The efficacy of group acceptance and commitment therapy on reducing academic procrastination and improving difficulty in emotion regulation: A randomized clinical trial

Arezoo Heshmati Joda[1], Omid Saed[2], Jahangir Mohammadi Baytamar[3], Saedeh Zenoozian[2], Fayegh Yousefi[3]

1. Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. (Corresponding author), Phone number: 024-33534500, o.saed@zums.ac.ir.
3. Master of Clinical Psychology, Education & Treatment Center of Valiasr Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.
4. Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Kurdistan, Sanandaj, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Procrastination, as a pervasive phenomenon in students is interwoven with emotional problems and failure in emotion regulation. The aim of this study was to determine the efficacy of group acceptance and commitment therapy (ACT) on reduction of academic procrastination and improvement of difficulty in emotion regulation in the students of Zanjan University of Medical Sciences.

Material and Method: This was a randomized controlled clinical trial. Statistical population included all of the students of Zanjan University of Medical Sciences in the academic year 2017-2018. After screening, among 500 people, 150 students were selected on the basis of evaluation scales, in the first step. Then, we selected 40 students based on the severity of procrastination and our inclusion and exclusion criteria and divided them into two intervention groups (each group included 10 students) and a control group (n=20) using random number generator 3.1.v software. During the treatment sessions, 7 students were excluded from the two intervention groups. We used Procrastination Assessment Scale for Students (PASS) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) for evaluation of the results. The intervention groups received eight sessions of acceptance and commitment group therapy. Data were analyzed by SPSS software.

Results: The results of repeated measure analysis of variance showed that acceptance and commitment therapy in the intervention group resulted in a significant reduction in: academic procrastination (42.1%), the total score of difficulty in emotion regulation (36.2%), difficulty in engaging in a goal-directed behavior (30.6%), impulse control difficulties (47.5%) and lack of emotional awareness (23.2%)($P<0.05$). Also, the results of covariance analysis indicated that with pre-test control, acceptance and commitment therapy, explains 16.1% of the academic procrastination changes and 45.9% of the changes in emotional regulation total score in the intervention group in comparison to the changes in the control group in the long run ($P <0.05$).

Conclusion: The results of this study have implicit and practical implications for the specialists in order to use long-term acceptance and commitment therapy for reduction of procrastination and emotion regulation difficulties.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Academic procrastination, Difficulty in emotion regulation

Received: June 26, 2017 **Accepted:** July 26, 2018

How to cite the article:
Arezoo Heshmati Joda, Omid Saed, Jahangir Mohammadi Baytamar, Saedeh Zenoozia, Fayegh Yusefi
The efficacy of group acceptance and commitment therapy on reducing academic procrastination and improving difficulty in emotion regulation: A randomized clinical trial..SJKU.2018;23(4):66-78.URL:http://sjku.muk.ac.ir/article-1-3586-fa.html

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و سوم / آذر و دی ۱۳۹۷/۷۷-۶۵

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و بهبود دشواری در تنظیم هیجان: کار آزمایی بالینی تصادفی شده

آرزو حشمتی جدا[۱]، امید ساعد[۲]، جهانگیر محمدی بایتمر[۳]، سعیده زنوزیان[۲]، فایق یوسفی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. (نویسنده مسئول) تلفن ثابت: ۳۳۵۳۴۵۰۰-۰۲۴، o.saed@zums.ac.ir

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولی‌عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۴. دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اهمال‌کاری به‌عنوان پدیده فراگیر در دانشجویان با مشکلات هیجانی و شکست در تنظیم هیجان درهم‌تنیده است. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و بهبود دشواری تنظیم هیجانِ دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان است.

روش بررسی: روش مطالعه از نوع کار آزمایی بالینی تصادفی شاهد دار است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ است. بعد از غربال‌گری بین ۵۰۰ نفر، در گام اول ۱۵۰ نفر، بر اساس مقیاس‌های ارزیابی و در گام بعدی ۴۰ نفر، بر اساس شدت بالای اهمال‌کاری و معیار ورود و خروج انتخاب و با استفاده از نرم‌افزار Random Number Generator 3.1.v در دو گروه مداخله ۱۰ نفره و یک گروه کنترل ۲۰ نفره تخصیص یافت. در طی جلسات درمانی ۷ نفر درمجموع از دو گروه مداخله خارج شدند. برای ارزیابی از مقیاس ارزیابی اهمال‌کاری دانشجویان (PASS) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) استفاده شد. مداخله درمانی ۸ جلسه گروه‌درمانی پذیرش و تعهد برای گروه‌های مداخله اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS داده‌ها تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد درمان پذیرش و تعهد در گروه مداخله منجر به کاهش معنادار اهمال‌کاری تحصیلی (۴۲/۱ درصد)، نمره کل دشواری در تنظیم هیجان (۳۶/۲ درصد) و مؤلفه‌های دشواری در انجام رفتار هدفمند (۳۰/۶ درصد)، دشواری در کنترل تکانه (۴۷/۵ درصد) و فقدان آگاهی هیجانی (۲۳/۲ درصد) شده است (P<۰/۰۵). همچنین تحلیل کوواریانس نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، درمان پذیرش و تعهد ۱۶/۱ درصد تغییرات نمره اهمال‌کاری تحصیلی و ۴۵/۹ درصد تغییرات نمره کل دشواری تنظیم هیجان گروه مداخله را نسبت به گروه کنترل در بلندمدت تبیین می‌کند (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه اشارات ضمنی و کاربردی گوناگونی برای متخصصان مبنی بر پیگیری بلندمدت درمان پذیرش و تعهد در زمینهٔ اهمال‌کاری و مشکلات تنظیم هیجان دارد.

کلیدواژه: درمان پذیرش و تعهد، اهمال‌کاری تحصیلی، دشواری در تنظیم هیجان

وصول مقاله:۹۷/۶/۴ اصلاحیه نهایی:۹۷/۷/۳ پذیرش:۹۷/۷/۴

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

مقدمه

اهمال‌کاری[1] به‌عنوان تأخیر یا اجتناب آگاهانه یا ناآگاهانه در شروع یا تکمیل یک تکلیف یا یک فرآیند تصمیم‌گیری تعریف‌شده است(۱). از بین انواع رفتارهای تأخیری، اهمال‌کاری تحصیلی به‌عنوان نوعی تأخیر غیرمنطقی و زیان‌بار معرفی شناخته‌شده است زیرا رابطه منفی با عملکرد تحصیلی، سلامت و به‌طور اخص سلامتی هیجانی دانشجو دارد(۲). به عقیده گالاگر[2] اهمال‌کاری تحصیلی مهم‌ترین نگرانی شخصی در دانشجویان است(۳). شیوع اهمال‌کاری مزمن ۲۵-۲۰ درصد و در جمعیت‌های دانشجویی ۷۵ درصد گزارش‌شده است(۴)؛ به‌طوری‌که ۹۵ درصد از آن‌ها تمایل دارند اهمال‌کاری خود را کاهش دهند(۵). مطالعات نشان داده‌اند که اهمال‌کاری تحصیلی با پیامدهای مختلفی از قبیل افزایش سوء رفتار در حوزهٔ تحصیل، کاهش کارآمدی تحصیلی و مشکلات سلامت روان در دو حوزه سلامت عاطفی و سلامت شناختی همراه است(۶). دلایل مهمی وجود دارد که اهمال‌کاری آسیب‌رسان است، برای نمونه اهمال‌کاری می‌تواند به عملکرد دانشگاهی ضعیف، تجربه هیجان‌های منفی در مورد خود، رفتارهای خطرساز برای سلامتی مانند تأخیر در رسیدگی به مشکلات بهداشتی منجر شود (۷)؛ بنابراین اجتناب و تأخیر در انجام وظایف و تصمیمات می‌تواند به مسئله‌ای تضعیف‌کننده و مزمن تبدیل شود(۸).

مفهوم‌پردازی درمان‌های شناختی - رفتاری در مورد اهمال‌کاری بر نقش محتوای شناخت‌ها استوار است (۹). تبیین‌های مختلف و به دنبال آن انجام مداخلات روان-شناختی برای درمان اهمال‌کاری از اواسط قرن بیستم باکارهای الیس[3] و همکاران شروع‌شده است. برنامه درمانی بر اساس رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی در اصل از مدل ABC گرفته‌شده است که بیان می‌کند یک رویداد برانگیزاننده از طریق پردازش توسط سیستم باورهای فرد منجر به پیامدهای رفتاری و احساسی می‌شود(۱۰). محدودیت رفتاردرمانی عقلانی – هیجانی در این است که برای تبیین اهمال‌کاری صرفاً بر باورهای غیرمنطقی تأکید دارد و برای اهمال‌کاری نوع آگاهانه یا عمدی تبیینی ندارد.

یکی دیگر از رویکردهای تبیینی و شواهد محور در حوزه اهمال‌کاری، رویکرد شناختی - رفتاری است. ازنظر رویکردهای شناختی-رفتاری اهمال‌کاری به‌عنوان شکست در خودتنظیمی در نظر گرفته می‌شود(۱). تاکر و اوسی[4] (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش مهارت بر رفتار اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را بر کاهش اهمال‌کاری تأیید کردند(۱۱). محدودیت درمان شناختی رفتاری در تبیین اهمال‌کاری این است که بر محتوای شناختی بیشتر از فرآیندهای شناختی تأکید دارد.

رویکرد فراشناختی یکی دیگر از رویکردهای تبیینی در حوزه اهمال‌کاری است که فراشناخت‌ها را عامل اصلی اهمال‌کاری می‌داند؛ بنابراین معتقد است اهمال‌کاری می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد برای تنظیم شناخت‌ها، عواطف منفی و مشکل مدیریت زمانی در نظر گرفته شود(۱۲). محدودیت درمان فراشناختی در تبیین اهمال‌کاری در این است که هنوز شواهد کافی در اثربخشی این درمان بر کاهش اهمال‌کاری وجود ندارد و پژوهش‌های موجود صرفاً ارتباط باورهای فراشناختی را با اهمال‌کاری بررسی کرده‌اند.

اخیراً پژوهش‌ها به‌طور فزاینده‌ای بر ماهیت پویای اهمال‌کاری متمرکزشده‌اند و معتقدند تغییر در رفتار اهمال

[1]. Procrastination
[2]. Gallager
[3]. Ellis
[4]. Toker & Avci

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

کارانه با عوامل بافتاری و مرتبط با تکلیف ارتباط دارد(۲). یکی از جدیدترین تبیین‌های نظری در زمینهٔ اهمال‌کاری، تبیین رویکرد پذیرش و تعهد است. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد اهمال‌کاری نوعی رفتار ناسازگارانه است که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی[5] را منعکس می‌کند(۱۳). مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرآیندهای هدفمند و گسترده درباره رفتار انسان و تغییرات رفتاری را باهم یکپارچه می‌کند تا فهم ما را از اهمال‌کاری و نیز مداخلات ویژه اهمال‌کاری بیشتر کند. این مدل شش فرآیند را باهم یکپارچه می‌کند و آن‌ها را در پیوستار انعطاف‌پذیر تا انعطاف‌ناپذیر در نظر می‌گیرد. این فرآیندها شامل پذیرش در برابر اجتناب از تجربه، گسلش شناختی در برابر آمیختگی شناختی، خود به‌عنوان بافتار در برابر خود مفهوم‌پردازی شده، توجّه منعطف بر زمان حال در برابر توجّه به افکار گذشته یا آینده، روشن‌سازی ارزش‌ها در برابر عدم وضوح ارزش‌ها و اقدام متعهدانه در برابر اقدام ناکارآمد یا تکانشگرانه است(۱۴). تبیین احتمالی این رویکرد بدین‌صورت است که بعضی دانشجویان در تلاش برای اجتناب از انواع تجارب منفی مثل اضطراب اهمال‌کاری می‌کنند و حمایت از این تبیین از مجموعه مطالعاتی حاصل‌شده است که فرض می‌کنند اهمال‌کاری ممکن است در خدمت کارکرد تنظیم هیجان باشد(۱۵). از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد، آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای را می‌توان به‌عنوان پیشایندهای اهمال‌کاری تحصیلی در نظر گرفت، بدین‌صورت که دانشجویان اهمال‌کار با افکارشان درباره یک تکلیف آمیخته می‌شوند و تمایل طبیعی به اجتناب از ناراحتی دارند که نتیجه آن اهمال‌کاری و تأثیرات بالقوه مخرب آن است(۱۳). از طرفی اهمال‌کاری اغلب با عدم تصریح ارزش‌ها مرتبط است که به تأخیر در انجام تعهدات در فعالیت‌های دلخواه منجر می‌شود؛ بنابراین مداخلات درمانی که آگاهی فرد را از ارزش‌ها افزایش می‌دهد ممکن است عمل به تعهدات را افزایش دهند(۹). چندین مطالعه هیجان‌های منفی را پیشایند مهم اهمال‌کاری در نظر گرفته‌اند؛ بنابراین تنظیم هیجان نقش حیاتی برای تبیین شکست در خودتنظیمی در افراد اهمال‌کار دارد(۱۶). ولترز[6] (۲۰۰۳) اهمال‌کاری را از دیدگاه یادگیری خودتنظیمی بررسی کرده است. نتایج پژوهش وی نشان داده است که اهمال‌کاری با خودتنظیمی پایین و جهت‌گیری هدف اجتنابی مرتبط است(۲). این تبیین همسو با تعریف استیل[7] (۲۰۰۷) از اهمال‌کاری است که آن را به‌عنوان شکست در خودتنظیمی معرفی کرده است(۵). همه مطالعات به‌طور باثباتی به این نتیجه رسیدند که شکست در خودتنظیمی هسته اصلی اهمال‌کاری تحصیلی محسوب می‌شود(۱۷). پیشایندهای اهمال‌کاری منطبق با الگوهای آسیب‌شناختی درمان پذیرش و تعهد است. ولی در حوزه درمان اهمال‌کاری علی‌رغم شیوع زیاد آن، پژوهش‌های کمتری صورت گرفته است. ارائه خدمات درمانی برای دانشجویان اهمال‌کار هم برای کمک به فعالیت‌های مربوط به مطالعه آن‌ها و هم برای کمک به جلوگیری از سایر اختلال‌های روان‌پزشکی که با اهمال‌کاری همراه می‌شود، ضرورت دارد(۱۸). بنابراین ازآنجایی‌که مداخلات محدودی مستقیماً اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اهمال‌کاری تحصیلی و دشواری‌های تنظیم هیجان را در دانشجویان موردبررسی قرار داده‌اند، پژوهش حاضر در نظر دارد، با توجه به تبیین‌های صورت گرفته در مورد پیشایندهای اهمال‌کاری بر مبنای مؤلفه‌های آسیب‌شناختی و درمانیِ درمان پذیرش و تعهد، اثربخشی این درمان را بر

[5]. Psychological Inflexibility

[6]. Wolters
[7]. Steel

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و دشواری‌های تنظیم هیجان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان موردمطالعه قرار دهد.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع کار آزمایی بالینی بود. جامعه آماری این مطالعه را کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. بر اساس فرمول تعیین حجم نمونهٔ کوکران با محاسبهٔ سطح خطای ۵ درصد، نمونه‌ای به حجم حداقل ۵۰۰ نفر غربال‌گری شد. در گام اول نمونه‌ای به حجم ۱۵۰ نفر که در مقیاس ارزیابی اهمال‌کاری دانشجویان (PASS) نمره بالاتر از ۴۹ و در مقیاس اهمال‌کاری تاکمن (TPS) نمره بالاتر از ۳۲ به دست آورده بودند، انتخاب شد و در گام بعدی بر اساس شدت بالای اهمال‌کاری و معیارهای ورود و خروج ۴۰ نفر وارد مطالعه شدند و با استفاده از نرم‌افزار Random Number Generator 3.1.v در دو گروه مداخله ۱۰ نفره و یک گروه کنترل ۲۰ نفره، قرار گرفتند. در مورد گروه مداخله ۸ جلسه گروه‌درمانی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد انجام یافتند. از این تعداد نمونه در گروه مداخله سه نفر بعد از جلسه دوم درمان و سه نفر در جلسه ششم درمان به دلیل غیبت بیش از دو جلسه، همچنین یک نفر از گروه کنترل به دلیل عدم همکاری لازم از گروه‌درمانی خارج شدند. پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی مؤلف اوّل است که با کد A-11-924-4 ثبت‌شده است.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

۱. مقیاس ارزیابی اهمال‌کاری دانشجویان[8] (PASS): این مقیاس توسط سولومون و راث بلوم[9] (۱۹۸۴) ساخته‌شده و دارای ۲۷ گویه است که سه مؤلفه را در برمی‌گیرد. مؤلفه اول، آماده شدن برای امتحانات؛ مؤلفه دوم، آماده شدن برای تکالیف و مؤلفه سوم، آماده شدن برای مقالات پایان‌ترم(۱۹). در مورد روایی مقیاس سولومون (۱۹۸۴)، با استفاده از روایی همسانی درونی ضریب ۸۴/. به‌دست‌آمده است(۲۰). همچنین فراری ضریب آلفای ۰/۷۵ و ضریب پایایی باز آزمون در مدت ۶ هفته، ۰/۷۴ را برای این مقیاس گزارش کرده است(۱۰).

۲. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان[10] (DERS): این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط گرتز و روئمر[11] با ۳۶ گویه برای سنجش میزان نارسایی تنظیم هیجانی و سنجش راهبردهای خود نظم‌بخشی هیجانی تدوین شد(۲۱). نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجانات است. در مورد پایایی این مقیاس می‌توان گفت که هم نمره کلی و هم خرده مقیاس‌های آن همسانی درونی بالایی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی نشان داده است(۲۲). آندرسون و همکاران (۲۰۱۶) برای این مقیاس پایایی درونی با ضریب آلفای ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند(۲۳).

۳. مقیاس اهمال‌کاری تاکمن[12] (TPS): این مقیاس یک ابزار شاخص عمومی برای اهمال‌کاری تحصیلی است که به دلیل ناتوانی در خود تنظیمی و اداره برنامه مربوط به تکالیف دانشگاهی روی می‌دهد. نسخه اصلی مقیاس اهمال‌کاری تاکمن شامل ۱۶ آیتم است که از ۳۵ آیتم مرتبط با رفتارهای تحصیلی استخراج‌شده است. ۱۶ آیتم آن بر اساس یک مقیاس لیکرت ۴ بخشی در جمعیت‌های دانشجویی نرم شده است. نمرات بالاتر نشان دهنده سطح بالاتر اهمال‌کاری است(۲۴). در مطالعه اولیه تاکمن، پایایی مقیاس از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش‌شده است(۲۵). در یک مطالعه جدیدتر توسط چن و کراگر(۲۰۱۷) ضریب آلفای ۰/۹۰ برای این مقیاس گزارش شده است (۲۶).

[8]. Procrastination Assessment Scale-Students
[9]. Solomon & Rothblum

[10].Difficulties in Emotion Regulation Scale
[11]. Gratz & Romer
[12]. Tuckman Procrastination Scale

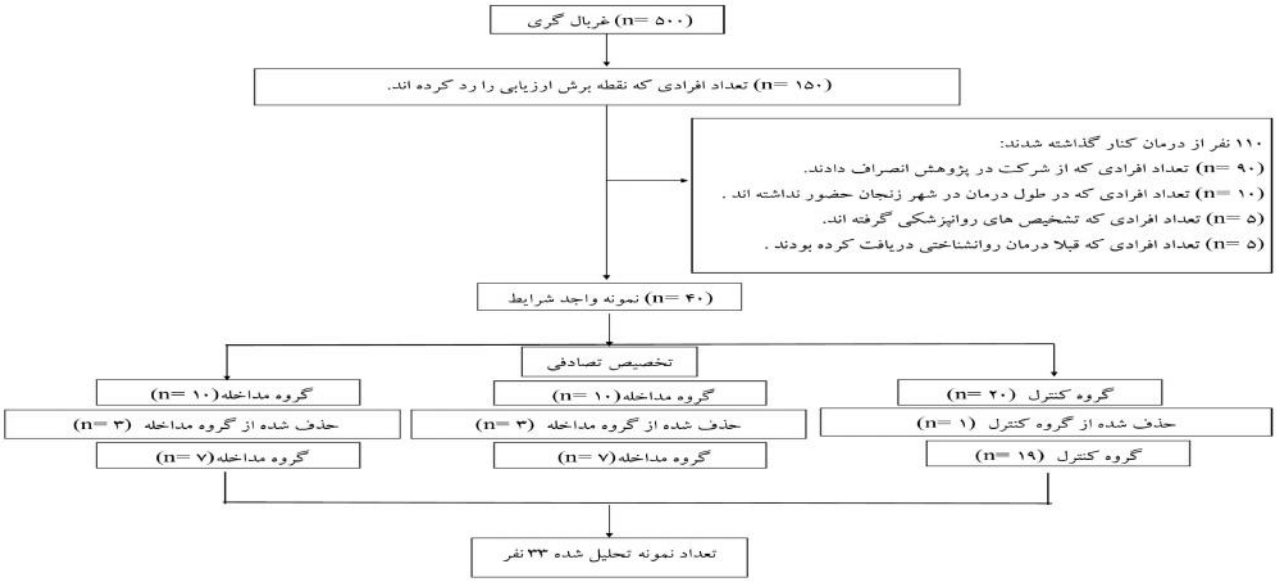
[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

روش بررسی

مطالعه حاضر دارای دو گروه مداخله و یک گروه کنترل بود. علت انتخاب دو گروه مداخله، اجرای جداگانه جلسات درمانی برای جلوگیری از افت نمونه‌ها بود. همچنین با توجه به اینکه در عموم مطالعات حداکثر تعداد اعضای شرکت‌کننده در گروه‌های درمانی ۱۵ نفر پیشنهادشده است؛ بنابراین به‌منظور اختصاص زمان کافی برای تفهیم محتوای جلسات درمانی برای همه اعضای گروه درمانی، نمونه‌ها در دو گروه مداخله قرار گرفتند. برای هر دو گروه مداخله ۸ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه در یک روز معین به فاصله نیم ساعت از همدیگر برگزار شد. به‌منظور رفع ابهامات موجود در جلسات درمانی و جلوگیری از افت نمونه‌ها برای برخی آزمودنی‌ها جلسات انفرادی ۴۵ دقیقه‌ای در ۱۰ جلسه برگزار شد. در این جلسات آزمودنی‌هایی که غیبت در جلسات گروه‌درمانی اصلی داشته‌اند برای حفظ پویایی گروه جداگانه مورد درمان قرارگرفته‌اند و مفاهیم و تکنیک‌های درمانی برای آن‌ها آموزش داده شد. بعد از اتمام جلسات گروه‌درمانی برای گروه کنترل جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد آغاز گردید. ارزیابی‌های مرتبط با متغیرهای پیامد یا وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه و با استفاده از پرسشنامه‌های اهمال‌کاری تحصیلی سولومون (PASS) و پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر (DERS) انجام گرفت.

نمودار۱. شرح غربال‌گری و انتخاب نمونه



[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

جدول ۱. شرح محتوای جلسات درمان

جلسه	خلاصه جلسات
جلسه اول	آشنایی با اعضای و برقراری رابطه درمانی، معرفی اجمالی اهمال‌کاری پیامدهای آن بر عملکرد دانشجویان، معرفی کلی مدل درمانی پذیرش و تعهد، تعیین تکلیف خانگی، بازخورد گرفتن از آزمودنی‌ها
جلسه دوم	بررسی تکلیف، تبیین جامع اهمال‌کاری و مشکلات هیجانی بر مبنای مدل نظری درمان پذیرش و تعهد قالب استعاره‌های درمانی، تبیین منطق شکل‌گیری زندگی انعطاف‌ناپذیر توسط مؤلفه آمیختگی با افکار، تعیین تکلیف خانگی، بازخورد گرفتن از آزمودنی‌ها
جلسه سوم	بررسی تکلیف، تبیین رفتارهای اهمال کارانه بر مبنای مؤلفه‌های آسیب‌شناختی درمان پذیرش و تعهد، تمرکز بر مؤلفه ارزش‌ها در حوزه‌های تحصیلی، تعیین تکلیف خانگی، بازخورد گرفتن از آزمودنی‌ها
جلسه چهارم	بررسی تکلیف، تبیین منطقِ کاهش اهمال‌کاری و مشکلات تنظیم هیجان بر مبنای دو مؤلفه درمانی پذیرش و گسلش، تمرین استفاده از واژه "و " به جای "اما "، تعیین تکلیف خانگی، بازخورد گرفتن از آزمودنی‌ها
جلسه پنجم	بررسی تکلیف، بررسی کمال‌گرایی به‌عنوان یکی از علل اهمال‌کاری و راهبردهای کاهش آن، تمرکز بر مؤلفه اقدام متعهدانه، مفهوم‌سازی جنبه مثبت هیجان‌های منفی، تعیین تکلیف خانگی، گرفتن بازخورد درمانی
جلسه ششم	بررسی تکلیف، مفهوم‌سازی کلی مدل شش‌وجهی درمان با محوریت خود به‌عنوان بافتار، انجام تمرین‌های دست‌ها به‌عنوان افکار و تمرین برگ‌های جاری روی رودخانه تعیین تکلیف خانگی، گرفتن بازخورد درمانی
جلسه هفتم	بررسی تکلیف، شناسایی ویژگی‌های ذهنیت اهمال کارانه در برابر ذهنیت ارزش مدارانه، استفاده از تمثیل مهمان و میزبان در راستای فاصله‌گیری از افکار، استخراج قوانین افراد اهمال‌کار درباره زمان و ارائه قاعده‌های انعطاف‌پذیر ضد اهمال‌کاری، مفهوم‌سازی خود فعلی و خود در آینده در افراد اهمال‌کار در راستای مؤلفه درمانی فاصله‌گیری از گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تعیین تکلیف خانگی، گرفتن بازخورد درمانی
جلسه هشتم	بررسی تکلیف و چالش‌های آزمودنی‌ها در راستای زندگی ارزش مدارانه، تمرکز بر تداوم و انجام تکالیف به‌عنوان کلید تعهد، ارائه راهبردهای پیشگیری از عود بر اساس تجارب ناموفق آزمودنی‌ها، مطالعات مداوم به‌عنوان راهبرد ضد اهمال‌کاری، تعیین تکلیف خانگی، گرفتن بازخورد درمانی

یافته‌ها

در بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش در گروه مداخله (n=۱۴)، ۵۰ درصد مرد و ۵۰ درصد زن و در گروه کنترل (n=۱۹) ۲۶/۳ درصد مرد و ۷۳/۷ درصد زن بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه مداخله ۴/۱۶ ±۲۶/۰۷ سال و در گروه کنترل ۲/۸۶ ± ۲۷/۰۵ سال بود. ۱۴/۳ درصد آزمودنی‌های گروه مداخله دانشجوی مقطع کارشناسی، ۱۷/۴ درصد دانشجوی کارشناسی ارشد و ۱۴/۳ درصد دانشجوی دکتری تخصصی بودند. در گروه کنترل ۱۰/۵ درصد دانشجوی کارشناسی، ۸۴/۲ درصد دانشجوی کارشناسی ارشد و ۵/۳ درصد دانشجوی دکتری تخصصی بودند. با توجه به نتایج آزمون کای اسکوایر (X^2) در جنسیت و تحصیلات و با توجه به نتایج آزمون t مستقل در میانگین‌های سن دو گروه درمان و کنترل تفاوت معناداری یافت نشد (P>۰/۰۵)؛ که بیانگر همگن بودن دو گروه درمان و کنترل در متغیرهای جمعیت شناختی است.

به‌منظور مقایسه دوبه‌دو مراحل زمانی در متغیرهای وابسته از آزمون تعقیبی (LSD) استفاده شد اما با توجه به محدودیت‌های ضریب (Eta) در تخمین اثرات درمانی در سه مرحله زمانی مختلف و مقایسه دوبه‌دوی آن‌ها، به‌منظور برآورد دقیق‌تر اندازه اثر، از اندازه اثر هجز استفاده شد.

میانگین و انحراف استاندارد اهمال‌کاری تحصیلی و دشواری در تنظیم هیجان در گروه مداخله و گروه کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش‌شده است.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای خروجی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

متغیر		گروه مداخله (n=۱۴)			گروه کنترل (n=۱۹)		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD
اهمال‌کاری تحصیلی		۵۸/۶۴ ± ۱۲/۲۴	۴۶/۴۳ ± ۱۱/۰۰	۴۷/۰۷ ± ۱۳/۲۲	۴۵/۱۶ ± ۱۰/۷۹	۴۹/۲۱ ± ۸/۴۰	۵۱/۴۲ ± ۱۱/۴۰
دشواری در تنظیم هیجان	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۴/۴۳ ± ۴/۰۷	۱۳/۱۴ ± ۴/۶۷	۱۱/۷۹ ± ۳/۷۰	۱۳/۲۱ ± ۴/۷۸	۱۳/۲۱ ± ۴/۵۰	۱۴/۴۲ ± ۵/۴۳
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۷/۵۷ ± ۵/۳۷	۱۷/۵۷ ± ۵/۳۷	۱۳/۶۴ ± ۵/۴۳	۱۴/۰۵ ± ۴/۷۴	۱۲/۸۹ ± ۲/۸۳	۱۴/۸۹ ± ۴/۰۱
	دشواری در کنترل تکانه	۱۷/۲۹ ± ۶/۷۴	۱۲/۸۶ ± ۴/۵۰	۱۲/۰۷ ± ۴/۸۱	۱۴/۲۱ ± ۶/۰۵	۱۵/۳۷ ± ۴/۹۸	۱۶/۴۲ ± ۳/۸۵
	فقدان آگاهی هیجانی	۱۵/۷۱ ± ۲/۷۰	۱۶/۹۳ ± ۲/۳۴	۱۴/۵۰ ± ۲/۳۸	۱۶/۲۶ ± ۳/۹۱	۱۸/۸۹ ± ۳/۳۲	۱۸/۶۸ ± ۳/۳۵
	دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی	۲۱/۵۰ ± ۸/۶۴	۱۸/۲۱ ± ۷/۵۴	۱۷/۷۹ ± ۷/۸۹	۱۸/۳۲ ± ۶/۸۲	۱۹/۱۶ ± ۵/۱۲	۲۱/۳۲ ± ۵/۵۵
	عدم وضوح هیجانی	۹/۵۷ ± ۲/۳۱	۹/۷۹ ± ۳/۳۳	۸/۳۶ ± ۲/۴۴	۱۰/۵۸ ± ۳/۵۸	۱۳/۵۸ ± ۳/۷۵	۱۳/۳۲ ± ۳/۳۵
نمره کل		۹۵/۲۱ ± ۲۲/۱۸	۸۴/۱۴ ± ۲۴/۲۵	۷۸/۸۶ ± ۱۹/۸۶	۸۵/۸۹ ± ۲۱/۹۲	۹۲/۶۸ ± ۲۰/۱۷	۹۸/۳۲ ± ۱۷/۹۲

نتایج آزمون کرویت ماشلی[13]، به‌عنوان مفروضه اصلی اندازه‌گیری مکرر نشان داد که مفروضه کرویت برای متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی، نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان معنادار است رعایت نشده است (P<۰/۰۵)؛ بنابراین برای تفسیر فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای ذکرشده از تصحیح Huynh-Feldt استفاده کردیم (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج آزمون ماشلی برای بررسی همگونی کوواریانس‌ها متغیرهای وابسته در ۳ دوره زمانی

اثر درون‌گروهی		ماشلی W	تقریب کای دو	df	P.value	تصحیح هین- فلت
اهمال‌کاری تحصیلی		۰/۲۰۸	۱۸/۸۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳
دشواری در تنظیم هیجان	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۰/۴۰۷	۱۰/۷۹	۲	۰/۰۰۵	۰/۶۶۳
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۵۹۹	۶/۱۴	۲	۰/۰۴۶	۰/۷۷۷
	دشواری در کنترل تکانه	۰/۵۸۰	۶/۵۵	۲	۰/۰۳۸	۰/۷۶۴
	فقدان آگاهی هیجانی	۰/۸۸۸	۱/۴۳	۲	۰/۴۹۰	-----
	دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی	۰/۳۹۶	۱۱/۱۲	۲	۰/۰۰۴	۰/۶۵۷
	عدم وضوح هیجانی	۰/۸۸۲	۱/۵۱	۲	۰/۴۷۱	-----
نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان		۰/۳۷۵	۱۱/۷۷	۲	۰/۰۰۳	۰/۶۴۷

جدول ۴. بررسی اثر درون آزمودنی‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری متغیرهای وابسته

متغیر وابسته		SS	df	MS	F	P.value	Eta
اهمال‌کاری تحصیلی		۱۳۲۳	۱/۱۵	۱۱۵۳/۷۹	۹/۴۴**	۰/۰۰۶	۰/۴۲۱
دشواری در تنظیم هیجان	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۴۸/۹۰	۱/۳۳	۳۶/۸۷	۳/۳۰	۰/۰۷۷	۰/۲۰۳
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۱۶/۷۱	۱/۵۵	۷۵/۰۷	۵/۷۲*	۰/۰۱۶	۰/۳۰۶
	دشواری در کنترل تکانه	۲۲۱/۲۹	۱/۵۳	۱۴۴/۸۳	۱۱/۷۵**	۰/۰۰۱	۰/۴۷۵
	فقدان آگاهی هیجانی	۴۱/۲۹	۲	۲۰/۶۴	۳/۹۳*	۰/۰۳۲	/۲۳۲
	دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی	۱۱۵/۶۲	۱/۳۱	۸۷/۹۳	۲/۲۹	۰/۱۴۴	۰/۱۵۰
	عدم وضوح هیجانی	۱۶/۶۲	۲	۸/۳۱	۱/۶۴	۰/۲۱۴	۰/۱۱۲
نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان		۱۹۵۱	۱/۰۹	۱۵۰۷/۵	۶/۶۷*	۰/۰۱۴	۰/۳۴۲

13. Mauchly's Test of Sphericity

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

نتایج آزمون تجزیه‌وتحلیل واریانس یک‌طرفه درون آزمودنی‌ها (اندازه‌گیری مکرر) نشان داد در گروه مداخله اثر اصلی درمان در سه مرحله ارزیابی متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی، نمره کل دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه و فقدان آگاهی هیجانی معنادار است (P<۰/۰۵) به‌عبارت‌دیگر بین میانگین‌های متغیرهای ذکرشده از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد که به‌منظور بررسی دوبه‌دوی مراحل زمانی در این متغیرها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

نتایج آزمون LSD. حاکی از کاهش معنادار میانگین اهمال‌کاری تحصیلی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری در گروه مداخله بود (P<۰/۰۱) اما از مرحله پس‌آزمون به پیگیری تفاوت معناداری یافت نشد (P>۰/۰۵).

میانگین نمره کل دشواری در تنظیم هیجان از مرحله پیش‌آزمون به پیگیری در گروه مداخله کاهش معناداری داشت (P<۰/۰۱) اما از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پس‌آزمون به پیگیری تفاوت معناداری یافت نشد (P>۰/۰۵). در مؤلفه‌های دشواری در انجام رفتار هدفمند و دشواری در کنترل تکانه از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری یافت شد (P=۰/۰۳۲) اما در مؤلفه فقدان آگاهی هیجانی از مرحله پس‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری یافت شد (P<۰/۰۱).

نتایج ضریب Eta در جدول ۳ میزان تبیین تغییرات متغیرهای وابسته توسط درمان مبتنی پذیرش و تعهد در سه دوره زمانی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد ۴۲/۱ درصد تغییرات اهمال‌کاری تحصیلی و ۳۴/۲ درصد تغییرات دشواری در تنظیم هیجان توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می‌شود. در مؤلفه‌های تنظیم هیجان به ترتیب ۲۰/۳ درصد تغییرات عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، ۳۰/۶ درصد تغییرات دشواری در انجام رفتار هدفمند، ۴۷/۵ درصد تغییرات دشواری در کنترل تکانه و ۲۳/۲ درصد تغییرات فقدان آگاهی هیجانی، ۱۵ درصد تغییرات دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و ۱۱/۲ درصد تغییرات عدم وضوح هیجانی توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می‌شود. هجز به ترتیب اندازه اثر ۰/۲، ۰/۵ و ۰/۸ را کوچک، متوسط و بزرگ گزارش کرده است(۲۷) (جدول ۵).

جدول ۵. برآورد اندازه اثر هجز در سه مرحله زمانی (گروه مداخله)

	متغیر	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	پیش‌آزمون- پیگیری	پس‌آزمون - پیگیری
		ESsg	ESsg	ESsg
	اهمال‌کاری تحصیلی	۱/۰۵	۰/۹۱	-۰/۰۵
دشواری در تنظیم هیجان	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۰/۲۹	۰/۶۸	۰/۳۲
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۷۳	۰/۵۸	-۰/۱۸
	دشواری در کنترل تکانه	۰/۷۷	۰/۸۹	۰/۱۷
	فقدان آگاهی هیجانی	-۰/۴۸	۰/۴۷	۱/۰۳
	دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی	۰/۴۱	۰/۴۵	۰/۰۵
	عدم وضوح هیجانی	-۰/۰۷	۰/۵۱	۰/۴۹
	نمره کل	۰/۴۸	۰/۷۹	۰/۲۴

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

جدول ۶. میانگین‌های تعدیل‌شده و نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه‌های مداخله و کنترل در متغیرهای وابسته

متغیر وابسته		میانگین اصلاح‌شده		df	MS	F	P.value	Eta
		گروه مداخله	گروه کنترل					
		M ±SD	M ±SD					
پس آزمون اهمال‌کاری تحصیلی		۴۴/۲۳ ± ۲/۶۹	۵۰/۸۳ ± ۲/۲۶	۱	۲۵۷/۳۴	۳/۰۶	۰/۰۹۰	۰/۰۹۳
پس آزمون دشواری در تنظیم هیجانی	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۲/۸۳ ± ۱/۱۲	۱۳/۴۴ ± ۰/۹۶	۱	۳/۰۳	۰/۱۷	۰/۶۷۹	۰/۰۰۶
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۲/۸۱ ± ۱/۰۰	۱۳/۵۱ ± ۰/۸۵	۱	۳/۴۹	۰/۲۶	۰/۶۱۰	۰/۰۰۹
	دشواری در کنترل تکانه	۱۲/۱۵ ± ۱/۱۲	۱۵/۸۹ ± ۰/۹۶	۱	۱۰۵/۹	۶/۲۰*	۰/۰۱۹	۰/۱۷۱
	فقدان آگاهی هیجانی	۱۶/۹۷ ± ۰/۷۹	۱۸/۸۷ ± ۰/۶۸	۱	۲۸/۸۸	۳/۲۹	۰/۰۸۰	۰/۰۹۹
	دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی	۱۷/۳۳ ± ۱/۳۹	۱۹/۸۱ ± ۱/۱۹	۱	۴۷۲۵	۱/۷۹	۰/۱۹۱	۰/۰۵۶
	عدم وضوح هیجانی	۱۰/۰۲ ± ۰/۹۲	۱۳/۴۰ ± ۰/۷۸	۱	۸۹/۵۹	۷/۷۶**	۰/۰۰۹	۰/۲۰۶
	نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان	۸۰/۹۷ ± ۴/۸۷	۹۵/۰۲ ± ۴/۱۷	۱	۱۵۱۹/۴۰	۴/۶۹*	۰/۰۳۸	۰/۱۳۵
پیگیری اهمال‌کاری تحصیلی		۴۳/۳ ± ۳/۲۴	۵۴/۲۰ ± ۲/۷۲	۱	۷۰۱/۹۶	۵/۷۷*	۰/۰۲۳	۰/۱۶۱
پیگیری دشواری در تنظیم هیجانی	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۱/۰۲۹ ± ۰/۹۸	۱۴/۷۸ ± ۰/۸۴	۱	۹۶/۳۳	۷/۲۱*	۰/۰۱۲	۰/۱۹۴
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۳/۳۸ ± ۰/۹۶۴	۱۵/۸۲ ± ۰/۸۲۰	۱	۴۲/۵۰	۳/۵۱	۰/۰۷۱	۰/۱۰۵
	دشواری در کنترل تکانه	۱۱/۱۶ ± ۰/۷۷	۱۷/۰۹ ± ۰/۶۶	۱	۲۶۶/۶۳	۳۳/۳۵**	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
	فقدان آگاهی هیجانی	۱۴/۱۵ ± ۰/۸۱	۱۸/۶۷ ± ۰/۷۰	۱	۱۳۸/۷۶	۱۵/۱۴**	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵
	دسترسی محدود به راهبردهای های هیجانی	۱۶/۸۲ ± ۱/۱۵	۲۲/۰۳ ± ۱/۲۴	۱	۲۰۹/۶۱	۷/۳۲*	۰/۰۱۱	۰/۱۹۶
	عدم وضوح هیجانی	۸/۳۹ ± ۰/۸۲	۱۳/۲۹ ± ۰/۷۰	۱	۱۸۸/۳۴	۲۰/۳**	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴
	نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان	۷۵/۷۰ ± ۳/۷۲	۱۰۰/۶۴ ± ۳/۱۸	1	۴۷۹۲/۱۲	۲۵/۴۲**	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹

نتایج ANCOVA نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، در مرحله پس‌آزمون در اهمال‌کاری تحصیلی بین گروه‌های موردمطالعه تفاوت معنادار یافت نشد (P= ۰/۰۹۳). درحالی‌که در مرحله پیگیری یک‌ماهه میانگین اهمال‌کاری تحصیلی به‌طور معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش یافت (P= ۰/۰۲۳). در متغیر دشواری در تنظیم هیجان آن‌هم در مرحله پس‌آزمون (P=۰/۰۳۸) و هم در مرحله پیگیری یک‌ماهه (P<۰/۰۰۱) در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری شد. این میزان بهبودی در دشواری در تنظیم هیجان در مرحله پیگیری بیشتر از مرحله پس‌آزمون بود.

از مؤلفه‌های تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون، دشواری در کنترل تکانه و عدم وضوح هیجانی به‌طور معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش یافت (P<۰/۰۵). در سایر مؤلفه‌های تنظیم هیجان بین دو گروه تفاوت معناداری یافت نشد (P>۰/۰۵). در مرحله پیگیری یک‌ماهه در مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و عدم وضوح هیجانی به‌طور معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش یافت (P<۰/۰۵).

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و بهبود دشواری در تنظیم هیجان در بین دانشجویان انجام شد. در گروه مداخله اثر اصلی درمان در سه مرحله ارزیابی متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی، نمره کل دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن شامل دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه و فقدان آگاهی هیجانی کاهش معناداری داشته است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد در ارزیابی سه دوره زمانی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و دشواری تنظیم هیجان گروه مداخله تأثیرگذار بوده است. به نظر می‌رسد اثربخشی این درمان بر کاهش دشواری در انجام رفتار هدفمند و دشواری در کنترل تکانه از طریق عناصر درمانی وضوح ارزش‌ها، اقدامات متعهدانه و کارآمد بوده است زیرا کمک کردن به دانشجویان در این جهت که آن‌ها با چیزهایی که در زندگی‌شان معنادار است ارتباط برقرار کنند، یک عنصر کلیدی در استفاده از درمان پذیرش و تعهد برای غلبه بر اهمال‌کاری محسوب می‌شود (۱۳). در این راستا مطالعات گوناگون نیز نشان داده‌اند اهمال‌کاری با رفتارهای تکانشگرانه، راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و ناتوانی دررسیدن به اهداف شخصی ارتباط دارد؛ بنابراین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش رفتارهای تکانشگرانه به‌عنوان یکی از عوامل اهمال‌کاری قابل تبیین است (۱۵). این یافته همسو با مطالعه قاگنون[14] و همکاران (۲۰۱۶) است که نشان داد اقدام متعهدانه قوی‌ترین پیش‌بینی کننده اهمال‌کاری دانشجویان است. تأثیرگذاری معنادار این درمان به‌طور اختصاصی در مرحله پیگیری بدین معناست که بلندمدت این درمان قدرت بیشتری در کاهش مؤلفه‌های اهمال‌کاری تحصیلی و دشواری در تنظیم هیجان داشته است. این نتایج همسو با مطالعه دایان[15] و همکاران (۲۰۱۶)، گلیک[16] و همکاران (۲۰۱۴) و سنت و بوئیس[17] (۲۰۱۴) بود که نشان داد عناصر درمانی درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان می‌شود. به‌طورکلی نتیجه این بخش بدین‌صورت قابل تبیین است که چون برخی افراد رفتار اهمال کارانه را به‌منظور تلاش برای اجتناب از انواع تجارب درونی ناخوشایند از قبیل ترس، اضطراب، خودارزیابی و افکار برانگیزاننده اضطراب انتخاب می‌کنند همچنین چون دانشجویان اهمال‌کاری را به‌عنوان روشی برای افزایش خلق و اجتناب از تجارب ناخوشایند و استرس‌زا انتخاب می‌کنند؛ بنابراین تغییر پیشایندهای اهمال‌کاری ازجمله مشکل در تنظیم هیجان توسط این درمان منجر به تعدیل اهمال‌کاری تحصیلی شده است. حمایت از این فرضیه از مجموعه مطالعاتی به‌دست‌آمده است که اهمال‌کاری را در خدمت کارکرد تنظیم هیجان می‌دانند. به‌عبارت‌دیگر اهمال‌کاری را نوعی نقص در خودتنظیمی می‌دانند که منجر به نقص در انگیزش می‌شود. دانشجویان باید انگیزه خود را به‌منظور دستیابی به اهداف تحصیلی تنظیم کنند، بخصوص زمانی که آن‌ها با فعالیت‌های جایگزین جذاب روبه‌رو باشند زیرا این خودتنظیمی رفتار اهمال‌کاری تحصیلی را کاهش می‌دهد(۶). به نظر می‌رسد در این مطالعه افزایش مؤلفه درمانی پذیرش، مدیریت ارتباط با هیجان‌ها به‌ویژه با هیجان‌های منفی نسبت به تکالیف تحصیلی و به دنبال آن طراحی و اجرای اقدامات کارآمد در چارچوب درمان پذیرش و تعهد، در کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و عوامل زیربنایی آن-دشواری در خودتنظیمی و تنظیم هیجان- تأثیرگذار بوده است. از طرفی دیگر روشن‌سازی ارزش‌ها و طراحی اهداف مبتنی بر ارزش‌ها در قالب این درمان به دانشجویان اهمال‌کار کمک کرده است که با اهداف مربوط به زندگی بلندمدت خودسازگار شوند، تعارض‌های ارزشی خود را حل کرده و با افزایش ارزش ذهنی یک فعالیت، بازدهی خود را افزایش دهند.

بر اساس نتایج فرمول هجز در سه مرحله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه درمان به ترتیب اندازه اثر کوچک، متوسط و بزرگ گزارش‌شده است. تبیین نتایج این فرمول بدین‌صورت است که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و دشواری‌های تنظیم هیجان گروه مداخله در بلندمدت یعنی از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری معنادار بوده است. مطالعات اخیر نشان داده‌اند آمیختگی شناختی عنصر کلیدی آسیب‌شناختی درمان پذیرش و تعهد یکی از پیشایندهای اهمال‌کاری است که انتخاب‌های فرد را برای اقدام محدود می‌کند (۲۸). در

[14]. Gagnon
[15]. Dionne
[16].Glick
[17]. Scent & Boes

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

این مطالعه به نظر می‌رسد یکی از دلایل کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و دشواری‌های تنظیم هیجان ازجمله دشواری در کنترل تکانه عنصر درمانی گسلش شناختی در جهت کاهش آمیختگی شناختی دانشجویان بوده است. این یافته همسو با نتایج مطالعه گلیک و همکاران (۲۰۱۴) است که نشان داد، مداخلات رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر دانشجویان دارای ارزش‌های تحصیلی بیشتر، در بلندمدت اثربخشی بیشتری داشته است. علاوه بر این، آن‌ها بر نقش اساسی ارزش‌ها در غلبه بر رفتار اهمال‌کاری تأکید کرده‌اند(۲۸). همچنین نتیجه این مطالعه همسو بامطالعه سنت و بوئیس (۲۰۱۴) بود که نشان داد دانشجویان شرکت‌کننده در هر دو کارگاه درمان پذیرش و تعهد نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالایی کسب کرده بودند(۱۳).

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و دشواری‌های تنظیم هیجان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل معنادار بوده است. بدین‌صورت که در مرحله پیگیری یک‌ماهه اهمال‌کاری تحصیلی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش یافت. این نتیجه همسو با نتایج مطالعه یوسف وند و رادمهر[18] (۲۰۱۷) و قره‌آغاجی[19] (۲۰۱۵) بود که نشان داد با کنترل پیش‌آزمون روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اهمال‌کاری تحصیلی دانش آموزان تأثیرات معناداری داشته است. همچنین علاوه بر کاهش کلی دشواری‌های تنظیم هیجان در گروه مداخله، در مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و عدم وضوح هیجانی نیز به‌طور معناداری کاهش داشته است. نتایج مطالعه‌ای نشان داد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش استرس با میانجی‌گری پذیرش افکار و احساسات بوده است(۲۹)، بنابراین به نظر می‌رسد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اهمال‌کاری دانشجویان به‌ویژه دشواری در تنظیم هیجان از طریق عناصر درمانی پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط بازمان حال، ارزش‌ها و اقدامات متعهدانه بوده است. از طرف دیگر به نظر می‌رسد کاهش مشکلات تنظیم هیجان دانشجویان توسط این درمان از طریق دو مؤلفه اساسی پذیرش و گسلش شناختی منجر به کاهش اهمال‌کاری آن‌ها شده است؛ زیرا بر اساس مطالعات گوناگون دشواری در تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین پیشایندهای اهمال‌کاری محسوب می‌شود. از طرفی به نظر می‌رسد عنصر درمانی ارتباط بازمان حال به‌جای چسبیدن به گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده در قالب تمرین‌های توجه آگاهی در این مطالعه باعث افزایش آگاهی هیجانی و پذیرش هیجان‌ها در دانشجویان شده است. این یافته همسو با مطالعه سیرویس و تاستی[20] (۲۰۱۲) است که نشان داد اشکال مختلف توجه آگاهی با کاهش سطوح اهمال‌کاری ارتباط دارند (۳۰). به‌طورکلی می‌توان گفت ازآنجایی‌که مؤلفه‌های درمانی درمان پذیرش و تعهد به‌طور اختصاصی به دنبال افزایش پذیرش هیجان‌ها و تجربیات درونی به‌جای اجتناب از تجارب منفی، افزایش اقدامات کارآمد به‌جای رفتارهای تکانشگرانه، افزایش تماس با تجربیات درونی در زمان حال به‌جای فقدان آگاهی هیجانی، افزایش انعطاف‌پذیری به راهبردهای رفتاری جدید به‌جای عدم انعطاف‌پذیری در انتخاب رفتار، افزایش روشن‌سازی ارزش‌ها و اهداف به‌جای عدم وضوح ارزش‌ها هست؛ بنابراین کاهش مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان به دنبال انجام این مداخله در گروه درمان دور از انتظار نبوده است. همچنین با توجه به محدودیت‌هایی که به سایر درمان‌ها به‌ویژه درمان شناختی- رفتاری در زمینهٔ کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و مشکلات هیجانی واردشده است به کوتاه‌مدت بودن مداخلات آن و عدم پیگیری‌های لازم مربوط می‌شود می‌توان افزایش اثربخشی درمان و پیگیری در فاصله زمانی

[18]. Yosefvand & Radmehr
[19]. Gharaghaji
[20]. Sirois & Tosti

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

مختلف در کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و دشواری‌های تنظیم هیجان قابل تبیین کرد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم پیگیری اثرات درمان در فواصل زمانی مختلف بود. محدودیت دیگر این بود که تعداد جلسات درمانی برای تبیین مؤلفه‌های درمانی به‌ویژه مؤلفه وضوح ارزش‌ها و اهداف کافی نبود. محدودیت دیگر این بود که عموم شرکت‌کنندگان گروه درمان دانشجویان رشته روانشناسی بالینی بودند که نسبت به دانشجویان سایر رشته‌ها بینش روان‌شناختی بیشتری نسبت به فرآیند درمانی داشتند. اهمال‌کاری یکی از عوامل عمده‌ای است که می‌تواند مانع جدی دررسیدن فراگیران، به‌ویژه دانشجویان به سمت پیشرفت و موفقیت باشد؛ بنابراین در راستای اثربخشی بهتر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش این معضل رفتاری در بین دانشجویان لازم است مطالعات آتی اول،تداوم اثرات درمانی در فواصل زمانی چندماهه پیگیری کنند که می‌تواند ثبات اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را در بلند مدت نشان دهد. دوم،آموزش درمان، پذیرش و تعهد را برای گروه درمان به‌منظور تحکیم اثرات درمانی با محوریت اقدامات کارآمد، در راستای ارزش‌ها ادامه دهند. سوم. نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان را در اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اهمال‌کاری بررسی کنند.

Reference

1. Fernie BA, Bharucha Z, Nikčević AV, Marino C, Spada MM. A Metacognitive model of procrastination. J Affect Disord 2017; 210: 196-203.
2. Ziegler N, Opdenakker MC. The development of academic procrastination in first-year secondary education students: The link with metacognitive self-regulation, self-efficacy, and effort regulation. Learn Individ Differ 2018; 64: 71-82.
3. Patrzek J, Grunschel C, Fries S. Academic procrastination: The perspective of university counsellors. Int J Psychol Couns 2012; 34: 185-201.
4. Tibbett TP, Ferrari JR. The portrait of the procrastinator: Risk factors and results of an indecisive personality. Pers Individ Dif 2015; 82:175-84.
5. Steel P, Klingsieck KB. Academic procrastination: Psychological antecedents revisited. Aust Psychol 2016; 51: 36-46.
6. Grunschel C, Schwinger M, Steinmayr R, Fries S. Effects of using motivational regulation strategies on students' academic procrastination, academic performance, and well-being. Learn Individ Differ 2016;49:162-70.
13. Mirzaei M, Gharraee B, Birashk B. The role of positive and negative perfectionism, self-efficacy, worry and emotion regulation in predicting behavioral and decisional procrastination. IJPCP 2014; 19: 230-40. [In Persian]
8. Gyoerkoe K, Wiegartz P. The Worrier's Guide to Overcoming Procrastination: Breaking Free from the Anxiety that Holds You Back: New Harbinger Publications; 2011.
9. Rozental A, Forsell E, Svensson A, Andersson G, Carlbring P. Internet-based cognitive—behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2015; 83: 808-24.
10. Ozer BU, Demir A, Ferrari JR. Reducing Academic Procrastination through a Group Treatment Program: A Pilot Study. REBT 2013; 31: 127-35.
11. Toker B, Avci R. Effect of Cognitive-Behavioral-Theory-Based Skill Training on Academic Procrastination Behaviors of University Students. Physiother Theory Pract 2015; 15: 1157-68.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]

12. Golestani bakht T, Shokri M. Relationship between academic procrastination with meta cognitive beliefs. Soc Cogn 2013; 2: 89-100.
13. Scent CL, Boes SR. Acceptance and commitment training: A brief intervention to reduce procrastination among college students. J College Stud Psychother 2014; 28: 144-56.
14. Gagnon J, Dionne F, Pychyl TA. Committed action:An initial study on its association to procrastinationin academic settings. J Contextual Behav Sci 2016; 5: 97-102.
15. Glick DM, Millstein DJ, Orsillo SM. A preliminary investigation of the role of psychological inflexibility in academic procrastination. J Contextual Behav Sci 2014; 3: 81-8.
16. Ellard K, Fairholme C, Boisseau C, Farchione T, Barlow D. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. Cogn Behav Pract 2010; 17: 101-88.
17. Steel P, Klingsieck KB. Academic procrastination: Psychological antecedents revisited. Australian Psychologist. 2016;51(1):36-46.
18. Rozental A, Carlbring P. Understanding and treating procrastination: a review of a common self-regulatory failure. Psychology 2014; 5: 1488-1502.
19. Rozental A, Forsström D, Nilsson S, Rizzo A, Carlbring P. Group versus Internet-based cognitive-behavioral therapy for procrastination: Study protocol for a randomized controlled trial. Internet Interv 2014; 1: 84-9.
20. Solomon LJ, Rothblum ED. Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. J Couns Psychol 1984; 31: 503-9.
21. Esmaeilinasab M, Khoshk AA, Azarmi H, Rakhi AS. The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. Res Addict 2014; 8: 49-63.
22. Gratz KL, Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. Illuminating the Theory and Practice of Change 2010; 2010: 107-33.
23. Anderson LM, Reilly EE, Gorrell S, Schaumberg K, Anderson DA. Gender-based differential item function for the difficulties in emotion regulation scale. Pers Individ Dif 2016; 92: 87-91.
24. Tuckman BW. The development and concurrent validity of the procrastination scale. Educ Psychol Meas 1991; 51: 473-80.
25. Tuckman BW. The effect of motivational scaffolding on procrastinators' distance learning outcomes. Comput Educ 2007; 49: 414-22.
26. Chen B-B, Kruger D. Future orientation as a mediator between perceived environmental cues in likelihood of future success and procrastination. Pers Individ Dif 2017; 108: 128-32.
27. Ellard K, Fairholme C, Boisseau C, Farchione T, Barlow D. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. Cogn Behav Pract 2010; 17: 101-88.
28. Gagnon J, Dionne F, Pychyl TA. Committed action: An initial study on its association to procrastination in academic settings. J Contextual Behav Sci 2016; 5: 97-102.
29. Dionne F. Using acceptance and mindfulness to reduce procrastination among university students: Results from a pilot study. Revista Prâksis. 2016;1:8-20.
30. Sirois FM, Tosti N. Lost in the moment? An investigation of procrastination, mindfulness, and well-being. J Ration Emot Cogn Behav Ther 2012; 30: 237-48.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.52547/sjku.23.5.65]