



Comparison of the Effectiveness of Gestalt Coaching Training and Acceptance and Commitment-Based Therapy on Emotional Intelligence and Self-Efficacy

Azam Barati¹, Mohammad Esmail Ebrahimi², Firoozeh Zanganeh³

1. PhD Student, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

2. 1 (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Abstract

Aim and Background: Comparing different therapeutic approaches in psychology can help therapists identify their time, cost, and effectiveness. Therefore, the present study was conducted to compare the effectiveness of Gestalt coaching training and treatment based on acceptance and commitment on emotional intelligence and self-efficacy of Tehran Telecommunication Company employees.

Methods and Materials: The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up with control group. The statistical population included all employees of Perso Electronic Telecommunication Company in Tehran in 1398, from which according to Cohen's table, 45 people were selected by relative random sampling and randomly divided into two experimental groups and a control group. The research instruments included Bar-Ann (1980) and Scherer and Maddox (1982) self-efficacy questionnaires. The experimental groups underwent Gestalt coaching training and acceptance and commitment treatment. Data were analyzed by repeated measures and ANOVA test.

Findings: The results showed that Gestalt coaching training has a significant effect on increasing employees' emotional intelligence in three stages of the test ($P \geq 0.001$). Acceptance and commitment-based therapy had a significant effect on increasing employees' emotional intelligence between pre-test and post-test ($P \geq 0.001$). But there is no significant effect between post-test and follow-up ($P \geq 0.001$). Also, Gestalt coaching training and treatment based on acceptance and commitment on increasing employee self-efficacy, in the pre-test and post-test phase has a significant effect ($P \geq 0.001$). However, Gestalt coaching training and treatment based on acceptance and commitment on increasing employee self-efficacy, in the post-test and follow-up phase, there is no significant effect ($P \leq 0.001$).

Conclusions: Based on the findings, it can be concluded that Gestalt coaching training and treatment based on acceptance and commitment can be a good way to reduce control and increase emotional intelligence and self-efficacy of employees.

Keywords: Gestalt coaching, Acceptance and commitment, Emotional intelligence, Self-efficacy.

Citation: Barati A, Ebrahimi M E, Zanganeh F. Comparison of the effectiveness of gestalt coaching training and acceptance and commitment-based therapy on emotional intelligence and self-efficacy. *Res Behav Sci* 2021; 18(4): 470-480.

* Mohammad Esmail Ebrahimi,
Email: Msc58_2007@yahoo.com

مقایسه اثربخشی آموزش مریگیری گشتالتی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هوش هیجانی و خودکارآمدی

اعظم براتی^۱، محمد اسماعیل ابراهیمی^۲، فیروزه زنگنه^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۲- ۱ (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مقایسه رویکردهای مختلف درمانی در روان‌شناسی می‌تواند به درمانگران برای تشخیص صرفه‌جویی در زمان، هزینه و میزان اثربخشی آن‌ها کمک‌کننده باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مریگیری گشتالتی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هوش هیجانی و خودکارآمدی کارکنان شرکت مخابرات تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه کارکنان شرکت پرسو الکترونیک مخابرات تهران در سال ۱۳۹۸ بود که از بین آن‌ها بر اساس جدول کوهن، ۴۵ نفر با نمونه‌گیری تصادفی نسبی انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های هوش هیجانی بار-ان (۱۹۸۰) و خودکارآمدی شرر و مادوکس (۱۹۸۲) بود. گروه‌های آزمایش تحت آموزش مریگیری گشتالتی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس و اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش مریگیری گشتالتی بر افزایش هوش هیجانی کارکنان، در سه مرحله آزمون اثر معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش هوش هیجانی کارکنان بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون اثر معنی‌داری داشته ($P \leq 0/001$). ولی بین پس‌آزمون با پیگیری اثر معنی‌داری وجود ندارد ($P \geq 0/001$). همچنین آموزش مریگیری گشتالتی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی کارکنان، در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اثر معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). ولی آموزش مریگیری گشتالتی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی کارکنان، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثر معنی‌داری وجود ندارد ($P \geq 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های حاصل می‌توان نتیجه گرفت، آموزش مریگیری گشتالتی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند راهکار مناسبی برای افزایش هوش هیجانی و خودکارآمدی کارکنان باشد.

واژه‌های کلیدی: مریگیری گشتالتی، پذیرش و تعهد، هوش هیجانی، خودکارآمدی.

ارجاع: براتی اعظم، ابراهیمی محمد اسماعیل، زنگنه فیروزه. مقایسه اثربخشی آموزش مریگیری گشتالتی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

هوش هیجانی و خودکارآمدی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۴): ۴۷۰-۴۸۰.

*- محمد اسماعیل ابراهیمی

رایان نامه: Mse58_2007@yahoo.com

مقدمه

تحقیقات مختلفی در ارتباط با کارکنان در سازمان‌ها و اثرات رویکردهای روان‌شناسی انجام شده است (۱-۳). سازمان‌ها در راستای رسیدن برنامه‌های استراتژیک در حوزه منابع انسانی به دنبال برنامه‌هایی جدی و مستمر برای آموزش و پرورش کارکنان شایسته هستند. همچنین شرکت‌های موفق برای دستیابی به قابلیت‌ها و شایستگی‌ها استراتژی‌ها تدوین می‌کنند که به عملکرد فعلی و هم بر پتانسیل‌های آنان تأکید دارند. معیارهای مربوط به عملکرد مواردی مانند نحوه دستیابی به اهداف تعیین شده و تعهد عملی به ارزش‌ها و هنجارهای موردتوجه سازمان می‌باشد (۴). امروزه تغییرات موجود در محیط کار برای مدیران سازمان‌ها به‌منزله بقای خود در دنیای متلاطم در نظام مدیریتی می‌باشد و ارتقای منابع انسانی یکی از موارد مهم در تحقق این امر می‌باشد. در چنین شرایطی کارکنان به آزادی عمل و قدرت تصمیم‌گیری بیشتر برای انجام وظایف خود نیاز دارند و این در حالی است که سازمان‌ها به دنبال افزایش بهره‌وری‌های اقتصادی ناشی از عملکرد کارکنان می‌باشند (۵). با توجه به اینکه هیجانات می‌تواند منبع کنترل باشد (۶) و تظاهرات بدنی هیجان، منبعی از اطلاعات هیجان‌های بیانی و دریافتی است؛ بنابراین ما در زندگی روزمره می‌توانیم از آن استفاده نماییم. این نشانه‌های اجتماعی، نقش مهمی در تعاملات اجتماعی و همچنین در بهره‌وری کارکنان ایفا می‌کنند (۷، ۸). مدیریت هیجان خود و دیگران مهارتی برآمده از هوش هیجانی فرد است که در واقع نوعی پردازش عاطفی است که شامل ارزیابی صحیح عواطف خود و دیگران، بیان مناسب عواطف و تنظیم مناسب آن‌هاست؛ به‌نحوی که به بهبود جریان زندگی منجر می‌شود. به‌عبارت‌دیگر، هوش هیجانی را می‌توان به‌کارگیری قابلیت‌های عاطفی خود و دیگران در رفتارهای فردی و گروهی برای کسب حداکثر نتایج تعریف کرد (۹). در کنار هوش هیجانی، متغیر دیگری وجود دارد که در جامعه مورد مطالعه ما که کارکنان سازمانی هستند نقش مهمی داشته و بهره‌وری را دوچندان می‌کند، خودکارآمدی^۱ است. باورهای کارآمدی شخصی، نقش کلیدی و مهمی در توسعه حرفه‌ای افراد دارد (۱۰). نظریه خودکارآمدی بیان می‌کند که قضاوت فرد در کارآمدی و کفایت خود برای اجرای موفقیت‌آمیز عملی که برای

رسیدن به پیامدهای مطلوب نیاز است، واسطه‌ای برای شرکت در آن اعمال می‌باشد (۱۱). در این راستا پای متغیری به میان می‌آید که در یک رابطه تعاملی با ایجاد تغییرات شناختی، عاطفی و رفتاری رسیدن به هدف را تسهیل می‌کند و آن مربی‌گری است (۱۲، ۱۳). برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی کارکنان یک سازمان روش‌های زیادی وجود دارد که یکی از آنان مربیگری به شیوه‌ی گشتالت است از میان رویکردهای گوناگون روانشناسی، گشتالت بیش از همه بر مسئولیت‌پذیری افراد، کنشگر بودن آن‌ها در رویدادهای زندگی، بهره‌گیری از فنون آسان‌سازی احساسات در کار با گروه‌ها، تشویق به جستجوی پشتیبانی درونی به‌جای پشتیبانی بیرونی و تشویق برای رسیدن به خودمختاری شخصی تأکید دارد (۱۴). گشتالت درمانی به لزوم وجود مرز مناسب بین فرد و دیگران (به‌ویژه در محیط سازمانی که در پژوهش کنونی مدنظر ماست) برای آگاهی و پیشگیری از اختلال روانی تأکید دارد این رویکرد درمانی (که در پژوهش حاضر جنبه آموزشی به خود می‌گیرد) بر افکار و احساساتی که فرد در زمان و مکان بلافصل (اینجا و اکنون) تجربه می‌کنند، تمرکز دارد و بر تماس، آگاهی، آزمون و تجربه بسیار تأکید می‌ورزد (۱۵). استفاده از این روش بیشتر برای افرادی مؤثر است که به لحاظ اجتماعی تحت کنترل قرار گرفته، محدود شده و تحت فشار قرار گرفته‌اند. به‌علاوه کارکرد آن‌ها محدود یا ناهمسان بوده و لذت‌های آن‌ها از زندگی نیز به حداقل رسیده است (۱۶).

روشی دیگر از مربیگری که در این مطالعه به محک آزمون گذارده می‌شود که به‌عنوان یکی از روش‌های رفتاری موج سوم نتایج خوبی داشته است آموزش پذیرش و تعهد^۲ است (۱۷). اساس این روش، نظریه نظام ارتباطی است. برخلاف بسیاری از روش‌ها که بر کاهش یا کنترل علائم تأکید دارند، آموزش پذیرش و تعهد، افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (افکار، هیجانات، حساسیت بدنی و غیره) را به نفع درگیری در فعالیت‌های معناداری که تغییر مستقیم آن‌ها امکان‌پذیر نیست را موردتوجه قرار می‌دهد (۱۸). این روش مبتنی بر هشیارایی فراگیر یا ذهن آگاهی^۳ است. هشیارایی فراگیر آوردن هشیارانه آگاهی به تجربه اینجا و اکنون، مشغول بودن کامل با کار و پریشان نبودن افکار است (۱۹). آموزش پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر

2. Acceptance and Commitment Training
3. mindfulness

1. self-Efficacy

به صورت کلی بیان و از آنان رضایت‌نامه کتبی شرکت آگاهانه در پژوهش گرفته شد.

پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن: این پرسشنامه

اولین بار در سال ۱۹۸۰ ساخته شد و دارای ۱۳۳ سؤال بود که نخستین پرسشنامه معتبر فرا فرهنگی جهت ارزشیابی هوش هیجانی می‌باشد. این آزمون در سال ۱۹۹۷ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. نتایج حاصل از هنجاریابی نشان داد که پرسشنامه از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است. روایی پرسشنامه با روش تحلیل عاملی اکتشافی محاسبه شد که از بین ۱۳ عامل در ساختار عاملی نمونه آمریکای شمالی، هشت عامل برای آزمودنی‌های ایرانی روایی داشت؛ و میانگین نمره هر یک از خرده مقیاس‌ها و میانگین نمره کل پرسشنامه، رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد (۲۶)؛ یعنی تمام خرده مقیاس‌های موجود در پرسشنامه با متغیر هوش هیجانی ارتباط مستقیم دارد. میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۳ در پژوهش سموعی (۲۷) و ۰/۹۰ در پژوهش زارع و نامداریور (۲۸) محاسبه شده است.

پرسشنامه خودکارآمدی شرر و مادوکس:

خودکارآمدی در این پژوهش توسط پرسشنامه خودکارآمدی شرر و مادوکس موردسنجش قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۱۷ عبارت و شامل سه خرده مقیاس میل به آغازگری (سؤالات ۱-۴-۱۴-۱۵)، میل به گسترش تلاش (سؤالات ۳-۸-۹-۱۳) و مقاومت و رویارویی با موانع (سؤالات ۲-۶-۷-۱۰-۱۱-۱۲-۱۶-۱۷) می‌باشد. بازه نمرات این پرسشنامه بین ۱۷ الی ۸۵ است که نمره ۵۱ نقطه برش پرسشنامه است که نمرات بیشتر از آن نشان‌دهنده خودکارآمدی بالا و نمرات کمتر از ۵۱ نشان‌دهنده خودکارآمدی پائین است (۲۹). ضریب پایایی آلفای کرونباخ که شرر و همکاران برای خودکارآمدی عمومی گزارش کردند، برابر با ۰/۸۶ است، ضریب پایایی آزمون توسط روش اسپیرمن - براون و روش دونیمه کردن گاتمن برابر ۰/۷۶ به دست آمد (۲۹).

خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد وولز و

سورل (۳۰)

جلسه اول: خوشامدگویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله به موقع آمدن - عدم غیبت (وقت‌شناسی)

تمرکز دارند. صرف‌نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد (۲۰).

در زمینه مطالعات انجام‌شده و مرتبط با پژوهش حاضر در ارتباط با ACT و تنظیم هیجان و عزت‌نفس می‌توان به مطالعات جهانگیران و همکاران (۲۱)، معتمدی و همکاران (۲۲)، پیرانی و همکاران (۲۳) اشاره نمود و در ارتباط با گشتالت درمانی و تنظیم هیجان و عزت‌نفس به مطالعات آکا (۲۴)، سرون و همکاران (۲۵) اشاره نمود؛ بنابراین با توجه به وارد ذکرشده و عدم دستیابی محقق به تحقیقات در ارتباط با مقایسه این دو رویکرد، محقق درصدد است که به مقایسه اثربخشی آموزش مریگیری گشتالتی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هوش هیجانی و خودکارآمدی کارکنان شرکت مخابرات تهران بپردازد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. در این طرح از بین لیست کارکنان بخش‌های مختلف شرکت پرسو الکترونیک مخابرات تهران در سال ۱۳۹۸، تعداد ۱۲۰ نفر به صورت تصادفی نسبی انتخاب و بر اساس معیارهای ورود و خروج ۴۵ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل عدم ابتلا فرد به اختلالات شخصیت، اختلالات سایکوتیک و سوءمصرف مواد مخدر صنعتی، نبود سوگ و فقدان در سه ماه اخیر و رضایت آگاهانه جهت حضور در پژوهش بودند، انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمایش به صورت تصادفی قرار گرفتند. معیارهای خروج شامل غیبت بیشتر از یک جلسه در جلسات درمانی، عدم تمایل به همکاری در روند تحقیق و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. گروه‌های آزمایش تحت آموزش گشتالت درمانی و درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نمی‌کند. قبل از اجرای جلسات آموزشی، گروه‌های آزمایش و گروه کنترل به وسیله‌ی پرسشنامه‌های هوش هیجانی، تمایل به کنترل‌گری و خودکارآمدی موردسنجش قرار گرفتند (پیش‌آزمون) و پس از ارائه متغیرهای مستقل (گشتالت درمانی و درمان پذیرش و تعهد) در هر گروه آزمایشی، مجدداً همین پرسشنامه‌ها روی افراد هر سه گروه اجرا شد. سپس بعد از یک ماه مرحله پیگیری انجام شد. در پژوهش حاضر برای آزمودنی‌ها اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و تحلیل داده‌ها

کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم؛ ارائه‌ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.

جلسه هفتم: ارائه‌ی بازخورد و جستجوی مسائل حل‌نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه‌ی بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس‌آزمون.

بسته آموزش گروهی مبتنی بر گشتالت درمانی نوابی نژاد (۳۱)

جلسه اول: معارفه صحبت در رابطه با قوانین گروه‌درمانی، اصل رازداری و اصول سرزنش نکردن و قضاوت نکردن هوش هیجانی گشتالت درمانی انرژی و انسداد انرژی بر شناخت احساسات و تأثیر آن بر جسم شخص؛ تکنیک قاعده زمان حال بر شناخت افکار و احساسات در زمان حال ارائه تکلیف.

جلسه دوم: بررسی تمرین جلسه گذشته؛ تکنیک خیال‌پردازی هدایت‌شده برای افزایش خوش‌بینی و جرئت ورزی تکنیک قاعده زمان حال برای تمرکز بر اکنون و اینجا تکنیک دور چرخیدن برای خود ایزاری مشخص نمودن تکلیف.

جلسه سوم: بررسی تمرین جلسه گذشته؛ تکنیک کلامی مسئولیت آن را می‌پذیریم؛ تکنیک تمرین و آزمایش و توانایی هدایت افکار و اعمال به‌منظور رسیدن به استقلال و عمل طبق خود واقعی شخص مشخص نمودن تکلیف.

جلسه چهارم: بررسی تمرین جلسه گذشته؛ تکنیک گفت‌وگوی درونی برای رسیدن به یک شخصیت منسجم و بالا رفتن از عزت‌نفس ارائه تمرین.

جلسه پنجم: بررسی تمرین جلسه گذشته تکنیک صندلی خالی برای حل گشتالت‌های ناتمام به‌منظور بهبود برقراری روابط؛ ارائه تمرین.

جلسه ششم: بررسی تمرین جلسه گذشته؛ تکنیک واژگون‌سازی با هدف شناخت بهتر از دیگر ابعاد شخصیتی و رسیدن به راهکارهایی مناسب‌تر؛ ارائه تمرین.

انجام تکالیف و... بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم: توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود؟ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به‌عنوان افکار و؛ احساسات را به‌عنوان احساسات و خطرات را فقط به‌عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه‌ی تکلیف درزمینه‌ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری.

جلسه سوم: بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجان‌ات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ ارائه‌ی تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟

جلسه چهارم: بررسی تکالیف؛ ارائه‌ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به‌نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به‌عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه‌ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن‌ها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.

جلسه ششم: ارائه‌ی بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجان‌ات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل

گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی استفاده شد داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

داده‌های مربوط به متغیر جمعیت شناختی جنسیت نشان داد که ۲۰/۸ درصد آزمودنی‌های زن و ۷۹/۲ درصد مرد بودند. دامنه سنی آزمودنی‌های پژوهش ۴۳/۳۴ سال با انحراف استاندارد ۱۰/۶۷ بود.

جلسه هفتم: بررسی تمرین جلسه گذشته؛ تکنیک صندلی داغ و بیان نقاط قوت و ضعف و اعضا تقویت نقاط قوت و ارائه پیشنهاد جهت نقاط ضعف و ارائه تمرین.

جلسه هشتم: بررسی تمرین جلسه گذشته؛ صحبت راجع به روند جلسات تأثیر آن و رفتار و طرز برخورد اعضا گروه جمع‌بندی و اجرای پس از آزمون.

روش آماری: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی مانند شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آمار توصیفی مانند از تحلیل‌های توصیفی و تحلیل‌های استنباطی پارامتریک مانند آزمون تحلیل واریانس، آزمون اندازه-

جدول ۱. میانگین \pm انحراف استاندارد هوش هیجانی و خودکارآمدی در آزمودنی‌های تجربی و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون (میانگین \pm انحراف استاندارد)	پس‌آزمون (میانگین \pm انحراف استاندارد)	پیگیری (میانگین \pm انحراف استاندارد)
هوش هیجانی	گشتالت	۱۵	۹۳/۲۴۰/۴۴	۱۱۸/۲۱۸۷/۹۹	۱۴۳/۵۰۶/۷۵
	ACT	۱۵	۹۳/۱۵۵۳/۹۲	۱۳۹/۵۱۷۲/۳۴	۱۴۳/۵۱۸۶/۶۴
	کنترل	۱۵	۹۴/۲۵۳/۴۱	۹۴/۲۹۳/۰۱	۹۶/۲۵۳/۳۸
خودکارآمدی	گشتالت	۱۵	۲۷/۵۰۷/۴۷	۷۸/۱۶۷/۹۵	۵۱/۰۶۰/۵۰
	ACT	۱۵	۲۸/۱۶۶۰/۵۹	۷۴/۲۰۷/۱۲	۵۳/۰۴۷/۶۴
	کنترل	۱۵	۳۰/۷۲۶۰/۰۴	۴۰/۲۹۳/۱۸	۴۵/۰۶۷/۹

در بین گروه‌ها نرمال هستند. همچنین پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس در متغیر استرس ادراک شده رعایت شده است. شاخص آماره آزمون لون برای متغیرهای هوش هیجانی و خودکارآمدی در هر سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0.05$). از این رو، می‌توان نتیجه گرفت، پیش-فرض همسانی واریانس‌های خطا رعایت شده است.

جدول ۱، شاخص‌های توصیفی نمرات هوش هیجانی و خودکارآمدی گروه‌های آزمایش و کنترل را در مراحل پیش‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

مقدار آماره آزمون شاپیرو ویلک در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل ارزیابی برای توزیع متغیر هوش هیجانی و خودکارآمدی معنادار نیست ($p > 0.05$)، این مسئله نشان می‌دهد توزیع داده‌ها

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی هوش هیجانی

منابع تغییرات	MS	F	df	P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۶۷۲۵/۵۷۱	۷۳۴/۹۰۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۴	۱/۰۰
اثر زمان	۱۰۵۷۸/۱۵۷	۴۴۶/۵۲۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۹۵۷	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۱۷۳/۵۱۱	۴۷۵/۶۵۴	۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	۱/۰۰

($p = 0.001$)، اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۹۷ درصد تغییرات متغیر هوش هیجانی آزمودنی‌ها ناشی از عضویت گروهی است. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۹۵ درصد تغییرات

جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر هوش هیجانی با اصلاح درجات آزادی نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی زمان معنادار است ($p < 0.001$). از طرفی اثر اصلی گروه هم معنادار است ($p = 0.001$). همچنین تعامل زمان و گروه نیز معنادار است

دوبه‌دوی تفاوت میانگین هوش هیجانی در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۳ نشان داده شده است.

متغیر هوش هیجانی ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه ۰/۷۶ است که نشان می‌دهد تقریباً ۷۶ درصد تغییرات واریانس هوش هیجانی ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از دو گروه است. برای بررسی

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی خودکارآمدی

منابع تغییرات	MS	F	df	p	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۶۷۲۵/۵۷۱	۷۳۴/۹۰۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۴	۱/۰۰
اثر زمان	۱۰۵۷۸/۱۵۷	۴۴۶/۵۲۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۹۵۷	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۱۷۳/۵۱۱	۴۷۵/۶۵۴	۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	۱/۰۰

همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۹۵ درصد تغییرات متغیر خودکارآمدی ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه ۰/۷۶ است که نشان می‌دهد تقریباً ۷۶ درصد تغییرات واریانس خودکارآمدی ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از دو گروه است. برای بررسی دوبه‌دوی تفاوت میانگین هوش هیجانی در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر خودکارآمدی با اصلاح درجات آزادی نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی زمان معنادار است ($p < 0.001$). از طرفی اثر اصلی گروه هم معنادار است ($p = 0.001$). همچنین تعامل زمان و گروه نیز معنادار است ($p = 0.001$). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۹۷ درصد تغییرات متغیر خودکارآمدی آزمودنی‌ها ناشی از عضویت گروهی است.

جدول ۴. تفاوت نمرات میانگین هوش هیجانی بین سه گروه در سه مرحله ارزیابی

گروه‌ها	مرحله بنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p
گشتالت	پیش‌آزمون (۹۳/۴۰)	پس‌آزمون (۱۱۸/۸۷)	-۲۵/۴۷	۰/۷۷۰	<۰/۰۰۱
		پیگیری (۱۴۳/۰۶)	-۴۹/۶۶	۰/۹۴۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون (۱۱۸/۸۷)	پیگیری (۱۴۳/۰۶)	-۲۴/۱۹	۰/۵۶۴	<۰/۰۰۱
ACT	پیش‌آزمون (۹۳/۵۳)	پس‌آزمون (۱۳۹/۷۲)	-۴۶/۱۹	۰/۶۱۲	<۰/۰۰۱
		پیگیری (۱۴۳/۸۶)	-۵۰/۳۳	۰/۵۶۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون (۱۳۹/۷۲)	پیگیری (۱۴۳/۸۶)	-۴/۱۴	۰/۳۴۵	۰/۴۱
کنترل	پیش‌آزمون (۹۴/۵۳)	پس‌آزمون (۹۴/۹۳)	-۰/۰۴	۰/۳۱۲	۰/۲۸
		پیگیری (۹۶/۵۳)	۲	۰/۲۷۱	۰/۱۵
	پس‌آزمون (۹۴/۹۳)	پیگیری (۹۶/۵۳)	-۱/۶	۰/۲۱۵	۰/۵۴

معناداری وجود نداشت ($p = 0.443$). با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که بین اثربخشی دو رویکرد گشتالت و ACT در افزایش هوش هیجانی به‌غیر از مرحله پس‌آزمون با پیگیری گروه ACT تفاوت معناداری وجود ندارد.

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در گروه گشتالت و ACT بین سه مرحله آزمون تفاوت معناداری وجود دارد

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در گروه گشتالت بین سه مرحله آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$). در گروه ACT نیز بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$). ولی در گروه ACT بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p = 0.41$). در گروه کنترل نیز بین سه مرحله آزمون تفاوت

در دو مرحله دیگر تفاوت معنی دار نبوده است. با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت که بین اثربخشی دو رویکرد گشتالت و ACT در افزایش خودکارآمدی در سه مرحله آزمون تفاوت معنی دار نبوده است.

($p < 0/001$)؛ لازم به ذکر است در مرحله پس آزمون با پیگیری در هر دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی دار بوده ولی چون این تفاوت در جهت کاهش میانگین خودکارآمدی بوده به معنی بدون اثر بودن دو رویکرد می باشد. در گروه کنترل نیز بین پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار بوده است ($p < 0/001$)؛ و

جدول ۵. تفاوت نمرات میانگین خودکارآمدی بین سه گروه در سه مرحله ارزیابی

گروه ها	مرحله مینا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p
گشتالت	پیش آزمون (۲۷/۰۷)	پس آزمون (۷۸/۶۷)	-۵۱/۶	۰/۴۴۵	<۰/۰۰۱
		پیگیری (۵۱/۶۰)	-۲۴/۵۳	۰/۷۴۳	<۰/۰۰۱
	پس آزمون (۷۸/۶۷)	پیگیری (۵۱/۶۰)	۲۷/۰۷	۰/۵۱۷	<۰/۰۰۱
ACT	پیش آزمون (۲۸/۶۰)	پس آزمون (۷۴/۰۷)	-۴۵/۴۷	۰/۶۲۹	<۰/۰۰۱
		پیگیری (۵۳/۴۷)	-۲۴/۸۷	۰/۵۷۱	<۰/۰۰۱
	پس آزمون (۷۴/۰۷)	پیگیری (۵۳/۴۷)	۲۰/۶	۰/۲۵۴	<۰/۰۰۱
کنترل	پیش آزمون (۳۰/۶۰)	پس آزمون (۴۰/۹۳)	-۱۰/۳۳	۰/۲۳۴	۰/۴۴۳
		پیگیری (۴۵/۶۷)	-۱۵/۰۷	۰/۳۱۲	<۰/۰۴۵
	پس آزمون (۴۰/۹۳)	پیگیری (۴۵/۶۷)	-۴/۷۴	۰/۲۱۷	۰/۰۵۲

بالندگی و رشد است» و در واقع از آنجا که مربیگری نشانگر نقش مربیان در ساختار بندی و هدایت کارکنان و سازمان به سوی پیشرفت و کسب موفقیت است مربیگری به شیوهی گشتالتی می تواند بر خودکارآمدی کارکنان اثر گذار باشد؛ و همین طور مربیگری گشتالتی بر افزایش میزان هوش هیجانی تأثیر معنادار داشته است که این با پژوهش های ایوبی، قدرتی و رضوی (۳۵) رزینک (۳۶) همسو است تمرین های مناسبی که در زمینه ی تجربه ی هیجانی اصلاحی در گشتالت درمانی به شیوه ی گروهی وجود دارد و از آنجا که هیجان های منفی به گونه های جز تکالیف ناتمام در نظریه ی گشتالت محسوب می شود و با تمرکز بر شناخت و مدیریت هیجان های خود و آگاهی نسبت به هیجان های دیگران، گشتالت درمانی به طور کلی و تلفیق آن با مربیگری، می تواند در از میان برداشتن مانع بر سر تقویت و ارتقا هوش هیجانی کارگشا باشد و یکی از نظریه های زیر بنایی گشتالت درمانی راحتی و انعطاف پذیری در ارتباط با دیگران است که در مراجع به وجود می آید و با وجود تمرین هایی چون فرض مسئولیت، قبل از پذیرش مسئولیت احساسات، هیجان ها و اعمال به شناخت آن ها پردازد و اینجاست که نقش متغیری چون هوش هیجانی پررنگ تر از قبل می شود.

یکی دیگر از فرضیه های پژوهش مبنی بر اثر گذاری آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی تأیید می شود و نتایج

بحث و نتیجه گیری

سازمان ها با رویکرد جدیدی به نام مربیگری به دنبال اصلاح رفتارهای غیر مولد فردی در محیط کار هستند و در این بین مربیگری در تلفیق با نظریاتی چون آموزش پذیرش و تعهد و گشتالت که از این رو می تواند پلی بین دو علم روان شناسی و مدیریت برقرار کرد و به استقبال افزایش بهره وری سازمان ها و کاهش مشکلات نیروی انسانی در جوسازمانی رفت (۳۲)؛ بنابراین پژوهش کنونی با هدف مقایسه ی اثربخشی مربیگری به شیوه ی گشتالت و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل گری، هوش هیجانی و خودکارآمدی، انجام شد. بر اساس یافته های پژوهش، مربیگری گشتالتی بر افزایش میزان خودکارآمدی تأثیر معنادار داشته است و این با یافته های استوارت، سعادت و لاشانی (۳۳)، اومان (۳۴) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت با توجه به اینکه گشتالت درمانی روشی است که به فرد کمک می کند دریابد نیازی به وابستگی دیگران ندارد و می تواند موجود مستقلی باشد. به عبارت دیگر این شیوه درمانی تلاش می کند تا موانع و سدها را از سر راه شدن فرد بردارد تا فرد از حمایت محیطی به حمایت شخصی که همان بلوغ است برسد و شکاف های موجود در زندگی را شناخته و چگونگی پر کردن این شکاف ها را آموخته و طبق نظر پرلز «ما هدف و مقصد خاصی در گشتالت درمانی داریم و هدف

خودکارآمدی در موقعیت‌های درمانی و سلامتی جسمانی مؤثر است و بر انتظارات یک شخص درباره‌ی این‌که آیا درمان موفقیت‌آمیز خواهد بود یا نه تأثیر می‌گذارد؛ و هر چه درمان اثربخش‌تر باشد، احتمال بیش‌تری وجود دارد که سطح کارآمدی فرد را بالا ببرد.

و در خصوص هوش هیجانی گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان گشتالتی تفاوت معنی‌داری در درازمدت با یکدیگر ندارند ولی با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار دارند و هر دو درمان مؤثرتر از عدم درمان هستند. از آنجاکه در تعریف هوش هیجانی این‌گونه عنوان می‌شود که هوش هیجانی توانایی درک و تظاهر هیجان‌ها، فهم و به‌کارگیری هیجان‌ها و اداره هیجان‌ها، جهت تقویت رشد شخصی نیز تعریف می‌شود. هسته‌ی اصلی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز درگیر شدن و مبارزه با هیجان‌ها را موجب بدتر شدن آن‌ها می‌داند و به‌جای این کار او باید بپذیرد که این اتفاقات رخ داده و باید آن‌ها را بپذیرد و احساساتش نسبت به وقایع را مدیریت کند و تغییر دهد؛ و در درمان گشتالت نیز اصل بر شناخت خویش پذیرفتن خویش و توانایی در برقرار کردن تماس، استوار است و این جز با توانایی درک هیجان‌های خود و دیگران و مدیریت احساسات و هیجان‌ها خود قابل‌دستیابی نیست.

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود بیش‌ازپیش از اصول بنیادین آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان گشتالتی در مربیگری سازمان‌ها و در خصوص نیروی انسانی موجود در آن، استفاده شود.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر برگرفته از نتایج پایان‌نامه دکتری مشاوره مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک بود. بدین‌وسیله از مدیریت دانشگاه، استاد راهنما، مشاور، داور و تمامی افرادی که در انجام این تحقیق مرا یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

بیانگر معنی‌دار بودن این تأثیر است نتایج از این بخش از پژوهش با پژوهش کیانی و همکاران (۳۷)، ابراهیمی فر و همکاران (۳۸)، خانقائی و همکاران (۳۹) همسو است. در نظریه‌های موج سوم رفتاردرمانی، به‌جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. از این‌رو در تبیین یافته فوق می‌توان چنین اظهار داشت که یکی از مراحل مهم در اکثریت مشاوره‌ها، به‌خصوص مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر عهده گرفتن مسئولیت درمان توسط مراجع است. خودکارآمدی به نحوی پاسخ به این سؤال است که آیا من می‌توانم از عهده انجام کار برآیم یا نه. مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار بر روی ارزش‌ها می‌تواند خودکارآمدی را در افراد افزایش دهد. همچنین با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث بر روی این موضوع که تغییر امکان‌پذیر است و انجام موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف، می‌تواند به افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت مشاوره توسط مراجع مؤثر باشد.

در زمینه‌ی میزان اثربخشی هرکدام از شیوه‌های مربیگری (گشتالتی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد) میانگین گروه‌ها در دو متغیر وابسته (هوش هیجانی و خودکارآمدی) در قیاس با یکدیگر و همین‌طور در مقایسه با گروه کنترل تفاوت‌هایی وجود دارد و مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌ها حاکی از این است که در میزان اثربخشی در متغیر خودکارآمدی درمان گشتالتی مؤثر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هر دو درمان مؤثرتر از عدم درمان هستند افراد مستعد خودکارآمدی تمایل بالایی در انجام تکالیف چالش‌برانگیزتر دارند و چه‌بسا چنین افرادی در این افراد میل و انگیزه‌ی بیشتری در پیگیری تمرین‌های گشتالتی وجود داشته و متعاقباً انتظار مثبت به گونه‌ی راحت‌تری در آنان نسبت به این درمان شکل بگیرد و همین‌طور در گشتالت درمانی گروهی نقطه تمرکز به‌جای هیجان‌ها بر مشکلات و مسائل حاضر و کنونی جلب می‌شود و از این‌رو درمان گشتالت اثر مثبت خود را بر میزان خودکارآمدی نشان می‌دهد از سویی دیگر سطح

References

1. Rostami Hossein. The Effectiveness of Promoting Individual-Social Mental Health on Psychological Well-being of Law Enforcement Personnel of Tabriz, Iran. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2018;16(2):214-20.
2. Hodgkinson GP, Herriot P, Anderson N. Re-aligning the stakeholders in management research: lessons from industrial, work and organizational psychology. *British journal of Management*. 2001;12:S41-S8.

3. Landy FJ, Conte JM. *Work in the 21st century: An introduction to industrial and organizational psychology*: John Wiley & Sons; 2016.
4. Izadpanah Nooshin, Safarzadeh Hossein. Investigating the effect of measuring employee performance using psychological approaches on human capacity development and talent identification business management. 2011;3(12):1-24.
5. Bertschek I, Kaiser U. Productivity effects of organizational change: Microeconomic evidence. *Management science*. 2004;50(3):394-404.
6. Fontes LA. *Invisible chains: Overcoming coercive control in your intimate relationship*: Guilford Publications; 2015.
7. Yousef Vatankhah A, Nejati V, Farahani H, Khaki M. Determination of six expressive postural positions for basic emotional states. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2020;18(3):426-38.
8. Fox S, Spector PE. *The many roles of control in a stressor-emotion theory of counterproductive work behavior. Employee health, coping and methodologies*: Emerald Group Publishing Limited; 2006.
9. Beheshtyan Mohammad. The relationship between components of emotional intelligence and addiction to internet among the high schools students of Tehran. *Sociological Cultural Studies*. 2013;4(2):1-19.
10. Mohammad Ismail S, Rouhani S. The role of self-efficacy in the performance of librarians of central libraries of universities affiliated to the Ministry of Science, Research and Technology based in Tehran. *Journal of Library and Information Science*. 2014;17(3): 5-24.
11. Vasile C, Marhan A-M, Singer FM, Stoicescu D. Academic self-efficacy and cognitive load in students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;12:478-82.
12. Douglas CA, McCauley CD. Formal developmental relationships: A survey of organizational practices. *Human Resource Development Quarterly*. 1999;10(3):203-20.
13. Mosteo LP, Batista-Foguet JM, Mckeever JD, Serlavós R. Understanding cognitive-emotional processing through a coaching process: The influence of coaching on vision, goal-directed energy, and resilience. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 2016;52(1):64-96.
14. Brownell P. *Gestalt therapy: A guide to contemporary practice*: Springer Publishing Company; 2010.
15. Nevis EC. *Gestalt therapy: Perspectives and applications*: CRC Press; 2014.
16. Voigt M, Diac M. *A Gestalt therapeutic program to enhance the wellbeing of the diabetic child*. South Africa: University of South Africa. 2007.
17. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*. 2012;25(6):522-8.
18. Baruch DE, Kanter JW, Busch AM, Juskiewicz KL. Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*. 2009;8(3):241-57.
19. Eilenberg T, Hoffmann D, Jensen JS, Frosthalm L. Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour research and therapy*. 2017;92:24-31.
20. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*. 2013;44(2):180-98.
21. Jahangiri A, Shirdal M, Gharachoorlou S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment (Act) Therapy on Cognitive-Emotional Regulation and Self-Efficacy in Struggling with Problems in People with Substance Abuse Treated with Methadone. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2018;10(2):41-9.
22. Motamedi H, Samavi A, Fallahchai R. Investigating and Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Self-

- efficacy of Family Headed Women. Iranian Evolutionary and Educational Psychology Journal. 2019;1(2):123-34.
23. Pirani Z, Abbasi M, Kalvani M, Nourbakhsh M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Self-Esteem, Emotional Skillfulness and Marital Adjustment in Veterans' Wives. Iranian Journal of War and Public Health. 2017;9(1):25-32.
 24. AKCA F. Do the Emotional Intelligence Levels of Prospective Teachers and Their Gestalt Contact Styles Predict Being Solution-Focused? International Online Journal of Educational Sciences. 2019;11(4).
 25. Cervone D, Mercurio L, Lilley C. The individual stem student in context: Idiographic methods for understanding self-knowledge and intraindividual patterns of self-efficacy appraisal. Journal of Educational Psychology. 2020;112(8):1597.
 26. Baron R. The BarOn emotional quotient inventory (BarOn EQ-i). Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc. 1997.
 27. Samui R. Bar-on Emotional Intelligence Questionnaire (90-question form). Sina Institute of Behavioral Sciences Research (Psych development). 2003.
 28. Zare F, Namdarpour F. Effectiveness of Choice Theory Training on Adolescent Girls' Emotional Intelligence. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2020;18(1):40-7.
 29. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychological reports. 1982;51(2):663-71.
 30. Vowles KE, Sorrell JT. Life with chronic pain: An acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook). Unpublished manuscript. 2007.
 31. Nawabi Nejad S. Gestalt Therapy. Tehran: Faravaran Publication. 2012.
 32. Ivey AE, D'Andrea MJ, Ivey MB. Theories of counseling and psychotherapy: A multicultural perspective: a multicultural perspective: Sage; 2011.
 33. Saadati H, Lashani L. Effectiveness of gestalt therapy on self-efficacy of divorced women. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013;84:1171-4.
 34. Aumann II CM. The effects of Gestalt Awareness Training versus rational emotive behavioral therapy video training on the anxiety, self-efficacy, and basic counseling skill competency of counselor trainees: Wayne State University; 2004.
 35. Ayubi Farahnaz, Ghodrati Sima, sadate Razavi Marziye. The effectiveness of Gestalt Group Counseling on Emotional Intelligence in students. Journal of Educational Psychology Studies. 2017;3(2):110-24.
 36. Resnick VA. Emotional intelligence in coaching: Challenging the world through a gestalt perspective. Gestalt Review. 2016;20(3):302-9.
 37. Kiani S, Sabahi P, Hosseini SM, Rafienia P, Alebouyeh M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy on the pain self-efficacy of patients with chronic pain. Journal of psychologicalscience. 2020:567-78.
 38. Ebrahimifar M, Hosseinian S, Tosi MRS, Abedi MR. To Compare of the Effectiveness of training based on "Acceptance and Commitment Therapy" and "Compassion Focused Therapy" on Self-efficacy, Quality of Relations and Meaning in Life in Infertile Women. Journal of Health Promotion Management. 2019;8(3):10-8.
 39. Khaneghaee R, Meschi F, Taghizadeh A, Kraskian Moujembari A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-behavioral Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Self-Efficacy in Breast Cancer Patients. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2019;17(2):221-31.