

تأثیر درمان مبتنی بر امید بر سلامت روان و معناداری زندگی دانش آموزان دختر افسرده

مائده هاشمیان^۱، کوروش نامداری^۲، احمد عابدی^۳

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۰۹ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۰۱

هدف: هدف از این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر امید بر سلامت روان شناختی و معناداری زندگی دختران نوجوان افسرده بود. **روش:** روش پژوهش، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دختران مقطع متوسطه شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ بود و نمونه آماری پژوهش ۲۴ نفر از افرادی بودند که با روش نمونه گیری خوشه‌ای انتخاب شده و نمره آنها در پرسشنامه افسردگی بک ۲ در بازه ۱۶ تا ۴۶ بوده و از طریق مصاحبه بالینی تشخیص افسردگی گرفتند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس امید درمانی گروهی در ۸ گام برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. از پرسشنامه‌های سلامت روان (GHQ) و معناداری زندگی (MLQ) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که امید درمانی گروهی بر افزایش سلامت روان و معناداری زندگی دختران افسرده گروه آزمایش تأثیر معناداری داشته است. **نتیجه‌گیری:** میتوان نتیجه گرفت که امید درمانی گروهی میتواند مداخله‌ای مؤثر در ارتقای سلامت روان و معناداری زندگی دختران نوجوان افسرده باشد.

واژه‌های کلیدی: امید درمانی، افسرده، سلامت روان، معناداری زندگی

۱. (نویسنده مسئول)، دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه

شیراز، ایران. hashemian.maedeh@gmail.com

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی عمومی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان،

اصفهان، ایران.

۳. دکترای تخصصی روان‌شناسی کودک، دانشیار گروه کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه

اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

در میان دوران مختلف زندگی، دوره نوجوانی به دلیل تغییرات فیزیولوژیک، هورمونی، شناختی، شخصیتی و همچنین تفاوت‌هایی که در نقش افراد بعنوان فردی که از مرحله کودکی وارد مرحله بزرگسالی می‌شود و از آن به عنوان تفاوت در نقش اجتماعی یاد می‌شود، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (کریمی و فاطمی، ۱۳۹۷؛ روزنهام و سلیگمن^۱، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۴). مسئله‌ای که حائز اهمیت می‌باشد این است که میزان افسردگی دختران در این سنین، برخلاف دوران کودکی، تقریباً دو برابر پسران است (سادوک و سادوک^۲، ترجمه ارجمند، رضایی و فغانی، ۲۰۱۰).

علائمی که نوجوانان در در خلال افسردگی از خود نشان می‌دهند متفاوت می‌باشد و بستگی به این دارد که کدامیک از ابعاد افسردگی غلبه داشته باشد (دادستان، پریخ، ۱۳۹۲). ویژگی اصلی حالات افسردگی در دوران نوجوانی، کاهش علاقه نسبت به فعالیت‌هایی که فرد افسرده قبلاً از آن لذت می‌برده است؛ نظیر معاشرت، تفریح و ورزش و حتی غذا خوردن. این افراد بسیار خود را سرزنش می‌کنند و احساس می‌کنند که هیچ کاری از دستشان بر نمی‌آید و اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهند (کونرو کاسیدی^۳، ۲۰۰۷). این مسائل زمانی حادتر خواهد شد که افسردگی دوره نوجوانی درمان نشده یا بطور ناقص درمان شده که علاوه بر مزمن شدن بیماری و طولانی تر شدن دوره درمان، در بزرگسالی هزینه‌های مالی فراوانی را به جای خواهد گذاشت (نصیری، نجفی، طالع پسند و حسینی، ۱۳۹۸).

افسردگی باعث ایجاد تغییرات زیادی در ابعاد مختلف انسان می‌شود که از جمله آنها ایجاد اختلال در سلامت روان است (شی، شن، لیان و همکاران^۴، ۲۰۱۶). سلامتی بدین معناست که انسان از لحاظ جسمانی، روانی و اجتماعی در رفاه باشد و فقط به

1. Rosenhan, D & Seligman, M.

2. Sadock, B. Sadock, V.

3. Conner, R & Cassidy, C.

4. Shi, Z., Chen, H., Lian, Z., Liu, J., Feng, H & Zhou, H.

فقدان بیماری و ناتوانی اشاره ندارد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰). سلامت روان تنها به این معنا نیست که فرد اختلال روانی نداشته باشد، بلکه شامل جنبه‌های ارتقا و بهبود سلامت روان نیز می‌باشد.

از جمله عواملی که انسان را مستعد بیماری‌های روانی بخصوص افسردگی می‌کند، احساس پوچی و بی‌هدفی است، چراکه این هدف است که انسان را به آینده امیدوار می‌کند و او را وادار به تلاش هدفمند می‌کند (سلیگمن، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). یکی از مباحثی که در روان‌شناسی مثبت مطرح می‌گردد، معنا سازی و معنا جویی است که به عنوان اصلی مهم در امیدواری افراد به آن توجه می‌شود. (لیوبومیرسکی، دیکرهوف، بوهم و همکاران^۱، ۲۰۰۸). زندگی معنادار ارتباط زیادی با سلامت روان شناختی و بهبود علائم ناشی از افسردگی دارد (سلیگمن، ۲۰۰۶).

با توجه به شیوع بالای افسردگی در جامعه و آثار مخربی که به دنبال دارد به نظر می‌رسد که پژوهش در این زمینه بتواند کمک مؤثری در راستای کاهش و جلوگیری از علائم افسردگی ایفا کند. بعلاوه افسردگی و پیشگیری از آن در دوران نوجوانی با توجه به حساس بودن این دوره و اینکه نوجوانان در معرض انتخاب‌های بزرگ زندگی می‌باشند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چرا که افسردگی سلامت روان و معناداری زندگی افراد را کاهش می‌دهد (شی و همکاران، ۲۰۱۶؛ چیونزو و همکاران^۲، ۲۰۰۶).

در حال حاضر یکی از شایع‌ترین بیماری‌های بشر افسردگی است که به عنوان سرماخوردگی بیماری‌های روانی شناخته می‌شود و اخیراً به شدت رو به افزایش گذاشته است (شعیدی، ۱۳۹۲). افسرده به فردی گفته می‌شود که باور دارد ناتوان و ناامید است و هیچ چیز نمی‌تواند در کاهش درد ورنجش مؤثر باشد (سلیگمن، ۱۳۹۰). ویژگی مشترک تمام حالات افسردگی، احساس ناراحتی و گرفتگی و احساس ناامیدی و همچنین تغییرات جسمانی و شناختی است که بر عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد، موضوعات مدت،

1. Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, K & Sheldon, M.

2. Cheavens, S.J. & et al.

زمان بندی یا سبب شناسی از مواردی است که باعث تقسیم بندی افراد به دو گروه بالینی و غیر بالینی می شود (راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم^۱، ۲۰۱۳). اما آنچه موجب می شود تا چنین احساس هایی به صورت اختلال های روانی در آیند، نوع و تعداد نشانه ها، شدت و طول مدت و همچنین حدی است که به جریان بهنجار زندگی روزمره آسیب می رسانند (دادستان، ۱۳۹۱). افراد افسرده درمورد خود و آینده خوش بین نیستند و احساس می کنند که مشکلات آنها تمام نشدنی است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰). درمان های متعددی در راستای کاهش علائم افسردگی و درمان آن به کار گرفته شده اند ولی با توجه به اهمیت این بیماری و علائم زیان بار ناشی از آن ارائه درمان های نوین لازم به نظر می رسد.

یک رویکرد نوین برای افزایش سلامتی، مداخلات روان شناختی مثبت است، یعنی روش های درمانی که هیجانات و شناخت های مثبت را مورد توجه قرار می دهند. پاره ای از پژوهش ها نشان داده اند که مداخلات روان شناسی مثبت که به افراد افسرده ارائه شده اند، سلامتی را افزایش و افسردگی را کاهش داده اند (بهاری، ۲۰۱۰). نتایج مطالعات اسنایدر^۲ (۲۰۰۲) نشان می دهد که امید درمانی می تواند بر روی بیماری های روانی و برخی بیماری های جسمانی کارساز باشد. بسیاری از بیماری های روانی و برخی از بیماری های جسمی در واکنش به از دست دادن امید بوجود می آیند و امید درمانی می تواند سلامت روان و معناداری زندگی بیماران را بهبود بخشد.

اسنایدر (۲۰۰۰) معتقد است که امید نوعی روند فکری و دارای دو جزء تفکر عامل^۳ و مسیرها^۴ است و هر دو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری و موجب سازگاری و سلامت روان شناختی و جسمانی می شود. مسیرها جزء شناختی امید و نشان دهنده توان فرد در خلق راه های معقول برای دستیابی به اهداف

1. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (fifth edition).

2. Snyder, C.R.

3. agency.

4. pathways.

است. تفکر عامل جزء انگیزشی امید و نشان دهنده برداشت شخصی درباره توانایی برای رسیدن به اهداف گذشته، حال و آینده است (روینی، بلایس، برامبین، کافو و فاوا^۱، ۲۰۰۶). نظریه امید برای کمک به افرادی در مفهوم سازی اهداف روشن تر، خلق راههای بیشمار برای دستیابی به هدف، بسیج انرژی روانی برای حفظ پیگیری اهداف، و چارچوب سازی موانع لاینحل به عنوان معضلاتی که باید بر آنها چیره شد، طراحی شده است. رابطه درمانی امید بخش این مؤلفه‌های امید را تسهیل می‌کند. تغییراتی که در میزان امید افراد رخ می‌دهد ظاهری نیست، بلکه در توانایی افراد در تفکر هدفمند جستجو می‌شود. در امید در سطح (ظاهر) روی نمی‌دهد بلکه در تصور عمیق از خود به عنوان موجودی که قادر است تفکر اراده مند و هدف مدار را افزایش دهد، روی می‌دهد (اسنایدر، ۲۰۰۰).

فرایند آموزشی امید در دو مرحله اصلی مطرح می‌گردد که هر مرحله از دوگام تشکیل می‌شود. مرحله اول؛ امید سازی یا القای امید است که از طریق امید یابی و تحکیم امید حاصل می‌شود. مرحله دوم، امید افزایی است که از طریق تسهیل در افزایش امید و ابقای امید صورت می‌گیرد. افراد ناامید به دلیل اینکه عامل و گذرگاه‌های کمی دارند در برخورد با موانع براحتی انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی می‌شود (اسنایدر، ۲۰۰۲). درمان‌های برگرفته از روان‌شناسی مثبت نشان داده اند که در راستای درمان افسردگی موفق بوده اند و امید درمانی در کاهش علائم افسردگی نقش مؤثری ایفا میکند (رتنوواتی، رامادیانتی، سوسیاتی، سوکانگ و ویولا^۲، ۲۰۱۵؛ ایزنبرگ، اوهاین، ینس، لیساکرو و رولز^۳، ۲۰۰۵). مطالعات نشان می‌دهد که متغیرهای متعددی بر روی افسردگی تأثیر گذارند و همچنین افسردگی بر روی ابعاد مختلفی از ویژگی‌های انسان از جمله میزان امید افراد اعمال اثر

1. Ruini, C., Belaise, C., Brombin, C., Caffo, E. & Fava, A.

2. Retnowati, S., Ramadiyanti, W., Suciati, A. Sokang, A & Viola, H.

3. Eizenberg, M.M., Ohayon, I.H., Yanos, P., Lisaker, P. & Roe, D.

4. Wells, M.

میکنند (نامداری، مولوی، ملک‌پور و کلانتری، ۱۳۸۹).

درمان‌های مثبت در جهت جلوگیری و کاهش علائم ناشی از افسردگی با توجه به هزینه کمتر و همچنین نداشتن عوارض بالینی که در درمان طبی دیده می‌شود میتواند در کاهش علائم افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی مؤثر باشد؛ بعلاوه امید درمانی به صورت بنیادین افکار افراد را تصحیح می‌کند در حالیکه در سایر درمان‌ها کوشش می‌شود که صرفاً علائم کاهش پیدا کند، حال آنکه روان‌شناسی تنها تمرکز بر بیماری‌ها و درمان هم تنها متمرکز بر ضعف‌ها نیست و این خود دلیلی بر اهمیت این نوع درمان می‌باشد (نقیبی، سعیدی، خزایی، ۱۳۹۷). در راستای تحقق اهداف فوق، پژوهش حاضر در راستای بررسی اثربخشی امید درمانی بر سلامت روان و معناداری زندگی دختران نوجوان افسرده شهر اصفهان می‌پردازد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. داوطلبان این پژوهش شامل دو گروه از دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اصفهان بودند که از طریق پرسشنامه افسردگی بک^۱ و مصاحبه تشخیصی، شناسایی شدند. یک گروه از این داوطلبان در معرض امید درمانی قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و هیچگونه مداخله‌ای برای آنها اجرا نشد. مداخله مبتنی بر امید درمانی به عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد و متغیرهای سلامت روان و معناداری زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا شد و مداخله امید درمانی نیز بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و پس از اتمام جلسات درمان، پس‌آزمون اجرا گردید. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اصفهان بودند که از میان آنها با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۱۲۰ دانش‌آموز

1. Beck Depression Questionnaire.

به پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند از میان این دانش‌آموزان، آنهایی که براساس پرسشنامه افسردگی بک، نمره افسردگی آنها بین ۱۶ تا ۴۶ بود، از طریق مصاحبه بالینی مورد بررسی قرار گرفتند. سپس از میان دانش‌آموزانی که تشخیص افسردگی گرفتند ۳۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده و بعد از جلب رضایت داوطلبان و کسب رضایت آگاهانه، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. لازم به ذکر است که کلیه داوطلبان از لحاظ جنسیت، تحصیلات و دامنه سنی هم‌تا شدند. ضمن اینکه ملاک‌های ورود عبارت بودند از دختر بودن، دانش‌آموز بودن، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های هم‌بود. ملاک خروج نیز شامل عدم تمایل داوطلب برای شرکت در پژوهش بود. ضمن اینکه در طول جلسات هر دو گروه از ۱۵ نفر به ۱۲ نفر ریزش داشتند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس افسردگی بک: این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش است که نشانه‌های تعریف شده ی افسردگی از جمله غمگینی، احساسا گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر گروه از پرسش‌ها شامل ۴ گزینه است. همه پرسش‌ها براساس مقیاس لیکرت (۰ تا ۳) نمره‌گذار شده و نمره کل فرد بین ۰ تا ۶۳ خواهد بود. هنجار یابی این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران به وسیله جلیلی و اخوت انجام گرفته است. پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به دست آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است. به دلیل اینکه پرسشنامه افسردگی بک ابزاری پایا برای غربالگری بود در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت (دابسون^۱ و محمد خانی، ۱۳۸۶).

1. Dabson, S.

پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-28): این پرسشنامه از ابزارهای غربالگری شناخته شده روانپزشکی در جمعیت عمومی است که اولین بار توسط گلدبرگ^۲ ساخته شد و در شرایط گوناگون در سطح گسترده ای بکار می رود. این پرسشنامه دارای چهار مقیاس فرعی و هر مقیاس دارای هفت پرسش می باشد. الف) علائم جسمانی ب) علائم اضطرابی ج) کارکردهای اجتماعی د) علائم افسردگی. این پرسشنامه دارای جملات ساده ای پیرامون وضعیت روانی فرد است که با طیف لیکرت ۴ گزینه ای از گزینه خیر (صفرنمره) تا گزینه زیاد (۳نمره) نمره گذاری می شود که در آن حداکثر نمره داوطلب ۸۴ است. (بنجامین^۳، دیسالمر و هاران، ۱۹۸۲). در این پرسشنامه نمره ۲۳ به عنوان نمره برش در نظر گرفته می شود، یعنی اگر نمره داوطلب در آزمون غربالگری، برابر یا بیشتر از ۲۳ باشد به عنوان مشکوک غربال می شود. ضرایب پایایی پرسشنامه مذکور از دو روش بازآزمون و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۹۰ به دست آمده است و همچنین ضریب اعتبار نسخه فارسی ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت عمومی با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی گروه ۸۰ نفره به میزان ۰/۹۱ برآورد شده است (براتی، ۱۹۹۵؛ به نقل از علیپور، رحیمی و زارع، ۱۳۹۲).

پرسشنامه معنا در زندگی^۴ (MLQ): این پرسشنامه توسط استیگر، فرازیر، اوایشی و کالار^۵ (۲۰۰۶) تهیه شده است. این محققان برای ساخت این ابزار ابتدا ۴۴ آیتم تهیه کردند و سپس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به دو عامل وجود معنا در زندگی و جستجوی معنا در زندگی با مجموع ۱۷ آیتم دست یافتند. سپس در یک تحلیل عاملی تاییدی با حذف ۷ گویه به ساختار مناسب دو عاملی با ۱۰ گویه دست یافتند. در این

1. General Health Questionnaire.

2. Goldberg, P.

3. Benjamin, S.; Decalmer, P. & Haran, D.

4. Meaning in Life Questionnaire.

5. Steger, M.F. Frazier, P. Oishi, S. & Kaler, M.

تحلیل برای هر کدام از مقیاس‌ها ۵ آیت‌م در نظر گرفته شد. پاسخ‌ها به صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای از طیف کاملاً نادرست تا کاملاً درست تنظیم شده‌اند. نمره ۱ برای ۷ برای توافق کامل با عبارت پرسشنامه و نمره ۱ به عدم توافق کامل با عبارت مورد پرسش داده می‌شود و بنا براین حداکثر نمره ۷۰ و حداقل نمره ۷ می‌باشد. بین دو عامل وجود معنا و جستجوی معنا در زندگی همبستگی منفی اندکی در حدود ۱۹/۰ وجود دارد. همچنین استیگرو همکاران اعتبار درونی مطلوبی را برای مقیاس‌های فرعی وجود معنا ۸۶/۰ و جستجوی معنا ۸۷/۰ گزارش کرده‌اند (مصرآبادی، استوار و جعفریان، ۱۳۹۲).

روش مداخله

پس از انتخاب گروه نمونه و انتخاب تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل، جلسات درمانی شامل ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای بود، جلسات درمانی براساس پروتکل درمانی پیشنهادی اسنایدر طراحی و اجرا گردید. شرح مختصر جلسات بدین شرح بود: در جلسه اول به طور کلی، ساختار جلسات و اهداف برنامه درمانی معرفی شده و امید براساس نظریه اسنایدر برای افراد تعریف شد؛ در جلسه دوم، به تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر سلامت پرداخته شد و در پرتو این دو جلسه تلاش شد تا رابطه درمانی صحیح و همدلانه با هریک از اعضا شکل بگیرد و فرایندها و پویایی‌های گروه مورد توجه قرار گرفت. در جلسه سوم، از هریک از مراجعان خواسته شد تا داستان زندگی خود را به زبان خود برای گروه تعریف کند و در جلسه چهارم این داستان‌ها براساس سه مؤلفه اصلی نظریه امید اسنایدر یعنی هدف، عامل و گذرگاه‌ها تبیین شده و مجدداً قالب بندی شدند، ضمن اینکه سعی شد تا مواردی از امید در زندگی هریک از اعضا شناسایی شده و موفقیت‌های گذشته به منظور شناسایی عامل و گذرگاه‌ها مورد توجه قرار گیرد. در جلسه پنجم از اعضا خواسته شد تا لیستی از اتفاقات

جاری و ابعاد مهم زندگی خود فراهم کرده و میزان اهمیت هریک از آنها را مشخص نمایند. در جلسه ششم، ویژگی‌های اهداف مناسب براساس نظریه اسنایدر مطرح شد و سپس افراد برای تعیین اهداف در هریک از حیطه‌های زندگی ترغیب شدند. در جلسه هفتم، ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب مطرح شده و از آنها خواسته شد تا برای رسیدن به اهداف تعیین شده و راهکارهای مناسبی بیابند، سپس به آنها آموزش داده شد تا گذرگاه‌ها را به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک بشکنند و گذرگاه‌های جانشین تعیین کنند. در جلسه هشتم، راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد، از جمله اینکه از افراد خواسته شد تا به تمرین ذهنی آنچه که باید برای رسیدن به اهداف انجام داد، بپردازند و در نهایت به آنها آموزش داده شد تا خود یک امید درمانگر باشند و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار برند، به طوری که خود بتوانند اهداف و موانع را تعیین کنند، عوامل لازم برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه‌های لازم را تشخیص دهند. لازم به ذکر است که در مطالعات قبلی کارآزمایی‌های بالینی بر روی پروتکل درمانی صورت گرفته است.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ و ۲ شاخص‌های توصیفی متغیر سلامت روان و معناداری زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون گزارش شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که بین سلامت روان و ابعاد آن و همچنین معناداری زندگی و یک بعد از دو بعد آن شامل جستجوی معنا در دختران نوجوان افسرده قبل و بعد از درمان گروهی تفاوت وجود دارد ولی تفاوت محسوسی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان‌شناختی،

و معناداری زندگی گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
علائم جسمانی	آزمایش	۹/۵۰	۲/۹۳	۸	۲/۸۲
	کنترل	۸/۹۱	۳/۴۴	۸/۵۸	۳/۴۴
علائم اضطرابی	آزمایش	۱۰/۳۳	۲/۹۶	۷/۴۱	۳/۰۲
	کنترل	۱۰/۳۳	۲/۷۷	۱۰/۰۸	۲/۸۱
کارکردهای اجتماعی	آزمایش	۱۳	۲/۹۲	۱۰/۷۵	۲/۸۶
	کنترل	۱۲/۸۳	۲/۷۲	۱۲/۴۱	۲/۲۷
علائم افسردگی	آزمایش	۱۴/۵۰	۲/۷۴	۱۲	۲/۲۹
	کنترل	۱۴/۷۵	۲/۹۲	۱۴/۵۸	۲/۷۱
نمره کل	آزمایش	۴۷/۳۳	۴/۸۸	۳۸/۱۶	۵/۳۵
	کنترل	۴۶/۸۳	۷/۱۵	۴۵/۶۶	۶/۷۴

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی زیرمقیاس‌های پرسشنامه معناداری

زندگی گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وجود معنا	آزمایش	۱۱/۴۱	۳/۱۴	۱۲/۹۱	۳/۰۵
	کنترل	۱۲/۸۳	۴/۰۴	۱۳/۸۳	۳/۸۵
جستجوی معنا	آزمایش	۱۳/۷۵	۴/۰۲	۱۵/۵۸	۴/۰۳
	کنترل	۱۵/۳۳	۳/۸۵	۱۴/۹۱	۲/۳۵
نمره کل	آزمایش	۲۵/۱۶	۵/۱۶	۲۸/۵۰	۴/۵۸
	کنترل	۲۸/۱۶	۵/۹۶	۲۸/۷۵	۵/۲۰

به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر امید بر سلامت روان و معناداری زندگی دختران نوجوان افسرده از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد؛ اما قبل از انجام این تحلیل مفروضه‌های با اهمیت آن مورد بررسی قرار گرفت. همانطور که در جدول شماره ۱ و ۲ مشاهده می‌شود طرح آزمایشی شامل دو مرحله پیش آزمون - پس آزمون بوده و مقادیر میانگین‌ها به تفکیک گروه قابل رویت است. ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف^۱، طبق جدول شماره ۳، توزیع نرمال ابعاد ۴ گانه پرسشنامه سلامت روان در مرحله پیش آزمون - پس آزمون و همچنین ابعاد ۲ گانه پرسشنامه معناداری زندگی مورد بررسی قرار گرفت و نرمال بودن داده‌ها تایید شد ($p < 0/05$).

جدول ۳: آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع

نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه‌ها	آماره	معنی داری
وجود معنا در زندگی	آزمایش	۰/۵۴۰	۰/۹۳۳
	کنترل	۰/۷۰۶	۰/۷۰۱
جستجوی معنا	آزمایش	۰/۷۲۴	۰/۶۷۲
	کنترل	۰/۴۳۱	۰/۹۹۲
علائم جسمانی	آزمایش	۰/۶۱۳	۰/۸۴۷
	کنترل	۰/۶۱۳	۰/۸۴۷
علائم اضطرابی	آزمایش	۰/۶۰۲	۰/۸۶۲
	کنترل	۰/۵۲۰	۰/۹۵۰
کارکردهای اجتماعی	آزمایش	۰/۵۷۰	۰/۹۰۱
	کنترل	۰/۵۱۵	۰/۹۵۳
علائم افسردگی	آزمایش	۰/۴۹۰	۰/۹۷۰
	کنترل	۰/۴۷۵	۰/۹۷۸

1. kolmogorov-smirvov test.

سپس همسانی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین^۱ طبق جدول ۴ ارزیابی و تایید شد ($p < 0/05$).

جدول ۴: آزمون لوین جهت ارزیابی پیش فرض برابر واریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون

متغیر	زیر مقیاس	پس آزمون	
		F	معنی داری
معنا در زندگی	وجود معنا	۰/۰۰۶	۰/۹۳۷
	جستجوی معنا	۰/۲۱۴	۰/۶۴۸
سلامت روان شناختی	علائم جسمانی	۲/۳۲۸	۰/۱۴۱
	علائم اضطرابی	۳/۰۲۳	۰/۰۹۶
	کارکردهای اجتماعی	۱/۳۲۶	۰/۲۶۲
	علائم افسردگی	۰/۱۹۰	۰/۶۶۷

همچنین نتایج آزمون باکس طبق جدول ۵ نشان داد که شاخص ام باکس به لحاظ آماری معنادار نیست یا عبارت دیگر مفروضه همگنی ماتریس واریانس کوواریانس برقرار می‌باشد.

جدول ۵: آزمون باکس جهت بررسی فرض تساوی کواریانس در متغیرهای پژوهش در دو گروه

	ضریب M باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
خرده مقیاس‌های معنا در زندگی	۵/۵۹۲	۱/۶۸۰	۳	۸/۷۱۲	۰/۱۶۹
خرده مقیاس‌های سلامت روان	۱۲/۷۵۷	۱/۰۲۱	۱۰	۲/۳۱۴	۰/۴۲۳

1. Levenes test.

با تأیید شدن مفروضه‌های مربوط به آزمون، یافته‌های تحلیل کوواریانس با هدف بررسی تفاوت‌ها پس از کنترل اثرپیش آزمون در جدول ۶ ارائه شد. چنانکه مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون وجود دارد. براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۶، با کنترل نمرات پیش آزمون بین میانگین نمرات دو متغیر معنا در زندگی و سلامت روان در مرحله پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$). نتایج نشان می‌دهد که میزان اندازه اثر ۷۷٪ می‌باشد و نتیجه گیری می‌شود که امید درمانی بر سلامت روان و معنا در زندگی دختران افسرده به میزان ۷۷ درصد تأثیر داشته است. توان آماری نیز برابر ۱/۰۰۰ است که ضمن آنکه نشانگر دقت بالای آزمون است، بیانگر کفایت حجم نمونه برای بررسی فرضیه بوده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره اثر درمان مبتنی بر ارتقا امید بر معنا در زندگی و سلامت روان

منبع تغییرات	ضریب لامبدا	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
معنا در زندگی	۰/۰۸۳	۴۱/۶۷	۴	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۱۷	۱/۰۰۰
سلامت روان	۰/۱۵۹	۱۹/۷۶	۴	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴۱	۷۹/۰۶
عضویت گروهی	۰/۲۲۸	۱۲/۷۲	۴	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۷۷۲	۱/۰۰۰

همچنین تحلیل کوواریانس تک متغیره همانطور که در جدول شماره ۷ گزارش شده است، نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون هریک از ابعاد سلامت روان و جستجوی معنا در معناداری زندگی وجود دارد. همچنین تفاوت معناداری بین نمره کلی پرسشنامه سلامت روان و نمره کلی

پرسشنامه معناداری زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون دیده می‌شود.

براساس نتایج بدست آمده در جدول ۷ تفاوت میانگین هر چهار خرده‌مقیاس سلامت روان‌شناختی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون شامل علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کارکردهای اجتماعی و علائم افسردگی معنی‌دار است ($P < 0/05$). به عبارتی می‌توان گفت آموزش مبتنی بر ارتقا امید در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون سبب کاهش نمرات ابعاد سلامت روان‌شناختی (بهبود سلامت روان) شده است. میزان تأثیر این مداخله بر علائم جسمانی ۳۰ درصد، علائم اضطرابی ۶۳ درصد، کارکردهای اجتماعی ۳۵ و افسردگی ۴۹ درصد است.

نتایج نشان می‌دهد که رابطه پیش‌آزمون سلامت روان‌شناختی با پس‌آزمون معنی‌دار به دست آمده است، با کنترل این رابطه در جدول ۶ تفاوت میانگین نمرات سلامت روان‌شناختی در دو گروه در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است ($P < 0/05$). به عبارت دیگر می‌توان گفت آموزش مبتنی بر ارتقا امید بر نمرات سلامت روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تأثیرگذار بوده است. میزان تأثیر این آموزش‌ها در مرحله پس‌آزمون ۷۳ درصد است. توان آماری ۱۰۰ درصد نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون بالاست. علاوه بر این حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است. همچنین تفاوت میانگین یکی از دو خرده‌مقیاس معنا در زندگی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون شامل جستجوی معنا در زندگی معنی‌دار است ($P < 0/05$). اما در خرده‌مقیاس وجود معنا در زندگی تفاوت میانگین‌ها معنی‌دار بدست نیامده است. معنی‌داری‌های بدست آمده در این خرده‌مقیاس بالاتر از ۰/۰۵ است. به عبارتی می‌توان گفت آموزش مبتنی بر ارتقا امید در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون سبب افزایش یکی از ابعاد معنا در زندگی شده است. میزان تأثیر این مداخله بر بعد جستجوی معنا در زندگی ۳۸ درصد است.

یافته‌ها نشان می‌دهد رابطه پیش آزمون معنا در زندگی با پس آزمون معنی دار به دست آمده است، با کنترل این رابطه در جدول ۷ تفاوت میانگین نمرات معنا در زندگی در دو گروه در مرحله پس آزمون معنی دار است ($P < 0/05$). به عبارت دیگر می‌توان گفت آموزش مبتنی بر ارتقا امید بر نمرات معنا در زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون گذار بوده است. میزان تأثیر این آموزش‌ها در مرحله پس آزمون ۳۰ درصد است. توان آماری ۸۲ درصد نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون بالاست؛ علاوه بر این حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر ارتقا امید بر ابعاد سلامت روانشناختی و نمره کل آن و ابعاد معناداری زندگی و نمره کل آن بر حسب مرحله پس آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
علائم جسمانی	پس آزمون	۶/۸۳۱	۱	۶/۸۳۱	۷/۸۷	۰/۰۱۲	۰/۳۰۴
علائم اضطرابی	پس آزمون	۳۸/۱۲۸	۱	۳۸/۱۲۸	۳۱/۰۲	>۰/۰۰۱	۰/۶۳۳
کارکردهای اجتماعی	پس آزمون	۲۰/۲۵۹	۱	۲۰/۲۵۹	۹/۶۹	۰/۰۰۶	۰/۳۵۰
علائم افسردگی	پس آزمون	۳۶/۷۳۶	۱	۳۶/۷۳۶	۱۷/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۹
نمره کل سلامت روان شناختی	پس آزمون	۳۷۸/۹۲۹	۱	۳۷۸/۹۲۹	۵۹/۲۰	>۰/۰۰۱	۰/۷۳۸
وجود معنا	پس آزمون	۰/۵۴۴	۱	۰/۵۴۴	۰/۲۵۴	۰/۶۲۰	۰/۰۱۳
جستجوی معنا	پس آزمون	۲۰/۳۳	۱	۲۰/۳۳	۱۲/۴۷	۰/۰۰۲	۰/۳۸۴
نمره کل معناداری زندگی	پس آزمون	۲۷/۵۴	۱	۲۷/۵۴	۹/۲۳	۰/۰۰۶	۰/۳۰۵

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر امید درمانی گروهی بر سلامت روان و ابعاد چهارگانه آن شامل علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کارکردهای اجتماعی و علائم افسردگی و

همچنین معناداری زندگی و ابعاد دو گانه آن شامل وجود معنا و جستجوی معنا در دختران نوجوان افسرده انجام شد. نتایج بدست آمده، نشان می‌دهد که امید درمانی گروهی موجب بهبود در هریک از ابعاد سلامت روان شامل علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کارکردهای اجتماعی و علائم افسردگی و نمره کل سلامت روان و همچنین جستجوی معنا در معناداری زندگی و همچنین نمره کلی معناداری زندگی می‌شود. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های پیشین نیز همسواست.

نصیری و جوکار (۱۳۸۷) در پژوهش خود دریافتند که امید نقش واسطه‌ای در رابطه با شاخص‌های سلامت روان و معناداری زندگی دارد. متیو و همکاران^۱ (۲۰۱۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که امید درمانی در بهبود مؤلفه افسردگی سلامت روان شناختی در افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است. موحدی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود دریافتند که امید درمانی در ارتقا سلامت روان شناختی افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است. همچنین ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان دادند که میان امید و سلامت روان رابطه مستقیمی وجود دارد. نتایج پژوهش‌های لوپز و اسنایدر^۲ (۲۰۰۳)، هدایتی و خزایی (۲۰۱۴)، موحدی (۱۳۹۳)، بخشوده آستانه (۱۳۹۵) و ابته‌اج فرد (۱۳۹۰) نیز با نتایج پژوهش حاضر هم سواست.

امید به عنوان یکی از ویژگی‌های مثبت، باعث ایجاد افکار و اعمال مثبت در زندگی انسان می‌شود. بوسیله امید انسان پیش‌بینی‌های مثبتی از آینده خود به عمل می‌آورد و این خود انگیزه‌ای قوی برای حرکت به سمت آینده است و باعث ارتقاء سلامت روان در این افراد می‌شود. سلامت روان شامل ابعاد علائم جسمانی، علائم اضطرابی و کارکردهای اجتماعی و علائم افسردگی است (شاهسواری، ۱۳۹۵). افراد امیدوار به طور معمول با هدفمند کردن لحظه‌ها و ثانیه‌ای خود و پیش رفتن در مسیر هدف‌های خود از علائم اضطرابی خود می‌کاهند چرا که بخشی از اضطراب به خاطر عدم توانایی در پیش

1. Mathew, J. et al.

2. Lopes, S, J., Snyder, C. R., H, N.

بینی آینده بوجود می‌آید (یالوم^۱، ۱۳۹۲). بعلاوه این افراد نسبت به سلامتی جسمانی خود نیز توجه دارند و در صورت هرگونه بیماری جسمی با خوش بین بودن نسبت به درمان و بازبایی سلامتی سریع تر به این هدف می‌رسند.

افراد ناامید با کناره گیری از دیگران و انتخاب آگاهانه تنهایی باعث انزوای هرچه بیشتر خود می‌شوند و زمینه را برای از دست دادن فرصت‌های زندگیشان فراهم می‌کنند، در حالیکه افراد امیدوار از تمام روابط و زمینه‌ها برای ارتقاء خود استفاده می‌کند و تمام توان خود را به کار می‌گیرند تا نهایت بهره‌وری را از لحظات خود داشته باشند و این خود زمینه را برای احساس رضایت از خود و سلامت روان در این افراد فراهم می‌کند. عملکردهای اجتماعی افراد امیدوار به دلیل آینده نگری و هدفمندی از کیفیت خوبی برخوردار است. این افراد در هر نقشی که قرار می‌گیرند، با هدفمند کردن آن نقش به بهترین شکل عمل می‌کنند؛ این امر در نوجوانان از اهمیت زیادی برخوردار است چرا که به عنوان آینده سازان کشور مطرح می‌شوند و دختران نیز با توجه به اینکه نقش حساس مادری را در پیش رو دارند با تضمین سلامت روان خود می‌توانند زمینه ساز سلامت روان نسل پیش روی خود باشند.

از سوی دیگر چیونزو و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود دریافتند که امید درمانی باعث ارتقاء معناداری زندگی در افراد افسرده می‌گردد. در پژوهشی دیگر شروین و همکاران (۲۰۰۶) نیز به این نتیجه رسیدند که امید درمانی باعث ارتقاء معناداری زندگی و کاهش افسردگی در افراد می‌گردد. برجیس و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین امید و معناداری زندگی رابطه مستقیمی وجود دارد. نتایج پژوهش‌های خدابخشی کولایی (۱۳۹۴) و هدایتی و خزایی (۲۰۱۴) نیز هم سوبا نتایج پژوهش حاضر است.

افراد امیدوار با در نظر گرفتن اهداف مهم و براساس اولویت و ایجاد انگیزه برای خود

1. Yalom, I.

باعث کاهش افکار مخرب می‌شود. امید افراد را در جهت اهدافی منطقی به پیش می‌برد و مانع از احساس پوچی و بی‌معنایی در زندگی فرد می‌شود. افراد دارای امید بالا حتی در زمان‌هایی که دچار کسالت و یا ناراحتی‌هایی در زندگی خود می‌شوند نیز به اهداف خود می‌نگرند و بدین وسیله آرامش نسبی خود را حفظ می‌کنند و می‌توانند کنترل امور خود را در دست بگیرند؛ این در حالی است که افراد ناامید به محض برخورد با ناامیلات، تمام برنامه‌های خود را پوچ و بی‌دلیل می‌بینند و ادامه زندگی را سخت می‌دانند و دچار بی‌معنایی و پوچ‌گرایی می‌شوند، در حالیکه اگر اهداف بلند مدت در زندگی خود طراحی کنند و انگیزه لازم برای رسیدن به این اهداف را نیز داشته باشند و یا در یک جمله امید داشته باشند، می‌توانند با شرایط گوناگون زندگی کنار بیایند؛ بخصوص در دوران نوجوانی که میزان شیوع افسردگی در دختران دو برابر پسران است و یکی از علائم افسردگی، احساس پوچی و بیهودگی و بی‌معنایی است. هر چند در این سنین با توجه به اینکه اهداف افراد دائما در حال تغییر است و بعضا اهمیت اهداف لحظه به لحظه در نظر فرد افزایش و کاهش پیدا می‌کند می‌توان گفت وجود معنا در زندگی این افراد در گرو موارد متعددی است. امید درمانی با ایجاد هدف و پررنگ کردن آن می‌تواند در کاهش آسیب‌های ناشی از بی‌معنایی در زندگی این افراد مؤثر باشد.

پیشنهادهات

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی بر روی سنین مختلف و جنس مذکر نیز مطالعاتی صورت گیرد. بعلاوه در مرحله سنجش کیفیت زندگی از ابزار خود گزارشی استفاده شد که نیاز به ابزار سنجش دقیق‌تر را ضروری می‌کند. پیشنهاد می‌گردد با توجه به آموزش نه‌چندان پیچیده و هزینه کم امید درمانی و تأثیر بسزای آن در کاهش علائم افسردگی و ارتقا کیفیت زندگی از این ابزار در مراکز مشاوره و مدارس استفاده گردد تا شاهد ارتقاء سلامتی در جامعه باشیم.

سپاس و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه دانش آموزان شرکت کننده در این پژوهش و مسئولین مدارس مذکور جهت همکاری بی دریغشان تشکر کنند.

منابع

- روزنهان، دیوید و سلیگمن، مارتین. (۰۰۷۲). آسیب شناسی روانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۴). تهران: نشر ساوالان.
- ابتهاج فرد، مهین. (۱۳۹۰). اثربخشی امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن بستری در بیمارستان‌های اعصاب و روان سنندج. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه پیام نور مرکز تهران. دانشکده علوم انسانی.
- ابراهیمی، ام‌الله. اعرابی، سبحان. خالویی، محمد مهدی (۱۳۹۲). مقایسه سلامت روان و مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت (امید، شادی و معنویت) در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی آنها. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*. ۳۱ (۲۶۱). ۱۱۹۶-۱۸۸۵.
- انجمن روانپزشکی امریکا. (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان
- بخشوده آستانه، مریم. (۱۳۹۵). رابطه مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت نگر (امید، عزت نفس و معنویت) با بهزیستی روان‌شناختی و رضایت شغلی معلمان زن آستانه اشرفیه. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت.
- برجیس، مریم. حکیم جواد، منصور. طاهر، محبوبه. غلامعلی لواسانی، مسعود و حسین خنزاده، عباسعلی. (۱۳۹۲). مقایسه میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، ناشنوایی و ناتوانی یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*. ۳۰ (۱). ۲۷-۶.
- دابسون. ک. س.، محمدخانی. پ (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*. شماره ۲۹، ص ۸۲-۸۸.
- دادستان، پریخ (۱۳۹۲). *روانشناسی مرضی تحولی*. تهران: نشر سمت.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۳۹۱). *دستنامه روانپزشکی بالینی*. ترجمه محسن ارجمند، فرزین رضاعی و نادیا فغانی. تهران: نشر ارجمند.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۰۲۰). *دستنامه روانپزشکی بالینی*. ترجمه محسن ارجمند، فرزین رضاعی و نادیا فغانی (۱۳۹۱). تهران: نشر ارجمند.

سلیگمن، مارتین و روزنهان، دیوید. (۱۳۹۰). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ساوالان.

شاهسواری، زهرا و احمدی، رضا. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین مقابله مذهبی و خوشبختی معنوی با سلامت روان زنان، *زنان و خانواده* ۴۰ (۷)، ۷۲-۵۵.

شعیدی: شعبی، فاطمه (۱۳۹۲). *سرماءورگی روانی*. تهران: نشر کتاب سبز.

کریمی، مریم و فاطمی، نسرين (۱۳۹۷). رابطه کیفیت تعامل والد فرزندی با گرایش به تفکر انتقادی و مؤلفه‌های سلامت روان در دانش‌آموزان نوجوان، *پژوهش‌های مشاوره* ۱۷ (۶۸)، ۲۱۰-۱۹۲.

مصراآبادی، ج. استوار، ن و جعفریان، س. (۱۳۹۲). بررسی روایی سازه و تشخیصی پرسشنامه معنا در زندگی در دانشجویان، *مجله علوم رفتاری*، ۷ (۱)، ۹۰-۸۳.

موحدی، م. کریمی نژاد، ک. باباپور، ج و موحدی، ی. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر امید بر بهبود مؤلفه‌های عزت نفس و سلامت روان شناختی افراد مبتلا به افسردگی، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه زنجان*، ۲۳ (۹۸)، ۱۴۴-۱۳۲.

موحدی، ی. باباپور، ج. موحدی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی امید درمانی گروهی بر افزایش امید و بهزیستی روانی دانش‌آموزان، *فصلنامه روان‌شناسی مدرسه*، ۹ (۲۲)، ۱۳۰-۱۱۶.

نامداری، ک. مولوی، ه. ملک پور، م. کلاتری، م. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش ارتقا امید بر توانایی‌های رفتاری بیماران دیستایمیک، *مجله علوم پزشکی*، ۱۳ (۱۶)، ۵۲-۶۰.

نصیری، حبیب الله و جوکار، بهرام. (۱۳۸۷). معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان (گروهی از زنان شاغل فرهنگی). *زن در توسعه و سیاست* ۶ (۲)، ۱۷۶-۱۵۷.

نصیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ طالع پسند، سیاوش و حسینی، شاهرخ (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان شناختی و افسردگی در نوجوانان با علائم افسردگی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۸ (۷۰)، ۱۲۹-۱۰۵.

نقیبی، سعیده؛ سعیدی، زهرا و خزایی، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلا به سرطان، *پژوهش‌های مشاوره* ۱۷ (۶۵)، ۲۹-۴.

یالوم، اروین. (۱۳۹۲). *رواندرمانی اگزستانسیال*. ترجمه سپیده حبیب. تهران: نشر نی.

Bahari F. (2010). The essentials of hope and hope therapy, a manual for hope-rising. Danjeh Pub.

Benjamin, S.; Decalmer. P. & Haran, D. (1982) Community screening for mental illness: A validity study of the General Health Questionnaire. British journal of psychiatry, 140. 80-174.

Cheavens, S.J., Feldman, B.D., Micheal, A.G.S & Snyder, C.R. (2006). Hope therapy in community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.

- Connor, C.R. & Cassidy, C. (2007). Predicting hopelessness: the interaction between optimism/pessimism and specific future expectancies. *Rational-Emotive & Cognitive-Behavior*, (62), 21, 596-613
- Eizenberg, M.M., Ohayon, I.H., Yanos, P., Lisaker, P. & Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among person with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research*, 208, 15-20.
- Hedayati, M. & Khazaei, M. (2014). An investigation of the relationship between depression, meaning in life and adult hope, *Social & Behavioral Sciences*, (60), 114, 598-601.
- Lopes, S. J., Snyder, C. R., and Rasmussen, H. N (2003). Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In S. J. Lopez and C. R. Snyder (Eds) , *Positive Psychological assessment: A hand book of models and measures* (pp. 3-20). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lopes, S.J. Snyder, C.R. Manager-Moe, J. Edward, L.M. Pedotti, J.T. Janowski, J.L. & Turner pressgrove, C. (2003). Strategies for Accentuating Hope. (appeared in) Linley P.A. and Joseph S.K. (eds). *Positive psychology in practice*. Hoboken, NJ; John Wiley & Sons Pub.
- Lyubomirsky S, Dickerhoof R, Boehm JK, Sheldon KM. (2008). Becoming happier takes both a will and a proper way: tow experimental longitudinal interventions to boosts well- being. Manuscript under review.
- Mathew, J. Dunning, C. Coats, C. & Whelan, T. (2014). The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression, *Personality and Individual Differences*, 70, 66-71.
- Michal. M.E. Hason-Ohayon, Ilanit, H. O. Yanos, P. Lisaker, P. & Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among person with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope, *Psychiatry Research*, 208, 15-20.
- Retrowati, S. Ramadiyanti, D.W. Suciati, A.A. Sokang, Y.A. & Viola, H. (2015). Hope intervention against depression in the survivor of cold lava flood from meropy mount, *Social and Behavioral Science*, 165, 170-178.
- Ruini, C. Blasise, C. Brombin, C. Caffo, E. & Fava, G.A. (2006). Well-being therapy in school settings; A pilot study. *Psychotherapy Psychosomatics*, 75, 331-36.
- Seligman MP, Rashid T, Parks AC. (2006). Positive psychotherapy. *American Journal of Psychology*. 61. 88-774.
- Shi, Z. Chen, H. Lian, Z. Lin, J. Feng, H. & Zhou, H. (2016). Factor that impact Health-related quality in life in neuromyelitis optica spectrum disorder: anxiety, disability, fatigue and depression, *neuroimmunology*, 293, 45-54.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: rainbows in the mind. *Psychological Inquiry* 13, 249-275.
- Snyder, C. R., Cheavens, J., and Micheal, S. T. (2007). *Coping: The psychology of what works*. New York: Oxford University Press.
- Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope; theory, measures, and application*. Academic Press, USA.

- Snyder, C.R. (2002). Hope therapy: Rainbows in the mind, *Psychological Inquiry*, 13, (4) , 249-275
- Steger, M.F. Frazier, P. Oishi, S. & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life, *Counseling Psychology*, 53 (1) , 80.
- Wells, M. (2005). The effects of gender, age and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, the University of texas A and B.