

اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه‌ی زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی

دکتر اعظم مرادی*

عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور

دکتر شعله امیری

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

دکتر مختار ملک‌پور

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

دکتر حسین مولوی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

دکتر ابوالقاسم نوری

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

چکیده

این پژوهش بر آن است که به تعیین اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر چه‌گونگی زندگی و رفتار کارآفرینانه‌ی زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی شهر اصفهان بپردازد؛ به همین منظور، پس از انتخاب تصادفی ۴۰ نفر از زنان ۱۸ تا ۳۵ ساله‌ی جامعه‌ی معلولین شهر اصفهان، به عنوان نمونه‌ی پژوهش، و اجرای پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی، ۲۰ نفر از آن‌ها، که کیفیت زندگی‌شان از دیگر آزمودنی‌ها پایین‌تر بود، به عنوان نمونه‌ی نهایی انتخاب، و به گونه‌ی تصادفی، به گروه آزمایشی و گروه گواه تقسیم شدند. برگزاری ۹ نشست هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌بی. آموزش گروهی خودکارآمدی برای گروه آزمایشی و اجرای پس‌آزمون بر روی هر دو گروه، به وسیله‌ی همان پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون، افزون بر استفاده از مقیاس رفتار کارآفرینانه و پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی، و نیز تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل مانکوا نشان داد که تأثیر آموزش یادشده بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه‌ی این زنان و نیز بر نمره‌های زیرمقیاس سلامت روانی پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی معنادار است، اما تأثیر آن بر سلامت جسمانی و سلامت محیط کیفیت زندگی معنادار نیست.

واژگان کلیدی

آموزش گروهی خودکارآمدی؛ کیفیت زندگی؛ رفتار کارآفرینانه؛ زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی؛ زنان؛ سلامت روانی؛

امروز توجه به کیفیت زندگی^۱، به عنوان هدف نهایی توان‌بخشی^۲ در افراد دچار ناتوانی جسمی^۳، به گونه‌ی گسترده، مورد پذیرش متخصصان توان‌بخشی قرار گرفته‌است (تربش‌من^۴ ۱۹۸۸؛ روئسلر^۵ ۱۹۹۰؛ کراوس و دی‌ویس^۶ ۱۹۹۲؛ وایت‌نک^۷ ۱۹۹۳؛ چابون، کلای‌تون، و وان‌درگریف^۸ ۱۹۹۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کیفیت زندگی افراد دچار ناتوانی جسمی، در مقایسه با جمعیت عادی، پایین‌تر است؛ برای مثال، نتایج پژوهش گسترده‌ی لوکاس^۹ (۲۰۰۷) نشان داد که ناتوانی جسمی باعث می‌شود شادی^{۱۰}، که یکی از سازه‌های کیفیت زندگی است، به گونه‌ی متوسط تا شدید، کاهش یابد. بنت و هم‌کاران^{۱۱} (۲۰۰۱)، در پژوهشی دریافته‌اند که میزان کیفیت زندگی بزرگسالان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی، پایین‌تر از هم‌تایان عادی آنان است. ناترلوند^{۱۲} (۲۰۰۱) و ناترلوند، گونارسون، و اهلستروم^{۱۳} (۲۰۰۰) نیز در پژوهش‌های خود به نتایجی مشابه در مورد کیفیت زندگی افراد دچار آتروفی عضلانی^{۱۴} دست‌یافته‌اند. نتایج پژوهش موسوی، منتظری، و سروش (۱۳۸۶) نشان داد که کیفیت زندگی زنان جان‌باز دچار ضایعه‌ی نخاعی، در بخش‌های کارکرد جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، کارکرد اجتماعی، و مشکلات روحی و سلامت روان، از جمعیت عادی ایران کم‌تر است. شاهنده (۱۳۸۲) نیز در پژوهشی دریافت که میزان کیفیت زندگی افراد دچار آسیب نخاعی، در بخش‌های اشتغال، وضعیت اقتصادی، سلامت جسمی، و آسایش روانی، مشخصاً پایین‌تر از دیگر بخش‌ها است.

عواملی پرشمار بر کیفیت زندگی افراد دچار ناتوانی جسمی-حرکتی تأثیر دارند. به باور آلبرشت و دولیه‌گر^{۱۵} (۱۹۹۹)، برگرفته از فیلیس^{۱۶} (۲۰۰۶)، عواملی کلیدی، که در افزایش کیفیت زندگی افراد دچار ناتوانی جسمی نقش دارند عبارت‌اند از: احساس داشتن کنترل بر بدن، ذهن، زندگی، و روی‌کرد «من می‌توانم»^{۱۷} به زندگی. بوسول، داوسون، و هینین‌گر^{۱۸} (۱۹۹۸)، در یک پژوهش کیفی دریافته‌اند که سه بخش مهم زندگی، یعنی نگرش نسبت به زندگی،

¹ Quality of Life

² Rehabilitation

³ Physical Disability

⁴ Trieschmann, Roberta B.

⁵ Roessler, Richard T.

⁶ Krause, James S., and Rene V. Dawis

⁷ Whiteneck, Gale G.

⁸ Chubon, Robert A., Karen S. Clayton, and David V. Vandergriff

⁹ Lucas, Richard E.

¹⁰ Happiness

¹¹ Bent, N., A. Jones, I. Molloy, M. A. Chamberlain, and A. Tennant

¹² Näterlund, Birgitta

¹³ Näterlund, Birgitta, Lars-Gunnar Gunnarsson, and Gerd Ahlström.

¹⁴ Muscle Dystrophy

¹⁵ Albrecht, Gary L., and Patrick J. Devlieger

¹⁶ Phillips, David

¹⁷ I can do.

¹⁸ Boswell, Boni B., Michael Dawson, and Elisabeth Heinger



فرصت برای کار، و سطح منابع در دسترس، از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد دچار آسیب نخاعی اند.

به نظر می‌رسد از جمله سازه‌هایی که منعکس‌کننده‌ی احساس کنترل بر بدن، ذهن، زندگی، و روی کرد «من می‌توانم» به زندگی است و در کیفیت زندگی افراد دچار ناتوانی جسمی-حرکتی نقشی به‌سزا دارد، خودکارآمدی^۱ است. بندورا^۲ (۱۹۹۷) خودکارآمدی را باور عمیق فرد به این که می‌تواند، با موفقیت، رفتار خاص لازم را برای دستیابی به نتیجه‌ی موردنظر انجام دهد تعریف می‌کند؛ بر این اساس، مفهوم خودکارآمدی، با روی کرد «من می‌توانم» به زندگی هم‌معنا است و در واقع، باور «من می‌توانم»، پایه‌ی مفهوم خودکارآمدی را تشکیل می‌دهد. پس از آن که بندورا مفهوم خودکارآمدی را مطرح کرد، پژوهش‌گران زیادی دریافتند که این سازه، با دامنه‌ی گسترده‌ی مسائل بالینی، مانند فوبیا^۳، وابستگی به مواد^۴، افسردگی^۵، مهارت‌های اجتماعی^۶، جرئت‌مندی^۷، تنیدگی^۸، و مانند آن پیوند دارد (پاجارس^۹ ۱۹۹۷).

در نظریه‌ی کیفیت زندگی، ویژگی‌هایی زمینه‌ساز یا متغیرهایی واسطه‌ی وجود دارند (دنی و فریش^{۱۰} ۱۹۸۱؛ فریش و مک‌کورد^{۱۱} ۱۹۸۷، هر دو برگرفته از فریش^{۱۲} ۲۰۰۶) که می‌توانند با افزایش احتمال ناشاد بودن، باعث خوشنودی پایین (یا ناخوشنودی) از زندگی شوند. این عوامل آسیب‌پذیرساز^{۱۳}، که در نظریه‌ی کیفیت زندگی مطرح، و به وسیله‌ی پژوهش‌ها تأیید شده‌اند (آبرامسون، متالسکی، و الوی^{۱۴} ۱۹۸۹؛ هیدی و ویرینگ^{۱۵} ۱۹۹۲؛ کلارک و بک^{۱۶} ۱۹۹۹؛ بارلو^{۱۷} ۲۰۰۲؛ سلیگمن^{۱۸} ۲۰۰۲؛ سنیدر و لوپز^{۱۹} ۲۰۰۲؛ دینر و هم‌کاران^{۲۰} ۲۰۰۳، همه برگرفته از فریش ۲۰۰۶) موارد زیر را در بر می‌گیرند:

۱ مهارت‌های مقابله‌ی^{۲۱}، مهارت‌های حل مسئله^۱، و مهارت‌های اجتماعی ناکافی
درباره‌ی بخش‌های ارزش‌مند زندگی

¹ Self-Efficacy

² Bandura, Albert

³ Phobia

⁴ Substance Dependence

⁵ Depression

⁶ Social Skills

⁷ Assertiveness

⁸ Stress

⁹ Pajares, Frank

¹⁰ Denney, Douglas R., and Michael B. Frisch

¹¹ Frisch, Michael B., and Maryanne McCord

¹² Frisch, Michael B.

¹³ Vulnerabilities

¹⁴ Abramson, Lyn Y., Gerald I. Metalsky, and Lauren B. Alloy

¹⁵ Headey, Bruce, and Alexander J. Wearing

¹⁶ Clark, David A., and Aaron T. Beck

¹⁷ Barlow, David H.

¹⁸ Seligman, Martin E. P.

¹⁹ Snyder, C. R., and Shane J. López

²⁰ Diener, Ed, Marissa Diener, Maya Tamir, Chu Kim-Prieto, and Christie Scollon

²¹ Coping Skills

- ۲ بعضی شیوه‌های شناختی^۲ تعمیم‌یافته یا ویژگی‌های شخصیتی
- ۳ آسیب‌پذیری‌های زیستی (ارثی)
- ۴ نبود پشتیبانی اجتماعی^۳، به‌ویژه دوست نزدیک یا قابل‌اعتماد
- ۵ تجربه‌ی از دست دادن در دوران آغازین زندگی، تجربه‌ی وقایع کنترل‌نشده‌ی، و وقایع غیرقابل‌پیش‌بینی
- ۶ تجربه‌های مربوط به فرزندپروری ناخوش‌آیند مادر و پدر
- ۷ نادر بودن وقایع خوش‌آیند
- عوامل محافظت‌کننده یا ایمن‌سازها^۴ در برابر ناخوشنودی، دربرگیرنده‌ی عوامل متضاد با آسیب‌پذیرسازها یا عوامل خطر اند (فریش ۲۰۰۶). در نظریه‌ی کیفیت زندگی، پایین بودن خودکارآمدی، از جمله ویژگی‌های شخصیتی زمینه‌ساز ناخوشنودی از زندگی است (همان). جاج، لوک، و دورهام^۵ (۱۹۹۷) معتقد اند افرادی که باور دارند می‌توانند انگیزش^۶، منابع شناختی^۷، و رفتار موردنیاز برای تمرین کنترل بر روی داده‌های زندگی را هم‌آهنگ کنند، در مقایسه با کسانی که چنین باوری ندارند، دارای خوشنودی بیشتری از زندگی اند.
- آلبرشت و دولیه‌گر (۱۹۹۹)، بر پایه‌ی نتایج پژوهش خود می‌گویند: «افراد دچار ناتوانی جسمی، که کیفیت زندگی بالایی دارند، شرایط خود را درک می‌کنند، بر زندگی خود کنترل دارند، و آن را منظم و پیش‌بینی‌پذیر می‌دانند، درمی‌یابند که چه چیزی امکان‌پذیر است، برای خود هدف‌هایی را در نظر می‌گیرند، انرژی خود را ذخیره می‌کنند، و در جست‌وجوی منابعی هستند که به آن‌ها در مدیریت بهتر زندگی خود کمک می‌کند.» (ص ۹۸۶). همه‌ی این ویژگی‌ها نشان‌دهنده‌ی خودکارآمدی بالا است (شولتس و شولتس^۸ ۱۳۸۱).
- نتایج پژوهش اسماعیلی و هم‌کاران (۱۳۸۴)، والتس و بادورا^۹ (۱۹۸۸)، همپتون و مارشال^{۱۰} (۲۰۰۰)، تسای و هیلستد^{۱۱} (۲۰۰۲)، جوکز، وان‌الدرن، و شریورس^{۱۲} (۲۰۰۷)، و موتل و اسنوک^{۱۳} (۲۰۰۸) نیز بیان‌گر آن است که خودکارآمدی افراد دچار مولتیپل اسکلروز (ام‌اس)^{۱۴}، مبتلایان به بیماری قلبی، بیماران همودیالیزی، و افراد دچار آسیب نخاعی، با کیفیت زندگی آن‌ها پیوند دارد.

¹ Problem-Solving Skills

² Cognitive Styles

³ Social Support

⁴ Immunities

⁵ Judge, Timothy A., Edwin A. Locke, and Cathy C. Durham

⁶ Motivation

⁷ Cognitive Resources

⁸ Schultz, Duane P., and Sydney Ellen Schultz

⁹ Waltz, Millard, and Bernhard Badura

¹⁰ Hampton, Nan Zhang, and Amy Marshall

¹¹ Tsay, Shioh-Luan, and Marilyn Healstead

¹² Joeke, Katherine, Thérèse Van Elderen, and Karlein Schreurs

¹³ Motl, Robert W., and Erin M. Snook

¹⁴ Multiple Sclerosis (MS)



از سوی دیگر، همان گونه که پیش‌تر اشاره شد، فرصت برای کار، از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد دچار ناتوانی جسمی است (بوسول، داوسون، و هینین‌گر ۱۹۹۸). داشتن یک شغل مناسب، پیش‌شرط لازم برای بازگرداندن افراد دچار ناتوانی جسمی به آغوش جامعه است (سازمان ملل متحد^۱ ۱۳۷۲) و در مورد معلولان بزرگسال، کار کردن و تأمین زندگی، پایه‌ی حل مشکل آن‌ها را تشکیل می‌دهد (قضایی ۱۳۶۸). اشتغال، یکی از مهم‌ترین عوامل درک و از میان بردن نگرش‌های منفی و موانع روانی-اجتماعی در افراد معلول و سالم است، زیرا این امر باعث آسان‌سازی برهم‌کنش‌های اجتماعی و دگرگونی نگرش‌ها در هر دو گروه می‌شود (نوری ۱۳۷۴) و آن گونه که ترنر و ترنر^۲ (۲۰۰۴) در پژوهش خود دریافتند، تأثیر عاطفی شاغل نبودن بر روی افراد دچار ناتوانی جسمی-حرکتی، حتا بیش‌تر از تأثیر عاطفی آن بر افراد دیگر است، پس چنین به نظر می‌رسد که با توجه به محدود بودن فرصت‌های استخدامی، کارآفرینی^۳ یکی از بهترین روش‌های ایجاد فرصت‌های شغلی برای افراد دچار ناتوانی جسمی-حرکتی است.

در سال‌های اخیر، خودکارآمدی، به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر کارآفرینی، مورد توجه پژوهش‌گران قرار گرفته‌است؛ مثلاً، کوئن و هم‌کاران^۴ (۲۰۰۱) معتقد اند افراد با خودکارآمدی بالا باور دارند که می‌توانند به گونه‌ی مؤثر و پیروزمندانه، فعالیت‌هایی خاص را دنبال کنند. از دیدگاه آنان، خودکارآمدی یک متغیر پیش‌بینی‌کننده‌ی معنادار برای سرمایه‌گذاری است. در مورد نقش سازه‌ی خودکارآمدی در بررسی بخش‌های مختلف کارآفرینی، از جمله ترجیح‌های شغلی کارآفرینانه، خواست کارآفرینانه، و کارکرد کارآفرینانه، تأکیدی فزاینده وجود دارد (شرر و هم‌کاران^۵ ۱۹۸۹؛ گارتتر^۶ ۱۹۸۹؛ چندلر و یان‌سن^۷ ۱۹۹۲؛ بوید و ووزیکیس^۸ ۱۹۹۴؛ کروگر و برازیل^۹ ۱۹۹۴). پژوهش‌های بسیاری نیز بیان‌گر آن است که خودکارآمدی، نه‌تنها بر کیفیت زندگی تأثیر دارد، بلکه به گونه‌ی کلی، بر میزان فرصت‌های شغلی و کارآفرینی نیز اثرگذار است (شکرکن و هم‌کاران ۱۳۸۱؛ چن، گرین، و کریک^{۱۰} ۱۹۹۸؛ بندورا و هم‌کاران^{۱۱} ۲۰۰۱؛ مارکمن، بالکین، و بارون^{۱۲} ۲۰۰۲؛ ژائو، سبیرت، و هیلز^{۱۳} ۲۰۰۵؛ مارکمن، بارون، و بالکین^{۱۴} ۲۰۰۵؛ آویرام^{۱۵}

¹ United Nations

² Turner, J. Blake, and R. Jay Turner

³ Entrepreneurship

⁴ Koen, Peter A., Gideon D. Markman, Robert A. Baron, and Richard Reilly

⁵ Scherer, Robert F., Janet S. Adams, Susan S. Carley, and Frank A. Wiebe

⁶ Gartner, William B.

⁷ Chandler, Gaylen N., and Erik Jansen

⁸ Boyd, Nancy G., and George S. Vozikis

⁹ Krueger, Norris F. Jr., and Deborah V. Brazeal

¹⁰ Chen, Chao C., Patricia Gene Greene, and Ann Crick

¹¹ Bandura, Albert, Claudio Barbaranelli, Gian Vittorio Caprara, and Concetta Pastorelli

¹² Markman, Gideon D., David B. Balkin, and Robert A. Baron

¹³ Zhao, Hao, Scott E. Seibert, and Gerald E. Hills

¹⁴ Markman, Gideon D., Robert A. Baron, and David B. Balkin

¹⁵ Aviram, Arie

۲۰۰۶؛ لوتانس و ایبرایهوا^۱ ۲۰۰۶؛ راتوچ و فرس^۲ ۲۰۰۷؛ ویلسون، کی کول، و مارلینو^۳ ۲۰۰۷؛ همیلس کی و کوربت^۴ ۲۰۰۸. در مورد افراد دچار ناتوانی جسمی نیز نتایجی یکسان به دست آمده است؛ برای مثال، لورنزو، وان نیه کرک، و مدلوکولو^۵ (۲۰۰۷)، در پژوهشی که در آفریقای جنوبی انجام گرفت، دریافتند که تمرکز روی توانایی، از جمله ویژگی‌های کارآفرینان دچار ناتوانی‌های جسمی است. نتایج پژوهش آرنز و لینی^۶ (۱۹۹۳) هم، که روی افراد دچار مشکلات روان‌پزشکی انجام گرفت، بیانگر آن است که دگرگونی در وضعیت شغلی، بر خودکارآمدی تأثیر می‌گذارد و خودکارآمدی نیز با اثرگذاری بر عزت نفس، خوشنودی از زندگی این افراد را افزایش می‌دهد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که خودکارآمدی، سازوکاری مهم برای چیرگی بر احساس خطری است که معمولاً با ایجاد فعالیت‌های اقتصادی تازه همراه است (چن، گرین، و کریک ۱۹۹۸).

با توجه به این که افزایش کیفیت زندگی و تقویت کارآفرینی در توان‌بخشی افراد دچار ناتوانی جسمی-حرکتی از اهمیتی ویژه برخوردار است (تریش من ۱۹۸۸؛ رونس لر ۱۹۹۰؛ کرائوس و دی‌ویس ۱۹۹۲؛ وایت‌نک ۱۹۹۳؛ چابون، کلای‌تون، و وان‌درگریف ۱۹۹۵؛ بارلو، رایت، و کولن^۷ ۲۰۰۲؛ پاوی^۸ ۲۰۰۶) و نیز با درک این مسئله که سازه‌ی خودکارآمدی، افزون بر تأثیر روی دیگر ابعاد زندگی افراد دچار ناتوانی جسمی-حرکتی (همپتون^۹ ۲۰۰۰؛ اوربل و هم‌کاران^{۱۰} ۲۰۰۱؛ مارکس^{۱۱} ۲۰۰۱)، بر کیفیت زندگی و کارآفرینی این افراد نیز مؤثر است (بر پایه‌ی پیشینه‌ی پژوهش)، به نظر می‌رسد که به‌کارگیری راه‌بردهایی که خودکارآمدی و به دنبال آن کیفیت زندگی و کارآفرینی این افراد را افزایش دهد، به بهبود شرایط زندگی آن‌ها کمک خواهد کرد.

بیش‌تر پژوهش‌هایی که اثربخشی مداخله‌های گوناگون بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی افراد دچار ناتوانی جسمی را مورد بررسی قرار داده‌اند، نتایجی مثبت را نشان می‌دهند؛ برای مثال، نتایج پژوهش اسفندسن و تیزدیل^{۱۲} (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که توان‌بخشی عصبی-روان‌شناختی، خودکارآمدی عمومی و کیفیت زندگی افراد دچار آسیب مغزی را افزایش می‌دهد. در پژوهشی دیگر، هیوز و هم‌کاران^{۱۳} (۲۰۰۶)، اثربخشی یک برنامه‌ی آموزش گروهی

¹ Luthans, Fred, and Elina S. Ibrayeve

² Rauch, Andreas, and Michael Frese

³ Wilson, Fiona, Jill Kickul, and Deborah Martino

⁴ Hmieleski, Keith M., and Andrew C. Corbett

⁵ Lorenzo, T., L. V. Niekerk, and P. Mllokolo

⁶ Arns, Paul G., and Jean Ann Linney

⁷ Barlow, Julie, Chris Wright, and Lesley Cullen

⁸ Pavey, Barbara

⁹ Hampton, Nan Zhang

¹⁰ Orbell, Sheina, Marie Johnston, David Rowley, Peter Davey, and Arthur Espley

¹¹ Marks, Ray

¹² Svendsen, Henriette Aaby, and Thomas William Teasdale

¹³ Hughes, Rosemary B., Susan Robinson-Whelen, Heather B. Taylor, and John W. Hall



ابتکاری خودگردانی را بر زنان دچار آسیب نخاعی، ام اس، و آرتروز مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که این نوع مداخله، احساس استرس را کاهش می‌دهد و خودکارآمدی، تأثیر مداخله بر احساس استرس را افزایش می‌دهد. هیوز و هم‌کاران^۱ (۲۰۰۴)، در پژوهشی درباره‌ی اثربخشی آموزش گروهی عزت نفس^۲ بر زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی دریافتند که این نوع مداخله، عزت نفس و خودکارآمدی آزمودنی‌ها را افزایش می‌دهد. حضرتی و هم‌کاران (۱۳۸۴) نیز در پژوهشی دیگر دریافتند که برنامه‌ی مداخله‌ی نوتوانی، در پی‌گیری یک‌ماهه، هفت بعد، و در پی‌گیری چهارماهه، همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی افراد دچار ام اس را افزایش داده‌است.

به‌رغم آن‌چه گفته‌شد، در مورد تأثیر آموزش خودکارآمدی بر کیفیت زندگی افراد دچار ناتوانی جسمی، پژوهش‌هایی اندک انجام گرفته‌است. نتایج پژوهش هیوز و هم‌کاران^۳ (۲۰۰۳) نشان می‌دهد که آموزش گروهی ارتقای سلامت شکل‌گرفته بر پایه‌ی نظریه‌ی شناخت اجتماعی، خودکارآمدی مربوط به رفتارهای تغذیه‌ی، تصمیم‌گیری پزشکی، برهم‌کنش‌های اجتماعی، کارکرد جسمی، و سرزندگی را در زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی افزایش می‌دهد. لو و هم‌کاران^۴ (۲۰۰۱) در پژوهشی دریافتند که آموزش گروهی خودکارآمدی اجراشده به وسیله‌ی پرستاران، خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان دچار سرطان سینه را افزایش می‌دهد. در مورد تأثیر آموزش خودکارآمدی بر رفتار کارآفرینانه‌ی افراد دچار ناتوانی جسمی، پژوهشی منتشر نشده‌است.

در داخل کشور نیز پژوهش‌هایی انگشت‌شمار، اثربخشی مداخله‌های شکل‌گرفته بر پایه‌ی نظریه‌ی بندورا، به‌ویژه بخش خودکارآمدی آن بر وضعیت روان‌شناختی افراد، را مورد بررسی قرار داده‌اند. غلامی رانی و هم‌کاران (۱۳۸۶) در پژوهشی دریافتند که آموزش گروهی خودکارآمدی، باعث افزایش خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی در دانش‌جویان دختر می‌شود. یافته‌های پژوهش مصحف (۱۳۸۴) نشان می‌دهد که مشاوره‌ی شغلی به شیوه‌ی نظریه‌ی یادگیری اجتماعی و انتخاب شغل کرامبولتر^۵، هم در پس‌آزمون و هم در پی‌گیری، رفتار کارآفرینانه را افزایش می‌دهد. شماعتی‌زاده (۱۳۸۴) نیز در پژوهشی دریافت که مشاوره‌ی شغلی به شیوه‌ی شناختی-اجتماعی، در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری، باعث افزایش خودکارآمدی کارآفرینی و نیز خودکارآمدی عمومی دانش‌جویان می‌شود.

¹ Hughes, Rosemary B. Susan Robinson-Whelen, Heather B. Taylor, Nancy Swedlund, and Margaret A. Nosek

² Self-Esteem

³ Hughes, Rosemary B., Margaret A. Nosek, Carol A. Howland, Janet Y. Groff, and Patricia Dolan Mullen

⁴ Lev, Elise L., Karen M. Daley, Norma E. Conner, Margaret Reith, Cristina Fernandez, and Steven V. Owen

⁵ Krumboltz (John D.) Learning Theory of Career Counseling

روش شناختی-رفتاری بندورا برای افزایش خودکارآمدی، بر چهار اصل کلی استوار است (شولتس و شولتس ۱۳۸۱):

۱ روبه‌رو کردن افراد با تجربه‌های پیروزمندانه، به وسیله‌ی ترتیب دادن هدف‌های دست‌یافتنی، موفقیت کارکرد را افزایش می‌دهد.

۲ روبه‌رو کردن افراد با الگوهای مناسبی که در یک زمینه‌ی خاص موفق اند، تجربه‌های موفق جانشینی را بهبود می‌بخشد.

۳ قانع‌سازی کلامی^۱، افراد را به این باور می‌رساند که توانایی کارکرد پیروزمندانه را دارند.

۴ مناسب کردن برانگیختگی جسمانی به وسیله‌ی رژیم غذایی مناسب، کاهش تنیدگی، و برنامه‌های ورزشی، توانایی کنار آمدن با مسائل را افزایش می‌دهد.

بندورا (۱۹۷۷) خاطر نشان می‌سازد که موفقیت در کارکرد، باعث بیش‌ترین افزایش در خودکارآمدی می‌شود.

اهمیت کیفیت زندگی در توان‌بخشی افراد دچار ناتوانی جسمی-حرکتی و پایین‌تر بودن کیفیت زندگی این افراد، در مقایسه با جمعیت عادی؛ توجه به این که بر پایه‌ی پیشینه‌ی پژوهش، خودکارآمدی، در افراد مختلف و از جمله افراد دچار ناتوانی جسمی-حرکتی، از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه است؛ و وجود این مسئله، که به‌رغم انجام برخی پژوهش‌ها درباره‌ی اثربخشی مداخله‌های گوناگون بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی افراد دچار ناتوانی جسمی، در مورد تأثیر آموزش خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و به‌ویژه رفتار کارآفرینانه‌ی این افراد پژوهش‌هایی اندک انجام گرفته‌است و همین پژوهش‌های اندک نیز نشان می‌دهد که میزان خودکارآمدی زنان کم‌تر از مردان است و این تفاوت‌ها در بیست‌سالگی به اوج می‌رسد (وودوارد و والس‌تون^۲ ۱۹۸۷؛ گکاس^۳ ۱۹۸۹) و نقشی مهم در انتخاب‌های شغلی ایفا می‌کند (بتز و هکت^۴ ۱۹۸۱؛ هکت^۵ ۱۹۹۵)، این پژوهش را بر آن داشته در پی پاسخ‌گویی به این سؤال برآید که آیا آموزش گروهی خودکارآمدی (به روش بندورا) بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه‌ی زنان جوان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی تأثیر دارد یا خیر. فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

۱ آموزش گروهی خودکارآمدی، کیفیت زندگی زنان جوان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی را، در مقایسه با گروه گواه، افزایش می‌دهد.

¹ Persuasion

² Woodward, Nancy J., and Barbara S. Wallston

³ Gecas, Viktor

⁴ Betz, Nancy E., and Gail Hackett

⁵ Hackett, Gail



۲ آموزش گروهی خودکارآمدی، رفتار کارآفرینانه زنان جوان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی را، در مقایسه با گروه گواه، افزایش می‌دهد.

روش

طرح این پژوهش، نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است.

جامعه‌ی آماری، نمونه، و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری این پژوهش را همه‌ی زنان ۱۸ تا ۳۵ ساله‌ی جامعه‌ی معلولین^۱ شعبه‌ی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷ (۳۲۰ نفر) تشکیل می‌دهند، که ۴۰ نفر از آن‌ها، که بدون شغل یا دارای شغل غیردولتی بودند، به گونه‌ی تصادفی ساده، به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند. پس از اجرای پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی، ۲۰ نفر از آن‌ها، که کیفیت زندگی‌شان از نیم دیگر آزمودنی‌ها پایین‌تر بود، به عنوان نمونه‌ی نهایی، برگزیده، و به گونه‌ی تصادفی، به گروه آزمایشی و گروه گواه تقسیم شدند. از ۱۰ نفر دعوت‌شده به گروه آموزش خودکارآمدی، هشت نفر در نشست‌ها حاضر شدند و در طول برگزاری نشست‌ها نیز دو نفر ریزش کردند و بدین ترتیب، در مرحله‌ی پس‌آزمون، گروه آزمایشی شش عضو داشت. از گروه گواه نیز هفت نفر در مرحله‌ی پس‌آزمون شرکت کردند. **جدول ۱** مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد و گفتنی است که مشخصات نوشته‌شده در این جدول، مربوط به آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پس‌آزمون است. در مرحله‌ی پیش‌آزمون، به دلیل تقسیم تصادفی، آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و گواه از نظر ویژگی‌های گوناگون جمعیت‌شناختی، تقریباً هم‌سان بودند، اما به دلیل شرکت نکردن همه‌ی افراد دعوت‌شده در نشست‌ها و نیز ریزش شماری از آن‌ها در طول نشست‌ها، این هم‌سانی در مرحله‌ی پس‌آزمون تا اندازه‌ی از بین رفت؛ افزون بر آن که نتایج تحلیل هم‌بستگی نشان داد متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، و زمان بروز معلولیت، با نمره‌های کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه‌ی آزمودنی‌ها پیوندی معنادار ندارند و بر این اساس، هم‌سانی گروه آزمایشی و گروه گواه، از لحاظ این متغیرها، تأثیری بر نتایج پژوهش نمی‌گذارد. تأثیر متغیرهای وضعیت تأهل، سن، و شدت معلولیت بر نمره‌ی کل پرسش‌نامه‌ی

^۱ جامعه‌ی معلولین تشکیلی ملی است که با هدف افزایش هم‌بستگی میان معلولان جسمی-حرکتی بزرگسال، فراهم آوردن زمینه‌ی گفت‌و شنود و تبادل نظر آن‌ها درباره‌ی مشکلات‌شان، و نیز ارائه‌ی خدمات فرهنگی، آموزشی، تفریحی، و ورزشی به آن‌ها تشکیل شده‌است و عضویت در آن دل‌خواه و اختیاری است.

کیفیت زندگی و نیز نمره‌ی مقیاس رفتار کارآفرینانه، به وسیله‌ی تحلیل مانکوا^۱ کنار گذاشته شد.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	ازمایشی	گواه	کل
میانگین سنی	۲۷/۶۶	۳۴	۳۰/۸۳
میانگین سطح تحصیلات	۱۲/۰۰	۱۲/۷۱	۱۲/۳۵
وضعیت اشتغال	۱	۲	۳
بی‌کار	۵	۵	۱۰
وضعیت تأهل	۱	۲	۳
مجرد	۵	۵	۱۰
شدت معلولیت	۲	۰	۲
استفاده از صندلی چرخ‌دار	۲	۳	۵
استفاده از عصا	۲	۴	۶
استفاده نکردن از عصا	۴	۴	۸
وضعیت اقتصادی	۲	۳	۵
ضعیف	۰	۰	۰
متوسط	۵	۷	۱۲
خوب	۰	۰	۰
زمان بروز معلولیت	۵	۰	۰
کودکی	۰	۰	۰
نوجوانی	۱	۰	۱
بزرگسالی			

ابزار پژوهش

برای ارزیابی وضعیت روان‌شناختی آزمودنی‌ها در این پژوهش، از پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲، و مقیاس رفتار کارآفرینانه استفاده شد، که در ادامه، توصیفی کوتاه درباره‌ی هر کدام از آن‌ها ارائه می‌شود. پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی - پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی، دربرگیرنده‌ی سؤال‌هایی درباره‌ی وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سال تولد، وضعیت اقتصادی (ضعیف، متوسط، خوب)، زمان بروز معلولیت، و شدت معلولیت (استفاده از ویلچر، استفاده از عصا، استفاده نکردن از عصا) است.

پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) - این پرسش‌نامه، که با در هم آمیختن برخی از بخش‌ها و کنار گذاشتن شماری از سؤال‌های WHOQOL-100 ایجاد شده‌است، با ۲۶ سؤال، چهار بخش سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، و سلامت محیط را می‌سنجد. دو سؤال اول کلی است و به هیچ کدام از

^۱ Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

^۲ World Health Organization (WHO) Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)



بخش‌ها مربوط نیست. پاسخ‌های ارائه‌شده برای هر یک از سؤال‌های این پرسش‌نامه پنج گزینه دارد، نمره‌گذاری فرم کوتاه آن به روش لیکرت انجام می‌گیرد، و نمره‌ی اختصاص‌یافته به هر ماده‌ی آن، از یک تا پنج متغیر است؛ بنا بر این، دامنه‌ی نمره‌ی کل فرد در این پرسش‌نامه، میان ۲۶ تا ۱۳۰ است (بونومی و هم‌کاران^۱ ۲۰۰۰). این پرسش‌نامه در ایران به وسیله‌ی نجات و هم‌کاران (۱۳۸۵ب) استانداردسازی شده‌است که روایی محتوای پرسش‌نامه را مطلوب، پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای بخش‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، و سلامت محیط، به‌ترتیب، ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵، و ۰/۸۴، و هم‌سانی درونی بخش‌های مختلف آن را، با استفاده از روش آلفای کرون‌باخ، برای افراد سالم و بیمار، میان ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ اعلام کرده‌اند. نجات و هم‌کاران (۱۳۸۵) با اجرای این پرسش‌نامه بر روی افراد دچار ام‌اس، آن را برای سنجش کیفیت زندگی این افراد مناسب دانسته‌اند. گفتنی است چون در تحلیل عوامل آنان، هم‌بستگی هر سه سؤال زیرمقیاس روابط اجتماعی با این زیرمقیاس، کم‌تر از هم‌بستگی آن با دیگر زیرمقیاس‌ها بود، آلفای کرون‌باخ محاسبه‌شده برای آن نیز مانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر، پایین گزارش شده بود (۰/۵۲ برای بیماران و ۰/۵۵ برای افراد سالم) و به دلیل آن که در پژوهش حاضر نیز هم‌سانی درونی آن ۰/۶۰ محاسبه‌شد، برای این پرسش‌نامه می‌توان سه زیرمقیاس (سلامت جسمی، سلامت روانی، و سلامت محیط) را در نظر گرفت.

در این پژوهش، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرون‌باخ، ۰/۹۲، پایایی زیرمقیاس سلامت جسمانی، ۰/۷۷، پایایی زیرمقیاس سلامت روانی ۰/۸۱، و پایایی زیرمقیاس سلامت محیط، ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس رفتار کارآفرینانه - این مقیاس، با ۵۰ سؤال، به وسیله‌ی مصحف (۱۳۸۴) طراحی شده‌است. پایایی آن، با استفاده از روش آلفای کرون‌باخ، ۰/۸۹ به دست آمده و روایی محتوایی آن نیز تأیید شده‌است (همان). در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس رفتار کارآفرینانه، با استفاده از روش آلفای کرون‌باخ، ۰/۹۰ به دست آمد و چون هم‌بستگی سؤال‌های ۲۶، ۲۱، ۸، ۵، ۳۵، ۳۷، ۴۹، و ۵۰ این مقیاس با نمره‌ی کل مقیاس، منفی بود، این سؤال‌ها از مقیاس کنار گذاشته‌شدند و ۴۲ سؤال باقی‌مانده برای ارزیابی رفتار کارآفرینانه‌ی آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

¹ Bonomi, Amy E., Donald L. Patrick, Donald M. Bushnell, and Mona Martin

روش اجرا

بعد از انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها، پیش‌آزمون، به صورت گروهی و با استفاده از پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، و مقیاس رفتار کارآفرینانه، روی آن‌ها اجرا شد. پس از انتخاب نمونه‌ی نهایی و تقسیم تصادفی آن‌ها به گروه آزمایشی و گروه گواه، به وسیله‌ی تماس تلفنی از آزمودنی‌های گروه آزمایشی خواسته شد که در نشست‌های آموزش گروهی، که هدف آن بهبود وضعیت روان‌شناختی آن‌ها است و در محل جامعه‌ی معلولین شهر اصفهان تشکیل می‌شود، شرکت کنند و به آن‌ها وعده داده شد که در صورت شرکت منظم و فعال در این نشست‌ها، به آن‌ها جوایز نفیسی داده خواهد شد. ۱۲ روز پس از اجرای پیش‌آزمون، برگزاری نشست‌های آموزش گروهی آغاز شد و ۹ نشست هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌ی برنامه‌ی آموزش گروهی خودکارآمدی برای گروه آزمایشی برگزار شد. ۹ روز پس از پایان نشست‌های آموزش، پس‌آزمون، با به‌کارگیری همان پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در پیش‌آزمون، روی گروه آزمایشی و گروه گواه انجام شد.

جدول ۲ محتوای نشست‌ها و تکالیف خانگی مربوط به برنامه‌ی آموزش گروهی خودکارآمدی را نشان می‌دهد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی، از شناسه‌های آمار توصیفی، و در بخش آمار استنباطی، از تحلیل مانکووا استفاده شد (تحلیل مانکووا، ترکیبی از تحلیل واریانس چندراهه و تحلیل کواریانس است). در تحلیل مانکووا، افزون بر کنار گذاشتن تأثیر پیش‌آزمون، پیوند نمره‌های کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه با هر یک از متغیرهای سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، شدت معلولیت، و زمان بروز معلولیت مورد بررسی قرار گرفت. پیوند متغیرهای وضعیت تأهل، سن، و شدت معلولیت با نمره‌های زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی معنادار نبود، اما به دلیل معنادار بودن پیوند آن‌ها با نمره‌های کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه‌ی آزمودنی‌ها، تأثیرشان با استفاده از روش کواریت کنار گذاشته شد.



جدول ۲- برنامه‌ی نشست‌های آموزش گروهی خودکارآمدی

نشست	محتوای نشست	تکلیف خانگی
۱	آشنایی، بیان قوانین شرکت در نشست‌ها، شرایط دست‌یابی به جایزه، و سفارش‌هایی برای کارکرد بهتر در نشست‌ها	۱ نوشتن برداشت خود از مفهوم خودکارآمدی ۲ توصیف ویژگی‌های افراد دارای خودکارآمدی بالا و پایین، بر پایه‌ی مباحث مطرح‌شده در کلاس
۲	تعریف خودکارآمدی، توصیف بخشی از ویژگی‌های افراد با خودکارآمدی بالا و پایین	۱ مرور تکالیف نشست‌های پیشین و ارائه‌ی بازخورد توصیف بخشی دیگر از ویژگی‌های افراد با خودکارآمدی بالا و پایین و بحث گروهی در این مورد نظرخواهی درباره‌ی اهدافی که اعضا می‌خواهند به آن دست یابند، اما احساس می‌کنند نمی‌توانند، و نیز دلیل این تصور و نظرخواهی از دیگر اعضا درباره‌ی درستی این تصور
۳	توضیح تفصیلی درباره‌ی منطق آرمش کاربردی، پیوند آن با خودکارآمدی، و شرایط لازم برای اثربخشی آن	۱ فرد، در مورد خواسته‌ی که احساس می‌کند نمی‌تواند به آن برسد، با یک معلول جسمی که قبلاً وضعیتی مانند او داشته ولی اکنون به خواسته‌ی خود رسیده‌است، مصاحبه کند. ۲ انجام تکلیف ۱ در مورد خواسته‌ی یکی دیگر از اعضا ۳ تمرین آرمش پیش‌رونده، هر روز دو نوبت، و نوشتن نتیجه‌ی آن
۴	ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف خانگی به وسیله‌ی تک اعضا و بحث تفصیلی گروهی درباره‌ی آن	۱ ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف خانگی به وسیله‌ی تک اعضا و بحث تفصیلی گروهی درباره‌ی آن ارائه‌ی سفارش‌هایی در مورد رژیم غذایی مناسب، کاهش تنبذگی، و برنامه‌های ورزشی، با هدف مناسب کردن برانگیختگی جسمانی و شرح پیوند آن با خودکارآمدی
۵	ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف خانگی و بحث تفصیلی گروهی درباره‌ی آن	۲ ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف آرمش پیش‌رونده و بحث درباره‌ی آن، آموزش و تمرین روش انجام آرمش بدون تنش ۳ نوشتن نتیجه‌ی آن
۶	ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف خانگی و بحث تفصیلی گروهی درباره‌ی آن	۱ ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف خانگی و بحث تفصیلی گروهی درباره‌ی آن توضیح درباره‌ی چه‌گونگی تأثیر خودکارآمدی بر شناخت احساس و کارکرد در جنبه‌های مختلف زندگی ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف آرمش بدون تنش و آموزش و تمرین روش انجام آرمش از راه کنترل نشانه‌ها
۷	ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف خانگی و بحث تفصیلی گروهی درباره‌ی آن	۱ ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف خانگی و بحث تفصیلی گروهی درباره‌ی آن توضیح خودتنظیمی و توضیح درباره‌ی پیوند آن با خودکارآمدی و بیان شرایط تأثیرگذاری بیشینه‌ی جانتینی مشاهده‌ی بر خودکارآمدی افراد ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف آرمش از راه کنترل نشانه‌ها، آموزش و تمرین روش انجام آرمش افتراقی
۸	ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف خانگی و بحث تفصیلی گروهی درباره‌ی آن	۲ فراموش کردن گزارش از مصاحبه‌ی فردی که قبلاً در مورد خواسته‌اش تصویری مشابه فرد داشته، اما اکنون به خواسته‌ی خود رسیده‌است. ۳ پاسخ به این سؤال که فرد هنگام برداشتن اولین گام در جهت دست‌یابی به هدف، چه موانع و مشکلاتی را پیش رو داشته و برای حل هر کدام چه راه‌هایی را در پیش گرفته‌است؟ ۴ تمرین آرمش افتراقی، هر روز دو نوبت، و نوشتن نتیجه‌ی آن

ادامه‌ی جدول ۲- برنامه‌ی نشست‌های آموزش گروهی خودکارآمدی

نشست	محتوای نشست	تکلیف خانگی
۷	ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف خانگی به وسیله‌ی تک تک اعضا و بحث تفصیلی گروهی درباره‌ی آن سخن‌رانی یک معلول موفق دانش‌جو و سرپرست خانوار درباره‌ی زندگی‌نامه‌ی خود، موانع و مشکلاتی که هنگام تلاش برای دستیابی به اهداف در پیش رو داشته، و راههایی که برای حل هر کدام از این مشکلات و موانع در پیش گرفته‌است	۱ پاسخ به این سؤال که آیا فرد در هفته‌ی گذشته درباره‌ی تلاش برای رسیدن به هدف، دچار تردید یا ناامیدی شده و تصمیم گرفته‌است دست از تلاش بکشد؟ اگر چنین بوده‌است، علت آن را چه می‌داند؟ به دنبال آن چه احساسی داشته‌است؟ اگر در رسیدن به هدف خود مصمم است علت آن را چه می‌داند؟ ۲ گردآوری همه‌ی تقدیرنامه‌ها، جوایز، مدال‌ها، و مانند آن، نگاه کردن دقیق به آن‌ها، و توصیف تفصیلی احساسی که به او دست می‌دهد.
۳	تمرین آرمش سریع، هر روز ۱۵ بار، و نوشتن نتیجه‌ی آن	۳
۸	ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف، بیان احساس، و تصمیم فرد درباره‌ی ادامه‌ی تلاش برای دستیابی به هدف، به وسیله‌ی تک تک اعضا و بحث درباره‌ی آن سخن‌رانی یک معلول موفق دانش‌جو درباره‌ی زندگی‌نامه‌ی خود، موانع و مشکلاتی که هنگام تلاش برای دستیابی به هدف، در پیش رو داشته و راههایی که برای حل هر کدام از این مشکلات و موانع در پیش گرفته‌است	۱ طراحی برنامه‌ی یک‌ساله برای دستیابی به هدف خود، تشریح جزئیات کامل این برنامه و پنج گام لازم برای رسیدن به آن، توصیف موانع و مشکلات مربوط به هر گام، و بیان روش‌های برداشتن این موانع و حل این مشکلات ۲ تمرین کاربرد اختصاصی آرمش، هر روز دو نوبت، و نوشتن نتیجه‌ی آن
۹	ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف طراحی برنامه‌ی یک‌ساله به وسیله‌ی تک تک اعضا و بحث درباره‌ی آن خواندن زندگی‌نامه‌ی یک استاد دانشگاه با معلولیت چندگانه (هلن کلر ^۱)، یک نابینای فاتح قله‌ی اورست و دو معلول موفق ایرانی، و نظرخواهی از اعضا درباره‌ی این افراد ارائه‌ی گزارش مربوط به تکلیف کاربرد اختصاصی آرمش مرور کوتاه تکالیف و مباحث مطرح‌شده در مجموع نشست‌ها	۲

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن و رفتار کارآفرینانه‌ی گروه آزمایشی و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در جدول ۳ ارائه شده‌است.

¹ Hawking, Stephen W. (1942-)

² Keller, Helen (Adams) (1880-1968)



جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن و رفتار کارآفرینانه‌ی گروه آزمایشی و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	آزمایشی	۸۰٫۵۰	۹٫۵۷	۸۹٫۳۳	۸٫۹۱
	گواه	۸۹٫۵۷	۲۱٫۰۴	۸۴٫۸۶	۲۳٫۷۴
سلامت جسمانی	آزمایشی	۲۶٫۵۰	۲٫۷۴	۳۱٫۳۳	۴٫۱۳
	گواه	۲۹٫۷۱	۸٫۶۰	۳۰٫۰۰	۶٫۶۳
سلامت روانی	آزمایشی	۲۲٫۵۰	۴٫۵۵	۲۷٫۰۰	۳٫۱۳
	گواه	۲۷٫۷۱	۵٫۳۴	۲۵٫۰۰	۹٫۶۴
سلامت محیط	آزمایشی	۲۵٫۵۰	۲٫۵۱	۲۹٫۶۶	۴٫۵۰
	گواه	۲۷٫۱۴	۵٫۲۴	۲۸٫۰۰	۹٫۶۴
رفتار کارآفرینانه	آزمایشی	۳۰٫۸۳	۵٫۴۶	۳۸٫۰۰	۲٫۳۷
	گواه	۳۴٫۷۱	۳٫۷۳	۳۳٫۰۰	۸٫۱۴

جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن و رفتار کارآفرینانه‌ی گروه آزمایشی در مرحله‌ی پس‌آزمون، نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون و نیز در مقایسه با گروه گواه، افزایش داشته‌است.

جدول ۴ تأثیر عضویت آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه‌ی زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی را نشان می‌دهد.

جدول ۴- تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه‌ی زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی

منبع	تغییرات متغیر	مجموع مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
پیش‌آزمون کیفیت زندگی	کیفیت زندگی	۲۶۵۸٫۸۲	۱	۲۶۵۸٫۸۲	۲۰٫۴۹	۰٫۰۰	۰٫۷۴
	رفتار کارآفرینانه	۵۶٫۷۱	۱	۵۶٫۷۱	۳٫۳۹	۰٫۱۱۵	۰٫۳۶
پیش‌آزمون رفتار کارآفرینانه	کیفیت زندگی	۳۹٫۵۷	۱	۳۹٫۵۷	۰٫۳۰	۰٫۶۰۱	۰٫۰۵
	رفتار کارآفرینانه	۳۷٫۰۸	۱	۳۷٫۰۸	۲٫۲۲	۰٫۱۸۷	۰٫۲۷
وضعیت تأهل	کیفیت زندگی	۱۰۵٫۵۱	۱	۱۰۵٫۵۱	۰٫۸۱	۰٫۴۰۲	۰٫۱۲
	رفتار کارآفرینانه	۱۷۶٫۲۵	۱	۱۷۶٫۲۵	۱۰٫۵۵	۰٫۰۱۸	۰٫۶۴
سن	کیفیت زندگی	۳۹۴٫۴۳	۱	۳۹۴٫۴۳	۳٫۰۴	۰٫۱۳۲	۰٫۳۴
	رفتار کارآفرینانه	۴٫۵۲	۱	۴٫۵۲	۰٫۲۷	۰٫۶۲۲	۰٫۰۴
شدت معلولیت	کیفیت زندگی	۳۷۳٫۳۵	۱	۳۷۳٫۳۵	۲٫۸۸	۰٫۱۴۱	۰٫۳۲
	رفتار کارآفرینانه	۱٫۵۸	۱	۱٫۵۸	۰٫۰۹	۰٫۷۶۹	۰٫۰۱
عضویت گروهی	کیفیت زندگی	۹۲۷٫۷۹	۱	۹۲۷٫۷۹	۷٫۱۵	۰٫۰۱۸	۰٫۵۴
	رفتار کارآفرینانه	۸۰٫۳۰	۱	۸۰٫۳۰	۴٫۸۱	۰٫۰۳۵	۰٫۴۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمره‌های باقی‌مانده‌ی کیفیت زندگی گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون معنادار است ($p = 0/018$)؛ یعنی پس از کنار گذاشتن تأثیر متغیرهای مداخله‌گر، آموزش گروهی خودکارآمدی باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی گروه آزمایشی، در مقایسه با گروه گواه، شده‌است. میزان تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی ۰/۵۴ است؛ یعنی ۵۴ درصد واریانس نمره‌های کیفیت زندگی، به آموزش گروهی خودکارآمدی مربوط می‌شود.

داده‌های جدول ۴ هم‌چنین نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمره‌های باقی‌مانده‌ی رفتار کارآفرینانه‌ی گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون معنادار است ($p = 0/035$)؛ یعنی پس از کنار گذاشتن تأثیر متغیرهای مداخله‌گر، آموزش گروهی خودکارآمدی، به گونه‌ی معنادار، باعث افزایش میزان رفتار کارآفرینانه‌ی گروه آزمایشی، در مقایسه با گروه گواه، شده‌است. میزان تأثیر عضویت گروهی بر رفتار کارآفرینانه ۰/۴۴ است؛ یعنی ۴۴ درصد واریانس نمره‌های رفتار کارآفرینانه، به آموزش گروهی خودکارآمدی مربوط می‌شود.

جدول ۵ تأثیر عضویت گروهی بر زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی در زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی را نشان می‌دهد.

جدول ۵- تأثیر عضویت گروهی بر زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی در زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی

منبع	تغییرات متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
پیش‌آزمون سلامت جسمی	سلامت جسمی	۶۲/۵۶	۱	۶۲/۵۶	۷/۱۹	۰/۰۲۸	۰/۴۷
	سلامت روانی	۵۴/۵۲	۱	۵۴/۵۲	۳/۹۵	۰/۰۸۲	۰/۳۳
	سلامت محیط	۶۵/۱۹	۱	۶۵/۱۹	۵/۳۸	۰/۰۴۹	۰/۴۰
پیش‌آزمون سلامت روانی	سلامت جسمی	۷۷/۷۷	۱	۷۷/۷۷	۸/۹۳	۰/۰۱۷	۰/۵۳
	سلامت روانی	۱/۷۹	۱	۱/۷۹	۰/۱۳	۰/۷۲۸	۰/۰۲
	سلامت محیط	۳۶/۲۴	۱	۳۶/۲۴	۲/۹۹	۰/۱۲۲	۰/۲۷
پیش‌آزمون سلامت محیط	سلامت جسمی	۷۵/۵۳	۱	۷۵/۵۳	۸/۶۸	۰/۰۱۹	۰/۵۲
	سلامت روانی	۵۶/۷۱	۱	۵۶/۷۱	۴/۱۱	۰/۰۷۷	۰/۳۴
	سلامت محیط	۱۵۳/۴۱	۱	۱۵۳/۴۱	۱۲/۶۷	۰/۰۰۷	۰/۶۱
عضویت گروهی	سلامت جسمی	۰/۷۴	۱	۰/۷۴	۰/۰۸۶	۰/۲۸۶	۰/۰۱
	سلامت روانی	۹۴/۳۸	۱	۹۴/۳۸	۶/۸۴	۰/۰۱۵	۰/۴۶
	سلامت محیط	۱۹/۸۲	۱	۱۹/۸۲	۱/۶۴	۰/۱۱۸	۰/۱۷

داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمره‌های باقی‌مانده‌ی سلامت روانی گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون معنادار است ($p = 0/015$)؛ یعنی



پس از کنار گذاشتن تأثیر نمره‌های پیش‌آزمون، آموزش گروهی خودکارآمدی، میانگین نمره‌های زیرمقیاس سلامت روانی گروه آزمایشی را، در مرحله‌ی پس‌آزمون و در مقایسه با گروه گواه، به گونه‌ی معنادار، افزایش داده‌است. میزان تأثیر عضویت گروهی بر سلامت روانی ۰/۴۶ است؛ یعنی ۴۶ درصد واریانس نمره‌های زیرمقیاس سلامت روانی پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی، به آموزش گروهی خودکارآمدی مربوط می‌شود.

نتایج جدول ۵ هم‌چنین نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمره‌های باقی‌مانده‌ی سلامت جسمی و سلامت محیط گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون معنادار نیست (به ترتیب $p = ۰/۲۸۶$ و $p = ۰/۱۱۸$)؛ یعنی پس از کنار گذاشتن تأثیر نمره‌های پیش‌آزمون، آموزش گروهی خودکارآمدی، بر میانگین نمره‌های زیرمقیاس‌های سلامت جسمی و سلامت محیط گروه آزمایشی، در مقایسه با گروه گواه، تأثیری معنادار نداشته‌است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان گونه که در بخش نتایج گفته شد، یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش گروهی خودکارآمدی، باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه در زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی می‌شود. از میان زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی، آموزش گروهی خودکارآمدی، تنها بر بخش سلامت روانی تأثیر داشت و البته تأثیر آن بر نمره‌های این بخش به اندازه‌ی بود که باعث افزایش معنادار نمره‌ی کل پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی شد. نتایج این پژوهش درباره‌ی اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی زنان دچار ناتوانی جسمی، با نتایج پژوهش هیوز و هم‌کاران (۲۰۰۳)، که نشان داد آموزش گروهی ارتقای سلامت شکل‌گرفته بر پایه‌ی نظریه‌ی شناخت اجتماعی، باعث افزایش برهم‌کنش‌های اجتماعی، کارکرد جسمی، و سرزندگی در زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی می‌شود و نیز نتایج پژوهش لو و هم‌کاران (۲۰۰۱) درباره‌ی این که آموزش گروهی خودکارآمدی اجرا شده به وسیله‌ی پرستاران، خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان دچار سرطان سینه را افزایش می‌دهد هم‌خوانی دارد.

نظریه‌ی کیفیت زندگی، خودکارآمدی پایین را یکی از ویژگی‌های شخصیتی زمینه‌ساز نارضایتی از زندگی می‌داند (فریش ۲۰۰۶). اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی زنان دچار ناتوانی جسمی، این فرض، و نیز باور نظریه‌پردازانی چون آلبرشت و دولیه‌گر (۱۹۹۹) را، که احساس داشتن کنترل بر بدن، ذهن، زندگی، و روی‌کرد «من

می‌توانم» به زندگی را از مهم‌ترین عوامل افزایش کیفیت زندگی افراد دچار ناتوانی می‌دانند، تأیید می‌کند.

به نظر می‌رسد که مباحث، راه‌کارها، و تکالیف خانگی مطرح‌شده در برنامه‌ی آموزش گروهی خودکارآمدی و بحث گروهی در مورد آن‌ها، زمینه‌ی تقویت احساس داشتن کنترل بر بدن، ذهن، زندگی، و روی‌کرد «من می‌توانم» در زنان دچار ناتوانی جسمی حرکتی، و به دنبال آن، افزایش کیفیت زندگی آن‌ها را فراهم کرده‌است.

کیفیت زندگی درمانی، بر پایه‌ی شیوه‌ی سازنده، که اولین بار به وسیله‌ی کلارک و بک (۱۹۹۹، برگرفته از فریش ۲۰۰۶) مطرح شد، مفهوم‌سازی می‌شود. شیوه‌ی سازنده، با کمک به افراد برای دستیابی به طرح‌واره‌های خود. مثبت‌تر و سازنده‌تر، که لازمه‌ی افزایش فعالیت‌های بارآور است و منابع حیاتی فرد را افزایش می‌دهد، مبنای شناختی برای زندگی سالم، پیش‌رفت، برقراری پیوندهای نزدیک، نوآوری، استقلال، پایداری، خوش‌بینی، و احساس تسلط فراهم می‌کند.

مهم‌ترین منبع داوری در مورد کارآمدی، موفقیت کارکرد است. تجربه‌های موفق پیشین، که نشانه‌هایی مستقیم در مورد سطح تسلط و شایستگی فرد فراهم می‌کند، با نشان دادن توانایی‌های او، خودکارآمدی‌اش را تقویت می‌کنند (شولتس و شولتس ۱۳۸۱). تجربه‌ها و پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی مثبت نشان می‌دهد که حرکت در مسیر موفقیت می‌تواند مؤثرترین روش برای افزایش خودکارآمدی و اعتماد به نفس باشد (فریش ۱۹۹۲). حرکت در مسیر موفقیت به فرد کمک می‌کند که با به دست آوردن شایستگی در جنبه‌های مهم زندگی و برنامه‌ریزی برای موفقیت در این بخش‌ها به وسیله‌ی تکالیف خانگی مرتبط با زندگی واقعی، بر احساس شکست و روحیه‌ی ضعیف خود برتری یابد (فرانک و فرانک^۱ ۱۹۹۳؛ فریش ۲۰۰۶).

به نظر می‌رسد تکالیف خانگی مربوط به توصیف موفقیت‌های پیشین، که به‌رغم تصور اولیه‌ی مبنی بر ناتوانی در دستیابی به آن صورت گرفته‌است، دقیق شدن در احساس خود به هنگام نگاه کردن به تقدیرنامه‌ها، جوایز، و مدال‌ها و توصیف این احساس، فراهم کردن گزارش درباره‌ی برداشتن اولین گام در جهت دستیابی به هدف، و در آخر، طراحی برنامه‌ی یک‌ساله، با جلب توجه آزمودنی‌ها به موفقیت‌های پیشین، به آن‌ها در برنامه‌ریزی برای موفقیت در بخش‌های مهم زندگی و حرکت در مسیر آن کمک کرده‌است.

تجربه‌های جانشینی، یعنی دیدن افراد موفق نیز خودکارآمدی را تقویت می‌کند؛ مخصوصاً اگر این افراد، از لحاظ توانایی‌ها، همانند خود فرد باشند و بتوان گفت «اگر آن‌ها

¹ Frank, Jerome D., and Julia B. Frank



می‌توانند این کار را انجام دهند، پس من هم می‌توانم؛ بر این اساس، الگوهای موفق، تأثیری مهم بر احساس شایستگی فرد دارند و راه‌بردها و روش‌هایی مناسب را برای برخورد با موقعیت‌های دشوار به شخص نشان می‌دهند (شولتس و شولتس ۱۳۸۱).

چنین می‌نماید که اجرای راه‌کارهایی هم‌چون سخن‌رانی معلولان موفق درباره‌ی زندگی‌نامه‌ی خود، موانع و مشکلاتی که هنگام تلاش برای دستیابی به اهداف در پیش رو داشته‌اند، راه‌هایی که برای حل هر کدام از این مشکلات و موانع در پیش گرفته‌اند، خواندن زندگی‌نامه‌ی معلولان موفق دارای معلولیت شدید، تکلیف خانگی مصاحبه با افراد معلول و سالم موفق که خواسته‌هایی مشابه آزمودنی‌ها داشته‌اند و به‌رغم تصور آغازین درباره‌ی ناتوانی، اکنون به خواسته‌ی خود رسیده‌اند، کاوش درباره‌ی فرآیندهای فکری و راه‌بردهایی که منجر به موفقیت آن‌ها شده‌است، و بحث گروهی درباره‌ی این راه‌کارها و تکالیف، با افزایش احساس شایستگی آزمودنی‌ها، راه‌بردها و روش‌هایی مناسب را برای برخورد با موقعیت‌های دشوار در اختیار آن‌ها قرار داده‌است.

به باور بندورا، قانع‌سازی کلامی (یعنی این که به افراد گفته‌شود آن‌ها توانایی رسیدن به هر چیزی را که می‌خواهند دارند) هم می‌تواند خودکارآمدی را افزایش دهد؛ البته قانع‌سازی کلامی برای این که مؤثر واقع شود، باید واقع‌بینانه باشد (همان). راه‌کار قانع‌سازی کلامی در نشست‌ها، با سخنان رهبر و نظر اعضا درباره‌ی اشتباه بودن تصور هر یک از اعضای دیگر در مورد ناتوانی در دستیابی به هدف خود (یعنی خودکارآمدی سازه‌یی، که موقعیتی ویژه است و هر یک از اعضا ممکن است در حیطه‌ی که خودکارآمدی عضو دیگر در آن پایین است، احساس توانایی و خودکارآمدی بالایی داشته‌باشند) اجرا می‌شود.

داده‌های مربوط به انگیزندگی جسمانی و هیجانی نیز به عنوان پایه‌ی داوری درباره‌ی توانایی کنار آمدن با مسائل به کار می‌رود و بندورا دریافته‌است که هرچه سطح انگیزندگی جسمانی و هیجانی شخص بالاتر باشد، میزان خودکارآمدی او پایین‌تر است (همان). در نشست‌های آموزش گروهی خودکارآمدی تلاش شد با توضیح پیوند آرمش کاربردی با خودکارآمدی، آموزش و تمرین هر یک از مراحل آن، و نیز ارائه‌ی سفارش‌هایی به آزمودنی‌ها درباره‌ی رژیم غذایی مناسب، کاهش تنیدگی، برنامه‌های ورزشی، و توضیح پیوند آن‌ها با سطح انگیزندگی، به مناسب کردن سطح انگیزندگی جسمانی و هیجانی کمک شود. درباره‌ی نتایج این پژوهش، مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر بخش سلامت روانی کیفیت زندگی و بی‌اثر بودن آن بر بخش‌های سلامت جسمانی و سلامت محیط می‌توان گفت که تنها افکار، باورها، و احساساتی که در کنترل اراده‌ی فرد است

می‌تواند از مداخله‌های روان‌شناختی تأثیر بپذیرد و سلامت جسمانی، به‌ویژه سلامت محیط، افزون بر عوامل روان‌شناختی، از بسیاری عوامل دیگر نیز تأثیر می‌پذیرد که بسیاری از آن‌ها خارج از اراده‌ی فردی اشخاص است و یا از آن تأثیر کمی می‌پذیرد. آموزش گروهی خودکارآمدی، شیوه‌ی فکر، باور، و احساس آزمودنی‌ها را تغییر داده‌است، اما سلامت جسمانی و امکانات محیطی آن‌ها واقعیت‌هایی عینی است که این آزمودنی‌ها با توجه به شرایط جسمی دشوار خود، بدون در نظر گرفتن میزان خودکارآمدی، کنترل کمی بر آن دارند.

نتایج پژوهش بوسول، داوسون، و هینین‌گر (۱۹۹۸) نشان می‌دهد که از نظر کسانی که دچار آسیب نخاعی اند، سه بخش مهم زندگی، یعنی نگرش نسبت به زندگی، فرصت برای کار، و سطح منابع در دسترس، از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آن‌ها به شمار می‌آید. در این پژوهش، آموزش گروهی خودکارآمدی، بر نگرش نسبت به زندگی و احتمالاً تا حدی فرصت‌های شغلی مؤثر بوده‌است، اما عملاً نمی‌توانسته بر سطح منابع در دسترس آزمودنی‌ها تأثیر داشته‌باشد؛ بنا بر این، بی‌تأثیر بودن آموزش گروهی خودکارآمدی بر سلامت جسمانی و سلامت محیط، دور از انتظار نیست.

نتایج این پژوهش درباره‌ی اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر رفتار کارآفرینانه‌ی زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی، با یافته‌های پژوهش مصحف (۱۳۸۴)، که نشان داد مشاوره‌ی شغلی به شیوه‌ی نظریه‌ی یادگیری اجتماعی، رفتار کارآفرینانه را افزایش می‌دهد و نتایج پژوهش شماعتی‌زاده (۱۳۸۴) درباره‌ی تأثیر مثبت مشاوره‌ی شغلی به شیوه‌ی شناختی-اجتماعی بر خودکارآمدی کارآفرینی و خودکارآمدی عمومی هم‌خوانی دارد.

نتایج این پژوهش درباره‌ی اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر رفتار کارآفرینانه‌ی زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی، نظریه‌ها و پژوهش‌های پیشین را درباره‌ی نقش خودکارآمدی در جنبه‌های مختلف کارآفرینی تأیید می‌کند. اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر رفتار کارآفرینانه‌ی آزمودنی‌ها را می‌توان بر پایه‌ی همان دلایل گفته‌شده برای اثربخشی این آموزش بر کیفیت زندگی آن‌ها تبیین کرد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هرچه میزان خودکارآمدی بالاتر باشد، دامنه‌ی فرصت‌های شغلی گسترده‌تر، و گرایش به آن‌ها بیشتر است. خودکارآمدی پایین ممکن است دامنه‌ی انتخاب‌های شغلی شخص را محدود کند و شاید به تردید درباره‌ی انتخاب‌های انگشت‌شماری که امکان‌پذیر تصور می‌شوند کمک کند (تیلور و بتس^۱ ۱۹۸۳؛ بورس-رانگل و هم‌کاران^۲ ۱۹۹۰). خودکارآمدی می‌تواند بر مقدار زمان سپری‌شده برای یافتن شغل و موفقیت

¹ Taylor, Karen M., and Nancy E. Betz

² Bores-Rangel, Enrique, A. Timothy Church, Dottie Szendre, and Carolyn Reeves



بعدی در آن شغل نیز تأثیر بگذارند (هکت، بتز، و دوتی^۱؛ ۱۹۸۵؛ لنت و هکت^۲ ۱۹۸۷). آن‌هایی که خودکارآمدی بالایی دارند، بر تحلیل و حل کردن مشکلات شغلی متمرکز می‌شوند؛ در حالی که کسانی که خودکارآمدی پایینی دارند بر کاستی‌های فردی و ترس از شکست تمرکز می‌کنند و این امر، سازندگی و به‌کارگیری کامل توانایی‌های شناختی آن‌ها را درباره‌ی شغل‌شان سست می‌کند (ساراسون^۳ ۱۹۷۵؛ لازاروس و فولکمن^۴ ۱۹۸۴).

به دلیل آن که یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش گروهی خودکارآمدی باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه در زنان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی می‌شود، بهتر است این برنامه‌ی آموزشی، به گونه‌ی منظم، در مراکز درمانی و آموزشی ویژه‌ی معلولان جسمی کشور، مانند سازمان آموزش و پرورش استثنایی، اداره‌ی به‌زیستی، انجمن‌ها، و تشکل‌های غیر دولتی. مخصوص افراد دچار ناتوانی جسمی، مانند جامعه‌ی معلولین، انجمن مبتلایان به ضایعات نخاعی، انجمن مبتلایان به ام‌اس، و بنیاد شهید و امور ایثارگران اجرا شود.

تعمیم نتایج این پژوهش به مردان دچار ناتوانی جسمی-حرکتی، نیازمند آزمایش اثربخشی آن بر آزمودنی‌های مرد است؛ هم‌چنین، به دلیل کوچک بودن حجم نمونه، تعمیم یافته‌های این پژوهش به دیگر گروه‌های دچار ناتوانی جسمی باید با احتیاط انجام گیرد.

منابع

- اسماعیلی، مریم، مریم عالیخانی، معصومه غلام‌عراقی، و فاطمه حسینی. ۱۳۸۴. «کیفیت زندگی و ارتباط آن با خودکارآمدی در بیماران تحت همودیالیز». *فصل‌نامه‌ی پرستاری ایران* ۱۸(۴۱-۴۲): ۷۷-۸۴.
- حضرتی، مریم، نسرین زحمت‌کشان، طاهره دزبخت، علی‌رضا نیک‌سرشت، و بهرام ضیعی. ۱۳۸۴. «تأثیر فرآیند نوتوانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس». *ارمغان دانش* ۱۰(۳): ۵۳-۶۴.
- سازمان ملل متحد. ۱۳۷۲. *ناتوانی: وضعیت، استراتژی‌ها، تدابیر*. برگردان جواد صالحی. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- شاهنده، هانیه. ۱۳۸۲. «بررسی کیفیت زندگی معلولین ضایعه‌ی نخاعی عضو انجمن ضایعات نخاعی تهران درسال ۱۳۸۲-۱۳۸۲». پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مدیریت توان‌بخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران.

¹ Hackett, Gail, Nancy E. Betz, and Maxene S. Doty

² Lent, Robert W., and Gail Hackett

³ Sarason, Irwin G.

⁴ Lazarus, Richard S., and Susan Folkman

- شکرکن، حسین، مسعود برومندنسب، بهمن نجاریان، و منیژه شهینی ییلاق. ۱۳۸۱. «بررسی رابطه‌ی ساده و چندگانه‌ی خلاقیت، انگیزه‌ی پیشرفت، و عزت نفس با کارآفرینی در دانش‌جویان دانشگاه شهید چمران اهواز». *مجله‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز* ۳(۳-۴): ۱-۲۴.
- شماعی‌زاده، مرضیه. ۱۳۸۴. «بررسی تأثیر مشاوره‌ی شغلی به شیوه‌ی شناختی-اجتماعی بر افزایش خودکارآمدی کارآفرینی دانشجویان دانشگاه اصفهان». پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان.
- شولتس، دوان، و سیدنی الن شولتس. ۱۳۸۱. *نظریه‌های شخصیت*. برگردان یحیی سیدمحمدی. تهران: مؤسسه‌ی نشر ویرایش.
- غلامی زنائی، فاطمه، محمداقرا کجیاف، محمداطهر نشاط‌دوست، و اعظم مرادی. ۱۳۸۶. «اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کاهش هراس اجتماعی». *روان‌شناسی* ۱۱(۲): ۲۱۶-۲۲۲.
- قضایی، صمد. ۱۳۶۸. *معلومات‌ها: سبب‌شناسی، پیش‌گیری، توان‌بخشی*. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- مصطفی، هایده. ۱۳۸۴. «بررسی تأثیر مشاوره‌ی شغلی به سبک نظریه‌ی یادگیری اجتماعی و انتخاب شغل کرامبولتز بر تغییر نگرش و افزایش رفتار کارآفرینانه‌ی دانش‌جویان دانشگاه اصفهان». پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان.
- موسوی، بتول، علی منتظری، و محمدرضا سروش. ۱۳۸۶. «کیفیت زندگی جانبازان زن مبتلا به ضایعه‌ی نخاعی». *پایش* ۷(۱): ۷۵-۸۱.
- نجات، سحرناز، علی منتظری، کاظم محمد، کوروش هلاکویی نایینی، سیدرضا مجدزاده، نازنین‌سادات نبوی، فرهاد نجات، و سیدمسعود نبوی. ۱۳۸۵. «کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تهران در مقایسه با جمعیت سالم شهر تهران». *ایبدمبولوژی ایران* ۱(۴): ۱۹-۲۴.
- نجات، سحرناز، علی منتظری، کوروش هلاکویی نایینی، کاظم محمد، و رضا مجدزاده. ۱۳۸۵. «استانداردسازی پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه‌ی ایرانی». *مجله‌ی دانشکده‌ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی* ۴(۴): ۱-۱۲.
- نوری، ابوالقاسم. ۱۳۷۴. «جنبه‌های روان‌شناختی ناتوانی جسمی: اشتغال به عنوان مهم‌ترین عامل». *مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی)* ۷(۴): ۸۵-۱۰۶.
- Albrecht, Gary L., and Patrick J. Devlieger. 1999. "The Disability Paradox: High Quality of Life against All Odds." *Social Science and Medicine* 48(8):977-988.
- Arns, Paul G., and Jean Ann Linney. 1993. "Work, Self, and Life Satisfaction for Persons with Severe and Persistent Mental Disorders." *Psychological Rehabilitation Journal* 17(2):63-79.
- Aviram, Arie. 2006. "A Study of Factors That Influence Unemployed Persons." *Journal of Employment Counseling* 43(4):154-167.
- Bandura, Albert. 1977. *Social Learning Theory*. Englewood Cliff, NJ, USA: Prentice-Hall.
- . 1997. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY, USA: Freeman.



- Bandura, Albert, Claudio Barbaranelli, Gian Vittorio Caprara, and Concetta Pastorelli. 2001. "Self-Efficacy Beliefs as Shapers of Children's Aspirations and Career Trajectories." *Child Development* 72(1):187-206.
- Barlow, Julie, Chris Wright, and Lesley Cullen. 2002. "A Job-Seeking Self-Efficacy Scale for People with Physical Disabilities: Preliminary Development and Psychometric Testing." *British Journal of Guidance and Counselling* 30(1):37-53.
- Bent, N., A. Jones, I. Molloy, M. A. Chamberlain, and A. Tennant. 2001. "Factors Determining Participation in Young Adults with a Physical Disability: A Pilot Study." *Clinical Rehabilitation* 15(5):552-561.
- Betz, Nancy E., and Gail Hackett. 1981. "The Relationship of Career-Related Self-Efficacy Expectations to Perceived Career Options in College Women and Men." *Journal of Counseling Psychology* 28(5):399-410.
- Bonomi, Amy E., Donald L. Patrick, Donald M. Bushnell, and Mona Martin. 2000. "Validation of the United States' Version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Instrument." *Journal of Clinical Epidemiology* 53(1):1-12.
- Bores-Rangel, Enrique, A. Timothy Church, Dottie Szendre, and Carolyn Reeves. 1990. "Self-Efficacy in Relation to Occupational Consideration and Academic Performance in High School Equivalency Students." *Journal of Counseling Psychology* 37(4):407-418.
- Boswell, Boni B., Michael Dawson, and Elisabeth Heininger. 1998. "Quality of Life as Defined by Adults with Spinal Cord Injuries." *The Journal of Rehabilitation* 64(1):27-32.
- Boyd, Nancy G., and George S. Vozikis. 1994. "The Influence of Self-Efficacy on the Development of Entrepreneurial Intentions and Actions." *Entrepreneurship Theory and Practice* 18(4):63-77.
- Chandler, Gaylen N., and Erik Jansen. 1992. "The Founder's Self-Assessed Competence and Venture Performance." *Journal of Business Venturing* 7(3):223-236.
- Chen, Chao C., Patricia Gene Greene, and Ann Crick. 1998. "Does Entrepreneurial Self-Efficacy Distinguish Entrepreneurs from Managers?" *Journal of Business Venturing* 13(4):295-316.
- Chubon, Robert A., Karen S. Clayton, and David V. Vandergriff. 1995. "An Exploratory Study Comparing the Quality of Life of South Carolinians with Mental Retardation and Spinal Cord Injury." *Rehabilitation Counseling Bulletin* 39(2):107-118.
- Frank, Jerome D., and Julia B. Frank. 1993. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. 3rd edition. Baltimore, MD, USA: The Johns Hopkins University Press.
- Frisch, Michael B. 1992. "Use of the Quality of Life Inventory in Problem Assessment and Treatment Planning for Cognitive Therapy of Depression." Pp. 27-52 in *Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy*, edited by Arthur Freeman and Frank M. Dattilio. New York, NY, USA: Plenum Press.
- . 2006. *Quality of Life of Therapy: Applying Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. New York, NY, USA: John Wiley and Sons.
- Gartner, William B. 1989. "Some Suggestions for Research on Entrepreneurial Traits and Characteristics." *Entrepreneurship Theory and Practice* 14(1):27-37.

- Gecas, Viktor. 1989. "The Social Psychology of Self-Efficacy." *Annual Review of Sociology* 15:291-316.
- Hackett, Gail. 1995. "Self-Efficacy in Career Choice and Development." Pp. 232-258 In *Self-Efficacy in Changing Societies*, edited by Albert Bandura. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hackett, Gail, Nancy E. Betz, and Maxene S. Doty. 1985. "The Development of Taxonomy of Career Competencies for Professional Women." *Sex Roles* 12(3-4):393-409.
- Hampton, Nan Zhang. 2000. "Self-Efficacy and Quality of Life in People with Spinal Cord Injuries in China." *Rehabilitation Counseling Bulletin* 43(2):66-74.
- Hampton, Nan Zhang, and Amy Marshall. 2000. "Culture, Gender, Self-Efficacy, and Life Satisfaction: A Comparison between Americans and Chinese People with Spinal Cord Injuries." *The Journal of Rehabilitation* 66(3):21-28.
- Hmieleski, Keith M., and Andrew C. Corbett. 2008. "The Contrasting Interaction Effects of Improvisational Behavior with Entrepreneurial Self-Efficacy on New Venture Performance and Entrepreneur Work Satisfaction." *Journal of Business Venturing* 23(4):428-496.
- Hughes, Rosemary B., Margaret A. Nosek, Carol A. Howland, Janet Y. Groff, and Patricia Dolan Mullen. 2003. "Health Promotion for Women with Physical Disabilities: A Pilot Study." *Rehabilitation Psychology* 48(3):182-188.
- Hughes, Rosemary B., Susan Robinson-Whelen, Heather B. Taylor, and John W. Hall. 2006. "Stress Self-Management: An Intervention for Women with Physical Disabilities." *Women's Health Issues* 16(6):389-399.
- Hughes, Rosemary B., Susan Robinson-Whelen, Heather B. Taylor, Nancy Swedlund, and Margaret A. Nosek. 2004. "Enhancing Self-Esteem in Women with Physical Disabilities." *Rehabilitation Psychology* 49(4):295-302.
- Joekes, Katherine, Thérèse Van Elderen, and Karlein Schreurs. 2007. "Self-Efficacy and Overprotection Are Related to Quality of Life, Psychological Well-being, and Self-Management in Cardiac Patients." *Journal of Health Psychology* 12(1):4-16.
- Judge, Timothy A., Edwin A. Locke, and Cathy C. Durham. 1997. "The Dispositional Causes of Job Satisfaction: A Core Evaluations Approach." *Research in Organizational Behavior* 19:151-188.
- Koen, Peter A., Gideon D. Markman, Robert A. Baron, and Richard Reilly. 2001. "Cognition and Personalities as Predictors of Resource Attainment among Corporate Entrepreneurs." In *Frontiers of Entrepreneurship Research 2001: Proceedings of the Twenty-First Annual Entrepreneurship Research Conference*, edited by William D. Bygrave, Erkkko Autio, Candida G. Brush, Per Davidsson, Patricia G. Green, Paul D. Reynolds, and Harry J. Sapienza. Wellesley, MA, USA: Babson College. Retrieved 24 May 2008 (<http://www.babson.edu/entrep/fer/babson2001/XXIII/XXIIIB/XXIIIB.htm>).
- Krause, James S., and Rene V. Dawis. 1992. "Prediction of Life Satisfaction after Spinal Cord Injury: A Four-Year Longitudinal Approach." *Rehabilitation Psychology* 37(1):49-60.
- Krueger, Norris F. Jr., and Deborah V. Brazeal. 1994. "Entrepreneurial Potential and Potential Entrepreneurs." *Entrepreneurship Theory and Practice* 18(3):91-104.
- Lazarus, Richard S., and Susan Folkman. 1984. *Stress Appraisal and Coping*. New York, NY, USA: Springer.



- Lent, Robert W., and Gail Hackett. 1987. "Career Self-Efficacy: Empirical Status and Future Directions." *Journal of Vocational Behavior* 30(3):347-382.
- Lev, Elise L., Karen M. Daley, Norma E. Conner, Margaret Reith, Cristina Fernandez, and Steven V. Owen. 2001. "An Intervention to Increase Quality of Life and Self-Care, Self-Efficacy, and Decrease Symptoms in Breast Cancer Patients." *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 15(3):277-294.
- Lorenzo, T., L. V. Niekerk, and P. Mdlokolo. 2007. "Economic Empowerment and Black Disabled Entrepreneurs: Negotiating Partnerships in Cape Town, South Africa." *Disability and Rehabilitation* 29(5):429-436.
- Lucas, Richard E. 2007. "Long-Term Disability Is Associated with Lasting Changes in Subjective Well-Being: Evidence from Two Nationally Representative Longitudinal Studies." *Journal of Personality and Social Psychology* 92(4):717-730.
- Luthans, Fred, and Elina S. Ibrayeva. 2006. "Entrepreneurial Self-Efficacy in Central Asian Transition Economies: Quantitative and Qualitative Analyses." *Journal of International Business Studies* 37(1):92-110.
- Markman, Gideon D., David B. Balkin, and Robert A. Baron. 2002. "Inventors and New Venture Formation: The Effects of General Self-Efficacy and Regretful Thinking." *Entrepreneurship Theory and Practice* 27(2):149-166.
- Markman, Gideon D., Robert A. Baron, and David B. Balkin. 2005. "Are Perseverance and Self-Efficacy Costless? Assessing Entrepreneurs' Regretful Thinking." *Journal of Organizational Behavior* 26(1):1-19.
- Marks, Ray. 2001. "Efficacy Theory and Its Utility in Arthritis Rehabilitation: Review and Recommendations." *Disability and Rehabilitation* 23(7):271-280.
- Motl, Robert W., and Erin M. Snook. 2008. "Physical Activity, Self-Efficacy, and Quality of Life in Multiple Sclerosis." *Annals of Behavioral Medicine* 35(1):111-115.
- Nätterlund, Birgitta. 2001. "Living with Muscular Dystrophy: Illness Experience, Activities of Daily Living, Coping, Quality of Life, and Rehabilitation." *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 8(3):157.
- Nätterlund, Birgitta, Lars-Gunnar Gunnarsson, and Gerd Ahlström. 2000. "Disability, Coping, and Quality of Life in Individuals with Muscular Dystrophy: A Prospective Study over Five Years." *Disability and Rehabilitation* 22(17):776-785.
- Orbell, Sheina, Marie Johnston, David Rowley, Peter Davey, and Arthur Espley. 2001. "Self-Efficacy and Goal Importance in the Prediction of Physical Disability in People Following Hospitalization: A Prospective Study." *British Journal of Health Psychology* 6(1):25-40.
- Pajares, Frank. 1997. "Current Directions in Self-Efficacy Research." Pp. 1-49 in *Advances in Motivation and Achievement*, Vol. 10, edited by Martin L. Maehr and Paul R. Pintrich. Greenwich, CT, USA: Jai Press.
- Pavey, Barbara. 2006. "Human Capital, Social Capital, Entrepreneurship, and Disability: An Examination of Some Current Educational Trends in the UK." *Disability and Society* 21(3):217-229.
- Phillips, David. 2006. *Quality of Life: Concept, Policy, and Practice*. London, UK: Rutledge.

- Rauch, Andreas, and Michael Frese. 2007. "Let's Put the Person Back into Entrepreneurship Research: A Meta-Analysis on the Relationship between Business Owners' Personality Traits, Business Creation, and Success." *European Journal of Work and Organizational Psychology* 16(4):353–385.
- Roessler, Richard T. 1990. "A Quality of Life Perspective on Rehabilitation Counseling." *Rehabilitation Counseling Bulletin* 34(2):82–91.
- Sarason, Irwin G. 1975. "Test Anxiety and the Self Disclosing Coping Model." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43(2):184–153.
- Scherer, Robert F., Janet S. Adams, Susan S. Carley, and Frank A. Wiebe. 1989. "Role Model Performance Effects on Development of Entrepreneurial Career Preference." *Entrepreneurship Theory and Practice* 13(3):53–71.
- Svendsen, Henriette Aaby, and Thomas William Teasdale. 2006. "The Influence of Neuropsychological Rehabilitation on Symptomatology and Quality of Life Following Brain Injury: A Controlled Long-Term Follow-up." *Brain Injury* 20(12):1295–1306.
- Taylor, Karen M., and Nancy E. Betz. 1983. "Applications of Self-Efficacy Theory to the Understanding and Treatment of Career Indecision." *Journal of Vocational Behavior* 22(1):63–81.
- Trieschmann, Roberta B. 1988. *Spinal Cord Injuries: Psychological, Social, and Vocational Rehabilitation*. 2nd edition. New York, NY, USA: Demos.
- Tsay, Shiow-Luan, and Marilyn Healstead. 2002. "Self-Care, Self-Efficacy, Depression, and Quality of Life among Patients Receiving Hemodialysis in Taiwan." *International Journal of Nursing Studies* 39(3):245–251.
- Turner, J. Blake, and R. Jay Turner. 2004. "Physical Disability, Unemployment, and Mental Health." *Rehabilitation Psychology* 49(3):241–249.
- Waltz, Millard, and Bernhard Badura. 1988. "Subjective Health, Intimacy, and Perceived Self-Efficacy after Heart Attack: Predicting Life Quality Five Years Afterwards." *Social Indicators Research* 20(3):303–332.
- Whiteneck, Gale G. 1993. "Changing Attitudes toward Life." Pp. 211–218 in *Aging with Spinal Cord Injury*, edited by Gale G. Whiteneck, Susan W. Charlifue, Kenneth A. Gerhart, Daniel P. Lammertse, Scott Manley, Robert R. Menter, and Kathie R. Seedroff. New York, NY, USA: Demos.
- Wilson, Fiona, Jill Kickul, and Deborah Marlino. 2007. "Gender, Entrepreneurial Self-Efficacy, and Entrepreneurial Career Intentions: Implications for Entrepreneurship Education." *Entrepreneurship Theory and Practice* 31(3):387–406.
- Woodward, Nancy J., and Barbara S. Wallston. 1987. "Age and Health Care Beliefs: Self-Efficacy as a Mediator of Low Desire for Control." *Psychology and Aging* 2(1):3–8.
- Zhao, Hao, Scott E. Seibert, and Gerald E. Hills. 2005. "The Mediating Role of Self-Efficacy in the Development of Entrepreneurial Intentions." *Journal of Applied Psychology* 90(6):1265–1272.



نویسندگان

دکتر اعظم مرادی،

عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور
azam_moradi_isf2005@yahoo.com

وی پژوهش‌های متعددی در زمینه‌ی روان‌شناسی معلولان و روان‌شناسی زنان انجام داده‌است. طراحی مدلی برای سبب‌شناسی و درمان اختلالات روانی بر اساس آموزه‌های دینی، اجرای پژوهش‌هایی در آموزش و پرورش و بنیاد شهید، برگزاری چندین کارگاه آموزشی برای معلولان جسمی و مشاوره‌ی انفرادی مداوم با آن‌ها، و برگزاری نشست‌های آموزش خانواده برای خانواده‌های کودکان استثنایی از فعالیت‌های علمی و پژوهشی او بوده‌است. وی تا کنون ۱۲ مقاله‌ی علمی-پژوهشی و چهار مقاله‌ی علمی-ترویجی نگاشته، دو کتاب به فارسی برگردانده، و ۳۰ مقاله در هم‌آی‌های ملی و بین‌المللی ارائه کرده‌است.

دکتر شعله امیری،

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان
s.amiri@edu.ui.ac.ir

دانش‌آموخته‌ی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه تهران. وی پایان‌نامه‌ی دکترای خود را در باره‌ی افراد با نیازهای خاص نگاشته‌است. از پیشینه‌ی پژوهشی و اجرایی وی می‌توان نگارش ۴۰ مقاله‌ی علمی-پژوهشی، انجام چند طرح پژوهشی، مدیریت گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، مدیریت جمعیت زنان دانشگاه اصفهان، و ریاست دفتر استعداد‌های درخشان دانشگاه اصفهان را نام برد.

دکتر مختار ملک‌پور،

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان
m.malekpour@edu.ui.ac.ir

دانش‌آموخته‌ی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه ایالتی مورگان*، آمریکا. تخصص وی روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص است. وی تا کنون پنج کتاب و نزدیک به ۵۰ مقاله نگاشته و ۴۰ پایان‌نامه را سرپرستی کرده که عمدتاً در باره‌ی افراد با نیازهای خاص بوده‌است. از کارهای پژوهشی و اجرایی وی می‌توان طراحی الگویی برای مداخله‌ی به‌هنگام در ایران، مدیریت گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، و مدیریت گروه کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان را نام برد.

* Morgan State University, Baltimore, MD, USA

دکتر حسین مولوی،

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان
h.molavi@edu.ui.ac.ir

تخصص وی علوم رفتاری است. وی سال‌ها به آموزش درس‌هایی مانند آمار، روان‌سنجی، و روان‌شناسی آزمایشگاهی مشغول بوده و راهنمایی و مشاوره‌ی بیش از ۱۰۰ پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد و دکتری را بر عهده داشته‌است. از پیشینه‌ی اجرایی او می‌توان به عضویت در کمیته‌های تخصصی تحصیلات تکمیلی گروه روان‌شناسی و دانشکده‌ی علوم تربیتی دانشگاه اصفهان اشاره کرد. از وی ۸۰ مقاله‌ی علمی-پژوهشی و کتاب‌های راهنمای استفاده از ویرایش‌های مختلف نرم‌افزار SPSS به چاپ رسیده‌است.

دکتر ابوالقاسم نوری،

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان
a.nouri@edu.ui.ac.ir

دانش‌آموخته‌ی دکترای روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه کویینز بلفاست*، ۱۹۸۱. وی کتاب *واژه‌نامه‌ی روان‌شناسی صنعتی و سازمانی* را نگاشته و کتاب *کار، فشار روانی، بیماری، و طول عمر* را به فارسی برگردانده‌است. از وی بیش از ۵۰ مقاله در مجله‌های علمی-پژوهشی و آموزشی به فارسی و انگلیسی چاپ شده‌است. از پیشینه‌ی اجرایی وی می‌توان به سردبیری مجله‌ی دانشکده‌ی علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، عضویت در هیئت تحریریه‌ی چندین مجله، هم‌کاری در برنامه‌ریزی و به تصویب نهایی رسانیدن برنامه‌های دوره‌های کارشناسی و کارشناسی ارشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی در وزارت علوم و تأسیس این دوره‌ها در دانشگاه اصفهان، و عضویت هیئت مدیره‌ی نخستین دوره‌ی انجمن روان‌شناسی اجتماعی، اشاره کرد.

* Queen's University Belfast, Belfast, Northern Ireland, UK