

مجله علوم تربیتی و روانشناسی  
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز ۱۳۸۵  
دوره سوم، سال سیزدهم، شماره ۳  
ص: ۳۰-۱

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۱۰/۴  
تاریخ بررسی مقاله: ۸۵/۱۱/۷  
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۱۱/۱۶

## بررسی شیوع تعلل و تأثیر روشهای درمان شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار بر کاهش آن در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان اهواز

دکتر منیجه شهنی ییلاق\*

سیدعباس سلامتی\*\*

دکتر مهناز مهربابی زاده هنرمند\*

دکتر جمال حقیقی\*

### چکیده

این پژوهش به بررسی شیوع تعلل<sup>۱</sup> و اثر دو روش درمان شناختی- رفتاری<sup>۲</sup> و مدیریت رفتار<sup>۳</sup> بر کاهش آن در دانش آموزان دبیرستانهای شهرستان اهواز پرداخته است. جامعه آماری دانش آموزان سال دوم دبیرستانهای شهر اهواز می باشند، که در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ مشغول به تحصیل بودند. این پژوهش مشتمل بر دو نوع نمونه گیری است: نمونه شیوع که شامل ۲۰۰۰ دانش آموز دختر و پسر است که به روش نمونه گیری تصادفی مرحله ای انتخاب شدند و نمونه آزمایشی شامل ۲۴۰ دانش آموز (۱۸۰ دانش آموز تعللی و ۶۰ دانش آموز غیرتعللی) می باشد که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب گردیدند. طرح پژوهش یک طرح آزمایشی میدانی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری می باشد.

\* عضو هیأت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

\*\* دانشجوی رشته دکتری روانشناسی در دانشگاه شهید چمران اهواز و عضو هیئت علمی دانشگاه

پیام نور اراک

- 1- prevalence of procrastination
- 2- cognitive- behavior
- 3- behavior management

گروههای آزمایشی در ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای تحت دو روش درمان شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار قرار گرفتند. پس از اعمال مداخله آزمایشی، بار دیگر میزان تعلل گروههای آزمایشی و گواه سنجیده شد (پس آزمون). پس از سه هفته، بار دیگر آزمودنیها پرسشنامه تعلل را تکمیل کردند (آزمون پیگیری). نتایج تحلیل واریانس دوراهه و تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر بیانگر تفاوت معنی‌داری در اثر روشهای درمان بر کاهش تعلل بوده است. در ضمن تفاوت معنی‌داری بین دو جنس از لحاظ دو روش درمانی فوق‌الذکر مشاهده نشد. همچنین، میزان شیوع تعلل در جامعه دانش‌آموزی (۱۷ درصد پسرها و ۱۴ درصد دخترها) بالا گزارش شده است.

### کلید واژگان: تعلل، درمان شناختی- رفتاری، درمان مدیریت رفتار

#### مقدمه

فردا می‌باشد (فراری و امونز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵).

تعاریف متعددی از تعلل شده است که به ذکر چند مورد آن می‌پردازیم. فرهنگ نامه کمبریج<sup>۶</sup> (۲۰۰۳) عقب انداختن انجام امری را به دلیل ناخوشایندی یا ملال‌آوری آن تعلل می‌داند. فرهنگ نامه جهانی انکارتا<sup>۷</sup> (۲۰۰۰)، به نقل از استیل، (۲۰۰۴) تعلل را به عقب انداختن انجام عملی، به دلیل ناخوشایندی یا ملال‌آوری آن تعریف می‌کند. اوئد<sup>۸</sup> (۱۹۹۶)، به نقل از استیل، (۲۰۰۴) تعلل را به تعویق انداختن عملی، به خصوص هنگامی که تعویق بدون دلیل مناسب باشد، می‌داند. الیس و کنوس<sup>۹</sup> (۲۰۰۲) تعلل را

هزاران سال است که تعلل به عنوان عقب انداختن کار امروز به فردا، ایجاد مشکل نموده است. با وجود این، تنها در سالهای اخیر به زمینه‌های ایجاد و چگونگی درمان آن توجه شده است (اسکوونبرگ، لی، پسیل و فراری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). واژه تعلل معادل اهمال کاری، سهل انگاری و به تعویق انداختن می‌باشد (الیس و نال<sup>۲</sup>، ۱۹۷۷، ترجمه فرجاد، ۱۳۸۲). واژه لاتین تعلل از دو کلمه پرو<sup>۳</sup> و کراسینوس<sup>۴</sup> تشکیل شده است که پرو به معنی جلو و کراسینوس به معنی

5- Emmons  
6- Cambridge  
7- Encarta  
8- Oed  
9- Knaus

1- Schouwenburg, Lay, Psychyl, & Ferrari  
2- Ellis, & Knall  
3- Pro  
4- Crasinus

تمایل به اجتناب از فعالیت، محول نمودن انجام کار به آینده و استفاده از عذرخواهی برای توجیه تأخیر در انجام فعالیت تعریف نمودند.

دیدگاههای مرتبط با تعلل در یک طیف خوشبینانه تا بدبینانه قرار دارند. دیدگاههای خوش بینانه بر این اساسند که خصوصياتی چون رفتار، شناخت و انگیزش عامل مهم بروز تعلل هستند، در حالی که دیدگاههای بدبینانه تعلل را نوعی عادت یا اختلال شخصیتی می دانند. دیدگاههای عمده موجود در تعلل عبارتند از:

(۱) تعلل به عنوان یک مشکل رفتاری: در این دیدگاه هدف درمان کاهش نسبت یا درصد زمان تعلل و افزایش نسبت یا درصد مطالعه یا فعالیت می باشد. برای کاهش تعلل از روشهایی چون الگوسازی، شرطی سازی، مدیریت زمان و فنون برنامه ریزی استفاده می شود.

(۲) تعلل به عنوان یک مشکل شناختی: در این دیدگاه مبنای تعلل افکار و باورهای غلط در مورد چگونگی شرایط و نتایج فعالیتها می باشد. ویژگی رایج در چنین باورهایی، غیرمنطقی بودن آنها و درمان

متداول در این دیدگاه رفتار درمانی منطقی- هیجانی<sup>۱</sup> (REBT) می باشد.

(۳) تعلل به عنوان یک مشکل انگیزشی: در این دیدگاه تعلل به دلیل تنبلی یا بی انگیزه ای نیست، بلکه از آن جهت انجام می گیرد که افراد تعللی علاقه مند به انجام فعالیت دیگری هستند. برای کاهش این نوع تعلل باید انگیزه فرد برای انجام تکلیف را افزایش داد.

(۴) تعلل به عنوان یک عادت: در این دیدگاه تعلل به عنوان یک عادت مطرح است و در نهایت منجر به کاهش انتظار خودکارآمدی فرد می شود. در این روش، از مداخله هایی چون مدیریت تکلیف که بر تجدید ساختار<sup>۲</sup> محیط، آموزش رفتارهای سازگارانه، افزایش مسئولیت پذیری فردی و استفاده از نفوذ اجتماعی تأکید دارد، استفاده می شود.

(۵) تعلل به عنوان یک اختلال شخصیتی: در این دیدگاه تعلل به عنوان ضعف وجدان (با ویژگیهایی چون، بی ارادگی، نداشتن پشتکار، تنبلی، عدم توجه و ضعف قدرت

1- Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT)

2- restructuring

طلبی) شناخته شده است. برای کاهش آن از انواع روشهای روان درمانی (با توجه به سطح اختلال و واکنش فرد) استفاده می‌شود (اسکوونبرگ و دیگران، ۲۰۰۴).

در مورد شیوع تعلل، نوشتار موجود میزان تعلل دانشجویان را بین ۲۰ تا ۷۰ درصد گزارش نموده‌اند. تشخیص این که چه میزان تعلل مسئله‌ساز می‌باشد، به ملاک تعیین شده برای تعلل بستگی دارد. اسکوونبرگ (۲۰۰۴) در تحقیق خود ۱۰ درصد نمره‌های بالا در پرسشنامه تعلل را به عنوان ملاک تعلل در نظر گرفت. در پژوهش پوتز<sup>۱</sup> (۱۹۸۷) تقریباً ۷۵ درصد دانشجویان خود را تعللی می‌دانستند. در پژوهشهای دیگر افرادی که خود را تعللی دایم دانسته و تعلل را یک مشکل گزارش نمودند، حدود ۵۰ درصد بودند (دی، منسینک و اوسلیوان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ های کوک<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳؛ میسک<sup>۴</sup>، ۱۹۸۲؛ انوگیبوزی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰؛ سولومن و روتبلوم<sup>۶</sup>، ۱۹۸۴). حتی دانشجویان متوسط از نظر پیشرفت درسی در یک سوم از فعالیتهای روزانه خویش از تعلل رنج می‌برند (پسیل، لی، تیودیو و بلونت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). میزان تعلل در بزرگسالان حدود ۱۵ الی ۲۰ درصد گزارش شده است (هاربوت<sup>۸</sup> و فراری، ۱۹۹۶)، که این میزان تا سال ۲۰۰۳ تغییری نکرده است (استیل، ۲۰۰۳). در پژوهشی ۵۳ درصد دانشجویان تعلل را به عنوان مشکل جدی خود معرفی نمودند و برای کاهش آن خواستار کمک شدند (گالاهر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۲). به نظر برخی از محققان، تعلل مشکلی جدی برای ۲۰ الی ۳۰ درصد دانشجویان می‌باشد و بر پیشرفت تحصیلی و کیفیت زندگی آنها اثر منفی داشته است (مک کان<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۶؛ سولومن و دیگران، ۱۹۸۴). بررسیهای انجام شده نشان می‌دهد که تعلل برای حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد همیشگی و به عنوان یک مشکل مطرح است (استیل، ۲۰۰۳). در گزارشی دیگر میزان تعلل در زنها و مردهای

7- Lee, Thibodeau, &amp; Blunt

8- Harriot

9- Gallagher

10- McCown

1- Potts

2- Day, Mensink, &amp; O'Sullivan

3- Haycok

4- Micek

5- Onwuegbuzie

6- Solomon, &amp; Rothblum

مشاهدات بالینی خود، سه نوع افراد تعللی را معرفی نمودند: مضطرب<sup>۷</sup>، معتقد به شانس<sup>۸</sup> و طغیان گرا<sup>۹</sup>. در پژوهش مک کان و دیگران (۱۹۸۹) نیز سه نوع افراد تعللی تشخیص داده شده است: (۱) افراد یک دنده برون گرا<sup>۱۰</sup> با اضطراب و مدیریت پایین، (۲) افراد روان نژند برون گرا<sup>۱۱</sup> و (۳) افراد روان نژند، افسرده و درون گرا<sup>۱۲</sup>. بورکا و یوئن (۱۹۸۳) و ساپادین<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۷) شش سبک تعلل را معرفی نمودند: کمال گرا<sup>۱۴</sup>، مبارزه گرا<sup>۱۵</sup>، خیال گرا<sup>۱۶</sup>، نگران<sup>۱۷</sup>، فزون کار<sup>۱۸</sup> و بحران ساز<sup>۱۹</sup>. واکر<sup>۲۰</sup> (۱۹۸۸) بر مبنای مصاحبه بالینی، چهار سبک تعلل را ذکر کردند: کمال گرا، سیاست گرا<sup>۲۱</sup>، تعویق گرا<sup>۲۲</sup> و تنبیه گرا<sup>۲۳</sup>.

- 7- anxious procrastinators
- 8- lucky procrastinators
- 9- rebellious procrastinators
- 10- tough minded extraverted
- 11- neurotic extraverted
- 12- neurotic, depressed, & introverted
- 13- Sapadin
- 14- Perfectionist
- 15- defier
- 16- dreamer
- 17- worrier
- 18- over-doer
- 19- crisis-maker
- 20- Walker
- 21- politician
- 22- postponer
- 23- punisher

دانشجو برابر گزارش شده است (مک کان، جانسون<sup>۱</sup> و پتزل<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹).

برخی پژوهشها نشان داده‌اند که ترس از شکست و تنفر از انجام تکلیف، می‌توانند دو انگیزه اساسی برای افراد مبتلا به تعلل تحصیلی باشند (بلونت<sup>۳</sup> و پسیل، ۱۹۹۸؛ میلگرام، باتوری و ماورر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳؛ اسکونبرگ، ۱۹۹۳؛ سولومن و دیگران، ۱۹۸۴). همچنین، تعلل می‌تواند به شکل تحصیلی و غیرتحصیلی ظاهر شود. تعلل تحصیلی در رفتارهایی چون حاضر شدن برای امتحان، انجام تکلیف خانه و نوشتن رفتارهایی چون پرداخت قبض آب و برق، شستن ظروف، جواب دادن به تلفن و پست الکترونیک ظاهر می‌شود. بین تعلل تحصیلی و غیرتحصیلی همبستگی ۰/۶۵ دیده شده است (میلگرام، می تال و لویسون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸).

در پژوهشهای مختلف تعلل به شیوه‌های متعدد طبقه‌بندی شده است، که اغلب بر مبنای مشاهدات بالینی پژوهشگران انجام شده است. بورکا و یوئن<sup>۶</sup> (۱۹۸۳) طی

- 1- Johnson
- 2- Petzel
- 3- Blunt
- 4- Milgram, Batori, & Mowrer
- 5- Mey-Tal, & Levison
- 6- Burka, & Yuen

۴. نظریه مدیریت زمان<sup>۵</sup> بر داشتن برنامه و برنامه‌ریزی بر مبنای SMART، تأکید دارد. در این برنامه، شرکت کنندگان برنامه‌های خاصی «S<sup>۶</sup>» را بر مبنای رفتارهای قابل اندازه‌گیری «M<sup>۷</sup>»، پذیرش خویشتن «A<sup>۸</sup>»، واقع‌گرایانه «R<sup>۹</sup>» و با تعیین زمان «T<sup>۱۰</sup>» انتخاب می‌نمایند.
۵. نظریه اطلاعات<sup>۱۱</sup> تلاش می‌کند با افزایش درک و فهم افراد تعللی از علل رفتارهای خود و نتایج آن رفتارها، آنها را کاهش دهد و بر این باور است که کاهش ابهام موجب افزایش خودکارآمدی و احساس مهارت در انجام کار می‌شود (اسن، هیول و اسبارد<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴).
۶. نظریه مدیریت- رفتار بر تغییر مشخص رفتار ناسازگار افراد تعللی تأکید دارد و نقش چندانی برای بینش قائل نیست. این روش، در راستای این هدف راهبردهای عملیاتی مشخصی برای کاهش تعلل ارائه نموده است (نیوتنز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۴).
- برای کاهش تعلل شیوه‌های درمانی متنوعی به شرح زیر به کار برده شده است.
۱. نظریه منطقی- هیجانی<sup>۱</sup> الیس، افکار افراد را به دو قسمت باورهای منطقی و باورهای غیرمنطقی دسته‌بندی نموده و بر این باور است که در روند درمان به تدریج افکار غیرمنطقی افراد تعللی به افکار منطقی تغییر می‌یابد و به این طریق میزان تعلل کاهش خواهد یافت (الیس، ۱۹۹۴؛ الیس و کنوس، ۲۰۰۲).
۲. نظریه درمان شناختی تقریباً مشابه نظریه الیس و بر این باور است که از طریق راهبردهای متعدد یادگیری می‌توان در افراد تعللی رفتار سازگارانه‌تر و خودکارآمدتر ایجاد نمود و از این طریق به کاهش رفتار تعللی کمک نمود (بک<sup>۲</sup>، ۱۹۷۶).
۳. نظریه خودناهمگنی<sup>۳</sup> برای غلبه بر تعلل تلاش می‌نماید تا فاصله بین خود واقعی و خود آرمانی (که در افراد تعللی خیلی زیاد است) را کاهش دهد (هیگینز<sup>۴</sup>، ۱۹۸۷).

5- time management  
6- specific  
7- measurable  
8- acceptable  
9- realistic  
10- timed  
11- informational component  
12- Essen, Heuvel, & Ossebaard  
13- Newtons

1- Rational-Emotive  
2- Beck  
3- self-discrepancy  
4- Higgins

۷. نظریه انگیزشی دلایل عمده تعلل را دشواری تکالیف و تنفر از انجام تکالیف می‌داند و برای کاهش تعلل ترکیبی از نظریه خودکنترلی و نظریه ارزش انتظار را مورد توجه قرار می‌دهد (اسکوونبرگ، ۲۰۰۴).
- تحقیقات نشان می‌دهند که بین اضطراب و تعلل (توپمن، کروز و بیجینی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴) و خودکنترلی و تعلل (اسکوونبرگ، ۲۰۰۴) رابطه معنی‌داری وجود دارد. به نظر فراری و دیگران (۱۹۹۵) رفتار تأخیری تحصیلی می‌تواند به عنوان بهترین شاخص پیش بینی کننده خصیصه تعلل، در یک موقعیت تحصیلی باشد (اسکوونبرگ، ۲۰۰۴). همچنین، بین افسردگی و تعلل (پسیل و بیندر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴)، روان نژندی و تعلل (ون ارد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴)، دشواری و علاقه مندی به انجام تکلیف با تعلل (پسیل و دیگران، ۲۰۰۰؛ سنکال، لاوی و کوئستنر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷)، خوش بینی و بدبینی با تعلل (لی و برنز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱)، کمال گرایی با تعلل (فلت، بلانک اشتین، هویت و کلدین<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲؛ استوبر و
- جورمن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱)، تعلل و خودگردانی (لی و اسکوونبرگ، ۱۹۹۳؛ ون ارد، ۱۹۹۸)، فعالیت‌های مغزی با تعلل (اسکولیز و ساگان<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲؛ روبینسون و بریج<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳)، شیوه‌های فرزندپروری و تعلل (فراری و اولیوت<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۳؛ پسیل، کوپلان و رید<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲)، نوع تکلیف «تنفر، ناخوشایندی و دشواری» با تعلل (پسیل و دیگران، ۲۰۰۰؛ شیر<sup>۱۲</sup> و فراری، ۲۰۰۰)، وجدانی بودن و تعلل (کوستا و مک کری<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۲؛ اسکوونبرگ، ۱۹۹۷؛ پاننونن و آشتون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۱)، انتظار خودکارآمدی و تعلل (فراری، پارکر و وار<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۲؛ گراهام، مک آرتور و شوارتز<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۵؛ توپمن و استوتجسدیک<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۵، ۱۹۹۸)، ترس از شکست و ترس از موفقیت با تعلل (تایس و بامیستر<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۷) و درون گرایی و برون گرایی با تعلل (اسکوونبرگ،
- 
- 7- Stober, & Joormann  
8- Skolyes, & Sagan  
9- Robinson, & Berridge  
10- Olivette  
11- Coplan, & Reid  
12- Scher  
13- Costa, & Mccrue  
14- Paunonen, & Ashton  
15- Parker, & Ware  
16- Graham, MacArthur, & Schwartz  
17- Stoutjesdijk  
18- Tice, & Baumeister
- 
- 1- Topman, Kruise, & Beijjne  
2- Binder  
3- Van Erde  
4- Senecal, Lavoie, & Koestner  
5- Burns  
6- Flett, Blankstein, Hewitt, & Koledin

### جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر سال دوم دبیرستانهای شهرستان اهواز در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ می‌باشد. کل جامعه آماری شامل ۹۴۹۹ دانش‌آموز شاغل به تحصیل دوره نظری، در دبیرستانهای شهر اهواز بود، که از بین آنها نمونه‌های مورد نظر انتخاب شدند. این پژوهش مشتمل بر سه نوع نمونه‌گیری است:

الف. نمونه‌روایی و پایایی: برای تعیین میزان پایایی و روایی پرسشنامه‌های سنجش تعلل، نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ دانش‌آموز (۱۵۰ دختر و ۱۵۰ پسر)، سال دوم دبیرستانهای شهر اهواز، به صورت تصادفی چند مرحله‌ای از ناحیه ۱ و ۴ آموزش و پرورش اهواز، انتخاب شدند.

ب. نمونه شیوع: برای تعیین میزان شیوع تعلل، از روش نمونه‌گیری تصادفی مرحله‌ای استفاده شد. در این نمونه‌گیری، تعداد ۲۰۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر سال دوم دبیرستانهای شهر اهواز انتخاب شدند. برای این منظور، ابتدا فهرستی از کلیه مدارس مناطق چهارگانه آموزش و پرورش اهواز تهیه شد. سپس، از هر ناحیه بین ۴ تا ۶

(۲۰۰۴)، همبستگی معنی‌دار وجود دارد.

با توجه به اینکه موضوع تعلل در ایران کمتر مورد بررسی قرار گرفته و جهت تعیین میزان شیوع و کاهش آن در دانش‌آموزان دبیرستانی، هدفهای زیر مدنظر قرار گرفت:

۱. تعیین میزان شیوع تعلل در دانش‌آموزان دبیرستانهای شهر اهواز.
۲. تأثیر دو روش درمانی (شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار) بر کاهش عارضه تعلل در دانش‌آموزان دبیرستانهای شهر اهواز.

### فرضیه‌های پژوهش

در این پژوهش فرضیه‌های زیر به محک آزمایش گذاشته شد:

- فرضیه ۱. روش درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش تعلل در دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانهای اهواز می‌شود.
- فرضیه ۲. روش درمان مدیریت رفتار باعث کاهش تعلل در دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانهای اهواز می‌شود.
- فرضیه ۳. روش درمان شناختی- رفتاری در کاهش تعلل دانش‌آموزان دختر و پسر از روش درمان مدیریت رفتار مؤثرتر است.

- دبیرستان انتخاب شدند. در کل از بین ۵۹ دبیرستان دخترانه نظری مناطق چهارگانه، ۲۰ دبیرستان و از بین ۴۳ دبیرستان پسرانه نظری ۲۰ دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس، با توجه به تعداد کل دانش آموزان سال دوم هر دبیرستان، تعداد آزمودنیهای مورد نیاز از بین دانش آموزان رشته‌های تحصیلی ریاضی، تجربی و علوم انسانی به صورت تصادفی انتخاب شدند. در کل ۱۰۰۰ دختر و ۱۰۰۰ پسر به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص این رقم به ۱۹۴۴ (۹۹۱ دختر و ۹۵۳ پسر) نفر تقلیل یافت.
- ج. نمونه آزمایشی: آزمودنیهای این بخش شامل، ۲۴۰ دانش آموز دختر و پسر تعللی و بهنجار سال دوم دبیرستانهای شهر اهواز بودند، که به طور تصادفی به شرح زیر انتخاب شدند. ابتدا، از بین ۲۹۹ آزمودنی که در مرحله شیوع دارای نمره بالا (یک انحراف معیار بالای میانگین) در عارضه تعلل بودند، به طور تصادفی ۱۸۰ دانش آموز (۹۰ دختر و ۹۰ پسر) انتخاب و با توجه به جنسیت به چهار گروه درمانی و چهار گروه گواه به شرح زیر گمارده شدند:
- (۱) گروه درمان شناختی- رفتاری، ۳۰ نفر دختر.
- (۲) گروه درمان مدیریت- رفتار، ۳۰ نفر دختر.
- (۳) گروه درمان شناختی- رفتاری، ۳۰ نفر پسر.
- (۴) گروه مدیریت- رفتار، ۳۰ نفر پسر.
- (۵) دو گروه گواه تعللی، ۳۰ نفر دختر و ۳۰ نفر پسر.
- (۶) دو گروه گواه بهنجار، ۳۰ نفر دختر و ۳۰ نفر پسر.

### طرح و ابزار پژوهش

روش این پژوهش به صورت آزمایشی میدانی است، که در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه بهنجار و گروه گواه استفاده شده است. ابتدا، پژوهشگر میزان شیوع تعلل را در جامعه دانش آموزان دختر و پسر سال دوم دبیرستانهای شهر اهواز تعیین نمود. سپس، اثربخشی روشهای درمان شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار را به صورت آزمایشی مورد بررسی قرار داد. بدین منظور، تعداد ۱۸۰ نفر از دانش آموزان دختر و پسر سال دوم دبیرستان شهر اهواز که در مرحله اول به عنوان افراد تعللی تشخیص داده شدند، به طور تصادفی در شش گروه قرار گرفتند. چهار گروه از دانش آموزان دختر و پسر مبتلا به تعلل در معرض دو نوع

جدول ۱. طرح پژوهش

گزینه‌ش تصادفی	گروه‌ها	جنسیت	پیش آزمون	مداخله	پس آزمون	پیگیری
R	درمان شناختی- رفتاری	دختر	+	+	+	+
R	درمان شناختی- رفتاری	پسر	+	+	+	+
R	درمان مدیریت- رفتار	دختر	+	+	+	+
R	درمان مدیریت- رفتار	پسر	+	+	+	+
R	گروه گواه تعللی	دختر	+	-	+	+
R	گروه گواه تعللی	پسر	+	-	+	+
R	گروه گواه بهنجار	دختر	+	-	+	+
R	گروه گواه بهنجار	پسر	+	-	+	+

مداخله‌ای دریافت نکردند و تنها به سؤالیهای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پاسخ دادند.

برای ارزیابی آزمودنیهای تحقیق از دو پرسشنامه، شامل پرسشنامه تعلل شوارزر، شمیتز و دیهل<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) و پرسشنامه تعلل تاکن<sup>۲</sup> (۱۹۹۱)، استفاده شده است. ویژگی و مبانی روان سنجی هر یک از این آزمونها به شرح زیر است:

#### ۱. پرسشنامه تعلل شوارزر و همکاران

این پرسشنامه توسط شوارزر، شمیتز و

مداخله آزمایشی (دو نوع روش درمانی) قرار گرفتند و دو گروه از آنها نیز به عنوان گروه گواه تعللی گمارده شدند. دو گروه ۳۰ نفری هم، که شامل آزمودنیهای غیرتعللی بودند، به عنوان گروههای گواه بهنجار در طرح آزمایشی قرار گرفتند. جدول ۱ طرح پژوهش را نشان می‌دهد.

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، آزمودنیها به گروههای درمان شناختی- رفتاری، مدیریت- رفتار، گروه گواه تعللی و گروه گواه بهنجار گمارده شدند. از همه گروههای تحقیق پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به عمل آمد. همچنین، گروههای درمانی مداخله دریافت داشتند، در حالی که گروههای گواه و بهنجار هیچ نوع

1- Schwarzer, Schmitz, & Diehl

2- Tuckman

جدول ۲. ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف پرسشنامه‌های تعلل شوارزر و همکاران و تعلل تاکنمن در پژوهش حاضر

پرسشنامه	آزمودنیها	تعداد	ضریب همبستگی آلفای کرونباخ	تنصیف به روش گاتمن	تنصیف به روش اسپیرمن- براون
تعلل شوارزر و همکاران	دختر	۱۴۹	۰/۵۴	۰/۵۲	۰/۵۲
	پسر	۱۴۷	۰/۵۴	۰/۴۹	۰/۴۹
	کل	۲۹۶	۰/۵۶	۰/۵۳	۰/۵۳
تعلل تاکنمن	دختر	۱۴۷	۰/۷۵	۰/۷۴	۰/۷۴
	پسر	۱۴۸	۰/۷۲	۰/۷۱	۰/۷۱
	کل	۲۹۵	۰/۷۴	۰/۷۳	۰/۷۳

دیهل (۲۰۰۰) ساخته شده است و یک ابزار خودگزارشی مداد-کاغذی است، که ۱۰ ماده دارد و آزمودنیها به یکی از چهار گزینه کاملاً نادرست، به ندرت درست، اغلب درست و کاملاً درست پاسخ می‌دهند. این گزینه‌ها بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره گذاری می‌شوند. گرفتن نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده میزان تعلل بالا است. همچنین، حداقل و حداکثر نمره فرد در این آزمون ۱۰ و ۴۰ می‌باشد.

روش آلفای کرونباخ و تنصیف<sup>۱</sup> به ترتیب برابر با ۰/۶۰ و ۰/۵۱ محاسبه شده است (به نقل از علامه، ۱۳۸۴).

در پژوهش حاضر، برای سنجش پایایی این پرسشنامه از روشهای آلفای کرونباخ، تنصیف و اسپیرمن-براون استفاده شده است (جدول ۲ ملاحظه شود).

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف در این پرسشنامه، با توجه به تعداد اندک ماده‌ها، رضایتبخش است.

علامه (۱۳۸۴) ضرایب روایی این پرسشنامه را از طریق همبسته کردن آن با

شوارزر و همکاران (۲۰۰۰) پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۸ به دست آوردند. پایایی این پرسشنامه در یک نمونه ۱۰۰ نفری به

شوارزر و همکاران (۲۰۰۰) پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۸ به دست آوردند. پایایی این پرسشنامه در یک نمونه ۱۰۰ نفری به

1- split-half

است. همچنین، حداقل و حداکثر نمره آن ۱۶ و ۶۴ است.

تاکنم (۱۹۹۱) پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کرده است. مقدس بیات (۱۳۸۲) پایایی آن را در دانشجویان دانشگاه آزاد رودهن ۰/۷۵ به دست آورد.

در این پژوهش، برای سنجش پایایی این پرسشنامه از روشهای آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده است. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، ضرایب پایایی این پرسشنامه خوب بوده است.

در پژوهشی که توسط نیلسن<sup>۱</sup> (به نقل از مقدس بیات، ۱۳۸۲) بر روی نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه لوئیزانا صورت گرفت، ضریب روایی این آزمون ۰/۶۴ گزارش شده است که در سطح  $p < 0/001$  معنی دار است. در پژوهش حاضر، برای اعتباریابی مقیاس تعلل تاکنم از همبستگی این آزمون با مقیاس تعلل شوارزر و همکاران استفاده شد. همان طور که جدول ۳ نشان می دهد ضرایب اعتبار برای کل نمونه ۰/۵۶، برای دخترها ۰/۶۲ و برای پسرها ۰/۴۸ می باشد که همگی در سطح  $p < 0/001$  معنی دار هستند.

سؤالهای ملاک و پرسشنامه کمال گرایی اهواز، بر روی ۱۰۰ دانش آموز به دست آورد که به ترتیب برابر با ۰/۶۶ و ۰/۶۴ می باشند و در سطح  $p < 0/001$  معنی دار هستند.

## ۲. پرسشنامه تعلل تاکنم

تاکنم (۱۹۹۱) این پرسشنامه را جهت سنجش تعلل دانشجویان، ساخت و هنجاریابی نمود. این مقیاس یک پرسشنامه خودگزارشی مداد-کاغذی است که ۱۶ ماده دارد و آزمودنیها به یکی از چهار گزینه «مطلقاً چنین نیستم»، «این تمایل در من وجود ندارد»، «این تمایل در من وجود دارد» و «مطلقاً چنین هستم» پاسخ می گوید. این گزینه‌ها به ترتیب بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره گذاری می شوند. تاکنم (۱۹۹۱) دریافت که پاسخگویی به سؤالهای زیاد و متنوع به عنوان یک متغیر مداخله کننده، موجب کاهش دقت نتایج پرسشنامه تعلل می گردد. بنابراین، از طریق روش تحلیل عوامل پرسشنامه اولیه را به ۱۶ سؤال کاهش داد، تا علاوه بر حفظ پایایی و اعتبار آن ابزاری دقیق و سریع به منظور سنجش تعلل طراحی نماید (مقدس بیات، ۱۳۸۲). گرفتن نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده تعلل بالا

1- Nielsen

جدول ۳. ضریب همبستگی پرسشنامه تعلل تاکنن و پرسشنامه تعلل شوارزر و همکاران در پژوهش حاضر

P	ضریب همبستگی	تعداد	میزان تعلل
<۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱۴۱	دختر
<۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱۴۰	پسر
<۰/۰۰۱	۰/۵۶	۲۸۱	کل

### روش درمان شناختی- رفتاری

این روش ترکیبی از شناخت درمانی بک (۱۹۷۶) و درمان منطقی-هیجانی الیس (۱۹۷۳) می باشد و مراحل آن به طور خلاصه به شرح زیر است:

(۱) برقراری ارتباط اولیه و تبیین کلی مراحل روش درمانی

(۲) مفهوم سازی مشکل

- توضیح در مورد ماهیت، اثرها و پیامدهای تعلل

- جمع آوری اطلاعات واقعی و عینی درباره تعلل

- آموزشهایی جهت ایجاد آمادگی برای موقعیتهای تعلل، به خصوص تعلل در انجام تکالیف درسی

(۳) اکتساب و تمرین مهارت بازسازی شناختی

- توضیح ترکیب A، B، C (الیس و کنوس، ۱۹۷۷)

- شناسایی افکار اتوماتیک غیرمنطقی و نامربوط درباره تکلیف

- ارزیابی منطقی آنها

- توجه به شیوه تفکر خویش در حل مشکل

- پی بردن به خطاهای شناختی خود

- جستجوی عوامل هیجانی و شناختی که منجر به تعلل می شود

(۴) تکلیف خانگی، تمرین و پی گیری مستمر

تعداد جلسات درمانی ده جلسه بود که

هر جلسه پنجاه دقیقه به طول می انجامید و

هر هفته سه جلسه درمانی تشکیل می شد.

همچنین، پیگیری سه هفته بعد از پس آزمون

انجام گرفت.

### روش مدیریت رفتار

روش مدیریت رفتار، پس از برقراری

ارتباط بر مبنای یازده راهبرد درمان تعلل

(نیوتنز، ۲۰۰۴) طراحی و اجرا گردید. مراحل

آن شامل:

- ۱) اولویت‌بندی
- ۲) خرد کردن تکلیف به تکالیف کوچکتر
- ۳) برداشتن یک گام کوچک در هر لحظه
- ۴) استفاده از یک برنامه زمانی
- ۵) آموزش استفاده مناسب از زمان
- ۶) افزایش شانس موفقیت
- ۷) در صورت امکان واگذاری قسمتی از تکلیف به فرد مناسب
- ۸) شروع از همین لحظه
- ۹) توجه به آنچه انجام شده است
- ۱۰) واقع بینی
- ۱۱) جایزه دادن به خود هنگام رسیدن به هدف کوچک.

### روش اجرای پژوهش

به طور کلی، پژوهش حاضر مشتمل بر دو بخش، یعنی شیوع و درمان، است. بخش اول پژوهش به منظور بررسی میزان شیوع و شناسایی دانش‌آموزان تعللی انجام گرفت. نمونه موردنظر ۲۰۰۰ دانش‌آموز کلاس دوم دبیرستانهای اهواز بودند که پس از توجیه، پرسشنامه‌های تعلل به آنها داده شد. به علت نقص در پاسخ به پرسشنامه‌ها، ۵۶ مورد آنها حذف شدند و نمونه به ۱۹۴۴ دانش‌آموز کاهش یافت.

در بخش دوم تحقیق، ابتدا دانش‌آموزان پیش‌آزمون شدند، سپس گروههای آزمایشی روشهای درمان شناختی- رفتاری و مدیریت- رفتار را دریافت کردند. سپس چهار گروه درمانی (دو روش درمانی پسر و دو روش درمانی دختر) در ده جلسه ۵۰ دقیقه‌ای مداخله‌ها را، که توسط دو درمانگر آموزش دیده (زن و مرد) اجرا می‌شدند، دریافت نمودند. پس از آن، از همه آزمودنیها پس‌آزمون و بعد از سه هفته پیگیری به عمل آمد. ضمناً ۳ دختر و ۵ پسر از گروه شناختی- رفتاری و ۲ دختر و ۵ پسر از گروه مدیریت رفتار برای ادامه درمان همکاری نمودند. با توجه به این افت و به خاطر مساوی سازی آزمودنیها در گروهها، ۵ دختر و ۵ پسر از گروههای شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار، به طور تصادفی، حذف شدند. همچنین، از هر یک از گروههای گواه و بهنجار نیز ۵ دختر و ۵ پسر به طور تصادفی حذف گردیدند. به این ترتیب، ۲۰۰ آزمودنی در هشت گروه ۲۵ نفری به عنوان آزمودنیهای تعللی (آزمایشی و گواه) و بهنجار باقی ماندند.

جدول ۴. توزیع فراوانی دانش‌آموزان به تفکیک جنسیت در نمونه شیوع

درصد	دانش‌آموزان تعللی	فراوانی	آزمودنیها
۱۵/۴	۲۹۹	۱۹۴۴	کل
۱۴	۱۳۹	۹۹۱	دختر
۱۷	۱۶۰	۹۵۳	پسر

### یافته‌ها

جدول ۴ یافته‌های مربوط به توزیع فراوانی دانش‌آموزان را در نمونه شیوع تعلل به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود از مجموع ۱۹۴۴ آزمودنی که از لحاظ عارضه تعلل مورد ارزیابی قرار گرفتند، ۱۵/۴ درصد از آنان دارای عارضه تعلل بودند، که ۱۴ درصد دختر و ۱۷ درصد پسر بودند.

جدول ۵ یافته‌های مربوط به میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره‌های تعلل دانش‌آموزان را در مرحله شیوع به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) دانش‌آموزان در کل  $\bar{X}=19/69$  (و  $SD=3/86$ )، در دخترها  $\bar{X}=19/48$  (و  $SD=3/84$ ) و در پسرها  $\bar{X}=19/9$  (و  $SD=3/88$ ) می‌باشد. همچنین، حداقل و حداکثر نمره از ۱۰ تا ۳۵ در نوسان است.

در این قسمت ابتدا یافته‌های مربوط به شیوع و یافته‌های توصیفی ارائه می‌شوند، سپس یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش ذکر می‌شوند.

### الف: یافته‌های مربوط به شیوع و

#### یافته‌های توصیفی

در تحقیق حاضر، افرادی که نمره تعلل آنها یک انحراف معیار بالای میانگین قرار داشت، به عنوان افراد تعللی در نظر گرفته شدند. با توجه به یافته‌های این پژوهش مشخص شد که ۲۹۹ دانش‌آموز از بین ۱۹۴۴ نفر دختر و پسری که مورد مطالعه قرار گرفتند، تعللی بودند.

۱- در اینجا از آقای کیومرث بشلیده، عضو محترم هیأت علمی گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، که در تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش همکاری زیادی داشتند، قدردانی می‌شود.

جدول ۵. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره‌های تعلق دانش‌آموزان به تفکیک جنسیت در نمونه شیوع

آزمودنیها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
کل	۱۹۴۴	۱۹/۶۹	۳/۸۶	۱۰	۳۵
دختر	۹۹۱	۱۹/۴۸	۳/۸۴	۱۰	۳۵
پسر	۹۵۳	۱۹/۹	۳/۸۸	۱۰	۳۴

آزمون و پیگیری برای کل نمونه کاهش یافته است (پیش آزمون  $\bar{X}=44/36$  و  $SD=4/72$ ، پس آزمون  $\bar{X}=31/56$  و  $SD=4/42$  و پیگیری  $\bar{X}=31/68$  و  $SD=4/36$ ). همچنین، تفاضل میانگین پیش آزمون- پس آزمون کل، دخترها و پسرها به ترتیب  $12/8$ ،  $12/56$  و  $13/04$  و تفاضل میانگین پیش آزمون- پیگیری کل، دخترها و پسرها به ترتیب  $12/68$ ،  $13$  و  $12/36$  است.

در گروه گواه، میانگین (و انحراف معیار) تعلق در پس آزمون و پیگیری برای کل نمونه تغییر چندانی نیافته است (پیش آزمون  $\bar{X}=41/62$  و  $SD=4/5$ ، پس آزمون  $\bar{X}=41/62$  و  $SD=4/74$  و پیگیری  $\bar{X}=41/6$  و  $SD=5/04$ ). همچنین، تفاضل میانگین پیش آزمون- پس آزمون کل، دخترها و پسرها به ترتیب  $0$ ،  $0/08$  و  $0/08$  و تفاضل میانگین پیش آزمون- پیگیری کل، دخترها و پسرها به ترتیب  $0/02$ ،  $0/24$  و

جدول ۶ میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره، تفاضل میانگین پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری تعلق در گروههای چهارگانه را به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد.

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، در گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری، میانگین (و انحراف معیار) تعلق در پس آزمون و پیگیری برای کل نمونه کاهش یافته است (پیش آزمون  $\bar{X}=44/22$  و  $SD=4/01$ ، پس آزمون  $\bar{X}=32/3$  و  $SD=4/02$  و پیگیری  $\bar{X}=31/92$  و  $SD=3/59$ ). همچنین، تفاضل میانگین پیش آزمون- پس آزمون کل، دخترها و پسرها به ترتیب  $11/92$ ،  $10/64$  و  $13/2$  و تفاضل میانگین پیش آزمون- پیگیری کل، دخترها و پسرها به ترتیب  $12/3$ ،  $11/96$  و  $12/64$  است. در گروه درمان مدیریت-رفتار، میانگین (و انحراف معیار) تعلق در پس

جدول ۶. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره، تفاضل میانگین پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری تعلل در گروهها

تفاضل میانگین		حداکثر نمره			حداقل نمره			انحراف معیار			میانگین			اماره	گروه	آزمودنیها
پیش آزمون- پیگیری	پیش آزمون- پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	آزمون		
۱۲/۳	۱۱/۹۲	۴۲	۴۶	۵۴	۲۴	۲۶	۳۵	۳/۵۹	۴/۰۲	۴/۰۱	۳۱/۹۲	۳۲/۳	۴۴/۲۲	کل	شناختی رفتاری	
۱۱/۹۶	۱۰/۶۴	۴۲	۴۶	۵۴	۲۴	۲۶	۳۵	۳/۸۴	۴/۸۶	۴/۵۱	۳۲/۱۲	۳۳/۴۴	۴۴/۰۸	دختر		
۱۲/۶۴	۱۳/۲	۳۸	۳۵	۵۲	۲۴	۲۶	۳۷	۳/۳۸	۲/۵۸	۳/۵۳	۳۱/۷۲	۳۱/۱۶	۴۴/۳۶	پسر		
۱۲/۶۸	۱۲/۸	۴۱	۴۵	۵۸	۲۱	۲۱	۳۳	۴/۳۶	۴/۴۲	۴/۷۲	۳۱/۶۸	۳۱/۵۶	۴۴/۳۶	کل	مدیریت رفتار	
۱۳	۱۲/۵۶	۳۷	۳۵	۵۳	۲۱	۲۶	۳۳	۴/۱۵	۲/۸۸	۴/۰۴	۳۰/۸۴	۳۱/۲۸	۴۳/۸۴	دختر		
۱۲/۳۶	۱۳/۰۴	۴۱	۴۵	۵۸	۲۳	۲۱	۳۸	۴/۴۹	۵/۶	۵/۳۵	۳۲/۵۲	۳۱/۸۴	۴۴/۸۸	پسر		
۰/۰۲	۰	۵۳	۵۲	۵۳	۳۲	۳۴	۳۴	۵/۰۴	۴/۷۴	۴/۵	۴۱/۶	۴۱/۶۲	۴۱/۶۲	کل	گواه	
-۰/۲۴	۰/۰۸	۵۱	۵۲	۵۳	۳۵	۳۴	۳۴	۴/۹۵	۴/۶۸	۴/۷	۴۱/۰۴	۴۰/۷۲	۴۰/۸	دختر		
۰/۲۸	-۰/۰۸	۵۳	۵۲	۵۳	۳۲	۳۶	۳۷	۵/۱۷	۴/۷۲	۴/۲۲	۴۲/۱۶	۴۲/۵۲	۴۲/۴۴	پسر		
-۰/۳۸	-۰/۱۶	۳۷	۳۹	۳۸	۱۹	۱۹	۲۰	۴/۸۳	۴/۷۳	۴/۵	۲۸/۹	۲۸/۶۸	۲۸/۵۲	کل	بهنجار	
-۰/۴۴	۰/۳۲	۳۶	۳۷	۳۶	۱۹	۱۹	۲۰	۵/۱۲	۵/۱۵	۴/۵۸	۲۸/۵۶	۲۷/۸	۲۸/۱۲	دختر		
-۰/۳۲	-۰/۶۴	۳۷	۳۹	۳۸	۱۹	۲۱	۲۱	۴/۶	۴/۲	۴/۴۶	۲۹/۲۴	۲۹/۵۶	۲۸/۹۲	پسر		

جدول ۷. خلاصه نتایج تحلیل واریانس دو راهه بین آزمودنیها بر روی تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون تعلل دانش‌آموزان

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	p
گروهها	۷۷۵۷/۶۸	۳	۲۵۸۵/۸۹	۲۴۷/۲۹	۰/۰۰۰۱
جنسیت	۱۱/۵۳	۱	۱۱/۵۲	۱/۱	۰/۲۹۵
گروه × جنسیت	۸۵/۱۲	۳	۲۸/۳۷	۲/۷	۰/۰۴۶
خطا	۲۰۰۷/۷۶	۱۹۲	۱۰/۴۶	-	-

جدول ۸. نتایج مقایسه آزمون توکی بر روی تفاضل نمره‌های پیش آزمون-پس آزمون تعلل در گروهها

گروهها	شناختی-رفتاری	مدیریت رفتار	گواه	بهنجار
شناختی-رفتاری	-	-۰/۸۸	۱۱/۹۲*	۱۲/۰۸*
مدیریت رفتار		-	۱۲/۸*	۱۲/۹۶*
گواه			-	۰/۱۶
بهنجار				-

\*  $p < 0.001$

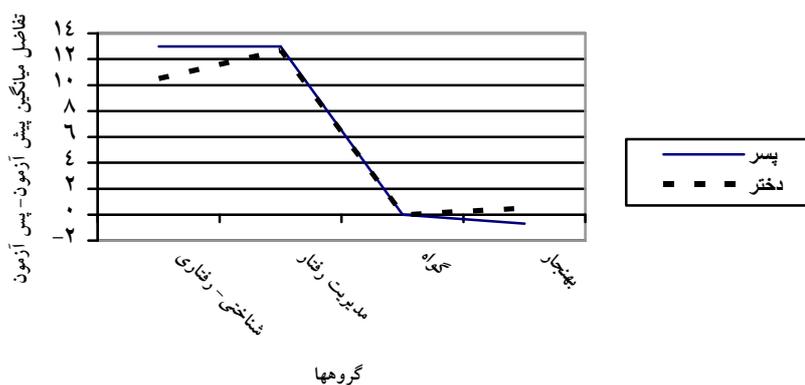
۰/۲۸ است. در گروه بهنجار، میانگین (و انحراف معیار) تعلل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای کل نمونه تغییر چندانی نیافته است (پیش آزمون  $\bar{X}=28/52$  و  $SD=4/5$ ، پس آزمون  $\bar{X}=28/68$  و  $SD=4/73$  و پیگیری  $\bar{X}=28/9$  و  $SD=4/83$ ). همچنین، تفاضل پیش آزمون- پس آزمون کل، دخترها و پسرها به ترتیب  $-0/16$ ،  $0/32$  و  $-0/64$  و تفاضل میانگین پیش آزمون-پیگیری کل، دخترها و پسرها به ترتیب  $-0/38$ ،  $-0/44$  و  $0/32$  است.

ب. یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها در این قسمت، نتایج یافته‌های پژوهشی در رابطه با فرضیه‌های تحقیق بررسی می‌شود. جداول ۷ و ۸ نتایج تحلیل واریانس دو راهه و پیگیری آنها را بر روی تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون تعلل در گروههای پسر و دختر نشان می‌دهد.

همان طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود F بین گروهها ( $F=247/29$ ) در سطح  $0/0001$  معنی دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که گروههای چهارگانه از لحاظ

تعلل با یکدیگر تفاوت معنی دار دارند. جدول ۸ نتایج مقایسه آزمون توکی بر روی تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون تعلل را در گروهها نشان می‌دهد. همان طور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون-پس آزمون تعلل گروه آزمایشی شناختی- رفتاری با تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون-پس آزمون تعلل گروه مدیریت رفتار ۰/۸۸- می‌باشد که از نظر آماری معنی دار نمی‌باشد. یعنی، روش درمان شناختی- رفتاری در کاهش تعلل دانش‌آموزان از روش مدیریت رفتار مؤثرتر نیست. همچنین، همان طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، F تعامل بین گروهها و

جنسیت ۲/۷ می‌باشد که در سطح ۰/۰۴۶ معنی دار است. ضمن ترسیم نمودار تعامل گروهها و جنسیت به انجام پیگیری از طریق روش توکی اقدام شد. همان طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، تفاضل میانگین پیش آزمون-پس آزمون پسرها در گروه آزمایشی شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار است. اما تفاضل میانگین پیش آزمون-پس آزمون دخترها در گروههای گواه و بهنجار اندکی بیشتر از پسرها است. جدول ۹ نتایج مقایسه تفاضل میانگین تعلل گروههای دختر و پسر را به روش پیگیری توکی نشان می‌دهد.



نمودار ۱. تعامل گروهها و جنسیت

جدول ۹. نتایج آزمون توکی بر روی تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون تعقل در گروهها

گروهها	شناختی - رفتاری دختر	شناختی - رفتاری پسر	مدیریت رفتار دختر	مدیریت رفتار پسر	گواه دختر	گواه پسر	بهنجار دختر	بهنجار پسر
شناختی - رفتاری دختر	-	-۲/۵۶	-۱/۹۲	-۲/۴	۱۰/۵۶*	۱۰/۷۲*	۱۰/۳۲*	۱۱/۲۸*
شناختی - رفتار پسر	-	-	۰/۶۴	۰/۱۶	۱۳/۱۲*	۱۳/۲۸*	۱۲/۸۸*	۱۳/۸۴*
مدیریت رفتار دختر	-	-	-	-۰/۴۸	۱۲/۴۸*	۱۲/۶۴*	۱۲/۲۴*	۱۳/۲*
مدیریت رفتار پسر	-	-	-	-	۱۲/۹۶*	۱۳/۱۲*	۱۲/۷۲*	۱۳/۶۸*
گواه دختر	-	-	-	-	-	۰/۱۶	-۰/۲۴	۰/۷۲
گواه پسر	-	-	-	-	-	-	-۰/۴	۰/۵۶
بهنجار دختر	-	-	-	-	-	-	-	۰/۹۶
بهنجار پسر	-	-	-	-	-	-	-	-

\*  $p < 0.001$

جدول ۱۰. خلاصه نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنی با اندازه‌گیریهای تکراری بر روی تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری دانش‌آموزان در چهار گروه پسر و دختر

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p
عامل	۰/۰۲۲	۱	۰/۰۲۲	۰/۰۰۴	۰/۹۵
عامل × گروهها	۵/۱۷	۳	۱/۷۲	۰/۲۸۱	۰/۸۴
عامل × جنسیت	۲/۴	۱	۲/۴	۰/۳۹۱	۰/۵۳
عامل × گروهها × جنسیت	۳۷/۷	۳	۱۲/۵۷	۲/۰۵	۰/۱۰۸
خطا	۱۱۷۷/۲	۱۹۲	۶/۱۳	-	-

### بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری در دو قسمت، شیوع و درمان، ارائه شده است.

#### الف. شیوع تعلل

با توجه به یافته‌های حاصل از شیوع مشخص شد که درصد بالایی از دانش‌آموزان دختر و پسر سال دوم دبیرستانهای شهر اهواز دچار عارضه تعلل هستند. برآورد میزان تعلل در کل جامعه دانش‌آموزان سال دوم ۱۵/۴ درصد می‌باشد که با بیشتر تحقیقات انجام شده دیگر درباره شیوع تعلل همخوانی دارد (هیل، هیل، چابوت و بارال<sup>۱</sup>، ۱۹۷۸؛ الیس و کنوس، ۲۰۰۲؛ اسکونبرگ، ۲۰۰۴). میزان شیوع تعلل در پژوهشهای مختلف خارجی بین ۲۰ تا ۷۰ درصد گزارش شده است (اسکونبرگ، ۲۰۰۴). شاید اختلاف میزان تعلل در دانش‌آموزان ایرانی، با گزارشهای جهانی، را بتوان تا اندازه‌ای با عوامل فرهنگی توجیه نمود. به نظر ون ارد (۲۰۰۳) در برخی فرهنگها ممکن است رفتاری شبیه به تعلل شیوه‌ای از زندگی مرسوم آن فرهنگ باشد و به عنوان مسئله تلقی نگردد، در حالی که در جوامعی که گرایشهای پیشرفت‌گرایانه دارند و افراد انتظار دارند تعهداتشان در زمانی مشخص برآورده شود، تعلل به عنوان

همان طور که در جدول ۹ مشاهده می‌شود. تفاضل میانگین نمره‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون تعلل دانش‌آموزان گروههای آزمایشی شناختی-رفتاری (دختر و پسر) و مدیریت رفتار (دختر و پسر) تفاوت معنی‌داری را با دانش‌آموزان گروههای گواه و بهنجار (دختر و پسر) نشان می‌دهند. در نتیجه فرضیه ۱ و ۲ تأیید می‌شوند. بین تفاضل میانگین نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون تعلل گروههای آزمایشی شناختی - رفتاری (دختر و پسر) و مدیریت رفتار (دختر و پسر) تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، در نتیجه فرضیه ۳ تأیید نمی‌شود.

جدول ۱۰ نتایج درون‌آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری را بر روی تفاضل میانگین نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پیگیری تعلل دانش‌آموزان دختر و پسر در چهار گروه آزمایشی، گواه و بهنجار نشان می‌دهد. همان طور که جدول ۱۰ نشان می‌دهد، اثر عاملها (تفاضل میانگین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و تفاضل میانگین پیش‌آزمون - پیگیری) معنی‌دار نیست. این بدان معنی است که زمان باعث از بین رفتن اثر نشده است و به عبارت دیگر، اثر آزمایش طی زمان پایدار باقی مانده است.

1- Hill, Hill, Chabot, & Barrall

هوربک، میچلسن، نیسکنز و دپرو<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) و ماندل<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) همسویی دارد، اما در هیچ کدام از پژوهشهای انجام شده نمره‌های دخترها و پسرها به صورت جداگانه تحلیل نشده‌اند و تعلل بدون توجه به جنسیت بررسی شده است. شاید یکی از دلایل عدم تفکیک جنسیت شیوع تقریباً برابر تعلل در هر دو جنس بوده است. همان طور که مشاهده شد در این پژوهش نیز اگر چه روش درمان شناختی- رفتاری، تعلل دانش‌آموزان پسر را نسبت به دانش‌آموزان دختر بیشتر کاهش داد، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

در خصوص تأثیر درمان مدیریت رفتار بر کاهش تعلل، نتایج نشان دادند که درمان مدیریت رفتار باعث کاهش تعلل در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه و بهنجار می‌شود. این یافته با نتایج پژوهشهای تاکمن و اسکونبرگ (۲۰۰۴) و اسکونبرگ (۲۰۰۴) همسویی دارند، اما در هیچ کدام از پژوهشهای انجام شده نمره‌های دخترها و پسرها به صورت جداگانه تحلیل نشده‌اند و

مسئله‌ای جدی‌تر تلقی شود. همچنین، نتایج نشان دادند که شیوع تعلل در پسرها اندکی بیشتر از دخترها می‌باشد. این نتیجه با برخی تحقیقات از جمله پژوهش فراتحلیلی استیل (۲۰۰۳) همخوانی دارد. در این پژوهش فراتحلیلی، میزان تعلل مردها اندکی بیش از زنها می‌باشد، که از نظر آماری معنی‌دار نیست. اما در برخی تحقیقات میزان تعلل دخترها و پسرها برابر (های کوک، مک کارتی و اسکی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸) و در برخی دیگر شیوع تعلل دخترها اندکی بیش از پسرها گزارش شده است (فراری و پتل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). لازم به ذکر است که تفاوت به دست آمده بین دخترها و پسرها، در این پژوهش، از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد.

#### ب: درمان

در مورد تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش تعلل، نتایج فرضیه اول نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش تعلل در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه و بهنجار می‌شود. این یافته، با نتایج پژوهشهای اسن و همکاران (۲۰۰۴)، واکر (۲۰۰۴)،

3- Horebeek, Michielsens, Neyskens, & Depreuw

4- Mandel

1- Haycok, MacCarthy, & Skay

2- Patel

تعلل بدون توجه به جنسیت بررسی شده است. همان طور که مشاهده شد در این پژوهش نیز اگر چه روش درمان مدیریت رفتار، تعلل دانش آموزان پسر را نسبت به دانش آموزان دختر بیشتر کاهش داد، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود.

در مورد فرضیه سوم تحقیق نتایج نشان داد که دو روش درمان شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار در میزان کاهش تعلل با یکدیگر تفاوت معنی دار ندارند و فرضیه تحقیق تأیید نشد. در تحقیقات گزارش شده، مقایسه‌ای بین دو روش شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار در کاهش تعلل انجام نگرفته است. اما یافته‌های پژوهشهای درمان شناختی- رفتاری اسن و همکاران (۲۰۰۴)، واکر (۲۰۰۴)، هوربک و دیگران (۲۰۰۴) و ماندل (۲۰۰۴) و درمان مدیریت رفتار تاکنن و اسکوونبرگ (۲۰۰۴) و اسکوونبرگ (۲۰۰۴) مؤید آن است که هر دو روش درمانی موجب کاهش تعلل می‌شوند. همان طور که مشاهده شد، در این پژوهش نیز اگر چه روش درمان مدیریت- رفتار تعلل دانش آموزان را نسبت به روش درمان شناختی- رفتاری بیشتر کاهش داد، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود.

برای بررسی اثر زمان در کاهش تعلل مقایسه‌ای بین پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری انجام شد که معنی دار نبود و فرضیه تحقیق تأیید شد، یعنی زمان باعث از بین رفتن اثر نشده است. به عبارت دیگر، اثر زمان طی یک دوره سه هفته‌ای پایدار مانده است. این یافته همسو با پژوهش اسن و دیگران (۲۰۰۴) است که عنوان می‌نماید، میزان تعلل طی هفت هفته بیش از یک انحراف معیار کاهش داشته و کاهش آن در زمان پیگیری نیز ادامه داشت. همچنین، با نتایج پژوهش پسیل و دیگران (۲۰۰۴)، که دریافتند میزان تعلل در پیش آزمون- پس آزمون کاهش معنی دار دارد اما در آزمون پیگیری کاهش معنی دار ندارد، مغایر است. به علاوه، مقایسه پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری، در پژوهش حاضر، نشان داد که میزان کاهش تعلل دخترها نسبت به پسرها طی زمان پایداری بیشتری دارد.

تحقیق فوق محدودیتهایی نیز داشته است که برخی از آنها به شرح زیرند:

- به دلیل شرایط محیط آزمایشی برای دخترها از درمانگر زن و برای پسرها از درمانگر مرد استفاده شد.

- به دلیل عدم امکان جابجایی دانش‌آموزان گروه‌های درمانی ۶ الی ۹ نفره تشکیل شد.
- برای تشخیص تعلل فقط از روش پرسشنامه استفاده شد. پیشنهاد می‌شود همزمان با پرسشنامه از روش‌های دیگری نظیر مصاحبه استفاده شود.
- با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود:
- به لحاظ تأثیر و کارایی فوق‌العاده روش‌های درمان شناختی-رفتاری و مدیریت رفتار در کاهش تعلل، توسط مسئولان آموزش و پرورش، برنامه‌های جامع و پیشگیرانه در جهت ترویج، انعکاس و آموزش این روشها، جهت ارتقاء سطح بهداشت روانی جامعه دانش‌آموزی تدوین و به طور کاربردی در سطح مدارس اجرا شود.
- به دلیل اهمیت خانواده و نقش آن در کاهش تعلل پیشنهاد می‌شود، برنامه‌های آموزشی برای خانواده‌ها از طریق مدارس و رسانه‌های جمعی در نظر گرفته شود.
- همچنین، راهکارها و روش‌های مقابله با تعلل به معلمان و مشاوران آموزش داده شود و در مراکز مشاوره و روان‌درمانی به کار گرفته شوند.

## منابع

### فارسی

- الیس، آلبرت و نال، ویلیام جیمز (۱۹۷۷). روانشناسی اهمال کاری. ترجمه: محمدعلی فرجاد (۱۳۸۲). انتشارات رشد.
- علامه، عاطفه (۱۳۸۴). بررسی روابط ساده و چند گانه عزت نفس، اضطراب اجتماعی، کمال‌گرایی و تعلل با عملکرد تحصیلی و اضطراب امتحان در دانش‌آموزان دختر سال اول دبیرستانهای اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- مقدس بیات، محمدرضا (۱۳۸۲). هنجاریابی آزمون سنجش اهمال کاری تاکنم برای دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد رودهن.

### لاتین

- Beck, T. A. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Blunt, A., & Pychyl, T. A. (1998). Volitional action and inaction in the lives of undergraduate students: State orientation, procrastination and proneness to boredom. *Journal of Personality and Individual Differences*, 24, 837-846.
- Burka, J. B., & Yuen, L. M. (1983). Procrastination: Why you do it, what to do about it. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Cambridge International Dictionary of English (2003). Cambridge University Press. Privacy Policy.
- Clark, J. L., & Hill, O. W. (1994). Academic procrastination among African-American college students. *Psychological Reports*, 75, 931-936.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The NEO Personality Inventory-Revised. Odessa, Psychological Assessment Resources.
- Day, V., Mensink, D., & O'Sullivan, M. (2000). Patterns of academic procrastination. *Journal of College Reading and Learning*, 30, 120-134.
- Ellis, A. (1973). Humanistic psychotherapy: The Rational-Emotive Approach. New York: McGraw-Hill.

- Ellis, A. (1994). Reason and emotion in psychotherapy (Rev. ed.). New York: Carol Publishing.
- Ellis, A., & Knaus, W. J. (1977). Overcoming procrastination. New York: Signet Books.
- Ellis, A., & Knaus, W. J. (2002). Overcoming procrastination (Rev. Ed). New York: New American Library.
- Essen, T. V., Heuvel, S. V. D., Ossebaard, M. (2004). A student course on self-management for procrastinators. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, and J. R. Ferrari (Eds.), Counseling the procrastinator in academic settings, 59-73. Published by American Psychological Association: Washington, DC 20002.
- Ferrari, J., & Emmons, R. A. (1995). Methods of procrastination and their relation to self-control and self-reinforcement: An exploratory study. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 135-142.
- Ferrari, J., Johnson, J. L., & McCown, W. G. (1995). Procrastination and task avoidance: Theory, research and treatment. New York: Plenum.
- Ferrari, J. R., & Olivette, M. J. (1993). Perceptions of parental control and the development of indecision among late adolescent females. *Adolescence*, 28, 963- 990.
- Ferrari, J. R., Parker, J. T., & Ware, C. B. (1992). Academic procrastination: Personality correlates with Myers-Briggs types, self-efficacy, and academic locus of control. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7, 495-502.
- Ferrari, J. R., & Pychyl, T. A. (2000). The scientific study of procrastination: Where have we been and where are we going? *Journal of Social Behavior and Personality*, 15, vii-viii.
- Ferrari, J. R., & Patel, T. (2004). Social comparisons by procrastinators: Rating peers with similar or dissimilar delay tendencies. *Journal of Personality and Individual Differences*, 37, 1493-1501.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., Hewitt, P. L., & Koledin, S. (1992). Components of perfectionism and procrastination in college students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 20, 85-94.
- Gallagher, R. P. (1992). Student needs surveys have multiple benefits. *Journal of College Student Development*, 33, 281-282.
- Gollwitzer, P. M., & Brandstatter, V. (1997). Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 186-199.
- Graham, S., MacArthur, C., & Schwartz, S. (1995). Effects of goal setting and procedural facilitation on the revising behavior and writing performance of

- students with writing and leaning problems. *Journal of Educational Psychology*, 87, 230-240.
- Harriot, J., & Ferrari, J. R. (1996). Prevalence of procrastination among samples of adults. *Psychological Reports*, 78, 611-616.
- Haycok, L. A. (1993). The cognitive mediation of procrastination: An investigation of the relationship between procrastination and self-efficacy beliefs. (doctoral dissertation University of Minnesota, 1993). *Dissertation Abstracts International*, 54, 2261.
- Haycok, L. A., MacCarthy, P., & Skay, C. L. (1998). Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling and Development*, 76, 317-324.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Hill, M. B., Hill, D. A., Chabot, A. E., & Barrall, J. F. (1978). A survey of college faculty and student procrastination. *College Student Personnel Journal*, 12, 256- 262.
- Horebeek, W. V., Michielsen, S., Neyskens, A., & Depreeuw, E. (2004). A cognitive- behavioral approach in group treatment of procrastinators in an academic setting. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the Procrastinator in Academic Settings*, 105-118. Published by American Psychological Association: Washington, DC, 20002.
- Lay, C. H. (1986). At last, my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality*, 20, 474-495.
- Lay, C. H., & Burns, P. (1991). Intentions and behavior in studying for an examination: The role of trait procrastination and its interaction with optimism. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 605-617.
- Lay, C. H., & Schouwenburg, H. C. (1993). Trait procrastination, time management, and academic behavior. *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 647-662.
- Mandel, H. P. (2004). Constructive confrontation: Cognitive-behavioral therapy with one type of procrastinating underachiever. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the Procrastinator in Academic Settings*, 119-131. Published by American Psychological Association: Washington, DC, 20002.
- McCown, W. (1986). Behavior of chronic college student procrastinators: An experimental study. *Social Science and Behavioral Documents*, 17, 133.
- McCown, W., Johnson, J., & Petzel, T. (1989). Procrastination a principal components analysis. *Journal of Personality and Individual Differences*, 10, 197- 202.

- Micek, L. (1982). Some problems of self-auto regulation of volitional processes in university students from the point of view of their mental health. **Sbornic Praci Filosoficke Fakulty Brnenske University**, 31, 51-70.
- Milgram, N. A., Batori, G., & Mowrer, D. (1993). Correlates of academic procrastination. **Journal of School Psychology**, 31, 478-500.
- Milgram, N., Mey-Tal, G., & Levison, Y. (1998). Procrastination, generalized or specific, in college students and their parents. **Journal of Personality and Individual Differences**, 25, 297-316.
- Newtons, S. (2004). Techniques to manage procrastination. Available in [www Newtonsodyssy.com/newton/success/procrast.htm](http://www.Newtonsodyssy.com/newton/success/procrast.htm).
- Onwuegbuzie, A. J. (2000). Academic procrastination and perfectionistic tendencies among graduate students. **Journal of Social Behavior and Personality**, 15, 103-110.
- Paunonen, S. V., & Ashton, M. C. (2001). Big-five predictors of academic achievement. **Journal of Research in Personality**, 35, 78-90.
- Potts, T. J. (1987). Predicting procrastination on academic tasks with self-report personality measures. (Doctoral Dissertation, Hofstra University, 1987). **Dissertation Abstracts International**, 48, 1543.
- Pychyl, T. A., & Binder, K. (2004). A project-analytic perspective on academic procrastination and intervention. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), **Counseling the Procrastinator in Academic Settings**, 149-165. Published by American Psychological Association: Washington, DC, 20002.
- Pychyl, T. A., Coplan, R. J., & Reid, P. A. (2002). Parenting and procrastination: Gender differences in the relations between procrastination, parenting style and self-worth in early adolescence. **Journal of Personality and Individual Differences**, 33, 271-285.
- Pychyl, T. A., Lee, J. M., Thibodeau, R., & Blunt, A. (2000). Five days of emotion: An experience sampling study of undergraduate student procrastination. **Journal of Social Behavior and Personality**, 15, 3-13.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. **Annual Review of Psychology**, 54, 25-53.
- Roth, R. M., Mauksch, H. O., & Peiser, K. (1967). The non-achievement syndrome, group therapy, & achievement change. **Personnel and Guidance Journal**, 46, 393-398.
- Sapadin, L. (1997). **It's about time! The six styles of procrastination & how to overcome them**. New York: Penguin.

- Scher, S. J., & Ferrari, J. R. (2000). The recall of completed and noncompleted tasks through daily logs to measure procrastination. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15, 255-266.
- Schouwenburg, H. C. (1993). Procrastinating and failure-fearing students in terms of personality-describing adjectives. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en Haar Grensgebieden*, 48, 43-44.
- Schouwenburg, H. C. (1997). Results of questionnaire among participants of skills courses taught by the academic assistance center of the University of Groningen from January 1995 to August 1996. Unpublished report, University of Groningen, the Netherlands.
- Schouwenburg, H. C. (2004). Procrastination in academic settings: General introduction. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the Procrastinator in Academic Settings*, 3-17. Published by American Psychological Association: Washington, DC, 20002.
- Schouwenburg, H. C., Lay, C. H., Pychyl, T. A., & Ferrari, J. R. (2004). *Counseling the personality in academic settings*. Published by American Psychological Association: Washington, DC, 20002.
- Schwarzer, R., Schmitz, G., & Diehl, M. (2000). Compensatory health beliefs. Scale Development and Psychometric Properties. Available in [www.psychology.mcgill.ca/perpg/fac/knaeuper/chb](http://www.psychology.mcgill.ca/perpg/fac/knaeuper/chb).
- Senecal, C., Lavoie, K., & Koestner, R. (1997). Trait and situational factors in procrastination. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 889-903.
- Skolyes, J. R. Sagan, D. (2002). *Up from dragons*. New York: McGraw-Hill.
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive- behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 503-509.
- Steel, P. (2003). *The nature of procrastination*. Haskayne. Ucalgary. Ca/research/working/ paper research/.../2003.
- Steel, P. (2004). Procrastination definition. Available in [www Procrastinus.com](http://www.Procrastinus.com).
- Stober, J., & Joormann, J. (2001). Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 49-60.
- The American Heritage (2000). *Dictionary of the English Language*: Fourth (Ed.).
- Tice, D. M., & Baumeister, R. F. (1997). Longitudinal study of procrastination, performance, stress and health: The costs and benefits of dawdling. *Psychological Science*, 8, 454-458.
- Topman, R. M., Kruse, D., Beijne, S. (2004). Digital coaching of procrastinators in an academic setting. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R.

- Ferrari (Eds.), *Counseling the Procrastinator in Academic Settings*, 133-148. Published by American Psychological Association: Washington, DC, 20002.
- Topman, R. M., & Stoutjesdijk, E. T. (1995). Now that you know, what are you going to do: Development of a short questionnaire and the effects of feedback on solving study problems. In H. C. Schouwenburg & J. T. Groenewoud (Eds.), *Studievaardigheid en leerstijlen*, 133-149. Groningen, the Netherlands: Wolters-Noordhof.
- Topman, R. M., & Stoutjesdijk, E. T. (1998). Personal expectations of first-year students and their approach to study problems. Unpublished report, University of Leiden, the Netherlands.
- Tuckman, B. W. (1991). The development and concurrent validity of the procrastination scale. *Educational and Psychological Measurement*, 51, 473-480.
- Tuckman, B. W., & Schouwenburg, H. C. (2004). Behavioral interventions for reducing procrastination among university students. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the Procrastinator in Academic Settings*, 91-103. Published by American Psychological Association: Washington, DC, 20002.
- Van Eerde, W. V. (1998). Work motivations and procrastination: Self-set goals and action avoidance. Unpublished Ph.D., Universiteit van Amsterdam.
- Van Eerde, W. V. (2003). A meta-analytically derived nomological network of procrastination. *Personality and Individual Differences*, 35, 1401-1418.
- Van Eerde, W. V. (2004). Procrastination in academic settings and the Big Five Model of Personality: A Meta-Analysis. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the Procrastinator in Academic Settings*, 29-38. Published by American Psychological Association: Washington, DC, 20002.
- Walker, L. J. S. (1988). Procrastination: Fantasies and fears. *Manitoba Journal of Counseling*, 25, 23-25.
- Walker, L. J. S. (2004). Overcoming the patterns of powerlessness that lead to procrastination. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the Procrastinator in Academic Settings*, 75-89. Published by American Psychological Association: Washington, DC, 20002.