



## دوازدهمین سمینار انجمن مشاوره ایران



# کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

بررسی مقایسه ای خودپنداره با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شهر بیرجند  
الهام نباتیان<sup>۱</sup>، امیر قمرانی<sup>۲</sup>، مجتبی ذاکریان

### مقدمه:

معلولیت عبارت است از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد نقص و ناتوانی است، بطوریکه مانع از انجام نقشی می شود که برای فرد با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی و فرهنگی طبیعی تلقی می گردد. در این میان معلولیت های حرکتی بالاترین میزان شیوع را در معلولیت ها دارا می باشند، قطع عضو یکی از شایعترین معلولیت های حرکتی است (دوروکس و همکاران، ۲۰۰۵)

جنگ مسئله ای مهم در بهداشت عمومی جامعه است که تلفات و ویرانی های سنگین ناشی از آن معمولاً منجر به اثرات پایدار دراز مدتی بر جسم و روان افراد می گردد. از جمله این مسائل، کیفیت زندگی جانبازان است که در اثر کم توجهی به نیازهای اولیه بهداشتی، درمانی و توانبخشی آنان در معرض خطر قرار گرفته است (بهدانی و همکاران، ۲۰۰۹)

از عوارض هر جنگی، بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای افرادی که به طور مستقیم یا به طور غیر مستقیم در جنگ حاضر بوده اند، بوجود می آید. معمولاً مشکلات جسمی منجر به بروز نقص عضو می گردد. اما آسیب های روانی تا مدت ها حتی پس از جنگ گریبانگیر آسیب دیدگان خواهد بود. فرد آسیب دیده نه تنها از نظر روانی دچار اختلال می گردد، بلکه محیط خانواده نیز به تاثیر از وی در معرض خطر قرار می گیرد (انیسی، ۱۹۹۸)

کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی شامل توانایی عملکرد، سلامت و وضعیت روحی - روانی فرد است که عوامل مهم و متعددی نظیر وضعیت جسمی، روانی و عقاید فردی و ارتباطات اجتماعی بر آن تاثیر دارد. (پولونسکی، ۲۰۰۰)

بیان مسأله:

جنگ ها کیفیت زندگی را بیش از هر عامل دیگری تحت تاثیر قرار می دهند. از عواقب جنگ می توان به تلفات جانی، مصدومیت و معلولیت های ناشی از سلاح های جنگی از جمله شیمیایی، آسیب به کودکان، زنان و سالمندان اشاره کرد. (میرزمانی، ۲۰۰۱)

طی چند دهه اخیر کیفیت زندگی به عنوان جزء مهم سلامت شناخته شده است. به نحوی که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید موجب ارتقاء کیفیت زندگی گردد. (کاپلان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳، کاتچینگ، ۲۰۰۶)

بسیاری از محققین رابطه بین صفات فردی و کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده اند این عوامل شامل میزان شناخت از خود، تنشهای متحمل شده، دستیابی به اهداف زندگی، روشهای مقابله و میزان سازگاری می باشند.

تلقی یا شناخت فرد از خود که شامل عواملی مانند مفید بودن، مولد بودن، تصور ذهنی از خود، ذوق و علاقه، نحوه نگرش نسبت به زندگی، درمان و آینده نگری تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی دارند.

این می تواند شامل تصور کلی آنها از خود و باورهای مذهبی شان نیز باشد، هامچک<sup>۴</sup> (۱۹۸۱) این تصور را که همان خودپنداره است، مجموعه ای از ادراکات یا نقاط مرجعی می داند که موضوع آن خود است، مجموعه ای از ویژگی ها، اسناد، صفت ها و کمبودها و محدودیت ها که موضوع آن توصیف خود است. حضرت علی (علیه السلام) در نهج البلاغه می فرماید: تا نبود شد کسی که ارزش خود را ندانست. یعنی خود یک نظام ارزشمند برای هر فرد می باشد.

خودپنداره مثبت کلید رشد و سازندگی فردی و اجتماعی است؛ تصویری که شخص از وحدت و یکپارچگی وجود خویشتن دارد، نحوه ای که خود را می بیند، مجموعه خصایصی که با خود در بسیاری از موقعیت ها به عمل آورده است و الگوی خاصی که او را توصیف می کند بیانگر ( خود است). (تقی زاده، ۱۳۷۹، ص ۲۷)

به طور خلاصه، می توان گفت: خودپنداره چارچوبی شناختی است که به واسطه آن به سازمان بندی آنچه درباره خویش می دانیم می پردازیم و اطلاعاتی را که به خود مربوط می شوند بر پایه آن پردازش می کنیم. این قبیل (طرحواره خود) در برگیرنده مولفه های خاص نیز می باشد که در نقش گرایش های شخصیت عمل می کند. سه مولفه از این مولفه ها عبارتند از: تفاوت های فردی در شیوه ارزشیابی خود، باور کردن خود

Elham\_nabatian@yahoo.com

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

<sup>۲</sup> استادیار گروه روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، مدرس دانشگاه آزاد

<sup>۴</sup> Devereux PG

<sup>۵</sup> Polonsky

<sup>۶</sup> Kaplan

<sup>۷</sup> <http://paveh.kums.ac.ir/newsdetail-1765-fa.html>

<sup>۸</sup> Hamachek

<sup>۹</sup> Self

<sup>۱۰</sup> (هَلْكَتْ اَمْرُوْكُمْ يَعْرِفُ قَدْرَهُ)





## دوازدهمین سمینار انجمن مشاوره ایران



# کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

برای تلاش در جهت دستیابی به اهداف مطلوب، و علاقه نشان دادن به میزان اثر گذاشتن بر روی دیگران از طریق رفتارهای خود. (تقی زاده، ۱۳۷۹ ص ۲۹)

هدف کلی: بررسی مقایسه ای خودپنداره با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شهر بیرجند

### اهداف جزئی:

- ۱- مقایسه کیفیت زندگی جانبازان و معلولین
  - ۲- مقایسه خودپنداره جانبازان و معلولین
  - ۳- رابطه بین خودپنداره با کیفیت زندگی معلولین
  - ۴- رابطه بین خودپنداره با کیفیت زندگی جانبازان
- متغیر خودپنداره دانشجویان تنها با متغیر محل سکونت دانشجویان شاهد تفاوت معناداری نشان داده است. (منصوری، ۱۳۸۶)
- بین خود پنداره و پیشرفت تحصیلی کل دانش آموزان شاهد ایتارگر رابطه منفی و معنی داری وجود دارد (بهوندی، ۱۳۸۸) بین سلامت معنوی در بُعد مذهبی و کیفیت زندگی در بُعد روانی ارتباط معنی داری وجود داشت. (اله بخشیان وهمکاران، ۱۳۸۹) آموزش هوش معنوی بر ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی همسران جانباز تاثیر دارد. (هادی تبار، نوایی نژاد، احقر، ۱۳۸۹) کیفیت خدمات اجتماعی دریافت شده توسط جانبازان با تمام حیطه های کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معناداری نشان داده است. (زندیان، ۱۳۸۹)
- آیا بین خودپنداره دو گروه جانبازان و معلولین تفاوت معناداری وجود دارد؟
- آیا بین کیفیت زندگی دو گروه جانبازان و معلولین تفاوت معناداری وجود دارد؟
- آیا خودپنداره می تواند پیش بینی کننده کیفیت زندگی در جانبازان باشد؟
- آیا خودپنداره می تواند پیش بینی کننده کیفیت زندگی در معلولین باشد؟

### روش تحقیق:

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه جانبازان آزاده و کلیه معلولین جسمی حرکتی با معلولیت متوسط شهر بیرجند بود ۶۰ نفر (۳۰ جانباز و ۳۰ معلول) به صورت تصادفی و از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. و دو گروه را با یکدیگر از لحاظ (معلولیت جسمی - حرکتی) همتا شدند و اطلاعات دموگرافیک در این پژوهش دخیل شدند، طرح پژوهشی از نوع علی - مقایسه ای می باشد.

### ابزار پژوهش:

که شامل ۹ سوال است که هر کدام بین نمرات ۰ تا ۱۰ متغیر است. وبه WHO فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی فردی سازمان بهداشت جهانی تناسب هر سوال نمرات کمتر از ۵ نشانه کیفیت زندگی نامطلوب، ۵ نشانه کیفیت زندگی متوسط و هر چه به سمت ۱۰ نزدیکتر شود، نشانه زندگی مطلوب می باشد. شاخص بهزیستی بزرگسال بر مبنای مقیاس کیفیت زندگی جامع (کامینز، مک کیب، رومئو و گالون، ۱۹۹۴) ساخته شده است. (تیم بین المللی کیفیت زندگی، ۲۰۰۶). این شاخص توسط کامینز و لا در سال ۲۰۰۶ به سفارش تیم بین المللی بهزیستی تهیه شده است (تیم بین المللی بهزیستی، ۲۰۰۶). شاخص بهزیستی فردی بزرگسالان دارای ۹ سوال می باشد که کیفیت زندگی را در ۸ بعد اندازه گیری می کند. این ابعاد عبارتند از: استاندارد زندگی، سلامت شخصی، موفقیت در زندگی، روابط شخصی، امنیت شخصی، ارتباط با جامعه، تامین آینده (آسایش آینده) و معنویت/مذهب. برای احراز روایی این مقیاس، از مقیاس رضایت از زندگی (دینر، امنس، لارسن و گریفین، ۱۹۸۵) استفاده شده است که همبستگی این دو مقیاس ۰/۷۸ گزارش شده است. (توماس ۲۰۰۵ به نقل از تیم بین المللی بهزیستی، ۲۰۰۶). میزان آلفای این مقیاس در استرالیا و دیگر کشورها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (کامینز و لا، ۲۰۰۵؛ به نقل از تیم بین المللی بهزیستی، ۲۰۰۶). امید (۱۳۸۷) جهت این مقیاس ضریب پایایی با آزمایی را ۰/۷۴ آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۲ به دست آمد. پرسشنامه خودپنداره کالیفرنیا: در ۳۰ پرسش از مضمون خودپنداره کالیفرنیا، هر پرسش با سه گزینه بلی، خیر و نمی دانم پاسخ داده می شود، که گزینه نمی دانم صفر و هر پرسش به تناسب مضمون آن گزینه بلی یا خیر نمره یک دریافت می کند. بنابراین نمره خودپنداره هر فرد، از صفر تا ۳۰ می تواند متغیر باشد. در این آزمون نمره های صفر تا ۱۱ نشانه خودپنداره ضعیف، ۱۲ تا ۱۷ خودپنداره متوسط و نمره های ۱۸ به بالا، نشانه خودپنداره نیرومند است.

**روش اجرا:** فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی فردی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه ی کالیفرنیا را در اختیار جانبازان و معلولین قرار داده و از آنها خواستیم با کمال صحت به سوالات پاسخ دهند و جهت جلوگیری از سوگیری به آنها گفته شد که نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی نیست.

### روش تجزیه و تحلیل داده ها:

روش تجزیه و تحلیل داده ها به دو صورت توصیفی و استنباطی انجام شد که در روش توصیفی میانگین و انحراف معیار مد نظر بود و در روش استنباطی با استفاده از نرم افزار SPSS از روش آماری آزمون t مستقل و رگرسیون استفاده شد.

### نتایج:

این پژوهش با هدف مقایسه ای خودپنداره با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شهر بیرجند انجام شد. بدین منظور از روش t دو گروه مستقل استفاده شد که نتایج بدست آمده از تحلیل توصیفی داده ها در جدول ۱ و نتایج حاصل از آزمون t در جدول ۲ مشاهده می گردد. جدول ۱: نتایج بدست آمده از تحلیل توصیفی داده های مربوط به متغیر (سن) :

نوع	تعداد	بالا ترین	پایین ترین	میانگین	S
-----	-------	-----------	------------	---------	---





## دوازدهمین سمینار انجمن مشاوره ایران



# کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

	۴۷.۶۳	۲۱	۷۱	۳۰	جانباز
۹.۹۱	۴۰.۸۰	۲۴	۵۹	۳۰	معلول
	۸۸.۴۳	۴۵	۱۳۰	۶۰	کل

جدول ۲: نتایج بدست آمده از تحلیل توصیفی داده های مربوط به متغیر (تحصیلات):

تحصیلات	نوع معلولیت	فراوانی	درصد فراوانی
بی سواد	جانباز	۳	۱۰
	معلول	۵	۱۶.۶۶
ابتدایی	جانباز	۸	۲۶.۶۶
	معلول	۱۰	۳۳.۳۳
راهنمایی	جانباز	۷	۲۳.۳۳
	معلول	۴	۱۳.۳۳
دیپریستان	جانباز	۱۰	۳۳.۳۳
	معلول	۸	۲۶.۶۶
دانشگاهی	جانباز	۲	۶.۶۶
	معلول	۳	۱۰
کل	جانباز	۳۰	۱۰۰.۰
	معلول	۳۰	۱۰۰.۰

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود بیشترین فراوانی در گروه جانبازان به لحاظ تحصیلات افراد دیپریستانی با فراوانی ۱۰ و کمترین فراوانی افراد دانشگاهی با فراوانی ۲ و در گروه معلولین بیشترین فراوانی مربوط به افراد ابتدایی با فراوانی ۱۰ و کمترین فراوانی مربوط به افراد دانشگاهی با فراوانی ۳ می باشد.

جدول ۳: نتایج حاصل از آزمون t مستقل برای مقایسه خودپنداره دو گروه جانبازان و معلولین

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	ضریب t	سطح معناداری
جانبازان	۳۰	۳۶.۶۶	۵.۵۱	۵۸		
معلولین	۳۰	۳۱.۱۳	۷.۴۰	58	۳.۲۸	۰.۰۰۲

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود میانگین خودپنداره جانبازان ۳۶.۶۶ و بیشتر از خودپنداره معلولین ۳۱.۱۳ می باشد و جانبازان از سطح خودپنداره بالاتری برخوردارند و بین خودپنداره دو گروه معلولین و جانبازان تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$  و  $t = 3.28$ ) جدول ۴ نتایج حاصل از آزمون t مستقل برای مقایسه کیفیت زندگی دو گروه جانبازان و معلولین

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	ضریب t	سطح معناداری
------	-------	---------	------------------	------------	--------	--------------





## دوازدهمین سمینار انجمن مشاوره ایران



# کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

جانبازان	30	59.46	16.91	58
معلولین	30	58.63	20.09	۵۸
	0.86		0.17	

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود میانگین کیفیت زندگی در جانبازان ۵۹.۴۶ و در معلولین ۵۸.۶۳ می باشد و میانگین کیفیت زندگی در جانبازان بیشتر از معلولین می باشد و بین کیفیت زندگی دو گروه جانبازان و معلولین تفاوت معناداری وجود ندارد. ( $t=0.17$  و  $p>0.05$ )

جدول ۵ نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای تأثیر خودپنداره بر کیفیت زندگی معلولین

جدول ۶ نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای تأثیر خودپنداره بر کیفیت زندگی جانبازان

متغیر پیش بین	Beta	ضریب t	سطح معناداری	R <sup>2</sup>
خودپنداره	۰.۰۰۶	۰.۰۳۴	۰.۹۷۳	۰.۰۰۰

متغیر پیش بین	Beta	ضریب t	سطح معناداری	R <sup>2</sup>
خودپنداره	۰.۲۸۳	۱.۵۵۹	۰.۱۳۰	۰.۰۰۸

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود خودپنداره نمی تواند پیش بینی کننده کیفیت زندگی جانبازان باشد و همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود خودپنداره نمی تواند پیش بینی کننده کیفیت زندگی معلولین باشد.

### بحث:

یکی از آرمان های انسان ها داشتن زندگی مطلوب است و عوامل بسیار زیادی در کیفیت زندگی موثر است . که می توان به مسکن خوب ، وضعیت جسمی مناسب ، داشتن امنیت اجتماعی و ... اشاره کرد . جانبازان و معلولین هم از آن دسته اقشاری هستند که خواهان یک زندگی مناسب و مطلوب هستند پژوهش حاضر به منظور بررسی مقایسه ای خودپنداره با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین صورت گرفته که ساکن بیرجند می باشند ، یافته ها نشان داد که بین کیفیت زندگی جانبازان و معلولین تفاوت معناداری وجود ندارد . ولی بین خودپنداره دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و جانبازان از خودپنداره بالاتری برخوردارند و معلولین به نسبت خودپنداره کمتری دارند که این مغایر با یافته های قمرانی و نوری ۱۳۸۶ در مطالعه ایشان از لحاظ خودپنداره بین دانش آموزان نابینا و دانش آموزان بینا تفاوت معناداری وجود نداشت . گفته شد جانبازان از خودپنداره بالاتری برخوردارند که این مسئله را می توان اینگونه توجیح کرد که با توجه به اینکه جانبازان این مسیر را خود انتخاب کرده و با شناخت وارد این مسیر شدند و نه مانند معلولین که سهم زیادی در معلولیت خود ندارند ، جانبازان خود مسیر معلولیت یا شاید بیشتر از آن را انتخاب کرده بودند جای تردیدی نمی ماند که از خودپنداره بالایی برخوردار باشند . متغیر خودپنداره پیش بینی کننده قوی ای برای کیفیت زندگی جانبازان و معلولین نمی باشد . هر دو گروه از لحاظ کیفیت زندگی در یک سطح می باشند . ۱۳.۳۳٪ از معلولین و جانبازان کیفیت زندگی خود را پایین و ۳۶.۶۶٪ آنها کیفیت زندگی خود را متوسط و ۵۰٪ آنها کیفیت زندگی خود را مطلوب اعلام کردند . که با یافته های مطالعه روحی و همکاران همسو است در مطالعه ایشان میزان رضایت از زندگی ۵۰ درصد از جانبازان بالای متوسط بود و مغایر با یافته های موسوی و همکاران ۱۳۸۷ بود در مطالعه ایشان جانبازان از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبودند .

میانگین سنی جانبازان مورد مطالعه با میانگین سنی مطالعات مشابه همخوانی داشت (هاگبرگ، ۲۰۰۶) مانند دیگر مطالعات تمامی جانبازان و حتی معلولین متاهل بودند . (داورثی، کلونل، ۱۹۹۹) میزان چشمگیر تاهل در جامعه می تواند نشانگر استحکام بالای روابط خانوادگی با وجود مشکلات جسمی در خود جانباز است . (موسوی و همکاران، ۱۳۸۷)

### محدودیت ها:

جامعه آماری محدود به مردان جانبازان و معلولین جسمی - حرکتی می باشد و بنابراین نتایج قابل تعمیم به زنان جانباز و معلول و سایر جانبازان و معلولین نمی باشد . جامعه مورد نظر و نمونه آماری این تحقیق ، شهر بیرجند بوده و بنابراین نتایج حاصله قابل تعمیم به سایر شهرها و استان ها نمی باشد .

### تشکر و قدردانی:

این پژوهش با حمایت های مالی بنیاد شهید و امور ایثارگران استان خراسان جنوبی انجام شده است . بدینوسیله از ریاست محترم بنیاد و همکاری مسئولین محترم این نهاد تقدیر و تشکر به عمل می آید .

### منابع:

تقی زاده، محمد احسان (۱۳۷۹) . یاد بی آرام نوجوانی . اصفهان : یکتا .





## دوازدهمین سمینار انجمن مشاوره ایران

# کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی



- Anisi, J. The study of mental status of neuropsychological veteran wives in comparison with non neuro psycho veteran wives (1998), M.A.dissertation, Allameh Tabatabaee university
- Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2005). Quality of Life Measurement. In R. Norman & D. Currow (Eds.), Supportive care of the urology patient (pp. 5–23). Oxford: Oxford University Press.
- Devereux PG, Bullock CC, Bargmann-Losche J, Kyriakou M. (2005). Maintaining support in people with paralysis: what works? Qual Health Res; 15(10): 1360-76.
- Dougherty PJ, Colonel L. Long-Term follow-up study of bilateral above knee amputees from the Vietnam War. The Journal of Bone and Joint Surgery 1999; 81: 1384-90
- Hagberg K. Transfemoral Amputation Quality of life and Prosthetic Function. Doctorial thesis, 2006
- Katschnig, H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In H. Katschnig, H. Freedman, & N. Sartorius (Eds.), Quality of life in mental disorders. Chichester, England: John Wiley & Sons. 2006 (pp. 3–17)
- Mirzamani M. Practical psychiatry in military. Tehran, Golbaran, 2001.
- Kaplan, R. M. The significance of quality of life in health care. Quality of Life Research, 2003; 12:3–16
- Hamachek, D.E. (1981). Encuentros con el yo. [encounters with the ego]. Mexico. Interamericana.
- Polonsky WH. Understanding and assessing diabetes specific quality of life. Diabetes spectrum, 2000, 13/1:36-42



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.