MEJDS. 2018; 8:73

Published online 2019 March **Research Article**

Relationship between Self-Handicapping and Social Supports with Quality of Life in Blind Individuals

Ali Farahani[1], Ahmad Yarmohammadian[2], *Mokhtar Malekpour[3], Ahmad Abedi[4]

Author Address
1. PhD student of Psychology and Education of children with Special Needs, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan;
2. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of Psychology and Education of children with Special Needs, University of Isfahan;
3. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of Psychology and Education of children with Special Needs, University of Isfahan;
4. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of Psychology and Education of children with Special Needs, University of Isfahan.
***Corresponding Author Address:** Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of Psychology and Education of children with Special Needs, University of Isfahan
E-mail: yarmo879@yahoo.com

Received: 2017 September 22; **Accepted:** 2017 November 12

Abstract

Objective and Background: one of the most common groups with impairment is visually impaired individuals whose disability and visual impairment severely affected their quality of life. Life quality of visually impaired individuals has been considered and emphasized as one of the rehabilitation goals by experts with special needs. Of the most important objectives of research conducted on quality life is attention to and identification of variables that affecting prediction and explanation of their quality of life. Variables considered in this research include social support and self-handicapping. Based on some references self-handicapping has a negative correlation with the quality of life of visually impaired individuals and social support has positive correlation with their quality of life. Self-handicapping means creating or claiming an obstacle for successful performance, which in the case of a failure, these obstacles are considered as causes of the failure. Social support is a source of assistance and support from individuals, social groups and society, which is defined as a strategy to deal with stressful lives by recalling assistance from social networks. The aim of the present study was to explain the relationship of self-handicapping and social support with quality of life of visually impaired individuals.

Methods: The study design was a correlational research. Population of the present study consisted of visually impaired individuals aged from 15 to 35 years in cities of Isfahan and Shiraz (center and south of Iran). A number consisting 135 individuals were selected as participants via the convenience sampling technique. Then, they completed questionnaires. Inclusion criteria was confirmed visual impairment, no alertness or mental disorder, not suffering from other chronic diseases, tendency to participate in the study. In addition, exclusion criterion was incomplete questionnaires. Finally, by removing incomplete questionnaires, a number of 128 copies of questionnaires were statistically analyzed. To collect data, the quality of life in visually impaired people questionnaire, self-handicapping scale, and social support questionnaire were employed. To analyze the data, regression coefficient and multiple regression were used.

Results: Findings of the study showed that there was a significant positive correlation between social support and life quality of visually impaired individuals and more support increased the quality of life more (p<0.01). In addition, there was a significant negative correlation between behavioral self-management and life quality of visually impaired individuals (p<0.01). Moreover, there was a significant negative correlation between self-actualization and the life quality of these individuals (p<0.05). Results of multiple regression analysis indicated that social support plays a significant role in predicting the life quality of visually impaired individuals. Claimed and behavioral self-handicapping which had no significant roles therefore excluded from the model.

Conclusion: It seems that visually impaired individuals' expectations in the support dimension focus more on emotional needs and positive relationships than on pessimistic behaviors that instill disability. In addition, these individuals avoid entering to chances and opportunities of life through self-handicapping mechanisms. Therefore, become more passive and ultimately experiences lower quality of life over time. According to results, development of rehabilitation services for increasing social support and application of interventions for reducing self-handicapping in visually impaired individuals is highly recommended. In addition, need to intervention programs based on the increase in self-esteem of visually impaired individuals should be considered. Furthermore, with the aim of reinforcing the social support network among those individuals, developed programs should be designed. Additionally, relative particularly family members of visually impaired individuals should have more awareness and sensitivity to social support.

Keywords: Quality of life, Social supports, Self-handicapping, Blind

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.63.8]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properlycited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸): ۷۳

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

رابطهٔ خودناتوان‌سازی و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در افراد نابینا

علی فراهانی[۱]، *احمدیارمحمدیان[۲]، مختار ملک‌پور[۳]، احمد عابدی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۳. استاد گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: yarmo879@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۳۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۶/۸/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: از بارزترین گروه‌های دارای ناتوانی، افراد نابینا هستند که وجود معلولیت و نقص بینایی کیفیت زندگی آن‌ها را به‌شدت تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. هدف از پژوهش حاضر، تعیین رابطهٔ خودناتوان‌سازی و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی افراد نابیناست.

روش بررسی: طرح پژوهش از نوع هم‌بستگی است. شرکت‌کنندگان پژوهش ۱۳۵ نفر از افراد نابینای بالای پانزده سال شهرهای شیراز و اصفهان بودند که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی نابینایان، مقیاس خودناتوان‌سازیو پرسش‌نامهٔ حمایت اجتماعی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از ضریب هم‌بستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی افراد نابینا، رابطهٔ معناداری به‌صورت مثبت و مستقیم وجود دارد و هرچه حمایت بیشتر باشد، بر میزان کیفیت زندگی افراد نمونه افزوده می‌شود ($p<۰/۰۱$). از سوی دیگر، بین خودناتوان‌سازی رفتاری و کیفیت زندگی افراد نابینا رابطهٔ معناداری به‌صورت منفی و معکوس وجود دارد ($p<۰/۰۱$). همچنین بین خودناتوان‌سازی ادعایی و کیفیت زندگی این افراد رابطهٔ معناداری به‌صورت منفی و معکوس وجود دارد ($p<۰/۰۵$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه حاکی از این بود که حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد نابینا، نقش معناداری دارد ($p<۰/۰۰۱$) و خودناتوان‌سازی ادعایی و رفتاری چون نقش معناداری ندارد، از مدل خارج شد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، گسترش خدمات توان‌بخشی برای افزایش حمایت اجتماعی و ایجاد مداخلات به‌منظور کاهش خودناتوان‌سازی در افراد نابینا پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، خودناتوان‌سازی، نابینا.

حق انتشار محفوظ است© ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشرشده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشرشده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری وتوزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.63.8]

۱ مقدمه

نابینایی وضعیت خاصی است که به‌دنبال خود، عارضه‌هایی را در ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی و خانوادگی بر جای می‌گذارد. یکی از این ابعاد کیفیت زندگی فرد نابیناست. مطابق با تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، ادراک هر فرد از موقعیت خود در زندگی و در بافتار فرهنگی و نظام ارزشی‌ای است که در آن زندگی می‌کند و او را در ارتباط با اهداف و انتظارات و هنجارهای خاصی قرار می‌دهد (۱).

بهبود کیفیت زندگی افراد دارای ناتوانی، به‌عنوان یک هدف توان‌بخشی به شمار می‌رود (۲). نقص بینایی از مهم‌ترین و شایع‌ترین نقص‌های گروه‌های دارای ناتوانی است. بر اساس یافته‌های همه‌گیرشناسی انجام‌شده در سال ۲۰۰۷ در شهر تهران، شیوع کم‌بینایی ۱۳/۲ درصد و شیوع نابینایی ۰/۲۸ درصد بوده است (۳). با افزایش جمعیت افراد دارای معلولیت، به‌ویژه افراد با نقص بینایی، کیفیت زندگی این افراد موردتوجه بیشتری قرار گرفته است؛ چنان‌که در دهه‌های اخیر باعث ملاحظات و پژوهش‌های روان‌شناختی و علمی فراوان با تمرکز بر این مؤلفه شده است (۴).

مطالعات نشان داده است که در ارائهٔ خدمات توان‌بخشی به افراد نابینا و کم‌بینا به‌جای تمرکز بر رضایت و توانایی انجام عملکردهای خاص، نتایج باید با معیارهای بهبود در کیفیت زندگی آن‌ها اندازه‌گیری شود (۵، ۶ و ۷).

پژوهش‌های بسیاری اظهار داشته‌اند که تفاوت معناداری در سطح کیفیت زندگی بین افراد با نقص بینایی در مقایسه با افراد عادی وجود دارد و بر این موضوع هم‌عقیده‌اند که نقایص بینایی کیفیت زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار داده، فعالیت‌های اجتماعی و استقلالش را کاهش می‌دهد (۸، ۱۲-۹).

افتخار، نجومی و کوهپایه‌زاده (۱۳) بر اساس پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که هرچه حدت بینایی دانش‌آموزان نابینا بیشتر باشد، کیفیت زندگی‌شان بیشتر خواهد شد. همچنین الوین، سلوارج و پوخارل (۱۴) چگونگی بینایی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آب‌مروارید را با گروهی از افراد عادی مقایسه کردند و به ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و حدت بینایی در این افراد دست یافتند. توکل و همکاران (۱۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین اضطراب والدین و کیفیت زندگی کودکان نابینایشان ارتباط معکوس معناداری به چشم می‌خورد.

افراد نابینا علاوه بر محدودیت‌هایی که از ناحیهٔ نقص بینایی با آن مواجه می‌شوند، به‌دلیل خودپندارهٔ ضعیفی که از خود و توانایی‌های خود دارند، به نوعی خودناتوان‌سازی[1] گرایش پیدا می‌کنند که می‌تواند کیفیت زندگی آنان را تحت‌تأثیر قرار دهد.

یکی از مسائل مهم زندگی افراد با نقص بینایی، عزت‌نفس پایین و احساس بی‌کفایتی است که باعث اجتناب از ورود به بسیاری از موقعیت‌های زندگی می‌شود و در نهایت به‌شکل اختلال در کارکردهای شخصی و اجتماعی خود را نشان می‌دهد. نقص در این فرایندها می‌تواند زمینه‌ساز بروز شکلی از رفتار در این افراد شود که خودناتوان‌سازی نام دارد. برگلاس و جونز (۱۶) معتقدند افرادی که ترس از شکست دارند، برای حفاظت از عزت‌نفس خود موقعیت‌هایی را انتخاب می‌کنند که در آن، موفقیت به توانمندی خود آن‌ها و شکست به عوامل بیرونی نسبت داده شود و بر این اساس دست به خودناتوان‌سازی می‌زنند. افراد خودناتوان‌ساز به‌طور عمدی خود را در موقعیت نامناسبی قرار می‌دهند که شکست خویش را به‌دلیل وجود آن موقعیت نامساعد بدانند و اگر در چنین وضعیتی موفق شدند، آن را حاصل توانمندی خویش بدانند.

خودناتوان‌سازی از نظر برگلاس و جونز (۱۶)، به‌معنای ایجاد یا ادعای وجود مانع برای عملکرد موفقیت‌آمیز است که در صورت شکست، موانع موجود علت شکست تلقی شوند و فرد سرزنش نشود؛ مثلاً افرادی که قبل از امتحان تمرین کافی انجام نمی‌دهند یا ادعا می‌کنند که دچار یک مشکل ناتوان‌کننده شده‌اند یا روحیهٔ خوبی ندارند، از جمله مثال‌های خودناتوان‌سازی هستند.

در متون پژوهشی، خودناتوان‌سازی به دو دسته تقسیم شده است: خودناتوان‌سازی رفتاری و خودناتوان‌سازی ادعایی. تلاش ناکافی یا مصرف دارویی که روی عملکرد فرد تأثیر بد دارد و رفتارهایی مشابه این، خودناتوان‌سازی از نوع رفتاری[2] است و ادعای داشتن استرس یا خلق بد و مانند این‌ها که مانعی برای انجام‌دادنِ موفقیت‌آمیز محسوب می‌شود، خودناتوان‌سازی از نوع ادعایی[3] است (۱۷). با توجه به پیشینه، تنها یک پژوهش از بررسی خودناتوان‌سازی در نابینایان به چشم می‌خورد. در این پژوهش، به مقایسهٔ دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا دربارهٔ خودناتوان‌سازی پرداخته شده است (۱۸).

خودناتوان‌سازی به‌لحاظ آثار منفی‌ای که بر فرد می‌گذارد، می‌تواند سلامت روان و کیفیت زندگی افراد را به‌شکل منفی متأثر سازد. از سوی دیگر، انتظار می‌رود گروهی از نابینایان که بیشتر تحت‌تأثیر معلولیت خود قرار گرفته‌اند، بیشتر از این مکانیزم استفاده کنند.

مانعی بر سر ارتباط مؤثر والدین و کودک با نقص بینایی وجود دارد و آن اینکه مواجه‌شدن و سازگاری با نیازهای کودک نابینا و برآوردن نیازها و رساندنش به بلوغ و بزرگ‌سالی برای والدین تجربه‌ای استرس‌زا و اضطراب‌زاست. بسیاری از والدین به‌طور مداوم فشارهای روانی را احساس می‌کنند و از پس سازگاری با وضعیت کودک برنخواهند آمد. این گروه تنها متمرکز بر تفاوت کودکشان با دیگر کودکان عادی می‌مانند و نیز با رشد فرزندشان، احساس اضطراب آن‌ها بیشتر می‌شود؛ چراکه نگران این موضوع خواهند شد که پس از مرگ آن‌ها چه کسی قرار است از کودکشان مراقبت کند (۱۹). حمایت ادراک‌شده از سوی والدین و محیط در فرد نابینا بسیار حائز اهمیت است.

به نظر می‌رسد در کنار انعکاس مثبت و القایِ ارزشمندی به افراد نابینا و دیگر افراد ناتوان، ارائهٔ مدلی از ابعاد حمایت اجتماعی به این گروه از جامعه می‌تواند در این زمینه نقش‌آفرین باشد. حمایت اجتماعی منبعی از کمک و یاری از افراد، گروه اجتماعی و جامعه است و یک راهبرد برای مقابله با زندگی استرس‌زا، به‌وسیلهٔ فراخواندن کمک از شبکه‌های اجتماعی تعریف می‌شود (۲۰). از معدود پژوهش‌های مرتبط با بررسی حمایت اجتماعی در افراد نابینا پژوهش بحری، دهقان‌منشادی و دهقان‌منشادی (۲۱) است که بین حمایت اجتماعی و سلامت روان دانش‌آموزان نابینا ارتباط مثبت به‌دست‌آوردند. پژوهش باویر، چاموت و پرنگر (۲۲) نشان می‌دهد افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، از سلامت بهتری نیز بهره‌مندند (۲۲). افراد با نقص بینایی در مقایسه با دیگر افراد با نیاز ویژه، از نظر رفتاری و استقلال فردی به افراد بهنجار نزدیک‌ترند و بیشتر مایل‌اند با آن‌ها به‌عنوان فردی مستقل و بهنجار رفتار شود (۲۳)؛ ولی در عین حال احساس دریافت حمایت اجتماعی یکی از نیازهای روان‌شناختی بااهمیت در هر فردی است.

با توجه به مطالب فوق و نیز بررسی و مطالعهٔ مبنای نظری، چنین استنباط می‌شود که کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی ارتباط مثبتی دارد و برعکس، دارای ارتباط منفی با خودناتوان‌سازی است. از سوی دیگر، پژوهشی مشاهده نشد که به بررسی ارتباط خودناتوان‌سازی و همچنین حمایت اجتماعی با

[1]. Self-handicapping

[2]. behavioral self-handicapping

[3]. claim self-handicapping

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.63.8]

کیفیت زندگی افراد نابینا پرداخته باشد. بنابراین هدف این مطالعه، تبیین و پیش‌بینی کیفیت زندگی نابینایان از طریق تحلیل ابعاد خودناتوان‌سازی و حمایت اجتماعی است.

۲ روش بررسی

طرح پژوهش حاضر از لحاظ روش مورداستفاده، توصیفی از نوع هم‌بستگی است. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، تمام افراد با نقص بینایی ۱۵ تا ۳۵ سال شهر اصفهان و شیراز هستند. تعداد ۱۳۵ نفر از این افراد به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس در پژوهش شرکت داده شدند و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. بخشی از حجم نمونه را افرادی تشکیل دادند که به انجمن نابینایان دانشگاه اصفهان، دانشگاه شیراز و دانشگاه تهران مراجعه می‌کردند. همچنین بخش دیگری از حجم نمونه را نابینایانی تشکیل دادند که در نمایشگاه مختص نابینایی حضور یافتند. معیارهای ورود عبارت بودند از: نقص بینایی اثبات‌شده، نبود اختلال‌های هوشیاری یا ذهنی، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر، تمایل به شرکت در مطالعه. معیار خروج از پژوهش شامل پرسش‌نامه‌هایی می‌شد که به‌طور ناقص پر شده باشند. در انتها و با کنارگذاشتن پرسش‌نامه‌هایی که به‌طور کامل پر نشده بودند، ۱۲۸ پرسش‌نامه بررسی و تحلیل آماری شد.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل موارد زیر بودند:

الف. پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی نابینایان:[1] پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی مرتبط با بینایی[2] (VQOL) را فراست[3] و همکاران در سال ۲۰۰۰، در بیمارستان چشم و گوش رویال ویکتورین استرالیا[4] تهیه کردند. پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی نابینایان (مورد استفاده در مطالعهٔ حاضر) با استفاده از آیتم‌های هسته‌ای پرسش‌نامهٔ VQOL (آیتم‌های اثر نقص بینایی[5]) تهیه شده و در سال ۲۰۰۸، توکل و همکاران (۱۵) آن را به فارسی ترجمه کردند. روایی آن به تأیید دوازده نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه پرستاری و مامایی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رسید و پایایی آن به روش آزمون مجدد برآورد شد و مقدار هم‌بستگی آن ۰/۸۹ به‌دست آمد. این پرسش‌نامه دارای ۴۶ گویه است. معیار درجه‌بندی سؤالات به‌صورت لیکرت است. کیفیت زندگی بر این اساس به چهار طبقهٔ نامطلوب، نسبتاً مطلوب، مطلوب و کاملاً مطلوب تقسیم می‌شود. دربارهٔ کیفیت زندگی کلی نیز کسب امتیاز صفر تا ۴۶ به‌معنای کیفیت زندگی نامطلوب، امتیاز ۴۷ تا ۹۲ به‌معنای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب، کسب امتیاز ۹۳ تا ۱۳۸ به‌معنای کیفیت زندگی مطلوب و امتیاز ۱۳۹ تا ۱۸۴ به‌معنای کیفیت زندگی کاملاً مطلوب است (۱۵).

ب. مقیاس خودناتوان‌سازی:[6] مقیاس ۲۵ سؤالی خودناتوان‌سازی را جونز و رودولت ساختند. این مقیاس، گرایش افراد به خودناتوان‌سازی را با پاسخ‌های کاملاً موافق تا کاملاً مخالف می‌سنجد و گرایش به استفاده از راهبردهایی مانند عدم تلاش، تمارض، اهمال‌کاری، آشفتگی هیجانی و نگرانی دربارهٔ پیشرفت را ارزیابی می‌کند (۱۷). هم‌بستگی این مقیاس با سازه‌های مرتبط با آن مانند عذرتراشی و کمی سعی و تلاش در یک نمونهٔ ۲۴۵ نفری از ۰/۲۷ تا ۰/۶ گزارش شده است. همچنین هم‌سانی درونی آن از ۰/۳۸ تا ۰/۷۰ گزارش شده است (۲۴).

در ایران، حیدری و همکاران (۱۷) ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را بررسی کردند. نتایج نشان داد که ۲۳ ماده از مواد این مقیاس روی سه عامل بار می‌شود. این سه عامل عبارت است از: «خلق منفی»[7] با نُه ماده، «تلاش» با هفت ماده و «عذرتراشی» با هفت ماده. پایایی این مقیاس با روش آزمون مجدد در یک فاصلهٔ پانزده‌روزه، ۰/۸۶ و با روش هم‌سانی درونی از ۰/۶۰ برای زیرمقیاس عذرتراشی تا ۰/۷۲ برای زیرمقیاس خلق منفی به‌دست آمد. هم‌سانی درونی محاسبه‌شده برای خودناتوان‌سازی کلی ۰/۷۲، خودناتوان‌سازی ادعایی ۰/۸۱ و خودناتوان‌سازی رفتاری ۰/۶۱ است (۱۷). مواد مقیاس ۲۳ ماده‌ای خودناتوان‌سازی بر روی یک مقیاس لیکرتی شش‌درجه‌ای پاسخ داده می‌شود: کاملاً مخالفم ۱، تقریباً مخالفم ۲، کمی مخالفم ۳، کمی موافقم ۴، تقریباً موافقم ۵ و کاملاً موافقم ۶. جمع نمرات پاسخ‌های مواد ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۰ و ۲۳، نشان‌دهندهٔ زیرمقیاس خلق منفی است. جمع نمرات معکوس‌شدهٔ پاسخ‌های مواد ۳، ۵، ۶، ۱۰، ۱۷، ۲۱ و ۲۲، نشان‌دهندهٔ زیرمقیاس عدم تلاش و جمع نمرات پاسخ‌های مواد ۱، ۲، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶ و ۱۸، نشان‌دهندهٔ زیرمقیاس عذرتراشی است. ترکیب خلق منفی با نمرهٔ معکوس‌شدهٔ تلاش (عدم تلاش)، نشان‌دهندهٔ خودناتوان‌سازی رفتاری و ترکیب خلق منفی با عذرتراشی نشان‌دهندهٔ خودناتوان‌سازی ادعایی است. در این مطالعه، روایی و پایایی مقیاس خودناتوان‌سازی از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی خواهد شد.

ج. پرسش‌نامهٔ حمایت اجتماعی:[8] یک مقیاس ۱۲ ماده‌ای است که حمایت اجتماعی را در سه بعد خانواده، دوستان و اشخاص مهم اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌دهی در مقیاس لیکرت در طیف کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۶) است. هر خرده‌مقیاس حاوی چهار ماده است. این مقیاس را وین فیلد و تایگمن ارائه کرده‌اند (به‌نقل از ۲۱). در پژوهش دولتیان، مازیار و علوی‌مجد (۲۵)، پایایی این پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در مطالعه، ضمن تشریح نوع و هدف آزمون برای شرکت‌کنندگان، رضایت آن‌ها برای شرکت در مطالعه اخذ و مقرر شد که در صورت تمایل‌نداشتن به همکاری در هر مرحله از آزمون، می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

برای تحلیل داده‌ها از شاخصه‌های آمار توصیفی، ضریب هم‌بستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد.

۳ یافته‌ها

شاخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در قالب نمرات میانگین و انحراف معیار در جدول ۱ آورده شده است.

جدول۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	۹۵/۵۷	۱۵/۴۲
حمایت اجتماعی	۴۸/۱۸	۱۳/۸۶
خودناتوان‌سازی رفتاری	۴۳/۴۲	۱۶/۴۰
خودناتوان‌سازی ادعایی	۴۶/۹۶	۱۷/۴۵

با انجام‌دادنِ آزمون کولموگروف-اسمیرنف نرمال بودن توزیع متغیرهای موردمطالعه تأیید و از آزمون‌های پارامتریک برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. با استفاده از ضریب هم‌بستگی پیرسون رابطهٔ ساده بین متغیرها بررسی و سپس از رگرسیون چندگانه استفاده شد. فرض اولیه مبنی بر این بود که کیفیت زندگی افراد نابینا بر اساس نمرات حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودناتوان‌سازی ادعایی و

[1]. Blind's quality of life
[2]. Vision related quality of life (VQOL),
[3] Frost
[4]. Royal Victoria Eye and Ear Hospital (RVEEV)
[5]. Impact of vision impairment (IVI)
[6]. Self-handicapping scale
[7]. Negative mood
[8]. Social support questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.63.8]

رفتاری قابل‌پیش‌بینی است.

جدول ۲. هم‌بستگی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودناتوان‌سازی ادعایی و رفتاری

متغیر	۱	۲	۳	۴
کیفیت زندگی	۱			
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۰/۳۲۰**	۱		
خودناتوان‌سازی رفتاری	-۰/۲۴۸**	-۰/۱۵۷	۱	
خودناتوان‌سازی ادعایی	-۰/۲۰۶*	-۰/۱۸۶*	۰/۸۸۱**	۱

*$p<۰/۰۵$، **$p<۰/۰۰۱$

با توجه به جدول ۲، بین کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی رابطه وجود دارد ($r=۰/۳۲۰$ و $p<۰/۰۱$). بنابراین هرچه حمایت اجتماعی بیشتر باشد، بر میزان کیفیت زندگی افراد نابینا افزوده می‌شود. به‌علاوه، بین خودناتوان‌سازی رفتاری و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد ($r=-۰/۲۴۸$، $p<۰/۰۱$). همچنین بین خودناتوان‌سازی ادعایی و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد ($r=-۰/۲۰۶$ و $p<۰/۰۵$). به‌طوری که با بالارفتن خودناتوان‌سازی ادعایی و رفتاری، از میزان کیفیت زندگی افراد نمونه کاسته می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای بررسی تأثیر مؤلفه‌های خودناتوان‌سازی ادعایی و رفتاری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر کیفیت زندگی افراد نابینا

پیش‌بین	Beta	خطای معیار ضرایب رگرسیون	مقدار t	مقدار p	R	R^2
اثر ثابت	۸۷/۴۴۴	۶/۳۸۷	۱۳/۷۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۵	۰/۱۴۵
خودناتوان‌سازی رفتاری	-۰/۳۰۷	۰/۱۶۵	-۱/۷۴۶	۰/۰۸۳		
خودناتوان‌سازی ادعایی	۰/۱۱۹	۰/۱۵۶	۰/۶۷۴	۰/۵۰۲		
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۰/۲۹۴	۰/۰۹۴	۳/۴۷۵	<۰/۰۰۱		

همان گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، نتیجهٔ تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده پیش‌بینی‌کنندهٔ کیفیت زندگی در افراد نابیناست ($p<۰/۰۰۱$) و سایر متغیرها از مدل حذف شده‌اند. ضمناً این متغیر ۱۴/۵ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین می‌کند.

٤ بحث

مطالعهٔ حاضر، با هدف بررسی رابطهٔ خودناتوان‌سازی و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی افراد نابینا انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی افراد نابینا، رابطهٔ معناداری به‌صورت مثبت و مستقیم وجود دارد و هرچه حمایت بیشتر باشد، بر کیفیت زندگی آن‌ها افزوده می‌شود. از سوی دیگر، بین ابعاد خودناتوان‌سازی با کیفیت زندگی افراد نابینا رابطهٔ معنادار به‌صورت منفی مشاهده شد. حمایت اجتماعی و خودناتوان‌سازی نقش معناداری در تبیین کیفیت زندگی افراد نابینا دارد.

دربارهٔ تبیین یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت زمانی که فرد از سوی خانواده، دوستان و اطرافیان نزدیک پذیرفته شود و در روابط بین فردی عضوی معنادار به حساب آید، حرمت و اطمینان و کارایی‌اش افزایش می‌یابد. ازاین‌رو به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی از جمله متغیرهایی است که می‌تواند در عملکرد و کیفیت زندگی افراد اهمیت بسزایی داشته باشد و این اهمیت دربارهٔ افراد نابینا دوچندان خواهد بود؛ چراکه واکنش و برخورد اطرافیان به نابینایی و پذیرش نابینا به‌عنوان یک انسان جدای از موقعیت ویژه‌اش، در نگرش فرد نابینا به نقش خود در محیط بسیار تأثیرگذار است.

در تبیین یافته‌های به‌دست‌آمده دربارهٔ ارتباط خودناتوان‌سازی و کیفیت زندگی در افراد نابینا باید گفت که نابینایی ممکن است به‌عنوان یک مانع ذهنی، از عملکرد و پیشرفتی که فرد به‌طور بالقوه قابلیت آن را دارد، جلوگیری کند؛ یعنی فرد نابینا به‌دلیل احساس ناتوانی ممکن است عزت‌نفس خود را در خطر ببیند و همین احساس تهدید عزت‌نفس ممکن است موجب راه‌اندازی رفتار خودناتوان‌سازی شود (۱۸). خودناتوان‌سازی عبارت است از: ایجاد یا ادعای وجود مانعی برای انجام‌دادن موفقیت‌آمیز کارها. از آنجا که فرایند خودناتوان‌سازی قبل از مبادرت به عمل صورت می‌گیرد، در واقع نوعی دلیل‌تراشی محسوب می‌شود. فرد خودناتوان‌ساز در موقعیتی که احتمال شکست و موفق‌نشدن در آن زیاد است، به‌جای گرایش به تجربه‌کردن، تمایل به پرهیز از خطرکردن دارد و تمایل دارد فضایی را ایجاد کند تا تحت آن، امکان حفاظت از یک تصویر فردی مطلوب و مناسب فراهم آید (۱۶).

لذا در این پژوهش ارتباط بین حمایت اجتماعی و زیرمقیاس‌های خودناتوان‌سازی با کیفیت زندگی در افراد با نقص بینایی بررسی شد که نتایج تأییدکنندهٔ فرضیه‌های پژوهش بود. حمایت اجتماعی و خودناتوان‌سازی ادعایی و رفتاری، ارتباط معناداری با کیفیت زندگی در افراد نابینا دارد. منتها جهت ارتباط دو متغیر پیش‌بین با ملاک عکس است. حمایت اجتماعی ارتباط مثبت با کیفیت زندگی دارد؛

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.63.8]

یعنی با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی فرد نابینا افزایش می‌یابد و برعکس. این یافته هم‌سو با پژوهش بحری و همکاران (۲۱) است که نقش حمایت اجتماعی را در پیش‌بینی سلامت روان دانش‌آموزان نابینا مثبت و معنادار تشخیص دادند و نیز هم‌سو با پژوهش بووير و همکاران (۲۲) است که نقش حمایت اجتماعی را در وضعیت روانی افراد مثبت ارزیابی کرده‌اند؛ در حالی که ارتباط زیرمقیاس‌های خودناتوان‌سازی با کیفیت زندگی منفی است؛ یعنی افراد نابینایی که بیشتر از خودناتوان‌سازی ادعایی و رفتاری استفاده می‌کنند، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. خودناتوان‌سازی یک مؤلفهٔ منفی روان‌شناختی است و با عزت‌نفس پایین نیز در ارتباط است؛ لذا طبق فرضیهٔ این پژوهش انتظار می‌رود که با کیفیت زندگی ارتباط منفی داشته باشد؛ چراکه کارکرد خودناتوان‌سازی کاهش مسئولیت فرد برای شکست است و در صورت موفقیت نیز دلیلی برای توانمندی فرد فراهم می‌آورد؛ زیرا باوجودِ مانع، فرد توانسته عملکرد خوبی داشته باشد. احساس تهدید عزت‌نفس موجب راه‌اندازی رفتار خودناتوان‌سازی می‌شود (۱۷) و محدودیت‌های ناشی از نقص در عملکرد بینایی این زمینه را مهیا می‌سازد تا بسیاری از این افراد آن را با عزت‌نفس پایین گره بزنند. در نتیجه کاهش خودناتوان‌سازی در افراد نابینا، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه خواهند کرد و بدین منظور افزایش حمایت اجتماعی و مداخلات مبتنی بر این متغیر ممکن است ثمربخش باشد.

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود به برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر افزایش عزت‌نفس افراد نابینا بیشتر توجه شود و همچنین با هدف تقویت شبکهٔ حمایت اجتماعی در این افراد برنامه‌های مدون طراحی شود و در اطرافیان و به‌ویژه خانوادهٔ افراد نابینا دربارهٔ اهمیت حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی آن‌ها، آگاهی و حساسیت بیشتری ایجاد شود.

یکی از موضوعاتی که شاید بتوان به‌عنوان محدودیت این پژوهش به آن توجه کرد، تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط افراد نابینا بود. به‌دلیل پراکندگی مکانی افراد داوطلب شرکت در پژوهش، امکان تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌شکلی که محقق آن‌ها را حضوری ملاقات کند و سؤالات را برای آن‌ها بخواند، وجود نداشت؛ به همین دلیل، از طریق رایانامه، فایل پرسش‌نامه‌ها به افراد شرکت‌کننده ارسال شد تا تکمیل کنند و اینکه افراد نابینا چقدر قادر به خواندن و فهم درست محتوای سؤالات بوده‌اند، اهمیت دارد؛ چراکه می‌تواند کیفیت نتایج را تحت‌تأثیر قرار دهد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد حمایت اجتماعی پیش‌بینی‌کنندهٔ مؤثری دربارهٔ کیفیت زندگی افراد نابیناست. استنباط می‌شود درحالی‌که افراد نابینا یاری‌طلب نیستند، به ترحم مقاومت نشان می‌دهند و می‌کوشند استقلال فردی‌شان حفظ شود، به دریافت حمایت اجتماعی نیاز دارند. منتها در جامعه در بسیاری مواقع حس ترحم و کمک افراطی جایگزین ایجاد جو حمایتی می‌شود. به نظر می‌رسد انتظار افراد نابینا در بعد حمایتی، بیشتر توجه به نیازهای عاطفی و ارتباط مثبت باشد تا رفتار ترحم‌آمیز که ناتوانی را به آن‌ها القا می‌کند. همچنین بین خودناتوان‌سازی و کیفیت زندگی افراد نابینا ارتباط وجود دارد. همان طور که پیش‌تر اشاره شد، عزت‌نفس پایین زمینه‌ساز ایجاد خودناتوان‌سازی است و به‌طور مشخص، عزت‌نفس پایین با احساس کم‌ارزشی که برای فرد به خود ایجاد می‌کند، بالطبع کیفیت زندگی را به‌طور منفی تحت‌تأثیر قرار خواهد داد. فرد نابینا با درپیش‌گرفتن مکانیزم خودناتوان‌سازی، از ورود به موقعیت‌ها و فرصت‌های زندگی اجتناب می‌کند و با گذر زمان منفعل‌تر می‌شود و در نهایت، کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه خواهد کرد.

۶ تشکر و قدردانی

بر خود واجب می‌دانیم مراتب سپاسگزاری خود را از تمامی معلولان و خانواده‌های محترم و همچنین مسئولانی که ما را در انجام‌دادن این پژوهش یاری کردند، اعلام کنیم.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.63.8]

References

1. Meneses R, Pais-Ribeiro JL, Martins da Silva A, Giovagnoli A. Neuropsychological predictors of quality of life in focal epilepsy. Seizure. 2009;18:313-9.doi:10.1016/j.seizure.2008.11.010
2. Bullinger M. Hasford J. Testing and evaluation quality of life measures for German clinical trials. Controlled Clinical Trial. 1991;12:91S-105S. doi:10.1016/S0197-2456(05)80015-7
3. Atadokht A, Sheikholeslami A, Hosseini Kiasari T, Jokar Kamal Abadi N. The role of meta-cognitive beliefs and emotional intelligence of the blind in predicting social adjustment and comparing it with ordinary individuals. Quarterly of Exceptional Persons. 2015;17:149-66. [Persian]doi:10.22054/JPE.2015.1467
4. Witt WP, Riley AW, Coiro MJ. Child hood functional status, family stressors and psychosocial adjustment among school–aged children with disabilities in the United States. Arch PediatrAdolesc Med. 2003;157(7):687-95. doi:10.1001/archpedi.157.7.687
5. Raasch TW, Leat SJ, Kleinstein RN. Evaluating the value of low-vision services. Journal of the American Optometric Association. 1997;68(5):287-95.
6. Scott IU, Smiddy WE, Schiffman J, Feuer WJ, Pappas CJ. Quality of life of patients with low vision and the impact of low vision services. American Journal of Ophthalmology. 1999;128:54-62. doi:10.1016/S0002-9394(99)00108-7
7. Stelmack J, Szlyk J, Joslin C, Swetland B, Myers L. Pilot study: use of the NEI VFQ-25 to measure outcomes of low vision rehabilitation services in the Department of Veterans Affairs. Stuen C Arditi A Horowitz Aet al eds. Vision Rehabilitation: Assessment, Intervention and Outcomes. 2000;774–776. Swets & Zeitlinger Lisse, The Netherlands.
8. Sarabandi A, Mobaraki H, Kamali M, Chabok A. Soltani Sh. Investigating the effect of using rehabilitation services on the quality of life of the blind. Novin Journal of Rehabilitation. 2013;7(4):48-56. [Persian] http://mrj.tums.ac.ir/article-1-5060-fa.html
9. Klein BEK, Klein R, Lee KE, Cruickshanks KJ. Performance-based and self assessed measures of visual function as related to history of falls, hip fractures and measured gait time. The Beaver Dam Eye Study. Ophthalmology. 1998;105:160-4. doi:10.1016/S0161-6420(98)91911-X
10. West SK, Munoz B, Rubin GS, Bandeen-Roche K, Zeger S, Fried L. Function and visual impairment in a populationbased study of older adults. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1997;38:72–82.
11. Stelmack J. Quality of life of low-vision patients and outcomes of low-vision rehabilitation. Optometry & Vision Science. 2001;78(5):335–42.
12. Kuyk T, Liu L, Elliott JL, Grubbs HE, Owsley C, Griffin RL, et al. Health-related quality of life following blind rehabilitation. Quality of Life Research. 2008;17(4):497-507. doi:10.1007/s11136-008-9336-3
13. Eftekhar H, Nojoomi M, Koohpayeh-Zadeh J. A comparison of the quality of life among blind students and their sighted counterparts. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2002;7(4):49-55. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-256-en.html
14. Ellwein B, Selvaraj S, Pokharel G. Visual function and quality of life outcomes among cataract operated and unoperated in Nepal. British Journal of Ophthalmology. 1998;82:606-10. doi:10.1136/bjo.82.6.606
15. Tavakol Kh, Dehi M, Naji H, Nasiri M. Parental anxiety and quality of life in children with blindness in Ababasire institution. Iran J Nurs Midwifery Res. 2008;13(4):141-4. [Persian]
16. Berglas S, Jones EE. Drug choice as a self-handicapping strategy in response to noncontingent success. Journal of Personality and Social Psychology. 1978;36:405-17. doi:10.1037/0022-3514.36.4.405
17. Heidari M, Khodapanahi K. Dehghani M. Investigating the self-contingency status in the structural model of students' academic achievement prediction [PhD Thesis].Tehran:Shahid Beheshti University; 2010. [Persian]
18. Mirzaee M, Farahani A, Heidari M. Amrai K. Comparing self-handicapping among blind and deaf students. Procedia Social and Behavioral Sciences. 2011;15:777–9. doi:10.1016/j.sbspro.2011.03.183
19. Liewellyn G, Gething L, Kendig H, Cant R. Adult sons and daughters with a disability. In: Liewellyn G, Gething L, Kendig H, Cant R. Invisible Carers: Facing an Uncertain Future. Sydney: University of Sydney; 2003. http://www.afdsrc.org/care/completed/sons_daughters.php
20. Heard E, Whitfield KE, Edwards CL, Bruce MA, Beech BM. Mediating effects of social support on the relationship among perceived stress, depression, and hypertension in African Americans. Journal of the National Medical Association. 2011;103(2):116-22. doi:10.1177/10436596145434 76
21. Bahri L. Dehghan Menshadi M. Dehghan Menshadi Z. Investigating the role of resiliency prediction and social support in mental health of parents with blind and deaf children. Exceptional Education. 2014;1:5-12. [Persian] http://exceptionaleducation.ir/article-1-128-fa.html
22. Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. Quality of Life Research. 2004;13:161-70. doi:10.1023/B:QURE.0000015288.43768.e4

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.63.8]

23. Ahmadi R. Sharifi Daramadi P. Comparison of self-efficiency effects of between visually impaired and normal male adolescents. Quarterly of Exceptional Persons. 2014; 13, 1-14. [Persian]
24. Kathleen AM, Lawrence RB. Is the self-handicapping scale reliable in non-academic achievement domains? Personality and Individual Differences. 1999;27:901-11.
25. Dolatian M, Maziar P, Alavi Majd H. Investigation of the relationship between delivery type and postpartum depression in women referring to selected health care centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Journal of Reproduction and Infertility. 2006;3(28):260-9. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.63.8]