

تأثیر آموزش ارتقاء امید بر توانمندی های رفتاری مراجعین مبتلا به افسرده خوئی

دکتر کورش نامداری*^۱، دکتر حسین مولوی^۱، دکتر مختار ملک پور^۱، دکتر مهرداد کلانتری^۱

^۱ گروه روان‌شناسی - دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳/۸/۸۸ اصلاح نهایی: ۲۲/۵/۸۹ تاریخ پذیرش: ۱۵/۷/۸۹

چکیده:

زمینه و هدف: روان‌شناسی مثبت، مطالعه تجارب ذهنی مثبت مثل شادمانی و سلامتی، صفات فردی مثبت مثل امید و بخشش و توانمندی‌های بین فردی مثل نوع دوستی و حس جامعه‌پذیری را شامل می‌شود. هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش ارتقاء امید بر میزان توانمندی‌های رفتاری افراد مبتلا به افسرده خوئی بوده است. **روش بررسی:** در این مطالعه تجربی ۴۰ نفر از مراجعین به مراکز مشاوره شهر اصفهان که مبتلا به اختلال افسرده خوئی بودند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابتدا آزمون ارزش‌های فعال در عمل (VIA- IS) به عنوان پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. سپس بیماران گروه آزمایش، ۶ جلسه آموزش ارتقاء امید دریافت نمودند. در پایان آزمون ارزش‌های فعال در عمل مجدداً به عنوان پس‌آزمون اجرا گردید. از روش تحلیل کواریانس جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** پس از آموزش ارتقاء امید به ترتیب در گروه کنترل و آزمایش میانگین نمرات توانمندی‌های رفتاری در خود نظم دهی $31/40 \pm 3/78$ و $37/75 \pm 3/17$ ، آینده‌نگری $28/10 \pm 2/17$ و $37/75 \pm 3/86$ ، تواضع و فروتنی $29/20 \pm 2/04$ و $35/65 \pm 2/77$ و بخشش $26/80 \pm 2/39$ و $37/10 \pm 2/71$ بود ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** این پژوهش نشان داد که آموزش ارتقاء امید، مداخله مؤثری برای اصلاح و بهبود توانمندی‌های خودنظم‌دهی، آینده‌نگری، تواضع و فروتنی و بخشش می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش ارتقاء امید، بیماران افسرده‌خو، توانمندی‌های رفتاری.

مقدمه:

هر چند روان‌درمانی با تأکید بر کمبودها گام‌های بزرگی برداشته است و مطالعات مختلف هم مفید و موثر بودن روان‌درمانی را مورد تأکید قرار داده‌اند و تأکید بر آسیب‌شناسی روانی هم تا حد زیادی خلاصی از علایم را باعث شده است، اما لزوماً باعث افزایش امید و شادمانی نگردیده است (۲). عقیده بر این است که شادمانی باید به عنوان یک هدف مشخص در روان‌درمانی پیگیری شود، چرا که در سلسله مراتب اهداف درمانی، بالاترین جایگاه را به خود اختصاص می‌دهد (۳). همچنین این عقیده وجود دارد که وقتی روان‌شناسی مثبت در درمان مورد استفاده قرار گیرد، آموزه‌های مختلفی را فراهم می‌نماید از

افسرده‌خوئی اختلالی است که افراد مبتلا به آن حداقل به مدت ۲ سال علایمی مثل اختلال در اشتها، خواب و آشفتگی انرژی که با خستگی، عزت نفس پائین، تمرکز ضعیف، مشکل تصمیم‌گیری و احساس ناامیدی از خود نشان می‌دهند. با این حال این نشانه‌ها خیلی شدید نیستند. افراد مبتلا در اغلب تلاش‌هایشان احساس بی‌کفایتی می‌کنند و نمی‌توانند از وقایع زندگی لذت ببرند (۱). سالهاست که مراجعین برای مطرح کردن مسائل، مشکلات و کمبودهای خود به روان‌درمانگران مراجعه می‌کنند، با عنایت به اینکه، طرح و بررسی این مسایل می‌تواند در تسکین و درمان آنها موثر باشد.

* نویسنده مسئول: اصفهان-دانشگاه اصفهان- گروه روان‌شناسی- تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۲۵۵۶، E-mail: k.namdari@edu.ui.ac.ir

می کند. این رویکرد بر افزایش امید به عنوان کلیدی برای تغییر تاکید می نماید و مراجعین به عنوان عوامل تغییر در نظر گرفته می شوند. نقش درمان گر پرورش توانمندی ها و استفاده صحیح تر از خلاقیت ذاتی و توانایی های حل مسئله خودشان می باشد (۲۱). امید درمانی که از نظریه امید Snyder برگرفته شده به مراجعین کمک می کند تا خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزند و موانع را به صورت چالش هایی برای غلبه بر آنها از نو بازآرایی کنند (۲۲).

در همین راستا، یک رویکرد امیدوارکننده برای افزایش سلامتی از طریق مداخلات روان شناسی مثبت می باشد. یعنی روشهای درمان یا فعالیت های برنامه ریزی شده ای که پرورش و گسترش هیجانات، رفتارها یا شناخت های مثبت را مورد توجه قرار می دهند. به عنوان نمونه، مشخص شده است که استراتژی انواع مداخلات روان شناسی مثبت مثل نوشتن نامه های سپاس و قدردانی، تمرین تفکر خوش بینانه، بازنمایی تجارب مثبت و اجتماعی شدن، سلامتی را در نمونه های غیر بیمار افزایش داده اند (۲۳-۲۵).

از آنجا که پژوهش های انجام شده به موضوع تاثیر آموزش ارتقاء امید بر سطح توانمندی های مربوط به فضیلت اعتدال یعنی توانمندی های بخشش، تواضع، آینده نگری و خودنظم دهی در افراد افسرده نپرداخته اند و این آموزش می تواند شیوه زندگی افراد افسرده را تغییر دهد، پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخی برای این سوال است که آیا آموزش ارتقاء امید می تواند بر سطح توانمندی های رفتاری افراد افسرده تاثیر گذاشته و شیوه زندگی آنها را تغییر دهد؟

روش بررسی:

این مطالعه تجربی به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. کلیه مراجعین به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷ که در ارزیابی های بالینی، تشخیص افسردگی خوبی

جمله اینکه می توان به افراد آموخت که چگونه با کاهش پریشانی و ناراحتی، افزایش امید و شادمانی و تسهیل رشد و تکامل خود را دنبال کنند (۴). بدین ترتیب، نقش و جایگاه درمان مثبت بخوبی روشن می شود (۵) در واقع، روان شناسی مثبت نه تنها اصلاح و ترمیم، بلکه پیشگیری را هم مورد توجه قرار می دهد (۶).

روان شناسی مثبت شیوه ای از شناخت و فهم را به روان شناسی می دهد تا بفهمد چرا و در چه شرایطی علیرغم وجود محیط مساعد، پیامدهای منفی به وقوع نمی پیوندند (۷). امید و خوش بینی بیشترین توجه نظری و عملی را به خود اختصاص داده اند (۸، ۹، ۱۰) و خوش بینی به عنوان انتظار امیدوارانه در یک موقعیت معین تعریف شده است (۱۱). بخشش یک تحول فردی است که باعث کاهش تمایل به تفکر، احساس و رفتار ناسازگارانه نسبت به فرد خلافکار می شود (۱۲). بخشش، همانند خوش بینی با رضایت از زندگی (۱۳)، عزت نفس (۱۴)، حمایت اجتماعی و رفتارهای سالم (۱۵) رابطه مثبت دارد و گزارش شده که با بالا رفتن سن افزایش می یابد (۱۳). همچنین، بر اساس اطلاعات موجود، بخشش هم مانند خوش بینی با اضطراب، افسردگی و استرس همبستگی منفی دارد (۱۶-۱۴).

امید هم یکی از سازه های روان شناسی مثبت است که بیشترین پژوهش در مورد آن انجام شده است و شامل سه مؤلفه متفاوت اهداف، گذرگاه ها و انگیزش می شود (۱۷). در مفهوم سازی شناختی از امید، پیگیری هدف ها بسیار حایز اهمیت می باشد (۱۸). تحقیقات در مورد دانشجویان نشان داده که سطح امید بالاتر با عملکرد بهتر در تحصیلات و ورزش، نتایج مثبت روان درمانی و سلامت جسمانی در ارتباط است (۱۹، ۲۰).

روان درمانی مثبت رویکردی است که بر ارتقاء صفات مثبت، ایجاد توانمندی ها و کمک به مراجعین برای پی بردن به منابع دست نخورده خود تاکید

یک بیمار را ارزیابی کنند و به تشخیص واحدی برسند، بسیار زیاد است (۱).

۲- پرسشنامه ارزش های فعال در عمل

(Values in action inventory of strengths=VIA-IS):

این آزمون که در سال ۲۰۰۳ توسط Peterson و Seligman منتشر شد (۲۶)، ۶ فضیلت و ۲۴ توانمندی شخصیتی را ارزیابی می کند که فضیلت اعتدال و میانه روی ۴ توانمندی بخشش، تواضع و فروتنی، آینده نگری و خودنظم دهی را شامل می شود که Peterson و Seligman این چهار توانمندی را توانمندی های رفتاری نامگذاری کرده اند. این آزمون به گونه ای سازماندهی شده که برای هر توانمندی ۱۰ سوال در نظر گرفته شده است و مجموعاً ۲۴۰ سوال را شامل می شود. سوالات با یک مقیاس لیکرتی ۵ گزینه ای پاسخ داده می شوند. این آزمون از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن بالاتر از ۰/۷۰ و پایایی آن با روش بازآزمایی هم بالاتر از ۰/۷۰ بوده است (۲۶). بر اساس گزارش Berman، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ها ۰/۹۷ و برای مقیاس آینده نگری ۰/۷۵، خودنظم دهی ۰/۷۰، بخشش ۰/۸۸ و تواضع و فروتنی ۰/۸۰ می باشد (۲۷).

جهت بررسی روایی آزمون VIA-IS از ۵ نفر از صاحب نظران روان شناس (اعضاء هیئت علمی) نظرخواهی شد و مشخص شد که محتوای سئوالات پرسشنامه با تعاریف نظری مقیاس های آزمون مطابقت دارد بنابراین، روایی صوری و محتوایی آزمون تائید گردید. ضمناً روایی همزمان این آزمون با عوامل پنجگانه آزمون شخصیت نئو (NEO-FFI) یعنی روان نژندی، برون گرایی، باز بودن نسبت به تجربه، توافق پذیری و وجدان کاری به ترتیب ۰/۳۹-، ۰/۳۰، ۰/۳۸، ۰/۳۷ و ۰/۴۰ بوده که در سطح $P < 0/01$ معنی دار بوده است (۲۸).

(Dysthymia) دریافت نموده بودند جامعه آماری پژوهش را تشکیل می داد.

ابتدا از میان لیست مراکز و کلینیک های روان شناسی شهر اصفهان ۱۲ مرکز که واجد شرایط و دارای امکانات و متخصصین لازم برای ورود به فرآیند انتخاب بودند، دو مرکز به طریق تصادفی ساده انتخاب شدند و پس از جلب همکاری این مراکز، از بین افراد مراجعه کننده به کسانی که با نظر روانپزشک و روان شناس بالینی تشخیص افسرده خویی دریافت نمودند، آزمون ارزش های فعال در عمل (VIA-IS) ارائه شد. سپس از بین ۸۰ نفر از مراجعینی که VIA-IS در مورد آنها اجرا شده بود و تشخیص افسرده خویی دریافت کرده بودند، ۴۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش حاضر (دامنه سنی ۱۷-۴۶ سال، نداشتن مشکل دیگر جز افسرده خویی و بهره هوشی بالاتر از متوسط) را داشتند، انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

گروه آزمایش در برنامه آموزش ارتقاء امید شرکت کردند و در پایان دوره آموزشی مجدداً آزمون ارزش های فعال در عمل اجرا شد. گروه کنترل نیز برای بار دوم آزمون (VIA-IS) را تکمیل کردند. ابزارهای جمع آوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

۱- مصاحبه بالینی:

مراجعینی که بر اساس ملاک های DSM-IV از طریق مصاحبه بالینی ساختار دار (Structured clinical interview for DSM-IV=SCID) توسط روانشناس بالینی و روانپزشک تشخیص اختلال افسرده خویی دریافت نمودند وارد پژوهش شدند. مصاحبه بالینی ساختار دار شامل یک رشته سئوالات استاندارد و بررسی های بعدی است که ترتیب مشخصی دارند. استفاده از مصاحبه های تشخیصی ساختار دار، ضمانتی است برای اینکه از بیماران سئوالات مشابهی پرسیده شود. به این ترتیب، احتمال این که دو متخصص

۳- آزمون ریون پیشرفته

(APM=Advanced power management):

این آزمون دارای دو دفترچه می باشد و برای سنجش هوش افراد با توانایی های ذهنی متوسط و بالاتر از متوسط بکار گرفته می شود. دفترچه اول به عنوان یک مجموعه ی تمرینی قبل از دفترچه دوم روی آزمودنی اجرا می شود تا آزمودنی با روش کار و نحوه پاسخ دادن آشنا شود. دفترچه دوم مجموعه اصلی آزمون را تشکیل می دهد و با توجه به عملکرد آزمودنی در این دفترچه می توان رتبه درصدی و هوشبهر او را مشخص کرد (۲۹). عملکرد کلیه آزمودنی ها بالاتر از متوسط بود. پایایی آزمون با روش باز آزمایی ۰/۹۱ و ضریب آلفای کرونباخ آزمون ۰/۸۲ گزارش شده است. همچنین روایی آزمون ۰/۸۳ گزارش شده است (۳۰).

۴- مداخله آموزشی ارتقاء امید:

گروه آزمایش بر اساس مدلی که لویز، اسنایدر همکاران در سال ۲۰۰۳ ارائه دادند، تحت آموزش ارتقاء امید قرار گرفتند. این برنامه در ۶ مرحله و طی ۶ هفته متوالی به افراد ارائه شد (۳۱).

به منظور بررسی تاثیر آموزش ارتقاء امید در گروه آزمایش از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. به این ترتیب که برنامه آموزش ارتقاء امید به عنوان متغیر مستقل نمرات پس آزمون هر یک از توانمندی های مذکور به عنوان متغیر همگام وارد تحلیل شدند.

دلیل استفاده از تحلیل کوواریانس در این پژوهش، افزایش دقت و حذف اثر تفاوت های اولیه در توانمندی ها بود.

یافته ها:

میانگین سنی گروه آزمایش ۴/۲۲±۲۴/۵۴ و گروه کنترل ۴/۸۲±۲۵/۶ سال بود. در گروه آزمایش ۴/۶۵ درصد و در گروه کنترل ۶۲ درصد مجرد بودند.

پس از آموزش ارتقاء امید میانگین نمرات توانمندی ها در گروه کنترل و آزمایش به ترتیب در خود نظم دهی ۳۷/۷۵±۳/۱۷ و ۳۱/۴۰±۳/۷۸، آینده نگری ۲۸/۱۰±۲/۱۷ و ۲۸/۱۰±۳/۸۶، تواضع و فروتنی ۲۹/۲۰±۲/۰۴ و ۲۹/۲۰±۲/۰۴ و ۳۵/۶۵±۲/۷۷ و بخشش ۲۶/۸۰±۲/۳۹ و ۳۷/۱۰±۲/۷۱ بدست آمد (P<۰/۰۰۱) (جدول شماره ۱).

نتایج تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش آزمون نشان داد تفاوت بین میانگین های نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در توانمندی های خود نظم دهی (P<۰/۰۰۱)، آینده نگری (P<۰/۰۰۱)، تواضع و فروتنی (P<۰/۰۰۱) و بخشش (P<۰/۰۰۱) معنی دار است (جدول شماره ۱).

برای مشخص شدن تاثیر آموزش ارتقاء امید بر میزان و سطح توانمندی های رفتاری از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. میزان تاثیر آموزش ارتقاء امید در توانمندی خود نظم دهی ۵۵ درصد، آینده نگری ۶۱ درصد، تواضع و فروتنی ۴۷ درصد و بخشش ۶۰ درصد بود (P<۰/۰۰۱) (جدول شماره ۲). بنابراین آموزش ارتقاء امید در میزان و سطح توانمندی های رفتاری تاثیر داشته است. توان آماری در همه موارد ۱ می باشد که نشان دهنده این است که حجم نمونه برای این نتیجه گیری کاملاً قابل اعتماد است.

جدول شماره ۱: مقایسه نمرات توانمندی های چهارگانه در گروه های مورد بررسی قبل و بعد از مداخله

توانمندی های رفتاری	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
خودنظم دهی	۳۱/۴۰±۳/۷۸	۲۷/۴۰±۴/۵۴	۳۷/۷۵±۳/۱۷	۲۶/۹۱±۵/۰۷
آینده نگری	۲۸/۱۰±۲/۱۷	۲۷/۴۰±۴/۵۵	۳۷/۷۵±۳/۸۶	۲۶/۹۰±۴/۴۴
تواضع و فروتنی	۲۹/۲۰±۲/۰۴	۲۷/۰۵±۵/۶۶	۳۵/۶۵±۲/۷۷	۲۷/۷۵±۵/۲۹
بخشش	۲۶/۸۰±۲/۳۹	۲۷/۰۰±۵/۸۲	۳۷/۱۰±۲/۷۱	۲۶/۹۹±۴/۸۷

* P<۰/۰۰۱ بین مراحل پس آزمون نسبت به پیش آزمون بین دو گروه در تمامی متغیرهای مورد بررسی

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تاثیر آموزش ارتقاء امید بر توانمندی های رفتاری

توان آماری	مجذور اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	متغیرها	توانمندی های رفتاری
۰/۸۶۲	۰/۲۱۰	۰/۰۰۳	۹/۸۰	۱۲۲/۴۹	پیش آزمون	خود نظم دهی
۱	۰/۵۵۶	۰/۰۰۱	۴۶/۲۹	۵۸۷/۱۴	گروه	
۰/۶۱۸	۰/۱۲۷	۰/۰۲۶	۵/۳۸	۸۶/۱۶	پیش آزمون	آینده نگری
۱	۰/۶۱۳	۰/۰۰۱	۵۸/۵۸	۹۳۸/۰۱	گروه	
۰/۲۸۳	۰/۰۵۲	۰/۰۱۶	۲/۰۲	۳۹/۱۴	پیش آزمون	تواضع و فروتنی
۱	۰/۴۷۸	۰/۰۰۱	۳۳/۸۴	۶۵۵/۲۶	گروه	
۰/۶۸۶	۰/۱۴۶	۰/۰۱۷	۶/۳۰	۱۱۴/۳۴	پیش آزمون	بخشش
۱	۰/۶۰۷	۰/۰۰۱	۵۷/۰۹	۱۰۳۵/۷۴	گروه	

بحث:

وقایع و پیامدهای مطلوب، رفتار کردن به شیوه‌ای که باور دارند احتمال وقوع آنها را افزایش می‌دهد. احساس اعتماد از اینکه همه اینها در اثر تلاشهای مناسب اتفاق خواهد افتاد، شادمانی را به همراه داشته و باعث اعمال هدفمند می‌شود، ویژگی‌ها و حالاتی که معمولاً در افراد افسرده مشاهده نمی‌شوند و هدف مداخلات درمانی ایجاد و گسترش این حالات می‌باشد. همچنان که نتایج مطالعه Reivich و Gilham (۱۱)، Feldman و Snyder (۱۸) نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر این مطلب را مورد تاکید قرار می‌دهند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، آموزش ارتقاء امید باعث افزایش سطح توانمندی‌های رفتاری یعنی خودنظم‌دهی، آینده‌نگری، تواضع و بخشش گردیده است. افراد با خود نظم‌دهی بالا روابط خود را با دوستان بهبود می‌بخشند و به‌طور کلی با سایرین راحت‌تر هستند. سازگاری بهتری با دیگران داشته و احساس رضایت بیشتری از روابط بین‌فردی دارند (۳۵). ضمن اینکه خویشن‌پذیری و عزت نفس بالایی را گزارش می‌کنند. Seligman در طی اجرای برنامه مداخله مثبت خود که مبتنی بر شادکامی واقعی بود و شامل شرکت مراجع در

نتایج پژوهش حاضر نشانگر تاثیر مثبت برنامه آموزش ارتقاء امید در گروه آزمایش بود، بدین معنا که این برنامه آموزشی در افراد مبتلا به افسرده‌خوئی موجب افزایش سطح توانمندی‌های رفتاری در زمینه‌ی خودنظم‌دهی، آینده‌نگری، تواضع و فروتنی و بخشش شده که با کاهش علایم افسردگی همراه بود.

محققین معتقدند که ارتقاء سطح همه توانمندی‌های شخصیتی از جمله توانمندی‌های رفتاری (خودنظم‌دهی، آینده‌نگری، تواضع و بخشش) می‌تواند باعث تغییر و تحول در جنبه‌های مختلف رفتاری-عاطفی مراجعین شوند، همچنانکه پژوهش‌های Fava و همکاران (۳۲)، Forbes و Dahl (۳۳) و Seligman و همکاران (۳۴)، همسو با نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن هستند که مداخلات روان‌شناسی مثبت می‌توانند برای تغییر مواردی همچون کمبود عواطف مثبت، عدم احساس مسئولیت و فقدان معنا در زندگی که در افراد افسرده مشاهده می‌شوند، مفید و موثر باشند. از آنجا که امید، خوش‌بینی، آینده‌نگری و جهت‌گیری آینده، یک حالت شناختی، هیجانی و انگیزشی را به سوی آینده نشان می‌دهند، تفکر درباره‌ی آینده، انتظار رخ دادن

نسبتاً قابل پیش‌بینی از امید به خشم، از خشم به یأس و از یأس به بی‌احساسی را دنبال می‌کنند. افراد دارای سطوح امیدواری بالا وقتی در زندگی بزرگسالی با مسائلی مواجه می‌شوند، گرایش دارند که مسائل مهم و بزرگ را به مسائل کوچک و روشن و قابل اداره تجزیه کنند.

شواهد روزافزون نشان می‌دهد که گروهی از توانمندی‌ها مثل امید، مهربانی، هوش اجتماعی، خودنظم‌دهی و ژرف‌نگری می‌توانند از فرد در مقابل تاثیرات منفی استرس و ضربه محافظت نموده و در جریان فعالیت و حرکت آن از میزان اختلالات کاسته و یا از آنها جلوگیری نمایند (۳۸).

به استناد یافته‌های پژوهشی حاضر می‌توان به روانشناسان بالینی و روانپزشکان و سایر متخصصین مرتبط با خدمات روانشناختی پیشنهاد کرد که به نقش توانمندی های رفتاری (خودنظم‌دهی، آینده‌نگری، تواضع و بخشش) و افزایش و ارتقاء آنها در درمان مشکلات و آسیب‌های روان‌شناختی توجه بیشتری داشته و بالاخص برنامه ارتقاء امید و آموزش آن به مراجعین را در راستای بهبودی و سلامت روانشناختی مراجعین مدنظر قرار دهند. همچنین احتمال می‌رود این پژوهش، زمینه پژوهش‌های بیشتر در رابطه با نقش توانمندی های رفتاری، شناختی، عاطفی، بین فردی، شهروندی، مذهبی و الهی مراجعین به مراکز روانشناختی در کاهش علائم ناراحتی، رضایت از زندگی، شادمانی و سازگاری روانشناختی را فراهم نماید و به سلامت روانشناختی کمک نماید.

نتیجه‌گیری:

آموزش ارتقاء امید در مبتلایان به افسرده‌خوئی باعث کاهش علائم منفی و بهبود و افزایش عملکرد در زمینه‌های مختلف از جمله انعطاف‌پذیری، ارتقاء کیفیت زندگی، مقابله و محافظت در برابر ضربه‌ها و آسیب‌ها می‌گردد. بنابراین، به عنوان بخشی از برنامه درمانی افراد

تمرینات متنوع در طول ۶ هفته می‌شد، دریافت که استفاده از توانمندی‌ها، حسی از مالکیت و اعتماد به واقعی بودن توانمندی‌ها به مراجع منتقل کرده و فرد در بکارگیری آنها احساس نیاز و ضرورت می‌کند (۳۶). علاوه بر این، Peterson و Seligman مطرح نمودند که استفاده از توانمندی‌ها، نتایج محسوسی مانند سلامتی، رضایت، کارآمدی، مهارت و روابط اجتماعی پررنگ را به وجود می‌آورد. از این رو، استفاده از این توانمندی های خاص به سلامتی فرد و نیازهای روان‌شناختی اولیه‌ی او از جمله رضایت، خودمختاری، پیوستگی و عزت نفس کمک می‌کند (۲۶). در این زمینه استفاده از توانمندی‌ها به عنوان محافظ و سپری در برابر اختلالات روانی در نظر گرفته می‌شود. Parks طی برنامه‌های روان‌درمانی مثبت (Positive psychotherapy=PPT) خود مطرح می‌کند که این شیوه برای کمک به افراد مبتلا به افسردگی خفیف، یک شیوه‌ی مفید و موثر است (۳۷).

بزرگسالان امیدوار نیمرخ روانی ویژه‌ای دارند، Snyder معتقد است بزرگسالانی که از سطوح بالای امید برخوردارند، در زندگی خود به اندازه‌ی سایرین شکست‌هایی را تجربه کرده‌اند. اما این باور را پرورش داده‌اند که می‌توانند با چالش‌سازش کنند و با ناملایمات کنار بیایند. آنان یک گفتگوی درونی مثبت مداوم شامل جمله‌هایی از این قبیل «من از عهده‌اش برمی‌آیم، تسلیم نخواهم شد» و مانند آن را اتخاذ می‌کنند (۲۲). آنان وقتی در رسیدن به هدف‌های ارزشمند با موانعی روبرو می‌شوند، هیجان‌های منفی و با شدت کم را تجربه می‌کنند. این امر ممکن است به این خاطر باشد که وقتی با موانع روبرو می‌شوند برای دستیابی به هدف‌های خود مسیرهای جایگزین ایجاد می‌کنند یا با انعطاف هدف‌های قابل دسترس‌تر را برمی‌گزینند. افرادی که امید کمتری دارند وقتی با موانع غیرقابل رفع روبرو می‌شوند، هیجان‌هایشان یک توالی

ماهه یا ۶ ماهه پیردازند.

تشکر و قدردانی:

از کلیه پرسنل و متخصصان مراکز مشاوره و دانشجویانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین همکاران، پرسنل و کارشناسان محترم دفتر مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به واسطه همکاری‌های بی‌شائبه کمال تشکر را دارد.

مبتلا به افسرده‌خوئی توصیه می‌گردد که در مراکز درمانی و کلینیک‌های روانشناسی و روانپزشکی، توسط تیم‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد. محدودیت‌های این پژوهش شامل فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان و عدم ارایه هر نوع مداخله درمانی در مورد گروه کنترل بود. هر چند افراد گروه کنترل با رضایت کامل در پژوهش حاضر شدند. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به بررسی پایداری اثرات درمان در دوره‌های ۳

منابع:

1. Halgin RP, Whitbourne Sk. Abnormal psychology: (clinical perspectives on psychological disorders). Translated to Persian by: Seyed Mohammadi y. Tehran: Nashreravan; 2003. Vol. 2 p: 75-76.
2. Rashid T. Positive interventions in clinical practice. J Clin Psychol. 2009; 65(5): 461-6.
3. Ben Shahr T. Happier. NewYork: McGraw Hill; 2007. p: 241-72.
4. Joseph S, Worsley R. Person- centered psychopathology: a positive psychology of mental health. Rose- on- wye: PCCS Books; 2005. p: 282-301.
5. Joseph S, Linley PA. Positive theory: a meta- theory for positive psychological practice. NewYork: Rutledge. 2006; p: 1-14.
6. Seligman MEP. Authentic happiness. NewYork: Free Press; 2002. p: 178-90.
7. Maslow AH. Motivation and personality. NewYork: Harper & Row; 1954. p: 371-86.
8. Snyder CR. The psychology of hope. NewYork: The Free Press; 1994. p: 109-20.
9. Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. Psychol Inq. 2002; 13(4): 249-75.
10. Eligman MEP. Learned optimism. NewYork: Simon & Schuster; 1990. p: 117-35.
11. Reivich K, Gilham J. Learned optimism: the measurement of explanatory style. In: Lopez SJ, Snyder CR, eds. Positive psychological assessment: handbook of models and measures. Washington: American Psychological Association; 2003. p: 57-74.
12. Fincham FD, Hall J, Beach SRH. Forgiveness in marriage. Current status and future directions. Fam Relat. 2006; 55: 415-27.
13. Toussaint LL, Williams DR, Musick MA, Everson SA. Forgiveness and health: Age different in us probability sample. J Adult Dev. 2001; 8: 249-57.
14. Hebl JH, Enright RD. Forgiveness as a psychotherapeutic goal with elderly females. Psychother. 1993; 30: 658-67.
15. Lawler- Row KA, Piferi RL. The forgiving personality: describing a life well lived. Pers Individ Dif. 2006; 41(6): 1009-20.
16. Suchday S, Friedberg JP, Almeida M. Forgiveness and rumination: a cross- cultural perspective comparing India and the us. Stress Health. 2006; 22(2): 81-9.

17. Snyder DR. Hope and depression: a light in the darkness. *J Soc Clin Psychol.* 2004; 23(3): 347-51.
18. Feldman DB, Snyder CR. Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *J Soc Clin Psychol.* 2005; 24(3): 401-21.
19. Curry LA, Snyder CR, Cook DL, Ruby BC, Rehm M. Role of hope in academic and sport achievement. *J Pers Soc Psychol.* 1997; 73(6): 1257-67.
20. Snyder CR, Shorey HS, Cheavens J, Pulvers KM, Adams VH, Wiklund C. Hope and academic success in college. *J Edu Psychol.* 2002; 94(4): 820-26.
21. Keyes CLM, Lopez SJ. Toward a science of mental health: positive directions in diagnosis and interventions. In: Snyder CR, Lopez SJ, eds. *Handbook of positive psychology.* New York: Oxford Univ Press; 2002. p: 45-56.
22. Snyder CR. *Handbook of hope.* Orlando. Academic Press; 2000. p: 123-48.
23. Fordyce MW. Development of a program to increase personal happiness. *J Couns Psychol.* 1977; 24: 511-21.
24. Lyubomirsky S, Dickerhoof R, Boehm JK, Sheldon KM. Becoming happier takes both a will and proper way: experimental longitudinal interventions to boost well-being. *Emotion.* 2011 Apr; 11(2): 391-402.
25. Ruini C, Belaise C, Brombin C, Caffo E, Fava GA. Well-being therapy in school settings: A pilot study. *Psychother Psychosom.* 2006; 75(6): 331-6.
26. Peterson C, Seligman MEP. *Character strengths and virtues: a handbook and classification.* Washington DC: American Psychological Association; 2004. p: 625-44.
27. Berman JS. *Character strengths, self-chemas, and psychological well-being: a multi method approach.* [dissertation] Dallas, Texas University of Texas, South Western Medical Center at Dalls. 2007. p: 57-68.
28. Namdari K, Molavi H, Halekpour M, Kalantari M. [The effect of cognitive hope enhancing training on character strengths of dysthmic clients. *Clin Psychol.* 2009. 1(3): 21-34.]Persian
29. Mischel W, Shoda Y, Rodriguez ML. Delay of gratification in children. *Sci.* 1989; 244: 933-8.
30. Rahmani J. [The reliability and validity of raven's progressive matrices test among the students of azad Khorasgan University. *J Dane Va Pazhouhesh in Psychol.* 2008; 9(34): 61-74.]Persian
31. Linley PA, Joseph S. *Positive psychology in practice.* Hoboken. NJ: John Wiley & Sons Inc. 2004.
32. Fava GA, Ruini C, Rafanieli C, Finos L, Sal maso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother and Psychosom.* 2005; 74: 26-30.
33. Forbes EE, Dahl RE. Neural system of positive affect: Relevance to understanding child and adolescent depression. *Dev Psychopathol.* 2005; 17: 827-50.
34. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol.* 2006; 61: 774-88.
35. Finkel EJ, Campbell WK. Self-control and accommodation in close relationship: an interdependence analysis. *J Pers Soc Psychol.* 2000; 81: 263-77.
36. Seligman MEP. *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment.* New York: Free Press. 2003. p: 16-27.

37. Parks AC. Treating depressive symptoms with a positive intervention. Poster presented at 2004 international positive psychology summit. 2004.
38. Park N, Peterson C. Methodological issues in positive psychological and the assessment of character strengths. In: Ong AD, Van Dulman M, eds. Handbook of method in positive psychology. NewYork: Oxford Univ Press. 2006. p: 292-305.

Cite this article as: Namdari K, Molavi H, Malekpoor M, Kalantary M. [The effect of hope enhancing training on behavioral strengths in dysthymic patients. J Shahrekord Univ Med Sci 2011 June, July; 13(2): 52-60.]Persian

Received: 4/Nov/2009

Revised: 13/Aug/2010 Accepted: 7/Oct/2010

The effect of hope enhancing training on behavioral strengths in dysthymic patients

Namdari K (MSc)*¹, Molavi H (PhD)¹, Malekpoor M (PhD)¹, Kalantary M (PhD)¹
¹Psychology Dept., Isfahan University, Isfahan, Iran.

Background and aim: Positive psychology includes the study of positive subjective experiences, such as: well being and happiness, positive individual traits, such as hope and forgiveness and interpersonal strengths, such as altruism and sense of accepting the community. The purpose of this study was to determine the effect of hope enhancing training on level of behavioral strengths in dysthymic patients.

Methods: In an experimental study 40 patients with dysthymic disorder were randomly selected and assigned to two experimental and control groups. At first, the Values in Action Inventory of Strengths (VIA- IS) test was performed on them as the pre- test. Then the experimental group received 6 sessions of hope enhancing training. The control group did not receive any training. At the end of the training, the (VIA- IS) was again performed on all subjects as the post- test.

Results: The results of analysis of data showed that after hope enhancing training, the means of the characters strengths of the training group were significantly higher than control group ($P < 0.001$).

Conclusion: Hope enhancing training is an effective intervention to improve strengths of Forgiveness, Self regulation, Modesty and Humility and prudence.

Keywords: Behavioral strengths, Dysthymic patients, Hope enhancing training.

Cite this article as: Namdari K, Molavi H, Malekpoor M, Kalantary M. [The effect of hope enhancing training on behavioral strengths in dysthymic patients. J Shahrekord Univ Med Sci. 2011 June, July; 13(2): 52-60.]Persian

*Corresponding author:
Psychology Dept, Isfahan
University, Isfahan, Iran.
Tel:
0098-3117932556
E-mail:
k.namdari@edu.ui.ac.ir