

مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی و روابط مادر-فرزند دختران تک‌والدینی مادر سرپرست

طاهره اصلانی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی
علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف-
آباد، اصفهان، ایران

* سیده منیره آزاده

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی
علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف-
آباد، اصفهان، ایران

خلاصه

مقدمه: با توجه به این که بهبود روابط و حل تعارضات در بستر خانواده یکی از عواملی بهبود بهزیستی اجتماعی افراد است هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی و روابط مادر-فرزند دختران بی‌سرپرست بود.

روش کار: روش پژوهش این مداخله بالینی، با پیش آزمون-پس آزمون و گروه شاهد بود. ۲۸ دختر مادر سرپرست دارای تعارض با خانواده انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد گماشته شدند و پرسش‌نامه‌های مقیاس بهزیستی ذهنی و رابطه والد-فرزند توسط افراد هر دو گروه تکمیل گردید. گروه آزمون ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با آمار توصیفی و تحلیلی صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین نمرات پرسش‌نامه‌های گروه آزمون و شاهد، تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بنا بر نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی افراد و همچنین روابط مادر-فرزند موثر است.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی اجتماعی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرزند،

مادر

*مؤلف مسئول:

دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی
واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران

m_azadeh20@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۰۱

تاریخ تایید: ۹۵/۰۷/۰۸

مقدمه

خانواده کوچکترین واحد اجتماعی است که آن را به عنوان مبنای اصلی هر جامعه می‌توان معرفی کرد (۱). این واحد کوچک اجتماعی یک سیستم پویا است که شامل تعدادی از افراد با یک رابطه بسیار خاص در یک سیستم کاملاً معجزا از سایر نظام‌های اجتماعی تعریف می‌گردد (۲) و لذا محیط خانه به عنوان اولین و مهم‌ترین عامل تاثیر گذار بر رشد شخصیت افراد شناخته می‌شود (۱). با نگاهی اجمالی به خانواده می‌توان گفت که خانواده وظایف مختلفی را بر عهده دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به توانایی سازگاری با نیازها و شرایط جدید، ایجاد و آموزش مهارت‌های ارتباطی، تصمیم‌گیری، سازش، حل مسئله، انعطاف‌پذیری، تاب‌آوری، برنامه‌ریزی، رهبری، ابراز وجود، تصور چشم‌انداز آینده، پرورش و رشد فرزندان و فرزندپروری اشاره داشت (۲). بر این اساس و با توجه به اهمیت وظایف خانواده نمی‌توان اثر مستقیم این نظام را بر سایر نظام‌های اجتماعی انکار کرد اما آسیب‌های ایجاد شده در خانواده و آنچه که امروزه با دگرگونی ساختار جامعه اتفاق افتاده است باعث ایجاد اختلال در کارکردهای خانواده شده است (۳).

شاید به جرأت می‌توان گفت آنچه امروزه به عنوان آسیب اساسی در خانواده‌ها شناخته می‌شود گسیختگی خانواده‌ها و اختلال شدید در بین روابط بین اعضای آن است که عواقب آن در جامعه و سایر سیستم‌ها و نظام‌های اجتماعی هم قابل رویت است. گسیختگی خانواده و نیز عوامل مختلف دیگر در جامعه ایران، خانواده‌های زیادی را با بی‌سرپرستی و یا بدسرپرستی فرزندان این خانواده‌ها روبرو کرده است. ناسازگاری والدین خاصه وقتی منجر به جدایی و طلاق گردد، آسیب‌پذیری فرزندان را افزایش می‌دهد. از دست دادن والدین یا یکی از آنها خانواده را دچار نقص می‌کند و آنگاه که خانواده گسسته تداوم زمانی پیدا کند تاثیرات منفی بیشتر را بر فرزندان داشته و زمینه را برای بروز آسیب‌های اجتماعی مختلف مهیا می‌کند (۴). فرزندان که در محیط خالی از عشق و دلبستگی خانوادگی و در فضای ناامن بزرگ و تربیت می‌شوند در معرض بحران‌های عاطفی، اخلاقی، اجتماعی و روحی قرار خواهند گرفت و این بحران‌ها با آنکه در ظاهر گریبانگیر همان افراد و فرزندان است اما در معنای عمیق‌تر و در باطن، جامعه را گریبانگیر و مبتلای خود می‌سازند (۵).

این امر، بهزیستی اجتماعی این افراد بسیار در معرض خطر قرار می‌گیرد. این مفهوم در کنار بهزیستی جسمانی و بهزیستی روانی در سال ۱۹۷۹ توسط سازمان جهانی بهداشت به عنوان یکی از ارکان سه‌گانه سلامت عمومی معرفی شد (۶). کینز که به عنوان یکی از صاحب‌نظران در این حیطه محسوب می‌شود بهزیستی اجتماعی را به عنوان گزارش

شخصی افراد از کیفیت ارتباطات آنها با دیگران تعریف می‌کند و گلداسمیت^۱ آن را ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران معرفی می‌کند که یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت افراد هر جامعه است و منجر به افزایش کارایی فرد در جامعه می‌شود (۷) و لذا می‌توان گفت افراد دارای بهزیستی اجتماعی بالا زندگی را هدفدار می‌دانند، خود را حاکم بر زندگی دانسته و در کنار تمامی جوانب زندگی خود را متعلق به اجتماع اطراف دانسته و سعی در بهبودی روابط اطراف خود دارند (۸).

اما یادگیری و ریشه‌های اصلی این احساس تعلق و بهبودی روابط در اجتماع نشأت گرفته از خانواده افراد است که در واقع بخش عظیمی از مشکلات ایجاد شده در گسستگی خانواده‌ها بر اساس اختلال و مشکل در این حوزه از سلامت افراد است. مادر در این خانواده‌ها تلاش می‌کند تا با ایفای نقش فعال‌تر و انجام تکالیف نقش والد غایب، در انسجام خانواده و بهبود ارتباط خود با فرزندان بکوشد؛ تلاشی که ممکن است با وجود مشکلاتی همچون فقر، فقدان مهارت‌های ارتباطی اعضای خانواده و سنگینی تکالیف نقش سرپرستی با موفقیت همراه نباشد (۹). به طور قطع نمی‌توان گفت که در ایجاد تعارض بین والدین و فرزندان چه کسی بیشترین تاثیر را دارد اما می‌توان گفت که عدم آگاهی والدین و فرزندان از مهارت‌های ارتباطی و نداشتن مهارت در حل مسائل بین فردی باعث بروز ناسازگاری‌ها و تعارضات می‌شود (۱۰). خانواده‌ای که بر اثر تعارض و مشکلات بین فردی بین والدین و فرزندان آشفته است، محیط امن روانی و روحی که که بایستی در آن وجود داشته باشد را از اعضا می‌گیرد و باعث به وجود آمدن مشکلاتی برای اعضای آن می‌گردد (۱۱) چنانچه با تعارض به وجود آمده در بین اعضای خانواده به درستی برخورد شود به رشد رابطه کمک می‌کند و در غیر این صورت نه تنها این مشکل رفع نخواهد شد بلکه موجب آسیب در تداوم رابطه اعضا می‌گردد (۱۲). بنابراین تمام مطالب فوق این گونه باید ابراز داشت که برقراری و حفظ ارتباط امر بسیار مهمی است و والدین می‌توانند با ارتباط با فرزندان مشکلات را به گونه‌ای حل کنند به طوری که بتوانند زیر یک سقف با یکدیگر صمیمانه زندگی کنند (۱۱).

در این بین درمان‌های روانشناختی بسیاری به بهبود بهزیستی اجتماعی و روابط بین فردی پرداخته‌اند. درمان‌هایی همچون آموزش رویکرد تحلیل ارتباطی، در یک مدت کوتاه در بهبود ارتباطات و در کارایی اعضای خانواده در موقعیت‌های زندگی موثر واقع شده‌اند (۱۳) اما سوال اصلی این است که آیا این درمان‌ها قادرند در طولانی مدت نیز باعث این بهبود در روابط گردند؟ یکی از درمان‌هایی که در ارتباطات بین

¹Goldsmith

الف- مقیاس بهزیستی ذهنی: این مقیاس توسط کیز و ماگیامو (۲۰۰۳) برای سنجش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی بکار میرود که از ۴۵ سوال تشکیل شده است. ۱۲ سوال اول مربوط به بهزیستی هیجانی میباشد، ۱۸ سوال بعدی مربوط به بهزیستی روانشناختی می باشد و در نهایت ۱۵ سوال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی می باشد. بهزیستی اجتماعی (۱۵ سوال) این مقیاس شامل ۵ زیر مولفه است: مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، همبستگی و یکپارچگی اجتماعی. برای نمره گذاری این خرده مقیاس هم از طیف لیکرت ۷ درجه ای استفاده می گردد. نمره بین ۱۵ تا ۳۰ بیانگر بهزیستی اجتماعی پایین است. نمره بین ۳۰ تا ۶۰ نشان دهنده بهزیستی اجتماعی متوسط است و نمرات بالاتر از ۶۰، بهزیستی اجتماعی بالا است.

ب- پرسشنامه رابطه والد-فرزندی: نسخه اصلی این پرسشنامه توسط فاین، مولرند و شویل^۲ (۱۹۸۳) با هدف سنجیدن کیفیت روابط والد-فرزند ساخته شده است (۲۰). این مقیاس یک ابزار ۲۴ سوالی برای سنجیدن نظر نوجوانان و جوانان (حتی خردسالان) درباره رابطه آنها با والدیشان است. این مقیاس دو صورت دارد، یکی برای سنجیدن رابطه فرزند با مادر و یکی هم برای سنجیدن رابطه فرزند با پدر. که در پژوهش حاضر از صورت فرزند-مادری استفاده شده است. این مقیاس با ضریب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس های مربوط به پدر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضرایب آلفای ۰/۶۱ (هماندسازی) تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس های مربوط به مادر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ از همسانی درونی عالی برخوردار است (۲۱).

نتایج

بعد از جمع آوری پرسشنامه ها در مرحله پس آزمون و نمره گذاری، داده های جمع آوری شده با روش آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این قسمت ابتدا یافته های توصیفی و سپس یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش ارائه می گردند.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره های بهزیستی اجتماعی

دختران

متغیر	موقعیت	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	شاهد
	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار
بهزیستی	پیش آزمون	۵/۴۳	۹/۵۸
اجتماعی	پس آزمون	۱۳/۷۳	۴۱/۱۰

همان گونه که ملاحظه می گردد جدول ۱ شاخص های آماری

فردی و بهزیستی اجتماعی افراد موثر و تاثیر گذار است (۱۴) و شاید بتوان گفت به علت رسیدگی به ارزش های فرد در زندگی به هدف بهبود کیفیت زندگی افراد در طولانی مدت می پردازد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است (۱۵) که نشان دهنده کار تجربی در مورد تاثیر زبان بر روی رفتار تکامل یافته می باشد (۱۶) و بر مبنای نظریه چهارچوب های رابطه ای بنا شده است (۱۷). این درمان در سال ۱۹۹۹ توسط هیز، استروسال و ویلسون^۱ توسعه و معرفی شد و ترکیبی از ذهن آگاهی همراه با اصول رفتاری و ادراک صحیح فرد از ارزشهای شخصی خود است (۱۸). هدف اصلی این درمان کاهش نفوذ فکر در رفتار و عملکرد افراد است. در حقیقت آنچه در این درمان مهم است رسیدن به یک فرآیند کلی به نام انعطاف پذیری روانشناختی است که فرد را به عنوان شخصی گشوده و آگاه نسبت به افکار و احساسات خود، کاملاً در تماس با زمان حال و انجام دهنده رفتارهایی که وی را در مسیر زندگی به سمت ارزشها حرکت می دهد و متعهد نسبت به این ارزشها معرفی می کند (۱۹). تمامی این ارزشها و این فرآیندها موجب می شود تا فرد در زندگی خود بهبود کیفیت را مشاهده کند چیزی که می توان آن را وجود سلامتی و بهزیستی فرد و عامل بهبود دهنده روابط بین فردی شناخت. بنابراین در این پژوهش سعی بر آن شد که به این سوال پاسخ داده شود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قادر است همانند بسیاری از درمان ها بر بهبود بهزیستی اجتماعی افراد و روابط مادر فرزندی اثر گذار باشد؟

روش کار

این پژوهش بالینی با پیش آزمون-پس آزمون و گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی فرزندان خانواده های بدسرپرست و یا با سرپرستی مادر هستند که در مراکز خیریه ای مشغول به کار و آموزش می باشند. روش نمونه گیری این پژوهش به صورت در دسترس بود که از بین تمامی مراکز آموزشی خیریه ای یکی از آنها به صورت در دسترس انتخاب و پس از سنجش افراد متقاضی از بین این افراد ۲۸ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. از همه پیش آزمون گرفته شد و گروه آزمون ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفتگی درمانی گروهی را دریافت کردند. در طی دوره درمان گروه شاهد هیچ درمانی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. برای رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام دوره درمان، گروه شاهد نیز درمان را دریافت کردند.

ابزار پژوهش

²Fine, Moreland and Schwbel

¹Hayes, Strosahl and Wilson

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه اثر درمان پذیرش و

تعهد بر رابطه مادر-فرزند

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجدور تا
پیش آزمون	۴۶۸۷/۰۷	۱	۴۶۸۷/۰۷	۱۵۱/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۸۶
گروه	۳۵۶۶/۴۶	۱	۳۵۶۶/۴۶	۱۱۵/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲
خطا	۷۷۳/۰۰	۲۵	۳۰/۹۲			

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می شود پس از کنترل اثر پیش آزمون بر رابطه مادر-فرزند به روش تحلیل کوواریانس، F محاسبه شده برای گروه های آزمایش و گواه برابر ۱۵۱/۵۹ در سطح ($P < ۰/۰۰۰۵$) معنادار است. بنابراین، بین میانگین نمرات پس آزمون رابطه مادر-فرزند زنان گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. میزان تاثیر برابر با ۰/۸۶ است که نشان می دهد که ۸۶ درصد از واریانس رابطه مادر-فرزند دختران شرکت کننده توسط اجرای رویکرد درمانی قابل تبیین است.

بحث

نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات پس آزمون گروه آزمون و شاهد نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کلی بهزیستی اجتماعی و رابطه مادر فرزندی دختران بدسرپرست گروه آزمون در مقایسه با آزمودنی های گروه شاهد موثر بوده است. در رابطه با اثربخشی درمان های متفاوت بر بهبودی بهزیستی اجتماعی مطلبی توسط محقق یافت نشد ولی از آنجا که این متغیر جزء متغیرهای بهزیستی ذهنی است می توان گفت که یافته های پژوهش حاضر با یافته های سخاوت و عطاری (۱۱)، بهرام آبادی و همکاران (۹) و اکبری زردخانه و محمودی (۲۳) در رابطه با اثربخشی درمان های متنوع بر روابط والد-فرزندی همراستا هستند.

در طی سال های اخیر تعداد کثیری از درمانها و مفاهیم به بررسی بهزیستی و سلامت اجتماعی و چگونگی روابط والد-فرزندی پرداخته اند. اما آنچه این پژوهش را از سایر پژوهش ها مجزا می کند پرداختن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جنبه ها و ابعاد مختلف نیازهای هر انسان و بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی در افراد است (۲۲).

این درمان با بیان ارزشها موجب وضوح و پررنگ شدن مفاهیم مهم در زندگی هر فرد می شود و به او تعهد را نسبت به هر یک از این ارزشها را یادآور می شود و به فرد کمک می کند تا با تغییر رفتار و سبک زندگی فعلی و حرکت به سمت ارزشها به بهبود بهزیستی اجتماعی و روابط والد-فرزندی خود بپردازد. از آنجا که به علت وجود افکار طرد شدگی در فرزندان خانواده های بدسرپرست زندگی اجتماعی و حتی خانوادگی بسیاری از آنها دچار مشکل می گردد شاید مهمترین قسمت در اثر گذاری درمان و بهبود بهزیستی اجتماعی و روابط والد فرزندی بیان قسمت

گروه های مورد مطالعه در بهزیستی اجتماعی را براساس نمره پیش آزمون و پس آزمون در گروه های مختلف پژوهشی نشان می دهد. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس لازم است پیش فرض ها آزمون شود، با بررسی آزمون لوین در مورد تساوی واریانس های خطا، فرض تساوی واریانس ها رعایت شد و واریانس خطای متغیر وابسته در گروه ها مساوی بود ($F=۶/۹۷$ و $\alpha=۰/۰۱$) بنابراین می توان برای بررسی فرضیه ها از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه اثر درمان پذیرش و

تعهد بر بهزیستی اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجدور تا
پیش آزمون	۲۴۲۶/۵۹	۱	۲۴۲۶/۵۹	۴۲/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳
گروه	۵۶۲۱/۰۳	۱	۵۶۲۱/۰۳	۹۷/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰
خطا	۱۴۳۴/۳۴	۲۵	۵۷/۳۷			

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می شود پس از کنترل اثر پیش آزمون بر بهزیستی اجتماعی به روش تحلیل کوواریانس، F محاسبه شده برای گروه های آزمون و شاهد برابر ۴۲/۲۹ در سطح ($P < ۰/۰۰۰۵$) معنادار است. بنابراین، بین میانگین نمرات پس آزمون بهزیستی اجتماعی گروه آزمون و شاهد تفاوت معناداری وجود دارد. میزان تاثیر برابر با ۰/۶۳ است که نشان می دهد که ۶۳ درصد از واریانس بهزیستی اجتماعی دختران شرکت کننده توسط اجرای رویکرد درمانی قابل تبیین است. بنابراین با توجه به نتایج فرضیه فوق تایید گردید.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره های رابطه مادر-فرزند در

نمونه ها

متغیر	موقعیت	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	میانگین	انحراف معیار	شاهد	انحراف معیار
رابطه مادر- پیش آزمون	۱۰۸/۹۲	۱۳/۱۰	۱۱۰/۶۴	۱۶/۵۷		
فرزند پس آزمون	۱۳۱/۳۵	۱۱/۰۲	۱۱۰/۲۸	۱۷/۲۷		

همان گونه که ملاحظه می گردد جدول ۳ شاخص های آماری گروه های مورد مطالعه در رابطه مادر-فرزند را براساس نمره پیش آزمون و پس آزمون در گروه های مختلف پژوهشی نشان می دهد. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس لازم است پیش فرض ها آزمون شود، با بررسی آزمون لوین در مورد تساوی واریانس های خطا، فرض تساوی واریانس ها رعایت شد و واریانس خطای متغیر وابسته در گروه ها مساوی بود ($F=۱۴/۵۳$ و $\alpha=۰/۰۰$) بنابراین می توان برای بررسی فرضیه ها از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

گسلش و ارزشها برای این افراد بود. در کنار این دو مورد قسمت دیگری از شش ضلعی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با عنوان پذیرش به تمامی افراد یادآور می‌شود که وجود این افکار و احساسات به علت انسان بودن و وجود ذهن در تمامی افراد است و نباید با آنها به جنگ پرداخت بنابراین با بیان چگونگی پذیرش مشکلات درونی از جمله افکار و احساسات ناراحت کننده در طی جلسات مراجع کننده این مهارت را

آموزش می‌بند تا مشکلات درونی را به عنوان مانع برای بهبود روابط خود در جامعه نداند و دست از تلاش در مسیر ارزشهای خود نکشد.

نتیجه‌گیری

بنا بر نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی افراد و همچنین روابط مادر-فرزندی موثر است.

References

1. Alayi Z, Ahmadi Gatab T, Babaei Zad Khamen A. The relationship between parents marital adjustment, parents rearing style and health of children in Azad University. *Procedia Soc Behav Sci* 2011; 30: 1969-75.
2. Samani S. Family process and content model: A contextual model for family studies. *Procedia Soc Behav Sci* 2011; 30: 2285-92.
3. Amin Aghaei M. The role of cooperation of families and the police in the prevention of social damages. *Soc Discipl* 2009; 1(2): 61-80.
4. Tabrizi, M. The situation of orphans in Iran. *Social security* 2001; 9: 187-212.
5. Yazdanpanah MR, Keshavarz H. [Social issues and problems of orphaned children in female-headed families of Yasouj in 2014-2015]. The third National Conference on Sustainable Development in Psychology, Social and Cultural Studies, 2015. (Persian)
6. Sharbatian MH. [Reflection on the semantic relation of social capital indicators and utilization of social health among students of Payam Noor University of Mashhad]. *Soc Youth Stud* 2012; 2(5): 149-74.
7. Larson J. The measurement of social well-being. *Soc Indic Res* 1993; 28: 285-96.
8. Zahedi AM, Pivehvar A. Meta-analysis of studies on social health. *Welfare and Social Development Planning* 2014; 19: 111-71.
9. Bahramabady. Effectiveness of improving the quality of parent-child relationships in female adolescents of mother-headed single-parent families. *Clinical Psychology* 2013; 5(18): 13-24.
10. Hartos JL, Power TG. Association between mother and adolescent reports for assessing relations between parent-adolescent communication and adolescent adjustment. *J Youth Adolesc* 2000; 29(4): 441-50.
11. Sekhavat S, Attari Y. [Evaluating effectiveness of transactional analysis approach to improving mother-child relationship in male middle school students in Dezful]. *New findings in psychology* 2010; 5(15): 39-56. (Persian)
12. Moradi O, Sanaei Zaker B. [Evaluate the effectiveness of parent-child conflict problem solving skills training]. *Counseling research and development* 2006; 5: 20. (Persian)
13. Kazeko F. Effects of transactional analysis training on seventh grade students. *Transaction Analysis Journal* 2006; 22-29.
14. Azadeh SM, Kazemi-Zahrani H, Besharat MA. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and psychological flexibility in female high school students with social anxiety disorder. *Global J Health Sci* 2016; 8: 3.
15. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Psychology Faculty Publications*; 2006.
16. Zettle RD. The Evolution of a Contextual Approach to Therapy: From Comprehensive Distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 2005; 1(2): 77-89.
17. De Houwer J, Barnes-Holmes Y, Barnes-Holmes D. Riding the waves: A functional-cognitive perspective on the relations among behavior therapy, cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Int J Psychol* 2016; 51(1): 40-44.
18. Burekhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *J School Psychol* 2016; 57: 41-52.
19. Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Appl Psychol* 2006; 88: 1057-67.
20. Sanaei B. [The measurement scales family and marriage]. Tehran: Besat; 2008. (Persian)
21. Parhizgar A, Mahmoudnia A, Mohammadi Sh. Comparing the quality of the parent-child relationship in female high school students with identity crisis and identity crisis. *J Appl Psychol* 2009; 2(10): 82-93.
22. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and Commitment therapy as a unified model of behavior change. *Couns Psychologist* 2012; 40(7): 976-1002.
23. Akbari Zardkhaneh S, Mahmoudi M. The effect of adolescent development program to parents on parent-child relationships and family functioning. *Child Psychol Dev* 2015; 2: 47-57.