

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شمارهٔ چهل و یک - پاییز ۱۳۸۸

صص ۴۰ - ۱۷

## اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریهٔ امید اسنایدر بر میزان شادکامی سالمندان

افشان قاسمی<sup>۱</sup> - احمد عابدی<sup>۲</sup> - ایران باغبان<sup>۳</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر میزان شادی سالمندان به صورت تجربی در سال ۱۳۸۸ در شهر اصفهان انجام شد. جامعه آماری در پژوهش حاضر سالمندان زن ساکن در آسایشگاه صادقیه شهر اصفهان بودند. تعداد جامعه آماری ۱۳۵ نفر بود که از بین آنها ما ۳۰ نفر را به صورت تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب و به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گماردیم. شرایط گروه نمونه بدین صورت بود که اعضا از سلامت جسمانی و روانی کافی برخوردار باشند و اینکه تمایل به شرکت در تحقیق داشته باشند. سپس مداخلات آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزار مورد استفاده پرسشنامه شادکامی آکسفورد بود. که این پرسشنامه توسط آرگیل در

---

۱. کارشناسی ارشد رشته مشاوره

۲. عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان

۳. عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان

سال ۱۹۸۹ تهیه شده است و اعتبار این ابزار والیانت پس از سه هفته با ارزش بازآزمایی ۰/۸۳ محاسبه کرده است. اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار SPSS در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در سطح توصیفی: توزیع فراوانی - میانگین، انحراف معیار محاسبه شد و در سطح آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی، مداخلات آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر منجر به افزایش شادکامی سالمندان شد ( $P < 0/001$ ).

**کلید واژه‌ها:** شادکامی، نظریه امید اسنایدر، سالمندان

### مقدمه

یکی از وقایع اجتناب‌ناپذیری که در زندگی آدمی رخ می‌دهد پدیده سالمندی است و از مهمترین مسائل جامعه چگونگی برخورد با این پدیده است. در همه جوامع بشری سالمندان تعداد قابل توجهی از جمعیت را شامل می‌شوند. لذا هر اقدامی در جهت بهینه کردن شرایط زندگی آنها می‌تواند مشکلات اجتماعی را کاهش داده و در کنار آن مشکلات خانواده نیز کاهش یابد. اغلب مشکلاتی که سالمندان با آن روبه‌رو هستند مشکلات جسمی و ناتوانیهای حرکتی و مشکلات روحی و روانی است از جمله مسائل روحی که سالمندان با آن مواجه می‌شوند ناامیدی و افسردگی است، روان‌شناسان گام‌های بسیاری در جهت بهبود این علائم برداشته‌اند ولی پس از ظهور جنبش روان‌شناسی مثبت، نظریه پردازان و محققان به جای توجه صرف به تجارب یا ادراک‌های منفی به بررسی سازه‌هایی چون خودکنترلی، معنویت، شادی، خوشبینی و امید پرداختند (اسنایدر و مک کالوف<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). آثار مثبت این سازه‌ها بر سلامت جسمانی و روانی در تحقیقات مختلف تأیید شده است. تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که امید با عاطفه مثبت (اسنایدر و همکاران، ۱۹۶۶) و احساس خود ارزشمندی

(اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷) همبستگی بالایی دارند و همچنین به طور منفی با افسردگی (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷) در ارتباط است.

لذا به جای بررسی ادراکات منفی سالمندان درصدد برآمدیم تا بر رابطه ادراکات مثبت با سلامت جسمانی و روانی آنها پردازیم.

امید را که سازه‌ای بسیار نزدیک به خوش‌بینی است، اسنایدر (۲۰۰۰) به‌عنوان سازه‌ای شامل دو مؤلفه مفهوم‌سازی کرده است: ۱- توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی هدف‌های مطلوب به رغم موانع موجود، و ۲- کارگزار<sup>۱</sup> انگیزش برای استفاده از این گذرگاهها، امید مجموع این دو مؤلفه است. طبق این مفهوم‌سازی، امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را در برگیرد و با داشتن موانع چالش‌انگیز ولی نه برطرف نشدنی، احتمال دستیابی به آنها در میان مدت وجود داشته باشد جایی که ما به رسیدن به هدف‌ها اطمینان داریم، امید غیرضروری است جایی که مطمئن هستیم به هدف نخواهیم رسید، در این صورت نومید می‌شویم. طبق این مفهوم‌سازی، هیجان‌های مثبت و منفی محصول جنبی تفکر هدفمند امید و ناامیدی هستند.

امید با سلامت روانی و جسمی که با انواع مقیاس‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مسأله‌گشایی همبستگی مثبت دارد و آنها را پیش‌بینی می‌کند (کار<sup>۲</sup>، ۱۳۸۴، ترجمه مهرداد کلانتری).

بایلی<sup>۳</sup> و اسنایدر (۲۰۰۷) بیان داشتند که محققان به‌طور کلی پی بردند که سالمندان امید کمتری را تجربه می‌کنند. اما چانگ<sup>۴</sup> و اسنایدر (۲۰۰۲) پی بردند که تفاوت معناداری در نمرات امید سالمندان و افراد میانسال و جوان‌تر نیست. بیلی و اسنایدر (۲۰۰۷) اظهار می‌دارند که سطح امید با میزان رضایت از زندگی و شادی نیز رابطه دارد و در افراد مسن، افرادی که متارکه کرده‌اند، طلاق گرفته‌اند یا بیوه هستند،

- 
1. agency
  2. Carr
  3. Baily
  4. Chang

پایین‌تر از افراد دیگر است. ولز<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) پی برده است که ۲۷ درصد واریانس افسردگی توسط امید پایین تبیین می‌شود و آموزش امید منجر به کاهش افسردگی در افراد می‌شود و بعد از آن اضطراب، تحصیلات کم و جنسیت پیش‌بینی‌کننده‌های امید پایین هستند. او همچنین نشان داده است که امید با درآمد بالا و موقعیت اجتماعی بهتر، رابطه دارد. بین امید و پیامدهای بهتر روان‌درمانی نیز رابطه وجود دارد.

همچنین الیوت<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۱) نشان دادند که در فرایند بهبود جراحی نخاع، امید بالا با سازگاری بهتر و افسردگی کمتر، رابطه دارد.

پس از طرح نظریه امید از جانب اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، برنامه‌های درمانی به‌خصوصی نیز برای درمان انواع اختلالات روانی از جمله افسردگی، براساس آن پایه‌ریزی شده و اثربخشی آنها در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و این روند همچنان ادامه دارد. امید درمانی در پاسخ به درخواست متخصصان بالینی برای کاربرد منظم اصول نظریه امید در بافت درمانی، ایجاد شد. علی‌رغم وجود راهکارهای فراوان برای افزایش امید، ایجاد امید درمانی و ۱۷ سال بررسی علمی نظریه امید و کاربرد آن، بسیاری از نیازها و سؤالات متخصصان بالینی هنوز با دقت زیاد تحت بررسی است.

آیروینگ<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۸) نیز نشان دادند که آموزش امید می‌تواند منافع روان‌شناختی مختلفی برای افراد داشته باشد و همچنین مؤلفه شادی را در آنها افزایش دهد. جونز<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود عوامل شناختی و روان‌شناختی را که با شادکامی افراد سالمند رابطه دارند، را مورد بررسی قرار دادند. پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهند که سلامت جسمانی و حمایت اجتماعی و امید بالا تأثیر عمده‌ای بر شادکامی افراد سالمند دارند.

- 
1. Wells
  2. Elliott
  3. Irving
  4. Jouns

کلاسنر<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که یک درمان گروهی متمرکز بر تعیین هدف، مشتمل بر افزایش تولید گذرگاهها و عامل با استفاده از فعالیت‌های مناسب برای رسیدن به اهداف معقول و بحث در مورد فرایندها و تکالیف خانگی هفتگی، می‌تواند برای بزرگسالان افسرده سودمند باشد. در این تحقیق ناامیدی، اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان به‌طور معناداری کاهش یافت و میزان امید و شادکامی و سرزندگی به‌طور معناداری افزایش یافت.

هنکینز<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی تأثیر یک مداخله درمانی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر، بر کاهش میزان ناامیدی بیماران بستری مبتلا به افسردگی اساسی پرداخت. او در پژوهش خود پس از ۱۰ جلسه گروهی یک ساعته، پی برد که میزان امید گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار و میزان ناامیدی آنها کاهش معناداری داشته است.

آیروینگ و همکاران (۲۰۰۴) دریافتند که گروه درمانی مبتنی بر امید قبل از شروع درمان می‌تواند مزایایی برای شرکت‌کنندگان داشته باشد.

شروین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود اظهار داشتند که طی ۸ جلسه دو ساعته گروه درمانی مبتنی بر امید، میزان تفکر عامل، معنای زندگی و عزت نفس و شادکامی افزایش می‌یابد، در حالی که نشانه‌های افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد.

رآب<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) می‌نویسد که آموزش امید تا اندازه معینی خاصیت پیشگیری دارد. برای نمونه، اسنایدر و همکاران نشان داده‌اند که امید با اضطراب همبستگی منفی دارد و مانع تصورات آسیب‌پذیری و اختلالات اضطرابی و عدم پیش‌بینی می‌شود (اسنایدر، ۱۹۹۹). به علاوه کسانی که امید بالایی دارند، در توانایی بیشتری برای حل مسائل اجتماعی خبر می‌دهند تا کسانی که دچار امید پایین هستند (چانگ، ۱۹۹۸؛ به نقل از بهاری ۱۳۸۸).

- 
1. Klausner
  2. Hankins
  3. Sherwin
  4. Raab

پین‌کورات<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) پژوهشی با عنوان «تفاوت‌های جنسی در عاطفه مثبت، عاطفه منفی و تعادل عاطفی در بین افراد میانسال و سالمند انجام داد او دریافت که عاطفه مثبت و تعادل عاطفی با افزایش سن اندکی کاهش می‌یابد و عاطفه منفی با افزایش سن اندکی افزایش می‌یابد.

در مجموع نتایج حاصل از این پژوهش‌ها حاکی از آن بود که در میان افراد سالمند عاطفه مثبت کاهش بیشتر و عاطفه منفی افزایش بیشتری پیدا می‌کند.

همچنین نتایج تحقیقات داخلی نیز نشان داد، علاء‌الدینی (۱۳۸۷) در تحقیق خود تحت عنوان بررسی تأثیر امید درمانی بر میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون دریافت هرچه مؤلفه امید در دانشجویان بیشتر باشد افسردگی کاهش می‌یابد و هرچه مؤلفه امید و امیدواری کمتر باشد افسردگی در دانشجویان افزایش می‌یابد.

بهاری (۱۳۸۸) در تحقیق خود به بررسی تأثیر مؤلفه امید و بخشش در زوجین در آستانه طلاق پرداخت که نتیجه تحقیق بیانگر این بود که کاربرد مداخلات امید و بخشش و ترکیب آنها در مقایسه با گروه کنترل در کاهش کلی تعارضات زناشویی زوج‌های متقاضی طلاق تأثیر معنادار نداشته‌اند ( $P=0/72$ ) اما واکنش‌های هیجانی زوج‌های گروه امید و بخشش را به‌طور معناداری ( $P=0/26$  و  $P=0/47$ ) کاهش داده است. حمیدی (۱۳۸۷) به بررسی تأثیر آموزش گروهی امید به زوجینی که به مراکز مشاوره مراجعه می‌کنند پرداخت و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون دریافت که بین آموزش گروهی امید و کاهش تعارضات زناشویی رابطه معناداری وجود دارد.

بیجاری (۱۳۸۸) در پژوهشی که به‌منظور بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام داد، به این یافته دست یافت که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی می‌شود.

با توجه به نتایج تحقیقات فوق می توان نتیجه گرفت که امید می تواند هیجان مثبت را افزایش داده و هیجان های منفی را کاهش دهد امید با سلامت روانی و جسمی که با انواع مقیاس ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مسأله گشایی همبستگی مثبت دارد و آنها را پیش بینی می کند.

اسنایدر و همکارانش بر اساس نظریه امید، یک برنامه درمانی به نام امید درمانی تدوین کردند تا مؤلفه های مثبت را در مراجعان افزایش دهند.

امید درمانی یکی از رویکردهای جدید درمانی می باشد که بر اساس نظریه امید اسنایدر و همکارانش بنا شده است و با ترکیب اصول مداخلات درمانی مبتنی بر شرح حال<sup>۱</sup>، تمرکز بر حل مسأله<sup>۲</sup> و شناختی رفتاری، یک نظام درمانی کوتاه مدت، نیمه ساخت یافته و جدید را ارائه می کند. بر اساس نظریه اسنایدر، امید از سه مؤلفه اصلی «هدف»، «عامل (کارگزار)»<sup>۳</sup> و «گذرگاه»<sup>۴</sup> تشکیل شده است. موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجانهای مثبت و شکست در آن هیجانهای منفی ایجاد می کند. افراد امیدوار «عامل» و «گذرگاههای» بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع برخورد می کنند می توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاههای جانشین استفاده کنند. اما افراد ناامید به دلیل اینکه «عامل» و «گذرگاههای» کمی دارند در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از داده و دچار هیجانهای منفی می شوند که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی می شود (اسنایدر، ۲۰۰۰). در واقع ناامیدی مؤلفه اصلی افسردگی است (آبرامسون، متالسکی و آلوی،<sup>۵</sup> ۱۹۸۹).

- 
1. narrative
  2. solution-focused
  3. agency
  4. Pathway
  5. Abramson & Metalsky & Alloy

در تحقیقات لوپز<sup>۱</sup> و کر (۲۰۰۶) نشان داده شده است که آموزش گروهی می‌تواند در توسعه و افزایش حس خوش‌بینی، شادی و امید در سالمندان تأثیر بسزایی داشته باشد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که سالمندان حاضر در جلسات گروهی احساس شادمانی بیشتری در مقایسه با زمانی که در جلسات حضور نداشته اعلام نمودند. با توجه به تحقیقات فوق، مسأله اساسی این تحقیق عبارت است از بررسی اثربخشی آموزش گروهی امید بر میزان شادکامی سالمندان به‌عبارت دیگر در این پژوهش محقق به دنبال بررسی این موضوع است که آیا آموزش گروهی سالمندان ساکن آسایشگاه می‌تواند منجر به افزایش سطح شادکامی آنها گردد و در صدد براساس نظریه امید (اسنایدر، ۱۹۹۱) و امید درمانی که برگرفته از نظریه امید است (لوپز و اسنایدر، ۲۰۰۰) به بررسی تأثیر مداخله درمانی نظریه امید در سالمندان بپردازد و یک قالب کاربردی در زمینه مشاوره سالمندی ارائه دهد.

ضرورت این تحقیق از آنجا ناشی می‌شود که سلامت سالمندان موضوع مهمی برای اقشار مهم جامعه به شمار می‌رود و لذا اگر بتوانیم از طریق پژوهش‌های مختلف به بررسی‌ها و راهکارها و نتایجی دست یابیم که بتوانند میزان سلامت سالمندان را ارتقاء بخشند می‌توانیم در این مهم قدم برداریم.

### فرضیه

۱- آموزش گروهی به سبک نظریه امید اسنایدر بر شادکامی سالمندان مؤثر است.

### روش تحقیق

در این پژوهش با توجه به هدف و ماهیت آن، از روش تحقیق تجربی استفاده شد. بدین صورت که از بین سالمندان واجد شرایط ۳۰ نفر را به صورت تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و سپس مداخلات بر روی گروه آزمایش انجام می‌گردد.

---

1. Lopez



جامعه آماری در پژوهش حاضر سالمندان زن ساکن در آسایشگاه صادقیه شهر اصفهان می‌باشند که واجد شرایط زیر باشند:

- ۱- تمایل به شرکت در تحقیق داشته باشند.
  - ۲- از سلامت جسمانی و روانی کافی برخوردار باشند.
- با بررسی‌های به عمل آمده تعداد این سالمندان ۱۳۵ نفر می‌باشد. در این پژوهش به صورت تصادفی ساده نمونه‌گیری انجام می‌شود و محقق از بین ۱۳۵ نفر واجد شرایط ۲ گروه ۱۵ نفره آزمون و گواه را انتخاب کرده و جمعاً تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شده است.

جدول ۱- توزیع نمرات سن آزمودنی‌های در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	سن	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی عملی (درصد)
آزمایش	۶۴	۳	۲۰	۲۰
	۶۵	۳	۲۰	۴۰
	۶۶	۳	۲۰	۶۰
	۶۷	۲	۱۳/۳	۷۳
	۶۸	۲	۱۳/۳	۸۶
	۶۹	۱	۶/۷	۹۳
	۷۱	۱	۶/۷	۱۰۰
	کل	۱۵	۱۰۰	
کنترل	۶۴	۳	۲۰	۲۰
	۶۵	۲	۱۳/۳	۳۳/۳
	۶۶	۲	۱۳/۳	۴۶/۷
	۶۷	۴	۲۶/۷	۷۳/۳
	۶۸	۳	۲۰	۹۳/۳
	۷۰	۱	۶	۱۰۰
	کل	۱۵	۱۰۰	

در اینجا این نکته را یادآور شویم که آزمودنی‌ها به دلیل اینکه ساکن در سرای سالمندان بودند در آنجا تنها زندگی می‌کردند و همسران آنها یا فوت کرده بودند یا جدا شده بودند و در حال حاضر به صورت مجرد زندگی می‌کردند.

## ابزار پژوهش

### پرسشنامه شادکامی آکسفورد

در این تحقیق شادکامی براساس ابزار «شادکامی آکسفورد» سنجیده می‌شود که این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل ولو تهیه شد فرم نهایی پرسشنامه ۲۹ ماده دارد «علیپور و نوربالا، ۱۳۷۸» اعتبار این ابزار را والیانت پس از سه هفته با ارزش بازآزمایی ۰/۸۳ محاسبه کرد (آرگایل، ۲۰۰۱) در ایران این آزمون توسط علیپور و نوربالا (۱۳۷۸) ترجمه شده و درستی برگردان آن را توسط هشت متخصص نیز تأیید شده است روایی صوری پرسشنامه نیز به تأیید ده متخصص رسیده است اعتبار آزمون در دانشجویان دانشگاه‌های علامه طباطبایی و شاهد به روش آلفای کربناخ ۰/۹۸ و به روش تنصیف ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی پس از ۳ هفته ۰/۷۹ محاسبه شده است. هر ماده این آزمون شامل ۴ عبارت است که فرد یکی از آنها را انتخاب می‌کند. نمره هر ماده از صفر تا سه است یعنی دامنه نمره هر فرد بین ۰-۸۷ متغیر است.

### شیوه اجرای پژوهش

شیوه اجرای پژوهش پس از انجام نمونه‌گیری یک جلسه پیش‌آزمون در نیمه مهرماه ۸۸ اجرا شد که تمامی اعضای انتخاب شده برای پژوهش در یک جلسه در سرای سالمندان به سؤالات آزمون شادکامی آکسفورد پاسخ دادند چنانچه بعضی از آنها از توانایی خواندن و نوشتن برخوردار نبودند سؤالات برای آنها خوانده می‌شد. پس از آن کل افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار دادند گروه آزمایش به صورت هفتگی تحت درمان گروهی بر مبنای اصول نظریه امید قرار گرفت. برنامه

درمانی بر اساس کارهای اسنایدر (۱۹۹۴) و مک درموت<sup>۱</sup> و اسنایدر (۱۹۹۹) طراحی شد. مدت هر جلسه ۷۰ الی ۹۰ دقیقه بود پس از هشت جلسه درمان در یک جلسه عمومی همه افراد نمونه مجدداً به سوالات آزمون پاسخ دادند.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

روش تجزیه و تحلیل آماری در این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند در سطح توصیفی: توزیع فراوانی - رتبه درصدی انحراف معیار و میانگین محاسبه می‌شود و در سطح آمار استنباطی به علت اینکه روش تحقیق تجربی بود از روش تحلیل کواریانس استفاده شد.

### محتوای جلسات

جلسات درمانی در ۸ جلسه درمانی ۱/۵ ساعته به صورت گروهی اجرا می‌شود برنامه درمانی بر اساس کارهای اسنایدر (۱۹۹۹) طراحی شده است هر جلسه مشتمل بر چهار بخش می‌باشد در بخش اول حدود ۲۰ دقیقه در مورد فعالیت‌ها و تکالیف هفته گذشته مراجع بحث می‌شود و افراد ترغیب می‌شوند تا به همدیگر در رفع مشکلات مربوط به آن تکالیف کمک کنند در بخش دوم حدود ۲۰ دقیقه آموزش روانی و مهارت‌های مربوط به امید را یاد می‌گیرند که این مهارت‌ها در ۳ حیطه اهداف، گذرگاهها و عامل قرار دارند در بخش سوم که حدود ۴۰ دقیقه طول می‌کشد شیوه‌های به کارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره فرد بحث می‌شود مراجعان ترغیب می‌شوند که مسائل را به صورت عینی و روشن مطرح کنند و به یکدیگر کمک کنند تا با استفاده از مهارت‌های امید آنها را حل کنند در ۱۰ دقیقه پایانی جلسه نیز تکالیف مربوط به جلسه آتی ارائه می‌شود به طور کلی:

در جلسه اول: پرسشنامه‌های امید اجرا می‌شود و سپس ساختار جلسات، اهداف برنامه آموزشی بر اساس نظریه امید معرفی می‌شود.

---

1. MC Dermott

جلسه دوم: تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر ناامیدی و افسردگی و احساس پوچی

جلسه سوم: هر یک از مراجعان داستان زندگی خود را تعریف کند. هدف از این جلسه این است که به اعضا دریافتن امید<sup>۱</sup> کمک کنیم.

جلسه چهارم: تبیین این داستان‌ها بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید و قالب‌بندی مجدد داستان‌ها ضمن اینکه سعی شود تا مواردی از امید و موفقیت‌های گذشته اعضا شناسایی شود به منظور شناسایی عامل و گذرگاه‌های این موفقیت‌ها.

جلسه پنجم: مطرح کردن لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و میزان رضایت افراد از هر یک از این اتفاقات مشخص شود.

جلسه ششم: افراد را به انتخاب اهداف مناسب و مطرح کردن ویژگی‌های اهداف مناسب ترغیب می‌کنیم و هدف در این جلسه و دو جلسه قبل امیدافزایی<sup>۲</sup> در اعضا می‌باشد و کمک می‌کنیم تا اعضا پس از یافتن امید به افزایش آن بپردازند.

جلسه هفتم: ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب مطرح می‌شود و از افراد خواسته می‌شود برای رسیدن به اهداف تعیین شده راهکارهای مناسب انتخاب کنند و به آنها آموزش داده می‌شود که گذرگاه‌ها را به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک بشکنند و گذرگاه‌های جانشین تعیین کنند. در این جلسه هدف حفظ و بقای امید<sup>۳</sup> در اعضا گروه می‌باشد.

جلسه هشتم: راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد از جمله اینکه از افراد خواسته شد تا به خودگویی‌های مثبت و تصور ذهنی بپردازند تا به اهداف خود برسند و در نهایت به آنها یاد می‌دهیم که خودشان یک امید درمانگر باشند و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار گیرند به طوری که خودشان بتوانند اهداف و موانع آنها را تعیین کنند عامل لازم برای دستیابی به آن هدف در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه‌های لازم را تشخیص دهند. و در پایان مروری می‌کنیم بر مداخله‌های انجام

- 
1. Hope Bonding
  2. Enhancing Hope
  3. Hope Reminding

شده طی جلسات قبل و بررسی اظهار نظر اعضا در مورد جلسات و رسیدن آنها به اهدافشان، هدف در این جلسه تعیین میزان مداخله‌های امید درمانی و بررسی میزان پایداری امید<sup>۱</sup> در اعضا گروه می‌باشد.

سپس پرسشنامه شادکامی آکسفورد پس از اجرای مراحل امید درمانی مجدداً توسط اعضا گروه تکمیل می‌شود.

### یافته‌های پژوهش

در این بخش ابتدا میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل سپس تحلیل کواریانس برای تفاوت گروهها ارائه شده است.

جدول ۳- میانگین انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون شادی

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		تعداد	شاخص گروه
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۳/۹۵	۲۸/۰۶	۳/۵۳	۲۲/۳	۱۵	گروه آزمایش
۲/۶۳	۲۱/۲۶	۲/۶۳	۲۰/۹	۱۵	گروه کنترل

اطلاعات جدول ۳ میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون عملکرد شادکامی را نشان می‌دهد. براساس این اطلاعات میانگین گروه‌های آزمایش پس از مداخلات افزایش داشته است.

جدول ۴- آزمون لوین برای همسانی واریانس‌ها در شادی

گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
آزمایش	۲۸/۰۶	۳/۹۵	۱۵
کنترل	۲۱/۲۶	۲/۶۳	۱۵
کل	۲۴/۶۶	۴/۷۸	۳۰

Sig	درجه آزادی گروه کنترل	درجه آزادی گروه آزمایش	درجه آزادی
۰/۲۲	۲۸	۱	۱۱/۷۱۶

جدول ۵- خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر آموزش

سبک امید اسنایدر بر شادکامی سالمندان

شاخص آماری منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
پیش‌آزمون	۴۰/۴۴	۱	۴۰/۴۴	۳/۹۶	۰/۴۷	۰/۱۲۸	۰/۴۸۴
گروه	۲۷۸/۸۹	۱	۲۷۸/۸۹	۲۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳	۰/۹۹۹
خطا	۲۷۵/۴۲	۲۷	۱۰/۲۰۱	—	—	—	—

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی، مداخلات آموزش امید به سبک نظریه اسنایدر منجر به تفاوت معنادار بین گروه‌های آزمایش و کنترل شده است ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

میزان تأثیر ۵۰ درصد بوده است. یعنی ۵۰ درصد واریانس پس‌آزمون (بهبود عملکرد شادی) مربوط به مداخلات آموزش امید اسنایدر بوده است. همچنین توان آماری ۹۹ درصد می‌باشد. بنابراین از نتایج جدول فوق نتیجه گرفته می‌شود مداخلات

آموزش امید درمانی به سبک نظریه اسنایدر بر بهبود عملکرد شادی سالمندان مؤثر بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی اسنایدر بر افزایش شادکامی سالمندان صورت گرفت. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که امید درمانی در مرحله پس از آزمون منجر به افزایش شادی شده است. این نتایج حداقل با نتایج چند پژوهش دیگر در این زمینه همخوان است.

چانگ و همکاران (۲۰۰۲) در تحقیقات خود پی بردند که تفاوت معناداری در نمرات امید سالمندان و افراد میانسال و جوان‌تر نیست. جونز و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود عوامل شناختی و روان‌شناختی را که با شادکامی افراد سالمند رابطه دارد را مورد بررسی قرار دادند. پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که سلامت جسمانی و حمایت اجتماعی تأثیر عمده‌ای بر شادکامی افراد سالمند دارند و همانطور که از نتایج پژوهش حاضر بر می‌آید در این پژوهش نیز وجود جلسات گروهی و برقراری روابط صمیمانه و سالم با سالمندان خود نیز جنبه درمانی دارد و به آنها در بالا بردن خلق و افزایش شادی کمک می‌کند.

ولز (۲۰۰۵) در پژوهش‌های خود طی بررسی مداخلات مبتنی بر امید برای بزرگسالان به این نتیجه رسید که درصد واریانس افسردگی توسط امید پایین تبیین می‌شود و بین امید و پیامدهای بهتر روان درمانی از جمله شادی رابطه وجود دارد. آبروینک، اسنایدر و کروسون (۱۹۹۸) طی بررسی‌های خود که بر روی زنان مبتلا به سرطان انجام دادند نشان دادند که افرادی که دارای امید بالاتر هستند امید به زندگی بیشتری دارند و بهتر می‌توانند با بیماری خود کنار بیایند همچنین الیوت و همکاران (۱۹۹۱) نیز در تحقیقات خود که مبتنی بر تأثیر امید در فرایند بهبود جراحی نخاع بود به این نتیجه رسیدند که امید بالا با سازگاری و افسردگی کمتر و امید به زندگی بیشتر، رابطه دارد. آبروینک و همکاران (۱۹۹۷) نیز مطرح کردند که آموزش امید و امید

درمانی می‌تواند منافع روان‌شناختی مختلفی برای افراد داشته باشد. پژوهش کلاسنر و همکاران (۱۹۹۸) در مورد یک درمان گروهی برای بزرگسالان افسرده در جهت افزایش گذرگاه و عامل حاکی از آن است که ناامیدی، اضطراب، افسردگی شرکت‌کنندگان به‌طور معناداری کاهش یافته و میزان شادی به‌طور معناداری افزایش یافته است. شروین و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود اشاره داشته‌اند که طی یک فرایند امید درمانی مبتنی بر امید و میزان تفکر عامل، معنای زندگی و عزت نفس و سرزندگی افزایش می‌یابد و اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد.

پین‌کورات (۲۰۰۱) در پژوهشی که با عنوان «تفاوت‌های جنسی در عاطفه مثبت، عاطفه منفی و تعادل عاطفی در بین افراد میانسال و سالمند انجام داد به این نتیجه رسید که عاطفه مثبت و تعادل عاطفی با افزایش سن اندکی کاهش می‌یابد و عاطفه منفی با افزایش سن اندکی افزایش می‌یابد. در مجموع نتایج حاکی از آن بود که در میان افراد سالمند عاطفه مثبت کاهش بیشتر و عاطفه منفی افزایش بیشتری پیدا می‌کند همچنین نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که احساسات مثبت و منفی که برانگیختگی بالایی دارند (مانند هیجان زدگی یا آشفتگی) با افزایش سن کاهش پیدا می‌کنند.

پژوهش‌های دیگری همچون آیروینگ و همکاران (۲۰۰۴)، هنکینز (۲۰۰۴)، رآب (۲۰۰۷)، رایپلی و ورثینگتون (۲۰۰۲) و اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) نیز تأییدکننده یافته‌های موجود می‌باشند. علی‌رغم محدودیت وجود پژوهش‌های مرتبط در داخل کشور نیز نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های علاءالدینی (۱۳۸۷) و بیجاری (۱۳۸۸) و حمیدی (۱۳۸۷) جعفری (۱۳۸۳) همسو بود. به‌عنوان مثال در پژوهش علاءالدینی (۱۳۸۷) که تأثیر امید درمانی را بر میزان افسردگی دانشجویان دختر سنجد به این نتیجه رسید که هرچه مؤلفه امید بیشتر باشد افسردگی کاهش می‌یابد. یا در تحقیق بیجاری (۱۳۸۸) که به‌منظور اثر بخشی امید درمانی بر افزایش امید زنان مبتلا به سرطان انجام گرفت نتایج حاکی از آن بود که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی و کاهش



افسردگی می‌شود. و در تحقیق حمیدی (۱۳۸۷) آموزش گروهی امید منجر به کاهش تعارضات زناشویی شده است.

### پیشنهادها کاربردی

- ۱- با توجه به نتایج این تحقیق، متخصصان بالینی می‌توانند از این برنامه درمانی در کار با سالمندانی که دچار اختلالات خلقی یا افسردگی هستند استفاده نمایند.
- ۲- از آنجا که در روان‌شناسی مثبت اعتقاد بر آن است که سازه‌های روان‌شناسی مثبت، از جمله امید، می‌تواند از افراد در برابر آثار رویدادهای استرس‌زای زندگی حمایت کند به نظر می‌رسد که تدوین برنامه‌های پیشگیرانه بر اساس نظریه امید اسنایدر و استفاده از نقش پیشگیرانه آنها با آموزش به دانش‌آموزان و نوجوانان مفید باشد. بنابراین این برنامه می‌تواند مورد استفاده متصدیان آموزش و پرورش قرار گیرد.
- ۳- همچنین از آنجا که در تحقیقات متعدد نشان داده شده است که امید با عملکرد تحصیلی افراد رابطه نزدیک دارد و قدرتمندترین پیش‌بینی‌کننده پیشرفت تحصیلی است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱، ۱۹۹۷؛ کیوری و همکاران، ۱۹۹۷؛ اسنایدر، ۲۰۰۰، ۲۰۰۲؛ بارلو، ۲۰۰۲؛ اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۰، ۲۰۰۳؛ ولز، ۲۰۰۵)، به نظر می‌رسد که آموزش آن به دانشجویان و دانش‌آموزان و به‌خصوص داوطلبان ورود به دانشگاه، اثرات سودمندی در آینده تحصیلی آنان داشته باشد.
- ۴- از آنجایی که ممکن است اثرات درمان پس از گذشت یک ماه بعد از مرحله پس‌آزمون تداوم نداشته باشد لذا پیشنهاد می‌شود، جلسات حمایتی هرچند وقت یکبار پس از پایان درمان برای حفظ اثرات درمانی و تفکر عامل تا طولانی‌مدت برگزار شوند.
- ۵- انجام تحقیقات در زمینه‌شناسایی روش‌های مفید توان‌بخشی جسمی و روانی سالمندان صورت گیرد.

### محدودیت‌های پژوهش

- ۱- از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به حجم کم نمونه اشاره کرد و اینکه در تعمیم نتایج به کل جامعه باید دقت لازم به عمل آید.
- ۲- از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن نمونه آن به جامعه سالمندان زن ساکن در سرای سالمندان اشاره نمود بنابراین ممکن است یافته‌های پژوهش قابل تعمیم به سایر سالمندان و بقیه اقشار نباشد.
- ۳- در این پژوهش جلسات درمان توسط خود پژوهشگر اجرا شد. لذا ممکن است برای تأیید فرضیه‌ها، سوگیری‌های ناخواسته از جانب پژوهشگر وجود داشته باشد.
- ۴- صرف زمان زیاد جهت توجیه و خواندن پرسشنامه‌ها برای آزمودنی‌ها
- ۵- از آنجایی که بعضی از آزمودنی‌ها سواد خواندن نداشتند یا به دلایلی نمی‌توانستند پرسشنامه‌ها را بخوانند لذا پرسشنامه توسط محقق برای آنها خوانده شد که این خود می‌تواند در جواب دادن آزمودنی‌ها اثر سوء داشته باشد.
- ۶- کمبود منابع علمی و تحقیقاتی در سطح کشور یکی از عوامل عدم دسترسی به تحقیقات است که می‌تواند هر محقق را در مقایسه نتایج خود یاری دهد این پژوهش نیز با این مشکل روبه‌رو بوده است.
- ۷- به دلیل مشکلات مراکز سالمندان اجرای پیگیری امکان‌پذیر نبود.

### منابع

- آرگایل، مایکل. *روان‌شناسی شادی*، ترجمه مسعود گوهری انارکی، (۱۳۸۶)، اصفهان، جهاددانشگاهی واحد اصفهان.
- الیس، آبرت. اورینگ بکر. *زندگی شادمانه*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، (۱۳۸۳)، تهران، رسا.
- استورانت، مارتاوگری واندن بوس. *روان‌شناسی سالمندی*، ترجمه سیامک خدارحیمی، (۱۳۸۷)، تهران، مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی.

بهارى، فرشاد. (۱۳۸۸)، «تأثیر مداخله‌های امیدمحور، بخشش‌محور، ترکیبی از این دو بر تعارض زناشویی، تحریف‌های شناختی بین فردی زوج‌های متقاضی طلاق شهر اصفهان»، پایان‌نامه دکتري مشاوره، دانشگاه اصفهان، ۱۳۸۸.

بیجاری، هانیه. (۱۳۸۷). «بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۳۸۸.

پورزرعی، محسن. (۱۳۸۲)، «بررسی رابطه بین هوش هیجانی، سلامت روان و شادکامی در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه شهرستان فراشبند»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان.

تاجور، مریم. (۱۳۸۲)، *بهداشت سالمندان*، تهران، انتشارات نسل فردا.

جعفری، ابراهیم. محمدرضا عابدی و محمدجواد لیاقتدار. (۱۳۸۳)، «بررسی میزان شادمانی و عوامل آن در میان دانشجویان دانشگاه‌های شهر اصفهان»، گزارش تحقیق، اصفهان. حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه اصفهان.

رئیسى، حسین. (۱۳۸۲)، «بررسی اثربخشی آموزش شادمانی بر کاهش فشار خون بیماران مبتلا به فشارخون شهر اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

سلیگمن، ام. ای. پی. و روزنهان، د. *روان‌شناسی ناپه‌نجاری، آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه یحیی سید محمدی، (۱۳۸۳)، تهران، سالوا.

سادوک، سادوک، ب. *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری / روانپزشکی / بالینی*، ترجمه حسن رفیعی و خلیل سبحانیان، (۱۳۸۲)، تهران، ارجمند.

عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۴)، *شادی در خانواده*، تهران، انتشارات مطالعات خانواده.

علاءالدینی، زهرا. (۱۳۸۷)، «بررسی تأثیر امید درمانی بر میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ۱۳۸۷.

کار، آلن. *روان‌شناسی مثبت*، ترجمه مهرداد کلانتری، (۱۳۸۴)، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

کلینک، کریس ال. *انسان سالم زندگی سالم*، ترجمه علی محمد گودرزی، تهران، رسا.

کلدی، علیرضا. احمدعلی اکبری و مهشید فروغان. (۱۳۸۳)، «مسائل و مشکلات جسمانی اجتماعی روانی سالمندان منطقه ۱۳ تهران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۱۴.

لارنس، تامپسن. *سالمندی و خردمندی*، ترجمه زهره کسای، (۱۳۷۹)، تهران مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

منصوری. خ. (۱۳۸۷)، *آثار و کارکرد امید در زندگی انسان*، پایگاه مرکز فرهنگ و معارف قرآنی.

مظفری، شهباز. (۱۳۸۲)، «همبسته‌های شخصیتی شادمانی ذهنی براساس الگوهای پنج عاملی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز»، پنجمین همایش سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، زنجان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، ۷۷-۷۸.

هاوتون، کی. سالکووس، کی. کرک، جی. و کلارک، ام. *رفتار درمانی شناختی*، جلد اول، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده، (۱۳۸۵)، تهران، ارجمند.

Al Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. and Alloy, C.B. (1989). Hopelessness, depression: A theory- based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. and Alloy, C.B. (1989). Hopelessness, depression: A theory- based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

Anderson, J.R. (1992). Fostering hope: a report from frontline AIDS health care providers. Washington D.C.: Paper presented at the meeting of the American Psychological Association.

Bordin, E.S. (1976). The generalizability of psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

Borthner, R.W., Hultsch, D.F. (1970). A multivariate of correlates of life satisfaction in Adulthood. *Journal of Gerontology*, 25-47.

Baily, T.C. and Snyder, C.R. (2007). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *Psychological Record*, 57, 2, 233-240.

- Chang, E.C. and Disimone, S.L. (2001). The influence of hope on appraisals, coping and dysphoria: a test of hope theory. *Journal of social and clinical psychology*, 20,2,117-129.
- Chang, E.C. Rand, K.L., Strunk, D.R. and Desimone, S.L. (1999). Hope and depressive symptoms: testing a mediational model of stress and coping. Unpublished manuscript, northern Kentucky university, department of psychology, highland heights.
- Elliott, J.A. (2005). *Interdisciplinary perspectives on hope*. New york: Nova publishers.
- Elliott, J.A. and olver, I.N. (2007). Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Journal of social science and medicine*, 64, 1, 138-149.
- Elliott, T.R., witty, T.E., Herrick, S. and hoffman, J.T. (1991). Negotiating reality after physical loss: hope, depression and disability. *Journal of personality and social psychology*, 61, 608-613.
- Hankins, S.J. (2004). *Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an inpatient population*. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, the university of Mississippi.
- Irving, M.L., Snyder, C.R. and Crowson, J.J. (1998). Hope and coping with cancer by college females. *Journal of personality*, 66, 195-214.
- Irving, M.L., C.R., Snyder, cheavens, J., Coeaval, L. Hanke, J., Hilberg, P. and Nelson, N. (2004). The relationships between hope and outcomes at the pretreatment. *Journal of psychotherapy Integration*. 419-443
- Jones, T.G., Rapport, L.J., Hanks. R.A., Lichtenberg, P.A., 8 Telmet, K. (2003). Cognitive and psychological predictors of subjective well-being in urban older adults. *The clinical neuropsychologist*, 27,13-18
- Klausner, E., Snyder, C.R. and cheavens, J. (2000). "A hope-based group treatment for depressed older adult outpatients", in G.M. Williamson,

- P.A. Parmlee and D.R. Shaffer (eds.), physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice. New York: Plenum, pp.295-310.
- Klausner, E.J., Clarking, J.F., Spielman, L., Pupo, C., Abrams, R. and Alexopoulos, G.S. (1998) Late- Life depression and functional disability: the role of goal- focused group psycho- therapy. *International Journal of Geriatric psy chiatry*, 13,707-716.
- Lopez, S.J. and kerr, B.A. (2006). An open source approach to creating positive psychological practice: a comment on wong's strengths centered therapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43, 2, 147-150.
- Lopez, S.J., and snyder, C.R. (2000) the futur of psychology assessment: Making a difference. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, 461-468
- Lopez, S.J., and snyder, C.R. (Eds). (2003a). *positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Milligan, D, Rosen, J., Finch, J., Rhudy, J. and fortunate, V. (2007). Longitudinal effects of hope on depression and anxiety: a latent variable analysis. *Journal of personality*, 75, 43-64.
- Peterson. J.S., Gerhardt, W.M., and Rode, C.J. (2006). Hope, learning goals and task performance. *Personality and individual difference*, 40, 6, 1099-1109.
- Philips, D.L. (1976). Social participation and Happiness. *The American Journal of sociology*, 72, 479- 483.

- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive Affect, negative affect and affect balance in middle and old age. *Journal of happiness studies*, 2, 375- 405
- Peterson, C., Park, N., Seligman, M.E.P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of happiness studies*, 6, 25-41.
- Ripley, J.S., and Worthington, E.L. (2002). Hope- focused and forgiveness-based group interventions to promote marital enrichment. *Journal of counseling and development*, 80, 452-463.
- Raab, K.A. (2007). *Fostering Hope in a psychiatric Hospital*. Royal Ottawa Health Care.
- Snyder, C.R.Y., Lopez, S.J. (2001). *Handbook of Positive Psychology US*: Oxford University Press.
- Snyder, C.R. (1996). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of counseling and Development*, 73(3), 355-360.
- Snyder, C.R., Harris, C., Irving, L.M., (1991). The will and the ways: development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60, 570.
- Snyder C.R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 2002. 13(4), 249-275.
- Snyder C.R., Ritschel L.A., Ravid., L.K. and Berg C.J. (2006). Balancing Psychological Assessments: Including Strengths and Hope in Client Reports. *Journal of Clinical Psychology* 62(1), 33-46.
- Sherwin, E.D., Elliott, T.R., Rybarczyk, B.D., Frank, R.G., Hanson, S. and Hoffman, J. (1992). Negotiating the reality of care giving: hope, burnout and nursing. *Journal of social and clinical psychology*, 11, 129-139.

- Snyder, C.R., McCullough, M.E. (2000). A positive psychology field of dreams. *Journal of social and clinical psychology*, 19, 151-160.
- Vilaythong, A.P. Arnau, R.C., Rosen, D.H., and Mascaro. N. (2003). Humor and Hope: Can humor increase hope?. *Journal of Humor*2003, 16(1), 79-89
- Worthington. E.L.Jr. (2005) *Hope- Focused Marriage Counseling: A Guide to Brief Therapy*. IVP Academic: USA
- 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.