

تاثیر امید درمانی بر ارتقای سلامت روانی سالمندان

لیلا عبدالرحیمی نوشاد^{۱*}، شبینم روحی^۲، آرزو ملکی^۳

چکیده:

هدف: پژوهش حاضر بررسی تاثیر امید درمانی بر افزایش سلامت روانی در سالمندان شهر تبریز بود. **روش:** روش این پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۰ نفر از سالمندان شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بود. ابتدا از ۸۰ نفر از افراد سالمند به صورت در دسترس آزمون سلامت روانی به عمل آمد؛ سپس ۳۰ نفر از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش بالینی در سطح غیرنرمالی قرار داشتند (یک انحراف استاندارد پایین تر از میانگین)، انتخاب شدند. از این تعداد، ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه گواه به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. امید درمانی طی ۱۲ جلسه نود دقیقه ای، هر هفته یک جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسات پس آزمون روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. **یافته ها:** براساس نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس، بین میانگین نمره های پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت. **نتیجه گیری:** امید درمانی باعث افزایش سلامت روانی می شود. بنابراین شایسته است به منظور ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، ارایه خدمات آموزشی و برنامه های ارتقاء دهنده امید با روش های مناسبی مانند یادگیری بر اساس حل مساله با مشارکت فعال افراد در فرآیند بحث با برنامه ریزی مدون انجام پذیرد.

واژه های کلیدی: امید درمانی، سلامت روانی، سالمندان

مقدمه

دوران پیری واقعیتی است اجتناب ناپذیر که بهتر است به جای تسلیم شدن به آن، تلاش شود با اتخاذ تدابیر روانشناختی، بهترین و بیشترین بهره و لذت را از این دوره عمر برای سالمندان ایجاد نمود. با نگاهی گذرا به مطالعات انجام شده در دوره های علمی اخیر، به نظر می رسد اندیشمندان در تلاش هستند تا به این دوران دیدی واقع بینانه تر داشته و با بکارگیری روش های مفید علمی در پی کشف رمز و رازهای آن برآیند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). مطالعات بین فرهنگی حاکی از این امر است که در فرهنگ ها و کشورهای مختلف افراد پیر و سالمند از جایگاه و ارزشهای متفاوتی برخوردارند. پیران در بعضی جوامع بسیار مورد توجه و احترام اند و در بین بعضی مردم مورد بی مهری و بی توجهی وحشتناکی قرار می گیرند

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران

Email: abdolrahimi.leyla@gmail.com

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهر، اهر، ایران

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران

(رکل و رکل، ۲۰۱۶). بطور کلی، تعداد قابل ملاحظه‌ای از سالمندان به علت مسایل گوناگون از جمله مسایل جسمانی، روانی، ارتباطی، اجتماعی و خانوادگی از لحاظ روانشناختی بسیار در معرض آسیب می‌باشند (رشیدی و همکاران، ۲۰۱۵). در کشور ما تقریباً همه سالمندان به دلیل ناتوانی در منزل زندگی می‌کنند و اغلب به دلیل برخوردهای نامناسب اطرافیان تصور می‌کنند که سربار خانواده هستند. به این لحاظ معمولاً هیچ‌گونه نقش سازنده‌ای در خانواده نمی‌توانند داشته باشند و علاوه بر ناتوانی دچار آسیب عمیق روانی نیز می‌شوند. این روزها به علت تغییر سبک زندگی مدرنیته، خانواده‌ها شاهد بی‌مهری و بی‌توجهی روزافزون به سالمندان می‌باشند. در سالمندان عملکرد شناختی ممکن است به دلایل مختلف دچار افت و آسیب شود (فینکل و همکاران، ۲۰۱۸؛ اماریا و همکاران، ۲۱۰۴). یک رویکرد نوین برای افزایش سلامتی، مداخلات روانشناسی مثبت می‌باشد. یعنی روش‌های درمانی که پرورش هیجانات و شناخت‌های مثبت را مورد توجه قرار می‌دهند. مداخلات روانشناسی مثبت مانند قدردانی، تفکر خوش-بینانه، بازنمایی تجارب مثبت و اجتماعی شدن، سلامتی را در نمونه‌های غیربیمار افزایش می‌دهند (قاضی محسنی و همکاران، ۲۰۱۶؛ لیوبومیرسکی و همکاران، ۲۰۱۸). بعضی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات روانشناسی مثبت^۱، که به افراد ارایه شده‌اند، سلامتی را افزایش و افسردگی را کاهش داده‌اند (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ فاوا و همکاران، ۲۰۰۵).

یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر تندرستی و طول عمر افراد، امید^۲ می‌باشد. امید دارای اثرات بیولوژیک است و می‌تواند بر روی کنترل درد و ناتوانی‌های جسمی بیماران تاثیر مثبتی داشته باشد. امید باعث فعال شدن مدارهای مغزی و آزاد شدن آندورفین و آنکفالین و در نتیجه موجب کاهش درد بدن می‌شود (سیندر و همکاران، ۲۰۰۵؛ سلیگمن و چیکنمیهایلی، ۲۰۰۰). نتایج مطالعات اسنایدر بنیانگذار امید و امیددرمانی نشان می‌دهد که امیددرمانی می‌تواند بر روی بیماری‌های روانی و برخی بیماری‌های جسمی مانند سرطان^۳ تاثیرات مثبتی نشان دهد. بسیاری از بیماری‌های روانی و برخی از بیماری‌های جسمی در واکنش به از دست دادن امید به وجود می‌آیند و امیددرمانی می‌تواند سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد (سیندر و لوپز، ۲۰۰۱). اسنایدر (۲۰۰۰) معتقد است که امید، نوعی روند فکری و دارای دو جزء تفکر عامل^۴ و مسیرها^۵ است. و هر دو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری و موجب سازگاری و سلامت روانشناختی و جسمانی می‌شود. مسیرها جزء شناختی امید و نشان دهنده توان فرد در خلق راه‌های معقول برای دستیابی به اهداف است. تفکر عامل، جزء انگیزشی امید و نشان دهنده برداشت شخصی درباره توانایی برای رسیدن به اهداف گذشته، حال

1. Positive Psychology Interventions

2. Hope

3. Cancer

4. Agency

5. Pathways

آینده است. تفکر عامل، یعنی اعتقاد به این مطلب که فرد می تواند از طریق راه های فرضی به سوی هدفی مشخص حرکت کند و بدان دست یابد. به ویژه در زمان رویارویی با موانع وجود تفکر عامل، در راه اندازی انگیزه لازم برای وارد شدن در مسیرهای دیگر اهمیت فراوانی دارد (گروال و پورتر، ۲۰۰۷). امروزه راهبردهای افزایش امید با رویکرد بالینی معروف به امیددرمانی تلفیق شده اند و امیددرمانی در پاسخ به تقاضای متخصصین برای کاربست نظام دار اصول نظریه امید در بافت درمانی رواج یافته است. با وجود راهبردهای زیادی که برای افزایش امید به وجود آمده اند، ترویج امیددرمانی همراه با پانزده سال بررسی علمی نظریه امید و کاربرد آن، بسیاری از نیازها و سوالات بالینی هم باید با دقت بررسی شوند. هر چه بیشتر امید را درک می کنیم به دستیابی به زندگی خوب برای همه نزدیک تر می شویم (لوپز و همکاران، ۲۰۰۳). امیددرمانی^۱ یک برنامه درمانی است که بر مبنای نظریه امید اسنایدر به منظور افزایش امیدواری و تقویت کردن فعالیت های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است. در نظریه امید درمانی اسنایدر، افراد شرکت کننده در وهله اول با اصول اساسی نظریه امید آشنا می شوند. به این افراد آموزش داده می شود که چگونه (۱) اهداف مهم آنها قابل دستیابی است (۲) گذرگاه های متعددی را برای حرکت به سمت این اهداف تعیین کنند (۳) منابع انگیزشی و تاثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند (۴) پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند (۵) اهداف و گذرگاه ها را در صورت لزوم اصلاح کنند (علاالدینی و همکاران، ۲۰۰۷). پیامدهای مثبت سازه های مثبت روانشناختی (امید و خوش بینی) بر سلامت جسمانی و روانی در تحقیقات مختلف تایید شده است (شیرر و همکاران، ۲۰۰۱).

تحقیقات مختلف نشان داده اند که امید با عاطفه مثبت همبستگی مثبت دارد و همچنین به طور منفی با افسردگی، اضطراب، فرسودگی و به طور کلی با عواطف منفی در ارتباط است (علاالدینی و همکاران، ۲۰۰۷). امید پایین می تواند سطح افسردگی و نقص روانی-اجتماعی پایین را پیش بینی کند (الیوت و همکاران، ۱۹۹۱). لوپز^۲ و اسنایدر (۲۰۰۳) امید را به عنوان یکی از منابع تاب آوری در نظر می گیرند که در زمان هایی که فرد دچار استرس می شود، می تواند تاثیرات مثبتی بر سلامت و بهزیستی داشته باشد. امروزه امید به عنوان یک عامل درمانی مهم در پزشکی، پرستاری و سلامت روانی در نظر گرفته می شود و از امید به عنوان یکی از مولفه های اصلی بهبودی افراد توجه زیادی شده است (شرانک و استانگلینی، ۲۰۰۸). نتایج تحقیقات نوتنی^۳ و همکاران (۱۹۸۹) نشان می دهد که امید کیفیت اندازه-پذیری است که می تواند در مرحله بررسی و شناخت فرایند پرستاری استفاده شود و در پی آن مداخلاتی در جهت ارتقای آن اعمال گردد و بدون ارتقای امید زمینه برای پذیرش آموزش های درمانی و مراقبتی به وجود نخواهد آمد. هنگینز^۴ (۲۰۰۴) با انجام امیددرمانی نشان دادند که امیددرمانی باعث کاهش

1 . Hope therapy

2 . Lewin

3 . Nowotny

4 . Hankins

علایم افسردگی و افزایش میزان امید می‌شود. بر اساس مطالعات انجام شده افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردار هستند، عزت نفس بالاتر و عملکرد تحصیلی بهتری دارند، همچنین تعهد بیشتری برای انجام فعالیت‌هایی که به بهداشت و سلامتی منجر می‌شود دارند (زاهد بابان و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش دیگری اسنایدر، چیونیس و سیمسون^۱ (۱۹۹۷)، اشاره کرده‌اند که امید با عزت نفس مرتبط است. شیونز و همکاران (۲۰۰۶)، نشان دادند که امیددرمانی می‌تواند معنای زندگی و عزت نفس را افزایش داده و افسردگی را کاهش دهد. افرادی که از امید بالاتری برخوردارند دیدگاه مثبتی نسبت به زندگی دارند (دینر و همکاران، ۲۰۰۰) و دارای عزت نفس و خود باوری بیشتری هستند (استراک و همکاران، ۱۹۹۱). با توجه به مبانی نظری و تجربی فوق هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال می‌باشد که آیا امید درمانی باعث افزایش سلامت روانی در سالمندان می‌شود؟

روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی با دو گروه آزمودنی بود. بدین صورت که یک گروه آزمایش تحت امید درمانی قرار گرفتند و یک گروه کنترل هم تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه سالمندان شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بودند. ابتدا از ۸۰ نفر از افراد سالمند به صورت در دسترس آزمون سلامت روانی به عمل آمد؛ سپس ۳۰ نفر از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش بالینی در سطح غیرنرمالی قرار داشتند (یک انحراف استاندارد پایین تر از میانگین)، انتخاب شدند. از این تعداد، ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه گواه به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس در طی ۱۲ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) امیددرمانی به گروه آزمایشی ارائه و در مرحله آخر دوباره آزمون مورد نظر جهت تعیین تفاوت‌های صورت گرفته، روی هر دو گروه اجرا شد (پس‌آزمون).

مقیاس سلامت روانشناختی: سلامت روانشناختی و ابعاد آن، بوسیله فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه‌ی سلامت روانی سنجیده می‌شود. این پرسشنامه، دارای ۴ مقیاس فرعی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. این پرسشنامه، بصورت ۳ و ۲ و ۱ و ۰ نمره گذاری می‌شود، که در آن حداکثر نمره‌ی آزمودنی ۸۴ است. معمولاً در این روش، نمره ۲۳ به عنوان نمره برش در نظر گرفته می‌شود، یعنی اگر نمره آزمودنی در آزمون غربالگری، برابر یا بیشتر از ۲۳ باشد به عنوان مشکوک غربال می‌شود. پایایی و اعتبار این پرسشنامه در داخل و خارج بررسی شده و مورد تایید قرار گرفته است. اعتبار (۰/۶۵) و پایایی (۰/۷۰-۰/۹۳) این مقیاس در ایران ارزیابی شده و مورد تایید واقع شده است (تقوی، ۲۰۰۱). پس از انتخاب گروه نمونه و جایگزینی تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل، جلسات درمانی شامل ۱۲ جلسه گروهی نود دقیقه‌ای بود، جلسات درمانی بر اساس کارهای اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و اسنایدر (۲۰۰۰) طراحی و اجرا شد. شرح مختصر جلسات درمانی به قرار زیر بود:

روش مداخله: به طور کلی در جلسه ی اول، ساختار جلسات و اهداف برنامه درمانی معرفی شده و امید بر اساس نظریه اسنایدر تعریف شده است؛ در جلسه ی دوم، به تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تاثیر آن بر سلامت مورد بحث قرار گرفت، ضمن اینکه در این دو جلسه سعی شد تا رابطه درمانی لازم با هریک از مراجعان برقرار شود و فرایندها و پویایی های گروه مورد توجه قرار می گرفت. در جلسه ی 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 مجددا قالب بندی شدند، ضمن اینکه سعی شد تا مواردی از امید در زندگی هریک از اعضا شناسایی شده و موفقیت های گذشته به منظور شناسایی عامل و گذرگاهها مورد توجه قرار گیرد. در جلسه ی پنجم، از اعضا خواسته شد تا لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی خود فراهم کرده و میزان اهمیت هر یک از آنها را مشخص نمایند. در جلسه ی ششم، ویژگی های اهداف مناسب بر اساس نظریه اسنایدر مطرح شد و سپس افراد برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه های زندگی ترغیب شدند. در جلسه ی هفتم، ویژگی های گذرگاه های 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 گذرگاه ها را به مجموعه ای از گام های کوچک بشکنند و گذرگاه های جانشین تعیین کنند. در جلسه ی 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 را تعیین کنند، عامل لازم را برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه های لازم را تشخیص دهند.

یافته ها

جدول شماره (۱). شاخص های مرکزی و پراکندگی متغیر سلامت روانی در مرحله پیش آزمون و پس

آزمون در گروه آزمایشی و کنترل

پیش آزمون			پس آزمون			پیش آزمون			پس آزمون			متغیرها
گروه آزمایشی			گروه کنترل			گروه آزمایشی			گروه کنترل			
میانگین	انحراف	تعداد	میانگین	انحراف	تعداد	میانگین	انحراف	تعداد	میانگین	انحراف	تعداد	
	معیار	کل		معیار	کل		معیار	کل		معیار	کل	

۱۵	۲	۸/۸۰	۱۵	۱/۳۰	۵	۱۵	۱/۶۱	۹/۸۰	۱۵	۱/۴۰	۱۰/۱۳	نشانه جسمانی های
۱۵	۲/۹۹	۱۰/۵۳	۱۵	۲/۹۸	۷/۹۳	۱۵	۲/۸۴	۱۱/۸۶	۱۵	۳/۷۱	۱۰/۴۶	اضطراب
۱۵	۲/۱۶	۱۰/۶۰	۱۵	۲/۸۲	۴/۸۵	۱۵	۲/۳۱	۱۰/۲۶	۱۵	۳/۰۸	۱۰/۳۳	اختلال در کارکرد اجتماعی
۱۵	۲/۱۱	۱۰/۲۰	۱۵	۲/۳۲	۳/۲۰	۱۵	۲/۴۲	۱۰	۱۵	۱/۸۳	۹/۹۳	افسردگی
۱۵	۱/۹۱	۱۴/۶۶	۱۵	۳/۹۵	۶/۶۰	۱۵	۲/۴۶	۱۳/۹۳	۱۵	۲/۰۳	۱۳/۱۳	سلامت روانی

همانگونه که مندرجات جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، گروه‌های مورد مطالعه در اغلب متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش آزمون تفاوت‌های چشمگیری با یکدیگر نداشته‌اند. چرا که میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها، تقریباً به هم نزدیک بوده است، ولی در مرحله پس آزمون، این کمیت‌ها با واریانس بیشتری مواجه شده‌اند به نحوی که میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها تغییر فاحش کرده است.

جدول شماره (۲). نتایج آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها در سلامت روانی

متغیر	ضریب F	درجه آزادی اول	درجه	آزادی
نشانه های جسمانی	۰/۴۶۳	۱	۲۸	۰/۵۰۲
اضطراب	۱/۳۸	۱	۲۸	۰/۲۴۹
کارکرد اجتماعی	۲/۸۴	۱	۲۸	۰/۱۰۳
افسردگی	۰/۳۶۹	۱	۲۸	۰/۵۴۹
سلامت روانی	۰/۵۸۱	۱	۲۸	۰/۴۵۲

از آزمون لون جهت بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها استفاده شد که نتایج نشان داد شرط همگنی واریانس نمرات در متغیر سلامت روانی برقرار است.

جدول شماره (۳). پیش فرض شیب رگرسیون در متغیر سلامت روانی

منابع	ضریب F	ضریب P
نشانه‌های جسمانی	۰/۸۴	۰/۷۷۴
اضطراب	۰/۵۱۸	۰/۷۲۴
کارکرد اجتماعی	۱/۶۸	۰/۲۰۵
افسردگی	۰/۸۱۴	۰/۳۷۵
سلامت روانی	۱/۰۲	۰/۳۲۲

برای بررسی نبودن تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش آزمون، فرض یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد. نتیجه این بررسی نشان داد که F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بنابراین یکسانی شیب رگرسیون در متغیر سلامت روانی برقرار است.

جدول شماره (۴). نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون سلامت روانی

نام آزمون P	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	ضریب
اثر پیلاپی	۰/۸۷۲	۹	۱۱	۸/۳۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۲۸	۹	۱۱	۸/۳۵	۰/۰۰۱

اثر هتلینگ	۱/۸۳	۹	۱۱	۸/۳۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه ری	۶/۸۳	۹	۱۱	۸/۳۵	۰/۰۰۱

یافته‌های موجود در جدول شماره ۴ تحلیل کوواریانس چندمتغیره را روی نمرات سلامت روانی گروه‌های آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد. مبتنی بر این یافته‌ها، امید درمانی روی هم رفته بر سلامت روانی در گروه‌های آزمایشی، تاثیر معناداری داشته است.

جدول شماره (۵). نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل در سلامت روانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	P
نشانه های جسمانی ۰/۳۷	۱۹/۴۳	۱	۹/۶۴	۰/۰۰۷
اضطراب ۰/۶۵	۹۱/۹۴	۱	۲۹/۸۲	۰/۰۰۱
کارکرد اجتماعی ۰/۱۹	۷/۵۰	۱	۳/۹۵	۰/۰۶۴
افسردگی ۰/۸۴	۸۹/۲۰	۱	۸۷/۶۸	۰/۰۰۰
سلامت روانی ۰/۰۴۶	۱/۷۴	۱	۰/۷۷	۰/۳۹۰

همانطور که در جدول ۵ نشان داده می‌شود امیددرمانی تاثیر معنی‌داری روی مولفه- های سلامت روانی دارد. در بین این‌ها بیشترین ضریب اتا یا بیشترین تاثیر مربوط به خرده مقیاس افسردگی می‌باشد (۰/۸۴).

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر امیددرمانی بر افزایش سلامت روانی افراد سالمند بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخش بودن درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت (امیددرمانی) می باشد. در سال‌های اخیر روانشناسان به امید به عنوان یک نقطه قوت روانشناختی نگاه می کنند و معتقدند که امیددرمانی می تواند در ایجاد سلامت روانی به افراد کمک زیادی بکند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که امید درمانی باعث ارتقای سلامت روانی در سالمندان می شود و این با یافته های (استراک^۱ و همکاران، ۱۹۹۱؛ اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۰؛ شیونز، ۲۰۰۶ و رفیعی، ۱۳۸۹) همخوان است. در تبیین این یافته می توان گفت آموزش امید باعث افزایش سطح توانمندیهای رفتاری مثل خودنظم دهی، آینده نگری، تواضع و بخشش می گردد. افرادی که از خودنظم دهی بالاتری برخوردارند با سایر افراد راحت تر هستند و سازگاری بهتری با دیگران دارند و همچنین احساس رضایت بیشتری در روابط بین فردی دارند؛ ضمن اینکه خویشتن پذیری و عزت نفس بالاتری را گزارش می کنند (نامداری و همکاران، ۲۰۱۰). سلینگمن^۲ در مداخلات مثبت خود بر روی مراجع نشان داد این مداخلات، حسی از مالکیت و اعتماد به واقعی بودن توانمندیها در افراد ایجاد می کند و فرد در استفاده از آنها احساس نیاز و ضرورت می کند. پترسون و سلینگمن^۳ بیان می کنند که استفاده از مداخلات روانشناسی مثبت، پیامدهای چشمگیری مانند سلامتی، کارآمدی، روابط اجتماعی سالم و رضایت از زندگی را بوجود می آورد. بنابراین به کار بردن این مداخلات به سلامتی فرد و نیازهای روانشناختی او مانند خودمختاری و سلامت روانی کمک می کند. مطالعات نشان داده اند که افراد امیدوار نسبت به کسانی که امید کمتری دارند، از تفکرات مثبت، عزت نفس و اعتماد به نفس بیشتری برخوردارند، علاوه بر این، این افراد احساسات را با انرژی بیشتری گزارش می کنند و خودشان را به شکل مثبت تری معرفی می کنند (رئیسپان و همکاران، ۲۰۱۱). یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی امیددرمانی بر سلامت روانی بوده است و این با یافته های (سیندر و لویز، ۲۰۰۱) همخوان می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت امید همبسته های زیست شناختی متعددی دارد که شامل: کارکرد موثر انتقال دهنده های عصبی، سروتونین و آدرنالین، کارکرد موثر دستگاه ایمنی، پیوند فزاینده ای انتقال دهنده های عصبی گابا و بازداری یادآوری رویدادهای فشارانگیز، افزایش اکسی توسین و افیون های درون زاد که به تحمل فشار کمک می کند (پاشاشریفی و همکاران، ۲۰۰۸). لیتل^۴ (۲۰۰۱) بیان می کند که افسردگی با کمبود انتقال دهنده های عصبی سروتونین و آدرنالین مرتبط است، بنابراین ترکیب تاثیرات روانشناختی و زیست شناختی افزایش امید به افزایش کارآمدی، کنار آمدن موثر و کاهش افسردگی آنها منجر شده و رفتار ارتقاء دهنده سلامت را پیش بینی می کند. می توان گفت افراد امیدوار،

1. Strack
2. Seligman
3. Peterson
4. Littel

خودشان را در برابر افسردگی محافظت می‌کنند و در دوره‌های کوتاه مدت افسردگی زودتر بهبود می‌یابند و احتمال کمتری دارد که تجربه دوباره‌ای داشته باشند. مطالعات نشان داده‌اند که علائم اضطراب و افسردگی در افراد امیدوار کمتر گزارش می‌شود. امید پایین می‌تواند سطح افسردگی و ضعف‌های روانی-اجتماعی را پیش‌بینی کند. افسردگی با عدم تحقق اهداف فرد مرتبط است. آرون بک، در نظریه خود‌نامیدی را اصلی‌ترین مولفه افسردگی می‌داند و بیان می‌کند که نامیدی هم‌فلج‌کننده اراده است هم باعث تحمل ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می‌گردد (هدایتی، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش اسنایدر و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده که مداخلات امیددرمانی می‌تواند برخی از توانایی‌های روانی را افزایش داده و علائم آسیب‌شناسی روانشناختی را کاهش دهد. نتایج تحقیقات یانگ^۱ (۱۹۹۸) و پوستر^۲ (۲۰۰۱) نشان داده است که امیدواری نقش به‌سزایی در بهبود بیماری‌های روانی دارد. همچنین امیدواری که نوعی احساس امکان‌پذیر بودن یک رویداد با رفتار مطلوب در آینده است، یک عامل مهم درمانی در مشاوره و روان‌درمانگری فردی (آدامز، ۱۹۹۸ و بیلز^۳، ۲۰۰۴) و گروه‌درمانگری (کوری^۴ و کوری، ۲۰۰۰) به حساب می‌آید.

مهمت و روزین^۵ (۲۰۰۹) و فاران (۱۹۹۵) نیز نشان دادند که امید به گونه‌ای بادوام با علائم کمتر افسردگی مرتبط است و امید‌چیزی است که می‌تواند آموزش داده شود. به نظر می‌رسد، روان‌درمانگری مثبت‌نگر نه تنها از طریق از بین بردن نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای موثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجان‌های مثبت و توانمندی‌های منش موجب تغییر آسیب‌پذیری تاب‌آوری شود. روان‌درمانگری مثبت‌نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تاثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آنها باشد.

نتیجه‌گیری

می‌توان گفت، افرادی که از امید بالاتری برخوردارند، در زندگی خود شکست‌هایی را تجربه کرده‌اند؛ اما اعتقاد دارند که می‌توانند با چالش‌های زندگی کنار بیایند. این افراد وقتی در رسیدن به اهداف‌شان با موانع مواجه می‌شوند، هیجان‌های منفی خفیفی را تجربه می‌کنند؛ این امر ممکن است به این دلیل باشد که وقتی با موانع مواجه می‌شوند برای دستیابی به اهداف خود مسیرهای جایگزین ایجاد می‌کنند، یا با انعطاف‌پذیری هدف‌های قابل‌دسترس را بر می‌گزینند، در حالی که افرادی که امید پایین‌تری دارند وقتی با موانع مواجه می‌شوند هیجان‌های خشم، یاس و بی‌احساسی را تجربه می‌کنند. از نتایج مثبت امید‌معدار شدن زندگی، انرژی بیشتر، شادی و حفظ زندگی است. امید باعث فعالیت خود شخص

1. Yung
2. Poster
3. Beils
4. Korry
5. Mehmet & Rozien

و همچنین کمک به فعال کردن سایر افراد می شود. از مزایای دیگر امید می توان به عزت نفس، آرامش، انرژی برای کار و برنامه ریزی، انطباق و سازگاری با شرایط و برتری و تفوق نام برد. از آنجا که در روانشناسی مثبت اعتقاد بر این است که سازه های روانشناسی مثبت، از جمله امید، می تواند از افراد در برابر آثار رویدادهای استرس زای زندگی حمایت کند به نظر می رسد که تدوین برنامه های پیشگیرانه بر اساس نظریه امید اسنایدر و استفاده از نقش پیگیرانه آنها با آموزش به سالمندان مفید باشد. بنابراین این برنامه درمانی می تواند مورد استفاده متصدیان قرار بگیرد. با توجه به نتایج این پژوهش، متخصصان می توانند از این برنامه درمانی در کار با افرادی که دچار اختلالات خلقی یا افسردگی هستند به خصوص در سالمندان استفاده نمایند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر با کد اخلاق ۵۲۱/ج انجام شده است. نویسندگان بر خود لازم می دانند از همه افرادی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر بعمل آورند.

منابع

Alaeddini Z, Kajbaf M. B, & Molavi H. The Effects of Group Hope- therapy on Mental Health of Female Students in Isfahan University. *Journal of mental health*.2007; 1(4), 67-76.

Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Health consequences of obesity in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2014;5(3):63-7. doi:10.1016/j.jcgg.2014.01.004.

Bijari H, Ghanbari Hashemabadi B, Aaghamohammadian Sherbaf H, Homaei Shandiz F. The study of effectiveness of group therapy approach in increasing the degree of hope to life in women with breast cancer. *Journal of studiest of Education and psychology of Ferdosi University*. 2009, 1(10); 171- 184.(in Persian)

Diener E, Gohm C.L, Suh M, & Oishi S. Similarity of the Relation between Marital Status and Subjective Well-being across Cultures, *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2000; Vol. 31, pp.419-436.

Ebrahimi Ghavam, S. (1994). Relationship between social growth and having social support (with an emphasis on social skills). (Unpublished master's thesis, Shahid Chamran University). (in Persian).

Elliott T.R, Witty T.E, Herrick S. & Hoffman J.T. Negotiating reality after physical loss: Hope, depression and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61:608 -613.

Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and Hopelessness. *Critical Clinical Constructs*. 4th ed. USA: Thousand Oaks California; 1995; 153-185 .

Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychotherapy and psychosomatics*. 2005; 74:26-30.

Feinkohl I, Lachmann G, Brockhaus W-R, Borchers F, Piper SK, Ottens TH. Association of obesity, diabetes and hypertension with cognitive impairment in older age. *Clin Epidemiol*. 2018;10:853-62. doi:10.2147/CLEP.S164793

Ghazi Mohseni M, Soleimani AA, Heidarnia A. Examining the effectiveness of hope-based group training on the life quality of the elderly People. *Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11(2):300-309. (Persian).

Grewal P. K, & Porter J. Hope theory: a framework for understanding Death studies. *Washington*. 2007; 31(2): 131-154.

Hedayati N. The effectiveness of group counseling with method of Frankel Logotherapy in decreasing of hopelessness in teenagers between 13-18 ages in saghes Azadegan highschool. The thesis submittet for degree of Master of Art. Allame Tabatabaei University, 2006.(in Persian)

Kar A. (2007). Positive psychology: science of happiness and human's capabilities, translated by Pasha Sharifi et al,(2008)Tehran, Sokhan publication.(in Persian)

Kazemi, V., Comparison of cognitive distortion in depressed and anxious patients. Thesis M.A. in university Shiraz[in Persian].

Kevin, C.W. Hope against cold: Individual differences in trait hope and acute pain tolerance on the press or task. *Journal of Personality*, 2005;73:85-98.

Lopes S.J, Snyder C.R, Magyar-Moe. J, Edward. L.M, Pedotti. J.T, Janowski. J.L, Turner, & pressgrove C. Strategies for Accentuating Hope.(appeared in) Linlley P. A., and Joseph S.K(eds). Positive psychology in practice. Hoboken, NJ: John Wiley& Sons, 2003.

Lyubomirsky S, Dickerhoof R, Boehm JK, Sheldon KM. Becoming happier takes both a will and a proper way: Tow experimental longitudinal interventions to boost well- being. Manuscript under review ; 2008.

Mehmet C. & Michael Rozien. You've got to have hope: Studies show "hope therapy" fights depression. Ohio State University.; Anonymous. New SRX science, 2009; Atlanta. P. 68.

Namdari K , Molavi H, Malekpoor M, Kalantary M . The effect of hope enhancing training on behavioral strengths in dysthymic patients. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* .2010;13(2), 52-60.(in persian)

Nowotny M. *Assessment of hope in Patients with Cancer, development of an instrument*. *Journal of Oncology Nursing Forum*. 1989; 16 (1) : 57- 61.

Peterson C, Seligman MEP. *Character strengths and virtues: a handbook and classification*. Washington DC: American Psychological Association; 2004. p: 625-44.

Raeisian A, Golzari M & Borjani A. The effectiveness of hope therapy in decreasing of depression and prevention from Relapse in addicted women. *Journal of Research on Addiction*. 2011; 3(19), 7-23.(in Persian)

Rakel RE, Rakel D. *Textbook of family medicine*. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2016.

Rashidi H, Shahbazian H, Nokhostin F, Bahadoram M, Payami SP. The association between concentration of Uric Acid and metabolic syndrome among adolescents. *Tehran Univ Med J*. 2015;73(8):600-7. (Persian)

Sadock BJ, Sadock VA. (Eds.) *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry (9th Ed.)*. New York: *Williams & Wilkins*; 2003.

Scheier M.F, Carver C. S, & Bridges M. W. Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *optimism and pessimism*(pp. 189-216). Washington, Dc: American Psychological Association, 2001.

Schrank B, & Stanghellini G. Hope in psychiatry: a review of the literature. *Journal of American psychiatry*.2008; 11(2): 421-433.

Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. positive psychology; An introduction. *journal of American psychologist*.2000;221-278

Seligman MEP. *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press. 2003, p: 16-27.

Seligman MP, Rashid T, parks AC. Positive psychotherapy. *Journal of American psychologist*. 2006; 61: 774- 788.

Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviyani H, Semnani U, Shabani A, Shahriyar Z, Davari R, Hakim Shoshtari M, Sedigh A, Jalali Rodsari M. Reliability and capability of the Persian version of the Structured Clinical interview for DSM-IV. *Adv in Cogn Sci*. 2005; 6(1,2): 10-22.

Shirazi N. (1997). Construction and validation of a scale to measure self esteem and its relation to aggression, anti-social behavior, socioeconomic status and academic performance in male high schools of Ahvaz city. (Unpublished master's thesis, Shahid Chamran University). (in Persian).

Snyder C R. Handbook of hope: theory, measures, and applications. Academic press, usa, 2000.

Snyder C. R, et al. Hope for Rehabilitation and vice versa. Rehabilitation Psychology, 2006.

Snyder C.R, Berg C, Woodwarrrd J. T, Gum A, & Snyder C.R, Lopez S.J. *Hand book of positive psychology*. us.oxford university press; 2001.

Snyder CR, Irving L, Anderson JR. "Hope and Health: Measuring the Will and Ways", In: C. R. Snyder D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*. New York: Pergamon Press; 1991: 285-305.

Strack F, Argyle M, & Schwarz M. *Subjective Well-being: An Interdisciplinary Perspective*, 1991.

Taghavi S. Validity and reliability of General Health Questionnaire (GHQ). *Journal of Psychology*. 2001; 20, 381-398. (in Persian).

World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.

Zahed Babolan A, Ghasempour A, Hassanzade S. The Role of Forgiveness and Psychological Hardiness in Prediction of Hope. *Journal of Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2011; 12(3), 12-19.

