



## The Effectiveness of Parenting Training Based Acceptance and Commitment and Filialtherapy on Oppositional Defiant Disorder in Pre-school Children and Life Satisfaction of Mothers

**Daruosh Jalali, Ph. D**

Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran

**Asghar Aghaei, Ph. D**

Professor of psychology, Faculty of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

**Maryam Shamsipour, M.A**

General Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran

## اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی و رضایت از زندگی مادران

داریوش جلالی\*

گروه روان‌شناسی واحد شهرکرد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

اصغر آقایی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

مریم شمسی‌پور

دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

### Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of parenting training based acceptance and commitment (ACT) and filialtherapy on oppositional defiant disorder in pre-school children in Shahrekord and life satisfaction of their mothers. The statistical population of the study consisted of all mothers of pre-school children in Shahrekord, of whom 48 were randomly assigned to two experimental groups and one control group (each group was 16). The research instrument was Oppositional Defiant Disorder Questionnaire (Swanson et al., 2001) for children and Life Satisfaction (Diner et al., 1985) for mothers which were completed during three pre-test, post-test and 3-month follow-up stages. Data were analyzed using analysis repeated measure ANOVA. The results showed that intervention methods were effective on children and mothers' variables ( $P < .01$ ). The results also showed that parenting training based ACT and filialtherapy was effective in reducing oppositional defiant disorder ( $P < 0.01$ ). At the same time, it was found, only that parenting training based ACT was effective in improving life satisfaction of the mothers ( $P < 0.01$ ). It was concluded that both interventional methods, especially parenting training based ACT, are effective for children's emotional behavioral problems and improving the life satisfaction of mothers.

**Keywords:** parenting based acceptance and commitment, filial therapy, oppositional defiant disorder, life satisfaction, pre-school children.

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) و فرزنددرمانی (فیلیال‌تراپی) بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی و رضایت از زندگی مادران به بونه آزمایش گذاشته شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقطع پیش‌دبستانی شهر شهرکرد بود که از بین آنان ۴۸ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) گمارده شدند و پرسشنامه‌های نافرمانی مقابله‌ای (Swanson et al. 2001) را برای کودکان و رضایت از زندگی (Diener et al. 1985) برای مادران را طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی نشان داد که هر دو روش آموزش فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای کودکان مؤثر بودند ( $P < 0.01$ )؛ ولی تنها آموزش فرزندپروری مبتنی بر اکت بر افزایش رضایت از زندگی مادران مؤثر بود ( $P < 0.01$ ). نتیجه‌گیری شد که می‌توان از هر دو روش مداخله برای کاهش نافرمانی مقابله‌ای کودکان و از روش آموزش فرزندپروری مبتنی بر اکت برای افزایش رضایت از زندگی مادران استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرزنددرمانی، نافرمانی مقابله‌ای، رضایت از زندگی، کودکان پیش‌دبستانی.

## مقدمه

بسیار بیشتر از آنچه در کودکان با سن عقلی مشابه دیده می‌شود بروز می‌دهد (Whitney et al. 2012).

اگرچه در تبیین و سبب‌شناسی بسیاری از اختلالات هیجانی و رفتاری کودکان روی اثر ژنتیک و محیط تأکید شده، ولی به نظر می‌رسد در بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای خانواده به عنوان یک عامل محیطی و اکتسابی، نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند (Matthys, Lochman 2010). نتایج پژوهش‌های مختلف بیانگر آن است که مشکلات روان‌شناختی والدین، شیوه‌های نامناسب تعامل و فرزندپروری و تعارضات و مشکلات زناشویی از مهمترین این عوامل مربوط به خانواده به شمار می‌روند (Reinecke et al. 2006). نظام خانواده از شبکه‌ای از ارتباطات تشکیل شده که طی آن والدین و کودکان در فرایندی دو سویه با هم در تعامل قرار می‌گیرند؛ بدین سان، طرفین قادرند تأثیرهای شگرفی بر یکدیگر بگذارند (Kazdin 2007). در واقع، خانواده اولین منبع حمایت از کودکان برای بهداشت روان به حساب می‌آید. اینکه کودک در جریان رشد، تعامل مناسبی با والدین و همسالان داشته باشد و هیجانات مثبتی را تجربه کند در سلامت روان و در نتیجه در تعاملات اجتماعی، یادگیری و انطباق او نقش مؤثری ایفا می‌کند و بهزیستی روان‌شناختی خانواده، والدین و کودکان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (Newland 2015)؛ به همین اعتبار، هرگونه چالش در تعامل والد - فرزند رشد کودک را در معرض خطر قرار می‌دهد (Laing 2010). طرد، فقدان یا کمبود محبت، نمایش عاطفی سطحی و خصومت روی کودکان تأثیر می‌گذارند و آنها را مستعد بروز مشکلات هیجانی و رفتاری و از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌نمایند (Mantymaa et al. 2004).

از این رو، در سال‌های اخیر طرح‌ریزی‌های مداخله‌ای کودکان، عمدتاً با در نظر گرفتن نقش خانواده و به‌خصوص والدین مفهوم‌سازی شده‌اند (Coyne, Murrell 2009). هدف از اجرای این گونه برنامه‌ها و مداخلات صرفاً حل مشکلات و اختلالات آشکار کودکان نیست، بلکه هدف اصلی این است که در یک بافت و زمینه جدید نه تنها مشکلات و اختلالات آشکار، بلکه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional Defiant Disorder) یکی از شایع‌ترین اختلالات دوره کودکی است (Matthys, Lochman 2010). این اختلال، الگوی پایدار منفی‌کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر مراجع قدرت است. کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً با بزرگ‌ترها جر و بحث می‌کنند، از کوره در می‌روند و خشمگین و زودرنجند و از پذیرش قوانین و مقررات والدین، خانواده و مدرسه سر باز می‌زنند (American Psychiatric Association 2013) به طوری که این اختلال موجب بروز مشکلات متعددی در خانه، مدرسه و ارتباط با همسالان می‌گردد و در عملکرد آموزشی و اجتماعی آنها آثار منفی قابل توجهی به جای می‌گذارد (Barlow, Durand 2015).

هفلین‌گر و هامفری (Heflinger, Humphreys 2008) بیان داشته‌اند که اختلال نافرمانی مقابله‌ای سومین اختلال شایع روان‌پزشکی است که در کودکان ۳ تا ۱۷ مشاهده می‌شود. شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۱ تا ۱۱ درصد با میانگین ۳/۳ درصد برآورد شده است (American Psychiatric Association 2013). البته برخلاف شیوع اختلال سلوک که در پسران سه تا چهار برابر بیشتر از دختران است، شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پسران تفاوت خیلی زیادی با دختران ندارد (Kring et al. 2014). ضمن اینکه حدود نیمی از کودکانی که برچسب اختلال نافرمانی مقابله‌ای دریافت می‌کنند، به اختلال روانی دیگری نیز مبتلایند (Kaplan, Sadock 2007).

ذکر این نکته ضروری است که رفتار مقابله‌ای به عنوان یک رفتار طبیعی در جریان رشد و تحول کودکان بروز پیدا می‌کند. بارزترین نمونه رفتار مقابله‌ای بین ۱۸ تا ۲۴ ماهگی ظاهر می‌گردد، درست زمانی که کودک نوپا به عنوان تظاهری از خودمختاری رو به رشد، رفتار منفی کارانه پیشه می‌کند (Martel 2019)؛ بنابراین آسیب‌شناسی و شناسایی اختلال زمانی مطرح می‌شود که این ویژگی مربوط به رشد بهنجار، دوام غیرعادی پیدا می‌کند و کودک نسبت به صاحبان قدرت واکنش شدید نشان می‌دهد یا رفتار مقابله‌ای

که روش‌های مداخله‌ای مربوط به بزرگسالان در مورد کودکان قابل استفاده نیست؛ بنابراین بازی، ابزار مناسبی برای درمانگران کودک است تا به صورت‌های رهنمودی یا غیررهنمودی، کودک محور یا از طریق تعامل والد - کودک به منظور مداخله برای مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی استفاده نمایند (Bratton et al. 2006). فرض بر این است که چون رابطه والد - کودک یک رابطه دوسویه است که هر دو یکدیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ بنابراین رفتار نامناسب والدین رفتار نابهنجار کودکان را برمی‌انگیزد و به همین اعتبار بهبود در رابطه کودک - والد موجب بهبود سازگاری و رضایت والدین می‌شود؛ از این رو، یکی از وجوه اشتراک بین فرزندپروری مبتنی بر اکت با فرزنددرمانی، پذیرش کودک از سوی والدین است (Chau, Landreth 1997؛ Tayebi 2011).

هرچند مخاطب اصلی بازی درمانگری کودک است؛ اما کودک بدون والدین و خانواده هنوز به استقلال کافی دست پیدا نکرده و رفتار والدین و روابط موجود در خانواده عامل تعیین‌کننده بسیاری از رفتارها و حالت‌های کودک است (vanFleet 2005). از آنجا که خانواده به عنوان اولین نهاد، بیشترین سهم را در فرایند اجتماعی شدن فرزندان ایفا می‌کند؛ بنابراین یکی از بهترین مداخلات در حیطه مشکلات رفتاری و اجتماعی کودکان، ارائه آموزش مهارت‌های ارتباطی و تعاملی به والدین است که این موضوع در مداخلات فرزنددرمانی مورد توجه قرار می‌گیرد (Bratton et al. 2006). از طریق آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و حتی برخی اوقات فراتر از درمانگر برای حل و فصل مشکلات فرزندان (Lieberman et al. 2005) و بهبود فضای تعاملی خانواده ایفای نقش کنند (Rye 2008).

در بازی درمانی به شیوه فرزنددرمانی تمرکز روی رابطه و تعامل والد و کودک است تا کودک بتواند در سایه ارتباط و تعامل با والدین به حل مشکلات و تعارضات خود دست یابد. در این روش، تهدید حضور بازی درمانگر که می‌تواند به عنوان یک رقیب از سمت والدین ادراک شود حذف می‌گردد و بدین ترتیب ایجاد رفتارهای مثبت در کودک در

مشکلات و اختلالات ناآشکار کودک حل و فصل شوند و هم کودک و هم والد و کل خانواده وضعیت روان‌شناختی بهتری پیدا کنند (Brown et al. 2018؛ Flujas-Contrerasa, Gomez 2018).

دو روش مداخله مورد نظر در این پژوهش شامل فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy (ACT) و فرزنددرمانی (Fillial Therapy) از جمله روش‌های مناسب برای کار با کودکان با طیف‌های مختلف نابهنجاری به حساب می‌آیند (Swain et al. 2015؛ Sanders et al. 2014). در این نوع مداخلات، والدین و به‌خصوص مادران تحت آموزش و مشاوره قرار می‌گیرند و نقش بسیار مهمی در تغییر الگوهای رفتاری فرزندان‌شان ایفا می‌کنند و از این طریق خود و فرزند فرزندان‌شان تحت تأثیر قرار می‌گیرند (Coyne, Davidson, Cardemil 2009؛ Murrell 2009).

آموزش فرزندپروری مبتنی بر اکت بر جنبه‌های مهمی از هشیار بودن و ذهن‌آگاه بودن والدین تأکید می‌کند (Duncan et al. 2009؛ Knox et al. 2009)؛ اینکه والدین دست از کنترل افکار و احساسات و کلاً دنیای درونی و ذهنی خود بردارند و روی ارزش‌هایشان متمرکز شوند مورد توجه قرار می‌گیرد (Coyne et al. 2011). به عبارت دیگر، درمان پذیرش و تعهد این موضوع را مورد توجه قرار می‌دهد که بسیاری از مسائل از جمله دنیای درون و بخشی از دنیای بیرون که کودک نیز شامل آن می‌شود قابل کنترل نیستند و والدین با کنترل کردن آنها، موجب آشفستگی خود و فرزند/ فرزندانشان می‌شوند (Hayes et al. 2006). علاوه بر این، درمان پذیرش و تعهد این ایده را مطرح می‌کند که والدین به جای درگیر بودن با ندهای درونی و کنترل و اجتناب، به ندای حاصل از ارزش‌هایشان گوش فرا دهند و از این طریق زندگی غنی‌تری را برای خود و کودکان‌شان به ارمغان آورند (Coyne et al. 2011).

فرزنددرمانی نیز به دنبال آن است که از طریق بازی، تعامل کودک - والدین را بهبود بخشد و بدین‌گونه موجب حل و فصل تعارضات و احتمالاً مشکلات رفتاری و حتی عاطفی کودکان می‌شود (Landreth, Bratton 2006). از آنجا

رفتاری - هیجانی نشان می‌دهد، به احتمال زیاد والدین نیز استرس زیادی را تجربه می‌کنند و مشکلاتی در زمینه روابط، سازگاری و رضایت از زندگی آنها به وجود می‌آید (Miranda et al. 2007). در چنین مواقعی، روش‌های مداخله‌ای مورد نیاز است که علاوه بر حل و فصل مشکلات کودکان، به کاهش استرس و مشکلات سازگاری والدین و بهبود کیفیت و رضایت از زندگی آنها کمک کند. در همین رابطه، برخی از پژوهش‌ها، از جمله (Brown et al. 2015)، (Singh et al. 2010)، (Ray 2008)، (Blackledge, Hayes 2006) نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، اکت و آموزش تعامل والد - کودک موجب کاهش مشکلات بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای، پرخاشگری و استرس و حمایت از والدین و بهبود تعامل این کودکان شده است.

در مجموع، پیشینه پژوهشی بیانگر آن است که شیوه‌های مداخله‌ای فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی بر کاهش مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان و تا حدودی بهبود رابطه درون خانواده مؤثرند (Sanders et al. 2014)؛ با این حال، مسأله اصلی اینجاست که کدام یک از این دو شیوه، اثربخشی بالاتری دارند و می‌توانند به درمانگران حوزه کودک و همچنین خانواده کمک مؤثرتری ارائه نمایند و با صرف حداقل هزینه و وقت نتایج بیشتر و پایدارتری به همراه داشته باشند (Barlow, Durand 2015). بدین ترتیب، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو روش آموزش فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی بر نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دستانی و رضایت از زندگی مادرانشان به بوتۀ آزمایش گذاشته شد و نتایج آن طی یک دوره سه ماهه پیگیری شده است. فرضیه‌های مطرح شده به شرح زیر بودند:

- ۱) فرزندپروری مبتنی بر اکت بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دستانی مؤثر است.
- ۲) فرزنددرمانی بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دستانی مؤثر است.
- ۳) اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای یکسان است.
- ۴) فرزندپروری مبتنی بر اکت بر افزایش رضایت از زندگی مادران مؤثر است.

نتیجۀ تغییر در رابطه والد - کودک شکل می‌گیرد (Bratton et al. 2005).

پژوهش‌های مختلفی از اثربخشی هر دو روش فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی حمایت می‌کنند از جمله در پژوهش (Salimi, Yousefi 2017) تأثیر آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کاهش اضطراب جدایی و نافرمانی، (Faghihi, Kajbaf 2017) بر کاهش افسردگی کودکان، (Ahmadi 2015) بهبود در سبک‌های فرزندپروری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین، منبع کنترل و مهارت‌های اجتماعی کودکان، (Raftery, Helmera, et al 2016) اضطراب و تعارضات والد - کودک، (Flujas-Contrerasa, Gomez 2018) و (Gould et al. 2018) بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و فرایندهای مرتبط با آن مانند اجتناب، کنترل و ارزش‌ها و بر رفتارهای آشکار والدین دارای کودک ایتسم گزارش شده است.

از سوی دیگر، (Hassanzadeh et al 2015) تأثیر فرزنددرمانی را بر بهبود مهارت‌های اجتماعی، استرس والدینی و تعامل والد - کودک، (Adili et al. 2015) بر بهبود مهارت‌های اجتماعی - هیجانی کودکان، (Abasi et al. 2013) بر شدت علائم نافرمانی مقابله‌ای، (Tayyebi et al. 2011) بر افزایش میزان پذیرندگی و کاهش عدم پذیرندگی، (Alivandi-Vafaa, Hj Ismail 2010) افزایش میزان حرف‌شویی و کاهش مشکلات رفتاری و همچنین (Jennifer 2012) بر بهبود رابطه بین پدر و مادر در فرزندخوانده‌ها مطرح کرده‌اند. همچنین در برخی پژوهش‌ها، اثربخشی این دو روش به صورت مقایسه‌ای بررسی شده است از جمله، (Pourheidari et al 2017) نشان دادند که برنامه فرزندپروری مثبت بیش از فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی بهبود رابطه بین والدین و حتی همشیره‌ها مؤثر است. همچنین (Azimifar et al 2017) نشان دادند که روش آموزش مدیریت والدین باعث بهبود رابطه کودک - والد شد؛ ولی روش آموزش فرزندپروری مبتنی بر اکت نسبت به آن مؤثرتر بود.

همان‌طور که قبلاً گفته شد، رابطه بین والدین و کودکان یک رابطه دوسویه است که طرفین از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند و روی همدیگر تأثیر می‌گذارند (Kashdan et al. 2002)؛ بنابراین اغلب اوقات که در یک خانواده، کودکی مشکلات

شرایط ورود و خروج شامل کودک و مادر بود که عبارت بودند از: داشتن کودک پیش‌دبستانی و حضور دائمی در کنار او، اعلام رضایت کتبی و یا حداقل شفاهی برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال برای مادر و ۵ تا ۶ سال برای کودک، داشتن مدرک تحصیلی حداقل راهنمایی، عدم وجود بیماری‌های شدید روانی (بیماری روان‌پریشی)، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، اینکه نه مادر و نه کودک در حال حاضر درمان روان‌شناختی دیگری دریافت نکنند، عدم ابتلا کودک به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه یا اختلالات روانی دیگر، ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. همچنین دریافت درمان‌های دارویی مادر یا کودک برای اختلالات روان‌شناختی در خلال پژوهش، عدم تمایل به ادامه جلسات مداخله در حین پژوهش، غیبت در دو جلسه متوالی یا غیر متوالی، عدم اجرای تمرین‌ها و تکالیف منزل طی دو هفته متوالی یا سه هفته غیرمتوالی و مصرف الکل یا مواد نیز از جمله شرایط خروج از پژوهش بودند.

### ابزار سنجش

در این پژوهش ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه‌هایی به شرح زیر بود:

**مقیاس نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional Defiant):** Scale این مقیاس توسط (Swanson et al. 2001) برای بررسی نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه و نافرمانی مقابله‌ای بر اساس DSM-IV ساخته شده و توسط مادران نمره‌گذاری شده است. فرم کوتاه این مقیاس، دارای ۳۰ ماده است که ۲۰ ماده نخست برای تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و ۱۰ ماده دیگر برای تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار می‌رود و هر یک از موارد بر اساس مقیاس ۰ تا ۲ درجه‌ای (۰=هرگز، ۱=گاهی اوقات و ۲=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود، نمره هر یک از زیر مقیاس‌ها بر اساس میانگین نمرات ماده‌های مربوط به آن محاسبه می‌شود. مطالعه Swanson et al. (2001) نشان داد که پرسشنامه از سه عامل اشباع شده که یکی از آنها نافرمانی مقابله‌ای است. در این پژوهش صرفاً از سوالات ۲۱ تا ۳۰ (۱۰ سؤال) برای بررسی نافرمانی مقابله‌ای استفاده شد که طی آن حداقل نمره صفر و حداکثر ۲۰ بود

(۵) فرزنددرمانی بر افزایش رضایت از زندگی مادران مؤثر است.

(۶) اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی بر افزایش رضایت از زندگی مادران یکسان است.

### روش

**روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:** این پژوهش یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. گروه آزمایش (۱) تحت آموزش فرزندپروری مبتنی بر اکت و گروه آزمایش (۲) تحت آموزش فرزنددرمانی قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل در زمان انجام پژوهش مداخله خاصی را دریافت نکردند و فقط بعد از اتمام پژوهش، آموزش فرزندپروری مبتنی بر اکت را به عنوان روش مؤثرتر طی دو جلسه فشرده دریافت کردند. جامعه آماری پژوهش عبارت بود از کلیه مادران دارای فرزند پیش‌دبستانی شهر شهرکرد در نیمه اول سال ۱۳۹۷ که در یکی از مراکز پیش‌دبستانی تحت نظارت اداره کل آموزش و پرورش یا اداره کل بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری قرار داشته‌اند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که ابتدا اطلاعیه‌ای با مضمون «روش‌های نوین ارتباط و تعامل با کودک دشوار» تهیه و در معرض دید کلیه والدین در مراکز پیش‌دبستانی قرار گرفت. در مجموع، ۱۸۵ مادر برای شرکت در دوره آموزشی ثبت‌نام کردند که پس از اجرای آزمون نافرمانی مقابله‌ای، ۷۹ کودک که نمره آنان از پرسشنامه نافرمانی مقابله‌ای (Swanson et al. 2001) یک انحراف معیار بالاتر از میانگین (یعنی نمره ۱۸ و بالاتر) بود انتخاب شدند و بعد از اجرای مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس، ۴۸ کودک که بر اساس DSM-5 ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دارا بودند و همچنین سایر شرایط ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و از مادران آنها خواسته شد که در جلسات آموزشی شرکت کنند. به این ترتیب ۴۸ مادر دارای فرزند با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) گمارده شدند.

### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پس از انجام هماهنگی‌های لازم و اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش (۱) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی آموزش فرزندپروری مبتنی بر اکت را بر اساس الگوی (Coyne, Murrell 2009) مطابق جدول (۱) و گروه آزمایش (۲) نیز طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای فرزنددرمانی را بر اساس الگوی (Bratton et al. 2006) و Landreth, Bratton (2006) مطابق جدول (۲) به صورت هفتگی دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، مرحله پس‌آزمون در هر سه گروه ارزیابی به عمل آمد و بعد از گذشت ۳ ماه از آخرین جلسه آموزش نیز دوباره اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند و نمرات به عنوان مطالعه پیگیری برای تجزیه و تحلیل آماده شد. ضمناً پس از اینکه در زمان مطالعه پیگیری، سومین (آخرین) مرحله ارزیابی صورت گرفت، آموزش فرزندپروری مبتنی بر اکت به عنوان روش مؤثرتر طی ۲ جلسه فشرده به مادران گروه کنترل ارائه شد.

برای تحلیل داده‌های حاصل از ابزارهای پژوهش، از آمار توصیفی و استنباطی به تناسب برای ارائه نتایج استفاده شد. تحلیل‌های آماری مربوط با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی *Statistical Package for Social Science (SPSS)* نسخه ۲۲ انجام شد. شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شده شامل، فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد بود. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش نیز از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی یک عامل و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

از لحاظ جنسیت، در گروه‌های فرزندپروری مبتنی بر اکت، فرزنددرمانی و کنترل، پسران به ترتیب با ۸۱/۲۵، ۷۵/۰۰ و ۷۵/۰۰ درصد بیشترین فراوانی را دارا بودند. مادران سن ۳۰ تا ۳۹ سال با ۶۸/۷۵، ۷۵/۰۰ و ۶۲/۵۰ درصد بالاترین میزان فراوانی را به خود اختصاص دادند. در هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل مادران دارای تحصیلات دانشگاهی به ترتیب با ۵۶/۲۵، ۵۰/۰۰ و ۵۰/۰۰ درصد دارای بیشترین فراوانی بودند.

(Aghie et al. 2011). پایایی زیرمقیاس نافرمانی مقابله‌ای پرسشنامه در یک مطالعه نسبتاً گسترده در ایران برابر با ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین ضریب همبستگی سؤال‌های پرسشنامه با نمره کل آن بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۳ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی (روایی سازه) نشان داد مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV یک مقیاس چندبعدی است (نقص توجه، بیش‌فعالی/ تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای) که ۰/۳۷ واریانس را تبیین می‌نماید. ضریب پایایی کل ۰/۸۹، زیر مقیاس نافرمانی مقابله‌ای ۰/۸۰ محاسبه شد (Aghaei et al. 2011). در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ روی یک نمونه مقدماتی برابر با ۰/۷۸ و همبستگی زیرمقیاس نافرمانی مقابله‌ای با زیرمقیاس پرخاشگری پرسشنامه مشکلات رفتاری (Rotter 1966) ۰/۷۱ به دست آمد. یک نمونه از گویه‌های این پرسشنامه عبارت است از: «نادیده گرفتن ناراحتی و دلخوری دیگران».

**پرسشنامه رضایت از زندگی Satisfaction with Life (Scale):** برای بررسی وضعیت رضایت از زندگی مادران از پرسشنامه رضایت از زندگی (Diener et al. 1985) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۵ سؤال است که به صورت ۷ سطحی نمره‌گذاری می‌شود (از ۱ تا ۷) و هرقدر نمره فرد بالاتر باشد بیانگر آن است که رضایت‌مندی بیشتری از زندگی دارد. بدین ترتیب حداقل نمره‌ای که فرد به دست می‌آورد ۵ و حداکثر ۳۵ است. (Diener et al. 1985) پایایی پرسشنامه را ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در مطالعات داخلی پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ و به وسیله روش بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش شده است (Sheikhi et al. 2010). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ روی یک نمونه مقدماتی برابر با ۰/۸۹ و همچنین روایی هم‌زمان آن با زیرمقیاس‌های سازگاری عاطفی و سازگاری در خانه مربوط به پرسشنامه سازگاری (Bell 1960)، ۰/۶۹ به دست آمد. یک نمونه از گویه‌های این پرسشنامه عبارت است از: «آیا غالباً دچار افسردگی و غمگینی می‌شوید».

**مصاحبه بالینی کوتاه ساختاریافته:** با استفاده از یک مصاحبه بالینی کوتاه ساختاریافته بر اساس DSM-5 (APA 2015) ملاک‌های لازم برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان بررسی شد.

جدول (۱) خلاصه جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و با رهبرگروه/ ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری/ بیان خلاصه‌ای از مراحل شکل‌گیری و علت انتخاب آنان/ تعیین اهداف گروه/ بیان قوانین گروه/ تشریح نحوه تشکیل جلسات و زمان جلسات بعدی/ معرفی مهمترین عواملی که باعث بروز اختلال‌های رفتاری و از جمله نافرمانی مقابله‌ای.
جلسه دوم	مروری بر تکالیف خانگی انجام شده/ معرفی و توضیح مؤثرترین شیوه تربیت فرزند (سبک فرزندپروری عاشقانه) با ارائه مثال/ مرور کلی جلسه و جمع‌بندی مطالب/ تکالیف خانگی مبنی بر اینکه چه عواملی اجازه نداده شما مادر عاشقی باشید. سپس آنها را در کاربرد مربوط یادداشت کنید.
جلسه سوم	مروری بر تکالیف خانگی انجام شده/ شناخت موانع فکری، احساسی، رفتاری در سبک فرزندپروری عاشقانه/ ارائه تعریف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مرور کلی جلسه و جمع‌بندی مطالب/ تکالیف خانگی مبنی بر اینکه فکر کنید و نتیجه‌گیری کنید که شما دارای کدام یک از سبک‌های فرزندپروری هستید؟/ (احساسی، منطقی و عاشق) و یا ترکیبی از اینها/ اگر هستید در کاربرد مربوط یادداشت کنید.
جلسه چهارم	مروری بر تکالیف خانگی انجام شده/ بیان شش ضلعی مربوط به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد/ بیان ویژگی‌های والد عاشق/ ارائه توضیح در مورد دنیای درون و دنیای بیرون، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های فرزندپروری/ مرور کلی جلسه و جمع‌بندی مطالب/ تکالیف خانگی مبنی بر اینکه به افکار و احساسات آزاددهنده خود (از ۱ تا ۵) نمره بدهید مثلاً «غم، وقتی که این افکار می‌آیند چقدر روی عملکرد شما تأثیر می‌گذارند (از ۱ تا ۵) نمره بدهید، چقدر از افکارتان آزادید؟
جلسه پنجم	مروری بر تکالیف خانگی انجام شده/ آموزش فنون فرزندپروری و تمرین ذهن‌آگاهی/ ارائه توضیح در مورد تأثیر فنون فرزندپروری بر سبک‌های فرزندپروری/ کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آنها از طریق پذیرش با استفاده از استعاره میهمان/ ارائه توضیح در مورد نحوه اصلاح روابط والد - فرزند با استفاده از استعاره تخم‌مرغ و کامپیوتر/ تماس با لحظه اکنون، تجربه کردن اینجا و اکنون، با گشودگی علاقه/ در تکالیف خانگی مبنی بر اینکه شما چه ایرادهایی در خود می‌یابید؟ آیا می‌توانید خود را اصلاح کنید؟
جلسه ششم	مروری بر تکالیف خانگی انجام شده/ ادامه آموزش فنون فرزندپروری/ بیان اشکالات والدین در به کار بستن فنون فرزندپروری/ ارائه توضیح در مورد رفتارهای درون‌ریز و برون‌ریز و تأثیر آن بر رفتار فرزندان/ ارائه توضیح در مورد مؤلفه‌های رفتار با استفاده از استعاره کشتی و جزیره.
جلسه هفتم	مروری بر تکالیف انجام شده/ ارائه توضیح در مورد خود مشاهده‌گر و توضیح مفاهیم متن در زمینه، مشاهده خود به عنوان یک بسته و برقراری تماس با خود با استفاده از استعاره شطرنج/ آموزش مراحل اصلی در برطرف کردن موانعی که بر سبک‌های فرزندپروری تأثیر دارند با استفاده از استعاره تشییع جنازه/ تکالیف خانگی مبنی بر اینکه دوست دارید چگونه مادری باشید؟
جلسه هشتم	مروری بر تکالیف انجام شده/ آموزش فنون مقابله با کودک بدقلق و نافرمان/ ارائه توضیح در مورد تأثیر فنون بر سبک‌های فرزندپروری و کاهش اختلال‌های رفتاری، تأکید بر کاربرد دست‌آوردهای برنامه آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی/ اجرای پس‌آزمون/ قدردانی از اعضا به دلیل همکاری/ اعلام تاریخ و یادآوری جلسه انجام پیگیری سه ماهه.

جدول (۲) خلاصه جلسات آموزشی فرزنددرمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	والدین به معرفی خود و خانواده‌هایشان و شرح ویژگی‌های فرزند خود پرداختند/ اهداف درمانی توسط درمانگر شرح داده شد/ تأکید آموزش در این جلسه بر پیدایش حساسیت درباره فرزندان و دادن پاسخ همدلانه بود. جلسه با دادن تکلیفی درباره آشنایی و شناخت هیجان‌های کودک و دادن پاسخ‌های انعکاسی پایان یافت.
جلسه دوم	در این جلسه تمرکز درمانگر بر روی آماده کردن والدین در برگزاری اولین جلسه بازی در منزل بود. سپس با مرور جلسه قبلی، پاسخ همدلانه را از طریق ایفای نقش و نمایش با جزئیات بیشتری آموزش داد، به طور کلی در این جلسه اصول عمده بازی‌درمانگری والدینی به والدین آموزش داده شد. والدین به اتاق بازی رفتند تا با فضای آن آشنا شوند. فهرستی از اسباب‌بازی‌های مورد نیاز به والدین ارائه شد. زمان و مکان مناسب برای برگزاری جلسات بازی در خانه توسط والدین انتخاب شد.
جلسه سوم	والدین نخستین جلسه بازی برگزار شده و مشکلاتی را که با آن برخورد کرده‌اند برای درمانگر شرح دادند. با مرور تکالیف جلسات قبل، در این جلسه بایدها و نبایدهای بازی به والدین آموزش داده شد. به علاوه والدین آموختند که چگونه پس از هر جلسه بازی به نوشتن شرح آن جلسه بپردازند.
جلسه چهارم	این جلسه با مرور تکالیف جلسه قبل، گزارش والدین از جلسات بازی و نشان دادن یکی از فیلم‌های والدین و نقد و بررسی آن شروع شد. همچنین چرایی و چگونگی تعیین حد و مرزها و اجرای آن کامل‌تر از جلسات قبل آموزش داده شد.
جلسه پنجم	گزارش جلسات بازی و فیلم‌های والدین با پیشنهادها و راهنمای‌های درمانگر همراه شد، تمرکز آموزش در این جلسه بر چرایی اهمیت حق انتخاب دادن به کودک و چگونگی اعمال این روش برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان بود. این روش مکمل روش محدودیت گذاشتن است که در جلسات قبل آموزش داده شد.
جلسه ششم	در این جلسه افراد گروه به نقد و بررسی بازی والدین با یکدیگر، به‌خصوص در مورد مهارت‌های حق انتخاب دادن و محروم کردن پرداختند. آموزش اصلی در این جلسه بر اهمیت اعتماد به نفس و چگونگی ایجاد و افزایش اعتماد به نفس در کودک متمرکز بود.
جلسه هفتم	با بررسی و مرور تکالیف جلسه قبل، روش ترغیب کردن به جای تحسین کردن به علاوه محدودیت دادن به صورت پیشرفته با کمک تکنیک حق انتخاب آموزش داده شد. والدین موقعیت‌های مختلف را با تمرکز بر آموزش جدید ایفای نقش کردند. تکالیف جلسه تعیین شد.
جلسه هشتم	گزارش کلی جلسات بازی از والدین دریافت شد. درمانگر اصول بازی‌درمانی به روش فرزنددرمانی را مرور کرده و والدین ارزیابی خود را در مورد این تجربه و نحوه تغییر خود، فرزندان‌شان و تغییر سایر والدین را با یکدیگر در میان گذاشتند. به علاوه تشویق شدند تا نقش خود را بپذیرند و جلسات بازی را با کودک خود ادامه دهند.

## یافته‌ها

در جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مربوط به نافرمانی مقابله‌ای کودکان و رضایت از زندگی مادران در سه مرحله انجام پژوهش ارائه شده است.



جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان و رضایت از زندگی مادران در مراحل مختلف پژوهش

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش (۱)		گروه آزمایش (۲)		گروه کنترل
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
نافرمانی مقابله‌ای کودکان	پیش‌آزمون	۲/۰۶	۱۶/۴۳	۱/۵۵	۱۵/۱۸	۱/۶۹
	پس‌آزمون	۲/۵۹	۸/۷۵	۱/۴۲	۹/۸۱	۱/۳۵
	پیگیری	۲/۰۸	۸/۶۸	۱/۷۳	۸/۹۳	۱/۶۸
رضایت از زندگی مادران	پیش‌آزمون	۲/۹۶	۱۶/۳۱	۳/۵۴	۱۶/۵۰	۳/۳۹
	پس‌آزمون	۲/۹۷	۲۲/۹۳	۳/۴۶	۱۸/۸۷	۳/۴۸
	پیگیری	۲/۹۳	۲۱/۷۵	۳/۷۱	۱۸/۳۱	۲/۹۷

نتایج آزمون ام‌باکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های کواریانس نمرات مربوط به نافرمانی مقابله‌ای به صورت  $(Box's M = 9813/46, F = 1/52, P = 0/108)$  به دست آمد که چون سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از سطح معناداری پیش‌فرض به میزان  $0/05$  بود، نتیجه‌گیری شد که ماتریس‌های کواریانس میانگین نمرات با یکدیگر برابرند و کاربرد تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مجاز است. نتایج آزمون کرویت موشلی نیز به صورت  $(P = 0/120)$  و  $(MW = 0/908)$  به دست آمد. همچنین نتایج آزمون لوین برای سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان اندازه‌گیری نیز اینگونه به دست آمد: مرحله پیش‌آزمون  $(F = 0/754)$  و  $(P = 0/476)$ ، مرحله پس‌آزمون  $(F = 0/3/405)$  و  $(P = 0/058)$  و مرحله پیگیری  $(F = 0/155)$  و  $(P = 0/857)$  که در هر سه مرحله، بزرگ‌تر از سطح  $0/05$  است و نشان می‌دهد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در هر سه مرحله برقرار است و کاربرد تحلیل واریانس بین‌آزمودنی مجاز است.

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌گردد، میانگین و انحراف استاندارد نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان و رضایت از زندگی مادران در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی با یکدیگر نداشته‌اند؛ ولی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت به وجود آمده است به طوری که میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش و میانگین نمرات رضایت از زندگی مادران گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش نشان می‌دهد.

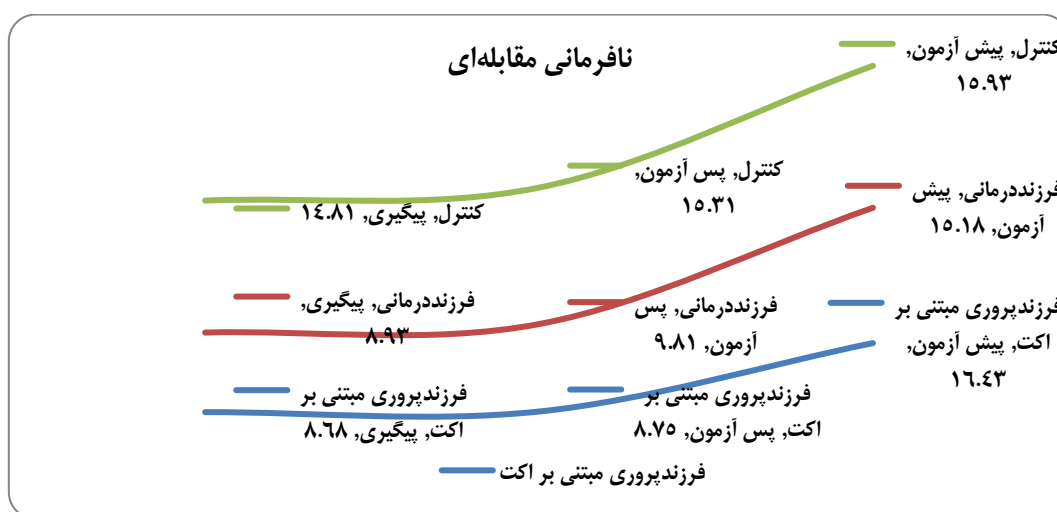
نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف بزرگ‌تر از  $0/05$  بود که بیانگر آن است که توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال است؛ بدین ترتیب پیش‌شرط نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی یک عامل استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول (۴) نتایج حاصل از اثرات درون و بین‌آزمودنی مربوط به میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان و رضایت از زندگی

مادران							
ضرب‌اتا	سطح معناداری	F مقدار	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع	
۰/۷۷۷	۰/۰۰۱	۱۵۶/۸۰	۴۰۴/۴۲	۲	۸۰۸/۸۴	زمان اندازه‌گیری	اثرات درون‌آزمودنی
۰/۵۵۱	۰/۰۰۱	۲۷/۶۲	۷۱/۲۵	۴	۲۸۵/۰۲	زمان * گروه	
۰/۴۰۷	۰/۰۰۱	۳۰/۹۱	۱۸۰/۷۵	۱/۳۷	۲۴۷/۷۶	زمان اندازه‌گیری	
۰/۳۵۸	۰/۰۰۱	۱۲/۵۳	۷۳/۲۹	۲/۷۴	۲۰۰/۹۴	زمان * گروه	
۰/۵۹۲	۰/۰۰۱	۵۰/۴۷	۲۵۰/۰۵	۲	۵۰۰/۰۱	گروه	اثرات بین‌آزمودنی
۰/۳۰۴	۰/۰۰۱	۹/۸۳	۲۳۹/۲۱	۲	۴۷۸/۴۳	گروه	

مقابله‌ای کودکان و رضایت مادران مؤثر بوده است ( $P < ۰/۰۱$ ). ضرب‌اتا در میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان برابر با ۰/۵۹۲ و برای رضایت مادران ۰/۳۰۴ به دست آمده که بیانگر آن است که بیش از ۵۹ درصد تغییرات ایجاد در نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان و بیش از ۳۰ درصد تغییرات ایجاد شده در نمرات رضایت مادران ناشی از ارائه مداخلات بوده است. ضمناً برای مقایسه زوجی بین میانگین نمره‌های گروه‌های مختلف از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که خلاصه نتایج آن در نمودارهای (۱) و (۲) ارائه شده است.

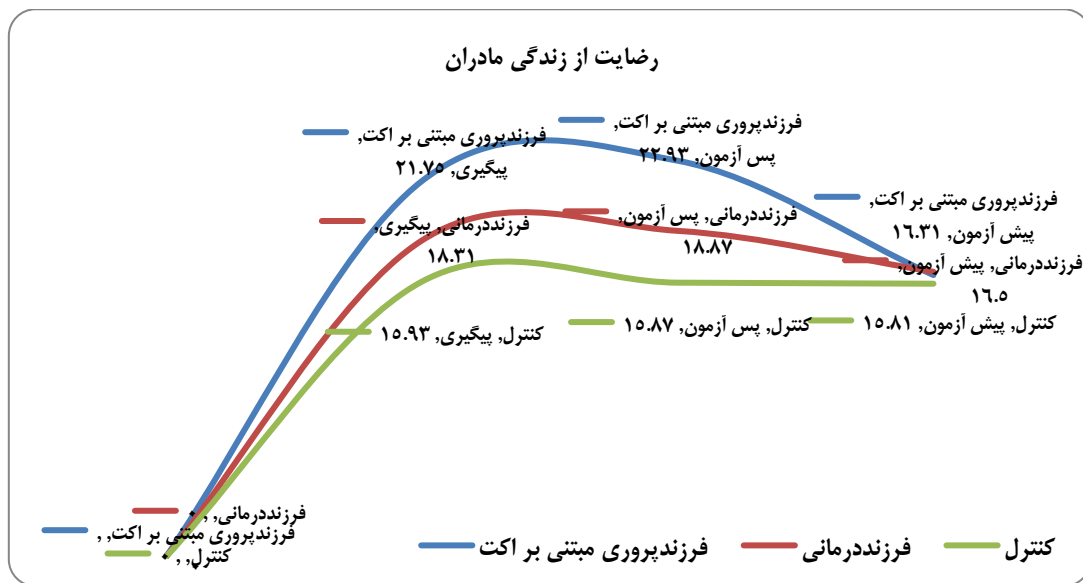
نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان و رضایت مادران در گروه‌های آزمایش و کنترل طی مراحل مختلف اندازه‌گیری و تعامل زمان با گروه با یکدیگر تفاوت معنادار داشته‌اند ( $P < ۰/۰۱$ ). ضرب‌اتا به دست آمده نیز به ترتیب برابر با ۰/۷۷۷ و ۰/۴۰۷ است که بیانگر آن است که حدود ۷۸ درصد تغییرات در نمرات نافرمانی مقابله‌ای و بیش از ۴۰ درصد تغییرات در رضایت مادران در طول زمان مربوط به ارائه مداخلات است. همچنین نتایج حاصل از اثرات بین‌آزمودنی نیز نشان می‌دهد که مداخلات ارائه شده بر روی تغییر نمرات نافرمانی



نمودار (۱). مقایسه نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان در سه مرحله پژوهش

فرزنددرمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته ( $P < 0/01$ ) و فرضیه (۲) تأیید می‌شود. در عین حال، در هیچ یک از مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری مبتنی بر اکت با فرزنددرمانی تفاوت معناداری وجود نداشته است ( $P > 0/01$ )، بنابراین فرضیه (۳) نیز تأیید می‌شود.

همان‌طور که نمودار (۱) نشان می‌دهد، میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته است ( $P > 0/01$ ). در حالیکه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری مبتنی بر اکت با گروه کنترل تفاوت معنادار به وجود آمد ( $P < 0/01$ )، بدین ترتیب فرضیه (۱) تأیید می‌شود. همچنین در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه



نمودار (۲). مقایسه نمرات رضایت از زندگی مادران در سه مرحله پژوهش

بدین ترتیب فرضیه (۶) که بیان داشته است اثربخشی دو روش مداخله بر روی افزایش رضایت مادران یکسان است، مورد تأیید قرار نمی‌گیرد و رد می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی و افزایش رضایت از زندگی مادرانشان بود. بدین ترتیب از بین مادرانی که دارای کودک نافرمان بودند، ۴۸ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند و طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط پرسشنامه‌های نافرمانی مقابله‌ای (Swanson et al. 2001) و

در نمودار (۲) مشخص شد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمرات رضایت از زندگی مادران سه گروه آزمایش و کنترل وجود نداشته است ( $P > 0/01$ ). در حالی که هم در مرحله پس‌آزمون و هم پیگیری بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری مبتنی بر اکت با گروه کنترل تفاوت معنادار به وجود آمده است ( $P < 0/01$ )؛ بنابراین فرضیه (۴) پژوهش تأیید می‌شود. این در حالی است که نه در مرحله پس‌آزمون و نه در مرحله پیگیری بین گروه فرزنددرمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشته است ( $P > 0/01$ )؛ بنابراین فرضیه (۵) تأیید نمی‌شود. از سوی دیگر، هم در مرحله پس‌آزمون و هم مرحله پیگیری بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری مبتنی بر اکت با فرزنددرمانی تفاوت معناداری وجود داشته است ( $P < 0/05$ )؛

کاهش محدودیت‌ها و افزایش حق انتخاب‌ها نسبت داده می‌شود (Chau, Landreth 1997).

نمودار (۱) که از مقایسه زوجی میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان حاصل شده نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای دو گروه آزمایش و گروه کنترل وجود نداشته است ( $P > 0/01$ ) در حالی که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری مبتنی بر اکت با گروه کنترل تفاوت معناداری به وجود آمد ( $P < 0/01$ ) و نتیجه‌گیری شد که فرزندپروری مبتنی بر اکت موجب کاهش میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان شده و بدین ترتیب فرضیه (۱) مورد تأیید قرار گرفت. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Salimi, Yosefi (2017)، (Flujas-Contrerasa, Gomezb (2018) و (Gould et al. 2018) تا حدودی همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که در روش مداخله‌ای فرزندپروری مبتنی بر اکت، همزمان سبک‌های فرزندپروری مؤثر و نه - درست یا غلط - به مادران آموزش داده شد و در عین حال، اجتناب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری که مانع اجرای سبک فرزندپروری مؤثرند در قالب رویکرد پذیرش و تعهد مورد توجه قرار گرفت؛ بنابراین قابل انتظار و پیش‌بینی است که این روش بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای کودکان مؤثر باشد؛ زیرا در روش‌های فرزندپروری غیرمؤثر اعم از منطقی یا هیجانی (سهل‌گیرانه)، مادران مشکل نافرمانی را ساده گرفته و باعث می‌شوند تا نافرمانی و لجبازی و مقابله کودک تقویت گردد و در روش مستبدانه نیز به علت بی‌توجهی به حقوق کودک و استفاده از روش تنبیه باعث افزایش نافرمانی کودک در بلندمدت می‌گردند (Coyne et al. 2011). این در حالی است که در روش فرزندپروری مبتنی بر اکت، مادران دست از کنترل برمی‌دارند و صرفاً روی رفتارهای ارزشمند و مؤثر که روی کودک‌شان تأثیرگذارند متمرکز می‌شوند (Salimi, Yosefi 2017). در واقع، استفاده از روش فرزندپروری عاشقانه که مبتنی بر پذیرش و تعهد است باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مادران می‌شود، به گونه‌ای که آنها افکارشان را فقط فکر و احساسات خود را صرفاً احساس می‌دانند و

رضایت از زندگی (Diener et al. 1985) مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج به دست آمده از جدول (۴) نشان داد که میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان و رضایت از زندگی مادران در گروه‌های آزمایش و کنترل طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه با یکدیگر تفاوت معناداری پیدا کرده‌اند ( $P < 0/01$ ). همچنین نتایج به دست آمده از اثرات بین‌آزمودنی نیز بیانگر آن بود که فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی بر کاهش میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان و بهبود رضایت از زندگی مادران مؤثر بوده‌اند ( $P < 0/01$ ). ضریب اتا نیز نشان داد که بیش از ۵۹ درصد تغییرات ایجاد شده در نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان و بیش از ۳۰ درصد تغییرات ایجاد شده در نمرات رضایت مادران ناشی از ارائه این مداخلات بوده است؛ بنابراین نتیجه‌گیری شد که ارائه روش‌های مختلف مداخله - فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی - بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای کودکان و بهبود رضایت از زندگی مادران مؤثر واقع شده است. این یافته با نتایج اغلب پژوهش‌ها که نشان داده‌اند روش‌های مداخله‌ای و آموزشی بر روی والدین می‌تواند باعث کاهش مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان شود، همسویی دارد. از جمله با نتایج پژوهش‌های (Faghihi, Kajbaf (2017)، (Salimi, Yousefi (2017)، (Hassanzadeh, Sanders et al. (2016) et al. (2015) و (Adili et al. (2015) و (Sanders et al. (2014) همسویی دارند. در واقع، (Sanders et al. (2014) در مطالعه فراتحلیلی خود روی ۱۱۶ مورد مطالعه نشان دادند، روش‌های آموزش فرزندپروری مبتنی بر تعامل کودک - والد اعم از سنتی و مدرن به لحاظ اینکه می‌توانند بر بهبود و رشد جنبه‌های رفتاری و اجتماعی کودکان تأثیر بگذارند، از ظرفیت لازم برای بهبود مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان و بهبود تعامل کودک - والد برخوردارند. در واقع، می‌توان تأثیر این دو روش مداخله را به محتوا و ساختار بسیار مناسب و قوی آنها نسبت داد. این ساختار قوی در فرزندپروری مبتنی بر اکت به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (Coyne et al. (2011) و در فرزنددرمانی بر بهبود رابطه کودک - مادر از طریق کاهش تعارضات و چرخه‌های منفی،

کاهش میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای کودکان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به یک میزان بوده و تفاوت معناداری بین اثربخشی آنها وجود نداشته است ( $P > 0/05$ ). این یافته با نتیجه مطالعه فراتحلیل Sanders et al. (2014) که نشان دادند آموزش فرزندپروری مبتنی بر تعامل کودک - والد اعم از سنتی و مدرن به لحاظ اینکه می‌توانند بر بهبود و رشد جنبه‌های رفتاری و اجتماعی کودکان تأثیر بگذارند، از ظرفیت لازم برای بهبود مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان برخوردارند، همسویی دارد. هرچند دو روش مداخله به کار رفته از مکانیزم‌های متفاوتی برای تأثیر روی رفتارهای والدین استفاده می‌کنند، ولی هر دو باعث افزایش پذیرش مادر نسبت به رفتارهای مقابله‌ای کودک می‌شوند و از این طریق چرخه‌های منفی ایجادشده را در هم می‌شکنند (Coyne, Murrell 2009).

از سوی دیگر، نتایج حاصل از اثرات درون و بین‌آزمودنی در جدول (۴) نشان داد که ارائه مداخلات بر روی افزایش رضایت از زندگی مادران مؤثر بوده است ( $P < 0/01$ ). ضریب اتا نیز نشان داد که بیش از ۳۰ درصد تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات رضایت از زندگی مادران گروه‌های آزمایش مربوط به ارائه مداخلات بوده است. به طور کلی این یافته با نتایج پژوهش‌های Alivandi- و Tayyabi (2010)، Hasanzadeh et al. (2015) و Vafaa, Hj Ismail (2010) همسویی دارد. در واقع، رابطه بین والدین و کودکان یک رابطه دوسویه است که هر کدام روی دیگری اثر می‌گذارند (Kashdan et al. 2002)؛ بنابراین وقتی مادر به صورت مؤثرتری کودک خود را می‌پذیرد یا با همدلی محدودیت‌های او را کاهش می‌دهد، منجر به کاهش رفتارهای مقابله‌ای کودک و متقابلاً باعث افزایش رضایت از زندگی مادر می‌شود.

در همین راستا، نمودار (۲) که از مقایسه زوجی میانگین نمرات رضایت از زندگی مادران در گروه‌های مختلف پژوهش حاصل شده نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه فرزندپروری مبتنی بر اکت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل به صورت معناداری بیشتر بوده است ( $P > 0/01$ )؛ بنابراین فرضیه (۴) مورد تأیید قرار گرفت. این

رو به سرزندگی و زندگی غنی برای خودشان و تعامل با فرزندان‌شان قدم برمی‌دارند (Coyne, Murrell 2009).

همچنین نتایج در نمودار (۱) نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای گروه فرزنددرمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری به وجود آمده است ( $P < 0/01$ )؛ بنابراین نتیجه‌گیری شد که فرزنددرمانی بر کاهش میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بوده و فرضیه (۲) مورد تأیید قرار گرفت. این یافته با نتایج پژوهش‌های Adili et al., Abbasi, Neshatdoost (2013) و Jennifer Alivandi-Vafaa, Hj Ismail (2010) (2015)، همسویی دارند. (2012)

در واقع، همان‌طور که Sanders et al. (2014) نیز اشاره کرده‌اند، آموزش والدین در قالب بهبود رابطه کودک - والد موجب کاهش مشکلات هیجانی - رفتاری کودکان می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از طریق آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و حتی برخی اوقات فراتر از درمانگر برای حل و فصل مشکلات هیجانی - رفتاری فرزندان و بهبود فضای ارتباطی و تعاملی خانواده گام بردارند (Lieberman et al. 2005). در واقع، در خلال فرزنددرمانی با توجه به اینکه کودک اجازه پیدا می‌کند با نظارت مادرش صرفاً به کشف خود دست پیدا کند و از طرف دیگر مادر می‌داند که صرفاً نقش یک ناظر را ایفا می‌کند تا نقش یک کنترل‌گر را؛ بنابراین رابطه دوسویه والد - کودک اصلاح می‌شود (Bratton et al. 2005). در واقع، فرزنددرمانی بر شناسایی احساسات کودک اعم از غم، شادی، خشم و ترس تأکید زیادی می‌کند و در نتیجه احساس اعتماد، امنیت و نزدیکی بین والدین و کودک ایجاد می‌گردد و احساس لذت و خوشی افزایش می‌یابد (Landreth, Bratton 2006). همچنین برخورد مادر با کودک که قبلاً از جنس عدم پذیرش و به صورت انتقادگر بود رفته رفته به یک برخورد کلامی و غیرکلامی همدلانه تبدیل می‌شود و به این ترتیب، چرخه تعارض بین والد - کودک شکسته می‌شود و به یک الگوی ارتباطی سالم تبدیل می‌شود (Adili et al. 2015).

در عین حال، نمودار (۱) بیانگر آن است که میزان اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر اکت با فرزنددرمانی در

علاوه بر این، نمودار (۲) نشان داد که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین نمرات رضایت از زندگی گروه فرزندپروری مبتنی بر اکت به صورت معناداری بیشتر از گروه فرزنددرمانی بود ( $P < 0/05$ )؛ بنابراین فرضیه (۶) پژوهش که بیان داشته دو روش مداخله به یک اندازه بر افزایش رضایت از زندگی مادران مؤثرند، تأیید نمی‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Hassanzadeh, et al. (2015) که نشان دادند، آموزش تعامل والد - کودک موجب کاهش استرس مادران می‌شود و همچنین مطالعه Pourheidari et al. (2017) که اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت را بر روی بهبود رابطه بین والدین و فرزندان بیش از فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی گزارش کردند در تضاد قرار دارد. در عین حال، یافته این پژوهش با نتایج پژوهش‌های (2015) Ahmadi, Blackledge, Hayes (2006), Brown, et al. و (2015) Raftery-Helmera et al. و (2018) Contrerasa Gomez که اثربخشی و کارایی مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد را نسبت به سایر روش‌های مداخله‌ای برتر می‌دانند، همسویی دارد. در واقع، با وجود اینکه هر دو روش مداخله، موجب کاهش رفتارهای مقابله‌ای کودکان شدند که بر اساس پیشینه نظری و پژوهشی موضوع این امر می‌تواند موجب شکسته شدن چرخه‌های تعارض و بهبود رابطه و تعامل کودک - مادر شود؛ ولی به نظر می‌رسد رضایت از زندگی مادران به مسایلی فراتر از این چرخه تعارض و تعامل بستگی دارد؛ بنابراین می‌توان این احتمال را مطرح کرد که روش فرزندپروری مبتنی بر اکت علاوه بر اصلاح این چرخه‌ها توانسته است از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که به کمک فرایندهای زیربنایی اکت مانند ارتباط با زمان حال، پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، شناسایی ارزش‌ها و تعهد نسبت به ارزش‌ها به وجود آمده، درگیری‌ها و کشمکش‌های درونی مادران را نسبت به دنیای درون خود یا تلاش برای تغییر مستقیم فرزندان را کاهش دهد و به این ترتیب با حرکت مادر به سمت سرزندگی و زندگی غنی که از طریق عمل به ارزش‌ها به وجود می‌آید، رضایت خود را از زندگی افزایش دهند (Coyne, et al. 2011). در واقع، در خلال ارائه آموزش

یافته با نتایج پژوهش‌های (Raftery-Helmera et al. 2016) همسویی دارد. همان‌طور که قبلاً نیز گفته شد، در جریان مداخلات فرزندپروری مبتنی بر اکت، مادر با پذیرش افکار و احساسات خود نسبت به فرزند و رابطه‌اش با وی، دست از کنترل افکار و احساسات برمی‌دارد و از این طریق رفتارهای مقابله‌ای کودک خود را می‌پذیرد که این موضوع به نوبه خود باعث کاهش چنین رفتارهایی در کودک می‌شود (نتایج حاصل از فرضیه ۱)، و در ادامه چرخه‌های معیوب و منفی تعاملی شروع به شکسته شدن می‌کنند که این مسأله نیز افزایش رضایت مادر از رابطه با کودک را به همراه دارد که در نهایت منجر به افزایش رضایت مادر از زندگی می‌شود.

همچنین نمودار (۲) نشان داد که ارائه فرزنددرمانی نه در مرحله پس‌آزمون و نه در مرحله پیگیری منجر به افزایش میانگین نمرات رضایت از زندگی مادران نشد و بین نمرات آنها با گروه کنترل تفاوت معناداری به وجود نیامد ( $P > 0/05$ ) و بدین ترتیب فرضیه (۵) مورد تأیید قرار نگرفت. این یافته با نتایج پژوهش‌های (2016) Hasanzadeh et al. مبنی بر تأثیر فرزنددرمانی بر بهبود استرس والدینی و تعامل والد - کودک، (2011) Tayyebi مبنی بر افزایش میزان پذیرندگی و کاهش عدم پذیرندگی و (2012) Jennifer مبنی بر بهبود رابطه بین پدر و مادر تا حدودی در تضاد قرار می‌گیرد. با وجود اینکه میانگین نمرات رضایت از زندگی در گروه فرزنددرمانی از ۱۶/۵۰ در مرحله پیش‌آزمون به ۱۸/۸۷ در مرحله پس‌آزمون افزایش پیدا کرد، ولی این افزایش از معنی‌داری لازم برخوردار نبود. در واقع، انتظار می‌رفت که در اثر ارائه فرزنددرمانی، چرخه‌های تعارضی مادر - کودک شکسته شود و از این طریق در رابطه آنها بهبود حاصل شود و بهبود در رابطه و تعامل نیز رضایت از زندگی مادران را به همراه داشته باشد؛ ولی به هر حال، این انتظار و پیش‌بینی عملی نشد و رضایت مادران بهبود معناداری پیدا نکرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رضایت از زندگی مادران یک موضوع چندبعدی است که فقط به رابطه کودک و مادر محدود نمی‌شود و برای بهبود آن باید مجموعه‌ای از عوامل روان‌شناختی، خانوادگی، اجتماعی و ارتباطی در درون و بیرون خانه تغییر کند (Diener et al. 1985).

### منابع

- Abbasi, M., & Neshatdoost, H. (2013). The effectiveness of child interaction therapy on reducing the symptoms of confrontational disobedience disorder. *Journal of Clinical Psychology, 5* (3), 59-67. [Persian]
- Adili, Sh., Kalantari, M., & Abedi, Ahmad. (2015). The effect of play therapy in the branch method on social-emotional skills of preschool girls aged 5 to 6 years in Isfahan. *Journal of Clinical Psychology and Personality, 13* (2), 97-104. [Persian]
- Aghaei, A., Abedi, A., & Mohamadi, E. (2011). A study of psychometric characteristics of SNAP-IV rating scale (parent form) in elementary school students in Isfahan. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences, 1*(1), 43-58. [Persian]
- Ahmadi, S. (2015). *The effectiveness of parenting program based on acceptance and commitment on parenting styles, psychological flexibility of parents, source of control and social skills of primary school girls in Khorramabad*. Master Thesis, Islamic Azad University, Isfahan Branch. [Persian]
- Alivandi-Vafaa, M., & Hj Ismail, K. (2010). Parents as agents of change: what filial therapy has to offer. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 5*, 2165-2173. [Persian]
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (5th edn, text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Azimifar, Sh., Jazayeri, R., Fatehizadeh, M., & Abedi, A. (2017). Evaluating the effect of parental management education and parenting education with therapeutic approach focused on acceptance and commitment in the mother-child relationship Mothers of children with externalized behavioral problems. *Family Counseling and Psychotherapy, 7* (2), 99-122. [Persian]
- Barlow, D. H. & Durand, M. V. (2015). *Abnormal Psychology* (10 th), Williams & Willkins Ltd.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy, 28*(1), 1-18.
- فرزندپروری مبتنی بر اکت، به مادران آموزش داده شد که چگونه باورهای اجتنابی خود را رها کنند و به جای تلاش برای کنترل، آنها را بپذیرند. اگرچه اجتناب تجربه‌ای در کوتاه‌مدت اثری کاهنده در تجارب ناخوش‌آیند دارد؛ ولی در بلندمدت اثرات مخرب زیادی دارد و می‌تواند به عدم انعطاف‌پذیری و نقص کارکردی منجر شود؛ بنابراین در خلال فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، مادران تشویق شدند تا رفتارشان را بر اساس اینکه آیا راهبردها و رفتارهایی که به کار می‌برند موفقیت‌آمیز، مؤثر و مفیدند یا آنها را غیرمؤثر ارزیابی کنند (Hayes et al. 2006).
- انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود که از آن جمله می‌توان این موارد را نام برد: کمبود پژوهشی در مورد مقایسه فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی که امکان مقایسه تحلیلی را میسر نکرد. با وجود اینکه برای ورود افراد در جریان پژوهش از یک مصاحبه بالینی کوتاه استفاده شد و طی آن احتمال وجود اختلالات شدید روان‌پزشکی در مورد مادر و کودک مورد بررسی قرار گرفت، ولی امکان بررسی اختلالات شخصیتی میسر نشد که این موضوع ممکن است روی نتایج درمان تأثیر گذاشته باشد؛ بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط کامل صورت پذیرد. پروتکل‌های فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند، هرچند به صورت تلفیقی و مبتنی بر پژوهش‌های مختلف بود، ولی به هر حال، عمدتاً از تکنیک‌های کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی برای کودکان بهنجار استفاده شده بود و برای کودکانی که دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند به صورت تخصصی طرح‌ریزی نشده‌اند؛ بنابراین لازم است که در پژوهش‌های آتی از یک پروتکل اختصاصی‌تر برای کار با کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده شود. با توجه به اینکه نمرات رضایت از زندگی مادران در مرحله پیگیری، اندکی کاهش پیدا کرد، به نظر می‌رسد مطالعه پیگیری سه ماهه برای اطمینان از پایداری نتایج کافی نباشد و نیاز است مطالعه پیگیری با زمان طولانی‌تری انجام شود.

- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of the outcome research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390.
- Bratton, S., Landreth, G., Kellam, T., & Blackard, S. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT) Treatment Manual: A 10-Session Filial Therapy Model for Training Parents*. NY: Routledge.
- Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2015). Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following pediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 58-66.
- Brown, B. F., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2014). Improving child and parenting outcomes following paediatric acquired brain injury: a randomised controlled trial of Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(10), 1172-1183.
- Chau, I. Y. F., & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with Chinese parents: Effects on parental emphatic interactions, parental acceptance of child and parental stress. *International Journal of Play Therapy*, 6, 75-92.
- Coyne, L. W., & Murrell, A. R. (2009). *The joy of parenting: an acceptance & commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. 1st Ed. Oakland: New Harbinger Publications.
- Coyne, L. W., McHugh, L., & Martinez, E. R. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and applications with children, adolescents and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20, 379-399.
- Davidson, T. M., & Cardemil, E. V. (2009). Parent-child communication and parental involvement in Latino adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 29(1), 99-121.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 255-270.
- Faghihi, M., & Kajbaf, M. B. (2017). The effectiveness of parenting education based on acceptance and commitment to mothers on depression in children with cleft lip and palate: a single case study. *Research Family Quarterly*, 13 (1), 67-89. [Persian]
- Flujas-Contrerasa, J. M., Gomez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 29-35.
- Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 81-88.
- Hassanzadeh, S., Pourhossein, R., Sayarifard, F., & Sadat Mirtalaei, M. (2015). The effectiveness of play therapy with a branch therapy approach on parent-child interaction, parental stress and social skills of diabetic children, *9th International Congress of Psychotherapy (Asian Summit in the Context of Cultural Values. Tehran, Secretariat of the International Congress of Psychotherapy*. [Persian]
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Heflinger, C.A., & Humphreys, K.L. (2008). Identification and treatment of children with Oppositional Defiant Disorder. A case study of One state's public service system. *Psychological services*, 5, 2, 139-152.
- Jennifer, E. (2012). Strengthening Foster Parent-Adolescent Relationships through Filial Therapy. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 20(4), 427-432.
- Kaplan, H., Sadock B. (2007). *Comprehensive text book of psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kashdan, T. B., Pelham, W. E., Lang, A. R., & Hoza, B. (2002). Hope and optimism as human strengths in parents of children with externalizing disorders: Stress is in the eye of the beholder. *Social and Clinical Psychology*, 21(4), 441-468.



- Kazdin, A. E. (2007). Progress in treating children referred for severe aggressive and antisocial behavior. *New York State Psychologist Journal*, 19(5), 7-12.
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The triple P positive parenting program: A systematic review and meta-analysis of a multilevel system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 337-357.
- Kring, A., Johnson, S., Davison, G., & Neale, J. (2014). *Abnormal Psychology*. Twelfth Edition. Washington: John Wiley & Sons.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child Parent Relationship Therapy: A 10-session filial therapy model*. New York: Taylor & Francis Group.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-Parent Psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241-1248.
- Laing, S, McMahon, C., Ungerer, J., Taylor, A., Badawi, N & Spence, K. (2010). Mother– child interaction and child developmental capacities in toddlers with major birth defects requiring newborn surgery. *Early Human Development*, 86, 793–800
- Mantymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2004). Early mother–infant interaction, parental mental health and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behavior & Development*, 27, 134- 149.
- Martel, M. M. (2019). *The Clinician's guide to oppositional defiant disorder: symptoms, assessment, and treatment*. Elsevier Science.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Miranda, A., Marco, R., Grau, D. (2007). Parenting Stress in Families of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Impact of ADHD Subtype and Oppositional Defiant Disorder Comorbidity, in Thomas E. Scruggs, Margo A. Mastropieri (ed.) *International Perspectives (Advances in Learning and Behavioral Disabilities, Volume 20)* Emerald Group Publishing Limited, pp.139 – 162.
- Newland, L. A. (2015). Family well-being, parenting, and child well-being: Pathways to health adjustment. *Clinical Psychologist*, 19, 3–14.
- Knox, M., Burkhart, K., & Howe, T. (2011). Effects of the ACT raising safe kids parenting program on children's externalizing problems. *Family Relations* 60(4), 491-503.
- Pourheidari, S., Basakonjad, S., & Davoodi, A., Mehrabizadeh Honarmand, M. (2017). The effectiveness of positive parenting and mindfulness on the healthy mother-child relationship and peer relationship in families with attention deficit / hyperactivity disorder. *Journal of Applied Psychology*, 11 (1), 7-28.
- Raftery-Helmera, H. N., Moore, P. S., bLisa Coyne, L., & PalmReeda, K. (2016). Changing problematic parent–child interaction in child anxiety disorders: The promise of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5 (1), 64-69.
- Reinecke, M., Dattilio, F., & Freeman, A. (2006). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. Second Edition. New York: The Guilford Press
- Rye, N. (2008). Filial therapy for enhancing relationships in families. *Journal Family Health Care*, 18(5), 179-181.
- Salimi, M., & Yousefi, Z. (2017). The effect of teaching parenting styles based on acceptance and commitment to mothers on separation anxiety and disobedience of children. *Child Mental Health Quarterly*, 4 (2), 104-115. [Persian]
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34, 337–357.
- Sheikhi, M., Hooman, H. A., Ahadi, H., & Sepah Mansour, M. (2010). Psychometric Characteristics of Life Satisfaction Scale. *Quarterly Journal of Industrial / Organizational Psychology*, 1 (4), 17-25. [Persian]
- Singh, N. N., Singh, A. N., Lancioni, G. E., Singh, J., Winton, A. S., & Adkins, A. D. (2010). Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 157-166

- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85.
- Swanson, J., Schuck, S., Mann, M., & Nofoste, N. (2001). *Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: the SNAP and SWAN ratings scales*, [online]. Available from URL: <http://www.adhd.net> [Accessed (2006) Dec 24].
- Tayyabi, Z. (2011). *The effectiveness of child-centered play therapy training for mothers on parenting styles and mother-child relationship*. Master Thesis in Psychology, Ferdowsi University of Mashhad. [Persian]
- VanFleet, R. (2005). *Filial therapy: Strengthening parent-child relationships through play* (2nd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Whitney, A., Brammer, B., & Steve, S. (2012). Impairment in Children With and Without ADHD: Contributions From Oppositional Defiant Disorder and Callous-Unemotional Traits. *Journal of Attention Disorders*, 16, 535-543.