

## مقایسه اثرات آموزش‌های عزت‌نفس، خود کارآمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی

اعظم مرادی<sup>\*</sup>، دکتر مختار ملک پور<sup>۱</sup>، دکتر شعله امیری، دکتر حسین مولوی، دکتر ابوالقاسم نوری

پذیرش نهایی: ۲۰/۱۲/۸۸

تجدیدنظر: ۲۰/۱۰/۸۸

تاریخ دریافت: ۱۰/۴/۸۸

### چکیده

**هدف:** هدف این تحقیق بررسی و مقایسه تأثیر آموزش‌های عزت‌نفس، خود کارآمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی و حیطه‌های آن در زنان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی شهر اصفهان بود. روش: برای نمونه‌گیری ۸۰ نفر از اعضای زن ۳۵-۱۸ ساله جامعه معلولین شعبه شهر اصفهان که ویژه افراد مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی است، به شیوه تصادفی انتخاب شدند و پس از اجرای پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۴۰ نفر از آنها که کیفیت زندگی شان از نیم دیگر آزمودنیها پایین‌تر بود، به مثابه نمونه نهایی انتخاب و به طور تصادفی، به سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه واگذار شدند. سپس برای هر یک از گروههای آزمایشی ۱، ۲ و ۳ به ترتیب برنامه آموزش گروهی عزت‌نفس، آموزش گروهی خود کارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت، در قالب ۹ جلسه هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌ای برگزار شد. پس از اتمام جلسات آموزش، پس‌آزمون (پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی) اجرا شد. برای سنجش ویژگیهای جمعیت‌شناختی آزمودنیها، پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی به کار برده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها: نتایج حاکی از اثر بخشی آموزش گروهی خود کارآمدی ( $P=0/043$ ) و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت ( $P=0/048$ ) و عدم اثربخشی آموزش گروهی عزت‌نفس ( $P=0/193$ ) بر نمره کل کیفیت زندگی است؛ ضمناً اثر بخشی سه نوع آموزش گروهی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت. یافته‌ها همچنین نشان دهنده اثر بخشی آموزش گروهی عزت‌نفس ( $P=0/013$ )، آموزش گروهی خود کارآمدی ( $P=0/005$ ) و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت ( $P=0/049$ ) بر حیطه سلامت روانی، کیفیت زندگی و عدم اثربخشی آنها بر حیطه‌های سلامت جسمانی و سلامت محیط کیفیت زندگی بود. نتیجه‌گیری: هر سه مداخله مورد استفاده در این پژوهش به ویژه روشهای آموزش گروهی خود کارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی و در نتیجه توانبخشی آنها، مؤثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، آموزش گروهی عزت‌نفس، آموزش گروهی خود کارآمدی، آموزش گروهی انگیزش، زنان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی، سلامت روانی

### مقدمه

است که کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی، در مقایسه با جمعیت عادی پایین‌تر است؛ برای مثال، نتایج پژوهش گسترده لوکاس (۲۰۰۷) نشان داد که ناتوانی جسمی باعث می‌شود که شادکامی<sup>۴</sup> که یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی است، به طور متوسط تا شدید، کاهش یابد. بنت، جونز، ملوی، چامبراین و

امروزه توجه به کیفیت زندگی<sup>۱</sup> به مثابه هدف نهایی توانبخشی<sup>۲</sup> در افراد مبتلا به ناتوانی جسمی<sup>۳</sup> به‌طور گسترده مورد پذیرش متخصصین حیطه توانبخشی قرار گرفته است (چابون و کلایتون، ۱۹۹۵؛ کرایوس و دیویس، ۱۹۹۲؛ روئسلر، ۱۹۹۰؛ تریسچمان، ۱۹۸۸). از طرف دیگر، بیشتر پژوهشها حاکی از این

\*۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۲- عضو هیات علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۳- این مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری اعظم مرادی است که با حمایت مالی سازمان ملی جوانان انجام شده است

اجتماعی او "تعریف می‌شود (الیوت و چورچ، ۱۹۹۷). خودکارآمدی عبارت‌است از باور راسخ فرد به اینکه می‌تواند رفتار خاص لازم برای دستیابی به نتیجه مورد نظر را با موفقیت انجام دهد (بندورا، ۱۹۹۷).

عزت نفس مجموعه بازخوردها و عقایدی است که افراد در روابط خویش با دنیای بیرون ابراز می‌کنند (کوپر اسمیت<sup>۷</sup>، ۱۳۷۱). به عبارت دیگر عزت نفس درجه ارزشی است که هر فرد به خودش نسبت می‌دهد (ویر، ۲۰۰۰).

نظریه کیفیت زندگی در بردارنده ویژگیهای مستعدکننده یا متغیرهای واسطه‌ای (عوامل "آسیب پذیرساز"<sup>۸</sup>) است (دنی و فریسچ<sup>۹</sup>، ۱۹۸۱؛ فریسچ و مک کرد<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۷) که می‌توانند احتمال ناشاد بودن و رضایت پایین (یا عدم رضایت) از زندگی را افزایش دهند. عوامل محافظت‌کننده یا "ایمن سازها"<sup>۱۱</sup> در برابر عدم رضایت، شامل عوامل متضاد با آسیب‌پذیر سازها یا عوامل خطر هستند. پژوهشها عوامل "آسیب پذیرساز" مطرح شده در نظریه کیفیت زندگی را تأیید کرده‌اند (برای مثال دینر و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۳؛ بارلو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲؛ سلیگمن<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۲؛ سیندر و لوپز<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۲؛ کلارک و بک<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۹، نقل از فریسچ، ۲۰۰۶).

در نظریه کیفیت زندگی از جمله ویژگیهای شخصیتی مستعدکننده، نارضایتی از زندگی یا آسیب پذیرسازها، عزت نفس و خودکارآمدی پایین (فریسچ، ۲۰۰۶، ص ۳۳) و احساس پسرفت کردن یا درجا زدن در حیطه‌های ارزشمند زندگی (فریسچ، ۲۰۰۶، ص ۱۸) و در واقع نداشتن انگیزش پیشرفت است.

ویگاند و گلر (۲۰۰۴) معتقدند که روان‌شناسی مثبت از نقش تقویت مثبت و از جمله آموزش انگیزش پیشرفت در افزایش کیفیت زندگی، غافل شده است. کوپجر و ریدر (۲۰۰۳) در پژوهشی دریافتند که در بیماران مبتلا به آسم، دیابت و سکتة قلبی، اختلاف بیشتر بین اهمیت اهداف و قابلیت دسترسی به آنها با سطح پایین‌تر کیفیت زندگی، ارتباط دارد و

تنانت (۲۰۰۱) در پژوهشی دریافتند که میزان کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی، پایین‌تر از هم‌تایان عادی آنان است. ناترولوند (۲۰۰۱) و ناترولوند، گانارسون واهلسترام (۲۰۰۰) نیز در پژوهشهای خود، به نتایج مشابهی در مورد کیفیت زندگی افراد مبتلا به پلاسیدگی عضلانی<sup>۵</sup> دست یافته‌اند. نتایج پژوهش موسوی، منتظری و سروش (۱۳۸۶) نشان داد که کیفیت زندگی زنان جانباز مبتلا به ضایعه نخاعی، در حیطه‌های عملکرد جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان، از جمعیت عادی ایران، کمتر است. شاهنده (۱۳۸۲) نیز در پژوهشی دریافت که میزان کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسیب نخاعی، در حیطه‌های اشتغال، وضعیت اقتصادی، سلامت جسمی و آسایش روانی مشخصاً پایین‌تر از سایر حیطه‌هاست.

عوامل متعددی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی تأثیر دارند. به اعتقاد البرجت و دولیگر<sup>۷</sup> (۱۹۹۸) عوامل کلیدی که در افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی نقش دارند، عبارت‌اند از: احساس داشتن کنترل بر بدن، ذهن و زندگی و رویکرد "من می‌توانم" به زندگی (به نقل از فیلیپس، ۲۰۰۶). بوسکل، داوسون و هینینگر (۱۹۹۸) در پژوهشی کیفی دریافتند که سه حیطه مهم زندگی یعنی نگرش نسبت به زندگی، فرصت برای کار و سطح منابع در دسترس، از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسیب نخاعی هستند.

به نظر می‌رسد از جمله سازه‌هایی که منعکس کننده احساس کنترل داشتن بر بدن، ذهن و زندگی و رویکرد "من می‌توانم" به زندگی است و در کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی نقش بسزایی دارد، انگیزش پیشرفت، خودکارآمدی و عزت نفس است. انگیزش پیشرفت به صورت "کوشش شخصی فرد برای دست یافتن به هدفها در محیط

زندگی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی (نوسک و همکاران، ۲۰۰۳؛ اوریل، جانستون، رولی، دیوی و اسپلیت، ۲۰۰۱؛ مارکس، ۲۰۰۱ و همپتون<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۰)، براساس پیشینه تحقیق، بر کیفیت زندگی مبتلایان به ناتوانی جسمی نیز تأثیر دارند؛ با این حال در مورد تأثیر آموزش انگیزش پیشرفت، خود کارآمدی و عزت نفس بر کیفیت زندگی این افراد، پژوهشهای اندکی انجام گرفته است. نتایج پژوهش هیوجس، نوسک، هاولند، گروف و مولن (۲۰۰۳) حاکی از این است که آموزش گروهی ارتقای سلامت مبتنی بر نظریه شناخت اجتماعی، خود کارآمدی مربوط به رفتارهای تغذیه‌ای، تصمیم‌گیری پزشکی، تعاملات اجتماعی و عملکرد جسمی و سرزندگی را در زنان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی افزایش می‌دهد. لیو و همکاران (۲۰۰۱) نیز در پژوهشی دریافتند که آموزش گروهی خود کارآمدی اجرا شده به وسیله پرستاران، خود کارآمدی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه را افزایش می‌دهد.

در داخل کشور نیز در زمینه اثربخشی مداخلات فوق الذکر بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی، پژوهشی انجام نشده است، اما پژوهشهای معدودی، اثربخشی هریک از آموزشهای انگیزش پیشرفت، خود کارآمدی و عزت نفس یا ترکیبی از آنها را بر وضعیت روان‌شناختی افراد مختلف، بررسی کرده‌اند (غلامی رنایی، کجباف، نشاط دوست و مرادی، ۱۳۸۶؛ شمعی زاده، ۱۳۸۴؛ احمدی، منصور، فتحی آشتیانی و رسول زاده طباطبایی، ۱۳۸۳).

برای آموزش عزت نفس، روشهای مختلف رفتاری، شناختی و شناختی-رفتاری وجود دارد؛ روش شناختی-رفتاری بندورا برای افزایش خود کارآمدی بر چهار اصل کلی موفقیت عملکرد، جاننشینی مشاهده‌ای، قانع سازی کلامی و تعدیل برانگیختگی فیزیولوژیکی استوار است. کاربرد نظریه شناخت اجتماعی بندورا و تحقیقات مرتبط با آن، در مداخلات بالینی از راههای بی‌شماری به افراد کمک می‌کنند

خود کارآمدی در دستیابی به اهداف مطلوب، این رابطه را تعدیل می‌کند. جادج، لوک و دورهام (۱۹۹۷) معتقدند افرادی که باور دارند می‌توانند انگیزش، منابع شناختی و اعمال مورد نیاز برای تمرین کنترل کلی بر رویدادهای زندگی خود را بسیج کنند و به عبارتی خود کارآمدی آنها بالاست، در مقایسه با افرادی که چنین باوری ندارند، رضایت بیشتری از زندگی دارند.

محققان متعددی دریافته‌اند که خود کارآمدی با دامنه گسترده‌ای از مسائل بالینی از جمله هراسها، وابستگی به مواد، افسردگی، مهارتهای اجتماعی، جرئت‌مندی، تنیدگی و غیره مربوط است (پاجارس، ۱۹۹۷). نتایج پژوهش موتی و اسنوک (۲۰۰۸)، جوکز و ون الدرن (۲۰۰۷)، تسای و هیلیستید (۲۰۰۲)، همپتون و مارشال (۲۰۰۰) و اسماعیلی، عالیخانی، غلام عراقی و حسینی (۱۳۸۴) نیز حاکی از این است که خود کارآمدی افراد مبتلا به تصلب بافت چندگانه<sup>۱۷</sup> (M.S)، مبتلایان به بیماری قلبی، بیماران همو دیالیزی و افراد مبتلا به آسیب نخاعی، با کیفیت زندگی آنان رابطه دارد.

عزت نفس نیز از مهم‌ترین جنبه‌های شخصیت و تعیین‌کننده ویژگیهای رفتاری (صدرالسادات، ۱۳۷۹) و شکوفایی انسان است و بیشتر صاحب نظران، آن را عامل مهم و اساسی در سازگاری عاطفی و اجتماعی می‌دانند (لی، ۱۹۹۴). بی (۲۰۰۰) معتقد است با توجه به اهمیت عزت نفس و نقش آن در جنبه‌های مختلف زندگی، لازم است برنامه‌های آموزشی ارتقای سلامت روان و مهارت‌های اجتماعی، با تأکید بر افزایش عزت نفس انجام شود. نتایج پژوهشهای می و وارن (۲۰۰۲)، کرمود و مک لین (۲۰۰۱)، کینی و کوپلی (۱۹۹۲) و گاگون (۱۹۹۰) نشان می‌دهد که عزت نفس در بزرگسالان مبتلا به آسیب نخاعی، سالمندان ناتوان و مبتلایان به ناتوانی جسمی-حرکتی نیز از جمله عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنهاست.

علی‌رغم اینکه سازه‌های انگیزش پیشرفت، خود کارآمدی و عزت نفس، علاوه بر تأثیر بر سایر ابعاد

که زندگی سالم و پرباری داشته باشند(لوپز و اسنایدر، ۲۰۰۳).

آموزش انگیزش پیشرفت شامل آموزش مستقیم راهبردهای فکری و عملی پیشرفت، از طریق تعیین هدف و برنامه‌ریزی، ... و تمرین این راهبردهاست (الیوت و چورچ، ۱۹۹۷).

حال با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در توانبخشی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی و پایین‌تر بودن کیفیت زندگی این افراد، در مقایسه با جمعیت عادی، و با عنایت به اینکه بر اساس پیشینه تحقیق، انگیزش پیشرفت، خودکارآمدی و عزت نفس از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مبتلایان به ناتوانی جسمی- حرکتی هستند و با توجه به اینکه در مورد تأثیر آموزش انگیزش پیشرفت، خودکارآمدی و عزت نفس بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی، پژوهش‌های اندکی انجام گرفته است و از طرفی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که میزان انگیزش پیشرفت، خودکارآمدی و عزت نفس زنان، کمتر از مردان است (ایکلس و همکاران<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۹، نقل از احمدی و همکاران، ۱۳۸۳؛ شولتسو شولتس<sup>۲۰</sup>، ۱۳۸۱)، این تحقیق در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا هریک از روشهای آموزش گروهی انگیزش پیشرفت(به روش مکلدن<sup>۲۱</sup>)، آموزش گروهی خودکارآمدی(به روش بندورا) و آموزش گروهی عزت‌نفس بر کیفیت زندگی و حیطه‌های مختلف آن در زنان مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی، تأثیر مثبت دارد و اگر تأثیر مثبت دارند، اثربخشی کدامیک از آنها بیشتر است؟

فرضیه‌های اصلی این تحقیق عبارت‌اند از:

۱- آموزش گروهی انگیزش پیشرفت، کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی را در مقایسه با گروه گواه افزایش می‌دهد.

۲- آموزش گروهی خودکارآمدی، کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی را در مقایسه با گروه گواه افزایش می‌دهد.

۳- آموزش گروهی عزت نفس، کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی را در مقایسه با گروه گواه افزایش می‌دهد.

۴- میزان اثربخشی آموزش گروهی عزت نفس، آموزش گروهی خود کار آمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی، با یکدیگر تفاوت دارد.

## روش

طرح این تحقیق نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این تحقیق شامل همه اعضای زن ۱۸-۳۵ ساله جامعه معلولین<sup>۱۶</sup> شعبه شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷ هستند که تعداد آنها ۳۲۰ نفر بود. برای نمونه‌گیری، ۸۰ نفر از افراد جامعه آماری به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند(به این صورت که از میان فهرست ۳۲۰ نفری اعضای زن جامعه معلولین، شماره‌های مربوط به اسامی ۸۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شد) و پس از اجرای پرسشنامه کیفیت زندگی، ۴۰ نفر از آنها که کیفیت زندگیشان از نیم دیگر آزمودنیها پایین‌تر بود، به عنوان نمونه نهایی انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه تقسیم شدند. از ۱۰ نفر دعوت‌شده به گروه آموزش عزت نفس ۷ نفر، از ۱۰ نفر دعوت‌شده به گروه آموزش خودکارآمدی ۸ نفر و از ۱۰ نفر دعوت‌شده به گروه آموزش انگیزش پیشرفت ۷ نفر در جلسات حاضر شدند و در طول برگزاری جلسات نیز از هر یک از گروههای آموزش خودکارآمدی و آموزش انگیزش پیشرفت ۲ نفر غایب بودند و بدین ترتیب در مرحله پس‌آزمون، گروه آموزش عزت نفس ۷ عضو، گروه آموزش خودکارآمدی ۶ عضو و گروه آموزش انگیزش پیشرفت ۵ عضو داشت. علت غیبت بعضی از آزمودنیها عواملی از قبیل عود حملات صرع، نقل مکان به شهر دیگر، ابتلا به بیماری سخت، تداخل جلسات آموزشی

گوناگون جمعیت‌شناختی، تقریباً همسان بودند؛ اما به علت عدم شرکت همه افراد دعوت‌شده در جلسات و نیز غیبت معدودی از آنها در طول جلسات، در مرحله پس‌آزمون، این همسانی تا حدودی از بین رفت؛ ضمن اینکه نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که متغیرهای وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، سن، شدت معلولیت و زمان بروز معلولیت، با نمرات کیفیت زندگی آزمودنیها رابطه معنی‌داری ندارند و بنابراین عدم همسانی گروههای مورد بررسی از لحاظ این متغیرها تأثیری بر نتایج تحقیق ندارد. تأثیر متغیر سطح تحصیلات بر نمرات کیفیت زندگی، از طریق تحلیل کوواریانس حذف شد.

با ساعات برگزاری کلاسهای درسی و امتحانات نیمسال بعضی از آزمودنیهای دانش آموز و دانشجو که اکثراً پیش‌بینی نشده رخ می‌داد، خرابی وسایل کمک حرکتی، تمایل دو آزمودنی خواهر برای شرکت در برنامه جلسه آموزشی واحد، علی‌رغم گزینش تصادفی آنها به دونوع برنامه آموزشی و عواملی از این دست بود که خارج از کنترل پژوهشگر بود. جدول ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنیها را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که مشخصات درج شده در این جدول، مربوط به آزمودنیهای شرکت‌کننده در پس‌آزمون است؛ در مرحله پیش‌آزمون به علت واگذاری تصادفی، آزمودنیهای گروههای مختلف از نظر ویژگیهای

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنیهای گروههای مختلف

متغیر	گروه	آموزش گروهی عزت نفس	آموزش گروهی خودکارآمدی	آموزش گروهی انگیزش پیشرفت	گواه	کل آزمودنیها
	میانگین سنی	۲۹	۲۷/۶۶	۳۱/۲۰	۳۴	۳۰/۵۲
	میانگین سطح تحصیلات	۱۰/۲۹	۱۲	۱۱	۱۲/۷۱	۱۱/۵۲
وضعیت اشتغال	شاغل	۲	۱	۳	۲	۸
	بیکار	۵	۵	۲	۵	۱۷
وضعیت تاهل	متاهل	۰	۱	۰	۲	۳
	مجرد	۷	۵	۵	۵	۲۲
شدت معلولیت	استفاده از ویلچر	۲	۲	۲	۰	۶
	استفاده از عصا	۲	۲	۰	۳	۷
	عدم استفاده از عصا	۳	۲	۳	۴	۱۲
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۴	۴	۳	۴	۱۵
	متوسط	۳	۲	۲	۳	۱۰
	خوب	۰	۰	۰	۰	۰
زمان بروز معلولیت	کودکی	۷	۵	۴	۷	۲۳
	نوجوانی	۰	۰	۰	۰	۰
	بزرگسالی	۰	۱	۱	۰	۲

#### پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی

پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی شامل سؤالاتی درباره وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سال تولد، وضعیت اقتصادی (ضعیف، متوسط، خوب)، زمان بروز معلولیت و شدت معلولیت (استفاده از ویلچر، استفاده از عصا، عدم استفاده از عصا) است.

#### ابزار

در این تحقیق برای ارزیابی وضعیت روان‌شناختی آزمودنیها از پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد که در ادامه توضیحی کوتاه درباره آنها داده می‌شود:

پایایی زیر مقیاس سلامت جسمانی آن ۰/۷۷، پایایی زیرمقیاس سلامت روانی ۰/۸۱ و پایایی زیرمقیاس سلامت محیط ۰/۷۳ محاسبه شد.

### روش اجرا

بعد از انتخاب تصادفی آزمودنیها، پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و به روش گروهی بر روی آنها اجرا شد و پس از انتخاب نمونه نهایی و تقسیم تصادفی آنها به سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه، از طریق تماس تلفنی از آزمودنیهای گروههای آزمایشی دعوت شد که در جلسات آموزش گروهی که هدف آن بهبود وضعیت روان‌شناختی آنهاست و در محل جامعه معلولین شهر اصفهان تشکیل می‌شود، شرکت کنند و به آنها وعده داده شد که در صورت شرکت منظم و فعال در جلسات آموزشی، جوایزی نیز به آنان تعلق خواهد گرفت. (به این علت روش آموزش گروهی به روش آموزش انفرادی ترجیح داده شد که تنها در شیوه گروهی امکان بحث تفصیلی گروهی در مورد موضوعات مطرح شده و تکنیکهای اجرا شده در جلسات و تمرینها و تکالیف خانگی و ارزیابی و ارائه بازخورد و بهرمندی از تجارب دیگران در زمینه مسائل مشابه با مسائل خود وجود دارد). ۱۰ روز پس از اجرای پیش‌آزمون، برگزاری جلسات آموزش گروهی آغاز شد و برای هر یک از گروههای آزمایشی ۱، ۲ و ۳ به ترتیب برنامه آموزش گروهی عزت نفس، آموزش گروهی خود کارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت، در قالب ۹ جلسه هفتگی ۱۲۰ دقیقه ای برگزار شد. ۴ روز پس از اتمام جلسات آموزش، پس‌آزمون با به کارگیری پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بر روی هر سه گروه آزمایشی و گروه گواه انجام شد. لازم به ذکر است که وعده جایزه به این علت بود که آزمودنیها انگیزه لازم برای حضور در جلسات برنامه‌های آموزشی علیرغم

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) با ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤالات WHOQOL-100 ایجاد شده است. پژوهشها نشان داده‌اند که دو فرم این پرسشنامه، با همدیگر همخوانی رضایت‌بخشی دارند. پرسشنامه WHOQOL-BREF، چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد و ۲۶ سؤال دارد که ۲ سؤال اول کلی است و به هیچ یک از حیطه‌ها مربوط نمی‌شود (بونومی، پاتریکم، بوشنل و مارتین، ۲۰۰۰). در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) این پرسشنامه استانداردسازی شده است؛ نجات و همکاران، روایی محتوا و تشخیصی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط، به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۵/۷۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و همسانی درونی حیطه‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند. نجات و همکاران (۱۳۸۵) با اجرای WHOQOL-BREF بر روی افراد مولتیپل اسکلروز (M.S) آن را برای سنجش کیفیت زندگی این افراد، مناسب دانسته‌اند. لازم به ذکر است که چون در تحلیل عوامل نجات و همکاران (۱۳۸۵) همبستگی هر سه سؤال زیرمقیاس روابط اجتماعی با این زیر مقیاس کمتر از همبستگی آن با سایر زیر مقیاسها بود و آلفای کرونباخ محاسبه شده برای آن نیز مانند بسیاری از تحقیقات دیگر، پایین (۰/۵۲) برای بیماران و ۰/۵۵ برای افراد سالم)، گزارش شده بود و در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی آن ۰/۶۰ محاسبه شد؛ بنابراین برای این پرسشنامه نیز سه زیرمقیاس سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت محیط، در نظر گرفته شد. در این پژوهش پایایی WHOQOL-BREF با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و

قرائت زندگی‌نامه معلولین بسیار موفق با معلولیت شدید و قانع‌سازی کلامی و تکالیف خانگی مانند مرور و توصیف موفقیت‌های قبلی به‌رغم تصور اولیه، مصاحبه با افراد معلول و سالم موفق و کاوش در مورد فرایندهای فکری و راهبردهایی که منجر به موفقیت آنها شده است، دقیق شدن در احساس خود به هنگام نگاه کردن به تقدیرنامه‌ها، جوایز و مدالها، تهیه گزارش در مورد برداشتن اولین گام در جهت دستیابی به هدف، طراحی برنامه یک‌ساله و تمرین هر یک از مراحل آرمش کاربردی و بحث گروهی در مورد موضوعات مطرح شده و فنون اجرا شده در جلسات و تکالیف خانگی و بالاخره جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در مجموع جلسات بود.

محتوای جلسات آموزش گروهی انگیزش پیشرفت شامل توضیح چستی انگیزش پیشرفت، توصیف ویژگیهای افراد با انگیزش پیشرفت بالا و پایین، تبیین رابطه انگیزش پیشرفت با موفقیت در جنبه‌های مختلف زندگی، بیان اهداف خود در زندگی از سوی اعضا، آموزش چگونگی نمره‌گذاری شاخصهای انگیزش پیشرفت بالا، تشریح نقش تجسم موفقیت در افزایش انگیزش پیشرفت، توضیح درباره هدف‌گذاری و اهمیت نقش آن در افزایش انگیزش پیشرفت، بازی کردن نقش فرد با فکرهای پیشرفت زیاد، عرضه فنونی برای افزایش انگیزش پیشرفت در اعضا به تناسب شاخصهایی از انگیزش پیشرفت که هر یک از اعضا می‌خواست در او تقویت شود، کمک به اعضا برای پیش‌بینی بعضی از موانعی که احتمالاً در تلاش خود، برای به کارگیری آنچه در برنامه آموزشی فرا گرفته‌اند، با آن مواجه می‌شوند و پیشنهاد راهکارهایی برای مقابله با آنها، آموزش چگونگی ثبت تلاشها برای دستیابی به اهداف و گرفتن تعهد از اعضا برای انجام آن و نیز دادن تکالیف درون جلسه و تکالیف خانگی کتبی و عملی از جمله نوشتن مثالی از فرد دارای نشانه‌های انگیزش پیشرفت بالا، بیان داستان فردی که یک هدف معینی دارد و می‌خواهد به آن برسد به دو

دشواری‌هایی که با آن مواجه بودند و نیز هزینه‌های سنگینی آمد و شد آنها، را داشته باشند؛ ضمن این که شرایط احراز جایزه که شامل شرکت مداوم و فعال در جلسات و انجام تکالیف خانگی بود، در جلسه اول هریک از برنامه‌های آموزشی برای آزمودنیها توضیح داده شد و مستقل از چگونگی پاسخ آزمودنیها به پرسشنامه‌ها بود.

در ادامه محتوای جلسات و تکالیف خانگی مربوط به برنامه‌های آموزش گروهی عزت نفس، آموزش گروهی خود کارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت، به طور اجمالی شرح داده می‌شود.

**محتوای جلسات:**

محتوای جلسات آموزش گروهی عزت نفس شامل تعریف عزت نفس، توصیف ویژگیهای افراد با عزت نفس بالا و پایین، توضیح در مورد مفهوم انواع خود، خودگویی، انواع اسنادها، کنترل خود، جایگاه معیار، درک اجتماعی، تصویر بدنی و حل مسئله و تبیین نقش و سازوکار تأثیر هر کدام از آنها در افزایش عزت نفس، آموزش چگونگی به کارگیری این مفاهیم و فنون مربوط به آنها در جهت افزایش و تقویت عزت نفس، دادن تکالیف درون جلسه و تکالیف خانگی کتبی و عملی به منظور تمرین به کارگیری این مفاهیم و فنون مربوط به آنها در زندگی روزمره و در نهایت جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در مجموع جلسات بود.

محتوای جلسات آموزش گروهی خودکارآمدی شامل تعریف خودکارآمدی، توصیف ویژگیهای افراد با خودکارآمدی بالا و پایین، تبیین چگونگی تأثیر خودکارآمدی بر شناخت، احساس و عملکرد در جنبه‌های مختلف زندگی، توصیه‌هایی در مورد رژیم غذایی مناسب، کاهش تنیدگی و برنامه‌های ورزشی، توضیح رابطه آرمش کاربردی با خودکارآمدی و آموزش و تمرین هر یک از مراحل آن، نظر خواهی در مورد اهدافی که اعضا می‌خواهند به آن دست یابند و روشهای رسیدن به آن، اجرای فنونی همچون سخنرانی معلولین موفق در مورد زندگی‌نامه خود،

تأثیرپیش‌آزمون، رابطه هر یک از متغیرهای سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، شدت معلولیت و زمان بروز معلولیت با نمرات کیفیت زندگی، بررسی و به علت معنی دار بودن رابطه متغیرسطح تحصیلات با نمرات کیفیت زندگی آزمودنیها، تأثیر آن با استفاده از روش کواریت، حذف شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی و حیطه‌های آن در گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات کیفیت زندگی و حیطه‌های آن در سه گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون نسبت مرحله پیش‌آزمون و در مقایسه با گروه گواه، افزایش داشته است.

صورت با فکرهای پیشرفت و بدون آن و داستانی آمیخته با فکرهای پیشرفت درباره خود، تعیین اهداف دو ساله و اهداف پنج ساله برای خود و مشخص کردن تعارضهای موجود بین این اهداف، طراحی دو برنامه جداگانه برای دستیابی به اهداف دو و پنج ساله، و نمره‌گذاری نشانه‌های انگیزش پیشرفت بالا در هر یک از این تمرینها و تکالیف و تصحیح این نمرات بر اساس مذاکره با رهبر، و بحث تفضیلی گروهی در مورد موضوعات مطرح‌شده و فنون اجرا شده در جلسات و تمرینها و تکالیف خانگی و در نهایت مرور اجمالی تکالیف و مباحث مطرح‌شده در مجموع جلسات بود.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در قسمت آمار توصیفی از شاخصهای آمار توصیفی و در قسمت آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. در تحلیل کوواریانس، علاوه بر حذف

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی و حیطه‌های آن در گروه‌های مورد بررسی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون	پیش‌آزمون	مراحل	شاخصهای آماری	متغیر	گروه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۱۲/۰۵	۸۴/۲۹	۱۵/۹۳	۸۳		آزمایشی ۱
۹/۲۰	۸۹/۶۶	۹/۵۷	۸۰/۵	کیفیت	آزمایشی ۲
۱۳/۶۱	۹۰/۸۰	۱۵/۵۱	۸۲	زندگی	آزمایشی ۳
۲۳/۸۷	۸۴/۷۱	۲۱/۰۴	۸۹/۵۷		گواه
۴/۷۶	۲۷/۵۷	۴/۸۰	۲۷		آزمایشی ۱
۴/۱۳	۳۱/۳۳	۲/۷۴	۲۶/۵	سلامت	آزمایشی ۲
۵/۵۰	۲۹/۶۰	۶/۴۴	۲۷	جسمانی	آزمایشی ۳
۶/۶۳	۳۰	۸/۶۰	۲۹/۷۱		گواه
۵/۲۳	۲۶	۷/۰۴	۲۳/۲۹		آزمایشی ۱
۳/۱۲	۲۷/۸۳	۴/۵۵	۲۲/۵	سلامت	آزمایشی ۲
۵/۲۰	۲۷	۶/۴۴	۲۶	روانی	آزمایشی ۳
۹/۶۴	۲۵	۵/۳۵	۲۷/۷۱		گواه
۳/۹۹	۲۸/۵۷	۵/۲۸	۲۷/۲۹		آزمایشی ۱
۴/۵۰	۲۹/۶۶	۲/۵۱	۲۵/۵	سلامت	آزمایشی ۲
۲/۶۸	۲۸/۸	۷/۲۳	۲۷/۶	محیط	آزمایشی ۳
۹/۶۴	۲۸	۵/۲۴	۲۷/۱۴		گواه

جدول ۳ تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی را نشان می‌دهد.



جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی

شاخصهای آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
منبع تغییرات							
پیش‌آزمون	۲۳۴۱/۰۵	۱	۲۳۴۱/۰۵	۱۸/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۸
سطح تحصیلات	۱۰۲/۶۷	۱	۱۰۲/۶۷	۰/۸۱	۰/۳۷۸	۰/۰۴	۰/۱۴
عضویت گروهی	۵۶۷/۱۳	۳	۱۸۹/۰۴	۱/۵۰	۰/۲۴۷	۰/۱۹	۰/۳۳

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمرات باقی‌مانده کیفیت زندگی مجموع چهار گروه در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار نیست ( $P=0/247$ ). میزان تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی ۰/۱۹ بود؛ یعنی ۱۹ درصد واریانس نمرات کیفیت زندگی مربوط به عضویت گروهی است. در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی LSD مربوط به معنی‌داری تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه‌های مورد بررسی آمده است.

نتایج جدول ۴- آزمون تعقیبی LSD مربوط به معنی‌داری تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه‌های مورد بررسی

گروه‌های مورد مقایسه	شاخصهای آماری	تفاوت میانگینها	خطای استاندارد میانگین	سطح معنی داری
آموزش گروهی عزت نفس و گواه		۵/۵۲	۶/۲۲	۰/۱۹۳
آموزش گروهی خودکارآمدی و گواه		۱۱/۵۶	۶/۴۰	۰/۰۴۳
آموزش گروهی انگیزش پیشرفت و گواه		۱۱/۷۴	۶/۷۰	۰/۰۴۸
آموزش گروهی عزت نفس و آموزش گروهی خودکارآمدی		-۶/۰۴	۶/۳۹	۰/۳۵۶
آموزش گروهی عزت نفس و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت		-۶/۲۲	۶/۶۰	۰/۳۵۸
آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت		-۰/۱۷	۶/۸۶	۰/۹۸۰

نتایج جدول ۴ نشان دهنده اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت و عدم تأثیر آموزش گروهی عزت نفس بر نمره کل کیفیت زندگی است (به ترتیب  $P=0/043$ ،  $P=0/048$  و  $P=0/193$ )؛ بنابراین فرضیه اول و دوم مبنی بر تأثیر آموزش گروهی انگیزش پیشرفت و آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی تأیید می‌شود، اما فرضیه سوم مبنی بر تأثیر آموزش گروهی انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی رد می‌شود.

نتایج این جدول همچنین نشان می‌دهد که اثر بخشی این سه نوع آموزش گروهی بر نمره کل کیفیت زندگی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارد؛ بنابراین فرضیه چهارم مبنی بر تفاوت میزان اثربخشی آموزش گروهی عزت نفس، آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت، بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی نیز رد می‌شود.

جدول ۵ تأثیر عضویت گروهی بر حیطه‌های کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی را نشان می‌دهد.

جدول ۵- تأثیر عضویت گروهی بر حیطه‌های کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی

منبع تغییرات	شاخصهای آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	سلامت جسمانی	۱۹۳/۳۴	۱	۱۹۳/۳۴	۱۱/۴۴	۰/۰۰۳	۰/۳۸	۰/۸۹
	سلامت روانی	۴۱۶/۰۶	۱	۴۱۶/۰۶	۲۱/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹
	سلامت محیط	۳۶۴/۰۷	۱	۳۶۴/۰۷	۱۹/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
سطح تحصیلات	سلامت جسمانی	۰/۰۳۱	۱	۰/۰۳۱	۰/۰۰۲	۰/۹۶۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵
	سلامت روانی	۱۶۱/۳۶	۱	۱۶۱/۳۶	۸/۴۴	۰/۰۰۹	۰/۳۱	۰/۷۹
	سلامت محیط	۴۴/۵۹	۱	۴۴/۵۹	۲/۳۶	۰/۱۴۱	۰/۱۱	۰/۳۱
عضویت گروهی	سلامت جسمانی	۵۷/۵۹	۳	۱۹/۲۰	۱/۱۴	۰/۳۶	۰/۱۵	۰/۲۶
	سلامت روانی	۱۷۴/۰۱	۳	۵۸	۳/۰۴	۰/۰۵۴	۰/۳۲	۰/۶۲
	سلامت محیط	۳۴/۰۴	۳	۱۱/۳۵	۰/۶۰	۰/۶۲۳	۰/۰۹	۰/۱۵

جسمی، سلامت روانی و سلامت محیط مجموع چهارگروه بایکدیگر، معنی دار نیست.

در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی LSD مربوط به معنی داری تفاوت میانگین نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی گروههای مورد بررسی، آمده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمرات باقی‌مانده سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت محیط مجموع چهار گروه در مرحله پس‌آزمون معنی دار نیست (به ترتیب  $P=0/36$ ،  $P=0/054$  و  $P=0/623$ ). یعنی پس از حذف تأثیر متغیرهای مداخله‌گر، تفاوت بین نمرات سلامت

جدول ۶- آزمون تعقیبی LSD مربوط به معنی داری تفاوت میانگین نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی گروههای مورد بررسی

گروههای مورد مقایسه	شاخصهای آماری	تفاوت میانگینها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
آموزش گروهی	سلامت جسمانی	-۰/۸۱	۲/۲۷	۰/۳۶۲
عزت نفس و گواه	سلامت روانی	۶/۱۲	۲/۵۴	۰/۰۱۳
آموزش گروهی	سلامت محیط	۱/۳۸	۲/۴۰	۰/۲۸۶
خودکارآمدی و گواه	سلامت جسمانی	۳/۲۸	۲/۳۴	۰/۰۸۸
آموزش گروهی	سلامت روانی	۷/۳۰	۲/۵۹	۰/۰۰۵
انگیزش پیشرفت و گواه	سلامت محیط	۳/۲۵	۲/۴۴	۰/۰۹۹
آموزش گروهی	سلامت جسمانی	۱/۲۳	۲/۴۵	۰/۳۱۱
خودکارآمدی	سلامت روانی	۴/۵۵	۲/۶۲	۰/۰۴۹
آموزش گروهی عزت نفس و آموزش گروهی	سلامت محیط	۱/۰۸	۲/۵۴	۰/۳۴۹
خودکارآمدی	سلامت جسمانی	-۴/۰۹	۲/۳۵	۰/۰۹۸
آموزش گروهی عزت نفس و آموزش گروهی	سلامت روانی	-۱/۱۸	۲/۴۷	۰/۶۳۸
انگیزش پیشرفت	سلامت محیط	-۱/۸۷	۲/۴۸	۰/۴۶۰
آموزش گروهی عزت نفس و آموزش گروهی	سلامت جسمانی	-۲/۰۴	۲/۴۲	۰/۴۱۰
خودکارآمدی	سلامت روانی	۱/۵۸	۲/۶۱	۰/۵۵۳
آموزش گروهی عزت نفس و آموزش گروهی	سلامت محیط	۰/۲۹	۲/۵۵	۰/۹۱۰
خودکارآمدی و آموزش گروهی	سلامت جسمانی	۲/۰۵	۲/۵۱	۰/۴۲
انگیزش پیشرفت	سلامت روانی	۲/۷۶	۲/۷۱	۰/۳۲۲
آموزش گروهی عزت نفس و آموزش گروهی	سلامت محیط	۲/۱۶	۲/۶۷	۰/۴۲۹

نتایج این تحقیق با نتایج پژوهش هیوجس و همکاران (۲۰۰۳) و لیو و همکاران (۲۰۰۱)، همخوانی دارد. اثربخشی آموزش گروهی عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی، این فرض نظریه کیفیت زندگی را که از جمله ویژگیهای شخصیتی آسیب پذیرساز و مستعدکننده نارضایتی از زندگی، عزت نفس و خودکارآمدی پایین (فریسچ، ۲۰۰۶) و احساس پسر رفت کردن یا درجا زدن در حیطه‌های ارزشمند زندگی (فریسچ، ۲۰۰۶) است، و نیز اعتقاد نظریه پردازانی چون البرجت و دولیگر (۱۹۹۸) مبنی بر این که احساس داشتن کنترل بر بدن، ذهن و زندگی، و رویکرد "من می‌توانم" در زندگی مهم‌ترین عوامل در افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی هستند را تأیید می‌کند.

به نظر می‌رسد که مباحث، فنون و تکالیف خانگی مطرح‌شده در برنامه‌های آموزش گروهی عزت نفس، آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت و بحث گروهی در مورد آنها، زمینه را برای تقویت احساس داشتن کنترل بر بدن، ذهن و زندگی و رویکرد "من می‌توانم" در زنان مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی آنها، فراهم کرده است. کیفیت زندگی درمانی بر اساس شیوه سازنده، مفهوم‌سازی می‌شود؛ شیوه سازنده از طریق کمک به افراد در جهت دستیابی به طرح‌واره‌های خود مثبت تر و سازنده تر که لازمه افزایش فعالیت‌های بارآور هستند و منابع حیاتی فرد را افزایش می‌دهند، مبنایی شناختی برای زندگی سالم، پیشرفت، زندگی خلاق و مستقل، مقاومت نشان دادن، خوش‌بینی و احساس تسلط، فراهم می‌کند (فریسچ، ۲۰۰۶).

در تبیین نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش‌های گروهی عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی و عدم اثر بخشی آنها بر حیطه‌های سلامت جسمانی و

نتایج جدول ۶ نشان دهنده اثر بخشی آموزش گروهی عزت نفس، آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت بر حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی است (به ترتیب  $P=0/013$ ،  $P=0/005$  و  $P=0/049$ )؛ نتایج این جدول همچنین نشان می‌دهد که اثر بخشی این سه نوع آموزش گروهی بر حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی با یکدیگر، تفاوت معنی‌داری ندارد.

علاوه بر این نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمرات باقی‌مانده حیطه‌های سلامت جسمانی و سلامت محیط گروه‌های آموزش گروهی عزت نفس، آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون، معنی‌دار نیست (در مورد حیطه سلامت جسمانی به ترتیب  $P=0/362$ ،  $P=0/088$  و  $P=0/311$  و در مورد حیطه سلامت محیط به ترتیب  $P=0/286$ ،  $P=0/099$  و  $P=0/349$ )؛ ضمن اینکه اثر بخشی سه نوع آموزش گروهی بر حیطه‌های سلامت جسمانی و سلامت محیط نیز با یکدیگر، تفاوت معنی‌داری نداشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این تحقیق حاکی از اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت و عدم اثربخشی آموزش گروهی عزت نفس بر نمره کل کیفیت زندگی است؛ ضمن اینکه اثر بخشی سه نوع آموزش گروهی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت. یافته‌های این تحقیق همچنین نشان دهنده اثر بخشی آموزش گروهی عزت نفس، آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت بر حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی و عدم وجود تفاوت معنی‌دار در اثربخشی آنها بود. اما هیچ‌یک از آموزش‌ها بر حیطه‌های سلامت جسمانی و سلامت محیط کیفیت زندگی تأثیر معنی‌داری نداشتند.

دریافت خود را امکان‌پذیر سازد (هارتر، ۱۹۸۳، ۱۹۸۶، ۱۹۸۸ الف و ب، ۱۹۹۹، به نقل از احمدی و همکاران، ۱۳۸۳). پذیرش خود و رضایت از خود با رضایت و شادی در زندگی کلی، رابطه‌ی نزدیکی دارد (فریسیچ، ۲۰۰۶).

در مورد اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی می‌توان گفت، مهم‌ترین منبع داوری در مورد کارآمدی، موفقیت عملکرد است. تجربه‌های موفق قبلی، نشانه‌های مستقیمی در مورد سطح تسلط و شایستگی فرد فراهم می‌کنند. این تجربه‌ها قابلیت‌های فرد را نشان می‌دهند و خودکارآمدی او را تقویت می‌کنند (شولتس و شولتس، ۱۳۸۱). حرکت در مسیر موفقیت به فرد کمک می‌کند تا از طریق کسب شایستگی در جنبه‌های مهم زندگی و برنامه‌ریزی برای موفقیت در این حیطه‌ها از طریق تکالیف خانگی مرتبط با زندگی واقعی، بر احساس شکست و روحیه ضعیف خود، فائق آید (فرانک و فرانک، ۱۹۹۳ و فریسیچ، ۲۰۰۶).

به اعتقاد بندورا تجربه‌های جانشینی یعنی دیدن افراد دیگری که موفقیت‌آمیز عمل می‌کنند، نیز خودکارآمدی را تقویت می‌کند؛ مخصوصاً اگر این افراد از لحاظ تواناییها مشابه خود فرد، تلقی شوند. در واقع فرد می‌گوید "اگر آنها می‌توانند این کار را انجام دهند، پس من هم می‌توانم". بنابراین الگوهای موفق، تأثیر مهمی بر احساس کفایت و شایستگی فرد دارند. این الگوها همچنین راهبردها و روشهای مناسبی برای برخورد با موقعیتهای دشوار به شخص نشان می‌دهند (شولتس و شولتس، ۱۳۸۱). قانع‌سازی کلامی یعنی اینکه به افراد گفته شود آنها توانایی رسیدن به هر چیزی را که می‌خواهند به آن برسند، دارند، هم می‌تواند خودکارآمدی را افزایش دهد. البته برای اینکه قانع‌سازی کلامی مؤثر واقع شود، باید واقع بینانه باشد (شولتس و شولتس، ۱۳۸۱). اطلاعات مربوط به انگیزتگی فیزیولوژیکی و هیجانی نیز به صورت

سلامت محیط، می‌توان گفت این افکار، باورها و احساسات فرد است که تحت اراده‌ی اوست و می‌تواند از مداخلات روان‌شناختی تأثیر بپذیرد، اما سلامت جسمانی و به ویژه سلامت محیط، علاوه بر عوامل روان‌شناختی، از بسیاری از عوامل دیگر نیز تأثیر می‌پذیرند که بسیاری از آنها خارج از اراده فردی اشخاص است یا از آن تأثیر کمی می‌پذیرد. آموزش گروهی عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت، احتمالاً طرز فکر و باور و احساس آزمودنیها را تغییر داده‌اند، اما سلامت جسمانی و امکانات محیطی آنها واقعیت‌های عینی هستند که این آزمودنیها با توجه به شرایط جسمی دشوار خود، صرف نظر از میزان عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت، کنترل کمی بر آن دارند. نتایج پژوهش بوسول و همکاران (۱۹۹۸) نشان می‌دهد که از نظر مبتلایان به آسیب نخاعی سه حیطه مهم زندگی یعنی نگرش به زندگی، فرصت برای کار و سطح منابع در دسترس، از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنهاست. طبیعتاً در این پژوهش، آموزش‌های گروهی عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر نگرش نسبت به زندگی و احتمالاً تا حدی فرصتهای شغلی مؤثر بوده‌اند و عملاً نمی‌توانسته‌اند بر سطح منابع در دسترس آزمودنیها، تأثیر چندانی داشته باشند؛ بنابراین عدم تأثیر معنی‌دار آموزش گروهی عزت نفس، آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش بر سلامت جسمانی و سلامت محیط، دور از انتظار نیست.

در تبیین اثربخشی آموزش گروهی عزت نفس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی می‌توان گفت فرایند تغییر تجسم‌های غیرواقع‌گرایانه در مورد خود، تعدیل انتظارات از خود، شناسایی نقاط ضعف و قوت و توزیع متعادل سرمایه‌گذاری در مؤلفه‌های متعدد عزت نفس، می‌تواند به عزت نفس متناسب و هماهنگ با خود ادراک شده یا خود واقعی بینجامد و در خدمت هدف سازمان‌دهی، انگیزش و محافظت خود قرار گرفته و سطح متعادل‌تری از

افزایش رضایت از زندگی و در نتیجه کیفیت زندگی مؤثر باشند.

با توجه به اثربخشی آموزش گروهی عزت نفس، آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی و حیطه سلامت روانی آن در زنان مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی، پیشنهاد می‌شود که این برنامه‌های آموزشی در مراکز درمانی و آموزشی ویژه معلولین جسمی کشور مانند اداره بهزیستی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، انجمنها و تشکلهای غیردولتی مخصوص افراد مبتلا به ناتوانی جسمی مانند جامعه معلولین، انجمن مبتلایان به ضایعات نخاعی، انجمن مبتلایان به ام.اس (M.S) و بنیاد شهید و امور ایثارگران، اجرا شود؛ گرچه به علت کم بودن حجم نمونه، تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر افراد مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی باید با احتیاط انجام بگیرد. همچنین تعمیم نتایج این تحقیق به مردان مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی، مستلزم آزمایش اثربخشی آن بر آزمودنیهای مذکر است.

#### یادداشتها

- 1) quality of life
- 2) rehabilitation
- 3) physical disability
- 4) happiness
- 5) muscle dystrophy
- 6) Albrecht and Devlieger
- 7) Coopersmith
- 8) vulnerabilities
- 9) Denny and Frisch
- 10) McCord
- 11) immunities
- 12) Diener et al
- 13) Barlow
- 14) Seligman
- 15) Snyder and Lopez
- 16) Clark and Beck
- 17) multiple schrosis
- 18) Hughes, Nosek, Howland Groff and Mullen
- 19) Eccles et al
- 20) Scultze
- 21) McClelland

مبنایی برای قضاوت درباره توانایی کنارآمدن با مسائل، به کار می‌رود. در مجموع بندورا دریافته است که هرچه سطح انگیزختگی فیزیولوژیکی و هیجانی شخص بالاتر باشد، میزان خود کارآمدی او پایین‌تر است (شولتس و شولتس، ۱۳۸۱).

به نظر می‌رسد که آموزش گروهی خودکارآمدی از طریق تبیین چگونگی تأثیر خودکارآمدی بر شناخت، احساس و عملکرد در جنبه‌های مختلف زندگی، عرضه توصیه‌هایی در مورد رژیم غذایی مناسب، کاهش تنیدگی و برنامه‌های ورزشی، توضیح رابطه آرمش کاربردی با خودکارآمدی و آموزش و تمرین هر یک از مراحل آن، نظر خواهی در مورد اهدافی که اعضا می‌خواهند به آن دست یابند و روشهای رسیدن به آن، اجرای فنونی همچون سخنرانی معلولین موفق در مورد زندگی‌نامه خود، قانع‌سازی کلامی و تکالیف خانگی مختلف مبتنی بر اصول چهارگانه بندورا برای افزایش خودکارآمدی، به تحقق موفقیت عملکرد، جانمایی مشاهده‌ای، قانع‌سازی کلامی و تعدیل برانگیزختگی فیزیولوژیکی کمک می‌کند و زمینه را برای تقویت احساس کنترل داشتن بر بدن، ذهن و زندگی و رویکرد "من می‌توانم" در زنان مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی آنها، فراهم می‌کند.

اثربخشی آموزش گروهی انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی را می‌توان چنین تبیین کرد که مداخله مبتنی بر انگیزش پیشرفت، با کاهش ناهماهنگی میان ادراکهای مبنی بر عدم صلاحیت در یک حیطه و اهمیت موفقیت در آن حیطه، ترغیب ادراکهای نسبتاً واقع‌گرایانه در مورد میزان شایستگی در آن حیطه، تحکیم نظام باور فرد با توجه به تواناییهای بالقوه در آن حیطه و تقویت دریافتهای نسبتاً واقع‌گرایانه از موفقیت و شکست، انگیزش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. الیوت و چرچ، (۱۹۹۷). به نظر می‌رسد که همه این سازوکارها، در

منابع

موسوی، بتول، منتظری، علی و سروش، محمدرضا. (۱۳۸۶). «کیفیت زندگی جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی». فصلنامه پایش، ۷، ۱، ۷۵-۸۱.

نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نائینی، کوروش، محمد، کاظم و مجدزاده، رضا. (۱۳۸۵). «استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی». مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۴، ۴، ۱۲-۱.

نجات، سحرناز، منتظری، علی، محمد، کاظم، هلاکویی نائینی، کوروش، مجدزاده، سیدرضا، نبوی، نازنین سادات، نجات، فرهاد و نبوی، سیدمسعود. (۱۳۸۵). «کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تهران در مقایسه با جمعیت سالم شهر تهران». اپیدمیولوژی ایران، ۴، ۱، ۱۹-۲۴.

احمدی، مهرناز، منصور، محمود، فتحی آشتیانی، علی و رسول زاده طباطبایی، کاظم. (۱۳۸۳). «اثر بخشی آموزش انگیزش پیشرفت و تمرین حرمت خود بر تحول نظام خود در دو سطح تحول شناختی عینی و انتزاعی». مجله روان‌شناسی، سال هشتم، شماره ۴، ۳۳۷-۳۵۹.

اسماعیلی، مریم، عالیخانی، مریم، غلام عراقی، معصومه و حسینی، فاطمه. (۱۳۸۴). «کیفیت زندگی و ارتباط آن با خود کارآمدی در بیماران تحت همودیالیز». فصلنامه پرستاری ایران، ۱۸، (۴۲-۴۱)، ۷۷-۸۴.

شاهنده، هانیه. (۱۳۸۲). بررسی کیفیت زندگی معلولین ضایعه نخاعی عضو انجمن ضایعات نخاعی تهران در سال ۸۱-۸۲. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of Control*. New York: Freeman.

Bee, H.L. (2000). *The Developing Child*. 9th ed. Boston: Allyn & Bacon.

Bent, N., Jones, A., Molloy, I., Chamberlain, A., and Tennant, A. (2001). Factors determining participation in young adults with a physical disability: a pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 15, 552-561.

Bonomi, A.E., Patrick, D.L., Bushnell, D.M., and Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 1, 19-23.

Boscell, B.B., Dawson, M., and Heinger, E. (1998). Quality of life as defined by adults with spinal cord injuries. *The Journal of Rehabilitation*, 64 (1), 27-32.

Chubon, R.A., and Clayton, K.S. (1995). An exploratory study comparing the quality of life South Carolinians with mental retardation and spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 39, 107-118.

Elliot, A. J., and Church, M. (1997). A hierarchical model of approach and avoidance achievement motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1, 218-232.

Frank, J.D., and Frank, J.B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

شماعی زاده، مرضیه. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر مشاوره شغلی به شیوه شناختی-اجتماعی بر افزایش خودکارآمدی کارآفرینی دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره. اصفهان: دانشگاه اصفهان.

شولتس، دوان و شولتس، سیدنی ال. (۱۳۸۱). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: مؤسسه نشر ویرایش.

صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۷۹). «چگونه عزت نفس در کودکان و نوجوانان دارای نیازهای ویژه را افزایش دهیم؟» طب و ترکیه، ۳۸، ۷۰-۶۴.

غلامی رنانی، فاطمه، کجباف، محمدباقر، نشاط دوست، محمد طاهر و مرادی، اعظم. (۱۳۸۶). «اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کاهش هراس اجتماعی». مجله روان‌شناسی، سال یازدهم، شماره ۲، ۲۱۶-۲۳۲.

کوپر اسمیت، اس. (۱۳۷۱). فهرست عزت نفس. ترجمه پریخ دادستان.

- Frisch, M.B. (2006). *Quality of life of therapy: Applying life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Frisch, M.B. (1992). Use of the quality of life inventory in problem assessment and treatment planning for cognitive therapy of depression. In A. Freeman and F. Dattiliot (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 27-52). New York: Plenum Press.
- Gagnon, L. (1990). Quality of life in paraplegics and quadriplegics: analysis of self-esteem. *Canadian Journal of Nursing Research*, 22, 1, 6-20.
- Hampton, N.Z. and Marshall, A. (2000). Culture, Gender, self-efficacy, and life satisfaction between Americans and Chinese people with spinal cord injuries. *Journal of Rehabilitation*, 66, 3, 21-28.
- Hampton, N.Z. (2000). Self-efficacy and quality of life in people with spinal cord injuries in China. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43, 2.
- Hughes, R.B., Nosek, M.A., Howland, C.A., Groff, J.Y., and Mullen, P.D. (2003). Health Promotion for women with physical disabilities: A pilot study. *Rehabilitation Psychology*, 48, 3, 182-188.
- Joekes, K., van Eldern, T., and Schreurs, K. (2007). Self-efficacy and overprotection are related to quality of life, psychological well-being and self-management in cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 12, 1, 4-16.
- Judge, T.A., Locke, E.A., and Durham, C.C. (1997). The dispositional causes of job satisfaction: A core evaluations approach. *Research in Organizational Behavior*, 19, 151-188.
- Kermode, S., and Maclin, D. (2001). A study of the relationship between quality of life, health and self-esteem. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 19, 2, 33-40.
- Kinney, W.B., and Coyle, C.P. (1992). Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 9, 863-869.
- Krause, J.S., and Dawis, R. (1992). Prediction of life satisfaction after spinal cord injury: A four-year longitudinal approach. *Rehabilitation Psychology*, 37, 49-59.
- Kuijer, R.G., and Ridder, D.T. (2003). Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: the role of self-efficacy. *Psychology and Health*, 3, 313-330.
- Lee, M. (1994). *Change in personality*. Translated by: Mansour M. Tehran: Tehran University Press.
- Lev, E.L., Daley, K.M., Conner, N.E., Reith, M., Fernandes, C., and Owen, S.V. (2001). An intervention to increase quality of self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *School Nursing Practice*, 15, 3, 277-294.
- Lopez, S.J., and Snyder, C.R. (2003). *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lucas, R.E. (2007). Long-Term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 4, 717-730.
- May, L., and Warren, S. (2002). Measuring quality of life in persons with spinal cord injury: external and structural validity. *Spinal Cord*, 40, 341-350.
- Marks, P. (2001). Efficacy and its utility in arthritis rehabilitation: Review and recommendations. *Disability and Rehabilitation*, 23, 7, 271-280.
- Motl, R.W., and Snook, E.M. (2008). Physical activity, self-efficacy and quality of life in multiple sclerosis. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 1, 111-115.
- Naterland, B. (2001). Living with Muscular dystrophy: Illness experience, Activities of daily living, coping, Quality of life and Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 157.
- Naterland, B., Gunnarsson, L.G., and Ahlstrom, G. (2000). Disability, coping and quality of life in individuals with Muscular dystrophy: A prospective study over five years. *Disability and Rehabilitation*, 22, 17, 776-785.
- Nosek, M.A., Hughes, R.B., Swdiund, N., Taylor, H.B., and Swank, P. (2003). Self-esteem and women with disabilities. *Social Science and Medicine*, 56, 8, 1737-1747.
- Orbell, S., Johnston, M., Rowley, D.M., Davey, P., and Espley, A. (2001). Self-efficacy and goal importance in the prediction of physical disability in people following hospitalization: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 6, 25-40.
- Pajares, F. (1997). Current disorder in self-efficacy research. In M. Maehr and P.R. Pintrich (Eds.), *Advances in Motivation and Achievement*, 10, 1-49. Greenwich, CT: JAI Press.
- Phillips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. London and New York. Rutledge.
- Roessler, R.T. (1990). A quality of life perspective on Rehabilitation Counseling. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 34, 2, 82-91.
- Trieschmann, R.B. (1988). *Spinal cord injuries: Psychological, social and vocational rehabilitation (2<sup>nd</sup> ed.)*. New York: Demos.

Tsay, S.L., and Healstead, M.(2002).Self-care, self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*,39,3,245-247.

Weare,K.(2000). *Promoting mental and social health: a whole school approach*. London: Routledge.

Whiteneck,G.G.(1993).Changing attitudes toward life. In G.G. Whiteneck and R.Menter, *Aging with spinal cord injury*.211-218. New York: Demos.

Wiegandm,DM., and Geller,ES.(2004).Connecting positive psychology and organizational behavior management: Achievement motivation and the power of positive reinforcement. *Journal of Organizational Behavior Management*,24 (1-2),3-25.

