

## بررسی اثربخشی امید درمانی بر سرمایه روانشناختی و عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان

فاطمه مرادی هروی<sup>۱</sup>، زهرا مغنی زاده<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی خراسان، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استادیار گروه روان شناسی، موسسه ی آموزش عالی خراسان ، مشهد، ایران

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر امیددرمانی بر میزان سرمایه روانشناختی و عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. روش این پژوهش، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. نمونه شامل ۳۰ نفر از زنان بیمار مبتلا به سرطان شهرستان مشهد بود. از این تعداد، ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه کنترل به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه های عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) و پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷) استفاده گردید و مداخله امید درمانی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در گروه آزمایش انجام گردید. داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS23 و آزمون تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد که بین میانگین نمره های پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت، به نحوی که امیددرمانی گروهی موجب افزایش عزت نفس و سلامت روانشناختی (و مؤلفه های آن) گروه آزمایش شده است. پس میتوان نتیجه گرفت که امید درمانی به شیوه گروهی باعث افزایش عزت نفس و سلامت روانشناختی (و مؤلفه های آن) می شود.

**واژه های کلیدی:** امیددرمانی، سلامت روانشناختی، عزت نفس، سرطان

## مقدمه

بیماری سرطان یک مشکل بزرگ سلامت عمومی به حساب می آید که با توجه به پیشرفت های پزشکی در این زمینه همچنان از مهمترین علل تهدید کننده سلامت افراد به حساب می آید. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی پس از بیماری های قلبی و عروقی، سرطان دومین علت مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین علت مرگ در کشورهای در حال توسعه می باشد. همچنین براساس گزارش این سازمان، شمار مبتلایان به سرطان تا سال ۲۰۳۵ در جهان به سالانه ۲۴ میلیون نفر خواهید رسید این پدیده شوم بر تمامی ابعاد جسمی، روانشناختی و اجتماعی بیماران و کاهش کیفیت زندگی تاثیر می گذارد [۱].

با توجه به تعریف سازمانی جهانی بهداشت از سلامتی که آن را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی می داند، می توان گفت برای تامین سلامتی توجه به جزء روانی آن که از دیگر اجزای سلامتی جدا شدنی نیست، ضروری می باشد. یکی از شاخه های روانشناسی سلامت، ایمنی شناسی روانی-عصبی است که به بررسی تاثیر عوامل روانشناختی بر دستگاه ایمنی بدن و افزایش خطر بیماری می پردازد [۱].

یکی از مهمترین ویژگی هایی که باعث سازگاری فرد در شرایط دشوار زندگی می شود سرمایه روانشناختی است. سرمایه روانشناختی به واسطه مولفه های خودکارآمدی، خوش بینی، امیدواری و تاب آوری سنجیده می شود. خودکارآمدی (باور به توانایی فرد و تلاش ضروری و لازم به منظور کسب موفقیت در تکالیف دشوار)، امیدواری (داشتن پشتکار در جهت رسیدن به اهداف و تغییر مسیر برای دستیابی به موفقیت در صورت نیاز)، خوش بینی (اسناد مثبت نسبت به موفقیت در حال و آینده)، تاب آوری (که مفهوم انعطاف پذیر بودن برای دستیابی به موفقیت و اهداف را در زمان روبه رو شدن با دشواری و مشکلات در بر دارد). این مولفه ها در یک فرایند تعاملی، تلاش افراد برای تغییر موقعیت دشوار را تداوم داده، برای صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی آنها در تحقق اهداف را تضمین می کند. صدوقی در پژوهشی به این نتیجه رسید که امید، خوش بینی، خودکارآمدی و تاب آوری با کیفیت زندگی بالاتر در بیماران مبتلا به سرطان همراه است، بنابراین شایسته است عوامل روانشناختی مرتبط با کیفیت زندگی بیماران سرطانی مانند روانشناختی، ارزیابی شده و در فرایند درمان، در کنار درمان های زیستی- پزشکی مورد توجه قرار گیرد [۲]. همچنین اکبری در پژوهشی به این نتیجه رسید که بیماران می توانند با بهره گیری از میزان بالای سرمایه روانشناختی بهبودی بیشتری پیدا کنند و مولفه های سرمایه روان شناختی نقش به سزایی در کنترل سرطان دارند [۳].

سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمانی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آنها نیز می شود که مهمترین آنها ایجاد مشکلات روانشناختی می باشد که قادر است کیفیت زندگی بیماران را تغییر داده و انجام اقداماتی نظیر خودکشی در آنان با میزان بالایی افزایش یابد. همچنین طولانی شدن مدت بستری و کاهش میزان امید به زندگی در این گروه از بیماران از دیگر پیامدهای درمان سرطان می باشد. با توجه به تحت تاثیر قرار گرفتن کیفیت زندگی بیماران سرطانی توجه به یکی از مهمترین ابعاد کیفیت زندگی یعنی عزت نفس برای این دسته از بیماران حائز اهمیت است. عزت نفس یا همان احترام به خود یکی از خصوصیات مهم و اساسی شخصیت هر فردی را تشکیل می دهد و به طور حتم روی جنبه های شخصی انسان اثر می گذارد و کمبود یا فقدان آن باعث عدم رشد سایر جنبه های شخصیت به صورت ناهماهنگ خواهد شد و حتی ممکن است باعث پدیدآیی بیماریهای روانی گوناگون مانند افسردگی، کمروبی، پرخاشگری، ترس و غیره شود [۴].

<sup>۱</sup>cancer<sup>۲</sup>psychological capital

بیماری یا عوارض درمانی آن منجر به کاهش عزت نفس می شود و این امر در بیماری‌های مزمن به ماهیت طولانی و غیرقابل پیش بینی بودن آنها بسیار آشکارتر است. سرطان نیز یک بیماری مزمن است که علی رغم وجود همه پیشرفت‌ها در زمینه تشخیص یا درمان و همچنین شیوع انواع سرطان در کشورهای مختلف، مبتلایان هم تحت تاثیر متغیرهای فرهنگی و رفتاری متفاوت قرار می گیرند [۴].

رستمی و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین سلامت عمومی و عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بخش انکولوژی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد [۵]. همچنین رضائی فرد و معین در پژوهشی دیگر به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی به طور معناداری قادر به پیش بینی سلامت روان و عزت نفس در بیماران سرطانی می باشد [۶].

از نظر برگ و بنزین امید به زندگی از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می کند تا بتواند بحران بیماری را تحمل کنند. ارتقای امید به عنوان یک عامل مهم در پیش بینی سیر بیماری نیز مورد توجه قرار گرفته است. بسیاری از این بیماری‌ها از جمله سرطان در واکنش به از دست دادن امید رخ می دهد و امید درمانی می تواند سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی را بهبود ببخشد و از طرف دیگر فرآیند درمان را برای این دسته از بیماران تسهیل نمایند [۷]. موحدی، موحدی و فرهادی در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که امید درمانی باعث افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان می شود [۸]. امید درمانی یکی از روشهای درمانی روانشناختی است که در آن بجای تمرکز بر نقاط ضعف، توانمندی‌ها و قابلیت های انسان مورد توجه قرار می گیرد، همچنین در امید درمانی گروهی فرد با افراد مشابه آشنا می شود که ضمن افزایش مهارتهای اجتماعی، اعتماد به نفس بیشتری در جهت مبارزه با بیماری پیدا می کند [۹].

با توجه به مطالب گفته شده و تحقیقات صورت گرفته پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا امید درمانی بر میزان سرمایه روانشناختی و عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان موثر است؟

## روش

روش این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان بیمار مبتلا به سرطان شهرستان مشهد مراجعه کننده درباره زمانی شهریور ۱۴۰۰ الی شهریور ۱۴۰۱ به کلینیک رضا تشکیل دادند. حجم نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان می باشد که نمونه گیری اولیه، انتخاب اولیه با غربالگری (با توجه به ملاکهای ورود و خروج پژوهش) و به شیوه هدفمند همراه با جایگزینی تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش است و حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه از بیماران مبتلا به سرطان روده برآورد شده است. معیارهای ورود شامل بیماران مبتلا به سرطان، بازه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل مدرک سیکل و نداشتن بیماری جسمی و روانی دیگر و ملاک های خروج شامل شرکت نکردن بیش از ۱ جلسه درمان و شرکت در دوره های درمانی دیگر بود.

<sup>۱</sup>self-esteem

<sup>۲</sup>Berg & Benzein

## ابزار پژوهش

ابزارهای ارزیابی آزمون شامل پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ، پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز و جلسات آموزشی امید درمانی بر طبق نظریه اشنایدر است.

## ۱. پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ

مقیاس عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) عزت نفس کلی و ارزش شخصی را اندازه می گیرد. این مقیاس شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می سنجد. پاسخ موافق به هر یک از عبارت های ۱ تا ۵، +۱ دریافت می کند. پاسخ مخالف به هر یک از عبارت های ۱ تا ۵، -۱ دریافت می کند. پاسخ موافق به هر یک از عبارت های ۶ تا ۱۰، +۱ دریافت می کند. پاسخ مخالف به هر یک از عبارت های ۶ تا ۱۰، -۱ دریافت می کند. با جمع جبری نمره کل را به دست می آوریم. نمره بالاتر از صفر نشان دهنده عزت نفس بالا و نمره کمتر از صفر نشان دهنده عزت نفس پایین است. نمره +۱۰ نشان دهنده عزت نفس خیلی بالا و نمره -۱۰ نشانه دهنده عزت نفس خیلی پایین است. بنابراین، هر چه نمره بالاتر باشد، به همان اندازه سطح عزت نفس بالاتر خواهد بود و برعکس.

مطالعات متعددی به منظور بررسی پایایی و روایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ انجام شده است. لورنز (۱۹۹۸) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ را برای نسخه ی انگلیسی و ۰/۷۷ را برای نسخه اسپانیایی این پرسشنامه گزارش کرده است [۱۰].

روزنبرگ باز پدیدآوری مقیاس را ۰/۹ و مقیاس پذیری آن را ۰/۷ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در نوبت اول ۰/۸۷ برای مردان و ۰/۸۶ برای زنان و در نوبت دوم ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۷ برای زنان محاسبه شده است. همبستگی آزمون مجدد در دامنه ی ۰/۸۸-۰/۸۲ و ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ در دامنه ی ۰/۸۸-۰/۷۷ قرار دارد. این مقیاس از روایی رضایت بخشی (۰/۷۷) برخوردار است. همچنین همبستگی بالایی با پرسشنامه ملی نیویورک و گاتمن در سنجش عزت نفس دارد، لذا روایی محتوای آن نیز مورد تأیید است [۱۱].

## ۲. پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷)

این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز و همکاران طراحی شد. شامل ۲۴ سؤال و ۴ مؤلفه امیدواری، تاب آوری، خوش بینی و خودکارآمدی است که در آن هر مؤلفه، ۶ گویه دارد و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه لیکرت (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) پاسخ می دهد (لازم به ذکر است که سوالات ۱۳ و ۲۳ این سنجه به صورت معکوس نمره گذاری می شود). برای به دست آوردن نمره سرمایه روانشناختی، ابتدا نمره هر مؤلفه به صورت جداگانه به دست آمده و سپس مجموع آن به عنوان نمره کل سرمایه روانشناختی محسوب می شود. دامنه نمرات در این پرسشنامه بین ۲۴ تا ۱۴۴ است. هرچه نمره بالاتر باشد نشان دهنده سرمایه روانشناختی بیشتر است. مؤلفه خودکارآمدی با سوالات (۶-۱)، مؤلفه امیدواری با سوالات (۱۲-۷)، مؤلفه تاب آوری با سوالات (۱۸-۱۳) و مؤلفه خوش بینی با سوالات (۲۴-۱۹) سنجیده می شوند. لوتانز و اولیو (۲۰۰۷) نسبت خنثی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ و پایایی پرسشنامه را بالای ۰/۹۰ گزارش کرده اند. پایایی این پرسشنامه در ایران توسط بهادری خسروشاهی برابر با ۸۵٪ برآورد شده است. در مطالعه کریمی و همکاران روایی پرسشنامه سرمایه روانشناختی به تأیید صاحب نظران رسیده است و پایایی نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد [۱۲]. نساج در پژوهشی پس از اجرای تحلیل عامل اکتشافی به شیوه

واریماکس که به منظور مستند کردن روایی سازه پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز انجام داده، آلفای کرونباخ خودکارآمدی، خوش بینی، امیدواری و تاب آوری را به ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۶، ۰/۷۴ و ۰/۶ گزارش کرده است [۱۳].

### ۳. امید درمانی مبتنی بر نظریه امید شنایدر

در این طرح جلسات آموزشی امید درمانی براساس مطالعات شنایدر و همکاران به ترجمه (کاشانی و همکاران، ۱۳۹۷) طراحی و اجرا شده و جلسات در بیمارستان و توسط کارشناس ارشد روانشناسی برگزار گردید.

جلسات	دوره
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه، هدف هر یک از اعضای گروه جهت شرکت در جلسات، نظریه امید و مفاهیم شبه امید مانند خوش خیالی، خوش باوری توسط درمانگر، لزوم داشتن هدف در حوزه های مختلف، راه رسیدن به اهداف و داشتن انگیزه لازم برای پیگیری اهداف شرح شده
جلسه دوم	معرفی مولفه های امید، مفهوم قدرت صبر، فواید فهرست کردن اهداف و شیوه های افزایش نیروی اراده از طریق تنظیم اهداف و رابطه تفکر و احساس، مفهوم پیوستار پیشرفت و لزوم ارزیابی مجدد اهداف برای اعضای گروه
جلسه سوم	در این جلسه هدف انتخابی و علت انتخاب آن از سوی اعضا بیان شده و فرمول امید، راه کارهای تنظیم اهداف به شیوه عملی از جمله تنظیم اهداف عینی با در نظر گرفتن نقطه پایان، تنظیم اهداف عینی در چارچوب دستیابی به آنها و شکستن اهداف بزرگ به خرده اهداف توسط درمانگر.
جلسه چهارم	در این جلسه دو حوزه اصلی انگیزش و انرژی روانی از جمله انگیزش جسمانی، انگیزش روانی بیان می شود و درباره خودگویی به عنوان یکی از عوامل مهم نیروی اراده ذهنی بحث می شود و همچنین تاثیر خودگویی، چگونگی شناسایی خودگویی ها، دلایل کاربرد خودگویی های منفی و راهکارهای تغییر خودگویی های منفی توسط اعضای گروه. راهکارهای درمانگر در جهت رفع موانع ذهنی امید
جلسه پنجم	توانایی مسیریابی برای رسیدن به اهداف و راهکارهای رسیدن به آن، فواید مسیریابی و فواید مجسم سازی توسط درمانگر
جلسه ششم	دیگرام هدف، بحث میزان پیشرفت به سوی هدف، دو راه کار برای افزایش سطح نیروی اراده جسمانی اعم از اصلاح رژیم غذایی و ورزش منظم و فواید آنها
جلسه هفتم	راهکارهای برای برخورد با موانع، فکر کردن به موانع قبل از پیش آمدن آنها، برداشتن موانع، دور زدن موانع، تعیین اهداف موازی، لذت بردن از مسیر رسیدن به اهداف، داشتن اهداف برای حوزه های مختلف زندگی
جلسه هشتم	بحث درباره امکان عود یا لغزش اعضای گروه و در ادامه پس آزمون.

در اجرای پژوهش حاضر پس از اخذ مجوز لازم جهت مصاحبه، ابتدا با همکاری و راهنمایی استاد محترم راهنما مصاحبه گر سرکار خانم مرادی به کلینیک آنکولوژی رضا(ع) معرفی شد. سپس یک جلسه مصاحبه اولیه و یک جلسه توجیحی با مراجعین برگزار شده و هدف از اجرای پژوهش به مراجعین توضیح داده شد و سپس به منظور رعایت اصول اخلاقی از رضایت نامه شرکت در پژوهش استفاده شد تا بدین منظور مراجعین همکاری خود را جهت همکاری در پژوهش اعلام نمایند. در مرحله بعد یک گروه آزمایشی که روان درمانی مبتنی بر نظریه امید شنایدر در ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) بصورت هفته‌ای یک بار دریافت و یک گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نمی‌کند و به صورت همزمان از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد و بعد از ۸ جلسه آموزش برای هر دو گروه پس آزمون گرفته شد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. قبل از آزمون فرضیه و بکارگیری آزمونه‌های پارامتریک با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنوف و شاخص های چولگی و کشیدگی و آزمون لون از توزیع نرمال داده‌ها و برابری واریانس‌ها اطمینان حاصل شد. در نهایت برای آزمون فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد و پس از جمع‌آوری داده‌ها تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS23 صورت گرفت.

#### یافته ها

تعداد اعضای شرکت کننده در این پژوهش ۳۰ نفر بودند. ۱۶/۷ درصد آزمودنی‌ها زیر ۳۰ سال، ۲۰ درصد آن‌ها بین ۳۰-۴۰ سال، ۴۰ درصد بین ۴۱-۵۰ سال، ۱۶/۷ درصد بین ۵۱-۶۰ سال و ۶/۷ درصد بالای ۶۰ سال بودند. ۱۳/۳ درصد دارای تحصیلات زیردیپلم، ۴۳/۳ درصد دیپلم، ۲۳/۳ درصد فوق دیپلم و ۲۰ درصد دارای تحصیلات لیسانس بودند. همچنین ۲۳/۳ درصد آن‌ها مجرد و ۷۶/۷ درصد متأهل بودند.

ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها توسط شاخص‌های چولگی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت. باتوجه به مقادیر چولگی و کشیدگی مربوط به متغیرهای پژوهشی که در بازه (۲ و -۲) قرار دارند، می‌توان گفت که توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهشی نرمال می‌باشند. همچنین از آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای آزمون نرمال بودن پیش فرض توزیع نرمال استفاده شد. چون سطح معناداری آزمون بیشتر از ۰/۰۵ بود می‌توان گفت که توزیع داده‌ها طبیعی است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
عزت نفس	پیش آزمون	آزمایش	۲/۱۳	۲/۲۳
		کنترل	۲/۸	۱/۹۳
	پس آزمون	آزمایش	۵/۹۳	۲/۸۱
		کنترل	۲/۶۶	۱/۵۸
خودکارآمدی	پیش آزمون	آزمایش	۲۴/۴۶	۲/۰۹
		کنترل	۲۵/۱۳	۲/۲۶
	پس آزمون	آزمایش	۳۰/۴۶	۲/۷۷

۲/۵۴	۲۵/۲۶	کنترل		
۳/۹۳	۲۴/۰۶	آزمایش	پیش آزمون	
۳/۵۸	۲۳/۸	کنترل		امیدواری
۴/۷۳	۳۰/۲	آزمایش	پس آزمون	
۳/۶۲	۲۳/۸	کنترل		
۲/۸۱	۲۵/۷۳	آزمایش	پیش آزمون	
۱/۸۴	۲۶/۴	کنترل		تاب آوری
۲/۷۵	۳۱/۸	آزمایش	پس آزمون	
۲/۳۱	۲۶/۲۶	کنترل		
۲/۰۵	۲۶/۹۳	آزمایش	پیش آزمون	
۲/۲۸	۲۶/۹۳	کنترل		خوش بینی
۲/۵۷	۳۱/۹۳	آزمایش	پس آزمون	
۲/۲۶	۲۶/۸۶	کنترل		
۸/۱	۱۰۱/۲	آزمایش	پیش آزمون	
۵/۴۱	۱۰۲/۲۶	کنترل		سرمایه روانشناختی
۹/۱۹	۱۲۴/۴	آزمایش	پس آزمون	
۵/۸۲	۱۰۲/۲	کنترل		

میانگین و انحراف استاندارد نمرات عزت نفس دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون (۲/۱۳ در مقابل ۲/۸) و پس آزمون (۵/۹۳ در مقابل ۲/۶۶) می باشد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات خودکارآمدی دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون (۲۴/۴۶ در مقابل ۲۵/۱۳) و پس آزمون (۳۰/۴۶ در مقابل ۲۵/۲۶) می باشد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات امیدواری دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون (۲۴/۰۶ در مقابل ۲۳/۸) و پس آزمون (۳۰/۲ در مقابل ۲۳/۸) می باشد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب آوری دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون (۲۵/۷۳ در مقابل ۲۶/۴) و پس آزمون (۳۱/۸ در مقابل ۲۶/۲۶) می باشد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات خوش بینی دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون (۲۶/۹۳ در مقابل ۲۶/۹۳) و پس آزمون (۳۱/۹۳ در مقابل ۲۶/۸۶) می باشد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سرمایه روانشناختی دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون (۱۰۱/۲ در مقابل ۱۰۲/۲۶) و پس آزمون (۱۲۴/۴ در مقابل ۱۰۲/۲) می باشد.

با مراجعه به میانگین ها مشخص می شود که در گروه آزمایش میانگین عزت نفس، خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری، خوش بینی و سرمایه روانشناختی پس از جلسات امید درمانی افزایش یافته است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس های پس آزمون متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس های پس آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱ (df1)	درجه آزادی ۲ (df2)	سطح معناداری
عزت نفس	۱/۴۵۹	۱	۲۸	۰/۲۳۷
خودکارآمدی	۰/۵۰۵	۱	۲۸	۰/۴۸۳
امیدواری	۰/۵۱۳	۱	۲۸	۰/۴۸۰
تاب آوری	۰/۶۰۲	۱	۲۸	۰/۴۴۴
خوش بینی	۰/۰۸۹	۱	۲۸	۰/۷۶۷
سرمایه روانشناختی	۴/۲۸۷	۱	۲۸	۰/۱۴۸

جدول بالا، نتایج آزمون لوین را نشان می دهد. براساس این جدول، سطوح معنی داری (sig)، برای هر سه متغیر، از ۰,۰۵ بیشتر است و معنی دار نیست. بنابراین با اطمینان، می توانیم بگوییم، شرط یکسانی واریانس ها برای انجام تحلیل کواریانس برقرار است. نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
عزت نفس	گروه*پیش آزمون	۱/۱۸۹	۱	۱/۱۸۹	۰/۶۰۵	۰/۴۴۴
خودکارآمدی	گروه*پیش آزمون	۰/۰۳۲	۱	۰/۰۳۲	۰/۰۲۰	۰/۸۹۰
امیدواری	گروه*پیش آزمون	۱/۲۳۳	۱	۱/۲۳۳	۰/۵۳۹	۰/۴۷۰
تاب آوری	گروه*پیش آزمون	۲/۴۷۵	۱	۲/۴۷۵	۲/۹۰۱	۰/۱۰۰
خوش بینی	گروه*پیش آزمون	۰/۰۳۴	۱	۰/۰۳۴	۰/۰۱۶	۰/۸۹۹
سرمایه روانشناختی	گروه*پیش آزمون	۰/۱۷۳	۱	۰/۱۷۳	۰/۰۲۷	۰/۸۷۰

در جدول ۳ نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض اصلی انجام تحلیل کواریانس آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، سطح معناداری سطر اثر متقابل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد.



بنابراین فرضیه همگنی رگرسیونی پذیرفته می شود. برای بررسی فرضیه ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره روی متغیرها و مؤلفه های آن ها

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
سرمایه روانشناختی	پیش آزمون	۱۴۹۳/۳۱۵	۱	۱۴۹۳/۳۱۵	۲۴۴/۸۲۸	۰/۰۰۰	۰/۹۰۱
	گروه	۴۰۵۶/۰۶۲	۱	۴۰۵۶/۰۶۲	۶۶۴/۹۸۹	۰/۰۰۰	۰/۹۶۱
	خطا	۱۶۴/۶۸۵	۲۷	۶/۰۹۹			
خودکارآمدی	پیش آزمون	۱۵۵/۷۹۷	۱	۱۵۵/۷۹۷	۹۸/۱۲۲	۰/۰۰۰	۰/۷۸۴
	گروه	۲۵۶/۴۶۸	۱	۲۵۶/۴۶۸	۱۶۱/۵۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۵۷
	خطا	۴۲/۸۷۰	۲۷	۱/۵۸۸			
امیدواری	پیش آزمون	۴۳۸/۰۶۰	۱	۴۳۸/۰۶۰	۱۹۴/۷۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۷۸
	گروه	۲۸۰/۵۳۱	۱	۲۸۰/۵۳۱	۱۲۴/۷۰۱	۰/۰۰۰	۰/۸۲۲
	خطا	۶۰/۷۴۰	۲۷	۲/۲۵۰			
خوش بینی	پیش آزمون	۱۱۰/۶۶۲	۱	۱۱۰/۶۶۲	۵۵/۳۲۶	۰/۰۰۰	۰/۶۷۲
	گروه	۱۹۲/۵۳۳	۱	۱۹۲/۵۳۳	۹۶/۲۵۸	۰/۰۰۰	۰/۷۸۱
	خطا	۵۴/۰۰۵	۲۷	۲/۰۰۰			
تاب آوری	پیش آزمون	۱۵۶/۶۷۲	۱	۱۵۶/۶۷۲	۱۷۱/۵۳۱	۰/۰۰۰	۰/۸۶۴
	گروه	۲۸۲/۰۰۶	۱	۲۸۲/۰۰۶	۳۰۸/۷۵۱	۰/۰۰۰	۰/۹۲۰
	خطا	۲۴/۶۶۱	۲۷	۰/۹۱۳			
عزت نفس	پیش آزمون	۹۳/۹۷۶	۱	۹۳/۹۷۶	۴۸/۵۲۳	۰/۰۰۰	۰/۶۴۲
	گروه	۱۰۸/۲۹۷	۱	۱۰۸/۲۹۷	۵۵/۹۱۸	۰/۰۰۰	۰/۶۷۴
	خطا	۵۲/۲۹۱	۲۷	۱/۹۳۷			

با توجه به داده های جدول ۴ اثر معنادار بودن جلسات امیددرمانی بر عزت نفس ( $F=55/918, P=0/000$ )، سرمایه روانشناختی ( $F=664/989, P=0/000$ ) و مؤلفه های آن، خودکارآمدی ( $F=161/525, P=0/000$ )، امیدواری ( $F=124/701, P=0/000$ )، خوش بینی ( $F=96/258, P=0/000$ ) و تاب آوری ( $F=308/751, P=0/000$ ) مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین می توان نتیجه گرفت که امیددرمانی بر عزت نفس و سرمایه روانشناختی (و مؤلفه های آن) تأثیر دارد. مقدار ضریب اتا نیز نشان می دهد که اثر امیددرمانی برافزایش میزان عزت نفس بیماران در حد ۶۴/۷٪ و برافزایش میزان سرمایه روانشناختی و مؤلفه های آن یعنی خودکارآمدی، امیدواری، خوش بینی و تاب آوری به ترتیب ۹۶/۱، ۷۸/۸۲، ۱/۸۵، ۲/۷ و ۹۲٪ است؛ چون مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون نشان می دهد که میانگین عزت نفس و سرمایه روانشناختی (و)

مؤلفه‌های آن) گروه آزمایش در این مرحله افزایش پیدا کرده است، میتوان گفت که امیددرمانی برافزایش عزت نفس و سرمایه روانشناختی (و مؤلفه‌های آن) در بیماران مبتلا به سرطان تأثیر داشته است.

### نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر امیددرمانی بر میزان سرمایه روانشناختی و عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان بود. نتایج نشان داد که امیددرمانی برافزایش عزت نفس و سرمایه روانشناختی (و مؤلفه‌های آن) در بیماران مبتلا به سرطان تأثیر داشته است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که امید درمانی بر میزان سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های [۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت امید همبسته‌های زیست شناختی متعددی دارد که شامل: کارکرد موثر انتقال دهنده‌های عصبی، سروتونین و آدرنالین، کارکرد موثر دستگاه ایمنی، پیوند فزاینده‌ی انتقال دهنده‌ی عصبی گابا و بازدارنده‌ی یادآوری رویدادهای فشارانگیز، افزایش اکسی توسین و افیون‌های درون زاد که به تحمل فشار کمک می‌کند [۱۹]. لیتل بیان می‌کند که افسردگی با کمبود انتقال دهنده‌های عصبی سروتونین و آدرنالین مرتبط است، بنابراین ترکیب تأثیرات روان شناختی و زیست شناختی افزایش امید به افزایش کارآمد، کنار آمدن موثر و کاهش افسردگی آن‌ها منجر شده و رفتار ارتقا دهنده‌ی سلامت را پیش بینی می‌کند [۲۰]. می‌توان گفت افراد امیدوار، خودشان را در برابر افسردگی محافظت می‌کنند و در دوره‌های کوتاه مدت افسردگی زودتر بهبود می‌یابند و احتمال کمتری دارد که تجربه‌ی دوباره‌ای داشته باشند [۲۱]. مطالعات نشان داده‌اند که علائم اضطراب و افسردگی در افراد امیدوار کمتر گزارش می‌شود. امید پایین می‌تواند سطح افسردگی و ضعف‌های روانی اجتماعی را پیش بینی کند. افسردگی با عدم تحقق اهداف فرد مرتبط است. آرون بک، در نظریه‌ی خود ناامیدی را اصلی‌ترین مولفه‌ی افسردگی می‌داند و بیان می‌کند که ناامیدی هم فلج کننده‌ی اراده است هم باعث تحمل ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می‌گردد [۲۲]. نتایج پژوهش اسنایدر و همکاران نشان داده که مداخلات امیددرمانی می‌تواند برخی از توانایی‌های روان شناختی را افزایش داده و علائم آسیب شناسی روان شناختی را کاهش دهد [۲۳]. مهمت و روزین نیز نشان دادند که امید به گونه‌ای بادوام با علائم کمتر افسردگی مرتبط است و امید چیزی است که می‌تواند آموزش داده شود. به نظر می‌رسد، روان درمانگری مثبت نگر نه تنها از طریق از بین بردن نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای موثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجانات مثبت و توانمندی‌های منش، موجب تغییر آسیب پذیری تاب آوری شود. روان درمانگری مثبت نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آن‌ها باشد [۲۴]. می‌توان گفت، افرادی که از امید بالاتری برخوردارند، در زندگی خود شکست‌هایی را تجربه کرده‌اند؛ اما اعتقاد دارند که می‌توانند با چالش‌های زندگی کنار بیایند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که امید درمانی بر میزان خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های [۲۶، ۲۵، ۱۲ و ۲۷] همسو است. در تبیین این یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی امیددرمانی بر خودکارآمدی میتوان گفت که امید درمانی با ایجاد آموزش‌های لازم جهت تعیین اهداف مناسب و حرکت در مسیر آنها و مجهز کردن شخص به تفکر کارگزار و گذرگاه، زمینه را برای کسب تجارب موفق کوچک و بزرگ فراهم کرده و از این طریق یکی از منابع خودکارآمدی یعنی تجربه چیرگی را برآورده می‌سازد. بعلاوه، امید به عنوان یک نیرومندی روانشناختی با کاهش در تنش‌های

جسمی و روانی، فاکتور دیگری از منابع خودکارآمدی یعنی قرار گرفتن در حالت‌های مناسب جسمانی و فیزیولوژیکی را نیز برآورده می‌کند. همچنین قرار گرفتن در فرایند گروه و برخورداری از مزایایی چون دریافت بازخوردهای مثبت اعضای گروه همگن، امکان انتقال تجارب اعضا، ارائه جملات مثبت، الهام بخش و انگیزه‌دهنده از سوی رهبر گروه، بیان داستانهای امیدبخش از زندگی افراد موفق مبتلا به بیماری‌های مزمن و تشویق اعضای گروه به جستجوی اینترنتی در باره این اشخاص، ترغیب اعضای گروه به خودگویی‌های مثبت، آموزش فنون تصویرسازی، بارش افکار و غیره، زمینه را برای تسلط و پرورش دیگر منابع خودکارآمدی شامل تجربه‌های غیرمستقیم یا نیابتی، ترغیب کلامی و پرورش خلاقیت فراهم می‌کند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که امید درمانی بر میزان امیدواری بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های [۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵] همسو است. در مطالعه قزوی و همکاران [۳۵] امیددرمانی تأثیر مثبتی بر امید بیماران مبتلا به دیابت نوع دو داشت. مطالعات انجام شده بر روی بیماران غیردیابتی، نیز تأثیر مثبت یا فزاینده امیددرمانی را بر روی امید بیماران گزارش کرده‌اند. ازجمله میتوان به مطالعاتی که تأثیر مثبت امیددرمانی بر روی امید بیماران مبتلا به سرطان پستان [۲۹]، بیماران مبتلا به ایدز [۳۲]، بیماران مبتلا به سرطان [۱۵] و زنان مبتلا به بیماری ام اس [۳۴] تأیید کردند اشاره کرد. در تبیین این یافته میتوان گفت افراد امیدوار در زندگی عامل‌ها و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانع برخورد می‌کنند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند. اما افراد ناامید به دلیل اینکه، عامل و گذرگاه‌های کمتری دارند در برخورد با موانع انگیزه‌ی خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند و در واقع ناامیدی مؤلفه‌ی اصلی افسردگی است. به عبارت دیگر، مؤلفه‌ی عامل یا کارگذار یک باور شخصی است که باعث می‌شود فرد احساس کند که می‌تواند برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای مختلفی را امتحان کرده و تحمل کند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که امید درمانی بر میزان خوش بینی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های [۱۲، ۳۷] همسو است. خوش بینی نیز یکی دیگر از مؤلفه‌های امید است. خوش بینی به تعبیری انتظار وقوع اتفاقات خوب در آینده است و به عنوان یک ویژگی شخصیتی گسترده، مفهوم سازی شده و به وسیله آن شیوه مردم در تعقیب اهداف و ارزش‌هایشان بررسی می‌شود. افراد خوش بین هنگام گرفتاری، اهداف و ارزش‌هایشان را قابل دستیابی می‌دانند و خوش بینی آن‌ها باعث می‌شود همچنان دنبال اهدافشان باشند. سلیگمن (۱۹۹۰) نیز عقیده دارد خوش بینی مهارتی آموختنی است و به این اعتقاد مربوط است که در آینده پیامدهای مطلوب حاصل می‌شود. از آن جایی که روان‌شناسان عقیده دارند، می‌توان از طریق درمان‌های شناختی، خوش بینی را پرورش داد. با توجه به اینکه امیددرمانی ترکیبی از درمان‌های شناختی، راه حل محور و درمان‌های روایتی است، این روش درمانی با هدف قراردادن امید با استفاده از مهارت‌های حل مسئله، انتخاب و تعریف اهداف دست‌یافتنی، شکستن اهداف بزرگ به اهداف کوچک‌تر، ارزیابی مجدد اهداف و افزایش نیروی اراده نه تنها باعث رشد و پرورش خوش بینی می‌شود بلکه سبب بهبود زندگی فرد در همه زمینه‌ها می‌گردد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که امید درمانی بر میزان خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های [۲۹، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان به این موارد اشاره نمود که افراد امیدوار به طور آشکار تاب‌آوری بیشتری نسبت به افراد با امید کم دارند. گرچه تاب‌آوری تا حدی نوعی ویژگی شخصی و تا حدود دیگر نتیجه تجربه‌های محیطی افراد است، ولی انسان‌ها قربانی محیط یا وراثت خود نیستند و می‌توان واکنش افراد را در مقابل استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها تغییر داد، به طوری که بتوانند بر مشکلات و تأثیرات منفی محیط غلبه کنند. لوین و

اسنایدر، امید را به عنوان یکی از منابع تاب آوری در نظر می‌گیرند که در زمان‌هایی که فرد دچار استرس می‌شود، می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت و بهزیستی فرد داشته باشد، امیددرمانی با هدف قراردادن امید موجب افزایش تاب آوری می‌شود. از طرفی دیگر نیز امید از طریق حفظ عاطفه منفی در سطح پائین، فایده حمایتی برای افراد دارد و به بهبود سازگارانه فرد منجر می‌شود. به عقیده استاتس (۱۹۸۶)، امید دو مؤلفه شناختی (انتظار روی دادن وقایع در آینده) و عاطفی (برای مثال امید به اینکه این رویدادها، رویدادهای مثبت و دارای پیامدهای مطلوبی باشند) دارد که مؤلفه عاطفی آن می‌تواند پیش‌بینی کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش تاب آوری باشد. در نتیجه؛ برخورداری از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای تفکر هدفمند و آشنایی با مسیرهای لازم برای رسیدن به اهداف، سبب افزایش تاب آوری در افراد می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که امید درمانی بر میزان عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های [۲۷، ۴۰، ۳۶، ۲۵، ۱۵] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزش امید باعث افزایش سطح توانمندی‌های رفتاری مثل خود نظم دهی، آینده نگری، تواضع و بخشش می‌گردد. افرادی که از خودنظم دهی بالاتری برخوردارند با سایر افراد راحت‌تر هستند و سازگاری بهتری با دیگران دارند و همچنین احساس رضایت بیشتری در روابط بین فردی دارند؛ ضمن اینکه خویشن پذیر و عزت نفس بالاتری را گزارش می‌کنند. سلیگمن در مداخلات مثبت خود بر روی مراجع نشان داد این مداخلات، حسی از مالکیت و اعتماد به واقعی بودن توانمندی‌ها در افراد ایجاد می‌کند و فرد در استفاده از آن‌ها احساس نیاز و ضرورت می‌کند [۴۰]. پترسون و سلیگمن بیان می‌کنند که استفاده از مداخلات روانشناسی مثبت، پیامدهای چشمگیری مانند سلامتی، کارآمدی، روابط اجتماعی سالم و رضایت از زندگی را بوجود می‌آورد. بنابراین به کار بردن این مداخلات به سلامتی فرد و نیازهای روان شناختی او مانند خودمختاری و عزت نفس کمک می‌کند [۴۱]. مطالعات نشان داده‌اند که افراد امیدوار نسبت به کسانی که امید کمتری دارند، از تفکرات مثبت، عزت نفس و اعتماد به نفس بیشتری برخوردارند، علاوه بر این، این افراد احساسات را با انرژی بیشتری گزارش می‌کنند و خودشان را به شکل مثبت تری معرفی می‌کنند [۴۲].

## References

1. Najaf Abadi, Marzieh (2018). The effectiveness of two methods of hope therapy and group meaning therapy on death anxiety and life expectancy of patients with stomach cancer. Master's thesis in the field of general psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Karaj Branch Azad University.
2. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The Relationship between Psychological Capital and Quality of Life among Patients with Breast Cancer. *RJMS*. 2017; 24 (156) :111-119.
3. Akbari, Hassan. (2016). Comparison of psychological capital and its dimensions (self-efficacy, hope, optimism and resilience) in women with cancer and healthy women. Master's thesis in the field of general psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Karaj Branch Azad University.
4. hosseinzadeh A, Kohestani D, Masror D. The Effect of Interventions on Improving and Improving Self-Esteem and Body Image in Cancer Patients: A Systematic Review. *IJCA*. 2021; 1 (4) :48-58.
5. Rostami, Samia; Sabzevari, Sakineh; Mahdipur, Ruqiya; Bagharian, Behnaz. (2018). Investigating the relationship between life expectancy and self-esteem in cancer patients referred to the oncology department of hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences, the second international conference on health, treatment and health promotion.
6. Rezai Fard, Somia; Moin, Laden. (2016). Examining the relationship between self-efficacy and mental health and self-esteem in cancer patients. *Studies in Psychology and Educational Sciences*, 3(1), 174-164.
7. Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative medicine*. 2005;19(3):234-40.
8. Movahedi M, Movahedi Y, Farhadi A. Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2015 Jun 15; 25(2):84 - 92[In Persian]
9. Saberi Noghabi E, Zarvandi R, Jeddi H, Jamali Noghabi Z, Mazloun Shahri S B, Noori R. The Effect of Group Hope Therapy on Spiritual Health of Cancer Patients: A Semi Experimental Study. *JRUMS*. 2020; 19 (4) :369-382.
10. Barkhour, H., Refahi, Z. and Farahbakhsh, K. (1388). The effectiveness of teaching positive thinking skills in a group manner on the progress motivation, self-esteem and happiness of Jiroft students. *Scientific and research quarterly of a new approach in educational management*, Islamic Azad University of Maroodasht, year 2(5), 131-144.
11. Nemat Elahi, Samia. (2018). Investigating the relationship between self-esteem and optimism with the length of treatment in women with breast cancer. Master's thesis in the field of clinical psychology, faculty of psychology and tertiary sciences, Allameh Tabatabai University.
12. Karimi S, Delavar A, Ghaemi F, Dortaj F. Effectiveness of Hope Therapy on Psychological Capital of Patients with Type II Diabetes Mellitus. *J Diabetes Nurs*. 2019; 7 (2) :809-819.

13. Nesaj, Fatemeh. (2011). Predicting job satisfaction, organizational commitment and job enthusiasm through psychological capital. Master's thesis in Industrial and Organizational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan Khorasgan branch.
14. Naushad, Leila, Ruhi, Shabnam and Maleki, Arezo. (2017). The effect of hope therapy on improving the mental health of the elderly. *Education, Counseling and Psychotherapy (Excellence of Counseling and Psychotherapy)*, 7(26), 69-82.
15. Movahedi M, Kariminejad K, Babapour Kheirodin J, Movahedi Y. The Effectiveness of Hope Therapy base on Groups to increase the Components of Self-esteem and Psychological Health in Depressed People. *J Adv Med Biomed Res*. 2015; 23 (98 and 3) :132-144.
16. Alaeddini Z, Kajbaf MB, Molavi H. The effects of group hope- therapy on mental health of female students in isfahan university. *J Ment Health*. 2007; 1: 67-76. (Persian).
17. Ruini C, Belaise C, Brombin C, Caffo E, Fava GA. Well-being therapy in school settings: A pilot study. *J Psychother Psychosom*. 2006; 75: 331-36.
18. Snyder CR, Berg C, Woodward JT, Gum A, Kevin CW. Hope against cold: Individual differences in trait hope and acute pain tolerance on the press or task. *J Personality*. 2005; 73: 85- 98.
  
19. Raeisian A, Golzari M & Borjani A. The effectiveness of hope therapy in decreasing of depression and prevention from Relapse in addicted women. *Journal of Research on Addiction*. 2011; 3(19), 7-23.(in Persian)
20. Kar A. (2007). Positive psychology: science of happiness and human's capabilities, translated by Pasha Sharifi et al,( 2008)Tehran, Sokhan publication.(in Persian)
21. Snyder CR, Irving L, Anderson JR. "Hope and Health: Measuring the Will and Ways", In: C. R. Snyder D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*. New York: Pergamon Press; 1991: 285-305.
22. Bijary H, Ghanbarie Hashem Aabadi BA, Aghamohammadyan Sherbaf HR, Homayi SH. [Review the effectiveness of hope therapy treatment approach based on Increase the life expectancy of women with breast cancer]. *J Uni Psychol Edu Stud*. 2009;10(1):171-84.
23. Snyder C. R, et al. Hope for Rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology*, 2006.
24. Mehmet C. & Michael Rozien. You,ve got to have hope: Studies show "hope therapy" fights depression. Ohio State University.; Anouymous. New SRX science, 2009; Atlanta. P. 68.
25. Eskandari, Lilasadat. (2015). The effectiveness of hope therapy in increasing self-esteem, mental health, quality of life, social skills and self-efficacy of mothers of working children in Shiraz city. Master's thesis in the field of positive Islamic psychology, Islamic Azad University, Arsanjan branch.
26. Ramazani, Shokoufeh. (2015). The effectiveness of hope therapy on quality of life, self-efficacy, happiness and life satisfaction in physically-motor disabled men. Master's thesis in the field of psychology, Mohaghegh Ardabili University, Faculty of Educational Sciences and Psychology.

27. Salamat Nia, Asia. (2014). Investigating the effect of teaching hope on increasing self-efficacy and self-esteem of students, the third national conference on sustainable development in educational sciences and psychology, social and cultural studies, Tehran.
28. Kayani, Jamila; Hajioni, Alireza; Qolizadeh, Fatemeh and Abbasi, Farhad. (2018). The effectiveness of cognitive-behavioral training and hope therapy on the quality of life, life expectancy and resilience of patients with thalassemia major. Scientific Research Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, 27 (4), 1482-1495.
29. Bagheri Zanjani Asl Monfared, Leila and Entisar Fomani Gholamhossein. (2015). The effect of group hope therapy on resilience and life expectancy in Zanjan breast cancer patients. Health Promotion Management Quarterly, 5(4), 64-58.
30. Yousefi Amirabadi, Elham. (2014). Investigating the effectiveness of hope therapy group training on reducing death anxiety and increasing the life expectancy of hemodialysis patients in Ahvaz Golestan Hospital, the first national conference on strategies for the development and promotion of educational sciences, psychology, counseling and education in Iran, Tehran.
31. Heydarian, Masoumeh. (2014). Evaluating the effectiveness of hope therapy group training on reducing death anxiety and increasing life expectancy of hemodialysis patients in Shahid Mostafa Khomeini Hospital, Ilam city in 1994, National Conference of Applied Researches in Educational Sciences and Psychology and Social Injuries of Iran, Tehran.
32. Alizadeh M, Rajai A, Hosseini Ghasr S. The Effect of Group hope therapy on HIV patients to increase life expectancy, health psychology. 2014 winter, 2, 4, 70 -82. [In Persian]
33. Razmi I, Behzadi pour S, Tahmasebi S. The effectiveness of group therapy on increase the resiliency and hope of life in woman with breast cancer. 2016, Iranian Journal of Surgery, 24, 3, 60 - 68. [In Persian]
34. Abedini E, Ghanbari HB, Talebian SJ. Effectiveness of Group Therapy Based on Hope Approach on Hope and Depression in Women with Multiple Sclerosis. 2016; 8(2):1 -11. [In Persian]
35. Ghazavi Z, Khaledi-Sardashti F, Kajbaf MB, Esmailzadeh M. Effect of hope therapy on the hope of diabetic patients. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2015 Jan; 20(1):75.80.
36. Cheavens JS, Feldman DB, Gum A, Michael ST, Snyder CR. Hope Therapy in a Community Sample: A Pilot Investigation. Soc Indic Res. 2006;77(1):61-78.
37. John Feda, Maryam; Barjali, Ahmed; Sohrabi, Farmarez. (2012). The effectiveness of hope therapy on the resilience and optimism of female veterans' children. Military Psychology, 4(15), 5-15.
38. Moqar, Atefe and Akbari Amarghan, Hossein. (2016). The effectiveness of hope therapy in a group way on the resilience of adolescents, conference of new paradigms of management and behavioral sciences, Tehran.
39. Zamani, Susan. (2018). The effectiveness of the hope therapy group training course on the resilience and social adaptation of recovered addicted women in Shiraz, the fourth international research conference in psychology, counseling and educational sciences.
40. Seligman MP. Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Free Press. 2003; p: 16-27.

41. Peterson C, Seligman MP. Character strengths and virtues: a handbook and classification. Washington DC: American Psychological Association. 2004. p: 625-44.
42. Namdari K, Molavi H, Malekpoor M, Kalantary M. The effect of hope enhancing training on behavioral strengths in dysthymic patients. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2010; 13: 52-60. (Persian)