

Designing and validation of the Disability Impact Scale for Veterans and Disabled Individuals

Yasser Rezapour Mirsaleh¹, Elahe Makarianpour², Raziye Amini^{3*}

¹ PhD in Counseling, Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities & Social Science, Ardakan University, Ardakan, Iran.

² Bachelor of General Psychology, Isfahan Behzisty Organization, Isfahan, Iran

³ MA in Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities & Social Science, Ardakan University, Ardakan, Iran

Received: 25 January 2020 Accepted: 8 October 2020

Abstract

Background and Aim: Veterans and disabled individuals are often exposed to problems such as social discrimination, lack of independent living, and inability to participate in daily activities. The purpose of the current study was to designing and validation of the Disability Impact Scale (DIS) for veterans and disabled individuals.

Methods: This is a descriptive-correlational study carried out in 2018. A total of 280 veterans and disabled individuals in Isfahan, Iran were selected by the available sampling method. Data gathered by DIS, witch designed based on literature and interview with veterans, Rosenberg Self-Esteem Scale, Beck self-concept scale, and inferiority scale. Data were analyzed by exploratory factor analysis (EFA) and Pearson' correlation using SPSS version 21. In order to investigate the reliability, the test-retest method and Cronbach's alpha coefficient were calculated.

Results: DIS had appropriate content and face validity. The EFA showed from initials items, 54-items were remained and saturated with 14 factors such as inferiority, fantasy, family support, avoidance, social isolation, hopelessness, relationship with others, emotional deprivation, acceptance of disability, others attitudes, empowerment, responsibility, helplessness. Also, DIS had significant convergent validity with the Rosenberg self-esteem scale (0.47) and Beck self-concept scale (0.31) and had divergent validity with inferiority scale (-0.57) ($p < 0.01$). One week interval test-retest reliability was significant ($r = 0.83$, $p < 0.01$) and the Cronbach's alpha was 0.87 which implies an appropriate internal consistency.

Conclusion: It can be concluded that DIS has appropriate validity and reliability in veterans and disabled individuals and it can be used as an appropriate scale to investigate the impact of disability on the individual and social life and self-concept of veterans.

Keywords: Disability, Veterans, Scale, Validity, Reliability.

*Corresponding author: Raziye Amini, Email: r.amini@stu.ardakan.ac.ir

ساخت و اعتباریابی مقیاس تأثیر معلولیت در جانبازان و معلولین

یاسر رضاپور میرصالح^۱، الهه مکاریان پور^۲، راضیه امینی^{۳*}

^۱ دکتری مشاوره، دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
^۲ کارشناس روانشناسی عمومی، سازمان بهزیستی استان اصفهان، اصفهان، ایران
^۳ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: جانبازان و معلولین جسمی، اغلب در معرض مشکلاتی همچون تبعیضات اجتماعی، نداشتن زندگی مستقل و عدم امکان مشارکت در فعالیت‌های روزمره نسبت به بقیه افراد قرار دارند. هدف این پژوهش ساخت و اعتباریابی مقیاس تأثیر معلولیت بر زندگی فردی، اجتماعی و خودپنداره جانبازان و معلولین جسمی-حرکتی است.

روش‌ها: این پژوهش در قالب یک طرح توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. به این منظور، از بین تمامی جانبازان و معلولین ناتوان جسمی-حرکتی تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران و بهزیستی شهر اصفهان، تعداد ۲۸۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بود از مقیاس تأثیر معلولیت (Disability Impact Scale)، که بر اساس پیشینه پژوهشی و مصاحبه با جانبازان و معلولین جسمی در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت طراحی شد، عزت‌نفس روزنبرگ (Rosenberg Self-Esteem Scale)، خود پنداره بک (Beck Concept-Self) و آزمون احساس کهنتری (Inferiority Scale). داده‌های گردآوری شده با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی پیرسون با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند. به‌منظور تعیین پایایی نیز از روش‌های آزمون-بازآزمون و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

یافته‌ها: مقیاس تأثیر معلولیت در جانبازان و معلولین از روایی محتوایی و صوری قابل قبولی برخوردار بود. تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد ۵۳ گویه از تعداد گویه‌های اولیه طراحی شده باقی ماند و این گویه‌ها از ۱۴ عامل احساس حقارت، آرزوی خیالی، حمایت خانواده، اجتناب از معلولیت، انزوای اجتماعی، ناامیدی، ارتباط با اطرافیان، محرومیت عاطفی، پذیرش معلولیت، نگرش اطرافیان، توانمندی، پذیرش مسئولیت، احساس درماندگی، انزوای عاطفی اشباع شده است. مقیاس تأثیر معلولیت دارای روایی همگرایی معنی‌داری با نمره‌های مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۰/۴۷)، خودپنداره بک (۰/۳۱) و روایی واگرا با مقیاس احساس (۰/۵۷) حقارت بود. همبستگی نمره‌های آزمودنی‌ها در دو بار اجرای آزمون به فاصله زمانی یک هفته (۰/۸۳) معنی‌دار بود و نشان از پایایی بازآزمایی خوب مقیاس می‌داد ($p < 0/001$). همچنین ضریب آلفای کرونباخ ضریب آلفای کرونباخ نمره کلی مقیاس تأثیر معلولیت ۰/۸۷ به‌دست آمد که نشان از پایایی درونی قابل قبول این مقیاس می‌داد.

نتیجه‌گیری: مقیاس تأثیر معلولیت در جانبازان و معلولین از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار بوده و می‌تواند به‌عنوان ابزاری مناسب، جنبه‌های تأثیر معلولیت بر زندگی فردی، اجتماعی و خودپنداره جانبازان را مورد بررسی قرار دهد.

کلیدواژه‌ها: معلولیت، جانبازان، مقیاس، روایی، پایایی.

* نویسنده مسئول: راضیه امینی. پست الکترونیک: r.amini@stu.ardakan.ac.ir

مقدمه

معلولیت فقط یک مشکل یا ویژگی فردی نیست، بلکه منعکس کننده مشکلاتی است که افراد ممکن است در تعامل با جامعه و حرکات جسمی تجربه کنند (۱). با وجود اینکه معلولیت معانی مختلفی دارد، سازمان بهداشت جهانی، از اصطلاح معلولیت برای اشاره به از دست دادن سلامتی استفاده می‌کند، جایی که سلامت عملکرد در مجموعه‌ای از حوزه‌های بهداشتی مانند تحرک، شناخت، شنوایی و بینش مفهوم‌سازی می‌شود (۲). معلولین به دلیل محدودیت مشارکت، موانع مختلفی را تجربه می‌کنند و زندگی آنها تحت تأثیر پیامدهای بهداشتی ضعیف، تحصیلات پایین، عدم مشارکت اجتماعی و اقتصادی، نرخ بالاتر فقر و افزایش وابستگی قرار می‌گیرد. بنابراین برای معلولین و خانواده‌های آنها به خاطر مشکل سلامت عمومی و احساس خجالت و شرم اجتماعی، وضعیت دشوارتر از سایر افراد است (۳). با توجه به اینکه جانبازان بر اثر جنگ دچار معلولیت‌های جسمی شده‌اند، در تحقیقات عمده‌ترین تأثیر جانبازی را مشکلات جسمی و روحی ناشی از معلولیت می‌دانستند که البته به نسبت درصد جانبازی در افراد می‌توانست متفاوت باشد (۴).

در جوامع نظامی نیز تحقیقات مختلفی پیرامون جانبازان و مشکلات آنها انجام شده است. به طور مثال پژوهشی نشان داد که فعالیت اقتصادی - اجتماعی جانبازان، ارتباط قوی با متغیرهای مهم روان‌شناختی مثل افسردگی، اضطراب، جسمانی‌سازی، نارساکنش‌وری اجتماعی و عزت‌نفس دارند. همچنین، ارتباط بین انگیزه پیشرفت و شاخص سلامت روانی در جانبازان شاغل، قابل توجه بوده است (۵). در تحقیق دیگری به بررسی عوامل مؤثر فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر علایم روان‌پریشی بیماران اعصاب و روان جنگ پرداخته شده است. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که در تشدید علایم بیماری از میان عوامل خانوادگی عدم سازش و هم‌فکری و احترام متقابل والدین، همسر و فرزندان و از میان عوامل اجتماعی، اقتصادی عدم برخورداری از تسهیلات رفاهی و امکانات تفریحی و بدرفتاری همسایگان و دوستان مؤثر بود (۶).

معلولیت می‌تواند تأثیرات مختلفی بر زندگی جانبازان و افراد معلول داشته باشد. برای کسانی که در طول زندگی معلول شده‌اند، تغییرات زیادی در خانواده اتفاق می‌افتد. خانواده‌ها ممکن است احساس انکار و گناه، افزایش غم و اندوه داشته باشند و اما از طرفی یکی از عواملی که تأثیر مثبت بر زندگی افراد معلول دارد حمایت خانواده و پذیرش این افراد در خانواده است (۷). همچنین حمایت اجتماعی از معلولین می‌تواند بسیار تأثیرگذار باشد. در تحقیقات مشخص شد بین کمترین میزان حمایت اجتماعی با بیشترین میزان معلولیت همبستگی معنادار وجود دارد (۸). همچنین در یک مطالعه آینده‌نگر از خانواده‌های جوانان معلول، با بررسی مشارکت‌های مربوط به معلولیت و محیط خانواده نشان داد که مشارکت جوانان

معلول با احساس محرومیت عاطفی و عوامل محیطی نظیر خدمات، حمایت جامعه و نگرش‌ها ارتباط دارد (۹). ارتباط با هم‌نوعان و کسانی که دچار همان مشکل هستند نقش بسیار مهمی در پذیرش و سازگاری با معلولیت دارد. یکی از تأثیرات مهم ارتباط معلولین با افراد دیگر مقایسه خود با آنها بوده که نقش زیادی در نگرش ایمن آنها داشته است (۱۰).

از دیگر تأثیرات معلولیت می‌تواند اجتناب فرد از معلولیت به معنای عدم تمایل به نمایان شدن در جامعه با وضعیت موجود باشد. احتمالاً، مشکلات مربوط به ناتوانی جسمی با ظاهر شدن فرد در جامعه بیشتر و باعث عدم احساس امنیت در وی می‌شود. افراد معلول در معرض انواع مختلف خشونت در زندگی روزمره خود، از جمله خشونت‌های ساختاری، محرومیت و استثمار فیزیکی، احساسی و جنسی، آسیب‌پذیر هستند (۸). تمام موانعی که برای افراد دارای ناتوانی محدودیت ایجاد می‌کند، اعم از پیش‌دآوری‌های افراد جامعه تا تبعیض‌های حقوقی، ساختمان‌های عمومی مناسب‌سازی نشده، سیستم‌های حمل‌ونقل عمومی که برای آنها قابل استفاده نیست، سیستم آموزشی تفکیک‌شده (مدارس استثنایی) و دستیابی به مشاغل که در انحصار افراد عادی ممکن است باعث شود افراد معلول از مشارکت در جامعه و انظار عمومی اجتناب کنند (۷). متأسفانه افراد معلول نه تنها متفاوت بلکه اغلب دست‌کم گرفته شده و به‌عنوان افراد ناتوان در نظر گرفته می‌شوند. معلولین اکثراً با ناامیدی، انزوا و ناراحتی فیزیکی مواجه هستند (۱۱) و افراد معلول اغلب به خاطر حس شرم و تحقیر خود را جدا می‌کنند. برای برخی هم احساس حقارت به دلیل نیاز به وابستگی به دیگران می‌آید. در جامعه ای که وابستگی پس از دوران کودکی اغلب به‌عنوان یک شکست محسوب می‌شود افراد معلول، در معرض خشم و نفرت نسبت به خود قرار می‌گیرند و به وسیله‌ی احساس حقارت آسیب‌پذیر می‌شوند (۱۲). بنابراین معلولیت جسمانی همراه با ناامیدی و اجتناب می‌تواند بر ابعاد زندگی فردی و اجتماعی این افراد بسیار تأثیرگذار باشد.

تجربه معلولیت با توجه به تأثیرات بیان شده می‌تواند نگرش به معلولیت و خودپنداره (self-concept) و عزت‌نفس جانبازان و معلولین را تحت تأثیر قرار دهد. خودپنداره یک ساختار چند بعدی از هویت است که شامل عزت‌نفس، هویت جمعی و خودکفایی است (۱۳). خودپنداره مشخص می‌کند یک شخص چگونه خود را ارزیابی می‌کند، چه‌طور احساس و رفتار می‌کند. خودپنداره، جنبه‌های مهمی از عملکرد افراد را در بر گرفته و می‌تواند مثبت یا منفی باشد. همچنین بر اساس پژوهشی خودپنداره منفی با احساس کهنتری و حقارت در رابطه است (۱۴). خود پنداره مثبت و نیز عزت‌نفس بر اهداف و زندگی فرد، روند کاری که فرد معلول برعهده می‌گیرد و بر موفقیت فرد معلول در دستیابی به اهدافش تأثیرگذار است (۱۳، ۱۵). به همین خاطر در این پژوهش برای طراحی سوالات

از اسامی معلولین و جانبازان وجود نداشت و یا اگر در برخی از مراکز وجود داشت به علت عدم مراجعه منظم آن‌ها و همچنین پراکندگی محل سکونت آن‌ها، امکان نمونه‌گیری به صورت تصادفی وجود نداشت، بنابراین از میان مراکز توانبخشی و مراکز درمانی طرف قرارداد با بنیاد شهید استان اصفهان ۳ مرکز توانبخشی انتخاب و سپس با مراجعه به فهرست ناتوانان تحت پوشش از طریق قسمت مددکاری هر مرکز، ۳۰۶ نفر حجم نمونه (از هر مرکز توانبخشی تقریباً ۱۰۰ نفر) با توجه به حجم جامعه بر اساس فرمول کرجیسی و مورگان (۲۱) با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با توجه به نسبت تقریبی جانبازان به معلولین در مراکز توانبخشی، یک سوم از نمونه جانباز و دو سوم مابقی معلول انتخاب شدند. به منظور رعایت موازین اخلاقی، هدف پژوهش و چگونگی اجرای آن توضیح داده شد. شرکت در پژوهش آزادانه بود. بیان گردید مشارکت در تحقیق موجب هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت کنندگان نخواهد داشت. همچنین تأکید گردید که اطلاعات حاصل از مقیاس‌ها محرمانه خواهد بود و به همین دلیل مقیاس بدون نام است. ملاک‌های ورود عبارت بود از تشخیص معلولیت جسمی- حرکتی توسط پزشک متخصص و ثبت در پرونده جانباز، محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی و حرکتی به دلیل معلولیت، ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از جانبازان ۷۰ درصد به بالا، معلولیت‌های جانبی مانند شیمیایی و نقص در اندام‌های داخلی، جانبازان اعصاب و روان و یا داشتن سابقه بیماری روانشناختی. با کنار گذاشتن داده‌های ۲۶ مقیاس مخدوش در مجموع ۲۸۰ نفر با احتساب ریزش آزمودنی‌ها، در این پژوهش شرکت کردند.

مراحل طراحی آزمون: برای طراحی آزمون هشت مرحله طی شده است که در جدول ۱- به تفصیل به بررسی آنها پرداخته می‌شود.

در این پژوهش از ابزارهای ذیل استفاده شد:

مقیاس تأثیر معلولیت (Impact of disability): این

مقیاس به منظور ارزیابی عزت‌نفس در معلولین جسمی حرکتی طراحی شد. برای طراحی اولیه گویه‌های این آزمون، ابتدا پیشینه نظری در زمینه عزت‌نفس مورد بررسی قرار گرفت. سپس با توجه به منابع نظری و اطلاعاتی که از مصاحبه با ۴ ناتوان جسمی حرکتی موفق به دست آمد و همچنین الگوگیری از مقیاس‌های مشابه در این زمینه و استفاده از نظر متخصصان، ابعاد تأثیر معلولیت در زندگی معلولین شناسایی، و برای هر بعد حداقل سه گویه طراحی شد، زیرا حداقل برای یک عامل در یک مقیاس، باید سه گویه موجود باشد (۲۳). مصاحبه به شیوه نیمه ساختاریافته انجام، و سوالات مصاحبه ابتدا بر اساس پیشینه پژوهشی و نظر چند متخصص در این زمینه طراحی شد و در مرحله بعد با توجه به اطلاعات دریافتی از چند نمونه اولیه مصاحبه شده، چند سؤال برای روشن‌تر شدن بحث به مصاحبه اضافه گردید. مصاحبه‌ها با ۴ معلول تا مرحله‌ای انجام شد که اطلاعات مصاحبه به اشباع رسید.

و سنجش روایی از مقیاس‌های اندازه‌گیری خودپنداره، عزت‌نفس و احساس کهنتری استفاده شد.

یکی از اولویت‌هایی که باید در جنگ و پس از جنگ مورد توجه قرار داد، مسائل مربوط به صدمات و جراحاتی است که افراد دچار آن می‌شوند. تجربیات، باورها و تفاسیر جانبازان تأثیر به‌سزایی بر تمام زندگی آنها دارد (۴). بنابراین ضرورت دارد به پیامدهای فردی و اجتماعی معلولیت توجه بیشتری شود تا با شناخت و آگاهی بهتر نسبت به این پیامدها، بتوان به رفع یا کاهش موانع ارتباط اجتماعی افراد معلول و جانبازان کمک کرد (۱۶). اگرچه افراد دارای معلولیت جسمانی، ممکن است از هم‌تایان خود در ارزیابی‌های عمومی و در حوزه‌های خودپنداره و عزت‌نفس و همچنین با توجه به محیط‌های اجتماعی مختلف متفاوت باشند (۱۷) اما با این وجود ابزارهای محدودی برای سنجش تأثیر معلولیت بر زندگی افراد معلول در ایران طراحی و اعتبارسنجی شده است. به‌عنوان مثال می‌توان از مقیاس دستیابی به هدف در جانبازان و معلولان (۱۸) و مقیاس کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (۱۹) نام برد که فقط جنبه‌های خاصی از تأثیر معلولیت را می‌سنجند. اما برای سنجش نگرش و خودپنداره‌ی معلولین (که ممکن است با افراد عادی متفاوت باشد) عمدتاً از همان ابزارهایی که برای جامعه غیرمعلول طراحی شده‌اند استفاده می‌شود. همان‌طور که اخیراً هم در پژوهشی مشخص شد میان نمره عزت‌نفس و خودپنداره دانش‌آموزان عادی و معلول تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۲۰). این تفاوت‌ها می‌تواند به دلیل دقت ابزار سنجش نیز باشد، آزمون‌هایی نظیر آزمون عزت‌نفس روزنبرگ و کوپر اسمیت که برای سنجش افراد غیرمعلول ترتیب داده شده، ممکن است نتواند نگرش و خودپنداره‌ی افراد ناتوان جسمی را به خوبی مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد، زیرا ناتوانی‌های جسمی، محدودیت‌هایی را برای این گروه از افراد ایجاد می‌کند که از نظرها پنهان مانده و احتمالاً دقت این آزمون‌ها را پایین می‌آورد. از طرفی معلولیت ممکن است تأثیرات متفاوتی بر زندگی فردی و اجتماعی هر فرد معلول داشته باشد که مطالعات کمی در این مورد انجام شده است. بنابراین با توجه به اهمیت سنجش تأثیر معلولیت بر زندگی افراد و فقدان ابزارهای سنجشی مناسب در این زمینه، این پژوهش با هدف ساخت و اعتباریابی مقیاس تأثیر معلولیت بر زندگی فردی، اجتماعی و خودپنداره جانبازان انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که به بررسی ویژگی‌های روانسنجی آزمون می‌پردازد. جامعه پژوهش شامل تمامی جانبازان و معلولین ناتوان جسمی- حرکتی تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران و بهزیستی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود. به علت سختی دسترسی به نمونه، به محل مراجعه آن‌ها که مراکز بود مراجعه شد و از آنجایی که امکان تهیه فهرست کاملی

۵۳ گویه باقیمانده در ۱۴ عامل ارزش‌گذاری احساس حقارت (۹ سوال)، آرزوی خیالی (۴ سوال)، حمایت خانوادگی (۳ سوال)، اجتناب از معلولیت (۴ سوال)، انزوای اجتماعی (۳ سوال)، ناامیدی (۴ سوال)، ارتباط با اطرافیان (۳ سوال)، محرومیت عاطفی (۳ سوال)، پذیرش معلولیت (۳ سوال)، نگرش اطرافیان (۴ سوال)، توانمندی (۳ سوال)، مسئولیت (۴ سوال)، احساس درماندگی (۳ سوال)، انزوای عاطفی (۳ سوال) بار عاملی معنی‌داری گرفتند.

مصاحبه‌ها به شیوه شناسه‌گذاری باز تحلیل، و شناسه‌های فرعی با یکدیگر ترکیب، و شناسه‌های اصلی و محوری موضوع مورد بحث استخراج شد. شناسه‌های محوری، یکی از میناهای طرح گویه‌های مقیاس قرار گرفت. برای نمره‌گذاری گویه‌ها یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) در نظر گرفته شد. همان‌طور که در ادامه می‌آید در مراحل مختلف بررسی روایی و پایایی مقیاس، ۴۹ گویه از گویه‌های اولیه حذف شد و در نهایت

جدول-۱. مراحل طراحی آزمون

شرح مرحله	مراحل
هدف کلی ساخت ابزاری جهت سنجش تأثیر معلولیت بر زندگی فردی، اجتماعی و خودپنداره جانبازان ناتوانان جسمی حرکتی	مرحله اول: تعیین هدف‌های آزمون
اهداف جزئی شامل تعیین ابعاد تأثیر معلولیت، تفکیک خودپنداره معلولین از خودپنداره عمومی، تمایز میان افراد با خودپنداره قوی و ضعیف و تهیه آزمون برای کاربرد در پژوهش‌های جامعه خاص جانبازان و معلولین جسمی حرکتی	مرحله دوم: تهیه محتوای آزمون
شامل مرور ادبیات نظری و پژوهشی، استفاده از نظر متخصصان و مصاحبه با جانبازان و ناتوانان جسمی حرکتی و آزمون‌های مشابه در این حیطه. تحلیل مصاحبه به صورت کیفی و انتخاب شناسه‌های اصلی به‌عنوان ابعاد تأثیر معلولیت بر زندگی، بررسی مقیاس‌های قبلی شامل مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ، خودپنداره بک، و نگرش نسبت به معلولیت (۲۲) به‌منظور طراحی سؤالات و محتوای آنها	مرحله سوم: تهیه مقیاس‌های آزمون
طراحی سؤالات آزمون به گونه ای که ابعاد تأثیر معلولیت در جانبازان و ناتوانان جسمی حرکتی با توجه به موارد مرحله‌ی دوم، بررسی محتوا و نگارش سؤالات توسط کارشناسان مرحله دوم و برآورد خواسته‌ها و نظرات آنها در طراحی سؤالات رجوع به نظر متخصصان در زمینه سطح دشواری (Difficulty)، سطح ابهام (Ambiguous)، بررسی احتمال وجود برداشت‌های اشتباه از عبارات و یا وجود نارسایی معنای کلمات، رعایت دستور زبان فارسی، استفاده از کلمات مناسب و قرارگیری عبارات‌ها در جای مناسب خود (Item allocation) و تأیید مقیاس توسط متخصصان، تأیید روایی صوری و محتوایی	مرحله چهارم: بررسی روایی سؤالات تهیه شده
اجرای سؤالات طراحی شده در افراد گروه هدف، بررسی واضح بودن و امکان فهم دستورالعمل اجرای آزمون و رفع ابهام سؤالاتی که شرکت کنندگان در پاسخ به آن‌ها مشکل داشتند و عدم حذف هیچ سؤالی به دلیل نداشتن پایایی درونی لازم	مرحله پنجم: اجرای اولیه آزمون
اجرای اصلی مقیاس روی گروه نمونه هدف شامل ۲۸۰ جانباز جسمی- حرکتی برای بررسی پایایی و روایی (همزمان و سازه) سؤالات	مرحله ششم: اجرای اصلی روی گروه هدف
اجرای دوباره آزمون بر افراد گروه هدف در مرحله‌ی شش جهت مشخص شدن پایایی بازآزمایی، بررسی همسانی درونی سؤالات با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ	مرحله هفتم: بررسی پایایی آزمون
سنجیدن روایی همزمان آزمون با استفاده از مقیاس عزت‌نفس عمومی و مقیاس‌های خودپنداره و احساس کهنتری، بررسی ساختار عاملی سؤالات با استفاده از روش آماری تحلیل عاملی اکتشافی	مرحله هشتم: بررسی روایی آزمون

جدول-۲. عامل‌های استخراج شده بعد از چرخش ۶۹ گویه مقیاس (و ۳۳ گویه حذف شده در مرحله سنجش روایی محتوایی)

سؤالات اضافی	عامل اول: (احساس حقارت)
۹۰، ۷۰، ۹۹، ۷۵، ۵۵، ۴۵، ۶۶، ۳۴، ۱۰۰، ۱۰، ۹۹، ۲۹، ۳۵، ۵۷، ۸۴، ۱۰۱	عامل هشتم: (محرومیت عاطفی) ۲۰، ۲۸، ۱۹
سؤالات حذف شده	عامل دوم: (آرزوی خیالی: تخیلات و رؤیاها)
۶۵، ۴۳، ۳۳، ۶۲، ۶۰، ۲۴، ۲۶، ۳، ۹۳، ۳۱، ۳۲، ۸۳، ۷۸، ۱۳، ۸۰، ۲۷، ۵۶، ۷۱، ۷۷، ۷۴، ۱، ۱۷، ۲۵، ۷۲، ۸۷، ۷، ۹، ۳۳، ۴۸، ۴۹، ۴۱، ۶۸	عامل نهم: (پذیرش معلولیت) ۱۵، ۴، ۵
۷۳، ۱۰۲، ۸۵، ۹۸، ۳۹، ۸۶	عامل دهم: (نگرش اطرافیان) ۳۷، ۹۴، ۵۳، ۴۷

عامل چهارم: (اجتناب از معلولیت)	۱۶، ۱۴، ۱۲، ۸۸	عامل یازدهم: (توانمندی)	۵۲، ۹۵، ۵۱
عامل پنجم: (انزوای اجتماعی)	۲۳، ۸، ۷۶	عامل دوازدهم: (مسئولیت)	۳۸، ۵۰، ۲، ۴۴
عامل ششم: (ناامیدی)	۲۱، ۱۱، ۳۶، ۱۸	عامل سیزدهم: (احساس درماندگی)	۶۳، ۹۱، ۴۳
عامل هفتم: (ارتباط با اطرافیان)	۹۶، ۸۱، ۶۹	عامل چهاردهم: (انزوای عاطفی)	۴۹، ۵۸، ۷۹

اجتماعی را می‌توان بر روی طیفی از عملکرد عالی تا عملکرد کاملاً مختل در نظر گرفت. آسیب‌های عملکردی، ناشی از محدودیت جسمانی و نیز ناشی از آسیب‌های روانی است که می‌تواند در زمینه‌های شغلی، خانوادگی و اجتماعی اختلال ایجاد کند.

(۱۳) سیلیگمن معتقد بود احساس درماندگی به فردی داده می‌شود که به نوعی خود را بازنده درمانده می‌بیند و این خودپنداره باعث می‌شود که دست از تلاش بردارد.

(۱۴) عامل چهاردهم: (انزوای عاطفی) کناره‌گیری هیجانی-یعنی فقدان تعامل خودانگیز، انزوا، نقص در برقراری رابطه با دیگران. یک نوع حالت نامتناسب یا محدودیت است که می‌تواند شدت ابراز هیجان را کاهش دهد.

پس از نام‌گذاری گویه‌ها برای ارزیابی روایی همگرایی مقیاس عزت‌نفس ناتوانان جسمی حرکتی از مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ، مقیاس خودپنداره بک و مقیاس احساس کهنتری به‌عنوان آزمون ملاک استفاده شد. برای محاسبه شاخص روایی محتوایی (Content validity index: CVI) از این افراد خواسته شد «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» هر گویه را براساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی مشخص کنند. با محاسبه این شاخص، گویه‌هایی در آزمون حفظ شد که بر اساس حداقل قابل قبول در این شاخص، نمره‌ای بیشتر از ۰/۷۹ آورد. برای روایی صوری سؤالات از ۲۵ شرکت‌کننده گروه هدف خواسته شد تا میزان اهمیت هر یک از گویه‌های مقیاس را مشخص کنند. محاسبه نمره‌های تأثیر گویه‌ها (Item Impact) نشان داد که تمام گویه‌ها نمره‌ای بیشتر از ۳ کسب کرده است. لازم به ذکر است که حداقل مقدار قابل قبول در نمره‌ها تأثیر ۱/۵ است (۲۴). بنابراین، روایی صوری مقیاس تأیید شد و هیچ سؤالی به دلیل نداشتن روایی صوری حذف نشد. در نهایت به‌منظور بررسی پایایی مقیاس عزت‌نفس در ناتوانان جسمی حرکتی از دو شیوه پایایی بازآزمایی و محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد. برای ارزیابی پایایی بازآزمایی آزمون در مرحله مقدماتی اجرای آزمون، مقیاس در اختیار ۲۵ نفر از افراد گروه نمونه قرار گرفت. به علت اینکه از افرادی که می‌توانستند مجدداً مراجعه کنند نمونه برای پایایی بازآزمایی انتخاب شد و دسترسی مجدد به نمونه پس از گذشت زمان بیشتر خیلی سخت بود، یک هفته بعد دوباره مقیاس‌ها در مرحله اصلی اجرای آزمون در اختیار این افراد قرار گرفت تا به سؤالات آن پاسخ دهند.

توضیحات مربوط به ویژگی عامل‌ها و علت نام‌گذاری هر کدام به‌صورت مختصر در زیر بیان می‌شود:

- عامل اول: (احساس حقارت) حاصل محیط درماندگی و وابستگی است. اگر فردی نتواند بر ناتوانی و احساس حقارت خود غلبه کند به عقده حقارت منجر می‌شود.
- عامل دوم: (آرزوی خیالی: تخیلات و رؤیاها) خیالی که فرد می‌تواند از طریق آن به ناتوانی جسم خود برای یک لحظه یا همیشه پایان دهد.
- عامل سوم: (حمایت خانوادگی) خانواده به‌عنوان گروه حمایت‌کننده اولیه، نقش اساسی در سلامت و بهداشت جسمی و روانی دارد و می‌تواند با پذیرش فرد در هر شرایطی محیط صمیمی و شاد برای او ایجاد کند.
- عامل چهارم: (اجتناب از معلولیت) به نوعی می‌تواند مربوط به عدم تمایل فرد به نمایان شدن در جامعه با وضعیت موجود باشد.
- عامل پنجم: (انزوای اجتماعی) کناره‌گیری از جمع بودن به علت قضاوت شخصی از ظاهر جسمانی انزوای اجتماعی است.
- عامل ششم: (ناامیدی) ناامیدی می‌تواند سرمنشأ احساساتی نظیر غمگینی، ترس از آینده نامعلوم و قضاوت‌های شخصی نامناسب در مورد خود از جمله حقیر بودن باشد.
- عامل هفتم: (ارتباط با اطرافیان) اگر این روابط از کیفیت خوبی برخوردار نباشد الگوگیری به‌صورت نامناسب شکل می‌گیرد و خودباوری را در فرد کاهش می‌دهد.
- عامل هشتم: (محرومیت حسی): محرومیت حسی می‌تواند علائمی همچون اضطراب، تنش، ناتوانی در تمرکز، افزایش تلقین‌پذیری، خطاهای ادراکی درباره بدن خود، شکایات جسمی، رنج هیجانی درون ذهنی شدید، و تخیلات واضح حسی ایجاد کند.
- عامل نهم: (پذیرش معلولیت) پذیرفتن ناتوانی جسمانی توسط فرد معلول می‌تواند باعث ایجاد یک درک واقعی از خود شود.
- عامل دهم: (نگرش اطرافیان) نگرش مربوط به محیط اجتماعی می‌تواند منجر به قضاوت‌های شخصی (مثبت یا منفی) در فرد شود.
- عامل یازدهم: (توانمندی) یعنی داشتن عملکرد خوب در همه زمینه‌ها از لحاظ خانوادگی، اجتماعی و شغلی.
- عامل دوازدهم: (مسئولیت) عملکرد شغلی، خانوادگی و

بدین ترتیب پایایی بازآزمایی آزمون با فاصله زمانی یک هفته محاسبه شد. ضریب همبستگی بین دوبار اجرای آزمون به فاصله زمانی یک هفته $r = 0.83$ به دست آمد ($p < 0.001$) و ضریب آلفای کرونباخ نمره کلی مقیاس تأثیر معلولیت 0.87 بود.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ: این مقیاس توسط روزنبرگ (۲۵) در سال ۱۹۶۵ ساخته شده و شامل ۱۰ ماده است که در طیف چهار درجه‌ای از کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۱) تنظیم شده است. گریبنرگر و همکاران (۲۰۰۳) (۲۶) همسانی درونی این مقیاس را برابر با 0.84 و ضرایب بازآزمایی آن را در فاصله زمانی ۲ هفته، ۵ ماه و یک سال به ترتیب 0.84 ، 0.67 و 0.62 گزارش کرده‌اند. عزیزاده و همکاران (۱۳۸۴) همبستگی تمام سوالات مقیاس عزت نفس روزنبرگ فارسی و انگلیسی در سطح بالایی اعلام کردند و پایایی نسخه فارسی با روش بازآزمایی، به فاصله ده روز محاسبه و ضریب همبستگی 0.74 به دست آوردند (۲۷). محمدی (۱۳۸۴)، در تحقیقی نشان داد که همبستگی مقیاس عزت نفس روزنبرگ با مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت 0.61 ، با خرده مقیاس‌های افسردگی و اضطراب تجدید نظر شده ۹۰ سؤال (SCL-90) -0.43 و -0.54 بوده که بیانگر روایی همگرا و واگرایی متوسط و مناسب این مقیاس بود (۲۸). همچنین در پژوهش احدی (۱۳۸۷) پایایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ 0.85 به دست آمد (۲۹).

خودپنداره بک: آزمون خودپنداره بک در سال ۱۹۹۰ (۳۰) به منظور سنجش خودپنداره اشخاص توسط بک ساخته شده است. این آزمون دارای ۲۵ سوال ۵ گزینه‌ای است که هر سوال آن یک صفت یا خصوصیت را مطرح می‌کند که آزمودنی باید در این صفت، خودش را با بقیه مقایسه کند. نمره‌ها بین ۲۵ تا ۱۲۵ متغیرند. آزمودنی ۵ نمره در این آزمون کسب می‌کند ۴ نمره در هر یک از خرده مقیاس‌ها و یک نمره کل که با توجه به امتیازبندی سطح خودپنداره ($33/3$ - $66/6$ سطح خودپنداره پایین، $33/3$ - $66/6$ سطح خودپنداره متوسط و بالا سطح خودپنداره بالا) مشخص می‌شود. بک و همکاران، ضریب اعتبار 0.88 و 0.65 را با استفاده از روش آزمون - آزمون مجدد به ترتیب پس از یک هفته و سه ماه فاصله زمانی گزارش نمودند. همچنین، ضریب همسانی درونی برای این مقیاس 0.80 گزارش شده است. روایی این مقیاس در مقایسه با مقیاس عزت نفس روزنبرگ 0.55 گزارش شده است. دیباچ نیا (۱۳۸۳) آلفای کرونباخ 0.79 را برای این مقیاس به دست آورده است (۳۱). همچنین در مطالعه‌ای دیگر روی دانشجویان ایرانی (۱۳۸۷) آلفای کرونباخ 0.80 به دست آمد (۳۲).

مقیاس احساس کهنتری: مقیاس کهنتری (Inferiority Scale) در سال ۲۰۰۷ توسط یائو و همکاران (۳۳) ساخته شده و دارای ۳۴ گویه شامل افکار منفی است که به طور مکرر به وسیله بیمارانی که از اختلال‌های اضطرابی (به ویژه هراس اجتماعی و سواس-بی‌اختیاری) رنج می‌برند، گزارش شده است. این مقیاس

یک ابزار خودگزارش‌دهی است که ۱۷ گویه آن کهنتری مرتبط با قضاوت‌های دیگران را می‌سنجد. دامنه نمرات این مقیاس بین ۳۴ تا ۱۷۰ بوده و هر چه امتیاز حاصل شده از این مقیاس بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر احساس کهنتری خواهد بود و بالعکس. از لحاظ محتوایی، از ۳۴ گویه مقیاس ۱۵ گویه آن با رویدادهای منفی نظیر ضعف، خستگی، اشتباه و انتقاد و ۱۵ گویه دیگر با رویدادهای مثبت نظیر ارزشمندی، موفقیت، تحسین مرتبطند و ۴ گویه دیگر منعکس‌کننده اصول موضوع بی‌قید و شرط هستند. ضریب اعتبار مقیاس کهنتری در پژوهش یوسفی و همکاران (۳۴) از طریق بازآزمایی $r = 0.76$ و هماهنگی درونی گویه‌های مقیاس از طریق آلفای کرونباخ 0.89 و در پژوهش محمدپناه و یوسفی آلفای کرونباخ 0.93 به دست آمد (۳۵).

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها: داده‌های گردآوری شده با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، همبستگی پیرسون با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به منظور بررسی پایایی و ثبات مقیاس نیز از روش‌های آزمون - بازآزمون و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

نتایج

از ۲۸۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش، ۹۲ نفر جانباز و ۱۸۸ نفر معلول بودند. فراوانی برخی از متغیرهای جمعیت‌شناختی در شرکت‌کنندگان پژوهش به تفکیک جانبازان و معلولین در جدول - ۳ آورده شده است.

همه جانبازان شرکت‌کننده در پژوهش مرد بودند اما اکثر معلولین شرکت‌کننده زن بودند. تعداد کمی از جانبازان مجرد و نسبت مجرد و متأهل در معلولین تقریباً برابر بود. اکثر جانبازان در پا دچار معلولیت بودند اما اکثر معلولین دچار ضایعه قطع نخاع شده بودند.

همان‌طوری که در مراحل اجرای آزمون توضیح داده شد، مرحله اول بررسی روایی محتوایی و صوری مقیاس تأثیر معلولیت در معلولین ناتوانان جسمی حرکتی بود. مقدار CVR گویه‌های (۴۳، ۴۳، ۶۵، ۶۲، ۶۰، ۶۰، ۶۳، ۶۶، ۶۳، ۹۳، ۳۱، ۳۲، ۸۳، ۷۸، ۱۳، ۸۰، ۲۷، ۵۶، ۷۱، ۷۴، ۷۷) کمتر از 0.49 بود و بنابراین از مقیاس کنار گذاشته شد. با توجه به اینکه تعداد کارشناسانی که در مورد روایی محتوایی گویه‌ها نظر می‌دادند، ۵ نفر بود، حداقل مقدار CVR قابل قبول برای هر گویه مطابق جدول لاوشه بایستی 0.49 باشد. گویه‌های شماره (۱، ۱۷، ۲۵، ۷۲، ۸۷، ۰۷، ۰۹، ۳۳، ۰۴، ۰۴، ۸۹، ۴۱، ۶۸) به حد نصاب مقدار CVI (0.79) نرسید و بنابراین این گویه‌ها نیز از سوالات اصلی کنار گذاشته شد. مابقی گویه‌ها، مقدار لازم برای CVI و اصلی را به دست آوردند بنابراین روایی محتوایی آن‌ها تأیید شد.

برای تعیین ساختار عاملی مقیاس تأثیر معلولیت در معلولین ناتوانان جسمی حرکتی از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. قبل از تحلیل عاملی، معنی‌دار بودن آزمون کفایت کایزر-میر-اوکلین (KMO: Kaiser-Meyer-Olkin) و مقدار خی دو در آزمون

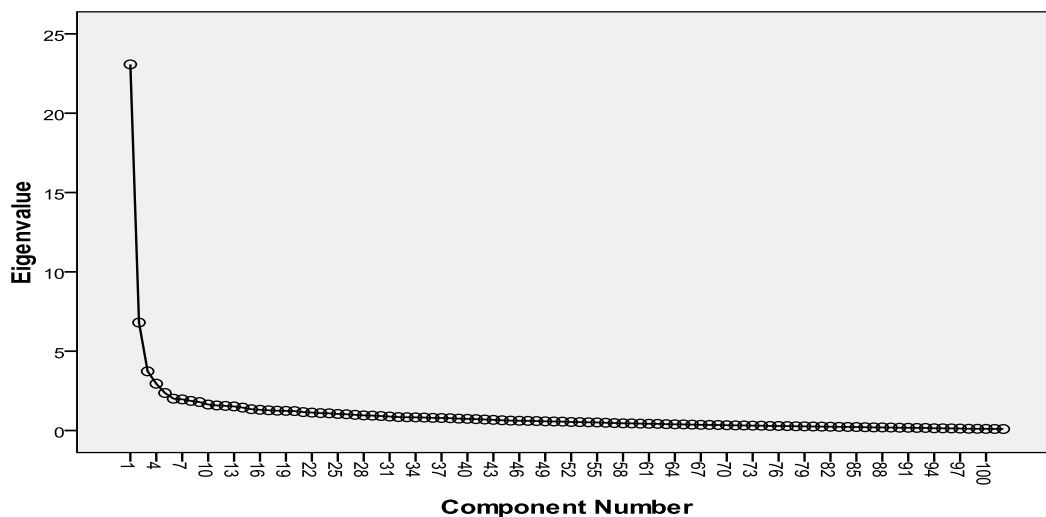
عاملی وجود دارد. مقدار آزمون KMO نیز نزدیک به یک (۰/۸۵) بود که مطلوب تلقی می‌شود و نشان می‌دهد که مقدار نمونه انتخاب شده در پژوهش برای تحلیل عاملی کافی است.

کرویت بارتلت که حداقل شرط لازم برای تحلیل عاملی است، مورد بررسی قرار گرفت. مقدار χ^2 که نشان می‌دهد ماتریس همبستگی گویه‌ها دارای اطلاعات معنی‌دار است و حداقل شرایط لازم برای تحلیل

جدول ۳- فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی در شرکت کنندگان

متغیر	ابعاد	جانبازان			معلولین		کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	مرد	۹۲	۱۰۰	۴۶	۲۴	۱۳۸	۴۹	
	زن	۰	۰	۱۴۲	۷۶	۱۴۱	۵۱	
وضعیت تأهل	مجرد	۴	۴	۹۷	۵۲	۱۰۱	۳۶	
	متاهل	۸۸	۹۶	۹۱	۴۸	۱۷۹	۶۴	
عضو معلول	دست	۶	۷	۰	۰	۶	۲	
	پا	۴۸	۵۲	۸۰	۴۲	۱۲۸	۴۶	
سطح تحصیلات	ترکیبی	۱۵	۱۶	۱۶	۹	۳۱	۱۱	
	نخاع	۲۳	۲۵	۹۲	۴۹	۱۱۵	۴۱	
	ابتدایی	۱۱	۱۲	۱۱	۶	۲۲	۸	
تحصیلات	راهنمایی و سیکل	۲۱	۲۳	۲۳	۱۲	۴۴	۱۶	
	دبیرستان و دیپلم	۳۴	۳۷	۳۹	۲۱	۷۳	۲۶	
	فوق دیپلم و کارشناسی	۲۲	۲۴	۱۱۲	۶۰	۱۳۴	۴۸	
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۴	۴	۳	۱	۷	۲	

Scree Plot



شکل ۱- نمودار اسکری

و مناسب بودن آن برای تحلیل عاملی می‌داد. تحلیل عاملی با ۶۷ چرخش گویه‌ها انجام شد. مقدار ارزش ویژه ۲۶ عامل بزرگتر از ۱ بود مجموع این عامل‌ها ۶۷/۱۳ درصد از واریانس کل را برآورد می‌کرد (جدول ۴) اما با توجه به نمودار اسکری (شکل ۱) می‌توان گفت که بعد از ۱۴ عامل، نمودار به حالت افقی درآمده است.

در تحلیل عاملی از روش تحلیل عوامل اصلی با استفاده از چرخش متمایل (ابلیم) استفاده شد تا گویه‌ها بر عوامل مربوط بار عاملی بیشتری را نشان دهد و سؤالاتی که بار عاملی نامناسب دارد، حذف شود. میزان اشتراکات گویه‌ها (در حالت تحلیل عاملی بدون چرخش) در مقیاس عزت‌نفس ناتوانان جسمی حرکتی بیشتر از ۰/۴ بود که نشان از همبستگی زیاد بین تک‌تک سؤالات با کل آزمون

جدول-۴. شاخص های آماری اولیه با استفاده از روش تحلیل مولفه های اصلی

مؤلفه ها	مقدار ارزش ویژه		مؤلفه ها	مقدار ارزش ویژه		کل	% واریانس	% تجمعی
	کل	% واریانس		کل	% واریانس			
۱	۲۳/۰۷	۲۲/۶۲	۱۴	۲۲/۶۲	۱/۴۴	۱/۴۱	۵۳/۲۳	
۲	۶/۸۰	۶/۶۷	۱۵	۲۹/۳۰	۱/۳۴	۱/۳۲	۵۴/۵۴	
۳	۳/۷۳	۳/۶۶	۱۶	۳۲/۹۵	۱/۳۰	۱/۲۸	۵۵/۸۳	
۴	۲/۹۵	۲/۸۹	۱۷	۳۵/۸۴	۱/۲۷	۱/۲۵	۵۷/۰۸	
۵	۲/۳۷	۲/۳۲	۱۸	۳۸/۱۶	۱/۲۵	۱/۲۲	۵۸/۰۳	
۶	۲/۰۰	۱/۹۷	۱۹	۴۰/۱۳	۱/۲۴	۱/۲۱	۵۹/۵۲	
۷	۱/۹۶	۱/۹۲	۲۰	۴۲/۰۵	۱/۲۲	۱/۲۰	۶۰/۷۲	
۸	۱/۸۷	۱/۸۳	۲۱	۴۳/۸۹	۱/۱۶	۱/۱۴	۶۱/۸۶	
۹	۱/۷۹	۱/۷۶	۲۲	۴۵/۶۵	۱/۱۳	۱/۱۰	۶۲/۹۷	
۱۰	۱/۶۴	۱/۶۰	۲۳	۴۷/۲۵	۱/۱۰	۱/۰۷	۶۴/۰۴	
۱۱	۱/۵۸	۱/۵۵	۲۴	۴۸/۸۰	۱/۰۸	۱/۰۶	۶۵/۱۰	
۱۲	۱/۵۵	۱/۵۲	۲۵	۵۰/۳۲	۱/۰۴	۱/۰۲	۶۶/۱۳	
۱۳	۱/۵۲	۱/۴۹	۲۶	۵۱/۸۱	۱/۰۳	۱/۰۱	۶۷/۱۳	

همچنین گویه‌هایی که در هر مولفه بار مستقل بالاتر از ۰/۳ گرفتند در جدول-۲ آورده شده است. با مشخص شدن گویه‌های هر عامل، نمرات شرکت‌کنندگان در هر عامل محاسبه شد. با توجه به اشتراک‌های محتوای گویه‌های هر عامل، ۱۴ عامل استخراج شده نام‌گذاری شدند. در جدول-۵ نام‌های تعیین شده برای هر عامل و میانگین و انحراف معیار نمره‌های افراد شرکت‌کننده در آن عامل‌ها آورده شده است. همچنین میانگین و انحراف معیار شرکت‌کنندگان در مقیاس‌های عزت‌نفس، احساس کهنتری و خودپنداره در جدول-۵ آورده شده است.

از طرفی دیگر، هر عامل باید حداقل دارای سه گویه باشد تا بتوان آن را یک عامل جدا تلقی کرد. گویه‌هایی که بار عاملی بالاتر از ۰/۳ داشتند و فقط در یک عامل بار گرفته بودند، بایستی به عنوان گویه مستقل در هر عامل نگه داشته شوند. بر این اساس، گویه‌هایی که کمتر از ۰/۳ بار گرفته بودند یا در بیش از یک عامل حداقل ۰/۳ بار گرفته بودند، حذف شدند. حذف این گویه‌ها نشان داد که تشخیص نمودار اسکری درست‌تر است و گویه‌ها در ۱۴ عامل مستقل بار گرفته‌اند. در جدول-۲ خلاصه گویه‌های حذف شده در مرحله سنجش روایی محتوایی و تحلیل عاملی آورده شده است.

جدول-۵. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای مورد مطالعه در جانبازان و معلولین جسمی- حرکتی

متغیر	جانبازان		متغیر	معلولین	
	SD	M		SD	M
عزت‌نفس عمومی	۴۴/۷۹	۸/۲۸	ارتباط با اطرافیان	۹/۹۶	۴۶/۱۸
احساس کهنتری	۴۴/۲۲	۳۸/۶۱	محرومیت عاطفی	۲۷/۳۸	۳۲/۱۰
خودپنداره	۷۳/۹۶	۹/۸۸	پذیرش معلولیت	۱۱/۳۰	۷۹/۸۶
احساس حقارت	۳۲/۵۱	۷/۱۵	نگرش اطرافیان	۶/۹۹	۳۲/۸۳
آرزوی خیالی	۱۰/۰۶	۳/۳۸	توانمندی	۳/۶۸	۸/۵۹
حمایت خانوادگی	۱۱/۷۶	۲/۰۹	پذیرش مسئولیت	۲/۳۶	۱۲/۰۵
اجتناب از معلولیت	۱۲/۸۷	۳/۸۲	احساس درماندگی	۳/۷۹	۱۳/۵۲
انزوای اجتماعی	۱۰/۰۱	۲/۷۱	انزوای عاطفی	۲/۸۵	۱۰/۰۹
ناامیدی	۱۴/۳۷	۲/۹۶	نمره کل تأثیر معلولیت	۳/۴۶	۱۳/۶۴

جدول-۶. همبستگی بین مؤلفه های اصلی و نمره کلی آزمون تأثیر معلولیت با مقیاس های عزت نفس روزنبرگ، خودپنداره بک و احساس کمتری

	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱																	۱
۲																۱	۳**
																	-/۶
۳															۱	/۳۰**	۵**
																	-/۷
																	-
۴														۱	-/۵۷**	/۲۷**	۴**
																	-/۲
۵													۱	/۲۴**	/۲۱**	-/۱۴*	۱۲*
																	-/
۶												۱	/۱۱*	/۴۲**	/۲۹**	/۲۷**	۳**
																	-/۴
۷											۱	۲۵**	۳۴**	/۵۵**	/۴۰**	/۳۰**	۴**
																	-/۱
۸										۱	۵۰**	۲۶**	۳۰**	/۵۳**	/۴۰**	/۲۲**	۳**
																	-/۳
۹									۱	۵۶**	۵۷**	۲۶**	۳۸**	/۵۵**	/۳۷**	-/۱۵*	۳**
																	-/۰
۱۰										۱	۲۹**	۳۳**	۲۲**	۲۱**	۲۹**	/۴۰**	/۲۱**
																	-/۰
۱۱											۱	۲۳**	۴۰**	۲۸**	۴۵**	۴۲**	/۱۲*
																	-/۲
۱۲												۱	۳۹**	۲۰**	۴۶**	۳۵**	۴۵**
																	-/۹
۱۳																	۱
۱۴																	۱
۱۵																	۱
۱۶																	۱
۱۷																	۱
۱۸																	۱

معلولیت با نمرات آزمودنی‌ها در احساس کهنتری همبستگی معنی‌دار منفی دارد ($p < 0/01$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس تأثیر معلولیت از روایی و اگرایی قابل قبولی نیز برخوردار است.

در نهایت به منظور بررسی پایایی مقیاس عزت‌نفس در ناتوانان جسمی حرکتی از دو شیوه پایایی بازآزمایی و محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب همبستگی بین دو بار اجرای آزمون به فاصله زمانی یک هفته $r = 0/83$ به دست آمد ($p < 0/001$) که نشان از پایایی بازآزمایی بسیار خوب مقیاس تأثیر معلولیت در ناتوانان جسمی حرکتی می‌داد.

ضریب آلفای کرونباخ نمره کلی مقیاس تأثیر معلولیت $0/870$ بدست آمد که نشان از پایایی درونی قابل قبول این مقیاس می‌داد. همبستگی تمام گویه‌ها با مجموع گویه‌ها نیز در حد مطلوب بود و با حذف هر یک از گویه‌ها تفاوت چندانی در ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون دیده نمی‌شد (جدول ۷-).

۱: عزت‌نفس روزنیرگ، ۲: خودپنداره بک، ۳: احساس کهنتری، ۴: خرده مقیاس احساس حقارت، ۵: خرده مقیاس آرزوی خیالی، ۶: خرده مقیاس حمایت خانوادگی، ۷: خرده مقیاس اجتناب از معلولیت، ۸: خرده مقیاس انزوای اجتماعی، ۹: زیرمقیاس ناامیدی، ۱۰: خرده مقیاس ارتباط با اطرافیان، ۱۱: خرده مقیاس محرومیت عاطفی، ۱۲: خرده مقیاس پذیرش معلولیت، ۱۳: خرده مقیاس نگرش اطرافیان، ۱۴: خرده مقیاس توانمندی، ۱۵: خرده مقیاس پذیرش مسئولیت، ۱۶: خرده مقیاس احساس درماندگی، ۱۷: خرده مقیاس انزوای عاطفی، ۱۸: نمره کل تأثیر معلولیت $p < 0/01$ ***.

همان طوری که در جدول ۶- مشاهده می‌شود، نمرات مقیاس تأثیر معلولیت با عزت‌نفس و خودپنداره همبستگی مثبت معنی‌دار داشت ($p < 0/01$) که نشان از روایی همگرایی خوب این مقیاس می‌داد. همچنین همبستگی بالا بین خرده مقیاس‌های آزمون تأثیر معلولیت نشان می‌دهد که این مقیاس از همسانی درونی خوبی برخوردار است و همچنین تمامی مؤلفه‌ها و نمره کلی آزمون تأثیر

جدول ۷- ضریب پایایی و همسانی درونی گویه‌های مقیاس

شماره گویه	ضریب آلفا در صورت حذف گویه	مجذور همبستگی چندگانه	همبستگی با مجموع گویه‌ها	واریانس مقیاس اگر گویه حذف شود	میانگین مقیاس اگر گویه حذف شود
۲	۰/۸۷	۰/۴۷	۰/۴۱	۴۵۵/۶۹	۱۴۳/۵۷
۴	۰/۸۸	۰/۵۵	-۰/۳۳	۴۹۷/۸۰	۱۴۴/۴۰
۵	۰/۸۷	۰/۳۵	-۰/۱۵	۴۸۷/۱۴	۱۴۴/۷۸
۸	۰/۸۷	۰/۴۱	۰/۴۳	۴۵۵/۸۷	۱۴۳/۸۰
۱۱	۰/۸۷	۰/۵۲	۰/۴۶	۴۵۷/۶۸	۱۴۳/۰۱
۱۲	۰/۸۶	۰/۵۶	۰/۵۰	۴۵۲/۹۳	۱۴۳/۶۶
۱۴	۰/۸۶	۰/۵۵	۰/۵۰	۴۵۳/۹۰	۱۴۳/۳۳
۱۵	۰/۸۷	۰/۳۹	-۰/۲۰	۴۸۹/۷۳	۱۴۴/۷۱
۱۶	۰/۸۷	۰/۴۷	۰/۴۲	۴۵۸/۴۱	۱۴۳/۶۹
۱۸	۰/۸۶	۰/۵۰	۰/۴۸	۴۵۲/۷۳	۱۴۳/۷۰
۱۹	۰/۸۷	۰/۳۰	-۰/۱۳	۴۸۶/۰۹	۱۴۴/۷۹
۲۰	۰/۸۷	۰/۵۵	۰/۴۶	۴۵۴/۵۷	۱۴۴/۵۱
۲۱	۰/۸۷	۰/۲۸	-۰/۰۲	۴۸۱/۷۰	۱۴۴/۸۳
۲۳	۰/۸۶	۰/۵۹	۰/۵۶	۴۵۰/۶۱	۱۴۳/۴۹
۲۸	۰/۸۷	۰/۲۸	۰/۰۳	۴۸۰/۵۲	۱۴۵/۴۰
۳۰	۰/۸۶	۰/۶۱	۰/۵۷	۴۵۰/۱۵	۱۴۳/۴۸
۳۶	۰/۸۶	۰/۵۶	۰/۵۳	۴۵۱/۴۶	۱۴۳/۷۷
۳۷	۰/۸۷	۰/۳۲	۰/۱۰	۴۵۶/۴۲	۱۴۳/۸۸
۳۸	۰/۸۶	۰/۴۱	۰/۴۸	۴۵۶/۴۳	۱۴۳/۴۵
۳۹	۰/۸۷	۰/۴۵	-۰/۱۱	۴۸۵/۹۶	۱۴۴/۶۲
۴۰	۰/۸۷	۰/۵۰	۰/۲۵	۴۶۷/۹۵	۱۴۴/۴۶
۴۳	۰/۸۷	۰/۴۳	۰/۲۰	۴۷۱/۵۰	۱۴۴/۴۱
۴۴	۰/۸۶	۰/۵۴	۰/۵۳	۴۵۰/۸۸	۱۴۳/۴۶
۴۶	۰/۸۷	۰/۴۸	-۰/۱۶	۴۸۷/۹۰	۱۴۴/۶۲
۴۷	۰/۸۷	۰/۳۹	۰/۴۵	۴۶۰/۹۳	۱۴۴/۳۱

۴۹	۰/۸۶	۰/۴۵	۰/۵۰	۴۵۵/۱۶	۱۴۴/۰۱
۵۰	۰/۸۶	۰/۵۲	۰/۵۹	۴۴۸/۶۶	۱۴۳/۸۷
۵۱	۰/۸۷	۰/۳۲	۰/۰۸	۴۷۷/۶۶	۱۴۴/۷۲
۵۲	۰/۸۷	۰/۵۳	-۰/۱۷	۴۸۸/۳۶	۱۴۴/۶۷
۵۳	۰/۸۷	۰/۴۰	۰/۴۶	۴۵۶/۹۶	۱۴۴/۱۴
۵۴	۰/۸۷	۰/۵۳	-۰/۲۱	۴۹۰/۲۴	۱۴۴/۷۰
۵۸	۰/۸۶	۰/۵۹	۰/۵۸	۴۵۱/۰۵	۱۴۳/۲۷
۵۹	۰/۸۷	۰/۶۰	۰/۳۸	۴۶۱/۲۰	۱۴۴/۵۶
۶۱	۰/۸۷	۰/۶۳	۰/۴۱	۴۶۰/۸۰	۱۴۴/۶۶
۶۳	۰/۸۶	۰/۵۷	۰/۵۳	۴۵۱/۸۷	۱۴۳/۵۶
۶۴	۰/۸۶	۰/۳۲	۰/۰۳	۴۸۷/۸۵	۱۴۴/۳۵
۶۷	۰/۸۶	۰/۴۸	۰/۵۲	۴۵۲/۹۱	۱۴۴/۲۹
۶۹	۰/۸۷	۰/۲۹	۰/۲۷	۴۶۸/۹۱	۱۴۴/۵۲
۷۳	۰/۸۶	۰/۶۱	۰/۵۰	۴۵۳/۹۴	۱۴۲/۹۱
۷۶	۰/۸۷	۰/۴۱	-۰/۱۸	۴۸۹/۶۵	۱۴۴/۵۷
۷۹	۰/۸۷	۰/۳۴	۰/۲۲	۴۸۹/۱۱	۱۴۴/۱۹
۸۱	۰/۸۷	۰/۲۸	۰/۲۰	۴۷۲/۳۱	۱۴۴/۳۰
۸۲	۰/۸۶	۰/۵۷	۰/۵۸	۴۵۳/۲۱	۱۴۳/۱۰
۸۵	۰/۸۶	۰/۷۰	۰/۶۱	۴۷۷/۲۳	۱۴۳/۱۳
۸۶	۰/۸۶	۰/۶۶	۰/۶۲	۴۴۹/۵۳	۱۴۳/۲۶
۸۸	۰/۸۷	۰/۴۴	۰/۴۳	۴۵۵/۴۵	۱۴۳/۱۲
۹۱	۰/۸۶	۰/۵۰	۰/۴۹	۴۵۶/۷۰	۱۴۳/۵۶
۹۴	۰/۸۶	۰/۴۷	۰/۴۶	۴۵۶/۹۱	۱۴۳/۹۸
۹۵	۰/۸۷	۰/۴۵	-۰/۱۸	۴۸۸/۵۴	۱۴۴/۷۸
۹۶	۰/۸۶	۰/۴۳	۰/۵۲	۴۵۱/۶۷	۱۴۳/۶۵
۹۷	۰/۸۷	۰/۴۹	-۰/۰۱	۴۸۱/۷۹	۱۴۴/۹۵
۹۸	۰/۸۶	۰/۵۹	۰/۵۶	۴۴۹/۱۵	۱۴۳/۳۱
۱۰۲	۰/۸۶	۰/۵۹	۰/۵۴	۴۵۴/۵۱	۱۴۲/۹۲

بحث

هدف این پژوهش ساخت و اعتباریابی مقیاس تأثیر معلولیت بر زندگی شخصی، اجتماعی و خودپنداره جانبازان بود. برای اطمینان از این که مقیاس ساخته شده در برگرفته‌ی محتوای مورد نظر باشد، به مرور مطالعات و نظریات در این مورد پرداخته شد. پیشینه علمی - پژوهشی در این زمینه مرور شد و همچنین مقیاس‌های ساخته شده در این زمینه مورد مطالعه قرار گرفت.

بر اساس نتایج به‌دست آمده گویه‌های طراحی شده مقیاس، مشخص کننده ابعاد تأثیرگذاری معلولیت است. بدین صورت که معلولیت با گویه احساس حقارت، ناامیدی، اجتناب از معلولیت، محرومیت عاطفی، احساس درماندگی، انزوای عاطفی و انزوای اجتماعی در ارتباط بوده که این موارد با پژوهش‌های (۷،۹،۱۲) هم‌سو بود. تحقیقات نشان داد افراد معلولی که انزوای عاطفی و اجتماعی دارند، در اکثر مواقع احساس تنهایی، ناامیدی و حقارت می‌کنند. آنها احساس می‌کنند که برای هیچ‌کس در این دنیا مهم

نیستند و حتی نزدیکترین افراد زندگی‌شان نیز پاسخگوی نیازهای عاطفی آنها نیستند (۳۶). از طرفی گویه‌های ارتباط با اطرافیان، نگرش اطرافیان، حمایت خانوادگی و پذیرش معلولیت بر شکل‌گیری خودپنداره‌ی مثبت در افراد معلول اثرگذار بوده و یکی از عوامل مؤثر بر پذیرش افراد دارای معلولیت در جامعه، حمایت و پذیرش این افراد در خانواده است (۷،۳۷). همچنین سه گویه‌ی آرزوی خیالی، توانمندی و مسئولیت نیز ابعاد دیگری از تأثیرگذاری معلولیت بودند که با نتایج تحقیقات پیشین (۸،۱۰) مطابقت داشت. با در نظر گرفتن این عوامل می‌توان گفت مقیاس تأثیر معلولیت، ابعاد زندگی شخصی، اجتماعی و خودپنداره را در معلولین را در بر می‌گیرد.

بر اساس نتایج به‌دست آمده همبستگی بین مؤلفه‌های اصلی و نمره کلی آزمون تأثیر معلولیت با عزت‌نفس روزنبرگ و خودپنداره بک معنادار بود. نمره کل همبستگی مقیاس تأثیر معلولیت با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ و مقیاس خودپنداره بک به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۳۱ بود که این همبستگی مثبت و معنادار است. معلولینی

نتیجه‌گیری

با مشخص نمودن و تعیین ابعاد تأثیر معلولیت بر زندگی جانبازان و معلولین جامعه، زمینه فعالیت‌های کلینیکی و پژوهشی مرتبط با این گروه متمرکزتر و هدفمندتر خواهد شد. از مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم کنترل درصد جانبازی و معلولیت، عدم تفکیک جانبازان از معلولین به علت پایین آمدن تعداد نمونه (به علت نیاز تحلیل عاملی به نمونه زیاد) اشاره کرد و همچنین تمایز بین جنسیت مدنظر قرار نگرفته است و ممکن است تأثیر معلولیت بر اساس جنسیت متفاوت باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگری ارتباط این مقیاس را با متغیرهای روانشناختی دیگر در به تفکیک جانبازان و معلولین و همچنین جنسیت آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به محدودیت ابزار در این زمینه، مقیاس مذکور می‌تواند زمینه‌ی تحقیقات بیشتر را فراهم آورد و گامی در جهت آشنایی بیشتر با مشکلات آنها و برنامه‌ریزی مناسب باشد.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- با آگاهی و شناخت بیشتر از ابعاد تأثیر معلولیت بر زندگی جانبازان به وسیله یک ابزار اختصاصی، به درک بهتر مشکلات زندگی منحصر به فرد جانبازان کمک کرده و برای برنامه‌ریزی‌های آتی در این زمینه می‌تواند مفید باشد.
- مقیاس طراحی شده می‌تواند در تعیین ابعاد تأثیر معلولیت، تفکیک خودپنداره معلولین از خودپنداره عمومی، تمایز میان افراد با خودپنداره قوی و ضعیف در جانبازان و معلولین جسمی حرکتی کاربرد داشته باشد.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر دارای نامه‌ی تاییدیه

وزارت علوم تحقیقات و فناوری به تاریخ ۱۳۹۸/۸/۲۸ و شماره‌ی ۱۱/۱۲۶۱ می‌باشد. بدین وسیله از تمامی افرادی که به ما در انجام این پژوهش یاری رساندند از جمله سازمان بهزیستی و بنیاد جانبازان استان اصفهان، تقدیر و تشکر می‌شود.

نقش نویسندگان: ارائه ایده و طراحی پژوهش توسط

رضایپور میرصالح انجام گرفته، همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد

منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع:

1. Fellinghauer B, Reinhardt JD, Stucki G, Bickenbach J. Explaining the disability paradox: a cross-sectional analysis of the Swiss general population. 2012;12(1):655. doi:10.1186/1471-2458-12-655

که فعالتر بودند و توانمندی در زمینه‌های ورزشی و اجتماعی داشتند خودپنداره مثبت و عزت‌نفس بهتری نیز داشتند که این نتیجه با تحقیقات (۱۵،۱۷) همسو بود. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت برای معلولین فعال بودن و دوری از انزوا تأثیر مثبتی در شکل‌گیری عزت‌نفس و خودپنداره‌ی مثبت دارد. این مشارکت زمینه‌ی مهمی را ایجاد می‌کند که در آن افراد دارای معلولیت جسمی فرصت‌هایی را برای آزمایش ظرفیت‌های خود پیدا می‌کنند و به توانایی به جای ناتوانی می‌رسند (۳۸) و این فرصت‌ها ابعاد مختلف معلولیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در همین راستا نتایج تحقیق (۳۹) نشان داد مواجهه با ارزیابی اجتماعی در محیط جامعه می‌تواند به شکل‌گیری نگرش‌های بهتر بدنی در افراد دارای ناتوانی جسمی کمک کند. همان‌طوری که محققان پیشین نیز در بررسی خود بیان داشتند خودپنداره‌ی افراد معلول بیش از افراد عادی است و عوامل مهمی مانند حمایت‌های اجتماعی از طرف جامعه و اعضای خانواده و نگرش مناسب خانواده و جامعه، می‌تواند خودپنداره مثبت این افراد را افزایش می‌دهد (۲۰). بنابراین ابعاد مقیاس تأثیر معلولیت با موارد مورد سنجش در آزمون‌های عزت‌نفس روزنبرگ و خودپنداره بک در ارتباط بوده و مقیاس تأثیر معلولیت از روایی همگرای قابل قبولی برخوردار است.

بر اساس نتایج به دست آمده تمامی مؤلفه‌های اصلی و نمره کلی آزمون تأثیر معلولیت با نمرات آزمودنی‌ها در احساس کهنتری همبستگی معنی‌دار منفی داشت و این نتیجه با پژوهش (۱۱،۴۰) همسو بود و نشان داد که صفات‌های روانی - بدنی منفی و وضعیت ظاهری بدنی با ابعاد احساس کهنتری در رابطه‌اند. همچنین در بین جانبازان و معلولین سالمند بین احساس کهنتری و مؤلفه‌های اصلی مقیاس مثل حمایت اجتماعی، حمایت دوستان و خانواده، انزوا و درماندگی رابطه وجود داشت و معلولینی که از فعالیت و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند بیشتر دچار احساس افسردگی، ناامیدی و احساس حقارت بودند (۱۴). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس عزت‌نفس معلولین از روایی واگرایی قابل قبولی نیز برخوردار است.

با توجه به این یافته، می‌توان گفت این مقیاس دارای روایی و پایایی معتبر است و محتوای آن در مقایسه با مقیاس‌های خودپنداره و عزت‌نفس عمومی، شامل ابعاد وسیع‌تر و اختصاصی‌تر برای جانبازان و معلولین است، این ابزار می‌تواند به طور مقدماتی در پژوهش‌های مربوط به تأثیر معلولیت بر ابعاد فردی و اجتماعی و خودپنداره به کار رود.

2. Organization WH. World report on disability 2011: World Health Organization; 2011.
3. Kuvalekar K, Kamath R, Ashok L, Shetty B, Mayya S, Chandrasekaran V, et al. Quality of life among persons with physical disability in udupi

- taluk: A cross sectional study. 2015;4(1):69. doi:10.4103/2249-4863.152258
4. Tolabi Z. Veterans' life experiences: A phenomenological study. 2015;4(3):266-79.
 5. Hajloo N, Relationship between economic-social activity and reduction of veterans' psychological problems. 2009;11(2):89-95.
 6. Khaghanizadeh M, Sirate Nir M. Influence of individual, familial and socioeconomic factors on severity of psychiatric symptoms in veterans with mental disorders. 2004;6(1):33-7.
 7. Ghafarpour Nafchi S, Mohammadi A. Effective factors contributing to acceptance of people with disability in the society (Case study: Shahrekord). 2017;18(3):202-11. doi:10.21859/jrehab-1803202
 8. Neille J, Penn C. The interface between violence, disability, and poverty: Stories from a developing country. 2017;32(18):2837-61. doi:10.1177/0886260515596332
 9. Forsyth R, Colver A, Alvanides S, Woolley M, Lowe M. Participation of young severely disabled children is influenced by their intrinsic impairments and environment. 2007;49(5):345-9. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.00345.x
 10. Khanjani MS, Khankeh HR, Younesi SJ, Azkhash M. The Main Factors Affecting the Acceptance and Adaptation With Spinal Cord Injury: A Qualitative Study. 2019. doi:10.32598/rj.19.4.276
 11. Cook S, Kabeer N. Social protection as development policy: Asian perspectives: Routledge; 2011. doi:10.4324/9780203814093
 12. Kirshbaum H. Disability and humiliation. 1991. doi:10.1007/BF02015217
 13. Amtmann D, Bamer AM, Cook KF, Askew RL, Noonan VK, Brockway JA. University of Washington self-efficacy scale: A new self-efficacy scale for people with disabilities. 2012;93(10):1757-65. doi:10.1016/j.apmr.2012.05.001
 14. Egede LE, Acierno R, Knapp RG, Lejuez C, Hernandez-Tejada M, Payne EH, et al. Psychotherapy for depression in older veterans via telemedicine: a randomised, open-label, non-inferiority trial. 2015;2(8):693-701. doi:10.1016/S2215-0366(15)00122-4
 15. Moradi A, Rezaei Dehnavi S. Effectiveness of self-esteem, self-efficacy, and achievement motivation group trainings on self-esteem of physically disabled females. 2012;2(5):-.
 16. Zahirinia M, An Survey of Personal and Social Consequences of Disability %J Cultural Journal of Hormozgan. 2011;1(1):162-80.
 17. Mrug S, Wallander JL. Self-Concept of Young People with Physical Disabilities: does integration play a role?. International Journal of Disability, Development and Education. 2002;49(3):267-80. doi:10.1080/1034912022000007289
 18. Poursoltani Zarandi H, Hadavi F. Determining of validity and reliability of achievement goal questionnaire in the veterans and the disables athlete of Khorasan-e Razavi Province. 2013;6(1):34-43.
 19. Nir MS, Ebadi A, Fallahi-Khoshknab M, Vafadar Z. Design and psychometric properties of the quality of life questionnaire for veterans with combat related post-traumatic stress disorder. 2019.
 20. Narimani M, Mousazadeh T. Comparing self-esteem and self-concept of handicapped and normal students. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010;2(2):1554-7. doi:10.1016/j.sbspro.2010.03.234
 21. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308
 22. Power MJ, Green AM, WHOQOL-DIS Group. The Attitudes to Disability Scale (ADS): development and psychometric properties. 2010;54(9): 860-74. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01317.x
 23. Kline P. An easy guide to factor analysis: Routledge; 2014. doi:10.4324/9781315788135
 24. Ackerman TA. A didactic explanation of item bias, item impact, and item validity from a multidimensional perspective. 1992;29(1):67-91. doi:10.1111/j.1745-3984.1992.tb00368.x
 25. Rosenberg MJS. Self-esteem and the adolescent.(Economics and the social sciences: Society and the adolescent self-image). 1965; 148:804. doi:10.1515/9781400876136
 26. Greenberger E, Chen C, Dmitrieva J, Farruggia SP. Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Do they matter? 2003; 35(6):1241-54. doi:10.1016/S0191-8869(02)00331-8
 27. Alizadeh T, Farahani MN, Shahraray M, Alizadegan S. The relationship between self esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women. 2005;6(2).
 28. Mohammadi N. The preliminary study of validity and reliability of Rosenberg's self-esteem scale. 2005;1(4):55-62.
 29. Ahadi B. Relationship between loneliness and self-esteem with students'attachment styles. 2009.
 30. Beck AT, Steer RA, Epstein N, Brown G. Beck self-concept test. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology.1990; 2 (2):191. doi:10.1037/1040-3590.2.2.191
 31. Dibajnia P. The study of relationship between self-concept and family assessment. 2004;9(4 (40)).
 32. Ebrahimi A, Religion. Jan bozorgi M. The relationship between Relationship skills and marital satisfaction. 2008;1(2):147-64.
 33. Yao S-N, Cottraux J, Martin R, Mollard E, Bouvard M, Guérin J, et al. Inferiority in Social Phobics, Obsessive-Compulsives, and Non-Clinical Controls. A Controlled Study with the Inferiority Scale. Behavior and Cognitive Therapy Today. 1998; 305-18. doi:10.1016/B978-008043437-7/50025-9
 34. Yousefi R, Mazaheri MA. Inferiority Feeling in Social Phobia and Obsessive Compulsive Disorder Patients. 2008;5(17):63-8.

35. Mohammadpanah A, Yousefi R. Assessment of beliefs about appearance and inferiority feeling in cosmetic surgery candidates. 2011.
36. Rosso AL, Taylor JA, Tabb LP, Michael YL. Mobility, disability, and social engagement in older adults. 2013;25(4):617-37. doi:10.1177/0898264313482489
37. Shilling V, Bailey S, Logan S, Morris C. Peer support for parents of disabled children part 1: perceived outcomes of a one-to-one service, a qualitative study. 2015;41(4):524-36. doi:10.1111/cch.12223
38. Anderson D. Adolescent girls' involvement in disability sport: Implications for identity development. 2009;33(4):427-49. doi:10.1177/0193723509350608
39. Scarpa S. Physical self-concept and self-esteem in adolescents and young adults with and without physical disability: The role of sports participation. 2011;4(1). doi:10.5507/euj.2011.003
40. Bagherian F, Asgari A. Reliability, validity and standardization the Comparative Feeling of Inferiority Index. 2017;11(1):103-120.