The Effectiveness of Group Hope Therapy Based on the Snyder's Theory on Self-Efficacy of Physical and Mobility Impairments Men

Ali Sheykholeslami*: Assistant professor, department of educational sciences, Mohagegh Ardabili University, Ardabil, Iran. a_sheikholslamy@yahoo.com

Shokufeh Ramezani: MA. in rehabilitation counseling, department of educational sciences, Mohagegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

Abstract

Introduction: Disability is one of the realities of the world today that has many undeniable impact on society and people. This research aimed to investigate the effectiveness of group hope therapy based on the Snyder's theory on self-efficacy of physical and mobility impairments men.

Methods: This research was a quasi-experiment with pretest-posttest and a control group. The statistical population included all the physical and mobility impairments men who covered by welfare organization of Kamyaran city in 2015-2016. Thirty men were selected by available sampling method and randomly assigned to two groups.(Each group contain fifteen persons) The experimental group received eight sessions of ninety minutes hope therapy training while the control group did not receive any. As a pretest and posttest; Each group completed the self-efficacy(SGSES) questionnaire. The data were analyzed by analysis of covariance method with using of SPSS software.

Results: The results showed that there was significant difference between self-efficacy variables of two groups. On the other hand hope therapy significantly increased self-efficacy of physical and mobility impairments men.($P<0.01$)

Conclusions: This study showed that hope therapy led to increasing self-efficacy of physical and mobility impairments men. So implementation of such educational programs in social work clinics and welfare centers are recommended.

Keywords

Group Hope Therapy

Self-Efficacy

Physical & Mobility Impairments Men

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 08 Feb 2017
Accepted: 12 May 2017

Please cite this article as follows: Sheykholeslami A and Ramezani S. The effectiveness of group hope therapy based on the Snyder's theory on self-efficacy of physical and mobility impairments men. Quarterly journal of social work. 2017; 6 (1); 05-12

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-06]

تاثیر امید درمانی گروهی مبتنی بر نظریه‌ی اسنایدر بر خودکارآمدی مردان کم‌توان جسمی-حرکتی

علی شیخ الاسلامی*: استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.
a_sheikholslamy@yahoo.com

شکوفه رمضانی: کارشناس ارشد مشاوره‌ی توانبخشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.

چکیده

مقدمه: کم‌توانی یکی از انواع واقعیت‌های جهان امروز است که تبعات انکارناپذیر زیادی بر جامعه دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر امید درمانی گروهی مبتنی بر نظریه‌ی اسنایدر بر خودکارآمدی مردان کم‌توان جسمی-حرکتی انجام شده است.

روش: مطالعه نیمه‌آزمایشی حاضر با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش تمامی مردان کم‌توان جسمی-حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهر کامیاران در سال ۹۵-۱۳۹۴ بود که از میان آنان سی نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل (هر گروه پانزده نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای با روش امید درمانی گروهی آموزش دید. اما گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پرسشنامه‌ی خودکارآمدی شرر (SGSES) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل گردید. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس و به کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون خودکارآمدی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارت دیگر آموزش امید درمانی گروهی باعث افزایش خودکارآمدی در مردان کم‌توان جسمی-حرکتی شده است.($P<۰/۰۱$)

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش در مجموع حاکی از اثربخشی آموزش امید درمانی گروهی بر افزایش خودکارآمدی مردان کم‌توان جسمی-حرکتی است. بنابراین، اجرای چنین جلساتی در مراکز و کلینک‌های مددکاری اجتماعی و بهزیستی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی

امید درمانی گروهی

خودکارآمدی

مردان کم‌توان جسمی-حرکتی

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۲۲

نحوه استناد به مقاله: علی شیخ الاسلامی و شکوفه رمضانی. تأثیر **امید درمانی** گروهی مبتنی بر نظریه‌ی اسنایدر بر خودکارآمدی مردان کم‌توان جسمی-حرکتی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۶؛ ۶ (۱): ۱۲-۰۵

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-06]

مقدمه

کم‌توانی به‌عنوان یک پدیده‌ی اجتماعی از ادوار گذشته تاکنون در جوامع بشری وجود داشته است و تاثیری که بر وضعیت روحی، روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی برجای می‌گذارد، غیرقابل انکار است.(۱) یکی از انواع کم‌توانایی‌ها، کم‌توانی جسمی-حرکتی می‌باشد. کم‌توانی جسمی-حرکتی به‌عنوان یک آسیب که یک یا بیش از یکی از فعالیت‌های عمده‌ی زندگی فرد را محدود می‌کند، تعریف شده است.(۲) کم‌توانی‌های جسمی آن نوع ویژگی‌هایی هستند که مانع بروز کارآمد توانایی‌های بدنی یا جسمی فرد می‌شود.(۳) طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲، بیش از یک میلیارد نفر از مردم جهان، دچار نوعی از کم‌توانی هستند که از این میان، حدود دویست میلیون نفر از آن‌ها، از مشکلات عملکردی رنج می‌برند. برآورد می‌شود که این افراد به‌علاوه‌ی اعضای خانواده‌هایشان، دو میلیارد نفر را تشکیل می‌دهند. بنابراین، عده‌ی کثیری از اعضای جامعه به‌نوعی با پدیده‌ی کم‌توانی و تبعات و عواقب جسمانی و روانی حاصل از آن دست‌به‌گریبان هستند.(۴و۵)

کم‌توانی نه فقط در جسم افراد کم‌توان، بلکه بیشتر در طرز فکرها و نگرش‌های افراد مزبور و دیگر افراد جوامع وجود دارد(۶) و به‌نظر می‌رسد افراد کم‌توان نسبت به جمعیت عمومی، احتمال بالاتری برای دچار شدن به مشکلات روانی دارند. کم‌توانایی می‌تواند منجر به فشارهای روان‌شناختی، افسردگی، از دست دادن حقوق و مزایا و نیز حمایت اجتماعی، تغییرات سبک زندگی و قطع روابط و انزوای اجتماعی گردد.(۷) طبق گزارش سازمان ملل متحد (۲۰۰۵) افراد کم‌توان جسمی در مقایسه با افراد عادی جامعه، مشارکت کمتری در اجتماع دارند، دارای درآمد پایین‌تر، شرایط سکونت بدتر و تحصیلات کمتری هستند و در مقایسه با اکثر مردم تعداد کمتری از آن‌ها دارای شغل هستند.(۸) به همین ترتیب، برخی پژوهشگران عوارض ناشی از تعامل کم‌توانی و مشکلات روان‌شناختی با احساس بی‌فایدگی اجتماعی و نزول سطح اقتصادی-اجتماعی را متذکر شده‌اند.(۹) پژوهش‌های انجام گرفته در اغلب موارد مشکلاتی در عزت نفس، خوداثربخشی، روابط اجتماعی، رضایت از زندگی و نیز وجود احساس تنهایی و ترس از موفقیت را در افراد کم‌توان گزارش می‌کنند.(۱۰) که به‌نظر می‌رسد همه‌ی این عوامل منجر به خودکارآمدی پایین در افراد کم‌توان می‌شود.

خودکارآمدی اولین بار توسط بندورا (۱۹۹۷) مطرح شد. به‌نظر او خودکارآمدی باور فرد به توانایی‌های خود برای انجام موفقیت‌آمیز یک عمل است. نظریه‌ی خودکارآمدی می‌گوید که مردم به‌طور کلی اگر باور داشته باشند که از عهده انجام کاری برمی‌آیند دست به اقدام می‌زنند و اگر باور داشته باشند که در انجام کاری شکست می‌خورند، از آن پرهیز می‌کنند.(۱۱) خودکارآمدی از جمله عواملی است که نقش بنیادین در کیفیت زندگی و ایجاد تعادل و توازن بین ابعاد مختلف زندگی انسان دارد.(۱۲) افراد با حس قوی خودکارآمدی معتقدند که می‌توانند از پس انجام کارهای سخت برآیند. زیرا این افراد این شرایط را به‌عنوان یک چالش در جهت پیشرفت و ترقی خود نگاه می‌کنند تا این که آن را به‌عنوان یک تهدید در نظر گرفته و باید از آن اجتناب کنند.(۱۱) خودکارآمدی پایین منجر به پایین آمدن انگیزه برای برعهده گرفتن مسئولیت، و انجام عملکردهای شخصی و اجتماعی می‌شود و احساس کم‌توانی و ناامیدی را تشدید می‌کند.(۱۲) خودکارآمدی پایین افراد کم‌توان با کاهش مشارکت‌های اجتماعی و بهره‌گیری از فرصت‌ها همراه است.(۱۳و۱۴)

پژوهشگران بسیاری دریافتند که این سازه، با دامنه‌ی گسترده‌ای از مسایل بالینی، مانند فوبیا، وابستگی به مواد، افسردگی، مهارت‌های اجتماعی، جراتمندی، تنیدگی و مانند این‌ها پیوند دارد.(۱۵) در پژوهش‌ها نشان داده شده است که افراد مبتلا به کم‌توانی از خودکارآمدی پایین‌تری نسبت به افراد عادی برخوردار می‌باشند. برای مثال میلتون (۲۰۰۷) در پژوهشی تحت عنوان "افراد مبتلا به ضایعه‌ی نخاعی"، دریافت که کیفیت زندگی افراد مبتلا به ضایعه‌ی نخاعی، نسبت به جمعیت عمومی استرالیا پایین‌تر است و همچنین خودکارآمدی پایین و شدت درد زیاد، از عواملی هستند که کیفیت زندگی افراد درگیر با ضایعه‌ی نخاعی را کاهش می‌دهند.(۱۶) حق‌رنجبر و کاکاوند (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که کودکان مبتلا به کم‌توانی یادگیری، نمره‌های پایین‌تری از کودکان عادی در خودکارآمدی کسب نموده اند.(۱۷) نتایج مطالعات علایی خرایم، نریمانی و علایی خرایم (۱۳۹۱) حاکی از آن است که دانش‌آموزان با کم‌توانی یادگیری به‌دلیل سطوح پایین انتظارات از خود، سطوح پایینی از باورهای خودکارآمدی و انگیزه پیشرفت را تجربه می‌کنند.(۱۸)

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-06]

روش‌های درمانی مختلفی برای افزایش مولفه‌های روان‌شناختی افراد کم‌توان جسمی-حرکتی به‌کار گرفته شده است. یکی از درمان‌هایی که می‌توان در این زمینه به‌کار گرفت، امید درمانی می‌باشد. نتایج تحقیقات اسنایدر بر روی بیماران روانی و برخی از بیماری‌های جسمی مانند سرطان و کم‌توانی‌های جسمی نشان داده است که بسیاری از بیماری‌های روانی و برخی از بیماری‌های جسمانی در واکنش به از دست دادن امید رخ می‌دهد و امید درمانی قادر است سلامت روانی و کیفیت زندگی بیمارن را بهبود بخشد.(۱۹) امید درمانی، یک برنامه‌ی درمانی است که بر اساس نظریه امید درمانی اسنایدر به‌منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است که از درمان‌های شاختی-رفتاری، درمان‌های راه‌حل‌مدار و درمان داستانی و روایتی مشتق شده است،(۲۰) در این درمان شرکت‌کنندگان ابتدا با اصول نظریه امید درمانی آشنا شده و سپس به آن‌ها آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود به‌کار گیرند. شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که چگونه اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری تعیین کنند، گذرگاه‌های متعددی برای حرکت به‌سمت این اهداف تعیین کنند، منابع انگیزشی و تاثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند، پیشرفت به‌سمت هدف را بازنگری کنند و اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند. این مداخله به‌صورت گروهی اجرا می‌شود زیرا در نظریه‌ی اسنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه منعکس کننده‌ی یک فرایند تبادلی است.(۲۱) بیشترین حجم تحقیقات امید درمانی در چند دهه‌ی اخیر، به اسنایدر و سلیگمن (۲۰۰۶) تعلق دارد. (۲۱و۲۲) از نظر آنان، ناامیدی باعث بروز بیماری‌های جسمانی و روانی می‌شود.(۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷و۲۸) موید قایدی و قربان شیرودی (۲۰۱۶) دریافتند که آموزش امید درمانی گروهی بر ارتقاء خودکارآمدی و کاهش افسردگی و احساس تنهایی موثر است.(۲۳) سپهریان‌آذر، محمدی‌آذر و موهنا (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که آموزش شناختی امید توانسته به بهبود خودکارآمدی افراد کمک کند. (۲۴) شروین و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود اشاره کردند که طی فرایند امید درمانی، معنای زندگی، عزت‌نفس، خودکارآمدی و سرزندگی افزایش می‌یابد و اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد.(۲۵)

بنابراین، با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه‌ی اثربخشی مداخلات مختلف بر روی مسائل روان‌شناختی افراد کم‌توان و با در نظر گرفتن این مساله که افراد کم‌توان جسمی-حرکتی نسبت به افراد عادی از سطوح خودکارآمدی پایینی برخوردارند، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر امید درمانی مبتنی بر نظریه‌ی اسنایدر بر خودکارآمدی مردان کم‌توان جسمی-حرکتی انجام گرفته است.

روش

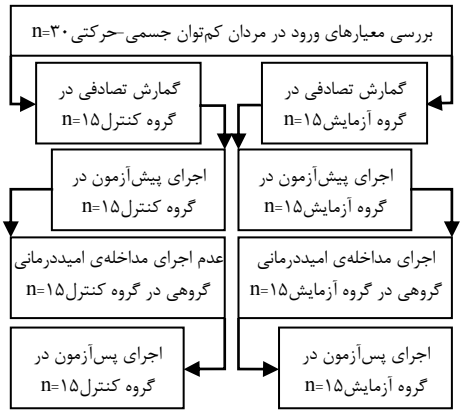
پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. برای اجرای پژوهش با اخذ مجوز لازم و هماهنگی‌های صورت گرفته با اداره بهزیستی شهر کامیاران، از بین مردان کم‌توان جسمی-حرکتی تحت پوشش اداره بهزیستی شهر کامیارن در سال ۹۵-۱۳۹۴، سی نفر که دارای ملاک‌های ورود به نمونه بودند. به شیوه‌ی دردسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهایی مثل جنسیت، سطح اجتماعی-اقتصادی و... همگن گردیدند.

ملاک‌های ورود: ۱-نداشتن اختلالات روانپزشکی و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی. ۲-داشتن حداقل پنج کلاس سواد. ۳-فارغ‌التحصیل رشته‌ی مشاوره یا روانشناسی نبودن، زیرا آگاهی از طرح درمان، نتایج را تحت تاثیر قرار می‌دهد. ۴-در مدت پژوهش تحت مشاوره‌ی گروهی دیگری نباشند.

سپس به افراد شرکت‌کننده توضیحاتی در مورد پژوهش، تصادفی‌سازی، محرمانه بودن داده شد. هر دو گروه پرسشنامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پرسشنامه‌ی خودکارآمدی شرر را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) تحت آموزش امید درمانی گروهی قرار گرفتند. پروتکل آموزشی برگرفته از اسنایدر(۲۰) در جدول یک ارائه گردیده است. یک هفته بعد از پایان جلسات دوباره هر دو گروه

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-06]

نمودار(۱) نمودارCONSORT



پرسشنامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پرسشنامه‌ی خودکارآمدی شرر را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند.

ابزارهای پژوهش

۱-پرسشنامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: شامل مشخصات فردی همچون سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال می‌باشد.

۲-پرسشنامه‌ی خودکارآمدی شرر (SGSES): نسخه‌ی اصلی این پرسشنامه در سال ۱۹۸۲ توسط شرر تدوین شده و شامل سی وشش سوال می‌باشد. سازندگان آن براساس تحلیل‌های انجام شده سوالاتی را مبنای تحلیل قرار دادند که بار عاملی چهل صدم را در هر یک از عوامل اجتماعی و عمومی داشتند. براین اساس سیزده سوال که دارای این ویژگی نبودند حذف شدند و آزمون به بیست و سه سوال کاهش یافت، که هفده سوال آن خودکارآمدی عمومی را با میانگین ۵۷/۹۹ و انحراف استاندار ۱۲/۸ می‌سنجد. در این مقیاس برای هر سوال پنج پاسخ، پیشنهاد شده است و طبق مقیاس درجه‌بندی لیکرت از چپ به راست افزایش می‌یابد.

جدول(۱) خلاصه جلسات پروتکل آموزشی

جلسه	هدف	محتوا	مدت زمان
۱	آشنایی، بیان اهداف و ساختار گروه	آشنایی اعضاءگروه باهم، تعیین اهداف و قوانین گروه، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه‌ی آموزشی و تعریف امید براساس نظریه اسنایدر.	۹۰دقیقه
۲	ضرورت برخورداری از امید	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 تاثیر آن بر خودکارآمدی.	۹۰دقیقه
۳	تعریف داستان زندگی خود	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 جمع بندی مطالب.	۹۰دقیقه
۴	تبیین داستان	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، تبیین داستان‌ها براساس سه مولفه‌ی اصلی نظریه امید اسنایدر: هدف، عامل و گذرگاه‌ها. کار بر روی افزایش تفکر عامل با استفاده از تفکر مثبت و تکرار واژه‌های مثبت، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.	۹۰دقیقه
۵	فراهم آوردن لیستی از اتفاقات جاری	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 هریک از آن‌ها. بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.	۹۰دقیقه
۶	مطرح کردن اهداف مناسب	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 موانعه به وسیله‌ی ایجاد گذرگاه‌های جایگزین با بکارگیری خلاقیت. بیان خلاصه و جمع بندی مطالب.	۹۰ قیقه
۷	مطرح کردن گذرگاه‌های مناسب	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، سرمشق‌گیری/الگوبرداری و خودگویی‌های مثبت بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.	۹۰دقیقه
۸	جمع‌بندی و خاتمه	مرور مطالب جلسه‌ی قبل، مطرح کردن راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، آموزش به اعضای گروه تا خود یک امیددرمانگر بوده و تفکر امیدوارنه را به‌آصورت روزمره به‌کار گیرند. (به‌طوری 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، به‌کارگیری تفکر امیدوارانه در زندگی روزمره بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب. اجرای پس‌آزمون. تشکر از اعضاء گروه و خداحافظی.	۹۰دقیقه

سوالات یک، سه، هشت، نه، سیزده وپانزده به‌صورت معکوس نمره‌گذای می‌شوند. ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به‌ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ به‌دست آمد. در پژوهش حسن‌نیا، صالح صدق‌پور و ابراهیم دماوندی (۲۰۱۴) جهت تعیین روایی، از روش تحلیل عاملی با استفاده از تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس بر هفده گویه‌ی پرسشنامه انجام شد.(۲۶) ابتدا آزمون‌های مقدماتی جهت ارزیابی مناسب بودن نمونه برای تحلیل عامل، شامل کفایت نمونه‌گیری (KMO) و آزمون کرویت بارتلت انجام شد. این ضریب به ترتیب ۰/۸۷ و ۱۵۵۳/۴۰۸ (P<۰/۰۰۱) به‌دست آمد، که بیانگر مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عامل است. نتایج تحلیل عامل، سه عامل را با ارزش ویژه بالای یک نشان داد.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی با کمک نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) و در بخش استنباطی از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد، که نتایج آن‌ها در جداول ذیل آمده است. همان‌طور که در جدول شماره دو مشاهده می‌شود، شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر مردان با کم‌توانی جسمی-حرکتی با دامنه‌ی سنی بیست و پنج تا چهل سال می‌باشند. همان‌طور که در جدول شماره سه مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی مردان ناتوان جسمی-حرکتی گروه آزمایش

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-06]

جدول(٤) تجزیه و تحلیل کواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های خودکارآمدی مردان ناتوان جسمی-حرکتی در پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
مدل تصحیح‌شده	۲۰۳۹/۳۷۳	۲	۱۰۱۹/۶۸۷	۳۸/۸۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲
عرض از مبدا	۴۱۰/۷۶۴	۱	۴۱۰/۷۶۴	۱۵/۶۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷
پیش‌آزمون خودکارآمدی	۱۲۷۹/۳۴۰	۱	۱۲۷۹/۳۴۰	۴۸/۷۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴
گروه	۷۴۶/۳۷۶	۱	۷۴۶/۳۷۶	۲۸/۴۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱۳
خطا	۷۰۷/۹۹۴	۲۷	۲۶/۲۲۲			
کل	۷۲۵۴۱/۰۰۰	۳۰				
کل تصحیح شده	۲۷۴۷/۳۶۷	۲۹				

در مرحله‌ی پیش‌آزمون به‌ترتیب برابر با ۴۵/۰۰و۸/۲۱، میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی مردان ناتوان جسمی-حرکتی گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به‌ترتیب برابر با ۴۴/۸۶و۱۱/۴۲، می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی مردان ناتوان جسمی-حرکتی گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به‌ترتیب برابر با ۵۳/۲۷و۵/۹۸، میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی مردان ناتوان جسمی-حرکتی گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به‌ترتیب برابر با ۴۳/۲۰و۱۰/۳۰، می‌باشد.

برای آزمون فرضیه از تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد. تجزیه و تحلیل کواریانس یک روش آماری است که به‌منظور تعدیل تفاوت‌های اولیه آزمودنی‌ها به‌کار می‌رود. بدین‌ترتیب که هر یک از نمره‌ها در پیش‌آزمون به‌عنوان هم‌تغییر در نمره‌های پس‌آزمون به‌کار برده می‌شود. در تجزیه و تحلیل کواریانس رعایت برخی از مفروضه‌ها (مانند همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس‌های خطا) الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد و سپس از آنجایی که این مفروضه‌ها (همگنی شیب‌خط رگرسیون($P>0/05$، $F=0/65$) و همگنی واریانس‌های خطا($F=1/08$ $P>0/05$) برقرار بودند، از تجزیه و تحلیل کواریانس به‌منظور

جدول(۲) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

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

جدول(۳) آماره‌های توصیفی مربوط به خودکارآمدی مردان ناتوان جسمی-حرکتی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۵/۰۰	۸/۲۱
	کنترل	۱۵	۴۴/۸۶	۱۱/۴۲
پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۳/۲۷	۵/۹۸
	کنترل	۱۵	۴۳/۲۰	۱۰/۳۰

مقایسه‌ی میانگین نمره‌های خودکارآمدی مردان ناتوان جسمی-حرکتی در گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره چهار ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول شماره چهار ($P<0/01$، $F=28/464$) پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر تاثیر امید درمانی بر خودکارآمدی مردان ناتوان جسمی-حرکتی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان خودکارآمدی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش امید درمانی گروهی بر خودکارآمدی مردان کم‌توان جسمی-حرکتی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که آموزش امید درمانی گروهی باعث افزایش قابل ملاحظه‌ای در میزان خودکارآمدی مردان کم‌توان جسمی-حرکتی گروه آزمایش شده است. بنابراین فرضیه‌ی پژوهشی مورد تائید قرار گرفت. یافته‌ی پژوهش حاضر در این زمینه به‌نوعی با یافته‌های موید قایدی و قربان شیرودی(۲۳)، سپهریان آذر، محمدی آذر و موهنا(۲۴) و شروین و همکاران(۲۵) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که امید، نیروی روان‌شناختی مثبتی است که انگیزش و انرژی لازم برای شروع فعالیت‌ها و پیشبرد اهداف را افزایش می‌دهد. افراد امیدوار محرک‌های قویتر و انرژی بیشتری برای پیگیری

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-06]

اهداف خود دارند که بیانگر خودکارآمدی بالاتر در آن‌ها بوده و به انگیزش آن‌ها برای فرایند حل مساله و رفتارهایی که موجب رشد و شکوفایی می‌شود مربوط است. درواقع امید، منبع مهمی برای القای احساس توانمندی در افراد است و امید درمانی، با تمرکز بر مؤلفه‌ی هدف و از طریق آموزش و پرورش تفکر حل مساله برای ایجاد گذرگاه‌های متعدد به‌منظور حرکت در مسیر هدف به افراد ناتوان جسمی-حرکتی کمک می‌کند تا هدف خود را (با تاکید و تمرکز بر نقاط قوت خویش) هرچه بهتر و واضحتر تعریف کرده و با انگیزه و احساس توانمندی بیشتر در تحقق این اهداف واضح تعریف شده حرکت کنند.(۲۳) به‌عبارتی، آن‌ها در فرایند حرکت در مسیر تعیین اهداف و برنامه‌ریزی برای حرکت در این مسیر می‌آموزند که چگونه موانع پیش‌رو را شناسایی و گذرگاه‌های جایگزین مختلفی را به‌منظور برخورد با موانع احتمالی در نظر بگیرند به‌جای آنکه صرفاً احساس کم‌توانی کرده و دست از تلاش و حرکت بردارند. طبق نظریه‌ی امید هر سه مولفه امید، یعنی هدف، تفکر گذرگاه و تفکر عامل بر یکدیگر اثر متقابل دارند. بنابراین، آموزش چگونگی تعیین اهداف روشن و عملی و حرکت به‌سمت آن‌ها و همچنین آموزش تفکر رهیاب (گذرگاه) زمینه رشد و پرورش تفکر عاملیتی (مولفه کلیدی مدل خودکارآمدی بندورا) را فراهم می‌آورد.(۲۰) در تبیین دیگر از یافته‌ی به‌دست آمده مبنی بر تاثیر امید درمانی بر خودکارآمدی می‌توان گفت که امید درمانی با ایجاد آموزش‌های لازم جهت تعیین اهداف مناسب و حرکت در مسیر آن‌ها و مجهز کردن شخص به تفکر کارگزار و گذرگاه، زمینه را برای کسب تجارب موفق کوچک و بزرگ فراهم کرده و از این طریق یکی از منابع خودکارآمدی یعنی تجربه چیرگی را برآورده می‌سازد. به‌علاوه، امید به‌عنوان یک نیرومندی روان‌شناختی، با کاهش در تنش‌های جسمی و روانی، فاکتور دیگری از منابع خودکارآمدی یعنی قرار گرفتن در حالت‌های مناسب جسمانی و فیزیولوژیکی را نیز برآورده می‌کند. همچنین قرار گرفتن در فرایند گروه و برخورداری از مزایایی چون دریافت بازخوردهای مثبت اعضای گروه همگن، امکان انتقال تجارب اعضاء، ارائه جملات مثبت، الهام بخش و انگیزه‌دهنده از سوی رهبر گروه، بیان داستان‌های امیدبخش از زندگی افراد موفق مبتلا به کم‌توانی‌های جسمی و تشویق اعضای گروه به جستجوی اینترنتی درباره‌ی این اشخاص، ترغیب اعضای گروه به خودگویی‌های مثبت، آموزش فنون تصویرسازی، بارش افکار و غیره، زمینه را برای تسلط و پرورش دیگر منابع خودکارآمدی شامل تجربه‌های غیرمستقیم یا نیابتی، ترغیب کلامی و پرورش خلاقیت فراهم می‌کند.

در کل می‌توان نتیجه گرفت که امید درمانی باعث افزایش خودکارآمدی مردان ناتوان جسمی-حرکتی می‌شود. در واقع، امید درمانی با ایجاد تفکرامیدوارانه و تقویت اراده نسبت به زندگی و تلاش برای فائق آمدن بر مشکلات و اثرات مخرب کم‌توانی در سطوح مختلف زندگی کمک می‌کند. همچنین برخورداری از تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف سبب معنادار شدن زندگی می‌شود. افزایش معنا نیز سبب افزایش امید و در نتیجه‌ی تعامل این دو، خودکارآمدی افزایش پیدا خواهد کرد.

محدودیت‌ها

از جمله محدویت‌های پژوهش حاضر مربوط به جامعه‌ی آماری آن است که فقط متشکل از مردان ناتوان جسمی-حرکتی بود. عدم کنترل علت کم‌توانی، مدت زمان ناتوان شدن اعضاء و یکسان نبودن شدت کم‌توانی اعضای گروه از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد.

پیشنهادات

با توجه به محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌شود که در آینده، پژوهش‌هایی از این نوع بر روی هر دو جنس انجام پذیرد و در صورت امکان متغیرهای فوق‌الذکر کنترل گردند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از مسئولین سازمان بهزیستی شهر کامیاران و تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-06]

منابع

References:

1-Moradi A, Klantari M, Motamedi M. The relationship between demographic variables and mental health of the physically disabled. Journal of Research in Psychology, Islamic Azad University of Khorasgan. 2007, 31(2): 83-100. [Persian].

2-Brown RL, Turner RJ. Physical disability and depression: clarfying racial/ethnic contrasts. Journal of Aging and health. 2010, 22(7): 977-1000.

3-Spencer T. The role of researchin in the live of people with disablity too little too latehe exceptional parent. Eur Journal devpsychol. 2007, 37(5): 78-82.

4-Hosseini ET. Traditional rehabilitation in the village (about: the disabled and elderly in the villages of Tehran). Journal of Social Welfare and Development Planning, 2012, (1) 5: 15-34. [Persian].

5-Mohsin MN. Zaaidi IH. Comorbidity of physical disabilitywith depression and anxiety. International Journal of Envioronment, Ecology, Family and Urban Studies. 2013, 3(1): 79-88.

6-Kaka brook AS, Gulshan, A. Effect of group counseling on ways to reduce depression in women with physical-motor Transactional Analysis. Journal of applied psychological research. 2014, 21(2): 6103-115.

7-Honey A. Emerson E. Llewellyn G. Kariuki. M. Mental Health and Disability. In: Stone JH & Blouin M editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. 2010, 22(8): 980-1000.

8-Heidari S. Mashak T. Darwish C. Compare loneliness, fear of success and satisfaction of physically disabled students and non-Islamic Azad University of Ahvaz, the Journal of Social Psychology (New findings in psychology). 2012, (4): 10: 17-27. [Persian].

9-Emerson E. Honey A. Madden R. Llewellyn G. The well-being of Australian adolescents and young adults with self-reported long-term health conditions, impairments or disabilities: 2001 and 2006. Aust Journal Soc Issues. 2009, 44 (1): 39-53.

10-Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal Pers Soc Psychol. 1989, 57(2): 1069–1081.

11-Bandura A. Analysis of self-Efficacy theory of behavior chang cognitive theory and Research. 1997, 4(1): 27-310.

12-Bandora A. Adolesecent development from agnatic prespective. Inf. Pajares and T urdan (Eds). Self-efficacy belifes of A lesent. 2006, 5 (1): 143-146.

13-Karimi Darmani A. Rehabilitation of specific groups with an emphasis on social services. Tehran: Roshd. 2012: 43-56. [Persian].

14-Vash CL. Crewe NM. Psychology of disability. Springer pudlishing company. 2004: 2154-2314.

15-Pajares F. Current Dirtction in self- Efficacy Research . Advances in motivation and Archievement, Edited by martinal. Meabr and paul R. Pintrich Green Wid, C. T. USA: Jai Press. 1997, 10(2): 1-49.

16-Midltoon T. The role of researchin in the live of people with disablity too little too latehe exceptional parent. Eur Journal devpsychol. 2007, 37(5): 78-82.

17-Haghranjbar F. Kakavand A. Esmat D. Compare the efficacy, emotional disorders and loneliness in students with learning disabilities and normal. Journal of Applied Psychology. 2012, 5(4): 42-58. [Persian].

18-Alaii kharaim R, Narimani M, Alaii kharaim S. Compare the efficacy and achievement motivation among students with and without learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2013, 1(3): 85-104. [Persian].

19-Snyder CR, Haris C. Anderson JR. Holleran SA. Irving LM. Sigmon ST. et al. The will and the ways: Development and Validation of and Individual-differemeces measure of hope. Journal of personality and social psychology. 1991, 60(2): 570-585.

20-Snyder CR. Peterson C. Handbook of hope: Theory, meansures & application. 1st ed. San Diego: Academic Press. 2000: 132-8.

21-Snyder CR, Cheavens J. Sympson SC. Hope: an individual motive for social commerce. group Dynamice: Theory, Research and practice. 1997, 24(1): 107-118.

22-Selligman MEP. Positive Psychology: An inforduction American Psychologist. 2006: 221-278.

23-Moayed Ghaedi T, Ghorban Shiroodi SH. The Efficacy of Group Hope Therapy on Depression, Loneliness, and Self-Efficacy in Female Students. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2016, 3(7): 65-75. [Persian].

24-Sepehrianazar F, Mohamadiazar M, Mohanna S. Hope Cognitive Training Effect on Self-efficacy in First Grade High School Female Students. Journal of Psychology. 2016, 11(41): 79-97. [Persian].

25-Sherwin ED, Elliott TR, Rybarczyk BD, Frank RG, Hanson S, Hoffman J. Negotiating the reality of care giving: hope, burnout and nursing, Journal of social and clinical psychology. 1992, 11: 129-139.

26-Hasannia S, Saleh Sedghpoor B, Ebrahim Damavandi M. Structural equation modeling emotional intelligence and happiness and self-efficacy and self-education mediation. Studies Teaching and Learning. 2014, 6(2): 32-60. [Persian].

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-06]