

تأثیر برنامه آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر

افضل اکبری بلوطبگان: دانشجوی دوره دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
سیاوش طالع پسند: دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران - نویسنده رابط: stalepasand@semnan.ac.ir
علی محمد رضایی: دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
اسحق رحیمیان بوگر: دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر رفتارهای قلدری در میان نوجوانان مدارس رو به افزایش بوده و نگرانی‌هایی را برای روان‌شناسان، معلمان و خانواده‌های آن‌ها در سراسر جهان به همراه داشته است. لذا استفاده از روش‌های کنترل قلدری در مدارس حائز اهمیت است. از این رو هدف از پژوهش حاضر تأثیر برنامه آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر شهر تهران بود.

روش کار: جامعه آماری دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۷ ساله مدارس دولتی شهر تهران را شامل می‌شود. تعداد ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه کنترل و ۲۰ نفر گروه آزمایش) به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. با بهره‌گیری از یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل ابتدا پرسشنامه‌های قلدری هارتر و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بر روی هر دو گروه اجرا شد و سپس کاربردی آزمایشی آموزش کنترل قلدری در ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا و بعد از اتمام جلسات پس‌آزمون برای هر دو گروه ارائه شد. پس از آن پیگیری یک‌ماهه به اجرا درآمد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر به کمک نرم‌افزار SPSSv22 استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که برنامه آموزشی کنترل قلدری به شیوه شناختی-رفتاری بر رفتارهای ارتقای سلامت بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی تفاوت معنی‌داری ایجاد کرده است ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله اثربخش بوده و می‌توان از این آموزش جهت ارتقای سلامت آن‌ها استفاده کرد و آگاهی والدین، معلمان، مدیران و سایر متخصصان از این آموزش‌ها می‌تواند اثربخش باشد.

واژگان کلیدی: آموزش کنترل قلدری، رفتارهای سلامت، نوجوانان

مقدمه

جهانی و مهم در زمینه روانشناسی و سلامت عمومی مطرح شده (۳) و یکی از رفتارهای مشکل‌آفرین است که اخیراً توجه پژوهشگران مختلف به خصوص روانشناسان تربیتی، پژوهشگران آموزشی، معلمان و والدین در سراسر جهان را به خود جلب کرده است (۴). علی‌رغم آنکه قلدری در مدارس پدیده جدیدی محسوب نمی‌شود، بررسی این پدیده و آثار سوء آن برای قلدرها و قربانیان در مدرسه تا دهه ۱۹۸۰ میلادی مورد توجه چندانی واقع نشد و به عنوان یک بخش طبیعی از رشد کودکان در نظر گرفته می‌شد تا یک

تجارب و پژوهش‌های بالینی نشان می‌دهند که تعداد بسیار زیادی از نوجوانان دارای مشکلات یا آسیب‌های روانی آشکاری هستند (۱). به این معنی که بخشی از آسیب‌های اجتماعی موجود در جامعه مربوط به این قشر می‌باشد. یکی از مهمترین این آسیب‌های اجتماعی، قلدری کردن (Bullying) و مورد قلدری واقع شدن نوجوانان در مدارس می‌باشد (۲). قلدری در مدارس به عنوان یک مشکل

مشکل اجتماعی و روانشناختی (۵). در پژوهشی که پژوهشگران در زمینه شیوع قلدری در ایران کار کرده بودند به این نتایج دست یافتند که قلدری در بین پسران رایج تر از دختران است. از این رو میزان شیوع پدیده قلدری را در مدارس متوسطه شهر قم ۲۲٪ گزارش کرده‌اند (۶). به اعتقاد Greene، قلدری امری است که از چند ویژگی (آسیب و آزار رساندن به فرد قربانی، مطرح شدن در زمان حال، به صورت مکرر رخ دادن، عدم تعادل قدرت و رخ دادن در گروه‌های اجتماعی کوچک) برخوردار باشد (۷). همچنین قلدری یکی از زیر مجموعه‌های رفتارهای پرخطرانه در دانش‌آموان است (۸) که در آن تعدادی از دانش‌آموزان از روی عمد و مکرراً یک دانش‌آموزی را که قدرت دفاع از خود ندارد را مورد آزار و اذیت جسمی یا روانی قرار می‌دهند (۹) و یا او را تهدید می‌کنند، می‌ترسانند یا به وسایلش آسیب می‌رسانند (۱۰). در یک دید کلی، پدیده قلدری، افراد زیادی را درگیر می‌کند و پیامدهایی مانند غیبت از مدرسه و پیشرفت تحصیلی ضعیف (۲)، رفتارهای ضداجتماعی (۱۱)، انگیزش تحصیلی کم و نظم و انضباط پایین (۱۲)، تعاملات ضعیف با همسالان (۱۳)، ارتباط ضعیف با مدرسه، عدم لذت از یادگیری، نداشتن اهداف آموزشی و نبود کارآمدی تحصیلی (۱۴) و مشکلات رفتاری (۱۵) در دانش‌آموزان قلدر مشاهده شده است.

یکی از مهمترین متغیرهایی که وابسته و تحت تأثیر قلدری و قربانی شدن نوجوان است، رفتارهای سلامت (Health Behaviors) می‌باشد (۱۶). رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت است که به عنوان عامل زمینه‌ای در عدم ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مستقیماً با این رفتارها مرتبط است. در واقع ارتقای سلامت شامل رفتارهایی می‌شود که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به موقع نشانه بیماری در بعد جسمی، کنترل عواطف و احساسات و افکار، کنار آمدن با استرس و مشکلات در بعد روحی روانی،

استقلال، سازگاری و اصلاح روابط بین‌فردی در بعد اجتماعی می‌پردازد (۱۷). بر اساس مطالعات، ۵٪ از نوجوانان در اروپا و ایالات متحده در معرض قلدری و قربانی شدن جدی و شدید قرار گرفته و بین ۱۵ تا ۳۰٪ از آن‌ها قربانی شدن ضعیف را گزارش می‌دهند. این ارقام نشان می‌دهد که قلدری و قربانی شدن یک مشکل جدی برای سلامت نوجوانان است. به این معنی که عواقب ناشی از قلدری می‌تواند به شکل‌های مختلف سلامت افراد را بر هم بزند. این عواقب می‌تواند از مشکلات بهداشتی و سلامتی تا آسیب‌های روحی و روانی را در بر بگیرد (۱۸). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد، قربانیان قلدری در معرض افزایش مشکلات سلامتی مانند رفتار خودکشی هستند که این امر می‌تواند تا بزرگسالی ادامه یابد. همچنین رفتارهای سلامت منفی مانند مصرف مواد ممکن است در بین قربانیان و قلدرها رایج باشد (۱۹). در یک مطالعه طولی نشان داده شد، افرادی که در معرض خشونت و قلدری قرار گرفتند، کیفیت زندگی پایینی را گزارش کردند. آن‌ها مواردی از جمله خودکشی، افسردگی، اختلالات اضطرابی، وابستگی به الکل، پریشانی روانی، سلامت عمومی پایین، کاهش عملکرد شناختی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، روابط اجتماعی و بین‌فردی ضعیف و بهزیستی نامطلوبی را گزارش کردند (۲۰). همچنین اشاره شده است، نوجوانانی که قربانی قلدری شده‌اند، رفتارهایی مانند مصرف مواد، افسردگی، اختلال در خواب، چاقی، مرگ و میر زودرس، خطر ابتلا به آسم و دستگاه گوارش را از خود نشان می‌دهند (۲۱).

از این رو پیشگیری و کنترل قلدری حائز اهمیت است. برنامه‌های متعددی برای کنترل قلدری در مدارس در سراسر جهان وجود داشته که روش‌های ضد قلدری متعددی را مطرح کردند. این برنامه‌ها در مدارس مختلف بر روی نوجوانان متعددی اجرا شده و کاهش نرخ قلدری را گزارش کرده‌اند. بنابراین نتایج اثرات برنامه‌های ضد قلدری در سراسر جهان حاکی از کاهش میزان قلدری بوده است. در پژوهشی با عنوان تأثیر برنامه ضد قلدری مدارس بر سلامت نوجوانان که بر روی ۳۶ نوجوان که در کشور هلند اجرا

روش کار

پژوهش حاضر مداخله‌ای و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان پسر ۱۲ تا ۱۷ ساله مدارس متوسطه دوم مناطق ۱۵ تا ۱۹ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. پس از کسب مجوز از دانشگاه سمنان و ارائه آن به سازمان آموزش و پرورش منطقه ۱۷ استان تهران، جامعه آماری و حجم نمونه به صورت دقیق مشخص شد. شیوع بالای قلدری و قربانی شدن دانش‌آموزان در سنین ۱۲ تا ۱۷ در مناطق جنوبی شهر تهران (۲۵) از جمله دلایل انتخاب این مناطق به عنوان جامعه هدف می‌باشد. برای تعیین حجم نمونه پژوهش حاضر ابتدا از مناطق ۱۵ تا ۱۹ شهر تهران، یک منطقه به طور تصادفی انتخاب شد (منطقه ۱۷). سپس دو مدرسه انتخاب شدند. در مدارس انتخاب شده، دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۷ ساله از لحاظ پرونده تحصیلی-انضباطی و مصاحبه با معلمان مورد بررسی قرار گرفتند. سپس لیست افراد ۱۲ تا ۱۷ ساله هر دو مدرسه که دارای پرونده تحصیلی و مشکل انضباطی بوده، تهیه شد. پرسشنامه قلدری در بین دانش‌آموزانی که شرایط فوق را داشتند، توزیع شد. افرادی که نمره بالایی در قلدری کردن بدست آوردند، مشخص شدند (تعداد این افراد ۷۰ نفر بوده‌اند). در مرحله بعد از نظر متغیرهای نداشتن پدر و مادر، اعتیاد یکی از والدین یا وابسته نزدیک در خانواده اصلی به مواد مخدر، محکومیت در محاکم قضایی یکی از اعضای خانواده اصلی، مواد فروش بودن یکی از والدین یا وابسته نزدیک در خانواده اصلی، اعتیاد خود دانش‌آموز به یکی از مواد مخدر، فرزند طلاق بودن همتا شدند. در ادامه از هر مدرسه ۲۰ نفر (برای دو مدرسه ۴۰ نفر) به طور تصادفی از فهرست انتخاب شدند. به طور تصادفی تعیین شد که برنامه آموزشی قلدری بر روی کدام گروه قلدر اجرا شود.

دارا بودن رضایت آگاهانه از مشارکت در پژوهش، داشتن دامنه سنی ۱۲ تا ۱۷ سال، اشتغال به تحصیل در مدارس متوسطه، توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها،

شد، نتایج نشان داد که برنامه‌های ضد قلدری میزان افسردگی و اضطراب نوجوانان را کاهش داده و باعث افزایش سلامت جسمانی آن‌ها شده است (۲۲). همچنین در پژوهشی با عنوان قلدری و قربانی شدن در میان دانش‌آموزان مدارس متوسطه نیجریه: نقش همبسته‌های هیجانی، رفتاری و سلامت که بر روی ۴۱۲ مورد از نوجوانان انجام شد، به این نتایج دست یافتند که مردان نسبت به زنان مشکلات قلدری و قربانی بیشتری را تجربه کردند، همچنین قلدری و قربانی شدن با مشکلات عاطفی، مشکلات رفتاری و مشکلات سلامت روانی ارتباط معنی‌داری داشته است. افزون بر آن نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که قلدری و قربانی شدن نوجوان پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری، سلامت و هیجانی آن‌ها است (۲۳). در پژوهشی دیگری که با عنوان رابطه بین قلدری و قربانی و رفتارهای بهداشتی در میان دانش‌آموزان دبیرستانی ایالات متحده انجام شد، نتایج نشان داد 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 بوده است (۲۴). با توجه به آنچه در فوق مطرح شد، تاکنون در کشور ما مطالعه‌ای به صورت اختصاصی به آموزش مهارت‌های کنترل قلدری بر روی نوجوانان قلدر صورت نگرفته است، لذا با توجه به مبانی نظری و پیشینه پژوهشی غنی که در فوق مطرح شده، قلدری و قربانی شدن نوجوانان از مهمترین آسیب‌های اجتماعی هستند که امروزه در سطح مدارس شایع شده‌اند. لذا با توجه به اهمیتی که این موضوع از نظر اجتماعی برای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در سطح جامعه و مدارس دارد، همچنین با توجه به اهمیت اقتصادی این موضوع مبنی بر استفاده از روش‌های ارزان و به‌صرفه جهت کنترل قلدری و همچنین کمکی که این مطالعه می‌تواند به روان‌شناسان تربیتی، مشاوران و درمانگران حوزه سلامت داشته باشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه آموزشی کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر می‌باشد.

۱ (واقعاً درست در مورد من سمت راست) تا ۴ (واقعاً درست در مورد من سمت چپ) می‌باشد. آیت‌های ۲، ۴ و ۵ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. نمره‌گذاری مقیاس به وسیله میانگین نمره آیت‌ها محاسبه می‌شود. نمرات بالا نشان دهنده رفتار قلدری بالا می‌باشد. ضریب اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ بدست آمد (۳۲). این ابزار در ایران اجرا شده و میزان پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴ بدست آمد (۳۳).

۳. پرسشنامه رفتارهای ارتقادهنده سلامت: این ابزار نسخه اصلاح شده پرسشنامه رفتارهای ارتقادهنده سلامت بوده که به وسیله Walker و همکاران طراحی شده است. این ابزار از ۵۲ آیت تشکیل شده است که ۶ مؤلفه تغذیه، ورزش (فعالیت بدنی)، مسئولیت‌پذیری، روابط بین‌فردی، مدیریت استرس و رشد معنوی (خودشکوفایی) را می‌سنجد. پرسشنامه دارای یک طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و به‌طور معمول) است. تدوین‌کنندگان ضریب اعتبار ابزار را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مؤلفه‌ها در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (۳۴). اعتبار این ابزار را در ایران به روش آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها شامل تغذیه ۰/۸۲، فعالیت جسمی ۰/۷۹، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت ۰/۸۶، مدیریت استرس ۰/۹۱، روابط بین‌فردی ۰/۷۵ و رشد معنوی ۰/۶۴ گزارش کردند (۳۵).

نتایج

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر) به کمک نرم‌افزار SPSSv22 استفاده شد. دامنه سنی گروه نمونه نوجوانان ۱۴ تا ۱۷ سال بوده‌اند. همه گروه نمونه پسر بوده که دارای میانگین و انحراف معیار سنی $(SD=1/07)$ ۱۵/۶۷ بودند. علاوه بر یافته‌های توصیفی گزارش شده به منظور تاثیر برنامه آموزشی کنترل قلدری بر

عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، داشتن سابقه قلدری بر اساس معیارهای انتخاب افراد قلدر برای مداخله کنترل قلدری به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش و غیبت در بیش از ۳ جلسه و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر به عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شده‌اند. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها اصول اخلاقی نظیر رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها و اطمینان از محرمانه ماندن نام آن‌ها صورت گرفت. پس از آن پرسشنامه‌های پژوهش در بین آن‌ها توزیع شد (پیش‌آزمون). در ادامه مداخله آموزش کنترل قلدری در ۸ جلسه ۲ ساعته به وسیله پژوهشگر در بین گروه آزمایش اجرا شد. قابل ذکر است که جلسات در ۴ هفته و هر هفته ۲ جلسه انجام شد. محتوای هر کدام از جلسات در جدول ۱ ارائه شده است. این در حالی بود که گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از انجام مداخله در گروه آزمایش، پرسشنامه‌های پژوهش به آن‌ها ارائه شد (پس‌آزمون). در ادامه پس از یک ماه آزمون پیگیری از دو گروه به عمل آمد. پس از اتمام مداخلات و جمع‌آوری داده‌ها، به منظور حفظ و رعایت اصول اخلاقی، مداخله کنترل قلدری بر روی گروه کنترل توسط پژوهشگر اجرا شد. در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر به کمک نرم‌افزار SPSSv22 استفاده شد.

ابزارهای پژوهش: ۱. برنامه آموزشی کنترل قلدری: پس از بررسی پروتکل‌های ضد قلدری موجود و همچنین بررسی پژوهش‌هایی که بر روی مهارت‌های ضد قلدری صورت گرفته، مهمترین مواردی که می‌توان در جهت کنترل قلدری نوجوانان به کار برد، تهیه شده است (۳۱-۲۶). خلاصه بسته آموزشی کنترل قلدری در جدول ۱ ارائه شده است.

۲. مقیاس قلدری هارتر: (Harter Bullying Scale): این مقیاس در سال ۱۹۸۵ توسط Harter طراحی شد که دارای ۶ گویه می‌باشد و قلدری را به صورت سازه‌ای تک عاملی می‌سنجد. این پرسشنامه دارای یک طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای است. نمره‌گذاری هر آیت از

سلامت ($p=0/004$ و $F=6/10$)، روابط بین فردی ($p=0/002$) و $F=7/34$ و فعالیت بدنی و ورزش ($p=0/117$ و $F=2/29$) می‌باشد. افزون بر آن به منظور بررسی واریانس‌های خطای متغیر زمان در مراحل مختلف آزمایش از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون برای همه متغیرها در هر سه مرحله به استثنای پس‌آزمون شکوفایی و رشد معنوی ($p=0/010$)، پس‌آزمون مسئولیت‌پذیری درباره سلامت ($p=0/001$)، پیگیری مدیریت استرس ($p=0/016$) و پس‌آزمون تغذیه ($p=0/007$) برقرار بوده است. از این رو با توجه به برقراری مفروضات تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر، در جدول ۳ نتایج حاصل از این آزمون ارائه شده است.

همانگونه که در جدول ۳ قابل مشاهده است، مدل‌ها در اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه برای رفتارهای ارتقای سلامت معنی‌دار می‌باشند. در جدول ۴ به بررسی تأثیر جداگانه متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته نیز پرداخته می‌شود.

نتایج ارائه شده در جدول ۴ مبین این است که اثر برنامه آموزشی کنترل قلدری به شیوه شناختی-رفتاری بر رفتارهای ارتقای سلامت بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی تفاوت معنی‌داری ایجاد کرده است ($p<0/05$). بنابراین می‌توان استنباط نمود که مداخله برنامه آموزشی کنترل قلدری به شیوه شناختی-رفتاری بر رفتارهای ارتقای سلامت اثربخش بوده است. همچنین در شکل ۱ نمودارهای مربوط به تأثیر برنامه آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقای سلامت ارائه شده است.

بحث

قلدری پدیده‌ای است که امروزه برای بسیاری از نوجوانان در محیط‌های مختلف رخ می‌دهد و این امر می‌تواند رفتارهای مرتبط با سلامت این قشر را برهم بزند. از این رو هدف از پژوهش حاضر تأثیر آموزش کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر بود. از کلیه دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۷ ساله مدارس دولتی شهر تهران تعداد ۴۰ نفر به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل

رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام تحلیل‌های مربوط به آزمون، وضعیت کلی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا وجود داده‌های خارج از محدوده بررسی و با مراجعه به اصل پرسشنامه‌ها اصلاحات لازم انجام شد. افزون بر آن داده‌های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی (Box Plot) بررسی و نتایج نشان داد که هیچ داده پرت تک متغیری وجود ندارد. همچنین کجی و چولگی داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS محاسبه و نتایج نشان داد کجی و چولگی هیچ کدام از مقادیر بیشتر از ± 1 نمی‌باشد که نشان از نرمال بودن داده‌ها بوده است. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

علاوه بر یافته‌های توصیفی به منظور تأثیر برنامه آموزشی کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقای سلامت دانش‌آموزان قلدر از روش تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش از اجرای آزمون مفروضات آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون ام‌باکس برای برابری ماتریس کواریانس حاکی از برقراری این مفروضه بود ($M=392/359$ باکس، $p=0/199$ و $F=1/092$). برای بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیرهای شکوفایی و رشد معنوی ($p=0/181$ و $W=0/912$ موچلی)، مدیریت استرس ($p=0/643$ و $W=0/976$ موچلی) و تغذیه ($p=0/607$ و $W=0/973$ موچلی) برقرار است. این در حالی بود که این مفروضه برای متغیرهای مسئولیت‌پذیری درباره سلامت ($p=0/048$ و $W=0/849$ موچلی)، روابط بین فردی ($p=0/005$ و $W=0/752$ موچلی) و فعالیت بدنی و ورزش ($p=0/004$ و $W=0/743$ موچلی) برقرار نبوده است. از این رو می‌توان مفروضه کرویت را پذیرفت. اما جهت بررسی این پیش‌فرض برای متغیرهایی که این مفروضه برای آن‌ها برقرار نبوده است از اصلاح درجه آزادی در تحلیل واریانس استفاده می‌شود که نتایج آزمون هوین فلت جهت بررسی اثرات درون آزمودنی‌ها در متغیرهای مسئولیت‌پذیری درباره

گمارده شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج نشان داد برنامه آموزشی کنترل قلدری به شیوه شناختی-رفتاری بر رفتارهای ارتقای سلامت بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی تفاوت معنی‌داری ایجاد کرده است. به این معنی که در متغیرهای خودشکوفایی و رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، روابط بین‌فردی، مدیریت استرس، فعالیت جسمانی و ورزش و تغذیه گروه آزمایش نمرات بهتری نسبت به گروه کنترل کسب کرده‌اند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین هم راستا بوده است (۲۳-۱۹).

افرادی که دچار خشونت و قلدری هستند، کیفیت زندگی پایینی را گزارش کردند. آن‌ها مواردی از جمله خودکشی، افسردگی، اختلالات اضطرابی، وابستگی به الکل، پریشانی روانی، سلامت عمومی پایین، کاهش عملکرد شناختی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، روابط اجتماعی و بین‌فردی ضعیف و بهزیستی ضعیفی را گزارش کردند (۲۰). از سویی در پژوهشی که به تاثیر برنامه ضد قلدری مدارس بر سلامت نوجوانان بر روی ۳۶ نوجوان اجرا شده نتایج نشان داد که برنامه‌های ضد قلدری میزان افسردگی و اضطراب نوجوانان را کاهش داده و باعث افزایش سلامت جسمانی آن‌ها شده است که با یافته پژوهش حاضر همسو بوده است (۲۲). از سویی در پژوهشی با عنوان قلدری و قربانی شدن در میان دانش‌آموزان مدارس متوسطه نیجریه نقش همبسته‌های هیجانی، رفتاری و سلامت که بر روی ۴۱۲ مورد از نوجوانان انجام شد، به این نتایج دست یافتند که پسران نسبت به دختران مشکلات قلدری و قربانی بیشتری را تجربه کردند، همچنین قلدری و قربانی شدن با مشکلات عاطفی، مشکلات رفتاری و مشکلات سلامت روانی ارتباط معنی‌داری داشته است. افزون بر آن نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که قلدری و قربانی شدن نوجوان پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری، سلامت و هیجانی آن‌ها است (۲۳).

پرخاطر بهداشتی قرار بگیرند. به این معنی که نوجوانان به اندازه بزرگسالان، رفتارهای سلامت را موضوع بااهمیتی در زندگی تلقی نمی‌کنند و اغلب رفتارهایی انجام می‌دهند که آن‌ها را در معرض خطرات تهدیدکننده قرار می‌دهد. رفتارهایی از قبیل سیگار کشیدن، کاهش فعالیت‌های جسمی، تغذیه نامناسب که می‌تواند در آینده منجر به خطرات جسمی در آنان شود (۳۶). در خصوص خودشکوفایی و رشد معنوی به عنوان یک رفتار سلامت باید گفت، نوجوانانی که از سلامت روحی و جسمی برخوردار بودند بهتر توانستند که به رشد و شکوفا شدن دست یابند (۳۷) که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همسو بوده است. برنامه آموزشی کنترل قلدری به شیوه شناختی-رفتاری که در این پژوهش اجرا شده است، بیانگر این بوده است که نوجوانانی که توانستند رفتارهای قلدری خود را کنترل کنند و به مراتبی از رشد و خودشکوفایی دست یابند. یافته دیگر این پژوهش نشان داد که مداخله کنترل قلدری بر مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت نوجوانان اثربخش واقع شده است. به نظر می‌رسد نوجوانان وقتی مورد قلدری قرار می‌گیرند و رو به رفتارهای پرخاشگرانه می‌آورند، خودمراقبتی کمی داشته و همین امر باعث می‌شود که سلامت آن‌ها به خطر افتد، چرا که با انجام مداخله پژوهش حاضر میزان خودمراقبتی و مسئولیت‌پذیری این گروه بهبود پیدا کرده است. همچنین این گروه در متغیر روابط بین‌فردی پس از مداخله کنترل قلدری توانستند روابط بهتری را از خود به نمایش بگذارند. این یافته می‌تواند نشان دهد که خانواده‌ها باید در زمینه مدیریت استرس برنامه‌ریزی، آموزش و نظارت داشته باشند تا بین ساعات درس خواندن و مطالعه غیر درسی و تفریح نوجوان تعادل ایجاد گردد تا از استرس و فشار روحی آن‌ها جلوگیری گردد (۳۸).

نخستین محدودیت مطالعه حاضر این بوده که نتایج حاصل از طریق ابزار (پرسشنامه) بدست آمده است و مشخص نیست که نتایج بدست آمده تا چه حد به رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. محدودیت دیگر این

تغییرات ایجاد شده در فرآیند نوجوانی باعث شده است که بسیاری از نوجوانان در معرض خطرات و رفتارهای

می‌تواند اثرگذار باشد. مسلماً همه این پیشنهادات بدون همکاری و نظارت مستقیم والدین و خانواده‌ها و دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت امکان‌پذیر نخواهد بود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که آموزش کنترل قلدری به شیوه شناختی-رفتاری توانسته است بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله ارزیابی تفاوت معنی‌داری ایجاد کند. به این معنی که با ارائه مهارت‌های کنترل قلدری که در این پژوهش ارائه شده است، رفتارهای مرتبط با سلامت نوجوانان قلدر ارتقاء یافته است و می‌توان از این آموزش جهت ارتقای سایر مهارت‌های نوجوانان استفاده نمود. همچنین آگاهی والدین، معلمان و سایر متخصصان تعلیم و تربیت از این آموزش‌ها و اجرایی کردن آن‌ها در مراکز مختلف می‌تواند به بهبود و ارتقای مهارت‌های کنترل قلدری و خشونت و افزایش سلامت نوجوانان کمک نماید.

تشکر و قدردانی

در نهایت بدین وسیله پژوهشگران از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش بخاطر صبر و بردباری و همچنین از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان کمال تشکر و قدردانی را دارند. این مقاله مستخرج از رساله دکتری رشته روانشناسی دانشگاه سمنان مصوب ۹۷/۳/۲۲ کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سمنان به شماره IR.SEMUMS.REC.1397.009 می‌باشد.

مطالعه مربوط به قلمرو مکانی و زمانی مطالعه می‌باشد. این مطالعه بر روی دانش‌آموزان شهر تهران صورت گرفته، لذا تعمیم‌دهی آن به سایر اقشار یا شهرهای دیگر با احتیاط صورت گیرد. حجم کم نمونه و انتخاب نمونه از یک محدوده جغرافیایی مشخص (منطقه ۱۷ شهر تهران) از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. به این معنی که بین مناطق گوناگون کشور تفاوت‌های جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی وجود دارد. همچنین 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 تاثیر برنامه آموزش کنترل قلدری را با متغیرهای مختلف هوش هیجانی، همدلی، احساس تنهایی، حرمت خود، شیوه‌های فرزندپروری، سبک‌های دلبستگی و خودکارآمدی 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 در سلامت روانی و جسمی نوجوانان پیشنهاد می‌شود، برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی، جلسات آموزش خانواده ویژه افزایش مهارت‌های مربوط به مقابله، پیشگیری و کنترل قلدری

جدول ۱- خلاصه بسته آموزشی تاثیر برنامه آموزش کنترل قلدري بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدري

جلسه	عنوان جلسه	شرح جلسه
اول	شناسایی رفتارهای قلدري از ساير رفتارها	در این جلسه پس از معارفه دانش‌آموزان و اجرای پیش‌آزمون به تعریف قلدري، انواع آن و آموزش تشخیص رفتارهای قلدري از رفتارهای غیرقلدري پرداخته می‌شود.
دوم	آموزش اجتناب از قلدري و دعوا	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده می‌شود در زمان قلدري‌های فیزیکی به چه صورت پاسخ دهد و از رفتن به مکان‌هایی که احتمال قلدري وجود دارد اجتناب کند. همچنین به فرد آموزش داده می‌شود در چه زمان‌هایی از روز ممکن است قلدري اتفاق بیفتد و از حضور در این ساعت‌ها اجتناب کند.
سوم	آموزش خودکنترلی در زمان قلدري	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده می‌شود 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.
چهارم	آموزش برخورد مسالمت‌آمیز با قلدري دیگران	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده می‌شود که در حین رفتار قلدري، چگونه به شیوه‌های کلامی، صلح‌آمیز، غیر فیزیکی، سازنده و غیر تهاجمی با قلدري دیگران برخورد کنند.
پنجم	آموزش رها کردن خشم به صورت ایمن	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده می‌شود خشم خود را به چه صورتی ابراز کند. ضمن آموزش مبارزه عادلانه در این جلسه مهارت یافتن راه‌حل‌های جایگزین برای ابراز خشم آموزش داده می‌شود.
ششم	آموزش حل و فصل اختلافات به شیوه‌های منطقی	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده می‌شود که پس از نزاع یا درگیری بین دو طرف، چگونه به روش‌های مصالحه، مذاکره، معذرت‌خواهی و میانجی‌گری همکار اختلافات خود را حل و فصل کند.
هفتم	افزایش خودآگاهی و ایجاد نگرش مثبت	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده می‌شود چگونه احساس خوب و خودپنداره مثبت در مورد خود داشته باشد.
هشتم	آموزش‌های کنترل و جلوگیری از قلدري در فضای مجازی	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به فرد آموزش داده می‌شود در مورد پست‌های که در فضای مجازی می‌گذارد، 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.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سه مرحله ارزیابی رفتارهای ارتقای سلامت در گروه آزمایش و کنترل در مطالعه تاثیر برنامه آموزش

کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر

متغیرها	گروه	پیش آزمون (میانگین \pm انحراف معیار)	پس آزمون (میانگین \pm انحراف معیار)	پیگیری (میانگین \pm انحراف معیار)
خودشکوفایی و رشد معنوی	آزمایش	۲۳/۸۰ \pm ۷/۳۶	۳۱/۱۵ \pm ۴/۱۶	۳۱/۰۵ \pm ۳/۵۶
	کنترل	۲۵/۲۵ \pm ۶/۱۳	۲۵/۴۵ \pm ۷/۴۱	۲۶/۲۵ \pm ۲/۹۴
مسئولیت پذیری درباره سلامت	آزمایش	۲۸/۸۵ \pm ۷/۸۸	۳۷/۸۰ \pm ۴/۴۸	۳۷/۹۵ \pm ۵/۲۳
	کنترل	۳۲/۱۵ \pm ۷/۷۳	۳۱/۰۰ \pm ۹/۲۹	۳۲/۴۵ \pm ۶/۴۱
روابط بین فردی	آزمایش	۱۷/۹۰ \pm ۴/۶۲	۲۵/۰۵ \pm ۳/۱۲	۲۴/۳۵ \pm ۳/۷۹
	کنترل	۱۸/۹۵ \pm ۵/۲۶	۱۹/۳۰ \pm ۴/۸۲	۱۹/۱۵ \pm ۴/۹۱
مدیریت استرس	آزمایش	۱۵/۰۵ \pm ۲/۷۰	۱۹/۳۰ \pm ۳/۵۶	۱۹/۹۰ \pm ۲/۴۹
	کنترل	۱۳/۶۰ \pm ۳/۴۱	۱۴/۹۵ \pm ۳/۹۷	۱۴/۳۰ \pm ۳/۹۶
ورزش و فعالیت بدنی	آزمایش	۱۹/۳۰ \pm ۳/۸۱	۲۳/۲۵ \pm ۴/۱۸	۲۲/۰۵ \pm ۲/۷۰
	کنترل	۱۸/۰۵ \pm ۳/۹۴	۱۸/۳۰ \pm ۵/۹۴	۱۹/۹۵ \pm ۳/۱۴
تغذیه	آزمایش	۲۲/۸۵ \pm ۵/۲۸	۲۵/۹۰ \pm ۲/۹۴	۲۴/۶۵ \pm ۴/۳۲
	کنترل	۲۰/۴۵ \pm ۳/۴۱	۲۱/۱۰ \pm ۴/۸۳	۲۱/۶۰ \pm ۴/۳۵

جدول ۳- نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای بررسی معنی داری اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه در مطالعه تاثیر برنامه آموزش کنترل

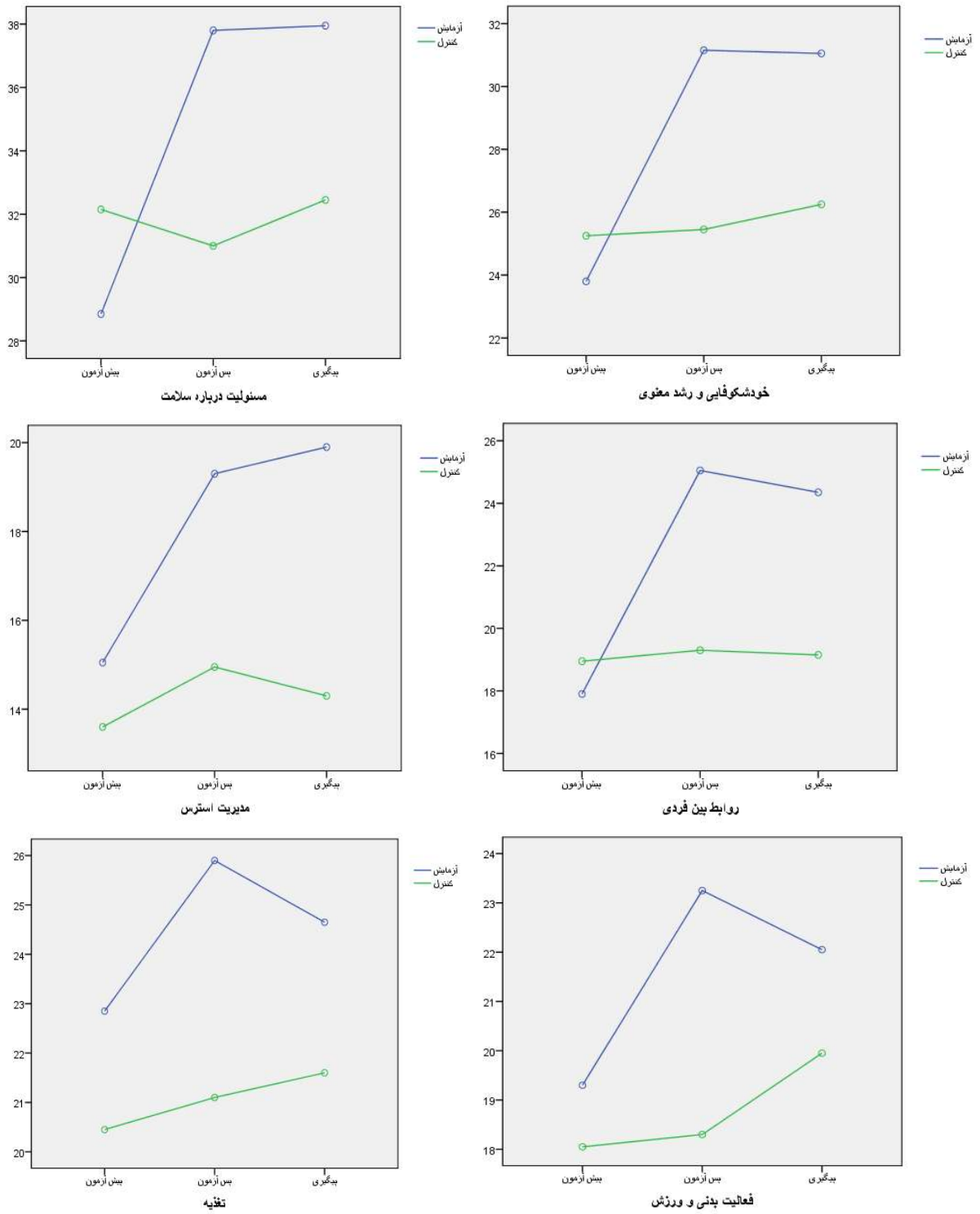
قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر

متغیر	اثر درون گروهی	مقدار لاندا و ویلکز	F	معنی داری	مجذور اتا	توان آزمون
رفتارهای ارتقای	زمان	۰/۶۵۰	۲/۸۴۷	۰/۰۰۲	۰/۱۹۴	۰/۹۸۴
سلامت	زمان و گروه	۰/۶۸۴	۲/۴۷۶	۰/۰۰۶	۰/۱۷۳	۰/۹۶۴

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای رفتارهای ارتقای سلامت در سه مرحله ارزیابی در مطالعه تاثیر برنامه آموزش

کنترل قلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قلدر

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
خودشکوفایی و رشد معنوی	۲۷۳/۰۰۸	۱	۲۷۳/۰۰۸	۵/۴۱۶	۰/۰۲۵	۰/۱۲۵
مسئولیت پذیری برای سلامت	۲۷۰/۰۰۰	۱	۲۷۰/۰۰۰	۵/۴۶۶	۰/۰۲۵	۰/۱۲۶
روابط بین فردی	۳۲۶/۷۰۰	۱	۳۲۶/۷۰۰	۱۵/۳۰۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸۷
مدیریت استرس	۴۳۳/۲۰۰	۱	۴۳۳/۲۰۰	۳۰/۴۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
فعالیت بدنی	۲۲۹/۶۳۳	۱	۲۲۹/۶۳۳	۱۳/۳۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۶۰
تغذیه	۳۵۰/۲۰۸	۱	۳۵۰/۲۰۸	۱۵/۰۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴



شکل ۱- میانگین‌های متغیرهای رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در سه مرحله ارزیابی برای دو گروه در مطالعه تاثیر برنامه آموزش کنترل قُلدری بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نوجوانان قُلدر

References

1. Goodyer IM, Croudace T, Dunn V, Herbert J, Jones PB. Cohort profile: risk patterns and processes for psychopathology emerging during adolescence: the ROOTS project. *International Journal of epidemiology*. 2010; 39(2): 361-369.
2. Akbari Balootbangan A, Talepasand S. Validation of the Illinois bullying scale in primary school students of Semnan, Iran. *Journal of fundamentals of mental health*. 2015; 17(4): 178-185. [Persian]
3. Fleming LC, Jacobsen KH. Bullying and symptoms of depression in Chilean middle school students. *Journal of school health*. 2009; 79(3): 130-137.
4. Patchin JW, Hinduja S. Traditional and nontraditional bullying among youth: A test of general strain theory. *Youth and Society*. 2011; 43(2): 727-751.
5. Ok S, Aslan S. The school bullying and perceived parental style in adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5(2): 536-540.
6. Akbari-balootbangan A, Talepasand S. The Factorial Structure and Psychometric Properties of Bullying Prevalence Questionnaire in Secondary Schools. *J Educ Community Health*. 2015; 2(2):10-19. [Persian]
7. Steki Azad N, Amiri S. Effectiveness of reduction of bullying training on the rate of victim behaviors in children. *Journal of Research and Health*. 2013; 3(3): 429-435.
8. Espelage DL. Bullying prevention: A research dialogue with Dorothy Espelage. *Prevention Researcher*. 2012; 19(3): 17-19.
9. Rigby K. Bullying in schools: Addressing desires, not only behaviors. *Educational Psychology Review*. 2012; 24(2): 339-348.
10. De La Rue L, Espelage DL. Family and abuse characteristics of gang-involved, pressured-to-join, and non-gang-involved girls. *Psychology of Violence*. 2014; 4(3): 253-65.
11. Akbari Balootbangan A, Vaezfar SS, Rezaei AM. Psychometric characteristics of child social behavior scale. *Journal of Behavioral Sciences*. 2014; 8(4): 339-345. [Persian]
12. Akbari Balootbangan A, Talepasand S. The psychometric characteristics of the victimization questionnaire in primary schools in Semnan. *Pajoohande*. 2015; 20(3): 163-170. [Persian]
13. Akbari balootbangan A, Vaezfar SS, Kianersi F. The Psychometric Properties of the Peer Interactions Scale (Bullying and Victimization) Among Students in Boy Primary Schools of Semnan City. *Journal of Measurement and Educational Evaluation Studies*. 2017; 6(16): 89-116. [Persian]
14. Akbari Balootbangan A, Talepasand S, Mohammad Rezaei A, Rahimian Boogar. Psychometric Properties of Harter's Victimization Scale in Middle Schools Students. *J Saf Promot Inj Prev*. 2016; 4(4): 207-216. [Persian]
15. Inoko K, Aoki T, Kodaira K, Osawa M. P01-299-Behavioral characteristics of bullies, victims and bully/victims. *European Psychiatry*. 2011; 26(3): 300-301.
16. Omura M, Maguire J, Levett-Jones T, Stone TE. Effectiveness of assertive communication training programs for health professionals and students: a systematic review protocol. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*. 2016; 14(10): 64-71.
17. Andrews GA. Promoting health and functioning in an aging population. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*. 2001; 3(22): 728-729.
18. Houbre B, Tarquinio C, Thuillier I, Hergott E. Bullying among students and its consequences on health. *European*

- Journal of Psychology of Education. 2006; 21(2): 183-208.
19. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*. 2013; 70(4): 419-426.
 20. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American journal of psychiatry*. 2014; 171(7): 777-784.
 21. Graham-Bermann SA, Seng J. Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *The Journal of pediatrics*. 2005; 146(3): 349-354.
 22. Fekkes M, Pijpers FI, Fredriks AM, Vogels T, Verloove-Vanhorick SP. Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics*. 2006; 117(5): 1568-1574.
 23. Adeosun I, Adegbohun A, Jejeloye A, Oyekunle O, Ogunlowo O, Pedro A. Bullying Victimization among Secondary School Students in Lagos, Nigeria: Emotional, Behavioral and Mental Health Correlates. *British Journal of Education, Society and Behavioral Science*. 2015; 11(1): 1-8.
 24. 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. *Journal of school health*. 2015; 85(12): 833-842.
 25. Esamorad A. A Comparative Study of Social Behavioral Pathology among High School Students in Tehran. *QJRES*. 2016; 9(31): 211-26. [Persian]
 26. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Jama*. 2001; 285(16): 2094-2100.
 27. Shapiro LE. 101 ways to teach children social skills: A ready to use, reproducible activity book. USA: Guidance Group. 2004.
 28. Swearer SM, Espelage DL, Vaillancourt T, Hymel S. What can be done about school bullying? Linking research to educational practice. *Educational researcher*. 2010; 39(1): 38-47.
 29. Woods S, Wolke D. Does the content of anti-bullying policies inform us about the prevalence of direct and relational bullying behavior in primary schools? *Educational Psychology*. 2003; 23(4): 381-401.
 30. Dane AV, Marini ZA, Volk AA, Vaillancourt T. Physical and relational bullying and victimization: Differential relations with adolescent dating and sexual behavior. *Aggressive behavior*. 2017; 43(2): 111-122.
 31. Baker-Henningham H, Walker SP, Powell C, Gardner JM. Preventing behavior problems through a universal intervention in Jamaican basic schools: a pilot study. *West Indian Medical Journal*. 2009; 58(5): 460-464.
 32. Austin S, Joseph S. Assessment of bully/victim problems in 8 to 11 year-olds. *Briti Jornal of Educational Psychology*. 1996; 66(2): 447-56.
 33. Akbari Baloutbangan A, Tlepasand S. Psychometric properties of Harter's bullying scale in primary schools of Semnan. *sjsph*. 2015; 12(4):13-28. [Persian]
 34. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*. 1987; 36(2): 76-81.
 35. 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. [Persian]
36. Luquis RR, Garcia E, Ashford D. A qualitative assessment of college students' perceptions of health behaviors. *American Journal of Health Studies.* 2003; 18(2/3): 156-64.
37. Chen MY, James K, Wang EK. Comparison of health-promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2007; 44(1): 59-69.
38. Motaghi M, Afsar M, Tavakoli N. Examination of the Relationship Between health promotion behaviors and family characteristics in high school girl students. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2015; 13(5): 395-403. [Persian]

The Effectiveness of Bullying Control Training Program on Health Promoting Behaviors in Bully Adolescents

Akbari Baloobangan A: Ph.D. Student, Faculty of Psychology and Education Science, Semnan University, Semnan, Iran

Talepasand S: Ph.D. Associate Professor, Faculty of Psychology and Education Science, Semnan University, Semnan, Iran- Corresponding Author: stalepasand@semnan.ac.ir.

Rezaei AM: Ph.D. Assistant Professor, Faculty of Psychology and Education Science, Semnan University, Semnan, Iran

Rahimian Boogar I: Ph.D. Associate Professor, Faculty of Psychology and Education Science, Semnan University, Semnan, Iran

Received: Dec 8, 2018

Accepted: Mar 11, 2019

Abstract

Background and Aim: In recent years bullying behaviors among school adolescent have risen and have raised concerns for psychologists, teachers and their families around the world. The use of bullying control methods in schools is important. Therefore, the purpose of this study was to evaluate the effectiveness of bullying control training program on health promotion behaviors in bullying adolescents in Tehran.

Materials and Methods: The statistical population consisted of students aged 12 to 17 years old in public schools in Tehran. A total of 40 subjects (20 controls and 20 experimental groups) were randomly assigned into two groups of experimental and control groups. Using a pilot, pre-test, post-test and one month follow up with the control group, Hartler's bullying questionnaire and health promotion behaviors were implemented on both groups. Then, experimental testing of bullying control training was performed in 8 sessions on the experimental group and after the completion of the sessions the post-test was presented to both groups. After that, a month's follow-up was carried out. For data analysis, multivariate analysis of repeated measurements was performed using SPSSV22 software.

Results: The results showed that the cognitive-behavioral bullying control training program on health promotion behaviors between the two groups was significantly different in three stages ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results of this study, bullying control education can be effective on health promotion behaviors of adolescents aged 12 to 17 years and can be used to improve their health. Parents, teachers, managers and other professionals can learn from these trainings.

Keywords: Bullying Control Training Program, Health Behaviors, Adolescents