

اثربخشی امیددرمانی گروهی بر افسردگی، احساس تنهایی، و خودکارآمدی دانش آموزان دختر

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۳/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۶/۰۲

طاهره موید قاعدی^۱، شهره قربان شیرودی^۲

چکیده

زمینه و هدف: از مبانی نظری امیددرمانی به ندرت برای بهبود علائم روان‌شناختی دختران نوجوان استفاده شده است و اطلاعات اندکی در مورد تاثیر امیددرمانی گروهی وجود دارد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی امید درمانی گروهی بر افسردگی، احساس تنهایی، و خودکارآمدی دانش آموزان دختر بود.

روش: پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون باگروه گواه بود و جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان دختر پایه ۱۰ و ۱۱ مدارس ناحیه ۱ شهر رشت در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ بود. برای نمونه‌گیری ۲۰۰ دانش آموز دختر به طور خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند و در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۱)، مقیاس احساس تنهایی آشر (۱۹۸۳) و مقیاس خودکارآمدی شرر و آدامز (۱۹۸۵) پاسخ دادند. پس از نمره‌گذاری و غربالگری ۳۰ نفر که ضعیف‌ترین نمرات را داشتند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و برای گروه آزمایش، هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش امیددرمانی گروهی اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیری پس از کنترل مقادیر پیش‌آزمون نشان داد نمرات خلق افسرده و احساس تنهایی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به‌طور معنی‌داری پایین‌تر است ($P < 0/05$)، اما بین نمرات پس‌آزمون این دو گروه، تفاوتی از نظر خودکارآمدی وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: آموزش امیددرمانی گروهی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در کاهش افسردگی، و احساس تنهایی در دانش آموزان دختر دبیرستانی دارد. براین اساس به مشاوران آموزشی پیشنهاد می‌شود از روش امیددرمانی گروهی برای دانش آموزانی مبتلا به اختلال‌های خلقی و احساس تنهایی استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: امیددرمانی گروهی، افسردگی، احساس تنهایی، خودکارآمدی

۱. *نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی؛ دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن، تنکابن، ایران (tahereh.ghaedi@gmail.com)

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

مقدمه

در چرخه تحول روانی، بین دوره کودکی و بزرگسالی دوره بسیار مهم نوجوانی قرار دارد. این مرحله انتقالی از ۱۲-۱۰ سالگی آغاز و در حدود ۲۲-۱۸ سالگی تمام می‌شود. این مرحله تحول زیستی، اجتماعی، هیجانی و شناختی را شامل می‌شود و به معنای واقعی کلمه دوره تغییر و دگرگونی است (۱). خلق افسرده و در کنارش احساس تنهایی، از شایع‌ترین مشکلات هیجانی این دوره است. علائم افسردگی بین دانش‌آموزان مسئله‌ای با اهمیت است، زیرا از یک سو باعث هدر رفتن سرمایه جامعه می‌گردد و از سوی دیگر، از میزان موفقیت و کارآمدی آنها می‌کاهد و دانش‌آموزان را از رسیدن به جایگاه رفیع علمی و اجتماعی باز می‌دارد. در صورتی که علائم این اختلال درمان نشود، یا درمان آن ناکارآمد باشد ممکن است منجر به بروز رفتارهای سازش‌نا یافته شود که به نوبه خود مشکلات عمده‌ای را سبب می‌شود (۲).

از جمله بحران‌های مهم دوران نوجوانی و جوانی و حتی سایر دوره‌های زندگی که سازش‌یافتگی فرد با محیط را دچار مشکل می‌سازد احساس تنهایی است. تعاریف متفاوتی از احساس تنهایی ارائه شده است، از جمله می‌توان به تعریف الهاگن اشاره کرد. وی معتقد است تنهایی، تجربه فردی ناخوشایندی مانند تفکر فرد مبتنی بر متمایز بودن از دیگران است که با مشکلات رفتاری قابل مشاهده مانند غمگینی، عصبانیت و افسردگی همراه بوده و ناهمخوانی بین توقعات و آرزوهای فرد با امکان دستیابی او به این آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می‌دهد و به صورت رفتارهایی نظیر اجتناب از تماس با دیگران مشخص می‌گردد (۳).

مفهوم خودکارآمدی، محور اصلی نظریه بندورا است (۴). به نظر او، خودکارآمدی عبارت است از «اعتقاد به قابلیت‌های فردی در سازماندهی و انجام اعمالی که در موقعیت‌های پیش رو ضروری است» به عبارت دیگر خودکارآمدی باور به اینکه

شخص می‌تواند در یک موقعیت خاص موفق عمل کند. این باورها را عامل تعیین‌کننده طرز فکر، رفتار و احساس افراد تلقی می‌کنند (۴). افراد دارای کارآمدی شخصی، بر روی امور مهار بیشتری دارند و عدم اطمینان کمتری را تجربه می‌کنند. شخص ممکن است فکر کند که سطح کارآمدی او پایین است در حالی که واقعاً سطح آن بالاست و برعکس. بهترین موقعیت آن است که آرزوهای فرد با توانایی‌های او هماهنگ باشند. از یک سو، افراد پیوسته می‌کوشند تا کارهایی فراتر از توانایی‌شان انجام دهند و در نتیجه ناکام و مأیوس می‌شوند و احتمالاً سرانجام از همه چیز دست می‌کشند. از سوی دیگر، اگر افراد دارای کارآمدی سطح بالا با جدیت کوشش نکنند رشد شخصی‌شان ممکن است متوقف بشود (۳ و ۴).

طبیعی است که هر چه میزان مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی انسان بیشتر باشد، فرد احساس رضایت کمتری خواهد داشت (۵). بنابراین لازم است برای کاهش این مشکلات و پیشگیری از وخیم‌تر شدن آنها مداخلاتی انجام شود. مداخله‌های بسیاری برای پیشگیری و کاهش مشکلات هیجانی نوجوانان معرفی شده است که از میان آن می‌توان به آموزش‌های مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر^۱ اشاره کرد که امید و امیددرمانی یکی از سازه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر است. در بین درمان‌های روان‌شناختی، امیددرمانی اسنایدر، تنها درمانی است که امید را به عنوان هدف اصلی درمان مدنظر قرار داده است (۶). این نوع مداخله روانی از نظریه امید اسنایدر و اندیشه‌های برگرفته شده از درمان شناختی- رفتاری^۲، درمان راه‌حل‌محور^۳ و درمان داستانی یا روایتی^۴ است (۷) و بر این هدف استوار است که به درمانجو کمک کند تا اهداف را فرمول‌بندی کنند و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آن بسازند و خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه

3. Solution- Focused therapy

4. Narrative therapy

1. Positive approach

2. Cognitive- Behavior therapy

از نو تعریف کنند (۸). نظریه امید اسنایدر، سه مؤلفه اصلی را در برمی گیرد که شامل اهداف^۱، تفکر گذرگاه^۲، و تفکر عامل^۳ است. اهداف جزء سنگ بنای نظریه امید^۴ است. اهداف می توانند کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت باشند و همچنین اهداف می توانند بصورت تصورات دیداری و توضیحات کلامی یا بازنمایی های ذهنی باشند. آموزش امید نشان می دهد که بهترین اهداف، اهدافی است که رسیدن به آن برای فرد دارای ارزش باشد و با داشتن موانع چالش انگیز ولی نه برطرف نشدنی، احتمال دستیابی به آنها در میان مدت وجود داشته باشد (۹). تفکر گذرگاه به تصورات افراد دایر بر اینکه آنها قادر خواهند بود مسیرهای مؤثری برای اهداف مورد نظرشان خلق کنند اشاره دارد. گذرگاه ها توانایی موجود افراد را در راه های عملی معطوف به هدف نشان می دهند. علاوه بر آن انگیزش برای شروع و ادامه این گذرگاه ها تحت عنوان تفکر عامل خوانده شده است (۱۰).

هر فردی که دارای امید بالایی باشد از توانایی بالایی برای ایجاد مسیرهای مطلوب برخوردار است. در حالی که افرادی که امید کمی دارند احتمالاً نمی توانند از مسیرهای زیادی برخوردار باشند یا از مسیرهای جایگزین استفاده کنند. تفکر عامل، جزء نهایی نظریه امید اسنایدر است. تفکر عامل شامل تفکرات و افکار شخصی درباره ظرفیت شان برای استفاده گذرگاه یا مسیر را نشان می دهد (۱۱). تفکر عامل همان انرژی یا توان ذهنی و به عبارت دیگر، توان ذهنی برای گفتن اینکه «من می توانم این کار را انجام دهم» و «انجام خواهم داد» (۱۲). امید به عنوان پایه شخصیتی در نظر گرفته می شود و منبع زندگی انسان است. به علاوه یک نیروی التیام بخش است که بهزیستی و تندرستی را افزایش می دهد.

پژوهش ها نشان داده است که امید با کارآیی درمانی ارتباط دارد و اصولاً به عنوان یک عنصر ضروری برای بهبود بیماران روانی در نظر گرفته می شود (۱۲) کیمهی، اشل، شاهار

خاطر نشان ساخته اند افراد امیدوار در رویارویی با شرایط تنش زا به صورت فعال تری برخورد می کنند و از راهبردهای مقابله ای مؤثرتری استفاده می کنند (۱۳). به عقیده این محققان امید درمانی به مراجعین کمک می کند تا خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و موانع را به صورت چالش هایی برای غلبه بر آنها از نو بازآزمایی کنند. به عنوان مثال، سالکرزو همکاران در پژوهشی نشان دادند بیمارانی که امیدوارترند به سرطان و درمان آن به خوبی پاسخ می دهند (۱۴).

فویزدر پژوهش خود دریافت امید به عنوان یک راهبرد مقابله ای مؤثر در کنار آمدن با یک بیماری دشوار تأثیرگذار است (۱۵). برنندس و همکاران در پژوهش های خود نشان دادند درمان امید محور همبستگی مثبت معنی دار با کاهش پریشانی و نشانگان بیماری در بیماران دچار سرطان ریه دارد (۱۶). استیندر پژوهشی به بررسی تأثیر مداخله درمانی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر، بر کاهش میزان ناامیدی بیماران بستری مبتلا به افسردگی اساسی پرداخت او در پژوهش خود پس از ۱۰ جلسه گروهی یک ساعته پی برد که میزان امید گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش و میزان ناامیدی آنها کاهش معناداری داشته است (۱۷).

رابدر پژوهش خود نتیجه گرفت که آموزش امید تا اندازه معینی خاصیت پیشگیری از علائم روانی در بیماران روانی بستری دارد (۱۸). برای نمونه، اسنایدر نشان داد که امید با اضطراب همبستگی منفی دارد و مانع تصورات آسیب پذیری و اختلال های اضطرابی می شود (۸). در پژوهش های لویز و کریافته ها مبین آن بود که امید درمانی گروهی می تواند در رشد و افزایش حس خوش بینی، شادی و امید در سالمندان تأثیر قابل ملاحظه ای داشته باشد. نتایج این پژوهش نشان داد سالمندانی که در جلسات گروهی شرکت داشتند، احساس شادمانی بیشتری در مقایسه با آنهایی که در جلسات حضور نداشتند، داشتند (۱۹). رودینو همکاران در پژوهش خود نشان

آشر، پرسشنامه ۲۳ گویه‌ای خودکارآمدی شرر و آدامز داده شد و پس از نمره‌گذاری آزمونها، دانش‌آموزان دارای افسردگی و احساس تنهایی زیاد و خودکارآمدی ضعیف غربال شدند. به این صورت که دانش‌آموزانی که در پرسشنامه‌های افسردگی و تنهایی به ترتیب دارای نمرات بالاتر از ۱۳ و ۱۶ بودند و همچنین دانش‌آموزانی که نمره خودکارآمدی آنها دوانحراف معیار پایین‌تر از نمونه مورد بررسی بود، جدا شدند. پس از غربالگری مشخص شد ۹۰ دانش‌آموز دارای افسردگی و احساس تنهایی زیاد و خودکارآمدی ضعیف هستند و از بین آنها ۳۰ نفر به تصادف برگزیده و در گروه آزمایش ($N=15$) و گروه کنترل ($N=15$) جهت مداخله درمانی به صورت تصادفی گمارده شدند.

ب) ابزار

۱. پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۱): این آزمون نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک معرفی شد و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در نهایت در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید (۲۴). این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال که براساس ۲۱ جنبه با علائمی نظیر خلق، بدبینی، احساس شکست، فنا، احساس گناه، نیاز به مجازات، نفرت از خود و ... طرح و تدوین شده است. ارزش نمرات آن از ۰ تا ۳ مرتب شده است. آزمون از نوع خودسنجی بوده و برای تکمیل آن بین ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان لازم است. دامنه نمرات از حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ است. ضریب همسانی درونی این آزمون بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و بامیانگین ۰/۸۶ است (۲۵). ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ قرار دارد نتیجه ارزیابی روایی محتوایی، همزمان و تحلیل عاملی به طور کامل مطلوب بوده است (۲۴). در جامعه ایرانی نتایج پژوهشی که روی ۱۲۵ دانشجو انجام گرفت، نشان داد این پرسشنامه دارای ضریب همسانی درونی ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی ۰/۷۳ است (۲۶).

۲. مقیاس احساس تنهایی آشر، هایمل، رنشا (۱۹۸۳): این مقیاس دارای ۲۴ گویه است که ۸ گویه آن انحرافی است و

دادند که افزایش امید بر کاهش افسردگی، تنش و فشارهای روانی بیماران صعب‌العلاج تأثیر گذاشته و باعث بهبود عملکرد رفتاری آنها در جامعه می‌گردد که این امر خود به نفع جامعه بوده و از رفتارهای پر خطر این افراد در جامعه و شیوع بیشتر بیماری جلوگیری می‌نماید (۲۰).

از آنجایی که تداوم مشکلات هیجانی نوجوانان، می‌تواند به تشدید این مشکلات و بروز اختلال‌های روانی در بزرگسالی منجر شود. بنابراین هر آنچه که بتواند بر توانمند ساختن دانش‌آموزان و موفقیت‌شان تأثیر بگذارد دارای اهمیت است. اطلاعات اندکی در مورد اثربخشی امیددرمانی گروهی بر صفات روانی جمعیت دختران وجود دارد. با این وجود نتیجه این پژوهش‌ها خاطرنشان‌کرد که امیددرمانی ممکن‌است به افزایش تاب‌آوری و خوش‌بینی و بهبود سلامت دختران منجر شود (۲۱ و ۲۲) و در عین حال میزان علائم افسردگی آنها را کاهش دهد (۲۳). بنابراین هدف از پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که آیا امیددرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و احساس تنهایی و افزایش خودکارآمدی دختران نوجوان موثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی دانش‌آموزان دختر پایه ۱۰ و ۱۱ مدارس ناحیه ۱ شهر رشت در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۹۴ بودند. به منظور نمونه‌گیری از دختران نوجوان ابتدا از میان نواحی دوگانه آموزش و پرورش شهر رشت، ناحیه یک انتخاب شد و از میان مدارس این ناحیه، یک دبیرستان به تصادف انتخاب شد که دارای ۴۴۳ نفر دانش‌آموز دختر بود. سرانجام از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند.

به هریک از این دانش‌آموزان این دبیرستان پرسشنامه‌های ۲۱ گویه‌ای افسردگی بک، مقیاس ۲۴ گویه‌ای احساس تنهایی

به موضوعات مورد علاقه آزمودنی‌ها مربوط است (۲۷). اما در نمره‌گذاری مقیاس احساس تنهایی از آنها استفاده نمی‌شود. بنابراین این ابزار دارای ۱۶ گویه اصلی است. هدف از گویه‌های انحرافی این است که آزمودنی‌ها با احساس آرامش و راحتی بیشتر نگرش‌های خود را ابراز و از بروز پاسخ‌های جهت‌دار جلوگیری شود. نمره‌گذاری گویه‌ها روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از «کاملاً همین‌طور است» تا «اصلاً این‌طور نیست» درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمره‌ها بین حداقل ۱۶ تا حداکثر ۸۰ قرار می‌گیرد، علاوه بر آن تعدادی از گویه‌ها در جهت مخالف با سایر گویه‌ها نمره‌گذاری می‌شوند (۲۸). ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دونیمه کردن گاتمن ۰/۹۱ بود و با استفاده از روش اسپیرمن ۰/۹۱ بود. روایی تمیزی این پرسشنامه آشکار ساخت وضعیت اجتماعی خوب با احساس تنهایی کمتر همبستگی منفی و معنی‌دار دارد و با وضعیت اجتماعی نامناسب دارای همبستگی مثبت و معنی‌دار است (۲۷). پژوهش‌های انجام شده با نسخه فارسی مقیاس احساس تنهایی ۲۴ گویه‌ای آشر و همکاران حکایت از پایایی^۱ مناسب آن دارد. به عنوان مثال حسین چاری و خیر در ایران با هدف بررسی روایی و اعتبار این مقیاس بر روی ۳۶۹ دانش‌آموز (۱۸۶ دختر و ۱۸۳ پسر) مقطع راهنمایی تحصیلی باتوجه به ضرایب معنی‌دار میان احساس تنهایی و حرمت خود کوپر اسمیت دریافتند اعتبار ملاکی همزمان برابر با ۰/۵۵- برای نسخه فارسی مقیاس احساس تنهایی وجود دارد همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۱ برآورد نمودند (۲۸).

۳. پرسشنامه خودکارآمدی شرر و آدامز (۱۹۸۳): این پرسشنامه دارای ۲۳ گویه است که ۱۷ مورد آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ گویه دیگر مربوط به تجارب خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است. در پژوهش حاضر از مقیاس ۱۷ گویه‌ای استفاده شد. آزمودنی به هر گویه براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای «کاملاً مخالفم تا کاملاً

موافقم» پاسخ می‌دهد. دامنه نمره‌ها بین حداقل ۱۷ تا حداکثر ۸۵ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه عقاید فرد را در مورد توانایی‌اش برای غلبه بر موقعیت‌های مختلف ارزیابی می‌کند. شرر و آدامز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ به دست آوردند (۲۹). در نمونه‌های ایرانی سلیمانی‌فر و شعبانی (۳۰) ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف را به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۴ به دست آوردند. آنها همچنین ضریب اعتبار ملاکی این پرسشنامه را با استفاده از محاسبه همبستگی با خرده‌مقیاس خودکارآمدی از پرسشنامه راهبردهای انگیزش‌برای یادگیری^۲ ۰/۸۴ گزارش نمودند که در سطح $P < 0.05$ معنی‌دار بود.

ج) معرفی برنامه مداخله‌ای: جلسات مداخله در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای براساس مطالعات اسنایدر (۸ و ۱۱) طراحی گردید و هر جلسه مشتمل بر چهار بخش بود. در بخش اول حدود بیست دقیقه در مورد فعالیت‌ها و تکالیف هفته گذشته مراجعان بحث می‌شود و افراد ترغیب می‌شوند تا به یکدیگر در رفع مشکلات مربوط به آن تکالیف کمک کنند در بخش دوم حدود بیست دقیقه آموزش روانی و مهارت‌های مربوط به امید را می‌آموزند که این مهارت‌ها در ۳ حیطه اهداف، گذرگاه‌ها و عامل قرار دارند. در بخش سوم که حدود ۴۰ دقیقه طول می‌کشد شیوه‌های به کارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره فرد بحث می‌شود و مراجعان ترغیب می‌شوند که مسائل را به صورت عینی و روشن مطرح کنند و به یکدیگر کمک کنند تا با استفاده از مهارت‌های امید آنها را حل کنند. در ۱۰ دقیقه پایانی جلسه نیز به شرکت‌کنندگان تکلیفی در رابطه با موضوع همان جلسه ارائه می‌شد و در جلسه بعد قبل از شروع جلسه تکالیف بازبینی می‌شد و با مشارکت اعضا گروه در مورد تکالیف بحث و تبادل نظر صورت می‌گرفت.

د) شیوه اجرای پژوهش: تمامی آزمودنی‌هایی که از آنها پیش‌آزمون به عمل آمده بود و در مرحله غربالگری به عنوان نمونه انتخاب شده بودند بصورت تصادفی در دو گروه

آزمایش و کنترل قرار گرفتند. براساس این تقسیم‌بندی شرکت کنندگان گروه آزمایش طی ۸ جلسه هفته‌ای یکبار به مدت ۹۰ دقیقه امید درمانی را به صورت گروهی دریافت کردند و یک هفته پس از جلسه هشتم آموزش در مورد گروه

آزمایش و کنترل پس از آزمون اجرا شد و آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های گفته شده پاسخ دادند.

جدول ۱: خلاصه جلسات گروهی امید درمانی

جلسه	موضوع، هدف و محتوا
اول	معارفه و آشنایی اعضا با گروه، یکدیگر و درمانگر، آشنایی با قوانین جلسات، ساختار گروه، اهداف، ضرورت داشتن هدف، انگیزه و ایجاد ارتباط و همدلی
دوم	کار بر روی داستان زندگی اعضا و مشخص نمودن مولفه‌های امید در آنها
سوم	تعیین هدف و بررسی علل انتخاب آن، الویت‌بندی اهداف مهم و قابل اندازه‌گیری، تنظیم اهداف در چهارچوب دستیابی، شکستن اهداف بزرگ به اهداف خرد توسط درمانگر و بررسی راهکارها و فواید آن
چهارم	افزایش نیروی عامل از طریق گسترش تفکر مثبت و تکرار واژه‌های مثبت، بحث درباره خود‌گویی‌ها و اثرات خود‌گویی‌های منفی و همچنین رفع موانع ذهنی امید
پنجم	بیان توانایی مسیریابی جهت دستیابی به هدف، ارائه راهکارهایی برای تقویت توانایی مسیریابی نظیر داشتن مسیرهای متعدد برای رسیدن به هدف، فهرست‌برداری از آنها و تجسم کردن موفقیت در طی کردن مسیر و بیان فواید فهرست‌برداری از مسیرها و فواید مجسم‌سازی توسط درمانگر
ششم	شناسایی موانع از جمله خود‌گویی‌های منفی و تحریف‌های شناختی
هفتم	ارائه راهکارهای مختلف از جانب درمانگر به اعضا جهت برخورد با موانع و دستیابی به هدف مانند: داشتن راه‌های مختلف برای رسیدن به هدف، فکر کردن به موانع قبل از پیش آمدن آن، دور زدن موانع، لذت از مسیر، داشتن هدف در حوزه‌های مختلف زندگی و
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از کل جلسات، بررسی عود و لغزش اعضا و پاسخ به سوالات اعضا و ختم جلسات گروهی

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شرکت داشتند که حداقل سن آنها ۱۵ و حداکثر سن ۱۸ سال بود که در پایه‌های اول و دوم و سوم دبیرستان مشغول به تحصیل بودند. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل برای

متغیرهای وابسته					
مراحل اجرا	متغیرهای وابسته	گروه‌ها	N	M	SD
پیش‌آزمون	افسردگی	آزمایش	۱۵	۲۹/۵۳	۹/۲۰
		کنترل	۱۵	۲۶/۶۷	۹/۱۵
	احساس تنهایی	آزمایش	۱۵	۴۶/۲	۹/۴۴
		کنترل	۱۵	۴۹/۴	۱۲/۸
پس‌آزمون	خودکارآمدی	آزمایش	۱۵	۴۶/۶	۹/۲۱
		کنترل	۱۵	۴۹/۸۷	۸/۴۸
	افسردگی	آزمایش	۱۵	۱۲/۱۳	۸/۸۶
		کنترل	۱۵	۱۲/۱۳	۸/۸۶

۱۵	۲۱/۸۷	۱۰/۵۷	کنترل	احساس تنهایی
۱۵	۶۱/۷۳	۱۱/۹۴	آزمایش	
۱۵	۵۳/۲۰	۱۴/۸۱	کنترل	خودکارآمدی
۱۵	۶۰/۱۳	۱۳/۴۱	آزمایش	
۱۵	۴۹/۵۳	۱۴/۲۴	کنترل	

برای بررسی تاثیر امیددرمانی گروهی بر افسردگی، احساس تنهایی، و خودکارآمدی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. البته پیش از آن مفروضه برابری واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته با استفاده از لوین مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۳).

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، هیچ ریزشی در تعداد شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون رخ نداده است. این مقادیر همچنین نشان می‌دهد در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش میزان افسردگی و احساس تنهایی دختران کاهش یافته و میزان خودکارآمدی آنها بهبود پیدا کرده است.

جدول ۳: آزمون لوین برای تعیین همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته

متغیر	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	F	سطح معناداری
افسردگی	۱	۲۸	۰/۰۱۶	۰/۹۰۱
خودکارآمدی	۱	۲۸	۰/۲۸	۰/۶۰۱
احساس تنهایی	۱	۲۸	۰/۲۶	۰/۶۰۹

سه متغیر مورد مطالعه رعایت شده است. جدول ۴ نیز نتایج سه تحلیل واریانس تک‌متغیری را روی نمرات آزمون‌های افسردگی، احساس تنهایی و خودکارآمدی نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود سطح معناداری سه متغیر افسردگی ۰/۹۰۱، خودکارآمدی ۰/۶۰۱، و احساس تنهایی ۰/۶۰۹ است که از سطح آلفای ۰/۰۵ بزرگتر هستند و بنابراین مفروضه یکسانی خطای واریانس‌ها برای هر

جدول ۴: نتایج سه تحلیل واریانس تک‌متغیره بر نمرات متغیرهای وابسته افسردگی، احساس تنهایی، و خودکارآمدی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پس‌آزمون افسردگی	۴۰۸/۰۵	۱	۴۰۸/۰۵	۱۳/۰۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳
خطا	۷۸۱/۲۴۵	۲۵	۳۱/۲۵			
پس‌آزمون احساس تنهایی	۷۳۲/۴۰۱	۱	۷۳۲/۴۰۱	۱۰/۱۰۳	۰/۰۰۴	۰/۳۷۹
خطا	۱۸۱۲/۳۷۵	۲۵	۷۲/۴۹۵			
پس‌آزمون خودکارآمدی	۹۵۰/۱۵۵	۱	۹۵۰/۱۵۵	۱/۵۰۲	۰/۲۳۲	۰/۴۰۲
خطا	۷۸۱/۲۴۵	۲۵	۳۱/۲۵			

شرکت‌کنندگان دارد؛ اما تاثیر این نوع مداخله با وجود افزایش میانگین خودکارآمدی در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار به دست نیامد ($F_{1,25} = 1/502$, $P = 0/232$, $\eta^2 = 0/402$).

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد دریافت ۸ هفته مداخله امید درمانی گروهی تاثیر معنی‌داری روی علائم افسردگی ($F_{1,25} = 13/058$, $P = 0/001$, $\eta^2 = 0/343$) و میزان احساس تنهایی ($F_{1,25} = 10/103$, $P = 0/004$, $\eta^2 = 0/379$)

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر کاهش افسردگی، احساس تنهایی و افزایش خودکارآمدی دانش آموزان دختر دبیرستانی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش امیددرمانی در کاهش نمرات افسردگی آزمودنی ها تاثیر معناداری داشته است. این یافته ها با نتایج پژوهش های قبلی در یک راستا قرار داشت. برای نمونه سجادی و همکاران (۲۳) نشان دادند که امیددرمانی گروهی اثربخشی روی کاهش افسردگی دانش آموزان دارد و امیدواری آنها را افزایش می دهد. کیمهی و همکاران (۱۳) نیز دریافتند خوشبینی با امیدواری مرتبط است و وجود خوشبینی می تواند به عنوان یکی از مسدودکننده های بروز افسردگی در نظر گرفته شود. در پژوهش دیگر ورنر (۱۲) مصاحبه های چهره به چهره ساختاریافته ای را با ۱۷۲ بیمار مبتلا به اختلال های شدید روانی انجام داد و دریافت امیدواری بهزیستی روان شناختی و در نتیجه فرآیند بهبودی را فراهم می آورد. مهمت و روسین (۳۱) گزارش نمودند که امیدواری را می توان آموزش داد و آن در صورت وجود هیجان های مثبت می تواند به عنوان یک سدی در برابر عود افسردگی ایفای نقش نماید. رودین و همکاران ۴۰۶ بیمار دچار سرطان های دستگاه گوارش و ریه را بررسی کردند و بیان نمودند که افسردگی و ناامیدی به طور متقابل یکدیگر را تقویت می کنند اما سازه های متفاوتی هستند و هر یک از آن دو به طور مستقلی میل به مرگ زودرس را پیش بینی می کنند (۲۰). سرانجام استین (۱۷) با مطالعه نمونه ای از بیماران افسرده بستری شده ای که تحت امیددرمانی اسنایدر بودند دریافت این مداخله موجبات بهبودی خلق افسرده و ناامیدی را فراهم آورده است.

در همین راستا اسنایدر معتقد است که افکار امیدوارانه احساس شکست را از دو طریق کاهش می دهد؛ اول اینکه تغییر ادراک فرد در یک هدایت امیدوارانه با تمرکز بر راه های فرعی که پیرامون هدف انسداد یافته هستند، طی آن شخص

نرسیدن به هدف را به معنای شکست نمی داند و این می تواند درسی باشد برای دفعات بعدی که چطور می توان از یک راه کارآمدتر و بهتر به هدف رسید. دوم اینکه، افکار امیدوارانه ادراک انسداد هدف را تغییر می دهند، یعنی فرد امیدوار به دنبال راه های مختلف می گردد و وقتی مانعی پیش می آید فرد امیدوار آن را به عنوان چالش درک می کند نه به عنوان یک نقطه توقف. بنابراین وقتی این دو دیدگاه کنار یکدیگر قرار می گیرند انسداد هدف که ممکن است به نشانه های افسردگی منجر شود در عوض به تلاشی برای یافتن راه جدید برای رسیدن به هدف تبدیل می شود (۹). در امیددرمانی سعی بر آن است که این الگوها در مراجع اصلاح شود تا میزان افسردگی و آسیب پذیری او نسبت به این اختلال کاهش یابد و به این منظور به آنها آموخته می شود که اهداف، گذرگاه ها و عامل بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت پردازند.

با توجه به نمرات پس آزمون احساس تنهایی، اثربخشی امیددرمانی گروهی در کاهش احساس تنهایی آزمودنی ها تایید گردید. این یافته با نتایج برخی از پژوهش های پیشین هماهنگ است. برای نمونه شارابی، لوی و مارگالیت (۳۲) با ارزیابی ۲۸۷ کودک دریافتند احساس همبستگی و امیدواری با تنهایی کمتر مرتبط است. همچنین یارچسکی، ماهون و یارچسکی (۳۳) پس از بررسی ۲۰۰ نوجوان گزارش نمودند که تنیدگی بیشتر به طور معنی داری با سطوح پایین تر در امیدواری و سطوح بالاتر تنهایی همراه است. یکی از اساسی ترین امور که غفلت از آن سبب احساس تنهایی می شود نداشتن هدف و یا گم شدن آن است. پر واضح است که هر چه انتخاب یک هدف دقیق، آگاهانه و زوایای راه و مسیر رسیدن به آن روشن تر باشد امید دستیابی به هدف بیشتر گشته و احساس تنهایی زدوده می شود و از آنجایی که مهمترین مؤلفه امید هدف گذاری است پس می توان این گونه تبیین کرد که با آموزش امید، احساس تنهایی را می توان کاهش داد.

یکی دیگر از محورهای برنامه امیددرمانی در پژوهش حاضر آشنایی آزمودنی‌ها با رهنمودهایی برای مشارکت و ایجاد همدلی بین اعضای شرکت کننده در برنامه با یکدیگر بوده است. بنابراین آموزش امید می‌تواند نقش مؤثری در مرتفع ساختن یا کاهش میزان احساس تنهایی در بین دانش‌آموزان داشته باشد.

سرانجام نتایج این پژوهش در مورد تاثیر امیددرمانی گروهی بر افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوانی نداشت (۳۴ و ۳۵). ماگالنا و اولیور (۳۴) در بخشی از پژوهش خود رابطه بین سازه امید (۳۶ و ۳۷)، خودکارآمدی و خوش‌بینی را بررسی کردند ($n=204$). تحلیل‌های آماری در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی روشن ساخت که امیدواری به‌طور معنی‌داری واریانس خودکارآمدی و خوش‌بینی را تبیین می‌نماید. همچنین در پژوهش دیگری روی جمعیت دختران نوجوان ($n=646$) که در مدارس نواحی کاتولیک‌نشین درس می‌خواندند مشخص شد امیدواری و خودکارآمدی عمومی رابطه مستقیمی با یکدیگر دارند (۳۵). دانش‌آموزی که دارای خودکارآمدی پایینی است به قابلیت‌های فردی در سازماندهی و انجام اعمالی که در موقعیت‌های پیش‌رو دارد اعتقاد ندارد. عدم یا پایین بودن خودکارآمدی در دانش‌آموزان، باور آنها درباره توانایی‌های خود برای فهمیدن یا انجام تکالیف درسی را تحت‌شعاع قرار می‌دهد. اما یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش امیددرمانی در افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان نقش بسزایی نداشته است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت شاید به دلیل کم بودن دوره زمانی آموزش و

عدم پیگیری، آموزش امیددرمانی در افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان نقش مهم ایفا نکرده است.

مجموعاً با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود متخصصان از آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در کار با دانش‌آموزانی که دچار اختلال خلقی یا احساس تنهایی هستند استفاده کنند. در این راستا از آنجایی که در روان‌شناسی مثبت اعتقاد بر این است که سازه‌های روان‌شناسی مثبت از جمله امید می‌تواند از افراد در برابر آثار رویدادهای تنیدگی‌زا زندگی حمایت کند به نظر می‌رسد که با تدوین چنین برنامه‌های پیشگیرانه‌ای بر اساس نظریه امید اسنادید و با آموزش دادن آن به دانش‌آموزان و نوجوانان بتوان شاهد پیشگیری و یا کاهش چنین اختلال‌های شد. در پژوهش حاضر به دلیل فقدان دوره پیگیری امکان ارزیابی اثر طولانی مدت مداخله امیددرمانی روی متغیرهای وابسته به ویژه خودکارآمدی وجود نداشت. بنابراین پیشنهاد می‌شود دوره‌های گروهی مشاوره مبنی بر آموزش‌های امیددرمانی در مدارس برای دانش‌آموزان برگزار گردد و همچنین پژوهشگران در آینده دوره پیگیری را در پژوهش خود لحاظ نمایند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر تداخل زمان اجرای پرسشنامه‌ها با ساعت فعالیت دانش‌آموزان بود. همچنین با توجه به اینکه ابزار سنجش متغیرهای پژوهش حاضر خود گزارشگری بودند بنابراین در استناد به یافته‌های پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

تشکر و قدردانی: از مدارس نواحی مربوطه و دانش‌آموزان گرامی که جز با حمایت آنها انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Newman BM, Newman PR. Development through life: A psychosocial approach. The twelfth edition. Stamford, CT: Cengage Learning; 2014.
2. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York, NY: Guilford Publication Inc; 2012.
3. Elhageen AAM. Effect of interaction between parental treatment styles and peer relations in classroom on the feelings of loneliness among deaf children in Egyptian schools [Doctoral dissertation]. [Tubingen, Germany]: faculty of Sozialwissen, University of Tubingen; 2004, pp: 68-106.
4. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review. 1977; 84(2): 191-210.
5. Seligman M. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. New York: Simon and Schuster; 2011.
6. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. Psychological inquiry. 2002; 13(4):249-75.
7. Snyder CR. Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. J Couns Dev. 1995; 73(3): 355-360
8. Snyder CR. Handbook of hope: Theory, measures, and applications. San Diego: Academic press; 2000.
9. Ward DB. Moving up the continuum of hope: a qualitative study of hope and its influence in couples therapy. [Doctoral dissertation]. [Texas, United States]: Graduate Faculty, Texas Tech University; 2006, p: 147.
10. Snyder, CR, Cheavens JS, Michael ST. Hope Theory: History and Elaborated Model. In: Eliot JA, editor. Interdisciplinary Perspectives on Hope. Haupage: Nova Science Publishers; 2005.
11. Bahari F. The essentials of Hope and Hope Therapy a manual for hope-rising. Tehran: Danjeh publication; 2011. [Persian].
12. Werner S. Subjective well-being, hopes, and needs of individuals with serious mental illness. Psychiatry research. 2012; 196(2): 214-219.
13. Kimhi S, Eshel Y, Shahar E. Optimism as a predictor of the effects of laboratory-induced stress on fears and hope. Int J Psychol. 2010; 48(4): 641-648.
14. Sulkers E, Fleer Tissing WJ, Sanderman R. Dispositional optimism in adolescents with cancer: Differential associations of optimism and pessimism with positive and negative aspects of well-being. Br J Health Psychol. 2013; 18(3): 474-489.
15. Feuz C. Hoping for the best while preparing for the worst: a literature review of the role of hope in palliative cancer patients. J Med Imaging Radiat Sci. 2012; 43(3): 168-174.
16. Berendes D, Keefe FJ, Somers T J, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. J Pain Symptom Manage. 2010; 40(2): 174-182.
17. Steen JH. Measuring the efficacy of the Snyder Hope Theory as an intervention with an in patient population [Doctoral dissertation]. [Mississippi, United States]: faculty of Psychology, University of Mississippi; 2006, pp: 76-85.
18. Raab K.A. Fostering hope in a psychiatric hospital. Paper presented at the Probing the Boundaries Conference, 8th–10th August 2005, Praque. 2005. Available From: <http://www.interdisciplinary>.
19. Lopez SJ, Kerr BA. An open source approach to creating positive psychological practice: A comment on Wong's strengths-centred therapy. Psychotherapy (Chic). 2006; 43(2): 147-150.
20. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese, L, Zimmermann C. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. SocSci Med. 2009; 68(3): 562-569.
21. Janfada M, Borjali A, Sohrabi F. The effectiveness of hope therapy on resiliency and optimism of veterans' daughters. Bulletin of Environmental, Pharmacology and Life Sciences. 2014; 3: 67-74. [Persian].
22. Alaeddini Z, Kajbaf MB, Molavi H. The effects of group hope-therapy on mental health of female students in Isfahan University. Journal of Research in mental health. 2008; 1(6): 5-18. [Persian].
23. Sajjadi SS, Fini AAS, Samavi SA. Study of the Effect of Group Hope Therapy on Depression and Hope of Lamerd High School Female Students. World Neurosurg. 2013; 1(4): 184-191. [Persian].

24. Weisz JR, Southam-Gerow MA, Gordis EB, Connor-Smith JK, Chu BC, Langer DA, McLeod BD, et al. Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: An initial test of transportability to community clinics and clinicians. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77(3): 383-396.
25. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *J Clin Psychol*. 1988; 8(1):77-100.
26. Khaledian M, Hasanpour S, Kheirkhah Z, and Ghalandari S. The Relationship between Attachment Lifestyle with Depression and Life Expectancy. *Indian Journal of Education and Information Management*. 2013; 2 (2): 573- 580.
27. Asher SR, Hymel S, Renshaw PD. Loneliness in children. *Child development*. 1984; 1: 1456-1464.
28. Hossein Chari M, Kheir M. Efficiency of a scale to measure loneliness in middle school students. *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University*. 2002; 19(37): 46-59. [Persian].
29. Sherer M, Adams CH. Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychol Rep*. 1983; 53(3): 899-902.
30. Soliemanifar O, shabani F. The Relation of Self-Efficacy and Achievement Motivation with Academic Adjustment of First Year Undergraduate Students of Shahid Chamran University Ahvaz. *J Educ Psychol*. 2013; 17: 83-104. [Persian].
31. Mehmet C, and Michael R. you have got hope, studies show “hope therapy” fights depression. Ohio: Ohio State University; Anonymous. New SRX science. Atlanta; 2009, p. 68.
32. Sharabi A, Levi U, Margalit M. Children's loneliness, sense of coherence, family climate, and hope: Developmental risk and protective factors. *J Psychol*. 2012; 146(1-2):61-83.
33. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ. Stress, hope, and loneliness in young adolescents. *Psychol Rep*. 2011; 108(3):919-22.
34. Magaletta PR, Oliver JM. The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *J Clin Psychol*. 1999; 55(5):539-51.
35. Gariglietti KP, McDermott D, Gingerich K, Hastings S. Hope and Its Relationship to Self-Efficacy in Adolescent Girls. [Research Reports] 1997. Lawrence KS: University of Kansas; (ERIC Document Reproduction Service No: ED 412416); Available From: URL: <http://eric.ed.gov/?id=ED412456>
36. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*. 1991; 60(4):570-585.
37. Snyder CR, Forsyth DR. Hope and health. *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. New York: Pergamon Press; 1991, pp: 285-305.

The Efficacy of Group Hope Therapy on Depression, Loneliness, and Self-Efficacy in Female Students

Tahereh Moayed Ghaedi^{*1}, Shohreh Ghorban Shiroodi²

Received: June 01, 2016

Accepted: August 23, 2016

Abstract

Background and purpose: The theoretical foundations of hope therapy have rarely been used to improve the psychological symptoms among adolescent girls, and there are few data available about the effectiveness of group hope therapy. Present study aimed to investigate the efficacy of group hope therapy on the treatment of depression, loneliness, and self-efficacy in girl students.

Method: The present research was experimental study with pretest-posttest design and control group. The study population consisted of all tenth and eleventh grade female students who were studying in the district one schools of Rasht in 2014-2015 academic year. 200 female students were selected using random cluster sampling method and filled out Beck depression inventory (1971), Asher loneliness (1983), and Sherer and Adams self-efficacy scale (1985) as their pretest. After scoring and screening the questionnaires, 30 students with the lowest scores were selected and randomly assigned to experimental ($n = 15$) or control groups ($n = 15$). The control group received no intervention, while the experimental group received an eight-session (90 min/ per session) group hope therapy.

Results: the results of univariate analysis of covariance showed that comparing to control group, experimental group scored significantly lower on depressed mood and loneliness ($p < .05$). However, the groups did not differ significantly in terms of self-efficacy ($p > .05$).

Conclusion: Group hope therapy is an effective way to decrease depression and loneliness in female high school students. Based on these results, it is suggested that educational counselors use group hope therapy in working with students with mood disorder or loneliness.

Keywords: Group hope therapy, depression, loneliness, self-efficacy

1. ***Corresponding Author:** M.A. in Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon branch, Tonekabon, Iran (tahereh.ghaedi@gmail.com)

2. Associate Professor , Department of counseling, Islamic Azad University, Tonekabon branch, Tonekabon, Iran