

## رابطه عزت نفس و تاب آوری با خود پنداره بدنی دانش آموزان معلول

رضا طاهری

کارشناسی ارشد روانشناسی، پست سازمانی روانشناس

محمد صاحبی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، پست سازمانی روانشناس

### چکیده:

هئف اصلی پژوهش رابطه عزت نفس و تاب آوری با خود پنداره بدنی دانش آموزان معلول می باشد. با توجه به موضوع پژوهش، روش توصیفی - همبستگی انتخاب شده است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه دانش آموزان دارای ناتوانی است که در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ در دبیرستان های دوره اول و دوم شهرستان شیروان مشغول به تحصیل هستند. از جامعه مورد مطالعه که ۳۵ نفر بودند، نمونه ۳۰ نفری بر اساس فرمول کوکران انتخاب شد. روش انتخاب نمونه به صورت نمونه گیری تصادفی ساده بوده است. با توجه به هدف تحقیق و ماهیت آن مناسب ترین روش برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز تکمیل پرسشنامه بود و در تحقیق حاضر برای سنجش از پرسشنامه ای استفاده شد که به معرفی آن می پردازیم. ما برای انجام این پژوهش از دو پرسشنامه رضایت شغلی و پرسشنامه عزت نفس آیزنک استفاده کردیم. پرسشنامه رضایت شغلی دارای ۳۰ سوال و گزینه های آن طیف لیکرت می باشد و پرسشنامه عزت نفس دارای ۳۰ سوال و گزینه ها بله و خیر می باشد. در پژوهش های آماری پس از گردآوری داده ها گروه نمونه لازم است که بر روی داده ها تجزیه و تحلیل هایی انجام پذیرد تا داده های کمی گردآوری شده تبدیل به داده های کیفی شود؛ و بتوانیم بر اساس آنها بگوییم فرضیه های پژوهش ما ثابت شده یا رد می شود. در این پژوهش با توجه به فرضیه های پژوهش از سه پرسش نامه عزت نفس، تاب آوری و خودپنداره بدنی استفاده شد که در زیر توضیح داده می شوند. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS صورت پذیرفته است. نتایج نشان داد که بین عزت نفس و تاب آوری با خود پنداره بدنی دانش آموزان معلول رابطه معناداری وجود دارد.

**کلید واژه ها:** عزت نفس، تاب آوری، خودپنداره، دانش آموزان معلول

## مقدمه

معلولیت عبارت از مجموعه‌ای از اختلال‌های جسمی، ذهنی یا روانی است که فرد را از ادامه زندگی عادی و مستقل خود به صورت شخصی یا اجتماعی باز می‌دارد. (اسپنسر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷: ۷۸) به عبارت دیگر معلولیت به دلیل ایجاد مشکلات جسمانی شدید و مستمر و به دنبال آن محدودیت‌ها و فشارهای روانی اجتماعی فراوان برای فرد مبتلا و نیز خانواده وی، پیامدهای متعددی به همراه دارد و فرد معلول کسی است که سلامت جسمانی یا روانی او به طور موقت یا دائم صدمه دیده و توانایی انجام امور شخصی و روزمره و فعالیت‌های شغلی و اجتماعی خود را از دست داده است و در نتیجه قادر نیست بدون استفاده از وسایل کمکی و یا مراقبت و حمایت‌های خاص به زندگی عادی خود ادامه دهد. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> بیش از ۱۰ درصد از جمعیت جهان از معلولیت‌های مختلف رنج می‌برند که حدود ۴۰۲ درصد دارای معلولیت شدید هستند. طبق آمارهای سال‌های گذشته، روزانه یک صد و ده نفر و ماهیانه سه هزار و پانصد نفر به تعداد معلولان کشورمان افزوده می‌شده که این رقم در سال‌های اخیر افزایش پیدا کرده و به روزانه ۱۶۵ نفر رسیده است که رقم سالیانه آن حدود ۶۰ هزار نفر را شامل می‌گردد. این افراد در اثر حوادث، بیماری‌های ژنتیکی، زایمان‌های غلط و اقدامات بهداشتی که به موقع انجام نمی‌شود به تعداد معلولین اضافه می‌شوند. چنین جمعیت وسیعی، طیف گسترده‌ای از مسائل ویژه خود را دارا هستند. که مهم‌ترین این مسائل مربوط به اجرایی نشدن قانون جامع حمایت از معلولان است. (نظم ده و همرنگ یوسفی، ۱۳۸۸)

افراد معلول دارای مشکلات زیادی هستند که این مسائل می‌تواند زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از مشکلات افراد معلول این است که خودپنداره آن‌ها تحت تأثیر مشکلات آن‌ها قرار می‌گیرد. بخش بزرگی از سلامت روانی و عاطفی فرد بسته به احساسی است که درباره خود دارد در علم روانشناسی دید و نگرش ذهنی که هر شخص نسبت به ابعاد شخصیتی و عاطفی خود دارد را خودپنداره می‌نامند. خودپنداره در واقع همان تصویر و برداشتی است که تک تک انسان‌ها از خود در ذهنشان می‌سازند. برداشت افراد از خودشان تا حد زیادی به وسیله تجارب گذشته (شکست و موفقیت‌ها) و آنچه دیگران درباره‌شان فکر می‌کنند و از بازخورد عمل دیگران شکل می‌گیرد. اکثر مواقع افراد دید صحیح و شفافی نسبت به خود، توانمندی‌ها و استعدادها و یا حتی فیزیک بدنی‌شان ندارند. شناخت و داشتن دیدگاهی صحیح از خود اهمیت ویژه‌ای دارد. برداشتی که هر شخص از خود دارد بر رفتار و عملکرد وی تأثیر می‌گذارد؛ و بسیاری از تصمیمات مهم زندگی بر اساس همین خودپنداره شکل می‌گیرد. انسان‌ها معمولاً همان‌گونه عمل می‌کنند که فکر می‌کنند. اگر افکاری نادرست داشته باشند قادر به تصمیم‌گیری مناسب نخواهند بود. (راجرز<sup>۳</sup>، ترجمه: ساعتچی، ۱۳۷۴) خودپنداره بدنی بخشی از خودپنداره انسان است که عبارت است از دیدگاهی که فرد نسبت به شرایط فیزیکی و بدنی خود دارد. این خودپنداره می‌تواند از عوامل زیادی متأثر باشد. عزت‌نفس، نقش مهمی را برای روبرو شدن با مشکلات آینده ایفا می‌کند. کسی که احساس خوبی درباره خویشتن دارد، برخورد مناسب‌تری، با مشکلات آتی خود خواهد داشت. در واقع این احساس ارزشمندی و عزت نفس است که برای انسان به مانند یک سرمایه و ارزش حیاتی به حساب آمده و از جمله عوامل مهم و عمده در امر شکوفایی استعدادها و خلاقیت در انسان‌ها محسوب می‌گردد این احساس ارزش بخشی از خودپنداره انسان می‌باشد که شامل تصویر وی از خود و احساسی که او نسبت به خویشتن دارد و درجه پذیرش و تأیید شخص نسبت به خویش می‌باشد. نوع نگرش انسان نسبت به خودش، بر اساس تجربیاتی است که از نگرش دیگران و ارزیابی آن‌ها نسبت به شخصیت خودش دارد (میرزابیگی، ۱۳۷۱).

همان طور که عزت نفس بالا، جزئی از اجزاء سلامت روانی محسوب می‌شود، عزت نفس پایین نیز می‌تواند منشأ بسیاری از اختلالات روانی باشد. روان‌شناسان معتقدند که احساس بی ارزشی عمیق، ریشه بسیاری از ناهنجاری‌های روانی است که در

Spencer<sup>۱</sup>

WHO<sup>۲</sup>

<sup>۳</sup> Rajers

بین افراد انسانی دیده می‌شود. (شاملو ۱۳۶۸) در واقع خودپنداره هر فرد بر احساسی که نسبت به خودش دارد، تأثیر فراوان می‌گذارد و این احساس رابطه مستقیم با عزت نفس دارد. (راجرز، ترجمه: ساعتچی، ۱۳۷۴).

یکی از مهم‌ترین توانایی انسان که باعث سازگاری موثر با عوامل خطر می‌شود، تاب آوری است؛ که در برگیرنده صفات و کیفیت‌های شخصی است که فرد را قادر می‌سازد در مواجهه با شرایط دشوار موفق و کامیاب شود. تاب‌آور بودن یک ویژگی چند بعدی است که بر اساس زمینه، زمان، سن، جنسیت، و منشأ فرهنگی تغییر می‌کند، همچنین در فردی که در معرض شرایط گوناگون زندگی قرار می‌گیرد نیز تغییر می‌کند و به معنای نبود عوامل خطر نیست، بلکه به معنای حضور عوامل حمایتی است و عوامل حمایتی به فرایندها و مکانیزم‌هایی اطلاق می‌شود که به پیامدهای مطلوب مربوطند. عوامل حمایتی کانون توجه مطالعاتی است که در زمینه تاب‌آوری صورت می‌گیرد. عوامل محافظت‌کننده، ویژگی‌هایی در فرد، خانواده و محیط هستند که توانایی فرد را برای مقاومت در برابر پیامدهای ناگوار افزایش می‌دهند. عوامل حمایتی، تاب‌آوری را در فرد القا می‌کنند. (بلچر و شینیتزکی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸: ۹۶۰-۹۵۲) در این پژوهش سعی بر این است که رابطه دو مؤلفه شخصیتی یعنی عزت نفس و تاب‌آوری با خودپنداره بدنی دانش آموزان معلول را مورد بررسی قرار دهد و در واقع به دنبال این است که سهم عزت نفس و تاب‌آوری را در خودپنداره بدنی افراد معلول مورد بررسی قرار داده و مشخص نماید، آیا بین خودپنداره و ابعاد عزت نفس رابطه ای وجود دارد؟ و آیا بین خودپنداره و تاب‌آوری رابطه ای وجود دارد؟

## اهداف تحقیق

### الف- هدف کلی

- ۱- تبیین رابطه بین عزت نفس و تاب آوری با خودپنداره بدنی دانش آموزان معلول
- ۲- تبیین رابطه بین عزت نفس و خودپنداره بدنی دانش آموزان معلول
- ۳- تبیین رابطه بین تاب‌آوری و خودپنداره بدنی دانش آموزان معلول

### ب- اهداف جزئی

- ۱- تبیین رابطه بین بُعد عمومی عزت نفس و خودپنداره بدنی دانش آموزان معلول
- ۲- تبیین رابطه بین بُعد خانوادگی عزت نفس و خودپنداره بدنی دانش آموزان معلول
- ۳- تبیین رابطه بین بُعد اجتماعی عزت نفس و خودپنداره بدنی دانش آموزان معلول
- ۴- تبیین رابطه بین بُعد آموزشی عزت نفس و خودپنداره بدنی دانش آموزان معلول

## فرضیات تحقیق

بین تاب آوری و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی ارتباط وجود دارد.

بین عزت نفس عمومی و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی رابطه معناداری وجود دارد.

بین عزت نفس خانوادگی و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی رابطه معناداری وجود دارد.

بین عزت نفس اجتماعی و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی رابطه معنی داری وجود دارد

بین عزت نفس آموزشی و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی رابطه معنی داری وجود دارد

## مبانی نظری

### عزت نفس:

پنج مولفه عزت نفس از دیدگاه جامع نگر «اینرونر» در ذیل مطرح شده است، توصیف موارد با استناد به عزت نفس بالا و پایین توسط برابا (۱۹۸۹) مطرح شده است:

<sup>4</sup> Belcher and Shinitzky

۱- امنیت: احساسی از اطمینان قوی است که شامل این نکات می شود، احساس راحتی، وقوف در آنجا که از وی انتظار می رود، توانایی وابستگی به افراد و موقعیت ها و درک قواعد و محدودیت ها، دارا بودن احساس قوی امنیت (می توانم از پشتیبانی دیگران بر خودار شوم) پایه ای است که ساختار مولفه های دیگران بر آن اساس پایه ریزی می گردد از این رو کودکان باید قبل از انجام هر عملی نسبت به آن اطمینان خاطر حاصل نمایند، چنانچه کودک احساس ناراحتی نماید (نسبت به آنچه که از من انتظار می رود مطمئن نیستم) در جذب مولفه های دیگر عزت نفس با مشکل مواجه خواهد شد.

۲- خود پذیری: احساس فردیتی است که اطلاعاتی درباره خود و توصیف دقیق و واقع بینانه را بر حسب نقش ها، اسنادها و ویژگیهای جسمانی را در بر می گیرد. کودکانی که واجد خود پذیری قوی باشند (من خود را دوست دارم و می پذیرم) احساس فرد گرایی، شایستگی، کفایت و تحسین از خود دارند و کودکانی که احساس خود پذیری ضعیفی دارند (من خودم را دوست ندارم) در پذیرش خود فاقد اراده اند.

۳- پیوند جویی: احساسی از پذیرفتن و مقبولیت است به ویژه در روابطی که مهم قلمداد می شوند، همچنین به معنای احساس پذیرفته شدن و مورد احترام قرار گرفتن از سوی دیگران به کار می رود. کودکانی که دارای احساسات پیوند جویی قوی باشند (احساس تعلق داشتن) رابطه راحت و رضایتمندی با دیگران برقرار می کنند. حال آنکه احساس پیوند جویی ضعیف در کودک (کسی نمی خواهد با من باشد) منجر به انزوا طلبی و احساس بیگانگی وی خواهد شد.

۴- شایستگی: این مولفه به احساس موفقیت و فضیلت در کارایی اشاره دارد و شامل وقوف بر نیرومندی ها، توانمندی ها و پذیرش ضعف ها نیز می شود. کودکانی که واجد احساس شایستگی می باشند (من احساس توانایی می کنم، بنابراین می توانم با هر خطری رو برو شوم).

۵- تعهد: در این مولفه دارا بودن هدف و انگیزه در زندگی مورد نظر است به طوری که به خویشتن اجازه دهد تا اهداف واقع بینانه و قابل حصولی داشته باشد و در قبال پیامدهای تصمیمات خود احساس مسئولیت نماید.

#### ماهیت عزت نفس:

از آنجایی که عزت نفس مفهوم روانشناختی بسیار عام و گسترده ای است و در عین حال بسیار مهمی می باشد، والدین معمولاً تشویق به رشد ویژه آن را دشوار می یابند، مگر اینکه عزت نفس را به طور مشخص تعریف کنند. عزت نفس همان ارزیابی نفس است که برطبق معیارهای فردی خاص صورت می پذیرد. هر فرد، نقش آن معیارها را در تعیین ارزش انسانی خود بسیار تلقی می کند.

عزت نفس برای بقا و سلامت روانی انسان حیاتی است «عزت نفس» همیشه از ارزش ثابتی برخوردار نیست، بنابراین می توان بسته به شرایط جسمی (سلامت یا بیماری)، تجربه ها زندگی (موفقیت یا شکست) و حالات روحی (شاد یا غمگین) مثبت و منفی نوسان داشته باشد. عزت نفس یکی از ملزومات عاطفی زندگی است و بدون آن بسیاری از نیازهای اساسی برآورده نمی شوند (گرین برگ و همکاران ۱۹۹۲). در واقع، عزت نفس بعد ارزیابانه خود پنداره، توصیف فرد از خود است و اشاره به این دارد که چگونه خود را ارزشیابی می کنیم. برای انسان این امکان وجود دارد که رنگها، صداها، شکلهای و احساسهای خاصی را دوست نداشته باشد. اما اگر فرد بخشهای از خود را دوست نداشته باشد، ساختار روانی او به شدت آسیب می بیند.

#### بهبودی روانشناختی:

در سالهای اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روان شناسی مثبت نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح "بهبودی روانشناختی" مفهوم سازی کرده اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه های فرد سالم است.

امروزه دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت بطور اعم و در روانشناسی بطور اخص در حال شکل گیری و گسترش است. در این دیدگاه و رویکرد علمی تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روانشناختی بهزیستی است (ریف و سینگر، ۱۹۹۸، آنتونوفسکی، ۱۹۸۷، استرامپفر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰).

بهزیستی روانشناختی مستلزم درک چالشهای وجودی زندگی است. رویکرد بهزیستی روانشناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالشهای وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت بر توسعه انسانی تاکید دارد به عنوان مثال دنبال نمودن اهداف معنادار، تحول و پیشرفت به عنوان یک فرد و برقراری روابط کیفی با دیگران. جمع گسترده ای از ادبیات تحقیقی در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی به تجزیه و تحلیل چالشهای و مشکلات اساسی زندگی پرداخته است (ریف<sup>۲</sup> و کیس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲).

نظریه پردازان «گستره ی زندگی»<sup>۴</sup> نظیر اریکسون (۱۹۵۹) و نوگارتن<sup>۵</sup> (۱۹۷۳) التزامهای دوره های مختلف سنی و راه هایی را که فرد بطور موفقیت آمیزی می تواند بر آنها غلبه کند را تبیین کرده اند. روانشناسان علاقمند به رشد و پیشرفت کامل انسان سازه هایی از قبیل خودشکوفایی (ابراهام مزلو، ۱۹۶۸) کمال رشد<sup>۱</sup> (گوردون آلپورت، ۱۹۶۸) و تفرد (کارل یونگ، ۱۹۳۲) را پیشنهاد و ارائه کرده اند.

احساس بهزیستی هم دارای مولفه های عاطفی و هم مولفه های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند (مایرز<sup>۲</sup> و دینر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵).

### ویژگیهای معلولان :

تواناییها و ناتوانیهای مختلف، اثرات متفاوتی بر زندگی خانوادگی دارد. معمولا ماهیت استثنایی و معلول بوده، واکنش خانواده را تعیین می کند. کودکی که ناشنوا است، خانواده را برای تغییر در سیستم ارتباطی تحت فشار قرار می دهد و این منازعه ای است برای خانواده که از زبان علامتی یا شفاهی استفاده کنند یا خیر؟ کودکی که بیماری مزمن دارد فشارهای هیجانی و اقتصادی بر خانواده وارد خواهد کرد، کودک ناتوایی یادگیری نیاز به حمایت تحصیلی دارد و ممکن است باعث شود که خانواده مکانهای آموزشی را که پیشرفت تحصیلی را قوت می بخشد، بررسی کند.

همچنین، چنین شدت استثنایی و معلول بودن ممکن است بر واکنش خانواده اثر داشته باشد. کودکان مبتلا به ناتوانیهای شدیدتر ممکن است نسبت به دیگران کاملا متفاوت رفتار کنند. برخی از ناتوانیها مثل ناشنوایی و ناتوانیهای یادگیری در مقایسه با برخی دیگر از ناتوانیها مثل بینایی قابل مشاهده نیستند، آنها با احتمال کمتری در کودک دیده می شوند. نکته قابل توجه این است که اگر چه ناتوانی ها شدید از یک سو منجر به داغ ننگ در خانواده می شود اما از سوی دیگر آنها به روشنی بیانگر ناتوانی کودک هستند، باوری که خانواده ها به تبیین آن نیازمند هستند.

### نیازهای والدین معلولان :

خانواده های که کودک معلول دارند به تناسب نوع، شدت معلولیت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و سن کودکشان و نیز در زمینه رفتار سازش به اطلاعات و مهارت های ویژه نیاز دارند که مهمترین آنها به گفته قصبه (۱۳۸۴) به شرح زیر می باشد:

<sup>1</sup>. Strumpf

<sup>2</sup>. Ryff

<sup>3</sup>. Keyes

<sup>۴</sup>. Life-span

<sup>۵</sup>. Neugarten

<sup>۱</sup>. Maturity

<sup>۲</sup>. Myeris

<sup>۳</sup>. Diener

۱- نیاز به ارتباط، نیاز عمده والدین معلولان و معلول در طی سالهای مدرسه ارتباط با معلمان، مربیان و متخصصان است. ۲- نیاز به اطلاعات، والدین کودکان معلول به اطلاعاتی در زمینه مراقبت، پرورش و رفتار با فرزند خود نیاز دارند و نیز در این راستا در امر برنامه ریزی برای آینده فرزندشان نیازمند اطلاعات می باشند. ۳- نیاز به حمایت شدن، حمایت شده از جانب دیگران از عوامل ایجاد سازش یافتگی در خانواده است. به ویژه حمایت از جانب متخصصان و مربیان می تواند فرصت های را برای ملاقات با سایر خانواده های کودکان معلول بوجود آورد. ۴- نیازهای مالی، اقتصادی، بخش عمده بودجه خانواده صرف هزینه های مربوط به غذا، پوشاک و وسایل کمک آموزشی می شود این نیازها برای خانواده ای که کودک معلول دارد و نیازمند خدمات پزشکی ویژه می باشد به مراتب شدیدتر است. ۵- نیاز به راهنمایی در وظایف زندگی و خانواده والدین و سایر اعضای خانواده نیاز دارند که ناتوانی کودک خود را درک کنند و بپذیرند، که تقسیم کار توانایی حل مساله، فعالیتهای تفریحی، اکتساب مهارتهای اجتماعی و نظارت در امر برنامه ریز آموزش کودک از جمله وظایف ما باشد (قصه ۱۳۸۴).

### پژوهش های انجام شده در ارتباط با موضوع :

نتایج نشان داده است که متغیرهای درون مدل نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین بیشتر متغیرهاست. در متغیر افسردگی نتایج نشان می دهد که بین سطح افسردگی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. میانگین افسردگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی در سطح متوسط تا شدید قرار دارد ولی میانگین افسردگی گروه دارای فرزند عادی، در سطح خفیف و متوسط است. در متغیر راهبردهای منفی کنترل تفکر و راهکار منفی هوش هیجانی، گروه مادران کم توان نمرات بالاتری دریافت داشته اند در حالی که در راهبردهای اجتماعی و حواس پرتی که از شیوه های مثبت کن تر تفکر به شمار می روند و راهبردهای مثبت هوش هیجانی و مؤلفه های پذیرش خود، خودمختاری، هدفمندی در زندگی و تسلط بر محیط بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عادی، بر دیگر گروه برتری معنی داری داشتند. در دیگر مؤلفه ها، تفاوت معنی دار نبود. در مرحله اول نتایج تحلیل عاملی تاییدی (مدل اندازه گیری معادلات ساختاری) که برای تعیین بسندگی سنجها به کار برده شده، در دو گروه آمده است نتایج حاصل از آزمون مدل اندازه گیری در گروه مادران کودکان عادی و کم توان ذهنی نشان دهنده معنی داری بارهای عاملی است. بر این اساس می توان نتیجه گرفت ابزارهای به کار گرفته شده برای سنجش متغیرهای مورد نظر در گروه مذکور، مناسب بوده اند.

حیبی و همکاران (۱۳۸۸) تحقیقی را با عنوان مقایسه سلامت روانی در دبیران تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی انجام داده اند. نتایج اثر اصلی شغل دوم، رده شغلی، جنس و اثر تعاملی دوطرفه شغل دوم و رده شغلی و اثر تعاملی دوطرفه شغل دوم و جنس روی متغیرهای وابسته بهزیستی و درماندگی روانشناختی با ۹۵ درصد اطمینان معنی دار بوده است. بررسی تأثیرات بین آزمودنی ها بر اساس هر یک از متغیرهای مستقل جنس، رده شغلی و شغل دوم را روی هر یک از متغیرهای وابسته بهزیستی و درماندگی روانشناختی نشان می دهد. اثر اصلی شغلی دوم روی درماندگی روانشناختی در بین دبیران دارای شغل دوم و دبیران فاقد شغل دوم تفاوت معنی داری به لحاظ آماری نشان نداد اما تأثیرات اصلی شغل دوم روی بهزیستی روانشناختی در بین دبیران دارای شغل دوم و دبیران فاقد شغل دوم به لحاظ آماری تفاوت معنی داری نشان داد اثر اصلی متغیر رده شغلی بر درماندگی روانشناختی در بین دبیران تربیت بدنی و دبیران تربیت بدنی به لحاظ آماری تفاوت معنی داری نشان نداد اما اثر اصلی متغیر رده شغلی بر بهزیستی روانشناختی در بین دبیران تربیت بدنی و دبیران تربیت بدنی به لحاظ آماری تفاوت معنی داری به لحاظ آماری نشان داد، همچنین اثر اصلی متغیر جنس بر بهزیستی روانشناختی در بین دبیران مرد و دبیران زن تفاوت معنی داری به لحاظ آماری نشان داد، اما اثر تعاملی جنس و شغل دوم در بین دبیران روی متغیر بهزیستی روانشناختی به لحاظ آماری معنی دار نبود اما اثر تعاملی جنس و شغل دوم در بین دبیران روی متغیر درماندگی روانشناختی به لحاظ آماری معنی دار بود اما اثر تعاملی جنس و شغل دوم در بین دبیران روی متغیر بهزیستی روانشناختی به لحاظ آماری معنی دار نبود. آزمون تعقیبی شفه برای بررسی اثر تعاملی متغیرهای جنس با شغل دوم و رده شغلی با شغل دوم نشان می دهد که در زمینه درماندگی روانشناختی، دبیران تربیت بدنی دارای



شغل دوم تفاوت معنی داری با دبیران تربیت بدنی بدون شغل دوم داشتند دبیران تربیت بدنی دارای شغل دوم تفاوت معنی داری با دبیران غیر تربیت بدنی بدون شغل دوم داشتند. در زمینه درماندگی روانشناختی، مردان دارای شغل دوم تفاوت معنی داری با زنان بدون شغل دوم داشتند مردان دارای شغل دوم تفاوت معنی داری با مردان بدون شغل دوم نشان دادند. می توان گفت که اثر اصلی وضعیت تاهل و وضعیت استخدامی و اثر تعاملی دو طرفه وضعیت تاهل با وضعیت استخدامی برای متغیرهای وابسته بهزیستی و درماندگی روانشناختی با ۹۵ درصد اطمینان معنی دار است. می توان گفت که اثر اصلی وضعیت تاهل بر درماندگی روانشناختی در بین دبیران متأهل و دبیران مجرد تفاوت معنی داری به لحاظ آماری نشان نداد اما اثر اصلی وضعیت تاهل بر بهزیستی روانشناختی در بین دبیران متأهل و دبیران مجرد به لحاظ آماری معنی داری بود اثر اصلی متغیر وضعیت استخدامی بر درماندگی روانشناختی در بین دبیران رسمی، پیمانی و حق التدریس به لحاظ آماری معنی داری نبود اما اثر اصلی متغیر وضعیت استخدامی بر بهزیستی روانشناختی در بین دبیران رسمی و پیمانی به لحاظ آماری معنی دار بود اثر تعاملی دو طرفه وضعیت تاهل و وضعیت استخدامی در بین دبیران روی متغیر درماندگی روانشناختی به لحاظ آماری معنی دار نبود اثر تعاملی دو طرفه وضعیت تاهل و وضعیت استخدامی در بین دبیران روی متغیر بهزیستی روانشناختی به لحاظ آماری معنی دار نبود. می توان گفت که میانگین بهزیستی و روانشناختی دبیران رسمی، پیمانی و حق التدریسی ها بین دبیران رسمی با حق التدریس به لحاظ آماری تفاوت معنی داری مشاهده شد. می توان گفت که اثر اصلی شغل همسر بر متغیرهای بهزیستی و درماندگی روانشناختی معنی دار است. اثر اصلی شغل همسر بر درماندگی در بین دبیران دارای همسر شاغل و دبیران دارای همسر خانه دار به لحاظ آماری معنی دار بود اما اثر اصلی متغیر شغل همسر بر بهزیستی در بین دبیران دارای همسر شاغل و دبیران دارای همسر خانه دار معنی دار بود.

حاجیوند و همکاران (۱۳۸۸) پژوهشی با عنوان مقایسه ی خلق و خوی کودکان شیرخوار (۳ تا ۱۲ ماهه) در مادران واجد و فاقد سلامت روانی را در سال ۱۳۸۸ انجام دادند. که مسأله ی مورد نظر در این پژوهش بررسی تأثیر سلامت روان مادر بر ابعاد گوناگون خلق و خوی شیرخوار بوده و تلاش شده بررسی شود که سلامت روان مادر کدام یک از این ابعاد را بیشتر تحت تأثیر قرار می دهد. نتایج این تحقیق پس از به کارگیری آزمون تی مستقل نشان از معناداری هر سه فرضیه در سطح  $a = 0.05$  دارد. بیشترین تأثیر سلامت روان مادر در درجه ی اول بر مقیاس های تنظیم و جهت گیری و سپس عواطف مثبت و شاد خویی و عواطف منفی بود. در مرحله ی بعد با مقایسه ی هر یک از ۱۴ آیتم خلق و خو به طور جداگانه در دو گروه مشخص شد که غیر از آیتم های ترس، حساسیت ادراکی، سطح فعالیت و دامنه ی توجه که تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد در بقیه ی آیتم ها بین دو گروه تفاوت وجود دارد.

### جامعه ، نمونه و روش نمونه گیری

با توجه به موضوع پژوهش ، روش توصیفی - همبستگی انتخاب شده است . جامعه مورد مطالعه شامل کلیه دانش آموزان دارای ناتوانی است که در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ در دبیرستان های دوره اول و دوم شهرستان شیروان مشغول به تحصیل هستند.

### حجم نمونه و روش نمونه گیری

از جامعه مورد مطالعه که ۳۵ نفر بودند، نمونه ۳۰ نفری بر اساس فرمول کوکران انتخاب شد. روش انتخاب نمونه به صورت نمونه گیری تصادفی ساده بوده است .

### ابزار سنجش

با توجه به هدف تحقیق و ماهیت آن مناسب ترین روش برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز تکمیل پرسشنامه بود و در تحقیق حاضر برای سنجش از پرسشنامه ای استفاده شد که به معرفی آن می پردازیم. ما برای انجام این پژوهش از دو پرسشنامه رضایت شغلی و پرسشنامه عزت نفس آیزنک استفاده کردیم . پرسشنامه رضایت شغلی دارای ۳۰ سوال و گزینه های آن طیف لیکرت می باشد و پرسشنامه عزت نفس دارای ۳۰ سوال و گزینه ها بله و خیر می باشد .

## روش تجزیه و تحلیل آماری :

در پژوهش های آماری پس از گردآوری داده ها گروه نمونه لازم است که بر روی داده ها تجزیه و تحلیل هایی انجام پذیرد تا داده های کمی گردآوری شده تبدیل به داده های کیفی شود ؛ و بتوانیم بر اساس آنها بگویم فرضیه های پژوهش ما ثابت شده یا رد می شود. در این پژوهش با توجه به فرضیه های پژوهش از سه پرسش نامه عزت نفس ، تاب آوری و خودپنداره بدنی استفاده شد که در زیر توضیح داده می شوند. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS صورت پذیرفته است .

**پرسش نامه کوپر اسمیت (۱۹۶۷).** این پرسش نامه دارای ۵۸ سؤال است که به صورت «بلی» یا «خیر» مطرح شده است و دارای چهار مقیاس عزت نفس عمومی ، خانوادگی ، اجتماعی و تحصیلی است . اگر مجموع امتیازات فرد بین ۰-۲۵ باشد، فرد عزت نفس پایینی دارد و اگر مجموع امتیاز بین ۲۶-۵۰ باشد، وی از عزت نفس بالا برخوردار است .

بررسی ها در ایران و خارج از ایران بیانگر آن است که این آزمون از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است . همچنین جهت سنجش روایی بین نمره کل آزمون با خرده مقیاس روان آزوده گرایی در آزمون شخصیت آیسنک ، روایی واگرایی منفی و معنادار و با خرده مقیاس برون گرایی روایی همگرایی مثبت معنادار به دست آمده است . پورشافی (۱۳۷۰) با روش دو نیمه کردن ضریب ۰/۸۷ را گزارش کرده است .

همچنین ضرایب اعتبار این آزمون با روش بازآزمایی برای دختران و پسران به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش شده است (فتحی آشتیانی ، ۱۳۸۸). محققان نیز برای اعتباریابی این پرسش نامه ، اعتبار آن را مجدداً محاسبه نمودند. پایایی با روش ضریب آلفای کرونباخ

۰/۸۹ به دست آمد و این مقدار بیانگر آن است که پرسش نامه از پایایی بالا برخوردار است و قابلیت اجرا دارد.

## پرسش نامه تاب آوری کانر - دیویدسون (۲۰۰۳).

این پرسش نامه را دو نظریه پرداز مشهور این حوزه یعنی کانر و دیویدسون ساخته اند که دارای ۲۵ سؤال است و در مقیاس لیکرت بین (کاملاً نادرست) و (کاملاً درست) نمره گذاری می شود. در این پرسش نامه هر چه نمره فرد بالاتر باشد تاب آوری بیشتری دارد.

در نمره گذاری پرسش نامه تاب آوری کانر- دیویدسون گزینه کاملاً نادرست نمره ۰ و گزینه کاملاً درست نمره ۴ دارد. این پرسش نامه نمره گذاری وارونه ندارد و هیچ زیرمقیاسی نیز برای آن محاسبه نمی شود. افراد دارای نمره بالاتر از ۶۰ جزو افراد تاب آور محسوب می شوند (امینی ، فرح بخش و نیکزاد، ۱۳۹۰). محمدی (۱۳۸۴) این مقیاس را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است . وی این مقیاس را بر روی ۲۴۸ نفر اجرا کرد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (شاگری نیا،

۱۳۸۹). محققان نیز برای اعتباریابی این پرسش نامه ، اعتبار آن را مجدداً محاسبه نمودند. پایایی با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد و این مقدار بیانگر آن است که پرسش نامه از پایایی بالا برخوردار است و قابلیت اجرا دارد.

**پرسش نامه خودپنداره بدنی مارش و همکاران (۱۹۹۴).** این پرسش نامه دارای ۷۰ سؤال است و برای اندازه گیری ۹ مؤلفه خاص از خودپنداره بدنی (سلامتی ، هماهنگی ، فعالیت بدنی ، چربی بدنی ، لیاقت ورزشی ، ظاهر بدنی ، قدرت ، انعطاف پذیری و استقامت) و دو مؤلفه کلی (خودپنداره بدنی و عزت نفس) طراحی شده است . هریک از ۷۰ سؤال یک جمله اخباری ساده است که به آنها در قالب درجه بندی

۰/۲۰۱/۲۰۱۷ لیکرت و به صورت پنج درجه ای به سؤال ها پاسخ داده می شود. پنج درجه طیف ، از کاملاً درست تا کاملاً غلط را شامل می شود. برای محاسبه ضریب پایایی پرسش نامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب



پایایی برای عامل های لیاقت ورزشی ، چربی بدنی ، ظاهر بدنی ، انعطاف پذیری ، سلامتی ، فعالیت بدنی ، هماهنگی و عزت نفس به ترتیب ۰/۸۶ ، ۰/۸۹ ، ۰/۷۶ ، ۰/۸۰ ، ۰/۷۳ ، ۰/۶۵ ، ۰/۷۵ ، ۰/۵۰ و کل پرسش نامه ۰/۸۷۲ به دست آمد (عبدالملکی ، ۱۳۸۹). محققان نیز برای اعتباریابی این پرسش نامه ، اعتبار آن را مجددا محاسبه نمودند.

## یافته ها

### یافته های توصیفی

در جدول ۱ شاخص های توصیفی متغیرهای تحقیق به همراه آزمون نرمال بودن ارائه شده است . با توجه به شاخص های متغیرها در جدول ۱ در متغیر تاب آوری ، میانگین ۷۰/۵۷ و واریانس ۴۹/۶۳ است . در متغیر خودپنداره بدنی میانگین ۱۸۰/۹۷ و واریانس ۲۱۵/۱۳۷ است . در عزت نفس ، عزت نفس کلی میانگین ۲۶/۱۱ و واریانس ۲۳/۹۶ است . در مورد عزت نفس عمومی میانگین ۱۴/۵۰ ، خانوادگی میانگین ۴/۱۳ ، اجتماعی میانگین ۴/۱۳ و عزت نفس آموزشی میانگین ۴ است که عزت نفس عمومی دارای بیشترین میانگین و آموزشی کمترین میانگین است . از طرف دیگر با توجه به مقدار کجی و کشیدگی ، مقدار این شاخص ها در تمام متغیرها بین ۱/۹۶+ و ۱/۹۶- است که با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت توزیع داده ها تقریباً نرمال است .

### یافته های استنباطی

بررسی نرمال بودن داده ها: جهت بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کجی و کشیدگی استفاده شد. با توجه به جدول توصیف داده ها، در تمامی متغیرها مقدار کجی و کشیدگی بین ۱/۹۶+ و ۱/۹۶- است که با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت توزیع داده ها نرمال است .

جهت تشخیص هم خطی بین متغیرهای پیش بین (عزت نفس و تاب آوری) و متغیر ملاک (خودپنداره مقارنهای هستند که برای نشان دادن ارتباط خطی بین متغیرها استفاده می شوند که نتایج آماره های فوق به شرح جدول ۲ است .

جدول ۱. تشخیص هم خطی متغیرها

ضربهای آماره تشخیصی		
آماره تشخیصی		
متغیرهای پیش بین	تورم واریانس	مقدار اغماض
تاب آوری	۱/۰۶۷	۰/۹۳۸
عزت نفس	۱/۰۶۷	۰/۹۳۸

همانطور که در جدول بالا آمده است ، مقدار اغماض در تمامی متغیرهای پیش بین کمتر از ۰/۰۱ نیست و مقدار تورم واریانس نیز از ۱۰ بیشتر نیست که نشان دهنده ارتباط خطی بین متغیرهاست .

برای تشخیص یکسانی واریانس ها از آزمون لونز استفاده شد که نتایج نشان داد، چون سطح معناداری (۰/۰۰۰) آزمون لونز کمتر از ۰/۰۵ است ، لذا واریانس متغیرها از نظر آماری با یکدیگر برابر نیست . لذا استفاده از رگرسیون برای این داده ها مجاز نیست . در این شرایط برای رعایت کردن یکسانی واریانس ها از نمرات تبدیلی استفاده می شود. متداول ترین تبدیل هایی که می توان استفاده کرد، عبارت اند از تبدیل «ریشه دوم» ، «تبدیل لگاریتمی» ، «تبدیل معکوس» و «تبدیل آرک سینوس» . در اینجا از روش تبدیل معکوس استفاده شد که نتایج آزمون لونز نشان داد چون سطح معناداری آزمون لونز در نمرات تبدیلی از ۰/۰۵ بیشتر است ، لذا واریانس های نمرات با یکدیگر برابر است .

لذا با توجه به نتایج مفروضات سه گانه فوق می توان از روش رگرسیون چندمتغیره برای آزمون فرضیه های تحقیق استفاده کرد. با توجه با این نکته که ماتریس همبستگی مبنای تجزیه و تحلیل در رگرسیون است ، لذا قبل از پرداختن به آزمون ، ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش همراه با ضرایب همبستگی و سطوح معنی داری آنها در جدول ۳ ارائه شده است تا رابطه بین متغیرها مورد بررسی قرار گیرد.

جدول ۲. همبستگی بین متغیرهای پیش بین و ملاک

عزت نفس	خودپنداره		
-۰/۲۵۰	۰/۳۵۵	همبستگی پیرسون	
۰/۱۸۳	۰/۰۵۴	سطح معناداری	تاب آوری
۰/۳۰	۰/۳۰	تعداد	
۰/۰۹۴		همبستگی پیرسون	
۰/۶۲۱		سطح معناداری	خودپنداره
۰/۳۰		تعداد	

با توجه به نتایج جدول بالا، با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت :

- بین تاب آوری و خودپنداره بدنی ارتباط معنادار آماری (۰/۳۵۵) وجود ندارد. چون سطح معناداری آن (۰/۰۵۴) از ۰/۰۵ بیشتر است .

- بین تاب آوری و عزت نفس (نمره کل ) ارتباط معنادار آماری (۰/۲۵-) وجود ندارد. چون سطح معناداری آن (۰/۱۸۳) از ۰/۰۵ بیشتر است .

- بین خودپنداره و عزت نفس ارتباط معنادار آماری (۰/۰۹۴) وجود ندارد. چون سطح معناداری آن (۰/۶۲۱) از ۰/۰۵ بیشتر است .

- بین عزت نفس و تاب آوری با خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی رابطه معنادار وجود دارد. همان طور که در جدول همبستگی بین متغیرها آمد، تک تک متغیرهای پیش بین (تاب آوری و عزت نفس ) با متغیر ملاک (خودپنداره بدنی ) ارتباط معنادار آماری ندارند. در این زمینه ، ارتباط بین دو متغیر پیش بین با متغیر ملاک محاسبه شد که نتایج رگرسیون نشان داد، با توجه به داده ها، همبستگی بین عزت نفس و تاب آوری با خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی ۰/۴۰۲ است که ۱۰ درصد تغییر (واریانس ) در خودپنداره بدنی را پیش بینی می کنند. جهت تعیین اینکه سهم هر متغیر پیش بین «عزت نفس و تاب آوری » چقدر است ، ضرایب استاندارد و یا غیراستاندارد محاسبه می شود که مقدار آنها در جدول ۴ آمده است .

جدول ۳. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون

متغیرهای پیش بین	سطح معناداری	T	ضریب استاندارد	ضریب غیر استاندارد
			بتا	خطای استاندارد
تاب	۰/۰۰۴	۳/۱۸۹	۰/۳۳۷۵	۰/۰۶۴۲۱
تاب آوری	۰/۰۳۵	۲/۲۱۸	۰/۴۰۴	۰/۰۸۴۰
عزت نفس	۰/۲۹۳	۱/۰۷۱	۰/۰۱۹۵	۰/۵۸۴

ضریب بتای تاب آوری (۰/۴۰۴) معنادار است ، چون سطح معناداری آن (۰/۰۳۵) از ۰/۰۵ کمتر است ، اما ضریب بتای عزت نفس (۰/۱۹۵) معنادار نیست ، چون سطح معناداری آن (۰/۲۹۳) بیشتر از ۰/۰۵ است . یعنی با این متغیر نمی توان متغیر خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی را پیش بینی کرد. لذا با توجه به ضرایب بتای معنادار متغیرهای پیش بین می توان معادله خط رگرسیون چندمتغیره را به شرح زیر نوشت :

خودپنداره بدنی =  $۱۰۶/۴۲۱ + (۰/۸۴۰)$  (نمره تاب آوری)

بین عزت نفس و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی ارتباط وجود دارد. برای آزمون فوق از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. چون هدف بررسی ارتباط بین دو متغیر است. نتایج به شرح جدول ۵ است.

جدول ۴. ضریب همبستگی

عزت نفس	تاب آوری	عزت نفس عمومی	عزت نفس خانوادگی	عزت نفس اجتماعی	عزت نفس آموزشی
خودپنداره	همبستگی پیرسون	۰/۰۹۴	۰/۳۵۵	۰/۲۰۵	۰/۲۷۱
سطح معناداری		۰/۶۲۱	۰/۰۵۴	۰/۲۷۸	۰/۱۴۸
تعداد		۳۰	۳۰	۳۰	۳۰

با توجه به داده های جدول فوق، همبستگی بین خودپنداره و عزت نفس  $۰/۰۹۴$  است چون سطح معناداری آن  $(۰/۶۲۱)$  از  $۰/۰۵$  بیشتر است. لذا ارتباط بین این دو متغیر از نظر آماری معنادار نیست. لذا با ۹۵ درصد اطمینان رد می شود.

«بین تاب آوری و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی ارتباط وجود دارد.» برای این آزمون نیز از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. چون هدف بررسی ارتباط بین دو متغیر است. با توجه به داده های جدول ۵، همبستگی بین خودپنداره و تاب آوری  $۰/۳۵۵$  است. چون سطح معناداری آن  $(۰/۰۵۴)$  از  $۰/۰۵$  بیشتر است. لذا ارتباط بین این دو متغیر از نظر آماری معنادار نیست. لذا با ۹۵ درصد اطمینان رد می شود.

«بین عزت نفس عمومی و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی رابطه معناداری وجود دارد.» با توجه به داده های جدول ۵، همبستگی بین خودپنداره و عزت نفس عمومی  $۰/۲۰۵$  است. چون سطح معناداری آن  $(۰/۲۷۸)$  از  $۰/۰۵$  بیشتر است. لذا ارتباط بین این دو متغیر از نظر آماری معنادار نیست. لذا با ۹۵ درصد اطمینان رد می شود.

«بین عزت نفس خانوادگی و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی رابطه معناداری وجود دارد.» با توجه به داده های جدول ۵، همبستگی بین خودپنداره و عزت نفس خانوادگی  $۰/۲۷۱$  است. چون سطح معناداری آن  $(۰/۱۴۸)$  از  $۰/۰۵$  بیشتر است. لذا ارتباط بین این دو متغیر از نظر آماری معنادار نیست. لذا با ۹۵ درصد اطمینان رد می شود.

«بین عزت نفس اجتماعی و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی رابطه معنی داری وجود دارد.» با توجه به داده های جدول ۵، همبستگی بین خودپنداره و عزت نفس اجتماعی  $۰/۱۰۶$  است. چون سطح معناداری آن  $(۰/۵۷۸)$  از  $۰/۰۵$  بیشتر است. لذا ارتباط بین این دو متغیر از نظر آماری معنادار نیست. و تحقیق با ۹۵ درصد اطمینان رد می شود

«بین عزت نفس آموزشی و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی رابطه معنی داری وجود دارد.» با توجه به داده های جدول ۵، همبستگی بین خودپنداره و عزت نفس آموزشی  $۰/۰۹۹$  است. چون سطح معناداری آن  $(۰/۶۰۲)$  از  $۰/۰۵$  بیشتر است. لذا ارتباط بین این دو متغیر از نظر آماری معنادار نیست.

## نتیجه گیری

پژوهش حاضر گامی در جهت بالا بردن عزت نفس و سلامت روانی و تاب آوری و مؤلفه های خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی است که به علت نقص عضو کاستی هایی را در خود احساس می کنند، هرچند نتایج قابل قبولی را از نظر

آماری ارائه نداده است. با این حال تقویت عزت نفس و بالا بردن تاب آوری دانش آموزان دارای ناتوانی می تواند دید مثبت آنها را نسبت به زندگی افزایش دهد و به آنها کمک کند تا بر ناتوانی های جسمی و بدنی خود چیره شوند و با آن کنار بیایند و تا حدی به زندگی عادی خود برگردند، احساس انزوا نکنند و در جامعه فعال و اثربخش حاضر شوند و برای افراد سالم نیز الگو باشند.

نتایج نشان داد که عزت نفس و تاب آوری دانش آموزان دارای ناتوانی نمی تواند خودپنداره بدنی آنان را پیش بینی کند. پس بین عزت نفس و تاب آوری با خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی همبستگی وجود ندارد. همان طور که نتایج نشان داده همبستگی بین عزت نفس و تاب آوری با خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی ۰/۴۰۲ است که ۱۰ درصد تغییر (واریانس) در خودپنداره بدنی را پیش بینی می کند. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر وجود رابطه بین عزت نفس و تاب آوری و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی مورد تأیید واقع نشده و فرض صفر تأیید می شود. نتیجه این پژوهش با پژوهش هایی با عناوین تقریباً مشابه این موضوع همخوانی ندارد که برخی از آن ها به شرح ذیل هستند. نتایج پژوهش های می و وارن (۲۰۰۲)، گاگنون (۱۹۹۶) و کینی و کویلی (۱۹۹۲) نشان می دهد که عزت نفس بزرگسالان مبتلا به آسیب نخاعی، سالمندان ناتوان و مبتلایان به ناتوانی جسمی حرکتی از جمله عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنهاست. نوسک، هیوجز و سودیوند (۲۰۰۳) در تحقیقی دریافته اند که زنان با ناتوانی جسمی حرکتی نسبت به سایر زنان خودشناسی کمتر و عزت نفس پایین تری دارند و از لحاظ اجتماعی منزوی ترند. همچنین تحقیقات بیانگر آن است که عزت نفس بر میزان فرصت های شغلی مبتلایان به ناتوانی جسمی حرکتی نیز تأثیر می گذارد (نوسک، ۲۰۰۳؛ چاپین و کومن، ۲۰۰۱) اسکی (۲۰۰۳) در پژوهش خود نشان داد که بین خودپنداره بدنی با آمادگی جسمانی و سطح فعالیت بدنی رابطه معناداری وجود دارد. قدیری، ماشالهی و جابری مقدم (۱۳۸۸) در تحقیقی تحت عنوان «اثر یک دوره تمرین مقاومتی بر خودپنداره بدنی و کارکرد بدنی پسران ۱۳ تا ۱۸ ساله فلج مغزی شهر تهران» نشان دادند که کارکرد بدنی گروه تجربی در مقایسه با گروه شاهد تغییرات معنی داری در آزمون های پله، پیاده روی، تعادل و قدرت بازکننده های زانو، قدرت بازکننده های مچ پا و بازکننده های لگن خاصره نشان داد. اما بین میانگین های پیش آزمون و پس آزمون گروه تجربی در خودپنداره بدنی کلی و خرده مقیاس های خودپنداره بدنی تفاوت معناداری نسبت به گروه شاهد وجود نداشت. در نهایت، فرآیند تغییر در خودپنداره بدنی از طریق فعالیت بدنی به عواملی نظیر طول دوره تمرین، بافت تمرین و نگرش آزمودنی ها وابسته است. رقیبی و میناخانی (۱۳۹۰) در تحقیقی تحت عنوان ارتباط مدیریت بدن با تصویر بدنی و خودپنداره در بین دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان نشان دادند که بین تصویر بدنی و خودپنداره مثبت دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد. لطفی و محمدی (۱۳۹۰) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه خودپنداره بدنی دختران نابینای ورزشکار و غیرورزشکار به این نتیجه دست یافتند که ورزش و فعالیت بدنی می تواند در بالا بردن خودپنداره بدنی نابینایان جامعه نقش داشته باشد. روش پژوهش علی مقایسه ای و جامعه آماری، نابینایان ورزشکار و غیرورزشکار مراجعه کننده به انجمن نابینایان شهر تهران بود.

در تبیین نتایج پژوهش های انجام شده و پژوهش حاضر هرچند متغیرهای پیش بین عزت نفس و تاب آوری درصد کمی از متغیر ملاک را پیش بینی نموده اند و رابطه همبستگی کمی دارند، باید گفت عزت نفس وابسته به این معناست که شخص بر حسب ادراکی که از موقعیت شخصی خود در ذهن دارد، به چه میزان خویش را در رده بالا یا پایین قرار می دهد.

از این رو کسی که خودپنداره مثبتی دارد، عزت نفس زیاد و تاب آوری بالاتر در برابر بحران ها خواهد داشت و کسی که خودپنداره منفی دارد، عزت نفس و تاب آوری کمی در شرایط بحران خواهد داشت. هر قدر خودپنداره به خود واقعی نزدیک تر باشد، فرد راضی تر و خوشنودتر خواهد بود. فاصله زیاد بین خودپنداره و خود واقعی به نارضایتی و ناخشنودی منجر می گردد و این امر مشکل آفرین است. با آموزش های مهارت های افزایش عزت نفس و تاب آوری و

خودپنداره مثبت، دانش آموزان دارای ناتوانی می توانند بر محدودیت های خود غلبه کنند و به زندگی عادی خود برگردند.

امروزه در اکثر جوامع دنیا برای ناتوانان کلاس های آموزش و فعالیت های ورزشی و تفریحی و آموزش احترام به خود، مهارت های اجتماعی و انعطاف پذیری برگزار می شود. افراد دارای ناتوانی که در کلاس های ورزشی و آموزش مهارت های روان شناختی شرکت می کنند زمینه ای را برای تقویت احترام به خود، مهار هیجان خود و محیط، مهارت های اجتماعی و مسئولیت پذیری اجتماعی تجربه می کنند. در حالی که در کشور ما، سازمان بهزیستی و توان بخشی با کمبود امکانات ورزشی، روان شناختی و مشاوره مواجه است و برنامه های ارتقای مهارت های ورزشی، هیجانی، رفتاری و شناختی نیز تقریباً در سطح پایینی قرار دارند. سازمان بهزیستی و توان بخشی و سازمان تربیت بدنی و البته خانواده ها و به طور کلی جامعه باید دیدی فراتر از تمرکز محدود بر نتایج مراقبت از افراد دارای ناتوانی اتخاذ کنند و بازخوردی فراگیر و پیچیده تر نسبت به تربیت و پر کردن اوقات فراغت و تقویت سلامت جسمانی و روانی این افراد داشته باشند.

کمک به برگرداندن آن ها به زندگی فعال، پرشور و پرهیجان تنها همراه با انجام فعالیت های اجتماعی و ورزشی و آموزش مهارت های روان شناختی زندگی امکان پذیر است.

در خصوص فرضیه اصلی دوم نتایج نشان می دهد عزت نفس قادر به پیش بینی، خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی نیست. بنابراین فرضیه اصلی دوم پژوهش مبنی بر وجود رابطه بین عزت نفس و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی مورد پذیرش قرار نگرفته است و تأیید نمی شود.

پژوهش های حسن بیگی (۱۳۸۹)، آنیستون و مولر (۲۰۰۳)، ریچتین، زایز، ماراویتا و پراگینی (۲۰۱۱)، فردا و گیمز (۲۰۰۳)، کش (۲۰۰۴)، میرزا (۲۰۰۵)، گیلبرت و می یر، (۲۰۰۵)، حسن بیگی (۱۳۸۹)، گلدبرگ و شفارد (۱۹۸۲)، آشتون، شافر، گیبسون، هولت و ویلیمنگ (۲۰۰۱)، راش (۲۰۰۴)، به نقل از خلجی و صادقیان (۱۳۸۱) و فریزن و هولم کوپست (۲۰۱۰)، بقائیان (۱۳۹۲)، گرونمو (۲۰۰۰)، آلفرمن (۲۰۰۰)، آنیسون و مولر (۲۰۰۳)، بوید (۲۰۰۱) مورنو (۲۰۰۵)، پاک (۲۰۰۳) اشنایدر، دونتون و کوپر (۲۰۰۸)، استفانو (۲۰۱۱) مارتین (۲۰۱۲)، سیمونز (۲۰۱۲) و گرگول (۲۰۱۴) وجود رابطه بین عزت نفس و خودپنداره را تأیید می کنند. در تبیین نتیجه این فرضیه باید گفت، هرچند این فرضیه مورد تأیید واقع نگردیده است و آن هم می تواند. به این دلیل باشد که این آزمودنی ها افراد خاصی بودند و ناتوانی ذهنی و جسمی و حرکتی داشتند و شاید توانایی تجزیه و تحلیل کمی برای سؤالات پرسش نامه ها داشته اند و نتوانسته اند پاسخ بدهند ولی با این حال همه می دانیم که با انجام تمرینات جسمی یکنواخت و مداوم در ارتقای عزت نفس به دلیل عادت به تمرین منظم و ممارست و علایم آن نظیر قوی تر شدن عضلات بازو، سینه و درشت شدن هیكل، قدرت زیادتیر، مورد توجه مردم قرار گرفتن، فرد دارای ناتوانی می تواند عزت نفس خویش را بالا ببرد.

فرضیه اصلی سوم پژوهش مبنی بر وجود رابطه بین تاب آوری و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی مورد پذیرش قرارنگرفته و رد می شود.

پژوهش های شاکری نیا و پورمهری (۱۳۸۹)، سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶)، کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) این فرضیه را تأیید می نمایند که نتایج پژوهش های آنها با پژوهش حاضر همخوانی ندارد. با توجه به اینکه پژوهش حاضر در مورد دانش آموزان دارای ناتوانی انجام گرفته است و هر چند این فرضیه رد گردیده است و بین تاب آوری و خودپنداره بدنی رابطه معنادار آماری به دست نیامده است، باید گفت هر تغییر در احساس ها به تغییر در نگرش درباره پدیده ها می انجامد، تغییر در احساس، خود ریشه در مجموعه ای از مهارت ها و توانمندی ها دارد و این توانمندی ها آموختنی هستند. از این رو می توان با طراحی برنامه های آموزشی مناسب احساس ها و نگرش های مثبتی در افراد ایجاد نمود و میزان تاب آوری ایشان را بالا برد.

فرضیه فرعی اول پژوهش مبنی بر وجود رابطه بین بعد عمومی عزت نفس و خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی رد می شود. نتیجه این پژوهش با پژوهش های مارتین و براولی (۲۰۰۲) و ساکس (۱۹۹۸) همخوانی ندارد. مارتین و براولی (۲۰۰۲) در پژوهش خود دریافتند که خودکارآمدی مقدار قابل توجهی از عزت نفس عمومی و جسمی را تبیین می کند. ساکس (۱۹۹۸) اظهار داشت که خودپنداره بدنی مثبت در رشد عزت نفس کلی مؤثر است. افزون بر این، عزت نفس کلی و خود ارزشی - جسمانی، در طول زمان ساختار سلسله مراتبی منفردی را به نمایش گذاشتند (فرتز، ۲۰۰۴). در تبیین نتیجه این فرضیه باید گفت عزت نفس عمومی در دانش آموزان دارای ناتوانی و افزایش خودپنداره بدنی مثبت و فعالیت های بدنی موفقیت آمیز به آن ها در زندگی کمک می کند تا احساس نقص و کمبود در خود احساس نکنند.

فرضیه فرعی دوم مبنی بر وجود رابطه بین بعد خانوادگی عزت نفس و خودپنداره بدنی است و نتایج نشان داد بعد خانوادگی عزت نفس قادر به پیش بینی خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی نیست.

نتیجه این پژوهش با پژوهش نجاریپور استادی (۱۳۸۷) و مالینا و بوچارد (۲۰۰۴) همخوانی ندارد. هرچند این فرضیه فرعی در این نمونه آماری به اثبات نرسید ولی خانواده ها می توانند با فراهم آوردن شرایط مساعد و ساختار قدرت و همبستگی بالا در تقویت عزت نفس و خودپنداره مثبت بدنی به عضو دارای ناتوانی خود نقش مؤثری داشته باشند.

در مورد فرضیه فرعی سوم نتایج نشان می دهد که همبستگی بین خودپنداره و عزت نفس اجتماعی ۱۰۶/۰- است. چون سطح معناداری آن (۵۷۸/۰) از

۰۵/۰ بیشتر است. لذا ارتباط بین این دو متغیر از نظر آماری معنادار نیست. بنابراین فرضیه تحقیق با ۹۵ درصد اطمینان رد می شود. نتیجه این پژوهش با پژوهش های اردستانی و دیگران (۱۳۸۱)، مک گاه و فاران (۲۰۰۱)، بایبرشات، (۱۹۹۱)، ولف و ساکس (۱۹۹۷)، واگنر (۲۰۰۴)، نورا و ساندرا (۲۰۰۵)، کف (۲۰۰۲)، ککلیس (۱۹۹۲)، ولف و ساکس (۱۹۹۷)، روزنبلازم (۲۰۰۰)، واگنر (۲۰۰۴) هم سو بوده و با پژوهش های سلحشور (۱۳۷۹)، گل محمدی (۱۳۷۲)، خوزند (۱۳۷۴)، رضایی (۱۳۷۶)، کمپل (۱۹۹۵)، بلایند و تاب (۱۹۹۹) ناهم سو است. در تبیین نتیجه این فرضیه باید گفت عوامل روان شناختی و همبسته های مؤثر در حل مشکلات و نابهنجاری های اجتماعی و رفتاری افراد دارای ناتوانی و اقدام در زمینه برنامه ریزی به منظور اصلاح و بهبود این عوامل یکی از روش های بسیار مؤثر پیشگیری از اختلال های روانی به حساب می آید.

فرضیه فرعی چهارم: نتایج نشان می دهد بعد آموزشگاهی عزت نفس قادر به پیش بینی خودپنداره بدنی دانش آموزان دارای ناتوانی نیست. نتیجه این پژوهش با پژوهش های دیباج نیا (۱۳۸۴) و گراردی (۲۰۰۵) هم سو و با پژوهش های حسن زاده (۱۳۸۴)، حسینی (۱۳۸۶)، پورشافعی (۱۳۷۰)، راس و برا (۲۰۰۲)، گاتی (۲۰۱۰)، ارکمان و همکاران (۲۰۱۰)، ایرسون و هالماس (۲۰۰۹) و ونیدیمو و بروینسما (۲۰۰۶) ناهم سو است. در تبیین نتیجه این فرضیه باید گفت داشتن عزت نفس موجب پیشرفت تحصیلی است و از طرف دیگر موفقیت های تحصیلی در رسیدن به مدارج بالاتر در کار آموزش، خودپنداره مثبت و فعالیت های ورزشی موجب ارتقای عزت نفس می شود.



## منابع

- اردستانی، ع.، تندنویس، ف.، و حاج میرفتاح، ف. (۱۳۸۱). مقایسه نگرش افراد معلول ورزشکار و غیرورزشکار نسبت به خود از بعد اجتماعی. نشریه علوم حرکتی ورزشی، ۴(۴)، ۲۲-۲۴.
- ارشدی بستان آباد، م. ا. (۱۳۸۸). مرکز توان بخشی و دانشجویان پرستاری در مورد نقش پرستاران در توان بخشی. فصلنامه دانشگاه علوم توان بخشی، ۱، ۳۷-۳۸.
- اسلامی نسب، ع. (۱۳۷۳). روان شناسی اعتماد به نفس. تهران: انتشارات مهرداد.
- افروز، غ. (۱۳۸۸). مقدمه ای بر روان شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- امینی، ف.، فرح بخش، ک.، و نیکوزاد، ع. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه ای بین رضایت از زندگی، تاب آوری و فرسودگی شغلی پرستاران بخش های ویژه و سایر بخش ها. فصلنامه مدیریت پرستاری، ۱، ۱۵-۱۶.
- بشارت، م.، و عباس پور دوپلانی، ط. (۱۳۸۹). رابطه راهبردهای فراشناختی و خلاقیت با تاب آوری در دانشجویان. فصلنامه یافته های نو در روان شناسی، ۵، ۱۳-۱۴.
- بقاییان، م.، بهرام، ع.، و خلجی، ح. (۱۳۹۲). اثر جنسیت و سطح فعالیت بدنی بر خودپنداره بدنی دانش آموزان دوره راهنمایی، تحصیلی. فصلنامه نوآوری های آموزشی، ۱۲(۴)، ۸۲-۹۴.
- بیابانگرد، ا. (۱۳۷۸). روش های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان. فصلنامه انجمن اولیا و مربیان، ۶، ۳۸-۳۹.
- پورشافعی، ه. (۱۳۷۰). رابطه عزت نفس با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان سال سوم دوره متوسطه شهر قائن (پایان نامه کارشناسی ارشد). گروه روان شناسی، دانشگاه تربیت معلم.
- تقی زاده، م. (۱۳۷۹). باد بی آرام نوجوانی. اصفهان: نشر یکتا.
- حسن بیگی، ز. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش بازسازی شناختی بر اصلاح تصویر بدنی منفی و افزایش حرمت خود در دختران نوجوان (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- حسینی، م.، دژگام، م.، و میرلاشادی، ژ. (۱۳۸۶). همبستگی عزت نفس و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان توان بخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. مجله ایرانی آموزش پزشکی، ۷، ۱۳۷-۱۴۲.
- خلجی، م.، و صادقیان، پ. (۱۳۸۱). تربیت بدنی و خودپنداره. مجله رشد، آموزش تربیت بدنی، ۱۲، ۸۶-۸۷.
- خوزند، م. (۱۳۷۴). بررسی سازگاری شخصیتی در دو گروه از جانبازان و معلولان ورزشکار و غیرورزشکار استان مازندران (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه تربیت مدرس.
- دیباچ نیا، پ. (۱۳۸۴). بررسی مقایسه ای خودپنداره دانشجویان سال اول و چهارم دانشکده توان بخشی دانشگاه شهید بهشتی. فصلنامه پژوهش در پزشکی، ۳، ۲۳۱-۲۳۴.
- راجرز، ک. (۱۳۷۴). مشاوره و روان درمانی (نظریه ها و راهبردها) (ترجمه محمود ساعتچی). تهران، نشر ویرایش.
- رضایی، م. (۱۳۷۶). بررسی و مقایسه سازگاری های جانبازان معلول ورزشکار و غیر ورزشکار (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه علامه طباطبائی.
- رقیبی، م.، و میناخانی، غ. (۱۳۹۰). ارتباط مدیریت بدن با تصویر بدنی و خودپنداره دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه سیستان و بلوچستان.
- ساعتچی، م. (۱۳۷۴). روان شناسی کاربردی برای مدیران. تهران: نشر ویرایش.
- سلحشور، م. (۱۳۷۹). پرورش اعتماد به نفس در کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات واژه آرا.
- سامانی، س.، جوکار، ب.، و صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روان پزشکی روان شناسی بالینی ایران، ۳، ۲۹۳-۲۹۵.

- شاکری نیا، م. (۱۳۸۹). رابطه استرس شغلی و تاب آوری با فرسودگی شغلی در پرستاران زن بیمارستان های دولتی رشت (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز.
- شاملو، س. (۱۳۸۲). مکتب ها و نظریه ها در روان شناسی شخصیت. تهران: انتشارات رشد.
- عبدالملکی، ز. (۱۳۸۹). اعتبار و پایایی پرسش نامه خودتوصیفی بدنی دختران نوجوان. فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۴(۱۶)، ۴-۵.
- عزیزی ابرقوئی، م. (۱۳۸۹). رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت تجارب یادگیری با فرسودگی تحصیلی دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه علامه طباطبائی.
- علوی، ا.، و رشید کابلی، م. (۱۳۷۳). اشتغال معلولان. تهران: انتشارات مرکز آموزش مدیریت دولتی.
- فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۸). آزمون های روان شناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان). تهران: انتشارات بعثت.
- قدیری، ف.، ماشاءلهی، ا.، و جابری مقدم، ع. ا. (۱۳۸۸). اثر یک دوره تمرین قدرتی بر خودپنداره بدنی و کارکرد بدنی پسران ۱۳-۱۸ ساله فلج مغزی شهر تهران. دو فصلنامه پژوهش در مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی، ۱، ۱۱-۱۳.
- گل محمدی، ب. (۱۳۷۲). بررسی و مقایسه سطح عزت نفس معلولان ورزشکار و غیر ورزشکار (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه تربیت مدرس.
- گوهری، م. (۱۳۷۷). بررسی خودپنداره و منبع کنترل با خلاقیت در دانش آموزان پسر دوره راهنمایی مدارس دولتی شهر تهران (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه تربیت معلم تهران.
- لطفی محمدی، ج. (۱۳۹۰). مقایسه خودپنداره بدنی دختران نابینای ورزشکار و غیرورزشکار (پایان نامه کارشناسی ارشد تربیت بدنی). گرایش رفتار حرکتی دانشگاه تهران.
- مرادی، ا.، و کلانتری، م. (۱۳۸۶). آموزش مهارت های زندگی بر نیمرخ روانی زنان دارای ناتوانی جسمی حرکتی شهر اصفهان. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱، ۵۷۶-۵۷۹.
- میرزا بیگی، ع. (۱۳۷۱). نقش نیازهای روانی، بهداشت روانی. تهران: انتشارات اطلاعات.
- نجاپور استادی، س. (۱۳۸۷). رابطه جو عاطفی خانواده، خودپنداره، عزت نفس و پایگاه اجتماعی - اقتصادی بر شکل گیری هویت جوانان. مجله علوم تربیتی، ۹، ۴۹-۵۸.
- نظم ده، ک.، و همرنگ یوسفی، م. (۱۳۸۸). فرآیند جاری توان بخشی در ایران. چاپ اول. تهران: اداره کل روابط عمومی سازمان بهزیستی کشور.



### Abstract:

The main aim of the research is the relationship between self-esteem and resilience with physical self-concept of disabled students. According to the research topic, the descriptive-correlation method has been chosen. The study population includes all students with disabilities who are studying in the first and second period high schools of Shirvan city in the academic year of 2014-2014. A sample of 30 people was selected from the studied population, which was 35 people, based on Cochran's formula. The sample selection method was simple random sampling. According to the purpose of the research and its nature, the most appropriate method to collect the required information was to complete the questionnaire, and in the present research, the questionnaire that we are going to introduce was used for measurement. We used two job satisfaction questionnaires and Eysenck's self-esteem questionnaire to conduct this research. The job satisfaction questionnaire has 30 questions and its options according to Likert, and the self-esteem questionnaire has 30 questions and the options are yes and no. In statistical researches, after collecting the data of the sample group, it is necessary to perform analyzes on the data so that the collected quantitative data can be converted into qualitative data; and we can say based on them that the hypotheses of our research are proven or rejected. In this research, according to the research hypotheses, three questionnaires of self-esteem, resilience and body self-concept were used, which are explained below. Data analysis was done by spss software. The results showed that there is a significant correlation between self-esteem and resilience with physical self-concept of disabled students.

**Keywords:** self-esteem, resilience, self-concept, disabled students