Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)
Vol 1 Issue 3 No3 Spring 2015

Comparison of life meaning and hopefulness between spinal cord injuries, blinds, and healthy people in Kerman-Iran

*Khodabakhshi koolaee A[1], Esmaeilifar A[2], Falsafinejad MR[3]

Abstract

Introduction: People with Disabilities usually experience marginalization due to depression, low psychological adjustment and lack of social support and most of them have lost their meaning of life and are despaired in their lives. The purpose of this study is to explore the meaning of life and hope in the people with Spinal Cord injuries, blinds and healthy people.

Methods: In a causal-comparative study a total of 100 people with sensory motor disabilities (including 50 with spinal cord injuries and 50 Blind persons) recruited of state Welfare organization of Kerman province through purposive sampling method and 100 healthy university students as their counterparts selected through random sampling method. Inclusion criteria consisted of age over 18 years, not married, absence of psychotic disorders based on hospital medical records, negative history about substance abuse, educational level at least diploma and informed consent to participate in this study. The research instruments were Snyder's hope scale and Frankl's life meaning Questionnaire. The data were analyzed through MANOVA statistical method by using SPSS version 16 software.

Results: The results showed there is a significant difference in the meaning of life of spinal cord injured persons, blinds and their healthy counterparts and the mean score of meaning of life in this group was higher than the other two groups ($p<0.001$). In contrast, the difference between the mean scores of hopefulness is not statistically significant in the three groups ($p>0.05$).

Conclusion: The results indicated that the blinds and Spinal Cord injured people are less objective oriented and have low levels of meaning in their lives. Hopefulness and life meaning play a major role in well-being and mental health especially in peoples with sensory motor disabilities. So paying due attention to this issue and the factors that led to low levels of life meaningfulness in these group of people is very important and should be well considered by Welfare State authorities.

Keywords: Hope, Life meaning, Spinal cord injuries, Blinds.

Received: 24 December 2014 **Accepted:** 11 March 2015

1- Assistant professor, Department of Counseling, Khatam University, Tehran, Iran. **(Correspondence Author)**
E-mail: anna_khodabakhshi@yahoo.com
2- MSc, State welfare organization kerman, Kerman, Iran.
3- Associate Professor, Faculty of Psychology & Education, University of Allameh Tabatabai, Tehran, Iran.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

پژوهش توانبخشی در پرستاری دوره اول، شماره ۳ بهار ۱۳۹۴ ۶۴-۵۴

مقایسه‌ی معنای زندگی و امیدواری در معلولین ضایعه نخاعی، نابینا و افراد غیر معلول

*آناهیتا خدابخشی کولایی[۱]، اعظم اسماعیلی فر[۲]، محمدرضا فاسفی نژاد[۳]

چکیده

مقدمه: معلولین به دلیل افسردگی، سازگاری روان‌شناختی اندک و حمایت اجتماعی پایین به حاشیه رانده می‌شوند و بسیاری از آن‌ها مفهوم و معنای زندگی خود را گم می‌کنند و دچار نا امیدی و بی‌معنایی در زندگی می‌شوند؛ بنابراین، هدف این تحقیق بررسی معنای زندگی و امیدواری در معلولین ضایعه نخاعی و نابینایان در مقایسه با افراد غیر معلول می‌باشد.

روش: در این پژوهش علی–مقایسه ای، تعداد ۱۰۰ نفر از جامعه معلولین ضایع نخاعی و نابینا بهزیستی استان کرمان به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و ۱۰۰ نفر از جامعه غیر معلول از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال و مجرد بودن، عدم وجود اختلال روان‌پریشی بر اساس سوابق روان‌پزشکی، عدم سوءمصرف مواد، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و رضایت آگاهانه برای همکاری در پژوهش بود. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس امید اشنایدر و پرسشنامه معناجویی فرانکل بود. تحلیل آماری با استفاده از تحلیل واریانس یک‌طرفه انجام شد. داده‌های به‌دست‌آمده با روش آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه توسط نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین میانگین نمره معناجویی زندگی در سه گروه معلولین ضایع نخاعی، نابینا و افراد غیر معلول تفاوت معنی‌داری وجود دارد به‌طوری‌که میانگین نمره معناجویی زندگی در افراد غیر معلول نسبت به دو گروه دیگر از میزان بالاتری برخوردار بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین نتایج بیانگر آن بود که بین میانگین نمرات امیدواری در سه گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: جامعه افراد نابینا و معلولین ضایعه نخاعی در زندگی از معناجویی و امیدواری کمتری برخوردار هستند. معناجویی زندگی در تندرستی و سلامت روانی معلولین حسی – حرکتی و همچنین در میزان تطابق آن‌ها با شرایط فیزیکی‌شان تأثیر به سزایی دارد، لذا توجه به این موضوع در آن‌ها و عواملی که منجر به ایجاد بی‌معنایی در زندگی این دسته از افراد می‌گردد درخور توجه بسیار زیاد می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: امید، معنا جویی زندگی، معلول ضایعه نخاعی، نابینا.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰

۱– استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه غیرانتفاعی خاتم، تهران، ایران. **(نویسنده مسؤول)**

پست الکترونیکی: anna_khodabakhshi@yahoo.com

۲– کارشناسی ارشد، سازمان بهزیستی استان کرمان، کرمان، ایران.

۳– دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

مقدمه

سالانه هزاران نفر در اثر حوادث مختلف قربانی صدمات نخاعی می‌شوند (۱). بیماران مبتلا به صدمات نخاعی به دلیل محدودیت حرکتی و از دست دادن حس و حرکت در قسمتی‌هایی از بدن به مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی مبتلا می‌شوند (۳،۲). بعضی آسیب‌های جسمانی پایدار و طولانی‌مدت سلامت روانی فرد را نیز به خطر می‌اندازند (۴).

در مقابل این نوع معلولیت‌ها و ناتوانی‌ها برخی از معلولیت‌ها مانند نابینایی وجود دارند که به‌صورت مادرزادی در فرد ایجاد می‌شود. آمارها نشان می‌دهد که سالیانه قریب به یک در ده هزار کودک نابینا در دنیا متولد می‌شوند (۵). یکی از مهم‌ترین مشکلات افراد نابینا در زندگی عدم سازگاری آن‌ها با محدودیت‌ها و ناتوانی‌هایشان است. اگر فرد نابینا نتواند با شرایط خود و محیطش سازگار شود، احساس عدم امنیت و ناکامی خواهد کرد که این امر می‌تواند باعث بروز رفتارهای ناسازگارانه در وی شود (۶).

به‌هرحال آن چیزی که می‌بایست مدنظر قرار گیرد این است که هر نوع معلولیت با توجه به میزان آسیبی که به افراد وارد می‌سازد، در نهایت منجر به محدودیت یا فقدان توانایی در انجام کارهای روزمره (۷) و مشکلات روان‌شناختی همراه خواهد بود که از آن جمله می‌توان به افسردگی (۸)، بی‌معنایی در زندگی (۹)، ناامیدی (۱۰)، عدم سازگاری (۱۱) و سایر مشکلات عاطفی و روانی اشاره کرد.

نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که میزان و شدت افسردگی در افراد دچار معلولیت‌های جسمانی بسیار بالاتر از جمعیت عادی است به‌گونه‌ای که افسردگی در جمعیت معلول حدود چهار برابر بیشتر از جمعیت عادی است (۱) و در این میان افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتر استفاده می‌کنند از بهزیستی روانی بالاتر و میزان افسردگی پایین‌تر برخوردار هستند (۱۲). علاوه بر این نتایج مطالعات همبستگی و ارتباط بسیار پایداری را بین آسیب‌های نخاعی و کاهش تصمیمات و اراده در بعضی از افراد آسیب‌دیده را نشان داده‌اند (۱۳). از سویی دیگر نتایج برخی از مطالعات نشان داده‌اند که معلولین به دلیل افسردگی، سازگاری روان‌شناختی اندک و حمایت اجتماعی پایین به حاشیه رانده می‌شوند و در بسیاری از مواقع مفهوم و معنای زندگی خود را گم می‌کنند (۱۴) این در حالی است که از عوامل مهم رسیدن به تطابق با شرایط جدید، پذیرش یک واقعیت به نام معلولیت و پذیرش از بین رفتن یا ایجاد محدودیت در توانایی‌های قبلی، تمرکز و توجه به توانایی‌های باقی‌مانده در فرد و تقویت پاسخ‌های عملی و عمومی متناسب با معلولیت می‌باشد (۱۵). در همین راستا Langle چهار پیش‌شرط لازم را برای دستیابی به معنا که شامل پذیرش موقعیت، یافتن ارزش مثبت در موقعیت، پاسخ به ضمیر درونی خود و تشخیص ابعاد خاص موقعیتی می‌باشد را تعریف نموده است (۱۶). Frankl معتقد است افراد می‌توانند معنا را در زجر و دردهای غیرقابل اجتنابی که داشته‌اند، بیابند؛ اصطلاحی که او آن را خوش‌بینی دردناک می‌نامید (۱۷). بدین معنا که انسان با روبه‌رو شدن با موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی می‌تواند بر این محدودیت‌ها غلبه نموده و دلیلی برای درد و رنج خویش بیابد (۱۸). عامل دیگری که در فرایند معنا جویی تأثیر بسزایی دارد، اصلاح نگرش‌ها و ارزش‌ها است. تغییر نگرش‌های فرد پیرامون معلولیت از ارزشمندترین گام‌هایی است که او را به‌سوی یافتن معنا در زندگی همراه با معلولیت سوق می‌دهد (۱). Vash دراین‌باره می‌نویسد که فرد معلول با پذیرش معلولیت خویش به تعالی نفس خود کمک کرده و موجبات رشد خویش را فراهم می‌سازد (۱۹). تحقیقات نشان داده‌اند که قابلیت تعالی خود آن‌قدر شگرف است که می‌تواند افراد دچار معلولیت را به چنان استقلال روان‌شناختی برساند تا بتوانند از زیر فشار روانی رها شوند (۲۰).

همان‌طور که قبلاً اشاره شد افراد دچار معلولیت علاوه بر بی‌معنایی در زندگی (۹)، نا امیدی (۱۰) را نیز تجربه می‌کنند. نتایج تحقیقات بیانگر آن است که نا امیدی متغیر روان‌شناختی دیگری است که گاهی بیشتر از افسردگی در افکار متمایل به خودکشی نقش دارد (۲۱). در مطالعات اخیر سازه‌ی امید به‌عنوان یک نقطه قوت روان‌شناختی می‌باشد که می‌تواند کمک زیادی به پرورش و ایجاد سلامت روانی کند (۲۲). امید سازه‌ای است که توانایی طراحی گذرگاه‌هایی را به‌سوی اهداف مطلوب به‌رغم موانع موجود فراهم آورده و عامل انگیزش لازم

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

را برای استفاده از این گذرگاه‌ها در فرد ایجاد می‌کند (۲۳). امید باعاطفه‌ی مثبت (۲۴) و احساس خود ارزشمندی (۲۵) همبستگی مثبت داشته و با افسردگی (۲۶)، اضطراب (۲۷) و احساس فرسودگی (۲۸) همبستگی منفی دارد. نتایج برخی از مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تحت امید درمانی نسبت به تحمل فشارها و استرس‌های ناشی از درمان بیماری پاسخ مناسب‌تری از خود نشان داده و بر ادامه‌ی درمان بیشتر مقاومت می‌ورزند و درمان‌های ارائه‌شده را بهتر پذیرفته و به آن عمل می‌کنند (۲۹). با مروری بر مطالعات گذشته مشاهده شد که معنا جویی در افراد مبتلا به سرطان (۳۰،۳۱)، بیماران دیابتیک (۳۲)، اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (۳۳) و افراد در آستانه مرگ (۳۴) در مقایسه با افراد عادی (۳۵) موردبررسی قرارگرفته است و نتایج آن‌ها بیانگر آن بود که معنا جویی از مؤلفه‌های اساسی در بهبود و ارتقاء سلامت روان‌شناختی افرادی است که سطوح بالایی از پریشانی، استرس و افسردگی مرتبط با بیماری، درد و مشکلات فیزیکی را تجربه می‌کنند (۳۶). در همین راستا پژوهش‌هایی در زمینه امید در بیماران مبتلا به سرطان انجام‌شده است و نتایج آن‌ها نیز بیانگر آن بود که همبستگی مثبتی بین امیدواری و میزان مقابله فرد با بیماری وجود دارد (۳۷).

پژوهشگر با توجه به شیوع بسیار بالای ضایعات نخاعی که به دلایل متعددی از جمله تصادفات جاده‌ای، سقوط از بلندی و موارد دیگر وجود دارد و همچنین معلولیت حسی نابینایی که ناشی از بیماری‌ها، ژنتیک و سانحه ایجاد شده است و از سویی دیگر با توجه به خلأ تحقیقاتی که در مطالعات روان‌شناختی در بررسی معناجویی و امید در معلولین حسی و حرکتی مشاهده نمود بر آن شد تا معناجویی و امیدواری را در معلولین ضایعه نخاعی، نابینا و افراد غیر معلول مورد بررسی قرار دهد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه ای است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه معلولین ضایعه نخاعی و نابینای شهر کرمان می‌باشند که اسامی آن‌ها در سازمان بهزیستی استان کرمان به ثبت رسیده بود؛ تعداد جامعه آماری نابینایان شهر کرمان ۵۱۹ نفر و تعداد معلولین ضایعه نخاعی این شهر ۲۵۸ نفر است. به‌منظور انجام این پژوهش تعداد ۱۰۰ نفر معلول (۵۰ نفر معلول ضایعه نخاعی؛ ۲۵ نفر مرد، ۲۵ نفر زن و ۵۰ نفر نابینا؛ ۲۵ نفر مرد، ۲۵ نفر زن) از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و همچنین تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر زن، ۵۰ نفر مرد) از جمعیت غیر معلول از دانشجویان شهر کرمان (دانشگاه شهید باهنر کرمان، پیام نور، علمی-کاربردی و سایر دانشگاه‌ها) که پس از همتاسازی گروهی در متغیرهای جنسیت، تأهل و تحصیلات به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال و مجرد (ازدواج به‌عنوان متغیر کنترل)، عدم وجود اختلال روان‌پریشی بر اساس سوابق روان‌پزشکی، عدم سوءمصرف مواد، داشتن حداقل میزان تحصیلات دیپلم و رضایت آگاهانه برای همکاری در پژوهش بود. در این مطالعه جهت گردآوری داده‌ها از دو پرسشنامه معناجویی و امیدواری اشنایدر استفاده شد. پرسشنامه‌ی معناجویی با توجه به معیارها و ملاک‌های استخراج‌شده از نظریات فرانکل (که مبین وجود معنا در زندگی است) به‌وسیله صالحی (۱۳۷۳) تنظیم شده است. پرسشنامه فرانکل شامل ۵۰ سؤال در ارتباط با بی‌معنایی زندگی می‌باشد که در آن هر سؤال ۷ ارزش به خود می‌گیرد که پاسخ‌دهنده با توجه به میزان تائید یا رد هر سؤال ارزش‌هایی از ۱ تا ۷ را به هر سؤال می‌دهد. ارزش ۱ نشانگر عدم توافق کامل با سؤال مورد پرسش می‌باشد و به ترتیب هر چه قدر میزان توافق بیش‌تر باشد ارزش‌های بیشتری می‌تواند مورد انتخاب قرار گیرد و ارزش ۷ نمایانگر توافق کامل با متن سؤال مورد پرسش می‌باشد. در این پرسشنامه سؤالات ۳۹،۴۳،۴۴،۳۸،۲۹،۲۷،۲۵،۱۷،۱۹،۲۱،۲۲،۲۴،۱،۵،۹،۱۰،۱۲،۱۴، ۴۷،۴۶ دارای نمره معکوس می‌باشند. در این پرسشنامه افرادی با نمرات پایین‌تر از معنا جویی بالاتری برخوردار هستند. روایی محتوایی و صوری به‌وسیله هفت تن از اساتید دوره دکتری تائید شده است. پایایی پرسشنامه معنا بخش بودن زندگی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و همسانی درونی ۰/۷۲ محاسبه گردیده است (۳۸).

مقیاس امید اشنایدر پرسشنامه ۱۲ سؤالی است که توسط اشنایدر برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده است و شامل

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش می‌باشد و مدت‌زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند. برای پاسخ دادن به هر سؤال پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته‌شده است. سؤالات ۳،۵،۷،۱۱ نمره‌گذاری نمی‌شوند و مربوط به حواس‌پرتی هستند. سؤالات ۱، ۴، ۶، ۸ مربوط به خرده مقیاس گذرگاه و سؤالات ۲،۹،۱۲،۱۰ مربوط به خرده مقیاس انگیزش می‌باشند. نمره امید حاصل جمع این دو خرده مقیاس است؛ بنابراین مجموع نمرات می‌تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار گیرد (۳۹). در پژوهشی که توسط گلزاری بر روی ۶۶۰ دانش‌آموز دختر در استان تهران انجام داد پایایی مقیاس اشنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. مقیاس امید با مقیاس‌هایی که فرآیندهای روان‌شناختی مشابهی را می‌سنجند همبستگی بالایی دارد. به‌عنوان‌مثال نمره‌های مقیاس امید به میزان ۰/۵ تا ۰/۶ با مقیاس‌های خوش‌بینی شیبر و کارور همبستگی دارد. همچنین نمرات این مقیاس با نمرات سیاهه افسردگی بک همبستگی منفی دارد (۰/۵۱- و ۰/۴۲-). به‌علاوه طبق نظر متخصصان بالینی روایی این مقیاس به روش روایی محتوا نیز مورد تائید قرارگرفته است (۴۰). پژوهشگر به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پس از مراجعه به سازمان بهزیستی استان کرمان و دانشگاه و انتخاب واحدهای موردپژوهش و توضیح در خصوص اهداف مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از آن‌ها اقدام به انجام پژوهش نمود. سپس داده‌های خام پرسشنامه استخراج و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی درصدی) و استنباطی تحلیل واریانس تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی واحدهای موردپژوهش ۵/۰۳±۲۴/۴۰ می‌باشد. نتایج بیانگر آن بود که میانگین و انحراف معیار نمره‌ی امیدواری در گروه زنان به ترتیب نزولی ۴/۰۵±۳۸/۲۲، ۴/۲۵±۳۷/۶۰ و ۵/۷۴±۳۴/۹۶ مربوط به گروه زنان سالم، زنان قطع نخاعی و زنان نابینا می‌شد. همچنین نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره‌ی امیدواری در گروه مردان به ترتیب نزولی ۳/۹۱±۳۷/۰۸، ۴/۸۲±۳۶/۶۰ و ۴/۲۶±۳۶/۵۲ مربوط به گروه مردان نابینا، مردان قطع نخاعی و مردان سالم بود. علاوه بر این بیشترین امیدواری مربوط به گروه زنان سالم با میانگین و انحراف معیار ۴/۰۵±۳۸/۲۲ و کمترین امیدواری مربوط به گروه زنان نابینا با میانگین و انحراف معیار و ۵/۷۴±۳۴/۹۶ می‌شد (جدول ۱).

ازآنجایی‌که در این پرسشنامه افرادی با نمرات پایین‌تر از معناجویی بالاتری برخوردار هستند نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره‌ی معناجویی در زندگی در گروه زنان به ترتیب نزولی ۴۳/۱۳±۱۳۴/۷۴، ۲۹/۹۲±۱۸۷/۴۰ و ۳۳/۱۰± ۱۹۱/۰۸ مربوط به گروه زنان سالم، زنان قطع نخاعی و زنان نابینا می‌شد. همچنین نتایج بیانگر آن بود که میانگین و انحراف معیار نمره‌ی معناجویی در زندگی در گروه مردان به ترتیب نزولی۳۴/۱۰±۱۳۱/۴۲، ۲۶/۶۶±۱۸۶/۶۰ و ۳۴/۳۵± ۱۹۳/۸۴ مربوط به گروه مردان سالم، مردان قطع نخاعی و مردان نابینا می‌شد. علاوه بر این بیشترین معناجویی در زندگی مربوط به گروه مردان سالم با میانگین و انحراف معیار ۳۴/۱۰±۱۳۱/۴۲و کمترین معناجویی در زندگی با میانگین و انحراف معیار ۳۴/۳۵±۱۹۳/۸۴ مربوط به گروه مردان نابینا می‌شد (جدول ۱).

جهت مقایسه امیدواری و معناجویی در سه گروه موردمطالعه از آنالیز واریانس پس از برقراری فرض برابری واریانس ها استفاده شد که نتایج نشان داد که بین امیدواری در سه گروه از شرکت‌کنندگان در پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p>0/05$) و همچنین نتایج حاکی از وجود تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره معناجویی در ۳ گروه شرکت‌کنندگان بود ($P<0/001$). سپس با استفاده از مقایسه‌های چندگانه برنامه‌ریزی نشده با آزمون توکی مشخص شد که گروه افراد غیر معلول دارای اختلاف معنی‌داری در میانگین نمره معناجویی با دو گروه دیگر بودند ($p>0/05$) (جدول ۲).

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار متغیر سن، امیدواری و معنا جویی شرکت‌کنندگان در پژوهش

گروه‌ها	تعداد	متغیر	انحراف معیار ± میانگین
		سن	۲۳/۱۰ ± ۵/۵۹
مرد سالم	۵۰	امیدواری	۳۶/۵۲±۴/۲۶
		معنا جویی	۱۳۱/۴۲ ±۳۴/۱۰
		سن	۲۲/۷۲ ±۳/۰۵
زن سالم	۵۰	امیدواری	۳۸/۲۲±۴/۰۵
		معنا جویی	۱۳۴/۷۴ ±۴۳/۱۳
		سن	۲۳/۴۰ ±۴/۲۵
مرد نابینا	۲۵	امیدواری	۳۷/۰۸±۳/۹۱
		معنا جویی	۱۹۳/۸۴ ±۳۴/۳۵
		سن	۲۵/۶۰ ± ۴/۸۶
زن نابینا	۲۵	امیدواری	۳۴/۹۶ ±۵/۷۴
		معنا جویی	۱۹۱/۰۸ ±۳۳/۱۰
		سن	۲۷/۴۰ ± ۴/۹۷
مرد قطع نخاعی	۲۵	امیدواری	۳۶/۶۰ ±۴/۸۲
		معنا جویی	۱۸۶/۶۰ ±۲۶/۶۶
		سن	۲۶/۴۴ ± ۵/۸۰
زن قطع نخاعی	۲۵	امیدواری	۳۷/۶۰±۴/۲۵
		معنا جویی	۱۸۷/۴۰ ±۲۹/۹۲
		سن	۲۴/۴۰ ±۵/۰۳
کل	۲۰۰	امیدواری	۳۶/۹۷±۴/۵۱
		معنا جویی	۱۶۱/۴۱ ±۴۳/۰۵

جدول شماره ۲: نتایج تجزیه‌وتحلیل واریانس برای متغیرهای معنا جویی و امیدواری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	p-value
امیدواری	۲۰۲/۸۹۵	۵	۴۰/۵۷۹	۲/۰۴۴	p=۰/۰۷۴
معنا جویی	۱۶۱۵۸۵/۱۹۵	۵	۳۲۳۱۷/۰۳۹	۳۰/۲۴۶	p=۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر جهت بررسی تفاوت معناجویی و امیدواری در بین معلولین ضایع نخاعی، نابینا و افراد سالم انجام شد. طبق داده‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش افرادی که دچار معلولیت حسی و حرکتی هستند از معناجویی و هدف کمتری در زندگی برخوردار می‌باشند. یافته‌های پژوهش حاضر با تحقیقات ایمانی و Marini همسویی دارد (۴۱،۴۲). همچنین نتایج تحقیق Cassini بر روی ۷۹ فرد مبتلا به ضایعه‌ی نخاعی برای بررسی شدت جراحات، درک فقدان شرایط فیزیکی، معنا بخش بودن زندگی و بهزیستی نشان داد که معنا بخش بودن زندگی بر درک فقدان شرایط فیزیکی و بهزیستی روان‌شناختی تأثیرگذار است و ایجاد معنا در زندگی با مشکلات سلامت روانی رابطه منفی و با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت دارد (۴۳). علاوه بر این نتایج مطالعه خدابخشی کولایی نیز رابطه معنی‌داری را بین امیدواری و معناجویی در افراد مصروع و غیر مصروع نشان داده است (۴۴). Marini و Glover رابطه‌ی بین معنویت، نگرش‌های مذهبی و معناجویی را با سازگاری در میان ۱۵۲ فرد مبتلا به ضایعه نخاعی موردبررسی قراردادند تحقیقات آن‌ها نشان داد که نگرش افراد نسبت به معنویت، پیش از آسیب بسیار متفاوت‌تر از شرایط پس از آسیب است، آنان معنویت را یکی از منابع شادی خود می‌دانستند و نتایج حاکی از آن بود افرادی که از معناجویی بالاتری در زندگی برخوردار بودند از مشکلات سازگاری کمتری رنج می‌برند (۴۵). در همین راستا Kleftaras رابطه‌ی بین معنای زندگی و نیز ابعاد آن (آزادی، مسئولیت و مرگ) را با افسردگی مورد بررسی قرارداد، نتایج نشان داد افرادی که زندگی را معنا بخش تر تجربه می‌کردند از کمترین نشانه‌های افسردگی برخوردار بودند

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

(۴۶). در مطالعه‌ای دیگر که بر روی معلولین ضایعه نخاعی صورت گرفت محققان دریافتند که معنا و امید، نقش بسیار مهمی در کاهش میزان اضطراب و افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در میان معلولین دارد (۴۷). این در حالی است که تحقیقات نشان می‌دهد سطوح بالای نا امیدی و عدم معنا در زندگی افراد ضایعه نخاعی در یک سال پس از بروز ضایعه نخاعی منجر به اقدام به خودکشی می‌شود (۴۸،۴۹). پژوهشگر معتقد است معلولان حسی و حرکتی به دلیل بروز پاره‌ای از مشکلات روان‌شناختی و سازگاری ناکارآمد به دنبال ایجاد محدودیت و فقدان شرایط فیزیکی قادر به مدیریت شرایط خود نبود که همین عامل می‌تواند بر اهداف و معناجویی آن‌ها تأثیر داشته باشد که درنهایت موجب معناجویی پایین‌تر آن‌ها نسبت به افراد عادی می‌گردد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین امیدواری در سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که با نتایج پژوهش‌های Fraser و Dorsett مغایرت دارد (۵۰،۵۱). این در حالی است که در تحقیقی بر روی معلولین ضایعه نخاعی مشخص شد دو عامل تفکر عامل agency و تفکر گذرگاه pathway با ساختارهای مرتبط با امید از قبیل؛ خودکارآمدی، عزت‌نفس، پذیرش معلولیت و رضایت از زندگی همبستگی مثبت دارد (۵۲). همچنین تفکر عامل به‌طور غیرمستقیم بر کنترل ادراک‌شده، تاب‌آوری و تفکر گذرگاه تأثیرگذار است (۵۳). در نظریه امید، اهداف منبع اصلی هیجان هستند. هیجان مثبت ناشی از دستیابی به هدف با تصور نزدیک شدن به آن است، درحالی‌که هیجان منفی ناشی از شکست در دستیابی به هدف با تصور دور شدن از آن است (۵۴). از سویی دیگر؛ شواهدی از تأثیر نقش اسنادی سرزنش، معنویت، شخصیت، مقابله انفعالی و متمرکز بر هیجان در کیفیت زندگی و امید به زندگی معلولین ضایعه نخاعی یافت شد (۵۵). بدین معنا که این عوامل بر نوع مقابله با ناتوانی جسمی معلولین ضایعه نخاعی تأثیرگذار است. همچنین Caldwell و Mistry می‌نویسند که از دیدگاه اشنایدر عوامل متعددی دیگری ازجمله داشتن هدف در زندگی، وضعیت مالی و شغلی مطلوب برافزایش امید در زندگی افراد تأثیر دارند (۵۶، ۵۷). پژوهشگر معتقد است که احتمال دارد حجم نمونه پایین در این مطالعه یکی از عوامل تأثیرگذار در ایجاد این نتیجه باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد تا مطالعه‌ای با حجم نمونه بزرگ‌تر و همچنین با استفاده از سایر طروق جمع‌آوری داده مانند مصاحبه انجام گردد. علاوه بر این جهت افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها انجام مطالعه‌ای در جامعه پژوهش دیگری به‌جز شهر کرمان توصیه می‌شود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به انجام آن در شهر کرمان و حجم نمونه پایین اشاره نمود.

نتیجه‌گیری نهایی

یافته‌های مطالعه نشان داد معلولین نخاعی و نابینا نسبت به افراد سالم از معناجویی و هدف کمتری در زندگی برخوردار می‌باشند و همچنین هیچ تفاوت معنی‌داری بین امید در زندگی معلولین نخاعی، نابینا و افراد سالم وجود نداشت. شناخت مثبت و خصیصه‌های هیجانی شامل عاطفه مثبت، شادی، خوش‌بینی و امید بر بار بیماری افراد تأثیر دارد. امید خود جزئی از معنای زندگی است، به‌عبارت‌دیگر هرچقدر امید و معناجویی در زندگی بیشتر باشد به همان تناسب افسردگی، اضطراب و نگرانی‌های زندگی کمتر می‌شود؛ اما زمانی که افراد به دلایلی همچون محدودیت‌های حسی و حرکتی و یا موانع اجتماعی مواجه می‌شوند به‌جای یافتن راه‌حل‌های جدید و درنهایت سازگاری با شرایط زندگی دچار افسردگی و بی‌معنایی در زندگی خود می‌شوند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که جامعه افراد نابینا و معلولین ضایعه نخاعی در زندگی از معناجویی و هدف کمتری برخوردار هستند. معناجویی زندگی در تندرستی و سلامت روانی معلولین و همچنین در میزان تطابق آن‌ها با شرایط فیزیکی افراد معلول حسی و حرکتی تأثیر به سزایی دارد، لذا توجه به این موضوع در آن‌ها و عواملی که منجر به ایجاد بی‌معنایی در زندگی این دسته از افراد می‌گردد درخور توجه بسیار زیاد می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از سازمان بهزیستی استان کرمان و معاونت توان‌بخشی این استان و کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

منابع

1- Taylor SE. Health Psychology. New York; MC Grow-Hill: 2003.

2- Post MWM, Van Leeuwen CMC. Psychosocial issues in spinal cord injury: a review. Spinal Cord. 2012; 50(5): 382-389.

3- Müller R, Peter C, Cieza A, Geyh S. The role of social support and social skills in people with spinal cord injury-a systematic review of the literature. Spinal Cord.2011; 50(2): 94-106.

4- Fann JR, Bombardier CH, Richards JS, Tate DG, Wilson CS, Temkin N. Depression after spinal cord injury: comorbidities, mental health service use, and adequacy of treatment. Archives of Physical medicine and Rehabilitation.2011; 92(3): 352-360.

5- Wright B. Development in deaf and blind children. Journal of Child psychiatry.2008; 7(7):286-289.

6- Nahidpoor F, Hamidi MA,Zamanlo KH, Gholkhani M.Increasing of adaptability in blind students through rational emotive behavior therapy approach. Journal of Psychology of exceptional individual. 2013; 3(10): 61-74.

7- Fuherer MJ.Symptomatology in persons with spinal cord injury. Journal of health psychology.2005; 10(50):134-145.

8- Fann JR, Bombardier CH, Richards JS, Tate DG, Wilson CS, Temkin N. Depression after spinal cord injury: comorbidities, mental health service use, and adequacy of treatment. Archives of Physical medicine and Rehabilitation.2011; 92(3): 352-360.

9- Tollén A, Fredriksson C, Kamwendo K. Elderly persons with disabilities in Sweden: their experiences of everyday life. Occupational therapy international.2008; 15(3): 133-149.

10-10Lightfoot J, Sloper P. Having a say in health: involving young people with a chronic illness or physical disability in local health services development. Children & Society. 2003; 17(4): 277-290.

11-Schwartz CE, Andresen EM, Nosek MA, Krahn GL. Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. Archives of physical medicine and rehabilitation.2007; 88(4): 529-536.

12-Marsh N. A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. Journal of Health psychology.2000; 5(2):157-172.

13-Holmbeck GN, Johnson SZ, Wills K E, McKernon W, Rose B, Erklin S,Kemper T. Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: the mediational role of behavioral autonomy. Journal of consulting and clinical psychology.2002; 70(1): 96.

14-Khodabakhshi Kolaee A. [Consoling and psychotherapy in disability rehabilitations (Application of theories)] 1nd ed. Tehran: Danje; 2012. (Persian).

15-North NT. The psychological effects of spinal cord injury: a review. Spinal Cord. 1999 Oct; 37(10):671-9.

16-Langle A. The search for meaning in life and the existential fundamental motivations. International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy.2007; 1(1):28-37.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

17-Frankl VE. [Man's search for meaning] (3rd ed). New York: First Washington Square Press.1984. (Original work published 1963).

18-Saadati M. Effectiveness of training the divers dimension of logo therapy in decreasing of disappointment in cancer women in Tehran city. Master thesis. Azahra University.2009. (Persian).

19-Vash CL. The Psychology of Disability. New York: Springer. 1981.

20-Schulenberg S E, Hutzell RR, Nassif C, Rogina JM. Logotherapy for clinical practice. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.2008; 45(4): 447-463.

21-Grewal PK, Porter JE.Hope theory: A framework for understanding suicidal action. Death studies. 2007; 31(2): 131-154.

22-Feldman DB, Snyder C R. Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. Journal of Social & Clinical Psychology.2005; 24 (3): 401– 421.

23-Snyder C R, Feldman DB, Shorey HS, Rand KL. Hopeful choices: a school counselor's guide to hope theory. Professional School Counseling.2002; 5(5): 298- 306.

24-Danner DD, Snowdon D A, Friesen WV. Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. Journal of personality and social psychology.2001; 80(5): 804.

25-Snyder CR, Hoza B, Pelham WE, Rapoff M, Ware L, Danovsky M, Stahl, K. J. The development and validation of the Children's Hope Scale. Journal of pediatric psychology. 1997; 22(3): 399-421.

26-Sun H, Tan Q, Fan G,Tsui, Q. Different effects of rumination on depression: key role of hope. International Journal of Mental Health Systems.2014; 8(1): 53.

27-Rajandram RK, Ho SM, Samman N, Chan N, McGrath C, Zwahlen R A. Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. BMC research notes.2011; 4(1): 519.

28-Ho S M, Lo RS. Dispositional hope as a protective factor among medical emergency professionals: A preliminary investigation. Traumatology: An International Journal.2011; 17(4): 3-9.

29-Rasouli M, Bahramian J, Zahrakar K. The effect of hope therapy on quality of life in multiple sclerosis patients. IJPN. 2014; 1 (4):54-65. (Persian).

30-Salmon P, Manzi F, Valori RM. Measuring the meaning of life for patients with incurable cancer: the life evaluation questionnaire (LEQ). *European Journal of Cancer*.1996; *32*(5): 755-760.

31-Jim HS, Purnell JQ, Richardson SA, Golden-Kreutz D, Andersen BL. Measuring meaning in life following cancer. Quality of Life research. 2006; 15(8): 1355-1371.

32-Choe MA, Padilla GV, Chae YR, Kim S. Quality of life for patients with diabetes in Korea-I: the meaning of health-related quality of life. International journal of nursing studies. 2001; 38(6): 673-682

33-Fegg MJ, Kögler M, Brandstätter M, Jox R, Anneser J, Haarmann-Doetkotte S, Borasio GD. Meaning in life in patients with amyotrophic lateral sclerosis. Amyotrophic Lateral Sclerosis. 2019; 11(5): 469-474.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

34-Chochinov H M, Hack T, Hassard T, Kristjanson L J, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. Journal of clinical oncology.2005; 23(24): 5520-5525

35-Fegg MJ, Kramer M, Bausewein C, Borasio GD. Meaning in life in the Federal Republic of Germany: results of a representative survey with the Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE). Health and quality of life outcomes.2007; 5(59): 1-8.

36-Lethborg C, Aranda S, Cox S, Kissane D. To what extent does meaning mediate adaptation to cancer? The relationship between physical suffering, meaning in life, and connection to others in adjustment to cancer. Palliative & supportive care.2007;5(04):377-388.

37-Helft PR, Hlubocky F, Wen M, Daugherty CK. Associations among awareness of prognosis, hopefulness, and coping in patients with advanced cancer participating in phase I clinical trials. Supportive care in cancer. 2003; 11(10): 644-651.

38-Salehi M. The examining issues of youth and adolescence based of humanistic psychology approach. Phd these. Islamic Azad University, Science and Research Branch.1995. (Persian).

39-Snyder CR, Peterson C. Handbook of positive psychology.US: Oxford University Press.2000.

40-Bijari H, Ghanbari HB, Aghamohamadian H, Homai SF. Effectiveness of training based of hope therapy group in improving the meaning of life between breast cancer women. Educational and psychological research. 2009; 10(1): 172-185. (Persian).

41-Imani M, khodabakhshi Koolae A, Rahmatizadeh M. Association between social support of family and friends and meaning of life with Depression among spinal cord injuries disabilities and non-disabilities. Middle East Journal of family medicine.2013; 4(3): 8-12. (Persian).

42-Marini I, Glover-Graf N. Religisity and Spirituality among persons with spinal cord injury: Attitudes,beliefs and practices. Rehabilitation Counseling Bulletin.2010; 54(2): 82-92.

43-Cassini T, Hastings J, Horn P. Psychological well-being after spinal cord injury: perception of loss and meaning making. Rehabilitation Psychology. 2009; 54(3):306-314.

44-Khodabakhshi koolaee A, Falsafinejad MR, Mostafaee F. (2014). Comparing hope and meaning of life with depression between epileptic patients and non-epileptic persons, Middle East Journal of Psychiatry & Alzheimer. 2014; 5(2) 13-17. (Persian).

45-Marini I, Glover-Graf N. Religisity and Spirituality among persons with.

46-46spinal cord injury: Attitudes, beliefs and practices. Rehabilitation Counselling Bulletin. 2010; 54(2):82-92.

47-Kleftaras G. Meaning in life: A comperative study among Individuals with low, moderat and high depressive symptomatology. Journal of the Hellenic psychological society. 2007; 14(3):311-323.

48-Post M, Ros W, Schijvers A. Impact of social support on health status and life satisfaction in people with a spinal cord injury. Psychology and Health.1999; 14(4): 679-695

49-Kishi Y, Robinson RG. Suicidal Plans Following Spinal Cord Injury: A six-month study. Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neuro-sciences.1996; 8: 442-445.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

50-Beedie A, Kennedy P. Quality of social support predicts hopelessness and depression post spinal cord injury. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.2002;9(3):227-234.

51-Fraser C, MSCN M K. The relationship between self-efficacy, self-esteem, hope, and disability in individuals with multiple sclerosis.2005; In 16th International Nursing Research Congress Hawaii, USA.

52-Dorsett P. The importance of hope in coping with severe acquired disability. Australian Social Work.2010; 63(1): 83-102.

53-Smedema SM, faller PJ, Moser E, Tu WM, Chan F. Measurement Structure of the Trait Hope Scale in Persons With Spinal Cord Injury: A Confirmatory Factor Analysis. Rehabilitation Research, Policy, and Education.2013; 27(3): 206-212.

54-Chan JYC, Chan F, Ditchman N, Phillips B, Chou CC. Evaluating Snyder's Hope Theory as a Motivational Model of Participation and Life Satisfaction for Individuals With Spinal Cord Injury: A Path Analysis. Rehabilitation Research, Policy, and Education. 2013; 27(3): 171-185.

55-Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. Psychological Inquiry.2002;13:249-275.

56-Van Leeuwen CMC, Kraaijeveld S, Lindeman E, Post MW. Associations between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury: a systematic review. Spinal Cord. 2011; 50(3): 174-187.

57-Caldwell RM, Wiebe RP, Cleveland HH. The influence of future certainty and contextual factors on delinquent behavior and school adjustment among African American adolescents. Journal of Youth and Adolescence.2006; 35(4): 587-598.

58-Mistry RS, Vandewater EA, Huston AC, McLoyd VC. Economic Well-Being and Children's Social Adjustment: The Role of Family Process in an Ethnically Diverse Low-Income Sample. Child development.2002; 73(3): 935-951.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]