[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 20, Issue 1

The Effectiveness of Bullying Control Training on the Health-Promoting Behaviors of Adolescent Bullies: the Mediating Role of Perceived Social Support

Afzal Akbari Balootbangan[1], **Fardin Farmani**[2], **Fatemeh Abdpoor**[3], **Shabnam Gholami Sehchek**[4]

1. PhD. of Educational Psychology, Department of Semnan University, Semnan, Iran.
2. (Corresponding author)* Ph.D. Student of Psychology, Department of Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
3. M.A. in Educational Psychology and Teacher in Elementary School, Yasuj, Iran.
4. M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Kish, Iran

Abstract

Aim and Background: This study aimed to evaluate the effectiveness of bullying control training on the health-promoting behaviors of adolescent bullies: the mediating role of perceived social support.

Methods and Materials: The study design was quasi-experimental with pre- and post-test and one-month follow-up with control groups. The statistical population consisted of adolescents aged 14 to 17 years old from public schools of District 17 in Tehran. 40 adolescents who were compatible with inclusion criteria and obtained a high score in the Harter bullying scale were randomly selected and assigned to two experimental and control groups. The research tools consisted of the Perceived social support scale by Zimet et al. (1988) and the Health Promoting Behavior of Walker et al. (1987), which was completed in three phases (pre-test, post-test, and one-month follow-up) by both groups. The Bullying Control Education program was implemented at eight sessions of 90 minutes for the experimental group. Structural modeling with minor least squares approach was used in several multi-response patterns using SPSSV22 and SmartPLSV3.3 software for data analysis.

Findings: The results showed that Bullying Control Education had a positive and significant effect on Social Support and Health Promoting Behaviors in the post-test and follow-up phases. The results also showed that Bullying Control Education has an indirect and significant effect on Health Promoting Behaviors due to social support. The research model in the post-test phase was 51%, and in the follow-up phase, 54% of the variance of Health Promoting Behaviors.

Conclusions: Based on the results of this study, it can be said that the effectiveness of Bullying Control Education on Health Promoting Behaviors with the mediating role of Perceived Social Support is desirable. Therefore, teachers' knowledge, parents, psychologists, consultants, and other educational professionals from these variables can be helpful.

Keywords: Perceived Social Support, Health Promoting Behaviors, Bullying Control, Adolescents

Citation: Akbari Balootbangan A, Farmani F, Abdpoor F, Gholami Sehchek Sh. **The Effectiveness of Bullying Control Training on the Health-Promoting Behaviors of Adolescent Bullies: the Mediating Role of Perceived Social Support**. Res Behav Sci 2022; 20(1): 172-183.

* **Fardin Farmani**
Email: Farmani_fadin@yahoo.com

اثربخشی آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر: نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده

افضل اکبری بلوطبنگان[1]، فردین فرمانی[2]، فاطمه عبدپور[3]، شبنم غلامی سه‌چک[4]

۱- دانش‌آموخته دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲- (نویسنده مسئول)* دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی و دبیر آموزش و پرورش یاسوج، یاسوج، ایران

۴- کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کیش، ایران

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده انجام شد.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش نیمه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل نوجوانان ۱۴ تا ۱۷ ساله منطقه ۱۷ مدارس دولتی شهر تهران بود. تعداد ۴۰ نفر از نوجوانانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را دا شتند و نمره بالایی در پر س شنامه قلدری هارتر کسب کردند به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه حمایت اجتماعی زیمت و همکاران (۱۹۸۸) و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت والکر و همکاران (۱۹۸۷) بود که در سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه توسط هر دو گروه تکمیل شد. برنامه آموزش کنترل قلدری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از مدل یابی ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی در قالب الگوی چند نشانگر چند پاسخ به کمک نرم‌افزارهای $SPSS_{V22}$ و $SmartPLS_{V3.3}$ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش ن شان داد آموزش کنترل قلدری اثر م ستقیم و معنی‌داری بر حمایت اجتماعی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری داشت. همچنین نتایج نشان داد آموزش کنترل قلدری به واسطه حمایت اجتماعی اثر غیر مستقیم و معنی‌داری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت دارد. در مجموع مدل پژوهش در مرحله پس‌آزمون ۵۱ درصد و در مرحله پیگیری ۵۴ درصد از واریانس رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را تبیین نموده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت مدل اثربخشی آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده از برازش مطلوبی برخوردار است و لذا آگاهی معلمان، والدین، روان شناسان، مشاوران و سایر متخصصان تعلیم و تربیت از این متغیرها می‌تواند کمک‌کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، کنترل قلدری، نوجوانان

ارجاع: اکبری بلوطبنگان افضل، فرمانی فردین، عبدپور فاطمه، غلامی سه‌چک شبنم. **اثربخشی آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر: نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۱): ۱۷۲-۱۸۳.

* **فردین فرمانی،**

رایان نامه: Farmani_fadin@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]

مقدمه

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که علت بسیاری از بیمارها و رفتارهای مخرب، سبک زندگی و رفتارهای انسان است. انجام رفتارهای مرتبط با سلامت یکی از بهترین و مؤثرترین راه‌های است که مردم توسط آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ نموده و بهبود بخشند (۱). از این رو می‌توان گفت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت می‌باشند که به عنوان عامل زمینه‌ای در کاهش رفتارهای مخرب هستند و ارتقای سلامت مستقیماً با این رفتارهای در ارتباط است و می‌تواند در پیشگیری از آن‌ها مؤثر باشد (۲). ارتقای سلامت، صرفاً شامل دور شدن و یا نداشتن بیماری نیست بلکه یک فرایند پویای مثبت است. در تعریفی که توسط منشور اوتاوا در سازمان بهداشت جهانی شده است، ارتقای سلامت را فرایند توانمند کردن فرد برای اینکه بر خود کنترل بیشتری داشته باشد تا بتوانند سلامت‌شان را بهبود ببخشند و از لحاظ جسمانی، اجتماعی و روانی به حالتی از بهزیستی نائل آیند، می‌دانند. همچنین در این فرایند شخص باید توان این را داشته باشد که آرمان‌های خود را شناسایی کند و آن‌ها را درک نماید (۳).

از جمله رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت می‌توان به ایمن‌سازی، الگوی خواب مناسب، ورزش کافی، تغذیه مناسب و بهداشت فردی اشاره کرد. از سوی دیگر عدم فعالیت فیزیکی، بی‌تحرکی و رفتارهای نادرست تغذیه‌ای موجب پیامدهای ناگواری در همه گروه‌ها به خصوص نوجوانان می‌شود. با این حال نوجوانی را دوره سلامتی می‌پندارند و با همین پیش‌فرض آنان بیش از دیگر گروه‌های سنی از خدمات مراقبتی و پیشگیری بی‌بهره‌اند (۴). در نوجوانی انجام رفتارهای تهدیدکننده سلامت افزایش می‌یابد. نوجوانی مرحله‌ای است که در آن افراد در معرض خطر انجام بسیاری از رفتارهای تهدیدکننده سلامت از جمله افزایش دریافت مواد غذایی، کاهش فعالیت فیزیکی و نیز افزایش آسیب‌پذیری رشدی هستند که می‌تواند تهدیدی برای سلامت آینده آنان نیز باشد. با این حال، مشاوره و تغییر رفتار نوجوانان می‌تواند سبب بهبود زمینه‌های مختلف سلامتی از جمله سلامت ذهنی و جسمی آنان شود. بنابراین با بهبود وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در نوجوانان نیز می‌توان از بسیاری از مشکلات سلامتی در نوجوانان پیشگیری کرد (۵).

قلدری در مدرسه از جمله متغیرهایی است که می‌تواند سلامت نوجوانان را تهدید کند (۶). قلدری یک فرایند گروهی در سطح گروه همسالان است و نوجوانان متعلق به گروه‌های قلدری، رفتارهای پرخاشگرانه خود را در طول زمان از طریق پاداش متقابل و تقویت رفتارهای یکدیگر افزایش می‌دهند؛ بنابراین قلدری‌هایی که غالب هستند اغلب خود را در بین همکلاسی‌ها و سایر همسالان محبوب می‌دانند (۷). در مدارسی که قلدری یک مشکل است، نوجوانان احساس پذیرش، حمایت، احترام یا رفتار منصفانه ندارند. با این حال، حمایت همسالان تنها عامل مرتبط با حمایت نیست. مطالعات نشان می‌دهد که حمایت فعال معلم با مشارکت کمتر در خطر سلامت دانش‌آموزان و رفتارهای ضد اجتماعی مانند قلدری و دعوا مرتبط است (۸).

اگرچه نشان داده شده است که رفتارهای بزهکارانه به عنوان یک عامل خطر و پیش‌بینی کننده قلدری نوجوانان است، اما فضای اجتماعی خوب در مدرسه، به عنوان یک عامل محافظتی است و پیوندهای اجتماعی قوی در جامعه نیز حمایت‌کننده بوده و می‌تواند میزان قلدری در مدارس را کاهش دهد (۹). با این حال به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی افراد می‌تواند در کنترل قلدری و به دنبال آن ارتقای سلامت تأثیر داشته باشد. به عبارتی می‌توان گفت، خانواده، محیط خانه، جو مدرسه و عوامل جامعه به طور قابل توجهی پیش‌بینی کننده قلدری نوجوانان هستند که نشان‌دهنده نقش مهم بافت اجتماعی در توسعه و حفظ قلدری است (۱۰). حمایت اجتماعی به عنوان ادراکات فرد از حمایت عمومی یا رفتارهای حمایتی خاص (در دسترس یا اعمال شده) از سوی افراد در شبکه اجتماعی تعریف شده که عملکرد فرد را افزایش می‌دهد و یا به عنوان عامل محافظتی در برابر پیامدهای نامطلوب عمل کند (۱۱). به صورت خاص باید عنوان کرد، حمایت اجتماعی درک شده از سوی والدین، همسالان، معلمان با رفتارهای پرخاشگرانه نوجوانان در ارتباط است. بر اساس نتایج پژوهشی منبع اصلی حمایت اجتماعی برای نوجوانان بر اساس سن متفاوت است. در اوایل نوجوانی، حمایت والدین مهم است، اما در اواخر نوجوانی حمایت همسالان برجسته می‌شود. از این رو مطالعاتی که والدین را به عنوان یک تأثیر اجتماعی تحلیل می‌کنند، نشان می‌دهند که صمیمیت و حمایت بیشتر والدین با همه اشکال قلدری نوجوانان همراه است (۱۲). هنگام در نظر گرفتن روابط با همسالان، حمایت اجتماعی اغلب به عنوان یک مؤلفه اساسی و نشانه‌ای از کیفیت رابطه در نظر گرفته می شود. حمایت اجتماعی از همکلاسیان و دوستان نزدیک، سلامت و بهزیستی عمومی را ارتقاء می‌دهد و خطر پیامدهای منفی را کاهش می‌دهد. بر اساس شواهد پژوهشی نوجوانانی که قربانی قلدری دیگران می‌شوند، حمایت کمتری از همسالان دریافت می‌کنند (۱۳).

پژوهش‌های مختلفی به بررسی مداخلات ضد قلدری پرداختند. در پژوهشی که به اثربخشی آموزش کنترل قلدری بر قلدری دانش‌آموزان دختر شهر قزوین پرداخت، نتایج نشان داد آموزش کنترل قلدری بر هر سه مؤلفه قلدری، نزاع و قربانی اثربخش بوده و باعث کاهش آن‌ها شد (۱۴). در پژوهش دیگری

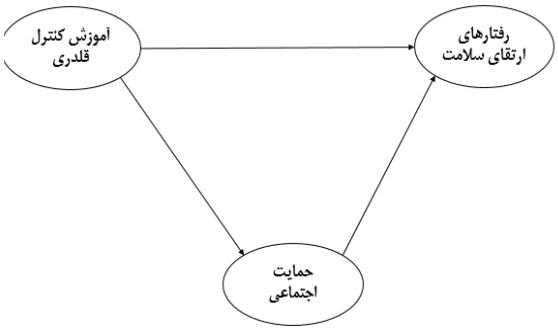
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]

که با عنوان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان در دانش‌آموزان قلدر دختر دوره اول متوسطه بر روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان خرم‌آباد انجام شد، نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان قلدر تأثیر معناداری دارد (۱۵). همچنین در مطالعه‌ای که اثربخشی آموزش شناختی ارتقاء امید بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پسران دانش‌آموز قلدر را در ۳۰ نفر از دانش‌آموزان مدارس ارومیه مورد بررسی قرار داد، نتایج حاکی از بهبود راهبردهای ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، اتخاذ دیدگاه، سرزنش دیگران و فاجعه انگاری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود (۱۶).

در مطالعه‌ای که با عنوان اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش مهارت‌های اجتماعی- هیجانی و کاهش افسردگی در ۳۰ نفر از دانش‌آموزان قلدر شهر ستان بوکان انجام دادند، به این نتایج دست یافتند که درمان گروهی متمرکز بر هیجان باعث کاهش افسردگی و قلدری و افزایش مهارت‌های اجتماعی – هیجانی به‌طور معنادار شده است (۱۷). در پژوهش دیگری که در زمینه اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش میل به قلدری دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه اول شهرکرد انجام شد، نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی به طور معناداری باعث کاهش نمره کلی پرسشنامه مقیاس قلدری در گروه آزمایش شده است (۱۸). همچنین در مطالعه‌ای که اثربخشی برنامه تقویت هوش هیجانی بر کنترل رفتار قلدری نوجوانان را مورد بررسی قرار داد، نتایج نشان داد بین هوش هیجانی و قلدری نوجوانان پسر همبستگی منفی قوی وجود داشت. همچنین تقویت هوش هیجانی نوجوانان قلدر با بهبود به کارگیری هیجان، تنظیم هیجان و ارزیابی و بیان هیجان، رفتار قلدری را کاهش می‌دهد. به علاوه، هوش هیجانی توانایی پیش‌بینی رفتار قلدری را به طور معناداری داراست (۱۹).

افزون بر آن در پژوهشی که با عنوان رابطه بین قلدری و قربانی و رفتارهای بهداشتی در میان دانش‌آموزان دبیرستانی ایالات متحده انجام شد به این نتایج دست یافتند که قلدری با تمامی رفتارهای سلامت همراه و همبسته بوده است. به این معنی که قلدری و قربانی شدن با عوامل مرتبط با خشونت، عوامل مرتبط با وزن و فعالیت‌های فیزیکی، عوامل خطر جنسی و استفاده از مواد و سایر عوامل خطر مرتبط بوده‌اند (۲۰). همچنین در پژوهشی که با عنوان تأثیر حمایت اجتماعی، قلدری و قربانی روی اضطراب روانی دانش‌آموزان کالیفرنیا که بر روی ۲۷۹۹ نوجوان ۱۲ تا ۱۷ ساله اجرا کرده بودند به این نتایج دست یافتند، نوجوانان قربانی دو برابر بیشتر از دانش‌آموزانی که قربانی نشده بودند، اضطراب روانی را گزارش کردند. از سویی سطح بالاتر حمایت اجتماعی بخصوص حمایت بزرگسالان از نوجوانان در مدارس، آن‌ها را در مقابل اضطراب روانی محافظت می‌کند در حالی که این حمایت تأثیری بر قلدری نداشته است (۲۱). علاوه بر آن در پژوهشی که با عنوان اتخاذ رویکرد ارتقای سلامت برای مشکل قلدری صورت گرفت نتایج نشان داد آشنایی با مسئله قلدری به صورت فردی و گروهی می‌تواند در جهت سلامت نوجوانان کمک‌کننده باشد (۲۲).

با توجه به آنچه مطرح شد امروزه قلدری کردن دانش‌آموزان در مدارس به امری فراگیر در سراسر جهان تبدیل شده است به‌گونه‌ای که عمده شواهد و نتایج پژوهشی مبین این مدعا ست. بروز رفتارهای قلدری می‌تواند آسیب‌های جدی را در آینده برای آن ها به همراه داشته باشد. از این رو آموزش رفتارهای کنترل‌گرانه و حمایت اجتماعی از سوی افراد مهم زندگی می‌تواند به کاهش قلدری در نوجوانان بیانجامد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال این سؤال است که آیا مدل اثربخشی آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده از برازش مطلوبی برخوردار است؟



شکل ۱: مدل مفهومی اثربخشی آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی

مواد و روش‌ها

این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی است. طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون- پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه نوجوانان پسر دارای رفتارهای قلدری ۱۴ تا ۱۷ ساله مدارس متوسطه دوم منطقه ۱۷ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در بر می‌گرفت. شیوع بالای قلدری نوجوانان در سنین ۱۴ تا ۱۷ در مناطق جنوبی شهر تهران از جمله دلایل انتخاب این جامعه و منطقه به عنوان جامعه هدف بود. برای تعیین حجم نمونه پژوهش حاضر دو مدرسه (ابوریحان بیرونی و علامه طباطبایی) که به لحاظ جغرافیایی به هم نزدیک بودند از منطقه ۱۷ شهر تهران انتخاب شدند. نوجوانان ۱۴ تا ۱۷ ساله مدارس انتخاب شده از لحاظ پرونده تحصیلی-انضباطی و مصاحبه با معلمان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]

مورد بررسی قرار گرفتند. سپس لیست افراد ۱۴ تا ۱۷ ساله هر دو مدرسه که دارای پرونده تحصیلی و مشکل انضباطی بوده، تهیه شد. در ادامه پرسشنامه قلدری هارتر در بین نوجوانانی که شرایط فوق را داشتند اجرا شد. افرادی که نمره بالایی در رفتارهای قلدری بدست آوردند (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین)، به صورت جداگانه مشخص شدند. تعداد ۴۹ نوجوان ملاک‌های ورود (رضایت آگاهانه از مشارکت در پژوهش، داشتن دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال، اشتغال به تحصیل در مدارس متوسطه منطقه ۱۷، توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها، داشتن سابقه قلدری در مدرسه) و ملاک‌های خروج (غیبت در بیش از ۳ جلسه و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر) به پژوهش را دا شتند. ۹ نوجوان که نمرات قلدری کمتری را نسبت به بقیه کسب کردند، کنار گذا شته شدند و در نهایت ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) از دو مدرسه (از هر مدرسه ۲۰ نفر) به طور تصادفی انتخاب شدند. پس از آن به طور تصادفی تعیین شد که برنامه آموزشی کنترل قلدری بر روی کدام گروه اجرا شود. این پژوهش از دانشگاه سمنان با کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1397.009 ثبت شده است. در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه قلدری هارتر (HBS): این مقیاس در سال ۱۹۸۵ توسط هارتر طراحی شد که ۶ گویه دارد و قلدری را به صورت سازه‌ای تک عاملی می سنجد. پرسشنامه به صورت یک طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای است. برای هر سؤال پاسخ‌دهندگان بیان می‌کنند که کدام یک از عبارت‌ها بیانگر وضعیت آن‌ها است. سپس پاسخ‌دهندگان بیان می‌کنند که چقدر گویه‌ها (واقعاً یا تقریباً)، در موردشان صدق می‌کند. نمره‌گذاری هر گویه از ۱ (واقعاً درست در مورد من سمت راست) تا ۴ (واقعاً درست در مورد من سمت چپ) است. آیتم‌های ۲، ۴ و ۵ نمره‌گذاری معکوس دار ند. میانگین نمره آیتم ها به عنوان نمره نهایی قلدری فرد می‌با شد. لذا نمرات بالا در این ابزار نشان‌دهنده رفتارهای قلدری بالا هستند. پژوهشگران خارجی برای بررسی میزان اعتبار پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که این میزان را برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (۲۳). این پرسشنامه در پژوهشی که بر روی ۶۰۷ نفر از دانش‌آموزان مدارس متوسطه شهر سمنان انجام شد، برای بررسی روایی محتوایی پرسشنامه از شاخص CVR استفاده شد. جهت محاسبه نسبت CVR از نظرات ۵ نفر از کارشناسان متخصص در حوزه روانشناسی سلامت و تربیتی که با ادبیات قلدری آشنایی داشتند، استفاده شد. از آن‌ها درخواست شد تا سؤالات پرسشنامه را بر اساس طیف لیکرت ۱= غیر مرتبط تا ۵= مرتبط با قلدری ارزیابی کنند که در نهایت میزان روایی محتوایی پرسشنامه قلدری هارتر ۰/۸۶ بدست آمد. همچنین برای بررسی روایی همگرای پرسشنامه قلدری هارتر از اجرای همزمان با پرسشنامه پرخاشگری استفاده شد که این میزان ۰/۴۳ بدست آمد. افزون بر آن این پژوهشگران ساختار تک عاملی بودن پرسشنامه را در نمونه ایرانی تأیید کرده و میزان اعتبار این ابزار را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند (۲۴).

پرسشنامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت: این پرسشنامه نسخه اصلاح شده کامل پرسشنامه رفتارهای ارتقای سلامت بوده در سال ۱۹۸۷ توسعه یافت. ابزار از ۵۲ آیتم تشکیل شده که ۶ مؤلفه شد معنوی و خود شکوفایی (سؤالات ۱ تا ۱۱)، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت (سؤالات ۱۲ تا ۲۴)، روابط بین‌فردی (سؤالات ۲۵ تا ۳۲)، مدیریت استرس (سؤالات ۳۳ تا ۳۷)، ورزش و فعالیت بدنی (سؤالات ۳۸ تا ۴۵) و تغذیه (سؤالات ۴۶ تا ۵۲) را در بر می‌گیرد. پرسشنامه بر روی طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و به‌طور معمول) قرار دارد. تدوین‌کنندگان ضریب روایی محتوایی پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند و ضریب پایایی ابزار را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مؤلفه‌ها در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (۲۵). میزان روایی سازه این ابزار در ایران قابل قبول گزارش شده و ضریب پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای هر کدام از خرده مقیاس‌ها شامل تغذیه ۰/۸۲، فعالیت جسمی ۰/۷۹، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت ۰/۸۶، مدیریت استرس ۰/۹۱، روابط بین فردی ۰/۷۵ و رشد معنوی ۰/۶۴ بدست آمد (۲۶).

برنامه آموزشی کنترل قلدری: برنامه آموزش کنترل قلدری مختص نوجوانان قلدر تهیه و طراحی شده است. همان‌گونه که در زیر قابل مشاهده است این برنامه از ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تشکیل شده که روایی و اعتبار آن در نوجوانان دارای رفتارهای قلدری تأیید شده است. برای روایی و اعتبار برنامه آموزشی کنترل قلدری از متخصصان این حوزه نظرخواهی شد. به این معنی که پس از مطالعه یافته‌هایی که پژوهشگر در خصوص ادبیات قلدری و تکنیک‌های ضد قلدری بدست آورده بود و همچنین از مصاحبه با نوجوانان قلدر، معلمان و برخی از والدین سعی نموده مهمترین مؤلفه‌ها در کنترل قلدری را شناسایی و کاربردی‌ترین تکنیک‌ها را که برای فرهنگ بومی ایران نیز قابل اجرا هستند به صورت جلسات آموزشی ارائه نماید. این برنامه بر اساس رویکرد شناختی–رفتاری تهیه شد و به ۵ نفر از متخصصان (عضو هیئت علمی دانشگاه) این حوزه (روانشناسی تربیتی، علوم تربیتی و روانشناسی سلامت) ارائه شد. بنا بر پیشنهاد این متخصصان در تعداد جلسات تغییری ایجاد نشده است؛ اما محتوای برخی جلسات گسترده‌تر شده و روند اجرای جلسات به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]

گونه‌ای پیشنهاد شده است که در آن فرد، قلدری را به صورت یک فرایند ارزیابی کند. به این صورت که در ابتدا فرد یاد می‌گیرد رفتارهای قلدری را بشناسد و تا می‌تواند از آن‌ها اجتناب کند (جلسات اول و دوم). در مرحله دوم که تقریباً بیشترین حساسیت جلسات به آن اختصاص داده شد به تکنیک‌هایی که در حین رفتار قلدری فرد باید انجام دهد اشاره شده است (جلسات سوم، چهارم و پنجم) و در مرحله آخر تکنیک‌های بعد از وقوع قلدری و جمع‌بندی برنامه آموزشی ارائه شد (جلسات ششم، هفتم و هشتم). در نهایت پس از اعمال اصلاحات خواسته شده، ضریب روایی محتوایی (CVR) برای پروتکل کنترل قلدری ۰/۶۰ و ضریب پایایی به روش پایایی ارزیاب‌ها ۰/۸۰ بدست آمد که نشان از قابلیت اعتبار پروتکل کنترل قلدری بود (۶). خلاصه بسته آموزشی کنترل قلدری به شرح زیر تهیه شده است.

جلسه اول: شناسایی رفتارهای قلدری از سایر رفتارها. در این جلسه پس از معارفه دانش‌آموزان و اجرای پیش‌آزمون به تعریف قلدری، انواع آن و آموزش تشخیص رفتارهای قلدری از رفتارهای غیر قلدری پرداخته شد.

جلسه دوم: اجتناب از قلدری و دعوا. ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده شد در زمان قلدری‌های فیزیکی به چه صورت پاسخ دهد و از رفتن به مکان‌هایی که احتمال قلدری وجود دارد اجتناب کند. همچنین به فرد آموزش داده شد در چه زمان‌هایی از روز ممکن است قلدری اتفاق بیافتد و از حضور در این ساعت‌ها اجتناب کند.

جلسه سوم: خودکنترلی در زمان قلدری. ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده شد قبل از هرگونه مناقشه، با خود جملات مثبت تکرار کند و با آرامش خود را کنترل کند. همچنین به فرد آموزش داده می‌شود قبل از عمل فکر کند و رفتارش را کنترل کند.

جلسه چهارم: آموزش برخورد مسالمت آمیز با قلدری دیگران. ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده شد چگونه به شیوه‌های کلامی، صلح‌آمیز، غیر فیزیکی، سازنده و غیر تهاجمی با قلدری دیگران برخورد کنند.

جلسه پنجم: رها کردن خشم به صورت ایمن. ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده شد خشم خود را به چه صورتی ابراز کند. ضمن آموزش مبارزه عادلانه در این جلسه مهارت یافتن راه‌حل‌های جایگزین برای ابراز خشم آموزش داده شد.

جلسه ششم: حل و فصل اختلافات به شیوه های منطقی. ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده شد چگونه به روش‌های مصالحه، مذاکره، معذرت‌خواهی و میانجیگری همکار اختلافات خود را حل و فصل کند.

جلسه هفتم: خودآگاهی و ایجاد نگرش مثبت. ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده شد چگونه احساس خوب و خودپنداره مثبت در مورد خود داشته باشد.

جلسه هشتم: کنترل و جلوگیری از قلدری در فضای مجازی. ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده شد در مورد پست‌هایش فکر کند، رمزهای عبور خود را چگونه نگه‌داری کنند، چگونه والدین خود را مطلع سازند، چطور به پیام‌های دیگران پاسخ ندهند و ... در انتهای این جلسه پس‌آزمون از گروه آزمایش گرفته شد.

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از تعیین جامعه آماری و حجم نمونه، ملاحظات اخلاقی صورت گرفت. همچنین قبل از اجرای پرسشنامه‌ها اصول اخلاقی نظیر محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، کسب و جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان پژوهش، عدم انتشار اطلاعات شرکت‌کنندگان به دیگران و ایجاد یک جو صمیمی و اطمینان‌بخش از جمله ملاحظاتی بود که پژوهشگر در این پژوهش مدنظر قرار داده است. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش برای تمامی آن ها به صورت داوطلبانه است و شرکت‌کنندگان در صورتی که تمایل به ادامه همکاری نداشتند، می‌توانستند به صورت آزادانه تصمیم‌گیری کنند. همچنین شرکت‌کنندگان مجاز بودند از نوشتن آدرس خود، خودداری نمایند و در صورت تمایل به داشتن نتایج، خواسته خود را اعلام نمایند. در ادامه پرسشنامه حمایت اجتماعی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بین اعضای نمونه اجرا شد (پیش‌آزمون). سپس مداخله کنترل قلدری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگران بر روی گروه آزمایش اجرا شد. پس از انجام مداخله، پرسشنامه‌های رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و حمایت اجتماعی مجدداً ارائه شد (پس‌آزمون). بعد از مدت زمان یک ماه پیگیری بین گروه‌ها صورت گرفت. پس از جمع‌آوری اطلاعات، به منظور تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی با حداقل مربعات جزئی استفاده شد. داده‌های به‌دست‌آمده از پرسشنامه‌ها به وسیله نرم‌افزارهای $SPSS_{V22}$ و $SmartPLS_{V3.3}$ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۰ دانش‌آموز پسر ۱۴ تا ۱۷ ساله قرار داشت که میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۱/۰۲±۱۵/۷۵، گروه کنترل ۱/۰۲±۱۵/۲۵ و برای کل نمونه ۱/۰۴±۱۵/۵۰ بدست

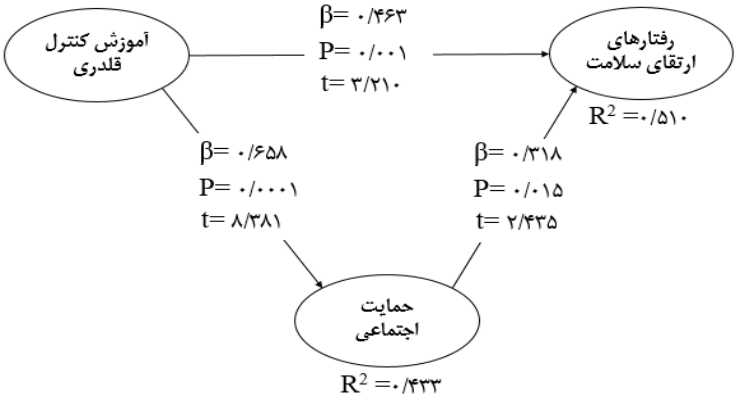
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]

آمد. همچنین میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش برای هر دو گروه در ۳ مرحله آزمون به شرح زیر می‌باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در سه مرحله آزمون برای گروه‌ها

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۶/۷۵	۶/۷۳	رفتارهای ارتقادهنده سلامت	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲۷/۷۵	۲۰/۳۷
		پس‌آزمون	۶۱/۲۵	۹/۱۴			پس‌آزمون	۱۶۲/۴۵	۱۲/۹۹
		پیگیری	۶۰/۳۵	۱۲/۴۶			پیگیری	۱۵۸/۷۵	۱۳/۶۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۵/۰۰	۵/۶۱		کنترل	پیش‌آزمون	۱۲۸/۴۵	۲۰/۴۶
		پس‌آزمون	۵۱/۳۰	۶/۲۷			پس‌آزمون	۱۳۰/۱۰	۲۲/۳۴
		پیگیری	۴۸/۴۵	۷/۶۹			پیگیری	۱۳۴/۷۵	۱۴/۳۴

پس از بررسی یافته‌های توصیفی، به منظور بررسی هدف پژوهش مبنی بر اینکه مدل اثربخشی آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده از برازش مطلوبی برخوردار است، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. برای مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است. همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود. در نهایت با توجه به اینکه داده‌ها در مقیاس فاصله‌ای اندازه‌گیری و انتخاب شرکت‌کنندگان مستقل از همدیگر بود می‌توان گفت مفروضات تحلیل پارامتریک برقرار است. پس از بررسی مفروضات آزمون، به منظور بررسی مدل از الگوی چند نشانگر چند پاسخ (MIMIC) در قالب روش حداقل مربعات جزئی استفاده شد. هدف از این الگو آن بوده که امکان استفاده از مدل‌های ساختاری را در طرح‌های آزمایشی به پژوهشگر می‌دهد و روش حداقل مربعات جزئی به حجم نمونه حساس نیست (۲۷).



شکل ۲: ضرایب مسیر مستقیم استاندارد شده و معنی‌داری آن‌ها و مقدار واریانس تبیین شده پس‌آزمون آموزش کنترل قلدری به نوجوانان قلدر

در الگوی چند نشانگر چند پاسخ دو مدل مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، ابتدا در مدل اول که مدل اندازه‌گیری است، رابطه بین نشانگرها با متغیر مکنون مورد بررسی قرار می‌گیرد، این در حالی است که در مدل دوم یعنی مدل ساختاری روابط بین متغیرهای مکنون با متغیرهای مشاهده‌شده مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و این مشخصه الگوی چند نشانگر چند پاسخ است که در آن امکان تأثیرگذاری متغیرهای مشاهده شده بر متغیرهای مکنون وجود دارد و برای همین علاوه بر معادلات ساختاری در طرح‌های آزمایشی می‌توان از آن استفاده نمود (۲۸) زیرا در آن گروه کنترل و گروه آزمایش به عنوان یک متغیر مشاهده شده در نظر گرفته می‌شوند که در آن خطایی وجود ندارد. در روش حداقل مربعات جزئی آزمون مدل اندازه‌گیری شامل بررسی روایی و پایایی نشانگرهای متغیرهای مکنون می‌شود. علت استفاده از بررسی روایی و پایایی در مدل‌های ساختاری به این دلیل است که اگر اعتماد کافی به نشانگرهای هر کدام از متغیرهای مکنون وجود نداشته باشد دلیلی برای استفاده از آن‌ها در ادامه تحلیل وجود ندارد. به اعتقاد پژوهشگران بارهای عاملی بالاتر از ۰/۶۰ یکی از دلایل اصلی پایایی مناسب نشانگرهای متغیر مکنون است (۲۹). همچنین اشاره

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]

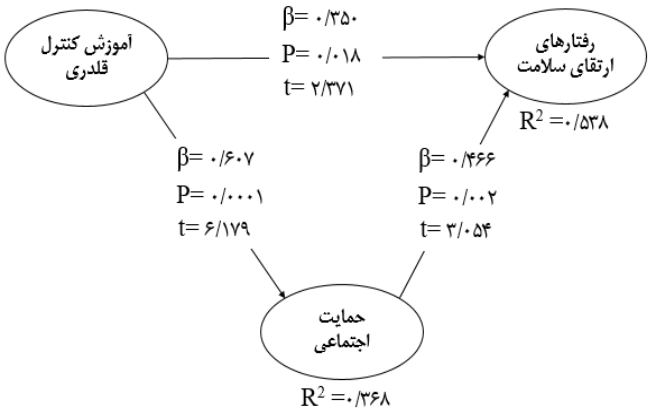
شده است که میانگین واریانس استخراج شده (AVE) بیشتر از ۰/۵۰ و اعتبار ترکیبی بیشتر از ۰/۷۰ نشان‌دهنده پایایی ایده آل متغیرهای مکنون است (۳۰). در این پژوهش موارد فوق مورد بررسی قرار گرفت که این میزان برای همه متغیرهای مکنون مناسب بود و از این رو می‌توان گفت مدل‌های اندازه‌گیری مطلوب بوده‌اند. پس از اطمینان از روایی و پایایی سازه‌ها و امکان آزمودن مدل ساختاری از روش حداقل مربعات جزئی استفاده شد که در رویکرد حداقل مربعات جزئی تأکید بر مقدار واریانس تعیین‌شده و معنی‌داری (به‌صورت p و t) ضرایب مسیر است. در شکل زیر ضرایب مسیر مستقیم، معنی‌داری آن‌ها و نیز مقدار واریانس تبیین شده آمده است.

همان‌گونه که شکل ۲ نمایش داده می‌شود آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به واسطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده اثر معنی‌داری دارد. به عبارتی در مدل اثربخشی ۴۳ درصد از واریانس حمایت اجتماعی و ۵۱ درصد از واریانس رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت تبیین شده است که این مقادیر در سطح آلفای $p<۰/۰۱$ معنی‌دار می‌باشند. افزون بر آن در جدول زیر مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم و معنی‌داری آن‌ها ارائه شده است.

جدول ۲. ضرایب مسیر مستقیم، غیر مستقیم و سطح معنی‌داری آن‌ها در مدل پس‌آزمون اثربخشی آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	نوع اثر	ضریب مسیر	معنی‌داری
آموزش کنترل قلدری	رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت	مستقیم	۰/۴۶	۰/۰۰۱
آموزش کنترل قلدری	رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت	غیر مستقیم	۰/۲۱	۰/۰۱۷
آموزش کنترل قلدری	حمایت اجتماعی	مستقیم	۰/۶۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت	مستقیم	۰/۳۲	۰/۰۱۵

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می شود آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت (β=۰/۴۶) و حمایت اجتماعی ادراک‌شده (β=۰/۶۶) اثر مستقیم، مثبت و معنی‌داری داشت. همچنین حمایت اجتماعی اثر مثبت، مستقیم و معنی‌داری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت داشت (β= ۰/۳۲). علاوه بر مسیرهای مستقیم، نتایج نشان داد آموزش کنترل قلدری به واسطه حمایت اجتماعی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت اثر غیر مستقیم (β= ۰/۲۱) و معنی‌داری داشت (p=۰/۰۱۷). علاوه بر مسیرهای مدل، به منظور بررسی شاخص‌های برازش در رویکرد حداقل مربعات جزئی، پژوهشگران معتقدند که اگر سه شاخص نسبت جهت علیت دومتغیره غیرخطی (NLBCDR)، نسبت سهم مجذور آر (PSCR) و نسبت پارادوکس سیمپسون (SPR) بالاتر از ۰/۷ باشد می‌توان گفت مدل در حالت مطلوبی قرار دارد و اگر میزان این شاخص‌ها برابر با ۱ باشند، برازش مدل در حالت ایده آل قرار دارد (۳۱). در این پژوهش میزان نسبت‌های فوق بالاتر از ۰/۷ بوده اما به ۱ نرسیده‌اند و می‌توان گفت مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. افزون بر آنچه مطرح شد، به منظور بررسی اثربخشی مدل مفهومی در طی زمان (برازش مدل پیگیری) نیز از روش حداقل مربعات جزئی در قالب الگوی چند نشانگر چند پاسخ استفاده شد که در شکل زیر ضرایب مسیر مستقیم، معنی‌داری آن‌ها و مقدار واریانس تبیین شده متغیرهای پژوهش ارائه شده است.



شکل ۳: ضرایب مسیر مستقیم استاندارد شده و معنی‌داری آن‌ها و مقدار واریانس تبیین شده پیگیری آموزش کنترل قلدری به نوجوانان قلدر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]

همان‌طور که در شکل ۳ قابل مشاهده است، آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به واسطه حمایت اجتماعی اثر معنی‌داری دارد. به این معنی که در مدل اثربخشی فوق ۳۷ درصد از واریانس حمایت اجتماعی و ۵۴ درصد از واریانس رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت تبیین شده است که این مقادیر در سطح آلفای $p<۰/۰۱$ معنی‌دار می‌باشند. همچنین در جدول زیر مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم و معنی‌داری آن‌ها در مرحله پیگیری متغیرها ارائه شده است.

جدول ۳. ضرایب مسیر مستقیم، غیر مستقیم و سطح معنی‌داری آن‌ها در مدل پیگیری اثربخشی آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	نوع اثر	ضریب مسیر	معنی‌داری
آموزش کنترل قلدری	رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت	مستقیم	۰/۳۵	۰/۰۱۸
آموزش کنترل قلدری	رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت	غیر مستقیم	۰/۲۸	۰/۰۱۱
آموزش کنترل قلدری	حمایت اجتماعی	مستقیم	۰/۶۱	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت	مستقیم	۰/۴۷	۰/۰۰۲

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می شود آموزش کنترل قلدری بر حمایت اجتماعی (β=۰/۶۱) و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت (β=۰/۳۵) نوجوانان قلدر در مرحله پیگیری اثر مستقیم، مثبت و معنی‌داری داشت. همچنین حمایت اجتماعی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت اثر مثبت، مستقیم و معنی‌داری داشت (۰/۴۷ =β). از سوی دیگر نتایج نشان داد آموزش کنترل قلدری در مرحله پیگیری به واسطه حمایت اجتماعی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت اثر غیر مستقیم (β=۰/۲۸) و معنی‌داری داشت (p=۰/۰۱۱). به منظور برازش مدل در رویکرد حداقل مربعات جزئی، از سه شاخص نسبت جهت علیت دومتغیره غیرخطی، نسبت سهم مجذور آر و نسبت پارادوکس سیمپسون استفاده می‌شود که برای مدل پیگیری آموزش کنترل قلدری میزان این سه نسبت بالاتر از ۰/۷ بوده و نشان از برازش مطلوب این مدل می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در نوجوانان ۱۴ تا ۱۷ ساله شهر تهران بود. پس از اجرا پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها، نتایج نشان داد آموزش کنترل قلدری بر حمایت اجتماعی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر اثر مستقیم، مثبت و معنی‌داری داشت. همچنین آموزش کنترل قلدری به واسطه حمایت اجتماعی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت اثر غیر مستقیم و معنی‌داری داشت. می‌توان گفت همسو با نتایج این پژوهش در مطالعه‌ای که اثربخشی آموزش شناختی ارتقاء امید در دانش‌آموزان قلدر مورد بررسی قرار داد، نتایج نشان داد آموزش شناختی ارتقاء امید باعث افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دانش‌آموزان قلدر شد (۱۶). همچنین بر اساس شواهد پژوهشی آموزش کنترل قلدری می‌تواند باعث کاهش هر سه مؤلفه قلدری، قربانی شدن و نزاع در نوجوانان شود (۱۴). از سویی آموزش مهارت‌های زندگی باعث کاهش رفتارهای قلدری و کنترل قلدری در نوجوانان شود که می‌توان گفت با نتایج پژوهش حاضر همسو بود (۱۸). همچنین نتایج پژوهش دیگری نشان داد درمان متمرکز بر هیجان باعث افزایش مهارت های اجتماعی- هیجانی و کاهش افسردگی دانش‌آموزان قلدر شد که می‌توان گفت به صورت غیرمستقیم با نتایج این پژوهش همسو بود (۱۷). در تبیین یافته های این پژوهش می‌توان گفت قلدری می‌تواند منجر به سلامت روانی ضعیف‌تر و عملکرد پایین‌تر و افزایش خشونت هم برای قربانیان و هم برای مجرمان شود. به این معنی که شواهد پژوهش حاکی از آن است که سلامت روان نوجوانان در سراسر جهان به عنوان یک نگرانی عمده در نظر گرفته شد و قربانی شدن افراد با مشکلات روانی از جمله افسردگی و اضطراب در میان نوجوانان همبسته است. همچنین شواهد نشان می‌دهد که قربانی رفتارهای قلدری دیگران شدن با خطر بالاتر غم و اندوه و خودکشی در بین نوجوانان مرتبط است (۲۱). از سوی هم‌راستا با نتایج این پژوهش بیان شده است که حمایت اجتماعی ادراک‌شده به صورت گسترده به عنوان یک عامل محافظتی برای ارتقای سلامت شناخته شده است (۲۲). اثرات منفی قلدری بر ارتقای سلامت به خوبی مستند شده است. به عبارتی قلدری برای سلامتی مضر قلمداد شد و هم‌راستا با نتایج این پژوهش در مطالعات متعددی آمده است که تجربه قلدری با پیامدهای ضعیف در سلامت جسمی و روانی هم برای نوجوانان و هم برای بزرگسالان مرتبط است (۳۲). از سوی دیگر بیان شده است که افرادی که قربانی قلدری دیگران می‌شوند از مشکلات سلامتی مانند خستگی مزمن، مشکل خواب، مشکلات جسمی، اضطراب و تحریک‌پذیری برخوردارند. از این رو نتایج نشان می‌دهد سلامت و ارتقای سلامت با قلدری در ارتباط است و با افزایش سطوح قلدری در دوره نوجوانی، میزان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]

رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در آن‌ها کمتر می‌شود (۲۲). خشونت و قلدری در مدرسه اغلب توسط معلمان و والدین نادیده گرفته می شود. در برخی زمینه‌ها، بزرگسالان تنبیه بدنی، دعوا و قلدری را به عنوان بخش عادی از نظم و انضباط یا بزرگ شدن می‌بینند و از تأثیر منفی آن‌ها بر آموزش، سلامت و رفاه نوجوانان خود آگاه نیستند. از این رو ارزیابی‌های جامع از دخالت نوجوانان در قلدری و قربانی شدن باید روابط آن‌ها با والدین را در نظر بگیرد، زیرا والدین عوامل اصلی اجتماعی شدن هستند. روابط نزدیک با بزرگسالان، به ویژه حمایت والدین و زمان صرف شده با والدین، عوامل محافظتی از ارتکاب قلدری در میان نوجوانان است (۳۳) که با نتایج این پژوهش همسو است. همان‌طور که مشاهده شد در این مطالعه حمایت اجتماعی به عنوان قوی‌ترین محافظ بالقوه در برابر دعوا و قلدری عمل می‌کند. در زمینه خانواده، برخی از مطالعات نشان می‌دهد که حمایت والدین نیز رابطه منفی با ارتکاب دعوای فیزیکی و قلدری کلامی و رابطه‌ای دارند. در مطالعاتی که به صورت خاص بر روی عوامل محافظت‌کننده قلدری و قربانی شدن متمرکز شده‌اند، محققان دریافتند که حمایت خانواده به عنوان یک عامل محافظتی قوی مبتنی بر خطر عمل می‌کند (۳۴). از سوی دیگر نتایج پژوهشی نشان داده است که حمایت اجتماعی ارتباط بین قلدری و سلامت را اصلاح نمی‌کند (۳۵) که با نتایج این مطالعه همخوان نبود. از این رو این یافته با نتایج پژوهش همسو نیست. در تبیین این یافته‌های پژوهش باید عنوان کرد که اگرچه خانواده به عنوان یک عامل اولیه برای حمایت اجتماعی در نظر گرفته می‌شود اما حمایت معلمان نیز می‌تواند در کنترل رفتارهای قلدری و ارتقای رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان نقش داشته باشد. به عبارتی می‌توان گفت سطوح قلدری در مدارسی که معلمان از شیوه‌های مستبدانه و غیرقابل انعطاف استفاده می‌کنند، بالاتر است. از این رو افزایش آگاهی معلمان در مورد نحوه عمل به منظور پیشگیری از رفتارهای خشونت‌آمیز نوجوانان ضروری است. این پیشگیری نباید تنها مبتنی بر پیشگیری مستقیم از قلدری و دعوا باشد، بلکه باید مبتنی بر بهبود روابط اجتماعی بین دانش‌آموزان و معلمان باشد. از سوی دیگر می‌توان گفت حمایت همسالان رابطه مثبتی با رفتارهای مخاطره‌آمیز داشته و به عنوان یک عامل محافظتی در برابر رفتارهای قلدری عمل می‌کند؛ بنابراین همان‌طور که در این پژوهش نشان داده شد، حمایت اجتماعی از سوی هر کدام از گروه‌ها، به عنوان یک عامل محافظتی بسیار قوی و جامع در برابر قلدری بوده که می‌تواند رفتارهای مرتبط با سلامت نوجوانان را ارتقاء دهد. از این رو به صورت کلی می‌توان گفت حمایت اجتماعی یک عامل محافظتی در برابر قلدری است و نوجوانانی که از حمایت اجتماعی برخوردار باشند در این مورد سود می‌برند و می‌توانند رفتارهای مرتبط با سلامت را در خود ارتقاء دهند.

این پژوهش محدودیت‌هایی داشت. نخستین محدودیت مطالعه حاضر این بوده که نتایج حاصل از طریق ابزار (پرسشنامه خودگزارشی) بدست آمده است که گاهی می‌تواند توأم با سوگیری آزمودنی در پاسخ به سؤالات باشد. محدودیت دیگر این مطالعه مربوط به قلمرو مکانی و زمانی مطالعه می‌باشد. این مطالعه بر روی نوجوانان ۱۴ تا ۱۷ ساله شهر تهران صورت گرفته، لذا تعمیم‌دهی آن به سایر اقشار یا شهرهای دیگر با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه از یک محدوده جغرافیایی مشخص (منطقه ۱۷ شهر تهران) از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. وجود متغیرهای کنترل نشده نظیر وضعیت اقتصادی و محدود بودن دوره پیگیری از جمله مواردی بوده که باید به آن‌ها توجه کرد. افزون بر آن این مطالعه بر روی نوجوانان پسر صورت گرفته است که می‌تواند یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه باشد. از این رو به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که اثربخشی برنامه آموزش کنترل قلدری را با متغیرهای مختلف مورد بررسی قرار دهند تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکر شده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. پیشنهاد دیگر این بوده که این مداخله را می‌توان بر روی نوجوانان دختر در سایر شهرها و استان‌های کشور مورد مطالعه قرار داد. همچنین با توجه به برجسته بودن نقش قلدری نوجوانان در رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی، جلسات آموزش والدین، خانواده و معلمان ویژه افزایش مهارت‌های کنترل قلدری می‌تواند اثرگذار باشد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مدیریت آموزش و پرورش، کادر آموزشی مدارس متوسطه ابوریحان بیرونی و علامه طباطبائی منطقه ۱۷ شهر تهران و کلیه دانش‌آموزانی که حاضر به شرکت در این پژوهش شده‌اند به خاطر صبر، بردباری و همکاری، تقدیر و تشکر می‌نماییم و امیدوارم این پژوهش گام کوچکی در جهت بهبودی آن‌ها باشد. همچنین پژوهشگران از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. Gedik Z. Self-compassion and health-promoting lifestyle behaviors in college students. Psychology, health & medicine 2019; 24(1): 108-114.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]

2. Cho H, Han K. Associations among nursing work environment and health-promoting behaviors of nurses and nursing performance quality: A multilevel modeling approach. J of Nursing Scholarship 2018; 50(4): 403-410.
3. Sapthiang S, Van Gordon W, Shonin E. Mindfulness in schools: a health promotion approach to improving adolescent mental health. International J of Mental Health and Addiction 2019; 17(1): 112-119.
4. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. J of adolescence 2018; 62(3): 116-127.
5. Xiang B, Wong HM, Perfecto AP, McGrath CP. The association of socio-economic status, dental anxiety, and behavioral and clinical variables with adolescents' oral health-related quality of life. Quality of Life Research 2020; 29(9): 2455-2464.
6. Akbari-Balootbangan A, Talepasand S, Mohammad-Rezaei A, & Rahimian-Boogar I. The Effectiveness of Control Bullying Training on Self-Esteem and School Self-Concept in Bully Students. J of Safety Promotion and Injury Prevention 2020; 8(1): 1-9. [in persian].
7. Canales MU, Oidor CA, Baena VS, Ruiz EJ. Bullying. Description of the roles of victim, bully, peer group, school, family, and society. International J of Sociology of Education 2018; 7(3): 278-299.
8. Tomé G, de Matos MG, Camacho I, Simões C, Diniz JA. Friendships quality and classmates support: How to influence the well-being of adolescents. Higher Education of Social Science 2014; 7(2): 149-160.
9. Stalmach M, Tabak I, Radiukiewicz K. Selected family socio-economic factors as predictors of peer violence among school children in Poland. Developmental period medicine 2014; 18(4): 495-505.
10. Coyle S, Malecki CK, Emmons J. Keep your friends close: Exploring the associations of bullying, peer social support, and social anxiety. Contemporary School Psychology 2021; 25(2): 230-242.
11. Ruiz AP, Oteiza-Nascimento A, Toldos MP, Serrano-Marugán I, Martín-Babarro J. Bullying and depression: the moderating effect of social support, rejection and victimization profile. Anales de Psicología/Annals of Psychology 2019; 35(1): 1-10.
12. Reid GM, Holt MK, Bowman CE, Espelage DL, Green JG. Perceived social support and mental health among first-year college students with histories of bullying victimization. J of Child and Family Studies 2016; 25(11): 3331-3341.
13. Coyle S, Malecki CK. The association between social anxiety and perceived frequency and value of classmate and close friend social support. School psychology review 2018; 47(3): 209-225.
14. Darvish Pishe K, Saberi H, Bashardoust S. The Effectiveness of "Bullying Control" Training on Bullying of Female Students. J of Health Promotion Management. 2021; 10(4): 25-36. [in persian].
15. Yazdanbakhsh K, Karami J, Derikvand F. Effectiveness of compassion-focused therapy on cognitive emotion regulation in high school girl students bullying. Quarterly J of Psychological Studies 2020; 16(1): 1077-122. [in persian].
16. Mosleh S, Badri Gargari R, Nemati SH. The Effectiveness of Cognitive Training of Hope Promotion on Cognitive Emotion Regulation Strategies of Male Students with Bullying Behaviors, Quarterly J of Psychological Studies 2019; 15(3): 7-22. [in persian].
17. Asmari Bardehzard Y, Rasooli R, Eskandari H. The effectiveness of emotion-focused group-therapy on increase social - emotional skills, decreasing depression, in bullying students. Quarterly J of Psychological Studies 2017; 13(3): 77-94. [in persian].
18. Sanaie S, Bahreini-Boroujani M & Sarteshnizi A. Effectiveness of Life Skills Training on reducing tendency to Bullying in Junior School Students. J of Social Order. 2017; 9(3): 219-242. [in persian].
19. Kimiaei SA. Effect of emotional intelligence reinforcement program on controlling of teenagers bullying behavior. J of Behavioral Sciences. 2012; 5(4): 297-303. [in persian].
20. Hertz MF, Everett Jones S, Barrios L, David-Ferdon C, Holt M. Association between bullying victimization and health risk behaviors among high school students in the United States. J of school health 2015; 85(12): 833-842.
21. Zhang X, Ra CK, Zhang D, Zhang Y, MacLeod KE. The impact of school social support and bullying victimization on psychological distress among California adolescents. Californian J of health promotion 2016; 14(2): 56-64.
22. Hodgins M. Taking a health promotion approach to the problem of bullying. International J of Psychology and Psychological Therapy 2008; 8(1): 13-23.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]

23. Austin S, Joseph S. Assessment of bully/victim problems in 8 to 11 year-olds. British J of educational psychology 1996; 66(4): 447-456.
24. Akbari Baloutbangan A, Tlepasand S. Psychometric properties of Harter's bullying scale in primary schools of Semnan. J of School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2015; 12(4): 13-28. [in persian].
25. Sechrist KR, Walker SN, Pender NJ. Development and psychometric evaluation of the exercise benefits/barriers scale. Research in nursing & health 1987; 10(6): 357-365.
26. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 21(1): 102-113.
27. Wong KK. Handling small survey sample size and skewed dataset with partial least square path modelling. Vue: the magazine of the Marketing Research and Intelligence Association 2010; 20(3): 20-23.
28. Schumacker E, Lomax G. A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. 4th edtn 2016.
29. Henseler J, Ringle CM, Sarstedt M. A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. J of the academy of marketing science 2015; 43(1): 115-135.
30. Hair Jr JF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). Sage publications 2021.
31. Kock N. WarpPLS User Manual: Version 7.0 Script warp Systems: Laredo 2020.
32. Dresler-Hawke E, Whitehead D. The behavioral ecological model as a framework for school-based anti-bullying health promotion interventions. The J of school nursing 2009; 25(3): 195-204.
33. UNESCO U. School violence and bullying: Global status report. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization 2017.
34. Hemphill SA, Tollit M, Herrenkohl TI. Protective factors against the impact of school bullying perpetration and victimization on young adult externalizing and internalizing problems. Journal of school violence 2014; 13(1): 125-145.
35. Rothon C, Head J, Klineberg E, Stansfeld S. Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. Journal of adolescence 2011; 34(3): 579-588.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.15.9]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.172]