

# بررسی اثربخشی برنامه آموزش مادران و نوجوانان بر کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی دختران نوجوان در دوره بلوغ

لیلا اکرمی<sup>۱</sup>، مختار ملک پور<sup>۲\*</sup>، سالار فرامرزی<sup>۳</sup> و احمد عابدی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. استاد روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. دانشیار روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** توجه به مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی نوجوانان و آموزش آن‌ها و والدین در دوره بلوغ حائز اهمیت است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه آموزش مادران و نوجوانان بر کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت‌های اجتماعی دختران نوجوان در دوره بلوغ است.

**روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری، تمام دانش آموزان دختر در شهر یزد را شامل می‌شد که در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در مدارس دولتی مشغول به تحصیل بودند. به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۳۰ دختر نوجوان انتخاب گردیدند که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، مادران آزمودنی‌ها به سوالات پرسشنامه سیستم ارزیابی رفتار کودکان (ویرایش سوم) و سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی پاسخ دادند. جلسات مداخله برای گروه آزمایش ۳۰ جلسه را شامل می‌شد که بطور جداگانه در جهت آموزش مادران و نوجوانان برگزار شد. لازم به ذکر است که گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس. ۲۴» و شاخص‌های توصیفی میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از ارائه برنامه آموزشی تفاوت معنادار وجود دارد و برنامه آموزشی موجب کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ( $P < 0/001$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش حاضر که نشان داد دریافت آموزش می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت‌های اجتماعی در دوره بلوغ داشته باشد می‌توان به این نتیجه رسید که آموزش والدین و نوجوانان و افزایش میزان آگاهی آن‌ها در دوره بلوغ حائز اهمیت است و در جهت این هدف، بهتر است برنامه‌ها و مدل‌های مداخله مناسب در دوره بلوغ و قبل از آن مورد توجه قرار گیرند.

**کلیدواژه‌ها:** برنامه آموزشی، مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، نوجوان و بلوغ

\*Email: mokhtarmalekpour@ymail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

نشریه علمی

روان‌شناسی  
بالینی  
و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۲، پیاپی ۳۳  
پاییز و زمستان ۱۳۹۸  
صص.: ۱۲۴-۱۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۲۹

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical  
Psychology  
& Personality

Vol. 17, No. 2, Serial 33

Autumn & Winter  
2019 - 2020  
pp.: 113-124

## مقدمه

انسان در طی رشد، در جهت تکمیل رشد جسمانی، شناختی و روانی، از دوره‌ها و مراحل مختلفی عبور می‌کند. در هر دوره، فرد با تغییرات مختلفی رو به رو می‌شود. یکی از مراحل مهم رشد که معمولاً دختران و پسران با چالش‌های مختلفی رو به رو می‌شوند، دوره بلوغ<sup>۱</sup> است. در این مرحله به دلیل ترشح هورمون‌ها، تغییرات اساسی جسمانی در هر دو جنس اتفاق می‌افتد و علاوه بر تغییرات جسمانی، فرد از لحاظ عاطفی، روانی، اجتماعی و جنسی نیز دچار تحولات اساسی خواهد شد. بلوغ و چگونگی گذر از این دوره برای هر دو جنس حائز اهمیت است [۱]. هر چند که مشخصه بارز دوره بلوغ تغییرات جسمانی است اما تغییرات روانی و رفتاری همزمان با این دوره نیز حائز اهمیت است. از جمله این تغییرات می‌توان به نوسانات و تغییر خلق و خو، استقلال طلبی، افزایش حس کنجکاوی، سرگردانی و شکل‌گیری ارزش‌ها و باورها اشاره کرد. هال<sup>۲</sup> دوره بلوغ را یک مرحله انتقال دانسته است که فرد از مرحله کودکی به مرحله بزرگسالی انتقال می‌یابد. بنابراین نوجوان دچار آشفتگی و هیجان می‌شود و معمولاً تطبیق با این دوره با چالش‌های همراه است، کمتر نوجوانی است که بدون دریافت آموزش و حمایت لازم بتواند با سلامت از این مرحله عبور کند. در صورت عدم حمایت از سوی والدین، نوجوان دچار اضطراب و ناامنی می‌شود. نکته قابل‌تأمل در این دوره این است که سرعت رشد در تمام ابعاد شناختی، عاطفی، روانی و جنسی هماهنگ نیست. ناهماهنگی میان سرعت رشد جسمانی و جنسی با رشد عاطفی و شناختی می‌تواند منجر به تعارضات و پیامدهای مختلفی از جمله بزهکاری<sup>۳</sup> و سایر مشکلات رفتاری و اجتماعی شود [۲]. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup> سن بلوغ افراد با یکدیگر متفاوت است و تعیین زمان دقیق برای سن بلوغ دشوار بنظر می‌رسد، آغاز این دوره در هر شخص با توجه به تفاوت‌های فردی، وراثتی، شرایط محیطی حتی در کودکان همجنس متفاوت است. سازمان بهداشت جهانی سنین ۱۹-۱۰ سالگی را دوران نوجوانی محسوب می‌کند و در این میان سنین ۱۷-۸ سالگی به عنوان محدوده سنی بلوغ در نظر گرفته شده و تأکید می‌شود بیشترین تغییرات رشد و تکامل در میان نوجوانان در این سنین دیده می‌شود. البته سن بلوغ بر حسب منطقه

جغرافیایی، آب و هوا، تغذیه و عوامل ژنتیکی متفاوت است [۳]. در این دوران مشکلات اجتماعی و اختلالات رفتاری از جمله اضطراب، ترس، تندخویی، تغییر در عملکردهای حیاتی از جمله کاهش یافتن اشتها و بی‌خوابی، ناآرامی و پرخاشگری در نوجوان بوجود آمده یا نسبت به دوران قبل افزایش می‌یابد و در بسیاری از موارد ارتباط کلامی آن‌ها کاهش می‌یابد [۴]. نوجوانان اغلب به دلیل تغییرات هورمونی که در دوره بلوغ اتفاق می‌افتد، دمدمی مزاج هستند و ممکن است به گونه مقطعی عصبانی شوند به ویژه زمانی که احساس می‌کنند والدین به حریم خصوصی آن‌ها احترام نمی‌گذارند. معمولاً والدین مشاهده می‌کنند که نوجوان ساعت‌های بیشتری را نسبت به دوره کودکی با همسالان، با کامپیوتر، با تلفن و یا در یک اتاق در بسته می‌گذارند، مدت زمان کمتری برای صحبت با والدین اختصاص می‌دهد و تنش و اختلاف بین والدین و نوجوان افزایش می‌یابد و این مسئله می‌تواند والدین را نگران سازد. این‌گونه رفتارها طبیعی است و تلاش نوجوان را در جهت دستیابی به استقلال و هویت نشان می‌دهد، بنابراین والدین باید قدرت درک نوجوان را داشته باشند [۵]. در دوره بلوغ، تغییرات جسمانی، مشکلات خانوادگی، مدرسه، تجربه کم، بهداشت، سلامت جسم و روان، ارتباط با همسالان و رشد شخصیت، مسائلی است که نوجوانان با آن درگیر هستند. اگر دختر و پسر نوجوان نتواند با بحران‌های مختلف به خوبی برخورد کند و از حمایت عاطفی والدین برخوردار نشود، در نتیجه عدم حل این بحران‌ها منجر به ایجاد مشکلات مختلف از جمله مشکلات رفتاری و اجتماعی خواهد شد [۶].

معمولاً برای درمان مشکلات رفتاری راهنماهای مختلف درمان بر اساس انواع رویکردهای درمانی موجود است. یکی از این مجموعه‌ها که می‌تواند در درمان مشکلات رفتاری موثر واقع شود راهنمایی درمان موضوعات عاطفی و رفتاری<sup>۵</sup> است که در کنار راهکارهای مختلف برای کودکان و نوجوانان بر آموزش والدین نیز تأکید دارد. بر اساس این راهنمایی درمان می‌توان مشکلات رفتاری را به مواردی از جمله: مشکلات تحصیلی، پرخاشگری-قلدری، مشکلات جسمانی شکل، افسردگی-گوشه‌گیری، بیش‌فعالی، مشکلات سازشی(انطباق‌پذیری)، اضطراب، نقص توجه و مشکلات سلوک تقسیم کرد و با استفاده از روش‌های مختلف از

<sup>1</sup> Puberty<sup>2</sup> Hall<sup>3</sup> Delinquency<sup>4</sup> World Health Organization (WHO)<sup>5</sup> Intervention Guide for Behavioral and Emotional Issues (IGBEI)

اطرافیان است و شاید بتوان گفت این مشکل یکی از جدی ترین چالش های این دوره است و یکی از دلایل آن کمبود مهارت های اجتماعی و ترس از تحقیر و مسخره شدن توسط دیگران می باشد [۱۲].

پژوهشی با عنوان " ارتقاء توانمندی نوجوانان و مادران آنان در مقابله با بحران بلوغ در دختران مدارس راهنمایی تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی ارومیه" توسط آهنگرزاده رضایی و خلیل زاده ۱۳۹۰ انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است و ۸۰ نفر دختر و مادران آن ها به عنوان نمونه انتخاب شدند. نتایج نشان داد آموزش در ارتقاء توانمندی دختران در ارتباط با مسائل جسمی موثر بوده است و آموزش مادران در ارتباط با مسائل تغذیه دختران موثر بوده، اما آموزش در ارتباط با مسائل روانی و اجتماعی هر دو گروه مادران و دختران تاثیر نداشته است و انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه ضروری است [۱۳]. نتایج برخی دیگر از پژوهش ها نشان می دهد که ایجاد برنامه های آموزشی برای والدین در جهت تقویت رابطه مثبت با نوجوان و رفع نیازهای آن ها و همچنین آموزش نوجوانان با یک برنامه سازمان یافته نقش مهمی در کاهش و پیشگیری از مشکلات رفتاری و افزایش مهارت های اجتماعی در دوره بلوغ داشته است. در ادامه به نتایج برخی از این پژوهش ها اشاره خواهد شد. پژوهش مارگ، البوت، دیویز، تورتونو، کاکرو و اسکاستر<sup>۱</sup> ۲۰۱۴ در ارتباط با ۵۱ نوجوان سنین ۱۴-۱۲ سال نشان می دهد برگزاری جلسات آموزشی برای والدین همراه با تمرین شیوه های فرزند پروری و اصلاح رابطه بین نوجوان و والدین در کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی در دوره بلوغ موثر است [۱۴]. پژوهش های جالینگ<sup>۲</sup> ۲۰۱۷ نشان می دهد که مشکلات رفتاری در نوجوانان از جمله پرخاشگری، بزهکاری، سوء مصرف مواد و فرار از خانه و مدرسه نه تنها مشکلاتی را برای فرد و خانواده ایجاد می کند بلکه پیامدهای منفی نیز برای جامعه به دنبال خواهد داشت. آموزش حل مسئله، مدیریت خشم و برنامه ریزی برای اوقات فراغت و آموزش شیوه های فرزند پروری به والدین می تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری داشته باشد [۱۵]. پژوهش نیلسون، کارولد، کاسبال و کاجلدسون<sup>۳</sup> ۲۰۱۸ نشان می دهد درصدی از مشکلات رفتاری نوجوانان ناشی از شیوه های تربیتی و برخوردهای نامناسب با نوجوان است. نتایج این پژوهش نشان می دهد داشتن سطح بالاتری از انتظارات در

جمله: آموزش حل مسئله، بازسازی شناختی، آموزش رفتارهای جایگزین، ایجاد انگیزش اخلاقی، آموزش خود مدیریتی، برنامه ریزی برای اوقات فراغت، مواجهه سازی، مدل سازی، آرام سازی، آموزش ریلکسیشن، درمان های شناختی- رفتاری و تقویت مهارت های اجتماعی به درمان مشکلات رفتاری پرداخت [۱۷]. ماهیت روابط بین والدین و نوجوان می تواند زمینه ساز ایجاد مشکلات رفتاری باشد. در واقع مشکلات رفتاری پدیده ای است که از رفتار والدین، شیوه فرزند پروری و سبک دلبستگی تاثیر می پذیرد به گونه ای که ایجاد جو عاطفی احترام آمیز، صمیمی، مثبت و محبت آمیز میان والدین و فرزندان، میزان مشکلات رفتاری را در نوجوان کاهش می دهد و می تواند سبب ارتقاء بهداشت روانشناختی در نوجوان گردد. بنابراین با توجه به اثرپذیری خصایص شخصیتی و شاخص های رفتاری نوجوانان از رفتار، گفتار و منش والدین، سبک های فرزند پروری و درک نیازهای نوجوان از سوی والدین حائز اهمیت است [۱۸]. آموزش مهارت ها به والدین با هدف ایجاد کنترل بر رفتار نوجوان و درک او، سبب ایجاد الگوهای تعاملی جدید می گردد که نقش به سزایی در کاهش مشکلات رفتاری خواهد داشت. با توجه به نقش مهمی که بهبود رابطه والد و فرزند در کاهش مشکلات رفتاری نوجوان ایفا می کند آموزش والدین در ارتباط با سبک های فرزندپروری کارآمد و آشنایی با دوره بلوغ و ویژگی ها و خصوصیات نوجوانان از اهمیت زیادی برخوردار است [۱۹]. بین فضای حاکم بر خانواده و مشکلات رفتاری و اجتماعی نوجوان رابطه وجود دارد. افراط و تفریط در زمینه هایی چون پذیرش، توجه و مراقبت، آزادی و تشویق انجام کارهای نادرست و خلاف، نقش مهمی در ایجاد مشکلات رفتاری و اجتماعی نوجوان ایفا می کند [۱۰]. شاید بهترین و مفیدترین و در عین حال مشکل سازترین تغییر دوره بلوغ، تغییر در رفتارهای اجتماعی است. در این سن نوجوان به تدریج از خانواده فاصله می گیرد و نیاز به استقلال در او شکل می گیرد. همین امر مقدمات تشکیل خانواده و پذیرش مسوولیت در جامعه را در آینده پی ریزی خواهد کرد. از طرفی به علت این تغییرات هیجانی، ممکن است نوجوان رفتارهای سرکشانه و قلدرانه را از خود نشان دهد و اغلب اوقات لجبازی کند [۱۱]. یکی از اساسی ترین مشکلات برخی از نوجوانان، نقص در مهارت های اجتماعی، دوست یابی، ناتوانی در ارتباط با همسالان و

<sup>1</sup> Mrug, Elliott, Davies, Tortolero, Cuccaro, & Schuster

<sup>2</sup> Jalling

<sup>3</sup> Nilsen, Karevold, Kaasboll, & Kjeldsen,

مرحله دوم پس از بررسی اعتبار برنامه آموزشی توسط چند تن از متخصصان، مداخله در گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند.

### آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** جامعه آماری تمام دختران سنین ۱۶-۱۲ سال را شامل می‌شد که در مدارس عادی دولتی در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در ناحیه ۱ شهر یزد مشغول به تحصیل بودند. جامعه آماری ۷۲۶۲ نفر را شامل می‌شد.

**ب) نمونه پژوهش:** در ابتدا، ۱۰۰ نفر دختر نوجوان به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ی چند مرحله‌ی شناسایی و توسط محققان پژوهش حاضر مورد ارزیابی قرار گرفتند. به این ترتیب پس از هماهنگی با سازمان آموزش و پرورش ناحیه ۱، ابتدا به دو مدرسه معرفی شدیم و سپس در هر مدرسه تعدادی کلاس انتخاب و از هر کلاس تعدادی از دانش‌آموزان و در مجموع ۱۰۰ نفر به شیوه تصادفی انتخاب گردیدند که پس از ارزیابی اولیه این افراد ۳۰ نفر از دختران که نسبت به دیگر دانش‌آموزان با توجه به چک لیست بررسی مشکلات رفتاری و اجتماعی دارای مشکلات بیشتری در زمینه رفتاری و اجتماعی بودند، به عنوان نمونه انتخاب و به گونه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای محاسبه‌ی حجم نمونه با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه مناسب در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه می‌باشد، بنابراین حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد. ملاک‌های انتخاب نمونه‌ها شامل موارد زیر بود: دختران نوجوان در طیف سنی ۱۶-۱۲ سال، رضایت نوجوانان و مادران آن‌ها برای شرکت در برنامه و همکاری آن‌ها تا اتمام برنامه، عدم دریافت مداخله دیگر همزمان با ارائه برنامه و داشتن سواد خواندن و نوشتن در ارتباط با مادران. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: غیبت بیشتر از دو جلسه در جلسات آموزشی، داشتن مشکلات بینایی و شنوایی و داشتن بلوغ زردس.

برخی از خانواده‌ها به خصوص خانواده‌های با وضعیت اقتصادی و اجتماعی بالاتر و عدم درک نیازها و ویژگی‌های نوجوان منجر به افزایش مشکلات رفتاری در آن‌ها خواهد شد [۱۶]. نتایج پژوهش‌های دایلی، کووایی و نیومن<sup>۱</sup> ۲۰۱۷ نشان می‌دهد که، خشم و پرخاشگری، تحریک پذیری، افسردگی و اضطراب، مشکلات اجتماعی، قلدری و عدم پذیرش از جانب همسالان از جمله مشکلات رایج در نوجوانان است. این پژوهشگران با انجام یک تحقیق مرور سیستماتیک نشان داده‌اند که آموزش مدیریت والدین<sup>۲</sup> و درمان شناختی- رفتاری<sup>۳</sup> در ارتباط با نوجوان نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی داشته است و لزوم تحقیقات بیشتر در این زمینه ضروری است [۱۷]. پژوهش‌های دیگتون، کوردس، فناگی، براون، پاتالی و ولپرت<sup>۴</sup> ۲۰۱۴ و ماسیووا<sup>۵</sup> ۲۰۱۷ نشان می‌دهد که سیستم ارزیابی رفتار کودکان (بی.ای.اس.سی)<sup>۶</sup> برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان از طریق ارزیابی والدین، معلمان و خودگزارشی کودک یا نوجوان موثر است و می‌تواند در شناسایی مشکلات رفتاری کمک‌کننده باشد، علاوه بر این راهنمای درمان منطبق با این سیستم ارزیابی در صورت استفاده مناسب می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش آگاهی والدین موثر باشد [۱۸، ۱۹]. نتایج برخی دیگر از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش نوجوان با استفاده از یک برنامه ساختارمند، تقویت مهارت‌های اجتماعی، آموزش حل مسئله، آموزش مدیریت خشم، درمان‌های شناختی- رفتاری، مدل‌سازی، آموزش شیوه‌های فرزند پروری به والدین نقش مهمی در پیشگیری و کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی خواهد داشت [۲۰، ۲۲].

### روش

#### نوع پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل و همراه با پیگیری است. پژوهش در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول پس از بررسی مقدماتی و استفاده از منابع مختلف برنامه آموزشی تدوین شد و در

<sup>1</sup> Doyle, Quayle, E. Newman

<sup>2</sup> Parent management training (PMT)

<sup>3</sup> Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

<sup>4</sup> Deighton, Croudace, Fonagy, Brown, Patalay, & Wolpert

<sup>5</sup> Musuva

<sup>6</sup> Behavior Assessment System for Children (BASC)

<sup>7</sup> Third Edition (BASC<sup>TM</sup>-3)

<sup>8</sup> Parent Rating Scales (PRS-A)

<sup>9</sup> Teacher Rating Scales (TRS-A)

## ابزارهای پژوهش

ابزارهای پژوهش برای جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه های زیر بود:

۱) سیستم ارزیابی رفتار کودکان (بی، ای، اس، سی، ویرایش سوم)<sup>۷</sup>: فرم والدین<sup>۸</sup> و معلمان<sup>۹</sup>: این سیستم چندبعدی توسط رینولد و کمفیس، ۲۰۱۵ برای ارزیابی مشکلات رفتاری گروه های سنی ۲ تا ۲۱ سال تدوین شده است و دارای ده فرم است که در قالب پرسشنامه های جداگانه می تواند توسط کودک یا نوجوان، والدین و مربیان تکمیل شود. در پژوهش حاضر از پرسشنامه مرتبط با گروه سنی ۱۲-۲۱ سال (فرم والدین و معلمان) استفاده شد که به وسیله آن ها مشکلات رفتاری و انطباقی در موقعیت خانه و مدرسه ارزیابی می شود. فرم والدین شامل ۱۷۳ و فرم معلمان شامل ۱۶۵ سوال است که پاسخ دهندگان باید در قالب عبارت های: "هرگز"، "گاهی اوقات"، "اغلب" و "تقریباً همیشه" به سوالات پاسخ دهند که در برخی سوالات به ترتیب به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ نمره گذاری می شود و در برخی دیگر از سوالات، نمره گذاری حالت معکوس خواهد داشت. این پرسشنامه ها شامل مقیاس های بالینی، محتوای انطباقی و ترکیب شده است و مشکلاتی از جمله: پرخاشگری، اضطراب، مشکلات توجه، رفتارهای عجیب و غریب، مشکلات سلوک<sup>۱</sup>، افسردگی، بیش فعالی، مشکلات یادگیری، جسمانی کردن<sup>۲</sup>، گوشه گیری، مهارت های انطباقی، کنترل خشم، قلدری، اختلالات رشد اجتماعی، خود کنترلی عاطفی، عملکرد اجرائی، تهییج پذیری منفی<sup>۳</sup>، انعطاف پذیری، برون گرایی، درون گرایی، شاخص مشکلات رفتاری، شاخص احتمال نقص توجه و بیش فعالی، شاخص احتمال اختلالات عاطفی- رفتاری، شاخص نقص کارکردی، شاخص حل مسئله، شاخص کنترل توجه، شاخص کنترل رفتاری، شاخص کنترل عاطفی را بررسی می کند. پایایی این مقیاس توسط سازندگان پرسشنامه بر روی تعدادی از کودکان و نوجوانان بررسی شده است که در ارتباط با پرسشنامه های فوق ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از خرده مقیاس ها بالاتر از ۰/۸۰ و برای مقیاس های برون گرایی، درون گرایی و شاخص مشکلات رفتاری، بالاتر از ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب همبستگی از طریق روش آزمون-باز آزمون در مقیاس بالینی

۰/۹۱، مقیاس انطباقی ۰/۸۷، مقیاس محتوای ۰/۹۲، مقیاس ترکیب شده ۰/۹۳ و شاخص مشکلات رفتاری ۰/۹۳ محاسبه شده است [۲۳]. در پژوهش حاضر نیز این پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان سنین ۱۶-۱۲ اجرا شد که ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس بالینی ۰/۸۲، مقیاس انطباقی ۰/۸۷، مقیاس محتوای ۰/۸۰ و برای هر کدام از مقیاس های ترکیب شده ۰/۸۲ و بالاتر از آن محاسبه شد. ضریب همبستگی پیروسون از طریق روش آزمون-بازآزمون در دوبار اجرا در شاخص مشکلات رفتاری در فرم والدین برابر با ۰/۸۵ و در فرم معلمان برابر با ۰/۸۷ بود. ضریب همبستگی پیروسون از طریق روش آزمون-بازآزمون در دوبار اجرا برابر با ۰/۹۴ برای مقیاس بالینی، ۰/۹۰ مقیاس انطباقی، ۰/۸۸ مقیاس محتوای و ۰/۸۶ در مقیاس ترکیب شده بود. شاخص کفایت نمونه گیری ۰/۸۷ که حاکی از کفایت نمونه گیری است. آزمون کرویوت بارتلت معنادار در نتیجه توانایی عاملی بودن مورد تأیید قرار گرفت.

۲) پرسشنامه سیستم بهبود مهارت های اجتماعی (اس، اس، آی، اس): فرم والدین: این پرسشنامه توسط گرشام و الیوت (۲۰۰۸) تهیه شده است و شامل ۷۹ سوال است که پاسخ ها با چهار گزینه هرگز، بندرت، اغلب و همیشه مشخص می شود که به ترتیب به شکل ۰، ۱، ۲، ۳ نمره گذاری می گردد. این پرسشنامه مشکلات اجتماعی و رفتاری را بررسی می کند. هر کدام از این مقیاس ها از تعدادی خرده مقیاس تشکیل شده اند. مقیاس مهارت های اجتماعی شامل ۷ خرده مقیاس (ارتباط، همکاری<sup>۳</sup>، ابراز وجود<sup>۴</sup>، مسئولیت پذیری، همدردی، تعهد<sup>۵</sup> و خود-کنترلی<sup>۶</sup>)، مقیاس مشکلات رفتاری شامل ۴ خرده مقیاس (برون ریزی<sup>۶</sup>، قلدری، نقص توجه/بیش فعالی و درون ریزی) است که هر کدام از آن ها توسط تعدادی از سوالات ارزیابی می شوند. این پرسشنامه برای گروه سنی ۳ تا ۱۸ سال قابل کاربرد است و توسط والدین تکمیل می شود. نتایج نشان می دهد که این پرسشنامه از روایی بالایی برخوردار است و توانایی و قدرت اس، اس، آر، اس<sup>۷</sup> (گرشام و الیوت، ۱۹۹۰) در اس، اس، آی، اس نیز حفظ شده است و در جهت بررسی اعتبار این پرسشنامه ویژگی های روان سنجی محاسبه شده است. ضریب همبستگی از طریق آزمون-باز آزمون در فرم والدین

<sup>1</sup> Conduct Problems

<sup>2</sup> Somatization

<sup>3</sup> Negative Emotionality

<sup>4</sup> Assertion

<sup>5</sup> Engagement

<sup>6</sup> Externalizing

<sup>7</sup> Intervention Guide of Social Skills Improvement System (IGSSIS)

بررسی شد و نتایج نشان می‌دهد که از روایی و پایایی مناسب برخوردار است. روایی آن به وسیله ی چند تن از متخصصان

به تعدادی از متخصصین ارائه شد و سپس یک پرسشنامه ۲۱ سوالی تهیه گردید و از این متخصصین خواسته شد تا در قالب سوالات نظرات خود را در ارتباط با مواد، محتوی و تعداد جلسات آموزشی ارائه کنند، شاخص نسبت روایی محتوا (سی،وی،آر) برابر با  $0.99 > 1$  محاسبه شد که نسبت بدست آمده بزرگتر از  $0.99$  (مقدار روایی پذیرفته شده) بود که بر روایی محتوی برنامه دلالت داشت [۲۷]. برای سنجش جمعیت میزان توافق متخصصان از شاخص روایی محتوی (سی،وی،آی) استفاده شد که مقدار بدست آمده برابر با ۱ بود. برای سنجش میزان قابلیت اعتماد از ضریب کاپا استفاده شد، میزان توافق کاپا برابر با ۱۰۰ درصد توافق بین نمره گذاران بود که حاکی از قابلیت اعتماد بالا است. در ارتباط با روایی سازه برنامه حاضر نیز می‌توان اذعان داشت که چون براساس مرور تحقیقات مختلف، راهنمای درمان و مبانی نظری بنا شده است، پس از روایی سازه مناسب برخوردار است. بنابراین با توجه به نظر متخصصان و نتایج بدست آمده برنامه آموزشی در ۳۰ جلسه در جهت آموزش مادران و نوجوانان اجرا شد. در ادامه در جدول ۱ محتوی جلسات آموزشی مادران و نوجوانان ارائه شده است.

برابر با  $0.80$  و آلفای کرونباخ برای هر کدام از خرده مقیاس ها  $0.80$  و بالاتر از  $0.80$  گزارش شده است [۲۵-۲۴]. در پژوهش حاضر، ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه مورد قضاوت قرار گرفت و روایی صوری آن در سطح مناسبی گزارش شد. قابل ذکر است که آلفای کرونباخ برابر با  $0.83$  و ضریب همبستگی پیرسون از طریق روش آزمون-بازآزمون در دوبار اجرا  $0.81$  بود.

۳) برنامه مداخله: بر اساس بررسی مقالات مختلف در ارتباط با مداخلات رفتاری و شناختی- رفتاری در جهت کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی، مداخلات مرتبط با آموزش والدین، براساس راهنمای درمان موضوعات عاطفی و رفتاری [۷]، راهنمای درمان سیستم بهبود مهارت های اجتماعی، [۲۶] و مصاحبه با افراد متخصص، برنامه آموزشی تدوین شد. برنامه حاضر با تاکید بر رابطه بین مادران و نوجوانان بر آموزش و تمرین مهارت ها در ارتباط با نوجوانان، افزایش آگاهی والدین و کاربرد مهارت های آموخته شده در زندگی واقعی تاکید دارد. پس از تدوین طرح اولیه برنامه، به منظور بررسی روایی محتوی از روش لاوشه استفاده شد. روش لاوشه از روش های کمی تعیین روایی محتوا است و از دو شاخص نسبت روایی محتوا (سی،وی،آر) و شاخص روایی محتوا (سی،وی،آی) استفاده می‌گردد. در این پژوهش مواد مورد استفاده برای آموزش همراه با تعداد و محتوی جلسات

جدول ۱. محتوی جلسات آموزشی

جلسات آموزشی	مادران	نوجوانان
اول	ارزیابی های اولیه از طریق تکمیل پرسشنامه ها	آشنایی با نوجوانان
دوم و سوم	توضیح در مورد ویژگی های دوره بلوغ و نوجوانی و تشریح مشکلات رفتاری در دوره بلوغ	
چهارم، پنجم و ششم	توضیح در مورد شیوه های فرزندپروری و نحوه گفتگو با نوجوان و آموزش در مورد روش های استفاده از تقویت مثبت، منفی و استفاده از انواع روش های تنبیه و متناسب بودن تنبیه با رفتار هدف و نحوه بکار بردن آن ها و آموزش راهکارهای افزایش اعتمادبنفس، برای مادران	
هفتم و هشتم	ارائه راهکارها برای کاهش پرخاشگری در نوجوان	
نهم، دهم و یازدهم	آموزش نوجوان در جهت کاهش پرخاشگری از جمله: مهارت های کنترل و مدیریت خشم، آشنایی با رفتارهای پرخاشگرانه و پیامدهای منفی آن ها و یادگیری رفتارهای جایگزین و مناسب و آموزش نحوه درست نشان دادن رنجیده شدن و عصبانیت	
دوازدهم و سیزدهم	ارائه راهکارها برای کاهش افسردگی و اضطراب در نوجوان و آموزش در جهت نحوه برنامه ریزی اوقات فراغت برای مادران	
چهاردهم، پانزدهم و شانزدهم و هفدهم	آموزش تکنیک های ریلکسیشن و آرمیدگی، آموزش مهارت های جرات ورزی، حل مسئله و تصمیم گیری	
هیجدهم و نوزدهم	آموزش تفکر مثبت، انجام فعالیت های دلپذیر و استفاده از اوقات فراغت به نوجوان	
بیستم	آموزش مادران در ارتباط با کاهش مشکلات سازگاری و اجتماعی نوجوان	
بیست یکم، دوم و سوم و چهارم	آموزش مهارت های اجتماعی به نوجوانان از جمله: مسئولیت پذیری و تعهد، نحوه ارتباط با دیگران و همکاری و...	
بیست پنجم و	آموزش نوجوان در جهت افزایش مهارت های دوست یابی و حفظ رابطه	

جلسات آموزشی	مادران	نوجوانان
ششم و هفتم		صمیمانه با دوستان
بیست هشتم	آموزش مادران در جهت تقویت مهارت های دوست یابی	
بیست نهم	آموزش مادران در جهت افزایش استقلال نوجوان	
سی ام	جلسه پایانی و دادن جایزه به نوجوانان و تقدیر از آن ها به دلیل همکاری و شرکت مرتب در جلسات آموزشی	

### شیوه انجام پژوهش

ابتدا ارزیابی اولیه از نوجوانان با همکاری مادران و معلمان انجام شد. پس از تنظیم برنامه آموزشی و بررسی روایی محتوی آن و انتخاب آزمودنی ها، اجرای برنامه آغاز شد. به دلیل آن که مادران جزئی از برنامه مداخله بودند و انتظار آن ها مبنی بر کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی بعد از ارائه برنامه آموزشی، ممکن بود آن ها با سوگیری به سوالات پاسخ دهند، به همین دلیل محققین برای اطمینان بیشتر از نتایج مداخله، از پرسشنامه سیستم ارزیابی رفتار کودکان، فرم معلمان در قبل و بعد از مداخله نیز استفاده نمودند. جلسات آموزشی به طور جداگانه برای نوجوانان و مادران برگزار گردید. لازم است به این نکته اشاره شود که شیوه آموزشی به شکل گروهی بود. هر جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه در نظر گرفته شده بود. در جلسات مختص به نوجوانان متناسب با محتوی هر جلسه از ابزارهای آموزشی مثل فیلم، جزوات آموزشی و پاورپوینت استفاده شد. در ابتدای هر جلسه تکالیف و آموخته های جلسات پیشین بررسی و مرور می شد و کتاب کار نیز برای نوجوانان در نظر گرفته شد. برای ارائه رفتار صحیح و افزایش آگاهی مادران و کاربرد مهارت ها در محیط خارج از مداخله، متناسب با جلسات نوجوانان و محتوی آموزشی آن ها، جلسات جداگانه برای مادران نیز در نظر گرفته شد و در قالب پاورپوینت و جزوات آموزشی توضیحات لازم ارائه و به سوالات آن ها پاسخ داده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از شاخص های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، درصد و شاخص های آمار استنباطی مانند تحلیل کوواریانس چند متغیری با نرم افزار آماری «اس. پی. اس. اس.» نسخه ۲۴ استفاده شد.

### نتایج

نوجوانان در گروه سنی ۱۲ تا ۱۶ بودند و هر گروه سنی بطور مساوی شامل ۳ نفر بود. تحصیلات ۶۰٪ درصد از مادران آزمودنی ها در سطح دیپلم، ۱۳٪ درصد در سطح فوق دیپلم و ۲۶٪ درصد در سطح لیسانس بود. برای بررسی تاثیر برنامه آموزشی بر کاهش مشکلات رفتاری به دلیل این که اثرات پیش آزمون اصلاح شده است، آزمون آماری تحلیلی کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نرمال بودن متغیرهای تحقیق به وسیله آزمون گلموروف-اسمیرنوف تایید شد ( $p < 0.05$ ). همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند که این یافته ها حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس های کوواریانس و فرض برابری واریانس ها برقرار است و بنابراین شرایط استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری وجود دارد. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار آزمودنی ها در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در خرده مقیاس های "سیستم ارزیابی رفتار کودکان" و نمره کل "سیستم بهبود مهارت های اجتماعی" ارائه شده است.

### شیوه تحلیل داده ها

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	آزمودنی ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
بیش فعالی	آزمایش	۳۶/۸۶±۴/۶۲	۳۵/۴۶±۴/۴۷	۳۵/۵۳±۴/۴۲
	کنترل	۳۳/۸۰±۳/۹۶	۳۳/۲۶±۴/۳۸	۳۳/۵۳±۴/۱۷
پرخاشگری	آزمایش	۵۵/۶۶±۶/۰۴	۴۹/۸۶±۶/۰۳	۴۹/۸۰±۵/۹۶
	کنترل	۵۲/۱۳±۷/۶۹	۵۲/۱۲±۸/۰۵	۵۲/۲۶±۷/۸۷
مشکلات سلوک	آزمایش	۳۴/۴۶±۶/۷۷	۳۳/۲۶±۷/۰۵	۳۳/۴۰±۶/۷۶
	کنترل	۳۵/۰۶±۵/۱۸	۳۵/۶۰±۵/۰۸	۳۵/۷۳±۴/۸۳
اضطراب	آزمایش	۵۴/۸۶±۶/۶۵	۵۰/۱۳±۶/۴۴	۵۰/۲۰±۶/۵۷
	کنترل	۵۳/۸۶±۷/۴۱	۵۳/۴۰±۷/۴۸	۵۳/۱۳±۷/۷۴
افسردگی	آزمایش	۶۰/۲۶±۸/۰۹	۵۴/۴۰±۸/۵۰	۵۳/۶۶±۸/۴۹
	کنترل	۶۲/۸۶±۸/۴۵	۶۳/۲۰±۸/۳۵	۶۲/۶۰±۸/۳۲
جسمانی کردن	آزمایش	۲۷/۰۰±۴/۰۱	۲۶/۵۳±۴/۲۵	۲۵/۹۳±۴/۰۸
	کنترل	۲۸/۹۳±۵/۶۵	۲۸/۳۳±۵/۴۰	۲۸/۲۶±۵/۲۹

متغیر	آزمودنی ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
اختلال در توجه	آزمایش	۳۴/۵۳ ± ۴/۵۶	۳۳/۵۳ ± ۴/۳۲	۳۲/۷۳ ± ۴/۸۴
	کنترل	۴۲/۱۳ ± ۵/۶۵	۴۱/۸۶ ± ۶/۱۱	۴۱/۰۰ ± ۶/۱۰
گوشه گیری	آزمایش	۵۶/۸۶ ± ۱۰/۲۲	۵۱/۷۳ ± ۱۰/۰۴	۵۱/۶۰ ± ۹/۴۸
	کنترل	۵۶/۰۶ ± ۸/۱۳	۵۵/۸۶ ± ۷/۹۵	۵۶/۰۰ ± ۸/۰۹
مهارت های انطباقی	آزمایش	۳۶/۸۶ ± ۴/۴۲	۴۲/۰۰ ± ۴/۷۹	۴۱/۴۶ ± ۴/۵۴
	کنترل	۴۰/۲۰ ± ۵/۱۵	۴۰/۰۰ ± ۴/۶۹	۳۹/۱۳ ± ۵/۳۱
رهبری	آزمایش	۳۵/۰۰ ± ۳/۲۹	۳۹/۲۶ ± ۲/۷۶	۳۹/۲۰ ± ۲/۹۰
	کنترل	۲۷/۸۰ ± ۳/۷۶	۲۷/۶۶ ± ۳/۷۵	۲۸/۰۰ ± ۳/۰۴
فعالیت های روزمره زندگی	آزمایش	۳۴/۶۶ ± ۷/۳۴	۴۲/۹۳ ± ۶/۵۶	۴۲/۸۰ ± ۶/۵۵
	کنترل	۳۱/۴۰ ± ۳/۶۲	۳۲/۳۳ ± ۷/۰۲	۳۴/۹۳ ± ۶/۶۸
ارتباط عملکردی	آزمایش	۳۲/۵۳ ± ۵/۵۲	۳۷/۴۰ ± ۵/۳۱	۳۶/۶۶ ± ۵/۴۴
	کنترل	۳۱/۴۰ ± ۳/۶۲	۳۰/۷۳ ± ۳/۹۹	۳۱/۸۰ ± ۴/۴۲
برون گرایی	آزمایش	۱۲۷/۰۰ ± ۵/۵۸	۱۱۸/۶۰ ± ۴/۸۳	۱۱۸/۷۳ ± ۵/۰۰
	کنترل	۱۳۰/۱۳ ± ۲۰/۸۲	۱۲۱/۰۰ ± ۵/۹۲	۱۲۱/۵۳ ± ۶/۰۴
درون گرایی	آزمایش	۱۴۲/۱۳ ± ۵/۶۶	۱۳۱/۰۶ ± ۵/۴۰	۱۲۹/۸۰ ± ۵/۵۷
	کنترل	۱۴۳/۹۰ ± ۹/۱۲	۱۴۴/۹۳ ± ۹/۵۵	۱۴۴/۰۰ ± ۹/۶۲
شاخص نشانه های رفتاری	آزمایش	۳۳۳/۶۶ ± ۱۰/۸۳	۳۰۵/۴۰ ± ۹/۲۸	۳۳۳/۶۶ ± ۱۰/۸۳
	کنترل	۳۳۷/۲۶ ± ۱۷/۱۲	۳۳۵/۸۶ ± ۱۶/۰۷	۳۳۷/۲۶ ± ۱۴/۱۹
مهارت های اجتماعی	آزمایش	۶۷/۴۶ ± ۱۱/۷۳	۷۵/۳۳ ± ۱۱/۶۶	۷۴/۴۶ ± ۱۱/۴۵
	کنترل	۷۱/۰۰ ± ۱۱/۱۸	۷۰/۷۳ ± ۱۱/۶۴	۶۹/۹۳ ± ۱۰/۷۵

مداخله کاهش یافته و در متغیرهای مهارت های اجتماعی، ارتباط عملکردی، انجام فعالیت های روزانه زندگی، مهارت های انطباقی و رهبری افزایش یافته است. همچنین نتایج حاصل از پیگیری نشان دهنده این است که برنامه مداخله تاثیر با ثبات داشته است. برای بررسی تاثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته از نتایج آزمون چند متغیری استفاده شد. طبق نتایج ارائه شده در جدول ۳ هر سه آزمون نشان دهنده تاثیر برنامه آموزش بر مشکلات رفتاری و مهارت های اجتماعی است.

بر اساس نتایج بدست آمده، میانگین گروه آزمایش در پس آزمون در متغیرهایی ارائه شده در جدول ۲ به جزء بیش فعالی، مشکلات سلوک، جسمانی کردن و اختلال در توجه نسبت به پیش آزمون با تغییر همراه است و این تغییر در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است، اما در گروه کنترل بین میانگین افراد در پیش آزمون و پس آزمون تغییر قابل ملاحظه مشاهده نمی شود. میانگین نمرات آزمودنی ها در گروه آزمایش در مرحله بعد از ارائه مداخله در متغیرهای اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، گوشه گیری، درون گرایی، برون گرایی و شاخص مشکلات رفتاری نسبت به بعد از

جدول ۳. نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی اثربخشی برنامه آموزشی

متغیر مستقل	آزمون ها	مقدار	آماره f	معنی داری	مجذور اتا
برنامه آموزشی	اثر پیلایی	۰/۹۴۳	۲۰۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۳
	لامبدای ویلکز	۰/۵۷۱	۲۰۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۳
	اثر هاتلینگ	۱۶/۵۸۳	۲۰۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۳

متغیرهای وابسته تاثیر معنی دار داشته است از نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که در گروه آزمایش، برنامه آموزشی مادران و نوجوانان در کاهش پرخاشگری ( $p < ۰/۰۰۱$ )، اضطراب ( $p < ۰/۰۰۱$ )، افسردگی ( $p < ۰/۰۰۱$ )، گوشه گیری ( $p < ۰/۰۰۱$ )، برون گرایی ( $p < ۰/۰۰۲$ )، درون

با توجه به نتایج بدست آمده در جدول ۳ و مقدار معناداری می توان اشاره کرد که تفاوت بین گروه ها حداقل در یکی از متغیرهای مرتبط با مشکلات رفتاری معنی دار است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز که معمولا در پژوهش ها گزارش می شود نشان می دهد که تفاوت بین گروه ها حداقل در یکی از متغیرها معنادار است ( $f = ۲۰۷/۲۹$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ ) بنابراین با توجه به معنادار بودن نتایج آزمون چند متغیری، برای بررسی در این جهت که برنامه آموزشی بر کدام یک از

تجزیه و تحلیل داده های حاصل از ارزیابی معلمان پس از ارائه برنامه آموزشی نیز نشان دهنده کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت های اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود.

گرایی ( $p < 0/001$ ) مهارت های انطباقی ( $p < 0/001$ )، ارتباط عملکردی ( $p < 0/001$ )، قدرت رهبری ( $p < 0/001$ )، انجام فعالیت های روزمره زندگی ( $p < 0/001$ ) و افزایش مهارت های اجتماعی ( $p < 0/001$ ) موثر بوده است. علاوه بر این

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثربخشی برنامه آموزشی بر مشکلات رفتاری و مهارت های اجتماعی

متغیر وابسته	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره f	درجه آزادی	مجزورات
بیش فعالی	گروه	۳۰۰	۱	۳۰۰	۰/۴۸۳	۰/۵۱	۰/۳۹
	خطا	۷/۴۵	۱۲	۰/۶۲۱			
	کل	۳۶۰/۱۷۰۰	۳۰				
پر خاشنگری	گروه	۸۵/۰۸	۱	۸۵/۰۸	۲۱/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	خطا	۴۸/۱۲	۱۲	۴/۰۱			
	کل	۷۹۴۸۶/۰۰	۳۰				
مشکلات سلوک	گروه	۰/۶۰۲	۱	۰/۶۰۲	۰/۸۱۲	۰/۳۸۵	۰/۰۶۳
	خطا	۸/۸۹	۱۲	۰/۷۴۱			
	کل	۳۶۶۶۹/۰۰	۳۰				
اضطراب	گروه	۴۳/۵۳	۱	۴۳/۵۳	۴۲/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	خطا	۱۲/۳۵	۱۲	۱/۰۲			
	کل	۸۱۸۳۹/۰۰	۳۰				
افسردگی	گروه	۳۸/۶۰	۱	۳۸/۶۰	۴۳/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸۳
	خطا	۱۰/۷۱	۱۲	۰/۸۹۳			
	کل	۱۰۶۲۹۲/۰۰	۳۰				
جسمانی کردن	گروه	۰/۶۱۵	۱	۰/۶۱۵	۱/۱۹	۰/۳۹۵	۰/۰۹۱
	خطا	۶/۱۷	۱۲	۰/۵۱۴			
	کل	۲۳۲۶۵/۰۰	۳۰				
اختلال توجه	گروه	۲/۱۲	۱	۲/۱۲	۱/۶۳	۰/۳۲۵	۰/۱۲۰
	خطا	۱۵/۵۶	۱۲	۱/۲۹			
	کل	۴۳۹۴۵/۰۰	۳۰				
گوشه گیری	گروه	۲۷/۷۵	۱	۲۷/۷۵	۱۹/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸
	خطا	۱۷/۱۳	۱۲	۱/۴۲			
	کل	۸۹۲۶۰/۰۰	۳۰				
مهارت های انطباقی	گروه	۴۳/۱۲	۱	۴۳/۱۲	۱۸/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵
	خطا	۲۸/۱۲	۱۲	۲/۳۴			
	کل	۵۱۰۹۰/۰۰	۳۰				
رهبری	گروه	۴۵/۱۲	۱	۴۵/۱۲	۲۸/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳
	خطا	۱۹/۰۸	۱۲	۱/۵۹			
	کل	۳۴۹۱۴/۰۰	۳۰				
فعالیت های روزمره زندگی	گروه	۶۳/۲۵	۱	۶۳/۲۵	۵۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۷
	خطا	۱۵/۱۰	۱۲	۱/۲۵			
	کل	۴۶۶۳۱/۰۰	۳۰				
ارتباط عملکردی	گروه	۹۶/۳۰	۱	۹۶/۳۰	۳۷/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۵۷
	خطا	۳۰/۹۰	۱۲	۲/۵۷			
	کل	۳۵۷۶۸/۰۰	۳۰				
برون گرایی	گروه	۸۹/۳۳	۱	۸۹/۳۳	۱۵/۸۱	۰/۰۰۲	۰/۵۶۹
	خطا	۶۸/۷۸	۱۲	۵/۶۴			
	کل	۴۳۱۴۲۴/۰۰	۳۰				
درون گرایی	گروه	۱۸۴/۸۶	۱	۱۸۴/۸۶	۵۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۱۰
	خطا	۴۳/۳۱	۱۲	۳/۶۱			
	کل	۵۷۴۴۵۰/۰۰	۳۰				
شاخص مشکلات رفتاری	گروه	۱۱۰۵/۳۱	۱	۱۱۰۵/۳۱	۱۲۶/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱۳
	خطا	۱۰۵/۲۳	۱۲	۸/۷۷			
	کل	۳۰۹۵۹۶۱/۰۰	۳۰				
مهارت های اجتماعی	گروه	۹۷/۲۷۵	۱	۹۷/۲۷۵	۲۱/۳۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰
	خطا	۱۱۸/۶۲۰	۲۶	۴/۵۶۲			
	کل	۱۶۳۹۷۹/۰۰	۳۰				

**بحث و نتیجه‌گیری**

با توجه به این که تغییرات جسمانی بلوغ در وضعیت روانی و ذهنی افراد نیز تاثیر گذار است، نوجوانان نیازمند سازگاری با تغییرات پدید آمده در اعضاء بدن و ایجاد تصویری جدید از خود در ذهن هستند. در این دوره دریافت آموزش از اهمیت زیادی برخوردار است و والدین و مسئولان مدرسه در این زمینه وظیفه مهمی بر عهده دارند. در صورت عدم دریافت آموزش، ممکن است نوجوان دچار سردرگمی شود. اگر نوجوانان فرصت یابند که مسائل و مشکلات بلوغ را در محیطی سرشار از تفاهم و صمیمیت و با کمک پدر و مادر و مربیان حل کنند این دوره را بطور طبیعی و بدون ناراحتی پشت سر گذاشته و با سلامتی و نشاط پا به عرصه زندگی بزرگسالی می‌گذارند. بسیاری از نوجوانان به دلیل عدم آگاهی و برخورد نامناسب والدین در این دوره با مشکلات مختلف رفتاری روبه‌رو خواهند شد [۲۸]. رویکردهای مدیریت رفتارهای چالش برانگیز عبارتند از مداخلات آموزشی، رفتاری-شناختی، روانی-اجتماعی و همچنین دارو درمانی. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که درمان‌های غیر دارویی اولین گزینه انتخاب برای درمان مشکلات رفتاری است و مداخلات دارویی در صورت عدم موفقیت درمان‌های دیگر باید در نظر گرفته شود [۲۹]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دریافت آموزش توسط مادران و دختران نوجوان نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی داشته است. این یافته با نتایج برخی از تحقیقات انجام شده همخوان است [۱۴، ۲۲]. معمولاً ممکن است نوجوان حالت‌های از ترس، گوشه‌گیری، اضطراب اجتماعی و افسردگی را تجربه کند، اما تشخیص تفاوت بین مشکلات رفتاری و اجتماعی و مسائل طبیعی که مختص به دوره بلوغ و نوجوانی است دشوار است. باید به این نکته توجه داشت که هر گونه تغییر رفتاری، مشکل تلقی نمی‌شود بلکه شدت، نوع، طبیعت و تدام رفتارها نیز حائز اهمیت است و باید در نظر گرفته شود. در این دوره نوجوان ممکن است به سمت نقص هنجارهای اجتماعی و پرخاشگری برود و قوانین والدین و جامعه مقبول او نباشند. بسیاری از دختران و پسران جذب گروه‌های منحرف شده و به سمت مواد مخدر و الکل می‌روند. بنابراین برنامه ریزی برای اوقات فراغت، افزایش مهارت‌های دوست‌یابی و ارتباط مناسب با نوجوان حائز اهمیت است [۳۰]. عدم توانایی در مدیریت تغییرات بلوغ، داشتن چالش در ارتباط با اطرافیان، مشکل در دوست‌یابی و عدم استقلال و برخورد نامناسب والدین نقش مهمی در افزایش مشکلات رفتاری و اجتماعی خواهد داشت. بنابراین، باید به این نکته توجه داشت که آموزش والدین در جهت استفاده از شیوه‌های فرزند پروری

مناسب و شناخت مشکلات دوره بلوغ و نحوه برخورد صحیح با آن‌ها، آموزش در زمینه درک خصوصیات فیزیولوژیک و تغییرات جسمانی دوره بلوغ، آموزش مهارت‌های اجتماعی و دوست‌یابی، برنامه‌ریزی برای اوقات فراغت، پرورش مهارت‌های حل مسئله و کنترل خشم به نوجوانان و افزایش استقلال آن‌ها، نقش مهمی در پیشگیری از مشکلات رفتاری و اجتماعی خواهد داشت [۳۱]. مهمترین دلیل ترس و اضطراب از هر موضوعی، ناآگاهی نسبت به آن موضوع است که ضروری است برای کاهش ترس و اضطراب‌های نوجوان آموزش‌های لازم در مورد بلوغ، دوست‌یابی، حل مساله، انجام امور شخص و در زمینه مهارت‌های اجتماعی به نوجوان داده شود [۳۲]. محیط به عنوان عامل تأثیرگذار بر رشد و نگهداری مشکلات رفتاری و اجتماعی شناخته شده است. در بلوغ، روابط مثبت با همسالان و سبک‌های ارتباطی صحیح والدین نقش مهمی در سلامت روانی خواهند داشت. علاوه بر این، داشتن برنامه‌های آموزشی پیرامون بلوغ پیش از آن که اتفاق بیافتد، راه مهمی برای پیشگیری از مشکلات رفتاری و اجتماعی در دختران و پسران است [۳۳]. قابل ذکر است که روابط بین والدین و کودک و نوجوان را باید به عنوان شبکه‌ای از عوامل دانست که در واکنش متقابل با یکدیگر هستند. والدینی که از شیوه‌های مقتدرانه فرزند پروری استفاده می‌کنند، فرزندان آن‌ها سطوح بالاتری از رشد اجتماعی و شایستگی و سطوح پایین‌تری از مشکلات رفتاری را تجربه می‌کنند [۳۴، ۳۵]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با آموزش نوجوانان و مادران با ارائه یک برنامه ساختار یافته می‌توان مشکلات رفتاری و اجتماعی را کاهش داد. علاوه بر این، برنامه آموزشی منجر به افزایش دانش مادران نیز شده است که می‌تواند در ارائه رفتار درست از سوی آن‌ها با نوجوان و کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی آن‌ها موثر باشد. بنابراین ضروری است که والدین و نوجوانان آموزش لازم را در ارتباط با دوره بلوغ دریافت کنند و بهتر است این آموزش قبل از بلوغ آغاز و در دوره بلوغ ادامه یابد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به امکان عدم وجود صداقت در پاسخگویی به سوالات اشاره کرد و همچنین با توجه به این که تحقیق در شهر یزد انجام شده است تعمیم نتایج به سایر شهرها و جوامع باید با احتیاط انجام پذیرد. باید به این نکته اشاره کرد که با توجه به اهمیت دوره بلوغ برای دختران و پسران بهتر است در پژوهش‌های آینده برنامه‌های آموزشی متناسب برای پسران نوجوان و پدران و تاثیر آن بر کاهش و پیشگیری از مشکلات رفتاری و اجتماعی نیز بررسی گردد، علاوه بر این می‌توان تاثیر چند برنامه آموزشی مختلف را با یکدیگر مقایسه کرد.

منابع

- 11- Bettencourt, B.A., Talley, A., Benjamin, A.J., Valentine, J. (2006). Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, Vol 132, PP. 751–777.
- 12- Samuelsson, M., Holsti, A., Adamsson, M., Serenius, F., Hägglöf, B., Farooqi, A. (2017). Behavioral Patterns in Adolescents Born at 23 to 25 Weeks of Gestation. *Journal of Pediatrics*, Vol 22. DOI: 10.1542/peds.2017-0199.
- ۱۳- آهنگرزاده رضایی، سهیلا. خلیل زاده، حمیده (۱۳۹۰). ارتقاء توانمندی نوجوانان و مادران آنان در مقابله با بحران بلوغ در دختران مدارس راهنمایی تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی ارومیه. دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. سال ۹، شماره ۳، صص ۴۲۳-۴۱۷
- 14- Mrug, S., Elliott, M.N., Davies, S., Tortolero, S.R., Cuccaro, P & Schuster, M.A. (2014). Early Puberty, Negative Peer Influence, and Problem Behaviors in Adolescent Girls. *Pediatrics*, doi:10.1542/peds.2013-0628, Vol 133, PP. 7-14
- 15- Jalling, C. (2017). Prevention and Prediction of Adolescent Problem Behavior. Published by Karolinska Institutet. ISBN 978-91-7676-905-8
- 16- Nilsen, W., Karevold, E. B., Kaasboll, J., & Kjeldsen, A. (2018). Nuancing the role of social skills– a longitudinal study of early maternal psychological distress and adolescent depressive symptoms. *BMC Pediatrics*, Vol 18, PP.133
- 17- Doyle, P. Quayle, E. Newman, E. (2017). Social climate in forensic mental health settings: A systematic review of qualitative studies. *Aggression and Violent Behavior*.
- 18- Deighton, J., Croudace, T., Fonagy, P., Brown, J., Patalay, P., & Wolpert, M. (2014). Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy: a review of child self-report measures. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, Vol 8, PP 14-20
- 19- Musuva, R., Shen, Y., Wei, X., Binder, S., Ivy, J. A., Secor, W.E., Montgomery, S. P., King, C. H, Mwinzi. (2017). Change in children’s school behavior after mass administration of praziquantel for *Schistosoma mansoni* infection in endemic areas of western Kenya: A pilot study using the Behavioral Assessment System for Children (BASC-2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181975>
- 20- Ladouceur CD, Peper JS, Crone EA, Dahl RE. White matter development in adolescence: the influence of puberty and implications for affective disorders. *Dev Cogn Neurosci*. 2012; Vol 2, 1 PP 36–54
- 1- Herting, M.M., & Sowell, E.R. (2017). Puberty and structural brain development in humans, Vol 44, PP. 122–137. DOI: 10.1016/j.yfrne.2016.12.003.
- 2- Berenbaum, S.A., Beltz, AM., & Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: conceptualization and measurement. *Adv Child Dev Behav*, Vol 48, PP. 53–92
- 3- Recabarren, S.E., Recabarren, M., Sandoval, D., Carrasco, A., Padmanabhan, V., Rey, R., Richter, H.G., Perez-Marin, C.C., Sir-Petermann, T., Rojas-Garcia, P.P. (2017). Puberty arises with testicular alterations and defective AMH expression in rams prenatally exposed to testosterone. *Domest Anim Endocrinol*. Vol 23, 61, PP.100-107. DOI: 10.1016/j.domaniend.
- 4- Braams, BR., van Duijvenvoorde, AC., Peper, J.S., Crone, EA. (2015). Longitudinal changes in adolescent risktaking: a comprehensive study of neural responses to rewards, pubertal development, and risktaking behavior, *J Neurosci*. Vol 35, 18, PP. 7226–7238.
- 5- Ladouceur, CD. (2012). neural systems supporting cognitive-affective interactions in adolescence: the role of puberty and implications for affective disorders. *Front Integr Neurosci*, 6, 65
- 6- Mrug, S., Elliott, M.N., Davies, S., Tortolero, S.R., Cuccaro, P., & Schuster, M.A. (2014). Early Puberty, Negative Peer Influence, and Problem Behaviors in Adolescent Girls. *The American Academy of Pediatrics*, 0031-4005, PP. 1098-4275
- 7- Vannest K, R.C.K.R., and Intervention Guide for Behavioral and Emotional Issues (BASC-2). . (2008). Published by Pearson.
- 8- Lipsey, M.W., et al., Improving the Effectiveness of Juvenile Justice Programs: A New Perspective on Evidence-based Practice. (2011). Georgetown University, Center for Juvenile Justice Reform.
- 9- Hosie, J., Gilbert, F., Simpson, K., Daffern, M. (2014). An examination of the relationship between personality and aggression using the general aggression and five factor models. *Aggressive Behavior*, Vol 40, PP. 189–196.
- 10- Hernandez, M., Marangoni, C., Grant, M.C., Estrada, J., Faedda, GL. (2017). Parental Reports of Prodromal Psychopathology in Pediatric Bipolar Disorder. *Curr Neuropharmacol*. Vol 15, 3, PP. 380-385. DOI: 10.2174/1570159X14666160801162046

- 32- Haggerty, K.P., McGlynn-Wright, B.A., and Klima, T. (2014). Promising Parenting Programs for Reducing Adolescent Problem Behaviors. *J Child Serv.* Vol 8, 4, PP 10.1108/JCS-04-2013-0016.
- 33-Sukhodolsky, D.G., McCauley, S.E., Ibrahim, K and Piasecka, J. B. (2016). Behavioral Interventions for Anger, Irritability, and Aggression in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* Vol 26, 1, PP 58-64
- ۳۴- یوسفی، فریده (۱۳۸۶). ارتباط سبک فرزند پروری والدین با مهارت های اجتماعی و جنبه های از خودپنداره دانش آموزان دبیرستانی. فصلنامه روان شناسی بالینی و شخصیت. سال ۴، شماره ۲۲، صص ۳۷-۴۶
- ۳۵- کجباف، محمد باقر، عریضی، حمیدرضا، امیری، شعله، کهنوجی، رخساره (۱۳۹۰). اثربخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان خانواده های در معرض طلاق. فصلنامه روان شناسی بالینی و شخصیت. سال ۳، شماره ۴، صص ۱-۸
- 21- Jones, R.M. Somerville, L.H. Ruberry, J.J. Powers, A. Mehta, N. Casey, B. J. (2014). Adolescent-specific patterns of behavior and neural activity during social reinforcement learning, *Cogn. Affect. Behav. Neurosci.* PP 1-15
- 22- March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J. (2004). Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, Vol 292, 7, PP 807-820
- 23- Reynolds, C., R. Kamphaus, and K. Vannest, Behavior Assessment System for Children (BASC). (2011). PP 366-371.
- 24- Crosby, J. (2011). Test Review: F. M. Gresham & S. N. Elliott Social Skills Improvement System Rating Scales. Minneapolis, MN: NCS Pearson, 2008. *Journal of Psychoeducational Assessment*, Vol 29, 3, PP 292-296
- 25- Gresham, F. M, Elliott, S.N., Vance, M.J., Cook, C. R. (2011). Comparability of the Social Skills Rating System to the Social Skills Improvement System: Content and Psychometric Comparisons across Elementary and Secondary Age Levels. *American Psychological Association* 26, 1, 27-44
- 26- Elliott S.N., Gresham F.M. (2008). Social skills improvement system (SSIS): Intervention Guide. Pearson clinical assessment.
- ۲۷- حاجی زاده، ابراهیم و اصغری، محمد (۱۳۹۴). روش ها و تحلیل های آماری با نگاه به روش تحقیق در علوم زیستی و بهداشتی. سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ دوم
- 28- Stein, DS. Munir, KM. Karweck, AJ. Davidson, EJ. Stein, MT. (2017). Developmental Regression, Depression, and Psychosocial Stress in an Adolescent with Down syndrome. *J Dev Behav Pediatr.* Vol 38, 1, PP 26-S28
- 29- Euling, S.Y., Selevan, S.G., Pescovitz, O.H., Skakkebaek, N.E. (2008). Role of environmental factors in the timing of puberty. *Pediatrics.* Vol 121, PP 167-171.
- 30- Varcarolis, Elizabeth. (2013). Essentials of psychiatric mental health nursing. St. Louis: Elsevier. PP 439-442.
- 31- Purper-Ouakil D. Didillon A. (2016). Psychopathology related to women pubertal precocity. *Encephale*, Vol 42, 5, PP 453-457