

Research Paper

The Effectiveness of Hope Therapy on Promoting Mental Health and Reducing Academic Burnout in High School Students at Risk for Academic Burn-out



Mojtaba Mahdavi*¹, Ahmad Behpajooch², Saeed Hasanzadeh³, Seyed Saeed Sajadi Anari¹

1. Ph.D. Student of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Iran
2. Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Iran

Citation: Mahdavi M, Behpajooch A, Hasanzadeh S, Sajadi Anari SS. The effectiveness of hope therapy on promoting mental health and reducing academic burnout in high school students at risk for academic burn-out. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 7(1): 128-140.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.1.12>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Giftedness,
mental health,
academic burnout

Background and Purpose: In recent years, educators, researchers, and professionals have increasingly felt the need to pay attention to the mental health of gifted people; therefore, a movement has been formed for study and research in this field. In this regard, the present study was conducted to investigate the effect of hope therapy on improving mental health and reducing academic burnout of gifted students.

Method: The research method was semi-experimental and pre-test-post-test-follow-up with the control group. The statistical population included all the gifted high school students in Sabzevar city in the academic year of 2015-2016, who were exposed to academic burnout. From this statistical population, 30 students were selected by convenient sampling method and randomly divided into two experimental and control groups (15 students in each group). Data were collected using the General Health Questionnaire (Goldberg and Hiller, 1979) and the Maslach Burnout Inventory (Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap, & Kladler, 2001). The experimental group received hope therapy training for 8 sessions and the control group did not receive any intervention. After the sessions, both groups were tested again using the mentioned questionnaires and at the end the obtained data were analyzed using repeated measurement analysis.

Results: Results showed that hope therapy significantly enhances dimensions of mental health and decreases dimensions of academic burnout ($p < 0.05$).

Conclusions: Based on the findings of this study, it can be concluded that the optimistic program has improved mental health of gifted students by creating realistic goals and reducing the level of frustration in them.

Received: 24 May 2018

Accepted: 8 Nov 2018

Available: 20 Jun 2020

* **Corresponding author:** Mojtaba Mahdavi, Ph.D. Student of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Iran.
E-mail addresses: Mojtabamhd22@gmail.com

مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش برنامه امیدبخشی بر ارتقای سلامت روانی و کاهش فرسودگی تحصیلی دانش آموزان تیزهوش

مجتبی مهدوی*، احمد به پژوه، سعید حسن زاده، سعید سعید سجادی اناری^۱

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

۲. استاد گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر، مریبان، پژوهشگران، و متخصصان، بیش‌ازپیش، ضرورت توجه به سلامت روان افراد تیزهوش را احساس کرده‌اند؛ به همین جهت، جنبشی برای مطالعه و پژوهش در این حوزه شکل گرفته است. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش برنامه امیدبخشی بر ارتقای سلامت روانی و کاهش فرسودگی تحصیلی دانش آموزان تیزهوش انجام شد.

روش: روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان تیزهوش دبیرستانی شهرستان سبزوار در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود که در معرض فرسودگی تحصیلی قرار داشتند. از این جامعه آماری، ۳۰ دانش آموز با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها به کمک پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و پرسشنامه فرسودگی تحصیلی ماسلاچ (شوفلی، بیکر، هاگدین، شاپ و کلیدر، ۲۰۰۱) انجام شد. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی، تحت آموزش امیدبخشی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، مجدداً هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه‌های ذکر شده مورد آزمون قرار گرفتند و در پایان داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس سنچس مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که آموزش برنامه امیدبخشی به‌طور معناداری موجب ارتقای ابعاد سلامت روانی و کاهش فرسودگی تحصیلی می‌شود ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های به دست آمده در این مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که برنامه امیدبخشی با ایجاد اهداف واقع‌بینانه و کاهش سطح ناامیدی در گروه آزمایش باعث ارتقای سلامت روانی آنها شده است.

کلیدواژه‌ها:

تیزهوشی، سلامت روانی، فرسودگی تحصیلی

دریافت شده: ۹۷/۰۳/۰۳

پذیرفته شده: ۹۷/۰۸/۱۷

منتشر شده: ۹۹/۰۳/۳۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* نویسنده مسئول: مجتبی مهدوی، دانشجوی دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران.

رایانامه: Mojtabamhd22@gmail.com

تلفن تماس: ۰۲۱-۶۱۱۱۱

مقدمه

امروزه علم روان‌شناسی و بهره‌گیری از فنون آن نقش مهمی را در مطالعه و بررسی رفتار و بهبود مشکلات روانی و همچنین روش‌های آموزشی ایفا می‌کند، اما مهم‌ترین زمینه‌های کاربردی روان‌شناسی شاید حیطه‌هایی باشند که با آموزش و پرورش مرتبط اند (۱). تمام کودکان از لحاظ صفات جسمانی و توانایی‌های یادگیری متفاوت‌اند. تفاوت‌های بیشتر کودکان، ناچیز است و این موضوع آن‌ها را قادر می‌کند تا از برنامه آموزش عمومی استفاده کنند. صفات جسمانی یا توانایی‌های یادگیری بعضی از کودکان که استثنایی^۱ نامیده می‌شوند از افراد غیراستثنایی متفاوت است، تا حدی که نیازمند برنامه آموزشی ویژه یا فردی شده هستند. کودکان استثنایی اصطلاحی فراگیر است که به کودکان مبتلا به مشکلات یادگیری یا رفتاری، ناتوانی جسمی یا آسیب‌های حسی، و یا کودکان تیزهوش^۲ اطلاق می‌شود (۲).

افراد تیزهوش کسانی هستند که از لحاظ ظاهری تفاوت چندانی با دیگران ندارند ولی از نظر درک و فهم و سرعت انتقال از تفاوت قابل توجهی برخوردار هستند. ذهن آنان بیدار و بصیرتشان شگفت‌آور است. قدرت روانی و توان تفکر در این افراد بسیار بالا است و چیزهایی را درمی‌یابند که دیگر افراد با هوش متوسط از درک آنها عاجزند. افرادی که از نظر جامعه تیزهوش محسوب می‌شوند، به طور معمول برچسب‌های مختلفی برای آنها به کار می‌رود (۳).

تعریف‌های متعددی از تیزهوشی ارائه شده است. رنزولی (۴) دو نوع تیزهوشی را معرفی کرده است: تیزهوشی تحصیلی^۳ و تیزهوشی تولیدگر-خلاق^۴، که نوع نخست در کسب نمره در آزمون‌های تحصیلی و نوع دوم در طرح ایده‌های نو دخیل است. بعضی دیگر از تعریف‌های تیزهوشی بر ترکیبی از مؤلفه‌ها تأکید دارند؛ از آن جمله می‌توان به الگوی خلاقیت-هوشمندی-خردمندی^۵ اشاره کرد که سه مؤلفه در آن مورد توجه است: هوشمندی، خلاقیت، و خردمندی. بر این اساس در صورت وجود این سه مؤلفه در کنار یکدیگر می‌توان فرد را تیزهوش دانست (۵). اما تعریفی که بیشترین کاربرد را دارد تعریف انجمن ملی

کودکان تیزهوش^۶ است که بیان می‌کند: افراد تیزهوش کسانی هستند که استعداد (توانایی استثنایی در استدلال و یادگیری) یا قابلیت بالایی در یک یا چند حیطه دارند. این حیطه‌ها ممکن است شامل مهارت‌های حسی حرکتی یا تبحر در نظام نمادین (ریاضیات، موسیقی یا زبان) باشند و همچنین هوش‌بهر آنان حداقل دو انحراف معیار بالاتر از میانگین جامعه است (۶).

در سال‌های اخیر، مربیان، پژوهشگران و افراد جامعه، بیش از پیش، ضرورت توجه به سلامت روان افراد تیزهوش را احساس کرده‌اند؛ به همین جهت، جنبشی برای پژوهش و تفحص در این حوزه شکل گرفته است (۷). یکی از متغیرهایی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار می‌گیرد، سلامت روانی است. فرانکلین^۷ معتقد است: «تعریف سلامت روانی همواره در حال تغییر بوده است، به طوری که تعریف مورد قبول در آغاز قرن بیست و یکم، امروزه ناقص به نظر می‌رسد» (۸). در دهه‌های اخیر از سوی متخصصان تعریف‌های متعدد و گوناگونی برای سلامت روانی ارائه شده است، به همین دلیل پیدا کردن تعریفی جامع برای آن دشوار است. پزشکان و افرادی که با دید پزشکی به مسئله می‌نگرند، بهنجاری یا سالم بودن را نداشتن علائم بیماری قلمداد می‌کنند و به عبارتی سلامتی و بیماری را در دو قطب مخالف یکدیگر قرار می‌دهند و برای اینکه فردی سالم یا بیمار تلقی شود باید از قطب سالم به قطب مخالف برود (۹). سازمان سلامت جهانی^۸ (۱۰) در این مورد اذعان می‌دارد که «سلامت روانی حالتی از بهزیستی است که افراد به توانایی‌های بالقوه خود پی می‌برند، می‌توانند با عوامل تنش‌آور زندگی مقابله کنند، به صورت مولدی به کار و فعالیت پردازند و قادر به مشارکت در جامعه هستند. سلامت روانی شامل بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی است و صرفاً به فقدان بیماری اشاره ندارد».

برخی از دانش‌آموزان تیزهوش، از نظر تحصیلی ضعیف هستند و به همین خاطر، والدین و معلمان را دچار یأس می‌کنند؛ زیرا آنها از استعداد‌های بسیاری برخوردارند که از آن بهره‌ای نمی‌برند. آنها استعداد بالا و عملکرد پایینی دارند و سطح عملکرد آنها با نمره‌هایشان در

5. Creativity-intelligence-wisdom

6. National Association for Gifted Children

7. Franklin

8. World Health Organization (WHO)

1. Exceptional children

2. Gifted children

3. Schoolhouse giftedness

4. Creative-productive giftedness

دانش آموزان و دانشجویان به ارمغان آورد. شناخت درمانی برای درمان نشانه‌ها و رفتارهای غیرطبیعی مورد استفاده قرار می‌گیرد که به علت باورهای غیرمنطقی مراجع در مورد آنها، باقی مانده‌اند. در این روی آورد درمانگر تلاش می‌کند از یک یا چند طریق، تفکر تحریف شده فرد را که مشخصه مشکلات است تغییر دهد. همچنین شناخت درمانی بر این نظریه مبتنی است که رفتارهای فرد، وابسته به نحوه تفکر افراد در مورد خودشان و نقششان در دنیا است و رفتارهای غیرانطباقی می‌تواند ناشی از دگرگونی‌های شناختی یا اشتباهات تفکر باشند که در نتیجه با استفاده از شناخت درمانی، می‌توان این دگرگونی‌های شناختی و رفتارهای خودشکنا ناشی از آنها را اصلاح کرد (۱۵).

در همین راستا امیدبخشی^۳ از نظریه امید اسنایدر^۴ و اندیشه‌های برگرفته از درمان شناختی، درمان راه حل مدار، و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود (۱۶) و اثربخشی آن در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (۲۲-۱۷). امیدبخشی بر این هدف استوار است که به افراد کمک می‌کند تا هدف‌های روشنی را تدوین کنند، گذرگاه‌های متعددی را برای رسیدن به اهداف بسازند، خود را برای دنبال کردن آنها برانگیزند، و موانع را به صورت کشاکش‌هایی برای غلبه بر آنها از نو چارچوب بندی کنند. این مداخله به صورت گروهی اجرا می‌شود زیرا در نظریه اسنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه، منعکس کننده یک فرایند تبادلی است (۲۳).

برای اینکه نوجوانان و جوانان از شخصیت مستقل و متعادلی که جوهره شکوفایی و خلاقیت‌های ذهنی است، برخوردار شوند، باید زمینه‌های تلاش و حرکت آنان را به تناسب رشد شخصیت و تحول ذهنی‌شان فراهم ساخت و موانع پیشرفتشان را از میان برداشت. تأکید بر پیش افتادگی‌ها و جهش‌های تحصیلی و مدرک‌گرایی‌ها ممکن است منجر به رشد تک‌بعدی، آسیب‌پذیری، فقدان استقلال رأی و بالندگی و احساس ارزشمندی، انفعال، تحمل شکست و کام‌نیافتگی، فشارهای روانی و همانند آن شود. سلامت روانی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار در طول زندگی آدمی است (۲۴) و با توجه به اینکه اثربخشی برنامه امیدبخشی بر سلامت روانی در مطالعات متعدد تأیید شده است و امید از

آزمون‌های هوش و استعداد، هماهنگ نیست. در مطالعه‌ای طولی که بر روی آزمودنی‌های ترمن انجام شد، افراد تیزهوش با عملکرد پایین و افراد تیزهوش با عملکرد بالا مقایسه شدند (۱۱). نتایج این مطالعه نشان داد که افراد گروه نخست در مقایسه با گروه دوم، احساس کهنتری بیشتر، اعتماد به خود کمتر، احساس هدفمندی کمتر، و پشتکار پایین‌تری از خود نشان می‌دادند.

دلایل متنوعی برای عملکرد پایین افراد تیزهوش وجود دارد. بسیاری از دانش آموزان تیزهوش و با استعداد به دلیل سوگیری‌های مربوط به روش شناسایی، به موقع شناسایی نمی‌شوند و فرصت‌های پیشرفت از آنها سلب می‌شود. علاوه بر این، بسیاری از عوامل که بر عملکرد دانش آموزان با هوش متوسط تأثیر می‌گذارد، عملکرد دانش آموزان تیزهوش و با استعداد را نیز متأثر می‌سازد؛ همانند تعارض‌های درون‌فردی، بیماری، تعارض‌های خانوادگی، و محیط نامساعد. برنامه‌های درسی نامناسب نیز می‌تواند به نوبه خود بر عملکرد دانش آموزان تأثیر بگذارد. گاهی برنامه‌ها آنقدر تکراری و خسته کننده هستند که دانش آموزان تیزهوش نسبت به مدرسه نگرش منفی پیدا کرده و انگیزه‌های برای یادگیری ندارند. این عامل موجب شکل‌گیری خودپنداشت منفی در دانش آموزان تیزهوش شده و انگیزه پیشرفت آنان را کاهش می‌شود (۱۲ و ۱۳).

عوامل گوناگونی بر پیشرفت و عملکرد تحصیلی دانش آموزان تأثیر می‌گذارد و گاهی موجب افت تحصیلی آنان می‌شود؛ یکی از عوامل تأثیرگذار بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان که کمتر مورد توجه قرار گرفته است، فرسودگی است که از آن با عنوان فرسودگی تحصیلی^۱ نام برده می‌شود که می‌تواند یکی از عوامل مخل پیشرفت تحصیلی باشد. فرسودگی تحصیلی در میان دانش آموزان به احساس خستگی روانی به خاطر تقاضاها و الزامات تحصیلی، داشتن یک حس بدبینانه و بی‌علاقگی به تکالیف درسی، و احساس عدم شایستگی به عنوان یک دانش آموز، اشاره دارد (۱۴).

فنون مختلفی برای بهبود مشکلات تحصیلی و انگیزشی دانش آموزان ارائه شده است، در این میان شناخت درمانی^۲ به عنوان روی آوردی جدید در روان شناسی توانسته است توفیقات قابل توجهی را در بهبود مشکلات

3. Hope therapy
4. Snyder's theory of hope

1. Academic burnout
2. Cognitive therapy

جسمانی یا بیماری پزشکی که مانع شرکت منظم در جلسات مداخله شود، و ۳) عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه نشان داد که میانگین سنی دانش‌آموزان در گروه آزمایشی ۱۳ سال و ۴ ماه و در گروه گواه، ۱۳ سال و ۹ ماه بود. معدل سال گذشته در گروه آزمایشی ۱۵/۵۳ و در گروه گواه ۱۵/۲۰ بود. سن مادر در گروه آزمایشی ۳۹ سال و ۲ ماه و در گروه گواه ۴۰ سال و ۶ ماه بود. سن پدر در گروه آزمایشی ۴۶ سال و ۶ ماه و در گروه گواه ۴۸ سال و ۱ ماه بود.

ب) ابزار: برای گردآوری داده‌ها در این مطالعه از پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (۲۶) و پرسشنامه فرسودگی تحصیلی ماسلاچ^۲ (۲۷) استفاده شد.

۱. پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر^۳ (۲۶) تهیه شده است و ماهیتی خودگزارشی دارد که به منظور بررسی اختلال‌های روانی طراحی شده است. پرسشنامه سلامت عمومی جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان از آن برای تشخیص اولیه در شرایط حاد استفاده کرد (۲۶). خرده‌مقیاس‌های این ابزار عبارتند از: ۱) علائم جسمانی، ۲) علائم اضطرابی و اختلال خواب، ۳) علائم کارکرد اجتماعی، و ۴) علائم افسردگی. برای جمع‌بندی نمرات به گزینه اصلاً، نمره صفر، در حد معمول، ۱، بیش‌ازحد معمول، ۲ و خیلی بیشتر از حد معمول نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر بخش از پرسشنامه، نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. تقوی (۲۸) برای مطالعه‌ی روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل، و تحلیل عوامل استفاده کرد. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان آن با پرسشنامه میدلسکس انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۵ به دست آمد (۲۸). ضرایب همبستگی بین خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و بر اساس آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، و علائم جسمانی در این پرسشنامه بود که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند (۲۸).

یک سو با شاخص‌های آسیب‌روانی همبستگی منفی دارد و از سویی دیگر نقش مهمی را در تعدیل رویدادهای تنش‌آور زندگی ایفا می‌کند، در نتیجه انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری است. همچنین باید توجه داشت که درباره اثربخشی امیدبخشی بر سلامت روانی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان تیزهوش، پژوهش‌های چندانی در داخل و خارج از کشور انجام نشده است و ضروری است که تأثیر احتمالی برنامه امیدبخشی بر «سلامت روانی» و «فرسودگی تحصیلی» دانش‌آموزان تیزهوش در معرض خطر فرسودگی تحصیلی مورد بررسی قرار گیرد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

در این پژوهش، با توجه به وجود دو گروه آزمایشی و گواه و اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی آن، از طرح نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروهی استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانش‌آموزان پسر تیزهوش دبیرستان‌های شهرستان سبزوار تشکیل می‌دهند که در معرض فرسودگی تحصیلی هستند و در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ شاغل به تحصیل هستند.

برای انتخاب افراد نمونه، همه دانش‌آموزان پرسشنامه سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی را تکمیل کردند. سپس بر اساس نمره‌های اکتسابی، از میان دانش‌آموزانی که در پرسشنامه سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی به ترتیب نمره بالاتر از ۴۱ و ۶۱ به دست آوردند با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی منظم، ۳۰ نفر انتخاب شدند. لازم به ذکر است که بر اساس فرمول کوهن (۲۵)، حجم نمونه لازم برای این مطالعه ۲۶ نفر کفایت می‌کرد که با توجه به احتمال ریزش افراد نمونه، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: ۱) شاغل به تحصیل در پایه‌های تحصیلی دوره یکم متوسطه، ۲) نمره بالاتر از ۴۱ در پرسشنامه سلامت روانی، ۳) نمره بالاتر از ۶۱ در پرسشنامه فرسودگی تحصیلی ماسلاچ، ۴) جنسیت پسر، ۵) تحصیل در مدارس تیزهوش، و ۶) عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل: ۱) غیبت بیش از ۲ جلسه در برنامه مداخله‌ای، ۲) داشتن مشکل

۲. پرسشنامه فرسودگی تحصیلی ماسلاچ: این پرسشنامه، اصلاح شده فرم عمومی پرسشنامه فرسودگی ماسلاچ است که برای استفاده در نمونه دانش‌آموزان توسط شوفلی و همکاران (۲۷) بازبینی شده است. این پرسشنامه در کل ۱۵ سؤال دارد و سه حیطه فرسودگی تحصیلی یعنی خستگی تحصیلی^۱، بی‌علاقگی (بدینی) تحصیلی^۲، و ناکارآمدی تحصیلی^۳ را می‌سنجد. پرسشنامه مذکور یک پرسشنامه لیکرتی است و همه سؤالات در یک پیوستار ۷ درجه‌ای از هرگز (۰) تا همیشه (۶) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالا در خستگی عاطفی و شک و بدینی و نمره‌های پایین در خودکارآمدی نشان‌دهنده فرسودگی تحصیلی هستند که البته، خودکارآمدی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. شوفلی و همکاران (۲۷) برای بررسی روایی همزمان این پرسشنامه، آن را با پرسشنامه مشارکت در تکالیف آترشت^۴، مقایسه کردند و نتایج بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۹ به دست آمد. رستمی، عابدی و شوفلی (۲۹) در بررسی روایی عاملی با روش تحلیل عوامل و چرخش واریانس و با توجه به مقادیر ویژه بالاتر از یک، سه عامل استخراج کردند که این عوامل عبارت‌اند از: خستگی عاطفی، شک و بدینی، و خودکارآمدی تحصیلی. این عوامل، ۶۷/۲۷ درصد از واریانس کل را تبیین کردند. برای بررسی روایی همزمان، رستمی و همکاران (۲۹)، همبستگی پرسشنامه فرسودگی تحصیلی با پرسشنامه افسردگی دانشجویان را به دست آورد که ضرایب همبستگی به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های خستگی عاطفی، شک و تردید، و خودکارآمدی تحصیلی، ۰/۷۴، ۰/۶۸ و ۰/۵۰ به دست آمد.

ج) برنامه مداخله‌ای

برنامه امیدبخشی: امید درمانی برگرفته از نظریه امید و اندیشه‌های ناشی از درمان شناختی-رفتاری، درمان راه‌حل‌مدار، و روایت‌درمانی است که بر این هدف استوار است که به درمان‌جویان کمک می‌کند تا هدف‌های روشنی را فرمول‌بندی کنند، گذرگاه‌های متعددی را برای رسیدن به آنها بسازند و خود را برای رسیدن به اهداف برانگیزانند (۳۰). این درمان به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و غنی‌سازی فعالیت‌های مربوط به تعقیب هدف، طراحی شده است. در این درمان،

شرکت کنندگان ابتدا با اصول نظریه امید آشنا می‌شوند و سپس به آنها آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود به کار ببندند. شرکت کنندگان یاد می‌گیرند که ۱. چگونه اهداف مهم، قابل‌دستیابی و قابل‌اندازه‌گیری تعیین کنند، ۲. گذرگاه‌های متعدد برای حرکت به سمت این اهداف را تعیین کنند، ۳. منابع انگیزشی و تأثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند، ۴. پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند، و ۵. اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند (۳۰). روابط درمانی امیدوارانه، این مؤلفه‌های امید را تسهیل می‌کند. لازم به ذکر است که تغییر در امید صرفاً در سطح رفتار نیست، که طی درمان، ادراک فرد از خود، به‌عنوان فردی که راهکارها و پشتکار لازم برای رسیدن به اهداف را دارد، تغییر می‌یابد. در این درمان، درمانگر به منظور افزایش امید به مداخله آموزشی می‌پردازد (۳۱). خلاصه جلسات این برنامه در جدول ۱ گزارش شده است.

د) روش اجرا: برای اجرای این مطالعه ابتدا مجوزهای لازم علمی و اجرایی اخذ شد. سپس به مراکز آموزشی مربوطه رجوع شد و پس از بیان هدف و اهمیت پژوهش به مدیران و مشاوران مدارس، از دانش‌آموزان خواسته شد تا در این برنامه شرکت کنند. رضایت آگاهانه از تمامی والدین اخذ و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری‌شده و نام فرزندان‌شان به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. شرکت در پژوهش متضمن هیچ‌گونه هزینه و ضرر و زیان برای شرکت کنندگان نبود و همچنین اجازه ترک جلسات آموزشی و عدم ادامه همکاری با پژوهشگر به افراد نمونه گفته شد. همچنین به افراد نمونه اطمینان داده شد که به منظور حفظ اسرار شخصی و عدم تجاوز به حریم خصوصی آنها، نتایج به شکل شاخص‌های کلی (میانگین و انحراف معیار) گزارش و در اختیار روان‌شناسان و متخصصان قرار داده می‌شود تا برای پیشبرد اهداف آموزشی مورد استفاده قرار گیرند. لازم به ذکر است که بعد از اجرای مطالعه و جمع‌آوری داده‌های لازم، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیلی واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات مربوط به مداخله برنامه امیدبخشی

جلسه	هدف	محتوا	روش تدریس / مدت زمان	تکلیف
۱	آشنایی اعضا و رهنمودهایی برای مشارکت	معرفی اعضا به یکدیگر، توضیح هدف تشکیل گروه، مشخص شدن خطوط کلی جلسات	دانش آموز محور / ۶۰ دقیقه	نوشتن داستان یا روایت زندگی به طور خلاصه در حداکثر ۴ صفحه
۲	آشنایی با مؤلفه‌های اهداف	مشخص نمودن سه مؤلفه اهداف، گذرگاه‌ها، و نیروی عامل در هر کدام از داستان‌ها	دانش آموز محور / ۸۰ دقیقه	نوشتن اهداف خود در زندگی
۳	آشنایی با ویژگی‌های اهداف	آموزش ویژگی‌های اهداف مناسب در قالب کلمه SMART	دانش آموز محور / ۸۰ دقیقه	بازبینی و بازنویسی اهداف بر اساس آموزش‌ها
۴	آشنایی با نحوه نیل به اهداف	تهیه فهرست مسیرها و شناسایی گذرگاه‌های مناسب برای رسیدن به اهداف	دانش آموز محور / ۸۰ دقیقه	نوشتن تمام راه‌های ممکن و کارآمد برای رسیدن به اهداف
۵	افزایش نیروی عامل برای نیل به اهداف	افزایش نیروی عامل با استفاده از تفکر مثبت و تکرار واژه‌های مثبت	دانش آموز محور / ۸۰ دقیقه	گفتن جملات خوش‌بینانه در طول روز
۶	شناسایی موانع نیل به اهداف	شناسایی موانع نیل به اهداف همچون خودگویی‌های منفی و خطاهای شناختی	دانش آموز محور / ۸۰ دقیقه	نوشتن فهرستی از موانع و خودگویی‌های منفی
۷	آموزش مقابله با موانع	مقابله با موانع با ایجاد گذرگاه‌های جانشین و به کارگیری خلاقیت	دانش آموز محور / ۸۰ دقیقه	نوشتن راه‌های گوناگون رسیدن به اهداف
۸	جمع بندی و نتیجه گیری	بازنگری نهایی جلسات و جمع بندی	مستقیم / ۸۰ دقیقه	نوشتن اهداف خود و نتیجه گیری نهایی

یافته‌ها

بودن توزیع متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری متغیرهای پژوهش و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک به منظور بررسی نرمال

جدول ۲. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایشی و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری در متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	میانگین آزمایش	میانگین گواه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	سطح معنی داری
نشانه‌های جسمانی	پیش آزمون	۱۱/۴۰	۱۱/۲۶	۰/۱۳	۰/۵۴	۰/۸۰۹
	پس آزمون	۸/۵۳	۱۱/۵۳	-۳	۰/۷۹	۰/۰۰۲
	پیگیری	۷/۲۰	۱۱/۲۰	-۴	۰/۷۰	۰/۰۰۰
	پیش آزمون	۱۱/۱۳	۱۱/۰۶	۰/۰۶	۰/۸۰	۰/۹۳۵
نشانه‌های اضطراب	پس آزمون	۹/۲۶	۱۱/۳۳	-۲/۰۶	۰/۷۲	۰/۰۱۲
	پیگیری	۸/۰۶	۱۱/۱۳	-۳/۰۶	۰/۶۴	۰/۰۰۰
	پیش آزمون	۱۱/۴۶	۱۲	-۰/۵۳	۰/۳۲	۰/۱۲۰
	پس آزمون	۹/۴۰	۱۱/۹۳	-۲/۵۳	۰/۷۰	۰/۰۰۳
کارکرد اجتماعی	پیگیری	۸/۷۳	۱۲/۰۶	-۳/۳۳	۰/۶۹	۰/۰۰۰
	پیش آزمون	۱۱/۱۳	۱۰/۸۰	۰/۳۳	۰/۸۶	۰/۷۰۶
	پس آزمون	۱۱/۸۶	۱۱/۰۶	-۰/۲۰	۰/۸۰	۰/۸۰۸
	پیگیری	۱۰/۸۶	۱۰/۸۰	۰/۰۶	۰/۸۳	۰/۹۳۸
خستگی عاطفی	پیش آزمون	۲۵/۹۳	۲۶/۵۳	-۰/۶۰	۱/۳۳	۰/۶۶۰
	پس آزمون	۲۰/۲۰	۲۶/۱۳	-۵/۹۳	۱/۹۰	۰/۰۰۸
	پیگیری	۱۸/۷۳	۲۶	-۷/۲۶	۲/۲۰	۰/۰۰۵
	پیش آزمون	۲۵/۲۶	۲۶/۸۰	-۱/۵۳	۰/۸۹	۰/۱۰۸
بی‌علاقگی تحصیلی	پس آزمون	۲۱/۲۰	۲۶/۲۰	-۵	۱/۳۲	۰/۰۰۲

۰/۰۰۱	۱/۳۳	-۵/۶۶	۲۶/۲۳	۲۰/۵۳	پیگیری	
۰/۷۹۴	۱/۲۵	-۰/۳۳	۲۶/۸۳	۲۶/۵۳	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۰	۱/۴۷	-۹/۱۳	۲۷	۱۷/۸۶	پس‌آزمون	ناکارآمدی تحصیلی
۰/۰۰۰	۱/۳۴	-۱۰	۲۷/۰۶	۱۷/۰۶	پیگیری	

یافته‌های توصیفی حاصل از گروه نمونه بر اساس مقیاس‌های سلامت روانی نشان می‌دهند که شرکت در کارگاه امیدبخشی، در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون به افزایش میانگین در خرده مقیاس‌های این مقیاس منجر شده است و این میزان در زمان پیگیری نیز به قوت خود باقی بوده است؛ این در حالی است که داده‌های حاصل از

مقیاس فرسودگی تحصیلی ماسلاچ نیز نشان از افزایش میانگین خرده‌مقیاس‌های فرسودگی تحصیلی است (جدول ۲).
برای مقایسه گروه‌های پژوهش در متغیرهای سلامت روان و فرسودگی تحصیلی از تحلیل واریانس - طرح سنجش مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری
نشانه‌های جسمانی	گروه‌ها	۱۱۷/۸۷۸	۱	۱۱۷/۸۷۸	۲/۰۵	۰/۰۳۳
جسمانی	مراحل	۶۸/۲۶۷	۱	۶۸/۲۶۷	۸۴/۳۲۹	۰/۰۰۰
	تعامل مراحل با گروه	۶۴/۰۶۷	۱	۶۴/۰۶۷	۷۹/۱۴۱	۰/۰۰۰
نشانه‌های اضطراب	گروه‌ها	۶۴/۱۷	۱	۶۴/۱۷	۴/۴۶	۰/۰۴۴
	مراحل	۳۳/۷۵۰	۱	۳۳/۷۵۰	۳۰/۵۵۰	۰/۰۰۰
اضطراب	تعامل مراحل با گروه	۳۶/۸۱۷	۱	۳۶/۸۱۷	۳۳/۳۲۵	۰/۰۰۰
	گروه‌ها	۱۰۲/۴۰۰	۱	۱۰۲/۴۰۰	۱۴/۲۰	۰/۰۰۱
کارکرد اجتماعی	مراحل	۲۶/۶۶۷	۱	۲۶/۶۶۷	۱۴/۶۶۰	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل با گروه	۲۹/۴۰۰	۱	۲۹/۴۰۰	۱۶/۱۶۲	۰/۰۰۰
نشانه‌های افسردگی	گروه‌ها	۰/۱۰۰	۱	۰/۱۰۰	۰/۰۰۷	۰/۹۳۵
	مراحل	۰/۲۶۷	۱	۰/۲۶۷	۲/۱۵	۰/۱۵۳
افسردگی	تعامل مراحل با گروه	۰/۲۶۷	۱	۰/۲۶۷	۲/۱۵	۰/۱۵۳
	گروه‌ها	۴۷۶/۱۰۰	۱	۴۷۶/۱۰۰	۱۰/۸۸	۰/۰۰۳
خستگی عاطفی	مراحل	۲۲۴/۲۶۷	۱	۲۲۴/۲۶۷	۳۱/۰۷	۰/۰۰۰
	تعامل مراحل با گروه	۱۶۶/۶۶۷	۱	۱۶۶/۶۶۷	۲۳/۰۹۵	۰/۰۰۰
بی‌علاقگی تحصیلی	گروه‌ها	۳۷۲/۱۰۰	۱	۳۷۲/۱۰۰	۲۰/۳۹	۰/۰۰۰
	مراحل	۱۰۶/۶۶۷	۱	۱۰۶/۶۶۷	۲۷/۵۸۶	۰/۰۰۰
ناکارآمدی تحصیلی	تعامل مراحل با گروه	۶۴/۰۶۷	۱	۶۴/۰۶۷	۱۶/۵۶۹	۰/۰۰۰
	گروه‌ها	۸۴۷/۳۷۸	۱	۹۴۷/۳۷۸	۲۷/۵۳	۰/۰۰۰
ناکارآمدی تحصیلی	مراحل	۳۲۲/۰۱۷	۱	۳۲۲/۰۱۷	۶۵/۳۰۵	۰/۰۰۰
	تعامل مراحل با گروه	۳۵۰/۴۱۷	۱	۳۵۰/۴۱۷	۷۱/۰۶۵	۰/۰۰۰

نتایج تحلیل داده‌ها درباره تأثیر آموزش برنامه امیدبخشی بر ارتقای ابعاد سلامت روانی در دانش‌آموزان تیزهوش در معرض فرسودگی تحصیلی نشان می‌دهد که اثرات اصلی درون‌آزمودنی و گروه و همچنین اثر تعاملی گروه و درون‌آزمودنی، معنادار است. با توجه به ضریب F

محاسبه شده اثر خطی درون‌آزمودنی (۸۴/۳۲۹) برای نشانه‌های جسمانی، ۳۰/۵۵۰ برای نشانه‌های اضطراب، ۱۴/۶۶۰ برای کارکرد اجتماعی، و ۲/۱۵ برای نشانه‌های افسردگی، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های علائم جسمانی، نشانه‌های اضطراب، و کارکرد اجتماعی در سه مرحله

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی برنامه امیدبخشی بر ارتقای ابعاد سلامت روان و کاهش ابعاد فرسودگی تحصیلی در دانش‌آموزان تیزهوش در معرض فرسودگی تحصیلی بود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های گریگز (۱۷)، دانستن، فالکونر و پرایس (۱۸) و ناک (۲۲) همسو است. چنانکه گریگز (۱۷) که بیست و چهار مطالعه در حوزه تأثیر امید بر سلامت روانی را مورد بررسی قرار داد، در یک فرا تحلیل پیشنهاد داد که امیددرمانی با بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و بهزیستی روانی در ارتباط است و عامل حفاظتی در ارتکاب به خودکشی محسوب می‌شود و در مبادرت به رفتارهای سالم از منظر روانی، مؤثر است. همچنین دانستن و همکاران (۱۸) در پژوهش خود به بررسی ارتباط میان امید، مشارکت اجتماعی، و بهزیستی روانی در افراد با مشکلات روانی پرداختند و بدین نتیجه رسیدند که امید و مشارکت اجتماعی می‌تواند بهزیستی و سلامت روانی را پیش‌بینی کند. ناک (۲۲) نیز بدین نتیجه رسید که امید عامل مهمی در سلامت روان افراد مبتلا به سوء مصرف الکل محسوب می‌شود. از نظر ناک (۲۲) امید موجب کاهش میزان تنیدگی در افراد می‌شود.

از مجموع نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که آموزش برنامه امیدبخشی به شیوه شناختی-رفتاری در ابعاد سلامت روانی (جز خرده‌مقیاس نشانه‌های افسردگی) و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان تیزهوش دبیرستانی مؤثر بوده است و به آنها در ارتقای سلامت روانی (جز خرده‌مقیاس نشانه‌های افسردگی) و کاهش فرسودگی تحصیلی کمک کرده است. در برنامه مورد استفاده در پژوهش، بر روی داستان‌ها و حکایات زندگی اعضای گروه تمرین شد و به در نتیجه مؤلفه‌های امید، اهداف، گذرگاه‌ها، و نیروی عامل در داستان‌ها و روایات افراد مشخص شد. پس از آن اهداف هر کدام از افراد شناسایی شد و به آنها خصوصیات اهداف مناسب گفته شد. در گام بعدی، از آنها خواسته شد تا اهداف مهم و قابل دستیابی خود را اولویت‌بندی کرده و راه‌های رسیدن به این اهداف را مشخص کنند. یکی از بنیادی‌ترین بخش در این برنامه، تقویت تفکر مثبت و مثبت‌اندیشی بود و در مقابل، تلاش شد تا خودگویی‌های منفی در این افراد از میان برداشته شود.

اندازه‌گیری، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0/05$). همچنین اثر بین گروهی نشان می‌دهد بین میانگین‌های علائم جسمانی، نشانه‌های اضطراب، و کارکرد اجتماعی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و گواه» تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0/05$). همچنین معناداری اثر تعاملی نشان می‌دهد بین تفاوت نمرات افراد در زمان‌های مختلف در گروه آزمایش و گواه نیز تفاوت معنادار وجود دارد؛ بنابراین با توجه به میانگین‌های مشاهده‌شده در بخش توصیفی نتیجه گرفته می‌شود که فرض صفر رد شده و آموزش برنامه امیدبخشی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه، تأثیر بیشتری بر علائم جسمانی، نشانه‌های اضطراب، و کارکرد اجتماعی در دانش‌آموزان در معرض فرسودگی تحصیلی داشته است.

همچنین نتایج تحلیل داده‌ها درباره تأثیر آموزش برنامه امیدبخشی بر کاهش ابعاد فرسودگی تحصیلی در دانش‌آموزان تیزهوش، نشان می‌دهد، اثرات اصلی درون‌آزمودنی و گروه و همچنین اثر تعاملی گروه و درون‌آزمودنی، معنادار است. با توجه به ضریب F محاسبه‌شده اثر خطی درون‌آزمودنی (۳۱/۰۷) برای خستگی عاطفی، ۲۷/۵۸۶ برای بی‌علاقگی تحصیلی، و ۶۵/۳۰۵ برای ناکارآمدی تحصیلی، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های خستگی عاطفی، بی‌علاقگی تحصیلی، و ناکارآمدی تحصیلی در سه مرحله اندازه‌گیری، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0/05$). همچنین اثر بین گروهی نشان می‌دهد بین میانگین‌های خستگی عاطفی، بی‌علاقگی تحصیلی، و ناکارآمدی تحصیلی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و گواه» تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0/05$). همچنین معناداری اثر تعاملی نشان می‌دهد بین تفاوت نمرات افراد در زمان‌های مختلف در گروه آزمایش و گواه نیز تفاوت معنادار وجود دارد؛ بنابراین با توجه به میانگین‌های مشاهده‌شده در بخش توصیفی نتیجه گرفته می‌شود که فرض صفر رد شده و برنامه امیدبخشی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه، تأثیر بیشتری بر خستگی عاطفی، بی‌علاقگی تحصیلی، و ناکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان تیزهوش در معرض فرسودگی تحصیلی داشته است.

نتایج به‌دست‌آمده در این مطالعه را می‌توان بر اساس نظریه امید اسنایدر این‌گونه تبیین کرد که امیدبخشی از جمله برنامه‌های درمانی در حوزه روان‌شناسی مثبت است. در این راستا به افراد کمک می‌شود به جای اینکه به نقاط ضعف خود توجه کنند، توانمندی‌های خود را در نظر داشته باشند. افرادی که امید بالایی داشته باشند، می‌توانند از خود در برابر مشکلات روانی عدیده‌ای که سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد، همچون اضطراب، مشکلات خواب، و نشانگان بدنی، محافظت کنند. این دسته از افراد، اهداف واقع‌بینانه‌تری دارند. داشتن اهداف واقع‌بینانه و به دور از اغراق و مبالغه، موجب می‌شود که افراد به توانمندی‌های خود بیشتر توجه داشته باشند و متناسب با این توانمندی‌ها، اقدام به هدف‌گذاری کنند و در نتیجه احساس درماندگی را از خود دور کنند. متعاقباً آنچه روی خواهد داد این است که افراد امیدوار، در مقابل رویدادهای منفی، مقاوم‌تر خواهند بود. از سوی دیگر، امید نوعی احساس است که احتمال وقوع هرگونه رفتار یا رویداد خوشایند در آینده را در ذهن فرد امیدوار، تداعی می‌کند (۳۱).

یکی دیگر از دلایل اثربخشی برنامه امیددرمانی در این مطالعه بر اساس نظریه اسنایدر این است که از منظر روی‌آورد امیدبخشی، سه الگوی انسداد وجود دارد که افراد را مستعد مشکلات روانی می‌کند: (۱) مسدود شدن یک هدف مهم و اساسی، (۲) انتخاب اهدافی که رضایت‌بخش نیستند، و (۳) انتظار تعمیم‌یافته برای شکست (۳۱). همچنین از منظر امیدبخشی، از دست رفتن عامل با انسداد هدف و ناتوانی در ایجاد مسیرهای مناسب می‌تواند افراد را دچار مشکلات روانی کند. با توجه به اهمیت انسداد اهداف در بروز مشکلات روانی، در امیدبخشی سعی بر آن است که الگوی انسداد اهداف مورد بررسی قرار گرفته و اصلاح شود تا مشکلات روانی افراد کاهش یابد و آسیب‌پذیری آنها نسبت به این اختلال‌ها کاهش یابد. همچنین به افراد آموزش داده می‌شود تا با نگاه مجدد به حیطه‌های مهم و ارزشمند زندگی‌شان، اهدافی مهم، رضایت‌بخش، قابل‌دستیابی، متناسب با شرایط و امکانات، و قابل‌اندازه‌گیری تعیین کرده و برای دستیابی به آنها، گذرگاه‌های متعددی را در نظر گیرند. به همین دلایل اجرای برنامه مداخله‌ای به کار گرفته شده در این مطالعه توانسته است سلامت روانی افراد را افزایش داده و فرسودگی آنان را کاهش دهد.

یافته دوم پژوهش آن بود که برنامه امیدبخشی موجب کاهش فرسودگی تحصیلی در دانش‌آموزان تیزهوش می‌شود. نتایج این بخش از پژوهش همسو با یافته‌های گریگز و کراوفورد (۱۹)، کیویلگان و همکاران (۲۰) و یوتسیدی، پاگولاتو، کیربازوس و استالیکاس (۲۱) است. چنانچه گریگز و کراوفورد (۱۹) در پژوهش خود روی ۴۹۵ دانشجو، بدین نتیجه رسیدند که امید نقش مهمی را در بهبود پیشرفت تحصیلی ایفا کرده و بهزیستی عاطفی افراد را افزایش می‌دهد. کیویلگان و همکاران (۲۰) نیز در پژوهش خود بدین نتیجه رسیدند که مؤلفه امید موجب بهبود عملکرد تحصیلی و معدل افراد می‌شود. همچنین یافته‌های پژوهش یوتسیدی و همکاران (۲۱) نیز حاکی از آن بود که امید به طور کلی نقش مثبتی در عملکرد تحصیلی و شغلی ایفا می‌کند و امید همبستگی مثبتی با بهزیستی و عملکرد تحصیلی دارد. در تبیین یافته‌های این پژوهش بر اساس نظریه امید اسنایدر (۳۱) می‌توان بیان کرد از آنجایی که مداخله‌های امیدبخشی بر مبنای روی‌آوردهای شناختی رفتاری طراحی شده‌اند، مؤثر بودن این مداخله‌ها دور از انتظار نیست. در این شیوه درمانگری به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد. به طور معمول، برنامه‌های مداخله با تشویق به بازنگری احساس‌ها و هیجان‌ها، فرد را به سوی آگاهی هیجانی سوق می‌دهند. این برنامه‌ها، توانایی افراد را در تمرکز بر احساس‌ها در برخورد با افراد و رویدادها، بسط هیجان‌ها، استفاده از هیجان‌ها در تسهیل تفکر، فهم دلایل و پیامدهای احساس‌های خود و توانایی فهم ارتباط بین هیجان‌ها و تفسیر آنها، بهبود می‌دهند. همچنین در تبیین این یافته‌ها بر اساس نظریه امید اسنایدر (۳۱) باید اذعان داشت که امید متضمن توانایی فرد در ادراک اهداف، توسعه راهبردها یا روش‌های ویژه برای دستیابی به این اهداف، و آغاز و حفظ انگیزش برای استفاده از این راهبردها است. امید شامل عمل متقابل میان روش‌ها و عامل‌ها است و مجموعه شناختی را مشخص می‌کند که در موقعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند که از این نظر امید از سایر سازه‌های روان‌شناسی مثبت، مجزا است. افرادی که امیدوار هستند، اندیشه‌های مثبت بیشتری دارند و این افراد بیشتر از افراد ناامید به اهداف خود دست می‌یابند (۱۶).

پژوهش حاضر نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود که باید در کاربرد یافته‌ها به آنها توجه کرد. وجود برخی متغیرهای کنترل نشده مزاحم همانند وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان، تحصیلات والدین و موقعیت اجتماعی آنها، محدود بودن تعداد افراد شرکت کننده، منحصر بودن نمونه پژوهش به پسران، و عدم استفاده از روش نمونه‌گیری کاملاً تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌روند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در سطح نظری، پژوهش‌های آینده با لحاظ کردن این موارد، بر توان تعمیم‌پذیری و غنای اطلاعات به دست آمده بیافزایند. به طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش حاکی از آن بود که برنامه امیدبخشی بر سلامت روان و فرسودگی تحصیلی دانش آموزان تیزهوش مؤثر است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود ترتیبی اتخاذ شود که برنامه‌های آموزش شناختی، مبتنی بر ارتقای امید به عنوان بخشی از برنامه‌های آموزش ضمن خدمت مشاوران مدارس مورد توجه قرار گیرد تا بتوانند با بهره‌گیری از آن، سلامت روانی دانش آموزان را ارتقا داده و فرسودگی تحصیلی‌شان را کاهش دهند. همچنین، با توجه به اعتقاد و باور روانشناسان مثبت‌گرا مبنی بر اینکه صفت‌های مثبت قابل اندازه‌گیری، می‌توانند به عنوان متغیر واسطه‌ای در نظر گرفته شوند تا

افراد را در برابر هیجان‌های منفی و عوامل خطر ساز مانند رویدادهای تنش‌آور زندگی حمایت کنند، در نتیجه به نظر می‌رسد، تدوین برنامه‌های پیشگیرانه بر اساس نظریه امید و استفاده از نقش پیشگیرانه آن برای دانش آموزان و نوجوانان، مفید باشد.

تشکر و قدردانی: این پژوهش بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آقای مجتبی مهدوی در رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران با شماره ۳۴۶/۴ و با راهنمایی دکتر احمد به پژوه و مشاورت دکتر سعید حسن‌زاده است. مجوز اجرای پژوهش حاضر از سوی اداره آموزش و پرورش شهرستان سبزوار با شماره مجوز ۱۲۶/۲ در تاریخ ۱۳۹۴/۰۸/۹ صادر شده است. بدین وسیله از مسئولین اداره آموزش و پرورش مخصوصاً کارشناس هسته مشاوره که هماهنگی با مدارس جهت اجرای این مطالعه را انجام دادند و همچنین از کادر اداری و مربیان مدارس و افراد نمونه که در اجرای این طرح به ما کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تضاد منافع را گزارش نکردند. همچنین لازم به ذکر است که این مطالعه بدون حمایت مالی انجام هیچ سازمانی انجام شده است و تمامی یافته‌های پژوهش به طور دقیق و شفاف بیان شده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

1. Nada CI, Santos SA, Macedo E, Araújo HC. Can mainstream and alternative education learn from each other? An analysis of measures against school dropout and early school leaving in Portugal. *Educational Review*. 2020; 72(3): 365-385. [\[Link\]](#)
2. Heward WL, Alber-Morgan SR, Konrad M. *Exceptional children: An introduction to special education*. 11th edition. Upper Saddle River: Pearson; 2018, pp: 33-34. [\[Link\]](#)
3. Worrell FC, Subotnik RF, Olszewski-Kubilius P, Dixson DD. *Gifted students*. *Annu Rev Psychol*. 2019; 70: 551-576. [\[Link\]](#)
4. Reis SM, Renzulli JS. *Identification of students for gifted and talented programs*. 1 edition. Thousand Oaks, Calif: Corwin; 2004, pp: 11-12. [\[Link\]](#)
5. Sternberg RJ. *Explorations in giftedness*. 1 edition. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2010, pp: 111-112. [\[Link\]](#)
6. National Association for Gifted Children. What is giftedness? [Internet]. [cited 2020 Feb 3]. Available from: [\[Link\]](#)
7. Martin LT, Burns RM, Schonlau M. Mental disorders among gifted and nongifted youth: A selected review of the epidemiologic literature. *Gift Child Q*. 2010; 54(1): 31-41. [\[Link\]](#)
8. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(3): e203976. [\[Link\]](#)
9. Stone L, Waldron R. Great expectations and e-mental health: The role of literacy in mediating access to mental healthcare. *Aust J Gen Pract*. 2019; 48(7): 474-479. [\[Link\]](#)
10. Organization WH. *Mental health: A state of well-being* [Internet]. [cited 2020 Feb 3]. Available from: [\[Link\]](#)
11. Terman LM, Oden MH. *The gifted child grows up: Twenty-five years' follow-up of a superior group*. Stanford Univ Press; 1947, pp: 22-23. [\[Link\]](#)
12. Montgomery D. *Able underachievers*. London: Whurr; 2000, pp: 33-35. [\[Link\]](#)
13. Peters WA, Grager-Loidl H, Supplee P. Underachievement in gifted children and adolescents: Theory and practice. In: Heller KA, Monks FJ, Subotnik R, Sternberg R, editor. *International handbook of giftedness and talent*. Amsterdam: Elsevier; 2002, pp: 609-620. [\[Link\]](#)
14. Salmela-Aro K, Savolainen H, Holopainen L. Depressive symptoms and school burnout during adolescence: evidence from two cross-lagged longitudinal studies. *J Youth Adolesc*. 2009; 38(10): 1316-1327. [\[Link\]](#)
15. Segal ZV, Anderson AK, Gulamani T, Dinh Williams L-A, Desormeau P, Ferguson A, et al. Practice of the therapy acquired regulatory skills and depressive relapse/recurrence prophylaxis following cognitive therapy or mindfulness based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2019; 87(2): 161-170. [\[Link\]](#)
16. Snyder CR, Shorey HS, Cheavens J, Pulvers KM, Adams III VH, Wiklund C. Hope and academic success in college. *J Educ Psychol*. 2002; 94(4): 820-826. [\[Link\]](#)
17. Griggs S. Hope and mental health in young adult college students: An integrative review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2017; 55(2): 28-35. [\[Link\]](#)
18. Dunstan DA, Falconer AK, Price IR. The relationship between hope, social inclusion, and mental wellbeing in supported employment. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*. 2017; 23(1): 37-51. [\[Link\]](#)
19. Griggs S, Crawford SL. Hope, core self-evaluations, emotional well-being, health-risk behaviors, and academic performance in university freshmen. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2017; 55(9): 33-42. [\[Link\]](#)
20. Kivlighan DM, Abbas M, Gloria AM, Aguinaga A, Frank C, Frost ND. Are belongingness and hope essential features of academic enhancement groups? A psychosociocultural perspective. *J Couns Psychol*. 2018; 65(2): 204-213. [\[Link\]](#)
21. Yotsidi V, Pagoulatou A, Kyriazos T, Stalikas A. The role of hope in academic and work environments: An integrative literature review. *Psychology*. 2018; 9(3): 385-402. [\[Link\]](#)
22. Wnuk M. Hope as an important factor for mental health in alcohol-dependent subjects attending alcoholics anonymous. *Journal of Substance Use*. 2017; 22(2): 182-186. [\[Link\]](#)
23. Snyder CR, Rand KL, King EA, Feldman DB, Woodward JT. "False" hope. *J Clin Psychol*. 2002; 58(9): 1003-1022. [\[Link\]](#)
24. Kashani FL, Vaziri S, Esmaeil Akbari M, Zeinolabedini N, Sanaei H, Jamshidifar Z. The effectiveness of creating hope on distress of women with breast cancer. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014; 159: 201-205. [\[Link\]](#)
25. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 1st Edition. San Diego, CA: Academic Press; 1977, pp: 66-67. [\[Link\]](#)

26. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the general health questionnaire. Windsor Berks: NFER-Nelson; 1988, pp: 11-15. [\[Link\]](#)
27. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychol Health*. 2001; 16(5): 565-582. [\[Link\]](#)
28. Taghavi SMR. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of shiraz university. *Journal of Psychology*. 2002; 5(4): 381-398. [Persian]. [\[Link\]](#)
29. Rostami Z, Abedi MR, Schuffli VB. Standardization of maslach burnout inventory among female students at university of Isfahan. *New Educational Approaches*. 2011; 6(1): 21-38. [Persian]. [\[Link\]](#)
30. Carr A. *Positive psychology: the science of happiness and human strengths*. 2 edition. London ; New York: Routledge; 2011, pp: 44-45. [\[Link\]](#)
31. Snyder CR. *Handbook of hope: theory, measures, and applications*. 1 edition. San Diego, Calif: Academic Press; 2000, pp: 33-34. [\[Link\]](#)

