



مقایسه اثربخشی بسته درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا و درمان شناختی رفتاری بر اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

محبوبه افشاری ^{id}

فلور خیاطان* ^{id}

زهرا یوسفی ^{id}

f.khayatan@yahoo.com

پدیرش: ۱۴۰۰/۰۱۱/۱۶ ایمیل نویسنده مسئول:

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۴

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۲ | پیاپی ۱۱ | ۱۹-۱۴۰۱
تابستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بسته درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود؛ و جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر متوسط دوم ناحیه ۵ اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود که پس از غربالگری با پرسشنامه فرسودگی تحصیلی ۴۵ دختر نوجوان به شیوه در دسترس انتخاب و در گروه آزمایشی بسته درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا (۱۵ دختر)، گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری (۱۵ دختر) و گروه گواه (۱۵ دختر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایشی بسته درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا محقق ساخته و گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند؛ هر سه گروه به پرسشنامه اهمال‌کاری تاکمن (۱۹۹۱) و مسئولیت‌پذیری کالیفرنیا (۱۹۵۱) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط اندازه‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بسته درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا بر نمره اهمال‌کاری ($P=0/007, F=8/09$) و مسئولیت‌پذیری ($P=0/004, F=9/40$) و مداخله شناختی رفتاری بر نمره اهمال‌کاری ($P=0/024, F=5/51$) و مسئولیت‌پذیری ($P=0/005, F=9/11$) مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش شواهدی را پیشنهاد می‌کند که مداخله بسته درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا محقق ساخته و درمان شناختی رفتاری برای افزایش مسئولیت‌پذیری و کاهش اهمال‌کاری در نوجوانان روش مناسبی است.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، واقعیت‌گرا، شناختی-رفتاری، اهمال‌کاری، مسئولیت‌پذیری

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(افشاری، خیاطان و یوسفی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

افشاری، محبوبه، خیاطان، فلور، و یوسفی، زهرا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی بسته درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا و درمان شناختی رفتاری بر اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۲ پیاپی ۱۱): ۱۹-۱۴۰۱.

مقدمه

دوران نوجوانی اهمیت خاصی در زندگی انسان دارد؛ به گونه‌ای که روانشناسان آن را دوران احساس‌گرایی، بحران‌های سازنده و دوره فشار و طوفان نامیده‌اند (صادقی، ۱۳۹۳). یکی از مسائل مرتبط با نوجوانان مسئولیت‌پذیری^۱ است؛ مسئولیت‌پذیری، یک الزام و تعهد درونی از سوی فرد برای انجام مطلوب همه فعالیت‌هایی است که بر عهده‌اش گذاشته شده است و از درون فرد سرچشمه می‌گیرد (نوروزی و بنی‌سی، ۱۳۹۶)؛ فردی که مسئولیت کاری را بر عهده می‌گیرد قبول می‌کند که یک سری فعالیت‌ها و کارها را انجام دهد و یا بر انجام این کارها از سوی دیگران نظارت داشته باشد؛ به عبارت دیگر مسئولیت، تعهدی است که انسان در قبال امری می‌پذیرد و کسی که کاری به او واگذار شده پیامد آن به عهده اوست (مهدی‌زاده، ۱۳۹۱)؛ بدین صورت که از طریق مسئولیت‌پذیری، رابطه انسان با خود، هموعان و طبیعت، متعادل می‌شود (نوروزی و بنی‌سی، ۱۳۹۶). مسئولیت‌پذیری در ابعاد فردی و اجتماعی، مفهومی است که می‌تواند ابزار خوبی برای حفظ انسجام اجتماعی، با رعایت احترام به تفاوت‌های موجود و فهم آن‌ها باشد (صاحبی و زالی زاده، ۱۳۹۴). معمولاً شاخص‌های مرتبط با مسئولیت‌پذیری با مواردی همچون موفقیت در کار، عملکرد تحصیلی، سلامت روان، کیفیت روابط دوستانه نزدیک و رفتارهای سلامتی همبسته با طول عمر در هم آمیخته است (حیدری، محمدی و حقیقت، ۱۳۹۹)؛ مسئولیت‌پذیری در یک تقسیم‌بندی کلی به دو بخش مسئولیت‌پذیری فردی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی تقسیم می‌شود؛ مسئولیت‌پذیری فردی به این معناست که «فرد، نسبت به خود و موقعیتی که در آن قرار گرفته و همچنین نیازها و بهروزی دیگران مسئول است»؛ اما ایده اساسی مسئولیت‌پذیری اجتماعی در مورد نوجوانان، به رسمیت شناختن این نکته است که نوجوانان بخشی از جامعه هستند و آن‌ها باید در آرمان‌ها و اهداف اجتماعی مشارکت کنند (الم، ۲۰۱۴). ویلیام گلاسر مسئولیت‌پذیری را توانایی برآوردن نیازهای خود و پذیرفتن پیامد رفتارها به گونه‌ای که مانعی در جهت برآوردن نیازهای افراد جامعه نباشد عنوان می‌کند. مسئولیت‌پذیری در قابل سه مؤلفه صورت‌بندی شده است؛ ۱. یادگیری انتخاب رفتارهایی است که نیازهای اساسی ما را برآورده کند؛ ۲. پذیرفتن پیامدهای رفتار خود و ۳. اینکه مانعی بر سر راه برآورده شدن نیازهای دیگران نباشد (صاحبی، زالی زاده و زالی زاده، ۱۳۹۴). دانش‌آموزانی که نسبت به اشتباهات و شکست‌های خود مسئولیت‌پذیر هستند، حرمت خود بالاتری دارند (الم، ۲۰۱۴). سفیری و چشمه (۱۳۹۱) نشان دادند که میزان مسئولیت‌پذیری در نوجوانان بسیار پایین بوده به طوری که حدود ۷۱ درصد از پاسخگویان از نظر مسئولیت‌پذیری در حد متوسط و پایین قرار دارند؛ از این رو، یکی از مواردی گریز از مسئولیت‌پذیری در نوجوانان، اهمال‌کاری است؛ به طوری که از اهمال‌کاری به عنوان یکی از مشکلات رفتاری متداول و رایج در محیط‌های آموزشی یاد می‌شود (کاندمیر و پالانسی، ۲۰۱۴).

اهمال‌کاری^۲ به عنوان یک عادت رفتاری مشکل‌ساز، مختص گروه خاصی نبوده و تقریباً بسیاری از افراد تأخیر در انجام کارها را داشته‌اند و برخی حتی آن را به عنوان یک شیوه زندگی برگزیده‌اند (زارع، محبوبی و سلیمی، ۱۳۹۴). اهمال‌کاری یا به آینده موکول نمودن کارها آنقدر متداول است که شاید بتوان آن را از

1. responsibility
2. Procrastination

تمایلات ذاتی انسان برشمرد (ذراتی و خیر، ۱۳۹۳). در نظر اول، هدف اهمال‌کاری خوشایند کردن زندگی است ولی در اغلب موارد جز استرس، به هم ریختگی و شکست‌های پیاپی پیامد دیگری ندارد. حدود ۹۵ درصد از افراد جامعه گاه‌گاهی در کارهایشان اهمال می‌ورزند اما برای ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد اهمال‌کاری همیشه به صورت یک مسئله جلوه می‌کند؛ این آمارها در دانشجویان بسیار بیشتر از جمعیت عمومی است، به عنوان مثال، شیوع اهمال‌کاری در دانشجویان علوم پزشکی زنجان ۶۳ درصد گزارش شده است (محمدی بایتمر، زوزیان، داداشی، سعید، همت و محمدی، ۲۰۱۷). برخی پژوهشگران اهمال‌کاری را یک مشکل رفتاری معرفی کرده‌اند؛ در این دیدگاه اهمال‌کاری 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 است؛ برخی دیگر معتقدند اهمال‌کاری یک مشکل شناختی است (محمدی بایتمر و ساعد، ۱۳۹۶). در این دیدگاه مبنای اهمال‌کاری، افکار و باورهای غلط و غیرمنطقی در مورد چگونگی شرایط و نتایج فعالیت‌هاست؛ به اعتقاد برخی پژوهشگران، اهمال‌کاری یک مشکل انگیزشی است که در این دیدگاه اهمال‌کاری به دلیل تنبلی یا بی‌انگیزه بودن نیست، بلکه از آن جهت انجام می‌گیرد که افراد اهمال‌کار علاقه‌مند به انجام فعالیت دیگری هستند (حشمتی جدا، ساعد، محمدی بایتمر، زوزیان و یوسفی، ۱۳۹۷).

بخش عظیمی از اهمال‌کاری‌ها به دلیل تفکرات غیرمنطقی و منفی است که فرد را به سمت اهمال‌کاری سوق می‌دهد، به عبارت دیگر، اهمال‌کاری با فرایندهای شناختی غیرمنطقی در ارتباط است؛ در همین راستا، رویکردهای شناختی-رفتاری^۱ به منظور اثربخشی و فرونشانی مشکلات از طریق به چالش کشیدن شناخت‌های غلط و رفتارهای وابسته به آن‌ها تلاش می‌کنند اهمال‌کاری را کاهش و در عین حال مسئولیت‌پذیری را افزایش دهد؛ به عبارت دیگر نظام باورها در ذهن افراد (افکار - نگرش‌ها و ارزش‌ها) موجب بروز احساسات، هیجانات و سرانجام عمل و رفتارهای مختلفی شود (تاگر و اوسی، ۲۰۱۵)؛ بر همین اساس، این دیدگاه معتقد است که در تفکر منطقی هیجان وجود ندارد؛ رویکرد شناختی - رفتاری بر تأثیری که شناخت، عاطفه و رفتارها بر یکدیگر دارند، تأکید دارد؛ در واقع این رویکرد کمک‌کننده، مشکل محور و هدف مدار است (لدی، اندرسون و سچولکی، ۲۰۱۳). درمان‌ها و مداخلاتی به صورت فردی و گروهی برای کاهش و کنترل اهمال‌کاری مورد استفاده قرار گرفته است که مهم‌ترین آن‌ها بر رویکرد شناختی - رفتاری استوار بوده‌اند؛ درمان شناختی - رفتاری یک پارادایم مبتنی بر شواهد است که به واسطه بیش از ۴۰۰ مطالعه تصادفی کنترل شده حمایت می‌شود (کانوس، ۲۰۱۰). درمان شناختی - رفتاری بر اهمیت اکتساب و استفاده از مهارت‌ها تأکید دارد و این مهارت‌ها را به عنوان واسطه درمانی در نتایج اثرگذار می‌داند؛ طی آموزش‌های انجام شده، افراد علاوه بر کار کردن روی تفکرات منفی، تکنیک‌های رفتاری ثمربخشی را می‌آموزند که این تکنیک‌ها آن‌ها را با منابع ارزشمندی در زندگی آشنا می‌سازد (هانت، میگنوگنا، آندرهیل و کولی، ۲۰۱۲)؛ بنابراین رویکرد شناختی - رفتاری که مشتمل بر تکنیک‌هایی چون هدف‌گذاری، ارزیابی شناختی - رفتاری، خود نظارتی، مکالمه سقراطی، بازسازی شناختی، حل مسئله، فعالیت‌های رفتاری، پیشگیری از بازگشت و تجربیات عینی و رفتاری است، بر فرایندهای شناختی اثر می‌گذارد، آن چنان که بر

عاطفه و رفتار اثرگذار است. این مداخلات مراجع را مجهز به مهارت‌هایی می‌کنند که حتی خارج از محیط آموزش، بعد از قطع رابطه می‌تواند آن‌ها را بکار گیرد (لدی و همکاران، ۲۰۱۳).

محدودیت درمان شناختی رفتاری در تبیین اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری این است که بر محتوای شناختی بیشتر از فرآیندهای شناختی تأکید دارد؛ از این رو، اخیراً پژوهش‌ها به‌طور فزاینده‌ای بر ماهیت پویای اهمال‌کاری در کنار مسئولیت‌پذیری متمرکز شده‌اند و معتقدند تغییر در رفتار اهمال‌کارانه با عوامل رفتاری و مرتبط با تکلیف ارتباط دارد (حشمتی‌جدا و همکاران، ۱۳۹۷). یکی از جدیدترین تبیین‌های نظری در زمینه اهمال‌کاری، تبیین رویکرد پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا^۱ است؛ از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا اهمال‌کاری نوعی رفتار ناسازگارانه است که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را منعکس می‌کند (آرمانی‌کیان، رستمی، موسوی، مقبولی و فکور، ۱۳۹۹). مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۲ فرآیندهای هدفمند و گسترده درباره رفتار انسان و تغییرات رفتاری را با هم یکپارچه می‌کند تا فهم ما را از اهمال‌کاری و نیز مداخلات ویژه اهمال‌کاری بیشتر کند. این مدل شش فرآیند را با هم 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 به عنوان بافتار در برابر خود 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 تکنانشگرانه است (نوروزی و بنی‌سی، ۱۳۹۶). تبیین احتمالی این رویکرد بدین صورت است که بعضی دانش‌آموزان در تلاش برای اجتناب از انواع تجارب منفی مثل اضطراب اهمال‌کاری می‌کنند و حمایت از این تبیین از مجموعه مطالعاتی حاصل شده است که فرض می‌کنند اهمال‌کاری ممکن است در خدمت مسئولیت‌پذیری باشد (آرمانی‌کیان و همکاران، ۱۳۹۹). از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد، آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای را می‌توان به عنوان پیشایندهای اهمال‌کاری تحصیلی در نظر گرفت، بدین صورت که دانش‌آموزان 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 (وانگ، ژئو، یو، ران، لیو و چن، ۲۰۱۷). 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 (سنت و بوس، ۲۰۱۴). پیشایندهای اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری 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 دانش‌آموزان 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 (آرمانی‌کیان و همکاران، ۱۳۹۹)؛ بنابراین از آنجایی که مداخلات محدودی مستقیماً اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری را در دانش‌آموزان مورد بررسی قرار داده‌اند، پژوهش حاضر در نظر دارد، با توجه به تبیین‌های صورت گرفته در مورد پیشایندهای اهمال‌کاری بر مبنای مؤلفه‌های

1. Realistic acceptance and commitment approach

2. Psychological Inflexibility

آسیب‌شناختی و درمانی درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا، اثربخشی این درمان را در مقایسه با رویکرد درمان شناختی رفتاری بر کاهش اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری در دانش‌آموزان نوجوان را مورد مطالعه قرار دهد؛ لذا پژوهشگر در این پژوهش به دنبال پاسخ به سؤالات پژوهشی زیر است:

۱. آیا درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا و درمان شناختی رفتاری بر اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان در مرحله پس‌آزمون مؤثر است.
۲. آیا درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا و درمان شناختی رفتاری بر اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا و درمان شناختی رفتاری در اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف در گروه پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش اجرا آزمایشی بود. طرح پژوهش نیز شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان دختر متوسط دوم ناحیه ۵ اصفهان بود که پس از غربالگری با پرسشنامه‌های مسئولیت‌پذیری و اهمال‌کاری ۴۵ دانش‌آموز انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا (۱۵ نفر)، درمان شناختی رفتاری (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) کاربندی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از محدوده سنی ۱۵ تا ۱۷ سال، تحصیل در مقطع دوم متوسطه و کسب نمره بالا در اهمال‌کاری و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز داشتن اختلالات جسمانی و روانی مزمن، سوءمصرف دارو یا مواد و غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه اهمال‌کاری^۱: این مقیاس توسط تاکن (۱۹۹۱) ساخته شد و از ۱۶ ماده و یک عامل تشکیل شده است که آزمودنی به یکی از چهار گزینه (مطمئناً این‌چنین نیستم، این تمایل در من وجود ندارد، این تمایل در من وجود دارد و مطمئناً این‌چنین هستم) پاسخ می‌گوید. این پرسشنامه نخستین بار در سال ۲۰۰۱ میلادی در دانشگاه تورنتو کانادا جهت سنجش میزان اهمال‌کاری دانشجویان طراحی، اجرا و هنجار شد. نحوه نمره‌گذاری بدین صورت بود که پاسخ شرکت‌کنندگان به ترتیب بر اساس مقادیر ۱-۲-۳-۴ نمره‌گذاری می‌شوند. دوازده ماده به صورت مستقیم و چهار ماده (۷-۱۲-۱۴ و ۱۶) وارونه نمره‌گذاری می‌شوند و تفسیر نهایی با جمع نمرات به صورت زیر انجام می‌شود: نمرات بین ۱۶ تا ۳۲ نشانه اهمال‌کاری پایین، نمرات بین ۳۲ تا ۴۸ نشان دهنده اهمال‌کاری متوسط و نمرات ۴۸ به بالا نشان دهنده اهمال‌کاری بالا در فرد است. شهنی بیلاق و همکاران (۱۳۸۵) ضریب اعتبار همسانی درونی این مقیاس را ۰/۷۴ روایی آن را از طریق همبسته کردن این آزمون با آزمون شوارزر و همکاران (۲۰۰۰) ۰/۵۶ برآورد کردند.
۲. پرسشنامه مسئولیت‌پذیری کالیفرنیا^۲: برای سنجش مسئولیت‌پذیری از خرده مقیاس سنجش مسئولیت‌پذیری گرفته شده از پرسشنامه روان‌شناختی کالیفرنیا استفاده گردید. تعداد ۴۲ سؤال مربوط به

1. Procrastination Questionnaire

2. California Accountability Questionnaire

مقیاس مسئولیت‌پذیری از میان ۴۶۲ سؤال پرسشنامه اصل استخراج شده و مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه یاد شده نخستین بار به وسیله هاریسون گاف در سال ۱۹۵۱ با ۶۴۸ سؤال و ۱۵ مقیاس برای سنجش ۱۵ ویژگی شخصیتی انتشار یافت و سپس در سال ۱۹۵۷ مقیاس‌های آن به ۱۸ و بار دیگر در سال ۱۹۸۷ به وسیله وی مورد تجدید نظر قرار گرفت و تعداد سؤالات آن به ۱۶۲ و تعداد خرده مقیاس‌های آن به ۲۰ خرده مقیاس افزایش یافت. مقیاس مسئولیت‌پذیری ۴۲ سؤالی به منظور سنجش ویژگی‌هایی از قبیل وظیفه‌شناسی، احساس تعهد، سخت‌کوشی، جدیت، قابلیت اعتماد، رفتار مبتنی بر نظم و مقررات، منطق و احساس مسئولیت مورد استفاده قرار گرفت (مارنات، ترجمه نیکخو، ۱۳۸۴).

۳. بسته درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا. در این پژوهش برای تدوین بسته درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا پس از انجام مصاحبه و استخراج داده‌های کیفی بر اساس مضامین مستخرج اقدام به تدوین بسته درمان شد که پس از تأیید روایی زیر نظر ۵ نفر از اساتید و همچنین تأیید پایایی بسته با استفاده از آزمایش پایلوت، گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی مورد مداخله قرار گرفتند که محتوای خلاصه جلسات به شرح زیر است.

جلسه اول. آشنایی گروهی، مدیریت شناخت‌های مزاحم پیشرفت تحصیلی، معرفی اصول واقعیت‌درمانی به منظور افزایش کنترل درونی به جای کنترل بیرونی، آموزش تنفس آگاهانه جهت تقویت تمرکز و توجه تحصیلی و ارائه تکالیف خانگی بود. هدف کلی جلسه اول تشریح چگونگی انجام کار و معرفی خط‌مشی‌های درمان، مدیریت شناخت‌های مزاحم پیشرفت تحصیلی، آشنایی با اصول واقعیت‌درمانی به منظور افزایش کنترل درونی به جای کنترل بیرونی، انجام تنفس آگاهانه جهت تقویت تمرکز و توجه تحصیلی و اجرای پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کنندگان و ارائه تکالیف خانگی است.

جلسه دوم. درمان مشکلات فکری ناشی از فرسودگی تحصیلی، بررسی تکلیف جلسه گذشته، آموزش مدیریت افکار تسهیل‌کننده فرسودگی تحصیلی به کمک تقویت کنترل درونی و ناهمجوشی با افکار، ارائه تکلیف خانگی بود. هدف کلی این جلسه آموزش مدیریت افکار تسهیل‌کننده در خصوص اهمال‌کاری بود. **جلسه سوم.** مدیریت افکار مؤثر در ایجاد فرسودگی تحصیلی به منظور تقویت کنترل درونی و انتخاب بهتر و ناهمجوشی با افکار بود. هدف اصلی این جلسه مدیریت افکار مؤثر در ایجاد مسئولیت‌پذیری و اهداف جزئی نیز فهم نقش افکار در تنظیم خواسته‌ها و آشنایی بیشتر با روش‌های ناهمجوشی با افکار به منظور انتخاب‌های بهتر در زندگی بود.

جلسه چهارم. بهبود هیجانات منفی به کمک شناخت نیازها و شناخت هیجانات و پذیرش و گسلش از برنامه‌های این جلسه بود که هدف کلی آن بهبود هیجانات منفی و هدف‌های جزئی نیز شناخت هیجانات، آگاهی از علت هیجانات، آگاهی از ارتباط هیجان و فکر و رفتار و آشنایی با نقش نیازها در ایجاد هیجانات از برنامه‌های این جلسه بود.

جلسه پنجم. اصلاح هیجانات مانع موفقیت تحصیلی به کمک تقویت کنترل درونی (برگرفته از واقعیت‌درمانی) و شناخت و تعیین ارزش‌ها (برگرفته از رویکرد پذیرش و تعهد) بود. هدف کلی این جلسه اصلاح هیجانات و اهداف جزئی نیز بهبود کنترل درونی به جای کنترل بیرونی، تمرین عمل مبتنی بر ارزش، آشنایی با روش تنظیم هیجان و آشنایی با روش پذیرش ذهن آگاهانه در برنامه قرار گرفت. اصلاح رفتارهای تسهیل

کننده فرسودگی تحصیلی به کمک شناخت ابعاد عمل برگرفته از واقعیت درمانی) و آشنایی با ۳ حس خود (برگرفته از رویکرد پذیرش و تعهد) بود. هدف کلی این جلسه اصلاح رفتارهای تسهیل کننده و اهداف جزئی در نظر گرفته شده نیز آشنایی بیشتر با عمل و برانگیختن دانش‌آموزان برای انجام عمل صحیح و متعهدانه بود.

جلسه ششم، اصلاح رفتارهای تسهیل گر فرسودگی تحصیلی به کمک افزایش کنترل درونی (برگرفته از واقعیت درمانی) و افزایش عمل متعهدانه (برگرفته از رویکرد پذیرش و تعهد) بود. هدف کلی این جلسه اصلاح رفتارهای تسهیل گر و اهداف جزئی نیز آشنایی با خود به عنوان زمینه و آشنایی با عمل متعهدانه بود که اجرا شد.

جلسه هفتم، فعال‌سازی جسمانی جهت کاهش اهمال‌کاری و عمل متعهدانه به کمک روش WDEP (برگرفته از واقعیت درمانی) و (رویکرد پذیرش و تعهد) بود که در آن W معادل خواسته‌ها و نیازها، D بیانگر عمل و انجام دادن، E بیانگر خودسنجی و P بیانگر برنامه‌ریزی^۱ است. هدف اصلی این جلسه نیز فعال‌سازی جسمانی جهت کاهش اهمال‌کاری و همچنین آشنایی با اهمیت وضعیت جسمانی در زندگی روزمره با توجه به نیاز به بقاء، آشنایی با دنیای مطلوب در زمینه نیازهای جسمانی، آشنایی با فعال‌سازی رفتاری به کمک تغییرات در سبک زندگی و آشنایی با هدف‌گذاری صحیح از دیگر پلن‌های این جلسه بود. جلسه هشتم، بهبود روابط بین فردی از طریق شناسایی نیازها (برگرفته از واقعیت درمانی) و روشن‌سازی ارزش‌ها (برگرفته از رویکرد پذیرش و تعهد) از برنامه‌های این جلسه بود. همچنین آشنایی با نیاز به تعلق و دوست داشتن، آشنایی با روابط سالم و ناسالم در نوجوانی، کاهش روابط ناسالم به کمک مهارت نه گفتن و آشنایی با عادت‌های رفتاری مخرب و سازنده در ارتباطات از دیگر برنامه‌های اجرا شده این جلسه بود.

۴. بسته درمانی شناختی رفتاری. در این پژوهش، از نسخه بسط یافته از طرح درمان شناختی رفتاری مور و گارلند (۲۰۰۳) استفاده شد و گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفت. خلاصه جلسات مداخلات گروهی شناختی رفتاری بدین شرح است:

جلسه اول. خوشامدگویی به اعضا و معرفی رهبر گروه به اعضا و اعضا به یکدیگر در ابتدای جلسه صورت گرفت. پس از آن به بررسی اهداف، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی پرداخته شد و در ادامه به ارائه منطق درمان با مثال‌های عینی و تبیین آن با نمودارهای مناسب، تعیین رابطه بین شناخت و بیان این نکته که A-B-C هیجان و رفتار با توجه به مدل هدف از درمان شناختی رفتاری، تغییر شناختی در اعضا است بیان شد؛ یعنی تغییر در تفکر و نظام باورهای آن‌ها، به این ترتیب که تغییر شناختی به تغییر پایدار در هیجان و رفتار آن‌ها منجر می‌شود.

جلسه دوم. مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل با همکاری اعضا و ارائه بازخورد و سپس صورت‌بندی مشکلات کلی اعضا در قالب مدل شناختی و ترسیم مدل چرخ معیوب برای مشکلات خاص و عمده اعضای گروه از اهداف مهم این جلسه بود. سپس به معرفی و شناسایی افکار ناکارآمد، ماهیت آن‌ها و نقش آن‌ها در چرخ معیوب خلق، رفتار و علائم فیزیولوژیک و بیان چگونگی شناسایی افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت

1. W= Wants and Needs, D= Direction and Doing, E= Self-Evaluation & P= Planning

افکار ناکارآمد پرداخته شد. در ادامه هر یک از اعضای گروه در مورد افکار منفی خود و تأثیر آن بر روی خلق و رفتار خود صحبت و بحث کردند.

جلسه سوم، مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل با همکاری اعضا و ارائه بازخورد در ابتدای این جلسه انجام شد. در این جلسه تلاش شد که اعضا افکار خودآیند منفی را مورد چالش قرار دهند و رهبر گروه به اعضا آموزش داد که چگونه افکار منفی خود را شناسایی و ارزیابی کنند و به آن‌ها پاسخ دهند. رهبر گروه با استفاده از روش پرسشگری سقراطی و به شکل گام‌به‌گام و به تدریج از طریق بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده افکار، اعتبار آن‌ها را بررسی کرد. همچنین در این جلسه باورهای زیربنایی معرفی شد و این نکته بیان شد که باورهای زیربنایی به دو دسته باورهای میانجی (قواعد، نگرش‌ها و فرض‌ها) و باورهای بنیادی (ایده‌های مطلق، بسیار کلی و فراگیر درباره خویشتن و یا دیگران) تقسیم می‌شوند؛ اگرچه در این جلسه به طور مستقیم باورهای زیربنایی آماج نیستند، ولی به طور کلی رابطه افکار خودآیند منفی و باورهای زیربنایی با استفاده از نمودار نشان داده شد و تحریک شناختی نظیر تعمیم بیش از حد، تفکر قطبی شده، انتزاع انتخابی، استنباط دلخواهی و فاجعه سازی که باعث تقویت افکار خودآیند منفی می‌شوند، معرفی و مورد بحث قرار گرفت؛ در این شرایط هر یک از اعضا در مورد باورهای زیربنایی قواعد ذهنی خود صحبت و بحث کردند.

جلسه چهارم، پس از مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل با همکاری اعضا به ارائه بازخورد پرداخته شد، سپس رهبر گروه به معرفی روش‌های شناسایی باورهای زیربنایی مانند روش پیکان رو به پایین پرداخت. هدف از معرفی این روش‌ها، بازشناسی باورها، شروع به تردید در مورد آن‌ها، ایجاد انعطاف در آن‌ها و دستیابی به درک اینکه این باورها تنها در ادراک و ایده‌های شخصی وجود دارند و حقایق اساسی زندگی نیستند.

جلسه پنجم، پس از مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل و ارائه بازخورد به اعضای گروه، دوباره به شناسایی و ارزیابی باورهای زیربنایی و انواع آن در جهت آگاهی بیشتر اعضای گروه پرداخته شد و با استفاده از نمودار به اعضا نشان داده شد که چگونه باورهای زیربنایی و عمل کردن مطابق آن‌ها به تقویت و استحکام آن‌ها کمک می‌کند؛ همچنین در این جلسه به آموزش روش‌های افزایش مهارت اجتماعی نظیر جرأت آموزی و آموزش شیوه‌های حل مسئله نیز پرداخته شد.

جلسه ششم، در این جلسه تلاش شد با استفاده از روش پرسشگری سقراطی، اعضای گروه به شناسایی بیشتر باورهای زیربنایی دست یابد و آن‌ها را اصلاح کنند. در این جلسه به معرفی بیشتر باورهای بنیادی و تقسیم‌بندی آن‌ها به دو دسته، باورهای شرطی و باورهای غیرشرطی پرداخته شد. باورهای شرطی ریشه در باورهای غیرشرطی (باورهای اصلی) دارند و در راهبردهای رفتاری به ویژه اجتناب تجلی می‌کنند و رهبر گروه با همکاری اعضا به بحث در مورد مزایا و معایب باورهای شرطی پرداختند.

جلسه هفتم، در این جلسه پس از مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل با همکاری اعضا و ارائه بازخورد به گروه، به معرفی بیشتر باورهای غیرشرطی و اصلی پرداخته شد و تلاش گردید تا با استفاده از روش‌هایی نظیر آزمایش شواهد ضد باورهای غیرشرطی، زیر سؤال بردن آن‌ها به روش پرسشگری سقراطی و به جای درجه‌بندی باورهای منفی روی یک مقیاس ۰-۱۰۰ نگاه سفید و سیاه به آن‌ها، این باورها را ضعیف سازند.

همچنین اعضای گروه در مورد روش‌های افزایش مهارت‌های اجتماعی و جرأت‌آموزی و شیوه‌های حل مسئله بحث و صحبت کردند.

جلسه هشتم، بعد از مرور مباحث جلسات قبل و بررسی تکالیف منزل و ارائه بازخورد به اعضای گروه، به ادامه تولید و توسعه باورهای جایگزین منطقی پرداخته شد و اعضای گروه تشویق شدند که به رفتارهای جدید که از باورهای جدید ناشی می‌شود، توجه کنند. اعضای گروه دوباره به مرور مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی و حل مسئله پرداختند و میزان رضایت اعضا از جلسات درمانی، مورد ارزیابی قرار گرفت. هدف این جلسه کمک به اعضای گروه در به کارگیری روش‌های آموخته شده در شرایط آینده زندگی و ایجاد سازگاری برای مقابله با برگشت احتمالی بود.

شیوه اجرا. پیش از اجرای مداخله درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی از هر سه گروه گرفته شد. جلسه‌های درمان به صورت گروهی و هفتگی برای گروه‌های آزمایش برگزار شد. گروه‌های آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحله پیگیری دو ماهه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار اس.پی.اس.اس و به روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا برابر با ۱۶/۵۴ (۲/۷۴)، گروه درمان شناختی و رفتاری ۱۶/۸۷ (۳/۰۲) و گروه گواه ۱۶/۳۴ (۲/۴۴) سال بود. همه دانش‌آموزان در مقطع دوم متوسطه در حال تحصیل بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اهمال‌کاری	۵۴/۶۶	۲/۱۹	۴۹/۳۳	۲/۵۲	۴۹/۴۰	۲/۷۵
	۵۴/۳۳	۲/۱۹	۴۸/۸۰	۲/۵۴	۴۹/۵۳	۳/۳۵
	گواه	۵۳/۶۶	۳/۰۳	۵۳/۱۳	۳/۱۵	۵۲/۹۳
مسئولیت‌پذیری	۱۸/۴۰	۱/۰۵	۲۳/۲۶	۱/۹۰	۲۲/۰۶	۲/۳۷
	۱۹/۱۳	۲/۵۰	۲۲/۰۰	۲/۵۶	۲۱/۴۶	۲/۳۵
	گواه	۱۹/۵۳	۲/۳۲	۱۹/۱۳	۱/۸۴	۱۹/۸۰

نتایج جدول ۱ نشان داد میانگین نمره مسئولیت‌پذیری نوجوانان دختر در گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش و در متغیر اهمال‌کاری کاهش داشته است؛ در ادامه جهت

بررسی نرمال بودن نمرات داده‌ها از آزمون کولموگراف-اسمیرنف، به منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین، به منظور بررسی برابری واریانس متغیر وابسته از آزمون باکس و به منظور برابری واریانس نمرات متغیر وابسته در گروه‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری در کل از آزمون ماچلی استفاده شد. نتیجه این تحلیل‌ها در ادامه گزارش شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگراف-اسمیرنف			آزمون لوین			موخلی	
		درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	موخلی	سطح معناداری
اهمال‌کاری	RACT	۱۵	۰/۱۸	۰/۱۶	۴۲	۰/۶۱	۰/۵۴	۰/۴۸	۰/۰۰۱
	CBT	۱۵	۰/۱۱	۰/۲۰					
	گواه	۱۵	۰/۱۶	۰/۲۰					
مسئولیت‌پذیری	RACT	۱۵	۰/۱۳	۰/۲۰	۴۲	۱/۱۶	۰/۳۳	۰/۹۸۵۳	۰/۰۰۱
	CBT	۱۵	۰/۲۳	۰/۰۸					
	گواه	۱۵	۰/۱۱	۰/۲۰					

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای پژوهش در سطح $0/05$ معنی‌دار نیست؛ این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در این شرایط باید از اصلاح اپسیلین گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها برای دو متغیر اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری از این آماره استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	گروه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
اهمال‌کاری	RACT	مراحل مداخله	۴۴۵/۱۰	۱/۱۹	۳۷۳/۲۸	۳۷/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹
		مراحل × گروه	۲۹۵/۵۱	۱/۱۹	۲۴۷/۸۳	۲۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹
		بین گروهی	۹۸۴/۹۸	۱	۹۸۴/۹۸	۸/۰۹	۰/۰۰۷	۰/۱۷
CBT	مراحل مداخله	۱۶۶/۳۳	۱/۳۰	۱۲۷/۸۴	۱۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷	
	مراحل × گروه	۷۷/۲۸	۱/۳۰	۵۹/۳۹	۶/۷۹	۰/۰۰۷	۰/۱۵	
	بین گروهی	۶۱۱/۱۰	۱	۶۱۱/۱۰	۵/۵۱	۰/۰۲۴	۰/۱۲	
RACT	مراحل مداخله	۱۸۱/۰۶	۱/۲۷	۱۴۲/۰۴	۱۸/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲	
	مراحل × گروه	۱۳۸/۰۶	۱/۲۷	۱۰۸/۳۱	۱۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷	
	بین گروهی	۴۵۲/۴۰	۱	۴۵۲/۴۰	۹/۴۰	۰/۰۰۴	۰/۱۹	

۰/۴۲	۰/۰۰۱	۲۸/۱۰	۲۰۴/۶۲	۱/۲۵	۲۵۵/۷۱	مراحل مداخله	CBT	مسئولیت‌پذیری
۰/۳۷	۰/۰۰۱	۲۲/۳۹	۱۶۳/۰۹	۱/۲۵	۲۰۳/۸۱	مراحل × گروه		
۰/۱۹	۰/۰۰۵	۹/۱۱	۴۵۰/۴۰	۱	۴۵۰/۴۰	بین گروهی		

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مداخله درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا بر نمره اهمال‌کاری ($F=۸/۰۹$ ، $P=۰/۰۰۷$) با اندازه اثر ۰/۱۷ و مسئولیت‌پذیری ($F=۹/۴۰$ ، $P=۰/۰۰۴$) با اندازه اثر ۰/۱۹ و مداخله شناختی رفتاری بر نمره اهمال‌کاری ($F=۵/۵۱$ ، $P=۰/۰۲۴$) با اندازه اثر ۰/۱۲ و مسئولیت‌پذیری ($F=۹/۱۱$ ، $P=۰/۰۰۵$) با اندازه اثر ۰/۱۹ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی توکی به منظور مقایسه دو به دو گروه‌ها در متغیر اهمال‌کاری و

مسئولیت‌پذیری			گروه	گروه	
سطح معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین	گروه	گروه	
۰/۰۲۵	۲/۱۲	۵/۷۳*	گواه	RACT	اهمال‌کاری
۰/۸۳	۲/۱۲	۱/۲۱	CBT	RACT	
۰/۰۳۸	۲/۱۲	۴/۵۱*	گواه	CBT	
۰/۰۱۷	۱/۱۱	۳/۸۸*	گواه	RACT	مسئولیت‌پذیری
۱/۰۰	۱/۱۱	۰/۰۰	CBT	RACT	
۰/۰۱۷	۱/۱۱	۳/۸۸*	گواه	CBT	

* $P<۰/۰۵$ ** $P<۰/۰۱$

در جدول ۴ اثر دو بسته آموزشی بر متغیر وابسته (اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری) از طریق آزمون تعقیبی توکی با یکدیگر مقایسه شدند که نتایج نشان داد بین دو درمانی پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا (RACT) و درمان (CBT) تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بسته درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان بود. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا بر اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. پژوهش‌های مشابه با نتایج این یافته‌ها یافته نشد ولی با این حال نتایج پژوهش‌های آرمانی کیان و همکاران (۱۳۹۹)، حشمتی جدا و همکاران (۱۳۹۷)، نوروزی و بنی‌سی (۱۳۹۶)، گانگون (۲۰۱۶)، سنت و بوس (۲۰۱۴) و وانگ و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر اهمال‌کاری نوجوانان مؤثر است. در مطالعه پورعبدل و همکاران (۱۳۹۵) نیز پژوهشگر کاربرد درمان‌های نسل سوم شناختی رفتاری از جمله درمان پذیرش و تعهد را در کاهش بسیاری از اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلال یادگیری و

پیامدهای منفی حاصل آن مانند اهمال‌کاری مؤثر گزارش کرده است. در مطالعه حشمتی و همکاران (۱۳۹۷) بر اشارات ضمنی و کاربردی گوناگون این درمان برای متخصصان، مبنی بر پیگیری بلندمدت درمان پذیرش و تعهد در زمینه اهمال‌کاری تأکید شده است. در این بین اگر تأکید بر چیزهای ارزشمند در زندگی دانشجویان را عنصر کلیدی در استفاده از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای کاهش اهمال‌کاری در نظر بگیریم، مکانیسم تأثیرگذاری این درمان بر اهمال‌کاری را درک خواهیم کرد؛ این درمان سعی دارد تا دشواری انجام رفتارهای هدفمند را در نوجوانان کاهش داده و از این طریق انجام به موقع تکالیف و وظایف محوله را افزایش دهد (وانگ و همکاران، ۲۰۱۷).

در واقع اهمال‌کاری به عنوان یک ابزار برای مقابله با استرس و اضطراب ناشی از انجام یک کار یا تکلیف توسط انداختن امور تحصیلی، از بروز تجارب ناخوشایند یا رفتارهایی که برانگیزاننده استرس و اضطراب هستند، جلوگیری کند. این در حالی است که یکی از کارکردهای مهم درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش کاهش استرس و اضطراب با تمرکز بر ذهن آگاهی و توجه آگاهی است (گرونشل و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین کارکردهای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که به نوجوان کمک می‌کند تا اولاً قضاوت خود درباره تجربیات بد را به حالت تعلیق درآورد و ثانیاً آگاهی خود را برای چندی نبار با جدیت و در عین حال به آرامی، به جریان رویدادهایی معطوف کند که در حیطه هوشیاری قرار دارند. این درمان با افزایش توجه آگاهی و ذهن آگاهی، مسائل موجود در هشیار نوجوانان را فعال کرده و تجربیات بد که می‌تواند شامل شکست تحصیلی شود را کاهش دهد؛ بنابراین از زمانی که محرک‌های محیطی توسط گیرنده‌های حسی دریافت می‌شوند و از حافظه حسی به حافظه کوتاه مدت منتقل شده و با رمزگذاری و تکرار به حافظه درازمدت فرستاده می‌شوند، نیاز به تدابیری است که این فرایند را تسهیل کند (آرمانی کیان و همکاران، ۱۳۹۹). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به این تدابیر سرعت می‌بخشد؛ از طرف دیگر نوجوانانی که اهمال‌کاری دارند، توجه آگاهی و ذهن آگاهی پایینی نیز دارند که این مسئله با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تا حدودی رفع می‌شود. از طرف دیگر نتایج مطالعاتی که در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش انجام شده، نشان دهنده مؤثر بودن این درمان در کاهش عواملی چون استرس، افسردگی، اضطراب، ترس و ناهماهنگی‌های شناختی است و این عوامل از مؤلفه‌های مهم در کاهش افت تحصیلی محسوب می‌شوند (هاریس، ۲۰۰۹)؛ از این رو می‌توان این گونه تبیین کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با کاهش عوامل یادشده افت تحصیلی را نیز در نوجوانان کاهش می‌دهد. مؤلفین متعددی مطرح کرده‌اند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری، یا نگرش‌های فرد در مورد افکارش شود؛ برای مثال، کبات زین توصیه می‌کند که مشاهده بدون قضاوت درد و افکار مرتبط با اضطراب، ممکن است منجر به فهم و درک این نکته شود که این‌ها «فقط افکارند» و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند (هیز و استروسهال، ۲۰۰۴)؛ لیهان نیز خاطر نشان می‌کند که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی برای آن‌ها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آن‌ها همیشه نمایانگر صحیحی از واقعیت نیستند؛ با توجه به این تعاریف از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، اثربخشی مؤلفه‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش اهمال‌کاری قابل توضیح و تبیین خواهد بود (استیل و همکاران، ۲۰۱۶).

بخش دیگری از نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر اهمال کاری و مسئولیت‌پذیری مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود؛ نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های محمدی بایتمر و ساعد (۱۳۹۶)، زارع و همکاران (۱۳۹۴)، شگری و همکاران (۱۳۹۱)؛ روزنتال و همکاران (۲۰۱۴) و هاگر و همکاران (۲۰۰۸) همخوان است. روش‌های درمان‌های شناختی-رفتاری و مدیریت رفتار به واسطه بازسازی شناختی، توجه آگاهی و روش‌های رفتاری از جمله مدیریت زمان به کاهش اهمال و افزایش عزت‌نفس و عملکرد تحصیلی دانشجویان و دانش‌آموزان می‌انجامد. درمان شناختی-رفتاری بر اهمیت اکتساب و استفاده از مهارت‌ها تأکید دارد و این مهارت‌ها را به‌عنوان واسطه درمانی در نتایج اثرگذار می‌داند. طی آموزش‌های انجام شده، افراد علاوه بر کار کردن روی تفکرات منفی، تکنیک‌های رفتاری ثمربخشی را می‌آموزند که این تکنیک‌ها آن‌ها را با منابع ارزشمندی در زندگی آشنا می‌سازد (هانت و همکاران، ۲۰۱۲)؛ بنابراین رویکرد شناختی-رفتاری بر فرایندهای شناختی اثر می‌گذارد، آن چنانکه بر عاطفه و رفتار اثرگذار است؛ این مداخلات مراجع را مجهز به مهارت‌هایی می‌کنند که حتی خارج از محیط آموزش، بعد از قطع رابطه می‌تواند آن‌ها را بکار گیرد (لدی و همکاران، ۲۰۱۳).

پروتکل حاضر با اضافه کردن عناصری چون ترسیم چرخه معیوب اهمال کاری توسط خود فرد که به نوعی مواجهه با اهمال کاری است و همچنین با استفاده از تکنیک‌های چون استفاده از خود‌گویی‌های انگیزشی به جای انتقاد از خود و استفاده از مهارت‌های توجه آگاهی برای تحمل کردن و کاهش ناراحتی از درمان‌های شناختی-رفتاری کلاسیک فاصله می‌گیرد. در واقع این پروتکل با اضافه کردن تنظیم هیجانات و از طرفی تحمل آشفته‌گی‌های کوتاه‌مدت سعی در برطرف کردن شناخت‌های معیوب و از طرفی دیگر با استفاده از تکنیک‌های عملی و سودمندی مانند اولویت‌بندی کردن کارها و تقسیم کارهای بزرگ به گام‌های کوچک‌تر و همچنین تکنیک‌هایی که با استفاده از آن می‌توان انجام دادن تکالیف و اهداف را راحت‌تر کرد سعی در برآورده کردن اهداف بلندمدت درمان دارد، بنابراین درمان شناختی - رفتاری اهمال کاری می‌تواند به‌عنوان درمانی مفید در تحقیقات و مداخلات درمانی آینده مورد استفاده قرار بگیرد. به نظر می‌رسد در نظر گرفتن اجتناب تجربه‌ای در افراد اهمال‌کار از جمله مؤلفه‌های مهمی باشد که در مطالعات آینده بتواند به بهبود این پروتکل درمانی و پیشگیری از عود اهمال کاری مفید باشد. در تبیین چگونگی تأثیر شیوه درمانی شناختی رفتاری بر اهمال کاری و مسئولیت‌پذیری می‌توان گفت که با آموزش راهبردهای شناختی و چالش با افکار منفی و آموزش حل مسئله، افراد دیدگاه‌ها و باورهای خود را به عنوان اصول کامل و خالی از اشکال نمی‌پندارند و نسبت به درستی و نادرستی عقاید خود، دیدگاه منعطف‌تری پیدا می‌کنند؛ یعنی باورها و نظرات جدید بهتر می‌پذیرند، زیرا به این ترتیب افراد نسبت به شناخت‌های معیوب خود شک و تردید می‌کنند و درصدد تغییر آن‌ها برمی‌آیند. در این صورت افراد می‌آموزند که رویدادهای تنش‌زای زندگی را به عنوان فاجعه‌ای که آن‌ها را تهدید می‌کند، نپندارند ناامیدی نسبت به آینده، دیدگاه مثبت‌تری بیابند و به تلاش برای افزایش خلق ادامه دهند (گل‌کاری و همکاران، ۱۳۹۳)؛ با توجه به اینکه پدیده اهمال کاری و به تبع آن افت تحصیلی دارای ابعاد مختلف و یکی از ابعاد مهم و تأثیرگذار عوامل روان‌شناختی است، بررسی این گونه عوامل نیز باید به صورت چندبعدی و همه‌جانبه صورت گیرد؛ به طوری که در حل مسائل نوجوانان به ویژه دانش‌آموزان دچار افت تحصیلی در کنار حوزه آموزش، حوزه فرهنگی و بخش مشاوره نیز مشارکت فعال داشته باشند؛ بنابراین جهت حل این مسائل از رویکردهای روان‌شناختی نیز باید به صورت

مستمر و دقیق استفاده کرد. نتایج این مطالعه نیز مؤید این نتیجه است؛ به طوری که نتایج نشان دهنده تأثیرگذاری مطلوب درمان‌های روان‌شناختی از جمله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش واقعیت‌گرا و درمان شناختی رفتاری است؛ همچنین با توجه به همه‌گیری اهمال‌کاری در بین نوجوانان و افزایش افت تحصیلی، نتایج مطالعه حاضر می‌تواند در کاهش این عوامل مؤثر باشد. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا به همراه درمان شناختی رفتاری، احتمالاً می‌تواند با ایجاد انعطاف‌پذیری در مؤلفه‌های شناختی و هیجانی منجر به تغییر رفتار در افراد شده و در نتیجه اثربخش باشد. این پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی و با مجوز از آموزش و پرورش کل استان اصفهان و رضایت مادران و دانش‌آموزان صورت گرفته است؛ در این پژوهش مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرد محدودیت‌هایی وجود داشت، از جمله اینکه می‌توان به حجم کم و تک‌جنسیتی نمونه و استفاده از روش نمونه‌گیری جامعه در دسترس و بررسی نکردن بعضی از متغیرهای مداخله‌گر اشاره کرد که در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخش بودن مداخلات پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا و شناختی رفتاری بر اهمال‌کاری و مسئولیت‌پذیری این خدمات در نظام آموزشی کشور و مراکز مشاوره استفاده شود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از مدیر و پرسنل آموزش و پرورش ناحیه پنج اصفهان و همه نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به تصویب رسیده است و همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آرمانی کیان، علیرضا، رستمی، بهرام، موسوی، سیده‌الناز، مقبولی، مهدی، و فکور، احسان. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲۶ (۲): ۱۴۲-۱۵۳
- پورعبدل، سعید، صبحی قراملکی، ناصر، بسطامی، مالک، و غضنفری، هادی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تعلل ورزی تحصیلی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۴(۶): ۱۵۷-۱۷۰
- حشمتی جدا، آرزو، ساعد، امید، محمدی بایتمر، جهانگیر، نوزبان، سعیده، و یوسفی، فایق. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر کاهش اهمال‌کاری تحصیلی و بهبود دشواری در تنظیم هیجان: کار آزمایشی بالینی تصادفی شده. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۳(۶): ۶۵-۷۷
- حیدری، مریم، محمدی، اکبر، و حقیقت، سارا. (۱۳۹۹). تأثیر کمال‌گرایی بر مسئولیت‌پذیری با میانجیگری اضطراب امتحان در دانشجویان. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان‌درمانی*، ۹(۱): ۱۴-۲۳
- سفیری، خدیجه، و چشمه، اکرم. (۱۳۹۰). مسئولیت‌پذیری نوجوان و رابطه آن با شیوه‌های جامعه‌پذیری در خانواده. *جامعه‌شناسی آموزش و پرورش*، ۱۱(۱): ۱۰۳-۱۳۰
- شکری، فاطمه، علیپور، احمد، و آگاه هریس، مزگان. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر تعلل بر بهبود عملکرد تحصیلی و حرمت خود دانشجویان. *دوفصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۱(۲): ۸۱-۹۱
- شهنی ییلاق، منیجه، سلامتی، عباس، مهرابی زاده هنرمند، مهناز، و حقیقی، جمال. (۱۳۸۵). بررسی شیوع تعلل و تأثیر روش‌های درمان شناختی-رفتاری و مدیریت رفتار بر کاهش آن در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*. ۳(۱۳): ۱-۳۰
- زارع، حسین، محبوبی، طاهر، و سلیمی، حسین. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش شناختی ارتقاء امید بر کاهش اهمال‌کاری و خودناتوانسازی تحصیلی دانشجویان دانشگاه پیام نور بوکان. *آموزش و ارزشیابی*، ۸(۳۲): ۹۳-۱۱۰
- ذراتی، ناهید، و خیر، محمد. (۱۳۹۳). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس ابعاد کمال‌گرایی و اهمال‌کاری در دانشجویان پزشکی. *مجله راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی*، ۱(۱): ۱-۱۰
- صاحبی، علی، و زالی زاده، محسن. (۱۳۹۴). تئوری انتخاب: رویکردی در جهت مسئولیت‌پذیری و تعهد، اجتماعی، رویش روانشناسی، ۱۱(۳): ۱۱۳-۱۳۴
- صادقی، نبی. (۱۳۹۳). موضع مسئولیت. تهران: نشر امور تربیتی آموزش و پرورش قم
- محمدی بایتمر، جهانگیر، و ساعد، امید. (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر مینای پروتکل سالمند و ناتان بر اهمال‌کاری دانشجویان. *روانشناسی معاصر*، ۱۲: ۱۵۵۶-۱۵۶۱
- مهدی‌زاده، میترا. (۱۳۹۱). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و مسئولیت‌پذیری زنان متأهل شهر مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- نوروزی، مریم، و بنی‌سی، پریناز. (۱۳۹۶). اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مسئولیت‌پذیری و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان. *پژوهش‌های برنامه‌ریزی آموزشی درسی*، ۷(۲): ۸۱-۹۶

References

- Alam M. (2014). A Study of Test Anxiety, Self-Esteem and Academic Performance among Adolescents. *The IUP Journal of Organizational Behavior*; 12: 33-43

- Gagnon J, Pychyl TA. (2016). Committed action: An initial study on its association to procrastination in academic settings. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 5(2):97-102.
- Grunschel C, Schwinger M, Steinmayr R, Fries S. (2016). Effects of using motivational regulation strategies on students' academic procrastination, academic performance, and well-being. *Learning and Individual Differences*. 49:162-70.
- Harris R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes SC, Strosahl KD. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Boston, MA: Springer.
- Hocker, A., Engberding, M., Beissner, J., & Rist, F. (2008). Evaluation of Cognitive-Behavioral Intervention for Procrastination. *Verhaltenstherapie*, 18(4), 223-229.
- Hundt, N. E., Mignogna, J., Underhill, C., & Cully, J. A. (2012). The relationship between use of CBT skills and depression treatment outcome: A theoretical and methodological review of the literature. *Behavior therapy*. 44(1), 12-26
- Kandemir, M., & Palanci, M. (2014). Academic Functional Procrastination: Validity and Reliability Study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 152, 194-198
- Knaus, William. (2010). *End Procrastination Now*. New York: McGraw Hill Professional.
- Leddy, M. A., Anderson, B. L., & Schulkin, J. (2013). Cognitive-behavioral therapy and decision science. *New Ideas in Psychology*, 31(3), 173-183.
- Mohammadi Bytamar, Jahangir., Zenoian, Saeedeh., Dadashi, Mohsen., Saed, Omid., Hemmat, Abbas., & Mohammadi, Gelavizh. (2017). the Prevalence of Academic Procrastination and Its Relationship with Metacognitive Beliefs of Zanzan University of Medical Sciences. *Journal of Medical Education Development*.
- Moore, R.G., & Garlund, A. (2003). *Cognitive therapy for chronic and persistent depression*. UK: Wiley Press
- Rozental A, Forsström D, Nilsson S, Rizzo A, Carlbring P. (2014). Group versus Internet-based cognitive-behavioral therapy for procrastination: Study protocol for a randomized controlled trial. *Internet Interventions*. 1(2):84-9.
- Scent CL, Boes SR. (2014). Acceptance and commitment training: A brief intervention to reduce procrastination among college students. *Journal of College Student Psychotherapy*. 28(2):144-56.
- Steel P, Klingsieck KB. (2016). Academic procrastination: Psychological antecedents revisited. *Australian Psychologist*. 51(1):36-46.
- Tuckman BW. (1991). The development and concurrent validity of the procrastination scale. *Educ Psychol Meas*, 51: 473-80.
- Toker B, Avci R. (2015). Effect of Cognitive-Behavioral-Theory-Based Skill Training on Academic Procrastination Behaviors of University Students. *Physiother Theory Pract*, 15: 1157-68.
- Wang Sh, Zhou Y, Yu Sh, Ran LW, Liu XP, Chen YF. (2017). Acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session. *Research on Social Work Practice*. 27(1):48-58.

پرسشنامه اهمال کاری

مطمئنأ	این تمایل	این تمایل	مطمئنأ	سؤال‌ها	ردیف
این چنین	در من	در من	این چنین		
هستم	وجود دارد	وجود ندارد	نیستم		

۴	۳	۲	۱	۱	حتی اگر انجام کارهایم مهم باشند بی جهت آنها را به تاخیر می اندازم
۴	۳	۲	۱	۲	شروع هر کاری که مور علاقه ام نباشد را به تاخیر می اندازم
۴	۳	۲	۱	۳	برای شروع کاری که ضرب العجلی داشته باشد تا آخرین لحظه معطل می کنم.
۴	۳	۲	۱	۴	همیشه تصمیم گیری های دشوار را به تاخیر می اندازم.
۴	۳	۲	۱	۵	همیشه شروع برنامه هایی که منجر به پیشرفت کارهایم می شوند را به تاخیر می اندازم.
۴	۳	۲	۱	۶	همیشه به دنبال بهانه ای برای انجام ندادن کارهایم هستم.
۴	۳	۲	۱	۷	همیشه برای انجام کارهای کسل کننده مانند مطالعه کردن وقت کافی صرف می کنم.
۴	۳	۲	۱	۸	به طور علاج ناپذیری گرفتار وقت تلف کردن هستم.
۴	۳	۲	۱	۹	در حال حاضر نیز وقتم را تلف می کنم ولی به نظر نمی رسد که بتوانم اقدام موثری انجام دهم.
۴	۳	۲	۱	۱۰	همیشه وقتی کار مشکلی در پیش رو دارم آن را به تاخیر می اندازم
۴	۳	۲	۱	۱۱	به خودم قول می دهم که کاری را انجام دهم ولی عملاً خود را کنار می کشم.
۴	۳	۲	۱	۱۲	هر وقت تصمیم به انجام کاری می گیرم آن را دنبال می کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۳	هر چند به خاطر شروع نکردن کار از خودم متنفر می شوم اما این تنفر نیز مرا وادار به انجامکار نمی کند.
۴	۳	۲	۱	۱۴	همیشه کارهای مهم را انجام می دهم و وقت اضافه می آورم.
۴	۳	۲	۱	۱۵	حتی زمانی که اهمیت انجام کارها برایم مشخص باشند باز هم نسبت به انجام آنها بی تفاوت هستم.
۴	۳	۲	۱	۱۶	عادت ندارم کاری را به فردا موکول کنم یا از انجام آن طفره بروم.

پرسشنامه مسئولیت پذیری کالیفرنیا

خبر	بلی	سوالات
۰	۱	۱- خدمت برای مردم بی فایده است. می خواهی ثواب کنی کباب می شوی.
۰	۱	۲- آدمی که در انتخابات شرکت نکند شهروند خوبی نیست.
۰	۱	۳- زندگی کارهای بسیار عجیب و غریبی کرده ام.
۰	۱	۴- تقلب در گزارش بدهی مالیاتی، مثل دزدی از دولت است.
۰	۱	۵- خوب است که آدم برای حل مشکلاتش پارتی داشته باشد.
۰	۱	۶- در مدرسه زیاد فوتبال یا والیبال بازی می کنیم.
۰	۱	۷- نگرانی در موضوعات اجتماعی سود ندارد. برای حل مشکلات اجتماعی هیچ کاری از دست من بر نمی آید.
۰	۱	۸- وقتی کسی به من بدی می کند، احساس می کنم که فقط به خاطر عدالت باید تلافی کنم.
۰	۱	۹- هر خانواده ای وظیفه دارد که اطراف خانه خود را تمیز کند و از ریختن زباله سر کوچه خودداری کند.
۰	۱	۱۰- به مدرسه علاقمند بودم.
۰	۱	۱۱- این احتمال است که با بعضی از گروه ها به طرز خشونت آمیز رفتار شود، اما این موضوع به من ربطی ندارد.
۰	۱	۱۲- باید فقط به فکر ملت خودمان باشیم، سرنوشت جهان به ما ربطی ندارد.
۰	۱	۱۳- وقتی بی حوصله می شوم دوست دارم سر وصدا به پا کنم.
۰	۱	۱۴- اگر شخصی هر چهار سال یک بار در انتخابات شرکت کند، وظیفه شهروندی خود را انجام داده است.
۰	۱	۱۵- از بر افروختن آتش لذت می برم.
۰	۱	۱۶- معلمین درباره ی حقوق خودی خیلی اظهار نارضایتی می کنند، اما به نظرم آنها به اندازه حق خود حقوق دریافت می کنند.
۰	۱	۱۷- یادگیری من در مدرسه کند بود

•	۱	۱۸- وقتی که مریض یا مجروح می‌شوم، جرات ندارم به پزشک مراجعه کنم.
•	۱	۱۹- دوست دارم که ماشین مسابقه‌ای را برانم. (از سبقت گرفتن لذت می‌برم)
•	۱	۲۰- به ندرت پیش می‌آید که احساس گیج و منگ بودن نمایم.
•	۱	۲۱- رعایت قانون خوب است به شرط اینکه کلاه شرعی نباشد.
•	۱	۲۲- مردم باید حتی به قیمت صرف نظر کردن از بعضی لذت‌های شخصی، با مسائل و مشکلات جامعه خود آشنا شوند.
•	۱	۲۳- احساس می‌کنم دوستانم اغلب والدینم را نمی‌پسندند.
•	۱	۲۴- وقتی که در جمعی مشغول به کار می‌شوم، دوست دارم مسئولیت انجام کارها را بپذیرم.
•	۱	۲۵- نمره انضباط دوران تحصیلم همیشه بد بود.
•	۱	۲۶- باید از عدم شرکت در انتخابات شرمند باشم.
•	۱	۲۷- وقتی خودم در مسابقه یا بازی شرط بندی کرده باشم، از آن بیشتر لذت می‌برم.
•	۱	۲۸- اغلب مردم نسبت به ایده‌های خوب من حسادت می‌ورزند، صرفاً به این دلیل که چرا اول خود آنان به فکر چنین ایده‌هایی نیافتاده‌اند.
•	۱	۲۹- شکار را خیلی زیاد دوست دارم.
•	۱	۳۰- هرگز سوء سابقه قضایی نداشته‌ام.
•	۱	۳۱- وقتی می‌شنوم که بی‌جهت کسی را از رای محروم کرده‌اند، خشمگین می‌شوم.
•	۱	۳۲- وظیفه هر کسی است که از والدین پیر خود مواظبت کند، حتی اگر این کار مستلزم از خودگذشتگی زیاد باشد.
•	۱	۳۳- باید به صاحب منصبان منتخب خود بیش از این حقوق بپردازم.
•	۱	۳۴- صادقانه بگویم، واقعا از پرداخت مالیات ناراحت نیستم. چون احساس می‌کنم که با پرداخت مالیات تا حدودی دین خود را نسبت به جامعه ادا می‌کنم.
•	۱	۳۵- وقتی قیمت‌ها گران است نباید کسی را بخاطر خرید زیاد اجناس در هنگام وفور و ارزانی مقطعی سرزنش کرد.
•	۱	۳۶- ملت‌های دیگر خود مسئول مشکلاتشان می‌باشند. مشکل آنها ربطی به ما ندارد. هر کس مسئول اعمال خود است.
•	۱	۳۷- اگر در موقع خرید مغازه‌ای به من پول خرد زیادی بدهد، همیشه آنها را به خودش برمی‌گردانم و به جایش اسکناس می‌گیرم.
•	۱	۳۸- دوست دارم درباره علم مطالعه کنم.
•	۱	۳۹- هرگز به خاطر کسب لذت و هیجان به کارهای خطرناک اقدام نکرده‌ام.
•	۱	۴۰- در ایام نوجوانی یکی دوبار به خاطر بد رفتاری، از تحصیل معلق شدم.
•	۱	۴۱- احساس می‌کنم که در زندگی اغلب بی‌دلیل مجازات شده‌ام.
•	۱	۴۲- ماشین‌های پلیس باید علامت بخصوصی داشته باشند، طوری که آدم بتواند با دیدن علائم از آمدن پلیس باخبر گردد

A Comparison of the Effectiveness of the Reality-Based Acceptance and Commitment Therapy (RACT) Package and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in Improving Procrastination and Responsibility in Adolescent Girls

Mahbubeh. Afshari¹, Floor. Khayatan*² & Zahra. Yousefi³

Abstract

Aim: The present study aimed to investigate the effectiveness of the reality-based acceptance and commitment therapy package and cognitive-behavioral therapy in improving procrastination and responsibility in adolescent girls. **Methods:** The study was quasi-experimental with a pretest-posttest design, a control group, and a two-month follow-up. The statistical population consisted of all second-grade female students in District 5 of Isfahan in 2021. After screening with the academic burnout questionnaire, 45 adolescent girls were selected by the convenience sampling method and were randomly assigned to the experimental group of the reality-based acceptance and commitment therapy package (n=15), the experimental group of cognitive-behavioral therapy (n=15), and a control group (n=15). The experimental group received the researcher-made reality-based acceptance and commitment therapy package and another experimental group received cognitive-behavioral therapy for eight 90-minute sessions, and the control group did not receive any intervention. All three groups answered the Tuckman Procrastination Scale (1991), and California Responsibility Scale (1951) at three stages, pre-test, post-test, and follow-up. Data were analyzed using the repeated-measures mixed-model analysis of variance (ANOVA). **Results:** The Reality-Based Acceptance and Commitment Therapy Package affected the scores of procrastination ($F= 8.9, P=0.007$) and responsibility ($F=9.40, P=0.004$); and cognitive-behavioral intervention affected the score of procrastination ($F=5.51, P=0.024$) and responsibility ($F=9.11, P=0.005$), and the effects were stable at the follow-up stage. **Conclusion:** The research results suggest evidence that the researcher-made reality-based acceptance and commitment therapy package intervention and cognitive-behavioral therapy were appropriate methods to increase responsibility and reduce procrastination in adolescents.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Reality-based, Cognitive-behavioral therapy (CBT), Procrastination, Responsibility

1. PhD Student in Counseling, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran

2. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran
f.khayatan@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran