

## مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره نوزدهم، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۴

# اثربخشی رویکرد خانواده درمانی ستیر (Satir) بر بهبود رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان پسر

فردین اصلانی<sup>۱</sup>، مختار ویسانی<sup>۲\*</sup>، انور دست باز<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۰۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۰

### خلاصه

**مقدمه:** در دهه‌های اخیر شیوع رفتارهای پرخطر، به‌ویژه در نوجوانان و جوانان نگرانی فزاینده‌ای در جوامع مختلف ایجاد کرده است؛ بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رویکرد خانواده درمانی ستیر بر بهبود رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه مورد مطالعه تمامی دانش‌آموزان پسر مدارس دوره اول متوسطه شهر سنندج (N=۱۰۲۰۰) همراه با والد پدر آن‌ها در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بودند که تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزان همراه با والد پدر که تمایل به همکاری داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های مداخله و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) گمارده شدند. والدین گروه مداخله ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) تحت پروتکل خانواده درمانی ستیر قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و دانش‌آموزان به پرسش‌نامه خطرپذیری نوجوانان ایرانی Zadeh Mohammadi و همکاران پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که بعد از مداخله، اثر رویکرد خانواده درمانی ستیر بر بهبود رفتارهای پرخطر (۲۴/۲۱ =  $f$ ،  $\eta^2 = 0/370$ ،  $p < 0/001$ ) در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه معنی‌دار بود ( $p < 0/001$ ) و این تأثیرات مثبت در دوره پیگیری پایدار ماند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج توصیه می‌شود که بسته آموزش گروهی خانواده درمانی ستیر جهت بهبود رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آن به عنوان یکی از روش‌های مؤثر در دوره‌های آموزشی مدارس و مراکز مشاوره بکار گرفته شود.

**واژه‌های کلیدی:** خانواده درمانی ستیر، رفتارهای پرخطر، دانش‌آموزان

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲- استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) پست الکترونیکی: [m.weisani@gmail.com](mailto:m.weisani@gmail.com)

تلفن: ۰۹۱۲۶۴۳۷۹۹۲

۳- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

## مقدمه

یکی از دوره‌های حساس و مهم در طول زندگی هر انسان، دوره نوجوانی است [۱]. در واقع دوره نوجوانی، دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و شروع این دوره با بلوغ مشخص می‌شود که با تغییرات چشمگیری همراه است [۲]. در دهه‌های اخیر شیوع رفتارهای پرخطر (Risky behaviors)، به ویژه در نوجوانان و جوانان نگرانی فزاینده‌ای در جوامع مختلف ایجاد کرده است و احتمال بروز پیامدهای منفی، ناخوشایند و مخرب جسمانی، روانی و اجتماعی را افزایش می‌دهد [۳]. تمایل به انجام رفتارهای پرخطر از مهم‌ترین مسائل بهداشتی، روانی-اجتماعی در دوران نوجوانی است که اغلب کشورهای جهان با آن روبه‌رو هستند و این امر باعث به وجود آمدن مشکلات گسترده‌ای در جوامع خواهد شد. رفتارهای پرخطر در هر سنی ممکن است بروز یابد که یکی از دوره‌های حساس بروز آن در نوجوانی است. در دوره نوجوانی رفتارهای پرخطر به دلیل حساسیت این دوره اثرات منفی بیشتری را می‌تواند بر فرد، خانواده و جامعه داشته باشد [۴]. رفتارهای پرخطر رفتارهایی هستند که سلامتی و بهزیستی افراد را در معرض خطر قرار می‌دهند. در واقع، اصطلاح رفتارهای پرخطر حیطه گسترده‌ای را در بر می‌گیرد که سوء مصرف مواد مخدر، سیگار و مشروبات الکلی، اعتیاد، رانندگی پرخطر، نزاع‌های فیزیکی، آمیزش جنسی ناایمن، قماربازی، اعمال بی‌بند و بار غیر قانونی و غیره از جمله شایع‌ترین آن‌ها به حساب می‌آیند [۵].

مطالعات نشان می‌دهند که صفات شخصیتی ۵۹٪ از تغییرات نمره کل رفتار پرخطر را در دانش‌آموزان تبیین می‌کند و بین گروه دختران و پسران در خرده مقیاس‌های سیگار، رانندگی خطرناک، خشم، سوء مصرف مواد، الکل، رفتار جنسی و دوستی با جنس مخالف تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد [۶]. در مطالعه‌ای Eslami و همکاران دریافتند که مصرف سیگار، رفتار پرخطرناک، مصرف مواد مخدر، رانندگی پرخطر، دوستی با جنس

مخالف و رابطه جنسی با جنس مخالف به ترتیب بیشترین شیوع را در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه داشت و شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان بر اساس سن، جنسیت، رشته تحصیلی و پایه تحصیلی آنان تفاوت معنی‌داری نداشت [۷]. همچنین، نظارت والدین، گرمی و حمایت آن‌ها در کانون خانواده با سطح پایین‌تر رفتارهای پرخطر در نوجوانان مرتبط است [۸].

بر همین اساس، روش‌ها و پروتکل‌های درمانی زیادی جهت کاهش و بهبود رفتارهای پرخطر در مطالعات متعدد بکار رفته است [۹-۱۱]. از جمله این روش‌ها آموزش گروهی خانواده درمانی ستیر (Satir Family Therapy) است. اعتقاد این رویکرد بر این است که یک زندگی خانوادگی سالم دارای یک اشتراک‌گذاری باز و متقابل از محبت است. گرما و دلگرمی واقعی و گرایش طبیعی برای ترکیب احساسات با روابط درمانی در کار ستیر مشهود است. بر خلاف اکثر روش‌های درمانی موجود که طرفدار صحبت کردن رسمی و یا نادیده گرفتن احساسات هستند، این رویکرد تمرین‌هایی را جهت کنترل خود به روشی معنادار نشان می‌دهد [۱۲]. Satir معتقد بود، در بین اعضای خانواده احساسات ابراز نشده‌ای وجود دارد که اگر شناخته نشود، ریشه‌های همبستگی خانواده را از بین می‌برد و باعث کاهش عزت نفس افراد خانواده می‌شود [۱۳]. در مطالعه‌ای Nemati Sogoli Teppeh نشان داد که آموزش والدین با رویکرد خانواده درمانی ستیر به طور معنی‌داری باعث بهبود و ارتقای سازگاری و کاهش اعتیاد به اینترنت در بین نوجوانان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه شده است [۱۴]. همچنین، Allen و همکاران در مطالعه‌ای با هدف خانواده درمانی ستیر و پیامدهای کووید-۱۹ برای سلامت روان نوجوانان بیان کردند که نوجوانان با چالش‌های کمتری خانواده خود مواجه هستند و اغلب تمرکز و اهمیت بیشتری را به گروه همسالان خود می‌دهند که سبب بروز شکل‌گیری تعارض والد-نوجوان خواهد شد [۱۵].

بنابراین، با توجه به اهمیت دوران نوجوانی، شیوع بالای رفتارهای پرخطر در نوجوانان و وجود ضرورت‌هایی که در

۶۰ دقیقه) توسط متخصص آموزش دیده زیر نظر اساتید راهنما و مشاور با مدرک دکترای روانشناسی بالینی در مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی وارین شهر سنندج (نویسنده مسئول) در روزهای پنجشنبه و زمان‌های توافق شده ارائه شد. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. دانش‌آموزان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون (بعد از یک ماه) و پیگیری (بعد از یک ماه از اجرای پس-آزمون) پرسشنامه خطر پذیری نوجوانان ایرانی را تکمیل کردند. آزمون‌دنی (ریزش) وجود نداشت. افراد با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش وارد مطالعه شدند و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

معیارهای ورود به مطالعه: شرکت در جلسات آموزشی خانواده درمانی ستیر، گروه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال، تمایل والدین آن‌ها به شرکت در جلسات آموزشی، عدم شرکت همزمان در سایر گروه‌های مشاوره‌ای و درمانی و توانایی در جواب دادن به پرسشنامه‌ها بود. همچنین، ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی، تمایل نداشتن به ادامه همکاری و ناقص تکمیل کردن پرسشنامه‌ها بود. ابزار سنجش در این پژوهش پرسشنامه‌های ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (شامل سطح تحصیلات والد پدر، رتبه تولد، وضعیت اقتصادی و وضعیت سکونت) و خطرپذیری نوجوانان بود.

پرسش‌نامه خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS: Iranian Adolescent Risk-taking Scale): این پرسشنامه توسط Zadeh Mohammadi و همکاران در سال ۱۳۹۰ تدوین شد و مشتمل بر ۳۸ گویه است که هفت زیر مقیاس گرایش به مواد مخدر با سؤالات (۱ تا ۸)، گرایش به الکل (۹ تا ۱۴)، گرایش به سیگار (۱۵ تا ۱۹)، گرایش به خشونت (۲۰ تا ۲۴)، گرایش به رابطه و رفتار جنسی (۲۵ تا ۲۸)، گرایش به رابطه با جنس مخالف (۲۹ تا ۳۲) و گرایش به

زمینه توانمند ساختن نوجوانان در برابر مشکلات روان‌شناختی احساس می‌شود، خلاء پژوهشی اساسی در این زمینه وجود دارد [۱۶]. بر طبق جستجوهای انجام شده تاکنون مطالعه‌ای در داخل و خارج از کشور به تبیین اثربخشی بسته آموزش گروهی خانواده درمانی ستیر بر بهبود رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه نپرداخته است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی خانواده درمانی ستیر بر بهبود رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه انجام شد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و نیمه تجربی با طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود (کد اخلاق IR. IAU. SDJ. REC. 1403.152). جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مدارس دوره اول متوسطه شهر سنندج همراه با والد پدر آن‌ها در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود (تعداد تقریبی=۱۰۲۰۰ نفر) و با بهره‌گیری از نرم‌افزار  $G*Power$ ، (اندازه اثر = ۰/۱۵) و حجم مناسب نمونه برای مطالعات نیمه‌تجربی، تعداد نمونه مطالعه حاضر ۳۰ نفر تعیین گردید [۱۷]. از بین این دانش‌آموزان ۳۰ نفر که تمایل به همکاری داشتند همراه با والد پدر به عنوان نمونه پژوهش، به شیوه هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در گروه‌های مداخله و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. انتخاب گروه نمونه بدین صورت بود که از میان مناطق ۳گانه شهر سنندج با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند یک منطقه کم برخوردار انتخاب گردید. سپس، ۳۰ نفر از دانش‌آموزان یک مدرسه از این منطقه همراه با والد پدر (بر اساس پرونده تحصیلی دانش‌آموزان و شناختی که مدیر و معاونان مدرسه از دانش‌آموزان و وضعیت خانوادگی آن‌ها داشتند) مورد بررسی قرار گرفتند. پروتکل خانواده درمانی ستیر به والدین گروه آموزش در طی ۸ جلسه (هر هفته ۲ جلسه به مدت

طریق روش آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۵ بدست آمد و برای مؤلفه‌های گرایش به مواد مخدر، گرایش به الکل، گرایش به سیگار، گرایش به خشونت، گرایش به رابطه و رفتار جنسی، گرایش به رابطه با جنس مخالف و گرایش به رانندگی خطرناک به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۸۲ و ۰/۷۶ بدست آمد.

ساختار جلسات پروتکل خانواده درمانی ستیر: محتوای جلسات بر اساس مفاهیم، اصول و فنون خانواده درمانی ستیر تدوین شده است [۱۹]؛ که والدین گروه مداخله ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) تحت پروتکل خانواده درمانی ستیر قرار گرفتند (جدول ۱). گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند.

رانندگی خطرناک (۳۳ تا ۳۸) را شامل می‌شود. نمره‌گذاری به صورت مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) می‌باشد. دامنه نمرات کسب شده توسط آزمودنی از ۳۸ تا ۱۹۰ متغیر است. کسب نمرات بالاتر در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده سطح بالاتری از رفتارهای پرخطر و بالعکس کسب نمرات پایین به معنای رفتارهای پرخطر کمتر در فرد می‌باشد. میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ و ۰/۹۳ و همچنین روایی صوری مقیاس ۰/۷۷ گزارش شد. تحلیل عامل اکتشافی با روش مؤلفه‌های اصلی نیز نشان داد که این پرسش‌نامه می‌تواند ۶۴/۸۴ درصد واریانس خطرپذیری را پیش‌بینی کند [۱۸]. در پژوهش حاضر نیز پایایی از

جدول ۱- خلاصه جلسات مداخله آموزش گروهی پروتکل خانواده درمانی ستیر بر بهبود رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان تحت مطالعه

| جلسه  | عنوان جلسه  |
|-------|---|
| اول   | آشنایی اعضا با هم و با رهبر گروه، آشنایی اعضا با ساختار و قوانین گروه، تهیه نقشه خانوادگی و ایجاد رابطه و رسیدن به هدف مشترک. |
| دوم   | روشن شدن سطح دیگر و ارزش شخصی اعضا، آشنایی با مفهوم ارتباط بین فردی   |
| سوم   | آشنایی اعضا با سطوح ارتباطی، مهارت توجه کردن، حرف زدن و گوش دادن به یکدیگر و توجه به حالات هم.                                |
| چهارم | تشریح حالات ارتباطی ناکارآمد و آگاهی اعضا از الگوهای ارتباطی ناکارآمد مورد استفاده.   |
| پنجم  | آگاهی از الگوهای ارتباطی همخوان و ارتباط مؤثر با استفاده از پیام من   |
| ششم   | آشنایی با کوه یخ (تجارب و عناصر کوه یخ شامل، رفتار، احساسات، احساسات، ادراکات)  |
| هفتم  | شناخت قواعد خانواده، تغییر و اصلاح قواعد ناکارآمد جهت رسیدن به انعطاف   |
| هشتم  | آگاهی افراد از نقش هر عضو در نظام خانواده، جمع‌بندی و خلاصه جلسات.  |

ویلیک، لوین، ام‌باکس، کرویت ماچلی) و آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آزمون مجذور کای، پیش‌فرض‌های آماری (آزمون‌های شاپیرو-

## یافته‌ها

گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سطح تحصیلات والد پدر، وضعیت اقتصادی، ترتیب تولد و وضعیت سکونت) وجود نداشت ( $p > 0/05$ ) (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار سن گروه مداخله  $14/35 \pm 3/68$  و گروه کنترل  $14/08 \pm 3/10$  سال بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو گروه مداخله و گواه از لحاظ سن تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $p = 0/815$ ). نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو

جدول ۲- مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان تحت مطالعه برحسب گروه (تعداد در هر گروه=۱۵ نفر)

| متغیر         | سطح                    | گروه کنترل   | گروه مداخله  | مقدار P |
|---------------|------------------------|--------------|--------------|---------|
|               |                        | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد |         |
|               | کاردانی و پایین‌تر     | ۱ (۶/۶۶)     | ۱ (۶/۶۶)     |         |
| سطح تحصیلات   | کارشناسی               | ۱۰ (۶۶/۶۶)   | ۱۱ (۷۳/۳۳)   | ۰/۹۰۹   |
| والد پدر      | کارشناسی ارشد و بالاتر | ۴ (۲۶/۶۶)    | ۳ (۲۰)       |         |
|               | ضعیف                   | ۶ (۴۰)       | ۶ (۴۰)       |         |
| وضعیت اقتصادی | متوسط                  | ۷ (۴۶/۶۶)    | ۶ (۴۰)       | ۰/۶۹۹   |
|               | خوب                    | ۲ (۱۳/۳۳)    | ۳ (۲۰)       |         |
|               | اول                    | ۸ (۲۶/۶۶)    | ۷ (۴۶/۶۶)    |         |
| رتبه تولد     | دوم                    | ۲ (۱۳/۳۳)    | ۴ (۲۶/۶۶)    | ۰/۶۵۶   |
|               | سوم و به بعد           | ۵ (۳۳/۳۳)    | ۴ (۲۶/۶۶)    |         |
|               | استیجاری               | ۳ (۲۰)       | ۲ (۱۳/۳۳)    |         |
| وضعیت سکونت   | شخصی                   | ۱۰ (۶۶/۶۶)   | ۱۲ (۸۰)      | ۰/۸۷۱   |
|               | سایر                   | ۲ (۱۳/۳۳)    | ۱ (۶/۶۶)     |         |

نوع آزمون: مجذور کای، \* $p < 0.05$  اختلاف معنی‌دار

اساس نتایج جدول، میانگین نمره رفتار پرخطر و مؤلفه‌های آن در گروه مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است.

میانگین و انحراف معیار نمره رفتار پرخطر و مؤلفه‌های آن در گروه‌های کنترل و مداخله در مراحل پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری به تفکیک در جدول ۳ ارائه شده است. بر

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار رفتارهای پرخطر و ابعاد آن در دانش‌آموزان تحت مطالعه برحسب گروه‌های مورد بررسی در مراحل اندازه‌گیری (تعداد در هر گروه=۱۵ نفر)

| متغیر                       | گروه   | پیش‌آزمون      | پس‌آزمون       | پیگیری         |
|-----------------------------|--------|----------------|----------------|----------------|
| گرایش به مواد مخدر          | کنترل  | ۲۱/۸۷ ± ۳/۹۰   | ۲۲/۰۳ ± ۳/۴۶   | ۲۲/۱۱ ± ۳/۳۰   |
|                             | مداخله | ۲۲/۱۹ ± ۳/۱۶   | ۱۹/۷۴ ± ۲/۹۷   | ۱۹/۷۰ ± ۳/۰۱   |
| گرایش به الکل               | کنترل  | ۱۹/۸۰ ± ۲/۱۲   | ۱۹/۷۵ ± ۲/۲۵   | ۱۹/۸۹ ± ۲/۰۴   |
|                             | مداخله | ۱۹/۳۶ ± ۲/۶۸   | ۱۶/۳۱ ± ۲/۰۹   | ۱۶/۲۲ ± ۲/۲۸   |
| گرایش به سیگار              | کنترل  | ۱۷/۸۱ ± ۲/۱۳   | ۱۷/۸۵ ± ۲/۲۰   | ۱۷/۹۰ ± ۲/۳۱   |
|                             | مداخله | ۱۷/۵۰ ± ۲/۷۰   | ۱۵/۶۱ ± ۱/۸۵   | ۱۵/۵۰ ± ۱/۹۲   |
| گرایش به خشونت              | کنترل  | ۱۸/۳۲ ± ۲/۷۵   | ۱۸/۴۳ ± ۲/۶۳   | ۱۸/۰۹ ± ۲/۸۶   |
|                             | مداخله | ۱۸/۴۴ ± ۲/۸۹   | ۱۵/۲۴ ± ۱/۶۳   | ۱۵/۰۳ ± ۱/۹۰   |
| گرایش به رفتار جنسی         | کنترل  | ۱۰/۵۰ ± ۲/۲۷   | ۱۰/۸۶ ± ۲/۰۷   | ۱۰/۴۴ ± ۲/۳۵   |
|                             | مداخله | ۱۰/۱۶ ± ۲/۴۲   | ۷/۴۰ ± ۱/۸۶    | ۷/۲۵ ± ۱/۹۵    |
| گرایش به رابطه با جنس مخالف | کنترل  | ۱۲/۴۵ ± ۱/۵۵   | ۱۲/۲۰ ± ۱/۸۹   | ۱۲/۳۱ ± ۱/۷۳   |
|                             | مداخله | ۱۲/۱۶ ± ۱/۸۰   | ۱۰/۱۵ ± ۱/۲۳   | ۱۰/۷۳ ± ۱/۰۲   |
| گرایش به رانندگی خطرناک     | کنترل  | ۱۸/۴۰ ± ۳/۳۰   | ۱۸/۳۵ ± ۳/۲۵   | ۱۸/۱۳ ± ۳/۴۹   |
|                             | مداخله | ۱۸/۹۵ ± ۳/۰۷   | ۱۵/۳۵ ± ۲/۶۵   | ۱۵/۹۳ ± ۲/۱۰   |
| رفتار پرخطر (نمره کل)       | کنترل  | ۱۱۹/۱۵ ± ۱۷/۹۲ | ۱۲۱/۵۹ ± ۱۷/۶۰ | ۱۱۸/۸۷ ± ۱۶/۹۷ |
|                             | مداخله | ۱۱۸/۷۶ ± ۱۷/۳۴ | ۹۹/۸۰ ± ۱۴/۴۸  | ۱۰۰/۳۶ ± ۱۴/۸۶ |

مواد مخدر ( $p=0/011$ )، گرایش به الکل ( $p=0/001$ ) گرایش به رابطه با جنس مخالف ( $p=0/001$ ) و گرایش به رانندگی خطرناک ( $p=0/027$ ) و نمره کل رفتار پرخطر ( $p=0/001$ ) معنی دار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کروییت برای آن مؤلفه‌ها برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن مؤلفه‌ها با استفاده از روش گرین هاوس- گیسر اصلاح شد.

آزمون لامبدای ویلکز نشان داد اثرات زمان ( $f=11/514$ )،  $\eta=0/451$ ،  $p<0/001$ ، گروه ( $f=10/917$ )،  $\eta=0/437$ ،  $p<0/001$  و تعامل زمان و گروه ( $f=10/158$ )،  $\eta=0/429$ ،  $p<0/001$  در متغیر رفتار پرخطر معنی دار است. این یافته بیانگر آن است که بین میانگین نمره‌های متغیر وابسته در گروه مداخله و کنترل در سه مرحله آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد.

همان گونه که نتایج نشان می دهد در متغیر رفتار پرخطر، اثر تعامل زمان و گروه و اثر گروه و اثر زمان معنی دار می باشد ( $p<0/001$ ). با توجه به مقدار مجذور اتا ۳۷ درصد تغییرات نمره رفتار پرخطر در طی مراحل ناشی از شرکت در جلسات مداخله آموزش گروهی پروتکل خانواده درمانی ستیر بوده است (جدول ۴).

قبل از تحلیل استنباطی، ابتدا نرمال بودن داده‌ها در متغیر رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک تأیید شد ( $p>0/05$ ). همچنین، در آزمون لوین با توجه به مقدار بدست آمده برای متغیر رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همسانی خطای واریانس تأیید شد ( $p>0/05$ ). به طور کلی مفروضات (پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همگونی واریانس‌ها) از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که سطح معنی‌داری بدست آمده برای گرایش به مواد مخدر ( $f=0/82$ )،  $p=0/748$ )، گرایش به الکل ( $f=1/08$ )،  $p=0/365$ )، گرایش به سیگار ( $f=1/12$ )،  $p=0/284$ )، گرایش به خشونت ( $f=0/93$ )،  $p=0/651$ )، گرایش به رفتار جنسی ( $f=1/25$ )،  $p=0/173$ )، گرایش به رابطه با جنس مخالف ( $f=0/77$ )،  $p=0/824$ )، گرایش به رانندگی خطرناک ( $f=1/51$ )،  $p=0/074$ ) از ۰/۰۵ بالاتر است و معنی دار نمی‌باشد. ازین رو می‌توان گفت که در متغیر وابسته پژوهش، فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده رعایت شده است. آزمون کروییت ماچلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه‌های گرایش به

جدول ۴- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر جهت اثربخشی رویکرد خانواده درمانی ستیر بر بهبود رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان پسر تحت مطالعه

| متغیر              | اثرات           | مجموع مجدورات | درجه آزادی | میانگین مجدورات | مقدار F | P          | $\eta^2$ |
|--------------------|-----------------|---------------|------------|-----------------|---------|------------|----------|
| گرایش به مواد مخدر | گروه            | ۲۸۷/۱۹        | ۱          | ۲۸۷/۱۹          | ۱۹/۸۷   | * $<0/001$ | ۰/۳۴۱    |
|                    | خطا بین آزمودنی | ۴۸۶/۲۹        | ۲۸         | ۱۷/۳۶           |         |            |          |
|                    | زمان            | ۴۴۷/۲۵        | ۱/۲۲       | ۳۶۶/۵۹          | ۲۵/۱۲   | * $<0/001$ | ۰/۳۹۹    |
|                    | گروه × زمان     | ۱۲۲/۵۱        | ۱/۲۲       | ۱۰۰/۴۱          | ۱۴/۳۷   | * $<0/001$ | ۰/۲۸۵    |
|                    | گروه            | ۶۱۰/۴۰        | ۱          | ۶۱۰/۴۰          | ۴۳/۵۰   | * $<0/001$ | ۰/۴۴۷    |
| گرایش به الکل      | خطا بین آزمودنی | ۹۳۰/۵۷        | ۲۸         | ۳۲/۲۷           |         |            |          |
|                    | زمان            | ۵۵۴/۷۲        | ۱/۴۵       | ۳۸۲/۵۶          | ۸۷/۷۲   | * $<0/001$ | ۰/۶۲۲    |
|                    | گروه × زمان     | ۳۳۹/۶۵        | ۱/۴۵       | ۲۳۴/۲۴          | ۲۳/۲۱   | * $<0/001$ | ۰/۳۶۵    |
|                    | گروه            | ۵۴۶/۷۴        | ۱          | ۵۴۶/۷۴          | ۵۲/۳۹   | * $<0/001$ | ۰/۴۸۰    |
| گرایش به سیگار     | خطا بین آزمودنی | ۱۰۲۵/۰۸       | ۲۸         | ۳۶/۶۱           |         |            |          |
|                    | زمان            | ۶۷۶/۶۵        | ۲          | ۳۳۸/۳۲          | ۳۵/۲۰   | * $<0/001$ | ۰/۳۹۸    |
|                    | گروه × زمان     | ۴۳۹/۷۱        | ۲          | ۲۱۹/۸۵          | ۱۸/۲۱   | * $<0/001$ | ۰/۳۲۱    |
| گرایش به خشونت     | گروه            | ۳۲۸/۹۵        | ۱          | ۳۲۸/۹۵          | ۱۲/۷۲   | * $<0/001$ | ۰/۲۶۶    |

|       |           |       |        |      |         |                 |                   |
|-------|-----------|-------|--------|------|---------|-----------------|-------------------|
|       |           |       | ۲۰/۸۷  | ۲۸   | ۵۸۴/۵۸  | خطا بین آزمودنی |                   |
| ۰/۲۹۴ | * < ۰/۰۰۱ | ۱۵/۵۳ | ۱۳۲/۱۱ | ۲    | ۲۶۴/۲۲  | زمان            |                   |
| ۰/۴۶۰ | * < ۰/۰۰۱ | ۴۴/۸۳ | ۸۷/۸۸  | ۲    | ۱۷۵/۷۶  | گروه × زمان     |                   |
| ۰/۳۵۷ | * < ۰/۰۰۱ | ۲۳/۵۱ | ۶۹۰/۸۰ | ۱    | ۶۹۰/۸۰  | گروه            | گرایش به رفتار    |
|       |           |       | ۴۰/۴۴  | ۲۸   | ۱۱۳۲/۳۶ | خطا بین آزمودنی | جنسی              |
| ۰/۵۴۰ | * < ۰/۰۰۱ | ۵۷/۱۹ | ۳۶۰/۲۰ | ۲    | ۷۲۰/۴۱  | زمان            |                   |
| ۰/۳۰۷ | * < ۰/۰۰۱ | ۱۵/۷۶ | ۲۵۴/۲۸ | ۲    | ۵۰۸/۵۷  | گروه × زمان     |                   |
| ۰/۲۸۳ | * < ۰/۰۰۱ | ۱۴/۱۳ | ۸۹۱/۳۹ | ۱    | ۸۹۱/۳۹  | گروه            | گرایش به رابطه با |
|       |           |       | ۴۷/۱۹  | ۲۸   | ۱۳۲۱/۵۳ | خطا بین آزمودنی | جنس مخالف         |
| ۰/۴۲۹ | * < ۰/۰۰۱ | ۴۱/۹۰ | ۷۰۲/۴۹ | ۱/۱۲ | ۷۸۸/۹۰  | زمان            |                   |
| ۰/۳۳۷ | * < ۰/۰۰۱ | ۱۹/۳۲ | ۴۴۶/۰۲ | ۱/۱۲ | ۵۴۵/۱۵  | گروه × زمان     |                   |
| ۰/۴۴۸ | * < ۰/۰۰۱ | ۳۹/۷۰ | ۳۹۲/۱۴ | ۱    | ۳۹۲/۱۴  | گروه            | گرایش به رانندگی  |
|       |           |       | ۲۱/۸۶  | ۲۸   | ۶۱۲/۲۹  | خطا بین آزمودنی | خطرناک            |
| ۰/۴۰۱ | * < ۰/۰۰۱ | ۲۹/۵۵ | ۲۱۴/۰۲ | ۱/۳۴ | ۲۸۶/۸۰  | زمان            |                   |
| ۰/۳۵۴ | * < ۰/۰۰۱ | ۲۰/۴۱ | ۸۶/۳۷  | ۱/۳۴ | ۱۱۵/۷۴  | گروه × زمان     |                   |
| ۰/۴۳۷ | * < ۰/۰۰۱ | ۳۹/۴۷ | ۵۱۰/۸۲ | ۱    | ۵۱۰/۸۲  | گروه            | رفتار پرخطر (نمره |
|       |           |       | ۳۲/۵۶  | ۲۸   | ۹۱۱/۸۳  | خطا بین آزمودنی | کل)               |
| ۰/۴۶۰ | * < ۰/۰۰۱ | ۴۰/۶۵ | ۴۹۲/۲۰ | ۱/۲۶ | ۶۲۰/۱۸  | زمان            |                   |
| ۰/۳۷۰ | * < ۰/۰۰۱ | ۲۴/۲۱ | ۳۸۲/۹۲ | ۱/۲۶ | ۴۸۲/۴۹  | گروه × زمان     |                   |

\* < ۰/۰۵ P اختلاف معنی دار

پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنی‌داری داشته است ( $p < ۰/۰۰۱$ ). تفاوت بین میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نبود ( $p > ۰/۰۵$ ) (جدول ۵).

برای بررسی اینکه تأثیر در کدام یک از مراحل آزمون معنی‌دار بود از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آن در گروه مداخله در مراحل پس‌آزمون و

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آن برای مقایسه مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در دانش‌آموزان پسر تحت مطالعه

| متغیر                       | مراحل                | تفاوت میانگین | خطای معیار | P         |
|-----------------------------|----------------------|---------------|------------|-----------|
|                             | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۲/۲۳         | ۰/۸۰       | * < ۰/۰۰۱ |
| گرایش به مواد مخدر          | پیش‌آزمون - پیگیری   | -۲/۴۰         | ۰/۷۹       | * < ۰/۰۰۱ |
|                             | پس‌آزمون - پیگیری    | -۰/۳۳۳        | ۰/۲۳       | ۱/۰۰۰     |
| گرایش به الکل               | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۱/۹۸         | ۰/۵۶       | * < ۰/۰۰۱ |
|                             | پیش‌آزمون - پیگیری   | -۲/۰۱         | ۰/۷۸       | * < ۰/۰۰۱ |
| گرایش به سیگار              | پس‌آزمون - پیگیری    | -۰/۶۸         | ۰/۲۴       | ۰/۷۶۵     |
|                             | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۲/۱۲         | ۰/۶۵       | * < ۰/۰۰۱ |
| گرایش به خشونت              | پیش‌آزمون - پیگیری   | -۲/۳۲         | ۰/۵۴       | * < ۰/۰۰۱ |
|                             | پس‌آزمون - پیگیری    | -۰/۴۴         | ۰/۲۳       | ۰/۸۹۶     |
| گرایش به رفتار جنسی         | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۱/۷۸         | ۰/۷۸       | * < ۰/۰۰۱ |
|                             | پیش‌آزمون - پیگیری   | -۱/۹۰         | ۰/۶۹       | * < ۰/۰۰۱ |
| گرایش به رابطه با جنس مخالف | پس‌آزمون - پیگیری    | -۰/۵۱         | ۰/۸۱       | ۱/۰۰۰     |
|                             | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۲/۱۵         | ۰/۸۳       | * < ۰/۰۰۱ |
| گرایش به رابطه با جنس مخالف | پیش‌آزمون - پیگیری   | -۲/۳۲         | ۰/۷۶       | * < ۰/۰۰۱ |
|                             | پس‌آزمون - پیگیری    | -۰/۱۱         | ۰/۹۲       | ۱/۰۰۰     |
| گرایش به رابطه با جنس مخالف | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۲/۰۸         | ۰/۶۵       | * < ۰/۰۰۱ |
|                             | پیش‌آزمون - پیگیری   | -۲/۱۰         | ۰/۷۰       | * < ۰/۰۰۱ |
| گرایش به رابطه با جنس مخالف | پس‌آزمون - پیگیری    | ۰/۲۲          | ۰/۲۷       | ۱/۰۰۰     |
|                             | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۱/۷۹         | ۰/۵۳       | * < ۰/۰۰۱ |

|                        |                    |        |      |        |
|------------------------|--------------------|--------|------|--------|
| گرایش به راندگی خطرناک | پیش‌آزمون-پیگیری   | ۱/۸۳   | ۰/۵۸ | ۰/۰۰۱* |
|                        | پس‌آزمون-پیگیری    | -۰/۴۰  | ۰/۶۸ | ۰/۷۵۰  |
|                        | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | -۱۵/۴۲ | ۱/۸۹ | ۰/۰۰۱* |
| رفتار پرخطر (نمره کل)  | پیش‌آزمون-پیگیری   | -۱۴/۱۱ | ۱/۷۰ | ۰/۰۰۱* |
|                        | پس‌آزمون-پیگیری    | ۱/۲۶   | ۱/۰۲ | ۰/۵۶۶  |

\* ۰/۰۵ < P اختلاف معنی‌دار

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بسته آموزش گروهی خانواده درمانی ستیر بر بهبود رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش بسته خانواده درمانی ستیر باعث کاهش رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه شد و این نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. در زمینه مطالعات ناهمسو، پژوهشی یافت نشد. اما این یافته با نتایج مطالعه Vedadian و همکاران که نشان دادند گروه درمانی تقویت خانواده مبتنی بر هدف بر کاهش رفتارهای مشکل دار نوجوانان موثر بود [۲۰]؛ همچنین مطالعه Nemati Sogoli Teppéh مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی والدین مبتنی بر رویکرد خانواده درمانی ستیر بر سازگاری و اعتیاد به اینترنت در نوجوانان دختر شهر تبریز [۱۴]؛ پژوهش Lu و همکاران مبنی بر تأثیر خانواده درمانی آنلاین و آفلاین بر اساس مدل ستیر بر کاهش اضطراب و افسردگی نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی و والدین آن‌ها [۲۱] همسو است.

در واقع، در تبیین یافته پژوهش می‌توان اظهار کرد که امروزه شیوع رفتارهایی که سلامتی را به خطر می‌اندازد در بین نوجوانان رو به افزایش است. مصرف سیگار، قلیان و تنباکو، غذاهای پرچرب و کم فیبر، الکل، رفتارهای پرخطر جنسی، سوءمصرف مواد، خشونت و درگیری از جمله رفتارهای پرخطر محسوب می‌شوند [۲۲]. بسیاری از خانواده‌ها به علت بی‌توجهی و عدم آشنایی با شیوه‌های برقراری ارتباط با فرزندان خود، توانایی برقراری رابطه صحیح با آن‌ها را ندارند. در این دوره، نوجوانان پسر با تصمیمات مهم دوران زندگی خود از جمله شغل، سلامت، رفتارهای پرخطر و انتخاب گروه‌های همسالان مواجه شده

و عبور از این دوره می‌تواند برای نوجوانان و خانواده‌هایشان دوران سختی باشد و بیش از هر زمان دیگر نیاز به مراقبت و همراهی والدین دارد [۲۳]. یکی از مسائلی که بر زندگی نوجوانان تأثیر می‌گذارد و می‌تواند الگوهای رفتاری نوجوانان را شکل دهد و آن‌ها را در بسیاری از تصمیمات رفتاری و اجتماعی هدایت کند، الگوهای ارتباطی، بستر و فضای خانواده و پیوند بین آن‌ها است [۲۴].

در واقع، الگوهای ارتباطی ناکارآمد در خانواده‌ها باعث کاهش عزت نفس، پریشانی عاطفی، و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار در نوجوانان می‌شود که این امر می‌تواند باعث رفتارهای پرخطر یا تعارض بین فردی گردد [۲۵]. بر همین اساس، مدل درمان ستیر متمرکز بر الگوهای ارتباط، عزت نفس و ارزش شخصی هر یک از افراد و خانواده‌ها و نیروهای ذاتی درونی در هر انسان است. تجربه خانواده در درمان، منجر به تغییر و ایجاد بصیرت در آن‌ها خواهد شد [۱۲]. مفروضه زیربنایی رویکرد ستیر این است که افراد در خانواده‌ها از هیجانات‌شان آگاه نیستند، یا اگر هم هستند، این هیجانات را سرکوب کرده و آن‌ها را ابراز نمی‌کنند. این گونه است که فضای مردگی عاطفی در کانون خانواده به وجود می‌آید. در چنین فضایی، اعضای خانواده از یکدیگر پرهیز می‌کنند و اینگونه رفتارها، ناکارآمدی خانواده را نمایان و پایدار می‌کند و سبب بروز رفتارهای پرخطر از طرف نوجوانان خواهد شد [۱۴]. اما اگر والدین از تأثیر جو عاطفی خانواده و عملکرد خود بر سلامت فرزندان آگاه باشند سعی خواهند کرد که فضایی حمایت‌کننده برای خانواده فراهم کنند [۲۶]. آموزش گروهی والدین در این راستا به آن‌ها کمک خواهد کرد که دانش و توانایی خود را در زمینه تربیت فرزندان بالا ببرند و با یادگیری مهارت‌هایی همچون ارتباط بین فردی، آشنایی با سطوح ارتباطی، توجه

جامعه‌های آماری دیگر نیز انجام شود تا نتایج حاصل از آن در مقایسه با یافته‌های این پژوهش قرار گیرد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که بسته آموزش گروهی خانواده درمانی ستیر بر بهبود رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان مؤثر است. بنابراین، آگاهی بخشی به متولیان آموزش و مراکز مشاوره در جهت استفاده از بسته مذکور و گنجاندن آن در برنامه‌های آموزش خانواده مدارس اولویت پیدا خواهد کرد.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

### سهم نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی رشته روانشناسی تربیتی فردین اصلانی است که مختار ویسانی استاد راهنما و انور دست باز استاد مشاور بودند.

### تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش (دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه شهر سنندج همراه با والدین آن‌ها) و همچنین مسئولین دانشگاه که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

کردن، حرف زدن، گوش دادن و توجه به حالات هم، تشریح حالات ارتباطی ناکارآمد و آگاهی اعضا از الگوهای ارتباطی ناکارآمد مورد استفاده که در جلسات بسته آموزش گروهی خانواده درمانی ستیر گنجانده شده، سبب کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان شوند.

پژوهش حاضر با توجه به نتایج مطلوبی که داشت، دارای محدودیت‌هایی نیز بود. لحاظ کردن دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه شهر سنندج از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر بود که تعمیم یافته‌ها را به مناطق جغرافیایی دیگر و دانش‌آموزان دختر با محدودیت همراه می‌کند. همچنین، تعمیم به سایر رده‌های تحصیلی در این مطالعه با محدودیت روبه‌روست. محدودیت دیگر استفاده از پرسش‌نامه و ماهیت خودگزارشی آن است که معمولاً شرکت‌کنندگان می‌توانند با تحریف اطلاعات و افشای اطلاعات غلط، تصویر مطلوبی از خودشان نشان دهند. همچنین احتمال ارائه پاسخ‌های غیر واقعی به دلیل درک نادرست از سؤال‌ها، و مخدوش شدن نتایج وجود دارد. همچنین، حجم نمونه پایین و بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند از محدودیت‌های اصلی پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های تحقیقاتی مانند مصاحبه و مشاهده نیز برای بررسی دقیق‌تر استفاده شود و پژوهش مشابهی بر اساس بسته آموزش گروهی خانواده درمانی ستیر در شهرها و

## References

1. Restifo K, Bokor G. The role of the family in the development of adolescent high-risk behaviors: A systematic review. *Family Process*, 2020; 59(1): 22-40.
2. Chaku N, Berenbaum SA, Qian Y, Corley RP, Wadsworth SJ, Reynolds CA, Beltz AM. Pubertal timing in adolescence and adulthood: Relations among contemporaneous and retrospective measures. *Developmental Psychology*, 2024.
3. Kohlmeier GM. Study of the Impact of Adolescent Perceived Parenting Traits on the Development of Borderline, Narcissistic, and Histrionic Personality Disorders Based on Millon's Biopsychosocial Theory. Doctoral dissertation, Adler University. 2019.
4. Pozuelo JR, Desborough L, Stein A, Cipriani A. Systematic review and meta-analysis: Depressive symptoms and risky behaviors among adolescents in low -and middle-income countries. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 2022; 61(2): 255-276.
5. Daniels KJ, Hoosen I, Pharaoh H. Health risk behaviour prevention/intervention programmes targeted at youth/adolescents engaging in risky behaviour- A scoping review. *Journal of Public Health*, 2024; 1-10.

6. Abedi Parija H, Sadeghi E. Analysis of the tendency to risky behaviors in high school students: Measuring gender differences based on individual, family and peer factors. *Journal of Educational Sciences and Counseling*, 2022; 17(17): 34-57. [Persian]
7. Eslami S, Kabini Moghadam S, Nasser F. High Risk Social Behaviors in Adolescent Students of Guilan. *refahj*. 2022; 22(85): 159-179. [Persian]
8. Restifo K, Bokor G. The role of the family in the development of adolescent high-risk behaviors: A systematic review. *Family Process*, 2020; 59(1): 22-40.
9. Alizadeh Z, Rouhani A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing risky and harmful behaviors in female students of the second year of high school in Mobarakeh city. *Sadra Journal of Medical Sciences*, 2023; 11(4): 388-400. [Persian]
10. Golestaneh A, Mohammadi M, Davoodi A, Fath N. The efficacy of mindfulness- based intervention on self- control and high- risk behaviors in ADHD with CD adolescents. *Journal of Psychological Science*. 2022; 21(110): 383-400. [Persian]
11. Gheisari Z, Sahebdel H, Ebrahimpour M. Effectiveness of Motivational Psychotherapy on High-Risk Behaviors (Violence and Sexual Behavior) of Students. *Pajouhan Sci J*. 2021; 19 (3): 27-33. [Persian]
12. Ghanbari Hashemabadi BA, Talebian Sharif SJ, Moshirian SS. Effectiveness of Satir Communication Family Therapy on Couples Resilience and Problem Solving. *FPJ*. 2020; 5(2): 119-140. [Persian]
13. Shafiei M, Aghae H. Determining the Effectiveness of Group Counseling Based on Satir Communication Approach on Marital Burnout and Emotional Regulation. *MEJDS*. 2023; 13:90-100. [Persian]
14. Nemati Sogoli Teppeh F. The effectiveness of parent group training based on the Satir family therapy approach on adjustment and internet addiction in adolescent girls in Tabriz. *Quarterly Journal of New Psychological Research*, 2018; 13(51): 207-229. [Persian]
15. Allen EE, Anaya IM, Dearing TA, D'Aniello C, Roberts FE, Smith M. Satir Family Therapy and Adolescent Mental Health Implications of COVID-19. *The American Journal of Family Therapy* 2023; 51(5): 659-672.
16. Farzane Jajarmi H, Sotode Asl N, Kohsari R, Jahan F. Presenting a Causal Model of Tendency to High-Risk Behaviors Based on Religious Attitude and Parental Parenting Styles: Mediated by Time Vision. *Social Psychology Research*, 2021; 11(42): 35-52.
17. Delavar A. Research methodology in psychology and educational sciences. The fourth edition of the publication editing. Tehran: Virayesh pub; 2022. [Persian]
18. Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and Assessment of Psychometric Features of Iranian Adolescents Risk-Taking Scale. *IJPCP* 2011; 17(3): 218-225. [Persian]
19. Satir V. *The New People making*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books. 1988. 87.
20. Vedadian Z, Aghamohamadian H, Kareshki H. Effectiveness of purposeful-based multi-family group therapy on problematic behavior in adolescents. *FPJ* 2019; 5(1): 43-58.
21. Lu H, Huang Z, Zhang L, Huang X, Li X. Influence of in-person and remote Satir family therapy on emotions and behavior of adolescents with major depressive disorder. *Heliyon*, 2023; 9(5): 15890.
22. Imanezhad S, Razavi Pour SMK, Lashgari Kalat H, Shariat Moghani S, Yazdanparast A. A systematic review of risky behaviors in adolescence and its related factors: Evidence from Iran. *Health Providers*, 2023; 3(2): 111-126. [Persian]
23. Lo JWK, Ma JLC. Generating mutual support in multifamily therapy to promote father involvement and family communication quality of Chinese families of adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A qualitative study. *Family process*, 2024; 63(2): 967-982.
24. Syakhrani AW, Aslan A. The impact of informal family education on children's social and emotional skills. *Indonesian Journal of Education*, 2024; 4(2): 619-631.
25. Shi Y, Tang Z, Gan Z, Hu M, Liu Y. Association between family atmosphere and internet addiction among adolescents: the mediating role of self-esteem and negative emotions. *International Journal of Public Health*, 2023; 68: 1605609.
26. Scrimin S, Mastromatteo LY, Hovnanyan A, Zagni B, Rubaltelli E, Pozzoli T. Effects of socioeconomic status, parental stress, and family support on children's physical and emotional health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Child and Family Studies*, 2022; 31(8): 2215-2228.

# The Effectiveness of Satir Family Therapy Approach on Improving High-Risk Behaviors and Its Components in Male Students

Aslani F<sup>1</sup>, Weisani M<sup>2\*</sup>, Dastbaz A<sup>3</sup>

- 1- PhD Student, Dept. of Psychology, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.
- 2- Assistant Prof., Dept. of Educational Sciences, Farhangian University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)  
E-mail: m.weisani@gmail.com, Tel: 09126437992
- 3- Assistant Prof., Dept. of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

Received: 8 February 2025

Accepted: 28 Augusts 2025

**Introduction:** In recent decades, the prevalence of risky behaviors, especially among adolescents and young people, has caused an increasing concern in various societies; accordingly, the present study aimed to determine the effectiveness of the Satir family therapy approach on improving risky behaviors and its components in male first-year high school students.

**Materials and Methods:** The research method was a quasi-experimental design with a pretest-posttest design with a control group and a one-month follow-up. The study population was all male students of the first year of secondary schools in Sanandaj City along with their fathers in the academic year 2023-2024; out of which 30 students were selected along with their fathers who were willing to cooperate through purposive sampling and randomly assigned to the intervention and control groups (15 people in either group). The parents of the intervention group underwent 8 60-minute sessions (two sessions per week) under the Satir family therapy protocol, and the control group did not receive any intervention, and the students responded to the Iranian Adolescent Risk-Taking Questionnaire by Zadeh Mohammadi et al.. Statistical data analysis was performed using two-way repeated measures ANOVA.

**Results:** The findings of data analysis showed that after the intervention, Satir family therapy approach had a significant effect on improving high-risk behaviors ( $f=24.21$ ,  $\eta=0.370$ ,  $p<0.001$ ) among first-year high school students ( $p<0.001$ ). Moreover, these positive effects remained stable during the follow-up period.

**Conclusions:** According to the results, it is recommended that the Satir family therapy group training package be used as an effective method in educational courses in schools and counseling centers to improve high-risk behaviors and their components.

**Keywords:** Satir family therapy, high-risk behaviors, students

**Please cite this article as follows:**

Aslani F, Weisani M, Dastbaz A. The Effectiveness of Satir Family Therapy Approach on Improving High-Risk Behaviors and Its Components in Male Students. *Community Health Journal* 2025; 19 (2): 13-23.

**Funding:** This study did not have any funds.

**Conflict of interest:** None declared.

**Ethical approval:** The Ethics Committee of Azad University, Sanandaj Branch, approved the study (IR. IAU. SDJ. REC. 1403.152).