

The Effectiveness of Hope-Therapy on the Dimensions of Life Quality and Self-Esteem of Depressed Adolescent Girls

Maedeh Hashemian¹, Kourosch Namdari², Ahmad Abedi³

1. student in Clinical Psychology. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran
2. (corresponding author); Assistant Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. K.namdari@edu.ui.ac.ir
3. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology and Education of Children With Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

ABSTRACT

The article is taken from a senior dissertation

Aim: The research aimed to study the effectiveness of hope therapy on dimensions of quality of Life and self-esteem in depressed adolescent girls .

Methods: For this purpose, a quasi-experimental pretest, posttest with control group was used .The statistical population included all adolescent girls studying in the academic year 2016-2017 in Isfahan, from which 24 depressed girls (12 in the experimental group, 12 in the control group) were selected through cluster sampling and according to the selection criteria. The intervention method included 8 sessions of hope therapy that was implemented for experimental group. In order to assess variables, Beck Depression Inventory 2 (Beck, 1996), Quality of Life Questionnaire (World Health Organization, 1996) and Self-Esteem Questionnaire (Coopersmith, 1967) were used. The data analysis conducted by multivariate analysis of covariance with pretest, posttest, and control groups. **Finding:** The findings showed a significant increase in the mean scores of dimensions of quality of life including physical health ($F= 0.36, p<0.05$), mental health ($F= 0.30, p<0.05$), social relations ($F= 0.35, p<0.05$), and perception of living environment ($F= 0.32, p<0.05$) in depressed girls. Also, the result showed a significant increase in the mean scores of academic self-esteem ($F= 0.44, p<0.05$), and self-esteem ($F= 0.40, p<0.05$) in these students. **Conclusion:** Therefore, hope therapy is effective in increasing self-esteem and quality of life in depressed adolescent girls and can be used in schools and counseling centers to reduce depression by designing educational and cultural programs focusing on hope, preventing depression in adolescents, and improving their quality of life and self-esteem.

Keywords: Hope-Therapy, depression, quality of life, self esteem



تأثیر امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی و عزت نفس دختران افسرده نوجوان

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

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۲. نویسنده مسئول، دکتری روان شناسی، استادیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. K.namdari@edu.ui.ac.ir
۳. دکتری روان شناسی، دانشیار، گروه روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

(صفحات ۳۰۹-۳۳۱)

چکیده

مقاله مستخرج از پایان نامه ارشد می باشد

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی و عزت نفس دختران افسرده انجام شد. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دختران نوجوان مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ شهر اصفهان بود که از میان آنان ۲۴ دختر افسرده (۱۲ نفر گروه آزمایش، ۱۲ نفر گروه کنترل) به شیوه نمونه گیری خوشه ای و با توجه به ملاک های ورودی انتخاب شد و گروه آزمایش در معرض ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای امید درمانی قرار گرفت. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه افسردگی بک-۲ (بک، ۱۹۹۶) و پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶) و پرسشنامه عزت نفس (کوپراسمیت، ۱۹۶۷) استفاده شد. بمنظور تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که امید درمانی بر ابعاد ۴ گانه کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی ($F=0/36; p<0/05$) و سلامت روانی ($F=0/30; p<0/05$) و روابط اجتماعی ($F=0/35; p<0/05$) و ادراک محیط زندگی ($p<0/05$)؛ عزت نفس دختران افسرده تأثیر داشت و همچنین باعث ارتقای عزت نفس تحصیلی ($p<0/05$)؛ عزت نفس خود ($F=0/40; p<0/05$) در این دانش آموزان شد. **نتیجه گیری:** بنابراین درمان مبتنی بر امید در افزایش عزت نفس و کیفیت زندگی دختران نوجوان افسرده مؤثر بوده و میتوان از آن در مدارس و مراکز مشاوره بمنظور کاهش افسردگی استفاده نمود و با طراحی برنامه های آموزشی و فرهنگی با محتوای امید، از افزایش افسردگی در میان نوجوان پیشگیری کرد و کیفیت زندگی و عزت نفس آنان را ارتقا داد.

واژه های کلیدی: امید درمانی، افسردگی، کیفیت زندگی، عزت نفس

مقدمه

نوجوانی حساس ترین و بحرانی ترین دوره رشد انسان است که به خاطر تغییرات سریع جسمانی، اجتماعی، هیجانی و شناختی با چالش های زیادی همراه است (موسوی، فاطمی و شانازی، ۱۳۹۹). به علاوه نوجوانی دوره ای مهم و برجسته در رشد و تکامل اجتماعی، شناختی و روانی افراد است (طاهری، منشئی و عابدی، ۱۳۹۸) و آینده نوجوان بسیار متأثر از الگوهای رفتاری شکل گرفته در این سنین است (زندگی، رحیمی و موسوی نسل، ۱۳۹۹). گذار از وابستگی کودکی به استقلال جوانی و بزرگسالی اهمیت توجه به دوره نوجوانی را دو چندان می کند (موسوی، فاطمی و شانازی، ۱۳۹۹). مسئله ای که حائز اهمیت است این است که میزان افسردگی دختران در این سنین، بر خلاف دوران کودکی، تقریباً دو برابر پسران است (سادوک، سادوک و روریز^۱، ۲۰۱۵). علت شناسی افسردگی در نوجوانان متفاوت از بزرگسالان است (ارشادی منش، ۱۴۰۰) و علائمی که نوجوانان در در خلال افسردگی از خود نشان می دهند متفاوت است و بستگی به این دارد که کدامیک از ابعاد افسردگی غلبه داشته باشد (دادستان، ۱۳۹۱). ویژگی اصلی حالات افسردگی در دوران نوجوانی، کاهش علاقه نسبت به فعالیت هایی که فرد افسرده قبلاً از آن لذت می برده است نظیر معاشرت، تفریح و ورزش و حتی غذا خوردن. این افراد بسیار خود را سرزنش می کنند و احساس می کنند که هیچ کاری از دستشان بر نمی آید و اعتماد به نفس خود را از دست می دهند (کونر^۲ و کاسیدی^۳، ۲۰۰۷).

از سوی دیگر ناتوانی در لذت جویی در افسردگی با کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد (سلیگمن، رشید و پارکس^۴، ۱۳۹۴). کیفیت زندگی موضوعی ذهنی است که به میزان

1. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P
2. Conner, CR
3. Cassidy, C
4. Seligman, M.R., Rashid, T., Parks, AC

استفاده و رضایت فرد از امکانات موجود در زندگی اش اشاره دارد و بردرک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (مختاری، حاتمی، احدی و همکاران، ۱۴۰۰). در واقع در کیفیت زندگی افراد، افکار و باورهای آنها نیز دخالت دارد که در افسردگی این باورها دچار تحریف می‌گردد. کیفیت زندگی شامل ابعاد ۴ گانه سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و ادراک محیط زندگی است که هر یک به نوبه خود نقش موثری در بالا بردن کیفیت زندگی ایفا می‌کند.

از دیگر متغیرهایی که ارتقای آن موجب کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان افراد می‌گردد عزت نفس است. از مهم ترین نیازهای دوره نوجوانی درک ارزش وجودی خویشتن یا همان عزت نفس است (طاهری و همکاران، ۱۳۹۸). عزت نفس که از ابعاد یک انسان کامل و سالم از لحاظ شخصیتی است (موحدی، کریمی نژاد، باباپور و همکاران، ۱۳۹۴) نقش مهمی در پیش‌بینی و کاهش افسردگی ایفا می‌کند (حسینی، نجفی، محمدی فر، ۱۳۹۸). عزت نفس همان رضایت شخص از خویش است. نظر هر فردی راجع به جسم و ابعاد روانی و هیجانی خودش عزت نفس نامیده می‌شود (میر عنایت، عابدی و ایزدی، ۱۳۹۶). اکثر مطالعات پیشین بین سلامت روان و عزت نفس رابطه معناداری را گزارش می‌کنند (لاوری، کرپیس و بلانکس^۱، ۲۰۰۵) و اثربخشی امید درمانی در افزایش عزت نفس و کاهش افسردگی را تایید می‌کنند (چونزو و همکاران، ۲۰۰۶).

یک رویکرد نوین برای افزایش سلامتی، مداخلات روان‌شناختی مثبت است، یعنی روش‌های درمانی که هیجان‌ات و شناخت‌های مثبت را مورد توجه قرار می‌دهند. پاره‌ای از پژوهش‌ها نشان داده اند که مداخلات روان‌شناسی مثبت که به افراد افسرده ارائه شده اند، سلامتی را افزایش و افسردگی را کاهش داده اند (بهارى، ۱۳۹۳). نتایج مطالعات اسنایدر (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که امید درمانی می‌تواند بر روی بیماری‌های روانی و برخی

بیماری های جسمانی کارساز باشد. بسیاری از بیماری های روانی و برخی از بیماری های جسمی در واکنش به از دست دادن امید روی می دهد و امید درمانی قادر است سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد (شیخ الاسلامی، قمری و رمضانی، ۱۳۹۵). نظریه امید برای کمک به افرادی در مفهوم سازی اهداف روشن تر، خلق راههای بیشمار برای دستیابی به هدف، بسیج انرژی روانی برای حفظ پیگیری اهداف، و چارچوب سازی موانع لاینحل به عنوان معضلاتی که باید بر آنها چیره شد، طراحی شده است. هیجان های مثبت و منفی محصول جنبی تفکر هدفمند امید و ناامیدی هستند (نقیببی، سعیدی و خزایی، ۱۳۹۷). رابطه درمانی امید بخش این مولفه های امید را تسهیل می کند. تغییراتی که در میزان امید افراد رخ می دهد ظاهری نیست، بلکه در توانایی افراد در تفکر هدفمند جستجو می شود. امید در سطح (ظاهر) روی نمی دهد بلکه در تصور عمیق از خود به عنوان موجودی که قادر است تفکر اراده مند و هدف مدار را افزایش دهد، روی می دهد (اسنایدر، ۲۰۰۰). فرایند آموزشی امید در دو مرحله اصلی مطرح می گردد که هر مرحله از دوگام تشکیل می شود. مرحله اول؛ امید سازی یا القای امید است که از طریق امید یابی و تحکیم امید حاصل می شود. مرحله دوم، امید افزایشی است که از طریق تسهیل در افزایش امید و ابقای امید صورت می گیرد. افراد ناامید به دلیل اینکه عامل و گذرگاه های کمی دارند در برخورد با موانع براحتی انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان های منفی می شوند که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی می شود (اسنایدر، ۲۰۰۲). درمان های برگرفته از روان شناسی مثبت نشان داده اند که در راستای درمان افسردگی موفق بوده اند و امید درمانی در کاهش علائم افسردگی نقش موثری ایفا میکند (رتنوواتی، رامادیانتی، سوسیاتی و همکاران^۱، ۲۰۱۵؛ میشل، ایلانیت، فیلیپ و همکاران^۲، ۲۰۱۳؛ ولز^۳، ۲۰۰۵). مطالعات نشان می دهد که متغیرهای متعددی بر روی

افسردگی تاثیر گذارند و همچنین افسردگی بر روی ابعاد مختلفی از ویژگی‌های انسان از جمله میزان امید افراد اعمال اثر میکند (نامداری، مولوی، ملک پور و همکاران، ۱۳۸۹). درمان‌های مثبت در جهت جلوگیری و کاهش علائم ناشی از افسردگی با توجه به هزینه کمتر و همچنین نداشتن عوارض بالینی که در درمان طبی دیده می‌شود میتواند در کاهش علائم افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی موثر افتد، چراکه امید درمانی راه موثری برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن شناخته شده است (رویین تن، آزادی، افشین و همکاران، ۱۳۹۸). بعلاوه امید درمانی می‌تواند منجر به ارتقا عزت نفس افراد مبتلا به افسردگی شود چرا که اساس عزت نفس امید است و امید قبل از انجام هر کاری وارد عمل می‌شود و انگیزه و سوخت حرکت به سمت عمل را فراهم می‌کند و کسب موفقیت در کارها منجر به افزایش عزت نفس می‌گردد (اسنایدر، ۲۰۰۰)، بنابراین امید درمانی در ارتقای عزت نفس نوجوانان موثر است (بخشایی، ۱۳۹۰). امید درمانی به صورت بنیادین افکار افراد را تصحیح می‌کند در حالیکه در سایر درمان‌ها کوشش می‌شود که صرفاً علائم کاهش پیدا کند و این خود دلیلی بر اهمیت این نوع درمان است.

متناسب با سبب شناسی و همچنین بررسی متغیرهای همایند با این مساله، درمان‌ها و آموزش‌های گوناگونی پیشنهاد شده است که در این بین تمرکز بر درمانی که همزمان داستان زندگی بیمار، شناخت‌ها و باورها و مهارت‌های حل مسئله بیمار را به چالش بکشد، کمتر دیده می‌شود. خلا پژوهشی در زمینه ارائه درمان‌های مرتبط با علائم خاص افسردگی در نوجوانان که متفاوت از بزرگسالان است، تلاش در جهت ارائه پژوهشی موثر بر اساس مهمترین عوامل دخیل در افسردگی نوجوانان را ضرورت می‌بخشد و نتایج آن میتواند راهگشای متخصصان در برنامه‌های درمانی باشد و به کاهش افسردگی نوجوانان که در معرض انتخاب‌های بزرگ زندگی هستند کمک کند. بنابراین تحقیق حاضر در راستای تحقق اهداف فوق در صدد است که به بررسی اثربخشی امید

درمانی بر کیفیت زندگی و عزت نفس دختران نوجوان افسرده پیردازد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. داوطلبان این پژوهش شامل دو گروه از دانش آموزان دختر مقطع متوسطه مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ شهر اصفهان بودند که از طریق پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه تشخیصی، شناسایی شدند. یک گروه از این داوطلبان در معرض امید درمانی قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و هیچگونه مداخله‌ای برای آنها اجرا نشد. مداخله مبتنی بر امید درمانی به عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد و مولفه کیفیت زندگی و عزت نفس به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. برای هر دو گروه پیش آزمون اجرا شد و مداخله امید درمانی بصورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در اتاق مشاوره مدرسه الزهرا واقع در منطقه ۵ بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و پس از اتمام جلسات درمان، پس آزمون اجرا گردید. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اصفهان بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان مناطق ۶ گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان یک منطقه (منطقه ۵) بصورت تصادفی انتخاب شد و از میان مدارس منطقه ۵ دو مدرسه و از هر مدرسه ۳ کلاس بصورت تصادف انتخاب شدند که در مجموع تعداد ۱۲۰ نفر بودند. ۱۲۰ دانش آموز انتخاب شده پرسشنامه افسردگی بک را تکمیل کردند. ۴۳ نفر از این دانش آموزان که بر اساس نقطه برش پرسشنامه افسردگی بک، نمره بین ۱۶ تا ۴۶ کسب کردند، از طریق مطاحبه بالینی مورد بررسی قرار گرفتند. سپس از میان این دانش آموزان، ۳۰ دانش آموز انتخاب شده و بعد از جلب رضایت داوطلبان و کسب رضایت آگاهانه، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. لازم به ذکر است که کلیه داوطلبان از لحاظ جنسیت، تحصیلات و دامنه سنی هم‌تا شدند. ضمن اینکه ملاک‌های ورود عبارت بودند از دختر بودن، دانش آموز بودن و عدم ابتلا به سایر بیماری‌های هم‌بند از جمله

بیماری‌های اضطرابی و خلقی که از طریق مصاحبه بالینی کنترل شد. ملاک خروج نیز شامل عدم تمایل داوطلب برای شرکت در پژوهش بود. ضمن اینکه در طول جلسات هر دو گروه از ۱۵ نفر به ۱۲ نفر ریزش داشتند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم^۱: نسخه دوم پرسشنامه بک (۱۹۹۶) که ارتقا یافته نسخه اول پرسشنامه بک (۱۹۶۱) است ۲۱ سوال دارداستاین پرسشنامه که شامل ۲۱ سوال است. این نسخه برای ارزیابی نشانگان منطبق با ملاک‌های تشخیص افسردگی دفترچه راهنمای انجمن روانپزشکی آمریکا کاربرد دارد. در سال ۱۹۶۱ به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده از پرسشنامه افسردگی بک نسخه اول و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. محتوای این پرسشنامه به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است که هم وجود و هم شدت افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. پرسشنامه افسردگی بک از نوع پرسشنامه‌های خودسنجی است و در ۵ تا ۱۰ دقیقه تکمیل می‌شود. آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و غیره هستند به این ترتیب که دو ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌شناسی جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است، به این ترتیب این مقیاس درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل ۳۰ تا حداکثر ۶۳ است. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی برحسب فاصله

1. Beck depression Inventory (second version)

2. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار با آزمایابی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در ایران نیز دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب اعتبار و روایی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ گزارش کردند.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱: پرسشنامه کیفیت زندگی توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) بمنظور بررسی کیفیت زندگی افراد تدوین شده است. این پرسشنامه ۲۶ سوال دارد و ۴ حیطه سلامت جسمانی (سؤالات ۳ و ۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۸)، سلامت روانی (سؤالات ۵ و ۶ و ۷ و ۱۱ و ۱۹ و ۲۶)، روابط اجتماعی (سؤالات ۲۰ و ۲۱ و ۲۲) و سلامت محیط (سؤالات ۸ و ۹ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵) را می‌سنجد. دو سوال هم به هیچکدام از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره گذاری پرسشنامه به روش لیکرت ۵ درجه از بسیار ناراضی (۱) تا بسیار راضی (۵) است. کمترین و بیشترین نمره‌ای که افراد می‌توانند از این پرسشنامه کسب کنند به ترتیب ۲۶ و ۱۳۰ است. نمره بالاتر کیفیت زندگی بیشتر را نشان می‌دهد. لیوی و لیتمن اوادیا^۲ (۲۰۱۱) پایایی پرسشنامه را با استفاده از سه روش بازمایی با فاصله سه هفته، دو نیمه کردن و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ گزارش کردند. در ایران این پرسشنامه توسط نجات، منتظری، هلاکویی نایینی و همکاران (۱۳۸۵) ترجمه و هنجاریابی شد و پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد بالای ۰/۷۰ بدست آمد.

پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت^۳: ابزار دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت (۱۹۶۷) بود که با هدف سنجش میزان عزت

1. World Health Organization Quality of Life
2. Lavy, S., Littman-Ovadia, H
3. Cooper Smith Selfsteem Inventory

نفس افراد در چهار حیطة فردی، خانوادگی، تحصیلی و در میان گروه همسالان طراحی شده است. این پرسشنامه از ۵۸ ماده تشکیل شده است. پرسشنامه با دو گزینه بله و خیر جواب داده می‌شود که هر فرد متناسب با وضعیت خود یکی از گزینه‌ها را انتخاب می‌کنند. مقیاس کوپراسمیت دارای ۸ گزینه دروغ سنج است. شماره سوالات دروغ سنج عبارت است از: ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۴۱، ۴۸، ۵۵. چنانچه پاسخ دهنده از ۸ سوال بالا بیش از ۴ نمره بیاورد بدان معنا است که اعتبار آزمون پایین بوده و آزمودنی سعی کرده خود را بهتر از آنچه هست جلوه دهد. ۵ گزینه دیگر در چهار حیطة عزت نفس عمومی (۲۶ گویه)، عزت نفس اجتماعی با همسالان (۸ گویه)، عزت نفس خانوادگی با والدین (۸ گویه)، و عزت نفس تحصیلی (۸ گویه) توزیع شده است. در مورد نمره گذاری چنانچه آزمودنی به سوالات ۲، ۴، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۵، ۳۶، ۴۷، ۴۵ و ۵۷ با بله پاسخ دهد یک نمره و اگر با خیر پاسخ دهد نمره صفر می‌گیرد و بقیه سوالات به صورت معکوس است. یعنی پاسخ خیر آنها ۱ نمره و پاسخ بله آنها صفر می‌گیرد، بنابراین نمره کل آزمودنی حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۰ خواهد بود. ضریب پایایی آن در ایران توسط نیسی و یمین (۱۳۸۸) ۰/۷۹ گزارش شد و ضریب روایی آن با روش همبسته کردن نمره‌های پرسشنامه عزت نفس با نمره‌های پرسشنامه خود پنداره راجرز ۰/۵۲ محاسبه گردید. فروست و مک کوی^۱ (۲۰۰۴) نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ میزان پایایی این مقیاس را ۰/۸۵ محاسبه کردند و ضریب پایایی برای خرده مقیاس‌های عزت نفس خود، همسالان، خانوادگی و تحصیلی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۱ و ۰/۸۳ به دست آوردند. پس از انتخاب گروه نمونه و انتخاب تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل، جلسات درمانی که شامل ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای برگرفته از مطالعات اسنایدر بود، طراحی و اجرا گردید. شرح مختصر جلسات به شرح زیر بود:

روش مداخله: در جلسه اول به طور کلی، ساختار جلسات و اهداف برنامه درمانی

معرفی شده و امید بر اساس نظریه اسنایدر برای افراد تعریف شد؛ در جلسه دوم، به تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تاثیر آن بر سلامت پرداخته شد و در پرتو این دو جلسه تلاش شد تا رابطه درمانی صحیح و همدلانه با هریک از اعضا شکل بگیرد و فرایندها و پویایی های گروه مورد توجه قرار گرفت. در جلسه سوم، از هریک از مراجعان خواسته شد تا داستان زندگی خود را به زبان خود برای گروه تعریف کند و در جلسه چهارم این داستان ها بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید اسنایدر یعنی هدف، عامل و گذرگاه ها تبیین شده و مجدداً 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 گذرگاه ها مورد توجه قرار گیرد. در جلسه پنجم از اعضا خواسته شد تا لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی خود فراهم کرده و میزان اهمیت هریک از آنها را مشخص نمایند. در جلسه ششم، ویژگی های اهداف مناسب بر اساس نظریه اسنایدر مطرح شد و سپس افراد برای تعیین اهداف در هریک از حیطه های زندگی ترغیب شدند. در جلسه هفتم، ویژگی های گذرگاه های مناسب مطرح شده و از آنها خواسته شد تا برای رسیدن به اهداف تعیین شده و راهکارهای مناسبی بیابند، سپس به آنها آموزش داده شد تا گذرگاه ها را به مجموعه ای از گام های کوچک بشکنند و گذرگاه های 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، پردازند و در نهایت به آنها آموزش داده شد تا خود یک امید درمانگر باشند و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار برند، به طوری که خود بتوانند اهداف و موانع را تعیین کنند، عوامل لازم برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه های لازم را تشخیص دهند. لازم به ذکر است که در مطالعات قبلی کارآزمایی های بالینی بر روی پروتکل درمانی صورت گرفته است.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۴ نفر از نوجوانان شهر اصفهان شرکت داشتند که همگی مونث، مجرد و مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه بودند میانگین سنی نمونه در گروه آزمایش ۱۶/۸۳ سال (انحراف استاندارد ۰/۸۳) و در گروه گواه ۱۶/۷۵ سال (انحراف استاندارد ۰/۹۶) بود. در این پژوهش جهت بررسی درمان مبتنی بر امید برابعد کیفیت زندگی و عزت نفس دختران نوجوان افسرده از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از اجرای این پیش فرض در مورد نمرات متغیرهای این پژوهش در مرحله پس آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. آزمون کلموگروف اسمیرنوف جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه‌ها	آماره	معنی داری
سلامت جسمی	آزمایش	۰/۶۵۷	۰/۷۸۱
	کنترل	۰/۴۸۵	۰/۹۷۳
سلامت روانی	آزمایش	۰/۷۶۵	۰/۶۰۲
	کنترل	۰/۸۷۰	۰/۴۳۶
روابط اجتماعی	آزمایش	۰/۶۴۳	۰/۸۰۳
	کنترل	۰/۴۱۶	۰/۹۹۵
ادراک محیط زندگی	آزمایش	۰/۴۲۰	۰/۹۹۵
	کنترل	۰/۵۹۵	۰/۸۷۱
عزت نفس خود	آزمایش	۰/۴۹۳	۰/۹۶۸
	کنترل	۰/۵۹۲	۰/۸۷۵
عزت نفس همسالان	آزمایش	۰/۶۵۱	۰/۷۹۰
	کنترل	۰/۴۵۹	۰/۹۸۴
عزت نفس خانوادگی	آزمایش	۰/۵۳۹	۰/۹۳۴
	کنترل	۰/۶۱۹	۰/۸۳۸
عزت نفس تحصیلی	آزمایش	۰/۵۰۴	۰/۹۶۲
	کنترل	۰/۶۰۰	۰/۸۶۵

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، سطح معناداری در تمام مولفه ها بزرگتر از ۰/۰۵ است و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس آزمون برقرار است. یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است.

به منظور بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. آزمون لوین جهت ارزیابی پیش فرض برابری واریانس های نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون

متغیر	زیر مقیاس	پس آزمون	
		F	معنی داری
کیفیت زندگی	سلامت جسمی	۰/۵۱۷	۰/۴۸۰
	سلامت روانی	۰/۹۶۴	۰/۳۳۷
	روابط اجتماعی	۰/۴۴۴	۰/۵۱۲
	ادراک محیط زندگی	۰/۰۱۲	۰/۹۱۴
عزت نفس	عزت نفس خود	۴/۶۶۸	۰/۰۴۲
	عزت نفس همسالان	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
	عزت نفس خانوادگی	۴/۳۴۶	۰/۰۵۰
	عزت نفس تحصیلی	۰/۰۱۸	۰/۸۹۴

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس ها در گروه ها در همه متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون به جز عزت نفس خود رد نشده و باقی مانده است ($p > 0/05$). لذا این پیش فرض تایید می شود. بمنظور بررسی مفروضه تساوی کوواریانس، جدول ۳ نتایج آزمون باکس را نشان می دهد.

جدول ۳. آزمون باکس جهت بررسی فرض تساوی کواریانس در متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	ضریب M باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
خرده مقیاس‌های عزت نفس	۲۰/۲۴۱	۱/۶۲۰	۱۰	۲/۳۱۴	۰/۰۹۵
خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی	۹/۱۱۵	۰/۷۲۹	۱۰	۲/۳۱۴	۰/۶۹۷

همانطور که در جدول ۳ دیده می‌شود، پیش فرض تساوی کواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته در همه متغیرهای پژوهش تایید شده است. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات کیفیت زندگی و عزت نفس در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی زیرمقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمی	آزمایش	۱۵/۳۳	۳/۰۲	۱۷/۵۰	۳/۰۳
	کنترل	۱۴/۶۶	۲/۷۰	۱۴/۵۸	۳/۳۹
سلامت روانی	آزمایش	۱۲/۵۰	۳/۳۴	۱۴/۴۱	۳/۰۵
	کنترل	۱۲/۵۰	۳/۴۵	۱۲/۷۵	۳/۵۱
روابط اجتماعی	آزمایش	۶/۶۶	۲/۶۴	۹/۶۶	۲/۵۷
	کنترل	۷/۴۱	۲/۹۳	۸	۲/۶۶
ادراک محیط زندگی	آزمایش	۱۶/۲۵	۳/۷۶	۱۸/۵۸	۳/۶۵
	کنترل	۱۷/۵۸	۳/۳۴	۱۷/۵۸	۳/۳۹
نمره کل	آزمایش	۵۰/۷۵	۶/۵۹	۶۰/۱۶	۶/۲۴
	کنترل	۵۲/۱۶	۶/۲۳	۵۲/۹۱	۸/۳۹

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عزت نفس خود	آزمایش	۱۱/۴۱	۳/۲۶	۱۳/۳۳	۲/۶۷
	کنترل	۱۰/۲۵	۳/۵۱	۱۰/۵۰	۳/۵۵
عزت نفس همسالان	آزمایش	۳/۴۱	۲/۰۶	۴/۵۰	۱/۸۸
	کنترل	۳/۰۸	۲/۰۶	۳/۱۶	۱/۹۴
عزت نفس خانوادگی	آزمایش	۳/۵۸	۲/۳۵	۴/۵۰	۱/۶۲
	کنترل	۳/۴۱	۲/۲۳	۳/۹۱	۱/۹۷
عزت نفس تحصیلی	آزمایش	۳	۱/۹۵	۴/۵۸	۱/۵۶
	کنترل	۲/۲۵	۱/۹۱	۲/۳۳	۱/۶۱
نمره کل	آزمایش	۲۱/۴۱	۵/۴۱	۲۶/۹۱	۵/۴۵
	کنترل	۱۹	۷/۸۹	۱۹/۹۱	۷/۵۱

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر ارتقا امید بر ابعاد کیفیت زندگی و عزت نفس

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
سلامت جسمی	۲۶/۰۳	۱	۲۶/۰۳	۱۰/۱۴	۰/۰۰۵	۰/۳۶۰	۰/۸۵۴
سلامت روانی	۱۴/۲۸	۱	۱۴/۲۸	۷/۷۴	۰/۰۱۲	۰/۳۰۱	۰/۷۴۹
روابط اجتماعی	۲۶/۰۹	۱	۲۶/۰۹	۶/۲۹	۰/۰۲۲	۰/۲۵۹	۰/۶۶۱
ادراک محیط زندگی	۲۲/۴۲	۱	۲۲/۴۲	۸/۵۷	۰/۰۰۹	۰/۳۲۳	۰/۷۹۱
نمره کل کیفیت زندگی	۴۴۵/۰۳	۱	۴۴۵/۰۳	۳۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱	۱/۰۰۰
عزت نفس خود	۱۵/۴۲	۱	۱۵/۴۲	۱۲/۳۹	۰/۰۰۲	۰/۴۰۸	۰/۹۱۴
عزت نفس همسالان	۵/۱۸	۱	۵/۱۸	۳/۳۲	۰/۰۸۵	۰/۱۵۶	۰/۵۰۸
عزت نفس خانوادگی	۰/۱۸۹	۱	۰/۱۸۹	۰/۱۷۷	۰/۶۷۹	۰/۰۱۰	۰/۶۸۶

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
عزت نفس تحصیلی	۱۷/۹۶	۱	۱۷/۹۶	۱۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸	۰/۹۵۱
نمره کل عزت نفس	۱۳۴/۴۰	۱	۴۰/۱۳۴	۲۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳	۰/۹۹۵

یافته‌های تحلیل کوواریانس پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در جدول ۵ ارائه شده است. چنانکه مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری در سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ بین میانگین نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون هر یک از ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی ($F=0/36; p<0/05$)، سلامت روانی ($F=0/30; p<0/05$)، روابط اجتماعی ($F=0/25; p<0/05$)، و ادراک محیط زندگی ($F=0/32; p<0/05$) و نمره کلی پرسشنامه کیفیت زندگی ($F=0/60; p<0/05$) و همچنین عزت نفس خود ($p<0/05$)؛ عزت نفس تحصیلی ($F=0/40; p<0/05$) و نمره کلی عزت نفس ($F=0/44; p<0/05$) و نمره کلی عزت نفس ($p<0/05$) وجود دارد و همانطور که مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون مولفه‌های عزت نفس خانوادگی ($F=0/52; p<0/05$) و عزت نفس همسالان ($F=0/60; p<0/05$) مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر امید درمانی گروهی بر ابعاد ۴ گانه کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و ادراک محیط زندگی و همچنین ابعاد چهارگانه عزت نفس شامل عزت نفس خود، عزت نفس تحصیلی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس همسالان در دختران نوجوان افسرده انجام شد. نتایج بدست آمده، نشان می‌دهد که امید درمانی گروهی موجب افزایش هر یک از ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و ادراک محیط

زندگی و به طور کلی موجب افزایش کیفیت زندگی افراد می‌گردد. همچنین امید درمانی در ارتقای عزت نفس تحصیلی و عزت نفس خود نیز تاثیر معناداری داشته است. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های پیشین نیز همسواست (میشل و همکاران، ۲۰۱۳؛ هنکینز، ۲۰۰۴؛ قزلسفلو و اثباتی^۱، ۲۰۱۳؛ چیونزو و همکاران، ۲۰۰۶؛ موحدی و همکاران، ۱۳۹۴؛ علی محمدی و همکاران، ۱۳۹۵؛ بخشایی، ۱۳۹۰). نتایج نشان داد که امید درمانی باعث افزایش عزت نفس خود و عزت نفس تحصیلی در نوجوانان افسرده شد ولی در عزت نفس خانوادگی و عزت نفس همسالان تاثیر نداشت که در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که مولفه هدف در امید درمانی با هدفمند کردن زندگی در دختران افسرده که تحت تاثیر احساس پوچی و بی‌معنایی ناشی از افسردگی هدف خاصی را برای زندگی خود متصور نبودند و آینده روشنی را در پیش روی خود نمی‌دیدند، باعث می‌شود به اهداف و ارزش‌های اصیلی که بواسطه ناامیدی از آن فاصله گرفته بودند نزدیک شوند و طبق روایتی که طی درمان از مسیر زندگی خود تعریف کرده‌اند اهداف و موانعی که باعث می‌شد نقاط مثبت زندگی و عملکرد مثبت شان را ببینند برجسته شود و از این طریق به نگرش مثبت نسبت به خود و عزت نفس بالاتر دست پیدا کند. در واقع امید در این افراد با مفهوم سازی اهداف روشن‌تر، خلق راه‌های بشمار برای دستیابی به هدف، بسیج انرژی روانی برای حفظ پیگیری اهداف، و چارچوب سازی موانع لاینحل به عنوان معضلاتی که باید بر آنها چیره شوند، باعث از تقا عزت نفس خود در این افراد می‌شود و قضاوت ارزشی فرد نسبت به خودش را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به علاوه به خاطر انگیزه‌ای که در مولفه تفکر عامل امید درمانی ایجاد می‌شود این افراد اشتیاق دازم برای تحقق اهداف تحصیلی که یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های نوجوان است را نیز پیدا می‌کند و از طریق مولفه گذرگاه‌ها مسیر طولانی به سمت هدف را به اهداف کوچکتر خرد می‌کنند، تا با چشیدن موفقیت‌های کوتاه ولی پی در پی اعتماد لازم نسبت به توانمندی تحصیلی خود را که تا قبل از آن بواسطه بی‌هدفی از بین رفته بود باز یابند. به عبارت دیگر از آنجایی که موفقیت در کارها با عزت نفس در ارتباط است موفقیت‌های کوچک

تحصیلی مثل کسب نمره مورد قبول در درس‌ها می‌تواند عزت نفس تحصیلی نوجوان را ارتقا بخشد. از سوی دیگر نداشتن مهارت حل مسئله و کمبود مهارت‌های رفتار فردی و اجتماعی در نوجوانان افسرده (ارشادی منش، ۱۴۰۰) و عدم توانایی آنها در حل تعارضات یا دریافت حمایت عاطفی موثر از خانواده و همسالان باعث می‌شود که نسبت به فشارهای بین فردی، رفتار اجتماعی کمتر مناسبی بروز دهند (رادولف^۱، ۱۹۹۴) و در شرایط فشار بین فردی مثل مشکل با خانواده یا همسالان تفکر مثبت ضعیف‌تر و سازگاری کمتری نشان دهند (کانراسمیت^۲ و همکاران، ۲۰۰۰). در واقع از آنجایی که نوجوانان افسرده در مقایسه با غیرافسرده‌ها در زمینه تعامل خانوادگی، مشکلات را به صورت ناکارآمد و غیرموثر حل می‌کنند (ارشادی منش، ۱۴۰۰)، منجر به شکنندگی عزت نفس آنان در میان خانواده و همسالان می‌شود. در واقع تفاوت در عملکرد بین فردی است و از آنجایی که نوجوان شدیداً تحت تاثیر نظرات همسالان و خانواده در مورد خود می‌باشد (موسوی، فاطمی و شانازی، ۱۳۹۹) به نوعی می‌توان شکنندگی عزت نفس همسالان و خانواده را تبیین کرد. همچنین از آنجایی که تایید شدن از سوی اشخاص مهمی که در زندگی فرد حضور دارند، منبع قدرتمندی برای همه انسان‌ها از جمله نوجوانان است، رفتارها به شدت تحت تاثیر تایید یا عدم تایید دیگران قرار می‌گیرد بنابراین در زمینه استقلال فردی و روانی نوجوان و کسب عزت نفس خانوادگی و عزت نفس در میان همسالان متغیرهای دیگری از جمله تایید طلبی می‌تواند دخیل باشد. همچنین نفع ثانویه‌ای که به دنبال افسردگی و بلا تکلیفی در نوجوانان از طریق خانواده و همسالان به آنان می‌رسد نیز می‌تواند در استمرار آن موثر افتد به علاوه تغییرات افرادی از خانواده که احتمالاً حضور آنها و مشکلاتشان اتحادی به اعضای خانواده بخشیده بود می‌تواند مانعی برای بهبود باشد.

نتایج همچنین نشان دادند که امید درمانی در ارتقای ابعاد کیفیت زندگی شامل روابط اجتماعی، سلامت روانی، ادراک محیط زندگی و سلامت جسمی موثر است که در

1. Rudolph
2. Connor-Smith

تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت از آنجایی که در زندگی نوجوانان افسرده تجربه وقایع منفی و ارتباطات سازش نایافته مشهود است، امید درمانی و تمرکز بر اهداف و ارزش‌های اصیلی که نوجوان پویایی زندگی را در گرو آن احساس می‌کند، رسیدن به هدف فراگیر ارتقاء روابط بین فردی را از طریق ایجاد الگوی متفاوت و تعاملی در نوجوانان نسبت به اطرافیان تسهیل می‌کند. کمبود مهارت‌های رفتار فردی اجتماعی در علت شناسی افسردگی نقش مهمی دارد و با آموزش مسیرهای جدید ارتباطی که در امید درمانی اتفاق می‌افتد و همچنین بسیج انرژی روانی برای پیگیری آن و دفع موانع، نوجوان سبکی از رابطه را تجربه می‌کند که با رضایت همراه است. موفقیت‌هایی که در الگوی جدید ارتباطی نوجوان به این طریق شکل می‌گیرد به ارتقاء روابط بین فردی می‌انجامد و نوجوان با احساس موثر بودن عملکرد شخصی اش در مدیریت رابطه‌ها، احساس توانمندی می‌کند و به مدد این توانمندی می‌تواند سایر مسائل شخصی و بین فردی اش را نیز مدیریت کند و با دیدن موفقیت‌هایش اعتماد لازم نسبت به خود و زندگی اش را باز می‌یابد و سلامت روان خود را ارتقا می‌دهد. از آنجایی که ناتوانی در لذت جویی نوجوان با کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد (سلیگمن، رشید و پارکس، ۱۳۹۴) و کیفیت زندگی امروزه نیست و بردرک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است امید درمانی با نقشه‌کشی مجدد مسیر زندگی نوجوان و تزریق انگیزه و امید از طریق هدفمند کردن زندگی و القای امید و توجه به ارزشهای زندگی هر فرد و تشویق برای حرکت به سمت اهداف روشن در زندگی نوجوانان، منجر به بازیابی حس تازگی و لذت جویی در نوجوان شده و ادراک نوجوان از محیط زندگی خود و آنچه در بافت آن جریان دارد را ارتقا می‌دهد و کیفیت زندگی آنان را بهبود می‌بخشد. عبارتی آموزش امید به عنوان انگیزه‌ای مثبت می‌تواند انسان را به سمت انتخاب‌های آگاهانه و ثمربخش بکشاند و انسان بوسیله انتخاب‌هایش می‌تواند به سمت اهداف خود حرکت کند، آموختن هدف‌گذاری به بیماران افسرده به آنان این فرصت را می‌دهد که در میان اهداف خود اولویت بندی کند و بر اساس اهمیت، به سمت آن حرکت کند (اسنایدر، ۲۰۰۰). زمانی که انسان بوسیله امید که با تعیین هدف و حرکت در جهت آن دست به انتخاب بزند و مسیر راه خود را به طور

واضح مشخص نماید، می‌توان به این نتیجه رسید که از درک بالایی نسبت به محیط اطراف خود و پتانسیل‌هایی که در آن وجود دارد رسیده است و این یکی از ابعاد کیفیت زندگی است. به علاوه از آنجایی که امید درمانی راهی موثر در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مزمن است (روبین تن و همکاران، ۱۳۹۸) و بسیاری از بیماری‌های روانی و برخی از بیماری‌های جسمی در واکنش به از دست دادن امید روی می‌دهد (شیخ الاسلامی، قمری و رمضانی، ۱۳۹۵). امید در بهبود علائم جسمی نوجوانان با ایجاد انگیزه لازم برای حرکت به سمت اهداف شخصی از طریق مسیرهای متعدد، نوجوان را به سمت هدف فراگیر سلامتی جسمی سوق می‌دهد که هم از طریق توجه به تندرستی بدنی میسر است و هم و بخش زیادی از آن نیز به دنبال سلامتی روان تسهیل می‌شود و در حقیقت ارتقاء هر کدام از مولفه‌ها به ارتقاء دیگری نیز کمک می‌کند.

محدودیت‌ها: در این پژوهش از ابزار خود گزارشی استفاده شد و متغیرهایی چون وضعیت اجتماعی - اقتصادی و جنس کنترل نشدند.

پیشنهادها: پیشنهاد می‌گردد با توجه به آموزش نه چندان پیچیده و هزینه کم امید درمانی و تاثیر بسزای آن در کاهش علائم افسردگی و ارتقا کیفیت زندگی از این ابزار در مراکز مشاوره و مدارس استفاده گردد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: تمامی شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نمودند و اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات به آنها داده شد.

سهم نویسندگان: مائده هاشمیان (نویسنده اول): ارائه طرح اولیه، گردآوری اطلاعات و داده‌ها، برگزاری جلسات درمانی، تجزیه تحلیل، تهیه مقاله، انجام مکاتبات و اصلاحات مقاله ۷۰ درصد. کوروش نامداری (نویسنده دوم و مسئول): نظارت بر مراحل تدوین پایان نامه و همچنین نظارت بر اجرای مداخلات درمانی ۲۰ درصد. احمد عابدی (نویسنده سوم): نظارت بر امور تجزیه و تحلیل داده‌ها ۱۰ درصد.

حمایت مالی: این مقاله با عنوان "تاثیر امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی و عزت نفس دختران افسرده نوجوان" است و از هیچ موسسه‌ای حمایت مالی دریافت نکرده است.

تعارض منافع: یافته‌های این مطالعه هیچگونه تضاد با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.

قدردانی: این مقاله بر اساس پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی مائده هاشمیان به راهنمایی دکتر کوروش نامداری و مشاوره دکتر احمد عابدی می‌باشد. بدینوسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه دانش آموزان شرکت کننده در این پژوهش و مسئولین مدارس مذکور جهت همکاری بی دریغشان تشکر کنند.

منابع

- ارشادی منش، س. (۱۴۰۰). مقایسه کنترل شده اثربخشی درمان حل مسئله خلاق و درمان شناختی رفتاری در افسردگی نوجوانان. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۰ (۱۰۰)، ۴۸۵-۵۰۱.
- بخشایی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی امید درمانی گروهی بر افزایش عزت نفس نوجوانان منطقه ۱۵ تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
- بهراری، ف. (۱۳۹۳). *مبانی امید و امید درمانی*. تهران، نشر دانژه.
- حسینی، ف؛ نجفی، م؛ محمدی فر، م. (۱۳۹۸). رابطه پنج صفت بزرگ شخصیت با افسردگی: نقش میانجی عزت نفس و خودکارآمدی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۷۲ (۱۸)، ۱۱۴-۱۳۷.
- دابسون، ک. س؛ محمدخانی، پ. (۱۳۸۶). *مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی*. فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. شماره ۲۹، ۸۲-۸۸.
- دادستان، پ. (۱۳۹۲). *روان‌شناسی مرضی تحولی*. تهران: نشر سمت
- رویین تن، س؛ آزادی، ش؛ افشین، ه؛ امینی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر امید و پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۰ (۳۸)، ۲۲۱-۲۴۲.
- زند، س؛ رحیمی، ع؛ موسوی نسل، م. (۱۳۹۹). پیامدهای مرگ آگاهی در زندگی نوجوانان. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹ (۷۶)، ۲۰۹-۲۳۳.
- شیخ الاسلامی، ع؛ قمری کیوی، ح؛ رضوانی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی امید درمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی حرکتی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵ (۵۸)، ۱۱۲-۹۶.
- طاهری، ع؛ منشی، غ؛ عابدی، ا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب در نوجوانان داغ دیده پسر. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹ (۷۵)، ۳۳-۶۳.
- علیمحمدی، ن؛ دریا بیگی، ز؛ عبدالمحمدی، ل؛ قضاوی، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی امید درمانی ترکیبی اسنادبر و اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به سوختگی. *فصلنامه علمی - پژوهشی طب مکمل*، ۶ (۱)، ۱۴۰۹-۱۲۹۵.

- مختاری، ف؛ حاتمی، ح؛ احدی، ح؛ صرامی، غ. (۱۴۰۰). اثربخشی جراحی زیبایی بر رواندوستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی. *علوم روان‌شناختی*، ۲۰ (۹۹)، ۳۶۵-۳۷۷.
- موحدی، م؛ کریمی نژاد، ک؛ باباپور، ج؛ موحدی، ی. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر امید بر بهبود مولفه‌های عزت نفس و سلامت روان شناختی افراد مبتلا به افسردگی، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه زنجان*، ۲۳، (۹۸)، ۱۴۴-۱۳۲.
- موسوی، ز؛ فاطمی، ف؛ شانازی، ی. (۱۳۹۹). رابطه بین تحمل ناکامی و انگیزه تأیید با سازگاری عاطفی دانش آموزان دختر. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹ (۷۳)، ۱۷۱-۱۸۸.
- میرعنایت، پ؛ عابدی، م؛ ایزدی، ر. (۱۳۹۶). تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر کیفیت زندگی و عزت نفس زنان روسپی: پژوهش مورد منفرد. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸ (۲)، ۲۲-۳۶.
- نامداری، ک؛ مولوی، ه؛ ملک پور، م؛ کلانتری، م. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش ارتقا امید بر توانایی‌های رفتاری بیماران دیستایمیک، *مجله علوم پزشکی*، ۱۳، (۱۶)، ۶۰-۵۲.
- نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلاکویی، ک؛ محمد، ک؛ مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴ (۴): ۱-۱۲.
- نقیبی، ح؛ سعیدی، ز؛ خزایی، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلا به سرطان. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۷ (۶۵)، ۲۹-۴.
- نیسی، س؛ یمینی، م. (۱۳۸۸). رابطه بین عزت نفس و انگیزه موفقیت و اضطراب کلاس زبان خارجی با عملکرد دانشجویان در درس زبان انگلیسی. *دستاورد‌های روان‌شناختی*، ۱۶ (۲): ۱۵۳-۱۶۶.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck depression inventories – IA and II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67 (3), 588–597.
- Cheavens, S.J., Feldman, B.D., Micheal, A.G.S & Snyder, C.R. (2006). Hope therapy in community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
- Connor, C.R. & Cassidy, C. (2007). Predicting hopelessness: the interaction between optimism/pessimism and specific future expectancies. *Rational-Emotive & Cognitive-Behavior*, (62), 21, 596-613
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H. and Saltzman, H., 2000, Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 976–992.
- Frost, J., McKelive, S. (2004). "Self-Esteem and Body Satisfaction in Male and Female Elementary School, High School, and University Students ". *Journal of sport psychology*, 51, 45-54.

- Ghezelsefloo, M. & Esbati, M. (2013). Effectiveness of hope-oriented Group therapy on improving quality of life in HIV male patient, *Social & Behavioral Patients*, (32),84, 534-537
- Hankins, S.J. (2004). *Measuring the efficacy of the snyder hope theory as an intervention with an empatient population*. Adissertation presented for the doctorate of philosophy, the university of Mississippi.
- Lavy S, & Littman-Ovadia H. (2011). All you need is love? Strengths mediate the negative associations between attachment orientations and life satisfaction. *Journal of Personality and Individual Differences*, 50 (7), 1050–1055.
- Lowery, S.E., Kurpius, S.E.R., Blanks, E.H, & et al. (2005). Body image, self steem and health- related behaviors among male and female first year college student. *College Student Development*, (50),46, 612-23
- Michal, M.E., Ilanit, H. O., Yanos, P., Lisaker, P. & Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among person with sever mental illness: The mediating roles of self-steem and hope, *Psychiatry Research*, 208, 15-20.
- Retrowati, S., Ramadiyanti, D.W., Suciati, A.A., Sokang, Y.A. & Viola, H. (2015). Hope intervention against depression in the survivor of cold lava flood from meropy mount, *Social and Behavioral Science*, 165,170-178.
- Rudolph, K.D., 2009. *The interpersonal context of adolescent depression*. In. S., Nolen-Hoeksema and L. M., Hilt, eds. *Handbook of depression in adolescents*. New York: Routledge.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Seligman, M.P., Rashid, T., Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Journal of Psychology*. 61. 88-774.
- Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope; theory, measures, and application*. Academic Press, USA.
- Snyder, C.R. (2002). Hope therapy: Rainbows in the mind, *Psychological Inquiry*, 13, (4), 249-275.
- Wells, M. (2005). *The effects of gender, age and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought*. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, the University of texas A and B.

