

# سهم خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت در پیش بینی کیفیت زندگی معلولین جسمی

صغری طاهری<sup>۱</sup>، اعظم مرادی<sup>۲</sup>، سحر پژوهش<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۱۸

## چکیده

هدف این تحقیق تعیین سهم هریک از متغیرهای خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت در پیش بینی کیفیت زندگی معلولین جسمی شهرکرد بود. نمونه پژوهش عبارت بود از ۷۰ نفر از معلولین جسمی که در بهار ۱۳۹۰ به موسسات ویژه معلولین جسمی شهرستان شهرکرد (جامعه معلولین، مرکز توانبخشی ۱۲ آذر، مرکز کارآفرین، باشگاه ورزشی انقلاب و مرکز توانبخشی پرنیان سامان) مراجعه کرده بودند. برای ارزیابی کیفیت زندگی، خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت آزمودنی‌ها به ترتیب از فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)، مقیاس خودکارآمدی شوارتزر و جروسالم، مقیاس عزت نفس روزنبرگ و پرسشنامه انگیزش پیشرفت هرمنس استفاده شد. برای سنجش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی یک پرسشنامه محقق ساخته به کار برده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که خودکارآمدی می‌تواند کیفیت زندگی معلولین جسمی را به طور معنی داری پیش بینی کند ( $P=0/002$ )، اما افزودن هر یک از متغیرهای عزت نفس و انگیزش پیشرفت به متغیر خودکارآمدی نمی‌تواند قدرت پیش بینی کیفیت زندگی آزمودنی‌ها را به طور معنی داری افزایش دهد. متغیر خودکارآمدی نقش مهمی در تبیین کیفیت زندگی معلولین جسمی دارد. بنابراین با توجه به یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های مبتنی بر آموزش خودکارآمدی در مراکز درمانی و آموزشی ویژه معلولین جسمی اجرا گردد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، خودکارآمدی، عزت نفس، انگیزش پیشرفت، معلولین جسمی، شهرکرد

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

ghasedakpaez66@gmail.com

۲. استادیار روان‌شناسی، بخش علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)

am902801@gmail.com

۳. کارشناس روان‌شناسی، بخش علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور hayahoo1390@gmail.com

سازمان بهداشت جهانی «سلامتی»<sup>۱</sup> را حالتی می‌داند که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او هیچ نشانه‌ای از بیماری و روان رنجوری مشاهده نمی‌شود. این تعریف به این معنی است که در ارزیابی سلامتی، نباید تنها به شاخص‌های سنتی سلامتی یعنی نرخ «مرگ و میر»<sup>۲</sup> و «ابتلای به بیماری»<sup>۳</sup> توجه نمود، بلکه باید کیفیت زندگی افراد را نیز در نظر گرفت (ساکسانا و اوکانل،<sup>۴</sup> ۲۰۰۲).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی<sup>۵</sup>، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی بر اساس فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های آنان است. بنابراین، کیفیت زندگی موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک فرد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (بنومی، پاتریک و بوشنل و مارتین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰؛ گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶). در این تعریف کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تأثیر می‌پذیرد و بر برداشت فرد مبتنی است. در واقع کیفیت زندگی گستره‌ای است دربرگیرنده ابعاد عینی و ذهنی که با یکدیگر تعامل دارند. از سوی دیگر کیفیت زندگی مفهومی پویاست، زیرا ارزش‌ها و خود ارزیابی‌ها ممکن است در طول زمان در واکنش به رویدادها و تجارب زندگی و وضعیت سلامتی دگرگون شوند (نوا چک و تایلور<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲).

امروزه توجه به کیفیت زندگی<sup>۹</sup> به عنوان هدف نهایی توانبخشی<sup>۱۰</sup> در معلولین جسمی<sup>۱۱</sup> جسمی<sup>۱۱</sup> به طور گسترده مورد پذیرش متخصصین حیطه توانبخشی قرار گرفته است (نقل از

1. health
2. mortality
3. morbidity
4. Saxena and Oconnell
5. World Health Organization Quality of life group(WHOQOL)
6. Bonomi., Patrick, Bushnell, and Martin
7. WHO Quality of life Group
8. Newa Chek and Taylor
9. quality of life
10. rehabilitation
11. person with physical disability

همپتون و مارشال<sup>۱</sup>، (۲۰۰۰). از طرف دیگر، بیشتر تحقیقات حاکی از این است که کیفیت زندگی معلولین جسمی در مقایسه با جمعیت عادی پایین‌تر است. برای مثال نتایج پژوهش گسترده لوکاس<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) نشان داد که معلولیت جسمی باعث می‌شود شادی<sup>۳</sup> که یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی است، به طور متوسط تا شدید کاهش یابد. بنت، جونز، ملوی، چامبرلین و تنانت<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) در پژوهشی دریافتند که میزان کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به معلولیت جسمی-حرکتی پایین‌تر از هم‌تا‌های عادی آنان است. ناترلوند، گانارسون و اهلسترام<sup>۵</sup> (۲۰۰۰) نیز در تحقیق خود به نتایج مشابهی در مورد کیفیت زندگی افراد دارای آتروفی عضلانی<sup>۶</sup> دست یافته‌اند. نتایج تحقیق موسوی، منتظری و سروش (۱۳۸۶) نشان داد که کیفیت زندگی زنان جانباز دارای به ضایعه نخاعی در حیطه‌های عملکرد جسمی، 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 با آسیب نخاعی در حیطه‌های اشتغال، وضعیت اقتصادی، سلامت جسمی و آسایش روانی پایین‌تر از سایر حیطه‌هاست.

عوامل متعددی بر کیفیت زندگی معلولین جسمی تأثیر دارند. به اعتقاد البرچت و دولیگر<sup>۷</sup> (۱۹۹۸)، به نقل از فیلیس<sup>۸</sup>، (۲۰۰۶) عوامل کلیدی که در افزایش کیفیت زندگی معلولین جسمی نقش دارند عبارتند از: احساس داشتن کنترل بر بدن، ذهن و زندگی و رویکرد "من می‌توانم" به زندگی. بوسکل، داوسون و هینینگر<sup>۹</sup> (۱۹۹۸) در یک پژوهش 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 دارای آسیب نخاعی هستند. به نظر می‌رسد از جمله سازه‌هایی که منعکس‌کننده احساس کنترل داشتن بر

1. Hampton and Marshall
2. Lucas
3. happiness
4. Bent, Jons, Molloy, Chamberlain and Tennant
5. Gunnarsson and Ahlstrom
6. muscle dystrophy
7. Albrecht and Devlieger
8. Phillips
9. Boscell, Dawson and Heining

بدن، ذهن و زندگی و رویکرد "من می توانم" به زندگی است و در کیفیت زندگی معلولین جسمی-حرکتی نقش بسزایی دارد، خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت است. نظریه کیفیت زندگی در بردارنده ویژگی های مستعد کننده یا متغیرهای واسطه ای است (دنی و فریسیچ<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱؛ فریسیچ و مک کرد<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷) که می توانند احتمال ناشاد بودن و رضایت پایین (یا عدم رضایت) از زندگی را افزایش دهند. عوامل "آسیب پذیر ساز" که در نظریه کیفیت زندگی مطرح شده توسط تحقیقات تأیید شده است (برای مثال دینر و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ بارلو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ سلیگمن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ اسنایدر و لویز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ کلارک و بک<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹، به نقل از فریسیچ، ۲۰۰۶) و عبارتند از: مهارت های مقابله ای، مهارت های حل مسأله و یا مهارت های اجتماعی نابسند در رابطه با حیطه های ارزشمند زندگی، بعضی سبک های شناختی تعمیم یافته یا ویژگی های شخصیتی، آسیب پذیری های زیستی (ارثی)، فقدان حمایت اجتماعی به ویژه دوست نزدیک یا قابل اعتماد، تجربه فقدان در دوران اولیه زندگی، تجربه وقایع غیر قابل کنترل و وقایع غیر قابل پیش بینی، تجارب مربوط به فرزند پروری نامطلوب والدین و نادر بودن وقایع خوشایند. عوامل محافظت کننده یا "ایمن سازها" در برابر عدم رضایت، به سادگی شامل عوامل متضاد با آسیب پذیر سازها یا عوامل خطر هستند (فریسیچ، ۲۰۰۶).

در نظریه کیفیت زندگی از جمله ویژگی های شخصیتی مستعد کننده نارضایتی از زندگی، عزت نفس و خودکارآمدی پایین (فریسیچ، ۲۰۰۶) و احساس پسرفت کردن یا درجا زدن در حیطه های ارزشمند زندگی (فریسیچ، ۲۰۰۶) است. بندورا<sup>۸</sup> (۱۹۹۷) خودکارآمدی را باور راسخ فرد مبنی بر این که می تواند یک رفتار ویژه ضروری برای دستیابی به نتیجه مورد نظر را با موفقیت انجام دهد، تعریف می کند.

- 
1. Denny and Frisch
  2. McCord
  3. Diener et al
  4. Barlow
  5. Seligman
  6. Snyder and Lopez
  7. Clark and Beck
  8. Bandura

محققان متعددی دریافته‌اند که خودکارآمدی با دامنه گسترده‌ای از مسائل بالینی از جمله هراس‌ها، وابستگی به مواد، افسردگی، مهارت‌های اجتماعی، جرأت‌مندی، تنیدگی و غیره مربوط است (پاجارس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). جادج، لوک و دورهام<sup>۲</sup> (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، در مقایسه با آنهایی که چنین باوری ندارند، رضایت بیشتری از زندگی دارند. یافته‌های پژوهش بین فرهنگی همپتون و مارشال (۲۰۰۰) حاکی از این است که هم در آمریکا و هم در چین خودکارآمدی دارای آسیب نخاعی با رضایت آن‌ها از زندگی رابطه دارد. نتایج پژوهش بنت و همکاران (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های شرکت افراد با ناتوانی‌های جسمی و پیچیده در فعالیت‌های مختلف، درد و خودکارآمدی است. نتایج تحقیق تسای و هیلستید<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) نیز نشان داد که بعد از کنترل تأثیر سن، خودکارآمدی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی است. یافته‌های پژوهش میدلتون، تران و کراینگک<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) حاکی از این است که در افراد با آسیب نخاعی استرالیا خودکارآمدی پایین و شدت درد، کیفیت زندگی را در همه حیطه‌های مختلف SF-36 کاهش می‌دهد. نتایج تحلیل مسیر موتی و اسنوک<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) هم نشان می‌دهد که در افراد دارای مولتیپل اسکلروز<sup>۶</sup> خودکارآمدی بیشتر برای عملکرد و کنترل، با کیفیت زندگی بیشتر ارتباط دارد. یافته‌های پژوهش اسماعیلی، عالیخانی، غلام عراقی و حسینی (۱۳۸۴) نیز حاکی از این است که خودکارآمدی افراد دارای آسیب نخاعی با کیفیت زندگی آن‌ها رابطه دارد. اما یافته‌های تحلیل مسیر مرادی (۱۳۸۹) حاکی از این است که خودکارآمدی با وجود بزرگ بودن نسبی ضریب مسیر آن بر کیفیت زندگی زنان جوان دارای معلولیت جسمی - حرکتی تأثیر مستقیم ندارد.

1. Pajares
2. Judge, Locke and Durham
3. Tsay and Healstead
4. Middleton, Tran and Craig
5. Motl and Snook
6. multiple sclerosis

عزت نفس درجه ارزشی است که یک فرد به خودش نسبت می‌دهد (ویر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). عزت نفس از مهم‌ترین جنبه‌های شخصیت و تعیین کننده 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<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴). نتایج پژوهش گاگنون<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) نشان داد که عزت نفس شاخص مثبتی برای پیش بینی کیفیت زندگی افراد دارای فلج نیمه بالای بدن و فلج چهار دست و پا است. نتایج یکی دیگر از تحقیقات گاگنون (۱۹۹۶) حاکی از این است که عزت نفس فعلی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی افراد دارای فلج اندام فوقانی یا تحتانی یا فلج چهار دست و پا است. یافته‌های تحقیق کینی و کویل<sup>۴</sup> (۱۹۹۲) نشان داد که عزت نفس از جمله عوامل مهم پیش‌بینی کننده رضایت از زندگی در بزرگسالان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی است. نتایج تحقیق می و وارن<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) نیز حاکی از این است که بین عزت نفس و کیفیت زندگی افراد با آسیب نخاعی رابطه وجود دارد. تحلیل مسیر مرادی (۱۳۸۹) هم نشان داد که متغیر عزت نفس بر کیفیت زندگی زنان جوان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی تأثیر مستقیم دارد.

انگیزش پیشرفت به عنوان "کوشش شخصی فرد برای دست یافتن به هدف‌ها در محیط اجتماعی او" تعریف می‌شود (الیوت و چورچ<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷). ویگان و گلر<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) معتقدند که روانشناسی مثبت از نقش تقویت مثبت و از جمله آموزش انگیزش پیشرفت در افزایش کیفیت زندگی غافل شده است. کویجر و ریدر<sup>۸</sup> (۲۰۰۳) در پژوهشی دریافته‌اند که در بیماران دارای آسم، دیابت و سکته قلبی، اختلاف بیشتر بین اهمیت اهداف و قابلیت دسترسی به آنها با سطح پایین تر کیفیت زندگی ارتباط دارد و خودکارآمدی در دستیابی به اهداف مطلوب، این رابطه را تعدیل می‌کند. نتایج تحلیل مسیر مرادی (۱۳۸۹) نیز نشان

1. Weare
2. Lee
3. Gagnon
4. Kinney and Coyle
5. May and Warren
6. Elliot and Church
7. Wiegand and Geller
8. Kuijjer and Ridder

داد که متغیر انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی زنان جوان دارای معلولیت جسمی - حرکتی تأثیر مستقیم دارد.

با توجه به اینکه افزایش کیفیت زندگی در توانبخشی افراد با معلولیت جسمی - حرکتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (به نقل از همپتون و مارشال، ۲۰۰۰) و با عنایت به این که سازه‌های انگیزش پیشرفت، خودکارآمدی و عزت نفس افزون بر تأثیر بر سایر ابعاد زندگی افراد با معلولیت جسمی (نوسک و همکاران، ۲۰۰۳، اوربل، جانستون، رولی، دیوی و اسپلیت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱، مارکس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱ و همپتون، ۲۰۰۰)، براساس پیشینه تحقیق بر کیفیت زندگی این افراد نیز تأثیر دارند، این تحقیق در پی پاسخگویی به این سؤال بود که سهم هر یک از متغیرهای عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت در پیش‌بینی کیفیت زندگی معلولین جسمی چه مقدار است؟ هدف این تعیین سهم هر یک از عوامل عزت - نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت در پیش‌بینی کیفیت زندگی معلولین جسمی بود. برای دستیابی به این هدف فرضیه‌های زیر مورد آزمون قرار گرفت:

- ۱ - متغیر خودکارآمدی می‌تواند میزان کیفیت زندگی معلولین جسمی شهرکرد را پیش‌بینی کند.
- ۲ - افزودن متغیر عزت نفس به متغیر خودکارآمدی قدرت پیش‌بینی کیفیت زندگی معلولین جسمی شهرکرد را افزایش می‌دهد.
- ۳ - افزودن متغیر انگیزش پیشرفت به متغیرهای خودکارآمدی و عزت نفس قدرت پیش‌بینی کیفیت زندگی معلولین جسمی شهرکرد را افزایش می‌دهد.

### روش

جامعه آماری این تحقیق کلیه معلولین جسمی - حرکتی مراجعه کننده به موسسات ویژه معلولین جسمی شهرستان شهرکرد (جامعه معلولین، مرکز توانبخشی ۱۲ آذر، مرکز کارآفرین، باشگاه ورزشی انقلاب و مرکز توانبخشی پرنیان سامان) در بهار ۱۳۹۰ بود که تعداد آن‌ها ۵۸۰ نفر شامل می‌شود. با توجه به محدود بودن تعداد معلولین جسمی -

1. Orbell, Johnston, Rowley, Davey, and Espley  
2. Marks

حرکتی بزرگسال مراجعه کننده به مراکز ویژه معلولین در شهرستان شهرکرد از نمونه گیری در دسترس استفاده شد. تعداد افراد نمونه ۷۰ نفر بود. جدول ۱ فراوانی آزمودنی ها بر حسب سطوح مختلف جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، زمان بروز معلولیت و شدت معلولیت را نشان می دهد.

جدول ۱ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر حسب سطوح مختلف جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، بروز معلولیت و شدت معلولیت

درصد فراوانی	فراوانی	شاخص های آماری	
		سطح متغیر	متغیرها
۵۴/۹	۳۹	دختر	جنسیت
۴۳/۷	۳۱	پسر	
۹/۹	۷	بی سواد	
۱۸/۳	۱۳	پنجم	سطح تحصیلات
۱۵/۵	۱۱	سیکل	
۳۳/۸	۲۴	دیپلم	
۸/۵	۶	فوق دیپلم	
۱۲/۷	۹	لیسانس	
۱۹/۶	۱۴	۱۶-۲۵	سن
۳۰/۸	۲۲	۲۶-۳۵	
۳۰/۸	۲۲	۳۶-۴۵	
۱۴	۱۰	۴۹-۵۵	
۱/۴	۱	۵۶-۶۵	
۱/۴	۱	۶۶-۷۵	وضعیت اقتصادی
۳۶/۶	۲۶	ضعیف	
۵۲/۱	۳۷	متوسط	
۹/۹	۷	خوب	زمان بروز معلولیت
۷۰/۴	۵۰	کودکی	
۱۵/۵	۱۱	نوجوانی	
۱۲/۷	۹	بزرگسالی	شدت معلولیت
۵۶/۳	۴۰	شدید	
۳۸	۲۷	متوسط	
۴/۲	۳	ضعیف	

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که تعداد آزمودنی های دختر بیشتر از تعداد آزمودنی های



پسر، تعداد آزمودنی‌های با سطح تحصیلات دیپلم بیشتر از تعداد آزمودنی‌های با سایر تحصیلات، تعداد آزمودنی‌های ۳۵-۲۶ ساله و ۴۵-۳۶ ساله بیشتر از تعداد آزمودنی‌های با سنین دیگر، تعداد آزمودنی‌های با وضعیت اقتصادی متوسط بیشتر از تعداد آزمودنی‌های با وضعیت اقتصادی ضعیف و خوب، تعداد آزمودنی‌های معلول شده در دوران کودکی بیشتر از تعداد آزمودنی‌های معلول شده در دوران نوجوانی و بزرگسالی و تعداد آزمودنی‌های با معلولیت شدید بیشتر از تعداد آزمودنی‌های با معلولیت خفیف و متوسط بوده است.

در این تحقیق برای ارزیابی وضعیت روانشناختی آزمودنی‌ها از پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی، فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، پرسشنامه خودکارآمدی شوارترز و جروسالم<sup>۲</sup>، پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ<sup>۳</sup> و پرسشنامه انگیزش پیشرفت هرمنس<sup>۴</sup> استفاده شد که در ادامه توصیف می‌شوند.

۱- پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی: پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی شامل سوال‌هایی درباره وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سال تولد و وضعیت اقتصادی (ضعیف، متوسط، خوب) بود.

۲. فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) با ترکیب برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤال‌های نسخه WHOQOL-100 تدوین شده است. تحقیقات نشان داده‌اند که این دو فرم این پرسشنامه با همدیگر همخوانی رضایت بخشی دارند. پرسشنامه WHOQOL-BREF، ۴ حیطه سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد و ۲۶ سؤال دارد (بونومی و همکاران، ۲۰۰۰). این پرسشنامه در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) استانداردسازی شده است. نجات و همکاران روایی محتوا و تشخیصی این پرسشنامه را

- 
1. WHOQOL-BREF
  2. general self-efficacy scale
  3. Rosenberg's self esteem scale
  4. Hermans achievement motivation questionnaire

مطلوب گزارش کرده‌اند و همسانی درونی حیطه های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار ۰/۸۴-۰/۵۲ محاسبه کرده‌اند.

لازم به ذکر است که چون در تحلیل عوامل نجات و همکاران (۱۳۸۵) همبستگی هر ۳ سؤال زیرمقیاس روابط اجتماعی با این زیرمقیاس کمتر از همبستگی آن با سایر زیرمقیاس ها بود و آلفای کرونباخ محاسبه شده برای آن نیز مانند بسیاری از تحقیقات دیگر پایین گزارش شده بود (۰/۵۲ برای بیماران و ۰/۵۵ برای افراد سالم)، و در تحقیق مرادی (۱۳۸۹) نیز همسانی درونی آن ۰/۶۰ محاسبه شد، بنابراین این پرسشنامه دارای ۳ زیرمقیاس (سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت محیط)، در نظر گرفته شد. در تحقیق مرادی (۱۳۸۹) پایایی WHOQOL-BREF با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی زیرمقیاس سلامت جسمی آن ۰/۷۷، پایایی زیرمقیاس سلامت روانی ۰/۸۱ و پایایی زیرمقیاس سلامت محیط ۰/۷۳ محاسبه شد.

۳. مقیاس خودکارآمدی عمومی: مقیاس ۱۰ گویه‌ای خودکارآمدی عمومی در سال (۱۹۸۱) توسط شوارتزر و جروسالم<sup>۱</sup> طراحی شد (به نقل از شوارتزر و جروسالم، ۱۹۹۵). پاسخ دهندگان باید در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (اصلاً درست نیست) تا ۴ (کاملاً درست است) میزان درست بودن هر گویه در مورد خودشان را مشخص کنند (رجبی، ۱۳۸۵).

برای نسخه آلمانی زبان مقیاس خودکارآمدی عمومی، دامنه بالای همسانی درونی (۰/۸۲-۰/۹۳) و پایایی بازآزمایی بالا گزارش شده است (شوارتزر، ۱۹۹۴). پایایی بازآزمایی مقیاس خودکارآمدی عمومی با اجرا بر روی ۵ نمونه مختلف، در فاصله زمانی ۶ ماه ۰/۶۷، در فاصله زمانی یکسال ۰/۵۵ تا ۰/۷۰ و در فاصله زمانی دو سال ۰/۴۷ تا ۰/۶۳ به دست آمده است (به نقل از وو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). روایی همزمان به دست آمده و روایی وابسته به ملاک<sup>۳</sup> برای مقیاس خودکارآمدی عمومی نیز در تحقیقات مختلف مطلوب گزارش شده

1. Schwarzer and Jerusalem

2. Wu

3. Criterion- related validity

است (برای مثال شوآرتزر، اشمیتز و یانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰، شوآرتزر، بابلر، کویاتک، شرودر و زهانگ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷، جروسالم و شوآرتزر، ۱۹۷۹ و رجبی، ۱۳۸۵). در تحقیق مرادی (۱۳۸۹) پایایی مقیاس خودکارآمدی عمومی با اجرا بر روی ۳۰ نفر از اعضای جامعه معلولین شهر اصفهان و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد.

۴. مقیاس عزت نفس روزنبرگ: مقیاس ۱۰ گویه‌ای عزت نفس روزنبرگ که به روش لیکرت نمره‌گذاری می‌شود، یک ابزار بسیار معروف برای ارزیابی جنبه‌های درونی عزت نفس است (نوسک و همکاران، ۲۰۰۳). مقیاس عزت نفس روزنبرگ یک پرسشنامه ساده و کوتاه دارای پایایی (همسانی درونی و بازآزمایی) و روایی (همگرا و واگرا) مناسب است و برای هر گروه سنی با میزان تحصیلات دست کم پنجم ابتدایی قابل اجراست (روزنبرگ، ۱۹۷۹). در مجموع نتایج تحقیقات مختلف (برای مثال؛ وایتساید-منسل و کرویان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ هوجیان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳؛ گرینبرگر، چن، دمیتریوا و فراگیا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳، ویس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲) پایایی و روایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ را مورد تأیید قرار داده‌اند.

نتایج پژوهش اشمیت و آلیک (۲۰۰۵) که بر روی مردم ۵۳ کشور جهان انجام گرفت نشان داد که تقریباً در همه کشورها نمره‌های مقیاس عزت نفس روزنبرگ با نمره‌های روان رنجورخویی و سبک دلبستگی روماتیک رابطه دارد.

این پرسشنامه در ایران توسط شاپوریان و همکاران (۱۹۸۷) و رجبی و بهلول (۱۳۸۶) هنجاریابی شده است. در تحقیق مرادی (۱۳۸۹) پایایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ با اجرا بر روی ۳۰ نفر از اعضای جامعه معلولین شهر اصفهان و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمد.

۵. پرسشنامه انگیزش پیشرفت هرمنس: این پرسشنامه توسط هرمنس (۱۹۷۰) به صورت ۲۹ جمله ناتمام ساخته شده است و به دنبال هر یک از جمله‌های ناتمام، ۳ یا ۴ گزینه ارائه

- 
1. Schwarzer, Schmitts and Tang
  2. Babler, Kwiatek, Schroder and Zhang
  3. Whiteside-Mensell and Corwyn
  4. Hujian
  5. Greenberger, Chen, Dmitrieva and Farruggia
  6. Weiss

شده است که از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم دامنه دارند. گرفتن نمره بالا در این پرسشنامه حاکی از انگیزش پیشرفت بالاست (به نقل از طالب پور، نوری و مولوی، ۱۳۸۱). پایایی به دست آمده برای پرسشنامه انگیزش پیشرفت در تحقیقات مختلف مطلوب گزارش شده است (برای مثال هرمنس، ۱۹۷۰، اسودی، ۱۳۷۹، طالب پور و همکاران، ۱۳۸۱ و شکرکن، برومند نسب، نجاریان و شهنی ییلاق، ۱۳۸۱). افزون بر این هرمنس (۱۹۷۰) پرسشنامه انگیزش پیشرفت را دارای روایی همزمان و روایی محتوای مطلوبی دانسته است (به نقل از طالب پور و همکاران، ۱۳۸۱).

پرسشنامه انگیزش پیشرفت توسط شکرکن و همکاران (۱۳۸۱) به فارسی برگردانده و هنجاریابی شده و یکی از گویه‌های آن حذف شده است. در تحقیق مرادی (۱۳۸۹) پایایی پرسشنامه انگیزش پیشرفت هرمنس با اجرا بر روی ۳۰ نفر از اعضای جامعه معلولین شهر اصفهان و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

بعد از انتخاب نمونه، به هر کدام از مراکز ویژه معلولین جسمی - حرکتی شهرستان شهرکرد (جامعه معلولین شهرستان شهرکرد، مرکز توانبخشی ۱۲ آذر، مرکز کارآفرین، باشگاه ورزشی انقلاب، مرکز توانبخشی پرنیان سامان) مراجعه شد و در تعدادی از آنها که معلولین جسمی حضور داشتند نحوه تکمیل پرسشنامه برای آنها توضیح داده شده و از آنها خواسته شد که صادقانه به سوالهای پرسشنامه پاسخ دهند و به آنها اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنان محرمانه باقی خواهند ماند. در هر کدام از این مراکز (جامعه معلولین شهرستان شهرکرد، مرکز توانبخشی ۱۲ آذر، مرکز کارآفرینی، باشگاه ورزشی انقلاب و مرکز توانبخشی پرنیان سامان) که در چند بار مراجعه پژوهشگر، معلولین جسمی - حرکتی حضور نداشتند، توضیحات یاد شده به مسئولین این مراکز داده شد و از آنها خواسته شد که این پرسشنامه‌ها را به مراجعین خود ارائه نموده و توضیحات و تذکرات لازم را به آنها بدهند. پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط معلولین جسمی - حرکتی تحت پوشش هر مرکز، طی چندین بار مراجعه به تدریج گردآوری شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در قسمت آمار توصیفی از شاخصهایی مانند فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در قسمت آمار استنباطی از روش تحلیل رگرسیون گام به

گام استفاده شد. در تحلیل رگرسیون گام به گام نمره آزمودنی‌ها در پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) به عنوان متغیر ملاک و میانگین نمره‌های آن‌ها در هر یک از سه پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ، پرسشنامه خودکارآمدی شوارتزر و جروسالم و پرسشنامه انگیزش پیشرفت هرمنس، به عنوان متغیرهای پیش‌بینی کننده وارد تحلیل شد. برای آزمون فرضیه‌ها سطح احتمال خطای  $\alpha=0/05$  ملاک قرار داده شد.

### نتایج

در این قسمت ابتدا به شاخصهای آمار توصیفی متغیرهای مورد بررسی اشاره می‌شود و سپس نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام ارائه می‌گردد. جدول ۲ شاخصهای آمار توصیفی نمره‌های کیفیت زندگی، خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت معلولین جسمی را نشان می‌دهد.

جدول ۲ شاخص‌های آمار توصیفی نمرات کیفیت زندگی، خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت معلولین جسمی

شاخص‌های آماری / متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه تغییرات	بیشینه	کمینه	تعداد
کیفیت زندگی	۷۶/۹۳	۱۳/۴۲	۶۳	۱۱۴	۵۱	۷۰
خودکارآمدی	۲۸/۴۴۳	۴/۵۵	۲۳	۳۸	۱۵	۷۰
عزت نفس	۲۷/۳۱	۴/۵۴۸	۱۹	۳۴	۱۵	۷۰
انگیزش پیشرفت	۶۸/۹۷	۷/۰۱۳	۳۱	۸۵	۵۴	۷۰

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های کیفیت زندگی معلولین جسمی ۷۶/۹۳، میانگین نمره‌های عزت نفس آن‌ها ۲۷/۳۱، میانگین نمره‌های خودکارآمدی آن‌ها ۲۸/۴۴۳ و میانگین نمره‌های انگیزش پیشرفتشان ۶۸/۹۷ است.

جدول ۳ شاخصهای آمار توصیفی نمره‌های کیفیت زندگی معلولین جسمی و معنی داری تفاوت آن بر حسب مشخصات مختلف جمعیت شناختی را نشان می‌دهد.

جدول ۳ شاخص‌های آمار توصیفی نمرات کیفیت زندگی معلولین جسمی و معناداری تفاوت آن بر حسب مشخصات مختلف جمعیت شناختی

سطح معناداری	F	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص‌های آماری	
				سطح متغیر	متغیرها
P>۰/۰۵ (NS)	۰/۱۸	۱۴/۵۸	۷۷/۵۴	مونث	جنسیت
		۱۱/۵۶	۷۶/۴	مذکر	
P>۰/۰۵ (NS)	۱/۵۹۶	۱۴/۹۶	۷۰	بی سواد	سطح تحصیلات
		۱۰/۶۹	۷۸/۲۸	پنجم	
		۱۰/۵۲	۷۳/۶۳	سیکل	
		۱۳/۷۱	۷۸/۳	دیپلم	
		۶/۴۳	۷۰/۱۷	کاردانی	
P<۰/۰۵	۳/۴۰۸	۱۱/۳۸	۷۱/۶۹	ضعیف	وضعیت اقتصادی
		۱۴/۲۸	۷۹/۷۸	متوسط	
		۱۰/۷۸	۸۰/۲۸	خوب	
P>۰/۰۵ (NS)	۱/۲۹۳	۱۳/۸	۷۵/۷۸	کودکی	زمان بروز معلولیت
		۱۳/۶۵	۷۶/۷۲	نوجوانی	
		۹/۸۴	۸۳/۵۵	بزرگسالی	
P<۰/۰۵	۳/۱۴۲	۱۲/۸۳	۷۳/۵۵	شدید	شدت معلولیت
		۱۳/۷۵	۸۱/۴۱	متوسط	
		۳/۲۱	۸۱/۶۷	خفیف	

نتایج جدول ۳ حاکی از این است که کیفیت زندگی آزمودنی‌های با وضعیت اقتصادی خوب، متوسط و ضعیف و هم‌منطور کیفیت زندگی آزمودنی‌های با معلولیت خفیف، متوسط و شدید با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند.

جدول ۴ ماتریس همبستگی درونی بین خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت

با کیفیت زندگی معلولین جسمی را نشان می‌دهد.

جدول ۴ ماتریس همبستگی درونی بین خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت با کیفیت زندگی معلولین جسمی

عوامل	عوامل	خودکارآمدی	عزت نفس	انگیزش پیشرفت
عزت نفس		۰/۲۸*		
انگیزش پیشرفت		۰/۴۰*	۰/۳۳*	

\* $\alpha = 0.05$

همان طور که از اطلاعات این ماتریس پیداست بین نمره‌های کیفیت زندگی و نمره‌های خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت معلولین جسمی رابطه معنی داری وجود دارد. افزون بر این متغیرهای خودکارآمدی و عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت، و عزت نفس و انگیزش پیشرفت آن‌ها نیز با یکدیگر رابطه معنی داری دارند. جدول ۵ تحلیل رگرسیون متغیر کیفیت زندگی بر متغیرهای خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت را نشان می‌دهد.

جدول ۵ تحلیل رگرسیون متغیر کیفیت زندگی بر متغیرهای عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت

شاخص‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
خودکارآمدی	رگرسیون	۱۶۶۲/۰۸	۱	۱۶۶۲/۰۸	۱۰/۵۱	$P < 0.05$
	باقیمانده	۱۰۷۶۲/۵۶	۶۸	۱۵۸/۲۷		

\* $\alpha = 0.05$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که خودکارآمدی وارد معادله تحلیل رگرسیون شده است و عزت نفس و انگیزش پیشرفت از معادله حذف شده‌اند. این نتایج نشان می‌دهد که خودکارآمدی می‌تواند کیفیت زندگی معلولین جسمی شهر کرد را به طور معنی داری پیش‌بینی کند ( $P < 0.05$ )، اما افزودن هر یک از متغیرهای عزت نفس و انگیزش پیشرفت به

متغیر خودکارآمدی نمی تواند قدرت پیش بینی کیفیت زندگی این آزمودنی ها را به طور معنی داری افزایش دهد و بنابراین این متغیرها از معادله حذف می شوند.

جدول ۶ ضریب تعیین و خطای استاندارد برآورد تحلیل رگرسیون متغیر کیفیت زندگی بر متغیرهای خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت را نشان می دهد.

جدول ۶ ضریب تعیین و خطای استاندارد برآورد تحلیل رگرسیون متغیر کیفیت زندگی بر متغیر های خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت

خطای استاندارد برآورد	$R^2$	R	شاخص ها متغیر
۱۲/۵۸	۰/۱۳	۰/۳۷	خودکارآمدی

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود وقتی متغیر خودکارآمدی وارد معادله می شود مجذور همبستگی آن ۰/۱۳ است، یعنی در معلولین جسمی ۰/۱۳ واریانس بین نمره های خودکارآمدی و کیفیت زندگی مشترک است یا به سخن دیگر ۱۳ درصد تغییرات در نمره های کیفیت زندگی مربوط به تغییرات در نمره های خودکارآمدی است. جدول ۷ ضریب رگرسیون خام و استاندارد خودکارآمدی و معنی داری آن را نشان می دهد.

جدول ۷ ضریب رگرسیون خام و استاندارد خودکارآمدی و معنی داری آن

معناداری	T	ضریب خام		شاخص ها متغیر
		ضریب استاندارد	خطای استاندارد	
۰/۰۰۲	۳/۲۴	۰/۳۷	۰/۳۳	خودکارآمدی

نتایج جدول ۷ که حاکی از معنی دار بودن ضریب رگرسیون خودکارآمدی است، نشان می دهد که تأثیر خالص خودکارآمدی بر کیفیت زندگی معلولین جسمی نیز معنی دار است.

جدول ۸ ضرایب بتا، مقدار t و معنی داری آن و همبستگی سهمی متغیرهای حذف شده از معادله رگرسیون را نشان می دهد.



جدول ۸ ضرایب بتا، مقدار  $t$  و معناداری آن و همبستگی سهمی متغیرهای حذف شده از معادله رگرسیون

متغیرها	شاخص‌ها	ضریب بتا	$t$	سطح معناداری	همبستگی سهمی
عزت نفس		۰/۱۵	۱/۳۲	۰/۱۹	۰/۱۶
انگیزش پیشرفت		۰/۱۱	۰/۹۲	۰/۳۶	۰/۱۱

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که معنی داری ضریب رگرسیون عزت‌نفس و انگیزش پیشرفت بیشتر از ۰/۰۵ بوده و بنابراین وارد معادله نشده‌اند، به سخن دیگر این متغیرها نتوانسته‌اند قدرت پیش‌بینی کیفیت زندگی معلولین جسمی را به طور معنی داری بالا ببرند.

### بحث

نتایج این تحقیق نشان داد که بین نمره‌های کیفیت زندگی و نمره‌های خودکارآمدی، عزت‌نفس و انگیزش پیشرفت معلولین جسمی رابطه معنی داری وجود دارد. افزون بر این خودکارآمدی با عزت‌نفس و انگیزش پیشرفت، و عزت‌نفس با انگیزش پیشرفت نیز رابطه معنی داری داشتند. بر اساس این نتایج خودکارآمدی توانست کیفیت زندگی آزمودنی‌ها را به طور معنی داری پیش‌بینی کند، اما افزودن هر یک از متغیرهای عزت‌نفس و انگیزش پیشرفت به متغیر خودکارآمدی نتوانست قدرت پیش‌بینی کیفیت زندگی معلولین جسمی شهر کرد را به طور معنی داری افزایش دهد.

البته بر اساس نتایج این تحقیق، عزت‌نفس و انگیزش پیشرفت با کیفیت زندگی معلولین جسمی رابطه معنی داری داشتند، اما به دلیل این که خودکارآمدی با متغیرهای عزت‌نفس و انگیزش پیشرفت رابطه ای قوی داشت، تأثیر این متغیرها بر کیفیت زندگی معلولین جسمی را تحت الشعاع خود قرار داد؛ به سخن دیگر معنی دار نبودن ضرایب رگرسیون برای عزت‌نفس و انگیزش پیشرفت به این دلیل نیست که این متغیرها بر کیفیت زندگی آزمودنی‌ها بی‌تأثیر بودند یا تأثیر کمی داشتند، بلکه به علت همبستگی این متغیرها با متغیرهای خودکارآمدی، با وارد شدن مجموعه متغیرها در معادله رگرسیون اثر

عزت نفس و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی معلولین جسمی به شدت کاهش یافت. نتایج این پژوهش مبنی بر قدرت خودکارآمدی در پیش بینی کیفیت زندگی افراد معلول جسمی شهرکرد با یافته‌های پژوهش بین فرهنگی همپتون و مارشال (۲۰۰۰) و تحقیقات بنت و همکاران (۲۰۰۱)، تسای و هیلستید (۲۰۰۲) و میدلتون و همکاران (۲۰۰۷) و نتایج تحلیل مسیر موتی و اسنوک (۲۰۰۸)، همخوانی دارد؛ اما با یافته‌های تحلیل مسیر مرادی (۱۳۸۹) هماهنگ نیست.

نتایج این پژوهش مبنی بر پیش‌بینی شدن کیفیت زندگی از روی خودکارآمدی قابل درک است، چون افراد با خودکارآمدی بالا مهارت‌های مقابله‌ای برای غلبه بر موقعیت‌های استرس‌زا را دارند. نگرش آن‌ها «من می‌توانم آن را انجام دهم» است (اسدی صادقی آذر و همکاران، ۲۰۰۶). افراد با خودکارآمدی بالا در مورد نقش‌های خود فشار کمتری تحمل می‌کنند که به معنای سلامت روانی و جسمی بهتر است. آن‌ها چون به توان بالقوه خود برای از عهده برآمدن چالش‌ها اطمینان دارند، بیشتر احساس کنترل می‌کنند که منجر به بهزیستی بیشتر می‌شود. گزارش شده است که بین وضع سلامت احساس شده و خودکارآمدی رابطه مثبتی وجود دارد (فالون، ویرکوکس و آینورس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). هم‌چنین پی برده شده است که خودکارآمدی با بهزیستی ارتباط مثبتی دارد (بندورا، ۱۹۹۷؛ فلامر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰). به اعتقاد ونزل<sup>۳</sup> (۱۹۹۳) خودکارآمدی را می‌توان به عنوان تسهیل‌کننده افزایش بهزیستی در نظر گرفت.

یافته‌های این تحقیق مبنی بر رابطه عزت نفس با کیفیت زندگی معلولین جسمی با نتایج تحقیق می و وارن (۲۰۰۲) مبنی بر اینکه بین عزت نفس و کیفیت زندگی افراد دارای آسیب نخاعی رابطه وجود دارد، همخوانی دارد؛ اما عدم توان عزت نفس در پیش بینی کیفیت زندگی معلولین جسمی در این تحقیق با نتایج پژوهش گاگونون (۱۹۹۰)، گاگونون (۱۹۹۶)، تحقیق کینی و کوپل (۱۹۹۲) و نتایج تحلیل مسیر مرادی (۱۳۸۹) همخوانی ندارد.

---

1. Fallon, Wilcox and Ainsworth  
2. Flammer  
3. Wenzel

در تبیین عدم قدرت پیش‌بینی‌کنندگی عزت نفس برای کیفیت زندگی افراد با ناتوانی جسمی حرکتی می‌توان گفت درست است که بر اساس نظریه کیفیت زندگی از جمله ویژگی‌های شخصیتی مستعدکننده نارضایتی از زندگی عزت نفس پایین است (فریچ، ۲۰۰۶) و تحقیقات مختلف تأثیر عزت نفس بر کیفیت زندگی را تأیید کرده‌اند، اما نظریه کیفیت زندگی مکانیسم تأثیر عزت نفس بر کیفیت زندگی را این چنین توضیح می‌دهد که عزت نفس بیشتر به فرد کمک می‌کند از طریق کسب شایستگی در جنبه‌های مهم زندگی و برنامه‌ریزی برای موفقیت در این حیطه‌های مرتبط با زندگی واقعی بر احساس شکست و روحیه ضعیف فائق آید (فرانک و فرانک، ۱۹۹۳ و فریچ، ۲۰۰۶)؛ هیچ چیز مانند موفقیت باعث موفقیت (در افزایش عزت نفس) نمی‌شود (فریچ، ۲۰۰۶). براندن (۱۹۶۹) نیز معتقد است باور فرد به داشتن توانایی تغییر موقعیت خود، عامل عمده تعیین‌کننده میزان عزت نفس است.

نکته قابل ذکر دیگر در تبیین عدم قدرت پیش‌بینی‌کنندگی عزت نفس برای کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان در این تحقیق این است که کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی و پیچیده است و بر حسب ارزیابی بیمار از وضعیت خود در حیطه‌های مختلف جسمی، روانشناختی و اجتماعی، تعیین می‌شود (مک آلیندن و آیی، ۲۰۰۶) و در میان عوامل روانشناختی نیز بر اساس نظریه کیفیت زندگی، عزت نفس پایین تنها یکی از ویژگی‌های متعدد مستعدکننده نارضایتی از زندگی است (فریچ، ۲۰۰۶)؛ این امر عدم پیش‌بینی شدن کیفیت زندگی افراد معلول جسمی بر اساس عزت نفس آن‌ها را قابل درک می‌سازد.

یافته‌های این تحقیق مبنی بر رابطه انگیزش پیشرفت با کیفیت زندگی افراد معلول جسمی با نتایج تحقیق کویجر و ریدر (۲۰۰۳) که نشان داد در بیماران دارای آسم، دیابت و سکت قلبی، اختلاف بیشتر بین اهمیت اهداف و قابلیت دسترسی به آن‌ها با سطح پایین‌تر کیفیت زندگی ارتباط دارد، همخوانی دارد؛ اما عدم قدرت انگیزش پیشرفت در پیش‌بینی کیفیت زندگی معلولین جسمی با نتایج تحلیل مسیر مرادی (۱۳۸۹) همخوانی ندارد.

عدم قدرت پیش‌بینی انگیزش پیشرفت در مورد کیفیت زندگی را می‌توان به این امر نسبت داد که تبدیل انگیزش پیشرفت به عمل و به کار بردن آن در موقعیت‌های زندگی

روزمره و احساس تأثیر این کاربرد بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی مستلزم فراهم آمدن زمینه و دسترسی به امکانات است. بعضی پژوهشگران بر نقش اهداف شخصی و سازه‌های مرتبط در ارزیابی افراد از کیفیت زندگی شان تأکید کرده‌اند. به اعتقاد کالمن (۱۹۸۴) کیفیت زندگی فاصله بین امیدها، رویاها و آرزوهای فرد و تجارب فعلی او یا واقعیت را ارزیابی می‌کند. افراد معمولاً برانگیخته می‌شوند که این فاصله را کم کنند. به تازگی کار و همکاران (۲۰۰۱) از تعریف کالمن برای مطرح کردن مدلی از کیفیت زندگی مبتنی بر فاصله بین انتظارات و تجربه‌های واقعی، استفاده کرده‌اند. کلا و تولسکی (۱۹۹۰) هم چنین مطرح کرده‌اند که کیفیت زندگی به ارزیابی فرد از وضعیت فعلی خود در مقایسه با آنچه امکان پذیر یا ایده‌آل می‌پندارد، اشاره دارد. عنصر اساسی همه این تعاریف این است که فرض می‌شود کیفیت زندگی شامل بعضی از ارزیابی‌های ذهنی درباره دستیابی به اهداف است. همین طور فرض اساسی نظریه‌های انگیزشی در مورد بهزیستی و اهداف شخصی این است که پیگیری موفقیت‌آمیز اهداف معنی دار، نقش مهمی در ایجاد و تداوم بهزیستی روانشناختی ایفا می‌کند (نقل از برونستین، ۱۹۹۳).

آزمودنی‌های این تحقیق نیز احتمالاً در پی کم کردن فاصله بین امیدها، رویاها و آرزوهای خود با وضعیت فعلی یا واقعیت موجود و دستیابی به آنچه امکان‌پذیر یا ایده‌آل می‌پندارند، هستند و همین موضوع سبب می‌شود که انگیزش پیشرفت آن‌ها با کیفیت زندگی شان مرتبط باشد، اما ناکامی احتمالی آن‌ها در دستیابی به خواسته‌ها و اهداف که به دلایل متعدد از جمله کمبود امکانات ویژه معلولین، عدم باور توانمندی‌های معلولین توسط افراد ذریبط و خودپنداره ضعیف و اعتماد به نفس پایین خود افراد معلول رخ می‌دهد، باعث می‌شود که فاصله بین امیدها، رویاها و آرزوهای آن‌ها با وضعیت موجودشان همچنان زیاد باقی بماند و در نتیجه انگیزش پیشرفت آن‌ها نتواند کیفیت زندگی شان را پیش بینی کند.

از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به عدم تعمیم‌پذیری یافته‌های آن به معلولین جسمی سایر نقاط کشور و نیز افراد عادی اشاره کرد.

با توجه به یافته‌های تحقیق مبنی بر نقش قابل توجه خودکارآمدی در پیش بینی کیفیت

زندگی افراد دارای ناتوانی جسمی حرکتی در شهر کرد، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های مبتنی بر آموزش خودکارآمدی در مراکز درمانی و آموزشی ویژه معلولین جسمی مانند اداره بهزیستی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، انجمن‌ها و تشکلهای غیر دولتی ویژه افراد دارای ناتوانی جسمی مانند جامعه معلولین، انجمن مبتلایان به ضایعات نخاعی، انجمن مبتلایان به MS و بنیاد شهید و امور ایشارگران، اجرا گردد. هم‌چنین با توجه به محدودیت‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود که تحقیقات مشابهی روی معلولین جسمی سایر نواحی کشور و نیز افراد عادی انجام شود تا نقش احتمالی معلولیت و محل سکونت در رابطه بین خودکارآمدی، عزت نفس و انگیزش پیشرفت، و کیفیت زندگی نیز روشن شود.

## منابع

- اسماعیلی، م، عالیخانی، م، غلام عراقی، م و حسینی، ف. (۱۳۸۴). کیفیت زندگی و ارتباط آن با خود کارآمدی در بیماران تحت همودیالیز. *فصلنامه پرستاری ایران*، ۱۸، (۴۲-۴۱)، ۸۴-۷۷.
- اسودی، م. (۱۳۷۹). اثر بخشی درمان شناختی بک به شیوه گروهی بر افزایش انگیزش پیشرفت دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان درگز. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره. دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم تربیتی.
- رجبی، غ و بهلول، ن. (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. *پژوهشهای تربیتی و روانشناختی*، ۳، ۲، ۴۸ - ۳۳.
- رجبی، غ. (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی (GSE-10) در دانشجویان روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. *اندیشه های نوین تربیتی*، ۲، ۱، ۱۲۲ - ۱۱۱.
- شاهنده، ه. (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.
- شکرکن، ح، پرومند نسب، م، نجاریان، ب و شهنی بیلاق، م. (۱۳۸۱). بررسی رابطه ساده و چندگانه خلاقیت، انگیزه پیشرفت و عزت نفس با کار آفرینی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره سوم، ۹، ۳، ۴، ۲۴-۱.
- صدرالسادات، س. ج. (۱۳۷۹). چگونه عزت نفس در کودکان و نوجوانان دارای نیازهای ویژه را افزایش دهیم؟ *طب و تزکیه*، ۳۸، ۷۰-۶۴.
- طالب پور، ا، نوری، ا و مولوی، ح. (۱۳۸۱). تأثیر آموزش شناختی بر مسند مهار گذاری، انگیزه پیشرفت و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان شاهد. *مجله روانشناسی*، ۶، ۱، ۲۸-۱۹.
- مرادی، ا. (۱۳۸۹). تأثیر عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه زنان جوان: الگویی برای مبتلایان به ناتوانی جسمی-حرکتی. پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی. اصفهان: دانشگاه اصفهان.

موسوی، ب، منتظری، ع و سروش، م. (۱۳۸۶). کیفیت زندگی جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی.

فصلنامه پایش، ۱، ۷، ۸۱-۷۵.

نجات، س، هلاکویی نائینی، ک، محمد، ک و مجدزاده، س. ر. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه

کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF): ترجمه و روانسنجی

گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱۲-۱.

Albrecht, G. L., and Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48, 977-988.

Asadi Sadeghi Azar, I., Vasudeva, P., and Abdollahi, A. (2006). Relationship between quality of life, hardiness, self-efficacy and self-esteem amongst employed and unemployed married women in Zabol. *Iranian Journal Psychiatry*, 1, 104-111.

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

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.

Branden, N. (1969). *The psychology of self-esteem: A new concept of mans psychological nature*. Los Angeles: Nash.

Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061-1070.

Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients - an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.

Carr, A. J., Gibson, B. and Robinson, P. G. (2001). Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, 322, 1240-1243.

Cella, D. F. and Tulsky, D. S. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 4, 29-39.

Denney, D. R. and Frisch, M. B. (1981). The role of neuroticism in relation to life stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 303-307.

- 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.
- Fallon, E. A., Wilcox, S., and Ainsworth, B. E. (2005). Correlates of self-efficacy for physical activity in African American women. *Women Health*, 41, 47-62.
- Flammer, A. (1990). *Experiencing self efficacy: Introduction to the psychology of control beliefs*. Berlin: Huber.
- Frank, J. D. and Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3<sup>rd</sup> ed.). Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- 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., and McCord, M. (1987). Sex role orientation and social skill: A naturalistic assessment of assertion and conversational skill. *Sex Roles*, 17, 437-448.
- Gagnon, L. (1996). Analysis of quality of life in patients with spinal cord injury: Environmental and self-esteem variables. *Rech Soins Infirm*, 47, 48-61.
- Gagnon, L. (1990). Quality of life in paraplegics and quadriplegics: analysis of self-esteem. *Canadian Journal of Nursing Research*, 22, 1, 6-20.
- Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., and Farruggia, S. P. (2003). Item-Wording and dimensionality of the Rosenberg self-esteem scale: Do they matter? *Personality and Individual Differences*, 35, 6, 1241-1254.
- 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.
- Hujian, C. (2003). The effect of implicit self-esteem and the relationship of explicit self-esteem and implicit self-esteem. *Acta Psychologica Sinica*, 35, 6, 796-801.
- Jerusalem, M., and Schwarzer, R. (1979). *The general self-efficacy scale (GSE)*. [Updated 2006 Oct 7]. Available from: [Http://www. Healthpsych.de](http://www.healthpsych.de).
- 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.
- 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.
- Kuijjer, R. G., and De Ridder, D. T. D. (2003). Discrepancy in illness-related



- goals and quality of life in chronically ill patients: The role of self-efficacy. *Psychology and Health*, 18,3, 313-330.
- Lee, M.(1994). *Change in personality*. Translated by: Mansour M. Tehran: Tehran University Press.
- Lucas,RE.(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.
- Marks,P.(2001). Efficacy and its utility in arthritis rehabilitation: Review and recommendations. *Disability and Rehabilitation*,23,7,271-280.
- 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.
- McAlinden, N.M., and Oei,T.P. S.(2006).Validation of the quality of life inventory for patient with anxiety and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 43,307-314.
- Middleton, J., Tran ,Y., and Craig A.(2007). Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* , 88, 12, 1643-1648.
- 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.,Gunnarsson,LG., 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.
- Newa Chek,P.W., and Taylor,W.R.(1992).Childhood chronic illness: Prevalence, severity and impact. *American Journal of Public Health*,82,364-371.
- 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:jaipress.
- Phillips,D.(2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. London and New York. Rutledge.

- Rosenberg, M.(1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Saxena,S., and O'Connell, K.(2002). A commentary cross-cultural quality of life assessment at the end of life. *Gemologist*,42,81-85.
- Schmitt,D.P., and Allik,J.(2005).Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 4, 623-642.
- Schwarzer,R.(1994).Optimism, vulnerability and self-beliefs as Health – related cognitions: A systematic overview. *Psychology and health*,9,161-180.
- Schwarzer, R., Schmitz, G. S., and Tang, C.(2000). Teacher burnout in Hong Kong and Germany: A cross-cultural validation of the Maslach Burnout Inventory. *Anxiety, Stress, and Coping*, 13,3, 309–326.
- Schwarzer, R., Bäßler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., and Zhang, J. X.(1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the general self efficacy scale. *Applied Psychology*, 46,1, 69–88.
- Schwarzer, R., and Jerusalem, M.(1995). Generalized self-efficacy scale. In S. Wright, & M. Johnston, and J. Weinman,(Eds.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*(pp. 35–37). Windsor, UK: nferNelson.
- Shapurian, R., Hojat, M., and Nayerahmadi, H.(1987). Psychometric characteristics and dimensionality of a Persian version of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 65,27-34.
- Taylor,W.J., Dean,S.G., and Siegert,R.J.(2006). Differential association of general and health self-efficacy with disability, health-related quality of life and psychological distress from musculoskeletal pain in a cross-sectional general adult population survey. *Pain*, 125, 3, 225-232.
- 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.
- Weiss,P.A.(2002). self-esteem: A study of methods of measurements. Dissertation Abstract International: Section B, *The Sciences and Engineering*,62,(9-B),32-42.
- Wenzel, S.L.(1993). The relationship of psychological resources and social support to job procurement self-efficacy in the disadvantaged. *Journal of Applied Psychology*, 23,18, 1471–1497.
- Whiteside-Mensell,L., and Corwyn,R.F.(2003). Mean and covariance

structures analysis: An examination of the Rosenberg self-esteem scale among adolescents and adults. *Educational and Psychological Measurement*, 63, 1, 163-173.

WHO Quality of life Group.(1996). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring*, Field Trial version, Geneva: World Health Organization.

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.

Wu,C.H.(2009). Factor analysis of the general self-efficacy scale and its relationship with individualism/ collectivism among twenty –five countries: Application of multilevel confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 46, 699-703.