

اثربخشی امیددرمانگری گروهی مبتنی بر نظریه‌ی اسنایدر بر کیفیت زندگی مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی  
 علی شیخ‌الاسلامی<sup>۱</sup>، شکوفه رamezani<sup>۲</sup>

## The effectiveness of group hope therapy based on Snyder's theory on quality of life in men with physical-motor disabilities

Ali Sheykhholeslami<sup>1</sup>, Shokufehe Ramezani<sup>2</sup>

### چکیده

**زمینه:** مطالعات مختلف نشان دادند که امیددرمانگری اثرات معنی‌داری بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روانشناختی، حرمت خود و کاهش تنیدگی، اضطراب و افسردگی افراد دارد. آیا این درمان می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی مردان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی نیز مؤثر باشد؟ **هدف:** هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی امیددرمانگری گروهی مبتنی بر نظریه اسنایدر بر کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی بود. **روش:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی مردان ناتوان جسمی - حرکتی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر کامیاران در سال ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند. تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، امیددرمانگری (اسنایدر، ۲۰۰۰) را طی ۸ جلسه دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم کوتاه پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۱) استفاده شد. داده‌ها با روش آماری کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** امیددرمانگری بر کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی تأثیر معنی‌داری داشت ( $p < 0/01$ ). **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت امیددرمانگری گروهی می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی افراد ناتوان اثربخش باشد. **واژه کلیدها:** امیددرمانگری گروهی، کیفیت زندگی، ناتوانی جسمی - حرکتی

**Background:** Various research have shown the significant effect hope therapy have meaningful effects in improving quality of life such as hope and psychological well-being, self-esteem and reducing stress, anxiety and depression among people but could this therapy be also effective among the man who have physical-motor disabilities? Disabilities in general and physical-motor disabilities in particular lead to mental stress in disabled individuals. Therefore, the question of this study is that whether hope therapy can improve the quality of life in these individuals. **Aims:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group hope therapy based on the quality of life in men with physical-motor disabilities. **Method:** This research was a quasi-experimental study with pretest-posttest design with control group. The statistical population consisted of all men with physical-motor disabilities covered by the Welfare Organization of the city of Kamyaran in 2015-2016. Among them, 30 individuals were recruited by using convenience sampling and assigned randomly into two experimental (n=15) and control groups (n=15). The experimental group received 8 sessions of group hope therapy (Snyder, 2000). To collect data, the World Health Organization quality of life instrument-short form (1991) was used. The data were analyzed using the analysis of covariance. **Results:** Group hope therapy had a significant effect on the quality of life of men with physical-motor disabilities ( $p < 0/001$ ). **Conclusions:** It can be concluded that therapeutic interventions such as group hope therapy can be effective to increase the quality of life in disabled people. **Key words:** Group hope therapy, Quality of life, Physical-motor disability

Corresponding Author: a\_sheikholslami@yahoo.com

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۱</sup> Associate Professor, Department of Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran (Corresponding Author)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۲</sup> M A in Rehabilitation Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۲/۲۰

دریافت: ۹۷/۱۲/۲۳

## مقدمه

احمدی و تقی‌پور، ۱۳۹۲). سازمان بهداشت جهانی در تعریف کیفیت زندگی به درک هر فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام‌های فرهنگی و ارزشی پیرامون و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقمندی آنها تأکید دارد. در این نگاه کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تأثیر می‌پذیرد و بر ادراک فرد نیز مبتنی است (به نقل از میرزائی، ۱۳۸۹). تقریباً از دهه‌ی ۱۹۶۰ کاربرد واژه‌ی کیفیت زندگی، در زمینه‌ی توانبخشی رایج گردید (کربلایی نوری، ۱۳۷۶) و در رویکردهای مرتبط با سلامتی بیماران، در توانبخشی استفاده می‌شود (دیجکرز، ۲۰۰۳). تحقیقات مختلفی نشان داده‌اند که کیفیت زندگی در افراد ناتوان پایین‌تر از افراد عادی است، میرو، سیلو، گرتز، مارک و انجل<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۷) در تحقیقی نشان داده‌اند افراد با ناتوانی جسمی از باور درد بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. نتایج تحقیق هاریس، سلمیر، اینج و موجکانویک<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۷) نشان داد کیفیت زندگی افراد ناتوان پایین‌تر از افراد عادی است. همچنین تحقیقات دیگر نیز نشان داده‌اند که فعالیت بدنی، عزت‌نفس و کیفیت زندگی افراد با ناتوانی جسمی پایین‌تر از افراد عادی می‌باشد (جلاویون دلجا<sup>۱۳</sup>، و همکاران، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش لوکاس<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۷) نشان داد که ناتوانی جسمی باعث می‌شود تا کیفیت زندگی در این افراد، به گونه‌ای متوسط تا شدید کاهش یابد. بنت، جونز، مولی، چامبرلین و تنانت<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۱) نیز در پژوهشی دریافتند که میزان کیفیت زندگی بزرگسالان دچار ناتوانی جسمی - حرکتی، پایین‌تر از هم‌تایان عادی آنان است. ناترلوند<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۱) و ناترلوند، گونارسون و اهلسترم<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۰) نیز در پژوهش‌های خود به نتایج مشابه در مورد کیفیت زندگی افراد دچار آتروفی عضلانی دست یافته‌اند. و همچنین نتایج پژوهش موسوی، منتظری و سروش (۱۳۸۶) نشان داده است که کیفیت زندگی زنان جانباز دچار ضایعه‌ی نخاعی، در بخش‌های

ناتوانی مفهومی کلی محسوب می‌شود که با محرومیت‌هایی مرتبط است که فرد در نتیجه نقص 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 بخشی از دامنه‌ی وسیع ناتوانی‌ها است، و به دسته‌ای از ناتوانی‌ها اطلاق می‌گردد که باعث می‌شود فرد در استفاده از اندام خود یا بخشی از آن به مدت حداقل ۶ ماه نتواند به طور مؤثر استفاده نماید (بروان و تورنر<sup>۱</sup>؛ 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<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). یک فرد با ناتوانی جسمی - حرکتی، تحرکش در اندام فوقانی و تحتانی یا ستون فقرات بدلیل نقص دائمی ناشی از آسیب مغزی یا عقب ماندگی مغزی، بیماری، آسیب یا تغییر شکل در سیستم عصبی یا عضلانی محدود شده است (پاوتوسکا - کیپریسیکا، کونارسکا، زوترسیزک - زرد<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). در مجموع، مطالعات نشان می‌دهند ناتوانی جسمی - حرکتی می‌تواند باعث افزایش افکار خودکشی و علائم افسردگی (لاویز، ویلیامس، کوکو، ودمور، جونز و پاول<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷؛ لاند، نادورف، وینر و سیدر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶)، آشفتگی‌های روانی (پاپاداکی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ ما و مک<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶)، کاهش عملکرد شناختی و روانی (کریستون، باری، مک کویت و ولف<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶) شود. بنابراین، وجود این عوامل موجب می‌گردد افراد ناتوان جسمی - حرکتی از کیفیت زندگی پایینی برخوردار باشند. کیفیت زندگی<sup>۹</sup> بخش مهمی از احساس سلامت عمومی و مفهومی پویا و چندبعدی است که جنبه‌های فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی زندگی را در بر می‌گیرد (پورهادی، حسین‌زاده، حاجی

10. Dijkkers

11. Miró, Solé, Gertz, Mark, &amp; Engel

12. Haris, Selmir, Inga &amp; Mujkanovic

13. Jalayondeja

14. Lucas

15. Bent, Jones, Molloy, Chamderlain, &amp; Tennant

16. Naterlund

17. Lars-Gunnar &amp; Ahlstrom

1. Brown &amp; Turner

2. Organizaton World Health

3. Pawtowska-Cypriasiak, Konarska &amp; Zotnierzcyk-Zreda

4. Lewis, Williams, KoKo, Woolmore, Jones &amp; Powell

5. Lund, Nadorff, Samuel &amp; Seader

6. Papadakaki

7. Ma &amp; Mak

8. Crichton, Bray, McKevitt, &amp; Wolfe

9. quality of life

"اثربخشی امیددرمانگری بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان عقب‌مانده ذهنی"، نشان دادند که آموزش امیددرمانگری منجر به تفاوت معنادار میانگین نمره‌های گروه مداخله در کیفیت زندگی شده است. دهستانی (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی امیددرمانگری بر کیفیت زندگی اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی" نشان دادند که مداخله‌ی امیددرمانگری منجر به افزایش کیفیت زندگی اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شده است. رسولی، بهرامیان و زهراکار (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی امیددرمانگری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس" نشان دادند که مداخلات امیددرمانگری منجر به افزایش کیفیت زندگی در این بیماران شده است. قزلسفلو و اثباتی (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان "اثربخشی گروه درمانگری امیدمحور بر بهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت" دریافتند که مداخلات امیددرمانگری بر کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت، تأثیرمعناداری داشته است. ستوده اصل، نشاط دوست، کلانتری، طالبی و خسروی (۱۳۸۹) در پژوهشی تحت عنوان "مقایسه‌ی دو روش دارودرمانگری و امیددرمانگری بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی" نشان دادند که امیددرمانگری بیش از درمان دارویی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی شده و اثرات درمان پس از سه ماه از پایان مداخله هنوز برقرار بود. جوزف و کاجتدینگ<sup>۵</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی، عزت نفس و اضطراب حالت در بیماران با نارسایی قلبی" نشان دادند که مداخلات شناختی - رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی و عزت نفس و کاهش اضطراب در بیماران با نارسایی قلبی تأثیر معنی‌داری داشته است. هال و گادارد<sup>۶</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی امیددرمانگری بر بیماران سرطانی" به این نتیجه رسیدند که امیددرمانگری باعث کاهش تنیدگی، اضطراب و افسردگی بیماران شده و کیفیت زندگی و اعتماد به نفس افراد بالا رفته است. هال، چوچیناوف هاردینگ، ناریس، ریچارسون،

کارکرد جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، کارکرد اجتماعی و مشکلات روحی و سلامت روان، از جمعیت عادی ایران کمتر است. شاهنده (۱۳۸۲) نیز در تحقیقی دریافت که میزان کیفیت زندگی افراد دچار آسیب نخاعی، در بخش‌های اشتغال، وضعیت اقتصادی، سلامت جسمی، آسایش روانی، پایین‌تر از دیگر بخش‌هاست.

یکی از کاربردهای اصلی علم روانشناسی، کاربرست اصول آن در یافتن شیوه‌های نوین زندگی، تعدیل مخاطرات، پیشگیری از مسائل و مشکلات فردی، خانوادگی و ارتقای کیفیت زندگی است. یکی از انواع مداخله‌های تعدیل‌کننده‌ی بسیاری از نشانه‌ها و افزایش کیفیت زندگی، آموزش امیددرمانگری می‌باشد. امیددرمانگری، یک برنامه درمانگری است که بر اساس نظریه امیددرمانگری اسنایدر<sup>۲</sup> به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است. (اسنایدر، ۲۰۰۲؛ به نقل از دریابی، عبدالحمیدی، 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. امیددرمانگری گرهی از درمان رفتاری، درمان راه‌حل‌مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود و هدف از این روش درمانگری برانگیختن افراد برای غلبه بر چالش‌ها و به دست آوردن پیروزی است (سلیگمن و کسبک‌سزنتمیهایلی،<sup>۳</sup> ۲۰۱۴). اسنایدر اشاره می‌کند که امیددرمانگری گروهی به دلیل تأثیر 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 قادر به درس گرفتن از موفقیت‌ها و شکست‌های قلبی برای دسترسی به اهداف آینده نیز هستند (کاوردین، اوزر و بوزکوک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳).

پژوهش‌های زیادی اهمیت درمان امید را بر جمعیت بالینی و عادی تأیید می‌کنند، اما کمتر پژوهشی به تأثیر این درمان بر کیفیت زندگی مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی پرداخته است از جمله کنعانی، هادی، سلیمانی و آرمان‌پناه (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان

4. Kavradim Özer &amp; Bozcuk

5. Joseph &amp; Cajanding

6. Hall &amp; Goddard

1. Hope Therapy

2. Snyder

3. Seligman &amp; Csikszentmihalyi

۱) عدم رضایت برای ادامه‌ی شرکت در پژوهش (۲) غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات امیددرمانگری (۳) ناتوانی در انجام برنامه‌های امیددرمانگری.

### ابزار

فرم کوتاه پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۱): هدف این طرح ایجاد ابزاری بین‌المللی و ناوابسته به فرهنگ جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد بود. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی از ۲۶ سؤال تشکیل شده است که ۲ سؤال اول، حالت کلی داشته و در ارتباط با رضایت از زندگی با سلامت و کیفیت زندگی به طور کلی می‌باشد و ۲۴ سؤال باقیمانده نیز، چهار حیطه‌ی سلامت جسمی (سؤال‌های ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸)، سلامت روانی (سؤال‌های ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶)، روابط اجتماعی (۲۰، ۲۱ و ۲۲) و سلامت محیط (۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵) را می‌سنجد (لوکاس - کاراسکو، ۲۰۱۲). این پرسشنامه ۵ گزینه‌ای می‌باشد که نمره‌گذاری آنها بین ۱ تا ۵ می‌باشد. جواب‌ها به صورت اصلاً، خیلی کم، در حد متوسط، زیاد و خیلی زیاد می‌باشد. که اصلاً برابر ۱ و خیلی زیاد برابر ۵ نمره‌گذاری می‌گردد. لازم به ذکر است که سؤالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و پایین‌ترین و بالاترین نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۲۴ و ۱۲۰ می‌باشد. این پرسشنامه در ایران، توسط نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، محمد و مجدزاده (الف ۱۳۸۵) استاندارد سازی شده است. نجات و همکاران (الف ۱۳۸۵) درستی‌آزمایی محتوایی و تشخیصی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند و قابلیت اعتماد آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط، به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و همبستگی درونی حیطه‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ و ۰/۸۴ اعلام کرده‌اند.

شیوه‌ی اجراء و برنامه‌ی مداخله: در پژوهش حاضر از پروتکل امیددرمانگری ۸ جلسه‌ای اسنایدر (۲۰۰۰) استفاده شد. بدین صورت که بعد از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی و انتخاب نمونه، شرکت کنندگان گروه آزمایش ۸ جلسه برنامه‌ی امیددرمانگری اسنایدر (۲۰۰۰) را که در مرکز بهزیستی شهر کامیاران اجرا شد، دریافت نمودند (۴ هفته، هفته‌ای دو روز و هر روز حدوداً یک و نیم ساعت)

هیگینسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی روانشناسی مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی مبتلایان به دردهای مزمن" نشان دادند که مداخلات روانشناختی مثبت و ۸ جلسه پیگیری بعد از آن کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن را افزایش داده است.

بنابراین، با توجه به تحقیقات انجام گرفته و پایین بودن کیفیت زندگی در افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی و آسیب‌پذیری در ابعاد مختلف و تبعات سوء آن بر سلامت روان، عزت‌نفس، اعتماد به نفس این افراد ناتوان و منزوی شدن آنها در جامعه و عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و ارتباط مؤثر با محیط و اطرافیان، و با توجه به نتایج مطالعات انجام گرفته در زمینه‌ی اثربخش بودن مداخلات مبتنی بر امیددرمانگری در افزایش کیفیت زندگی نمونه‌های مختلف و از آنجا که تاکنون در داخل کشور، پژوهشی به بررسی تأثیر این مداخله بر کیفیت زندگی مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی نپرداخته است؛ پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سؤال انجام گرفت که آیا امیددرمانگری گروهی مبتنی بر نظریه‌ی اسنایدر بر کیفیت زندگی مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی اثربخش است؟ یافته‌های این پژوهش می‌تواند قابل کاربرد برای مسئولان بهزیستی، مشاوران توانبخشی، مددکاران اجتماعی و روانشناسان باشد.

### روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شده است.

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر 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 شده و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه 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 تأثیر قرار می‌دهد (۴) در مدت پژوهش، تحت مشاوره‌ی گروهی دیگری نباشند. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از:

1. Goddard, Harding, Nurdin, Richardson & Higginson

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 امیددرمانگری گروهی در جدول ۱ ارائه شده است.

و شرکت‌کنندگان گروه گواه هیچ‌گونه برنامه‌ای را دریافت نکرده و به روال عادی خود ادامه دادند. پس از پایان جلسات امیددرمانگری، مجدداً شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه گواه پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۱) را پر نمودند. روش درمانگری مبتنی بر نظریه‌ی امیددرمانگری شامل این تکنیک‌ها و مراحل بود: معرفی امید و جنبه‌های مختلف آن، معرفی اهداف و انواع آن به عنوان بخشی از فرآیند افزایش امید، ایجاد ساختاری برای کشف اهداف، ارائه‌ی راهکار برای تنظیم اهداف واضح و عملی در سطوح مختلف، تهیه‌ی لیست اهداف، الویت‌بندی 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،

جدول ۱. خلاصه جلسات امیددرمانگری گروهی

جلسه اول	جلسه دوم	جلسه سوم	جلسه چهارم	جلسه پنجم	جلسه ششم	جلسه هفتم	جلسه هشتم
جلسه اول	جلسه دوم	جلسه سوم	جلسه چهارم	جلسه پنجم	جلسه ششم	جلسه هفتم	جلسه هشتم
آشنایی اعضاء گروه باهم، تعیین اهداف و قوانین گروه، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه‌ی آموزشی و تعریف امید براساس نظریه اسنایدر.	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، توضیح و تبیین مفاهیم اصلی نظریه امید که شامل تعیین هدف، تفکر عامل یا اراده، تفکر مسیر یا برنامه‌ریزی و تشخیص موانع می‌باشد. تبیین و بحث در رابطه با چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر کیفیت زندگی.	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، درخواست از شرکت‌کنندگان برای تعریف داستان زندگی خود بر روی هسته‌ی اصلی نظریه امید یعنی اهداف، مشارکت دادن اعضاء گروه در شناسایی داستان زندگی اعضاء، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، تبیین داستان‌ها براساس سه مؤلفه‌ی 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.	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 اعضاء 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 جمع‌بندی مطالب.	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. آشنایی با شیوه‌ی مقابله با موانع و چالش‌ها، شناسایی افکار خودآیند برای تغییر باورها و نگرش‌های ناکارآمد، آموزش مقابله با موانع به وسیله‌ی ایجاد گذرگاه‌های جایگزین با بکارگیری خلاقیت. بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، مطرح کردن ویژگی گذرگاه‌های مناسب و درخواست از اعضاء 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 اعضاء گروه. آموزش راهبردهایی برای خلق با تقویت تفکر رهیاب با استفاده از طرح‌ریزی تدریجی و راهبردهایی برای تقویت اراده با استفاده از فنون خیال‌پردازی، تجسم ذهنی، سرمش‌گیری/ الگوبرداری و خودگویی‌های مثبت بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، مطرح کردن راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، آموزش به اعضاء 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). صحبت در مورد لغزش و راه‌های غلبه بر لغزش در هنگام برخورد با موانع، به کارگیری تفکر امیدوارانه در زندگی روزمره بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب. اجرای پس‌آزمون. تشکر از اعضاء گروه و خداحافظی.

### یافته‌ها

در این بخش به ارائه‌ی یافته‌های جمعیت‌شناختی، توصیفی و استنباطی پرداخته می‌شود. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی با دامنه‌ی سنی: ۲۵

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 تحت نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی شیب خط رگرسیون، همگنی واریانس‌های خطا) الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد و سپس از آنجایی که این مفروضه‌ها (بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف:  $Z=0/84, P>0/05$ ، همگنی شیب خط رگرسیون:  $0/05 < P < F=1/80$ ، و همگنی واریانس‌های خطا:  $F=1/02, P>0/05$ ) برقرار بودند، از تجزیه و تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه‌ی میانگین نمره‌های کیفیت زندگی مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی در گروه‌های آزمایش و گواه استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی مربوط به کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۶۳/۱۳	۹/۷۷
	گواه	۱۵	۶۸/۶۶	۱۴/۹۸
پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۷۹/۴۰	۴/۴۲
	گواه	۱۵	۶۸/۲۰	۱۵/۸۰

با توجه به نتایج جدول ۴ ( $F=28/19, P<0/01$ )، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و گواه در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. بنابراین، می‌توان گفت که امیددردمانگری گروهی بر کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی تأثیر داشته و تفاوت بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ میزان کیفیت زندگی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۴: تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
مدل تصحیح شده	۳۷۳۷/۳۵	۲	۱۸۶۸/۶۷	۵۲/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹
عرض از مبدا	۳۶۱/۹۸	۱	۳۶۱/۹۸	۱۰/۰۸	۰/۰۰۴	۰/۲۷
پیش‌آزمون کیفیت زندگی گروه	۲۷۶۹/۵۵	۱	۲۷۶۹/۵۵	۷۷/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴
خطا	۱۰۱۲/۴۵	۱	۱۰۱۲/۴۵	۲۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱
خطا	۹۶۹/۴۵	۲۷	۳۵/۹۱	-	-	-
کل	۱۶۸۱۰/۰۰	۳۰	-	-	-	-
کل تصحیح شده	۴۷۰۶/۸۰	۲۹	-	-	-	-

نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که آموزش امیددردمانگری مبتنی بر نظریه اسنایدر باعث افزایش قابل ملاحظه‌ای در میزان کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی

تا ۴۰ سال، سطح تحصیلات: زیر دیپلم تا فوق دیپلم و بالاتر و وضعیت شغلی شاغل و بیکار می‌باشند.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیرها	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 ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۶۳/۱۳ و ۹/۷۷، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی گروه گواه در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۶۸/۶۶ و ۱۴/۹۸، می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۷۹/۴۰ و ۴/۴۲، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۶۸/۲۰ و ۱۵/۸۰، می‌باشد.

برای آزمون فرضیه از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. در تجزیه و تحلیل کوواریانس رعایت برخی از مفروضه‌ها (مانند

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر عبارت بود از بررسی تأثیر امیددردمانگری مبتنی بر نظریه‌ی اسنایدر بر کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهر کامیاران. نتایج پژوهش حاضر

مطلوب در آینده و با تعیین اهداف مهم، قابل اندازه‌گیری و قابل دستیابی و یافتن گذرگاه‌های متعدد جهت رسیدن به آنها، منجر به کاهش افسردگی می‌شود؛ در نتیجه با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش میزان شادی و به عبارتی ایجاد تعادل عاطفی در این افراد، محدودیت‌های ایفای نقش به دلایل عاطفی را در آنها کاهش می‌دهد؛ به علاوه افکار امیدوارانه با ایجاد انتظارات مثبت، به سلامت روان آنها و افزایش کیفیت زندگی آنها کمک می‌نماید (اسنایدر، فیلدمن، ودورد و چاوز<sup>4</sup>، ۲۰۰۶) همچنین امید همبسته‌های زیست‌شناختی متعددی دارد؛ مثل کارکرد مؤثر دستگاه ایمنی و افزایش اکسی‌توسین اندورفینی که فرد را در تحمل فشار و سختی کمک می‌کند، باور و انتظار ایجاد شده در جلسات امیددرمانگری می‌تواند مانند دارونماها اثرات بالقوه مثبتی روی سیستم اعصاب مرکزی بگذارند. امید درد را تعدیل می‌کند و با کمتر شدن احساس درد، احساس امید گسترش می‌یابد که خود منجر به کاهش بیشتر درد می‌گردد و منجر به افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی می‌شود. بدین ترتیب، امید از طریق تأثیر بر روی سیستم ایمنی بدن علاوه بر تأثیرات مطلوب جسمانی، با افزایش احساس آرامش سبب کاهش تنیدگی نیز می‌گردد (الیوت، الور<sup>5</sup>، ۲۰۰۹؛ روستون و میافوسکی<sup>6</sup>، ۲۰۱۰). بنابراین ترکیب روانشناختی و زیست‌شناختی امید در مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی، به افزایش کارآمدی و کنار آمدن مؤثر (ارزیابی مجدد، حل مسأله، تلاش برای غلبه بر رویدادهای فشارزای زندگی و جستجوی حمایت اجتماعی) منجر شده و رفتار ارتقا دهنده سلامت را پیش‌بینی می‌کند. همچنین امید میزان سازگاری در مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی را افزایش می‌دهد و باعث می‌گردد که به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پی دستیابی به اهداف آینده از آن استفاده کنند. امیددرمانگری می‌تواند تأثیر مثبت معناداری بر کیفیت زندگی کلی و ابعاد کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی بگذارد. امیددرمانگری منجر به افزایش خودکارآمدی می‌شود که به طور غیرمستقیم به عنوان یکی از فاکتورهای محافظت کننده از کیفیت زندگی فرد عمل می‌کند و همانطور که فریش (۲۰۰۹، ترجمه خمسه، ۱۳۹۰) بیان می‌کند امیددرمانگری کیفیت زندگی مردان ناتوان جسمی - حرکتی را

- حرکتی گروه آزمایش شده بود. یافته‌ی پژوهش حاضر با یافته‌های کنعانی و همکاران (۱۳۹۴)، دهستانی (۱۳۹۳)، رسولی و همکاران (۱۳۹۱)، قزلسفلو و اثباتی (۱۳۹۱)، ستوده اصل و همکاران (۱۳۸۹)، جوزف و کاجتدینگ (۲۰۱۶)، کابورال و ایونگنیست (۲۰۱۳)، هال و گادارد (۲۰۱۱)، لویید، کانتل، دانیل، کراوفورد و دوی (۲۰۰۹) و هال و همکاران (۲۰۰۹)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت همانطور که دورست<sup>1</sup> (۲۰۱۰) نیز بیان می‌کند بین امید و پیامدهای بهتر درمان رابطه وجود دارد و افراد با سطوح امید بالاتر، بیشتر برانگیخته می‌شوند که راهبردهای خودمدیریتی ارتقای سلامت را به کار ببندند و از سطوح کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. همچنین لوپز و اسنایدر (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که امید درمانگری با تغییر در نظام انگیزشی افراد، ایجاد تفکر سازنده، ایجاد هدفمندی، باز نمودن مسیرهای جدید تفکر، و افزایش مقاومت افراد نسبت به تحمل فشارهای ناشی از مشکلات مزمن، سلامتی عمومی و کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد. هاسون - اوهایون، کراوتز، کیر و روزنویگ<sup>2</sup> (۲۰۰۹)، در پژوهشی نشان دادند که امید در بیماران، به ایجاد مشارکت مثبت در درمان و افزایش کیفیت زندگی می‌انجامد. هو، چیو، لو و وایو<sup>3</sup> (۲۰۱۰) امید را به عنوان یکی از ده عامل بهبود بیماری و از عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی در نظر گرفتند. یافته‌های پژوهش اسنایدر، آبروینگ و آندرسن (۱۹۹۱)، نشان می‌دهد که ارتقای امید یک راه مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن می‌باشد. از نظر این محققین، متعاقب امید افزایش سطح کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در این دسته از بیماران می‌باشیم. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت که این درمان موجب افزایش امید مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی می‌شود. بالا رفتن میزان امید، موجب افزایش خصوصیات مثبت فردی، ترتیب دادن اهداف در زندگی و در نتیجه توصیف مجدد آینده، معنی‌دار بودن زندگی، آرامش، انرژی و سرزندگی در مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی می‌شود. داشتن هدف و امید به دستیابی به آن، به زندگی معنا داده و شخص را در مسیر خاصی قرار می‌دهد. امیدواری با ایجاد احساس امکان‌پذیر بودن یک رویداد یا رفتار

4. Snyder, Feldma, Woodward &amp; Cheavans

5. Elliott, Olver

6. Roston, Coper &amp; Miaskowski

1. Dorgsett

2. Hasson-Ohayon, Kravetz, Meir &amp; Rozencawig

3. Ho, Chiu, Lo &amp; Yiu

(۱۳۷۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی مزمن. مجله اندیشه و رفتار، ۴(۱)، ۵۶-۶۴.

حسن‌زاده، احمد. زهراکار، کیانوش و زارع، مهدی (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی معنادرمانی بر کاهش ناامیدی در زندگی معلولان ضایعه نخاعی پس از زلزله زرنند. نشریه مطالعات روانشناختی، ۸(۱)، ۸۹-۱۰۱.

حسینی، سیداحمد (۱۳۹۱). توانبخشی سنتی در دروستا (مورد: معلولین و سالمندان در روستاهای تهران). فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۵(۱)، ۹۸-۱۱۰.

خضری مقدم، نوشیروان. قربانی، نیما. هادی بهرامی، احسان. رستمی، رضا (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی بر کاهش علایم بیماران ام اس. مجله روانشناسی بالینی، ۴(۱)، ۱۳-۲۲.

دهستانی، مهدی (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر کیفیت زندگی اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا. فصلنامه خانواده‌پروشی، ۱۰(۳۹)، ۳۴۵-۳۵۶.

ستوده اصل، نعمیت. نشاط دوست، حمید. کلاتری، مهرداد. طالبی، هوشنگ و صالحی، علیرضا (۱۳۸۹). مقایسه دو روش دارودرمانی و امیددرمانی بر ابعاد کیفیت زندگی مبتلا به فشار خون اساسی. مجله روانشناسی بالینی، ۲(۱) (پیاپی ۵)، ۱۷-۲۹.

شاهنده، هانیه. وامقی، روشنگر. حاتمی‌زاده، نیکتا و کاظم‌نژاد، انوشیروان (۱۳۸۳). کیفیت زندگی افراد مبتلا به ضایعه نخاعی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۳(۳)، ۵۵-۶۷.

فریش ام. بی (۲۰۰۶). روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، (ترجمه اکرم خمسه)، ۱۳۹۰، تهران: نشر ارجمند.

قرلسفلو، مهدی. اثباتی، مهرنوش (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانگری امیدمحور بر بهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت. مجله اندیشه و رفتار، ۲۲(۶)، ۸۹-۹۷.

کنعانی، کبری. هادی، سمیرا. سلیمانی، منیجه و آرمان‌پناه، آزاده (۱۳۹۴). بررسی تأثیر امیددرمانی بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی مادران کودکان عقب مانده ذهنی. فصلنامه پرستاری کودکان، ۳(۳)، ۳۴-۴۷.

مرادی، اعظم. کلاتری، مهرداد (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر نیم‌رخ روانی زنان ناتوانی‌های جسمی - حرکتی. نشریه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۶(۱) (پیاپی ۱۹)، ۶۶-۷۵.

موسوی، بتول. منتظری، علی و سروش، محمدرضا (۱۳۸۶). کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به ضایعه‌ی نخاعی. مجله پایش، ۷(۱)، ۷۵-۸۱.

تحت تأثیر قرار خواهد داد. احساس خود کارآمدی و تفکر "من می‌توانم" در افراد ناتوان می‌تواند انرژی مثبت ایجاد کرده که با موانع و مشکلات بیشتر مقابله کرده و کنترل بیشتری بر محیط داشته و در نتیجه کیفیت زندگی آنها افزایش می‌یابد. همچنین، گفتن نظرات، آشفتگی‌ها، درد دل‌ها، انتقال تجارب و ارائه کمک به دیگر اعضای جهت همفکری به منظور رسیدن به بهترین راه‌حل، همه و همه، زمینه را برای بهبود کیفیت زندگی اجتماعی فراهم می‌کند. افزایش امید در مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی باعث می‌گردد که احساسات خود را با انرژی بیشتری گزارش کرده، خودشان را به شکل مثبت تری معرفی کنند و در نتیجه شاداب‌تر باشند (شیلا و منگدان، ۲۰۰۸).

در کل می‌توان گفت که برخورداری از تفکر امیدوارانه باعث افزایش افکار مثبت و هدفمند در زندگی می‌شود که بر کیفیت زندگی در ابعاد مختلف تأثیرگذار می‌باشد. بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که از امیددرمانگری برای افزایش کیفیت زندگی مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی استفاده شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر مربوط به جامعه‌ی آماری آن است که فقط متشکل از مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی بود. همچنین عدم کنترل علت ناتوانی، مدت زمان ناتوان شدن اعضای گروه، یکسان نبودن شدت ناتوانی اعضای گروه و عدم وجود مرحله‌ی پیگیری به علت محدودیت زمانی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی این موارد مورد نظر قرار گیرد. به کارگیری دیگر رویکردهای روان‌درمانگری از جمله معنادرمانگری، واقعیت‌درمانگری و... در مورد افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی خواهد توانست به غنای ادبیات پژوهشی در این زمینه بیفزاید.

## منابع

آقاباقری، حامد. مجمدخانی، پروانه. عمرانی، سمیرا. فرهنگد، وحید (۱۳۹۱). گروه درمانگری شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. مجله روانشناسی بالینی، ۴(۳۱)، ۲۸-۳۲.

بهاری، فرشاد (۱۳۹۰). مبانی امید و درمانی (راهنمای امیدآفرینی). تهران: نشر دانژه.

بیان زاده، اکبر. کربلایی نوری، اشرف. عشایری، حسین و آزادگان، فیروز



- Disability Research*, 19(4), 375-382.
- Hasson-Ohayon, I. Kravetz, S. Meir, T. Rozenzweig, S. (2009). Insight into severe mental illness, hope, and quality of life on persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*, 167, 231-38.
- Ho, W., W., N. Chiu, M., L. Lo, W., T., L. Yiu, M., G., C. (2010). Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modeling analysis. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 71-84.
- Jalayondeja, C. Jalayondeja, W. Suttiwong, J. Sullivan, P., E. Nilanthi, D., L. (2016). Physical activity, self-esteem, and quality of life among people with physical disability. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 47(3), 546-58.
- Jordi, M. Ester, S. Kevin, G. Mark, P., J. Joyce, M., E. (2017). Pain beliefs and quality of life in young people with disabilities and bothersome pain. *The Clinical Journal of Pain*, 33(11), 998-1005.
- Joseph, R. Cajanding, M. (2016). The effectiveness of nurse-led cognitive-behavioral therapy on the quality of life, self-esteem and failure: A randomized controlled trial. *Journal Applied Nursing Research*, 31(2), 86-93.
- Loyd, S., M. Cantell, M. Daniele, P. Crawford, S. Dewey, D. (2009). Brief report: Hope, perceived maternal Empathy, medical regimen adherence, and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of pediatric Psychology*, 34(9), 1025-9.
- Lucas-Carrasco, R. Eser, E. Hao, Y. McPherson, K., M. Green, A. Kullman, L. (2011). The Quality Of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: Development and psychometric properties. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1212-5.
- Lucas, R., E. (2001). Long-term Disability Ts Associated with Lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of personality and Social Psychology*, 22(4), 117-30.
- Mohsin, M., N. Zaaidi, I., H. (2013). Comorbidity of physical disability with depression and anxiety. *International Journal of Environment, Ecology, Family and Urban Studies*, 3(1), 79-88.
- Naterlund, B. (2001). Living with muscular Dystrophy: Illness experience, activities of daily living, coping, quality of life and rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(3), 157-67.
- Natterlund, B. Lars-Gunnar, G. Ahlstrom, M. (2000). Disability, coping and quality of life in individuals with muscular dystrophy: A prospective study over five years. *Disability and Rehabilitation*. 22(17), 776-85.
- Roston, E., T. Coper, B. Miaskowski, C. (2010). The importance of hope as a mediator of psychological distress and life-satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(4), 258-67.
- میرزایی، مرضیه. اقلیما، مصطفی، راهب، غنچه و عرشی، ملیحه (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)، ۳۳-۴۱.
- نجات، سحرناز. منتظری، علی، هلاکوئی نائینی، کورش. محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا. (الف ۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۲۱-۱.
- Bent, N. Jones, A. Molloy, I. Chamberlain, M.A. Tennant, A. (2001). Factors determining participation in young adult with a physical disability. *A pilot study Clinical Rehabilitation*, 15(5), 552-561.
- Brown, R. L. Turner, R. J. (2010). Physical disability and depression: clarifying racial/ethnic contrasts. *Journal of Aging and Health*, 22(7), 977-1000.
- Caboral, M.F.L.S. Evangelist, et al. (2013). Hope in elderly adults with chronic heart failure, Concept analysis. *Investigacion Education en Enfermeria*, 30(3), 406-411.
- 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. Development and Psychometric Properties. *Developmental Disabilities*, 32(3), 1212-25.
- Dijkkers, M. P. (2003). Individualization in quality of life measurement instruments and approaches. *Archphysmed rehabilitation*, 84(2), 3-10.
- Dorgsett, P. (2010). The importance of hope in coping with severe acquired disability. *Australian Social Work*, 63(1), 3-201.
- Elliott, J. A. Olver, I. N. (2009). Hope life and death: A qualitative analysis of dying cancer patients talk about hope. *Death Studies*, 33(7), 609-38.
- Feldman, D. B. Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal Social and Clinical Psychiatry*, 24(3), 401-27.
- Hall, S. C. Goddard, A. (2011). A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: A randomized phase II trial of dignity therapy. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 1(3), 315-21.
- Hall, S. Chochinov, H. Harding, R. Nurray, S. Richardson, A. Higginson, T., J. (2009). A phase II randomized controlled trial assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of dignity therapy for older people in care home; study protocol. *BMC Geriatr*, 32(4), 24-99.
- Haris, M. Selmir, H. Inga, I., B. Edin, M. (2016). Quality of life of people with disabilities in Bosnia and Herzegovina—is there a moderating effect of the health status? *Journal Scandinavian Journal of*

- Seligman, M., E., P. Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: Interoduetion. *American Psychologist*, 55(3), 5-14.
- Shila, A. Maingandan, C. (2009). Efficacy of support groups for spouses of patient with spinal cord injury and its impact on their quality of life. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(4), 379-83.
- Snyder, C., R. Feldman, D., B. Woodward, J., T. Cheavans, J., S. (2006). Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 135-45.
- Snyder, C., R. Irving, L. Anderson, J., R. (1991). 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* (PP. 285-305). New York: Pergamon Press.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Rasmussen, H. N. (2003). Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 3-20). Washington: American Psychological Association.
- Snyder, C., R. Lopez, S., J. (2004). *Postive psychology: the Scientific of human strenghs*. Sage publication. Thousand Oaks: Sage.
- Snyder, C. R., Cheavans, J., & Sympson, S. C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 107-118.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60(4), 570.
- 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 perspective*. New Yourk: Pergamon press, 285-305.
- 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, Peterson, C. (2000). *Handbook of hope: Theory, meansures & application*. 1<sup>st</sup> ed. San Diego: Academic Press, 132-8
- Spencer, T. (2007). The role of researchin in the live of people with disability too little too latehe exceptional parent. *European Journal of Developmental Psychology*, 37(5), 78-82.