

اثربخشی برنامه آموزش شادکامی مبتنی بر نظریه شناختی - رفتاری فوردایس بر کیفیت زندگی و توانایی تحمل آسفتگی زنان مبتلا به معلولیت جسمی - حرکتی

سرگل نوربخش^۱، نادراعیادی^{۲*}، مینا فیاضی^۱، اسماعیل صدری^۳

^۱ کارشناس ارشد، گروه مشاوره توانبخشی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۲ کارشناس ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول: نادراعیادی، کارشناس ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل:

Ayadinader23@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۸/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۲۸

چکیده

مقدمه: معلولیت دارای ابعاد جسمانی و روان شناختی است و همانطور که سلامت جسمی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد، سازگاری روانی - اجتماعی و سلامت روانی او را نیز متأثر می سازد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش شادکامی به شیوه شناختی - رفتاری فوردایس بر کیفیت زندگی و تحمل آسفتگی زنان با معلولیت جسمی - حرکتی بود.

روش کار: پژوهش حاضر آزمایشی از نوع نیمه تجربی است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه زنان معلول جسمی - حرکتی انجمن معلولین جسمی - حرکتی شهرستان اردبیل بودند که از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. بعد از اجرای پیش آزمون بر روی هر دو گروه، مداخله آزمایشی در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هر هفته به اجرا در آمد و پس از اتمام برنامه درمانی، پس آزمون اجرا گردید. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و مقیاس تحمل آسفتگی سیمون و گاهر استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق حاضر از تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پس از آموزش شادکامی در میانگین نمرات کیفیت زندگی و تحمل آسفتگی گروه‌های مداخله نسبت به گروه شاهد تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که نمرات کیفیت زندگی و تحمل پریشانی گروه مداخله پس از آموزش شادکامی به شیوه شناختی - رفتاری فوردایس به صورت معناداری افزایش یافت ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت که استفاده از آموزش شادکامی به شیوه شناختی - رفتاری فوردایس، می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و تحمل پریشانی معلولین جسمی - حرکتی شود.

کلیدواژه‌ها: شادکامی، کیفیت زندگی، تاب آوری، افراد معلول و زنان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

مشکلاتی در وارد شدن به اتوبوس، مشکل حمل کردن یک شیء پنج کیلویی، مشکل بالا رفتن از پله‌ها و وارد و خارج شدن از رختخواب، استفاده از ویلچر، عصا، عصای زیربغل یا واکر و همچنین مشکلات روانی همراه این ناتوانایی‌ها مانند احساس اضطراب، افسردگی و یا مشکلاتی از نظر کارکردی در فرد معلول می باشد (۳). تأثیری که معلولیت بر وضعیت روحی - روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی برجای می گذارد، غیر قابل انکار است (۴). ناتوانی دارای ابعاد جسمانی و روان شناختی است و همانطور که سلامت

معلولیت شرایطی است که هر کسی ممکن است در مسیر زندگی خود با آن روبه‌رو شود و بر اثر آن در موقعیتی متفاوت از گذشته یا متمایز از دیگران قرار گیرد. در واقع معلولیت می تواند فیزیکی، حسی یا ذهنی باشد و ممکن است زندگی روزانه و رشد شخصی و اجتماعی و همچنین کارکردهای کلی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۱). معلولیت‌های جسمی و حرکتی به عنوان یک آسیب که یک یا بیش از یکی از فعالیت‌های عمده زندگی فرد را محدود می کند، تعریف شده است (۲). دامنه تعریف معلولیت جسمی حرکتی شامل

جسمی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، سازگاری روانی-اجتماعی و سلامت روانی او را نیز متأثر می‌سازد (۵). معلولیت و ناتوانی کارکردی افراد معلول می‌تواند باعث آشفتگی روان‌شناختی شده و تحمل آن‌ها در برابر این حالت تحلیل‌پذیرد. تحمل‌پذیری به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی تعریف می‌شود (۶). پیریشانی ممکن است، نتیجه فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، با وجود این، به صورت حالت هیجانی تجربه می‌گردد که در بیشتر موارد با تمایل به انجام عملی که باعث رها شدن از تجربه هیجانی می‌شود، مشخص می‌گردد. این متغیر به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عاطفه منفی گفته می‌شود که اطلاعات اضافی دیگری فراتر از آگاهی فرد از میزان عواطف منفی تجربه شده را شامل می‌شود. این رفتار پاسخ عاطفی سودمندی است که به عنوان توانایی شخص برای تحمل حالات درونی ناخوشایند تعریف شده است (۷). بسیاری از مطالعات مقطعی نشان داده‌اند که ناتوانی با پیریشانی روانی، افسردگی و سایر مشکلات روحی و روانی در ارتباط است (۸). محققان طبق بررسی دقیقی مطرح کردند که ۲۱/۶ درصد معلولین دارای پیریشانی روانی هستند (۹). نتایج بررسی‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که شدت معلولیت‌های جسمی پیش‌بین قوی مشکلات روانشناختی است (۱۰). به‌طوری‌که، نتایج پژوهش مرادی، کلاتری و معتمدی نشان می‌دهد که معلولان جسمی- حرکتی در کل از سلامت بهینه روانی برخوردار نیستند (۴). امروزه توجه به کیفیت زندگی، به عنوان هدف نهایی توان‌بخشی در افراد دچار ناتوانی جسمی، به گونه گسترده مورد پذیرش متخصصان توان‌بخشی قرار گرفته است (۱۱). کیفیت زندگی، دامنه‌ای از نیازهای عینی هر انسانی است که مرتبط با درک شخصی وی از احساس خوب بودن به دست می‌آید. کیفیت مطلوب زندگی به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه به معنای احساس خوب بودن در زمینه‌های متعدد روانی، اجتماعی، عملکردی و روحی می‌باشد (۱۲). به طور کلی می‌توان گفت کیفیت زندگی، دارای ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی است که پهنه وسیعی از زندگی فرد را در بر می‌گیرد (۱۳). بنابر مطالعات صورت گرفته ناتوانی جسمی باعث می‌شود شادی، که یکی از سازه‌های کیفیت زندگی است به گونه‌ای متوسط تا شدید، کاهش یابد (۱۴). به طوری که Bent و همکارانش در پژوهشی دریافتند که بزرگسالان دچار ناتوانی جسمی- حرکتی نسبت به بزرگسالان عادی از میزان کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۱۵). Natterlund و همکاران نیز در پژوهش‌های خود به نتایج مشابهی در مورد کیفیت زندگی افراد دچار آتروفی عظامی دست‌یافتند (۱۶). این تحقیقات اهمیت تلاش در جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی معلولین را نشان می‌دهد. یکی از مداخلات روانشناسی که بر نقش عواطف مثبت بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد تأکید می‌کند، مداخله مبتنی بر آموزش شادکامی فوردایس است. Fordyce از صاحب‌نظران روان‌شناسی شادی با بررسی تحقیقات متعددی، مجموعه‌ای با عنوان «آموزش شادکامی» ارائه داده‌است که هم شناختی و هم رفتاری است (۱۷). در بخش شناختی به مباحث ریشه‌ای در مورد علل دخیل بودن افکار و رفتارهای خاص در ایجاد شادکامی پرداخته است و در بخش رفتاری، مجموعه متنوعی از تکنیک‌ها و راه‌حل‌های حاصل از درمان شناختی و رفتاری را مورد استفاده قرار داده است (۱۷). پژوهش‌های زیادی درباره اثربخشی آموزش شادکامی به روش شناختی- رفتاری فوردایس انجام شده است، نتایج مطالعات لواسانی و همکاران نشان داده است که آموزش شادکامی به روش شناختی- رفتاری فوردایس، بر افزایش احساس شادکامی دانش‌آموزان، افزایش خودکارآمدی عمومی و کاهش استرس مربوط به

روش کار

طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان معلول جسمی- حرکتی مراجعه‌کننده به انجمن معلولین جسمی- حرکتی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۵ بودند. با توجه به اینکه در تحقیقات مداخله‌ای حداقل نمونه بایستی ۱۵ نفر باشد (۲۵)، ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی بر اساس شماره پرونده در دو گروه آزمایش و شاهد گمارده شدند اما در نهایت با توجه به اختیاری بودن شرکت در مطالعه و با توجه به افت آزمودنی‌های هر دو گروه جمعاً ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به عنوان نمونه تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور اجرای تحقیق حاضر، بعد از دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه محقق اردبیلی و ارائه آن به انجمن معلولین جسمی- حرکتی حضرت ابوالفضل شهر اردبیل از بین زنان معلول جسمی- حرکتی، برای شرکت در این مطالعه

نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. Simons و Gaher ضرایب آلفا برای خرده مقیاس‌ها را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (۲۶). علوی و همکاران این مقیاس را در بین دانشجویان اجرا کرده و گزارش کرده‌اند که کل مقیاس دارای پایایی هم‌سانی درونی بالا ($\alpha = ۰/۷۱$) و خرده‌مقیاس‌ها دارای پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ و تنظیم ۰/۵۸) هستند (۲۷). پرسشنامه کیفیت زندگی جهت سنجش کیفیت زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد که توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس است که عبارات مربوط به خرده مقیاس‌های پرسشنامه عبارتند از: زیرمقیاس سلامت جسمانی (۳، ۴، ۱۰، ۱۵-۱۷)، زیرمقیاس سلامت روان (۵-۷، ۱۱، ۱۸، ۲۵)، زیرمقیاس روابط اجتماعی (۱۹-۲۱) و زیرمقیاس سلامت محیط (۸، ۹، ۱۲-۱۴، ۲۲-۲۴). در سؤالات ۲۶ و ۴ و ۳ نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌شود. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده است ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران نیز نصیری برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، روش تنصیفی و روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که پایایی آن به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود (۲۸). محتوای جلسات و تکالیف خانگی مربوط به نشست‌های آموزش گروهی شادکامی در **جدول ۱** ذکر شده است.

دعوت به عمل آمد. سپس با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و توجیه افراد نمونه تحقیق، با آگاه‌سازی اعضای نمونه و خانواده‌هایشان و کسب رضایت آنها، از بین افرادی که شرایط و معیارهای تحقیق را داشتند، تعداد ۳۶ نفر انتخاب و در گروه مداخله و گروه شاهد گمارده شدند. قبل از شروع مداخله آزمودنی‌های هر دو گروه پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه تحمل پریشانی را تکمیل نمودند. سپس گروه مداخله تحت آموزش شادکامی به روش شناختی-رفتاری فوردایس قرار گرفتند و گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. آموزش گروهی شادکامی براساس پروتکل آموزش شادکامی به روش شناختی-رفتاری فوردایس (مطابق **جدول ۱**) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی و در هر هفته یک بار اجرا گردید. بعد از اتمام آموزش شادکامی مجدداً پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و پرسشنامه تحمل پریشانی توسط آزمودنی هر دو گروه تکمیل شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و مقیاس تحمل آشفتگی Simons و Gaher استفاده شد. مقیاس تحمل پریشانی توسط Simons و Gaher تهیه شده است و یک مقیاس خودسنجی است که دارای ۱۵ عبارت و ۴ خرده‌مقیاس به این ترتیب است: تحمل (تحمل پریشانی هیجانی؛ عبارات ۱، ۳، ۵)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی؛ عبارات ۲، ۴، ۱۵)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی؛ عبارات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی؛ عبارات ۸، ۱۳، ۱۴). گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۵). عبارت شماره ۶ در این مقیاس به صورت معکوس

جدول ۱: محتوای جلسات و تکالیف خانگی مربوط به نشست‌های آموزش گروهی شادکامی

جلسه	محتوای جلسات
اول	در این جلسه بعد از معارفه و آشنایی اعضا بایکدیگر، پرسشنامه‌های تحقیق به عنوان پیش‌آزمون پخش گردید و شیوه انجام کار به آن‌ها توضیح داده شد. همچنین در این جلسه در مورد تعداد و زمان جلسات بعدی بحث شد، ضرورت شادکامی در زندگی و ارائه مطالب انجام شده در این خصوص تشریح گردید و در پایان از اعضای نمونه در خصوص مباحث مطرح شده در جلسه بازخورد گرفته شد
دوم	در این جلسه به معرفی و آموزش فن بیان احساسات شامل نوع احساس، شناسایی محل احساس و فضای دربرگیرنده احساس در بدن، نامگذاری صحیح برای آن و توانایی بروز احساسات پرداخته شد و بعد از این فن، فن افزایش خوش‌بینی شامل تعریف خوش‌بینی و تفاوت آن با خوش‌بینی خیالی، ارائه راهکارهای لازم برای دستیابی به این اهداف تشریح گردید. سپس فن ایجاد و افزایش روابط صمیمانه در زندگی و ارائه راهکارهای مناسب توضیح داده شد. در نهایت بعد از اخذ بازخورد از اعضای گروه در زمینه مهارت‌های آموزش داده شده به اعضا تکالیف خانگی داده شد
سوم	جلسه سوم: در این جلسه ضمن بررسی تکالیف منزل و بررسی مشکلات آنان در امر اجرای تکالیف به آموزش فن افزایش فعالیت جسمانی و آموزش فن افزایش روابط اجتماعی و ارائه راهکار پرداخته شد و انجام فعالیت‌های معنادار و سودمند و ارائه راهکارهای لازم به اعضا توصیه گردید و در نهایت بعد از اخذ بازخورد از اعضای گروه در زمینه مهارت‌های آموزش داده شده به اعضا تکالیف خانگی داده شد.
چهارم	جلسه چهارم: در این جلسه بعد از گرفتن بازخورد از محتوای جلسه قبل و بررسی تکالیف انجام شده توسط آن‌ها مهارت‌های آموزش دوری از افکار نگران‌کننده و راهبردهای مقابله با استرس آموزش داده شد و در نهایت بعد از گرفتن بازخورد اعضای گروه نسبت به مباحث جلسه تکالیفی برای منزل داده شد.
پنجم	در این جلسه ضمن بررسی تکالیف انجام شده توسط افراد و پی بردن به مشکلات آن‌ها در انجام تکالیف، فن برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی (مدیریت زمان) و فن زندگی کردن در زمان حال آموزش داده شد و ضمن ارائه راهکارهای مفید و عملی در خصوص این جلسه از اعضای جلسه بازخورد گرفته شد و در زمینه محتوای جلسات تکالیف خانگی داده شد
ششم	در این جلسه بعد از بررسی وضعیت افراد در ارتباط با انجام تکالیف جلسه قبل فن خود واقعی بودن شامل (شناسایی انواع خود-بررسی خودپنداره افراد در جلسه- ارائه راهکارهایی برای دست‌یابی به خود واقعی و حرکت به سوی خود مثبت) به اعضای گروه آموزش داده شد و بعد از اخذ بازخورد از اعضا درباره محتوای جلسات تکالیف خانگی درباره این مباحث ارائه گردید.
هفتم	در این جلسه به بررسی تکالیف انجام شده توسط افراد و بررسی مشکلات آنان در انجام تکالیف پرداخته شد به آموزش آشنایی با نمونه‌هایی از شخصیت‌های سالم و ناسالم و معرفی ویژگی‌های شخصیت سالم پرداخته شد و در نهایت درخصوص مباحث مطرح شده در جلسه از اعضای گروه بازخورد گرفته شد و در این زمینه برای اعضای گروه تکالیفی برای تمرین در منزل داده شد.
هشتم	در این جلسه به بررسی تکالیف و گرفتن گزارش افراد در مورد کارهایی که در این خصوص انجام داده‌اند پرداخته شد بعد از آموزش فن کاهش توقعات و آرزوها و آموزش اولویت دادن به شادی، از اعضای گروه در خصوص محتوای جلسات بازخورد اخذ شد و در نهایت بعد از اجرای دوباره پرسشنامه‌ها از آزمودنی‌ها پس از آزمون گرفته شد و در آخر از همکاری کلیه اعضای تحقیق تشکر و قدردانی گردید

توصیف داده‌ها همچنین برای بررسی فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان دادند که در گروه مداخله ۴۰ درصد (۶ نفر) مجرد و ۶۰ درصد (۹ نفر) و همچنین در گروه شاهد ۳۳/۳۳ درصد (۵ نفر) مجرد و ۶۶/۶۶ درصد (۱۰ نفر) متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن و نیز متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آزمودنی‌های در [جدول ۲](#) ارائه شده است.

اخذ رضایت نامه آگاهانه کتبی از شرکت کنندگان، محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان (کدگذاری پرسشنامه‌ها)، ارائه آموزش شادکامی به گروه شاهد بعد از اتمام فرایند پژوهش و در نظر گرفتن آزادی اعضای نمونه برای خروج از روند پژوهش از جمله ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر بود. سپس نمرات بدست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌های این پژوهش از ابزارهای آمار توصیفی از جمله جداول فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمودنی در متغیر تحمل پریشانی و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن‌ها

شاهد		مداخله		نوع آزمون
SD	M	SD	M	
متغیر تحمل پریشانی				
تحمل				
۳/۲۴	۱۰/۸۶	۲/۹۳	۹/۸۰	پیش آزمون
۲/۴۴	۹/۶۰	۱/۹۵	۱۱/۴۶	پس آزمون
جذب				
۲/۲۱	۸/۹۳	۲/۶۲	۹/۸۰	پیش آزمون
۱/۹۵	۸/۳۳	۲/۴۷	۱۰/۴۰	پس آزمون
ارزیابی				
۳/۴۸	۱۷/۶۰	۲/۷۳	۱۸/۲۰	پیش آزمون
۴/۳۸	۱۸/۱۳	۲/۷۵	۲۴/۲۰	پس آزمون
تنظیم				
۸/۹۳	۹/۷۳	۱/۴۱	۱۰/۰۰	پیش آزمون
۲/۷۸	۱۰/۲۰	۱/۳۶	۱۳/۰۰	پس آزمون
نمره کلی				
۷/۵۷	۴۷/۱۳	۷/۷۷	۴۷/۸۰	پیش آزمون
۸/۹۷	۴۷/۶۶	۴/۹۷	۶۰/۷۳	پس آزمون
کیفیت زندگی				
سلامت جسمانی				
۳/۰۱	۲۰/۲۶	۳/۹۹	۱۸/۶۶	پیش آزمون
۳/۱۳	۱۹/۸۶	۲/۳۵	۲۵/۸۶	پس آزمون
سلامت روانی				
۳/۶۶	۱۹/۱۳	۳/۶۴	۲۰/۴۰	پیش آزمون
۲/۹۱	۱۸/۶۶	۳/۲۷	۲۲/۸۰	پس آزمون
روابط اجتماعی				
۲/۷۴	۱۰/۱۳	۳/۱۴	۸/۲۰	پیش آزمون
۱/۹۴	۱۰/۰۶	۲/۱۲	۱۱/۹۳	پس آزمون
سلامت محیطی				
۴/۰۳	۲۶/۴۰	۵/۰۸	۲۶/۶۶	پیش آزمون
۲/۵۲	۲۱/۳۳	۴/۱۷	۲۸/۵۳	پس آزمون
نمره کلی				
۱۰/۳۲	۸۳/۸۶	۱۲/۱۹	۸۲/۰۶	پیش آزمون
۷/۱۲	۶۹/۹۳	۶/۹۴	۸۹/۱۳	پس آزمون

جدول ۳: نتایج آزمون کواریانس تک متغیری در متن تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه دو گروه در تحمل پریشانی و مؤلفه‌های

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
اثر پیش آزمون							
تحمل	۱۸/۶۳	۱	۱۸/۶۳	۴/۶۳	۰/۰۴	۰/۱۶	۰/۵۴
جذب	۱۶/۴۶	۱	۱۶/۴۶	۳/۷۴	۰/۰۶	۰/۱۳	۰/۴۵
ارزیابی	۴۱/۱۱	۱	۴۱/۱۱	۳/۳۶	۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۴۲
تنظیم	۰/۱۴	۱	۰/۱۴	۰/۰۲	۰/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵
تحمل پریشانی	۱۲/۰۳	۱	۱۲/۰۳	۰/۲۱	۰/۶۴	۰/۰۰۸	۰/۰۷
پس آزمون							
تحمل	۳۰/۷۱	۱	۳۰/۷۱	۷/۶۳	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۷۵
جذب	۲۱/۶۱	۱	۲۱/۶۱	۴/۹۰	۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۵۶
ارزیابی	۲۱۳/۷۵	۱	۲۱۳/۷۵	۱۷/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۸
تنظیم	۴۲/۷۰	۱	۴۲/۷۰	۸/۵۴	۰/۰۰۷	۰/۲۶	۰/۸۰
تحمل پریشانی	۱۲۷۵/۲۶	۱	۱۲۷۵/۲۶	۲۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹

جدول ۴: نتایج آزمون کواریانس تک متغیری در متن تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت بین دو گروه در کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
اثر پیش آزمون							
سلامت جسمانی	۳/۶۸	۱	۳/۶۸	۰/۵۴	۰/۴۶	۰/۰۲	۰/۱۱
سلامت روانی	۲۱/۹۰	۱	۲۱/۹۰	۲/۰۸	۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۲۸
روابط اجتماعی	۱/۷۳	۱	۱/۷۳	۰/۵۲	۰/۴۷	۰/۰۲	۰/۱۰
سلامت محیطی	۰/۰۰۸	۱	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵
کیفیت زندگی	۱۲/۲۵	۱	۱۲/۲۵	۰/۲۲	۰/۶۴	۰/۰۰۸	۰/۰۷
پس آزمون							
سلامت جسمانی	۲۳۰/۳۹	۱	۲۳۰/۳۹	۳۴/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
سلامت روانی	۱۰۲/۹۱	۱	۱۰۲/۹۱	۱۰/۰۹	۰/۰۰۴	۰/۲۹	۰/۸۶
روابط اجتماعی	۲۵/۴۲	۱	۲۵/۴۲	۷/۷۴	۰/۰۰۹	۰/۲۴	۰/۷۶
سلامت محیطی	۳۲۸/۳۰	۱	۳۲۸/۳۰	۲۸/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۹
کیفیت زندگی	۲۸۷۳/۰۱	۱	۲۸۷۳/۰۱	۶۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰

پریشانی ($F = ۲۳/۰۰, P < ۰/۰۰۱$) و هر یک از مؤلفه‌های تحمل ($F = ۱۷/۵۱, P < ۰/۰۱۲$)، ارزیابی ($F = ۷/۶۳, P < ۰/۰۱۲$) و تنظیم ($F = ۸/۵۴, P < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. مؤلفه جذب با سطح معنی داری ۰/۰۳ مقدار معنی داری بیشتر از آلفای تعدیل شده ($۰/۰۱۲$) دارد پس در نتیجه بین این مؤلفه در دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی دار وجود نداشت.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثرات پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین نمرات پس آزمون دو گروه در متغیر کیفیت زندگی ($F = ۶۲/۵۳, P < ۰/۰۰۱$) و هر یک از مؤلفه سلامت جسمانی ($F = ۰/۰۰۱, P < ۳۴/۱۸$)، در سلامت روانی ($F = ۱۰/۰۹, P < ۰/۰۰۴$)، روابط اجتماعی ($F = ۷/۷۴, P < ۰/۰۰۱$) و در سلامت محیطی ($F = ۲۸/۵۷, P < ۰/۰۰۱$) وجود دارد.

بحث

هدف تحقیق حاضر بررسی اثربخشی آموزش برنامه شادکامی مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری فوردایس بر کیفیت زندگی و تحمل پریشانی

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار نمره کلی متغیر تحمل پریشانی در پیش آزمون به ترتیب در گروه‌های مداخله و شاهد به ترتیب $۴۷/۸۰ \pm ۷/۷۷$ و $۴۷/۱۳ \pm ۷/۵۷$ و در پس آزمون به ترتیب در گروه‌های مداخله و شاهد به ترتیب $۶۰/۷۳ \pm ۴/۹۷$ و $۴۷/۶۶ \pm ۸/۹۷$ می‌باشد. علاوه بر این میانگین و انحراف معیار نمره کلی متغیر کیفیت زندگی در پیش آزمون به ترتیب در گروه‌های مداخله و شاهد به ترتیب $۱۲/۱۹ \pm ۸۲/۰۶$ و $۱۰/۳۲ \pm ۸۳/۸۶$ و در پس آزمون به ترتیب در گروه‌های مداخله و شاهد به ترتیب $۱۰/۹۹ \pm ۹۴/۲۶$ و $۹/۱۴ \pm ۸۵/۲۶$ می‌باشد. قبل از انجام تحلیل کواریانس چند متغیری مفروضه نرمال بودن، همگنی واریانس و همگنی ماتریس واریانس کواریانس‌ها بررسی و با سطح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ تأیید شدند.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثرات پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین نمرات پس آزمون دو گروه وجود داشت. به طوری که تفاوت معنی داری بین نمرات پس آزمون دو گروه در تحمل

زنان با معلولیت جسمی-حرکتی بود. یافته‌های تحقیق حاضر این فرضیه را که آموزش برنامه شادکامی مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری فوردایس بر تحمل پریشانی زنان با معلولیت جسمی-حرکتی مؤثر است، مورد تأیید قرار داد. نتیجه حاصل با نتایج مطالعات صورت گرفته در این زمینه همچون پژوهش رجیبی و عباسی همسو است مبنی بر اینکه آموزش شادکامی به روش شناختی-رفتاری فوردایس باعث کاهش علائم میگرن و افزایش شادکامی افراد مبتلا به میگرن می‌شود. در واقع آنها در مطالعه خود دریافته‌اند که آموزش شادکامی با افزایش سطح تحمل و توان دستگاه ایمنی بدن موجب کاهش علائم درد بیماران مبتلا به میگرن می‌شود (۲۹). علاوه بر این، نرم‌شیری و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که آموزش شادکامی به شیوه فوردایس موجب کاهش مشکلات تنظیم هیجانی در جوانان تحت پوشش حمایت‌های اجتماعی شده است (۳۰). شادکامی یکی از متغیرهایی است که در سال‌های اخیر در حوزه روان‌شناسی سلامت مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش‌هایی هم در این زمینه انجام شده است که برخی از آن‌ها مؤید رابطه مستقیم آن با بهبود سیستم ایمنی بدن می‌باشند. افکار افراد با خلق خوشبینانه و شاد، به این سو گرایش دارند که حوادث بد، مربوط به همان لحظه و همان جا است و بر سایر قسمت‌های زندگی تأثیر ندارد (۳۱). Lybomirsky و همکاران معتقدند به طور کلی، افراد شاد به شرایط و اتفاقات به شیوه مثبت‌تر و سازگارانه‌تری پاسخ می‌دهند و دارای سطح استرس کمتر و سیستم ایمنی قوی‌تر و خلاق‌تری از افراد ناشاد هستند (۳۲). بنابراین، در زمینه رابطه شادکامی با قدرت تحمل پریشانی معلولین چنین می‌توان گفت که بنابر نتایج مطالعات صورت در زمینه سلامت روان و سطح پریشانی افراد معلول و بالا بودن میزان اضطراب و افسردگی در معلولان (۳۳)، آموزش شادکامی به این زنان با توجه به اولویت‌های آموزشی این برنامه که عواملی همچون سرگرم و فعال بودن؛ گذراندن اوقات بیشتر در جمع و فعالیت‌های گروهی؛ انجام کارهای معنادار و دارای بهره‌وری؛ دور کردن ناراحتی‌ها؛ پایین آوردن سطح انتظارات و آرزوها؛ اندیشه مثبت و خوشبینانه؛ توجه به زمان حال؛ توجه به سلامتی شخصیت؛ برونگرایی و اجتماعی بودن؛ خود واقعی بودن؛ کنار گذاشتن مشکلات و احساسات منفی؛ ارتباطات محکم را در برمی‌گیرد (۳۴)، با افزایش امید و عزت نفس این زنان و همچنین با کاهش میزان اضطراب و افسردگی و سایر عوامل منفی تأثیر گذار بر بهداشت روان این زنان، به مرور قدرت تحمل پریشانی این افراد را در ابعاد مختلف آن ارتقا می‌بخشد. بطوری که مرور پیشینه پژوهشی موجود در زمینه اثربخشی آموزش شادکامی بر ابعاد مختلف زندگی جوامع پژوهشی مختلف نشان می‌دهد که این برنامه در کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی افراد مختلف مؤثر است (۳۵).

که نشان دادند آموزش شادکامی به زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره، کیفیت زندگی زوجین مراجعه کننده را افزایش داد (۳۶). در پژوهش دیگر همسو با نتایج مطالعه حاضر، پور رحیمی مرنی و همکاران نشان دادند که آموزش شادکامی فوردایس بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و خوش‌بینی دانشجویان دختر مؤثر است (۳۵). با توجه به پیشینه تجربی موجود، برنامه شادکامی فوردایس با دربرگرفتن آموزش‌ها و تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با توجه به افزایش سطح کلی سلامت فرد و افزایش فعالیت مؤثر افراد و درگیری هرچه بیشتر آنها در موقعیتهای جمعی و گروهی و در نتیجه با کاهش انزوا، افسردگی و ناامیدی افراد می‌تواند موجبات ارتقا کیفیت زندگی آنان را فراهم نماید. این درحالی است که با توجه به محدودیت‌های جسمانی و گاه محدودیت‌های افراد معلول از لحاظ درگیری در موقعیتهای مختلف زندگی، این افراد سطح شادکامی و رضایت کمتری نسبت به زندگی دارند که به دنبال آموزش برنامه شادکامی فوردایس و با در نظر گرفتن شمول اصول این برنامه، به تدریج و با تمرکز بر زمان حال و با افزایش سطح کلی شادابی و انرژی این افراد به مرور یاس و ناامیدی این افراد کمتر شده و به دنبال آن کیفیت زندگی افراد معلول ارتقا می‌یابد. به طوری که در زمینه رابطه انزوا و یاس و ناامیدی با سطح کلی سلامت افراد معلول، نتایج تحقیقات مختلفی نشان داده‌اند که افراد دچار معلولیت علاوه بر بی‌معنایی در زندگی، ناامیدی را نیز تجربه می‌کنند (۳۶). بنابراین آموزش شادکامی فوردایس به این افراد می‌تواند با افزایش امیدواری و معناداری زندگی این افراد و گسترش ابعاد مثبت نگرش افراد معلول، سطح کلی کیفیت زندگی افراد معلول را بهبود بخشد. بطوری که عوامل ذکر شده مؤثر بر کیفیت زندگی (همچون؛ امیدواری، معناداری، مثبت نگری یا برونگرایی و بهزیستی اجتماعی)، جزء اصلی برنامه آموزش شادکامی فوردایس می‌باشند. علاوه بر مطالب ذکر شده، در تبیین دیگر اثربخشی آموزش شادکامی بر کیفیت زندگی زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی می‌توان گفت که آموزش این برنامه با افزایش احتمال مشارکت اجتماعی یا درگیری افراد در فعالیت‌ها و محیط‌های جمعی، موجبات ارتقا بهزیستی اجتماعی این زنان را فراهم می‌نماید که یکی از ابعاد کیفیت زندگی می‌باشد. بطوری که مطالعات مختلف در ارتباط با بهزیستی اجتماعی افراد معلول مبین این است که معمولاً فرد معلول بدلیل ناتوانی، یا کم توانی در برقراری ارتباطات اجتماعی نمی‌تواند مانند افراد سالم عمل نماید. به عبارت دیگر، معلولیت فرد سبب محرومیت وی از فرصتهای متعارف در جامعه شده است و فرد را علاوه بر معلولیتی که از نظر جسمی دارد دچار معلولیت اجتماعی نیز نموده است. زیرا سطح پایین زندگی، بیکاری و درآمد پایین موجب می‌شوند که فرد علی‌رغم میل باطنی خود از فرصتهای موجود در جامعه محروم گردد و نتواند نقش‌های مورد انتظار خود و دیگران را در جامعه ایفا نماید (۳۷). تحقیق حاضر همچون سایر مطالعات، دارای برخی محدودیتهای پژوهشی بود که از این جمله می‌توان به مختص بودن نمونه پژوهشی به زنان با معلولیت جسمی-حرکتی شهر اردبیل اشاره کرد که تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و اعضای جوامع دیگر را با مشکل مواجه می‌سازد. علاوه بر این، محدودیت دیگر تحقیق حاضر مربوط به شیوه گردآوری اطلاعات (استفاده از پرسشنامه) بود که ممکن است موجب ابهام در پاسخگویی و یا ارائه پاسخهای جامعه پسند در افراد مورد مطالعه شود که می‌تواند با استفاده از مصاحبه یا سایر روش‌های تکمیلی جمع‌آوری اطلاعات در تحقیقات بعدی مرتفع گردد. با توجه به نتیجه تحقیق حاضر، پیشنهاد می‌شود که از آموزش شادکامی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری فوردایس برای کمک به سایر

توجه هر چه بیشتر روانشناسان، مشاوران و مسولان مرتبط با بهداشت روان معلولین بر اهمیت مداخلات و آموزش‌های روانشناختی در افزایش سلامتی این افراد می‌باشد.

سپاسگزاری

محققان بر خود لازم می‌دانند که از همکاری و مشارکت سازمان بهزیستی شهر اردبیل، معلولین موسسه حضرت ابوالفضل (ع) شهر اردبیل و کلیه کسانی که ما را در انجام هر چه بهتر این پژوهش یاری نمودند، نهایت تشکر و سپاسگزاری خود را اعلام بدارند.

References

- Zamani N, Habibi M, Darvishi M. Compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in Reducing Depression in Mothers of Children with Disabilities. *Arak Med Univ J*. 2015;18:32-42.
- Brown RL, Turner RJ. Physical disability and depression: clarifying racial/ethnic contrasts. *J Aging Health*. 2010;22(7):977-1000. DOI: 10.1177/0898264309360573 PMID: 20194683
- Molden TH, Tøsebro J. Measuring disability in survey research: Comparing current measurements within one data set. *Eur J Disabil Psychol*. 2010;4(3):174-89. DOI: 10.1016/j.alter.2010.05.003
- Moradi A, Kalantari M, Motamedi MS. The relationship between demographic variables and mental health Physically Disabled in Isfahan City. *J Res Appl Psychol*. 2007;31(9):81-100.
- Moradi A, Rezai Dehnavie S. Comparative Study of the effectiveness of self-esteem, self efficacy and motivation group skills training on the self-esteem of women with physical-motor disabilities. *Psychol Except Individ J*. 2012;5(2):65-97.
- Williams AD, Thompson J, Andrews G. The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behav Res Ther*. 2013;51(8):469-75. DOI: 10.1016/j.brat.2013.05.005 PMID: 23787227
- Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress Tolerance. *Curr Dir Psychol Sci*. 2010;19(6):406-10. DOI: 10.1177/0963721410388642
- Alang SM, McAlpine DD, Henning-Smith CE. Disability, Health Insurance and Psychological Distress among US Adults: An Application of the Stress Process. *Soc Ment Health*. 2014;4(3):164-78. DOI: 10.1177/2156869314532376 PMID: 25767740
- Trani J-F, Bakhshi P. Challenges for assessing disability prevalence: The case of Afghanistan. *Eur J Disabil Psychol*. 2008;2(1):44-64. DOI: 10.1016/j.alter.2007.10.003
- Nosek MA, Hughes RB, Swedlund N, Taylor HB, Swank P. Self-esteem and women with disabilities.

افراد معلول (همچون مردان یا کودکان معلول) نیز استفاده گردد. علاوه بر این، با توجه به اثربخشی آموزش شادکامی بر توانایی تحمل آشفتگی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی، پیشنهاد می‌شود از این شیوه در زمینه کاهش فشار مراقبت خانواده‌های دارای عضو معلول یا خانواده‌های دارای عضو مبتلا به بیماری‌های مزمن استفاده گردد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق حاضر می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شادکامی فوردایس بر تحمل پریشانی و کیفیت زندگی زنان با معلولیت جسمی- حرکتی مؤثر است و نیازمند

- Soc Sci Med. 2003;56(8):1737-47. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00169-7
- Moradi A, Amiri S, Malekpour M, Molavi H, A N. The effectiveness of self Efficacy group training on quality of life and entrepreneurial behavior of women with physical-motor disabilities. *Socio-Psychol Stud J*. 2009;7(3):71-98.
- Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS, Sachs GS, Thase ME, Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder I. Comparisons of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: data from the first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) participants. *Compr Psychiatry*. 2006;47(3):161-8. DOI: 10.1016/j.comppsy.2005.08.001 PMID: 16635643
- Kamali M, Ostadhashemi L, Khalvati M, Norozi S, Nafei A. Quality of life of the physically disabled: A systematic review. *Pajouhan Sci J*. 2013;12(1):27-35.
- Lucas RE. Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: evidence from two nationally representative longitudinal studies. *J Pers Soc Psychol*. 2007;92(4):717-30. DOI: 10.1037/0022-3514.92.4.717 PMID: 17469954
- Bent N, Jones A, Molloy I, Chamberlain MA, Tennant A. Factors determining participation in young adults with a physical disability: a pilot study. *Clin Rehabil*. 2001;15(5):552-61. DOI: 10.1191/026921501680425270 PMID: 11594645
- Natterlund B, Gunnarsson LG, Ahlstrom G. Disability, coping and quality of life in individuals with muscular dystrophy: a prospective study over five years. *Disabil Rehabil*. 2000;22(17):776-85. PMID: 11194618
- Fordyce MW. Development of a program to increase personal happiness. *J Counsel Psychol* 1977;24(6):511-21. DOI: 10.1037/0022-0167.24.6.511
- Gholamali Lavasani M, Rastgoo L, Azarniad A, Ahmadi T. The effect of happiness cognitive-behavioral training on self-efficacy beliefs and

- academic stress. *Biq J Cogn Strat Learn*. 2015;2(3):2-18.
19. Firoozeh Moghadam S, Borjali A, Sohrabi F. Effectiveness of happiness training to increase the hope of the elderly. *Iranian J Elderly*. 2013;8(31):67-72.
20. Shater Dalal Yazdi A, Abolmaali K. [Effectiveness of happiness teaching with Fordyce method on belonging to school of student]. *J Novel Appl Sci*. 2014;3(3):287-90.
21. Kashani Nasab Z, Allahviridiyani K. [The effects of Fordyce happiness training on decreasing depression among elderly women]. *Soc Behav Sci*. 2013;8(4):501-3.
22. Sari Nasirli K, HakimPur S. The efficacy of Fordyce happiness model on life quality of patients suffering from diabetes and cancer. *J Appl Basic Sci*. 2013;4(9):2464-9.
23. Kamyab Z, Hosein Pour M, Sodani M. Investigate the effectiveness of Fordyce happiness training on increase happiness in diabetic patients of Behbahan city. *Knowledge Res Appl Psychol*. 2009;42:108-23.
24. Bitsko MJ, Stern M, Dillon R, Russell EC, Laver J. Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2008;50(3):613-9. DOI: [10.1002/pbc.21337](https://doi.org/10.1002/pbc.21337) PMID: [17879282](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17879282/)
25. Sadeghi Movahed F. The Effect of Coping Skills Training on Students' Mental Health Status. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2008;8(3):261-9.
26. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005;29(2):83-102. DOI: [10.1007/s11031-005-7955-3](https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3)
27. Alavi KH, Modares Ghorouri M, Amin Yazdi S, Salehi Fadardi J. Efficacy of dialectical behavior therapy group (based on the fundamental components of mindfulness, distress tolerance and emotion regulation) on symptoms of depression. *J Fundam Ment Health*. 2011:134-5.
28. Yousefi F, Safary H. The relationship between emotional intelligence and quality of life. *Psychol Stud*. 2009;5(4):107-28.
29. Rajabi S, Abbasi Z. The Epidemiology of migraine Headaches and the Efficacy of Fordyce Happiness Training on Reducing Symptoms of Migraine and Enhancing Happiness. *Contemp Psychol*. 2015;9(2):89-100.
30. Narmashiri S, Raghbi M. Effect of Fordyce happiness training on the emotion regulation difficulties in the adolescents under support of social welfare. *Int J Psychol Behav Res*. 2014;1.
31. Di Chiara A, Badano L. ST segment monitoring of coronary reperfusion. *Heart*. 2002;88(4):334. PMID: [12231584](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12231584/)
32. Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Rev Gen Psychol*. 2005;9(2):111.
33. Tarsuslu T, Livanelioglu A. Relationship between quality of life and functional status of young adults and adults with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*. 2010;32(20):1658-65. DOI: [10.3109/09638281003649904](https://doi.org/10.3109/09638281003649904) PMID: [20170385](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20170385/)
34. Kajbaf M, Aghaei A, Mahmoodi E. The Effect of Happiness Training on Couples' Life Quality in Counseling Centers in Esfahan. *J Fam Res*. 2011;7:69-81.
35. Pour Rahimi Marani M, Ahadi H, Asgari P, Bakhtiar Pour S. Effectiveness of happiness training on coping strategies, quality of life and optimism among female students. *J Women Soc*. 2015;6(3):25-39.
36. Khodabakhshi-koolae A, Esmaelifar A, Falsafinejad M. Comparison of life meaning and hopefulness between spinal cord injuries, blinds, and healthy people in Kerman-Iran. *Iranian J Rehabil Res Nurs*. 2015;1(3):54-64.
37. Zoheirinia M. Individual and social consequences of disability. *Cult J Hormozgan*. 2011;1(2):162-84.

Effectiveness of Happiness Training Program Based on Fordyce Cognitive Behavioral Theory on Quality of Life and Ability to Tolerate Disorders of Women with Physical-Motor Disabilities

Sorghol Nourbakhsh¹, Nader Ayadi^{2,*}, Mina Fayazi¹, Esmail Sadri³

¹ MS, Department of Rehabilitation Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

² MA, Department of Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

* **Corresponding author:** Nader Ayadi, MA, Department of Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: Ayadinader23@gmail.com

Received: 07 Apr 2017

Accepted: 21 Nov 2017

Abstract

Introduction: Disabilities have a physical and psychological dimension and as they affect one's physical health, they also affects psycho-social adjustment and psychological well-being. The aim of this study was to determine the Effectiveness of happiness training program based on Fordyce cognitive behavioral theory on quality of life and ability to tolerate the disorder in women with physical-motor disabilities.

Methods: This study was quasi-experimental. The study population included all females with physical-motor disabilities registered at the Association of Physical-Motor Disabilities of Ardabil city, among which 30 were selected by the available sampling method and were randomly assigned to experimental and control groups. After running the pretest on both groups, the experimental intervention was carried out during 8 sessions of 90 minutes each and with one session per week. After completion of the treatment program, the post-test was taken. To collect the data, the World Health Organization Quality of Life Questionnaire and Simon and Gahr distress tolerance scale was used. Also, for data analysis, analysis of covariance was performed.

Results: The results showed that there were significant differences between the two groups in mean scores of quality of life and distress tolerance after happiness training. The scores of quality of life and distress tolerance in the experimental group were significantly increased after the training of happiness based on the Fordyce cognitive behavioral theory ($P>0/001$).

Conclusions: According to the obtained results, it could be suggested that training of happiness based on the Fordyce cognitive behavioral theory could improve the quality of life and ability to tolerate the disorder in females with physical-motor disabilities.

Keywords: Happiness, Quality of Life, Resilience, Disabled Persons and women