



Comparison of the Effectiveness of “Metacognitive Therapy” and “Emotion-Oriented Therapy” on Academic Procrastination and Frustration disComfort of Male High School Students

Naser Khodabandeh Lou ¹, Ghorban Fathi Aghdam^{2*}, Vahideh Babakhani³,
Fatemeh Alijani ⁴

1- PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Iran.

2-Assistant Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Iran.

3-Assistant Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Iran.

Corresponding author: Ghorban Fathi Aghdam, Assistant Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Iran.

Email: fathi4468@yahoo.com

Received: 27 Jan 2022

Accepted: 13 July 2022

Abstract

Introduction: Academic procrastination and failure are among the significant problems among students and solving these problems through psychological interventions will be fruitful. The aim of this study was to compare the effectiveness of "Metacognitive Therapy" and "Emotion-Oriented Therapy" on academic procrastination and frustration discomfort of male high school students.

Methods: The research method of the current study was semi-experimental with a pre-test, post-test and 1-month follow-up design and a control group. The statistical population included all male secondary school students of the first period of Afshar region of Khodabande city in the academic year of 2018-2019. The research sample was based on a random method. The research method of the present study was semi-experimental with a pre-test, post-test and 1-month follow-up design and a control group. The statistical population included all male secondary school students of the first period of Afshar region of Khodabande city in the academic year of 2018-2019. The research sample was randomly selected from among 5 regions of Khodabande city by lottery method, Afshar region. Among the students who scored higher than 54 (in the range of 135 to 27) in the “Procrastination Assessment Scale-Student” and scored higher than 58 (in the range of 175 to 35) in the “Frustration Discomfort Scale”, 45 students were randomly replaced in 3 groups of 15 students, 2 groups of intervention and control. Data collection instruments included demographic questionnaire, "Procrastination Assessment Scale-Student" and "Frustration Discomfort Scale". Content validity was checked by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Intervention group 1 participated in "Metacognitive Therapy" group training sessions in 8 90-minute sessions and intervention group 2 participated in "Emotional Therapy" sessions in 8 90-minute sessions once a week. For the people of the control group, after the end of the sessions and taking the test, follow-up training sessions were held. At the end of the sessions, a post-test and a follow-up 1 month later were conducted for all 3 groups. The data was analyzed in SPSS. 20.

Results: "Metacognitive Therapy" and "Emotion-Oriented Therapy" were able to improve the frustration discomfort score and the academic procrastination score compared to the control group ($P \leq 0.001$).

Conclusions: "Metacognitive Therapy" and "Emotion-Oriented Therapy" methods have been effective on academic procrastination and frustration discomfort. It is suggested that educational professionals can use the above methods to improve failure tolerance and reduce academic procrastination in male high school students.

Keywords: Students, Frustration Discomfort, Metacognitive Therapy, Emotion-Oriented Therapy, Educational Procrastination.



مقایسه اثربخشی «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» بر تعلل ورزی تحصیلی و ناراحتی ناامیدی دانش آموزان پسر متوسطه دوره اول

ناصر خدابنده لو^۱، قربان فتحی اقدام^{۲*}، وحیده باباخانی^۳، فاطمه علیجانی^۴

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۲- استادیار، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۳- استادیار، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۴- استادیار، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

نویسنده مسئول: قربان فتحی اقدام، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.
ایمیل: fathi4468@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۷

چکیده

مقدمه: تعلل ورزی تحصیلی و ناراحتی ناامیدی از جمله مشکلات قابل توجه در بین دانش آموزان بوده و حل این مشکلات از طریق مداخلات روانشناختی متمر ثمر خواهد بود. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی "فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار" بر تعلل ورزی تحصیلی و ناراحتی ناامیدی دانش آموزان پسر متوسطه دوره اول بود.

روش کار: روش پژوهش مطالعه حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری ۱ ماه و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پسر متوسطه دوره اول منطقه افشار شهرستان خدابنده در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش با روش تصادفی خوشه ای از بین ۵ منطقه شهرستان خدابنده بصورت تصادفی به روش قرعه کشی، منطقه افشار انتخاب شد. از بین دانش آموزانی که در "مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز" نمره بالاتر از ۵۴ (در دامنه ۱۳۵ - ۲۷) کسب نمودند و در "مقیاس ناراحتی ناامیدی" نمره بالاتر از ۵۸ (در دامنه ۱۷۵ - ۳۵) کسب کرده بودند، ۴۵ دانش آموز به صورت تصادفی ساده از نوع قرعه کشی در ۳ گروه ۱۵ تن، ۲ گروه مداخله و کنترل بطور تصادفی جایگزین شد. ابزارهای جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و "مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز" (Procrastination Assessment Scale-Student) و "مقیاس ناراحتی ناامیدی" (Frustration Discomfort Scale) بود. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بررسی شد. گروه مداخله ۱ در جلسات آموزش گروهی "فراشناخت درمانی" در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و گروه مداخله ۲، در جلسات "درمان هیجان مدار" در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در هفته یک بار شرکت کردند. برای افراد گروه کنترل هم بعد از پایان جلسات و اخذ آزمون پیگیری، جلسات آموزشی برگزار شد. در پایان جلسات، پس آزمون و ۱ ماه بعد پیگیری برای هر ۳ گروه اجرا شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۰ تحلیل شد.

یافته ها: "فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار" توانست نمره ناراحتی ناامیدی و نمره تعلل ورزی تحصیلی را نسبت به گروه کنترل ارتقا دهد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: روش های "فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار" بر تعلل ورزی تحصیلی و ناراحتی ناامیدی موثر بوده است. پیشنهاد می شود متخصصان آموزشی از روش های فوق جهت ارتقای ناراحتی ناامیدی و کاهش تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان پسر متوسطه دوره اول استفاده نمایند.

کلید واژه ها: دانش آموزان، ناراحتی ناامیدی، فراشناخت درمانی، درمان هیجان مدار، تعلل ورزی تحصیلی.

مطالعه درس‌ها تا شب امتحان و شتاب ناشی از آن است که گریبانگیر دانش آموز یا دانشجو می شود. بعبارت دیگر، تعلل ورزی تحصیلی نوعی نقص در خودنظم جویی است که فرد در کنترل افکار، هیجانات، عواطف و عملکرد خود مطابق با معیارهای موردنظرش، ناتوان است (۴). بررسی‌ها نشان داده است که تعلل ورزی نه تنها یک مشکل مدیریت زمانی، بلکه فرایند پیچیده‌ای است که شامل مؤلفه‌های هیجانی، شناختی و رفتاری است (۵)؛

زمانی که دانش آموزی به دلیل تعلل ورزی تحصیلی به موفقیت‌های دلخواه خود دست نیافته، دچار ناکامی (failure) می شود. ناکامی هنگامی پیش می آید که شخص نتواند به هدف مطلوب برسد؛ علت آن موانع خاص یا نبودن اهداف مطلوب یا مناسب است. موانع ممکن است شامل موانع خارجی (مانند جنگ، خشکسالی، زلزله، طوفان، آتش) یا درونی (چون عدم قابلیت در انجام کارها و بی کفایتی) باشد (۶). همه افراد در یک زمانی از طول زندگی باید کم یا بیش در برابر ناراحتی، ناامیدی از خود نشان دهند.

اصطلاح تحمل ناکامی (tolerance of failure)، به میزان فشار روانی که شخص می تواند (قبل از این که رفتارش از حالت یکپارچگی درآید) تحمل کند، اشاره دارد. بعبارت دیگر، تحمل ناراحتی ناامیدی قابلیت فرد برای مقاومت در برابر ناراحتی ناامیدی، بدون ایجاد اشکال در سازگاری روانشناختی است؛ یعنی بدون اینکه به شیوه‌های ناپسند رفتاری دست بزند. بنابراین، ضروری است که ناکامی حاصل از شکست در امتحان، از دست دادن مقام و موقعیت و غیره تحمل شود تا یکپارچگی شخصیت ابقا شود (۷). از سوی دیگر، عدم تحمل ناراحتی ناامیدی نوعی سوگیری شناختی بوده که بر چگونگی دریافت و تفسیر و واکنش فرد بر وضعیتی نامطمئن در سطوح هیجانی و شناختی تأثیر می گذارد. افرادی که تحمل ناراحتی و ناامیدی را ندارند، موقعیت‌های آن را تنش برانگیز، منفی و دارای فشار توصیف کرده و سعی می کنند از این فضاها اجتناب ورزند. آن‌ها اگر در این وضعیت‌ها (تنش برانگیز) قرار گیرند کارکرد شناختی و هیجانی‌شان، دچار مشکل می شود (۸). در این راستا، نتایج پژوهش عالیپور بیرگانی و همکاران (۷) نشان داد ارتباط مثبت و معناداری بین عدم تحمل ناراحتی ناامیدی و تعلل ورزی تحصیلی وجود دارد. به عبارتی، هر چه دانشجویان تحمل ناراحتی ناامیدی کمتری، نشان دهند،

درک بسیاری از رفتارهای انسان به علت پیچیده بودن آن بسیار مشکل بوده و یکی از دغدغه‌های روانشناسان و پژوهشگران بوده و به دلیل حساسیت رشته‌ای درصدد آنند علت و منشأ رفتار انسانی را کشف نمایند، که یکی از این رفتارهای پیچیده تعلل ورزی (procrastination) است (۱). تعلل ورزی یا به آینده موکول کردن کارها عادت است که در بسیاری از افراد وجود دارد تا جایی که پژوهشگران بر این باورند که این ویژگی از تمایلات ذاتی انسان است. تعلل ورزی عملی است که در نظر اول، هدفش خوشایند کردن زندگی است ولی در اغلب موارد جز تنش، به هم ریختگی و شکست‌های پیاپی پیامد دیگری ندارد. این مطلب هم قابل ذکر است که تعلل ورزی همیشه مسأله ساز نیست، اما در اغلب موارد می تواند از طریق ممانعت از پیشرفت و عدم دسترسی به اهداف، پیامدهای نامطلوب و جبران ناپذیری به همراه داشته باشد (۱).

در این راستا، برخی پژوهشگران تعلل ورزی را یک مشکل رفتاری معرفی کرده اند. در این دیدگاه تعلل ورزی به عنوان یک مشکل رفتاری شناخته شده و هدف از درمان کاهش نسبت یا درصد زمان تعلل و افزایش نسبت یا درصد مطالعه یا فعالیت می باشد. برخی دیگر معتقدند تعلل ورزی یک مشکل شناختی است. در این دیدگاه مبنای تعلل ورزیدن، افکار و باورهای غلط و غیر منطقی در مورد چگونگی شرایط و نتایج فعالیت هاست. به اعتقاد برخی پژوهشگران، تعلل ورزی یک مشکل انگیزشی است. در این دیدگاه تعلل ورزی به دلیل تنبلی یا بی انگیزه بودن نیست، بلکه از آن جهت انجام می گیرد که افراد تعلل ورز علاقه مند به انجام فعالیت دیگری هستند. تعلل ورزی می تواند یک عادت باشد که درنهایت به کاهش انتظار خودکارآمدی فرد منجر می شود. به تعلل ورزی به عنوان یک اختلال شخصیتی نیز نگریسته شده است. در این دیدگاه تعلل به عنوان ضعف وجدان (با ویژگی‌هایی چون بی ارادگی، نداشتن پشتکار، تنبلی، عدم توجه و ضعف قدرت طلبی) شناخته شده است (۲). از سوی دیگر، در بین انواع تعلل ورزی‌ها، متداولترین شکل تعلل ورزی، تعلل تحصیلی (academic procrastination) است؛ که این نوع تعلل ورزی تمایل غالب و همیشگی یادگیرندگان برای به تعویق انداختن فعالیت‌های تحصیلی (توأم با اضطراب)، تعریف شده است (۳). نمونه بارز آن به تعویق انداختن

تعطل ورزی تحصیلی آن‌ها افزایش پیدا می‌کند و اگر بتوانند از راهبردهای شناختی و فراشناختی خودتنظیمی بیشتر استفاده کنند، کمتر به تعطل ورزی تحصیلی می‌پردازند. رویکردهای شناختی بر نقش باورها و نگرش‌های منفی در تعطل ورزیدن و ناراحتی ناامیدی تأکید دارند، اما نمی‌توانند سازوکار چگونگی تأثیرگذاری چنین باورهایی بر فرایند شناختی تعطل ورزی و ناراحتی ناامیدی را توضیح دهند، با وجود این، دیدگاه فراشناختی از تعطل ورزی و ناراحتی ناامیدی می‌تواند به تبیین دقیق این فرایندها بپردازد.

«فراشناخت درمانی» (Metacognitive Therapy) یک چارچوب فراشناختی کلی در مفهوم سازی آسیب پذیری، ایجاد و حفظ اختلالات روانی ارائه می‌دهد. فراشناخت ناشی از دانش و باورهای فردی شخص، بوده که شامل نشخوار فکری و نگرانی است که نوعی سبک تفکر درج‌مانده می‌باشد؛ این باورها ۲ نوع است: ۱- باورهای مثبت (برای مثال: اگر من درباره علائم خود نگران شوم، چیزهای مهم را نادیده نخواهم گرفت) ۲- باورهای منفی (درباره لزوم کنترل ناپذیری، خطر یا اهمیت افکار و احساسات (برای مثال: کنترل بر ذهن خود ندارم؛ یا اضطراب می‌تواند مرا دیوانه کند) (۹). بعلاوه، فراشناخت فرایند شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا کنترل شناخت مشارکت داشته و عملکرد شناختی را تنظیم می‌کند. اکثر نظریه پردازان بین ۲ جنبه از فراشناخت تمایز قایل شده اند: (۱) دانش فراشناختی که عبارت است از اطلاعاتی که افراد در مورد شناخت خود درباره عوامل و راهبردهای یادگیری مرتبط با تکلیف دارند. (۲) تنظیم فراشناختی که به انواع اعمال اجرایی نظیر توجه، بازبینی، برنامه ریزی و شناسایی خطاها در عملکرد اشاره دارد و بر فعالیت شناختی اثر می‌گذارد لذا، تعطل ورزی، ناراحتی ناامیدی از ۲ دیدگاه می‌تواند با فراشناخت در پیوند باشد. نخست این که تعطل ورزیدن می‌تواند به عنوان یک راهبرد برای تنظیم شناخت‌ها و عواطف منفی در نظر گرفته شود و دوم این که اثبات شده تعطل ورزی و ناراحتی ناامیدی، دارای ارتباط با هیجان‌های منفی است (۸).

از سوی دیگر، در این زمینه به نظر می‌رسد با استفاده از روش‌های درمانی ازجمله، «درمان هیجان مدار» (Emotion-Oriented Therapy)، بتوان بسیاری از مشکلات هیجانی و رفتاری این دانش‌آموزان را که بر فرایند تحصیلی آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد، کاهش داد (۱۰). در «درمان هیجان

مدار» درمانگر، به بیمار کمک می‌کند تا بتواند نمودهای هیجانی‌اش را انعکاس دهد آن‌ها را مورد تحلیل و ارزیابی قرار دهد. درمانگر به سخنان فرد گوش می‌دهد به علایم رفتاری توجه می‌کند و سپس روش‌هایی را برای درمان وی پیشنهاد و ارائه می‌دهد (۱۱). بعبارت دیگر، «درمان هیجان مدار» بر روی احساسات و عواطف معطوف شده و با مطالعات تجربی بسیاری در کشورهای چون آمریکا و کانادا ارزیابی شده و مشخص شده که «درمان هیجان مدار» در مقایسه با درمان به وسیله دارو به طور قابل ملاحظه‌ای باعث بهبود و افزایش سلامت روانی فرد می‌گردد (۱۲). در «درمان هیجان مدار» تمرکز درمانگر بر به آگاهی درآوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است. از نظر درمانگران «درمان هیجان مدار»، شخص مغلوب مشکلات و ناتوانی‌اش در حل مساله نیست و مشکل افراد از شیوه پردازش آن‌ها از تجربه است (۱۰).

در این راستا، نتایج پژوهش Balkis & Duru (۱۳) نشان داده که فقدان مهارت‌های خودتنظیمی هیجان، تأثیر منفی معناداری در تعطل ورزی تحصیلی دارد. همچنین، ازجمله روش‌های درمانی که می‌تواند در این زمینه موثر باشد، درمان هیجان مدار می‌باشد؛ «درمان هیجان مدار» بر فرآیندهای طرحواره هیجانی که زمینه ساز تعیین کننده‌های میان فردی و شناختی - رفتاری است، تمرکز می‌گذارد و پردازش عاطفی را به عنوان هدف بنیادین درمان خود می‌بیند (۱۴). بعلاوه، طبق پژوهش‌های صورت گرفته مشخص شده است که دانش‌آموزان دچار اختلالات یادگیری (از جمله تعطل ورزی تحصیلی) در درک هیجان‌ها ضعیف بوده و احساس‌هایی بسیار سطحی دارند که از ناتوانی آن‌ها در درک ارتباط‌های غیرکلامی - دیداری مایه می‌گیرد. علاوه بر این، این دانش‌آموزان مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی، پاسخ‌های ابتکاری و غیرکلامی پایین تری نسبت به همسالان عادی خود دارند (۱۱، ۱۰). با عنایت به مطالب ذکر شده و میزان اهمیت پرداختن به تعطل ورزی تحصیلی در بین دانش‌آموزان پسر متوسطه دوره اول، بعنوان آینده سازان کشور، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» بر تعطل ورزی تحصیلی و ناراحتی ناامیدی دانش‌آموزان پسر متوسطه دوره اول در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام دانش‌آموزان پسر متوسطه دوره اول (دامنه سنی ۱۳ الی ۱۶ سال) منطقه افشار شهرستان خداپنده بود. در پژوهش حاضر نمونه‌گیری با روش تصادفی خوشه‌ای انجام شد (۱۵). به این صورت ابتدا، از بین ۵ منطقه شهرستان خداپنده بصورت تصادفی به روش قرعه‌کشی، منطقه افشار انتخاب شد. سپس، از بین ۷ دبیرستان متوسطه منطقه افشار (خداپنده) ۳ دبیرستان به صورت تصادفی ساده با قرعه‌کشی انتخاب و از هر دبیرستان ۱۵ تن به صورت تصادفی ساده به روش قرعه‌کشی و در کل ۴۵ دانش‌آموز انتخاب شد. شایان ذکر است که در پژوهش حاضر ریزش آماری وجود نداشت.

معیار ورود به مطالعه توانایی شرکت در جلسات و علاقمند بودن به شرکت منظم در جلسات آموزشی (مشارکت داوطلبانه)، عدم شرکت همزمان در کلاس‌های آموزشی مشابه، سن ۱۶-۱۳ سال و کسب نمره بالاتر از ۵۴ از دامنه نمره ۲۷ تا ۱۳۵ (۱) از «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» و نمره بالاتر از ۵۸ برای «مقیاس ناراحتی ناامیدی» در دامنه ۳۵ تا ۱۷۵ بود (۱۶) بود. بعلاوه، معیار خروج هم در مراحل اجرای پژوهش، غیبت بیش از یک جلسه بود. برای انتخاب نمونه‌ها، اسامی همه دانش‌آموزان نوشته و در یک ظرف ریخته شد و از فرد بی طرف خواسته شد ۳ تا گروه هر کدام شامل ۱۵ تن: مداخله ۱، مداخله ۲ و کنترل، انتخاب کنند. در نهایت دانش‌آموزان در گروه‌های مداخله و کنترل بصورت تصادفی ساده جایگزین شدند.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل سن، پایه تحصیلی و معدل تحصیلی بود.

«مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» (Procrastination Assessment Scale-Student) توسط Solomon & Rothblum در دانشگاه ایالتی سن دیگو سال ۱۹۸۴، شده است (۱۷). این مقیاس دارای ۲ نسخه می‌باشد که هر ۲ نسخه ۲۷ عبارت دارد، اما یک نسخه دارای ۵ زیرمقیاس و نسخه دوم دارای ۳ زیرمقیاس می‌باشد. در پژوهش حاضر از نسخه ۳ زیرمقیاسی آن استفاده شده است. ۳ زیرمقیاس به شرح ذیل است: آماده شدن برای امتحان (preparing for the exam) (۶ عبارت ۱-۶)، آماده کردن تکالیف (preparing homework) (۹ عبارت: ۹-۱۷)، آمادگی برای امتحان و تهیه

گزارش نیمسال (preparing for test & preparing term papers) (۱۲ عبارت: ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۸، ۷) که به منظور سنجش میزان تعلل ورزی تحصیلی بکار می‌رود. همچنین، نمره گذاری این مقیاس به صورت لیکرت ۵ تایی بوده و برای عبارت‌های شماره ۲۵، ۲۳، ۲۱، ۱۶، ۱۵، ۱۱، ۶، ۴، ۲ بصورت معکوس (هرگز: ۵، بندرت: ۴، گاهی اوقات: ۳، اکثر اوقات: ۲ و بیشتر اوقات: ۱) و برای سایر عبارت‌ها بصورت مثبت به این ترتیب: گزینه‌های هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اکثر اوقات و بیشتر اوقات به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره در این مقیاس، ۲۷ و حداکثر ۱۳۵ می‌باشد. تفسیر نمره بدست آمده نیز به این شرح است که: نمره ۵۴-۲۷: تعلل ورزی تحصیلی ضعیف؛ ۸۱-۵۵: تعلل ورزی تحصیلی متوسط و نمره بالای ۸۱: تعلل ورزی تحصیلی بسیار بالا می‌باشد (۱).

Ferrari (۱۸) در پژوهش خود در دانشگاه DePaul در شیکاگو برای نسخه‌ای که «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» روایی را نسنجیده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در یک نمونه متشکل از ۱۱۶ دانشجو (۳۶ مرد، ۸۰ زن: مکان ذکر نشده است) محاسبه نمود. همچنین، ثبات به روش آزمون مجدد در نمونه‌ای به تعداد ۹۹ تن از دانش‌آموزان (۲۷ مرد، ۷۲ زن) اندازه‌گیری شد. میزان پایایی در هر ۲ روش بالای ۰/۶۰ گزارش شده است و به جزئیات بیش‌تر اشاره نشده است. پژوهش خارجی دیگری که به محاسبه روایی و پایایی «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» پرداخته، یافت نگردید.

جوکار و دلاورپور (۱۹) در پژوهش خود برای نسخه «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی در نمونه‌ای به تعداد ۲۵۵ دانشجوی دختر و پسر مقطع کارشناسی ارشد ساکن در خوابگاه (شهر و دانشگاه قید نشده) محاسبه و نتایج وجود ۲۷ عبارت و ۵ زیرمقیاس را نشان داد. بعلاوه پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه مذکور، محاسبه و ۰/۹۱ گزارش نمودند. همچنین، گلستانی بخت و شکری (۱)، در پژوهش خود روایی «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» را نسنجیدند. اما، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه‌ای به تعداد ۳۷۴ دانش‌آموز دختر و پسر مقطع

دبیرستان شهرستان آمل محاسبه و ۰/۶۶ بدست آوردند. «مقیاس ناراحتی ناامیدی» (Frustration Discomfort Scale) توسط Harrington در دانشگاه ادینبورگ انگلستان سال ۲۰۰۵ طراحی شد (۱۶). این مقیاس دارای ۳۵ عبارت و شامل ۴ زیرمقیاس می باشد به شرح ذیل: زیرمقیاس اول: عدم تحمل ناراحتی (discomfort intolerance) با ۷ عبارت: ۲۵، ۲۱، ۱۷، ۱۳، ۹، ۵، ۱؛ زیرمقیاس دوم: عدم تحمل عاطفی (emotional intolerance) با ۷ عبارت: ۲۷، ۲۳، ۱۹، ۱۵، ۱۱، ۷، ۳؛ زیرمقیاس سوم: پیشرفت (achievement) با ۷ عبارت: ۲۸، ۲۴، ۲۰، ۱۶، ۱۲، ۸، ۴ و زیرمقیاس چهارم: استحقاق (entitlement) با ۱۴ عبارت: ۳۵، ۳۴، ۳۳، ۳۲، ۳۱، ۳۰، ۲۹، ۲۶، ۲۲، ۱۸، ۱۴، ۱۰، ۶، ۲. نمره گذاری ابزار نامبرده نیز، بر اساس طیف ۵ گزینه ای لیکرت گزینه های (هرگز ۱، بندرت ۲، گاهی اوقات ۳، اکثر اوقات ۴ و بیشتر اوقات ۵) می باشد. حداقل نمره در این آزمون ۳۵ و حداکثر آن ۱۷۵ می باشد. همچنین، تفسیر نمره بدست آمده به این ترتیب است که نمره بین ۳۵ تا ۵۸: میزان ناراحتی ناامیدی در حد پایین، نمره بین ۵۹ تا ۱۱۶: میزان ناراحتی ناامیدی در حد متوسط و نمره بالاتر از ۱۱۷: میزان ناراحتی ناامیدی در حد بالا می باشد (۱۶).

Harrington (۱۶) در پژوهش خود، ۳۲۹ تن (۲۴۲ تن از گروه بالینی: از مراجعان به مراکز درمانی و مشاوره که حداقل بمدت ۳ سال، دارای اختلالات اضطرابی، افسردگی و یا خشم بودند و ۸۷ تن از گروه غیربالینی: از دانشجویان مقطع کارشناسی رشته روانشناسی) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی، روایی واگرا بین تمامی ۴ زیرمقیاس «مقیاس ناراحتی ناامیدی» با «مقیاس عزت نفس روزنبرگ» (Rosenberg Self-Esteem Scale) و روایی ملاکی به روش روایی همزمان با «مقیاس عزت نفس روزنبرگ» را سنجیدند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود ۳۵ عبارت و ۴ زیرمقیاس را نشان داد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز وجود ۴ زیرمقیاس را مورد تایید نشان داد. همچنین، نتایج روایی واگرا نشان داد همبستگی ضعیف تا متوسطی بین تمامی ۴ زیرمقیاس «مقیاس ناراحتی ناامیدی» و «مقیاس عزت نفس روزنبرگ» وجود داشت. بعلاوه، این همبستگی با «مقیاس عزت نفس روزنبرگ» در مقایسه با همبستگی ها بین مقیاس های فرعی به طور قابل ملاحظه ای کمتر بود. شایان ذکر است که زیر مقیاس های عدم تحمل ناراحتی (۰/۴۳-) و عدم تحمل

عاطفی (۰/۴۹-) قوی ترین همبستگی و استحقاق (۰/۲۰-) و پیشرفت (۰/۲۸-) ضعیف ترین همبستگی را با زیرمقیاس های «مقیاس عزت نفس روزنبرگ» داشتند. از نتایج روایی ملاکی همزمان گزارشی در دست نیست. پایایی «مقیاس ناراحتی ناامیدی» سنجیده نشده است.

پژوهش خارجی دیگری که به محاسبه روایی و پایایی «مقیاس ناراحتی ناامیدی»، پرداخته، یافت نگردید. بابارئسی و علیمهدی (۲۰) در بین نمونه ای به تعداد ۴۵۴ دانشجویان (۲۵۰ پسر و ۲۰۴ دختر که مکان آن در دسترس نیست)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس ناراحتی ناامیدی» را بررسی کردند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی وجود ۴ عامل عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل عاطفی، استحقاق و پیشرفت را مورد تایید نشان داد. همچنین همبستگی زیرمقیاس ها با نمره کل مقیاس در نمونه مذکور محاسبه و همبستگی زیرمقیاس های ابزار نامبرده با نمره کل مقیاس، بالاتر از ۰/۳۸ و در سطح ۰/۰۱ معنادار گزارش شد. در نهایت، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه مذکور محاسبه کردند که برای کل مقیاس ۰/۸۴، برای زیرمقیاس عدم تحمل ناراحتی ۰/۶۱، عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰، پیشرفت ۰/۵۲ و استحقاق ۰/۷۱ بدست آوردند.

پژوهش داخلی دیگر داخلی که به محاسبه روایی و پایایی «مقیاس ناراحتی ناامیدی» پرداخته باشد، یافت نگردید. در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی برای «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» و «مقیاس ناراحتی ناامیدی» توسط ۱۰ تن از مدرسین گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» و «مقیاس ناراحتی ناامیدی» بر روی ۱۸۰ تن از دانش آموزان منطقه افشار شهرستان خدابنده محاسبه شد. نتایج برای «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» زیرمقیاس آماده شدن برای امتحان ۰/۷۶، آماده کردن تکالیف ۰/۷۷، آمادگی برای امتحان و تهیه گزارش نیمسال ۰/۷۵ بدست آمد. بعلاوه، «مقیاس ناراحتی ناامیدی» برای عدم تحمل ناراحتی ۰/۷۵، عدم تحمل عاطفی ۰/۷۳، پیشرفت ۰/۷۱ و استحقاق ۰/۶۹ محاسبه گردید.

بسته «فراشناخت درمانی» بر اساس نظریه فراشناختی (Metacognitive Theory) در پژوهش Ho-Wai So و

ناصر خداپنده لو و همکاران

همکاران (۲۱)، رحمانی و همکاران (۲۲) تهیه شده است و همکاران (۲۳) مورد تایید قرار گرفته است. روایی آن در پژوهش Ho-Wai So و همکاران (۲۱)، رحمانی و

محتوای جلسات «فراشناخت درمانی»

جلسات	محتوا
اول	خوش آمد گویی، بحث در مورد تعداد جلسات، طول دوره، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشنا سازی اعضا گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه ای از روش درمان و بیان هدف جلسات مطرح شد.
دوم	راجع به این الگوی فراشناختی، فنون ذهن آگاهی انفعالی، باورهای مثبت فراشناختی و باورهای منفی فراشناختی توضیح داده شد.
سوم	دریافت بازخورد از جلسه قبل (نمونه باورهای فراشناختی مثبت و منفی) چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی، آموزش فن به تعویق انداختن نگرانی و ارائه تمرین خانگی انجام شد.
چهارم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی، ارائه تکلیف خانگی انجام شد.
پنجم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، آموزش و تمرین رویداد های فعال کننده (رویداد های تحریک کننده) از دیدگاه فراشناخت و ارائه تکلیف خانگی انجام شد.
ششم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن گفتگوی سقراطی متمرکز بر فراشناخت، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد انجام شد.
هفتم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی آموزش توجه و به تعویق انداختن نگرانی، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد شد.
هشتم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، پاسخ به سوالات اعضا، جمع بندی مطالب صورت گرفت.

بسته "درمان هیجان مدار" براساس "درمان متمرکز بر هیجان" (Emotion Focused Therapy) توسط Johnson خیری (۲۳)، کاویان پور (۲۴) مورد تایید قرار گرفته است. (۱۲) تهیه شده است و روایی این بسته آموزشی در پژوهش

محتوای جلسات "درمان هیجان مدار"

جلسات	محتوا
اول	افراد با یکدیگر آشنا شدند، هدف کلی تشکیل گروه و قوانین گروه بیان شد، مفهوم هیجان ها و اهمیت کنترل هیجان ها و نقش آن ها در سلامت روانی و عاطفی بیان شدند. تکلیف یادداشت هیجانات در طول هفته ارائه شد.
دوم	تکلیف جلسه قبل بررسی شد، نسبت به عوامل هیجانات با توجه آموزش آرام سازی و منقبض منبسط کردن بعضی از اعضای بدن، تشخیص هیجانات سالم و ناسالم از یکدیگر آگاهی داده شد.
سوم	اعضا به بیان هیجانات پرداختند. از هیجانات خود آگاهی بدست آوردند، بر تجربه درونی و علائم فیزیکی و تاثیر هیجانات بر اعضای بدن، جابه جا کردن مرکز توجه افراد تمرکز شد.
چهارم	بر هیجانات افراد تاکید شد، حمایت برای بیان هیجانات به وجود آوردن پندار یا تصور مثبت افراد فراهم شد. افراد یاد گرفتند که چگونه احساسات مختلف را به تصور آورند.
پنجم	از پندار یا تصور مثبت استفاده شد، بوجود آوردن احساسات مخالف استفاده شد و از پادزهر برای احساسات منفی و تاثیر آن بر روی بدنشان استفاده شد.
ششم	احساسات استفاده از فن صندلی خالی به یاد آوردن یک موقعیت که در آن یک احساس رخ داده است و با استفاده از این روش آن خاطره را در زمان حال زنده کنند تنظیم شد.
هفتم	هیجانات بازسازی شد، حس جدید تجربه شد و چگونگی نگرش شخص به یک وضعیت یا صحبت درباره معنای یک اتفاق حسی تغییراتی اتفاق افتاد.
هشتم	مطالب ارائه شده در جلسات قبل جمع بندی شد، مهارت ها و فنون جلسات قبل تمرین شد، عواطف خود مجددا ارزیابی شد و نحوه بکارگیری مهارت ها در زندگی هنگام برخورد با موقعیت های هیجان زا ناسالم مورد بررسی قرار گرفت.

برای جمع آوری داده ها، ابتدا مجوزهای لازم از حراست سازمان آموزش و پرورش منطقه افشار و شهرستان خداپنده کسب و به مدارس پسرانه متوسطه دوره اول منطقه افشار در شهرستان خداپنده مراجعه گردید. نویسنده اول مقاله، اهداف پژوهش را معرفی نمود. قبل از اجرای جلسات با والدین دانش آموزان و خود دانش آموزان بصورت جداگانه

ایشان سوال شد و اگر ابهام و سوالی وجود داشت، برطرف می شد.

ملاحظات اخلاقی لحاظ شده بدین صورت بود که، از والدین شرکت کننده ها (بدلیل اینکه نمونه ها نوجوان بودند) رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد و توضیح داده شد که نتایج بدست آمده کاملاً محرمانه بوده و صرفاً برای انجام کار پژوهشی استفاده خواهد شد. افراد گروه کنترل هم بعد از پایان جلسات و اخذ آزمون پیگیری طی یک فراخوان مجدد برای اعضای گروه کنترل جلسات آموزشی برگزار شد.

پس از جمع آوری داده ها، در ۲ سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکز و پراکندگی برای توصیف توزیع و در سطح استنباطی برای آزمون فرض های آماری و تحلیل کواریانس چندمتغیره داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۰ تحلیل شد.

یافته ها

بررسی یافته های جمعیت شناختی در پژوهش حاضر حاکیست: میانگین و انحراف معیار سنی گروه «فراشناخت درمانی» $(14/18(3/65))$ ، گروه «درمان هیجان مدار» $(3/96(3/96))$ و گروه کنترل $(3/08(14/01))$ سال بود. همچنین، ۳۳ درصد (۱۵ تن) شرکت کنندگان کلاس دهم، ۳۵ درصد (۱۶ تن) کلاس یازدهم، ۳۱ درصد (۱۴ تن) کلاس دوازدهم بودند. در نهایت، میانگین و انحراف معیار معدل تحصیلی گروه مداخله ۱ $(17/25(2/25))$ گروه مداخله ۲ $(16/48(3/23))$ و گروه کنترل $(17/38(2/22))$ بود.

جلساتی برگزار گردید و اهمیت شرکت در این جلسات به آن ها توضیح داده شد و همینطور مدیر دبیرستان تاکید به شرکت و ادامه جلسات داشتند؛ لذا، همه دانش آموزان مورد نظر در جلسات شرکت کردند. سپس «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» و «مقیاس ناراحتی ناامیدی» بعنوان پیش آزمون اجرا شد. از بین دانش آموزانی که از «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» نمره بالاتر از ۵۴ از دامنه نمره ۲۷ تا ۱۳۵ بود (۱) و برای «مقیاس ناراحتی ناامیدی» افرادی که نمره آن ها بالاتر از ۵۸ در دامنه ۳۵ تا ۱۷۵ قرار داشتند (۱۶) و دارای معیار های ورود بودند، همانطور که قبلاً نیز به تفصیل ذکر شد، ۴۵ تن به صورت تصادفی ساده به روش قرعه کشی انتخاب شدند. سپس آن ها در ۳ گروه ۱۵ تن در گروه های مداخله و کنترل (مداخله ۱، مداخله ۲ و کنترل) بصورت تصادفی ساده از طریق قرعه کشی انتخاب شدند.

قبل از اجرای مداخله درمانی، هر ۳ گروه در مرحله پیش آزمون، «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» را برای غربالگری، پاسخ دادند. سپس در گروه مداخله ۱، «فراشناخت درمانی» و در گروه مداخله ۲، «درمان هیجان مدار» طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (به صورت هر هفته یک جلسه) اجرا گردید. کلیه جلسات گروه ها، در ساعات ۱۵ الی ۱۶/۳۰ هر هفته یک جلسه، در مدارس برگزار می گردید که به طور کلی حدوداً ۶ ماه به طول انجامید. شایان ذکر است «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» توسط نویسنده اول مقاله حاضر، که دارای گواهی مربوطه بود، اجرا شد. در پایان هر جلسه، جهت اطمینان از اینکه نمونه های پژوهش جلسات آموزشی را در هر جلسه درک کرده اند، از

جدول ۱: شاخص های توصیفی «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» در گروه های مداخله و کنترل

مؤلفه ها	مراحل	«فراشناخت درمانی»		«درمان هیجان مدار»		کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
آماده شدن برای امتحان	پیش آزمون	۲۳/۶۶	۱۵/۵۸	۲۵/۲۳	۱/۲۵	۱/۸۱
	پس آزمون	۱۲/۸۰	۲۷/۲۷	۱۳/۱۳	۱/۹۹	۱/۵۹
	پیگیری	۱۲/۹۳	۲۷/۷۸	۱۲/۶۰	۲/۴۴	۱/۷۵
آماده کردن تکالیف	پیش آزمون	۲۸/۰۶	۱۷/۷۰	۲۷/۱۳	۲/۵۰	۱/۶۸
	پس آزمون	۱۷/۳۳	۲۷/۰۲	۱۶/۴۶	۲/۳۵	۲/۴۱
	پیگیری	۱۶/۸۰	۲۷/۰۷	۱۷/۵۲	۱/۸۰	۲/۵۵
آمادگی برای امتحان و تهیه گزارش نیمسال	پیش آزمون	۳۲/۸۶	۲۳/۲۳	۳۳/۵۳	۲/۶۶	۲/۲۶
	پس آزمون	۲۲/۴۶	۱۷/۷۶	۲۱/۷۳	۱/۵۳	۱/۵۳
	پیگیری	۲۱/۴۰	۱۷/۸۸	۲۲/۷۵	۱/۵۳	۱/۵۵

ناصر خداپنده لو و همکاران

پیگیری در گروه های مداخله نمره کمتر شده است ولی در گروه کنترل تغییر محسوسی نداشته است که نشانگر اثربخشی "فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار" بر کاهش تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان متوسطه می باشد.

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود نمره زیرمقیاس های "مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز" در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است. نمره در هر ۳ گروه در مرحله پیش آزمون در سطح بالاتری قرار دارد اما در مرحله های پس آزمون و

جدول ۲: شاخص های توصیفی "مقیاس ناراحتی ناامیدی" در گروه های مداخله و کنترل

مؤلفه ها	مراحل	"فراشناخت درمانی"		"درمان هیجان مدار"		کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
عدم تحمل ناراحتی	پیش آزمون	۲۴/۰۶	± ۲/۳۱	۲۳/۴۰	۲/۵۰	۲/۲۶
	پس آزمون	۱۴/۵۳	± ۱/۷۲	۱۲/۳۳	۲/۳۰	۱/۹۴
	پیگیری	۱۳/۸۶	± ۱/۵۰	۱۲/۸۶	۲/۰۹	۱/۸۵
عدم تحمل عاطفی	پیش آزمون	۲۴/۷۳	± ۱/۹۰	۲۳/۳۳	۱/۸۷	۳/۴۵
	پس آزمون	۱۱/۰۶	± ۰/۷۹	۱۲/۳۳	۲/۶۹	۲/۷۲
	پیگیری	۱۰/۷۳	± ۱/۰۳	۱۲/۴۰	۱/۱۲	۳/۳۱
پیشرفت	پیش آزمون	۲۲/۴۰	± ۲/۴۷	۲۳/۵۳	۱/۸۵	۱/۸۰
	پس آزمون	۱۵/۱۳	± ۱/۸۹	۱۳/۷۳	۱/۷۸	۱/۷۳
	پیگیری	۱۵/۲۶	± ۱/۵۷	۱۳/۷۵	۱/۶۸	۱/۹۵
استحقاق	پیش آزمون	۵۲/۴۰	± ۶/۲۳	۵۱/۰۶	۲/۶۶	۳/۲۶
	پس آزمون	۳۰/۴۶	± ۵/۷۶	۲۸/۵۳	۳/۵۳	۳/۵۳
	پیگیری	۳۴/۴۰	± ۶/۸۸	۲۹/۲۶	۳/۷۳	۳/۵۵

نداشته است که نشانگر اثربخشی «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» بر ناراحتی ناامیدی دانش آموزان متوسطه می باشد. جهت اطمینان از برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع نمره متغیرهای پژوهش از ۲ شاخص چولگی و کشیدگی استفاده شده است.

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می شود نمره ۴ زیرمقیاس «مقیاس ناراحتی ناامیدی» در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است. نمره در هر ۳ گروه در مرحله پیش آزمون در سطح بالاتری قرار دارد اما در مرحله های پس آزمون و پیگیری در گروه های مداخله نمره کمتر شده است ولی در گروه کنترل تغییر محسوسی

جدول ۳: نتایج آزمون چولگی و کشیدگی جهت برقراری نرمال بودن توزیع نمره

متغیرها	چولگی	کشیدگی
آماده شدن برای امتحان	۰/۳۰۸	-۱/۴۳
آماده کردن تکالیف	۰/۱۲۴	-۱/۶۰
عدم تحمل ناراحتی	-۰/۱۷۳	-۱/۳۲
عدم تحمل عاطفی	-۰/۰۴۱	-۱/۶۶
پیشرفت	-۰/۱۰۷	-۱/۲۹
استحقاق	-۰/۲۱۴	-۱/۴۴

برای نرمال بودن نمره متغیرهای پژوهش وجود دارد.

طبق نتایج جدول ۳، کلیه ضرایب چولگی بین -۱ و ۱، کلیه ضرایب کشیدگی بین -۲ و ۲ قرار دارد. بنابراین، شرط اولیه

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در «مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - دانش آموز» و «مقیاس ناراحتی ناامیدی» در گروه های مداخله و کنترل

مؤلفه ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور سهمی اتا (Eta)
آماده شدن برای امتحان	درون گروهی	۱۸۲۸/۰۴	۲	۹۱۴/۰۲	۲۲۹/۱۷	۰/۰۱	۰/۷۸۴
	مراحل *	۵۰۲/۵۳	۱۲۶	۳/۹۸			
	خطا	۱۶۱۲/۳۱	۲	۸۰۶/۱۵	۲۰۲/۱۲	۰/۰۱	۰/۷۶۲
	مداخله**	۵۰۲/۵۳	۱۲۶	۳/۹۸			
آماده کردن تکالیف	تعامل	۹۵۶/۰۴	۴	۲۴۶/۰۳	۵۳/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۵
	درون گروهی	۱۹۹۵/۷۹	۲	۹۹۷/۸۹	۲۱۵/۶۹	۰/۰۱	۰/۷۷۴
	مراحل	۵۸۲/۹۳	۱۲۶	۴/۶۲			
	مداخله	۳۷۸۸/۱۴	۲	۱۸۹۴/۰۷	۴۰۹/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۷
آمادگی برای امتحان و تهیه گزارش نیمسال	خطا	۵۸۲/۹۳	۱۲۶	۴/۶۲			
	تعامل	۹۸۴/۱۱	۴	۲۴۶/۰۳	۵۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸
	درون گروهی	۴۴۵/۹۷	۲	۲۲۲/۹۸	۶۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸۹
	مراحل	۴۶۶/۲۶	۱۲۶	۳/۷۰			
عدم تحمل ناراحتی	خطا	۳۵۹/۳۴	۲	۱۷۹/۶۷	۴۸/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵
	مداخله	۴۶۶/۲۶	۱۲۶	۳/۷۰			
	تعامل	۲۵۶/۰۷	۴	۶۴/۰۱	۱۷/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵
	درون گروهی	۲۲۹۸/۱۳	۲	۱۱۴۹/۰۶	۱۹۰/۹۷	۰/۰۱	۰/۷۵۲
عدم تحمل عاطفی	خطا	۷۵۸/۱۳	۱۲۶	۶/۰۱۷			
	مداخله**	۱۳۴۷/۲۴	۲	۶۷۳/۶۲	۱۱۱/۹۵	۰/۰۱	۰/۶۴۰
	خطا	۷۵۸/۱۳	۱۲۶	۶/۰۱۷			
	تعامل	۱۰۷۸/۴۸	۴	۲۶۹/۶۲	۴۴/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱
پیشرفت	درون گروهی	۱۵۰۸/۲۸	۲	۷۵۴/۱۴	۱۶۱/۶۳	۰/۰۱	۰/۷۲۰
	مراحل	۵۸۷/۸۶	۱۲۶	۴/۶۶			
	مداخله	۱۰۸۳/۰۸	۲	۵۴۱/۵۴	۱۱۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸
	خطا	۵۸۷/۸۶	۱۲۶	۴/۶۶			
استحقاق	تعامل	۶۷۳/۱۸	۴	۱۶۸/۲۹	۳۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۴
	درون گروهی	۱۱۲۰/۳۱	۲	۵۶۰/۱۵	۱۵۹/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷
	مراحل	۴۴۳/۲۰	۱۲۶	۳/۵۱			
	خطا	۷۶۰	۲	۳۸۰	۱۰۸/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲
استحقاق	خطا	۴۴۳/۲۰	۱۲۶	۳/۵۱			
	تعامل	۶۸۸/۸۸	۴	۱۷۲/۲۲	۴۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹
	درون گروهی	۶۴۰۴/۳۲	۲	۳۲۰۲/۱۶	۲۱۶/۲۳	۰/۰۱	۰/۷۷۴
	مراحل	۱۸۶۵/۸۶	۱۲۶	۱۴/۸۰			
استحقاق	خطا	۵۰۰۲/۵۹	۲	۲۵۰۱/۲۹	۱۶۸/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸
	مداخله	۱۸۶۵/۸۶	۱۲۶	۱۴/۸۰			
	تعامل	۳۹۷۴/۴۷	۴	۷۴۳/۶۱	۵۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵
	مراحل *						

*مراحل: یعنی تغییرات در بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری
 ** مداخله: یعنی تغییرات بین گروه های «فراشناخت درمانی»، «درمان هیجان مدار» و کنترل.

منفی همچون خجالت زدگی و احساس گناه، افسردگی و انگیزش پایین بشمار آید. اکثر تعلل ورزان معتقدند تعلل آن‌ها ناشی از کمبود یا نبود انگیزه برای شروع کارها است. واقعیت این است که بسیاری از افراد، انگیزه و انرژی لازم را برای شروع یا انجام کارها ندارند. شروع یک تکلیف نیازمند انگیزه داشتن است. چرا که، انگیزش مقدم بر شروع است (۷).

همچنین، نتیجه پژوهش نشان می‌دهد «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» بر ارتقای ناراحتی ناامیدی دانش-آموزان پسر موثر بوده است. به این صورت که میزان نمره مولفه های ناراحتی ناامیدی دانش آموزان پسر که در «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» شرکت کرده اند و افراد گروه کنترل با هم متفاوت است. این نتیجه با نتایج پژوهش های حسین زاد و همکاران (۲۶)، فقیه و کاظمی (۲۷)، صاحبی بزاز و همکاران (۲۸) و Keough و همکاران (۲۹) همسو بوده است. عبارت دیگر، «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» تاثیر مثبتی بر ارتقای ناراحتی ناامیدی داشته و موجب شده در مسائل و مشکلات، تحمل بالایی از شکست ها و ناراحتی ناامیدی از خود نشان دهند. در تبیین این نتیجه می توان گفت افرادی که ناراحتی ناامیدی پایینی دارند نمی توانند مسائل را ساده بگیرند و اگر فکر کنند که موقعیتی غیرمنصفانه است خیلی عصبی می شوند (۳۰). این افراد باورهای انعطاف ناپذیر دارند، غمگین هستند، غیر منطقی بوده و در مقابل واقعیت بسیار ناپایدارند. همچنین به نظر می رسد این دسته از افراد زمانی که در شرایط دشوار و توام با ناراحتی ناامیدی قرار می گیرند، تحمل را به عنوان وسیله در جهت دستیابی به اهداف مطلوبشان در پیش می گیرند. افراد با آستانه تحمل بالا، افرادی منطقی و خوشحال و انعطاف پذیرند و در رفتار خود خواهان دستیابی سریع به راه حل های عملی هستند. لذا، اینگونه افراد به راحتی و به سادگی با مشکلات کنار آمده و در زمان کوتاهی بسیار سخت کار می کنند و برای رسیدن به اهداف بلندمدت خود، تلاش می کنند (۳۱).

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» بر تعلل ورزی تحصیلی و ناراحتی ناامیدی دانش آموزان پسر متوسطه موثر است. لذا پیشنهاد

جدول ۴: معناداری یا عدم معناداری کل الگو و همچنین تاثیرات جداگانه هر یک از متغیرهای زمان و مداخله و تعامل این ۲ بر تعلل ورزی تحصیلی را نشان می دهد. همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، اثر متغیر درون گروهی زمان بر مولفه های تعلل ورزی تحصیلی معنادار است ($P < 0/001$). یعنی نمره مولفه های تعلل ورزی تحصیلی گروه ها در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر متغیر بین گروهی مداخله ها نیز در افزایش نمره مولفه های تعلل ورزی تحصیلی گروه ها معنادار بوده است ($P < 0/001$). یعنی انجام مداخله «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان محور» توانسته است نمره تعلل ورزی تحصیلی را نسبت به گروه کنترل ارتقا دهد. تعامل بین زمان و مداخله و تاثیر همزمان این ۲ متغیر بر میزان نمره مولفه های تعلل ورزی تحصیلی نیز به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/001$). به عبارتی دیگر، میزان نمره مولفه های تعلل ورزی تحصیلی شرکت کننده در هر مداخله در طی زمان های مختلف با همدیگر متفاوت است.

بحث

پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» بر تعلل ورزی تحصیلی و ناراحتی ناامیدی دانش آموزان پسر متوسطه بود. نتایج نشان داد که «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» بر تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان پسر موثر بوده است. نتایج نشان می دهد میزان نمره تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان پسر که در «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» شرکت کرده بودند، با نتایج افراد گروه کنترل متفاوت است. در این زمینه، نتایج پژوهش Greenberg & Elliott (۱۱)، رحیمی و افشاری نیا (۲۵)، عالیپور بیرگانی و همکاران (۷) با نتایج پژوهش حاضر مطابقت داشته و نشان داده شده که «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» موجب کنترل تعلل ورزی شده است. در تبیین این نتیجه می توان گفت تعلل ورزی تحصیلی یکی از ویژگی هایی است که عموماً به عنوان یکی از تجارب تحصیلی دانش آموزان محسوب می شود ولی دلایل متعددی برای بررسی تعلل ورزی تحصیلی به عنوان عاملی آسیب زا برای دانش آموزان وجود داشته و به نظر می رسد که تعلل ورزی می تواند به عنوان عاملی برای عملکرد تحصیلی ضعیف، هیجان های

کد شماره ۱۷۰۴۵۲ در سایت <http://ris.iau.ac.ir> و در تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۱۴ می باشد که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر انجام شده است. از مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر و بویژه افراد نمونه شرکت کننده که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

می شود که مراکز مشاوره و آموزشی از روش های فوق استفاده نمایند. از جمله محدودیت پژوهش حاضر می توان گفت با عنایت به اینکه جامعه آماری پژوهش محدود به منطقه افشار شهرستان خدابنده بود، بنابراین، در تعمیم یافته ها ضروری است احتیاط گردد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکرده اند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه دکتری ناصر خدابنده لو به راهنمایی آقای دکتر قربان فتحی اقدم، مصوب با

References

- Golestani Bakht T, Shokri M. [Relationship between academic procrastination with meta cognitive beliefs]. *Social Cognition*. 2013; 2 (1): 89-100. <http://ensani.ir/fa/article/327060/>
- Kazemi M, Fayazi M, Kaveh M. [Investigating the prevalence of procrastination and the factors affecting it among university administrators and staff]. *Journal of Transformation Management*. 2010; 2 (4): 42-63. <http://ensani.ir/fa/article/260296/>
- Rothblum ED, Solomon LJ, Murkami J. Affective, cognitive and behavioral deference between high and low procrastinators. *Journal of Counseling Psychology*. 1986; 10 (4): 387- 394. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.33.4.387>
- Khormaei F, Zaboli M. [The prediction of students' academic procrastination based on problem solving styles with mediation academic self-efficacy]. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*. 2018; 6 (10): 17-38. https://asj.basu.ac.ir/article_2350.html?lang=fa
- Fee R L, Tangney JP. Procrastination: A means of avoiding shame or guilt. *Journal of Social Behavior and Personality*. 2000; 15 (5): 167-184. <https://psycnet.apa.org/record/2002-10572-013>
- Khodabandehloo N. [Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and Emotion-Based Therapy on failure tolerance, ruminants and academic procrastination of high school male students]. Thesis in Counseling. Islamic Azad University Abhar Branch. Faculty of Humanities. 2021.
- Alipour Birgani S, Mohammadzadeh Shahriari B, Shahni Yeilagh M. [The relationship between intolerance of failure and self-regulation with academic procrastination of female students of Shahid Chamran University of Ahvaz, 1994-93]. 2015. 3rd National Conference on Psychology and Behavioral Sciences. Tehran. <https://civilica.com/doc/430499/>
- Abooi B, Amiri M. [Relationship between perceived stress, frustration tolerance, cognitive emotion regulation with depression syndrome]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019; 9 (79):1-6. <https://jdisabilstud.org/article-1-1032-fa.html>
- Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: 2009. <https://www.guilford.com>
- Baghiyan MJ, Pazhuhinia SH, Rezazadeh B. [The effectiveness of empathy training program on improving relations between their personal and emotional adjustment of students with symptoms of ADHD]. *Journal of School Psychology*. 2013; 2 (2): 6- 28. http://jss.uma.ac.ir/article_60.html
- Elliott R, Greenberg LS. The essence of process-experiential/Emotion Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy*. 2007; 61 (3): 241-254. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241>
- Johnson S M. Emotionally Focused Couple Therapy. In A. S. Gurman (Ed.). *Clinical Handbook of Couple Therapy*. New York: The Guildford Press. 2008.
- Balkis M, Duru E. Prevalence of academic procrastination behavior among pre-service teachers, and its relationship with demographics and individual preference. *Journal of Theory and Practice in Education*. 2009; 5 (1): 18-32. https://www.researchgate.net/publication/26581257_Prevalence_of_academic_procrastination_behavior_among_preservice_teachers_and_its_relationship_with_demographics_and_individual_preferences
- Greenberg L S, Paivio SC. *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press. 2017. <https://www.apa.org/pubs/books/Emotion-Focused>
- Yazdani Haji Mir Z, Jafari A. [Predicting academic self - efficacy based on rate and

- the type of use of social networks and self-government in students]. 3rd International Horizontal Conference New in Educational Sciences, Psychology and Social Injuries, New Horizon Science and Technology Association. Tehran. 2017.
16. Harrington N. The Frustration Discomfort Scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2005; 12 (5): 374-387. https://www.researchgate.net/publication/230068121_The_Frustration_Discomfort_Scale_development_and_psychometric_properties <https://doi.org/10.1002/cpp.465>
 17. Solomon LJ, Rothblum ED. Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*. 1984; 31(4): 503-509. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.31.4.503>
 18. Ferrari JR. Reliability of academic and dispositional measures of procrastination. *Psychological Reports*. 1989; 64 (3): 1057-1058. https://www.researchgate.net/publication/274753414_Reliability_of_Academic_and_Dispositional_Measures_of_Procrastination <https://doi.org/10.2466/pr0.1989.64.3c.1057>
 19. Jokar B, Delavarpour MA. [The relationship between educational procrastination and achievement goals]. *Quarterly Journal of New Educational Thoughts*. 2007; 3 (3): 61- 80. https://jontoe.alzahra.ac.ir/article_312.html?lang=fa
 20. Babareisi M, Alimahdi M. Validation of Failure Tolerance Questionnaire. Pouya Examiner Institute. Tehran. 2014. <https://imrg.ir/product/failure-tolerance-questionnaire/>
 21. Ho-Wai So S, Hoi-Kei Chan G, Kit-Wa Wong CH, Wing-Ka Ching E, Sze-Wai Lee S, Chi-Wing Wong B, et al. A randomized controlled trial of metacognitive training for psychosis, depression, and belief flexibility. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 279 (15): 388- 397. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.126>
 22. Rahmani S, Zeinali M, Nabati M, Seifi A. [The effectiveness of Group Metacognitive Therapy on depression, rumination of patients with MS]. 1st International Conference on Culture, Psychopathology and Education, Tehran. Al-Zahra University. 2017. <https://civilica.com/doc/8040/>
 23. Kheiri B. [Comparison of the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Emotion-Focused Therapy on obsessive-compulsive disorder, rumination and cognitive avoidance in female patients with obsessive-compulsive disorder]. Ph.D. thesis in counseling. Islamic Azad University. Khomeini Shahr Branch. 2019. <http://graduates.iaukhsh.ac.ir/>
 24. Kavianpour M. [The effectiveness of group-based emotion-based counseling on cognitive emotion regulation of couples in Shiraz]. Master thesis. Islamic Azad University of Marvdasht. 2015. <http://lib.miau.ac.ir>
 25. Rahimi N, Afsharinia K. [Prediction of psychological resilience based on degree of differentiation and Frustration tolerance in the elderly]. *Aging Psychology*. 2017; 3 (2): 127-136. https://jap.razi.ac.ir/article_761.html
 26. Hoseinzade Z, Ghorban Shirodii SH, Kahlatabari J, Rahmani MA. [The effectiveness of emotionally focused couple therapy on couple's functional flexibility and distress tolerance]. *Journal of Applied Family Therapy*. 2020; 1 (3): 23-38. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=537322>
 27. Faghih S, Kazemi H. [The effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Distress Tolerance in infertile couples in Isfahan]. *Community Health Journal*. 2018; 12 (1): 22-29. http://chj.rums.ac.ir/article_76669.html
 28. Sahebi Bazaz L, Sudani M, Mehrabizadeh Honarmand M. [Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on frustration tolerance and marital adjustment in couples referred to counseling center oil company]. *New Advances in Behavioral Sciences*. 2019; 4 (34): 59- 83. <http://ensani.ir/fa/article/404015/>
 29. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*. 2010; 41(4): 567-574. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21035619/> <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002>
 30. Alexander ES, Onwuegbuzie AJ. Academic procrastination and the role of hope as a coping strategy. *Personality and Individual Differences*. 2007; 42 (7): 1301- 1310. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019188690600403X> <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.008>
 31. Abbasi M, Shaker Dioulagh A. [The ability of inhibition, lack the palate tolerance, and cope parents with children with mental retardation and physical disabilities]. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*. 2018; 4 (3): 25-32. <http://jpen.ir/article-1-211-fa.html>