

اثربخشی امیددرمانی گروهی بر افسردگی، احساس تنهایی، و خودکارآمدی دانش آموزان دختر

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۴/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۶/۰۲

طاهره موید قاعدی*، شهره قربان شیرودی^۲

چکیده

زمینه و هدف: از مبانی نظری امیددرمانی به ندرت برای بهبود علائم روان‌شناختی دختران نوجوان استفاده شده است و اطلاعات اندکی در مورد تاثیر امیددرمانی گروهی وجود دارد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی امیددرمانی گروهی بر افسردگی، احساس تنهایی، و خودکارآمدی دانش آموزان دختر بود.

روش: پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود و جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان دختر پایه ۱۰ و ۱۱ مدارس ناحیه ۱ شهر رشت در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ بود. برای نمونه‌گیری ۲۰۰ دانش آموز دختر به طور خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند و در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۱)، مقیاس احساس تنهایی آشر (۱۹۸۳) و مقیاس خودکارآمدی شرر و آدامز (۱۹۸۵) پاسخ دادند. پس از نمره‌گذاری و غربالگری ۳۰ نفر که ضعیف‌ترین نمرات را داشتند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و برای گروه آزمایش، هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش امیددرمانی گروهی اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیری پس از کنترل مقادیر پیش‌آزمون نشان داد نمرات خلق افسرده و احساس تنهایی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معنی‌داری پایین‌تر است ($P < 0/05$)، اما بین نمرات پس‌آزمون این دو گروه، تفاوتی از نظر خودکارآمدی وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: آموزش امیددرمانی گروهی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در کاهش افسردگی، و احساس تنهایی در دانش آموزان دختر دبیرستانی دارد. براین اساس به مشاوران آموزشی پیشنهاد می‌شود از روش امیددرمانی گروهی برای دانش آموزانی مبتلا به اختلال‌های خلقی و احساس تنهایی استفاده نمایند.

کلید واژه‌ها: امیددرمانی گروهی، افسردگی، احساس تنهایی، خودکارآمدی

۱. *نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی؛ دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن، تنکابن، ایران (tahereh.ghaedi@gmail.com)

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

مقدمه

در چرخه تحول روانی، بین دوره کودکی و بزرگسالی دوره بسیار مهم نوجوانی قرار دارد. این مرحله انتقالی از ۱۲-۱۰ سالگی آغاز و در حدود ۲۲-۱۸ سالگی تمام می‌شود. این مرحله تحول زیستی، اجتماعی، هیجانی و شناختی را شامل می‌شود و به معنای واقعی کلمه دوره تغییر و دگرگونی است (۱). خلق افسرده و در کنارش احساس تنهایی، از شایع‌ترین مشکلات هیجانی این دوره است. علائم افسردگی بین دانش‌آموزان مسئله‌ای بااهمیت است، زیرا از یک سو باعث هدر رفتن سرمایه جامعه می‌گردد و از سوی دیگر، از میزان موفقیت و کارآمدی آنها می‌کاهد و دانش‌آموزان را از رسیدن به جایگاه رفیع علمی و اجتماعی باز می‌دارد. در صورتی که علائم این اختلال درمان نشود، یا درمان آن ناکارآمد باشد ممکن است منجر به بروز رفتارهای سازش‌نا یافته شود که به نوبه خود مشکلات عمده‌ای را سبب می‌شود (۲).

از جمله بحران‌های مهم دوران نوجوانی و جوانی و حتی سایر دوره‌های زندگی که سازش‌یافتگی فرد با محیط را دچار مشکل می‌سازد احساس تنهایی است. تعاریف متفاوتی از احساس تنهایی ارائه شده است، از جمله می‌توان به تعریف الهاگن اشاره کرد. وی معتقد است تنهایی، تجربه فردی ناخوشایندی مانند تفکر فرد مبتنی بر متمایز بودن از دیگران است که با مشکلات رفتاری قابل مشاهده مانند غمگینی، عصبانیت و افسردگی همراه بوده و ناهمخوانی بین توقعات و آرزوهای فرد با امکان دستیابی او به این آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می‌دهد و به صورت رفتارهایی نظیر اجتناب از تماس با دیگران مشخص می‌گردد (۳).

مفهوم خودکارآمدی، محور اصلی نظریه بندورا است (۴). به نظر او، خودکارآمدی عبارت است از «اعتقاد به قابلیت‌های فردی در سازماندهی و انجام اعمالی که در موقعیت‌های پیش رو ضروری است» به عبارت دیگر خودکارآمدی باور به اینکه

شخص می‌تواند در یک موقعیت خاص موفق عمل کند. این باورها را عامل تعیین‌کننده طرز فکر، رفتار و احساس افراد تلقی می‌کنند (۴). افراد دارای کارآمدی شخصی، بر روی امور مهار بیشتری دارند و عدم اطمینان کمتری را تجربه می‌کنند. شخص ممکن است فکر کند که سطح کارآمدی او پایین است در حالی که واقعاً سطح آن بالاست و برعکس. بهترین موقعیت آن است که آرزوهای فرد با توانایی‌های او هماهنگ باشند. از یک سو، افراد پیوسته می‌کوشند تا کارهایی فراتر از توانایی‌شان انجام دهند و در نتیجه ناکام و مأیوس می‌شوند و احتمالاً سرانجام از همه چیز دست می‌کشند. از سوی دیگر، اگر افراد دارای کارآمدی سطح بالا با جدیت کوشش نکنند رشد شخصی‌شان ممکن است متوقف بشود (۳ و ۴).

طبیعی است که هر چه میزان مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی انسان بیشتر باشد، فرد احساس رضایت کمتری خواهد داشت (۵). بنابراین لازم است برای کاهش این مشکلات و پیشگیری از وخیم‌تر شدن آنها مداخلاتی انجام شود. مداخله‌های بسیاری برای پیشگیری و کاهش مشکلات هیجانی نوجوانان معرفی شده است که از میان آن می‌توان به آموزش‌های مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر^۱ اشاره کرد که امید و امیددرمانی یکی از سازه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر است. در بین درمان‌های روان‌شناختی، امیددرمانی اسنایدر، تنها درمانی است که امید را به عنوان هدف اصلی درمان مدنظر قرار داده است (۶). این نوع مداخله روانی از نظریه امید اسنایدر و اندیشه‌های برگرفته شده از درمان شناختی- رفتاری^۲، درمان راه‌حل‌محور^۳ و درمان داستانی یا روایتی^۴ است (۷) و بر این هدف استوار است که به درمانجو کمک کند تا اهداف را فرمول‌بندی کند و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آن بسازند و خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو

3. Solution- Focused therapy
4. Narrative therapy

1. Positive approach
2. Cognitive- Behavior therapy

خاطر نشان ساخته‌اند افراد امیدوار در رویارویی با شرایط تنش‌زا به صورت فعال‌تری برخورد می‌کنند و از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری استفاده می‌کنند (۱۳). به عقیده این محققان امیددرمانی به مراجعین کمک می‌کند تا خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آنها از نو بازآزمایی کنند. به عنوان مثال، سالک‌کرز و همکاران در پژوهشی نشان دادند بیماران که امیدوارترند به سرطان و درمان آن به خوبی پاسخ می‌دهند (۱۴).

فویز در پژوهش خود دریافت امید به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مؤثر در کنار آمدن با یک بیماری دشوار تأثیرگذار است (۱۵). برن‌دس و همکاران در پژوهش‌های خود نشان دادند درمان امیدمحور همبستگی مثبت معنی‌دار با کاهش پریشانی و نشانگان بیماری در بیماران دچار سرطان ریه دارد (۱۶). استین در پژوهشی به بررسی تأثیر 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 و میزان ناامیدی آنها کاهش معناداری داشته است (۱۷).

راب در پژوهش خود نتیجه گرفت که آموزش امید تا اندازه معینی خاصیت پیشگیری از علائم روانی در بیماران روانی بستری دارد (۱۸). برای نمونه، اسنایدر نشان داد که امید با اضطراب همبستگی منفی دارد و مانع تصورات آسیب‌پذیری و اختلال‌های اضطرابی می‌شود (۸). در پژوهش‌های لوپز و کر یافته‌ها مبین آن بود که امید درمانی گروهی می‌تواند در رشد و افزایش حس خوش‌بینی، شادی و امید در سالمندان تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته باشد. نتایج این پژوهش نشان داد سالمندانی که در جلسات گروهی شرکت داشتند، احساس شادمانی بیشتری در مقایسه با آنهایی که در جلسات حضور نداشتند، داشتند (۱۹). رودین و همکاران در

تعریف کنند (۸). نظریه امید اسنایدر، سه مؤلفه اصلی را در برمی‌گیرد که شامل اهداف^۱، تفکر گذرگاه^۲، و تفکر عامل^۳ است. اهداف جزء سنگ بنای نظریه امید^۴ است. اهداف می‌توانند کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت باشند و همچنین اهداف می‌توانند بصورت تصورات دیداری و توضیحات کلامی یا بازنمایی‌های ذهنی باشند. آموزش امید نشان می‌دهد که بهترین اهداف، اهدافی است که رسیدن به آن برای فرد دارای ارزش باشد و با داشتن موانع چالش‌انگیز ولی نه برطرف نشدن، احتمال دستیابی به آنها در میان‌مدت وجود داشته باشد (۹). تفکر گذرگاه به تصورات افراد دایر بر اینکه آنها قادر خواهند بود مسیرهای مؤثری برای اهداف مورد نظرشان خلق کنند اشاره دارد. گذرگاه‌ها توانایی موجود افراد را در راه‌های عملی معطوف به هدف نشان می‌دهند. علاوه بر آن انگیزش برای شروع و ادامه این گذرگاه‌ها تحت عنوان تفکر عامل خوانده شده است (۱۰).

هر فردی که دارای امید بالایی باشد از توانایی بالایی برای ایجاد مسیرهای مطلوب برخوردار است. در حالی که افرادی که امید کمی دارند احتمالاً نمی‌توانند از مسیرهای زیادی برخوردار باشند یا از مسیرهای جایگزین استفاده کنند. تفکر عامل، جزء نهایی نظریه امید اسنایدر است. تفکر عامل شامل تفکرات و افکار شخصی درباره ظرفیت‌شان برای استفاده گذرگاه یا مسیر را نشان می‌دهد (۱۱). تفکر عامل همان انرژی یا توان ذهنی و به عبارت دیگر، توان ذهنی برای گفتن اینکه «من می‌توانم این کار را انجام دهم» و «انجام خواهم داد» (۱۲). امید به عنوان پایه شخصیتی در نظر گرفته می‌شود و منبع زندگی انسان است. به علاوه یک نیروی التیام‌بخش است که بهزیستی و تندرستی را افزایش می‌دهد.

پژوهش‌ها نشان داده است که امید با کارآیی درمانی ارتباط دارد و اصولاً به عنوان یک عنصر ضروری برای بهبود بیماران روانی در نظر گرفته می‌شود (۱۲) کیمهی، اشل، شاهار

3. agency thinking
4. Hope theory

1. Goals
2. pathway thinking

آشر، پرسشنامه ۲۳ گویه‌ای خودکارآمدی شرر و آدامز داده شد و پس از نمره گذاری آزمون ها، دانش آموزان دارای افسردگی و احساس تنهایی زیاد و خودکارآمدی ضعیف غربال شدند. به این صورت که دانش آموزانی که در پرسشنامه‌های افسردگی و تنهایی به ترتیب دارای نمرات بالاتر از ۱۳ و ۱۶ بودند و همچنین دانش آموزانی که نمره خودکارآمدی آنها دو انحراف معیار پایین تر از نمونه مورد بررسی بود، جدا شدند. پس از غربالگری مشخص شد ۹۰ دانش آموز دارای افسردگی و احساس تنهایی زیاد و خودکارآمدی ضعیف هستند و از بین آنها ۳۰ نفر به تصادف برگزیده و در گروه آزمایش ($N=15$) و گروه کنترل ($N=15$) جهت مداخله درمانی به صورت تصادفی گمارده شدند.

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۱): این آزمون نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک معرفی شد و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در نهایت در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید (۲۴). این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال که براساس ۲۱ جنبه با علائمی نظیر خلق، بدبینی، احساس شکست، فنا، احساس گناه، نیاز به مجازات، نفرت از خود و ... طرح و تدوین شده است. ارزش نمرات آن از ۰ تا ۳ مرتب شده است. آزمون از نوع خودسنجی بوده و برای تکمیل آن بین ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان لازم است. دامنه نمرات از حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ است. ضریب همسانی درونی این آزمون بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است (۲۵). ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ قرار دارد نتیجه ارزیابی روایی محتوایی، همزمان و تحلیل عاملی به طور کامل مطلوب بوده است (۲۴). در جامعه ایرانی نتایج پژوهشی که روی ۱۲۵ دانشجو انجام گرفت، نشان داد این پرسشنامه دارای ضریب همسانی درونی ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی ۰/۷۳ است (۲۶).

۲. مقیاس احساس تنهایی آشر، هایمل، رنشا (۱۹۸۳): این مقیاس دارای ۲۴ گویه است که ۸ گویه آن انحرافی است و

پژوهش خود نشان دادند که افزایش امید بر کاهش افسردگی، تنش و فشارهای روانی بیماران صعب‌العلاج تأثیر گذاشته و باعث بهبود عملکرد رفتاری آنها در جامعه می‌گردد که این امر خود به نفع جامعه بوده و از رفتارهای پرخطر این افراد در جامعه و شیوع بیشتر بیماری جلوگیری می‌نماید (۲۰).

از آنجایی که تداوم مشکلات هیجانی نوجوانان، می‌تواند به تشدید این مشکلات و بروز اختلال‌های روانی در بزرگسالی منجر شود. بنابراین هر آنچه که بتواند بر توانمند ساختن دانش آموزان و موفقیت شان تأثیر بگذارد دارای اهمیت است. اطلاعات اندکی در مورد اثربخشی امیددرمانی گروهی بر صفات روانی جمعیت دختران وجود دارد. با این وجود نتیجه این پژوهش‌ها خاطر نشان کرد که امیددرمانی ممکن است به افزایش تاب‌آوری و خوش‌بینی و بهبود سلامت دختران منجر شود (۲۱ و ۲۲) و در عین حال میزان علائم افسردگی آنها را کاهش دهد (۲۳). بنابراین هدف از پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که آیا امیددرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و احساس تنهایی و افزایش خودکارآمدی دختران نوجوان موثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی دانش‌آموزان دختر پایه ۱۰ و ۱۱ مدارس ناحیه ۱ شهر رشت در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بود. به منظور نمونه‌گیری از دختران نوجوان ابتدا از میان نواحی دوگانه آموزش و پرورش شهر رشت، ناحیه یک انتخاب شد و از میان مدارس این ناحیه، یک دبیرستان به تصادف انتخاب شد که دارای ۴۴۳ نفر دانش‌آموز دختر بود. سرانجام از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند.

به هریک از این دانش‌آموزان این دبیرستان پرسشنامه‌های ۲۱ گویه‌ای افسردگی بک، مقیاس ۲۴ گویه‌ای احساس تنهایی

موافقم» پاسخ می‌دهد. دامنه نمره‌ها بین حداقل ۱۷ تا حداکثر ۸۵ قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه عقاید فرد را در مورد توانایی‌اش برای غلبه بر موقعیت‌های مختلف ارزیابی می‌کند. شرر و آدامز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ به دست آوردند (۲۹). در نمونه‌های ایرانی سلیمانی فر و شعبانی (۳۰) ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف را به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۴ ۰/۸۶ به دست آوردند. آنها همچنین ضریب اعتبار ملاکی این پرسشنامه را با استفاده از محاسبه همبستگی با خرده‌مقیاس خودکارآمدی از پرسشنامه راهبردهای انگیزش برای یادگیری^۲ ۰/۸۴ گزارش نمودند که در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار بود.

ج) معرفی برنامه مداخله‌ای: جلسات مداخله در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس مطالعات اسنایدر (۱۱ و ۸) طراحی گردید و هر جلسه مشتمل بر چهار بخش بود. در بخش اول حدود بیست دقیقه در مورد فعالیت‌ها و تکالیف هفته گذشته مراجعان بحث می‌شود و افراد ترغیب می‌شوند تا به یکدیگر در رفع مشکلات مربوط به آن تکالیف کمک کنند در بخش دوم حدود بیست دقیقه آموزش روانی و مهارت‌های مربوط به امید را می‌آموزند 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 و 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 به شرکت کنندگان تکلیفی در رابطه با موضوع همان جلسه ارائه می‌شد و در جلسه بعد قبل از شروع جلسه تکالیف بازبینی می‌شد و با مشارکت اعضا گروه در مورد تکالیف بحث و تبادل نظر صورت می‌گرفت.

د) شیوه اجرای پژوهش: تمامی آزمودنی‌هایی که از آنها پیش‌آزمون به عمل آمده بود و در مرحله‌ی غربالگری به

به موضوعات مورد علاقه آزمودنی‌ها مربوط است (۲۷). اما در نمره‌گذاری مقیاس احساس تنهایی از آنها استفاده نمی‌شود. بنابراین این ابزار دارای ۱۶ گویه اصلی است. هدف از گویه‌های انحرافی این است که آزمودنی‌ها با احساس آرامش و راحتی بیشتر نگرش‌های خود را ابراز و از بروز پاسخ‌های جهت‌دار جلوگیری شود. نمره‌گذاری گویه‌ها روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از «کاملاً همین‌طور است» تا «اصلاً این‌طور نیست» درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمره‌ها بین حداقل ۱۶ تا حداکثر ۸۰ قرار می‌گیرد، علاوه بر آن تعدادی از گویه‌ها در جهت مخالف با سایر گویه‌ها نمره‌گذاری می‌شوند (۲۸). ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دونیمه کردن گاتمن ۰/۹۱ بود و با استفاده از روش اسپیرمن ۰/۹۱ بود. روایی تمیزی این پرسشنامه آشکار ساخت وضعیت اجتماعی خوب با احساس تنهایی کمتر همبستگی منفی و معنی‌دار دارد و با وضعیت اجتماعی نامناسب دارای همبستگی مثبت و معنی‌دار است (۲۷). پژوهش‌های انجام شده با نسخه فارسی مقیاس احساس تنهایی ۲۴ گویه‌ای آشور و همکاران حکایت از پایایی^۱ مناسب آن دارد. به عنوان مثال حسین چاری و خیر در ایران با هدف بررسی روایی و اعتبار این مقیاس بر روی ۳۶۹ دانش‌آموز (۱۸۶ دختر و ۱۸۳ پسر) مقطع راهنمایی تحصیلی باتوجه به ضرایب معنی‌دار میان احساس تنهایی و حرمت خود کوپراسمیت دریافتند اعتبار ملاکی همزمان برابر با ۰/۵۵- برای نسخه فارسی مقیاس احساس تنهایی وجود دارد همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۱ برآورد نمودند (۲۸).

۳. پرسشنامه خودکارآمدی شرر و آدامز (۱۹۸۳): این پرسشنامه دارای ۲۳ گویه است که ۱۷ مورد آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ گویه دیگر مربوط به تجارب خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است. در پژوهش حاضر از مقیاس ۱۷ گویه‌ای استفاده شد. آزمودنی به هر گویه براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای «کاملاً مخالفم تا کاملاً

کردند و یک هفته پس از جلسه هشتم آموزش در مورد گروه آزمایش و کنترل پس از آزمون اجرا شد و آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های گفته شده پاسخ دادند.

عنوان نمونه انتخاب شده بودند بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. براساس این تقسیم‌بندی شرکت کنندگان گروه آزمایش طی ۸ جلسه هفته‌ای یکبار به مدت ۹۰ دقیقه امید درمانی را به صورت گروهی دریافت

جدول ۱: خلاصه جلسات گروهی امید درمانی

جلسه	موضوع، هدف و محتوا
اول	معارفه و آشنایی اعضا با گروه، یکدیگر و درمانگر، آشنایی با قوانین جلسات، ساختار گروه، اهداف، ضرورت داشتن هدف، انگیزه و ایجاد ارتباط و همدلی
دوم	کار بر روی داستان زندگی اعضا و مشخص نمودن مولفه‌های امید در آنها
سوم	تعیین هدف و بررسی علل انتخاب آن، الویت‌بندی اهداف مهم و قابل اندازه‌گیری، تنظیم اهداف در چهارچوب دستیابی، شکستن اهداف بزرگ به اهداف خرد توسط درمانگر و بررسی راهکارها و فواید آن
چهارم	افزایش نیروی عامل از طریق گسترش تفکر مثبت و تکرار واژه‌های مثبت، بحث درباره خودگویی‌ها و اثرات خودگویی‌های منفی و همچنین رفع موانع ذهنی امید
پنجم	بیان توانایی مسیریابی جهت دستیابی به هدف، ارائه راهکارهایی برای تقویت توانایی مسیریابی نظیر داشتن مسیرهای متعدد برای رسیدن به هدف، فهرست‌برداری از آنها و تجسم کردن موفقیت در طی کردن مسیر و بیان فواید فهرست‌برداری از مسیرها و فواید مجسم‌سازی توسط درمانگر
ششم	شناسایی موانع از جمله خودگویی‌های منفی و تحریف‌های شناختی
هفتم	ارائه راهکارهای مختلف از جانب درمانگر به اعضا جهت برخورد با موانع و دستیابی به هدف مانند: داشتن راه‌های مختلف برای رسیدن به هدف، فکر کردن به موانع قبل از پیش آمدن آن، دور زدن موانع، لذت از مسیر، داشتن هدف در حوزه‌های مختلف زندگی و
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از کل جلسات، بررسی عود و لغزش اعضا و پاسخ به سوالات اعضا و ختم جلسات گروهی

یافته‌ها

بود که در پایه‌های اول و دوم و سوم دبیرستان مشغول به تحصیل بودند. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش را نشان می‌دهد.

در این پژوهش ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شرکت داشتند که حداقل سن آنها ۱۵ و حداکثر سن ۱۸ سال

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل برای

متغیرهای وابسته			گروه‌ها	متغیرهای وابسته	مراحل اجرا
SD	M	N			
۹/۲۰	۲۹/۵۳	۱۵	آزمایش	افسردگی	پیش‌آزمون
۹/۱۵	۲۶/۶۷	۱۵	کنترل		
۹/۴۴	۴۶/۲	۱۵	آزمایش	احساس تنهایی	پیش‌آزمون
۱۲/۸	۴۹/۴	۱۵	کنترل		
۹/۲۱	۴۶/۶	۱۵	آزمایش	خودکارآمدی	پیش‌آزمون
۸/۴۸	۴۹/۸۷	۱۵	کنترل		
۸/۸۶	۱۲/۱۳	۱۵	آزمایش	افسردگی	پس‌آزمون

۱۰/۵۷	۲۱/۸۷	۱۵	کنترل	احساس تنهایی
۱۱/۹۴	۶۱/۷۳	۱۵	آزمایش	
۱۴/۸۱	۵۳/۲۰	۱۵	کنترل	خودکارآمدی
۱۳/۴۱	۶۰/۱۳	۱۵	آزمایش	
۱۴/۲۴	۴۹/۵۳	۱۵	کنترل	

برای بررسی تاثیر امیددرمانی گروهی بر افسردگی، احساس تنهایی، و خودکارآمدی از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. البته پیش از آن مفروضه برابری واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته با استفاده از لوین مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۳).

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، هیچ ریزی در تعداد شرکت کنندگان در مرحله پس از آزمون رخ نداده است. این مقادیر همچنین نشان می دهد در مرحله پس از آزمون برای گروه آزمایش میزان افسردگی و احساس تنهایی دختران کاهش یافته و میزان خودکارآمدی آنها بهبود پیدا کرده است.

جدول ۳: آزمون لوین برای تعیین همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته

متغیر	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	F	سطح معناداری
افسردگی	۱	۲۸	۰/۰۱۶	۰/۹۰۱
خودکارآمدی	۱	۲۸	۰/۲۸	۰/۶۰۱
احساس تنهایی	۱	۲۸	۰/۲۶	۰/۶۰۹

سه متغیر مورد مطالعه رعایت شده است. جدول ۴ نیز نتایج سه تحلیل واریانس تک متغیری را روی نمرات آزمون‌های افسردگی، احساس تنهایی و خودکارآمدی نشان می دهد.

همان طور که در جدول بالا مشاهده می شود سطح معناداری سه متغیر افسردگی ۰/۹۰۱، خودکارآمدی ۰/۶۰۱، و احساس تنهایی ۰/۶۰۹ است که از سطح آلفای ۰/۰۵ بزرگتر هستند و بنابراین مفروضه یکسانی خطای واریانس‌ها برای هر

جدول ۴: نتایج سه تحلیل واریانس تک متغیره بر نمرات متغیرهای وابسته افسردگی، احساس تنهایی، و خودکارآمدی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پس از آزمون افسردگی	۴۰۸/۰۵	۱	۴۰۸/۰۵	۱۳/۰۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳
خطا	۷۸۱/۲۴۵	۲۵	۳۱/۲۵			
پس از آزمون احساس تنهایی	۷۳۲/۴۰۱	۱	۷۳۲/۴۰۱	۱۰/۱۰۳	۰/۰۰۴	۰/۳۷۹
خطا	۱۸۱۲/۳۷۵	۲۵	۷۲/۴۹۵			
پس از آزمون خودکارآمدی	۹۵۰/۱۵۵	۱	۹۵۰/۱۵۵	۱/۵۰۲	۰/۲۳۲	۰/۴۰۲
خطا	۷۸۱/۲۴۵	۲۵	۳۱/۲۵			

شرکت کنندگان دارد؛ اما تاثیر این نوع مداخله با وجود افزایش میانگین خودکارآمدی در مرحله پس از آزمون معنی دار به دست نیامد ($F_{1,25} = ۱/۵۰۲$ ، $P = ۰/۲۳۲$ ، $\eta^2 = ۰/۴۰۲$).

همان طور که نتایج جدول ۴ نشان می دهد دریافت ۸ هفته مداخله امیددرمانی گروهی تاثیر معنی داری روی علائم افسردگی ($F_{1,25} = ۱۳/۰۵۸$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۳۴$) و میزان احساس تنهایی ($F_{1,25} = ۱۰/۱۰۳$ ، $P = ۰/۰۰۴$ ، $\eta^2 = ۰/۳۷$)

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر کاهش افسردگی، احساس تنهایی و افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش امیددرمانی در کاهش نمرات افسردگی آزمودنی‌ها تاثیر معناداری داشته است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی در یک راستا قرار داشت. برای نمونه سجادی و همکاران (۲۳) نشان دادند که امیددرمانی گروهی اثربخشی روی کاهش افسردگی دانش‌آموزان دارد و امیدواری آنها را افزایش می‌دهد. کیمهی و همکاران (۱۳) نیز در یافتند خوشبینی با امیدواری مرتبط است و وجود خوشبینی می‌تواند به عنوان یکی از مسدودکننده‌های بروز افسردگی در نظر گرفته شود. در پژوهش دیگر ورنر (۱۲) مصاحبه‌های چهره به چهره ساختاریافته‌ای را با ۱۷۲ بیمار مبتلا به اختلال‌های شدید روانی^۱ انجام داد و دریافت امیدواری بهزیستی روان‌شناختی و در نتیجه فرآیند بهبودی را فراهم می‌آورد. مهمت و روسین (۳۱) گزارش نمودند که امیدواری را می‌توان آموزش داد و آن در صورت وجود هیجان‌های مثبت می‌تواند به عنوان یک سدی در برابر عود افسردگی ایفای نقش نماید. رودین و همکاران ۴۰۶ بیمار دچار سرطان‌های دستگاه گوارش و ریه را بررسی کردند و بیان نمودند که افسردگی و ناامیدی به‌طور متقابل یکدیگر را تقویت می‌کنند اما سازه‌های متفاوتی هستند و هر یک از آن دو به‌طور مستقلی میل به مرگ‌زودرس را پیش‌بینی می‌کنند. سرانجام استین (۱۷) با مطالعه نمونه‌ای از بیماران افسرده بستری شده‌ای که تحت امیددرمانی اسنایدر بودند دریافت این مداخله موجبات بهبودی خلق افسرده و ناامیدی را فراهم آورده است.

در همین راستا اسنایدر معتقد است که افکار امیدوارانه احساس شکست را از دو طریق کاهش می‌دهد؛ اول اینکه تغییر ادراک فرد در یک هدایت امیدوارانه با تمرکز بر راه‌های فرعی که پیرامون هدف انسداد یافته هستند، طی آن شخص

نرسیدن به هدف را به معنای شکست نمی‌داند و این می‌تواند درسی باشد برای دفعات بعدی که چطور می‌توان از یک راه کارآمدتر و بهتر به هدف رسید. دوم اینکه، افکار امیدوارانه ادراک انسداد هدف را تغییر می‌دهند، یعنی فرد امیدوار به دنبال راه‌های مختلف می‌گردد و وقتی مانعی پیش می‌آید فرد امیدوار آن را به عنوان چالش درک می‌کند نه به عنوان یک نقطه توقف. بنابراین وقتی این دو دیدگاه کنار یکدیگر قرار می‌گیرند انسداد هدف که ممکن است به نشانه‌های افسردگی منجر شود در عوض به تلاشی برای یافتن راه جدید برای رسیدن به هدف تبدیل می‌شود (۹). در امیددرمانی سعی بر آن است که این الگوها در مراجع اصلاح شود تا میزان افسردگی و آسیب‌پذیری او نسبت به این اختلال کاهش یابد و به این منظور به آنها آموخته می‌شود که اهداف، گذرگاه‌ها و عامل بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت‌های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت بپردازند.

با توجه به نمرات پس‌آزمون احساس تنهایی، اثربخشی امیددرمانی گروهی در کاهش احساس تنهایی آزمودنی‌ها تایید گردید. این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین هماهنگ است. برای نمونه شارابی، لوی و مارگالیت (۳۲) با ارزیابی ۲۸۷ کودک دریافتند احساس همبستگی و امیدواری با تنهایی کمتر مرتبط است. همچنین یارچسکی، ماهون و یارچسکی (۳۳) پس از بررسی ۲۰۰ نوجوان گزارش نمودند که تنیدگی بیشتر به‌طور معنی‌داری با سطوح پایین‌تر در امیدواری و سطوح بالاتر تنهایی همراه است. یکی از اساسی‌ترین امور که غفلت از آن سبب احساس تنهایی می‌شود نداشتن هدف و یا گم شدن آن است. پر واضح است که هر چه انتخاب یک هدف دقیق، آگاهانه و زوایای راه و مسیر رسیدن به آن روشن‌تر باشد امید دستیابی به هدف بیشتر گشته و احساس تنهایی زودده می‌شود و از آنجایی که مهمترین مؤلفه امید هدف‌گذاری است پس می‌توان این‌گونه تبیین کرد که با آموزش امید، احساس تنهایی را می‌توان کاهش داد.

1. Serious mental illness

عدم پیگیری، آموزش امیددرمانی در افزایش خود کارآمدی دانش آموزان نقش مهم ایفا نکرده است.

مجموعاً با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود متخصصان از آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در کار با دانش آموزانی که دچار اختلال خلقی یا احساس تنهایی هستند استفاده کنند. در این راستا از آنجایی که در روان‌شناسی مثبت اعتقاد بر این است که سازه‌های روان‌شناسی مثبت از جمله امید می‌تواند از افراد در برابر آثار رویدادهای تنیدگی‌زا زندگی حمایت کند به نظر می‌رسد که با تدوین چنین برنامه‌های پیشگیرانه‌ای بر اساس نظریه امید اسنادیدر و با آموزش دادن آن به دانش آموزان و نوجوانان بتوان شاهد پیگیری و یا کاهش چنین اختلال‌های شد. در پژوهش حاضر به دلیل فقدان دوره پیگیری امکان ارزیابی اثر طولانی مدت مداخله امیددرمانی روی متغیرهای وابسته به ویژه خود کارآمدی وجود نداشت. بنابراین پیشنهاد می‌شود دوره‌های گروهی مشاوره مبنی بر آموزش‌های امیددرمانی در مدارس برای دانش آموزان برگزار گردد و همچنین پژوهشگران در آینده دوره پیگیری را در پژوهش خود لحاظ نمایند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر تداخل زمان اجرای پرسشنامه‌ها با ساعت فعالیت دانش آموزان بود. همچنین با توجه به اینکه ابزار سنجش متغیرهای پژوهش حاضر خود گزار شگری بودند بنابراین در استناد به یافته‌های پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

تشکر و قدردانی: از مدارس نواحی مربوطه و دانش آموزان گرامی که جز با حمایت آنها انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

یکی دیگر از محورهای برنامه امیددرمانی در پژوهش حاضر آشنایی آزمودنی‌ها با رهنمودهایی برای مشارکت و ایجاد همدلی بین اعضای شرکت کننده در برنامه با یکدیگر بوده است. بنابراین آموزش امید می‌تواند نقش مؤثری در مرتفع ساختن یا کاهش میزان احساس تنهایی در بین دانش آموزان داشته باشد.

سرانجام نتایج این پژوهش در مورد تاثیر امیددرمانی گروهی بر افزایش خود کارآمدی دانش آموزان دختر با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوانی نداشت (۳۴ و ۳۵). ماگالنا و اولیور (۳۴) در بخشی از پژوهش خود رابطه بین سازه امید (۳۶ و ۳۷)، خود کارآمدی و خوش بینی را بررسی کردند (n=۲۰۴). تحلیل‌های آماری در پیش بینی بهزیستی ذهنی روشن ساخت که امیدواری به طور معنی داری واریانس خود کارآمدی و خوش بینی را تبیین می‌نماید. همچنین در پژوهش دیگری روی جمعیت دختران نوجوان (n=۶۴۶) که در مدارس نواحی کاتولیک نشین درس می‌خواندند مشخص شد امیدواری و خود کارآمدی عمومی رابطه مستقیمی با یکدیگر دارند (۳۵). دانش آموزی که دارای خود کارآمدی پایینی است به قابلیت‌های فردی در سازماندهی و انجام اعمالی که در موقعیت‌های پیش رو دارد اعتقاد ندارد. عدم یا پایین بودن خود کارآمدی در دانش آموزان، باور آنها درباره توانایی‌های خود برای فهمیدن یا انجام تکالیف درسی را تحت شعاع قرار می‌دهد. اما یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش امیددرمانی در افزایش خود کارآمدی دانش آموزان نقش بسزایی نداشته است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت شاید به دلیل کم بودن دوره زمانی آموزش و

References

1. Newman BM, Newman PR. *Development through life: A psychosocial approach* (12th ed.). Stamford, CT: Cengage Learning; 2014.
2. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Publication Inc. 2012.
3. Elhageen AAM. *Effect of interaction between parental treatment styles and peer relations in classroom on the feelings of loneliness among deaf children in Egyptian schools* [Doctoral dissertation]. [Tübingen, Germany]: faculty of Sozialwissenschaftliche, University of Tübingen; 2004, pp 68-106.
4. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977; 84(2): 191-210.
5. Seligman M. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, Simon and Schuster; 2011.
6. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*. 2002 Oct 1; 13(4):249-75.
7. Snyder CR. Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development: JCD*. 1995; 73(3): 355-360
8. Snyder CR. *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego: Academic press; 2000.
9. Ward DB. *Moving up the continuum of hope: a qualitative study of hope and its influence in couples therapy*. [Doctoral dissertation]. [Texas, United States]: Graduate Faculty, Texas Tech University; 2006, p 147.
10. Snyder, CR, Cheavens JS, Michael ST. Hope Theory: History and Elaborated Model. In: Eliot JA, editor. *Interdisciplinary Perspectives on Hope*. Haupage: Nova Science Publishers; 2005.
11. Bahari F. *The essentials of Hope and Hope Therapy a manual for hope-rising*. Tehran: Danjeh publication. 2011. [Persian].
12. Werner S. Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry research*. 2012; 196(2): 214-219.
13. Kimhi S, Eshel Y, Shahar E. Optimism as a predictor of the effects of laboratory-induced stress on fears and hope. *International Journal of Psychology*. 2010; 48(4): 641-648.
14. Sulkers E, Fleer Tissing WJ, Sanderman R. Dispositional optimism in adolescents with cancer: Differential associations of optimism and pessimism with positive and negative aspects of well-being. *British journal of health psychology*. 2013; 18(3): 474-489.
15. Feuz C. Hoping for the best while preparing for the worst: a literature review of the role of hope in palliative cancer patients. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. 2012; 43(3): 168-174.
16. Berendes D, Keefe FJ, Somers T J, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *Journal of pain and symptom management*. 2010; 40(2): 174-182.
17. Steen JH. *Measuring the efficacy of the Snyder Hope Theory as an intervention with an in patient population* [Doctoral dissertation]. [Mississippi, United States]: faculty of Psychology, University of Mississippi; 2006, pp 76-85.
18. Raab K.A. *Fostering hope in a psychiatric hospital*. Paper presented at the Probing the Boundaries Conference, 8th 10 August 2005, Prague. 2005. Available at: <http://www.interdisciplinary>.
19. Lopez SJ, Kerr BA. An open source approach to creating positive psychological practice: A comment on Wong s strengths-centred therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2006; 43(2): 147-150.
20. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese, L, Zimmermann C. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social science and medicine*. 2009; 68(3): 562-569.
21. Janfada M, Borjali A, Sohrabi F. The effectiveness of hope therapy on resiliency and optimism of veterans' daughters. *Bulletin of Environmental, Pharmacology and Life Sciences*. 2014; 3: 67-74. [Persian].
22. Alaeddini Z, Kajbaf MB, Molavi H. The effects of group hope-therapy on mental health of female students in Isfahan University. *Journal of Research in mental health*. 2008; 1(6): 5-18. [Persian].

23. Sajjadi SS, Fini AAS, Samavi SA. Study of the Effect of Group Hope Therapy on Depression and Hope of Lamerd High School Female Students. *American Journal of Life Science Researches*; 2013; 1(4): 184-191. [Persian].
24. Weisz JR, Southam-Gerow MA, Gordis EB, Connor-Smith JK, Chu BC, Langer DA, McLeod BD, et al. Cognitive behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: An initial test of transportability to community clinics and clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 2009; 77(3): 383-396.
25. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*. 1988; 31;8(1):77-100.
26. Khaledian M, Hasanpour S, Kheirkhah Z, and Ghalandari S. The Relationship between Attachment Lifestyle with Depression and Life Expectancy. *Indian Journal of Education and Information Management*. 2013; 2 (2): 573- 580.
27. Asher SR, Hymel S, Renshaw PD. Loneliness in children. *Child development*. 1984; 1: 1456-1464.
28. Hossein Chari M, Kheir M. Efficiency of a scale to measure loneliness in middle school students. *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University*. 2002; 19(37): 46° 59. [Persian].
29. Sherer M, Adams CH. Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychological Reports*; 1983; 53(3): 899-902.
30. Soliemanifar O, shabani F. The Relation of Self-Efficacy and Achievement Motivation with Academic Adjustment of First Year Undergraduate Students of Shahid Chamran University Ahvaz. *Journal of educational psychology studies*. 2013; 17: 83-104. [Persian].
31. Mehmet C, and Michael R. you have got hope, studies show hope therapy fights depression. Ohio: Ohio State University; Anonymous. New SRX science. Atlanta; 2009, p. 68.
32. Sharabi A, Levi U, Margalit M. Children's loneliness, sense of coherence, family climate, and hope: Developmental risk and protective factors. *The Journal of psychology*. 2012 Jan 1;146(1-2):61-83.
33. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ. Stress, hope, and loneliness in young adolescents. *Psychological reports*. 2011; 108(3):919-22.
34. Magaletta PR, Oliver JM. The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of clinical psychology*. 1999; 55(5):539-51.
35. Gariglietti KP, McDermott D, Gingerich K, Hastings S. Hope and Its Relationship to Self-Efficacy in Adolescent Girls. [Research Reports] 1997. Lawrence KS: University of Kansas; (ERIC Document Reproduction Service No: ED 412416); Available From: URL: <http://eric.ed.gov/?id=ED412456>
36. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*. 1991; 60(4):570-585.
37. Snyder CR, Forsyth DR. Hope and health. *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. New York: Pergamon Press; 1991, pp: 285-305.

The Efficacy of Group Hope Therapy on Depression, Loneliness, and Self-Efficacy in Female Students

Tahereh Moayed Ghaedi^{*1}, Shohreh Ghorban Shiroodi²

Received: July 02, 2016

Accepted: August 23, 2016

Abstract

Background and purpose: The theoretical foundations of hope therapy have rarely been used to improve the psychological symptoms among adolescent girls, and there are few data available about the effectiveness of group hope therapy. Present study aimed to investigate the efficacy of group hope therapy on the treatment of depression, loneliness, and self-efficacy in girl students.

Method: The present research was experimental study with pretest-posttest design and control group. The study population consisted of all tenth and eleventh grade female students who were studying in the district one schools of Rasht in 2014-2015 academic year. 200 female students were selected using random cluster sampling method and filled out Beck depression inventory (1971), Asher loneliness (1983), and Sherer and Adams self-efficacy scale (1985) as their pretest. After scoring and screening the questionnaires, 30 students with the lowest scores were selected and randomly assigned to experimental (n =15) or control groups (n =15). The control group received no intervention, while the experimental group received an eight-session (90 min/ per session) group hope therapy.

Results: the results of univariate analysis of covariance showed that comparing to control group, experimental group scored significantly lower on depressed mood and loneliness ($p < .05$). However, the groups did not differ significantly in terms of self-efficacy ($p > .05$).

Conclusion: Group hope therapy is an effective way to decrease depression and loneliness in female high school students. Based on these results, it is suggested that educational counselors use group hope therapy in working with students with mood disorder or loneliness.

Keywords: Group hope therapy, depression, loneliness, self-efficacy

1. *Corresponding Author: M.A. Islamic Azad University, Tonekabon branch, Tonekabon, Iran (tahereh.ghaedi@gmail.com)

2. Associate Professor of Counseling, Islamic Azad University, Tonekabon branch, Tonekabon, Iran