



سازمان بهزیستی کشور

اداره کل بهزیستی استان هرمزگان

عنوان:

بررسی ارزیابی اثربخشی دوره‌های کارآموزی گروهی بر عزت نفس، خودپنداره و تصویر بدن معلولین جسمی حرکتی و ضایعه نخاعی

کارفرما:

اداره کل بهزیستی استان هرمزگان

مجری طرح:

محمد نور رحمانی

محقق:

سیده زینب موسوی

سال ۱۳۹۵

تقديم به:

تمام معلولين کشورم

سپاسگذارم از:

انجمن ضایعه نخاعی و جامعه معلولین استان هرمزگان که بنده را در انجام

این طرح یاری رساندند

و

تمام کسانی که مرا همیاری نمودند.

فهرست مطالب

مقدمه	۱
فصل اول: طرح تحقیق	
۱-۱ بیان مسئله	۴
۲-۱ ضرورت انجام تحقیق	۶
۳-۱ اهداف تحقیق	۷
۴-۱ سوالهای تحقیق	۸
۵-۱ تعریف واژگان کلیدی تحقیق	۸
فصل دوم: پیشینه تحقیق	
معلولیت	۱۲
تعاریف معلولیت	۱۳
انواع معلولیت	۱۴
علل معلولیت	۱۴
راههای پیشگیری از معلولیت	۱۵
تاریخچه معلولیت	۱۵
تاریخچه حقوق معلولان	۱۷
انجمن ضایعه نخاعی	۱۸
مرکز حرفه آموزی	۱۹
۱-۲ خود پنداره	۲۰
۱-۲-۱ تعریف خود پنداره	۲۱
۲-۱-۲ سطوح و ابعاد خود پنداره	۲۲
۲-۱-۳ نظریات خود پنداره	

۲۵.....۱-۳-۱-۲ دیدگاه کارل راجرز.....

۲۷.....۲ دیدگاه اجتماعی.....۳-۱-۲

۲۸.....۳ دیدگاه شناختی.....۳-۱-۲

۲۹.....۴ دیدگاه شناختی-اجتماعی.....۳-۱-۲

۳۰.....۳ عزت نفس.....۲

۳۲.....۱ تعاریف از عزت نفس.....۳-۲

۲-۳-۲ نظریات عزت نفس

۳۵.....۱-۲-۳-۲ ویلیام جیمز.....

۳۵.....۲-۲-۳-۲ رابسون.....

۳۶.....۳-۲-۳-۲ مزلو.....

۳۶.....۴-۲-۳-۲ نظریه کوپر اسمیت.....

۳۶.....۵-۲-۳-۲ نظریه راجرز.....

۳۷.....۶-۲-۳-۲ نظریه جرج مید.....

۳۸.....۳-۳-۲ ابعاد عزت نفس.....

۳۹.....۴-۳-۲ مولفه‌های عزت نفس.....

۴۰.....۵-۳-۲ تقویت عزت نفس.....

۴-۲ تصویر بدن

۴۱.....۲-۴-۱ تعاریف از تصویر بدنی.....

۴۲.....۲-۴-۲ مولفه‌های تصویر بدن.....

۲-۴-۳ دیدگاه‌های مختلف درباره تصویر بدن

۴۳.....۲-۴-۳-۱ دیدگاه‌های روان‌شناختی.....

۵۰.....۲-۴-۴ نظریات جامعه‌شناسی بدن.....

پیشینه پژوهشی

۵۵.....پیشینه داخلی.....

۶۰.....پژوهش‌های خارجی.....

فصل سوم: روش تحقیق

۶۴.....۳-۱ روش تحقیق.....

۶۵.....۳-۲ جامعه پژوهش.....

۶۵.....۳-۳ نمونه و روش نمونه‌گیری.....

۶۵.....۳-۴ ابزار پژوهش.....

۶۷.....۳-۵ شیوه و مراحل اجرا.....

۶۸.....۳-۶ شیوه تحلیل داده‌ها.....

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۶۹.....۴-۱ توصیف داده‌های پژوهش.....

۷۴ ۱-۲-۴ سوال اول.

۷۵ ۲-۲-۴ سوال دوم

۷۶ ۳-۲-۴ سوال سوم

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۸۰ ۵-۱ بررسی اولین سوال پژوهش

۸۲ ۲-۵ بررسی دومین سوال پژوهش

۸۴ ۳-۵ بررسی سومین سوال پژوهش

۸۸ پیشنهادات

۸۹ محدودیتها

۸۶ فهرست منابع

فهرست جداول

- جدول ۴-۱: توزیع فراوانی و درصد نمونه تحقیق بر حسب جنسیت ۷۰
- جدول ۴-۲: توزیع فراوانی و درصد نمونه تحقیق بر حسب وضعیت تاهل ۷۱
- جدول ۴-۳: توزیع فراوانی و درصد نمونه تحقیق بر حسب تحصیلات ۷۲
- جدول ۴-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه تحقیق بر حسب سن ۷۳
- جدول ۴-۵: نتایج آزمون لوین در خصوص برابری واریانس ها ۷۴
- جدول ۴-۶: نتایج آزمون t تک وابسته عزت نفس معلولین ۷۴
- جدول ۴-۷: نتایج آزمون t تک وابسته خود پنداره معلولین ۷۵
- جدول ۴-۸: نتایج آزمون t تک وابسته مولفه های خود پنداره معلولین ۷۶
- جدول ۴-۹: نتایج آزمون t تک وابسته تصویر بدن معلولین ۷۶
- جدول ۴-۱۰: نتایج آزمون t تک وابسته مولفه های تصویر بدن معلولین ۷۷

فهرست نمودارها

نمودار ۴-۱: توصیف نمونه تحقیق بر حسب جنسیت ۷۰

نمودار ۴-۲: توصیف نمونه تحقیق بر حسب وضعیت تاهل ۷۱

نمودار ۴-۳: توصیف نمونه تحقیق بر حسب تحصیلات ۷۲

نمودار ۴-۴: توصیف نمونه تحقیق بر حسب سن ۷۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارزیابی اثربخشی دوره‌های کار آموزشی گروهی بر عزت نفس، خودپنداره و تصویر بدن معلولین جسمی-حرکتی و ضایعه نخاعی انجام شده است. این پژوهش به شیوه ارزیابی انجام شده است. جامعه مورد نظر کلیه افراد معلول جسمی-حرکتی و ضایعه نخاعی شهر بندرعباس بوده است و ۱۵ نفر از افرادی که در دوره‌های حرفه آموزشی شرکت کرده‌اند، به عنوان نمونه در دسترس انتخاب شده‌اند. محتوای آموزشی شامل آموزش خیاطی ۳۸۰ ساعت، معرق چوب ۶۰ ساعت، محرق ساقه گندم ۳۵ ساعت، آموزش کامپیوتر ۲۱ ساعت بود، که افراد نمونه براساس علاقه در یکی از کلاس‌ها شرکت می‌کردند. ابزار پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها، سه پرسشنامه عزت نفس آیزنک، خودپنداره راجرز و تصویر بدن بوده است. به این ترتیب که پیش از برگزاری دوره حرفه آموزشی پرسشنامه اجرا شد و سپس بعد از اتمام دوره، پرسشنامه دوباره روی همان افراد اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش آماری t تک وابسته، با نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شده است. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات نمونه تحقیق در پس آزمون به طور معناداری بیشتر از پیش آزمون بوده است. (عزت نفس: $p=0/001$ ، خودپنداره: $p=0/001$ ، تصویر بدن: $p=0/001$). پس می‌توان نتیجه گرفت که برگزاری دوره‌های کار آموزشی گروهی باعث ارتقاء عزت نفس، خودپنداره و تصویر بدن افراد معلول و ضایعه نخاعی می‌گردد.

کلمات کلیدی: دوره حرفه آموزشی، عزت نفس، خودپنداره، تصویر بدن، معلول

فصل اول

طرح تحقیق

معلولیت در واقع مجموعه ای از عوامل جسمی، ذهنی، اجتماعی و یا ترکیبی از آنها که به نحوی در زندگی شخص اثر سوء بر جای نهاده و مانع ادامه زندگی وی به صورت طبیعی گردد. بنابراین گروه‌های متفاوتی از افراد معلول در جامعه به چشم می‌خورند که به نوعی با اختلالات مربوط به معلولیت زندگی را سپری می‌کنند. در این مقوله آموزشی‌های مهارتی گروهی یکی از پدیده‌های اجتماعی بوده که از سال‌های پیش به وجود آمده تا افراد معلول بتوانند با مشکلات مربوط به معلولیت بهتر کنار بیایند.

بی‌حرکتی علت عمده بسیاری از بیماری‌های روحی و جسمی است به طوری که از سوی سازمان بهداشت جهانی هشدار داده شده است که سالانه در جهان بیش از دو میلیون مرگ تنها به دلیل نداشتن فعالیت بدنی رخ می‌دهد. افزایش فوت‌های ناگهانی ناشی از بی‌حرکتی، دو برابر شدن خطر بیماری‌های قلبی و عروقی، افزایش دیابت، اضافه وزن خصوصاً ویلچری بودن فرد، خطر سرطان روده، بالا رفتن فشار خون، اختلالات چربی، پوکی استخوان، افسردگی و افزایش اضطراب و استرس، فقدان اعتماد به نفس، کاهش دقت به هنگام انجام وظایف محوله و ده‌ها مورد دیگر را می‌توان از مهمترین علت‌های بی‌حرکتی دانست که در صورت عدم توجه لازم زنگ‌های خطر برای مسئولین و دست‌اندرکاران و مردم هر کشوری به صدا در خواهد آمد. پس مسئولین هر کشور لازم است تا دقت و توجه بیشتری به این قشر از جامعه کنند و به افزایش توانایی آنان بیاورند (انجمن ضایعه نخاعی تهران، ۱۳۹۳).

توانمند سازی فرایندی است که به یک فرد یا یک سیستم قدرت و اختیار می‌دهد (فرهنگ لغت انگلیسی اکسفورد، ۱۹۷۸). در واقع یکی از وظایف سازمان بهزیستی، توانمند سازی حرفه‌ای است. توانبخشی حرفه‌ای فرایندی است که خدمات مستمر و هماهنگ توانبخشی است که در ابعاد: ارزشیابی و راهنمایی حرفه‌ای، آموزش حرفه‌ای، کاریابی و اشتغال و پیگیری در جهت قادر سازی فرد معلول برای دستیابی به شغل مناسب است. با توجه به نتایج ارزشیابی‌ها و تعیین ظرفیت کاری افراد بسیاری از مشاغل برای معلولین حذف می‌شود. بازگشت معلول به زندگی شغلی هدف نهایی خدمات در توانبخشی است (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۰).

از طرف دیگر افراد مبتلا به ناتوانی جسمی از لحاظ دستیابی به حقوق انسانی و اجتماعی در مقایسه با سایر افراد وضعیت نامناسبی دارند. بیشتر افراد ناتوان جسمی بیکار هستند، شغل مناسبی ندارند، از نظر اجتماعی منزوی، فقیر و دارای برچسب یا داغ اجتماعی و محروم هستند و در محیط‌های شغلی و غیر شغلی جوامع مختلف با موانع، تعصبات و جهت‌گیری‌های متعدد جسمی، قانونی، اقتصادی و ورانی- اجتماعی مواجه هستند (مرادی، کلانتری و معتمدی، ۱۳۸۶). داشتن شغل نه تنها در استقلال اقتصادی، بلکه در رشد مفهوم خود یا خود انگاره، ارتباط با همسالان و هویت یک شخص در جامعه نیز نقش مهمی ایفا می‌کند. همچنین کار منبع مهمی برای پاداش‌های بیرونی و درونی رفتارهای متقابل اجتماعی، هویت، عزت نفس و خودشکوفایی است. با توجه به اینکه ارتباط منفی بین بیکاری و سلامت روانی وجود دارد (مرادی، کلانتری و معتمدی، ۱۳۸۶)، توجه به اشتغال قشر معلولان جامعه حائز اهمیت است. ایجاد معلولیت خود باعث افسردگی و ناراحتی این افراد می‌گردد، نبود شغل و بیکاری علل دیگری برای عدم سلامت روان این افراد می‌گردد.

انجمن ضایعه نخاعی استان هرمزگان زیر نظر سازمان بهزیستی در راستای کمک به استقلال مالی و سلامت روان اقدام به برگزاری دوره‌های حرفه‌آموزی برای معلولین کرده است. از این رو این پژوهش به ارزیابی اثربخشی دوره‌های حرفه‌آموزی که در مرکز حرفه‌آموزی برای معلولان جسمی حرکتی و ضایعه نخاعی برگزار می‌گردد و تأثیر این دوره‌ها بر روی تصویر بدن، خودپنداره و عزت نفس افراد معلول پرداخته است.

۱-۱ بیان مسأله

معلولیت به عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تاکنون در جوامع وجود داشته است، به طوری که از نظر شناخت موجودیت و روابط فی مابین اجتماعی نیز همیشه به عنوان یک مشکل اساسی مطرح بوده و بین تکامل اجتماعی علمی بشر از یک سو و وضع اجتماعی افراد معلول از سوی دیگر روابط ثابتی وجود نداشته

است (روین ترجمه جوادی و کدیور، ۱۳۷۳). معلولین سازنده بخشی از جامعه بشری هستند، هر شخص در زندگی ممکن است به نوعی دچار معلولیت شود. ضایعه نخاعی هم از جمله ناتوانی‌هایی است که تأثیرات گسترده‌ای بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسیب نخاعی گذاشته و زندگی دچار مشکلات عدیده‌ای می‌سازد (بناونت^۱ و گیلمن^۲، ۲۰۰۳).

تصویر بدنی (خود پنداره و عزت نفس) نظیر هر جنبه روانی دیگر، جزئی از شخصیت هر انسانی است که از سیر تکامل خود برخوردار است و در زمان‌هایی از زندگی دچار نوسان و تغییرات بیشتری است که از جمله این موارد می‌توان به پیدایش ضایعه و بروز معلولیت در افراد اشاره نمود. با پیدایش ضایعه و بروز نشانه‌های ضعف جسمانی، اتکای افراد معلول بر خویشتن متزلزل گردیده و احساس نیاز به دیگران و وابستگی به غیر ظاهر شده و به مرور قوت می‌یابد. کاهش اعتماد به نفس، شخصیت‌گرایی منفی، احساس بی‌کفایتی و سربار بودن، حداقل توانایی باقیمانده در فرد معلول را تحت شعاع قرار داشته و در او احساس اندوه و ابهام ظاهر می‌گردد (بهرام و شفیع‌زاده، ۲۰۰۲).

داشتن فعالیت فیزیکی مناسب برای بیماران مبتلا به آسیب نخاعی نکته با اهمیتی است که علت این امر نه تنها حفظ سلامتی بلکه تأثیر مثبت است، که از نظر افزایش امکان زندگی به صورت مستقل برای این افراد دارد. بی‌تردید فعالیت‌های بدنی مستمر و مناسب معلولین بر میزان برخورداری آنان از سلامتی و کاهش عوارض ثانویه معلولیت تأثیری محسوس دارد. معلولین ضایعه نخاعی هم می‌توانند همانند سایرین از فواید فعالیت‌های جسمانی نظیر فعالیت‌های گروهی بهره‌مند شوند (انجمن ضایعه نخاعی تهران، ۱۳۹۳).

نتایج مطالعاتی که بین سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۲ در امریکا 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 (سازمان ملل متحد، ترجمه قضایی، ۱۳۶۸). پس نیاز است به این افراد آموزش‌های مهارت‌های حرفه‌آموزی و شغلی داده شود.

^۱ - Barbotte

^۲ - Guillemin

نتایج تحقیقات شوارتز^۳ و جنیفر^۴ (۲۰۰۱)، نشان می‌دهد که رویکرد حمایت‌های شغلی، می‌تواند بر تجارب روانی-اجتماعی کارگران عقب مانده ذهنی (و معلولین) موثر باشد (عسگری، اژه‌ای و آزاد فلاح ۱۳۸۳)

ماکیاگ^۵، شوارتز^۶، کالینز^۷ و کوپر^۸ (۲۰۰۰) در پژوهش خود تأثیر معنی دار آموزش‌های مهارت‌های حرفه‌ای را بر اساس راهبرد اشاره همزمان در بهبود روابط افراد عقب مانده ذهنی (و معلولین) با جامعه و افراد عادی تأیید نمودند (عسگری، اژه‌ای و آزاد فلاح ۱۳۸۳)

تری^۹، موزر^{۱۰}، مک هاگو^{۱۱} و دریک^{۱۲} (۲۰۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که توانبخشی حرفه‌ای و کار کردن منجر به افزایش میزان حرمت خود در افراد عقب مانده (و معلولین) می‌گردد. (عسگری، اژه‌ای و آزاد فلاح ۱۳۸۳)

به پروژه، عصاره و ابوالحسنی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی برنامه مهارت آموزی حرفه‌ای بر کارآمدی دانش‌آموزان کم توان ذهنی در دوره متوسطه ازدیدگاه دبیران مدارس استثنایی شهر تهران» نشان داد که: برنامه مهارت آموزی حرفه‌ای در ابعاد ارتقای مهارت زندگی، خودکفایی فردی، اجتماعی و اقتصادی و ایجاد انگیزش در فرد می‌تواند کارآمدی دانش‌آموزان کم توان ذهنی را تحت تأثیر قرار دهد و بعد نگرش مثبت به خود را می‌تواند به مقدار زیادی افزایش دهد.

عسگری، اژه‌ای و آزاد فلاح (۱۳۸۳) در پژوهش خود با عنوان «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های حرفه‌ای بر میزان رفتار سازشی و حرمت خود دانش‌آموزان کم توان ذهنی» نشان دادند که: آموزش مهارت‌های حرفه‌ای حرمت خود نوجوانان کم توان ذهنی را آموزش پذیر را افزایش می‌دهد.

^۳ -Schwartz

^۴ -Jennifer

^۵ -Makiag

^۶ Schwartz

^۷ -kalinz

^۸ -Cooper

^۹ -Torrey

^{۱۰} -Mueser

^{۱۱} -McHugo

^{۱۲} -Drake

در این راستا انجمن ضایعه نخاعی استان هرمزگان زیر نظر بهزیستی استان اقدام به برگزاری دوره‌های حرفه آموزی کرده است. در این دوره‌ها افراد معلول به طورگروهی در این مرکز شروع به یادگیری حرفه‌ای می‌شوند. در این مرکز آموزش‌هایی از قبیل خیاطی، منبت، معرق و... داده می‌شود. افرادی که این دوره‌ها را با موفقیت به پایان برسانند، می‌توانند در این سازمان و یا در مکانهای دیگر مشغول به کار شوند و شغلی داشته باشند. هدف از پژوهش حاضر بررسی ارزیابی میزان اثربخشی دوره‌های حرفه آموزی بر تصویر بدن، عزت نفس و خود پنداره افراد معلول است و اینکه چه میزان این دوره‌ها به بهبود تصویر بدن، عزت نفس و خودپنداره این افراد کمک می‌کند؟

۱-۲ ضرورت انجام پژوهش

با توجه به اینکه عارضه ضایعه نخاعی تأثیرات روحی روانی نامناسبی را روی افراد می‌گذارد؛ همچنین این عارضه گاهی باعث از دست دادن شغل یا عدم تحصیل شغل می‌گردد؛ در نتیجه انجمن ضایعه نخاعی که یک سازمان مردم نهاد است، زیر نظر سازمان بهزیستی استان هرمزگان فعالیت می‌کند، اقدام به برگزاری کلاسهای مختلف حرفه‌آموزی در زمینه‌های مختلف می‌کند و به افراد معلول آموزشهای حرفه آموزی می‌دهد تا پس از پایان دوره وارد محیط کار شوند. انتخاب انجمن مزبور بدین دلیل است که این انجمن به طور اختصاصی به افراد معلول و ضایعه نخاعی آموزش می‌دهد. این پژوهش به ارزیابی اثربخشی این دوره‌ها بر روی عزت نفس، خودپنداره و تصویر بدن افراد معلول و ضایعه نخاعی را پرداخته است. انجام این پژوهش به مشخص شدن میزان اعتماد به نفس، خود پنداره و تصویر بدن افراد معلول در پیش آزمون و میزان ارتقاء متغیرهای مذکور پس از شرکت در دوره‌ها در پس آزمون کمک می‌کند. با ارائه داده‌های این پژوهش به افراد معلول و آگاهی از میزان متغیرهای مذکور و ارتقا آنها پس از شرکت در دوره‌ها می‌تواند منجر به تشدید حضور این افراد در دوره‌های حرفه آموزی و تشویق دیگر افراد معلول که در این دوره شرکت نمی‌کنند، گردد.

این پژوهش در نظر دارد به بررسی تأثیر این دوره‌ها بر روی عزت نفس، خودپنداره و تصویر بدن افراد معلول و ضایعه نخاعی را بررسی نماید. با توجه به اینکه حدود هزار نفر معلول و ضایعه نخاعی در استان وجود دارد (بر اساس آمار جامعه معلولین) نتایج این تحقیق به روشن شدن مسیر راه مریبان و متولیان این دوره‌ها کمک می‌کند. اگر نتایج این تحقیق تأثیرات مطلوب این دوره‌ها بر عزت نفس، خودپنداره و تصویر بدن افراد معلول نشان دهد، مریبان این دوره‌ها می‌توانند کار خود را تقویت نمایند این دوره‌ها و اگر نتایج، مطلوبیت

کم این دوره‌ها را بر روی این افراد نشان داد، باعث می‌گردد که، مریبان به دنبال علت و رفع مشکل بپردازند. در واقع این پژوهش ارزیابی خواهد بود از عملکرد انجمن در اجرای این دوره‌ها و تلاش برای بهبود آن‌ها.

۱-۳ اهداف تحقیق

۱-۳-۱ هدف اصلی:

بررسی ارزیابی اثربخشی برگزاری دوره‌های کارآموزی گروهی بر عزت نفس، خود پنداره و تصویر بدن معلولین جسمی حرکتی و ضایعه نخاعی

۱-۳-۲ اهداف جزئی:

- ۱- بررسی ارزیابی اثربخشی دوره‌های کارآموزی گروهی بر عزت نفس معلولین
- ۲- بررسی ارزیابی اثربخشی دوره‌های کارآموزی گروهی بر خود پنداره معلولین
- ۳- بررسی ارزیابی اثربخشی دوره‌های کارآموزی گروهی بر تصویر بدن معلولین

۱-۳-۴ اهداف کاربردی

شناخت بهتر از تأثیر کلاس‌ها و دوره‌هایی که برای معلولین جسمی حرکتی و ضایعه نخاعی توسط بهزیستی برگزار می‌گردد و نتایج این تحقیق می‌تواند به بهبود کیفیت این کلاس‌ها کمک کند.

۱-۴ سوال‌های تحقیق

- ۱- چه میزان برگزاری دوره‌های کارآموزی گروهی بر عزت نفس معلولین موثر است؟
- ۲- چه میزان برگزاری دوره‌های کارآموزی گروهی بر خود پنداره معلولین موثر است؟

۳- چه میزان برگزاری دوره‌های کارآموزی گروهی بر تصویر بدن معلولین موثر است؟

۱-۵ تعریف واژگان کلیدی تحقیق

دوره کارآموزی گروهی: منظور از دوره کارآموزی گروهی یعنی دوره‌های حرفه آموزشی که انجمن ضایعه نخاعی هرمزگان زیر نظر بهزیستی استان، برای افراد معلول و ضایعه نخاعی برگزار می‌کند تا این افراد حرفه و شغلی را یاد بگیرند و وارد بازار کار شوند. این دوره‌ها شامل آموزش رایانه، خیاطی، معرق چوب، محرق ساقه گندم، نقاشی و... است.

عزت نفس: عزت نفس درجه تصویب، تایید، پذیرش و ارزشمندی است که شخص نسبت به خود احساس می‌کند (بیابانگرد، ۱۳۷۲). همچنین دانلی^{۱۳} (۲۰۰۱)، عزت نفس را به عنوان اعتقادات ما و نیز دیگران از اینکه چقدر رقابتی موفق، موثر و با ارزش بوده تعریف کرده است (دانلی و همکاران، ۲۰۰۱).

منظور از عزت نفس در این پژوهش یعنی اینکه شخص با وجود معلولیت نسبت به خودش احساس توانایی انجام کاری را دارد. در واقع آنچه را که پرسشنامه عزت نفس آیزنک می‌سنجد، عزت نفس است.

خودپنداره: کالاهان (۱۹۷۶) این باورند که خود پنداره عبارت است از نحوه ادراک فرد از خود، رفتار خو و نگرش نسبت به کیفیت انگاره های دیگران. کوپر اسمیت^{۱۴} (۱۹۶۷) نیز معتقد است خود پنداره عبارت از مجموعه ویژگی‌هایی است که فرد برای توصیف خویش بکار می‌برد (بهرام و شفیعی زاده، ۲۰۰۲).

در این پژوهش، منظور از خود پنداره یعنی یک فرد معلول برای توصیف خودش و روحیاتش از چه ویژگی‌های مثبت نام می‌برد و خود را چگونه معرفی می‌کند. در واقع آنچه را که پرسشنامه خودپنداره راجرز می‌سنجد، خود پنداره محسوب می‌گردد.

تصویر بدن: تصویر بدنی عبارتست از کلیه برداشت‌هایی که شخص از خودش داشته و تصوراتی که دیگران نسبت به او دارند. گورمن اظهار می‌دارد که تصویر بدنی، تفکری ذهنی است که یک شخص در هر لحظه از بدن خود دارد (دانلی، ۲۰۰۱).

^۱ - Donnelly

^{۱۴} -Smith

منظور از تصویر بدن در این پژوهش یعنی نگاه فرد معلول نسبت به خود و اعضای بدنش. آیا نگرش خوبی نسبت به بدنش دارد یا احساس خجالت می کند. در واقع منظور از تصویر بدن در این پژوهش، آنچه را که پرسشنامه تصویر بدن می سنجد، است.

معلولیت: عبارت است از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد نقص و ناتوانی است و مانع از انجام نقشی می شود که با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی، فرهنگی و طبیعی برای فرد در نظر گرفته شده است (باربت، ۲۰۰۱).

منظور از معلول در این پژوهش افرادی است که در اثر سانحه‌ای و یا مادر زادی دچار نقص عضو و یا آسیب به نخاع آنها وارد شده است و اینکه این افراد به عنوان کارآموز به مرکز حرفه آموزی بهزیستی استان هرمزگان، مراجعه نمایند.

معلول ضایعه نخاعی: فردی است که به علت آسیب یا ضایعه در نخاع یا ستون فقرات دچار فلج کامل یا نسبی نیمه تحتانی تنه و اندام‌های تحتانی (پاراپلژی) و یا دچار فلج کامل یا نسبی نیمه فوقانی و تحتانی تنه و اندام‌های فوقانی و تحتانی (کوادری پلژی) و سایر اعوارض ناشی از آسیب به نخاع نظیر از دست دادن کنترل جسمی و حرکتی، دفع ادرار و مدفوع و کاهش خون رسانی به بافت‌ها و در نتیجه تشکیل زخم فشاری و غیر گردیده است (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۹).

فصل دوم:

پیشینه‌ی پژوهش

مقدمه

در این فصل ابتدا به تعریف معلول و معلولین پرداخته سپس به بررسی سه متغیر وابسته یعنی خودپنداره، عزت نفس و تصویر بدن، تعاریف و نظریه‌ها درباره متغیرها پرداخته شده است. در پایان تحقیقاتی داخلی و خارجی مرتبط با موضوع آورده شده است.

۱-۱-۲ معلولیت

با پیدایش ضایعه و بروز نشانه‌های ضعف جسمانی اتکای افراد معلول بر خویشتن متزلزل گردیده و احساس نیاز به دیگران و وابستگی به غیر ظاهر شده و به مرور قوت می‌یابد. کاهش اعتماد به نفس، شخصیت‌گرایی منفی، احساس بی‌کفایتی و سرباز بودن، حداقل توانایی‌های باقیمانده در فرد معلول را تحت الشعاع قرار داشته و در او احساس اندوه و ابهام ظاهر می‌گردد. (قاسمی، مومنی و خانکه، ۱۳۸۸).

روح عاطفی حاکم بر خانواده‌ها باعث می‌شود تا اطرافیان افراد معلول علی‌رغم تمایل او به استقلال در کارها، هرچه بیشتر در انجام کارهای شخصی به او کمک نمایند. این امر موجب یک خجالت‌دورنی در فرد معلول می‌شود و از طرف دیگر باور وابستگی به دیگران را در ذهن او پرورش می‌دهد. لذا به تدریج حس اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهد و در طول زمان در اثر گوشه‌نشینی و سستی اراده، سستی ایمان نیز در او ظاهر می‌شود (قاسمی، مومنی و خانکه، ۱۳۸۸).

تصویر بدنی نظیر هر جنبه روانی دیگر، جزئی از شخصیت هر انسان است که از سیر تکاملی خود برخوردار است و در زمانهایی از زندگی دچار نوسان و تغییرات بیشتری است که از جمله این موارد می‌توان به پیدایش ضایعه و بروز معلولیت در افراد اشاره نمود. در این صورت اتکای فرد معلول بر خویشتن متزلزل گردیده و احساس نیاز به دیگران و وابستگی به غیر ظاهر می‌شود و به مرور قوت می‌یابد. کاهش

اعتماد به نفس، شخصیت‌گرایی منفی و احساس بی‌کفایتی و سربار بودن، حداقل توانایی‌های باقی مانده فرد معلول را تحت الشعاع قرار می‌دهند (بهرام و شفیع زاده، ۲۰۰۲)

آگاهی فرد معلول نسبت به بدن خود و تصویر ذهنی نسبت به آن دارد در شکل‌گیری خود آگاهی تأثیر مهمی دارد. بعد از تشکیل خود آگاهی و شناخت تصویر ذهنی از بدن، فرد معلول یا نسبت به خود احساس مطلوبی دارد در این صورت فرد دارای حرمت ذات و احترام و ارزش نسبت به خود است و معلولیت را تنها یک محدودیت می‌داند یا احساس حقارت را نامطلوبی نسبت به خود دارد که در این صورت فرد معلولیتش را یک نقص جدی می‌داند و از انظار مخفی می‌کند (گل محمدی، ۱۹۹۵).

۲-۱-۲ تعریف معلول و معلولیت

معلول، اسم مفعول واژه علت است. به فردی که به علتی دچار نارسایی جسمی یا ذهنی شده است، معلول می‌گویند. در زبان انگلیسی از واژه «هندیکپ» استفاده می‌شود. که از عبارت «هند- این- کپ» به معنای «دست در کلاه» ریشه گرفته است. این اصطلاح در قرن هفدهم به نوعی بازی اطلاق می‌شود که شرکت کنندگان در آن با یکدیگر به رقابت می‌پرداختند. جایزه فرد برنده توسط داوری تعیین و در کلاه می‌گذارد می‌شد. بعدها این اصطلاح در اسب سواری به کار برده شد و در ادامه به طور کلی‌تر در ورزش استفاده می‌شد. در این معنا، هندیکپ رقابتی است که در آن به تمامی شرکت‌کنندگان شانسی برابر برای برنده شدن از طریق گذاشتن باری سنگین بر دوش قوی‌ترین‌ها یا طی مسیری طولانی‌تر آنان اعطا می‌شود. در واقع این افراد قوی‌تر بودند که تغییری را می‌پذیرفتند تا آن‌که رقابت دارای معنای واقعی و جاذبه شود. اندک اندک هندیکپ به عنوان افرادی که از موهبتی محرومند، جا افتاد. به عبارت دیگر، به کسی اطلاق می‌شود که دچار نقص یا کاستی باشد (فرجی، ۱۳۹۳).

معلولیت اصطلاحی است که از آن موقعیتهای متعددی که علل آن‌ها متفاوت است اما دارای اثر واحدی هستند به ذهن‌خطور می‌کند. در زبان متداول امروزی به عنوان نقصان، عدم سلامت، عدم توانایی، نابینایی، فلج بودن، ضعف جنون، قطع عضو، اختلال کلامی، لالی، ناشنوایی و نیمه‌شنوایی به کار می‌رود (مراد زاه، ۱۳۸۷)

در واقع معلولیت عبارت است از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد نقص ناتوانی است و مانع از انجام نقشی می‌شود که با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی، فرهنگی و طبیعی برای فرد در نظر گرفته شده است. (باربت^{۱۵} و گیلمین^{۱۶}، ۲۰۰۱). فرد معلول شامل کسی است که دارای نواقص طویل‌المدت فیزیکی، ذهنی، فکری و یا حسی است که در تعامل با موانع گوناگون امکان دارد مشارکت کامل و موثر آنان در شرایط برابر با دیگران در جامعه متوقف شود (فرجی، ۱۳۹۳)

۳-۱-۲ انواع معلولیت جسمی

معلولیت‌های جسمی که شامل این موارد است: (روزنامه آفتاب یزد، ۱۳۹۴)

الف) معلولیت‌های حواسی: مانند نابینایی و ناشنوایی.

ب) معلولیت‌های حرکتی: شامل انواع نقص عضوها، ضایعات نخاعی و ناهنجاری‌های مربوط به

اسکلت و عضلات

ج) معلولیت‌های احشای داخلی: شامل انواع ناهنجاری‌های قلبی-عروقی، تنفسی، کلیوی و...

۴-۱-۲ علل معلولیت‌ها

معلولیت اکتسابی: در اثر تصادفات، حوادث یا بلاهات طبیعی، جنگ، آتش‌سوزی، مسمومیت‌ها و یا بیماری‌های مزمن و عواض ناشی از آن‌ها، فرد ممکن است دچار این معلولیت گردد (آفتاب یزد، ۱۳۹۴).

معلولیت مادرزادی: علل معلولیت مادرزادی به دو دسته تقسیم می‌گردد (روزنامه آفتاب یزد، ۱۳۹۴).

عوامل دوران بارداری: نظیر عوامل ژنتیکی، سوء تغذیه مادر، سن بالای مادر، رعایت نکردن بهداشت

دوران بارداری، اشعه، دارو، بیماری مادر و استعمال دخانیات.

عوامل هنگام زایمان: زایمان مشکل و طولانی، زایمان‌های غیربهداشتی، ضربات وارده به نوزاد هنگام

تولد

۵-۱-۲ راه‌های پیشگیری از معلولیت

پرهیز از ازدواج‌های فامیلی، مراقبت‌های دوران بارداری، تغذیه مناسب مادر، اجتناب از باردار شدن

بالای ۳۵ سال و زیر ۱۸ سال، مصرف نکردن دارو در هنگام بارداری، اجتناب از در معرض اشعه قرار

^{۱۵} Barbotte

^{۱۶} Guillemin

گرفتن و انجام زایمان در شرایط کاملاً بهداشتی و تحت نظر فرد دوره دیده از جمله اقداماتی هستند که می‌توانند از بسیاری از معلولیت‌ها پیشگیری نمایند (روزنامه افتاب یزد، ۱۳۹۴).

افراد مبتلا به ضایعات نخاعی معمولاً از ناحیه پا دچار ناتوانی هستند و فلج‌های مغزی می‌تواند هر یک از اندام‌ها و یا همه آن‌ها را مبتلا سازد. بیماری‌ها، نیز مانند حوادث می‌توانند سبب بروز نوعی نارسایی حرکتی در فرد شوند. در برخورد با معلول جسمی باید ضمن توجه به محدودیت‌های حرکتی فرد، دیگر توانایی‌های او در حدی تقویت شود که حتی الامکان بتواند نارسایی‌ها را جبران کند. (روزنامه افتاب یزد، ۱۳۹۴)

۶-۱-۲ تاریخچه معلولیت

ازدیرباز در بسیاری از مناطق جهان نگرش عمومی نسبت به معلولین منفی بوده است. جوامع کهن به افراد معلول خود، به دیده حقارت می‌نگریستند، معلول فرزند شیطان و دارای روح خبیث و ثمره گناه یا موجودی حقیر و شایسته ترحم و محتاج مراقبت‌های دائمی بوده است (مشکور، ۱۳۶۹). بنابراین جای تعجب نیست که در دوران باستان، یونانی‌ها و هندی‌ها، کودکان معلول را در رودخانه می‌افکندند و «ارسطو» در اثر مشهور خود «سیاست»، حق حیات افراد معلول را به رسمیت نمی‌شناسد و معلم وی، «افلاطون»، بر «اصلاح نژاد» تأکید می‌ورزید و معلولین را از اتوپیای خود می‌راند. در قرون وسطی هم برخی از معلولین به ویژه عقب ماندگان ذهنی، ساحره شمرده و گاه به جرم داشتن روح پلید و پلشت شیطانی به آتش کشیده می‌شدند. «رایش سوم» که سودای نژاد برتر در سر می‌پروراند، از دشمنی و قتل معلولان کم نگذاشت. چنین است که معلولان در گستره تاریخ، جز «انبیا» و «صالحان» مأوا و پناهگاهی نداشتند. حیات بشری با حذف افراد معلول آغاز شد، تا به دوران «بقا» رسید. در این دوران، حقوق انسانی و مدنی معلولین انکار شد و به ایشان به عنوان انسان‌های ناتوان و محتاج ننگه داری در منازل، قرنطینه‌ها، و بعد در آسایشگاه‌ها نگریسته شد. اطرافیان تنها به تأمین ساده‌ترین حوائج فیزیولوژیکی معلولان بسنده کرده و از توانایی‌های بالقوه آنان غفلت کرده‌اند. به زعم مردم این جوامع، معلولان، شبه انسان‌هایی مستحق ترحم و دلسوزی بودند و در بهترین حالت، جوازی بودند برای کسب ثواب اخروی و خرید بهشت (فرجی، ۱۳۹۳).

افزایش کمی معلولین جهان به عصر حاضر به دلیل پیشرفت‌های دانش پزشکی و بهبود کیفیت زندگی عامه و افزایش سن «امید به زندگی» خصوصاً در جوامع توسعه یافته و همچنین وقوع جنگ جهانی دوم

باعث شد تا معلولین خواسته و ناخواسته بیش تر از گذشته در معرض دید عمومی قرار گیرند. جامعه جهانی آرام آرام آماده می شد، تا «چشم هایش را بشوید» و به معلولین از منظری دیگر بنگرد. تأسیس رشته توانبخشی و تلاش‌ها و حتی مبارزات افراد معلول موفق و نهادهای مدنی دوستدار و حامی معلولان و به ویژه تسری معلولیت به افراد سالم بر اثر سوانح، حوادث، بیماری‌های گوناگون، آلودگی محیط زیست و ... افکار عمومی را با این واقعیت مواجه کرد که معلولیت دائمی و موقتی - نظیر ناتوانی‌های جسمانی کهن سالان - در کمین هر انسانی است (فرجی، ۱۳۹۳).

افراد معلول ایرانی نیز که تعدادشان بین ۲ تا ۳ میلیون نفر (منهای افراد دارای معلولیت های پنهان و خفیف، مبتلایان به بیماری های صعب‌العلاج پیش رونده و ...) برآورد می‌شود، تا رسیدن به جایگاه مطلوب فردی و جمعی راهی پرفراز و نشیب و طولانی در پیش دارند. رویدادهای فرخنده‌ای چون افزایش حضور اجتماعی معلولین ایرانی - به ویژه معلولان دارای تحصیلات عالی - گسترش تشکل‌ها و سازمان‌های غیردولتی معلولین و بالاخره پذیرش کنوانسیون حقوق معلولین از سوی دولت و مجلس شورای اسلامی نشان می‌دهد که با وجود همه تنگناها و دشواری‌های عدیده پیش روی افراد معلول، می‌توان به آینده امیدوار بود (فرجی، ۱۳۹۳).

۷-۱-۲ تاریخچه حقوق معلولین

به طور کلی سه دیدگاه متفاوت در عرصه حمایت از حقوق افراد معلول وجود داشته است که هر یک به تناسب در برخی از اسناد بین‌المللی مربوطه به حقوق معلولان انعکاس یافته‌اند. نخستین دیدگاه «رفاه اجتماعی» شهرت دارد که بر اساس آن، دولت باید برای معلولان امتیازات ویژه‌ای در نظر گیرد تا آنان از وضعیت رفاهی، اقتصادی و اجتماعی مطلوبی برخوردار شوند و در تأمین نیازهای خود با مشکلات کمتری مواجه باشند (فرجی، ۱۳۹۳).

به دنبال عدم توفیق این رویکرد در ارتقاء وضعیت حقوق افراد معلول، رویکرد جدیدی در این عرصه ظهور کرد که بر اصل «برابرسازی فرصت‌ها» استوار بود. به موجب این نگرش، دولت‌ها باید تمامی اقدامات تقنینی، اجرایی و قضایی لازم را به منظور برخورداری افراد معلول از فرصت‌های برابر با سایر افراد

جامعه انجام دهند و برای نیل به این مقصود، در صورت نیاز سیاست‌های ترجیحی اتخاذ یا منابع بیشتری به این افراد اختصاص دهند. مجموعه قواعد استانداردار مربوطه به برابرسازی فرصت‌ها که در سال ۱۹۹۳ به تصویب مجمع عمومی رسید، عمیقاً تحت تأثیر این رویکرد بوده و حاوی نکات بسیار ارزشمندی در زمینه رفع تبعیض بر مبنای معلولیت است (فرجی، ۱۳۹۳).

تحولات بعدی موجب شد که رویکرد برابری فرصت‌ها به صورت نگرش حقوق بشری تکامل باید و حقوق اشخاص دارای معلولیت نیز به عنوان بخشی از نظام کلی و بشر و در کنار گروه‌های خاصی همچون زنان، کودکان و اقلیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. حاصل نگاه حقوق بشری به حقوق معلولان در قالب کنوانسیون بین‌المللی مربوط به حقوق اشخاص دارای معلولیت متجلی شد که به عنوان نخستین سند الزام‌آور در این زمینه از سوم مه ۲۰۰۸ لازم‌الاجرا شده است (یوسفیان، ۱۳۸۷).

با نگاهی بر مفاد قانونی جامع حمایت از حقوق معلولان ایران مشخص می‌شود که این قانون به میزان زیادی تحت تأثیر دیدگاه رفاه اجتماعی تنظیم شده است که در اکثر قریب به اتفاق مواد آن، صرفاً پاره‌ای از امتیازات برای معلولان در نظر گرفته شده است، بی‌آن‌که به برابری آن‌ها با سایر افراد جامعه و منع تبعیض بر اساس معلولیت اشاره شود. این در حالی است که با پیوستن ایران به کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، ایجاد تحولات کلی در این قانون و به ویژه مقررۀ عدم تبعیض در آن اجتناب ناپذیر خواهد بود (یوسفیان، ۱۳۸۷).

۸-۱-۲ انجمن ضایعه نخاعی

انجمن ضایعات نخاعی استان هرمزگان با عنایت پروردگار و تلاش جمعی از افراد ضایعه نخاعی در مهر ماه سال ۸۱ با هدف شناسایی، آموزش و درمان، و رفع مشکلات اشتغال و مسکن و دفاع از حقوق مسلم افراد ضایعه نخاعی تاسیس گردید. که در زمینه‌های مختلف به ارائه خدمات مشغول است: (سایت انجمن ضایعه نخاعی استان هرمزگان، ۱۳۹۴)

مددکاری: پذیرش، توزیع لوازم کمک توانبخشی (تشک مواج-تشکچه ویلچر-ویلچر-ویلچر حمام-عصا-واکر)، توزیع لوازم بهداشتی، پرداخت کمک هزینه موردی، پرداخت وام (بدون سود و کارمزد)، درمان، مناسب سازی منازل اعضا، ارجاع (جهت استفاده از خدمات سایر سازمان ها و موسسات)

تیم سیار توانبخشی: انجمن ضایعات نخاعی استان هرمزگان دارای سه تیم سیار توانبخشی (۱) شرق بندرعباس (۲) غرب بندرعباس (۳) میناب جهت ارائه خدمت به افراد ضایعه نخاعی در منزل می باشد هر یک از این تیم ها شامل (پزشک -پرستار -فیزیوتراپ -مددکار -روانشناس) می باشد.

تعاونی مسکن: انجمن به منظور رفع مشکل مسکن اعضا خود و سایر معلولین اقدام به تاسیس تعاونی مسکن نمود که در حال حاضر در فاز دوم آن دارای ۱۰۰ عضو از بین افراد ضایعه نخاعی و سایر معلولین می باشد.

آموزش و مشاوره: هدف اصلی واحد آموزش ارتقای سطح دانش افراد ضایعه نخاعی و سایر معلولین نسبت به وضعیت خود و جامعه می باشد که در این راستا آموزش هایی نظیر خودباروری؛ سلامت روان، آشنایی با حقوق خود، پیشگیری از زخم بستر و استفاده صحیح از لوازم توانبخشی، بهداشتی، مهارت های زندگی، مشاوره خانواده و فردی و همچنین برگزاری دوره های آشنایی با معلولیت برای کارشناسان سازمان بهزیستی می باشد.

مناسب سازی: انجمن به منظور مناسب سازی محیط شهری و ایجاد بستر مناسب جهت حضور معلولین در جامعه اقدام به راه اندازی واحد مناسب سازی نموده است. که وظایف این واحد شامل: بازدید از موانع معماری موجود در سطح شهر، شرکت در جلسات کمیته ی مناسب سازی استان، بازدید و مناسب سازی منازل معلولین، برقراری ارتباط با شهرداری، اداره کل راه و شهرسازی، بهزیستی، استانداری، نظام مهندسی جهت اجرای قوانین مربوط به مناسب سازی امور شهری ویژه معلولین

فیزیوتراپی و دندانپزشکی: ارائه خدمت به معلولین و خانواده ی آنها و افراد نیازمند بصورت رایگان (سایت انجمن ضایعه نخاعی استان هرمزگان، ۱۳۹۴).

۹-۱-۲ مرکز حرفه آموزی و تولیدی معلولین

انجمن ضایعات نخاعی استان هرمزگان پس از یک دهه تلاش در زمینه توانمندسازی معلولین ضایعه نخاعی به منظور ایجاد اشتغال پایدار و کمک به خودکفائی و خوداتکایی معلولان با همکاری موسسه نیکوکاری رعد الغدير تهران و جمعی از خیرین در آذر ماه ۹۱ اقدام به راه اندازی کارگاه حرفه آموزی و تولیدی ویژه معلولین غیرذهنی بالای ۱۴ سال نمود(سایت مرکز حرفه آموزی هرمزگان، ۱۳۹۴).

انجمن از ابتدای شکل گیری این مرکز بر آن شد که خدمات آموزشی و توانبخشی حرفه ای را به صورت صد در صد رایگان به معلولین ارائه نمایند تا این افراد بتوانند در جهت نیل به خوداشتغالی و خودکفائی اقتصادی و حفظ و تقویت عزت نفس و کرامت انسانی خویش گام بردارند. کارگاه حرفه آموزی این مرکز شامل دوره های خیاطی، معرق چوب، محرق ساقه گندم، منبت کاری، کامپیوتر و ویترا (نقاشی روی شیشه) می باشد. در کارگاه تولیدی این مرکز محصولاتی نظیر پوشاک (لباس کار و لباس های مورد نیاز بیمارستان ها و غیره...) تابلوهای تزئینی معرق چوب و محرق ساقه گندم و نقاشی روی شیشه توسط کارآموزانی که دوره های حرفه آموزی را با موفقیت طی نموده اند تولید می گردد(سایت مرکز حرفه آموزی هرمزگان، ۱۳۹۴).

۲-۲ خود پنداره

روان شناسان و جامعه شناسان خودپنداره را جز اصلی تشکیل دهنده شخصیت و هسته مرکزی سازگاری اجتماعی قلمداد می کنند. خود پنداره شامل انسجام و وحدت بین احساسات، گرایش های خودآگاه و ناخودآگاه، درک و شناخت پیرامون هویت، ارزش ها و نقش های فرد، موجودیت فیزیکی و چگونگی شناخت فرد از خویشان می باشد که عمدتاً از طبق تماس های اجتماعی با سایر افراد و تجارب کسب می - شود (بحرینی، بهزادی، جوکار، دهقان و شهره، ۱۳۸۹).

یکی از موضوعات مهم مورد توافق نظریه‌پردازان روان‌شناسی عملکرد مهم «خود» در فرایند شخصیت است. اگر چه امروزه، این نظریه‌پردازان در مورد کانونی بودن «خود» و اهمیت آن در فرایند شخصیت توافق دارند، دیدگاه‌های مختلف روان‌شناسی تعاریف مختلفی از «خود» ارائه می‌دهند. در زمان‌های مختلف توجه به خود دستخوش تغییراتی گشته است. اگر چه در بعضی از زمان‌ها مطالعات روی «خود» مورد غفلت قرار گرفته‌اند، در دهه‌های اخیر این مفهوم بار دیگر مورد توجه فراوان روان‌شناسان قرار گرفته است (عامری، ۱۳۹۱).

۲-۲-۱ تعریف خود پنداره

خود بخشی از شخصیت فرد است که فرد به آن آگاهی دارد. خودانگاره عبارت است از درک و ارزشیابی آگاهانه فرد از خویش و افکار و باورهایی که درباره خود دارد (نوربخش و حسن‌پور، ۱۳۸۳).

کوپراسمیت^{۱۷} (۱۹۶۷) نیز معتقد است خودپنداره عبارت از مجموعه ویژگی‌هایی است که فرد برای توصیف خویش برای خویش به کار می‌برد (نوربخش و حسن‌پور، ۱۳۸۳)

کالاهان^{۱۸} (۱۹۷۶) معتقدند که خودپنداره (تصویر از خود) عبارت است از نحوه ادراک فرد از خود، رفتار خود و نگرش نسبت به کیفیت انگاره‌های دیگران (فروغی‌پور، ۱۳۶۶).

خودپنداره ارزیابی فرد از شخصیت خویش است این ارزیابی ناشی از ارزیابی‌های ذهنی است که معمولاً از ویژگی‌های رفتاری خود به عمل می‌آوریم. در نتیجه خودپنداره ممکن است مثبت یا منفی باشد (نوربخش و حسن‌پور، ۱۳۸۳) در واقع، خودپنداره هر فرد اقامی است به منظور ساخت یک طرحواره برای سازماندهی ادراکات، احساسات و نگرشهایی که آن در مورد خود دارد (وولفک^{۱۹}، ۱۹۹۳). خودپنداره، سازماندهی کلی ادراکات فرد نسبت به خود است که چندوجهی، سلسله‌مراتبی و نسبتاً ثابت است (دمبو^{۲۰}، ۱۹۹۴).

^{۱۷} cooper smith

^{۱۸} Kallahan et al

^{۱۹} Woolfolk

^{۲۰} Dembo

انتظار می‌رود که بین خودپنداره و عواطف نیز ارتباط تنگاتنگی وجود داشته باشد. بسیاری از محققان بر این باورند که به میزانی که افراد به یک هویت یا خودپنداره منسجم و مشخص دست می‌یابند، با احساسات مثبت یا منفی گوناگونی درگیر می‌شوند. به اعتقاد آنان، باورهای ناهماهنگ و از هم گسیخته در مورد «خود» به مشکلات عاطفی و هیجانی متعددی منجر می‌گردد (کوپر و پروین^{۲۱}، ۱۹۹۸).

در واقع افرادی که داری خودپنداره واضح، خوب تعریف شده، هماهنگ و تقریباً با ثبات هستند از سلامت روان شناختی بیشتری برخوردارند (کمپبل^{۲۲}، تراپنل، لاول، کاتز، هین و لهن، ۱۹۹۶). این افراد به یک دید روشن در مورد خود رسیده‌اند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه و ارزیابی‌های این وقایع قرار می‌گیرند (کرمیس و همکاران، ۲۰۰۰).

همانطور که مشاهده می‌شود، تعاریفی که اخیراً از خودپنداره ارائه شده، به حوزه شناختی نزدیکتر گردیده است، بنابراین از آنجا که نظریه‌های شناختی بر این مطلب تأکید دارند که شناخت افراد بر عواطف آنها تأثیرگذار می‌باشد (لازاروس^{۲۳}، ۱۹۹۹).

۲-۲-۲ سطوح و ابعاد خود پنداره

بر اساس نظریه پردازی‌های جدید، خود پنداره طرحواره‌ای چند بعدی است که در آن تمام اطلاعات مرتبط با خود جای گرفته و دارای سطوح مختلفی است. جدیدترین نظریات نشان دهنده حداقل سه سطح خود پنداره است (خاکسار؛ گل‌پرور و نوری، ۱۳۸۶).

خود پنداره فردی: یکی خودپنداره فردی است که اطلاعات مرتبط با توانایی‌ها و ضعف‌های افراد است و از لحاظ ماهیت دارای جهت‌گیری نفع شخصی است. این سطح خودپنداره، از طریق مقایسه توانایی‌ها و ضعف‌های فرد با دیگران، زمینه تضعیف یا تقویت احترام و ارزش به خود را فراهم می‌سازد (خاکسار؛ گل‌پرور و نوری، ۱۳۸۶).

خود پنداره ارتباطی: سطح دوم، خودپنداره ارتباطی است که افراد بیشتر بر اساس نوع روابطی که با افراد خاص و نزدیک (در خانواده و خارج از آن) دارند، خود را مورد داوری قرار می‌دهند. این سطح از

^{۲۱} Cooper & Pervin

^{۲۲} Campbell, Trapnell, Lavelle, Katz, Heine, Lehman

^{۲۳} Lazarus

خودپنداره از طریق توجه به بهزیستی و رفاه افراد دیگر برانگیخته می‌شود و در صورتی که فرد از خود تصویری متناسب از نظر ارتباط با افراد دیگر داشته باشد، عزت نفس در وی تقویت می‌گردد (خاکسار؛ گل‌پرور و نوری، ۱۳۸۶).

خود پنداره اجتماعی: سطح سوم خودپنداره جمعی است که به موضوع عضویت گروهی باز می‌گردد. این عضویت ممکن است در محیط کار و یا خارج از آن باشد. در این سطح افراد خود را بر حسب وضعیت عضویت خود در گروه مرجع تعریف می‌کنند و چنانچه گروه مرجع خود را در مقایسه با دیگر گروه‌ها دارای توانایی‌های محسوس‌تری بدانند، عزت نفس آن‌ها بالا می‌رود (خاکسار؛ گل‌پرور و نوری، ۱۳۸۶).

گابریل و گاردنر^{۲۴} (۱۹۹۹) طی پنج آزمایش، علاوه بر نشان دادن تمایز بین هر یک از این سطوح سه گانه خود پنداره، نشان دادند که زنان و مردان در پنداره فردی با یکدیگر تفاوتی ندارند، اما در خودپنداره ارتباطی و جمعی با یکدیگر متفاوت هستند. نتایج نشان داد که زنان بیشتر بر سطح خودپنداره ارتباطی و مردان بیشتر بر سطح خودپنداره جمعی متمرکز هستند. بنابراین سطوح خودپنداره هم دارای مبانی نظری و هم کلیات پژوهشی است.

در چند دهه اخیر، دیدگاه روانشناسان درباره ماهیت خودپنداره متحول گردیده است. صاحب‌نظران اولیه، ماهیت خودپنداره را تک بعدی، واحد و ثابت فرض می‌کردند. در حالی که صاحب‌نظران معاصر بر این باورند که خودپنداره یک سازه پویا و چند بعدی است (کامپبل^{۲۵} و همکاران، ۱۹۹۶). برخی از محققان خودپنداره را شامل دو بخش خودپنداره علمی و خودپنداره غیر علمی می‌دانند (مارش^{۲۶}، ۱۹۹۰). به اعتقاد آنها، خودپنداره عمومی هر شخص از مفاهیم ویژه متعددی تشکیل شده است که شامل خود پنداره غیر علمی، خود پنداره انگلیسی و خودپنداره‌های مجزا و ویژه‌تری است مانند خودپنداره توانایی فیزیکی، ظاهر فیزیکی و ارتباط با همسالان (مارش و شاولسون^{۲۷}، ۱۹۸۵).

^{۲۴} -Gabriel & Gardner

^{۲۵} Campbell

^{۲۶} Marsh

^{۲۷} Marsh & Shavelson

برای ترسیم خودپنداره دقیق می‌توانیم آن را در چهار سطح زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی بررسی کنیم (رضوی، ۱۳۹۱).

- سطح زیستی: تصویری است که از جسم خود داریم. قد، وزن، رنگ مو و... تمام ویژگی‌های فیزیکی و جسمانی ما در این حوزه قرار می‌گیرند (رضوی، ۱۳۹۱).

- سطح روانی: شامل ویژگی‌های روحی و حالات روانی ما هستند. خوشحالی، لجاجت، پشتکار و... دیگر صفاتی که شخصیت ما را شکل می‌دهند، در این بخش جای می‌گیرند (رضوی، ۱۳۹۱).

- سطح اجتماعی: نقش‌های متفاوتی که ما در اجتماع بازی می‌کنیم مثل دانشجو بودن، فرزند خانواده بودن، معلم بودن، همسایه بودن و... در این حوزه قرار می‌گیرند. بدیهی است که به ازای هر نقش، رفتار متفاوتی داریم و کسانی در ارتباطات موفق هستند که بتوانند از عهده نقش‌های متفاوت برآیند و برای هر نقش رفتار ویژه آن را تعریف کنند (رضوی، ۱۳۹۱).

- سطح فرهنگی: خودپنداره فرد در سطح فرهنگی پاسخی است که به سوال "چرا زنده ای؟" یا "هدف از زندگی چیست؟" می‌دهد. (رضوی، ۱۳۹۱)

به نظر بایرن و شاولسون^{۲۸} (۱۹۸۶) خودپنداره دارای اجزای مستقلی است. توانایی‌های تحصیلی، اجتماعی و ظاهری را از اجزای اصلی خودپنداره هر فرد می‌دانند.

مناگیو و پیریت^{۲۹} (۱۹۹۵) نیز داری دیدگاهی چند بعدی در خصوص مفهوم پنداره می‌باشند. بر اساس این دیدگاه، خودپنداره دارای چهار بعد علمی، اجتماعی، ورزشی و ارزشی است.

۲-۲-۳ نظریات خود پنداره

۲-۱-۳-۱ دید گاه کارل راجرز^{۳۰}

^{۲۸} Byrne & Shavelson

^{۲۹} Mandaglio & Pyryt

^{۳۰} Rojers

کارل راجرز، نظریه خود را از کار با مراجعان درمانگارش تدوین کرد. در واقع راجرز از روان‌درمانی به نظریه شخصیت دست یافت. رویکرد پدیدارشناختی راجرز بر خلاف روان‌کاوی بر ادراک، احساس، خودشکوفایی، مفهوم خویشتن و تغییرات مداوم شخصیت تکیه دارد (روین ترجمه جوادی و کدیور، ۱۳۷۲).

مفهوم خودپنداره از نظر کارل راجرز

مفهوم خویشتن، مهم‌ترین پدیده و عنصر اساسی در نظریه راجرز است. به نظر راجرز، انسان رویدادها و عوامل محیط خود را درک کرده و در ذهن خود به آن‌ها معنی می‌دهد. مجموعه این سیستم ادراکی و معنایی، میدان پدیداری فرد را به وجود می‌آورد. قسمتی از این میدان که از بقیه تجربیات فرد متمایز است به وسیله واژه‌هایی چون من، مرا و خودم تعریف می‌شود. این بخش همان خود یا خودپنداره است. خودپنداره تصویر یا برداشت شخص است از آن چیزی که هست. به اعتقاد راجرز، خودپنداره فرد بر ادراکش از جهان و رفتارش تاثیر می‌گذارد (شاملو، ۱۳۸۲).

مفهوم ساختاری دیگر در این مورد، خود آرمانی^{۳۱} است. خودآرمانی، خودپنداره‌ای است که انسان آرزو می‌کند داشته باشد و شامل معانی و ادراکاتی است که فرد برای آن‌ها ارزش زیادی قائل است (شاملو، ۱۳۸۲).

توجه مثبت

همراه با شکل‌گیری خود یا خویشتن، نیاز دیگری نیز در نوزاد رشد می‌کند که پایدار است و در همه انسان‌ها یافت می‌شود. راجرز این نیاز را که شامل پذیرش عشق و تأیید از سوی دیگران بخصوص مادر است، توجه مثبت نامیده است (شولتز ترجمه کریمی، ۱۳۸۳).

راجرز اهمیت رابطه مادر و کودک را به صورت عاملی که بر احساس کودک از بالندگی خویش تأثیر می‌گذارد، مورد تاکید قرار می‌دهد. اگر مادر نیاز کودک به محبت را ارضا کند، یعنی توجه مثبت خود را نثار وی کند، در این صورت کودک گرایش خواهد داشت که به صورت شخصیتی سالم رشد کند. در غیر این صورت، تمایل نوزاد به سوی شکوفایی و رشد خویشتن متوقف می‌شود (شولتز و شولتز ترجمه سیف، ۱۳۷۵).

^{۳۱} idealself

هنگامی که مادر محبت خود نسبت به کودک را به رفتارهای مناسب خاصی مشروط کند، یعنی کودک تنها تحت شرایط خاصی توجه مادر را دریافت کند (توجه مثبت مشروط)، سعی می‌کند از رفتارهایی که عدم تایید مادر را در پی دارند، بپرهیزد. در این حالت، کودک نگرش مادر را درونی می‌کند و در صورت انجام چنین رفتارهایی، به همان شکل که مادر او را تنبیه می‌کرده، خود را تنبیه می‌کند. در واقع کودک خود را وقتی دوست خواهد داشت که رفتارهایش به شیوه‌ای باشد که تایید مادر را به همراه بیاورد. بدین ترتیب خود، به صورت یک جایگزین مادر عمل می‌کند. حاصل چنین موقعیتی، رشد شرایط ارزشمندی در کودک است. یعنی کودک خود را تنها تحت شرایط خاصی با ارزش می‌بیند. در نتیجه نمی‌تواند با آزادی کامل عمل کند و از رشد یا شکوفایی خود بازداشته می‌شود. به همین دلیل، راجرز معتقد بود که نخستین شرط لازم برای تحقق سلامت روانی، دریافت توجه مثبت غیرمشروط در دوره کودکی است. یعنی هنگامی که مادر محبت و پذیرش کامل خود را بدون توجه به رفتار کودک، به وی ابراز می‌کند. در این صورت کودک ارزش را در خود پرورش نمی‌دهد و بنابراین مجبور نخواهد بود که تظاهرات هیچ یک از جنبه‌های خود را سرکوب کند. به عقیده راجرز، تنها از این راه است که می‌توان به وضعیت خودشکوفایی دست یافت (شولتز و شولتز ترجمه سیف، ۱۳۷۵).

از خصوصیات بارز نیاز به توجه مثبت، دو جانبه بودن آن است. هنگامی که مردم خود را برآورنده نیاز شخص دیگری به توجه مثبت می‌بینند، ارضای نیاز خود را نیز تجربه می‌کنند. به طور مثال؛ اگر مادری نیاز کودکش را به توجه مثبت ارضا کند، لزوماً نیاز خود او هم به توجه مثبت ارضا می‌شود. راجرز معتقد بود که، خودپنداره فرد در پرتو تایید یا عدم تاییدی که وی از دیگران دریافت می‌کند، به وجود می‌آید. به عنوان بخشی از این خودپنداره، شخص به تدریج نگرش‌های دیگران را درونی می‌کند و در نتیجه توجه مثبت از درون خود فرد سرچشمه می‌گیرد. راجرز این وضعیت را احترام به "خود مثبت" نامید. به طور مثال؛ کودکانی که هنگام شاد بودن از مادران خود به صورت عشق و علاقه پاداش دریافت می‌کنند، هر گاه شاد باشند، احترام به خود مثبت را تجربه می‌کنند و بدین ترتیب به خود پاداش می‌دهند (شولتز ترجمه کریمی، ۱۳۸۴).

۲-۲-۳ دیدگاه اجتماعی:

در این دیدگاه خود محصولی اجتماعی است. گروهی از روان‌شناسان اجتماعی که خود را "تعامل‌گران نمادین" می‌نامند، معتقدند که افراد براساس اینکه دیگران درمورد آنها چه نظری دارند یا با آنها چگونه رفتار می‌کنند، در مورد خود اظهار نظر می‌کنند. هر فرد آگاهی می‌یابد که حوزه‌ای در ادراک دیگری است و با درونی سازی آن بر خود نیز به عنوان موضوعی در حوزه ادراکی خویشتن آگاه می‌شود. به عنوان مثال، اگر دیگران به من بگویند که فردی باهوش و بالیاقت هستم، من خود را فردی باهوش خواهم دانست و اگر اطرافیان مرا فردی کند ذهن و ناتوان بدانند، من نیز خود را ناتوان می‌پندارم. (عاطفی، ۱۳۹۱).

در این دیدگاه، آنچه اهمیت دارد نظر دیگران درمورد ماست. محیط بیرونی، ساختار کلان اجتماعی، همانندسازی، تعاملات بین فردی و ایفای نقش از عوامل اصلی شکل دهنده خود هستند. شاید بتوان با اغماض چنین گفت که در این دیدگاه، تصویری که دیگران از ما دارند، همان خودپنداره ماست.

۲-۲-۳ دیدگاه شناختی:

در این دیدگاه، چنین مطرح می‌شود که در ارزشیابی‌هایی که دیگران در مورد ما دارند، انتخاب‌ها و تفسیرهای ما نیز نقش دارند. به عبارتی، هر تصویر بیرونی از خلال صافی درون می‌گذرد. در این دیدگاه خودپنداره، تفسیری است که ما از خودمان داریم. آنچه در این دیدگاه محور اصلی شکل‌گیری خودپنداره است، خود به عنوان یک ساختار شناختی است. در واقع، برخلاف دیدگاه اجتماعی که خودپنداره هر فردی فقط و فقط حاصل تصاویر و تعبیرهای دیگران از او بود، در این‌جا، این خود فرد است که با بازسازی و تفسیر تصاویر دیگران، خودپنداره‌اش را شکل می‌دهد (عاطفی، ۱۳۹۱).

۲-۲-۴ دیدگاه شناختی-اجتماعی:

همان‌طور که از نام این دیدگاه برمی‌آید، ترکیبی از نظریات شناختی و اجتماعی است. در این دیدگاه، خود، حاصل تفسیری است که فرد از تصاویر دیگران از خودش دارد. به عبارتی، علاوه بر آن که دیدگاه دیگران در مورد ما اهمیت دارد، تفسیری که ما نیز از دیدگاه ایشان داریم حائز اهمیت است. در اینجا، خودپنداره نه محصول فرد به تنهایی و نه محصولی اجتماعی است، که ترکیبی از هر دو می‌باشد (عاطفی، ۱۳۹۱).

۲-۲-۴ ویژگی‌های خودپنداره کارآمد

خودپنداره‌ای از کارکرد لازم و مفید برخوردار خواهد بود که: داده‌های حاصل از تجربه را کسب کند و به عبارتی، منطبق بر واقعیت باشد. مثلاً اگر ما تصور کنیم که دانشجوی خوبی هستیم اما در بسیاری از امتحانات موفق نبوده‌ایم، به معنای آنست که خودپنداره ما مبتنی بر واقعیت نیست و شاید ما در حال خودفریبی باشیم. علاوه بر این، بهتر است که به جای کلی‌گویی، از ویژگی‌های اختصاصی خود آگاه باشیم. مثلاً به جای آنکه بگوییم: "من فردی فرهنگ دوست هستم." یا "من از فعالیت‌های فرهنگی خوشم می‌آید." بگوییم: "من از نمایشنامه نویسی خوشم می‌آید." (عاطفی، ۱۳۹۱).

تعادل لذت - درد را به حداکثر خود برساند. اگر فردی تصور کند که می‌تواند مشکلات زناشویی اش را به تنهایی حل کند اما هر روز دعوا داشته باشند، خودپنداره اش از کارکرد ضعیفی برخوردار خواهد بود. زیرا برخلاف تصویری که از خود دارد، در واقعیت به جای آنکه از روابط زناشویی اش لذت ببرد، در آن رنج می‌کشد. مثالی دیگر، اگر فرد تصور کند از سینما رفتن لذت می‌برد، و بعد لحظات خوبی را در سینما تجربه کند، چنین فردی از خودپنداره‌ای کارآمد برخوردار خواهد بود. در واقع منظور این است که فعالیت‌هایی را که از آن لذت می‌بریم یا باعث رنجش و ناراحتی مان می‌شود، بشناسیم و به این ترتیب، به گونه‌ای رفتار خواهیم کرد که با خودمان در تضاد نخواهیم بود (عاطفی، ۱۳۹۱).

عزت نفس ما را به سطح بهینه برساند. این نظریه باید تا حد امکان به ما احساس خوب بودن، ارزانی کند. اگر خودپنداره ما فقط شامل صفات منفی ما باشد، در این حالت عزت نفس پایینی را تجربه خواهیم کرد. از این رو، خودپنداره‌ای کارآمد خواهد بود که ترکیبی از صفات خوب و بد باشد (عاطفی، ۱۳۹۱).

اگر این سه ویژگی همزمان حضور داشته باشند، خودپنداره فرد از کارایی لازم برخوردار خواهد بود. اما اگر فردی، به عنوان مثال، تصور کند که مدیر خوبی است (در ظاهر چنین تصویری احساس خوب بودن به ما می‌دهد) اما، پروژه‌هایش طبق برنامه اجرا نشود و همکارانش از او ناراضی باشند، خودپنداره چنین فردی فاقد ویژگی نخست - جذب داده‌های ناشی از تجربه است. همین طور تعادل لذت - درد نیز برقرار نیست. به خاطر داشته باشیم که خودپنداره، نه خوب است و نه بد. تصویری که ما از خود داریم، به خودی خود بار ارزشی ندارد. این ما هستیم که آن را ارزش‌گذاری می‌کنیم. به واسطه ارزشی که به آن می‌دهیم، احساس ارزشمندی یا بی‌ارزشی می‌کنیم (عاطفی، ۱۳۹۱).

در ابتدای این بخش تعاریف صاحب‌نظران در این حوزه آورده شده است. سطوح خود پنداره عبارتند از: فردی، ارتباطی و اجتماعی. سطح فردی در زنان و مردان یکسان است اما سطح ارتباطی و اجتماعی در زنان و مردان متفاوت است. سپس دیدگاه‌ها و نظریات راجرز، دیدگاه اجتماعی، دیدگاه شناختی و دیدگاه شناختی - اجتماعی بیان شد. راجرز در نظریاتش بر ادراک، خود شکوفایی، مفهوم خویشتن و تغییرات مداوم شخصیت تکیه دارد. در دیدگاه اجتماعی آنچه اهمیت دارد، نظر دیگران درباره فرد است. اما در دیدگاه شناختی آنچه اهمیت دارد، دیدگاه و نظر فرد درباره خودش است. در این دیدگاه در واقع این خود فرد است که با بازسازی و تفسیر تصاویر دیگران، خودپنداره‌اش را شکل می‌دهد. دیدگاه اجتماعی - شناختی ترکیبی از دو دیدگاه قبل است. در این دیدگاه، علاوه بر آن که دیدگاه دیگران در مورد ما اهمیت دارد، تفاسیری که ما نیز از دیدگاه ایشان داریم، حائز اهمیت است (عاطفی، ۱۳۹۱).

۲-۳ عزت نفس

عزت نفس یکی از عوامل مهم و اساسی در رشد و شکوفایی انسان‌هاست که در دهه‌های اخیر مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان و پژوهشگران امور تربیتی قرار گرفته است. عزت نفس به معنای قضاوت شخص از ارزشمندی خود است و به نگرش فرد از خود دلالت می‌کند. افراد با بررسی نحوه کنار آمدن با

استاندارها و ارزش‌های مورد نظر خود و مقایسه‌ی چگونگی عملکرد خود با دیگران به این قضاوت دست می‌پردازد.

عزت نفس یک شاخص بسیار مهمی در شخصیت افراد است و به مقدار ارزشی که ما به خود نسبت می‌دهیم و فکر می‌کنیم دیگران برای ما قائل هستند، گفته می‌شود. قدمت تاریخی این موضوع به مباحثی که علما و فلاسفه تعلیم و تربیت در گذشته داشته‌اند، بر می‌گردد. در اصول صد سال گذشته بسیاری از روان‌شناسان این نظر را پذیرفته‌اند که انسان دارای یک نیاز به عزت نفس می‌باشد (عامری، ۱۳۹۱).

تقویت عزت نفس، مهمترین عامل موفقیت است. این عامل، شیوه زندگی را دگرگون می‌سازد. اگر عزت نفس زیاد باشد، با مشکلات از طریق حل کردن آنها مواجه می‌شوید نه با مقصر دانستن خود یا دیگران. عزت نفس زیاد به معنی درگیر شدن با مشکلات و تن دادن به آن است نه متنفر بودن و داشتن انزجار نسبت به آن و سرگردان شدن و حسرت خوردن. همچنین به مفهوم آن است که هرگاه شکست خورید، از آن درس بگیرید و دوباره سعی کنید تا به موفقیت برسید (خورند، ۱۳۸۳).

عزت نفس چگونگی احساس خود درباره‌ی خود است و بر همه‌ی افکار، ادراکات، هیجانات، آرزوها، ارزش‌ها و اهداف شخصی نفوذ دارد و کلید رفتار آدمی می‌باشد. بنابراین، عزت نفس هسته‌ی مرکزی ساختارهای روانشناختی فرد است که وی را در برابر اضطراب محافظت نموده و آسایش خاطر وی را فراهم می‌آورد. عزت نفس نقش محافظت‌کننده‌ای در مقابله با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل وقایع فشار آور منفی زندگی حمایت می‌کند. فردی که از ارزشمندی بالایی برخوردار است، به راحتی قادر است با تهدیدها و وقایع فشارآور بیرونی بدون تجربه‌ی برانگیختگی منفی و از هم پاشیدگی سازمان روانی مواجه شود (عامری، ۱۳۹۱).

عزت نفس یا همان خود بزرگواری یکی از خصوصیات مهم و اساسی شخصیت هر فردی را تشکیل می‌دهد و بطور حتم روی سایر جنبه‌های شخصی انسان اثر می‌گذارد و کمبود یا فقدان آن باعث عدم رشد سایر جنبه‌های شخصیت یا ناموزونی آنها خواهد شد و حتی ممکن است پایه‌گذار بیماری‌های روانی گوناگونی مانند افسردگی، کمرویی، ترس و ... شود. ارزیابی‌های مثبت و منفی اثرهای متفاوتی روی عزت

نفس افراد دارند. افراد دارای عزت نفس پایین از ارزش خود کمتر مطمئن هستند و بیشتر تحت تأثیر ارزیابی‌های اجتماعی قرار می‌گیرند و به این ارزیابی‌ها بیشتر توجه می‌کنند (بیابانگرد، ۱۳۷۲).

سطح عزت نفس ما متأثر از معیارهایی است که بر حسب توانایی‌های واقعی، ارزش‌ها و نظام خود پاداش‌دهی بر می‌گزینیم. شواهدی وجود دارد دال بر اینکه افزایش عزت نفس باعث بهبود عملکرد می‌شود. اکثر مردم هم نقاط قوتی دارند و هم نقاط ضعفی و در برخی از مواقع عملکرد بهتر و مناسب‌تری دارند افرادی که عزت نفس بالاتری دارند، تمایل دارند بیشتر به نقاط قوت خود توجه کنند تا به نقاط ضعف خود. همچنین این افراد برای پذیرش ارزیابی‌های مثبت از خود آمادگی بیشتری نشان می‌دهند. افراد با عزت نفس پایین احتمالاً بیشتر ارزیابی‌های منفی را قبول می‌کنند. در هر صورت، سعادت و موفقیت هر فرد در گرو احساس خود ارزشمندی و احترامی است که وی برای خود قائل است. (حسینی نسب و وجدان پرست ۱۳۸۷)

به طور کلی وقتی میزان عزت نفس بالا باشد، فرد فعالیت خود را افزایش می‌دهد، توانایی خود را در مواجهه با مشکلات و انجام وظایف محول شده در سطح مطلوب و بالایی ارزیابی می‌کند (حسینی نسب و وجدان پرست ۱۳۸۷).

۲-۳-۱ تعاریف از عزت نفس

تعاریف متعددی از جانب محققین در مورد عزت نفس صورت گرفته است که جهت روشن شدن مفهوم آن لازم است تعدادی از آنها را ذکر کنیم تا نتیجه مناسبی حاصل گردد. کوپر اسمیت^{۳۲} عزت نفس را یک قضاوت شخصی در مورد ارزش و مقبولیت خود می‌داند که در نگرش او ظاهر می‌شود (قلی، ۱۳۷۵).

سیف (۱۳۶۸) در تعریف عزت نفس چنین آورده است: «نیاز به احترام به خود، به عبارت دیگر عزت نفس عبارت است از نیاز به کسب موفقیت و تأیید یا نیاز به ایجاد تصور مثبت درباره خود و دیگران و اینکه دیگران او را فردی قابل احترام بدانند.» عزت نفس از نظر راجرز (۱۹۹۵) عبارت است از: ارزیابی مداوم شخص نسبت به ارزشمندی خود یا قضاوت شخص نسبت به ارزشمندی وجود خود می‌باشد که این صفت عمومیت داشته و در همه مردم وجود دارد و حالتی است ثابت و دائمی (قلی، ۱۳۷۵).

ویلیام جیمز^{۳۳} (۱۹۸۰)، عزت نفس را تابع کسری از موفقیت‌ها بر انتظارات خود می‌داند، به طوری که هر چه موفقیت‌های شخص بیشتر از انتظاراتش باشد، عزت نفس او نیز بیشتر خواهد بود و در صورتی که عکس آن صادق باشد، عزت نفس کمتری خواهد داشت (اسلامی نسب، ۱۳۷۳).

والد^{۳۴} و برکلر عزت نفس را داشتن احساس خوب نسبت به خود، دوست داشتن خود و دوست داشته شدن و رفتار مناسب دیگران نسبت به او، احساس راحتی، احساس توانایی و موفقیت در رهبری می‌دانند (ستوده، ۱۳۷۳). عزت نفس می‌تواند به عنوان احساس یک فرد درباره شایستگی و ارزشمندی خود تعریف شود. شایستگی بر اساس تعریف‌هایی که به وسیله ویلیام سوان^{۳۵} ارائه شده عبارت است از: احساس عمومی فرد درباره لیاقت و توانایی خود. به بیان ساده، شایستگی عبارت است از داشتن اعتماد به نفسی که فرد عموماً قادر است با تکیه بر آن نتایج مورد انتظار را به دست آورد (فتحی، ۱۳۸۲). داگلاس^{۳۶} (۱۹۹۴) عزت نفس را دسته‌ای از اعتقادات می‌داند که بر پذیرش یا عدم پذیرش خود فرد دلالت می‌کند. منصور (۱۳۶۸) عزت نفس را چگونگی رضایت فرد از اعمال خود می‌داند.

اسلامی نسب (۱۳۷۳) عزت نفس را دراکمی می‌داند که فرد از خودش دارد و این درک، با قضاوت‌های ارزشی همراه بوده و میزانی از خویشتن‌پذیری و حرمت نفس را در بر می‌گیرد. او قضاوت‌های ارزشی فرد را همیشه مثبت نمی‌داند. شاملو (۱۳۶۹) معتقد است عزت نفس ارزیابی مداوم و قضاوت او

^{۳۳} Jims

^{۳۴} - Wald

^{۳۵} _ William James

^{۳۶} Douglas

نسبت به ارزشمندی وجودی خود می باشد. مزلو^{۳۷} از عزت نفس به عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان یاد می کند، او در سلسله مراتب نیازهای خود، عزت نفس را پس از نیاز به عشق و تعلق قرار داده است و اعتقاد دارد که برای رسیدن به مراحل بعدی نیازها، لازم است تا نیاز به عزت نفس فرد ارضا شود. از نظر او هر فرد نیاز دارد که مورد احترام خود و دیگران واقع شود (اسلامی نسب، ۱۳۷۳).

ناتانیل براندن^{۳۸} در کتاب «قدرت عزت نفس»، عزت نفس را ارج نهادن ارزش و اهمیت خویش، مسئول خود بودن و در برابر دیگران مسئولانه رفتار کردن، می داند (محمودی، ۱۳۸۲). عزت نفس، درجه تصویب و تایید شخص نسبت به خویش است. (جهان بین، ۱۳۷۸). عزت نفس، یعنی احساس ارزشمندی فرد از خود. در این زمینه، دو نکته اساسی وجود دارد: اول تجارب شخصی و تعامل آن (بازخورد دورنی رفتار)، و دوم نگرش اجتماعی و قضاوت آن (بازخورد بیرونی رفتار). عزت نفس یعنی درجه تصویب، تایید، پذیرش و ارزشمندی است که شخص نسبت به خود احساس می کند (بیابانگرد، ۱۳۷۲). همچنین دانلی^{۳۹}، ایبرن^{۴۰} و کیتلسون^{۴۱} (۲۰۰۱)، عزت نفس را به عنوان اعتقادات ما و نیز دیگران از اینکه چقدر رقابتی موفق، موثر و با ارزش بوده تعریف کرده است. کالاهان و همکاران^{۴۲} (۱۹۷۶) معتقدند که عزت نفس خشنودی فرد نسبت به خود پنداره خویش است (فروغی پور، ۱۳۶۶).

به طور کلی از تعاریف فوق نتیجه می شود که عزت نفس یکی از ویژگی های شخصیت فرد است که بر ارزشیابی و قضاوت نسبتاً پایدار فرد (مثبت یا منفی) نسبت به خود دلالت می کند.

۲-۳-۲ نظریات عزت نفس:

۲-۳-۲-۱ ویلیام جیمز^{۴۳}: در بررسی عزت نفس، اولین کار توسط ویلیام جیمز انجام شده است. او معتقد بود که تصور فرد از خود در حین تعاملات اجتماعی، یعنی از زمانی که متولد شده و مورد شناسایی

^{۳۷} - Maslow

^{۳۸} - Nathaniel Branden

^{۳۹} Donnelly

^{۴۰} Eburne

^{۴۱} Kittleson

^{۴۲} -kallahan et al

^{۴۳} Jims

دیگران قرار می‌گیرد، شکل می‌گیرد. اظهار می‌دارد که هر چند اصطلاح مفهوم خود و عزت نفس بسیار بهم شبیه اند، اما عزت نفس اشاره به سطوح ارزشمندی دارد که فرد برای خود قائل است، و به معنی درک و دریافت جایگاه و منزلت خود می‌باشد. جیمز فرمول شکل‌گیری عزت نفس را چنین بیان می‌کند (بیابانگرد، ۱۳۸۰).

سطوح خواسته به عنوان معیارهایی برای تعیین میزان شایستگی بکار می‌رود و نشان دهنده میزان تحقق اهداف مورد نظر می‌باشد. سطوح خواسته با عزت نفس ارتباط تنگاتنگی دارد. جیمز در واکر ۱۸۸۰ مطرح نمود که عزت نفس را می‌توان بر اساس میزان ارتباط بین خود واقعی (خود ادراک شده) و خود آرمانی (خود ایده آل) تعریف نمود. فاصله بین خود واقعی و خود آرمانی هر چه کمتر باشد، فرد از عزت نفس بالاتری برخوردار است و هر چند فاصله بین آن دو بیشتر باشد، میزان عزت نفس فرد پایین تر خواهد بود. (روین ترجمه جوادی و کدیور، ۱۳۷۳).

۲-۲-۳-۲ رابسون

عزت نفس را عبارت می‌داند از حس رضایت‌مندی و خویشتن‌پذیری که از ارزیابی شخص درباره ارزشمندی قدر و منزلت، جذابیت، شایستگی و کفایت و توانایی برای ارضای تمیلات و خواسته‌های خود منتج می‌شود (مفتاح، ۱۳۸۱).

۲-۲-۳-۲ مزلو

مازلو در سلسله مراتب نیازها و در سطح سوم، احترام به خود یا عزت نفس را قرار می‌دهد که مشتمل بر تمایل شایستگی، چیرگی، پیشرفت، توانمندی، کفایت، اطمینان، استقلال و آزادی است. زمانی که این نیازها ارضا شود، فرد احساس ارزشمندی، توانایی، قابلیت مثمر بودن و اطمینان می‌کند و چنانچه این نیازها برآورده نشود، فرد احساس حقارت، درماندگی، ضعف و دلسردی و ناامیدی می‌کند (مفتاح، ۱۳۸۱). عزت نفس را عبارت از شایستگی، توانمندی، کفایت، اطمینان، استقلال و آزادی می‌داند که اگر ارضا شود، افراد احساس ارزشمند بودن، توانا بودن، مثر بخش بودن و اعتماد به نفس و در غیر این صورت احساس حقارت، درماندگی و ضعف می‌کنند (روین ترجمه جوادی و کدیور، ۱۳۷۳).

۲-۳-۲-۴ نظریه کوپر اسمیت:

کوپر اسمیت^{۴۴} عزت نفس را یک ارزشیابی فردی می‌داند که معمولاً با توجه به خویشتن حفظ می‌شود (روین ترجمه جوادی و کدیور، ۱۳۷۳). کوپر اسمیت چهار عامل اسنادی را برای رشد عزت نفس بیان می‌کند. نخستین آن و مقدم بر تمام عوامل، میزان احترام، پذیرش و علاقه مندی که یک فرد دریافت می‌کند. دومین عامل تجارب موفقیت‌هایمان در زندگی و سومین عامل ارزش‌ها و انتظاراتی است که بر مبنای آن تجارب را مورد تفسیر قرار می‌دهیم و چهارمین عامل نحوه پاسخ فرد به از دست دادن ارزش می‌باشد (مفتاح، ۱۳۸۱).

۲-۳-۲-۵ نظریه راجرز^{۴۵}:

راجرز، عزت نفس را ارزیابی مداوم شخص از ارزش‌مندی خویشتن خود و یا نوعی قضاوت نسبت به ارزش‌مندی وجودی خود تعریف کرده است. او معتقد است این صفت در انسان حالت عمومی دارد و محدود و زود گذر نیست. بر طبق نظر راجرز، عزت نفس در اثر نیاز به توجه مثبت دیگران به وجود می‌آید. نیاز به توجه مثبت دیگران، شامل بازخوردها، طرز برخورد گرم و محبت‌آمیز، صمیمیت، پذیرش و مهربانی از طرف محیط به خصوص اولیاء کودک است (شاملو، ۱۳۶۸).

۲-۳-۲-۶ نظریه جرج مید^{۴۶}:

مید معتقد است که تصورات و نگرش‌های شخص، نقش زیادی در زندگی او دارند. این تصورات می‌تواند، مربوط به موقعیت‌های درونی یا بیرونی باشد. تصورات بر اساس بازخوردی که از نظر دیگران به دست می‌آید، تشکیل می‌شود. بنابراین شخص خصوصیات خود را به گونه‌ای درک می‌کند که دیگران آن خصوصیات را به وی نسبت می‌دهند. او نتیجه گرفت عزت نفس بر اثر انعکاس ارزیابی دیگران، به وجود می‌آید و این اجتماع است که برای افراد معیارهای زندگی را تعیین می‌کند و از طرفی نظریات دیگران در شخص درونی می‌شود و عزت نفس او را شکل می‌دهد. (پور مقدسیان، ۱۳۷۳).

^{۴۴} -Cooper smith

^{۴۵} Rojerz

^{۴۶} Mid

۲-۳-۳ ابعاد عزت نفس

تا چندی پیش، محققین و نظریه‌پردازان، عزت نفس را قضاوت کلی فرد در مورد خود می‌دانستند اما در سال‌های اخیر مشخص شده است که کودکان و بزرگسالان، خودشان را از زوایا و جنبه‌های مختلف مورد ارزیابی و قضاوت قرار می‌دهند که در این رابطه می‌توان جنبه‌های اجتماعی، بدنی، تحصیلی، خانوادگی و کلی را نام برد (قلی، ۱۳۷۵).

برای روشن شدن مطلب، درمورد هر کدام از موارد فوق توضیحاتی مختصر ارائه خواهد شد.

۲-۳-۳-۱ عزت نفس اجتماعی :

شامل عقاید کودک در مورد خودش به عنوان یک دوست برای دیگران است. آیا کودکان دیگر او را دوست دارند؟ آیا عقاید و افکار او برای آن‌ها ارزشمند است؟ آیا او را در فعالیت‌هایشان شرکت می‌دهند؟ آیا از ارتباط و تعامل با همسالان خود احساس رضایت می‌کند؟ به طور کلی کودکی که نیاز اجتماعی‌اش برآورده شود، صرف نظر از این که چه تعداد از آنها با آداب و اصول مورد قبول ملی مطابقت دارد، احساس خوبی در این زمینه خواهد داشت؟ (اکبری، ۱۳۸۰).

۲-۳-۳-۲ عزت نفس بدنی :

عزت نفس بدنی به ارزیابی و قضاوت فرد نسبت به توانایی بدنی خود اطلاق می‌شود که از طریق فعالیت‌ها و کنش‌های بدنی در فرد به وجود می‌آید. بنابراین اگر فرد از سلامت و توانایی بدنی خوبی برخوردار باشد، بر عزت نفس بدنی او تأثیر مثبت خواهد گذاشت و بالعکس نواقص جسمانی و عدم توانایی در انجام فعالیت‌ها و مهارت‌ها، تأثیر منفی بر عزت نفس بدنی فرد خواهد داشت (اسلامی نسب، ۱۳۷۳).

۲-۳-۳-۳ عزت نفس تحصیلی:

عزت نفس تحصیلی به ارزیابی و قضاوت فرد نسبت به ارزشمندی تحصیلی خود مربوط می‌شود. اگر واکنش اطرافیان در مورد وضعیت تحصیلی فرد مطلوب باشد، در او احساس رضایت از خود ایجاد نموده و به قضاوت مثبت فرد درباره خودش کمک می‌کند (قلی، ۱۳۷۵).

۲-۳-۳-۴ عزت نفس خانوادگی:

ارزیابی و قضاوت فرد به عنوان عضوی از خانواده را عزت نفس خانوادگی می‌گویند که در اثر تعامل فرد با اعضای خانواده در او به وجود می‌آید. نوع رابطه متقابل فرد با پدر، مادر، برادران و خواهران و سایر اعضای خانواده و این که فرد تا چه اندازه توسط آن‌ها پذیرفته شده است، در چگونگی نگرش او نسبت به خود مؤثر است و عزت نفس خانوادگی او را تعیین می‌کند (قلی، ۱۳۷۵).

۲-۳-۳-۵ عزت نفس کلی :

عزت نفس کلی به ارزیابی و قضاوت فرد نسبت به کلیه ارزش‌های خود اطلاق می‌شود که این جنبه از عزت نفس، سایر جنبه‌های فوق را در خود دارد و در واقع به آن‌ها نوعی وحدت و یکپارچگی می‌بخشد. فردی که عزت نفس کلی مثبتی دارد، از کلیه جهات بدنی، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی، خود را مطلوب و خوب می‌داند. او نگرش مثبت خود را از واکنش مثبت اعضای خانواده، همسالان، معلمان و توانایی‌های بدنی خود کسب نموده است. چنین فردی، بهتر می‌تواند با مشکل خود مقابله کند (اسلامی نسب، ۱۳۷۳).

۲-۳-۴ مولفه‌های عزت نفس

پنج مؤلفه عزت نفس از دیدگاه جامع نگر «ایرونر» (۱۹۸۲)، در ارتباط با نظریه خود نشأت گرفته است. در این جا به اختصار توصیف‌هایی در رابطه با هر مؤلفه عرضه می‌شود

امنیت: احساس اطمینان قوی است که شامل این نکات می‌شود: احساس راحتی و ایمنی، وقوف در آن چه که از وی انتظار می‌رود، توانایی وابستگی به افراد و موقعیت‌ها و درک قواعد و محدودیت‌ها.

دارا بودن احساس قوی امنیت (میتوانم از پشتیبانی دیگران بر خوردار شوم)، پایه ای است که ساختار مؤلفه های دیگر بر آن اساس پایه ریزی می گردد. از این رو کودکان باید قبل از انجام هر عملی نسبت به آن اطمینان خاطر حاصل نمایند. چنانچه کودک احساس ناامنی و خطر نماید (نسبت به آنچه که از من انتظار می رود، مطمئن نیستم) در جذب مؤلفه های دیگر عزت نفس با مشکل مواجه خواهد شد. (میرعلی یاری، ۱۳۷۹).

خودپذیری: خودپذیری احساس فردیتی است که اطلاعات درباره خود را در بر می گیرد توصیف دقیق و واقع بینانه از خویش بر حسب نقش ها، اسنادها و ویژگی های جسمانی. کودکی که واجد خودپذیری قوی باشد (من خودم را دوست دارم)، خویشتن را می پذیرد، احساس فردگرایی، شایستگی، کفایت و تحسین از خود دارد. ولی کودکی که احساس خودپذیری ضعیفی دارد (من خود را دوست ندارم)، در پذیرش خود، فاقد اراده است. (میرعلی یاری، ۱۳۷۹).

پیوندجویی: پیوندجویی احساس پذیرش با مقبولیت است به ویژه در روابطی که مهم قلمداد میشوند. همچنین به معنای احساس پذیرفته شدن و مورد احترام قرار گرفتن از سوی دیگران به کار می رود. کودکانی که دارای احساسات پیوندجویی قوی باشند (احساس تعلق داشتن)، رابطه راحت و رضایتمندی با دیگران برقرار می کنند. حال آن که احساس پیوندجویی ضعیف در کودک (کسی نمی خواهد با من باشد)، منجر به انزوای طلبی و احساس بیگانگی وی خواهد شد. (میرعلی یاری، ۱۳۷۹).

رسالت: در این مؤلفه، دارا بودن هدف و انگیزه در زندگی مورد نظر است. به طوری که به خویشتن رخصت دهد تا اهداف واقع بینانه و قابل حصولی داشته باشد و در قبال پیامدهای تصمیمات خود، احساس مسئولیت نماید. کودک برخوردار از احساس تعهد قوی (من اهداف مهمی دارم)، قادر است عملی را آغاز کند و بر اساس طرح و نقشه، آن را پی گیرد. اما کودکی که حس تعهد ضعیفی دارد (من گیج هستم و نمی دانم چه باید بکنم)، در قبال اعمال خود مسئولیتی احساس نمی کند و در هنگام مواجهه با مشکل راه حل های مختلف را مورد کاوش قرار نمی دهد (میرعلی یاری، ۱۳۷۹).

شایستگی : این مؤلفه به احساس موفقیت و فضیلت در کارایی اشاره دارد که مهم و ارزشمند به نظر می رسد و شامل وقوف بر نیرومندی ها و تواناییها و پذیرش ضعف ها نیز می شود. کودکانی که واجد احساس شایستگی می باشند (من احساس توانایی می کنم، بنابراین میتوانم با هر خطری مواجه شوم)، در بیان تصورات و عقاید خود در ارتباط با دیگران بی پروا می باشند. اما کودکانی که از شایستگی لازم برخوردار نیستند (نمی خواهم کوشش کنم)، خود را ناتوان می انگارند و موفقیت های خویش را به بخت و اقبال نسبت می دهند و نمی خواهند فرصت هایی در جهت نیل به موفقیت داشته باشند. آن ها رفتار های خود مغلوبانه دارند و احساس کفایت شخصی نمی کنند (میرعلی یاری، ۱۳۷۹).

۲-۳-۵ تقویت عزت نفس

عزت نفس و خودباوری از کودکی، توسط والدین و اطرافیان شکل می گیرد و ایجاد می شود. مثلاً «اگر کودکی در محیط پر از ترس بزرگ شود یاد می گیرد که بترسد» و یا «اگر در محیط پر از تشویق بزرگ شود می آموزد که اعتماد کند» عزت نفس کودکان از نوع، نگرش و رفتاری که دیگران نسبت به او دارند، می تواند شکل بگیرد. رفتارهایی چون طرد، عدم محبت، عدم توجه، غفلت، جدی نگرفتن، توجه به نکات منفی، گوش ندادن، عدم احترام، تحقیر، تمسخر، سرزنش، تهدید، مقایسه، انتظار بیش از حد و بد رفتاری سبب کاهش عزت نفس در کودک می شود. از طرف دیگر رفتارهایی چون پذیرش، احترام، محبت، توجه، جدی گرفتن، احساس تعلق، تشویق، حمایت، تحسین، احساس ایمنی و انتظارات مناسب موجب افزایش عزت نفس در کودک می شود (فتحی، ۱۳۸۲).

برای ایجاد «عزت نفس» در نوجوانان بهتر است به آن ها کمک کنیم تا بیاموزند که:

۱) هیچ انسانی شبیه دیگری نیست: هیچ کدام از انسان ها در طول تاریخ شبیه هم نبوده و نخواهند بود و به خود بگویند «هیچ کس شبیه من نیست، من آن چه را که هستم دوست دارم و احساس خوبی نسبت به خودم دارم.» (فتحی، ۱۳۸۲).

۲) محدودیت ها و توانمندی های خود را بپذیرید: نقاط ضعف خود را بدون نگرانی و ناراحتی بپذیرید و از آن ها احساس گناه و شرمساری نکنید. چون هیچ فردی نمی تواند انسانی کامل و به همه چیز دانا و به همه کاری توانا باشد و با آگاهی و پذیرش نقاط مثبت و ضعف خود احساس رضایت و خشنودی می کند(فتحی، ۱۳۸۲).

به طور کلی عزت نفس چگونگی احساس خود درباره خود است. در این بخش نظریات درباره عزت نفس را بیان کردیم. نظریات جیمز، مزلو، کوپر اسمیت و جرج مید.

جیمز معتقد است که تصور فرد از خود در حین تعاملات اجتماعی، یعنی از زمانی که متولد شده و مورد شناسایی دیگران قرار می گیرد. مزلو در سلسله مراتب نیازها و در سطح سوم، احترام به خود یا عزت نفس را قرار می دهد. در واقع وقتی این نیاز برآورده شود، فرد احساس مفید بودن می کند. کوپر اسمیت عزت نفس را یک ارزشیابی فردی می داند که معمولاً با توجه به خویشتن حفظ می شود. طبق نظر راجرز، عزت نفس در اثر نیاز به توجه مثبت دیگران به وجود می آید. نیاز به توجه مثبت دیگران، شامل بازخوردها، طرز برخورد گرم و محبت آمیز، صمیمیت، پذیرش و مهربانی از طرف محیط به خصوص اولیاء کودک است. جرج مید نیز معتقد است که عزت نفس بر اثر انعکاس ارزیابی دیگران، به وجود می آید و این اجتماع است که برای افراد معیارهای زندگی را تعیین می کند و از طرفی نظریات دیگران در شخص درونی می شود و عزت نفس او را شکل می دهد. بعد از بیان نظریات، ابعاد عزت نفس را بیان کردیم که شامل: عزت نفس اجتماعی، عزت نفس بدنی، عزت نفس تحصیلی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس کلی است. سپس مولفه های پنجگانه عزت نفس را بیان کردیم که شامل امنیت، خودپذیری، پیوند جویی، رسالت و شایستگی است.

۲-۴ تصویر بدن

تصویر بدن یکی از مهمترین متغیرهای مورد بررسی در افراد معلول است، که تأثیر تفکر شخص از وضعیت بدنش را مشخص می سازد. در ابتدا تعاریفی از اندیشمندان درباره تصویر بدن آورده شده است، سپس مولفه های تصویر بدن و در آخر نظریات موجود درباره تصویر بدن بیان شده است.

۲-۴- اتعاریف تصویر بدنی

تصویر بدنی عبارتست از کلیه برداشت‌هایی که شخص از خودش داشته و تصوراتی که دیگران نسبت به او دارند. (قاسمی، مومنی و خانکه، ۱۳۸۸). به عقیده اسمیت (۲۰۰۷)، هر شخص یک تصویر ذهنی از بدن خودش دارد که اصلی‌ترین عنصر سازنده شخصیت اوست. ممکن است فکر کند لاغر، چاق، کوتاه، بلند یا چیزی بین آن‌هاست. چنانچه خواجه نوری می‌گوید: رفتار و احساس انسان دقیقاً مطابق با تصویری است که در نتیجه آنچه که می‌شنود، می‌بیند و حس می‌کند، در ذهنش به وجود می‌آید. تصویر بدنی عبارتست از کلیه برداشت‌هایی که شخص از خودش داشته و تصوراتی که دیگران نسبت به او دارند.

آگاهی فرد معلول نسبت به بدن خود و تصویر ذهنی که نسبت به آن دارد در شکل‌گیری خود آگاهی تاثیر مهمی دارد. بعد از تشکیل خودآگاهی و شناخت تصویر بدن، فرد معلول یا نسبت به خود احساس مطلوبی دارد که در این صورت فرد دارای حرمت ذات و احترام نسبت به خود است و معلولیت خود را تنها یک محدودیت می‌داند یا احساس حقارت و نامطلوبی نسبت به خود دارد که در این صورت فرد معلولیتش را یک نقص جدی می‌داند و از انظار مخفی می‌کند (گل محمدی، ۱۹۹۵).

تصویر بدنی نیز نظیر هر جنبه روانی دیگر، جزئی از شخصیت هر انسانی است که از سیر تکاملی خود برخوردار است. همچنین تصویر بدنی در زمان‌هایی از زندگی دچار نوسان و تغییرات بیشتری است از جمله به پیدایش ضایعه (و معلولیت) (اسلامی نسب، ۱۳۷۳).

۲-۴-۲ مولفه‌های تصویر بدن

تامپسون^{۴۷} تصویر بدن را شامل سه مولف زیر می‌داند: (صدیقی ارفعی، تمنایی فر و منصوری نیک، ۱۳۹۰).

الف) مولفه ادراکی که با ادراک دقیق ظاهر جسمانی فرد مرتبط است و بر آوردی از اندازه و وزن بدن می‌باشد؛ ب) مولفه ذهنی که شامل جنبه‌هایی نظیر رضایت از ظاهر، توجه، نگرانی و اضطراب ناشی از

^{۴۷} Thmpson

عدم رضایت از آن می باشد. ج) مولفه رفتاری که بر موقعیت‌هایی متمرکز است که افراد از آن اجتناب می‌کنند تا از پریشانی ناشی از عدم تناسب ظاهر بدنی خود دوری گزینند.

به عقیده «میلر، مورفی و باس» آگاهی از بدن و قابلیت‌های آن از سه جنبه مطرح می‌شود. اولین سطح آن آگاهی کلی از بدن می باشد که شامل احساس ذهنی هر فرد از ظاهر خود است. مانند چین و چروک پوست، ریزش مو، برآمدگی شکم و تناسب لباس با بدن. دومین سطح آن آگاهی درونی از بدن و اعمال آن است. یعنی آگاهی از احساسات اندام‌های داخلی که قابل مشاهده نیستند. مانند احساس نسبت به علائم بیماری قلبی- عروقی، معده و فشارخون. سومین سطح آگاهی مربوط به قابلیت‌های بدنی اسن که شامل ارزشیابی ذهنی از توانایی بدنی جهت رسیدن به اهداف بدنی است که فرد برای خود در نظر گرفته است. (قاسمی، مومنی و خانکه، ۱۳۸۸).

تغییرات در تصویر بدن شامل دو جنبه مرتبط اما متفاوت است: تحریف ادراکی اندام فرد که منجر به برآورد بیش از اندازه قسمتهایی از بدن می شود و تغییرات عاطفی- شناختی که با نارضایتی و نگرانی نسبت به شکل و اندام فرد مرتبط است. (صدیقی ارفعی، تمنایی فر و منصوری نیک، ۱۳۹۰).

۲-۴-۳ دیدگاه‌های مختلف درباره تصویر بدن

۲-۴-۳-۱ دیدگاه‌های روان‌شناختی

روانکاوان نو فرویدی معاصر

در اینجا لازم است به صورت مختصر نگاهی به اندیشه‌های روان‌کاوان نو فرویدی معاصر بیان‌دازیم که با استفاده از فرض‌های اولیه روانکاوی به بررسی اختلالات تصویر بدن می‌پردازند. در حقیقت «تعقیب شدید لاغری» توسط براج به عنوان مسئله‌ای کلیدی در بی‌اشتهایی عصبی توصیف شد. کسانی چون راسل^{۴۸} (۱۹۷۰)، این ویژگی را به صورت «ترس مرضی از فربهی» توصیف نمود. قابل ذکر است که این روانکاوان به همراه کسانی چون «روکرت»^{۴۹}، «السیتد»^{۵۰}، «جانسون»^{۵۱} و «کاسکینا»^{۵۲} (۱۹۸۵) به بحث درباره

^۱ - Russel

^{۴۹} -Rockert

^{۵۰} -Olmsted

^{۵۱} -Johnson

^{۵۲} -Cascina

عوامل اجتماعی و فرهنگی در زمینه اختلالات تصویر بدنی توجه داشتند. آنها افزایش فشار فرهنگی برای لاغری شدید احتمالاً عامل معناداری در افزایش نارضایتی از بدن در اکثر مطالعات است (ذاکرنژاد، ۱۳۸۲). بوسکایند لوداهل (۱۹۹۹) بر اساس مشاهدات بالینی مربوط به ۳۶ مراجع زن در یک درمانگاه بهداشت روانی دانشگاهی فرض کرده است که پذیرش بیش از حد کلیشه‌های زنانه در نارضایتی از بدن نقش اساسی در علت‌شناسی آن دارد. به نظر وی از این طریق شخص امیدوار است که مورد تأیید دیگران قرار گیرد و ارزشهای خود را تحکیم کند (ذاکرنژاد، ۱۳۸۱).

یادگیری اجتماعی

یکی از مهمترین کارهای خانه و مدرسه در آغاز آموزش تحصیلی کودکان و سالهای بعد از آن توجه به رشد و پرورش کودکان برای همنوایی و سازگاری با چشمداشت‌های اجتماعی می‌باشد. یادگیری اجتماعی به همین دلیل، اساس کار خود را در انتقال آموزش‌های اجتماعی به کودک و نوجوان می‌داند تا رفتارهای قابل قبول جامعه را بیاموزند. اینکه برای کودک یا نوجوان براساس جنس و سن چه رفتار و اعمالی برای او شایسته و مورد پسند جامعه است (ذاکرنژاد، ۱۳۸۱).

نظریه یادگیری اجتماعی را می‌توان در توصیف فرآیند تدوین شده در رشد و تحول تفاوت‌های جنسیتی به کار گرفت و مبحث زنانگی - مردانگی در این جا معنا پیدا می‌کند. در این نظریه به رفتارهایی توجه می‌شود که در میان افراد جامعه و محیط دارای جنبه تعاملی است مردم (والدین) می‌کوشند به فرزندان‌شان رفتارهایی را بیاموزند که مورد تایید اکثر افراد جامعه باشند، اینکه دختر زنانه و پسر مردانه عمل کند (شولتز ترجمه کریمی، ۱۳۸۳).

بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی رفتار از دو طریق کسب می‌شود: تقویت و سرمشق‌گیری. فرایند تقویت مبتنی بر این اصل است که رفتار را نتایج خودش تغییر می‌دهد. رفتاری که نتایج (تقویت) مطلوب و خوشایند دارد به احتمال زیاد تکرار می‌شود. در این ضمن رفتاری که تشویق نمی‌شود یا تنبیه می‌شود، به احتمال کمتر تکرار می‌شود. گر چه تقویت بر شکل دادن رفتار اثر قوی دارد. اما یادگیری اجتماعی از طریق

مشاهده تقلید دیگران در یاب تقویت نیز رخ می‌دهد. این فرایند به عنوان سرمشق‌گیری یا «یادگیری مشاهده‌ای» شناخته شده است (فی وش ترجمه شهرآرا، ۱۳۸۴).

قابل ذکر است که بخشی از اطلاعات کودک برای استفاده شاید ۱۰ تا ۱۵ سال بعد ذخیره شود. یعنی وقتی که در نوجوانی یا بزرگسالی موقعیتی مستلزم شناختی از رفتارهای جنسیتی مناسب است. به عنوان مثال: دختری که رفتارهای مادر یا همجنس‌انش را مورد مدیریت بدن، رژیم غذایی، توجه به ظاهر را دیده است، در همان موقعیت که قرار می‌گیرد، خود نیز دست به آن اعمال می‌زند. بخصوص اگر آن رفتارها همراه با تایید اجتماعی باشد. زنانه بودن اندام تایید اجتماعی لازم را از طرف دیگران (به خصوص مردان) کسب می‌کند و اندام مردانه برای مردان تایید اجتماعی را به همراه خواهد داشت در این باعث می‌شود که دختران به کاهش وزن و جذابیت اندام خود توجه کند. و از انجام فعالیت‌های بدن سازی دوری می‌گزینند و پسران به پرورش عضلات و اندام خود پردازند (اوانژ ترجمه نجفی زند، ۱۳۸۶).

نظریه رشد و تحول - شناختی

نظریه رشد و تحول شناختی یک نظریه تعاملگراست. و بر تعامل بین وضعیت موجود (مرحله رشد شناختی) و اطلاعات موجود در فرهنگ تاکید می‌کند. این نظریه با افکار «ژان پیاژه» در هم آمیخته است. پیاژه و «اینهلدر» دریافتند که سازمان بندی شناختی کودکان با بزرگسالان فرق می‌کند و به طور منظم و در طی زمان تغییر می‌کند. آنها به مفاهیم اساسی در نظریه‌شان اشاره می‌کند که هویت جنسیتی و ثبات جنسیتی از آن جمله‌اند (هاید ترجمه خمسه، ۱۳۸۴).

هویت جنسیتی در کودکان در حوالی سن ۱۸ ماهگی تا دو سالگی شکل می‌گیرد. که همان تصور یا شناخت فرد از زن بودن یا مرد بودن است و بلافاصله پس از این، همسان‌سازی جنسیتی با مادر یا پدر خود، سپس با سایر افرادی را که عموماً دور و بر آنها هستند، یاد می‌گیرند. اما جنسیت بخش پایدار از خویشتن یا هویت می‌شود، در سن بالاتر رخ می‌دهد (هاید ترجمه خمسه، ۱۳۸۴).

لورنس کلبگ (۱۹۶۶) از سرشناس‌ترین نظریه پردازان رشد شناختی است. او به این موضوع اشاره می‌کند که کلیشه‌های جنسیتی در رشد شناختی کودکان تقدم دارد (چون کلیشه‌ها زنانگی و مردانگی را

تعیین می کند)، در نتیجه‌ای از فهم شناختی کودکان از اثبات جنسیتی‌شان است. این تئوری به طور گسترده-ای در محافل علمی نفوذ کرده و فعالان انتقادی از آن استفاده و استدلال می‌کند که شناخت از هویت جنسیتی در کودکان و بزرگسالان به این وسیله مشروع می‌گردد. اینکه کودکان از طریق اعضا گروه جنسیتی خود اساس «هنجار کلیشه‌های جنسیتی» برای امیال خاص برانگیخته می‌شوند (وارین، ۲۰۰۰).

کلبرگ تفاوت رفتارهای جنسیتی را ثمره فرایند طبقه‌بندی می‌داند که در آن پسران خود را در طبقه مردان قرار می‌دهند و رفتارها و کسب تجربیات آینده خود را بر آن اساس هدایت می‌کند. در چنین حالی پسر می‌گوید: «من یک پسر هستم و می‌خواهم کارهای پسرانه انجام دهم» (فورتادو^{۵۳}، ۲۰۰۲).

اساساً یادگیری نقش جنسیتی یک جنبه از رشد و تحول شناختی است. کودک مجموعه‌ای از قوانین را در این باره که زنان و مردان چه رفتارهایی دارند، یاد می‌گیرند و مطابق با آن رفتار می‌کند. در این نظریه یادگیری نقش جنسیتی از بیرون تحمیل نمی‌شود بلکه تا حد زیادی خود انگیخته است. کودک اساساً به رفتارهایی می‌پردازد که مبتنی بر خود-جامعه‌پذیری است و خود رفتارهایی را انتخاب می‌کند که باید بگیرد و بر اساس قوانین مربوط به رفتارهای جنسیتی مناسب عمل می‌کند (هاید ترجمه‌خمسه، ۱۳۸۴).

براساس این نظریه کودکان سالم و طبیعی‌گرایش دارند که برای خود و به همین ترتیب برای جنسیت خود ارزش قائل شوند. بدین ترتیب دختران کوچک این تفکر را در خود رشد می‌دهند که «زن خوب است» متأسفانه این تفکر با ارزش‌گذاری‌های فرهنگی، نقش‌های جنسیتی مطابقت ندارد و ارزش-گذاری‌ها به نقش مرد ارزش بیشتری می‌دهد. بنابراین دختر در موقعیت متناقضی قرار می‌گیرند که در آن نیاز انسانی او ارزش‌گذاران بر نقش زنانه است در حالی که فرهنگ به او می‌نمایاند که این نقش، نقش ارزشمندی نیست (هاید ترجمه‌خمسه، ۱۳۸۴).

در این موقعیت که مفهوم مردانگی به معنای چیز ارزشمند در نگاه دختر ایجاد می‌شود و زنانگی را چیزی تابع از مردانگی می‌داند و بر این اساس چنین می‌پندارند که اگر مردان چیزی را از او می‌خواهند (در حیطة بدن) آن چیز ارزشمند است و برای رسیدن به آن تلاش می‌کند (هاید ترجمه‌خمسه، ۱۳۸۴).

رویکرد تحولی

یکی از موضوعات مهم و مورد بحث در رویکردهای روان‌شناسی مفهوم «خود» است. در تقسیم بندی کلی می‌توان انسان را از یک بعد ظاهری و یک بعد غیر ظاهری بررسی نمود. جسم و اعمال آشکار انسان بعد ظاهری آن را تشکیل می‌دهد. که در رویکرد تحول ادراک خود به آن پرداخته شده است (هاید ترجمه خنسه، ۱۳۸۴).

از جمله نظریات روان‌شناسی در حیطه ادراک خود، مدل تحولی است که توسط «دیمون و هارت^{۵۴}» (۱۹۸۲) ارائه شد. لازم به ذکر است که افکار و نگرش‌های مربوط به خود فرد یک نظام مفهومی را می‌سازد که می‌توان آن را ادراک خود نامید. نظام مزبور در بر گیرنده کلید ملاحظات فرد درباره خود بوده و در جهت متمایز ساختن او از دیگری می‌رود از جمله این ملاحظات می‌توان از صفات جسمانی و دارائی-های مادی (چون قد، ملکیت و...) از فعالیت‌ها و قابلیت‌ها (چون ذوق و سرگرمی) از ویژگی‌های اجتماعی و روانی (طرز حرکات، عادات ...) و نیز باورهای فلسفی، ارزش‌های اخلاقی، ایدئولوژی‌های سیاسی نام برد (محسنی، ۱۳۷۶).

دیمون و هارت (۱۹۸۲) معتقدند که ادراک خود جز از طریق روشهای کیفی مبتنی بر تحولات و استفاده از مدل‌های مرحله‌گونه، قابل بررسی نیست. رویکرد تحولی با فرایندهای شناختی مسئول در ادراک خود آغاز می‌شود و به ترسیم تحولات آنها در بعد زمان می‌پردازد (محسنی، ۱۳۷۶).

آنچه که در مدل تولی ادراک خود مورد توجه این تحقیق است به شرح زیر است :

اولین تظاهرات آگاهی‌یابی بر خود، بر مبنای فعالیت‌های فرد و پی آمدهای ناشی از آن است؛ مقولات بدنی و مادی مانند جنسیت یا قد و اندام موضوع اولین آگاهی‌یابی‌ها می‌باشند؛ به موازات سن، حرکتی از مقولات قابل رویت و بر مقولات ذهنی و روانی دیده می‌شود. به این شکل که از ویژگی‌های (بدنی، مادی و فعالیت‌ها) به جنبه‌های روانی سوق داده می‌شوند (محسنی، ۱۳۷۶).

در این دیدگاه آنچه که بیش از هر چیز برای ما مهم است، توجه به مقولات بدنی و بیرونی در سطوح بالا و عالی ادراک خود است و اینکه ویژگی‌های جسمانی و مادی برای بسیاری از افراد، در تمام طول عمر

^{۵۴}Dimon and Hart

از عناصر مهم ادراک خود باقی می‌ماند. بخصوص اینکه در اواخر نوجوانی به عنوان عنصری از «شخص» اهمیت پیدا می‌کند. در بررسی سطوح مختلف خود سطح سوم ساختار ادراک خود، در مدل تحولی خود، شامل ویژگی‌های مشترک و عمومی که خود تعیین کننده ماهیت تعامل فرد با دیگران است و اینکه خود شناسی بر مبنای مقولاتی است که به لحاظ تعامل‌های بین فردی ارزش یافته‌اند. این مقولات می‌توانند شامل: صفات، شخصیت، جذابیت فیزیکی یا شکل و اندام یا حالات ذهنی باشد. فراوانی تظاهرات سطح سوم در ادراک خود نوجوانان یعنی سنین پایانی کودکی، میانه و آغاز نوجوانی باعث شده است تا بسیاری از پژوهشگران و روان‌شناسان شکل‌گیری «خود» اجتماعی را به این دوران نسبت دهند (محسنی، ۱۳۷۶).

دیمون و هارت^{۵۵} (۱۹۸۲) «نارضایتی از بدن» را با توجه به وجود مشکلات در مفهوم یا ادراک خود نیز توصیف کرده‌اند و در این باره به دو بعد از ابعاد ادراک خود یعنی «تمایز و اختیار» توجه خاص نشان داده‌اند. یافته‌ها و مطالعات «برش»^{۵۶} (۱۹۷۸) و «گارنر»^{۵۷} (۱۹۸۵) نشان می‌دهند که نوجوان مبتلا به اختلالات تصویر بدنی در مورد احساس «اختیار» وارده و نیز «تمایز» با مشکلاتی روبرو هستند. در بیان روشن‌تر فرد فکر می‌کند که روی مسائل اختیار ندارد. از سوی دیگر احساس تمایز نیز با اشکال روبرو است و نوجوانان در ادراک خود به گونه یک فرد مستقل و ممتاز مشکل دارد. «برش» آن را ناشی از چگونگی «شبکه روابط خانوادگی» می‌داند و به این صورت که اولیاء در دوران کودکی و نوجوانی فرزند نتوانسته‌اند آئینه‌ای مناسب برای بازگرداندن تصویر او به او باشند و به جای اینکه او را یاری دهند تا خود و بدن خود را همانگونه که هست بپذیرند. اراده و خواست خود را به او تحمیل کرده‌اند و به همین جهت نوجوان نتوانسته است به ادراک صحیحی نسبت به خود به عنوان یک فرد مستقل با خصایص مربوط به خود دست یابد (محسنی، ۱۳۷۶).

در مدل تحول ادراک خود، در اوایل نوجوانی به اسنادهای فیزیکی و بدنی که موجب جذابیت و کشش در زمینه اجتماعی و روابط بین فردی می‌شوند، اشاره می‌کند و در اواخر نوجوانی اسناد به ویژگی‌های بدنی در اصل منعکس کننده انتخاب‌های فردی ناهنجارهای شخصی و اخلاقی می‌باشند (خورشیدزاده، ۱۳۸۳).

^{۵۵} Dimon and Hart

^{۵۶} Beresh

^{۵۷} Garner

«اسلید» می‌گوید که ادراک کاهش وزن ممکن است ورای چیزهایی باشد که با دستیابی به نوعی فرم بدنی آرمانی ارتباط دارند و ویژگی‌های تقویت‌کنندگی خود را کسب کنند. یک متغیر مرتبط می‌تواند احساس کنترل باشد افرادی که احساس می‌کنند کنترل ناکافی بر زندگی خود دارند (به ویژه زنان) ممکن است قادر بودن به کنترل شکل بدنی خود را بسیار تقویت‌کننده بیابند. به گونه‌ای که این رفتار (رژیم داشتن، ورزش کردن، برگرداندن پس از پرخوری یا مصرف مواد نیروزا) حتی پس از دستیابی به یک انگار آرمانی ادامه یابد (اووانز ترجمه نجفی زند، ۱۳۸۵).

ایرادی که به این رویکرد است، تأکید بیش از حد این دیدگاه به عوامل فردی و خانوادگی است و نادیده گرفتن عوامل ساختاری و اجتماعی در رشد خود است (قنودی‌پور، ۱۳۸۷).

۲-۴-۴ نظریات جامعه‌شناسی بدن

توجه میشل فوکو^{۵۸} نظریه‌پرداز اجتماعی فرانسوی به تاریخ حرفه‌ی پزشکی و پرداختن وی به بدن انسان به عنوان موضوعی که دستمایه اعمال کنترل و مداخله پزشکی قرار می‌گیرد و نیز تحلیل‌های وی در مورد نظارتی که توسط دولت، کلیسا و پزشکی به خصوصی‌ترین فعالیت‌های بدنی یعنی امور جنسی انسان اعمال می‌شد به ایجاد تخصصی جدیدی در عرصه جامعه‌شناسی به نام جامعه‌شناسی بدن بویژه با ظهور کتاب برایان ترنر (جامعه‌شناس انگلیسی متولد ۱۹۴۵) تحت عنوان «بدن و جامعه» (۱۹۸۴) به عنوان یکی از اولین آثار اساسی این رشته - منجر شد (کاکرهام^{۵۹}، ۲۰۰۱). کاکرهام که خود از جامعه‌شناسان بنام امریکایی است پیشرفتهای نظری در سالهای اخیر در ارتباط با درک جامعه‌شناختی از کنترل، استفاده، و تجربه‌ی پدیدارشناختی بدن مشتمل بر عواطف و احساسات را در بریتانیا که این موضوع به یکی از عناوین عمده در جامعه‌شناسی پزشکی مبدل شده، چشمگیرتر از هر جای دیگر می‌داند (کاکرهام، ۲۰۰۱).

کانون توجه جامعه‌شناسی بدن این است که بدن‌های ما و از جمله سلامت و رفتار جنسی‌مان، چگونه تحت تاثیر عوامل اجتماعی قرار دارد (گیدنز، ۲۰۰۳). یکی از حوزه‌های مورد بررسی آن، رابطه‌ی

^{۵۸} Michel foucault

^{۵۹} Cockerham

دیالکتیکی میان بدن فیزیکی (جسم) و ذهنیت انسانی یا همان تجربه‌ی پدیدارشناختی یا زیست‌شده‌ی دارابودن یک بدن یا بودن در یک بدن است (کاکرهم، ۲۰۰۱).

محسنی (۱۳۷۶) معتقد است که، بدن انسان واسطی میان فرد و دنیای خارج است. وجود انسانی در بدو امر دارای یک مظهر بدنی است. اعضای مختلف بدن دارای ارزش‌های مساوی فرهنگی نیستند. صورت بیش از هر منطقه عضوی دیگر، محل تمرکز ارزش‌هاست، احساس هویت شخص بیش از هر عضو دیگر در صورت متجلی است. صورت شناسایی فرد در رابطه با دیگری را ایجاد می‌کند. کیفیت‌های مربوط به جذابیت در صورت متجلی می‌شود، و عامل نخست شناسایی جنسیت است (محسنی، ۱۳۷۶).

آندال^{۶۰} (۱۹۹۸) جامعه‌شناس پزشکی انگلیسی نیز با مروری بر سابقه تفکر نظری غرب که به تضاد ذهن و جسم متأثر از اندیشه‌ی افلاطون فیلسوف یونانی قائل بوده است، هدف جامعه‌شناسان بدن را مشخص کردن و تاکید بر وجود رابطه‌ی دیالکتیکی (یا دو طرفه‌ی) میان بدن فیزیکی و ذهنیت انسانی^{۶۱} می‌داند که غالباً به آن از طریق مفهوم بدن زیست‌شده^{۶۲} ارجاع می‌شود. وی به اثر مرلوپونتی^{۶۳} (۱۹۶۲) که بر نوعی هم‌آمیزی غیرقابل تقلیل ذهن و بدن اصرار می‌ورزد، ارجاع می‌دهد که درهم‌آمیختگی روح و بدن را امری دائمی می‌داند که در هر مرحله از حرکت وجود متحقق می‌شود. بنابراین تجربه‌ی ما، و بودن ما در این جهان، بواسطه‌ی رابطه‌ی مألوف بدن‌مان با جهان محقق می‌شود. جامعه‌شناسی بدن به جریان داشتن نوعی بازخورد قائل است که طی آن محیط‌های اجتماعی بدن‌ها را می‌سازند، و این ساخته‌شدن بدن-ها به نوبه خود بر رفتار اجتماعی تاثیر می‌گذارد، و رفتار اجتماعی باز بر تحولات و تغییرات بدنی موثر واقع می‌شود (مرلوپونتی^{۶۴}، ۱۹۶۲).

آندال با اشاره به مثالی از تحقیق کانل^{۶۵} (۱۹۸۷) به روشن‌تر شدن فرایند دیالکتیکی میان بدن فیزیکی و محیط اجتماعی کمک می‌کند. کانل (۱۹۸۷) در بحث خود در مورد اینکه چگونه هویت‌های جنسیتی در تضاد با فیزیولوژی قرار می‌گیرند توضیح می‌دهد که معمولاً وقتی دختر بچه‌های ده ساله را توصیف

^{۶۰} Annandale

^{۶۱} human subjectivity

^{۶۱} lived body

^{۶۳} - Merleau-Ponty

^{۶۴} - MURPHY & ATHANASOU

^{۶۵} Kanel

می‌کنند ایشان را ضعیف و شکننده معرفی می‌کنند درحالی‌که در واقع، بدن‌هایشان معمولاً در مقایسه با پسرهای همسن و سالشان درشت‌تر است. این "هویت جنسیتی" به نوبه خود به درون بدن‌هایشان از طریق روابط اجتماعی تزریق می‌شود؛ و در نتیجه این احتمال شکل می‌گیرد که بدن‌هایشان عملاً در نتیجه‌ی اعمال اجتماعی که در مورد آنها صادق است، ضعیف‌تر بشود! برای مثال، معمولاً آن دسته از اعمال‌شان که بیشتر جنبه‌ی منفعلانه داشته باشد تا فعالانه، مورد تأیید قرار می‌گیرد و در نتیجه زمینه‌ی رشد بدن‌شان کاهش می‌یابد. (آندال، ۱۹۹۸).

حوزه‌ی دیگر مطرح در جامعه‌شناسی بدن، ساختن اجتماعی بدن و عواطف است. یعنی که چگونه جامعه، بدن و عواطف را ساخته و پردازش می‌کند. رویکرد «ساختن اجتماعی» نیز در جامعه‌شناسی پزشکی تا حد زیادی با افکار میشل فوکو^{۶۶} پیوند خورده است که بدن را به عنوان فرآورده‌ی قدرت و دانش مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد (کاکرهام، ۲۰۰۱) و بر شیوه‌هایی که انسانها بدن‌هایشان را تغییر شکل می‌دهند، تزیین می‌کنند، عرضه می‌کنند، مدیریت می‌کنند و از نظر اجتماعی مورد ارزیابی قرار می‌دهند تأکید دارد.

یکی از مثال‌های ملموس مرتبط با این حوزه تأثیر طبقه اجتماعی است. کاکرهام (۲۰۰۱) به مفهوم تجسم طبقه که کریس شیلینگ^{۶۷} (۱۹۹۳) بکار برده ارجاع نموده و می‌نویسد طبقه‌ی اجتماعی تأثیر عمیقی می‌گذارد بر این که چگونه افراد بدن‌هایشان را به شکل خاصی رشد بدهند و ارزش‌های سمبولیک خاصی را به اشکال بدنی خاص نسبت بدهند. شیلینگ (۱۹۹۳) دریافت که بدن‌ها در حکم نوعی "سرمایه‌ی اجتماعی" اند که ارزش‌شان از طریق توانایی گروه‌های مسلط در معرفی بدن و سبک زندگی خودشان به عنوان بدن‌ها و سبک زندگی‌های والاتر یا ارزشمندتر - که خود به طور استعاری و به معنای دقیق کلمه همان تجسم طبقه است -، تعریف و تعیین می‌شود (کاکرهام، ۲۰۰۱).

کاکرهام جامعه‌شناس امریکایی به ریشه‌های مابعدساختارگرایی نظریه فمینیستی در عرصه‌ی جامعه‌شناسی پزشکی بویژه در ارتباط با روایت‌های ساختگرایانه‌ی اجتماعی آن از بدن زنانه/ مونث و تنظیم یا به قاعده درآوردن بدن توسط جامعه‌ی تحت سلطه‌ی مردان اشاره دارد (کاکرهام، ۲۰۰۱). در اینجا

^{۶۶} Foko

^{۶۷} Shiling

هم مفروضات اجتماعی و فرهنگی در کارند تا درک ما را نسبت به بدن تحت تاثیر قرار دهد، از جمله در مورد استفاده از بدن مردانه/مذکر به عنوان استاندارد یا معیار در آموزش‌های پزشکی، یا نسبت دادن ویژگی‌های عاطفی و جسمانی‌ای که از نظر اجتماعی مطلوبیت کمتری دارد به زنان، و نیز از راه ساختن (و تعریف) اجتماعی بیماری‌های زنان (کاکرهام، ۲۰۰۱).

آندال (۱۹۹۸) به عنوان انتقاد نسبت به حیطه عمل محققان جامعه‌شناسی بدن به این اشاره می‌کند که توجه ایشان تاکنون غالباً به مشکلات یا نابسامانی‌های دوران زندگی افراد معطوف شده است، به عنوان مثال، اختلالات تغذیه و بیماری‌هایی چون آنورکسیای عصبی مورد تحقیق قرار گرفته است. در حالیکه ما همچنان درباره‌ی تجربه‌ی زیست‌شده‌ی "بدن سالمند" یا بدن‌هایی که دچار مشکل خاصی نبوده‌اند، مثلاً بدن مردان میانسال سالم خیلی کم می‌دانیم. خلاصه اینکه، نیازی احساس می‌شود که تجربه‌های "معمولی" بدن در شرایط سلامت و بیماری نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تصویر بدنی از خود به معنای احساسات فرد درباره جذابیت‌های زیبایی ظاهری و جنسی خود است. به عبارت روشن‌تر به این معناست که فرد بدن خود را چگونه می‌بیند و چه احساسی درباره آن دارد و نیز فکر می‌کند دیگران بدن او را چگونه می‌بینند. این اصطلاح نخستین بار توسط عصب‌شناس و روان‌کاو استرالیایی پل شیلدر در کتابش به نام "تصویر و ظاهر بدنی انسانی" (۱۹۳۵) به کار رفت. اگر چه این اصطلاح در رشته‌های مختلف مثل پزشکی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی، روان‌کاوی، فلسفه، مطالعات فرهنگی و مطالعات فمینیستی وجود دارد اما معنای ثابت و اجتماعی در همه این رشته‌ها ندارد (کاکرهام، ۲۰۰۱).

جامعه انسانی همواره ارزش بسیاری برای زیبایی بدن انسانی قائل بوده است. اما این زیبایی در همه فرهنگ‌ها و در سراسر تاریخ تعریف واحدی نداشته است. تصویر بدنی از خود تا حدودی نتیجه تجربیات شخصی، شخصیت و عوامل متنوع اجتماعی و فرهنگی از جمله تعریف زیبایی است. احساس فرد نسبت به ظاهر فیزیکی وی در چشم دیگران یا ایده آل‌های فرهنگی که در آن می‌زید تصویر بدنی او را از خودش شکل می‌دهد. مهم است بدانیم که درک فرد از ظاهر خود می‌تواند از درک دیگران از ظاهر او یا از

استانداردهای اجتماعی متفاوت باشد. هم چنین تصویر بدنی از خود، طیف وسیعی از تأثیرات روانی و فیزیکی را بر فرد می گذارد (محمدی و سجادی نژاد، ۱۳۸۶).

ارزش‌های اجتماعی - فرهنگی تا حدودی تعیین کننده اهمیت ظاهر، شکل‌گیری نگرانی از تصویر بدنی، نحوه تعامل اجتماعی و تجارب بین فردی است. ویژگی‌هایی که می تواند تأثیر بسیار مهمی روی شکل‌گیری اضطراب اجتماعی داشته باشد. مثلاً ممکن است در برخی جوامع، ظاهر جسمانی ملاک اولیه پذیرش از سوی گروه همسالان نباشد، یا به دلیل ممانعت‌های فرهنگی، تجارب فردی مثل مسخره شدن از سوی دیگران، نقش کمتری در پررنگ کردن نگرانی راجع به ظاهر جسمانی داشته باشد و یا اینکه با توجه به تأکید کمتر بافت فرهنگی جامعه بر جذابیت جسمانی، تصویر بدنی در برخی جوامع سهم کمتری در پیش بینی عزت نفس فرد داشته باشد. بنابراین به دلیل این بافت فرهنگی هر جامعه ارزش‌های خاص خود را می‌پروراند و بر آنها تأکید می‌ورزد، بررسی ارتباط این عوامل در بافت فرهنگی جامعه ایران و به خصوص در میان قشری از افراد جامعه که بیشتر مستعد این گونه نگرانی‌ها و پیامدهای ناشی از آن هستند، ضروری به نظر می رسد (محمدی و سجادی نژاد، ۱۳۸۶).

در این بخش پنج دیدگاه نظری اساسی مطرح شد. نظریه روان‌کاوی، یادگیری اجتماعی، رشد و تحول شناختی طرحواره جنسیتی و رویکرد تحولی. این نظریه‌ها بر اساس فرضیه‌های زیربنایی کاملاً متفاوتی کار می‌کنند. نظریه روان‌کاوی معاصر علاوه بر مسائل روانی به جنبه‌های فرهنگی و فشارهای اجتماعی در زمینه بدن اشاره می‌کند و نظریه یادگیری اجتماعی در سوی دیگر پیوستار «طبیعت-تربیت» قرار می‌گیرد و تفاوت‌های جنسیتی و نقش جنسیتی را حاصل محیط اجتماعی می‌داند. نظریه رشد و تحول شناختی یک نظریه تعادلگرا است و به تعامل بین وضعیت موجود زنده و اطلاعات موجود در فرهنگ تأکید می‌کند. طرحواره جنسیتی نیز بر جنبه‌های شناختی سنخیت جنسی و تعامل بین ساختارهای دانش موجود در فرد و اطلاعات وارده از محیط تأکید دارد. و رویکرد تحولی بیش از دیگر دیدگاه‌ها به مفهوم خود و روابط خانوادگی در ادراک درست از خود فرد تأکید می‌کند.

هر یک از این نظریه‌ها در شناخت و رشد و تحول نقش جنسیتی نقش اساسی دارند. همانندسازی عنصر مهمی است. اینکه کودکان معمولاً با یکی از والدین که همجنس خود آنهاست کاملاً همانندسازی

می‌کنند و همان عامل مهم در رشد و تحول نقش جنسیتی است. نظریه یادگیری اجتماعی به دلیل تأکیدی که بر عناصر اجتماعی و فرهنگی در رشد و تحول نقش جنسیتی دارد، مهم است. این نظریه بر اهمیت جامعه در شکل دادن به رفتارهای سنخیتی وابسته به جنسیت تأکید دارد. در نهایت همه این دیدگاه‌ها به بحث دربارهٔ مردانگی و زنانگی و کلیشه‌های جنسیتی که منتج از نقش‌های جنسیتی است به نوعی مرتبط‌اند.

ب) پیشینه پژوهشی

پژوهش‌های کاملاً مرتبط با موضوع پژوهش یافت نشده است، لذا محقق به پژوهش‌های نزدیک با موضوع اشاره کرده است.

پژوهش‌های داخلی:

عسگری، اژه‌ای و آزاد فلاح (۱۳۸۳) در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های حرفه‌ای بر میزان رفتار سازشی و حرمت خود دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی» نشان دادند که: آموزش مهارت‌های حرفه‌ای، رفتار سازشی نوجوانان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر را بهبود می‌بخشد. آموزش مهارت‌های حرفه‌ای حرمت خود نوجوانان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر را افزایش می‌دهد. میزان تأثیر آموزش مهارت‌های حرفه‌ای مختلف بر رفتار سازشی و حرمت خود کم‌توانان ذهنی یکسان است. نتایج این پژوهش تأثیر مهارت‌های حرفه‌ای را در جهت کاهش رفتارهای سازش‌نیافته و افزایش رفتارهای سازشی مثبت و نیز حرمت خود افراد دارای کم‌توان ذهنی نشان می‌دهد.

نصری، شریفی درآمدی و میرمهدی (۱۳۸۵) در پژوهشی با عنوان «تأثیر آموزش سبک مسأله‌به‌شیوه اسپپواک و شوره بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان معلول جسمی-حرکتی دوره راهنمایی شهر اصفهان» نشان دادند که: بین میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار بوده است. نتایج بدست آمده از فرضیه دیگر پژوهش مبنی بر تفاوت تأثیر آموزش سبک حل مسأله بر کاهش افسردگی بر حسب جنس معنادار نبوده، بنابراین تأثیر آموزش بر کاهش افسردگی دختران و پسران یکسان بوده است.

مرادی، کلانتری و معتمدی (۱۳۸۶) پژوهشی با عنوان «رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت روانی معلولان جسمی شهر اصفهان» انجام دادند. 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. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که وضعیت اشتغال میزان سلامت روانی معلولان جسمی را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند.

موسوی، منتظری و سروش (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان کیفیت زندگی جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی نشان داد که، کیفیت زندگی در حیطه‌های از جامعه عملکرد جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان به طور معنی داری، نرمال ایرانی کمتر بود. هر چند میانگین نمره در حیطه نشاط کمتر از جامعه ایرانی بود، اما تفاوت معنا داری مشاهده نشد. میانگین نمره سلامت عمومی در تتراپلژیک‌ها به طور معنی داری کمتر از پاراپلژیک‌ها بود. وضعیت تأهل و اشتغال، تأثیری بر روی کیفیت زندگی جامعه مورد مطالعه نداشت. به طور کلی جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبوده و سطح رضایت مندی آنان پایین بود.

شاهنده، وامقی، حاتمی‌زاده و کاظم نژاد (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «کیفیت زندگی افراد مبتلا به ضایعات نخاعی» نشان دادند که: $73/3\%$ از افراد مبتلا به ضایعه نخاعی مورد بررسی، کیفیت زندگی خود را با درصد تقریباً برابر، متوسط و خوب ارزیابی می‌کنند. در بررسی ابعاد ۱۱ گانه کیفیت زندگی میانگین نمره کیفیت زندگی افراد مورد بررسی در بعد روابط اجتماعی از میانگین نمره اخذ شده در سایر ابعاد بالاتر بود. هر چند در افراد متاهل، میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد روابط فامیلی، بیش از این مقدار بوده است. نتایج این تحقیق گویای این واقعیت است که درصد بالایی از افراد مورد بررسی، سطح کیفیت زندگی خود را متوسط و خوب بیان کرده‌اند که بسیار نزدیک به کیفیت زندگی گزارش شده در افراد مبتلا به ضایعات نخاعی در سایر نقاط جهان است.

حیدرپور، دوکانه‌ای فرد و بهاری (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان «تأثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط موثر بر افزایش عزت نفس و کاهش کم رویی معلولان جسمی - حرکتی استان تهران» نشان دادند که: بین عملکرد افراد دو گروه در پس آزمون متغیر عزت نفس تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یعنی آموزش

مهارت‌های برقراری ارتباط موثر در افزایش عزت نفس معلولان تأثیر دارد. بین عملکرد افراد دو گروه در پس آزمون متغیر کم‌رویی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یعنی آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط موثر در کاهش کم‌رویی معلولان تأثیر دارد.

کربلایی اسماعیل، مدیریان، موسوی و جوادی (۱۳۸۷)، در پژوهشی با عنوان میزان رضایت از زندگی، نحوه شرکت در فعالیتهای تفریحی- ورزشی و شغلی و وضعیت تاهل در جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی نشان داد که، ۱۹٪ افراد شرکت کننده در مطالعه به کوادری پلژی و بقیه به پاراپلژی و پاراپارزی مبتلا بودند. از نظر وضعیت تاهل ۵۷,۷٪ جانبازان زن مجرد بودند. ۲۸,۶٪ از آنان متاهل و ۹,۵٪ باقیمانده را زنان مطلقه تشکیل می دادند. در زمان مطالعه تنها ۲۳,۸٪ مشغول به کار بودند. میزان شرکت در فعالیتهای تفریحی در ۵۲,۴٪ افراد، کمتر از ۲ ساعت در هفته بود و تنها ۴,۸٪ یک نفر) بیش از ۶ ساعت در هفته را به فعالیتهای تفریحی اختصاص می دادند. همچنین ۲۳,۸٪ افراد در فعالیتهای ورزشی شرکت می کردند. ۵۲,۴٪ از جانبازان زن اعتقاد داشتند که اعضای خانواده، از نقش آنها در خانواده رضایت کامل دارند و ۶۶,۷٪ آنها، میزان حمایت خانوادگی را خوب و بسیار خوب گزارش کردند. ۴۲,۸٪ افراد تأثیر ضایعه نخاعی را بر روی ارتباطات اجتماعی خود ناچیز تلقی نموده و در مقابل، ۳۲,۳٪ از آنان اعتقاد داشتند که ضایعه نخاعی تأثیر عمیقی روی تعاملات اجتماعی آنها داشته است. در نتیجه با در نظر گرفتن کاهش سطح فعالیتهای فیزیکی و اجتماعی پس از ایجاد ضایعه نخاعی، ارزیابی کیفیت زندگی و بررسی وضعیت سلامت جسمانی و روانی جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی برای اتخاذ تصمیمات مناسب جهت ارتقاء سطح زندگی این بیماران، لازم به نظر می‌رسد.

قاسمی، مومنی و خانکه (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «مقایسه تصویر بدنی معلولین ورزشکار با معلولین و غیر معلولین غیر ورزشکار مرد» نشان داد که، تصویر بدنی معلولین ورزشکار در خرده مقیاس‌های قدرت، استقامت، هماهنگی، انعطاف پذیری، عزت‌نفس، فعالیت‌های بدنی، لیاقت ورزشی و کل بدن بطور معناداری از معلولین و غیر معلولین غیر ورزشکار بهتر بود. همچنین در خرده مقیاس‌های ظاهر بدن، سلامت عمومی و چربی بدن، معلولین ورزشکار بطور معناداری بهتر از معلولین غیر ورزشکار بودند، اما با غیر معلولین غیر ورزشکار تفاوت معناداری نداشتند. با توجه به اینکه افراد معلول ورزشکار به دلیل انجام فعالیتهای بدنی مستمر

تصویر بدنی مطلوبتری نسبت به معلولین و غیر معلولین ورزشکار دارند، در این پژوهش توصیه کردند که شرایط انجام فعالیت‌های ورزشی برای معلولین مهیا گردد.

یوسف پور و گروسی (۱۳۸۸) در پژوهش خود با عنوان «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود بهداشت روانی، علایم جسمانی و اضطراب معلولان جسمی بهزیستی شهرستان تبریز» نشان داد که، آموزش مهارت‌های زندگی موجب بهداشت روانی، اضطراب و علایم جسمانی در معلولان جسمی شده است. همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن بود که، میزان تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود بهداشت روانی معلولان جسمی، مستقل از جنسیت بوده است.

مرادی، ملک پور، امیری، مولوی و نوری (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «مقایسه اثرات آموزش‌های عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی» یافته‌ها نشان دهنده اثربخشی آموزش گروهی عزت نفس، آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت بر حیطه سلامت روانی، کیفیت زندگی و عدم اثربخشی آنها بر حیطه‌های سلامت جسمانی و سلامت محیط کیفیت زندگی بود. در نتیجه هر سه مداخله مورد استفاده در این پژوهش به ویژه روش‌های آموزش گروهی خودکارآمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی جسمی و در نتیجه توانبخشی آنها، موثر باشد.

به پروژه، عصاره و ابوالحسنی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی برنامه مهارت آموزی حرفه‌ای بر کارآمدی دانش آموزان کم توان ذهنی در دوره متوسطه از دیدگاه دبیران مدارس استثنایی شهر تهران» نشان دادند که برنامه حرفه آموزی و مهارت آموزی از دیدگاه دبیران در ابعاد ارتقای مهارت‌های زندگی، خودکفایی فردی، اجتماعی و اقتصادی و ایجاد نگرش تأثیر کمی دارد و تنها در بعد افزایش نگرش مثبت دانش آموزان کم توان تأثیر زیادی دارد. نتایج پژوهش نشان داد که برنامه‌های مهارت آموزی حرفه‌ای در ابعاد ارتقای مهارت زندگی، خودکفایی فردی، اجتماعی و اقتصادی و ایجاد انگیزه در حاکمی می‌تواند کارآمدی دانش آموزان کم توان ذهنی را تحت تأثیر قرار دهد و در حالی که می‌تواند بعد نگرش مثبت را به مقدار زیادی افزایش دهد، همچنین یافته‌های پژوهش شواهدی را پیشنهاد می‌کنند که برنامه‌های مهارت

آموزی حرفه‌ای که توسط مدارس استثنایی برای دانش آموزان کم توان ذهنی اجرا می‌شود بنا به روش اجرا، عوامل اجرایی، ماهیت و اهدافی که دارند نمی‌توانند تمام ابعاد کارآمدی دانش آموزان را تحت تأثیر قرار دهند.

سلیمانی دینانی، علی اکبری دهکردی، کاکوجویاری و مرادی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «تأثیر آموزش ایمن سازی در برابر فشار روانی بر افزایش ابراز وجود دانش آموزان دختر معلول جسمی - حرکتی دوره متوسطه شهر اصفهان» نشان دادند که آموزش ایمن سازی در مقابل استرس باعث افزایش معنی دار ابراز وجود شده و همچنین موجب کاهش احتمال بروز رفتار و کاهش درجه ناراحتی دانش آموزان جسمی - حرکتی دختر شده است. براساس یافته پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش ایمن سازی در برابر استرس موجب تقویت ابزار وجود دانش آموزان معلول جسمی - حرکتی دختر می‌شود.

مرادی و رضایی، دهنوی (۱۳۹۱) در پژوهش خود با عنوان «بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی آموزش‌های گروهی عزت نفس، خودکار آمدی و انگیزش پیشرفت بر عزت نفس زنان با معلولیت جسمی - حرکتی ۱۸-۳۵ سال اصفهان» یافته‌ها حاکی از اثربخشی آموزش گروهی و عزت نفس، آموزش گروهی خودکار آمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت بر عزت نفس بود، اما اثر بخشی سه نوع آموزش گروهی با یکدیگر تفاوتی نداشت. پس نتیجه گرفته شد که هر یک از روش‌های آموزش گروهی عزت نفس، آموزش خودکار آمدی و آموزش گروهی انگیزش پیشرفت می‌تواند بر بهبود عزت نفس افراد با معلولیت جسمی و در نتیجه توانبخشی آنها موثر باشد.

پژوهش‌های خارجی

تسانگ (۱۹۹۹) در پژوهش خود تاثیر دوره های حرفه آموزی بر فرایند بهبود زندگی افراد عقب مانده ذهنی مورد تایید و حمایت قرار داد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش حرفه (شغل) به وسیله چندین عامل مورد تعدیل قرار می‌گیرد که عبارتند از: تکنولوژی آموزشی، ارزشهای معلم و عوامل تعیین کننده آن، طول برنامه، میزان هزینه ها و اتلاف ها، میزان بهره برداری از دوره دادهای آموزش و میزان

عملکرد. به طور کلی نشان داد که آموزشهای فنی - حرفه ای نسبت به برنامه ها و آموزشهای تحلیلی، ارزشمندتر است (عسگری، اژه‌ای، آزاد فلاح، ۱۳۸۳).

ماکیاگ، شوارتز، کالینز و کوپر (۲۰۰۰) در پژوهش خود تأثیر معنی دار آموزشهای مهارتهای حرفه‌ای را بر اساس راهبرد اشاره همزمان در بهبود روابط افراد عقب مانده ذهنی شدید و متوسط با جامعه و افراد عادی تأیید نمودند (عسگری، اژه‌ای، آزاد فلاح، ۱۳۸۳).

یشوا (۲۰۰۲) نقش فعالیتهای جسمانی را در افزایش عزت نفس و تصویر بدنی در افراد جوان دچار نقص بدنی، مورد بررسی قرار دادند. تجزیه و تحلیل آماری نتایج به دست آمده نشان داد که هر دو گروه (ورزشکار و غیر ورزشکار) در عزت نفس و تصویر بدنی نمره بالاتری را نسبت به قبل از تمرین کسب کردند (بهرام و شفیع زاده ۲۰۰۲).

تری، موزر، مک هاگو و دریک (۲۰۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که توانبخشی حرفه ای و کار کردن منجر به افزایش میزان حرمت خود در افراد عقب مانده شدید می‌گردد (عسگری، اژه‌ای، آزاد فلاح، ۱۳۸۳).

نوسک، مارکوس و کارول (۲۰۰۳) در تحقیق خود دریافتند که زنان معلول نسبت به زنان غیر معلول به طور معناداری خودشناسی؛ عزت نفس پایبندی دارند و از لحاظ اجتماعی منزوی تر هستند و ارتباط صمیمی کمتری دارند. حدود ۱۵ درصد از افراد عادی گزارش می دهند که احساس خستگی، اضطراب، ترس یا عصبی بودن می کنند، افراد مبتلا به ناتوانی جسمی چنی حالاتی را دو یا سه برابر گزارش می دهند. همچنین زنان معلول سطح تحصیلات کمتری دارند و تعداد کمتری از آنها شاغل هستند.

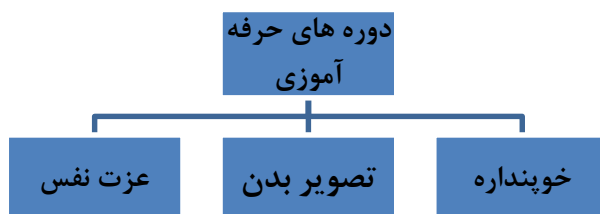
نتایج پژوهش هیوجس، نوسک، هاولند، گروف و مولن (۲۰۰۳) حاکی از این است که آموزش گروهی ارتقای سلامت مبتنی بر نظریه شناخت اجتماعی، خودکارآمدی مربوط به رفتارهای تغذیه‌ای، تصمیم گیری پزشکی، تعاملات اجتماعی و عملکرد جسمی و سرزندگی را در زنان مبتلا به ناتوانی جسمی - حرکتی افزایش می‌دهد.

ترنر و ترنر (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 افراد دیگر است.


تیلور و فاکس (۲۰۰۵) در تحقیقی تحت عنوان «تأثیر یک دوره تمرینی بر خودپنداره جسمانی زنان یائسه» بدین نتیجه رسیدند که گروه تجربی (که تمرینات آمادگی جسمانی را به مدت ۱۰ هفته انجام داده بودند) دارای احساس خود ارزشمندی، خودپنداره و اعتماد به نفس بالاتری نسبت به گروه کنترل بودند. آنها این اثرات مثبت را حتی ۹ ماه پس از پایان تحقیق نیز مشاهده کردند.

جمع‌بندی فصل دوم

در این فصل ابتدا در مورد خودپنداره و تعاریف آن، نظریه‌ها و دیدگاهها درباره آن صحبت کردیم و سپس درباره متغیر دوم تحقیق، یعنی عزت نفس گفته شد. که در آن تعاریف، دیدگاهها، نظریات، ابعاد و جنبه‌های آن صحبت شد و سپس درباره تصویر بدن و تعاریف آن ریشه تاریخی این متغیر از دیدگاه جامعه شناسی و ابعاد و مولفه‌های آن صحبت شد. این سه متغیر در ارتباط با معلولیت بررسی می شوند، یعنی و ما در این پژوهش می‌خواهیم تاثیر دوره‌های حرفه آموزی بر این سه متغیر، در معلولین را بررسی کنیم. در فصل سوم، درباره روش تحقیق و ابزار پژوهش صحبت خواهد شد.



نمودار ۱-۲- ارتباط متغیرها



فصل سوم
روش تحقیق

مقدمه

در این فصل به بررسی روش تحقیق، جامعه، نمونه گیری، ابزار جمع آوری داده‌ها و روش تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته شد.

۱-۳ روش تحقیق

این پژوهش از نوع کاربردی و از روش ارزیابی است. برای ارزیابی دوره‌ها، قبل از برگزاری دوره، پرسشنامه‌ها را به افرادی که وارد مرکز حرفه‌آموزی شدند، داده شد تا پرسشنامه‌ها را پر کنند. این دوره‌ها توسط مرکز حرفه‌آموزی برنامه‌ریزی و برگزار می‌گردید و محقق هیچ نقشی در برگزاری دوره‌ها نداشته است و فقط زمان شروع و پایان دوره، پرسشنامه را در اختیار معلول آن مرکز قرار داده تا دوره‌ها را ارزیابی نماید. شرط قبول افراد به این پژوهش این بود که: افراد سن‌شان باید بین ۱۴ تا ۴۵ سال باشد و پس از ایجاد معلولیت و ضایعه، نباید از قبل در هیچ دوره‌ی حرفه‌آموزی شرکت کرده باشند. محتوای آموزشی دوره شامل خیاطی ۳۸۰ ساعت، معرق چوب ۶۰ ساعت، محرق ساقه گندم ۳۵ ساعت و کامپیوتر ۲۱ ساعت. که افراد حاضر در پژوهش بر اساس علاقه خود در یکی از این دوره‌ها شرکت کردند. سپس این افراد بعد از سپری کردن دوره، همان پرسشنامه قبلی را پر کردند (البته پرسشنامه‌ها با نام مستعار پر شدند تا با یکدیگر جابه‌جا نشود).

پرسشنامه‌هایی مورد قبول واقع شد که افراد دوره را کامل کرده بودند و مهارت لازم برای انجام آن حرفه را به دست آورده بودند. سپس پرسشنامه‌های قبل از دوره با پرسشنامه‌های بعد از دوره به طور گروهی مقایسه گردید.

۲-۳ جامعه پژوهش

جامعه مورد مطالعه معلولین جسمی- حرکتی و ضایعه نخاعی شهر بندرعباس است. تعداد جامعه مورد کاملاً مشخص نیست و تعداد آنها حدود ۱۵۰۰ نفر است. اما در این میان تعداد افرادی که با انجمن ضایعه نخاعی همکاری می‌کنند و در کلاس‌های آن شرکت می‌کنند، بسیار اندک است.

۳-۳ نمونه و روش نمونه گیری

نمونه گیری بصورت نمونه هدفمند انتخاب شد. در این پژوهش از افرادی که در دوره‌های حرفه آموزی ثبت نام کردند و شرایط ورود به پژوهش را داشتند، نمونه‌گیری به عمل آمد. با توجه به اینکه هدف پژوهش ارزیابی دوره است، حجم نمونه ۱۵ نفر انتخاب گردیده شد. از این تعداد سه نفر در دوره های کامپیوتر، پنج نفر در دوره های خیاطی، چهار نفر در دوره های محرق ساقه گندم و ۳ نفر در دوره های معرق چوب شرکت کردند. در پایان پرسشنامه‌ها به صورت گروهی قبل و بعد از دوره مقایسه گردید.

۴-۳ ابزار پژوهش

ابزار جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسشنامه استفاده شد. که اولین پرسشنامه، پرسشنامه خود توصیفی بدنی (PSDQ) است. این پرسشنامه توسط مارش^{۶۸} (۱۹۹۷) استاندارد شده است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط بهرام و شفیع‌زاده (۱۳۸۳) بررسی شده است و آلفای کرونباخ آن حدود ۸۸ درصد به دست آمده است. این پرسشنامه دارای ۴۶ سوال و ۱۱ خرده مقیاس قدرت، استقامت، هماهنگی، سلامت عمومی، انعطاف پذیری، عزت نفس، لیاقت ورزشی، چربی، ظاهر بدنی، فعالیت بدنی و کل بدن است. که برای بررسی پاسخها از طیف لیکرت استفاده شده است. طیف پاسخها شامل ۶ یا ۸ عبارت است از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم. بنابراین حداقل نمره ۴۶ و حداکثر ۲۷۶ می‌باشد.

برای بررسی میزان عزت نفس، از پرسشنامه عزت نفس آیزنک استفاده شد. پرسشنامه عزت نفس آیزنک (ESI) حاصل کوشش‌های آیزنک برای بررسی شخصیت است و سوالات آن برگرفته از سوالات ناستواری هیجانی پرسشنامه شخصیت آیزنک است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال است که آزمودنی باید برای هر یک از سوالات پاسخ بلی، خیر یا نمی‌دانم (علامت سوال) را علامت بزند. البته در دستوالعمل پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود که تا حد امکان پاسخ نمی‌دانم را انتخاب نکند. هر چه نمره فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد عزت نفس بیشتری دارد.

این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان عزت نفس است. برای بدست آوردن امتیاز پرسشنامه باید به صورت زیر عمل کرد:

- در مورد سوالات شماره ۱، ۲، ۵، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۹، ۳۰ گزینه بله ۱ امتیاز و گزینه خیر صفر امتیاز دریافت خواهد نمود.

- در مورد سوالات شماره ۳، ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۸ گزینه خیر ۱ امتیاز و گزینه بلی ۰ امتیاز دریافت خواهد کرد.
- در مواردی که گزینه علامت سوال (؟) انتخاب گردد نیم نمره (۰/۵) از امتیاز کسب خواهد گردید.

روایی این آزمون به دو روش ملاکی ۰/۸۶ . پایایی آن به دوش آلفای کرونباخ و بازآزمایی، به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۸۹ به دست آمده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال است که پاسخ‌های آن به صورت بله و خیر است.

برای بررسی میزان خود پنداره از پرسشنامه خود پنداره راجرز استفاده شده است که پایایی آن توسط نوربخش و حسن پور (۱۳۸۳) ۰/۸۳ محاسبه شده است. و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ محاسبه شده است. این پرسشنامه شامل دو فرم جداگانه «الف» و «ب» است، فرم «الف» خویشتن پنداره پایه یعنی آن گونه که فرد خودش را می بیند و تصویری که در حال حاضر از خودش دارد را می سنجد، فرم «ب» خویشتن پنداره ایده آل یا آرمانی را مورد سنجش قرار می دهد. یعنی آن گونه که فرد آرزو دارد باشد. در هر فرم ۲۵ صفت قطبی (مثبت و منفی) قرار داده شده است. آزمودنی ابتدا باید به فرم الف و سپس ب پاسخ دهد. فرم الف را با توجه به تصویری که از خصوصیات و صفات خود دارد، تکمیل می کند و فرم ب باید بر اساس آرزوها و ایده آل هایش تکمیل شود. طرز تکمیل سوالات به این شکل است که در برابر هر صفت متضادش هم نوشته شده، آزمودنی باید خود را با توجه به آن دو صفت ارزیابی کند و به خودش نمره ای بین ۱ تا ۷ دهد.

۳-۵ شیوه و مراحل اجرا

روش تحقیق این پژوهش، از نوع ارزیابی است و بر اساس مراحل زیر است:

۱- مطالعه کتب و نشریات مربوط به موضوع تحقیق مطالعه گردید.

۲- سوالات تحقیق تدوین شد.

۳- نگارش مبانی نظری پژوهش

۴- انتخاب روش تحقیق

۵- تعیین جامعه آماری و نمونه مورد نظر.

۶- اجرای تحقیق و دریافت اطلاعات و داده‌ها. روش اجرای پژوهش: قبل برگزاری دوره، پرسشنامه‌ها به

افراد مورد نظر داده شد. مدت و زمان برگزاری دوره‌ها متفاوت بود. با توجه به نوع حرفه‌ای که

آموزش داده می‌شد، از ۴ ماه تا یک ماه متغیر بود. افرادی که دوره را تکمیل می‌کردند، همان

پرسشنامه‌ها را برای تکمیل دوباره به آنها داده شد، تا اثرات شرکت در دوره بررسی شود.

۷- داده‌ها برای تجزیه و تحلیل وارد نرم افزار spss می‌شود. داده‌های حاصل از پرسشنامه پیش از دوره

با داده‌های پس از دوره مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفت.

۸- یافته‌ها حاصل از تجزیه و تحلیل مورد بررسی قرار گرفت و به سوالات پژوهش پاسخ داده شد.


۹- نتیجه‌گیری از پژوهش و ارائه پیشنهادات تحقیقاتی برای محققان

۱۰- نگارش پژوهش

۳-۶ شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آمار توصیفی (میانگین و درصد فراوانی) و آمار استنباطی از آزمون t-

test استفاده شد.



فصل چهار
یافته های پژوهش

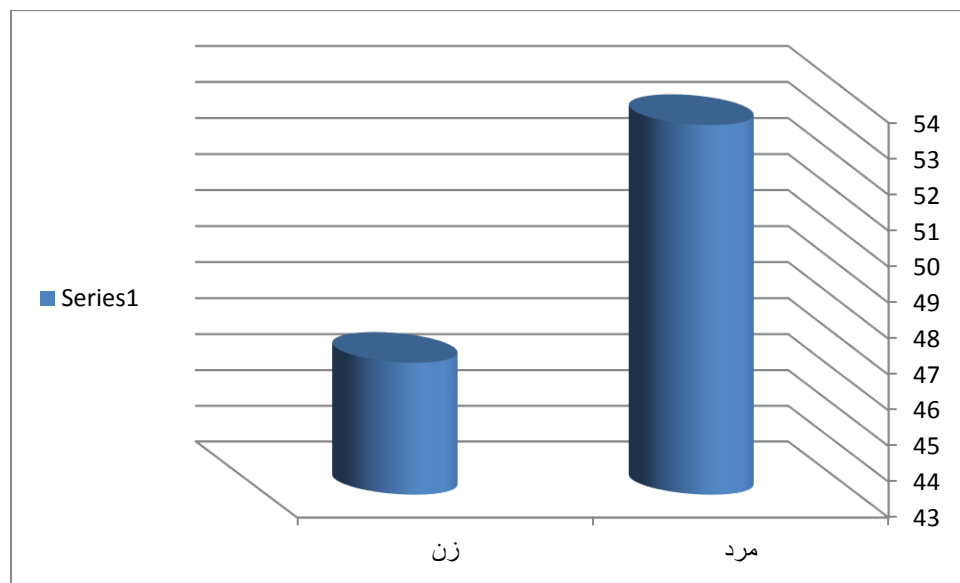
در این فصل اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها را تجزیه و تحلیل شده است که در قالب اعداد و جداول آورده شده است.

توصیف داده های پژوهشی

توصیف نمونه تحقیق بر حسب جنسیت

جدول ۴-۱: توزیع فراوانی و درصد نمونه تحقیق بر حسب جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	۸	۵۳,۳
زن	۷	۴۶,۷
جمع	۱۵	۱۰۰



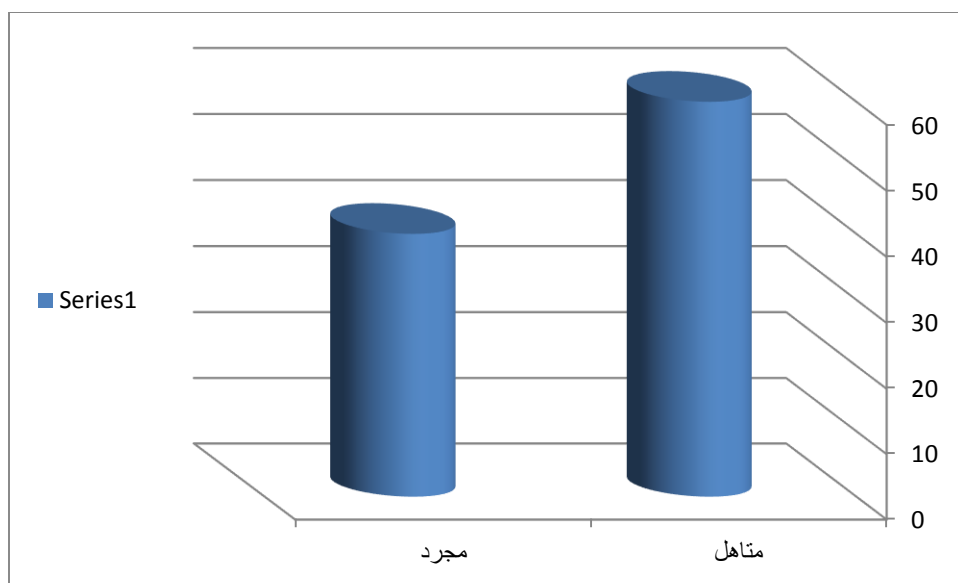
نمودار ۴-۱: توصیف نمونه تحقیق بر حسب جنسیت

جدول و نمودار ۴-۱ نشان می دهد که مردان نفر (۵۳,۳ درصد) و زن ۷ نفر (۴۶,۷ درصد) می باشند.

توصیف نمونه تحقیق بر حسب وضعیت تاهل

جدول ۴-۲: توزیع فراوانی و درصد نمونه تحقیق بر حسب وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد
متاهل	۹	۶۰
مجرد	۶	۴۰
جمع	۱۵	۱۰۰



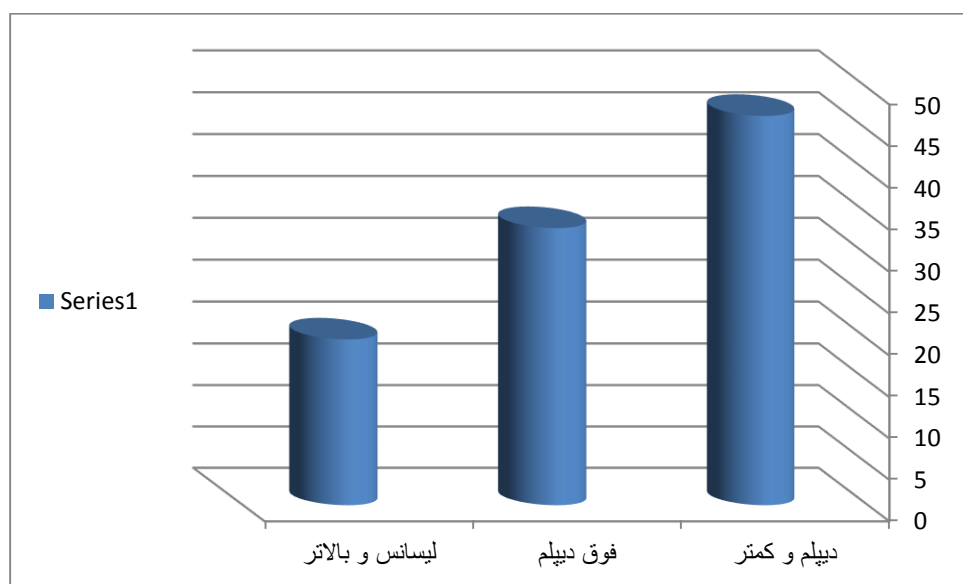
نمودار ۲-۴: توصیف نمونه تحقیق بر حسب وضعیت تاهل

جدول و نمودار فوق نشان می دهد که متاهل ۹ نفر (۶۰درصد) و مجرد ۶ نفر (۴۰درصد) می باشند

توصیف نمونه تحقیق بر حسب تحصیلات

جدول ۳-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه تحقیق بر حسب تحصیلات

درصد	فراوانی	تحصیلات
۴۶,۷	۷	دیپلم و کمتر
۳۳,۳	۵	فوق دیپلم
۲۰	۳	لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۱۵	جمع



نمودار ۳-۴: توصیف نمونه تحقیق بر حسب تحصیلات

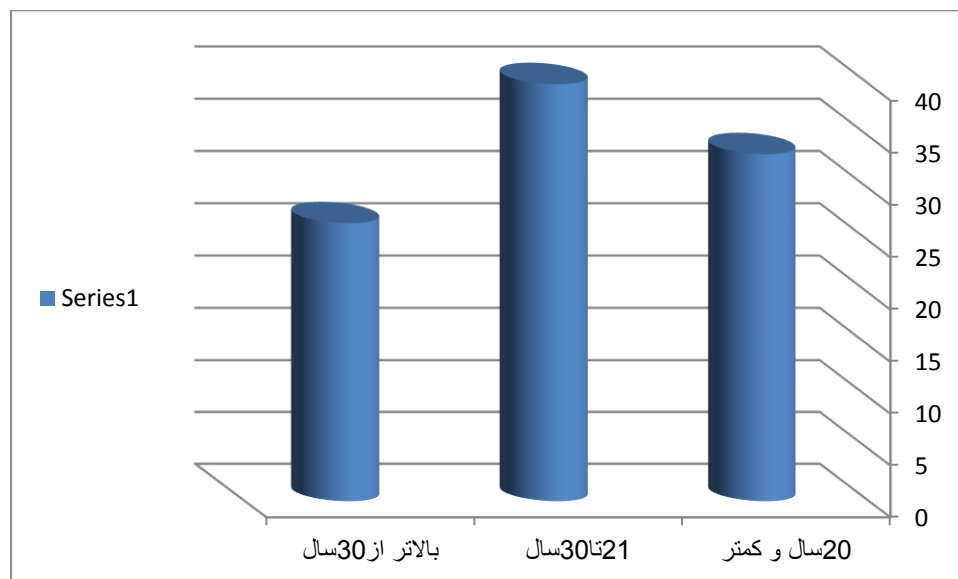
جدول و نمودار فوق نشان می دهد که دیپلم و کمتر ۷ نفر (۴۶,۷ درصد)، فوق دیپلم ۵ نفر (۳۳,۳ درصد) و لیسانس و بالاتر ۳ نفر (۲۰ درصد) می باشند

توصیف نمونه تحقیق بر حسب سن

جدول ۴-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه تحقیق بر حسب سن

درصد	فراوانی	سن
۳۳,۳	۵	۲۰ سال و کمتر
۴۰	۶	۲۱ تا ۳۰ سال

۲۶,۷	۴	بالاتر از ۳۰ سال
۱۰۰	۱۵	جمع



نمودار ۴-۴: توصیف نمونه تحقیق بر حسب سن

جدول و نمودار فوق نشان می دهد که ۲۰ سال و کمتر ۵ نفر (۳۳,۳ درصد)، ۲۱ تا ۳۰ سال ۶ نفر (۴۰ درصد) و بالاتر از ۳۰ سال ۴ نفر (۲۶,۷ درصد) می باشند

یافته ها

قبل از بررسی سوال ها به منظور تعیین برابری واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن به شرح ذیل می باشد

جدول ۴-۵: نتایج آزمون لوین در خصوص برابری واریانس ها

متغیر	مقدار f	سطح معنی داری
عزت نفس	۰,۵۹۲	۰,۴۴۸

خودپنداره	۰,۷۰۷	۰,۴۰۸
تصویر بدن	۰,۳۶۹	۰,۵۴۹

با توجه به مقادیر f به دست آمده و اینکه مقادیر p به دست آمده بیشتر از $۰,۰۵$ می باشد، بنابراین مقدار f معنی دار نبوده و نتیجه می گیریم که در هر سه متغیر، واریانس ها برابرند.

۲-۴ بررسی سوالات

۱-۲-۴ یافته های سوال اول: چه میزان برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر عزت نفس معلولین موثر است؟

جدول ۴-۶: نتایج آزمون t تک وابسته در خصوص تاثیر برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر عزت نفس معلولین

میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی داری	
۲,۶۶۶	۰,۴۸۷	۰,۱۲۵	۱۶,۰۰۱	۱۴	۰,۰۰۱	پیش از دوره
۳,۷۳۳	۰,۴۵۷	۰,۱۱۸				پس از دوره

میانگین نمرات نمونه تحقیق در پس آزمون بیشتر از پیش آزمون می باشد و نشان دهنده آن است که دوره آموزشی بر عزت نفس آنان تاثیر مثبت داشته است و همچنین با توجه به مقدار t به دست آمده و اینکه مقدار p به دست آمده کمتر از $۰,۰۵$ می باشد. بنابراین نتیجه می گیریم که برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر عزت نفس معلولین موثر بوده و موجب ارتقا نمرات عزت نفس افراد معلول شده است.

۴-۲-۲ یافته‌های سوال دوم: چه میزان برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر خود پنداره معلولین موثر است؟

جدول ۴-۷: نتایج آزمون t تک وابسته در خصوص تاثیر برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر خود پنداره معلولین

میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی داری
۱,۲۰۰	۰,۴۱۴	۰,۱۰۶	۴,۰۰۱	۱۴	۰,۰۰۱
۱,۷۳۳	۰,۴۵۷	۰,۱۱۸			

میانگین نمرات نمونه تحقیق در پیش از دوره بیشتر از بعد از دوره می باشد و نشان دهنده آن است که دوره آموزشی بر خود پنداره آنان تاثیر مثبت داشته است و همچنین با توجه به مقدار t به دست آمده و اینکه مقدار p به دست آمده کمتر از ۰,۰۵ می باشد. بنابراین نتیجه می گیریم که برگزاری دوره های کارآموزی و گروهی باعث ارتقا نمره خود پنداره معلولین شده است.

جدول ۴-۸: نتایج آزمون t تک وابسته در خصوص تاثیر برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر مولفه های خود پنداره معلولین

مولفه	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی داری
خودپنداره پایه	۱,۲۶۶	۰,۴۵۷	۰,۱۱۸	۵,۲۹۲	۱۴	۰,۰۰۱
	۱,۹۳۳	۰,۷۰۳	۰,۱۸۱			
خودپنداره ایده آل	۱,۴۶۶	۰,۷۴۳	۰,۱۹۱	۲,۲۰۱	۱۴	۰,۰۴۵
	۲,۰۶۶	۱,۰۹۹	۰,۲۸۳			

--	--	--	--	--	--	--	--

میانگین نمرات نمونه تحقیق در پیش از دوره بیشتر از پس از دوره می‌باشد و نشان دهنده آن است که دوره آموزشی در هر دو مولفه بر خودپنداره آنان تاثیر مثبت داشته است و همچنین با توجه به مقدار t به دست آمده و اینکه مقدار p به دست آمده کمتر از $0,05$ می‌باشد. بنابراین نتیجه می‌گیریم که برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر خودپنداره معلولین موثر بوده و باعث ارتقا نمره خودپنداره معلولین شده است.

۴-۲-۳ یافته‌های سوال سوم:

چه میزان برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر تصویر بدن معلولین موثر است؟

جدول ۴-۹: نتایج آزمون t تک وابسته در خصوص تاثیر برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر تصویر بدن معلولین

سطح معنی داری	درجه آزادی	t	خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0,001	14	6,168	0,255	0,990	4,133	پیش از دوره
			0,222	0,861	5,80	پس از دوره

میانگین نمرات نمونه تحقیق در پیش از دوره بیشتر از بعد از دوره می‌باشد و نشان دهنده آن است که دوره آموزشی بر تصویر بدن آنان تاثیر مثبت داشته است و همچنین با توجه به مقدار t به دست آمده و اینکه مقدار p به دست آمده کمتر از $0,05$ می‌باشد. بنابراین نتیجه می‌گیریم که برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر تصویر بدن معلولین موثر بوده و باعث ارتقا نمره تصویر بدن شده است.

جدول ۴-۱۰: نتایج آزمون t تک وابسته در خصوص تاثیر برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر مولفه های تصویر بدن معلولین

متغیر	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی داری
-------	---------	--------------	----------------	-----------	------------	---------------

			میانگین				
۰,۰۰۱	۱۴	۵,۵۶۸	۰,۳۵۰	۱,۳۵۵	۳,۸۶۶	پیش از دوره	قدرت
			۰,۲۲۸	۰,۸۸۳	۵,۹۳۳	پس از دوره	
۰,۰۰۱	۱۴	۵,۷۷۳	۰,۳۱۸	۱,۲۳۴	۴,۳۳۳	پیش از دوره	استقامت
			۰,۲۲۴	۰,۸۸۱	۶,۰۶۶	پس از دوره	
۰,۰۰۱	۱۴	۶,۸۸۳	۰,۳۰۰	۱,۱۶۲	۳,۹۳۳	پیش از دوره	هماهنگی
			۰,۱۹۵	۰,۷۵۵	۶,۰۰۱	پس از دوره	
۰,۰۰۱	۱۴	۵,۱۰۴	۰,۲۵۵	۰,۹۹۰	۴,۱۳۴	پیش از دوره	سلامت عمومی
			۰,۲۵۴	۰,۹۸۵	۵,۴۰۰	پس از دوره	
۰,۰۰۱	۱۴	۷,۱۵۹	۰,۳۴۰	۱,۳۲۰	۳,۸۰۰	پیش از دوره	انعطاف پذیری
			۰,۲۲۵	۰,۸۶۱	۶,۲۰۰	پس از دوره	
۰,۰۰۱	۱۴	۷,۶۷۸	۰,۳۶۲	۱,۴۰۴	۳,۶۰۰	پیش از دوره	عزت نفس
			۰,۲۶۶	۱,۰۳۲	۶,۲۶۶	پس از دوره	
۰,۰۰۱	۱۴	۵,۶۲۱	۰,۴۲۳	۱,۶۴۱	۳,۵۳۳	پیش از دوره	لیاقت ورزشی
			۰,۳۶۷	۱,۴۲۴	۶,۸۰۰	پس از دوره	
۰,۰۰۱	۱۴	۵,۰۰۲	۰,۱۸۱	۰,۷۰۳	۳,۹۳۳	پیش از دوره	چربی
			۰,۲۹۰	۱,۱۲۵	۵,۴۶۶	پس از دوره	
۰,۰۰۱	۱۴	۵,۸۵۷	۰,۳۵۸	۱,۳۸۷	۳,۷۳۳	پیش از دوره	ظاهر بدنی
			۰,۳۰۰	۱,۱۶۲	۶,۰۶۶	پس از دوره	
۰,۰۰۱	۱۴	۶,۹۰۲	۰,۳۱۵	۱,۲۲۲	۳,۹۳۳	پیش از دوره	فعالیت بدنی
			۰,۳۳۳	۱,۲۹۰	۶,۶۶۶	پس از دوره	
۰,۰۰۱	۱۴	۸,۷۸۹	۰,۲۵۵	۰,۹۹۰	۴,۱۳۳	پیش از دوره	کل بدن
			۰,۲۲۲	۰,۸۶۱	۶,۸۰۰	پس از دوره	

میانگین نمرات نمونه تحقیق در پس آزمون بیشتر از پیش آزمون می باشد و نشان دهنده آن است که دوره آموزشی بر کلیه مولفه های تصویر بدن آنان تاثیر مثبت داشته است و همچنین با توجه به مقدار t به دست آمده

و اینکه مقدار p به دست آمده کمتر از 0.05 می باشد. بنابراین نتیجه می گیریم که برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر مولفه های تصویر بدن معلولین موثر است.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

مقدمه

این پژوهش با هدف بررسی
ه‌های حرفه آموزشی بر روی عزت نفس،
خودپنداره و تصویر بدن افراد معلول و --- ی - ر: این دوره‌ها شدند، انجام شده است. محقق
برای به دست آوردن داده‌ها از سه پرسشنامه‌ی عزت نفس آیزنک، خودپنداره راجرز و تصویر بدن
استفاده کرده است. همچنین محقق برای تکمیل پژوهش و قوی شدن داده‌ها، علاوه بر روش کمی، در
ضمن تحقیق مصاحبه‌ای را با افراد محدودی از معلولین خارج از تحقیق که آموزش حرفه آموزشی دیده
بودند، انجام داده است که در قسمت بحث و نتیجه‌گیری از آنها استفاده شده است.

این فصل شامل دو بخش می‌باشد:

الف) تفسیر یافته‌های پژوهش

ب) پیشنهادات و محدودیت‌های پژوهش

الف) تفسیر یافته‌های پژوهش

۱-۵ بررسی اولین سوال پژوهش

چه میزان برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر عزت نفس معلولین موثر است؟

بر اساس جدول ۴-۵، یافته ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات افراد معلول در قبل از دوره ۲,۶۶۶ بوده
است و در پس از دوره ۳,۷۳۳ است، مقدار $t(۱۶,۰۰۱)$ و سطح معناداری آن (۰,۰۰۱) است. این نشان می-
دهد که نمرات در قبل و بعد از دوره تفاوت معنادار دارد. پس نتیجه می‌گیریم که این دوره ها اثربخشی خوبی
بر افراد معلول و ضایعه نخاعی داشته و باعث ارتقای میانگین نمرات عزت نفس آنان شده است.

عزت نفس یک شاخص بسیار مهمی در شخصیت افراد است و به مقدار ارزشی که ما به خود نسبت می‌دهیم و فکر می‌کنیم دیگران برای ما قائل هستند، گفته می‌شود (عامری، ۱۳۹۱). تقویت عزت نفس، مهمترین عامل موفقیت است. این عامل، شیوه زندگی را دگرگون می‌سازد. اگر عزت نفس زیاد باشد، با مشکلات از طریق حل کردن آنها مواجه می‌شوید نه با مقصر دانستن خود یا دیگران (خورند، ۱۳۸۳).

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که افرادی که وارد این دوره‌ها می‌شوند، حرفه و شغلی را یاد می‌گیرند نسبت به قبل میانگین نمرات عزت نفس شان بالاتر می‌رود. این افراد نسبت به قبل خود را موفق تر و توانمند تر می‌بینند و بهتر می‌توانند از توانایی خود استفاده کنند. اگر قبل از دوره توانایی داشتند، به خاطر عزت نفس پایین آن را بروز نمی‌دانند یا اصلاً آن را در خود نمی‌دیدند. اما حضور در این کلاس‌ها و دیدن افراد مشابه خود، با توانایی بالاتر، باعث گردیده است تا این افراد توانایی نهفته و کشف نشده خود را بروز دهند و بتوانند زندگی موفق تری داشته باشند.

- یکی از افرادی که بعد گذراندن دوره‌ها؛ حالا مشغول به کار است گفت: «بعد از معلولیتیم یک سال از خانه بیرون نیامدم اما وقتی کلاس‌ها را آمدم و کار یاد گرفتم و سرکار رفتم، بهتر شدم. احساس اعتماد به نفس می‌کنم».

- یکی دیگر از افرادی که در آنجا مشغول به کار بود گفت: «بعد از معلولیتیم از اینکه نمی‌توانستم کارهایم را انجام دهم ناراحت می‌شدم و دچار افسردگی می‌شدم، بعد از تشویق دوستانم برای آمدن به این دوره‌ها و کارگاهها، دیگر حالا خیلی ناراحت نمی‌شوم و حس خوبی دارم و دیگر از معلولیتیم ناراحت نیستم».

- یکی از پسرهایی که در دوره های کامپیوتر شرکت کرده بود گفت: «من اولین بار است که در دوره‌ای شرکت می‌کنم. قبلاً هیچ وقت دوست نداشتم در دوره‌هایی شرکت کنم چون خجالت می‌کشیدم. اما الان در این دوره‌ها که بقیه مثل من هستند، راحت هستم و دوست دارم».

صحبت‌های افراد مصاحبه شده نشان می‌دهد که قبل از آمدن به دوره‌های آموزشی احساس افسردگی و ناتوانی در خود می‌کردند اما با حضور در این کلاسها و رفت و آمدهایی که داشتند روحیه و اعتماد به نفس شان بیشتر شده و سعی کردند از توانایی هایی دارند استفاده کنند. آنها قبل از حضور در این دوره ها توانایی هایی

داشتند اما سعی نمی‌کردند از آنها استفاده کنند. به طور نمونه کار با دست. تمام افراد معلول در این پژوهش می‌توانستند از دستان خود برای انجام هر شغلی استفاده کنند. اما به دلیل عدم اعتماد به نفس از این توانایی خود استفاده نمی‌کردند. حضور در کلاس‌های حرفه‌آموزی باعث شد امید به داشتن شغل داشته باشند تا استقلال مالی پیدا کنند و عزت نفس از دست داده خود را بدست آورند.

۲-۵ بررسی دومین سوال پژوهش

چه میزان برگزاری دوره‌های کارآموزی گروهی بر خودپنداره معلولین موثر است؟

یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات افراد معلول در پیش از دوره ۱،۲۰۰ بوده است و در پس از دوره ۱،۷۳۳ است، مقدار $t(4,001)$ و سطح معناداری آن $(0,001)$ است. این نشان می‌دهد که نمرات در قبل و بعد از دوره تفاوت معنادار دارد. پس نتیجه می‌گیریم که این دوره‌ها تأثیر خوبی بر افراد معلول و ضایعه نخاعی داشته و باعث ارتقای میانگین نمرات خودپنداره معلولین شده است.

پرسشنامه خودپنداره راجرز دارای دو قسمت پرسشنامه خود پنداره پایه که فرد به ارزیابی خود می‌پردازد و پرسشنامه خودپنداره ایده آل که فرد تصویری که از خود ایده آل دارد، را ارائه می‌دهد. بر اساس یافته‌ها میانگین نمرات در خود پنداره پایه از ۱،۲۶۶ به ۱،۹۳۳ و در خود پنداره ایده آل از ۱،۴۶۶ به ۲،۰۶۶ افزایش یافته است. این نشان می‌دهد شرکت در دوره‌ها نه تنها باعث ارتقا و بهبود نگرش افراد نسبت به خودشان و ویژگی‌هایشان شده است، بلکه باعث ارتقای تصور فرد نسبت به شخصیت ایده آل از خودش شده است. این ایده آل‌ها هستند که فرد را به سمت رفتارهای آینده سوق می‌دهند. شرکت در این دوره‌ها و دیدن توانایی‌هایشان این ایده را در افراد شرکت کننده بوجود می‌آورد که می‌توانند ویژگی‌ها و خصوصیت‌هایی بهتر از ویژگی‌های فعلی داشته باشند.

خودپنداره ارزیابی فرد از شخصیت خویش است. این ارزیابی ناشی از ارزیابی‌های ذهنی است که معمولاً از ویژگی‌های رفتاری خود به عمل می‌آوریم. در نتیجه خودپنداره ممکن است مثبت یا منفی

باشد (نوربخش و حسن پور، ۱۳۸۳). در واقع خود پنداره یعنی اینکه فرد چه برداشتی نسبت به خود و توانایی خود دارد. اینکه آیا توانا است یا ناتوان؟ با توجه به اینکه این رابطه معنادار است بدین معنی است که افرادی که در این دوره ها شرکت می کنند و پس از یادگیری کار و حرفه خود پنداره بهتری نسبت به خود و توانایی خود پیدا می کنند، و به این خود باوری می رسند که می توانند کار انجام دهند و مفید باشند.

- یکی از افراد آموزش دیده در این کلاس ها گفت: «افرادی که اول وارد این کلاس ها می شوند، فکر می کنند آموزش پذیر نیستند و به کلاس نمی آیند اما کم کم متوجه می شوند که کلاس ها تأثیرگذار هستند و با توانایی خود آشنا می شوند».

- فرد دیگر بیان کرد: «تا آموزش حرفه ای ندیده بودم و سرکار نرفته بودم، به خود باوری نرسیده بودم. فکر نسبت به خودم در این کلاس ها تغییر کرد».

این صحبت ها و نتایج داده ها نشان می دهد که افرادی که وارد این کلاس ها می شوند و حرفه می آموزند، فکرشان نسبت به خودشان تغییر می کند، اگر قبل از دوره ها فکر می کردند آموزش پذیر نیستند و نمی توانند کاری کنند، اما بعد از دوره به این خود باوری رسیدند که می توانند حرفه و درآمدی داشته باشند که این خود باعث ارتقا خود پنداره در این افراد می شود. این دوره ها علاوه بر افزایش خود پنداره فردی، همچنین باعث افزایش خود پنداره اجتماعی نیز می شود. به طور نمونه: یکی از افرادی که در این دوره ها شرکت کرده بود گفت: «قبلاً اصلاً دوست نداشتم در جایی باشم که افراد معلول باشند، از بودن در کنار افراد معلول ناراحت می شدم، اما حالا با شرکت در این کلاس ها و بودن در کنار افرادی که مثل خودم هستند، احساس ناراحتی نمی کنم. و با علاقه به کلاس ها می آیم».

خود پنداره جمعی به موضوع عضویت گروهی باز می گردد. این عضویت ممکن است در محیط کار و یا خارج از آن باشد. در این سطح افراد خود را بر حسب وضعیت عضویت خود در گروه مرجع تعریف می کنند و چنانچه گروه مرجع خود را در مقایسه با دیگر گروهها دارای تواناییهای محسوس تری بدانند، عزت نفس آنها بالا می رود (خاکسار، گل پرور و نوری، ۱۳۸۶). وقتی این افراد خود و افراد شبیه به خود را آموزش پذیر بدانند، از بودن در آن جمع ناراحت نمی شوند و نسبت به بودن در آن جمع احساس

سرخوردگی نمی کنند. این یعنی اینکه آموزش و توانمند شدن این افراد خودپنداره جمعی آنها را نیز ارتقا می دهد.

۳-۵ بررسی سومین سوال پژوهش

چه میزان برگزاری دوره های کارآموزی گروهی بر تصویر بدن معلولین موثر است؟

یافته ها نشان می دهد که میانگین نمرات افراد معلول در پیش از دوره ۴،۱۳۳ بوده است و در پس از دوره ۵،۸۰ است، مقدار $t(۶،۱۶۸)$ و سطح معناداری آن (۰،۰۰۱) است. این نشان می دهد که نمرات در قبل و بعد از دوره تفاوت معنادار دارد. پس نتیجه می گیریم که این دوره ها تأثیر خوبی بر افراد معلول و ضایعه نخاعی داشته و باعث ارتقای نمرات تصویر بدن در معلولین شده است.

پرسشنامه تصویر بدن آیزنک دارای مولفه های قدرت، استقامت، هماهنگی، سلامت عمومی، انعطاف پذیری، عزت نفس، لیاقت ورزشی، چربی، ظاهر بدنی، فعالیت بدنی و کل بدن است. میانگین نمرات همه مولفه های عزت نفس در پیش از دوره و پس از دوره به طور معناداری ارتقا یافته است.

به عقیده اسمیت هر شخص یک تصویر ذهنی از بدن خودش دارد که اصلی ترین عنصر سازنده شخصیت او است. ممکن است فکر کند لاغر، چاق، کوتاه بلند یا چیزی بین آنهاست. تصویر بدنی نظیر هر جنبه روانی دیگر، جزئی از شخصیت هر انسانی است که از سیر تکاملی برخوردار است و در زمانهایی از زندگی دچار نوسان و تغییرات بیشتری است، که از آن جمله می توان به پیدایش ضایعه نخاعی و بروز معلولیت در افراد اشاره نمود (قاسمی، مومنی و خانکه، ۱۳۸۸).

تغییرات جسمی در افراد معلول سبب می شود که در تصویر ذهنی آنها نسبت به جسم خویش تغییراتی بوجود آید که نوع و شدت واکنش در این رابطه متفاوت است. به عبارت دیگر معلولین و بیماران که از فشارهای هیجانی ناشی از ناراحتی های جسمانی خود در عذاب هستند، تصویر بدنی ضعیفی دارند. همچنین هر

چقدر شدت معلولیت بالاتر باشد، اعتماد به نفس نیز کاهش بیشتری نشان می‌دهد(قاسمی، مومنی و خانکه، ۱۳۸۸).

فرد وقتی دچار معلولیت می‌شود تصویر ذهنی بدی از بدنش خویش پیدا می‌کند باعث می‌شود که فرد احساس خجالت نسبت به خود داشته باشد و از ظاهر شدن در اجتماع فرار کند و خودش را در خانه محبوس کند. «تا یک سال بعد از معلولیتیم از خانه بیرون نمی‌آمدم»، «از خودم احساس خجالت می‌کردم»، «از نگاه بقیه نسبت به خودم ناراحت می‌شدم»، «از اینکه بقیه به من که روی ویلچر بودم نگاه می‌کردند، ناراحت می‌شدم». اینها جملاستی است که افراد معلول در مصاحبه بیان کرده اند که همگی حاکی از این است که فرد وقتی دچار معلولیت می‌شود، تصویر بدنی خوبی نسبت به خود ندارد و باید این تصویر بدنی ارتقا یابد. از یافته و داده‌های این پژوهش می‌توان دریافت که یکی از راه‌های بهبود تصویر بدن در افراد معلول، آموزش حرفه و شغل است. در مصاحبه ای که محقق با این افراد انجام داد، افراد معلول بیان می‌کردند که: «قبلاً از اینکه جلوی آینه می‌رفتم و خودم روی را می‌دیدم ناراحت می‌شدم و احساس خجالت بهم دست می‌داد اما حالا از ایستادن در مقابل آینه احساس ناراحتی نمی‌کنم و اینکه خودم را در این وضعیت می‌بینم، ناراحت نیستم». این بهبود نگرش نسبت به تصویر بدن ممکن است به این دلیل باشد که، فرد قبل از آموزش و توانمند شدن، تمرکز خود را روی نقاط ضعف خود معطوف کرده و نواقص خود را با بزرگ بینی، می‌بیند. اما بعد از آموزش و یادگیری حرفه و شغلی، تمرکزش از بدن و نواقص آن، به توانایی‌های خود جلب می‌شود و نقص خود را کمتر می‌بیند و کمتر نسبت به بدنش احساس انزجار دارد.

نتیجه گیری کلی

امروزه مشخص شده که وضعیت اشتغال نقش بسزایی در سلامت روانی دارد. فردی که نتواند نیازهای روانشناختی خود را در محیط کار ارضا کند، سلامت روانی اندک یا در بهترین حالت سلامت روانی متوسطی دارد(جمال^{۶۹} و میچل^{۷۰}، ۱۹۸۰)؛ نتیجه تحقیقات نیز رابطه بین وضعیت اشتغال و سلامت روانی را تایید کرده است(جین^{۷۱}، شاه^{۷۲} و اسوبودا^{۷۳}، ۱۹۹۵، مورفی^{۷۴} و آدانسو^{۷۵}، ۱۹۹۹). به نظر می‌رسد که تاثیر وضعیت اشتغال

^{۶۹} JAMAL

^{۷۰} -MITCHELL

^{۷۱} - JIN

بر روی سلامت روانی در مورد معلولین جسمی نیز مصداق داشته باشد. داشتن یک شغل مناسب پیش شرط لازم برای بازگرداندن افراد معلول به آغوش جامعه است. در مورد معلولین بزرگسال بیشتر مساله کار کردن و تامین زندگی مطرح است و این مساله اساس حل مشکل آنها را تشکیل می‌دهد (سازمان ملل متحد، ترجمه صالحی، ۱۳۷۲). اشتغال یکی از مهم ترین عوامل در درک و از بین بردن نگرش‌های منفی و موانع روانی-اجتماعی در افراد معلول و غیر معلول است، زیرا باعث تسهیل تعاملات اجتماعی و دگرگونی نگرش‌ها در هر دو گروه می‌شود (نوری، ۱۳۷۴).

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 (فضایی، ۱۳۶۸).

نتایج داده‌ها پژوهش نشان می‌دهد که افراد معلول با حضور در کلاسهای حرفه آموزی و استفاده از توانایی‌هایشان و فرا گرفتن شغلی باعث ارتقا میانگین نمرات عزت نفس و خودپنداره و تصویر بدن در آن‌ها می‌شود. افراد معلول شاید در ابتدا تحقیق با اکراه وارد این تحقیق می‌شدند و زیاد تمایل چندانی نداشتند در این کلاس‌ها حضور پیدا کنند، اما بعد از گذراندن دوره‌ها، رضایت داشتند و حضور در کلاس و بودن در کنار افراد معلول احساس لذت می‌کردند. یکی از افراد مصاحبه شونده گفت «اگر کسی در این کلاس‌ها شرکت کند و شغلی را یاد بگیرد، احتمال کمی دارد به شرایط قبل خود برگردد و دچار افسردگی مزمن شود».

تحقیقات مشابهی برای مقایسه با پژوهش حاضر وجود نداشت. اما تحقیقات نزدیکی که بتوان از نتایج آنها استفاده کرد، آورده شده است. عسگری، اژه‌ای و آزاد فلاح (بی تا) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش‌های حرفه آموزی، حرمت خود نوجوانان کم توان ذهنی آموزش پذیر را افزایش می‌دهد. مرادی، کلانتری و

۷۲ - SHAH

۷۳ -SVOBODA

۷۴ - MURPHY

۷۵ -ATHANASOU

معمدلی (۱۳۸۶) در پژوهش خود نشان دادند که یکی از عوامل سلامت روانی معلولان داشتن شغل است. داشتن شغل در این افراد باعث افزایش اعتماد به نفس و نگرش مثبت در آنها می‌شود؛ که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد. همچنین کربلایی اسماعیلی، مدبریان، موسوی، جوادی و پروانه (۱۳۸۷) در پژوهش خود، یافتند که بسیاری از افراد پس از معلولیت، خود را فاقد کار و شغل خاصی می‌یابند. زیرا قادر به یافتن شغل مناسب نیستند. و این تأخیر میان ایجاد ضایعه و برگشت به کار خود باعث مشکلات می‌شود. همچنین اشتغال باعث ارتقای سلامت روانی و رضایت از زندگی در این افراد می‌شود، که نتایج این تحقیق در راستای نتایج پژوهش حاضر است. به پژوه، عصاره و ابوالحسنی (۱۳۹۰) مبنی بر اینکه: زمانی که دختران کم توان ذهنی بواسطه آموزش برنامه‌های حرفه آموزی، فعالیت را شروع می‌کنند، موجب بهبود نگرش شان نسبت به خودشان می‌شود و دید مثبتی در خصوص توانایی خوششان پیدا کنند و شروع این فعالیتها خودپنداره و اعتماد به نفس آنها را افزایش می‌دهد، همخوانی دارد.

ب) پیشنهادات

پیشنهادهای اجرایی

- تأسیس کارگاههای حرفه آموزی در شهرستانهای استان هرمزگان. به علت دوری مسافت شهرستانها تا مرکز استان، و سختی سفر برای افراد معلول، امکان دسترسی به این کارگاهها وجود ندارد. پی بهتر است در شهرستانها نیز کارگاههای آموزشی رایگان برای افراد معلول و خانواده- هایشان تأسیس شود.

پیشنهادهای پژوهشی

۱- انجام چنین تحقیقاتی در سایر انجمن‌های ضایعه نخاعی و معلولین و مقایسه‌ی آن با پژوهش حاضر.

- ۲- انجام پژوهش‌های تطبیقی. مقایسه‌ی پژوهش‌هایی که روی معلولین در کشورهای دیگر انجام شده با پژوهش‌های مشابه در ایران.
- ۳- انجام چنین پژوهشی با گروه کنترل برای حذف متغیرهای مزاحم

محدودیت‌ها پژوهش

- ۱- در طول انجام این پژوهش مشکلاتی رخ داد که باعث طولانی شدن مدت انجام تحقیق شد. به طور مثال: افراد معلول کمی وارد دوره‌های حرفه‌آموزی می‌شدند. برخی از افراد معلولی هم که وارد دوره می‌شدند، قبل از اینکه دوره را به پایان برسانند، دوره را ترک می‌کردند. افرادی هم علاقه‌ای به پر کردن پرسشنامه نداشتند و اصلاً وارد تحقیق نمی‌شدند. گاهی دوره‌ها دیر برگزار می‌شد و یا به علت استقبال نکردن افراد معلول از دوره، دوره‌ها برگزار نمی‌گردید. این موارد باعث شد که انجام پژوهش نیاز به زمانی طولانی‌تری پیدا کرد و هم دسترسی به نمونه را مشکل می‌کرد.
- ۲- عدم دسترسی به اطلاعات مدون و منابع کافی کتابخانه‌ای درباره‌ی معلولیت و دیگر متغیرهای پژوهش در شهر بندرعباس.
- ۳- عدم وجود تحقیقات مشابه و نزدیک به پژوهش حاضر برای مقایسه‌ی یافته‌ها.
- ۴- عدم وجود گروه کنترل در اجرای پژوهش.
- ۵- نتایج داده‌های این پژوهش محدود به جامعه آماری در شهر بندرعباس است و قابل تعمیم به دیگر شهرها و استانها نیست.

منابع

- ۱- اخوی راد، بتول (۱۳۸۱). رابطه ظرفیت عملیاتی با تحول اخلاقی در کودکان کم توان ذهنی خفیف. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، شماره ۴، صص ۴۲۲-۳۹۹.
- ۲- اسلامی نسب، علی (۱۳۷۳). روانشناسی اعتماد به نفس. تهران: انتشارات مهرداد، چاپ اول.
- ۳- اووانز، گلاین. ور، کریستینالی (بی تا) روان شناسی سلامت مردان. ترجمه: جعفر نجفی زند (۱۳۸۵)، تهران: نشر آگاه.
- ۴- بحرینی، مسعود؛ بهزادی، سودابه؛ جوکار، بهرام؛ دهقان، فرشید و شهاخت، شهره (۱۳۸۹). رابطه ساختار قدرت و همبستگی در خانواده با خودپنداره دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، شماره ۲، صص ۶۴-۷۱.
- ۵- به پروژه، احمد؛ عصاره، علیرضا و ابوالحسنی، زهره (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه مهارت آموزی حرفه‌ای بر کارآمدی دانش آموزان کم توان ذهنی در دوره متوسطه از دیدگاه دبیران مدارس استثنایی شهر تهران. تحقیقات روان شناختی، دوره ۳، شماره ۱۲.
- ۶- بیانگرد، اسماعیل (۱۳۷۲). روش‌های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان (چاپ اول). تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- ۷- جهان بین، آذر، (۱۳۷۸). بررسی میزان عزت نفس بین دو گروه دانش آموزان دختر موفق و ناموفق سال سوم دبیرستانهای منطقه راین). مراکز آموزش عالی ضمن خدمت فرهنگیان خواجه نصیر کرمان.
- ۸- حسینی نسب، سید داوود، وجدان پرست، حسین (۱۳۸۱). بررسی رابطه عزت نفس با پیشرفت تحصیلی دانشجویان علوم پایه و علوم انسانی مراکز تربیت معلم. نشریه دانشکده ادبیات و علوم انسانی (تبریز). شماره ۴۵، صص ۱۰۱-۱۲۶.
- ۹- خاکسار، سرور؛ گل پرور، محسن و نوری، ابوالقاسم (۱۳۸۶). نقش میانجی عدالت سازمانی ادارک شده در روابط بین خودپنداره مزم کارکنان با رضایت آنها از نتیجه، سرپرست و مدیریت. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، شماره ۳۴، صص ۱-۲۶.
- ۱۰- خاکی فیروز، ندا (۱۳۸۱). مقایسه سطوح تحول اخلاقی کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد تهران مرکز.
- ۱۱- خورشید زاده، محسن (۱۳۸۳). بررسی مقایسه ای ادارک تحول خود در دو بعد فعل پذیر و فاعل پذیر در کودکان و نوجوانان دختر و پسر. مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، سال اول، شماره اول.
- ۱۲- خوردند، محمد تقی (۱۳۸۳). مقایسه عزت نفس دانشجویان دختر ورزشکار و غیر ورزشکار دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی گرگان. مجله حرکت، شماره ۲۱.

- ۱۳- ذاکر نژاد، منصوره (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع اختلالات تغذیه‌ای در دانشجویان دختر دانشگاه چمران اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- ۱۴- روزنامه افتاب یزد، www.Aftab-yazd.com
- ۱۵- روین، لارنسوی (بی تا). روان‌شناسی شخصیت. ترجمه: محمدجعفر جوادی و پروین کدیور (۱۳۷۳). تهران: انتشارات رسا. چاپ اول.
- ۱۶- سازمان ملل متحد (بی تا)، ناتوانی: وضعیت، استراتژیها و تدابیر. ترجمه: جواد صالحی (۱۳۷۲). تهران، انتشارات سازمان بهزیستی کشور
- ۱۷- سیف، علی اکبر (۱۳۶۸). روان‌شناسی پرورشی. تهران: انتشارات آگاه.
- ۱۸- شاملو، سعید (۱۳۸۲). مکتب‌ها و نظریه‌ها در روان‌شناسی شخصیت (چاپ هفتم). تهران: رشد.
- ۱۹- شاهنده، هانیه؛ وامقی، روشنک؛ حاتمی زاده، نیکتا و کاظم نژاد، انوشیروان (۱۳۸۳). کیفیت زندگی افراد مبتلا به ضایعات نخاعی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. سال سوم، شماره ۳.
- ۲۰- شولتز، دوان (بی تا). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یوسف کریمی (۱۳۸۴). تهران: ارسباران، چاپ اول.
- ۲۱- شولتز، دوان، شولتز، سیدنی (بی تا). تاریخ روان‌شناسی نوین (چاپ سوم). ترجمه علی‌اکبر سیف (۱۳۷۵). تهران: رشد، جلد دوم.
- ۲۲- صدیقی ارفعی، فریبرز؛ تمنایی فر، محمد رضا و منصوری نیک، اعظم (۱۳۹۰). ارتباط میان تصویر بدن، میزان سازگاری و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دبیرستانی. فصلنامه نوآوری های آموزشی. شماره ۳۸، صص ۵۱-۶۷
- ۲۳- عاطفی، مریم (۱۳۹۱). روزنامه مردم سالاری. www.mardomsalari.com
- ۲۴- عسگری، عباسعلی؛ اژه‌ای، جواد؛ آزاد فلاح، پرویز (۱۳۸۳). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های حرفه‌ای بر میزان رفتار سازشی و حرمت خود دانش آموزان کم توان ذهنی. مجله روانشناسی. دوره ۸، مسلسل ۲۹، صص ۷۰-۸۵
- ۲۵- فرجی، محمد علی (۱۳۹۳). مطالعه تطبیقی عدم تبعیض بر مبنای معلولیت در حوزه اشتغال. فصلنامه حقوق پزشکی. سال هشتم، شماره ۲۹ صص ۱۶۷-۱۹۶.
- ۲۶- فروغی پور، حمید (۱۳۶۶). مقایسه منبع کنترل عزت نفس و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان ورزشکار و غیر ورزشکار پسر سال سوم دبیرستانهای دولتی منطقه ۳ تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- ۲۷- فقیه، ابوالحسن؛ نظم‌ده، کاظم و هم‌رنگ یوسفی؛ محمدتقی (بی تا). معلولیت‌ها، راهنمای تطبیق و اجرای اثربخش میثاق جهانی افراد دارای معلولیت. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- ۲۸- قاری سید فاطمی، سیدجواد (۱۳۸۷). تحول گفتمانی: حق‌ها و آزادی‌های معلولان در آیین حقوق بشر. مجله پژوهش‌های حقوقی، شماره ۱۳.
- ۲۹- قاسمی، عبدالله؛ مومنی، مریم و خانکه، حمیدرضا (۱۳۸۸). مقایسه تصویر بدنی معلولین ورزشکار با معلولین و غیر معلولین غیر ورزشکار مرد. مجله توانبخشی، شماره چهار، مسلسل ۴۰
- ۳۰- قضایی، صمد (۱۳۶۸). معلولیت‌ها: سبب شناسی، پیشگیری، توانبخشی. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- ۳۱- کربلایی اسماعیلی، سیما؛ مدبریان، احسان؛ موسوی، بتول، جوادی و پروانه، مسعود (۱۳۸۷). میزان رضایت از زندگی، نحوه شرکت در فعالیت‌های تفریحی - ورزشی، شغلی و وضعیت تأهل در جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی. مجله علمی - پژوهشی طب جانباز. سال اول، شماره دوم.

- ۳۲- کیانی، مجید؛ شیروانی، طهماسب؛ قنبری، هادی و کیانی، سیاوش (۱۳۹۱). تعیین جایگاه فعالیت ورزشی در نحوه گذراندن اوقات فراغت جانبازان و معلولین. مجله طب جانباز. شماره هجدهم.
- ۳۳- گولومبوگ، سوزان و فیوش، رایین (بی تا). رشد جنسیت. ترجمه: مهرناز شهرارای (۱۳۸۲). تهران: انتشارات ققنوس.
- ۳۴- لانگ، نیکولاس و زولتن، کریستن (بی تا). روش های افزایش عزت نفس در کودکان. ترجمه: حیدر فتحی (۱۳۸۳). نشریه ماهانه آموزش تربیتی پیوند. شماره های ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹.
- ۳۵- لطف آبادی، حسین (۱۳۸۰). عواطف و هویت نوجوانان و جوانان. چاپ اول. تهران: انتشارات نسل سوم.
- ۳۶- محسنی، منوچهر (۱۳۷۶). جامعه شناسی پزشکی. چاپ پنجم. تهران: کتابخانه طهوری.
- ۳۷- محسنی، نیکچهره (۱۳۷۵). ادراک خود: از کودکی تا بزرگسالی. چاپ اول. تهران: موسسه انتشارات بعثت.
- ۳۸- مرادزاده، حسن (۱۳۸۷). معلول در حقوق مسئولیت مدنی. رساله دکتری، دانشگاه تهران.
- ۳۹- مرادی، اعظم؛ کلانتری، مهرداد و معتمدی، مرضیه سادات (۱۳۸۶). رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت روانی معلولان جسمی شهر اصفهان. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی. شماره ۳۱، صص ۸۳-۱۰۰.
- ۴۰- مشکور، محمد جواد (۱۳۶۹). ایران در عهد باستان. چاپ ششم. تهران: انتشارات سازمان تربیت معلم و تحقیقات تربیتی.
- ۴۱- مفتاح، بی نا (۱۳۸۱). رابطه کمرویی و عزت نفس با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دوم راهنمایی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد
- ۴۲- مقیمی، مریم (۱۳۹۱). تأثیر اشتغال در کارگاه تولیدی- حمایتی بر رشد اخلاقی دختران کم توان ذهنی. دومین کنفرانس ملی جامعه شناسی و اخلاق.
- ۴۳- موسوی، بتول؛ منتظری، علی و سروش، محمدرضا (۱۳۸۶). کیفیت زندگی جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی. فصلنامه پایش. سال هفتم، شماره یک، صص ۷۵-۸۱.
- ۴۴- نباتیان، الهام؛ قمرانی، امیر؛ ذاکریان، مجتبی و مهدیزاده، ایرج (۱۳۹۱). رابطه سلامت با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شهر بیرجند. مجله طب جانباز. شماره هجدهم.
- ۴۵- نجارپور سجادی، (۱۳۸۷). رابطه جو عاطفی خانواده، خودپنداره، عزت نفس و پایگاه اقتصادی اجتماعی بر شکل گیری هویت جوانان. مجله اندیشه و رفتار. شماره ۹.
- ۴۶- نور بخش، پروش؛ حسن پور، قباد (۱۳۸۳). بررسی مقایسه ای عزت نفس و خودپنداره پسران ورزشکار و غیر ورزشکار دوره متوسطه نواحی آموزش و پرورش شهر اهواز و رابطه آنها با پیشرفت تحصیلی. مجله حرکت. شماره ۲۱.
- ۴۷- نوری، ابوالقاسم. (۱۳۷۴). جنبه های روان شناختی ناتوانی جسمی: اشتغال به عنوان مهمترین عامل. مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی). جلد هفتم، شماره ۴.
- ۴۸- هاید، جانت (بی تا). روان شناسی زنان. ترجمه: اکرم خمسه (۱۳۸۴). تهران: نشر آگه.
- ۴۹- یوسفیان، الهام (۱۳۸۷). تأملی بر قانون جامع حمایت از حقوق معلولان در پرتو مقررات کنوانسیون حقوق اشخاص دارای معلولیت. مجله پژوهش های حقوقی. شماره ۱۳.

منابع خارجی

۱. Annandale, Ellen (۱۹۹۸). The sociology of Health and Medicine, A critical introduction, Cambridge: The Polity Press
۲. Ardestani A. (۲۰۰۴). The comparison of athletes and non-athletes Social attitude. M.Sc. dissertation. Tarbiat Moallem University Tehran.

۳. Bahram A, Shafizadeh M. (۲۰۰۲). The comparison of active and nonactive adults body image and its relation with somatotype and body composition. Tarbiat Moallem University, Tehran.
۴. Baker, Lucie; Eyal Gringart (۲۰۰۹). Body image and self-esteem in older adulthood. *Journal of Ageing & Society* ۲۹, ۹۹۰-۹۷۷.
۵. Barbotte E, Guillemin F. (۲۰۰۱). Neurkassen and Lord handicap Group. World Health Organization. *Bulletin of world Health organization*; ۷۹(۱۱): ۱۰۴۷-۵۰.
۶. Blinde, E. M., & Taub, D. E. (۱۹۹۹). Personal empowerment through sport and physical fitness activity: Perspectives from males college students with physical and sensory disabilities. *Journal of Sport Behavior*, ۲۲, ۱۸۱-۲۰۲.
۷. Bullinger M. (۱۹۹۱). Testing and evaluation quality of life measures for German clinical trials. *Controlled clinical trial*. ۱۲:۹۱۰.
۸. Byrne, B. M., & Shavelson, R. J. (۱۹۸۶). On the structure of adolescents self-concept. *Journal of Educational Psychology*, ۷۸, ۴۷۴-۸۱.
۹. Campbell, J. d., Trapnell, P. D., Lavelle, L.F., Katz, I.M., Heine, S.J., & Lehman, D.R. (۱۹۹۶). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, ۷۰, ۱۴۱-۵۶.
۱۰. Choi, Percilla, Y. L. (۲۰۰۰). Looking good and feeling good: why do fewer women than men exercise?, pp. ۳۷۲-۳۷۸, in pp. ۴۳۳-۴۳۰.
۱۱. Ussher.M. (Ed). *Women's Health*, Leicester: The British Psychological Society.
۱۲. Cockerham, William, C. (۲۰۰۱). *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Oxford: Blackwell Publishers.
۱۳. Cooper, C. L., & Pervin, L. A. (۱۹۹۸). *Personality :Critical concepts in psychology*. New York: Routledge
۱۴. Coopersmith, S. (۱۹۶۷). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman.
۱۵. Dembo, M.H. (۱۹۹۴). *Applying educational psychology*. New York: Logman and publishing group of London.
۱۶. Donnelly, J.W., Eburne, N. and Kittleson, M. (۲۰۰۱). *Mental health: Dimension of self-esteem and emotional well-being*. Boston: Apllyn and Bacon.
۱۷. Esnaola, Igor, (۲۰۱۰). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures. *Salud Mental* ۳۳ (۱): ۲۱-۹.
۱۸. Ferraro, F. Richard (۲۰۰۸). Aging, Body Image, and Body Shape. *Journal of General Psychology* , ۱۳۰ (۴). p ۳۷۹-۳۹۲.
۱۹. Fortado, Jennifer.L. (۲۰۰۲). *being genderd: bringing the body backin callege*.
۲۰. Gillen, Meghan M.; Eva S. Lefkowitz (۲۰۱۲). Gender and racial/ethnic differences in body image development among college students. *Body Image* ۹ (۱): ۱۲۶-۱۳۰.
۲۱. Golmohamadi B. (۱۹۹۰). *The investigate and Compare of self steem of athletes and nonathletes disables*. Thesis for Master of Sciences. Tarbiat Modarres University, Tehran.
۲۲. Green wood C.M. (۲۰۰۶). Self efficacy and psychological well-being of wheelchaire tennis participant and wheelchaire non tennis participants. *Journal of Adapted Physical Activity Quarterly*. ۷(۱): ۱۲۳- ۱۲۹.
۲۳. Gruber, J.J. (۱۹۸۶). physical activity and self- esteem development in children: Ameta-analysis. *Academy papers*. ۱۹, pp: ۳۰-۴۸.
۲۴. Jacobs D. (۲۰۰۳). ۷th international symposium adapted physical activity. Berlin .pp ۲۱-۲۴
۲۵. JAMAL, M. & MITCHELL, V.F. (۱۹۸۰). Work, network and mental health. *Industrial Rekatuions*, ۱۹, ۱, pp ۸۸- ۹۳.
۲۶. JIN, R.L., SHAH, C.P. & SVOBODA, T.J. (۱۹۹۰). The impact of unemployment on health: A review of the evidence. *Canadian medical association Journal*, ۱۰۳, ۵, pp ۵۲۹- ۵۴۰.
۲۷. Kernis, M.H., Paradies, A. W., Whitaker, D.J., Wheatman, S.R., & Goldman, B.N. (۲۰۰۰). Master of one's psychological domain? Not likely if one's selfesteem is unstable. *Personality and Social Psychology Bulletin* ۲۶, ۱ .pp: ۲۹۷-۳۰۰.
۲۸. Kihlstrom, J.F., Albright, J.S., Klein, S.B., Cantor, N., Chew, B.R., & Neidenthal, P.M. (۱۹۸۸). Information processing and the study of the self. *Advances in Experimental Social Psychology* , ۲۱, ۱: ۴۰- ۸۰.
۲۹. Lazarus, R.S. (۱۹۹۹). The cognition-emotion debate: A bit of history. In T., Dalglish, & M., Power (Eds). *Handbook for cognition and emotion* (۰-۱۹) John Weily & Sons Ltd.
۳۰. Levins SM, Redenbach DM, Dyck I. *Phys Ther*. (۲۰۰۴). Individual and societal influences on participation in physical activity following spinal cord injury: a qualitative study. ۸۴(۶).pp: ۴۹۶-۵۰۹

31. Lindberg L, Hjern A .(2003). Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *Int J Eat Disord* 34 (4),pp 397-408.
32. Litwin H.(2005). The association of disability, socio demographic background and social network type in later life. *J of Aging Health*. 17(7),pp 391-408.
33. Mandaglio, S., & Pyryt, M.C. (1990). Self-concept of gifted students. *Teaching Exceptional Children*, 22(3),pp 40-50.
34. Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1980). Self-concept: Its
35. Marsh, H.W. (1990). Influences of internal and external frames of reference on the formation of math and English self-concepts. *Journal of Educational Psychology*, 82, 107-116.
36. Martin, Brett A. S. , Robina, Xavier (2010). How do consumers react to physically larger models? Effects of model body size, weight control beliefs and product type on evaluations and body perceptions. *Journal of Strategic Marketing*, 8 (1). Pp.489- 501
37. McCreary, Saucier,Courtenay , Kimmel & Mahalik, (2004) multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychology*, 20, 107-20.
38. Mellor, David (2010). Body image and self-esteem across age and gender: A short-term longitudinal study. *Sex Roles* 63: 672-81.
39. MURPHY, G.C. & ATHANASOU, J.A. (1999). The affect of unemployment on mental health. *Journal of occupational and organizational psychology*, 72.pp:83- 89.
40. Pope, H.G., Phillips, K.A & Olivardia ,R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. Sydney :The Free Press.
41. Roth. M.(2002). sex differences in body image of adolescents and significance for self- esteem. *Pubmed-Indexed for medline*,.
42. Salamati P, Abolhassani F, Shariati B, Kamali M. (2007). Family education: Main strategy for community based rehabilitation. *Rehabilitation*; 4(3). Pp: 20-5.
43. Sands R.T. (2000).female wheelchair athletes and changes to body Image, *Journal of disability*(14),pp: 413-426.
44. Schonherr MC, Groothoff JW,Mulder GA,Eisma WH. (2000). Participation and satisfaction after spinal cord injury: results of a vocational and leisure outcome study. *Spinal Cord*.;23(4):241-8
45. Taylor AH, Fox KR.(2000). Effectiveness of a primary care exercise referral intervention for changing physical self-perceptions over 9 months. *Health Psychol*. 23(1) pp11-21.
46. Tyrie LS, Mosenthal AC. (2011). Care of the family in surgical intensive care unit. *Surgical Clinics Of North America*. 91(2): 333-42
47. Woolfolk, A.E. (1993). *Educational psychology*. Boston: Allyn and Bacon.

پیوست

جدول - پرسشنامه تصویر بدن

پرسشنامه حاضر دربرگیرنده عبارتهایی است که نظر، احساس یا طرز رفتار افراد را نشان می‌دهد.

گزینه‌ها					عبارتها	ردیف
کاملا موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملا مخالفم		
					قبل از آنکه در جمعی حضور یابم، همیشه به ظاهرم توجه می‌کنم.	۱
					سعی می‌کنم لباس‌هایی را بخرم که به من ظاهری آراسته بدهند.	۲
					از عهده اغلب آزمون‌های آمادگی جسمانی برمی‌آیم.	۳
					برایم مهم است که قدرت جسمانی عالی داشته باشم.	۴
					من دارای جاذبه جنسی هستم.	۵
					یک برنامه منظم ورزشی ندارم.	۶
					من ظاهرهم را همان‌طور که هست دوست دارم.	۷
					هر وقت که بتوانم ظاهرم را در آینه بررسی می‌کنم.	۸
					قبل از آنکه از منزل بیرون بروم، معمولا زمان زیادی طول می‌کشد که آماده شوم.	۹
					قدرت تحمل جسمی من خوب است.	۱۰
					شرکت در فعالیت‌های ورزشی برایم اهمیتی ندارد.	۱۱
					به صورت فعال برای متناسب نگه داشتن اندام خود تمرین می‌کنم.	۱۲
					به نظر بیشتر افراد خوش‌قیافه هستم.	۱۳
					برایم مهم است که همیشه آراسته به نظر برسم.	۱۴
					از وسایل آرایشی خیلی کم استفاده می‌کنم.	۱۵
					مهارت‌های جسمانی را فوراً یاد می‌گیرم.	۱۶
					داشتن تناسب اندام اولویت مهمی در زندگی من ندارد.	۱۷
					کارهایی را انجام می‌دهم که قدرت جسمانی‌ام را افزایش دهد.	۱۸
					بدن برهنه ام را دوست دارم.	۱۹
					اگر آراسته نباشم، نسبت بدن آگاه هستم.	۲۰
					معمولا هرچه دم دست باشد، بدون آنکه به ظاهرش اهمیت دهم، می‌پوشم.	۲۱

					در ورزش‌ها و بازی‌های جسمانی، ضعیف هستم.	۲۲
					به ندرت به مهارت‌های ورزشی فکر می‌کنم.	۲۳
					برای بهبود قدرت جسمانی‌ام تلاش می‌کنم.	۲۴
					دوست دارم لباس‌هایم مناسب و اندازه بدنم باشد.	۲۵
					برایم مهم نیست که دیگران در مورد ظاهر من چه فکری می‌کنند.	۲۶
					به آرایش موهایم اهمیت ویژه‌ای می‌دهم.	۲۷
					جسمم را دوست ندارم.	۲۸
					به اصلاح توانایی‌هایم در فعالیت‌های جسمانی اهمیت نمی‌دهم.	۲۹
					سعی می‌کنم از نظر جسمی فعال باشم.	۳۰
					از لحاظ جسمانی جذاب نیستم.	۳۱
					هرگز به ظاهر من فکر نمی‌کنم.	۳۲
					همیشه می‌کوشم ظاهر من را اصلاح کنم.	۳۳
					بسیار آراسته هستم.	۳۴
					در طول سال در یک رشته ورزشی به طور منظم فعالیت می‌کنم.	۳۵

در مقابل عبارتی که به بهترین وجه شما را وصف می‌کند، علامت بگذارید.

ردیف	عبارتها	خیلی کمبود وزن دارم	قدری کمبود وزن دارم	وزن طبیعی دارم	قدری اضافه وزن دارم	خیلی اضافه وزن دارم
۳۶	من فکر می‌کنم که ...					
۳۷	بیشتر افراد با دیدن من فکر می‌کنند که من					

لطفا مشخص نمایید که در مورد هر قسمت از بدنتان تا چه حد رضایت دارید.

ردیف	عبارتها	خیلی ناراضیم	تقریبا ناراضیم	فرقی نمی‌کند	تقریبا راضیم	خیلی راضیم
۳۸	صورت (ویژگی‌ها و ترکیب صورت)					
۳۹	مو (رنگ، ضخامت، بافت مو)					
۴۰	پایین تنه (باسن، ران و پاها)					
۴۱	نیم تنه (کمر و شکم)					

					بالا تنه (قفسه سینه یا سینه‌ها، شانه‌ها)	۴۲
					کشیدگی طبیعی عضلات	۴۳
					وزن	۴۴
					قد	۴۵
					ظاهر کلی	۴۶

جدول - پرسشنامه عزت نفس آیزنک

این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال از پرسشهای سنخ استواری، سازگاری و نا استواری هیجانی مربوط به عزت نفس است که در مقابل احساس حقارت قرار گرفته است. آزمودنی باید در مقابل هر سوال بکوشد جواب آری یا خیر دهد. در صورتی که واقعاً برایش امکان نداشته باشد علامت سوال می‌گذارد (؟). نمره گذاری به شکل زیر است. به پاسخهایی که سنجش عزت نفس را در مقابل احساس حقارت در بر دارند یک امتیاز تعلق می‌گیرد در حالی که به پاسخهای مقابل آن هیچ نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد. به گزینه هایی با علامت سوال نصف نمره را در بر می‌گیرد. پرسشهایی با پاسخ آری یا خیر یک نمره به آنها تعلق می‌گیرد

خیر ۳-۴-۶-۷-۸-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸

آری ۱-۲-۵-۹-۱۰-۱۱-۱۶-۲۲-۲۳-۲۹-۳۰

- ۲- آیا در زندگیتان چیزهایی وجود دارد که به آنها افتخار کنید؟
- ۳- آیا اغلب اوقات، احساس می‌کنید در زندگی نا موفق بوده اید؟
- ۴- آیا دچار احساس خود کم بینی هستید؟
- ۵- به طور کلی آیا به خود اطمینان کافی دارید؟
- ۶- آیا اغلی آرزو می‌کنید ای کاش شخص دیگری بودید؟
- ۷- وقتی قرار باشد در برابر عده ای صحبت کنید، آیا احساس می‌کنید که ممکن است بخوبی از عهده این کار بر نیایید؟
- ۸- آیا احساس می‌کنید که مایلید خیلی چیزهای زندگیتان تغییر کند؟
- ۹- آیا فکر می‌کنید که روی هم رفته مردم شما را دوست دارند؟
- ۱۰- آیا به تصمیم های خود بسیار اطمینان دارید؟
- ۱۱- آیا در نظر خودتان آدم با ارزشی هستید؟
- ۱۲- آیا اغلب اوقات نسبت به کارهایی که کرده اید، احساس شرمساری می‌کنید؟

بد								خوب
زشت								زیبا
بی ارزش								بارزش
متقلب								رو راست
نرم								سخت
کیف								تمیز
کند								تند
آرام								پریشان
شیرین								تلخ
مریض								سالم
میهم								واضح
ملایم								خشن
ترسو								شجاع
معتبر								نامعتبر
بالغ								نابالغ
با استعداد								بی استعداد
خونگرم								خونسرد
خود خواه								متواضع

Abstract

This study was aimed at investigating the effects of group internship courses on self-esteem, self-concept and the body image of the patients with motor-physical disabilities and spinal cord injuries. A quasi-experimental research design was applied in this study. The target population consisted of all the patients with motor-physical disabilities and spinal cord injuries in the city of Bandar-Abbas and 10 subjects who participated in internship courses were selected through availability sampling. Educational content were includes :Tailoring Training 38 hours, wood mosaic 6 hours, Mosaic wheat 30 hours and Computer 2 hours. The data were obtained from the administration of Izaak's self-esteem, Rogers's self-concept and self-image questionnaires. The participants filled out the questionnaires once before the internship course and once after that. The obtained data were analyzed in SPSS through one-sample t-test. The results revealed that the mean of the sample's post-test scores was significantly higher than that of the pre-test (self-esteem, $p=0,001$; self-concept, $p=0,001$; self-image, $p=0,001$). Thus, it can be concluded that the administration of group internship courses has a positive effect on the participants' self-esteem, self-concept and body image.

Key words: Internship course, self-esteem, self-concept, body image, disabled patient

Project Title:

Study of influence and group training On self-esteem, self-concept and body image, physical disabilities - mobility and spinal cord injury

Project executor:

Noor mohammad Rahmani

Project partner:

Seyedeh zeynab moosavi