

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

Arezoo Heshmati Joda¹, Omid Saed², Jahangir Mohammadi Baytamar³, Saedeh Zenoozian², Fayegh Yousefi³

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.

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر کاهش اهمال کاری 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^۴، 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: ۰۲۴-۳۳۵۳۴۵۰۰، o.saeed@zums.ac.ir
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولی عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۴. دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اهمال کاری به عنوان پدیده فراگیر در دانشجویان با مشکلات هیجانی و شکست در تنظیم هیجان درهم تنیده است. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر کاهش اهمال کاری تحصیلی و بهبود دشواری تنظیم هیجان 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 اهمال کاری 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 در مجموع از دو گروه مداخله خارج شدند. برای ارزیابی از مقیاس ارزیابی اهمال کاری دانشجویان (PASS) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) استفاده شد. مداخله درمانی ۸ جلسه گروه درمانی پذیرش و تعهد برای گروه‌های مداخله اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد درمان پذیرش و تعهد در گروه مداخله منجر به کاهش معنادار اهمال کاری 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 ($P < 0/05$). همچنین تحلیل کوواریانس نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، درمان پذیرش و تعهد ۱۶/۱ درصد تغییرات نمره اهمال کاری تحصیلی و ۴۵/۹ درصد تغییرات نمره کل دشواری تنظیم هیجان گروه مداخله را نسبت به گروه کنترل در بلندمدت تبیین می‌کند ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه اشارات ضمنی و کاربردی گوناگونی برای متخصصان مبنی بر پیگیری بلندمدت درمان پذیرش و تعهد در زمینه اهمال کاری و مشکلات تنظیم هیجان دارد.

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

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

مقدمه

اهمال کاری^۱ به عنوان تأخیر یا اجتناب آگاهانه یا ناآگاهانه در شروع یا تکمیل یک تکلیف یا یک فرآیند تصمیم گیری تعریف شده است (۱). از بین انواع رفتارهای تأخیری، اهمال کاری تحصیلی به عنوان نوعی تأخیر غیرمنطقی و زیان بار معرفی شناخته شده است زیرا رابطه منفی با عملکرد تحصیلی، سلامت و به طور اخص سلامتی هیجانی دانشجویان دارد (۲). به عقیده گالاگر^۲ اهمال کاری تحصیلی مهم ترین نگرانی شخصی در دانشجویان است (۳). شیوع اهمال کاری مزمن ۲۵-۲۰ درصد و در جمعیت های دانشجویی ۷۵ درصد گزارش شده است (۴)؛ به طوری که ۹۵ درصد از آن ها تمایل دارند اهمال کاری خود را کاهش دهند (۵). مطالعات نشان داده اند که اهمال کاری تحصیلی با پیامدهای مختلفی از قبیل افزایش سوء رفتار در حوزه تحصیل، کاهش کارآمدی تحصیلی و مشکلات سلامت روان در دو حوزه سلامت عاطفی و سلامت شناختی همراه است (۶). دلایل مهمی وجود دارد که اهمال کاری آسیب رسان است، برای نمونه اهمال کاری می تواند به عملکرد دانشگاهی ضعیف، تجربه هیجان های منفی در مورد خود، رفتارهای خطرناک برای سلامتی مانند تأخیر در رسیدگی به مشکلات بهداشتی منجر شود (۷)؛ بنابراین اجتناب و تأخیر در انجام وظایف و تصمیمات می تواند به مسئله ای تضعیف کننده و مزمن تبدیل شود (۸).

مفهوم پردازی درمان های شناختی - رفتاری در مورد اهمال کاری بر نقش محتوای شناخت ها استوار است (۹). تبیین های مختلف و به دنبال آن انجام مداخلات روان-شناختی برای درمان اهمال کاری از اواسط قرن بیستم با کارهای الیس^۳ و همکاران شروع شده است. برنامه درمانی

بر اساس رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی در اصل از مدل ABC گرفته شده است که بیان می کند یک رویداد برانگیزاننده از طریق پردازش توسط سیستم باورهای فرد منجر به پیامدهای رفتاری و احساسی می شود (۱۰). محدودیت رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی در این است که برای تبیین اهمال کاری صرفاً بر باورهای غیرمنطقی تأکید دارد و برای اهمال کاری نوع آگاهانه یا عمدی تبیینی ندارد. یکی دیگر از رویکردهای تبیینی و شواهد محور در حوزه اهمال کاری، رویکرد شناختی - رفتاری است. از نظر رویکردهای شناختی-رفتاری اهمال کاری به عنوان شکست در خودتنظیمی در نظر گرفته می شود (۱). تاکر و اوسی^۴ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش مهارت بر رفتار اهمال کاری تحصیلی دانشجویان، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را بر کاهش اهمال کاری تأیید کردند (۱۱). محدودیت درمان شناختی رفتاری در تبیین اهمال کاری این است که بر محتوای شناختی بیشتر از فرآیندهای شناختی تأکید دارد. رویکرد فراشناختی یکی دیگر از رویکردهای تبیینی در حوزه اهمال کاری است که فراشناخت ها را عامل اصلی اهمال کاری می داند؛ بنابراین معتقد است اهمال کاری می تواند به عنوان یک راهبرد برای تنظیم شناخت ها، عواطف منفی و مشکل مدیریت زمانی در نظر گرفته شود (۱۲). محدودیت درمان فراشناختی در تبیین اهمال کاری در این است که هنوز شواهد کافی در اثربخشی این درمان بر کاهش اهمال کاری وجود ندارد و پژوهش های موجود صرفاً ارتباط باورهای فراشناختی را با اهمال کاری بررسی کرده اند.

اخیراً پژوهش ها به طور فزاینده ای بر ماهیت پویای اهمال کاری متمرکز شده اند و معتقدند تغییر در رفتار اهمال

^۱. Procrastination

^۲. Gallager

^۳. Ellis

^۴. Toker & Avci

کارانه با عوامل بافتاری و مرتبط با تکلیف ارتباط دارد (۲). یکی از جدیدترین تبیین‌های نظری در زمینه اهمال‌کاری، تبیین رویکرد پذیرش و تعهد است. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد اهمال‌کاری نوعی رفتار ناسازگارانه است که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی^۵ 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 مفهوم‌پردازی شده، توجه منعطف بر زمان حال در برابر توجه 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 پیشایندهای مهم اهمال‌کاری در نظر گرفته‌اند؛ بنابراین تنظیم هیجان نقش حیاتی برای تبیین شکست در خودتنظیمی در افراد اهمال‌کار دارد (۱۶). ولترز^۶ (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^۷ (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 از آنجایی که 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 درمانی درمان پذیرش و تعهد، اثربخشی این درمان را بر

^۶ Wolters

^۷ Steel

^۵ Psychological Inflexibility

کاهش اهمال کاری تحصیلی و دشواری های تنظیم هیجان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان مورد مطالعه قرار دهد.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع کار آزمایشی بالینی بود. جامعه آماری این مطالعه را کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷ تشکیل می دادند. بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه کوکران با محاسبه سطح خطای ۵ درصد، نمونه ای به حجم حداقل ۵۰۰ نفر غربال گری شد. در گام اول نمونه ای به حجم ۱۵۰ نفر که در مقیاس ارزیابی اهمال کاری دانشجویان (PASS) نمره بالاتر از ۴۹ و در مقیاس اهمال کاری تاکمن (TPS) نمره بالاتر از ۳۲ به دست آورده بودند، انتخاب شد و در گام بعدی بر اساس شدت بالای اهمال کاری و معیارهای ورود و خروج ۴۰ نفر وارد مطالعه شدند و با استفاده از نرم افزار 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 گروه درمانی 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 گروه درمانی خارج شدند. پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی مؤلف اول است که با کد A-11-924-4 ثبت شده است.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

۱. مقیاس ارزیابی اهمال کاری دانشجویان^۸ (PASS): این مقیاس توسط سولومون و راث بلوم^۹ (۱۹۸۴) ساخته شده و

دارای ۲۷ گویه است که سه مؤلفه را در برمی گیرد. مؤلفه اول، آماده شدن برای امتحانات؛ مؤلفه دوم، آماده شدن برای تکالیف و مؤلفه سوم، آماده شدن برای مقالات پایان ترم (۱۹). در مورد روایی مقیاس سولومون (۱۹۸۴)، با استفاده از روایی همسانی درونی ضریب ۰/۸۴ به دست آمده 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^{۱۰} (DERS): این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط گرتز و رومر^{۱۱} با ۳۶ گویه برای سنجش میزان نارسایی تنظیم هیجانی و سنجش راهبردهای خود نظم بخشی هیجانی تدوین شد (۲۱). نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده دشواری های بیشتر در مقوله تنظیم هیجانات است. در مورد پایایی این مقیاس می توان گفت که هم نمره کلی و هم خرده مقیاس های آن همسانی درونی بالایی در نمونه های بالینی و غیر بالینی نشان داده است (۲۲). آندرسون و همکاران (۲۰۱۶) برای این مقیاس پایایی درونی با ضریب آلفای ۰/۸۶ گزارش کرده اند (۲۳).

۳. مقیاس اهمال کاری تاکمن^{۱۲} (TPS): این مقیاس یک ابزار شاخص عمومی برای اهمال کاری تحصیلی است که به دلیل ناتوانی در خود تنظیمی و اداره برنامه مربوط به تکالیف دانشگاهی روی می دهد. نسخه اصلی مقیاس اهمال کاری تاکمن شامل ۱۶ آیتم است که از ۳۵ آیتم مرتبط با رفتارهای تحصیلی استخراج شده است. ۱۶ آیتم آن بر اساس یک مقیاس لیکرت ۴ بخشی در جمعیت های دانشجویی نرم شده است. نمرات بالاتر نشان دهنده سطح بالاتر اهمال کاری است (۲۴). در مطالعه اولیه تاکمن، پایایی مقیاس از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۵). در یک مطالعه جدیدتر توسط چن و کراگر (۲۰۱۷) ضریب آلفای ۰/۹۰ برای این مقیاس گزارش شده است (۲۶).

¹⁰. Difficulties in Emotion Regulation Scale

¹¹. Gratz & Romer

¹². Tuckman Procrastination Scale

⁸. Procrastination Assessment Scale-Students

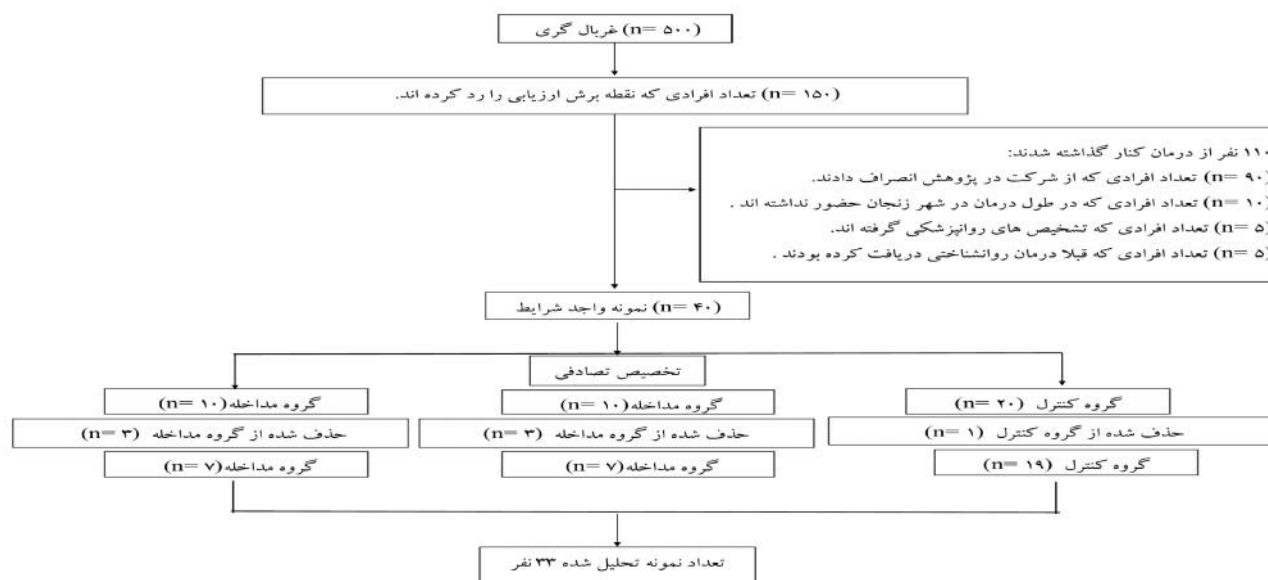
⁹. Solomon & Rothblum

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 پیشنهاد شده است؛ بنابراین به منظور 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. به منظور 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 گروه درمانی اصلی داشته‌اند برای حفظ پویایی گروه جداگانه مورد درمان قرار گرفته‌اند و مفاهیم و تکنیک‌های درمانی برای آن‌ها آموزش داده شد. بعد از اتمام جلسات گروه درمانی برای گروه کنترل جلسات گروه درمانی 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.

نمودار ۱. شرح غربال‌گری و انتخاب نمونه



جدول ۱. شرح محتوای جلسات درمان	
جلسه	خلاصه جلسات
جلسه اول	آشنایی با اعضای و برقراری رابطه درمانی، معرفی اجمالی اهمال کاری 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 اهمال کاری 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 منطق کاهش اهمال کاری 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 اهمال کاری 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 ارزش‌مدارانه، 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 ارزش‌مدارانه، تمرکز بر تداوم و انجام تکالیف به‌عنوان کلید تعهد، ارائه راهبردهای پیشگیری از عود بر اساس تجارب ناموفق آزمودنی‌ها، مطالعات مداوم به‌عنوان راهبرد ضد اهمال کاری، تعیین تکلیف خانگی، گرفتن بازخورد درمانی

یافته‌ها

کنترل تفاوت معناداری یافت نشد ($P > 0/05$)؛ که بیانگر همگن بودن دو گروه درمان و کنترل در متغیرهای جمعیت شناختی است.

به‌منظور مقایسه دویه‌دو 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 دویه‌دوی 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 گزارش شده است.

در بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش در گروه مداخله ($n=14$)، ۵۰ درصد مرد و ۵۰ درصد زن و در گروه کنترل ($n=19$) ۲۶/۳ درصد مرد و ۷۳/۷ درصد زن بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه مداخله $26/07 \pm 4/16$ سال و در گروه کنترل $27/05 \pm 2/86$ 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 اسکوائر (X^2) در جنسیت و تحصیلات و با توجه به نتایج آزمون t مستقل در میانگین‌های سن دو گروه درمان و

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای خروجی

متغیر	(n=14) گروه مداخله			(n=19) گروه کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD
اهمال کاری 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
عدم پذیرش پاسخ های 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^{۱۳}، به عنوان مفروضه اصلی اندازه گیری مکرر نشان داد که مفروضه کرویت برای متغیرهای اهمال کاری تحصیلی، نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه های عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان معنادار است رعایت نشده است ($P < 0.05$)؛ بنابراین برای تفسیر فرض همگنی واریانس ها در متغیرهای ذکر شده از تصحیح Huynh-Feldt استفاده کردیم (جدول ۳).

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

اثر درون گروهی	ماشلی W	تقریب کای دو	df	P.value	تصحیح هین-فلت
اهمال کاری تحصیلی	۰/۲۰۸	۱۸/۸۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳
عدم پذیرش پاسخ های 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 آزمودنی ها در سه مرحله اندازه گیری متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P.value	Eta
اهمال کاری تحصیلی	۱۳۲۳	۱/۱۵	۱۱۵۳/۷۹	۹/۴۴**	۰/۰۰۶	۰/۴۲۱
عدم پذیرش پاسخ های 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	۰/۲۳۲
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

نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه درون آزمودنی‌ها (اندازه‌گیری مکرر) نشان داد در گروه مداخله اثر اصلی درمان در سه مرحله ارزیابی متغیرهای اهمال کاری تحصیلی، نمره کل دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه و فقدان آگاهی هیجانی معنادار است ($P < 0/05$) به عبارت دیگر بین میانگین‌های متغیرهای ذکر شده از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد که به منظور بررسی دوبه‌دوی مراحل زمانی در این متغیرها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

نتایج آزمون LSD حاکی از کاهش معنادار میانگین اهمال کاری تحصیلی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری در گروه مداخله بود ($P < 0/01$) اما از مرحله پس‌آزمون به پیگیری تفاوت معناداری یافت نشد ($P > 0/05$).

میانگین نمره کل دشواری در تنظیم هیجان از مرحله پیش‌آزمون به پیگیری در گروه مداخله کاهش معناداری داشت ($P < 0/01$) اما از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پس‌آزمون به پیگیری تفاوت معناداری یافت نشد ($P > 0/05$). 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 ($P = 0/032$) اما در مؤلفه فقدان آگاهی هیجانی از مرحله پس‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری یافت شد ($P < 0/01$).

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 اهمال کاری 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
اهمال کاری تحصیلی	۱/۰۵	۰/۹۱	-۰/۰۵
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

دشواری در تنظیم هیجان

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

متغیر وابسته	میانگین اصلاح شده		df	MS	F	P.value	Eta
	گروه مداخله	گروه کنترل					
	M ±SD	M ±SD					
پس آزمون اهمال کاری تحصیلی	۴۴/۲۳ ± ۲/۶۹	۵۰/۸۳ ± ۲/۲۶	۱	۲۵۷/۳۴	۳/۰۶	۰/۰۹۰	۰/۰۹۳
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۲/۸۳ ± ۱/۱۲	۱۳/۴۴ ± ۰/۹۶	۱	۳/۰۳	۰/۱۷	۰/۶۷۹	۰/۰۰۶
	۱۲/۸۱ ± ۱/۰۰	۱۳/۵۱ ± ۰/۸۵	۱	۳/۴۹	۰/۲۶	۰/۶۱۰	۰/۰۰۹
	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 اهمال کاری تحصیلی	۴۳/۳ ± ۳/۲۴	۵۴/۲۰ ± ۲/۷۲	۱	۷۰۱/۹۶	۵/۷۷*	۰/۰۲۳	۰/۱۶۱
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۱/۰۲۹ ± ۰/۹۸	۱۴/۷۸ ± ۰/۸۴	۱	۹۶/۳۳	۷/۲۱*	۰/۰۱۲	۰/۱۹۴
	۱۳/۳۸ ± ۰/۹۶۴	۱۵/۸۲ ± ۰/۸۲۰	۱	۴۲/۵۰	۳/۵۱	۰/۰۷۱	۰/۱۰۵
	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 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

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 اهمال کاری تحصیلی و بهبود دشواری در تنظیم هیجان در بین دانشجویان انجام شد. در گروه مداخله اثر اصلی درمان در سه مرحله ارزیابی متغیرهای اهمال کاری 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

نتایج ANCOVA نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، در مرحله پس‌آزمون در اهمال کاری تحصیلی بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنادار یافت نشد ($P = ۰/۰۹۳$). درحالی‌که در مرحله پیگیری یک‌ماهه میانگین اهمال کاری 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

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 در رسیدن 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^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۶) است که نشان داد اقدام متعهدانه قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده 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^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۶)، گلیک^{۱۶} و همکاران (۲۰۱۴) و سنت و بوئیس^{۱۷} (۲۰۱۴) بود که نشان داد عناصر درمانی درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان می‌شود. به‌طور کلی نتیجه این بخش بدین‌صورت قابل تبیین است که چون برخی افراد رفتار اهمال‌کارانه 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 گزارش شده 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

این مطالعه به نظر می‌رسد یکی از دلایل کاهش اهمال کاری تحصیلی و دشواری‌های تنظیم هیجان از جمله 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 اهمال کاری تأکید کرده‌اند (۲۸). همچنین نتیجه این مطالعه همسو با مطالعه 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 اهمال کاری تحصیلی و دشواری‌های تنظیم هیجان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل معنادار بوده است. بدین صورت که در مرحله پیگیری یک‌ماهه اهمال کاری تحصیلی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش یافت. این نتیجه همسو با نتایج مطالعه یوسف وند و رادمهر^{۱۸} (۲۰۱۷) و قره‌آغاجی^{۱۹} (۲۰۱۵) بود که نشان داد با کنترل پیش‌آزمون روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اهمال کاری تحصیلی دانش‌آموزان 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 اهمال کاری 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 اهمال کاری آن‌ها شده است؛ زیرا بر اساس مطالعات گوناگون دشواری در تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین پیشایندهای اهمال کاری 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^{۲۰} (۲۰۱۲) است که نشان داد اشکال مختلف توجه آگاهی با کاهش سطوح اهمال کاری ارتباط دارند (۳۰). به‌طور کلی می‌توان گفت از آنجایی که 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 زمینه کاهش اهمال کاری تحصیلی و مشکلات هیجانی وارد شده 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. Sirosis & Tosti

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.

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 بیش روان‌شناختی بیشتری نسبت به فرآیند درمانی داشتند. اهمال‌کاری یکی از عوامل عمده‌ای است که می‌تواند مانع جدی در رسیدن فراگیران، به‌ویژه

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.

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 procrastination in 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.