

اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر بهبود مولفه‌های عزت نفس و سلامت روان شناختی افراد مبتلا به افسردگی

معصومه موحدی^۱، کلثوم کریمی‌نژاد^۲، دکتر جلیل باباپور خیرالدین^۳، یزدان موحدی^۴

نویسنده‌ی مسؤل: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علوم پزشکی لرستان kolsoumkariminejad@gmail.com

دریافت: ۹۲/۱/۲۷ پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: امید درمانی یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه اسنایدر به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر بهبود مولفه‌های عزت نفس و سلامت روانشناختی افراد مبتلا به افسردگی بود.

روش بررسی: روش این پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. نمونه شامل ۴۰ نفر از دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان خرم آباد بود. ابتدا به صورت تصادفی از ۷۳۰ نفر از افراد آزمون افسردگی بک به عمل آمد؛ سپس تعداد ۴۰ نفر از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش بالینی در سطح غیر نرمالی قرار داشتند (یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین)، انتخاب شدند و مورد مصاحبه بالینی ساختار یافته قرار گرفتند. از این تعداد، ۲۰ نفر برای گروه آزمایش و ۲۰ نفر برای گروه کنترل به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. امید درمانی طی ۸ جلسه نود دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسات پس آزمون روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس، بین میانگین نمره‌های پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت. نتیجه‌گیری: امید درمانی به شیوه گروهی باعث افزایش سلامت روانشناختی و عزت نفس می‌شود. بنابراین شایسته است به منظور ارتقای کیفیت زندگی افراد افسرده، ارائه خدمات آموزشی و برنامه‌های ارتقاء دهنده امید با روش‌های مناسبی مانند یادگیری بر اساس حل مساله با مشارکت فعال افراد در فرآیند بحث با برنامه ریزی مدون انجام پذیرد.

واژگان کلیدی: امید درمانی، سلامت روانشناختی، عزت نفس

مقدمه

درمانی است که بر اساس نظریه‌ی اسنایدر به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است. در این درمان، به شرکت کنندگان آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود به کار

امید درمانی یعنی حالت انگیزی مثبت بر اساس حالت مشتق شده از نوعی تعامل و کنش موفقیت‌آمیز که مبتنی بر عاملیت و سپس مسیریابی و برنامه‌ریزی در راستای نیل به اهداف و آرزوها می‌باشد. امید درمانی یک برنامه‌ی

۱- کارشناس ارشد مشاور خانواده، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

۲- کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

۳- دانشجوی دکترای علوم اعصاب شناختی دانشگاه تبریز

۴- دکترای تخصصی روان شناسی، استاد دانشگاه تبریز

گیرند. شرکت کنندگان یاد می‌گیرند که چگونه اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری را تعیین کنند، گذرگاه‌های متعدد برای حرکت به سمت این اهداف تعیین کنند، منابع انگیزشی و تاثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند، پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند و اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند. این مداخله به‌صورت گروهی اجرا می‌شود، زیرا در نظریه‌ی اسنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه منعکس کننده‌ی یک فرایند تبادلی است (۱). افسردگی، از جمله شایع‌ترین اختلالات روانی انسان است. خصوصیات اصلی و مرکزی حالات افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت‌بخش روزمره مثل معاشرت، تفریح، ورزش و حتی غذا خوردن می‌باشد. میل به خود ملامت‌گری، احساس درماندگی، کاهش اعتماد به نفس، بی‌اشتهایی، کاهش وزن و بی‌خوابی از مهم‌ترین علائم افسردگی است. ادبیات پژوهشی در حوزه‌ی روان‌شناسی سلامت (Health Psychology) نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر تلاش‌های زیادی برای فهم عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت جسمانی و روانی، بین پژوهشگران وجود دارد (۱). با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) سلامت یعنی "حالت کامل رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقدان بیماری و ناتوانی" است (۲). می‌توان گفت برای تامین سلامتی حتما باید به جزء روانی آن که از دیگر اجزای سلامتی جدا شدنی نیست توجه نمود. سلامتی روانی نه تنها در برگیرنده‌ی نبود اختلال‌های روانی است بلکه شامل جنبه‌های ارتقا و بهبود وضعیت سلامت روانی نیز می‌باشد. یکی از موضوعاتی که در حوزه‌ی سلامت می‌توان به آن اشاره کرد، عزت نفس (Self-Esteem) است که از مهم‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای یک شخصیت سالم و رشد یافته می‌باشد. عزت نفس همان رضایت فرد از خویش است. هانتر و همکاران، عزت نفس را از دیدگاه فرد نسبت به خود از جهات جسمانی، روانی و

هیجانی یاد می‌کنند (۳). اکثر مطالعات پیشین در جامعه‌ی دانش‌آموزان بین سلامت روان شناختی و مولفه‌های آن با عزت نفس رابطه‌ی معناداری را گزارش کرده‌اند (۴). بنابر نظر اسنایدر (۲۰۰۰) با اینکه عزت نفس نزدیک‌ترین گزینه برای واکنش به شدن اجتماعی است، یعنی چیزی که به ما قدرت می‌دهد تا مسوولانه زندگی کنیم و ما را از آسیب‌های اجتماعی محفوظ نگه می‌دارد. اما عزت نفس پاداش طبیعی برای زمانی است که ما موفقیتی کسب می‌کنیم، یعنی پس از موفقیت حاصل می‌شود. اما امید قبل از رسیدن به هدف وارد عمل می‌شود. بنابراین اساس عزت نفس، امید رسیدن به هدف است (۵). 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 خوش‌بینانه، بازنمایی تجارب مثبت و اجتماعی شدن، سلامتی را در نمونه‌های غیر بیمار افزایش می‌دهند (۶). بعضی پژوهش‌ها نشان داده‌اند مداخلات روان‌شناسی مثبت (Positive Psychology Interventions)، که به افراد افسرده ارایه شده‌اند، سلامتی را افزایش و افسردگی را کاهش داده‌اند (۷). یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر تندرستی و طول عمر افراد، امید (Hope) 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 (۸). جهت‌یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، تنظیم اهداف، واقع‌گرایی و ارتباطات درونی از ویژگی‌های مهم امید است (۹).

نتایج مطالعات اسنایدر بنیانگذار امید و امید درمانی (Hope Therapy) نشان می‌دهد که امید درمانی می‌تواند بر روی بیماری‌های روانی و برخی بیماری‌های جسمی مانند سرطان (Cancer) تاثیرات مثبتی نشان دهد. بسیاری از

بیماری‌های روانی و برخی از بیماری‌های جسمی در واکنش به از دست دادن امید به وجود می‌آیند و امید درمانی می‌تواند سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد (۱۰). اسنایدر (۲۰۰۰) معتقد است که امید، نوعی روند فکری و دارای دو جزء تفکر عامل (Agency) و مسیرها (Pathways) است و هر دو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری و موجب سازگاری و سلامت روان شناختی و جسمانی می‌شود. مسیرها جزء شناختی امید و نشان‌دهنده‌ی توان فرد در خلق راه‌های معقول برای دستیابی به اهداف است. تفکر عامل، جز انگیزشی امید و نشان‌دهنده‌ی برداشت شخصی درباره توانایی برای رسیدن به اهداف گذشته، حال و آینده است. تفکر عامل، یعنی اعتقاد به این مطلب که فرد می‌تواند از طریق راه‌های فرضی به سوی هدفی مشخص حرکت کند و بدان دست یابد. به ویژه در زمان رویارویی با موانع وجود تفکر عامل، در راه اندازی انگیزه‌ی لازم برای وارد شدن در مسیرهای دیگر اهمیت فراوانی دارد (۵). امروزه راهبردهای افزایش امید با رویکرد بالینی معروف به امیددرمانی تلفیق شده‌اند و امیددرمانی در پاسخ به تقاضای متخصصین برای کاربست نظام‌دار اصول نظریه‌ی امید در بافت درمانی رواج یافته است. با وجود راهبردهای زیادی که برای افزایش امید به وجود آمده‌اند، ترویج امید درمانی همراه با پانزده سال بررسی علمی نظریه‌ی امید و کاربرد آن، بسیاری از نیازها و سوالات بالینی هم باید با دقت بررسی شوند. هر چه بیشتر امید را درک می‌کنیم به دستیابی به زندگی خوب برای همه نزدیک‌تر می‌شویم (۱۱). امید درمانی یک برنامه‌ی درمانی است که بر مبنای نظریه‌ی امید اسنایدر به‌منظور افزایش امیدواری و تقویت کردن فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است. در نظریه‌ی امید درمانی اسنایدر، افراد شرکت‌کننده در وهله‌ی اول با اصول اساسی نظریه‌ی امید آشنا می‌شوند. به این افراد آموزش داده می‌شود که چگونه (۱) اهداف مهم آن‌ها قابل

دستیابی است (۲)، گذرگاه‌های 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) و اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند (۱۲).

امید درمانی از نظریه‌ی امید اسنایدر و اندیشه‌های برگرفته شده از درمان شناختی- رفتاری، درمان راه حل مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود و بر این هدف استوار است که به درمان جویان کمک کند تا اهداف را فرمول بندی کرده و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آن‌ها بسازند، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو چارچوب بندی کنند (۱۳).

بر اساس نظریه‌ی اسنایدر، امید از سه مولفه‌ی اصلی هدف، عامل و گذرگاه تشکیل شده است. موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجان‌های مثبت و شکست در آن هیجان‌های منفی ایجاد می‌کند. افراد امیدوار عامل و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع روبرو می‌شوند می‌توانند انگیزه‌ی خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند. اما افراد ناامید به دلیل اینکه عامل و گذرگاه‌های کمی دارند در برخورد با موانع به راحتی انگیزه‌ی خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند که این امر به نوبه‌ی خود منجر به افسردگی می‌شود (۵). پیامدهای مثبت سازه‌های مثبت روان شناختی (امید و خوش بینی) بر سلامت جسمانی و روانی در تحقیقات مختلف تایید شده است (۱۴). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که امید با عاطفه‌ی مثبت (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۶)، و عزت نفس (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷) همبستگی مثبت دارد و همچنین به‌طور منفی با افسردگی (۱۲). امید پایین می‌تواند سطح افسردگی و نقص روانی- اجتماعی پایین را پیش‌بینی کند (۱۵). لوین (Lewin) و اسنایدر (۲۰۰۳) امید را به‌عنوان یکی از منابع تاب‌آوری در نظر می‌گیرند که در زمان‌هایی که فرد

امیدواری و سلامت روانشناختی دانش آموزان موضوع مهمی برای همهٔ اقشار جامعه به شمار می‌آید و لذا اگر بتوانیم از طریق پژوهش‌های مختلف به بررسی‌ها و راهکارها و نتایجی دست یابیم که بتواند میزان امید و سلامت روانشناختی دانش آموزان را ارتقاء بخشد می‌توانیم در این مهم قدم برداریم. با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ذکر شده، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی باعث افزایش عزت نفس و سلامت روانشناختی در افراد افسرده می‌شود؟

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 دبیرستانی شهرستان خرم‌آباد بودند که از طریق پرسشنامه‌ی افسردگی بک و مصاحبه‌ی تشخیصی ساختار یافته، شناسایی شدند. یک گروه از این داوطلبان در معرض امیددرمانی قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای برای آن‌ها اجرا نشد. مداخله‌ی مبتنی بر امیددرمانی به عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد، و مولفه‌های عزت نفس و سلامت روان شناختی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. برای هر دو گروه پیش آزمون اجرا شد و مداخله‌ی امیددرمانی دو ماه به طول انجامید (هر هفته یک جلسه) و بعد از اینکه دو ماه به اتمام رسید و جلسات تمام شد، مجدداً ده روز بعد از اعمال مداخله، پس آزمون اجرا شد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر سال سوم دبیرستان شهرستان خرم‌آباد بودند که به صورت تصادفی ۷۳۰ (با استفاده از فرمول مورگان) دانش‌آموز پرسشنامه‌ی افسردگی بک را تکمیل کردند. از میان این دانش‌آموزان، آن‌هایی که بر اساس پرسشنامه، طبق معیار نقطه برش بالینی در وضعیت غیرنرمالی بودند (یک انحراف معیار بالای

دچار استرس می‌شود، می‌تواند تأثیرات مثبتی بر سلامت و بهزیستی داشته باشد. امروزه امید به عنوان یک عامل درمانی مهم در پزشکی، پرستاری و سلامت روانی در نظر گرفته می‌شود و از امید به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی بهبودی افراد توجه زیادی شده است (۱۷ و ۱۶). نتایج تحقیقات نوتی و همکاران نشان می‌دهد که امید کیفیت اندازه‌پذیری است که می‌تواند در مرحله‌ی 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 آموزش‌های درمانی و مراقبتی به وجود نخواهد آمد (۱۸). شیونز و همکاران و هنگینز (۲۰۰۴) با انجام امیددرمانی نشان دادند که امیددرمانی باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش میزان امید می‌شود (۱۲). بر اساس مطالعات انجام شده، افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردار هستند، عزت نفس بالاتر و عملکرد تحصیلی بهتری دارند و همچنین تعهد بیشتری برای انجام فعالیت‌هایی که به بهداشت و سلامتی منجر می‌شود دارند (۱۹). در پژوهش دیگری اسنایدر، چیونیس و سیمسون، اشاره کرده‌اند که امید با عزت نفس مرتبط است (۶). شیونز و همکاران (۲۰۰۶)، نشان دادند که امیددرمانی می‌تواند معنای زندگی و عزت نفس را افزایش داده و افسردگی را کاهش دهد (۱۹). افرادی که از امید بالاتری برخوردارند دیدگاه مثبتی نسبت به زندگی دارند و دارای عزت نفس و خود باوری بیشتری هستند (۱۹). اسنایدر و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که امید وسیله‌ای برای پیشگیری از مشکلات زندگی است. نمرات امید بالا با تعاملات اجتماعی مثبت، خوش بینی، عزت نفس و پیشرفت تحصیلی رابطه دارد (۵). رفیعی (۱۳۸۹)، در بررسی تأثیر مداخلات امید محور گروهی بر انگیزه پیشرفت و عزت نفس دانش آموزان دبیرستانی نشان داد که این مداخلات تأثیر معناداری بر انگیزش پیشرفت تحصیلی و عزت نفس دانش آموزان داشته است (۶). ضرورت این پژوهش از آنجا ناشی می‌شود که

میانگین)، از طریق مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته مورد بررسی دقیق قرار گرفتند. سپس ۴۰ دانش آموز به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردیده و بعد از جلب رضایت داوطلبان و کسب رضایت آگاهانه، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. لازم به ذکر است که کلیه‌ی داوطلبان از لحاظ جنسیت، تحصیلات و دامنه‌ی سنی همتا شدند. ضمن اینکه ملاک‌های ورود عبارت بودند از دختر بودن، دانش‌آموز بودن، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های همبود و ملاک‌های خروج عبارت بودند از عدم تمایل داوطلب برای شرکت در پژوهش.

ابزار پژوهش مقیاس سلامت روان شناختی: سلامت روان شناختی و ابعاد آن، به وسیله‌ی فرم ۲۸ سووالی پرسشنامه‌ی سلامت روانی سنجیده می‌شود. این پرسشنامه، دارای ۴ مقیاس فرعی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. این پرسشنامه، به صورت ۳ و ۲ و ۱ و ۰ نمره گذاری می‌شود، که در آن حداکثر نمره‌ی داوطلب ۸۴ است. معمولاً در این روش، نمره‌ی ۲۳ به‌عنوان نمره‌ی برش در نظر گرفته می‌شود، یعنی اگر نمره‌ی داوطلب در آزمون غربالگری، برابر یا بیشتر از ۲۳ باشد به‌عنوان 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 (۲۰).

مقیاس عزت نفس: کوپر اسمیت (Cooper Smith) مقیاس عزت نفس خود را بر اساس تجدید نظر در منابع قبلی ارایه داد. این مقیاس، با ۵۸ ماده و چهار خرده مقیاس، موارد زیر را مورد سنجش قرار می‌دهد: عزت نفس خود، عزت نفس همسالان، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس تحصیلی. ضرایب روایی و پایایی آن در خارج و داخل کشور در قالب پژوهش‌های متعدد و به شیوه‌های مختلف قابل قبول به دست آمده است. حداکثر نمره در مقیاس عمومی، مساوی ۲۶ در هر

یک از سه مقیاس دیگر مساوی ۸ است و حداکثر نمره‌ی کلی عزت نفس، مساوی ۵۰ است (۲۱).

مقیاس افسردگی بک: این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش است که نشانه‌های تعریف شده‌ی افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر گروه از پرسش‌ها شامل ۴ گزینه است. همه‌ی پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۰ تا ۳) نمره گذاری شده و نمره‌ی کل فرد بین ۰ تا ۶۳ خواهد بود. هنجار یابی این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران به وسیله‌ی جلیلی و اخوت انجام گرفته است. پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به‌دست آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است (۲۲). دلیل استفاده از پرسشنامه‌ی افسردگی بک در این پژوهش این بود که ابزار فوق برای غربالگری ابزاری پایا می‌باشد.

لازم به ذکر است که کلیه‌ی ابزار به کار رفته در این پژوهش از پایایی و روایی مناسبی در نمونه‌ی ایرانی برخوردارند. پس از انتخاب گروه نمونه و جایگزینی تصادفی آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، جلسات درمانی شامل ۸ جلسه‌ی گروهی نود دقیقه‌ای بود، جلسات درمانی بر اساس کارهای اسنایدر و همکاران طراحی و اجرا شد (۲۳ و ۵). شرح مختصر جلسات درمانی به قرار زیر بود:

روش مداخله: به‌طور کلی در جلسه‌ی اول، ساختار جلسات و اهداف برنامه‌ی درمانی معرفی شده و امید بر اساس نظریه‌ی اسنایدر تعریف شد؛ در جلسه‌ی دوم، به تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تاثیر آن بر سلامت پرداخته شد، ضمن اینکه در این دو جلسه سعی شد تا رابطه‌ی درمانی لازم با هریک از مراجعان برقرار شود و فرایندها و پویایی‌های گروه مورد توجه قرار گرفت. در جلسه‌ی سوم، از هر یک از مراجعان خواسته شد تا داستان زندگی خود را به زبان خود

برای گروه تعریف کند و در جلسه‌ی چهارم این داستان‌ها بر اساس سه مولفه‌ی اصلی نظریه‌ی امید اسنایدر: «هدف»، «عامل» و «گذرگاه‌ها» تبیین شده و مجدداً قالب‌بندی شدند، ضمن اینکه سعی شد تا مواردی از امید در زندگی هریک از اعضا شناسایی شده و موفقیت‌های گذشته به‌منظور شناسایی عامل و گذرگاه‌ها مورد توجه قرار گیرد. در جلسه‌ی 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 جلسه‌ی ششم، ویژگی‌های اهداف مناسب بر اساس نظریه‌ی اسنایدر مطرح شد و سپس افراد برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه‌های زندگی ترغیب شدند. در جلسه‌ی هفتم، ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب مطرح شده و از آن‌ها خواسته شد تا برای رسیدن به اهداف تعیین شده راهکارهای مناسبی بیابند، سپس به آن‌ها آموزش داده شد تا گذرگاه‌ها را به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک بشکنند و گذرگاه‌های جانشین تعیین کنند. در جلسه‌ی 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، به‌طوری که خودشان بتوانند اهداف و موانع را تعیین کنند، عوامل لازم برای دستیابی به آن‌ها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه‌های لازم را تشخیص دهند. لازم به ذکر است که در مطالعات قبلی کارآزمایی‌های

بالینی بر روی پروتکل درمانی صورت گرفته است. **مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته:** مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای DSM-IV یک مصاحبه برای ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور اول و دوم ویرایش چهارم کتابچه‌ی راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی است. این مصاحبه برای اولین بار در دهه‌ی ۹۰ برای تشخیص براساس DSM-III-R طراحی شده و نسخه‌ی فعلی آن بر اساس DSM-IV به روز شده است که شامل دو نسخه برای محور اول و دوم است. SCID-I هفت گروه تشخیصی اختلالات محور اول شامل اختلالات خلقی، روان پزشکی، وابستگی به مواد، اختلالات اضطرابی، خوردن و سازگاری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بررسی ویژگی‌های این ابزار حاکی از آن است که پایایی و اعتبار آن در حد مناسبی است و بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ درصد گزارش شده است (۲۴). در ایران شریفی و همکاران (۲۵) پایایی و قابلیت اجرای آن را برای جمعیت ایرانی بررسی کرده‌اند. یافته‌ها نشان داد که توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌ها متوسط تا خوب بوده (ضریب کاپای بالاتر از ۰/۶۰ درصد) همچنین اکثر مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار را خوب ارزیابی کرده‌اند.

یافته‌ها

به منظور محاسبه‌ی میانگین و انحراف معیار از آمار توصیفی و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مولفه‌های پژوهش در گروه‌های مورد بررسی قبل و بعد از مداخله

متغیر وابسته	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
عزت نفس	۰/۴۵۲	۱	۳۸	۰/۳۶۴
سلامت روان شناختی	۰/۱۷۲	۱	۳۸	۰/۵۶۱

همان گونه که در جدول ۱ ملاحظه می شود بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش تفاوت مشاهده می شود. برای نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس بررسی گردید. بررسی همگنی واریانس ها

نشان می دهد که معناداری آزمون لون در نمره کل مقیاس عزت نفس و سلامت روانشناختی بیشتر از ۰/۰۵ است. با ابتدا مفروضه های لازم برای انجام تحلیل کوواریانس توجه به این امر، پیش فرض همگنی واریانس های خطا در گروه های مورد مطالعه محقق شده است (جدول ۲).

جدول ۲: آزمون لون مربوط به همگنی واریانس های خطا

مولفه	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
نشانگان جسمی	۸/۷۳±۱/۵۸	۸/۵۳±۱/۷۰	۹/۶۶±۱/۰۴	۵/۸۶±۱/۱۲
اضطراب	۸/۹۳±۱/۸۶	۸/۴۶±۱/۹۷	۹/۱۶±۱/۳۹	۵/۶۳±۱/۶۲
اختلال در کارکرد اجتماعی	۸/۸۰±۱/۶۵	۹/۷۳±۱/۶۸	۹/۲۰±۱/۳۷	۷/۳۳±۱/۲۳
افسردگی	۹/۴۶±۱/۹۳	۹/۱۱±۱/۹۲	۱۰/۵۳±۱/۶۴	۵/۱۳±۱/۴۵
سلامت روانشناختی (کل)	۳۵/۹۳±۲/۵۵	۳۶/۳۳±۳/۲۷	۳۹/۰۶±۲/۴۰	۲۴/۰۶±۱/۸۳
عزت نفس خود	۴/۷۳±۱/۱۶	۵/۳۳±۱/۳۴	۴/۸۶±۱/۱۸	۶/۸۶±۱/۹۱
عزت نفس همسالان	۴/۸۰±۱/۶۵	۵/۱۳±۱/۶۴	۴/۸۶±۱/۲۴	۵/۹۳±۱/۲۲
عزت نفس خانوادگی	۴/۸۰±۱/۴۷	۵/۳۳±۱/۲۹	۵/۴۶±۱/۴۵	۷/۲۶±۱/۰۹
عزت نفس تحصیلی	۴/۲۶±۱/۴۸	۴/۶۶±۱/۵۸	۴/۸۰±۱/۵۶	۷/۸۰±۱/۴۲
عزت نفس (کل)	۱۸/۶۰±۲/۱۱	۲۰/۴۶±۲/۳۵	۲۰/۰۰±۲/۶۷	۲۷/۰۰±۲/۴۷

بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنادار نبودن تعامل شرایط و پیش آزمون حمایت می کند. بنابراین می توان از تحلیل کوواریانس برای تحلیل نمرات آزمون فوق استفاده کرد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که امید درمانی بر مولفه های عزت نفس و سلامت

روان شناختی تاثیر داشته است. نتایج تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش آزمون نشان داد که تفاوت بین میانگین های نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در عزت نفس و سلامت روان شناختی معنادار است (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تاثیر امید درمانی بر بهبود سلامت روان شناختی و افزایش عزت نفس

متغیر	میانگین مجذورات	*F	**سطح معناداری	***مجذور اتا
نشانیان جسمی	پیش آزمون گروه	۷/۲۶ ۳۹/۰۸	۰/۹۷ ۵/۲۱	۰/۳۵ ۰/۱۶۲
اضطراب	پیش آزمون گروه	۱/۴۰ ۵۷/۴۳	۰/۲۳ ۹/۷۳	۰/۰۰۹ ۰/۲۶۵
اختلال در کارکرد اجتماعی	پیش آزمون گروه	۲/۴۳ ۴۵/۰۵	۰/۵۴ ۱۰/۱۵	۰/۰۲۰ ۰/۲۷۳
افسردگی	پیش آزمون گروه	۳/۴۲ ۱۵۲/۵۶	۰/۶۳ ۲۸/۲۳	۰/۰۲۳ ۰/۵۱۱
سلامت روان شناختی (کل)	پیش آزمون گروه	۷۷/۰۸ ۱۲۰۱/۰۱	۲/۹۲ ۴۵/۵۹	۰/۰۹۸ ۰/۶۲۸
عزت نفس خود	پیش آزمون گروه	۱/۲۴ ۱۸/۱۲	۰/۹۳ ۱۳/۶۶	۰/۰۳۴ ۰/۳۳۶
عزت نفس همسالان	پیش آزمون گروه	۶/۵۲ ۳۱/۳۳	۳/۵۵ ۱۴/۶۸	۰/۱۰۲ ۰/۳۵۲
عزت نفس خانوادگی	پیش آزمون گروه	۰/۴۳ ۲۵/۰۲	۰/۲۹ ۱۶/۹۶	۰/۰۱۱ ۰/۳۸۶
عزت نفس تحصیلی	پیش آزمون گروه	۰/۰۰۱ ۷۱/۴۰	۰/۰۰۰ ۳۰/۲۵	۰/۰۰۰ ۰/۵۲۸
عزت نفس (کل)	پیش آزمون گروه	۱۱/۳۸ ۲۷۳/۶۰	۱/۴۶ ۳۵/۱۲	۰/۰۵۱ ۰/۵۶۵

*آزمون F **۰/۰۵ < P معنادار است ***مجذور اتا؛ ضریب تاثیرگذاری متغیر

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی امیددرمانی بر افزایش عزت نفس و سلامت روان شناختی افراد افسرده بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخش بودن درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت (امیددرمانی) می‌باشد. در سال‌های اخیر روان‌شناسان به امید به عنوان یک نقطه قوت روان شناختی نگاه می‌کنند و معتقدند که امیددرمانی می‌تواند در ایجاد

سلامت روانی به افراد کمک زیادی کند. در مطالعه‌ی حاضر بین امیددرمانی و افزایش عزت نفس نتایج معناداری مشاهده گردید و این با یافته‌های استراک و همکاران، اسنایدر و همکاران، شیونز و رفیعی، همخوان است (۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزش امید باعث افزایش سطح توانمندی‌های رفتاری مثل خود نظم 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 می کنند. سلیگمن در مداخلات مثبت خود بر روی مراجع نشان داد این مداخلات، حسی از مالکیت و اعتماد به واقعی بودن توانمندی ها در افراد ایجاد می کند و فرد در استفاده از آن ها احساس نیاز و ضرورت می کند (۲۶). پترسون و سلیگمن بیان می کنند که استفاده از مداخلات روان شناسی 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 روان شناختی او مانند خودمختاری و عزت نفس کمک می کند (۲۷). 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 (۲۸). یافته های دیگر پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی امید درمانی بر سلامت روان شناختی بوده است و این با یافته های روینینی، اسنایدر و علاء الدینی همخوان می باشد (۱۲ و ۱۰ و ۷).

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 عصبی گابا و بازداری یادآوری رویدادهای فشارانگیز، افزایش اکسی توسین و افیون های درون زاد که به تحمل فشار کمک می کند (۲۹). لیتل بیان می کند که افسردگی با کمبود انتقال دهنده های عصبی سروتونین و آدرنالین مرتبط است، بنابراین ترکیب تاثیرات روان شناختی و زیست شناختی افزایش امید به افزایش کارآمد، کنار آمدن موثر و کاهش افسردگی آن ها منجر شده و رفتار ارتقا دهنده ای سلامت را پیش بینی می کند (۳۰). می توان گفت

افراد امیدوار، خودشان را در برابر افسردگی محافظت می کنند و در دوره های کوتاه مدت افسردگی زودتر بهبود می یابند و احتمال کمتری دارد که تجربه ی دوباره ای داشته باشند (۲۴). مطالعات نشان داده اند که علایم اضطراب و افسردگی در افراد امیدوار کمتر گزارش می شود. امید پایین می تواند سطح افسردگی و ضعف های روانی اجتماعی را پیش بینی کند. افسردگی با عدم تحقق اهداف فرد مرتبط است. آرون بک، در نظریه ی خود ناامیدی را اصلی ترین مولفه ی افسردگی می داند و بیان می کند که ناامیدی هم فلج کننده ی اراده است هم باعث تحمل ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می گردد (۳۱). نتایج پژوهش اسنایدر و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده که مداخلات امید درمانی می تواند برخی از توانایی های روان شناختی را افزایش داده و علایم آسیب شناسی روان شناختی را کاهش دهد (۳۲). نتایج تحقیقات یانگ (۱۹۹۸) و پوستر (۲۰۰۱) نشان داده است که امیدواری نقش بسزایی در بهبود بیماری های روانی دارد. همچنین امیدواری که نوعی احساس امکان پذیر بودن یک رویداد با رفتار مطلوب در آینده است، یک عامل مهم درمانی در مشاوره و روان درمانگری فردی (آدامز، بیلز و گروه درمانگری کوری) به حساب می آید (۳۳). مهمت و روزین نیز نشان دادند که امید به گونه ای بادوام با علایم کمتر افسردگی مرتبط است و امید چیزی است که می تواند آموزش داده شود. به نظر می رسد، روان درمانگری مثبت نگر نه تنها از طریق از بین بردن نشانگان منفی بلکه به گونه ای موثر و مستقیم می تواند از طریق ایجاد هیجانات مثبت و توانمندی های منش، موجب تغییر آسیب پذیری تاب آوری شود. روان درمانگری مثبت نگر نه تنها می تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می تواند تاثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آن ها باشد (۳۴). می توان گفت، افرادی که از امید بالاتری برخوردارند، در زندگی خود شکست هایی را تجربه کرده اند؛ اما اعتقاد دارند که می توانند

مثبت اعتقاد بر این است که سازه‌های روان‌شناسی مثبت، از جمله امید، می‌تواند از افراد در برابر آثار رویدادهای استرس‌زای زندگی حمایت کند به نظر می‌رسد که تدوین برنامه‌های پیشگیرانه بر اساس نظریه‌ی امید اسنایدر و استفاده از نقش پیگیرانه‌ی آن‌ها با آموزش به دانش‌آموزان و نوجوانان مفید باشد. بنابراین، این برنامه‌ی درمانی می‌تواند مورد استفاده‌ی متصدیان آموزش و پرورش قرار بگیرد. پژوهش حاضر تنها بر روی دختران دبیرستانی انجام شده است لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده درمان فوق بر روی هر دو جنس پسران و دختران انجام گیرد و تغییرات آن‌ها با هم مقایسه شود. همچنین، در این پژوهش از ابزار خودگزارش دهی برای سنجش استفاده شده است، که این امر نیز می‌تواند از محدودیت‌های پژوهش فوق به حساب آید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مدیریت محترم آموزش و پرورش خرم آباد، و کلیه‌ی مدیران و دانش‌آموزانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر نمایند.

References

- 1- Connor CR, Cassidy C. Predicting hopelessness: the interaction between optimism/pessimism and specific future expectancies. *J Cog Emo*. 2007; 21: 596-613.
- 2- WHO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence and practice: report of the world Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the victorian health promotion foundation and the university of Melbourne. 2005.

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 انعطاف پذیری، هدف‌های قابل دسترس 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 امید، معنادار شدن زندگی، انرژی بیشتر، شادی و حفظ زندگی است. امید باعث فعالیت خود شخص و همچنین کمک به فعال کردن سایر افراد می‌شود. از مزایای دیگر امید می‌توان به عزت نفس، آرامش، انرژی برای کار و برنامه ریزی، انطباق و سازگاری با شرایط و برتری و تفوق اشاره کرد (۳۵).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش، متخصصان می‌توانند از این برنامه‌ی درمانی در کار با افرادی که دچار اختلالات خلقی یا افسردگی هستند استفاده نمایند. از آن جا که در روان شناسی

- 3- Hunter KI, Linn MW, Harris R. Characteristics of high and low self-esteem in the elderly. *Int J Aging Hum Dev*. 1981-1982; 14: 117-26.
- 4- Lowery SE, Kurpius SER, Blanks EH, et al. Body image, self esteem and health- related behaviors among male and female first year college students. *J College Student Dev*. 2005; 46: 612-23.
- 5- Snyder CR. Handbook of hope: theory, measures, and applications. Academic Press, USA, 2000.

- 6- Bahari F. The essentials of hope and hope therapy, a manual for hope-rising. Danjeh Pub. 2010. (Persian)
- 7- Ruini C, Belaise C, Brombin C, Caffo E, Fava GA. Well-being therapy in school settings: A pilot study. *J Psychother Psychosom.* 2006; 75: 331-36.
- 8- 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.
- 9- Seligman MP, Rashid T, parks AC. Positive psychotherapy. *Am J Psychol.* 2006; 61: 774-88.
- 10- Snyder CR, Berg C, Woodward JT, Gum A, Kevin CW. Hope against cold: Individual differences in trait hope and acute pain tolerance on the press or task. *J Personality.* 2005; 73: 85-98.
- 11- Benzein E, Saveman B. One step towards the understanding of hope: a concept analysis. *international journal of nurs study.* 1998; 35: 322-29.
- 12- Alaeddini Z, Kajbaf MB, Molavi H. The effects of group hope- therapy on mental health of female students in isfahan university. *J Ment Health.* 2007; 1: 67-76. (Persian).
- 13- Snyder CR, Lopez SJ. Hand book of positive psychology. USA Oxford University Press. 2001.
- 14- Grewal PK, Porter J. Hope theory: a framework for understanding death studies. *Washington.* 2007; 31: 131-154.
- 15- Lopes SJ, Snyder CR, Magyar-Moe J, Edward LM, Pedotti. JT, Janowski JL, 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 Pub. 2003.
- 16- Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Optimism, pessimism and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *optimism and pessimism* (pp. 189-216). Washington, Dc: American Psychological Association, 2001.
- 17- Elliott TR, Witty TE, Herrick S, Hoffman JT. Negotiating reality after physical loss: Hope, depression and disability. *J Pers Soc Psychol.* 1991; 61: 608-613.
- 18- Schrank B, Stanghellini G. Hope in psychiatry: a review of the literature. *J Am psychiatry.* 2008; 11: 421-33.
- 19- Nowotny M. Assessment of hope in patients with cancer, development of an instrument. *J Oncol Nurs Forum.* 1989; 16: 57-61.
- 20- Zahed Babolan A, Ghasempour A, Hassanzade S. The role of forgiveness and psychological hardiness in prediction of hope. *J Know Res App Psychol.* 2011; 12:12-19. (Persian)
- 21- Taghavi S. Validity and reliability of general health questionnaire (GHQ). *J Psychol.* 2001; 20, 381-98. (Persian).
- 22- Shirazi N. 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. (Unpublished master's thesis,

- Shahid Chamran University). (1997). (Persian).
- 23- Kazemi, A. The comparison of cognitive distortion in depressed and anxious patients. (Unpublished master's thesis, Shiraz University). (2003). (Persian).
- 24- 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.
- 23- Kazemi A. The comparison of cognitive distortion in depressed and anxious patients. (Unpublished master's thesis, Shiraz University). (2003). (Persian).
- 25- Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, et al. Reliability and capability of the persian version of the structured clinical interview for DSM-IV. *Adv in Cogn Sci*. 2005; 6: 10-22.
- 26- Seligman MP. Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Free Press. 2003; p: 16-27.
- 27- Peterson C, Seligman MP. Character strengths and virtues: a handbook and classification. Washington DC: American Psychological Association. 2004. p: 625-44.
- 28- 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: 52-60. (Persian)
- 29- Raeisian A, Golzari M, Borjani A. The effectiveness of hope therapy in decreasing of depression and prevention from relapse in addicted women. *J Res Addict*. 2011; 3: 7-23. (Persian)
- 30- Kar A. Positive psychology: science of happiness and human's capabilities, translated by Pasha Sharifi et al. (2008) Tehran, Sokhan publication. (Persian)
- 31- 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. *J of Studies of Education and Psychology of Ferdosi University*. 2009; 1: 171-84. (Persian).
- 32- Snyder CR, Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation psychology*, Rutledge Press. 2006.
- 33- Hedayati N. The effectiveness of group counseling with method of frankel logotherapy in decreasing of hopelessness in teenagers between 13-18 ages in Saghez Azadegan high school. The thesis submitted for degree of Master of Art. Allame Tabatabaei University. 2006. (Persian)
- 34- Mehmet C. Michael Rozien. You've got to have hope: Studies show "hope therapy" fights depression. Ohio State University. New SRX science, 2009; Atlanta. P. 68.
- 35- Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and Hopelessness. *Critical Clinical Constructs*. 4th ed. USA: Thousand Oaks California. 1995; 153-185.

The Effectiveness of Hope Therapy base on Groups to increase the Components of Self-esteem and Psychological Health in Depressed People

Movahedi M¹, Kariminejad K², Babapour Kheirodin J³, Movahedi Y³

¹Dept. of Psychology, Kharazmi University of Psychology and Education of Sciences, Tehran, Iran

²Office of Counseling and Guidance, Lorestan University of Medical Sciences, Khoramabad, Iran.

³Dept. of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

Corresponding Author: Kariminejad K, Office of Counseling and Guidance, Lorestan University of Medical Sciences, Khoramabad, Iran.

E-mail: kolsoumkariminejad@gmail.com

Received: 16 Apr 2013 **Accepted:** 9 Feb 2015

Background and Objective: The aim of present study was to investigate the effectiveness of hope therapy base on groups to increase the components of Self-esteem and Psychological health in depressed people.

Materials and Method: The method of this study was semi-experimental with pretest -posttest design with control group. The sample consisted of 40 female high school students in Khorramabad city. Initially the Beck Depression Inventory was used randomly for 730 students. Then 40 subjects from population who were in abnormal level, according to criteria of clinical cut of point, (one standard deviation above the mean) were selected and structured clinical interview was administrated. Of these, 20 subjects were selected randomly for experimental group and 20 of them to the control group. The Hope Therapy administrated 8 sessions that each session lasted 90 minutes; every week, one session. After completing sessions, post-test was administrated on experimental and control groups.

Results: Based on the results of the analysis of covariance, there was a significant difference between the mean score in the posttest of experimental group and control group. ($p < 0.001$).

Conclusion: Hope therapy base on group therapy lead to increase the self- esteem and psychological health. So, it is appropriate to improve the life quality of depressed people, providing of educational services and hope promoting programs be accomplished with appropriate methods, such as learning base on problem solving with active engagement of peoples in discussions with a processed program.

Keywords: Hope therapy, Psychological health, self- esteem