



## بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی

### The Effects of Group Hope-Therapy on Mental Health of Female Students in Isfahan University.

Zohre Alaeddini, Mohammad Bagher Kajbaf, PhD., and Hosein Molavi, PhD.

زهرة علاءالدینی<sup>۱</sup>، دکتر محمدباقر کجباغ<sup>۲</sup> و دکتر حسین مولوی<sup>۳</sup>

پذیرش نهایی: ۸۷/۵/۱۵

تاریخ بازنگری: ۸۷/۳/۵

تاریخ دریافت: ۸۷/۲/۳

#### Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effect of group hope therapy on the hope and mental health of female students in Isfahan University. 30 students were randomly divided in two groups as control and experimental groups participated in this study.

Mental health, were measured with GHQ scale and hope were measured with Snyder's hope scale. It was hypothesized that hope therapy can increase hope and mental health. The intervention program includes of 8 sessions of different parts of therapy.

Covariance analysis showed that after 8 session of group hope therapy mental health was significantly more ( $p < 0/01$ ) and social dysfunction and depression subscales was significantly lower ( $p < 0/05$ ) in the experimental group than control group. It is concluded that as a useful method of intervention, hope therapy can be applied for increase the hope and mental health of clients.

#### Keywords

hope therapy, hope, mental health

#### چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر افزایش میزان امید و سلامت روانی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان بوده است. به این منظور با استفاده از اطلاعات، از دانشجویان برای شرکت در جلسات دعوت به عمل آمد. سپس تعداد ۳۰ نفر از این افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از آزمون GHQ و پرسشنامه امید اسنایدر استفاده شد.

فرض تحلیل کواریانس نشان داد که این برنامه درمانی منجر به افزایش امید ( $p < 0/05$ ) و سلامت روانی شده ( $p < 0/01$ ) و کاهش نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی ( $p < 0/05$ ) شده است، اما در نمرات زیرمقیاس های اضطراب و بی خوابی و نشانه های جسمانی تغییر معناداری مشاهده نشد.

#### کلیدواژه ها

امیددرمانی، امید، سلامت روانی

۱- (نویسنده پاسخگو)، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه اصفهان. email: ma\_psychology1@yahoo.com

۲- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

۳- استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان



توانمندی‌ها باشد، علاوه بر درمان نشانه‌های بیماری، مراجع را در مقابل سختی‌ها و عوامل استرس‌زای آینده مقاوم می‌کند.

آثار سودمند سازه‌های مثبت (مثل خوش بینی و امید) بر سلامت جسمانی و روانی در تحقیقات مختلف تأیید شده است (شیر، کارور و بریدجز، ۲۰۰۱). در این میان سازه امید توجه فزاینده‌ای را به خود اختصاص داده است (اسنایدر، ۲۰۰۰). پس از طرح نظریه امید از جانب اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و ایجاد مقیاسی برای اندازه‌گیری آن، حجم وسیعی از پژوهش‌ها به بررسی رابطه امید با متغیرهای مختلف سلامت روانی و حتی جسمانی پرداختند. به عنوان مثال تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که امید با عاطفه مثبت (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۶)، و احساس خود-ارزشمندی (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷) همبستگی مثبت دارد و همچنین به طور منفی با افسردگی (الیوت، ویتی، هر یک، هافمن، ۱۹۹۱، اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱، اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷، چانگ، رند، استرانک و دی سیمون، ۱۹۹۹، ماگالتا و اولیور، ۱۹۹۹، چنج، ۲۰۰۱، ولز، ۲۰۰۵، فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵)، اضطراب (ولز، ۲۰۰۵، فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵)، احساس فرسودگی (شروین و همکاران، ۱۹۹۲) و به طور کلی عواطف منفی در ارتباط است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). از نظر اسنایدر (۱۹۹۴) ملالت و افسردگی با انسداد یا عدم تحقق اهداف رابطه دارد که برای فرد اهمیت بسیار زیادی دارند. امید پایین می‌تواند سطح افسردگی و نقص روانی اجتماعی پایین‌تر را پیش‌بینی کند (الیوت، ویتی، هافمن، ۱۹۹۱).

در دیدگاه‌های فرهنگی و علمی مختلف، امید دارای تعاریف متفاوتی است. از نظر اسنایدر، امید یک هیجان انفعالی نیست که تنها در لحظات تاریک زندگی پدیدار می‌شود، بلکه فرایندی شناختی است که افراد به وسیله آن، فعالانه اهداف خود را دنبال می‌کنند. از نظر او امید فرایندی است که طی آن افراد (۱) اهداف خود را تعیین می‌کنند، (۲) راهکارهایی برای رسیدن به آن اهداف خلق می‌کنند و (۳)

## مقدمه

روانشناسان پذیرفته‌اند امید می‌تواند بر بیماری روانی اثر داشته باشد (فرانک، ۱۹۷۸). در رویکرد سنتی که بر مبنای الگوی آسیب‌شناسی است، هدف اصلی درمان، حذف بیماری روانی و «تثبیت» فرد است. درمانگران مدت‌ها بر این فرض بودند که کاهش نشانه‌های منفی منجر به سلامت روان و عملکرد مؤثر می‌شود. اما امروزه با ظهور روانشناسی مثبت مشخص شده که این فرض ممکن است کاملاً درست نباشد (ریسکیند و همکاران، ۱۹۹۶، شیر و کارور، ۱۹۹۲). امیددرمانی، بر مبنای رویکرد روانشناسی مثبت، به جای تمرکز صرف بر ضعف‌های انسان، توانمندی‌های او را مورد توجه قرار می‌دهد (سلیگمن، ۲۰۰۲).

اگرچه درمان بیماری روانی به نوبه خود حائز اهمیت بوده و یک هدف درمانی مهم است، اما رویکردی که صرفاً بر آسیب‌شناسی تمرکز داشته باشد دو مسأله را به وجود می‌آورد. اول اینکه بسیاری از افرادی که به جستجوی درمان اقدام می‌کنند، بیمار روانی نیستند (ریجر و همکاران، ۱۹۹۳). آنها ممکن است احساس کنند که زندگی غیرجذاب، نارضایت‌بخش یا حتی بی‌ارزش است، اما با این حال دارای ملاک‌های تشخیصی هیچ یک از بیماری‌های روانی نیستند. متخصصان سلامت روان، اغلب تشخیص اختلال سازگاری را برای این مراجعان تعیین می‌کنند (کیل-باسا و همکاران، ۲۰۰۴). چنین مراجعانی به منظور حذف یک اختلال روانی قابل تشخیص، دنبال درمان نیستند بلکه به دنبال بهبود زندگی خود می‌باشند. دوم اینکه حتی اگر مراجعان داری اختلال روانی باشند، تمرکز درمان بر ضعف‌های گذشته به جای توانمندی‌های موجود و آرزوهای آینده، ممکن است راهکار درمانی بهینه‌ای را ارائه نکند (سلیگمن و پترسون، ۲۰۰۳). از نظر سلیگمن و پترسون (۲۰۰۳)، الگویی که شامل راهکارهایی برای ریشه کن کردن نشانه‌ها و در عین حال راهکارهایی برای تقویت و القاء



کار را انجام دهم» یا «رها نخواهم کرد» نمایان می‌شود (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۸). تفکر عامل، فرد را برای شروع و حفظ حرکت در طول مسیر به سمت هدف برمی‌انگیزد.

این سه مؤلفه امید (هدف، تفکر گذرگاه و تفکر عامل) بر یکدیگر اثر متقابل دارند (کار، ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی زند و باقر ثنایی، ۱۳۸۵). تعیین اهداف مهم منجر به افزایش انگیزه می‌شود و این انگیزه برانگیخته شده به نوبه خود ممکن است به یافتن گذرگاه کمک کند. برخی پژوهش‌ها در حمایت از این نظر وجود همبستگی مثبت (۰/۴۵ تا ۰/۷۰) بین نمرات گذرگاه و عامل را نشان داده‌اند (اسنایدر، ۱۹۹۱).

امید درمانی، یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید اسنایدر به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است. در این درمان، شرکت کنندگان ابتدا با اصول نظریه امید آشنا شده و سپس به آنها آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود به کار گیرند. شرکت کنندگان یاد می‌گیرند که چگونه (۱) اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری تعیین کنند، (۲) گذرگاه‌های متعدد برای حرکت به سمت این اهداف تعیین کنند، (۳) منابع انگیزشی و تأثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند، (۴) پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند و (۵) اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند. این مداخله به صورت گروهی اجرا می‌شود زیرا در نظریه اسنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه منعکس کننده یک فرایند تبادلی<sup>۳</sup> است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷). بر اساس بررسی‌های انجام گرفته تصور بر این است که پژوهش حاضر نخستین ارزیابی از این درمان نوین در ایران می‌باشد. بر همین اساس و با توجه به سودمندی این روش درمانی از این پژوهش بررسی اثر بخشی امید درمانی گروهی بر سلامت روان بوده و فرض اصلی پژوهش این است که امید درمانی می‌تواند میزان امید و سلامت روانی افراد را افزایش دهد.

انگیزه لازم برای به اجرا در آوردن این راهکارها را ایجاد کرده و در طول مسیر حفظ می‌کنند. این سه مؤلفه الگوی امید به عنوان اهداف، تفکر گذرگاه<sup>۱</sup> و تفکر عامل (کارگزار<sup>۲</sup>) شناخته می‌شوند (اسنایدر، ۱۹۹۴، ۱۹۹۵).

اهداف، نقاط پایان رفتارهای هدفمند هستند (اسنایدر، ۱۹۹۴، اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷). به عبارت دیگر تقریباً همه آنچه که یک فرد انجام می‌دهد به سمت دستیابی به یک هدف است. هدف شامل هر چیزی است که فرد مایل به دستیابی انجام و تجربه یا خلق آن است (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۲). علاوه بر این در نظریه امید، اهداف منبع اصلی هیجان هستند. هیجان مثبت ناشی از دستیابی به هدف یا تصور نزدیک شدن به آن است، در حالی که هیجان منفی ناشی از شکست در دستیابی به هدف یا تصور دور شدن از آن است (اسنایدر، ۲۰۰۲). با توجه به پیوند بین دستیابی به هدف و عاطفه مثبت، ممکن است به نظر برسد که بهترین راهکار، تعیین اهداف آسان و کاملاً قابل دستیابی است. اما افراد دارای امید بالا معمولاً به دنبال اهدافی هستند که دارای میزانی از عدم قطعیت و سطح دشواری متوسط باشند (اسنایدر، ۱۹۹۴). تفکر گذرگاه، توانایی ادراک شده فرد برای شناسایی و ایجاد مسیرهایی به سمت هدف است (اسنایدر، ۱۹۹۴). از آنجا که برخی از طرح‌ها و نقشه‌ها ممکن است با شکست مواجه شوند، افراد دارای امید بالا، به منظور مقابله با موانع احتمالی، چندین گذرگاه را در نظر می‌گیرند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱، ۱۹۹۶، ایروینگ و همکاران، ۱۹۹۸). لازم به ذکر است که آثار سودمند امید، ناشی از توانایی واقعی در ایجاد گذرگاه‌ها نیست بلکه ناشی از این ادراک است که چنین گذرگاه‌هایی در صورت لزوم می‌توانند تولید شوند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱).

تفکر عامل (کارگزار)، تفکری است که افراد در مورد توانایی خود برای شروع و تداوم حرکت در مسیر انتخاب شده به سمت هدف دارند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۹). این افکار در خودگویی‌های مثبت همچون، «من می‌توانم این

3. transactional

1. pathway thinking  
2. agency



## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه مورد نظر در این تحقیق شامل کلیه دانشجویان دختر است که در سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵ در دانشگاه اصفهان مشغول به تحصیل بودند. به منظور انتخاب گروه نمونه با استفاده از اطلاعاتی، از دانشجویان برای شرکت در جلسات دعوت به عمل آمد. سپس تعداد ۳۰ نفر از این افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. طی اجرای پژوهش، در گروه آزمایش سه نفر افت وجود داشت که همین تعداد به طور تصادفی از گروه کنترل نیز حذف شدند.

## ابزار

### پرسشنامه سلامت روان

به منظور ارزیابی سلامت روانی آزمون GHQ-28 مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ ساخته شده است و مشتمل بر ۲۸ سؤال در چهار زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی می‌باشد. اعتبار (۰/۶۵) و پایایی (۰/۷-۰/۹۳) این مقیاس در ایران ارزیابی شده و مورد تأیید قرار گرفته است (تقوی، ۱۳۸۰).

### مقیاس امید بزرگسالان

به منظور بررسی امید نیز از پرسشنامه امید بزرگسالان استفاده شد. مقیاس امید بزرگسالان یک پرسشنامه خودگزارشی مشتمل بر ۱۲ سؤال است که توسط اسناید و همکاران در سال ۱۹۹۱ ساخته شده و ویژگی‌های روانسنجی آن مورد تأیید قرار گرفت (اسناید و همکاران، ۱۹۹۱). به منظور بررسی مقدماتی روایی و پایایی این پرسشنامه، محقق آن را بر روی ۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان اجرا نمود. نتایج حاکی از آن است که این پرسشنامه دارای همسانی درونی ( $\alpha=0/68$ ) است. همچنین وجود

همبستگی معنادار بین این پرسشنامه با عاطفه مثبت ( $p=0/001, r=0/64$ ) و خوش بینی ( $p=0/034, r=0/46$ ) مبین اعتبار همزمان آن می‌باشد.

### شیوه اجرای پژوهش

پس از انتخاب گروه نمونه و جایگزینی تصادفی آنها در دو گروه کنترل و آزمایش آزمون GHQ و پرسشنامه امید قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل (امید درمانی) در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد تا پاسخ دهند.

جلسات درمانی شامل ۸ جلسه دو ساعته گروهی بود؛ برنامه درمانی بر اساس کارهای اسناید (۱۹۹۴) و مک‌درموت و اسناید (۱۹۹۹) طراحی شد. هر جلسه مشتمل بر چهار بخش بود. در بخش اول حدود ۳۰ دقیقه در مورد فعالیت‌ها و تکالیف هفته گذشته مراجع بحث می‌شد و افراد ترغیب می‌شدند تا به همدیگر در رفع مشکلات مربوط به آن تکالیف کمک کنند. در بخش دوم که حدود ۲۰ دقیقه طول می‌کشید آموزش روانی ارائه می‌شد، در این بخش مراجعان هر هفته یک مهارت جدید مربوط به امید را می‌آموختند، که این مهارت‌ها در سه حیطه اهداف، گذرگاه‌ها و عامل قرار داشتند. در بخش سوم که حدود ۵۰ دقیقه به طول می‌انجامید شیوه‌های به کارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره فرد مورد بحث قرار می‌گرفت، مراجعان ترغیب می‌شدند تا مسایل را به صورت عینی و روشن مطرح کرده و به یکدیگر کمک کنند تا با استفاده از مهارت‌های امید آنها را حل کنند. در طول این بخش درمانگر فرایندهای گروهی را ترغیب کرده و همزمان تلاش می‌کرد تا مکالمات، برعناوین مربوط به امید متمرکز شده و در چهارچوب نظریه امید قالب‌بندی شود. در ۱۰ دقیقه پایانی هر جلسه نیز تکالیف مربوط به جلسه آتی ارائه می‌شد. این تکالیف برای کمک به آنها در به کارگیری آموزش‌های ارائه شده، در زندگی روزانه بود.

به طور کلی در جلسه اول ساختار جلسات و اهداف برنامه



هفتم ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب مطرح شده و از آنها خواسته شد تا برای رسیدن به اهداف تعیین شده 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 خودشان بتوانند اهداف و موانع آنها را تعیین کنند، عامل لازم برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه‌های لازم را تشخیص دهند.

تجزیه و تحلیل داده‌های خام حاصل از این پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS-13 در دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس صورت گرفت. در تحلیل کواریانس تأثیر نمرات پیش‌آزمون از روی متغیرهای وابسته برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به میانگین‌های تعدیل شده مورد مقایسه قرار گرفتند.

آموزشی معرفی شده و امید بر اساس نظریه اسنایدر تعریف شد. در جلسه دوم به تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر افسردگی مورد بحث قرار گرفت، ضمن اینکه در این دو جلسه سعی شد تا رابطه درمانی لازم با هر یک از مراجعان برقرار شود و فرایندها و پویایی‌های گروه مورد توجه قرار می‌گرفت. در جلسه سوم از هر یک از مراجعان خواسته شد تا داستان زندگی خود را به زبان خود برای گروه تعریف کند و در جلسه چهارم این داستان‌ها بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید اسنایدر: «هدف»، «عامل» و «گذرگاهها»، تبیین شده و مجدداً قالب‌بندی شدند، ضمن اینکه سعی شد تا مواردی از امید در زندگی هر یک از اعضاء 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 هر یک از آنها و میزان رضایت خود از هر یک از آنها را مشخص نمایند. در جلسه ششم ویژگی‌های اهداف مناسب بر اساس نظریه اسنایدر مطرح شده و سپس افراد برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه‌های زندگی ترغیب شدند. در جلسه

| پس‌آزمون         |         | پیش‌آزمون        |         | گروه‌ها | آزمونها              |
|------------------|---------|------------------|---------|---------|----------------------|
| انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین |         |                      |
| ۵/۹۴             | ۱۷/۸۸   | ۷/۲۵             | ۲۰/۵    | آزمایش  | GHQ                  |
| ۳/۳۴             | ۵/۶۳    | ۳/۰۷             | ۵       |         | نشانه‌های جسمانی     |
| ۳/۸۵             | ۵/۲۵    | ۳/۲۵             | ۵/۳۸    |         | اضطراب و بیخوابی     |
| ۱/۹۹             | ۴/۳۸    | ۳/۱۶             | ۵/۶۳    |         | نارساکنش‌وری اجتماعی |
| ۱/۴۱             | ۲/۶۳    | ۲/۹۸             | ۴/۵     |         | افسردگی              |
| ۶/۴              | ۲۳/۷۵   | ۴/۵              | ۲۰/۱۳   |         | امید                 |
| ۸/۹۷             | ۲۱/۵    | ۹/۲۹             | ۲۲/۲۵   | کنترل   | GHQ                  |
| ۲/۹۳             | ۴/۵     | ۲/۶۶             | ۳/۷۵    |         | نشانه‌های جسمانی     |
| ۴/۴۳             | ۵/۷۵    | ۴/۵۷             | ۶/۶۳    |         | اضطراب و بیخوابی     |
| ۱/۹۳             | ۷/۵     | ۱/۹۳             | ۸/۵     |         | نارساکنش‌وری اجتماعی |
| ۱/۲۸             | ۳/۷۵    | ۲/۶۷             | ۳/۳۸    |         | افسردگی              |
| ۵/۴              | ۱۸/۱۳   | ۵/۱۵             | ۱۹/۲۵   |         | امید                 |

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون GHQ



### یافته‌های پژوهش

میانگین وانحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری هر یک از آزمون‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

همان‌طور که در این جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات GHQ و زیر مقیاس‌های آن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است (لازم به ذکر است که در آزمون GHQ کسب نمره پایین‌تر به معنای داشتن سلامت روانی بیشتر است). همچنین میانگین نمرات امید گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش نشان داده است. به منظور بررسی تفاوت‌های مشاهده شده بین دو گروه از تحلیل کواریانس استفاده شده و نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همگام وارد تحلیل شدند. یافته‌های این تحلیل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین تعدیل شده نمرات GHQ بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). لذا این فرض که «امید درمانی گروهی میزان سلامت روانی گروه آزمایش را افزایش می‌دهد»، تأیید می‌شود.

شود. میزان این تأثیر ۰/۴ می‌باشد و توان آماری (۰/۷۷) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمون این فرضیه نسبتاً کافی بوده است. همچنین در این جدول مشاهده می‌گردد که بین میانگین تعدیل شده نمرات زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p < 0/43$  و  $p < 0/95$ ). در حالی که بین میانگین تعدیل شده نمرات نارساکنش‌وری اجتماعی در مرحله پس-آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). لذا این فرض که «امید درمانی گروهی میزان نمرات نارساکنش‌وری اجتماعی گروه آزمایش را کاهش می‌دهد»، تأیید می‌شود. میزان این تأثیر ۰/۲۵ می‌باشد و توان آماری (۰/۴۹) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمون این فرضیه نسبتاً کم بوده و باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. این جدول همچنین نشان می‌دهد که بین میانگین تعدیل شده نمرات زیرمقیاس افسردگی بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/04$ ). لذا این فرض که «امید درمانی گروهی نمرات زیرمقیاس افسردگی گروه آزمایش را کاهش می‌دهد»، تأیید می‌گردد. میزان این تأثیر ۰/۲۸ می‌باشد و توان آماری (۰/۵۴) نشان می‌دهد که

| متغیرها     | آزمون                | میانگین مجزورات | درجه آزادی | F      | معناداری | میزان تأثیر | توان آماری |
|-------------|----------------------|-----------------|------------|--------|----------|-------------|------------|
| پیش‌آزمون   | GHQ                  | ۷۸۵/۳۹          | ۱          | ۴۰۰/۵۶ | ...      | ۰/۹۷        | ۱          |
|             | نشانه‌های جسمانی     | ۸۳/۱۵           | ۱          | ۱۹/۷۵  | ۰/۰۰۱    | ۰/۶         | ۰/۹۸       |
|             | اضطراب و بیخوابی     | ۲۰۳/۵۶          | ۱          | ۷۰/۶۸  | ...      | ۰/۸۵        | ۱          |
|             | نارساکنش‌وری اجتماعی | ۹/۴۷            | ۱          | ۲/۷۷   | ۰/۱۲     | ۰/۱۸        | ۰/۳۴       |
|             | افسردگی              | ۶/۱۶            | ۱          | ۴/۱۷   | ۰/۰۶     | ۰/۲۴        | ۰/۴۷       |
|             | امید                 | ۳۳۵/۶۹          | ۱          | ۲۷/۸۵  | ...      | ۰/۶۸        | ۰/۹۹       |
| عضویت گروهی | GHQ                  | ۱۶/۶۳           | ۱          | ۸/۴۸   | ۰/۰۱     | ۰/۴         | ۰/۷۷       |
|             | نشانه‌های جسمانی     | ۰/۰۲            | ۱          | ۰/۰۰۴  | ۰/۹۵     | ...         | ۰/۰۵       |
|             | اضطراب و بیخوابی     | ۱/۹۲            | ۱          | ۰/۶۷   | ۰/۴۳     | ۰/۰۵        | ۰/۱۲       |
|             | نارساکنش‌وری اجتماعی | ۱۴/۶۸           | ۱          | ۴/۲۹   | ۰/۰۵     | ۰/۲۵        | ۰/۴۹       |
|             | افسردگی              | ۷/۳۸            | ۱          | ۴/۹۹   | ۰/۰۴     | ۰/۲۸        | ۰/۵۴       |
|             | امید                 | ۸۸/۹۴           | ۱          | ۷/۳۸   | ۰/۰۱۸    | ۰/۳۷        | ۰/۷۱       |

جدول ۲ - نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات GHQ دو گروه در مرحله پس‌آزمون



امیدوارانه)، معنای زندگی و عزت نفس را افزایش داده و نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد. همچنین وجود رابطه منفی بین افسردگی و امید در تحقیقات مختلف نشان داده شده است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷، چنج، ۲۰۰۱، ولز، ۲۰۰۵).

این برنامه درمانی منجر به کاهش افسردگی می‌شود چون در آن به مراجعان آموزش داده می‌شود اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری تعیین کرده و برای دستیابی به آنها گذرگاه‌های متعدد در نظر بگیرند. داشتن هدف و امید به دستیابی آن به زندگی فرد معنا داده و او را در مسیر خاصی قرار می‌دهد. از نظر فلدمن و اسنایدر (۲۰۰۵) امید و معنای زندگی با یکدیگر رابطه دارند به طوری که امید را یکی از مؤلفه‌های معنا می‌دانند. همچنین وجود راهبردهای رفتاری، گامی در جهت فعال کردن مراجع است و به او کمک می‌کند تا فعالانه اهداف تعیین شده را دنبال کند که این امر نیز به نوبه خود می‌تواند در کاهش افسردگی مؤثر باشد. از نظر اسنایدر (۲۰۰۰) سه الگوی انسداد هدف وجود دارد که فرد را مستعد ابتلا به افسردگی بالینی می‌کند، (۱) مسدود شدن یک هدف مهم یا اساسی، (۲) انتخاب اهدافی که رضایت‌بخش نیستند و (۳) انتظار تعمیم‌یافته برای شکست. همچنین از نظر او، از دست رفتن عامل با انسداد هدف، و ناتوانی در ایجاد گذرگاه‌های مناسب می‌تواند فرد را مستعد افسردگی کند. در امیددرمانی سعی بر آن است که این الگوها در مراجع اصلاح شود تا میزان افسردگی او کمتر شده و آسیب‌پذیری او نسبت به این اختلال کاهش یابد. به این منظور به آنها آموخته می‌شود تا «اهداف»، «گذرگاه‌ها» و «عامل» بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت‌های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت بپردازند.

در توجیه تأثیر این درمان بر نارساکنش‌وری اجتماعی می‌توان به این نکته اشاره کرد که آموزش‌های ارائه شده در این برنامه درمانی به مراجع کمک می‌کند تا گذرگاه‌های

حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه نسبتاً کم بوده و باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. یافته‌های این جدول همچنین مبین آن است که بین میانگین تعدیل شده نمرات امید بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/018$ ). لذا این فرض که «امید درمانی گروهی میزان امید گروه آزمایش را افزایش می‌دهد»، نیز تأیید می‌شود. میزان این تأثیر ۰/۳۷ بوده و توان آماری (۰/۷۱) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه نسبتاً کافی بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر افزایش میزان سلامت روانی انجام گرفت. نتایج این تحقیق حاکی از آن است که این برنامه درمانی منجر به افزایش میزان امید و سلامت روانی شده است. این یافته‌ها بسیار نویدبخش بوده و نشان‌دهنده ارزش بالقوه درمان‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت به طور عام و امید به طور خاص است.

همان‌طور که در این پژوهش مشاهده شد این برنامه درمانی در افزایش میزان امید و کاهش نشانه‌های نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی مؤثر است هر چند در نمرات زیرمقیاس‌های اضطراب و بی‌خوابی و نشانه‌های جسمانی تغییر معناداری ایجاد نکرده است.

نتایج این تحقیق با نتایج چند پژوهش دیگر در این زمینه همخوان است. آیروینگ و همکاران (۱۹۹۷)، کلاسنر و همکاران (۱۹۹۸، ۲۰۰۰)، شیونز و همکاران (۲۰۰۱) و هنکینز (۲۰۰۴) در پژوهش‌های خود طی بررسی مداخله‌های مبتنی بر امید برای بزرگسالان دارای تشخیص افسردگی نشان دادند که این درمان منجر به کاهش علائم افسردگی و افزایش میزان امید می‌شود. شیونز و همکاران (۲۰۰۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند که امیددرمانی می‌تواند تفکر عامل (یکی از مؤلفه‌های تفکر



مبین این است که حجم نمونه برای بررسی این فرضیه‌ها کافی نبوده است (مولوی، ۱۳۸۶). از دیگر محدودیت‌های این تحقیق، داوطلبانه بودن مشارکت افراد در جلسات درمانی بوده است. ممکن است برخی از آثار مشاهده شده ناشی از این امر باشد که شرکت‌کنندگان خود به دنبال این برنامه بوده‌اند. به منظور کنترل این امر می‌توان در تحقیق‌های بعدی از روش‌های دیگری برای انتخاب نمونه استفاده نمود. همچنین در این پژوهش همانند اکثر پژوهش‌های دیگر از ابزارهای خودگزارشی برای اندازه‌گیری سازه‌های مورد نظر استفاده شد در تحقیق‌های بعدی می‌توان از شاخص‌های عینی رفتاری یا مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته استفاده نمود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن نمونه آن به جامعه دانشجویان دختر اشاره نمود، در این راستا پیشنهاد می‌شود که این بررسی در جمعیت‌های دیگر نیز انجام گیرد.

مشاهده بالینی نشان داد که طول مدت درمان ممکن است برای ایجاد تغییر در تعیین اهداف و دنبال کردن آنها کافی نباشد بنابراین بهتر است پژوهش‌های آینده شامل یک دوره درمانی طولانی‌تر و همچنین پیگیری‌های طولانی و متعدد باشد. این پیگیری‌ها علاوه بر این که می‌تواند میزان تداوم آثار درمان را نشان دهد، به محققان در کشف آثار پنهانی که مدتی پس از درمان ظاهر می‌شوند، کمک می‌کند.

با توجه به این که در این برنامه درمانی مستقیماً نشانه‌های بالینی هدف قرار نگرفتند و فقط تفکر امیدوارانه افزایش داده شد می‌توان نتیجه گرفت که افزایش توانمندی (امید) به خودی خود می‌تواند منجر به بهبود شود و درمان‌های مؤثر علاوه بر کاهش نشانه‌ها، بهتر است به دنبال افزایش توانمندی‌های مراجع نیز باشند. چنین برنامه‌هایی می‌تواند به ویژه برای مراجعانی که فاقد ملاک‌های تشخیصی یک اختلال هستند مفید فایده باشد. در پژوهش‌های آینده می‌توان به بررسی این مسأله پرداخت

مختلف به سمت هدف خود تعیین کرده و انگیزه خود برای حرکت در این مسیرها را حفظ کند، ضمن این که می‌آموزد چگونه با موانع مقابله کند. سئوالات پرسشنامه GHQ در بعد نارساکنش‌وری اجتماعی نیز دربرگیرنده همین مفاهیم است و به بررسی فعالیت‌ها، نحوه انجام آنها و میزان رضایت فرد از آنها پردازد.

اما نتایج این پژوهش نشان داد که این برنامه درمانی بر کاهش اضطراب و بی‌خوابی و نشانه‌های جسمانی تأثیری نداشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ولز (۲۰۰۵)، فلدمن و اسناید (۲۰۰۵) و شیونز و همکاران (۲۰۰۶)، هماهنگ نیست، آنها در تحقیقات خود نشان داده‌اند که این برنامه درمانی منجر به کاهش اضطراب می‌شود. همچنین تحقیقات متعدد وجود رابطه بین امید و نشانه‌های جسمانی را تأیید کرده‌اند (آیروینگ، اسناید و کروسون، ۱۹۹۸، ایوت و همکاران، ۱۹۹۱، گام و اسناید، ۲۰۰۲). لازم به ذکر است که آنها از ابزارهای دیگری برای سنجش اضطراب (پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر (۱۹۸۳) و نشانه‌های جسمی استفاده کرده و برنامه را در مدت طولانی‌تری اجرا کرده‌اند. ضمن اینکه تحقیقات مربوط به تأثیرات جسمانی معمولاً در نمونه‌های مبتلا به برخی بیماری‌های جسمانی همچون سرطان، جراحی نخاع و بیماری‌های مزمن اجرا شده است. در واقع نشانه‌های جسمانی بررسی شده در این تحقیقات با نشانه‌هایی که در GHQ مورد سؤال قرار می‌گیرد متفاوت است. از طرفی، شاید ظاهر شدن آثار این برنامه درمانی بر جسم و بر نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی نیازمند زمان بیشتری است.

#### محدودیت‌ها و پیشنهادات

از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به حجم کم نمونه اشاره کرد. به ویژه با توجه به این که توان آماری مشاهده شده در بررسی فرضیه‌ها کمتر از ۰/۸ می‌باشد باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد، زیرا توان آماری کمتر از ۰/۸





Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 20, 135-145.

Cheavens, S. J., Gum, A., Feldman, B. D., Micheal, S. T., and Snyder, C. R. (2001). A group intervention to increase hope in a community sample. Poster presented at American Psychological Association, San Francisco.

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.

Feldman, B. D., Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. Journal of Social and Clinical Psychology, 24, 3, 401-421.

Frank, J. D. (1978). Persuasion and Healing. New York: Schocken Books.

Gum, A., Snyder, C. R. (2002). Coping with terminal illness: the role of hopeful thinking. Journal of Palliative Medicine, 5, 6, 883-894.

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, L. M., Snyder, C. R. and Crowson Jr. J. J. (1998). Hope and the negotiation of cancer facts by college women. Journal of Personality, 66, 195-214.

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., Snyder, C.R., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P. and Nelson, N. (1997). Hope and the effectiveness of a pre-therapy orientation group from community mental health center clients. Paper presented at the Western psychological Association Convention, Seattle, WA.

Kielbasa, A. M. Pomerantz, A. M., Krohn, E. J. and Sullivan, B. F. (2004). How does clients' method of payment influence psychologists' diagnostic decisions? Ethics and Behavior, 14, 187-195.

Klausner, E. J., Clarkin, 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 psychotherapy. International Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 707-716.

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.

که آیا یک مداخله امیددرمانی کوتاه مدت می تواند برای پیشگیری از عود در مراحل بعدی درمان اختلالات خاص مورد استفاده قرار گیرد؟

این پژوهش به منظور تأمین شواهد اولیه از اثربخشی امیددرمانی صورت گرفت، بنابراین پژوهش های بیشتر و وسیع تر به منظور تکرار این تحقیق و تعیین ثبات آثار این برنامه لازم و ضروری به نظر می رسد. می توان به منظور افزایش دقت طرح تحقیق در پژوهش های آینده آثار این برنامه را با دیگر برنامه های موجود مقایسه کرد.

به دلیل فراگیر بودن الگوهای مبتنی بر آسیب شناسی، روی آوردهای مبتنی بر توانمندی به کندی رشد می کنند و کمتر مورد توجه قرار می گیرند. امید است که این پژوهش تحقیقات بیشتر در مورد این شیوه درمانی نوین و مبتنی بر توانمندی را برانگیزد و هرچه بیشتر شاهد توجه فزاینده محققان و درمانگران به توانمندی های افراد به عنوان وسیله ای برای درمان و پیشگیری از اختلالات روانی باشیم.

#### فهرست منابع

تقوی، سیدمحمد رضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). مجله روانشناسی، ۲۰، سال پنجم، شماره ۴. کار، آ.ان. (۱۳۸۵). روانشناسی مثبت. ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی زند و باقر ثنایی. تهران: سخن.

مولوی، حسین. (۱۳۸۶). راهنمای عملی SPSS-10-13-14. اصفهان: پویش اندیشه.

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.

Cheavens, S. J., Feldman, B. D., Woodward, J. T. and Snyder, C. R. (2006). Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths



- Magaletta, P. R., and Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will and ways: Their relative relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 539-551.
- McDermott, D. and Snyder, C. R. (1999). *Making Hope Happen*. Oakland, C.A.: New Harbinger Press.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z. and Goodwin, F. K. (1993). The de facto U.S. mental health and addictive disorders service system: Epidemiologic catchment's area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.
- Riskind, J. H., Sarampote, C., and Mercier, M. A. (1996). For every malady a sovereign cure: Optimism training. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10, 105-117.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. and Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism* (pp. 189-216). Washington, Dc: American Psychological Association.
- Scheier, M. F., and Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Seligman, M. E. P. (2002). 'Positive psychology, positive prevention, and positive therapy', in C. R. Snyder, S. J. Lopez (eds.). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 3-9.
- Seligman, M. E. P. and Peterson, C. (2003). 'Positive clinical psychology', in L. G. Aspinwall, U. M. Staudinger (eds.). *A psychology of human strengths: fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 305-317.
- 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. (1994). *The psychology of hope: you can get there from here*. New York: Free Press.
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73, 355-360.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Yabsco, F. C., Borders, T. F., Babayak, M. A. and Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the state hope scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321-335.
- Snyder, C. R., Cheavens, J. and Sympson, S. C. (1997). Hope: an individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1, 107-118.
- Snyder, C. R., Feldman, D. B., Shorey, H. S. and Rand, K. L. (2002). Hopeful choices: a school counselor's guide to hope theory. *Professional School Counseling*, 5, 298-306.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., L. M. Irving, S. A., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langel, C. and Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Snyder, C. R., LaPointe, A. B., Crowson Jr. J. J. and Early, S. (1998). Preference of high- and low-hope people for self-referential input. *Cognition and Emotion*, 12, 807-823.
- Snyder, C. R., Michael, S. T. and Cheavens, J. S. (1999). 'Hope as a psychotherapeutic foundation of nonspecific factors, placebos, and expectancies', in M. A. Hubble, B. Duncan, S. Miller (eds.), *Heart and Soul of Change*, Washington, D.C: APA, pp. 205-230.
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A. and Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321-335.
- 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&B.