۹۳-۱۰۶

اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی‌شده کودکان

◈ دکتر محمد حسینعلی‌زاده[۱] ◈ صمد پیشرو[۲] ◈ علیرضا محسنی اژیه[۳] ◈ محمد محکی[۴]

چکیده: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی‌شده کودکان است. روش پژوهش شبه‌آزمایشی است و از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شده است. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر متشکل از مادران کودکان ۶ تا ۸ ساله شهر تبریز بود که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۶به مرکز مشاوره تخصصی کودک ندای امید مراجعه کرده و از طریق سیاهه رفتاری کودک (CBCL) آخنباخ -نسخه والدین، کودکان آنها دارای نشانگان برونی‌سازی شده تشخیص گذاری شده بودند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود که ۲۴ مادر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنتـــرل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسه دو ساعته، تحت آموزش فرزندپروری قرار گرفتند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. داده‌ها با اســـتفاده از تحلیل کوواریانس (آنکوا) و با نرم‌افزار آماری SPSS-22 تحلیل شدند. نتایج به‌دست آمده نشـــان داد که در مرحله پس‌آزمون، میان میانگین گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجـــود دارد (F=۷۲/۷۳۲ و P<۰۵). همچنین نتایج نشان داد در مرحله پیگیری میان میانگین گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجـــود دارد (F=۴۳/۸۹۵ و P<۰۵). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با توجه به اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر می‌تـــوان از روش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراکز مشـــاوره و خدمات روان‌شناختی، برای کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی‌شده کودکان بهره جست.

کلید واژگان: فرزندپروری، پذیرش و تعهد، کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی‌شده

◉ تاریخ دریافت: ۹۸/۴/۷ ◉ تاریخ پذیرش: ۹۹/۴/۱

۱. **نویسنده مسئول:** دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، آموزگار استثنایی شهر تبریز. Mhosseinalizade@yahoo.com
۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی. samadpishro@gmail.com
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه اصفهان. armohseni1368@gmail.com
۴. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان. mmahaki6411@yahoo.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

مقدمه

در پهنه روانشناسی مرضی تحولی[1]، اختلالات برونی‌سازی‌شده[2] از شایع‌ترین علل مراجعه کودکان به مراکز و کلینیکهای سلامت روان به‌شمار می‌روند (لیستاگ - لونده، بردمایر و تاینن[3]، ۲۰۰۵). اختلالات برونی‌سازی‌شده دربرگیرنده طیفی گسترده از رفتارهای ناهمگون همراه با تأکید بر تفاوتهای فردی است. به عبارت دیگر ساختار رفتارهای برونی‌سازی‌شده شامل گروهی از مشکلات می‌شود که در رفتارهای بیرونی کودکان بروز می‌کند (داج، گرینبرگ، ملون و گروه پژوهشی مقابله با مشکلات سلوک[4]، ۲۰۰۸) و به شکل رفتارهای منفی در محیط بیرونی منعکس می‌شود (کمبل، شاو[5] و گیلیوم[6]، ۲۰۰۸؛ به نقل از رضایی، خدابخشی‌کولایی و تقوایی، ۱۳۹۴).

اختلالات برونی‌سازی‌شده الگوهای رفتاری سازش‌نایافته‌ای‌اند که در تعارض با دیگران و انتظارات آنها قرار می‌گیرند (آخنباخ[7]، ۲۰۱۴) و در برگیرندۀ دو گروه رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه‌اند که در صورت پایدار بودن و ایجاد نارساییهای معنادار در زندگی روزانه فرد غالباً در چارچوب مقوله‌هایی مانند اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی[8]، اختلال سلوک[9] و اختلال نافرمانی مقابله‌ای[10] قرار می‌گیرند (خانجانی و هداوندخانی، ۱۳۹۱). شیوع این اختلالات در جوامع و فرهنگهای گوناگون در حدود ۷ تا ۲۶ درصد گزارش شده است. در ایران نیز میزان شیوع آن براساس طبقه‌بندی بالینی در مقیاس مبتنی بر DSM، ۴/۵ و براساس طبقه‌بندی مرزی ۸ درصد گزارش شده است (شیری، ولی‌پور، مظاهری و رودباری‌سقایی، ۱۳۹۳). این اختلالات در کودکان عامل خطر عمده برای مشکلات سازگاری در آینده (مک‌کی، کولتی، راکو، جونز و فورهند[11]، ۲۰۰۸، به نقل از ناصح و محمودی، ۱۳۹۰)، بزهکاری در نوجوانی و رفتارهای مجرمانه و پرخاشگری در بزرگسالی محسوب می‌شوند (لیو[12]، ۲۰۰۴). همچنین این کودکان در معرض طردشدگی از سوی همسالان، مشکلات تحصیلی و ابتلا به اختلالات خلقی و تعارض با والدین قرار دارند (ناصح و محمودی، ۱۳۹۰).

در حیطه سبب‌شناسی اختلالات برونی‌سازی‌شده با توجه به پژوهشهای صورت گرفته می‌توان گفت این اختلالات برایند مشترک طیفی وسیع از متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی‌اند و در نقش عوامل زمینه‌ساز، نگهدارنده و تسریع‌کننده عمل می‌کنند (هیکز، ساوث، دیراگو، ایباکونو و

1. Developmental Psychopathology
2. Externalizing disorders
3. Listug-Lunde, Bredemeier & Tynan
4. Dodge, Greenberg, Malone & Conduct Problems Prevention Research Group
5. Shaw
6. Gilliom
7. Achenbach
8. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
9. Conduct Disorder (CD)
10. Oppositional defiant disorder (ODD)
11. McKee, Colletti, Rakow, Jones & Forhand
12. Liu

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

مک‌گیو[1]، ۲۰۰۹). لذا به نظر می‌رسد که با وجود اهمیت عوامل زیستی و مزاجی (بردلی[2]، ۲۰۰۳) و آسیبها و بیماریهای جسمانی دوران پیش از تولد و کودکی (دادستان، ۱۳۹۳)، عوامل نامساعد محیط خانوادگی، از جمله سبکهای تربیتی ناکارآمد والدینی، جو ارتباطی منفی والد- فرزندی (فابیانو، پلهام، کولز، نگی، کرونیس- تاسکانو[3]، ۲۰۰۹)، منفی‌گرایی بیش‌از حد مادرانه و نارسایی در مهارتهای اجتماعی (آلبرت[4]، ۲۰۰۵) در ظهور و گسترش، تداوم و تشدید نشانه‌های احتلالات برونی‌سازی‌شده دارای نقش کلیدی هستند (ناصح و محمودی، ۱۳۹۰). همچنین خانجانی و هداوندخانی (۱۳۹۱) در پژوهش خود تأثیر شخصیت مادران بر اختلالات برونی‌سازی‌شده کودکان را گزارش کرده‌اند. بنابراین با توجه آنچه مورد بحث قرار گرفت می‌توان به چند دلیل اهمیت مطالعه رفتارهای برونی‌سازی‌شده را مطرح کرد: ۱. شیوع بالا و یکی از شایع‌ترین علل مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات درمانی، ۲. دریافت تشخیص بالینی اختلالات سلوک، بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای در صورت تداوم، ۳. ایجاد تنش در خانواده و روابط والد - فرزندی و ۴. گرایش به رفتارهای بزهکارانه و هنجارشکنانه و رفتارهای ضداجتماعی در آینده.

براساس یافته‌های پژوهش‌های متعدد مشخص شده است که تعامل نامناسب خانواده با کودکان و فرزندپروری نادرست از عوامل تداوم‌بخش و تشدیدکننده رفتارهای برونی‌سازی‌شده کودکان است (رانیون و دبلینگر[5]، ۲۰۱۳؛ بورنزهوئر- بوزِل، گارزا و واتز[6]، ۲۰۱۳؛ لین، لی، چی، وانگ و هث[7] و همکاران، ۲۰۱۶؛ محمدلو، قربانیان و خانبانی، ۱۳۹۴). با افزایش آگاهی و حساسیت جامعه و صاحب‌نظران بهداشت روان نسبت به اختلالات برونی‌سازی‌شده و پیامدهای بلندمدت و مخرب آن برای کودک، خانواده وی و جامعه، مسئولان تعلیم و تربیت با حساسیت بیشتر بر درمان و پیشگیری از این اختلالها متمرکز شده‌اند. برنامه‌های تدوین‌شده پیشگیری زودهنگام تأثیرگذاری هرچه بیشتر این مداخلات را وابسته به حضور والدین در امر مداخله می‌دانند، زیرا از یک‌سو کودک به‌شدت تحت‌تأثیر خانواده قرار دارد و از سوی دیگر مداخله مستقیم بر خود کودکان دارای مشکلات بسیار است و در برخی از موارد امکان‌پذیر هم نیست. بنابراین یکی از راههای پیشگیری از این مشکلات مداخله بر والدین به‌ویژه مادر است (شیرجنگ، مهریار، جاویدی و حسینی، ۱۳۹۷). کاکاوند، شمس‌اسفندآباد و بیرانوند (۱۳۹۴) نیز در پژوهش خود مداخلات مبتنی بر خانواده با محوریت مادر را در بهبود علائم رفتاری کودکان با اختلالات برونی‌سازی‌شده مؤثر گزارش کرده‌اند. فان‌درپلوخ و شولته[8] (۲۰۰۸) نیز بهترین راهکار برای حل مشکلات رفتاری کودکان را

1. Hicks, South, DiRago, Iacono & McGue
2. Bradley
3. Fabiano, Pelham, Coles, Gnagy & Chronis-Tuscano
4. Albert
5. Runyon & Deblinger
6. Bornsheuer-Boswell, Garza & Watts
7. Lin, Li, Chi, Wang, Heath
8. Van der Ploeg & Scholte

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

بهبود تعاملات والد - فرزندی دانسته‌اند. بنابراین مداخلات فرزندپروری به‌ویژه با محوریت مادر می‌تواند در بهبود اختلالات رفتاری کودکان بسیار مفید باشد. با توجه به مداخلات گسترده‌ای که با رویکردهای گوناگون صورت گرفته اســت، در این پژوهش بر آن هســتیم تا آموزش فرزندپروی مبتنی بر پذیرش و تعهد را که از رویکردهای نوظهور نســل سومی است و به‌نظر به‌دلیل تلفیق با فنون شرقی برای جامعه ایرانی مناسب‌تر است (زمستانی، قلی‌زاده و علایی، ۱۳۹۷) و همچنین برای اینکه جنبه‌های انگیزشی را به‌همراه جنبه‌های شــناختی از نظر تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی مدنظر دارد (شاکرادرکانی، رحیمی و صالح‌زاده، ۱۳۹۶)، مورد بررسی قرار دهیم.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[1] رویکردی به مداخله‌های روان‌شــناختی است که نه براساس فنون مشخص بلکه براســاس فرایندهای نظری معینی تعریف می‌شود. براســاس مفاهیم نظری، این‌رویکرد یک‌مداخله روان‌شــناختی براساس روانشناسی رفتاری مدرن است که نظریه چارچوب ارتباطی را شامل می‌شــود که در این نظریه از فرایندهای توجه‌آگاهی و پذیــرش و تعهد و تغییر رفتار به‌منظور حصول انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود (هیز[2]، ۲۰۰۴). همچنین برای دستیابی به انعطاف‌پذیری روان‌شــناختی[3]، از شش فرایند پذیرش[4]، گسلش[5]، خود به‌عنوان زمینه[6]، ارتباط با زمان حال[7]، ارزشها[8] و عمل متعهدانه[9] عبور می‌کند (هیز، لوئوما[10]، باند[11]، ماسودا[12] و لیلیس[13]، ۲۰۰۶؛ به نقل از حیدریان‌سامانی، سجادیان و حیدری‌شادهی، ۱۳۹۶).

زمانی که کودک در بدترین حالت خود است، از والدین انتظار می‌رود به بهترین شکل رفتار کنند. اما مشکل این است که والدین هم انسان هستند و در معرض واکنش نشان دادن تکانشی، خشم و ترس‌اند، از این‌رو فرزندپروری بی‌نقص ممکن نیســت؛ اما فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک می‌کند تا والدین اهداف بلندمدت فرزندپروری را در یاد نگهدارند، برای انجام دادن کارهای درســت در این مسیر از خودشــان سپاسگزار باشند و مهم‌تر از همه اینکه از پاداشها و مزایای پرورش یک کودک لذت ببرند. مهارتهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به والدین کمک می‌کنند تا مهارتهای انعطاف‌پذیری

1. Acceptance and commitment therapy (ACT)
2. Hayes
3. Psychological flexibility
4. Acceptance
5. Diffusion
6. Self as a context
7. Contact with present moment
8. Values
9. Committed action
10. Luoma
11. Bond
12. Masuda
13. Lillis

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

و توجه‌آگاهـــی را در خود پرورش دهند و با بهره‌گیـــری از این مهارتها به کودک خود کمک کنند تا از مراحل مهم رشدی گذر کند و دست‌اندازهای مسیر زندگی را به‌خوبی پشت سر بگذارد. همچنین والدین را قادر می‌ســـازند که با ظرافت، مخالفت‌ورزیهای کودک را مدیریت کنند، وقتی که احساس خستگی و از پا درآمدن می‌کنند دوباره روی ارزشهای مهم زندگی‌شان تمرکز کنند، وقتی که اشتباه می‌کنند با خود مشـــفقانه رفتار کنند و در نهایت وقتی که کودک از مراحل رشد گذر می‌کند، متناسب با این تغییرات، فرزندپروری کنند (کوین و مورل[1]، ۱۳۹۷). همچنین فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، توانایی این را دارد که رابطه میان والد و کودک را از طریق تسهیل شناسایی اجتنابهای تجربی والدین بهبود ببخشد و در پاسخگویی والدین نسبت به نیازهای فرزند خود اثربخش باشد (براون، ویتینگهام، بوید، مک‌کینلی و سافرونوف[2]، ۲۰۱۴).

بلکلج[3] و هیز (۲۰۰۶) اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش نشانه‌های افسردگی، بهبود عملکرد فرزندپروری و افزایش ســـلامت عمومی، پودار، ســـینها و اوربی[4] (۲۰۱۵) انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی والدین کودکان اتیسم و گولد[5]، تارباکس[6] و کوین (۲۰۱۸) بهبود عملکرد فرزندپروری را مثبت و مؤثر گزارش کرده‌اند. در داخل کشـــور نیز در زمینه اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد فقیهی و کجباف (۱۳۹۵ و ۱۳۹۶) به‌ترتیب اثربخشی آن را بر عزت‌نفس و افسردگی کودکان دچار شـــکاف‌کام معنادار گزارش کرده‌اند. اما شـــایان ذکر است که تا به حال هیچ پژوهشی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی‌شده مورد بررسی قرار نداده است. لذا با توجه به موارد ذکر شده پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر نشـــانه‌های اختلالات برونی‌سازی‌شده کودکان انجام شده است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشـــکل از همه کودکان ۶ تا ۸ ســـاله شـــهر تبریز بود که والدینشان در پاییز و زمســـتان سال ۱۳۹۶ به مرکز مشـــاوره تخصصی کودک ندای امید مراجعه کرده، پرسشنامه فهرست رفتاری کودک را تکمیل کرده بودند و کودکان دارای نشانگان برونی‌سازی شده تشخیص‌گذاری شـــده بودند. روش نمونه‌گیری با توجه به شـــدت مشـــکلات برخی کودکان و نیاز به درمان زودهنگام

1. Coyne & Murrell
2. Brown, Whittingham, Boyd, McKinlay & Sofronoff
3. Blackledge
4. Poddar, Sinha & Urbi
5. Gould
6. Tarbox

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

روان‌شناختی یا دارو و همچنین با توجه به اینکه همهٔ مادران این کودکان شرایط شرکت مستمر در طول جلسات آموزشی را نداشتند به صورت دردسترس بود که ۲۴ مادر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت مداخلات آموزشی قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت.

◉ ابزارهای پژوهش

ابزار پژوهش برای اندازه‌گیری مشکلات برونی‌سازی‌شده کودکان سیاهه رفتاری کودک (CBCL) آخنباخ- نسخه والدین است. سیاهه رفتاری کودک متشکل از مجموعه فرمهای موازی آخنباخ ASEBA بود که مشکلات کودکان و نوجوانان را در زمینهٔ هشت عامل اضطراب/ افسردگی، انزوا / افسردگی، شکایتهای جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برونی‌سازی‌شده را تشکیل می‌دهند. این پرسشنامه مشکلات عاطفی- رفتاری و همچنین توانمندیها و شایستگیهای تحصیلی و اجتماعی کودکان ۱۸-۶ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (مینایی، ۱۳۸۵). این پرسشنامه از ۱۱۵ سؤال تشکیل شده است. پاسخ به سؤالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از صفر تا ۲ است. به این ترتیب که نمره «صفر» به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد، نمره «۱» به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره «۲» به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. مقیاس مشکلات رفتاری برونی‌سازی‌شده شامل گویه‌های خرده‌مقیاسهای رفتار قانون‌شکنی (RB) و رفتار پرخاشگری (AG) است. رفتار قانون‌شکنی (RB) شامل مواد ۲، ۲۶، ۲۸، ۳۹، ۴۳، ۶۳، ۶۷، ۷۲، ۷۳، ۸۱، ۸۲، ۹۰، ۹۶، ۹۹، ۱۰۱، ۱۰۵ و ۱۰۶ و رفتار پرخاشگری (AG) شامل مواد ۳، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۷، ۵۷، ۶۸، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۴، ۹۵، ۹۷ و ۱۰۴ است.

- **روایی و پایایی:** ضرایب کلی اعتبار فرمهای CBCL با فرمول آلفای کرانباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی، روایی ملاکی و روایی سازه این فرمها مطلوب گزارش شده است (رسکورلا[1]، آخنباخ، گینزبرگ[2]، ایوانوا[3]، دومنسی[4] و همکاران، ۲۰۰۷). در داخل کشور در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاسها با فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاسها با روش آزمون- بازآزمون

1. Rescorla
2. Ginzburg
3. Ivanova
4. Dumenci

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

با یک‌فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررســـی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به‌دست آمده است. به‌طورکلی در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی- رفتاری کودکان و نوجوانان ۱۸- ۶ ساله استفاده کرد. یزدخواستی و عریضی نیز (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسشـــنامه در ســـه فرم والدین، معلم و کودک به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به‌دست آورده‌اند.

◉ فرایند اجرای پژوهش

اجرای پژوهش حاضر در مرکز مشاوره تخصصی کودک ندای امید تبریز صورت گرفته است. مادران پیش از هر اقدامی سیاهه رفتاری کودک را تکمیل کردند. نتایج بر اساس نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ، مورد بررســـی قرار گرفت و افرادی که اختلالات نمرات اختلالات برونی‌سازی‌شده آنها بالا بود انتخاب شدند، سپس با مادران مصاحبه تشخیصی ترتیب داده شد و در نهایت بر اساس مجموع نمرات ســـیاهه رفتاری، مصاحبه و همچنین توانایی حضور مســـتمر دو ماهه در جلسات آموزشی و موارد دیگر ۲۴ مادر از میان ۸۶ نفر انتخاب شـــدند. برای بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی‌شده کودکان، بسته آموزشی بر اساس کتاب راهنمای فرزندپروری با ACT (مزایا و لذت فرزندپروری ارزشمند برای سالهای اولیه کودکی) تألیف کوین و مورل و ترجمۀ بهرامی، فیضی و خوش‌چشـــم (۱۳۹۷) در ۸ جلســـه دو ساعتی طراحی شد و به مدت دو ماه (هر هفته یک جلسه دو ساعتی) به مادران ارائه شد. در پایان آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و پس از گذشت یک ماه از جلسات آموزشی، برای تشخیص ماندگاری تأثیر آموزش، پیگیری به‌عمل آمد.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی مادران شرکت‌کننده با همدیگر. بحث در مورد روشهای فرزندپروی سنتی و در نهایت بیان گمشده کلاسهای فرزندپروری (ذهن والدین) و اهمیت فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد. معرفی دو نوع والدگری (مهندسی و تعمیرکار) و در ادامه معرفی دو دیدگاه به فرزندپروی (فرایندی و نقطه) و ارتباط آنها با نوع والدگری مهندسی و تعمیرکار. معرفی سه والد بر اساس دیدگاه مبتنی بر پذیرش و تعهد (احساسی، منطقی و عاشق خردمند).
جلسه دوم	مرور جلسه پیش و توضیحات بیشتر در مورد انواع والدین. ترسیم جدول مربوط به موقعیت، تولیدات ذهن (احساس، فکر، امیال، علائم بدنی و خاطرات)، اضافه کردن ستون پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت رفتار برای بررسی و دادن بازخورد پیروی کردن از ذهن. معرفی پنج فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.
جلسه سوم	آموزش انعطاف‌پذیری شناختی. ارائه پیامدهای داشتن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خزانه رفتاری کودکان. معرفی کامل پذیرش و استعاره مهمان و خانه کوچک و دادن تکالیف منزل برای تمرین پذیرش.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

جدول ۱. (ادامه)

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه چهارم	مرور جلسه پیش و بررسی تکالیف منزل جلسه پیش. معرفی آمیختگی در مقابل گسلش و نچسبیدن به افکار. بررسی پنج مورد تولید ذهنی و بحث در مورد اینکه چقدر عروسک ذهنمان هستیم و در نهایت ارائه تکلیف منزل برای تمرین تشخیص آمیختگی و ممارست بر گسلش.
جلسه پنجم	بحث در مورد تکلیف جلسه پیش. آموزش خود درحکم زمینه و استفاده از استعاره شطرنج. آموزش زندگی در زمان حال و تکلیف- محور بودن و در ادامه مشخص کردن تکلیف منزل در راستای خود مشاهده‌گر، زمینه شطرنج بودن نه مهره‌های آن و همچنین تکلیف- محور بودن در لحظه مشخص.
جلسه ششم	مرور جلسات پیش و بحث در مورد تکالیف جلسه پیش و پاسخ به سؤالات پیش‌آمده. آموزش شفقت با خود. بیان تفاوت همدلی با همدردی. کمک به ایجاد همدلی در مادر. معرفی ارزشها با استفاده از استعاره فوت شدن و سر مزار رفتن. آموزش فهرست کردن ارزشها به‌ویژه در مورد مادر و فرزند و ارائهٔ تکلیف منزل در مورد بازنگری و لیست کردن دقیق ارزشها.
جلسه هفتم	بحث در مورد سیاههٔ ارزشها. معرفی تفاوت ارزشها با انتظارات و باورها و عقاید. تقسیم ارزشها به کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت، استعاره گیر کردن در جزیره و آموزش تمایل و تماشا. در ادامه تکلیف منزل برای تمرین تمایل و انجام دادن عمل متعهدانه داده شد.
جلسه هشتم	مرور جلسات پیش و بحث در مورد تکالیف جلسه پیش. معرفی شیوه‌های ارتباطی والدین مانند روش منفعلانه، پرخاشگرانه و برقراری ارتباط مؤثر یا مدبرانه. در ادامه شیوه برقراری ارتباط مؤثر در فرزندپروری آموزش داده شد. مشاهده به‌جای قضاوت و بیان احساسات در مورد آنچه مشاهده شده است. بیان کردن انتظاری که دارد و در نهایت مطرح کردن تقاضا. در ادامه این جلسه نیز با توجه به اتمام مداخله روشهای اصلاح رفتار مانند پرخاشگری و لجبازی آموزش داده شد و کاربرگ آنها که شامل دستورالعملهای چگونگی برخورد با مشکلات رفتاری کودکان بود در اختیار مادران قرار داده شد.

◉ روش آماری تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از روش‌های آماری توصیفی میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس (آنکوا) و نرم‌افزار آماری SPSS-22 استفاده شد.

■ یافته‌های پژوهش

در این بخش با هدف بررسی میزان دستیابی به اهداف مدنظر در پژوهش، به تحلیل و آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته شده است. ابتدا با بهره‌گیری از روش آمار توصیفی، نتایج داده‌های به‌دست‌آمده از متغیرها توصیف شده است. میانگین و انحراف معیار مشکلات برونی‌سازی‌شده کودکان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروههای آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار اختلالات برونی‌سازی‌شده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروهها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اختلالات برونی‌سازی شده	آزمایش	۳۳/۹۱	۴/۱۰	۲۷/۵۰	۴/۶۶	۲۷/۱۶	۴/۵۴
	کنترل	۳۳/۱۶	۳/۵۸	۳۳/۲۵	۲/۶۶	۳۲/۹۱	۳/۴۴

نتایج جدول شـــماره ۲ و مرور یافته‌های توصیفی و مقایسه میانگین نمره‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشـــان داد که در متغیر وابســـته، گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوتهایی دارد. به‌منظور بررسی معناداری تغییرات، ابتدا پیش‌فرضهای اســـتفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد بررســـی قرار گرفت. یکـــی از پیش‌فرضهای آزمونهای پارامتریک برای مقایســـه میانگینها، فرض نرمـــال بودن توزیع نمرات گروههای نمونه در جامعه بود که برای این مفروضه از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و نتایج آن نشان داد که سطح معناداری متغیر وابسته از ۰/۰۵ بیشتر بود که این امر بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در این متغیر اســـت (P >۰/۰۵). همچنین از آزمون لوین که برای نشان دادن همگنی واریانسها و همگنی شیب رگرسیون که پیش‌شرط اصلی انجام تحلیل کوواریانس است، استفاده شد که در ادامه ارائه می‌شود.

جدول ۳. آزمون لون برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانسها

متغیر وابسته	F	Df۱	Df۲	معناداری
برونی‌سازی‌شده	۳/۷۷۸	۱	۲۲	۰/۰۶۵

براســـاس جدول شماره ۳، آزمون لوین معنادار نیســـت (P<۰/۰۵) و این نشان‌دهنده آن است که واریانس خطا در میان آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل متفاوت نیســـت و واریانسها با هم برابرند. لذا پیش‌فرض همگنی واریانسها برقراراست. در ادامه به بررسی شیب رگرسیون پرداخته می‌شود.

جدول ۴. همگنی شیب رگرسیونی برای بررسی تعامل میان پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری متغیر پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون برونی‌سازی‌شده * گروه آزمایش	۸/۸۸۴	۱	۸/۸۸۴	۲/۸۹۴	۰/۱۰۴
پیش‌آزمون * پیگیری	۰/۴۳۰	۱	۰/۴۳۰	۰/۰۷۴	۰/۷۸۸

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

همان‌گونه که نتایج جدول شـــماره ۴ نشـــان می‌دهد، باتوجه به اینکه ضریب F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون، معنادار نیســـت (P>۰/۰۵)، لذا فرض همگنی ضرایب رگرســـیون در متغیر اختلالات برونی‌سازی‌شـــده برقرار است. همچنین بر اساس جدول ۴ ضریب F محاسبه‌شده برای تعامل پیگیری و پیش‌آزمون نیز معنادار نیســـت (P>۰/۰۵). بنابراین فرض همگنی ضریب شـــیب رگرسیونی هم برقرار اســـت و از این مفروضه تخطی نشده اســـت. بنابراین با توجه به رعایت پیش‌فرضهای تحلیل کوواریانس، در ادامه به آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) پرداخته می‌شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی‌شده در پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	مؤلفه	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معناداری	مجذور ضریب اتا
پس‌آزمون	برونی‌سازی‌شده	پیش‌آزمون	۲۴۶/۹۶۹	۱	۲۴۶/۹۶۹	۷۳/۷۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
		گروه	۲۴۳/۴۱۴	۱	۲۴۳/۴۱۴	۷۲/۷۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۶
		خطا	۷۰/۲۸۱	۲۱	۳/۳۴۷			
		کل	۲۲۶۵۹	۲۴				
پیگیری	برونی‌سازی‌شده	پیش‌آزمون	۲۴۲/۳۵۳	۱	۲۴۲/۳۵۳	۴۳/۷۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۶
		گروه	۲۴۲/۹۴۹	۱	۲۴۲/۹۴۹	۴۳/۸۹۵	۰/۰۰۱	۶۷۶
		خطا		۲۱	۱۱۶/۲۳۰	۵/۵۳۵		
		کل	۲۲۲۱۷	۲۴				

براســـاس جدول شماره ۵، می‌توان گفت در مرحله پس‌آزمون، بین میانگین گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد (F=۷۲/۷۳۲ و P<۰۵). بنابراین می‌توان گفت آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی‌شده کودکان اثربخش اســـت. همچنین در ادامه جدول ۵ مشـــاهده می‌شود در مرحله پیگیری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد (F=۴۳/۸۹۵ و P<۰۵). بنابراین در این بخش نیز می‌توان گفت تأثیر آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی‌شده کودکان در طول زمان پایدار است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

بحث و نتیجه‌گیری

از جمله اختلالات رایج در کودکان اختلالات برونی‌سازی‌شده است که بخش وسیعی از موارد بالینی را تشـــکیل می‌دهند. این اختلالات مزمن و پیش‌رونده مشکلاتی فزاینده در زندگی کودک و خانواده‌اش ایجاد می‌کنند و فرد را با خطر ابتلا به اختلالات شدیدتر در دوران بزرگسالی مواجه می‌سازند (کوستین، لیچت، هیل- اسمیت، وانس و لوک[1]، ۲۰۰۴؛ به نقل از بیرامی، ۱۳۸۸). از میان عوامل زمینه‌ساز بروز این اختلالات، ناتوانی والدین در فرزندپروری مناسب به‌ویژه مادر عنوان شده اســـت، لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی‌شده کودکان صورت گرفته است. با توجه به نوپا بودن فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد پژوهش به‌ویژه در زمینهٔ متغیر وابسته، پژوهشی یافت نشد، اما اثربخشی آن در چندین متغیر دیگر مورد بررسی قرار گرفته است که می‌توان گفت همسو و همراستا با نتایج پژوهش حاضرند. از آن میان می‌توان به پژوهشهای بلکلج و هیز (۲۰۰۶)، پودار و همکاران (۲۰۱۵)، گولد و همکاران (۲۰۱۸) و فقیهی و کجباف (۱۳۹۵ و ۱۳۹۶) اشـــاره کرد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گـــفت بسیاری از اختلالات رفتاری کودکان ریشه در تعاملات والد - فرزندی دارد. رفتارهای منـــفی والدیـــن ماننـــد فریـاد زدن و تهدیـد کردن ســـبب تقویت رفتارهای نافرمانی و پرخاشـــگری در کودکان می‌شـــود که این امر نیز به‌نوبه خود ســـبب افزایش رفتارهای خشـــونت‌آمیز والدین می‌شـــود (روشن، آقایوســـفی، علی‌پور و رضایی، ۱۳۹۵) و در واقـــع رابطه والد - فرزندی گرفتار یک چرخه معیوب می‌شـــود که آموزش مادران با تعاملات مثبت و عدم اســـتفاده از رفتارهای خشونت‌آمیز سبب شکسته شدن این چرخه می‌شود. به‌بیان دیگر وقتی که رفتار ناخوشـــایند از کودک سر می‌زند، پاسخ مادر یا در کل والدین معمولاً رفتارهای ناخوشـــایند مانند داد زدن، تهدید کردن یا هر رفتار غیر مؤثر دیگر اســـت. فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد معتقد است که این تعامل ناخوشایند میان کودک و والد دو پیامد دارد. ۱. پیامد کوتاه‌مدت: وقـــتی‌که کودک بدرفتاری می‌کند والد بر سر کودک فریاد می‌زند، لذا هم کودک آرام می‌شـــود و هم والد. ۲. پیامد بلندمدت: به‌عنوان مثال پس از یک سال هم رفتار فریاد زدن مادر بیشتر شده است و هم بدرفتاری کودک. لذا والد با توجه به مثبت بودن پیامد کوتاه‌مدت از آن استقبال می‌کند تا در آن لحظه اوضاع به سامان باشد، ولی روابط والد فرزندی نه‌تنها بهبود نمی‌یابد بلکه وخیم‌تر می‌شـــود. از این‌رو، براساس دیدگاه مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشکل اصلی در موقعیت متصورشـــده ذهن والد است، یعنی والد پس از بدرفتاری کودک و پیش از پاسخ دادن

1. Costin, Lichte, Hill-Smith, Vance & Luk

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

به آن باید ذهن خود را ببیند و بر محتواهای آن که عبارت‌اند از امیال، افکار، احساسات، علائم بدنی و خاطرات تسلط پیدا کند و با در نظر گرفتن پیامد بلندمدت، رفتار و پاسخ صحیح و مناسب را اتخاذ کند (کوین و مورل، ۱۳۹۷). لذا به‌نظر می‌رسد که آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکیه بر فرایندهای ششگانه این‌رویکرد و طی کردن این مراحل از جمله تسلط مادران بر محتوای ذهنی پیش از دادن پاسخ، پذیرش مساله، گسلش، ارزشها و عمل متعهدانه، مؤثر بوده است.

به بیان دیگر می‌توان گفت والدگری منفعلانه و پرخاشگرانه در بسته آموزشی پژوهش حاضر به چالش کشیده شد و فرزندپروری با برقراری ارتباط مؤثر آموزش داده شد. یعنی ابتدا والد یاد گرفت به جای قضاوت کردن فقط به مشاهده بپردازد، سپس احساس خود را از آنچه مشاهده کرده است و انتظاری که از کودک خود دارد بیان کند و در نهایت خواستهٔ خود را به صورت تقاضا مطرح کند. در ارتباط مؤثر از ایجاد تعارض میان روابط والد-کودک کاسته می‌شود و به بهبودی روابط می‌انجامد (کوین و مورل، ۱۳۹۶). بنابراین اینگونه می‌توان گفت که هم به سبب آموزش برقراری ارتباط مؤثر و کاهش تعارض میان روابط والد-کودک و هم با توجه به اینکه فرزندپروری مبتنی بر تعهد و پذیرش تلاش می‌کند که والدین بتوانند با ذهن و فرایندها و محتواهای ذهنی خود آشنا شوند و با افزایش ظرفیت شناختی خود، رفتاری متناسب و هماهنگ با کودک خود در راستای فرزندپروری داشته باشند (فقیهی و کجباف، ۱۳۹۵)، بر کودکان تأثیر می‌گذارند. لذا مادران با اصلاح ذهنیت خود و بودن در زمان حال (تکلیف- محور بودن و متمرکز بر آن بودن)، با پذیرش واقعیتها به جای اجتناب از آنها و همچنین با برقراری ارتباط مؤثر و مدبرانه توانستند خزانه رفتاری کودکان خود را افزایش دهند (در یک موقعیت توانایی استفاده از رفتارهای مختلفی را داشته باشند) و سبب کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی‌شده آنها شوند.

از محدودیتهای این پژوهش می‌توان به تعداد کم نمونه اشاره کرد که به سبب انجام دادن آن در مرکز مشاوره و عدم توانایی حضور مستمر مادران در جلسات آموزشی بود. همچنین می‌توان به کوتاه بودن مدت زمان آموزش اشاره کرد. همچنین میزان سواد مادران و استفاده از سیاهه رفتاری کودک (CBCL) آخنباخ- نسخه والدین به تنهایی از محدودیتهای این پژوهش بود. لذا پیشنهاد می‌شود این مداخله در پژوهشهای آتی در مدت زمان بیشتر آموزش داده شود تا والدین بهتر بتوانند با آن ارتباط بگیرند و فرصت کافی برای انجام دادن تکالیف آن داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود به‌خاطر اینکه مادران مورد آموزش قرار گرفتند، در پژوهشهای آتی از فرم معلم یا مربی نیز برای بالابردن اعتبار نتایج استفاده شود. در ضمن به دلیل اثربخش بودن آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر وابسته پژوهش پیشنهاد می‌شود که از آن در بهبود سایر اختلالات کودکی و روابط والد- فرزندی استفاده شود.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

منابع

REFERENCES

بیرامی، منصور. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران پســـران دبســـتانی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی‌شده برسلامت روانی و شیوه‌های تربیتی آنها. *مجله اصول بهداشت روانی، ۱۱* (۲)، ۱۰۵-۱۱۴.

حیدریان‌ســـامانی، اندیشه؛ سجادیان، ایلناز و حیدری‌شادهی، ســـمیه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ذهن‌آگاهی و پذیرش مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم. *مجله مطالعات ناتوانی، ۷* (۳)، ۱-۸.

خانجانی، زینب و هداوندخانی، فاطمه. (۱۳۹۱). رابطه ابعاد شخصیت مادران با اختلال‌های برونی‌سازی و درونی‌سازی دختران. *روانشناسی معاصر، ۷* (۱)، ۹۹-۱۰۸.

دادستان، پریرخ. (۱۳۹۳). *روانشناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی، جلد دوم*، چاپ دوازدهم. تهران: سمت.

رضایی، ســـعید؛ خدابخشـــی‌کولایی، آناهیتا و تقوایی، داوود. (۱۳۹۴). اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب و پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی پسر دارای اختلالات برونی‌سازی‌شده. *نشریه پرستاری کودکان، ۲* (۲)، ۱۰-۱۹.

روشن، مریم؛ آقایوسفی، علیرضا؛ علی‌پور، احمد و رضایی، اکبر. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی دو روش درمان تعامل والد- کودک و مقابله درمانگری مادران بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان ۳-۶ ساله. *دوفصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۴* (۱)، ۱۱۱-۱۲۳.

زمستانی، مهدی؛ قلی‌زاده، زلیخا و علایی، مریم. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، ۸* (۲۹)، ۶۱-۸۴.

شـــاکر ادرکانی، لیلا؛ رحیمی، مهدی و صالح‌زاده، مریم (۱۳۹۶). اثربخشی شـــیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران با فرزند معلول‌ذهنی و جسمی. *مجله مطالعات ناتوانی، ۷* (۳)، ۱-۶.

شیرجنگ، لیلا؛ مهریار، امیرهوشنگ؛ جاویدی، حجت‌اله و حسینی، سیدابراهیم. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۱۵* (۵۸)، ۱۲۷-۱۳۷.

شیری، اسماعیل؛ ولی‌پور، مصطفی؛ مظاهری، محمدعلی و رودباری‌سقایی، بهناز. (۱۳۹۳). بررسی شیوع مشکلات رفتاری درونی و برونی‌سازی‌شده در بین دانش‌آموزان مدارس راهنمایی پسر شهرستان زنجان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲* (۲)، ۴۴-۵۳.

فقیهی، محمدصالح و کجباف، محمدباقر. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر عزت‌نفس کودکان دچار شکاف لب و کام: یک پژوهش مورد منفرد. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۰* (۴)، ۴۵۳-۴۷۶.

ـــــــــــــــــ. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر افسردگی کودکان مبتلا به شکاف لب و کام: یک پژوهش مورد منفرد. *مجله خانواده‌پژوهی، ۱۳* (۴۹)، ۶۷-۸۹.

کاکاوند، علیرضا؛ شمس اسفندآباد، حسن و بیرانوند، معصومه. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال‌های بیرونی‌شده کودکان آنها. *مجله روان‌شناسی مدرسه، ۴* (۴)، ۱۲۵-۱۴۲.

کویـــن، لیزا دبلیو. و مورل، ایمی‌آر (۱۳۹۶). *لذت فرزندپروری: راهنمای کاربـــردی پذیرش و تعهد درمانی برای فرزندپروری در سال‌های اولیه کودکی*، ترجمه احمد عابدی، ناهید وکیلی‌زاده و علیرضا محسنی اژیه (۲۰۰۹). اصفهان: نشر نوشته.

کوین، لیزا دبلیو. و مورل، ایمی‌آر. (۱۳۹۷). *راهنمای فرزندپروری با ACT (مزایا و لذت فرزندپروری ارزشمند برای سال‌های اولیه کودکی)*، ترجمه سجاد بهرامی، علی فیضی و زهرا سادات خوش‌چشم. (۲۰۰۹)، چاپ اول، تهران: انتشارات ابن‌سینا.

محمدلو، هادی؛ قربانیان، الهام و خانبانی، مهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی - اجتماعی بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۹* (۳)، ۹۹-۱۱۳.

مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک اخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در *حیطه کودکان استثنایی، ۶* (۱)، ۵۲۹-۵۵۸.

ناصح، اشکان و محمودی، ندا. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی قصه‌درمانگری کودکان، آموزش رفتاری والدین و روش تألیفی آموزش رفتاری والدین توأم با قصه‌درمانگری در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان. *خانواده‌پژوهی، ۷* (۱)، ۱۵۵-۱۷۲.

یزدخواستی، فریبا و عریضی‌سامانی، حمیدرضا. (۱۳۹۰). هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر/مادر و معلم سیاهه رفتاری کودک در شهر اصفهان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۷* (۱)، ۶۰-۷۰.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]

Achenbach, T. M. (2014). Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA). In *The encyclopedia of clinical psychology* (pp. 1-8). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Albert, M. M. (2005). *Examining the social skills differences among at-risk youth diagnosed with learning disability, conduct disorder and serious emotional disturbance*. Boston University.

Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, *28*(1), 1-18.

Bornsheuer-Boswell, J. N., Garza, Y., & Watts, R. E. (2013). Conservative Christian parents' perceptions of child-parent relationship therapy. *International Journal of Play Therapy*, *22*(3), 143-158.

Bradley, S. J. (2003). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Guilford Press.

Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2014). Improving child and parenting outcomes following pediatric 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.

Coyne, L., & Murrell, A. R. (2009). *The joy of parenting: An acceptance and commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. New Harbinger Publications.

Dodge, K. A., Greenberg, M. T., Malone, P. S., & Conduct Problems Prevention Research Group. (2008). Testing an idealized dynamic cascade model of the development of serious violence in adolescence. *Child Development*, *79*(6), 1907-1927.

Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Jr., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, *29*(2), 129-140.

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.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639-665.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25.

Hicks, B. M., South, S. C., DiRago, A. C., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Environmental adversity and increasing genetic risk for externalizing disorders. *Archives of General Psychiatry*, *66*(6), 640-648.

Lin, X., Li, L., Chi, P., Wang, Z., Heath, M. A., Du, H., & Fang, X. (2016). Child maltreatment and interpersonal relationship among Chinese children with oppositional defiant disorder. *Child Abuse & Neglect*, *51*, 192-202.

Listug-Lunde, L., Bredemeier, K., & Tynan, W. D. (2005). Concurrent parent and child group outcomes for child externalizing disorders: Generalizability to typical clinical settings. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *1*(2), 124-129.

Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *17*(3), 93-103.

Poddar, S., Sinha, V. K., & Urbi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, *1*(3), 221-225.

Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ginzburg, S., & Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F., … Verhulst, F. (2007). Consistency of teacher-reported problems for students in 21 countries. *School Psychology Review*, *36*(1), 91-110.

Runyon, M. K., & Deblinger, E. (2013). *Combined parent-child cognitive behavioral therapy: An approach to empower families at-risk for child physical abuse*. Oxford University Press.

Van der Ploeg, J. D., & Scholte, E. M. (2008). *Handleiding Gezinsvragenlijst (GVL)*. Houten, Netherlands Bohn Stafleu van Loghum.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.6.4]