

اثربخشی مشاوره گروهی

مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودکارآمدی کودکان شبه خانواده

محمد محمدی پور^{۱*} و نگار فرهنگ^۲

۱. استادیار گروه روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران

۲. دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد بجنورد گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی بجنورد، بجنورد، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودکارآمدی کودکان شبه خانواده اجرا گردید. پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون است. متغیرهای تحقیق شامل مشاوره گروهی به عنوان متغیر مستقل و خودکارآمدی متغیر وابسته بود که با پرسشنامه خودکارآمدی B.D.P. سنجیده می شود. جامعه آماری، کودکان مراکز شبه خانواده شکوفه های بهشتی در شهرستان مشهد با تعداد ۴۲ نفر در سال ۱۳۹۳ بودند که با نمونه گیری در دسترس، ۱۸ نفر از کودکان ۱۰ تا ۱۶ ساله که نمره پایینی در پرسشنامه پیش آزمون داشتند به عنوان نمونه آماری تحقیق انتخاب شدند. گروه آزمایش مدت ۱۰ هفته، هر هفته ۱ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت تاثیر متغیر مستقل قرار گرفتند. در خاتمه، پس آزمون برای دو گروه اجرا گردید. با روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) در SPSS ۲۱ تجزیه و تحلیل داده ها انجام شد. نتایج آزمون نشان داد، مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودکارآمدی، اثربخش بوده است ($\text{sig} < 0/05$). و اثربخشی بر خودکارآمدی معنی دار می باشد.

واژه‌های کلیدی: مشاوره گروهی، پذیرش و تعهد، خودکارآمدی، کودکان شبه خانواده

مقدمه

خودکارآمدی، یکی از سازه های مهم در نظریه ی شناختی- اجتماعی بندورا است و به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی های خود در کنترل افکار، احساس ها، فعالیت ها و نیز عملکرد موثر او در موقعیت های استرس زاست (براون و آوینی^۱، ۲۰۱۵). بنابراین، بر عملکرد واقعی افراد، هیجانها، انتخاب ها، مهار رویدادهای تاثیرگذار، سازماندهی و اجرای دوره های عمل مورد نیاز در جهت دستیابی و به ثمر رساندن سطوح عملکرد، پیشرفت و سرانجام میزان تلاشی که فرد صرف یک فعالیت می کند، موثر خودکارآمدی به عنوان یک متغیر شخصیتی، نقش مهمی در رویارویی فرد با مسایل زندگی دارد و به عنوان یک ویژگی شخصیتی پیش بینی کننده می تواند در موقعیت های تحصیلی و آموزشی، عاملی موثر باشد (شوارزر و جروسالم^۲، ۲۰۱۵).

خودکارآمدی، پندار فرد از توانایی خود می باشد که عاملی در رشد روانی و رشد مطلوب شخصیت است. کودکان و نوجوانان در بهره مندی از ظرفیت ذهنی و باور به توانمندی (خودکارآمدی)، نیاز به نگرش مثبت به خود، اطراف و انگیزه برای حضور در صحنه عمل و اجتماع دارند (بیابانگرد، ۱۳۹۳). در شکل گیری خودکارآمدی به عقیده بندورا^۳، نوزاد هنگام تولد، حسی از خود ندارد و خود از اجتماع و تعامل با محیط ساخته شود. نخستین تجربه خودکارآمدی در والدین متمرکز است و با گسترش جهان کودک، تحت تاثیر اطرافیان و همسالان و خواهران و برادران تغییر می کند. عملکرد موفقیت آمیز، انتظارات خودکارآمدی را بالا برده و شکست در عملکرد آن را پایین می آورد و مشاهده موفقیت و شکست دیگران انتظارات خودکارآمدی را در مشاهده گرانی که معتقدند توانایی مشابه با الگو دارند، تغییر می دهند (خواجه و حسین چاری، ۱۳۹۰).

خودکارآمدی مهارتی اجتماعی که به توان افراد در انجام تکالیف و رسیدن به اهداف فعالیت مورد نظر اطلاق می شود (بهرامی، ۱۳۸۶ به نقل از پورجعفردوست). خودکارآمدی یا توانایی زایشی، دارای ۵ مؤلفه خودباوری (اعتماد به نفس)، خودتنظیمی (نظم بخشی به افکار و رفتار)، خودسنجی (خودارزشیابی)، خودرهبری (کنترل رفتار)، خودتهیجی (ایجاد انگیزه در خود) می باشد. خودکارآمدی بیشتر از هوش و توان یادگیری تحت تأثیر ویژگی های شخصیتی قرار دارد (کاپرارا و همکاران^۴، ۲۰۱۴). بندورا (۱۹۸۶) معتقد است خودکارآمدی درک شده، ارزیابی از توانایی عملکرد است و امید به نتیجه، ارزیابی از پیامدی است که شبیه به جریان عملکرد بوده و به صورت مختلف مثل نتایج خودارزشیابی، نتایج ارزیابی اجتماعی، جسمانی تفسیر می گردد (بندورا، ۲۰۰۶). کاپرارا و همکاران (۲۰۱۳) خودکارآمدی را باور فرد در مورد توانایی هایش برای موفق شدن در یک حوزه ی خاص دانسته و استدلال کرده اند که سطح تاثیر پذیری افراد و میزان فعالیت آنها، بیشتر بر اساس باورهایست تا بر اساس سنجش های عینی. بنابراین چگونگی رفتار مردم، اغلب می تواند از طریق باورهایی که آنها در مورد توانایی هایشان دارند به واسطه ی اینکه واقعا قادر به انجام چه چیزی هستند، پیش بینی شود.

افراد با خودکارآمدی ضعیف بر ناتوانی های خود متمرکز شده و به دلیل احساس بی کفایتی خود، از شرکت در فعالیت های بالقوه پاداش دهنده اجتناب می ورزند (مدوکس، ۱۹۹۵ به نقل از اسماعیلی). در تحقیقی، هر دوجنس برای رقابت در مهارت حرکتی شرکت داشتند، باور را در گروهی، با گفتن اینکه با فردی رقابت می کنند که آسیب دیده (خودکارآمدی بالا) و در گروهی با اینکه با فرد حرفه ای روبرو هستند (خودکارآمدی پایین)، دستکاری کردند و عملکردهای متفاوتی را مشاهده نمودند (کرون و آرتیستیکو^۵، ۲۰۱۴). افراد با خودکارآمدی بالا انگیزه تداوم رفتار باوجود موانع بیشتر و برای رسیدن به اهداف متعالی با احساسی که در دستیابی به اهداف را دارند و بیشتر خود را وارد فعالیت مؤثر برای رسیدن به موفقیت نموده و اگر با شکست مواجه شوند، موفقیت خود را حفظ و مسیر را برای رسیدن به هدف انتخاب می کنند و تجارب یادگیری، انتخاب و انگیزه آگاهانه، به وسیله درک فرد از توانایی دستیابی به موفقیت، تحت تأثیر قرار می گیرد. در نظریه یادگیری اجتماعی، انتظارات

1 Brown and Aviny
2 Shwarzer and Jerusalem
3 Bandora
4 Caprara
5 Cervon and Artistic

خودکارآمدی در بازداری، تعمیم و حفظ رفتار سازگارانه نقش مهمی ایفا می‌کنند (سیف، ۱۳۸۳). افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند، احساس می‌کنند که در اعمال کنترل بر رویدادهای زندگی درمانده و ناتوانند و هنگامی که با موانع روبرو می‌شوند، اگر تلاش‌های اولیه‌ی آن‌ها در برخورد با مشکلات بی‌نتیجه باشد، سریعاً قطع امید می‌کنند. خودکارآمدی پایین می‌تواند انگیزش را نابود سازد، آرزوها را کم ۶ فریتسچه و پریش کند، با توانایی‌های شناختی تداخل نماید و تأثیر نامطلوبی بر سلامت جسمانی بگذارد. از این رو می‌توان انتظار داشت که خودکارآمدی به نوعی با احساس شادمانی ارتباط داشته باشد.

همچنین مشاوره و کنترل کودکان نیز از عواملی است که ضروری بوده و در جوامع مختلف تربیت صحیح کودکان و توانمند سازی آنان ضروری است. شیوه‌های مختلفی برای مدیریت رفتار کودکان تهیه شده که از نظر فنون و ابعاد نظری شباهت داشته و از پشتوانه پژوهشی برخوردارند. اما «شیوه مبتنی بر پذیرش و تعهد» ویژگی‌هایی دارد که آن را از برنامه‌های مشابه متمایز می‌سازد. طول فرآیند درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای این که به تعداد جلسه بستگی داشته باشد، به عملکرد کودکان در جلسات و مهارت کسب شده منوط است. درمان پذیرش و تعهد به اختصار ACT^۱ خوانده شده و دارای مؤلفه اصلی پذیرش یا تمایل به تجربه درد و رویداد آشفته بدون اقدام به مهار آن و مؤلفه عمل مبتنی بر ارزش و تعهد توأم با تمایل به عمل می‌باشد. این روش دارای دو بخش ذهن آگاهی و تجربه در زمان حال است که به افراد آموزش می‌دهد با پذیرش احساسات و هیجانات و خودداری از اجتناب، در لحظه حال زندگی کرده و با وسوسه خود مقابله کنند (اسموت، ۲۰۰۸ به نقل از کیانی، قاسمی، پورعباس).

مبنای فلسفی و نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: فاصله ۱۵ساله مابین شکل اولیه ACT توسط زیتل و هیز در سال ۱۹۸۶ با بوند و بونس در سال ۲۰۰۰ و انتشار آن در سال ۱۹۹۹، فرصتی برای بهبود تئوری این فرآیندها بر پایه برنامه‌های تجربی درک شده در زبان و شناخت انسان بود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). پذیرش و تعهد مبتنی بر فلسفه‌ای است که زمینه‌گرایی عملکردی^۲ خوانده می‌شود و به میزانی که بر تکنیک تأکید دارد، بر کار فلسفی و نظری مبتنی است. در زمینه‌گرایی عملکردی، یک عمل به تنهایی و جدا از زمینه بعنوان یک رویداد روانشناختی ملاحظه نمی‌شود و محیط و آنچه در آن رخ می‌دهد، مجزا از هم نیستند. در الگوی مکانیستیک روانشناختی، افکار، احساسات، خاطرات، باورها و میل‌هایی وجود دارند که ذاتاً معیوب، ناکارآمد، مسأله‌ساز و آسیب‌زا هستند و باید اصلاح یا حذف شوند. اما زمینه‌گرایی عملکردی رویکرد فلسفی متفاوتی دارد. در ACT هدف، تغییر رابطه مراجع با افکار و احساسات است، به نحوی که آنها را نشانه نبیند. هدف نهایی، تغییر این افکار و احساسات رنج‌آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی است، به شکل جدید یعنی تجارب انسانی طبیعی که بخشی از یک زندگی غنی و معنا دارند. ACT بر پایه زمینه‌گرایی عملکردی روی زبان و شناخت، که نظریه چهار چوب رابطه‌های ذهنی^۳ نامیده می‌شود، ایجاد شد.

مکنالی (۲۰۱۲) معتقد است اکت یک تکنیک وابسته نیست و در این روش می‌توان راه حل‌ها، روش‌ها، مهارت‌های مداخلاتی انگیزشی و کارآیی شخصی را به جلسه درمانی آورده و با مدل اکت نزدیک کرد.

چهار فرآیند، پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال، فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی و چهار فرآیند، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد فرآیندهای تغییر و تعهد را تشکیل می‌دهند. پذیرش و گسلش، تأثیر لفظی فرآیند زبانی را تضعیف می‌کنند. خود به عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال، مشترک در دو فرآیند شامل افزایش تجربه اینجا و اکنون. ارزش و عمل متعهد، شامل هدایت عملی زبان به الگوی تغییر رفتار هستند. موضوع مشترک آنها «کنترل مسأله است نه راه حل». کنترل و اجتناب، زمینه‌ای است که تجربه رویداد درونی در این زمینه می‌تواند آسیب‌زا باشد. بنابراین به جای تمرکز بر تغییر رویداد درونی، به دنبال تغییر زمینه است (ایزدی، عابدی، ۱۳۹۱). استعاره در درمان شناختی رفتاری همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاربرد بالایی دارد (موتابی، فتی، ۱۳۹۰). هیز و همکاران (۱۹۹۹)

- 1 . Acceptance and Commitment Therapy
- 2 . Functional contextualism
- 3 . Relational Frame Theory (RFT)

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در چهار واژه آمیختگی^۱، ارزشیابی^۲، اجتناب^۳ و دلیل‌آوری^۴ خلاصه و با حرف اول کلمات واژه FEAR را انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌دانند:

آمیختگی: دلبستگی افراطی به محتوای لفظی فکر. آمیختگی بدون دفاع با رویداد های درونی ناخواسته افکار، احساسات، خاطرات، احساسات بدنی باعث زندگی فرد در گذشته یا آینده به جای زمان حال باشد.

ارزشیابی: ارزشیابی برای انسان می‌تواند مبتنی بر رویداد کلامی باشد که هرگز با آن ارتباطی نداشته است. این ارزشیابی رنج و ناراحتی انسان را تقویت می‌کند. برای مثال، یک زندگی موفق در مقایسه با زندگی ایده آل، یک شکست محسوب می‌شود. اجتناب: زمانی رخ می‌دهد که فرد متمایل به ارتباط با رویداد درونی نبوده و برای تغییر شکل، فراوانی رویداد تلاش می‌کند. ترکیب آمیختگی شناختی با ارزشیابی، به اجتناب تجربه ای منجر می‌شود (پورفرج عمران، ۱۳۹۰).

دلیل‌آوری: تلاش برای تبیین لفظی برای استفاده از شیوه مقابله ناکارآمد. در فردی که دلایل خوبی برای رفتار مختل دارد، علایم شدید و درمان دشوار است (آدیس و جاکوبسون، ۱۹۹۶ به نقل از ایزدی، عابدی).

در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود (اوسامان^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درمورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابل اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت (هایس و گیفورد^۶، ۲۰۱۴). در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزشهای شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش ها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزشهای مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس ها و یا اضطراب های اجتماعی و ... باشند (داهل^۷ و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد تجربی درمورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است برای مثال کارایی این روش درمانی درمورد اختلالاتی مانند: افسردگی، پسیکوزها، سوء مصرف و وابستگی به مواد و فرسودگی شغلی و درد مزمن مشخص شده است (بلاک و والفرت^۸، ۲۰۱۵).

در دنیا عده زیادی از نعمت خانواده محرومند و در سنینی در مراکز شبانه روزی مراقبت می‌شوند که بسیار حساس بوده و تأثیر غیرقابل انکاری بر زندگی حال و آینده آنان دارد. لذا ضروری است که به آثار محرومیت از خانواده و زندگی در مؤسسات پرداخته و مشکلات این قشر شناسایی و راهکار مناسب ارائه شود (فیاض، کیانی، ۱۳۹۰). کودکان، آینده جامعه محسوب شده و کودکان بی سرپرست و بدسرپرست بخشی از جمعیت کودکان می‌باشند. هر اقدامی در سلامت روان‌شناختی آنها باعث صرفه جویی در هزینه عاطفی و اقتصادی بوده و آینده روشنی برای جامعه به ارمغان خواهد آورد. از آنجا که رشد خودآگاهی، خودکارآمدی

- 1 . Fusion
- 2 . Evaluation
- 3 . Avoidance
- 4 . Reason-Giving
- 5 Ossaman
- 6 Hayes and Gifford
- 7 Dahl
- 8 Block and Wulfert

از کودکی شروع می شود، والدین و جامعه می بایست رشد این صفات را در کودکان به کمال برتر و سلامت روان سوق دهند. تحقیقات نشان داد بین مشکل خانوادگی و اختلال رفتاری رابطه وجود دارد. با پذیرش و تعهد توانایی فرد در تحمل مشکلات، تغییر نگرش و مسئولیت پذیری، افزایش یافته و نگاه فرد به خود، مشکلات بهبود یافته و با ناملایماتی که در ارتباط با محیط و اطرافیان است با روی باز و تمایل، رو به رو و تصور بهتری ترسیم کرده تا با آرامش و خلاقیت از توان خود، استفاده نماید. ایران کشوری جوان است، مخاطرات زیادی آن را تهدید کرده و بنیاد خانواده را سست و محصول ناخوشایند خانه کودکان را پدید می آورد. با افزایش روزافزون کودکان بی سرپرست و آسیب ها و مشکلاتی که بر اثر جدایی از خانواده به وجود آمده، ضرورت شناسایی ویژگی روانشناختی و آموزشی کودکان و ارائه خدمات، بیشتر احساس می شود. پژوهش حاضر در تلاش است زمینه مساعد، برای ارتقاء سلامت روانی کودکان فراهم و منجر به کاهش آسیب ناشی از فقدان خانواده با افزایش خودکارآمدی گردد. با توجه به اهمیت خودکارآمدی در سلامت روانشناختی، زندگی و آینده کودکان شبه خانواده و نقش پذیرش و تعهد، در تأمین نیازهای روانشناختی، سعی بر آن است که اثربخشی پذیرش و تعهد در خودکارآمدی بررسی گردد و به این پرسش پاسخ دهد که: آیا پس از مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی کودکان مقیم شبه خانواده افزایش می یابد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) همراه با طرح پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه آماری شامل تمامی کودکان مراکز شبانه روزی نگهداری کودکان (شبه خانواده) شکوفه های بهشتی تحت پوشش سازمان بهزیستی، در خراسان رضوی، مشهد مقدس که با توجه به آمار موجود در مراکز تعداد ۴۲ کودکان نفر در سال ۱۳۹۳ بودند و با توجه به تحقیقات مشابه و حجم نمونه به روش نمونه گیری در دسترس ۱۸ دختر ۱۶-۱۰ ساله در مراکز شکوفه های بهشتی به عنوان نمونه آماری تحقیق انتخاب شدند. ابزار تحقیق علاوه بر پرسشنامه جمعیت شناختی شامل پرسشنامه خودکارآمدی B.D.P. هادی بهرامی و علی دلاور دارای مولفه های خودباوری، خودتنظیمی، خودرهبری، خودسنجی، خودتهییجی می باشد. روایی پرسشنامه در تحقیقات پیشین سنجیده و مورد تایید قرار گرفت و پایایی آن به وسیله آلفای کرونباخ ۸۷,۸ محاسبه و تایید گردید. پروتکل درمانی شامل اکتشاف، اکتساب مهارت، شکل گیری متد، تناسب اهداف می باشد و درمان پذیرش و تعهد (ACT) طی ۱۰ مرحله، ارتباط با لحظه حال، گسیختگی شناختی، پذیرش مشفقانه و آگاهانه، خود به عنوان زمینه و طبقه بندی ارزش ها و عمل متعهدانه انجام می گردد. هدف از برگزاری هر جلسه، انعطاف پذیری روانی، بهبود عملکرد افراد با تعدیل اثر مشکلات شبه خانواده به همراه پذیرش آگاهانه در کاهش آسیب ناشی از بحران بود و پس از ده جلسه پس آزمون انجام شد.

ابزارهای پژوهش

- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: توسط پژوهشگر تنظیم شده است و شامل سؤالات سن، پایه تحصیلی، معدل تحصیلی و مدت زمان اقامت در شبه خانواده می باشد که به منظور کنترل اثر متغیرهای مداخله گر استفاده می گردد.
- آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی: مجموعه تمرینات تجربی و استعاره با مداخلات استاندارد ترکیب تا پذیرش بدون قضاوت فرد پرورش یابد. این به تنهایی هدف نمی باشد و با ارتقای عمل متعهدانه در اهداف متناسب شخصی مرتبط می باشد.
- پرسشنامه خودکارآمدی B.D.P. هادی بهرامی و علی دلاور ساخته و پورجعفر دوست در سال ۱۳۸۶ هنجاریابی کرده. ۵۰ سؤال در مقیاس لیکرت دارد. نمره کل بالاتر، حاکی از بالا بودن خودکارآمدی است. پرسشنامه پنج مؤلفه دارد: خودباوری، خودتنظیمی، خودرهبری، خودسنجی، خودتهییجی. در نمره گذاری به هر ماده ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می گیرد. سؤالاتی که موقعیت منفی را می سنجند به کاملاً مخالفم، ۵ و کاملاً موافقم، ۱ تعلق می گیرد و موقعیت مثبت معکوس می باشد. حداقل نمره ۵۰ و حداکثر ۲۵۰ است. نمره پایین تر از میانگین (بین ۵۰ تا ۲۵۰)، نشانه خودکارآمدی پایین و بالاتر، نشانه خودکارآمدی بالا است. روایی خودکارآمدی B.D.P. به هدفی که آزمون برای تحقق بخشیدن به آن درست شده، اشاره دارد. مطالعات ما، چه حد متغیر مورد نظر را منعکس می کند. پرسشنامه روایی محتوایی و صوری دارد. با پرسشنامه عزت نفس، روایی ملاکی همزمان ۸۱٪ در سطح ۰/۰۵ معنی دار شد. ساختار عاملی آزمون از خودباوری، خودتنظیمی، خودسنجی، خودرهبری و خودتهییجی اشباع می باشد.

پایایی (اعتبار) خودکارآمدی B.D.P: به میزان پایداری، قابلیت اطمینان و امکان تکرار تحقیقات بستگی دارد (پروین، جان، ۱۳۸۱). مجموعه سؤالات محقق ساخته از پایایی قابل قبولی برخوردار است. پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ است. پایایی کل پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر ۰/۸۷/۸ است که نشان دهنده پایایی مطلوبی می باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آمار توصیفی و آزمون آماری تحلیل کواریانس استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده های تحقیق از نرم افزار آماری spss_21 استفاده شد.

جدول ۱. مراحل مداخله

مراحل مداخله	محتوا
جلسه اول	خوشامدگویی. برقراری شناخت و ارتباط عاطفی میان آزمودنی ها و مشاور. ابراز احساس به تلاش بچه ها و حضورشان. مروری بر ساختار و هدف از جلسات. تعیین تکلیف درمانی
جلسه دوم	بررسی باورها (فرشته مهربان). بررسی احساسات (هدایت تفکر از منفی به مثبت). بررسی هیجانات (آرمیدگی تخیلی هدایت شده). بررسی افکار (تمثیل قدیس) با هدف شناخت افکار خودآیند و باور مرکزی
جلسه سوم	شناسایی عوامل زمینه ساز، آشکارساز، نگهدارنده مؤثر بر شکل گیری خودکارآمدی پایین. شناسایی عوامل قابل تغییر از عوامل غیرقابل تغییر. آماده سازی و آشنایی مراجع با فنون درمان پذیرش و تعهد. تعیین رابطه درمانی بین مراجع و مشاور.
جلسه چهارم	ایجادبینش به مشکلات خودکارآمدی پایین. خودکارآمدی پایین به خودی خود مسئله نیست، بی میلی به مواجهه با آن، مسأله می باشد. ایجاد درماندگی خلاق جهت افزایش اراده مراجع به تغییر. ارزیابی تمایل فرد برای تغییر.
جلسه پنجم	بررسی راهبرد کنترلی که فرد تاکنون استفاده کرده با میزان فواید و خسارتی که در زندگی گذاشته. مارک دار کردن کنترل بعنوان مسأله اصلی. ایجاد درماندگی خلاق با کنترل و توجه به تمایل.
جلسه ششم	شناسایی و شفاف سازی ارزش ها و تفکیک ارزش ها از اهداف و خواسته ها. کشف ارزش عملی در زندگی. توجه به لزوم برنامه ریزی فردی متناسب با ارزش ها. استعارات کاربردی.
جلسه هفتم	بررسی موفقیت در کنترل دنیای بیرونی در مقابل دنیای درونی. پذیرش بعنوان رضایت نه تسلیم. پذیرش خودکارآمدی پایین با ذهن آگاهی. پذیرش و زندگی طبق ارزش.
جلسه هشتم	کاربرد تکنیک گسلش. مداخله در عملکرد زنجیره مشکل ساز زبان و تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف. ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش. توجه به افکار و احساسات بدون چسبیدن به محتوای آنها.
جلسه نهم	وجه به مواجهه سنتی و تمایل به جای اجتناب در مواجهه غیرسنتی. ایجاد الگوی منعطف رفتار بامواجهه ارزش محور. درک تمایل و تعهد و رفع موانع عمل متعهدانه.
جلسه دهم	مرور اهداف درمانی. توجه به رئوس مطالب، استعارات و تکالیف. کمک به توسعه خزانه رفتاری در برابر فکر و احساس خودکارآمدی پایین. آموزش بودن در لحظه حال با پذیرش هیجانات منفی خودکارآمدی پایین با ذهن آگاهی.

یافته های تحقیق

جدول ۱. آمار توصیفی سن کودکان

سن (سال)	فراوانی
۱۱	۳
۱۲	۴
۱۳	۲
۱۴	۳
۱۵	۳
۱۶	۳

جدول ۲. آمار توصیفی معدل کودکان شبه خانواده

تعداد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	خطای معیار
۱۸	۱۵,۶۰	۱۹,۷۸	۱۸,۲۱۳۳	۱,۴۸۰۹۳

میانگین معدل $18/21 \pm 1/48$ و بیشتر کودکان شرکت کننده از سال ۸۴ پذیرش شده اند

جدول ۳. آمار توصیفی مولفه های خود کارآمدی

خطای معیار	میانگین	تعداد			
۲۰.	۰۱.۳	۹	کنترل	پیش آزمون	خود سنجی
۱۷.	۸۷.۲	۹	تجربی		
۱۶.	۱۷.۳	۹	کنترل	پس آزمون	
۱۱.	۰۰.۴	۹	تجربی		
۲۰.	۱۰.۳	۹	کنترل	پیش آزمون	خود تنظیمی
۱۵.	۰۹.۳	۹	تجربی		
۲۳.	۳۸.۳	۹	کنترل	پس آزمون	
۱۱.	۹۷.۳	۹	تجربی		
۱۴.	۰۲.۳	۹	کنترل	پیش آزمون	خود باوری
۱۹.	۹۴.۲	۹	تجربی		
۱۵.	۸۸.۲	۹	کنترل	پس آزمون	
۱۱.	۷۱.۳	۹	تجربی		
۲۵.	۰۱.۳	۹	کنترل	پیش آزمون	خود رهبری
۲۳.	۶۴.۲	۹	تجربی		
۲۴.	۲۱.۳	۹	کنترل	پس آزمون	
۱۵.	۹۱.۳	۹	تجربی		
۱۷.	۹۰.۲	۹	کنترل	پیش آزمون	خود

تهیجی		تجربی	۹	۷۷.۲	۱۷.
پس آزمون		کنترل	۹	۲۸.۳	۱۴.
		تجربی	۹	۹۳.۳	۱۲.

خودکارآمدی در پنج زمینه خودسنجی، خودتنظیمی، خودباوری، خودرهبری و خودتهیجی مورد بررسی قرار گرفته است. خودسنجی ۱۲ سوال، خودتنظیمی ۱۴، خودباوری ۱۳، خودرهبری ۶ و خودتهیجی دارای ۹ سوال می باشند که بر روی یک طیف پنج سطحی ۱ تا ۵ نمره گذاری شده اند. دامنه نمرات خرده مقیاس خودسنجی ۱۲ تا ۶۰، خودتنظیمی ۱۴ تا ۷۰، خودباوری ۱۳ تا ۶۵، خودرهبری ۶ تا ۳۰ و خودتهیجی ۹ تا ۴۵ می باشد. کسب نمره بالاتر نشانه خودکارآمدی بیشتر می باشد.

جدول ۴. آزمون لون فرضیه پژوهش

	مقدار آماره	درجه آزادی	درجه آزادی	مقدار احتمال
خودکارآمدی پس آزمون	۰.۸۷.	۱	۱۶	۷۷۲.

در جدول فوق، مقدار احتمال بیشتر از ۵ درصد است. فرض همگنی گروه کنترل و تجربی پذیرفته می شود.

پس از بررسی پیش فرض ها نتایج تحلیل کوواریانس به صورت زیر می باشند:

جدول ۵. نتایج آزمون اثرات بین موردی فرضیه پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مجموع	آماره F	مقدار احتمال (Sig.)	مجذور اتای جزئی
گروه	۸۶۷.۲	۱	۸۶۷.۲	۶۰۱.۷۶	۰.۰۰۰*	۸۳۶.	
خودکارآمدی پیش آزمون	۸۹۰.	۱	۸۹۰.	۷۸۲.۲۳	۰.۰۰۰.	۶۱۳.	
خطا	۵۶۱.	۱۵	۰.۳۷.	-	-	-	

* معناداری در سطح ۵ درصد

در جدول فوق، مقدار احتمال متغیر گروه کمتر از ۵ درصد می باشد. لذا فرض صفر پذیرفته نمی شود در نتیجه مشاوره گروهی با مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی کودکان شبه خانواده اثر گذار است. ($\text{sig} < 0.05$) و هم چنین مقدار بالای مجذور اتای جزئی، این نتیجه را تایید می کند.

جدول ۶. نتایج آزمون اثرات بین موردی خرده مقیاس های تحقیق

متغیر مستقل	متغیر وابسته	آماره F	مقدار احتمال (Sig.)	مجذور اتای جزئی
مشاوره گروهی	خود تهیجی	16.866	.001*	.529
مشاوره گروهی	خود رهبری	7.787	.014*	.342
مشاوره گروهی	خود باوری	26.961	.000*	.643
مشاوره گروهی	خود تنظیمی	11.510	.004*	.434
مشاوره گروهی	خود سنجی	31.417	.000*	.677

با توجه به جدول فوق، مقدار احتمال کمتر از ۵ درصد می باشد لذا فرضیات صفر پذیرفته نمی شوند و در نتیجه مشاوره گروهی بر خرده مقیاس های خودکارآمدی در کودکان اثر گذار است. ($\text{sig} < 0.05$)

بحث و نتیجه گیری

خودکارآمدی از نظریه شناختی اجتماعی بندورا روانشناس مشهور، مشتق شده که به باور فرد به توانایی خود در انجام وظایف و مسئولیت اشاره دارد. توانی سازنده که به کمک آن، مهارت شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان در تحقق اهداف، به گونه اثربخش ساماندهی می شود (شربت، ۱۳۹۳). منبع اصلی تأثیرگذار بر خودکارآمدی در خانواده متمرکز شده ولی تأثیرات دو طرفه است. اگر والدین محیطی را به وجود آورند که کنجکاوی کودک را تحریک کند به بنای خودکارآمدی کمک کرده و کودکی که فعالیت کنجکاوانه نشان دهد، واکنش والدین را تحریک می کند. والدینی که محیط گرم، پاسخگو و حمایتی به وجود می آورند، روحیه جستجو در کودک تشویق، کنجکاوی را تحریک می کنند (شاتک و پاچارس، ۱۳۸۶ به نقل از اسماعیلی). از میان متغیرهایی که پیشینه پژوهشی نشان می دهد که تحت تأثیر آموزش گروهی شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار می گیرد، بر خودکارآمدی تمرکز گردید. مطالعات نشان داد که کودکان و نوجوانان با عوامل روانی و اجتماعی تحت فشار هستند. لذا در رویکرد پذیرش و تعهد، به فرد کمک می شود تا باور ناکارآمد را، شناسایی و به جای اینکه آن را، تغییر دهد. شروع به تغییر رابطه نگرشی خود، با آن بکند. تا با شناخت ارزش و عمل متعهدانه ارزش محور، باور ناکارآمد تغییر کرده و به تغییر در رفتار ناپسند فرد منجر گردد. با نگاهی به پژوهش ها می توان فهمید که هر جامعه تلاش را می کند تا کودکان را در برابر آسیب محافظت کند. ویژگی اساسی هر اجتماع متمدنی تأمین امنیت کودکان در یک محیط تربیتی اجتماعی سالم است. در پژوهش های خارج از ایران شواهدی از تأثیر آموزش شناختی رفتاری بر رفتار اجتماعی نوجوانان وجود دارد. پس آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند بر رفتار اجتماعی نوجوانان تأثیرگذار باشد. اثربخشی پذیرش و تعهد در کودکان مبتلا به اختلال خودکارآمدی که ملاک ورود به درمان را دریافت کردند، بررسی شد. نتایج حاکی از افزایش نمرات خودکارآمدی در گروه آزمایش بود. میزان اعتقاد به فکر، پریشانی ناشی از فکر و لزوم پاسخ دهی به فکر در کودکان کاهش داشت. از این رو تأثیر پذیرش و تعهد بر کاهش خودکارآمدی پایین که در گروه آزمایشی قرار داشتند، تأیید شد. این کودکان آموختند که وجود فکر خودکارآمدی ضعیف، مسأله نیست، بلکه مسأله اصلی تلاش آنها برای پاسخ به فکر خودکارآمدی ضعیف می باشد. هدف افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور خودکارآمدی ضعیف بود که انعطاف پذیری روانشناختی نامیده می شود. پژوهش حاضر می تواند شروعی باشد در بررسی رویکردهای جایگزین در درمان افکار، احساسات و رفتارهای دشواری که در کودکان شبه خانواده دیده می شود. در مجموع، پژوهش ها در خصوص ACT بسیار اندک اما امید بخش اند.

در اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودکارآمدی کودکان، نتایج پس از آزمون نشان داد که نمرات خودکارآمدی، افزایش قابل ملاحظه و معنی داری داشت. در همین راستا، در پژوهش ماسودا، هایس و توهیگ در سال ۲۰۰۴ تأثیر تکنیک گسلش شناختی افکار خود انتسابی منفی، مثل فکر مربوط به خودکارآمدی، بررسی و نتایج چشمگیری را نشان داد. پژوهش حاضر با پژوهش گریک، کالاهن، هایس در سال ۲۰۰۷ در اثربخشی پذیرش و ذهن آگاهی در بهبود خودتنظیمی همسو می باشد. آنها بر این باورند که این روش با ساز و کارهای نهفته مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون قضاوت، رویارویی و رها سازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی سنتی می تواند ضمن کاهش علائم، اثربخشی را افزایش دهد. نتایج با پژوهش زتل در سال ۲۰۰۳ در اثربخشی پذیرش و تعهد در اختلال اضطراب، همسو بود. آنها دریافتند که شرکت کنندگان گروه مداخله، کاهش چشم گیری در اعتقاد و باور پذیری و فراوانی افکار منفی نشان دادند. فقدان خانواده و زندگی در مراکز سبب می شود کودکان از تجارب مفید و یادگیری سالم محروم شوند، لذا محرومیت از محیط خانوادگی مطلوب نمی تواند به رشد و ارتقاء توانمندی منجر شود و زمینه بروز مشکلات و اختلالات را فراهم می نماید. کودکان بی سرپرست به دلیل محرومیت از روابط خانوادگی در معرض خطر بالاتری می باشند. به نظر هرگنهان و السون (۲۰۱۳) خودکارآمدی از منابع توفیق و شکست فرد، مشاهده موفقیت یا شکست دیگران و ترغیب کلامی سرچشمه می گیرد. ترغیب کلامی ممکن است موقتاً فرد را قانع کند. اما در تحلیل نهایی تجربه مستقیم فرد با موفقیت یا شکست است که خودکارآمدی را تحت تأثیر قرار می دهد، اشخاصی که خودکارآمدی بالایی دارند می کوشند، موفق می شوند و پشتکار بیشتری نشان می دهند.

یافته های تحقیق همچنين حاکی از آن بود که مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش سطح مولفه های خود باوری می گردد. خود تهییجی مهارتی است که افراد با داشتن آن در دادن انگیزه به خود می توانند موفق شوند و این مهارت تحت تاثیر آموزش و یادگیری می باشد. با توجه به نتایج چنانچه مشاوران بتوانند این باور را در افراد توسعه دهند کودکان می توانند در انجام فعالیت ها و پیگیری اهدافشان در خودشان انگیزه ایجاد کنند و به طور موثری در موفقیت خودشان تاثیرگذار باشند که یافته های هرگنهان و السون (۲۰۱۳) نیز در همین راستا می باشد. خود رهبری نیز از جمله مولفه هایی است که در اثر مشاوره در افراد تقویت می شود و توسعه می یابد. خود رهبری مهارتی است که در موفقیت افراد می تواند تاثیرات بسزایی داشته باشد و افرادی که این مهارت در آنان توسعه یافته باشد اعتماد به نفس بالاتری دارند و می توانند زندگی خود را به طور موثر تری مدیریت کنند و لازم است تا این مهارت در همه سنین تقویت شود. خود باوری که تحت تاثیر مشاوره توسعه می یابد نشان می دهد که میزان باور و اعتماد افراد به خودشان می تواند در اثر مشاوره توسعه یابد و این مساله باعث تسهیل موفقیت و احساس خود ارزشمندی در افراد گردد. توسعه خود باوری در کودکان شبه خانواده که از نعمت خانواده محرومند و شاید افراد کمتری آنان را تشویق و تهییج کنند می تواند به طور موثری در اعتماد به نفس و افزایش موفقیت های آنان موثر باشد و مشاوره به طور مداوم برای توسعه خود باوری در این کودکان ضروری است. خود سنجی و خود تنظیمی نیز از جمله مهارت هایی است که در مدیریت فرد بر زندگی خودش و تاثیرات مثبت در زندگی بسیار موثر است و کودکان با ارزیابی و افزایش تلاش هایشان می توانند در آینده به افرادی موفق تبدیل گردند. با توجه به اهمیت مدیریت این عواطف در کودکان شبه خانواده با توجه به مشکلات آنان لازم است تا از مهارت های مشاوره برای آنان بیش از پیش استفاده گردد تا این توانایی ها در آنان توسعه یابد.

منابع

اسماعیلی، الهه. (۱۳۹۲). مقایسه خود کارآمدی تحصیلی، سازگاری و کیفیت زندگی در مدرسه در دختران عادی و بی سرپرست مقطع راهنمایی شهر مشهد (پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی). دانشگاه فردوسی مشهد.

ایزدی، راضیه، عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: جنگل، کاوشیار.
برگ، رابرت، لندرت، گری، فال، کوین. (۱۳۸۸). مشاوره گروهی (مفاهیم و روش ها). ترجمه: زهراکار، کیانوش، پرنیان خوی، فرشته، کهلویی، زهرا. تهران: ارسباران.

بهداری خسرو شاهی، جعفر، خانجانی، زینب. (۱۳۹۲). ارتباط راهبرد های مقابله ای و خود کارآمدی با گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی. سال چهاردهم، شماره ۳، پاییز، (پیاپی ۵۳)، صص ۹۰-۸۰.

بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۹۳). روانشناسی تربیتی (روانشناسی آموزش و یادگیری). تهران: ویرایش.
پروین، لارنس آ، جان، اولیور بی. جان. (۱۳۸۱). شخصیت (نظریه و پژوهش). ترجمه: جوادی، محمدجواد، کدیور، پروین. تهران: آییژ.

پور جعفر دوست، کاملیا. (۱۳۸۶). ساخت و هنجار یابی آزمون خود کارآمدی دانش آموزان ۱۴ تا ۱۸ ساله دبیرستان های شهر کرج (پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی). دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
پور فرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۶، شماره ۲، تابستان.

خواجه، لیلا، حسین چاری، مسعود. (۱۳۹۰). بررسی رابطه اضطراب اجتماعی و جو روانی اجتماعی کلاس با خود کارآمدی تحصیلی در دانش آموزان دوره راهنمایی. فصلنامه روان شناسی تربیتی، سال هفتم، شماره ۲۰، صص ۱۵۳-۱۳۱.
سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۸۸). اصلاحیه دستورالعمل تخصصی مراقبت و پرورش از کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی. معاونت امور اجتماعی. دفتر امور شبه خانواده.

- سیف، علی اکبر. (۱۳۸۳). تغییر رفتار و رفتار درمانی نظریه ها و روش ها. تهران: شرودان، صص ۱۹۴-۱۸۵.
- شربتبی بیارجمندی، زهرا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه های باورهای فرا شناختی و خود کارآمدی با میزان خطرپذیری در نوجوانان آسیب دیده بهزیستی مشهد (پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی). دانشگاه فردوسی مشهد.
- شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۲). پویایی گروه و مشاوره گروهی. تهران: رشد.
- شمس، فاطمه، تابع بردبار، فریبا. (۱۳۹۰). نقش واسطه ای خود کارآمدی تحصیلی در رابطه ی جهت گیری هدف و عمل ریاضی. روش ها و مدل روان شناختی، سال اول، شماره ۳. صص ۹۶-۸۳.
- فیاض، ایراندخت، کیانی، ژاله. (۱۳۹۰). بررسی سلامت روانی نوجوانان پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی شهر شیراز. فصلنامه روان شناسی افراد استثنایی. شماره ۲، سال اول، تابستان.
- کریم زاده، منصوره. (۱۳۸۰). بررسی رابطه مفهوم خود و خودکارآمدی تحصیلی با پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه تهران.
- کیانی، احمدرضا، قاسمی، نظام الدین، پورعباس، علی. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجانی در مصرف کنندگان شیشه. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، سال ۶، شماره ۲۴، زمستان.
- محبی، سمیه، محمدی، علی، قاسمی، نوشاد. (۱۳۹۰). مقایسه شاخص های ناسازگاری براساس آزمون ترسیم آدمک مک آور و میزان اختلالات رفتاری در کودکان بی سرپرست و عادی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دوره ۱۶، شماره ۶، صص ۵۸۶-۵۷۸.
- یونسی، فلورا، معین، لادن و شمشیری نیا، ترلان. (۱۳۸۹). مقایسه سلامت روان، عزت نفس و مسئولیت پذیری دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی خانواده های طلاق و عادی شهرستان فیروز آباد سال تحصیلی ۸۸-۸۷. فصلنامه زن و جامعه، سال اول، شماره ۲. صص ۹۶-۷۹.
- Bandura, Albert. (2006). self-efficacy of adolescent, 307-337, Book was published in 2006, self efficacy, cHapTER 74 .
- Block JA, Wulfert E. (2016). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. The Behavior Analyst Today;1(2):1-55.
- Brown, C., & Anivy, R. (2015). Self-efficacy beliefs as determinants of prosocial behavior conducive to life satisfaction across ages. Journal of Social and Clinical Psychology, 24, 191-217.
- Caprara, G. V., Pastorelli, C., Regalia, C., Scabini, E., & Bandura, A. (2015). Impact of adolescents' filial self-efficacy on quality of family functioning and satisfaction. Journal of Research on Adolescence, 15, 71-97.
- Cervone, D., & Artistic, D. (2014). The contribution of self-efficacy beliefs to dispositional shyness: On social cognitive systems and the development of personality dispositions. Journal of Personality, 71, 943-970
- Dahl J, Wilson K.G. & Nilsson, A. (2015). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. Behav Ther;35:785-801.
- Gregg, J., Callaghan, G., & Hayes, S. (2007). Improving Diabetes Self-Management Through Acceptance, Mindfulness, and Values: A Randomized Controlled Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology Copyright 2007 by the American Psychological Association 7. 5(2), 43-336.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy, 44, 1-28.

Hayes SC, Gifford EV. (2014). The trouble with language: Experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. *Psychological Science*;8:170-173.

Masuda, A., Hayes, S.C., & Twohig, M.P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 477-485.

McNally, Julian. (2001). Acceptance and commitment therapy workshop: ACT with Efficacy: 31 october 2012: pre senter:, M. psych. MAPS, from <http://www.actofliving.com>.

Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. (2015). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia [Investigación Preliminar del Uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Tratamiento Grupal de la Fobia Social]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*;6(3):397-416.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2015). Generalized Self-Efficacy Scale in J. Weiman, S. Wright, & M. Johnston (Ed). *Measures in health psychology: A user's portfolio, causal and control beliefs*. pp. 35-37

Zettle, R. (2003). Acceptance and commitment therapy vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53(2): 197-215.