



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

Fariba Hoseini¹ , Mohammad Reza Abedi^{2*} , Yousef Gorgi³ 

1. Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: faribahosseini688@yahoo.com
2. Corresponding Author, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: m.r.abedi@edu.ui.ac.ir
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: gorgi@iaukhsh.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 7 Feb 2022
Revised: 29 Apr 2022
Accepted: 1 Jun 2022
Published Online: 23 Apr 2024

Keywords:
Adjustment, Adolescent, Quality of Life Therapy, Quality of Parent-Adolescent Interaction.

ABSTRACT

The purpose of this research was to investigate the impact of quality of life therapy on the quality of parent-adolescent interaction and adolescent adjustment. A quasi-experimental design comprising a pretest, posttest, control group, and a two-month follow-up period was utilized for the study. The statistical population of the survey comprised second-year high school female adolescents residing in Isfahan during the 2020-2021 academic year. By means of purposive sampling, 35 adolescents were chosen at random and divided into experimental and control groups, with 18 adolescents assigned to the experimental group and 17 to the control group. Over the course of two months, mothers of adolescents in the experimental group participated in eighty-five-minute quality of life therapy sessions. A pre-test was administered prior to the intervention, and a post-test was conducted subsequent to the intervention. Following a gap of two months, the follow-up phase was conducted. Parent-Child Relationship Questionnaire (PCRQ) and California Individual-Social Adjustment Questionnaire (CISAQ) were utilized in this research. The data obtained from the research were analyzed through mixed ANOVA via SPSS-23 software. The results showed that quality of life therapy significantly influences the character of parent-adolescent interaction and adolescent adjustment ($p < 0.001$). According to the findings of the present study's findings, it is possible to conclude that quality of life therapy can be an effective method for enhancing parent-adolescent interaction and adolescent adjustment via training in adolescent communication with family members, support and acceptance of family members, and the substitution of irrational thoughts with logical ones.

Cite this article: Hoseini, F., Abedi, M. R., & Gorgi, Y. (2024). Effectiveness of Quality-of-Life Therapy on the Quality of Parent-Adolescent Interaction and Adolescent Adjustment. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(1), 73-89. doi: 10.22059/japr.2024.338701.644189.



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.338701.644189>

© The Author(s).



اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری نوجوانان

فریبا حسینی^۱، محمدرضا عابدی^{۲*}، یوسف گرجی^۳

۱. دانشجوی دکترای تخصصی مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. رایانامه:

faribahosseini688@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول، استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. رایانامه: 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

چکیده

اطلاعات مقاله

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری دختران نوجوان انجام گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل دختران نوجوان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود که در دوره دوم متوسطه مشغول به تحصیل هستند. در این پژوهش ۳۵ نوجوان به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جای دهی 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 هشت جلسه ۷۵ دقیقه ای دریافت کردند. پیش آزمون قبل از اجرای مداخله و پس آزمون پس از اتمام مداخله اجرا شد. دو ماه بعد نیز مرحله پیگیری انجام گرفت. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه رابطه والد-فرزند (PCRQ) و پرسشنامه سازگاری فردی-اجتماعی کالیفرنیا (CISAQ) بود. داده ها به شیوه تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری نوجوانان تأثیر معنادار دارد ($p < 0.001$). براساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی درمانی با آموزش ارتباط نوجوان با اعضای خانواده، حمایت و پذیرش اعضا و آموزش جایگزین سازی افکار غیرمنطقی با افکار منطقی می تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۲/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۲/۰۱

کلیدواژه ها:

سازگاری، کیفیت تعامل والد-نوجوان، کیفیت زندگی درمانی، نوجوانان.

استناد: حسینی، ف.، عابدی، م.، و گرجی، ی. (۱۴۰۳). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری نوجوانان. فصل نامه پژوهش های کاربردی

روانشناختی، ۱۵(۱)، ۷۳-۸۹. doi: 10.22059/japr.2024.338701.644189

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.338701.644189>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

خانواده یکی از نهادهای اجتماعی است که اساس زندگی اجتماعی انسان را تشکیل می‌دهد و یکی از مهم‌ترین وظایف آن تولیدمثل 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 رفتار والدین هستند و در مقابل، والدین اغلب تصویری از یک کودک ایدئال در ذهن خود دارند و همیشه فرزند خود را با ایدئال‌های خود مقایسه می‌کنند که منجر به اختلاف نظر بین والدین می‌شود. بچه بزرگ شده است (ژیو و همکاران^۱، ۲۰۲۱). اختلاف نظر بین والدین و فرزندان می‌تواند ناشی از تفاوت در ادراکات و تصورات بین والدین و فرزندان باشد که حداقل ۲۰ سال اختلاف سنی دارند. با توجه به تغییرات سریعی که امروزه در حال رخ دادن است و تغییر جامعه در طی آن، کودکان در شرایط اجتماعی متفاوتی قرار دارند. درک آن‌ها از خود و انتظارات آن‌ها از والدین و دیگران متفاوت است، اما والدین از جوانان همان تصویر جوانی را دارند. این تصورات و انتظارات متفاوت به سوء تفاهم بین والدین و فرزندان منجر می‌شود (بیرستل و همکاران^۲، ۲۰۲۱).

خانواده و سبک‌های فرزندپروری و نیز نحوه تعامل با فرزند از مهم‌ترین عواملی است که بر رشد روانی، اجتماعی و عاطفی فرزندان تأثیر می‌گذارد (ژیو، چن، ژا و هی^۳، ۲۰۱۹). خانواده‌هایی که در تعامل با فرزندان صمیمیت می‌ورزند، به نتایج مثبتی دست می‌یابند و از تعامل رضایت‌بخش والد و فرزند گزارش می‌دهند (وانگ و همکاران^۴، ۲۰۲۰)؛ در صورتی که رفتارهای منفی و کنترل‌کننده در تعامل با فرزندان و به‌طور کلی زبان ناکارآمد خانواده به‌ویژه در دوره نوجوانی موجب ایجاد شکاف در تعامل بین آن‌ها و در نتیجه بروز مشکلات رفتاری و عاطفی مانند اضطراب و افسردگی در فرزندان می‌شود (کووک و همکاران^۵، ۲۰۲۰). تعامل والدین و فرزند، رابطه‌ای مهم و حیاتی 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^۶، ۲۰۱۴). نمی‌توان مشخص کرد چه کسی بیشترین تأثیر را در ایجاد تعارض بین والدین و فرزندان دارد، اما می‌توان گفت عدم آگاهی والدین و فرزندان در مهارت‌های ارتباطی و عدم مهارت در حل مشکلات شخصی سبب ایجاد تضاد و درگیری بین آن‌ها می‌شود (لئون و همکاران^۷، ۲۰۱۸). مطالعات اخیر نشان داده است کیفیت رابطه والدین با فرزندان ارتباط تنگاتنگی با رفتارها و سازگاری روانی فرزندان دارد. هرچه تعارض بین والدین و فرزندان بیشتر باشد، احساسات منفی و مشکلات رفتاری در کودکان بیشتر می‌شود (کیلدار و میدلمیس^۸، ۲۰۱۷). آسیب روانی خانواده، کیفیت پایین رابطه والد-نوجوان، نظارت ناپایدار والدین، بی‌علاقگی والدین و بی‌توجهی به فرزندان نوجوان از عوامل خانوادگی‌ای هستند که بر رشد رفتارهای ضداجتماعی تأثیر می‌گذارند (بوتزت و همکاران^۹، ۲۰۱۹). عدم ارتباط با والدین در زندگی فرزندان موجب تعاملات ضعیف‌تر و سطحی‌تر والدین و فرزندان می‌شود که به نوبه خود مشکلات پیچیده‌ای را در آینده کودک به دنبال خواهد داشت (بلوسوم و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۶).

یکی از مؤلفه‌هایی که متأثر از کیفیت تعامل والد-فرزند است، سازگاری اجتماعی^{۱۱} نوجوانان است (حسینی کلائی و اسدی، ۱۳۹۹). سازگاری اجتماعی نقش عمده‌ای در عرصه‌های مختلف زندگی دارد. یکی از تأثیرات متغیر فوق‌نقشی است که در یادگیری و پیشرفت تحصیلی ایفا می‌کند (الیویر، آرچامبالت و داپر^{۱۲}، ۲۰۱۸). سازگاری اجتماعی در نوجوانان به‌عنوان مهم‌ترین نشانه سلامت روانی آنان، یکی از موضوعاتی است که در دهه‌های اخیر مورد توجه بسیاری از جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و

1. Xu et al.
2. Bierstetel et al.
3. Xie, Chen, Zhu, He
4. Wang et al.
5. Kwok et al.
6. Ibabe, Arnosó, & Elgorriaga
7. León et al.
8. Kildare & Middlemiss
9. Botzet et al.
10. Blossom et al.
11. Social adjustment
12. Olivier, Archambault, & Dupéré

مربیان قرار گرفته است؛ زیرا نوجوانی دوره 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 رخ می‌دهد. به‌علاوه رشد اجتماعی مهم‌ترین 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 می‌کند و به‌طور طبیعی حاصل می‌شود (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۵). عواملی مانند روش‌های تربیتی، خانواده و تحصیلات در شکل‌گیری سازگاری اجتماعی مؤثرند (لی، وانگ و چن^۱، ۲۰۲۰). انطباق اجتماعی بازتابی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از برنامه‌هایش و نحوه کار روی برنامه‌ها است که احتمالاً تحت تأثیر شخصیت، فرهنگ و انتظارات خانواده است (روت و همکاران^۲، ۲۰۱۶). براین اساس، سازگاری اجتماعی عبارت است از توانایی برقراری ارتباط با دیگران به‌نحوی که در جامعه قابل قبول باشد (گل‌محمدیان، نظری و پروانه، ۱۳۹۵). اصلاح اجتماعی به پردازش اطلاعات دریافتی از محیط اجتماعی و عملکرد فرد در موقعیت‌های اجتماعی اشاره دارد. اگر کسی بتواند این چیزها را بشناسد، آن‌ها را بپذیرد، محدود کند و با آن‌ها بیرون بیاید و از راه‌های مقابله با آن‌ها، محدود کردن و کنترل خواسته‌های خود استفاده کند و تا آنجا که ممکن است برای ارضای آن‌ها تلاش کند، به او اطاعت‌پذیر می‌گویند (دهقان‌پور، ترناس و مسچی، ۱۳۹۷).

روش‌های مختلفی برای درمان آسیب‌ها و حل مشکلات ارتباطی در نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته است. از جمله روش‌هایی که در سال‌های اخیر توسط محققان بررسی شده، کیفیت زندگی درمانی^۳ 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 واکنش‌های روان‌شناختی مراقبان خانوادگی معتادان، نجارزادگان و فرهادی (۱۳۹۸) اثربخشی کیفیت زندگی درمانگری را بر مهارت‌های ارتباطی و خودنظم‌جویی هیجانی زوجین، رضایی و فرهادی (۱۳۹۷) اثربخشی کیفیت زندگی درمانی را بر احساس تنهایی و عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم دارای اعتیاد به اینترنت، یوسف‌وند، قدم‌پور، رجبی و همکاران (۱۳۹۶) اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب‌آوری روان‌شناختی و خودتعیینی دانش‌آموزان دختر افسرده، یوسف‌وند، قدم‌پور، فرخزادیان و همکاران (۱۳۹۶) اثربخشی کیفیت زندگی درمانی را بر تغییر سطح تاب‌آوری تحصیلی و خودتعمیر یافتگی دانش‌آموزان دختر افسرده آزمایش و تأیید کرده‌اند. علاوه‌براین کارنی و همکاران^۴ (۲۰۱۹) و یو و همکاران^۵ (۲۰۲۲) بر نقش مؤثر کیفیت زندگی در بهبود مؤلفه‌های روانی افراد تأکید داشته‌اند. این رویکرد درمانی توسط فریش^۶ (۲۰۰۶) و با تلفیق رویکرد شناختی رفتاری و روان‌شناسی مثبت با استفاده از استعاره، تنهایی و مراقبه ایجاد شده و بر مؤلفه‌های روان‌شناختی نوجوانان تأثیر می‌گذارد (رضایی و فرهادی، ۱۳۹۷). کیفیت زندگی درمانی در عمل به‌شدت به تکنیک‌های شناختی رفتاری وابسته است، اما از نظر رویکرد به‌شدت بر روان‌شناسی مثبت‌گرا متکی است (امامی و کجیاف، ۱۳۹۳). درمان باکیفیت زندگی رویکردی کل‌نگر 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^۷، ۲۰۱۱).

هدف از زندگی درمانی باکیفیت، افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای با غنای درونی و جلوگیری از فرسودگی شغلی است. در درمان باکیفیت زندگی، خودمراقبتی معادل غنای درونی است و به‌عنوان 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 پنج‌راهه به نام CASIO^۸ رضایت از زندگی را به‌عنوان طرحی برای کیفیت زندگی و مداخلات روان‌شناختی مثبت برای

1. Lee, Wang, & Chen

2. Root et al.

3. quality of life therapy

4. Carney et al.

5. Yu

6. Frisch

7. Toghiani et al.

8. Circumstance-Attitude-Standards of fullment-Importance-Overall satisfaction

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، ۱۷ حوزه اصلی زندگی است که از رشد معنویت و خودپنداره گرفته تا همسایگی و اجتماع و چگونگی افزایش رضایت و شادی از زندگی در هریک از این حوزه‌ها را شامل می‌شود. این ۱۷ حوزه اصلی که مداخلات بر آن‌ها متمرکز است عبارت‌اند از: اهداف، ارزش‌ها، زندگی معنوی، عزت‌نفس، 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 باکیفیت زندگی می‌تواند به‌صورت گروهی یا فردی اعمال شود. ابتدا از فرد خواسته می‌شود ۱۷ حوزه مهمی را که می‌خواهند در آن تغییر ایجاد کنند شناسایی کند و سپس درمان کیفیت زندگی در طول جلسات بر این حوزه‌ها متمرکز می‌شود. برای هریک از این حوزه‌ها، تکالیف و تمرینات مبتنی بر تکنیک‌ها و اصول درمانی برای انجام در داخل و خارج از جلسات طراحی شده است (یوسفوند و همکاران، ۱۳۹۶).

برای ضرورت این پژوهش باید گفت عدم ارتباط صمیمانه با فرزندان به تعامل و ناکارآمدی ضعیف و سطحی بین والدین و فرزندان منجر می‌شود و مشکلات ارتباطی پیچیده‌ای را در آینده کودکان به‌ویژه در سنین نوجوانی به دنبال دارد. تأکید بر نقش مخرب اختلال تعامل والد-کودک در بروز مشکلات رفتاری و عاطفی در نوجوانی به‌دلیل ویژگی‌های روانی این دوران و قرارگرفتن آن‌ها در معرض حوادث محیطی و خانوادگی بیشتر است (اسبورن و همکاران^۱، 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 افراد از طوفان و استرس جان سالم به در می‌برند، مطالعات دهه گذشته نشان داده است نوجوانان بیشتری علائم بیماری رفتاری یا عاطفی را تجربه می‌کنند (ترنت و همکاران^۲، ۲۰۱۹؛ رایس و همکاران^۳، ۲۰۱۹). این شرایط به‌دلیل 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.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه است. جامعه مورد مطالعه شامل نوجوانان دختر شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ است که در مقطع متوسطه دوم تحصیل می‌کردند. برای انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به‌منظور شناسایی دانش‌آموزان با کیفیت تعامل والدین-نوجوان و سازگاری پایین، یکی از شش ناحیه آموزشی شهر اصفهان (ناحیه سوم آموزشی) به‌صورت تصادفی انتخاب شد. سپس سه مدرسه دخترانه از مدارس دوره دوم متوسطه آن ناحیه انتخاب شدند. در این سه مدرسه 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 به‌دست آورده بودند، شناسایی شدند (نمرات کمتر از ۹۶ در پرسشنامه کیفیت تعامل والد-فرزند و کمتر از ۵۵ در ابعاد سازگاری اجتماعی و فردی). در این مرحله ۵۱ دانش‌آموز انتخاب شدند. شایان ذکر است با این دانش‌آموزان مصاحبه بالینی نیز صورت گرفت. در مرحله آخر ۴۰

1. Osborn et al.
2. Trent
3. Rice et al.

نفر از این دانش‌آموزان که کمترین نمرات را در پرسشنامه‌های تعامل والدین-نوجوان و سازگاری به‌دست آورده بودند (نمرات کمتر از میانگین و به‌صورت ترتیب‌بندی شده) انتخاب و به‌صورت 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، دو مادر در گروه آزمایش و سه مادر در گروه کنترل از مطالعه انصراف دادند. براین‌اساس، 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 فرایند مداخله فعلی، گروه گواه مداخلات را دریافت نکردند. معیارهای ورود، عدم دریافت هم‌زمان مداخله روان‌شناختی 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 پژوهش

۲-۲-۱. پرسشنامه رابطه والد-فرزندی^۱ (PCRQ)

به‌منظور سنجش رابطه والد-فرزندی از پرسشنامه ۲۴ سؤالی رابطه والد-فرزندی (فاین، مورلند و شوبل^۲، ۱۹۸۳) استفاده شد. پرسشنامه روابط والدین و فرزند شامل مؤلفه‌های زیر است: احساسات مثبت، اعتماد، احترام، خشم و شباهت با والدین. امتیازدهی این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت از یک تا هفت (هرگز برای همیشه) رتبه‌بندی شده است. سؤالات ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ به‌صورت معکوس مشخص شده‌اند. این پرسشنامه برای هر یک از مؤلفه‌های ذکر شده نمره‌های جداگانه می‌دهد و از بین آن‌ها می‌توان نمره کل رابطه والد و فرزند را محاسبه کرد. کمترین نمره در این پرسشنامه ۲۴ و بیشترین نمره ۱۶۸ است. نمره کمتر از ۹۶ نشان‌دهنده 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 بین آزمودنی‌ها رابطه بالا و خوبی وجود دارد. اعتبار این پرسشنامه در تحقیق برادفورد و باربر^۳ (۲۰۰۸) ۰/۹۱ بود. در مطالعه شهینی ییلاق، عزیزی‌مهر و مکتبی (۱۳۹۳) در ایران، ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بود. همچنین ضرایب هنجاری در تحلیل عاملی تأییدی خرده‌مقیاس‌های 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^۴ (CISAQ)

در این پژوهش از پرسشنامه سازگاری اجتماعی فردی کالیفرنیا برای سنجش متغیرهای سازگاری فردی و اجتماعی استفاده شد. این پرسشنامه توسط کلارک و همکاران^۵ (۱۹۵۳) به نقل از ادیسی، (۱۳۹۹) برای اندازه‌گیری سازش‌های مختلف در زندگی تهیه شد که دارای دو قطب سازش فردی و اجتماعی هستند و ۱۸۰ سؤال بله یا خیر دارند. پرسشنامه سازگاری اجتماعی فردی شامل ۱۲ خرده‌مقیاس است که نیمی از آن برای سنجش سازگاری فردی و نیمی دیگر برای سنجش سازگاری اجتماعی طراحی شده است. این آزمون شامل پنج سطح پیش‌دبستانی، دبستان، راهنمایی، دبیرستان و بزرگسال است که سطح متوسط آن در مطالعه حاضر استفاده شده 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 می‌دهد. دامنه نمرات در هر یک از این ابعاد صفر تا ۹۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سازگاری بیشتر فرد در آن بعد است. نمرات کمتر از ۵۵ هر یک از دو زیرمقیاس سازگاری اجتماعی و فردی نشان‌دهنده سازگاری پایین‌تر از میانگین فرد است. در مطالعه ادیسی (۱۳۹۹) ضریب پایایی نمرات گروه‌های ۲۳۷ تا ۷۱۲ نفری

1. Parent-Child Relationship Questionnaire (PCRQ)

2. Fine, Moreland & Schwebel

3. Bradford & Barber

4. California Individual-Social Adjustment Questionnaire (CISAQ)

5. Clarck, S. et al.

برای مقیاس تنظیم فردی حدود ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ بود. همچنین ضریب پایایی پرسشنامه حاضر در پژوهش خجسته‌مهر (۱۹۹۴) به نقل از ادریسی، (۱۳۹۹) برای خرده‌مقیاس سازگاری فردی در گروه بینا ۰/۸۰، در گروه نابینا ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس 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 و انجام فرایند نمونه‌گیری، نوجوانان منتخب (۴۰ نوجوان دختر) به‌طور 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 پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس مادران نوجوانان حاضر در گروه آزمایش، مداخله کیفیت زندگی درمانی را در هشت جلسه دوماهه به‌صورت هفتگی و به مدت ۷۵ دقیقه دریافت کردند. باین‌حال، افراد گروه کنترل مداخلات فعلی را در طول مطالعه دریافت نکردند. پس از پایان مرحله پس‌آزمون و پس از طی دوره دوماهه، مرحله پیگیری انجام شد. پس از مداخله، دو نفر در گروه آزمایش و دو نفر در گروه کنترل از مطالعه انصراف دادند. براین‌اساس، ۳۵ مادر (۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه کنترل) در مطالعه باقی ماندند. شایان ذکر است مداخله پژوهش حاضر با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی توسط محقق در سالن جامعه امداد شهر اصفهان در محدوده زمانی آبان تا آذر ۱۳۹۹ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات کیفیت زندگی درمانی

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؛ 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: توانایی‌های خود را در یک صفحه فهرست کنید.
جلسه دوم	ارائه خلاصه‌ای از مباحث دوره قبل؛ تعریف کیفیت زندگی و رضایت از زندگی؛ اجرای مقیاس کیفیت زندگی، امتیازدهی براساس رضایت؛ آشنایی اعضا با پنج راه برای رسیدن به رضایت از زندگی؛ پنج بعد رضایت را برای هر دامنه شناسایی کنید و دامنه‌ها را برای بهبود عملکرد رتبه‌بندی کنید. معرفی ابعاد کیفیت زندگی درمانی با معرفی پنج ریشه افزایش رضایت از زندگی؛ کار روی شرایط عینی و تغییر نگرش برای افزایش رضایت از زندگی براساس پنج ریشه درمانی برای کیفیت زندگی (CASIO)؛ ارزیابی اهداف در شانزده بعد زندگی و رسیدن به مأموریت کیک شادی؛ بررسی علل نارضایتی در هر حوزه؛ وظیفه (کاربرگ نظارت روزانه ابعاد زندگی را تکمیل کنید و کیک شادی را بکشید)؛ تعیین اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت برای هر حوزه؛ تکلیف: نامه‌ای بنویسید تا از مردم قدردانی کنید.
جلسه سوم	ارائه خلاصه‌ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف انجام‌شده؛ آشنایی گروه آزمایشی با موضوعات مؤثر مانند ارتباطات خانوادگی، حمایت و پذیرش اعضا، نوشتن داوطلبانه ایده‌ها توسط چند نفر از اعضای هیئت‌مدیره؛ یاد بگیرید افکار غیرمنطقی را با افکار منطقی جایگزین کنید؛ بررسی اصول و فرضیه‌های اساسی ایده‌ها؛ باورهای اصلی افکار غیرمنطقی را شناسایی کنید و افکار غیرمنطقی را به چالش بکشید؛ تکلیف: جملات ثبت‌شده روزانه و تنش و سوالات ذهن.
جلسه چهارم	ارائه خلاصه‌ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با سه محور بهبود کیفیت زندگی: ثروت درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی؛ تعریف رفاه داخلی و معرفی ابعاد رفاه داخلی و راه‌های رسیدن به رفاه داخلی؛ درک مشخصات روان‌شناختی و آموزش و تجزیه و تحلیل کیفیت؛ تعیین کیفیت زمان، بررسی تکنیک‌های دستیابی به کیفیت زمان؛ اهداف واقع‌بینانه را به‌عنوان 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 بلندمدت در زمینه‌های مختلف زندگی.
جلسه پنجم	ارائه خلاصه‌ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف تکمیل‌شده؛ 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 شانزده‌گانه درمان باکیفیت زندگی با تأکید بر اینکه درمان باکیفیت زندگی دارای اصول و قواعدی برای تغییر رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی است. تکلیف: فهرستی از اصول شادی.
جلسه ششم	ارائه خلاصه‌ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف تکمیل‌شده؛ آشنایی اعضا با ابعاد پنج‌گانه 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 باکیفیت زندگی؛ تکلیف: تمرینات ذهن‌آگاهی.
جلسه هفتم	ارائه خلاصه‌ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با ابعاد پنج‌گانه رضایت از زندگی و افزایش سرمایه روانی؛ حاشیه‌نویسی 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 باکیفیت زندگی؛ شخصی‌سازی؛ اصول شادی را به‌کار ببرید و افکار را به‌طور عاقلانه به‌صورت روزانه ثبت کنید.

جلسه	شرح جلسه
جلسه هشتم	ارائه خلاصه‌ای از مباحث دوره قبل؛ بررسی وظایف انجام‌شده؛ آشنایی با اعضا با سه روش مکمل برای بهبود کیفیت زندگی؛ آموزش CASIO در تمهید در همه ابعاد و به‌کارگیری اصول درمانی براساس کیفیت زندگی در زندگی واقعی؛ خلاصه مباحث دوره وظیفه؛ یک برنامه فعالیت روزانه انجام دهید.

منبع: فریش، ۲۰۰۶؛ به نقل از رضایی و فرهادی، ۱۳۹۷

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در 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^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، از آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) (حد بزرگ‌تر از ۰/۰۵)، برای بررسی فرض کرویت داده‌ها از آزمون موچلی^۳ (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه تحقیق از تحلیل واریانس آمیخته^۴ و آزمون تعقیبی بونفرونی^۵ استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با نرم‌افزار آماری SPSS-23 انجام گرفت.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

نتایج جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی در گروه آزمایش ۱۶/۲۲ سال ۲/۱۱ سال و در گروه کنترل ۱۶/۷۵ هزار و ۲۳۲ سال است. همچنین مطابق نتایج، 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 است. همچنین در هر دو گروه آزمایش و گواه، سطح تحصیلات والدین لیسانس است. از بین والدین گروه آزمایش، ۱۰ خانواده (۵۵/۵۵ درصد) در منزل شخصی و ۸ خانواده (۴۴/۴۵ درصد) در منزل استیجاری سکونت دارند. در گروه گواه نیز ۱۰ خانواده در منزل شخصی و ۷ خانواده در منزل استیجاری زندگی می‌کنند. نتایج مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل سن و تحصیلات نوجوانان، تحصیلات والدین و نوع منزل آنان بین دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. شایان ذکر است برای مقایسه سن از متغیر تحلیل واریانس، مقایسه تحصیلات از آزمون کروسکال-والیس و به‌منظور مقایسه نوع منزل از آزمون خی دو استفاده شد.

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

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

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

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است.

1. Shapiro-Wilk test
2. Levine test
3. Mauchly's Test
4. mixed variance analysis
5. Bonferroni follow-up test

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد تعامل والد-نوجوان و سازگاری در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	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 می‌دهد 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 آزمون شد. براین اساس، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک مشخص کرد پیش فرض، توزیع نرمال نمونه‌های داده است و در متغیرهای تعامل والد-نوجوان ($F=۰/۱۰$; $P=۲۰$)، سازگاری فردی ($F=۰/۱۱$; $P=۲۰$) و سازگاری اجتماعی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است. از طرفی پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین سنجش شد و مشخص شد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در سه متغیر تعامل والد-نوجوان ($F=۰/۱۹$; $P=۰/۶۵$)، سازگاری فردی ($F=۰/۱۷$; $P=۰/۶۹$) و سازگاری اجتماعی ($F=۰/۲۰$; $P=۰/۶۱$) رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای تعامل والد-نوجوان ($Mauchly's W=۰/۹۶$; $P=۰/۵۹$)، سازگاری فردی ($Mauchly's W=۰/۹۱$; $P=۰/۳۶$) و سازگاری اجتماعی ($Mauchly's W=۰/۸۸$; $P=۰/۱۳$) رعایت شده است. شایان ذکر است نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای تعامل والد-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی مقایسه شد که نتایج بیانگر عدم معناداری تفاوت نمرات بود. براین اساس نیازی به کووریت کردن اثر نمرات پیش‌آزمون احساس نشد.

۳-۴. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۴. تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیرات درون و بین گروهی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
تعامل والد-نوجوان	مراحل	۲	۲۷۹/۳۱	۴۷/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۸۹۵/۵۰	۲۹/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۳۳۳/۸۹	۵۶/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱
	خطا	۶۶	۵/۹۳				
سازگاری فردی	مراحل	۲	۱۹۹/۶۷	۵۱/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
	گروه‌بندی	۱	۴۰۰/۲۳	۳۳/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۳۹۰/۳۴	۵۷/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱
	خطا	۶۶	۳/۸۷				
سازگاری اجتماعی	مراحل	۲	۱۰۹/۳۲	۲۰/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۱
	گروه‌بندی	۱	۵۹۳/۸۲	۱۷/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۱۶۱/۹۵	۳۰/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
	خطا	۶۶	۵/۳۸				

نتایج آزمون واریانس آمیخته در جدول ۳ نشان می‌دهد براساس فاکتورهای F محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمرات تعامل والد-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوان داشته است. براساس اندازه اثر، عامل زمان

به ترتیب ۵۷، ۶۱ و ۳۸ درصد از تفاوت‌ها را در تفاوت امتیازات این متغیرها توضیح می‌دهد. همچنین براساس 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 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 عضویت در گروه به ترتیب ۴۸، ۵۰ و ۳۳ درصد از تفاوت‌ها را در نمرات تعامل والد-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان را توضیح می‌دهد. علاوه بر این، مطابق نتایج، 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. به‌طور 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 را برای تعامل والدین-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی آزمودنی‌ها براساس مرحله ارزیابی ارائه می‌دهد.

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین نمرات تعامل والد-نوجوان، سازگاری فردی و اجتماعی آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
تعامل والد-نوجوان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۰۱	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۷۷	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۵/۰۱	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۴	۰/۷۷
سازگاری فردی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۳۵	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۸۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۴/۳۵	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۷	۰/۰۸
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۲۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۲/۹۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۳/۲۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۰	۰/۳۲

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای تعامل والد-نوجوان، سازگاری فردی و اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد که این بدان معنی است که کیفیت زندگی درمانی توانسته به‌طور قابل توجهی نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای تعامل والدین-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان را به پیش‌آزمون تغییر دهد. نتایج دیگر این جدول نشان داد بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری این متغیرها تفاوت معناداری وجود ندارد و به‌طور خلاصه می‌توان گفت کیفیت زندگی درمانی میانگین نمرات متغیرهای تعامل والد-نوجوان و سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان را در مرحله پس‌آزمون به‌طور 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 نوجوانان بود. نتایج نشان داد 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 کرد که پژوهش کاملاً همسویی با نتایج مطالعه حاضر یافت نشد. اما اولین نتیجه مطالعه درمورد اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والدین-نوجوان با یافته‌های یوسفوند، قدمپور، رجیبی و همکاران (۱۳۹۶) درمورد اثربخشی درمان با کیفیت زندگی در تغییر سطح تاب‌آوری روان‌شناختی و خودمختاری دانش‌آموزان دختر افسرده مشابهت دارد. همچنین با یافته‌های رضایی و فرهادی (۱۳۹۷)

درمورد اثربخشی درمان باکیفیت زندگی بر احساس تنهایی و عزت نفس دانش‌آموزان دبیرستانی معتاد به اینترنت همسو است. به‌علاوه یو و همکاران (۲۰۲۲) درمورد نقش معنادار کیفیت زندگی در بهبود شرایط خانوادگی و اجتماعی سازگار گزارش داده‌اند. در تبیین یافته حاضر باید گفت هدف از کیفیت زندگی درمانی، افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای برای غنی‌سازی درونی و جلوگیری از فرسودگی روانی است. مبتنی بر مبانی نظری طرح‌شده در پژوهش فریش (۲۰۰۶) در کیفیت زندگی درمانی، خودمراقبتی معادل غنای درونی است و به‌عنوان احساس آرامش عمیق، استراحت، هوشیاری و آمادگی برای رویارویی با چالش‌های روزانه به شیوه‌ای متفکرانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود. براین اساس، کیفیت زندگی درمانی که بر خودمراقبتی متمرکز است، به نوجوانان درمورد تعارضات کلامی و روانی غیرضروری والدین هشدار می‌دهد و آن‌ها را به ایجاد تعامل سازنده با والدین براساس خودمراقبتی برای سلامت روانی و عاطفی سوق می‌دهد. والدین و نوجوانان به‌طور طبیعی‌تر با هم تعامل دارند. در تعبیری دیگر باید گفت کیفیت زندگی درمانی رویکردی کل‌نگر است که سلامت روان را در بستر زندگی روزمره مورد توجه قرار می‌دهد و تمامی جنبه‌های مربوط به این عامل را در زمینه کیفیت زندگی اصلاح می‌کند. براین 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 بارزترین عرصه‌های زندگی 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. علاوه‌براین در جریان ارائه مداخله کیفیت زندگی درمانی (جلسه سوم)، نوجوانان با موضوعات مؤثر مانند ارتباطات خانوادگی، حمایت و پذیرش اعضای خانواده آشنا شدند و از افکار غیرمنطقی آگاهی یافتند. این روند سبب شد تا نوجوانان در هنگام بروز چالش‌های ارتباطی با والدین، افکار مخرب و غیرمنطقی خودکار را شناسایی و با افکار منطقی جایگزین کنند. آنان آموختند در هنگام بروز چالش‌های تعاملی با والدین، از روش‌های سازگارانمانند گفت‌وگو بهره ببرند و از این طریق کیفیت رابطه خود را با والدین بهبود بخشند.

درمورد دومین یافته پژوهش درمورد 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) درمورد اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب‌آوری تحصیلی و خودتبعیض افسردگی دانش‌آموزان دختر و با نتایج امامی و کجیاب (۱۳۹۳) درمورد اثربخشی زندگی درمانی باکیفیت بر علائم اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دوره متوسطه مشابهت دارد. در تبیین یافته حاضر باید گفت کیفیت زندگی درمانی به دنبال ایجاد و افزایش حمایت اجتماعی و پیوندهای اجتماعی برای افراد، داشتن دوستان بیشتر، عملکرد اجتماعی بهتر و درنهایت بهبود سلامت روان و سلامت جسمانی در افراد، از راه ایجاد رضایت و شادی است؛ زیرا شادی و رضایت بیشتر از زندگی، به موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بیشتر و روابط اجتماعی پربارتر منجر می‌شود (یوسف‌وند و همکاران، ۱۳۹۶). هرگونه بهبود در شادی افراد می‌تواند بر رضایت فردی نوجوان از زندگی فردی و اجتماعی تأثیر بگذارد. براین اساس، کیفیت زندگی درمانی با تأثیرگذاری بر تعاملات اجتماعی و شادکامی نوجوانان موجب می‌شود آن‌ها روابط اجتماعی گسترده‌تری را تجربه کنند و سازگاری بیشتری از خود نشان دهند. علاوه‌براین، کیفیت زندگی درمانی، ابتدا از فرد می‌خواهد حوزه‌های مهمی را بین فرایندهای ارتباطی و اجتماعی که می‌خواهد تغییر دهد، شناسایی کند و سپس در طول جلسات، بر این حوزه‌ها تمرکز می‌کند. برای هر یک از این قسمت‌ها، وظایف و تمرینات براساس تکنیک‌ها و اصول درمانی برای جلسات داخل و خارج از جلسه طراحی شده است. براین اساس، نوجوانان با معرفی سازگاری فردی و اجتماعی به‌عنوان زمینه‌ای که می‌خواهند در آن تغییر کنند، روش‌ها و اصولی را می‌آموزند که به بهبود عملکرد اجتماعی منجر می‌شود. در تبیینی دیگر باید گفت یکی از مکانیسم‌های 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. براساس چنین فرایندی، نوجوانان آموختند که دایره تعاملات اجتماعی خود را گسترش دادند و تلاش کنند 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. پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهادهای تحقیق، این مطالعه 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 به طور کامل بررسی شود. همچنین با آموزش مشاوران و روان‌شناسان در مراکز مربوط 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 انجام شود.

۵. ملاحظات اخلاقی

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

۶. سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر است. از تمام دانش‌آموزان حاضر در پژوهش، مادران آنان و مسئولان آموزش و پرورش اصفهان که همکاری کاملی برای اجرای پژوهش داشتند، قدردانی می‌شود.

۷. حمایت مالی

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

۸. تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه 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 مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*. ۴(۱)، ۱۳-۱. <http://jnip.ir/article-1-243-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
- پاداش، ز.، فاتحی‌زاده، م.، عابدی، م.، ر.، و ایزدی‌خواه، ز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر رضایت‌ناشویی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۰(۵)، ۳۶۳-۳۷۲. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1391.10.5.7.9>
- حسینی کلائی، 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.، ترناس، غ.، و مسچی، ف. (۱۳۹۷). پیش‌بینی میزان استفاده از شبکه‌های مجازی براساس سازگاری اجتماعی و کنترل عواطف در نوجوانان. *مطالعات رسانه‌ای*. ۱۳(۱)، ۴۹-۴۰. 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 علی تعارض 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
- 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)، ۱۷۷-۱۶۳. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2681-fa.html>
- گل‌محمدیان، م.، نظری، ح.، و پروانه، آ. (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و سازگاری اجتماعی سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*. ۲(۳)، ۱۶۷-۱۵۰. https://jap.razi.ac.ir/article_615.html
- نजारزادگان، ف.، و 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)، ۲۵۶-۲۴۷. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.74.6.3>
- یوسفوند، م.، قدم‌پور، ع.، رجبی، ه.، حسونند، ب.، و یوسفوند، م. (۱۳۹۶). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب‌آوری روان‌شناختی و خودتعیینی دانش‌آموزان دختر افسرده. *فصلنامه مهارت‌های روان‌شناسی تربیتی*. ۸(۲)، ۸۴-۷۳. https://journals.iau.ir/article_602205_97e3c06ee60ca0645db22b849152ff5b.pdf
- یوسفوند، م.، قدم‌پور، ع.، فرخزادیان، ع.، ا.، حسونند، ب.، و یوسفوند، م. (۱۳۹۶). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب‌آوری تحصیلی و خودتمایزیافتگی دانش‌آموزان دختر افسرده. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۴(۳)، ۹۰-۷۷. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3>

References

- Bierstetel, S. J., Jiang, Y., Slatcler, 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 (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 (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, M. L., 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 (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., Arnos, 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>
- 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)
- 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>
- Kwok, S. Y. C. L., Gu, M., Sychaisuksawat, 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.chilyouth.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.chilyouth.2018.11.009>
- Najrzadegan, 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., ... & 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 (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>