

# Effectiveness of Quality-of-Life Therapy on the Quality of Parent-Adolescent Interaction and Adolescent Adjustment

Fariba Hoseini<sup>1</sup> , Mohammad Reza Abedi<sup>2\*</sup> , Yousef Gorgi<sup>3</sup> 

1. Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: [faribahosseini688@yahoo.com](mailto:faribahosseini688@yahoo.com)
2. Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: [m.r.abedi@edu.ui.ac.ir](mailto:m.r.abedi@edu.ui.ac.ir)
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: [gorji@iaukhsh.ac.ir](mailto:gorji@iaukhsh.ac.ir)

DOI: [10.22059/japr.2024.338701.644189](https://doi.org/10.22059/japr.2024.338701.644189)

## Abstract

The present study was conducted to investigate the effectiveness of quality of life therapy on the quality of parent-adolescent interaction and adolescent adjustment. The research method was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and two-month follow-up period design. The statistical population of the study included female adolescents in Isfahan in the academic year 2020-2021 who are studying in the second year of high school. 35 adolescents were selected through purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control groups (18 in the experimental and 17 in the control group). Mothers of **adolescents** present in the experimental group received eight seventy-five-minute sessions of quality of life therapy during two months. Pre-test was performed before the intervention and post-test was performed after the intervention. Two months later, the follow-up phase was carried out. The applied questionnaires in this study included Parent-Child Relationship Questionnaire (PCRQ) and California Individual-Social Adjustment Questionnaire (CISAQ). The data from the study were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software. The results showed that quality of life therapy has significant effect on the quality of parent-adolescent interaction and adolescent adjustment ( $p < 0.001$ ). According to the findings of the present study it can be concluded that quality of life therapy can be used as an efficient therapy to improve quality of parent-adolescent interaction and adolescent adjustment through training in adolescent communication with family members, support and acceptance of members and training to replace irrational thoughts with logical thoughts.

**Key words:** Adjustment, Adolescent, Quality of Life therapy, Quality of Parent-Adolescent Interaction.

## Extended Abstract

### Aim

Family is one of the social institutions that forms the basis of human social life. One of the problems that families sometimes face in raising their children is their children's disobedience and opposition to their parents' wishes, which usually happens during adolescence. These differences are due to the fact that as children grow older, they want changes in their parents' behavior, and on the other hand, parents often have an image of an ideal child in their mind and always compare their child with their ideals (Xu et al, 2021). Family and parenting styles, as well as the way of interacting with children, are among the most important factors that affect children's psychological, social, emotional, and emotional development (Xie, Chen, Zhu, He, 2019). Families who enjoy intimacy in their interactions with their children achieve positive outcomes and report a satisfying interaction (Wang et al., 2020). If the negative and controlling behavior of parents in interaction with their children causes a gap in the interaction between them. This process causes behavioral and emotional problems such as anxiety and depression in children (Kwok et al., 2020). One of the components that is influenced by the quality of parent-child interaction is the social adjustment of adolescents. Social adaptation plays a major role in different areas of life. One of the effects of social adjustment is the role it plays in learning and academic progress (Olivier, Archambault, & Dupéré, 2018). According to this the present study was conducted to investigate the effectiveness of quality of life therapy on the quality of parent-adolescent interaction and adolescent adjustment.

## Methodology

The research method was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and two-month follow-up period design. The statistical population of the study included female adolescents in Isfahan in the academic year 2020-2021 who are studying in the second year of high school. 35 adolescents were selected through purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control groups (18 in the experimental and 17 in the control

group). Mothers of adolescents present in the experimental group received eight seventy-five-minute sessions of quality-of-life therapy during two months. Pre-test was performed before the intervention and post-test was performed after the intervention. Two months later, the follow-up phase was carried out. The applied questionnaires in this study included Parent-Child Relationship Questionnaire (PCRQ) (Fine, Moreland & Schwebel, 1983) and California Individual-Social Adjustment Questionnaire (CISAQ) (Clarck et al, 1953). The data from the study were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software.

## Results

The results showed that quality of life therapy has a significant effect on the quality of parent-adolescent interaction ( $F=56.26$ ;  $\text{Eta}=0.63$ ;  $P<0001$ ) and the personal adjustment ( $F=57.62$ ;  $\text{Eta}=0.64$ ;  $P<0001$ ) and social adjustment ( $F=30.10$ ;  $\text{Eta}=0.48$ ;  $P<0001$ ) of adolescents. In this way, this intervention was able to increase the average scores of quality of parent-adolescent interaction and the personal adjustment and social adjustment of adolescents. These results remained stable in the follow-up phase.

## Conclusion

According to the findings of the present study it can be concluded that quality of life therapy can be used as an efficient therapy to improve quality of parent-adolescent interaction and adolescent adjustment through training in adolescent communication with family members, support and acceptance of members and training to replace irrational thoughts with logical thoughts. In addition, it should be mentioned that quality of life therapy helped teenagers to identify destructive and irrational automatic thoughts and replace them with rational thoughts when communication challenges arise with their parents. Based on this, they learned to use adaptive methods such as dialogue when interacting with their parents and thus improve the quality of their relationship with their parents. Also, during the quality-of-life therapy, teenagers are taught to expand their circle of social interactions and try to learn more efficient social skills. The acquisition of social skills and the expansion of social interactions lead to adolescents showing better personal and social adaptation.

## Ethical considerations

In order to comply with ethics in the research, the consent of teenagers and their mothers to participate in quality-of-life therapy intervention sessions was obtained and all intervention steps were informed to them. Also, adolescents and their mothers who were in the control group were assured that they will receive these interventions if they wish after completing the research process. Also, the people in both experimental and control groups were assured that their information would remain confidential. The present article was taken from the doctoral thesis of the first author of the article at Islamic Azad University, Khomeini branch of Shahr. We hereby express our gratitude to all the students present in the research, their mothers, and the education officials of Isfahan who fully cooperated in the implementation of the research. It should be noted that no government or private organization has provided financial support for this research. In this study, no conflict of interest was reported by the authors.

## اثر بخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری نوجوانان

فریبا حسینی<sup>۱</sup>، محمدرضا عابدی<sup>۲\*</sup>، یوسف گرچی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکترای تخصصی مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. رایانامه: [faribahosseini688@yahoo.com](mailto:faribahosseini688@yahoo.com)

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. رایانامه: [m.r.abedi@edu.ui.ac.ir](mailto:m.r.abedi@edu.ui.ac.ir)

۳. استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. رایانامه: [gorji@iaukhsh.ac.ir](mailto:gorji@iaukhsh.ac.ir)

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری دختران نوجوان انجام گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دختران نوجوان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که در دوره دوم متوسطه مشغول به تحصیل هستند. در این پژوهش تعداد ۳۵ نوجوان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۸ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۷ نوجوان در گروه گواه). مادران نوجوانان حاضر در گروه آزمایش، مداخله کیفیت زندگی درمانی گروهی را طی دو ماه در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پیش‌آزمون قبل از اجرای مداخله و پس‌آزمون پس از اتمام مداخله اجرا شد. دو ماه بعد نیز مرحله پیگیری اجرا شد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه رابطه والد-فرزند (PCRQ) و پرسشنامه سازگاری فردی-اجتماعی کالیفرنیا (CISAQ) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS<sup>23</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری نوجوانان تأثیر معنادار دارد ( $p < 0.001$ ). بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که کیفیت زندگی درمانی با آموزش ارتباط نوجوان با اعضای خانواده، حمایت و پذیرش اعضا و آموزش جایگزین‌سازی افکار غیرمنطقی با افکار منطقی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت تعامل والد-نوجوان، کیفیت زندگی درمانی، سازگاری، نوجوانان

## ۱. مقدمه

خانواده یکی از نهادهای اجتماعی می‌باشد که اساس زندگی اجتماعی انسان را تشکیل می‌دهد و یکی از مهم‌ترین وظایف آن تولید مثل و تربیت فرزندان است. یکی از مشکلاتی که گاهی خانواده در تربیت فرزندان با آن مواجه می‌شود، نافرمانی فرزندان و مخالفت آنها با خواسته‌های والدین است که معمولاً در سنین نوجوانی و نوجوانی اتفاق می‌افتد. این تفاوت‌ها به این دلیل است که کودکان با افزایش سن، خواهان تغییر در رفتار والدین خود هستند و در مقابل، والدین اغلب تصویری از یک کودک ایده‌آل در ذهن خود دارند و همیشه فرزند خود را با ایده‌آل‌های خود مقایسه می‌کنند. که منجر به اختلاف نظر بین والدین می‌شود. بچه بزرگ شده است.<sup>1</sup> (ژیو و همکاران، ۲۰۲۱). اختلاف نظر بین والدین و فرزندان نیز می‌تواند ناشی از تفاوت در ادراکات و تصورات بین والدین و فرزندان باشد که حداقل ۲۰ سال اختلاف سنی بین آنها وجود دارد. با توجه به تغییرات سریعی که در زمان ما در حال رخ دادن است و تغییر جامعه در طی آن، کودکان در شرایط اجتماعی متفاوتی قرار دارند، درک آنها از خود است و انتظارات آنها از والدین و دیگران متفاوت است، اما والدین از جوانان همان تصویر جوانی سانشان این تصورات و انتظارات متفاوت منجر به سوء تفاهم بین والدین و فرزندان خردسال می‌شود (بیرستل و همکاران، ۲۰۲۱).

خانواده و سبک‌های فرزندپروری و نیز نحوه تعامل با فرزند از مهم‌ترین عواملی است که بر رشد روانی، اجتماعی، عاطفی و عاطفی فرزندان تأثیر می‌گذارد (ژی، چن، ژا و هی، ۲۰۱۹). خانواده‌هایی که از صمیمیت در تعامل با فرزندان خود لذت می‌برند، به نتایج مثبتی دست می‌یابند و از تعامل رضایت‌بخش والدین و فرزند می‌دهند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۰)، در صورتی که رفتارهای منفی و کنترل‌کننده والدین در تعامل با فرزندان و به طور کلی زبان ناکارآمد خانواده به ویژه در دوره نوجوانی باعث ایجاد شکاف در تعامل بین آنها و در نتیجه بروز مشکلات رفتاری و عاطفی مانند اضطراب و افسردگی در فرزندان می‌شود (کووک و همکاران، ۲۰۲۰). تعامل والدین و فرزند یک رابطه مهم و حیاتی

1. Xu et al.
2. Bierstetel et al.
3. Xie, Chen, Zhu, He
4. Wang et al.
5. Kwok et al.

برای ایجاد امنیت و عشق است. رابطه بین والدین و فرزندان نماینده اصلی دنیای ارتباطات برای کودکان است. احساس عشق، صمیمیت و امنیت ریشه مستقیم در این روابط دارد (ایباب، آرنوسو و الگوئیگارا، ۲۰۱۴). نمی توان مشخص کرد چه کسی بیشترین تأثیر را در ایجاد تعارض بین والدین و فرزندان دارد، اما می توان گفت عدم آگاهی والدین و فرزندان در مهارت های ارتباطی و عدم مهارت در حل مشکلات شخصی باعث ایجاد تضاد و درگیری بین آنها می شود (لتون و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات اخیر نشان داده است که کیفیت رابطه والدین با فرزندان ارتباط تنگاتنگی با رفتارها و سازگاری روانی فرزندان دارد. هر چه تعارض بین والدین و فرزندان بیشتر باشد، میزان احساسات منفی و مشکلات رفتاری در کودکان بیشتر می شود (کیلدار و میدلمیس، ۲۰۱۷). آسیب روانی خانواده، کیفیت پایین رابطه والد-نوجوان، نظارت ناپایدار والدین، بی علاقه والدین و بی توجهی به فرزندان نوجوان از عوامل خانوادگی هستند که بر رشد رفتارهای ضد اجتماعی تأثیر می گذارند (بوتزت و همکاران، ۲۰۱۹). عدم ارتباط با والدین در زندگی فرزندان منجر به تعاملات ضعیف تر و سطحی تر والدین و فرزند می شود که به نوبه خود مشکلات پیچیده ای را در آینده کودک به دنبال خواهد داشت (بلوسوم و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از مولفه هایی که متاثر از کیفیت تعامل والد-فرزندی بوده و قوام می یابد، سازگاری اجتماعی<sup>۶</sup> نوجوانان است (حسینی کلائی و اسدی، ۱۳۹۹). سازگاری اجتماعی نقش عمده ای در عرصه های مختلف زندگی دارد. یکی از تأثیرات متغیر فوق نقشی است که در یادگیری و پیشرفت تحصیلی ایفا می کند (الیویر، آرچامبالت و داپر، ۲۰۱۸). سازگاری اجتماعی در نوجوانان به عنوان مهم ترین نشانه سلامت روانی آنان یکی از موضوعاتی است که در دهه های اخیر مورد توجه بسیاری از جامعه شناسان، روان شناسان و مربیان قرار گرفته است، زیرا نوجوانی دوران حساسی است و سازگاری اجتماعی نوجوانان در این دوران منوط به آن است. تغییرات عاطفی بسیار شدید، هم از نظر جسمی و هم از نظر روحی. به علاوه رشد اجتماعی مهم ترین جنبه رشد وجودی هر فرد است و معیار رشد اجتماعی هر فرد سازگاری او با دیگران است. سازگاری اجتماعی مانند رشد جسمی، عاطفی و فکری یک کمیت مستمر است و به تدریج در طول زندگی و در برخورد با تجربیات تسلط پیدا می کند و به طور طبیعی حاصل می شود (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۵). عواملی مانند روش های تربیتی، خانواده و تحصیلات در شکل گیری سازگاری اجتماعی مؤثر است. (لی، وانگ و چن، ۲۰۲۰). انطباق اجتماعی بازتابی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از برنامه هایش و نحوه کار بر روی برنامه ها است که احتمالاً تحت تأثیر شخصیت، فرهنگ و انتظارات خانواده است. (روت و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس، سازگاری اجتماعی عبارت است از توانایی برقراری ارتباط با دیگران به نحوی که در جامعه قابل قبول باشد (گل محمدیان، نظری و پروانه، ۱۳۹۵). اصلاح اجتماعی به پردازش اطلاعات دریافتی از محیط اجتماعی و عملکرد فرد در موقعیت های اجتماعی اشاره دارد. اگر کسی بتواند این چیزها را بشناسد، آنها را بپذیرد، محدود کند و با آنها بیرون بیاید و از راه های مقابله با آنها، محدود کردن و کنترل خواسته های خود استفاده کند و تا آنجا که ممکن است برای ارضای آنها، به او اطاعت پذیر می گویند (دهقان پور، ترناس و مسچی، ۱۳۹۷).

روش های مختلفی برای درمان آسیب ها و حل مشکلات ارتباطی در نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته است. از جمله روش هایی که در سال های اخیر توسط محققان مورد بررسی قرار گرفته است، کیفیت زندگی درمانی<sup>۱۰</sup> است که کارایی بالینی آن در تحقیقات متفاوت نشان داده شده است. چنانکه کریمی و همکاران (۱۳۹۹) تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی را بر واکنش های روان شناختی مراقبان خانوادگی معتادان؛ نجارزادگان و فرهادی (۱۳۹۸) اثربخشی کیفیت زندگی درمانگری را بر مهارت های ارتباطی و خودنظم جویی هیجانی زوجین؛ رضایی و فرهادی (۱۳۹۷) اثربخشی کیفیت زندگی درمانی را بر احساس تنهایی و عزت نفس دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم دارای اعتیاد به اینترنت؛ یوسفوند، قدم پور، رجیبی و همکاران (۱۳۹۶) اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب آوری روان شناختی و خودتعیینی دانش آموزان دختر افسرده؛ یوسفوند، قدم پور، فرخزادیان و همکاران (۱۳۹۶) اثربخشی کیفیت زندگی درمانی را بر تغییر سطح تاب آوری تحصیلی و خودتعمیر یافتگی

1. Ibabe, Arnos, & Elgorriaga
2. León et al.
3. Kildare & Middlemiss
4. Botzet et al.
5. Blossom et al.
6. Social adjustment
7. Olivier, Archambault, & Dupéré
8. Lee, Wang, & Chen
9. Root et al.
10. Quality of Life Therapy

دانش‌آموزان دختر افسرده مورد آزمون و تایید قرار داده اند. علاوه بر این [کارنی و همکاران<sup>۱</sup> \(۲۰۱۹\)](#) و [یو و همکاران<sup>۲</sup> \(۲۰۲۲\)](#) نیز بر نقش موثر کیفیت زندگی در بهبود مولفه های روانی افراد تاکید داشته اند. این رویکرد درمانی توسط [فریش<sup>۳</sup> \(۲۰۰۶\)](#) و با تلفیق رویکرد شناختی رفتاری و روانشناسی مثبت با استفاده از استعاره، تنهایی و مراقبه ایجاد شده و تلاش می‌کند تا بتواند بر مؤلفه‌های روانشناختی نوجوانان تأثیر بگذارد ([رضایی و فرهادی، ۱۳۹۷](#)). کیفیت زندگی درمانی در عمل به شدت به تکنیک‌های شناختی رفتاری وابسته است، اما از نظر رویکرد به شدت بر روانشناسی مثبت گرا متکی است ([امامی و کجباف، ۱۳۹۳](#)). درمان با کیفیت زندگی رویکردی کل نگر است که سلامت روان را در چارچوب زندگی روزمره مورد توجه قرار می‌دهد و سعی در بهبود همه جنبه‌های مرتبط با این عامل در زمینه کیفیت زندگی دارد. در این رویکرد، اصول و مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که بر کمک به مراجعان برای شناسایی، پیگیری و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در زمینه‌های ارزشمند زندگی تمرکز دارد ([توگیانی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱](#)).

هدف از زندگی درمانی با کیفیت این است: افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای با غنای درونی و جلوگیری از فرسودگی شغلی. در درمان با کیفیت زندگی، خودمراقبتی معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، استراحت، هوشیاری و آمادگی برای رویارویی با چالش‌های روزانه به شیوه‌ای متفکرانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود ([فریش، ۲۰۰۶](#)). این رویکرد یک مدل پنج راهه به نام CASIO<sup>۵</sup> رضایت از زندگی را به عنوان طرحی برای کیفیت زندگی و مداخلات روان‌شناختی مثبت برای مراجعان شناسایی می‌کند. مدل CASIO برای افزایش رضایت و شادکامی عبارت است از: شرایط عینی میدان یا شرایط زندگی (C). نگرش به درک حوزه‌ها (A). معیارهای دستیابی به این حوزه‌ها (S)، اهمیتی که به خوشبختی کلی حوزه (I) داده می‌شود. خشنودی فرد در سایر زمینه‌های مهم که فرد در حال حاضر به آنها علاقه‌ای ندارد (O) ([امامی و کجباف، ۱۳۹۳](#)). موضوع درمان مبتنی بر کیفیت زندگی هدفه حوزه اصلی زندگی است که از رشد معنویت و خودپنداره گرفته تا همسایگی و اجتماع و چگونگی افزایش رضایت و شادی از زندگی در هر یک از این حوزه‌ها را شامل می‌شود. این ۱۷ حوزه اصلی که مداخلات بر آنها متمرکز است عبارتند از: اهداف، ارزش‌ها، زندگی معنوی، عزت نفس، سلامت جسمانی، پول یا استانداردهای زندگی، کار، بازی و اوقات فراغت، یادگیری، خلاقیت، کمک، عشق، دوستان، فرزندان، بستگان، همسر، خانه، همسایگان و جامعه ([پاداش و همکاران، ۱۳۹۱](#)). درمان با کیفیت زندگی می‌تواند به صورت گروهی یا فردی اعمال شود. ابتدا از فرد خواسته می‌شود تا ۱۷ حوزه مهمی را که می‌خواهند در آن تغییر ایجاد کنند را شناسایی کند و سپس درمان کیفیت زندگی در طول جلسات بر این حوزه‌ها متمرکز می‌شود. برای هر یک از این حوزه‌ها، تکالیف و تمرینات مبتنی بر تکنیک‌ها و اصول درمانی برای انجام هر دو در داخل و خارج از جلسات طراحی شده است ([یوسف‌وند و همکاران، ۱۳۹۶](#)).

برای ضرورت انجام این پژوهش باید گفت که عدم ارتباط صمیمانه با فرزندان منجر به تعامل و ناکارآمدی ضعیف و سطحی بین والدین و فرزندان می‌شود و مشکلات ارتباطی پیچیده‌ای را در آینده کودکان به ویژه در سنین نوجوانی به دنبال خواهد داشت. علت تاکید بر نقش مخرب اختلال تعامل والد-کودک در بروز مشکلات رفتاری و عاطفی در نوجوانی به دلیل ویژگی‌های روانی این دوران، قرار گرفتن آنها در معرض بیشتر حوادث محیطی و خانوادگی است ([اسبورن و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹](#)). در دوران نوجوانی، تغییرات بی‌سابقه و سریعی رخ می‌دهد، از جمله تغییراتی در جنبه‌های فیزیکی، شناختی، عاطفی و اجتماعی که نوجوانی را به فرصتی مضاعف برای رشد یا آسیب تبدیل می‌کند. نوجوانی یک دوره گذار است که طی آن تغییرات کیفی زیادی در ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی رخ می‌دهد. علیرغم این باور رایج که اکثر مردم از طوفان و استرس جان سالم به در می‌برند، مطالعات دهه گذشته نشان داده است که نوجوانان بیشتری علائم بیماری رفتاری یا عاطفی را تجربه می‌کنند ([ترنت و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹](#)؛ [رایس و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹](#)). این شرایط به دلیل نقش مؤلفه‌های روان‌شناختی و ارتباطی در رشد طبیعی نوجوانان، موجب توجه به مداخلات روان‌شناختی می‌شود. زیرا با استفاده از مداخله روانشناختی مؤثر و بهبود شرایط روانی و عاطفی نوجوانان، می‌تواند با تأثیرگذاری بر چرخه تعامل والدین و نوجوانان، مسیر رشد طبیعی را در اختیار نوجوانان قرار دهد. بنابراین موضوع اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والدین-نوجوان و سازگاری نوجوان است.

1. Carney et al.
2. Yu
3. Frisch
4. Toghiani et al.
5. Circumstance-Attitude-Standards of fullment-Importance-Overal satisfaction
6. Osborn et al.
7. Trent
8. Rice et al.

## ۲. روش

### ۲-۱. جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه مورد مطالعه شامل نوجوانان دختر شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند که در مقطع متوسطه دوم تحصیل می‌کردند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که به منظور شناسایی دانش‌آموزان با کیفیت تعامل والدین-نوجوان و سازگاری پایین، یکی از شش ناحیه آموزشی شهر اصفهان (ناحیه سوم آموزشی) به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس سه مدرسه دخترانه از مدارس دوره دوم متوسطه آن ناحیه انتخاب شدند. در این سه مدرسه تعداد ۷۵۴ دانش‌آموز دختر مشغول تحصیل بودند. سپس پرسشنامه‌های تعامل والدین-نوجوان و سازگاری در بین این دانش‌آموزان اجرا شد. پس از جمع‌آوری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، دانش‌آموزانی که نمرات پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه‌های تعامل والدین-نوجوان و سازگاری به دست آورده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند (نمرات کمتر از ۹۶ در پرسشنامه کیفیت تعامل والد-فرزند و کمتر از ۵۵ در ابعاد سازگاری اجتماعی و فردی). در این مرحله تعداد ۵۱ دانش‌آموز مورد شناسایی قرار گرفت. لازم به ذکر است که با این دانش‌آموزان مصاحبه بالینی نیز صورت گرفت. در مرحله آخر تعداد ۴۰ نفر از این دانش‌آموزان که کمترین نمرات را در پرسشنامه‌های تعامل والدین-نوجوان و سازگاری به دست آورده بودند (نمرات کمتر از میانگین و به صورت ترتیب بندی شده)، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۲۰ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۲۰ دانش‌آموز در گروه گواه). پس از نمونه‌گیری، مادران نوجوانان حاضر در گروه آزمایش مداخله کیفیت زندگی درمانی را دریافت کردند. پیش‌آزمون قبل از اجرای مداخله و پس‌آزمون پس از اتمام مداخله اجرا شد. دو ماه بعد نیز مرحله پیگیری اجرا شد. آزمون پیگیری شامل پرسشنامه‌های قبلی بود. در حین اجرای مداخله، ۲ مادر در گروه آزمایش و ۳ مادر در گروه کنترل از مطالعه انصراف دادند. بر این اساس، ۳۵ مادر (۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه کنترل) در مطالعه باقی ماندند. دو ماه پس از پایان دوره، مجدداً از نوجوانان دعوت شد تا همان پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند که برای نظارت و ارزیابی اثربخشی آینده انجام شد. در طول فرآیند مداخله فعلی، گروه گواه مداخلات فعلی را دریافت نکردند. معیارهای ورود به عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان و رضایت کامل برای شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، حضور نامنظم در جلسات درمانی و عدم همکاری با محقق بود.

### ۲-۲. ابزارهای سنجش

۲-۲-۱. پرسشنامه رابطه والد-فرزندی<sup>۱</sup> (PCRQ): به منظور سنجش رابطه والد-فرزندی از پرسشنامه ۲۴ سوالی رابطه والد-فرزندی (فاین، مورلند و شوبل<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳) استفاده شد. پرسشنامه روابط والدین و فرزند شامل مولفه‌های زیر است: احساسات مثبت، اعتماد، احترام، خشم و شباهت با والدین. امتیاز دهی این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از یک تا هفت (هرگز برای همیشه) رتبه بندی شده است. سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ به صورت معکوس مشخص شده‌اند. این پرسشنامه برای هر یک از مولفه‌های ذکر شده نمره‌های جداگانه می‌دهد و از بین آنها می‌توان نمره کل رابطه والد و فرزند را محاسبه کرد. حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۴ و بالاترین نمره ۱۶۸ است. نمره کمتر از ۹۶ نشان دهنده کیفیت پایین تعامل والد و نوجوان است. در پژوهش فاین، مورلند و شوبل (۱۹۸۳) برای تعیین روایی این پرسشنامه از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. نتایج تجزیه و تحلیل عوامل تأییدی نشان داد که بین آزمودنی‌ها رابطه بالا و خوبی وجود دارد. اعتبار این پرسشنامه در تحقیق برادفورد و باربر<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) ۰/۹۱ بود. در مطالعه شهینی بیلاق، عزیزی‌مهر و مکتبی (۱۳۹۳) که در ایران انجام شد، ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بود. همچنین ضرایب هنجاری در تحلیل عاملی تأییدی خرده مقیاس‌های هیجان مثبت، اعتماد، احترام، خشم و شباهت بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۸ متغیر بود. در این تحقیق ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

۲-۲-۲. پرسشنامه سازگاری فردی-اجتماعی کالیفرنیا<sup>۴</sup> (CISAQ): در این پژوهش از پرسشنامه سازگاری اجتماعی فردی کالیفرنیا برای سنجش متغیرهای سازگاری فردی و اجتماعی استفاده شد. این پرسشنامه توسط کلاک و

1. Parent-Child Relationship Questionnaire (PCRQ)
2. Fine, Moreland & Schwebel
3. Bradford & Barber
4. California Individual-Social Adjustment Questionnaire (CISAQ)



همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۵۳؛ به نقل از ادیسی، ۱۳۹۹) تهیه شد. برای اندازه گیری سازش های مختلف در زندگی که دارای دو قطب سازش فردی و اجتماعی هستند و ۱۸۰ سوال بله یا خیر دارند. پرسشنامه سازگاری اجتماعی فردی شامل ۱۲ خرده مقیاس است که نیمی از آن برای سنجش سازگاری فردی و نیمی دیگر برای سنجش سازگاری اجتماعی طراحی شده است. این آزمون شامل ۵ سطح برای پیش دبستانی، دبستان، راهنمایی، دبیرستان و بزرگسالی است که سطح متوسطه آنها در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفته است (ادیسی، ۱۳۹۹). این پرسشنامه دارای شش مقیاس و سطح دبیرستان دارای ۱۵ سؤال در هر مقیاس است که دو نمره کلی در زمینه سازگاری فردی و اجتماعی می دهد. دامنه نمرات در هر یک از این ابعاد بین صفر تا ۹۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده سازگاری بیشتر فرد در آن بعد می باشد. این در حالی بود که نمرات کمتر از ۵۵ در یک از دو زیرمقیاس سازگاری اجتماعی و فردی نشان دهنده سازگاری پایین تر از میانگین فرد است. در مطالعه ادیسی (۱۳۹۹) ضریب پایایی نمرات به دست آمده در گروه های ۲۳۷ تا ۷۱۲ نفری برای مقیاس تنظیم فردی حدود ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ بود. همچنین ضریب پایایی پرسشنامه حاضر در پژوهش خجسته مهر (۱۹۹۴؛ به نقل از ادیسی، ۱۳۹۹) برای خرده مقیاس سازگاری فردی در گروه بینا ۰/۸۰، در گروه نابینا ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس سازگاری اجتماعی بینایی ۰/۷۹ و گروه نابینا ۰/۶۹ بود. پایایی پرسشنامه در این پژوهش با ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس سازگاری فردی و اجتماعی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۶ محاسبه شد.

## ۲-۳. روند اجرای مداخله

پس از اخذ مجوزهای لازم از مراجع آموزشی و مدیران مربوطه و انجام فرآیند نمونه گیری، نوجوانان منتخب (۴۰ نوجوان دختر) به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۲۰ نوجوان در گروه آزمایش و ۲۰ نوجوان در گروه گواه) جایگزین شدند. قبل از اجرای مداخله درمانی از هر دو گروه آزمایش و گواه پیش آزمون به عمل آمد. سپس مادران نوجوانان حاضر در گروه آزمایش مداخله کیفیت زندگی درمانی را در ۸ جلسه دو ماهه به صورت هفتگی و به مدت ۷۵ دقیقه دریافت کردند. با این حال، افراد گروه کنترل مداخلات فعلی را در طول مطالعه دریافت نکردند. پس از پایان مرحله پس آزمون و پس از طی دوره ۲ ماهه، مرحله پیگیری انجام شد. پس از مداخله، ۲ نفر در گروه آزمایش و ۳ نفر در گروه کنترل از مطالعه انصراف دادند. بر این اساس، ۳۵ مادر (۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه کنترل) در مطالعه باقی ماندند. لازم به ذکر است مداخله پژوهش حاضر با رعایت کامل پروتکل های بهداشتی توسط محقق در سالن جامعه امداد شهر اصفهان در محدوده زمانی آبان ماه تا آذرماه سال ۱۳۹۹ ارائه شده است.

### جدول ۱: خلاصه جلسات کیفیت زندگی درمانی (فریش، ۲۰۰۶؛ به نقل از رضایی و فرهادی، ۱۳۹۷)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معرفی اعضای گروه به یکدیگر؛ ایجاد یک رابطه مشارکتی. تعیین اهداف گروهی؛ قوانین گروه دولتی و تأکید بر علاقه کامل به موضوعات و تمرینات مربوطه؛ آشنایی با مفاهیم کیفیت زندگی درمانی (ارائه تصویر درختی از شانزده حیطه کیفیت زندگی). تعیین میزان رضایت از زندگی برای هر عضو در شانزده حیطه کیفیت زندگی. بیان هدف دوره و منطبق درمان؛ تکلیف: توانایی های خود را در یک صفحه فهرست کنید.
جلسه دوم	ارائه خلاصه ای از مباحث دوره قبل؛ تعریف کیفیت زندگی و رضایت از زندگی؛ اجرای مقیاس کیفیت زندگی، امتیازدهی بر اساس رضایت. آشنایی اعضا با پنج راه برای رسیدن به رضایت از زندگی؛ پنج بعد رضایت را برای هر دامنه شناسایی کنید و دامنه ها را برای بهبود عملکرد رتبه بندی کنید. معرفی ابعاد کیفیت زندگی درمانی با معرفی پنج ریشه افزایش رضایت از زندگی. کار بر روی شرایط عینی و تغییر نگرش برای افزایش رضایت از زندگی بر اساس پنج ریشه درمانی برای کیفیت زندگی. (CASIO) ارزیابی اهداف در شانزده بعد زندگی و رسیدن به ماموریت کیک شادی. بررسی علل نارضایتی در هر حوزه؛ وظیفه (کاربرگ نظارت روزانه ابعاد زندگی را تکمیل کنید و کیک شادی را بکشید). تعیین اهداف بلند مدت و کوتاه مدت برای هر حوزه. تکلیف: نامه ای بنویسید تا از مردم قدردانی کنید.
جلسه سوم	ارائه خلاصه ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف انجام شده؛ آشنایی گروه آزمایشی با موضوعات مؤثر مانند ارتباطات خانوادگی، حمایت و پذیرش اعضا، نوشتن داوطلبانه ایده ها توسط چند نفر از اعضای هیئت مدیره. یاد بگیرید که افکار غیر منطقی را با افکار منطقی جایگزین کنید. بررسی اصول و فرضیه های اساسی ایده ها؛ باورهای اصلی افکار غیرمنطقی را شناسایی کنید و افکار غیرمنطقی را به چالش بکشید. تکلیف: جملات ثبت شده روزانه و تنش و سوالات ذهن.
جلسه چهارم	ارائه خلاصه ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف انجام شده؛ آشنایی اعضا با سه محور بهبود کیفیت زندگی: ثروت درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی. تعریف رفاه داخلی و معرفی ابعاد رفاه داخلی و راه های رسیدن به رفاه داخلی. درک مشخصات روانشناختی و آموزش و تجزیه و تحلیل کیفیت؛

تعیین کیفیت زمان، بررسی تکنیک‌های دستیابی به کیفیت زمان؛ اهداف واقع بینانه را به عنوان سومین ریشه از پنج ریشه (یعنی S) تعیین کنید. تلاش برای تغییر اولویت‌ها یا مسائل مهم زندگی و افزایش رضایت در سایر زمینه‌های زندگی که قبلاً احساس می‌کردند پایین است. تکالیف: فهرستی از اهداف بلند مدت در زمینه‌های مختلف زندگی.	
ارائه خلاصه‌ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف تکمیل شده؛ آشنایی اعضا با سایر فناوری‌های کیفیت زمان، یافتن معنای زندگی و فناوری‌های آن. آموزش راه‌های افزایش رضایت زناشویی؛ تعیین معنا و راههای دستیابی به آن، بیان اهداف معنادار. آموزش اصول شانزده گانه درمان با کیفیت زندگی با تاکید بر اینکه درمان با کیفیت زندگی دارای اصول و قواعدی برای تغییر رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی است. تکلیف: فهرستی از اصول شادی.	جلسه پنجم
ارائه خلاصه‌ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف تکمیل شده؛ آشنایی اعضا با ابعاد پنج گانه رضایت از زندگی و کاهش عواطف منفی. مروری بر پنج مدل رضایت. تبیین هنر تغییر نگرش‌ها و احساسات منفی، بیان منطق آنها، آموزش تمرین‌های مربوط به تغییر نگرش‌ها و عواطف. ادامه آموزش شانزده اصل درمان با کیفیت زندگی؛ تکلیف: تمرینات ذهن آگاهی.	جلسه ششم
ارائه خلاصه‌ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف انجام شده؛ آشنایی اعضا با ابعاد پنج گانه رضایت از زندگی و افزایش سرمایه روانی. حاشیه نویسی تغییر اهداف؛ آموزش تکنیک‌های تغییر هدف تکنیک‌های تدریس برای تغییر اولویت‌ها؛ تکنیک‌هایی برای افزایش رضایت از تدریس در زمینه‌های دیگر؛ ادامه آموزش شانزده اصل درمان با کیفیت زندگی؛ شخصی سازی؛ اصول شادی را به کار ببرید و افکار را به طور عاقلانه به صورت روزانه ثبت کنید.	جلسه هفتم
ارائه خلاصه‌ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف انجام شده؛ آشنایی با اعضا با سه روش مکمل برای بهبود کیفیت زندگی؛ آموزش CASIO در تعمیم در همه ابعاد و به کارگیری اصول درمانی بر اساس کیفیت زندگی در زندگی واقعی. خلاصه مباحث دوره وظیفه: یک برنامه فعالیت روزانه انجام دهید.	جلسه هشتم

## ۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک<sup>۱</sup> برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین<sup>۲</sup> برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) (حد بزرگتر از ۰/۰۵)، برای بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها از آزمون موچلی<sup>۳</sup> (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و همچنین برای آزمون فرضیه تحقیق از تحلیل واریانس آمیخته<sup>۴</sup> و آزمون تعقیبی بونفرونی<sup>۵</sup> استفاده شد. برای انجام تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار آماری SPSS<sup>23</sup> استفاده شد.

## ۳. یافته‌ها

### ۱-۳. توصیف جمعیت شناختی

نتایج جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش ۱۶/۲۲ سال و ۲/۱۱ سال و در گروه کنترل ۱۶/۷۵ هزار و ۲۳۲ سال بود. همچنین نتایج نشان داد که تحصیلات اکثر اعضای نمونه در گروه آزمایش (۸ نفر یا ۴۴/۴۴ درصد) و گروه کنترل (۱۰ نفر یا ۵۸/۸۲ درصد) در پایه یازدهم بوده است. همچنین در هر دو گروه آزمایش و گواه سطح تحصیلات والدین لیسانس بود. علاوه بر این از بین والدین گروه آزمایش تعداد ۱۰ خانواده (معادل ۵۵/۵۵ درصد) در منزل شخصی و ۸ خانواده (معادل ۴۴/۴۵ درصد) در منزل استیجاری سکونت داشتند. در گروه گواه نیز ۱۰ خانواده در منزل شخصی و ۷ خانواده در منزل استیجاری سکونت داشتند. نتایج مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی شامل سن و تحصیلات نوجوانان، تحصیلات والدین و نوع منزل آنان بین دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. لازم به ذکر است که جهت مقایسه سن از متغیر تحلیل واریانس، تحصیلات از آزمون کروسکال-والیس و جهت مقایسه نوع منزل از آزمون خی‌دو استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس، کروسکال-والیس و خی دو جهت مقایسه متغیرهای دموگرافیک بین گروه‌های پژوهش

<sup>1</sup>. Shapiro-Wilk test

<sup>2</sup>. Levine test

<sup>3</sup>. Mauchly's Test

<sup>4</sup>. Mixed variance analysis

<sup>5</sup>. Bonferroni follow-up test



متغیر	سن	تحصیلات نوجوان	تحصیلات والدین	نوع منزل
مقدار آماره	۰/۷۴	۰/۳۳	۰/۵۸	۲/۲۹
معنی داری	۰/۵۶	۰/۷۴	۰/۶۱	۰/۱۱

نتایج مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی شامل سن و تحصیلات نوجوانان، تحصیلات والدین و نوع منزل آنان بین دو گروه آزمایش و گواه نشانگر آن بود که بین دو گروه در این متغیرها تفاوت معناداری وجود نداشته و بر این اساس نیازی به تفکیک اثر این متغیرها وجود ندارد.

## ۲-۳. شاخص‌های توصیفی

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد تعامل والد-نوجوان و سازگاری در دو گروه آزمایش و گواه

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تعامل والد-نوجوان	گروه آزمایش	۹۰/۳۳	۱۷/۹۳	۱۰۰/۹۴	۱۹/۸۲	۱۰۰/۱۶
	گروه گواه	۸۸/۹۴	۱۵/۲۹	۸۸/۳۵	۱۶/۲۱	۸۸/۶۴
سازگاری فردی	گروه آزمایش	۵۰/۲۷	۱۴/۶۰	۵۹/۲۲	۱۶/۸۸	۵۸/۲۷
	گروه گواه	۵۲/۱۷	۱۱/۰۲	۵۱/۹۴	۱۱/۳۰	۵۱/۹۴
سازگاری اجتماعی	گروه آزمایش	۵۵/۹۴	۱۵/۱۹	۶۳/۱۱	۱۷/۳۹	۶۳/۲۷
	گروه گواه	۵۶/۱۱	۱۵/۹۴	۵۵/۳۵	۱۶/۱۹	۵۵/۵۸

نتایج جدول توصیفی نشان داد که میانگین تعامل والد-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است. اما اهمیت این تغییر با تحلیل واریانس مختلط بررسی می‌شود.

## ۳-۳. بررسی مفروضه‌های آزمون‌های پارامتریک

قبل از ارائه نتایج تحلیل مختلط آزمون واریانس، مفروضات آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار گرفت. بر این اساس، نتایج آزمون شاپیروویلیک نشان داد که پیش‌فرض، توزیع نرمال نمونه‌های داده است و در متغیرهای تعامل والد نوجوان ( $F=0/10$ ;  $P=20$ )، سازگاری فردی ( $P=20$ )، و سازگاری اجتماعی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است. از طرفی پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در سه متغیر تعامل والد-نوجوان ( $F=0/19$ ;  $P=0/65$ )، سازگاری فردی ( $F=0/17$ ;  $P=0/69$ ) و سازگاری اجتماعی ( $F=0/20$ ;  $P=0/61$ ) رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای تعامل والد-نوجوان ( $Mauchlys W=0/96$ ;  $P=0/59$ )، سازگاری فردی ( $Mauchlys W=0/91$ ;  $P=0/36$ ) و سازگاری اجتماعی ( $Mauchlys W=0/88$ ;  $P=0/13$ ) رعایت شده است. لازم به ذکر است که نمرات پیش‌آزمون‌های آزمایش و گواه در متغیرهای تعامل والد-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج بیانگر عدم معناداری تفاوت نمرات بود. بر این اساس نیازی به کووریت کردن اثر نمرات پیش‌آزمون احساس نشد.

## ۳-۴. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۳: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
مراحل	۵۵۸/۶۳	۲	۲۷۹/۳۱	۴۷/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
تعامل والد-گروه‌بندی	۱۸۹۵/۵۰	۱	۱۸۹۵/۵۰	۲۹/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱

۱	۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۵۶/۲۶	۳۳۳/۸۹	۲	۶۶۷/۷۷	تعامل مراحل و گروه بندی	نوجوان
				۵/۹۳	۶۶	۳۹۱/۶۸	خطا	
۱	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱	۵۱/۶۱	۱۹۹/۶۷	۲	۳۹۹/۳۵	مراحل	
۱	۰/۵۰	۰/۰۰۰۱	۳۳/۳۲	۴۰۰/۳۳	۱	۴۰۰/۲۳	گروه بندی	سازگاری فردی
۱	۰/۶۴	۰/۰۰۰۱	۵۷/۶۲	۳۹۰/۳۴	۲	۴۴۵/۸۲	تعامل مراحل و گروه بندی	
				۳/۸۷	۶۶	۲۵۵/۳۳	خطا	
۱	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱	۲۰/۳۲	۱۰۹/۳۲	۲	۲۱۸/۶۵	مراحل	
۱	۰/۳۳	۰/۰۰۰۱	۱۷/۴۷	۵۹۳/۸۲	۱	۵۹۳/۸۲	گروه بندی	سازگاری
۱	۰/۴۸	۰/۰۰۰۱	۳۰/۱۰	۱۶۱/۹۵	۲	۳۲۳/۹۱	تعامل مراحل و گروه بندی	اجتماعی
				۵/۳۸	۶۶	۳۵۵/۱۱	خطا	

نتایج به دست آمده از آزمون واریانس آمیخته در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بر اساس فاکتورهای  $F$  محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمرات تعامل والد-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوان داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد که عامل زمان به ترتیب ۵۷، ۶۱ و ۳۸ درصد از تفاوت‌ها را در تفاوت امتیازات این متغیرها توضیح می‌دهد. همچنین بر اساس فاکتور  $F$  محاسبه شده، تأثیر عضویت در گروه (کیفیت زندگی درمانی) بر نمرات تعامل والد-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که عامل عضویت در گروه یا نوع درمان دریافتی (کیفیت زندگی درمانی) نیز بر تعامل بین والدین و نوجوانان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان تأثیر معناداری داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد که عضویت در گروه به ترتیب ۴۸، ۵۰ و ۳۳ درصد از تفاوت‌ها را در نمرات تعامل والد-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوان می‌دهد. علاوه بر این، این نتایج نشان می‌دهد که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان بر نمرات تعامل والدین-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان معنادار است. بنابراین، نتیجه‌گیری شد که نوع درمان دریافتی (درمان کیفیت زندگی) در مراحل مختلف ارزیابی نیز بر تعامل والدین-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوان تأثیر معناداری دارد. اندازه اثر تأثیر تعامل عضویت در گروه را نشان می‌دهد و زمان به ترتیب ۶۳، ۶۴ و ۴۸ درصد از تفاوت امتیازات این متغیرها را توضیح می‌دهد. به طور کلی کیفیت زندگی درمانی بر تعامل بین والدین و نوجوانان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان در مراحل مختلف تأثیر می‌گذارد. جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات برای تعامل والدین-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی آزمودنی‌ها را بر اساس مرحله ارزیابی ارائه می‌دهد.

جدول (۴): مقایسه زوجی میانگین نمرات تعامل والد-نوجوان، سازگاری فردی و اجتماعی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
	پس آزمون	-۵/۰۱	۰/۷۵	۰/۰۰۰۱
تعامل والد-نوجوان	پیش آزمون	-۴/۷۷	۰/۶۴	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	۵/۰۱	۰/۷۵	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۲۴	۰/۲۱	۰/۷۷
	پس آزمون	-۴/۳۵	۰/۶۰	۰/۰۰۰۱
سازگاری فردی	پیش آزمون	-۳/۸۸	۰/۵۰	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	۴/۳۵	۰/۶۰	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۴۷	۰/۲۰	۰/۰۸
	پس آزمون	-۳/۲۰	۰/۷۲	۰/۰۰۰۱
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	-۲/۹۰	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۲۰	۰/۷۲	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۳۰	۰/۱۸	۰/۳۲

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای تعامل والد-نوجوان، سازگاری فردی و اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد که این بدان معنی است که کیفیت زندگی درمانی توانست به طور قابل توجهی نمرات پس آزمون و پیگیری متغیرهای تعامل والدین-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان را به پیش آزمون تغییر دهد. نتایج دیگر این جدول نشان داد که

بین میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری این متغیرها تفاوت معناداری وجود ندارد و به طور خلاصه می‌توان گفت که کیفیت زندگی درمانی میانگین نمرات متغیرهای تعامل والد-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان را در مرحله پس‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش داد و این تأثیر در مرحله پیگیری ثابت ماند.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والدین-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوان بود. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت رابطه نوجوان-والد و سازگاری نوجوانان تأثیر معناداری دارد. به این ترتیب این درمان توانست کیفیت تعامل والدین-نوجوان و سازگاری نوجوان را بهبود بخشد. باید اشاره نمود که پژوهش کاملاً همسویی با نتایج مطالعه حاضر یافت نشد. اما اولین نتیجه مطالعه در مورد اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والدین-نوجوان با یافته‌های [یوسفوند، قدمپور، رجبی و همکاران \(۱۳۹۶\)](#) در مورد اثربخشی درمان با کیفیت زندگی در تغییر سطح تاب‌آوری روان‌شناختی و خودمختاری دانش‌آموزان دختر افسرده مشابهت داشت. همچنین همسو با یافته‌های [رضایی و فرهادی \(۱۳۹۷\)](#) در مورد اثربخشی درمان با کیفیت زندگی بر احساس تنهایی و عزت‌نفس دانش‌آموزان دبیرستانی معتاد به اینترنت بود. بعلاوه [یو و همکاران \(۲۰۲۲\)](#) در مورد نقش معنادار کیفیت زندگی در بهبود شرایط خانوادگی و اجتماعی سازگار گزارش داده‌اند.

در تبیین یافته حاضر باید گفت که هدف از کیفیت زندگی درمانی افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای برای غنی‌سازی درونی و جلوگیری از فرسودگی روانی است. مبتنی بر مبانی نظری طرح شده در پژوهش [فریش \(۲۰۰۶\)](#) در کیفیت زندگی درمانی، خودمراقبتی معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، استراحت، هوشیاری و آمادگی برای رویارویی با چالش‌های روزانه به شیوه‌ای متفکرانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود. بر این اساس، کیفیت زندگی درمانی که بر خودمراقبتی متمرکز است، نوجوانان را نسبت به تعارضات کلامی و روانی غیرضروری والدین هشدار می‌دهد و آنها را به ایجاد تعامل سازنده با والدین بر اساس خودمراقبتی برای سلامت روانی و عاطفی سوق می‌دهد. والدین و نوجوانان به طور طبیعی تر با هم تعامل دارند. در تعبیری دیگر باید گفت که کیفیت زندگی درمانی رویکردی کل نگر است که سلامت روان را در بستر زندگی روزمره مورد توجه قرار می‌دهد و سعی می‌کند تمامی جنبه‌های مربوط به این عامل را در زمینه کیفیت زندگی اصلاح کند. بر این اساس، در این درمان، اصول و مهارت‌های متمرکز بر کمک به مراجع در شناسایی، پیگیری و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های ارزشمند زندگی آموزش داده می‌شود ([رضایی و فرهادی، ۱۳۹۷](#)). کیفیت تعامل با والدین یکی از ارزش‌ترین عرصه‌های زندگی یک نوجوان است. زیرا تعامل سازنده با والدین، ضمن کمک به سلامت روانی و عاطفی نوجوانان، می‌تواند ارتباط عاطفی با والدین را نیز تقویت کند، بنابراین کیفیت تعامل بین والدین و نوجوانان در اثر دریافت کیفیت زندگی درمانی به شکل سازنده‌ای بهبود می‌یابد. علاوه بر این در جریان ارائه مداخله کیفیت زندگی درمانی (جلسه سوم) نوجوانان با موضوعات مؤثر مانند ارتباطات خانوادگی، حمایت و پذیرش اعضای خانواده آشنا شده و نسبت به شناسایی افکار غیر منطقی آگاهی یافتند. این روند سبب شد تا نوجوانان در هنگام بروز چالش‌های ارتباطی با والدین، افکار مخرب و غیرمنطقی خودکار را مورد شناسایی قرار داده و با افکار منطقی جایگزین نمایند. بر این اساس آنان آموختند که بهنگام بروز چالش‌های تعاملی با والدین از روش‌های سازگارانه همانند گفتگو بهره برده و از این طریق کیفیت رابطه خود با والدین را بهبود بخشند.

دومین یافته پژوهش در مورد اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان پژوهش کاملاً همسویی یافت نشد. اما به شکل کلی با یافته‌های [یوسفوند و همکاران \(۱۳۹۶\)](#) در مورد اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب‌آوری تحصیلی و خودتبعیض افسردگی دانش‌آموزان دختر؛ و با نتایج [امامی و کجیاف \(۱۳۹۳\)](#) در مورد اثربخشی زندگی درمانی با کیفیت بر علائم اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دوره متوسطه مشابهت داشت. در تبیین یافته حاضر باید گفت که کیفیت زندگی درمانی به دنبال ایجاد و افزایش حمایت اجتماعی و پیوندهای اجتماعی برای افراد، داشتن دوستان بیشتر، عملکرد اجتماعی بهتر و در نهایت بهبود سلامت روان و سلامت جسمانی در افراد، از راه ایجاد رضایت و شادی در است. زیرا شادی و رضایت بیشتر از زندگی، منجر به موفقیت بیشتر در زندگی، سلامتی بهتر و روابط اجتماعی پربارتر می‌شوند ([یوسفوند و همکاران، ۱۳۹۶](#)). هر گونه بهبود در شادی افراد می‌تواند بر رضایت فردی نوجوان از زندگی فردی و اجتماعی تأثیر بگذارد. بر این اساس، کیفیت زندگی درمانی با تأثیرگذاری بر تعاملات اجتماعی و شادکامی نوجوانان، باعث می‌شود که آنها روابط اجتماعی گسترده‌تری را تجربه کنند و بتوانند سازگاری بالاتری از خود نشان دهند. علاوه بر این، کیفیت زندگی درمانی ابتدا از فرد می‌خواهد که حوزه‌های مهمی را بین فرآیندهای ارتباطی و اجتماعی که می‌خواهد تغییر دهد، شناسایی کند و سپس در طول جلسات، بر این حوزه‌ها تمرکز می‌کند. برای هر یک

از این قسمت ها، وظایف و تمرینات بر اساس تکنیک‌ها و اصول درمانی برای جلسات داخل و خارج از جلسه طراحی شده است. بر این اساس، نوجوانان با معرفی سازگاری فردی و اجتماعی به عنوان زمینه‌ای که می‌خواهند در آن تغییر کنند، روش‌ها و اصولی را می‌آموزند که منجر به بهبود عملکرد اجتماعی می‌شود. در تبیینی دیگر باید گفت یکی از مکانیزم‌های اثرگذار کیفیت زندگی درمانی بر بهبود سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان، تمرکز این درمان بر نقش اجتماع و تعاملات اجتماعی در بهبود وضعیت روان‌شناختی و هیجانی افراد است. بر اساس چنین فرایندی نوجوانان آموختند که دایره تعاملات اجتماعی خود را گسترش داده و تلاش نمایند تا مهارت‌های اجتماعی کارآمدتری را بیاموزند. فراگیری مهارت‌های اجتماعی و گسترش تعاملات اجتماعی سبب می‌شود تا نوجوانان سازگاری فردی و اجتماعی بهتری را از خود نشان دهند.

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی از جمله محدودیت جمعیت مورد مطالعه نوجوانان شهر اصفهان، و عدم کنترل شخصیت، محدودیت‌های متغیرهای فردی، اجتماعی و خانوادگی مؤثر بر کیفیت تعامل والدین-نوجوان و سازگاری نوجوانان همراه بود. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهادات تحقیق، این تحقیق بر روی پسران، سایر گروه‌های سنی و سایر شهرها، مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف انجام شود. با توجه به اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل و سازگاری والدین-نوجوان با نوجوانان، در سطح عملی پیشنهاد می‌شود مسئولان آموزش و پرورش اصفهان با فعال کردن مشاوران مدارس و متخصصان در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی تربیتی، تعامل والدین با کودکان و نوجوانان را به طور کامل بررسی نمود و باید با آموزش مشاوران و روانشناسان در مراکز مربوطه و استفاده از کیفیت زندگی درمانی در جهت ارتقای کیفیت تعامل والدین و نوجوانان و سازگاری نوجوانان به منظور افزایش سلامت روانی نوجوانان و بهبود عملکرد تحصیلی، اقدام لازم را انجام دهد.

## ۵. تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر بود. بدین وسیله از تمام دانش‌آموزان حاضر در پژوهش، مادران آنان و مسئولین آموزش و پرورش اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

## ۶. ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت نوجوانان و مادران آنان برای شرکت در جلسات مداخله کیفیت زندگی درمانی اخذ شد و تمامی مراحل مداخله اطلاع رسانی شد. همچنین به نوجوانان و مادران آنان که در گروه گواه حضور داشتند، اطمینان داده شد که در صورت تمایل پس از تکمیل فرآیند تحقیق، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. همچنین به افراد حاضر در هر دو گروه آزمایش و گواه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند. به منظور ایجاد انگیزه برای شرکت در مطالعه حاضر، جنبه‌های درمانی و آموزشی مداخلات قبل از مداخله برای شرکت کنندگان توضیح داده شد. با این حال، کل فرآیند اجرای مداخله به صورت رایگان در اختیار آنها قرار گرفت.

## ۷. حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

## ۸. تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

## منابع

ادریسی، ح. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری فردی-اجتماعی و سلامت روان زوجین ناراضی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران. فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی، ۴(۸)، ۱-۱۳. <http://jnip.ir/article-۲۴۳۱-fa.html>

امامی، ز.، و کجیاف، م.ب. (۱۳۹۳). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر علائم اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه. *فصلنامه پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۴(۲)، ۸۹-۱۰۲. [https://cbs.ui.ac.ir/article\\_17338.html](https://cbs.ui.ac.ir/article_17338.html)

پاداش، ز.، فاتحی‌زاده، م.، عابدی، م.ر.، و ایزدی‌خواه، ز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۵)، ۳۶۳-۳۷۲. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1391.10.5.7.9>

حسینی کلانی، س.س.، و اسدی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش والدگری موفق به مادران بر سازگاری عاطفی، تحصیلی و اجتماعی دختران نوجوان. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱(۴۳)، ۸۹-۱۲۰. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.50638.2340>

حسینیان، س.، بهرنگی، م.ر.، قاسم‌زاده، س.، و تازیکی، ط. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران بر سازگاری اجتماعی، پرخاشگری و پیشرفت تحصیلی فرزندان. *مجله اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۱۲(۱)، ۹-۲۶. <https://doi.org/10.22051/jontoe.2016.2268>

دهقان‌پور، ن.، ترانس، غ.، و مسچی، ف. (۱۳۹۷). پیش‌بینی میزان استفاده از شبکه‌های مجازی بر اساس سازگاری اجتماعی و کنترل عواطف در نوجوانان. *مطالعات رسانه‌ای*، ۱۳(۱)، ۴۰-۴۹. [https://mediastudies.srbiau.ac.ir/article\\_12703.html](https://mediastudies.srbiau.ac.ir/article_12703.html)

رضایی، س.، و فرهادی، ه. (۱۳۹۷). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر احساس تنهایی و عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم دارای اعتیاد به اینترنت. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۹(۱)، ۳۷-۴۹. <https://sanad.iau.ir/Journal/jsrp/Article/889429>

شهینی بیلاق، م.، عزیزی مهر، ا. ف.، و مکتبی، غ. (۱۳۹۳). رابطه علی‌تعارض آشکار و تعارض نهان بین والدین با عملکرد تحصیلی با میانجی‌گری رابطه والد فرزند، رفتار ضداجتماعی و افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستانی. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۳(۲)، ۱-۱۶. [https://jac.scu.ac.ir/article\\_10669.html](https://jac.scu.ac.ir/article_10669.html)

کریمی، ز.، رضایی، ن.، شکیبا، م.، و نویدیان، ع. (۱۳۹۹). تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی، بر واکنش‌های روان‌شناختی مراقبان خانوادگی معتادان. *حیات*، ۲۶(۲)، ۱۶۳-۱۷۷. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2681-fa.html>

گل‌محمدیان، م.، نظری، ح.، پروانه، آ. (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و سازگاری اجتماعی سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۳)، ۱۵۰-۱۶۷. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_615.html](https://jap.razi.ac.ir/article_615.html)

نجارزادگان، ف.، فرهادی، ه. (۱۳۹۸). اثربخشی کیفیت زندگی درمانگری بر مهارت‌های ارتباطی، اعتیاد به فضای مجازی، رضایت زناشویی و خودنظم‌جویی هیجانی در زوجین. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۴)، ۲۴۷-۲۵۶. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.74.6.3>

یوسفوند، م.، قدم‌پور، ع.، رجبی، ه.، حسونوند، ب.، یوسفوند، م. (۱۳۹۶). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب‌آوری روان‌شناختی و خود-تعیینی دانش‌آموزان دختر افسرده. *فصلنامه مهارت‌های روانشناسی تربیتی*، ۱۸(۲)، ۷۳-۸۴. [https://journals.iau.ir/article\\_602205\\_97e3c06ee60ca0645db22b849152ff5b.pdf](https://journals.iau.ir/article_602205_97e3c06ee60ca0645db22b849152ff5b.pdf)

یوسفوند، م.، قدم‌پور، ع.، فرخزادیان، ع.ا.، حسونوند، ب.، و یوسفوند، م. (۱۳۹۶). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب‌آوری تحصیلی و خودتعمیرافتگی دانش‌آموزان دختر افسرده. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۴(۳)، ۷۷-۹۰. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3>

## References

- Bierstetel, S. J., Jiang, Y., Slatcher, R. B., & Zilioli, S. (2021). Parent-child conflict and physical health trajectories among youth with asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 150, 110606. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110606>
- Blossom, J. B., Fite, P. J., Frazer, A. L., Cooley, J. L., & Evans, S. C. (2016). Parental psychological control and aggression in youth: Moderating effect of emotion dysregulation. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 44, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.02.006>
- Botzet, A. M., Dittel, C., Birkeland, R., Lee, S., Grabowski, J., & Winters, K. C. (2019). Parents as interventionists: Addressing adolescent substance use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 124-133. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.015>
- Bradford, K., & Barber, B. K. (2008). Interparental conflict, parent-child conflict, and youth problem behavior. *Journal of Family Issues*, 6(4), 780-805. <https://doi.org/10.1177/0192513X07308043>
- Carney, T., Yager, J., Maguire, S., & Touyz, S. W. (2019). Involuntary Treatment and Quality of Life. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 299-307. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.011>
- Dehghanpoor, N., Tarnas, G., & Meschi, F. (2018). The prediction of the use of virtual networks based on social compatibility and emotional control in adolescents. *Media Studies*, 13(1), 40-49. [https://mediastudies.srbiau.ac.ir/article\\_12703.html?lang=en](https://mediastudies.srbiau.ac.ir/article_12703.html?lang=en) (In Persian)



- Emami, Z., & Kajbaf, M. (2015). The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Anxiety and Depression in Female High School students. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 4(2), 89-102. [https://cbs.ui.ac.ir/article\\_17338.html?lang=en](https://cbs.ui.ac.ir/article_17338.html?lang=en) (In Persian)
- Fine, M. A., Moreland, J. R., & Schwebel, A. I. (1983). Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*, 19(3), 703-713. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.19.5.703>
- Frisch, MI, B. (2006). *Quality of life therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Press. <https://perpus.univpancasila.ac.id/repository/EBUPT190073.pdf>
- Golmohammadian, M., Nazari, H., & Parvaneh, A. (2017). Effectiveness of group logo therapy on death anxiety and social adjustment of elderly men. *Aging Psychology*, 2(3), 150-167. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_615.html?lang=en](https://jap.razi.ac.ir/article_615.html?lang=en) (In Persian)
- Hoseinian, S., Behrangi, M., Ghasemzadeh, S., & Taziki, T. (2016). Effectiveness of Communication Skills Training of Mothers on Social Adjustment, Aggression and Academic Achievement of their Children. *The Journal of New Thoughts on Education*, 12(1), 9-26. <https://doi.org/10.22051/jontoe.2016.2268> (In Persian)
- Hosseini Kalaie, S. S., & Asadi, M. (2020). The Effectiveness of successful parenting education to Mothers on Emotional, Educational and Social adjustment in adolescent girls. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 11(43), 89-120. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.50638.2340> (In Persian)
- Ibabe, I., Arnosó, A., & Elgorriaga, E. (2014). The Clinical Profile of Adolescent Offenders of Child-to-Parent Violence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 131, 377-381. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.133>
- Karimi, Z., Rezaee, N., Shakiba, M., & Navidian, A. (2020). The effect of group counseling based on quality of life therapy on psychological reactions in family caregivers of addicts. *Journal of Hayat*, 26(2) 163-177. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2681-en.html> (In Persian)
- Kildare, C.A., & Middlemiss, W. (2017). Impact of parents mobile device use on parent-child interaction: A literature review. *Computers in Human Behavior*, 75, 579-593. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.06.003>
- Idrissi, H. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Personal-Social Adjustment and Mental Health of Dissatisfied Couples Referred to Counseling Centers in Tehran. *Journal of Psychology New Ideas*, 4(8), 1-13. <http://jnip.ir/article-1-243-fa.html> (In Persian)
- Kwok, S.Y.C.L., Gu, M., Synchronisawatt, P., & Wong, W. W. K. (2020). The relationship between parent-child triangulation and early adolescent depression in Hong Kong: The mediating roles of self-acceptance, positive relations and personal growth. *Children and Youth Services Review*, 109, 104676. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104676>
- Lee, M., Wang, H., & Chen, C. (2020). Development and Validation of the Social Adjustment Scale for Adolescents with Tourette Syndrome in Taiwan. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.05.023>
- León, E., Steele, M., Palacios, J., Román, M., & Moreno, C. (2018). Parenting adoptive children: Reflective functioning and parent-child interactions. A comparative, relational and predictive study. *Children and Youth Services Review*, 95, 352-360. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.11.009>
- Najarzadegan, F., & Farhadi, H. (2019). The effectiveness of quality of life therapy on communication skills, addiction to cyberspace, marital satisfaction, and emotional self-regulation in couples. *Journal of Psychological Science*. 18(74), 247-256. <http://psychologicalscience.ir/article-1-252-en.html> (In Persian)
- Olivier, E., Archambault, I., & Dupéré, V.(2018). Boys' and girls' latent profiles of behavior and social adjustment in school: Longitudinal links with later student behavioral engagement and academic achievement? *Journal of School Psychology*, 69, 28-44. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.05.006>
- Osborn, T. L., Wasil, A. R., Venturo-Conerly, K. A., Schleider, J. L., & Weisz, J. R.(2019). Group Intervention for Adolescent Anxiety and Depression: Outcomes of a Randomized Trial with Adolescents in Kenya. *Behavior Therapy*, 51(4), 601-615. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.09.005>



- Padash, Z., Fatehizadeh, M., Abedi, M. R., & Izadikhah, Z. (2013). The effect of quality of life therapy on marital satisfaction. *Research in Behavioral Science*, 10 (5), 363-372. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-268-en.html> (In Persian)
- Rezaiee, s., & Farhadi, H. (2018). Effectiveness of Quality of Life Therapy on Internet Addiction, Loneliness, and Self-esteem of Female Second Grade High School Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 19(1). 37-49. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jsrp/Article/889429> (In Persian)
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D.J., Thapar, A.K., & Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243, 175-181. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.015>
- Root, A. E., Wimsatt, M., Rubin, K. H., Bigler, E. D., Dennis, M., Gerhardt, C. A., Stancin, T., Taylor, H. G., Vannatta, K., Yeates, K. O.(2016). Children with traumatic brain injury: Associations between parenting and social adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 42, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2015.10.002>
- Shehni-Yailagh, M., Azizimehr, A., & Maktabi, G. (2014). The Causal Relationship between Covert and Overt Conflicts and School Performance, Mediated by Parent-Child Relationship, Antisocial Behavior and Withdrawal/Depression among High school Students. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 3(2), 1-16. [https://jac.scu.ac.ir/article\\_10669.html?lang=en](https://jac.scu.ac.ir/article_10669.html?lang=en) (In Persian)
- Toghyani, M., Kalantari, M., Amiri, SH., & Molavi, H. (2011). The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Subjective Well-Being of Male Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1752-1757. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.338>
- Trent, E. S., Viana, A. G., Raines, E. M., Woodward, E. C., Storch, E. A., Zvolensky, M. J. (2019). Parental threats and adolescent depression: The role of emotion dysregulation. *Psychiatry Research*. 276, 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.009>
- Wang, Y., Tian, L., Guo, L., & Huebner, E. S.(2020). Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model *Journal of Applied Developmental Psychology*, 66, 101-110. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101090>
- Xie, X., Chen, W., Zhu, X., & He, D.(2019). Parents' phubbing increases Adolescents' Mobile phone addiction: Roles of parent-child attachment, deviant peers, and gender. *Children and Youth Services Review*, 105, 104426. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104426>
- Xu, Y., Zhou, Y., Zhao, J., Xuan Z., Li W., Han, L., & Liu, H. (2021). The relationship between shyness and aggression in late childhood: The multiple mediation effects of parent-child conflict and self-control. *Personality and Individual Differences*, 182, 111058. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111058>
- Yousefvand, M., Ghadampour, E., Farokhzadian, A., Hassanvand, B., & Yousefvand, M. (2017). Effectiveness of Quality of Life Therapy (QOLT) on the academic resilience and self-differentiation in depressed girls high school students of Khorramabad second academic year 1395-96. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 4(3), 77-90. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-250-en.html> (In Persian)
- Yousefvand, M., Ghadampour, E., Ghadampour, E., Hassanvand, B., & Yousefvand, M. (2017). Effectiveness of Quality of Life Therapy (QOLT) on psychological resilience and self-differentiation in depressed girls high school students. *Educational Psychology*, 8(2), 73-84. (In Persian)
- Yu, Y., Shen, M., Niu, L., Liu, Y., Xiao, S., & Tebes, J. K. (2022). The relationship between clinical recovery and personal recovery among people living with schizophrenia: A serial mediation model and the role of disability and quality of life. *Schizophrenia Research*, 239, 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.043>