

اثربخشی امید درمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی - حرکتی

علی شیخ الاسلامی^۱، حسین قمری کیوی^۲، شکوفه رضانی^۳

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۲۸

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی امیددرمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی - حرکتی انجام شد. **روش:** این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی مردان ناتوان جسمی - حرکتی تحت پوشش اداره‌ی بهزیستی شهر کامیاران در سال ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، امیددرمانی را طی ۸ جلسه دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد استفاده شد. داده‌ها با روش آماري کواريانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی امیددرمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی- حرکتی مورد تایید قرار گرفته است و شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به شرکت‌کنندگان گروه کنترل، در پس‌آزمون به طور معناداری، شادکامی بیشتری داشتند ($p < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به این یافته می‌توان نتیجه گرفت که امیددرمانی در افزایش شادکامی مردان ناتوان جسمی- حرکتی تأثیر معناداری دارد.

واژه‌های کلیدی: امیددرمانی، شادکامی، مردان ناتوان جسمی- حرکتی.

۱. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول: sheikholslamy@yahoo.com)

۲. استادگروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی (h_ghamari@uma.ac.ir)

۳. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه محقق اردبیلی (Lavinramezani@yahoo.com)

مقدمه

ناتوانی^۱ واقعیتی است انکارناپذیر و به عنوان یک پدیده‌ی اجتماعی از ادوار گذشته تاکنون در جوامع بشری وجود داشته است. ناتوانی نتیجه یک اختلال است که انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، نقش و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی است را کاهش می‌دهد (کاراسکو^۲، ۲۰۱۱). یکی از انواع ناتوانی‌ها، ناتوانی جسمی- حرکتی می‌باشد. ناتوانی‌های جسمی- حرکتی به عنوان یک آسیب که یک یا بیش از یکی از فعالیت‌های عمده‌ی زندگی فرد را محدود می‌کند، تعریف شده است (برون و ترنر^۳، ۲۰۱۰). ناتوانی‌های جسمی آن نوع ویژگی‌هایی هستند که مانع بروز کارآمد توانای‌های بدنی یا جسمی فرد می‌شود (اسپنسر^۴، ۲۰۰۷). طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲، بیش از یک میلیارد نفر از مردم جهان، دچار نوعی از ناتوانی (معلولیت) هستند که از این میان، حدود ۲۰۰ میلیون نفر از آنها، از مشکلات عملکردی رنج می‌برند. برآورد می‌شود که این افراد به علاوه‌ی اعضای خانواده‌های شان، دو میلیارد نفر را تشکیل می‌دهند. بنابراین، عده‌ی کثیری از اعضای جامعه به نوعی با پدیده‌ی ناتوانی و تبعات و عواقب جسمانی و روانی حاصل از آن دست به گریبان هستند (به نقل از محسن و الزیدی^۵، ۲۰۱۳). براساس گزارش سازمان ملل متحد (۲۰۰۹)، حدود ۸۰ درصد افراد ناتوان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که حدود ۲۰ درصد از آنها زیر خط فقر هستند (به نقل از محسن و الزیدی، ۲۰۱۳). تخمین حدود ۱۰ درصد از سوی جامعه جهانی، برای کشور ایران که براساس آمار عمومی سال ۱۳۸۵ دارای جمعیتی بالغ بر حدود ۷۰ میلیون نفر بوده است، می‌تواند به طور تقریب ۷ میلیون نفر در انواع مختلف اعم از معلولیت‌های جسمی، روانی و اجتماعی و هم چنین ناشنوایی و نابینایی را شامل شود (حسینی، ۱۳۹۱).

1. disable

2. Carrasco, R., Eser, E., Hao, H., Mcpherson, K., M., Creen, A. & Kullmann, L

3. Brown, R. L., & Turner, R. J

4. Spencer, T

5. Mohsin, M. N., & Zaaidi, I. H

ناتوانی نه فقط در جسم افراد ناتوان، بلکه بیشتر در طرز فکرها و نگرش‌های افراد مزبور و دیگر افراد جوامع وجود دارد (کاکاجویباری و گلشن، ۱۳۹۴). و تأثیری که بروضعیت روحی-روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی برجای می‌گذارد، غیرقابل انکار است. چرا که طبق برخی گزارش‌ها، به نظر می‌رسد افراد ناتوان نسبت به جمعیت عمومی، احتمال بالاتری برای دچار شدن به مشکلات روانی دارند. ناتوانی می‌تواند منجر به فشارهای روان‌شناختی، افسردگی، از دست دادن حقوق و مزایا و نیز حمایت اجتماعی، تغییرات سبک زندگی و قطع روابط و انزوای اجتماعی گردد (هانی، امرسون و لولین و کاریوکی^۱، ۲۰۱۰). طبق گزارش سازمان ملل متحد (۲۰۰۵) افراد ناتوان جسمی در مقایسه با افراد عادی جامعه، مشارکت کمتری در اجتماع دارند، دارای درآمد پایین‌تر، شرایط سکونت بدتر و تحصیلات کمتری هستند و در مقایسه با اکثر مردم تعداد کمتری از آنها دارای شغل هستند (به نقل از حیدری، مشاک و درویشی، ۱۳۹۰). پژوهش‌های انجام گرفته در اغلب موارد مشکلاتی در عزت نفس، خوداثربخشی، روابط اجتماعی، رضایت از زندگی و نیز وجود احساس تنهایی و ترس از موفقیت را در افراد ناتوان گزارش می‌کنند (ریف^۲، ۱۹۸۹) که به نظر می‌رسد همه‌ی این عوامل منجر به پایین آمدن سطح شادکامی در افراد ناتوان می‌شود.

شادکامی^۳ مجموعه لذت‌ها منهای دردها و ترکیبی از حداکثر عاطفه‌ی مثبت به اضافه‌ی حداقل عاطفه‌ی منفی است. افراد شادکام عموماً افرادی شاد و خوش‌بین و سالم بوده و از این که وجود دارند راضی‌اند، زندگی را با ارزش می‌دانند و با جهان در صلح و تفاهم هستند. برعکس افرادی که شادکام نیستند از نظر شخصیت بدبین، غمگین و مایوس بوده و با جهان در تضاد هستند (اندرسون^۴، ۲۰۰۸). تجربه‌ی درونی از

1. Honey, A. Emerson, E. Llewellyn, G. & Kariuki, M

2. Ryff, C. D

3. happiness

4. Andrsson, p

شادکامی پایدار و رضایت مندی می تواند اعتماد به نفس، خوش بینی و خودکارآمدی، تفسیر مثبت از دیگران و خوش برخورد بودن، خون گرمی، فعالیت و انرژی، رفتارهای هماهنگ با جامعه، امنیت و سلامت جسمانی، انطباق مؤثر با چالش ها و فشارها، ابتکار، انعطاف پذیری و رفتارهای هدفمند را افزایش دهد (فریش^۱، ۲۰۰۶).

شادکامی بر سلامتی تأثیر می گذارد و خلق شاداب و سرزنده سیستم ایمنی بدن را فعال می سازد و علاوه بر این، تأثیر شادکامی بر سلامت ذهن، به فرایندهای شناختی از قبیل نوع نگاه فرد به زندگی و متفاوت نگریستن به خویشتن مربوط است (آرگل^۲، ۲۰۰۱، به نقل از هاشمی، علی پور، فیلی، ۱۳۹۲). توکر^۳ (۱۹۸۸) معتقد است که افراد شادکام وقایع زندگی و مشکلات را به صورت مطلوب تری مورد تفسیر قرار می دهند و در رویارویی با مشکلات به طور مؤثرتری عمل می کنند. از نظر او این افراد موقعیت ها را به شکل مثبت تری در می آورند و کمتر به صورت منفی واکنش نشان می دهند و از سلامت روان بیشتری برخوردارند (به نقل از رایان^۴، ۲۰۰۱). نظریه های مقابله در مورد شادکامی بیانگر آن است که افراد شادکام، افکار و رفتارهایی دارند که سازگار و کمک کننده می باشد، با دید باز به امور می نگرند، به طور مستقیم برای حل مسائل خود کوشش می کنند، به موقع از دیگران کمک می طلبند؛ و از طرف دیگر افراد غیرشاد به طور مخرب فکر و عمل می کنند و در خیالات خود فرو می روند، خود و دیگران را سرزنش می کنند و از کارکردن در جهت حل مشکلات اجتناب می ورزند (مک کراو کوستا^۵، ۱۹۸۶، به نقل از یزدانی، ۱۳۸۲). در این راستا پژوهش های انجام شده نشان داده اند که شادکامی در افراد ناتوان پایین تر از افراد عادی می باشد؛ برای مثال سمر، پولارد، ساتر، هارن، بارنت^۶ (۲۰۰۷)، در تحقیقی نشان دادند که شادکامی در دانشجویان ناتوان جسمی - حرکتی کمتر از دانشجویان عادی

1. Frish, M. B

2. Argle, M

3. Toker, M

4. Ryan, R., M & Deci, E. L

5. Maccra, S. & Costa, E

6. Samar, v. j., poollard, R., Sutter, E., Ohhearn, A., & Barnetts, P. L

می‌باشد و همچنین نقدی و مقدم شاد (۱۳۹۳) نیز به نتایج مشابهی در بررسی مقایسه‌ی شادکامی افراد ناتوان با افراد عادی دست یافتند و نشان دادند که افراد ناتوان جسمی - حرکتی بیشتر از افراد عادی به مداخلات روان‌شناختی برای افزایش میزان شادکامی در زندگی نیازمند هستند.

روش‌های درمانی مختلفی برای افزایش مؤلفه‌های روان‌شناختی افراد ناتوان جسمی - حرکتی به کار گرفته شده است از جمله معنادرمانی گروهی (حسن‌زاده، زهراکار و زارع، ۱۳۹۱)، گروه درمانی (خضری مقدم، قربانی، بهرامی و رستمی، ۱۳۹۱) و گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن (آقاباقری، محمدخانی، عمرانی و فرهمند، ۱۳۹۱). یکی از درمان‌ها دیگری که می‌توان در این زمینه به کار گرفت امیددرمانی^۱ می‌باشد. نتایج تحقیقات اسنایدر^۲ بر روی بیماران روانی و برخی از بیماری‌های جسمی مانند سرطان و ناتوانی‌های جسمی نشان داده است که بسیاری از بیماری‌های روانی و برخی از بیماری‌های جسمانی در واکنش به از دست دادن امید رخ می‌دهد و امیددرمانی قادر است سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد (اسنایدر، ۱۹۹۹). امیددرمانی، یک برنامه‌ی درمانی است که بر اساس نظریه امیددرمانی اسنایدر به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است که از درمان‌های شناختی-رفتاری، درمان‌های راه‌حل‌مدار و درمان داستانی و روایتی مشتق شده است (اسنایدر، ۲۰۰۰)، در این درمان شرکت‌کنندگان ابتدا با اصول نظریه امید آشنا شده و سپس به آنها آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود به کار گیرند. شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که چگونه اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری تعیین کنند؛ گذرگاه‌های متعددی برای حرکت به سمت این اهداف تعیین کنند؛ منابع انگیزشی و تأثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند؛ پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند؛ و اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند. این

1. hope therapy

2. Snyder, C. R

مداخله به صورت گروهی اجرا می شود زیرا در نظریه ی اسنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه منعکس کننده ی یک فرایند تبدالی^۱ است (اسنایدر، چوانزو سیمپسون^۲، ۱۹۹۸). بیشترین حجم تحقیقات امید درمانی در چند دهه ی اخیر، به اسنایدر (۲۰۰۰) پدر روان شناسی مثبت^۳ و سلیگمن^۴ (۲۰۰۶) تعلق دارد. از نظر آنان، ناامیدی باعث بروز بیماری های جسمانی و روانی می شود (اسنایدر، رند^۵، ۲۰۰۵؛ سلیگمن، سیسنز میلیالی^۶، ۲۰۰۰؛ اسنایدر، ۱۹۹۴؛ اسنایدر، لوینگ، آندرسن^۷، ۱۹۹۱؛ اسنایدر، هاریس، آندرسن، هولران،^۸، ۱۹۹۱).

جمال زاده و گلزاری (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی امید درمانی بر افزایش شادکامی و رضایت از زندگی در سالمندان» نشان دادند که مداخله ی امید درمانی منجر به افزایش شادکامی و رضایت از زندگی در سالمندان شد. هاشمی، علی پور و فیلی (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان «اثر بخشی درمان مدیریت استرس (شناختی- رفتاری) بر شادکامی زنان نابارور» نشان دادند که مداخلات شناختی- رفتاری بر زنان نابارور موجب افزایش شادکامی شده است. پناه علی، شفیع آبادی، نوابی نژاد و نورانی پور (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان "اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن تبریز" به نتایج مشابهی دست یافتند. قاسمی، عابدی و باغیان (۱۳۸۸) در پژوهشی تحت عنوان "اثر بخشی امید درمانی گروهی طبق نظریه اسنایدر بر شادکامی سالمندان" نشان دادند که امید درمانی منجر به افزایش شادکامی در سالمندان شده است. آرگیل (۲۰۱۳) در پژوهشی تحت عنوان "اثر بخشی آموزش شناختی- رفتاری فوردایس بر میزان افزایش فعالیت جسمی و ورزشی و افزایش شادکامی و

1. transaccational

2. Cheavens, J. & Sympson, S.C

3. positive psychology

4. Selligman, M. E. P

5. Rand, K., L

6. Csikszentimihalyi

7. Lrving, L. & Anderson, J.R

8. Haris, C., Anderson, J. R. Holleran, S. A., Irving, L. M. & Sigmon, S. T

بهداشت روانی " نشان داد که این مداخله متغیرهای پژوهش را به طور معناداری افزایش داده است. شروین، الیبت، رایزیک، فرانک، هانسون، هافمن^۱ (۲۰۰۶) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی امیددرمانی بر معنای زندگی، عزت نفس و شادکامی" نشان دادند که طی ۸ جلسه دو ساعته درمان گروهی مبتنی بر امیددرمانی، میزان تفکر عامل، معنای زندگی و عزت نفس و شادکامی افزایش می‌یابد، در حالی که نشانه‌های افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد. آیروینگ، اسنایدر و کارسون (۱۹۹۸) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی امیددرمانی منابع روان‌شناختی" نشان دادند که آموزش امیددرمانی می‌تواند منافع روان‌شناختی مختلفی برای افراد داشته باشد و همچنین مؤلفه‌ی شادی را در آنها افزایش دهد.

با توجه به تحقیقات انجام گرفته و پایین بودن میزان شادکامی در افراد ناتوان و آسیب پذیر، در ابعاد مختلف و تبعات سوء آن بر سلامت روان، عزت نفس، اعتماد به نفس این افراد و منزوی شدن آنها در جامعه و عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و ارتباط مؤثر با محیط و اطرافیان، و از آنجا که تاکنون در داخل کشور، پژوهشی به صورت آزمایشی به بررسی اثربخشی امیددرمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی - حرکتی نپرداخته است؛ پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی امیددرمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی - حرکتی انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی مردان ناتوان جسمی - حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهر کامیاران در سال ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۳۰ نفر

1. Sherwin, E. D., Elliott, T. R. Rybarczyk, B. D. Frank, R. G. Hanson, S. & Hoffman, J.

از بین آن‌ها انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. (ملاک‌های ورود شامل: نداشتن اختلالات روانپزشکی و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، داشتن حداقل ۵ کلاس سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج شامل: عدم رضایت جهت شرکت در پژوهش - غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات گروه بود. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی زیر استفاده شد:

پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹): این پرسشنامه توسط آرگیل و همکاران (۱۹۸۹) با هدف تشخیص شادکامی ساخته شده است. از آنجا که آزمون افسردگی «بک» یکی از موفق‌ترین مقیاس‌های افسردگی است، آرگیل پس از رایزنی با بک جملات مقیاس افسردگی او را معکوس کرد. بدین ترتیب ۲۱ ماده تهیه شد و ۱۱ ماده دیگر نیز به آن‌ها افزود تا سایر جنبه‌های شادکامی را در برگیرد. با توجه به روایی صوری پرسش‌ها و حذف چند ماده در نهایت فرم نهایی ۲۹ سؤالی پرسشنامه آماده سؤالات از صفر (هرگز) تا سه (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره در این آزمون ۸۷ می‌باشد. آرگیل و همکاران ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش نمودند (حق دوست، کوشکی و صالحی، ۱۳۹۰). این پرسشنامه توسط علی پور و نوربالا (۱۳۷۸) در ایران ترجمه و با اجرا بر روی ۱۰۱ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی هنجاریابی شد. آلفای کرنباخ آن برابر ۰/۹۳ به دست آمد.

شیوه‌ی اجرای پژوهش: بعد از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی و انتخاب نمونه، ابتدا شرکت‌کنندگان آزمایش و گروه کنترل پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد را تکمیل کردند، سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۸ جلسه برنامه‌ی امیددرمانی را دریافت نمودند (۴ هفته، هفته‌ای دو روز و هرروز حدوداً یک و نیم ساعت) و شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچ‌گونه برنامه‌ای را دریافت نکرده و به روال عادی خود ادامه دادند. پس از پایان جلسات امیددرمانی، مجدداً شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد را تکمیل نمودند. خلاصه جلسات امیددرمانی در جدول ۱ آورده شده است:

جدول ۱: خلاصه جلسات امیددرمانی

جلسه‌ی اول	آشنایی اعضای گروه باهم، تعیین اهداف و قوانین گروه، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه‌ی آموزشی و تعریف امید براساس نظریه اسنایدر.
جلسه‌ی دوم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، تبیین و بحث در رابطه با چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر شادکامی.
جلسه‌ی سوم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، درخواست از شرکت‌کنندگان برای تعریف داستان زندگی خود برای اعضای گروه، مشارکت دادن اعضای گروه در شناسایی داستان زندگی اعضای. بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.
جلسه‌ی چهارم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، تبیین داستان‌ها براساس سه مؤلفه‌ی اصلی نظریه امید اسنایدر: «هدف»، «عامل» و «گذرگاه‌ها». بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.
جلسه‌ی پنجم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، درخواست از اعضای برای فراهم کردن لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مختلف زندگی خود و مشخص نمودن میزان اهمیت و رضایت خود از هر یک از آنها. بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.
جلسه‌ی ششم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، مطرح کردن ویژگی‌های اهداف مناسب براساس نظریه‌ی اسنایدر و سپس ترغیب کردن افراد برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه‌های زندگی. بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.
جلسه‌ی هفتم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، مطرح کردن ویژگی گذرگاه‌های مناسب و درخواست از اعضای گروه جهت یافتن راهکارهای مناسب برای رسیدن به اهداف تعیین شده و آموزش چگونگی شکستن گذرگاه‌ها به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک و تعیین گذرگاه‌های جانشین به اعضای گروه. بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.
جلسه‌ی هشتم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، مطرح کردن راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، آموزش به اعضای گروه تا خود یک امیددرمانگر بوده و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار گیرند (به طوری که خودشان بتوانند اهداف و موانع آنها را تعیین نمایند، عامل لازم برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه‌های لازم را تشخیص دهند). بیان خلاصه و جمع بندی مطالب. اجرای پس‌آزمون. تشکر از اعضای گروه و خداحافظی.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر، مردان ناتوان جسمی - حرکتی با دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال بودند. در این بخش به ارائه‌ی یافته‌های توصیفی و استنباطی پرداخته شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی شادکامی مردان ناتوان جسمی- حرکتی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۱/۳۳	۸/۹۰
	کنترل	۱۵	۴۸/۸۰	۷/۱۸
پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۶۰/۸۶	۶/۰۲
	کنترل	۱۵	۴۹/۰۰	۶/۸۷

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار شادکامی مردان ناتوان جسمی- حرکتی گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۱/۳۳ و ۸/۹۰، میانگین و انحراف معیار شادکامی مردان ناتوان جسمی- حرکتی گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۸/۸۰ و ۷/۱۸، میانگین و انحراف معیار شادکامی مردان ناتوان جسمی- حرکتی گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۶۰/۸۶ و ۶/۰۲، میانگین و انحراف معیار شادکامی مردان ناتوان جسمی- حرکتی گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۹/۰۰ و ۶/۸۷، می‌باشد.

برای آزمون فرضیه از تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد. تجزیه و تحلیل کواریانس یک روش آماری است که به منظور تعدیل تفاوت‌های اولیه آزمودنی‌ها به کار می‌رود. بدین ترتیب که هر یک از نمرات در پیش‌آزمون به عنوان هم‌تغییر در نمرات پس‌آزمون به کار برده می‌شود. در تجزیه و تحلیل کواریانس رعایت برخی از مفروضه‌ها (مانند همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس‌های خطا) الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد و سپس از آنجایی که این مفروضه‌ها (همگنی شیب خط رگرسیون: $F=1/94, P>0.05$ ، و همگنی واریانس‌های خطا: $F=1/56, P>0.05$) برقرار بودند، از تجزیه و تحلیل کواریانس به منظور مقایسه‌ی میانگین نمره‌های شادکامی مردان ناتوان جسمی- حرکتی در گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۳: تجزیه و تحلیل کواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های

شادکامی مردان ناتوان جسمی-حرکتی در پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
مدل	۱۹۳۳/۸۵۹	۲	۹۶۶/۹۳۰	۸۹/۴۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶۹
تصحیح شده						
عرض از مبدا	۲۹۴/۱۳۳	۱	۲۹۴/۱۳۳	۲۷/۱۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲
پیش‌آزمون						
شادکامی	۸۷۷/۷۲۶	۱	۸۷۷/۷۲۶	۸۱/۱۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰
گروه	۷۴۷/۵۷۲	۱	۷۴۷/۵۷۲	۶۹/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹
خطا	۲۹۲/۰۰۸	۲۷	۱۰/۸۱۵			
کل	۹۲۷۵۶/۰۰۰	۳۰				
کل	۲۲۲۵/۸۶۷	۲۹				
تصحیح شده						

با توجه به نتایج جدول ۳ ($F=69/123$ ، $P<0/01$)، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی امیددرمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی-حرکتی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان شادکامی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر عبارت بود از تعیین اثربخشی امیددرمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی-حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهرکامیاران. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ شادکامی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که آموزش امیددرمانی باعث افزایش قابل

ملاحظه‌ای در میزان شادکامی مردان ناتوان جسمی - حرکتی گروه آزمایش شده بود. بنابراین فرضیه‌ی پژوهشی مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های جمال زاده و گلزاری (۱۳۹۳) هاشمی، علی‌پور و فیلی (۱۳۹۲)، پناه‌علی، شفیع‌آبادی، نوابی‌نژاد و نورانی‌پور (۱۳۹۲)، قاسمی، عابدی و باغیان (۱۳۸۸)، آرگیل (۲۰۱۳)، شروین، الیبت، رایزیک، فرانک، هانسون و هافمن (۲۰۰۶)، و آیروینگ، اسنایدر و کارسون (۱۹۹۸)، همسو می‌باشد.

امید درمانی یکی از جدیدترین درمان‌ها در حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت‌نگر است که می‌تواند در ارتقای سطح شادکامی نقش داشته باشد. اسنایدر بنیان‌گذار نظریه امید و درمان مبنی بر آن، امید را به عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم این‌گونه تعریف می‌کند: "توانایی طرح‌گذاری به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عامل انگیزش لازم را برای استفاده از این گذرگاه‌ها" (اسنایدر و پاترسون، ۲۰۰۰). به نظر او انسان دارای دو نیمه مثبت و منفی است و علاوه بر آسیب‌پذیری‌ها، باید به توانمندی‌ها و جنبه‌های مثبت وجود انسان توجه شود که در محور این نیمه‌ی مثبت امید وجود دارد (سلیگمن، سیکسنرنت ممالی^۱، ۲۰۰۰). یقیناً مزیت اصلی امید درمانی نسبت به سایر درمان‌های روان‌شناختی، ایجاد تفکر امیدوارانه نسبت به زندگی و فائق آمدن بر مشکلات و اثرات مخرب آن در سطوح مختلف زندگی می‌باشد.

بر اساس مطالعات قبلی راجع به اثربخشی برنامه‌ی امید درمانی، می‌تواند اثرات مثبت معنی‌داری از لحاظ شادکامی داشته باشد (آیروینگ، اسنایدر و کارسون، ۱۹۹۸) ناتوانی منجر به آسیب‌پذیری افراد در برابر مشکلات روان‌شناختی مثل افسردگی، اضطراب، سطح پایین کیفیت زندگی و شادکامی می‌شود که مداخلات امید درمانی، با افزایش میزان تفکر عامل، معنای زندگی و عزت نفس، منجر به افزایش شادکامی می‌شود و افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. افراد ناتوان جسمی - حرکتی اغلب به

توانمندی‌های خود به دیده‌ی تردید می‌نگرند و به دلیل محدودیت‌های حرکتی با بازخورد‌های منفی از سوی جامعه رو به رو هستند که منجر به پایین آمدن انگیزه و شادکامی در آنها می‌شود. امید نیروی مثبتی است که انگیزش این افراد را بالا برده و شادکامی آنها را افزایش می‌دهد. هدف روان‌شناسی مثبت‌نگر، شادکامی است. و امیددرمانی نیز به افراد ناتوان جسمی - حرکتی کمک می‌کند با تاکید بر نقاط مثبت زندگی‌شان و مقابله با خودگویی‌های منفی در جهت رسیدن به اهداف زندگی‌شان، انرژی مثبت بیشتر و هیجان‌ات مثبت بالاتری داشته باشند و در نتیجه‌ی این عوامل شادکامی بیشتری خواهند داشت. امیددرمانی می‌کوشد تا با تعمیر آسیب‌روانی ناشی از ناتوانی با تاکید بر توانایی‌ها و ظرفیت‌های مثبت افراد ناتوان همچون شادی و خوش‌بینی به کیفیت زندگی آنها اهتمام ورزد. امیددرمانی حالت انگیزشی و معنی‌داری در زندگی افراد ناتوان ایجاد می‌کند و به فردی که در مصیبت‌ها و موقعیت‌های سخت قرار گرفته، انرژی لازم را برای مقابله با سختی‌ها برای رسیدن به هدف می‌دهد. با توجه به اینکه ظرفیت امید در همه‌ی افراد وجود دارد می‌توان گفت که امید بر همه‌ی افراد اثرگذار است. افراد امیدوار محرک‌های قوی‌تر و انرژی‌بیش‌تری برای پیگیری اهداف خود دارند. داشتن هدف در زندگی و باور به تحقق آن و تلاش برای رسیدن به هدف، باعث کاهش افسردگی و بالا رفتن خلق و افزایش شادکامی می‌شود.

در کل می‌توان گفت که امیددرمانی به صورت ایجاد تفکر امیدوارانه و اراده نسبت به زندگی و فائق آمدن بر مشکلات و اثرات مخرب آن در سطوح زندگی منجر به افزایش شادکامی در افراد ناتوان می‌شود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که از امیددرمانی برای افزایش شادکامی مردان ناتوان جسمی - حرکتی استفاده شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر مربوط به جامعه‌ی آماری آن است که فقط متشکل از مردان ناتوان جسمی - حرکتی بود و این مسأله تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در آینده، پژوهش‌هایی از این نوع بر روی هردو

جنس و نمونه‌های مختلف انجام پذیرد تا قابلیت تعمیم پذیری بیشتری داشته باشد.

منابع

- امیدپناه، ع.؛ شفیع‌آبادی، ع.، نوابی نژاد، ش. و نورانی پور، ر. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز. زن و مطالعات خانواده. (۵) ۱۹، ۷۷-۹۳.
- آرگیل، م. (۱۹۸۹). روان‌شناسی شادی. (ترجمه مسعودگوهرانارکی، ۱۳۸۳). اصفهان: جهاد دانشگاهی واحد جهان.
- آقاباقری، ح.؛ محمدخانی، پ.؛ عمرانی، س. و فرهمند، و. (۱۳۹۱). گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. مجله روان‌شناسی بالینی، (۱)-۴(۳)، ۲۳-۳۱.
- حسن زاده، ا.؛ زهراکار، ک. و زارع، م. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی معنادرمانی بر کاهش ناامیدی در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله زرنند. نشریه مطالعات روان‌شناختی، (۱) ۸، ۶۷-۹۴.
- حسینی، ا. (۱۳۹۱). توانبخشی سنتی در روستا (مورد: معلولین و سالمندان در روستاهای تهران). فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، (۱) ۵، ۱۵-۳۴.
- حیدری، ع.؛ مشاک، ر. و درویش، ح. (۱۳۹۰). مقایسه احساس تنهایی، ترس از موفقیت و رضایتمندی از زندگی دانشجویان معلول جسمی و عادی دانشگاه آزاد اسلامی شهر اهواز، مجله روان‌شناسی اجتماعی (یافته‌های جدید در روش‌شناسی). (۴) ۱۰، ۱۷-۲۷.
- خضری مقدم، ن.؛ قربانی، ن.؛ هادی بهرامی، ا. و رستمی، ر. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی بر کاهش علائم روان‌شناختی بیماران ام اس، مجله روان‌شناسی بالینی، (۱) ۴، ۱۳-۲۲.
- خوشنود، ق.؛ شیرکوند، ن.؛ عاشوری، ج. و عرب سالاری، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل (۱) ۳، ۱۳-۲۴.
- دهستانی، م. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر کیفیت زندگی اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا. فصلنامه خانواده‌پژوهشی، (۱۰) ۳۹، ۳۴۵-۳۵۶.
- صالحی، م.؛ کوشکی، ش. و حق دوست، نرگس. (۱۳۹۰). مقایسه سلامت عمومی سبک مقابله‌ای و شادکامی مادران معلول جسمی حرکتی و سالم. مجله تحقیقات روان‌شناختی، (۲) ۱۲، ۱-۱۲.

- عابدی، م. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری فورادیس بر شادکامی، اضطراب، افسردگی و روابط اجتماعی دانشجویان دانشگاه اصفهان. چهارمین خلاصه مقالات هفته‌ی پژوهش دانشگاه اصفهان، (۴) ۴۷، ۱۷-۳۲.
- علی‌پور، ا.؛ نوربالا، ا. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه تهران، *مجله اندیشه و رفتار*، (۱) ۵۵، ۵۶-۶۶.
- قاسمی، ا.؛ عابدی، ا. و باغبان، ا. (۱۳۸۸). اثربخشی امیددرمانی گروهی طبق نظریه اسنایدر بر میزان شادکامی سالمندان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)*، (۱) ۱۷، ۴۱-۴۰.
- کاکاجویاری، ع. و گلشن، اندیشه. (۱۳۹۴). بررسی ناآثیر مشاوره گروهی بر روش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش افسردگی زنان معلول جسمی- حرکتی. *فصلنامه پژوهش کاربردی روانشناختی*. (۲) ۱۰۳، ۶-۱۱۵.
- مرادی، ا. وکلانتری، م. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر نیم‌رخ روانی زنان ناتوانی‌های جسمی- حرکتی. *نشریه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، (۱) ۱۶-۱۹، ۵۵۹-۵۶۷.
- میرزایی، م.؛ اقلیما، م.؛ راهب، غ. و عرشی، م. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی به کارگیری روش توسعه مددکاری گروهی با تمرکز بر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی سالمندان فرهنگ سرای سالمند تهران. *مجله سالمندی ایران*، (۷) ۲۶، ۵۷-۶۵.
- نقدی، ف. و مقدم شاد، م. (۱۳۹۳). امید، شادکامی و رضایت از زندگی. *مجله مطالعات ناتوانی*، (۴) ۷، ۸-۱۳.
- هاشمی، ف.؛ علی‌پور، ا. و فیلی، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مدیریت استرس (شناختی-رفتاری) بر شادکامی زنان نابارور. *ارمغان دانش مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، (۹) ۱۸، ۲۹-۴۱.
- یزدانی، ف. (۱۳۸۲). *بررسی رابطه بین نگرش دینی، سبک مقابله و شادکامی در دختران و پسران دبیرستان اصفهان*، پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
- Andrsson, p. (2008). Happiness and health, Well-being among the self-employed. *Journal of Socio-Economics*, 37 (1), 213-236.
- Argle, M. (2001). *The psychology of happiness*. 2^{ed}. Condon: Rutledge press, taylor & francis group. 18-22.
- Brown, R.,L. & Turner, R.,J. (2010). Physical disability and depression: clarfyng racial/ethnic contrasts. *Journal of Aging and health*, 22 (7), 977-1000.

- Carrasco, R., Eser, E., Hao, H., Mcpherson, K. M., Creen, A. & Kullmann, L. et al. (2012). The quality of care and support (QOCS) for people with disability scale. *Journal development and psychometrie properiteres dev disabil*, 32 (3), 1212-1225.
- Emerson, E., Honey. A., Madden. R., Llewellyn, G. (2009). The well-being of Australian adolescents and young adults with self-reported long-term health conditions, impairments or disabilities: 2001 and 2006. *Aust Journal Soc Issues*, 44 (1), 39-53.
- Frish, M.B. (2006). *Quality of life therapy: Appling a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*, Hoboken, NJ: Wiley, 37-46.
- Honey, A., Emerson. E., Llewellyn. G., Kariuki. M. (2010). *Mental Health and Disability*. In: Stone, J.H. & Blouin, M editors. International Encyclopedia of Rehabilitation.
- Irving, J.J., Snyder, C.R. & Crowson, J.J. (1998). Hope and coping with cancer by college females. *Journal of personality*, 66 (1), 195-214.
- Klasusner, E.J., Clarking, J.f., Spielman, L., pupo, C., Abrams, R. & Alexopoulos, G. S. (1998). Late-life depression and functional disability: the role of goal-focused group psycho-therapy. *Internation Journal of Geriatricpsy chiatry*, 64 (2), 101-116.
- Mohsin, M.N. & Zaaidd I.H. (2013). Comorbidity of physical disability with depression and anxiety. *International Journal of Envioronment, Ecology, Family and Urban Studies*, 3 (1), 79-88.
- Ryan, R., M & Deci, E., L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: *Are viwe of researchon hedonic and eudaimonic well-being Annual Reviw of Psychology*, (52)1, 141-165.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal Pers Soc Psychol*, 57 (2), 1069-1081.
- Samar, V.J., Poollard, R., Sutter, E., Ohhearn, A. & Barnetts, P. L. (2007). *Deaf young adults self-reported suicide attempt rate: Role of reaching and gender mach. Honi Lulu. Itawii, paper presented at the meating of the pacific Rim Disability conference*. 317-381.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). *positive psychology: interoduetion. Am psychol*. 55 (3), 5-14.
- Sherwin, E.D., Elliott, T.R., Rybarczyk, B. D., Frank, R.G., Hanson, S. & Hoffman, J. (1992). Negotia ting the reality of care giving: Hope, burnaout and nursing. *Journal of social and clinical psychology*, 11 (1), 129-139.
- Snyder, C.R. & Peterson, C. (2000). *Handbook of hope: Theory, meansures & application. 1st ed. San Diego*. Academic Press, 132-8.
- Snyder, C.R. & Rand, K.L. (2005). *Hopelessness and health*. In N. Anderson (Ed). Encycolopedia of health and behavior. Thousand Oaks, C.A: Sage, 521-523.
- Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (2004). *Postive psychology the Scientific of human strenghs*. Sage publication. 127-145.
- Snyder, C.R., Cheavens, J., Sympson, S.C. (1997). *Hope: an individual motive for social commerce*. group Dynamice: Theory, Research and practice, 1 (1), 107-118.

- Snyder, C.R., Haris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M. & Sigmon, S.T. et al. (1991). The will and the ways: Development and Validation of and Individual-differemeces measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60 (1), 570-585.
- Snyder, C.R., Lrving, L. & Anderson, J.R. (1991). *Hope and health: measuring the will ways*, In: C.R. Snyder, D.R. Forsyth (Eds), *Handbook of social and Clinical Psychology: The health persective*. New Yourk: Pergamon press, 285-305.
- Spencer, T. (2007). The role of researchin in the live of people with disability too little too latehe exceptional parent. *Eur Journal devpsychol*, 37 (5), 78-82.