Therapeutic effect of hope on mental health promotion for the elderly

Abdolrahimi noshad L[1], Rohi SH[2], Maleki A[3]

Abstract

Introduction and purpose: Signs of mental health of the elderly is the most important signs of hope present study investigated the effect of therapy on mental health of the elderly in Tabriz.

Materials and Methods: This semi-experimental research with pretest-posttest control group. The sample consisted of 30 elderly people in Tabriz. Of these, 15 patients for the experimental group and 15 for the control group were selected randomly. Hoping treated during the 12-minute sessions, each week a meeting was arranged. After the sessions after the test was conducted on two experimental and control groups. Data analysis was done using SPSS software version 21.

Findings: The results of covariance analysis between mean scores of post-test experimental and control groups there was a significant difference. This means that intervention in health hope has increased mental health.

Conclusion: The treatment increases the mental health and hope. Thus, it is to improve the quality of life for the elderly, educational services and programs such as promoting good hope through problem-based learning with active participation of people in the process of discussion with systematic planning.

Keywords: *hope therapy, mental health, elderly.*

Received: 2018/04/19 *Accepted: 2018/05/13*

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 -Ph.D. Student of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran
(**Corresponding Author):E-mail:** abdolrahimi.leyla@gmail.com
2- MSc Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ahar Unit, Ahar, Iran
3 -MSc Clinical Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

تاثیر امید درمانی بر ارتقای سلامت روانی سالمندان

لیلا عبدالرحیمی نوشاد*[1]، شبنم روحی[2]، آرزو ملکی[3]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/ ۰۱/۳۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷ /۰۲/۲۳

چکیده

مقدمه و هدف: نشانه های عدم سلامت روانی از مهم ترین علایم سالمندان می باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر امید درمانی بر افزایش سلامت روانی در سالمندان شهر تبریز بود.

مواد و روش ها: روش این پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۰ نفر از سالمندان شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بود. ابتدا از ۸۰ نفر از افراد سالمند به صورت در دسترس آزمون سلامت روانی به عمل آمد؛ سپس ۳۰ نفر از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش بالینی در سطح غیرنرمالی قرار داشتند (یک انحراف استاندارد پایین تر از میانگین)، انتخاب شدند. از این تعداد، ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه گواه به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. امید درمانی طی ۱۲ جلسه نود دقیقه ای، هر هفته یک جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسات پس آزمون روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. آنالیز داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته ها: براساس نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس، بین میانگین نمره های پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت. P<./.1. بدین معنا که مداخله امید درمانی باعث افزایش سلامت روان شده بود.

نتیجه گیری: امید درمانی باعث افزایش سلامت روانی می شود. بنابراین شایسته است به منظور ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، ارایه خدمات آموزشی و برنامه های ارتقاء دهنده امید با روش های مناسبی مانند یادگیری بر اساس حل مساله با مشارکت فعال افراد در فرآیند بحث با برنامه ریزی مدون انجام پذیرد.

کلیدواژه: امیددرمانی، سلامت روانی، سالمندان.

۱-دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** abdolrahimi.leyla@gmail.com
۲-کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهر، اهر، ایران
۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

دوران پیری واقعیتی است اجتناب ناپذیر که بهتر است به جای تسلیم شدن به آن، تلاش شود با اتخاذ تدابیر روانشناختی، بهترین و بیشترین بهره و لذت را از این دوره عمر برای سالمندان ایجاد نمود [۱]. مطالعات بین فرهنگی حاکی از این امر است که در فرهنگ‌ها و کشورهای مختلف افراد پیر و سالمند از جایگاه و ارزشهای متفاوتی برخوردارند[۲]. بطور کلی، تعداد قابل ملاحظه‌ای از سالمندان به علت مسایل گوناگون از جمله مسایل جسمانی، روانی، ارتباطی، اجتماعی و خانوادگی از لحاظ روانشناختی بسیار در معرض آسیب می‌باشند [۳]. در کشور ما تقریبا همه سالمندان به دلیل ناتوانی در منزل زندگی می‌کنند و اغلب به دلیل برخوردهای نامناسب اطرافیان تصور می‌کنند که سربار خانواده هستند. به این لحاظ معمولاً هیچ گونه نقش سازنده‌ای در خانواده نمی‌توانند داشته باشند[۴]. این روزها به علت تغییر سبک زندگی مدرنیته، خانواده‌ها شاهد بی‌مهری و بی‌توجهی روزافزون به سالمندان می‌باشند. در سالمندان عملکرد شناختی ممکن است به دلایل مختلف دچار افت و آسیب شود [۵].

یک رویکرد نوین برای افزایش سلامتی، مداخلات روانشناسی مثبت می باشد. یعنی روش‌های درمانی که پرورش هیجانات و شناخت‌های مثبت را مورد توجه قرار می دهند[۶]. مداخلات روانشناسی مثبت مانند قدردانی، تفکر خوش‌بینانه، بازنمایی تجارب مثبت و اجتماعی شدن، سلامتی را در نمونه‌های غیربیمار افزایش می دهند [۷]. بعضی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات روانشناسی مثبت[1]، که به افراد ارایه شده‌اند، سلامتی را افزایش و افسردگی را کاهش داده اند [۸ و ۹].

یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر تندرستی و طول عمر افراد، امید[2] می باشد. امید دارای اثرات بیولوژیک است و می تواند بر روی کنترل درد و ناتوانی های جسمی بیماران تاثیر مثبتی داشته باشد [۱۰]. امید باعث فعال شدن مدارهای مغزی و آزاد شدن آندورفین و آنکفالین و در نتیجه موجب کاهش درد بدن می شود [۱۱]. جهت‌یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، تنظیم اهداف، واقع‌گرایی و ارتباطات درونی از ویژگی های مهم امید است [۱۲]. نتایج مطالعات اسنایدر بنیانگذار امید و امیددرمانی نشان می دهد که امید-درمانی می تواند بر روی بیماری های روانی و برخی بیماری‌های جسمی مانند سرطان[3] تاثیرات مثبتی نشان دهد[۱۳]. بسیاری از بیماری های روانی و برخی از بیماری-های جسمی در واکنش به از دست دادن امید به وجود می آیند و امیددرمانی می تواند سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد [۱۴].

اسنایدر (۲۰۰۰) معتقد است که امید، نوعی روند فکری و دارای دو جزء تفکر عامل[4] و مسیرها[5] است. و هر دو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری و موجب سازگاری و سلامت روانشناختی و جسمانی می شود [۱۵].

امروزه راهبردهای افزایش امید با رویکرد بالینی معروف به امیددرمانی تلفیق شده اند و امیددرمانی در پاسخ به تقاضای متخصصین برای کاربست نظام دار اصول نظریه امید در بافت درمانی رواج یافته است[۱۶]. امیددرمانی[6] یک برنامه درمانی است که بر مبنای نظریه امید اسنایدر به منظور افزایش امیدواری و تقویت کردن فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است. در نظریه امید درمانی اسنایدر، افراد شرکت‌کننده در وهله اول با اصول اساسی

1 . Ppsitive Psychology Interventions

2 . Hope
3 . Cancer
4 . Agency
5 . Pathways
6 . Hope therapy

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

نظریه امید آشنا می شوند. به این افراد آموزش داده می شود 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) اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند [۱۷]. پیامدهای مثبت سازه های مثبت روانشناختی (امید و خوش بینی) بر سلامت جسمانی و روانی در تحقیقات مختلف تایید شده است [۱۸].

تحقیقات مختلف نشان داده اندکه امید با عاطفه مثبت همبستگی مثبت دارد و همچنین به طور منفی با افسردگی، اضطراب، فرسودگی و به طور کلی با عواطف منفی در ارتباط است [۱۷]. امید پایین می تواند سطح افسردگی و نقص روانی- اجتماعی پایین را پیش بینی کند [۱۹].

لوین[1] و اسنایدر (۲۰۰۳) امید را به عنوان یکی از منابع تاب‌آوری در نظر می گیرند که در زمان‌هایی که فرد دچار استرس می شود، می تواند تاثیرات مثبتی بر سلامت و بهزیستی داشته باشد. امروزه امید به عنوان یک عامل درمانی مهم در پزشکی، پرستاری و سلامت روانی در نظر گرفته می شود و از امید به عنوان یکی از مولفه های اصلی بهبودی افراد توجه زیادی شده است [۲۰]. نتایج تحقیقات نونی[2] و همکاران (۱۹۸۹) نشان می دهد که امید کیفیت اندازه‌پذیری است که می تواند در مرحله بررسی و شناخت فرایند پرستاری استفاده شود و در پی آن مداخلاتی در جهت ارتقای آن اعمال گردد و بدون ارتقای امید زمینه برای پذیرش آموزش‌های درمانی و مراقبتی به وجود نخواهد آمد [۲۱]. هنگینز[3] (۲۰۰۴) با انجام امیددرمانی نشان دادند که امیددرمانی باعث کاهش علایم افسردگی و افزایش میزان امید می شود [۱۷].

بر اساس مطالعات انجام شده افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردار هستند، عزت نفس بالاتر و عملکرد تحصیلی بهتری دارند، همچنین تعهد بیشتری برای انجام فعالیت هایی که به بهداشت و سلامتی منجر می شود دارند [۲۲]. در پژوهش دیگری اسنایدر، چیونیس و سیمسون[4] (۱۹۹۷)، (۱۹۹۷)، اشاره کرده اند که امید با عزت نفس مرتبط است [۵]. شیونز و همکاران (۲۰۰۶)، نشان دادند که امیددرمانی می تواند معنای زندگی و عزت نفس را افزایش داده و افسردگی را کاهش دهد [۱۷]. افرادی که از امید بالاتری برخوردارند دیدگاه مثبتی نسبت به زندگی دارند [۲۳] و دارای عزت نفس و خود باوری بیشتری هستند [۲۴]. با توجه به مبانی نظری و تجربی فوق هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال می باشد که آیا امید درمانی باعث افزایش سلامت روانی در سالمندان می شود؟

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی با دو گروه آزمودنی بود. بدین صورت که یک گروه آزمایش تحت امید درمانی قرار گرفتند و یک گروه کنترل هم تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند.

جامعه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه سالمندان شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بودند. ابتدا از ۸۰ نفر از افراد سالمند به صورت در دسترس آزمون سلامت روانی به عمل آمد؛ سپس ۳۰ نفر از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش بالینی در سطح غیرنرمالی قرار داشتند (یک انحراف استاندارد پایین تر از میانگین)، انتخاب شدند. از این تعداد، ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه گواه به صورت تصادفی ساده

1 . Lewin
2 . Nowotny
3 . Hankins
4 . Sympson

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

انتخاب شدند. سپس در طی ۱۲ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) امیددرمانی به گروه آزمایشی ارائه و در مرحله آخر دوباره آزمون مورد نظر جهت تعیین تفاوت‌های صورت گرفته، روی هر دو گروه اجرا شد (پس‌آزمون).

ابزار پژوهش

الف) مقیاس سلامت روانشناختی: سلامت روانشناختی و ابعاد آن، بوسیله فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه‌ی سلامت روانی سنجیده می شود. این پرسشنامه، دارای ۴ مقیاس فرعی نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. این پرسشنامه، بصورت ۳ و ۲ و ۱ و ۰ نمره گذاری می شود، که در آن حداکثر نمره ی آزمودنی ۸۴ است. معمولا در این روش، نمره ۲۳ به عنوان نمره برش در نظر گرفته می شود، یعنی اگر نمره آزمودنی در آزمون غربالگری، برابر یا بیشتر از ۲۳ باشد به عنوان مشکوک غربال می شود. 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 [۲۵].

پس از انتخاب گروه نمونه و جایگزینی تصادفی آنها در دوگروه آزمایش وکنترل، جلسات درمانی شامل ۱۲ جلسه گروهی نود دقیقه ای بود، جلسات درمانی بر اساس کارهای اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و اسنایدر (۲۰۰۰) طراحی و اجرا شد (۲۹ و۳۰). شرح مختصر جلسات درمانی به قرار زیر بود:

د) روش مداخله: به طور کلی در جلسه ی اول، ساختار جلسات و اهداف برنامه درمانی معرفی شده و امید بر اساس نظریه اسنایدر تعریف شده است؛ در جلسه ی دوم، به تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تاثیر آن بر سلامت مورد بحث قرار گرفت، ضمن اینکه در این دو جلسه سعی شد تا رابطه درمانی لازم با هریک از مراجعان برقرار شود و فرایندها و پویایی های گروه مورد توجه قرار می گرفت. درجلسه ی سوم، از هر یک از مراجعان خواسته شد تا داستان زندگی خود را به زبان خود برای گروه تعریف کند و درجلسه چهارم این داستانها بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید اسنایدر : «هدف» ، « عامل » و «گذرگاهها » تبیین شده و مجددا قالب بندی شدند ، ضمن اینکه سعی شد تا مواردی از امید در زندگی هریک از اعضا شناسایی شده و موفقیت های گذشته به منظور شناسایی عامل و گذرگاهها مورد توجه قرار گیرد. در جلسه ی پنجم، از اعضا خواسته شد تا لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی خود فراهم کرده و میزان اهمیت هر یک از آنها را مشخص نمایند. در جلسه ی ششم، ویژگی های اهداف مناسب بر اساس نظریه اسنایدر مطرح شد و سپس افراد برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه های زندگی ترغیب شدند. در جلسه ی هفتم، ویژگی های گذرگاه های مناسب مطرح شده و از آنها خواسته شد تا برای رسیدن به اهداف تعیین شده راهکارهای مناسبی بیابند، سپس به آنها آموزش داده شد تا گذرگاه ها را به مجموعه ای از گام های کوچک بشکنند و گذرگاه های جانشین تعیین کنند. در جلسه ی هشتم، راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد، از جمله اینکه از افراد خواسته شد تا به تمرین ذهنی آنچه که باید برای رسیدن به اهداف انجام داد، بپردازند. و در نهایت به آنها آموزش داده شد تا خود یک امید درمانگر باشند و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار برند، به طوری که خودشان بتوانند اهداف و موانع را تعیین کنند، عامل لازم را برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه های لازم را تشخیص دهند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

یافته ها

جدول شماره (۱). شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیر سلامت روانی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه مداخله و کنترل

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

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

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

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

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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

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

منابع	ضریبF	ضریبP
نشانه های جسمانی	۰/۸۴	۰/۷۷۴
اضطراب	۰/۵۱۸	۰/۷۲۴
کارکرد اجتماعی	۱/۶۸	۰/۲۰۵
افسردگی	۰/۸۱۴	۰/۳۷۵
سلامت روانی	۱/۰۲	۰/۳۲۲

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

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

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	ضریب P	
اثر پیلایی	۰/۸۷۲	۹	۱۱	۸/۳۵	۰/۰۰۱	
لامبدای ویلکز	۰/۱۲۸	۹	۱۱		۸/۳۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱/۸۳	۹	۱۱	۸/۳۵	۰/۰۰۱	
بزرگترین ریشه ری	۶/۸۳	۹	۱۱	۸/۳۵	۰/۰۰۱	

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

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

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

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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

بحث ونتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر امیددرمانی بر افزایش سلامت روانی افراد سالمند بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخش بودن درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت (امید-درمانی) می باشد. در سال‌های اخیر روانشناسان به امید به عنوان یک نقطه قوت روانشناختی نگاه می کنند و معتقدند که امیددرمانی می تواند در ایجاد سلامت روانی به افراد کمک زیادی بکند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که امید درمانی باعث ارتقای سلامت روانی در سالمندان می شود و این با یافته های (استراک[1] و همکاران، ۱۹۹۱؛ اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۰؛ شیونز، ۲۰۰۶ و رفیعی، ۱۳۸۹) [۵] همخوان است. در تبیین این یافته می توان گفت آموزش امید باعث افزایش سطح توانمندیهای رفتاری مثل خودنظم دهی، آینده نگری، تواضع و بخشش می گردد. افرادی که از خودنظم دهی بالاتری برخوردارند با سایر افراد راحت تر هستند و سازگاری بهتری با دیگران دارند و همچنین احساس رضایت بیشتری در روابط بین فردی دارند؛ ضمن اینکه خویشتن پذیری و عزت نفس بالاتری را گزارش می کنند [۳۳]. سلیگمن[2] در مداخلات مثبت خود بر روی مراجع نشان داد این مداخلات، حسی از مالکیت و اعتماد به واقعی بودن توانمندیها در افراد ایجاد می کند و فرد در استفاده از آنها احساس نیاز و ضرورت می کند [۳۴]. سلیگمن و پترسون[3] بیان می کنند که استفاده از مداخلات روانشناسی مثبت، پیامدهای چشمگیری مانند سلامتی، کارآمدی، روابط اجتماعی سالم و رضایت از زندگی را بوجود می آورد. بنابراین به کار بردن این مداخلات به سلامتی فرد و نیازهای روانشناختی او مانند خودمختاری و سلامت روانی کمک می کند [۳۵]. 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 [۳۶]. یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی امیددرمانی بر سلامت روانی بوده است و این با یافته های [۸ و ۹ و ۱۳ و ۱۷] همخوان می باشد.

در تبیین این یافته می توان گفت امید همبسته های زیست شناختی متعددی دارد که شامل: کارکرد موثر انتقال دهنده‌های عصبی، سروتونین و آدرنالین، کارکرد موثر دستگاه ایمنی، پیوند فزاینده‌ی انتقال دهنده‌ی عصبی گابا و بازداری یادآوری رویدادهای فشارانگیز، افزایش اکسی توسین و افیون های درون‌زاد که به تحمل فشار کمک می کند [۳۷]. لیتل[4] (۲۰۰۱) بیان می کند که افسردگی با کمبود انتقال دهنده های عصبی سروتونین و آدرنالین مرتبط است، بنابراین ترکیب تاثیرات روانشناختی و زیست شناختی افزایش امید به افزایش کارآمد، کنار آمدن موثر و کاهش افسردگی آنها منجر شده و رفتار ارتقاء دهنده سلامت را پیش بینی می کند [۳۸].

می توان گفت افراد امیدوار، خودشان را در برابر افسردگی محافظت می کنند و در دوره‌های کوتاه مدت افسردگی زودتر بهبود می یابند و احتمال کمتری دارد که تجربه دوباره‌ای داشته باشند [۲۸]. 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 خود ناامیدی را اصلی ترین مولفه افسردگی می داند و بیان می کند که نا-امیدی هم فلج کننده اراده است هم باعث تحمل ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می گردد [۳۹]. نتایج پژوهش اسنایدر و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده که مداخلات

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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

امیددرمانی می تواند برخی از توانایی های روانی را افزایش داده و علائم آسیب شناسی روانشناختی را کاهش دهد [۴۰]. نتایج تحقیقات یانگ[1](۱۹۹۸) و پوستر[2] (۲۰۰۱) نشان داده است که امیدواری نقش به سزایی در بهبود بیماریهای روانی دارد. همچنین امیدواری که نوعی احساس امکان‌پذیر بودن یک رویداد با رفتار مطلوب در آینده است، یک عامل مهم درمانی در مشاوره و روان درمانگری فردی (آدامز، ۱۹۹۸ و بیلز[3]، ۲۰۰۴) و گروه درمانگری (کوری[4] و کوری، ۲۰۰۰) به حساب می آید [۳۹].

مهمت و روزین[5] (۲۰۰۹) نیز نشان دادند که امید به گونه‌ای بادوام با علائم کمتر افسردگی مرتبط است و امید چیزی است که می تواند آموزش داده شود. به نظر می رسد، روان-درمانگری مثبت‌نگر 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 آنها باشد [۴۱ و ۴۲].

پژوهش حاضر بر روی سالمندان تبریز انجام شده است ، پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده درمان فوق را بر روی سایر گروه ها نیز انجام دهند. همچنین، در این پژوهش از ابزار خودگزارش دهی برای سنجش استفاده شده است، که این امر نیز می تواند از محدویت های پژوهش فوق به حساب آید.

می توان گفت، افرادی که از امید بالاتری برخوردارند، در زندگی خود شکست هایی را تجربه کرده اند؛ اما اعتقاد دارند که می توانند با چالش های زندگی کنار بیایند. این افراد وقتی در رسیدن به اهداف شان با موانع مواجه می شوند، هیجانهای منفی خفیفی را تجربه می کنند؛ این امر ممکن است به این دلیل باشد که وقتی با موانع مواجه می شوند برای دستیابی به اهداف خود مسیرهای جایگزین ایجاد می کنند، یا با انعطاف پذیری هدف های قابل دسترس را بر می گزینند، در حالی که افرادی که امید پایین تری دارند وقتی با موانع مواجه می شوند هیجانهای خشم، یاس و بی احساسی را تجربه می کنند . 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 می شود. از مزایای دیگر امید می توان به عزت نفس، آرامش، انرژی برای کار و برنامه ریزی، انطباق و سازگاری با شرایط و برتری و تفوق نام برد.

از آنجا که در روانشناسی مثبت اعتقاد بر این است که سازه های روانشناسی مثبت، از جمله امید، می تواند از افراد در برابر آثار رویدادهای استرس زای زندگی حمایت کند به نظر می رسد که تدوین برنامه های پیشگیرانه بر اساس نظریه امید اسنایدر و استفاده از نقش پیگیرانه آنها با آموزش به سالمندان مفید باشد. بنابراین این برنامه درمانی می تواند مورد استفاده متصدیان قرار بگیرد. با توجه به نتایج این پژوهش، متخصصان می توانند از این برنامه درمانی در کار با افرادی که دچار اختلالات خلقی یا افسردگی هستند به خصوص در سالمندان استفاده نمایند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر با کد اخلاق ۵۵۲ انجام شده است. نویسندگان بر خود لازم می دانند از همه افرادی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر بعمل آورند

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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

▪ *References*

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

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

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

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

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

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

7-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.

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

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

10-Snyder C.R, Berg C, Woodwarrd J. T, Gum A, &

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

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

12-Benzein E,Saveman B. One step towards the anderestanding of hope :a concept analysis.international *journal of nurs study*. 1998;35:322-29.

13-Snyder C.R, Lopez S.J.*Hand book 0f positive psychology*. us.oxford university press; 2001.

14-Snyder C. R, Harris C, Anderson J.R, Holleran S. A, Irving L.M, Sigmon S. T, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 60: 571-585.

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

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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

29- 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.

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

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

32. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviyani H, Semnani U, Shabani A, Shahrivar Z, Davari R, Hakim Shoshtari M, Sedigh A, Jalali Rodsari M. Reliability and

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

capability of the Persian version of the Structured Clinical interview for DSM-IV. *Adv in Cogn Sci*. 2005; 6(1,2): 10-22.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

42-Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and Hopelessness. Critical Clinical Constructs. 4th ed.

USA: Thousand Oaks California; 1995; 153-185 .

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-24]