

Effectiveness of hope therapy on stress, anxiety and depression among university of tabriz students

Arefe Khorasanizadeh Gazki^{1*}, Jalil Babapour Kheiroddin², Nasim Samadzade², Maryam Khalili Azar³

¹Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

²Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

³Institute of Higher Education Roshdiyeh, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 29 Jan 2024

Accepted: 11 Mar 2024

ePublished: 2 Apr 2024

Keywords:

- Hope Therapy
- Anxiety
- Stress
- Depression

Abstract

Background. Depression, stress, and anxiety are some of the most prevalent disorders people face today.

Methods. The purpose of this research is to identify how effective hope therapy is in helping persons with mood disorders cope with their symptoms of stress, anxiety, and depression. In this investigation, a quasi-experimental strategy was taken, and one-time testing was used. Using convenience sampling, we selected three female students from Tabriz University who sought out the therapy clinic for help with cognitive issues. Each individual underwent an initial round of assessments followed by two rounds of hope treatment before being brought on board. In addition, the DASS-21 was completed by the participants while they were engaged in therapeutic activities.

Results. The levels of effects and eyes analysis were taken into account for the data analysis from the perspective of clinical significance. Stress, anxiety, and depression were all reduced by at least 50% across all three participants, with average reductions of 51.33, 49.7, and 84.7%, respectively; and this improvement was further enhanced during the study's control phase. The therapeutic alterations were also statistically significant, as indicated by the fact that the indices of amounts of effects for all three areas were calculated to be greater than 0.25. Overall, the results show that hope treatment was effective in lowering levels of stress, anxiety, and depression.

Conclusion. The effects of hope therapy on students' stress, anxiety, and depression were the focus of this research. The results showed that the hope therapy had a positive effect on the participants, resulting in less stress, anxiety, and depression.

How to cite this article: Khorasanizadeh Gazki A, Babapour Kheiroddin J, Samadzade N, Khalili Azar M. Effectiveness of Hope Therapy on Stress, Anxiety and Depression among University of Tabriz Students. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2024;2(1):43-60. doi: 10.34172/srhs.2024.004. (Persian)

Extended Abstract

Background

Depression, stress, and anxiety are prominent psychological concerns in contemporary society that can significantly impair an individual's functioning when experienced persistently. Multiple research studies have demonstrated that upon matriculation at university, young individuals are susceptible to encountering detrimental elements, including

anxiety, sadness, and stress. These factors offer a significant risk to their academic achievements, perhaps resulting in a failure to timely complete their educational program. Hence, it is imperative to prioritize the identification and provision of therapeutic interventions aimed at mitigating these issues. Researchers have employed a range of methodologies to mitigate the aforementioned

* Corresponding author; Email: dr.arefekhorasanizade@gmail.com

2024 ©The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

diseases, one of which is hope therapy. This treatment approach centers on real performance rather than goals and aspirations. This phenomenon facilitates a reduction in self-criticism and enhances the individual's capacity to embrace adverse life circumstances with greater ease. Self-evaluation allows individuals to assess their own abilities and capacities, taking into account their limitations, hence reducing self-judgment.

Methods

The present study was carried out utilizing a quasi-experimental design and employing a single-subject approach. The current study employed a single-subject design, specifically utilizing a single baseline design, which is a commonly employed method for assessing the efficacy of therapy strategies. The primary objective of this study was to assess the efficacy of hope therapy in mitigating symptoms of stress, anxiety, and depression among individuals diagnosed with mood and anxiety disorders. The process of sample selection was conducted by applying specific admission criteria and conducting a clinical interview. Following the acquisition of informed consent, the participants engaged in two sessions separated by a one-week gap, during which baseline assessments were conducted. Subsequently, the participants proceeded to undergo the treatment phase. The intervention was administered over a span of ten sessions, with each session occurring on a weekly basis. Additionally, the participants completed the questionnaires during the second, fourth, sixth, and eighth therapy sessions, as well as during a follow-up session one month after treatment. The initial approach employed for assessing the outcomes involved the utilization of the conventional visual or ocular depiction technique. This study aimed to investigate the variations in symptoms of depression, anxiety, and stress experienced by individuals across different stages, namely baseline, treatment, and follow-up. The analysis involved the utilization of visual representations of changes in level, slope, and stability of scale scores derived from the Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 (DASS-21). In order to assess the recovery or substantial clinical

improvement and gauge the development of clients in modifying the goal variables, the use of the percentage improvement approach was employed, alongside the consideration of the tools' cut-off points. This method involves the utilization of the percentage improvement formula, which entails subtracting the post-test score from the pre-test score and subsequently dividing the difference by the pre-test score. If the magnitude of improvement is equal to or more than 50%, the findings can be deemed clinically significant. The Cohen's effect size formula was employed in order to assess the magnitude of the effect. The current investigation was carried out utilizing a pre-experimental approach, employing a single-subject research design. In order to achieve this objective, a sample of three female students from Tabriz University who sought assistance from the counseling center for psychological issues were chosen using an accessible sampling method and included in the research. Prior to the implementation of the intervention, baseline assessments were conducted for each participant. Subsequently, each subject engaged in a series of 10 sessions of hope therapy. Additionally, throughout the duration of the treatment and subsequent follow-up, the participants were administered the DASS-21. The data was analyzed using clinical significance, effect magnitude, and visual analysis techniques.

Results

Based on the data presented in Table 1, the improvement percentage index for the initial subject following the completion of treatment is observed to be 28%, 71%, and 48% in the domains of depression, anxiety, and stress, respectively. The average improvement percentage across these areas is calculated to be 49%. Furthermore, during the follow-up stage, the improvement rates are found to be 85%, 94%, and 84% in depression, anxiety, and stress, respectively, with an average improvement rate of 87.6%. The initial individual has exhibited modest advancements in the domains of sadness and stress, while the percentage of improvement for anxiety surpasses 50 percent. During the subsequent period, there was an increase of over 50 percent in the improvement rates for depression, stress, and

anxiety across all three categories. The initial participant exhibited a modest effect size of 0.45, suggesting that hope treatment has resulted in a noticeable reduction in the levels of sadness, stress, and anxiety experienced by this individual. The examination of Chart 1 reveals a decline in the levels of sadness, stress, and anxiety during the treatment and follow-up phases for the first participant.

Conclusion

The present study found that hope therapy yielded a noteworthy impact on mitigating levels of stress, anxiety, and depression among student participants. The utilization of hope therapy as an intervention aims to enhance an individual's capacity to effectively manage stressful and demanding circumstances associated with illness. Through this therapeutic approach, the therapist instructs the individual on how to attain desired outcomes through mindful action and exertion. This process contributes to the individual's self-assurance and self-reconciliation by addressing unrealistic and negative goals and thoughts. By challenging these notions based on realistic criteria and substituting them with rational and positive goals, as well as countering self-destructive goals and engaging in positive self-talk, the individual's self-care practices are elevated. Consequently, the implementation of hope therapy, through the enhancement of cognitive processes and goal-directed behavior, results in a decrease in negative affect. This is due to the association between the experience of negative affect and recurrent setbacks, which can contribute to the development of depressive symptoms and a perceived loss of personal agency. Consequently, this particular therapeutic approach initially enhances an individual's capacity for adaptability, optimism, self-expression, and self-confidence. Consequently, the individual perceives stressful and challenging circumstances as within their control and manageable, fostering a more positive outlook. Through the implementation of effective and efficient coping strategies, utilizing appropriate methods, individuals are able to cultivate a greater sense of inner tranquility. Hope therapy is centered on the notion that the negative events recounted by

the individual are merely experiences and behaviors influenced by multiple factors. This therapeutic approach redirects individuals' attention from the past to the present and future, fostering the belief that the incident in question is a universal experience or behavior that anyone can encounter. Consequently, hope therapy encourages individuals to concentrate on acquiring knowledge from these experiences and devising innovative solutions for comparable situations, rather than fixating on the emotional repercussions of the incident. Hope therapy aims to assist clients in establishing attainable objectives for themselves and, via the utilization of internal motivators, fostering self-motivation to actively pursue these goals. Additionally, this therapeutic approach seeks to reframe obstacles as opportunities for personal growth and development. The implementation of this strategy yields psychological enhancements in various domains, including bolstered self-esteem and diminished psychopathological symptoms such as anxiety, despair, and stress.

Practical Implications

This study aimed to investigate the psychological challenges experienced by students, including depression, anxiety, and stress, and to explore the potential efficacy of hope therapy as a means to alleviate and enhance these mental health conditions. In light of the imperative to enhance students' quality of life prior to their integration into society and assumption of diverse societal roles, the provision of life skills education and periodic evaluation of students' mental health can furnish university administrators with comprehensive insight into students' mental well-being, thereby facilitating strategic planning for student support and intervention. In order to enhance the precision and conclusiveness of the findings derived from this study, it is imperative to undertake further research in this domain, encompassing diverse educational settings and a greater number of sessions. Additionally, extending the duration of the study on patients would facilitate comparisons, thereby augmenting the potential for generalizability.

اثربخشی امید درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه تبریز

عارفه خراسانی زاده گزکی^{۱*}، جلیل باباپور خیرالدین^۲، نسیم صمدزاده^۳، مریم خلیلی آذر^۳

^۱ دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

^۲ دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۳ موسسه آموزش عالی رشدیه، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. امروزه اختلالاتی از قبیل افسردگی، استرس و اضطراب بیماری‌های شایع قرن هستند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی امید درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی مبتلایان به اختلالات خلقی و اضطرابی انجام شد. **روش کار.** مطالعه حاضر به روش شبه آزمایشی و با استفاده از طرح تحقیق تک‌آزمودنی انجام گرفته است. بدین منظور، سه دانشجوی دختر دانشگاه تبریز که به دلیل مشکلات روانشناختی به مرکز مشاوره مراجعه کرده بودند، به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. قبل از ارائه مداخله، ارزیابی‌های مرحله خط پایه انجام گرفت و سپس هر آزمودنی در ده جلسه امیددرمانی شرکت نمودند. همچنین، مراجعین طی دوره درمان و پیگیری، پرسشنامه DASS_21 را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از معناداری بالینی، اندازه اثر و تحلیل چشمی استفاده شد. **یافته‌ها.** نتایج نشان داد که هر سه آزمودنی در هر ۳ حیطه استرس، اضطراب، افسردگی درصد بهبودی بالاتر از ۵۰ درصد داشته‌اند؛ بطوری که میانگین درصد بهبودی حیطه‌ها برابر ۵۱/۳۳ درصد، ۴۹ درصد، ۸۴ درصد بوده و در مرحله پیگیری میزان بهبودی افزایش یافته بود. همچنین، شاخص اندازه اثر حاصله برای هر ۳ حیطه بالاتر از ۰/۲۵ بدست آمد؛ که نشان از معنی‌داری آماری تغییرات درمانی بود. **نتیجه‌گیری.** محور این پژوهش تأثیر امید درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان بود. نتایج نشان داد که مرحله امید درمانی تأثیر مثبتی بر شرکت کنندگان داشته و در نتیجه استرس، اضطراب و افسردگی کمتری دارند.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۹

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۱

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱/۱۴

کلیدواژه‌ها:

- امید درمانی
- اضطراب
- استرس
- افسردگی

مقدمه

دوره ی نوجوانی، دوره‌ای است که نوجوان باید خود را برای ورود به دانشگاه آماده سازد؛ همین مسئله در جامعه‌ی ما موجب وارد آمدن استرس بر خانواده و نوجوانان برای گذراندن کنکور ورودی دانشگاه‌ها می‌شود. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند جوانان پس از ورود به دانشگاه نیز در معرض عوامل نامساعدی چون اضطراب، افسردگی و استرس قرار دارند؛ این عوامل موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنها را تهدید می‌کند و موجب می‌شود عده‌ای از دانشجویان در اتمام به موقع دوره ی تحصیلی خود ناموفق باشند.^۱ زندگی در عصر پرتنش کنونی و قرار گرفتن در معرض استرس‌های اجتماعی و اقتصادی موجب افزایش شیوع مشکلات روانی شده است.^۲ افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان شایع‌ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی مطرح هستند. بر طبق برآوردها، ۱۲ درصد از کل بیماری‌ها در جهان به

واسطه اختلالات روانی است.^۳ این اختلالات به نوبه خود به عنوان پیشگویی کننده قوی برای مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی، سکتة مغزی و سرطان مطرح هستند.^۴ شیوع اختلالات روانی در جهان در سال ۲۰۱۶ حدود ۵/۱۵ درصد برآورد شده است که این میزان در بین کشورهای مختلف از ۱۳ تا ۲۲ درصد متغیر است؛ شیوع این اختلالات در ایران، ۲۱ تا ۳۹/۶ درصد گزارش شده است.^۳ با توجه به رشد روزافزون اختلالات روانی مخصوصاً اضطراب، افسردگی، استرس ضرورت شناسایی و ارائه خدمات درمانی برای کاهش آنها بسیار محسوس است. اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع ترین تشخیص های روان پزشکی است که با خلق افسرده یا احساس غمگینی، اعتماد به نفس پایین و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می‌شود.^۶ بیشتر افراد افسرده احساس ناتوانی و ناامیدی را گزارش می‌کنند.^۷ افسردگی موجب

* نویسنده مسؤول: ایمیل: dr.arefekhorasanizade@gmail.com

حق تالیف برای مولفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایتو کامنز (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) CC BY 4.0 منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

متعددی برای آنها، برانگیختن خود برای دنبال کردن اهداف و چارچوب بندی مجدد موانع به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آنها و رسیدن به پیروزی است.^{۲۲}

نظریه امید Snyder بر سه مؤلفه ی مرکزی، بنیان گذاشته شده است؛ اهداف، تفکرات گذرگاه و تفکرات عامل. Snyder در جریان مصاحبه‌های متعددی که با افراد داشت متوجه شد اهداف، نقاط پایان زنجیره عمل ذهنی را ایجاد کرده که مرجع تئوری امید هستند. در واقع عنصر اصلی تئوری، امید داشتن و انتظار مثبت در رسیدن به اهدافی است که تصور می‌شود برای فرد قابل دستیابی هستند.^{۲۳}

امید را می‌توان به عنوان افکار هدف‌دار تعریف کرد که در آن شخص تفکرات گذرگاه (راهکارهایی برای دستیابی به آن اهداف خلق کند)^{۲۴} که اغلب از طریق گفتارهای درونی، از قبیل «من راهی برای انجام این کار پیدا خواهم کرد» نمود پیدا می‌کند. اغلب، افرادی که دارای سطوح امید بالاترند قادر به تصور چندین گذرگاه مختلف هستند و از تفکر واگرا استفاده می‌کنند. این راه‌های چندگانه، هنگامی که فرد در راه رسیدن موفقیت آمیز به هدف با مانع یا مشکل مواجه می‌شود تعیین کننده هستند.^{۲۵} تفکر عاملیت (برانگیختن خود از طریق تفکر عاملیت برای شروع و استمرار حرکت مطابق راهکارها) مؤلفه ی انگیزشی نظریه امید، محسوب می‌شود و به شخص اطمینان می‌دهد که قادر به شروع و تحمل تلاش‌های ضروری برای دنبال کردن گذرگاه‌های خاص می‌باشد. تفکرات عامل مستقیماً شناخت‌های افراد در مورد توانایی آنها برای شروع و تحمل رفتارهای هدف‌گرا را منعکس می‌کند و گفتارهای درونی مانند «من می‌توانم این کار را انجام دهم» را به کار می‌برد.^{۲۶} معمولاً اعمال بشر هدفدار هستند، ولی اهدافی که به اندازه کافی ارزشمند باشند و هوشیارانه دنبال شوند، به عنوان امید شناخته می‌شوند. اهداف ممکن است کوچک یا بزرگ باشند و یا بر حسب دسترسی به آن از آسان تا خیلی سخت تغییر کنند.^{۲۷} بنابراین امید درمانی با تقویت تفکر عامل و راهبردی منجر به کاهش احساسات ناخوشایند می‌گردد، زیرا تجربه احساسات ناخوشایند و شکست‌های پی در پی منجر به احساس افسردگی می‌شود و این احساس را در فرد ایجاد می‌کند که کنترل خود را بر زندگی از دست داده است.^{۲۸}

در امید درمانی به افراد یاد داده می‌شود که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس بهتری داشته باشند. در واقع فرد در ارائه مداخله به این نتیجه می‌رسد که اشتباه، یک تجربه مشترک انسانی است و قضاوت

کمبود انرژی و اختلال در روابط بین فردی شده^{۲۹} و در صورت ادامه یافتن، عملکرد کاری و توانمندی‌های فرد و وضع اقتصادی و اجتماعی او را زایل می‌کند.^{۳۰}

از دیگر مشکلات روانشناختی استرس و اضطراب می‌باشد. استرس یک حالت روانشناختی است که با بروز آن، احساس تهدید فیزیکی یا روانی علیه سلامتی افراد ادراک می‌شود.^{۳۱} استرس در اندازه ی کم می‌تواند اثر مثبت داشته باشد و باعث افزایش انگیزه شود و محرکی برای مقابله با موقعیت‌های مشکل‌زا باشد. اگر استرس زیاد باشد، باعث احساس خشم، ترس و ناکامی می‌شود و سلامت بدنی و روانی افراد را به خطر می‌اندازد.^{۳۲} اضطراب یک احساس و هیجان منفی، فراگیر و ناخوشایند با منشأ ناشناخته است که فرد تجربه می‌کند و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است.^{۳۳} عوامل زیادی در بروز اضطراب دخیل هستند؛ معمولاً افرادی دچار اضطراب می‌شوند که از لحاظ روانی نسبت به آینده نگران و ناامید هستند.^{۳۴} یکی از مهمترین شکایت‌های افراد افسرده ناامیدی است. در مقابل امید منبعی محافظت کننده در برابر افسردگی است.^{۳۵}

برای کاهش اختلالات ذکر شده روش‌های مختلفی از سوی پژوهشگران به کار گرفته شده است. هر اقدام عملی که منجر به کاهش اضطراب و افسردگی و کاهش استرس بیماران شود و امید به زندگی آنان را افزایش دهد، می‌تواند تأثیر مستقیم بر شرایط جدید آنها داشته باشد.^{۳۶}

در این میان توجه به نقش امید حائز اهمیت است. امید سازه روانشناسی مثبتی به حساب می‌آید که در مواجهه با سختی‌ها از افراد محافظت می‌کند^{۳۷} و به عنوان سازه‌ای قابل توجه در انگیزه و رفتار فردی بررسی می‌شود.^{۳۸} امید فرایندی است که به افراد اجازه می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی و آنها را پیگیری کنند.^{۳۹} امید موجب افزایش انگیزه و تدبیر و تلاش برای دستیابی به اهداف مطلوب در زندگی است.^{۴۰} امید این امکان را فراهم می‌سازد که زمانی که دستیابی به اهداف قدیمی و راهبردهای گذشته به علت مشکلات امکان‌پذیر نیست، فرد به تعیین اهداف جدید و انتخاب راه‌های جایگزین برای رسیدن به آنها بپردازد.^{۴۱}

در بین درمان‌های روانشناختی، امیددرمانی Snyder، تنها درمانی است که امید را به عنوان هدف اصلی قرار داده است. او به عنوان بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه‌ای، شامل توانایی طراحی گذرگاه‌ها تعریف کرده است.^{۴۲} امید درمانی از درمان شناختی- رفتاری، درمان راه حل‌مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود. هدف این روش درمانی، کمک به مراجعان در جهت فرمول‌بندی اهداف و ساختن گذرگاه‌های

فرهنگ ایرانی است. با توجه به آسیب‌های روانشناختی افسردگی، استرس و اضطراب در دانشجویان و اهمیت و نقش امید؛ امیددرمانی یک رویکرد امیدوارکننده برای افزایش سلامتی از طریق مداخلات روانشناسی مثبت می‌باشد. تحقیقات نشان داده است که امید درمانی می‌تواند بر مولفه‌های روانشناختی، هیجانی، عاطفی و ارتباطی افراد مختلف موثر باشد.^{۳۸}

حال با توجه به آسیب‌های روانشناختی در دانشجویان و از طرفی اهمیت بهره‌گیری از روشهای درمانی و مداخله‌ای مناسب هدف از انجام این پژوهش پاسخ به این مسئله مهم می‌باشد که آیا امید درمانی می‌تواند بر میزان افسردگی، استرس و اضطراب دانشجویان موثر باشد؟

روش کار

این پژوهش جز طرح‌های کاربردی و در چارچوب طرح شبه آزمایشی و به شیوه تک‌آزمودنی اجرا شده است. طرح تک‌آزمودنی مطالعه حاضر از نوع خطوط پایه منفرد بوده است که غالباً برای تعیین اثربخشی مدل‌های درمانی از این طرح‌ها استفاده می‌شود. در این طرح تغییرات وضعیت هر آزمودنی در دوره درمان و پیگیری از طریق مقایسه با خط پایه تعیین می‌شود.^{۳۹} جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز بودند و ۳ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد جهت دریافت مداخلات روانشناختی به مرکز مشاوره دانشگاه تبریز مراجعه نموده بودند. دو نفر از این افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی (اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی) و نفر سوم نیز مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. ملاک‌های ورود شامل قرار گرفتن در دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال و ابتلا به اختلال اضطرابی یا خلقی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن سایر اختلالات روانپزشکی طبق معیارهای DSM5 بر اساس مراجعه به روانپزشک، دریافت مداخلات درمانی روانشناختی و دارویی در زمان اجرای پژوهش یا طول درمان و همچنین ابتلا به هرگونه بیماری پزشکی بود. مراجعین طی دوره درمان و پیگیری، پرسشنامه DASS-21 را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها نیز از معناداری بالینی، اندازه اثر و تحلیل چشمی استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21): این پرسشنامه که اولین بار توسط Lovibond و Lovibond^{۴۰} در سال ۱۹۹۵ ارایه شد، دارای گزینه‌های اصلا، کم، متوسط و زیاد بود.

سخت‌گیرانه در مورد آن بی‌فایده است، بلکه بهتر است آن را هشیارانه به عنوان تجربه‌ای از زندگیشان بپذیرند و نسبت به احساس ناخوشایندی که تجربه کرده‌اند راهکاری همراه با گذشت داشته باشند.^{۴۱}

امیددرمانی با تمرکز بر اینکه حوادث توصیف شده منفی توسط آزمودنی صرفاً یک تجربه و رفتار بوده است که تحت تاثیر عوامل مختلف ایجاد شده، تمرکز افراد را از گذشته به زمان حال و آینده معطوف نموده و به فرد این دیدگاه را می‌دهد که حادثه اتفاق افتاده صرفاً یک تجربه و یا رفتار بود که هر فردی ممکن است آن را تجربه کند و به فرد کمک می‌کند به جای تمرکز بر هیجانات مربوط به آن حادثه، به کسب تجربه و برنامه‌ریزی برای ایجاد راه حل خلاق در موقعیت‌های مشابه متمرکز شود. امیددرمانی، به مراجعین کمک می‌کند اهداف واقع‌بینانه برای خود تعیین کرده و به کمک مشوق‌های درونی، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آن‌ها بازآرایی کنند.^{۴۲} در نتیجه این مداخله؛ فرد از نظر روانی در حوزه‌های متعدد مانند مانند عزت‌نفس تقویت شده و برخی از علائم آسیب‌شناسی روانی مانند اضطراب، افسردگی و استرس کاهش پیدا می‌کند.^{۴۳}

تاکنون پژوهش‌های صورت گرفته زیادی در خارج و داخل کشور اثربخشی امیددرمانی را در جوامع بیماران مختلف نشان داده و به اثبات رسانده‌اند از جمله اثربخشی این رویکرد درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. بیجاری و همکاران به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی موجب افزایش امید به زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی زنان شده است.^{۴۴} نتایج پژوهش Cheavens و همکاران^{۴۵} نیز نشان داد مداخله امیددرمانی علائم افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. Peterson^{۴۶}، Snyder^{۴۷} و Taylor، Ilardi^{۴۸} و Saunders، Feldman در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که امیدواری با آسیب‌شناسی روانی و به طور کلی با افسردگی رابطه منفی دارد. عزیزاده و همکاران^{۴۹} پژوهشی با عنوان "اثربخشی امیددرمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان امید به زندگی در بیماران مبتلا به اچ آی وی مثبت" انجام دادند که نتایج نشان دادند امیددرمانی به شیوه گروهی به طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی در مبتلایان به ویروس اچ آی وی شده است. نوفرستی و همکاران^{۵۰} در پژوهشی به منظور اثربخشی روان-درمانی مثبت گرا بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی انجام دادند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی مثبت‌گرا یک درمان کوتاه‌مدت مؤثر برای کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی و افزایش بهزیستی روانشناختی در

در بافت درمانی اثربخش قرار دهد. در گام دوم درمانگر از طریق رابطه درمانی، اراده مراجع را با تاکید بر سه مولفه: تکالیف، اهداف و پیوند دلبستگی افزایش داده که منجر به تحکیم امید می گردد. تکالیف به آن دسته از افکار و رفتارهای درون جلسه اشاره می کند که مواد فرایند درمان را فراهم می کنند. اهداف همان آماج یا نتایج مورد نظر مداخله هستند و سرانجام پیوند دلبستگی بین مراجع و درمانگر است که مشخصه آن اعتماد و احترام متقابل است. مرحله دوم امیدافزایی است، در گام اول افزایش امید است که از طریق فنون بهسازی هدف گستری، ایجاد چارچوب برای آشکارسازی اهداف، خلق اهداف روشن و عملی، ایجاد یک فیلم درونی، جستجوی داستان های امید آفرین، نیمرخ سازی امید، یافتن پوشش نقره ای، مدیریت موانع قرار گرفته بر سر راه امید، فرصت هایی را در اختیار مراجع قرار می دهد تا مهارت های مربوط به افزایش امید را از طریق انجام تکالیف تمرین کند تا بتواند اهداف معقولی را برای خود تنظیم کرده و مسیر دستیابی، پیگیری و موانع آنها را مشخص کند و باز تعبیر درستی از موانع و محدودیت های اهدافش را بدست آورد. گام دوم مرحله دوم ابقای امید است که حلقه بازخوردی فرایند امیددرمانی می باشد که خود فرد عامل افزایش امید خود از طریق توانایی تشخیص هدف اندیشی و مانع اندیشی که به صورت جستجوی هدفمند و جمع آوری دوباره تلاش های قبلی امیدبخش موفقیت آمیز تعریف می شود که آموختن این توانایی عنصر کلیدی در ابقای امید می باشد. مراجع و درمانگر با همکاری هم چارچوب فکری امیدبخشی را می سازند که این چارچوب از طریق مداخلات مختصر در امید بین جلسات و پس از پایان درمان تقویت می شود. با جلسات تقویتی امیددرمانی با فاصله زمانی ۳ تا ۱۲ ماهه می توان فقدان های امید مراجع در برابر فقدان های امید پس از درمان مصون سازی کرد.^{۴۵،۴۴}

یافته ها

با توجه به جدول ۱، شاخص درصد بهبودی آزمودنی اول پس از اتمام درمان به ترتیب در حیطه افسردگی، اضطراب و استرس برابر است با ۲۸٪، ۷۱٪ و ۴۸٪ و میانگین آن برابر ۴۹٪ می باشد؛ در مرحله پیگیری میزان بهبودی برابر است با ۸۵٪، ۹۴٪ و ۸۴٪ و میانگین آن برابر ۸۷/۶٪ می باشد. آزمودنی اول بهبودی اندکی در حیطه افسردگی و استرس داشته است، ولی در مورد اضطراب درصد بهبودی بالای ۵۰ درصد است. در دوره پیگیری نیز در هر ۳ حیطه افسردگی، استرس و اضطراب درصد بهبودی بالاتر از ۵۰ درصد می باشد. میزان اندازه اثر در مورد آزمودنی اول ۰/۴۵

کمترین امتیاز مربوط به هر سؤال، صفر و بیشترین نمره، ۳ بود. طبق مطالعه بکر^{۴۱}، پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک با مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 همبستگی بالایی را نشان داد. پایی این مقیاس در ایران در یک نمونه (n=۱۰۷۰) برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. میزان ثبات داخلی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۹۲ به دست آورده اند.^{۴۲}

شیوه اجرا: انتخاب نمونه بر اساس ملاک های ورود و پس از مصاحبه بالینی بود. پس از کسب رضایت، آزمودنی ها در ۲ جلسه با فاصله یک هفته، در ارزیابی خط پایه شرکت نموده و سپس وارد درمان شدند. درمان به مدت ۱۰ جلسه (به صورت هفتگی) اعمال شد. همچنین پرسشنامه ها در جلسات دوم، چهارم، ششم، و هشتم درمان و یک ماه پس از درمان (جلسه پیگیری) توسط آزمودنی ها تکمیل شدند. نخستین روش تحلیل نتایج حاصله، استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری یا چشمی بود. تغییرات افراد در علائم افسردگی، اضطراب و استرس در طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری به واسطه الگوهای ترسیم دیداری تغییر در سطح، شیب و پایداری نمرات DASS-21 بررسی شد. برای بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنادار با سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر در نظر گرفتن نقطه ی برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده شد. در این روش با توجه به فرمول درصد بهبودی، نمره پس از آزمون فرد از نمره ی پیش آزمون تفریق و حاصل آن را بر نمره ی پیش آزمون تقسیم می کنیم. اگر درصد بهبودی دست کم ۵۰ باشد، می توان نتایج را از نظر بالینی معنی دار قلمداد کرد. برای بررسی اندازه اثر از فرمول اندازه اثر کوهن که به صورت زیر می باشد استفاده شد.

$$d_2 = \frac{\bar{X}_{A_2} - \bar{X}_{A_1}}{S_{pooled}}$$

صورت این فرمول نشانگر میانگین میانگین های مرحله درمان و خط پایه بوده و مخرج آن نیز انحراف استاندارد افتراقی است. رویکرد امیددرمانی اسنایدر با ادغام مداخلات شناختی رفتاری، روایتی، و راه حل محور در دو مرحله اصلی صورت می گیرد که هر مرحله از دو گام تشکیل شده است. مرحله اول امیدسازی است که شامل دو گام امیدبایی و تحکیم امید می باشد. مرحله دوم، امیدافزایی است که شامل افزایش امید و ابقای آن می باشد. گام اول درمانگر از طریق تشکیل اتحاد درمانی قوی و روابط بین فردی امیدوارانه، امیدی را که فرد برای دریافت کمک به عنوان هدفی برای رهایی از رنج و ناراحتی دارد را تشخیص و افزایش داده تا مراجع را

دهد، امید درمانی به طور جزئی موجب کاهش سطح افسردگی، استرس و اضطراب آزمودنی دوم شده است. با توجه به جدول شماره ۲، شاخص درصد بهبودی آزمودنی سوم پس از اتمام درمان به ترتیب در حیطه افسردگی، اضطراب و استرس برابر است با ۸۸٪، ۸۸٪ و ۷۶٪ و میانگین آن برابر ۸۴٪ می‌اشد؛ در مرحله پیگیری میزان بهبودی برابر است با ۸۸٪، ۷۷٪ و ۹۲٪ و میانگین آن برابر ۸۵/۶٪ می‌باشد. در مورد آزمودنی سوم در دوره درمان در هر ۳ مقیاس درصد بهبودی بالای ۵۰ درصد است. همچنین در دوره پیگیری نتایج نشان می‌دهد در هر ۳ حیطه افسردگی، استرس و اضطراب درصد بهبودی بالاتر از ۵۰ درصد می‌باشد. مقایسه میانگین خط پایه با میانگین درمان و با دوره پیگیری نشان دهنده تغییرات معنی‌دار بالینی می‌باشد. میزان اندازه اثر در مورد آزمودنی سوم ۰/۳۴ به دست آمده است که نشان می‌دهد امید درمانی به طور متوسط موجب کاهش سطح افسردگی، استرس و اضطراب آزمودنی سوم شده است.

به دست آمده است که نشان می‌دهد امید درمانی به طور متوسط موجب کاهش سطح افسردگی، استرس و اضطراب آزمودنی اول شده است. تحلیل چشمی نمودار ۱ نیز نشان دهنده کاهش میزان افسردگی، استرس و اضطراب در مرحله درمان و پیگیری در آزمودنی اول می‌باشد.

با توجه به جدول ۲، شاخص درصد بهبودی آزمودنی دوم پس از اتمام درمان به ترتیب در حیطه افسردگی، اضطراب و استرس برابر است با ۷۶٪، ۲۸٪ و ۵۰٪ و میانگین آن برابر ۵۱/۳۳٪ می‌باشد؛ در مرحله پیگیری میزان بهبودی برابر است با ۸۰٪، ۲۸٪ و ۵۵٪ و میانگین آن برابر ۵۴/۳٪ می‌باشد. در مورد آزمودنی دوم بهبودی حیطه اضطراب پایین‌تر از ۵۰ درصد ولی در حیطه افسردگی و استرس بالاتر از ۵۰ درصد بوده است. در دوره پیگیری نیز در حیطه افسردگی و استرس درصد بهبودی بالاتر از ۵۰ درصد می‌باشد. مقایسه میانگین خط پایه با میانگین درمان و دوره پیگیری نشان دهنده تغییرات معنی‌دار بالینی است. میزان اندازه اثر در آزمودنی دوم ۰/۲۷ به دست آمده است که نشان می‌دهد.

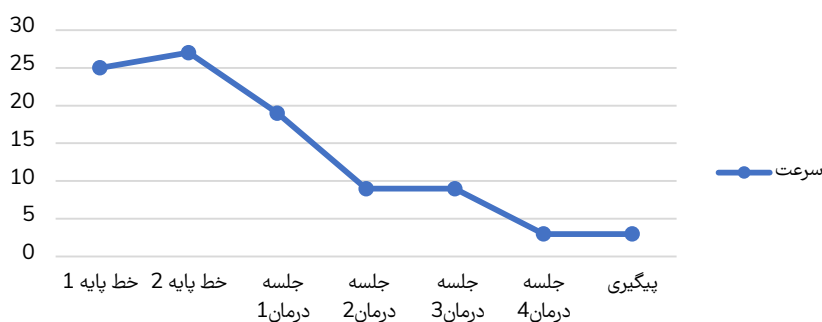
جدول ۱. نتایج اثربخشی امید درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی اول

مقیاس D.A.S.	افسردگی	اضطراب	استرس
خط پایه ۱	۲۵	۱۷	۲۴
خط پایه ۲	۲۷	۱۸	۲۶
میانگین	۲۶	۱۸	۲۵
انحراف استاندارد	۳۶/۷۹	۲۴/۷۵	۳۵/۳۸
جلسه درمان ۱	۱۹	۲۰	۲۳
جلسه درمان ۲	۹	۱۰	۱۵
جلسه درمان ۳	۹	۱۱	۹
جلسه درمان ۴	۳	۲	۶
میانگین	۱۰	۱۱	۱۳
انحراف استاندارد	۱۶/۳۰	۱۷/۶۷	۲۰/۸۶
درصد بهبودی درمان	۸۸٪	۸۸٪	۷۶٪
میانگین بهبودی درمان		۸۴٪	
پیگیری	۳	۴	۲
درصد بهبودی پیگیری	۸۸٪	۷۷٪	۹۲٪
میانگین بهبودی پیگیری		۸۵/۶٪	
میانگین میانگین های خط پایه		۲۳	
میانگین انحراف استاندارد خط پایه		۳۲/۳۰	
میانگین میانگینهای درمان		۱۱	
میانگین انحراف استاندارد درمان		۱۸/۲۷	
انحراف استاندارد افتراقی		۲۶/۲۴	
اندازه اثر		۰/۴۵	

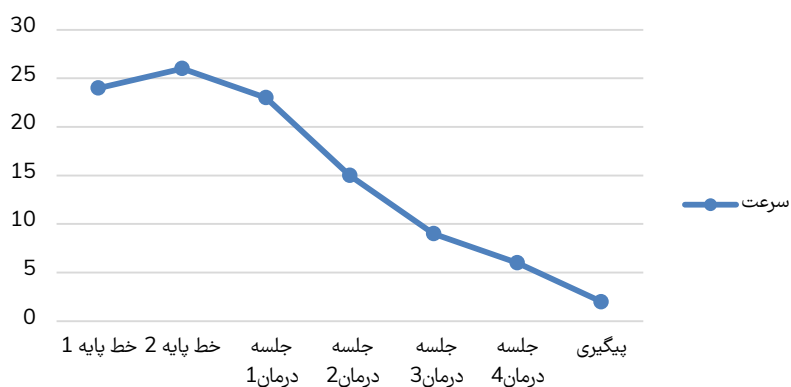
جدول ۲. نتایج اثربخشی امید درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی دوم

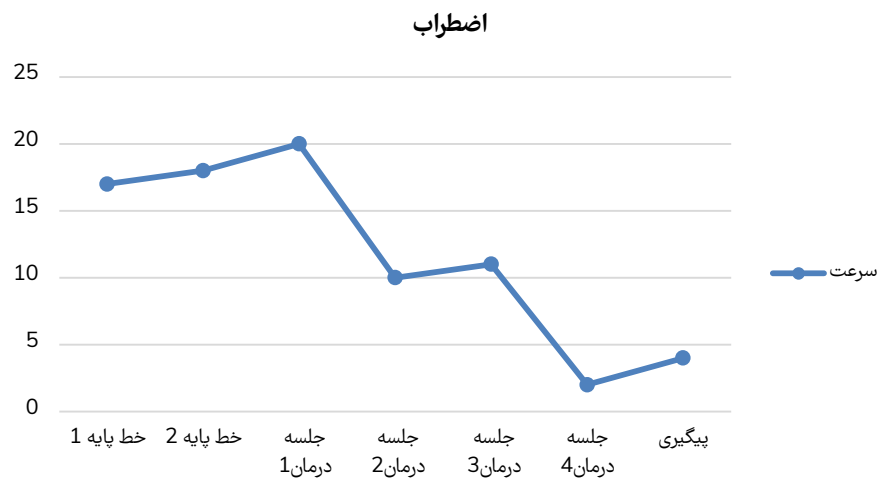
مقیاس D.A.S.S	افسردگی	اضطراب	استرس
خط پایه ۱	۲۲	۲۰	۱۹
خط پایه ۲	۲۰	۱۹	۲۱
میانگین	۲۱	۱۹/۵	۲۰
انحراف استاندارد	۲۹/۷۳	۲۷/۵۸	۲۸/۳۱
جلسه درمان ۱	۱۷	۱۷	۲۰
جلسه درمان ۲	۱۰	۱۶	۱۸
جلسه درمان ۳	۹	۱۶	۱۴
جلسه درمان ۴	۵	۱۴	۱۰
میانگین	۱۰/۲۵	۱۵/۷۵	۱۵/۵
انحراف استاندارد	۱۲/۸۴	۱۸/۲۳	۱۸/۴۳
درصد بهبودی درمان	%۷۶	%۲۸	%۵۰
میانگین بهبودی درمان		%۵۱/۳۳	
پیگیری	۴	۱۴	۹
درصد بهبودی پیگیری	%۸۰	%۲۸	%۵۵
میانگین بهبودی پیگیری		%۵۴/۳	
میانگین میانگین‌های خط پایه		۲۰/۱۶	
میانگین انحراف استاندارد خط پایه		۲۸/۵۱	
میانگین میانگینهای درمان		۱۳/۸۳	
میانگین انحراف استاندارد درمان		۱۶/۵	
انحراف استاندارد افتراقی		۲۳/۲۹	
اندازه اثر		۰/۲۷	

افسردگی



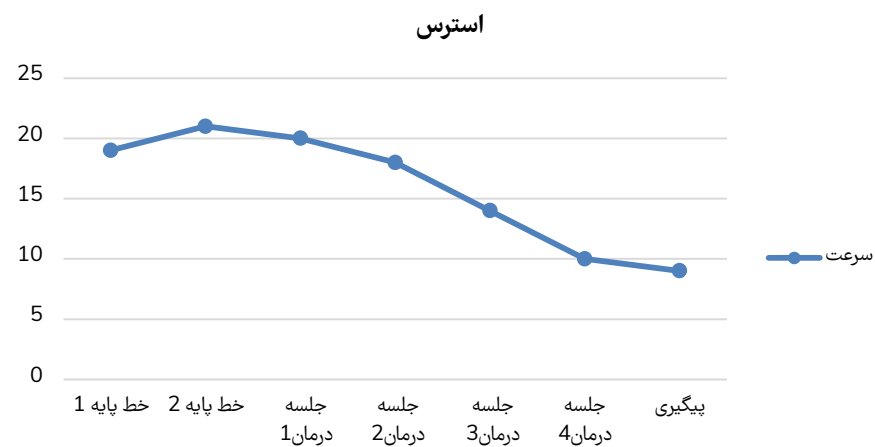
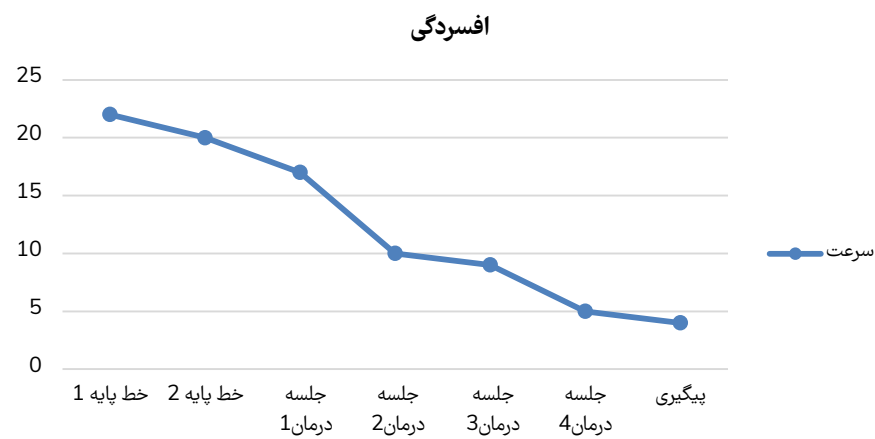
استرس

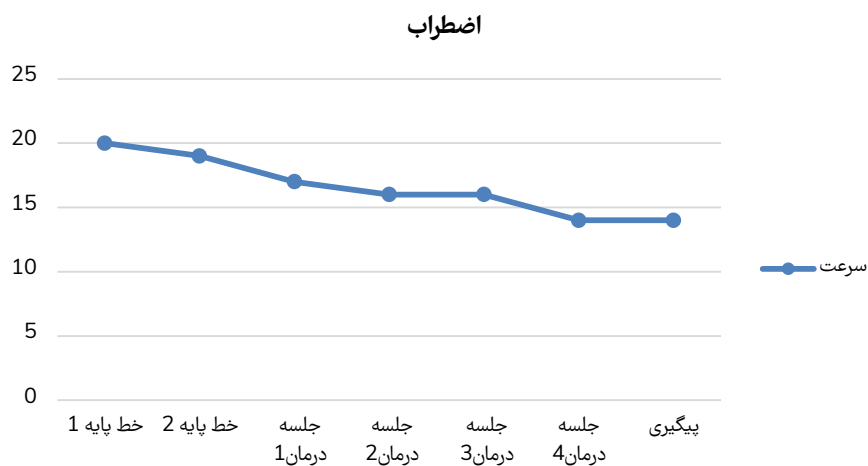




نمودار ۱. نتایج اثربخشی امید درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی اول

تحلیل چشمی نمودار ۲ نیز نشان دهنده کاهش میزان افسردگی، استرس و اضطراب در مرحله درمان و پیگیری در آزمودنی دوم می‌باشد.

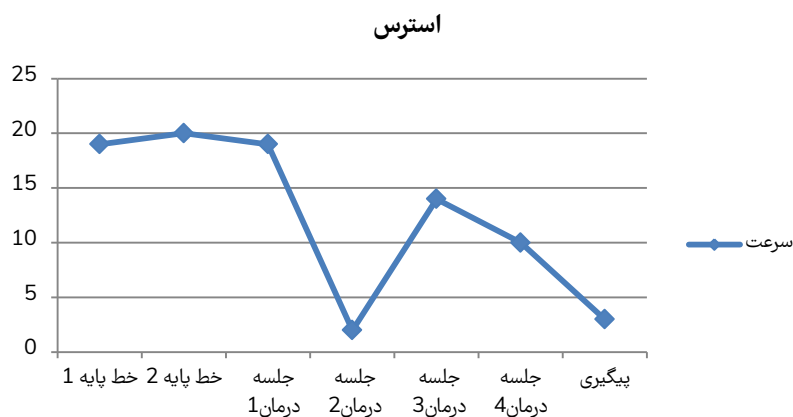
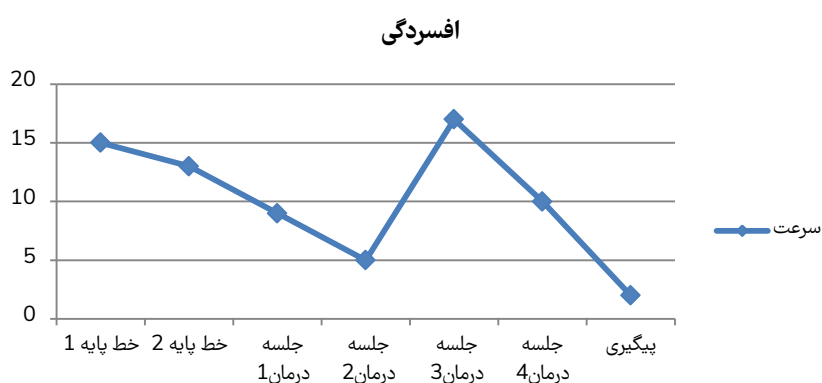
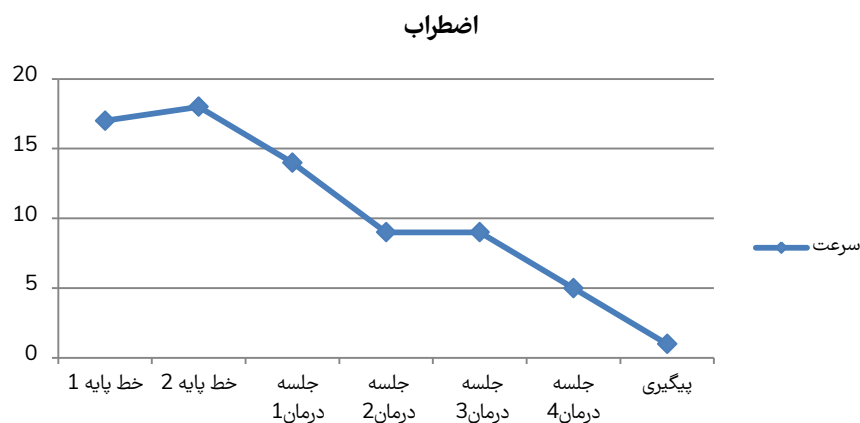




نمودار ۲. نتایج اثربخشی امید درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی دوم
تحلیل چشمی نمودار شماره ۳ نشان دهنده کاهش میزان افسردگی، استرس و اضطراب در مرحله درمان و پیگیری در آزمودنی اول می‌باشد.

جدول ۳. نتایج اثربخشی امید درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی سوم

مقیاس D.A.S.S	افسردگی	اضطراب	استرس
خط پایه ۱	۱۵	۱۷	۱۹
خط پایه ۲	۱۳	۱۸	۲۰
میانگین	۱۴	۱۷/۵	۱۹/۵
انحراف استاندارد	۱۹/۸۴	۲۴/۷۵	۲۷/۵۸
جلسه درمان ۱	۹	۱۴	۱۹
جلسه درمان ۲	۵	۹	۲
جلسه درمان ۳	۱۷	۹	۱۴
جلسه درمان ۴	۱۰	۵	۱۰
میانگین	۱۰/۲۵	۹/۲۵	۱۱/۲۵
انحراف استاندارد	۱۲/۸۴	۱۱/۲۹	۱۴/۸۴
درصد بهبودی درمان	%۲۸	%۷۱	%۴۸
میانگین بهبودی درمان		%۴۹	
پیگیری	۲	۱	۳
درصد بهبودی پیگیری	%۸۵	%۹۴	%۸۴
میانگین بهبودی پیگیری		%۸۷/۶	
میانگین میانگینهای خط پایه		۱۷	
میانگین انحراف استاندارد خط پایه		۲۴/۰۵	
میانگین میانگینهای درمان		۱۰/۲۵	
میانگین انحراف استاندارد درمان		۱۲/۹۹	
انحراف استاندارد افتراقی		۱۹/۳۲	
اندازه اثر		۰/۳۴	



نمودار ۳. نتایج اثربخشی امید درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی سوم

بحث

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر امید درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان در طی ۱۰ جلسه انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که امید درمانی موجب کاهش استرس، افسردگی و اضطراب در آزمودنی‌ها شده است. این نتایج در مرحله پیگیری نیز تایید شد. به طوری که میانگین درصد بهبودی حیطه‌ها برابر ۵۱/۳۳٪، ۴۹٪، ۸۴٪ بوده و در

مرحله پیگیری میزان بهبودی افزایش یافته بود. همچنین، شاخص اندازه اثر حاصله برای هر ۳ حیطه بالاتر از ۰/۲۵ بدست آمد؛ که نشان از معنی‌داری آماری تغییرات درمانی بود. در کل، یافته‌های به دست آمده حاکی از اثربخشی مطلوب امید درمانی بر کاهش میزان استرس، افسردگی و اضطراب می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظر Synder و Lopez^{۴۶} می‌توان گفت انسان دو نیمه

اضطراب کمتری را تجربه کنند. در تبیین یافته‌های پژوهشی؛ تحقیقات بسیاری همسو با نتایج این تحقیق بود. بهادری در کتاب مبانی امید و امیددرمانی بر توصیف و تبیین علمی امید و تاثیر آن بر پیشگیری و درمان مشکلات جسمی و روانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس می‌پردازد و با ذکر شواهد تاکید می‌کند که امید در همه دوره‌های زندگی و به ویژه در مواجهه با مشکلات و دشواری‌ها، کارساز و موجب تاب‌آوری و خلاقیت می‌شود.^{۴۴}

در این راستا یافته‌ها و نتایج تحقیقات نشان داده است که امیددرمانی بیش از درمان دارویی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی شده و اثرات درمان پس از سه ماه از پایان مداخله هنوز برقرار بوده است.^{۴۳} زیرا اضطراب و استرس که یکی از مهمترین علل اصلی ناتوانی ارادی است می‌تواند با سیر مزمن و پیشرونده خود کیفیت زندگی اشخاص را در ابعاد مختلف خود تحت تاثیر قرار دهد. در این رویکرد با داشتن هدف و معنای زندگی و تعیین اهداف منطقی و واقع‌بینانه، انرژی روانشناختی و نشاط فرد بالا رفته و فرد را در مسیر مشخصی قرار می‌دهد.

امیددرمانی، به مراجعین کمک می‌کند اهداف واقع‌بینانه برای خود تعیین کرده و به کمک مشوق‌های درونی، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آنها از نو بازآرایی کنند و در نتیجه این مداخله فرد از نظر روانی در حوزه‌های متعدد مانند عزت نفس تقویت شده و برخی از علائم آسیب‌شناسی روانی مانند اضطراب و افسردگی، استرس کاهش پیدا می‌کند.^{۴۸} همچنین وجود راهبردهای رفتاری گامی در جهت فعال کردن فرد است و به او کمک می‌کند تا فعالانه اهداف تعیین شده را دنبال کند. رسایی در پژوهشی نشان داد امیددرمانی می‌تواند در جهت کاهش پیامدهای روانشناختی منفی و افزایش راهبردهای موثر مقابله با استرس در دوران همه‌گیری کرونا ویروس مورد استفاده قرار گیرد.^{۴۴} رئیسایان در پژوهشی نشان داد که آموزش امید درمانی در کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر موثر می‌باشد.^{۴۵}

سامان در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی روان‌درمانی شناختی رفتاری و امیددرمانی بر افسردگی نوجوانان دختر به این نتیجه دست یافته است که امیددرمانی در کاهش نمرات متغیر افسردگی نسبت به روان‌درمانی شناختی رفتاری موثرتر عمل کرده است که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد.^{۴۶}

نتایج تحقیق هاشمیان نیز همسو با یافته‌های تحقیق بود، وی نشان داد امیددرمانی بر کیفیت زندگی و عزت نفس دختران نوجوان اثرگذار بوده و از این روش می‌توان برای کاهش افسردگی

مثبت و نیمه منفی دارد و امید در مرکز نیمه مثبت قرار دارد و مزیت قابل توجه امیددرمانی نسبت به سایر درمان‌های روانشناختی ایجاد تفکر امیدوارانه نسبت به زندگی و مقابله با مشکلات و اثرات مخرب آن در سطوح مختلف زندگی است. یادگیری یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف و انجام آن از طریق معنی‌دار شدن زندگی است که خود یک راهبرد موثر برای مقابله با استرس محسوب می‌شود. دانشجویان در طول جلسات امیددرمانی با استفاده از خودگویی‌های مثبت، یاد می‌گیرند ضمن آماده‌سازی خود برای بدترین موارد، به بهترین‌ها امیدوار باشند، امیدهای خود را واقعی جلوه دهند و اهداف خود را با ارزش‌های اصلی خود همسو کنند. بنابراین با دریافت انرژی مثبت در طول جلسات درمانی سعی کردند به جای نشخوار فکری، سرزنشگری و اجتناب از مسائل پیش رو، از تکنیک‌های امیددرمانی بهره گیرند.^{۴۷} هدف از امیددرمانی کمک به بیماران برای شناسایی اهداف مشخص، ایجاد مسیرهای مختلف برای اهداف، ایجاد انگیزه در آنها برای دستیابی به اهداف است و در این مسیر موانع به عنوان چالش‌هایی است که باید برطرف شوند.^{۴۸}

امید یک احساس مثبت است که باعث بهبود عملکردهای فردی و ایجاد احساسی خوب در فرد می‌گردد، انگیزه افراد را افزایش می‌دهد، از احساس ناامیدی و بدبینی جلوگیری می‌کند و انرژی مثبتی را برای دستیابی به اهداف مربوط به آینده فراهم می‌کند. افرادی که امید بالایی دارند هدفمند هستند و متعاقباً اغلب احساسات مثبتی را تجربه می‌کنند. امید درمانی علائم پریشانی را کاهش می‌دهد و بهزیستی را افزایش می‌دهد.^{۴۹}

امید پیش‌بینی کننده موفقیت درمان است و داده‌ها حاکی از آن است که افرادی که امید بیشتری دارند ممکن است در درمان‌های مختلف بهتر از افراد کم امید عمل کنند و تغییرات امید در طول دوره درمان با بهبود همزمان عملکرد روانشناختی همراه است.^{۵۰} افراد دارای امید بالا تلاش خود را معطوف بر رسیدن به اهداف می‌کنند و اهداف را با اطمینان بیشتری به دست می‌آورند همچنین، آنان به زندگی خود غنا می‌بخشند و با دیدی فراتر از وضعیت کنونی یعنی وضعیت درد، رنج و نابسامانی به زندگی نگاه می‌کنند. در نتیجه امید درمانی از طریق افزایش شادی و حفظ آن در زندگی، اعتماد به نفس، سازگاری با شرایط استرس‌زا و معنی دادن به زندگی و دستیابی به آرامش، اضطراب را کاهش می‌دهد. در واقع، انرژی لازم را در شرایط مختلف فراهم می‌آورد.^{۵۱} بنابراین گروه آزمایش بعد از جلسات امیددرمانی، به دلیل استفاده از راهبرد مقابله‌ای موثر و کارآمد توانستند با روش‌های صحیح، آرامش بیشتری برای خود به وجود بیاورند و در نتیجه افسردگی، استرس و

بر آنها چیره شود به طوری که امکان تداوم زندگی وجود داشته باشد.^{۶۸} نه تنها از جنبه فردی بلکه روان‌شناسان اجتماعی نیز اعتقاد دارند اضطراب که عاملی مخرب و نابود کننده است، از طریق یادگیری و الگوبرداری آموخته می‌شود و می‌تواند باعث کاهش رضایت از زندگی افراد باشد. تئوری‌های شناختی در زمینه اضطراب حاکی از آن هستند که توجه انتخابی به تهدیدها، اضطراب را شدیدتر کرده و قضاوت در زمینه رویدادهای فردی و اجتماعی را نیز به انحراف می‌کشاند.^{۶۹} امید درمانی می‌تواند بر متغیرهای استرس و اضطراب تاثیرگذار باشد. زیرا همه انسان‌ها در هنگام استرس و اضطراب و گرفتاری‌ها به حمایت بخشی از اطرافیان و دوستان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند. لذا هر چه امیددهی و حمایت اطرافیان بیشتر باشد امیدواری‌شان نیز در غلبه بر مشکلات مانند اضطراب و استرس نیز بیشتر است. بنابراین، حمایت و اطمینان تأثیر غیرمستقیم یا تأثیر میانجی بر میزان امید افراد در مقابل اثرات منفی در شرایط استرس‌زا دارد و از آنها محافظت می‌کند. در واقع حمایت، یک کمک دوجانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایتمندی می‌گردد و اضطراب را کاهش می‌دهد و تمام این‌ها به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد را می‌دهد.^{۷۰}

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این تحقیق و یافته‌های تحقیقات پیشین می‌توان نتیجه گرفت امیددرمانی منجر به کاهش افسردگی، اضطراب و استرس می‌گردد. امید نیروی مثبتی است که انگیزش، پیشبرد اهداف و سازگاری را افزایش می‌دهد. تغییراتی که در میزان امید افراد رخ می‌دهد ظاهری نیست، بلکه در توانایی افراد در تفکر هدفمند جستجو می‌شود. امید در سطح ظاهر روی نمی‌دهد بلکه در تصور عمیق از خود به عنوان موجودی که قادر است تفکر اراده‌مند و هدف‌مدار را افزایش دهد، رخ می‌دهد. افرادی که امید بالایی دارند، محرک‌های قوی‌تر و انرژی بیشتری برای پیگیری اهداف خود دارند. همچنین امیددرمانی به عنوان یک مداخله موجب افزایش توان افراد در مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا و چالش‌انگیز بیماری می‌شود، لذا این نوع از روش درمانی ابتدا میزان سازگاری، خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس افراد را افزایش می‌دهند؛ در نتیجه آنان موقعیت‌های تنش‌زا و چالش‌انگیز از جمله بیماری را قابل کنترل و قابل مدیریت می‌بینند و نگرش‌های خوشبینانه‌تری دارند که همه این عوامل منجر به کاهش افسردگی، اضطراب و استرس می‌گردد.

در میان نوجوانان استفاده کرد.^{۵۷} امید به عنوان یک ویژگی شخصیتی به حالتی گفته می‌شود که به فرد اجازه می‌دهد به شرایط جدید و استرس‌زا پاسخ مناسب ارائه دهد.^{۵۸} درمانگر در رویکرد امیددرمانی، از مراجعانش می‌خواهد که میزان اثربخشی را انتخاب و نوع استراتژی خود در قبال مثلاً اضطراب را در مقایسه با نمونه‌های واقعی، ارزیابی کنند. چون مطابق با نظر Corey: «تنها کسی که می‌توانی کنترلش کنی همان خودت هستی» این فرد است که می‌تواند خودکنترلی بهتری انجام دهد.^{۵۹} عباسی در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش امیددرمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری زنان مطلقه به این نتیجه رسیدند که آموزش امیددرمانی گروهی باعث افزایش معنادار بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری زنان مطلقه شد.^{۶۰} در این راستا سلیمی و همکاران ضمن پژوهشی درباره تأثیر امیددرمانی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی باعث بهبود تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شد.^{۶۱} در این پژوهش امیددرمانی منجر به کاهش استرس دانشجویان شد. این یافته با تحقیقات تقوی که نتیجه گرفتند امیددرمانی منجر به کاهش استرس همسران جانبازان مبتلا به PTSD شده است^{۶۲} و همچنین با نتایج تحقیقات Snyder و Lopez که به این نتیجه رسیدند امید وسیله‌ای برای پیشگیری اولیه و ثانویه از استرس است^{۶۳}، همسو می‌باشد. علاوه بر این، یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش Rustoen و همکاران که نتیجه گرفتند امیددرمانی در کاهش و استرس و پریشانی روانی نمونه‌ای از بیماران مبتلا به سرطان موثر است، همسو می‌باشد.^{۶۴} در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از عواملی که در مقابله با استرس نقش تعیین کننده دارد، امید است. امید به عنوان یک درونمایه روانشناختی مثبت از شواهد پژوهشی رو به رشد در ارتباط با تمرکز بر عملکرد سازشی برخوردار است و ادعای اینکه امید به عنوان یک سپر حفاظتی بر تمام ابعاد موثر است، قویا در پژوهش‌های متعدد مورد تایید قرار گرفته است.^{۶۵} تحقیقات نشان می‌دهد که امید به عنوان یک منبع تاب‌آوری، فواید حمایتی برای کاهش هیجان‌های منفی از جمله استرس دارد^{۶۶}؛ این ارتباط پویا بین امید و استرس با مولفه‌های امید در فرآیندهای انطباقی مفید است.^{۶۷} سلامت روانی که امیدواری بخشی از آن است، توانایی فرد را در درک واقعیت‌ها، همان‌گونه که هست و پاسخ دادن به چالش‌های آن و در پیش‌گرفتن تدابیر و شیوه‌های خردمندانه برای زندگی کردن، توصیف می‌کند. فرد برخوردار از سلامت روانی بر آن نیست که از فشارهای زندگی بیرهیزد بلکه می‌کوشد با واکنش‌های خود نسبت به این عوامل، آن‌ها را بشناسد، بپذیرد و

تضاد منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی را گزارش ننمودند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی علمی همچون رازداری و رضایت آگاهانه رعایت شده است.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از تمامی بزرگوارانی که پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند، نهایت تشکر و قدردانی را دارد.

References

1. Khodayari M, Parand A. Stress and coping methods. Tehran. University of Tehran; 2012. [Persian]
2. Murugan N, Mishra AK, Chauhan RC, Velavan A. Psychological distress among adult urban population of Puducherry. *Int J Community Med Public Health*. 2018; 5(1):3265-69. <https://DOI.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20182984>
3. Rahimi Z, Esmaily H, Taghipour A, Mosa Farkhani E, Jamali J. Evaluation of the Prevalence of Psychological Distress and Its Related Demographic Factors in 18-65 Year-Old Population of Khorasan Razavi: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2021; 10; 16(4):316-24. [Persian]. DOI: <http://irje.tums.ac.ir/article-1-6862-en.html>
4. Alizade Z, Rejali M, Feizi A, Afshar H, Hassanzade Kashtali A, Adibi P. Investigation of psychological disorders profile (anxiety, depression and psychological distress) in adult population of Isfahan province. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2016; 3(1):42-8. [Persian]. DOI: <http://jms.thums.ac.ir/article-1-287-en.html>
5. Jamali J, Roustaei N, Ayatollahi SMT, Sadeghi E. Factors Affecting Minor Psychiatric Disorder in Southern Iranian Nurses: A Latent Class Regression Analysis. *Nurs Midwifery Stud*. 2015; 4(2):1-7. [Persian]. DOI: [10.17795/nmsjournal28017](https://doi.org/10.17795/nmsjournal28017)
6. Ustun Determining depression and related factors in a society affected by COVID-19 pandemic. *The International journal of social psychiatry*, (2021):67(1), 54-63. <https://doi.org/10.1177/0020764020938807>
7. Jafarnia V, Badeleh M, Seifi H, Hasani J, Madanifar M. The effect of group cognitive behavioral therapy on depression and life expectancy in patients with hepatitis B. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016; 18(5):272-8. (Full Text in Persian). DOI: [10.22038/JFMH.2016.7490](https://doi.org/10.22038/JFMH.2016.7490)
8. Bueno-Notivol J, Gracia-García P, Olaya B, Lasheras I, López-Antón R, Santabárbara J. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A metaanalysis of community-based studies. *International journal of clinical and health psychology*. 2021; 21(1):100196. DOI: [10.1016/j.ijchp.2020.07.007](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007)
9. Organizational silence: concepts, antecedents, and consequences. *Iranian journal of management sciences*, 2012; 6(21): 77-104.
10. Jahromi MK, Minaei S, Abdollahifard S, Maddahfar M. The Effect of Stress Management on Occupational Stress and Satisfaction among Midwives in Obstetrics and Gynecology Hospital Wards in Iran. *Global journal of health science*. 2016; 8(9):91-98. [Persian]. DOI: [10.5539/gjhs.v8n9p91](https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n9p91)
11. Narimani M, Hasanzadeh S, Abolghasemi A. The effectiveness of stress inoculation training in decreasing stress, anxiety and depression of pre-university girl students. *Journal of School Psychology, Autumn* 2012; 3(1):101-117. DOI: [D_1_3_91_7_1_6](https://doi.org/10.1016/j.jchp.2020.07.007)
12. Vander Giessen D, & Bögels S M. Father-Child and Mother-Child Interactions with Children with Anxiety Disorders: Emotional Expressivity and Flexibility of Dyads. *Journal of abnormal child psychology*. 2018; 46(2): 331-342. DOI: [10.1007/s10802-017-0271-z](https://doi.org/10.1007/s10802-017-0271-z)
13. Mahmoudi H, Ebadi A, Salimi SH, Najafi Mehri S, Mokhtari Noori J, Shokrollahi F. Effect of nurse communication with patients on anxiety, depression and stress level of emergency ward patients. *Journal of Critical Care Nursing*. 2010; 3(1):3-4. [Persian]. URL: <http://jccnursing.com/article-1-141-en.html>
14. Holman MS, Williams MN. Suicide risk and protective factors: A network approach. *Archives of Suicide Research*. 2020; 26(1):137-154. DOI: [10.1080/13811118.2020.1774454](https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1774454)

15. Fouladi Z, Ebrahimi A, Manshaei GH, Afshar H, Fouladi M. Investigation of relationship between positive psychological variables (spirituality and hope) psychopathology (depression, stress, anxiety) and quality of life in hemodialysis patients Isfahan – 2012. *J Res Behave Sci* 2014; 11(6): 567-577. URL: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-348-fa.html>
16. Aspinwall LG, Tedeschi RG. The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of behavioral medicine*. 2010;39(1):4-15. DOI:10.1007/s12160-009-9153-0
17. Jason LA SE, Light JM. The relationship of sense of community and trust to hope. *Journal of community psychology*. 2016 Apr;44(3):334-41. DOI: 10.1002/jcop.21771
18. Feldman DB, Kubota M. Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college grade-point average. *Learning and Individual Differences*. 2015;37:210-6. DOI:10.1016/j.lindif.2014.11.022
19. Duncan AR, Jaini PA, Hellman CM. Positive Psychology and Hope as Lifestyle Medicine Modalities in the Therapeutic Encounter: A Narrative Review. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2021;15(1):6-13. DOI: 10.1177/1559827620908255
20. Rafiepoor A. The Effectiveness of Hope Therapy on the Quality of Life of Mothers Children with Physical Disabilities. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2018; 15(32):117-34(Persian). DOI: 10.22111/JEPS.2018.4422
21. Lin, P. A. N. G., & Kunjuan, J. I. N. G. (2022). Application progress of Snyder's hope theory in the nursing of chronic non-malignant patients. *Journal of Hebei Medical College for Continuing Education*, 39(2), 48-53. DOI: 10.3969/j.issn.1674-490X.2022.02.007
22. McIntosh, R., Ironson, G., & Krause, N. (2021). Keeping hope alive: Racial-ethnic disparities in distress tolerance are mitigated by religious/spiritual hope among Black Americans. *Journal of psychosomatic research*, 144, 1104. DOI:10.1016/j.jpsychores.2021.110403
23. Greene K, Rubin DL, Hale JL, Walters LH. The utility of understanding adolescent egocentrism in designing health promotion messages. *Health Communication*, 1996, 8(2), 131-152. Doi.10.1207/s15327027hc0802_2
24. Snyder CR, Ritschel LA, Rand KL, Berg CJ. Balancing psychological assessments: Including strengths and hope in client reports. *Journal of clinical psychology*. 2006; 6; 62(1):33-46. DOI:10.1002/jclp.20198
25. Worley SM, Schwebel AI. The effect of cooperation on egocentrism in divorce mediation: A simulation study. *Journal of Divorce*, 1985, 8(3-4), 151-165. Doi.10.1300/J279v08n03_11.
26. Lin P. Risky behaviors: Integrating adolescent egocentrism with the theory of planned behavior. *Review of General Psychology*, 2016, 20(4), 392-398. Doi.10.1037/gpr0000086.
27. Snyder C.R, Lopez S.J. Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths. New York, Sage Publication Inc. 2007. ISBN-10: 9781452276434
28. Boger K. Deconstructing Egocentrism through Critical Thinking in the Communication Classroom. *Communication Center Journal*, 2019, 5(1), 184-186. ISSN: EISSN-2575-694X Doi.10.1384/j.tics.2019.03.106
29. Malekzade A, Aslami E, Bakhtiari Sh. The Effectiveness of Cognitive Hope Therapy Training on Feelings of Shame and Guilt in Women in Garmsar City, Quarterly Journal of Women and Society, 2023;6; 21;13(52):1-6. DOI: 10.30495/JZVJ.2022.29702.3759
30. Rafiepoor A. The Effectiveness of Hope Therapy on the Quality of Life of Mothers Children with Physical Disabilities. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2018; 15(32):117-34(Persian). DOI: 10.22111/JEPS.2018.4422
31. Bijari H, Ghanbari B, Aghamohammadian H, Homae F, Investigating the effectiveness of group therapy based on the hope therapy approach on increasing the life expectancy of women with breast cancer. *Journal of educational and psychological studies of Ferdowsi University*. 2009, 9;10(1): 172-185. [Persian]. DOI: 10.22067/FE.V10I1.1278
32. Cheavens J.S, Feldman D.B, Gum A, et al. Hope Therapy in a Community Sample: A Pilot Investigation. *Soc Indic Res* 77, 61–78 (2006). <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5553-0>
33. Peterson C. The future of optimism. *American Psychologist*, 2000 55(1), 44–55. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.44>
34. Snyder C.R, Shane J. Lopez, eds. Handbook of Positive Psychology / Edited by C.R. Snyder, Shane J.

- Lopez. Oxford [England]; Oxford University Press, 2023. DOI:10.1093/oso/9780195135336.001.0001.
35. Taylor J.D. Feldman D.B, Saunders R. S, Ilardi S.S. Hope theory and cognitive-behavioral therapies. In C. R. Snyder (Ed.), Handbook of hope: Theory, measures, and applications (pp. 109–122). Academic Press. 2000 DOI:10.1016/B978-012654050-5/50008-7
36. Alizadeh M, Rajai A, Hosseini Ghasr S. The Effect of Group hope therapy on the HIV patients to increase life expectancy. Health Psychology.2014; 2(4), 70-82. [Persin]. doi:20.1001.1.23221283.1392.2.8.6.4
37. Noforsati A, Roshan R, Fata L, Hasan Abadi HR, Pasandideh A, Shoairi MR. The Effectiveness of Positive Psychotherapy in Increasing Happiness and Psychological Well-being in People with Depression Symptoms: A Multiple baseline study. Journal of Positive Psychology. 2015;18(2): 93-102. [Persian]. magiran.com/p1580236
38. Looft WR. Egocentrism and social interaction across the life span. Psychological Bulletin, 1972, 78(2), 73. DOI:10.1037/h0033012
39. Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: history, application, and current practice. Clin Psychol Review. 2001 Apr;21(3):421-46. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00058-6. PMID: 11288608.
40. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995;3; 33(3):335-43. DOI:10.1037/t01004-000
41. Baker RA, Andrew MJ, Schrader G, Knight JL. Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: preliminary findings. ANZ journal of surgery. 2001 ;3;26;71(3):139-42. DOI:10.1046/j.1440-1622.2001.02055.x
42. Sahebi A, Asghari M. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. Journal of Iranian Psychologists. 2005;1(4):36–54. [Persian]. <https://sid.ir/paper/450626/fa>
43. Cohen J. Some statistical issues in psychological research. Handbook of clinical psychology. 1965:95-121. New York: McGraw-Hill.
44. Bahari F. Basics of Hope and Hope Therapy. Tehran. Danjeh;2010. [Persian]. ISBN: 9786005510690
45. Lopez SJ, Snyder CR. Oxford handbook of positive psychology. psychology. 2004; 25:265-8. DOI:10.1093/oxfordhb/9780195187243.001.0001
46. Lopez S.J, Synder C.R. The future of positive psychological assessment: Making a difference.2003: 461–468. DOI:10.1037/10612-029
47. Liu Y. A hope-based group therapy program to women with multiple sclerosis: quality of life. Neuro Quantology. 2017; 12 ;1;15(4):127-32. DOI:10.14704/nq.2017.15.4.1135
48. Snyder C.R. Teaching: The lessons of hope. Journal of Social and clinical psychology.2005, 24(1), 72-84. DOI:10.1521/jscp.24.1.72.59169
49. Kavak F, Yilmaz E. The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. Annals of Medical Research. 2018;25(3)416-9. DOI: 10.5455/annalsmedres.2018.05.092
50. Masjedi-Arani A, Yoosefee S, Hejazi S, Jahangirzade M, Jamshidi MA, Heidari M, Farhoush M. Effectiveness of an islamic approach to hope therapy on hope, depression, and anxiety in comparison with conventional hope therapy in patients with coronary heart disease. Journal of Advances in Medical and Biomedical Research. 2020; 3; 10;28(127):82-9. DOI:10.30699/jambs.28.127.82
51. Sanagouye Moharer G, Kia S, Akbarizadeh A, Erfani M. Effect of Hope Therapy on sleep quality, subjective well-being and health hardiness among cancer patients with breast evacuation. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2020 ;12; 10;6(2):66-73. DOI: 10.21859/ijrn-06208
52. Cheavens J, Grabmeier J. Hope therapy, may fight depression. 18 Aug. at Medical News Today. Ohio: Ohio State University. 2008:23-62.
53. Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust T, Kalantari M, Talebi H, Khosravi A.R. Comparison of Effectiveness of Two Methods of Hope Therapy and Drug Therapy on the Quality of Life in the Patients with Essential Hypertension. Journal of Clinical Psychology.2010;2;1(5):27-34. [Persian]. DOI:10.22075/JCP.2017.2004
54. Rasae S. The effectiveness of hope therapy on strategies to cope with stress and anxiety of corona in women with breast cancer during the covid-19 epidemic. Journal of applied studies in social science and sociology.2021;7; 2(59); 160-151. <https://sid.ir/paper/968157/fa>
55. Raesian A S, Golzari M, Borjali A. Effectiveness of Hope Therapy on Reducing Depressive Symptoms and Preventing of Relapse in Cure-Seeker Women with Dependency to Narcotic Drugs. Journal of Research on Addiction.2011; 5 (17) :21-40. [Persian]. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-358-en.html>

56. Samaan M, Diefenbacher A, Schade C, Dambacher C, Pontow IM, Pakenham K, Fydrich T. A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders. *Psychotherapy Research*. 2021 ;3; 3;31(3):372-85. DOI: [10.1080/10503307.2020.1802080](https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1802080)
57. Hashemian M, Namdari K, Abedi A. The Effectiveness of Hope-Therapy on the Dimensions of Life Quality and Self-Esteem of Depressed Adolescent Girls. *Journal of Counseling Research Iranian Counseling Association*. 2022;5;81(21)331-309. DOI: [10.18502/qjcr.v21i81.9501](https://doi.org/10.18502/qjcr.v21i81.9501)
58. Ghazavi Z, Khaledi-Sardashti F, Kajbaf MB, Esmailzadeh M. Effect of hope therapy on the hope of diabetic patients. *Iran Journal Nurs Midwifery Res*. 2015;20(1):75-80. PMID: [25709694](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25709694/)
59. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy Enhanced. Cengage learning; USA, Cenveo. 2016. ISBN: [1305855957](https://www.cengage.com/ebooks/9781305855957)
60. Abbasi P, Mahmoodi F, Ziapour A. The Effectiveness of Group Hope Therapy Training on Psychological Well-Being and Resilience in Divorced Women. *World Fam Med Journal*. 2017;15(10):116-21. DOI: [10.5742/MEWFM.2017.93149](https://doi.org/10.5742/MEWFM.2017.93149)
61. Salimi A, Abbasi A, Zahrakar K, Tameh B, Davarniya R. The effect of group based hope therapy on resiliency of mothers of children with autism spectrum disorder. *Armaghan-e-Danesh*. 2017;22(3):350-63. URL: <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-1763-en.html>
62. Taghavi M, Hashemian K, Bualhari J. Comparison of the Effectiveness of Two Religious-Spiritual and Hope Interventions on Reducing Stress, Anxiety and Depression of Spouses of Veterans with PTSD. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2020;12(3):165-172. DOI: [10.29252/ijwph.12.3.165](https://doi.org/10.29252/ijwph.12.3.165)
63. Snyder C.R, Lopez S.J (Eds). (2001). Handbook of positive psychology. Oxford university press. ISBN 0-19-513533-4
64. Rustoen T, Cooper BA, Miaskowski C. A longitudinal study of the effects of a hope intervention on Levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(4):351-7. DOI: [10.1016/j.ejon.2010.09.001](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.09.001)
65. Manouchehri M, Gholzari M, Kordmirza Nikouzadeh E. O. The Effectiveness of Hope Therapy on Employing Positive Coping with Stress Strategies in Wives of Addicted Men. *Clinical Psychology Studies*, 2016; 6(21): 78-90. DOI: [10.22054/jcps.2016.2385](https://doi.org/10.22054/jcps.2016.2385)
66. Antony DO, Edwards LM, Bergman CS. Hope as a source of resilience in later adulthood. *Personal Individ Differ*. 2006;41(7):1263-73. DOI: [10.1016/j.paid.2006.03.028](https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.03.028)
67. Synder CR, Lehman KA, Kluck B, Monsson Y. Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilit Psychol*. 2006;51(2):89-112. DOI: [10.1037/0090-5550.51.2.89](https://doi.org/10.1037/0090-5550.51.2.89)
68. Valizade Sh. Mental health and skills to cope with stress, anxiety, anger. *Journal of reform and education*. 2009 ;10;1(85):37-42. [Persian]. magiran.com/p679622
69. Taylor C.T, Bomyea J, Amir N. Attentional bias away from positive social information mediates. The link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010; 24 (4): 403 – 408. DOI: [10.1016/j.janxdis.2010.02.004](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.02.004)
70. van Leeuwen C, Post MW, Van Asbeck FW, Van Der Woude LH, De Groot S, Lindeman E. Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of rehabilitation medicine*. 2010 .6; 26;42(3):265-71 DOI: [10.2340/16501977-0502](https://doi.org/10.2340/16501977-0502)