Family Pathology, Counseling & Enrichment
2019. Vol. 5, N. 1 (9), 43-58

آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده
۱۳۹۸، ۵، ۱ (پیاپی ۹): ۵۸-۴۳

# اثربخشی گروه‌درمانی چند خانواده‌ای مبتنی بر هدف بر رفتارهای مشکل‌دار نوجوانان

# Effectiveness of purposeful-based multi-family group therapy on problematic behavior in adolescents

زهرا ودادیان *
حمیدرضا آقا محمدیان**
حسین کارشکی***

Zahra Vedadian
Hamidreza Aghamohamadian
Hosein Kareshki

## چکیده

بخش عمده اقدامات درمانی برای نوجوان بر فرآیندهای خانواده تمرکز دارد و یکی از روش‌هایی که میان درمانگران مقبولیت ویژه یافته گروه‌درمانی با چند خانواده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی چند خانواده‌ای مبتنی بر هدف بر رفتارهای مشکل‌دار نوجوان، روی دانش‌آموزان سال آخر انجام پذیرفت. جامعهٔ آماری در این پژوهش، همه دانش‌آموزان دختر و پسر پیش‌دانشگاهی مدارس دولتی شهر بجنورد بود. نمونهٔ پژوهش شامل ۲۲ دانش‌آموز دارای ملاک‌های ورود به طرح پژوهشی بود که به‌تصادف در سه گروه آزمایش، کنترل و شم کنترل جایگزین شدند. برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزار خودسنجی نوجوان استفاده شد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گردآوری و به کمک آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که نوجوانان در گروه آزمایش نسبت به نوجوانان در گروه‌های شم کنترل و کنترل، نمرات کمتری در مقیاس‌های برونی‌سازی و درونی سازی دریافت داشتند ($P<0/01$). این مهم نشان داده که گروه‌درمانی چند خانواده‌ای متمرکز بر هدف نسبت به شرایط گروهی چند خانواده‌ای معمولی، به‌واسطهٔ اصلاح روش‌های ارتباطی والد-نوجوان و آموزش سبک والدگری هدفمند به خانواده‌ها، در کاهش رفتارهای مشکل‌دار نوجوانان مؤثرتر عمل می‌کند.

**واژگان کلیدی:** *گروه‌درمانی چند خانواده‌ای، هدفمندی، رفتارهای مشکل‌دار، نوجوان*

## Abstract

Much of the adolescent treatment focuses on family processes and one of the approaches adopted by clinicians is multifamily group therapy. The aim of this study was assessment of effectiveness of purposeful based multi-family group therapy on problematic behavior of adolescents. Research communication was all of girl and boy junior students of governmental schools of Bojnord. Sample of study was 22 students that have iterance factors that randomly replace in experimental, control and sham control groups. Youth self-report was used for gathering the data of study. Data that obtained of questionnaire in pre-test, post-test and follow up was analyzed by analysis of variance with repeated measure. Results showed that adolescents in experimental group that receive the purposeful based multi-family group therapy program in comparison with sham-control and control group, had a lower scores in internalizing and externalizing behavior scales ($P<0/01$). This results showed that Purposeful based multi-family group therapy compared with typical multi-family groups, by correct the style of parent-adolescent relationship and education of purposeful parenting, can reduce the problematic behavior in adolescents.

**Key words:** *multi-family group therapy, purposefulness, problematic behaviors, adolescent*

*. **نویسنده مسئول:** دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. Vedadian@um.ac.ir
**. عضو هیئت‌علمی گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
***. عضو هیئت‌علمی گروه علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]
[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

**مقدمه**

مشکلات رفتاری نوجوانان مشکلات جدی، فراگیر و هزینه بری هستند (بارو و اسپرنگ[1]، ۲۰۱۶؛ دراگس، هوان و ترانواگ[2]، ۲۰۱۷؛ نیونهوس، اورهک و شریر[3]، ۲۰۱۷). مراجعه با این مشکلات، نیمی از ارجاعات نوجوانان به مراکز روان‌شناختی را شامل می‌گردد (آلاندته، روز، سالوادور و رودریگوس[4]، ۲۰۱۸؛ شما و مکتاویچ[5]، ۲۰۱۵؛ آراجو، آرانتس، دانزا، پینهریو و گابین[6]، ۲۰۱۶؛ موتا، تسایی، کیوین، سارین، ساتویک و پیئترزک[7]، ۲۰۱۶). بااین‌وجود یافتن یک روش درمانی مناسب برای نوجوانان، یکی از عمده‌ترین مشکلات در روان‌درمانی است. شکست تلاش‌های روان‌درمانی فردی در رابطه با افراد در این مقطع سنی به‌دفعات زیاد گزارش‌شده است (پلیزا-اسکوئر، سیلیوا، جوفر و تاگرا[8]، ۲۰۰۴؛ تیری و کاسیستو[9]، ۲۰۱۶). امروزه بیشتر پژوهشگران از مداخلات درمانی و اثربخشی و قابلیت‌های نظام‌های خانواده‌درمانی (کولهو و رمئو[10]، ۲۰۱۷) و درمان‌های گروهی (ابستانی، برنشتاین، مارتینز، کورپیا و ویز[11]، ۲۰۱۸) حمایت می‌کند.

با توجه به شکست درمان‌های فردی (هاستیس، کو، دان، هیلیارد، یون و همکاران[12]، ۲۰۱۷) در حوزه نوجوان و کارایی محدود درمان‌های گروهی متشکل از نوجوانان در درمان مشکلات حوزه‌ی نوجوانی (شالمن[13]، ۲۰۱۷) و تأکید درمانگران این عصر بر استفاده از نیروی پویای تعاملات درون خانواده برای حل مسائل این دوره، گروه‌درمانی با چند خانواده می‌تواند قالب مناسبی برای ارائه پروتکل مداخله‌ای[14] در جهت رفع رفتارهای مشکل‌دار[15] نوجوان و پیشگیری از بروز آسیب‌های در وی باشد (کوروفسکی[17] و همکاران، ۲۰۱۸؛ هاستیس، کا و دان[18]، ۲۰۱۷).

1. Burrow, A. L. & Spreng, N.
2. Dragese, J., Haugan, G. and Tranvag, O.
3. Nieuwenhuis, A. V., Orehek. E. & Scheier, S.
4. Alandete, J. G., Ros, M. C., Salvador, J. M. & Rodrigues, S. P.
5. Shamah, D. & McTavish, K. A.
6. Araujo, U. F., Arantes, V. A., Danza, H. C, Pinheiro, V. P. & Gabini, M.
7. Mota, N. P., Tsai, J., Kiwin, P. D., Sareen, J., Southwick, S. M. & Pietrzak, R. H.
8. Plesa-Skwere, D., Sulliva, K., Joffer, K. & Tager, H.
9. Tirri, K. & Kusisto, E.
10. Coelho, V. A. & Romao, A. M.
11. Ebestani, C., Bernstein, A., Martinez, J. I., Chorpita, B. F. & Weisz, J. R.
12. Huestis, S., Kao, G., Dunn, A., Hilliard, A. T., Yoon, I. A.
13. Shulman, L.
14. Interventional protocol
15. Problematic behavior
16. Psychopathology
17. Kurowski, B.
18. Huestis, S. E., Kao, G. & Dunn, A.



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

گروه‌درمانی با چند خانواده[1] کیفیت درمانی منحصربه‌فردی است که در آن، دو یا چند خانواده در یک اتاق به همراه درمانگر آموزش‌دیده گرد هم می‌آیند و مداخلات روانی - اجتماعی هدفمند و منظمی را بکار می‌برند. جلسات صریحاً یا تلویحاً بر الگوهای تعاملی بین خانواده‌ها تمرکز دارند و از اتحاد درمانی بالقوه یا حقیقی میان خانواده‌ها که بر پایه شباهت‌های جنسی، مشکل مطرح‌شده‌یا نقش‌های خانوادگی ایجادشده است، استفاده می‌شود. به دلیل ترکیب متفاوت این رویکرد با درمان‌های سنتی، به‌واسطه قابلیت‌های الگوسازی[2]، یادگیری قیاسی[3]، تفسیری، تشخیصی، یادگیری از طریق آزمون‌وخطا و درک رمزهای درون خانوادگی[4]، فضایی را برای خانواده‌ها فراهم می‌آورد تا تعاملات جدیدی را در درون و بیرون از خانواده مرکزی خود شکل داده، توانمندی‌های خود را بیابند، نگرانی‌های خود را مطرح سازند و هم‌زمان از حمایت اعضای دیگر گروه که در موقعیتی مشابه قرار دارند برخوردار شوند (ودادیان و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۳).

این رویکرد برای اولین بار در سال ۱۹۵۰ توسط پیتر لکوئر[5] و همکارانش برای درمان بیماران اسکیزوفرن بستری در بیمارستان ارائه شد ولی به‌طور رسمی و در قالب رویکرد درمانی با قابلیت استفاده در موقعیت‌های خارج از بیمارستان توسط مک فارلن، در چارچوبی چهار مرحله‌ای معرفی شد و بعدتر در موقعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی، کارایی خود را در درمان طیف گسترده‌ای از مشکلات از قبیل اختلال‌های اضطرابی، طیف مشکلات مرتبط با افسردگی، مشکلات مرتبط با ناهنجاری‌های رشدی و تغذیه و تعارضات روان‌شناختی در حوزه‌های کودک، نوجوان و بزرگ‌سال نشان داد (هاستیس، کا، دان، هیلیارد، یون و همکاران[6]، ۲۰۱۷؛ مارزولا، ناتز، موری، راکول، بوتل و همکاران[7]، ۲۰۱۵؛ لو، فانگ، یان، زو، یوان[8] و همکاران، ۲۰۱۵؛ موریس، گومز، نینتمن و اسکاگربرگ[9]، ۲۰۱۴؛ شاموی، اسکونیان، بردشو و هیز[10]، ۲۰۱۷).

1. Multi Family Group Therapy (MFGT)
2. Modeling
3. Deductive learning
4. interafamily symbols
5. Lequer, P.
6. Huestis, S. E., Kao, G., Dun, A., Hilliard, A. T., Yoon, I. A. & ET. Al.
7. Marzola, E., Knatz, S., Murray, S., Rockwell, R., Boutelle, K.
8. Liu, G. X., Fang, X. Y., Zhou, Z. K., Yuan, X. J.
9. Morris, E., Gomes, R., Ninteman, A. & Skagerberg, E.
10. Shumway, T.; Schonian, S.; Bradshow, S. & Hayes, N. D.



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

پژوهش حاضر درصدد است تا اثربخشی این رویکرد درمانی را در ترکیب با مفهوم والدگری هدفمند در کاهش رفتارهای مشکل‌دار نوجوانان موردبررسی قرار دهد. قابلیت منحصربه‌فرد این روش درمانی در ترکیب عناصر آموزش و فرآیند گروهی در جهت تحت کنترل درآوردن نیروهای درونی خانواده، این امکان را ایجاد کرده تا بتوان از این قالب درمانی برای اصلاح تعاملات والد-نوجوان و جهت‌دهی به سبک والدگری حاکم بر خانواده بهره جست.

خصوصیات و نحوه رفتار والدین، تکامل شخصیت نوجوان و رشد همه‌جانبه او را تسهیل می‌کند (جانسو، ۲۰۱۷؛ یانگ و شاپکا[1]، ۲۰۱۶). تعامل مثبت با والدین برای نوجوانی که در برابر وظیفه خطیر شکل‌دهی هویت قرارگرفته است می‌تواند به‌صورت نیروی انگیزشی عمل کرده و او را در مسیر سالم رشد هدایت کند (لرنر، فربز، فورمن و بوئرز[2]، ۲۰۰۹). بدون حمایت، ممکن است تلاش برای یافتن هویت و مسیر زندگی در نوجوان به طول انجامد و به سال‌های جوانی او انتقال یابد و باعث ایجاد اضطراب و ناامیدی در وی شود (بوئرز، لی، کیلی، بریتیان، لرنر و لرنر[3]، ۲۰۱۰). هنگامی‌که فرزند، محبت والدین خود را در دل احساس می‌کند و از امنیت خاطری که متناسب با سن و سال و رشد اوست مطمئن است، بحران‌های گه گاهی را که ممکن است در ارتباط با پدر یا مادر یا اوضاع‌واحوال ناآشنای محیط پیرامون خود پیش بیاید، به‌سلامت از سر می‌گذراند و جرئت و جسارتش برای زندگی مستقل و متکی‌به‌خود آسیب نمی‌بیند (اسکاتلینی، زانی و پفیفر[4]، ۲۰۱۷؛ ویگا و لیت[5]، ۲۰۱۶).

اشتباهی که اغلب والدین مرتکب می‌شوند این است که تصور می‌کنند فرزند آن‌ها نمی‌تواند درست و غلط را تشخیص دهد و نیازمند راهنمایی و هدایت مستقیم آن‌ها است (کولهو و رومائو[6]، ۲۰۱۷). والدین باید توجه داشته باشند که قرار نیست هدف‌ها و جایگاه فرزند خود در زندگی را تعیین کنند و وظیفه‌ی یافتن هدف در زندگی را بجای فرزند خود بر دوش کشند و سبک زندگی را در قالب یک پیش‌نویس به وی ارائه دهند و انتظار داشته باشند در آینده بزرگ‌سالانی با شخصیت مطلوب و موردنظر خود تحویل بگیرند (شما و مکتاویچ[7]، ۲۰۱۵).

1. Yang, L. & Shapka, J.
2. Lerner, J. V., Phelps, E., Forman, Y., & Bowers, E. P.
3. Bowers, E. P., Li, Y., Kiely, M. K., Brittian, A., Lerner, J. V., & Lerner, R. M.
4. Scatlini, F. L.; Zani, K. P. & Pfeifer, L.
5. Veiga, A. & Leite, A.
6. Coelho, V. A. & Romao, A. M.
7. Shamah, D. & McTavish, K. A.



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

پژوهش حاضر درصدد است تا راهکاری را بیابد که به‌واسطه‌ی آن والدین بتوانند ارتباط مؤثرتری با فرزندان خود داشته و از این ارتباط به‌عنوان عامل پیشگیرانه در برابر پیشروی مشکلات رفتاری نوجوان تا حد اختلال‌های بالینی در حوزه‌های درونی سازی و برونی‌سازی بهره گیرند. در همین راستا، هدف از این پژوهش پاسخ به این پرسش است که:

آیا گروه‌درمانی چند خانواده‌ای مبتنی بر هدف با تمرکز بر آموزش سبک والدگری هدفمند، می‌تواند منجر به کاهش مشکلات رفتاری در نوجوان شود؟

## روش

پژوهش حاضر ازجمله پژوهش‌های کاربردی از نوع نیمه آزمایشی با گروه گواه و جایگزینی تصادفی است. جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان سال آخر مدارس دولتی دخترانه شهر بجنورد بودند. نمونه متشکل از ۲۲ دانش‌آموز بود که به‌طور داوطلبانه به همراه والدین خود در طرح پژوهشی شرکت کردند. حجم نمونه با توجه به قواعد حاکم بر روش گروه‌درمانی چند خانواده‌ای (ایسلر[1]، ۲۰۰۵) و با در نظر گرفتن عدم حضور کمک درمانگر برای گروه‌های آزمایش و شم کنترل، ۶ دانش‌آموز به همراه والدین خود و برای گروه کنترل ۱۰ دانش‌آموز تعیین شد. ملاک‌های آماری ورود آزمودنی‌ها به طرح آزمایشی عبارت بودند از: محدوده سنی بین ۱۷ تا ۱۸ و نیم سال؛ وجود رفتارهای مشکل‌دار در بخش نیمرخ مبتنی بر تجربه در پرسشنامه خودسنجی نوجوان و عدم حضور برچسب بالینی برحسب نیمرخ DSM5.

## ابزار

***فرم خودسنجی نوجوان[2] (YSR):*** فرم مشکلات رفتاری نوجوانان یک مقیاس خود ارزیابی برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال است که برای نوجوانان با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدایی در مدت‌زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخ‌گویی است. این مقیاس شامل بخش شایستگی‌ها و سندرم‌ها است. بخش شایستگی‌ها از چهار قسمت فعالیت‌ها، عملکرد تحصیلی، کارایی اجتماعی و شایستگی کلی تشکیل‌شده است. بخش سندرم‌ها شامل ۱۱۲ عبارت است و آزمودنی‌ها طبق یک مقیاس سه نمره‌ای

1. Eisler, I.
2 .Youth Self-Report (YSR)



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

(۰،۱،۲) دور عددی را که با وضعیت آن‌ها مطابقت دارد، خط می‌کشند. این مقیاس‌ها عبارت‌اند از: ۱. گوشه‌گیری، ۲. شکایت جسمانی، ۳. افسردگی / اضطراب، ۴. مشکلات اجتماعی، ۵. مشکلات تفکر، ۶. مشکلات توجه، ۷. رفتار بزهکارانه، ۸. رفتار پرخاشگرانه و همچنین زیرمقیاس سایر مشکلات رفتاری که مجموعه ناهمگونی از مشکلات و ناراحتی‌های مختلف (نظیر نافرمانی، غذا نخوردن و ...) را دربرمی گیرد و نمره کلی برای آن منظور نمی‌گردد. از جمع مقیاس‌های اول، دوم و سوم (به‌استثنای عبارت ۱۰۳)، مقیاس رده دومی به نام درون‌ریزی[1] و از جمع مقیاس‌های هفتم و هشتم، مقیاس رده دوم دیگری به نام برون‌ریزی[2] به دست می‌آید. از مجموع تمامی موارد مربوط به مشکلات، یک نمره کلی حاصل می‌شود (مینایی، ۱۳۸۵). خود سنجی نوجوان از پایایی و روایی رضایت بخشی برخوردار است. در پژوهشی روی یک نمونه از نوجوانان، ضرایب بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۹۲، برای مقیاس درون‌ریزی ۰/۹۰ و برای مقیاس برون‌ریزی ۰/۸۹ محاسبه‌شده است. ضرایب همسانی درونی در این مطالعه به ترتیب ۰/۹۴ برای مقیاس کلی، ۰/۸۲ برای مقیاس برون‌ریزی و ۰/۹۱ برای مقیاس درون‌ریزی محاسبه‌شده است (سالاری،۱۳۸۰). محمدخانی (۱۳۷۹، به نقل از کاکابرایی، حبیبی و فدایی، ۱۳۸۶) در بررسی ۱۴۴۸ نوجوان مقطع تحصیلی دوم راهنمایی، پایایی مقیاس مشکلات رفتاری کلی را ۰/۹۴ به دست آورد. در مطالعه حبیبی و همکاران (۱۳۸۶) میزان پایایی آزمون با رویکرد مبتنی بر سنجش تجربی آخنباخ با استفاده از آلفای کرونباخ در دوقلوهای همسان، میزان پایایی دونیمه کردن در دوقلوهای همسان ۰/۹۱ و در دوقلوهای ناهمسان ۰/۸۶ و در کل نمونه ۰/۸۹ به دست آمد.

## روش مداخله

گروه آزمایش، در معرض پروتکل گروه‌درمانی چند خانواده‌ای مبتنی بر هدف که توسط نویسنده (ودادیان، آقا محمدیان و کارشکی، ۱۳۹۸) به‌صورت برنامه‌ی ۱۳ هفته‌ای شامل ۱۰ جلسه‌ی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برای

1. Internalizing behavior
2. Externalizing behavior



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

خانواده‌ها و چهار کارگاه برای والدین و دانش‌آموزان به‌طور جداگانه طراحی‌شده است قرار گرفتند. طرح کلی مداخله با اشاره به هدف کاربردی هر جلسه، در جدول زیر ارائه‌شده است:

| فرآیند | | هدف |
|---|---|---|
| کارگاه آموزشی (آموزش روانی[1]) | والدین | آموزش مهارت ارتباط مؤثر و گوش دادن فعال<br>آموزش والدگری هدفمند<br>آموزش مهارت حل تعارض و مدیریت هیجانی |
| | نوجوانان | آموزش مهارت ارتباط مؤثر و گوش دادن فعال |
| درمان | | - ایجاد اتحاد درمانی<br>- بیان اهداف، آرزوها و معانی زندگی و شغلی والدین و احساس‌های آن‌ها در مورد زندگی شخصی و اجتماعی خود<br>- ایجاد فضای تعاملی مناسب برای بیان علایق، خواسته‌ها و آرزوها از جانب نوجوان<br>- پیگیری علایق و خواسته‌های نوجوانان از سمت والدین<br>- درگیر شدن والدین در حوزه‌های علایق فرزندان<br>- ایجاد فضای تعاملی مناسب برای شناخت توانمندی‌های ذهنی و عملی نوجوان<br>- ارائه‌ی حمایت روانی و عملی از توانمندی‌ها و حوزه‌ی علایق نوجوان از جانب والدین<br>- ایجاد شرایط برای بیان برنامه‌ها و طرح‌های ذهنی نوجوان<br>- جمع‌بندی جلسات و خاتمه‌ی گروه |

## شیوه اجرای پژوهش

برای جمع‌آوری اعضای گروه، اطلاعیه گروه به همراه توضیح مختصر در رابطه با موضوع مداخله، در اختیار دانش‌آموزان و والدین آن‌ها قرار گرفت. از میان آزمودنی‌هایی که تمایل به شرکت در طرح مداخله داشتند، با توجه به ساعت و تاریخ برگزاری جلسات و تمایل والدین به شرکت در گروه‌درمانی، ۱۲ نفر از دانش‌آموزانی که مشمول ملاک‌های ورود به طرح بودند، به‌تصادف در گروه‌های آزمایش و شم کنترل جایگزین شدند و باقی دانش‌آموزان مشمول (۱۰ نفر) در فهرست انتظار درمان قرار گرفتند. دانش‌آموزان، پیش از شروع فرآیند مداخله، به پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی پاسخ داده و برگه رضایت از شرکت در گروه را به امضای والدین خود رساندند. همچنین، هر سه گروه، پیش از شروع مداخلات، پس ساز اتمام مداخله و ۹۰ روز بعد از خاتمه‌ی طرح، پرسشنامه خود سنجی نوجوان را تکمیل کردند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (شامل

1. Psycho-educational



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

میانگین، انحراف معیار) و مشخصه‌ی آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مجدد استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۴ و در سطح خطای ۰/۰۱ انجام شد.

## یافته‌ها

پژوهش حاضر روی ۲۴ دختر نوجوان بین سنین ۱۷ نیم تا ۱۸ و نیم سال انجام شد. پیش از اجرای پروتکل، همگنی نمرات آزمودنی‌ها در سه گروه در مؤلفه‌ی مشکلات رفتاری با روش تحلیل واریانس یک‌راهه موردبررسی قرار گرفت. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات خام آزمودنی‌ها در سه گروه کنترل، آزمایش و شم کنترل در متغیرهای برونی‌سازی، درونی سازی و مشکلات رفتاری به‌صورت کلی، تفاوت قابل‌توجهی ندارد. برای مقایسه وضعیت آزمودنی‌ها در محدوده‌ی آمار توصیفی در متغیر مشکلات رفتاری، نمرات طراز شده‌ی میانگین‌های خام هر گروه نیز ارائه‌شده است که بیانگر تفاوت محدود میان سه گروه در سه متغیر است.

همچنین نمرات طراز شده‌ی بالای ۶۵ در نمودار مبتنی بر تجربه‌ی آخنباخ (مینایی، ۱۳۸۴) نشان می‌دهند که آزمودنی‌ها به لحاظ مشکلات رفتاری، مرز رفتار بهنجار برای دوره‌ی نوجوانی را رد کرده و رفتار آزمودنی‌ها نسبت به همسالان خود، ناهنجار در نظر گرفته می‌شود به این معنا که رفتارهای نوجوانان در سه گروه، در محدوده‌ی بالینی و آسیب‌شناختی قرار ندارد.

**جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در YSR**

| متغیرها | | تعداد آزمودنی‌ها | میانگین نمرات | انحراف معیار | فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | بالا | پایین |
| رفتارهای مشکل‌دار (درونی سازی) | گروه آزمایش | ۶ | *۸۹ | ۳/۶۹ | ۶۷/۳۴ | ۶۲/۶۵ |
| | گروه شم کنترل | ۶ | *۹۰ | ۲/۸۳ | ۶۸/۴۷ | ۶۴/۸۶ |
| | گروه کنترل | ۱۰ | *۹۰ | ۵/۷۲ | ۷۱/۱۹ | ۶۳/۰۰ |
| رفتارهای مشکل‌دار (برونی‌سازی) | گروه آزمایش | ۶ | *۸۷ | ۳/۱۷ | ۶۳/۵۱ | ۵۹/۴۸ |
| | گروه شم کنترل | ۶ | *۸۶ | ۵/۷۱ | ۶۵/۴۶ | ۵۲/۲۰ |
| | گروه کنترل | ۱۰ | *۸۷ | ۵/۵۱ | ۱۴/۶۹ | ۶۱/۲۵ |
| رفتارهای مشکل‌دار (نمره کل) | گروه آزمایش | ۶ | ۶۵ تا ۷۵* | ۴/۲۶ | ۷۵/۵۴ | ۷۰/۱۲ |
| | گروه شم کنترل | ۶ | ۶۵ تا ۷۵* | ۴/۹۲ | ۷۶/۷۱ | ۷۰/۴۵ |
| | گروه کنترل | ۱۰ | ۶۸ تا ۷۸* | ۵/۹۶ | ۷۹/۷۸ | ۷۱/۲۱ |

* نمرات طراز شده‌ی آزمودنی‌ها در مقیاس‌های YSR

نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه ی میانگین نمرات آزمودنی‌ها در سه گروه نشان می‌دهد که بین سه گروه در متغیرهای مذکور، به لحاظ آماری، با ۰/۹۹ اطمینان، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

واریانس نمرات در متغیرهای برونی‌سازی (F=۰/۸۱)، درونی سازی (F=۱/۸۴) و کل (F=۰/۷۹)، برابر است.

**جدول ۲. تحلیل واریانس یک‌راهه ی میانگین نمرات آزمودنی‌ها در سه گروه در متغیرهای مورد آزمایش**

| متغیرها | | مجموع نمرات | درجه آزادی | میانگین نمرات | F | معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| رفتارهای مشکل‌دار (درونی سازی) | بین گروه ها | ۲۷/۹۹ | ۲ | ۱۳/۹۹ | ۰/۸۱ | ۰/۴۵ |
| | درون گروه ها | ۵۳۳/۵۶ | ۲۱ | ۱۷/۲۱ | - | - |
| | کل | ۵۶۱/۵۵ | ۲۳ | - | - | - |
| رفتارهای مشکل‌دار (برونی‌سازی) | بین گروه ها | ۸۸/۷۹ | ۲ | ۴۴/۳۹ | ۱/۸۴ | ۰/۱۷ |
| | درون گروه ها | ۷۴۴/۲۶ | ۲۱ | ۲۴/۰۰ | - | - |
| | کل | ۸۳۳/۰۵ | ۲۳ | - | - | - |
| رفتارهای مشکل‌دار (نمره کل) | بین گروه ها | ۴۰/۴۴ | ۲ | ۲۰/۲۲ | ۰/۷۹ | ۰/۴۶ |
| | درون گروه ها | ۷۸۹/۰۸ | ۲۱ | ۲۵/۴۵ | - | - |
| | کل | ۸۲۹/۵۲ | ۲۳ | - | - | - |

*< ۰/۰۱P

برای آزمون فرضیه ی پژوهشی مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر هدف بر کاهش مشکلات رفتاری، به دلیل وجود دوره‌ی دوماهه ی پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج این آزمون در ادامه ارائه‌شده است.

**جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در YSR**

| | گروه | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | آزمایش | | | شم کنترل | | | کنترل | | |
| برونی‌سازی | ۶۱/۵۰ | ۵۲/۷۵ | ۴۴/۲۵ | ۶۱/۸۳ | ۶۰/۷۵ | ۶۲/۴۱ | ۵۲/۷۵ | ۶۳/۷۰ | ۶۴/۷۰ |
| | (۳/۱۷) | (۳/۸۶) | (۵/۴۶) | (۵/۷۱) | (۱/۳۷) | (۱/۳۵) | (۵/۵۱) | (۶/۲۱) | (۵/۶۹) |
| درونی سازی | ۶۵/۰۰ | ۵۶/۱۶ | ۴۶/۰۰ | ۶۶/۶۶ | ۶۵/۹۱ | ۶۵/۵۸ | ۶۷/۱۰ | ۶۸/۹۰ | ۶۷/۹۰ |
| | (۳/۶۹) | (۴/۶۶) | (۴/۲۸) | (۲/۸۳) | (۰/۷۳) | (۰/۵۷) | (۵/۷۲) | (۴/۰۴) | (۴/۳۵) |
| متغیر | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
| مشکلات رفتاری (نمره کل) | ۷۲/۸۳ | ۶۱/۲۵ | ۵۵/۱۶ | ۷۳/۵۸ | ۷۳/۷۵ | ۷۴/۰۰ | ۷۵/۵۰ | ۷۵/۹۰ | ۷۶/۰۰ |
| | (۴/۲۶) | (۴/۸۴) | (۴/۶۴) | (۴/۹۲) | (۱/۳۶) | (۱/۱۹) | (۵/۹۸) | (۶/۱۳) | (۶/۶۴) |

نمره ی Box' M، برای برونی‌سازی (۳۱/۳۵، F=۲/۲۳، df=۱۲)، درونی سازی (۳۰/۵۳، F=۲/۱۷، df=۱۲) و مشکلات کلی رفتاری (۹۱/۷۳، F=۶/۵۴، df=۱۲) به دست آمد. این نمره



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

برای هر سه متغیر، با اطمینان ۰/۹۹ معنی‌دار شده است که در شرایط معمول، بیانگر عدم وجود مفروضه ی همگنی کوواریانس ها است؛ اما از آنجا که حجم گروه ها برابر بوده و فرضیه ی همگنی واریانس ها در آزمون لوین در سه مقطع ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با درجه ی آزادی ۲ و ۳۱ و با در نظر گرفتن خطای ۰/۰۵ معنی‌دار شده است، توجه به نتیجه‌ی آزمون Box' M برای این تحلیل، ضرورت ندارد زیرا در شرایطی که حجم گروه ها برابر و مفروضه ی همگنی واریانس ها وجود دارد، نتیجه‌ی آزمون Box' M تاثیر چندانی بر تحلیل ندارد (پریچر و هایس[1]، ۲۰۰۸). آنچنان که پیشتر توضیح داده شد، تحلیل واریانس یک‌راهه ی متغیرهای مشکلات رفتاری، این قضاوت را تائید می کند؛ اما به جهت اطمینان بیشتر، برای تحلیل نتایج بعدی، از آزمون اثر پیلایی که نسبت به دیگر آزمون ها از قدرت بیشتری برخوردار است استفاده خواهد شد.

عامل زمان و تعامل مداخله با زمان در جدول تحلیل چندمتغیره برای هر سه متغیر با اطمینان ۰/۹۹ و ضریب تاثیر ۰/۷۳ تا ۰/۷۶ با درجه آزادی ۴، تائید شده است که بیانگر تاثیر مداخله بر تفاوت میانگین‌های به دست آمده در مقاطع متفاوت ارزیابی است.

**جدول ٤. اثرات درون آزمودنی مقایسه‌ی گروه ها در سه مقطع ارزیابی در YSR**

| متغیر | زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) | | | | | | تعامل زمان و مداخله | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | درجه آزادی | F | η | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | درجه آزادی | F | η |
| **برونی‌سازی** | ۵۵۲/۵۵ | ۵۵۰/۲۳ | ۲ | ۵۱/۷۷* | ۰/۶۲۵ | ۱۱۷۰/۶۵ | ۵۸۵/۳۲ | ۴ | ۵۴/۸۴* | ۰/۷۸۰ |
| **درونی سازی** | ۷۰۵/۸۴ | ۳۵۲/۹۲ | ۲ | ۵۰/۸۷* | ۰/۶۲۱ | ۱۳۸۷/۳۸ | ۳۴۶/۸۴ | ۴ | ۴۹/۹۹* | ۰/۷۶۳ |
| **مشکلات کلی** | ۵۴۳/۵۰ | ۲۷۱/۷۵ | ۲ | ۱۵/۲۴* | ۰/۳۳۰ | ۱۳۱۵/۴۸ | ۳۲۸/۸۷ | ۴ | ۱۸/۴۵* | ۰/۵۴۳ |

*P < ۰/۰۱

مفروضه ی کرویت با آزمون ماخلی موردبررسی قرار گرفت. کرویت ماخلی برای متغیرهای برونی‌سازی (۰/۶۳، با تقریب کای اسکوئر ۱۳/۵۰، df=۲)، درونی سازی (۰/۷۸، با تقریب کای اسکوئر ۷/۴۳، df=۲) و مشکلات رفتاری کلی (۰/۴۸، با تقریب کای اسکوئر ۲۵/۲۲، df=۲) به

1. Preacher, K. J. & Hayes, A. F.



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

دست آمد که با احتساب ۰/۹۵ اطمینان (p= ۰/۰۵) معنی‌دار نشده است، یعنی مفروضه ی همگنی واریانس ها برقرار است.

**جدول ۵. مقایسه تفاوت میانگین‌های سه گروه در سه مقطع ارزیابی در YSR**

| متغیر | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | درجه آزادی | F | ŋ |
|---|---|---|---|---|---|
| برونی‌سازی | ۲۵۲۷/۸۴ | ۱۲۶۳/۹۲ | ۲ | ۲۰/۷۸* | ۰/۵۷۳ |
| درونی سازی | ۲۹۸۲/۸۳ | ۱۴۹۱/۴۱ | ۲ | ۴۷/۳۳* | ۰/۷۵۳ |
| مشکلات کلی | ۳۲۰۸/۷۴ | ۱۶۰۴/۳۷ | ۲ | ۳۶/۷۵* | ۰/۷۰۳ |

* P< ۰/۰۱

نتایج تحلیل داده‌های پرسشنامه ی خود سنجی نوجوان با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تفاوت میان سه گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ ارائه‌شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین‌های سه گروه با ۰/۹۹ اطمینان به لحاظ آماری معنی‌دار است. برای بررسی دقیق تر تفاوت های سه گروه، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

آزمون حداقل اختلاف معنی‌دار بین سه گروه[1] نشان داد که تفاوت میانگین سه گروه در متغیر مشکلات رفتاری کلی، میان گروه‌های آزمایش و شم کنترل (MD=۱۰/۶۹، SE=۱/۵۵، sig=۰/۰۰۰۱)، آزمایش و کنترل (MD=۱۲/۷۱، SE=۱/۶۳، sig=۰/۰۰۰۱) معنی‌دار است اما تفاوت میان دو گروه کنترل و شم کنترل (MD=۲/۰۲، SE=۱/۵۳، sig=۰/۲۲۵) معنی‌دار نشده است. این تفاوت در مورد متغیر درونی سازی نیز مشهود است.

میانگین نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش، کنترل و شم کنترل، در متغیر درونی سازی به‌طور معنی‌داری متفاوت است. این تفاوت برای گروه آزمایش و کنترل با بالاترین میزان تفاوت (MD=۱۲/۲۴، SE=۱/۳۸، sig=۰/۰۰۰۱)، نمایانگر تاثیر گروه‌درمانی بر متغیر درونی سازی است. تفاوت میان گروه آزمایش و شم کنترل (MD=۱۰/۳۳، SE=۱/۲۳، sig=۰/۰۰۰۱) نیز این یافته را تائید می کند. این درحالی است که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و شم کنترل (MD=۱/۹۱، SE=۱/۳۸، sig=۰/۱۸۷) حتی با اطمینان ۰/۹۵ در متغیر درونی سازی به لحاظ آماری معنی‌دار نشده است.

در رابطه با متغیر برونی‌سازی نیز تفاوت معنی‌دار میان گروه آزمایش و کنترل قابل مشاهده است (MD=۱۱/۷۰، SE=۱/۹۲، sig=۰/۰۵). این تفاوت بین گروه‌های آزمایش و شم کنترل نیز دیده می‌شود

1. Least significant deference (LSD)



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

(MD=۸/۸۳، SE=۱/۸۲، sig=۰/۰۰۱)؛ اما تفاوت میان گروه‌های کنترل و شم کنترل در متغیر برونی‌سازی معنی‌دار نشده است (MD=۲/۸۶، ۱/۹۲، =SE، sig=۰/۱۴۷).

## بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه پژوهشی مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی چند خانواده‌ای با تمرکز بر مفهوم هدفمندی در کاهش رفتارهای مشکل‌دار نوجوان تائید شد. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که نوجوانان در گروه آزمایش، در پس‌آزمون، عملکرد رفتاری بهتری داشته و این تغییر را در پیگیری سه‌ماهه نیز حفظ کرده‌اند درحالی‌که این پیشرفت رفتاری در گروه‌های شم کنترل و کنترل مشاهده نشد.

این یافته با گزارش‌های مطالعات دیمون و تیم پژوهشی او (آلاندته، روز، سالوادور و رودریگوس[1]، ۲۰۱۸) همخوانی دارد. هرچه والدین بیشتر بتوانند رفتارهای همدلانه‌ی خود را در برابر نوجوانان افزایش بخشیده و سبک والدگری مبتنی بر هدف را جایگزین راهنمایی‌ها و جهت‌دهی‌های مستقیم در برخورد با فرزندان خود کنند و بجای کنترل آن‌ها، تلاش کنند تا زمینه‌ی کشف استعدادها و توانمندی‌های درونی نوجوان خود را فراهم آورده و شرایط اعتماد به خود را در وی پرورش دهند، نوجوانان در امنیت حمایت‌های والدینی خود، احساس استقلال و خودکفایی بیشتر کرده و کمتر نیازمند بیان برون‌فکنانه یا سرکوب درون فکنانه ی نیازهای خود خواهند بود (کروفسکی و همکاران، ۲۰۱۸؛ جانسو و همکاران، ۲۰۱۷).

در خانواده، والدین نیازها و انتظارات جامعه را به فرزند خود آموزش داده و این شناخت، آن‌ها را به گزینش شیوه‌ی رفتاری معین و بارور نمودن شخصیتشان رهنمون می‌سازد لذا ایجاد ارتباط میان اعضای خانواده به‌صورت تعاملات هدایت‌شده و سعی در افزایش آن، می‌تواند محیطی هماهنگ و آرامش‌بخش را برای نوجوان به وجود آورده و منجر به سلامت روانی و رفتاری آن‌ها شود (هاستیس و همکاران، ۲۰۱۷).

**محدودیت‌ها و پیشنهادها**. هر پژوهشی علاوه برمزایا و کارکردهای عملی خود، دارای محدودیت‌هایی است. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنا نبوده و شرایط اینجا و اکنونی زمان اجرای پژوهش، محدودیت‌هایی را به آن تحمیل کرده است.

باوجوداینکه نتیجه‌ی تحلیل استنباطی داده‌ها، بهبود معنی‌دار عملکرد رفتاری نوجوانان در گروه آزمایش را نشان می‌دهد اما با نگاه به جدول مقایسه‌ی نمرات طراز شده‌ی آزمودنی‌ها می‌بینیم که

1. Alandete, J. G., Ros, M. C., Salvador, J. M. & Rodrigues, S. P.



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

این تغییرات بااینکه نشان‌دهنده‌ی اثربخشی گروه‌درمانی چند خانواده‌ای مبتنی بر هدف بوده‌اند و رفتارهای مشکل‌دار نوجوان در گروه آزمایش تا حد معنی‌داری کنترل‌شده است اما این تغییر در حدی نبوده که مشکلات رفتاری را در نوجوانان این گروه به‌طورکلی حذف نماید یا از محدوده‌ی رفتارهای ناهنجار خارج نماید. عملکرد موفق پروتکل در جهت کاهش مشکلات رفتاری در برابر پایداری رفتارهای نوجوان در محدوده‌ی ناهنجار می‌تواند دال براین مهم باشد که رفع مشکلات رفتاری نوجوان، نیازمند زمان طولانی‌تری است.

همچنین، عدم حضور کمک درمانگر منجر به متمرکز شدن درمانگر گروه بر فرآیند اصلی حاکم بر گروه شد که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی در این حوزه، از حضور کمک درمانگر یا کمک درمانگران استفاده شود تا علاوه بر پوشش تعاملی در گروه، ارزیابی‌ها را به حوزه‌ی خانواده و فراتر از آن گسترش داده و از محدوده‌ی بیمار اصلی خارج سازد.

قابلیت‌های این روش مداخله‌ای به پژوهشگران این امکان را می‌دهد که در حوزه‌های مختلف مشکل وارد شود لذا پیشنهاد می‌شود که این پروتکل در موقعیت‌های مختلف مشکل مورداستفاده قرارگرفته و اثربخشی آن را در طیف مشکلات بالینی و غیر بالینی در حوزه‌ی کودک و نوجوان به محک آزمون بگذارند. همچنین موضوع هدفمندی، ازجمله مباحثی است که می‌توان آن را در حوزه‌های غیر بالینی در مدارس و با معلمین به اجرا درآورد و از محدودیت‌های عدم همکاری احتمالی والدین در موقعیت درمانی اجتناب نمود.

**سپاسگزاری و قدردانی.** از همه خانواده‌ها که به‌عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند و با همکاری خالصانه آن‌ها اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید، تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

انیسی، ج؛ سلیمی، ح؛ میرزمانی، م؛ رئیسی، ف و نیکنام، م. (۱۳۸۶). بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان. *علوم رفتاری*، *۱*، ۱۶۳-۱۷۰.

سالاری، ر؛ شاملو، س؛ هومن، ح و پورشهباز، ع. (۱۳۸۱). *مقایسه کارکرد خانواده در نوجوانان افسرده و بهنجار*. اولین کنگره سراسری روانشناسی ایران، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ۲۴-۳۵.

کاکابرایی، ک؛ جبیبی عسگرآباد، م و فدایی، ز. (۱۳۸۶). هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری ایشنباخ: فرم خودگزارشگری ۱۱ تا ۱۸ سال کودک و نوجوان روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، *۱*، ۵۰ ـ ۶۶.



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

می، ر. (۱۳۸۷). *انسان در جستجوی خویشتن*، ترجمه ی م، ثریا، تهران: دانژه.

می، ر. (۱۳۹۳). *عشق و اراده*، ترجمه ی س، حبیب، تهران: دانژه.

مینایی، ا. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۶*، ۵۲۹-۵۵۸.

ودادیان، ز؛ آقا محمدیان، ح و کارشکی، ح. (۱۳۹۷). تدوین و اعتبارسنجی پروتکل مداخله‌ای گروه‌درمانی با چند خانواده با تمرکز بر سبک والدگری هدفمند. *چهارمین همایش بین المللی افق های نوین در علوم تربیتی، روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی*، تهران.

ودادیان، ز؛ قنبری هاشم‌آبادی، ب و مشهدی، ع. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی چند خانواده‌ای بر حل تعارضات والدین و فرزندان آن‌ها و کاهش پرخاشگری نوجوانان دختر ۱۴ و ۱۵ ساله شهر مشهد. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱*، ۱۹-۴۱.

ودادیان، ز؛ و قنبری هاشم‌آبادی، ب. (۱۳۹۳). *نوجوان و خانواده*. مشهد: دانشگاه فردوسی مشهد.

**References**

Alandete, J. G., Ros, M. C., Salvador, J. M. & Rodrigues, S. P. (2018). Psychometric properties of the purpose in life test and age-related deffereces among woma diagnosed with eating disorder. *Psychiatry Research, 261*, 161-167.

Araujo, U. F., Arantes, V. A., Danza, H. C, Pinheiro, V. P. & Gabini, M. (2016). Principles and methods to guide education for purpose: a Brazilian experience. *Education for teaching, 5*, 16-30.

Bowers, E. P., Li, Y., Kiely, M. K., Brittian, A., Lerner, J. V., & Lerner, R. M. (2010). The five model of positive youth development: A longitudinal analysis of confirmatory factor structure and measure invariance. *Youth and Adolescence, 39*, 720–735.

Coelho, V. A. & Romao, A. M. (2017). The impact of secondary school treatment on self-concept and self-esteem. *Adolescence, 22*, 85-92.

Dragese, J., Haugan, G. and Tranvag, O. (2017). Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: Perceptions of nursing home residents. *BMC Geriatrics, 17*, 1-9.

Ebestani, C., Bernstein, A., Martinez, J. I., Chorpita, B. F. & Weisz, J. R. (2018). The youth self-report: applicability and validity across younger and older youths. *Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*, 26-35.

Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Family Therapy, 27*, 104-131.

[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

Huestis, S. E., Kao, G., Dunn, A. Hilliard, A. T., Yoon, I. A., & et al. (2017). Multifamily pediatric pain group therapy: Capturing acceptance and cultivating change. *Children, 4*, 2-16.6.

Huestis, S. E. & Dun, A. (2017). Multi family pediatric pain group therapy: Capturing acceptance and cultinating chang. *Children, 4,* 106-123.

Johnso, L. L., Wagner, V., Sheridan, M., Paul, C., Burkholder, R. et al. (2017). *Strengthening children's mental health residential treatment though evidence and experience*. U.S.: Markham, Kinark child and family services.

Kurowski, B., Stacin, T., Taylor, H. E., McNally, K. A., Kirkwood, M. W. & ET. Al. (2018). Comparative effectiveness of family problem solving therapy for adolescents after traumatic brain injury: Protocol for a randomized multicenter, clinical trial. *Contemporary Clinical Trial Communication, 10,* 111-120.

Lerner, J. V., Phelps, E., Forman, Y., & Bowers, E. P. (2009). Positive youth development. In R. M. Lerner, & L. Steinberg, *Handbook of adolescent psychology* (pp. 524–558). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Liu, G. X.; Fang, X. Y.; Yan, N.; Zhou, Z. K.; Yuan, X. J. & et.al. (2015). Multi-family group therapy internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addict Behavior, 42*, 1-8.

Marzola, E., Knatz, S., Murray, S., Rockwell, R., Boutelle, K. & et al. (2015). *Short term intensive family therapy for an eating disorders: 30 month outcome*. Eating disorders association: Tohm Wiley and sons.

Mota, N. P., Tsai, J., Kiwin, P. D., Sareen, J., Southwick, S. M. & Pietrzak, R. H. (2016). Purpose in life associated with a reducted risk of incident pysical disability in aging. *U. S. Military Veterans, 24*, 706-714.

Morris, E.; Gomes, R.; Ninteman, A.; Skagerberg, E. (2014). Families changing families: the protective function of multi family therapy for children educatio. *Clinical Child Psychology Psychiatry, 19*, 617-632.

Nieuwenhuis, A. V., Orehek. E. & Scheier, S. (2017). The meaning of action: Do self-regulatory processes contribute to a purposeful life. *Personality and Individual Differences, 116*, 115-122.

Plesa-Skwere, D., Sulliva, K., Joffer, K. & Tager, H. (2004). Self-concept in people with Williams's syndrome and prader-willi syndrome. *Research in Developmental Disabilities, 25*, 119-138.

Scatlini, F. L.; Zani, K. P. & Pfeifer, L. (2017). The influence of epilepsy on children's perception of self-concept. *Epilepsy and Behavior, 69*, 57-79.

Shamah, D. & Mactavish, K. A. (2015). Purpose and perceptions of family. *Youth and Society, 50*, 26-48.



[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]

Shumway, T.; Schonian, S.; Bradshow, S. & Hayes, N. D. (2017). A revised multifamily group curriculum: The need for family member recovery from addiction. *Groups in Addiction and Recovery*, *12*, 260-283.

Tirri, K. (2016). Finnish and Iranian teacher's views on their competence to teach purpose. *Education for Teaching, 4*, 1-15.

Tirri, K. & Kusisto, E. (2016). Finnish student teacher's perceptions on the role of purpose in teaching. *Education for Teaching, 6*, 45-60.

Veiga, I. and Leite, A. (2016). Adolescent's self-concept short scale: A version of PHCSCS. *Social and Behavioral Sciences, 217*, 631-637.

Yang, L. & Shapka, J. (2016). Exploring the relationship between adolescent's self-concept and their offline and online social words. *Computers in Human Behavior, 55*, 940-945.

**References in Persian**

Anisi, j., Salimi, h., Mirzamani, M., Rayisi, F. & Niknam, M. (2007). Research on problematic behavior in adolescents. *Behavioral Scienvces, 1*, 163-170.

Kakabarayi, K., Habibi, M. & Fadayi, Z. (2007). Normalization of youth self-report. *Research in Psychological health, 1*, 50-66

Salari, R., Shamlo, s., Homan, H. & Purshahbaz, h. (2002). *Comparison of family function in normal and abnormal adolescents.* Tarbiyat modares university, Tehran, 24-35.

May, R. (2008). *Man search for himself*. (translated by soraya). Tehran: Danzhe.

May, R. (2014). *Love and will*. (translated by soraya). Tehran: Danzhe.

Minayi, A. (2006). Adoptation and normalization of behavioral cheklist of Achenbach. *Special Children*,529-558.

Vedadian, Z., Aghamohammadian, H. & Kareshki, H. (2018). Validation of purposeful based multi-family group therapy. *The 4th international conference on the new horizon in the educational sciences, psychology and social damages*, Tehran.

Vedadian, Z., Ghanbarih, B. A. & Mashhadi, A. (2013). Effectiveness of mulit-family group therapy on solving the parent-adlescnet conflicts and reduction the aggression in 14-15 year old girls in Mashhad. *Clinical Psychology*, 1:19-41.

Vedadian, Z., Ghanbarih, B. A. (2014). *Adolescent and family*. Mashhad: Ferdowsi university of Mashhad.

[ Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22 ]

[ DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.3.0 ]