اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده

فاطمه گلپایگانی[۱]، بنفشه بیات[۲]، وحید مجدیان[۳]، سمیه آقابزرگی[۴]

تاریخ دریافت.: ۱۳۹۶/۱۲/۲۲ تجدیدنظر: ۱۳۹۷/۶/۱۳
پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۹/۱۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، شامل کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شدهٔ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس و گمارش تصادفی استفاده شد. بدین صورت که از بین کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در منطقهٔ ۲ شهر تهران، تعداد ۳۰ کودک به صورت در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه گمارده شدند. گروه آزمایش مداخلهٔ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی دو ماه و نیم در ۹ جلسهٔ ۶۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که افراد گروه گواه این مداخله را در طول فرایند انجام پژوهش دریافت نکردند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل سیاههٔ رفتاری کودکان (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱)، پرسشنامهٔ اختلال دلبستگی (راندولف، ۲۰۰۴) و پرسشنامهٔ توانایی‌ها و مشکلات (گودمن و همکاران، ۱۹۹۷) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوهٔ تحلیل کواریانس توسط نرم‌افزار آماری $SPSS_{24}$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده موثر بوده است ($P<۰/۰۰۱$). بدین صورت که این درمان توانسته بود از مشکلات دلبستگی کودکان کاسته و نوع‌دوستی آنها را بهبود بخشد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده مورد استفاده گیرد.

واژه‌های کلیدی: *کیفیت دلبستگی، نوع‌دوستی، رفتار برونی‌سازی شده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.*

۱. **نویسندهٔ مسئول** کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
۲. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه الزهرا(س)، تهران، ایران
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد علوم و تحقیقات)، تهران، ایران
۴.کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد البرز)، البرز، ایران.

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Quality of Attachment and Altruism of Children with Externalized Behavioral Problems

Fatemeh Golpayegani, M.A, Banafsheh Bayat, M.A, Vahid Majdiyan, M.A, Somayeh Aghabozorgi, M.A

Received: 03. 13.2018 Revised: 09.04.2018 Accepted: 12.05.2018

Abstract

Objective: The present study was conducted to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the quality of attachment and altruism of children with externalized behavioral problems. **Method:** The research method of the present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all children with externalized behavioral problems in Tehran, Iran, in academic year 2016-2017. Non-probability convenience sampling and random allocation were used in the present study; 30 children were selected through convenience sampling and randomly allocated to experimental and control groups. The experimental group received educational intervention in nine 60-minute sessions over two and a half months, while this intervention was not offered to the control group. The questionnaires included Achenbach and Rescorla's Child Behavior Checklist, Randolph's Attachment Disorder Questionnaire, and Goodman et al.'s Strengths and Difficulties Questionnaire. The data were analyzed through ANCOVA via SPSS 24. **Results:** The results showed that ACT is effective on the quality of attachment and altruism in children with externalized behavioral problems ($p \leq 0.001$), decreasing their attachment problems and improving their altruism. **Conclusion:** ACT can be employed as an efficient therapy to improve the attachment quality and altruism of children with externalized behavioral problems.

Keywords: *Attachment quality, altruism, externalized behavior, ACT*

1. **Corresponding Author:** M.A. of General Psychology, Islamic Azad University of Garmsar, Garmsar, Iran. **Email**: Fagol94019@gmail.com
2. M.A. of Clinical Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran
3. M.A. of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Science and Research, Tehran, Iran
4. M.A. of General Psychology, Islamic Azad University of Alborz, Karaj, Iran

مقدمه

در سال‌های اخیر مشکلات رفتاری، هیجانی، روان‌شناختی و عاطفی کودکان مورد توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان قرار گرفته است. زیرا که همگام با فرایند تحولی کودک، مشکلات روان‌شناختی دوران کودکی به مرحلهٔ بلوغ و بزرگسالی انتقال یافته و به‌تدریج درمان مشکلات عاطفی و روان‌شناختی آنان دشوارتر می‌گردد (گیمپل و هالند، ۲۰۰۲؛ آلوتابی، ۲۰۱۵). بر اساس رویکرد ابعادی، اختلال‌های روان‌شناختی دوران کودکی به دو دستهٔ کلیِ مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در برابر مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده تقسیم می‌شود که از نظر ویژگی با یکدیگر متفاوت هستند (لاندرس و همکاران، ۲۰۱۷). با نگاهی به مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده متوجه می‌شویم که ماهیتی درون‌فردی داشته و خود را به صورت کناره‌گیری از ارتباطات اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی نمایان می‌سازد (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). به علاوه این اختلال، با هدف قراردادن هیجانات و عواطف کودک، بیش از آنکه باعث آزار دیگران شود، سبب آزار دیدن خودِ کودک می‌شود. همچنین، اختلال‌های درونی‌سازی شده با ناامیدی، شکایات جسمانی و سکوت زیاد همراه است که موجب احساس حقارت، خودآگاهی زیاد، کمرویی، ترس، دلبستگی بیش از حد، و غم و اندوه در کودک می‌گردد (مارچانت و همکاران، ۲۰۰۷).

مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در مقابل مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده قرار دارند. اختلال رفتاری برونی‌سازی شده شامل مشکلات و الگوهای سازش نایافته‌ای است که در تعارض با دیگر افراد و محیط ظاهر می‌شود (آیر و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه‌ای را دربر می‌گیرند که اختلال نقص‌توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای از آن جمله‌اند (حسینی یزدی و همکاران، ۱۳۹۴). باید یادآوری کرد که این کودکان دارای مشکلات اساسی در زمینهٔ اجتماعی، ارتباطی و تحصیلی هستند که هر یک از آنها می‌تواند آیندهٔ کودک را به مخاطره افکند. از طرفی این کودکان با رفتارهای قانون‌شکنانه و اغتشاش‌گرایانه می‌توانند دوستان، همسالان، خانواده و حتی معلمان را نیز درگیر سازند (روداس و همکاران، ۲۰۱۷).

مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده را در حد دانش کنونی، می‌توان حاصل تعامل تعدادی از متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی دانست که به عنوان عوامل زمینه‌ساز، نگهدارنده و تسریع کننده عمل می‌کنند. هرچند که عوامل زیست‌شناختی حائز اهمیت هستند اما به نظر می‌رسد عوامل نامساعد محیط خانوادگی مانند ارتباط والد-فرزندی نامطلوب، سبک‌های تربیتی ناکارآمد والدین، منفی‌گرایی، والدگری با حمایت بیش از حد و نیز نارسایی در مهارت‌های اجتماعی در بروز و گسترش یا تداوم و تشدید نشانه‌های برونی‌سازی شده نقش اساسی بازی می‌کنند (هیکز، سود، دیراگو، پاکونو و مک‌کی، ۲۰۰۹؛ محمودی، ناصح، صالحی و تیزدست، ۱۳۹۱).

با توجه به عوامل نامساعد محیط خانوادگی نظیر سبک‌های تربیتی ناکارآمد والدین و عدم ارتباط مناسب کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده با والدین، این کودکان دارای مشکلات دلبستگی نیز هستند (پاک‌دامن و همکاران، ۱۳۹۰؛ موریس، میسترز و ون-دن برگ، ۲۰۰۳). عدم موفقیت در شکل‌گیری دلبستگی ایمن در سال‌های اولیهٔ زندگی، می‌تواند تأثیرات منفی بر رفتارهای دوران کودکی و نیز بزرگسالی برجای بگذارد. کودکانی که مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده همچون بزهکاری، پرخاشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای برایشان تشخیص داده شده است، اغلب دچار مشکلات دلبستگی هستند و تاریخچه‌ای از بدرفتاری، غفلت یا آسیب‌های دوران اولیهٔ کودکی را به همراه دارند (صدری، زارع بهرام‌آبادی و غیاثی، ۱۳۹۵). تجربهٔ یک

ارتباط گرم، صمیمی و مداوم با مادر یا جانشین دائم او، چیزی است که برای سلامت روان کودک ضروری به نظر می‌رسد. بر همین مبنا، بسیاری از اختلال‌های شخصیت و اشکال روان‌آزردگی‌ها ناشی از محرومیت کودک از مراقبت مادرانه، عدم ثبات رابطهٔ کودک با چهرهٔ دلبستگی یا روابط والد-فرزندی آسیب‌زا و غفلت شده می‌باشد (لوینسون و فوناچی، ۲۰۰۴، مورلی و موران، ۲۰۱۱).

همچنین مطالعات گوناگون حکایت از آن دارند که کودکان با نشانه‌های اختلالات سلوک، بزهکاری و بیش‌فعالی بالینی، به طور معناداری رفتار نوع‌دوستی کمتری نسبت به کودکان دیگر نشان می‌دهند و به عبارتی وجود مشکل در رفتارهای تنظیمی و توجهی در رشد رفتار نوع‌دوستی کودک اختلال ایجاد می‌نماید (هی، هادسون، و لیانگ، ۲۰۱۰). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند کودکانی که رفتار نوع‌دوستانهٔ کمتری دارند، از سطح سلامت پایین‌تر و توانایی‌های تحصیلی ضعیف‌تری برخوردارند، اما در عوض، کودکانی که رفتار اجتماعی بهتری دارند، کمتر غمگین بوده و از مهارت‌های تحصیلی بیشتری در مقایسه با همسالان خود برخوردارند (مک گینلی و کارلو، ۲۰۰۷). می‌توان گفت نوع‌دوستی یک ارزش اجتماعی و اخلاقی به شمار می‌رود که ضعف آن، منجر به ایجاد اختلال در رفتار اعضای جامعه می‌گردد (محمودی، خانی و غفاری، ۱۳۹۵). از طرفی رفتار نوع‌دوستی ماحصل رفتارهای خودتنظیمی و خودکنترلی بوده که از سازه‌های صفت شخصیت وظیفه‌شناس است (قره‌باغی، وفایی، الهیاری و بهرامی، ۱۳۹۱؛ کاسپی، رابرتز و شاینر، ۲۰۰۵).

برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، شناختی، رفتاری و ارتباطی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده از روش‌های گوناگونی استفاده شده است. از جمله روش‌های به کار رفته و در عین حال نسبتاً جدید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که کارآیی بالینی آن در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (طیبی نایینی و همکاران، ۱۳۹۶، ورسب و همکاران، ۲۰۱۷؛ الینبرگ، هافمن، جنسن و فورستولم، ۲۰۱۷؛ یو، نورتون و مک کراکن، ۲۰۱۷؛ و کروسبی و توهیگ، ۲۰۱۶). باید یادآور شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک تئوری فلسفی به نام عمل‌گرایی دارد و برمبنای برنامه‌ای تحقیقاتی در مورد شناخت و زبان شکل گرفته که نظریهٔ چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (ایزدیان و همکاران، ۲۰۱۲).

این رویکرد درمانی با بهره‌گیری از شش فرایند مرکزی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین مدد می‌رساند. این شش فرایند که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، گسلش، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (لانس و همکاران، ۲۰۱۳). از این دیدگاه، منشأ اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، اجتناب تجربه‌ای و امتزاج شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از تعامل این دو فرایند درکنار هم حاصل می‌گردد. در تعریف اجتناب تجربه‌ای باید گفت فرد سعی می‌کند از آن چه به طور بالقوه آسیب روان‌شناختی درپی دارد، نظیر افکار ناخواسته یا موقعیت‌های تهدیدکننده، بگریزد یا احتراز نماید. همچنین در فرایند امتزاج‌شناسی فرد قادر به تفکیک تجارب شناختی و به ویژه اسنادهای کلامی خود از رویدادها نیست (آنجولیا و بوون، ۲۰۱۳). برای کاهش آسیب‌های روان‌شناختی در مداخله‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانگری، به فراگیران آموزش داده می‌شود که از تجارب ناخوشایند درونی اجتناب نکنند، بلکه به جای آن بر پذیرش تجارب و تعهد به ارزش‌ها و انجام دادن فعالیت‌های مفید مبادرت ورزند (هیس و استروسال، ۲۰۰۴).

با توجه به کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف (طیبی نائینی و همکاران، ۱۳۹۶؛ الینبرگ، هافمن،

جنسن و فورستولم، ۲۰۱۷؛ یو، نورتون و مک کراکن، ۲۰۱۷؛ ورسب و همکاران، ۲۰۱۷؛ و کروسبی و توهیگ، ۲۰۱۶) و با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده (پاک‌دامن و همکاران، ۱۳۹۰؛ موریس، میسترز و ون-دن‌برگ، ۲۰۰۳؛ هی، هادسون و لیانگ، ۲۰۱۰) و همچنین عدم انجام پژوهشی در زمینهٔ بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، این محققان بر آن شدند که تأثیر این درمان را بر کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده مورد بررسی و آزمون قرار دهند.

روش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متغیرهای وابسته کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده بود.

جامعهٔ آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش جامعهٔ آماری را تمامی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شدهٔ مشغول به تحصیل در پایهٔ پنجم و ششم مدارس منطقهٔ ۲ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. برای انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به مدارس ابتدایی منطقهٔ ۲ آموزش و پرورش، از مشاوران و معلمان آنها درخواست گردید، دانش‌آموزان دارای علائم پرخاشگری، تکانشگری، نافرمانی، رفتارهای قانون‌شکنانه و اغتشاش‌گرایانه را معرفی نمایند. در این فرایند تعداد ۵۳ دانش‌آموز از ۵ مدرسه معرفی گردید که به آنها سیاههٔ رفتاری کودکان ارائه شد تا بدین وسیله از وجود مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در نزد این دانش‌آموزان اطمینان حاصل گردد. تعداد ۴۲ نفر دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده تشخیص داده شدند (با استفاده از پرسش‌نامهٔ سیاههٔ رفتاری کودکان) که از بین آنها ۳۰ نفر به تصادف انتخاب و باز به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن پرخاشگری، تکانشگری، نافرمانی، رفتارهای قانون‌شکنانه و اغتشاش‌گرایانه، کسب نمرهٔ ۶۳ و بیشتر در سیاههٔ رفتاری کودکان، برخورداری از سلامت جسمی، عملکرد انضباطی نامناسب و بودن در پایهٔ تحصیلی پنجم و ششم بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت در دو جلسهٔ آموزشی و همکاری نکردن و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس بود.

ابزار

سیاههٔ رفتاری کودکان

در پژوهش حاضر برای تشخیص مشکلات برونی‌سازی شده از سیاههٔ رفتاری کودکان آخنباخ و رسکورلا استفاده شده است. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط آخنباخ و رسکورلا برای سنجش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان تهیه شده است. سیاههٔ رفتاری کودکان از دو قسمت تشکیل شده است: بخش اول به بررسی صلاحیت کلی کودک در سه مقیاس فعالیت‌ها، مقیاس اجتماعی و مدرسه می‌پردازد و شامل ۱۳ ماده است. بخش دوم به بررسی مشکلات هیجانی و رفتاری می‌پردازد که شامل ۱۱۳ ماده است. پاسخ دهی بر اساس طیف لیکرت انجام می‌شود: شامل سه گزینهٔ *نادرست است* (نمرهٔ صفر)، *گاهی درست است* (نمرهٔ یک) و *غالباً درست است* (نمرهٔ دو). نمرهٔ مشکلات هیجانی و رفتاری از طریق جمع نمره‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (شامل محورهای گوشه‌گیری، مشکلات بدنی، اضطراب و افسردگی، و مشکلات برونی‌سازی شده (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه) و مشکلات توجه، مشکلات تفکر و مشکلات اجتماعی به دست می‌آید. دامنهٔ نمره‌های مشکلات رفتاری

هیجانی از صفر تا ۲۴۰ و گسترهٔ نمره‌های t برای دامنهٔ مرزی از ۶۰ تا ۶۳ و بیشتر از نمرهٔ ۶۳ برای دامنهٔ بالینی در نظر گرفته شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱).

گلاسر در نتایج پژوهش خود اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، مشکلات برونی‌سازی شده ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و مشکلات درونی‌سازی شده ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کرده است (گلاسر، ۲۰۱۱). همچنین در پژوهش ناکامورا و همکاران (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ سیاههٔ رفتاری کودکان ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی سیاههٔ رفتاری کودکان، مشکلات برونی‌سازی شده و مشکلات درونی‌سازی شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسش‌نامهٔ اختلال دلبستگی کودکان: پرسش‌نامهٔ اختلال دلبستگی راندولف برای معرفی اختلالات دلبستگی ساخته شد. این پرسش‌نامه یک چک لیست ۲۵ سوالی از فراوانی گزارش‌های والدین کودکان ۵ تا ۱۸ ساله است و شامل مشکلات متعددی است که مراقب کودک در طول دو سال قبل مشاهده کرده است (مورگان، ۲۰۰۴). این چک لیست به‌وسیلهٔ موحد (۱۳۸۷) ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن استخراج شده است.

این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی تدوین شده که هر سوال ۰ تا ۴ نمره دارد. نمره‌های این پرسش‌نامه در دامنهٔ ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمره‌های بیشتر از ۳۰ در این پرسش‌نامه نشان‌دهندهٔ وجود مشکلات دلبستگی در کودکان است. آلفای کرونباخ برای پرسشنامهٔ اختلال دلبستگی راندولف برابر ۸۳ /۰ محاسبه شد که این میزان حاکی از همسانی درونی مطلوب سوالات پرسش‌نامه است. این ضریب همسانی درونی با استفاده از روش دو نیمه کردن که توسط راندولف به دست آمد، یعنی ۰/۸۴ برای گروه مبتلا به اختلال دلبستگی و ۰/۸۱ برای گروه دارای مشکلات رفتاری، اما فاقد اختلال دلبستگی قابل مقایسه است. حساسیت این پرسش‌نامه برابر با ۱۰۰ درصد و ویژگی آن برابر با ۹۰ درصد است. به عبارت دیگر این پرسش‌نامه توانسته است ۱۰۰ درصد بیماران را بیمار و ۹۰ درصد افراد سالم را سالم تشخیص دهد. این میزان از حساسیت و ویژگی حاکی از قدرت تست در تشخیص عضویت گروهی افراد می‌باشد و از این جهت می‌توان آن را دارای روایی تشخیصی دانست (موحد، ۱۳۸۷).

پرسش‌نامهٔ توانایی‌ها و مشکلات: این پرسش‌نامه برای سنجش و غربالگری اختلالات روان‌پزشکی کودکان درجامعهٔ کودکان ۴ تا ۱۶ سالهٔ انگلیسی توسط گودمن و همکاران در سال ۱۹۹۷ طراحی شد که توسط معلمان، والدین و خود کودکان قابل استفاده می‌باشد. از مزیت‌های آن این است که شکلی فشرده و کوتاه دارد، فرم واحدی برای معلمان و مادران و کودکان دارد، هم بر مشکلات هم بر توانایی‌ها تمرکز دارد. این مقیاس به بررسی و تفکیک کودکان درمعرض خطر زیاد برای مشکلات سلامت روانی کمک می‌کند و قبلاً هم در ایران به طور مقدماتی روایی و اعتباریابی شده است (وفایی و روشن، ۱۳۸۵). نمرهٔ آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای مشکلات و ۰/۶۶ برای توانایی‌ها گزارش شده است و ساختار عاملی آن مورد بررسی قرارگرفته است (قره‌باغی و وفایی، ۱۳۸۸). این پرسش‌نامه شامل ۵ مقیاس مشکلات سلوکی، نشانه‌های عاطفی، بیش فعالی، کمبود توجه، مشکلات با همسالان و رفتار نوع‌دوستی بوده و هر مقیاس ۵ سوال دارد که براساس سه حالت *درست نیست* (۰)، *کمی‌درست است* (۱) و *حتماً درست است* (۲) پاسخ داده و نمره‌گذاری می‌شوند. زیرمقیاس توانایی‌ها با رفتار نوع‌دوستی، سوالاتی را در مورد مهربانی و توجه به دیگران، سهیم‌شدن با دیگران، کمک‌کردن به حل تکالیف و کمک‌کردن به کسانی که آسیب دیده‌اند یا بیمار هستند، مطرح می‌کند این زیرمقیاس ۵ آیتم در

مورد رفتار کودک در شش ماه گذشته دارد. این زیرمقیاس در تحقیقات زیادی مورد استفاده قرار گرفته است (هی و همکاران، ۲۰۱۰؛ نافو و پلامین، ۲۰۰۶). هی و همکاران (۲۰۱۰) آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ۰/۷۳ را برای فرم معلم و والدین و همبستگی مناسب ($P<0/01$ و $r = 0/24$) برای ارزیابی مادران و معلمان گزارش کرده‌اند. در پژوهش قره‌باغی، وفایی، الهیاری و بهرامی (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ برای فرم مادران ۰/۷۱ گزارش گردید. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای فرم مادران ۰/۷۴ محاسبه شد. در این پژوهش از فرم مادران استفاده شده است.

لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت اولیا و دانش‌آموزان برای شرکت در برنامهٔ مداخله کسب شد و همگی از کلیهٔ مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، برای گروه آزمایش مداخلهٔ آموزشی مطابق با جدول یک انجام شد در حالی که گروه گواه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نکردند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، از آزمون t جهت مقایسهٔ پیش آزمون‌های گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته و همچنین از تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیهٔ پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

روش اجرای مداخله

در پژوهش حاضر جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۹ جلسهٔ ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه و در طول ۲ ماه و نیم اجرا گردید. شرح جلسات این درمان توسط طیبی و همکاران(۱۳۹۶) طرح‌ریزی و اجرا شده است. رئوس مطالب جلسات درمانی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. مراحل جلسات درمانی(طیبی و همکاران، ۱۳۹۶)

جلسات	رئوس مطالب
ابتدا جلسات والدین : ۳ جلسه	
۱	معرفی درمان و فلسفهٔ آن، بحث در مورد حدود رازداری، تصریح نوع رابطه درمانی و بیان استعارهٔ «دو کوه»، سنجش هدفمند (سنجش بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) استعارهٔ«لوله کش»، مقدمه‌ای بر درماندگی خلاق و بیان استعارهٔ «چکش»،«مزرعه»، معرفی والد احساسی، منطقی و عاشق و استعارهٔ «لنگر»، ارائهٔ تکلیف: دادن فرم یاداشت تجربیات روزانه و لنگر انداختن.
۲	سنجش عملکرد، مرور بازخوردها در مورد جلسهٔ قبل، مرور تکلیف، ویژگی‌های والد عاشق، استعارهٔ «سفر»، بیان حساسیت‌های مسیر فرزندپروری و مثال «رانندگی روی یخ» و استعارهٔ «تشییع جنازه»، استعارهٔ «جزیره» و مطرح‌کردن ارزش‌ها، ارائهٔ تکلیف: پیدا کردن رفتارهای جزیره‌ای.
۳	سنجش عملکرد، مرور تکلیف، قوانین مسیر فرزند پروری، استعارهٔ «ادارهٔ پرهرج و مرج»، مثال تخم مرغ خراب و سالم در مورد تحکیم قوانین و ساختار خانواده، ایجاد تمایل و گسلش: استعارهٔ «نیش پشه»، استعارهٔ «مهمان» و«اتوبوس»، ادامهٔ بحث ارزش‌ها و تعهد، تکلیف: حرکت به سمت والد عاشق، مشخص‌کردن اهداف در جهت ارزش فرزندپروری و آگاهی نسبت به موانع و هیجانات درونی.
جلسات کودک: ۶ جلسه	
۴	معارفه و آشنایی همراه با بازی، هدف از جلسات با ارائهٔ نقشهٔ گنج و نشان دادن سیر درمان روی نقشه، تفهیم درست مشکل کودک، ارائهٔ قوانین جلسات، تکنیک و جمع بندی.
۵	مرور تکلیف و بازخورد جلسهٔ قبل، تفهیم دنیای درون و بیرون و قوانین درست هر کدام، تکالیف در مورد نوشتن احساسات، افکار و نحوهٔ مدیریت آن‌ها روی آدمک
۶	بازخورد و تکالیف جلسه قبل، تفهیم اینکه کنترل خود مساله است با کمک استعارهٔ *ببر و بازی*، *بازی مار و پله* برای شروع معرفی *قلب و سم*، تکلیف برای درست کردن جعبهٔ سم و قلب و نوشتن ببرهایی که سراغ کودک می‌آیند.
۷	بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، تحکیم ارزش‌ها به وسیلهٔ بازی دارت و قرار دادن ارزش‌های کودک در جعبهٔ قلب و اجتناب‌های او در جعبهٔ سم، معرفی شش ارزش کلی (معنویت و خدا، تحصیل، پدر و مادر، سلامتی، دوستان و تفریح) و تعیین اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت در جهت آنها، تکلیف و دادن فرم ارزش‌ها به کودک.
۸	بازخورد و بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، گسلش و استعارهٔ اتوبوس، تمایل و استعارهٔ رادیو، تکلیف: یافتن مسافران مزاحم و باطل‌کردن قرارداد با آنها.
۹	بازخورد و مرور تکلیف جلسهٔ قبل، تعهد و ارائهٔ فایل قراردادها، فرم سر بزرگ، تکلیف، پیمان‌نامه و تعیین جلسات پیگیری.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که افراد نمونهٔ پژوهش دارای دامنهٔ سنی ۱۰ تا ۱۲ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها ۱۰/ ۱۲ و ۱/۶۵ سال بود. بیشترین میزان پایهٔ تحصیلی مربوط به کلاس ششم (۶۹ درصد) بود.

جدول ۲. نتایج آمار توصیفی کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده

گروه‌ها	متغیرها	پیش آزمون		نرمال بودن	پس آزمون		نرمال بودن
		میانگین	انحراف معیار	P value	میانگین	انحراف معیار	P value
گروه آزمایش	کیفیت دلبستگی	۶۲	۷/۶۴	۰/۲۶	۵۰/۵۳	۵/۷۱	۰/۳۳
	نوع‌دوستی	۳/۶۶	۱/۳۴	۰/۰۲	۵/۹۳	۰/۹۶	۰/۱۵
گروه گواه	کیفیت دلبستگی	۶۰/۲۰	۷/۶۷	۰/۱۷	۶۱/۲۰	۵/۲۶	۰/۲۹
	نوع‌دوستی	۴	۰/۸۴	۰/۱۲	۳/۷۳	۱/۱۶	۰/۴۴

قبل از ارائهٔ نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها به جز در مرحلهٔ پیش‌آزمون، مولفهٔ نوع‌دوستی در گروه آزمایش تأیید می‌شود ($p>۰/۰۵$). لازم به ذکر است که با توجه به تعداد برابر گروه‌ها، تحلیل کواریانس در برابر نقض بعضی از پیش‌فرض‌ها مقاوم است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن بیانگر معنی‌دار نبودن مقدارتفاوت بود و نشان می‌داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده حاصل است ($p>۰/۰۵$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که در پیش‌آزمون متغیرهای وابسته (کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده) میان گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی‌داری نبوده است ($p>۰/۰۵$). همچنین در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون در متغیرهای کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی معنی‌دار نبوده است. این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای خودپنداره و سازش‌یافتگی اجتماعی برقرار بوده است. حال به ارائهٔ نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده

متغیر	گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
کیفیت دلبستگی	همپراش	۵۶/۲۳	۱	۵۶/۲۳	۲/۸۸	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۳۷
	بین گروهی	۹۰۸/۵۹	۱	۹۰۸/۵۹	۴۶/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱
	خطا	۵۲۵/۹۰	۲۷	۱۹/۴۷				
نوع‌دوستی	همپراش	۰/۹۰	۱	۰/۹۰	۰/۷۹	۰/۳۸	۰/۰۳	۰/۱۴
	بین گروهی	۳۷/۲۱	۱	۳۷./۲۱	۳۲/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
	خطا	۳۰/۹۵	۲۷	۱/۱۴				

با توجه به نتایج جدول فوق، آموزش متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) توانسته است منجر به ایجاد تفاوت معنی‌دار در میانگین نمره‌های متغیرهای وابسته (کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده) در مرحلهٔ پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، میانگین نمره‌های

متغیرهای کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده با ارائهٔ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر یافته است. مقدار تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۵۴ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۶۳ و ۵۴ درصد تغییرات متغیرهای کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده توسط عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تبیین می‌شود.

جدول ۴. میانگین‌های تعدیل شدهٔ متغیرهای وابسته

متغیر	گروه ها	میانگین	خطای استاندارد
کیفیت دلبستگی	گروه آزمایش	۵۰/۲۳	۱/۱۵
	گروه گواه	۶۱/۵۰	۱/۱۵
نوع‌دوستی	گروه آزمایش	۵/۹۶	۰/۲۷
	گروه گواه	۳/۷۰	۰/۲۷

چنان که از نتایج جدول ۴ مشخص است نمره‌های میانگین تعدیل‌شدهٔ متغیر مشکلات دلبستگی در گروه آزمایش از میانگین نمره‌های گروه گواه کمتر است. این در حالی است که میانگین تعدیل شدهٔ متغیر نوع‌دوستی گروه آزمایش از گروه گواه بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده صورت گرفت. یافته‌ها مبیّن آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده مؤثر بوده است ($P<0/001$)، بدین شکل که این درمان موفق به کاهش مشکلات دلبستگی کودکان شده و نوع‌دوستی را در آنان بهبود بخشیده است. نتایج پژوهش کنونی با یافته‌های پژوهش‌های یو، نورتون و مک کراکن (۲۰۱۷)؛ ورسب و همکاران (۲۰۱۷)؛ الینبرگ، هافمن، جنسن و فورستولم (۲۰۱۷)؛ و کروسبی و توهیگ (۲۰۱۶) همخوانی داشت. همچنان‌که این محققان نیز در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأثیرگذاری بر افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی و فرایند پذیرش افراد، از مشکلات روان‌شناختی آنها کاسته است. پژوهش طیبی نایینی و همکاران (۱۳۹۶) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان شده و بدین طریق می‌توان انتظار داشت که در اثر این درمان میزان آسیب‌های روان‌شناختی کودکان کاهش یابد.

بنا به گزارش کاووسیان، حریفی و کریمی (۱۳۹۵)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تقویت یک رابطهٔ غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌ورزد. یک جنبهٔ مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اصلاح و تقویت خوددلسوزی است. به نحوی که ترس، قضاوت‌های بی‌جا و واکنش‌پذیری، در اثر این درمان کاهش می‌یابد. فرایند اخیر موجب می‌شود که کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده خودشفقتی بیشتری داشته باشند و از سوی دیگر مهربانی و شفقت به خود با مهربانی و شفقت نسبت به دیگران همراه است. از طرفی این فرایند موجب می‌شود تا کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوع‌دوستی بیشتری را از خود بروز دهند. افزون بر آن، در جلسات درمان به کودکان آموزش داده می‌شود تا بر ارزش‌های خود اصرار ورزند که به‌طورطبیعی ارتباطات اجتماعی می‌تواند یکی از این ارزش‌ها باشد. بنابراین

کودک با حرکت در مسیر این ارزش می‌تواند رفتار اجتماعی و در نتیجه نوع‌دوستی خود را توسعه بخشد.

سرانجام بنا به باور رویمر، اورسیلو و سالتریز پدنالت (۲۰۰۸) و هیز و استروسال (۲۰۱۰)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عمل ارزشمند تأکید می‌ورزد. به نظر می‌رسد مراجعان دسته‌ای از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که برایشان از اهمیت و ارزش بیشتری برخوردار است. بهبود روابط بین‌فردی، تحصیل، مراقبت از خود و بهبود رابطهٔ والد- فرزندی می‌تواند مثال‌هایی از این ارزش‌ها باشد. هدف از این رویکرد درمانی، درگیرشدن فرد در اعمالی است که برای او مهم بوده، اما وی از آنها اجتناب می‌کند. شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع، آگاهی دادن به اوقاتی که بر اساس این ارزش‌ها اتفاق می‌افتد و اقدام به انجام این ارزش‌ها مؤلفهٔ مهم این هدف است. بر همین منوال هنگامی که به والدینِ کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، در خصوص ویژگی‌های والد عاشق، اصول فرزندپروری، ساختار و قوانین خانوادهٔ بهنجار، شیوه‌های تعاملی مثبت با فرزند و موانع هیجانات درونی آگاهی و آموزش داده می‌شود، فرایند دلبستگی به کودکان نیز بهبود می‌یابد. زیرا که بیشتر مشکلات دلبستگی کودکان بر اساس روابط آسیب‌زای والدین قوام می‌گیرد. بنابر آنچه گذشت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آگاهی‌بخشی به والدین دربارهٔ روش‌های فرزندپروری بهنجار از یک طرف و با آموزش کودکان در راستای شناسایی ارزش‌ها و عمل متعهدانه در برابر آنها از سوی دیگر، موجب می‌شود که میزان مشکلات دلبستگی کودکان با مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده کاهش یابد.

پژوهش کنونی، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی همچون استفاده‌نکردن از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقهٔ جغرافیایی خاص (کودکان دارای اختلال برونی‌سازی‌شدهٔ شهر تهران)، بهره نگرفتن از ابزارهای پژوهشی دیگر به جز پرسش‌نامه و عدم برگزاری مرحلهٔ پیگیری مواجه بود. بنابراین توصیه می‌شود که پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی در سایر گروه‌ها و منطقه‌های جغرافیایی و با مرحلهٔ پیگیری صورت پذیرد تا موجب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد که به نحو مقتضی از این روش درمانی در کلنیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ادارات آموزش و پرورش استفاده شود. به‌علاوه توصیه می‌شود این روش درمانی در دوره‌های ضمن خدمت و کارگاهی به مشاوران مقاطع مختلف آموزش داده شود تا بتوانند با بهره‌گیری از آن، نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی‌شده و کیفیت دلبستگی آنان را بهبود بخشند.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش کنونی که بر معنی‌دار بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده دلالت داشت، توصیه می‌شود که درمانگران جهت بهبود کیفیت دلبستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده نمایند.

تقدیر و تشکر

از تمام دانش‌آموزان شرکت کننده در پژوهش، والدین آنان و مسئولین آموزش و پرورش و مدارس انتخاب شده، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

ایزدی، م.، عابدی، م.(۱۳۹۲). *پذیرش و تعهد درمانی*، تهران: انتشارات جنگل.

بوردیک، د. (۲۰۱۴). *درمان ذهن‌آگاهی برای کودکان و نوجوانان*، ترجمه غلامرضا منشئی، مسلم اصلی آزاد، لاله حسینی و پریناز طیبی، (۱۳۹۶). اصفهان: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان).

حسینی یزدی، ع.، مشهدی، ع.، کیمیایی، ع.، و عاصمی، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامهٔ مداخله‌ای ویژهٔ کودکان طلاق بر مشکلات برونی‌سازی شده و درونی‌سازی شدهٔ کودکان طلاق، *روان شناسی خانواده*، ۲(۱)، ۳-۱۴.

صدری، م.، زارع بهرام آبادی، م.، و غیاثی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کیفیت دلبستگی و مهارت اجتماعی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *فصلنامهٔ سلامت روانی کودک*، ۳(۲)، ۱۱-۲۲.

قره باغی، ف.، وفایی، م. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامهٔ توانایی‌ها و مشکلات در نمونهٔ کودکان ایرانی. *مجلهٔ روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۵(۳)، ۲۳۱-۲۴۱.

قره باغی، ف.، وفایی، م.، الهیاری، ع.، و بهرامی احسان، ه. (۱۳۹۱). بررسی نقش مستقل و همزمان تعارض والدین و خلق کودک در پیش‌بینی رفتار نوع‌دوستی کودک، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۴)، ۴۹۰-۵۱۱.

کاووسیان، ج.، حریفی، ح.، و کریمی، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ای سی تی) بر زناشویی زوج‌ها، *مجلهٔ سلامت و مراقبت*،۱۹(۱)، ۷۵-۸۷.

محمودی، ا.، خانی، ل.، و غفاری، م. (۱۳۹۵). بررسی همبستگی هوش اخلاقی و نوع‌دوستی با نگرش پرستاران نسبت به رعایت حقوق بیماران، *آموزش پرستاری*، ۵ (۲)، ۴۹-۵۶.

محمودی، ن.، ناصح، ا.، صالحی، س.، و تیزدست، ط. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر قصّه‌گویی بر مشکلات رفتاری برونی‌سازی شدهٔ کودکان. *روان‌شناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۹ (۳۵)، ۲۴۹-۲۵۷.

موحد، م.(۱۳۸۷). *هنجاریابی پرسش‌نامهٔ سبک‌های دلبستگی کودکان* راندولف، پایان‌نامهٔ کارشناسی، دانشگاه اصفهان.

وفایی، م.، و روشن، م. (۱۳۸۵). بررسی رابطهٔ عوامل پیش‌بینی کنندهٔ خطر و محافظ خانواده با توانمندی‌ها و اختلال‌های عاطفی- رفتاری نوجوانان. *روان‌شناسی معاصر*، ۱(۲)، ۴-۱۷.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age: Form & profiles*. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, & Families.

Alotaibi, T. (2015). Combating anxiety and depression among school children and adolescents through student counseling in Saudi Arabia. *Social and Behavioral Sciences*, 205, 18 – 29.

Angiola, J. E., & Bowen, A. M. (2013). Quality of life in advanced cancer an acceptance and commitment therapy view. *Couns Psychol*, 41(2), 313-335.

Ayer, L., Setodji, C., Schultz, D., Jaycox, L. H., & Kofner, A. (2017). Change in externalizing problems over time among ethnic minority youth exposed to violence. *Children and Youth Services Review*, 82**,** 19-26.

Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453–484. .

Crosby, J. M., & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: *A Randomized Trial, Behavior Therapy*, 47(3), 355–66.

Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J. S., & Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety, *Behaviour Research and Therapy*, 92, 24–31.

Gimpel, G. A., & Holland, M. L. (2002). *Emotional and behavioral problem of young children: Effective intervention in the preschool and kindergarten years.* New York: Guildford.

Glosser, R. (2011). *Examination of the relationship between the Child Behavior Checklist/ 6-18 and the Social Responsiveness Scale Parent Forms using individuals with high functioning autism*. Doctoral Dissertation, Indiana University of Pennsylvania.

Hay, D. F., Hudson, K., & Liang, W. (2010). Links between preschool children's prosocial skills and aggressive conduct problems: The contribution of ADHD symptoms. *Early Childhood Research Quarterly*, 25, 493-501.

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., & Strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: springer sci business media Inc.

Knafo, A., & Plomin, R. (2006). Prosocial behavior from early to middle childhood: Genetic and environmental influences on stability and change. *Developmental Psychology*, 42, 771–786.

Lance, M., McCracken, L., Sato, A., & Taylor, G. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results, *The Journal of Pain*, 14(11), 1398-406.

Landers, A. L., Bellamy, J. L., Danes, S. M., & Hawk, S. W. (2017). Internalizing and externalizing behavioral problems of American Indian children in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 81, 413-421.

Marchant, M. R., Solano, B. R., Fisher, A. K., Caldarella, P., Young, K. R., & Renshaw, T. L. (2007). Modifying socially with drawn behavior: A playground intervention for students with internalizing behaviors. *Psychology in the Schools*, *44*, 779-794.

McGinley, M., & Carlo, G. (2007). Two sides of the same coin? The relations between prosocial and physically aggressive behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 337-350..

Morgan, P. S. (2004). *Frequency of RAD diagnosis and attachment disorder in community mental health agency clients.* University of Louisville publisher.

Morley, T. E., & Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: attachment to later depression. *Mechanisms linking early Clinical Psychology Review*, 31(7),1071–1082.

Muris, P., Meesters, C., & Van-den Berg, S. (2003). Internalizing and Externalizing Problems as Correlates of Self-Reported Attachment Style and Perceived Parental Rearing in Normal Adolescents, *Journal of Child and Family Studies*, 12 (2), 171–183.

Nakamura, B., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. (2009). A psychometric analysis of the Child Behavior Checklist DSM-oriented Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *31*, 178-189.

Rodas, N. V., Chavira, D. A., & Baker, B. L. (2017). Emotion socialization and internalizing behavior problems in diverse youth: A bidirectional relationship across childhood. *Research in Developmental Disabilities*, 62, 15-25.

Roemer, L., Orsillo, S., & Salters-pedneault, K. (2008). efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anixity disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1083.

Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A,H., Hoyer, J., Wittchen, H., & Andrew, T. (2017). Changes of valued behaviors and functioning during an Acceptance and Commitment Therapy Intervention, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 61-70.

Yu, L., Norton, S., & McCracken, L. M. (2017). Change in “Self-as-Context” (“Perspective-taking”) Occurs in Acceptance and Commitment Therapy for People with Chronic Pain and is Associated with Improved Functioning, *The Journal of Pain*, 18(6), 664-72.