

Research Paper: The Relationship Evaluation between Physical Disabled's Social Support and Life Quality in Raad's Education Centers

*Nasrin Khosravi¹, Ghoncheh Raheb¹, Maliheh A'rshi¹, Mostafa Eghlima¹

1. Department of Social Work, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Received: 12 Jun. 2014

Accepted: 25 Feb. 2015

ABSTRACT

Objective Social protection is one of the most important predictors of people's health. The aim of this study was to determine the relationship between social support and life quality, among disabled's of Raad's educational institutes.

Materials & Methods In this cross-correlation research 195 disabled's aged between 18-35 were selected with stratified random sampling method from Ra'ad's institutes (Alghadir, Shargh and Markazi). Questionnaires of the Vaux social support and the Lancashire life quality were used. To analyze the data, Pearson and Spearman correlation coefficients and regression and Spss 14 software were used.

Results Obtained results revealed a significant relationship between social support subscales (family, friends and other's social support) with Psychological factors (Psychological comfort and self-concept) and Social Factors (Social and family relationships) of life quality in handicaps ($P < 0.01$).

Conclusion The results of the present study confirm the importance of social support in the disabled's life quality, therefore it is necessary to consider the social support as a high supplier of quality of life, in disabled's health promotion interventions design.

Keywords:

Social support, Life quality, Disability

* Corresponding Author:

Nasrin Khosravi, MSc

Address: Department of Social Work, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Daneshjo Ave., Evin, Tehran, Iran.

Tel: +98 (914) 1469677

E-Mail: nkhosravi91@yahoo.com

بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی معلولین جسمی-حرکتی مراکز آموزشی رعد

*نسرین خسروی^۱، غنچه راهب^۱، ملیحه عرشی^۱، مصطفی اقلیما^۱

۱- گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۲ خرداد ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: ۶ اسفند ۱۳۹۳

هدف: حمایت اجتماعی، از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت در افراد است. هدف از مطالعه حاضر تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی معلولین جسمی-حرکتی مراکز آموزشی رعد است.

روش بررسی: در این پژوهش که از نوع توصیفی-همبستگی است، جامعه آماری تعداد ۱۹۵ نفر از معلولین جسمی-حرکتی ۱۸-۳۵ سال مراکز آموزشی رعد (رعدالغدیر، رعد شرق و رعد مرکزی)، به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبتی انتخاب شد. در این مطالعه از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی و کس و کیفیت زندگی لنگشایر و در تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و رگرسیون نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج بررسی‌ها نشان داد که بین خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی (حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و دیگران) با مؤلفه‌های روانی (آسایش روانی و خودپنداری) و مؤلفه‌های اجتماعی (روابط اجتماعی و روابط فامیلی) کیفیت زندگی در معلولین جسمی-حرکتی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه اهمیت حمایت اجتماعی را در کیفیت زندگی معلولین جسمی-حرکتی مورد تأیید قرار می‌دهد؛ بنابراین، لازم است در طراحی مداخلات ارتقای سلامت معلولین، حمایت اجتماعی به‌عنوان یک تأمین‌کننده قوی کیفیت زندگی مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه:

کودکان سندرم داون، چاقی، مهارت‌های ادراکی-حرکتی

مقدمه

معلولیت عبارت است از: محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد آن نقص و ناتوانی است، به طوری که مانع از انجام نقشی می‌شود که برای فرد با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی و فرهنگی طبیعی تلقی می‌گردد. در این میان معلولیت‌های جسمی-حرکتی بالاترین میزان شیوع را در میان معلولیت‌ها دارد [۱]. بعضی از معلولین جسمی-حرکتی برای انجام کارهای روزمره خود نیاز به وسایل توانبخشی و حتی محیط‌های ویژه دارند که موانع فیزیکی، امکان حرکت و مشارکت افراد ناتوان را در روند کلی فعالیت‌ها دشوار یا غیرممکن می‌سازد. مهم‌تر از این موانعی است که در محیط‌های روانی-اجتماعی فرد وجود دارد. این نگرش‌های منفی و موانع روانی-اجتماعی، سلامت روانی افراد مبتلا به معلولیت جسمی-حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث می‌شود که آنها نسبت به دیگر افراد، عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس پایین‌تری داشته باشند. در مجموع، همه این مسائل کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲].

کیفیت زندگی بخش مهمی از احساس سلامت عمومی

رفتار انسان تابع تمامیت وجود او است؛ یعنی هم جسم و هم روان در رفتار انسان تأثیر می‌گذارد. امروزه ثابت شده است که بسیاری از عوامل روانی و تغییرات محیط زندگی که با فشار روانی همراه است، از جمله عوامل ایجاد بیماری جسمانی یا تشدیدکننده تظاهرات این بیماری‌هاست. با به‌خطرآفتادن سلامت جسمانی، واکنش‌های روانی نیز در افراد به‌وجود می‌آید؛ برای نمونه، بیماری‌های مزمن جسمانی و قلبی، بیماری‌های درازمدت و محدودکننده‌ای را برای فرد ایجاد می‌کند که تبعات منفی رفتاری به‌دنبال دارد. همچنین مشکلات روانی می‌تواند تبعاتی به‌صورت بیماری‌های شبه‌جسمانی، انواع معلولیت‌ها یا بیماری‌های روان-تنی مانند: زخم معده و فشار خون عصبی به‌همراه داشته باشد. علاوه بر این، رشد و گسترش دنیای ماشینی، بالارفتن سن ازدواج و بسیاری از مسائل دیگر ممکن است به افزایش معلولیت و بیماری‌های روان-تنی منجر شود [۱].

* نویسنده مسئول:

نسرین خسروی

نشانی: گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، بلوار دانشجو، اوین، تهران، ایران.

تلفن: ۱۴۶۹۶۷۷ (۹۱۴) ۹۸+

رایانامه: nkhosravi91@yahoo.com

از مؤلفه‌های روانی و اجتماعی مورد بررسی قرار دهد.

حضور فرد دچار ناتوانی جسمی-حرکتی، با ایجاد مشکلات مراقبتی برای خانواده و به‌ویژه تجربیات استرس‌زا برای والدین همراه است. چنین وضعیتی مانع از آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای عادی خود از جمله روابط اجتماعی را به‌نحو مطلوبی داشته باشد [۹].

نتایج تحقیق کذاک و ویلکوکس (۱۹۸۴) نشان می‌دهد که اندازه شبکه اجتماعی در والدین دارای کودکان معلول، نسبت به والدین کودکان عادی کوچک‌تر است [۱۰]. پژوهشی که آولویو و همکارانش در سال ۲۰۱۳ انجام دادند نشان داد که عواملی مانند: ویژگی‌های دموگرافیک، روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی هر دو گروه مردم معلول و غیرمعلول است [۱۱].

معلولین جسمی-حرکتی به‌دلیل شرایط خاصشان نیاز ویژه‌ای به حمایت اجتماعی اطرافیان دارند که این می‌تواند شرایط زندگی و کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد [۴]. و از آنجایی که در مطالعات پیشین ارتباط حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های کیفیت زندگی در معلولین جسمی-حرکتی کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ بنابراین، با توجه به این مطالب این سؤال مطرح می‌شود که آیا رابطه‌ای بین خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های اجتماعی و روانی کیفیت زندگی در معلولین جسمی-حرکتی وجود دارد؟

از دلایل اهمیت موضوع معلولیت و کیفیت زندگی معلولین، می‌توان به آمار بالا و رو به افزایش معلولیت با رشد و گسترش علم صنعت، تأثیر معلولیت بر وضعیت روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی، تأثیر معلولیت جسمی-حرکتی بر کیفیت زندگی و سلامت روانی شخص و انتظار مردم از کیفیت زندگی بهتر اشاره کرد.

پس باید پایه و اساس سلامت را با به‌کارگیری شیوه صحیح و ارتقای کیفیت زندگی، از اولین مراحل حیات پی‌ریزی نمود و به موازات آن با ایجاد زمینه‌های مناسب مشارکت معلولین در خانواده و جامعه و نیز فراهم‌ساختن فضای مناسب حمایتی در کلیه جنبه‌های اقتصادی-اجتماعی و بهداشتی در راه رسیدن به زندگی سالم و موفق گام برداشت [۱۲].

هدف از این تحقیق شناخت رابطه بین خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های روانی و اجتماعی کیفیت زندگی معلولین جسمی-حرکتی مراکز آموزشی رعد است. فرضیه اصلی تحقیق این است که بین خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی (حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و دیگران) و مؤلفه‌های روانی (آسایش روانی و خودپنداره) و مؤلفه‌های اجتماعی (روابط اجتماعی و روابط فامیلی) کیفیت زندگی معلولین جسمی-

و مفهومی پویا و چندبُعدی است که جنبه‌های فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی زندگی را دربردارد [۳]. سازمان بهداشت جهانی در تعریف کیفیت زندگی به درک هر فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام‌های فرهنگی و ارزشی پیرامون و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقمندی آنها تأکید دارد. در این نگاه، کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تأثیر می‌پذیرد و بر ادراک فرد نیز مبتنی است [۲۴]. بوند ابعاد مؤثر و سازنده کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: حیطه‌های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متأثر از تجارب، باورها، انتظارات و ادراک فرد است [۴].

با توجه به اینکه معلولیت بر ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی جامعه تأثیر می‌گذارد، توجه به جنبه‌های مختلف زندگی این افراد از جمله بُعد سلامت و برنامه‌ریزی صحیح به‌منظور مراقبت و تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان ضروری به‌نظر می‌رسد. انسان‌ها موجوداتی چندبُعدی هستند که بی‌اعتنایی به هر یک از این وجوه، بخشی حیاتی از زندگی افراد را به مخاطره می‌اندازد و پیامدهای قابل توجهی نیز بر کل زندگی آنان خواهد داشت [۵]. به‌نظر می‌رسد که بُعد اجتماعی تأثیر بسزایی در سلامت به‌صورت عام و کیفیت زندگی به‌طور خاص داشته باشد. یکی از عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت، حمایت اجتماعی است که در سال‌های اخیر به‌عنوان مقوله‌ای که به اهمیت بُعد اجتماعی انسان اشاره دارد، توجه فزاینده‌ای به‌دست آورده است [۲۷].

درباره تعریف حمایت اجتماعی نظرات متفاوتی مورد توجه است. این اصطلاح گاهی به وجود روابط اجتماعی و زمانی نیز به‌عنوان نوع ویژه‌ای از روابط اجتماعی همچون: رابطه زناشویی، دوستی و عضویت سازمانی مورد نظر بوده است. منظور از حمایت اجتماعی کمک یا حمایتی است که از جانب اعضای شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود [۶]. بنتلر و نیوکومب (۲۰۰۴)، حمایت اجتماعی را شبکه‌ای از ارتباطات تشریح کرده‌اند که رفاقت، همکاری و تقویت احساسی را فراهم می‌آورد [۷].

حمایت اجتماعی سه حیطه خانواده، دوستان و آشنایان را دربرمی‌گیرد. حمایت اجتماعی به‌میزان ادراک فرد از محبت و حمایت خانواده و دوستان و اطرافیان نیز اطلاق می‌شود. حمایت اجتماعی موجب می‌شود که فرد احساس مراقبت، موردعلاقه‌بودن، عزت‌نفس و ارزشمندبودن کند که این امر بخشی از شبکه وسیع ارتباطی است [۸]. از آنجایی که معلولیت، شرایط روانی و اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، این تحقیق در پی آن است که میزان حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در این ابعاد را در میان معلولین تعیین کند و سپس رابطه خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی را در هر یک

حرکتی مراکز آموزشی رعد رابطه معناداری وجود دارد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. در این تحقیق پژوهشگر با پرسیدن تعدادی سؤال استاندارد به صورت شفاهی یا کتبی (با پرسشنامه)، به جمع آوری اطلاعات از نمونه معرف جامعه مورد مطالعه می پردازد و سپس روابط میان متغیرها را بدون آنکه آنها را دستکاری کند، مورد مطالعه قرار می دهد [۱۳]. با توجه به گستردگی جامعه معلولین و لزوم همگونی آزمودنی‌ها، لازم بود معلولینی که از یک مرکز بودند انتخاب شوند.

بنابراین، تصمیم گرفته شد معلولین تمام مراکز رعد واقع در تهران انتخاب شوند. جامعه آماری این پژوهش را کلیه معلولین جسمی-حرکتی رده سنی ۱۸-۳۵ سال (سن جوانی)، مراکز آموزشی رعد مرکزی، رعد الغدیر و رعد شرق که در زمینه ارائه خدمات رایگان حرفه‌آموزی به معلولین جسمی-حرکتی فعالیت داشتند، تشکیل می‌دهد. مجتمع رعد مرکزی ۲۰۰ عضو، رعد الغدیر ۱۳۰ عضو و رعد شرق ۷۰ عضو دارد و تعداد اعضا در مجموع، ۴۰۰ نفر است.

برای انتخاب نمونه از جامعه آماری مورد نظر، از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبتی استفاده شد؛ بدان معنا که ابتدا با توجه به تعداد معلولینی که هر یک از مراکز تحت پوشش دارد، با روش تصادفی ساده سهم هر یک از مراکز در کل مشخص شد (۱۹۷ زن و ۲۰۳ مرد). سپس به هر یک از افراد کدی داده شد و با توجه به جدول اعداد تصادفی، تعداد مورد نظر برگزیده شد. مجتمع رعد مرکزی ۲۰۰، رعد الغدیر ۱۳۰ و رعد شرق ۷۰ عضو دچار معلولیت جسمی-حرکتی در رده سنی ۱۸-۳۵ (سن جوانی) دارند که با روش تصادفی ساده به تعداد ۹۷ عضو (۴۸ زن، ۴۹ مرد) از رعد مرکزی، ۶۴ عضو (۳۱ زن، ۳۳ مرد) از رعد الغدیر و ۳۴ عضو (۱۷ زن، ۱۷ مرد) از رعد شرق (در مجموع ۱۹۵ نفر) برای نمونه آماری انتخاب شدند. در این پژوهش افرادی که قادر به پاسخگویی نبودند یا برای شرکت در پژوهش رضایت نداشتند با اعضای دیگر که شرایط ورود به پژوهش از جمله داشتن سن ۱۸-۳۵ سال و عضویت در مراکز رعد را داشتند، جایگزین می‌شدند. برای نمونه‌گیری از فرمول نمونه‌گیری کوکران استفاده شده است.

روش اجرا به این صورت بود که پس از انجام مطالعات پیشین و تعیین مقیاس‌های اندازه‌گیری با نظر اساتید و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه‌ها، با اخذ معرفی‌نامه‌ای از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در فاصله زمانی نیمه تیر تا اواخر مهرماه سال ۱۳۹۲ به مراکز آموزشی رعد الغدیر و سپس رعد شرق و مرکزی مراجعه و با دریافت مجوز از مدیر مرکز، روند پژوهش آغاز شد. ابتدا کلیه توان‌یابانی که شرایط ورود به نمونه

را داشتند، شناسایی شدند و سپس با انجام توضیحاتی به این افراد در مورد علت و چگونگی انجام پژوهش، پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی توسط این افراد تکمیل و پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS ۱۴ شد و در نهایت، گزارش نهایی تهیه گردید.

در این تحقیق پرسشنامه‌های کیفیت زندگی لنکشایر (۱۹۹۷) و حمایت اجتماعی وکس (۱۹۸۴) مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه کیفیت زندگی براساس معیارهای قابل سنجش مطرح‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۹) و نیز با اقتباس از سؤالات و معیارهای پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به معلولین جسمی-حرکتی لنکشایر (۱۹۹۷) و ویسکانسین (۱۹۹۵) تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۸۴ سؤال است که ۴ خرده‌مقیاس از جمله: مؤلفه‌های اقتصادی (اشتغال، وضعیت اقتصادی، مسکن)، مؤلفه‌های اجتماعی (روابط فامیلی، روابط اجتماعی)، مؤلفه‌های روانی (آسایش روانی، خودپنداری) و مؤلفه‌های استقلال (سلامت جسمانی، انجام فعالیت‌های روزمره، استقلال و عدم وابستگی به محیط) را مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ‌ها براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت طرح‌ریزی شده است و نمره‌گذاری از ۱ تا ۵ است. برای تعیین سطوح نمرات هر یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی به طریق زیر عمل شده است: یکی از نکات مهم در دسته‌بندی نمرات کیفیت زندگی، تعیین محدوده بی‌تفاوت‌هاست. با توجه به نحوه ارزش‌گذاری سؤالات که گزینه بی‌تفاوت عدد ۳ را به خود اختصاص می‌دهد برای تعیین محدوده بی‌تفاوت‌ها، با توجه به میانگین امتیاز هر بعد، نصف انحراف معیار را از عدد ۳ کم و اضافه می‌کنیم.

براساس این معیار، پایین‌تر از $3 - \frac{\sigma}{2}$ به معنای ناراضی و بالاتر از $3 + \frac{\sigma}{2}$ به معنای راضی تلقی می‌گردد و بین این دو مقدار به معنای بی‌تفاوت است.

شاهنده در بررسی کیفیت زندگی معلولین از روش مذکور جهت هنجاریابی و همچنین از روش بازآزمون جهت تعیین پایایی پرسشنامه استفاده کرده و به این نتیجه رسیده است که همبستگی بین متغیرهای کمی ۸۵ درصد بوده و ضریب کاپا برای بررسی هماهنگی متغیرهای کیفی نیز ۹۰ درصد بوده است [۲۵].

برای سنجش حمایت اجتماعی، مقیاس حمایت اجتماعی وکس (SS-A)، استفاده شده است. اساس تئوریک این پرسشنامه مبتنی بر تعریف حمایت اجتماعی ارائه‌شده توسط کوپ (۱۹۷۶) است. این مقیاس دربرگیرنده ۲۳ سؤال است که سه حیطه خانواده، دوستان و آشنایان را دربرمی‌گیرد. از ۲۳ سؤال این مقیاس، ۸ سؤال به خرده‌مقیاس خانواده، ۸ سؤال به خرده‌مقیاس دوستان و ۷ سؤال به خرده‌مقیاس آشنایان اختصاص یافته است. در این پژوهش به هر یک از گزینه‌های

جدول ۱. سطح کیفیت زندگی معلولین از نظر ابعاد روانی و اجتماعی.

مؤلفه‌های کیفیت زندگی	میزان کیفیت زندگی		ضعیف		متوسط		خوب		کل	میانگین	کمترین	بیشترین
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد				
روابط اجتماعی	۳۳	۱۶/۹	۲۴	۱۲/۳	۱۲۸	۶۴/۸	۱۹۵	۳/۵۸±۰/۸۶	۱/۵	۵		
روابط فامیلی	۲۷	۱۳/۸	۳۹	۲۰	۱۲۹	۶۴/۲	۱۴۴	۳/۵۴±۰/۷۷	۱/۵	۵		
متاهلین	۹۵	۴۸/۷	۶۸	۳۴/۹	۳۲	۱۶/۴	۴۷	۲/۶۸±۰/۸۶	۱	۵		
آسایش روانی	۹۱	۴۶/۷	۷۱	۳۶/۴	۳۳	۱۶/۹	۱۹۵	۲/۸۲±۰/۶	۱/۵	۴/۲		
خودپنداری	۱۸	۹/۲	۴۷	۲۴/۱	۱۳۰	۶۶/۷	۱۹۵	۳/۵۵±۰/۶۱	۱/۸۸	۴/۷۵		

توانبخشی

و داده‌های به‌دست‌آمده، ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و تحلیل رگرسیون مورد استفاده قرار گرفت و برای بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون‌های آماری کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

یافته‌ها

نتیجه تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد از کل افراد نمونه ۵۰/۸٪ را مردان تشکیل می‌دادند که ۹۰ نفر (۴۵/۶٪) آنان در رده سنی ۳۰-۳۵ سال قرار داشتند. ۱۴۴ نفر (۷۳/۸٪) از افراد نمونه مجرد و بقیه متأهل بودند. ۸۹ نفر (۴۴/۶٪) به‌علت مادرزادی و بقیه به‌دلیل تصادف، بیماری و سوختگی دچار معلولیت شده بودند. ۱۴۷ نفر (۷۵/۹٪) از افراد نمونه بیکار بودند و بقیه در شغل‌هایی مانند: سرایداری، خیاطی و بقالی مشغول به کار بودند.

براساس نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش، کیفیت زندگی در مؤلفه‌های اجتماعی بدین صورت بود که در بُعد روابط اجتماعی، ۷۰/۸ درصد از افراد از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بوده و در بُعد روابط فامیلی ۶۶/۲ درصد از افراد مجرد کیفیت زندگی خوبی داشته‌اند؛ درحالی‌که فقط ۱۶/۴ درصد از متأهلین دارای کیفیت زندگی خوبی بوده‌اند و اکثر متأهلین (۴۸/۷٪) کیفیت زندگی ضعیفی داشته‌اند.

کیفیت زندگی در مؤلفه‌های روانی بدین صورت بوده که در بُعد آسایش روانی بیشترین فراوانی یعنی ۴۶/۷ درصد از افراد دارای کیفیت زندگی ضعیفی بوده‌اند و در بُعد خودپنداری، بیشترین فراوانی یعنی ۶۶/۷ درصد از افراد از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بوده‌اند (جدول ۱).

جدول ۲، نشان می‌دهد که از بین سه بُعد حمایت اجتماعی، بالاترین میانگین (۵/۹۳۸)، مربوط به حمایت اجتماعی دریافتی از طرف دوستان و کمترین میانگین (۴/۴۱۰)، مربوط به حمایت اجتماعی دیگران است. به‌عبارت‌دیگر، معلولین مورد پژوهش بیشترین حمایت را از طرف دوستان خود و کمترین حمایت را

بلی یا خیر با توجه به مضمون جمله‌ها ارزش ۱ یا صفر تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب دامنه احتمالی نمره‌های به‌دست‌آمده بین صفر تا ۲۳ خواهد بود [۱۴]. ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) پرسشنامه حمایت اجتماعی را بر روی یک گروه ۱۰۰ نفری از دانشجویان و یک گروه ۲۰۰ نفری از دانش‌آموزان اجرا نمود و به ضرایب پایایی ۹۰٪ در دانشجویان و ۷۰٪ در دانش‌آموزان و ضریب روایی ۷۸٪ در هر دو گروه دست یافت [۲۶].

به‌منظور پایایی یا اعتماد پرسشنامه‌ها از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. این پرسشنامه‌ها، در ابتدا بر روی ۳۰ نفر از افراد معلول که به‌طور تصادفی انتخاب شده بودند، آزمایش گردید. سپس با استفاده از آلفای کرونباخ، همبستگی ۸۹/۵ درصد برای پرسشنامه کیفیت زندگی و همبستگی ۸۷ درصد برای پرسشنامه حمایت اجتماعی به‌دست آمد. برای تعیین روایی پرسشنامه‌ها به ۵ نفر از متخصصین برای اظهارنظر و صحت‌گذاشتن ارائه شد. ضمناً مفاهیم استخراج‌شده از پرسشنامه‌ها با نظریات و تئوری‌های مربوطه تطبیق داده شد.

در این پژوهش کلیه کدهای اخلاقی ۲۶ گانه در منشور اخلاقی پژوهش در نظر گرفته شد. درضمن به موارد ذیل به‌طور ویژه توجه شد: ۱- پژوهشگر هدف از انجام پژوهش را برای تک‌تک افراد مورد پژوهش توضیح داد و از ایشان برای انجام مطالعه و استفاده از اطلاعات فردی کسب اجازه نمود؛ ۲- افراد مورد پژوهش در رد یا قبول شرکت در پژوهش آزاد بودند؛ ۳- آزمودنی‌ها می‌توانستند آزادانه در هر مرحله از پاسخ‌گویی به پرسشنامه از ادامه همکاری منصرف شوند؛ ۴- از افراد مورد مطالعه برای همکاری، تشکر و قدردانی به‌عمل آمد؛ ۵- تمایلات شخص پژوهشگر در نتایج به‌دست‌آمده هیچگونه دخالتی نداشت؛ ۶- صداقت و امانتداری در حین جمع‌آوری داده‌ها و همچنین به‌هنگام تجزیه و تحلیل آن رعایت شد؛ ۷- کلیه مطالب مورد استفاده از منابع علمی و با ذکر مأخذ آنها ارائه گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. با توجه به طرح تحقیق و با توجه به نوع فرضیه‌ها

جدول ۲. توصیف حمایت اجتماعی در هر یک از خرده‌مقیاس‌های آن.

میزان حمایت اجتماعی	حمایت دوستان	حمایت خانواده	حمایت دیگران	نمره کل حمایت اجتماعی
میانگین	۵/۹۳	۴/۹۶	۴/۴۱	۱۵/۳۱
انحراف معیار	۱/۸۶	۲/۰۶	۱/۴۵	۴/۴۳
واریانس	۳/۴۸	۴/۲۷	۲/۱۳	۱۹/۶۳
حداقل	۱/۰۰	۰/۰۰	۱/۰۰	۳/۰۰
حداکثر	۸/۰۰	۸/۰۰	۷/۰۰	۲۳/۰۰
مجموع	۱۱۵۸/۰۰	۹۶۸/۰۰	۸۶۰/۰۰	۲۹۸۷/۰۰

توانبخشی

از دیگران دریافت کرده‌اند.

بحث

نتایج حاصل از این پژوهش فرضیه تحقیق را مورد تایید قرار داد و نشان داد که بین خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی که شامل حمایت اجتماعی دوستان، حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دیگران است با مؤلفه‌های روانی و اجتماعی کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین تحلیل رگرسیون نشان داد که میزان حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی معلولین تأثیر می‌گذارد ($B = 0/621$ و $P < 0/001$).

یافته‌ها نشان می‌دهد که این تحقیق با پژوهش‌های پیشین نظیر تحقیقات باستاردو و کمبرلین (۲۰۰۰)، بورگن و رنویک (۲۰۰۴)، گیلن (۲۰۰۰)، ساپ، ترانسام-دیتز، نیوکامب، همپتون، معین‌پور و رمینگتون (۲۰۰۳)، چرخیان (۱۳۸۸)، علی‌پور (۱۳۸۸)، اکبری بیاتانی، پورمحمدرضای تجربی، گنجعلی‌وند، میرزمانی و صالحی (۱۳۹۰)، رامبد و رفیعی (۱۳۸۷)، حیدری، سلحشوریان‌فرد، رفیعی و حسینی (۱۳۸۸) همخوانی دارد.

در بررسی رابطه بین متغیر وضعیت تأهل و کیفیت زندگی معلولین در مطالعات متفاوت نتایج گوناگونی گزارش شده است. در برخی مطالعات در تمامی ابعاد، کیفیت زندگی مجردین بالاتر

توزیع متغیرهای مربوط به ابعاد آسایش روانی و خودپنداری به‌دلیل مقدار احتمال بیشتر از ۰/۰۵، در آزمون کلموگروف-اسمیرنوف طبیعی بود. با توجه به اینکه توزیع متغیرهای مربوط به ابعاد روابط اجتماعی، روابط فامیلی و خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی به‌دلیل مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵، در آزمون کلموگروف-اسمیرنوف طبیعی نبود. برای بررسی رابطه بین متغیرها از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. با توجه به جدول ۳، رابطه مثبت و معناداری بین خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های روانی و اجتماعی کیفیت زندگی وجود دارد ($P < 0/01$).

داده‌های جدول شماره ۴ نتیجه اجرای تحلیل رگرسیون براساس نمره کل و مؤلفه‌های مقیاس حمایت اجتماعی است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود از میان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی، همه مؤلفه‌ها و همچنین متغیر حمایت اجتماعی کلی ($B = 0/621$ و $P < 0/001$)، پیش‌بینی‌کننده‌های نسبتاً خوبی برای کیفیت زندگی بودند. مقدار R^2 تنظیم‌شده در بخش تحلیل رگرسیون حمایت اجتماعی کلی (۰/۳۸۲) بدین معنی است که تقریباً ۳۸٪ از پراکندگی مشاهده‌شده در متغیر کیفیت زندگی را حمایت اجتماعی کلی پیش‌بینی می‌نماید.

جدول ۳. ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های اجتماعی و روانی کیفیت زندگی.

مؤلفه‌های کیفیت زندگی	خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی	حمایت اجتماعی دوستان		حمایت اجتماعی خانواده		حمایت اجتماعی دیگران	
		ضریب همبستگی	مقدار احتمال	ضریب همبستگی	مقدار احتمال	ضریب همبستگی	مقدار احتمال
مؤلفه‌های اجتماعی	مجردین	۰/۲۵۵**	< ۰/۰۰۱	۰/۲۹۷**	< ۰/۰۰۱	۰/۳۰۳**	< ۰/۰۰۱
	روابط فامیلی	۰/۲**	۰/۰۰۵	۰/۳۳۳**	< ۰/۰۰۱	۰/۲۴۴**	۰/۰۰۱
	متاهلین	۰/۳۴۴**	< ۰/۰۰۱	۰/۳۲۸**	۰/۰۰۱	۰/۴۲۲**	< ۰/۰۰۱
مؤلفه‌های روانی	روابط اجتماعی	۰/۳۵۳**	< ۰/۰۰۱	۰/۴۲۲**	< ۰/۰۰۱	۰/۳۰۳**	< ۰/۰۰۱
	آسایش روانی	۰/۳۷۵**	< ۰/۰۰۱	۰/۴۴۷**	< ۰/۰۰۱	۰/۳۲۲**	< ۰/۰۰۱

توانبخشی

** .Correlation < 0/01

جدول ۴. مشخصه‌های آماری رگرسیون برای پیش‌بینی کیفیت زندگی معلولین براساس حمایت اجتماعی کلی و مؤلفه‌های آن.

مدل	متغیرهای واردشده	R	R ²	Adj R ²	Beta	Sig
۱	حمایت اجتماعی خانواده	۰/۵۴۱	۰/۲۹۳	۰/۲۸۹	۰/۳۰۲	<۰/۰۰۱
۲	حمایت اجتماعی دیگران	۰/۵۹۶	۰/۳۵۵	۰/۳۴۹	۰/۲۲۲	۰/۰۰۱
۳	حمایت اجتماعی دوستان	۰/۶۳۲	۰/۴۸۷	۰/۴۷۸	۰/۲۱۶	۰/۰۰۲
۴	حمایت اجتماعی کلی	۰/۶۳۱	۰/۴۸۵	۰/۴۸۲	۰/۶۲۱	<۰/۰۰۱

توانبخشی

Total R²=۰/۳۸۵, Adj R²=۰/۳۸۲, t=۱۱/۲۸۰, df=۱, F=۱۲۱/۰۱۱, P<۰/۰۰۱

است. معلولینی که حمایت‌های اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند احساس اضطراب و افسردگی کمتری دارند که نشان می‌دهد حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یک ابزار مناسب و کم‌هزینه برای کاهش اضطراب و افسردگی در معلولین به‌کار رود. برخی محققان در کشورهای توسعه‌یافته رابطه مثبتی بین حمایت خانواده و کیفیت زندگی یافته‌اند. برخی دیگر از محققان چنین رابطه‌ای را نیافته‌اند و حتی برخی رابطه منفی را گزارش کرده‌اند [۱۰]. نتایج این مطالعه، معناداری رابطه حمایت خانواده با کیفیت زندگی را هم از طریق همبستگی و هم از طریق رگرسیون مورد تأیید قرار داده است. در این مطالعه حمایت خانواده بیشترین تأثیر را نسبت به دیگر حمایت‌ها داشت و رضایت از دریافت حمایت را پیش‌بینی‌کننده مهم افسردگی نسبت به دیگر مقیاس‌های عینی شبکه اجتماعی یافت.

آوولیو و همکارانش (۲۰۱۳)، به بررسی عوامل مؤثر بر روی کیفیت زندگی افراد دچار معلولیت پرداخته و به این نتیجه رسیده‌اند که روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این گروه از افراد است و ابعاد مختلف کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۱]. گروم و سنیکار (۲۰۱۲)، با انجام تحقیقی که در میان دانش‌آموزان معلول انجام دادند نشان دادند که اعتمادبه‌نفس دانش‌آموزانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند بیشتر از اعتمادبه‌نفس دانش‌آموزانی است که حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند [۱۹]. حیدری و همکاران (۱۳۸۵)، با انجام تحقیقی که در میان دانشجویان معلول جسمی و عادی انجام دادند نشان دادند که دانشجویان معلول جسمی از لحاظ احساس تنهایی و ترس از موفقیت بیشتر و در مقابل، از خوداثربخشی و رضایتمندی از زندگی کمتری نسبت به دانشجویان عادی برخوردارند [۲۰].

پروینیان‌نسب و همکارانش (۱۳۹۱)، با انجام تحقیقی نشان دادند که حتی کیفیت زندگی کودکان فلج مغزی و مادران آنها که برنامه حمایتی سلامت‌محور را دریافت کرده‌اند، بهبود یافته است [۲۱]. اکبری بیاتیانی و همکارانش (۱۳۹۰)، شواهدی را مطرح کردند که بین شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی و مقیاس‌های سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، نقش عوامل

از متاهلین بوده است و در برخی مطالعات فقط در بُعد اجتماعی اختلاف معنادار مشاهده شده است. با این حال برخی نیز تفاوت معناداری بین دو وضعیت تأهل نیافته‌اند [۸]. در این مطالعه در هر دو بُعد روانی و اجتماعی میانگین نمرات کیفیت زندگی معلولین مجرد بالاتر از معلولین متأهل بود که با توجه به عوامل فرهنگی و اجتماعی موجود در جامعه قابل تبیین است.

نتیجه همبستگی در این پژوهش نشان داد که افزایش یا کاهش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی معلولین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همان‌طور که بورگن و رنویک (۲۰۰۴) نشان دادند معلولینی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کردند و دارای شبکه اجتماعی گسترده بودند رضایت کلی بهتری از کیفیت زندگی داشتند [۱۵]. کلینبرگ و همکارانش (۲۰۰۶)، با انجام تحقیقی نشان دادند افراد معلولی که از حمایت اجتماعی عمومی و خانوادگی کمتری برخوردارند نسبت به افراد معلولی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که در معرض ناراحتی روانی قرار گیرند. آنان همچنین نتیجه گرفتند که بین حمایت اجتماعی دریافتی از طرف خانواده و افسردگی رابطه معکوس وجود دارد [۱۶].

قاسمی‌پور و جهانبخش‌گنجه (۱۳۸۹)، نیز با انجام تحقیقی نشان داده‌اند که بین منابع ساختاری و کارکردهای حمایت اجتماعی با سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد و در بین انواع کارکردهای حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی و در بین منابع ساختاری حمایت اجتماعی، عضویت گروهی و پیوند قوی با سلامت روان، رابطه معنی‌دار دیده می‌شود [۱۷]. چی و چویو (۲۰۰۱)، در تحقیقی به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی در میان معلولین پرداخته‌اند که نتایج تحقیق حاضر را تأیید می‌کند. یافته‌های این پژوهش از وجود یک رابطه معنی‌دار بین افسردگی و همه ابعاد حمایت اجتماعی از جمله: اندازه شبکه اجتماعی، ترکیب شبکه و فراوانی تماس با شبکه، رضایت از حمایت اجتماعی و حمایت عاطفی، حکایت داشت [۱۸].

در این مطالعه نیز رابطه بین انواع حمایت اجتماعی و بُعد اضطراب و افسردگی کیفیت زندگی، تمام روابط معنادار و منفی است که منفی‌بودن این روابط دقیقاً مورد انتظار بوده

آموزشی رعد تهران، کنترل نشدن تعداد افراد دچار نقص عضو در خانواده، عدم توانایی بعضی از افراد دچار نقص عضو در پرکردن پرسشنامه‌ها و کمبود نیروی کمکی.

در این زمینه معلولین را باید تشویق کرد تا در مؤسسات آموزشی مانند مؤسسه آموزشی رعد عضو شوند و در آنجا فعالیت داشته باشند تا شبکه اجتماعی خود را گسترش دهد و از حمایت‌های اطرافیان برخوردار شود. مددکاران اجتماعی در کار با افراد به‌ویژه معلولین باید به شبکه‌های اجتماعی به ویژه خانواده - که طبق نتایج تحقیق مهمترین شبکه حمایت کننده است - توجه نمایند.

بنابراین، باید نهاد خانواده از طریق آموزش‌های فرهنگی و اجتماعی توسط مددکاران و کارشناسان به‌منظور یادگیری رفتار حمایت‌گرا نه از معلولین، مورد آموزش قرار گیرند و موانعی که مانع این آموزش‌ها می‌شود از بین برود. به دلیل اهمیت حمایت اجتماعی باید معلولین را تشویق کرد تا تشکلهای مشارکتی تشکیل دهند و در جهت جذب حمایت سازمان‌ها و نهادها فعالیت کنند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بین خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های روانی و اجتماعی کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج این مطالعه اهمیت حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی معلولین را مورد تأیید قرار می‌دهد. حمایت اجتماعی برای افراد، ایجاد رابطه‌ای اطمینان‌بخش می‌کند و افراد در خلال آن احساس می‌کنند که مورد پذیرش قرار گرفته‌اند و فرصتی فراهم می‌کند که افراد به کیفیت زندگی بهتری دست یابند.

بنابراین، ضروری به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی به‌عنوان یک منبع تأمین‌کننده قوی کیفیت زندگی، در طراحی مداخلات ارتقای سلامت معلولین مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این لازم است این حمایت‌ها هم به‌صورت فراگیر و هم به‌صورت اصولی و کاربردی افراد جامعه را دربرگیرد تا بتوان شاهد زندگی‌های بهتر و باکیفیت‌تری در جامعه بود.

برای انجام مطالعات آتی پیشنهادات ذیل ارائه می‌شود: ۱- پیشنهاد می‌شود که تحقیقاتی در زمینه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی افراد دچار نقص عضو در سطح ملی انجام شود؛ ۲- پژوهش‌هایی در زمینه رابطه حمایت اجتماعی با جنبه‌های دیگر کیفیت زندگی انجام شود؛ ۳- پژوهش‌هایی در مورد عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی معلولین انجام پذیرد یا رابطه عوامل دیگری با کیفیت زندگی معلولین، مورد بررسی قرار گیرد؛ ۴- پژوهش‌هایی در زمینه رابطه این دو متغیر در گروه‌های آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر دیگر از جمله: بیماران دیابتی، سرطانی،

جسمی، درد جسمی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش عوامل عاطفی و سلامت روانی آن در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر رابطه مثبت معناداری وجود دارد [۱۰].

گرین بلات، بسرا و سرافتیندس (۱۹۸۲) شواهدی را مطرح کردند که شبکه‌های اجتماعی می‌تواند موجب حفظ سلامت شود و از بیماری جلوگیری کند؛ به‌طوری‌که افراد با سطح بالایی از یکپارچگی اجتماعی و شبکه قوی از دوستان، سلامت خود را با وضعیت بهتری نشان می‌دهند [۱۰]. انزوای اجتماعی یا فقدان یکپارچگی اجتماعی، بیمارگونگی و فشار روانی را افزایش و سلامت اشخاص را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۱] و برخلاف ادغام در منبع و شبکه اجتماعی، شخص را در مقابل ناخوشی محافظت می‌کند و بر سلامت اشخاصی که در معرض حوادث استرس‌زا قرار می‌گیرند، تأثیر مفیدی می‌گذارد [۱۰].

شبکه‌های اجتماعی از دو روش بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد: ۱- رفتاری و مادی: پیوندهای اجتماعی گسترده احتمال به‌کارگیری افراد از رفتارهای بهبوددهنده سلامت مانند: فعالیت جسمی و آداب غذایی مفید را افزایش می‌دهد و از رفتارهای مخرب نظیر: کشیدن سیگار و زیاده‌روی در نوشیدن الکل منع می‌کنند؛ ۲- روان‌شناختی و زیست‌شناختی: ارتباط‌های اجتماعی ضعیف، سلامت روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم با رخدادهایی از بیماری‌های روانی به‌ویژه افسردگی ارتباط دارد [۲۲].

حیدری، سلحشوریان‌فرد، رفیعی و حسینی (۱۳۸۸)، به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک‌شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی افراد دچار معلولیت پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد که: ۱- می‌توان مشاوران، روان‌شناسان، محققان و دست‌اندرکاران را با اهمیت شبکه روابط اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در کیفیت زندگی آگاه کرد؛ چراکه شبکه روابط اجتماعی در سلامت روانی و جسمی اشخاص مؤثر است؛ ۲- می‌توان راهکارها و برنامه‌های مناسبی به‌منظور افزایش شبکه روابط اجتماعی افراد اتخاذ کرد؛ زیرا منجر به بهبود و ارتقای کیفیت زندگی آنان می‌شود [۲۳].

تمام تحقیقاتی که ذکر شد با نتایج تحقیق حاضر همخوانی داشتند و دلیل همخوانی آنها این است که در همه این تحقیقات به اهمیت حمایت اجتماعی و شبکه اجتماعی و رابطه مستقیمی که اینها با میزان کیفیت زندگی و سلامت معلولین و افرادی که به‌گونه‌ای با معلولین در ارتباط‌اند و همچنین تأثیری که حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی آنها دارد، اشاره شده است.

از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های که در انجام این پژوهش وجود داشت عبارتند از: گستردگی جامعه آماری و محدود نمودن حجم نمونه با کنترل متغیر گروه سنی و عضویت در مؤسسه

- [13] Rafii H, Sajjadi H, Noori R, Farhadi R. [Research methods in addiction and other social problems and deviations (qualitative and quantitative) (Persian)]. Tehran: Danjeh; 2007, pp: 50-59.
- [14] Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D. The social support appraisals (SS-A) Scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*. 1986; 14(5):195-219.
- [15] Bastardo C. [Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV infected persons in Venezuela (Persian)]. *AIDS Care*. 2000; 12(9):673-84.
- [16] Forouzan A, Mahmoodi A, Jorjoran Shushtari Z, Salimi Y, Sajjadi H. [Perceived social support among people with physical disability (Persian)]. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013; 15(8):663-7.
- [17] Ghasemi Poor M, Jahanbakhsh Ganjeh S. [The relationship between social support and mental health of students in the city of Khorramabad (Persian)]. *Yafteh*. 2010; 1(12):77-89.
- [18] Chi I, Chou K. Social Support and Depression among elderly Chinese People in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2001; 3(52):231-252.
- [19] Grum D, Senicar M. Self-concept and social support among adolescents with disabilities attending special and mainstream schools. *Harvatska revija za rehabilitacijska istrazivanja*. 2012; 48(1):73-83.
- [20] Heydari A, Mashak B, Darvishi H. [Compare self-efficacy, loneliness, fear of success and satisfaction in life, physical disabilities and regular students of Islamic Azad University of Ahvaz (Persian)]. *New Findings in Psychology*. 2006; 4(13):54-58.
- [21] Parvinian Nasab A, Kermanshahi S, Sajedi F. [Effect of health protection programs based on the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (Persian)]. *Journal of Social Welfare*. 2012; 13(2): 8-16.
- [22] Brekman LF. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Encyclopedia of Stress*. 2007; 122(22):523-7.
- [23] Heydari S, Salahshorian Fard A, Rafiei F, Hosseini P. [Examine the relationship between perceived social support and social network with quality of life in cancer patients (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing, Kashan University of Medical Sciences*. 2009; 61(22):18-8.
- [24] Mirzaei N. [Study of the effect of group social work development with emphasis on teaching life skills on improvement of quality of life and public health among elderly of elderly community center in Tehran (Persian)]. Thesis for MA in social work. University of social welfare and rehabilitation sciences; 2010, pp: 55.
- [25] Shahandeh H. [Study of quality of life of spinal cord handicapped member of spinal cord injury association in 2002-03 (Persian)]. Thesis for MA. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2003, pp: 108-110.
- [26] Ebrahimi Ghavam S. [Study of correlation between three concepts of control source, self-esteem and social support (Persian)]. Thesis for MA in psychology and educational sciences. Islamic Azad University, Tehran Branch; 1999, pp: 48.

کودکان کار، زنان بدسرپرست، معتادین و کودکان طلاق انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

لازم است که از تمام معلولین و مراکز آموزشی رعد و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و اساتید محترمی که همکاری لازم را در انجام این پژوهش داشته و ما را یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی به عمل آوریم.

منابع

- [1] Karimi Dermeni H. [Rehabilitation of certain groups with an emphasis on social service (Persian)]. Tehran: Gostareh; 2006, pp: 54-59.
- [2] Moradi A, Kalantary M. [Impact of life skills education on mental profile of women with physical disabilities – mobility (Persian)]. *Journal of Exceptional Children*. 2006; 56(12):34-44.
- [3] Poorhadi S, Hoseinzadeh S, Haji Ahmadi M, Taghipour M. [Quality of life in patients with chronic non-specific low back pain (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2013; 14(4):74-80.
- [4] Bond J. Quality of life and older people. *Berkshire*. 2007; 12(21):45-57.
- [5] Carson J. Components social support and Quality of life in severely ill, low income individuals and general population group. *Community Mental Health Journal*. 2011; 34(5):459-75.
- [6] Mattson J. Linking Health Communication with social support. *Junker Shutter stock*. 2011; 23(4):22-45.
- [7] Rashedi V, Gharib M, Rezaei M, Yazdani A. [Social support and anxiety in elderly Hamedan (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2013; 14(2):111-115.
- [8] Alipour A. [Relationship between social support and immune parameters in healthy subjects to investigate the impact of the overall model (Persian)]. *Scientific Research*. 2009; 17(23):56-67.
- [9] Jalilian F, Emdadi SH, Karimi M, Barati M and Gharibnavaz H. [Depression among students; Evaluation of efficacy and perceived social support (Persian)]. *Scientific Journal of Hamedan University of Medical Sciences and Health Services*. 2011; 18(4):60-69.
- [10] Byatyany Akbari A, Tajrishi M, Rezaei M, Ganjali Vand N, Mirzamani M. [Relationship between social networks and quality of life in parents of educable mentally retarded (Persian)]. *Students Exceptional Children*. 2011; 5(13):163-174.
- [11] Avolio M. Factors influencing quality of life for disabled and nondisabled elderly population: the results of a multiple correspondence analysis. *Hindawi*. 2013; 33(12):258-74.
- [12] Sattari B. [Check the status and health of the rural elderly rural empowerment project approach (Persian)]. *Salmand Journal*. 2010; 2(9):26-36.

- [27] Helegson, Vicki S, Gottlieb, BH. Support Groups. In Cohen S, Lynn G, Gottlieb, BH. Social Support Measurement and intervention; a guide for health and social scientist. New York: Oxford University press, 2013; 24(5): pp: 221-245.