

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان

امید توکلی^۱، صدیقه ابراهیمی^۲

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی، آمل، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی، آمل، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان انجام گرفت. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش آموزان متوسطه دوره دوم شهر چمستان در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود. نمونه های پژوهش شامل ۳۰ آزمودنی که به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شده بودند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. پرسشنامه هایی که جهت جمع آوری اطلاعات از گروه نمونه در نظر گرفته شده بود، عبارت بودند از: مقیاس انگیزش تحصیلی والرند و همکاران (۱۹۹۲)، پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲)، مقیاس ارزیابی تعلل ورزی سولمون و راث بلوم (۱۹۸۴) - نسخه ی دانش آموز (PASS). برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها از تحلیل کوواریانس به کمک نرم افزار SPSS-22 استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین های نمرات انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) یک روش موثر در افزایش انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و کاهش تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان است.

واژه های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی، تعلل ورزی تحصیلی

۱. مقدمه

آموزش و پرورش به عنوان یکی از مهم ترین نهادهای یک جامعه است که می تواند زمینه رشد همه جانبه افراد را فراهم کند. به طور کلی، پرورش استعدادهای فردی و تحکیم پایه های زندگی جمعی و ایجاد تفاهم میان افراد انسانی در سایه آموزش و پرورش صورت می گیرد (کالن؛ ۲۰۱۱). زندگی تحصیلی از مهم ترین دوره های زندگی فرد است که بر تربیت و یادگیری ثمربخش و موفقیت آمیز فرد تاثیر می گذارد و در آن جا لیاقت ها و توانایی ها به بار می نشیند و پیشرفت های علمی حاصل می شود. همان طور که می دانیم، بهبود کیفیت آموزشی و سرمایه گذاری بر روی منابع آموزشی و انسانی از عوامل مؤثر در توسعه همه جانبه کشورها محسوب می شود؛ زیرا دانش آموزان به واسطه پیشرفت تحصیلی به جایگاهی دست می یابند که از استعدادها و توانایی هایشان برای دستیابی به اهداف آموزش عالی استفاده نموده و شرایط اجتماعی موفقیت آمیزی را ایجاد می کنند. اما در زندگی روزانه ی تحصیلی، دانش آموزان با انواع چالش ها، موانع و فشارهای خاص این دوره (از جمله نمرات ضعیف، سطوح استرس، تهدید اعتماد به نفس در نتیجه عملکرد، کاهش انگیزش و تعامل و ...) مواجه می شوند. بنابراین، یافتن شرایط، عوامل و روش های مؤثر در جهت پیشرفت تحصیلی و نیز مجهز ساختن دانش آموزان به انواع توانمندی ها و امکانات که آنها را در برخورد با این چالش ها یاری رساند، از اهمیت اساسی برخوردار است. در همین راستا، متغیرهایی مانند انگیزش تحصیلی از جمله عواملی هستند که توجه متخصصان آموزش و پرورش و روان شناسان را به خود جلب کرده اند (آدولف و برگر؛ ۲۰۱۵).

۲. مبانی نظری و مروری بر مطالعات گذشته

انگیزش تحصیلی به عنوان یک متغیر محوری و اساسی در آموزش و پرورش، همواره مورد توجه پژوهشگران و متخصصان روان شناسی تربیتی بوده است؛ زیرا میزان تلاش و فعالیت هر دانش آموز در مسیر موفقیت به میزان و کیفیت انگیزش او بستگی دارد (دسی و رایان؛ ۲۰۰۰). از طرفی، باورهای خودکارآمدی که رفتارهای فرد برای سازگاری با موقعیت های ناشناخته و میزان مقاومت فرد در مواجهه با مشکلات و شکست ها را تحت تأثیر قرار می دهد (ژاکل^۴ و همکاران، ۲۰۱۲)، پایه اصلی و محور انگیزه انسان محسوب می شوند و به میزان بهره مندی افراد از این باورها، احتمال موفقیت آنها را در انجام کارها بالا می برد (خواجه و حسین چاری، ۱۳۹۰). از سوی دیگر، خودکارآمدی به گونه ضعیفی با تعلل ورزی مرتبط است. تعلل ورزی با توجه به پیچیدگی ها و مولفه های شناختی، عاطفی و رفتاری آن، تظاهرات گوناگونی دارد؛ از جمله، تعلل ورزی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱Cullen, K

^۲Adolph, K. E., & Berger, S. E

^۳Deci, E. L., & Ryan, R. M

^۴Jaekel. D

تحصیلی (هیل^۵، هیل^۶، چابوت^۷ و بارال^۸؛ ۱۹۸۷)، تعلل ورزی در تصمیم گیری^۹ (ایفرت^{۱۰} و فراری^{۱۱}؛ ۱۹۸۹)، تعلل ورزی روان رنجورانه^{۱۲} (الیس^۳ و ناوس^۴؛ ۱۹۷۹) و تعلل ورزی وسواس گونه^{۱۳} (فراری، ۱۹۹۱). اما متداول ترین شکل آن تعلل ورزی تحصیلی است (مون^{۱۴} و ایلینگ برگ^{۱۵}؛ ۲۰۰۵). راث بلوم^{۱۶}، سولمون^{۱۷} و موراکامی^{۱۸} (۱۹۸۶) این نوع تعلل ورزی را تمایل غالب و همیشگی فراگیران برای به تعویق انداختن فعالیت های تحصیلی تعریف نموده اند که تقریباً همیشه با اضطراب توأم است.

لذا با توجه به اهمیت موضوع و نقش آن در توسعه همه جانبه کشور، استفاده از روش های درمانی که در افزایش انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و کاهش تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان موثر افتد، از اهمیت بسزایی برخوردار است. یکی از این روش های درمانی که اثربخشی آن در درمان های اضطراب، افسردگی (الهایی، لوین، اوبرین و آرمویور^{۱۹}؛ ۲۰۱۸؛ بوتلر، بودن، اولینو، موریسون، هیمبرگ^{۲۰}؛ ۲۰۱۸؛ هافمن و گومز^{۲۱}؛ ۲۰۱۷؛ اسپیک و همکاران، ۲۰۱۳؛ طالبی زاده و همکاران، ۲۰۱۳، ۱۳۹۱)، کاهش استرس (کورنر و وایت، ۲۰۱۴)، شناخت، عملکرد تحصیلی، رفتار و کارکرد اجتماعی-هیجانی دانش آموزان (برندی، میچل، ورنیکا و کریستین^{۲۲}؛ ۲۰۱۵؛ زمانی امیر زکریا، فضیلت پور و توحیدی، ۱۳۹۷) به اثبات رسیده است، شناخت

^۱Hill, M

^۲Hill, D

^۳Chabot, A

^۴Barrall, J

^۵Decisional Procrastination

^۶Effert, B

^۷Ferrari, J

^۸Neurotic Procrastination

^۹Ellis, A

^{۱۰}Knaus, W. J

^{۱۱}Compulsive procrastination

^{۱۲}Moon, S. M

^{۱۳}Illingworth, A. J

^{۱۴}Rothblum, E. D

^{۱۵}Solomon, L. J

^{۱۶}Murakami, J

^{۱۷}Elhai, Levine, O'Brien & Armour

^{۱۸}Butler, Boden, Olino, Morrison & Heimberg

^{۱۹}Hofmann & Gómez

^{۲۰}Brandy, Michael, Veronica & Kristen



درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، اصطلاحی است برای روش های درمانی مبتنی بر فنون شکل دهی رفتار و هم چنین، رویه هایی برای تغییر باورهای غیر انطباقی (کارول^۵ و اون کن، ۲۰۰۹). در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آنها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ هایی که آنها معمولاً بر می انگیزانند، جدا کند و در نهایت معنای آنها را تغییر دهد (سگال^۷ و همکاران، ۲۰۰۲).

۱-۲. مطالعات پیشین

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در طی پژوهش های ترابی و همکاران (۱۳۹۷) که به پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر رویکرد ذهن آگاهی بر اهمال کاری و کمال گرایی افراد مبتلا به اضطراب؛ منصوری (۱۳۹۷) که به پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی، اهمال کاری تحصیلی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان؛ میرمهدی و رضاعلی (۱۳۹۷) با پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲؛ شاه مرادی طباطبایی و انصاری شهیدی (۱۳۹۶) که پژوهشی با هدف اثربخشی ذهن آگاهی بر انگیزش پیشرفت دختران دوره متوسطه؛ سپهری شاملو، هامپا، مشهدی و برومند (۱۳۹۵) که پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش گروهی آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی تجربه های مثبت؛ کرامتی و معرفتی (۱۳۹۵) با پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان؛ رضایی تپه (۱۳۹۵) با پژوهشی با عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی عمومی و اضطراب امتحان دانش آموزان دبیرستانی؛ محمدی (۱۳۹۲) با پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش مهارت های ذهن آگاهی بر هیجانات تحصیلی دانش آموزان؛ برندی^۸ و همکاران (۲۰۱۵) که به بررسی تاثیر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر شناخت، عملکرد تحصیلی، رفتار و عملکرد اجتماعی-هیجانی دانش آموزان؛ بریتون، شاهار، سزیپسین ول و جاکوب^۹ (۲۰۱۲) که به پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر واکنش های عاطفی در استرس اجتماعی پرداختند، موثر افتاده و به اثبات رسیده است. بنابراین، با توجه به آنچه که گفته شد، پژوهش حاضر از طریق اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به دنبال پاسخ گویی به این سوال است که آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و تعلق ورزی تحصیلی دانش آموزان موثر است؟

۳. روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش آموزان متوسطه دوره دوم شهر چمستان در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ هستند. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای است؛ یعنی افراد جامعه با توجه به سلسله مراتبی از انواع واحدهای جامعه انتخاب می شوند؛ به این

^۵Carroll, K. M

^۶Önken, L. S

^۷Segal, Z. V

^۸Brandy, R

^۹Britton, Shahar, Szepsenwol & Jacobs

صورت که ابتدا شهر چمستان به پنج ناحیه ی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم گشته و از هر ناحیه یک مدرسه و از هر مدرسه دو کلاس، به صورت تصادفی انتخاب و از هر کلاس ۲۰ نفر گزینش می شوند. سپس، پرسشنامه های انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی بر روی آنها اجرا و تعداد ۳۰ نفر از آنها که نمرات یک انحراف معیار پایین تر از میانگین در پرسشنامه های انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی و یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه تعلل ورزی تحصیلی کسب نموده اند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین می شوند. گروه آزمایش به مدت دو ماه (۸ جلسه دو ساعته (هفته ای یک جلسه)) در دوره شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) شرکت کردند، در حالی که آزمودنی های گروه کنترل دست نخورده باقی ماندند. بعد از اتمام شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) برای گروه آزمایش، هر دو گروه آزمایش و کنترل توسط پرسشنامه هایی که جهت سنجش متغیر وابسته (انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی) به عنوان پیش آزمون داده شده بود، مجدداً پس آزمون گردیدند.

۱-۳. ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از مقیاس انگیزش تحصیلی والرند و همکاران، پرسشنامه باورهای خودکارآمدی شرر و همکاران و مقیاس ارزیابی تعلل ورزی سولمون و راث بلوم استفاده شد.

مقیاس انگیزش تحصیلی: مقیاس انگیزش تحصیلی یک ابزار خود گزارشی است که توسط والرند و همکاران (۱۹۹۲) بر اساس نظریه خود تعیین گری دسی و رایان^۱ (۱۹۸۰) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۸ گویه و سه خرده مقیاس انگیزش درونی^۲، انگیزش بیرونی^۳ و بی انگیزشی^۴ است. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) مشخص سازد که هر یک از گویه ها تا چه حد دلیل رفتن وی به مدرسه یا دانشگاه هستند. حداقل نمره در خرده مقیاس های انگیزش بیرونی و درونی، ۱۲ و حداکثر نمره، ۶۰ و برای خرده مقیاس بی انگیزشی حداقل نمره، ۴ و حداکثر نمره، ۲۰ است. والرند و همکاران (۱۹۹۲) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ با ارزش ۰/۸۰ تایید کرده اند. هم چنین، روایی سازه ای این مقیاس نیز از روش تحلیل عاملی تاییدی، بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۴ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲): نسخه اصلی آزمون ۳۶ ماده بوده که بر اساس تحلیل های انجام شده، ماده هایی که هر یک از عوامل اجتماعی و عمومی بار ۰/۴۰ را داشتند، باقی ماندند. بر این اساس، ۱۳ ماده که دارای این ویژگی نبودند، حذف و آزمون به ۲۳ ماده کاهش یافت. از این ۲۳ ماده، ۱۷ ماده خودکارآمدی عمومی را می سنجد که میانگین آنها ۱۲/۰۸ بود. در این پرسشنامه، به هر ماده از یک تا پنج (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) امتیاز تعلق می گیرد. به طور کلی، این پرسشنامه شامل ۱۷ ماده است که ماده های شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ و بقیه از چپ

^۱Vallerand.

^۲Deci & Ryan

^۳Intrinsic Motivation

^۴Extrinsic Motivation

^۵demotivation

^۶Construct

به راست، امتیازشان افزایش می یابد. مجموع امتیاز نیز از ۱۷ تا ۸۵ متغیر است. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ، برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ و به دست آمد (مژدهی، ۱۳۸۲).

مقیاس ارزیابی تعلل ورزی - نسخه ی دانش آموز (PASS): برای سنجش تعلل ورزی تحصیلی از پرسشنامه ۲۷ گویه ای سولمون و راث بلوم (۱۹۸۴) استفاده شد. این مقیاس، تعلل ورزی تحصیلی را در سه حوزه آماده شدن برای امتحان، آماده کردن تکالیف درسی و آماده کردن مقالات پایان نیمسال تحصیلی مورد بررسی قرار می دهد. پاسخ سوالات پرسشنامه در مقیاس لیکرت، از هرگز (نمره ۱) تا همیشه (نمره ۵) محاسبه می شود. در این مقیاس، سوالات ۲، ۴، ۶، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۳، ۲۵ به صورت وارونه نمره گذاری می شوند. این پرسشنامه توسط جوکار و دلاورپور (۱۳۸۶) به فارسی ترجمه شده و روایی آن به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۸۸ به دست آمده است.

۲-۳. اجرای مراحل درمانی MBCT

روش مداخله ی محقق در پژوهش حاضر بر محتوای جلسات الگوی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (۲۰۰۲) استوار بود.

جلسه اول (هدایت خودکار): خوردن کشمش ذهن آگاه، تمرین وارسی بدن. تکلیف خانگی: انجام ذهن آگاه یک فعالیت روزمره به مدت شش روز در هفته و تمرین وارسی بدنی هر روز.

جلسه دوم (رویارویی با موانع): تمرین افکار و احساسات. تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند.

جلسه سوم (تکنیک تنفس): تمرین مراقبه نشسته، راه رفتن ذهن آگاه. تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند، تمرین تنفس و کشش در روز های فرد هفته و تمرین حرکت با حالت ذهن آگاهانه در روزهای زوج هفته.

جلسه چهارم (ماندن در زمان حال): مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته. تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای نه تنها سه بار در روز، بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می شوند.

جلسه پنجم (مجوز حضور): مراقبه نشسته. تکلیف خانگی: تمرین مراقبه ی نشسته هدایت شده.

جلسه ششم (افکار حقایق نیستند): مراقبه نشسته تجسم، تمرین تغییر خلق و افکار. تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای نه تنها سه بار در روز، بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می شوند.

جلسه هفتم (مراقبت از خود): مراقبه نشسته، اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت. تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای نه تنها سه بار در روز، بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می شوند.

جلسه هشتم (استفاده از آموخته ها): تمرین وارسی بدنی، بازنگری مطالب گذشته، برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم به کل جریان زندگی.

۴. تحلیل داده ها

نتایج حاصل از اجرای پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر روی دو گروه کنترل و آزمایش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به شرح زیر ارائه شده است. در این پژوهش، برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس به کمک نرم افزار آماری SPSS-22 استفاده شده است.

۴-۱. داده های توصیفی

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی

متغیرها	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
انگیزش درونی	آزمایش	۱۵	۲۰/۰۶	۴/۸۳	۳۹/۹۳	۱۰/۳۰
	کنترل	۱۵	۲۲/۸۰	۵/۸۸	۲۴/۳۳	۶/۷۱
انگیزش بیرونی	آزمایش	۱۵	۲۵/۲۰	۵/۴۹	۳۳/۶۶	۶/۵۵
	کنترل	۱۵	۲۲/۲۰	۶/۹۷	۲۲/۴۰	۷/۱۳
بی انگیزشی	آزمایش	۱۵	۱۴/۴۶	۲/۰۶	۹/۴۰	۲/۷۹
	کنترل	۱۵	۱۳/۸۶	۳/۱۵	۱۴/۲۶	۳/۱۹
خودکارآمدی	آزمایش	۱۵	۲۷/۳۳	۷/۰۰۶	۳۹/۲۶	۹/۹۸
	کنترل	۱۵	۲۵/۷۳	۴/۹۹	۲۶/۲۰	۵/۵۸
تعلل ورزی تحصیلی	آزمایش	۱۵	۶۹/۰۶	۹/۱۲	۴۴/۷۳	۱۰/۷۲
	کنترل	۱۵	۶۳/۵۳	۶/۴۷	۶۵/۵۳	۷/۰۶
تعلل در امتحان	آزمایش	۱۵	۲۷/۲۰	۴/۷۵	۱۶/۹۳	۴/۸۰
	کنترل	۱۵	۲۵/۲۶	۴/۱۴	۲۶/۹۳	۴/۱۳
تعلل در تکالیف	آزمایش	۱۵	۴۱/۸۶	۵/۷۳	۲۷/۸۰	۷/۲۱
	کنترل	۱۵	۳۸/۲۶	۴/۱۸	۳۸/۶۰	۴/۶۸

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می کنید، در پیش آزمون، نمرات مولفه های انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و مولفه های تعلل ورزی تحصیلی در دو گروه تفاوت چندانی ندارد. هم چنین، مشاهده می شود که در گروه آزمایش، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، میانگین نمرات مولفه های انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و مولفه های تعلل ورزی تحصیلی تغییر قابل ملاحظه ای داشته است، در حالی که میانگین این نمرات در گروه کنترل، در پیش آزمون و پس آزمون، تفاوت چشمگیری نداشته است.

۲-۴. داده های استنباطی

یکی از پیش فرض های استفاده از آزمون های پارامتریک، فرض نرمال بودن توزیع نمرات نمونه در جامعه است. در این پژوهش، برای آزمودن این فرضیه از آزمون شاپیرو-ویلک^{۲۷} استفاده گردید. از آنجا که سطح معنی داری به دست آمده در آزمون شاپیرو-ویلک، در متغیر های پژوهش، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می باشد، در نتیجه می توان گفت که توزیع متغیر های مورد بررسی در نمونه آماری، داری توزیع نرمال می باشد و می توانیم فرضیه های پژوهش را از طریق آزمون های پارامتریک مورد آزمون قرار دهیم.

فرضیه اول: «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش انگیزش تحصیلی دانش آموزان موثر است.»

جهت بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر مولفه های انگیزش تحصیلی، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است. قبل از بکارگیری این آزمون، مفروضه های این آزمون به وسیله همگنی شیب رگرسیون، آزمون ام باکس و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج همگنی شیب رگرسیون بین متغیر کمکی (پیش آزمون مولفه های انگیزش تحصیلی) و وابسته (پس آزمون مولفه های انگیزش تحصیلی) در سطوح عامل (گروه های آزمایش و کنترل) نشان داد که تعامل پیش آزمون ها و پس آزمون های مولفه های انگیزش تحصیلی در گروه معنی دار نیست. بنابراین، فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. سطح معنی داری آزمون همگنی شیب رگرسیون برای مولفه انگیزش درونی ($F=0/616$ و $P=0/549$)، انگیزش بیرونی ($F=0/352$ و $P=0/707$) و بی انگیزشی ($F=0/943$ و $P=0/943$) بود. هم چنین، برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس مولفه های انگیزش تحصیلی در گروه های مورد پژوهش نیز از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج حاصله از آزمون باکس، دارای مقدار سطح معناداری ۰/۶۸۴ ($p > 0/05$) می باشد که نشان می دهد شرط همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس به خوبی رعایت شده است ($F=0/657$ و $P > 0/05$). برای بررسی پیش فرض برابری واریانس های مولفه های انگیزش تحصیلی در گروه های مورد پژوهش نیز، از آزمون لوین استفاده شد. براساس آزمون لوین، فرض صفر برای برابری واریانس های نمرات دو گروه در مولفه های انگیزش تحصیلی در پس آزمون تایید می شود؛ یعنی پیش فرض برابری واریانس های نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون برای مولفه های انگیزش تحصیلی تایید شد. سطح معنی داری آزمون لوین برای مولفه انگیزش درونی ($F=2/555$ و $P=0/121$)، انگیزش بیرونی ($F=3/662$ و $P=0/066$) و بی انگیزشی ($F=0/113$ و $P=0/740$) بود.

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون های باکس، لوین و همگنی شیب رگرسیون، تحلیل کوواریانس چند متغیری برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت که نتایج به دست آمده در جدول زیر قابل مشاهده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه های انگیزش تحصیلی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر پیلابی	۰/۷۳۰	۲۰/۶۸۷	۲۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰
لامبدای ویلکز	۰/۲۷۰	۲۰/۶۸۷	۲۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰

^{۲۷}Shapiro-Wilk

اثر هتلینگ	۲/۶۹۸	۲۰/۶۸۷	۲۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰
آزمون بزرگترین ریشه	۲/۶۹۸	۲۰/۶۸۷	۲۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، سطوح معنی داری همه آزمون ها بیانگر آن هستند که بین آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل، دست کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مولفه های سه گانه انگیزش تحصیلی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). بنابراین، برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام یک از مولفه های انگیزش تحصیلی بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد. نتایج حاصل در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی نمرات پس آزمون مولفه های انگیزش تحصیلی در دو گروه

منابع	پس آزمون	SS	df	MS	F	معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	انگیزش درونی	۲۲۰۶/۷۲۸	۱	۲۲۰۶/۷۲۸	۵۱/۲۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲	۱/۰۰۰
	انگیزش بیرونی	۴۱۹/۵۳۹	۱	۴۱۹/۵۳۹	۳۵/۸۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹	۱/۰۰۰
	بی انگیزشی	۱۶۲/۷۲۸	۱	۱۶۲/۷۲۸	۵۲/۹۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷۹	۱/۰۰۰
خطا	انگیزش درونی	۱۰۷۵/۸۲۹	۲۵	۴۳/۰۳۳	-	-	-	-
	انگیزش بیرونی	۲۹۲/۳۳۲	۲۵	۱۱/۶۹۳	-	-	-	-
	بی انگیزشی	۷۶/۸۱۶	۲۵	۳/۰۷۳	-	-	-	-

همان طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است، بین میانگین های نمرات انگیزش درونی، انگیزش بیرونی و بی انگیزشی شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) موجب افزایش انگیزش درونی، انگیزش بیرونی و کاهش بی انگیزشی شده است. میزان تاثیر انگیزش درونی ۶۷/۲ درصد، انگیزش بیرونی ۵۸/۹ درصد و بی انگیزشی ۶۷/۹ درصد در مرحله پس آزمون بوده است.

فرضیه دوم: «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خودکارآمدی دانش آموزان موثر است.»

جهت بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر افزایش خودکارآمدی دانش آموزان، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است. قبل از بکارگیری این آزمون، مفروضه های این آزمون به وسیله آزمون همگنی شیب رگرسیون و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج همگنی شیب رگرسیون بین متغیر کمکی (پیش آزمون خودکارآمدی) و وابسته (پس آزمون خودکارآمدی) در سطوح عامل (گروه های آزمایش و کنترل) نشان داد که تعامل گروه با پیش آزمون به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($0/05 > P$). بنابراین، از مفروضه همگنی شیب رگرسیون تخطی نکرده ایم. سطح معنی داری آزمون همگنی شیب رگرسیون برای متغیر خودکارآمدی ($F = 0/228$ و $P = 0/637$) بود. هم چنین، برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس خودکارآمدی در گروه های مورد پژوهش نیز، از آزمون لوین استفاده شد. بر اساس این آزمون مقدار سطح معناداری بزرگتر از $0/05$ است که نشان می دهد که از مفروضه برابری واریانس تخطی نکرده ایم. با توجه به همگنی شیب رگرسیون و برابری واریانس، می توان از

تحلیل کوواریانس تک متغیری برای تحلیل داده ها استفاده کرد. سطح معنی داری آزمون لوین برای متغیر خودکارآمدی ($F=4/061$ و $P=0/054$) بود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت بررسی تاثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات خودکارآمدی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش آزمون	۱۴۰۹/۲۸۲	۱	۱۴۰۹/۲۸۲	۹۰/۱۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۰	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۹۲۳/۸۱۶	۱	۹۲۳/۸۱۶	۵۹/۰۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶	۱/۰۰۰
خطا	۴۲۲/۰۵۲	۲۷	۱۵/۶۳۲	-	-	-	-

همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، بین میانگین نمرات خودکارآمدی برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($F_{(1,37)} = 59/099$ و $P < 0/01$). بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) موجب افزایش خودکارآمدی دانش آموزان شده است. میزان این تاثیر در مرحله پس آزمون ۶۸/۶ درصد بوده است.

فرضیه سوم: «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان موثر است.»

جهت بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر مولفه های تعلل ورزی تحصیلی، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است. قبل از بکارگیری این آزمون، مفروضه های این آزمون به وسیله همگنی شیب رگرسیون، آزمون ام باکس و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج همگنی شیب رگرسیون بین متغیر کمکی (پیش آزمون مولفه های تعلل ورزی تحصیلی) و وابسته (پس آزمون مولفه های تعلل ورزی تحصیلی) در سطوح عامل (گروه های آزمایش و کنترل) نشان داد که تعامل پیش آزمون ها و پس آزمون های مولفه های تعلل ورزی تحصیلی در گروه معنی دار نیست. بنابراین، فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. سطح معنی داری آزمون همگنی شیب رگرسیون برای مولفه تعلل در امتحان ($F=2/199$ و $P=0/133$)، تعلل در تکالیف ($F=0/286$ و $P=0/754$) و تعلل ورزی تحصیلی ($F=1/100$ و $P=0/304$) بود. هم چنین، برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس مولفه های تعلل ورزی تحصیلی در گروه های مورد پژوهش نیز، از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج حاصله از آزمون باکس، دارای مقدار سطح معناداری $0/465$ ($P > 0/05$) می باشد که نشان می دهد، شرط همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس به خوبی رعایت شده است ($F = 0/853$ و $P > 0/05$). برای بررسی پیش فرض برابری واریانس های مولفه های تعلل ورزی تحصیلی در گروه های مورد پژوهش نیز، از آزمون لوین استفاده شد. در این آزمون، فرض صفر برای برابری واریانس های نمرات دو گروه در مولفه های تعلل ورزی تحصیلی در پس آزمون تایید می شود؛ یعنی پیش فرض برابری واریانس های نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون برای مولفه های تعلل ورزی تحصیلی تایید شد. سطح معنی داری آزمون لوین برای مولفه تعلل در امتحان ($F=3/091$ و $P=0/090$)، تعلل در تکالیف ($F=0/662$) و $P=0/423$ و تعلل ورزی تحصیلی ($F=1/755$ و $P=0/196$) بود.

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون های باکس، لوین و همگنی شیب رگرسیون، تحلیل کوواریانس چند متغیری برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت که نتایج به دست آمده در جدول زیر قابل مشاهده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه های تعلل ورزی تحصیلی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی فرضیه	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر پیلابی	۰/۷۷۸	۴۳/۸۴۰	۲۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
لامبدای ویلکز	۰/۲۲۲	۴۳/۸۴۰	۲۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
اثر هتلینگ	۳/۵۰۷	۴۳/۸۴۰	۲۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
آزمون بزرگترین ریشه	۳/۵۰۷	۴۳/۸۴۰	۲۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود، سطوح معنی داری همه آزمون ها بیانگر آن هستند که بین آزمودنی های گروه آزمایش و گروه کنترل، دست کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مولفه های سه گانه تعلل ورزی تحصیلی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). بنابراین، برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام یک از مولفه های تعلل ورزی تحصیلی بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی نمره های پس آزمون مولفه های تعلل ورزی تحصیلی در دو گروه

منابع	پس آزمون	SS	df	MS	F	معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	تعلل در امتحان	۸۳۱/۱۸۱	۱	۸۳۱/۱۸۱	۷۷/۰۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۸	۱/۰۰۰
	تعلل در تکالیف	۱۳۰۱/۸۹۲	۱	۱۳۰۱/۸۹۲	۸۵/۰۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶۵	۱/۰۰۰
	تعلل ورزی تحصیلی	۴۱۹۱/۳۷۴	۱	۴۱۹۱/۳۷۴	۹۲/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۳	۱/۰۰۰
خطا	تعلل در امتحان	۲۸۰/۳۷۳	۲۶	۱۰/۷۸۴	-	-	-	-
	تعلل در تکالیف	۳۹۸/۱۴۴	۲۶	۱۵/۳۱۳	-	-	-	-
	تعلل ورزی تحصیلی	۱۲۲۹/۹۵۳	۲۶	۴۵/۵۵۴	-	-	-	-

همان طور که در جدول ۶ نشان داده شده است، بین میانگین های نمرات تعلل در امتحان، تعلل در تکالیف و تعلل ورزی تحصیلی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش تعلل در امتحان، تعلل در تکالیف و تعلل ورزی

تحصیلی شده است. میزان تاثیر تعلل در امتحان ۷۴/۸ درصد، تعلل در تکالیف ۷۶/۵ درصد و تعلل ورزی تحصیلی ۷۷/۳ درصد در مرحله پس آزمون بوده است.

۵. بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان انجام گرفت و نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و کاهش تعلل ورزی شده است که در زیر به تبیین هر یک از موارد فوق می پردازیم.

طبق نتایج حاصله، بین میانگین های نمرات انگیزش درونی، انگیزش بیرونی و بی انگیزشی شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و کنترل) در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) موجب افزایش انگیزش درونی، انگیزش بیرونی و کاهش بی انگیزشی شده است. این یافته با پژوهش های میرمهدهی و رضاعلی (۱۳۹۷) که نشان دادند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان تاثیر دارد؛ شاه مرادی طباطبایی و انصاری شهیدی (۱۳۹۶) که نشان دادند ذهن آگاهی بر انگیزش پیشرفت دختران دوره متوسطه تاثیر دارد؛ محمدی (۱۳۹۲) که نشان داد آموزش مهارت های ذهن آگاهی بر هیجانات تحصیلی دانش آموزان تاثیر دارد؛ برندی و همکاران (۲۰۱۵) که نشان دادند مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر شناخت، عملکرد تحصیلی، رفتار و عملکرد اجتماعی-هیجانی دانش آموزان تاثیر دارد، همخوان است.

در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش تحصیلی دانش آموزان می توان گفت که ذهن آگاهی شامل تمرین مولفه هایی است که بیماران را در جهت تمرکز زدایی سوق می دهد. بیماران در برنامه ذهن آگاهی، تمرکز زدایی از افکار و هیجانات (یا هر چیز دیگری که ممکن است رخ دهد) را در طول جلسات مراقبه تمرین می کنند. این جلسات، شخص را قادر می سازد تا تمرکز زدایی را در یک محیط کنترل شده، معمولاً در حالت نشسته با چشم های بسته در فضایی آرام تمرین کند. وقتی مهارت تمرین شود، پذیرش تسهیل می گردد (بائر و همکاران، ۲۰۰۶) و در نتیجه، موجب بهبود انگیزش تحصیلی می گردد. هم چنین، این یافته ها را می توان این گونه نیز تبیین کرد که ذهن آگاهی یک عامل زیر بنایی مهم برای رسیدن به رهایی است؛ زیرا روشی موثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای ذهنی خود فرد می باشد. بنابراین، اهمیت مدیریت کردن بر ذهن بیش از پیش نمایان می شود. ذهن آگاهی راه کاری موثر برای دستیابی به حداکثر توانمندی ذهن و مدیریت بر آن است. ذهن آگاهی یا حضور ذهن به معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه ها است، به طوری که بهتر بتوانیم آنها را مدیریت و تنظیم کنیم.

هم چنین، نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات خودکارآمدی برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) موجب افزایش خودکارآمدی دانش آموزان شده است. این یافته با پژوهش های رضایی تپه (۱۳۹۵) که نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی عمومی و اضطراب امتحان دانش آموزان دبیرستانی تاثیر دارد؛ کرامتی و معرفتی (۱۳۹۵) مبنی بر این که آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد موثر است؛ سپهری شاملو و همکاران (۱۳۹۵) که نشان دادند آموزش گروهی آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی تجربه های مثبت تاثیر دارد؛ مالیونیسکی و لیم (۲۰۱۵) که نشان دادند ذهن آگاهی بر خودکارآمدی موثر است، همخوان است.

اثر آموزش توجه آگاهی بر خودکارآمدی به طور واضحی همخوان با این عقیده است که اصلاح مستقیم پردازش های توجهی می تواند، منجر به تغییرات هم زمان در باورهای ناکارآمد شود. این اثر به طور روشنی به دیدگاه پویای شناخت در اختلال های روانشناختی مربوط می شود. چندین مکانیسم می توانند زیر بنای اثربخشی بالینی آموزش کنترل توجه شوند که

شامل کم رنگ شدن توجه متمرکز بر خود، قطع راهبردهای پردازش مبتنی بر نگرانی و نشخوار فکری، افزایش کنترل اجرایی بر پردازش و توجه و تقویت شیوه فراشناختی پردازش هستند. کم شدن توجه متمرکز بر خود در اختلال های هیجانی، احتمالاً به این دلیل مفید خواهد بود که شدت پاسخ های جسمانی و عاطفی درک شده را کاهش می دهد. استفاده از رویکردهای توجهی مثل آموزش کنترل توجه، نشان می دهد که چنین پاسخ هایی بدون خطر هستند و بایستی نادیده گرفته شوند. این رویکرد نه تنها توجه را از حالت جسمانی و هیجانی دور می سازد، بلکه در حالت های هیجانی، توجه انتخابی به افکار منفی را نیز کاهش می دهد. آموزش کنترل توجه، اثرات درمانی خود را از طریق قطع فعالیت های پردازشی مداوم نگرانی و نشخوار فکری اعمال می کند. قطع این پردازش ها فوایدی در بر دارد. اولاً؛ نگرانی و نشخوار فکری ممکن است با حفظ الگوهای ناکارآمد توجه و بازبایی حافظه ارتباط داشته باشند و موجب حفظ ارزیابی های تهدید و باورهای منفی شوند. نشخوار فکری در مورد جنبه های ناتمام موقعیت فعلی فرد، ممکن است با بازبایی و یادآوری شکست ها و ناکامی های گذشته همراه شود. بنابراین، پردازش های مبتنی بر نشخوار فکری و نگرانی ممکن است موجب گیر افتادن فرد در درون شکل بندی های پردازشی منفی شوند که باورها و تفسیرهای منفی را حفظ می کنند. ثانیاً؛ قطع پردازش مداوم توسط آموزش کنترل توجه، فرایند چرخه ای این پردازش ها را از بین می برد و باعث آزاد سازی ظرفیت توجهی برای دیگر عملیات های پردازشی می گردد که برای شکل گیری پردازش های کنترل اجرایی، ایجاد اطلاعات عدم تاییدی بالقوه و جدید لازم هستند. احتمالاً تحت چنین شرایطی توجه، انعطاف پذیرتر می شود و کمتر به الگوهای خاص دانش ناکارآمد محدود می گردد. کنترل بهبود یافته به شخص اجازه می دهد که دانش ناکارآمد خود را اصلاح کند و محرک های بالقوه تهدید کننده را پردازش کند، بدون آن که شکل گیری ناکارآمد شناختی و یا پردازش های شناختی سوء گیرانه ایجاد شود (ولز، ۲۰۰۰؛ ترجمه بهرامی و رضوان، ۱۳۸۵).

هم چنین، نتایج حاصله نشان داد که بین میانگین نمرات تعلل ورزی تحصیلی برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) موجب کاهش تعلل ورزی تحصیلی، تعلل در امتحان و تعلل در تکالیف شده است. این یافته با پژوهش های علی خانه و عزیزی مقدم (۱۳۹۷)، مصطفی زاده و همکاران (۱۳۹۷) و طاهری و سجادیان (۱۳۹۷) که نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان می شود؛ ترابی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر این که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر رویکرد ذهن آگاهی بر اهمال کاری تاثیر دارد؛ منصور (۱۳۹۷) که نشان داد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی، اهمال کاری تحصیلی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان تاثیر دارد؛ ستاری و کفاش زاده (۱۳۹۴) که نشان دادند روش ذهن آگاهی بر اضطراب امتحانی دانش آموزان دختر راهنمایی شهرستان ساوه تاثیر دارد؛ الهایی و همکاران (۲۰۱۸) و هافمن و گومز^۸ (۲۰۱۷) که نشان دادند مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی تاثیر دارد؛ گودا و همکاران (۲۰۱۶) که نشان دادند ذهن آگاهی در مدارس موجب بهبود متغیرهای روانشناختی مانند بهداشت ذهنی و خلاقیت می شود؛ بریتون و همکاران (۲۰۱۲) که نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش واکنش های عاطفی به استرس اجتماعی می گردد، همخوان است.

در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان بر مبنای نظر براون، رایان و کرسول^۹ (۲۰۰۷) می توان گفت که از ویژگی های دانش آموزان اهمال کار این است که ترس از شکست دارند، از عزت نفس و خودکارآمدی پایین رنج می برند و نسبت به آینده بدبین هستند. در واقع، ذهن آنها سرشار از افکار منفی است که مانع از انجام فعالیت های سازنده می شود و در نتیجه، افراد انگیزه ای برای انجام دادن تکالیف ندارند. آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق مشاهده بدون قضاوت افکار، احساسات و هیجانات می تواند مدیریت هیجان و مدیریت مطالعه را بهبود بخشد، آگاهی دانش آموزان را نسبت به مسائل تحصیلی افزایش دهد، استرس تحصیلی آنها را کاهش دهد، انجام

^۸Hofmann, S. G., & Gómez, A. F

^۹Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D

موفقیت آمیز تکالیف تحصیلی و پیگیری صحت آنها را بهبود ببخشد. در نتیجه، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش اهمال کاری تحصیلی می شود. علاوه بر آن، در ذهن آگاهی شخص آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال حاضر معطوف می سازد. زمانی که فرد در حال حاضر حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه های درونی و بیرونی اش می بیند و در می یابد که ذهن به دلیل قضاوت ها و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می دهد، سوء گیری های شناختی، افسردگی، اضطراب و استرس را در فرد ایجاد و یا تشدید می کند. در ذهن آگاهی فرد با دقت بیشتری به افکار خود توجه می کند و بدون بیزاری یا قضاوت، آنها را مورد بررسی قرار می دهد و علت وجود آنها را در می یابد. تمرین حضور ذهن این توانایی را به فرد می دهد که در یاد «افکار صرفاً افکار هستند» و زمانی که می فهمد افکارش ممکن است حقیقت نداشته باشند، راحت تر می تواند آنها را رها کند. علاوه بر این، با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود در می یابد که خوشحالی، کیفیتی نیست که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای درون باشد و زمانی اتفاق می افتد که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه های ذهنی از پیش تعیین شده را رها کند و در نتیجه، رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت های لذت آور یا فرار از موقعیت های دردناک انجام می دهد را کنار بگذارد و به رهایی برسد.

منابع

- *ترابی، آمنه؛ موسی زاده، حسن؛ و مشکانی، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر رویکرد ذهن آگاهی بر اهمال کاری و کمال گرایی افراد مبتلا به اضطراب. *هجدهمین همایش انجمن مشاور ایران با عنوان مشاوره و حوزه سلامت. جوکار، ب؛ و دلاوریپور، م (۱۳۸۶). رابطه تعلل ورزی آموزشی با اهداف پیشرفت. اندیشه های نوین تربیتی، دوره ۳، شماره ۳، ۶۱-۸۰.*
- *رضایی تپه، خلیل (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکار آمدی عمومی و اضطراب امتحان دانش آموزان دبیرستانی. *دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.*
- *شاه مرادی طباطبایی، طاهره سادات؛ و مجتبی، انصاری شهیدی (۱۳۹۶). اثربخشی ذهن آگاهی بر انگیزش پیشرفت دختران دوره متوسطه. *کنفرانس بین المللی فرهنگ آسیب شناسی روانی و تربیت دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین.*
- *کرامتی، معصومه؛ و معرفتی، خدیجه (۱۳۹۵). تأثیر آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان. *سلامت اجتماعی و اعتیاد، سال سوم، شماره ۱۰: ۲۴-۳۴.*
- *محمدخانی، پروانه؛ و خانی پور، حمید (۱۳۹۱). *درمان های مبتنی بر حضور ذهن. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.*
- *محمدی، فاطمه (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت های ذهن آگاهی بر هیجانات تحصیلی دانش آموزان. *پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.*
- *منصوری، جمیله (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی، اهمال کاری تحصیلی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان. *روانشناسی اجتماعی، دوره ۶، شماره ۴۸، ۶۷-۷۶.*
- *میرمهدی، سید رضا؛ و رضاعلی، مرضیه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *روان شناسی سلامت، شماره ۲۸، ۲۴-۳۴.*
- *ویلیامز، م؛ و سگال، ز (۲۰۰۲). *درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی. پروانه محمد خانی؛ شیما تمنایی فر؛ و عذرا جهانی تابش، مترجمان (۱۳۸۵). تهران: فرا دید.*
- *Adolph, K. E; & Berger, S. E. (2015). Physical and motor development. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science: An advanced textbook, (7th, pp. 261-333). New York: Psychology Press/Taylor & Francis.*

- *Brandy, R. M; Michael, S; Veronica, M; & Kristen, E. B. (2015). Mindfulness-based interventions for improving cognition, academic achievement, behavior and socio-emotional functioning of primary and secondary students. *Campbell Systematic Reviews*, 13, 45-57.
- *Britton, W. B; Shahr, B; Szepsenwol, O; & Jacobs, W. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Emotional Reactivity to Social Stress: Results from a Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43, 2, 365-380.
- *Butler, R. M; Boden, M. T; Olino, T. M; Morrison, A; & Heimberg, R. G. (2018). Emotional clarity and attention to emotions in cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 31-38.
- *Brown, K. W; Ryan, R. M; & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- *Cullen, K. (2011). Child psychology (1st). Published in the UK by Icon Books Ltd, Omnibus Business Centre, North Road, London.
- *Deci, E. L; & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*, Vol. 38. Perspectives on motivation (pp. ۲۳۷-۲۸۸). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- *Deci, E. L; & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- *Effert, B; & Ferrari, J. (1989). Decisional procrastination: Examining personality correlates. *Journal of Social Behavior and Personality*, 56, 478-484.
- *Elhai, J. D; Levine, J. C; O'Brien, K. D; & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, Volume 84, July 2018, Pages 477-484.
- *Ellis, A; & Knaus, W. J. (1979). *Overcoming procrastination*. New York: Institute for Rational Living.
- *Ferrari, J. R. (1991). Compulsive procrastination: some self reported characteristics *Psychopathol Moon, S. M & Illingworth, A. J. (2005)*.
- *Hill, M; Hill, D; Chabot, A; & Barrall, J. (1978). A survey of college faculty and student procrastination. *College Student Personnel Journal*, 12, 256-262.
- *Hofmann, S. G; & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, Volume 40, Issue 4, 739-749.
- *Moon, S. M; & Illingworth, A. J. (2005). Exploring the dynamic nature of procrastination: A latent growth curve analysis of academic procrastination *Personality and Individual Differences*. 38, ۲۹۷-۳۰۹.
- *Rothblum, E. D; Solomon, L. J; & Murakami, J. (1986). Affective, cognitive, and behavioral differences, between high and low procrastinators. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 4, 387-394.
- *Segal, Z. V; Williams, J. M. G; & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: *Guilford press*, 121-145.
- *Solomon, L. J; & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 503-509.
- *Vallerand, R. J; Fortier, M. S; & Guay, F. (1997). Self-determination and persistence in a real-life setting: Toward a motivational model of high-school drop out. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1161-1176.