

اثربخشی امید درمانی بر رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان در شرف یائسگی شهرستان خمینی شهر

مهدی خورش^۱، فرشته شعبانی^۲

^۱ استادیار، گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

هدف: یائسگی را می توان واقعه زیستی و فرهنگی دانست که زنان میان سال را تحت الشعاع خود قرار داده و هرچه نشانه های جسمانی و هیجانی آن بیش تر باشد، نگرش منفی را در زنان ایجاد می کند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش امید درمانی بر رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان در شرف یائسگی خمینی شهر بود. **روش کار:** طرح پژوهش حاضر نیمه تجربی، با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل بود و جامعه آن شامل کلیه زنان در حیطه یائسگی تحت پوشش مرکز سلامت خمینی شهر بودند. نمونه ی تحقیق نیز تعداد ۶۰ نفر از زنان گروه سنی ۴۹ تا ۵۹ سال بودند که به طور تصادفی در گروه امید درمانی و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت آموزش امید به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته قرار گرفتند و داده های پژوهش با استفاده از مقیاس های ۱۸ سوالی بهزیستی روانشناختی ریف و مقیاس ۵ سوالی دینر گردآوری و به وسیله آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره) و به کمک نرم افزار تحلیل آماری SPSS v. 22 تجزیه و تحلیل گردید. **یافته ها:** نتایج پژوهش نشان داد که آموزش امید اسناید به طور معناداری موجب افزایش نمرات مؤلفه های بهزیستی روانشناختی (پذیرش خود، توانایی تسلط محیطی، روابط گرم و صمیمانه با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد و شکوفایی فردی، استقلال و خودمختاری) و رضایت از زندگی در زنان در حیطه یائسگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردیده است ($P < 0/001$). **نتیجه گیری:** امید درمانی به فرد امکان می دهد تا همواره درصدد بهبود زندگی شخصی خویش از طریق یادگیری و تجربه باشد. افرادی که از امید بالاتری برخوردارند، در زندگی خود شکست هایی را تجربه می کنند، اما معتقدند که می توانند تنش ها و چالش های زندگی را حل کنند و با آن سازگار شوند.

واژه های کلیدی: امید درمانی، رضایت از زندگی، بهزیستی روانشناختی

مقدمه

یائسگی را می‌توان واقعه زیستی و فرهنگی دانست که زنان میان‌سال را تحت‌الشعاع خود قرار داده و هرچه نشانه‌های جسمانی و هیجانی آن بیش‌تر باشد، نگرش زنان در برابر آن منفی‌تر است این آثار و نشانه‌ها سبب می‌شود که مشکلات تداخلی اعمال فیزیولوژیکی و روانی برای زنان به همراه داشته باشد و فشارهای جسمی و روحی که در اثر عدم تعادل هورمونی در زنان به وجود می‌آید و به دنبال آن خطرات و مشکلات عدیده‌ای زندگی زنان را تهدید می‌کنند که این مسائل تأثیرات ناخشنودی را در بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی در زنان ایجاد می‌کند (برگ، ۲۰۰۷، ترجمه، سید محمدی، ۱۳۹۰). بهزیستی روان‌شناختی یکی از شاخص‌های پراهمیت سلامت روان است. این عامل سازه‌ای از روانشناسی مثبت است که در جهت رشد استعدادهای انسان در ارتباط است که دارای ۶ مؤلفه می‌باشد. مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود (پذیرفتن نقاط ضعف و نقاط قوت خود، داشتن نگرش مثبت به خود و گذشته‌اش)، توانایی تسلط محیطی؛ روابط گرم و صمیمانه با دیگران (به معنای ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم در زندگی)، هدفمندی در زندگی (داشتن اهدافی که به زندگی فرد جهت و معنا می‌بخشد)، رشد و شکوفایی فردی (احساس این‌که استعدادهای بالقوه فرد به بالفعل تبدیل شود)، استقلال (این‌که فرد در امور زندگی‌اش به‌خصوص کارهای روزمره مدیریت لازم را داشته باشد)، خودمختاری (توانایی پیگیری امور بر اساس اصول شخصی) را شامل می‌شود (رایان، دیسی، ۲۰۰۱). این متغیر روان‌شناختی را می‌توان واکنش‌های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی‌ها و توانمندی‌های شخصی، پیشرفت، تعامل کارآمد و مؤثر بر جهان، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان تعریف کرد. این حالت می‌تواند مؤلفه‌هایی مانند رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را نیز در برگیرد (کارادماس، ۲۰۰۷؛ به نقل از درخشان، ۱۳۹۱)؛ و رضایت از زندگی به‌عنوان مثال از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی عبارت است از ارزیابی شناختی-عاطفی از زندگی خود. این ارزیابی‌ها از واکنش‌های احساسی نسبت به وقایع به‌علاوه قضاوت‌های شناختی از رضایت و برآورده شدن خواسته‌ها تشکیل شده‌اند (دینر، لوکاس و ایشی، ۲۰۰۴). همچنین رضایت از زندگی با فراگیر شدن احساسات مثبت و فقدان احساسات منفی همراه است. ده صفت توصیف‌گر عواطف مثبت (علاقه‌مند، هیجان‌زده، نیرومند، مشتاق، سربلند، هوشیار، خوش‌ذوق، مصمم، متوجه، فعال) و ده صفت توصیف‌گر عواطف منفی (پریشان، ناراحت، گناهکار، وحشت‌زده، متخاصم، تحریک‌پذیر، شرمسار، عصبی، بی‌قرار، ترسان) هستند (واتسون، ۱۹۸۸). این متغیرها از حیطه‌های سلامت روان هستند که در معنادار کردن زندگی انسان از اهمیت زیادی برخوردار هستند و عدم وجود بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان مشکلات بی‌شماری را در همه حیطه‌های زندگی و در همه اقشار جامعه ایجاد می‌کند. فقدان آن باعث بیماری‌های روان‌تنی و اتفاقات و حوادث در جامعه می‌شود. از آنجایی که امید در زندگی باعث غنای زندگی می‌شود و

^۱Berk, Lura^۲Ryan & Deci,^۳Karademas^۴Diener وLucase،Abshi

Watson., Clark & Tellegen,

بیماران را قادر می‌سازد که چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و ناسامان درد و رنج خود را ببینند و فقدان امید در زندگی و هدف‌دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت آن و ایجاد باورهای یأس‌آور می‌شود (موحدی و همکاران، ۱۳۹۴)، در صورتی که جهت‌یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، واقع‌گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی از ویژگی‌های مهم امید به زندگی هستند (موحدی، موحدی و فرهادی، ۱۳۹۳). امید درمانی بر مبنای نظریه‌اشنايدر یک برنامه درمانی است که از نظریه امید درمانی‌اشنايدر و اندیشه‌های برگرفته از درمان شناختی رفتاری، درمان راه‌حل محور و درمان داستانی یا روایتی گرفته شده است (گارسیا و سسین^{۲۰۱۳}؛ نقل از پروانه، رسولی، رشیدی، گل محمدیان، رستمی نظیر. ۱۳۹۶).

در همین راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که امید باعث مقاومت انسان در برابر استرس‌ها شده و برای درمان بیماری‌های روانی تأثیر به سزایی دارد (سئول^{۱۹۹۰}؛ لیبومیرسکی^۱ و رأس^{۱۹۹۷}). نتایج مطالعه هیپوم^۱ و همکاران (۲۰۰۹) با عنوان تأثیر خلق روی ادراک آینده (امید) نشان داد که امید روی ادراک فرد از آینده تأثیر دارد. پژوهش اونگ، ادوارد و برگمن^۲ (۲۰۰۶) و کات و اشنايدر^۳ (۲۰۰۵) نیز ارتباط امید و بهزیستی را تأیید می‌کند. یک مطالعه مروری (۲۰۰۸) یازده مطالعه نیز نشان داد که امید درمانی را به‌عنوان مثال متغیر پیش‌بین برای سلامت روان آزمایش نموده است. (اشرايننگ، استانلی و اسلاد^۴، ۲۰۰۸). پروانه و همکاران (۱۳۹۶) نیز نشان دادند که امید درمانی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان مؤثر بوده است. در مردان اشنايدر و فیلد من^۵ (۲۰۰۵) با مطالعه بر روی خانواده‌ها و وضع اقتصادی پایین نشان داد متغیر امید، خوش‌بینی و بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. با توجه به تحقیقات بسیاری که تا به حال در این زمینه صورت گرفته از جمله نمونه تحقیقاتی که ذکر گردید می‌توان نتیجه گرفت که امید درمانی می‌تواند باعث افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی می‌شوند و با توجه به اینکه بانوان در این مقطع از زندگی که دچار مشکلات و بیماری‌های جسمی و روحی شده‌اند در جهت رشد سطح بهزیستی و رضایت از زندگی و تقویت عاطفه‌های مثبت در آنها برای رشد و سلامتی در ابعاد مختلف می‌توان از این مداخله‌های روان‌شناختی بهره‌مند شد تا گامی در جهت یاری به این عزیزان برداشته شود. از خلأهای پژوهشی این است که بنا به بررسی پیشینه پژوهش مطالعاتی که به طور مستقیم روی مداخله‌های درمانی (امید درمانی) بر روی این گروه از زنان بدین شرح انجام نشده و از خلأهای پژوهشی دیگر این است که در فضای علمی کشور مطالعه‌ای روی این متغیرهای وابسته

^{۲۰}Garcia^{۲۱}Sasin^{۲۲}Saul^{۲۳}Lyubomirsky^{۲۴}Ross^{۲۵}Hepbum^{۲۶}Ong, Edwards & Bergmen^{۲۷}Kato & Snyder^{۲۸}Schrank, Stanghellini & Slade^{۲۹}Sydere & Fildman

بدین صورت فعلی انجام نشده است و دیگر خلأ دیگر این است که پژوهشی که در حیطه امید درمانی وجود داشته است این است که این مداخله ها روی گروه های سالمندان، پرستاران، بیماران مبتلا به دیابت صورت گرفته است و روی زنان یائسه انجام نشده است. با توجه به آنچه اشاره شد این مطالعه با هدف اثربخشی امید درمانی بر رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان در شرف یائسگی انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و از نوع طرح های پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه زنان در شرف یائسگی ۴۵ تا ۵۹ سال شهرستان خمینی شهر در سال ۹۸-۹۷ بودند. حجم نمونه شامل ۴۰ نفر زن بود که به روش نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند و کسانی که به پرسشنامه های رضایت از زندگی، بهزیستی روانشناختی پاسخ دادند انتخاب شدند و بعد به صورت قرعه کشی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود در پژوهش شامل کسانی که مشکل روان شناختی حاد و مزمنی نداشتند؛ آزمودنی ها در بازه سنی موردنظر یعنی ۴۵ تا ۵۹ سال بودند؛ فرد متعهد باشد تا در پایان کلاس ها شرکت نماید؛ اشخاصی که کاملاً در حضور در کلاس ها مشتاق بودند؛ در هنگام دریافت آموزش، دوره آموزشی دیگری صورت نگیرد و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل مواردی بود همچنان: در صورت بیماری جسمی و روانی که مانع یادگیری می شد؛ در صورتی که آزمودنی ها همکاری لازم را نمی داشتند؛ چنانچه هر یک از معیارهای ورود را نداشتند از حیطه آموزش خارج می شدند؛ نامنظم آمدن در کلاس ها و غیبت دو جلسه متوالی و کسانی که رغبتی در استفاده از کلاس های امید درمانی را نداشتند یا نمی توانستند از کلاس ها بهره مند شوند. به منظور انجام پژوهش ابتدا هماهنگی لازم با شبکه بهداشت و سلامت خمینی شهر جهت در اختیار گذاشتن مرکز مورد تحقیق به عمل آمد پس از هماهنگی لازم مرکز سلامت منظریه انتخاب گردید. و مجوز مربوط توسط مدیریت شبکه بهداشت و درمان صادر شد و به ۱۲۰ نفر پرسشنامه های روان شناختی ریف و پرسشنامه ۵ سؤالی رضایت از زندگی دینر داده شد. نهایتاً کسانی که نمرات پایین تری در این پرسشنامه ها دریافت نمودند در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین گردید. در مرحله اول طرح، در کلاس رابطان صحبت هایی در زمینه یائسگی و مشکلات آن انجام گرفت و پرسشنامه هایی توزیع شد در مرحله دوم به صورت انفرادی از افراد مراجعه کننده به مرکز سلامت منظریه مصاحبه و انجام پرسشنامه به عمل آمد در مرحله سوم حضور در محل مجتمع بانوان و دادن توضیحات لازم جهت شرکت در کلاس ها و توزیع پرسشنامه ها صورت گرفت در مرحله چهارم گرفتن مجوز از شبکه بهداشت و درمان خمینی شهر برای دریافت لیست اسامی بانوان ذی شرط و تحت پوشش مرکز سلامت منظریه تحت نظارت مرکز بهداشت و درمان و پس از آن از بانوان دعوت به عمل آمد تا در جایگاه موردنظر حضور یابند و در جلسه ترتیب داده شده صحبت هایی انجام شد. در طی مراحل مذکور در چند نوبت قریب ۱۲۰ الی ۱۳۰ پرسشنامه توزیع گردید و پس از آن پرسشنامه های جمع آوری شده مورد بررسی قرار گرفتند و بانوانی که به پرسشنامه های رضایت از زندگی و بهزیستی و روانشناسی پاسخ دادند و به نسبت نمره ی پایین تری گرفتند انتخاب شدند.

پس از آن پیش جلسه ای برگزار شد و در مورد کلاس های آموزشی، امید درمانی همچنین موضوع یائسگی صحبت به عمل آمد و بانوان به گروه های آموزشی امید درمانی و گروه کنترل تقسیم شدند. آزمودنی های گروه آزمایش تحت ۸ جلسه مداخله امید درمانی قرار گرفتند در حالی که هیچ مداخله ای در گروه کنترل صورت نگرفت. به منظور بررسی اثر مداخله امید درمانی پس از اتمام جلسات از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون گرفته شد و نتایج پیش آزمون و پس آزمون در هر دو گروه با یکدیگر

مقایسه شدند. داده‌های بدست آمده به وسیله آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره) و به کمک نرم افزار تحلیل آماری SPSS v. 22 تجزیه و تحلیل گردید.

رضایت از زندگی: این مقیاس توسط دینر و دیگران (۱۹۸۵) تهیه و از ۵ گزاره که مؤلفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند، تشکیل شده است. آزمودنی‌ها اظهار می‌دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی‌اند و یا چقدر زندگی به زندگی آرمانی آن‌ها نزدیک است. دینر و دیگران (۱۹۸۵) مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) را برای همه گروه‌های سنی تهیه کردند. این مقیاس متشکل از ۴۵ سؤال بود که میزان رضایت از زندگی و بهزیستی را منعکس می‌کرد و تحلیل عاملی نشان داد که از سه عامل تشکیل شده است. ۱۰ سؤال آن با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسی‌های متعدد درنهایت به ۵ سؤال کاهش یافت و به‌عنوان مثال مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت. دینر و همکاران (۱۹۸۵) در نمونه‌ای متشکل از ۱۷۶ دانشجوی دوره کارشناسی، مقیاس رضایت از زندگی را ارزشیابی کردند. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ها به ترتیب ۲۳٫۵ و ۶٫۴۳ و ضریب همبستگی باز آزمایی نمره‌ها پس از دوماه اجرا ۰٫۸۲٪ بود. در ایران بیانی و همکاران (۱۳۸۶) با انجام تحقیقی به بررسی اعتبار و روایی این مقیاس پرداختند. پایایی مقیاس رضایت از زندگی با آلفای کرونباخ ۰٫۸۳٪ و با استفاده از روش باز آزمایی ۰٫۶۹٪ به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی: این پرسشنامه ۱۸ سؤال داشته و هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی روان‌شناختی از ابعاد مختلف (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) هست. طیف نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای هست. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات آن بعد را باهم جمع نموده و به‌منظور به دست آورد امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک‌تک سؤالات را محاسبه نمایید. نمرات بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر در فرد پاسخ‌دهنده هست و برعکس. در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰٫۵۱، ۰٫۷۶، ۰٫۷۵، ۰٫۵۲، ۰٫۷۳، ۰٫۷۲ و برای کل مقیاس ۰٫۷۱ به دست آمد.

جدول ۱: خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی امید درمانی اشنایدر:

جلسه اول	آشنایی اعضای گروه باهم تعیین اهداف و قوانین گروه، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه آموزشی و تعریف امید بر اساس نظریه اشنایدر
جلسه دوم	مرور مطالب جلسه قبل، تبیین و بحث در رابطه با چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تاثیر آن بر شادکامی
جلسه سوم	مرور مطالب جلسه قبل، درخواست از بانوان برای تعریف داستانی از زندگی خود برای دیگر بانوان در شناساندن داستان زندگی اعضای، بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.
جلسه چهارم	مرور مطالب جلسه قبل، تبیین داستان ها بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید اشنایدر: «هدف»، «عامل» و «گذرگاه»، بیان خلاصه و جمع بندی.
جلسه پنجم	مرور مطالب جلسه قبل، درخواست از اعضای برای فراهم کردن فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مختلف زندگی خود و مشخص نمودن میزان اهمیت و رضایت خود از هر یک از آنها، بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.
جلسه ششم	مرور مطالب جلسه قبل مطرح کردن ویژگی های اهداف مناسب بر اساس نظریه اشنایدر و سپس ترغیب کردن افراد برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه های زندگی، بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.
جلسه هفتم	مرور مطالب جلسه قبل، مطرح کردن ویژگی گذرگاه های مناسب و درخواست از اعضای گروه جهت یافتن راهکارهای مناسب برای رسیدن به اهداف تعیین شده و آموزش چگونگی شکستن گذرگاه ها به مجموعه ای از گام های کوچک و تعیین گذرگاه های جایگزین به اعضای گروه، بیان خلاصه و جمع بندی.
جلسه هشتم	مرور مطالب جلسه قبل، مطرح کردن راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، آموزش به اعضای گروه تا خود یک امید درمانگر بوده و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کارگیرند. (به تدریج خودشان بتوانند اهداف و موانع آنها را تعیین کنند، عامل لازم را برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه های لازم را تشخیص دهند.) بیان خلاصه و جمع بندی. اجرای پس آزمون، تشکر از اعضای گروه و خداحافظی.

امید به زندگی اشنایدر: به منظور انجام مداخله درمانی از بسته درمانی اشنایدر استفاده گردید.

یافته ها

نتایج حاصل از اطلاعات توصیفی نشان داد که میانگین سنی آزمودنی های گروه کنترل ۴۷/۹۵ و امید ۴۹/۰۶ بود. همچنین درصد آزمودنی های گروه کنترل دارای مدرک دیپلم، ۱۹ درصد فوق دیپلم و ۱۴/۳ درصد لیسانس بوده اند. ۶۶/۷ درصد آزمودنی ها دارای مدرک دیپلم و ۳۳/۳ درصد فوق دیپلم بودند. جدول ۲ مقایسه میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون رضایت از زندگی در دو گروه امید و کنترل نشان داده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	کنترل	۱۷/۷۰	۳/۳۸	۱۷/۴۵	۲/۹۸
	امید درمانی	۱۶/۹۰	۳/۶۶	۲۷/۷۰	۳/۲۷
استقلال (بهزیستی روانشناختی)	کنترل	۸/۱۵	۲/۶۲	۸/۷۰	۲/۶۹
	امید درمانی	۹/۸۰	۲/۵۴	۱۴/۹۵	۲/۸۵
تسلط بر محیط (بهزیستی روانشناختی)	کنترل	۸/۶۰	۳/۴۸	۹/۰۵	۳/۶۱
	امید درمانی	۹/۳۰	۳/۱۸	۱۴/۸۰	۳/۲۰
رابطه شخصی (بهزیستی روانشناختی)	کنترل	۱۱/۵۵	۲/۴۳	۱۰/۰۰	۱/۸۹
	امید درمانی	۱۲/۳۵	۳/۲۹	۱۵/۹۰	۱/۷۴
ارتباط مثبت با دیگران (بهزیستی روانشناختی)	کنترل	۸/۵۵	۱/۹۰	۸/۶۵	۲/۱۳
	امید درمانی	۱۰/۳۰	۲/۵۷	۱۴/۱۰	۲/۱۰
هدمندی در زندگی (بهزیستی روانشناختی)	کنترل	۸/۸۵	۱/۹۸	۹/۹۵	۲/۳۲
	امید درمانی	۷/۸۵	۱/۹۵	۱۴/۲۰	۲/۳۳
پذیرش خود (بهزیستی روانشناختی)	کنترل	۹/۹۵	۱/۹۸	۹/۵۰	۲/۴۳
	امید درمانی	۹/۵۰	۲/۸۵	۱۴/۰۰	۲/۵۵
بهزیستی روان‌شناختی (بهزیستی روانشناختی)	کنترل	۶۴/۹۰	۱۰/۴۰	۵۳/۲۰	۶/۸۱
	امید درمانی	۵۹/۱۰	۷/۵۵	۸۷/۲۰	۶/۸۸

همانطور که از نتایج جدول نیز قابل استنباط است میانگین نمرات پیش آزمون رضایت از زندگی و مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی به دنبال ارایه درمان در مرحله پس آزمون افزایش داشته و بیانگر بهبود در این متغیرهای می‌باشد. به منظور نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات جدول فوق از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. با در نظر داشتن آنکه تحلیل کواریانس جز آزمونی‌های پارامتریک محسوب می‌شود به منظور سنجش پیش فرض نرمالیتی از آزمون کلموگروف اسمیرنف و برای تساوی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج این آزمون‌ها حکایت از عدم معنی‌داری نتایج تحلیل داشت ($P < 0/05$)، لذا این پیش فرض‌ها برقرار می‌باشند. از مفروضه‌های اصلی تحلیل کواریانس تساوی ماتریس واریانس - کواریانس می‌باشد که از آزمون ام باکس برای سنجش آن استفاده می‌گردد. نتایج بدست آمده از این مفروضه نیز بیانگر تأیید آن بود ($P > 0/05$). همچنین در مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نیز تخطی صورت نگرفته و بیانگر رعایت این مفروضه می‌باشد ($F = 0/79, P > 0/05$) لذا پیش فرض‌های تحلیل کواریانس برقرار بوده و می‌توان از تحلیل کواریانس چند متغیره برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده نمود. نتایج معناداری تحلیل کواریانس چند متغیره از جمله آزمون لامبدای ویلکز ($F = 24/20, P < 0/05$) متغیرهای رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل نیز نشان دهنده این بود

که سطوح معناداری همه آزمون ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری را مجاز می شمارد و می توان به نتایج آن اعتماد کرد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس روی میانگین نمرات پس آزمون خرده مقیاس های بهزیستی در گروه های

آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری P	مجذورات تا	توان آماری
رضایت از زندگی	۱۰/۶۵۴	۱	۶۹۱/۴۳۳	۴۱۱/۰۰۱	۱۰۱۸/۰۱۲۸	
	۱۸۱/۴۳۳	۱	۱۸۱		۲۴۱/۹۱۶	
	۱۴۰/۳۵۵	۱	۱۶/۰۵	۰۰۱/۰۰۱	۳۳۴/۹۷۳	
تسلط بر محیط (بهزیستی روانشناختی)	۳۰۹/۵۳۸	۱	۲۵/۳۳	۰۰۱/۰۰۱	۴۴۲/۹۹۸	
رشد شخصی (بهزیستی روانشناختی)	۶۱/۴۰۸	۱	۹/۶۲	۰۰۴/۰۰۴	۱۳۲/۸۵۳	گروه
ارتباط مثبت با دیگران (بهزیستی روانشناختی)	۷۲/۲۴۹	۱	۱۱/۷۰	۰۰۲/۰۰۲	۲۶۸/۹۱۳	
هدفمندی در زندگی (بهزیستی روانشناختی)	۱۶۷/۷۶۳	۱	۲۵/۳۸	۰۰۱/۰۰۱	۴۴۲/۹۹۸	
پذیرش خود (بهزیستی روانشناختی)	۴۵/۰۳۵	۱	۶/۳۹	۰۱۷/۰۱۷	۱۶۷/۶۸۹	

همان طور که در جدول فوق نیز نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون، بین آزمودنی ها در گروه های کنترل و آزمایش از لحاظ نمره رضایت از زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=181/433$ $p=0/001$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر $0/241$ می باشد، یعنی ۲۴ درصد تفاوت های فردی در نمرات رضایت از زندگی مربوط به آموزش امید می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش پذیرفته می گردد. در عامل بهزیستی روانشناختی نیز با کنترل پیش آزمون، بین آزمودنی ها در گروه های کنترل و آزمایش از لحاظ نمره استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود تفاوت معنی داری وجود دارد میزان تأثیر یا تفاوت در استقلال برابر با $0/334$ ، تسلط بر محیط $0/442$ ، رشد شخصی $0/231$ ، ارتباط مثبت با دیگران $0/268$ و هدفمندی در زندگی $0/442$ و پذیرش خود $0/167$ می باشد، یعنی ۳۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات استقلال، ۴۴ درصد نمرات تسلط بر محیط، ۲۳ درصد نمرات رشد شخصی، ۲۶ درصد در نمرات ارتباط با دیگران و ۴۴ درصد نمرات هدفمندی در زندگی و پذیرش خود ۱۶ مربوط به آموزش امید می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش در خصوص استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود پذیرفته می گردد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی آموزش امید درمانی بر رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان در شرف یائسگی بود.

یافته های بدست آمده نشان داد که تفاوت نمرات میانگین دو گروه در فرضیه فوق، نشان داد که آموزش امید بر رضایت از زندگی زنان در شرف یائسگی موثر است. نتایج پژوهش با نتایج پژوهش های دهقانی و خدابخشی کولایی (۱۳۹۶)، شروین و همکاران (۱۹۹۲)، آبروینگ و همکاران (۱۹۹۸)، اشنایدر و همکاران (۱۹۹۸)، اشنایدر و فیلمدن (۲۰۰۵)، مارکز و همکاران (۲۰۱۱)، کاشانی نسب و الله دادیان (۲۰۱۲)، کابورال و ایونگنیست (۲۰۱۲)، شیر و همکاران (۲۰۱۲) شیخ الاسلامی، قمری، کیوی، رضانی (۱۳۹۵) همراستا می باشد. کولایی و دهگانی (۱۳۹۶) در تحقیق خود دریافتند که آموزش امید درمانی سبب کاهش مشکلات روانشناختی افراد شد شروین و همکاران (۱۹۹۲) از پژوهش خود دریافتند که امید درمانی باعث افزایش نیروهای عامل نیروهای گذرگاه و معنای زندگی عزت نفس و شادکامی همین طور کاهش علائم افسردگی و اضطراب گردید. اشنایدر و همکاران (۱۹۹۸) در بررسی های خود به این یافته ها دست یافتند که آموزش امید درمانی منفعت های روان شناختی را به دنبال دارد و سبب افزایش مؤلفه های شادی می گردد. مارکز و همکاران (۲۰۱۱)، دریافتند امید درمانی سبب افزایش امید، رضایت از زندگی، عزت نفس و خود ارزشمندی شد.

در تبیین این نتایج می توان چنین بیان کرد رضایت از زندگی، بعد شناختی بهزیستی روانی را تشکیل می دهد. زمانی که ارزیابی فرد از مجموع زندگی اش مثبت باشد؛ از زندگی راضی است و این فکر باعث پیدایش هیجانات مثبت در او می شود. در واقع امید دارای ویژگی و خصوصیتی است که باعث می شود فرد فرمان و کنترل زندگی خود را در دست بگیرد و زندگی اش را با آرمان ها و علائق خود همسان کند. امید یک انگیزش و هیجان معنی دار و امید داشتن انتظار مثبت برای رسیدن به هدف است. افرادی که در معرض آموزه های امید درمانی قرار می گیرند، اغلب به دلیل به کار بردن آموزه های کاربردی در راستای عزت نفس و تفکر امیدوارانه، میزان رضایت از زندگی خود را بالا می برند. همچنین امید درمانی با ارائه آموزه های واقع بینانه، مثبت و امید بخش در وادی رشد شخصی و خودپنداره مثبت و میزان رضایت از زندگی افراد بسیار مثبت خواهد بود. وقتی انسان در پروسه امید درمانی قرار می گیرد و با اجزاء آن آشنا می شود در نتیجه هوشیارانه و آگاهانه به سوی ارزش ها و خواسته های معقول و منطقی اش در حرکت است و این موجب خود ارزشمندی و رضایت در او می شود و نگرش او را نسبت به خود و محیط اطرافش تحت تاثیر قرار می دهد. امید منبع انرژی برای شرکت فعالانه در جهت رسیدن به اهداف است و باعث می شود فرد با قدرت به حل مسئله بپردازد و خود را از درماندگی برهاند و موجب رضایت و شادمانی را در فرد مهیا کند و وقتی فرد در هر مرحله ای از زندگی اش این تجربه ی حل مسئله را داشته باشد، خود باعث موفقیت های بعدی او در حل مسائل زندگی اش می شود و برای او راهگشا خواهد بود و هر چه انسان بتواند بیشتر در زندگی اش موانع را از سر راهش بردارد عزت نفس بیشتری پیدا می کند. امید می کوشد تا با تعمیر آسیب روانی به استفاده از توانایی ها و ظرفیت های مثبت انسان همچون شادی و خوش بینی به رضایت افراد از زندگی منجر شود. افراد امیدوار، راهبردها و انگیزه هایی دارند که باعث می شود حوادث خوشایند را به وجود آورند و فعالانه در جستجوی اهداف خود باشند. همچنین می تواند بر موقعیت های ایجاد کننده چالش و فشارهای روانی تاثیر بگذارد و با تعیین هدف زندگی افراد را معنادار کرده و همین معنای زندگی به افزایش رضایت از زندگی کمک می کند.

در بعد متغیر دوم نتایج تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش، نشان داد آموزش امید بر بهزیستی روانشناختی همچنین بر زیر مؤلفه های بهزیستی روانشناختی (پذیرش خود، توانایی تسلط محیطی؛ روابط گرم و صمیمانه با دیگران، هدفمندی

در زندگی، رشد و شکوفایی فردی، استقلال و خودمختاری) زنان در شرف یائسگی به طور معناداری تاثیر مثبت داشته است. نتایج حاصل با نتایج پژوهش های پروانه و همکاران (۱۳۹۵)، بهادری خسروشاهی و هاشمی نصرت آباد (۱۳۹۰)، بایلی و شنایدر (۲۰۰۸)، هال و همکاران (۲۰۰۹)، کندی و همکاران (۲۰۰۹)، تشودی (۲۰۱۰)، مارکز و همکاران (۲۰۱۱)، راما (۲۰۱۱)، هال و گودارد (۲۰۱۱) هم جهت می باشد. تشودی (۲۰۱۰) از پژوهش خود دریافت که امید بالا با عملکرد بهزیستی روان شناختی، خوش بینی و ارتباط جمعی مثبت با دیگران رابطه معناداری دارد و همین افراد امیدوار بهتر می توانند با مشکلات اقتصادی مقابله کنند و همین سطوح بالای امید باعث افزایش بهزیستی ذهنی، خودارزیابی مثبت و تفکر مثبت می گردد. مارکز و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که امید درمانی سبب افزایش امید، رضایت از زندگی، عزت نفس و خود ارزشمندی در دانش آموزان شد. راما (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند که امید و خوش بینی با سطح اضطراب و افسردگی بیماران ارتباطی منفی دارند و آموزش امید درمانی موجب کاهش این متغیرها می گردد.

همچنین در تبیین چرایی اثرگذاری امید بر مولفه های بهزیستی روان شناختی می توان گفت که از دیدگاه فلدمن و شنایدر (۲۰۰۵) و بر پایه نظریه شنایدر، در تبیین این یافته می توان گفت که برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف سبب معنادار شدن زندگی می گردد. به بیان دیگر بین این دو متغیر یک ارتباط تعاملی وجود دارد. یعنی افزایش امید منجر به افزایش معنا در زندگی می شود و افزایش معنا سبب افزایش امید یا تفکر هدفدار می شود که بر اساس یافته های پژوهش فلدمن و شنایدر افزایش معنا و امید به صورت تعاملی منجر به افزایش بهزیستی روان شناختی و عواطف مثبت و کیفیت زندگی می گردد. امیدواری نیرویی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می کند. امید، به انسان ها انرژی می دهد و آنها را مجهز می کند تا برای کار و فعالیت آماده شوند. امید، به انسان ها انعطاف پذیری نشاط و توانایی خاصی از ضرباتی می دهد که زندگی به ما تحمیل می کند و باعث افزایش رضایت از زندگی می شود همچنین امید یک حالت انگیزش مثبت با در نظر گرفتن اهداف روشن برای زندگی است. در امید، از یک سو انگیزه ی خواستن به اراده برای حرکت به سوی اهداف و از طرف دیگر، بررسی راه های مناسب برای حصول اهداف نهفته است. بنابراین کارکرد امید در زندگی به عنوان یک مکانیزم حمایتی است و باعث رشد و پیشرفت کیفیت زندگی انسان می شود.

در تبیین تاثیر امید درمانی بر اولین مؤلفه بهزیستی یعنی خودمختاری می توان چنین بیان کرد که استقلال، به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها گفته می شود. از آنجایی که امید داشتن و امیدواری یکی از راهبردهای مقابله ای موثر در مواجهه با تنش ها می باشد، به نحوی که افراد امیدوار در زندگی عامل ها و گذرگاه های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانع برخورد می کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه های جانشین استفاده می کنند. اما افراد ناامید به دلیل این که عامل و گذرگاه های کمتری دارند در برخورد با موانع، انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان های منفی می شوند. به عبارت دیگر، مؤلفه عامل باور شخصی است که باعث می شود فرد احساس کند که می تواند برای رسیدن به اهداف خود، مسیرهای مختلفی را مستقلا نه امتحان کرده و تحمل کند، و این امر جز در سایه امیدواری امکان پذیر نخواهد بود.

در تبیین اثر امید بر تسلط بر محیط می توان به توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن اشاره کرد. بر این اساس، فردی که احساس تسلط بر محیط داشته باشد، می تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط محیطی را دستکاری کند، تغییر دهد و بهبود بخشد. امید درمانی به فرد این امکان را می دهد که روش های متعددی را در نظر بگیرد، افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پی اهداف آینده از آن استفاده می کنند.

در راستای تاثیر امید درمانی بر رشد خود، می توان چنین بیان کرد که امید درمانی به فرد امکان می دهد تا همواره درصدد بهبود زندگی شخصی خویش از طریق یادگیری و تجربه باشد. افرادی که از امید بالاتری برخوردارند، در زندگی خود شکست-هایی را تجربه می کنند، اما معتقدند که می توانند تنش ها و چالش های زندگی را حل کنند و با آن سازگار شوند. امیدواری به افراد این آموزش را می دهد که زمانی که برای رسیدن به اهدافشان با چالش رو به رو شدند، هیجان های منفی خفیفی را تجربه می کنند که باید مسیرهای جایگزین را ایجاد کنند یا با انعطاف پذیری هدف های قابل دسترس را انتخاب کنند. در صورتی که افراد ناامید وقتی با موانع مواجه می شوند هیجان های خشم، ناامیدی و بی احساسی را تجربه می کنند.

در رابطه با مؤلفه ارتباط مثبت با دیگران و تاثیر امید بر آن، می توان چنین بیان کرد که افراد دارای ویژگی ارتباط مثبت با دیگران، انسان هایی نوع دوست و توانا در دوست داشتن دیگران هستند و تلاش می کنند تا رابطه ای گرم براساس اعتماد با سایرین داشته باشند. امید درمانی باعث افزایش سطح توانمندی رفتاری مانند تواضع و بخشش می گردد و به افراد می آموزد که با سایر افراد سازگاری بهتری داشته باشند و همچنین احساس رضایت بیشتری در روابط بین فردی ایجاد می کند. دیگر اینکه در امید درمانی که جلسات به صورت گروهی برگزار می شود باعث تبادل نظر بین اعضاء گروه می گردد هم اینکه در بیان قصه ی زندگی باعث نزدیک شدن اعضاء به همدیگر می گردد.

در رابطه با تاثیر امید درمانی بر مؤلفه های هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می توان گفت که اصل و اساس امید درمانی بر پایه ی ایجاد هدفگذاری در زندگی است و آن هم اهداف با ارزش و روشن و واضح برای فرد است. در این مداخله فرد با حیطه-های زندگی آشنا می شود که عبارتند از حیطه ی معنویت، تحصیلی، ارتباطات که شامل (ارتباط با همسر، خانواده، دوستان و همسایگان) می شود، شغل، سلامتی، تفریح، هنر، حقوق شهروندی، می باشند بعد از آن در این حیطه ها الویت های خود را در می یابد و برای حیطه های مورد علاقه اش برنامه ریزی می کند.

حال در جهت اهداف راههای مختلف رسیدن به آن را برنامه ریزی می کند و چون فرد توانسته ایده آل هایش را بیابد از این روی در هدفمندی او تاثیر گذار بوده است. وقتی فرد دقیقاً نمی داند به چه نقطه ای برسد چطور می تواند برای آن برنامه ریزی کند وقتی هدف روشنی نداریم چطور می توانیم به آن هدف برسیم. باید دقیقاً مشخص کنیم که دقیقاً چه می خواهیم و این در سایه-ی امید درمانی است که زیر بنای آن را هدف گذاری تشکیل می دهد. در برنامه ی امید درمانی با تکنیک های تصویر سازی ذهنی، جستجوی داستان های زندگی که در آنها تفکر امیدوارانه وجود داشته، یافتن خطوط نقره ای در زندگی می توان در زندگی اهدافی در جهت ارزش های شخص در نظر گرفت و برای رسیدن به آن اهداف برنامه ریزی های کوتاه مدت و بلند مدت در نظر گرفت از این جهت این مداخله گامی اساسی در جهت هدفمندی می باشد.

پذیرش خود نیز به معنای داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته است. در آن قسمت امید درمانی که با تکنیک جستجوی داستان های امیدوارانه در زندگی افراد که در آن داستانهای زندگی، فرد با تفکر امیدوارانه توانسته به مطلوب خود برسد و موانع مختلف را پایداری نموده و با عزم و اراده ی راسخ با تفکر راهیاب توانسته از پس مشکلات برآید و به مقصود برسد را با لحن و زبان خودشان گوش می کنیم و فرد نگرش مثبت در مورد توانایی هایش پیدا می کند و باعث می شود بیشتر خود را بپذیرد.

خود پذیری یعنی ما طبق آرمان ها و ارزش های خود حرکت کنیم. رفتارمان را با قضاوت های از آن چه درست است همخوان باشد. و این باعث پذیرش خود می شود. وقتی طبق ارزشهای خود با خودآگاهی برای خود هدف تعیین کنند وقتی در راستای آن ارزش ها قدم بر می دارند در خود پذیری موثر است و این باعث تغییر و بهبودی در زندگی است. وقتی داستان های زندگی

و یافتن تفکر امیدوارانه در آن داستان‌ها استفاده می‌کنند و برای رفع موانع بیرونی با کسب مهارت‌های لازم و با خود گویی‌های مثبت موانع درونی را پشت سر بگذارد باعث می‌شود که شخص در تفکر عامل رشد کند همین‌طور استفاده از انسان‌های صاحب نظر برای راهیابی، اینها باعث می‌شوند که شخص در جهت رسیدن به خواسته‌های معقول و اهدافش بیشتر رو به جلو حرکت کند و اینها باعث خودپذیری وی می‌گردد.

به طور خلاصه نتایج حاصل از مطالعه بیانگر اثربخشی امید درمانی بر رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان در شرف یائسگی بود. این مطالعه دارای محدودیت‌های چند بود که در ادامه مهم‌ترین آنها مورد بررسی قرار می‌گیرد. از محدودیت‌های پژوهش محدود بودن حجم نمونه می‌باشد که بر تعمیم‌پذیری آن تاثیر دارد. یکی از محدودیت‌های پژوهش، عدم بررسی عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی و تاثیر گذار بر نتایج پژوهش بود. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بدست آوردن داده‌های آماری صرفا بر اساس روش رایج استفاده از نتایج نمرات آزمون پرسشنامه‌های رضایت از زندگی دینر و بهزیستی روانشناختی ریف استفاده گردید و از روش بالینی و مصاحبه توسط روانشناس صورت نگرفت. یکی دیگر از محدودیت‌ها می‌تواند تاثیر نتایج پیش آزمون در نتایج پس آزمون موجب سوگیری در پاسخ گویان باشد. از دیگر محدودیت‌ها در تحقیق تاثیر گزینش هم بوده- است که به عنوان متغیر مزاحم می‌تواند روی نتایج تاثیر گذار باشد. با توجه به این محدودیت‌ها توصیه می‌شود در تحقیقات دیگر در گروهها و جوامع دیگر با حجم نمونه‌ی بیشتری تحقیق صورت گیرد و پیشنهاد می‌شود در پژوهش دیگر، متغیرهای فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی به عنوان متغیر تعدیل کننده مدنظر قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود، تمرکز بیشتری بر رنج‌ها و مشکلات روانشناختی و سلامت زنان در دوران شروع یا بطن یائسگی انجام شود و مورد توجه قرار گیرد.

منابع:

- برگ، لورا، (۲۰۰۷) روانشناسی رشد: (ترجمه، یحیی سید محمدی، تهران، نشر ارسباران ۱۳۹۰).
- پروانه، آذر، رسولی، آراس، رشیدی، علیرضا، گل محمدیان، محسن، رستمی نظیر، فاطمه، پژوهش (۱۳۹۶) تحت عنوان اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانش آموزان، فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهشنامه تربیتی سال دوازدهم، تابستان ۱۳۹۶ - شماره ۵۱، صفحات ۱۸ - ۱، شهرستان گیلان غرب.
- درخشان، محسن (۱۳۹۱) اثربخشی آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر افزایش بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی زوجین در آستانه طلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- دهقانی، زینب، خدابخشی کولائی، اناهی‌تا، (۱۳۹۶)، اثربخشی امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری زنان معتاد، مجله آموزش و سلامت جامعه، دوره ۴، شماره ۱، بهار ۱۳۹۶، صفحات ۲۸ تا ۳۴، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.
- شیخ الاسلامی، علی. قمری، علی. حسین، کیوی. و رضانی، شکوفه، مقاله اثربخشی امید درمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی- حرکتی، دوره ۱۵، شماره ۵۸، (۹۴-۱۳۹۵)، اردبیل، دانشگاه محقق
- فرهادی، موحدی، موحدی (۱۳۹۳) در پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی گروهی امید محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان و فصل نامه علمی پژوهشی لرستان و دوره ۱۶، شماره ۱ - ۳- ۱۳۹۳ جلد ۱۶ شماره ۱ صفحات ۳۲-۴۲.

موحدی، معصومه. موحدی، یزدان. فرهادی، علی. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش امید درمانی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان، دوره ۲۵، شماره ۷۶ ف ص ۸۴ تا ص ۹۲.

Baily, T.C & Snyder, C. R (2008). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status *journal of psychological Record*, vol, 57 (2). Pp. 233- 240.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985) the satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75

Diener, E., Lucas, R. E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standard, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 1, 41-78.

Hall, S., Chochinov, H., Harding, R., Nurray, S., Richarson, A., Higginson, TJ. 2009. A phase II randomized controled trial assessing the feasibility, accept ability amd potential ffectivenss of dignity therapy for order people in care home; study protocol. *BMC Geriatr* 32(4): 24-99

Hall, SC., Goddard, A. 2011. A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a rendomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Supportive @ Palliative Care*. 1(3): 315-321.

Irving, L., Snyder, CR., Anderson, JR. (1998). Hope and health: measuring the will ways, In: C.R. Snyder, D.R. Forsyth (Eds), *Handbook of social and Clinical Psychology: The health persective. New Yourk: Pergamon press*, 285-305.

Kato, T., & Snyder, C. R. (2005). The relationship between hope and subjective well-being: Reliability and validity of the dispositional hope scale, Japanese version. *Japanese Journal of Psychology*.

Kennedy, P., Evans, M., Sanhu, N. 2009, Psycholocal adjustment to spinal ccord injury: the. contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology health and medicin*, ۱۴(۱): ۱۷-۳۳

Lyubomirsky S, Ross L. Hedonic consequences of social comparison: a contrast of happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol*. 1997;73(6):1141-57.

Marcse, G., Lopez, SJ. 2011. Hope therapy: helping clients build a house of hope In: Snyder, C., R., ed. *Handbook of hopeL theory, measures, and applications*: Access Online via Elsevier.

Ong, A. D. Edwards, L. M. & Bergemen, C. S. (2006). Hope as a source of resilience in lateradulthood. *Journal of Personality and Individual Differences*, 41(4), 1263- 1273

Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Saul S, Saul SR. The application of joy in group psychotherapy for the elderly. *Int J Group Psychother*. 1990;40(3):353.

- Schrank B¹, Stanghellini G, Slade M. *Hope in psychiatry: a review of the literature. Acta Psychiatr Scand.* 2008 Dec;118(6):421-33.
- Shiri, S., Wexler, ID., Feintuch, U., Meiner, Z., Schwartz, I. 2012. POST-Polio syndrome: *impact of hope on quality of life. Disability and Rehabilitation*, 34(10): 824-830
- Snyder, C, R. & Fildman, B. D (2005). *Hope and the meaning full life: the oretical and empirical associations between goal. Directed thinning. And life meaning*, Journal of social and clinical psychology, vol.27 (3(, pp 401-421.
- Snyder, C.R. & Crowson, J.J. (1998). Hope and coping with cancer by college women. *Journal of Personality*: 66
- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.