

The Relationship between Positive and Negative Affect and Metacognitive Beliefs and Procrastination Behavior among Nurses

Hashemi J, Jafari E

¹ M.A. in Psychology, Young Researchers and Elite Club, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

¹ Assistant professor of psychology, Payame Noor University

* *Corresponding author.* Tel: +989190206421, E-mail: j.hashemi30@gmail.com

Received: Jul 2, 2016

Accepted: Oct 13, 2016

ABSTRACT

Background & objectives: The aim of this study was to investigate the role of positive and negative emotions and cognitive modes in anticipation of nurses was procrastination.

Methods: The research was descriptive population of nurses city of Ardabil. To this end, 200 nurses working in hospitals in the city of Ardabil were selected by simple random sampling. For data collection questionnaire scale of procrastination behavior, positive and negative affect scale assessment and questionnaire was used MCT modes. Data obtained using Pearson's correlation and multivariate regression analysis was used.

Results: Finding indicated that procrastination behavior is negatively correlated with positive affect there is a significant variable ($r_{-0.23}$) and the relationship between procrastination behavior with positive affect were significantly ($r_{-0.10}$). The procrastination behavior and significant negative relationship with the metacognitive beliefs ($r_{-0.22}$). Multiple regression analysis showed that positive affect significant predictors of procrastination behavior. Among the components of metacognitive beliefs except positive beliefs about worry other components of metacognition predictors of procrastination behaviors.

Conclusion: The results showed that positive and negative emotions and beliefs procrastination significant relationship with the nurses, so it is recommended that further research be conducted for intervention to reduce procrastination nurses training protocol increased cognitive skills and be used to manage feelings.

Keywords: Positive Affect and Negative Affect, Metacognitive Beliefs, Behavioral Procrastination, Nurses.

همبستگی عاطفه مثبت و منفی و باورهای فراشناختی با تعلل‌ورزی رفتاری پرستاران

جواد هاشمی^{۱*}، عیسی جعفری^۲

۱. باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۹۰۲۰۶۴۲۱ ایمیل: j.hashemi30@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بررسی عوامل مرتبط با کاهش موانع بهره‌وری سازمانی در بعد روانشناختی از قبیل تعلل‌ورزی در پرستاران از اهمیت خاصی برخوردار است، هدف این پژوهش تعیین نقش عواطف مثبت و منفی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی تعلل‌ورزی رفتاری پرستاران بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی و جامعه آماری آن کلیه پرستاران شهرستان اردبیل بود. برای این منظور ۲۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های امام خمینی، علوی و فاطمی شهرستان اردبیل به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مقیاس تعلل‌ورزی رفتاری (GPS)، مقیاس ارزیابی عاطفه مثبت و منفی (PANAS) و پرسش‌نامه باورهای فراشناختی (MCQ-30) استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیره در SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین تعلل‌ورزی رفتاری با متغیر عاطفه مثبت همبستگی منفی معنی‌دار ($r = -0.23$) و با عاطفه منفی همبستگی مثبت و معنی‌داری ($r = 0.10$) وجود داشت. همچنین تعلل‌ورزی رفتاری همبستگی منفی و معنی‌داری با متغیر باورهای فراشناختی داشت ($r = -0.22$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز نشان داد که عاطفه مثبت و منفی پیش‌بینی کننده معنی‌دار تعلل‌ورزی رفتاری است. همچنین از بین مؤلفه‌های باورهای فراشناختی به جز مؤلفه نیاز به کنترل افکار سایر مؤلفه‌های باورهای فراشناختی پیش‌بینی کننده‌های معنی‌دار تعلل‌ورزی رفتاری بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که عواطف مثبت و منفی و باورهای فراشناختی همبستگی معنی‌داری با تعلل‌ورزی در پرستاران داشتند، بنابراین توصیه می‌شود که پژوهش‌های بعدی به صورت مداخله‌ای صورت گیرد و برای کاهش تعلل‌ورزی پرستاران از پروتکل آموزشی افزایش مهارت‌های فراشناختی و مدیریت هیجانات استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: عاطفه مثبت و عاطفه منفی، باورهای فراشناختی، تعلل‌ورزی رفتاری، پرستاران

پذیرش: ۹۵/۷/۲۲

دریافت: ۹۵/۴/۱۲

مقدمه

امروزه به دلیل تنوع گسترده محیط و تغییرات مداوم، مدیریت مؤثر فردی و سازمانی با چالش‌های فراوانی رو به رو شده است. در چنین شرایطی سرعت عمل، نقش تعیین کننده‌ای در کارآیی و اثربخشی فردی و سازمانی یافته دارد. تعلل‌ورزی^۱ یا

به آینده موکول نمودن کارها آنقدر متداول است که شاید بتوان آن را از تمایلات ذاتی انسان برشمرد. اگرچه تعلل‌ورزی همیشه مسئله ساز نیست، اما در اغلب موارد می‌تواند از طریق ممانعت از پیشرفت و عدم دسترسی به اهداف، پیامدهای نامطلوب و جبران ناپذیری داشته باشد (۱). تعلل‌ورزی شامل تاخیر عمدی در کارهایی است که فرد قصد انجام آن را دارد، در حالی که از پیامدهای منفی آن اطلاع

¹ Procrastination

دارد و در اکثر موقعیت‌ها به نارضایتی از عملکرد منجر می‌شود (۲). امروزه با توجه به افزایش آگاهی در زمینه تأثیرات مخرب تعلل‌ورزی و لزوم اتخاذ تصمیمات در کمترین زمان ممکن و ناتوانی برخی افراد در انجام فعالیت‌هایی که نیازمند تصمیم‌گیری هستند، به زمینه‌های ظهور تعلل‌ورزی و دلایل و درمان آن توجه بیشتری شده است (۳). تعلل‌ورزی با توجه به مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری آن تظاهرات گوناگونی دارد که در ادبیات پژوهشی مربوط به آن می‌توان به تعلل‌ورزی تحصیلی، تعلل‌ورزی در تصمیم‌گیری و تعلل‌ورزی رفتاری، تعلل‌ورزی روان‌رنجورانه و تعلل‌ورزی وسواس گونه اشاره داشت (۱). تعلل‌ورزی رفتاری عبارت است از تأخیر در تکمیل تکالیف اصلی و فرعی و تعلل‌ورزی تصمیم‌گیری تأخیر عمده در تصمیم‌گیری در برهه‌های زمانی است (۴).

در قرن حاضر، بهره‌وری فردی و سازمانی یکی از دغدغه‌های اصلی تمام سازمان‌هاست. تعلل‌ورزی از جمله عواملی است که تقریباً همیشه عوارض منفی بر بهره‌وری و بهزیستی فرد و سازمان دارد. مطالعات متعددی پیامدهای منفی تعلل‌ورزی بر سلامت روان (مثل استرس، اضطراب و افسردگی) را اثبات کرده‌اند (۵). همانگونه که شواهد پژوهشی نیز نشان داده‌اند، تعلل‌ورزی با دامنه‌ای از مشکلات حاد مربوط با استرس و سلامت نظیر سردردها، مشکلات گوارشی، راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه شناختی، خودسرزنی (۶)، تمایل به خودارزیابی‌های منفی (۷)، نگرانی (۸) و اضطراب (۹) در ارتباط است. با مرور تحقیقات انجام شده می‌توان گفت که تعلل‌ورزی تأثیر منفی بر عملکرد افراد دارد و اغلب افراد این رفتار را مشکل‌زا تلقی کرده و خواهان کاهش آن هستند (۲). تحقیقات نشان می‌دهد که تعلل‌ورزی می‌تواند به عنوان عاملی برای هیجان‌های منفی همچون خجالت زدگی و احساس گناه (۱۰) و نیز افسردگی و انگیزش پایین باشد (۱۱). تاکنون

بیشتر نظریه‌ها تأکیدشان بر سازه‌های رفتاری و شناختی تعلل‌ورزی بوده است اما تعلل‌ورزی شامل مؤلفه عاطفی نیز هست. با وجود این، کمتر روی جنبه عاطفی آن پژوهش شده است. به نظر می‌رسد که عواطف مثبت و منفی از متغیرهایی هستند که با تعلل‌ورزی در ارتباط اند. بررسی شواهد پژوهشی مرتبط با تعلل‌ورزی نشان می‌دهد که یکی از عوامل مؤثر در بروز این رفتار، مؤلفه عاطفی است. ساختار عاطفی به دو بعد عاطفه مثبت و منفی تقسیم می‌شود. عاطفه مثبت، تمایل به درگیری و رویارویی با محیط از جمله محیط اجتماعی است و افراد دارای «عاطفه مثبت بالا» فعالانه، توانمندانه، توأم با شور و نشاط و اعتماد به زندگی رفتار می‌کنند و منظور از عاطفه منفی یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال به ناخوشایندی است و حالات خلقی ناخوشایند مانند خشم، نفرت، بیزاری، گناه، ترس و عصبیت را شامل می‌شود (۱۲). مرور شواهد پژوهشی انجام شده در زمینه نقش هیجان در تعلل‌ورزی به وجود همبستگی بین تنظیم هیجانی و تعلل‌ورزی اشاره دارد (۱۱). تأکید پژوهش‌های انجام شده بر راهبردهای تنظیم هیجانی و شناختی نامناسب همراه با عزت نفس پایین بیانگر وجود همبستگی قوی بین تنظیم هیجانی و تعلل‌ورزی است و این موضوع با نظریه‌های کنترل شناختی- فراشناختی تعلل‌ورزی که بر وجود همبستگی بین انتخاب راهبردهای کنترل ناسازگارانه برای مقابله با خلق منفی تأکید دارد، همسو می‌باشد (۱۳، ۱۴). در یک پژوهش فراتحلیلی که توسط سیرویز^۱ و همکاران (۱۵) صورت گرفت، مشخص شد که افراد تعلل‌ورز دارای سوگیری‌های زمانی نسبت به حال و آینده هستند که به نظر می‌رسد قسمتی از فرایند ناشی از حالات خلقی منفی در این افراد باشد. همچنین نتایج پژوهش عباسی و همکاران (۱۶) نشان داد که بین نارسایی هیجانی با تعلل‌ورزی

¹ Sirois

خدمات بهداشتی و درمانی هستند، حائز اهمیت است. با وجود آن که تعلل ورزشی پدیده شایع و بالقوه آسیب زاست آن گونه که باید شناخته نشده است و بنابراین برای فهم علل آن باید تلاش بیشتری انجام شود. با توجه به مهم بودن شناسایی عوامل موثر در تعلل ورزشی رفتاری در پرستاران و کمبود پژوهش‌های انجام شده در این حیطه، پژوهش حاضر در صدد آن است تا نقش متغیرهای عواطف مثبت و منفی و حالت‌های فراشناخت را با تعلل ورزشی رفتاری بررسی کند.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه پرستاران بیمارستان‌های امام خمینی، علوی و فاطمی شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۴ بود. از آنجا که در تحقیقات همبستگی حجم نمونه باید نسبتاً بالا باشد و چندمتغیره بودن تحقیق نیز افزایش حجم نمونه را به دنبال دارد لذا با در نظر گرفتن دو ملاک مذکور و احتمال افت نمونه تعداد ۲۲۲ نفر از جامعه آماری تحقیق بر اساس جدول مورگان و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شد. با توجه به ناقص بودن، ۲۲ پرسشنامه، از تحلیل کنار گذاشته شدند و بنابراین پاسخ ۲۰۰ نفر از پرستاران تجزیه و تحلیل شد. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس ارزیابی عاطفه مثبت و منفی، پرسشنامه باورهای فراشناختی و مقیاس تعلل ورزشی رفتاری استفاده شد. در این مطالعه پس از مراجعه به بیمارستان و هماهنگی‌ها لازم ضمن جلب رضایت پرستاران انتخاب شده پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفته و با راهنمایی فرد آموزش دیده به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. جهت مراعات ملاحظات اخلاقی پژوهش در ابتدای پرسشنامه، متنی در خصوص محرمانه بودن پاسخ‌ها نوشته شده بود که برای شرکت کنندگان خوانده شد و از آنها

در تصمیم‌گیری دانشجویان همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت.

از دیگر عوامل مهم تأثیرگذار در تعلل ورزشی، مؤلفه‌های فراشناخت است (۱۷). فراشناخت^۱ هر گونه دانش یا فعالیت شناختی است که موضوع آن شناخت یا تنظیم شناخت است. فراشناخت به باورها و نگرش‌هایی که افراد راجع به مسائل شناختی از قبیل افکار، هیجانات، خاطرات، احساسات و دیگر ابعاد شناختی دارند، اشاره دارد (۱۸). تبیین‌های متفاوتی از تعلل ورزشی صورت گرفته که از بین آنها می‌توان به تبیین فراشناخت اشاره کرد. از این منظر افراد تعلل ورز در تنظیم شناخت و عواطف منفی ناتوان هستند (۱۹). در پژوهشی که توسط حسینی و خیر (۲۰) با هدف پیش‌بینی تعلل ورزشی رفتاری و تصمیم‌گیری بر اساس باورهای فراشناخت در دانشجویان صورت گرفت، مشخص شد که کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی و خودآگاهی شناختی به عنوان مؤلفه‌های باورهای فراشناخت قادر به پیش‌بینی تعلل ورزشی رفتاری در دانشجویان بودند. در پژوهش دیگر تعلل ورزشی ناشی از مدیریت نامناسب زمان و پایین بودن میزان راهبرد فراشناخت بود (۱۷). با وجود شواهد پژوهشی که نشانگر همبستگی بین

فراشناخت با تعلل ورزشی رفتاری است، با این حال تبیین سهم متغیر فراشناخت در تعلل ورزشی در جامعه آماری پرستاران به عنوان یکی از مشاغل حساس که نقش تعلل ورزشی در آن مهم به شمار می‌آید، مطالعه نشده است و پژوهش حاضر در صدد آن است تا نقش باورهای فراشناخت را در پیش‌بینی تعلل ورزشی رفتاری در پرستاران بررسی نماید. شناخت و بررسی عوامل مرتبط با تعلل ورزشی رفتاری در پیشگیری از به هدر رفتن انرژی نیروی انسانی و بهره‌وری سازمانی ضروری است. در این میان شناخت عوامل مؤثر بر تعلل ورزشی در کارکنان مشاغل حساس و از جمله پرستاران که از مهمترین عوامل انسانی ارائه‌دهنده

¹ Metacognition

نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، ۳- فقدان اطمینان شناختی، ۴- نیاز به کنترل افکار، ۵- خودآگاهی شناختی (۲۳). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط شیرین‌زاده و همکاران اعتباریابی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای ابعاد آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ محاسبه شد (۲۴). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر، باورهایی در مورد فقدان اطمینان شناختی، باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۴ و ۰/۷۶ به دست آمد. در پژوهش شیرین‌زاده دستگردی، گودرزی، رحیمی و نظیری روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی بررسی شد و مقدار ضریب KMO، ۰/۷۷ و آزمون کرویت بارلت ۱۷۵۲/۵۰ به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود (۲۴).

مقیاس تعلل‌ورزی رفتاری^۴

این مقیاس یک مقیاس خودگزارشی ۲۰ ماده‌ای است و توسط لای^۵ تدوین شده است (۲۵). مقیاس تعلل‌ورزی رفتاری دارای طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای است و نمره‌گذاری سؤال‌های منفی به صورت معکوس انجام می‌شود. در پژوهشی برای بررسی روایی این ابزار از روش تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی بهره گرفته شده و مقدار ضریب KMO، ۰/۷۸ و نمره خی آزمون بارلت^۶ ۷۷۸/۸۰ به دست آمده که از نظر آماری معنی‌دار بود. همچنین پایایی این ابزار در پژوهش حسینی و خیر به روش همسانی درونی بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۹ محاسبه شد (۲۰).

رضایت کتبی و شفاهی دریافت گردید. بدین ترتیب، تنها از پرستارانی استفاده شد که مایل به شرکت در پژوهش بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن حداقل مدرک لیسانس، سابقه کاری بیش از یک سال، و معیار خروج نیز شامل داشتن بیماری جسمی و روانی، داشتن شغل دیگر غیر از حرفه پرستاری و عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه. برای توصیف داده‌ها از روش‌های آماری میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی استفاده شد و همچنین برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری در SPSS-20 استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس ارزیابی عاطفه مثبت و منفی^۱

این مقیاس توسط واتسون و همکاران برای اندازه‌گیری دو بعد «عاطفه منفی» و «عاطفه مثبت» ساخته شده و دارای ۲۰ گویه است، ۱۰ گویه عاطفه مثبت و ۱۰ گویه عاطفه منفی را مورد سنجش قرار می‌دهد. تمام ماده‌ها در یک طیف ۵ گزینه‌ای از بسیار کم (نمره ۱) تا بسیار زیاد (نمره ۵) قرار دارد و دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است (۲۱). در پژوهشی آلفای کرونباخ برای هر دو خرده مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی ۰/۸۷ به دست آمد (۹). روایی این مقیاس در پژوهش توکسیتو، جیاکوبی و لیت^۲ به روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد و نتایج نشان داد که این مقیاس از روایی مطلوبی برخوردار است (۲۲). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۷۹ و عاطفه منفی ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسش‌نامه فراشناخت^۳

این پرسشنامه ۳۰ سؤال دارد و شامل ۵ خرده مقیاس است که عبارتند از: ۱- باورهای مثبت درباره

⁴ GPS: General Procrastination Scale

⁵ Lay

⁶ Bartlett's test

¹ PANAS

² Tuccitto, Giacobbi & Leite

³ MCQ-30

یافته‌ها

در مجموع ۲۰۰ نفر آزمودنی در این مطالعه شرکت داشتند که ۱۰۸ نفر (۵۴٪) زن و ۹۲ نفر (۴۶٪) مرد بودند. از بین این افراد ۱۸۹ نفر (۹۴/۵٪) لیسانس و ۱۱ نفر (۵/۵٪) فوق لیسانس بودند. همچنین ۷۳ نفر (۳۶/۵٪) متأهل و ۱۲۷ نفر (۶۳/۵٪) مجرد بودند. ۱۴۵ نفر (۷۲/۵٪) از افراد مورد مطالعه ۲۸-۲۲ سال، ۴۰ نفر (۲۰٪) ۲۹-۳۳ سال و ۱۵ نفر (۷/۵٪) نیز بالاتر از ۳۳ سال داشتند. همچنین دامنهٔ سنوات خدمت از ۱ سال تا ۲۹ سال خدمت بود. در زمینه نوع استخدام نیز ۴۰ نفر (۲۰٪) قراردادی، ۱۲۰ نفر (۶۰٪) پیمانی و ۴۰ نفر (۲۰٪) رسمی بودند. میانگین سنی آزمودنی‌های تحقیق حاضر ۳۵/۱۴ سال بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ آورده شده است. برای بررسی توزیع نرمال هر یک از متغیرها، از نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به این که مقدار این آزمون در تمامی متغیرهای تحقیق بین +۱/۹۶ و -۱/۶۹ قرار داشت، بنابراین می‌توان گفت

که توزیع نمرات کلیه متغیرهای مورد مطالعه دارای شکل نرمال بود. برای بررسی همبستگی بین نقش عاطفه مثبت و منفی و باورهای فراشناختی با تعلل‌ورزی رفتاری از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۲). نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین تعلل‌ورزی رفتاری با متغیر عاطفه مثبت همبستگی منفی و معنی‌دار ($r = -0.23; p < 0.002$) و با عاطفه منفی ($r = 0.10; p < 0.001$) همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت، یعنی با افزایش میزان عاطفه مثبت تعلل‌ورزی رفتاری کاهش و با افزایش میزان عاطفه منفی تعلل‌ورزی رفتاری افزایش می‌یابد. همچنین نتایج نشان داد که بین تعلل‌ورزی رفتاری با متغیر باورهای فراشناختی ($r = -0.22; p < 0.003$) ارتباط منفی معنی‌دار وجود داشت، یعنی با افزایش میزان باورهای فراشناختی تعلل‌ورزی رفتاری کاهش می‌یابد. برای تعیین مقدار واریانس تبیین شده شاخص کلی تعلل‌ورزی رفتاری توسط دو متغیر عاطفه مثبت، عاطفه منفی و باورهای فراشناختی، از رگرسیون چندگانه استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

| متغیر | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|-------------------|-------|--------|---------|--------------|
| عاطفه مثبت | ۲۳ | ۴۸ | ۳۵/۲۸ | ۵/۴۰ |
| عاطفه منفی | ۱۵ | ۴۷ | ۲۵/۵۱ | ۷/۵۳ |
| باورهای فراشناختی | ۴۲ | ۷۹ | ۶۰/۴۰ | ۸/۳۸ |
| تعلل‌ورزی رفتاری | ۴۵ | ۶۵ | ۵۴ | ۵/۴۰ |

جدول ۲. همبستگی بین متغیر عاطفه مثبت و منفی و باورهای فراشناختی با تعلل‌ورزی رفتاری

| متغیرها | عاطفه مثبت | عاطفه منفی | باورهای مثبت درباره نگرانی | کنترل ناپذیری افکار و خطر | فقدان اطمینان شناختی | نیاز به کنترل افکار | خودآگاهی شناختی | باورهای فراشناختی |
|-----------|--------------|--------------|----------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| تعلل‌ورزی | ضریب همبستگی | ضریب همبستگی | ضریب همبستگی | ضریب همبستگی | ضریب همبستگی | ضریب همبستگی | ضریب همبستگی | ضریب همبستگی |
| رفتاری | سطح معناداری | سطح معناداری | سطح معناداری | سطح معناداری | سطح معناداری | سطح معناداری | سطح معناداری | سطح معناداری |
| | ۰/۲۳** | ۰/۱۰ | ۰/۲۸ | ۰/۳۸ | ۰/۲۰ | ۰/۱۹ | ۰/۳۲ | ۰/۲۲** |
| | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۴ | ۰/۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۳ |

جدول ۳. پیش‌بینی تعلل‌ورزی رفتاری بر اساس عواطف مثبت و منفی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی

| Sig | R ² | R | F | t | Beta | SE | B | متغیرهای پیش‌بین |
|--------|----------------|-------|--------|--------|---------|--------|---------|----------------------------|
| ۰/۰۰۱ | ۰/۲۷۴ | ۰/۵۲۴ | ۲۰/۰۰ | ۳/۹۸ | ۰/۴۲۲ | ۰/۲۴۰ | ۰/۲۵۴ | عاطفه مثبت و منفی |
| ۰/۰۰۲۰ | ۰/۲۳۳ | ۰/۴۸۳ | ۰/۵۲۳۰ | -۳/۰۲۹ | -۰/۲۷۴۰ | ۰/۱۷۳۰ | -۰/۵۲۳۰ | باورهای فراشناختی (کل) |
| ۰/۰۲۳۰ | | | | -۲/۲۳۳ | -۰/۲۱۱۰ | ۰/۲۱۴۰ | -۰/۴۷۸۰ | باورهای مثبت درباره نگرانی |
| ۰/۰۰۵۰ | | | | ۲/۷۳۶ | ۰/۲۴۱۰ | ۰/۱۸۲۰ | ۰/۴۹۸۰ | کنترل ناپذیری افکار و خطر |
| ۰/۰۲۹۰ | | | | ۲/۳۷۷ | ۰/۱۵۷۰ | ۰/۲۰۱۰ | ۰/۴۷۸۰ | فقدان اطمینان شناختی |
| ۰/۴۸۶۰ | | | | ۰/۲۷۲۰ | ۰/۰۲۱۰ | ۰/۲۸۶۰ | ۰/۰۷۸۰ | نیاز به کنترل افکار |
| ۰/۰۳۵۰ | | | | -۲/۰۲۵ | -۰/۱۴۶۰ | ۰/۲۴۸۰ | -۰/۵۰۳۰ | خودآگاهی شناختی |

قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، بررسی مفروضه‌های تحلیل فوق نشان داد که بین نمرات متغیرها حالت نرمال بودن چندگانه وجود داشت، روابط بین متغیرها خطی بود، هم خطی چندگانه وجود نداشت، یکسانی پراکندگی وجود داشت و نمرات پرت^۱ وجود نداشت. تحلیل رگرسیون، نشان داد که ۲۷ درصد از واریانس کل تعلل‌ورزی رفتاری توسط عاطفه مثبت و منفی تبیین می‌شود. همچنین باورهای فراشناختی و خرده مؤلفه‌های آن روی هم ۲۳ درصد از تغییرات متغیر تعلل‌ورزی رفتاری را تبیین می‌کنند. همچنین به غیر از مؤلفه نیاز به کنترل افکار سایر مؤلفه‌های باورهای فراشناختی به طور معنی‌دار تغییرات متغیر تعلل‌ورزی رفتاری را تبیین می‌کنند.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین همبستگی عواطف مثبت و منفی، و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی تعلل‌ورزی رفتاری پرستاران بود. نتایج نشان داد که عواطف مثبت و منفی با تعلل‌ورزی رفتاری در پرستاران همبستگی داشته و بین عاطفه مثبت با تعلل‌ورزی رفتاری همبستگی منفی و معنی‌دار و بین عاطفه منفی و تعلل‌ورزی رفتاری همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که این متغیر به‌طور معنی‌داری تعلل‌ورزی رفتاری را پیش‌بینی می‌کند. با توجه به پیشینه پژوهشی، تحقیقی مبنی وجود همبستگی بین عواطف

مثبت و منفی و تعلل‌ورزی یافت نشد، اما یافته‌های این پژوهش هم‌راستا با یافته‌های پژوهش سیریز (۲۶) می‌باشد که حاکی از آن است که بخشی از تعلل‌ورزی در افراد ناشی از حالات خلقی منفی در آنان بود. در تبیین همبستگی منفی بین عاطفه مثبت و تعلل‌ورزی رفتاری می‌توان گفت که عاطفه مثبت حالتی از انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت بخش است و افراد دارای چنین حسی از خلق مثبت از جمله شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، علاقه و اعتماد به نفس برخوردارند و در فعالیت‌های شغلی و روزمره دارای انضباط کاری هستند و میزان تنبلی در کار و تعلل‌ورزی در این افراد پایین است. از طرفی نتایج پژوهش نشان داد که عاطفه منفی با تعلل‌ورزی رفتاری همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت. در تبیین همبستگی بین عواطف منفی و تعلل‌ورزی می‌توان این گونه بیان کرد که عاطفه منفی و هیجانات منفی ناشی از آن موجب ترس از شکست و عدم موفقیت در کارهای پیش رو می‌شود و در چنین حالتی فرد از تعلل‌ورزی به عنوان یک مکانیزم دفاعی در برابر شکست در رسیدن به هدف و انجام فعالیت‌های شغلی و تکالیف روزمره استفاده می‌کند. به عبارتی می‌توان گفت که افراد تعلل‌ورز در تنظیم عواطف منفی دچار نارسایی هستند و عواطف منفی زمینه را برای تعلل‌ورزی در این افراد فراهم می‌آورد، هرچند افراد به طور موقت از هیجانات منفی اجتناب می‌کنند و به آرامش نسبی دست می‌یابند. از دید برخی از محققین تعلل‌ورزی

¹ Outlier

راهبردی است که افراد برای تنظیم هیجان‌های منفی به کار می‌برند و به کمک آن، دست کم به صورت گذرا از هیجان‌های منفی دور می‌شوند و احساس بهتری را تجربه می‌کنند (۲۷). یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی پایین بودن خودتنظیمی و تمایل به تأخیر انداختن کارها در افراد تعلل‌ورز می‌باشد، این افراد در انجام کارهای محوله با مشکل مواجه شده و دچار احساس گناه، ترس و ناایمنی، خشم و احساس شرم می‌شوند و این حالات عاطفی منفی موجب کاهش انرژی و انگیزه لازم برای انجام کارها شده و منجر به تعلل و به تأخیر انداختن وظایف شغلی می‌شود. در یک تبیین دیگر در خصوص اینکه چرا عواطف منفی و مثبت می‌تواند تعلل‌ورزی را پیش بینی کند می‌توان این گونه بیان کرد که عاطفه منفی، حالاتی را در فرد ایجاد می‌کند که با حالات فرد تعلل‌ورز هم خوانی دارد. به طور کلی می‌توان این گونه عنوان کرد که عاطفه منفی یکی از حالات روانی حاضر در زمان تعلل‌ورزی است. فشارهای روانی ناشی از تعلل‌ورزی مثل: احساس گناه، ترس و ناایمنی، خشم و احساس شرم از جمله مواردی است که فرد تعلل‌ورز با آن دست و پنجه نرم می‌کند (29).

یافته دوم پژوهش حاضر این بود که بین باورهای فراشناختی با تعلل‌ورزی رفتاری همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که به جز مؤلفه نیاز به کنترل افکار، سایر مؤلفه‌های فراشناختی از قبیل باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر، باورهایی در مورد فقدان اطمینان شناختی و خودآگاهی شناختی پیش‌بینی کننده‌های معنی‌دار تعلل‌ورزی رفتاری بودند. نتایج این پژوهش با یافته‌های حسینی و همکاران (۲۰) و صادقی (۲۸) که در پژوهش خود نشان دادند بین باورهای فراشناختی با تعلل‌ورزی رفتاری همبستگی داشت، همسو می‌باشد. در پژوهشی که با هدف پیش‌بینی تعلل‌ورزی رفتاری و تصمیم‌گیری با توجه به باورهای فراشناختی

در دانشجویان صورت گرفت مشخص شد که متغیرهای کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی و خودآگاهی شناختی به عنوان خرده مقیاس‌های باورهای فراشناختی تعلل‌ورزی رفتاری را پیش‌بینی می‌کردند (۲۰). به نظر می‌رسد یکی از تبیین‌های احتمالی در رابطه با نقش باورهای فراشناختی در تعلل‌ورزی، بالابودن میزان راهبردهای تنظیم هیجانی و شناختی نامناسب همراه با عزت نفس پایین در این افراد می‌باشد و این رابطه می‌تواند همسو با نظریه‌های کنترل شناختی و فراشناختی تعلل‌ورزی باشد که معتقد است تعلل‌ورزی با انتخاب راهبردهای کنترلی نامناسب برای مقابله با خلق منفی در ارتباط است (۱۴،۱۳). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که یکی از متغیرهای تأثیرگذار در تعلل‌ورزی رفتاری، باورهای مثبت درباره نگرانی است. به نظر می‌رسد که افراد تعلل‌ورز از نگرانی مثبت به عنوان روش مقابله‌ای در برابر شکست‌ها و موانع موجود در انجام تکالیف بهره می‌برند و این نوع نگرش به مرور زمان تقویت شده و موجب کمک به فرد در فرایند حل مسئله، مقابله موثر با مشکلات و تنظیم راهبردهای مقابله‌ای مناسب در انجام تکالیف می‌شود. از طرفی افرادی با نگرانی مثبت دارای نظم کاری هستند و پیش‌بینی‌های لازم را برای کنار آمدن با تکالیف پیش‌رو و آتی در نظر می‌گیرند و چنین نگرشی موجب انجام کار در زمان موعود و بدون تعلل شده و از ایجاد اهمال‌کاری پیش‌گیری می‌کند. یکی دیگر از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی که همبستگی معنی‌داری با تعلل‌ورزی رفتاری داشت، کنترل ناپذیری افکار و خطر بود. کنترل‌ناپذیری و خطر موجب می‌شود که فرد در کنترل رویدادهای محیطی دچار ضعف شود و کارآیی حس کنترل کاهش یابد و این ناتوانی در کنترل موجب افزایش اضطراب و برآورد غیرمنطقی از میزان خطرات پیش‌رو شده و باعث تعلل فرد در انجام تکالیف و پیگیری آن می‌شود (۲۰).

روابط به دست آمده از آن را علت و معلولی قلمداد کرد. علاوه بر محدودیت روش شناختی مذکور، جامعه مورد مطالعه نیز که عبارت از پرستاران بود وسعت تعمیم نتایج به سایر جوامع را محدود می‌سازد. اگر خطاهای خاص آزمون‌های خودسنجی را به محدودیت‌های فوق اضافه کنیم تفسیر نتایج تحقیق حاضر دقت احتیاط زیادی را طلب خواهد کرد. اما علیرغم محدودیت‌های عمدتاً روش شناختی مذکور، تحقیق حاضر ادبیات پژوهشی در زمینه عوامل مؤثر بر تعلل‌ورزی پرستاران را غنا بخشید. بنابراین، جهت تعمیم نتایج پیشنهاد می‌شود که تحقیق حاضر در سایر جوامع آماری اجرا شود. همچنین با توجه به وجود همبستگی بین عاطفه مثبت و منفی و باورهای فراشناختی در تعلل‌ورزی رفتاری در پرستاران، به مسئولین و مدیران بیمارستان‌ها توصیه می‌شود که بر نقش متغیرهای روان‌شناختی در کاهش میزان تعلل‌ورزی در پرسنل پرستاری توجه کنند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین عواطف مثبت و منفی، باورهای فراشناختی و تعلل‌ورزی رفتاری پرستاران همبستگی وجود داشت. به عبارتی، عواطف مثبت موجب کاهش تعلل‌ورزی رفتاری و عاطفه منفی موجب افزایش تعلل‌ورزی رفتاری پرستاران می‌شود. همچنین نتایج نشان داد که بین باورهای فراشناختی و تعلل‌ورزی رفتاری همبستگی منفی وجود داشت و با افزایش سطح باورهای فراشناختی میزان تعلل‌ورزی رفتاری کاهش می‌یابد. این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگر همخوانی دارد و بر نقش متغیرهای شخصیتی در کاهش یا افزایش میزان تعلل‌ورزی رفتاری تأکید دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که متخصصان و مدیران فعال در حوزه سلامت روان در جهت کاهش تعلل‌ورزی رفتاری و ارتقاء سطح سلامت روان

از طرفی باورهای مربوط به فقدان اطمینان شناختی احتمالاً به تقویت‌های منفی و شکست‌های متوالی این افراد در رسیدن به اهداف مربوط می‌شود که بر این باورند مانند تجارب قبل در انجام تکالیف شکست خواهند خورد، چنین نگرشی موجب تردید در شروع و پیگیری تکالیف پیش‌روی فرد می‌شود و میزان تعلل‌ورزی را در این افراد افزایش می‌دهد. همچنین خودآگاهی شناختی از دیگر خرده مؤلفه‌های فراشناختی بود که همبستگی منفی و معنی‌داری با تعلل‌ورزی رفتاری داشت. به عبارتی کاهش میزان خودآگاهی شناختی موجب افزایش تعلل‌ورزی می‌شود. خودآگاهی شناختی به دانش فرد درباره فرایندهای شناختی خود و نحوه استفاده مؤثر از آنها مربوط می‌شود و افراد با خودآگاهی شناختی پایین در موقعیت‌های مختلف از راهبردهای منطقی و مؤثر و خودتنظمی به شکل مناسب بهره نمی‌برند و در فرایند حل مساله و انجام تکالیف موفق عمل نمی‌کنند و این فرایند موجب ناتوانی و شکست‌های متوالی در انجام تکالیف و افزایش حالات خلقی منفی نظیر اضطراب و احساس شرم و گناه شده و چنین وضعی موجب دل‌سردی و تردید در انجام تکالیف و تعلل‌ورزی می‌شود. با بررسی همبستگی مؤلفه‌های فراشناختی با تعلل‌ورزی رفتاری می‌توان گفت که ضعف افراد در هر یک از مؤلفه‌های فراشناختی موجب کاهش میزان خودتنظیمی و نقص در انجام تکالیف و وظایف افراد می‌شود و با ایجاد حالات هیجانی منفی زمینه را برای تأخیر و تعلل در انجام تکالیف فراهم می‌آورد. تعلل‌ورزی با فراشناخت می‌تواند در ارتباط باشد بخاطر اینکه تعلل‌ورزی می‌تواند به عنوان یک راهبرد برای تنظیم شناخت‌ها و عواطف منفی در نظر گرفته شود (۱۹).

با توجه به اینکه در این پژوهش تنها از پرستاران استفاده شد، نمی‌توان یافته‌های این پژوهش را به سایر افراد جامعه تعمیم داد. همچنین از آنجا که روش تحقیق حاضر توصیفی-همبستگی بود، نمی‌توان

تشکر و قدردانی

این تحقیق از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل استخراج شده است. همچنین از پرسنل پرستاری و مسئولین بیمارستان‌های امام خمینی، علوی و فاطمی شهرستان اردبیل که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تقدیر تشکر می‌گردد.

پرستاران، بر نقش متغیرهایی نظیر عواطف مثبت و منفی، باورهای فراشناختی در کنار دیگر متغیرهای موثر بر تعلل‌ورزی توجه کنند. با توجه به استرس‌زا بودن شغل پرستاری و همچنین معنی‌دار بودن همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بررسی نقش آموزش مؤلفه‌های عواطف مثبت و منفی، باورهای فراشناختی در کاهش تعلل‌ورزی پرستاران مورد توجه قرار گیرد.

References

- 1- Fathi A, Fathi-azar A, Badri R, Mirnasib M. The Effectiveness of teaching strategies to reduce academic procrastination on secondary schools students' academic procrastination in tabri. Iranian Journal of Instruction and Evaluation 2015;8(30):45-57. [Persian]
- 2- Steel P. The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. Psychological Bulletin 2007;133(1):65-94.
- 3- Schouwenburg H. Procrastination, motivation, and personality: towards a motivational theory of procrastination. In 4th Biennial International Conference of Procrastination 2005;25:27.
- 4- Ferrari J. Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency and self-defeating behaviors. Personality and Individual Differences 1994;17(5):673-9.
- 5- Sirois F. Procrastination and intentions to perform health behaviors: The role of self-efficacy and the consideration of future consequences. Personality and Individual Differences 2004;37(1):115-28.
- 6- Sirois F. Is procrastination a vulnerability factor for hypertension and cardiovascular disease? Testing an extension of the procrastination-health model. Journal of Behavioral Medicine 2015;38(3):578-89.
- 7- Flett G, Stainton M, Hewitt P, Sherry S, Lay C. Procrastination automatic thoughts as a personality construct: An analysis of the procrastinatory cognitions inventory. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy 2012;30(4):223-36.
- 8- Stöber J, Joormann J. Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. Cognitive therapy and research 2001;25(1):49-60.
- 9- Walsh J, Ugumba-Agwunobi G. Individual differences in statistics anxiety: the roles of perfectionism, procrastination and trait anxiety. Personality and Individual Differences 2002;33(2):239-51.
- 10- Fee RL, Tangney JP. Procrastination: A means of avoiding shame or guilt? (special issue) Journal of Social Behavior and Personality 2002;15:167-84.
- 11- Rebetz M, Rochat L, Linden M. Cognitive, emotional, and motivational factors related to procrastination: A cluster analytic approach. Personality and Individual Differences 2015;76:1-6.
- 12- Bakhshipour A, Dezhkam M. Positive and Negative Affect scale confirmatory factor analysis. Journal of Psychology 2014;36:351-65. [Persian]
- 13- Spada M, Hiou K, Nikcevic A. Metacognitions, emotions, and procrastination. Journal of Cognitive Psychotherapy 2006;20(3):319-26.
- 14- Stainton M, Lay C, Flett G. Trait procrastinators and behavior/trait-specific cognitions. Journal of Social Behavior and Personality 2000;15(5):297-312.
- 15- Sirois F. Absorbed in the moment? An investigation of procrastination, absorption and cognitive failures. Personality and Individual Differences 2014;71:30-4.
- 16- Abbasi M, Pirani Z, Dargahi S, Aghaverdinejad S. The relationship between cognitive failure and alexithymia and decisional procrastination among university students. Iranian Journal of Medical Education 2014;14(10):898-908 [Persian]

- 17- Hafner A, Oberst V, Stock A. Avoiding procrastination through time management: An experimental intervention study. *Educational Studies* 2014;40(3):352–60.
 - 18- Saed O, Purehsan S, Aslani J, Zargar M. The Role of thought suppression, meta-cognitive factors and negative emotions in prediction of substance dependency disorder. *Journal of Research on Addiction* 2001:69-84. [Persian]
 - 19- Fernie BA, Spada MM. Metacognitions about procrastination: A preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2008;36(03):359-64.
 - 20- Hosseini F, Khayyer M. Prediction of behavioral and decisional procrastination considering meta-cognition beliefs in university students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2009;15(3):265-73. [Persian]
 - 21- Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology* 1988;54(6):1063.
 - 22- Tuccitto DE, Giacobbi PR, Leite WL. The internal structure of positive and negative affect: A confirmatory factor analysis of the PANAS. *Educational and Psychological Measurement* 2009 70 (1):125-141
 - 23- Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2008;15(6):424-39.
 - 24- Shirinzadeh-Dastgiri S, Gudarzi M, Rahimi C, Naziri G. Factor structure, reliability and validity of MCQ-30. *Journal of Psychology* 2008;12(4):445-61. [Persian]
 - 25- Lay CH. At last, my research article on procrastination. *Journal of research in personality* 1986;20(4):474-95.
 - 26- Sirois FM. Out of sight, out of time? A meta-analytic investigation of procrastination and time perspective. *European Journal of Personality* 2014;28(5):511-20.
 - 27- Baumeister RF, Heatherton TF, Tice DM. *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego: Academic press; 1994.
 - 28- Sadeghi H. The study of relationship between meta cognition beliefs and procrastination among students of Tabriz and Mohaghegh Ardabili Universities. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2011;30:287-91.
- Badri gargari R, Fathi-azar E, Mohammadi N. The relationship between self-forgiveness and positive and Negative emotions with academic procrastination in third grade high school students. *Journal of school psychology* 2014; 3(1):145-143. [Persian].