

تأثیر امید درمانی گروهی بر رضایت از زندگی در مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی

علی شیخ‌الاسلامی^۱ و شکوفه رضمانی^۲

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۱۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر امید درمانی گروهی بر رضایت از زندگی در مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی بود. پژوهش به روش آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه‌ی آماری شامل تمامی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر کامیاران در سال ۹۵-۱۳۹۴ بودند. از میان این گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش مداخله‌ی امید درمانی را طی ۸ جلسه دریافت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی رضایت از زندگی استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر تأثیر امید درمانی بر رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی را تایید کرد و نشان داد که شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به شرکت‌کنندگان گروه گواه در پس‌آزمون به‌طور معناداری رضایت از زندگی بیشتری داشتند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که امید درمانی گروهی موجب افزایش رضایت از زندگی در مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی شده است و روش مناسبی برای مداخلات روانی-آموزشی مربوط به مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی محسوب می‌شود.

واژگان کلیدی: امید درمانی گروهی، رضایت از زندگی، مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی

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

۲. کارشناس ارشد مشاورهٔ توانبخشی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی

مقدمه

ناتوانی مفهومی کلی محسوب می‌شود و با محرومیت‌هایی مرتبط است که فرد در نتیجه نارسایی تجربه می‌کند. هرگونه فقدان یا کاهش فرصت برای مشارکت در زندگی اجتماعی در سطحی برابر با دیگران ناتوانی نامیده می‌شود (پورحسین هندآباد، اقلیما، عرشی و تقی‌زاده، ۱۳۹۵). ناتوانی جسمی-حرکتی باعث می‌شود فرد در استفاده از اندام خود یا بخشی از آن به مدت حداقل ۶ ماه نتواند به‌طور موثر استفاده کند (بروان و تورنر؛ ۲۰۱۱). تعداد افراد با ناتوانی جسمی-حرکتی با گذشت هر سال رو به افزایش است. تخمین زده می‌شود که حدود ۱ میلیارد نفر افراد با ناتوانی جسمی-حرکتی در سراسر جهان وجود دارد که تقریباً ۲۰۰ میلیون نفر از آنها مشکلات جدی را تجربه می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۱). یک فرد با ناتوانی جسمی-حرکتی، تحرکش در اندام فوقانی و تحتانی یا ستون فقرات به دلیل نقص دائمی ناشی از آسیب مغزی، بیماری، آسیب یا تغییر شکل در سیستم عصبی یا عضلانی محدود شده است (پاوتوسکا-کیپریسیکا، کونارسکا، زوترسیزک-زرد^۲، ۲۰۱۳). در مجموع، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناتوانی جسمی-حرکتی می‌تواند باعث افزایش افکار خودکشی و علائم افسردگی (لاویز، ویلیامس، کوکو، ودمور، جونز و پاول^۳، ۲۰۱۷؛ لاند، نادورف، وینر و سیدر^۴، ۲۰۱۶)، آشفتگی‌های روانی (پاپاداکی^۵ و همکاران، ۲۰۱۷؛ ما و مک^۶، ۲۰۱۶) و کاهش عملکرد شناختی و روانی (کریستون، باری، مک کویت و ولف^۷، ۲۰۱۶) شود. بنابراین، ناتوانی جسمی-حرکتی نه تنها عملکرد افراد را محدود می‌کند؛ بلکه تصور خود در یک شخص را تحت تاثیر منفی

-
1. Brown, Turner
 2. organizaton world health
 3. Pawtowska-Cypriysiak, Konarska, Zotnierzcyk-Zreda
 4. Lewis,cWilliams, KoKo, Woolmore, Jones, Powell
 5. Lund, Nadorff, Samuel, Seader
 6. Papadakaki
 7. Ma, Mak
 8. Crichton, Bray, McKevitt, Wolfe

قرار خواهد داد (باتچرجی و چتزییک^۱، ۲۰۱۴). بنابراین، وجود این عوامل موجب می‌شود افراد ناتوان جسمی-حرکتی رضایت از زندگی کمتری را در خود احساس کنند.

رضایت از زندگی^۲ مفهومی کلی و ناشی از چگونگی درک شخص از کل زندگی است. به همین دلیل افرادی با رضایت زندگی بالا هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه کرده، از گذشته و آینده خود و دیگران، رویدادهای مثبت بیشتری را به یاد آورده و از پیرامون خود ارزیابی مثبت‌تری دارند و آنها را خوشایند توصیف می‌کنند (تیم^۳، ۲۰۱۰).

چنان‌که در پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده شده که افراد با ناتوانی جسمی-حرکتی رضایت از زندگی پایینی دارند. مولروی^۴ و همکاران (۲۰۱۶) در یک پژوهش نشان دادند که افراد با ناتوانی جسمی از رضایت زندگی پایینی برخوردار هستند. همچنین پارک، گیسو، پارک، بتینی و اسمیت^۵ (۲۰۱۶) در یک پژوهش به بررسی رضایت شغلی در افراد با ناتوانی جسمی-حرکتی پرداختند. نتایج نشان داد که رضایت از زندگی افراد با ناتوانی جسمی-حرکتی به‌طور مستقیم از رضایتمندی شغلی آنها تاثیر می‌پذیرد و افراد ناتوانی که رضایتمندی شغلی پایینی دارند از رضایت از زندگی پایینی نیز برخوردار هستند. سناتیلی، لورا، جینورا و سورس^۶ (۲۰۱۴) و اوبری، فلاین، ویرلی و نیری^۷ (۲۰۱۳) در پژوهش‌های مختلفی نشان دادند افرادی که بر اثر آسیب مغزی مبتلا به ناتوانی حرکتی شده‌اند و همچنین افراد با ناتوانی جسمی-حرکتی از رضایت از زندگی پایینی نسبت به افراد عادی برخوردار هستند که ضرورت حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی را می‌رساند. همچنین مومین، دودیواناف و مازور^۸ (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند زنان با ناتوانی جسمی-حرکتی نیازها و خواسته‌های یکسانی با زنان سالم داشتند، اما رضایت از زندگی در زنان با ناتوانی جسمی کمتر بود.

1. Bhattacharjee, Chhetri
2. life satisfaction
3. Thimm
4. Mulroy
5. Park, Gi Seo, Park, Bettini, Smith
6. Santilli, Laura, Ginevra, Sores
7. Aubry, Flynn, Virley, Neri
8. Moin, Duvdevanv, mazor

یکی از کاربردهای اصلی علم روانشناسی کاربرست اصول آن در یافتن شیوه‌های نوین زندگی، تعدیل مخاطرات، پیشگیری از مشکلات فردی، خانوادگی و ارتقای رضایت از زندگی است. یکی از انواع مداخله‌های تعدیل‌کننده بسیاری از نشانه‌ها و افزایش رضایت از زندگی، آموزش امید درمانی است. امید درمانی^۱، یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید درمانی اسنایدر^۲ به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است. (اسنایدر، ۲۰۰۲؛ به نقل از دریابی، عبدالمحمدی، علیمحمدی و قضاوی، ۱۳۹۵). به گفته‌ی اسنایدر امید مفهومی است شناختی که متوجه آینده است. بنابراین اگر فرد ناتوان امیدوار به آینده باشد ممکن است در ابعاد مختلف کیفیت زندگی خویش وضعیت بهتری را احساس کند. امید درمانی از درمان رفتاری، درمان راه‌حل‌مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود و هدف از این روش درمانی برانگیختن افراد برای غلبه بر چالش‌ها و به دست آوردن موفقیت است (سلیگمن و میهالی، ۲۰۱۴^۳). اسنایدر اشاره می‌کند که امید درمانی گروهی به دلیل تاثیر شگرفی که در درمان بیماری‌ها جسمانی و روانی انسان دارد می‌تواند رویکرد بیمارنگر را به رویکردی سلامت‌نگر تبدیل کند. افراد برخوردار از امید بالا در دست‌یابی به راه‌حل‌های جایگزین و اهداف خود خلاق‌تر بوده و انگیزه بیشتری را برای دنبال کردن آن‌ها دارند. مهم‌تر اینکه این افراد قادر به درس گرفتن از موفقیت‌ها و شکست‌های قبلی برای دسترسی به اهداف آینده نیز هستند (کاورادیم، اوزر و بوزکوک^۴، ۲۰۱۳).

پژوهش‌های بسیاری اهمیت امید درمانی را بر جمعیت بالینی و عادی تایید می‌کنند؛ اما کمتر پژوهشی به تاثیر این درمان بر رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی پرداخته است. بیرانوند، موسوی، کاکاوند، غفوری و اوحدی (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند که مداخله‌های مثبت بر افزایش رضایت از زندگی و احساس معنای بیشتر تاثیر داشته است. جمال‌زاده و گلزاری (۱۳۹۳) نیز در یک پژوهش دریافتند که مداخله‌ی امید درمانی

1. Hope therapy
2. Snyder
3. Seligman & Csikszentmihalyi
4. Kavradim Özer & Bozcuk

در افزایش شادکامی و رضایت از زندگی تأثیر داشته است. همچنین چان، دیکمن و چاو^۱ (۲۰۱۳) در پژوهشی دریافتند که امید نقش قابل توجهی در ارتقای عملکرد افراد مبتلا به ضایعه‌ی نخاعی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی آنها دارد. مطابق این پژوهش آن دسته از افراد مبتلا به ضایعه‌ی نخاعی باور دارند قادرند برای رسیدن به اهداف موردنظر خود، برنامه عملی مناسبی را طرح‌ریزی و اجرا کنند (تفکر عامل)، انگیزه و توانایی بیشتری برای اجرای اعمال هدف محور خواهند داشت و این موضوع به نوبه‌ی خود مشارکت فعال-تر در جامعه و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی را سبب می‌شود. یافته‌ی پژوهش دریابگی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که امید درمانی می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و در نتیجه رضایت از زندگی شود. یافته‌های دزیوتر، کاسالین و واچ‌هولتز^۲ (۲۰۱۳) نیز نشان داد افرادی که امید درمانی دریافت می‌کنند، عزت‌نفس بالاتر و تعهد بیشتری را در فعالیت‌هایی که به بهداشت و سلامتی بیشتر می‌انجامد، نشان می‌دهند و در نتیجه رضایت از زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند. مارکز، لوپز و پائیس-ریبریو^۳ (۲۰۱۱) نیز در پژوهشی دریافتند که امید درمانی منجر به افزایش امید، رضایت از زندگی، عزت‌نفس و احساس خودارزشمندی می‌شود و این تأثیر تا ۱۸ ماه پس از اجرای درمان تداوم داشته است.

با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته و پایین بودن رضایت از زندگی در افراد با ناتوانی جسمی-حرکتی و آسیب‌پذیری در ابعاد مختلف و تبعات نامناسب آن بر سلامت روانی، عزت‌نفس، اعتماد به نفس این افراد ناتوان و منزوی شدن آنها در جامعه و عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و ارتباط موثر با محیط و اطرافیان و با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه‌ی اثربخش بودن مداخلات مبتنی بر امید درمانی در افزایش رضایت از زندگی نمونه‌های مختلف و از آنجا که تاکنون در داخل کشور پژوهشی به بررسی تأثیر این مداخله بر رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی نپرداخته است، هدف

1. Chan, Chan, Ditchman, Phillips, Chou
2. Dezutter, Casalin & Wachholtz
3. Marquese, Lopez, Pais-Ribeiro

پژوهش حاضر بررسی تاثیر امید درمانی گروهی بر رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی بود. یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای مسئولان بهزیستی، مشاوران توانبخشی، مددکاران اجتماعی و روانشناسان قابل کاربرد باشد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهر کامیاران در سال ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱) نداشتن اختلالات روانپزشکی و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی (۲) داشتن حداقل ۵ کلاس سواد خواندن و نوشتن (۳) فارغ‌التحصیل رشته‌ی مشاوره یا روانشناسی نبودن؛ زیرا آگاهی از طرح درمان، نتایج را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۴) عدم دریافت مشاوره‌ی گروهی دیگر در طول اجرای پژوهش. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: ۱) عدم رضایت مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی جهت ادامه‌ی شرکت در پژوهش (۲) غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات امید درمانی (۲) ناتوانی در انجام برنامه‌های طرح امید درمانی.

ابزار پژوهش شامل مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران بود که در ادامه این ابزار را معرفی می‌کنیم.

مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران: داینر و همکاران در سال ۱۹۸۵ مقیاس رضایت از زندگی را برای همه‌ی گروه‌های سنی تهیه کرده‌اند. این مقیاس ابتدا متشکل از ۴۸ سوال بود که میزان رضایت از زندگی و بهزیستی را ارزیابی می‌کرد. پس از بررسی‌های متعدد در نهایت به ۵ سوال کاهش یافت (مگیارمو، ۲۰۰۹، ترجمه براتی سده، ۱۳۹۱). حداقل نمره در این مقیاس ۵ و حداکثر آن ۳۵ است. هر سوال دارای ۷ گزینه است که از یک (کاملاً موافقم) تا پنج (کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کلی هر فرد از حاصل

جمع نمرات پنج گزینه به دست می‌آید. در پژوهش نصیری و جوکار (۱۳۸۷) بر روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ محاسبه شده است، روایی مقیاس به شیوه تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس به دست آورده شده است. شاخص KMD بر ۰/۸۶ و ضریب کروییت بارتلت برابر ۸۵۴/۲۳ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دارد بوده است. نمره‌های بالا نشان دهنده رضایت بیشتر و نمره پایین نشان دهنده رضایت کمتر است. نمره‌ی برش پرسشنامه ۱۷ است، این مقیاس همیشه با شاخص‌های دیگر احساس بهزیستی مثل اعتماد به نفس و خوش‌بینی همبسته بوده است (مکیارمویی، ۲۰۰۹، ترجمه‌ی براتی سده، ۱۳۹۱).

در پژوهش حاضر از پروتکل امید درمانی ۸ جلسه‌ای اسنایدر استفاده شد. بدین صورت که بعد از گرفتن مجوز از سازمان بهزیستی و انتخاب نمونه، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۸ جلسه برنامه‌ی امید درمانی اسنایدر را که در مرکز بهزیستی شهر کامیاران اجرا شد، دریافت کردند. برنامه مداخله طی ۴ هفته و هفته‌ای دو روز و هر روز حدوداً یک و نیم ساعت اجرا شد. شرکت‌کنندگان گروه گواه هیچ‌گونه برنامه‌ای را دریافت نکرده و به روال عادی خود ادامه دادند. پس از پایان جلسات امید درمانی مجدداً شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه گواه پرسشنامه‌ی رضایت از زندگی داینر و همکاران را تکمیل کردند. روش درمانی مبتنی بر نظریه‌ی امید درمانی شامل این تکنیک‌ها و مراحل بود: معرفی امید و جنبه‌های مختلف آن، معرفی اهداف و انواع آن به‌عنوان بخشی از فرایند افزایش امید، ایجاد ساختاری برای کشف اهداف، ارائه‌ی راهکار برای تنظیم اهداف واضح و عملی در سطوح مختلف، تهیه‌ی لیست اهداف، اولویت‌بندی آنها و انتخاب یک هدف برای کار در گروه، آشنایی با شیوه‌های انگیزه و نیروی اراده روانی و جسمی در پیگیری اهداف، تغییر خودگویی‌های منفی، ساختن فیلم درونی با استفاده از تصویرسازی ذهنی مثبت‌گرایانه و ارائه‌ی جملات و حکایات امیدبخش جهت تقویت نیروی اراده‌ی ذهنی، تغییر رژیم غذایی و استفاده از فعالیت بدنی متناسب و منظم جهت تقویت نیروی اراده‌ی جسمی، استفاده از پیوستار پیشرفت برای ارزیابی فرآیند پیگیری هدف و بازخورد، آشنایی با شیوه‌های غلبه بر موانع و چالش‌ها، ترسیم رابطه‌ی تفکر و احساس مثبت ناشی از

رسیدن به هدف در افزایش امید. محتوای جلسات هفتگی را گفتگو و بیان افکار و احساسات، بحث گروهی، تمرین و ارائه‌ی تکلیف تشکیل می‌داد. خلاصه جلسات امید درمانی گروهی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات امید درمانی گروهی

جلسه‌ی اول	آشنایی اعضای گروه باهم، تعیین اهداف و قوانین گروه، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه‌ی آموزشی و تعریف امید بر اساس نظریه اسنایدر.
جلسه‌ی دوم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، مفاهیم اصلی نظریه امید که شامل تعیین هدف، تفکر عامل یا اراده، تفکر مسیر یا برنامه‌ریزی و تشخیص موانع است، به‌طور مختصر توضیح داده شد. تبیین و بحث در رابطه با چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تاثیر آن بر خودکارآمدی.
جلسه‌ی سوم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، درخواست از شرکت کنندگان برای تعریف داستان زندگی خود بر روی هسته‌ی اصلی نظریه امید یعنی اهداف، مشارکت دادن اعضای گروه در شناسایی داستان زندگی اعضا. بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.
جلسه‌ی چهارم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، تبیین داستان‌ها بر اساس سه مولفه‌ی اصلی نظریه امید اسنایدر: «هدف»، «عامل» و «گذرگاه‌ها». کار بر روی افزایش تفکر عامل با استفاده از تفکر مثبت و تکرار واژه‌های مثبت، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.
جلسه‌ی پنجم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، آشنایی افراد با تفکر برنامه‌ریزی و پرداختن به فهرست برنامه‌ریزی و پرداختن به فهرست شناسایی مسیرهای مناسب برای رسیدن به اهداف، درخواست از اعضا برای فراهم کردن فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مختلف زندگی خود و مشخص نمودن میزان اهمیت و رضایت خود از هر یک از آنها. بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.
جلسه‌ی ششم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، در این جلسه چند هدف مهم دنبال شد: آشنایی با شیوه‌ی مقابله با موانع و چالش‌ها، شناسایی افکار خودآیند برای تغییر باورها و نگرش‌های ناکارآمد، آموزش مقابله با موانع به‌وسیله‌ی ایجاد گذرگاه‌های جایگزین با به‌کارگیری خلاقیت.
جلسه‌ی هفتم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، اهداف این جلسه شامل: راهبردهایی برای خلق با تقویت تفکر رهیاب با استفاده از طرح‌ریزی تدریجی و راهبردهایی برای تقویت اراده با استفاده از فنون خیال‌پردازی، تجسم ذهنی، سرمشق‌گیری/الگوبرداری و خودگویی‌های مثبت.
جلسه‌ی هشتم	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، صحبت در مورد لغزش و راه‌های غلبه بر لغزش در هنگام برخورد با موانع، به‌کارگیری تفکر امیدوارانه در زندگی روزمره و در نهایت بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب. اجرای پس‌آزمون. تشکر از اعضای گروه و خداحافظی.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون آماری تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

نتایج

در این بخش به ارائه‌ی یافته‌های جمعیت‌شناختی، توصیفی و استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
سن	۲۵-۳۰	۱۰	۳۳/۳۳
	۳۰-۳۵	۱۴	۴۶/۶۷
	۳۵-۴۰	۶	۲۰/۰۰
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۲	۴۰/۰۰
	دیپلم	۱۵	۵۰/۰۰
	فوق دیپلم و بالاتر	۳	۱۰/۰۰
وضعیت شغلی	شاغل	۲۲	۷۳/۳۳
	بیکار	۸	۲۶/۶۷

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی با دامنه‌ی سنی ۲۵ تا ۴۰ سال، سطح تحصیلات زیر دیپلم تا فوق دیپلم و بالاتر و وضعیت شغلی شاغل و بیکار می‌باشند.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی

در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین تعدیل‌شده
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۱۷/۰۷	۴/۹۸	
	گواه	۱۵	۱۵/۲۷	۶/۹۳	
پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۲۴/۵۳	۲/۲۳	۲۴/۰۵
	گواه	۱۵	۱۵/۴۷	۶/۲۵	۱۵/۹۴

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۷/۰۷ و ۴/۹۸، میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی گروه گواه در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۵/۲۷ و ۶/۹۳، میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۴/۵۳ و ۲/۲۳، میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۵/۴۷ و ۶/۲۵ است. همچنین میانگین تصحیح‌شده‌ی گروه آزمایش ۲۴/۰۵ و میانگین تصحیح‌شده‌ی گروه گواه ۱۵/۹۴ است.

برای آزمون فرضیه از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. در تجزیه و تحلیل کوواریانس رعایت برخی از مفروضه‌ها (مانند طبیعی بودن توزیع داده‌ها، همگنی شیب خط رگرسیون، همگنی واریانس‌های خطا و وجود رابطه‌ی خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته) الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد و سپس از آنجایی که این مفروضه‌ها (نرمال بودن توزیع داده‌ها: پیش‌آزمون رضایت از زندگی گروه آزمایش: $Z=0/47, p>0/05$ ، پس‌آزمون رضایت از زندگی گروه آزمایش: $Z=0/82, p>0/05$ ، پیش‌آزمون رضایت از زندگی گروه گواه: $Z=0/73, p>0/05$ ، پس‌آزمون رضایت از زندگی گروه گواه: $Z=0/57, p>0/05$ ، همگنی شیب خط رگرسیون: $F=1/80, p>0/5$ ، همگنی واریانس‌های خطا: $F=2/13, p>0/05$ و وجود رابطه‌ی خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته با توجه به موازی بودن شیب‌های خطوط رگرسیون) برقرار بودند، از تجزیه و تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه‌ی میانگین نمره‌های رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی در گروه‌های آزمایش و گواه استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۴. تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های رضایت از زندگی

مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
مدل تصحیح شده	۹۰۵/۲۱	۲	۵۴۲/۶۱	۳۷/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳
عرض از مبدا	۴۴۸/۶۶	۱	۴۴۸/۶۶	۳۶/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸
پیش‌آزمون رضایت از زندگی	۲۸۸/۶۸	۱	۲۸۸/۶۸	۲۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷
گروه	۴۸۱/۶۹	۱	۴۸۱/۶۹	۳۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰
خطا	۳۲۸/۷۹	۲۷	۱۲/۱۸			
کل	۱۳۲۳۴/۰۰	۳۰				
کل تصحیح شده	۱۲۳۴/۰۰	۲۹				

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود ($F=39/56, P<0/01$)، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و گواه در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر تأثیر امید درمانی گروهی بر رضایت از زندگی در مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی و تفاوت بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ میزان رضایت از زندگی در پس‌آزمون تأیید می‌شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر امید درمانی گروهی بر رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهر کامیاران بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون از لحاظ رضایت از زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که آموزش امید درمانی باعث افزایش قابل‌ملاحظه‌ای در میزان رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی گروه آزمایش شده بود. بنابراین، فرضیه‌ی پژوهشی مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌ی پژوهش حاضر با یافته‌های دریابگی و همکاران (۱۳۹۵)، بیرانوند و همکاران (۱۳۹۴)، جمال‌زاده و

گلزاری (۱۳۹۳)، چان، دیکمن و چاو (۲۰۱۳)، مارکر، لوپز و پاپس-ریبریو (۲۰۱۱)، همسو است.

در تبیین اثربخشی امید درمانی، اسنایدر و لوپز (۲۰۰۴) بیان می‌کنند که افراد امیدوار در رویارویی با شرایط استرس‌زا به صورت فعال‌تری برخورد می‌کنند و از راهبردهای مقابله‌ای موثرتر بهتری استفاده می‌کنند. به عقیده‌ی او امید درمانی به مراجعین کمک می‌کند تا خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آن‌ها از نو باز آرای می‌کنند. به عقیده‌ی مک کلمنت و چوچینو (۲۰۰۸) هر نوع مفهوم از امید، ویژگی‌های چندبعدی، پویایی، آینده‌نگری و فرآیندنگری آن را منعکس می‌کنند. به نظر می‌رسد امید درمانی نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای موثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجان‌ات مثبت و توانمندی‌های منش و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری رضایت از زندگی در مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی شود. امید درمانی نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تاثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آن‌ها باشد.

در واقع اینچنین می‌توان بیان کرد که امید درمانی می‌تواند با کاهش هیجان‌ات منفی هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم و ایجاد هیجان‌های مثبت باعث بالاتر رفتن سلامت در افراد با ناتوانی جسمی-حرکتی و در نهایت رضایت از زندگی در آنان شود. بر اساس فرضیه فردریکسون هیجان‌ات مثبت باعث ایجاد شناخت‌های مثبت و کارآمد نیز می‌شود. به بیان دیگر باعث می‌شود فرد دست از تفکرات خشک و جزمی و یکنواخت خود بردارد و به صورت واقعی‌تری به مسائل بنگرد. سلیگمن معتقد است که ما می‌توانیم درست مثل ماهیچه‌ها، طرز فکرمان را هم کنترل کنیم و با آموزش مغز به مثبت فکر کردن، خوش‌بینی را به آن القاء کنیم. در سراسر دوره‌ی درمان شناسایی نقاط دشوار در الگوی فکری مراجع مهم است. روابط درمانی امیدبخش برای ایجاد تغییر شناختی و افزایش امید لازم است. امید، امید می‌آورد (به نقل از فروزان، ۱۳۹۴). در واقع یک بخش از پروتکل امید درمانی به این موضوع اشاره دارد که امید درمانی سعی می‌کند افکار منفی را شناسایی کند و به جای آن خودگویی‌های مثبت را جایگزین نماید. همین مسئله به طور کامل این مطلب را

تصدیق می‌کند که امید درمانی توانایی کاهش افکار خودکار را با جایگزین کردن آنها با خودگویی‌های مثبت را دارد. امید، برعکس افکار خودکار منفی که افراد را وادار به شکست می‌کند، به فرد با ناتوانی جسمی-حرکتی انرژی می‌دهد. انرژی فرد را می‌گیرد و همین باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود.

به باور سلیگمن (۲۰۰۵) امید درمانی به آن معنا نیست که به مشکلات توجه نکنید یا بی‌دلیل و به‌صورت کاذب خوش‌بین باشید. ایده آل آن است که مشکلات را یادداشت کنید و سپس به جای آنکه در حلقه‌های فلج‌کننده‌ی احساسات ناخوشایند، به دام بیفتید، دست به کار حل مشکلات شوید. بنابراین، امید درمانی به جای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری بر توانایی‌های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش‌بینی متمرکز می‌شود، لذا باعث افزایش رضایت از زندگی افراد با ناتوانی جسمی-حرکتی می‌شود.

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 است. از آنجایی که امید هدفش رشد و بالندگی انسان است، فنون آن راه و روش درست زندگی کردن و در نتیجه رضایتمندی از زندگی و در نهایت سعادت‌مندی را به فرد آموزش می‌دهد (اسنایدر و لویز، ۲۰۰۴). امید درمانی به مردان ناتوان جسمی-حرکتی کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امید داشته باشند، این مساله منجر به سلامت روانی بهتر در آنان می‌شود. افزایش سلامت روانی باعث می‌شود مردان ناتوان جسمی-حرکتی، احساس رضایت درونی کرده و این امر به نوبه‌ی خود موجب افزایش رضایت از زندگی آنان می‌شود. امید درمانی 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 انرژی بیش‌تری برای پیگیری اهداف خود داشته و در نتیجه رضایت از زندگی بیشتری دارند (شیخ‌الاسلامی، قمری و رمضان‌ی، ۱۳۹۵).

در کل می‌توان گفت که داشتن امید در زندگی باعث کاهش افسردگی، بالا رفتن خلق مثبت و در نتیجه رضایت درونی و رضایت از زندگی می‌شود. همچنین، برخورداری از تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف سبب معنادار شدن زندگی می‌شود. افزایش معنا نیز سبب افزایش امید و در نتیجه‌ی تعامل این دو، رضایت از زندگی افزایش پیدا خواهد کرد. بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که از امید درمانی برای افزایش رضایت از زندگی مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی استفاده شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر مربوط به جامعه‌ی آماری آن بود که فقط متشکل از مردان با ناتوانی جسمی-حرکتی بود. همچنین عدم کنترل علت ناتوانی، مدت زمان ناتوان شدن اعضاء گروه، یکسان نبودن شدت ناتوانی اعضاء گروه و عدم وجود مرحله‌ی پیگیری به علت محدودیت زمانی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی این موارد موردنظر قرار گیرد. به‌کارگیری رویکردهای دیگر روان‌درمانی از جمله معنادرمانی و واقعیت‌درمانی در مورد افراد با ناتوانی جسمی-حرکتی خواهد توانست به غنای ادبیات پژوهشی در این زمینه بیفزاید.

منابع

- بیرانوند، م؛ موسوی، س؛ کاکاوند، ع؛ غفوری، ا؛ اوحدی، ع. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش تفکر مثبت بر رضایت از زندگی و احساس معنی در زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال‌های برونی‌سازی شده. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، (۱) ۵: ۶۳-۸۰.
- پورحسین هندآباد، پ؛ اقلیما، م؛ عرشی، م و تقی‌زاده، ز. (۱۳۹۵). بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر مشارکت اجتماعی معلولان جسمی و حرکتی مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد مرکز. *فصلنامه توانبخشی*، (۴) ۱۷: ۳۱۷-۳۰۸.
- جمال‌زاده، ر؛ گلزاری، م. (۱۳۹۳). اثربخشی امیددرمانی در افزایش شادکامی و رضایت از زندگی در زنان سالمند مستقر در مراکز سالمندان شهرستان بروجن. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه*، (۲) ۵: ۶۳-۷۵.
- نصیری، ح؛ جوکار، ب. (۱۳۸۷). معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان (گروهی از زنان شاغل فرهنگی)، زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، (۲) ۶: ۱۷۶-۱۵۷.
- دریابگی، ر؛ عبدالمحمدی، ل؛ علیمحمدی، ن و قضای، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی امید درمانی ترکیبی اسنایدر و اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به سوختگی. *فصلنامه علمی-پژوهشی طب مکمل*، (۱) ۶: ۱۴۰۹-۱۳۹۵.
- شیخ‌الاسلامی، ع؛ قمری‌کیوی، ح و رمضانی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی امید درمانی بر شادکامی مردان ناتوان جسمی-حرکتی. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، (۵۸) ۱۵، ۹۶-۱۱۲.
- فروزان، س. (۱۳۹۴). *اثربخشی امید درمانی بر افکار خودکار منفی معتادین مرد در حال ترک شهرستان رودسر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- مگیار- مو، جی. ال. (۲۰۰۹). *فنون روانشناسی مثبت‌گرا*. (ترجمه فرید براتی سده، ۱۳۹۱) تهران: انتشارات رشد.

- Aubry, T., Flynn, R., Virley, B., & Neri, J. (2013). Social role valorization in community mental health housing: Does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disability?. *Journal Community Psychol*, 41(2): 218–235.
- Bhattacharjee, A., & Chhetri, K. (2014). Self-Esteem of disabled and Able: A comparative Analysis. *Voice of Research*, 3(2): 165-172.
- Brown, R. L., & Turner, R J. (2010). (Physical disability and depression: clarifying raciaethnic contrasts. *Journal og aging and health*, 22(7): 977-1000.
- Chan, J. Y. C., Chan, F., Ditchman, N., Phillips, B., & Chou, C., C. (2013). Evaluating Snyder s Hope theory as a Motivational Model of Participation and life Satisfaction for Individuals with Spinal cord Injury: A path Analysis. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, 20(2): 135-145.
- Crichton, L., S. Bray, B., D. McKevitt, C. H., & Wolfe, CH.,D.,A. (2016). Patient outcomes up to 15 years after stroke: survival, disability, quality of life, cognition and mental health. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 87: 1091–1098.
- Dezutter, J., Casalin, S., Wachhholtz, A., Luyckx, K., Hekking, J., & Vandewiele W. (2013). Meaning life: An important factor for the psychological well-being for chronically ill patients? *Journal of Rehabilitation Psychology*, 58 (4): 334-341.
- Kavradim ST, Özer ZC, & Bozcuk H. (2013). Hope in people with cancer: a multivariate analysis from Turkey. *Journal of advanced nursing*, 69(5):1183-96.
- Lewis, V.M., Williams, K., KoKo, C., Woolmore, J., Jones, C., & Powell, T. (2017). Disability, depression and suicide ideation in people with multiple sclerosis. *Journal of Affective Disorder*, 15: 662-669.
- Lund, E.M., Nadorff, M.R., Samuel Winer, E., & Seader, K. (2016). Is suicide an option? The impact of disability on suicide acceptability in the context of depression, suicidality, and demographic factors, *Journal of Affective Disorders*, 189 (1): 25-35.
- Ma, Y. K., & Mak W, W. S. (2016). Caregiving-specific worry, affiliate stigma, and perceived social support on psychological distress of caregivers of children with physical disability in Hong Kong. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(4): 436-446.
- Marquse, S. C., Lopez, S. J., & Pais-Ribeiro, J. (2011). Building Hope for the Future: A program to foster strengths in middle- school students. *Journal of Happiness Studies*, 12(1); 139-152.
- McClement, S. E., Chochinov, H. M. (2008). Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, 44, 1169-74.

- Moin, V., Duvdevanv, I., Mazor, D. (2008). Sexual indentity bodyimage and life satisfisfaction among woman will and withot physical disability. *Sexuality and Disability*, 27(2), 18-27.
- Mulroy, S. J., Hatchett, P. E., Eberly, V. J., Haubert, L.L., Conners, S., Gronley, J., Garshick,E., & Requejo, P. S. (2016). Objective and Self-Reported Physical Activity Measures and Their Association with Depression and Satisfaction with Life in Persons with Spinal Cord Injury. *Archives of Ohysical Medicine and Rehabilitation*, 97(10): 1714-1720.
- Organization World Health. World Bank (2011). *World report on disability*. Malta: World Heahth Organization. 2012.
- Papadakaki, M., Ferraro, O. E., Orsi, CH., Otte, D., Tzamalouka, G., von-der-Geest, M., Lajunen, T., Özkan, T., Morandi, A., Sarris, M., Pierrakos, G., & Chliaoutakis, J. (2017). Psychological distress and physical disability in patients sustaining severe injuries in road traffic crashes: Results from a one-year cohort study from three European countries. *Journal of Injury*, 48 (2): 297–306.
- Park, Y., Gi, Seo, D., Park, J., Bettini, E., & Smith, J. (2016). Predictors of job satisfaction among individuals with disabilities: An analysis of South Korea's National Survey of employment for the disabled. *Research in Developmental Disabilities*, 53-54(2): 198-212.
- Pawtowska-Cyprysiak, K., Konarska, M., & Zotnierczyk-Zreda, D. (2013). Self-perceived quality of life of people with physical disabilities and labour force participation. *International journal of Occupational safety and Erogomics*, 19(2): 185-194.
- Santilli, S., Laura, N., Cristina Ginevra, M., & Sores, S. (2014). Career adaptability, hope and life satisfaction in workers with intellectual disability. *Journal of Vocational Behavior*, 85(1): 67-74.
- Seligman ME, & Csikszentmihalyi M. (2014). *Positive psychology: An introduction*: Springer, 221-278.
- Seligman, M. (2005).Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology* Vol.93, P235-238.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. (2004). *Postive psychology the Scientific of human strenghs*. Sage publication.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3): 378-380.