

سلامت روان معلولین جسمی در مقایسه با افراد عادی: بررسی
مبتنی بر رویکردهای آسیب‌شناسی روانی و روان‌شناسی مثبت^۱

بنیامین براری^۱، *مجید غفاری^۲

Mental Health of Physically Disabled Persons Compare To the
Normal People: Investigation Based On the Psychopathology
and Positive Psychology Approaches^۱

Benyamin Barari¹, *Majid Ghaffari²

Abstract

Objective: Investigation of mental health in disabled people using both components of psychopathology and positive psychology will provide more complete information about the state of their mental health. The aim of this study is to compare the psychological well-being and general health of physically disabled persons with normal people.

Methods: In this causal-comparative study, sixty disabled persons (30 females, 30 males) and sixty normal participants (30 females, 30 males) were selected voluntarily through the convenience sampling in Qaemshahr, Iran. The research instruments included Psychological Well-Being Scale (PWBS) and General Health Questionnaire (GHQ). The used statistical methods were descriptive statistics and multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: The results of MANOVA showed that there were significant differences between two groups based on the environmental mastery ($p=0.009$), autonomy ($p=0.034$), personal growth ($p=0.020$), somatic symptoms ($p=0.009$), and social dysfunction ($p=0.040$), but in terms of the research variables the differences between two groups of disabled women and men were not significant.

Conclusion: According to the findings of this study, it seems that disability leads to reduce the general health and psychological well-being. For promotion of mental health of disabled people, attention to the components of mental health is important from the perspective of both the psychopathology and positive psychology approaches.

Keywords: Mental health, Psychological well-being, General health, physically disabled persons.

چکیده

هدف: بررسی سلامت روان افراد معلول با استفاده از مؤلفه‌های آسیب‌شناسی و روان‌شناسی مثبت، اطلاعات کامل‌تری را درباره وضعیت سلامت روان آن‌ها فراهم می‌کند. هدف این پژوهش، مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی معلولین جسمی با افراد عادی بود.

روش‌بررسی: در این پژوهش علی‌مقایسه‌ای، تعداد شصت نفر معلول جسمی (۳۰ زن، ۳۰ مرد) و شصت نفر آزمودنی عادی (۳۰ زن، ۳۰ مرد) با روش نمونه‌گیری سهل‌الوصول به‌طور داوطلب و از شهرستان قائم‌شهر انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (PWBS) و مقیاس سلامت عمومی (GHQ) بود. روش‌های آماری استفاده‌شده شامل آمار توصیفی و تحلیل استنباطی به‌روش تحلیل واریانس چندمتغیری بود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که از لحاظ تسلط بر محیط ($p=0/009$)، خودمختاری ($p=0/034$)، رشد فردی ($p=0/020$)، نشانه‌های جسمانی ($p=0/009$) و ناکنش‌وری اجتماعی ($p=0/040$) تفاوت معناداری بین معلولین جسمی و افراد عادی وجود دارد و بین معلولین زن و مرد از لحاظ متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های این پژوهش، به نظر می‌رسد معلولیت منجر به کاهش سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد و برای ارتقای سلامت روان معلولین جسمی، توجه به مؤلفه‌های سلامت روان از منظر هر دو رویکرد آسیب‌شناختی و روان‌شناسی مثبت، اهمیت دارد.

کلیدواژه: سلامت روان، بهزیستی روان‌شناختی، سلامت عمومی، معلول جسمی.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت‌الله آملی، آمل، ایران؛ ۲. دکتری روان‌شناس بالینی و مشاور خانواده، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران. *آدرس نویسنده مسئول: دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران. *تلفن: ۰۹۱۱۲۵۱۴۸۹۰، *ایمانامه: m.qaffari@umz.ac.ir

مقدمه

معلولیت عبارت از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد است که پیامد نقص و ناتوانی بوده و مانع انجام نقشی می‌گردد که باتوجه به شرایط سنی، جنسیتی، اجتماعی، فرهنگی و طبیعی برای فرد در نظر گرفته می‌شود (۱). طبق برخی گزارش‌ها، معلولیت گاهی با بی‌میلی به شرکت در برخی فعالیت‌های اجتماعی همراه است (۲). آمارهای موجود در ایران با احتساب جانبازان گرانقدر، حدود ۴ درصد جمعیت کشور را دارای معلولیت ذکر می‌کند (۳). سازمان بهداشت جهانی دربارهٔ افراد معلول هشدار داده است (۴). در ایران نیز براساس گزارش برخی منابع موجود، به دلیل نبود شناخت مناسب از فرد معلول و به‌طورکلی معلولیت، چنین فردی گاهی از کودکی با برخوردهای ناشی از درک نادرست و ناقص جامعه مواجه شده و به‌تبع آن، خود را محکوم به ناتوانی و گاهی وابستگی می‌بیند (۵). از آنجایی که معلولیت نه فقط در جسم افراد معلول، بلکه بیشتر در طرز فکرها و نگرش‌های افراد مزبور و دیگر افراد جوامع وجود دارد (۶)، تأثیری که بر وضعیت روحی‌روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی می‌گذارد، انکارناپذیر است؛ چراکه طبق برخی گزارش‌ها، به‌نظر می‌رسد در افراد معلول نسبت به جمعیت عمومی، احتمال بالاتری برای ابتلا به مشکلات روانی وجود دارد (۷). ناتوانی می‌تواند منجر به فشارهای روان‌شناختی، افسردگی، ازدست‌دادن حقوق و مزایا و نیز حمایت اجتماعی، تغییرات سبک زندگی و قطع روابط و انزوای اجتماعی شود (۷). به‌همین ترتیب، برخی پژوهشگران عوارض ناشی از تعامل ناتوانی و مشکلات روان‌شناختی را با احساس بی‌فایده‌گی اجتماعی و نزول سطح اقتصادی-اجتماعی نشان داده‌اند (۸). پژوهش‌های انجام‌گرفته غالباً، مشکلاتی در عزت‌نفس، خوداثربخشی، روابط اجتماعی، رضایت از زندگی و نیز وجود احساس تهایی و ترس از موفقیت را در افراد معلول گزارش کردند (۹). طبق گزارش سازمان ملل متحد افراد معلول جسمی در مقایسه با افراد عادی جامعه، مشارکت کمتری در اجتماع دارند؛ درآمد کمتر، شرایط سکونت بدتر و تحصیلات کمتری داشته و در مقایسه با

اکثر مردم تعداد کمتری از آن‌ها شاغل‌اند (۱۰)؛ لذا یکی از وظایف مهم روان‌شناسان، بررسی و تحلیل آثار معلولیت بر ابعاد گوناگون سلامت روان فرد معلول و نیز اکتشاف عوامل ضربه‌گیر و محافظ روان‌شناختی در آن‌ها است که این مسئله مبنای انجام این پژوهش بود. بسیاری از پژوهش‌ها در حیطه سلامت روان افراد معلول مبتنی بر رویکرد آسیب‌شناسی انجام گرفته است. سلامت روان در ابتدا براساس رویکرد آسیب‌شناسی و بررسی فقدان بیماری تعریف می‌شد؛ اما به اعتقاد برخی صاحب‌نظران، سلامت روان نه‌تنها به‌معنای نبود آسیب است، بلکه به‌معنای ادراک مثبت فرد از رویدادها و شرایط زندگی نیز هست (۱۱). از حدود دههٔ ۱۹۶۰ و با ظهور دیدگاه‌های جدیدی که به‌جای درمان مشکلات روانی، بر پیشگیری از آن‌ها تأکید داشتند، مدل‌های سلامت روانی عمدتاً بر ابعاد روانی مثبت مانند توانایی‌ها، رشد شخصی، بهزیستی، تعامل کارآمد با جهان، انرژی و خلق مثبت برای برقراری رابطهٔ مطلوب با اجتماع و پیشرفت مثبت متمرکز شدند (۱۱-۱۲). این تغییر رویکرد موجب شد روان‌شناسان این گروه در تعریف سلامت روان بیشتر از اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی^۱ که دارای بار مثبت است، استفاده کنند (۱۴). از این منظر کسی دارای سلامت روان است که ویژگی‌هایی مانند عزت‌نفس، روابط اجتماعی گسترده، احساس خودکارآمدی و حس استقلال دارد (۱۵). ریف در سال ۱۹۹۵ یکی از مدل‌های بسیار مهم حوزهٔ بهزیستی روان‌شناختی را ارائه کرد. در این مدل، بهزیستی به‌معنای تلاش برای ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود (۱۶). از این رو بهزیستی روان‌شناختی، تلاش برای کمال، جهت تحقق توانایی‌های بالقوه و واقعی فرد تلقی می‌گردد (۱۶). در نهایت، این مدل شش عامل مهم را برای بهزیستی روان‌شناختی معرفی می‌کند که عبارت هستند از: پذیرش خود^۲ (نگرش مثبت به خود و زندگی گذشتهٔ خویش)، هدفمندی در زندگی^۳ (برخورداری از ایده‌آل‌ها و معنا در زندگی گذشته و

¹ Psychological Well-Being

² Self-Acceptance

³ Purpose in Life

حال)؛ رشد شخصی^۱ (احساس رشد مداوم، پذیرش تجارب جدید و تأکید بر تغییر و بهبود زندگی مبتنی بر تجربه و یادگیری، تعمق درباره خود و اثربخشی)؛ داشتن ارتباط مثبت با دیگران^۲ (برخورداری از رابطه با کیفیت و ارضاکنده با دیگران)؛ تسلط بر محیط^۳ (توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن، حس توانایی در دستکاری و تغییر و بهبود شرایط محیطی و استفاده از فرصت‌ها) و خودمختاری^۴ (احساس استقلال، خودکفایی و آزادی، تصمیم‌گیری بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خویش که منجر به افزایش توانایی مقابله با فشارهای اجتماعی می‌گردد) (۱۷). همان‌گونه که اشاره شد معلولیت نه فقط در جسم افراد معلول بلکه بیشتر در طرز فکر و نگرش افراد مزبور وجود دارد. چنانچه بررسی سلامت این قشر جامعه تنها به رویکرد آسیب‌شناسی محدود گردد، ممکن است منجر به یافته‌های ناکافی شود؛ بنابراین باتوجه به توانایی‌های بالقوه معلولین در هر جامعه‌ای (مصادیق آن در میدین ورزشی، احراز شرایط لازم برای جایگاه‌های علمی و سایر حوزه‌های هنری، صنعتی و از قبیل آن، مشخص است) و نیز هزینه‌هایی که جامعه بابت درمان مشکلات روان‌شناختی متحمل می‌گردد، در این پژوهش سلامت روان افراد معلول از هر دو منظر آسیب‌شناسی و روان‌شناسی مثبت با افراد سالم مقایسه شد. جهت بررسی سلامت روان مبتنی بر رویکرد آسیب‌شناسی، از نظریه چهار عاملی سلامت عمومی گلدبرگ^۵ (۱۸) استفاده شد. در مدل مذکور، سلامت روان شامل مؤلفه‌های زیر است: نشانه‌های جسمانی^۶ (احساس افراد به وضع سلامت خود، احساس خستگی، وجود نشانه‌های بدنی و دریافت‌های حسی بدنی که اغلب با برانگیختگی‌های هیجانی همراه هستند)، علائم اضطراب^۷ (از قبیل تحت فشار بودن، عصبانیت، دل‌شوره و بی‌خوابی)، ناکنش‌وری

اجتماعی^۸ (گستره توانایی افراد در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره و احساسات آن‌ها درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی، احساس مفید بودن و لذت از فعالیت‌های روزمره زندگی) و علائم افسردگی^۹ (از قبیل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و ناتوانی انجام کارها) (۱۸).

روش بررسی

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش از طرح تحقیق علی‌مقایسه‌ای استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد معلول جسمی تحت پوشش بهزیستی و افراد عادی شهرستان قائم‌شهر بود. نمونه‌های معلول و عادی به‌طور هم‌تا از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، اشتغال و وضعیت تأهل و با استفاده از روش نمونه‌گیری سهل‌الوصول یا آسان^{۱۰} انتخاب شدند. تعداد شصت نفر معلول جسمی (۳۰ زن، ۳۰ مرد) در دوره رشدی جوانی (۲۰ تا ۴۰ سال جهت کنترل اثرات رشدی ناشی از چرخه مراحل زندگی) بدون سابقه ازدواج و هویت شغلی (بیکار یا دانشجو) و با حداقل سطح تحصیلی سیکل انتخاب شدند (میانگین سنی: ۳۲/۰۴، انحراف معیار: ۵/۰۷)؛ سپس براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های معلول، آزمودنی‌های عادی (۳۰ زن، ۳۰ مرد) به‌طور هم‌تا انتخاب گردیدند (میانگین سنی: ۳۰/۸۴، انحراف معیار: ۴/۹۷). همه آزمودنی‌ها داوطلب بودند و برای شرکت در این پژوهش هزینه‌ای پرداخت نکردند. انتخاب شصت‌نفره در هر گروه، با هدف بالابردن توان آماری، به‌عنوان شاخصی از کفایت حجم نمونه (۱۹) و رعایت پیشنهادهای پژوهشی مبنی بر ارجح بودن تساوی تعداد نمونه در هر گروه (۲۰-۱۹) در

^۸. Social Dysfunction

^۹. Depression

^{۱۰}. Convenience

* در اغلب مقالات علمی از واژه «در دسترس» (accessible) استفاده می‌شود که جایگزین مناسبی نیست (رجوع شود به کتاب روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی؛ نوشته گال، بورگ و گال، ترجمه احمدرضا نصر و همکاران، ۱۳۸۷، جلد اول، پاورقی صفحه ۳۸۲).

^۱. Personal Growth

^۲. Positive Relations with Others

^۳. Environmental Mastery

^۴. Autonomy

^۵. Goldberg

^۶. Somatic Symptoms

^۷. Anxiety

آزمون‌های پارامتری انجام شد. توان آماری بالاتر از ۰/۸۰، مطلوب بوده و به‌عنوان شاخصی از کفایت حجم نمونه در نظر گرفته می‌شود (۱۹). اگر حجم گروه‌ها مساوی یا بیشتر از ۴۰ نفر شود، نتایج تحلیل واریانس حتی در صورت رعایت نشدن برخی پیش‌شرط‌ها نیز قابل‌اعتماد خواهد بود (۱۹).

برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش از ابزار زیر استفاده شد: الف) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس شامل ۸۴ گویه و شش زیرمقیاس: پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است؛ سؤالات در یک طیف شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق، به روش لیکرت درجه‌بندی شده است (۱۱). ریف، برای بررسی پایایی این مقیاس از آلفای کرونباخ بهره گرفت. آلفای به‌دست‌آمده برای پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی به‌ترتیب: ۰/۹۳، ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۹۰، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ گزارش شد (۱۱). ویژگی‌های روان‌سنجی در نسخه فارسی آن نیز تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای کل مقیاس و ۰/۷۲ تا ۰/۸۶ برای زیرمقیاس‌های آن گزارش شده است (۱۱). در این پژوهش، پایایی کل مقیاس و زیرمقیاس‌های آن شامل: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند و رشد فردی، به‌ترتیب: ۰/۸۳، ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۷۱، ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۷۶ محاسبه شد. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده میزان بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی است.

ب) فرم ۲۸ گویه‌ای پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28): این فرم برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی ساخته شده است، سؤالات آن در یک طیف چهاردرجه‌ای (اصلاً، در حد معمول، بیشتر از حد معمول، همیشه) به روش لیکرت درجه‌بندی شده است. در کل، نمره کم نشان‌دهنده سلامت روان و نمرات بیشتر، حاکی از نبود سلامت روان است (۱۸). پرسشنامه GHQ-28 دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی، علائم اضطراب، ناکنشوری اجتماعی و

علائم افسردگی است و ویژگی‌های روان‌سنجی در نسخه فارسی آن تأیید شده است (۱۲). در این پژوهش پایایی کل پرسشنامه و زیرمقیاس‌های آن شامل نشانه‌های جسمانی، علائم اضطراب، ناکنشوری اجتماعی و علائم افسردگی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، به‌ترتیب: ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۷۰ و ۰/۸۲ به دست آمد. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده میزان سلامت روان کمتر است.

برای اجرا ابتدا جهت انجام هماهنگی‌های لازم برای دسترسی به افراد معلول به اداره بهزیستی شهرستان قائم‌شهر مراجعه شد و سپس با گرفتن مجوز و در نظر گرفتن معیارهای، افراد معلول جسمی با روش سهل‌الوصول (آسان) انتخاب شدند. سپس با ارائه توضیحات مختصری درباره موضوع پژوهش، محرمانه‌بودن پاسخ‌ها، داوطلبی‌بودن شرکت در پژوهش و جلب رضایت آنان، پرسشنامه‌ها بین آنان توزیع شد و بعد از دو روز، ضمن قدردانی تحویل گرفته شد. نمونه‌گیری افراد بهنجار نیز براساس روش سهل‌الوصول (آسان)، از مناطق شهری شهرستان قائم‌شهر و البته از بین افراد هم‌تا با نمونه معلول با در نظر گرفتن معیارهای خروج (دوره رشدی غیر از جوانی، سطح سواد کمتر از سیکل، ابتلا به بیماری جسمی و روانی مزمن و ناتوان‌کننده و تأهل) انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون T دو گروه مستقل^۱ و تحلیل واریانس چندمتغیری^۲ در نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد.

یافته‌ها

در این بخش یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش و نیز یافته‌های استنباطی مربوط به مقایسه‌های بین گروهی ارائه شده است. از بین افراد نمونه پژوهش، ۵ درصد دارای تحصیلات زیردیپلم، ۳۱٪ دیپلم، ۱۴٪ فوق‌دیپلم، ۴۰٪ لیسانس و ۱۰٪ فوق‌لیسانس بودند. نتایج یک پژوهش درباره ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با سلامت عمومی افراد معلول جسمی

1. Independent Samples T-Test

2. Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)

مربوط به مقایسه مؤلفه‌های سلامت عمومی بین دو گروه نشان داد که بین چهار مؤلفه براساس نشانه‌های جسمی ($p=0/009$) و ناکنش‌وری اجتماعی ($p=0/040$) بین دو گروه افراد عادی و معلول جسمی تفاوت وجود دارد (جدول ۱). یافته‌های مربوط به مقایسه دو گروه زن و مرد معلول جسمی از لحاظ متغیرهای پژوهش نشان‌دهنده نبود تفاوت معنادار بین دو گروه از لحاظ بهزیستی روان‌شناختی ($F=1/63$)، و نیز سلامت عمومی ($F=1/09$)، ($p=0/363$) بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش، نتایج آزمون T دو گروه مستقل و یافته‌های تفکیکی تحلیل واریانس چندمتغیری (اثرات بین آزمودنی‌ها) مربوط به مقایسه مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی در دو گروه

F (p-value)	t (p-value)	عادی		معلول		گروه‌ها
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
	-۴/۳۶ (<0/001)	۱۲/۵۰	۷۶/۱۶	۹/۹۱	۶۷/۱۸	بهزیستی روان‌شناختی (نمره کل)
۲/۸۰ (0/097)	-۱/۶۷ (0/096)	۲/۲۲	۱۱/۹۸	۲/۴۰	۱۱/۲۸	پذیرش خود
۲/۱۳ (0/149)	-۱/۴۶ (0/147)	۳/۸۷	۱۲/۳۸	۳/۷۳	۱۰/۵۵	روابط مثبت با دیگران
۴/۵۸ (0/031)	-۲/۱۴ (0/034)	۷/۹۵	۱۳/۳۳	۴/۹۹	۱۰/۷۳	خودمختاری
۷/۱۳ (0/009)	-۲/۶۷ (0/009)	۱/۷۵	۱۱/۱۹	۲/۱۶	۱۰/۶۶	تسلط بر محیط
۲/۹۸ (0/089)	-۱/۷۲ (0/087)	۴/۶۵	۱۳/۸۰	۳/۸۷	۱۲/۴۵	زندگی هدفمند
۴/۸۶ (0/020)	-۲/۳۵ (0/020)	۵/۰۶	۱۳/۴۷	۴/۰۹	۱۱/۵۰	رشد فردی
	-۳/۴۸ (<0/001)	۹/۸۳	۸۶/۹۰	۱۱/۰۱	۸۰/۲۵	سلامت عمومی (نمره کل)
۶/۹۹ (0/009)	-۲/۶۴ (0/009)	۷/۱۸	۲۱/۷۰	۶/۹۰	۱۸/۳۰	نشانگان جسمانی
۲/۶۸ (0/103)	-۱/۶۴ (0/104)	۵/۶۸	۲۲/۳۸	۷/۰۶	۲۰/۴۶	نشانگان اضطرابی
۴/۳۲ (0/040)	-۲/۰۷ (0/041)	۴/۳۹	۲۱/۲۱	۵/۷۸	۱۹/۲۶	ناکنش‌وری اجتماعی
۰/۴۲ (0/519)	۰/۶۵ (0/514)	۴/۷۰	۲۱/۶۰	۵/۷۰	۲۲/۲۲	نشانگان افسردگی

بحث

مؤلفه‌های متمایزکننده دو گروه بر نبود ادراک تسلط بر خود و محیط و نیز کژکاری اجتماعی تأکید دارد. با مرور پژوهش‌های گذشته می‌توان گفت که مجموع مؤلفه‌های متمایزکننده سلامت روان دو گروه در این پژوهش، با نگرانی‌های گزارش شده درباره سلامت روان افراد معلول، همخوان است و به‌نوعی می‌تواند تبیین‌کننده آن‌ها باشد (۲،۷،۹). به نظر می‌رسد برای شفاف‌سازی عوامل بنیادین کاهش سلامت روانی ناشی از معلولیت، بتوان از مباحث روان‌شناسی اجتماعی بهره جست. در روان‌شناسی اجتماعی و در مبحث کنترل، موضوعی به نام توهم کنترل^۱ مطرح شده است که بیان

این پژوهش علی‌مقایسه‌ای با هدف بررسی مقایسه‌ای سلامت روان افراد معلول جسمی و افراد عادی، براساس هر دو رویکرد آسیب‌شناسی و روان‌شناسی مثبت انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنادار دارند و مؤلفه‌های تعیین‌کننده این تفاوت عبارتند از: تسلط بر محیط، خودمختاری، رشد فردی (در بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی)، نشانگان جسمانی و ناکنش‌وری اجتماعی (در بین مؤلفه‌های سلامت عمومی). طبق تعریف ارائه‌شده برای مؤلفه‌های مذکور و با مستثنی کردن مؤلفه نشانگان جسمانی که وجود تفاوت بین گروهی در این مؤلفه انتظار می‌رفت، مجموع

1. Illusion of Control

نتیجه‌گیری

به استناد نتایج این پژوهش، معلولیت الزاما در وهله اول عامل کاهنده در ایجاد نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش (پذیرش خود)، برخورداری از ایده‌آل‌ها و معنا در زندگی گذشته و حال (هدفمندی)، برخورداری از رابطه با کیفیت و ارضاکنده با دیگران (روابط بین فردی ارضاکنده) و همچنین ایجاد اضطراب و افسردگی نیست. نتایج این پژوهش نشان داد که اضطراب، افسردگی، پذیرش خویش، هدفمندی در زندگی و روابط بین فردی ارضاکنده وجه تمایز سلامت روانی افراد معلول جسمی و افراد عادی نیست؛ آنچه اساس کاهش سلامت روان در این افراد است و باید در فعالیت‌های مشاوره‌ای و توان‌بخشی، بیشتر بر آن‌ها تأکید کرد، ادراک فرد از داشتن اختیار، تسلط بر محیط و توانایی رشد و به تبع آن ارتقای کنش اجتماعی است. به‌طورکلی، بنابر یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد معلولیت منجر به کاهش سلامت روان می‌گردد؛ لذا برای ارتقای سلامت روان معلولین جسمی، توجه به مؤلفه‌های سلامت روان در هر دو رویکرد آسیب‌شناختی و روان‌شناسی مثبت، ضرورت دارد. بررسی‌های مقایسه‌ای در نمونه‌های متأهل و شاغل و نیز در دوره‌های مختلف رشدی برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود واجب می‌دانند، از همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، قدردانی نمایند.

می‌دارد انسان‌ها در حالت عادی معتقدند که کنترل کاملی بر رفتار خویش دارند؛ به‌طوری‌که حتی برای رویدادهایی که به شکلی عینی و به‌طور خالص از سوی شانس تعیین می‌شوند، افراد غالباً نوعی توهم کنترل نتایج آن‌ها را در خود شکل می‌دهند (۲۱). بر این اساس، هر فرد در حالت عادی برای برخورداری از رشد و پیشرفت، به توهم کنترل نیاز دارد حتی اگر گاهی پوشالی باشد. باتوجه به این نظریه و مرور مؤلفه‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که عامل اصلی کاهش سلامت روان افراد معلول، تخریب توهم کنترل ناشی از معلولیت است. طبق شواهد آزمایشی ارائه‌شده، موفق‌شدن در تکلیف موجب توهم کنترل شده و خوش‌بینی به آینده را ایجاد می‌کند (۲۱)، براین اساس می‌توان پیشنهاد کرد که برنامه‌های مشاوره‌ای و توان‌بخشی طوری طراحی شوند که در فرد معلول، موفقیت زودرس ایجاد کنند؛ از این طریق افراد اطمینان بیشتری به توانایی‌های خود در دست‌کاری و تسلط بر محیط و به تبع آن رشد فردی پیدا می‌کنند؛ همچنین پیش‌بینی موفقیت‌های بیشتر در آینده را خواهند داشت. پژوهش‌های گذشته در همین راستا درباره عوارض ناشی از تعامل ناتوانی، معلولیت و مشکلات روان‌شناختی با احساس بی‌فایده‌گی اجتماعی و نزول سطح اقتصادی اجتماعی هشدار داده‌اند (۸). هرچند ارائه فرمول‌بندی نظری جامع در این زمینه منوط به انجام پژوهش‌های گسترده و با نمونه‌های مختلف از جمعیت‌های گوناگون است.

References

1. Barbotte E, Guillemin F, Chau N. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bull World Health Organ.* 2001;79(11):1047-55.
2. Mirkhani SM. Principles of rehabilitation. Tehran: Welfare and Rehabilitation University; 1999,pp: 90-110. [Persian]
3. Satari B, Omidvar Kh, Yaghobi V. Comparison of family attitudes towards people with disabilities before and after community based rehabilitation in Ardabil. *Rehabilitation.* 2005; 6 (3): 25-32. [Persian]
4. Salamati P, Abollhassani F, Shariati B, Kamali M. Family education: Main strategy for community based rehabilitation. *Rehabilitation.* 2007; 7 (3): 20-5. [Persian]
5. Afroz Gh. Introduction to psychology and education of exceptional children. Tehran: Tehran University; 1991,pp: 15-39. [Persian]
6. Noori A. Psychological aspects of physical disabilities. *Applied Sociology.* 1996; 7: 85-106. [Persian]
7. Honey A, Honey V, Llewellyn G, Kariuki M. Mental Health and Disability. In: *International Encyclopedia of Rehabilitation.* Australia: University of Sydney; 2010.
8. Emerson E, Honey A, Madden R, Llewellyn G. The well-being of Australian adolescents and young adults with self-reported long-term health conditions, impairments or disabilities: 2001 and 2006. *Aust J Soc Issues.* 2009;44(1):39-53.
9. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1989;57(6):1069-81.
10. Heidari AR, Moshak R, Darvishi H. Comparison of self-efficacy, loneliness, fear of success, and life satisfaction between disabled and normal university students. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology).* 2010; 4 (10): 7-26. [Persian]
11. Mikaili F. Evaluation of psychometric properties of Ryff Psychological Well-Being Scale in students. *Psychology.* 2011; 5 (18): 143-65. [Persian]
12. Delavar A, Koushki SH, Jalali Farahani M. Relationships among psychological well-being components with public health in high school students. *Psychological Researches.* 2013; 5 (19): 1-12. [Persian]
13. Karademas EC. Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personal Individ Differ.* 2007;43(2):277-87.
14. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol.* 2001;52(1):141-66.
15. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Soc Sci Res.* 2006;35(4):1103-19.
16. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Curr Dir Psychol Sci.* 1995;4(4):99-104.
17. Salehi J. Disability, situation, strategies and plans; UN international economic and social group. Tehran: Iranian Welfare Organization Publication; 1994,pp: 20-31. [Persian]
18. Goldberg D. Manual of the general health questionnaire. NFER Nelson; 1978.
19. Molavi H. Practical manual SPSS 12--14. Isfahan: *Pooyesh Andishe*; 2007. [Persian]
20. Beshlideh K. Research methods and statistical analysis of research examples using SPSS and AMOS. Ahvaz: Shahid Chamran University; 2012. [Persian]
21. Moradi A, Kalantari M, Motamedi M. The role of demographic variables in predicting mental health among the physically disabled in Isfahan city. 2007;9(31):83-100. [Persian]
22. Karimi Y. Social psychology: Concepts, theories, and applications. Tehran: Arasbaran Publishers; 2009. [Persian]