

مقایسه اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و فعال‌سازی رفتاری بر امید در دانشجویان دختر خوابگاه‌های دانشگاه اصفهان

زهرا قدرتی اصفهانی^{۱*}، اعظم مرادی^۲

چکیده

هدف این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر امید دانشجویان دختر خوابگاه‌های دانشگاه اصفهان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بود. طرح پژوهش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. برای اندازه‌گیری امید از پرسش‌نامه امید اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) استفاده شد. روش نمونه‌گیری داوطلبانه بود. ابتدا روی ۴۵ نفر داوطلب شرکت در تحقیق پیش‌آزمون اجرا شد. سپس آن‌ها به‌طور تصادفی به سه گروه واگذار شدند و از سه گروه، به صورت تصادفی دو گروه به‌عنوان گروه آزمایشی ۱ و ۲ و گروه دیگر به‌منزله گروه گواه در نظر گرفته شد. آن‌گاه دو گروه آزمایشی به ترتیب تحت درمان فعال‌سازی رفتاری و آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی قرار گرفتند، اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مداخله، برای هر سه گروه (جمعاً ۳۸ نفر) پس‌آزمون اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده معنادار بودن تفاوت نمره‌های پس‌آزمون امید مجموع گروه‌هاست ($P=0/008$). مقایسه زوجی نشان داد که هر دو نوع مداخله آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری موجب افزایش معنادار امید در مقایسه با گروه گواه شده است (به ترتیب $P=0/003$ و $P=0/019$), اما دو گروه آزمایشی از نظر نمره‌های امید با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند. از یافته‌ها چنین نتیجه گرفته می‌شود که به‌رغم اینکه درمان فعال‌سازی رفتاری از روش‌های سنتی مبتنی بر درمان اختلالات روان‌شناختی و آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی از مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت است، هر دوی این مداخله‌ها بر متغیر امید تأثیر دارند و می‌توان از هر دوی آن‌ها برای افزایش امید استفاده کرد.

کلیدواژگان

آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی، امید، دانشجویان دختر، درمان فعال‌سازی رفتاری.

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)

ghodrati.isfahani.1355@gmail.com

am902801@gmail.com

۲. استادیار دانشگاه پیام نور

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۲۹، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱۳

مقدمه

تعدادی از دانشجویان به دلایلی چون دوری محل سکونت، هزینه و سختی رفت و آمدهای مکرر، نداشتن امکاناتی نظیر کتابخانه و... مجبور به سکونت در خوابگاه هستند که این همزیستی اجباری با دیگر دانشجویان مزیت‌ها و معایبی در پی دارد و البته این پیامدها بسته به ویژگی‌های شخصیتی افراد از جمله درون‌گرایی- برون‌گرایی، اجتماعی یا گوشه‌گیر بودن و میزان سختی‌های محیط متفاوت است. دلتنگی‌ها، احساس کمبود عاطفه و حمایت خانواده به دلیل بعد مسافت، مشکلات اقتصادی همراه با مسئولیت تکالیف درسی و فراهم کردن مایحتاج روزانه، وظایف پخت‌وپز، بهداشت، تغذیه، رفتار پرسنل و مسئولان خوابگاه، فعالیت‌های فرهنگی، تفریحی و مذهبی، هم‌تاقی‌ها، هزینه‌های خوابگاه، روابط افراد در خوابگاه، بهزیستی روانی، نحوه برنامه‌ریزی و سازماندهی خوابگاه، مقررات و سیاست‌های خوابگاه و مشکل تهیه خوابگاه، آلودگی صوتی و... رنج‌هایی را برای دانشجویان به دنبال دارد [۱] علاوه بر این، حجم زیاد دروس، آینده شغلی نامعلوم و گاهی هدف‌گذاری‌های غیرواقع‌بینانه دانشجویان از جمله مواردی است که سختی‌های زندگی دانشجویی در خوابگاه را تشدید می‌کند و میزان امید در دانشجویان را کاهش می‌دهد که البته این کاهش امید در دختران به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر آن‌ها از نظر عاطفی و قدرت جسمانی بیشتر به چشم می‌خورد [۸]؛ به‌طوری‌که ۱۱ درصد مردان و ۲۰ درصد زنان به آینده خویش ناامیدند؛ لذا می‌توان گفت ناامیدی در دختران بیشتر از پسران است [۳۶]. امیدواری انگیزه دانشجویان را برای فعالیت‌های علمی، هنری، ورزشی و... بالا می‌برد و کمک می‌کند به جای یأس و ناامیدی که موجب رخوت و سستی و عقب‌ماندگی اجتماعی می‌شود بتوانند با نیرویی دوچندان به سمت آینده‌ای روشن حرکت کنند و به جای فکر کردن به مشکلات، تمرکز خود را بر پیدا کردن راه‌حل‌های هرچه بهتر و مناسب‌تر بگذارند و در نتیجه با وجود مشکلات دوران دانشجویی زندگی شادی داشته باشند.

امید یعنی اینکه فرد اطمینان و باور دارد که امکانات و راه‌های متعددی برای انتخاب وجود دارد و برای هر مشکلی راه حلی هست [۴۴]. امید یکی از مؤلفه‌های رویکرد روان‌شناسی مثبت است که پژوهش‌های زیادی در مورد آن انجام شده و براساس نظریه امید اشنایدر سه سازه مهم اهداف، گذرگاه‌ها و انگیزش را شامل می‌شود [۳۸]. در نظریه امید اشنایدر، امیدواری یک حالت شناختی یا متفکرانه است که فرد را قادر به تعیین اهداف و توقعات واقع‌بینانه اما چالشی می‌کند تا از طریق خود رهبری، نیروی اراده، انرژی و حس کنترل درونی، به اهداف مورد نظر نایل شود [۲۱]. اشنایدر در نظریه خود چنین مطرح کرده است که ناامیدی وقتی اتفاق می‌افتد که شکست‌های پی‌درپی در راه رسیدن به اهداف باعث کاهش تفکر عامل و گذرگاه می‌شود و این می‌تواند آغازگر مرحله بعدی، یعنی افسردگی، باشد. به بیانی دیگر، اشنایدر ناامیدی را

زیربنای افسردگی می‌داند. در افراد افسرده، علاوه بر فرایندهای شناختی (تفکر هدف و گذرگاه)، انگیزش (تفکر عامل) هم کاهش می‌یابد و همین موارد احتمال اینکه این افراد بتوانند مسائل خود را به طور مؤثر حل کنند پایین می‌آورد [۲۳، ص ۷۸].

افرادی مانند برگ و ساندرسون (۲۰۰۶) نیز به نقش امید در درمان اختلالات جسمی و روانی و حصول سلامتی پرداخته‌اند [۲۳، ص ۲۸]. افراد امیدوار به قبول مسئولیت‌های بیشتر، تصمیم‌گیری‌های مستقل و حل مسائل چالشی علاقه‌مندند؛ لذا به زندگی رویکردی مثبت و از آن رضایت دارند [۱۴]. امید این باور را در فرد تقویت می‌کند که آینده‌ای بهتر در انتظار است و مشکلات بالاخره تمام‌شدنی‌اند؛ لذا امید اهمیت زیادی در بهزیستی جسمانی و روانی فرد دارد. تحقیقات نشان داده است اشخاص پرامید در مقایسه با افراد کم‌امید کمتر به نشانه‌های مرضی افسردگی دچار می‌شوند [۲، ص ۱۹۱].

افراد امیدوار عموماً اهل دعوا نیستند و روابط اجتماعی خوبی دارند. آن‌ها در برخورد با موانع و مشکلات احساس درماندگی نمی‌کنند و توانایی این را دارند که با وجود سختی‌ها روحیه خود را شاد نگه دارند [۲، ص ۱۹]. این ویژگی‌ها می‌تواند در کنار آمدن با شرایط دشوار زندگی خوابگاهی مؤثر باشد.

تحقیقاتی که در مورد دانشجویان انجام شده نشان می‌دهد میزان بالای امید با عملکرد بهتر در امر تحصیل، ورزش، سلامت جسمی و روانی در ارتباط است [۳۱؛ ۴۷] و می‌تواند از تأثیرات مخرب استرس و اختلالاتی نظیر افسردگی جلوگیری کند [۴۲].

اگرچه در مورد رابطه بین امید و جنسیت تحقیقات معدودی انجام گرفته است که از جمله آن‌ها می‌توان به پژوهش گال و نظامی [۳۷] اشاره کرد. که نتایج آن نشان داد پدران نسبت به مادران امیدوارترند. تحقیقات چندی در مورد رابطه جنسیت با متغیرهای نزدیک به امید مانند خوش‌بینی (مثلاً ویکستروم، لورنتزن و لورنتزن [۴۸])، ابراز وجود و اعتمادبه‌نفس (مثلاً فینگولد [۳۵]) انجام گرفته که بیشتر آن‌ها حاکی از این است که میزان این متغیرها در دختران پایین‌تر از پسران است. علاوه بر این، تجارب مربوط به محیط‌های آموزشی دانشگاهی و مراکز مشاوره دانشجویی و مشاوره عمومی نویسندگان مقاله حاکی از این است که امید دختران، به‌ویژه دانشجویان دختر در مقایسه با پسران همتای خود پایین‌تر است که برای این موضوع می‌توان چند علت احتمالی در نظر گرفت: یکی از علت‌های فزونی امید در پسران در مقایسه با دختران را می‌توان عدم محدودیت یا کمتر بودن محدودیت در انتخاب‌های پیشرو در حیطه‌های مختلف زندگی برای پسران دانست؛ مثلاً پسران فرصت‌ها و آزادی‌های بیشتری برای انتخاب شغل دلخواه، رشته دلخواه و همسر دلخواه و نظایر آن‌ها دارند (نمونه بارز آن سهمیه‌بندی جنسیتی در کنکور و فرصت‌های استخدامی است) که این کمتر بودن یا حتی نبود آزادی‌ها در انتخاب می‌تواند دختران را دچار ناکامی و یأس و ناامیدی کند. از طرف دیگر،

وقتی شغل و رشته و نظایر آن انتخاب شد، بازهم محدودیت برای زنان وجود دارد و مثلاً در محیط کار مورد تبعیض جنسیتی واقع می‌شوند و کمتر به رده‌های شغلی دست می‌یابند و بعضاً دستمزد کمتری هم دارند. در کل، به‌رغم تحولات صورت‌گرفته، مسیر بالندگی و پیشرفت در جامعه ما با توجه به شرایط فرهنگی موجود آن برای پسران بیشتر فراهم است که این می‌تواند باعث احساس تبعیض و به دنبال آن افسردگی و ناامیدی و احساس درماندگی در دختران شود و در نتیجه امیدواری آن‌ها در مقایسه با پسران کمتر باشد؛ از طرف دیگر، اهمیت داشتن امید برای دختران با توجه به نقش مهمی که آن‌ها در زندگی زناشویی و تربیت نسل آینده و نیز فعالیت‌های اجتماعی و شغلی دارند چه بسا بیشتر از پسران است. با توجه به گسترش فزاینده افسردگی و ناامیدی و اهمیت زیاد افزایش امید، به‌ویژه در دختران به دلایل ذکرشده، به نظر می‌رسد پرداختن به روش‌های مؤثر بر این سازه در فرایند بهداشت روانی جامعه سودمند باشد، زیرا داشتن امید و روحیه شادابی یکی از نیازهای انسان امروزی است [۳۰].

به نظر می‌رسد از مداخلات مؤثر بر متغیر امید، برنامه آموزشی «سرمایه‌های روان‌شناختی»^۱ است. نظریه سرمایه روان‌شناختی را لوتانز (۲۰۰۷) مطرح کرد. سرمایه روان‌شناختی به مجموعه صفات و توانمندی‌های مثبت افراد و سازمان‌ها گفته می‌شود که می‌تواند در جهت رشد و ارتقای فرد همچون منبعی قدرتمند نقشی سازنده داشته باشد و چهار مؤلفه امیدواری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را شامل می‌شود [۲۸]. آموزش سرمایه روان‌شناختی نوعی مدل مداخله‌ای مؤثر بر رشد و پرورش ویژگی‌های مثبت است که نخستین بار لوتانز و همکارانش به منظور بالابردن سطح سرمایه‌های روان‌شناختی افراد تولید و در معرض آزمون قرار دادند [۱۷]. در مفهوم‌سازی شناختی از امید، پیگیری هدف‌هایی که فرد برای خود تعیین کرده (تفکر گذرگاه در نظریه امید شنایدر) بسیار اهمیت دارد [۳۸]. روان‌شناسی مثبت با کاهش ناراحتی و سردرگمی امید و شادابی را در فرد افزایش می‌دهد [۳۹]. بین خودکارآمدی، که از مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی است، و ناامیدی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد [۴۱]. افراد با خودکارآمدی بالا در مقایسه با کسانی که ادراک خودکارآمدی آن‌ها پایین است بیشتر تلاش می‌کنند و پشتکار بیشتری دارند [۴۹]. این روند می‌تواند بر امیدواری آن‌ها تأثیر مثبت داشته باشد و به کاهش ناامیدی در آن‌ها منجر شود [۱۶].

یکی دیگر از مداخلاتی که به نظر می‌رسد بر امید تأثیر داشته باشد «فعال‌سازی رفتاری»^۲ است. براساس نظریه افسردگی بک^۳، ناامیدی اساس نشانه‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی و

1. psychological capitals
2. behavioral activation
3. Beck

افکار خودکشی است [۲۹]. افراد مبتلا به افسردگی از زندگی لذت نمی‌برند و احساس موفقیت ندارند. با گذشت زمان بی‌علاقگی، ناامیدی و خمودگی فرد افسرده افزایش می‌یابد و در چرخه افسردگی گرفتار می‌شود. فعال‌سازی رفتاری در جبهه مقابل این چرخه وارد میدان می‌شود و با بالابردن احتمال انجام‌دادن فعالیت‌های ارزشمند در فرد حس لذت و موفقیت را به او برمی‌گرداند. لذا بذر امید در نهاد او جوانه می‌زند و با تکالیف مرحله به مرحله‌ای که در روش فعال‌سازی برای مراجع تجویز می‌شود به تدریج از چرخه افسردگی خارج و در چرخه امید، انگیزش و دستیابی به هدف قرار می‌گیرد [۱۹، ص ۱۴۹-۱۵۱]. در فعال‌سازی رفتاری، درمان‌جویان به تدریج یاد می‌گیرند زمانی که احساس افسردگی می‌کنند با برداشتن گام‌های کوچک به سمت اهداف خود حرکت کنند و این را بهتر از سکون و تجربه انزوای طلبی و احساس گناه بدانند. با ارزیابی و مقیاس‌گذاری تغییرات انجام‌شده یا مورد نیاز در جوانب مختلف زندگی و فعالیت‌های روزمره حال مثبت آن‌ها افزایش می‌یابد و در نتیجه میزان افسردگی کمتری دارند و به تلاش برای دستیابی به اهداف آینده ترغیب می‌شوند و همین امید فرد را افزایش می‌دهد [۱۹، ص ۱۵۷-۱۶۱].

هوپکو^۱ و همکاران [۳۹] در مقاله‌ای به مقایسه مداخلات فعال‌سازی رفتاری معاصر با اصول پایه‌ای رفتاری که اساس استراتژی‌های فعال‌سازی است، کشف راهبردها و روند تغییرات آن پرداخته و فعال‌سازی رفتاری را روشی فراتر از درمان افسردگی و مؤثر در دیگر مشکلات بالینی شمرده‌اند [۳۸].

در مورد نقش سرمایه‌های روان‌شناختی و آموزش آن در متغیرهای مختلف روان‌شناختی تحقیقات چندی انجام گرفته است. نتایج پژوهش ریولی و همکاران [۴۳] نشان داد در دانشجویان سرمایه روان‌شناختی تأثیر استرس را تعدیل می‌کند تا رابطه بین استرس و پیامدهای منفی کاهش یابد. دینا و همکاران [۳۳] در پژوهشی نشان دادند آن سربازان ارتش آمریکا که سرمایه روان‌شناختی بالاتری دارند سلامت روانی بیشتری دارند و سوء مصرف مواد در آن‌ها کمتر است. نتایج پژوهش شاون و همکاران [۴۶] نشان داد که سلامت روان و توان استفاده مؤثر از مقابله عاطفی کارگران استرالیا به میزان درخور توجهی متأثر از سرمایه روان‌شناختی از جمله خوش‌بینی و امید است. نتایج پژوهش زینی‌وند [۱۰] نیز نشان داد آموزش سرمایه روان‌شناختی به افزایش شادکامی زنان مطلقه منجر می‌شود.

در مورد اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر متغیرهای مختلف روان‌شناختی پژوهش‌هایی انجام شده است. یافته‌های پژوهش دابسون و همکاران [۳۴] نشان می‌دهد که تأثیرات هر دو شیوه درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان‌شناختی ممکن است به یک اندازه پایدار

باشند. دیوید واییل [۳۲] در پژوهشی نشان دادند در شرکت‌کنندگان با افسردگی شدیدتر، فعال‌سازی رفتاری حتی در مقایسه با CBT کارآمدتر است و درصد بیشتری از شرکت‌کنندگان را بهبود بخشیده و اثر درمانی آن بیشتر تداوم داشته است. هولون و همکاران [۳۸] در پژوهشی نشان دادند در بیماران با افسردگی شدید، فعال‌سازی رفتاری با داروهای ضد افسردگی قابل مقایسه و هر دو به‌طور معنادار بیش از درمان‌شناختی بر بهبود افسردگی مؤثرند. سلیمانی و همکاران [۱۱] در پژوهشی نشان دادند درمان فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش افسردگی، اضطراب، استرس، عاطفه منفی و سرکوبی تأثیر بیشتری دارد. یافته‌های تحقیق زمستانی و همکاران [۹] نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی هر دو به‌طور مساوی بر علائم افسردگی و اضطراب دانشجویان مقطع کارشناسی اثربخش بوده‌اند. جعفری [۵] در پژوهشی نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و فعال‌سازی رفتاری هر دو افسردگی دانشجویان را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود می‌بخشد.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، در مورد اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی به‌منزله یکی از مداخلات مبتنی بر رویکرد روان‌شناسی مثبت و درمان فعال‌سازی رفتاری به‌منزله یکی از درمان‌های نسبتاً جدید اختلالات روانی، به‌ویژه افسردگی، بر سایر متغیرهای روان‌شناختی تحقیقاتی انجام شده است، اما در مورد بررسی و مقایسه اثربخشی این دو نوع مداخله بر امید تحقیق منتشرشده‌ای یافت نشد و این امر خلأ پژوهشی موجود و جنبه نوآورانه این تحقیق را نشان می‌دهد و اهمیت و ضرورت انجام آن را روشن می‌کند.

بررسی عواقب روحی-روانی، جسمی و همچنین هزینه‌هایی که ناامیدی می‌تواند بر فرد، خانواده و اجتماع و به‌طور خاص دانشجویان خوابگاهی تحمیل کند اهمیت پژوهش در زمینه عوامل و مداخلات مؤثر بر افزایش امید را بیش از پیش روشن می‌کند. با توجه به این موضوع و با عنایت به اینکه تا آنجا که پژوهشگر اطلاع دارد در مورد بررسی اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر امید و مقایسه تأثیر آن‌ها نه‌تنها در دانشجویان دختر خوابگاهی، بلکه بر سایر اقشار جامعه نیز حداقل در ایران تحقیقی منتشر نشده است، هدف این پژوهش بررسی مقایسه‌ای اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر افزایش امید دانشجویان دختر خوابگاه‌های دانشگاه اصفهان بود.

فرضیه‌های این تحقیق عبارت بودند از:

۱. آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر افزایش امید دانشجویان دختر خوابگاهی تأثیر دارد؛
۲. آموزش درمان فعال‌سازی رفتاری بر افزایش امید دانشجویان دختر خوابگاهی تأثیر دارد؛

۳. میزان اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر امید دانشجویان دختر خوابگاهی با یکدیگر تفاوت دارد.

روش بررسی

این پژوهش برحسب هدف در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. در این پژوهش، از طرح نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه استفاده شده است. جامعه مورد مطالعه شامل دانشجویان دختر خوابگاه‌های دانشگاه اصفهان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بود. نمونه تحقیق از طریق نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شد. سپس روی ۴۵ داوطلب شرکت در تحقیق، پیش‌آزمون اجرا شد. سپس داوطلبان به‌طور تصادفی به سه گروه واگذار شدند و از سه گروه، به صورت تصادفی، دو گروه به‌منزله گروه آزمایشی ۱ و ۲ و گروه دیگر به‌منزله گروه گواه در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان عبارت بود از: دانشجوی دختر و ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه اصفهان، عدم ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی هم‌زمان با پژوهش براساس پرونده و ملاک‌های خروج عبارت بود از: غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی، وجود هرگونه بیماری جسمی که مانع از حضور آزمودنی در پژوهش شود و همکاری نکردن در انجام‌دادن فعالیت‌های هفتگی.

پس از اخذ کد اخلاق به شناسه IR.PNU.REC.1398.052 به‌طور تصادفی یک گروه ده جلسه نوددقیقه‌ای تحت آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و گروه دوم ده جلسه نوددقیقه‌ای آموزش فعال‌سازی رفتاری دریافت کردند و گروه سوم، یعنی گروه کنترل، تا پایان آموزش‌های دو گروه آزمایش هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، مداخلات برای هر سه گروه پس‌آزمون اجرا شد تا میزان اثربخشی هر یک از مداخله‌ها بررسی و با یکدیگر مقایسه شود.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، شرکت در جلسات آموزشی به صورت داوطلبانه بود. از دانشگاه محل تحصیل و محل اجرای تحقیق مجوزهای اخلاقی لازم برای اجرای پژوهش اخذ شد. برای شرکت‌کنندگان در تحقیق این حق محفوظ نگه داشته شد که هر زمان تمایل داشتند از ادامه شرکت در تحقیق انصراف دهند و به شرکت‌کنندگان در تحقیق اطمینان داده شد که اطلاعات و داده‌های آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و صرفاً برای مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد.

جدول ۱. هدف و محتوای کلی جلسات آموزشی فعال‌سازی رفتاری

جلسه اول	بیان قواعد فعالیت در جلسات برنامه آموزشی و اهمیت حضور در این جلسات، توضیح مفهوم افسردگی، حالت‌های انفعال و اجتناب و راه‌های خلاصی از این دو شیوه ناکارآمد با استفاده از نمودار سه‌حلقه‌ای، تبیین راه‌های کشف رفتارهایی که باعث احساسات نامطلوب می‌شود و ارائه رفتارهای جایگزین تکلیف خانگی: ارزیابی روزانه افکار، احساسات، هیجانات و رفتار براساس مدل فعال‌سازی رفتاری
جلسه دوم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و رفع اشکال آموزش تکمیل جدول نظارت بر فعالیت و هیجان (مثلاً غمگین، شاد، ترسیده، خشمگین، خجالت‌زده، متنفر، متعجب) فعال‌سازی رفتاری با استفاده از مقیاس درجه‌بندی، آموزش رفتارهای جایگزین تکلیف خانگی: تکمیل جدول نظارت بر فعالیت و هیجان فعال‌سازی رفتاری براساس فعالیت روزانه
جلسه سوم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و رفع اشکال آموزش جدول نظارت بر فعالیت و خلق فعال‌سازی رفتاری، آموزش رفتارهای جایگزین تکلیف خانگی: تکمیل جدول نظارت بر فعالیت و خلق فعال‌سازی رفتاری براساس فعالیت روزانه
جلسه چهارم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و رفع اشکال، آموزش شیوه تکمیل جدول نظارت بر فعالیت/ لذت/ تسلط فعال‌سازی رفتاری براساس مقیاس درجه‌بندی = ۰ کم تا ۱۰ زیاد، آموزش دو مهارت دیگر به‌منزله رفتار جایگزین تکلیف خانگی: تکمیل جدول نظارت بر فعالیت/ لذت/ تسلط فعال‌سازی رفتاری براساس فعالیت روزانه
جلسه پنجم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و رفع اشکال، آموزش تکمیل جدول فعالیت‌های طرح‌ریزی شده فعال‌سازی رفتاری، توافق راجع به فعالیت‌های خاصی که هریک از شرکت‌کنندگان تصمیم دارند انجام دهند، آموزش دو مهارت دیگر به‌منزله رفتار جایگزین تکلیف خانگی: تکمیل جدول فعالیت‌های طرح‌ریزی شده فعال‌سازی رفتاری، ارزیابی میزان پایبندی برای انجام‌دادن فعالیت‌های معلوم‌شده و درجه‌بندی روزانه خلق بین ۱= اصلاً افسرده نیستم تا ۱۰= افسردگی شدید دارم.
جلسه ششم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و رفع اشکال، آموزش تکمیل جدول فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده برای چند روز و ارزیابی فعالیت به صورت کامل یا ناقص و ارزیابی و درجه‌بندی خلق بین ۱-۱۰ (۱= اصلاً افسرده نیستم، ۱۰= افسردگی شدید)، آموزش دو مهارت دیگر به‌منزله رفتار جایگزین تکلیف خانگی: تکمیل جدول فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده برای چند روز و ارزیابی و درجه‌بندی خلق
جلسه هفتم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، ارزیابی فعالیت به صورت کامل یا ناقص و رفع اشکال، آموزش شیوه تکمیل برگه دام-ردگیری با هدف آشنایی دانشجویان دیگر با رفتارهای جایگزین استفاده‌شده برای رهایی از این دام، آموزش دو مهارت دیگر به‌منزله رفتار جایگزین تکلیف خانگی: جاگذاری یک یا چند رفتار به طور دلخواه در برگه دام-ردگیری و ذکر نوع رفتار استفاده‌شده جایگزین برای رهایی از این دام
جلسه هشتم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و اصلاح اشکالات، تجویز نسخه فعالیت با عنوان ACTION برای دانشجویان دختر و آموزش شیوه تکمیل آن، آموزش دو مهارت دیگر به‌منزله رفتار جایگزین تکلیف خانگی: انجام‌دادن رفتارهای خاص در قالب نسخه فعالیت برای دانشجویان دختر
جلسه نهم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل و ارزیابی نتایج، توصیه به تکرار و تمرین مراحل با شیوه رفتارهای جایگزین و توجه به تغییرات خلق، آموزش طرح برنامه درمان هفتگی به‌منزله ابزاری برای خودیاری، آموزش دو مهارت دیگر به‌منزله رفتار جایگزین تکلیف خانگی: اجرای طرح برنامه درمان هفتگی
جلسه دهم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، آموزش طرح پس از درمان به منظور کنترل و مدیریت خلق و احساسات، آموزش دو مهارت دیگر به‌منزله رفتار جایگزین، اجرای پس‌آزمون

اقتباس از کتاب فعال‌سازی رفتاری برای درمان افسردگی و کتاب راهنمای درمانگر از مارتل و همکاران (۲۰۱۰)

جلسات و محتوای کلی جلسات آموزشی سرمایه‌های روان‌شناختی

جلسه اول: ارائه تعاریفی از امید، خوش‌بینی اعم از واقعی و غیرواقعی و وجه تمایز آن‌ها، خودکارآمدی، تاب‌آوری و پرداختن به ویژگی‌های افراد امیدوار، خودکارآمد، تاب‌آور؛

جلسه دوم: بررسی میزان امید و رضایت از زندگی شرکت‌کنندگان و ایجاد انگیزه، آشنایی با مفهوم درماندگی آموخته‌شده و نقش آن در خوش‌بینی بدبینی، کاهش خودکارآمدی، تبیین مفهوم مؤلفه‌های سرسختی؛

جلسه سوم: بیان نقش اهداف در ایجاد و افزایش امید، آشناکردن شرکت‌کنندگان با فرایند اسناد و مفهوم مکان کنترل، تبیین ارتباط انگیزه، اراده و اعتمادبه‌نفس با خودکارآمدی، کاربرد تکنیک بازخورد، ارائه راهکارهایی جهت ارتقای مؤلفه تعهد سرسختی؛

جلسه چهارم: بیان چگونگی انجام‌دادن فرایند هدف‌گذاری تا تعیین اهدافی روشن و قابل دستیابی، تبیین انواع اسناد (درونی، بیرونی، کلی، خاص و پایدار) و نقش آن‌ها در خوش‌بینی، خودکارآمدی، تمرکز بر مؤلفه چالش، بیان چگونگی تبدیل تهدید چالش‌ها به فرصت و افزایش تمایل برای مواجهه با آن‌ها؛

جلسه پنجم: بیان چگونگی تقسیم اهداف بزرگ به اهدافی کوچک‌تر به منظور افزایش احتمال تحقق آن‌ها، استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور ایجاد تجارب مثبت و تقویت آن به منظور افزایش خودکارآمدی، ارائه راهکارهایی جهت تقویت مؤلفه کنترل سرسختی؛

جلسه ششم: بیان چگونگی فرمول‌بندی اهداف روشن و عینی، آموزش ایجاد و گسترش اسنادهای مثبت درونی، استفاده از تکنیک تقویت جانشینی از طریق ارائه نمونه‌های جهانی و ایرانی از افراد خودکارآمد به منظور آشنایی شرکت‌کنندگان با راهبردهای مسئله‌محور و هیجان‌محور و نقش آن‌ها در افزایش خودکارآمدی؛

جلسه هفتم: پرداختن به نقش تعیین اهداف روزانه در تحقق اهداف بزرگ و چگونگی انجام‌دادن آن، استفاده از تکنیک مقایسه وقایع ناخوشایند به ناخوشایندتر به منظور ارتقای سطح خوش‌بینی، آموزش راهبردهای مستقیم یا مسئله‌محور و نقش کاربردی آن‌ها در افزایش سطح خودکارآمدی؛

جلسه هشتم: بیان چگونگی استفاده از گذرگاه‌های متعدد در تحقق اهداف، استفاده از تکنیک تحلیل وقایع ناخوشایند و تعیین پیامدهای مثبت این وقایع به منظور ارتقای سطح خوش‌بینی، دعوت از فردی موفق و خودکارآمد برای صحبت در جلسه به منظور استفاده از الگوهای عینی در افزایش سطح خودکارآمدی، آموزش راهبردهای غیرمستقیم یا هیجان‌محور و استفاده از آن‌ها در صورت لزوم و در شرایط استرس بالا؛

جلسه نهم: بیان چگونگی تبدیل موانع به چالش در جهت تحقق اهداف، ترغیب به توجه و تمرکز بر استعدادها و توانایی‌های فردی و محیطی به منظور افزایش سطح خوش‌بینی، استفاده از تقویت جانشینی با تأکید بر یادآوری موفقیت‌های پیشین برای افزایش خودکارآمدی، تبیین نقش مکان کنترل و خودگویی‌های مثبت در افزایش تاب‌آوری؛

جلسه دهم: مرور آموخته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و سرسختی، اجرای پس‌آزمون (اقتباس از بسته آموزشی لوتانز، ۲۰۰۷).

در این تحقیق، به منظور اندازه‌گیری متغیر امید از پرسش‌نامه امید اشنایدر، هاریس، اندرسون، هولران و ایرونیک (۱۹۹۱) استفاده شده است. پرسش‌نامه امید اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) شامل ۱۲ گویه بوده و هدف آن سنجش میزان امید در افراد است. این پرسش‌نامه برای افراد ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شیوه نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت هشت‌گزینه‌ای است که نمره ۱ متعلق به گزینه کاملاً مخالف و نمره ۸ مربوط به گزینه کاملاً موافق است. ۴ گویه برای سنجش تفکر عاملی، ۴ گویه برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ گویه انحرافی است [۲۸]. پایایی این پرسش‌نامه را اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۴-۰/۸۴ و اشنایدر و همکاران (۲۰۰۰) با استفاده از روش بازآزمایی بعد از سه هفته برای کل مقیاس ۰/۸۵، برای تفکر عامل ۰/۸۱ و برای مسیرها ۰/۷۴ به دست آورده‌اند.

الکساندر و آنوگبوزی (۲۰۰۷) نیز پایایی این پرسش‌نامه را با محاسبه آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس تفکر عامل ۰/۷۶ و برای خرده‌مقیاس مسیرها ۰/۷۵ و با استفاده از روش بازآزمایی بعد از سه، هشت و ده هفته برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۳ و ۰/۸۲ محاسبه کردند. در ایران نیز، پایایی مقیاس امید بررسی و تأیید شده است؛ مثلاً پایایی این مقیاس را خلجی (۱۳۸۶) با استفاده از روش بازآزمایی پس از یک ماه ۰/۷۰ و ۰/۷۴، علاء‌الدینی و همکاران (۱۳۸۶) با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۶، نصیری و جوکار (۱۳۸۷) با محاسبه آلفای کرونباخ برای تفکر عامل ۰/۷۴ و برای مسیرها ۰/۶۲ و کرمانی و همکاران (۱۳۹۰) با محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶، برای تفکر عامل ۰/۷۷ و برای مسیرها ۰/۷۹ و با استفاده از روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱، برای تفکر عامل ۰/۷۸ و برای مسیرها ۰/۶۵ به دست آورده‌اند.

در کل، پژوهش‌ها حاکی از آن است که مقیاس امید اشنایدر می‌تواند ابزاری معتبر و مناسب برای استفاده در مؤسسات دانشجویی، مراکز مشاوره و کارگاه‌های آموزشی باشد [۲۴].

شایان ذکر است همان‌طور که در ملاک‌های ورود به نمونه پژوهش حاضر ذکر شد، دانشجویان انتخاب‌شده در نمونه پژوهشی جنسیت یکسانی داشتند تا بتوان اثر جنسیت را در فرایند اجرا و تحلیل نتایج پژوهش کنترل کرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها روش تحلیل کواریانس به کار برده شد تا بتوان تأثیر نمره‌های پیش‌آزمون و متغیرهای مداخله‌گر را کنترل کرد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 تحلیل شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاکی از آن است که میانگین سن افراد گروه آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی ۲۲/۲۳ (با انحراف استاندارد ۳/۲۹)، میانگین سن افراد گروه درمان فعال‌سازی رفتاری ۲۰/۷۶ (با انحراف استاندارد ۱/۵۸) و میانگین سن افراد گروه گواه ۲۲ (با انحراف استاندارد ۲/۶۷) است. فراوانی درصدی تحصیلات برای مقطع کارشناسی ۹۲/۱ و برای مقطع کارشناسی ارشد ۷/۹ و فراوانی درصدی وضعیت تأهل برای دانشجویان مجرد ۹۲/۱ و برای دانشجویان متأهل ۷/۹ به دست آمد.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مقیاس‌های امید گروه‌ها را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مقیاس امید گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مراحل
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص‌ها گروه‌ها
۹/۷۴	۸۷/۳۰	۱۱/۵۲	۶۱/۱۵	آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی
۱۲/۹۸	۶۸/۷۶	۹/۷۴	۶۵/۸۴	درمان فعال‌سازی رفتاری
۵/۹۸	۶۳/۸۳	۶/۰۱	۶۸/۱۶	گروه کنترل

جدول ۲ نشان می‌دهد که نمره‌های امید در هر دو گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون افزایش پیدا کرده است، درحالی‌که در گروه کنترل نمره‌های امید کاهش یافته است.

همبستگی بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با نمره‌های پس‌آزمون مقیاس‌های به‌کاررفته در پژوهش در جدول ۳ منعکس شده است.

جدول ۳. ماتریس همبستگی بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با نمره‌های پیش‌آزمون مقیاس‌های به‌کاررفته در پژوهش

متغیرها	امید	سن	مقطع تحصیلی	وضعیت تأهل
امید	۱	۰/۱۷	۰/۱۰	-۰/۱۹
سن		۱	۰/۵۲**	۰/۴۳**
مقطع تحصیلی			۱	۰/۱۶
وضعیت تأهل				۱

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمره‌های پس‌آزمون مقیاس امید و هیچ‌یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی بررسی شده همبستگی وجود ندارد، بنابراین فقط وارد کردن نمره‌های پیش‌آزمون به‌منزله متغیرهای هم‌پراش در تحلیل کواریانس ضروری است. نتایج تحلیل کواریانس در مورد تأثیر عضویت گروهی و متغیرهای هم‌پراش بر امید در مرحله پس‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج کواریانس تأثیر گروه‌ها بر امید با کنترل متغیر نمره‌های پیش‌آزمون‌ها در مرحله پس‌آزمون

منابع شاخص‌های آماری تغییر	مجموعه مجزوات	درجه آزادی	میانگین مجزوات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
متغیرهای هم‌پراش	پیش‌آزمون امید	۱	۱۵۱۶٫۸۷	۳۳٫۲۹	۰٫۰۰۰	۰٫۵۰	۱
متغیر مستقل	عضویت گروهی	۲	۵۱۲٫۳۶	۲۵۶٫۱۸	۰٫۰۰۸	۰٫۲۵	۰٫۸۳

نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل کواریانس در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت نمره‌های پس‌آزمون امید مجموع گروه‌ها معنادار است ($P=0.008$)؛ نتایج این جدول همچنین نشان می‌دهد که ۲۵ درصد تفاوت‌ها در نمره‌های امید مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری برابر با ۰٫۸۳ محاسبه شده است.

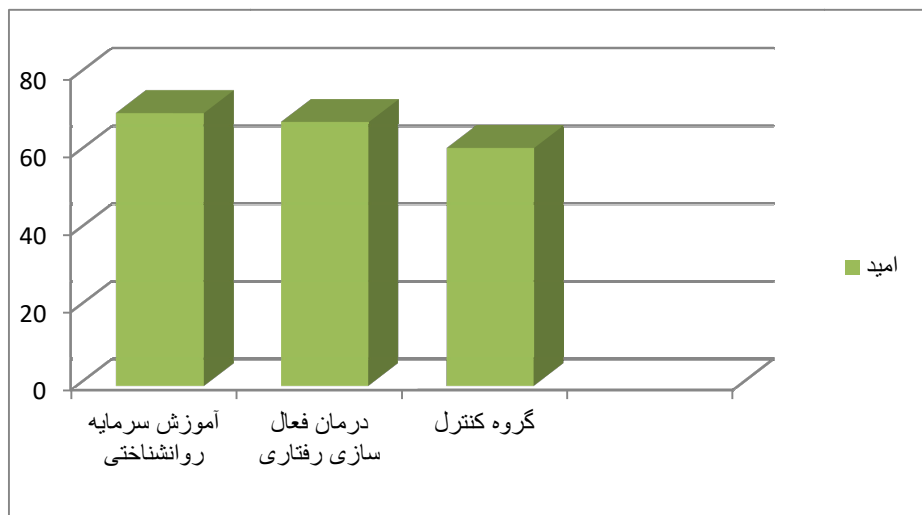
مقایسه زوجی گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ امید در مرحله پس‌آزمون با آزمون تعقیبی LSD در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ امید در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	گروه‌های آزمایشی	میانگین نمره‌های تعدیل‌شده	گروه‌های کنترلی	میانگین نمره‌های تعدیل‌شده	تفاوت میانگین	خطای	استاندارد میانگین	گین	سطح معناداری
امید	آموزش سرمایه روان‌شناختی	۷۰٫۴۰	درمان فعال‌سازی رفتاری	۶۸٫۰۳	۲٫۳۷	۲٫۷۱	۰٫۳۸۹		
	درمان فعال‌سازی رفتاری	۶۸٫۰۳	گروه کنترل	۶۱٫۲۷	۹٫۱۳	۲٫۸۳	۰٫۰۰۳		
			گروه کنترل	۶۱٫۲۷	۶٫۷۶	۲٫۷۲	۰٫۰۱۹		

جدول ۵ نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری بین نمره‌های امید گروه‌های آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری با گروه کنترل وجود دارد (به ترتیب

اما تفاوت نمره‌های امید گروه‌های آزمایشی با یکدیگر معنادار نیست. $P=0.019$ و $P=0.003$ که بیانگر تأثیر این مداخله‌ها بر افزایش امید شرکت‌کنندگان بوده است؛ میانگین نمره‌های تعدیل‌شده امید گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱. میانگین نمره‌های تعدیل‌شده امید گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون

همان‌طور که شکل ۱ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون میانگین نمره‌های تعدیل‌شده امید گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل بالاتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که در مرحله پس‌آزمون بین نمره‌های امید هر دو آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری با گروه کنترل وجود دارد که بیانگر تأثیر این مداخله‌ها بر افزایش امید شرکت‌کنندگان بوده است؛ اما تفاوت نمره‌های امید گروه‌های آزمایشی با یکدیگر معنادار نبود.

نتایج این تحقیق در مورد اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر امید، با یافته‌های تحقیقات جوزف و ورسلی [۴۰]، زینی‌وند [۹] و جباری [۴] همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های حاصل از آزمون فرضیه اول مبنی بر تأثیر آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر افزایش امید، می‌توان گفت سرمایه روان‌شناختی سازه‌ای ترکیبی و به‌هم‌پیوسته شامل چهار مؤلفه ادراکی-شناختی امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری است که خاصیت هم‌افزایی دارند و در فرایندی تعاملی و ارزش‌یابانه موجب معنابخشی به

زندگی فرد می‌شود و تلاش فرد جهت تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم می‌بخشند و با فراهم‌آوردن سپری مقاوم در برابر فشارهای وارده، او را برای عمل در راستای رسیدن به اهداف آماده و سرسختی و مقاومت وی را تا تحقق کامل تضمین می‌کند [۱۴].

افرادی که سرمایه روان‌شناختی بالایی دارند به توانایی‌های خود برای انجام‌دادن صحیح وظایف باور دارند (خودکارآمدی) و در شرایط دشوار می‌توانند از خود انعطاف‌پذیری نشان دهند (تاب‌آوری). چنین افرادی اتفاقات خوشایند و مثبت پیش‌آمده را به کوشش‌های خود نسبت می‌دهند و منتظر رخداد اتفاقات خوش در آینده‌اند (خوش‌بینی و امید) [۴۹].

باور به توانایی‌ها در جهت بسیج انگیزه‌ها، منابع شناختی و رفتار در راستای رسیدن به سطح بالاتری از عملکرد فردی بالا موجب می‌شود افراد در موقعیت‌های چالشی و دشوار از بقیه بهتر عمل کنند و خوش‌بینی آن‌ها سبب پیگیری بیشتر اهداف می‌شود. تاب‌آوری بالا نیز توانایی مقابله با مشکلات و تجارب منفی (در مسیر رسیدن به هدف) را افزایش می‌دهد [۱۶]. افراد با تاب‌آوری بالا با عوامل استرس‌زا مقابله کارآمد و جهت حل آن با شیوه خلاقانه برنامه‌ریزی می‌کنند و با انعطاف‌پذیری به مسائل به‌منزله چالش و فرصتی برای رشد و بالابردن ظرفیت نگاه و از شیوه حل مسئله استفاده می‌کنند. این‌گونه عمل کردن، امید و خوش‌بینی آن‌ها به آینده را افزایش می‌دهد؛ لذا کمتر دچار ناامیدی می‌شوند [۲۰]. خوش‌بینی نیز که از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی است موجب افزایش اسنادهای مثبت در افراد می‌شود. به‌علاوه تاب‌آوری و خودکارآمدی را نیز تقویت می‌کند [۱۲]. همه این‌ها می‌تواند بر امید تأثیر مثبت داشته باشد.

دانشجویان با خودکارآمدی بالا (یکی از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی) در مقابله با مشکلات تحصیلی از راهبردهای مقابله‌ای مثبت استفاده می‌کنند و در طی کردن مسیر رسیدن به اهداف، دلسرد و ناامید نمی‌شوند و با تلاش و برخورد سازنده و مؤثر، موانع را از سر راه برمی‌دارند در مسیر موفقیت گام برمی‌دارند [۱۳].

به دلیل اینکه فرد با سرمایه روان‌شناختی بالا دارای رشد فردی، پذیرش خود، تصمیم‌گیری‌های هدفمند و تاب‌آوری است، با شرایط استرس‌زا و پرچالش با شیوه بهتری مقابله می‌کنند و کمتر دچار آشفتگی روانی و اضطراب شده امید آن‌ها حفظ می‌شود [۲۶].

دربارۀ تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر امید پژوهش منتشرشده‌ای یافت نشد. البته تأثیر غیرمستقیم این روش بر افزایش امید (با کاهش افسردگی) در پژوهش‌هایی بیان شده که با در نظر گرفتن همبستگی منفی افسردگی و امید قابل توجه است. مانند تحقیقات فینکل [۳۶] که نشان داد فعال‌بودن و هدف‌داشتن افسردگی را کاهش می‌دهد. مارتل و همکاران [۲۲] نیز فعال‌سازی رفتاری را به‌منزله درمانی برای افسردگی مطرح کردند و نامداری و همکاران [۲۷] در پژوهشی نشان دادند پیگیری هدف‌هایی که فرد برای خود تعیین کرده در افزایش امید، که

سه سازه مهم اهداف، گذرگاه‌ها و انگیزش را شامل می‌شود، بسیار اهمیت دارد که با در نظر گرفتن همبستگی منفی افسردگی و امید قابل توجه است و از این منظر می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های آن‌ها همخوانی دارد.

در تبیین نتایج حاصل از آزمون فرضیه دوم مبنی بر تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر افزایش امید دانشجویان دختر خوابگاهی می‌توان گفت درمان فعال‌سازی رفتاری با تغییر سبک اسناد در فرد احساس مبارزه برای تغییر شرایط درونی و بیرونی ایجاد می‌کند؛ به طوری که فرد احساس می‌کند کنترل موقعیت برای او امکان‌پذیر است و همین موجب می‌شود که در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند، بیماری و... اسنادهای درونی پایدار و کلی خود را کاهش دهد [۴۵]. درست است که درمان فعال‌سازی رفتاری از ابتدا بیشتر برای درمان افسردگی طراحی و به کار برده شده و در این امر براساس شواهد حاصل از تحقیقات موفق هم بوده است، این نوع درمان به جای تمرکز صرف بر کاهش علائم آسیب‌شناختی به افراد آموزش می‌دهد که چگونه با بالابردن میزان فعالیت‌های خوشایند و موفقیت‌آمیز، رضایت از زندگی خویش را بالا ببرند. از آنجا که این شیوه علاوه بر تأثیرات کاهش‌ی آن بر علائم افسردگی، که پیش‌تر دلایل و مکانیسم‌های آن توضیح داده شد، باعث افزایش پایدار هیجان مثبت در افراد می‌شود و فواید آن را افزون می‌کند، می‌توان آثار درمان فعال‌سازی را از زاویه دید روان‌شناسی مثبت‌نگر نیز نگاه کرد و آن را به‌منزله شیوه‌ای امیدبخش برای دانشجویان به کار برد. درمان فعال‌سازی رفتاری تعاملات فردی و اجتماعی را افزایش می‌دهد و در فرایند درمان با ایجاد تقویت‌های کلامی مثبت و امیدواری‌دادن به شرکت‌کنندگان باعث کم‌شدن فشار حاصل از ناملایمات زندگی بر روان آن‌ها می‌شود.

پژوهشگر در مورد مقایسه اثربخشی آموزش سرمایه روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر امید تحقیق منتشرشده‌ای نیافت تا این قسمت از نتایج پژوهش را با یافته‌های آن مقایسه کند.

در تبیین تأییدنشدن فرضیه سوم مبنی بر تفاوت اثربخشی آموزش سرمایه روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر امید می‌توان گفت درست است که درمان فعال‌سازی رفتاری از ابتدا بیشتر برای درمان افسردگی طراحی و به کار برده شده و در این امر براساس شواهد حاصل از تحقیقات موفق هم بوده است، این نوع درمان به جای تمرکز صرف بر کاهش علائم آسیب‌شناختی به افراد آموزش می‌دهد که چگونه با بالابردن میزان فعالیت‌های خوشایند و موفقیت‌آمیز، رضایت از زندگی خویش را بالا ببرند [۲۶]. از آنجا که این شیوه علاوه بر تأثیرات کاهش‌ی آن بر علائم افسردگی باعث افزایش پایدار هیجان مثبت در افراد می‌شود و فواید آن را افزون می‌کند [۲۲، ص ۱۵۷-۱۶۱]، می‌توان آثار فعال‌سازی رفتاری را از زاویه دید روان‌شناسی مثبت‌نگر نیز نگاه کرد و آن را به‌منزله شیوه‌ای امیدبخش برای گروه‌های مختلف از جمله

دانشجویان به کار برد. درمان فعال‌سازی رفتاری تعاملات فردی و اجتماعی را افزایش می‌دهد و در فرایند آموزش با ایجاد تقویت‌های کلامی مثبت و امیدواری دادن به شرکت‌کنندگان باعث کم‌شدن فشار حاصل از ناملایمات زندگی بر روان آن‌ها می‌شود.

علاوه بر این، با کاهش افسردگی حاصل از درمان فعال‌سازی رفتاری، افراد افکار مثبت بیشتری خواهند داشت و سلامتی خودشان را بهتر ارزیابی می‌کنند؛ از همین روی، نشاط و سرزندگی بیشتری دارند و کمتر دچار اندوه و ناامیدی می‌شوند [۶]. بنابراین، درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند از طریق کاهش افسردگی بر تقویت امید تأثیر غیرمستقیم نیز داشته باشد. بدین ترتیب، توان کمابیش مساوی هر دو مداخله و هم‌وزنی تقریبی اثربخشی آن‌ها بر افزایش امید دور از انتظار نیست.

در کل، به نظر می‌رسد هر یک از دو شیوه آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و فعال‌سازی رفتاری با فرایند، تکنیک‌ها و مکانیسم‌های خاص خود در افزایش امید تأثیر داشته‌اند و به همین دلیل شاید دور از انتظار نباشد که تفاوت زیادی در اثربخشی این دو روش مداخله بر امید وجود نداشته باشد.

از آنجا که براساس جست‌وجوهای انجام‌شده پژوهشی که تأثیر دو شیوه آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و فعال‌سازی رفتاری بر امید را بررسی و مقایسه کرده باشد یافت نشد، می‌توان این مسئله را جنبه نوآورانه این پژوهش و نوعی دانش‌افزایی هرچند اندک آن بر پیشینه نظری مداخله‌های موجود برای افزایش امید دانست، زیرا تا کنون تحقیقات منتشرشده در مورد تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر اختلالات روان‌شناختی بوده است و تأثیر این نوع مداخله بر امید، که پیش‌تر از روش‌های زیرمجموعه روان‌شناسی مثبت برای افزایش آن استفاده می‌شد، بررسی نشده بود. این یافته‌ها دانش کاربردی در مورد مداخله‌های مؤثر بر افزایش امید، به‌ویژه در دانشجویان دختر خوابگاهی، را افزایش می‌دهد.

از سوی دیگر، جنسیت افراد به‌منزله عامل مهمی محسوب می‌شود که مهم است به آن پرداخته شود. مطالعات روان‌شناختی تفاوت‌های جنسیتی بین افراد را نیز تأیید می‌کنند. در تحقیقی که ویژگی‌های شخصیتی افراد بررسی شد، نتایج حاکی از این بود که مردان در میزان اعتمادبه‌نفس و ابراز وجود نسبت به زنان برتری دارند و در مقابل زنان در میزان برون‌گرایی، اضطراب، اعتمادکردن به دیگران، خودکم‌بینی نسبت به مردان نمره‌های بالاتری گرفتند [۷]. همچنین محققان در زمینه اهمیت زنان به مسئله سلامت مقایسه‌ای را بین زنان و مردان انجام داده‌اند و به‌طور کلی دریافتند که تقریباً در همه کشورهای جهان امید زندگی زنان بیشتر از مردان است [۱۸].

ولیکن طبق نتایج پژوهش‌های انجام‌گرفته در کشورهای در حال توسعه زنان اغلب از لحاظ امید به زندگی سالم در مضیقه‌اند و از نظر شاخص امید با جامعه مردان متفاوت‌اند [۲۵].

بنابراین، طبق نتایج پژوهش‌های متناقض پیشین مبنی بر تفاوت امید و تأثیرات آموزش‌های روان‌شناختی در جامعه زنان و مردان، اثر جنسیت کنترل شد. پژوهش حاضر در میان دانشجویان خوابگاه‌های دخترانه دانشگاه اصفهان انجام شد. لذا در تعمیم نتایج به جامعه دانشجویان پسر خوابگاهی و به دیگر گروه‌های سنی و تحصیلی و سایر اقشار جامعه باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده، پیشنهاد می‌شود تدابیری اتخاذ شود که دوره‌های آموزش سرمایه روان‌شناختی و آموزش فعال‌سازی رفتاری با هدف افزایش امید، در برنامه‌های ویژه مراکز مشاوره دانشجویی گنجانده شود تا از صدمات جدی ناامیدی و افسردگی به زندگی و تحصیل دانشجویان، و به‌ویژه دانشجویان دختر خوابگاهی که میزان امید آن‌ها در مقایسه با دانشجویان پسر و دانشجویان غیر خوابگاهی کمتر است، جلوگیری شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و سایر مؤسسات ارائه‌کننده خدمات روان‌شناختی، مراجعان دوره‌های درمان فعال‌سازی رفتاری و آموزش سرمایه روان‌شناختی را بگذرانند تا با تجهیز به شیوه‌های امیدافزایی در جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی گام بردارند و از ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی مصون بمانند.

تشکر و قدردانی

از شرکت‌کنندگان در این تحقیق و مسئولان ذی‌ربط که در فراهم‌آوردن و تسهیل مقدمات اداری و برگزاری کارگاه‌های آموزشی همکاری بی‌بدیلی داشتند سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- [۱] ابراهیمی، امراه؛ ضرغام حاجبی، مجید؛ ترکان و همکاران (۱۳۹۵). «مشکلات زندگی خوابگاهی دانشجویان؛ یک مطالعه به روش کیفی»، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۱۴، ش ۲، ص ۲۴۴-۲۴۹.
- [۲] بهاری، فرشاد (۱۳۹۰). *میانی امید و امیددرمانی (راهنمای امیدآفرینی)*، تهران: دانژه.
- [۳] پناهی، احسان؛ فاتحی‌زاده، مریم‌السادات (۱۳۹۳). «بررسی رابطه بین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی زناشویی بین زوجین شهر اصفهان»، *فصل‌نامه علمی پژوهشی زن و جامعه*، س ۵، ش اول، بهار، ص ۱۳۹-۱۵۵.
- [۴] جباری، زینب (۱۳۹۵). «بررسی تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر شادابی کارکنان در محیط کار با متغیر میانجی رضایت شغلی بین کارکنان بانک رفاه شاهرود»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود*، دانشکده علوم انسانی.
- [۵] جعفری، داوود (۱۳۹۲). «مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی در افراد افسرده»، *رساله دکتری تخصصی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی*، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

- [۶] حسنی، جعفر؛ پرهون، هادی؛ مؤمنی، خدامراد (۱۳۹۴). «تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر علائم افسردگی، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران سوء مصرف مواد افیونی»، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، س ۱۹، ش ۲، ص ۷۴-۸۳.
- [۷] حسینی، سیدمحمد؛ کلانتر کوشه، سیدمحمد؛ میرزایی، امید (۱۳۹۳). «بررسی نقش جنسیت و اشتغال در رابطه میان بحران وجودی و امید به زندگی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی»، مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، س ۵، ش ۱۷، ص ۲۳-۳۹.
- [۸] رضایی آدریانی، مرتضی؛ آزادی، آرمان؛ احمدی، فضل‌الله؛ واحدیان عظیمی؛ امیر (۱۳۸۶). «مقایسه میزان افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی دانشجویان پسر و دختر مقیم خوابگاه‌های دانشجویی»، نشریه پژوهش پرستاری، دوره ۲، ش ۴-۵، ص ۳۱-۳۸.
- [۹] زمستانی، مهدی؛ داودی، ایران؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ زرگر، یدالله (۱۳۹۲). «اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب»، مجله روان‌شناسی بالینی، س ۵، ش ۴، ص ۷۳-۸۴.
- [۱۰] زینی‌وند، مریم (۱۳۹۵). «اثربخشی آموزش سرمایه روان‌شناختی بر افزایش شادکامی زنان مطلقه شهر دره‌شهر»، چهارمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.
- [۱۱] سلیمانی، مهدی؛ محمدخانی، پروانه؛ دولت‌شاهی، بهروز (۱۳۹۴). «مقایسه تأثیر فعال‌سازی رفتاری گروهی و شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی فرونشانگانی در پیگیری سه‌ماهه»، پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره ۱۸، ش ۲، ص ۵۶-۷۶.
- [۱۲] شریفی، ناهید؛ شاه‌طالبی، بدری (۱۳۹۴). «مدل‌یابی معادلات ساختاری روابط بین سرمایه روان‌شناختی و تعهد سازمانی و ادراک از عملکرد شغلی»، فصل‌نامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، س ۱۵، ش ۵۹، ص ۱۲۱-۱۵۰.
- [۱۳] شیخ‌الاسلامی، راضیه؛ احمدی، ساره (۱۳۹۰). «پیش‌بینی راهبردهای مقابله‌ای تحصیلی براساس باورهای خودکارآمدی و جهت‌گیری هدف دانشجویان دانشگاه شیراز»، فصل‌نامه پژوهش در برنامه‌ریزی درسی، س ۸، ش ۳۱، ص ۱۵-۲۵.
- [۱۴] صابر کرگانی، افسانه؛ کشتی‌آرای، نرگس؛ ابوالمعالی، خدیجه (۱۳۹۶). «طراحی برنامه درسی سرمایه روان‌شناختی مبتنی بر مؤلفه امید جهت آموزش عالی ایران»، فصل‌نامه علمی پژوهشی تدریس پژوهی، س ۵، ش ۳، پاییز، ص ۱۳۱-۱۵۱.
- [۱۵] عبدوی بافتانی، محمد؛ فاریابی، محمد؛ مدرسی، سعید؛ حسنی‌نژاد، مجید (۱۳۹۵). «بررسی پیش‌آمدها و پس‌آمدهای سرمایه روان‌شناختی»، فصل‌نامه مطالعات رفتار سازمانی، س ۵، ش اول، پیاپی ۱۷، بهار، ص ۱۷۳-۱۹۸.
- [۱۶] عصاران، مهدی؛ تاتاری، مریم؛ سیدمحرمی، ایمان (۱۳۹۶). «رابطه خودکارآمدی و ناامیدی در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی: یک مطالعه تحقیقاتی»، مجله طنین سلامت، دوره ۵، ش ۲، تابستان، ص ۳۹-۵۵.
- [۱۷] علیپور، احمد؛ آخوندی، نیلا؛ صرامی‌فروشان، غلامرضا و همکاران (۱۳۹۲). «بررسی اثربخشی

- مدل سرمایه‌های روان‌شناختی (PCI) بر سلامت کارشناسان شاغل در شرکت ایران‌خودرو دیزل»، *دوماهنامه سلامت کار/ایران*، س ۱۰، ش ۴، ص ۱۶-۲۴.
- [۱۸]. کاظمیان، سمیه؛ فداکار داورانی، فهیمه و سیفی، مریم (۱۳۹۸). «بررسی و مقایسه شاخص‌های توانمندی روان‌شناختی زنان روستایی و شهری در بحران»، *مجله زن در توسعه و سیاست*، س ۱۷، ش ۳، ص ۳۴۹-۳۶۸.
- [۱۹] کانتر، جاناتان؛ بوش، آندرو؛ راش، لورا (۱۳۹۱). *تندآموز فعال‌سازی رفتاری*، ترجمه مصلح میرزایی و صمد فریدونی، تهران: کتاب ارجمند: نسل فردا..
- [۲۰] گنجی، بی‌نظیر؛ توکلی، سمیرا (۱۳۹۷). «بررسی رابطه بین سرمایه روان‌شناختی و تاب‌آوری تحصیلی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان»، *نشریه راهبردهای آموزشی در علوم پزشکی*، دوره ۱۱، ش اول، فروردین و اردیبهشت، ص ۱۰۲-۱۰۷.
- [۲۱] لوتانز، فرد؛ کارولین، ام یوسف؛ بروس‌جی، آوولیو (۱۳۹۱). *سرمایه روان‌شناختی (رفتار سازمانی پیشرفته)*، ترجمه و اقتباس بهروز رضایی‌منش، علیرضا تقی‌زاده و مریم کاهه، تهران: علمی.
- [۲۲] مارتل، کریستوفر؛ دیمیجیان، سونا؛ دان، روث من (۱۳۹۳). *فعال‌سازی رفتاری برای درمان افسردگی کتاب راهنمای درمانگر*، ترجمه زهرا نادری نوبندگانی، مهرآور مؤمنی جاوید و کلثوم کریمی‌نژاد، تهران: آوای نور.
- [۲۳] محققیان، زهرا (۱۳۹۵). *نظریه امید: راهکارهای ایجاد و افزایش امید از دیدگاه قرآن و روان‌شناسی مثبت‌نگر*، تهران: سازمان تبلیغات اسلامی، پژوهشکده باقرالعلوم (ع).
- [۲۴] مرادی، اعظم؛ طاهری، صغری (۱۳۹۱). *سنجش روان‌شناسی مثبت در دانشجویان (پرسش‌نامه‌ها)*، تهران: دانژه.
- [۲۵] مرادی، نورالله؛ علی‌پور، فردین؛ احمدی، شکوفه (۱۳۹۱). «بررسی ارتباط بین نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم»، *فصل‌نامه پژوهش اجتماعی*، س ۵، ش ۱۶، ص ۹۳-۱۰۸.
- [۲۶] مهداد، علی؛ طحانیان، فهیمه (۱۳۹۷). «نقش میانجی‌گرانه سرمایه روان‌شناختی در تأثیر رهبری قابل اعتماد بر خشنودی از شغل و خشنودی از زندگی»، *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، س ۴، ش اول، پیاپی ۱۳، بهار، ص ۷۹-۹۲.
- [۲۷] نامداری، کورش؛ مولوی، حسین؛ ملک‌پور، مختار؛ کلانتری، مهرداد (۱۳۹۰). «تأثیر آموزش ارتقای امید بر توانمندی‌های رفتاری مراجعان مبتلا به افسرده‌خویی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، دوره ۱۳، ش ۲، خرداد و تیر، ص ۵۲-۶۰.
- [28] Avey JB, Reichard RJ, Luthans F, Mhatre KH. (2011). "Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance", *Human resource development quarterly*; 22 (2): PP 127-152.
- [29] Beck, A. & Lester, D. (1974). "Assessment of pessimism: the hopelessness scale", *Journal of Counseling and clinical psychology*, 42, PP 861-865.
- [30] Burns, G. W. (2010). *Happiness, healing, enhancement*. Published by John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
- [31] Curry LA, Snyder CR, Cook DL, Ruby BC, Rehm M. (1997). "Role of hope in academic and sport achievement", *J Pers Soc Psychol*; 73(6): PP 1257-67.
- [32] David Veale. (2008). "Behavioural activation for depression", *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 14, PP 29-36.

- [33] Dina V. Krasikova, Paul B. Lester, P. D. Harms. (2015). "Effects of Psychological Capital on Mental Health and Substance Abuse", *Journal of Leadership & Organizational Studies*, Vol. 22 (3), PP 280-291.
- [34] Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., Jacobson, N. S. (2008). "Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), PP 468-477.
- [35] Feingold, A. (1994). *Gender differences in personality*. A meta-analysis, Psychological Bulletin, 116, PP 429-456.
- [36] Finkel EJ, Campbell WK. (2000). *Self-control and accommodation in close relationship: an interdependence analysis*. J Pers Soc Psychol; 81: 263-77.
- [37] Gull, M., & Nizami, N. (2015). "Gender Difference on Hope & Psychological Well-being among the Parents of Differently Abled Children", *The International Journal of Humanities & Social Studies*, 3(9), PP 1-4.
- [38] Hollon, S. D., Dobson, K. S., et al. (2006). "Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, PP 658-670.
- [39] Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., et al. (2003b). "Contemporary behavioural activation treatments for depression: procedures", *Principles, and Progress Clinical Psychology Review*, 23, PP 699-717.
- [40] Joseph S, Worsley R. (2005). *Person-centered psychopathology: a positive psychology of mental health*. Rose-on-why: PCCS Books; PP 282-301.
- [41] Olson MH, Hrgnhan BR. (2011). *Introduction to theories of learning* [AK. Seif Persian trans]. Tehran: Dowran.
- [42] Park N, Peterson C. (2006). *Methodological issues in positive psychological and the assessment of character strengths*, In: Ong AD, Van Dulman M, eds. Handbook of method in positive psychology. New York: Oxford Univ Press. PP 292-305.
- [43] Riolli ,Laura, Victor Savicki, Joseph Richards. (2012). *Psychological Capital as a Buffer to Student Stress*. *SciRes*. Vol.3, No.12A, 1202-1207.
- [44] Seouli A, Bee. Biller H. (2010). *The Force of Hope*. Translated by Maryam Taghdasi (2012). Tehran: Ghoghnoos. P 210.
- [45] Shareh H. (2016). "Effectiveness of behavioral activation group therapy on attributional styles, depression, and quality of life in women with breast cancer", *Journal of Fundamentals of Mental Health*; 18 (73): PP 179-188.
- [46] Shawn L. Koller, Richard E. Hicks. (2016). "Psychological Capital Qualities and Psychological Well-Being in Australian Mental Health Professionals", *International Journal of Psychological Studies*; 8, 2.
- [47] Snyder CR. (2000). *Handbook of hope*. Orlando. Academic Press; PP 123-48.
- [48] Wikström, B. , Lorentzen, B. and Lorentzen, S. (2018). "Gender Differences in Hope and Its Relevance to Depression Symptoms among Norwegian Adolescents", *Open Journal of Nursing*, 8, PP 157-169.
- [49] Youssef-Morgan CM, Luthans F. (2015). *Psychological Capital and Well-being*. *Stress Health*; 31(3):180-8. DOI: 10.1002/smi.2623 PMID: 26250352.