



هاشمی زاده نهی، نرگس؛ جاجرمی، محمود؛ مهدیان، حسین. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعلل‌ورزی تحصیلی و خودتنظیمی در یادگیری دانش‌آموزان دختر مقطع دوم متوسطه.  
DOI: 10.22067/tpccp.2020.39365 پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰(۱)، ۸۶-۷۰.

## اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعلل‌ورزی تحصیلی و خودتنظیمی در یادگیری دانش‌آموزان دختر مقطع دوم متوسطه

نرگس هاشمی زاده نهی<sup>۱</sup>، محمود جاجرمی<sup>۲</sup>، حسین مهدیان<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۹/۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۹/۶/۱۷ نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعلل‌ورزی تحصیلی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه بود.

**روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر دانش‌آموزی بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گماشته شدند. مداخله به‌صورت گروهی طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی دانش‌آموزان گروه آزمایش اجرا شد (دو جلسه در هفته). دانش‌آموزان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. هر دو گروه پرسشنامه‌های مقیاس ارزیابی تعلل‌ورزی دانش‌آموزی (سولومون و راتبلوم، ۱۹۸۴) و پرسشنامه راهبردهای خودتنظیمی یادگیری (پیتربچ و دی‌گروت، ۱۹۹۰) را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی گروهی منجر به کاهش تعلل‌ورزی تحصیلی و افزایش خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با دانش‌آموزان گروه کنترل شده است.

**واژه‌های کلیدی:** طرحواره درمانی، تعلل‌ورزی تحصیلی، خودتنظیمی یادگیری

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران n.hashemizadeh@yahoo.com

۲. استاد یارگروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

[mahmoud.jajarmi@gmail.com](mailto:mahmoud.jajarmi@gmail.com)

۳. استاد یارگروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

## مقدمه

پیشرفت تحصیلی مهم‌ترین شاخص موفقیت در فعالیت‌های علمی و آموزشی محسوب می‌شود. بررسی عوامل مؤثر بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان نزد پژوهشگران علوم تربیتی و روانشناسی اهمیت خاصی دارد (Cho, 2010). لذا ضرورت درک مؤلفه‌های مهم تأثیرگذار بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان همواره باید مدنظر برنامه‌ریزان حوزه آموزش و پرورش قرار گیرد (Corkin, Shirley, Wolters, & Wiesner, 2014).

تعلل‌ورزی تحصیلی<sup>۱</sup> یکی از مشکلات رفتاری متداول در محیط‌های آموزشی و یکی از مؤلفه‌های منفی تأثیرگذار در عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان است (Zakeri, Esfahani, & Razmjoiy, 2013). همچنین تعلل‌ورزی در معنای عام به تعویق انداختن نادرست یا غیرواقع‌بینانه کارها و روند تکمیل آن‌ها و به فردا واگذار کردن نامیده می‌شود (Kandemir & Palanci, 2014). تعلل‌ورزی می‌تواند در حیطه‌های مختلف بروز کند، در بین انواع تعلل‌ورزی، تعلل‌ورزی تحصیلی به لحاظ نظری و کاربردی مورد توجه بسیاری از پژوهشگران بوده است و یک تأخیر غیرمنطقی در به اتمام رساندن تکالیف تحصیلی وجود دارد (Yong, 2010). گرایش به تعلل‌ورزی تحصیلی را به منزله انجام دادن تکالیف، آماده شدن برای امتحانات یا مقالات ترم در دقایق آخر توصیف می‌کنند (Solomon & Rothblum, 1984). تحقیقات نشان می‌دهد، تعلل‌ورزی تحصیلی، مشکل رفتاری رایج میان دانش‌آموزان و دانشجویان است. بیش از ۵۰٪ تحصیل‌کنندگان در مدارس و دانشگاه‌ها در پایان رساندن فعالیت‌های تحصیلی خود، شکست می‌خورند (Burnam, Komaraju, Hamel, & Nadler, 2014).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که عواملی چون ترس از شکست، کمال‌گرایی، بدبینی و ناامیدی از مهم‌ترین دلایل تعلل‌ورزی در تحصیل هستند (Burnam et al., 2014). همچنین عواملی چون باورهای غیرمنطقی و ناامیدی، خودکارآمدی و خودتنظیمی پایین بر تعلل‌ورزی، مؤثر هستند (ejei & hatami, 2014). یافته‌های پژوهش ربتز، روچات و وان در لیندن (Rebetez, Rochat, & Van der Linden, 2015) نشان داد که تعلل‌ورزی منجر به کاهش استفاده از راهبردهای خودگردانی می‌شود. همچنین یافته‌های (Hen & Goroshit, 2014) نشان داد که تعلل‌ورزی تحصیلی منجر به کاهش متغیرهای انگیزشی مانند خودکارآمدی و یادگیری خودگردان می‌شود و با سطح بالای اضطراب و استرس و بیماری رابطه نزدیک دارد. بر اساس آنچه بیان شد خودتنظیمی یادگیری نیز می‌تواند در پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان اثرگذار باشد. نظریه‌های خودتنظیمی به‌طور کلی به نحوه‌ی عملکرد دانش‌آموزان در یادگیری و انتخاب راهبردهای شناختی، فراشناختی و رفتاری که در افزایش انگیزه و تلاش آنان نقش دارد، اشاره دارد (Shipp, Edwards, & Lambert, 2009).

خودتنظیمی سازه‌ای است که ابتدا توسط بندورا (Bandura) در سال ۱۹۷۷ در قالب نظریه شناختی - اجتماعی مطرح شد. مطالعه اولیه در این زمینه، مبتنی بر خودتنظیمی به معنای عام کلمه بود که زمینه‌های گوناگون فردی - خانوادگی و اجتماعی را مورد توجه قرار می‌داد. ولی از دهه ۱۹۸۰ این سازه در زمینه‌ی یادگیری مطرح شد. اهمیت این سازه در یادگیری به ویژه در موفقیت تحصیلی و شغلی، به حدی است که مورد توجه نظریه‌های رفتاری، شناختی و شناخت گرایي و به ویژه شناخت اجتماعی قرار گرفته است (Badri & FathiAzar, 2010). به بیانی دیگر خودتنظیمی در یادگیری منجر به این می‌شود که دانش‌آموزان به صورت فعال و مستمر، شناخت‌ها و رفتارها و تلاش‌هایشان را به سمت تحقق اهداف مورد نظر هدایت کنند (Abolghasemi, Barzegar, & Rostamoghli, 2014). عصاره یادگیری راهبردهای شناختی و فراشناختی است (Pintrich & De Groot, 1990). راهبردهای شناختی برای تسهیل یادگیری و تکمیل تکلیف استفاده می‌شود، به دانش‌آموز کمک می‌کند تا اطلاعات جدید را برای ترکیب با اطلاعات قبلی فراهم کند و آن‌ها را در حافظه بلندمدت ذخیره‌سازی نماید. راهبردهای فراشناختی شامل برنامه‌ریزی، تنظیم و نظارت است و خود نظارتی نقش مؤثری در یادگیری خودتنظیمی ایفا می‌کند (Dietz, Hofer, & Fries, 2006; Grunschel, Schwinger, Steinmayr, & Fries, 2016; Schmitz & Wiese, 2007).

مرور پژوهش‌های پیشین اغلب نشان‌دهنده پراکندگی و گرایش به مداخلات یک وجهی و نبود یک الگوی منسجم است، از سوی دیگر شمار قابل توجهی از مطالعات مربوط به تعلل ورزی و خودتنظیمی در مورد دانشجویان انجام شده و تحقیقات در جامعه دانش‌آموزان اندک است (Kim & Seo, 2015)، از سوی دیگر برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که تعلل ورزی و خودتنظیمی پایین یک مشکل شناختی و رفتاری است. به طوری که تعلل ورزی تحصیلی و به دنبال آن اضطراب دانش‌آموزان، رابطه مستقیم و معناداری با باورهای غیرمنطقی دارد (Yaghoubi, Mohaghegh, Amiri, & Esfandiari, 2015).

در این راستا طرحواره درمانی به دلیل کار کردن بر باورهای غیرمنطقی و درون‌مایه‌های روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که باور غیرمنطقی نسبت به خود و توانایی‌های خود دارند، مفید است (Kreuter & Moltner, 2014). این طرحواره‌ها به عنوان ساختارهای عمیق شناختی متشکل از باورها درباره خود و دیگران، تعریف شده‌اند آن‌ها اطلاعات ورودی را تحریف می‌کنند و سبب تولید افکار خودکار منفی می‌شوند (Carvalho & Nobre, 2014). این روش درمانی که توسط یانگ و همکارانش (Young, et al, 1990, 1999) ابداع شده است و درمان نوینی و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است (Pugh, 2015). طرحواره به

عنوان نقشه انتزاعی شناختی در نظر گرفته می‌شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است (Young, Klosko, & Weishaar, 2013). طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن و ناکامی در برآوردن نیازهای بنیادین از قرار نیاز به دل بستگی ایمن<sup>۱</sup>، خودگردانی<sup>۲</sup> و کفایت آزادی در بیان احساسات، خودانگیختگی<sup>۳</sup> و تفریح و خویشترداری<sup>۴</sup> در دوران کودکی به وجود آمده‌اند (Kellogg & Young, 2006). طرحواره‌های شناختی ناسازگار، موجب شیوع برخی اختلالات در دانش‌آموزان می‌شود که موجب افت عملکرد تحصیلی در آنان می‌شود (Cormier, Jourda, Laros, Walburg, & Callahan, 2011).

در بعد عاطفی، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است به چالش می‌کشد تا افراد، طرحواره ناسازگار را با تخلیه هیجانی که در واقع همان نیازهای هیجانی ارضاء نشده در افراد هستند و به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است، بشناسد. طرحواره‌های ناسازگار به صورت الگوهایی از افکار تحریف‌شده با ریشه‌های عمیق در مورد فرد، جهان، ارتباط فرد با اطرافیان می‌باشد (Bach & Farrell, 2018). طرحواره درمانی بر تعلق‌ورزی و خودتنظیمی دانش‌آموزان با کار در ابعاد شناختی تجربی و رفتاری منجر به درمان دانش‌آموز می‌شود. بدین صورت که در بعد شناختی دانش‌آموز به وسیله تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و نوشتن نامه و کارت آموزشی با صدای درونی شده‌ی والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌ها مواجه می‌شوند و با استفاده از تکنیک‌هایی همچون الگو شکنی و باز والدینی، ذهنیت سالم را جایگزین می‌کنند و به تدریج طرحواره ناسازگار تعدیل می‌شود (Young et al., 2013). همچنین در پژوهش قادری، کلانتری و مهربانی (Ghaderi, Kalantari, & Mehrabi, 2016) نتایج نشان داد که طرحواره درمانی برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درمان اختلال اضطراب اجتماعی و همچنین درمان بیماری‌هایی که تنظیم به‌عنوان یک متغیر میانجی نقش اساسی در تداوم و پیدایش آن‌ها دارد، مؤثر است. همچنین پژوهش موسی‌زاده و گل محمدیان (Mousazadeh & Golmohammadian, 2016) نشان‌دهنده‌ی آن بود که مداخله درمانی شناختی رفتاری، منجر به کاهش تعلق‌ورزی دانش‌آموزان متوسطه شده است. در تحقیقی تاکر و آویسی (Toker & Avci, 2015) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری بر افزایش انگیزش پیشرفت تحصیلی مؤثر بوده است. در همین راستا پژوهش محمدیگی، بختیاری، محمدخانی و صادقی (Mohammad-Beigi, Bakhtiari., Mohammadkhani, & Sadeghi, 2013) مشخص کرد که طرحواره‌های ناکارآمد اولیه منجر به آسیب روانی و تعلق‌ورزی تحصیلی

- 
1. Attachment
  2. Autonomy
  3. Spontaneity
  4. Self-Control

در دانشجویان می‌شود. همچنین پژوهش قدم پور، امیری، زنگی آبادی و اصلی آزاد (Ghadampour, Amiri, Zangi Abadi, & AsliAzad, 2015) حاکی از اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری که پایه و اساس طرحواره درمانی است بر کاهش تمامی ابعاد تعلل‌ورزی تحصیلی دانش‌آموزان می‌باشد. هربک، میشلسن و نیسکنز (Horebeek, Michielsen, Neyskens, & E, 2004) نیز تأثیر مداخله شناختی - رفتاری بر کاهش تعلل‌ورزی تحصیلی گزارش نمودند. پژوهش صبحی-قراملکی، پورعبدل، عباسی، بیگان و نبی‌دوست (Sobhi- Gharamaleki, Pourabdol.s, Abbasi, Beigan, & Nabidoost, 2015) مؤید اثربخشی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار دانش‌آموزان بود.

همچنین پژوهش سجادی، گل محمدیان و حجت‌خواه (Sajjadi, Golmohammadian, & Alavi Langroodi & Nikzad, 2016)، پژوهش علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم (Hojjatkhah, 2016) و پژوهش قندهاری و دهقانی (Moghadam, 2015) و پژوهش قندهاری و دهقانی (Ghandehari & Dehghani, 2018) نشان داد طرحواره درمانی بر افزایش انگیزش در دانش‌آموزان مؤثر بوده است. همچنین در پژوهش کاظمی و مطهری (Kazemi & Motahari, 2014) بیان شد با فعال شدن طرحواره شکست در دانش‌آموزان دختر در مقایسه با دانش‌آموزان پسر، احساس بی‌کفایتی و عدم موفقیت بیشتر گزارش می‌شود. این احساس منجر به کاهش عملکرد تحصیلی و القای حس نقص در دختران دانش‌آموز می‌گردد.

با توجه به پژوهش‌های فوق‌الذکر و نظر به اینکه درک مؤلفه‌های تأثیرگذار بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان از اهمیت و ضرورت برخوردار است (Corkin et al., 2014). و از طرفی تا کنون پژوهش‌های محدودی در حیطه اثربخشی طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های تعلل‌ورزی تحصیلی و خودتنظیمی در یادگیری دانش‌آموزان انجام گرفته است. پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره درمانی بر تعلل‌ورزی تحصیلی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه مؤثر است؟

## روش

### جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود که از بین آن‌ها ۳۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند.

در روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای ابتدا پس از اخذ مجوز از اداره آموزش و پرورش از میان ۷ ناحیه شهر مشهد یک ناحیه (ناحیه ۶) سپس از کل مدارس ناحیه مذکور دو مدرسه و در نهایت از هر مدرسه ۴ کلاس به تعداد ۲۳۰ نفر انتخاب شدند. پس از غربالگری از نظر تعلل‌ورزی تحصیلی و خودتنظیمی یادگیری مشخص شد ۱۰۲ نفر دچار تعلل‌ورزی تحصیلی بالاتر از نقطه برش (نمره ۸۰) و خودتنظیمی پایین‌تر از نقطه برش (نمره ۱۴۰) هستند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به دنبال آن ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند.

### ابزار پژوهش

#### مقیاس ارزیابی تعلل‌ورزی دانش‌آموزی<sup>۱</sup> (PASS)

مقیاس ارزیابی تعلل‌ورزی تحصیلی نسخه دانش‌آموزان (PASS) توسط سولومون و راثبلوم (Solomon & Rothblum, 1984) ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۷ ماده است. پاسخ سؤال‌های پرسشنامه در مقیاس لیکرت است. جوکار و دلاورپور (Jokar & Delavar poor, 2007) برای تعریف روایی سازه این مقیاس از تحلیل عاملی استفاده کردند که در آن مقدار شاخص KMO برابر ۰/۸۸ و آزمون کرویت بارتلت برابر ۲۱۵۸/۳۸ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برابر اعتبار همسانی درونی مقیاسی به دست آمد. قربانی جهرمی، حجازی، اژه‌ای و خدایاری فرد (Ghorbani Jahromi, Hejazi, Ejei, and Khodayarifard, 2015) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند.

در این پژوهش نمره کل مقیاس تعلل‌ورزی مورد توجه قرار گرفت. در پژوهش گلستانی بخت و شاکری (Golestani Bakht & Shokri, 2013) برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان پایایی ۰/۶۶ به دست آمد که ضریب پایایی قابل قبول محسوب می‌شود. همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه پژوهش حاضر از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان پایایی ۰/۸۳ به دست آمد.

#### پرسشنامه راهبردهای خودتنظیمی یادگیری<sup>۲</sup> (MSLQ)

این پرسشنامه توسط پینتریچ و دی گروت (Pintrich and De Groot, 1990) ساخته شده است. مجموع ماده‌های این مقیاس ۴۷ عدد است. مقیاس باورهای انگیزشی ۲۲ ماده، راهبرد شناختی ۱۳ سؤال و راهبرد فراشناختی و مدیریت منابع ۹ سؤال دارد. پینتریچ و دی گروت (Pintrich and De Groot, 1990) در بررسی روایی آن با استفاده از روش تحلیل برای مقیاس باورهای انگیزشی سه عامل خودکارآمدی،

1. Procrastination Assessment Scale-Student (PASS)

2. Motivated Strategies for Learning Questionnaire (MSLQ)

ارزش‌گذاری درونی و اضطراب امتحان و برای مقیاس راهبردهای خودتنظیمی دو عامل استفاده از راهبردهای شناختی و استفاده از راهبردهای فراشناختی و مدیریت منابع را به دست آورده‌اند و ضرایب پایایی خرده مقیاس‌های خودکارآمدی، ارزش‌گذاری درونی و اضطراب امتحان، استفاده از راهبردهای شناختی و فراشناختی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۸۳ و ۰/۷۴ تعیین کردند. البرزی و سامانی (Alborzi and Samani (1999) جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از روش باز آزمایی استفاده کردند و ضریب اعتبار ۰/۷۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر از قسمت دوم پرسشنامه یعنی مقیاس راهبردهای خودتنظیمی در یادگیری استفاده شد و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

### جلسات درمانی

محتوای مداخله طرحواره درمانی بر اساس محتوای آموزشی و شیوه‌نامه یانگ و همکاران (Young et al., 2013) تدوین شده است.

جدول ۱: پروتکل درمانی گروهی طرحواره

تعداد جلسات	محتوا و اهداف جلسات
جلسه اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه اهمیت و هدف طرحواره درمانی و چگونگی ایجاد طرحواره‌ها و ارتباط طرحواره‌ها با تعلق‌ورزی و خودتنظیمی و سبک‌های مقابله‌ای افراد مورد بحث و آموزش واقع گردید.
جلسه دوم	شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد.
جلسه سوم	تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد.
جلسه چهارم	مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن‌ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه‌شده آموزش داده شد.
جلسه پنجم	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد.
جلسه ششم	تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها آموزش داده شد.
جلسه هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش، آموزش داده شد.
جلسه هشتم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد.
جلسه نهم	مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد.
جلسه دهم	مطالب جلسات قبلی به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته‌شده تمرین و سپس پس از آزمون اجرا شد.

**یافته‌ها**

داده‌های به‌دست‌آمده از نمرات این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر چند متغیره توسط نرم‌افزار Spss انجام شد.

**جدول ۲: شاخص‌های توصیفی تعلل‌ورزی تحصیلی برحسب گروه و مراحل آزمون**

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آماده شدن برای امتحان	آزمایش	۲۳/۷۳	۲/۱۹	۱۲/۱۲	۱/۵۳	۱۳/۰۰	۱/۵۳
	کنترل	۲۱/۴۷	۲/۳۹	۲۰/۹۳	۲/۶۳	۲۱/۶۰	۲/۶۸
آماده کردن تکالیف درسی	آزمایش	۲۸/۳۳	۲/۷۴	۱۵/۶۷	۲/۱۹	۱۵/۶۹	۲/۵۰
	کنترل	۲۷/۲۰	۳/۴۱	۲۸/۳۳	۳/۲۲	۲۶/۸۰	۳/۷۱
آماده کردن مقالات پایان نیم سال تحصیلی	آزمایش	۲۰/۶۷	۲/۸۷	۹/۶۰	۱/۹۲	۹/۸۷	۲/۳۶
	کنترل	۲۱/۱۳	۴/۰۲	۲۰/۴۰	۳/۰۷	۲۰/۵۳	۲/۴۲
احساس و عاطفه نسبت به تعلل‌ورزی	آزمایش	۱۲/۵۳	۱/۸۵	۷/۴۷	۱/۳۰	۸/۸۰	۱/۸۶
	کنترل	۱۱/۴۰	۲/۵۳	۱۲/۶۰	۱/۴۵	۱۲/۴۰	۱/۷۲
تمایل نسبت به تغییر عادت تعلل‌ورزی	آزمایش	۱۳/۵۳	۲/۹۲	۶/۶۷	۱/۵۹	۷/۷۳	۱/۴۹
	کنترل	۱۴/۱۳	۲/۰۳	۱۳/۴۰	۱/۶۴	۱۳/۵۳	۱/۳۶

مقایسه میانگین‌های درج‌شده در جدول ۲، نشان‌دهنده آن است که در تمامی ابعاد تعلل‌ورزی تحصیلی، میانگین پس آزمون و پیگیری گروه‌های طرحواره درمانی کمتر از گروه کنترل است. سایر نتایج گویای آن است که از پیش آزمون به پس آزمون در گروه‌های آزمایشی میانگین‌ها کاهش یافته در پیگیری نسبت به پس آزمون کاهش نداشته است.

**جدول ۳: شاخص‌های توصیفی خودتنظیمی تحصیلی برحسب گروه و مراحل آزمون**

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شناختی	آزمایش	۳۸/۴۰	۴/۴۷	۵۴/۸۷	۵/۸۵	۵۲/۴۰	۴/۹۵
	کنترل	۳۳/۶۷	۴/۲۰	۳۴/۰۰	۳/۷۰	۳۴/۲۰	۳/۸۴
فراشناختی و مدیریت منابع	آزمایش	۲۴/۸۷	۳/۷۰	۳۹/۸۷	۳/۵۸	۳۸/۸۰	۲/۷۳
	کنترل	۲۷/۲۷	۳/۳۹	۲۷/۴۷	۲/۹۲	۲۶/۹۳	۳/۵۳



مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳، نشان می‌دهد که در تمامی ابعاد خودتنظیمی تحصیلی، میانگین پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های طرحواره درمانی بیشتر از گروه کنترل است.

**فرضیه اول: طرحواره درمانی گروهی بر تعلل‌ورزی تحصیلی دانش‌آموزان مؤثر است.** قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، مفروضه‌های زیر بنایی تحلیل موردبررسی قرار گرفته‌اند در این راستا جهت بررسی بهنجار بودن توزیع جامعه از آزمون ناپارامتری شاپیرو ویلک استفاده شد. در این آزمون سطوح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۰۱ نشان از بهنجار بودن توزیع دارند. نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد که آزمون لوین در متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد که نشان‌دهنده این است که همگنی واریانس‌ها در تمامی متغیرها به تفکیک مراحل آزمون محقق شده است. نتایج بررسی فرض کرویت موچلی در مقایسه تعلل‌ورزی تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد که فرض کرویت موچلی تنها در احساس و عاطفه نسبت به تعلل‌ورزی محقق نشده است. بر این اساس از اصلاح اِپسِلین گرینهاوس گیزر استفاده شد. بررسی فرض کرویت بارتلت در مدل مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در تعلل‌ورزی تحصیلی نشان از تحقق مفروضه کرویت در مدل تعلل‌ورزی تحصیلی دارد. بدین معنی که میان ابعاد تعلل‌ورزی تحصیلی روابط متوسط و معناداری وجود دارد و می‌توان این ابعاد را در یک مدل چندمتغیره وارد تحلیل کرد. بر اساس آنچه در بالا موردبررسی قرار گرفت مفروضات تحلیل محقق شده است؛ بنابراین آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر قابل اجرا است.

#### جدول ۴: نتایج آزمون چندمتغیره بررسی تفاوت‌های بین گروهی در تعلل‌ورزی تحصیلی در گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل

سازه‌ها	منبع تغییرات	Wilk's Lambda	F	سطح معناداری	Partial $\eta^2$
تعلل‌ورزی تحصیلی	آزمون	۰/۰۴	۴۰/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	عضویت گروهی	۰/۱۱	۴۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۰۴	۴۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۶

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که ترکیب خطی ابعاد تعلل‌ورزی تحصیلی برحسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی معنادار است و بین گروه‌ها و مراحل آزمون تفاوت وجود دارد. اندازه اثر منابع تغییر در ایجاد تفاوت‌ها به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۰ و ۰/۹۶ است.

نتایج آزمون تک متغیره بررسی تفاوت‌های بین گروهی در تعلل‌ورزی تحصیلی در گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل اندازه اثر منبع تغییر تعامل آزمون و عضویت گروهی در ایجاد تفاوت‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۶۷، ۰/۶۴ و ۰/۵۲ است.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که در گروه طرحواره درمانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری در تعلق‌ورزی تحصیلی وجود دارد ( $P < 0/01$ )؛ اما تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری جز در خصوص احساس و عاطفه نسبت به تعلق‌ورزی در گروه طرحواره درمانی، معنادار نیست. در گروه کنترل تفاوت معناداری برحسب مراحل آزمون مشاهده نمی‌شود. بر اساس آنچه موردبررسی قرار گرفت، فرضیه فرعی اول پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی بر تعلق‌ورزی تحصیلی دانش‌آموزان دختر تأیید می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی دو گروه در تعلق‌ورزی تحصیلی برحسب مراحل آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون-پس‌آزمون		پیش‌آزمون-پیگیری		پس‌آزمون-پیگیری	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
آماده شدن برای امتحان	آزمایش	۱۱/۴۷	۰/۰۰۱	۱۰/۷۳	۰/۰۰۱	-۰/۷۳	۰/۳۲
	کنترل	۰/۵۳	۰/۹۹	-۰/۱۳	۰/۹۹	-۰/۶۷	۰/۸۷
آماده کردن تکالیف درسی	آزمایش	۱۲/۶۷	۰/۰۰۱	۱۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۹۹
	کنترل	-۱/۱۳	۰/۰۹	۰/۴۰	۰/۹۹	۱/۵۳	۰/۱۴
آماده کردن مقالات پایان نیم سال تحصیلی	آزمایش	۱۱/۰۷	۰/۰۰۱	۱۰/۸۰	۰/۰۰۱	-۰/۲۷	۰/۹۹
	کنترل	۰/۷۳	۰/۹۹	۰/۶۰	۰/۹۹	-۰/۱۳	۰/۹۹
احساس و عاطفه نسبت به تعلق‌ورزی	آزمایش	۵/۰۷	۰/۰۰۱	۳/۷۳	۰/۰۰۱	-۱/۳۳	۰/۰۲
	کنترل	-۱/۲۰	۰/۱۹	-۱/۰۰	۰/۱۷	۰/۲۰	۰/۹۹
تمایل نسبت به تغییر عادت تعلق‌ورزی	آزمایش	۶/۸۷	۰/۰۰۱	۵/۸۰	۰/۰۰۱	-۱/۰۷	۰/۰۹
	کنترل	۰/۷۳	۰/۳۳	۰/۶۰	۰/۶۹	-۰/۱۳	۰/۹۹

مقایسه میانگین‌ها برحسب مراحل آزمون و گروه‌ها در جدول ۵ آورده شده است. نتایج جدول نشان می‌دهد که در گروه طرحواره درمانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری در تعلق‌ورزی تحصیلی وجود دارد ( $P < 0/01$ ).

**فرضیه دوم:** طرحواره درمانی بر خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان مؤثر است. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، مفروضه نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌ها موردبررسی قرار گرفت. بر اساس آنچه در بالا موردبررسی قرار گرفت مفروضات تحلیل محقق شده است. در این راستا

جهت پاسخگویی به این فرضیه پژوهشی، از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر عاملی چند متغیره با مقایسه میانگین خودتنظیمی تحصیلی میان آزمودنی‌های دو گروه طرحواره درمانی و کنترل استفاده شد.

**جدول ۶: نتایج آزمون چندمتغیره بررسی تفاوت‌های بین گروهی در خودتنظیمی تحصیلی در گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل**

سازه‌ها	منبع تغییرات	Wilk's Lambda	F	سطح معناداری	Partial $\eta^2$
خودتنظیمی تحصیلی	آزمون	۰/۰۵	۷۰/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	عضویت گروهی	۰/۱۰	۷۹/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۰۵	۶۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۹۵

نتایج جدول ۶؛ که ترکیب خطی ابعاد خودتنظیمی تحصیلی برحسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی معنادار است و بین گروه‌ها و مراحل آزمون تفاوت وجود دارد. اندازه اثر منابع تغییر در ایجاد تفاوت‌ها به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۰ و ۰/۹۵ است. همچنین نتایج آزمون تک متغیره جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی برحسب مراحل آزمون نشان می‌دهد که میان دو گروه طرحواره درمانی و کنترل در ابعاد خودتنظیمی تحصیلی برحسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). اندازه اثر منبع تغییر تعامل آزمون و عضویت گروهی در ایجاد تفاوت‌ها به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۹ و ۰/۵۱ است.

نتایج آزمون تک متغیره بررسی تفاوت‌های بین گروهی در خودتنظیمی تحصیلی در گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل نشان می‌دهد که میان دو گروه آزمایش و کنترل در ابعاد خودتنظیمی تحصیلی برحسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ).

**جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی دو گروه در خودتنظیمی تحصیلی برحسب مراحل آزمون**

متغیر	گروه	پیش آزمون - پس آزمون		پیش آزمون - پیگیری		پس آزمون - پیگیری	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
شناختی	گروه	-۱۶/۴۷	۰/۰۰۱	-۱۴/۰۰	۰/۰۰۱	۲/۴۷	۰/۰۲
	کنترل	-۰/۳۳	۰/۹۹	-۰/۵۳	۰/۹۹	-۰/۲۰	۰/۹۹
فراشناختی و مدیریت منابع	گروه	-۱۵/۰۰	۰/۰۰۱	-۱۳/۹۳	۰/۰۰۱	۱/۰۷	۰/۳۵
	کنترل	-۰/۲۰	۰/۹۹	۰/۳۳	۰/۹۹	۰/۵۳	۰/۹۹

نتایج جدول ۷. نشان می‌دهد که در هر دو گروه طرحواره درمانی و کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری افزایش معناداری در خودتنظیمی تحصیلی وجود دارد ( $P < 0/01$ ).

### نتیجه

یافته‌های این پژوهش نشان داد مطابق فرضیه اول، طرحواره درمانی گروهی باعث کاهش تعلق‌ورزی تحصیلی، در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد که این نتایج با یافته‌های قدم پور و همکاران؛ هربک و همکاران؛ موسی زاده و گل محمدیان، صبحی -قراملکی و همکاران (Ghadampour et al., 2015; Horebeek et al., 2004; Mousazadeh & Golmohammadian, 2016; Sobhi- Gharamaleki et al., 2015) همسو می‌باشد. طرحواره‌های ناسازگار عبارتند از رهاشدگی /بی‌ثباتی و بی‌اعتمادی / بدرفتاری و محرومیت هیجانی و نقص و شرم و انزوای اجتماعی /بیگانگی در حوزه بریدگی و طرد طرحواره‌های آسیب‌پذیری و خود تحول نیافته و شکست در حوزه خودگردانی مختل و همچنین طرحواره‌های استحقاق و خویش‌داری ناکافی در حوزه محدودیت‌های مختل و طرحواره‌های اطاعت و ایثار و پذیرش جویی / جلب توجه در حوزه دیگر جهت‌مندی و طرحواره‌های منفی‌گرایی /بدبینی و بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه /عیب‌جویی افراطی و تنبیه در حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد یانگ و همکاران (Young et al., 2013). دانش‌آموزان تعلق ورز به میزان بیشتری از طرحواره‌های ناسازگار شکست و معیارهای سرسختانه - و وابستگی و بی‌کفایتی، نقص و شرم، خویش‌داری ناکافی، گرفتار خود تحویل نیافته، برخوردار بوده‌اند. افرادی که باور شکست دارند در سبک مقابله‌ای تسلیم، کارشکنی از طریق انجام کارهای پایین‌تر از توانایی خود دارند و در سبک مقابله‌ای اجتناب، آن‌ها در انجام تکالیف درسی و انجام پروژه‌های تحصیلی تعلق می‌کنند. این دانش‌آموزان امور تحصیلی را ناقص انجام داده و یا به سمت هدف‌گزینی نمی‌روند. آنان در مقایسه با همسالان خود در حوزه‌های پیشرفت، احساس بی‌کفایتی می‌کنند و احساسی بی‌استعدادی و یا عدم توانایی و خودکارآمدی دارند. فعال شدن طرحواره شرم / نقص در حوزه بریدگی و طرد باعث حساسیت تشدید یافته دانش‌آموز نسبت به موضوع‌های راه‌انداز نیازهای ارضاء نشده امنیت، محبت و احساس همدلی و پذیرش می‌شود. ریشه‌های تحولی این طرحواره در فرد می‌تواند عواملی چون کمال‌گرایی والدین، ایرادگیری و عیب‌جویی آنان باشد. این افراد مدام در حال مقایسه خود با دیگران بوده و بر علیه خود شواهد و ادله جمع‌آوری می‌کنند، آن‌ها احساس ناامنی در حضور دیگران داشته، طرحواره منفی‌گرایی /بدبینی در حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که در آن عصبانیت و توقع و گاهی اوقات تنبیه، بی‌نقص‌گرایی، پنهان‌سازی هیجان‌ها، اجتناب از اشتباه،

وجود دارد این دانش‌آموزان تمرکز عمیق و مداوم بر جنبه‌های منفی زندگی دارند. این افراد درس خواندن را کاری بی‌هوده می‌دانند و حس منفی نسبت به آینده دارند و در تحصیل تعلل‌ورزی می‌نمایند. در این حوزه طرحواره‌های معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی وجود دارد که این طرحواره باعث می‌شود دانش‌آموزان یک باور اساسی و مرکزی داشته باشد که جهت رسیدن به معیارهای بلندپروازانه درباره رفتار و عملکرد خود باید کوشش فراوان به خرج دهد. این افراد در خانواده‌هایی تربیت شده‌اند که والدین توقع دارند کارها به صورت کمال و بدون نقص با کیفیت عالی در کوتاه‌ترین زمان انجام شود که دانش‌آموز در سبک مقابله‌ای اجتناب به منظور ممانعت از شکست در امورات تحصیلی تعلل‌ورزی می‌کند (Young et al., 2013).

در تبیین اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی بر کاهش تعلل‌ورزی تحصیلی باید گفت که این رویکرد با تأثیر بر ابعاد شناختی، تجربی، رفتاری افراد کارساز می‌باشد. در بعد شناختی، طرحواره درمانی بر کار کردن بر صدای درونی شده والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی همان طرحواره به دانش‌آموز کمک می‌کند تا با طرحواره‌های خود مواجه شوند و دلایل افت تحصیلی خود را بدانند که ناشی از افکار ناکارآمد درونی شده یعنی طرحواره است و با زیر سؤال بردن طرحواره‌ها، ذهنیت سالمی را در دانش‌آموزان جایگزین کرد و این ذهنیت با استفاده از تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و کارت‌های آموزشی و الگوشکنی، درون‌سازی شده و با شواهد رد کننده طرحواره و جایگزینی ذهنیت سالم، موجبات دید خوش‌بینانه نسبت به تحصیل فراهم می‌شود. ضمناً در فرایند درمان درمانگر مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای فعلی را بررسی می‌کند و فرد از طریق کارت‌های آموزشی و پس از تکمیل فرم ثبت طرحواره، رفتارهای سالمی را انجام می‌دهند. تکنیک‌های شناختی فرد را آماده می‌کند که تکنیک‌های تجربی، رفتاری و بین فردی را انجام دهد. هر چه دانش‌آموز تعلل‌ورز، بیشتر علیه طرحواره‌های ناسازگار خود عمل کند، پاسخ‌های مقابله‌ای او بیشتر بهبود می‌یابد و دید خوش‌بینانه‌تری نسبت به تحصیل پیدا می‌کند. طرحواره درمانی که خلاصه‌ای از پاسخ‌های سالم فرد و شناسایی ریشه طرحواره است، بهترین ابزار کمک‌کننده به فرد، جهت شناسایی موقعیت برانگیزاننده طرحواره که آگاهی فرد نسبت به طرحواره‌ها است، زمینه تغییر را در فرد و به دنبال آن موفقیت تحصیلی را فراهم می‌کند (Young et al., 2013).

همچنین یافته‌های پژوهش، از فرضیه دوم نیز حمایت می‌کند، که طرحواره درمانی گروهی باعث افزایش خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌شود. لازم به ذکر است پژوهش‌های به عمل آمده در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر خودتنظیمی یادگیری تاکنون اندک است اما تحقیقات محدودی بیانگر تأثیر معنی‌دار رویکرد درمانی، شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر

مؤلفه‌های خودتنظیمی یادگیری از قبیل مؤلفه‌های انگیزشی - شناختی و حالات فراشناختی می‌باشد. بر این اساس یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم؛ سجادی و همکاران (Alavi Alavi Langroodi & Nikzad Moghadam, 2015; Sajjadi et al., 2016) و پژوهش کاظمی و مطهری (Kazemi & Motahari, 2014) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت که دانش‌آموزانی که طرحواره‌ی نقص و شرم دارند، در مقایسه با همسالان خود در حوزه‌های پیشرفت، احساس بی‌کفایتی می‌کنند و انگیزش کمتری در روبرو شدن با مسائل تحصیلی خود دارند. در طرحواره درمانی دانش‌آموز با طرحواره و ذهنیت ناسالم خود مواجه می‌شود و با استفاده از تکنیک‌های درمانی، ذهنیت سالم، جایگزین ذهنیت ناکارآمد می‌شود. به دنبال جایگزینی افکار مثبت با افکار منفی و ناکارآمد و ایجاد انگیزش و ارتقاء حالات فراشناختی موجبات ارتقاء خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان فراهم می‌شود. در این راستا این رویکرد درمانی در مؤلفه انگیزش و راهبردهای فراشناختی مؤثر بوده است که در تبیین آن می‌توان اذعان نمود که این روش درمانی به دلیل تأثیر بر درون‌مایه‌های روان‌شناختی در افرادی که دید منفی نسبت به کارآمدی و کفایت و توانمندی خود دارند در اصلاح باورها و افکار آن‌ها مفید است (Kreuter & Moltner, 2014). در بعد عاطفی، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باورهای شناختی را که با باورهای هیجانی گره خورده است به چالش می‌کشانند تا با تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضاء نشده را که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است مواجه شده و با استفاده از شیوه رفتاری، با افزایش انگیزه برای تغییر رفتار و جایگزین کردن رفتار سالم به بهبود و تعدیل طرحواره کمک می‌کند؛ و موجبات افزایش ارزشمندی و شایستگی و اعتمادبه‌نفس و مثبت‌نگری فراهم می‌شود و باورهای درونی فرد تغییر می‌نمایند؛ و در نهایت انگیزش تحصیلی دانش‌آموز افزایش یافته و دید و نگرش خوش‌بینانه‌تری نسبت به آینده تحصیلی خویش پیدا می‌کند (Sajjadi et al., 2016). یکی دیگر از طرحواره‌های ناسازگار مؤثر بر خودتنظیمی در یادگیری، طرحواره شکست در حوزه عملکرد مختل است که ریشه تحولی آن معمولاً در خانواده‌های دارای والدین ایرادگیر و پذیرش مشروط کودکان در خانواده و مقایسه ناعادلانه فرزندان و بی‌توجهی به موفقیت‌های کودک می‌باشد. با تعدیل این طرحواره دانش‌آموزان احساس خود کارآمدی نموده و انگیزش پیشرفت در آنان افزایش یافته و جهت موفقیت خود تلاش می‌کنند (Sajjadi et al., 2016). از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از پرسشنامه جهت تشخیص تعلق‌ورزی و خودتنظیمی یادگیری اشاره نمود. همچنین محدود بودن پژوهش به جامعه دانش‌آموزان متوسطه دوره دوم نیز از مواردی بود که دستیابی پژوهشگر را به نمونه مورد نظر با مشکل مواجه کرده بود و در نهایت عدم

وجود پیگیری‌های بیشتر از یک ماه راه، نیز می‌توان از محدودیت‌های این پژوهش برشمرد. لذا پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات مشابه بعدی از روش‌های دیگر جمع‌آوری داده، نظیر مصاحبه نیز استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی به‌عنوان بخشی از برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت مشاوران مدارس و دانشگاه‌ها نیز مدنظر قرار گیرد.

## References

- Abolghasemi, A., Barzegar, s., & Rostamoghli, Z. (2014). The effectiveness of self-regulation learning Training on academic motivation and self- efficacy of students with mathematics disorder. *journal of learning disabilities*, 4(2), 6-21. (In Persian)
- Alavi Langroodi, S., & Nikzad Moghadam, M. (2015). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on The Decreasing of Relapse of Addiction to Norcotic In The Collegian Students And It s influence on The Increasing of Their Achievement Motivation. *Tolooebehdasht*, 14(1), 1-11. (In Persian)
- Alborzi, S., & Samani, S. (1999). Evaluation and comparison of motivational beliefs and self-regulatory strategies for learning among male and female students of different levels. *Journal of Social Sciences and Humanities Shiraz University*, 29, 11-18. (In Persian)
- Bach, B., & Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323-329.
- Badri Gargari, R., & FathiAzar, A. (2010). comparison of effect of the group problem based learning and traditional teaching on critical thinking of teacher Students. *Journal of Research in educational psychology*, 8(2), 27-42. (In Persian)
- Burnam, A., Komarraju, M., Hamel, R., & Nadler, D. R. (2014). Do adaptive perfectionism and self-determined motivation reduce academic procrastination? *Learning and Individual Differences*, 36, 165-172.
- Carvalho, J., & Nobre, P. J. (2014). Early maladaptive schemas in convicted sexual offenders: Preliminary findings. *International journal of law and psychiatry*, 37(2), 210-216.
- Cho, S. (2010). The role of IQ in the use of cognitive strategies to learn information from a map. *Learning and Individual Differences*, 20(6), 694-698.
- Corkin, D. M., Shirley, L. Y., Wolters, C. A., & Wiesner, M. (2014). The role of the college classroom climate on academic procrastination. *Learning and Individual Differences*, 32, 294-303.
- Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., & Callahan, S. (2011). Influence between early maladaptive schemas and depression. *L'Encephale*, 37(4), 293-298.
- Dietz, F., Hofer, M., & Fries, S. (2007). Individual values, learning routines and academic procrastination. *British Journal of Educational Psychology*, 77(4), 893-906.
- ejei, j., & hatami, m. (2014). Predicting procrastination in base of irrational beliefs, frustration discomfort beliefs, self-efficacy, and self-regulation. *journal of Research in Psychological Health*, 8(4), 58-73. (In Persian)
- Ghadampour, E., Amiri, F., Zangi Abadi, M., & AsliAzad, M. (2015). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Interaction based on secondary procrastination on Self-Esteem, Performance and academic procrastination of high school students. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 1(3), 3-44. (In Persian)

- Ghaderi, F., Kalantari, M., & Mehrabi, H. (2016). Effect of group schema therapy early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology studies*, 6(24), 1-28. (In Persian)
- Ghandehari, A., & Dehghani, A. (2018). Effectiveness of Group Schema Therapy in Metacognitive Beliefs and Methadone Dose Reduction in Men under Methadone Treatment. *Research on Addiction*, 11(44), 169-186. (In Persian)
- Ghorbani Jahromi, R., Hejazi, E., Ejei, J., & Khodayarifard, M. (2015). Investigating the Mediating Role of Achievement Goals in the Relationship between Need for Cognition and Cognitive Engagement: The Effect of Procrastination Context. *Quarterly journal of Social Cognition*, 19(1), 3-21. (In Persian)
- Golestani Bakht, T., & Shokri, M. (2013). Relationship between Academic Procrastination with meta cognitive beliefs. *Social Cognition*, 2(1), 89-100. (In Persian)
- 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, 162-170.
- Hen, M., & Goroshit, M. (2014). Academic procrastination, emotional intelligence, academic self-efficacy, and GPA: A comparison between students with and without learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 47(2), 116-124.
- Horebeek, W. V., Michielsen, S., Neyskens, A., & E, D. (2004). Counseling the procrastinator in academic settings. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), (pp. 118-105): American Psychological Association.
- Jokar, B., & Delavar poor, M. (2007). The relation ship between educational procrastination and achive ment goals. *Journal Tittle new educational ideas*, 3(3), 61-80. (In Persian)
- Kandemir, M., & Palanci, M. (2014). Academic functional procrastination: Validity and reliability study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 152, 194-198.
- Kazemi, H., & Motahari, s. (2014). The Relation ship between early maladaptive schemes and metacognitive states in male and female students. *Journal title: cognitive and Behavioral sciences Research*, 1(4), 11-22. (In Persian)
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 445-458.
- Kim, K. R., & Seo, E. H. (2015). The relationship between procrastination and academic performance: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 82, 26-33.
- Kreuter, E. A., & Moltner, K. M. (2014). *Treatment and management of maladaptive schemas*: Springer.
- Mohammad-Beigi, A., Bakhtiari., M., Mohammadkhani, S., & Sadeghi, Z. (2013). The relation between Early Maladaptive schema and procrastination and mental Health of medical and non- medical sciences. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 29(97), 26-34. (In Persian)
- Mousazadeh, M., & Golmohammadian, M. (2016). *The effectiveness of cognitive – Behavioral Intervention on academic Delay in High school femal students*. Paper presented at the 9th international congress on psychotherapy, Tehran. (In Persian)
- Pintrich, P. R., & De Groot, E. V. (1990). Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. *Journal of educational psychology*, 82(1), 33-40.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.



- Rebetez, M. M. L., Rochat, L., & Van der Linden, M. (2015). Cognitive, emotional, and motivational factors related to procrastination: A cluster analytic approach. *Personality and Individual Differences, 76*, 1-6.
- Sajjadi, N., Golmohammadian, M., & Hojjatkah, S. M. (2016). The Effectiveness of Schema Therapy on Academic Motivation amongst High school Female Students *Knowledge and research in Applied psychology, 17*(1), 35- 43. (In Persian)
- Schmitz, B., & Wiese, B. S. (2006). New perspectives for the evaluation of training sessions in self-regulated learning: Time-series analyses of diary data. *Contemporary educational psychology, 31*(1), 64-96.
- Shipp, A. J., Edwards, J. R., & Lambert, L. S. (2009). Conceptualization and measurement of temporal focus: The subjective experience of the past, present, and future. *Organizational behavior and human decision processes, 110*(1), 1-22.
- Sobhi- Gharamaleki, N., Pourabdol.s, Abbasi, M., Beigan, J., & Nabidoost, A. (2015). Effectiveness of group schema therapy on modulating of primary maladaptive schemas in abused students. *Journal research in Education systems, 9*(28), 30-37. (In Persian)
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of counseling psychology, 31*(4), 503-509.
- Toker, B., & Avci, R. (2015). Effect of cognitive-behavioral-theory-based skill training on academic procrastination behaviors of university students. *Educational Sciences: Theory & Practice, 15*(5), 1157-1168.
- Yaghoubi, A., Mohaghegh, H., Amiri, L., & Esfandiari, K. (2015). on The Relationship of Attitudes toward substance Abuse with Irrational Beliefs and Academic procrastination. *Research on Addiction, 9*(36), 9-18. (In Persian)
- Yong, F. L. (2010). A study on the assertiveness and academic procrastination of English and communication students at a private university. *American Journal of Scientific Research, 9*, 62-71.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Schema therapy: A practitioner's guide*: Guilford Press.
- Zakeri, H., Esfahani, B. N., & Razmjoiy, M. (2013). Parenting styles and academic procrastination. . *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 84*, 57-60. (In Persian)