

دانش و پژوهش در روان‌شناسی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)
شماره سی و یکم - بهار ۱۳۸۶
صص ۱۰۰ - ۸۳

رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و سلامت روانی معلولان جسمی شهر اصفهان

اعظم مرادی^۱ - مهرداد کلانتری^۲ - مرضیه سادات معتمدی^۳

چکیده

هدف این پژوهش تعیین سهم هر یک از عوامل وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس در پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی شهر اصفهان بود. نمونه پژوهش ۱۰۰ نفر از اعضای جامعه معلولان شهر اصفهان بود که به‌طور تصادفی انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری سلامت روانی آزمودنیها از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که وضعیت اشتغال میزان سلامت روانی معلولان جسمی را به‌طور معناداری پیش‌بینی می‌کند ($P = ۰/۰۰۶$) و افزودن متغیر وضعیت تأهل به متغیر وضعیت اشتغال قدرت پیش‌بینی سلامت روانی آنها را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد ($P = ۰/۰۰۳$)؛

۱- دانشجوی دکترای روان‌شناسی

۲- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۳- کارشناس روان‌شناسی

اما اضافه کردن هر یک از متغیرهای سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس به متغیرهای وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل نمی‌تواند قدرت پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی را به‌طور معناداری افزایش دهد.

کلید واژه‌ها: معلولان جسمی، سلامت روانی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل.

مقدمه

تأثیری که معلولیت بر وضعیت روحی-روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی بر جای می‌گذارد، غیرقابل انکار است. ناتوانی جسمی بر سازگاری روانی - اجتماعی و سلامت روانی شخص تأثیر می‌گذارد. در افراد ناتوان جسمی فشار روانی، افسردگی مزمن و نشانه‌های افسردگی بیشتری نسبت به سایر افراد وجود دارد (ترنر و بی‌سر^۱، ترنر و نح^۲، ۱۹۸۸؛ به نقل از نوری، ۱۳۷۴). بررسی نوسک و همکاران^۳ (۲۰۰۳)، نشان داد که زنان معلول نسبت به زنان غیرمعلول به‌طور معناداری خودشناسی کمتر و عزت‌نفس پایین‌تری دارند و از لحاظ اجتماعی منزوی‌تر هستند و ارتباط صمیمی کمتری دارند. حدود ۱۵ درصد از افراد عادی گزارش می‌دهند که احساس خستگی، اضطراب، ترس یا عصبی بودن می‌کنند، افراد مبتلا به ناتوانی جسمی چنین حالاتی را دو یا حتی سه برابر بیشتر گزارش می‌دهند (به نقل از سازمان ملل متحد، ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). افراد دارای ناتوانی جسمی در مقایسه با افراد عادی ارتباط اجتماعی کمتر و تمایل بیشتر به انزوای اجتماعی دارند (به نقل از سازمان ملل متحد، ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). از طرف دیگر افراد مبتلا به ناتوانی جسمی از لحاظ دستیابی به حقوق انسانی و اجتماعی خود در مقایسه با سایر افراد وضعیت نامناسبی دارند. بیشتر افراد ناتوان جسمی بیکار هستند، شغل مناسبی ندارند، از نظر اجتماعی منزوی، فقیر و دارای برجسب یا داغ اجتماعی و محروم هستند و در محیط‌های شغلی و غیرشغلی جوامع مختلف با موانع، تعصبات و جهتگیری‌های متعدد جسمی، قانونی، اقتصادی و روانی-اجتماعی مواجه هستند. این وضعیت هنگامی پیچیده‌تر می‌شود که فرد مبتلا به ناتوانی‌های قابل مشاهده، سیاهپوست

1 – Turner & Beiser

2 – Turner & Noh

3 – Nosek et al

و زن باشد (نوری، ۱۳۷۴). افراد مبتلا به ناتوانی جسمی در مقایسه با سایر افراد جامعه مشارکت کمتری در اجتماع دارند و نفوذشان نیز کمتر است. آنها دارای درآمد کمتر، شرایط سکونت بدتر و تحصیلات کمتری هستند و در مقایسه با اکثر مردم تعداد کمتری از آنها دارای شغل، تحصیلات و اوقات فراغت هستند (به نقل از سازمان ملل متحد، ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). در آمریکا افراد مبتلا به ناتوانی جسمی بیشتر سیاهپوست هستند، سطح تحصیلات پایینی دارند و زیر خط فقر هستند و درآمد آنها کمتر از افراد غیرمعلول است (کراس و استودارد^۱، ۱۹۹۱، به نقل از نوری، ۱۳۷۴). نتایج مطالعه دیگری که بین سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۲ در آمریکا انجام گرفت نشان داد که افراد مبتلا به ناتوانی جسمی در مقایسه با سایر امریکایی‌ها آموزش کمتری دیده و فقیرتر هستند و در حالی که اکثریت امریکایی‌های واقع در سنین کار، شاغل هستند فقط یک سوم افراد مبتلا به ناتوانی جسمی واقع در این سنین جزو نیروی کار محسوب می‌شوند (به نقل از سازمان ملل متحد، ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). نتایج یک بررسی که در سوئد انجام گرفت نشان می‌دهد که حتی در این کشور که یکی از جامع‌ترین برنامه‌های حمایت مالی و توانبخشی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی را دارد و ۵۲ درصد از افرادی که به نوعی ناتوانی حرکتی یا ضعف بینایی مبتلا هستند شاغل‌اند، افراد مبتلا به ناتوانی جسمی نسبت به افراد عادی همسن خودشان شرایط کاری بدتری دارند (به نقل از سازمان ملل متحد، ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). نتایج یک تحقیق زمینه‌یابی در ژاپن که در مورد افراد مبتلا به ناتوانی جسمی بالاتر از ۱۸ سال انجام گرفت نشان داد که در این کشور فقط ۳۲ درصد از افراد مبتلا به ناتوانی جسمی شاغل هستند (به نقل از سازمان ملل متحد، ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). نوسک و همکاران (۲۰۰۳)، در تحقیق خود دریافتند که زنان معلول نسبت به زنان غیرمعلول به‌طور معناداری سطح تحصیلات کمتری دارند و تعداد کمتری از آنها شاغل هستند. نتایج تحقیق امینی (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 طرفی به نظر می‌رسد که عواملی نظیر وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، سطح

تحصیلات و جنس نقش مهمی در تعیین میزان سلامت روانی افراد جوامع و فرهنگهای مختلف دارد. شخصی که نتواند نیازهای روان‌شناختی خود را در محیط کار برطرف کند سلامت روانی کم یا در بهترین حالت سلامت روانی متوسطی دارد (جمال و میچل،^۱ ۱۹۸۰). کار نه‌تنها در استقلال اقتصادی، بلکه در رشد مفهوم خود یا خودانگاره، ارتباط با همسالان و هویت یک شخص در جامعه نیز نقش مهمی ایفا می‌کند (هلند،^۲ ۱۹۸۳؛ کی‌یرنان و همکاران،^۳ ۱۹۸۹، به نقل از نوری، ۱۳۷۴). کار منبع مهمی برای پادشاهای بیرونی و درونی، رفتارهای متقابل اجتماعی، هویت، عزت‌نفس و خودشکوفایی است (استیرز و پوتر،^۴ ۱۹۹۱، به نقل از نوری، ۱۳۷۴). تحقیقات نشان داده است که بین بیکاری و سلامت روان رابطه‌ای منفی وجود دارد (جین و همکاران،^۵ ۱۹۹۵، مورفی و آداناسو،^۶ ۱۹۹۹). همچنین تحقیقات نقش وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و جنس را در سلامت روانی تأیید کرده است (به‌عنوان مثال الهایی و همکاران،^۷ ۲۰۰۴؛ چامبلر و همکاران،^۸ ۲۰۰۰؛ مازیاک و همکاران،^۹ ۲۰۰۲؛ سعب و همکاران،^{۱۰} ۲۰۰۳؛ وزکوئز - بارکوئرو و همکاران،^{۱۱} ۱۹۹۶، فاهرر و همکاران،^{۱۲} ۱۹۹۹؛ لینزر و همکاران،^{۱۳} ۱۹۹۶).

به نظر می‌رسد که عواملی نظیر وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و جنس در تعیین میزان سلامت روانی معلولان جسمی نیز نقش دارد. در مورد معلولان بزرگسال بیشتر مسأله کار کردن و تأمین زندگی مطرح است و این مسأله اساس حل مشکل آنها را تشکیل می‌دهد (قضایی، ۱۳۶۸). داشتن یک شغل مناسب، پیش‌شرط لازم برای بازگرداندن افراد معلول به آغوش جامعه است (سازمان ملل متحد، ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). ترنر و ترنر^{۱۴} (۲۰۰۴)، در بررسی خود دریافتند که ۳۰ درصد افسردگی افراد ناتوان جسمی به دلیل بیکاری است. نتایج بررسی آنها نشان داد که تأثیر عاطفی عدم اشتغال بر روی افراد ناتوان جسمی بیش از تأثیر عاطفی آن بر

1 – Jamal & Mitchell

4 – Steers & Poter

7 – Elhai & et al

10 – Saab & et al

12 – Fuhrer et al

2 – Holland

5 – Jin & et al

8 – Chumbler & et al

11 – Vazquez-Barquero & et al

13 – Linzer & et al

3 – Kiernan & et al

6 – Murphy & Athanasou

9 – Maziak & et al

14 – Turner & Turner

روی افراد دیگر است. از طرف دیگر نتایج تحقیق هانتر^۱ (۱۹۹۸)، به نقل از امینی، (۱۳۷۹)، نشان می‌دهد که افراد معلول متأهلی که قد مناسب دارند، از بسیاری از نمادهای زندگی احساس رضایت می‌کنند. نتایج بررسی بیس زینسکا^۲ (۱۹۹۵)، که بر روی افراد سالم، نابینا و استفاده‌کنندگان از ویلچر انجام گرفت نشان می‌دهد که هر سه گروه ارزش زیادی برای ازدواج قایل هستند؛ اگر چه همه آنها نمی‌توانند همه انتظارات و توقعات خود را از ازدواج برآورده سازند و این امر به‌ویژه در مورد معلولان جسمی مصداق دارد. شرم و همکاران^۳ (۲۰۰۴)، در تحقیق خود دریافتند که افراد مبتلا به آسیب نخاعی متأهل تحرک و استقلال اقتصادی بیشتری نسبت به افراد مبتلا به آسیب نخاعی مجرد دارند. پژوهش‌ها نقش سطح تحصیلات در سلامت روانی معلولان جسمی را تأیید کرده است. نتایج بررسی چوالیز^۴ (۱۹۸۸)، نشان می‌دهد که هیچ تفاوت معناداری بین میزان سلامت روانی دانشجویان مبتلا به ناتوانی جسمی و سلامت روانی سایر دانشجویان وجود ندارد. نوسک و همکاران^۵ (۲۰۰۳)، در تحقیق خود دریافتند که افراد معلول دارای تحصیلات بالا درگیری بیشتری در رفتارهای ارتقادهنده سلامت گزارش می‌دهند. به نظر می‌رسد که علاوه بر این عوامل شدت معلولیت و جنسیت نیز بر میزان سلامت روانی معلولان تأثیر دارند، گرچه نتایج تحقیقات در زمینه شدت معلولیت ناهمخوان است. نتایج بررسی اید و ریسب^۶ (۲۰۰۲)، نشان می‌دهد که شدت معلولیت در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی مؤثر است. نوسک و همکاران (۲۰۰۳)، نیز در تحقیق خود دریافتند که افراد معلول با سن بیشتر و معلولیت خفیف‌تر، عزت‌نفس بیشتری دارند و بیشتر عقیده دارند که دیگران نسبت به آنها دید مثبتی دارند. اما نتایج یکی دیگر از بررسی‌های نوسک و همکاران (۱۹۹۵)، نشان می‌دهد که در افراد معلول بین شدت معلولیت و رضایت از زندگی رابطه‌ای وجود ندارد. در مورد نقش جنسیت در سلامت روانی معلولان تحقیق مستقلمی منتشر نشده است.

حال با توجه به نتایج تحقیقات انجام گرفته مبنی بر اهمیت نقش عواملی نظیر: وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات در سلامت روانی افراد مختلف و از

1 – Hunter

2 – Bieszynskaka

3 – Sherman & et al

4 – Chwalisz

5 – Nosek & et al

6 – Eide & Roysamb

جمله معلولان و با توجه به اینکه نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که امکان اشتغال، ازدواج و تحصیل در مقاطع بالا برای افراد مبتلا به ناتوانی جسمی در مقایسه با سایر افراد کمتر فراهم است، می‌توان احتمال داد که این عوامل در برخورداری کمتر افراد معلول 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 معلولیت و جنسیت در سلامت روانی معلولان جسمی هدف تحقیق حاضر تعیین سهم هر یک از متغیرهای وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس در میزان سلامت روانی معلولان جسمی است که تأثیر این متغیرها هم به صورت جداگانه و هم در ترکیب با یکدیگر مورد بررسی قرار می‌گیرد. سؤالات این تحقیق عبارت‌اند از:

- ۱- آیا متغیر وضعیت اشتغال میزان سلامت روانی معلولان جسمی را پیش‌بینی می‌کند؟
- ۲- آیا افزودن متغیر وضعیت تأهل به متغیر وضعیت اشتغال قدرت پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی را افزایش می‌دهد؟
- ۳- آیا افزودن متغیر سطح تحصیلات به متغیرهای وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل قدرت پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی را افزایش می‌دهد؟
- ۴- آیا افزودن متغیر شدت معلولیت به متغیرهای وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات قدرت پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی را افزایش می‌دهد؟
- ۵- آیا افزودن متغیر جنسیت به متغیرهای وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و شدت معلولیت قدرت پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی را افزایش می‌دهد؟

روش

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه اعضای جامعه معلولان^۱ شهر اصفهان (۶۰۰ نفر) است. برای نمونه‌گیری با توجه به اینکه برای استفاده از الگوی آماری به کار رفته در این تحقیق باید به ازای هر یک از متغیرهای مستقل حداقل ۲۰ آزمودنی وجود داشته باشد (هومن، ۱۳۸۰)، ۱۰۰ نفر از افراد جامعه آماری به شیوه تصادفی انتخاب و در

۱- جامعه معلولان تشکلی ملی است که با هدف کمک به افزایش همبستگی بین معلولان جسمی-حرکتی و فراهم آوردن زمینه گفت و شنود و تبادل نظر آنها درباره مشکلات و نیز ارائه خدمات فرهنگی، آموزشی، تفریحی و ورزشی به آنها تشکیل شده است و عضویت در آن داوطلبانه و اختیاری است.

پژوهش حاضر شرکت داده شدند. 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 درخانه 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.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای بررسی میزان سلامت روانی آزمودنیها از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی^۱ استفاده شد. این پرسشنامه سرنندی و مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ارزیابی کسانی که مبتلا به نوعی اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (استورا، ۱۹۹۱، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از «خیر» تا «خیلی زیاد» میزان ناراحتی را مشخص می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی به روش لیکرت انجام می‌گیرد و نمره اختصاص یافته به هر یک از مواد آن از صفر تا ۳ متغیر است. بنابراین نمره کل فرد در پرسشنامه سلامت عمومی ۴ خرده آزمون ۷ سؤالی دارد که به ترتیب نشانه‌های جسمی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد. خرده‌آزمون نشانه‌های جسمی شامل مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست. خرده‌آزمون ناسازگاری اجتماعی گستره توانایی افراد در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره را می‌سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیتهای معمول زندگی مشخص می‌کند. خرده‌آزمون افسردگی در برگیرنده موادی است که با افسردگی وخیم و گرایش مشخص به خودکشی مرتبط است (استورا، ۱۹۹۱، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از سه روش باز آزمون، تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمده است. برای بررسی روایی این پرسشنامه از

سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده‌آزمون‌ها، با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است که در روش روایی همزمان، روایی ۰/۵۵ و در روش همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمره کل روایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ به دست آمده است و نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و براساس آزمون اسکری نشان‌دهنده وجود عوامل افسردگی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و علایم جسمی است که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند (تقوی، ۱۳۸۰).

طرح پژوهش و روش تحلیل داده‌ها

طرح پژوهش حاضر همبستگی از نوع پیش‌بینی است. در این طرح اندازه یک متغیر وابسته از روی اندازه‌های یک یا چند متغیر مستقل پیش‌بینی می‌شود. در این تحقیق به منظور تعیین سهم هر یک از متغیرهای مستقل مورد مطالعه در پیش‌بینی متغیر وابسته از تحلیل رگرسیون چندمتغیره با روش گام به گام استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها به زنان شماره ۱ و به مردان ۲ داده شد. به بیکاران شماره ۱، به شاغلان در خانه ۲ و به شاغلان بیرون از خانه و دانشجویان ۳ اختصاص یافت؛ به افراد مجرد شماره ۱ و به افراد متأهل ۲ داده شد. به کسانی که از هیچ وسیله کمکی استفاده نمی‌کردند شماره ۱، به آنهایی که عصا داشتند ۲ و به کسانی که از ویلچر استفاده می‌کردند ۳ اختصاص یافت.

نتایج

ارزش بیشینه و کمینه و میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روانی گروه نمونه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- ارزش بیشینه و کمینه و میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روانی آزمودنیها

شاخص‌ها	ارزش بیشینه	ارزش کمینه	میانگین	انحراف متغیر
سلامت روانی	۷۱	۴	۲۴/۹۳	۱۴/۴۸

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات سلامت روانی آزمودنیها از نقطه برش (۲۱) قرار دارد و این مسأله نشانه آن است که معلولان جسمی در کل از سلامت روانی برخوردار نیستند. جدول ۲ ماتریس همبستگی درونی بین وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس با سلامت روانی معلولان جسمی را نشان می‌دهد.

جدول ۲- ماتریس همبستگی درونی بین وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس با سلامت روانی معلولان جسمی

عوامل	وضعیت اشتغال	وضعیت تأهل	سطح تحصیلات	شدت معلولیت	جنس
وضعیت تأهل	* ۰/۲۱				
سطح تحصیلات	*** ۰/۳۸	۰/۰۳			
شدت معلولیت	-۰/۰۶	۰/۰۹	** -۰/۲۴		
جنس	** ۰/۲۷	*** ۰/۴۲	-۰/۰۸	* ۰/۲۲	
سلامت روانی	** -۰/۲۷	** -۰/۲۵	** -۰/۲۶	* ۰/۰۱	* -۰/۱۹

* P < ۰/۰۵ ** P < ۰/۰۱ *** p < ۰/۰۰۱

همان‌طور که از اطلاعات جدول ۲ مشخص است، بین نمرات سلامت روانی و وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و جنس معلولان جسمی همبستگی منفی معنادار وجود دارد و چون در پرسشنامه سلامت عمومی نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده سلامت روانی بیشتر است، می‌توان نتیجه گرفت که بین سلامت روانی معلولان جسمی و وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و جنسیت آنها رابطه مثبت معناداری وجود دارد. اطلاعات این ماتریس همچنین نشان می‌دهد که بین سلامت روانی معلولان جسمی و شدت معلولیت آنها رابطه معناداری وجود ندارد. جدول ۳ تحلیل رگرسیون متغیر سلامت روانی بر متغیرهای وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس را نشان می‌دهد.

جدول ۳- تحلیل رگرسیون متغیر سلامت روانی بر متغیرهای وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس

شاخص‌ها	مجموع	درجه	میانگین	فراوانی	سطح
منبع تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات	معناداری	معناداری
وضعیت اشتغال	۱۵۲۷/۰۸	۱	۱۵۲۷/۰۸	۷/۷۷۴	۰/۰۰۶
باقیمانده	۱۹۲۵۰/۱۴	۹۸	۱۹۶/۴۳		
وضعیت اشتغال	۲۳۰۴/۹۷	۲	۱۱۵۲/۴۹	۶/۰۵	۰/۰۰۳
وضعیت تأهل و باقی‌مانده	۱۸۴۷۷/۵۳	۹۷	۱۹۰/۴۹		

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در مرحله اول وضعیت اشتغال و در مرحله دوم وضعیت تأهل وارد معادله شده است و متغیرهای سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس از معادله حذف گردیده است. این نتایج نشان می‌دهد که وضعیت اشتغال به‌طور معناداری سلامت روانی معلولان جسمی را پیش‌بینی می‌کند و اضافه شدن متغیر وضعیت تأهل به معادله قدرت پیش‌بینی سلامت روانی آنها را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد (به ترتیب $P = ۰/۰۰۶$ و $P = ۰/۰۰۳$)، اما افزودن هر یک از متغیرهای سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس به معادله باعث افزایش معنادار قدرت پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی نمی‌شود و بنابراین این متغیرها از معادله حذف می‌شوند. جدول ۴ اطلاعات مربوط به ضریب تعیین و خطای معیار برآورد تحلیل رگرسیون متغیر سلامت روانی بر متغیرهای وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس را نشان می‌دهد.

جدول ۴- ضریب تعیین و خطای معیار برآورد تحلیل

شاخص‌ها	R	مجذور R	خطای معیار
متغیرها			برآورد
وضعیت اشتغال	۰/۲۷	۰/۰۷	۱۴/۰۲
وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل	۰/۳۳	۰/۱۱	۱۳/۸۰

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در مرحله اول وقتی متغیر وضعیت اشتغال وارد معادله می‌شود، مجذور همبستگی آن ۰/۰۷ است؛ یعنی در معلولان جسمی ۷ درصد واریانس بین وضعیت اشتغال و سلامت روانی مشترک است. در مرحله دوم وقتی وضعیت تأهل به معادله اضافه می‌گردد، این مقدار به ۰/۱۱ می‌رسد؛ یعنی رابطه خالص وضعیت تأهل معلولان جسمی با سلامت روانی آنها ۰/۰۴ است و در مجموع ۱۱ درصد واریانس یا تفاوت‌های فردی در سلامت روانی آنها به واریانس‌های وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل مربوط می‌شود. جدول ۵ ضرایب رگرسیون خام و معیار وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل و معناداری آنها را نشان می‌دهد.

جدول ۵- ضرایب رگرسیون خام و استاندارد وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل و معناداری آنها

متغیرها	شاخص‌ها	ضرایب خام			t	معناداری
		B	خطای معیار	بتا		
وضعیت اشتغال	-۴/۱۵	۱/۴۹	-۰/۲۷	-۲/۷۹	۰/۰۰۶	
وضعیت اشتغال	-۳/۵۰	۱/۵۰	-۰/۲۳	-۲/۳۴	۰/۰۲۱	
وضعیت تأهل	-۶/۶۳	۳/۳۰	-۰/۲۰	-۲/۰۲	۰/۰۴۶	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که ضرایب رگرسیون وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل و تأثیرات خالص آنها بر سلامت روانی معلولان جسمی معنادار است. جدول ۶ ضرایب بتا، مقدار t و معناداری آن و همبستگی سهمی متغیرهای حذف شده از معادله رگرسیون را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که معناداری ضرایب رگرسیون متغیرهای سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس بیشتر از ۰/۰۵ بوده و بنابراین وارد معادله نشده است. به عبارت دیگر این متغیرها نتوانسته‌اند قدرت پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی را به‌طور معناداری بالا ببرند.

جدول ۶- ضرایب بتا، مقدار t و معناداری آن و همبستگی سهمی متغیرهای حذف شده از معادله رگرسیون

متغیرها	شاخص‌ها	ضریب بتا	مقدار t	سطح معناداری	همبستگی سهمی
سطح تحصیلات	-۰/۲۰	-۱/۹۲	۰/۰۵۷	-۰/۱۹	
شدت معلولیت	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۹۰۵	۰/۰۱	
جنس	-۰/۰۶	۰/۵۴	۰/۵۸۸	۰/۰۵	

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که در قسمت نتایج اشاره شد، نتایج تحقیق حاضر نشان داد که وضعیت اشتغال سلامت روانی معلولان جسمی را به‌طور معناداری پیش‌بینی می‌کند و افزودن متغیر وضعیت تأهل به متغیر وضعیت اشتغال قدرت پیش‌بینی سلامت روانی آنها را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد؛ اما اضافه کردن هر یک از متغیرهای سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس به متغیرهای وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل نمی‌تواند باعث افزایش معنادار قدرت پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی شود.

نتیجه این تحقیق مبنی بر قدرت وضعیت اشتغال در پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی با یافته‌های بررسی ترنر و ترنر (۲۰۰۴)، که نشان داد ۳۰ درصد افسردگی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی به دلیل بیکاری است و تأثیر عاطفی عدم اشتغال بر روی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی حتی بیش از تأثیر عاطفی آن بر روی افراد دیگر است، همخوانی دارد. داشتن شغلی که متناسب با تواناییهای فرد معلول 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. فقط با اشتغال به کار است که فرد معلول می‌تواند به تدریج معلولیت و وضعیت خاص خود را از لحاظ روحی بپذیرد و در محیط عادی زندگی قرار بگیرد (قضایی، ۱۳۶۸). اشتغال یکی از مهمترین عوامل در درک و از بین بردن نگرشهای منفی و موانع روانی - اجتماعی

در هر دو گروه افراد معلول و غیرمعلول است، زیرا باعث تسهیل تعامل‌های اجتماعی و دگرگونی نگرشها در هر دو گروه می‌شود (نوری، ۱۳۷۴). اغلب توانبخشی را باز گرداندن افراد ناتوان جسمی به سبک زندگی تا حد ممکن طبیعی با تأکید بر استقلال مالی می‌دانند. لازمه این کار این است که افراد مبتلا به 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 کاری حمایت شده با امنیت شغلی است (سازمان ملل متحد، ترجمه صالحی، ۱۳۷۲).

نتیجه تحقیق حاضر مبنی بر نقش وضعیت تأهل در پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی با نتایج تحقیق هانتر (۱۹۹۸؛ به نقل از امینی، ۱۳۷۹)، مبنی بر تأثیر وضعیت تأهل بر احساس رضایت از زندگی افراد معلول همخوانی دارد.

در تبیین تأثیر وضعیت تأهل بر سلامت روانی معلولان جسمی می‌توان گفت با توجه به اینکه ارتباطات اجتماعی افراد معلول در مقایسه با اشخاص دیگر کمتر است (نوسک و همکاران، ۲۰۰۳؛ سازمان ملل متحد، ترجمه صالحی، ۱۳۷۲) و از طرفی در افراد معلول بین داشتن روابط صمیمی و سلامت روانی رابطه مثبتی وجود دارد (شرمن و همکاران، ۲۰۰۴؛ نوسک و همکاران، ۲۰۰۳؛ الیوت و همکاران، ۱۹۹۱)، ازدواج به این دلیل که می‌تواند نیاز معلولان جسمی به پیوندجویی و داشتن روابط صمیمی را به صورت نظام‌دار و هدفمند برآورده سازد، نقش مهمی در تأمین سلامت روانی آنها ایفا می‌کند. از طرف دیگر تشکیل خانواده باعث می‌شود که فرد معلول در شرایط عادی زندگی قرار گیرد و احساس کند که با دیگران تفاوت چندانی ندارد و علاوه بر این همان‌طور که تحقیقات نشان داده است، تأهل استقلال اقتصادی و تحرک معلولان جسمی را افزایش می‌دهد (شرمن و همکاران، ۲۰۰۴)، و این عوامل نیز می‌تواند زمینه بر خورداری آنها را از سلامت روانی فراهم سازد.

بی‌تأثیر بودن سطح تحصیلات در پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی را می‌توان چنین تبیین کرد که به علت اینکه متغیر وضعیت اشتغال با متغیر سطح تحصیلات همبستگی بالایی دارد، با وارد شدن به معادله رگرسیون رابطه بین سطح تحصیلات و سلامت روانی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و این مسأله باعث می‌شود که با وجود معنادار بودن رابطه سطح تحصیلات با سلامت روانی آزمودنیها، این متغیر

از معادله رگرسیون حذف شود. نتایج برخی از تحقیقات دیگر نشان داده است که بین وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات رابطه وجود دارد، برای مثال نوسک و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیق خود دریافتند که آزمودنیهای جوانتر، دارای سطح تحصیلات بالاتر و معلولیت خفیف‌تر بیشتر احتمال دارد که استخدام شوند.

نتایج تحقیق حاضر مبنی بر قوی نبودن متغیر شدت معلولیت در پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی و معنادار نبودن رابطه بین شدت معلولیت و سلامت روانی با نتایج تحقیق آید و ریسب (۲۰۰۲)، که نشان داد شدت معلولیت در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی نقش دارد و نتایج تحقیق نوسک و همکاران (۲۰۰۳)، مبنی بر اینکه معلولان با سن بیشتر و معلولیت خفیف‌تر عزت نفس بیشتری دارند و بیشتر باور دارند که دیگران نسبت به آنها دید مثبتی دارند، در تضاد است، اما با نتایج بررسی دیگر نوسک و همکاران (۱۹۹۵)، که نشان‌دهنده روابط بین شدت معلولیت و رضایت از زندگی است، همخوانی دارد.

به نظر می‌رسد که شدت معلولیت وقتی بر سلامت روانی مؤثر است که فرصتهای شغلی را کاهش دهد، احتمال ازدواج را پایین آورد و ارتباطات اجتماعی را محدود سازد؛ اما با توجه به اینکه در تحقیق حاضر شدت معلولیت آزمودنیها با وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل آنها ارتباط معناداری نداشته است و از طرفی میزان ارتباطات اجتماعی آزمودنیها با شدت معلولیت‌های مختلف (دست‌کم از لحاظ ارتباط با سایر معلولان جسمی) تفاوت چندانی با یکدیگر ندارد، نتیجه به دست آمده مبنی بر ارتباط نداشتن شدت معلولیت و سلامت روانی دور از انتظار نیست.

نتیجه این تحقیق یعنی بی‌تأثیر بودن متغیر جنسیت در قدرت پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی را هم مانند نتیجه به دست آمده در مورد متغیر سطح تحصیلات می‌توان چنین تبیین کرد که به علت اینکه متغیرهای وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل با متغیر جنس همبستگی بالایی دارند، با وارد شدن به معادله رگرسیون بر رابطه جنس و سلامت روانی تأثیر می‌گذارد و همین امر موجب می‌شود که با وجود معنادار بودن رابطه متغیر جنسیت با سلامت روانی آزمودنیها، این متغیر از معادله رگرسیون حذف شود. نتیجه این تحقیق مبنی بر ارتباط بین جنس و سلامت روانی در معلولان جسمی را می‌توان دست‌کم تا حدی ناشی از این مسأله دانست که فرصتهای شغلی و احتمال

ازدواج زنان معلول در مقایسه با مردان کمتر است، نتیجه تحقیق حاضر در مورد معنادار بودن رابطه بین جنس و وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل این مطلب را تأیید می‌کند.

یافته‌های این تحقیق همچنین نشان داد که بین بعضی از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده مورد بررسی رابطه معناداری وجود دارد. در مورد رابطه وضعیت اشتغال افراد مبتلا به معلولیت جسمی - حرکتی با وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و جنس آنها می‌توان گفت که در جامعه ما به دلیل ساختار فرهنگی موجود، احتمال اشتغال مردان معلول بیشتر از اشتغال زنان معلول است و از طرفی مردان معلول وقتی می‌توانند ازدواج کنند که شغلی داشته باشند. از سوی دیگر مشاغلی که به سطح تحصیلات پایین‌تری نیاز دارند، به طور عمده مشاغلی هستند که از طریق کار جسمی انجام می‌گیرند، بنابراین با توجه به شرایط خاص این افراد، امکان پرداختن به این کارها برای آنها کمتر فراهم است و بیشتر باید به مشاغلی بپردازند که به توانایی ذهنی و فکری متکی هستند و به سطح تحصیلات بالاتری نیاز دارند، بنابراین رابطه بین وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات در افراد مبتلا به معلولیت جسمی - حرکتی دور از انتظار نیست. در مورد رابطه بین وضعیت تأهل و شدت معلولیت با جنس می‌توان گفت که با توجه به افکار خاص حاکم بر جامعه ما احتمال ازدواج مردان معلول نسبت به زنان معلول بیشتر است و بسیاری از آنها با زنان غیرمعلول ازدواج می‌کنند؛ از طرف دیگر به نظر می‌رسد که میزان حضور مردان مبتلا به معلولیت‌های شدید در اجتماع از میزان حضور زنان معلول با شرایط مشابه بیشتر است و با توجه به اینکه نمونه این پژوهش از جامعه معلولان که یک تشکل غیر دولتی است انتخاب شده است، نتیجه به دست آمده مبنی بر رابطه بین شدت معلولیت و جنس دور از انتظار نیست. در مورد رابطه بین شدت معلولیت و سطح تحصیلات می‌توان گفت که با توجه به اینکه ادامه تحصیل افراد مبتلا به معلولیت جسمی شدید به امکانات گسترده‌ای نیاز دارد و در کشور ما این امکانات کمتر فراهم است، بنابراین احتمال ادامه تحصیل افراد با معلولیت‌های خفیف‌تر که برای این کار به امکانات خاصی نیاز ندارند، بیشتر است.

منابع

- استورا، جین بنیامین. (۱۹۹۱)، *تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن*، ترجمه پریخ دادستان، (۱۳۷۷)، تهران، انتشارات رشد.
- امینی فسخودی، قربانعلی. (۱۳۷۹)، «مقایسه عزت نفس، باورهای غیرمنطقی زناشویی و سازگاری زناشویی بین شوهران دارای محدودیت و بدون محدودیت جسمی— حرکتی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده تحصیلات تکمیلی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- تقوی، محمدرضا. (۱۳۸۰)، «بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی»، *مجله روان‌شناسی*، جلد پنجم، شماره ۴.
- سازمان ملل متحد. *ناتوانی: وضعیت، استراتژی‌ها و تدابیر*، ترجمه جواد صالحی، (۱۳۷۲)، تهران، انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- قضایی، صمد. (۱۳۶۸)، *معلولیت‌ها: سبب‌شناسی، پیشگیری، توانبخشی*، تهران، انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- نوری، ابوالقاسم. (۱۳۷۴)، «جنبه‌های روان‌شناختی ناتوانی جسمی: اشتغال به‌عنوان مهمترین عامل»، *مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی)*، جلد هفتم، شماره ۴.
- هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۰)، *تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری*، تهران، نشر پارسا.
- BIESZYNSKAKA, K. (1995). Value attributed to marriage by persons with disabilities. *Journal of disability development and education*, 42,5,203–210.
- CHUMBLER, N.R., FOSTER, A., GRIMM, W. & WILLIAMS, P. (2000). The influence of mild-life adult status and functional health status on health lifestyles. *Research in the sociology of health care*, 18,249–267.
- 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.
- ELHAI, J.D., REEVES, A.N. & FRUEH, B.C. (2004). Predictors of mental health and medical service use in veterans presenting with combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychological Services*, 1,2,111–119.

- ELIOTT, T.R., HERRICK, S.M., PATTI, A.M., WITTY, T.E., GODSHALL, F.J. & SPRUELL, M. (1991). Assertiveness, social support and psychological adjustment following spinal cord injury. *Behavior Reserch and therapy*, 29,5,485 – 493 .
- FUHRER, R., STANSFELD, S.A., CHEMALI, J. & SHIPLEY, M.J. (1999). Gender, social relations and mental health: Prospective findings from and occupational cohort (Whitehall II study). *Social Science and Medicine*, 48,1,77 – 87 .
- JAMAL, M. & MITCHELL, V.F. (1980). Work, network and mental health. *Industrial Rekatuions*, 19,1,88 – 93 .
- JIN, R.L., SHAH, C.P. & SVOBODA, T.J. (1995). The impact of unemployment on health: A review of the evidence. *Canadian medical association Journal*, 153,5,529 – 540 .
- LINZER, M., SPITZER, R., KROENKE, K., WILLIAMS, J.B., HAHN, S., BRODY , D. & DEGRUY, F. (1996). Gender, quality of life and mental disorders in primary care: Results from the PRIME-MD 1000 study. *The American Journal of Medicine*, 101,5,526 – 533 .
- MAZIAK, W., ASFAR, T., MZAYEK, F., FOUAD, F. & KLIZIEH, N. (2002). Socio-demographic correlates of psychiatric morbid among Low-income women in Aleppo, Syria. *Social Science and Medicine*, 54,9,1419 – 1427 .
- MURPHY, G.C. & ATHANASOU, J.A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and organizational psychology*, 72,83 – 89 .
- NOSEK, M.A., MARCUS, F. & CAROL, P. (1995). Life satisfaction of people with physical disabilities: Relationship to personal factors. *Journal of 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 .

- OUARASSE, O.A. & VIJVER, J.R. (In Press). The role demographic variables and acculturation attitudes in predicting socio-cultural and psychological adaptation in Moroccans in the Netherlands. *International Journal of Intercultural Relations*.
- SAAB, B.R., CHAAYA, M., DOUMIT, M. & FARHOOD, L. (2003). Predictors of psychological distress in Lebanese hostages of war. *Social Science and Medicine*, 57, 7, 1249–1257.
- 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, J.B. & TURNER, R.J. (2004). Physical disability, unemployment, and mental health. *Rehabilitation Psychology*, 49, 3, 241–249.
- VAZQUEZ-BARQUERO, J.L., SANTIAGO, A., GAITE, L. & HERRERA, S. (1996). Sociocultural factors and gender difference on mental health. *European Psychiatry*, 11, 4, 180.

تاریخ وصول: ۸۵/۲/۳

تاریخ پذیرش: ۸۵/۵/۲۶