

آموزش مهارتهای شوخ طبعی و کاهش افسردگی در بیماران آسیب نخاعی

Humor Skills Training and Reducing Depression in Patients with Spinal Cord Injury

Ahmad Beh-Pajooch, PhD

Tehran University

Maryam Jahangiri

M. A. in Counseling

Islamic Azad University

Tehran Research and Science Branch

مریم جهانگیری

کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی

دانشگاه آزاد اسلامی

واحد علوم و تحقیقات تهران

دکتر احمد به پژوه

دانشیار دانشگاه تهران

Kianoush Zaharakar, PhD

Islamic Azad University

Eslamshahr Branch

دکتر کیانوش زهراکار

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی

واحد اسلامشهر

چکیده

در این پژوهش، اثربخشی آموزش مهارتهای شوخ طبعی در کاهش افسردگی افراد با آسیب نخاعی بررسی شد. از دو مرکز توانبخشی شهر تهران، ۲۴ مراجعه کننده (۱۲ زن و ۱۲ مرد) با آسیب نخاعی که نمره‌هایی بالاتر از میانگین در پرسشنامه افسردگی بک (بک و استیر، ۱۹۸۷) به دست آوردند، به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (در هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. طی دو ماه، گروه آزمایشی هشت جلسه مهارتهای شوخ طبعی مبتنی بر برنامه ۸ مرحله‌ای مهارتهای شوخ طبعی مک‌گی (۲۰۰۲) را آموزش دیدند. پس از اجرای مجدد پرسشنامه افسردگی بک در دو گروه، نتایج نشان دادند که افسردگی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل کاهش پیدا کرد. استلزامها براساس کاهش افسردگی در بیماران با آسیبهای نخاعی بحث شد. **واژه‌های کلیدی:** آسیب نخاعی، افسردگی، شوخ طبعی.

Abstract

The effectiveness of humor skills training in reducing depression in people with spinal cord injury was examined. From two rehabilitation centers in Tehran, 24 clients (12 females and 12 males) with spinal cord injury, who scored higher than average on the Beck Depression Inventory (BDI; Beck & Steer, 1987), were randomly assigned to an experimental and a control group (12 persons in each group). In two months, only the experimental group received eight sessions of humor skills training inspired by the McGhee's 8-Step Humor Skills Training program (2002). The BDI was again administrated to both groups. Findings showed that depression in the experimental group was reduced as compared to the control group. Implications are discussed in terms of alleviating depression in patients with spinal cord injuries.

Key words: spinal cord injury, depression, humor.

مقدمه

بشر از ابتدای حیات در کره زمین، همواره در طلب رفاه و آسایش بیشتر بوده و امروزه با صنعتی شدن جوامع شاهد یک رفاه نسبی در جوامع هستیم. اما صنعتی شدن مصائب دردناکی را نیز گریبان گیر افراد کرده است؛ برای مثال استفاده بی‌رویه و غیراصولی از فناوری، منجر به حوادثی می‌شود که نابودی انسان و در برخی از مواقع معلولیت وی را در پی دارد. از جمله این موارد پدیده آسیب نخاعی یا ضایعه نخاعی^۱ است که امروزه از رشد قابل توجهی در بین انواع آسیبها و اختلالها برخوردار است. در این عارضه، نخاع در اثر ضربه، بیماری، سانحه رانندگی یا مشکلات مادرزادی آسیب می‌بیند و تخریب می‌شود. علائم بالینی برحسب وسعت، شدت و محل آسیب، متغیراند. آسیب نخاعی می‌تواند به فلج پاها^۲ یا فلج چهار عضوی^۳ (فلج شدن هر چهار دست و پا) منجر شود (ویلیامز^۴، ۱۹۸۸/۱۳۸۶).

در ایالات متحده آمریکا، سالانه ۱۰ هزار نفر و در انگلیس نیز ۱۵-۱۰ مورد در یک میلیون نفر دچار آسیب نخاعی می‌شوند (مایتریس، سارا و سهری، ۲۰۰۱؛ سوپرامنین و گراندی، ۲۰۰۲). به گزارش انجمن ضایعات نخاعی تهران (۱۳۸۵ نقل از درود، ۱۳۸۶) حدود هفتاد هزار نفر با ضایعه نخاعی در تهران وجود دارند. پنجاه و شش درصد ضایعات نخاعی بین سن ۱۶ تا ۳۰ سال و اکثراً در مردان رخ می‌دهد. مهمترین علت‌های این آسیب، تصادف‌های رانندگی (حدود ۱۲ تا ۳۷ درصد)، افتادن از ارتفاع (حدود ۱۵ تا ۲۳ درصد)، اعمال خشونت‌آمیز (حدود ۱۶ تا ۲۰ درصد) و صدمات ورزشی (مانند صدمات ناشی از شیرجه حدود ۱۲ تا ۱۷ درصد) هستند و علت حدود یک چهارم از این صدمات و سوانح، مصرف الکل یا مواد مخدر گزارش شده است. بیشترین شیوع از نظر نوع ضایعه به ترتیب فلج چهار عضوی، فلج دو سویه^۵ و فلج یک سویه^۶ و ضایعات بدون اختلال عمده است (درود، ۱۳۸۶). آسیب نخاعی یک عارضه مخرب است که برحسب

وسعت و شدت، تغییرات عظیمی در سلامت و سبک زندگی فرد ایجاد می‌کند. این عارضه، از جمله مشکل‌ترین انواع معلولیت جسمی به شمار می‌آید که علائم حسی و حرکتی آن، موجب ناتوانی در انجام ساده‌ترین کارهای روزمره شده و فرد را در تمامی حوزه‌های فعالیت زندگی، وابسته و با اختلالهای گوناگون روبرو می‌سازد (دال‌برگ، آاراتا و سین‌تونن، ۲۰۰۵). به‌طور معمول فرد پس از آسیب نخاعی، با تغییرات قابل ملاحظه‌ای در زندگی‌اش مواجه می‌شود که سازش‌یافتگی با آنها و نیز متناسب کردن فعالیت‌های زندگی با این وضعیت جدید، نیازمند زمان و کمک گرفتن از اطرافیان است (امینی، ۱۳۸۴). به دنبال این تغییر مهم در زندگی، بسیاری از آسیب‌دیدگان ضایعه نخاعی حالت‌هایی، مانند افسردگی، اضطراب، اختلال در مفهوم خود و احساس تنهایی^۷ را تجربه می‌کنند. افزون بر این، آسیب‌پذیری از نظر سوء استفاده جنسی^۸ (به ویژه در زنان)، خودکشی، سوء مصرف مواد و نیز جدایی از همسر در افراد دچار ضایعه نخاعی در مقایسه با افراد عادی از میزان بالاتری برخوردارند (درود، ۱۳۸۶؛ عزتی‌راد، ۱۳۸۱؛ نوروززاده و حیدری، ۱۳۸۱).

در مجموعه مشکلات روانی همراه با آسیب نخاعی، اختلال افسردگی از اهمیت خاصی برخوردار است. کراس، کمپ و کوکر (۲۰۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ۴۸ درصد افراد با آسیب نخاعی، به افسردگی نیز مبتلا هستند. دیگر پژوهشگران مانند کندی و راجرز (۲۰۰۰) و کندی، داف، اوانس و بیدی (۲۰۰۳) این رقم را بین ۲۲ تا ۳۸ درصد گزارش کرده‌اند.

افسردگی، نوعی احساس خشم و غضب نسبت به اطرافیان، احساس بیهودگی و پوچی در مورد معنای زندگی و ناتوانی در کسب شادی و لذت است. افسردگی، احساسی است که طیف گسترده‌ای از هیجانهای منفی انسان را در بر می‌گیرد و بخش وسیعی از تجربه‌های روزمره و عادی، مانند خشم، ترس، غم و اندوه را شامل می‌شود (فیتزپاتریک^۹ و شری^{۱۰}، ۱۳۸۷/۲۰۰۴).

1. spinal cord injury
2. paraplegia
3. quadriplegia
4. Williams, P.

5. diplegia
6. hemiplegia
7. loneliness
8. sexual abuse

9. Fitzpatrick, C.
10. Sharry, J.

فرد افسرده نیرو و انگیزه لازم برای انجام فعالیتهای روزمره را ندارد. عملکرد تحصیلی، شغلی و روابط بین فردی وی مختل می‌شوند. او غمگین‌تر و ناامیدتر از آن است که برای مشکلات خود راه‌حلی بیابد و یا بتواند در مورد مشکلات مهم زندگی‌اش تصمیمی اتخاذ کند. گاهی نیز افراد مبتلا به افسردگی شدید افکار خودکشی دارند و اقدام به خودکشی می‌کنند (سادوک^۱ و سادوک^۲، ۱۳۸۲/۲۰۰۳).

آگاهی از مشکلات خلقی و عاطفی، به‌ویژه افسردگی، در افراد با آسیب نخاعی و ارائه راهکارهای مناسب و سازنده و کاربردی می‌تواند در ارتقای بهبود کیفیت مراقبت از این بیماران و کاهش میزان خودکشی در آنها نقش بسزایی داشته باشد. با توجه به شیوه‌های مختلف روان درمانگری، درمانهای کوتاه مدت مورد توجه خاصی قرار گرفته‌اند و پژوهشهای زیادی را به خود اختصاص داده‌اند. از جمله این روشها، آموزش شوخ‌طبعی است (لوید و دالوس ۲۰۰۶). شوخ‌طبعی^۳ به افراد افسرده کمک می‌کند از دردهای جسمی و ناراحتیهای روحی که از شایعترین علائم افسردگی هستند، رهایی یابند، چون حتی لحظه‌ای احساس راحتی و شادی، آنها را از فضای درد و رنج دور می‌کند (اسپوناس، ۲۰۰۳).

شوخ‌طبعی به عنوان جزیی از روان‌شناسی مثبت‌نگر^۴، مفهوم فراگیر و چندگانه‌ای دارد. شوخ‌طبعی را می‌توان به عنوان تفاوت‌های افراد در رفتارها، تجربه‌ها، عواطف، بازخوردها و تواناییهای فرد در ارتباط با سرگرمی، خندیدن، اهل شوخی بودن و نظایر اینها تعریف کرد (مارتین، ۲۰۰۱). اما در مجموع شوخ‌طبعی به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی و یک پاسخ هیجانی تلقی می‌شود. شوخی یک پدیده انسانی است که در همه جوامع و فرهنگها و با توجه به مجموعه ارزشها و هنجارهای خاص آن جوامع با هدفها و موضوعهای مختلف وجود دارد. لذا خواه به صورت شناختی مورد بررسی قرار گیرد یا به صورت عاطفی، موضوعی پیچیده و فراگیر است (زیگلر، ۱۹۹۸).

خنده و شوخ‌طبعی برای کسانی که به تازگی معلول شده‌اند، بسیار سخت است، اگرچه برخی از ایشان که از یک حس سالم شوخ‌طبعی برخوردارند، قادر به انجام این کار هستند. در این میان نکته قابل توجه این است که بسیاری از افراد مبتلا به آسیب جسمانی گزارش کرده‌اند که اتخاذ دیدگاه مثبت و شوخ‌طبعانه، باعث بهبودشان شده است. به نظر می‌رسد توانایی خندیدن، به آنها کمک می‌کند تا ذهنشان را از موضوع معلولیت منحرف و آن را از احساسهای خود جدا کنند. در نتیجه یاد می‌گیرند که چگونه با استفاده از مهارت شوخ‌طبعی به رغم یک تجربه منفی، احساسهای مثبتی را نیز تجربه کنند (بالسون^۵ و مورفی^۶، ۱۳۸۵/۱۹۹۴).

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که شوخ‌طبعی با افسردگی رابطه معکوس دارد. شوخی، به این دلیل کارساز است که به شخص امکان می‌دهد تا واقعیت را به‌گونه‌ای در نظر گیرد که از لحاظ اجتماعی پذیرفتنی و تا حدی معقول باشد. بنابراین، می‌توان آموزش شوخ‌طبعی را به‌عنوان یکی از روشهای مقابله با تنش و اضطراب قلمداد کرد (پولادی ری شهری و گلستانه، ۱۳۸۷).

مک‌گی (۲۰۰۲)، ووتن (۱۹۹۶) و سلطانونف (۱۹۹۵)، (۲۰۰۱، ۲۰۰۲) در پژوهشهای خود گزارش کرده‌اند افرادی که حس شوخ‌طبعی بالایی دارند، در مقایسه با افرادی که از نظر حس شوخ‌طبعی در سطح پایینتری هستند، عملکرد شخصی، خانوادگی و اجتماعی بالاتری برخوردارند، از مشکلات جسمی کمتری رنج می‌برند، آشفتگی روانی کمتری دارند و از نظر اجتماعی سازش‌یافته‌تر و امیدوارتر هستند. همچنین حس شوخ‌طبعی فرد را در برطرف ساختن برخی از موانع ارتباطی از جمله، منفی‌گرایی^۷ و حساسیت^۸ مفرط یاری می‌دهد و به وی کمک می‌کند تا مشکلات بین فردی کمتری را تجربه کند.

استفاده از شوخی به منزله یک مکانیزم همسازی تلقی می‌شود که می‌تواند به‌عنوان سپری در برابر آثار تنیدگی^۹ عمل کند. تورسن و پاول (۱۹۹۳) عقیده دارند

1. Sadok, B. J.
2. Sadok, V. A.
3. humor

4. positive psychology
5. Balson, T.
6. Morphy, R.

7. negativism
8. sensitivity
9. stress

برای کاستن از فشار موقعیت، از شوخی استفاده می‌کند.

سلطانوف (۱۹۹۵) معتقد است که امکان تقویت حس شوخ‌طبعی در همه افراد وجود دارد. برای مثال، می‌توان به تماشای فیلم‌های کمدی نشست و یا به خواندن کتاب‌های لطیفه و فکاهی پرداخت و همچنین می‌توان دیدگاه طنزآمیز خود را گسترش داد. برای نمونه، می‌توان دنیا را با نگاهی اغراق‌آمیز و با یک طرح خنده‌دار نگریست. راه‌هایی که می‌توان فعالانه شوخی را گسترش داد عبارتند از: برنامه‌های روزانه (جشن‌های روزانه)، استفاده از صحنه تئاتر، بازیهای رقابتی، ارسال چیزهای قشنگ برای افراد به صورت ناشناس و ارسال مطالب خنده‌دار و لطیفه‌های روزانه.

برخی از پژوهش‌ها، اثربخشی تقویت شوخ‌طبعی بر کاهش مشکلات روانی را تأیید کرده‌اند. برای نمونه، فرای (۱۹۹۵)، تأثیر شوخی بر آشفتگی‌های روزانه و بیماری‌های جسمی را بررسی کرد و به این نتیجه رسید که احساس شوخ‌طبعی بالا به زنان کمک می‌کند تا با تنیدگی‌های روزانه بهتر کنار بیایند. به علاوه او نشان داد که شوخی، بیماری‌های جسمی و همین‌طور آشفتگی‌های هیجانی، مانند غم و اندوه را تعدیل می‌کند.

برک (۲۰۰۱) در یک پژوهش مروری، هشت فایده روان‌شناختی و هفت فایده فیزیولوژیک خنده و شوخی را برجسته کرده است. این فواید عبارتند از: کاهش اضطراب، تنیدگی، افسردگی و کاهش احساس انزوا و تنهایی، افزایش حرمت خود^۲، ذخیره انرژی، امید و ایجاد احساس قدرت و تسلط و مهارگری.

افرادی که شوخ‌طبع‌تر هستند، راحت‌تر مشکلاتشان را بیان می‌کنند و با حمایت از دیگران در برابر مشکلات روزمره سعی می‌کنند تا از بار غم و اندوه آنان بکاهند و همین امر باعث می‌شود تا از تعامل با دیگران بیشتر لذت ببرند و احساس کارآمدی^۳ بیشتری کنند (نزلک و درکس، ۲۰۰۱).

افسردگی، اضطراب، اختلال‌های روان‌تنی^۴ و تنیدگی‌های

که الگوی فردی احساس شوخ‌طبعی در افراد بسیار متنوع است و عناصر مختلف آن را می‌توان به شرح زیر برشمرد.

۱- شناخت خود به عنوان فردی شوخ‌طبع: هر فرد براساس موفقیت‌ها یا شکست‌هایی که در زمینه شوخ‌طبع بودنش در گذشته داشته است، میزانهای متفاوتی از انگیزه برای توسعه و تداوم حس شوخ‌طبعی را داراست. در واقع موفقیت‌های گذشته به تقویت انگیزه فرد برای گسترش حس شوخ‌طبعی منجر می‌شوند.

۲- بازشناسی شوخی دیگران: هر چه توانایی فرد برای درک شوخی‌های دیگران بیشتر باشد از سوی دیگران پاداش بیشتری دریافت می‌کند و در نتیجه، به انگیزه بیشتری برای توسعه توانایی خود در این زمینه دست می‌یابد.

۳- بازخورد فرد نسبت به شوخی و افراد شوخ‌طبع: دیدگاه فرد نسبت به موارد مسخره و پوچی که اتفاق می‌افتد حائز اهمیت است؛ این نکته بدین معناست که وقتی یک رویداد بی‌معنا یا مسخره به وقوع می‌پیوندد، فرد بیش از این که عصبانی یا ناراحت شود، یا به دنبال کینه‌جویی و انتقام باشد، بخندد. به بیان دیگر، داشتن فکری وسیع و روشن در این زمینه از اهمیت خاصی برخوردار است.

۴- خلق شوخی: فرد قادر باشد در صحبت‌ها یا رفتار، نوعی شوخی به وجود آورد و در این زمینه خلاقیت داشته باشد.

۵- خندیدن: پاسخ‌های رفتاری، مانند خندیدن ممکن است ارتباط چندانی با حس شوخ‌طبعی نداشته باشند و پاسخ‌های دیگری بتوانند حس شوخ‌طبعی را نمایان سازند. اگرچه، خندیدن یکی از پاسخ‌هایی است که به شوخ‌طبع بودن نسبت داده می‌شود، اما افرادی هم هستند که بسیار می‌خندند، بدون آنکه از شوخ‌طبعی برخوردار باشند.

۶- شوخی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای^۱: استفاده از شوخی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، عنصری از حس شوخ‌طبعی فردی است. یعنی فرد در موقعیت‌های تنیدگی‌زا

افسردگی افراد با آسیب نخاعی پژوهشی انجام نشده است. بنابراین، اجرای پژوهش در این زمینه از اهمیت خاصی برخوردار است و نتایج به دست آمده می تواند راهکارها و شیوه های آموزش و توانبخشی روانی را به درمانگران، روان شناسان و مشاوران ارایه کند. از این رو، پژوهش حاضر به منظور بررسی این فرضیه طراحی شد که اجرای برنامه آموزش مهارت شوخ طبعی بر کاهش افسردگی افراد با آسیب نخاعی موثر است.

روش

در این پژوهش که از طرح گروه های کنترل نامعادل استفاده شد، از میان کلیه افراد با آسیب نخاعی مراجعه کننده به دو مرکز توانبخشی رعد شمال و انجمن ضایعات نخاعی شهر تهران، تعداد ۶۰ نفر براساس پرونده پزشکی و تأیید ضایعه نخاعی توسط کارشناسان توانبخشی به شیوه غیرتصادفی انتخاب و پس از تکمیل پرسشنامه افسردگی بک براساس نمره های بالاتر از میانگین، تعداد ۲۴ نفر (۱۲ زن و ۱۲ مرد) برای دو گروه آزمایشی و کنترل به طور مساوی انتخاب شدند. شایان ذکر است که مدت زمان ابتلا این افراد بین یک تا ده سال بود. گروه آزمایشی طی هشت جلسه در برنامه مداخله ای آموزش شوخ طبعی شرکت کردند و پس از پایان برنامه پیش آزمون در هر دو گروه اجرا شد.

پرسشنامه افسردگی بک^۱ (بک و استیر، ۱۹۸۷) برای نخستین بار در ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش معرفی و در ۱۹۷۱ تجدیدنظر شد. این پرسشنامه ۲۱ گویه دارد که به صورت صفر (نشانه سلامت روانی) تا ۳ (نشانه حاد و عمیق بودن افسردگی) نمره گذاری می شود و چهار درجه افسردگی را نشان می دهد. دامنه نمره کل بین صفر تا ۶۳ است. در برابر هر یک از گویه ها، که مشخص کننده یکی از علائم افسردگی است چهار جمله وجود دارد که از خفیفترین تا شدیدترین حالت افسردگی مرتب شده است. نتایج یک فراتحلیل برای تعیین همسانی درونی، دامنه این ضریب را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و همبستگی بین

زندگی مدرن، لطمه های شدیدی به تن و روان انسان وارد می سازند و موجب می شوند تا بیماری های جسمی، اضطراب، افسردگی، اختلالات عصبی و بی خوابی افزایش یابند. از این رو، خنده توانسته است نقش مهمی در کاهش مصرف داروهای ضد افسردگی و قرص های آرام بخش ایفا کند و موجب شود تا این بیماران با بیشتر خندیدن راحت تر بخوابند و میزان افسردگی شان، به گونه ای چشمگیر کاهش یابد. کسانی که به خودکشی گرایش داشته اند با وارد شدن خنده به زندگی شان، امیدوارتر و شادتر از پیش به زندگی خود ادامه داده اند (کاتاریا، ۱۹۹۹/۱۳۸۵). وازنر، فرایمر، و جتاسزیک و اسمیت (۲۰۰۶) نیز به کاهش نشانه های افسردگی در بیماران افسرده ای که با شوخی مواجه می شوند، دست یافته اند. همچنین ووتن (۱۹۹۶) و وول ریچ، کندی و تاسیمسکی (۲۰۰۶) شوخی و خنده را به عنوان یک روش مقابله ای برای کاهش تنیدگی قلمداد کرده اند.

برخی از درمانگران برای کاهش افسردگی از روش دارودرمانگری و عده ای از آنان از روش های آمیخته استفاده می کنند. برای نمونه، کمپ و کراس (۱۹۹۹) و کمپ، کاهان، کراس و ناوا (۲۰۰۴) مزایای دارودرمانگری به تهایی و در ترکیب با گروه درمانگری و شوخ طبعی را در درمان افسردگی افراد با ضایعه نخاعی گزارش کرده و از ترکیب این دو روش حمایت کرده اند.

اورنزوک، سلویونسکی و تیسل (۲۰۰۶) یک برنامه آموزش شوخ طبعی را برای افراد دچار ضایعه نخاعی اجرا کردند. جلسه ها شامل شش کارگاه آموزشی متمرکز بر مدیریت نوع زندگی، شامل بهداشت جنسی، مدیریت تنیدگی، فعالیت جسمانی، تغذیه و پیشگیری از عوارض ثانویه بود. نتایج این مطالعه، بهبود قابل ملاحظه ای در شناخت و رفتار، سلامتی، تغذیه و همچنین کاهش علائم ثانویه را نشان داد و افراد نسبت به مسائل خود هشیارتر شدند و افسردگی آنان به شدت کاهش پیدا کرد.

با بررسی های انجام شده در ایران ملاحظه شد که درباره اثر بخشی آموزش مهارت شوخ طبعی بر کاهش

دو فرم بازنگری شده و اصلی را برابر با ۰/۸۹ گزارش کرده است (گراث - مارنات^۱، ۱۹۹۳/۱۳۸۴).

برنامه آموزش مهارت‌های شوخ‌طبعی به‌منظور ایجاد و تقویت حس شوخ‌طبعی در آزمودنیها، با استفاده از برنامه ۸ مرحله‌ای آموزش مهارت‌های شوخ‌طبعی مک‌گی^۲ (۲۰۰۲ نقل از شمس، ۱۳۸۶) طراحی، تهیه و اجرا شد. این برنامه شامل بیان تأثیرات شوخی بر زندگی، بررسی حس شوخ‌طبعی اعضای گروه از دید خود، نظریه‌های مربوط به شوخی و بحث و تبادل نظر در مورد شیوه‌های

جدول ۱.

هدف و محتوای برنامه آموزش مهارت‌های شوخ‌طبعی

جلسه	هدف	محتوا
یکم	معارفه و آشنایی با قوانین گروه	بحث درباره مفهوم شوخ‌طبعی و فواید و ضرورت یادگیری این مهارت به‌عنوان یک مکانیزم دفاعی مثبت و تأثیر آن بر تعامل‌های اجتماعی، سلامت جسمانی و روانی و مقاومت در برابر تنیدگی‌های روزمره زندگی.
دوم	شناسایی منحصر به فردی سبک شوخ‌طبعی افراد	بحث، پرسش و پاسخ، الگوسازی و تمرین‌های رفتاری، مانند گفتگوی خنده‌دار خیالی با فرد دیگر و انجام تمرین‌های لازم
سوم	تمرین خنده	استفاده از روش بحث و تبادل نظر، فن فعال کردن کودک درون و ده دقیقه خنده بدون دلیل و بیان احساس
چهارم	توانایی بازی با واژه‌ها، لطیفه-گویی	کاربرد فنونی مانند، بازی با کلمات، گفتن لطیفه و معما، آموزش مهارت‌های خاص شوخ‌طبعی، استفاده از کلمات جایگزین در عنوان روزنامه‌ها و اعلامیه‌ها، تقلید از گفته‌ها و صداها و حرکت‌های کم‌دینها و ده دقیقه خنده بدون دلیل و بیان احساس
پنجم	جستجوی آگاهانه شوخی در زندگی روزمره	یادداشت‌برداری از هر واقعه خنده‌دار، در میان گذاشتن تجربه‌های خنده‌دار خود با دیگران، الگوسازی و ده دقیقه خنده بدون دلیل و بیان احساس
ششم	یادگیری خندیدن به خود	استفاده از روش کشیدن کاریکاتور خود، خندیدن اعضا با یکدیگر، تمرین مقابله با بازداریهای گروهی و ده دقیقه خندیدن بدون دلیل و بیان احساس.
هفتم	کاربرد شوخی در اوج تنش و ناراحتی	بحث درباره سبک شوخ‌طبعی در موقعیت‌های تنیدگی‌زا، آموزش الگوهای کاربرد شوخ‌طبعی در این موقعیتها به افراد و تمرین‌های شناختی
هشتم	جمع‌بندی و تبادل تجربه‌ها	به کارگیری مهارت‌های آموخته شده در این مدت و بررسی تأثیر آن، ارائه خلاصه‌ای از برنامه آموزشی و معرفی چند سایت مرتبط با خنده و آثار آن بر اعضای گروه و ارزیابی برنامه

یافته‌ها

در جدول ۲ آمده است و نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های افسردگی در گروه آزمایشی در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۲/۰۸ و ۷/۴۰

میانگین، انحراف استاندارد و خلاصه نتایج آزمون t استیودنت برای مقایسه میانگینهای افسردگی دو گروه

1. Groth-Marnat, G.

2. McGhee's 8-step Humor Skills Training Program

قادر می‌شوند تا روابط مطلوبی با اعضای خانواده خود و دیگران برقرار کنند و به سطح بالایی از همسازی اجتماعی نائل شوند.

اکثر افراد شرکت‌کننده در برنامه مداخله‌ای، از این دوره ابراز رضایت کردند و تجربه شرکت در برنامه آموزش مهارت شوخ‌طبعی را تجربه‌ای مفید دانستند. آنها اظهار می‌کردند که شرکت در جلسه‌های گروهی موجب شد تا غم و اندوه‌شان کاهش یابد و با مسایل زندگی بهتر روبه‌رو شوند. در این ارتباط، اسپونیاز (۲۰۰۳) بر این باور است که افراد افسرده چون درگیر دردهای جسمی و ناراحتی‌های روانی هستند، خنده و شوخ‌طبعی موجب می‌شود تا برای یک لحظه هم که شده از فضای افسردگی دور شوند. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های وازنر و دیگران (۲۰۰۶) برک (۲۰۰۱)، فرای (۱۹۹۵)، اسپونیاز (۲۰۰۳)، نزلک و درکس (۲۰۰۱) و سلطانوف (۱۹۹۵)، همخوانی دارد.

از این رو، ضروری است آموزش مهارت‌های شوخ‌طبعی به تمامی افراد با آسیب نخاعی، به‌ویژه افرادی که دچار افسردگی شده‌اند، مورد توجه قرار گیرد. بدیهی است اگر آموزش مهارت‌های شوخ‌طبعی با برنامه، منظم و به‌طور مستمر در مراکز مشاوره و توانبخشی توسط مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران اجرا شود از ابتلای افراد با آسیب نخاعی به افسردگی پیشگیری خواهد شد. همچنین ضروری است، برنامه‌ریزی و آموزش این‌گونه مهارت‌ها، در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت برای مشاوران و درمانگران (کار درمانگران و فیزیوتراپیست‌ها) و نیز در برنامه‌های دانش‌افزایی همسران و پدران و مادران افراد با آسیب نخاعی در نظر گرفته شود تا آنان بتوانند نقش‌های لازم را ایفا و فضای شاد و با طراوتی ایجاد کنند. پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش دیگر با محدودیتهایی روبه‌رو بوده است که از آن میان می‌توان به محدودبودن حجم نمونه که تعمیم یافته‌ها را با موانعی مواجه می‌کند، اشاره کرد. محدودیت دیگری که این پژوهش با آن مواجه بود عدم امکان حضور آزمودنی‌ها به طور کامل در همه جلسه‌های آموزشی به علت مشکلات ثانویه ناشی از آسیب نخاعی، مانند مشکلات جسمانی،

بوده و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب به ۱۵/۱۶ با انحراف استاندارد ۶/۸۴ کاهش یافته است.

جدول ۲.

میانگین، انحراف استاندارد و خلاصه نتایج آزمون t برای تفاوت افسردگی دو گروه آزمایشی و کنترل

گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		t
	SD	M	SD	M	
آزمایشی	۲۲/۰۸	۷/۴۰	۱۷/۵۰	۳	-۴/۱۲**
کنترل	۱۵/۱۶	۶/۸۴	۱۷/۸۳	۳/۱۲	۰/۳۳

توجه: D = نمره تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون $P < 0.001$

این دو شاخص در گروه کنترل نیز در مرحله پیش-آزمون به ترتیب برابر با ۱۷/۵۰ و ۳ و در مرحله پس-آزمون به ترتیب برابر با ۱۷/۸۳ و ۳/۱۲ بوده است. نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند که t محاسبه شده ($t=4/12$) در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ (با درجه آزادی ۲۲) از لحاظ آماری معنادار است. پس می‌توان نتیجه گرفت که میانگین افسردگی گروه آزمایشی کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است.

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش مهارت شوخ‌طبعی بر افسردگی افراد با آسیب نخاعی طراحی و اجرا شد. یافته‌های پژوهش نشان دادند که تغییرات ایجاد شده در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، پس از آموزش مهارت شوخ‌طبعی، معنادار و حاکی از تأثیر آموزش مهارت شوخ‌طبعی بر کاهش افسردگی افراد مورد مطالعه در گروه آزمایشی بود.

دلایل احتمالی کاهش افسردگی آزمودنی‌ها در گروه آزمایشی را می‌توان به اکتساب و به کارگیری مهارت‌های شوخ‌طبعی در زندگی واقعی نسبت داد و این مهارت‌ها را، پایه و مبنایی برای ارتباط‌های بین‌فردی و مقابله با دردهای ناشی از ضایعه نخاعی قلمداد کرد. افرادی که مهارت‌های شوخ‌طبعی را یاد می‌گیرند، تمرین می‌کنند و به خوبی به کار می‌برند، می‌توانند تا حدی غم و اندوه بیماری خود را فراموش کنند. همچنین این‌گونه افراد

عدم مهار دفع و خستگی مفرط بود.

با توجه به مؤثر بودن آموزش مهارت شوخ‌طبعی بر کاهش افسردگی افراد با آسیب نخاعی، پیشنهاد می‌شود این روش در مراکز مختلف آموزشی، درمانی، بهزیستی، توانبخشی و آسایشگاه‌های نگهداری جانبازان، جهت کاهش افسردگی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین تشویق و دادن آگاهی به افراد با آسیب نخاعی در زمینه شرکت آنان برای شرکت در جلسه‌های مشاوره می‌تواند سودمند باشد. پیشنهاد می‌شود که مددکاران اجتماعی، درمانگران و مشاورانی که در مراکز درمانی و توانبخشی اشتغال دارند، مشاوره روان‌درمانگری را در مراحل اولیه آسیب نخاعی شروع کنند تا از افسردگی شدید، طلاق و عوارض ثانویه این اختلال پیشگیری شود. سخن آخر اینکه پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی دیگری، مانند شناخت درمانگری، واقعیت درمانگری و مشاوره‌های گروهی که اثربخشی آنها در پژوهش‌ها ثابت شده، در مورد افراد با آسیب نخاعی صورت گیرد و اثربخشی آموزش مهارت‌های شوخ‌طبعی بر کاهش اضطراب، سایر مشکلات روانی و افزایش حرمت خود، جرأت‌ورزی و در گروه‌های دیگر نیز بررسی شود.

منابع

- امینی، ر. (۱۳۸۴). *افسردگی در بیماران با آسیب نخاعی*. تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
- بالسون، ت. و مورفی، ر. (۱۳۸۵). *اهمیت شادی و شوخ‌طبعی برای معلولان*. ترجمه: ف. فرشادمهر. تهران: انتشارات جانباز (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۴).
- پولادی ری‌شهری، ع. و گلستانه، م. (۱۳۸۷). *روان‌شناسی شوخ‌طبعی، خلاقیت و سلامت روان*. تهران: انتشارات نسل نواندیش.
- دروود، ن. (۱۳۸۶). *بررسی کیفیت زندگی افراد ضایعه نخاعی شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- سادوک، ب. و سادوک، و. (۱۳۸۲). *خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک: علوم رفتاری و روان‌پزشکی بالینی (جلد اول)*. ترجمه ج. رفیعی و ف. رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

- شمس، ث. (۱۳۸۶). *بررسی اثربخشی آموزش مهارت شوخ‌طبعی و راه‌حل مدار بر کاهش ناامیدی و افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان افسرده*. رساله دکتری، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران.
- عزتی‌راد، م. (۱۳۸۱). *اختلال‌های روانی شایع در بیماران ضایعه نخاعی*. مجموعه مقالات دومین کنگره ضایعات نخاعی ایران، تهران: انتشارات دانشگاه شاهد.
- فیتزپاتریک، ک. و شری، ج. (۱۳۸۷). *روش‌های مقابله با افسردگی نوجوانان: راهنمای والدین*. ترجمه: ا. به‌پژوه و ف. نوری. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۴).
- کاتاریا، م. (۱۳۸۵). *خندیدن دلیل نمی‌خواهد*. ترجمه: م. پزشکی، تهران: انتشارات نسل نواندیش (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۹).
- گراث-مارنات، گ. (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش روانی: برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان (دوجلد)*. ترجمه: ح. پاشا شریفی و م. ح. نیکخو. تهران: انتشارات رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۳).
- نوروززاده، م. و حیدری، م. ر. (۱۳۸۱). *افسردگی و آسیب طناب نخاعی*. مجموعه مقالات دومین کنگره ضایعات نخاعی ایران. تهران: انتشارات دانشگاه شاهد.
- ویلیامز، ف. (۱۳۸۶). *فرهنگ توصیفی کودکان استثنایی (چاپ دوم)*. ترجمه: ا. به‌پژوه، ح. علیزاده، م. یوسفی لویه و ف. یادگاری. تهران: انتشارات بعثت (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۸۸).
- Beck, A. T., & Steer, A. R. A. (1987). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporations.
- Berk, R. A. (2001). The active ingredients in humor: Psychophysiological benefits and risks for older adults. *Educational Gerontology*, 27, 323-339.
- Dahlberg, A., Alaranta, H., & Sintonen, H. (2005). Health-related quality of life in persons with traumatic spinal cord lesion in Helsinki. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 312-316.
- Fry, P. S. (1995). Perfectionism, humor and optimism as moderators of health outcomes and deter-

- Kendall/Hunt.
- Mytrice, B. A., Sarah, A. M., & Sahri, L. B. (2001).** Traumatic spinal cord injury and psychosocial aspect and adjustment during various phases of neurological disability. In D. A. Umphred, *Neurological rehabilitation* (pp. 477-530). London: MOSBY.
- Nezlek, J., & Derks, P. (2001).** Use of humor as a coping mechanism psychological adjustment, and social interaction. *International Journal of Humor Research, 14* (4), 395-413.
- Orenczuk, S., Slivinski, J., & Teasell, R. W. (2006).** Depression following spinal cord injury. In: J. J. Eng, R. W. Teasell, W. C. Miller, D. L. Wolfe, A. F. Townson, J. Aubut, C. Abramson, JTC. Hsieh, & S. Connolly, (Eds). *Spinal cord injury rehabilitation evidence*.
- Sooprammanien, A., & Grundy, D. (2002).** Spinal cord injury in the developing world. In Grundy, D. & Swain, A., *ABC of spinal cord injury*. (pp. 76-77). London: BMJ.
- Sponias, C. H. (2003).** *Humor therapy against depression*. Retrieved September 21 2008 from: <http://ezinearticles.com>.
- Sultanoff, S. M. (1995).** Levity defies gravity: Using humor in crisis situations. *Therapeutic Humor, 9* (3), 1-5.
- Sultanoff, S. M. (2001).** What is humor? *Therapeutic Humor, 10* (3), 1-2.
- Sultanoff, S. M. (2002).** Integrating humor into psychotherapy, In C. Schaefer, *Play therapy with adults*. New York : Wiley & Sons.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1993).** Development and validation of a multidimensional sense of humor scale. *Journal of Clinical Psychology, 51* (2), 111-126.
- Kemp, B. J., Kahan, J. S., Krause, A. R. H., & Nava, G. (2004).** Treatment of major depression in individuals with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine, 27* (1), 22-28.
- Kemp, B. J., & Krause, J. S. (1999).** Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation, 21* (5/6), 241-249.
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M., & Beedie, A. (2003).** Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 41-52.
- Kennedy, P., & Rogers, B. (2000).** Anxiety and depression after spinal cord injury: A longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81*, 932-937.
- Krause, J. S., Kemp, B., & Coker, J. (2000).** Depression after spinal cord injury: Relation to gender, ethnicity, aging and socioeconomic indicators. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81* (8), 1099-1109.
- Lloyd, H., & Dallos, R. (2006).** Solution-focused brief therapy with families who have a child with intellectual disabilities: A description of the content of initial sessions and the processes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11* (3), 367-386.
- Martin, R. A. (2001).** Humor, laughter and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin, 127* (4), 504-519.
- McGhee, P. (2002).** *Understanding and promoting the development of children's humor*. New York: New York.

the hospital anxiety and depression scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine, 11 (1)*, 80-90.

Wooten, P. (1996). Humor an antidote for stress. *Holistic Nursing Practice, 10*, 49-55.

Ziegler, J. B. (1998). Use of humor in medical teaching. *Medical Teacher, 20 (4)*, 341- 348.

49, (1), 13-23.

Wazner, M., Frymier, A., Wojtaszczyk, A., & Smith, T. (2006). Appropriate and inappropriate uses of humor by teachers. *Communication Education, 55 (2)*, 209-226.

Woolrich, R. A., Kennedy, P., & Tasiemski, T. (2006). A preliminary psychometric evaluation of