

تأثیر وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شدت آسیب و جنسیت بر وضعیت روان‌شناختی آسیب‌دیدگان جسمی - حرکتی در شهر اصفهان سال ۱۳۸۸

اعظم مرادی^۱، قربان همتی علمدارلو^۲، امیر قمرانی^۳

چکیده

هدف این پژوهش تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شدت آسیب و جنسیت بر میزان کلی سلامت روانی و نیز نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی آسیب‌دیدگان جسمی - حرکتی در شهر اصفهان بود. این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری آن شامل کلیه اعضای جامعه معلولین شهر اصفهان بود. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از جامعه آماری بودند که به طور تصادفی انتخاب شده و در این پژوهش شرکت داده شدند. برای سنجش وضعیت روان‌شناختی آزمودنی‌ها از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) نشان داد متغیر وضعیت اشتغال بر نمره کل سلامت عمومی ($P < 0/01$)، نشانه‌های جسمی ($P < 0/05$) و اضطراب ($P < 0/05$) تأثیر دارد. همچنین متغیر وضعیت تأهل بر نمره کل سلامت عمومی ($P < 0/05$) و افسردگی ($P < 0/01$) آسیب‌دیدگان جسمی - حرکتی تأثیر دارد؛ اما سطح تحصیلات، شدت آسیب و جنسیت بر هیچ کدام از متغیرهای نمره کل سلامت عمومی، نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی آسیب‌دیدگان جسمی - حرکتی تأثیر معنی‌دار ندارد. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که با روش‌های مقتضی زمینه برای اشتغال و تأهل آسیب‌دیدگان جسمی - حرکتی فراهم شود تا از این طریق وضعیت روان‌شناختی آنها بهبود یابد.

واژه‌های کلیدی: آسیب‌دیدگان جسمی - حرکتی، وضعیت روان‌شناختی، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل

am902801@gmail.com

ghorban_hemati@yahoo.com

aghamarani@yahoo.com

۱. استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور مرکز شهرکرد

۲. استادیار بخش کودکان استثنایی، دانشگاه شیراز

۳. استادیار گروه کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

ناتوانی جسمی دارای ابعاد جسمی و روان‌شناختی است و همان‌طور که سلامت جسمی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، سازگاری روانی - اجتماعی او را نیز متأثر می‌سازد (نوری، ۱۳۷۴). برای مثال درحالی که در حدود ۱۵ درصد از افراد جمعیت عادی گزارش می‌دهند که احساس خستگی، اضطراب، ترس یا عصبی بودن می‌کنند، افراد با ناتوانی جسمی چنین حالت‌هایی را دو یا حتی سه برابر بیشتر گزارش می‌دهند (سازمان ملل متحد؛ ۱۹۹۲ ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). نتایج پژوهش ولز، گلدینگ و بورنام^۱ (۱۹۹۸) نشان می‌دهد که بین ناتوانی جسمی و میزان بروز اختلال‌های روان‌پزشکی رابطه‌ای قوی وجود دارد. هید و همکاران^۲ (۱۹۹۴) در پژوهش خود دریافتند که ناتوانی جسمی با ابعاد مختلف سلامت روان‌شناختی رابطه دارد. نتایج پژوهش کرایوس، کوکر، چارلیفو و وایتینگ^۳ (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که افراد با آسیب نخاعی سطوح بالایی از افسردگی را تجربه می‌کنند و کمتر احساس سلامت روان‌شناختی می‌کنند. کیم و کیم^۴ (۲۰۰۵) در پژوهش خود که بر روی افراد با ناتوانی جسمی انجام شد، پی بردند که همه آزمودنی‌های آنها سطوح بالایی از افسردگی را تجربه می‌کنند و عزت نفس پایینی دارند. نتایج پژوهش کمپ، کرایوس و ادکینز^۵ (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که ۴۲ درصد از افراد با آسیب نخاعی نشانه‌های مهمی از افسردگی بالینی را نشان می‌دهند و ۱۸ درصد از آنها به افسردگی عمده مبتلا هستند. نتایج پژوهش هویس، رابینسد-هلن، تیلور، پترسون و نوسک^۶ (۲۰۰۵) نشان دهنده این است که تقریباً نیمی از زنان با ناتوانی جسمی افسردگی خفیف تا شدید دارند. ابرلاندر، اسکینیر و لیویتر^۷ (۱۹۹۴) در پژوهش خود پی بردند که گاهی اوقات ناتوانی جسمی باعث بروز هراس اجتماعی می‌شود. افراد با آسیب جسمی در مقایسه با جمعیت عادی تماس‌های اجتماعی کمتری دارند و تمایل بیشتری به انزوای اجتماعی دارند (سازمان ملل

1. Wells, Golding & Burnam

2. Heide

3. Krouse, Coker, Charlifue & Whiteneck

4. Kim & Kim

5. Kemp, Krause, & Adkins

6. Hughes, Robinson-Helen, Taylor, Petersen & Nosek

7. Oberlander, Schneier & Liebowitz

متحد، ۱۹۹۲؛ ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). نوسک، هویس، سودیوند، تیلور و سوآنک^۱ (۲۰۰۳) در پژوهشی دریافتند که زنان آسیب‌دیده نسبت به زنان عادی خودشناسی کمتر و عزت نفس^۲ پایین‌تری دارند و از لحاظ اجتماعی منزوی‌تر هستند و ارتباطات صمیمی کمتری دارند. از طرف دیگر آسیب‌دیدگان جسمی از لحاظ دستیابی به حقوق انسانی و اجتماعی خود در مقایسه با سایر افراد وضعیت نامناسبی دارند. آسیب‌دیدگان جسمی در مقایسه با سایر افراد مشارکت کمتری در اجتماع دارند و نفوذشان نیز کمتر است. آنها درآمد کمتر، شرایط سکونت بدتر و سطح تحصیلات پایین‌تری دارند و در مقایسه با بیشتر مردم تعداد کمتری از آنها دارای شغل، تعطیلات و اوقات فراغت هستند (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۲؛ ترجمه صالحی، ۱۳۷۲)؛ وضعیت مزبور هنگامی پیچیده‌تر می‌شود که فرد، دارای ناتوانی‌های قابل مشاهده بوده و سیاه پوست یا زن باشد (نوری، ۱۳۷۴). نتایج یک پژوهش نشان می‌دهد که حتی در سوئد که یکی از جامع‌ترین برنامه‌های حمایت مالی و توانبخشی افراد با آسیب جسمی را دارد و ۵۲ درصد از افرادی که به یک نوع ناتوانی حرکتی یا ضعف بینایی مبتلا هستند شاغلند، افراد با آسیب جسمی نسبت به جمعیت عادی همسن خود شرایط کاری بدتری دارند (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۲؛ ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). نوسک، مارکوس و کارول^۳ (۱۹۹۵) در پژوهش خود دریافتند که زنان آسیب‌دیده نسبت به زنان عادی سطح تحصیلات کمتری دارند و تعداد کمتری از آنها شاغل هستند. نتایج پژوهش امینی فسخودی (۱۳۷۹) نشان می‌دهد که مردان متأهل دارای محدودیت جسمی در مقایسه با مردان متأهل بدون محدودیت جسمی درآمد کمتر، تحصیلات پایین‌تر و دوره تاهل کوتاه‌تری دارند.

از طرف دیگر چنین به نظر می‌رسد که عواملی نظیر وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و جنس بر وضعیت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی حرکتی تأثیر داشته باشد. در مورد آسیب‌دیدگان بزرگسال بیشتر مسئله کار کردن و تأمین زندگی

1. Nosek, Hughes, Swdiund Taylor & Swank

2. Self-esteem

3. Nosek, Marcus & Carol

مطرح است و این مسئله اساس حل مشکل آنها را تشکیل می‌دهد (قضائی، ۱۳۶۸). داشتن یک شغل مناسب پیش شرط لازم برای بازگرداندن افراد با ناتوانی جسمی به آغوش جامعه است (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۲؛ ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). ترنر و ترنر^۱ (۲۰۰۴) در پژوهش خود دریافتند که تأثیر عاطفی عدم اشتغال بر روی افراد با ناتوانی جسمی حتی بیشتر از تأثیر عاطفی آن بر روی دیگر افراد است. نتایج پژوهش آنها همچنین نشان داد که بیکاری، ۳۰٪ از افسردگی افراد با ناتوانی جسمی را تبیین می‌کند. از طرف دیگر نتایج پژوهش هانتز^۲ (۱۹۹۸) نشان می‌دهد که افراد با ناتوانی جسمی متأهل، از بسیاری از نمادهای زندگی احساس رضایت می‌کنند (به نقل از امینی فسخودی، ۱۳۷۹). نتایج پژوهش بیس زینسکا^۳ (۱۹۹۵) که بر روی افراد سالم، نابینا و استفاده‌کنندگان از ویلچر انجام گرفت، نشان می‌دهد که هر سه گروه ارزش زیادی برای ازدواج قائل هستند، گرچه همه آنها نمی‌توانند همه انتظارات و توقع‌های خود را از ازدواج برآورده سازند. شرمن، وینی و اسپرلینگ^۴ (۲۰۰۴) در پژوهش خود دریافتند که افراد با آسیب نخاعی متأهل، تحرک و استقلال اقتصادی بیشتری نسبت به افراد با آسیب نخاعی مجرد دارند. همچنین پژوهش‌ها نقش سطح تحصیلات در وضعیت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی را تأیید کرده است. نتایج تحقیق چوالیز، دینر و گالایر^۵ (۱۹۹۸) نشان می‌دهد که هیچ تفاوت معنی‌داری بین میزان سلامت روانی دانشجویان با ناتوانی جسمی و سلامت روانی دیگر دانشجویان وجود ندارد. کرایوس و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهش خود دریافتند که سطح تحصیلات یکی از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده احساس سلامت روان‌شناختی و افسردگی در افراد با آسیب نخاعی است. نتایج پژوهش نوسک و همکاران (۲۰۰۳) نشان دهنده این است که افراد با ناتوانی جسمی دارای تحصیلات خیلی بالا درگیری بیشتری در رفتارهای ارتقا دهنده سلامت گزارش می‌دهند. به نظر می‌رسد که افزون بر عوامل یادشده، شدت ناتوانی و جنسیت نیز بر وضعیت روان‌شناختی آسیب‌دیدگان جسمی تأثیر دارند، گرچه پژوهش‌ها در مورد شدت ناتوانی ناهمخوان

1. Turner & Turner
2. Hunter
3. Beiszynskaka
4. Sherman, DeVinney & Sperling
5. Chwalisz, Diener & Gallagher

است؛ برای مثال نتایج پژوهش اید و ریمسب^۱ (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که شدت ناتوانی در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی نقش دارد. نوسک و همکاران (۲۰۰۳) نیز در پژوهش خود دریافتند که افراد ناتوان جسمی با سن بیشتر و آسیب خفیف‌تر، عزت نفس بیشتری دارند و بیشتر باور دارند که دیگران نسبت به آنها دید مثبتی دارند. اما نتایج یکی دیگر از پژوهش‌های نوسک و همکاران (۱۹۹۵) نشان می‌دهد که در افراد با ناتوانی‌های جسمی مختلف بین شدت آسیب و رضایت از زندگی رابطه‌ای وجود ندارد. از جمله تحقیقات معدودی که در مورد نقش جنسیت در وضعیت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی منتشر شده است، پژوهش ترنر، لیود و تایلور^۲ (۲۰۰۶) است که نتایج آن نشان می‌دهد در آمریکا شیوع اختلال‌های روانی در آسیب‌دیدگان جسمی مرد بیشتر از آسیب‌دیدگان جسمی زن است.

حال با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در خارج از کشور مبنی بر اهمیت نقش عواملی نظیر وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات در سلامت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی و با توجه به اینکه نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که امکان اشتغال، ازدواج و تحصیل در مقاطع بالا برای افراد با ناتوانی جسمی در مقایسه با سایر افراد کمتر فراهم است، می‌توان احتمال داد که این عوامل در برخورداری کمتر افراد با ناتوانی جسمی از سلامت روانی نسبت به سایر افراد جامعه نقش مهمی ایفا می‌کنند. با توجه به این موضوع و با توجه به مبهم بودن نقش شدت ناتوانی در وضعیت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی و با عنایت به اینکه هر کدام از پژوهش‌های انجام شده در زمینه سلامت روانی افراد با ناتوانی جسمی فقط به بررسی یک یا چند مورد از عوامل عنوان شده بر وضعیت روان‌شناختی آنها پرداخته‌اند و افزون بر این در مورد تأثیر این عوامل بر انواع ویژه اختلال‌های روانی (نظیر اضطراب، افسردگی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و نشانه‌های جسمی) در افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی به ویژه در ایران، پژوهش‌های بسیار اندکی منتشر شده است، هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و شدت ناتوانی بر وضعیت روان‌شناختی کلی و نیز نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی بود.

1. Eide & Roysamb

2. Turner, Lioyd & Taylor

منظور از وضعیت اشتغال در این تحقیق این است که آیا آزمودنی در بیرون از منزل شغلی دارد یا در خانه به کاری درآمدزا و دائمی اشتغال دارد و یا هیچ کدام؟ منظور از وضعیت تأهل این است که آیا آزمودنی مجرد است یا متأهل؟ منظور از سطح تحصیلات تعداد پایه‌های تحصیلی است که آزمودنی با موفقیت گذرانده است. منظور از شدت آسیب این است که آیا آسیب آزمودنی خفیف است یا متوسط یا شدید؟ منظور از وضعیت روان‌شناختی، نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی در این پژوهش به ترتیب نمره کلی آزمودنی در پرسشنامه سلامت عمومی و نمره او در زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی این پرسشنامه است.

فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از:

- ۱- متغیر وضعیت اشتغال بر وضعیت روان‌شناختی کلی و نیز نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی تأثیر دارد.
- ۲- متغیر وضعیت تأهل بر وضعیت روان‌شناختی کلی و نیز نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی تأثیر دارد.
- ۳- متغیر سطح تحصیلات بر وضعیت روان‌شناختی کلی و نیز نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی تأثیر دارد.
- ۴- متغیر شدت آسیب بر وضعیت روان‌شناختی کلی و نیز نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی تأثیر دارد.
- ۵- متغیر جنسیت بر وضعیت روان‌شناختی کلی و نیز نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی تأثیر دارد.

روش

شرکت‌کنندگان: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه اعضای جامعه معلولین^۱ شهر

* جامعه معلولین تشکلی غیر دولتی است که با هدف افزایش همبستگی بین آسیب‌دیدگان جسمی - حرکتی ۱۸ سال به بالا و فراهم آوردن زمینه گفت و شنود و تبادل نظر آنها درباره مسایل شان و نیز ارائه خدمات فرهنگی، آموزشی، تفریحی و ورزشی به آنها، تشکیل شده است و عضویت در آن دواطلبانه و اختیاری است.

اصفهان می‌باشد که تعداد آنها در سال ۱۳۸۷، ۷۳۵ نفر بوده است. برای نمونه گیری، تعداد ۱۰۰ نفر از اعضای جامعه آماری به شیوه تصادفی انتخاب شده و در پژوهش حاضر شرکت داده شدند که ۶۹ نفر از آزمودنی‌ها زن و ۳۱ نفر از آنها مرد بودند. میانگین سنی این آزمودنی‌ها ۳۱/۲۸ سال و میانگین سطح تحصیلات آنها ۱۰/۴۸ سال بود. ۵۳ نفر از این آزمودنی‌ها بیکار بودند، ۱۲ نفر از آنها در خانه شغلی داشتند و ۳۵ نفر از آنها یا شغلی بیرون از خانه داشتند یا دانشجوی بودند. ۷۷ نفر از آزمودنی‌ها مجرد و ۲۳ نفر از آنها متأهل بودند. ۱۹ نفر از آزمودنی‌ها از ویلچر و ۲۴ نفر از آنها از عصا استفاده می‌کردند و ۵۷ نفر بقیه هیچ وسیله کمکی نداشتند. ۱۱ نفر از آزمودنی‌ها از بدو تولد آسیب‌دیده بوده‌اند، ۶۳ نفر از آزمودنی‌ها در اوایل کودکی دچار آسیب شده بودند و ۲۶ نفر از آزمودنی‌ها بر اثر حوادث و بیماری‌های مختلف و در دوران بعدی زندگی آسیب دیده بودند.

ابزار: در این پژوهش برای سنجش وضعیت روان‌شناختی آزمودنی‌ها از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی^۱ که یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است (استورا، ۱۹۹۱؛ ترجمه دادستان، ۱۳۷۷) استفاده شد. نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی به روش لیکرت انجام می‌گیرد و نمره اختصاص یافته به هر یک از مواد آن از ۰ تا ۳ متغیر است. نقطه برش سلامت روانی و عدم سلامت روانی ۲۱ است (تقوی، ۱۳۸۰) پرسشنامه سلامت عمومی ۴ خرده آزمون ۷ سؤالی دارد که به ترتیب نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارضاکنش‌وری اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد. بررسی‌های زیادی در مورد روایی و پایایی این پرسشنامه انجام گرفته است که حاکی از روایی و پایایی مطلوب این پرسشنامه است (برای مثال مراجعه شود به گلدبرگ و همکاران،^۲ ۱۹۹۷؛ هاوانار و همکاران،^۳ ۱۹۹۶؛ کیلیک،^۴ ۱۹۹۶؛ و کوتر،^۵ ۱۹۹۲). در ایران نیز تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از سه روش بازآزمون، تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آورده است. وی برای بررسی روایی این پرسشنامه از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده کرده است که در روش روایی همزمان، روایی ۰/۵۵ و در روش همبستگی خرده آزمون‌ها

1. General Health Questionnaire (GHQ)

2. Golberg et al

3. Havenaar et al

4. Kilic

5. Koeter

با نمره کل روایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بدست آمده است و نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخش واریمکس و بر اساس آزمون اسکری بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، نارسا کنش وری اجتماعی و نشانه‌های جسمی است که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند.

شیوه اجرا: بعد از این که آزمودنی‌ها از لیست اسامی اعضای جامعه معلولین شهر اصفهان به صورت تصادفی انتخاب شدند، از طریق ارسال دعوت‌نامه از آنها درخواست شد که در موعد مقرر در محل جامعه معلولین حضور یابند. ۸۸ نفر از آزمودنی‌ها در روز مقرر به جامعه معلولین مراجعه کردند و بعد از این که هدف پژوهش و چگونگی تکمیل پرسشنامه برای آنها توضیح داده شد، پرسشنامه‌ها بین آنان توزیع شد. پرسشنامه‌های ۱۲ آزمودنی دیگر به آدرس منازل شان ارسال شد و همراه با توضیحات کافی از آنها درخواست شد که پس از تکمیل پرسشنامه‌ها آنها را عودت دهند.

روش تحلیل داده‌ها: در این پژوهش افزون بر استفاده از آمار توصیفی، به منظور تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر مجموع متغیرهای وابسته روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) به کار برده شد. برای آزمون فرضیه‌ها سطح احتمال خطای $\alpha = 0/05$ ملاک قرار داده شد.

نتایج

جدول ۱ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر وضعیت اشتغال بر نمره کل و زیر مقیاس‌های سلامت عمومی را نشان می‌دهد.

جدول ۱ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر وضعیت اشتغال بر نمره کل و زیر مقیاس‌های

سلامت عمومی

شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	df بین گروهی	df درون گروهی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
نمره کل سلامت عمومی	۲۰۴۶	۲	۹۷	۱۰۲۳/۲۸۸	۵/۳۴۷	$P < 0/01$
نشانه‌های جسمی	۲۳۲/۲۴۴	۲	۹۷	۱۱۶/۱۲۲	۶/۴۷۸	$P < 0/05$
اضطراب	۲۷۸/۰۰۲	۲	۹۷	۱۳۹/۰۰۱	۶/۶۷۳	$P < 0/05$
نارسا کنش وری	۱۶/۴۶۰	۲	۹۷	۸/۲۳۰	۰/۷۰۲	$P > 0/05$

(NS)						اجتماعی
$P > 0.05$ (NS)	۲/۵۲۲	۵۹/۳۲۱	۹۷	۲	۱۱۸/۶۴۳	افسردگی

$$\alpha = 0.05$$

نتایج جدول ۱ حاکی از تأثیر معنی دار وضعیت اشتغال بر نمره کل سلامت عمومی ($P < 0.01$)، نشانه‌های جسمی ($P < 0.05$) و اضطراب ($P < 0.05$) آسیب دیدگان جسمی - حرکتی است؛ اما تأثیر وضعیت اشتغال بر نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی این افراد معنی دار نبوده است.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر وضعیت تاهل بر نمره کل و زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی را نشان می‌دهد.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر وضعیت تاهل بر نمره کل و زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	df درون گروهی	df بین گروهی	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری متغیرها
$P < 0.05$	۵/۳۵۵	۱۰۶۸/۰۱۲	۹۸	۱	۱۰۶۸/۰۱۲	نمره کل
$P > 0.05$ (NS)	۲/۰۴۲	۴۰/۲۲۳	۹۸	۱	۴۰/۲۲۳	نشانه‌های جسمی
$P > 0.05$ (NS)	۳/۱۶۲	۷۱/۸۴۴	۹۸	۱	۷۱/۸۴۴	اضطراب
$P > 0.05$ (NS)	۲/۷۳۶	۳۱/۳۴۲	۹۸	۱	۳۱/۳۴۲	نارسا کنش وری اجتماعی
$P < 0.01$	۷/۱۹۲	۱۶۴/۱۰۴	۹۸	۱	۱۶۴/۱۰۴	افسردگی

$$\alpha = 0.05$$

نتایج جدول ۲ حاکی از تأثیر معنی دار وضعیت تاهل بر نمره کل سلامت عمومی ($P < 0.05$) و افسردگی ($P < 0.01$) آسیب دیدگان جسمی - حرکتی است؛ اما تأثیر وضعیت تاهل بر نشانه‌های جسمی، اضطراب و نارسا کنش وری اجتماعی این افراد معنی دار نبوده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر سطح تحصیلات بر نمره کل و زیر

مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی را نشان می‌دهد.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر سطح تحصیلات بر نمره کل و زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی

شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	df بین گروهی	df درون گروهی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
نمره کل	۱۲۰/۱۴۰۴	۴	۹۵	۳۰/۳۵۱	۱/۴۷	P>۰/۰۵ (NS)
نشانه‌های جسمی	۱۲۲/۵	۴	۹۵	۳۰/۶۲۵	۱/۵۷۴	P>۰/۰۵ (NS)
اضطراب	۱۰۴/۴۷۷	۴	۹۵	۲۶/۱۱۹	۱/۱۳۱	P>۰/۰۵ (NS)
نارساکنش‌وری اجتماعی	۲۱/۷۰۷	۴	۹۵	۵/۴۲۷	۰/۴۵۵	P>۰/۰۵ (NS)
افسردگی	۱۱۶/۰۳۲	۴	۹۵	۲۹/۰۰۸	۱/۲۰۷	P>۰/۰۵ (NS)

$$\alpha = 0/05$$

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تأثیر سطح تحصیلات بر هیچ یک از متغیرهای نمره کل سلامت عمومی، نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی آسیب‌دیدگان جسمی-حرکتی معنی‌دار نبوده است.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر شدت آسیب بر نمره کل و زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر شدت آسیب بر نمره کل و زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی

شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	df بین گروهی	df درون گروهی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
نمره کل	۱۴۰/۴۶۳	۲	۹۷	۷۰/۲۳۲	۰/۳۳۳	P>۰/۰۵ (NS)
نشانه‌های جسمی	۳۳/۴۰۱	۲	۹۷	۱۶/۷۰۱	۰/۸۳۶	P>۰/۰۵ (NS)

P>۰/۰۵ (NS)	۱/۰۸۸	۲۵/۲۲۵	۹۷	۲	۵۰/۴۵۰	اضطراب
P>۰/۰۵ (NS)	۰/۸۳۳	۹/۷۴۷	۹۷	۲	۱۹/۴۹۳	نارساکنش وری اجتماعی
P>۰/۰۵ (NS)	۰/۵۵۲	۱۳/۵۰۶	۹۷	۲	۲۷/۰۱۱	افسردگی

$$\alpha=۰/۰۵$$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تأثیر شدت آسیب بر هیچ یک از متغیرهای نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی، نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی آسیب‌دیدگان جسمی-حرکتی معنی‌دار نبوده است.

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر جنسیت بر نمره کل و زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی را نشان می‌دهد.

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر جنسیت بر نمره کل و زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی

شاخص‌های آماري متغیرها	مجموع مجذورات	df بین گروهی	df درون گروهی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
نمره کل	۶۲۲/۶۹۶	۱	۹۸	۶۲۲/۶۹۶	۳/۰۵۳	P>۰/۰۵ (NS)
نشانه‌های جسمی	۵۰/۶۹۶	۱	۹۸	۵۰/۶۹۶	۲/۵۸۷	P>۰/۰۵ (NS)
اضطراب	۲۲/۶۰۷	۱	۹۸	۲۲/۶۰۷	۰/۹۷۳	P>۰/۰۵ (NS)
نارساکنش وری اجتماعی	۱۹/۳۰۴	۱	۹۸	۱۹/۳۰۴	۱/۶۶۷	P>۰/۰۵ (NS)
افسردگی	۸۷/۵۳۱	۱	۹۸	۸۷/۵۳۱	۳/۷۰۹	P>۰/۰۵ (NS)

$$\alpha=۰/۰۵$$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تأثیر جنسیت بر هیچ یک از متغیرهای نمره کل سلامت عمومی، نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی آسیب‌دیدگان جسمی-حرکتی معنی‌دار نبوده است.

بحث

پژوهش‌های انجام گرفته در خارج از کشور اهمیت نقش عواملی نظیر وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات در سلامت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی را نشان می‌دهد. اما هر کدام از پژوهش‌های معدود انجام شده در زمینه سلامت روانی افراد با ناتوانی جسمی در ایران فقط به بررسی یک یا چند مورد از عوامل بیان شده بر وضعیت روان‌شناختی آنها پرداخته‌اند و افزون بر این در مورد تأثیر این عوامل بر انواع ویژه اختلال‌های روانی (نظیر اضطراب، افسردگی، نارساکنش‌وری اجتماعی و نشانه‌های جسمی) در افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی، پژوهش‌های بسیار اندکی منتشر شده است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که متغیر وضعیت اشتغال بر نمره کل سلامت عمومی و نشانه‌های جسمی و اضطراب آسیب‌دیدگان جسمی - حرکتی و متغیر وضعیت تأهل بر نمره کل سلامت عمومی و افسردگی آنها تأثیر معنی‌دار داشته است، اما متغیرهای سطح تحصیلات، شدت آسیب و جنسیت نه بر نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی و نه بر هیچ‌کدام از زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمی، اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی آسیب‌دیدگان جسمی - حرکتی تأثیر نداشته است.

نتایج این پژوهش مبنی بر تأثیر وضعیت اشتغال بر وضعیت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی با یافته‌های پژوهش ترنر و ترنر (۲۰۰۴) که نشان داد تأثیر عاطفی عدم اشتغال بر افراد با ناتوانی جسمی حتی بیشتر از تأثیر عاطفی آن بر روی دیگر افراد است، همخوانی دارد.

در تبیین تأثیر وضعیت اشتغال بر وضعیت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی می‌توان گفت داشتن شغل مناسب از جمله عوامل مهمی است که کمک می‌کند تا فرد با ناتوانی جسمی - حرکتی در محیط عادی زندگی قرار گیرد و احساس کند که با دیگران تفاوت چندانی ندارد و از طرفی باعث کاهش محرومیت‌های ناشی از ناتوانی در جنبه‌های مختلف زندگی آنها می‌شود. داشتن شغلی که متناسب با توانایی‌های فرد با ناتوانی جسمی باشد، استقلال اقتصادی او را تأمین می‌کند، نیاز او به داشتن هدفی در زندگی را برآورده می‌سازد، حس ارزشمندی او را افزایش می‌دهد، شبکه ارتباطات اجتماعی او را گسترش می‌بخشد و در او این احساس را پدید می‌آورد که با دیگران تفاوت چندانی ندارد. تنها با اشتغال به کار است که فرد با ناتوانی جسمی می‌تواند به تدریج آسیب و وضعیت ویژه خود

را از لحاظ روحی بپذیرد و در محیط عادی زندگی قرار گیرد (قضائی، ۱۳۶۸). اشتغال یکی از مهمترین عوامل در درک و از بین بردن نگرش‌های منفی و موانع روانی-اجتماعی در هر دو گروه افراد آسیب‌دیده و عادی است، زیرا باعث تسهیل تعامل‌های اجتماعی و دگرگونی نگرش‌ها در هر دو گروه می‌گردد (نوری، ۱۳۷۴). اغلب توانبخشی را بازگرداندن افراد با ناتوانی جسمی به یک سبک زندگی تا حد ممکن طبیعی با تکیه بر استقلال مالی می‌دانند؛ لازمه این کار این است که افراد با ناتوانی جسمی در اداره زندگی روزانه خود تا حد امکان مستقل باشند و این امر مستلزم داشتن شغلی در بازار کار آزاد یا در یک محل کار حمایت شده و پناهگاهی است (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۲؛ ترجمه صالحی، ۱۳۷۲).

تأثیر وضعیت اشتغال بر نشانه‌های جسمی در افراد با ناتوانی جسمی را می‌توان این چنین تبیین کرد که احتمالاً برای آسیب‌دیدگان شاغل مشکلات روانی کمتری پیش آید و مشکلات روانی پیش آمده نیز بجای آنکه به شکل نشانه‌های جسمی بروز کنند، به شیوه‌های منطقی تری ابراز شوند. شکایت‌های جسمی رابطه معکوسی با موقعیت اجتماعی دارد و اغلب در افراد کم درآمد بروز می‌کند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸؛ ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۷۸). نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که این امر در مورد افراد با ناتوانی جسمی-حرکتی نیز مصداق دارد.

در تبیین معنی دار نبودن تأثیر متغیرهایی مانند وضعیت اشتغال بر نارساکنش‌وری اجتماعی افراد با ناتوانی جسمی، با توجه به تعریف نارساکنش‌وری اجتماعی می‌توان گفت که در این افراد توانایی انجام فعالیت‌های مربوط به زندگی روزمره و احساس کفایت در این مورد با متغیر مذکور ارتباط چندانی ندارد و به‌طور معلول هر فردی با هر موقعیت، شرایط و وضعیت اشتغالی باید یک سری فعالیت‌های معمول مربوط به زندگی شخصی و اجتماعی خود را انجام دهد و طبیعی است که آزمودنی‌های این پژوهش توانایی انجام این فعالیت‌ها را در خود دیده‌اند و در این مورد احساس کفایت کرده‌اند.

نتایج این پژوهش مبنی بر عدم تأثیر وضعیت اشتغال بر افسردگی افراد با ناتوانی جسمی را می‌توان این‌طور تبیین کرد که چون در این پژوهش به جای اینکه فقط تأثیر شاغل بودن یا نبودن سنجیده شود، تأثیر نوع اشتغال (اشتغال در خانه یا بیرون از خانه) نیز مورد ارزیابی

قرار گرفته است. بنابراین تأثیر وضعیت اشتغال بر افسردگی تا حدی کاهش یافته است. از طرف دیگر گسترده تر بودن ارتباطات اجتماعی آزمودنی‌های این پژوهش در مقایسه با سایر آسیب‌دیدگان جسمی - حرکتی احتمالاً تأثیر عدم اشتغال بر افسردگی این افراد را تعدیل کرده است. ضمن اینکه همان‌طور که در قسمت نتایج مشاهده شد تفاوت میزان افسردگی گروه‌های مورد مقایسه به سطح معنی‌دار نزدیک بوده است.

یافته‌های این پژوهش در مورد تأثیر وضعیت تأهل افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی بر وضعیت روان‌شناختی آنها با نتایج تحقیق هانتر (به نقل از امینی فسخودی، ۱۳۷۹)، مبنی بر احساس رضایت آسیب‌دیدگان متأهل از بسیاری از نمادهای زندگی همسو است.

در مورد تأثیر وضعیت تأهل بر وضعیت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی می‌توان گفت با توجه به اینکه پژوهش‌ها نشان داده است که در افراد آسیب‌دیده بین داشتن روابط صمیمی و سلامت روانی رابطه مثبتی وجود دارد (الیوت و همکاران، ۱۹۹۱؛ شرم‌ن و همکاران، ۲۰۰۴؛ نوسک و همکاران، ۲۰۰۳) و از طرفی ارتباطات اجتماعی افراد آسیب‌دیده در مقایسه با اشخاص دیگر کمتر است (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۲؛ ترجمه صالحی، ۱۳۷۲؛ نوسک و همکاران، ۲۰۰۳)، ازدواج به این دلیل که می‌تواند نیاز افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی به پیوندجویی و داشتن روابط صمیمی را به صورت نظام‌دار و هدفمند برآورده سازد، نقش مهمی در سلامت روانی آنها ایفا می‌کند. از طرف دیگر تشکیل خانواده باعث می‌شود که فرد با ناتوانی جسمی - حرکتی در شرایط عادی زندگی قرار گیرد و احساس کند که با دیگران تفاوت چندانی ندارد و افزون بر این، بر اساس پژوهش‌های انجام گرفته تأهل، استقلال اقتصادی و تحرک افراد با ناتوانی جسمی را افزایش می‌دهد (شرمن و همکاران، ۲۰۰۴) و این عوامل به نوبه خود می‌تواند زمینه بر خورداری آنها از سلامت روانی را فراهم سازد. شفارد^۲ (۱۹۹۱) در پژوهش خود دریافت که افزایش فعالیت جسمی باعث کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش عزت نفس و خودکارآمدی در افراد با ناتوانی جسمی می‌شود.

در مورد معنی‌دار نبودن تأثیر وضعیت تأهل بر اضطراب آسیب‌دیدگان جسمی - حرکتی می‌توان چنین گفت که احتمالاً مشغله‌های مربوط به تأهل با توجه به شرایط ویژه افراد با ناتوانی جسمی احتمالاً باعث شده است که این افراد تا حدی دچار اضطراب شوند و در

1. Elliott et al
2. Shephard

نتیجه تأثیر تأهل بر ایجاد آرامش روانی و کاهش اضطراب تا حدی کم‌رنگ شود. ضمن اینکه همان‌طور که در قسمت نتایج مشاهده شد تفاوت میزان اضطراب گروه‌های مورد مقایسه به سطح معنی‌دار نزدیک بوده است.

در تبیین تأثیر وضعیت تأهل بر افسردگی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی افزون بر عوامل فوق‌الذکر می‌توان گفت که روابط بین فردی سالم و مطلوب نقش مهمی در درمان افسردگی ایفا می‌کند. کلرمن^۱ و وایسمن^۲ (۱۹۹۲؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۲) بر این باورند که افراد افسرده‌ای که به هنگام بزرگسالی هرگز نتوانسته‌اند روابط صمیمانه‌ای با دیگران برقرار کنند، اغلب نارسایی‌های بین شخصی مانند عدم حساسیت نسبت به نیازهای دیگران و نداشتن مهارت اجتماعی دارند که می‌تواند به ایجاد افسردگی منتهی شود و در نتیجه این افراد مستعد ابتلا به افسردگی هستند. با توجه به اینکه تأهل منبع بالقوه‌ای برای روابط سالم و مطلوب و صمیمانه است، بنابراین می‌تواند در کنار عوامل دیگر مانع بروز افسردگی شود. روابط نزدیک و مداوم با فرد دیگر موجب می‌شود که افکار منفی و خطاهای فکری از طریق تبادل نظر و دریافت بازخورد تا حدی تصحیح شود و در نتیجه زمینه تعبیری مثبت‌تر درباره مسائل و رویدادها فراهم گردد. افزون بر این، احساس مسئولیت ناشی از زندگی مشترک احتمالاً باعث می‌شود که فرد برای اداره زندگی خانواده خود فعالیت بیشتری انجام داده و تلاش بیشتری به خرج دهد و بنابراین از حالت رکود و سستی که از نشانه‌های افسردگی است، درآید.

نتایج پژوهش حاضر مبنی بر عدم تأثیر سطح تحصیلات افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی بر وضعیت روان‌شناختی آنها، با نتایج پژوهش کرایوس و همکاران (۱۹۹۹) که نشان داد سطح تحصیلات یکی از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده احساس سلامت روان‌شناختی و افسردگی در افراد با آسیب نخاعی است و یافته‌های پژوهش چوالیز و همکاران (۱۹۹۸) که نشان داد بین وضعیت روان‌شناختی دانشجویان با ناتوانی جسمی - حرکتی و سایر دانشجویان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، همخوانی ندارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که هر چه سطح تحصیلات فرد با ناتوانی جسمی بالاتر باشد، وی نسبت به بسیاری از مسائل پیرامون خود دیدگاه عمیق‌تر و دقیق‌تری دارد و نابسامانی‌ها و تبعیض‌ها را بهتر درک می‌کند و از پی بردن به آنها بیشتر متأثر می‌شود. از

1. Klerman

2. Weissman

طرفی با افزایش سطح تحصیلات فرد با ناتوانی جسمی در او این انتظار به وجود می‌آید که در بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند سایر افراد پیشرفت داشته باشد و به اهداف خود دست یابد و وقتی این خواسته به دلیل موانع بیرونی تحقق نمی‌یابد، موجبات ناکامی فرد آسیب‌دیده را فراهم می‌آورد. این امر باعث می‌شود که با وجود تأثیر سطح تحصیلات بالا بر تسهیل پذیرش واقعیت و کنار آمدن با شرایط خود و تجهیز فرد به راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتر و نقش آن در کاهش تأثیر منفی آسیب بر جنبه‌های مختلف زندگی، بین وضعیت روان‌شناختی آسیب‌دیدگان با سطح تحصیلات مختلف تفاوتی وجود نداشته باشد.

یافته‌های این پژوهش مبنی بر عدم تأثیر شدت آسیب بر وضعیت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی با نتایج پژوهش نوسک و همکاران (۱۹۹۵) مبنی بر عدم وجود رابطه بین شدت ناتوانی و رضایت از زندگی در افراد با آسیب‌دیدگی‌های مختلف همخوانی دارد، اما با یافته‌های پژوهش آید و ریسب (۲۰۰۲) که نشان می‌دهد شدت ناتوانی در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی نقش دارد، همخوانی ندارد.

در مورد معنی دار نبودن تأثیر شدت ناتوانی بر سلامت روانی آزمودنی‌ها، می‌توان گفت که شدت ناتوانی وقتی می‌تواند بر وضعیت روان‌شناختی تأثیر داشته باشد که فرصت‌های شغلی را کاهش داده، احتمال ازدواج را پایین آورد و ارتباطات اجتماعی را محدود سازد. اما با توجه به اینکه در پژوهش حاضر به نظر می‌رسید که بین آزمودنی‌های با شدت ناتوانی مختلف از لحاظ وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل آنها تفاوتی وجود ندارد و از طرفی میزان ارتباطات اجتماعی آزمودنی‌های با شدت ناتوانی مختلف (دست کم از لحاظ ارتباط با سایر افراد با ناتوانی جسمی) در این پژوهش تفاوت چندانی با یکدیگر ندارد، نتیجه بدست آمده مبنی بر عدم رابطه بین شدت ناتوانی و وضعیت روان‌شناختی دور از انتظار نیست. عدم همخوانی نتایج پژوهش‌های مختلف در مورد تأثیر شدت ناتوانی بر وضعیت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی نیز احتمالاً ناشی از نادیده گرفتن نقش متغیرهای واسطه‌ای همچون وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و... در رابطه بین دو متغیر مذکور باشد.

یافته‌های این پژوهش مبنی بر عدم تفاوت دو جنس از لحاظ وضعیت روان‌شناختی با نتایج پژوهش ترنر، لیود و تایلور (۲۰۰۶) که نشان داد در آمریکا شیوع اختلال‌های روانی

در آسیب دیدگان جسمی مرد بیشتر از آسیب دیدگان جسمی زن است، همخوانی ندارد. این ناهمخوانی را شاید بتوان تا حدی به عدم کنترل تأثیر وضعیت اشتغال و وضعیت تاهل در پژوهش ترنر و همکاران (۲۰۰۶) نسبت داد؛ به دیگر سخن به نظر می‌رسد که بالاتر بودن احتمال اشتغال به کار و تاهل مردان با ناتوانی جسمی نسبت به زنان با ناتوانی جسمی در جامعه ما به علت وجود عقاید ویژه در این زمینه، احتمالاً باعث می‌شود که تفاوت وضعیت روان‌شناختی دو جنس کم‌رنگ شود. ضمن اینکه پژوهش‌های انجام گرفته بر جمعیت عمومی نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌هایی مانند افسردگی، اضطراب و نشانه‌های جسمی در زنان بیشتر از مردان است و به نظر می‌رسد که الگوی وضعیت روان‌شناختی آزمودنی‌های این پژوهش تا حدی به این الگوی موجود در جمعیت عمومی نزدیک شده است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن نمونه به اعضای جامعه معلولین شهر اصفهان که ممکن است از لحاظ میزان ارتباطات اجتماعی با سایر آسیب دیدگان جسمی این شهر تفاوت‌هایی داشته باشند و نیز عدم کنترل وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده اولیه آزمودنی‌ها اشاره کرد.

با توجه به نتایج این پژوهش که نشان داد متغیرهایی نظیر وضعیت اشتغال و وضعیت تاهل بر وضعیت روان‌شناختی افراد با ناتوانی جسمی مؤثر است، پیشنهاد می‌گردد با روش‌های مقتضی زمینه برای اشتغال و تاهل این افراد فراهم شود تا از این طریق وضعیت روان‌شناختی آنها بهبود یابد.

پاسخ به این سؤال که عضویت در تشکل‌هایی مانند جامعه معلولین و نیز وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده اولیه چه تأثیری می‌تواند بر نتایج پژوهش داشته باشد، بر عهده پژوهش‌های آتی است.

منابع

- استورا، ج. ب. (۱۹۹۱). *تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن*. ترجمه پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد. (۱۳۷۷).
- امینی فسخودی، ق. ع. (۱۳۷۹). *مقایسه عزت نفس، باورهای غیرمنطقی زناشویی و سازگاری زناشویی بین شوهران دارای محدودیت و بدون محدودیت جسمی - حرکتی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده تحصیلات تکمیلی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- تقوی، م. ر. (۱۳۸۰). *بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی، مجله روانشناسی، ۵، ۴، ۳۸۱-۳۹۸*.
- دادستان، پ. (۱۳۸۲). *روانشناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی (جلد اول)*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی (دانشگاه‌ها (سمت).
- سازمان ملل متحد. (۱۹۹۲). *ناتوانی: وضعیت، استراتژی‌ها، تدابیر*. ترجمه جواد صالحی. (۱۳۷۲)، تهران، انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- قضائی، ص. (۱۳۶۸). *معلولیت‌ها: سبب شناسی، پیشگیری، توانبخشی*. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- کاپلان، ه. ج و سادوک، ب. (۱۹۹۸). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه رفیعی و رضاعی (۱۳۷۸). تهران، انتشارات ارجمند.
- نوری، ا. (۱۳۷۴). *جنبه‌های روان‌شناختی ناتوانی جسمی: اشتغال به عنوان مهمترین عامل*. مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی)، سال هفتم، شماره ۴، ۱۰۶-۸۵.
- Bieszynskaka, k.(1995). Value attributed to marriage by persons with disabilities. *Journal of Disability Development and Education*, 42,5,203-210.
- Chwalisz,K., Diener,E,& Gallagher,D.(1988). Autonomic arousal feedback and emotional experience: Evidence from the spinal cord injured. *Journal of Personality and Social Psychology*,54,5,820-828.
- Eide,A.H.,& Roysamb,E.,(2002).The relationship between level of disability,psychological problems,social activity and social networks. *Rehabilitation Psychology*,47,2,165-183.
- Elliott,T.R.,Herrick,S.M.,Patti,A.M.,Witty,T.E.,Godshall,F.J.,&Spruell,M.(1999).Assertiveness, social support and psychological adjustment following spinal cord injury. *Behavior Research and Therapy*,29,5,485-493.

- Golberg,D.P.; Gater,R.; Sartorius, N.; Usttun,T.B.& et al.(1997). The validity of tow versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care, *Psychological Medicine* ,27,1, 191-197.
- Havennar, J.M.; Rummyantzeva,G.M.;Poelijioe, N.W.; Van-Den-Bout, J.; Subareva, S.N.; Plyphina,D.V.(1996a). The reliability and validity of two psychiatric screening questionnaires in the Russian Federation. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*,6,4, 237-242.
- Heide,A.,Jacobs,J.W.,Albada-Kuipers,G.A.,Kraaimaat,F.W.,Geenen,R.& Bijlsma,W.(1994).Physical disability and psychological well being in resent onset rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatol*,21,1, 28-32.
- Hughes,R.,Robinson-Helen,S.,Taylor,H.B.,Petersen,N.J.,&Nosek,M.A.(2005). characteristics of depressed and non-depressed women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*,86,3,473-479.
- Kemp,B.,Krause,J.S.,&Adkins,R.(1999).Depression among African American, latinos, and Caucasians with spinal cord injury: An exploratory study. *Rehabilitation Psychology*,44,3,235-247.
- Kilic,C.(1996). General health Questionnaire: A validity and reliability study ,*Tuerk Psikiyatri Dergisi*,7,1, 3-9.
- Kim,K.H.,&Kim,O.S.(2005).Influencing factors on HRQOL of physically disabled persons.*Taehan Kanho Hakhoe Shi*,35,3,478-486.
- Koeter, M.W.J.(1992).General Health Questionnaire and SCL Anxiety and depression scale: A comparative study. *Journal of affective disorders*, 24,4, 271-279.
- Krouse,J.S.,Coker,J.,Charlifue,S.,&Whiteneck,G.G(1999). Depression and subjective well-being among 97 american Indians with spinal cord injury: A descriptive study. *Rehabilitation Psychology*,44,4,354-372.
- Nosek,M.A.,Marcus,F.,&Carol,P.(1995).Life satisfaction of people with physical disabilities: Relationship to personal factors. *Rehabilitation Psychology*,40,3,191-202.
- Nosek,M.A.,Hughes,R.B,Swdiund,N.,Taylor,H.B.,&Swank,P.(2003)Self-esteem and women with disabilities. *Social Science and Medicine*, 56,8, 1737-1747.
- Oberlander,E.L.,Schneier,F.R.,&Liebowitz,M.R.(1994).Physical disability and social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 14,2, 136-143.
- Shephard,R.J.(1991).Benefits of sport and physical activity for the disabled: Implications for the individuals and for society. *Scandivian Journal of Rehabilitation Medicine*,23,2,51-59.

- Sherman, J.E., DeVinney, D.J., & Sperling, K.B. (2004). Social support and adjustment after spinal cord injury: Influence of past peer-monitoring experiences and current live-in partner. *Rehabilitation Psychology*, 49, 2, 140-149.
- Turner, R.J., Lloyd, D.A., & Taylor, J. (2006). Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*, 51, 3, 214-223.
- Turner, J.B., & Turner, R.J. (2004). Physical disability, unemployment, and mental health. *Rehabilitation Psychology*, 49, 3, 241-249.
- Wells, K.B., Golding, J.M., & Burnam, M.A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 145, 8, 976-981.