

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی سالمندان ساکن در سراهای سالمندان مناطق ۱ و ۲ شهر تهران

The Effectiveness of Hope Therapy Approach on Group Happiness on Elderly Happiness and Psychological Well-being

Samaneh Sadat Tabatabai

Assistant Professor, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

Farah Jafari

Ph.D. student, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

Firoozeh Keyhan (Corresponding Author)

Ph.D. student, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

Email: firoozehkeyhan@yahoo.com

Abstract

Aim: The office space that is emerging in people's lives is a major threat and is facing the challenge of the Tunisian community. In a number of human factors, the population consists of a very small number of 1s. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group education based on Hope Therapy on Happiness and Psychological Well-being in the elderly. **Method:** This study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with control group and the statistical population of the study was the Elderly Homes of Districts 1 and 2 of Tehran in 1977, using a convenience sampling method of 30 people (from 3 centers with mean age). 65 to 70 years old participated in the study and were randomly divided into two experimental and control groups (15 in each group). Before and after the intervention, subjects completed the Oxford Happiness Questionnaire (1989) and Reef Psychological Well-being Questionnaire (1995). The experimental group received eight weeks of 90 minutes weekly sessions of hope therapy and the control group received no intervention. SPSS software was used for data analysis and data were analyzed by multivariate analysis of covariance. **Results:** The mean and standard deviation of experimental group for happiness variable were 38.13 and 7.62 and for psychological well-being variable were 35.49 and 5.43 respectively. The mean and standard deviation of control group for happiness variable were respectively. 36.22 and 6.74, respectively. For the variables of psychological well-being 34.68 and 5.04, the results showed that the experimental and control groups were homogeneous, and the post-test results for the mean and standard deviation of the experimental group in the variable, respectively. Happiness was 41.67, 11.24 and in psychological well-being 37/81, 7.28, respectively, for the control group in the happiness variable 36.01, 6.43 and in the well-being, respectively. The psychological set was 34.68 and 5.04, respectively. The results showed that group education based on Hope Therapy approach was effective on the happiness and psychological well-being of the elderly ($P < 0.05$). Psychological well-being was significantly increased. **Conclusion:** According to the findings of this study, it can be concluded that group based education based on hope therapy can be used as a psychological training method by counselors in public and private nursing homes.

Keywords: Hope Therapy, Happiness, Psychological Well-being, Elderly

سمانه سادات طباطبایی

استادیار و عضو هیئت علمی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

فرح جعفری

دانشجوی دکتری، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

فیروزه کیهان (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

Email: firoozehkeyhan@yahoo.com

چکیده

هدف: یکی از وقایع اجتناب ناپذیری که در زندگی آدمی رخ می‌دهد پدیده سالمندی است و در همه جوامع بشری سالمندان تعداد قابل توجهی از جمعیت را شامل می‌شوند. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی سالمندان انجام گردید. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و جامعه آماری پژوهش سراهای سالمندان مناطق ۱ و ۲ شهر تهران بود، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر (از ۳ مرکز با میانگین سنی ۶۵ تا ۷۰ سال) در پژوهش شرکت کردند و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه‌های شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) و بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۹۵) پاسخ دادند. گروه آزمایش تحت آموزش امید درمانی به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بصورت هفتگی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss-19 استفاده گردید و از طریق آزمون آماری کوواریانس چند متغیری داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی و شادکامی در گروه آزمایش، افزایش معنی داری در مرحله پس آزمون، نسبت به گروه کنترل داشته است. نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که امید درمانی به شیوه گروهی میزان بهزیستی روان شناختی و شادکامی سالمندان گروه تحت مداخله را در مرحله پس آزمون به طور معناداری افزایش داده بود ($P < 0.05$). **نتیجه گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی به عنوان یکی از روش‌های آموزشی توسط مشاوران در سراهای سالمندان دولتی و خصوصی می‌تواند استفاده شود.

کلید واژه‌ها: امید درمانی، شادکامی، بهزیستی روانشناختی، سالمندان

مقدمه

در دنیای فعلی زندگی انسانها، کودکی، نوجوانی، جوانی، سالمندی و پیری چون حلقه‌های به هم پیوسته یک زنجیر هستند (احمدوند و همکاران، ۲۰۱۲). سالمندی، دوران حساسی از زندگی بشر است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماریهای مزمن، تنهایی، انزوا و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی، در موارد زیادی استقلال فردیشان مورد تهدید قرار می‌گیرد، بنابراین هر اقدامی به منظور بهینه کردن وضعیت زندگی آنها مشکلات اجتماعی را کاهش می‌دهد و در کنار آن مشکلات خانواده نیز کاهش می‌یابد (احمدی و همکاران، ۲۰۱۵).

در سال‌های اخیر، توجه محققان و مؤلفان بیشتر متوجه مفهوم وسیع سلامت شده است، به گونه‌ای که در تعاریف جدید، سلامتی تنها به بیمار نبودن اطلاق نمی‌شود، بلکه در برگیرنده رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی نیز می‌شود (پوراسلامی و همکاران، ۲۰۱۸). از سوی دیگر در حوزه سلامت روان نیز با همکاری سلگمن و همکارانش جنبشی نو با عنوان روانشناسی مثبت گرا ایجاد شده است که به جای پرداختن به آسیب‌ها و اختلالات روانی، به ابعاد مثبت وجود آدمی مانند استعدادها، توانایی‌ها، مهارت‌ها، امید و امید به زندگی، شادی و شادکامی و چگونه شاد زیستن توجه دارد (جوکار، ۲۰۰۷).

بنابراین یکی از عواملی که بر ساختارها، تعاملات اجتماعی و باورهای افراد تاثیر می‌گذارد شادکامی است (دراوین و پاشا زایدی، ۲۰۱۴). شادکامی مجموع لذت‌ها منهای دردها و ترکیبی حداکثر عاطفه مثبت به اضافه حداقل عاطفه منفی است (محمدی، ۱۳۹۴). شادکامی به بهزیستی روانی اطلاق می‌شود و با هیجان‌های مثبت و خوشایندی مشخص می‌گردد که دامنه‌ی آن از رضایت سطحی تا احساس خوشحالی عمیق کشیده شده است (رجبی، صارمی و بیاضی، ۱۳۹۲). پژوهش‌ها نشان داده، افرادی که هیجان‌ات مثبت و خوش بینی بیشتری را تجربه کرده باشند، عمر طولانی‌تری خواهند داشت، احساس امنیت بیشتری می‌کنند، به راحتی تصمیم می‌گیرند، حس همکاری و مشارکت بالاتری دارند و از کسانی که با آنان زندگی می‌کنند، راضی‌ترند (شعاع کاظمی، مؤمنی جاوید، کرامتی و ابراهیمی تازکند^۱، ۲۰۱۳). همچنین، افراد امیدوار و شادمان روابط اجتماعی قوی‌تری با دوستان، همسر، همسایگان و بستگان خود دارند (فردریکسون^۲، ۲۰۰۹؛ به نقل از گیتی قریشی، ۱۳۸۸) و از سوی دیگر، به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار از آن درس می‌گیرند و در پیگیری اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند (کاورادیم، اوزر و بوزکاک، ۲۰۱۳).

پژوهشهای تجربی بسیار نشان داده است که انسان‌های شاد در زندگی با پیامدهای مثبتی مواجه می‌شوند. این پیامدها شامل افزایش روابط حمایت‌کننده، بهبود وضعیت مالی، سلامت روحی و روانی، سلامت جسمانی و در نتیجه طولانی شدن عمر می‌باشد. افزایش شادکامی یکی از اهداف روانشناسی مثبت‌نگر است (لیبومیرسکی و کینگ^۳، ۲۰۰۵).

¹ Shoaakazemi, Momeni Javid, Keramati, & Ebrahimi Tazekand

² Feredricson

³ Lyubomirsky, & King

همچنین واکنش های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی ها و توانمندی های شخصی، تعامل مثبت و کارآمد با جهان، رابطه مطلوب با اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان کمک می کند که تحت عنوان بهزیستی روان شناختی از آن یاد می شود، این حالت می تواند مؤلفه هایی مانند: رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را در بر گیرد (کاراداکس، ۲۰۱۷). بهزیستی روانشناختی نه تنها به عنوان فقدان اختلالات روانی (سین و لیوبویسکی، ۲۰۰۹) بلکه به عنوان حضور منابع روانشناختی مثبت شامل مؤلفه های بهزیستی ذهنی (از قبیل: عاطفه مثبت، رضایتمندی از زندگی، شادمانی) (وازکوز، هرواس راهونا و گومز^۱، ۲۰۰۹) فرآیند رشد همه جانبه استعدادها و توانایی ها (پیلر و تسانیوا، ۲۰۱۸) تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه واقعی فرد است (پرز، گارین، مولیر و باس^۲، ۲۰۱۵). همچنین مؤلفه های شادمانی و بهزیستی شخصی (از قبیل: پذیرش خود، روابط مثبت، خودگردانی، هدف در زندگی) تعریف شده است (رایان و دی سی، ۲۰۰۱).

امروزه پژوهشگران به جای توجه صرف به تجربه یا ادراک های منفی به بررسی سازه هایی چون شادی، خوش بینی و امید درمانی پرداخته اند (اسنایدر و مک کالوف، ۲۰۰۰) (ستوده و همکاران، ۲۰۱۰) (وینر، ۲۰۱۲). از جمله روشهای کاربردی برای حل مشکلات روانشناختی، مشاوره گروهی است که رویکردهای متفاوتی بر بهزیستی روان شناختی تاثیر دارند، از جمله هنر درمانی (اسدی، ۱۳۹۷) و امید درمانی (نریمانی، یوسفی و کاظمی، ۱۳۹۳) (دینر، اوشی و لوکاس^۳، ۲۰۰۳). امید درمانی یکی از جدیدترین درمان ها در حوزه روانشناسی مثبت نگر می باشد و یک برنامه درمانی برگرفته از درمان شناختی رفتاری و راه حل محور است (گارسیا و سیسین^۴، ۲۰۱۲) که به افراد کمک می کند تا خود را برای دنبال کردن هدف هایشان بر انگیزانند و گذرگاه های فراوان در جهت دستیابی به هدف یا موانع را شناسایی کرده و برای رسیدن به هدف با موانع مقابله کنند. امید به عنوان پایه شخصیتی در نظر گرفته می شود و منبع زندگی انسان است. به علاوه یک نیروی التیام بخش است که بهزیستی و تندرستی را افزایش می دهد. همچنین روشن شده است که امید با کارایی درمانی ارتباط دارد و اصولاً به عنوان یک عنصر ضروری برای بهبود بیماران در نظر گرفته می شود (ورنر^۴، ۲۰۱۲). رویین تن و همکاران (۱۳۹۸) به منظور تعیین اثر بخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی بر کیفیت زندگی در بیماران سرطانی مطالعه ای انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی منجر به افزایش کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می گردد. رضاپور و نصوحی (۱۳۹۷) که در تحقیقی اثربخشی مداخله تلفیقی امید درمانی و درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری بر خودکارآمدی، حس انسجام و شفقت خود در زنان معلول جسمی_ حرکتی مورد مطالعه قرار دادند. پژوهش به شیوه طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. نتایج نشان داد که مداخله تلفیقی امید درمانی و درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری بر خودکارآمدی، حس انسجام و شفقت خود در زنان معلول جسمی_ حرکتی تاثیر مثبت

¹ Vazquez, Hervas, Rahona, Gomez

² Diener, Oishi, & Lucas

³ Garcia, & Sisin

⁴ Werner

دارد. پروانه و همکاران (۱۳۹۶) در تحقیقی تحت عنوان آموزش گروهی امید درمانی در توسعه و افزایش حس خوش بینی، شادکامی، بهزیستی و امید در سالمندان به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی امید درمانی در توسعه و افزایش حس خوش بینی، شادکامی، بهزیستی و امید در سالمندان تأثیر بسزایی دارد. نتایج پژوهش چان و همکاران (۲۰۱۹) تحت عنوان مداخله کوتاه امید برای افزایش سطح شادکامی و بهزیستی در توانبخشی بیماران سرطانی نشان داد که مداخله کوتاه امید در افزایش سطح شادکامی و بهزیستی در توانبخشی بیماران سرطانی تأثیر بسزایی دارد و تفاوت معناداری بین گروهی که تحت مداخله قرار گرفته بودند و گروهی که مداخله روی آنها صورت نگرفته بود، وجود دارد. در مطالعه انجام گرفته توسط برگ و ماسکارو (۲۰۱۹) با عنوان اجرای مداخلات مبتنی بر امید در افراد بازمانده از سرطان در بزرگسالان و جوانان نتایج، تأثیر مثبت مداخلات مبتنی بر امید در افراد بازمانده از سرطان در بزرگسالان و جوانان نشان داد.

حال با توجه به نرخ بالا و قابل توجه سالمندان در کشور و جنبه‌های مختلف روان‌شناختی مربوط به سالمندی مانند اندوه، استرس، تضعیف روابط با بستگان و فرزندان، مشکلات جسمی و... برای تک تک سالمندان و همچنین با توجه به اینکه نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر امید درمانی بر تنش‌ها و مشکلات روحی روانی می‌باشد و همینطور با عنایت به فقدان پژوهش در خصوص اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی سالمندان، پژوهش حاضر به دنبال پاسخدهی به این سوال بوده است که آیا آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی به سالمندان تأثیری بر شادکامی و بهزیستی آنان دارد؟

روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی، از نظر روش نیمه آزمایشی و طرح تحقیق از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان سالمند ساکن سراهای سالمندان مناطق ۱ و ۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند که در بازه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال قرار داشتند. شرکت‌کنندگان در پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر (از ۳ مرکز و از هر مرکز ۱۰ نفر) با رضایت شخصیشان در پژوهش شرکت کردند. پس از آن بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش طی هشت جلسه، هفته‌ای یک بار و هر بار به مدت ۹۰ دقیقه، آموزش امید درمانی را دریافت کردند و گروه کنترل در این مدت آموزشی دریافت ننمودند، ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به نمونه پژوهشی عبارت بودند از: ۱- خانم‌هایی که حداقل یک بار ازدواج کرده بودند. ۲- دارای اختلال روانی خاصی از جمله آلزایمر و دمانس نبودند. ۳- به صورت دائمی در سرای سالمندان زندگی می‌کردند. ۴- دارای سواد خواندن و نوشتن نبودند. ملاک خروج آزمودنی‌ها از پژوهش عبارت بودند از: ۱- افرادی که تا کنون ازدواج نکرده بودند. ۲- دارای سواد خواندن و نوشتن نبودند. ۳- از مداخلات آموزشی و روان‌درمانی دیگر و دارویی استفاده می‌کردند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش، پرسشنامه بهزیستی

روان شناختی ریف (۱۹۹۵)، پرسشنامه شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) بودند. یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری و نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری بدست آمد.

ابزار

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف ساخته شده است و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید قرار گرفته شده است. در پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف پاسخ به هر ماده (شامل ۸۴ ماده) بر روی یک طیف ۶ درجه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالفم و تا ۶ = کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات کل ابزار بین ۸۴ تا ۵۰۴ و دامنه نمرات هر مؤلفه بین ۱۴ تا ۸۴ می‌باشد و هر چه نمره فرد در هر یک از مؤلفه‌ها و نمره کل پرسشنامه بالاتر باشد، از بهزیستی روانشناختی بالاتر و مطلوبتری برخوردار هست. این ابزار دارای ۶ مؤلفه (رشد فردی، استقلال، تسلط محیطی، روابط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و پذیرش خود) است. ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از مؤلفه‌های ششگانه: رشد فردی، استقلال، تسلط محیطی، روابط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و پذیرش خود را به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۶۰، ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ گزارش شده است (ریف^۱، ۱۹۹۵) به نقل از تقی پور جوان، حسن نتاج، شوشتری، (۱۳۹۳). روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط بیانی، کوچکی، بیانی (۱۳۸۷) بر روی ۱۴۵ دانشجو (۹۶ زن و ۴۹ مرد) ارزیابی گردید که ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ گزارش شد. همبستگی مقیاس بهزیستی روانشناختی با مقیاس رضایت از زندگی و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۴۶ گزارش شد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد: این ابزار را آرگیل، مارتین و کراسلند در سال ۱۹۸۹ تدوین نمودند (فرانسیس و براون، ۱۹۹۸). آنان این پرسشنامه را بر اساس پرسشنامه افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۶۱؛ نقل از علی‌پور و هریس، ۱۳۸۶) تدوین کردند. برای ساخت آن ۲۱ گویه پرسشنامه بک را معکوس نمودند و ۱۱ گویه دیگر برای پوشش دادن سایر جوانب احساس خوب بودن به آن افزودند. این مفهوم از سه مؤلفه "فراوانی درجه هیجانات مثبت"، "درجات متوسطی از رضایت طی برهه‌ای از زمان" و "نبود احساساتی منفی از قبیل افسردگی و اضطراب" تشکیل شده است (رابینز، فرانسیس، ادواردز، ۲۰۱۰) (آرگیل و لو، ۱۹۹۰). پاسخ‌ها در یک مقیاس چهار درجه ای است. آرگیل، مارتین و کراسلند (۱۹۸۹) جهت سنجش اعتبار ضریب آلفای ۰/۹ را گزارش کردند. در پژوهش بین فرهنگی در کشورهای انگلیس، آمریکا، استرالیا و کانادا به ترتیب ضریب آلفای ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ را گزارش نمودند. همچنین پژوهش‌های گوناگون حاکی از اعتبار بازآزمایی پرسشنامه در سطح قابل پذیرش هستند. در برخی از بررسی‌ها اعتبار بازآزمایی ۰/۸۱ پس از ۴ ماه، ۰/۶۷ پس از ۵ ماه و ۰/۵۳ پس از ۶ ماه گزارش شده‌اند (نقل از علی پور و نور بالا، ۱۳۷۸).

¹ Ryff

از نظر روایی سازه با محاسبه همبستگی OHI با فهرست افسردگی بک و با پرسشنامه شخصیت آیزنک، روایی سازه OHI در حد معنادار و مورد قبول بود، به طوری که همبستگی شادکامی با افسردگی و نوروژگرای به ترتیب ۰/۴۸ و ۰/۳۹ و همبستگی برون‌گرایی با شادکامی برابر با ۰/۴۵، و همه موارد در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار بودند ولی OHI با هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک همبستگی معنادار نداشت. آلفای کرونباخ برای زنان با میانگین ۴۲/۵۸ و برای مردان، میانگین ۴۱/۶۳، به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۹ می‌باشد (علیپور و نوربالا، ۱۳۷۸). در پژوهش دیگری لیاقت‌دار و همکاران (۲۰۰۸) روایی محتوایی پرسشنامه را به تأیید ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی گروه‌های آموزشی روانشناسی و مشاوره رسانیدند. بررسی روایی صوری فهرست OHI نیز نشان داده که این آزمون توان سنجش متغیر شادکامی را بر اساس مؤلفه‌های فرضی آن دارد. هیلز و آرگایل (۱۹۹۸) در تحلیل عاملی خود ۷ عامل رضایت از زندگی، کارآمدی، اجتماعی بودن، شناخت مثبت، سلامت، خلق مثبت و حرمت خود را که ۵۶/۳٪ از واریانس کل را تبیین می‌کردند، به دست آوردند (فورنهام و بروینگ ۱۹۹۰؛ نقل از نوربالا و علیپور، ۱۳۷۸). به سه عامل پیشرفت شخصی، لذت و سرگرمی در زندگی و سلامتی دست یافتند، و در پژوهش نوربالا و علیپور (۱۳۷۸) عوامل ۵ گانه رضایت، خلق مثبت سلامتی، کارآمدی و حرمت خود به دست آمد که جمعاً ۵۷/۱٪ از واریانس کل را تبیین می‌کرد. در پژوهش‌های علی‌پور و هریس (۱۳۸۶) با استفاده از روش تحلیل عاملی، با در نظر گرفتن ضرایب همبستگی بالاتر از ۰/۴۴، پنج عامل رضایت از زندگی، حرمت به خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت با ارزش ویژه بالاتر از ۱ به دست آمده که در مجموع ۴۹/۶۹٪ از واریانس کل را تبیین کرد.

پروتکل امید درمانی و اجرای آن: این پروتکل بر اساس مقیاس امید اسنایدر در سال ۱۹۹۱ تدوین شده است و برای سنین ۱۵ سال به بالا مناسب می‌باشد. همچنین این پروتکل بر روی دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش تمرکز دارد (خلجی، ۱۳۸۶ به نقل از کرمانی و همکاران، ۱۳۸۹). خلاصه جلسات گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی اسنایدر در جدول ۱ ارائه شده است. پس از هماهنگی‌های لازم و طی مراحل اداری کسب مجوز در سراهای سالمندان مناطق ۱ و ۲، با بررسی پرونده‌های پزشکی، افرادی که در جامعه پژوهشی تعریف شده بودند، شناسایی شده و طی جلسه‌ای از آنها برای شرکت در طرح پژوهشی دعوت به عمل آمد و نهایتاً ۳۰ نفر از کسانی که رضایت داشتند انتخاب و طی یک جلسه توجیهی، ضمن اطمینان بخشی بابت محرمانه ماندن اطلاعات، اهداف پژوهش برای آنان تشریح شد. در این جلسه پرسشنامه شادکامی آکسفورد و بهزیستی روان‌شناختی ریف به عنوان پیش‌آزمون همزمان به تمام ۳۰ نفر ارائه و از آنها خواسته شد که به سوالات پاسخ دهند پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در پیش‌آزمون، شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. یکی از این گروه‌ها که مداخله‌ای دریافت نمودند به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند و گروه دیگر به عنوان گروه آزمایش مداخله درمانی دریافت نمودند. ساعات جلسات آموزشی با توجه به شرایط آزمودنی‌ها برنامه ریزی شد. برای مداخله امید درمانی در این پژوهش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی انجام شد که در هر هفته ۱ جلسه برگزار می‌گردید. در جدول ۱ عناوین و

اهداف جلسات آموزشی به تفکیک آورده شده است. پس از اتمام جلسات آموزشی، مجدداً از هر دو گروه در یک زمان پس آزمون به وسیله ابزارهای اندازه گیری به عمل آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss-19 و روش آماری تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری و تک متغیری استفاده گردید.

جدول ۱: خلاصه جلسات گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی استایدر

جلسه	اهداف هر جلسه
جلسه ۱	ساختار جلسات از جمله: معرفی اعضا، بیان قوانین گروه و معرفی اهداف برنامه آموزشی براساس نظریه امید درمانی استایدر و بیان اصول امید درمانی استایدر
جلسه ۲	تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن
جلسه ۳	تعریف داستان زندگی هر یک از شرکت کنندگان از زبان خود آنان، بررسی نفوذ مشکل به فرد و بالعکس
جلسه ۴	تبیین هریک از این داستان‌ها بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید درمانی و قالب بندی مجدد داستان‌ها و دیدن داستان از نظر دیگری
جلسه ۵	مطرح کردن لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و نام گذاری مشکل و به چالش کشاندن اعضا با هدف امید افزایی در شرکت کنندگان
جلسه ۶	ترغیب افراد به انتخاب اهداف مناسب و مطرح کردن ویژگیهای اهداف مناسب، با هدف امید افزایی در شرکت کنندگان
جلسه ۷	مطرح شدن ویژگیهای گذرگاههای مناسب و درخواست از اعضا برای انتخاب راهکارهای مناسب جهت دستیابی به اهداف تعیین شده از طریق تبدیل این گذرگاهها به گام های کوچک و تعیین گذرگاههای جانشین، بررسی نقاط قوت مناسب، بحث گروهی و بررسی احساسات فرد، بازنویسی روایت زندگی از گذشته تا حال
جلسه ۸	مطرح شدن راهکار هایی برای ایجاد و حفظ عامل همچون تمرین ذهنی برای رسیدن به اهداف و آموزش به شرکت کنندگان برای تیل شدن به یک امید درمانگر، درخواست از اعضا برای پرداختن به خود گویی‌های مثبت و تصور ذهنی برای دستیابی به اهداف خود، همچنین به کار گیری تفکر امیدوارانه به صورت روزمره، اجرای مجدد پرستاره‌های مذکور

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی (جدول ۲) نشان داد بیشتر شرکت کنندگان در پژوهش ۸۰ درصد خانه دار بودند و تنها ۲۰ درصد شرکت کنندگان بازنشسته بودند، همچنین بیشتر شرکت کنندگان در پژوهش دارای تحصیلات ابتدایی بودند ۶۰ درصد، ۳۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۱۰ درصد دارای تحصیلات بالاتر بودند.

جدول شماره ۲: شاخص های آمارتوصیفی

ردیف	متغیر	ابعاد	تعداد	میانگین
۱	اشتغال	بازنشسته	۶	۰/۲۰
		خانه دار	۲۴	۰/۸۰
۲	سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۸	۰/۶۰
		دیپلم	۹	۰/۳۰
		بالاتر	۳	۰/۱۰

برای مقایسه نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون شادکامی و بهزیستی روانشناختی در هر دو گروه آزمایش و کنترل از شاخص های آمار توصیفی استفاده شده است. از بین شاخص های گرایش به مرکز، میانگین و از بین شاخص های پراکندگی، انحراف معیار انتخاب شده است. این شاخص ها، در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: اطلاعات توصیفی پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای دو گروه

گروه	شادکامی		بهزیستی روانشناختی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش آزمون ۳۸/۱۳	۷/۶۲	پیش آزمون ۳۵/۴۹	۵/۴۳
پس آزمون	۴۱/۶۷	۱۱/۲۴	۳۷/۸۱	۷/۲۷
گروه کنترل	پیش آزمون ۳۶/۲۲	۶/۷۴	پیش آزمون ۳۴/۹۰	۵/۲۸
پس آزمون	۳۶/۰۱	۶/۴۳	۳۴/۶۸	۵/۰۴

با توجه به نتایج جدول ۳ میانگین و انحراف معیار در پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد، در راستای اثبات وجود این تفاوت‌ها بر مبنای آموزش اعمال شده، از روش تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شده است. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیری از آزمون ام باکس استفاده گردید. آماره ام باکس

برابر با ۵/۴۷ و مقدار آماره F آزمون برابر با ۱/۶۸ بود. سطح معناداری نیز برابر ۰/۲۸ و بزرگتر از ۰/۰۵ بود بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس رعایت شده است. همچنین به منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد که مقدار آماره F این آزمون در خصوص متغیر شادکامی برابر ۰/۷۱۱ و سطح معناداری برابر ۰/۱۲ و بزرگتر از ۰/۰۵ بود، بنابراین مفروضه همگنی شیب رگرسیون در خصوص متغیر شادکامی رعایت شده است. در خصوص متغیر بهزیستی روان‌شناختی نیز مقدار F برابر ۰/۳۷۱ و سطح معناداری ۰/۵۴۶ و بزرگتر از ۰/۰۵ بود که در نتیجه این مفروضه در خصوص متغیر بهزیستی روان‌شناختی نیز رعایت شده است. به منظور مقایسه میانگین نمرات پس آزمون بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی بعد از کنترل اثر پیش آزمون از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) جهت مقایسه میانگین جامعه نمرات متغیرهای

جدول ۴: نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) جهت مقایسه میانگین جامعه نمرات متغیرهای

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلاهی	۱/۸۳	۴	۲۶	۴/۲۱	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویکلز	۲/۲۵	۴	۲۶	۴/۲۱	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۱/۹۹	۴	۲۶	۴/۲۱	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۱۴	۴	۲۶	۴/۲۱	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین سالمندان در گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس، دو تحلیل یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲۴۹/۲۳	۱	۲۴۹/۲۳	۰/۳۸	۰/۰۰۱	
شادکامی (متغیر مستقل)	۲۸۹/۰۹	۱	۲۸۹/۰۹	۱۰/۱۵*	۰/۰۰۱	۰/۴۱
خطا	۳۹/۸۶	۲۸	۵۴/۴۱			
پیش‌آزمون	۲۳۷/۱۲	۱	۲۳۷/۱۲	۰/۲۴	۰/۰۰۱	
بهزیستی روان‌شناختی (متغیر مستقل)	۲۶۱/۷۴	۱	۲۶۱/۷۵	۹/۲۳**	۰/۰۰۱	۰/۳۶
خطا	۲۴/۶۲	۲۸	۳۹/۵۴			

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات پس‌آزمون شادکامی بین دو گروه آزمایش و کنترل با ثابت نگه داشتن اثر پیش‌آزمون معنادار است ($P < ۰/۰۱$). به این معنی که آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید‌درمانی در افزایش شادکامی زوجین به طور معنی‌داری اثربخش است. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی بین دو گروه آزمایش و کنترل با ثابت نگه‌داشتن اثر پیش‌آزمون معنادار است ($P < ۰/۰۱$). به عبارتی دیگر آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید‌درمانی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی به طور معناداری اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید‌درمانی بر شادکامی و بهزیستی

روانشناختی در سالمندان صورت پذیرفته است و به طور کلی نتایج حاصله اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی سالمندان گزارش داد ($P < 0/05$) که همسو با نتایج لوپز و کر (۲۰۰۶)، اونگ و همکاران (۲۰۰۶)، اسنایدر و تسوکاسا (۲۰۰۵)، پروانه، عزیزی و کریمی (۱۳۹۴)، موحدی و همکاران (۱۳۹۳) قاسمی، عابدی و باغبان (۱۳۸۸)، کنعانی و همکاران (۱۳۹۳)، پروانه و همکاران (۱۳۹۶) است. در مطالعه انجام گرفته توسط لوپز و کر (۲۰۰۶)، تاثیر آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر بهزیستی روانی گزارش شده است. همچنین مطالعه مشابه و همسویی بر روی ۲۲۶ نفر توسط امی اونگ و همکاران (۲۰۰۶) صورت گرفت و نتایج حاصله حاکی از تاثیر رویکرد امید درمانی بر کاهش استرس روزانه، بهبود روابط بین فردی و افزایش امید به زندگی در بزرگسالان بود. در مطالعه همسو دیگری که توسط اسنایدر و تسوکاسا (۲۰۰۵) صورت گرفت همبستگی منفی بین گرایش به امیدواری با پاسخ به استرس، ناامیدی، تمایل به افسردگی و اضطراب وجود داشت همچنین همبستگی مثبت بین احساس خوشبختی و امید با بهزیستی ذهنی گزارش شد. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی باعث افزایش سطح توانمندی‌های رفتاری مثل خودنظم دهی، آینده نگری، تواضع و بخشش می‌گردد. 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 می‌کنند. سلیگمن^۱ (۲۰۰۳) در مداخلات مثبت خود بر روی مراجعان نشان داد این مداخلات، حسی از مالکیت و اعتماد به واقعی بودن توانمندی‌ها در افراد ایجاد می‌کنند و فرد در استفاده از آنها احساس نیاز و ضرورت می‌کند. بزرگسالانی که از درجات بالای امید بهره می‌برند، به دیگران به عنوان منابع حمایتی و پایگاه‌هایی می‌نگرند که می‌تواند به آنها تکیه کنند (مارکوس، لیبریو و لوپز^۲، ۲۰۱۱). همچنین این افراد اعتقاد دارند که می‌تواند با چالش‌هایی که ممکن است در زندگی شان با آن روبه رو شوند، سازگاری پیدا کرده و شادی و رضایت مندی بیشتری را تجربه می‌کنند (کینگ^۳، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار از آن درس می‌گیرند و در پیگیری اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند (کاورادیم، اوزر و بوزکاک^۴، ۲۰۱۳). در نتیجه امید درمانی به دلیل کمک به فرد برای تعیین اهداف مهم، ایجاد انگیزه و به تبع آن، ایجاد علاقه نسبت به فعالیت های زندگی در فرد و طراحی مسیرهایی برای رسیدن به این اهداف می‌تواند موجب افزایش شادکامی شود. همچنین در تبیین تاثیر آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر بهزیستی روانشناختی می‌توان گفت امید داشتن و امیدوار بودن یکی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با تنش هاست، به نحوی که افراد امیدوار در زندگی عامل‌ها و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانع برخورد می‌کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند. اما افراد نا امید به دلیل این که عامل و گذرگاه‌های کمتری دارند در برخورد با موانع، انگیزه

¹ Seligman

² Marques, Pais-Ribeiro, & Lopez

³ King

⁴ Kavradim, Ozer, & Bozcuk

خود را از دست داده و دچار هیجانهای منفی می‌شوند. به عبارت دیگر، یک باور شخصی است که باعث می‌شود، فرد احساس کند که می‌تواند برای رسیدن به اهداف خود، مسیرهای مختلفی را امتحان کرده و تحمل کند، و این امر جز در سایه امیدواری امکان پذیر نخواهد بود. همچنین در مداخله امید درمانی به افراد آموزش داده می‌شود تا اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری برای خود تعیین کرده و برای دستیابی به آن گذرگاه‌های متعددی را در نظر بگیرند، خصوصیات از جمله ترتیب دادن اهداف در زندگی، ویژگی‌های فردی مثبت، معنی دار بودن زندگی، آرامش و انرژی از ویژگی‌های افراد امیدوار برشمرده است، اوون^۱ (۱۹۸۹)، ستوده (۲۰۱۰). افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پی اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند. در واقع، امید نیروی مثبتی است که انگیزش، پیشبرد اهداف و سازگاری را افزایش می‌دهد (رالی^۲، ۱۹۹۲) و قدرت نگهداری انرژی افراد در زندگی و ایجاد آن، جزء ماهیت امید است (بایز^۳، ۱۹۹۵). افرادی که امید بالایی دارند ممکن است محرک‌های قوی‌تر و انرژی بیشتری برای پی‌گیری اهداف خود داشته باشند و این به انگیزش آنها برای شرکت فعالانه در فرایند حل مسئله و رفتارهایی که موجب رشد و بالندگی می‌شود بر می‌گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که فقط در سه سرای سالمند در شهر تهران و بر روی خانم‌ها انجام شده است که تعمیم‌دهی نتایج را پایین می‌آورد. بنابراین، انجام پژوهش‌های دیگر بر سالمندان دیگر سراهای سالمندان و بر روی آقایان ساکن در سراهای سالمندان در شهرهای دیگر ضروری است، تا نتایج و اثر بخشی این درمان به وضوح مشخص شود. همچنین در این روش از پرسشنامه‌های خود ارضایی استفاده شده است که امکان پاسخدهی بدون دقت و بدون خویشتن‌نگری دقیق به گویه‌ها را بالا می‌برد. با توجه به نتایج حاصله متخصصان سلامت روان و روانشناسان بالینی می‌توانند در مراکز درمانی از این روش درمانی برای سالمندان استفاده نمایند. همچنین از آنجائیکه اثرات درمان ممکن است پس از گذشت یک یا چند ماه از مرحله پس‌آزمون تداوم نداشته باشد، لذا پیشنهاد می‌شود، جلسات حمایتی هر چند وقت یکبار پس از پایان درمان برای حفظ اثرات طولانی مدت درمان برگزار شود. نهایتاً به منظور تعمیم بهتر نتایج و کشف یافته‌های جدید تر، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرهای دیگر کشور و بر روی سالمندان در رده‌های سنی دیگر نیز انجام شود.

منابع

- اسدی، ل؛ صابری، ه. (۱۳۹۷). تأثیر نقاشی درمانی بر افزایش بهزیستی روانشناختی در نوجوانان تک سرپرست. فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی، ۳۲(۹): ۵۹-۶۹.
- برک، ل. (۱۳۹۱). روانشناسی رشد (ترجمه ی یحیی سیدمحمدی). تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: ۲۰۰۷).
- بهاری، ف. (۱۳۹۳). مبانی امید و امیددرمانی (راهنمای امیدآفرینی). تهران: دانژه.
- پروانه، ا؛ عزیزی، ک؛ کریمی، پ. (۱۳۹۴). اثر بخشی امید درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان، مجله روانشناسی پیری، ۱(۱): ۴۷-۴۱.

¹ Owen

² Raleigh

³ Bays

- پروانه، آ؛ رسولی، آ؛ رشیدی، ع؛ گل محمدیان، م؛ رستمی نظیر، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر بهزیستی روانشناختی دانش آموزان، فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهشنامه تربیتی، ۱۲(۵۱): ۱۸-۱.
- تقی پور جوان، ع؛ حسن نتاج، ف؛ شوشتری، م. (۱۳۹۳). مقایسه ابعاد بهزیستی روان شناختی مادران کودکان ناتوان ذهنی، تیزهوش و عادی. مجله علمی- پژوهشی پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، سال ۴، شماره ۲ (۷)، پاییز ۹۳: ۷۳-۸۸.
- رجبی، م؛ صارمی، ع.؛ بیاضی، م. ح. (۱۳۹۲). ارتباط بین الگوهای مقابله دینی با سلامت روان و شادکامی. فصلنامه روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۸ (۳۲): ۳۷۱-۳۶۳.
- رضاپور، ی؛ نصوحی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله تلفیقی امید درمانی و درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری بر خودکارآمدی، حس انسجام و شفقت خود در زنان معلول جسمی- حرکتی. فرهنگ مشاوره و روان درمانی (فرهنگ مشاوره)، ۹ (۳۳): ۱۶۳-۱۸۵.
- علیپور، ا؛ نوربالا، ا.ع. (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاههای تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۵(۲): ۶۴-۵۵.
- فلاح چای، ر؛ خالویی، س. (۱۳۹۵). مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در زوجین هر دو شاغل و یکی شاغل. فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی، ۷ (۲۷): ۲۷-۱۹.
- قاسمی، ا؛ عابدی، ا؛ باغبان، ا. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر میزان شادکامی سالمندان. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی دانشگاه آزاد اصفهان واحد خوارسگان، ۳(۱۲): ۵۶-۴۵.
- کرمانی، ز؛ خدائپناهی، م. ک؛ حیدری، م. (۱۳۹۰). ویژگی های روان سنجی مقیاس امید اشناایدر. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۵، شماره ۳ (۱۹)، پاییز ۱۳۹۰: ۲۳-۷.
- کنعانی، ک؛ هادی، س؛ سلیمانی، م؛ آرمان پناه، آ. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عقب مانده ذهنی. پرستاری کودکان، شماره ۳، ۳۴-۴۲.
- گیتی قریشی، ا. (۱۳۸۸). سطح امیدواری در دانشجویان سال اول و سال آخر رشته روانشناسی. اندیشه و رفتار، ۱۲(۳): ۵۵-۴۵.
- محمدی، اکبر. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی شادکامی، و امید به زندگی سالمندان. فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی ۸۱-۸۹: ۶(۳۴)
- موحدی، ی؛ باباپور خیرالدین، ج؛ موحدی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید و بهزیستی روان شناختی دانش آموزان، مجله روانشناسی مدرسه، ۳(۱): ۱۳۰-۱۱۶.
- نریمانی، م؛ یوسفی، ف؛ کاظمی، ر. (۱۳۹۳). نقش سبک های دلبستگی و کیفیت زندگی در پیش بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان مبتلا به ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانیهای یادگیری، ۳(۴): ۱۴۲-۱۲۴.
- نقدی، م؛ عناصری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی امید درمانی بر بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. روان پرستاری، ۶ (۴) ۴۹-۵۵.
- Ahmadvand, Z.& Heidarinasab, L.& Shairi MR. (2012). Prediction of psychological well- being based on the components of mindfulness. *Health Psychology* 2012 1 (2) (60-69)
- Ahmadi, S.& Mohammadi, F.& Fallahi, M.& Reza Soltani P. (2015). The effect of sleep restriction of quality on sleep in the lders. *Iranian journal of Ageing*. 2015;5 (16): 7-15.
- Argyle, M.& Martin, M.& Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forges& R. J. Innes (Eds.), *Recent Advances in Social Psychology: An International Perspective* (pp. 189-203). London: Oxford.
- Anand P. (2016). *Happiness Explained*. Oxford University Press.
- Bays C. (1995). *Older Adults Descriptions of Hope after Stroke*, PhD Thesis, Cincinnati, Cincinnati, University of Houisville School of Nursing.
- Diener, E.& Oishi, S. & Lucas R. E. (2003). Personality, culture, & subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life, *Annual Review of psychology*, 54(17), 403-425.
- Garcia, J. A.& Sisin, K. G. (2012). Locus of hope and subjective well-being. *International Journal of Research Studies in Psychology*, 1(3), 53- 58.
- Jokar, B. (2007). Relationship between goal- oriented and happiness in Persian, *Journal of psychology*, 2(5), 35-53

- Kavradim, S. T. & Ozer, Z. C. & Bozcuk, H. (2013). Hope in people with cancer: a multivariate analysis from Turkey. *Journal of advanced nursing*, 69(5), 1183- 1196.
- King, A. (2006). Positive Affect and the Experience of Meaning in Life, *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 179- 196.
- Lopez, S.J. & Kerr, B.A. (2006). An open source approach to creating positive psychological practice: a comment on wong's strengths centered therapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43, 2, 147-150.
- Lyubomirsky, S. & King, L. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological bulletin*, 131(6), 803-825.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health*. New York: Routledge press.
- Marques, S. & Pais-Ribeiro, J. & Lopez, S. H. (2011). The role of positive psychology constructs in predicting mental health and academic achievement in children and adolescents: A two-year longitudinal study. *Journal of happiness studies*, 12(6), 1049- 1062.
- Ong, A. D. & Edwards, L. M. & Bergemen, C. S. (2006). Hope as a source of resilience in later adulthood. *Journal of Personality and Individual Differences*, 41(4), 1263- 1273.
- Owen, d. (1989). Nurses: perspective on meaning of hope in patient with positive HIV. *Journal of personality*, 1(16).
- Raleigh, E. (1992). Sources of Hope in Chronic Illness, *Oncology Nursing Forum*, 19(5), 443-448.
- Ryff, CD. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4:99-104.
- Seligman, MP. (2003). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press, p: 16-27.
- Shoakazemi, M. & Momeni Javid, M. & Keramati, R. & Ebrahimi Tazekand, F. (2013). The relationship between happiness, meta-cognitive skills (self-regulation, problem-solving) and academic achievement of students in Tehran. *Life Science Journal*, 10(4s), 452-457.
- Shum, J. & Poureslami, I. & Wiebe, D. & Doyle-Waters, MM. & Nimmon, L. & FitzGerald, JM. & et al. (2018) Airway diseases and health literacy (HL) measurement tools: a systematic review to inform respiratory research and practice. *Patient Educ Couns*. 2018 Apr; 101(4): 596-618.
- Snyder, C. R. & Tsukasa, K. (2005). The relationship between hope and subjective wellbeing: Reliability and validity of the dispositional hope scale, Japanese version. *Japanese Journal of Psychology*, 76(3), 227-234.
- Snyder, C.R. & McCullough, M.E. (2000). A positive psychology field of dreams. *Journal of social and clinical psychology*, 19, 151-160.
- Sotodeh-Asl, N. & Neshat-Dust, H. T. & Kalantari, M. & Talebi, H. & Khosravi, A. R. (2010). Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension. *J Clin Psychol*, 2(5), 1-5.
- Vazquez, C. & Hervas, G. & Rahona, J J. & Gomez, D. (2009). Psychological wellbeing gain health. *Contributions of positive psychology. Annually of Clinical and Health Psychology*, 5: 15-27.
- Werner, S. (2012). Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Journal of Psychiatry Research*, 14(2), 1-6.