانان، مشکلات خانواده را منعکس می‌کند و برعکس. رفتارهای پرخطر نیز از این قاعده مستثنی نیست. زیان‌های ناشی‌از آن علاوه‌بر شخص مصرف‌کننده، به خانواده هم سرایت می‌کند. در همین راستا شواهد حاکی‌از آن است که رویکرد آموزشی تقویت خانواده بر سایر رویکردها برتری دارد. این مداخله می‌تواند روند کاهش رفتارهای پرخطر نوجوان را تسریع کرده و رفتارهای تاب‌آوری را افزایش دهد و عملکرد فرد را بهبود بخشد (۲۲).

مقایسهٔ میانگین نمره‌های کسب‌شده در مهارت تاب‌آوری برای گروه آزمایشی درمقایسه با گروه گواه نشان داد آموزش تقویت خانواده سبب افزایش این مهارت در گروه آزمایشی شده است. این یافته مؤید نتایج ویکینسالو و همکاران است (۲۱). آن‌ها در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که آموزش می‌تواند سبب ارتقای مهارت تاب‌آوری شود. آموزش تقویت خانواده ازطریق کسب خودآگاهی، عزت‌نفس، همدلی، کمک‌خواهی، حل مسئله و تصمیم‌گیری توانسته است نقش مؤثری در افزایش تاب‌آوری و توانایی نوجوانان برای فائق‌آمدن بر مشکلات روزمرهٔ زندگی داشته باشد. نتایج حاصل از پژوهش با یافته‌های پیشین مبنی‌بر مثبت‌بودن آموزش تقویت خانواده بر افزایش مهارت تاب‌آوری و حل مشکلات نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر همسوست (۲۲ـ۲۰).

در تبیین یافته‌های مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که هدف اصلی آموزش تقویت خانواده، شکوفایی ظرفیت‌ها و افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی و اجتماعی افراد است. یادگیری برنامهٔ آموزش تقویت خانواده ازطریق به‌کاربردن مهارت‌های ارتباطی خودآگاهی، حل مسئله، کنترل رفتار، خوش‌بینی، همدلی و قدرت تصمیم‌گیری باعث افزایش تاب‌آوری و درنتیجه پیشگیری از شکل‌گیری رفتارهای آسیب‌رسان به بهداشت و سلامت و ارتقای سلامت روان و درنهایت ارتقای سرمایهٔ روان‌شناختی در نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد برنامهٔ آموزشی تقویت خانواده بر افزایش تاب‌آوری نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر تأثیر دارد. در این راستا به‌نظر می‌رسد می‌توان این برنامهٔ آموزشی را در سازمان‌های عهده‌دار امور نوجوانان ناهنجار و دارای رفتارهای پرخطر، نظیر بهزیستی به‌عنوان روش انتخابی افزایش سازگاری و کاهش رفتارهای پرخطر در این قشر آموزش داد و با آموزش‌های مناسب به ارتقای سلامت روانی و تاب‌آوری آن‌ها برای مقابله با رفتارهای پرخطر در این دوران حساس و بحرانی زندگی کمک کرد.

جامعهٔ این پژوهش نوجوانان بودند و پژوهشگران تعمیم نتایج را به جمعیت‌های دیگر باید بااحتیاط انجام دهند. باتوجه به اجرای این پژوهش برای جامعهٔ نوجوانان، پیشنهاد می‌شود در سایر قشرهای سنی و جنسی نیز انجام پذیرد. همچنین در تحقیقات بعدی به‌شکل متمرکز برای دانش‌آموزان صورت گیرد. پژوهش حاضر پژوهشی کمی بوده و توصیه می‌شود در مطالعات بعدی پژوهش کیفی براساس دیدگاه افراد مجرد و کارشناسان حوزهٔ نوجوانی اجرا شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که ما را در این پژوهش یاری کردند، تشکر و سپاسگزاری می‌شود. این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ مقطع دکترای نویسندهٔ دوم دانشگاه خوارزمی تهران است. بنا به اظهار نویسندهٔ مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

۷ بیانیه

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.14.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.14]

References

1. Buehler C, Gerard JM. Cumulative family risk predicts increases in adjustment difficulties across early adolescence. J Youth Adolesc. 2013;42(6):905–20. doi:10.1007/s10964-012-9806-3
2. Kumpfer KL, Magalhães C, Xie J. Cultural adaptations of evidence-based family interventions to strengthen families and improve children's developmental outcomes. Eur J Dev Psychol. 2012;9(1):104–16. doi:10.1080/17405629.2011.639225
3. Szapocznik J, Perez-Vidal A, Brickman AL, Foote FH, Santisteban D, Hervis O, et al. Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic structural systems approach. J Consult Clin Psychol. 1988;56(4):552–7. doi:10.1037/0022-006X.56.4.552
4. Hawkins JD, Kosterman R, Catalano RF, Hill KG, Abbott RD. Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: Long-term effects from the Seattle social development project. Arch Pediatr Adolescent Med. 2005;159(1):25–31. doi:10.1001/archpedi.159.1.25
5. Skärstrand E, Larsson J, Andréasson S. Cultural adaptation of the strengthening families programme to a Swedish setting. Health Education. 2008;108(4):287–300. doi:10.1108/09654280810884179
6. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J, Harris WA, et al. Youth Risk Behavior Surveilliance—United States, 2013. Centers for Disease Control & Prevention (CDC). 2014;63:216–24. https://www.jstor.org/stable/24806229
7. Selected Population and Housing census results in 2012 [Internet]. 18 Feb 2012 [cited 18 Feb 2012]. Iran Statistic Centre. [Persian] Available from: http://web.archive.org/web/20121114071724/http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=155
8. Lynn CJ, Acri MC, Goldstein L, Bannon W, Beharie N, McKay MM. Improving youth mental health through family-based prevention in family homeless shelters. Child and Youth Services Review. 2014;44:243–8. doi:10.1016/j.childyouth.2014.05.024
9. Greenley RN, Taylor HG, Drotar D, Minich NM. Longitudinal relationships between early adolescent family functioning and youth adjustment: an examination of the moderating role of very low birth weight. J Pediatr Psychol. 2007;32(4):453–62. doi:10.1093/jpepsy/jsl027
10. Hemphill SA. Characteristics of conduct-disordered children and their families: a review. Australian Psychology. 1996;31(2):109–18. doi:10.1080/00050069608260189
11. Hemphill SA, Littlefield L. Child and family predictors of therapy outcome for children with behavioral and emotional problems. Child Psychiatry Hum Dev. 2006;36(3):329–49. doi:10.1007/s10578-005-0006-1
12. Herman KC, Ostrander R, Tucker CM. Do family environments and negative cognitions of adolescents with depressive symptoms vary by ethnic group?J Fam Psychol.2007;21(2):325–30. doi:10.1037/0893-3200.21.2.325
13. Kosterman R, Hawkins JD, Spoth R, Haggerty KP, Zhu K. Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: proximal outcomes from preparing for the drug free years. J Community Psychol. 1997;25(4):237–352. doi:10.1002/(SICI)1520-6629(199707)25:4<337::AID-JCOP3>3.0.CO;2-R
14. Kumpfer KL, Molgaard V, Spoth R. The strengthening families program for the prevention of delinquency and drug use. In Peters RD, McMahon RJ. Banff international behavioral science series, Vol 3. Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency. Thousand Oaks, USA: Sage Publications; 1996, pp:241-67. doi: 10.4135/9781483327679.n11
15. Lewandowski A, Drotar D. The relationship between parent-reported social support and adherence to medical treatment in families of adolescents with type 1 diabetes. J Pediatr Psychol. 2007;32(4):427–36. doi:10.1093/jpepsy/jsl037
16. Liu X, Sun Z, Yang Y. Parent-reported suicidal behavior and correlates among adolescents in China. J Affect Disord. 2008;105(1-3):73–80. doi:10.1016/j.jad.2007.04.012
17. Lynam MJ, Tenn L. Communication: a tool for the negotiation of independence in families with adolescents. J Adv Nurs. 1989;14(8):653–60. doi:10.1111/j.1365-2648.1989.tb01608.x
18. Mohammad Khani Sh. Elaboration and standardization of the risk and protective factors for alcohol, cigarette and other substances to identify high-risk students. United Nations Office on Drugs and Crime in Iran. 2012:1(2):113-125. [Persian]
19. Mohammadi M. Investigating the Resiliency Factors among Highly Adolescents. Humanities and Behavioral Studies Journal. 2014; 11(2):153-71.[Persian]
20. Molgaard VK, Kumpfer KL, Fleming E. The Strengthening Families Program: for Parents and Iowa Youth 10-14 Leader Guide. Iowa State University Extension. Ames, IA: 1997.
21. Viikinsalo MK, Crawford DM, Kimbrel H, Long AE, Dashiff C. Conflicts between young adolescents with type I diabetes and their parents. J Spec Pediatr Nurs. 2005;10(2):69–79. doi:10.1111/j.1744-6155.2005.00015.x
22. Wakeling HC. The psychometric validation of the Social Problem-Solving Inventory – Revised with UK incarcerated sexual offenders. Sex Abuse. 2007;19(3):217–36. doi:10.1007/s11194-007-9038-3
23. Mohammadkhani Sh. Elaboration and standardization of the risk and protective factors for alcohol, cigarette and other substances to identify high-risk students. United Nations Office on Drugs and Crime in Iran. 2012: 1(2): 113-125.[Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.14.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.14]