

دسترس



دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره گرایش توانبخشی

اثربخشی امیددرمانی بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش خودکارآمدی

دختران مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی

استاد راهنما:

دکتر محمود گلزاری

استاد مشاور:

دکتر سید محمد کلانتر کوشه

استاد داور:

دکتر ابراهیم نعیمی

پژوهشگر:

مریم رسولی کوهی

زمستان ۱۳۹۲

تقدیم به:

استوارترین تکیه گاهم؛ دستان پرمهر پدرم!

روشن ترین نگاه زندگیم؛ چشمان پرعشق مادرم!

که هر چه آموختم در مکتب عشق شما آموختم و هرچه بکوشم قطره‌ای از دریای بی کران مهربانیتان را سپاس نتوانم گفت. ره‌آوردی گران سنگ‌تر از این ارزان نداشتم تا به خاک پایتان نثار کنم. باشد که حاصل تلاشم، نسیم گونه غبار خستگی‌تان را بزدايد.

بوسه بر دستان پر مهرتان.

و تقدیم به:

برادرانم؛ همسفران مهربان زندگیم!

که با شما آغاز کردم و در کنار شما و از شما آموختم و به امید پیروزی و درخششتان به آینده‌ای روشن چشم می‌دوزم. قلبم لبریز از عشق شماست و خوشبختی‌تان منتهای آرزویم.

و تقدیم به:

همسرم؛ یاور همیشه همراهم!

که در سایه همیاری و همدلی‌اش به این منظور نائل شدم. باشد که با هم شکفتن را جشن بگیریم و شدن‌ها را تجربه کنیم چرا که خوب می‌دانیم زندگی بودن نیست، شدن است و این وعده ما بوده است از روزی که یکدیگر را شناخته ایم.

سپاس:

از زحمات استاد گرانقدر جناب آقای دکتر گلزاری که با راهنمایی‌های ارزنده خود در اجرای این پایان‌نامه مرا یاری نمودند و وجود گرانقدرشان مایه دلگرمی و افتخار بود سپاسگزاری می‌نمایم.

از استاد بزرگوار جناب آقای دکتر کلانتر به دلیل وجود متعهد، آرام و صبورش که با نکته‌سنجی‌های دقیق و پی‌گیرانه، مرا در اجرای هر چه کامل‌تر این پژوهش یاری نمودند سپاسگزارم.

از استاد محترم جناب آقای دکتر نعیمی که زحمت مطالعه و داوری این پایان‌نامه را عهده دار شدند و با نظرات ارزشمند خود، یاریم نمودند کمال تشکر را دارم.

از اساتید بزرگوار سرکار خانم دکتر شریعت مدار و سرکار خانم دکتر معارف وند، که همواره و در همه حال و در نهایت متانت و احترام از راهنمایی‌های صمیمانه‌شان کمال استفاده را برده‌ام، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

از مدیریت آموزش و پرورش استان تهران، مدیریت محترم و مجموعه دست‌اندرکاران آموزش و پرورش استثنایی استان تهران به ویژه سرکار خانم طالبی (کارشناس امور پژوهشی)، و همچنین مدیریت محترم آموزشگاه توانخواهان سرکار خانم معصومی، و معاونین محترم آن مجموعه سرکار خانم حاجی و سرکار خانم صدقی و دانش‌آموزان عزیز که در انجام این پژوهش همکاری نمودند کمال تشکر را دارم.

همچنین از برادر بزرگوار جناب آقای سید محمد حسینی صمیمانه تشکر می‌نمایم.

مریم رسولی کوهی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی امیددرمانی بر بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی مقطع سوم دبیرستان شهر تهران صورت گرفت. طرح این پژوهش، آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دچار ناتوانی جسمی- حرکتی مشغول به تحصیل در مقطع دبیرستان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ مدارس استثنایی (جسمی- حرکتی) شهر تهران بوده است. نمونه این پژوهش شامل ۲۴ نفر بوده است که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از اعضای جامعه انتخاب و سپس با استفاده از جایگزینی تصادفی، نیمی از آنها در گروه آزمایش و نیمی دیگر در گروه کنترل گمارده شدند.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر، پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی (GSE) و فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) بوده است. گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۵۰ تا ۷۰ دقیقه‌ای تحت مداخلات آموزشی (هفته‌ای یکبار) قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش امیددرمانی بر بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی موثر بوده است. با توجه به تاثیر مثبت امیددرمانی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی، این نتایج برای متخصصین حوزه سلامت و آموزش، تلویحات کاربردی دارد.

واژه های کلیدی: امیددرمانی، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، ناتوانی جسمی- حرکتی

فهرست مطالب

عنوان.....صفحه

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱. مقدمه..... ۱

۱-۲. بیان مساله..... ۲

۱-۳. اهمیت و ضرورت پژوهش..... ۶

۱-۴. اهداف پژوهش..... ۷

۱-۴-۱. اهداف اختصاصی..... ۷

۱-۴-۲. اهداف کاربردی..... ۷

۱-۵. فرضیه‌های پژوهش..... ۸

۱-۵-۱. فرضیه‌های اصلی..... ۸

۱-۵-۲. فرضیه‌های فرعی..... ۸

۱-۶. تعریف نظری و عملی مفاهیم..... ۸

فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

۲-۱. مقدمه..... ۱۱

- ۲-۲. آمار معلولان در جهان و ایران..... ۱۱
- ۲-۲-۱. آمار معلولان در جهان..... ۱۲
- ۲-۲-۲. آمار معلولان در ایران..... ۱۲
- ۲-۲-۳. سازمان‌های مربوط و آمار معلولان تحت پوشش در ایران..... ۱۳
- ۲-۳. اصطلاحات مرتبط با معلولیت..... ۱۳
- ۲-۴. طبقه‌بندی معلولان از دیدگاه توانبخشی..... ۱۴
- ۲-۵. تعریف ناتوانی جسمی..... ۱۴
- ۲-۶. تعریف ناتوانی جسمی - حرکتی..... ۱۵
- ۲-۷. طبقه‌بندی نقایص جسمی - حرکتی..... ۱۵
- ۲-۸. اثرات روانی معلولیت..... ۱۶
- ۲-۹. نظریه شناختی اجتماعی..... ۱۷
- ۲-۱۰. خود از دیدگاه بندورا..... ۱۸
- ۲-۱۱. مفهوم خودکارآمدی..... ۱۸
- ۲-۱۲. انواع خودکارآمدی..... ۱۹
- ۲-۱۳. ابعاد خودکارآمدی..... ۱۹
- ۲-۱۴. منابع خودکارآمدی..... ۲۰

- ۱۵-۲. تقویت خودکارآمدی.....۲۱
- ۱۶-۲. بازده‌های خودکارآمدی.....۲۲
- ۱۷-۲. خودکارآمدی و سلامت روان.....۲۴
- ۱۸-۲. مفهوم کیفیت زندگی.....۲۵
- ۱۹-۲. کیفیت زندگی و تعاریف کارشناسانه.....۲۶
- ۲۰-۲. تعریف ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی.....۲۶
- ۲۱-۲. حوزه‌های اصلی کیفیت زندگی.....۲۷
- ۲۲-۲. ویژگی‌های کیفیت زندگی.....۲۷
- ۲۳-۲. کیفیت زندگی، شادمانی و رضایتمندی از زندگی.....۲۹
- ۲۴-۲. عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده در رضایتمندی از زندگی و کیفیت عالی زندگی.....۳۰
- ۲۵-۲. کیفیت زندگی و سلامتی.....۳۱
- ۲۶-۲. سنجش کیفیت زندگی.....۳۲
- ۲۷-۲. افسانه امید.....۳۴
- ۲۸-۲. امید به عنوان یک نیرومندی روان‌شناختی و از دیدگاه روان‌شناسی مثبت.....۳۵
- ۲۹-۲. نظریه امید اسنایدر.....۳۷
- ۳۰-۲. اهداف.....۳۸

- ۳۱-۲. تفکر گذرگاه..... ۳۹
- ۳۲-۲. تفکر عامل..... ۴۰
- ۳۳-۲. آیا امید همان آرزو کردن است؟..... ۴۱
- ۳۴-۲. امید و مدل خودکار آمدی بندورا..... ۴۱
- ۳۵-۲. امید و رویکردهای حل مساله..... ۴۲
- ۳۶-۲. امید و خوش بینی..... ۴۲
- ۳۷-۲. فرضیه‌هایی درباره امید و ماهیت آدمی..... ۴۳
- ۳۸-۲. اصول اساسی امیددرمانی..... ۴۳
- ۳۹-۲. سوء برداشت‌های رایج درباره نظریه امید..... ۴۵
- ۴۰-۲. آنچه که یک امید درمانگر باید بداند..... ۴۶
- ۴۱-۲. فرایند امیددرمانی..... ۴۶
- ۴۱-۱-۲. مرحله اول: القای امید..... ۴۷
- ۴۱-۲-۲. مرحله دوم: ارتقای امید..... ۴۹
- ۴۲-۲. برخی فنون مورد استفاده در امیددرمانی..... ۵۰
- ۴۲-۱-۲. فن ایجاد چارچوب برای آشکارسازی اهداف..... ۵۱
- ۴۲-۲-۲. فن خلق اهداف روشن و عملی..... ۵۱

- ۳-۴۲-۲. مدل SMART برای تشخیص اهداف غیر موثر..... ۵۲
- ۴-۴۲-۲. فن ایجاد یک فیلم درونی..... ۵۲
- ۵-۴۲-۲. فن تجسم مثبت..... ۵۲
- ۶-۴۲-۲. فن مدل خوش بینی (ABC) سلیگمن..... ۵۳
- ۴۳-۲. آموزش درباره گذرگاه‌های غیر موثر و ناقص..... ۵۴
- ۴۴-۲. خلاصه مداخلات مربوط به امید..... ۵۴
- ۴۵-۲. مروری بر سوابق پژوهشی..... ۵۶

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

- ۱-۳. مقدمه..... ۶۱
- ۲-۳. طرح پژوهش..... ۶۱
- ۳-۳. تعریف و تعیین جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری..... ۶۱
- ۱-۳-۳. جامعه آماری..... ۶۱
- ۲-۳-۳. نمونه..... ۶۲
- ۳-۳-۳. روش نمونه‌گیری..... ۶۲
- ۴-۳. شیوه اجرای پژوهش..... ۶۲
- ۵-۳. ابزارهای اندازه‌گیری..... ۶۵

۱- ۵- ۳. فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی..... ۶۵

۲- ۵- ۳. پرسشنامه خودکارآمدی عمومی..... ۶۶

۳- ۶. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها..... ۶۷

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش

۱- ۴. مقدمه..... ۶۸

۲- ۴. آمار توصیفی..... ۶۸

۳- ۴. آمار استنباطی..... ۷۲

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱- ۵. مقدمه..... ۸۳

۲- ۵. تبیین و توضیح فرضیه‌های پژوهش..... ۸۳

۳- ۵. محدودیت‌های پژوهش..... ۸۸

۴- ۵. پیشنهادها..... ۸۹

۱- ۴- ۵. پیشنهادهای پژوهشی..... ۸۹

۲- ۴- ۵. پیشنهادهای کاربردی..... ۸۹

منابع

منابع فارسی..... ۹۱

منابع لاتین..... ۹۳

پیوست

شرح جلسات آموزشی امیددرمانی..... ۹۹

پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی..... ۱۰۳

پرسش‌نامه کیفیت زندگی..... ۱۰۵

کاربرگ ساختار بندی هدف..... ۱۰۹

فهرست جداول و نمودارها

جدول ۱- ۳. دیاگرام طرح آزمایش..... ۶۱

جدول ۲- ۳. شرح مختصری از جلسات آموزشی..... ۶۳

جدول ۱- ۴. آماره‌های توصیفی مرتبط با سن شرکت‌کنندگان..... ۶۸

جدول ۲- ۴. فراوانی و درصد فراوانی شدت معلولیت شرکت‌کنندگان با توجه به ابزار مورد استفاده..... ۶۹

جدول ۳- ۴. آماره‌های توصیفی متغیر خودکارآمدی به تفکیک گروه‌ها..... ۷۰

جدول ۴- ۴. آماره‌های توصیفی متغیر کیفیت زندگی و مولفه‌های مربوط به آن به تفکیک گروه‌ها..... ۷۱

جدول ۵- ۴. آزمون t همبسته برای مقایسه میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات خودکارآمدی در گروه

آزمایش..... ۷۲

جدول ۶- ۴. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش..... ۷۲

جدول ۷- ۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای مشخص کردن توزیع طبیعی نمرات (خودکارآمدی)..... ۷۳

- جدول ۸-۴. آزمون لوین برای مشخص کردن برابری واریانس‌ها (خودکارآمدی).....۷۳
- جدول ۹-۴. نتایج آزمون کوواریانس برای تأثیر امیددرمانی بر خودکارآمدی.....۷۴
- جدول ۱۰-۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای مشخص کردن توزیع طبیعی نمرات (کیفیت زندگی).....۷۵
- جدول ۱۱-۴. آزمون لوین برای مشخص کردن برابری واریانس‌ها (کیفیت زندگی).....۷۵
- جدول ۱۲-۴. نتایج آزمون کوواریانس برای تأثیر امیددرمانی بر کیفیت زندگی.....۷۵
- جدول ۱۳-۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای مشخص کردن توزیع طبیعی نمرات (کیفیت زندگی جسمانی).....۷۶
- جدول ۱۴-۴. آزمون لوین برای مشخص کردن برابری واریانس‌ها (کیفیت زندگی جسمانی).....۷۷
- جدول ۱۵-۴. نتایج آزمون کوواریانس برای تأثیر امیددرمانی بر کیفیت زندگی جسمانی.....۷۷
- جدول ۱۶-۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای مشخص کردن توزیع طبیعی نمرات (کیفیت زندگی روانی).....۷۸
- جدول ۱۷-۴. آزمون لوین برای مشخص کردن برابری واریانس‌ها (کیفیت زندگی روانی).....۷۸
- جدول ۱۸-۴. نتایج آزمون کوواریانس برای تأثیر امیددرمانی بر کیفیت زندگی روانی.....۷۹
- جدول ۱۹-۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای مشخص کردن توزیع طبیعی نمرات (کیفیت زندگی اجتماعی).....۷۹
- جدول ۲۰-۴. آزمون لوین برای مشخص کردن برابری واریانس‌ها (کیفیت زندگی اجتماعی).....۸۰
- جدول ۲۱-۴. نتایج آزمون کوواریانس برای تأثیر امیددرمانی بر کیفیت زندگی اجتماعی.....۸۰
- جدول ۲۲-۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای مشخص کردن توزیع طبیعی نمرات (کیفیت زندگی محیطی).....۸۱
- جدول ۲۳-۴. آزمون لوین برای مشخص کردن برابری واریانس‌ها (کیفیت زندگی محیطی).....۸۲
- جدول ۲۴-۴. نتایج آزمون کوواریانس برای تأثیر امیددرمانی بر کیفیت زندگی محیطی.....۸۲
- نمودار ۱-۴. نمودار درصد فراوانی سن شرکت‌کنندگان.....۶۹
- نمودار ۲-۴. شدت معلولیت شرکت‌کنندگان با توجه به ابزار مورد استفاده برای تحرک.....۷۰

فصل اول:

کلیات پژوهش

با توجه به جمعیت افراد معلولی که در کشور زندگی می‌کنند و تبعات مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی حاصل از معلولیت برای فرد معلول، خانواده وی و جامعه، لازم است که علاقه فزاینده‌ای برای کار بر روی این افراد ایجاد گردد.

پندار برخی افراد از معلولیت، مترادف با محدودیت است، محدودیت‌های فردی و اجتماعی که فرد را منزوی و سربار خانواده و جامعه می‌کند، در صورتی که تحقیقات و دانش امروز ثابت کرده است که معلولیت را می‌توان مترادف توان‌خواه دانست و بر این اساس افرادی را تربیت نمود که حتی از افراد غیر معلول نیز، پویاتر و پیش‌روتر باشند (احمدی، خدادادی، انیسی و عبدالمحمدی، ۱۳۹۰). از این رو، لازم است که یکی از حوزه‌های فعالیت متخصصان بهداشت روان، بر توانمندسازی افراد معلول متمرکز گردد.

یکی از رویکردهایی که در سال‌های اخیر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته، رویکرد روان‌شناسی مثبت^۱ می‌باشد. روان‌شناسی مثبت با تاکید و تمرکز بر استعدادها و توانمندی‌های انسان (به جای پرداختن صرف بر نقص‌ها و اختلالات)، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که شادکامی و بهزیستی انسان را در پی دارند. امیددرمانی^۲ هم به عنوان یک طرح درمانی، شاخه‌ای از روانشناسی مثبت محسوب می‌گردد (کار^۳، ۲۰۱۱).

افراد معلول اغلب در زندگی با موانعی روبرو می‌شوند که بر کیفیت زندگی^۴ آنها تاثیر گذاشته و تجربه‌های ناخوشایند و ادراک منفی به وجود می‌آورد (لیپتاک^۵، ۲۰۰۸). بنت، جونز، ملای، چمبرلین و تنانت^۶ (۲۰۰۱) در پژوهشی دریافتند که میزان کیفیت زندگی بزرگسالان دچار ناتوانی جسمی - حرکتی

-
1. Positive psychology
 2. Hope therapy
 3. Carr
 4. Quality of Life
 5. Liptak
 6. Bent, Jones, Molloy, Chamberlain, & Tennant

پایین تر از همتایان عادی آنهاست و از خویشتن‌پذیری، خودکارآمدی^۱ و اعتماد به نفس پایین‌تری در مقایسه با جمعیت عادی برخوردارند.

در واقع افراد ناتوان جسمی، درگیر تنش‌ها و تنیدگی‌های زیادی در تمام طول زندگی خود هستند که همواره ذهن آنها را به خود مشغول کرده و در اکثر موارد توانایی آنها را زیر سوال می‌برد، به طوری که با کوچک‌ترین شکستی احساس حقارت کرده و بیشتر از قبل نا امید و دل‌سرد می‌شوند. بنابراین، خواسته یا ناخواسته مسیر زندگی‌شان را طوری هدایت می‌کنند که از موقعیت‌هایی که توانایی فردی آنها را مورد آزمون قرار می‌دهد پرهیز کنند (گیلک، محمدی و باقری، ۱۳۹۲). بدین ترتیب، چرخه‌ای معیوب از احساس عدم کارایی و عدم اقدام به عمل در آنها شکل گرفته و فاصله بیشتر آنها از جامعه و کارکردهای اجتماعی را سبب می‌گردد.

نگرش منفی نسبت به معلولین و توانایی‌های آنها باعث ایجاد ناکامی، سرخوردگی، کاهش خودکارآمدی و بالا رفتن میزان وابستگی این افراد می‌گردد (ستاری، امیدوار و یعقوبی، ۲۰۰۵)، در حالی که از طریق برنامه‌های آموزشی و حمایتی (به ویژه بهره‌گیری از مولفه‌های روان‌شناسی مثبت) می‌توان افراد معلول را به سمت الگویی از احساس کارایی و توانایی هدایت نمود تا از طریق احساس استقلال و باور توانمندی، کنترل زندگی خود را به دست گرفته و از آن لذت ببرند.

در این راستا، هدف از پژوهش حاضر، کمک به افراد مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی (دختران دبیرستانی)، جهت ارتقای کیفیت زندگی و هدفمند کردن آن، بهبود روابط با دیگران، کسب نگاه مثبت و امیدوارانه‌تر به زندگی، نگاه به خود به عنوان فردی ارزشمند در جامعه و افزایش عزت نفس و شادکامی از طریق افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی در اثر دریافت برنامه امیددرمانی می‌باشد و همچنین قصد دارد بدین وسیله میزان آگاهی افرادی که به نوعی در زمینه روانی با افراد مبتلا به ناتوانی جسمی حرکتی در ارتباط هستند، مانند افرادی که در مراکز مشاوره، مدارس و مراکز آموزشی، انجمن‌های حمایت از افراد مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی مشغول به فعالیت می‌باشند را جهت بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان این افراد افزایش دهد.

۲-۱- بیان مسأله

طبق گزارشات سازمان بهداشت جهانی در ۲۰۱۲، بیش از یک میلیارد نفر از مردم جهان، دچار نوعی از معلولیت هستند که از این میان، حدود ۲۰۰ میلیون تن از آنها، از مشکلات عملکردی رنج

1. Self-efficacy

می‌برند (نقل از محسن و الزیدی^۱، ۲۰۱۳). برآورد می‌شود که این افراد به علاوه اعضای خانواده‌هایشان، به طور حیرت‌آوری دو میلیارد نفر را تشکیل می‌دهند. بنابراین، عده کثیری از اعضای جامعه به نوعی با پدیده معلولیت و تبعات و عواقب جسمانی و روانی حاصل از آن دست به گریبان هستند (تفرشی، ایروانی و رضایی، ۱۳۸۸). بر اساس گزارش سازمان ملل متحد^۲ (۲۰۰۹)، حدود ۸۰ درصد افراد معلول در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که حدود ۲۰ درصد از آنها زیر خط فقر زندگی می‌کنند (نقل از محسن و الزیدی، ۲۰۱۳).

در تمام دنیا و در تمام کشورها، افراد معلول اغلب از نظر اجتماعی در انزوا به سر می‌برند و از بسیاری امکانات اساسی زندگی محروم می‌باشند. افراد معلول نسبت به هم‌تایان سالم خود، شانس کمتری برای رفتن به مدرسه، کسب شغل، داشتن مسکن، تشکیل خانواده و لذت بردن از زندگی اجتماعی دارند (تفرشی و همکاران، ۱۳۸۸). معلولان بزرگ‌ترین و محروم‌ترین اقلیت غیر نژادی در جهان می‌باشند (لوکاس- کاراسکو^۳ و همکاران، ۲۰۱۱).

با توجه به شرایط زندگی امروزی و مسائلی چون آلودگی هوا (وجود سرب، آرسنیک و دیگر آلاینده‌های شیمیایی)، قرار گرفتن در معرض انواع امواج رادیویی، ماهواره‌ای و اشعه‌های خطرناک، استفاده از مواد شیمیایی مختلف، بالا رفتن سن مادران برای بارداری، افزایش مبادرت به مصرف دخانیات در زنان و دیگر شرایط آسیب‌زا امکان تولد فرزندان دچار معلولیت رو به افزایش است. بعلاوه افزایش نرخ امید به زندگی، صنعتی شدن کارها و افزایش مکانیزه، سوانح و تصادفات رانندگی، جنگ‌های منطقه‌ای و مسائلی از این قبیل، همه و همه باعث می‌شود تا روز به روز بر تعداد معلولان و افراد دچار نقص و ناتوانی افزوده شود. ضمن آنکه تجربه ثابت کرده است که با بالا رفتن سطح بهداشت، خدمات درمانی و توان‌بخشی، عده بیشتری از معلولان توانایی ادامه زندگی پیدا خواهند کرد، به عبارت دقیق‌تر این عامل سبب افزایش معلولان خواهد شد چرا که هر قدر امکانات افزایش یابد، افراد بیشتری با عوارضی چون معلولیت قادر به ادامه زندگی خواهند بود (کریمی درمنی، ۱۳۹۰).

در نظریه بندورا^۴، خودکارآمدی یا احساس کارایی، به احساس کفایت، شایستگی و قابلیت در کنارآمدن با زندگی اشاره دارد و به معنای اطمینانی است که شخص رفتار خاصی را با موفقیت به اجرا می‌گذارد و انتظار نتایج به دست آمده را دارد (شولتز و شولتز^۵، ۲۰۰۵، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۹).

1. Mohsin and Zaidi
2. United Nations
3. Lucas-Carrasco
4. Bandura
5. Schultz & Schultz

باورهای خودکارآمدی از چهار منبع اطلاعاتی ساخته شده‌اند: تجربه‌های چیرگی^۱، تجربه‌های غیرمستقیم یا نیابتی^۲، ترغیب کلامی^۳، حالت‌های جسمانی و هیجانی^۴ (دیموپولو^۵، ۲۰۱۲).

افراد ناتوان جسمی - حرکتی بنا به شرایط جسمانی خویش و مسائلی چون ضعف جسمانی و درد، مسائل مربوط به ناتوانی حرکتی، تجارب بیشتر شکست نسبت به هم‌تایان سالم خود (حداقل در بعد فیزیکی)، حمایت‌های افراطی والدین و ایجاد وابستگی در اکثر حیطه‌های زندگی، مسائل روانی مرتبط با ناتوانی همچون افسردگی و اضطراب (مسائل فیزیولوژیکی) و نگرش منفی افراد جامعه و در پی آن برخوردهای ترحم‌آمیز و القانات منفی کلامی و رفتاری (نقطه مقابل ترغیب کلامی و اجتماعی) به سمت الگویی از ناتوانی و خودکارآمدی پایین هدایت می‌شوند (یوسفی لویه، ۱۳۸۳؛ میلر^۶، ۲۰۰۹). خودکارآمدی پایین منجر به پایین آمدن انگیزه برای به عهده گرفتن مسئولیت، و انجام عملکردهای شخصی و اجتماعی می‌شود که خود احساس ناتوانی و ناامیدی را تشدید می‌کند (سینگ و اوداینیا^۷، ۲۰۰۹). بدین ترتیب ناتوانی با کاهش مشارکت‌های اجتماعی و بهره‌گیری از فرصت‌ها، زمینه بروز معلولیت را فراهم خواهد ساخت (وش و کریو^۸، ۲۰۰۴، کریمی درمنی، ۱۳۹۰).

علاوه بر این، افراد دچار ناتوانی جسمی - حرکتی به دلیل مسایل و مشکلات جسمی ناشی از معلولیت (بعد جسمی) (موسوی، منتظری و سروش، ۱۳۸۶؛ ون در اسلات^۹ و همکاران، ۲۰۱۰؛ حجیرا و عبود^{۱۰}، ۲۰۱۳)، مشکلات و تبعات روان‌شناختی ناشی از معلولیت همچون افسردگی، احساس تنهایی، اضطراب حضور در جامعه، رضایت از زندگی پایین، عزت نفس و خودکارآمدی ضعیف (بعد روانی) (مکینز^{۱۱}، ۲۰۰۶؛ میدلتون، ترن، و کریگ^{۱۲}، ۲۰۰۷؛ بهروزی، نعامی، شکرکن و تقی پور، ۱۳۸۷؛ حیدری، مشاک و درویشی، ۱۳۸۹؛ محسن و الزیدی، ۲۰۱۳)، مسایل و مشکلات محیطی به لحاظ

1. Mastery experiences
2. Vicarious experiences
3. Verbal persuasion
4. physical and affective states
5. Dimopoulou
6. Miller
7. Singh & Udainiya
8. Wash and Crewe
9. Van der Slot
10. Huijer, & Abboud
11. MacInnes
12. Middleton, Tran, & Craig

دسترسی (یوسفی لوبه، ۱۳۸۳) و احساس امنیت کمتر به دلیل خشونت‌های جسمی و جنسی نسبت به معلولین (بعد محیطی) (مک ایچرن^۱، ۲۰۱۲؛ فرس، مجیس، و اکسیوزیتو^۲، ۲۰۱۳) و مشارکت‌های کمتر اجتماعی (بعد اجتماعی) (موسوی و همکاران، ۱۳۸۶؛ لیپتاک، ۲۰۰۸؛ روبروئک، یانسن، کرونا، کنت و چمبرلین^۳، ۲۰۰۹؛ ون در اسلات و همکاران، ۲۰۱۰) از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند.

با وجود همه مشکلات مرتبط با معلولیت و ناتوانی چه به لحاظ بعد جسمی و چه از نظر بعد روان‌شناختی، گزارش‌های متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد عوارض ناشی از ناتوانی و معلولیت، در افراد مختلف با توجه به نگرش و برداشتی که آنها نسبت به آن دارند متفاوت است (شفیع آبادی، ۱۳۸۸). بنابراین، مساله اساسی این پژوهش این است که چه راه‌هایی برای بالا رفتن خودکارآمدی و کیفیت زندگی افراد دچار ناتوان جسمی - حرکتی وجود دارد که عوامل منفی را کاهش داده و از تبدیل ضایعه ناتوانی به معلولیت جلوگیری می‌کند. در واقع نیاز است به دنبال یافتن راهی باشیم که افراد ناتوان را از آنچه که نمی‌توانند انجام دهند به سمت آنچه که می‌توانند انجام دهند سوق دهد. از این رو، نیاز به نگرشی است که در کنار در نظر گرفتن کاستی‌ها به دنبال تمرکز بر نقاط مثبت و توانمند کردن فرد با استفاده از نقاط قوت وی باشد (دقیقا همان چیزی که در روان‌شناسی مثبت صورت می‌گیرد).

با استناد به نتایج اثربخشی به کارگیری روان‌شناسی مثبت و با توجه به نتایج متمر ثمر پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه مداخلات مبتنی بر امید در زمینه ناتوانی‌های جسمی؛ به عنوان نمونه: نتایج حاصل از پژوهش‌های اسنایدر، لمن، کلاک و مونسن^۴ (۲۰۰۶)، درسیت^۵ (۲۰۱۰)، کورت، گیلبرت، گورمن، و وگنر^۶ (۲۰۱۰)، ستوده اصل، نشاط دوست، کلانتری، طالبی و خسروی (۱۳۸۹)، قزلسفلو و اثباتی (۱۳۹۰) و چان، چان، دیشمن، فیلیپس و چو^۷ (۲۰۱۳)، پژوهشگر یکی از راه‌های موثر بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی را رویکرد مداخله مبتنی بر امید اسنایدر یافته است. بدین ترتیب و با توجه به نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه اثربخشی مثبت امید، انتظار می‌رود که رویکرد امیددرمانی، با تکیه بر هدف و با تمرکز بر مولفه‌های تفکر گذرگاه و تفکر عاملیتی با تجهیز آموزش‌گیرندگان به تکنیک‌های تعیین هدف در حیطه‌های مختلف زندگی و فراهم سازی امکان پرداختن به فعالیت‌های پویا و کسب تجارب موفقیت‌آمیز، بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی افراد ناتوان جسمی - حرکتی موثر واقع گردد.

1. McEachern
2. Ferres, Megias, & Exposito
3. Roebroek, Jahnsen, Carona, Kent, & Chamberlain
4. Snyder, Lehman, Kluck, & Monsson
5. Dorsett
6. Kortte, Gilbert, Gorman, & Wegener
7. Chan, Chan, Ditchman, Phillips, & Chou

۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش

بر اساس جدیدترین نتایج منتشر شده در سال ۱۳۸۵، معلولان با معلولیت‌های مشهود ۱/۴ درصد افراد جامعه را تشکیل می‌دهند. به بیان دقیق‌تر از ۷۰/۴۹۵۷۸۲ میلیون نفر جمعیت کشور در سال ۱۳۸۵، تعداد ۱/۰۱۲۲۲۲ میلیون نفر دچار معلولیت‌های مشهود بوده‌اند (کریمی درمنی، ۱۳۹۰) که ضرورت تحقیق در خصوص جمعیت مذکور را دو چندان می‌کند.

اختلالات و ناتوانی‌های جسمی تأثیرات نامطلوب بسیاری چه به لحاظ جسمی، چه به لحاظ روحی بر فرد معلول و خانواده وی گذاشته و به تبع آن بار زیادی را نیز بر جامعه وارد می‌سازد. احساس ناتوانی در فرد معلول برای حضور در جامعه و پذیرش نقش خود به عنوان عضوی از خانواده و اجتماع، معضلی است که بسیاری از مبتلایان به ناتوانی جسمی - حرکتی را درگیر خود می‌سازد و از این رو نیازمند مطالعه است.

افراد با نیازهای ویژه صرف نظر از نوع ناتوانی‌هایشان، معمولاً به دلیل محدودیت‌های کارکردی، نامتناسب بودن شرایط زندگی به طور عام و شرایط آموزشی به طور خاص و نیز پس دادهایی که از خود و محیط پیرامونی دریافت می‌کنند، با مشکلاتی از جمله مفهوم خود و عزت نفس آسیب دیده، ضعف در کارکردهای شناختی، توانایی حل مسئله پایین، ضعف در مهارت‌های رویارویی، ضعف در مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی و مشکلاتی در نظام انگیزشی روبه‌رو می‌باشند که این مشکلات الزاماً از نوع ناتوانی آنها ناشی نمی‌شود، بلکه بیشتر به پس داد اطلاعات منفی‌ای مربوط است که آنها از خود و جامعه دریافت می‌کنند (یوسفی لویه، ۱۳۸۳). این مسائل همگی می‌تواند زمینه ساز افسردگی و احساس ناکارآمدی در این افراد باشد (ستاری و همکاران، ۲۰۰۵).

امروزه امید به عنوان عامل درمانی مهمی در پزشکی و پرستاری و سلامت روانی در نظر گرفته می‌شود. اخیراً به امید به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی در بهبود افراد توجه زیادی شده است (شرانک، استنگلینی و اسلید^۱، ۲۰۰۸؛ ستوده اصل و همکاران، ۱۳۸۹). نتایج تحقیقات مختلف حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر امید می‌تواند منجر به کاهش علائم آسیب شناسی روانی و افسردگی شده، امید و کیفیت زندگی را بهبود بخشیده و افزایش برخی توانایی‌های روان‌شناختی را منجر گردد (اسنایدر و

1. Schrank, Stanghellini, & Slade