

بررسی اثربخشی روش آموزش حس شوخ طبعی بر ناامیدی و سازگاری اجتماعی دانشجویان افسرده شهر تهران

ثریا شمس *

دکتر کیانوش هاشمیان **

دکتر عبدالله شفیع آبادی ***

چکیده: هدف این تحقیق بررسی اثربخشی روش آموزش حس شوخ طبعی بر ناامیدی و سازگاری اجتماعی دانشجویان افسرده بود. به منظور انجام این پژوهش، تعداد ۶۰ نفر (۳۰ مرد و ۳۰ زن) از مراجعان به مرکز مشاوره رودهن و افراد داوطلب، پس از سرند اولیه، با استفاده از مصاحبه و بر اساس نمره‌ای که در پرسش‌نامه افسردگی بک به دست آوردند (دارای افسردگی متوسط)، انتخاب شده و به طریق جایگزینی تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی در هر جنس، روش آموزش حس شوخ طبعی را، به مدت ۶ جلسه دو ساعته و به صورت هفته‌ای یک بار، دریافت نمودند و گروه‌های کنترل، در انتظار درمان باقی ماندند. همه آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، پرسش‌نامه‌های ناامیدی بک و سازگاری اجتماعی بیل را تکمیل کردند و داده‌ها جمع‌آوری و به صورت تحلیل واریانس چند متغیره، تجزیه و تحلیل شد. در مجموع یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که روش آموزش حس شوخ طبعی می‌تواند ناامیدی بیماران افسرده را کاهش داده و سازگاری آنها را افزایش دهد. در زمینه این اثربخشی، تفاوتی بین مردان و زنان دیده نشد. واژه‌های کلیدی: روش آموزش حس شوخ طبعی؛ افسردگی؛ ناامیدی؛ سازگاری اجتماعی.

مقدمه

افسردگی شایع‌ترین بیماری روانی است. تخمین‌های جدید نشان می‌دهند که تقریباً ۲۰ درصد افراد یک دوره افسردگی را در برهه‌ای از زندگی‌شان تجربه می‌کنند؛ این اطلاعات که از مطالعات

* دانش آموخته دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات Sorshams@gmail.com

** دانشیار دانشگاه الزهرا

*** استاد دانشگاه علامه طباطبایی

همه‌گیرشناسی به‌دست آمده نشان می‌دهد اختلالات افسردگی، سلامت عمومی جامعه را تهدید می‌کند. در مطالعات شیوع‌شناسی، افسردگی همراه با سلامت جسمی پایین، مخصوصاً مشکلات قلبی، مصرف بیشتر سیگار و... می‌باشد (گردن^۱، ۲۰۰۷).

این بیماری نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و جسمی فراوانی را در فرد به‌وجود می‌آورد که می‌تواند بر عملکرد شخصی، خانوادگی، شغلی، تحصیلی و اجتماعی فرد تأثیر منفی بگذارد این دو محقق وابسته‌های روانی- اجتماعی افسردگی را در بین جوانان بررسی کردند و از جمله مهمترین موارد به‌نامیدی و عدم سازگاری اشاره کرده‌اند (لارسون^۲ و ویچستروم^۳، ۲۰۰۳).

علائمی از افسردگی نیز که در این پژوهش بیش از همه مورد توجه ما بوده‌اند دو ویژگی نامیدی و سازگاری اجتماعی هستند: یکی از ویژگی‌های مهم افراد افسرده این است که آنها دچار نامیدی زیادی هستند. نامیدی عبارت است از این انتظار که اتفاقات مطلوبی اتفاق نخواهد افتاد و پیامدهای بسیار ناراحت‌کننده‌ای رخ خواهند داد و اینکه این موقعیت را هم نمی‌توان تغییر داد، که خود به‌تنهایی می‌تواند دلیلی برای علائم افسردگی باشد. مخصوصاً در افسردگی‌هایی که نامیدی بارزتر از همه چیز می‌باشد، علایمی بوجود می‌آید که از جمله می‌توان از غمگینی، خودکشی‌گرایی، انرژی کم، بی‌تفاوتی، کندی حرکت، اختلال خواب، تمرکز ضعیف و... نام برد (اروین آندریاس هنریکوس^۴، ۱۹۹۷). برخی محققان از جمله مندلر^۵ (۱۹۷۲) معتقدند که فرد در ابتدا دچار نامیدی و متعاقب آن دچار افسردگی می‌شود. این وضعیت با این ادراک شروع می‌شود که مدام اتفاقات منفی رخ می‌دهند یا اینکه اتفاقات مثبت اتفاق نمی‌افتند. حوادث منفی به‌عنوان موقعیت‌های شروع‌کننده‌ای عمل می‌کنند که افراد احساس نامیدی کنند. فرد در اثر نامیدی به‌شدت غیر فعال شده و نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف خود را بسنجد و تصمیم بگیرد. نامیدی، شخص را سریعاً در هم شکسته و او را در برابر عوامل فشارزا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند. با گذشت زمان شخص تمام امید خود را از دست داده و به‌جای آن افسردگی عمیق را جایگزین می‌کند. به مرور زمان این افسردگی بر ارتباط بیمار با محیط اجتماعی او بسیار تأثیر می‌گذارد.

معمولاً کسانی که دچار سطح نامیدی بالاتری هستند، فکر آنها معمولاً یک حالت خشک همه یا هیچ دارد که مانع حل مسئله می‌شود؛ در حقیقت نامیدی باعث می‌شود مهارت‌های حل مسئله

1- Greden

2- Larson

3- Wichestrom

4- Ervin Andrius Henricus

5- Mandler

آنها ضعیف شود. ناامیدی باعث می شود که بیمار دائماً تجربه هایش را به شکل منفی و به غلط ارزیابی کند و نتایج شوم و نگران کننده ای را برای مشکلاتش در نظر بگیرد (بک، ۱۹۷۴).

زمینه دیگری که در بیماران افسرده بسیار دچار آسیب می شود و باید در درمان هم به آن توجه ویژه مبذول داشت، اشکال در سازگاری اجتماعی است: در یک مطالعه فراتحلیلی، سگرین^۱ (۲۰۰۰) گزارش می دهد که افسردگی با اشکال در مهارت های اجتماعی بسیار مرتبط است. در این نظریه، فرض بر این است که تعاملات مختل و آسیب دیده، نه تنها ممکن است پیامد افسردگی باشند بلکه حتی می تواند خود، نقش سببی مهمی در شروع و تداوم افسردگی داشته باشند.

محققان دیگری نیز از جمله هیرشفلد^۲ و همکاران (۲۰۰۰)؛ التو استالا^۳ و همکاران (۲۰۰۲) (گابل^۴، ۲۰۰۰) و اروین اندریاس هنریکوس (۲۰۰۷) و کوین^۵، بورشیل^۶ و استایلز^۷ (۱۹۹۰) گزارش داده اند که سازگاری اجتماعی در افراد دارای افسردگی بیش از افراد غیر افسرده دچار مشکل شده است به این صورت که آنها خود و دیگران را به طور منفی ارزیابی می کنند و از تعاملات اجتماعی خود کمتر راضی و خشنود هستند.

اهمیت اشکال در مهارت های سازگاری اجتماعی در بیماران افسرده به قدری است که اسکات^۸ و تیز دل^۹ (۲۰۰۵) توصیه کرده اند که جهت پیشگیری و درمان افسردگی باید آموزش مهارت های سازگاری در مرکز توجه درمانگران قرار گیرد.

یکی از مهارت هایی که به طور مستقیم و غیر مستقیم با دو ویژگی ناامیدی و سازگاری اجتماعی مرتبط می باشد دارا بودن حس شوخ طبعی می باشد. شوخ طبعی می تواند یک مهارت مقابله ای مهم در برابر مشکلات زندگی باشد. در تحقیقی که فرای هایت^{۱۰}، اورهولسر^{۱۱} و لرنرت^{۱۲} (۱۹۹۸) انجام دادند، رابطه بین افسردگی و شوخ طبعی بررسی شد. نتایج نشان داد افسردگی با ناامیدی رابطه مستقیم داشت ولی بین شوخ طبعی و افسردگی، مخصوصاً در استفاده از شوخی در مقابله با مشکلات عاطفی و هیجانی رابطه منفی وجود داشت.

در تحقیق دیگری که در همین زمینه و بر روی ۴۰۰ آزمودنی و با سنجش موارد سبک اسنادی، سبک های شوخی و علایم افسردگی انجام شد، نتایج نشان داد که سطوح بالای شوخی خود بالابرنده و شوخی های اجتماعی و سطوح پایین تر شوخی خود تخریبی، با علایم افسردگی کم تر

1- Segrin

4- Gable

7- Stiles

10- Freiheit

2- Hirschfeld

5- Coyne

8- Scott

11- Overholser

3- Aalto-Setala

6- Burchill

9- Teasdale

12- Lehnert

رابطه داشتند. به این معنی که افرادی که دارای افسردگی بیشتری بودند بیشتر از شوخی‌های خود تخریبی استفاده می‌کردند، همچنین شوخی‌های اجتماعی با سبک اسنادی منفی رابطه معکوس داشت؛ یعنی افرادی که از شوخی‌های اجتماعی بیشتری استفاده می‌کردند، سبک اسنادی منفی کمتری داشتند (هوگل شوfer و همکاران، ۲۰۰۶).

در مطالعه‌ای که رود^۱ و لفقورت^۲ (۱۹۸۳) انجام دادند مشخص شد که بین حوادث منفی زندگی و مشکلات خلقی رابطه مثبت وجود دارد و از طرفی هر چقدر آزمودنی‌ها شوخ طبعی کمتری داشتند رابطه بین حوادث منفی زندگی و مشکلات خلقی بالاتر بود. در این پژوهش ادعا شده بود که حس شوخ طبعی بالاتر، حوادث استرس‌زای منفی زندگی را کمتر می‌کند، اما در تحقیقی که پورترفیلد (۱۹۸۷) انجام داد و سعی داشت این یافته را به محک آزمایش جدید بگذارد، این نتیجه به دست آمد که حس شوخ طبعی، تنها با کاهش علائم افسردگی مرتبط است نه با کاهش حوادث منفی زندگی. پاول (۱۹۹۴) نیز در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که حس شوخ طبعی باعث کاهش افسردگی می‌شود.

بر همین اساس در این تحقیق جهت از بین بردن علائم افسردگی از روش آموزش حس شوخ طبعی استفاده شده است. روش آموزش حس شوخ طبعی گرچه در نوع خود به عنوان یک روش مؤثر برای مقابله با افسردگی روش جدیدی به شمار می‌آید، اما خوشبختانه ادبیات تحقیقی غنی در پشتوانه اثربخشی آن وجود دارد: شوخی را توانایی درک کردن، لذت بردن و گفتن موضوعات خنده‌دار، سرگرم کننده، ناهماهنگ و مضحک تعریف کرده‌اند (سلطانف^۳، ۲۰۰۱)، که از نظر جسمانی باعث تن آرامی ماهیچه‌ای، کاهش هورمون‌های استرس، افزایش انرژی، بهبود سیستم ایمنی بدن، کاهش فشار خون، تنفس درست و حتی مقابله با برخی بیماری‌های روانی جسمی صعب‌العلاج مثل سرطان می‌گردد. از نظر روانی شوخی را با عزت نفس، خلاقیت، تفکر جانی، انعطاف پذیری، خلق مثبت و برخی نکات مثبت روانی دیگر مرتبط دانسته‌اند (مک‌گی^۴، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۴).

حوادث استرس‌زا، تغییراتی را در جسم ما بوجود می‌آورند. یافتن شوخی در یک موقعیت و آزادانه خندیدن، می‌تواند بر علیه استرس بسیار مفید باشد. حس شوخ طبعی، به ما این توانایی را می‌دهد که کمی سبک شویم، احساس شادی نماییم و تنش‌هایمان کم شود. بنابراین، می‌تواند

1- Rod
4- McGhee

2- Lefcourt
5- Wooten

3- Sultanoff

به‌عنوان یک ابزار مؤثر مراقبت از خود، در نظر گرفته شود. شوخی علاوه بر اینکه سیستم ایمنی را تقویت می‌کند، انعطاف بوجود می‌آورد و انرژی روانی را هم زیاد می‌کند (ووتن^۱، ۱۹۹۶).

شوخی در مقابله با استرس نقش مراقبتی ایفا می‌کند و موجب کاهش تهدید و آسیب‌های ناشی از استرس می‌شود. افراد دارای حس عمیق شوخ طبعی، بعد از رویدادهای منفی زندگی، به‌طور قابل ملاحظه‌ای، خلق بهتری نشان می‌دهند. شوخی موجب می‌شود که فرد جنبه مثبت رویدادها را در نظر بگیرد و همین موضوع باعث می‌شود فرد توانایی پیدا کند تا رویدادها را از بُعد شوخی و خنده‌دار دیده و لذا از میزان استرس آنان کاسته می‌شود (به نقل از ملاحسنی، ۱۳۸۶). مندلر^۲ و مندلر (۱۹۹۵) معتقدند که موقعیت‌های بسیاری وجود دارد که بالقوه ممکن است تبدیل به تعارض‌های سختی بشوند اما با شوخ طبعی به‌راحتی می‌توان آنها را حل نمود.

در مجموع با توجه با مطالعات بالا، مشاهده می‌شود که افسردگی بیماری است که شیوع بالایی داشته و عوارض سوء روانی، اجتماعی و اقتصادی سنگینی را به جامعه تحمیل می‌کند. با توجه به اهمیت این مقوله و با توجه با اینکه در کشور ایران در مورد اثربخشی آموزش حس شوخ طبعی تحقیقی مشاهده نشد، بر آن شدیم تا اثربخشی این روش بر دو علامت مهم افسردگی یعنی ناامیدی و ناسازگاری اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد.

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روش آموزش حس شوخ طبعی بر ناامیدی و سازگاری اجتماعی دانشجویان افسرده است.

روش

با توجه به اینکه دو روش آزمایشی برای آزمودنی‌ها ارائه شد و گروه کنترل هم وجود داشت، این پژوهش از نوع تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، دانشجویان افسرده شهر تهران بودند که به مراکز مشاوره دانشگاه رودهن و نیک‌اندیشان تهران مراجعه کرده بودند.

برای نمونه‌گیری این پژوهش، در ابتدای اطلاعیه‌ای در مورد مشاوره‌های گروهی به‌منظور مقابله با افسردگی در مراکز مشاوره دانشگاه رودهن و نیک‌اندیشان تهران، تعداد ۱۳۰ نفر از

مراجعه‌کنندگان (عموماً دانشجویان) برای شرکت در این مشاوره‌های گروهی داوطلب شده یا ارجاع داده شدند که از آنها مصاحبه‌های اولیه به عمل آمد و با مشورت با مشاورانی که آنها را فرستاده بودند و نیز با توجه به نمره‌ای که آنها در پرسش‌نامه افسردگی بک به دست می‌آوردند، مناسب گروه تشخیص داده می‌شدند یا در انتظار باقی می‌ماندند. ملاک تصمیم‌گیری برای آزمودنی‌ها عبارت بود از تشخیصی که مشاور ارجاع‌دهنده در حین جلسات مشاوره‌ای به دست آورده بود به علاوه تشخیصی که در مصاحبه اولیه برای سرند به منظور تشکیل گروه حاصل می‌آمد و نیز نمره‌ای که از پرسش‌نامه افسردگی بک به دست می‌آوردند (بین ۲۹-۱۷). موارد غیر افسرده و یا افسردگی خیلی شدید از این گروه حذف می‌شدند. از این تعداد که به‌طور فردی مصاحبه و بررسی شدند، نهایتاً تعداد ۶۰ نفر برای شرکت در تحقیق انتخاب شدند. این افراد که شامل ۳۰ مرد و ۳۰ زن بودند به‌طور جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند، به این صورت که برای آموزش حس شوخ طبعی ۱۵ نفر و گروه کنترل نیز ۱۵ نفر در هر جنس در نظر گرفته شدند. این تعداد با توجه به دو ملاحظه تعیین شد یکی اینکه باید در نظر می‌داشتیم که پدیده ریزش، که طبیعی گروه می‌باشد بوجود خواهد آمد و دیگر اینکه تعداد اعضای گروه بهتر است بین ۸ تا ۱۲ نفر (شفیع آبادی، ۱۳۸۰) باشد. تمامی آزمودنی‌ها دانشجویانی با میانگین سنی ۲۳ سال و میانگین ترم تحصیلی ۴/۵ بودند و تمامی این آزمودنی‌ها در نقاط مختلف شهر تهران زندگی می‌کردند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه‌هایی که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفتند عبارت بودند از: پرسش‌نامه افسردگی بک، پرسش‌نامه ناامیدی بک و پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی بل، که در زیر به شرح آنها پرداخته می‌شود.

پرسش‌نامه افسردگی بک: این پرسش‌نامه در دهه ۱۹۷۰ توسط بک^۱ و به‌منظور سنجش و ارزیابی وجود یا عدم وجود و شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است شامل ۲۱ گروه چهار جمله‌ای است که نشانه‌های افسردگی خفیف تا شدید را توصیف می‌کند. در یک فرتاحلی از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضریب به دست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است (مارنات، ۱۹۹۰، به نقل از پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۳). پایایی

کلی سؤال‌ها با روش همبستگی اسپیرمن براون تا ۰/۹۳ گزارش شده است (یزادن دوست، ۱۳۸۰؛ مهریار، ۱۳۷۷؛ براهنی، ۱۳۶۰ و منصور و دادستان، ۱۳۶۳ به نقل از کیمیایی، ۱۳۸۱).

فتی (۱۳۸۲) با اجرای این پرسش‌نامه در ایران ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش دادند.

پرسش‌نامه ناامیدی بک: مقیاس ناامیدی، بر اساس نظریه شناختی بک (۱۹۷۴) برای بررسی و اندازه‌گیری میزان انتظارات منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است. در این مقیاس ۲۰ سؤال، دیدگاه فرد درباره دنیا، آینده و تجارب شخصی و نحوه تفسیر این سه بعد، بررسی می‌شود. اعتبار و پایایی این آزمون در مطالعات مختلف به ویژه در زمینه گرایش‌های خودکشی مورد مطالعه قرار گرفته است و همبستگی‌های مختلفی از ۰/۳۶ تا ۰/۷۶ با مقیاس افسردگی بک و ۰/۵۶ با مقیاس بالینی ناامیدی، نشان داده شده است. این مقیاس توانایی بالایی در اندازه‌گیری ساختارهای ناامیدی و توقعات منفی نشان داده است (بک، ۱۹۸۵ به نقل از رحیمی درآبادی، ۱۳۸۷). دژکام (۱۳۸۳) نیز پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۷۹/۶۱ به دست آورد که برای انجام امور پژوهشی کافی است.

پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی بل: برای اندازه‌گیری سازگاری اجتماعی دانشجویان از خرده مقیاس ۲۲ سؤال سازگاری اجتماعی بل^۱ (۱۹۶۱) که توسط نقشبندی ۱۳۷۹ برای دانشجویان هنجاریابی گردید، استفاده شده است. در مورد روایی و پایایی این پرسش‌نامه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است (به نقل از ترخان، ۱۳۸۵).

پس از انتخاب نمونه و جایگزینی تصادفی آنها در گروه‌های آزمایش و کنترل، همه آزمودنی‌ها پرسش‌نامه‌های ناامیدی و سازگاری اجتماعی را در مرحله پیش آزمون تکمیل کردند، سپس گروه‌هایی که به عنوان گروه آزمایش تعیین شده بود روش آموزش حس شوخ طبعی را به مدت شش جلسه هفته‌ای یک بار و هر جلسه ۲ ساعت دریافت کردند و گروه کنترل در انتظار درمان باقی ماند. محتوای روش آزمایشی شامل بیان تأثیرات شوخی در زندگی؛ بررسی حس شوخ طبعی اعضای گروه از دید خودشان؛ مبانی و نظریه‌های مربوط به شوخی بحث و تبادل نظر در مورد شیوه‌های افزایش شوخ طبعی بود. همچنین این جلسات شامل الگوسازی، تقویت آموزش مهارت‌های خاص شوخ طبعی، تمرین جوک گفتن، درس‌هایی در مورد مزایا و انواع مختلف شوخ طبعی، بازسازی شناختی، مواجهه با مقاومت‌ها، افزایش پذیرش از طریق نگرش‌های غیر

قضاوتی، تشویق به پیشرفت در استفاده از شوخ طبعی و رهنمودهای مستقیم در مورد نحوه استفاده از آن، چگونگی استفاده از شوخ طبعی در محیط زندگی و بالاخره در مواقع بحران را در بر می‌گرفت. قابل ذکر است که بحث و تبادل نظر و تکالیفی در جلسه و خارج از جلسه نیز در این جلسات انجام می‌شد. راهنمای این جلسات با اقتباس از مک گی (۲۰۰۲) تنظیم شده است. لازم به توضیح است که در آخرین جلسه مشاوره‌های گروهی، مجدداً همه آزمودنی‌ها (از جمله آزمودنی‌های گروه کنترل) همان پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند و از آنجا که این روش به صورت فرآیند عمل می‌کنند، مجدداً به عنوان مرحله پیگیری ۴۵ روز بعد آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده، داده‌ها جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل گردید.

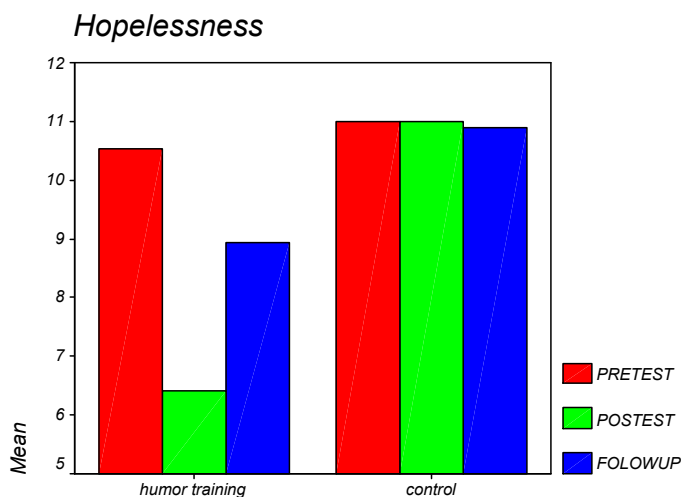
یافته‌ها

در پژوهش حاضر، داده‌های خام از طریق پرسش‌نامه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل زن و مرد انجام شده و بعد بر اساس هر یک از فرضیه‌های پژوهش، از داده‌ها به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده گردید. در این قسمت به بررسی نتایج حاصل از انجام مداخلات و تحلیل نمرات آزمودنی‌ها پرداخته می‌شود:

جدول ۱: میانگین باقی مانده نمرات ناامیدی پس از کنترل نمرات پیش آزمون

عضویت گروهی	پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد
گروه آزمایش	۶/۴۱	۱/۶۶	۸/۹۴	۱/۶۴
کنترل	۱۱	۱/۹۰	۱۰/۸۸	۱/۳۶

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات ناامیدی گروه روش آموزش حس شوخ طبعی با کنترل نمرات پیش آزمون در مرحله پس آزمون به ۶/۴۱ و در مرحله پیگیری به ۸/۹۴ تغییر یافته است. درحالی که گروه کنترل هم در مرحله پس آزمون به ۱۱/۰۰ و در مرحله پیگیری به ۱۰/۸۸ تغییر یافته است. نمودار ۱ نیز مقایسه میانگین نمرات ناامیدی گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.



METHOD

نمودار ۱: نمودار ستونی میانگین باقی مانده نمرات ناامیدی آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل

جدول ۲: تحلیل واریانس چند متغیره به منظور مقایسه میانگین باقی مانده نمرات ناامیدی گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر آماری	توان
پیش آزمون	پس آزمون ناامیدی	۱	۶۶/۸۳	۵۸/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۶۵۴	۱/۰۰۰
آزمون پیگیری	پیگیری ناامیدی	۱	۲/۹۲	۱/۳۰	۰/۲۶۳	۰/۰۴۰	۰/۶۱۴
عضویت گروهی	پس آزمون ناامیدی	۱	۱۵۱/۴۲	۱۳۳/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۸۱۱	۱/۰۰۰
گروهی پیگیری	پیگیری ناامیدی	۱	۲۹/۳۱	۱۳/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹۶	۱/۰۰۰

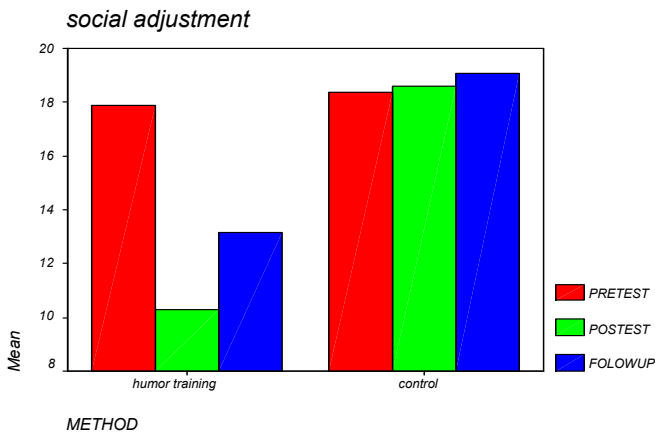
نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات پیش آزمون ناامیدی در دو گروه آموزش حس شوخ طبعی و گروه کنترل هم دارای رابطه ۵/۴ و ۴ درصدی بر نمرات مرحله پس آزمون و پیگیری می‌باشند ($p < ۰/۰۵$). البته با کنترل این میزان رابطه و با توجه به F محاسبه شده، تفاوت میانگین باقی مانده مشاهده شده بین نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل که در پس آزمون از لحاظ آماری معنادار است؛ لذا نتیجه گرفته می‌شود که (بر اساس میزان تأثیر مشاهده شده) روش آموزش حس شوخ طبعی در مرحله پس آزمون باعث کاهش ۸۱/۱ درصدی ناامیدی دانشجویان شده است ($p < ۰/۰۵$). توان آماری بالای این آزمون نیز حاکی از دقت بسیار بالای آن می‌باشد.

ادامه جدول ۲ حاکی از آن است که با کنترل تأثیر نمرات پیش آزمون بر نمرات مرحله پیگیری ناامیدی، و بر اساس F محاسبه شده، میانگین باقی مانده نمرات ناامیدی گروه آزمایش و گروه کنترل دارای تفاوت معناداری می‌باشد؛ لذا نتیجه گرفته می‌شود که روش آموزش حس شوخ طبعی باعث کاهش معنادار ناامیدی دانشجویان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری می‌شود ($p < 0/05$)، روش آموزش حس شوخ طبعی باعث کاهش ناامیدی به میزان ۲۹/۶ درصد می‌شود.

جدول ۳. میانگین باقی مانده نمرات سازگاری اجتماعی پس از کنترل نمرات پیش آزمون

عضویت گروه	پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد
گروه آزمایش ۲	۱۰/۲۹	۲/۰۲	۱۳/۱۸	۲/۰۷
کنترل	۱۸/۵۷	۲/۳۸	۱۹/۱۰	۱/۹۷

جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات سازگاری اجتماعی گروه آزمایش با کنترل نمرات پیش آزمون در مرحله پس آزمون به ۱۰/۲۹ و در مرحله پیگیری به ۱۳/۱۸ تغییر یافته است. همچنین گروه کنترل هم در مرحله پس آزمون به ۱۸/۵۷ و در مرحله پیگیری ۱۹/۱۰ تغییر یافته است. نمودار ۲ نیز مقایسه میانگین نمرات سازگاری اجتماعی گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.



نمودار ۲: نمودار ستونی میانگین باقی مانده نمرات سازگاری اجتماعی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

جدول ۴: تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه میانگین باقی مانده نمرات سازگاری اجتماعی گروه آزمایش و گروه

کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری

آماره						مرحله	گروه
توان آماری	میزان تأثیر	معناداری	F	میانگین مجدورات	df		
۰/۳۳۰	۰/۰۶۵	۰/۱۲۷	۲/۴۴	۱۱/۶۵۹	۱	پس آزمون	پیش
۰/۹۶۵	۰/۲۰۵	۰/۰۱۲	۱۵/۰۶۹	۴۴/۰۲۵	۱	پیگیری	آزمون
۱/۰۰۰	۰/۷۸۶	۰/۰۰۰	۱۲۸/۶۲۹	۶۱۳/۷۹۲	۱	پس آزمون	عضویت
۱/۰۰۰	۰/۷۴۳	۰/۰۰۰	۱۰۱/۳۸۳	۲۹۶/۲۰۰	۱	پیگیری	گروهی

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که پیش آزمون و پس آزمون سازگاری اجتماعی دارای رابطه معناداری به میزان ۶/۵ درصد در مرحله پس آزمون و ۲۰/۵ درصد در مرحله پیگیری می‌باشد ($p < ۰/۰۵$). بر این اساس و با توجه به F محاسبه شده، تفاوت میانگین باقی مانده نمرات ناامیدی گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس آزمون ($p < ۰/۰۵$)، از لحاظ آماری معنادار است؛ لذا با توجه به میزان تأثیر، نتیجه گرفته می‌شود که روش آموزش حس شوخ طبعی به میزان ۷۸/۶ درصد باعث افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان در مرحله پس آزمون می‌شود.

نتایج جدول ۴ همچنین نشان می‌دهد که با کنترل تأثیر ۶/۵ درصدی نمرات پیش آزمون سازگاری اجتماعی بر نمرات مرحله پیگیری، تفاوت میانگین باقی مانده گروه آزمایش و کنترل باز هم از لحاظ آماری معنادار است و بنابراین با توجه به میزان تأثیر، نتیجه گرفته می‌شود که روش آموزش حس شوخ طبعی در مرحله پیگیری هم به میزان ۷۴/۳ درصد باعث کاهش ناامیدی می‌شود ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۵: میانگین باقی مانده نمرات ناامیدی زنان و مردان گروه آزمایش

گروه	پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد
مرد	۸/۴۷	۲/۹۰	۹/۴۷	۱/۹۱
زن	۸/۹۴	۳/۰۱	۱۰/۳۵	۱/۵۸

جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین مردان در مرحله پس آزمون ۸/۴۷ و در مرحله پیگیری ۹/۴۷ می‌باشد. میانگین باقی مانده زنان گروه روش آموزش حس شوخ طبعی در مرحله پس آزمون ۸/۹۴ و در مرحله پیگیری ۱۰/۳۵ می‌باشد.

جدول ۶: تحلیل واریانس چند متغیره میانگین باقی مانده نمرات ناامیدی گروه آزمایش و گروه کنترل بر حسب

جنسیت

متغیر وابسته	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پس آزمون ناامیدی	۱	۱/۸۸۲	۰/۳۱۶	۰/۵۷۸	۰/۰۱۰	۰/۰۸۵
پیگیری	۱	۶/۶۱۸	۲/۲۱۸	۰/۱۴۶	۰/۰۶۷	۰/۳۰۳

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که با کنترل نمرات پیش آزمون، و بر اساس میزان محاسبه شده تفاوت معناداری بین میانگین باقی مانده نمرات پس آزمون زنان و مردان گروه روش آموزش حس شوخ طبعی و گروه کنترل مشاهده نمی‌شود؛ لذا نتیجه گرفته می‌شود که روش آموزش حس شوخ طبعی، تأثیر یکسانی بر زنان و مردان دارد.

جدول ۷: میانگین باقی مانده نمرات ناسازگاری اجتماعی زنان و مردان گروه آزمایش

گروه	پس آزمون	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	پیگیری
جنسیت	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	پیگیری
مرد	۱۴/۵۰	۴/۸۴	۱۶/۳۰	۴/۰۱	
زن	۱۵/۲۸	۴/۶۸	۱۶/۶۱	۳/۱۵	

جدول ۷ نشان می‌دهد که میانگین مردان در مرحله پس آزمون ۱۴/۵۰ در مرحله پیگیری ۱۶/۳۰ می‌باشد. میانگین باقی مانده زنان گروه روش آموزش حس شوخ طبعی در مرحله پس آزمون ۱۵/۲۸ و در مرحله پیگیری ۱۶/۶۱ می‌باشد.

جدول ۸: تحلیل واریانس چند متغیره میانگین باقی مانده نمرات سازگاری اجتماعی گروه آزمایش و گروه کنترل بر

حسب جنسیت

متغیر وابسته	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پس آزمون ناامیدی	۱	۸/۲۴	۰/۳۷۳	۰/۵۴۵	۰/۰۱۱	۱/۰۹۱
پیگیری	۱	۲/۵۶/۲۰۰	۰/۲۲۶	۰/۶۳۷	۰/۰۰۶	۱/۰۷۵

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که با کنترل نمرات پیش آزمون و بر اساس میزان محاسبه شده، تفاوت معناداری بین میانگین باقی مانده نمرات مرحله پیگیری زنان و مردان گروه روش آموزش

حس شوخ طبعی و گروه کنترل مشاهده نمی شود؛ لذا نتیجه گرفته می شود که روش آموزش حس شوخ طبعی در مرحله پیگیری هم تأثیر یکسانی بر زنان و مردان دارد.

در مجموع می توان گفت که روش آموزش حس شوخ طبعی باعث کاهش ناامیدی به میزان ۸۱/۱ درصد در پس آزمون و ۲۹/۶ درصد در مرحله پیگیری می باشد ($P < 0/05$)؛ این روش همچنین به افزایش ۷۴/۶ درصدی سازگاری اجتماعی در مرحله پس آزمون و ۷۴/۳ درصدی آن در مرحله پیگیری منجر شد ($P < 0/05$). روش آموزش حس شوخ طبعی در مراحل پس آزمون و پیگیری تأثیر یکسانی بر آزمودنی های زن و مرد داشته و در واقع می توان گفت میزان تأثیر این مداخلات بر مردان و زنان تفاوت معناداری نشان نداد.

بحث و نتیجه گیری

در این تحقیق پس از جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل آماری در مورد آنها انجام شد که به این صورت بود: در گروه آزمایش، با دریافت روش آموزش حس شوخ طبعی، آزمودنی ها در دو مرحله پیش از دریافت روش های درمانی و مرحله پس از آن و نیز مرحله پیگیری، از نظر میزان ناامیدی شان مورد سنجش قرار گرفتند. گروه های آزمایش، هم در مرحله پس آزمون و هم پیگیری کاهش قابل ملاحظه ای در میزان ناامیدی نشان دادند. به این ترتیب باید گفت که روش آموزش حس شوخ طبعی توانسته بود ناامیدی بیماران افسرده را به طور معنی داری کاهش دهد که این اثربخشی گرچه در مرحله پیگیری اندکی کمتر شده بود اما همچنان با گروه کنترل تفاوت معنی دار داشت یعنی اینکه تأثیر روش آموزش حس شوخ طبعی تا ۴۵ روز پس از اتمام دوره همچنان باقی بود.

همچنین سازگاری اجتماعی گروهی که آموزش حس شوخ طبعی دریافت کرده بود با گروه کنترل که هیچ درمانی دریافت نمی کرد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مقایسه گردید و در این مورد نیز نتایج حاکی از این بود گروه آزمایش، هم در مرحله پس آزمون و هم پیگیری کاهش قابل ملاحظه ای در نمره سازگاری اجتماعی نشان داد که این کاهش در نمره سازگاری اجتماعی به مفهوم بالا بودن سازگاری اجتماعی آنان تلقی می شود. اما در گروه کنترل این تغییر معنی دار نبود و می توان گفت که روش آموزش حس شوخ طبعی توانسته بود سازگاری بیماران افسرده را افزایش دهد که این اثربخشی تا مرحله پیگیری همچنان حفظ شده بود.

در مورد ارتباط این تحقیق با سایر تحقیقات انجام شده باید گفت که استفاده از شوخی در درمان بحث جدیدی نیست: فرانزینی^۱ (۲۰۰۱) این نکته تاریخی را مطرح می‌کند که بسیاری از مدعیان استفاده از شوخی درمانی، در حقیقت طرفداران نظریه‌های روان تحلیلی (مثل موزاک^۲، ۱۹۸۷؛ استرین^۳، ۱۹۹۴) و یا از طرفداران دیدگاه عقلانی-عاطفی بودند (مثل الیس^۴، ۱۹۷۷). مقالات و گزارشات بالینی آنها نشان می‌دهد که در استفاده از شوخی، مزایای درمانی بالقوه بسیاری وجود دارد.

یافته‌های این تحقیق در راستای تحقیقات زیادی است که نشان داده‌اند افرادی که حس شوخ طبعی بالاتری دارند، دارای عملکرد شخصی، خانوادگی، شغلی-تحصیلی و اجتماعی بالاتری می‌باشند، از مشکلات جسمی کمتری رنج می‌برند، آشفتگی روانی کمتری داشته و از نظر اجتماعی، سازگارتر و امیدوارتر هستند تا افرادی که از نظر حس شوخ طبعی در سطح پایین تری هستند، دارا بودن این حس باعث می‌شود برخی موانع ارتباطی از جمله تحجر فکری، منفی گرایی، شخصی سازی، حساسیت مفرط، عدم ابراز سازنده خشم، عزت نفس پایین و... از بین برود و در مجموع فرد مشکلات بین فردی کمتری داشته باشد (مک گی^۵، ۲۰۰۲؛ ووتن، ۱۹۹۶ فورد، ۲۰۰۶؛ سلطانوف^۶، ۱۹۹۵).

بالسون و مورفی (ترجمه فرشا، ۱۳۸۵) گفته‌اند با خندیدن، ضربان قلب افزایش می‌یابد و هیپوتالاموس، غده هیپوفیز و غدد فوق کلیوی تحریک می‌شوند. همچنین شوخ طبعی و خندیدن محرکی قوی برای تولید اندورفین هستند. مطالعات نشان می‌دهند مردمی که زیاد می‌خندند، ایمونوگلوبین بیشتری دارند؛ ایمونوگلوبین مدافع بدن ما در مقابل عفونت‌های تنفسی است، ضربان قلب را افزایش می‌دهد و اکسیژن بیشتری برای مغز فراهم می‌کند.

از نظر اجتماعی شوخ طبع بودن باعث بهبود مهارت‌های بین فردی، پذیرش اجتماعی و یافتن منابع حمایتی و دوستان می‌گردد، بعضی‌ها ممکن است نگران باشند که شوخ طبعی یک ویژگی ارثی است و کسانی که دارای این حس نیستند چندان کاری نمی‌توانند بکنند؛ اما خوشبختانه حس شوخ طبعی همانطور که از اسمش پیداست یک حس است که مثل سایر حس‌ها، گرچه همه افراد به یک اندازه از آن برخوردار نیستند ولی می‌توان با آموزش میزان آنرا افزایش داد (ووتن، ۱۹۹۲؛ گارنر، ۲۰۰۵).

1- Frazini

4- Ellis

2- Mowzak

5- McGhee

3- Sreen

6- Sultanoff

ووتن (۱۹۹۲) در مورد اینکه آیا این کارگاه‌های آموزش حس شوخ طبعی بر شیوه مقابله با استرس پرستاران تأثیر می‌گذارد مطالعه کرده و به این نتیجه رسیده که پس از این کارگاه‌ها، این پرستاران نگرش‌شان به استفاده از شوخی مثبت‌تر شده و همچنین سبک مقابله‌ای بهتری را در مقابل حوادث استرس‌زا پیش گرفتند و منبع کنترل آنها نیز درونی‌تر از قبل گردید.

آنیسمان سالتمن همچنین به مزایای ثابت شده روان‌شناختی خنده اشاره می‌کند و می‌گوید خنده تمام چرخه‌های منفی و افسردگی را از بین می‌برد و چشم‌انداز جدیدی را برای افراد فراهم می‌کند (به نقل از بالسون و مورفی، ترجمه فرشا، ۱۳۸۵).

اسپونیا^۱ (۱۹۸۷) معتقد است که افراد افسرده چون معمولاً درگیر دردهای جسمی و ناراحتی‌های روحی هستند، شوخی به آنها کمک می‌کند تا این مشکلات که از شایع‌ترین علایم افسردگی هستند، از بین بروند و آنها بهبود حاصل کنند. به این صورت که احساس راحتی و شادی، حتی برای یک لحظه آنها را از فضای افسردگی دور می‌کند.

وانزر^۲ و همکاران (۱۹۹۰) در بررسی این فرضیه که آیا اگر بیماران افسرده را در معرض شوخی قرار دهیم باعث کاهش علایم افسردگی آنان می‌شود یا نه، به این نتیجه رسیدند آزمودنی‌هایی که در معرض تماشای فیلم‌های خنده‌دار قرار گرفته بودند علایم افسردگی بسیار کمتری نسبت به قبل نشان دادند تا گروهی که فیلم‌های خنثی دیده بودند، همچنین حرکات ماهیچه‌های صورت (زیگومات‌ها) در افرادی که فیلم خنده‌دار دیده بودند هم بسیار بیشتر بود.

بخش دیگر یافته‌های تحقیق حاضر در مورد مقایسه اثربخشی این روش بین مردان و زنان بود: تحلیل داده‌های به‌دست آمده با لحاظ کردن عامل جنسیت نشان داد که در مجموع بین میزان ناامیدی و سازگاری اجتماعی آزمودنی‌هایی که روش آموزش حس شوخ طبعی دریافت کرده بودند در هیچ یک از مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی دیده نشد. بنابراین می‌توان گفت که میزان اثربخشی روش آموزش حس شوخ طبعی بر ناامیدی و سازگاری اجتماعی زنان و مردان هیچ تفاوتی را نشان نداد.

در زمینه تفاوت در میزان اثربخشی آموزش حس شوخ طبعی بین مردان و زنان مطالعه‌ای مشاهده نشد با این حال در مورد شوخ طبعی و نحوه استفاده از شوخ طبعی توسط آنان در موقعیت‌های معمولی و موقعیت‌های استرس‌زا، داده‌های متفاوتی یافت شد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: مردان شوخ طبعی را بیشتر برای مقاصد پرخاشگرانه به کار می‌برند؛ اما

استفاده از شوخی توسط زنان، نزدیکی و صمیمیت در بین آنان ایجاد می‌کند. داستان‌های خنده‌دار، در مورد بدشناسی‌های شخصی، در رابطه‌های زنان با هم دیده می‌شود. زنان در تعریف این داستان‌های خنده‌دار، شنونده را دعوت نمی‌کنند که به آنها بخندند، بلکه با هم به برخی جنبه‌های خنده‌دار زندگی می‌خندند و مخصوصاً اینکه این جک‌ها به کسی آسیب نمی‌رساند و تا حدی هم خود تأیید کننده است (کوت‌هوفت^۱، ۲۰۰۶).

در یک مطالعه دیگر، که لاو نینگچی^۲ (۱۹۹۰) انجام داد به این نتیجه رسید که در مقایسه معلمان مرد، معلمان زن در شرایط کلی کمتر و در شرایط استرس زا به‌ندرت از شوخی استفاده می‌کنند. یکی از دلایل احتمالی که مطرح می‌شود این است که زنان جرأت نمی‌کنند به‌طور باز حس شوخ طبعی‌شان را نشان بدهند و حتی بدتر از آن، یاد گرفته‌اند که بلند نخندند تا به آدم شوخ طبعی معروف نشوند.

از طرف دیگر، مولوی و نراقی (۱۳۸۲) در مطالعه‌ای که داشتند به این نتیجه رسیدند که بین احساس شوخ طبعی مردان و زنان تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

در مجموع با توجه به تحلیل داده‌های به‌دست آمده از این پژوهش که هم‌راستای سایر پژوهش‌های مرتبط نیز بود می‌توان گفت که روش آموزش حس شوخ طبعی می‌تواند ناامیدی بیماران افسرده را کاهش دهد و سازگاری آنها را افزایش دهد. در زمینه این اثربخشی تفاوتی بین مردان و زنان دیده نشد.

منابع فارسی

آمالی، ش. (۱۳۷۷). بررسی مقایسه میزان کارایی و اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و روش جرأت آموزی در کاهش اضطراب اجتماعی و کم‌رویی و تقویت اعتماد به نفس. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد چاپ شده دانشگاه شیراز.

بالسون، ت. و ریچارد مورفی، ر. (۲۰۰۶). اهمیت شادی و شوخ طبعی برای معلولین.

ترجمه: فریبا فرشا، (۱۳۸۵). <http://daftaretanz.com>

ترخان، م. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی شیوه درمانگری شناختی، رفتاری و شناختی و روان

تحلیلی کوتاه مدت بر کاهش پرخاشگری دانشجویان و بررسی اثر این کاهش بر سازگاری اجتماعی آنان. پایان‌نامه دوره دکتری؛ دانشگاه علامه طباطبایی.

دژکام، ن. (۱۳۸۶). انطباق و هنجاریابی مقیاس ناامیدی در مورد دانشجویان دانشگاه آزاد. فصلنامه پژوهش های روان شناختی، دوره ۸ شماره ۲۰۱.

رحیمی درآبادی، پ. (۱۳۷۸). استفاده از یک مدل تجربی برای بررسی کمبودها در فرآیندها باز خوانی از حافظه شخصی در اقدام کنندگان به خودکشی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی.

شفیع آبادی، ع. (۱۳۸۰). پویایی گروه و مشاوره گروهی. تهران: رشد.

عیسی زادگان، ع. (۱۳۸۵). بررسی پردازش معنایی اطلاعات هیجانی و نقش درمان استعاره در تغییر آن در بین افراد با روان رنجور، افسردگی و مقایسه آن با افراد دارای صفت تشخیصی برون گرایی. پایان نامه دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی.

کیمیایی، ع. (۱۳۸۱). بررسی و مقایسه کارآمدی روش های شناخت درمانی بک و تیزدل و تلفیق این روش ها با یوگا در درمان افسردگی در شهرستان مشهد. پایان نامه دوره دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

ملا حسنی، ع. (۱۳۸۶). چه چیز خنده دار است. <http://shahrdoost.blogfa.com>.
مولوی، ح. و نراقی، م. (۱۳۸۲). بررسی میزان شیوع احساس شوخ طبعی و رابطه آن با عوامل جمعیت شناختی در افراد عادی شهرستان اصفهان. مجله دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان شماره ۱۵ بهار.

نقشبندی، س. (۱۳۷۹). هنجاریابی پرسشنامه سازگاری اجتماعی. پایان نامه دوره دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی.

منابع انگلیسی

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K. & Lonnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1235-1237.
- Beck, A. & Lester, D. (1974). Assessment of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

- Coyne, J. C., Burchill, S. A. L. & Stiles, W. B. (1990).** An interactional perspective on depression. In: C. R. Snyder and D. O. Forsyth (Eds.) *Handbook of social and clinical psychology: the health perspective*. New York: Pergamon. pp. 327 - 349.
- Ervin A. & Henricus, M. (1997).** An ethological approach of interpersonal theories of depression. Available at <http://dissertations.ub.rug.nl>.
- Freiheit, S., Overholser, J. & Lehnert, K. (1998).** The association between humor and depression in adolescent psychiatric inpatients and high school students. *Journal of Adolescent Research*, 13(1), 32-48.
- Franzini, L. (2001).** Humor in therapy: The case for training therapists in its uses and risks. *Journal of general psychology*, April 1, 128(2):170-93.
- Gable, S. (2000).** Perceived social competence and depression. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(1), 139-150.
- Garner, R. (2005).** Humor in pedagogy: How ha-ha can lead to aha! *College teaching: Sam Houston State University*.
- Greden, J. (2001).** Treatment of recurrent depression. Available at: <http://dissertations.ub.rug.nl>.
- Grohol, J. (1998).** Psychotherapy for depression. Available at www.Psychcentral.com.
- Hirschfeld R. M., Montgomery S. A., Keller M. B., Kasper S., Schatzberg A. F., Möller H. J., Healy D., Baldwin D., Humble M., Versiani M., Montenegro R., and Bourgeois M. (2000).** Links social functioning in depression: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 61(4), 268-75.
- Hugelshofer, D., Kwon, P., Feff, R. & Olson M. (2006).** Humour's role in the relation between attributional style and dysphoria. *European Journal of Personality*, 20(4), 325 – 336.
- Kotthoft, H. (2006).** Gender and personality: An introduction to gender and humor. *Journal of Pragmatics*, 38(1), 26–50.
- Larsson, N. & Wichestrom, R. (2003).** Psychological correlates of depressive symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 588 – 597.
- Law Ning Chi (1992).** Humor and teacher. Master of arts in education thesis burnout. Available at: <http://www.fed.cuhk.edu.hk>.

- McGhee, P. (2001).** How humor facilitates children's intellectual, social & emotional development. Available at: www.LaughterRemedy.com.
- McGhee, P. (2004).** How to use riddles to build your child's verbal humor skills. Available at: www.LaughterRemedy.com.
- McGhee, P. (2003).** Using humor to cope in the midst of stress. Available at: www.LaughterRemedy.com.
- Mandler, G. (1972).** Helplessness: Theory and research in anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 359-374). New York: Academic Press.
- Mendler, A. & Mendler, B. (1995).** Humor and discipline reclaiming children and youth: *Journal of Emotional and Behavioral Problems*, 4(3), 16-18.
- Porterfield, A. (1987).** Does sense of humor moderate the impact of life stress on psychological and physical well-being? *Journal of Research in Personality*, 21(3), 306-317.
- Powell, T. (1994).** Depression and sense of humor. *Psychological Report*, 75(3), 1473-4.
- Rod, M. & Lefcourt, H. (1983).** Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(6), 1313-1324.
- Scott, J. & Teasdale, M. (2005).** Effect of cognitive therapy on psychological symptom and social adjustment in residual depression. Available at: [American Psychiatrics Association website](http://AmericanPsychiatricsAssociation.com).
- Segrin, C. (2000).** Social skilled deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379-403.
- Sponias, C. (2003).** Humor therapy against depression. Available at: <http://ezinearticles.com>.
- Sultanoff, S. (1995).** Using humor in crises situation. *Therapeutic Humor*, 9(3), 1-2.
- Wooten, P. (1992).** Does a humor workshop affect nurses burnout? *Journal of nursing*, 2(2), 42- 43.
- Wooten, P. (1996).** Humor and antidote for stress. *Holistic Nursing Practice*, 10(2), 49-55.