



The Impact of Treatment Based on Improving Quality of Life on Communication Skills and Parenting Styles of Azadeqn

Mansour Haedaryan¹ | Ali Rezaesharif² | Ali Sheikholaslami³

1. Corresponding Author: Phd student of counseling, Department of Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. Email: mansourh5553@yahoo.com

2. Professor, Department of Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

3. Professor, Department of Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Volume info

Vol. 17
Series: 65
Spring 2026
P.P: 1-38

Article Type

Research Paper

Article History

Received:
2025-01-25
Revised:
2025-10-02
Accepted:
2026-02-01
Published:
2026-05-20

ISSN – E-ISSN

ISSN: 2588-5162
E-ISSN: 2645-517X



Abstract

The parental method is one of the global structures that expresses the emotional and mode of communication between parents and children and is an important factor for the growth and learning of children. The present study aims to increase the effectiveness of treatment based on Quality of life has been done on communication skills and parenting styles. A semi experimental study with pre-test and post-test with control group and follow-up session (after 2 months) was done among 30 person of slaves of war. This people randomly assigned into experimental and control group (each group 15 persons). The experimental group was treated in eight 80-minute sessions while the control group did not receive any intervention. The research tool was a parenting styles questionnaire and communication skills questionnaire. Data analysis was performed using SPSS18 software using a covariance analysis. In the post-test and follow-up stages, the mean of the experimental group was significantly different with the control group ($p < 0.01$). Showed that quality of life-based therapy has been effective in promoting parenting styles (logical authority and relaxation), and has not been effective in post-test and follow-up tests in the open-label communication skills of the experimental group. There was a significant difference in parenting styles between the two experimental and control groups after the intervention, and there was no significant difference in Azadegan communication skills in post-test and follow-up. Therapeutic intervention based on improving the quality of life on parenting styles has been effective and has promoted and has had no effect on communication skills. Also, the follow up results showed the same results.

Keywords: Azadeqn, Psychological intervention, quality of life, parenting styles, communication skills.

Cite this Article: Haedaryan, M., Rezaesharif, A., & Sheikholaslami, A. (2026). The Impact of Treatment Based on Improving Quality of Life on Communication Skills and Parenting Styles of Azadeqn. *Military Psychology*, 17(65), 1-38. [DOR: 20.1001.1.25885162.1405.17.1.1.7](https://doi.org/10.25885/162.1405.17.1.1.7)



Publisher: Imam Hossein University.

© The Author(s).



اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر مهارت‌های ارتباطی و سبک‌های فرزندپروری آزادگان

منصور حیدریان^۱ | علی رضایی شریف^۲ | علی شیخ‌السلامی^۳

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

Email: mansourh5553@yahoo.com

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

شیوه‌ی فرزندپروری یکی از سازه‌های جهانی است که بیانگر روابط عاطفی و نحوه‌ی ارتباط کلی والدین با فرزندان است و عامل مهمی برای رشد و یادگیری کودکان به شمار می‌آید. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر مهارت‌های ارتباطی و سبک‌های فرزند پروری انجام شده است. این پژوهش نیمه تجربی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (دو ماهه) با گروه گواه، ۳۰ نفر از آزادگان شهرسندج در سال ۱۳۹۸ صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم و جایگزین شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۸۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش، پرسشنامه‌ی سبک‌های فرزندپروری بامریند و پرسشنامه‌ی مهارت‌های ارتباطی بود تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS18 و با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس انجام شد. در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معنی‌دار بود $p < 0/01$. نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث ارتقای سبک فرزندپروری اقتدار منطقی و سبک آزاد گذاری شده است و در مرحله پیگیری نیز ثبات نتایج را نشان دادند و تفاوت معنی‌داری بین سبک‌های فرزندپروری در دو گروه آزمایش و گروه گواه پس از مداخله وجود دارد. ولی در مقیاس‌های مهارت‌های ارتباطی آزادگان تأثیری نداشته است. و بین دو گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. می‌توان برای افزایش مهارت‌های سبک‌های فرزند پروری آزادگان از درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: آزادگان، اقدامات روان‌شناختی، کیفیت زندگی، سبک‌های فرزندپروری، مهارت‌های ارتباطی

استناد: حیدریان، منصور، رضایی شریف، علی، و شیخ‌السلامی، علی. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود

کیفیت زندگی بر مهارت‌های ارتباطی و سبک‌های فرزندپروری آزادگان. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۱۷(۶۵)،

[DOR: 20.1001.1.25885162.1405.17.1.1.7](https://doi.org/10.1001.1.25885162.1405.17.1.1.7)

۳۸-۱



ناشر: دانشگاه جام امام حسین (ع). نویسندگان.



سال و شماره

سال ۱۷، پیاپی: ۶۵

بهار ۱۴۰۵

صص: ۳۸-۱

نوع مقاله

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۰۶

تاریخ بلانگری: ۱۴۰۴/۰۷/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۲

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۲/۳۰

شابا چاپی و الکترونیکی

شابا چاپی: ۲۵۸۸-۵۱۶۲

الکترونیکی: ۲۶۴۵-۵۱۷۳



مقدمه

اسارت در دوره‌های مختلف تاریخی و هم‌زمان با بسیاری از جنگ‌ها رخ داده و یکی از وحشت‌آورترین آسیب‌های ساخته‌ی دست انسان است که برای یک مدت مشخص، اعمال می‌شود. در این مدت، خشونت‌های شدیدی بر فرد اسیر اعمال می‌شود که از آن جمله می‌توان به شکنجه‌ی روانی، گرسنگی، تحقیر، انزوا و سایر تکنیک‌ها که باعث ایجاد درد روحی و جسمی می‌شوند و همچنین محرومیت از نیازهای اساسی، اشاره کرد (سولمون و همکاران^۱، ۲۰۱۷). بنابراین اسارت، تجربه‌ای است که نه تنها ناخوشایند است، بلکه نوعی اختلال برانگیز و آشفته‌کننده نیز به شمار می‌آید (ژاکوس^۲، ۲۰۱۷). اسارت، اثرات ماندگاری در جسم و روان اسیران، خانواده‌های آنان و حتی یک ملت دارد؛ عوارضی که از دوران اسارت به‌جا مانده است، اثرات این دوران را ماندگارتر می‌کند. همه‌ی بحران‌ها به ویژه جنگ اثرات طولانی مدتی را بر زندگی اجتماعی انسان‌ها می‌گذارند (هانت و همکاران^۳، ۲۰۰۸). از نظر اورسانو و راندل^۴ (۱۹۹۵)، اسارت در میان تجربه‌های انسان، یکی از آسیب‌زاترین تجربه‌هاست؛ بنابراین او اسارت را به عنوان یک آسیب تعریف می‌کند که می‌تواند پیامدهایی را به طور هم‌زمان و نیز پس از پایان دوران آن در قالب عوارض روانی در بر داشته باشد، اما نکته‌ی قابل توجه این است که در رابطه بین اسارت و این عوارض روانی، عوامل فراوانی مانند حمایت‌های اجتماعی، متغیرهای فرهنگی و شخصیت خود افراد نیز نقش ایفا می‌کنند و تجربه‌های متفاوتی از اسارت را برای فرد اسیر رقم می‌زنند.

کینگ و همکاران^۵ (۲۰۱۵) در پژوهشی؛ نتایج این مطالعه نشان داد که سن، سطح تحصیلات و شکنجه‌های جسمی در زمان اسارت با پریشانی‌های روانی مرتبط هستند و سازگاری کمتر را در سه دهه پس از آن را نشان دادند، همچنین نتایج نشان داد که منابع شخصی سنین بالاتر و تجربه‌های نامطلوب اوایل زندگی می‌تواند اثراتی بر طول زندگی داشته باشد و بر کیفیت زندگی به شیوه‌ای مثبت و منفی تأثیر می‌گذارد. نتایج پژوهش عابدینی و صالحی^۶ (۲۰۱۸) روی کیفیت زندگی خانوادگی و کاری معلولین جنگ عراق و افغانستان نشان داد که معلولیت ناشی از جنگ

1. Solomon & et al
2. Jacques
3. Hant & et al
4. Ursano & Randull
5. King & et al

کیفیت زندگی خانوادگی آنها را کاهش می‌دهد و تاثیر منفی بر بهزیستی روانی و اجتماعی اعضای خانواده دارند. نتایج پژوهش حاتمی و همکاران (۲۰۲۰)، نشان داد شادکامی، روحیه امید به زندگی در خانواده‌های ایثارگر و شاهد پایین است و عواملی مانند سن، حمایت اجتماعی ادراک شده و پذیرش جایگاه ایثار و شهادت بر میزان روحیه، شادکامی و امید به زندگی اعضای مختلف خانواده‌های شاهد و ایثارگر تاثیر دارند. نتایج پژوهش، حیدریان و عیسی نژاد (۲۰۲۰) نشان داد که آموزش تاب آوری بر کیفیت زندگی زناشویی و تاب آوری خانواده آزادگان تاثیر گذار است و کیفیت زندگی زناشویی و تاب آوری خانواده آزادگان را ارتقاء داده است.

از جمله ابعاد مهم روان شناختی افراد آزاده و جانباز که در اغلب جوامع می‌تواند تهدید شود و حتی در بیشتر مواقع نادیده گرفته می‌شود، کیفیت زندگی، روابط اجتماعی، سلامت روان شناختی و تعارض آنها با امور خانوادگی و شغلی و تربیت فرزندان است.

پس عوامل تنش زای پس از جنگ را نمی‌توان جدای از ویژگی‌های شخصیتی، از جمله عزت نفس، خوش بینی، امید و وضعیت زندگی فرد همچون رفاه اقتصادی، پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی و روابط خانوادگی و ارتباط صمیمی با فرزندان در نظر گرفت. به عقیده جنگیس و همکاران (۲۰۱۱) از جمله دلایل افسردگی جانبازان و آزادگان، روابط ضعیف با افراد خانواده، کیفیت پایین زندگی، آسایش و وضعیت اقتصادی - اجتماعی ضعیف آنان می‌باشد که این شرایط و آثار و عوارض جنگ و اسارت و پس از آن بر مهارت‌های ارتباطی و نحوه روابط با اعضای خانواده و شیوه‌های فرزند پروری این افراد اثر گذار است. که پرداختن به این مسایل نیاز جدی به پژوهش در زمینه زندگی این عزیزان (آزادگان را در بر دارد و تاثیر به سزای در روند زندگی دارد). (حیدریان و عیسی نژاد، ۲۰۲۰).

شیوه‌ی فرزندپروری والدین یکی از سازه‌های جهانی است که بیانگر روابط عاطفی و نحوه‌ی ارتباط کلی والدین با فرزندان است و عامل مهمی برای رشد و یادگیری کودکان به شمار می‌آید (بومرند^۱، ۱۹۹۱). فرزند پروری به عنوان بخشی از تاثیرات خانوادگی، نقش مهمی در جهت دهی به شخصیت و رفتارهای فرزندان دارد و شیوه‌های فرزندپروری به معنی روش‌ها و الگوهای نسبتاً پایدار والدین برای ارتباط با اعضای خانواده است و جریان تاثیر گذاری و تاثیر پذیری را

فراهم می‌کند (بومرند، ۱۹۹۱). شیوه‌های فرزند پروری به عنوان مجموعه‌ای از رفتارهاست که تعاملات والد-کودک را در حیطه گسترده‌ای از موقعیت‌ها توصیف می‌کند، که یک جو تعاملی تاثیر گذار را بوجود می‌آورد نوع برخورد والدین در قالب رفتارهای متنوع، بهنجار و طبیعی که به منظور کنترل اجتماعی کردن فرزند خود به کاربرند سبک‌های فرزند پروری نامیده می‌شود (استیوانسون و همکاران^۱، ۲۰۰۸). پژوهش‌های مربوط به ارتباط کودک که نگرش‌ها و اعمال والدین را در فرایند فرزند پروری مورد بررسی قرار داده‌اند. فعالیت در این حیطه به میزان چشمگیری تحت تاثیر کارهای بومرند (۱۹۹۱) قرار دارد که به طور کلی سه الگوی حاکم بر روابط بین والدین و فرزندان را مطرح کرده‌است: قاطع، سهل‌گیر و مستبد (ماندارا^۲، ۲۰۰۳).

والدین قاطع به صورت افرادی گرم و صمیمی توصیف شده‌اند. در عین حال که بر آنچه که کودکانشان انجام می‌دهند، کنترل دارند آن‌ها برای خواسته‌هایی که از فرزندان خود دارند، از دلایل و توضیحاتی منطقی استفاده می‌کنند. این والدین تلاش دارند که به فرزندان خود گوشزد نمایند که رفتار آن‌ها چه تأثیری بر دیگران می‌گذارد. والدین سهل‌گیر، به صورت والدینی توصیف شده‌اند که سعی دارند برای کودکان خود، محیطی گرم، آرام و پذیرا به وجود آورند، خواسته‌های اندکی از فرزندان خود دارند و بر آن‌چه که آن‌ها انجام می‌دهند کنترل و نظارت ندارند. این والدین به فرزندان خود آزادی بیش از حد می‌دهند و خطای آن‌ها را نادیده می‌گیرند. والدین مستبد: فاقد گرمی و صمیمیت در روابط خود با فرزندان هستند، انتظار دارند که فرزندان، خواسته‌ها و تقاضاهای آن‌ها را بدون بحث و بی‌چون و چرا برآورده کنند. در این خانواده‌ها به کودک اجازه‌ی ابراز عقیده داده نمی‌شود و فرصت کمی برای تفکر درباره‌ی موقعیت‌ها یا به کارگیری استدلال وجود دارد (بومرند، ۱۹۹۱؛ ماندارا، ۲۰۰۳).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که والدین با سبک مستبدانه، بیشتر از رویکرد تنبیهی شامل تهدید، انتقاد و دیکته کردن قوانین به صورت اجباری استفاده می‌کنند، خود پیروی کودکانشان را محدود می‌کنند و خودشان تصمیم می‌گیرند که چه رفتارهایی برای فرزندشان مناسب است. سبک فرزند پروری مقتدرانه با رفتارهای ضداجتماعی رابطه‌ی منفی دارد و کودکان این سبک از لحاظ پیامدهای اجتماعی-هیجانی و تحصیلی در وضعیت مطلوبی قرار دارند، از عزت نفس بالایی

1. Stevenson & et al
2. Mandara

برخودارند و گرایش به خوداتکایی، خودکنترلی و کنجکاوی آن‌ها زیاد است. کودکان چنین والدینی دارای سطوح بالای شایستگی، پیشرفت تحصیلی، رشد اجتماعی و خود ادراکی هستند و مشکلات روان‌شناختی و رفتاری کمتری را نسبت به دو سبک دیگر نشان می‌دهند والدین با سبک سهل‌گیرانه از اعمال قواعد ناپایدار یا فاقد ساختار استفاده می‌کنند، هرچند ممکن است با عاطفه باشند ولی این والدین، در نظم‌دهی به رفتار کودکان‌شان با شکست مواجه می‌شوند (دهارت و همکاران^۱، ۲۰۰۶؛ دیواری و همکاران^۲، ۲۰۰۶). متاویچ و یوانوویچ^۳ (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند که رابطه‌ی معناداری بین شیوه‌های فرزندپروری با عملکرد و پیشرفت تحصیلی فرزندان وجود دارد. پژوهش‌های انجام شده بر روی این سه سبک فرزند پروری نشان داده است که این سبک‌ها ممکن است پیامدهای مثبت و منفی را در فرزندان افزایش یا کاهش دهند (دیاز^۴، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش علوی ورمضانی (۲۰۲۱) نشان داد که سبک‌های فرزند پروری و شفقت به خود پیش بینی‌کننده‌های مهم برای آمادگی به اعتیاد در جوانان هستند نتایج پژوهش بخت‌آور (۲۰۲۰)، نشان داد که روش‌های تربیت قاطعانه، روش مناسبی برای تربیت و تکوین شخصیت فرزندان است. می‌توان برای تکوین شخصیت فرزندان از سبک‌های فرزند پروری والدینشان بهره برد.

بخش عظیمی از زندگی در تعامل با افراد جامعه می‌گذرد. این تعاملات، نقش مؤثری بر رشد مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی شدن دارند و موجب می‌شوند تا فرد بتواند با دیگران به نحوی ارتباط برقرار کند که به بروز پاسخ‌های مثبت و پرهیز از پاسخ‌های منفی بیانجامد و روابط بین فردی را تسهیل کند. دانشمندان بر این اعتقادند که مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی، بر مبنای تجربه‌ی عملی و کنجکاوی ذاتی فرد شکل گرفته و توسعه می‌یابند و در نتیجه می‌توان این مهارت‌ها را در جهت مثبت تغییر داد و در صورت داشتن یک رابطه، به کامی و کیفیت زندگی بالاتری را به دست آورد (حاتمی و کاووسیان، ۲۰۱۳). مهارت‌های ارتباطی به عنوان توانایی برقراری موثر و کارآمد با دیگران تعریف شده‌اند که منجر به بروز پاسخی مثبت می‌شود. مهارت‌های ارتباطی شامل گوش کردن، توانایی دریافت و ارسال پیام‌ها کلامی و غیر کلامی، ارتباط توأم با قاطعیت، بینش

1. De Hart & et al
2. Dwairy & et al
3. Matejevic & ovanovic
4. Diaz

نسبت به فرایندهای ارتباط و کنترل عاطفی است (کوهن و استین، ۲۰۰۶^۱). هدف آموزش مهارت های ارتباطی بهبود مهارت های بین فردی، تسهیل فرایندهای تطابق افراد با محیط پیرامون خود و بهبود کیفیت زندگی است (حاتمی و کاوسیان، ۲۰۱۳). مهارت های اجتماعی، نقش بسیار مهمی در زندگی و موفقیت افراد دارد. مهارت های اجتماعی شامل رفتارهایی است که به فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتناب از پاسخ های نامطلوب، کمک می کند (اقدسی، ۲۰۱۴). مهارت های ارتباطی به منزله ای آن دسته از مهارت هایی هستند که به واسطه آن ها افراد می توانند درگیر تعامل های بین فردی و فرایندهای ارتباط شوند؛ فرایندی که افراد در طی آن، اطلاعات، افکار و احساسات خود را از طریق مبادله ای کلامی و غیر کلامی با یکدیگر در میان می گذارند (حاتمی و کاوسیان، ۲۰۱۳).

محمودی و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی نتایج نشان داد که آموزش گروهی مهارت های اجتماعی و ارتباطی با رویکرد شناختی و رفتاری منجر به افزایش بهزیستی و شادکامی دانشجویان دختر شاهد و اینارگر می شود. نتایج پژوهش برزگر بفرویی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده است که آموزش مهارت های ارتباطی باعث کاهش اضطراب اجتماعی و مؤلفه های آن، یعنی از ارزیابی منفی، اجتناب و اندوه اجتماعی در موقعیت جدید و اجتناب و اندوه عمومی در دانش آموزان شده است.

کیفیت زندگی مقوله ای پیچیده است که در منابع گوناگون عمومی و تخصصی تعاریف متفاوتی از آن ارائه شده است، مفاهیمی که برای فهم کیفیت زندگی به کار می روند شامل خشنودی و ناخشنودی، شرایط و چگونگی زندگی، شادکامی و ناشادمانی، تجربه ای زندگی و عواملی مانند آسایش، وضعیت عملکردی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، استقلال و شرایط محیطی هستند (نیوتون و همکاران، ۲۰۱۴^۲). کیفیت زندگی با تصویری که فرد از خود دارد، نقطه نظرات، مواضع و طرز فکرش درباره ای زندگی تعریف می شود (لوپز، ۲۰۰۹^۳). امروزه دیگر کیفیت زندگی به مفهوم نبود بیماری، اختلال یا ناتوانی تعریف نمی شود بلکه منظور از کیفیت زندگی، رضایت درونی و احساس رفاهی است که فرد نسبت به حوزه های مختلف زندگی خود دارد (خاننا و تسوت، ۲۰۰۷^۴).

1. Cohan & Stein
2. Newton & Stein
3. Lopez
4. Khanna & Tsevat

بر این اساس، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی^۱، درمانی جدید در حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت است که با هدف ایجاد به‌زیستی، ارتقاء رضایت زندگی و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی و غیره در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان از ترکیب رویکرد شناختی-بک در حوزه بالینی، تئوری فعالیت میهالی با روانشناسی مثبت سلیگمن^۲، توسط فریش^۳ (۲۰۰۶) طراحی شده است. گروه‌های هدف آن علاوه بر کسانی که دارای اختلالات نظیر افسردگی هستند، افراد معمولی و سالمی هستند که می‌خواهند میزان به‌زیستی و سلامت روانی و در کل کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند.

گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی-رفتاری به دنبال ایجاد تحول در ۱۲ حوزه‌ی اصلی زندگی: ۱- ارزش‌ها و زندگی معنوی^۴، ۲- خودپنداره^۵، ۳- سلامتی^۶، ۴- ارتباطات^۷، ۵- کار و بازنشستگی^۸، ۶- بازی^۹، ۷- یاری رساندن^{۱۰}، ۸- یادگیری^{۱۱}، ۹- خلاقیت^{۱۲}، ۱۰- پول^{۱۳}، ۱۱- خانه، همسایه و جامعه^{۱۴} و ۱۲- پیشگیری^{۱۵} هستند. در این مدل، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با ایجاد تغییر شناختی-رفتاری در ۵ مفهوم اصلی انجام می‌شود. این مفهوم به طور خلاصه کاسیو^{۱۶} (حرف اول پنج کلمه) نامیده می‌شود و عبارتند از: ۱- شرایط زندگی، ۲- نگرش‌ها، ۳- استانداردهای که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم، ۴- ارزش‌ها و ۵- رضایت کلی از زندگی. کاسیو پنج استراتژی برای ایجاد رضایت در این حوزه‌ها است که براساس ایجاد رضایت‌مندی بین فاصله‌ی موجود بین آنچه که شخص می‌خواهد و آنچه که دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می‌شود فریش (۲۰۰۶).

1. WOQOL
2. Selegman
3. Frisch
4. Values
5. Self image
6. Health
7. Communication
8. Work & Retire
9. Play
10. Helping
11. Learning
12. Creativit
13. Money
14. Home, Neighbow & Society
15. Prevent
16. CASIO

در سال‌های اخیر محققان روانشناسی مثبت‌گرا از جمله سیلگمن؛ بر روی توسعه و افزایش نقاط قوت، تسهیل واکنش مثبت به رفتار منفی و تقویت روابط خانوادگی و به ویژه بر افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی متمرکز شده‌اند. در چنین قالب و زمینه‌ای چندین مطالعه انجام شده که از اهمیت کیفیت زندگی در بزرگسالان و کودکان و تأثیرات مثبت آن بر روی زندگی خانوادگی و روابط بین فردی حمایت کرده‌اند (آنتارامی و همکاران^۱، ۲۰۰۸). در واقع درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب افزایش توانایی فرد در برقراری ارتباط با دیگران و افزایش سطح سازگاری با شرایط مختلف در جامعه می‌شود (یزدی و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش عابدی و وستاین (۲۰۱۰)، نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کودکان و مادران آنان و همچنین کاهش نشانه‌های اضطراب این بیماران شده است. نتایج پژوهشی، نشان داده است که امکان افزایش کیفیت زندگی، کارکرد روانی و تعلق اجتماعی، با استفاده از درمان بهبود کیفیت زندگی برای بیماران منتظر کلیه وجود دارد (جیمز و همکاران، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش حیدریان و عیسی نژاد (۲۰۲۱) نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر عملکرد خانواده و کیفیت زندگی آزادگان تأثیر گذار است. نتایج پژوهش قدم پور، حیدریانی و برزگر بفرویی (۲۰۱۹) نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی همسران جانبازان شده است و به منظور حل مشکلات روانشناختی همسران جانبازان و کمک به آنها در سازگاری بهتر با مشکلات روزمره استفاده شود. و نیز نتایج پژوهش یوسف پور، آهنگری و تاهان (۲۰۱۹)، نشان دادند که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش نشانه‌های خشم افراد مبتلابه سوگ پیچیده تأثیر مثبت دارد.

بنابراین با توجه به این که ایران جزو کشورهای قربانی جنگ ناخواسته و تحمیلی شده است و شمار قابل توجهی از نیروی انسانی و حتی خانواده‌های ایرانی، از آزادگان و ایثارگران هستند، لذا به نظر می‌رسد انجام تحقیقات و پژوهش‌هایی در رابطه با وضعیت خانوادگی و روان‌شناختی این افراد، لازم و ضروری است. فقدان پژوهش‌هایی که به همه‌ی ابعاد سلامت در آزادگان به ویژه در ایران، توجه کند احساس می‌شود. با توجه به جدید بودن رویکرد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت

1. Antaramian & et al

زندگی ضرورت اهمیت این درمان در پیشگیری و ارتقاء کیفیت و رضایت از زندگی افراد و کم بودن تحقیقات بالینی و کنترل شده در کشور، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین هدف پژوهش حاضر، درصدد پاسخ گویی به سوال اساسی زیر است.

آیا درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهبود مهارت‌های ارتباطی و سبک‌های فرزند پروری آزادگان تاثیر دارد؟

روش‌شناسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و مرحله پیگیری دو ماهه و گروه شاهد است. جامعه آماری شامل تمام آزادگان (اسیران جنگی) به تعداد ۵۷ نفر تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرسندج در سال ۱۳۹۸ می‌باشد. با عنایت به این که حجم نمونه در طرحهای آزمایشی ۳۰ نفر توصیه می‌شود. تعداد ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی به شیوه قرعه کشی در دو گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: موافقت و رغبت افراد برای شرکت در پژوهش طبق برنامه درمان، تحصیلات حداقل متوسطه، دارای فرزند مشغول به تحصیل و ملاک‌های خروج عبارت بودند از عدم حضور در جلسات بیش از یک جلسه، ابراز عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله، شرکت در دوره‌های مشابه در گذشته یا همزمان با پژوهش.

ابزار

۱- پرسشنامه‌ی سبک‌های فرزند پروری بامریند: این پرسشنامه که دایانا بامریند آن را در سال (۱۹۷۲) ساخته دارای ۳۰ پرسش است که به صورت طیف لیکرت (۴-۳-۲-۱-۰) نمره‌گذاری می‌شود. براساس نتایج بوری (۱۹۹۱)، ضرایب اعتبار برای سبک‌های آسان‌گیرانه، مستبدانه و مقتدرانه به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۷۸ به دست آمده‌است. نتایج واگرا نشان دادند که شیوه‌ی مستبدانه‌ی مادر با شیوه‌های آسان‌گیرانه و مقتدرانه، رابطه‌ی منفی معنادار و به ترتیب برابر با ۰/۳۸- و ۰/۴۸- دارند. این ضرایب برای سبک‌های پدر به ترتیب برابر با ۰/۵۰- و ۰/۵۲- به دست آمد. در ایران نیز در پژوهش فوادیان (۲۰۱۶) پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای

خرده مقیاس سهل گیرانه (۰/۶۲)، استبدادی (۰/۷۵)، اقتدارگرایانه (۰/۸۴) و کل مقیاس ۰/۷۷ بدست آمد. (یوسف پور و همکاران، ۲۰۱۹). ضریب آلفای نیز در این پژوهش برای سه سبک آسان گیرانه، مستبدانه و مقتدرانه به ترتیب: ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۷۸ و بدست آمد.

۲- پرسشنامه‌ی سنجش مهارت‌های ارتباطی:

برای سنجش مهارت‌های ارتباطی بزرگسالان ابداع شده است و توسط جرابک (۲۰۰۴) ابداع شد. و دارای ۳۴ ماده است که پاسخگویی به آن‌ها مستلزم استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، ۱ (برای هرگز) تا ۵ (برای همیشه) مشخص کند و دارای ۵ خرده مقیاس: (مهارت‌های درک کلامی و غیر کلامی)، (مهارت نظم‌دهی به هیجان‌ها)، (مهارت گوش دادن)، (مهارت بینش نسبت به فرایند ارتباط) و (قاطعیت در ارتباط) است. در این پرسشنامه هر آزمودنی ۵ نمره کسب می‌کند که ۵ نمره مربوط به خرده مقیاس‌ها است. دامنه نمره محتمل برای هر فرد بین ۱۷۰ تا ۳۳۴ می‌باشد در ایران اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حسین چاری و فداکار (۲۰۰۵) با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای نمره‌ی کل آزمون برابر ۰/۷۱ و ۰/۶۹ گزارش شده است. در این پژوهش نیز ضریب الفای کرونباخ مقدار ۰/۷۲ بدست آمد.

روش‌ها و ابزار توصیف و تحلیل داده‌ها

در جلسه‌ی اول، به منظور ارزیابی شرکت کنندگان به عنوان نمونه‌ی پژوهش دو آزمون، سبک‌های فرزندپروری (بایمرند) و مهارت‌های ارتباطی (جابک) به عنوان پیش‌آزمون اجرا گردید. در این رویکرد درمانی گروه آزمایش تحت مداخله و آموزش قرار گرفتند اما به گروه کنترل هیچ آموزش و مداخله‌ای داده نشد. سپس با آزمودنی‌های گروه آزمایش به منظور شرکت در جلسات درمان قرارداد بسته شد. جلسات درمانی (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی) ۸ جلسه بود (مطابق جدول ۱) که مطابق فرمت درمان، در جلسه‌ی اول، از شرکت کنندگان خواسته شد از بین ۱۲ حوزه‌ی اصلی مداخلات مهم‌ترین را انتخاب کنند که ۷ حوزه‌ی اصلی و مورد نیاز جهت مداخله توسط همه‌ی اعضا گروه مشخص گردید و در جلسات مطابق فرمت مدل (CASIO) به این حوزه‌ها پرداخته شد (فریش، ۲۰۰۶). خلاصه‌ی ساختار و محتوای جلسات درمانی در هفت حوزه‌ی اصلی مداخله (عزت نفس، زندگی معنوی، خانه‌ی همسایه و جوامع، سلامت جسمی و روانی، پول

و استانداردهای تربیت، ارتباطات در زندگی روزمره) به شرح زیر بودند. جلسات، به صورت گروهی و به شیوه‌ی سخنرانی، بحث گروهی و بر اساس تکالیف در حین جلسات و تکالیف تهیه شده در بسته‌ی درمانی برای انجام در بین جلسات انجام شد. جلسات به صورت یک جلسه در هفته و هر جلسه به مدت زمان ۸۰ دقیقه و در طول دو ماه، جلسات برگزار شد. در آخرین جلسه، پس-آزمون اجرا شد و در نهایت به طور مجدد دو گروه بعد از دو ماه دوباره به پرسشنامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند. در هر دو گروه در زمان و شرایط یکسان به پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری، پاسخ دادند.

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی، بررسی نقش کیفیت زندگی در کیفیت زندگی و مهارت‌های ارتباطی و سبک فرزند‌پروری، معرفی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و آموزش مدل کاسیو، توافق بر سر حوزه‌های مهم کیفیت زندگی از بین ۱۲ حوزه‌ی اصلی.
دوم	تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، تعریف مفهوم و نقش عزت‌نفس در کیفیت زندگی و عملکرد خانواده، کشف موارد مشکل‌آفرین و آموزش تکنیک قدردانی.
سوم	تعیین نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از حوزه‌های مهم زندگی و سلامت روان، اجرای مدل شناسایی حوزه‌هایی که باعث نگرانی هستند و برنامه‌ی فعالیت‌های روزمره تولید ارزش‌ها در پهنه‌ی زندگی.
چهارم	آموزش انگاره‌های مرکزی ارتباطات و گام‌های سه‌گانه برای رسیدن به آن‌ها و چهار قدم برای افزایش ارتباط (آگاه‌سازی، بازسازی شناختی و هدف‌گذاری، مهارت‌سازی). تمرین مهارت‌های ارتباطی و انگاره‌های ارتباط محور.
پنجم	ارائه‌ی مدل پنج مرحله‌ای جهت رضایت خاطر از محیط زندگی و اطرافیان و راهکارهای سه مرحله‌ای (دوست داشتن آن)، (ترک کردن آن) و یا ترمیم آن، تمرین چک لیست محله یا جامعه و اصول مرتبط با نگرش‌ها طرح‌ها و اقداماتی که بر رضایت بیشتر از خانه، محله یا جامعه استوار است.
ششم	آموزش تفاوت بین فعالیت‌های باید و فعالیت‌های خواستن. گام‌های پنج‌گانه: ایجاد انگیزش، مشخص کردن علائق و امکانات متناسب با هدف‌ها و ارزش‌های شخصی. ارزیابی کارآمدی برای بهبود رضایت خاطر از تفریح به وسیله‌ی یک عادت خاص.
هفتم	نقش سلامتی و ارائه‌ی برنامه‌ی شش مرحله‌ای (کنترل عادت سلامتی، متعهد شدن، انگیزه‌ی درونی پیدا کردن مدیریت استرس و حل مسئله، برای مشکلاتی که عادت‌های سالم را تضعیف می‌کنند و به رشد عادت‌های ناسالم کمک می‌کنند طراحی و عمل به یک طرح).
هشتم	آموزش سه رکن اساسی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (غنا‌ی درونی، کیفیت زمان و معنایابی) مداخلات شناختی برای تشویق افراد به ابراز خود خلاق و حل مسئله در تمام حیطه‌های زندگی، ارائه‌ی گام‌های مبتنی بر کیفیت زندگی و در نهایت جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون.

تحلیل داده‌های آماری: داده‌های حاصل از پژوهش با کمک نرم افزار (SPSS-18) و با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۱۵ نفر از افراد شرکت کننده در گروه گواه در محدوده‌ی سنی ۶۱-۵۷ سال دارای تحصیلات زیردیپلم، (۴۲ درصد) و دیپلم و بالاتر (۵۸ درصد). و میانگین مدت اسارت (۲۱ ماه) است. در گروه آزمایش، ۱۵ نفر شرکت کننده در محدوده‌ی سنی ۶۲-۵۸ سال قرار دارند و دارای تحصیلات زیردیپلم (۴۴ درصد)، بالای دیپلم و بالاتر (۵۶ درصد) و از لحاظ مدت اسارت، با میانگین (۲ سال) قرار داشتند.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و ابعاد آن در گروه‌های کنترل و آزمایش در جدول ۲ بیان شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای سبک‌های فرزندپروری و مهارت‌های ارتباطی در گروه‌های آزمایش و کنترل

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
2.8	23.46	2.64	23.4	3.2	20.53	آزمایش	گوش دادن	مهارت‌های ارتباطی
3.39	20.8	3.03	20.9	2.9	21.8	گواه		
2.8	26.2	2.89	27.73	4.18	27.26	آزمایش	تنظیم عواطف	
3.58	25.8	4.11	26.4	3.68	26.6	گواه		
2.93	31.2	2.25	31.3	3.3	32.86	آزمایش	درک پیام	
2.75	32.8	3.77	32.33	3	33.26	گواه		

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای سبک‌های فرزندپروری و مهارت‌های ارتباطی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بینش	آزمایش	18.46	2.6	18	2.13	16.86	2.26
	گواه	16.6	2.7	16.6	2.84	16.66	2.49
فاطمیت	آزمایش	16.6	2.35	16.2	2.51	16.46	2.61
	گواه	17.26	2.21	17.2	2.88	17.13	2.6
آزادگذاری	آزمایش	14.4	3.73	20.86	3.56	20.93	3.9
	گواه	16.66	4.32	15.66	4.2	16.1	4.59
آمرانه	آزمایش	18.33	3.6	16.13	3.1	16.8	3.8
	گواه	19.53	4.4	19.7	4.71	21.06	7.7
اقتدار منطقی	آزمایش	31.66	4.22	35.2	3.18	32.8	3.5
	گواه	28.2	4.9	28.7	5.39	28.3	5.3

برای بررسی اثربخشی درمان آموزش کیفیت زندگی بر مهارت‌های ارتباطی و سبک‌های فرزندپروری از آزمون MANCOVA استفاده گردید. قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، لازم است مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گیرد و داده‌ها غربالگری شوند. جهت بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها از روش ترسیم نمودار Q-Q نرمال و آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده کردیم که نرمال بودن داده‌ها را در هر دو متغیر وابسته نشان داد.

جهت بررسی مفروضه برابری کوواریانس‌های متغیر وابسته از آزمون ام باکس استفاده گردید ($P > 0.05$ و $F = 0.89$ و $M = 47/11$). معنی دار نبودن آزمون ام باکس نشان داد که

فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس برقرار است پس در تفسیر نتایج آزمون، شاخص لامبدای ویلکز گزارش گردید. جهت بررسی وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته جهت ادامه تحلیل کوواریانس از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. معنی دار بودن آزمون نشان داد که همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته وجود دارد ($P < 0/01$ و $\text{Chi square} = 94/22$ $\text{Df} = 35$). آزمون لوین نیز فرض همگنی رگرسیون متغیرهای وابسته را تایید نمود. بعد از بررسی و تأیید پیش فرض های آزمون مانکووا، تحلیل انجام شد.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) بر روی پس آزمون مهارتهای ارتباطی و سبکهای فرزندپروری گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

اثر	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	sig	مجدور اتای سهمی	توان آماری
اثر پیلاپی	۰/۷۶۲	۵/۲۱	۸	۱۳	۰/۰۰۴	۰/۷۶۲	۰/۹۸
لامبدای ویلکز	۰/۲۳۸	۵/۲۱	۸	۱۳	۰/۰۰۴	۰/۷۶۲	۰/۹۸

نتایج حاصل از تحلیل مانکووا نشان داد که پس از تعدیل پیش آزمون، بین گروه های آزمایش و گروه گواه، از لحاظ متغیر وابسته ترکیبی (مهارتهای ارتباطی و سبکهای فرزندپروری) تفاوت معنی دار وجود دارد. یعنی بین ۲ گروه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد ($P < 0/01$ و $\text{partial } \eta^2 = 0/76$ و $F = 5/21$ = لامبدای ویلکز). بر اساس شاخص مجدور اتای سهمی، ۷۶ درصد واریانس نمرات پس آزمون مهارتهای ارتباطی و سبکهای فرزندپروری مربوط به تأثیر مداخلات درمانی می باشد. چون اثر اصلی درمان معنادار بود بررسی با آزمون های F تک متغیری و با سطح آلفای تعدیل شده بونفرونی (۰/۰۰۶) بر روی نمرات پس آزمون مهارتهای ارتباطی و سبکهای فرزندپروری ادامه یافت که نتایج در جدول ۴ بیان شده است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی، نتایج تحلیل کوواریانس یک راه در متن مانکوا بر روی پس‌آزمون مهارت‌های ارتباطی و سبک‌های فرزندپروری گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
گوش دادن	گروه	۲۲/۶۹	۱	۲/۴۴	۰/۱۳۴	۰/۱۰۹	۰/۳۱۹
	خطا	۱۸۵/۵۷	۲۰				
تنظیم عواطف	گروه	۰/۰۵۱	۱	۰/۰۰۵	۰/۹۴۳	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
	خطا	۱۹۳/۳۷	۲۰				
درک پیام	گروه	۳/۷۲	۱	۰/۴۲۷	۰/۵۲۱	۰/۰۲۱	۰/۰۹۵
	خطا	۱۷۴/۶۳	۲۰				
بینش	گروه	۰/۳۳	۱	۰/۰۰۸	۰/۷۸	۰/۰۰۴	۰/۰۵۸
	خطا	۸۲/۰۲	۲۰				
قاطعیت	گروه	۵/۳۱	۱	۰/۸۸۳	۰/۳۵۹	۰/۰۴۲	۰/۱۴۶
	خطا	۱۲۰/۴۱	۲۰				
آزاد گذاری	گروه	۱۷۹/۶۷	۱	۱۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶	۰/۹۸
	خطا	۲۶۲/۶۵	۲۰				
آمرانه	گروه	۱۵۴/۳۸	۱	۸/۰۴	۰/۰۱	۰/۲۸۷	۰/۷۷
	خطا	۳۸۳/۶۴	۲۰				
اقتدار منطقی	گروه	۱۵۷/۹۱	۱	۹/۶۷	۰/۰۰۵	۰/۳۲۸	۰/۸۴۱
	خطا	۳۲۶/۲۸	۲۰				

* $P < 0.006$

نتایج تحلیل کوواریانس یک راه با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی (۰/۰۰۶) بیانگر این واقعیت است که پس از تعدیل پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ نمرات پس‌آزمون سبک فرزندپروری آزاد گذاری ($F_{1,20} = 13.68$ partial $\eta^2 = 0.4$ $P < 0.001$) و سبک فرزندپروری اقتدار منطقی ($F_{1,20} = 9.67$ partial $\eta^2 = 0.32$ $P < 0.006$) تفاوت معنی دار آماری

وجود داشت. این بدین معناست که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی نمرات افراد گروه آزمایش را در سبکهای فرزندپروری آزاد گذاری و اقتدار منطقی افزایش داده است. بر اساس مجذورات اتای سهمی به دست آمده ۴۰ درصد از تغییرات نمرات پس آزمون سبک آزاد گذاری و ۳۲ درصد از تغییرات سبک اقتدار منطقی ناشی از مداخلات درمانی بوده است. بر اساس نتایج به دست آمده مداخلات درمانی تأثیری در بهبود مهارتهای ارتباطی نداشت ($P > 0/006$).

بررسی نمرات آزمون پیگیری

برای پیگیری اثرات درمان آزمون پیگیری به عمل آمد. جهت مقایسه نمرات پس آزمون و پیگیری از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده گردید. جهت بررسی مفروضه برابری کوواریانس های متغیر وابسته از آزمون باکس استفاده گردید ($P > 0/05$ و $F=1/33$ ، $F=69/83$ ، M Boxes). معنی دار نبودن آزمون باکس نشان داد که فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس برقرار است پس در تفسیر نتایج آزمون، شاخص لامبدای ویلکز گزارش گردید. معنی دار بودن آزمون کرویت بارتلت نشان داد که همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته وجود دارد ($P < 0/01$ و $Chi\ square = 117/46$ ، $Df=35$). آزمون لوین نیز فرض همگنی رگرسیون متغیرهای وابسته را تایید نمود. بعد از بررسی و تایید پیش فرض های آزمون مانکووا، تحلیل انجام شد.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) بر روی آزمون پیگیری مهارتهای ارتباطی و سبک های فرزندپروری گروه های آزمایش و گواه با کنترل پس آزمون

اثر	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	sig	مجدور اتای سهمی	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۲۹۸	۰/۶۹	۸	۱۳	۰/۶۹۵	۰/۲۹۸	۰/۲۰۲
لامبدای ویلکز	۰/۷۰۲	۰/۶۹	۸	۱۳	۰/۶۹۵	۰/۲۹۸	۰/۲۰۲

نتایج حاصل از تحلیل مانکوا نشان داد که پس از تعدیل پس‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه، از لحاظ متغیر وابسته ترکیبی (نمرات پیگیری مهارت‌های ارتباطی و سبک‌های فرزندپروری) تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد. یعنی بین ۲ گروه از لحاظ هیچ کدام از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد ($P > 0/05$ و $\eta^2 = 0/30$ و $F = 0/69$ partial). شاخص لامبدا (یلکز). بررسی با آزمون‌های F تک متغیری و با سطح آلفای تعدیل شده بونفرونی (۰/۰۰۶) بر روی نمرات پیگیری مهارت‌های ارتباطی و سبک‌های فرزندپروری ادامه یافت که نتایج در جدول ۶ بیان شده است.

جدول ۶. آزمون تعقیبی، نتایج تحلیل کوواریانس یک راه در متن مانکوا بر روی نمرات پیگیری مهارت‌های

ارتباطی و سبک‌های فرزندپروری گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
گوش دادن	گروه	۳/۲۴	۱	۲/۳۴	۰/۱۴	۰/۱	۰/۳
	خطا	۲۷/۶۶	۲۰				
	گروه	۰/۲۵	۱	۰/۰۷	۰/۷۸	۰/۰۱	۰/۰۵
	خطا	۶۵/۴۹	۲۰				
درک پیام	گروه	۲/۴۸	۱	۰/۵۳	۰/۴۷	۰/۰۲	۰/۱
	خطا	۹۳/۴۴	۲۰				
بینش	گروه	۰/۴۳	۱	۰/۲	۰/۶۵	۰/۰۱	۰/۰۷
	خطا	۴۲/۵	۲۰				
فاطیبت	گروه	۲/۵۵	۱	۲/۰۲	۰/۱۷	۰/۰۹	۰/۲۷
	خطا	۲۵/۲	۲۰				
آزاد گذاری	گروه	۱/۶۹	۱	۱/۳۵	۰/۲۵	۰/۰۶	۰/۱۹
	خطا	۲۵	۲۰				
آمرانه	گروه	۰/۸	۱	۰/۰۳	۰/۸۵	۰/۰۰۲	۰/۰۵
	خطا	۴۸۸/۷	۲۰				
اقتدار منطقی	گروه	۱/۲۵	۱	۰/۲۳	۰/۶۳	۰/۰۱	۰/۰۷
	خطا	۱۰۵/۲	۲۰				

* $P < 0/006$

نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی (۰/۰۰۶) بیانگر این واقعیت است که پس از تعدیل پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ نمرات پیگیری هیچ کدام از متغیرهای پیوسته تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد ($P > ۰/۰۰۶$). معنی‌دار نبودن تفاوت نمرات پیگیری گروه آزمایش و گواه بیانگر ثبات تأثیرات مداخلات درمانی تا مرحله آزمون پیگیری می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر مهارت‌های ارتباطی و شیوه‌ی فرزندپروری در افراد آزاده (اسیران جنگی) انجام شد. نتایج حاصل از یافته‌ها بیانگر آن است که مداخلات درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تغییرات معناداری را در نمرات شیوه‌ی فرزندپروری آزادگان گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون ایجاد کرده است. شیوه‌ی فرزندپروری دارای سه خرده‌مقیاس آمرانه، آزادگذاری و اقتدار منطقی است که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شیوه‌ی فرزندپروری سهل‌گیرانه و مقتدرانه تأثیرگذار بوده و آن‌ها را افزایش داده است، اما بر شیوه‌ی فرزندپروری آمرانه یا مستبد تأثیر نداشته است و بدین معناست که این درمان نتوانسته بر افراد آزاده‌ی دارای شیوه‌ی فرزندپروری مستبد اثربخش باشد و دیدگاه آنان را نسبت به فرزندان و روش تربیتی‌شان تغییر دهد. این یافته‌ها بدین معناست که کیفیت زندگی آزادگان در شیوه‌ی فرزندپروری (شیوه‌ی فرزندپروری سهل‌گیرانه و مقتدرانه) پس از آموزش افزایش یافته است. بررسی پژوهش‌ها نشان داد که پژوهشی با عنوان مطالعه حاضر یافت نشد و این روش تا کنون در نمونه آزادگان اجرا نشده است. ولی نتایج این پژوهش با مطالعات قبلی مانند: (دیواری و همکاران، ۲۰۰۶؛ متاویج و یوانوویچ، ۲۰۱۳؛ دیاز، ۲۰۱۱؛ علوی و رمضانی، ۲۰۲۱) در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی همسو است.

مطالعات نشان داده‌اند که بین سبک‌های فرزندپروری والدین و مشکلات روان‌شناختی رابطه وجود دارد (استیل و همکاران^۱، ۲۰۱۹). در این راستا پژوهش‌های انجام شده در فرهنگ‌های آمریکایی و اروپایی به طور گسترده نشان داده‌اند که والدین مقتدر (پاسخ‌گویی بالا و کنترل

1. Steele & et al

مناسب) مطلوب‌ترین سبک فرزند پروری است، زیرا این سبک معمولاً با پیامدهایی مطلوبی در رابطه با فرزندان (مانند مصرف پایین تر مواد، مشکلات رفتاری و راهبردهای سازگارانه تر) ارتباط دارد (زیگوت و همکاران^۱، ۲۰۱۹).

در تبیین یافته‌ها: به لحاظ نظری می‌توان گفت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با تأکید بر روابط بین فردی گرم و توانایی عشق ورزیدن افراد مهم به عنوان یک مؤلفه‌ی اصلی سلامت روانی موجب افزایش توانایی برقراری روابط مثبت با دیگران در خانواده می‌شود تا که احساسات مبتنی بر همدلی و عاطفه‌ی مثبت نسبت به دیگران از خود نشان می‌دهند و همچنین قادر به برقراری روابط عمیق‌تر با دیگران گردند، و بدین طریق توانایی درک همسر و افراد خانواده و برقراری روابط عمیق به هریک از آنان می‌دهد و توانایی همدلی و افشای احساسات را به هریک از آنها می‌دهد (کیس و همکاران^۲، ۲۰۰۲). درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تأکید بر جنبه‌های مثبت و ابعاد مختلف زندگی افراد موجب بوجود آمدن ایده‌هایی می‌شود که نشان‌دهنده‌ی هدفمندی در زندگی است و این حس و فرض را در افراد تقویت می‌کند که زندگی برای افراد هدفمند، معنی دار است و بدین طریق افراد را در تعیین اهداف برای زندگی تشویق و تقویت می‌کند و این شیوه موجب می‌شود تا افراد تلاش‌های منظمی را برای هدایت افکار، احساسات و رفتار، برای دستیابی به هدف، سازماندهی کنند و فعالیت‌های هدفمند خود را طی زمان و شرایط متغییر هدایت نمایند (ریف و همکاران^۳، ۱۹۹۵). درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی سعی در آموزش و تفهیم این واقعیت دارد که عدم وجود حوادث و احساسات نامطلوب نیست که عامل خوشبختی است بلکه نحوه‌ی کنار آمدن با این مسائل ناگوار و چگونگی برخورد با آنهاست که تعیین‌کننده‌ی به‌زیستی و کیفیت زندگی افراد است و به این طریق توانایی تحمل درد را در افراد افزایش می‌دهد و بدین وسیله آنها در مدیریت محیط اطراف خود، کنترل بر مجموعه‌ی پیچیده‌ای از فعالیت‌های بیرونی و استفاده‌ی مؤثر و کارآمد از فرصت‌های به وجود آمده، توانمند می‌کند که در شرایط مشکل‌آفرین بر محیط کنترل داشته باشند. لذا مشارکت فعال افراد در تسلط

1. Zuquette & et al
2. Keyes & et al
3. Ryff & et al

بر محیط (فردی، خانواده و جامعه) یک عنصر مهم و با اهمیت انعکاس روانشناختی مثبت محسوب می شود (یزدی و همکاران، ۲۰۱۳).

نتایج حاصل از یافته هایبانیگر آن است که مداخلات درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تغییرات معناداری را در نمرات بهبود خرده مقیاس های مهارت های ارتباطی آزادگان گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون ایجاد نکرده است. این یافته ها بدین معناست که مهارت های ارتباطی آزادگان پس از آموزش افزایش نیافته است و فرضیه ی دوم تحقیق رد می شود و نتایج حاصل از این پژوهش بسیاری از یافته های پژوهشی دیگر مانند: (اقدسی، ۲۰۱۴؛ محمودی و همکاران، ۲۰۲۰؛ آنتارامی و همکاران، ۲۰۰۸؛ یزدی و همکاران، ۲۰۱۳؛ عابدینی و صالحی، ۲۰۱۸؛ جیمز و همکاران، ۲۰۱۱؛ حیدریان و عیسی نژاد، ۲۰۲۱؛ قدم پور، حیدریانی وبرزگر بفرویی، ۲۰۱۸). ناهمسو و همخوانی ندارد.

در تبیین این نتایج می توان گفت: آموزش مهارت های ارتباطی واجتماعی از طریق این رویکرد درمانی منجر به ارتقای بهداشت روانی، غنای روابط انسانی، افزایش سلامت و رفتارهای سالم می شود در نتیجه بهزیستی روانی فرد و کیفیت زندگی افراد را افزایش می دهد (یالچین و همکاران، ۲۰۰۷). درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، با ایجاد تغییرات شناختی رفتاری در پنج حوزه ی اصلی (شرایط زندگی، نگرش ها، معیارهای خرسندی، ارزش ها و رضایت کلی از زندگی) انجام می شود و در این رویکرد به افراد آموزش داده می شود که زندگی را از ابعاد متفاوتی تشکیل شده است و اگر از بعدی ناراضی هستید باید به ابعاد دیگر توجه کنند. از طریق آموزش اصیل غنای درونی به همراه تکالیف خاص آن می آموزند که چگونه می توان با اختصاص دادن زمان کافی به خود، به احساس تمرکز، آرامش و نشاط برسند و چگونه عادت ناپسند خود را کنار بگذارند و برای احیاء خویش و بالا بردن کیفیت روابط بین فردی برنامه ریزی کنند. لذا این درمان از طریق چندین روش می تواند بر کیفیت روابط بین فردی موثر واقع شود (احمدپور و همکاران، ۲۰۱۷). در تبیین نتایج اثربخشی این رویکرد بر مهارت های ارتباطی آزادگان عزیز دلیل این امر ناشی از متغیرهایی از جمله عوارض شکنجه ها و اثرات دوران اسارت

وبعد از آن باشد که هرچه سن این افراد بالاتر می‌رود بیشتر این عوارض خود را نشان خواهد داد و تغییر در افراد کمتر خواهد بود.

با توجه به نتایج تحقیق حاضر نتایج مثبت آن در ارتقاء مهارت‌های ارتباطی و شیوه‌ی فرزندپروری آنان آشکار خواهد شد. لذا با توجه به نتیجه‌ی تحقیق و پژوهش‌های پیشین، توجه به مهارت‌های ارتباطی و شیوه‌ی فرزندپروری و بهبود آن می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی افراد آزاده مؤثر باشد. اگرچه می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شیوه‌ی فرزندپروری و مهارت‌های ارتباطی والدین افراد آزاده تأثیرگذار است اما نمی‌توان ادعا کرد که به طور کامل اثر این رویکرد درمانی است امکان دارد عوامل و متغیرهای دیگری وجود داشته باشد. خانواده‌های آزادگان از بسیاری جهات با سایر خانواده‌ها متفاوت هستند، و از دوران استرس‌زای اسارت و عوارض و عواقب این وقایع از لحاظ روانی و جسمی دچار مشکلاتی هستند، پس سلامت روانی چنین افرادی که تحت تأثیر استرس، اضطراب و افسردگی و غیره قرار می‌گیرند به خطر می‌افتد؛ درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تعدیل و کم‌رنگ‌تر کردن این عوامل سلامت روانی افراد را ارتقاء می‌دهد. به بیان دیگر نخستین اثر ارتقای توانمندی فرد در زمینه‌ی به‌زیستی، کاهش مشکلات روانی و هیجانی، افزایش سلامت روان و در نتیجه افزایش میزان رضایت‌مندی از زندگی فردی و خانوادگی خواهد بود.

نتیجه‌گیری: در مجموع، برنامه‌ی مداخله و آموزش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌تواند بر مهارت‌های ارتباطی و شیوه‌ی فرزندپروری آزادگان مؤثر باشد و آن‌ها را بهبود و ارتقاء بخشد. نتایج یافته‌های پژوهش فقط بر روی شیوه‌ی فرزندپروری تأثیرگذار بوده‌است و نتایج یافته‌های پژوهش آزمون مرحله‌ی پیگیری نیز ثبات و پایداری مداخله و آموزش را نشان داده‌است. اما بر مهارت‌های ارتباطی آزادگان عزیز تأثیرگذار نبوده‌است و یافته‌ی پژوهش گویایی این مولفه می‌باشد.

محدودیت‌های پژوهش: در این پژوهش، چون از طرح پژوهش با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری انجام شده‌است، تأثیر عوامل مداخله‌گری مثل: عوامل انگیزشی پاسخ‌دهندگان، عوامل زمینه‌ای و بافتی و فرهنگی در شهرستان محل پژوهش و حتی شخصیت درمانگر بر نتیجه‌ی

پژوهش تأثیر می‌گذارند و کنترل آن‌ها از عهده‌ی پژوهشگر خارج است و این عوامل از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

پیشنهادات پژوهش: با توجه به اینکه روش درمانی مورد استفاده در این پژوهش به ندرت به کار گرفته شده و از سویی سابقه‌ی پژوهشی کمی مشابه این درمان در مورد افراد آزاده در کشور کم انجام شده و عدم مقایسه‌ی آن با سایر رویکردهای درمانی جدید، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با کنترل این محدودیت‌ها، کارایی این روش درمانی را به صورت گسترده‌تر و دقیق‌تر برای آزادگان در سایر نقاط کشور مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: از مسئولان محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان و آزادگان عزیز که با همکاری خود به اجرای پژوهش کمک کردند، نهایت تشکر و سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تعارض: یافته‌های این پژوهش با هر شکل و نتیجه‌ای، نه منافع و نه تعارضی با منافع نویسندگان ندارد.

منابع مالی: این پژوهش از هزینه شخصی نویسندگان تأمین شده است.

فهرست منابع

- Abbedi, M. R., & Vostanis, P. E. (2010). Valuation quality of life therapy for parents of children with obsessive compulsive disorders in Iran. *Journal of European Child and Adolescent psychiatry*, 19(7):pp. 605-613.
- Aghdsi, M. (2014). Evaluating social skills of female Athlete students in several sports. *Journal of Tourism, Hospitality and Sport*, 2:pp.17-20. (In Persian).
- Ahmad Poor Yazji J, Zaharakar K & Kiamensh A. (2016). Comparison of the Effectiveness of Compassion-Based Therapy and Well-Being Therapy on the Psychological Capital of Female. 2017. (In Persian).
- Alavi KH, Ramezani SH. (2021). The Role of perceived parenting Styles and Self – compassion in predicting Addiction Readiness in the youth. *Journal Scientific Quarter of Research on Addiction*, 14(58), p:89-112.
- Antaramian, S. P., Huebner, E. S., & Valois, R. F. (2008). Adolescent life satisfaction. *Applied Psychology*, 57: pp.112-126.
- Bakhtavar M. (2020). The relationship between parenting styles and parental demographic components with their children personality types. *Journal of Psychological Science*, 19(86), p: 159-169.
- Barzeghar Bafrooi K, Zarei M, Omedyan M. (2016). The Effect of communication skills Training on Social Anxiety in Boys Adolescents with Intellectual Disability. *Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals, Allameh Tabataba'i University*, 7(26):p: 89-107. (In Persian).

- Baumrind, D. (1991). Parenting style and adolescent development. In J. Brooks.
- Cohan L, Stein M. (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *J Behav Res Ther*; 44(3):585-99.
- De Hart, T., Pelham, B. W. & Tennen, H. (2006). What lies beneath: parenting style and implicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 1-17.
- Diaz, Y. (2011). Associations between parenting and child behavior problems among Latino mothers and children (Doctoral dissertation)
- Dwairy, M, & Menshar, K. E. (2006). Parenting style, individuation, and mental health of Egyptian adolescents. *Journal of Adolescence*, 29:pp.103- 117.
- Frisch MB. (2011). Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy; New York, NY: John Wiley & Sons.
- Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blisset JM. (2011) Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev.*; 31(1):113-2.
- Ghadampour E, Heidaryanni L, Barzeghar Bafrooi M. (2019). The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Psychological Well-Being, Resiliency, Marital Satisfaction in Wives of Veterans. *Journal of Military Medicine*. 2019, 21(1):p: 22-31. (In Persian).
- Gunn, R. M Learned, & A. C. Petersen (Eds). (1991) the encyclopedia on adolescence. (pp. 746-758). New York: Garland publishing.
- Hatami M, Heravi M, Ahadi H. (۲۰۲۰) Evaluation of psychometric parameters of happiness questionnaire. *Educ Measurement Q*. 2020; 3(150):1- 22. (in Persian).
- Hatami S, Kavusian J. (2013). The effectiveness of life skills training on adjustment (social, educational, emotional) of martyrs children. *J Sch Psychol*, 2(2):44-57. (In Persian).
- Heydarian M; Isanejad O. (2021). The Impact of Treatment Based on Improving Quality of Life on the Performance and Quality of Life of the Families of Azadeqn . *Journal of military Psychology*, 11 (44):p:45-59. (In Persian).
- Hosseinchari M, Fadakar M. (2005) .Investigation effectiveness of university on communication skills base on comparison of students and pupils. *Sci Res J Shahed Univ*. 15:p:21-33. (In Persian).
- Hunt, S. C., Orsborn, M., Checkoway, H., Biggs, M. L., McFall, M., & Takaro, T. K. (2008). Later life disability status following incarceration as a prisoner of war. *Military medicine*, 173(7), 613-618.
- Isanejad O, Haydarian M. (2020). The Effectiveness of Resilience Training on Improving the Quality of Marital Life and Resiliency of Prisoners of War Families. *Journal of Military Medicine*, 22(5):pP410-420. (In Persian).
- Jacques, J. (2017). Where nothing happened: The experience of war captivity and levinas's concept of the 'there Is'. *Social & Legal Studies*, 26(2), 230-248.
- James, R., & Rodrigue, Didier, A., Mandelbrot & Martha, P. A. (2011). Psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrol Dial Transplant*, 26:pp. 709- 715.
- Keyes, C. L. M., Shmothin, D., & Ryff, C. D. (2002). optimizing well-being: the empirical encounter of two tradition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82: pp.1007-1022.
- Khanna D, Tsevat J. (2007). Health-related quality of life--an introduction. *Am J Manag Care*, 13 Suppl 9:S218-23.
- King, D. W., King, L. A., Park, C. L., Lee, L. O., Pless Kaiser, A., Spiro III, A., ... & Keane, T. M. (2015). Positive adjustment among American repatriated prisoners of the Vietnam War: Modeling the long-term effects of captivity. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 861-876.

- Lopez SJ. (2009). The encyclopedia of positive psychology. Wiley Black well publication. P.1160.
- Mahmoudi Eshkaftki F, Ghazanfari A, Solati S.K. (2020). Effectiveness of Social and Communication Skills Training Using Cognitive-Behavioral Approach on Psychological Well-being and Happiness of Female Students with Martyred and Veteran Parents in Shahrekord, Iran, Governmental Universities. Iranian Journal of War & Public Health, 12(2):85-91. DOI: 10.29252/ijwph.12.2.85.
- Mandara, J. (2013). The typological approach in child and family psychology: A review of theory, methods, and research. Clinical Child and Family Psychology Review, 6, 129-146.
- Matejevic, M.J & ovanovic, D. (2013). Parenting style in solve meant of parents in school activities and adolescents academic achievement .Procedia –Social and Behavioral Sciences, 128:pp.288-293.
- Newton NJ, Ryan LH, King RT, Smith J. (2014). Cohort differences in the marriage–health relationship for midlife women. Soc Sci Med; 116: 64-72.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, (69):pp. 719-727.
- Salehi Omran, E., & Abedini Boltrak, M. (2018). Examine the relationship between happiness and academic success of student’s Educational spaces Mazandaran province with emphasis on the role of educational planning. J Educational Plann Stud, 7(13), 121-45. (in Persian).
- Solomon, Z., Tsur, N., Levin, Y., Uziel, O., Lahav, M., & Ohry, A. (2017). The implications of war captivity and long-term psychopathology trajectories for telomere length. Psychoneuroendocrinology, 81, 122-128.
- Steele, E. H., & McKinney, C. (2019). Emerging adult psychological problems and parenting style: Moderation by parent-child relationship quality. Personality and Individual Differences, 146, 201-208.
- Stevenson, B.T. & Akister, H.D. (2008). The master model of family functioning observer and parental rating in a nonclinical sample. Family process, 34, 334-410.
- Ursano RJ, Rundell JR. The prisoner of war. (۱۹۹۵). War psychiatry. Washington, D.C.: Office of the surgeon general (army) falls church va.
- Yalcin B, karahan T. (2007). Effects of a couple communication program on marital adjustment of the American boord of family medicine. J Am Boord FAM Med; 20(4):36-44.
- Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Saberi H, Shams J, Osanlo S, Nori G, et al. (2013). The role of resilience and age on quality of life in patients with pain disorders. Basic Clin Neurosci; 4(1):24. (In Persian).
- Yousfpoor N, Elahe Ahangri E, Tahan M. (2019). Evaluate the efficacy of psychotherapy based on the improve quality of life in reducing anger symptoms in patients with complicated grief. Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8(5). (In Persian).
- Zuquette, C. R., Opaleye, E. S., Feijó, M. R., Amato, T. C., Ferri, C. P., & Noto, A. R. (2019). Contributions of parenting styles and parental drunkenness to adolescent rinking. Brazilian Journal of Psychiatry, 41(6), 511-517.