

مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر خودتنظیمی و رفتارهای سلامت  
دانشجویان اهمال کار

The Effectiveness of Self-Efficacy Training on Self-Regulation and Health  
Behaviors of Procrastinator Students

سهیلا صمدی<sup>۱</sup>، سید ولی الله موسوی<sup>۲\*</sup>، بهمن اکبری<sup>۳</sup>، سجاد رضائی<sup>۴</sup>

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۲۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۱۹

چکیده

هدف: اهمال کاری نوعی نقص خودتنظیمی است که می‌تواند مشکلات سلامتی عمده‌ای برای افراد ایجاد کند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که در افراد اهمال کار، خودکارآمدی پایینی دیده می‌شود. لذا هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر خودتنظیمی و رفتارهای سلامت دانشجویان بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. ۳۶ دانشجوی اهمال کار با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و با استفاده از مقیاس اهمال کاری تحصیلی، غربالگری و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش و در نهایت داده‌های ۲۰ نفر تحلیل شد. دو گروه در ابتدا و انتهای پژوهش به پرسشنامه خودتنظیمی و پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت پاسخ دادند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه، هر هفته یک جلسه، تحت آموزش خودکارآمدی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش خودکارآمدی بر افزایش خودتنظیمی اثر معناداری نداشت ( $P > 0.05$ ). اما بر مرحله پذیرش و اجرا در فرایند خودتنظیمی اثربخش بود ( $P < 0.05$ ). همچنین نتایج حاصل نشان داد که آموزش خودکارآمدی بر افزایش رفتارهای سلامت دانشجویان اهمال کار اثر داشت. از میان انواع رفتارهای سلامت، آموزش خودکارآمدی بر افزایش مسئولیت‌پذیری در برابر سلامت و مدیریت استرس اثربخش بود ( $P < 0.05$ ).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد با استفاده از آموزش خودکارآمدی بتوان بر شروع فرایند خودتنظیمی و اجرای برنامه‌ها و همچنین بر ارتقای رفتارهای سلامت دانشجویان اهمال کار تأثیر گذاشت.

کلید واژه‌ها: اهمال کاری، خودکارآمدی، خودتنظیمی، رفتارهای سلامت.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

Email: mousavi180@yahoo.com

\* نویسنده مسئول:

## ۱. مقدمه

همه‌ی افراد در طول زندگی خود گاه‌گاهاً تکالیفی را خواسته و یا ناخواسته به تأخیر<sup>۱</sup> می‌اندازند. به تأخیر افتادن قرارهای ملاقات یا به تأخیر انداختن چیزی مانند تکالیف درسی به آخر نیمسال تحصیلی امری رایج و ظاهراً بخش اجتناب‌ناپذیر زندگی محسوب می‌شود. شکل ناسازگارانه به تأخیر انداختن مانند تأخیر در تکمیل فرم مالیات بر درآمد یا به تأخیر انداختن غیرمنطقی مطالعه کردن برای آزمونی و یا تأخیر در دریافت کمک‌های درمانی مشکل‌آفرین هستند (حق‌بین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). این شکل غیرانطباقی تأخیر، به اهمال‌کاری<sup>۳</sup> (یا به عبارت ساده «کار امروز را به فردا انداختن») معروف است. اهمال‌کاری تأخیر منفی و ناسازگارانه در انجام یک تکلیف معین است به طوری که تکلیف موردنظر (که قبلاً برای انجام آن برنامه‌ریزی شده) به صورت غیرضروری و بی‌دلیل به تأخیر می‌افتد علیرغم دانستن اینکه دلیل منطقی برای انجام این تکلیف وجود دارد و ضرورتی برای به عقب انداختن آن وجود ندارد و همچنین دانستن اینکه این تأخیر می‌تواند پیامدهای منفی (مانند کارایی ضعیف، افزایش استرس و کاهش بهزیستی) در پی داشته باشد (سیرویس و پیچل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶).

اهمال‌کاری در افراد از سنین نوجوانی به بعد تا جوانی بیشتر دیده می‌شود به‌ویژه در سنین ۱۴ تا ۲۹ سالگی (بوتل، کلین، آوفنانگر، براه‌لر، دریر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ استیل و کلینجسیک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵؛ روزنتال و کارلبرینگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴) و بیشتر شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که درصد مردان اهمال‌کار کمی بیشتر از زنان اهمال‌کار است (زویو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸؛ بوتل و همکاران، ۲۰۱۶؛ استیل و کلینجسیک، ۲۰۱۵؛ روزنتال و کارلبرینگ، ۲۰۱۴). به‌طور کلی، شیوع اهمال‌کاری در جمعیت عمومی ۲۰ تا ۲۵ درصد اما در زمینه تحصیلات حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد گزارش شده است (اسلاس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸؛ جانسن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵؛ حق‌بین، ۲۰۱۵؛ استیل<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). همچنین در ایران شیوع اهمال‌کاری تحصیلی در جمعیت دانشجویی بین ۶۰ تا ۸۵ درصد گزارش شده است (برای نمونه نوری‌امام‌زاده‌ئی و نیلوفر و شان، ۱۳۹۵؛ رضایی، یارمحمدیان و محمودزاده، ۱۳۹۵).

اهمال‌کاری به دلایل مختلفی می‌تواند ظاهر شود. شواهد پژوهشی گسترده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد یکی از دلایل عمده اهمال‌کاری، نقص خودتنظیمی است (برای نمونه استیل، ۲۰۰۷؛ روزنتال و کارلبرینگ، ۲۰۱۴؛ حق‌بین، ۲۰۱۵؛ کلاس، ۲۰۱۷؛ زهانگ، لیو و فنگ<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۹). خودتنظیمی

1. Delay
2. Haghbin
3. Procrastination
4. Sirois & Pychy
5. Beutel, Klein, Aufenanger, Brähler, Dreier
6. Steel, & Klingsieck
7. Rozentel, & Carlbring
8. Zhou
9. Islas
10. Janssen
11. Steel
12. Zhang, Liu, & Feng

نوعی فرایند روان‌شناختی، پویا و منظمی است که شامل تغییر و تعدیل افکار، هیجان‌ها و رفتارها به‌صورت خوداصلاحی و درونی برای دستیابی به اهداف است (چونج<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸؛ وانیس و لوسوف<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷؛ داوسون و هویل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). نقص خودتنظیمی می‌تواند ناشی از بدکارکردی پایه‌های عصب‌شناختی آن (از جمله کارکردهای اجرایی)، ویژگی‌های شخصیتی افراد (از جمله تکانشگری)، شکست در هر یک از مراحل آن (به‌طوری‌که برای خودتنظیمی موفقیت‌آمیز لازم است که مراحل آن از قصد تا عمل به‌صورت بی‌نقص اجرا گردد) و یا ناکارایی راهبردهای آن (از جمله خودکنترلی) باشد (لیلاند، رورس و امرسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹؛ داوسون و هویل، ۲۰۱۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که در افراد اهمال‌کار نیز نقایص ذکر شده از جمله نقص در کارکردهای اجرایی (رابین، فوگل و نوتر-سوفام<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ سودلر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴)، تکانشگری (ویپیچ، ماتوزوسکی و دراگان<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸)، شکاف قصد-عمل (حق‌بین، ۲۰۱۵)، ضعف راهبرد خودکنترلی (استیل، ۲۰۰۷) و راهبردهای شناختی و فراشناختی (شیخ‌الاسلامی، ۱۳۹۵) دیده می‌شود. در مجموع، یک باور مشترک بین پژوهشگران این حوزه وجود دارد که معتقدند اهمال‌کاری یک نوع نقص خودتنظیمی محسوب می‌شود. نقص خودتنظیمی می‌تواند پیامدهای منفی متعددی از جمله هزینه‌های بهره‌وری و کارایی و هزینه‌های سلامت روان‌شناختی و جسمی برای افراد اهمال‌کار در پی داشته باشد (سیرویس و پیچل، ۲۰۱۶). در این میان، یکی از متغیرهای مرتبط با سلامتی که می‌توانند تحت تأثیر اهمال‌کاری قرار گیرد رفتارهای سلامت<sup>۸</sup> هستند. رفتارهای سلامت به رفتارهایی اشاره دارد که افراد برای حفظ یا بهبود وضعیت سلامت خود و همچنین برای جلوگیری از بیماری و آسیب و یا بهبود یافتن از آن انجام می‌دهند (کانر و نورمن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵) و دربردارنده هر نوع فعالیتی برای بهبود، حفظ یا حمایت از سلامت فردی (صرف‌نظر از اینکه مؤثر باشد یا نه) است (رنر، کلوسمن و سپروسر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵). رفتارهای سلامت نه‌تنها به‌صورت اقدامات آشکار و قابل‌مشاهده‌اند بلکه رویدادی ذهنی و هیجانی نیز می‌توانند باشد که مستقیماً قابل ارزیابی نیست (گلانر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که عوامل زیادی می‌توانند بر رفتارهای سلامت تأثیرگذار باشند (گلانر، ۲۰۱۷؛ کانر و نورمن، ۲۰۱۵). در این میان، متغیرها و ویژگی‌های فردی نقش مهمی ایفا می‌کنند (نورمن و کانر، ۲۰۱۷) از جمله اهمال‌کاری که هم در پیگیری رفتارهای سلامت برای بهبود یافتن از خطر و بیماری (سیرویس، ۲۰۰۷) و هم در انجام رفتارهای

1. Cheung
2. Vannice, & Losoff
3. Davisson, & Hoyle
4. Leyland, Rowse, & Emerson
5. Rabin, Fogel, & Nutter-Upham
6. Sudler
7. Wypych, Matuszewski, & Dragan
8. Health behaviors
9. Conner, & Norman
10. Renner, Klusmann, & Sproesser
11. Glanz

سلامت برای ارتقای سلامتی خلل ایجاد می‌کند (سیرویس، ۲۰۰۴). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بین اهمال‌کاری و رفتارهای سلامت رابطه منفی وجود دارد (جایاراجا، تان و رامسای<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷؛ زهانگ و چو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳؛ سیرویس، ۲۰۱۳؛ سیرویس و پیچل، ۲۰۱۳). مشخص شده که افراد اهمال‌کار مشکلات سلامتی زیادی نسبت به افراد غیراهمال‌کار دارند (سیرویس و پیچل، ۲۰۱۶) و رفتارهای سلامت کمتری انجام می‌دهند (حق‌بین و پیچل، ۲۰۱۳؛ سیرویس، ۲۰۰۴، ۲۰۰۷؛ سیرویس، ملیا-گوردون و پیچل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). براساس مدل سلامت-اهمال‌کاری<sup>۴</sup> (سیرویس و همکاران، ۲۰۰۳)، اهمال‌کاری به‌طور مستقیم (از طریق استرس) و غیرمستقیم (از طریق رفتار) موجب تضعیف سلامتی افراد اهمال‌کار می‌شود (سیرویس و پیچل، ۲۰۱۶).

در بُعد درمان و آموزش‌های درمانی در افراد اهمال‌کار، با توجه به نقص خود-تنظیمی در آن‌ها، بیشتر پژوهشگران از آموزش مهارت‌های خودتنظیمی و درمان شناختی رفتاری استفاده کرده‌اند. در میان روش‌های مورد استفاده پژوهشگران برای بهبود خودتنظیمی افراد اهمال‌کار و کاهش اهمال‌کاری آن‌ها، استفاده از راهبردهای ارتقای خودکارآمدی، اصلاح افکار منفی و تمرکز توجه بر پیگیری هدف در کنار سایر روش‌ها دیده می‌شود (وان‌ارد و کلینگیسک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). در این راستا با توجه به وجود خودکارآمدی<sup>۶</sup> پایین در افراد اهمال‌کار (زیگلر و اوپدناکر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸؛ سواراسواتی، وینارنو و گوریتنو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷؛ واسچل، آلگایر، لاجنر، فینک و نوکلس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴؛ حاجلو، ۲۰۱۴؛ کیامرثی و ابوالقاسمی، ۲۰۱۴؛ کلاسن و کوزوکو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹؛ استیل، ۲۰۰۷؛ وان‌ارد<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳) سعی شد بر آموزش و ارتقاء این سازه مهم تمرکز شود.

خودکارآمدی به ادراک ذهنی<sup>۱۲</sup> فرد از توانایی‌اش بر عملکرد در یک محیط خاص یا دستیابی به نتایج مطلوب اشاره دارد و به‌عنوان تعیین‌کننده اصلی حالت‌های هیجانی، انگیزشی و تغییر رفتاری محسوب می‌شود (وندنباس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۵). از سوی دیگر، خودکارآمدی مجموعه باورهای افراد در مورد توانایی‌شان در تأثیرگذاری بر وقایع زندگی‌شان است که پایه و اساس انگیزه، دستاوردهای عملکردی و بهزیستی هیجانی است (موتسوموتو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۹). مفهوم خودکارآمدی برای اولین بار توسط بندورا<sup>۱۵</sup>

1. Jayaraja, Tan, & Ramasamy
2. Zhong, & Cho
3. Sirois, Melia-Gordon, & Pychy
4. Procrastination-health model
5. Van Eerde, & Klingsieck
6. Self-efficacy
7. Ziegler, & Opendakker
8. Swaraswati, Winarno, & Goeritno
9. Wäschle, Allgaier, Lachner, Fink, & Nückles
10. Klassen, & Kuzucu
11. Van Eerde
12. Subjective perception
13. VandenBos
14. Matsumoto
15. Bandura

به‌عنوان یک سازه شناختی تعدیل‌کننده روابط محیط-رفتار مطرح شد. گرچه جنبه درمانی این مفهوم کمتر مدنظر بوده است اما جنبه آموزشی آن به‌طور وسیعی از طریق تسهیل منابع خودکارآمدی مطرح گردیده است به‌طوری‌که منابع مختلفی بر ایجاد و رشد و تحول خودکارآمدی تأثیرگذار هستند که آموزش و تسهیل این منابع می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی مثبتی به همراه داشته باشد (بندورا، ۲۰۰۰، ۲۰۰۴).

اجتناب از تکلیف در افراد اهمال‌کار ممکن است برای مواجهه نشدن با تکلیف آزارنده، شکست عملکرد و یا تهدید اعتمادبه‌نفس صورت گیرد. در واقع، تمایل به تأخیر انجام تکلیف اغلب به‌منظور اجتناب از تکالیف آزارنده و یا شکست عملکرد است و به‌عنوان یک مکانیزم مقابله با ناسازگاری به‌حساب می‌آید که از اعتمادبه‌نفس فرد در مواجهه با تکالیف آزارنده محافظت می‌کند (سیرویس و پیچل، ۲۰۱۶) و معمولاً با ترس از شکست، بی‌زاری تکلیف و یا ترس از موفقیت (به‌دلیل افزایش مسئولیت‌ها و انتظارات) مشخص می‌شود (اسلاس، ۲۰۱۸) به‌طور مشابه، افراد با خودکارآمدی پایین که به توانایی‌هایشان تردید دارند از تکالیف چالش‌آور که ممکن است اعتمادبه‌نفس آنان را به‌خطر اندازد اجتناب می‌ورزند (شولتز و شولتز، ۲۰۰۹). مشخص شده که خودکارآمدی از طریق تعدیل باورها و افکار در مورد توانایی انجام‌دادن تکالیف (واسچل و همکاران، ۲۰۱۴) و حل مسئله (خرمایی و زابلی، ۱۳۹۷)، بهبود خودتنظیمی (بندورا، ۱۹۹۳) و پایداری در پیگیری اهداف و عدم اجتناب از آن‌ها (بندورا، ۱۹۹۷) موجب شروع و تکمیل تکالیف می‌گردد. از سوی دیگر، خودکارآمدی پایین در نقص خودتنظیمی افراد اهمال‌کار (زیگلر و اوپدناکر، ۲۰۱۸) و در رفتارهای سلامت آن‌ها نیز نقش دارد (برای نمونه سیرویس، ۲۰۰۴). به‌طور کلی، با توجه به انواع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای و توصیفی (ذکر شده در بالا)، خودکارآمدی پایینی در اهمال‌کاری دیده می‌شود، باین‌حال شواهد تجربی کمتری به اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر اهمال‌کاری پرداخته‌اند بلکه بیشتر ارتقای باورهای خودکارآمدی در کنار سایر روش‌های آموزش و درمانی دیگر برای کاهش اهمال‌کاری مورد استفاده قرار گرفته‌است (وان ارد و کلینگیسیک، ۲۰۱۸). کارگر (۱۳۹۶) نشان داد که آموزش خودکارآمدی بر کاهش اهمال‌کاری و رشد فردی دانش‌آموزان دوره متوسطه اثربخش است.

در مجموع، با توجه به شیوع بالا اهمال‌کاری که به‌موجب آن شروع و یا تکمیل تکالیف مهم به تأخیر انداخته می‌شوند و در اثر آن هزینه‌های بهره‌وری و عملکردی<sup>۱</sup> و هزینه‌های سلامت روان‌شناختی و جسمی متعددی می‌تواند بروز یابد (سیرویس و پیچل، ۲۰۱۶) و پیامدهای منفی متعددی برای افراد به همراه داشته باشد؛ از این‌رو، توجه به اهمال‌کاری و افراد اهمال‌کار و استفاده از روش‌های آموزشی مناسب در کاهش اهمال‌کاری، مشکلات عملکردی و سلامت روان‌شناختی و جسمی آنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. همچنین، انجام این پژوهش با توجه به عدم توافق در مورد روش‌های آموزش یا درمان مؤثر برای کاهش اهمال‌کاری و محدود بودن پژوهش‌های مداخله‌ای در اهمال‌کاری

از اهمیت و ضرورت زیادی برخوردار است. پژوهش حاضر با بررسی اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر یکی از دلایل یا همبسته‌های اصلی اهمال‌کاری (یعنی نقص خودتنظیمی) و یکی از پیامدهای مهم آن (یعنی رفتارهای سلامت) بر غنای ادبیات مداخله‌ای برای کاهش اهمال‌کاری می‌افزاید. از آنجایی که نقش اهمال‌کاری در سلامت در چند سال اخیر مورد توجه پژوهشگران این حوزه بوده و خلأ پژوهشی در این حوزه در ایران مشهود است، اهمیت و ضرورت انجام پژوهش حاضر مطرح می‌گردد.

## ۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی است. در این پژوهش، از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. از میان این جامعه براساس فرمول برآورد نسبت صفات کیفی (به نقل از ملک‌افضلی و همکاران، ۱۳۸۳: ۳۰۸-۳۱۰) به همراه تصحیح برای حجم جامعه‌ی محدود (۱۲۶۴۴)  $(N=)$  نمونه‌ای به تعداد ۴۲۲ نفر از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای انتخاب و پس از غربالگری با مقیاس اهمال‌کاری تحصیلی براساس نمره برش (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین)، تعداد ۸۰ نفر انتخاب شدند که از میان آن‌ها با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش (و با توجه به اینکه در پژوهش‌های از نوع آزمایشی، حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود؛ گال، بورگ و گال<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶) و با در نظر گرفتن احتمال اُفت و امکان تعمیم نتایج تعداد ۳۶ نفر انتخاب شدند که در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی گمارش شدند. در بین دانشجویان داشتن سن ۱۸ تا ۲۵ سال، مقطع تحصیلی کارشناسی، نداشتن سابقه بیماری روانی و رضایت آگاهانه، از ملاک‌های گزینش افراد بود. در نهایت، با توجه به اُفت تعدادی از آزمودنی‌ها، داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۲۰ نفر (در هر گروه ۱۰ نفر)، با رعایت پیش‌فرض‌های آمار پارامتریک، با آزمون تحلیل کوواریانس یک و چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل و در دو گروه باهم مقایسه شد.

### ۲-۱. ابزارهای پژوهش

۱- مقیاس چندوجهی اهمال‌کاری تحصیلی<sup>۲</sup> (MMAP): این مقیاس در سال ۲۰۱۵ توسط حق‌بین به منظور اندازه‌گیری مشکلات اهمال‌کاری در محیط‌های آموزشی ساخته شد که اهمال‌کاری را در ۴ بُعد رفتاری، شناختی، هیجانی و طول مدت می‌سنجد. در این مقیاس، بدون احتساب مؤلفه زمانی (۱۲ آیتم) که طول مدت اهمال‌کاری را در طی دوران تحصیلات می‌سنجد، سه مؤلفه دیگر (۴۰ آیتم) با داشتن موارد معکوس) شدت کنونی مشکل اهمال‌کاری را بر اساس نقطه لیکریت ۶ درجه‌ای (هرگز تا همیشه) می‌سنجد که کمترین و بیشترین نمره حاصل در آن ۴۰ تا ۲۴۰ است. براساس نمرات این سه مؤلفه، یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین به‌عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. ویژگی‌های

1. Gall, Borg, & Gall

2. Multifaceted Measure of Academic Procrastination

روان‌سنجی این مقیاس در پنج مطالعه با نمونه کافی حاکی از اعتبار و پایایی مطلوب آن و تأیید ساختار چهار عاملی و روایی سازه خوب آن است. این ابزار همبستگی بالایی با مقیاس‌های دیگر اهمال‌کاری کلی و تحصیلی داشته و سطح خوبی از همسانی درونی (آلفای کرونباخ = ۰/۹۰) را نشان داده است (حق‌بین، ۲۰۱۵). در ایران، صمدی و همکاران با تهیه نسخه فارسی این مقیاس، ویژگی‌های روان‌سنجی آن را در یک نمونه دانشجویی بررسی کردند. نتایج بررسی آن‌ها نشان داد که ضرایب پایایی این مقیاس (به‌جز مؤلفه زمانی) از طریق همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین از لحاظ اعتبار، این مقیاس رابطه معناداری با مقیاس‌های همایند از جمله آزمون اهمال‌کاری سواری ( $r = ۰/۶۸$ ) و زیرمقیاس وظیفه‌شناسی نئو ( $r = -۰/۴۸$ ) داشت. به‌طور کلی، نتایج بررسی آن‌ها نشان داد که این مقیاس، پایایی و اعتبار خوبی دارد که برای اهداف پژوهشی می‌تواند در محیط‌های آموزشی جهت سنجش شدت مشکلات اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد (صمدی، موسوی، رضایی و اکبری، ۱۳۹۸، زیر چاپ). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۹۶ به دست آمد.

۲- پرسشنامه خودتنظیمی<sup>۱</sup> (SRQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ توسط بروون و همکاران به منظور اندازه‌گیری توانایی کلی در خود-تنظیمی رفتاری طراحی شد. بر اساس مدل هفت مرحله‌ای خود-تنظیمی، این پرسشنامه دارای ۷ مؤلفه است که عبارتند از: پذیرش، ارزیابی، راه‌اندازی، بررسی، برنامه‌ریزی، اجرا و سنجش. پرسشنامه خود-تنظیمی، ۶۳ گویه دارد که بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (به شدت مخالفم تا به شدت موافقم) محاسبه می‌شود. برخی گویه‌ها نیز به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردد. ضرایب پایایی این پرسشنامه از طریق همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین از لحاظ اعتبار، این پرسشنامه رابطه معناداری با مقیاس‌های همایند نشان داده است. برای نمونه با مصرف الکل، ارتباط منفی معناداری داشته است (بروون، میلر و لاوندسکی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱؛ اوبری، بروون و میلر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). در ایران، رضایی لشکریانی (۱۳۹۴) ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را در نمونه دانشجویی بررسی کرده که نتایج بررسی وی از ساختار هفت عاملی این پرسشنامه حمایت می‌کند که نشان از روایی سازه خوب پرسشنامه است. همچنین ضرایب پایایی این پرسشنامه از طریق همسانی درونی و بازآزمایی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۶ گزارش کرده است. در بررسی اعتبار نیز، همبستگی ۰/۷۴ این پرسشنامه را با پرسشنامه راهبردهای یادگیری پینتریچ گزارش کرده است (رضایی لشکریانی، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه، ۰/۸۹ به دست آمد.

۳- پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت<sup>۴</sup> (HPLP): این پرسشنامه توسط والکر و همکاران (۱۹۸۷) به منظور اندازه‌گیری رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در ۶ مؤلفه رشد معنوی، مسئولیت پذیری

1. Self-Regulation Questionnaire
2. Brown, Miller & Lawendowski
3. Aubrey, Brown & Miller
4. Health-promoting lifestyle profile

در برابر سلامت، روابط بین فردی، مدیریت استرس، فعالیت فیزیکی/ورزشی و تغذیه ساخته شد. پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، ۵۴ آیتم دارد که بر اساس یک مقیاس لیکریت ۴ درجه‌ای (هرگز تا همیشه) محاسبه می‌شود. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برای کل پرسشنامه و دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ برای شش مؤلفه و همچنین ضریب بازآزمایی ۰/۸۹ در فاصله‌ی سه هفته‌ای گزارش شده است (والکر، سچریت و پندرا، ۱۹۸۷؛ والکر و هیل-پولرکی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). در ایران، محمدی‌زیدی و همکاران (۱۳۹۰) در نمونه‌ای از افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را بررسی کرده‌اند. نتایج این بررسی از مدل ۶ عاملی پرسشنامه حمایت می‌کند. در این بررسی، ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۸۲ و برای مؤلفه‌ها دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ و همچنین ضریب بازآزمایی ۰/۹۱ برای کل ابزار و دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ برای مؤلفه‌ها گزارش شده است (محمدی‌زیدی، پاکورحاجی‌آقا و محمدی‌زیدی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

## ۲-۲. نحوه اجرا و جمع‌آوری داده‌ها

برای اجرای پژوهش حاضر، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از کارگروه پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و با حمایت معاونت دانشجویی و همکاری معاونت آموزشی دانشگاه گیلان و اخذ مجوز، در طول دو هفته به دانشکده‌های دانشگاه مراجعه شد. با کسب اجازه از مدیریت دانشکده‌ها و مدرسان و بیان اهداف پژوهش، غربالگری اولیه از طریق مقیاس اهمال‌کاری تحصیلی از میان دانشجویان حاضر در کلاس‌های دانشکده‌ها انجام شد (حدود ۴۲۲ نفر). بعد از بررسی نتیجه اولیه پرسشنامه‌ها و شناسایی افرادی که دارای یک نمره انحراف بالاتر از میانگین بودند (حدود ۸۰ نفر)، جهت درخواست شرکت در پژوهش با آن‌ها تماس گرفته شد (حدود ۷۲ نفر) و ضمن توضیح اهداف پژوهش و فرایند آن، در مورد مشکلات اهمال‌کاری سؤالاتی مطرح شد تا از شناسایی دقیق آنان اطمینان حاصل شود و همچنین رضایت آنان برای شرکت در پژوهش جلب گردد. در این فرایند ۳ نفر اعلام کردند که مشکلی در زمینه اهمال‌کاری ندارند و ۱۵ نفر هم به دلیل مشکلات شخصی و ... تمایلی به شرکت در پژوهش نداشتند. از میان این افراد، کسانی که آگاهانه تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، تعداد ۵۴ نفر بودند که از میان آن‌ها به صورت تصادفی ۳۶ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. پس از تعیین گروه‌ها طی تماس تلفنی زمان (از هفته آخر فروردین تا هفته آخر خرداد ۹۸) و مکان (در مرکز مشاوره دانشگاه گیلان) تشکیل جلسات با آن‌ها هماهنگ و زمان اولین جلسه تعیین شد. برای مکان اجرای مداخله از اتاق مشاوره دانشگاه استفاده شد که با تدابیری برای بالابردن اعتبار داخلی پژوهش همراه بود. ملاحظات اخلاقی، رازداری و داشتن اختیار ترک پژوهش به‌طور دقیق برای گروه آزمایش توضیح داده شد. برای جلوگیری از آفت آزمودنی، تمهیدات برگزاری جلسه‌ها در ساعت و روز مشخص در طی هفته که با برنامه همه

1. Walker, Sechrist, & Pender

2. Walker, & Hill-Polerecky



شرکت‌کننده‌ها مطابقت داشته باشد و استفاده از مشوق‌های مادی و معنوی برای انگیزه حضور تدارک دیده شد. با این وجود، در اولین جلسه هر گروه تعداد ۴ تا ۶ آزمودنی شرکت نکرده و انصراف خود را اعلام کردند و در طی فرایند آموزش نیز افت آزمودنی وجود داشت که تعداد اعضای گروه به ۱۰ نفر تقلیل یافت. این گروه طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای، به مدت دو ماه تحت آموزش خودکارآمدی قرار گرفتند. در اولین جلسه قبل از شروع آموزش، داده‌های پیش‌آزمون و یک هفته بعد از اتمام مداخله، داده‌های پس‌آزمون جمع‌آوری شد. داده‌ها با دقت وارد نرم‌افزار SPSS-24 شد و مورد تحلیل قرار گرفت.

### ۲-۳. معرفی برنامه آموزش

برای آموزش خودکارآمدی در پژوهش حاضر از پروتکل آموزش خودکارآمدی بر پایه نظریه خودکارآمدی بندورا (۱۹۹۷) و چهار اصل کلی مطرح در آن (تجربه و کسب موفقیت در عملکرد، تجربه‌های جانشینی، تشویق و ترغیب و توجه به حالت فیزیولوژیکی/هیجانی) برای افزایش میزان خودکارآمدی استفاده شد. در ایران امینیان (۱۳۸۷)، مرادی (۱۳۸۹) و کارگر (۱۳۹۶) این راهبردهای آموزشی را مورد استفاده قرار داده‌اند. در پژوهش حاضر، برای گروه آزمایش، پروتکل آموزش خودکارآمدی در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته به‌طور هفتگی ارائه شد. به‌طور کلی، برنامه منظم هر جلسه در جهت محور اصلی آن جلسه آموزش داده می‌شد. در زیر راهبردهای کلی این آموزش در طی جلسه‌ها معرفی شده است:

گام‌ها	جلسه‌ها	محتوا
آشناسازی	۱	آشنایی، بیان اهداف و اصول جلسات.
آشنایی با مفهوم خودکارآمدی	۲	آشنایی با مفهوم خودکارآمدی، ویژگی‌های افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، ابعاد خودکارآمدی و انواع باورهای خودکارآمدی.
پرورش و رشد خودکارآمدی و تنظیم هیجانات	۳	آشنایی با فرایند رشد خودکارآمدی، با راه‌های تقویت خودکارآمدی و آگاهی نسبت به ویژگی‌های مثبت و شایستگی‌های خود.
اهمیت و لزوم تعیین هدف	۴	آگاهی نسبت به اهمیت و لزوم تعیین هدف و آشنایی با ویژگی‌های اهداف مناسب، توانمندسازی خود در زمینه تعیین اهداف مناسب.
آشنایی با یک فرد موفق	۵	صحبت با یک فرد موفق که به اهداف خود رسیده است.
توانمندسازی در زمینه مقابله با استرس	۶	آگاهی نسبت به مفهوم استرس و عوامل مقابله با استرس و در مورد انواع راهبردهای مقابله‌ای در کنترل استرس و توانمندسازی در زمینه آرام‌سازی خود.
اهمیت تصویرسازی ذهنی، آموزش خود آرام‌سازی، و افزایش خودکارآمدی	۷	آشنایی با تصویرسازی ذهنی و اهمیت آن، توانمندسازی در زمینه خودآرام‌سازی و در زمینه تصویرسازی ذهنی در حل مشکلات و افزایش خودکارآمدی.
شناسایی و مبارزه با افکار منفی و اختتام آموزش	۸	آشنایی با علائم خلق منفی و افسردگی، توانمندسازی در زمینه شناسایی افکار خودآیند منفی و در زمینه مبارزه با افکار خودآیند منفی و در نهایت اختتامیه جلسات آموزش خودکارآمدی.

### ۳. یافته‌های پژوهش

میانگین (و انحراف استاندارد) سنی شرکت‌کنندگان، ۲۰ (۱/۷۵) در دامنه سنی ۱۹ تا ۲۲ سال بودند. در گروه آزمایش ۴ پسر و ۶ دختر و در گروه گواه ۵ پسر و ۵ دختر حضور داشتند. همه شرکت‌کنندگان دانشجویان مقطع لیسانس بودند.

در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و گواه در خودتنظیمی و در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در رفتارهای سلامت ذکر شده است. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع این متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۱ و ۲ آمده است. چنانچه مشاهده می‌شود، عدم معنادار بودن این آماره در متغیرها نشان از نرمال بودن توزیع متغیرهاست. بنابراین، استفاده از تحلیل‌های پارامتریک بلامانع است. بر این اساس، جهت بررسی اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر خودتنظیمی و رفتارهای سلامت دانشجویان اهمال‌کار از تحلیل کوواریانس یک و چند متغیری برای بررسی خودتنظیمی و رفتارهای سلامت (با کنترل آماری تفاوت‌های پیش از مداخله) استفاده شد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون خودتنظیمی در گروه‌های پژوهش

متغیر	وضعیت	گروه آزمایش		گروه گواه		نرمال بودن توزیع	
		S	M	S	M	P	S-W
پذیرش	پیش آزمون	۶/۳	۳۰/۲	۳/۲	۲۹/۶	۰/۱۱۵	۰/۹۵
	پس آزمون	۴	۳۱/۷	۴/۹	۲۹/۹	۰/۱۲	۰/۹۵
ارزیابی	پیش آزمون	۳/۴	۲۸/۹	۲	۳۱	۰/۱۷۴	۰/۹۵
	پس آزمون	۳/۴	۲۹/۵	۱/۸	۳۰/۹	۰/۴۷۷	۰/۹۷
راه‌اندازی	پیش آزمون	۴/۶	۲۸/۹	۲/۱	۳۰/۲	۰/۱۳۱	۰/۹۲
	پس آزمون	۴/۴	۲۹/۸	۵/۸	۳۱/۷	۰/۱۷۴	۰/۹۵
بررسی	پیش آزمون	۴/۱	۳۳	۵/۴	۲۹/۹	۰/۰۹۲	۰/۹۱
	پس آزمون	۲/۳	۳۳/۳	۴/۴	۳۱/۷	۰/۰۶۵	۰/۹۳
برنامه‌ریزی	پیش آزمون	۴/۹	۲۵/۹	۳/۳	۲۶/۱	۰/۱۱۲	۰/۹۱
	پس آزمون	۴/۸	۲۸/۹	۴/۲	۲۸/۵	۰/۰۹۱	۰/۹۰
اجرا	پیش آزمون	۴/۷	۲۶/۸	۵/۶	۲۶/۶	۰/۰۹۹	۰/۸۵
	پس آزمون	۵/۳	۲۸/۱	۴/۹	۲۵/۶	۰/۱۸۷	۰/۹۵
سنجش	پیش آزمون	۳/۴	۲۹/۱	۳/۴	۲۹/۹	۰/۱۳	۰/۹۲
	پس آزمون	۴/۲	۲۹/۷	۳/۲	۳۰/۲	۰/۰۶۹	۰/۹۴
خودتنظیمی	پیش آزمون	۲۵/۲۲	۲۰۲/۶	۱۹/۱۶	۲۰۴/۸	۰/۲۳۷	۰/۹۶
	پس آزمون	۱۹/۳۵	۲۰۸/۵	۲۲/۷۵	۲۰۹/۷	۰/۰۹۸	۰/۹۳

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون رفتارهای سلامت در گروه‌های پژوهش

متغیر	وضعیت	گروه آزمایش		گروه گواه		نرمال بودن توزیع	
		S	M	S	M	P	S-W
رشد معنوی	پیش‌آزمون	۸/۸	۳۶/۸	۹/۴	۳۶/۷	۰/۰۸۸	۰/۹۲۶
	پس‌آزمون	۸/۳	۳۹/۳	۶/۲	۳۷/۴	۰/۲۴۱	۰/۹۵۸
مسئولیت‌پذیری در برابر سلامت	پیش‌آزمون	۱۰/۵	۴۲/۴	۶/۱	۳۸	۰/۱۱۱	۰/۹۰۶
	پس‌آزمون	۸/۸	۴۶	۷/۳	۳۸/۴	۰/۱۶۵	۰/۹۵۰
روابط بین فردی	پیش‌آزمون	۳/۷	۲۷/۹	۵/۴	۲۷/۶	۰/۰۹۳	۰/۹۳۱
	پس‌آزمون	۲/۴	۲۸/۳	۳/۳	۲۸/۴	۰/۱۱۷	۰/۹۴۴
مدیریت استرس	پیش‌آزمون	۳/۶	۱۵/۴	۳/۴	۱۶/۶	۰/۰۸۹	۰/۸۴۱
	پس‌آزمون	۳/۱	۱۹/۲	۳/۶	۱۶/۳	۰/۱۰۷	۰/۹۴۳
ورزش/فعالیت فیزیکی	پیش‌آزمون	۸/۱	۲۲/۲	۶/۸	۲۰/۱	۰/۱۲۵	۰/۹۱۹
	پس‌آزمون	۶/۷	۲۳	۴/۵	۱۹	۰/۱۰۵	۰/۸۹۲
تغذیه	پیش‌آزمون	۴	۲۴/۷	۵/۸	۲۲/۸	۰/۱۰۵	۰/۹۶۵
	پس‌آزمون	۳/۵	۲۶/۸	۳/۹	۲۳/۸	۰/۱۷۷	۰/۹۵۱
رفتارهای سلامت	پیش‌آزمون	۳۴/۲	۱۷۰/۴	۲۸	۱۶۱/۸	۰/۰۸۲	۰/۹۰۷
	پس‌آزمون	۱۹/۱	۱۸۲/۶	۱۰/۹	۱۶۳/۳	۰/۳۲۵	۰/۹۶۱

جهت بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودتنظیمی و مراحل آن و رفتارهای سلامت و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و گروه گواه، از آزمون F استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که آماره F معنادار نیست ( $F < 26/78$ ،  $F < 6/95$ ،  $P > 0/05$ ). بنابراین، شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها برابر است. بر این اساس، مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است و برای انجام تحلیل مانعی وجود ندارد.

برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون‌های خودتنظیمی و مراحل آن و رفتارهای سلامت و مؤلفه‌های آن از آزمون لوین برای مقایسه واریانس‌های دو گروه استفاده شد. با توجه به نتایج این آزمون ( $F < 17/27$ ،  $P > 0/05$ ) واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه برابر است. بنابراین، مفروضه همگنی گروه‌ها، برقرار است و مانعی برای ادامه تحلیل وجود ندارد.

نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیری (آنکووا) برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در خودتنظیمی و رفتارهای سلامت در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به این جدول، نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در خود-تنظیمی تفاوت معنادار وجود ندارد ( $P > 0/05$ ،  $F = 8/7$ ). چنانچه مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در پس‌آزمون با توجه به کنترل آماری پیش‌آزمون در مجموع معنادار نیست و این تفاوت  $0/045$  است. میانگین‌های تعدیل‌شده با اصلاح بن‌فرونی نیز عدم معناداری را نشان می‌دهند ( $P > 0/05$ ). همچنین با توجه به این جدول، نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در رفتارهای سلامت تفاوت معنادار وجود دارد

( $F=3/5, P<0/009$ ) مجذوراتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیر پس‌آزمون با توجه به کنترل آماری پیش‌آزمون در مجموع معنادار است و این تفاوت  $0/35$  است. یعنی  $35$  درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در پس‌آزمون با کنترل آماری پیش‌آزمون ناشی از شرایط آزمایشی است. میانگین‌های تعدیل‌شده با اصلاح بن فرونی نیز تفاوت معناداری بین دو گروه را نشان می‌دهند ( $P<0/05$ ).

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیری خودتنظیمی و رفتارهای سلامت

منبع	SS	df	MS	F	P	Eta	OP
خودتنظیمی	۶۲۲/۳۹۸	۱	۶۲۲/۳۹۸	۸/۷	۰/۱۹	۰/۰۴۵	۰/۰۹۹
رفتارهای سلامت	۲۱۰/۸۶۹	۱	۲۱۰/۸۶۹	۳/۵	۰/۰۰۹	۰/۳۵	۰/۸۹

برای انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری، جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون M Box استفاده شد. براساس نتایج این آزمون در تحلیل مراحل خود-تنظیمی ( $F=5/03, M Box = 35/47, P>0/05$ ) و مؤلفه‌های رفتارهای سلامت ( $F=2/33, M Box = 13/47, P>0/05$ ) که حاکی از عدم معنادار بودن آماره M Box در تحلیل چندمتغیری است، پیش‌فرض عدم تفاوت بین واریانس‌ها برقرار است. بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین مراحل خود-تنظیمی و مؤلفه‌های رفتارهای سلامت، از آزمون  $X^2$  بارتلت استفاده شد. نتایج این آزمون در تحلیل مراحل خود-تنظیمی ( $X^2=75/53, df=14, P<0/05$ ) و مؤلفه‌های رفتارهای سلامت ( $X^2=65/30, df=11, P<0/05$ )، نشان داد که رابطه بین این مراحل معنادار است. بنابراین، شرط همبستگی مکفی بین مراحل خودتنظیمی و همچنین مؤلفه‌های رفتارهای سلامت برقرار است. براین اساس، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مراحل خودتنظیمی معنی‌دار است ( $F=11/25, P<0/002, \lambda=0/211$ ، لامبدای ویلکز). بر این اساس، مجذوراتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت برای مراحل خود-تنظیمی به صورت ترکیب گروهی براساس این ضریب،  $0/789$  است. یعنی  $78/9$  درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در پس‌آزمون مراحل خودتنظیمی با کنترل آماری پیش‌آزمون ناشی از شرایط آزمایشی است. همچنین نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های رفتارهای سلامت معنی‌دار است ( $F=38/26, P<0/001, \lambda=0/06$ ، لامبدای ویلکز). بر این اساس، مجذوراتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت برای مؤلفه‌های رفتارهای سلامت به صورت ترکیب گروهی براساس این ضریب،  $0/844$  است. یعنی  $84/4$

درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در پس‌آزمون مؤلفه‌های رفتارهای سلامت با کنترل آماری پیش‌آزمون ناشی از شرایط آزمایشی است.

برای مقایسه تفاوت‌های گروه آزمایش و گروه گواه در هر یک از مراحل خودتنظیمی و مؤلفه‌های رفتارهای سلامت، در جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مراحل خودتنظیمی و همچنین مؤلفه‌های رفتارهای سلامت گزارش شده است. چنانچه مشاهده می‌شود در تحلیل مراحل خودتنظیمی بین دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پذیرش و اجرا تفاوت معنادار وجود دارد. مجذوراتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در این مراحل، به ترتیب ۰/۴۵۴ و ۰/۷۷۵ است. یعنی هر مرحله به ترتیب حدود ۴۵/۴ درصد و ۷۷/۵ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه را تبیین می‌کند. بدین معنا که شرایط آزمایشی بر بهبود این مراحل تأثیرگذار بوده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بیشترین تفاوت در مرحله اجرا است. اما بین دو گروه در مراحل ارزیابی، راه‌اندازی، بررسی، برنامه‌ریزی و سنجش تفاوت معنادار دیده نشد. همچنین براساس همین جدول ۴، چنانچه مشاهده می‌شود در تحلیل مؤلفه‌های رفتارهای سلامت بین دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های مسئولیت‌پذیری در برابر سلامت و مدیریت استرس تفاوت معنادار وجود دارد. مجذوراتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در این مؤلفه‌ها، به ترتیب ۰/۳۴۳ و ۰/۴۴۲ است. یعنی هر مرحله به ترتیب حدود ۳۴/۳ درصد و ۴۴/۲ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه را تبیین می‌کند. بدین معنا که شرایط آزمایشی بر بهبود این مراحل تأثیرگذار بوده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بیشترین تفاوت در مؤلفه مدیریت استرس است. اما بین دو گروه در مؤلفه‌های رشد معنوی، روابط بین فردی، ورزش/فعالیت فیزیکی و تغذیه تفاوت معنادار دیده نشد.

برای بررسی اینکه میانگین کدام‌یک از گروه‌ها در پس‌آزمون مراحل خودتنظیمی و همچنین مؤلفه‌های رفتارهای سلامت پس از تعدیل و مهار نمرات پیش‌آزمون با اصلاح بن‌فرونی بیشتر است در جدول ۵، میانگین‌های تعدیل‌شده مراحل خودتنظیمی و مؤلفه‌های رفتارهای سلامت گزارش شده است. با توجه به این جدول، با در نظر گرفتن نتیجه تفاضل میانگین‌ها، مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل‌شده گروه‌های آزمایش و گواه برای مراحل پذیرش و اجرا معنادار است. بر این اساس، شرایط آزمایشی با اطمینان ۹۵ درصد بر بهبود این مراحل خودتنظیمی تأثیرگذار بوده است. همچنین بر اساس این جدول ۵، با در نظر گرفتن نتیجه تفاضل میانگین‌ها، مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل‌شده گروه‌های آزمایش و گواه برای مؤلفه‌های مسئولیت در برابر سلامت و مدیریت استرس معنادار است. بر این اساس، شرایط آزمایشی با اطمینان ۹۵ درصد بر بهبود این مؤلفه‌های رفتارهای سلامت تأثیرگذار بوده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندتغییری مؤلفه‌های خودتنظیمی و رفتارهای سلامت

متغیر	منبع	مؤلفه‌ها	SS	df	MS	F	P	Eta	OP
خودتنظیمی	گروه	پذیرش	۴/۳۵	۱	۴/۳۵	۹/۱۶	۰/۰۱۲	۰/۴۵۴	۰/۸۷۸
		ارزیابی	۱/۶۵	۱	۱/۶۵	۰/۸۸	۰/۳۶۸	۰/۰۷۴	۰/۱۳۸
		راه‌اندازی	۱/۶۰	۱	۱/۶۰	۱/۴۰	۰/۲۶۱	۰/۱۱۳	۰/۱۹۱
		بررسی	۰/۶۸	۱	۰/۶۸	۱/۱۶	۰/۳۰۴	۰/۰۹۶	۰/۱۶۷
		برنامه‌ریزی	۰۳/۱۷	۱	۰۳/۱۷	۰/۷۳	۰/۴۱۲	۰/۰۶۲	۰/۱۲۲
		اجرا	۴/۳۲	۱	۴/۳۲	۳۷/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵	۱
		سنجش	۰/۲۸	۱	۰/۲۸	۰/۲۹۳	۰/۵۹۹	۰/۰۲۶	۰/۰۷۹
رفتارهای سلامت	گروه	رشد معنوی	۱۹/۲۱۱	۱	۱۹/۲۱۱	۳/۸۵	۰/۰۷۳	۰/۰۴۲	۰/۴۳۸
		مسئولیت‌پذیری	۱۵/۵۷	۱	۱۵/۵۷	۳/۲۲	۰/۰۱۹	۰/۳۴۳	۰/۸۵۹
		سلامت	۸/۲۲	۱	۸/۲۲	۲/۵۸	۰/۱۳	۰/۰۱۷	۰/۳۱۶
		روابط بین‌فردی	۱۵/۸۶	۱	۱۵/۸۶	۹/۵۱	۰/۰۰۹	۰/۴۴۲	۰/۹۵۸
		مدیریت استرس	۲/۷۷	۱	۲/۷۷	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۰۳۹	۰/۰۹۹
		ورزش/فعالیت	۲/۷۷	۱	۲/۷۷	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۰۳۹	۰/۰۹۹
		فیزیکی	۰/۹۵	۱	۰/۹۵	۰/۱۸	۰/۶۸	۰/۰۱۵	۰/۰۶۸
تغذیه	۰/۹۵	۱	۰/۹۵	۰/۱۸	۰/۶۸	۰/۰۱۵	۰/۰۶۸		

جدول ۵: میانگین و انحراف استاندارد تعدیل شده مؤلفه‌های خودتنظیمی و رفتارهای سلامت

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	انحراف استاندارد	سطح معناداری	حدود اطمینان ۹۵ درصد	
							حد بالا	حد پایین
خودتنظیمی	پذیرش	۱	۲	۱/۹۹۴	۰/۶۵۹	۰/۰۱۲	۰/۵۴۴	۳/۴۴۴
	ارزیابی	۱	۲	-۱/۲۳۰	۱/۳۱۰	۰/۳۶۸	-۴/۱۱۴	۱/۶۵۴
	راه‌اندازی	۱	۲	۱/۵۴۳	۱/۳۰۳	۰/۲۶۱	-۱/۳۲۴	۴/۴۱۱
	بررسی	۱	۲	۰/۷۸۶	۰/۷۲۹	۰/۳۰۴	-۰/۸۱۸	۲/۳۹۰
	برنامه‌ریزی	۱	۲	۱/۷۰۳	۱/۹۹۶	۰/۴۱۲	-۲/۶۸۹	۶/۰۹۵
	اجرا	۱	۲	۱/۹۸۷	۰/۳۲۲	۰/۰۰۱	۱/۲۷۷	۲/۶۹۶
	سنجش	۱	۲	-۰/۵۰۹	۰/۹۴۰	۰/۵۹۹	-۲/۵۷۷	۱/۵۶۰
	رشد معنوی	۱	۲	۲/۸۲۷	۱/۴۴۱	۰/۰۷۳	-۰/۳۱۲	۵/۹۶۶
	مسئولیت‌پذیری	۱	۲	۲/۵۴۵	۱/۴۱۹	۰/۰۱۹	-۰/۵۴۶	۵/۶۳۶
رفتارهای سلامت	روابط بین فردی	۱	۲	۱/۸۴۹	۱/۱۵۰	۰/۱۳۴	-۰/۶۵۷	۴/۳۵۵
	مدیریت استرس	۱	۲	۲/۵۶۸	۰/۸۳۳	۰/۰۰۹	۰/۷۵۳	۴/۳۸۳
	ورزش	۱	۲	۱/۰۷۲	۱/۵۳۰	۰/۴۹۷	-۲/۲۶۱	۴/۴۰۶
	تغذیه	۱	۲	۰/۶۳۰	۱/۴۸۸	۰/۶۸۰	-۲/۶۱۳	۲/۸۷۲

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر خودتنظیمی و رفتارهای سلامت دانشجویان اهمال‌کار انجام شد. نتایج حاصل نشان داد که آموزش خودکارآمدی بر افزایش خودتنظیمی در دانشجویان اهمال‌کار اثری معنادار نداشت. باین‌حال از میان مراحل خود-تنظیمی، مرحله پذیرش و مرحله اجرا افزایش نمره معناداری را نشان دادند. اما در مراحل ارزیابی، راه‌اندازی، بررسی، برنامه‌ریزی و سنجش تفاوت معنادار دیده نشد. همچنین نتایج حاصل نشان داد که آموزش خودکارآمدی به بر افزایش رفتارهای سلامت دانشجویان اهمال‌کار اثربخش بود. از میان انواع رفتارهای سلامت، مؤلفه مسئولیت‌پذیری در برابر سلامت و مؤلفه مدیریت استرس افزایش نمره معناداری را نشان دادند ولی در مؤلفه‌های رشد معنوی، روابط بین فردی، تغذیه و ورزش با وجود تفاوت میانگین‌ها اثر معنادار مشاهده نشد.

براساس نتایج پژوهش حاضر بین دو گروه در پس‌آزمون خودتنظیمی تفاوت معناداری مشاهده نشد که نشانگر عدم تأثیر آموزش خودکارآمدی بر افزایش خودتنظیمی در این پژوهش است. اگرچه، جستجوی سوابق پژوهشی، مطالعه مشابه با پژوهش حاضر برای مقایسه نتایج را نشان نداد اما مطالعات علی-مقایسه‌ای و توصیفی رابطه بین خودکارآمدی و خودتنظیمی را ترسیم کرده و نشان داده‌اند که خودکارآمدی در خودتنظیمی (میدکیف، لیندسی و مادوس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸؛ لی و زهانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ گونزن هاوسر، هیکامپ، گربینو، آلساندری، سوچودولتز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ سو و الیاس، ۲۰۰۹؛ کیم و هوانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱) و به‌ویژه نقص خودتنظیمی افراد اهمال‌کار نقش مهمی دارد (کلاس، کروچک و راجانی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ زهانگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ زیگلر و اوپدناکر، ۲۰۱۸). بر این اساس پیشنهاد شده است برای بهبود خودتنظیمی، مداخله‌های مبتنی بر ارتقای خودکارآمدی موردتوجه قرار گیرد. اما نتیجه این پژوهش اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر بهبود خودتنظیمی را نشان نداد که می‌تواند به دلایل مختلفی از جمله ماهیت سازه خودکارآمدی به‌ویژه در افراد اهمال‌کار باشد.

خودکارآمدی باورهایی است که در طول زندگی به تدریج رشد و تحول می‌یابد. گرچه آموزش، در باور خودکارآمدی تغییر ایجاد می‌کند (نتیجه جانبی پژوهش حاضر نیز افزایش معنادار خودکارآمدی را نشان داد) اما به نظر می‌رسد باور خودکارآمدی عمیق و پایدار که بتواند بر خودتنظیمی افراد مؤثر باشد (یعنی خودکارآمدی خودتنظیمی) با تجربه‌های تسلط یا موفقیت‌های قبلی شکل می‌گیرد. چنین تجاربی در افراد اهمال‌کار محدود هستند چراکه اجتناب از تکلیف چرخه معیوبی ایجاد می‌کند که می‌تواند موجب حفظ خودکارآمدی پایین و تکرار اجتناب شود (ووب و روزنهام<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸) و اجتناب

1. Midkiff, Lindsey, & Meadows
2. Li, & Zheng
3. Gunzenhauser, Heikamp, Gerbino, Alessandri, Suchodoletz
4. Kim, & Hwang
5. Klassen, Krawchuk, & Rajani
6. Webb, & Rosenbaum



مکرر باعث می‌شود که افراد از تجربه‌های تسلط که یکی از منابع اصلی خودکارآمدی است (بندورا، ۱۹۹۷) محروم شوند. بنابراین، برای ارتقاء پایدار و قطعی خودکارآمدی نیاز به تجربه‌های تسلط است. که احتمالاً در طول آموزش به دلایل مختلف زمینه چنین تجاربی فراهم نشده است که از جمله این دلایل می‌توان به ماهیت جلسات آموزشی (بیشتر تئوری است تا عملی، هرچند تکالیفی برای خارج از جلسات ارائه می‌شود)، عدم انجام تکالیف در خارج از جلسات آموزشی توسط آزمودنی‌ها، مدت‌زمان کوتاه آموزش، ویژگی اجتناب در دانشجویان اهمال‌کار اشاره کرد.

همچنین سازه خودکارآمدی یک مفهوم شناختی است. در واقع خودکارآمدی قضاوت افراد درباره‌ی توانایی‌ها، ظرفیت‌ها و شایستگی‌هایشان برای انجام‌دادن یک تکلیف معین (در هر حوزه از زندگی نظیر سلامت، تحصیلات، شغل، روابط و ...) است (بندورا، ۱۹۹۳). درحالی‌که خودتنظیمی (در پژوهش حاضر از پرسشنامه بروون و همکاران برای سنجش خودتنظیمی استفاده شد که در اصل خودتنظیمی رفتار هدف محور را می‌سنجد) به ارزیابی افراد از تفاوت بین وضعیت موجود خود با وضعیت ایده‌آل اشاره دارد که با برنامه‌ریزی برای رسیدن به این وضعیت مطلوب و نحوه اجرای عملی آن همراه است (بروون و همکاران، ۱۹۹۱). به‌نظر می‌رسد که سطوح پردازش در خودتنظیمی رفتاری متفاوت از خودکارآمدی است (که صرفاً مبتنی بر باورهای افراد در مورد توانایی‌هایشان است) به‌طوری‌که در خودتنظیمی رفتار هدف‌محور علاوه بر خودکارآمدی، به سایر سازه‌های شناختی (مثلاً ایجاد تضاد ذهنی برای مراحل اولیه خودتنظیمی که موجب شکاف بین وضعیت فعلی و ایده‌آل می‌شود) و عملکردی (مثل توانایی برنامه‌ریزی و استفاده از راهبردهای گوناگون برای عملی کردن برنامه‌ها در مراحل میانی خودتنظیمی) برای رسیدن به نتیجه مطلوب نیاز باشد. به‌عبارت‌دیگر، خودکارآمدی به باور شخص به توانایی‌های عملی خود و اینکه می‌تواند به سطوح موردنظر اهداف خود دست یابد اشاره دارد (بندورا، ۱۹۹۷) درحالی‌که نحوه رسیدن به این اهداف را مشخص نمی‌کند اما در خودتنظیمی رفتار هدف‌محور نیاز به برنامه‌ریزی و عملی کردن این برنامه‌ها با راهبردهای مناسب است (بروون و همکاران، ۱۹۹۱؛ بروون، ۱۹۹۷؛ داویسون و هویل، ۲۰۱۷). در مجموع، به‌نظر می‌رسد که خودکارآمدی برای خودتنظیمی رفتار هدف‌محور لازم است اما کافی نیست. شاید در کنار آن، آموزش‌های دیگر از جمله آموزش راهبردهای خودتنظیمی نیاز باشد.

باین‌حال، یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش خودکارآمدی بر دو مرحله خودتنظیمی یعنی پذیرش و اجرا تأثیرگذار بوده است. در مرحله پذیرش که اولین مرحله از خودتنظیمی است افراد اطلاعات مربوط به وضعیت موجود خود را از محیط دریافت می‌کنند (بروون و همکاران، ۱۹۹۱). دریافت اطلاعات می‌تواند عاملی برای جلب‌توجه افراد به خود و انگیزه‌ای برای شروع خودتنظیمی باشد. همچنین در مرحله اجرا افزایش نمره معناداری مشاهده شد که این نشان می‌دهد افراد گروه آزمایش توانسته‌اند درگیر اجرا و عملی کردن برنامه‌های خود شوند. به‌طورکلی، هر فرد به‌طور پیوسته برنامه‌هایی برای خود طرح‌ریزی می‌کند اما برخی افراد در عملی‌سازی این طرح‌ها دچار مشکل

می‌شوند به‌ویژه افراد اهمال‌کار؛ براین اساس، آموزش خودکارآمدی توانسته بر عملی‌سازی برنامه‌های از قبل تعیین‌شده افراد گروه آزمایش تأثیر بگذارد. ظاهراً آموزش خودکارآمدی از طریق تعدیل افکار و باورهای کارآمدی مبنی بر توانایی انجام کارها که دارای بعد انگیزشی می‌باشند (شونبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ واسچل و همکاران، ۲۰۱۴) بر مرحله اجرا در فرایند خودتنظیمی و پایداری در عملی‌کردن اهداف و عدم اجتناب از آن‌ها (بندورا، ۱۹۹۳، ۱۹۹۷) تأثیرگذار بوده است. با این وجود، آموزش خودکارآمدی بر مراحل میانی خودتنظیمی (که موجب تضاد بین وضعیت موجود و ایده‌آل و همچنین برنامه‌ریزی برای رسیدن به وضعیت ایده‌آل می‌شود) اثربخش نبوده است. برای مراحل میانی خودتنظیمی، احتمالاً مهارت در راهبردهای اجرایی و سازه شناختی متفاوت از باور صرف به توانایی‌ها نیاز باشد. که به نظر می‌رسد آموزش سایر برنامه‌های مناسب و مکمل از جمله آموزش تعیین‌قندهای اجرایی<sup>۲</sup> و راهبردهای برنامه‌ریزی در کنار آموزش خودکارآمدی راهگشا باشد.

براساس نتایج حاصل، بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون رفتارهای سلامت گروه آموزش خودکارآمدی در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده شد. یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های ویو و شنگ<sup>۳</sup> (۲۰۱۹)؛ افندی، نور آسیا، نورمی، موهدها تا و نورالیزا<sup>۴</sup> (۲۰۱۸)؛ زالیسکا-ویکزوکوسوسکا<sup>۵</sup> (۲۰۱۶)؛ کاشانی، الیسون، والیزر، فولر، انلکر<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۶)؛ زالاتانوویچ<sup>۷</sup> (۲۰۱۵) که بیان کردند خودکارآمدی در رفتارهای سلامت نقش برجسته‌ای دارد و می‌تواند آن را ارتقاء بخشد همسو است. همچنین با نتایج پژوهش سیرویس (۲۰۰۴) که بیان کرد خودکارآمدی با رفتار سلامت در افراد اهمال‌کار رابطه دارد هماهنگ است. بنابراین، می‌توان گفت که آموزش خودکارآمدی می‌تواند رفتارهای سلامت افراد اهمال‌کار را بهبود بخشد.

خودکارآمدی یک سازه مرکزی در انواع زمینه‌های روان‌شناختی (زالاتانوویچ، ۲۰۱۵) به‌ویژه در رفتارهای سلامت است (تاسل و فلت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵؛ گیلبرت و والتز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). خودکارآمدی برای ایجاد تغییر در رفتارهای سلامت و حفظ آن اهمیت فراوانی دارد. حتی اگر افراد توانایی تغییر رفتار خاصی را داشته باشند اما به توانمندی خود باور نداشته باشند احتمالاً نمی‌توانند رفتار خود را تغییر دهند. خودکارآمدی اعتمادبه‌نفس فرد را در انجام یک رفتار مطلوب با وجود انواع موانع درونی و بیرونی بالا می‌برد (گیلبرت و والتز، ۲۰۱۰). با توجه به رویکردهای جدید رفتار سلامت از قبیل نظریه انگیزش

- 
1. Schouwenburg
  2. Implementation intentions
  3. Wu, & Sheng
  4. Affendi, Nor Asiah, Normi, Mohd Hatta, Noor Aliza
  5. Zielińska-Więczkowska
  6. Kashani, Eliasson, Walizer, Fuller, Engler
  7. Zlatanović
  8. Tassell, & Flett
  9. Gilbert, & Waltz

محافظت<sup>۱</sup>، نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده<sup>۲</sup>، رویکرد فرایند اقدام سلامت<sup>۳</sup>، نظریه شناختی اجتماعی<sup>۴</sup>، مدل باور سلامت<sup>۵</sup> و مدل ادغامی<sup>۶</sup> (کانر و نورمن، ۲۰۱۵) خودکارآمدی یکی از عوامل مهم و تسهیل‌گر در رفتارهای سلامت است.

به‌نظر می‌رسد علاوه بر تأثیر مستقیم خودکارآمدی بر اهمال رفتارهای سلامت (سیرویس، ۲۰۰۴)، به‌صورت غیرمستقیم از طریق هیجانانگ منفی نیز بر سلامت افراد تأثیر است (نورمن و کانر، ۲۰۱۷؛ کانر و نورمن، ۲۰۱۵). چراکه مشخص شده احساس خودکارآمدی بالا رفتار اجتنابی و اضطراب را تعدیل می‌کند درحالی‌که احساس خودکارآمدی پایین در ایجاد افسردگی و اضطراب نقش دارد (شولتز و شولتز، ۲۰۰۹). همچنین باورهای خودکارآمدی در فرایند خودتنظیمی انگیزش نقشی مهمی دارند به‌طوری‌که می‌تواند عاملی تسهیلی برای انگیزه‌ها باشند که در نهایت به عمل منجر گردند. درواقع، خودکارآمدی بر میزان تلاش و کوشش در انجام تکالیف، میزان استقامت و پایداری در رویارویی با مشکلات و میزان تحمل فشارها اثر می‌گذارد که هر یک از این‌ها می‌تواند انگیزه‌ای برای عمل باشد (بندورا، ۱۹۹۷). برای اساس، می‌توان گفت که آموزش خودکارآمدی از طریق فرایندهای شناختی، عاطفی، انگیزشی (بندورا، ۲۰۰۴) بر افزایش رفتارهای سلامت افراد اهمال‌کار مؤثر بوده است.

در انواع رفتارهای سلامت، آموزش خودکارآمدی بر بهبود مؤلفه مسئولیت در برابر سلامتی و مدیریت استرس اثربخش بود. به‌نظر می‌رسد که آموزش خودکارآمدی از طریق افزایش کنترل درونی سلامت<sup>۷</sup> (باور به کنترل درونی بر سلامت خود به‌جای کنترل بیرونی) بر مؤلفه مسئولیت در برابر سلامتی اثر داشته است (زالیسکا-ویکزوکسوسکا، ۲۰۱۶). همچنین این آموزش از طریق افزایش باورهای مربوط به توانایی مقابله با شرایط استرس‌زا می‌تواند بر بهبود مدیریت استرس تأثیرگذار باشد (لی، کیم و وچهولز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶). چراکه مشخص شده خودکارآمدی، صرفاً داشتن مهارت‌های مقابله‌ای نیست بلکه اعتقاد به توانایی استفاده از منابع مقابله‌ای برای مدیریت استرس در شرایط متغیر و چالش‌برانگیز نیز است (بندورا، ۱۹۷۷). در مورد عدم تأثیر آموزش خودکارآمدی بر مؤلفه‌های رشد معنوی، روابط بین‌فردی، تغذیه و ورزش می‌توان گفت که احتمالاً عوامل متعددی بر این مؤلفه‌ها تأثیرگذاراند. به‌ویژه در مورد رشد معنوی (که به‌نوعی فراتر رفتن از آنچه که هستیم، احساس هماهنگی و یکپارچگی با جهان و پرورش ظرفیت خود برای نیکی از طریق معنا و اهداف اشاره دارد؛ والکر و هیل-پروکی، ۱۹۹۶) به‌نظر می‌رسد که تنها افزایش خودکارآمدی کافی نباشد. همچنین در مورد

1. Protection Motivation Theory
2. Theory of Planned Behavior
3. Health Action Process Approach
4. Social Cognitive Theory
5. Health Belief Model
6. Integrational model
7. Health Locus of Control
8. Lee, Kim, & Wachholtz

روابط بین فردی احتمالاً پیامدهای منفی پایدار اهمال کاری بی تأثیر نبوده است چراکه، اهمال کاری به صورت منفی بر روابط افراد تأثیرگذار است (سیرویس و پیچل، ۲۰۱۶). قابل تصور است که اهمال کردن تکالیف موجب رنجش سایر افراد مهم زندگی (از جمله والدین، معلمان و دوستان) می شود که این می تواند بر روابط آنها نیز تأثیر منفی بگذارد و بهبود دوباره این روابط نیاز به زمان دارد. همچنین در این پژوهش به آموزش خودکارآمدی کلی پرداخته شد نه خودکارآمدی در حیطه خاص که می توانست به افزایش باور فرد در حوزه اجتماعی کمک نماید.

اما در مورد تغذیه ظاهراً یافته این پژوهش ناهمسو با شواهد موجود است که نشان داده اند خودکارآمدی بر رفتار تغذیه اثربخش است (شارور<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹؛ نظامی، لانگ، جاکسیک، داویس، پولزن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ حسن و پودر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷؛ تاسل و فلت، ۲۰۰۵). اینکه چرا در پژوهش حاضر خودکارآمدی بر رفتار تغذیه (که به انتخاب یک رژیم غذایی سالم اشاره دارد) تأثیری نداشت شاید عوامل بیرونی از جمله دسترسی به انواع غذای سالم (تقریباً نیمی از افراد گروه آموزشی ساکن خوابگاه بودند و از غذای سلف سرویس دانشگاه استفاده می کردند که به نظر می رسد در انتخاب تغذیه خودمختار نبودند) یا وضعیت اقتصادی تأثیرگذار باشد. همچنین در مورد ورزش مشخص شده که خودکارآمدی از طریق افزایش باورهای مربوط به توانایی انجام تکلیفی خاص و موفقیت در آن بر فعالیت های فیزیکی/ورزشی تأثیرگذار است (بورنس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹؛ هیو، مکاولی، موتی و کونوپاک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). اینکه چرا در پژوهش حاضر اثری معنادار مشاهده نشد شاید عدم دسترسی آسان به امکانات ورزشی دخیل باشد. همچنین همزمانی جلسات آموزشی با ایام امتحانات میان ترم می تواند دلیل احتمالی بعدی باشد. از سوی دیگر به نظر می رسد که فشار اجتماعی نیز تأثیرگذار باشد (علاوه بر خودکارآمدی، یکی از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر رفتارهای سلامت در مدل ادغامی سلامت، فشار اجتماعی است؛ کانر و نورمن، ۲۰۱۵). ظاهراً در جامعه ما افراد کمتر به ورزش کردن ترغیب می شوند.

در مجموع، نتایج حاصل نشان داد که آموزش خودکارآمدی بر افزایش خودتنظیمی دانشجویان اهمال کار اثر معناداری نداشت. باین حال از میان مراحل خودتنظیمی در دو مرحله پذیرش و اجرا افزایش نمره معنادار مشاهده شد. اما در مراحل ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی و سنجش تفاوت معنادار مشاهده نشد. این عدم معناداری می تواند نشان دهد که آموزش خودکارآمدی برای بهبود تمام مراحل خودتنظیمی قدرت کافی را نداشته است و نیاز به آموزش برنامه های مکمل باشد. شاید هم برای ارتقای خودکارآمدی مؤثر در خودتنظیمی، روش مداخله فردی کارآمدتر از جلسات آموزش گروهی باشد. همچنین نتایج حاصل نشان داد که آموزش خودکارآمدی بر افزایش رفتارهای سلامت

- 
1. Sharour
  2. Nezami, Lang, Jakicic, Davis, Polzien
  3. Hassan, & Poddar
  4. Burns
  5. Hu, Motl, McAuley, & Konopack

دانشجویان اهمال کار اثر معناداری داشت. از میان مؤلفه‌های رفتارهای سلامت، مؤلفه مسئولیت در برابر سلامت و مؤلفه مدیریت استرس افزایش نمره معناداری را نشان دادند اما در مؤلفه‌های تغذیه، ورزش، روابط بین فردی و رشد معنوی اثر معنادار مشاهده نشد. احتمالاً عوامل دیگری از جمله عوامل محیطی در کنار خودکارآمدی در این مؤلفه‌ها نقش دارند که می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. درکل با توجه به یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد که آموزش خودکارآمدی در افراد اهمال کار به‌ویژه برای سلامت آن‌ها می‌تواند فواید مثبتی به همراه داشته باشد. باین‌حال، برای اطمینان نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر ضرورت می‌یابد.

تعداد کم نمونه گروه‌ها به خاطر افت زیاد آزمودنی در طول مداخله که می‌تواند به دلیل مشکل گروه موردبررسی (اهمال کاری) باشد، صرف قرارگرفتن در موقعیت آزمایش که برای گروه گواه وجود نداشت، کمبود شواهد تجربی مرتبط با موضوع که احتمالاً در بحث و تبیین قوی یافته‌ها خلل ایجاد می‌کند و همچنین عدم تعمیم نتایج از محدودیت‌های این پژوهش بود. نکته دیگر اینکه نتایج و تبیین‌های انجام شده نیاز به پژوهش مکرر و بررسی‌های همه‌جانبه دارد. پیشنهاد می‌شود که با در نظر گرفتن محدودیت‌های ذکر شده و توجه به سوابق انجام شده، اثربخشی آموزش خودکارآمدی در نمونه‌های مختلف اهمال کار و با پیگیری بلندمدت انجام گیرد. همچنین در مورد اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر انواع خودتنظیمی (به‌ویژه نوع رفتاری که شواهد تجربی محدودی در مورد آن پیدا شد) در افراد اهمال کار پژوهش‌هایی اجرا شود. در نهایت با توجه به شیوع بالای اهمال کاری در محیط‌های تحصیلی، پیشنهاد می‌شود برای افزایش خودتنظیمی افراد اهمال کار (به‌ویژه خودتنظیمی رفتارهای هدف‌محور) از روش‌های مداخله فردی برای ارتقای خودکارآمدی و همچنین از برنامه‌های آموزشی مکمل مثل آموزش راهبردهای خودتنظیمی استفاده شود. همچنین برای ارتقای سلامت افراد اهمال کار (به‌ویژه ارتقای رفتارهای سلامت و کاهش رفتارهای مخل سلامتی) و در نتیجه ایجاد سبک زندگی سالم در افراد اهمال کار از برنامه‌های آموزش خودکارآمدی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و کارکنان مرکز مشاوره دانشگاه گیلان که همکاری لازم را در انجام این پژوهش داشته‌اند، سپاسگزاری می‌گردد.

## منابع

- امینیان، لیدا. (۱۳۸۷). *اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر بلوغ حرفه‌ای دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. گروه مشاوره شغلی. دانشگاه علامه طباطبائی.
- خرمایی، فرهاد و زابلی، مصطفی. (۱۳۹۷). «بررسی رابطه بین سبک‌های حل مسأله و اهمال‌کاری تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی: نقش میانجی خودکارآمدی تحصیلی». *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۶(۱۰)، ۱۷-۳۸.
- رضائی‌لشکریانی، زهرا. (۱۳۹۴). *بررسی کفایت روان‌سنجی پرسشنامه یادگیری خود-تنظیمی میسر و براون در بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد مرودشت*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. گروه روانشناسی تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- رضایی، بهروز، یارمحمدیان، محمدحسین و محمودزاده‌اردکانی، حسین. (۱۳۹۵). «بررسی شیوع اهمال‌کاری سازمانی و عوامل فردی و شغلی مرتبط با آن در کارکنان پرستاری و مامایی». *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۵(۱)، ۱۷-۲۸.
- شیخ‌الاسلامی، علی. (۱۳۹۵). «پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی بر اساس راهبردهای شناختی، راهبردهای فراشناختی و اضطراب امتحان در دانشجویان». *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۴(۶)، ۸۱-۱۰۱.
- کارگر، بهنام. (۱۳۹۶). *اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر اهمال‌کاری و رشد فردی دانش‌آموزان دوره متوسطه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. گروه روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- مرادی، اعظم. (۱۳۸۹). *تأثیر عزت‌نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه زنان جوان: الگویی برای مبتلایان به ناتوانی جسمی-حرکتی*. پایان‌نامه دکترای. گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.
- محمدی زیدی، عیسی، پاکپورحاجی‌آقا، امیر و محمدی زیدی، بنفشه. (۱۳۹۰). «روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت». *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۱(۱)، ۱۰۳-۱۱۳.
- ملک‌افضلی، حسین، مجدزاده، سیدرضا، فتوحی، اکبر و توکلی، سامان. (۱۳۸۳). *روش‌شناسی پژوهش‌های کاربردی در علوم پزشکی*. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- نوری‌امام‌زاده‌ئی، طاهره و نیلفروشان، پریرسا. (۱۳۹۵). «اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان: نقش سبک‌های مقابله با تنیدگی و ابعاد دوگانه کمال‌گرایی». *رویکردهای نوین آموزشی*، ۱۱(۱)، ۲۱-۴۰.
- Aubrey, L. L., Brown, J. M., & Miller, W. R. (1994). "Psychometric properties of a self-regulation questionnaire (SRQ)". *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 18(2), 429-435.
- Affendi, I., Nor Asiah, M., Normi, M., Mohd Hatta, A. M., Noor Aliza L., & Suraiya S. M. (2018). "Association between Self-Efficacy and Health Behaviour in Disease Control: A Systematic Review". *Global Journal of Health Science*, 10(1), 18-36.

- Brown, J. M., Miller, W. R., & Lawendowski, L. A. (1999). The Self-Regulation Questionnaire. In L. VandeCreek & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 17, pp. 281-289). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Brown, J. M. (1997). *Self-regulation and the addictive behaviors*. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 61-74). New York: Plenum Press.
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Aufenanger, S., Brähler, E., Dreier, M., Müller, K. W. & Wölfling, K. (2016). "Procrastination, distress and life satisfaction across the age range—a German representative community study". *PloS one*, 11(2), 54-59.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. Freeman, New York.
- Bandura, A. (1993). "Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning". *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bandura, A. (2000). *Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness*. In E. A. Locke (Ed.), *Handbook of principles of organization behavior*. UK: Blackwell, Oxford.
- Bandura, A. (2004). "Health promotion by social cognitive means". *Health education & behavior*, 31(2), 143-164.
- Burns, R. D. (2019). "Enjoyment, self-efficacy, and physical activity within parent-adolescent dyads: Application of the actor-partner interdependence model". *Preventive medicine*, 126, 10-15.
- Cheung, W. K. D. (2018). *Improving Self-regulation by Regulating Mind-Wandering Through the Practice of Mindfulness*. Paper presented at International Conference on Artificial Intelligence in Education (pp. 498-502). Springer, Cham.
- Conner, M., & Norman, P. (2015). *Predicting and Changing Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models*. Maidenhead: Open University Press.
- Davisson, E. K., & Hoyle, R. H. (2017). *Perspective on Self-Regulation*. In T. Egner (Ed), *The Wiley handbook of cognitive control* (p.440-455). Elsevier Ltd.
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). *Educational research: An introduction*. New Yor: Longman Publishing.
- Glanz, k. (2017). *Health Behavior and Risk Factors*. In *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 393-398). Elsevier Inc.
- Gilbert, D., & Waltz, J. (2010). "Mindfulness and health behaviors". *Mindfulness*, 1(4), 227-234.
- Haghbin, M. (2015). *Conceptualization and operationalization of delay: Development and validation of the multifaceted measure of academic procrastination and the delay questionnaire*. Doctoral dissertation. Carleton University.
- Gunzenhauser, C., Heikamp, T., Gerbino, M., Alessandri, G., Von Suchodoletz, A., Di Giunta, L. & Trommsdorff, G. (2013). "Self-efficacy in regulating positive and negative emotions". *European Journal of Psychological Assessment*, 29(3), 197-204.
- Hu, L., Motl, R. W., McAuley, E., & Konopack, J. F. (2007). "Effects of self-efficacy on physical activity enjoyment in college-agedwomen". *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(2), 92-96.

- Hassan, H. C., & Poddar, S. (2017). "Effect of Self-Efficacy and Behaviour Changes in Diet on Health Related Quality of Life Among Middle-Aged Women". *Nutri Health*, 3(1), 5-6.
- Haghbin, M., & Pychyl, T.A., (2013). *Development and psychometric properties of the health-related procrastination scale*. Paper presented at the 8th Biennial Procrastination Research Conference, Sherbrooke, QC.
- Hajloo, N. (2014). "Relationships between self-efficacy, self-esteem and procrastination in undergraduate psychology students". *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 8(3), 42-48.
- Islas, M. S. (2018). *An exploration of the triadic model of procrastination: arousal, avoidant, and decisional procrastination in adults*. Doctoral dissertation. California State University.
- Janssen, J. (2015). *Academic procrastination: Prévalence among high school and undergraduate students and relationship to academic achievement*. Master's Dissertation, Georgia State University.
- Jayaraja, A. R., Tan, S. A., & Ramasamy, P. N. (2017). "Predicting role of mindfulness and procrastination on psychological well-being among university students in Malaysia". *Jurnal Psikologi Malaysia*, 31(2), 25-35.
- Klassen, R. M., & Kuzucu, E. (2009). "Academic procrastination and motivation of adolescents in Turkey". *Educational psychology*, 29(1), 69-81.
- Klassen, R., M. (2017). *Procrastination*. In *Encyclopedia of Adolescence (pp. 1-7)*. Springer International Publishing.
- Kashani, M., Eliasson, A. H., Walizer, E. M., Fuller, C. E., Engler, R. J., Villines, T. C., & Vernalis, M. N. (2016). "Early empowerment strategies boost self-efficacy to improve cardiovascular health behaviors". *Global journal of health science*, 8(9), 322-329.
- Klassen, R. M., Krawchuk, L. L., & Rajani, S. (2008). "Academic procrastination of undergraduates: Low self-efficacy to self-regulate predicts higher levels of procrastination". *Contemporary Educational Psychology*, 33(4), 915-931.
- Kim, H., & Hwang, R. (2001). "A Study on the Correlation Between Self-efficacy and Self-Regulation Behavior in Obese College Wo". *Journal of Korean Academy of Nursing*, 31(7), 1210-1216.
- Kiamarsi, A., & Abolghasemi, A. (2014). "The relationship of procrastination and self-efficacy with psychological vulnerability in students". *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 858-862.
- Leyland, A., Rowse, G., & Emerson, L.-M. (2019). "Experimental effects of mindfulness inductions on self-regulation: Systematic review and meta-analysis". *Emotion*, 19(1), 108-122.
- Lee, J., Kim, E., & Wachholtz, A. (2016). "The effect of perceived stress on life satisfaction: The mediating effect of self-efficacy". *Ch'ongsonyonghak yongu*, 23(10), 29-35.
- Li, S., & Zheng, J. (2018). "The Relationship Between Self-efficacy and Self-Regulated Learning in One-to-One Computing Environment: The Mediated Role of Task Values". *The Asia-Pacific Education Researcher*, 27(6), 455-463.
- Matsumoto, D. E. (2009). *The Cambridge dictionary of psychology*. Cambridge University Press.



- Midkiff, M. F., Lindsey, C. R., & Meadows, E. A. (2018). "The role of coping self-efficacy in emotion regulation and frequency of NSSI in young adult college students". *Cogent Psychology*, 5(1), 15-20.
- Nezami, B. T., Lang, W., Jakicic, J. M., Davis, K. K., Polzien, K., Rickman, A. D. & Tate, D. F. (2016). "The effect of self-efficacy on behavior and weight in a behavioral weight-loss intervention". *Health Psychology*, 35(7), 71-79.
- Norman, P., & Conner, M. (2017). *Health Behavior. In Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, (pp. 1-27). Elsevier Inc.
- Rozental, A., & Carlbring, P. (2014). "Understanding and treating procrastination: a review of a common self-regulatory failure". *Psychology*, 5(13), 1488-1502.
- Renner, B., Klusmann, V. & Sproesser, G. (2015). *Assessment of Health Behaviors. In International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 588-593). Elsevier Ltd.
- Rabin, L. A., Fogel, J., & Nutter-Upham, K. E. (2011). "Academic procrastination in college students: The role of self-reported executive function". *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 33(3), 344-357.
- Swaraswati, Y., Winarno, A. R. D., & Goeritno, H. (2017). *Academic procrastination of undergraduate students: The role of academic self-efficacy and the big five personality traits*. Paper presented at 9th International Conference for Science Educators and Teachers. Atlantis Press.
- Sirois, F. M. (2013). "Procrastination and stress: Exploring the role of self-compassion". *Self and Identity*, 13(2), 128-145.
- Sirois, F. M. (2013). "Out of sight, out of time? A meta-analytic investigation of procrastination and time perspective". *European Journal of Personality*, 28(5), 511-520.
- Sirois, F. M., Melia-Gordon, M. L., & Pychyl, T. A. (2003). "I'll look after my health, later": An investigation of procrastination and health". *Personality and individual differences*, 35(5), 1167-1184.
- Sirois, F. M. (2004). "Procrastination and intentions to perform health behaviors: The role of self-efficacy and the consideration of future consequences". *Personality and Individual Differences*, 37(1), 115-128.
- Sirois, F. M. (2007). "I'll look after my health, later: A replication and extension of the procrastination-health model with community-dwelling adults". *Personality and Individual Differences*, 43(1), 15-26.
- Steel, P. (2007). "The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure". *Psychological bulletin*, 133(1), 65-94.
- Sirois, F. and Pychyl, T. (2013). "Procrastination and the Priority of Short-Term Mood Regulation: Consequences for Future Self". *Social and Personality Psychology Compass*, 7(2), 115-127.
- Steel, P. & Klingsieck, K. B. (2015). *Procrastination. In International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 73-78). Elsevier Ltd.
- Sirois, F., & Pychyl, T. (2016). *Procrastination. In Encyclopedia of Mental Health* (pp. 330-338). Elsevier Ltd.

- Sudler, E. L. (2014). *Academic procrastination as mediated by executive functioning, perfectionism, and frustration intolerance in college students*. Master's Dissertation. St. John's University.
- Seo, M. G., & Ilies, R. (2009). "The role of self-efficacy, goal, and affect in dynamic motivational self-regulation". *Organizational behavior and Human Decision processes*, 109(2), 120-133.
- Schouwenburg, H. C. (2004). *Perspectives on counseling the procrastinator*. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the procrastinator in academic settings* (pp. 197-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sharour, L. A. (2019). "Improving oncology nurses' knowledge, self-confidence, and self-efficacy in nutritional assessment and counseling for patients with cancer: A quasi-experimental design". *Nutrition*, 62, 131-134.
- Tassell, N., & Flett, R. (2005). "States of change for fruit and vegetable intake and dietary fat modification in Maori women: Some relationships with body attitudes and eating behaviours". *New Zealand Journal of Psychology*, 34, 28-34.
- Van Eerde, W. (2003). "A meta-analytically derived nomological network of procrastination". *Personality and Individual Differences*, 35, 1401-1418.
- Van Eerde, W., & Klingsieck, K. B. (2018). "Overcoming procrastination? A meta-analysis of intervention studies". *Educational Research Review*, 25, 73-85.
- VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.
- Vannice, J., & Losoff, R. (2017). *Self-Regulation*. In J. Kreutzer et al. (eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (PP.25-36). Springer International Publishing.
- Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). "Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II". *Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center*, 120-26.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). "The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics". *Nursing research*, 36, 76-81.
- Wu, F., & Sheng, Y. (2019). "Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 85, 36-29.
- Wypych, M. W., Matuszewski, J., & Dragan, W. Ł. (2018). "Roles of impulsivity, motivation, and emotion regulation in procrastination—Path analysis and comparison between students and non-students". *Frontiers in psychology*, 9, 891-899.
- Wäschle, K., Allgaier, A., Lachner, A., Fink, S., & Nückles, M. (2014). "Procrastination and self-efficacy: Tracing vicious and virtuous circles in self-regulated learning". *Learning and instruction*, 29, 103-114.
- Webb, R. E., & Rosenbaum, P. J. (2018). "The Varieties of Procrastination: with Different Existential Positions Different Reasons for it". *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 25(2), 1-16.
- Zhou, M. (2018). Gender differences in procrastination: the role of personality traits. *Current Psychology*, 5(3), 1-9.

- Zhang, S., Liu, P., & Feng, T. (2019). To do it now or later: The cognitive mechanisms and neural substrates underlying procrastination. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 10(4), 1-20.
- Zhang, Y., Dong, S., Fang, W., Chai, X., Mei, J., & Fan, X. (2018). Self-efficacy for self-regulation and fear of failure as mediators between self-esteem and academic procrastination among undergraduates in health professions. *Advances in Health Sciences Education*, 23(4), 817-830.
- Zielińska-Więczkowska, H. (2016). Relationships Between Health Behaviors, Self-Efficacy, and Health Locus of Control of Students at the Universities of the Third Age. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 22(5), 50-58.
- Zlatanović, L. (2015). Self-efficacy and health behaviour: Some implications for medical anthropology. *Glasnik Antropološkog društva Srbije*, 51(2), 17-25.
- Ziegler, N., & Opendakker, M. C. (2018). The development of academic procrastination in first-year secondary education students: The link with metacognitive self-regulation, self-efficacy, and effort regulation. *Learning and Individual Differences*, 64(2), 71-82.
- Zhong, J., & Chu, Y. D. (2013). Preliminary Study on the Relationship between Procrastination and Physical Activity of College Students. *Journal of Beijing Sport University*, 20(8), 21-22.