

اثربخشی آموزش رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر سرزندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان معلول جسمی حرکتی

مهرنوش اخوت^۱، شکوفه متقی دستنائی^{۲*}، فاطمه بهجتی
اردکانی^۳ و زبیده دهقان منشادی^۴

چکیده

با توجه به مشکلات روان‌شناختی معلولان جسمی حرکتی به خصوص در سن نوجوانی و اهمیت توجه به آن به منظور افزایش میزان سلامت روان، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه‌حل‌محور بر سرزندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان معلول جسمی حرکتی انجام شد. این پژوهش مطالعه‌ای شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل هم‌متسا بود. بدین منظور از جامعه دانش‌آموزان معلول دوره اول و دوم متوسطه شهر اصفهان، تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه‌های سرزندگی دسی و تاب‌آوری کانر و دیویدسون بر روی هر دو گروه اجرا شد و گروه آزمایش ده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار، مداخله کوتاه مدت راه‌حل‌محور را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد آموزش گروهی درمان کوتاه مدت راه‌حل‌مدار بر سرزندگی و بعد تحمل عاطفه منفی دانش‌آموزان معلول تأثیر معنادار دارد و بر تاب‌آوری کلی معنادار نیست. به نظر می‌رسد؛ می‌توان از رویکرد کوتاه مدت راه‌حل‌محور جهت ارتقاء شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر مانند سرزندگی و تحمل عاطفه منفی افراد دچار معلولیت جسمی حرکتی بهره جست.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، رویکرد کوتاه مدت راه‌حل‌محور، سرزندگی، نوجوانی

پرتال جامع علوم انسانی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی مدرسه، دانشگاه اردکان، یزد، ایران. okhovatm58@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران. sh.mottaghi89@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران. behjatifatemeh@yahoo.com

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، پژوهشگر جهاد دانشگاهی فارس، شیراز، ایران.

zobeydemanshadi@gmail.com

DOI: 10.22051/PSY.2021.30999.2208

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5483.html

مقدمه

افراد با معلولیت جسمی حرکتی در دوره نوجوانی، با مشکلات فراوان‌تری مواجه می‌شوند؛ زیرا نوجوانی، دورانی است که افراد از نظر فردی و اجتماعی آسیب‌پذیری بالایی دارند و این دوره به‌عنوان زمان آشفتگی عمده، شناخته می‌شود (براون، بلانچارد و مک گرث^۱، ۲۰۲۰) و این افراد از حمایت‌های کم‌تری بهره‌مند هستند (امرسون، فرتون، لیولین و استانکلیف^۲، ۲۰۲۰). معلولیت جسمی، نقصی است که به‌طور قابل توجهی بر سازگاری اجتماعی و سلامت روان فرد تأثیر می‌گذارد. کودکان با معلولیت جسمی مشکلات فردی (نارسیمولو^۳، ۲۰۱۶)، هیجانی و اجتماعی زیادی دارند (آبراهام^۴، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد دو ویژگی مهم که بر سلامت روان و بهزیستی آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد، سرزندگی و تاب‌آوری باشد.

سرزندگی یکی از پنج توانمندی ذاتی^۵ (IC) است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). سرزندگی به‌عنوان یک مفهوم ذهنی قابل اندازه‌گیری شناخته می‌شود که شامل نوسان انرژی فیزیولوژیکی و روانی است که می‌تواند توسط خود فرد تنظیم شود و تحت کنترل قرار بگیرد (لاوروشوا^۶، ۲۰۲۰). فعالیت بدنی تأثیر مثبتی بر سرزندگی دارد (جو^۷، ۲۰۱۷) و معلولین جسمی حرکتی تا حد زیادی از این فعالیت‌ها محروم هستند (مائروس، بوگارت، لگان، کیس، فاین^۸ و همکاران، ۲۰۱۶) و بنابراین، سرزندگی پایینی دارند. همچنین هیجان‌ات منفی از قبیل احساس افسردگی (مانجو و سوجا، ۲۰۱۹) و شادی پایین (رستمی، سلیمانی‌صفت، نجاتی، علیپور و همکاران، ۲۰۱۷) در این نوجوانان نیز می‌تواند باعث کاهش سرزندگی شود (اگر، کایا، اسلیک^۹، ۲۰۱۹). بنابراین، بهبود سرزندگی، می‌تواند به بهزیستی این افراد منجر شود.

ویژگی دیگر تاب‌آوری است که به‌عنوان توانایی واکنش مثبت با وجود مشکلات و تبدیل این مشکلات به فرصت‌هایی برای رشد شناخته می‌شود (سیستو، ویکینانزا، لئوندینا کامپانوزی،

1. Brown, Blanchard and McGrath
2. Emerson, Fortune, Llewellyn and Stancliffe
3. Narsimulu
4. Abraham
5. intrinsic capacity
6. Lavrusheva
7. Ju
8. Mae-Ross, Bogart, Logan, Case and Fine
9. Uğur, Kaya and Özçelik

ریسی^۱، و همکاران، ۲۰۱۹) و به معنای حضور عوامل حمایتی است (ژانگ، کارین-مک کالوچ، سولومون^۲، چن و همکاران، ۲۰۱۸). منابع تاب‌آوری برای سازگاری مثبت اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری در مواجهه با عوامل استرس‌زا و نامطلوب اهمیت دارد (دلین، دال، ارنشو، فاوا^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به اینکه معلولان جسمی حرکتی در جامعه با آسیب‌ها و استرس‌های بیشتری مواجه می‌شوند، منابع تاب‌آوری می‌تواند به آن‌ها برای مقابله با این استرس‌ها و موانع و سرزندگی می‌تواند به افزایش ابعاد سلامتی‌شان کمک کند. بنابراین، ارتقاء تاب‌آوری و سرزندگی با استفاده از روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل مدار^۴ که معتقد است انسان‌ها توانایی بهبود زندگی خود و غلبه بر کاستی‌هایشان را دارند (والاری-توماس، هیکس و گرو^۵، ۲۰۱۱)، در معلولان جسمی حرکتی دارای کاستی‌های حرکتی حائز اهمیت است.

روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل مدار یک مدن‌درمانی است که فرایندهای اصلی آن شامل ساختن معنا، استفاده از احساسات مثبت (مثلاً امید) و کار با مراجعان برای ساختن راه‌حل‌های خودشان است (فرانکلین، ژانگ، فروئرر و جانسون^۶، ۲۰۱۷). در این درمان درمانگر و درمان‌جو سعی می‌کنند به راه‌حلی متناسب با مشکل کنونی فرد دست یابند (ایوسن^۷، ۲۰۰۲). برخی پژوهش‌ها اثربخشی این درمان را بر تاب‌آوری‌های مختلف مانند تاب‌آوری تحصیلی (هندر، آلیا و ساناون^۸، ۲۰۲۰) و سرزندگی به‌عنوان مؤلفه‌ای از بهزیستی روان‌شناختی بررسی کرده‌اند (سبریا، سوماریب، جنسویس و مک گلوثلین^۹، ۲۰۱۷) و اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل مدار بر این متغیر به‌طور مستقیم بررسی نشده است.

با توجه به اینکه درمان کوتاه‌مدت راه‌حل مدار بر خوش‌بینی تغییرهای مداوم توسط افراد و یافتن راه‌حل‌های گوناگون هنگام مشکلات تأکید دارد، و از طرفی معلولان جسمی حرکتی، سرزندگی و تاب‌آوری پایینی را به دلیل فعالیت جسمانی کم تجربه می‌کنند، همچنین وجود

1. Sisto, Vicinanza, Leondina Campanozz and Ricci
2. Zhang, Currin-McCulloch, Solomon and Chen
3. Dulin, Dale, Earnshaw and Fava
4. short-term solution-focused therapy
5. Vallaire-Thomas, Hicks and Growe
6. Franklin, Zhang, Froerer and Johnson
7. Iveson
8. Hendar, Awalya and Sunawan
9. Sabria, Sumarib, Jenciuse and McGlothline

۱۶۴ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

تاب‌آوری و سرزندگی به‌عنوان بخش‌های مهمی از سلامت روان مطرح است، در این پژوهش به بررسی فرضیه زیر پرداخته شد:

درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار بر سرزندگی و تاب‌آوری نوجوانان با معلولیت جسمی حرکتی تأثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان نوجوان معلول جسمی حرکتی، دوره اول و دوم متوسطه شهر اصفهان در سال ۹۶-۹۷ بود. پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با مدیر مدرسه، از میان دانش‌آموزان پایه دوم و سوم متوسطه، ۳۴ نفر که ضمن تمایل به همکاری، قادر به مشارکت بودند، به‌صورت در دسترس به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن معلولیت جسمی-حرکتی، نداشتن تشخیص تشخیص روان‌پزشکی اختلالات روانی و مصرف دارو و مشارکت داوطلبانه بود. دو گروه از نظر جنسیت، وضعیت تحصیلی و سن همتا شدند. پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، دانش‌آموزان به پرسشنامه‌های پژوهشی پاسخ دادند و در دو گروه آزمایش (۱۷ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش، ده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار را به‌صورت هفتگی دریافت کردند. دو نفر از گروه آزمایش (یک نفر بر اثر بیماری و دیگری به علت مسافرت جهت پیگیری درمان) از گروه آزمایش خارج شدند. پس از پایان جلسات، مجدداً پرسشنامه‌ها در اختیار دو گروه قرار گرفت. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، در یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، پژوهشگر در مورد هدف و مراحل پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و تحلیل داده‌ها به‌صورت گروهی، توضیحات لازم را برای شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها ارائه داد و به سؤالات آن‌ها پاسخ داد تا شرکت‌کنندگان، برای شرکت در این مطالعه، آزادانه تصمیم بگیرند. پس از جمع‌آوری داده‌های تجربی، کلیات روش درمانی برای گروه کنترل و افرادی نیز ارائه شد که تمایل به شرکت در جلسات درمانی را داشتند.

در این پژوهش، از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه تاب‌آوری^۱: این پرسشنامه را کانر و دیویدسون^۲ در سال ۲۰۰۳ تهیه و اعتباریابی کرده‌اند، یک ابزار غربالگری با ۲۵ گویه است و برای افراد ۱۵ سال به بالا قابل اجرا است. این پرسشنامه، پنج درجه‌ای و نمره‌گذاری آن از صفر تا چهار است و نمره کل در آن، بین صفر تا ۱۰۰ نوسان دارد و پنج زیرگروه اصلی از طیف علائم روان‌پزشکی را ارزیابی می‌کند: تصور از شایستگی فردی^۳، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی^۴، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن^۵، کنترل^۶ و تأثیرات معنوی^۷. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) پایایی این مقیاس را با روش ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۲۴ بیمار با اختلال اضطراب فراگیر و استرس پس از سانحه، ۰/۸۷ و روایی همزمان آن را با مقیاس استرس ادراک شده، ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۱ و روایی همزمان آن با مقیاس‌های خودکارآمدی و رضایت از زندگی را ۰/۹۳ گزارش کردند (کیهانی، تقوایی، رجبی و امیرپور، ۱۳۹۳). پژوهش حاضر، پایایی مقیاس موردنظر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس سرزندگی^۸: این مقیاس را ریان و فردریک^۹ براساس نظریه خودتعیینی دسی^{۱۰} و ریان در سال ۱۹۹۷ ساخته‌اند و دارای ۷ گویه است. پاسخ‌دهنده براساس طیف لیکرت از ۱ تا ۷، عددی را مشخص می‌کند که گویای میزان درستی عبارت درباره خودش است. روند نمره‌گذاری سؤال دوم این مقیاس معکوس و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس برابر با ۴۶ است. ریان و فردریک (۱۹۹۷) میزان همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش ارفع، قمرانی و یارمحمدیان (۱۳۹۴) روایی صوری و محتوایی آن به تأیید ۱ نفر از اساتید گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان رسیده و ضریب پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه به روش آلفای

1. Resilience Questionnaire
2. Conner and Davidson
3. Imagination of personal competence
4. Trust in one's instinct and tolerance of negative affects
5. Accepting positive emotions and secure relationships
6. Control
7. Spiritual effects
8. Vitality Scale
9. Ryan and Frederick
10. Deci and Ryan

۱۶۶ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

کروناخ ۰/۸۲ به دست آمد.

درمان کوتاه مدت راه حل مدار^۱: پروتکل درمان با استفاده از مدل دشازر و برگ در سال ۱۹۹۷ (به نقل از مک دونالد^۲، ۲۰۱۱) و پروتکل گروه‌های روان آموزشی مبتنی بر نظریه راه حل محور (آتیس^۳، ۲۰۱۶) تهیه شد که به صورت گروهی به مدت ده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و به صوت هفتگی به گروه آزمایش، آموزش داده شد و گروه کنترل در این مدت، هیچ آموزشی دریافت نکرد. خلاصه جلسات به صورت زیر است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش گروهی درمان کوتاه مدت راه حل محور

هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکلیف
۱. آشنایی با افراد گروه	جلب اعتماد، توضیح درباره تشکیل گروه و شرح کلی در مورد ارائه جلسات	آشنایی کلی با ساختار جلسات	بیان مشخصات و پیشینه کلی توسط اعضای گروه
۲. تأکید بر جملات مثبت و توانمندی‌های اعضا	توجه به توانایی‌ها و چگونگی بهره‌گیری از جملات مثبت در زندگی	خودآگاهی و پی بردن به نقاط قوت و استفاده از جملات امیدوارکننده	نوشتن جملات مثبت تا جلسه بعد
۳. تأکید بر خودکار آمدی، تاب‌آوری و سرزندگی، تعیین موارد مثبت	بیان راهکارهایی برای افزایش خودکارآمدی، تاب‌آوری و سرزندگی و ارائه پروپوزر مربوطه	افزایش آگاهی در مورد تقویت تاب‌آوری و سرزندگی	خلاصه پروپوزر تا هفته بعد، پیدا کردن نقاط قوت و نحوه استفاده از آن‌ها، جستجوی امور خوبی که مایل‌اند، ادامه دار باشند.
۴. آشنایی با اصول راه حل، تغییر زبان مراجع	توضیح روش‌های مؤثر در ارتقاء تاب‌آوری و سرزندگی، استفاده از راه حل‌های مفید و بیان اصل اساسی آن، تغییر زبان منفی به مثبت	افزایش آگاهی روش‌های مؤثر در تقویت تاب‌آوری و سرزندگی به روش راه حل محور	زمان‌های استفاده از جملات مثبت، تحسین چیزهای مثبت، تکرار نقاط قوت خود
۵. شیوه درست هدف گذاری و افزایش	بررسی حس موجود در زمان حال و راهکارهایی	قدرت جایگزین کردن افکار مثبت با منفی	خنده آوردن بر لب دست‌کم دو نفر و نوشتن دو اتفاق

1. Short-Term Treatment of Circuit Solutions
2. McDonald
3. Ates

هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکلیف
شادی درونی پایدار	برای رفع خستگی روانی و سرزندگی		خوشایند در هفته گذشته
۶. یادگیری مهارت حل مسأله، شکرگذاری به خاطر داشته‌ها، و زندگی در حال.	آموزش حل مسأله، قرار دادن افراد در موقعیت‌های حساس زندگی و ارزیابی راه‌حل‌های آن	کاربرد درست مهارت حل مسأله، ارزیابی واقع‌بینانه از راه‌حل‌ها	در هر روز سه دقیقه شکرگذاری به خاطر دست‌کم سه دارایی خود
۷. مدیریت هیجانات، روش‌های ارتباط مؤثر	بررسی احساسات و چگونگی بیان آن‌ها، جایگزین باورهای غیرمنطقی با افکار منطقی	نشان‌دادن روش بیان درست احساسات و هیجان‌ها به افراد، افزایش سرزندگی	پیدا کردن راه‌حل‌های مثبت و جایگزین سه باور غیرمنطقی با باور منطقی
۸. کشف استثناءها و تقویت آن‌ها، تقویت شوخ‌طبعی	تصور مشکل خود و تأثیر آن بر زندگی فعلی و صحبت در مورد لحظاتی که این مشکل وجود نداشته. تقویت شوخ‌طبعی	آگاهی از لحظات بدون مشکل و تکرار آن‌ها، افزایش حس شوخ‌طبعی	ضبط فیلم کوتاه از کارهای خلاقانه خود، یادداشت کارهای متفاوت در روزهای بهتر هفته و افزایش آن‌ها
۹. استفاده از فن «به‌جای»، به‌کارگیری مقیاس درجه‌بندی رسیدن به اهداف	اجرای فن «به‌جای» به‌صورت گروهی و توضیح مقیاس درجه‌بندی در بررسی رفتارها	جایگزینی افکار و گفتار مثبت با منفی و برآورد درست از افکار و گفتار خود	یافتن جایگزین برای سه مشکل خود و تسویق خود به خاطر موقعیت‌های شادی‌آفرین
۱۰. استفاده از فن تقدیر شایستگی‌ها، راهکارهایی برای تقویت همدلی، استفاده از فن سؤال معجزه و تمرکز بر روی بهترین روزها	آموزش استفاده از فن تقدیر، صحبت در مورد راه‌های تقویت همدلی و استفاده از سؤال معجزه	استفاده از فن تقدیر شایستگی‌ها در زندگی و افزایش همدلی با دیگران و توجه به لحظات بدون مشکل	استفاده از راه‌های تقویت همدلی، ارزیابی از میزان سرزندگی و تاب‌آوری خود و استفاده از فن تقدیر در لحظات مقابله با مشکل

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-۲۱، برای تحلیل کوواریانس چند متغیره^۱ استفاده شد.

۱۶۸ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

یافته‌ها

به لحاظ توزیع جمعیت‌شناختی، جنسیت شرکت‌کنندگان در هر کدام از دو گروه آزمایش و کنترل، ۳۳/۳ درصد دختر و ۶۶/۷ درصد پسر بود. همچنین به لحاظ سن شرکت‌کنندگان، در هر کدام از دو گروه آزمایش و کنترل، ۶۷/۴ درصد بین ۱۶ - ۱۸ سال و ۳۲/۶ درصد بین ۱۹ - ۲۱ سال بودند. پراکنش پایه تحصیلی نیز در هر کدام از دو گروه آزمایش و کنترل، نشان داد ۱۶/۳ درصد در پایه هشتم، ۲۲/۶ درصد در پایه نهم، ۲۵/۷ درصد در پایه دهم و ۳۵/۴ درصد در پایه یازدهم بودند. یافته‌های حاصل از آزمون آماری مجذور خی دو نشان می‌دهد که دو گروه آزمایش و کنترل از نظر جنسیت ($\chi^2=0/25$ ، $P>0/15$)، وضعیت تحصیلی ($\chi^2=0/32$)، سن ($P>0/22$) و سن ($\chi^2=0/35$ ، $P>0/27$) با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند و همتا بودند. آماره توصیفی تمامی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)
تاب‌آوری	۷۶/۶۷ (۱۱/۲۲)	۴۴/۸۷ (۶/۴۷)	۴۷/۰۷ (۴/۸۱)	
سرزندگی	۷۳/۶۷ (۹/۳۳)	۷۳/۶۷ (۹/۳۳)	۴۶/۴۰ (۷/۱۹)	۴۶/۴۰ (۷/۱۹)

با توجه به طرح پژوهش حاضر، برای کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. اما قبل از بررسی آن، پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا)، انجام شد. آزمون شاپیرو ویلک نشان داد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر سرزندگی و بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری، دارای توزیع نرمال هستند ($P>0/05$)؛ ولی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر تاب‌آوری کلی و ابعاد آن (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن، کنترل و تأثیرات معنوی)، دارای توزیع نرمال نیستند ($P<0/05$).

همچنین نمرات متغیر سرزندگی و بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها را با استفاده از آزمون لوین دارا هستند ($P > 0/05$)؛ ولی در مورد نمرات متغیر تاب‌آوری کلی و ابعاد آن (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن، کنترل و تأثیرات معنوی)، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، رعایت نشده است ($P < 0/05$).

شیب همگنی رگرسیون متغیرهای پژوهش نیز نشان داد که مقدار F تعامل بین متغیر مستقل و نمرات متغیر همپراش سرزندگی و بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری، معنادار نیست ($P > 0/05$)؛ ولی مقدار F تعامل بین متغیر مستقل و نمرات متغیر همپراش تاب‌آوری کلی و ابعاد آن (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن، کنترل و تأثیرات معنوی) معنادار است ($P < 0/05$). بنابراین، داده‌های متغیر سرزندگی و بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P > 0/05$) پشتیبانی می‌کنند و پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون در مورد آن‌ها رعایت شده است؛ ولی در مورد داده‌های متغیر تاب‌آوری کلی و ابعاد آن (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن، کنترل و تأثیرات معنوی) به دلیل عدم پشتیبانی از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P < 0/05$)، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت نشده و استفاده از تحلیل کوواریانس برای بررسی این متغیر و ابعاد آن، ممکن نیست.

نتایج آزمون‌های اثرهای درون‌گروهی برای متغیر سرزندگی نشان می‌دهد که آماره آزمون اثر پیلایی ($F = 31/80$) در تأثیرگذاری بر متغیر سرزندگی گروه آزمایش در سطح اطمینان $0/01$ معنادار است و می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات متغیر سرزندگی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۲).

جدول ۲: نتایج آزمون اثرهای درون‌گروهی بر متغیر سرزندگی

مؤلفه	آزمون	ارزش	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
سرزندگی	آزمون اثر پیلایی	۰/۹۶	۳۱/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
	آزمون لامبدای ویکلز	۰/۰۳	۳۱/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
	آزمون اثر هتلینگ	۳۱/۴۳	۳۱/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
	بزرگترین ریشه روی	۳۸/۸۰	۳۱/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱

۱۷۰ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، مقدار F محاسبه‌شده در متغیر سرزندگی برای تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه با همسان کردن نمرات پیش‌آزمون در سطح معناداری ($p=0/001$) برابر با ۱۶/۳۱ است و با توجه به مجذور اتا مقدار این تأثیر حدود ۳۷ درصد بوده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره اثر بخشی درمان راه حل محور بر سرزندگی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مدل	۱۰۰۴/۶۰۰	۲	۵۰۲/۳۰	۲۷۵/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
پیش‌آزمون	۱۰۰۱/۲۶۷	۱	۱۰۰۱/۲۶	۵۴۸/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
سرزندگی	۲۹/۷۶	۱	۲۹/۷۶	۱۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۷
خطا	۴۹/۲۶	۲۷	۱/۸۲				
کل	۶۶۵۷۴	۳۰					

نتایج آزمون‌های اثرهای درون‌گروهی برای بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری نشان می‌دهد آماره آزمون اثر پیلایی ($F=241/52$) در تأثیرگذاری بر بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری گروه آزمایش در سطح اطمینان ۰/۰۱ معنادار است و می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج آزمون اثرهای درون‌گروهی بر بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری

مؤلفه	آزمون	ارزش F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
	آزمون اثر پیلایی				
	آزمون لامبدای	۰/۰۹۹	۲۴۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹
تحمل عاطفه	ویکلز	۰/۰۰۸	۲۴۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹
منفی	آزمون اثر هتلینگ	۱۲۷/۱۲	۲۴۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۲۷/۱۲	۲۴۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، مقدار F محاسبه شده در بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری برای تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه با همسان کردن نمرات

پیش‌آزمون در سطح معناداری ($p=0/006$) برابر با $8/70$ است و با توجه به مجذور اتا مقدار این تأثیر حدود ۲۴ درصد بوده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره اثربخشی درمان راه‌حل محور بر بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مدل	۳۹۴/۹۹۹	۲	۱۹۷/۵۰۰	۵۴۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
پیش‌آزمون	۳۹۴/۱۶۶	۱	۳۹۴/۱۶	۱۰۹۷/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
تحمل عاطفه منفی	۳/۱۲	۱	۳/۱۲	۸/۷۰	۰/۰۰۶	۰/۲۴	۰/۸۱
خطا	۹/۷۰	۲۷	۰/۳۵				
کل	۱۲۲۸۵	۳۰					

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش رویکرد راه‌حل محور بر سرزندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان معلول جسمی حرکتی انجام شد. همان‌طور که یافته‌ها نشان دادند درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر متغیر سرزندگی و تحمل عاطفه منفی (مؤلفه تاب‌آوری) تأثیر معناداری دارد که با پژوهش‌های هندرا و همکاران (۲۰۲۰) و سبریا و همکاران (۲۰۱۷) همسو است.

در تبیین معناداری سرزندگی می‌توان گفت، کودکان با معلولیت جسمی حرکتی احساسات و هیجان‌های منفی مختلفی را از قبیل احساس افسردگی (مانجو و سوجا، ۲۰۱۹) و شادی پایین (رستمی و همکاران، ۲۰۱۷) تجربه می‌کنند که اگر نتوانند هیجان‌ات و عواطف منفی خود را تحمل کنند، سرزندگی نیز در آن‌ها کاهش می‌یابد (اگر و همکاران، ۲۰۱۹). مدیریت هیجان‌ات یکی از تکنیک‌هایی بود که در درمان راه‌حل مدار استفاده شد. مدیریت هیجان‌ات به این افراد کمک می‌کند تا هیجان‌ات مثبت و منفی خود را بشناسند و به‌طور مؤثر با آن‌ها و با

۱۷۲ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

موقعیت‌ها برخورد کنند. هنگامی که این افراد می‌توانند هیجانات منفی خود را تشخیص دهند، این هیجانات برای آن‌ها قابل تحمل می‌شود و می‌توانند آن‌ها را کاهش دهند و از طرفی هیجانات مثبت، شادی و سرزندگی نیز افزایش می‌یابد. همچنین دوره نوجوانی دوران حساس رشدی است و نوجوانان در این دوران به خودشان توجه ویژه‌ای دارند و خود را ارزیابی می‌کنند. این ارزیابی‌ها و تفکرات بر سرزندگی و عدم تحمل عواطف منفی‌شان تأثیر می‌گذارد. از آنجاکه نوجوانان با معلولیت و نقص جسمی، به توانمندی‌های خودشان باور ندارند (نارسیمولا، ۲۰۱۶) و رویکرد راه‌حل مدار بر این فرض استوار است که همه انسان‌ها با کفایت هستند و برای ایجاد راه‌حل‌هایی که می‌توان زندگی آن‌ها را بهبود بخشید، از توانایی لازم بهره‌مند هستند فقط باید به آن‌ها کمک کرد تا از اشتغال ذهنی به شکست‌هایشان خلاص شوند و به توانایی‌های خود جانی دوباره ببخشند (والاری و همکاران، ۲۰۱۱). این درمان به افزایش باور به توانمندی نوجوانان با معلولیت جسمانی کمک می‌کند و موجب می‌شود بتوانند هنگام روبرو شدن با عواطف منفی آن را تحمل کنند و موجب سرزندگی آن‌ها می‌شود.

تجربیات دردناک در زندگی نوجوانان معلول جسمی حرکتی، هیجانات منفی و نگرانی آن‌ها نسبت به آینده باعث ایجاد فشارهای روانی و اختلالاتی مانند افسردگی، بیماری‌های جسمی و روابط اجتماعی نامناسب می‌شود که همه این موارد بهزیستی روانی و سرزندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود، نتوانند این عواطف منفی را تحمل کنند. در جلسات درمانی راه‌حل محور به آن‌ها کمک شد تا استثناءها و لحظاتی را شناسایی و تقویت کند که دارای هیجان مثبت هستند؛ بدین ترتیب فرد متوجه می‌شود که هیجان‌های منفی یک اتفاق دائمی و همیشگی نیستند و آن‌ها از توانایی و منابع لازم جهت برخورد مناسب با این هیجانات و تبعات آن بهره‌مند هستند و همین امر موجب ارتقاء سرزندگی و تحمل عواطف منفی در این افراد شده است.

هدف رویکرد راه‌حل محور، حل گلايه‌هایی است که توسط مراجع مطرح می‌شود. به گلايه‌ها و مشکلاتی توجه شد که نوجوانان با معلولیت جسمی- حرکتی بیان کرده‌اند و جلساتی درمانی با کمک این افراد برای تفکر درباره فعالیت متفاوتی که موجب خشنودی بیشتر او در زندگی‌اش می‌شود یا انجام دادن چنین فعالیت‌هایی، اجرا شده است. مشاوره راه‌حل محور معتقد است که افراد دارای نقاط قوت، منابع و مهارت‌های حل مسأله هستند؛ یعنی همان منابع طبیعی که آن‌ها را برای درمان و حل مسائل و مشکلاتشان نزد مشاور می‌کشاند،

برای دستیابی به راه‌حل، کافی است. به این ترتیب، در این رویکرد تمرکز بر چیزهایی بوده است که در زندگی نوجوانان با معلولیت جسمانی مؤثر بوده و هست. به نظر می‌رسد توجه به نیازها و مشکلات اساسی این نوجوانان، موجب می‌شود بتوانند هنگام روبرو شدن با مشکلات، هیجانات منفی خود را تحمل کنند و احساس شور زندگی و روحیه و سرزندگی داشته باشند.

در تبیین عدم اثربخشی درمان راه‌حل محور بر تاب‌آوری معلولان جسمی - حرکتی باید اذعان داشت تاب‌آوری به معنای حضور عوامل حمایتی است. منظور از عوامل حمایتی ویژگی‌هایی در فرد، خانواده و محیط است که توانایی فرد را برای مقاومت در برابر پیامدهای ناگوار افزایش می‌دهند و این عوامل، تاب‌آوری را به فرد القاء می‌کنند (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). و از آنجاکه افراد با معلولیت حمایت‌های محیطی کمی ادراک می‌کنند (امرسون و همکاران، ۲۰۲۰) و رویکرد راه‌حل مدار به افزایش نمره تاب‌آوری منجر شده، اما به سطح معناداری نرسیده، نیاز است تا به منظور افزایش تاب‌آوری این افراد با رویکرد راه‌حل‌مدار، از درمان‌های حمایتی خانوادگی و محیطی کمک گرفته شود. همچنین، با توجه به مشکلات فراوان فردی، اجتماعی و خانوادگی که افراد با معلولیت جسمی حرکتی دارند که به تحمل و تاب‌آوری پایین در برابر مشکلاتشان منجر شده است، به نظر می‌رسد ده جلسه درمانی تمرکز بر توانمندی‌هایشان برای ایجاد راه‌حل کم است و با توجه به انعطاف‌پذیر بودن این درمان، این افراد به منظور افزایش تاب‌آوری به جلسات بیشتری نیاز دارند.

از محدودیت این پژوهش می‌توان به نداشتن جلسه پیگیری اشاره کرد که به دلیل شرایط خاص کودکان با معلولیت جسمی - حرکتی این موقعیت فراهم نبود. پیشنهاد می‌شود به منظور تأیید بهتر این نتایج در پژوهش‌های بعدی به خصوص در متغیر تاب‌آوری در کنار جلسات درمانی جلسات حمایتی و با تعداد بیشتر اجرا کنند. به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود با دوره‌های پیگیری مکرر پژوهشی اثرات درمان در طولانی مدت را نیز مشخص کنند. با توجه به اینکه این رویکرد درمانی جزو رویکردهای درمانی کوتاه‌مدت است که نتایج درمانی سریع‌تری را فراهم می‌آورد، لذا برای آن گروه از مشاورین، درمانگران و مراجعانی که به دنبال بهبودی سریع‌تر و رسیدن به شرایط مطلوب هستند، در کلینیک‌های روان‌شناختی مفید است و در راستای نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش و اثرگذاری این رویکرد درمانی بر سرزندگی و تحمل عاطفه منفی، مشاوران و درمانگران می‌توانند از مؤلفه‌های درمانی رویکرد راه‌حل محور

۱۷۴ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی مراجعان استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند؛ از کلیه دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش و کارکنان محترم آموزشگاه صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

منابع

- ابوالقاسمی، فرحناز (۱۳۸۲). هنجاریابی عاطفه مثبت و منفی و اعتباریابی همزمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.
- حق رنجبر، فرخ، کاکاوند، علیرضا، برجعلی، احمد و برماس، حامد (۱۳۹۰). تاب‌آوری و کیفیت مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی. *علوم رفتاری*، ۱(۱)، ۱۸۷-۱۷۷.
- کارلسون، جان، اسپری، لن و لويس، جودیت (۱۳۹۷). *خانواده‌درمانی: تضمین درمان کارآمد*. ترجمه نوابی‌نژاد، شکوه. تهران: انجمن اولیا و مربیان.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد*. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- مک دونالد، آلاسدایر جی (۱۳۹۵). *درمان راه‌حل محور*. ترجمه نظری، علی‌محمد؛ موزیری، عباس و نادری، فاطمه، تهران: علم.
- Abraham, B. K. (2018). Physical and psycho-social issues of physically challenged children. *International Journal of Current Advanced Research*, 7(5): 12731-12735.
- Abolghasemi, F. (2009). *Standardization of positive and negative emotions and its simultaneous validation with the mental health and vitality scales in Isfahan University students* [MSc thesis]. Esfahan: University of Esfahan. (Text in Persian)
- Ates, B. (2016). Effect of solution focused group counseling for high school student in order to struggle with school burnout. *Journal of Education and training studies*, 4(4): 27-34.
- Azizi, A. and Ghasemi, S. (2017). Comparison the effectiveness of solution-focused therapy, cognitive-behavior therapy and acceptance and commitment therapy on depression and quality of life in divorced women. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 8(29): 207-236. (Text in Persian)
- Brown, M., Blanchard, T. and McGrath, R. E. (2020). Differences in self-reported

- character strengths across adolescence. *Journal of Adolescence*, 79: 1-10. doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.008
- Carlson, J., Sperry, L. and Lewis, J. A. (1997). *Family therapy: Ensuring treatment efficacy* (translated by Navabinejad, Shokouh). Tehran: Parents and Teachers Association. (Text in Persian)
- Conner, K. M. and Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD- RISC). *Depression and Anxiety*, 18: 76-82. doi.org/10.1002/da.10113
- Dulin, A. J., Dale, S. K., Earnshaw, V. A., Fava, J. L., Mugavero, M. J., Napravnik, S. and Howe, C. J. (2018). Resilience and HIV: A review of the definition and study of resilience. *AIDS Care*, 30: 6-17. doi.org/10.1080/09540121.2018.1515470
- Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G. and Stancliffe, R. (2020). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. *Disability and health journal*, 14(1): 1-7.
- Fearrington, J. Y., McCallum, R. S. and Skinner, C. (2011). Increasing math assignment completion using solution-focused brief counseling. *Education and Treatment of Children*, 34(1): 61-80.
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A. and Johnson, S. (2017). Solution focused brief therapy: A systematic review and meta-summary of process research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43: 16-30. doi:10.1111/JMFT12193
- Hagh Ranjbar, F, Kakavand, A. I., Barajalim A. and Barmas, H. (2012) Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children. *Health and Psychology*, 1(1): 177-187. (Text in Persian)
- Hendar, K., Awalya, A. and Sunawan, S. (2020). Solution-Focused Brief Therapy Group Counseling to Increase Academic Resilience and Self-Efficacy. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 9(1): 1 – 7.
- Iveson, C. (2002). Solution-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8: 149-56. DOI:10.1192/APT.8.2.149.
- Keyhani, M., Taghvaei, D., Rajabi, A. and Amirpour, B. (2015). Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among Nursing Female. *Iranian Journal of Medical Education*. 14(10): 857-865. (Text in Persian)
- Lavrusheva, O. (2020). The concept of vitality. Review of the vitality-related research domain. *New Ideas in Psychology*, 56: 1-14. doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100752
- Macdonald, A. (2011). *Solution-focused therapy: Theory, research & practice* (translated by Nazari, Ali Mohammad, Moziri, Abbas and Naderi, Fatemeh). Tehran: Elm. (Text in Persian)
- Manoj, M. P. and Suja, M. K. (2019). Young People with Physical Disability

- Talking about Depression. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(4): 299-303.
- Mohammadi, M. (2005). *Investigating the Effective Factors of Distribution in Persons at Risk of Expenditure* [PhD Thesis]. Tehran: University of Social Welfare Rehab. (Text in Persian)
- Narsimulu. (2016). Self-Efficacy in Students with and Without Physical Impairment. *International Journal of Indian Psychology*. 3(3): 1-9.
- Ouer, R. (2016). *Solution-Focused Brief Therapy with the LGBT Community*. NewYork: Routledge.
- Rahbar Karbasdehi, F. and Abolghasemi, A. (2020). The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Resilience and Social Empowerment in Students with Depression Symptoms. *Journal of Psychological Studies*, 15(4): 73-90. (Text in Persian)
- Ross, M. S., Bogart, K. R., Logan, S. W., Case, L., Fine, J. and Thompson, H. (2016). Physical activity participation of disabled children: A systematic review of conceptual and methodological approaches in health research. *Front Public Health*, 4(187): 1-10.
- Rostami, M., Soleimani Sefat, E., Nejati, Sh., Mohammad Alipur, Z., Naghiyace, M., Hosainpour, A. and Younesi, J. (2017). Happiness of male adolescents with disabled physical mobility: Benefits of mental rehabilitation based on positive thinking skills training. *Rehabilitation Journal*, 15(3): 221-226.
- Ryan, R. M. and Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*, 65(3): 529-565.
- Sabria, F., Sumarib, M., Jenciuse, M. and McGlothline, J. (2017). The effects of Solution-Focused Group Therapy in treatment outcomes and psychological well-being of substance abuse clients. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 7: 119-129.
- Sari, D. K. (2016). Application of solution focused brief counseling model to increase of counselee resilience part of multicultural society. *Indonesian Journal of School Counseling*, 1(1): 12-19.
- Sisto, A., Vicinanza, F., Leondina Campanozzi, L., Ricci, G., Tartaglini, D. and Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina*, 55(745): 1-22.
- Uğur, E., Kaya, C. and Özçelik, B. (2019). Subjective vitality mediates the relationship between respect toward partner and subjective happiness on teachers. *Universal Journal of Educational Research*, 7(1): 126-132.
- Vallaire-Thomas, L., Hicks, J. and Growe, R. (2011). Solution-focused brief therapy: An interventional approach to improving negative student behaviors. *Journal of Instructional Psychology*, 38(4): 224-234.
- Vega, R., Miró, J., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., López-Martínez, A. E. and

- Jensen, M. P. (2019). Sleep disturbance in individuals with physical disabilities and chronic pain: The role of physical, emotional and cognitive factors. *Disabil Health Journal*, 12(4): 588-593.
- WHO (2018). *WHO I Clinical Consortium on Healthy Ageing*. <http://www.who.int/ageing/health-systems/clinical-consortium/en/2>. Accessed October 10th 2018.
- Zhang, A., Ji., Q., Currin-McCulloch, J., Solomon, P., Chen, Y., Li, Y. and Nowicki, J. (2018). The effectiveness of solution-focused brief therapy for psychological distress among Chinese parents of children with a cancer diagnosis: a pilot randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(8): 2901-2910.



**The Effectiveness of Short-term Solution-focused Approach
Training on Vitality and Resilience of Students with Physical
Disabilities**

Mehrnoosh Okhovat¹, Shekoofeh Mottaghi^{*2},

Fatemeh Behjati Ardakani³ and Zobeyde Dehghan Manshadi⁴

Abstract

Considering the psychological problems of people with physical disabilities, especially in adolescence, and the importance of paying attention to them to improve their mental health, the present study aimed at investigating the effectiveness of short-term solution-focused approach training on vitality and resilience of students with physical disabilities. It was a quasi-experimental study with pretest, posttest and the control group. From among all high school students with physical disabilities in the city of Isfahan, 30 students were selected through convenience sampling method and were randomly divided into experimental and control groups. Deci Vitality Questionnaire and Conner and Davidson Resilience Scale were applied to both groups, and the experimental group received ten 45-minute sessions of solution-focused intervention once a week. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that group training of solution-focused therapy had a significant influence on vitality and the negative affect tolerance of students with physical disabilities, but was not significant on overall resilience. It seems that solution-focused approach can be utilized to promote the positive psychological indicators such as vitality and negative affect tolerance in people with physical disabilities.

Keywords: *Resilience, short-term solution-focused approach, vitality, people with physical disabilities*

1. Master of School Psychology, Ardakan University, Yazd, Iran.

okhovatm58@yahoo.com

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Ardakan University, Yazd, Iran. sh.mottaghi89@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ardakan University, Yazd, Iran. behjatifatemeh@yahoo.com

4. PhD student in psychology, researcher of Fars University Jihad, Shiraz, Iran. zobeydemanshadi@gmail.com

DOI: 10.22051 / PSY.2021.30999.2208

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5483.html