

## بررسی اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرزنددرمانی بر پرخاشگری و اضطراب کودکان پیش‌دبستانی شهرکرد و سازگاری مادران

دکتر داریوش جلالی<sup>۱</sup>، نسرين پيرمراديان<sup>۲</sup> و مريم شمسي پور<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد شهرکرد

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه پیام نور واحد خرامه

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد شهرکرد

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرزنددرمانی بر پرخاشگری و اضطراب کودکان پیش‌دبستانی شهرکرد و سازگاری مادران آنان انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک پیش‌دبستانی شهرکرد در نیمه اول سال ۱۳۹۷ بودند که از بین آنان تعداد ۴۸ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های اضطراب و پرخاشگری (راتر، ۱۹۶۶) و برای کودکان و سازگاری (بل، ۱۹۶۱) و رضایت از زندگی (دینر و همکاران، ۱۹۸۵) برای مادران بود که طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه تکمیل شدند. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که روش‌های مداخله بر متغیرهای مربوط به کودکان و مادران موثر بودند ( $P < 0/01$ ). همچنین نتایج نشان داد که فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب، پرخاشگری کودکان و بهبود سازگاری و رضایت از زندگی مادران موثر بوده است ( $P < 0/01$ ). فرزنددرمانی نیز روی کلیه متغیرها به جز رضایت از زندگی مادران موثر بود ( $P < 0/05$ ). در عین حال، مشخص شد که فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب کودکان و بهبود سازگاری مادران موثرتر از فرزنددرمانی بوده است ( $P < 0/05$ ). نتیجه‌گیری شد که هردوروش مداخله و به خصوص روش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان و بهبود سازگاری مادران موثر هستند.

**واژه‌های کلیدی:** فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرزنددرمانی (فیلیال تراپی)، اضطراب، سازگاری.

## مقدمه

خانواده‌ها اولین منبع حمایت از کودکان برای بهداشت روان به حساب می‌آیند. اینکه فرد در جریان رشد، تعامل مناسبی با والدین و همسالان داشته باشد و هیجانات مثبتی را تجربه کرده باشد در سلامت روان و در نتیجه در تعاملات اجتماعی، یادگیری و غیره شرایط مطلوب‌تری خواهد داشت (جانسر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). در واقع، چالش در تعامل والد - فرزند رشد کودک را در معرض خطر قرار می‌دهد.

بسیاری از جامعه‌شناسان و روان‌شناسان معتقدند که ریشه بسیاری از مشکلات رفتاری و انحرافات شخصیتی در کودکان را باید در الگوهای تربیتی والدین و ویژگی‌های شخصیتی آنان جستجو کرد. در واقع، مشکلات خانوادگی اثرات مستقیمی بر آمادگی، تمرکز و توجه کودک به فعالیت‌های آموزشی دارد. وقتی والدین در وضعیت نامطمئن و اضطرابی قرار داشته باشند، این عدم اطمینان و اضطراب را به کودکان خود منتقل می‌کنند. چنین کودکانی از آمادگی ذهنی لازم برای یادگیری و درک مطلب بهره‌مند نیستند و طبعاً از نظر تحصیلی با مشکلاتی مواجه می‌گردند.

در سال‌های اخیر این ایده که نوع رابطه والدین با فرزندان نقش به‌سزایی در رشد بهنجاریا بروز اختلالات روان‌شناختی کودک دارد، گسترش یافته است. در واقع، اینکه والدین به چه صورت با کودکان خود تعامل داشته باشند، از چه سبک فرزندپروری برای تربیت کودکان خود استفاده نمایند، واجد نکات مهم و ارزشمندی است که به خصوص در رویکردهای نوین فرزندپروری و حتی رویکردهای نوین روان‌درمانی مانند فیلیال‌تراپی و درمان‌های موسوم به موج سوم رفتاردرمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد تاکید قرار گرفته است.

مشکلاتی مانند اضطراب و پرخاشگری تنها بخشی از مشکلات رفتاری هستند که کودکان با آنها درگیرند و خانواده خود را نیز به صورت مستقیم و غیرمستقیم درگیر آن می‌سازند.

یکی از مشکلات هیجانی اضطراب است. هرچند اضطراب بخش جدایی‌ناپذیر زندگی طبیعی دوران کودکی است و به روشنی بیانگر روند رشد طبیعی کودک به شمار می‌رود، با این حال، برخی از اوقات میزان اضطراب بیشتر از حد تحمل کودک است که این موضوع می‌تواند مشکلاتی را برای کودک و حتی والدین به همراه داشته باشد (بارلو و دوراند<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵).

مشکل هیجانی - رفتاری دیگری که خانواده‌ها و مربیان مهدهای کودک با آن روبه‌رو هستند پرخاشگری است. پرخاشگری رابطه‌ای با هدف آسیب به روابط انجام می‌گیرد و می‌تواند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم باشد. به طور مثال، در پرخاشگری رابطه‌ای مستقیم کودک دوستش را به قطع رابطه تهدید می‌کند یا این هدف که در موقعیت اجتماعی خواسته او را قبول و از او اطاعت و پیروی کند و پرخاشگری رابطه‌ای غیرمستقیم مانند گسترش شایعات در مورد رقیب می‌باشد (ریسر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳).

در صورت تداوم مشکلات رفتاری روابط کودکان دچار ضعف می‌شود. این امر به خودی خود نیز سبب کاهش یادگیری اجتماعی و تضعیف عزت نفس کودک می‌شود. انزوای اجتماعی این کودکان، موجبات پرخاشگری هرچه بیشتر آنان را فراهم می‌آورد. کودکان با اختلالات رفتاری معمولاً محبوبیت ندارند. مجموعه این عوامل، این کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای پرخاشگرانه قرار می‌دهند (محمدخانی و ابراهیم‌زاده، ۱۳۹۵). بنابراین با توجه به اهمیت سنین قبل از دبستان ضروری است نسبت به شناسایی و پیشگیری از مشکلات رفتاری اقدام جدی انجام شود. ضمن اینکه در کنار عوامل زیستی، ژنتیکی و محیطی که در بروز مشکلات رفتاری وجود دارد، نباید از نقش والدین در بروز مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان غافل شد. ضمن اینکه والدین می‌توانند با رفتارهای مناسب از طریق تعامل و فرزندپروری مطلوب، زمینه کاهش مشکلات رفتاری - هیجانی را فراهم سازند (اسنل، ۱۳۹۶).

با توجه به میزان شیوع اختلال اضطراب و پرخاشگری که اغلب اوقات به صورت همبودی در یک کودک وجود دارند، طی سال‌های اخیر روش‌های گوناگونی برای مشاوره و درمان این کودکان استفاده شده است که از آن میان می‌توان به انواع

1. Jannesar
2. Barlow & Durand
3. Risser

درمان‌های دارویی، مشاوره‌های فردی، بازی‌درمانی، آموزش هوش هیجانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی اشاره کرد (کیم، دوه و هانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). با این حال، در سال‌های اخیر با این فرض که بخش بسیار مهمی از علل بروز مشکلات و اختلالات کودکی در بافت خانواده و تعامل والدین - فرزندان نهفته است، رویکردهای نوین سعی داشته‌اند که برای درمان کودکان از روش‌های تعاملی کودک - والد و یا ترجیحاً کار با والدین استفاده نمایند (کلام و همکاران، ۱۳۹۶).

دوروش مداخله مورد نظر در این پژوهش شامل فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فیلیال‌تراپی (فرزنددرمانی) از جمله روش‌های مناسب برای کار با کودکانی با طیف‌های مختلف نابهنجاری است. به خصوص در این نوع مداخلات، مادران تحت آموزش و مشاوره قرار می‌گیرند.

در روش فرزندپروری بر اساس رویکرد پذیرش و تعهد، اینکه والدین دست از سر کنترل افکار و احساسات و کلاً دنیای درونی و ذهنی خود بردارند و روی ارزش‌های خود متمرکز شوند مورد توجه قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر، درمان پذیرش و تعهد این موضوع را مورد توجه قرار می‌دهد که بسیاری از مسایل از جمله دنیای درون و دنیای بیرون که کودک نیز شامل آن می‌شود، قابل کنترل نیستند و والدین با کنترل خود موجب آشفتگی خود و فرزند/ فرزندان‌شان می‌شوند (جلالی و همکاران، ۱۳۹۷). به این ترتیب، رویکرد پذیرش و تعهد این ایده را مطرح می‌کند که والدین می‌توانند به جای درگیر بودن با ندهای درونی خود به ندای حاصل از ارزش‌های خود بپردازند و از این طریق زندگی غنی‌تری را برای خود و کودکان به ارمغان آورند (ابن‌سنا، ۱۳۹۷). پورحیدری و همکاران (۱۳۹۶) در یک پژوهش با هدف تعیین میزان تأثیر آموزش فرزندپروری مثبت در مقایسه با ذهن‌آگاهی بر رابطه مادر - فرزند سالم و رابطه همشیران در خانواده‌های دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه/ فزون‌کنشی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که مداخلات بر کیفیت رابطه مادر- فرزند اثر دارند، اما تأثیر برنامه فرزندپروری مثبت بیشتر و از نظر تأثیر بر رابطه بین همشیران نیز، تنها مداخله فرزندپروری مثبت مؤثر است، ضمن اینکه این تأثیرها در مرحله پیگیری همچنان پایدار مانده است.

از سوی دیگر، فیلیال‌تراپی<sup>۲</sup> به دنبال آن است که از طریق بازی تعامل کودک - والدین را بهبود بخشد و بدین روش موجب حل و فصل تعارضات و احتمالاً مشکلات و اختلالات روان‌شناختی کودکان شود (صمدی، ۱۳۹۲). هرچند مخاطب اصلی بازی‌درمانگری کودک است، اما کودک بدون والدین و خانواده هنوز واجد محدودیتی واحد و مستقل نیست، رفتار والدین و روابط موجود در خانواده عامل تعیین‌کننده بسیاری از رفتارها و حالات کودک است. یافته‌های پژوهشی نیز مبین آن است که مشارکت والدین در فرایند درمان توجیه‌کننده بخشی از تفاوت اثربخشی پژوهش‌های مختلف است. با آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد‌درمانگر و شاید هم بیشتر از آن برای فرزندان‌شان موثر باشند (کوپن و مورل، ۱۳۹۷). از آنجا که روش‌های درمانی خاص بزرگسالان در مورد کودکان قابل اعمال نیست، بازی ابزار مناسبی برای درمانگران کودک جهت مداخله در مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی آنان می‌باشد که به صورت‌های مختلفی و از جمله به روش فیلیال‌تراپی صورت می‌گیرد (صمدی، ۱۳۹۲).

جنیفر<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی تأثیر بازی‌درمانی به شیوه فیلیال به عنوان ابزاری قوی برای رابطه بین پدر و مادر و فرزندخوانده‌ها پرداخت. نتایج نشان داد که این شیوه درمانی باعث بهبود روابط اعضای خانواده می‌گردد. همچنین مشخص شد که مهارت‌های اجتماعی و رفتاری کودکان بهبود یافته است.

در بازی‌درمانی به شیوه فیلیال تمرکز روی رابطه والد و کودک است تا کودک بتواند در سایه ارتباط با والدینش به حل مشکلات و تعارضات خود دست یابد. در این روش تهدید حضور بازی‌درمانگر که می‌تواند به عنوان یک رقیب از سمت والدین دیده شود حذف می‌گردد، همچنین ایجاد رفتارهای مثبت در کودک در نتیجه تغییر در رابطه والد - کودک شکل می‌گیرد (دروز، ۱۳۹۲).

---

1. Kim. Doh.Hong  
2. Fillialtherapy  
3. Jenifer

با وجود اینکه نتایج پژوهش‌های مختلف از اثربخشی هر دو روش فرزندپروری بر اساس رویکرد اکت (سلیمی و یوسفی، ۱۳۹۶) و فیلیال‌تراپی (حسین‌پور و همکاران، ۱۳۹۵) حمایت می‌کنند، ولی تا به حال پژوهشی که طی آن این دو روش با یکدیگر مقایسه شده باشند، انجام نشده است. ضمن اینکه فرض بر این است که چون رابطه والد-کودک یک رابطه دو سویه است که هر دو همدیگر را تحت تاثیر قرار می‌دهند، لذا رفتار نامناسب والدین رفتار نامناسب کودکان را برمی‌انگیزد، و به همین اعتبار بهبود در رابطه کودک - والد موجب بهبود سازگاری و رضایت والدین می‌شود (دروز، ۱۳۹۲).

به هر حال، این پژوهش به دنبال پاسخ دادن به این سئوالات است که آیا ارائه آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فیلیال‌تراپی بر بهبود اضطراب و پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی موثر است؟ کدام یک اثربخشی بالاتری دارند؟ کدام یک بر روی افزایش سازگاری مادران موثرترند؟

### مواد و روش‌ها:

این پژوهش به لحاظ روش آزمایشی می‌باشد که با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و مطالعه پیگیری اجرا شده است. در این پژوهش جامعه آماری کلیه مادران کودکان سن پیش‌دبستانی خواهند بود که برای انجام مشاوره کودک به مراکز مشاوره سطح شهر شهرکرد مراجعه کرده‌اند. به این ترتیب به صورت تصادفی دردسترس از بین مادرانی که کودک آنان ملاک‌های تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای را برآورده ساخت، تعداد ۳۶ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه شامل: گروه آزمایش (۱) فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه آزمایش (۲) فرزنددرمانی (فیلیال‌تراپی) و گروه کنترل گمارده شدند.

تحلیل‌های آماری مربوطه با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) نسخه ۲۲ انجام شد. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش نیز از آزمون کواریانس چند متغیری و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد

### ابزار جمع‌آوری اطلاعات

#### پرسشنامه‌های کودکان

پرسشنامه اضطراب: برای بررسی اضطراب کودکان از خرده‌مقیاس اضطراب مربوط به پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی راتر (۱۹۶۶) استفاده شد. پرسشنامه مشکلات رفتاری دارای ۲۷ سؤال است که ۹ سؤال آن مربوط به اضطراب می‌باشد و توسط مادران نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از سئوالات به صورت سه‌گزینه‌ای از ۰ تا ۲ درجه‌بندی می‌شوند (۰ = هرگز، ۱ = گاهی اوقات و ۲ = اغلب اوقات). در پژوهش‌های داخلی اعتبار این ابزار بررسی و مورد تایید قرار گرفته است که میزان آن ۰/۵۸ گزارش شده است (ساعتچی و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ روی یک نمونه مقدماتی بررسی و برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه پرخاشگری: برای بررسی پرخاشگری کودکان از خرده‌مقیاس پرخاشگری مربوط به پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی راتر (۱۹۶۶) استفاده شد. پرسشنامه مشکلات رفتاری دارای ۲۷ سؤال است که ۹ سؤال آن مربوط به پرخاشگری می‌باشد که توسط مادران نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از سئوالات به صورت سه‌گزینه‌ای از ۰ تا ۲ درجه‌بندی می‌شوند (۰ = هرگز، ۱ = گاهی اوقات و ۲ = اغلب اوقات). در پژوهش‌های داخلی اعتبار این ابزار بررسی و مورد تایید قرار گرفته است (ساعتچی و همکاران، ۱۳۸۹) که میزان آن ۰/۶۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ روی یک نمونه مقدماتی بررسی و برابر با ۰/۷۴ به دست آمد.

#### پرسشنامه‌های مادران

پرسشنامه سازگاری: برای بررسی سازگاری مادران شرکت‌کننده در پژوهش، از خرده‌مقیاس سازگاری عاطفی مربوط به پرسشنامه سازگاری بل استفاده شد. فرم کوتاه پرسشنامه شامل ۸۰ سؤال است که هر خرده‌مقیاس آن ۱۶ سؤال دارد. نحوه پاسخدهی به سئوالات به صورت بلی/خیر و نمی‌دانم است و هر قدر نمره فرد پایین‌تر باشد بیان‌گر سازگاری بالاتر وی است.

این پرسشنامه توسط بهرامی‌احسان (۱۳۷۱) بعد از ترجمه و ویرایش بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا شد. اعتبار پرسشنامه سازگاری بل با روش آلفای کرونباخ بر اساس ۸۰ سؤال که تامین‌کننده تمام بخش‌های قابل محاسبه از قبیل سازگاری کل، سازگاری درخانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی یا تحصیلی بود محاسبه گردید و ضریب آلفای آن معادل ۸۹/۰ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ روی یک نمونه مقدماتی بررسی که برای سازگاری عاطفی به دست آمد. مصاحبه بالینی کوتاه: با استفاده از یک مصاحبه بالینی کوتاه بر اساس DSM-5 ملاک‌های لازم برای اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان و انگیزش لازم از سوی مادران برای شرکت در جلسات آموزشی مورد بررسی قرار گرفت.

### روش اجرا

برای انجام پژوهش گروه آزمایش (۱) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اساس الگوی هیز و اسمیت (۱۳۹۳) و کوین و مورل (۱۳۹۷) را مطابق جدول (۱) و گروه آزمایش (۲) نیز طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای فیلپال‌تراپی (فرزنددرمانی) را بر اساس الگوی کلام و همکاران (۱۳۹۶) مطابق جدول (۲) به صورت هفتگی دریافت کردند، در حالیکه در مورد گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال نگردید. پس از اتمام جلسات، مرحله پس‌آزمون در هر سه گروه به عمل آمد و بعد از گذشت ۳ ماه از آخرین جلسه درمان 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 آخرین جلسه ارزیابی (مطالعه پیگیری) فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان روش موثرتر طی ۲ جلسه فشرده به مادران گروه کنترل ارائه شد.

جدول ۱- خلاصه‌ای از جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد

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 آنها/ تعیین اهداف گروه/ بیان قوانین گروه/ تشریح نحوه تشکیل جلسات و زمان جلسات بعدی/ معرفی مهمترین عاملی که باعث بروز اختلال‌های رفتاری در کودکان می‌شود/ معرفی سه سبک فرزندپروری/ تکلیف خانگی مبنی بر این که به روابطتان با کودکان‌تان دقت کنید و به این سوال پاسخ دهید که شما چه سبک والدگری دارید؟ سپس آن را در کاربرگ مربوطه یادداشت کنید.
جلسه دوم	مروری بر تکالیف خانگی انجام شده/ معرفی و توضیح بهترین نحوه تربیت فرزند (سبک فرزندپروری مقتدرانه) با ارائه مثال/ توضیح این که سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه و مستبدانه باعث ایجاد اختلال‌های رفتاری در کودکان می‌شود با ارائه مثال/ مرور کلی جلسه و جمع‌بندی مطالب/ تکالیف خانگی مبنی بر اینکه به این سوال فکر کنید و پاسخ دهید که چه عواملی اجازه نداده شما مادر مقتدری باشید. سپس آنها را در کاربرگ مربوطه یادداشت کنید.
جلسه سوم	مروری بر تکالیف خانگی انجام شده/ شناخت موانع احساسی، فکری، و رفتاری در سبک فرزندپروری مقتدرانه/ ارائه تعریف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معرفی سبک‌های فرزندپروری از دیدگاه رویکرد پذیرش و تعهد (سبک احساساتی، پلیس، و عاشق)/ مرور کلی جلسه و جمع‌بندی مطالب/ تکلیف خانگی مبنی بر اینکه فکر کنید و نتیجه‌گیری کنید که شما دارای کدام یک از سبک‌های فرزندپروری هستید؟ (احساساتی، پلیس و عاشق) و یا ترکیبی از اینها/ اگر هستید در کاربرگ مربوطه یادداشت کنید.
جلسه چهارم	مروری بر تکالیف خانگی انجام شده/ بیان شش ضلعی، انعطاف‌پذیری شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد/ بیان ویژگی‌های والد عاشق/ ارائه توضیح در مورد تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های فرزندپروری/ مرور کلی جلسه و جمع‌بندی مطالب/ تکالیف خانگی مبنی بر اینکه به افکار و احساس‌های آزاردهنده خود (از ۱ تا ۵) نمره بدهید. مثلاً «غم، وقتی که این افکار می‌آیند چقدر روی عملکرد شما تاثیر می‌گذارد (از ۱ تا ۵) نمره بدهید، چقدر از افکارتان آزاد هستید؟ این سه تا را حساب کرده و یک

	میانگین به دست آورده که نمره انعطاف‌پذیری شناختی شماست سپس در کاربرگ خود یادداشت کنید.
جلسه پنجم	مروری بر تکلیف خانگی انجام شده/ آموزش فنون فرزندپروری و تمرین ذهن‌آگاهی/ ارائه توضیح در مورد تاثیر 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 تکلیف خانگی مبنی بر اینکه شما چه ایرادهایی در خود می‌یابید؟ آیا می‌توانید خود را اصلاح کنید؟ هر کدام شما تخم مرغش چگونه است؟ در کاربرگ خود یادداشت 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 تاثیر آن بر رفتار فرزندان / ارائه توضیح در مورد مولفه‌های رفتار با استفاده از استعاره کشتی و جزیره/ در تکلیف خانگی مبنی بر اینکه رفتارهای جزیره‌ای خود را بیابید. قبل از آنکه دچار طوفان شده و در جزیره تنها بیافتید مقصد شما کجا بود؟
جلسه هفتم	مروری بر تکالیف انجام شده/ ارائه توضیح در مورد خویشتن مشاهده‌گرو 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 تاثیر دارند با استفاده از استعاره تشییع جنازه/ تکلیف خانگی مبنی بر اینکه دوست دارید چگونه مادری باشید؟ دوست دارید فرزندان در مورد شما چه نظری داشته باشد؟ در کاربرگ خود یادداشت کنید.
جلسه هشتم	مروری بر تکلیف انجام شده/ آموزش فنون مقابله با کودک پرخاشگر، نافرمان، کج‌خلق، و مضطرب/ ارائه توضیح در مورد تاثیر فنون برسبک‌های فرزندپروری و کاهش اختلال‌های رفتاری، تاکید بر کاربرد دست‌آوردهای برنامه آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی/ اجرای پس‌آزمون/ قتراندانی از اعضاء به دلیل همکاری / اعلام تاریخ و یادآوری جلسه انجام پیگیری.

جدول ۲- خلاصه‌ای از جلسات آموزشی فرزندپروری (فیلیال تراپی)

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	والدین به معرفی خود و خانواده‌هایشان و شرح ویژگی‌های فرزند خود می‌پردازند. اهداف درمانی توسط درمانگر شرح داده می‌شود و تاکید آموزش در این جلسه بر پیدایش حساسیت درباره فرزندان و دادن پاسخ همدلانه است. جلسه اول با دادن تکلیفی درباره آشنایی و شناخت هیجان‌های کودک و دادن پاسخ‌های انعکاسی پایان می‌یابد.
جلسه دوم	درمانگر در این جلسه بر آماده کردن والدین برای نخستین جلسه بازی در منزل تمرکز می‌کند. سپس با مرور جلسه قبلی، پاسخ همدلانه را از طریق ایفای نقش و نمایش با جزئیات بیشتری آموزش می‌دهد به طور کلی در این جلسه اصول اصلی بازی‌درمانگری والدینی به والدین آموزش داده می‌شود. والدین به اتاق بازی می‌روند تا با فضای آن آشنا شوند. فهرستی از اسباب بازی‌های مورد نیاز به والدین ارائه می‌شود. زمان و مکانی مناسب برای برگزاری جلسات بازی در خانه توسط والدین انتخاب می‌شود. پس از این جلسه، والدین جلسات بازی را با فرزندان‌شان شروع می‌کنند.
جلسه سوم	والدین نخستین جلسه بازی برگزار شده و مشکلاتی که با آن برخورد کرده‌اند را برای درمانگر شرح می‌دهند. با مرور تکالیف جلسات قبل، در این جلسه باید‌ها و نیاید‌های بازی به والدین آموزش داده شد. به علاوه والدین می‌آموزند 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 می‌شود. در این جلسه چرایی و چگونگی تعیین حد و مرزها و اجرایی آن کامل‌تر از

جلسات قبل آموزش داده می‌شود.	
گزارش جلسات بازی و فیلم‌های والدین با پیشنهادهای و راهنمای‌های درمانگر همراه می‌شود، تمرکز آموزش در این جلسه بر چرایی اهمیت حق انتخاب دادن به کودک و چگونگی اعمال این روش برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان است. این روش مکمل روش محدودیت گذاشتن است که در جلسات قبلی آموزش داده شد.	جلسه پنجم
در این جلسه افراد گروه به نقد و بررسی بازی والدین با یکدیگر، به خصوص در مورد مهارت‌های حق انتخاب دادن و محروم کردن می‌پردازند. آموزش اصلی در این جلسه بر اهمیت اعتماد به نفس و چگونگی ایجاد و افزایش اعتماد به نفس در کودک متمرکز است.	جلسه ششم
با بررسی و مرور تکالیف جلسه قبلی، روش ترغیب کردن به جای تحسین کردن به علاوه محدودیت دادن به صورت پیشرفته با کمک تکنیک حق انتخاب آموزش داده می‌شود. والدین موقعیت‌های مختلف را با تمرکز بر آموزش جدید نقش بازی می‌کنند. تکالیف جلسه معین می‌شود. به طور کلی درمانگر در جلسات آخر به نگرانی‌های والدین درباره مشکلات درازمدت و بحرانی کودکان پاسخ می‌دهد.	جلسه هفتم
گزارش کلی جلسات بازی از والدین دریافت می‌شود. درمانگر اصول بازی درمانی فیلیال 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 می‌گذارند. به علاوه آنان تشویق می‌شوند تا نقش خود را بپذیرند و جلسات باری را با کودک خود ارائه دهند.	جلسه هشتم

### نتایج و یافته‌ها

#### یافته‌های توصیفی

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

جدول ۳- توزیع فراوانی نمونه بر حسب جنسیت کودک به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

کنترل		آزمایش (۲)		آزمایش (۱)		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی سن	
۲۵/۰۰	۴	۲۵/۰۰	۴	۱۸/۷۵	۳	دختر
۷۵/۰۰	۱۲	۷۵/۰۰	۱۲	۸۱/۲۵	۱۳	پسر
۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۱۶	کل

جدول ۴- توزیع فراوانی نمونه بر حسب سن مادران به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

کنترل		آزمایش (۲)		آزمایش (۱)		سن مادران
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۸/۷۵	۳	۱۲/۵۰	۲	۱۸/۷۵	۳	۲۰ تا ۲۹ سال
۶۲/۵۰	۱۰	۷۵/۰۰	۱۲	۶۸/۷۵	۱۱	۳۰ تا ۳۹ سال
۱۸/۷۵	۳	۱۲/۵۰	۲	۱۲/۵۰	۲	۴۰ تا ۴۹ سال
۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۱۶	کل

جدول ۵- میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب، پرخاشگری کودکان و سازگاری و رضایت از زندگی مادران گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش (۱)		گروه آزمایش (۲)		گروه کنترل	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۰/۶۸	۱/۷۰	۱۰/۱۲	۱/۷۴	۱۱/۴۳	۱/۳۱
	پس‌آزمون	۷/۵۶	۱/۲۰	۸/۷۵	۱/۶۱	۹/۸۷	۱/۲۵
	پیگیری	۷/۳۱	۷/۱۳	۸/۶۲	۱/۵۴	۹/۵۶	۱/۵۹
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۱۱/۲۵	۱/۴۳	۱۰/۴۳	۱/۵۴	۱۱/۸۷	۱/۷۸
	پس‌آزمون	۷/۸۷	۱/۵۴	۸/۶۸	۱/۳۵	۱۰/۳۱	۱/۳۵
	پیگیری	۷/۷۵	۱/۰۶	۷/۸۷	۱/۷۸	۱۰/۱۲	۱/۶۲
سازگاری	پیش‌آزمون	۱۸/۳۱	۲/۰۵	۱۷/۸۱	۲/۴۲	۱۷/۵۰	۱/۸۶
	پس‌آزمون	۱۰/۷۵	۲/۴۰	۱۳/۴۳	۲/۵۰	۱۶/۶۲	۱/۸۹
	پیگیری	۱۰/۵۶	۱/۸۶	۱۲/۵۶	۲/۵۰	۱۶/۶۲	۱/۹۹

همان‌طور که در جدول (۵) ملاحظه می‌گردد، میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب و پرخاشگری کودکان و سازگاری 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 اضطراب و پرخاشگری کودکان و نمرات سازگاری مادران گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته و میانگین نمرات رضایت از زندگی مادران گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. برای مشخص کردن این تغییرات در جداول بعدی، با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری و در ادامه نیز با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر داده‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

#### یافته‌های استنباطی

- ۱- فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب کودکان پیش‌دبستانی موثر است.
- ۲- فرزنددرمانی بر کاهش اضطراب کودکان پیش‌دبستانی موثر است.
- ۳- میزان اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرزنددرمانی بر اضطراب کودکان پیش‌دبستانی متفاوت است. نتایج آزمون ام‌پاکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های کواریانس نمرات مربوط به اضطراب به صورت ( $P = ۰/۴۷۰$ ,  $F = ۱۲/۹۶$ )  $Box's M$  به دست آمد که چون سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از سطح معناداری پیش‌فرض به میزان  $۰/۰۵$  است، نتیجه‌گیری شد که ماتریس‌های کواریانس میانگین نمرات با یکدیگر برابرند و کاربرد تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مجاز است. همچنین نتایج آزمون کرویت موشلی نیز به صورت ( $P = ۰/۰۲۰$  و  $MW = ۰/۸۳۷$ ) به دست آمد. بنابراین پیش‌شرط تساوی کواریانس‌ها برقرار نیست و در جداول بعدی سطر مربوط به آزمون (گرین‌هاس - گیسر) مورد استفاده قرار گرفته است.



جدول ۶- آزمون برای میانگین نمرات اضطراب

متغیر	ارزش	مقدار F	درجه آزادی مفروض	سطح معناداری	سهم مجذور اتا	توان مشاهده شده
زمان اندازه‌گیری	۰/۴۱۴	۳۱/۱۲	۲	***۰/۰۰۱	۰/۵۸۶	۱
زمان * گروه	۰/۸۳۸	۲/۰۳	۴	۰/۰۹۷	۰/۰۸۵	۰/۵۸۷

P &lt; .۰۱\*\*

نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد میانگین نمرات اضطراب در مراحل مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با یکدیگر تفاوت معنادار داشته است ( $F = 31/12$  و  $P = 0/001$ ). همچنین نتایج جدول بالا بیان‌گر آن است که تعامل زمان اندازه‌گیری با گروه برای میانگین نمرات اضطراب معنادار نبوده است ( $F = 0/097$  و  $P = 0/085$ ). عدم تعامل معنادار به این معنا است که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در سه زمان اندازه‌گیری یکسان بوده است. با توجه به نتایج آزمون در جدول (۶) اثرات درون‌آزمودنی بر اساس رویه گرین‌هاوس - گیسر گزارش شده است. و نتایج این آزمون نشان می‌دهد زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به صورت ( $F = 45/53$  و  $P = 0/001$ ) و همچنین تعامل زمان اندازه‌گیری با گروه برای میانگین نمرات مربوط به اضطراب به صورت ( $F = 2/95$  و  $P = 0/031$ ) به دست آمده است. در واقع، نتایج بیان‌گر آن است که میانگین نمرات اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری با یکدیگر تفاوت معنادار نداشته‌اند. نتایج آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان اندازه‌گیری نیز این گونه به دست آمد: مرحله پیش‌آزمون ( $F = 0/550$  و  $P = 0/581$ )، مرحله پس‌آزمون ( $F = 1/70$  و  $P = 0/193$ ) و مرحله پیگیری ( $F = 0/332$  و  $P = 0/720$ ) که در هر سه مرحله بزرگ‌تر از سطح ۰/۰۵ است و نشان می‌دهد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در هر سه مرحله برقرار است و کاربرد تحلیل واریانس بین‌آزمودنی مجاز است.

نتایج آزمون مربوط به اثرات بین‌آزمودنی اضطراب نشان می‌دهد میانگین نمرات اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار داشته‌اند ( $F = 12/64$  و  $P = 0/001$ ). ضریب اتا به دست آمده نیز برابر با ۰/۳۶۰ است که بیان‌گر آن است که حدود ۳۶ درصد تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات گروه‌های آزمایش مربوط به ارائه فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی بوده است. همچنین نتایج مربوط به آزمون تعقیبی توکی که بر اساس آن می‌توان میانگین نمرات سه گروه را در سه مرحله پژوهش با یکدیگر مقایسه کرد.

جدول ۷- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین نمرات اضطراب در مراحل مختلف پژوهش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

مرحله	منبع	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون	فرزندپروری	۰/۷۵۰-	۰/۵۶۵	۰/۳۸۸
	فرزنددرمانی	۰/۵۶۲	۰/۵۶۵	۰/۵۸۴
	کنترل	۱/۰۱-	۰/۵۶۵	۰/۰۸۳
پس‌آزمون	فرزندپروری	۲/۳۱-	۰/۴۸۵	***۰/۰۰۱
	فرزنددرمانی	۱/۱۸-	۰/۴۸۵	*۰/۰۴۷
	کنترل	۱/۱۲-	۰/۴۸۵	۰/۰۴۳
پیگیری	فرزندپروری	۲/۲۵-	۰/۵۰۸	*۰/۰۰۱
	فرزنددرمانی	۱/۳۱-	۰/۵۰۸	*۰/۰۳۵
	کنترل	۰/۹۳۷-	۰/۵۰۸	*۰/۰۴۹

P &lt; .۰۵\*\*

همان‌طور که نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد، در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمرات اضطراب سه گروه آزمایش و کنترل وجود نداشته است ( $P > 0/01$ ). در حالیکه در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری با گروه کنترل تفاوت معنادار به وجود آمده است ( $P = 0/001$ )، همچنین بین گروه فرزنددرمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود داشته است ( $P = 0/043$ )، در عین حال بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری با فرزنددرمانی تفاوت معناداری وجود داشته است ( $P = 0/047$ ). در مرحله پیگیری نیز بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است ( $P = 0/001$ )، ولی بین گروه فرزنددرمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است ( $P = 0/049$ ). در عین حال، مشخص شد که در این مرحله، میانگین نمرات اضطراب گروه فرزندپروری نسبت به گروه فرزنددرمانی به صورت معناداری کمتر بوده است ( $P = 0/035$ ) به این ترتیب فرضیه ۱ مورد تایید قرار می‌گیرد، همچنین فرضیه پژوهش در خصوص تاثیر فرزنددرمانی بر روی کاهش اضطراب مورد تایید قرار می‌گیرد. در عین حال، فرضیه دیگر که مدعی تفاوت معنادار بین اثربخشی دو روش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی است بر کاهش میانگین نمرات اضطراب کودکان است مورد تایید قرار گرفته است.

۴- فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی موثر است.

۵- فرزنددرمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی موثر است.

۶- میزان اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرزنددرمانی بر پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی متفاوت است.

نتایج آزمون ام. باکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های کواریانس نمرات مربوط به پرخاشگری به صورت ( $F = 1/26P$ ،  $Box's M = 16/84$ ) به دست آمد که چون سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از سطح معناداری پیش‌فرض به میزان  $0/05$  است، نتیجه‌گیری شد که ماتریس‌های کواریانس میانگین نمرات با یکدیگر برابرند و کاربرد تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مجاز است. همچنین نتایج آزمون کرویت موشلی نیز به صورت ( $P = 0/321$  و  $MW = 0/950$ ) به دست آمد. بنابراین پیش‌شرط تساوی کواریانس‌ها برقرار است و در جداول بعدی سطر مربوط به آزمون کرویت مفروض مورد استفاده قرار گرفته است.

جدول ۸- آزمون لامبدای ویلکس برای میانگین نمرات پرخاشگری

متغیر	ارزش	مقدار F	درجه آزادی مفروض	سطح معناداری	سهم مجذور اتا	توان مشاهده شده
زمان اندازه‌گیری	۰/۴۰۸	۳۱/۸۹	۲	***۰/۰۰۱	۰/۵۹۲	۱
زمان * گروه	۰/۸۵۰	۱/۸۶	۴	۰/۱۲۴	۰/۰۷۸	۰/۵۴۴

$P < 0/01^{***}$

نتایج جدول (۸) نشان می‌دهد میانگین نمرات پرخاشگری در مراحل مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با یکدیگر تفاوت معنادار داشته است ( $F = 31/89$  و  $P = 0/001$ ). در عین حال، نتایج جدول بالا بیان‌گر آن است که تعامل زمان اندازه‌گیری با گروه برای میانگین نمرات پرخاشگری معنادار نبوده است ( $F = 31/89$  و  $P = 0/001$ ). عدم تعامل معنادار به این معنا است که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در سه زمان اندازه‌گیری یکسان است. با توجه به نتایج آزمون کرویت موشلی در جدول (۸) اثرات درون‌آزمودنی بر اساس رویه کرویت مفروض نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان می‌دهد زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به صورت ( $F = 39/38$  و  $P = 0/001$ ) و همچنین تعامل زمان اندازه‌گیری با گروه برای میانگین نمرات مربوط به پرخاشگری به صورت ( $F = 2/10$  و  $P = 0/087$ ) به دست آمده است. در واقع، نتایج بیان‌گر آن است که میانگین نمرات پرخاشگری در گروه‌های آزمایش و کنترل در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری با یکدیگر تفاوت معنادار نداشته‌اند.

نتایج آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان اندازه‌گیری نیز این‌گونه به دست آمد: مرحله پیش‌آزمون ( $F = 0/975$  و  $P = 0/385$ )، مرحله پس‌آزمون ( $F = 0/355$  و  $P = 0/703$ ) و مرحله پیگیری ( $F = 1/33$  و  $P = 0/273$ ) =

(P) که در هر سه مرحله بزرگتر از سطح ۰/۰۵ است و نشان می‌دهد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در هر سه مرحله برقرار است و کاربرد تحلیل واریانس بین‌آزمودنی مجاز است.

نتایج آزمون مربوط به اثرات بین‌آزمودنی پرخاشگری نشان می‌دهد میانگین نمرات نافرمانی مقابله ای گروه‌های آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار داشته‌اند ( $F = ۲۵/۰۲$  و  $P = ۰/۰۰۱$ ). ضریب اتا به دست آمده نیز برابر با ۰/۵۲۷ است که بیانگر آن است که حدود ۵۲ درصد تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات گروه‌های آزمایش مربوط به ارائه فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی بوده است. همچنین نتایج مربوط به آزمون تعقیبی توکی در جدول (۹) نشان داده شده است که بر اساس آن می‌توان میانگین نمرات سه گروه را در سه مرحله پژوهش با یکدیگر مقایسه کرد.

جدول ۹- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین نمرات پرخاشگری در مراحل مختلف پژوهش (پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری)

مرحله	مبنع	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون	فرزندپروری	-۰/۶۲۵	۰/۵۶۴	۰/۵۱۵
	فرزنددرمانی	۰/۸۱۲	۰/۵۶۴	۰/۳۳۰
	کنترل	-۱/۴۳	۰/۵۶۴	۰/۰۵۷
پس‌آزمون	فرزندپروری	-۲/۴۳	۰/۵۰۱	***۰/۰۰۱
	فرزنددرمانی	-۰/۸۱۲	۰/۵۰۱	۰/۲۴۸
	کنترل	-۱/۶۸۶	۰/۵۰۱	***۰/۰۰۶
پیگیری	فرزندپروری	-۲/۳۷	۰/۵۳۸	***۰/۰۰۱
	فرزنددرمانی	-۰/۱۲۵	۰/۵۳۸	۰/۹۷۱
	کنترل	-۲/۲۵	۰/۵۳۸	***۰/۰۰۱

$P < ۰/۰۱$  \*\*

همان‌طور که نتایج جدول (۹) نشان می‌دهد، در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پرخاشگری سه گروه آزمایش و کنترل وجود نداشته است ( $P > ۰/۰۱$ ). در حالیکه در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری با گروه کنترل تفاوت معنادار به وجود آمده است ( $P = ۰/۰۰۱$ )، همچنین بین گروه فرزنددرمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است ( $P = ۰/۰۰۶$ )، در عین حال بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری با فرزنددرمانی تفاوت معناداری وجود نداشته است ( $P = ۰/۲۴۸$ ). در مرحله پیگیری نیز بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری با گروه کنترل و گروه فرزنددرمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است ( $P = ۰/۰۰۱$ )، ولی بین گروه فرزندپروری با گروه فرزنددرمانی تفاوت معناداری مشاهده نشده است ( $P = ۰/۹۷۱$ ). به این ترتیب فرضیه‌های ۴ و ۵ مورد تایید قرار می‌گیرند، ولی فرضیه فرعی ۶ که مدعی تفاوت معنادار بین اثربخشی دو روش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی بر روی پرخاشگری است، مورد تایید قرار نگرفته است.

۷- فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری مادران موثر است.

۸- فرزنددرمانی بر افزایش سازگاری مادران موثر است.

۹- میزان اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرزنددرمانی بر بهبود سازگاری مادران متفاوت است.

نتایج آزمون ام. باکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های کواریانس نمرات مربوط به سازگاری مادران به صورت ( $F = ۰/۸۳۰P$  ،  $Box's M = ۱۱/۰۳$ ) به دست آمد که چون سطح معناداری به دست آمده بزرگتر از سطح معناداری پیش‌فرض به میزان ۰/۰۵ است، نتیجه‌گیری شد که ماتریس‌های کواریانس میانگین نمرات با یکدیگر برابرند و کاربرد تحلیل

واریانس با اندازه‌گیری مکرر مجاز است. همچنین نتایج آزمون کرویت موشلی نیز به صورت ( $P = 0/605$  و  $MW = 0/977$ ) به دست آمد. بنابراین پیش‌شرط تساوی کواریانس‌ها برقرار است و در جداول بعدی سطر مربوط به آزمون کرویت مفروض مورد استفاده قرار گرفته است.

جدول ۱۰- آزمون لامبدای ویلکس برای میانگین نمرات سازگاری مادران

متغیر	ارزش	مقدار F	درجه آزادی مفروض	سطح معناداری	سهم مجذور اتا	توان مشاهده شده
زمان اندازه‌گیری	۰/۲۱۳	۱/۳۸	۲	***۰/۰۰۱	۰/۷۸۷	۱
زمان * گروه	۰/۴۰۱	۱۲/۷۳	۴	***۰/۰۰۱	۰/۳۶۷	۱

$P < 0/01$  \*\*

نتایج جدول (۱۰) نشان می‌دهد میانگین نمرات سازگاری مادران در مراحل مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با یکدیگر تفاوت معنادار داشته است ( $F = 1/38$  و  $P = 0/001$ ). همچنین نتایج جدول بالا بیان‌گر آن است که تعامل زمان اندازه‌گیری با گروه برای میانگین نمرات سازگاری مادران معنادار بوده است ( $F = 12/73$  و  $P = 0/001$ ). تعامل معنادار به این معنا است که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در سه زمان اندازه‌گیری یکسان نیست. به عبارت دیگر این سه گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری ندارند، حال آن‌که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار پیدا کرده‌اند. با توجه به نتایج آزمون کرویت موشلی در جدول (۱۰) اثرات درون‌آزمودنی بر اساس رویه کرویت مفروض گزارش شده است. براساس این نتایج زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به صورت ( $F = 94/63$  و  $P = 0/001$ ) و همچنین تعامل زمان اندازه‌گیری با گروه برای میانگین نمرات مربوط به سازگاری مادران به صورت ( $F = 18/65$  و  $P = 0/001$ ) به دست آمده است. در واقع، نتایج بیان‌گر آن است که میانگین نمرات سازگاری مادران در گروه‌های آزمایش و کنترل در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری با یکدیگر تفاوت معنادار داشته‌اند. نتایج آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان اندازه‌گیری نیز این‌گونه به دست آمد: مرحله پیش‌آزمون ( $F = 0/593$  و  $P = 0/557$ )، مرحله پس‌آزمون ( $F = 0/287$  و  $P = 0/752$ ) و مرحله پیگیری ( $F = 0/821$  و  $P = 0/447$ ) 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. نتایج آزمون مربوط به اثرات بین‌آزمودنی سازگاری مادران نشان می‌دهد میانگین نمرات سازگاری گروه‌های آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار داشته‌اند ( $F = 22/17$  و  $P = 0/001$ ). ضریب اتا به دست آمده نیز برابر با  $0/496$  است که بیان‌گر آن است که بیش از ۴۹ درصد تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات سازگاری مادران گروه آزمایش مربوط به ارائه فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی بوده است. همچنین نتایج مربوط به آزمون تعقیبی توکی در جدول (۱۱) نشان داده شده است که بر اساس آن می‌توان میانگین نمرات سه گروه را در سه مرحله پژوهش با یکدیگر مقایسه کرد.

جدول ۱۱- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین نمرات سازگاری مادران در مراحل مختلف پژوهش (پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری)

مرحله	منبع		اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
	فرزندپروری	کنترل			
پیش‌آزمون	فرزندپروری	کنترل	۰/۸۱۲	۰/۷۵۲	۰/۵۳۱
	فرزنددرمانی	فرزنددرمانی	۰/۵۰۰	۰/۷۵۲	۰/۷۸۵
پس‌آزمون	فرزندپروری	کنترل	۰/۳۱۲	۰/۷۵۲	۰/۹۱۰
	فرزندپروری	کنترل	-۵/۸۷	۰/۸۰۷	***۰/۰۰۱
	فرزنددرمانی	فرزنددرمانی	-۲/۶۸	۰/۸۰۷	***۰/۰۰۵

***/۰/۰۰۱	۰/۸۰۷	-۳/۱۸	کنترل	فرزنددرمانی	
***/۰/۰۰۱	۰/۷۵۵	-۶/۰۶	کنترل	فرزندپروری	پیگیری
***/۰/۰۳۰	۰/۷۵۵	-۲/۰۰	فرزنددرمانی		
***/۰/۰۰۱	۰/۷۵۵	-۴/۰۶	کنترل	فرزنددرمانی	

$P < .05^{**}$

همان‌طور که نتایج جدول (۱۱) نشان می‌دهد، در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمرات سازگاری مادران سه گروه آزمایش و کنترل وجود نداشته است ( $P > 0.01$ ). در حالیکه در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری با گروه کنترل تفاوت معنادار به وجود آمده است ( $P = 0.001$ )، همچنین بین گروه فرزنددرمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است ( $P = 0.001$ )، در عین حال بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری با فرزنددرمانی تفاوت معناداری داشته است ( $P = 0.005$ ). در مرحله پیگیری نیز بین میانگین نمرات گروه فرزندپروری با گروه کنترل و گروه فرزنددرمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است ( $P = 0.001$ )، همچنین بین گروه فرزندپروری با گروه فرزنددرمانی تفاوت معناداری وجود داشته است ( $P = 0.030$ ). به این ترتیب فرضیه‌های فرعی (۷) و (۸) مورد تایید قرار می‌گیرند. همچنین فرضیه (۹) که مدعی تفاوت معنادار بین اثربخشی دو روش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی بر سازگاری مادران است نیز مورد تایید قرار گرفته است.

#### بحث و نتیجه گیری:

اختلالات اضطرابی جزو رایج‌ترین اختلالات روانی در کودکی هستند که ۲۲ تا ۴۴ درصد کودکان و نوجوانان رامبتلا می‌کنند. اختلالات اضطرابی در کودکان پیش‌دبستانی رایج هستند همچنین پرخاشگری یکی از نمودهای رشد اجتماعی است؛ در پایان یک سالگی، حدود ۴۶ درصد رفتارهای اولیه همسالان رفتارهای پرخاشگرانه و متعارض تشکیل می‌دهد. مطالعات متعدد نشان می‌دهند که مشکلات رفتاری پرخاشگری، درگیری‌های فیزیکی در کودکان دارای مشکلات رفتاری - هیجانی وجود دارد. این مشکلات رفتاری اغلب مزاحم زندگی خانوادگی، سازگاری آموزشی و اجتماعی کودک می‌شوند و مانع بزرگی در دستیابی کودک به اهداف آموزشی و اجتماعی به حساب می‌آیند. از سوی دیگر، تعاملات والد-کودک بافت اجتماعی مهمی را برای توسعه رفتارهای مشکل‌دار و یا رفتارهای سازگارانه در کودکان بهنجار و یا حتی نابهنجار فراهم می‌آورد. بر این اساس، آموزش مهارت‌های والدگری به والدین، به نحوی که بتوانند به عنوان یکی از حلقه‌های درمان کودک خود عمل کنند می‌تواند فایده‌های زیادی برای کودک داشته باشد.

لذا می‌توان گفت والدین در بروز مشکلات و اختلالات رفتاری - هیجانی و از جمله نافرمانی مقابله، اضطراب و پرخاشگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند، نقش دارند. به همین اعتبار، والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان موثر هستند. از جمله پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که هم فرزندپروری بر اساس رویکردهای سنتی و هم بر اساس رویکردهای نوینی مانند پذیرش و تعهد بر روی کاهش مشکلات رفتاری تأثیر دارند. از سوی دیگر، مشخص شده است که فرزنددرمانی نیز به دلیل استفاده هم‌زمان از محتوا و ساختار خانواده‌درمانی و بازی‌درمانی به صورت یک الگوی یکپارچه می‌تواند بر روی مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان اثر بگذارد. در این پژوهش به بررسی اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرزنددرمانی بر پرخاشگری و اضطراب کودکان پیش‌دبستانی شهرکرد و سازگاری مادران پرداخته شد.

طبق نتایج به دست آمده فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی بر کاهش اضطراب کودکان پیش‌دبستانی موثر است.

همچنین میزان اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرزنددرمانی بر اضطراب کودکان پیش‌دبستانی متفاوت است. این یافته با نتایج پژوهش‌های فقیهی و همکاران (۱۳۹۵، ۱۳۹۶)، بورک (۲۰۱۲) و ... همسویی دارد.

در واقع، چون بخشی از رفتارهای و مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان در اثر برخورد نامناسب و غیرموثر والدین با کودکان به وجود می‌آید، لذا آموزش فرزندپروری و فرزنددرمانی مناسب مبتنی بر تعامل موثر کودک - مادر توانسته است باعث کاهش

اضطراب کودکان گروه‌های آزمایش (۱) و (۲) شود. مادرانی که دارای سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه هستند در برابر خواسته‌های کودک مبنی بر حضور همیشگی مادر در بیشتر موقعیت‌ها تسلیم می‌شوند و کودک را در موقعیت‌هایی که باعث به دست آوردن استقلال در آنان می‌شود قرار نمی‌دهند. بنابراین مادر فرصت تجربه موقعیت‌های جدید را به روش مناسب برای فرزندان‌شان فراهم نمی‌کنند و باعث می‌شوند تا فرزندان‌شان حالت‌های اجتنابی را تجربه کنند و در زندگی و تجربه‌های آن به شدت به مادر و مراقبان خود وابسته شوند که این موضوع به نوبه خود می‌تواند موجب اضطراب بعدی و در صورت عدم نیاز به حضور مادر موجب ایجاد پرخاشگری در کودک شود (سلیمی و یوسفی، ۱۳۹۶). در عین حال، در سبک فرزندپروری مستبدانه نیز مادران سعی می‌کنند با ایجاد فشار و زور فرزندان خود را در موقعیت‌های مستقل قرار دهند که این موضوع به نوبه خود باعث می‌شود تا اضطراب فرزندان‌شان افزایش یابد. بنابراین رفتار اشتباه مادران به تدریج باعث می‌شود که کودک در بیشتر موقعیت‌ها، خواهان حضور و مدیریت مادر یا مراقب در کنار خود باشد و در صورت عدم حضور وی زمینه اضطراب و پرخاشگری فراهم می‌شود (سلیمی و یوسفی، ۱۳۹۶). از این رو، آموزش فرزندپروری بر اساس رویکرد اکت فرصت مغتنمی است که والدین بدون توجه و اجابت ذهن و آنچه در ذهن‌شان می‌گذرد، صرفاً رفتارهایی را که موجب رشد و استقلال کودک‌شان می‌شود مورد توجه و تاکید قرار دهند (جلالی و همکاران، ۱۳۹۷).

از سوی دیگر، تفاوت معنادار بین اثربخشی دو روش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی است بر کاهش میانگین نمرات اضطراب کودکان است مورد تایید قرار گرفته است. البته با توجه به اینکه مطالعات چندانی در خصوص مقایسه روش‌های مدرن و سنتی صورت نگرفته است، با این حال، می‌توان یافته‌های این پژوهش را با نتایج کلی پژوهش‌های هیز و همکاران (۲۰۰۶) که نشان داده‌اند روش‌های فرزندپروری مدرن موثرتر از روش‌های سنتی هستند، در یک راستا قرار داد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، والدین باید متناسب با سیستم عصبی کودک یک جریان مداوم پیام‌دهی رفت و برگشتی را ایجاد کنند و به کودک چگونگی کنترل و تنظیم را آموزش دهند. پس احتمالاً کودکان پرخاشگر در چنین ایده‌هایی مشکل دارند و جریان مداخله از طریق فراهم کردن محیط غنی از احساسات گرم و مثبت و همچنین جایگزین کردن ایده‌های هیجانی مثبت مثل شفقت و مهربانی به جای خشم و رشد زبان و استفاده از نماد در درک و بیان خواسته‌ها به جای عمل مثل جیغ کشیدن، گریه کردن و غیره توانست باعث کاهش معنادار پرخاشگری کودکان گروه آزمایش (۲) در مقایسه با گروه کنترل شود (کیافر و همکاران، ۱۳۹۳).

براساس نتایج آزمون‌های انجام شده فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی موثر است. همچنین میزان اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرزنددرمانی بر پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی متفاوت است.

این یافته با نتایج پژوهش‌های معمار و همکاران (۱۳۹۳) و میرشکار (۱۳۹۵)، حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، جنیفر (۲۰۱۷) و... همسویی دارد همسویی کامل دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که پذیرش و گسلش که از فرایندهای اصلی ذهن‌آگاهی و پذیرش هستند، باعث می‌شوند که مادر از افکار و احساسات خود به خوبی جدا شود و از این طریق بتواند به رفتارهای خودش متکی شود و از طریق اتکا به رفتارهای ارزشمند خود، زمینه کاهش تعارض والد - کودک را که در اثر کنترل به دست آمده است، کاهش دهد (هیز و اسمیت، ۱۳۹۳).

در اغلب این پژوهش‌ها مشخص شده است که روش‌های آموزش والد - کودک و از جمله فرزنددرمانی از طریق افزایش و بهبود مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های بین‌فردی موجب کاهش پرخاشگری کودکان می‌شوند.

در تبیین این یافته، همان‌طور که قبلاً نیز گفته شد، می‌توان با تغییر در رفتار والدین تغییر در رفتار کودک را نیز به وجود آورد که به این ترتیب بسیاری از مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان که ریشه در تعاملات پرخاشگرانه والدین دارد کاهش می‌یابد. در واقع، تغییر در نگرش والدین باعث می‌شود که آنان به روش متفاوتی با کودک خود برخورد نمایند و از این طریق زمینه کاهش تعارض که موجب بروز پرخاشگری در کودک می‌شود را کاهش دهند (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۴).

در عین حال، تفاوت معنادار بین اثربخشی دو روش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی بر روی پرخاشگری است، وجود ندارد. همان‌طور که قبلاً گفته شد، به دلیل کمبود پژوهشی در خصوص مقایسه اثربخشی روش‌های فرزند پروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی بر روی متغیرهای رفتاری - هیجانی، امکان مقایسه اثربخشی این دو روش میسر نیست، ولی با توجه به مکانیزم اثر هر یک از این دو روش، که به خصوص افزایش پذیرندگی و پذیرش (خدابخشی و همکاران، ۱۳۹۴)، و کاهش تعارض بین کودک - والد (کلان‌برایتون، ۲۰۰۵) می‌شوند، از ظرفیت لازم برای کاهش پرخاشگری و سایر مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان برخوردارند (طیبه، ۱۳۹۰).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد فرزنددرمانی بر افزایش سازگاری مادران موثر است. و نیز میزان اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرزنددرمانی بر بهبود سازگاری مادران متفاوت است.

این یافته با نتایج پژوهش‌های احمدی (۱۳۹۴) و معمار (۱۳۹۳)، حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، کیافر و همکاران (۱۳۹۳) همسویی دارد. در واقع، نتایج پژوهش‌های مختلف در خصوص ارائه فرزندپروری مبتنی بر اکت مبین آن است که این روش فرزندپروری بر اساس رویکرد پذیرش و تعهد بنا شده است و به دلیل تأکید بر روی رفتارهای ارزشمند به جای رفتارهای ذهن‌خاست امکان تغییر و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را فراهم می‌سازد (اورسلیو و رومر، ۱۳۹۶). و همچنین نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که آموزش فرزندپروری مثبت با رویکرد تعامل کودک - والد موجب کاهش استرس مادران و افزایش کنترل درونی آنان می‌شود و از این طریق زمینه‌افزایش سازگاری آنان را فراهم می‌سازد.

تفاوت معنادار بین اثربخشی دو روش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزنددرمانی بر سازگاری مادران است وجود دارد. در واقع، هرچند که هر دو روش فرزندپروری مبتنی بر اکت و فرزنددرمانی مطابق نتایج حاصل موجب افزایش سازگاری مادران شده است، ولی به نظر می‌رسد که میزان اثربخشی روش فرزندپروری بالاتر از روش فرزنددرمانی بوده است که این موضوع را می‌توان به مکانیزم اثر آن و به خصوص افزایش انعطاف‌پذیری و پذیرش و رهاسازی افکار و احساسات ناشی از داشتن و بودن با کودک دشوار ارزیابی کرد (جلالی و همکاران، ۱۳۹۷).

با توجه به اثربخش بودن فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کاهش نافرمانی مقابله، اضطراب و پرخاشگری کودکان و سازگاری و رضایت از زندگی مادران، پیشنهاد می‌شود این شیوه فرزندپروری به عنوان بخش اصلی برنامه‌های مداخله‌ای این افراد و خانواده‌هایشان مورد استفاده قرار گیرد.

با توجه به اثربخش بودن فرزنددرمانی (فیلیال‌تراپی) بر روی کاهش نافرمانی مقابله، اضطراب و پرخاشگری کودکان و سازگاری مادران، پیشنهاد می‌شود این شیوه تعامل والد - کودک به عنوان بخش اصلی برنامه‌های مداخله‌ای این افراد و خانواده‌هایشان مورد استفاده قرار گیرد.

همچنین پیشنهاد می‌شود هر دو روش مداخله بر روی پدران کودکان نافرمان مقابله انجام شود. در پایان پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، از مطالعه پیگیری بلند مدت‌تری مانند پیگیری ۶ ماهه یا یک‌ساله استفاده شود و نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شوند.

## مراجع

1- Barlow, D. H. & Durand, M. V. (2015). *Abnormal Psychology* (10 th), Williams & Willkins Ltd.

۲- اسنیل، الین. (۱۳۹۶). آرام نشستن مثل قورباغه. ترجمه داریوش جلالی و کبری فتاحی. تهران: انتشارات ابن‌سینا.

۳- کلام، ترزا. براتون، سواسی. و لندرت، گری. (۱۳۹۶). بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی: کتابچه راهنمای درمانگران (جلد دوم)، ترجمه جواد محمودی قزایی، سعیده سادات مصطفوی و نرگس علیرضایی. تهران: انتشارات قطره.

۴- جلالی، داریوش. نظری، فاطمه. بزرکار، فاطمه. (۱۳۹۷). هنر، مهارت و اشتیاق برای خوب زیستن. تهران: انتشارات ابن‌سینا.

۵- صمدی، علی. (۱۳۹۲). بازی‌درمانی، تهران: انتشارات دانژه.

- ۶- کوین، لیزا. مورل، ایمی. (۱۳۹۷). راهنمای فرزندپروری با اکت. ترجمه سجاد بهرامی، علی فیضی و زهرا خوش‌چشم. تهران: انتشارات ابن‌سینا.
- ۷- دروز، اتنا. (۱۳۹۲). ترکیب بازی‌درمانی با رفتاردرمانی شناختی، ترجمه غراله رضانی. تهران: انتشارات وانیا.
- ۸- سلیمی، ماهره. یوسفی، زهرا. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش سبک‌های والدگری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر اضطراب جدایی و نافرمانی کودکان. فصلنامه سلامت روان کودک - دوره چهارم، شماره ۲. صص ۱۱۵-۱۰۴.
- ۹- ساعتچی، محمود و همکاران. (۱۳۸۹). آزمون‌های روان‌شناختی، تهران: انتشارات سمت.
- ۱۰- هیز، استفان. اسمیت، اسپنسر. (۱۳۹۳). انتخاب شما کدام است؟ دام‌های ذهن یا راه زندگی، ترجمه امرالله ابراهیمی، محمدحسن انوری‌تفتی و بهاره دهقانی. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- ۱۱- کوین، لیزا. مورل، ایمی. (۱۳۹۷). راهنمای فرزندپروری با اکت. ترجمه سجاد بهرامی، علی فیضی و زهرا خوش‌چشم. تهران: انتشارات ابن‌سینا.
- ۱۲- عدیلی، شهرزاد. کلانتری، مهرداد. عابدی، احمد. (۱۳۹۴). تأثیر بازی‌درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی - هیجانی دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۱۳ (۲). صص ۱۰۴-۹۷.
- ۱۳- اورسلویو، ا. رومر، ت. (۱۳۹۶). نگرانی کمتر، زندگی بیشتر. ترجمه داریوش جلالی و کبری فتاحی، تهران: انتشارات ابن‌سینا.