

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی  
رشته مدیریت ورزشی گرایش مدیریت رویدادهای ورزشی  
پایان نامه کارشناسی ارشد

## ارتباط حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی

نگارنده: سروش آریانیپور

استاد راهنما:

دکتر سید رضا حسینی‌نیا

استاد مشاور:

دکتر حسن بحرالعلوم

بهمن ماه ۱۳۹۴

تقدیم به

پدر و مادر عزیز و مهربانم

که در سختی ها و دشواری های زندگی همواره یاور و دلسوز و فداکار و پشتیبانی محکم و مطمئن برایم بوده اند.

و تقدیم به

جانبازان و معلولان ایران زمین

و تمامی زحمکشانی در این عرصه مقدس.

## تقدیر و شکر

منّت خدای را غرّوه جل که طاعتش موجب قربت است و به شکر اندرش مزید نعمت هر نفسی که فرومی رود مدحیات است و چون بر می آید مفرح ذات. پس در هر نفسی دو نعمت موجود است و بر هر نعمت شگری واجب.

از دست و زبان که بر آید	کز عهده شکرش به در آید
بنده همان که ز تقصیر خویش	عذر به درگاه خدا آورد
ورنه سزاوار خداوندیش	کس نتواند که بجا آورد

بدون شک جایگاه و منزلت معلم، اجل از آن است که در مقام قردادانی از زحمات بی شائبه ی او، با زبان قاصر و دست ناتوان، چیزی بنگاریم. اما از آنجایی که تجلیل از معلم، سپاس از انسانی است که هدف و غایت آفرینش را تا این می کند و سلامت امانت هائی را که به دستش سپرده اند، تضمین؛

بر حسب وظیفه و از باب "من لم یسکمه الله فلیس له علیه عتق"؛

از پدر و مادر عزیزم این دو معلم بزرگوارم که همواره بر کوتاهی و درستی من، قلم عشو کشیده و گریه از کنار غفلت هایم گذشته اند و در تمام عرصه های زندگی یار و یاور بی چشم داشت برای من بوده اند؛

از استاد با کالات و شایسته؛ جناب آقای دکتر سید رضا حسینی نیا که در کمال سعه صدر، با حسن خلق و فروتنی، از پنج کلمی در این عرصه بر من دریغ نمودند و زحمات راهبانی این رساله را بر عهده گرفتند؛

از استاد صبور و باتقوا، جناب آقای دکتر حسن بحر العلوم، که زحمت مشاوره این رساله را در حالی مستقبل شدند که بدون مساعدت ایشان، این پروژه به نتیجه مطلوب نمی رسید؛

و از استادان فرزانه و دلور؛ جناب آقای دکتر رضا اندام و دکتر مهدی باقری که زحمت داوری این رساله را مستقبل شدند؛ کمال شکر و قدردانی را دارم باشد که این خردترین، نحشی از زحمات آنان را سپاس گوید.

## تعهد نامه

اینجانب **سروش آریانیپور** دانشجوی دوره کارشناسی ارشد مدیریت ورزشی دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه صنعتی شاهرود نویسنده پایان نامه ارتباط حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیتهای بدنی تحت راهنمایی دکتر سیدرضا حسینی نیا متعهد می‌شوم:

- تحقیقات در این پایان نامه توسط اینجانب انجام شده است و از صحت و اصالت برخوردار است.
- در استفاده از نتایج پژوهش‌های محققان دیگر به مرجع مورد استفاده استناد شده است.
- مطالب مندرج در پایان نامه تاکنون توسط خود یا فرد دیگری برای دریافت هیچ نوع مدرک یا امتیازی در هیچ جا ارائه نشده است.
- کلیه حقوق معنوی این اثر متعلق به دانشگاه صنعتی شاهرود می‌باشد و مقالات مستخرج با نام «دانشگاه صنعتی شاهرود» و یا «Shahrood University of Technology» به چاپ خواهد رسید.
- حقوق معنوی تمام افرادی که در به دست آمدن نتایج اصلی پایان نامه تأثیرگذار بوده‌اند در مقالات مستخرج از پایان نامه رعایت می‌گردد.
- در کلیه مراحل انجام این پایان نامه، در مواردی که از موجود زنده (بافت‌های آن‌ها) استفاده شده است ضوابط و اصول اخلاقی رعایت شده است.
- در کلیه مراحل انجام این پایان نامه، در مواردی که به حوزه اطلاعات شخصی افراد دسترسی یافته یا استفاده شده است اصل رازداری، ضوابط و اصول اخلاق انسانی رعایت شده است.

### تاریخ

### امضای دانشجو

#### مالکیت نتایج و حق نشر

- کلیه حقوق معنوی این اثر و محصولات آن (مقالات مستخرج، کتاب، برنامه‌های رایانه ای، نرم افزارها و تجهیزات ساخته شده است) متعلق به دانشگاه صنعتی شاهرود می‌باشد. این مطلب باید به نحو مقتضی در تولیدات علمی مربوطه ذکر شود.
- استفاده از اطلاعات و نتایج موجود در پایان نامه بدون ذکر مرجع مجاز نمی‌باشد.

## چکیده

اگرچه ورزش برای افراد غیر معلول بسیار نیکو و پسندیده است اما اگر به آن نپردازند از طریق فعالیت‌های روزانه تا حدودی نیازهای حرکتی خود را برطرف می‌کنند، اما معلولان باید این نیازها را با انجام منظم فعالیت‌های ورزشی برطرف نمایند. حمایت اجتماعی و خودکارآمدی می‌تواند بر مشارکت معلولان در فعالیت‌های بدنی تاثیر گذار باشد. هدف از انجام این پژوهش تعیین ارتباط حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی بود. پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و به روش میدانی انجام شده است. جامعه آماری این مطالعه را کلیه جانبازان و معلولان ورزشکار زیر نظر هیئت جانبازان و معلولین استان خراسان رضوی ( $N=800$ ) تشکیل دادند که از بین آن‌ها ۲۴۴ نفر به روش تصادفی خوشه‌ای به عنوان نمونه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه مشارکت ورزشی و پرسشنامه خودکارآمدی لی و همکاران (۲۰۱۰) و برای سنجش حمایت اجتماعی خانواده و دوستان از پرسشنامه حمایت اجتماعی لی و همکاران (۲۰۱۰) استفاده شد. تمامی پرسشنامه‌ها برای تأیید روایی صوری و محتوایی در اختیار ۱۰ نفر از صاحب نظران در این حوزه قرار گرفت، سپس به منظور تعیین پایایی (ثبات درونی) پرسشنامه‌های تحقیق، در یک مطالعه مقدماتی تعداد ۳۰ پرسشنامه توزیع گردید و در نهایت میزان آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌های خودکارآمدی، حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان به ترتیب ۰/۷۴۸، ۰/۸۷۷ و ۰/۷۳۱ با استفاده از نرم افزار (SPSS) نسخه ۲۱ محاسبه گردید. برای آزمون فرضیه‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان با مشارکت ورزشی ورزشکاران معلول ارتباط معناداری وجود دارد، همچنین بین حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان با خودکارآمدی ورزشکاران معلول ارتباط معناداری وجود دارد. براساس یافته‌های تحقیق به خانواده، دوستان و سایر افرادی که با معلولان در ارتباط هستند پیشنهاد می‌شود که با حمایت‌های خود و افزایش خودکارآمدی در معلولان موجب افزایش مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های بدنی شوند.

**واژگان کلیدی:** معلولان، ورزشکاران معلول، حمایت اجتماعی خانواده، حمایت اجتماعی دوستان، خودکارآمدی

لیست مقالات مستخرج از پایان نامه:

ارتباط بین حمایت اجتماعی خانواده با خودکارآمدی جانبازان و معلولین ورزشکار

ارتباط بین حمایت اجتماعی دوستان با خودکارآمدی جانبازان و معلولین ورزشکار

## فهرست مطالب

### فصل اول (طرح تحقیق)

۱-۱ مقدمه	۲
۲-۱ بیان مسئله	۴
۳-۱ ضرورت و اهمیت تحقیق	۷
۴-۱ اهداف تحقیق	۹
۱-۴-۱ هدف کلی	۹
۲-۴-۱ اهداف اختصاصی	۹
۵-۱ فرضیات تحقیق	۱۰
۶-۱ محدودیت های تحقیق	۱۰
۱-۶-۱ محدودیت های قابل کنترل	۱۰
۲-۶-۱ محدودیت های غیرقابل کنترل	۱۰
۷-۱ پیش فرض های تحقیق	۱۱
۸-۱ تعریف واژه ها و اصطلاحات تحقیق	۱۱
۱-۸-۱ تعاریف نظری واژگان	۱۱
۲-۸-۱ تعاریف عملیاتی واژگان	۱۲

### فصل دوم (مبانی نظری و پیشینه تحقیق)

۱-۲ مقدمه	۱۴
۲-۲ حمایت اجتماعی	۱۴



۱۵.....	۱-۲-۲ انواع حمایت اجتماعی .....
۱۸.....	۲-۲-۲ منابع حمایت اجتماعی .....
۱۹.....	۳-۲-۲ مدل های تاثیر حمایت اجتماعی .....
۲۲.....	۳-۲ خودکارآمدی .....
۲۳.....	۱-۳-۲ تعریف خودکارآمدی .....
۲۵.....	۲-۳-۲ منابع خودکارآمدی .....
۲۷.....	۳-۳-۲ فرآیندهای واسطه خودکارآمدی .....
۳۲.....	۴-۳-۲ سنجش خودکارآمدی .....
۳۲.....	۵-۳-۲ خودکارآمدی و عملکرد .....
۳۲.....	۶-۳-۲ راه کارهایی برای غلبه بر ضعف ها و رسیدن به خودکارآمدی بالا .....
۳۴.....	۴-۲ پیشینه تحقیق .....
۳۴.....	۱-۴-۲ تحقیقات داخلی .....
۴۳.....	۲-۴-۲ تحقیقات خارجی .....
۵۰.....	۵-۲ جمع بندی .....

### فصل سوم (روش شناسی تحقیق)

۵۲.....	۱-۳ مقدمه .....
۵۲.....	۲-۳ روش تحقیق .....
۵۲.....	۳-۳ جامعه و نمونه آماری .....
۵۲.....	۴-۳ متغیرهای تحقیق .....
۵۳.....	۵-۳ ابزار تحقیق .....

۵۳	..... ۱-۵-۳ روایی و پایایی پرسشنامه ها
۵۴	..... ۶-۳ روش جمع آوری داده های تحقیق
۵۴	..... ۷-۳ روش های آماری تحقیق

### فصل چهارم (تجزیه تحلیل یافته های تحقیق)

۵۶	..... ۱-۴ مقدمه
۵۶	..... ۲-۴ توصیف ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها
۶۲	..... ۳-۴ توزیع نمرات متغیرهای تحقیق
۶۳	..... ۴-۴ آزمون فرضیه های تحقیق
۶۳	..... ۱-۴-۴ آزمون فرضیه اول
۶۳	..... ۲-۴-۴ آزمون فرضیه دوم
۶۴	..... ۳-۴-۴ آزمون فرضیه سوم
۶۴	..... ۴-۴-۴ آزمون فرضیه چهارم
۶۵	..... ۵-۴-۴ آزمون فرضیه پنجم
۶۵	..... ۶-۴-۴ آزمون فرضیه ششم

### فصل پنجم (بحث و نتیجه گیری)

۷۰	..... ۱-۵ مقدمه
۷۰	..... ۲-۵ خلاصه تحقیق
۷۳	..... ۳-۵ بحث و نتیجه گیری
۷۷	..... ۴-۵ پیشنهادات تحقیق
۷۷	..... ۱-۴-۵ پیشنهادات کاربردی

۷۸	پیشنهادات پژوهشی ۲-۴-۵
۷۹	منابع و مراجع
۸۷	پیوست ها

## فهرست جداول

۵۴	جدول ۱-۳- میزان پایایی پرسشنامه های تحقیق
۶۱	جدول ۱-۴ ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها
۶۲	جدول ۲-۴- بررسی توزیع داده های تحقیق با استفاده از ضریب چولگی و کشیدگی
۶۳	جدول ۳-۴- ارتباط بین خودکارآمدی و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت های بدنی
۶۳	جدول ۴-۴- ارتباط حمایت اجتماعی خانواده و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت های بدنی
۶۴	جدول ۵-۴- ارتباط حمایت اجتماعی دوستان و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت های بدنی
۶۴	جدول ۶-۴- ارتباط حمایت اجتماعی خانواده و خودکارآمدی ورزشکاران معلول
۶۵	جدول ۷-۴- ارتباط حمایت اجتماعی دوستان و خودکارآمدی ورزشکاران معلول
	جدول ۸-۴- نتایج رگرسیون خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان و
۶۵	مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت های بدنی به روش همزمان
	جدول ۹-۴- تحلیل واریانس (ANOVA) حاصل از رابطه بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی
۶۶	خانواده و حمایت اجتماعی دوستان و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت های بدنی
	جدول ۱۰-۴- ضرایب رگرسیون ارتباط خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی
۶۷	دوستان و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت های بدنی

## فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۴- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس جنسیت ..... ۵۶
- نمودار ۲-۴- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس سن ..... ۵۷
- نمودار ۳-۴- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس میزان تحصیلات ..... ۵۷
- نمودار ۴-۴- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس جانباز بودن ورزشکاران ..... ۵۸
- نمودار ۵-۴- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس نوع ورزش ..... ۵۸
- نمودار ۶-۴- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس رشته ورزشی ..... ۵۹
- نمودار ۷-۴- زمان فعالیت ورزشی نمونه آماری در طول هفته ..... ۶۰
- نمودار ۸-۴- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس سابقه عضویت در تیم ملی ..... ۶۰

# فصل اول

طرح تحقیق

## ۱-۱ مقدمه

فعالیت بدنی<sup>۱</sup> همواره جزء مکملی از زندگی فرد و خانواده در طی اعصار و تمدن های گوناگون انسان بوده و هست، در ارتباطات خانوادگی و فعالیتهای گوناگون زندگی اجتماعی سهم بسزایی داشته و از رهگذر فعالیتهای تفریحی و اوقات فراغت و مراسم آیینی چندمنظوره، برای اعضای خانواده خرسندی و لذت و شادی به ارمغان آورده است. همچنین فعالیت بدنی برای ایجاد امنیت و آسایش روانی و اجتماعی برای افراد و جوامع و تأمین بهداشت و سلامتی و زندگی سالم تأثیر ارزندهای داشته است. ورزش در نزد بسیاری از افراد جامعه فی نفسه فعالیتی ارزشمند، مثبت و مفید ارزیابی می شود. بدین لحاظ، انتظار می رود که اعضاء جامعه ضمن تأیید ورزش در بعد نظری، در بعد عملی نیز با مشارکت ورزشی و انجام فعالیتهای فیزیکی بر این نظریه صحت گذارده و فاصله میان نظر و ورطه عمل را به حداقل برسانند (فتیحی، ۱۳۸۸). در جامعه شاهد آن هستیم که سالانه تعدادی از افراد دچار معلولیت می شوند. معلولیت عارضه ای طبیعی و اجتماعی است که در جوامع مختلف به صورت های گوناگون دیده می شود. آمار نشان می دهد که درصد قابل توجهی از افراد هر جامعه را معلولان تشکیل می دهند. طبق آماري که اخیراً از طرف سازمان بهداشت جهانی وابسته به سازمان ملل منتشر شده است، ۱۰ درصد از مردم در جهان به نوعی معلول هستند. معلولیت عبارت است از هر نوع ناتوانی، ناهنجاری و یا نارسایی که قابل برطرف کردن و یا معالجه نباشد. به عبارت دیگر معلول کسی است که دارای ناتوانی، ناهنجاری و یا نارسایی بوده که قابل برطرف کردن و یا معالجه نباشد. تعریفی دیگر معلولیت عبارت است از محدودیت های دائمی در زمینه های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی - روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت سازد (جلالی فراهانی، ۱۳۹۰). پیشرفت های پزشکی، اجتماعی و اقتصادی اگرچه از میزان بروز معلولیت ها کم نکرده است، بلکه با به وجود آوردن شرایط درمان بیماران با مراقبت های خاص و ویژه، امکان بقا و ادامه زندگی را به همراه بسیاری از ناتوانی ها برای جمعیت زیادی از معلولان

---

1. Physical Activity

فراهم کرده است. معلولان به خاطر محدودیت‌هایی که دارند حتماً باید با ورزش کردن با هدف، نیازهای حرکتی خود را برطرف سازند. البته همان‌گونه که در مورد افراد غیر معلول نیز صادق است، هدف از ورزش تنها اهداف فیزیولوژیکی نیست بلکه ورزش یکی از بهترین و مهم‌ترین راه‌ها جهت جلوگیری از منزوی شدن معلولان در جامعه است (جلالی فراهانی، ۱۳۹۰). از این رو، در شرایط کنونی انجام فعالیت‌های ورزشی برای جانبازان و معلولان اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده و از یک وسیله‌ی تفریحی و درمانی پای فراتر گذاشته و به عنوان عاملی جهت تکامل نارسایی‌های جسمانی و روانی آنان مدنظر قرار می‌گیرد. فعالیت ورزشی از جمله راهکارهایی است که نقش بسیار تعیین کننده‌ای در انتقال معلول به دوره‌ی سازگاری داشته و به آنان چگونه زندگی کردن و چگونگی مقابله با شرایط گوناگون را می‌آموزد. اصولاً معلولان در طول فعالیت‌های ورزشی دیگران را می‌پذیرند، به خود اعتماد پیدا می‌کنند، حد توانایی‌ها و ناتوانی‌های خود را می‌شناسند، برای یادگیری بیشتر کوشش می‌کنند، از اشتباهات و خطاهای خود درس می‌گیرند و در زندگی اجتماعی از این تجربیات بهره می‌برند (شجاعی، ۱۳۸۲).

یکی از عوامل تأثیرگذار بر مشارکت در فعالیت‌های ورزشی حمایت کافی از طرف دیگران است (قائدی و همکاران، ۱۳۸۹). انسان موجودی اجتماعی است که با جامعه و افراد آن متقابلاً در ارتباط است و همواره تأثیراتی از محیط می‌گیرد. او نیازمند کمک و حمایت دیگران است و در مراحل دشوار و سخت زندگی و حتی در دوران خوشی و شادمانی نیاز به شرکایی دارد که او را همراهی کنند، از او حمایت کنند و در زندگی با او باشند (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸). سازمان جهانی معلولان، ناتوانی در تعامل بین فرد و محیط را به‌عنوان مانعی حمایتی و نگرشی بر سر راه معلولان می‌داند؛ چراکه اگر معلول از حمایت اجتماعی<sup>۱</sup> و تأمین اجتماعی کافی برخوردار نباشد، دچار افسردگی، استرس و عدم سلامت روان می‌شود؛ که این امر، اعضای خانواده و جامعه را متأثر ساخته و سلامت جامعه را در معرض خطر قرار می‌دهد. هدف حمایت اجتماعی از معلولان، بهتر شدن زندگی اجتماعی آن‌ها و

---

1. Social Support

توانمندسازی آنان به عنوان بخشی از نیروی انسانی جامعه است. در یک تعریف کلی، حمایت اجتماعی بر در دسترس بودن و کیفیت ارتباط با افرادی که در موقع نیاز، منابع حمایتی را فراهم می‌کنند تأکید دارد و تعهدات متقابلی را پدید می‌آورد که طی آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت‌نفس و ارزشمند بودن می‌کند (زکی، ۱۳۸۷). حمایت اجتماعی آسودگی و اطمینان خاطر جسمی و هیجانی است که از سوی خانواده، دوستان، همکاران و سایر افراد مهم برای فرد فراهم می‌شود (فرقانی و فتاحی، ۱۳۹۰).

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر مشارکت در فعالیتهای ورزشی خودکارآمدی<sup>۱</sup> است (مکالی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳؛ مکالی و کورنیا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲). خودکارآمدی به عنوان ساختار ویژه و باور و اعتقاد درباره سطح شایستگی در وضعیت‌های ویژه عنوان شده است (گراو و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). خودکارآمدی یعنی باور و ایمان شخص به اینکه او شایسته انجام فعالیت بوده و در تکلیف ویژه توانایی موفق شدن را دارد (کوکس و همکاران<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). بندورا<sup>۶</sup> (۱۹۹۵) اظهار می‌دارد که خودکارآمدی یک متغیر اثبات‌شده برای اثر گذاشتن بر اجرا است. به گفته بندورا، خودکارآمدی اعتقاد یک نفر به قابلیت‌های خود در سازمان‌دهی و انجام یک رشته فعالیت‌های موردنیاز برای مدیریت شرایط و وضعیت‌های مختلف است؛ به عبارت دیگر، خودکارآمدی اعتقاد یک فرد به توانایی خود جهت موفق شدن در یک وضعیت خاص است. به عقیده بندورا این اعتقاد، عامل تعیین‌کننده چگونگی تفکر، رفتار و احساس افراد است (بندورا، ۱۹۹۷).

## ۱-۲ بیان مسئله

اشخاص معلول، انسان‌هایی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنها است انحراف داشته و

1. Self-efficacy
2. McAuley
3. McAuley & Courneya
4. Grau et al.
5. Cox et al.
6. Bandura



به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی به وجود می‌آید. این معلولیت‌ها، دامنه گسترده‌ای از معلولیت‌های بارز، مانند نابینایی، ناشنوایی، کم‌توانی ذهنی و معلولیت جسمی حرکتی را تا معلولیت‌های غیر بارز مانند ضعف اعضای مختلف بدن و ناهنجاری‌های روانی در برمی‌گیرد (جلالی فراهانی، ۱۳۹۰). بیماری و ناتوانی که در اثر بی‌حرکی برای این افراد به وجود می‌آید باعث افزایش رنجش آن‌ها می‌شود و به کیفیت زندگی آنان آسیب می‌رساند. ورزش و فعالیت بدنی نقش بسیار مهمی در سلامت عمومی مردم جامعه از جمله جانبازان و معلولان دارد و با توجه به وضعیت بدنی این افراد می‌تواند چه از لحاظ سلامت جسمانی و چه از لحاظ سلامت روانی به این افراد کمک نماید و برای آن‌ها راه‌گشا باشد و باعث افزایش کیفیت زندگی‌شان گردد. حمایت اجتماعی مفهومی چندبعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برای مثال، اسکولز و اسکوارزر<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)، حمایت اجتماعی را به‌عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران و به‌عنوان راهکاری برای مقابله با استرس، یا یک مبادله‌ای از منابع تعریف نمود. سارافینو<sup>۲</sup> (۱۹۹۸)، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران مهم<sup>۳</sup> تعریف کرد است. حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائل‌اند و اینکه او به یک شبکه اجتماعی متعلق است (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹).

هر چه حمایت اجتماعی گسترده‌تر باشد، سلامت روانی یک‌یک افراد و کل جامعه بیشتر تأمین خواهد شد. برعکس، عدم حمایت اجتماعی انسان را با مشکلات و مسائل مختلف روبه‌رو خواهد کرد و ضربه‌های جبران ناپذیری را بر او وارد خواهد ساخت (مهرابی زاده، ۱۳۸۰). حمایت اجتماعی اغلب به‌طور معمول به اعمال انجام شده برای یک نفر آشفته به‌وسیله‌ی افراد عمده از قبیل اعضای خانواده و

---

1. Schulz U & Schwarzer R  
2. Sarafino  
3. Significant Others

دوستان، همکاران، خویشاوندان و همسایگان اطلاق می‌شود و این اعمال معمولاً کمک ابزاری، کمک اجتماعی هیجانی و کمک اطلاعاتی را شامل می‌گردد (نادری و همکاران، ۱۳۹۰).

لیون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) بیان می‌کنند که داشتن حمایت اجتماعی از دو طریق می‌تواند بر رضایت از زندگی افراد تأثیرگذار باشد. اولین روش تأثیر مستقیم یا تأثیر عمومی حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی این است که بدون در نظر گرفتن میزان پریشانی تجربه شده از جانب فرد، بر رضایت از زندگی تأثیر می‌گذارد. روش دوم شامل تأثیر غیرمستقیم یا تأثیر میانجی است که از افراد در مقابل اثرات منفی در شرایط استرس‌زا محافظت می‌کند (لیون و همکاران، ۲۰۱۰). بدیهی است که انسان‌ها در هنگام گرفتاری‌ها به حمایت اطرافیان و دوستان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند. لذا هرچه حمایت اجتماعی افراد بیشتر باشد رضایت از زندگی‌شان نیز بیشتر است (نادری و همکاران، ۱۳۹۰).

چندین مطالعه ارتباطات قوی را بین خودکارآمدی و فعالیت جسمانی یا تمرین گزارش دادند (مکالی، ۱۹۹۳؛ مکالی و کورنیا، ۱۹۹۲)، همچنین گفته شده است که در پیش‌بینی عملکرد، اغلب نقش خودکارآمدی بیشتر از توانایی جسمانی است (گراو و همکاران، ۲۰۰۱). باندورا در خصوص خودکارآمدی مطرح می‌کند که خودکارآمدی، توان سازنده‌ای است که بدان وسیله مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف به‌گونه‌ای اثربخش ساماندهی می‌شود. به نظر وی داشتن دانش، مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام آن‌ها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است (بندورا، ۱۹۹۷). همچنین باری و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) دریافتند که خودکارآمدی به‌طور مثبت با درجات اجرا رابطه دارد، آن‌ها اظهار کردند که خودکارآمدی به‌صورت معناداری پیش‌بینی‌کننده اجزای مختلف ورزشکاران و مربیان می‌باشد (باری و همکاران، ۲۰۰۴).

با توجه به این مسئله که روز به روز بر تعداد افراد معلول جامعه افزوده می‌شود و این افراد به دلایل مشکلات ناشی از کمبود فعالیت بدنی و اهمیت حضور در اجتماع نیاز مبرمی به انجام فعالیت

1. Leeuwen et al.

2. Bary et al.

بدنی - حتی بیش از سایر افرادی بدون معلولیت- دارند؛ لازم است شرایطی مهیا شود که این افراد به انجام فعالیت بدنی و مشارکت بیشتر ورزشی ترغیب شوند. اما، بر مبنای استدلال‌های انجام شده و اهمیت متغیرهای روانشناختی - همچون خودکارآمدی- و متغیرهای جامعه‌شناختی - همچون حمایت خانواده و دوستان- به نظر می‌رسد که این متغیرها بتوانند زمینه مشارکت بیشتر افراد معلول در فعالیت‌های ورزشی را فراهم سازند. بر همین اساس، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که چه ارتباطی بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و دوستان با مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی وجود دارد؟

### ۱-۳ ضرورت و اهمیت تحقیق

فعالیت بدنی از عوامل مهم در حفظ و بهبود سلامت جسمانی و روانی است و نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی ایفاء می‌کند (قاسم نژاد، ۱۳۹۰). اگر بپذیریم که معلولیت از جامعه حذف نخواهد شد و این قشر به هر دلیل در این جامعه زندگی خواهند کرد، پس ضروری است به نیازهای آنها توجه شود، یکی از این نیازها پرداختن به ورزش است. ورزش به‌مثابه یک فعالیت درمانی، تفریحی، علاوه بر پر کردن اوقات فراغت می‌تواند جنبه‌های متفاوت جسمانی، روانی و اجتماعی را در فرد معلول تقویت نماید و آثار و عوارض ثانویه این عارضه را کاهش یا درمان کند.

گذراندن اوقات فراغت با ورزش‌های تفریحی به‌وسیله معلولان از اهمیت بیشتری حتی نسبت به افراد غیرمعلول برخوردار است، زیرا متخصصان آشنا به خصوصیات معلولان و نیز متخصصان تربیت‌بدنی و ورزش معلولان معتقدند، که اگر ورزش برای غیر معلولان امری مستحب است، برای معلولان امری واجب است. آنها معتقدند که اگرچه ورزش برای افراد غیرمعلول بسیار نیکو و پسندیده است، اگر هم به آن نپردازند از طریق فعالیت‌های روزانه تا حدودی نیازهای حرکتی خود را برطرف می‌کنند، اما معلولان باید این نیازها را با انجام مرتب فعالیت‌های ورزشی برطرف نمایند (جلالی فراهانی، ۱۳۹۰).

کاسیدی<sup>۱</sup> (۱۹۹۹)، بیان می‌کند که منابع حمایت اجتماعی بسیار متنوع هستند. محیط خانواده اولین محل کسب تجارب حمایت اجتماعی است. از دیگر منابع حمایت اجتماعی می‌توان به همسالان، دوستان، خویشاوندان، همسایه‌ها و همکاران اشاره کرد که اعضای خانواده و دوستان منابع اصلی حمایت اجتماعی هستند (کاسیدی، ۱۹۹۹). همچنین حمایت‌های اجتماعی انواع متفاوتی دارد که عبارت‌اند از حمایت مصاحبتی، حمایت عاطفی، حمایت خدماتی، حمایت مالی، حمایت اطلاعاتی و حمایت مشورتی (قائدی و همکاران، ۱۳۸۹). رس و هاردی<sup>۲</sup> (۲۰۰۰)، حمایت اجتماعی را در زمینه‌ی ورزش متشکل از چهار بعد هیجانی (حمایت به‌منظور دلداری و ایمنی و هدایت فرد به این سمت که احساس کند دوست داشته شده و حمایت می‌شود)، حرمت (تقویت احساس شایستگی و عزت‌نفس فرد)، اطلاعاتی (فراهم کردن مشاوره و راهنمایی) و ملموس (فراهم کردن همراهی ابزاری و عینی) معرفی کردند (فرقانی و فتاحی، ۱۳۹۰). در نهایت محققین حمایت اجتماعی را شامل حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری بیان می‌کنند که حمایت عاطفی شامل دوست داشتن و عشق ورزیدن به فرد، پذیرفتن فرد و احترام گذاشتن به او است، کمک ملموس کالایی و یا خدماتی، نیز تحت عنوان حمایت ابزاری نامیده شده و دادن اطلاعات و آگاهی به افراد در زمان‌های بروز استرس‌های جسمی و روانی، را حمایت اطلاعاتی گویند (قائدی و همکاران، ۱۳۸۹).

بندورا احساس خودکارآمدی را به‌عنوان یک فرآیند ادراکی در افراد می‌داند که یک قضاوت ذهنی درباره توانایی آن‌ها مطابق با تقاضاهای محیطی را ایجاد می‌کند. در نتیجه وقتی ورزشکاران خود را باور نکرده‌اند، نمی‌توانند خود را برای اجرای درست مهارت آماده کنند و یا به اندازه کافی تلاش نخواهند کرد. یکی از مهم‌ترین دلایلی که ورزشکاران را از رسیدن به نیروهای ذاتی‌شان باز می‌دارد، توجه بیش از حد به بهبود کیفیت‌های فیزیکی در توسعه مهارت‌ها و عملکردهای ورزشی است، به عبارت دیگر آنان این حقیقت را که انسان تنها جسم نیست را دست کم گرفته‌اند (بندورا، ۱۹۸۶). در واقع خودکارآمدی مجموعه‌ای از باورها و انتظارات فرد در ارتباط با جنبه‌های عاطفی از فعالیت است.

1. Cassidy  
2. Rees & Hardy

پیش فرض اساسی بر پایه نظریه بندورا این است که خودکارآمدی زمانی که مهارت‌های لازم و انگیزه‌های مناسب حضور داشته باشند، اجرای واقعی را پیش‌بینی می‌کند (بندورا، ۱۹۸۶).

با توجه به نقش و اهمیت ورزش برای افراد معلول و همچنین با توجه به تاثیرات احتمالی حمایت اجتماعی و خودکارآمدی بر مشارکت ورزشی معلولان، محققان کمتر فعالیت بدنی و عوامل موثر بر آن را در بین این افراد مورد بررسی قرار داده‌اند و تحقیقات کمی در این زمینه انجام گرفته است. از این رو تحقیق حاضر برآن است تا به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی بپردازد. بدین ترتیب، می‌توان هم برای پژوهش‌های آینده ادبیات مناسبی را فراهم کرد و هم اطلاعات مفیدی را به برنامه‌ریزان حوزه ورزش معلولان ارائه نمود تا بتوانند زمینه مشارکت ورزشی بیشتر این افراد و بهبود سلامت آن‌ها را مهیا سازند.

#### ۴-۱ اهداف تحقیق

##### ۴-۱-۱ هدف کلی

هدف کلی تحقیق بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی است.

##### ۴-۱-۲ اهداف اختصاصی

۱. تعیین ارتباط بین خودکارآمدی و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی
۲. تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی خانواده و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی
۳. تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی دوستان مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی
۴. تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی خانواده و خودکارآمدی ورزشکاران معلول
۵. تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی دوستان و خودکارآمدی ورزشکاران معلول
۶. پیش‌بینی مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی براساس حمایت اجتماعی خانواده و دوستان و خودکارآمدی

## ۱-۵ فرضیات تحقیق

۱. بین خودکارآمدی و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیتهای بدنی ارتباط معنی‌داری وجود دارد.
۲. بین حمایت اجتماعی خانواده و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیتهای بدنی ارتباط معنی‌داری وجود دارد.
۳. بین حمایت اجتماعی دوستان و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیتهای بدنی ارتباط معنی‌داری وجود دارد.
۴. بین حمایت اجتماعی خانواده و خودکارآمدی ورزشکاران معلول ارتباط معنی‌داری وجود دارد.
۵. بین حمایت اجتماعی دوستان و خودکارآمدی ورزشکاران معلول ارتباط معنی‌داری وجود دارد.
۶. حمایت اجتماعی خانواده و دوستان و خودکارآمدی پیش‌بینی کننده مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیتهای بدنی هستند.

## ۱-۶ محدودیت‌های تحقیق

### ۱-۶-۱ محدودیت‌های قابل کنترل

۷. در این پژوهش تنها ورزشکارانی که دارای معلولیت جسمی یا حرکتی بودند به عنوان نمونه مورد ارزیابی قرار گرفتند.
۸. آزمودنی‌ها شامل ورزشکاران زیر نظر هیئت جانبازان و معلولین استان خراسان رضوی بودند.

### ۱-۶-۲ محدودیت‌های غیرقابل کنترل

۱. به علت گستردگی جامعه مورد مطالعه امکان دسترسی مستقیم به تمام نمونه‌ها وجود نداشت.
۲. عدم آگاهی از میزان تمایل و دقت آزمودنی‌ها و همچنین وضعیت روانی آن‌ها در هنگام پاسخ به سؤالات.
۳. عدم توانایی جسمانی بعضی از ورزشکاران در پاسخ به سؤالات.

۴. عدم ایجاد شرایط یکسان برای تمام آزمودنی‌ها هنگام تکمیل پرسشنامه.

## ۷-۱ پیش فرض‌های تحقیق

۱. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش اهداف را به دقت می‌سنجد.

۲. تمامی سوالات واضح و قابل درک بودند.

۳. پرسشنامه‌های مورد استفاده از روایی و اعتبار بالایی برخوردار است.

## ۸-۱ تعریف واژه‌ها و اصطلاحات تحقیق

### ۱-۸-۱ تعاریف نظری واژگان

**معلول:** کسی است که داری ناتوانی، ناهنجاری یا نارسایی باشد که قابل معالجه یا برطرف کردن

نباشد (جلالی فراهانی، ۱۳۹۰).

**حمایت اجتماعی:** میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت

شده توسط فرد، از سوی اعضای خانواده و دوستان (سارافینو، ۲۰۰۲)؛ حمایت اجتماعی به احساس

ذهنی تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می‌گردد. حمایت اجتماعی

برای هر فرد یک رابطه امن را به وجود می‌آورد که احساس صمیمیت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی آن

است (ابراهیمی، ۱۹۹۶).

**خودکارآمدی:** اعتقاد فرد به قابلیت‌های خود در سازمان‌دهی و انجام یک رشته فعالیت‌های مورد

نیاز برای مدیریت شرایط و وضعیت‌های مختلف است. به عبارت دیگر، خودکارآمدی اعتقاد فرد به

توانایی خود جهت موفق شدن در یک وضعیت خاص می‌باشد و این عامل تعیین کننده چگونگی تفکر،

رفتار و احساس اوست (بندورا، ۱۹۹۷).

## ۱-۸-۲ تعاریف عملیاتی واژگان

**معلول:** منظور از معلولان در این تحقیق معلولان جسمی یا حرکتی هستند که شامل سه دسته از معلولان می‌شوند، که عبارتند از: ۱- معلولان آسیب‌دیده سیستم اعصاب مرکزی یا محیطی ۲- معلولان قطع و نقص عضو ۳- معلولان آسیب‌دیده ارگان‌های داخلی (جلالی فراهانی، ۱۳۹۰).

**حمایت اجتماعی:** منظور از حمایت اجتماعی در این پژوهش نمره‌ای است که از پرسشنامه حمایت اجتماعی (لی و همکاران، ۲۰۱۰) به دست می‌آید. در این مطالعه حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده و دوستان مورد سنجش قرار گرفته، که حمایت خانواده با ۶ سوال (۳-۶-۹-۱۲-۱۵-۱۷) و حمایت دوستان با ۵ سوال (۲-۵-۸-۱۱-۱۴) در پرسشنامه حمایت اجتماعی (لی و همکاران، ۲۰۱۰) سنجیده شده است.

**خودکارآمدی:** منظور از خودکارآمدی در این پژوهش نمره‌ای است که از پرسشنامه خودکارآمدی (لی و همکاران، ۲۰۱۰) به دست می‌آید. در این مطالعه خودکارآمدی توسط ۶ سوال (۱-۴-۷-۱۰-۱۳-۱۶) بر اساس پرسشنامه خودکارآمدی (لی و همکاران، ۲۰۱۰) سنجیده شده است.

**مشارکت ورزشی معلولان:** منظور از مشارکت ورزشی در این تحقیق میزان ساعات فعالیت فعالیت بدنی معلولان در طول یک هفته است؛ که توسط ۲ سوال (تعداد جلسات تمرین در هفته - مدت زمان هر جلسه تمرین) سنجیده شده است که با ضرب کردن این دو عدد در یکدیگر میزان مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های بدنی در طول هفته بدست می‌آید (رمضانی نژاد و همکاران، ۱۳۸۸).



# فصل دوم

مبانی نظری و پیشینه تحقیق

## ۲-۱ مقدمه

در این فصل، مطالب در قالب دو بخش مبانی نظری و پیشینه تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است. در بحث مبانی نظری اطلاعاتی در زمینه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی مطرح شده است. در بحث پیشینه تحقیق به تحقیقات داخلی و تحقیقات خارجی در زمینه ورزش معلولان، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی اشاره شده است.

## ۲-۲ حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برای مثال، می‌توان آن را به عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران، به عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس، یا یک مبادله‌ای از منابع تعریف نمود (اسکولز و اسکوارزر، ۲۰۰۴). برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران مهم تعریف کرده‌اند (سارافینو، ۲۰۰۲). حمایت اجتماعی به احساس ذهنی تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می‌گردد. حمایت اجتماعی برای هر فرد یک رابطه امن را بوجود می‌آورد در آن احساس صمیمیت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی آن است (ابراهیمی، ۱۹۹۶). حمایت اجتماعی یک کمک دو جانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، احساس عشق و ارزشمندی می‌گردد و تمام این‌ها به فرد فرصت شکوفایی و رشد می‌دهد (ابراهیمی، ۱۹۹۶).

کوب<sup>۱</sup> (۱۹۷۶) حمایت اجتماعی را برحسب مزایای مرتبط با احساس دوست داشته شدن و مورد توجه و محبت قرار گرفتن، با ارزش بودن و مورد احترام قرار گرفتن، عضو یک شبکه‌ی ارتباطی بودن و احساس تعلق به آن و تعهد دو جانبه تعریف می‌کند. از نظر کوب حمایت اجتماعی موجب می‌شود که افراد ترغیب، تایید و احساس اطمینانی از دوستان و خانواده کسب کنند که در هنگام برخورد با

1. Cobb

استرس آن‌ها را مقاوم‌تر می‌کند (کوب، ۱۹۷۶). کهن و آنتونسی<sup>۱</sup> (۱۹۸۰) اظهار نمودند که حمایت اجتماعی ترکیبی از سه عنصر عاطفه، تصدیق و یاری است. عاطفه شامل ابراز عشق و محبت است و تصدیق، آگاهی در رفتار و بازخوردهای مناسب می‌باشد و کمک شامل مساعدت مستقیم است مانند پول قرض دادن، یاری دادن در انجام کارها، حمایت اجتماعی تبادل منابع حداقل بین دو فرد است که یکی از آن‌ها دریافت کننده آن می‌باشد که این امر به منظور افزایش خیر و سعادت فرد دریافت کننده انجام می‌پذیرد (ابراهیمی، ۱۹۹۶).

کونگ و کوان<sup>۲</sup> حمایت اجتماعی را به عنوان شبکه‌ای از ارتباطات توصیف کرده که رفاقت و همکاری را فراهم می‌آورد. حمایت اجتماعی رفتارهای ارتقای سلامت را تسهیل کرده و بازخورد آرایه داده و فعالیت‌هایی را که منتهی به اهداف شخصی می‌شود را تشویق می‌کند (کونگ و کوان، ۲۰۰۴). برخی، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر، آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند (ساراسون، ۱۹۸۸). ساراسون حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می‌داند که هر دو بعد واقعی و تصویری را در بر می‌گیرد. در مجموع، شاید بتوان گفت که حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائل‌اند و این که او به یک شبکه اجتماعی متعلق است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که بین حمایت اجتماعی و سلامتی ارتباط معنی داری وجود دارد (علی‌پور و همکاران، ۲۰۰۹).

## ۲-۱-۲ انواع حمایت اجتماعی

دسته‌بندی‌های گوناگونی توسط پژوهشگران از مفهوم حمایت اجتماعی به عمل آمده است. این دسته‌بندی‌ها در پاسخ به این سؤال بوده است که حمایت اجتماعی، به طور ویژه چه چیزی را برای یک شخص فراهم می‌آورد. سارافینو با جمع بندی نظرات برخی از پژوهشگران به دسته‌بندی حمایت اجتماعی در پنج مقوله حمایت عاطفی<sup>۳</sup>، ارزشیابانه<sup>۱</sup>، ابزاری یا ملموس<sup>۲</sup>، اطلاعاتی<sup>۳</sup> و شبکه‌ای<sup>۴</sup>

1. Kahn & Anotnisy  
2. Kwong & Kwan  
3. Emotional

پرداخت (سارافینو، ۱۹۹۸). درنتا و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) بر اساس طبقه بندی ویلز (۱۹۸۵) حمایت اجتماعی را به سه دسته عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی تقسیم بندی کرده‌اند (رحیمی و همکاران، ۲۰۱۰). دیویسون و همکاران (۱۳۸۴) از حمایت اجتماعی ساختاری<sup>۶</sup> و کارکردی<sup>۷</sup> نام برده‌اند. مفهوم حمایت اجتماعی ساختاری معمولاً به جنبه عینی حمایت اشاره دارد و به عنوان وجود ارتباطات اجتماعی اساسی و اولیه تعریف می‌گردد. وضعیت زناشویی، عضویت در سازمان‌های رسمی، نقش‌ها و دلبستگی‌ها و سایر ویژگی‌های شبکه ارتباطی مانند تعداد افراد و همخوانی پیوندها از نشانه‌های حمایت اجتماعی ساختاری هستند. حمایت اجتماعی کارکردی جنبه کیفی ارتباطات اجتماعی است که تا حدود زیادی به پاسخ‌های مربوط به استرس بر می‌گردد. حمایت اجتماعی کارکردی شامل کارکردهایی چون حمایت اطلاعاتی، ابزاری و محترم شمردن فرد، صمیمیت در ارتباطات اجتماعی، میزان دسترسی و زمان دریافت حمایت اجتماعی است. در مقایسه دو نوع حمایت اجتماعی، حمایت اجتماعی ساختاری دارای اثرات اساسی است و حمایت اجتماعی کارکردی بیشتر توأم با تعاملات بوده و دارای نقش محافظتی است (ابراهیمی، ۱۹۹۶). هاوس (۱۹۸۱) در مجموع و ضمن هماهنگ‌تر ساختن نظریات محققین دیگر چهار نوع حمایت اساسی را مطرح می‌کند. حمایت هیجانی (اعمال احترام آمیز)، حمایت ارزیابی کننده (پسخوراند درباره رفتار و دیدگاه فرد)، حمایت اطلاعاتی (نصیحت و جمع آوری اطلاعات موثر در حل مساله) و حمایت ابزاری که البته هر چهار نوع حمایت ارتباط متقابل و نزدیکی به یکدیگر دارند. به عنوان مثال فرد در مواجهه با بحران‌ها نیازمند به همدردی و مساعدت‌های مالی و هیجانی است، در حالی که فرد دیگر در مرحله تصمیم‌گیری صرفاً نیاز به اطلاعات صحیح و مساعدت‌های ابزاری دارد (ابراهیمی، ۱۹۹۶). دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۰) حمایت اجتماعی را در چهار مقوله عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و ارزشیابانه دسته‌بندی کرده

- 
1. Esteem
  2. Tangible
  3. Informational
  4. Network
  5. Dreneta et al.
  6. Structural
  7. Functional

است. در طبقه‌بندی دیگر حمایت اجتماعی به حمایت ارزشیابانه، اطلاعاتی، همراهی اجتماعی<sup>۱</sup> و ابزاری عنوان شده است (رحیمی و همکاران، ۲۰۱۰).

در مجموع، رایج‌ترین انواع حمایت اجتماعی که توسط پژوهشگران معرفی شده و در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته اند، شامل سه مقوله حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی می‌باشد:

**الف) حمایت عاطفی:** حمایت عاطفی به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز می‌باشد (درنتا و همکاران، ۲۰۰۶). حمایت اجتماعی عاطفی در بردارنده احساس همدلی، مراقبت، توجه و علاقه نسبت به یک شخص است. این نوع از حمایت می‌تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان، تعلق داشتن و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز نماید (سارافینو، ۱۹۹۸).

**ب) حمایت ابزاری:** حمایت ابزاری به کمک های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می‌گردد. این نوع حمایت به افراد کمک می‌کند تا نیازهای روزانه خود را تأمین نمایند و شامل عناصری از کمک های مادی و عینی نظیر قرض دادن پول، کمک کردن در نظافت منزل، جابه‌جایی و حرکت کردن، حمام رفتن و رانندگی کردن است (درنتا و همکاران، ۲۰۰۶).

**ج) حمایت اطلاعاتی:** گاچل به دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران را حمایت اطلاعاتی تعریف کرده است (گاچل و همکاران، ۱۹۹۸). به عبارتی دیگر، حمایت اطلاعاتی شامل دادن توصیه‌ها، جهت‌گیری‌ها، پیشنهادات یا بازخوردها به یک فرد راجع به چگونگی عملکردش می‌باشد (سارافینو، ۱۹۹۸).

---

1. Social Companionship

## ۲-۲-۲ منابع حمایت اجتماعی

دامنه منابع حمایت اجتماعی بسیار گسترده است. جان بالبی (۱۹۷۳) اعضای خانواده و دوستان را منابع اصلی حمایت اجتماعی می‌داند و عده‌ای دیگر چون هندرسون سایر افراد را به عنوان منابع مهم حمایت تلقی می‌کنند. در نهایت برخی پژوهشگران منابع دیگری مانند درمانگران و مشاوران که در بهبود وضعیت فرد موثرند را نیز جز منابع حمایت اجتماعی محسوب می‌کنند (ابراهیمی، ۱۹۹۶).

مطالعات مختلف مربوط به حمایت اجتماعی نشان داده که این منابع ضمن گسترده بودن، اثرات متنوعی در رفع مشکلات مختلف دارد؛ مثلاً اگر فرد به حمایت هیجانی نیاز داشته باشد، افراد خانواده و دوستان بهتر از افراد غریبه و اعضای گروه‌های خودیاری این کارکرد را انجام می‌دهند، اما اگر فرد برای حل مشکل خود نیازمند تجارب گذشته افراد و اطلاعات و راهبردهای مقابله آن‌ها باشد افراد غریبه به همان خوبی آشنایان می‌توانند به فرد دارای مشکل یاری رسانند. میزان تاثیر و نوع منبع حمایت اجتماعی به زمینه اجتماعی افراد نیز بستگی دارد. مثلاً برای زنان شاغل حمایت خانواده بسیار موثر است. در حالی که برای مردان شاغل، همکاران و سرپرستان بهترین منبع حمایت محسوب می‌شوند (ابراهیمی، ۱۹۹۶).

همچنین، منابع گوناگون دیگری برای دریافت حمایت اجتماعی وجود دارند که شاید بتوان گفت جنسیت، مذهب و طبقه اجتماعی از مهم ترین منابع کسب حمایت می‌باشند. بدین معنی، جنسیت ایفای نقش اجتماعی مردانه یا زنانه در جامعه و رفتارهای مطابق انتظارات اجتماعی منطبق بر نقش می‌تواند سبب برخورداری از میزان های متفاوتی از حمایت اجتماعی گردیده و در نهایت بر سلامت روان تأثیرگذار باشد (رحیمی و همکاران، ۲۰۱۰).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان شبکه اجتماعی خود را بیش از مردان وسعت می‌بخشند و در نتیجه حمایت اجتماعی بیش تری دریافت می‌دارند و از آن سود بیشتری نیز می‌گیرند. شاید به این دلیل زنان بیش از مردان از حمایت اجتماعی سود می‌برند که شبکه اجتماعی وسیع تری دارند که شامل بسیاری از زنان دیگر است (کوب، ۱۹۷۶).

بدین ترتیب با افزایش یافتن داشته‌های مشترک فردی و میزان حمایت اجتماعی، مخاطرات بهداشتی به حداقل کاهش می‌یابد. در نهایت، طبقه اجتماعی نیز می‌تواند عامل مؤثری در ادراک یا دریافت حمایت اجتماعی بوده و منجر به افزایش یا بهبود سلامت روان گردد. بر طبق نظریه علیت اجتماعی، طبقه اجتماعی افراد و شرایط زندگی آن‌ها از جمله فشارهای روانی شدید، شرایط کار نامناسب، عدم وجود کنترل بر محیط، سطح پایین تحصیلات و انتقال خانوادگی ارزش‌ها موجب ابتلای آن‌ها به بیماری روانی می‌گردد. تعلق به طبقات اجتماعی پایین می‌تواند شرایطی به وجود آورد که آسیب‌پذیری به بیماری‌های روانی افزایش یابد. می‌توان انتظار داشت که افراد متعلق به طبقات بالاتر اجتماعی، به علت برخورداری از منابع ارزشمند و کمیاب، بیشتر از هم‌تایان خود در طبقات پایین‌تر مورد توجه قرار گرفته و حمایت اجتماعی بیشتری کسب می‌نمایند (رحیمی و همکاران، ۲۰۱۰).

### ۳-۲-۲ مدل‌های تاثیر حمایت اجتماعی

در مجموع، برای تبیین و توضیح چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، دو مدل نظری مطرح گردیده است: مدل تأثیر مستقیم<sup>۱</sup> یا تأثیر کلی<sup>۲</sup> حمایت اجتماعی و مدل تأثیر غیرمستقیم<sup>۳</sup> یا فرضیه ضربه گیر<sup>۴</sup> حمایت اجتماعی

### ۳-۲-۲-۱ مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی

مطابق این مدل نظری، برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی، صرف نظر از این که فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر، اثرات سودمندی بر سلامتی دارد. اثرات سودمند حمایت اجتماعی برای سلامتی افراد، تحت شرایط و موقعیت‌های پرتنش و یا آرام و کم استرس، یکسان و

1. Direct effect  
2. Main effect  
3. Indirect effect  
4. Buffering hypothesis

مشابه می‌باشند (کوب، ۱۹۷۶). مطالعات متأثر از این مدل، عنوان می‌کنند افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و سلامت روانی بهتری را نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند. مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی، همچنین در قالب فرضیه دارایی‌ها منافع مطرح شده است. طبق این فرضیه، فقدان حمایت اجتماعی، فی‌نفسه زیان آور و استرس‌زا است (قدسی، ۲۰۰۳).

راه‌های مختلفی وجود دارند که از طریق آن‌ها اثرات مستقیم حمایت اجتماعی، بر سلامتی افراد تأثیر می‌گذارند. برای مثال، افرادی که دارای سطوح بالاتری از حمایت اجتماعی هستند، ممکن است احساس تعلق و عزت نفس آن‌ها، بالاتر از کسانی باشد که دارای چنین مزیتی نیستند. این وضعیت، منجر به یک چشم انداز مثبت و خوش بینانه می‌گردد که می‌تواند صرف نظر از میزان استرس تجربه شده توسط افراد، برای سلامتی آن‌ها سودمند باشد، مثلاً از طریق افزایش مقاومت آن‌ها در برابر عفونت‌ها. همچنین، برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سطوح بالای حمایت اجتماعی، می‌تواند افراد را تشویق به انجام رفتارهای بهداشتی و اتخاذ یک سبک زندگی سالم نمایند. برای مثال، فرد برخوردار از حمایت اجتماعی، ممکن است احساس کنند که دیگران به وی نیاز دارند؛ از این رو باید ورزش کرده، تغذیه مناسب داشته باشد، و قبل از آن که مشکلات جسمی یا روحی اش شدید شود به پزشک مراجعه نماید (کوب، ۱۹۷۶).

## ۲-۲-۲-۲ مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه گیر

بر اساس این مدل، حمایت اجتماعی صرفاً برای افرادی مفید و مؤثر است که تحت فشار روانی و استرس قرار دارند. در این حالت، حمایت اجتماعی همانند سپری در مقابل ضربات ناشی از استرس عمل می‌کند. به تعبیری دیگر حمایت اجتماعی، عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالا است بر سلامت روانی تأثیر دارد. فقدان حمایت در این مدل، ضرورتاً استرس‌زا به حساب نمی‌آید، لذا تحت شرایط



استرس بالا و حمایت کم، آسیب و پریشانی روانی افزایش می‌یابد تا در شرایط استرس بالا و حمایت زیاد (قدسی، ۲۰۰۳).

این کارکرد حفاظتی حمایت اجتماعی، تنها زمانی رخ می‌دهد که فرد با یک عامل تنش‌زای قوی روبرو می‌گردد. تحت شرایط و موقعیت‌های کم استرس، اثر ضربه‌گیری حمایت اجتماعی یا بسیار کم است یا اصلاً عمل نمی‌کند. اثر ضربه‌گیری حمایت اجتماعی، حداقل از دو روش عمل می‌کند؛ یک روش شامل فرآیند ارزیابی شناختی است. زمانی که افراد با یک عامل تنش‌زای شدید نظیر بحران مالی مواجه می‌شوند، آن دسته از افرادی که دارای سطح بالاتری از حمایت اجتماعی هستند، در مقایسه با کسانی که از سطوح پایین‌تری برخوردارند، احتمال دارد که مشکل به وجود آمده را کمتر تنش‌زا و فشار آور ارزیابی و تفسیر نمایند. دومین راهی که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان سپری در مقابل اثرات استرس عمل کند، از طریق تعدیل کردن پاسخ‌های افراد به یک عامل تنش‌زا می‌باشد. برای مثال، افراد برخوردار از سطوح بالای حمایت اجتماعی، ممکن است فردی را بشناسند که بتواند راه حلی برای مشکل آن‌ها ارائه کند، آن‌ها را متقاعد نماید که موقعیت به وجود آمده خیلی جدی و مشکل‌ساز نیست، آن‌ها را امیدوار سازد که به نیمه‌پر لیوان فکر کنند، یا روی شانس و اقبال خود تکیه کنند. افرادی که از سطوح پایین‌تری از حمایت اجتماعی برخوردارند، به احتمال بسیار کمتری برخوردار از این مزایا و امتیازات می‌باشند، از این رو اثرات منفی استرس و موقعیت‌های استرس‌زا برای آنان، بیشتر و شدیدتر از دارندگان حمایت اجتماعی بالاتر می‌باشد (سارافینو، ۱۹۹۸).

با مقایسه دو مدل، می‌توان گفت که در مدل تأثیر مستقیم، فقدان یا کاهش در حمایت اجتماعی موجب آسیب‌ها و اختلالات جسمی و روانی می‌شود، در حالی که در مدل ضربه‌گیر یا تأثیر غیرمستقیم، فقدان یا کاهش حمایت اجتماعی به اضافه حضور استرس و افزایش آن است که موجب بروز چنین اختلالاتی می‌گردد. شواهد موجود نشان دهنده تأیید هر دو مدل می‌باشد (علی‌پور و همکاران، ۲۰۰۹).

در پژوهش حاضر، از مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی استفاده شده است که بر اساس آن، نفس حضور و وجود حمایت اجتماعی حتی به شکل ذهنی و تصویری، می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامت روان داشته باشد.

## ۲-۳ خودکارآمدی

همه‌ی افراد در مسیر زندگی با مشکلات و موانعی مواجه می‌شوند. نوع برخورد انسان‌ها با این موانع و مشکلات به ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها باز می‌گردد. باورهای افراد دنیای آن‌ها را سازمان می‌دهد و به تجربیاتشان معنا می‌بخشد. اینکه چگونه این باورها می‌تواند دنیای روانشناختی را در افراد ایجاد کند و آن‌ها را در موقعیت‌های مشابه به تفکر، احساس و عمل متفاوتی هدایت کند، موضوعی بسیار مهم است (غلامی، ۱۳۸۸).

خودکارآمدی عاملی مهم در نظام سازنده‌ی شایستگی انسان است. انجام وظایف از سوی افراد مختلف با مهارت‌های مشابه در موقعیت‌های متفاوت به صورت ضعیف، متوسط و یا قوی و یا توسط یک فرد در شرایط متفاوت به تغییرات باورهای خودکارآمدی آنان وابسته است. به همین دلیل، احساس خودکارآمدی، افراد را قادر می‌کند تا با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع کارهای فوق العاده‌ای انجام دهند. عملکرد مؤثر، هم به داشتن مهارت‌ها و هم به باور در توانایی انجام آن مهارت‌ها نیازمند است. اداره کردن موقعیت‌های دائم‌التغییر، مبهم، غیرقابل پیش‌بینی و استرس‌زا، مستلزم داشتن مهارت‌های چندگانه است (عبداللهی، ۱۳۸۵).

باندورا خودکارآمدی را به عنوان عقیده به توانایی‌های فرد در سازماندهی و اجرای یک سری اعمال مورد نیاز برای رسیدن به یک هدف تعریف می‌کند (کوربانگلو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). خودکارآمدی به قضاوت‌هایی در مورد اینکه چقدر یک نفر خوب می‌تواند روش‌های مورد نیاز برای رویارویی با شرایط آینده را به کار ببرد، می‌پردازد (باندورا، ۱۹۸۲). خودکارآمدی ادراک شده همچنین

1. Kurbanoglou et al.

پیمانه‌ای برای سنجش میزان مهارت‌های یک فرد در یک حوزه نیست، بلکه باور فرد در این زمینه است که با در اختیار داشتن مجموعه‌ای از مهارت‌ها و تحت شرایط مختلف چه کاری از دستش بر می‌آید. به عبارت دیگر بین این موضوع که فرد چه مهارت‌هایی را دارا است و این مسأله که با داشتن این مهارت‌ها و تحت شرایط مختلف چه اقدامی انجام خواهد داد، تفاوت دارد. یعنی فرد ممکن است علیرغم دارا بودن مهارت‌های لازم برای انجام یک عمل و علیرغم اشراف بر نحوه انجام آن عمل، به دلیل داشتن باورهای خودکارآمدی ضعیف، عملکرد ناموفقی داشته باشد (باندورا، ۱۹۹۷؛ به نقل از گنجی ارجنگی و فراهانی، ۱۳۸۸).

اشخاص با خودکارآمدی بالا علاقه‌ی ذاتی به کار و تمایل به افزایش تلاش خود دارند؛ در مقابله با موانع، پشتکار بیشتری از خود نشان می‌دهند و بسیار مؤثر عمل می‌کنند (صالحی و همکاران، ۱۳۸۵). بوگلز و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) در پژوهشی دریافته‌اند که افراد با خودکارآمدی پایین، به دلیل ترس از ارزیابی منفی و انتقاد از سوی دیگران به احتمال کمتری موفقیت‌های خود را به خود نسبت می‌دهند (مسعودنیا، ۱۳۸۷).

### ۲-۳-۱ تعریف خودکارآمدی

مفهوم خودکارآمدی که عامل اصلی در تئوری یادگیری اجتماعی است، ابتدا در بستر روانشناسی اجتماعی از سوی باندورا شکل گرفت (کوربانگلو، ۲۰۰۳). در تئوری باندورا منظور از خودکارآمدی شخصی احساس‌های شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با زندگی است. همچنین باندورا خودکارآمدی را بر میزان ادراک ما از درجه کنترلی که بر زندگی‌مان داریم، تعریف می‌کند (شولتز، ۱۹۹۸). خودکارآمدی به معنای توانایی ادراک شده‌ی فرد در انطباق با موقعیت‌های مشخص است و به قضاوت افراد درباره‌ی توانایی آن‌ها در انجام دادن یک کار یا انطباق با یک موقعیت خاص مربوط است. خودکارآمدی به احساس عزت نفس، ارزش خود، احساس کفایت و کارایی در برخورد با زندگی

1. Bugels et al.

اطلاق می‌شود (بندورا، ۱۹۹۷). پورافکاری (۱۳۸۵) باورهای شخص در مورد توانایی برای کنار آمدن با موقعیت‌های متفاوت را خودکارآمدی می‌داند.

کسیدی و ایچوز<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) خودکارآمدی را عقیده به توانایی یک فرد در داشتن یک رفتار یا انجام یک کار خاص به صورت موفقیت آمیز می‌دانند (کوروبانگلو و همکاران، ۲۰۰۶). باندورا (۱۹۹۲) خودکارآمدی ادراکی را به عنوان ایمان به توانایی‌های یک فرد برای سازماندهی کردن و عملی کردن مسیرهای عملی مورد نیاز در مدیریت شرایط آینده، باورهای خودکارآمدی اینکه مردم چگونه فکر می‌کنند، احساس می‌کنند و خودشان را برمی‌انگیزانند و عمل می‌کنند، تعریف کرده است. ادن و ذوک<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) خودکارآمدی را تخمین کلی فرد از توانایی خود برای تأثیر گذاشتن به عملکردهای ضروری در دستیابی به شرایط بیان می‌کنند (پیلای<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

به نظر باندورا (۱۹۹۷) سطح انگیزش، شرایط عاطفی و عملکردهای اشخاص براساس آنچه که آنان باور دارند، شکل می‌گیرد نه براساس آنچه واقعا درست است. سازه خودکارآمدی بر باورهای افراد در مورد قابلیت‌های خودشان برای اعمال کنترل به سطح عملکردشان و به رویدادهایی که زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مربوط است. همانگونه که باندورا (۱۹۸۹) ذکر می‌کند، افراد بسیار کارآمد سناریوی موفقیت که راهنمایی‌های مثبتی بر عملکرد ایجاد می‌کند در ذهن مجسم می‌سازند، در حالیکه آن‌هایی که خودشان را ناکارآمد قضاوت می‌کنند، گرایش دارند که سناریوی شکستی که عملکردشان را کوچک می‌شمرد، در ذهن متصور سازند. افراد بسیار کارآمد تمایل دارند شکست‌شان را به کمبود تلاش نسبت دهند، در حالیکه آن‌هایی که خودشان را ناکارآمد می‌دانند، شکست‌شان را به کمبود توانایی خود مرتبط می‌کنند (آپل بائوم و هره<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶).

عقاید مرتبط با خودکارآمدی، ایجاد کننده چاره‌جویی برای انگیزه، رفاه و موفقیت فردی هر انسانی است. اگر افراد بر این عقیده باشند که کاری که باید انجام دهند فراتر از توانایی‌های آن‌هاست،

1. Cassidy & Eachus

2. Eden & Zuk

3. Pillai

4. Appelbaum & Hare

انگیزه‌ی کمی پیدا خواهند کرد؛ اما اگر دریابند که آنچه انجام می‌دهند نتایج مطلوبی را به همراه دارد، آن را انجام خواهند داد (کوربانگلو و همکاران، ۲۰۰۶).

### ۲-۳-۲ منابع خودکارآمدی

مطابق نظر باندورا، خودکارآمدی یک فرد مبتنی بر چهار منبع اطلاعاتی مهم است: تجربیات ماهرانه یا موفقیت‌آمیز<sup>۱</sup> (تجربه‌های قبلی، موفقیت و شکست)، تجربیات الگوبرداری<sup>۲</sup> در مورد مشاهده‌ی عملکردها، موفقیت‌ها و شکست‌های دیگران، ترغیب اجتماعی<sup>۳</sup> (ترغیب کلامی از هم‌نوعان، همکاران و خویشاوندان) و حالت‌های عاطفی و فیزیولوژیکی<sup>۴</sup> که افراد براساس آن‌ها توانایی، نیرو و آسیب‌پذیری خود نسبت به عملکرد نادرست خود را مورد قضاوت قرار می‌دهند (کوربانگلو، ۲۰۰۳).

### ۱-۲-۳-۲ تجربیات ماهرانه یا موفقیت‌آمیز

این منبع اشاره به مهارت حقیقی فرد از یک کار خاص مربوط است (آپل بائوم و هانیگر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸). تجربیات گذشته‌ی فرد مجموعه‌ی کلی تجربیاتی را ایجاد می‌کند که به شرایط جدید منتقل می‌شود. حس پشتکاری کارآمدی زمانی که فرد قادر است بر موانع چالش برانگیز با پشتکار فائق آید، پیشرفت می‌کند. تجربه‌ای که اطمینان فرد به توانایی‌هایش را مهیا می‌سازد و به فرد اجازه می‌دهد که مشکلات و شکست‌ها را بدون از دست دادن اعتماد به نفس تحمل کند (آپل بائوم و هره، ۱۹۹۶).

معمولاً موفقیت‌ها باعث خودکارآمدی می‌شوند، در حالیکه شکست‌ها میزان آن را کاهش می‌دهند. به عبارت دیگر همانگونه که باندورا اشاره می‌کند، پس از آنکه حس خودکارآمدی قوی از طریق موفقیت‌های مکرر ایجاد شد، شکست‌های اتفاقی نمی‌توانند بر آن تأثیر منفی بگذارند (کوربانگلو، ۲۰۰۳). افرادی که به طور ماهرانه فعالیت‌های خود را انجام می‌دهند و بر کارها تسلط دارند، حس

---

1. Mastery experiences  
2. Vicarious experiences  
3. Social persuasion  
4. Physiological states  
5. Appelbaum & Honeggar

کارآمدی قویتری دارند و این امر نه تنها برای آنان احساس خوشایندی ایجاد می‌کند، بلکه احتمال تکرار موفقیت‌ها را افزایش می‌دهد.

### ۲-۲-۳-۲ تجربیات الگوبرداری

الگوسازی، به مشاهده‌ی فرد دیگری در حین انجام کار تحت بررسی اطلاق می‌شود. الگوبه فرد مشاهده‌گر با تلاشهای موفق، استراتژی اجتماعی کار را می‌فهماند، اساسی برای مقایسه و قضاوت توانایی‌های خودش و تشویق به باور اینکه از طریق تلاش و کوشش علیرغم شکست‌ها، می‌توان کار را با موفقیت به پایان رساند. سودمندی الگوسازی به تشابه میان الگو و مشاهده‌گر به عنوان مثال سن و توانایی بستگی دارد (آپل بائوم و هره، ۱۹۹۶). افراد هنگامی نسبت به تجربه‌های الگوبرداری به شدت حساس می‌شوند که آشنایی کافی با آنچه که باید انجام دهند، ندارند. مشاهده موفقیت الگوها به ایجاد باور مشاهده‌گران در مورد توانایی‌هایشان برای دستیابی به موفقیت کمک می‌کند (کوربانگلو، ۲۰۰۳).

### ۲-۲-۳-۲-۲ ترغیب اجتماعی

هدف ترغیب کلامی، القا کردن به فرد برای مواجه شدن با کار یا به کار بردن توانایی‌های خود برای موفقیت است (آپل بائوم و هره، ۱۹۹۶) کسانی که به صورت کلامی متقاعد شده‌اند، دارای توانایی‌های خاصی هستند و در صورتی که مشکل خاصی رخ دهد، تلاش بیشتری به خرج می‌دهند. معمولاً به سختی می‌توان از طریق تشویق مثبت، باورهای مربوط به خودکارآمدی را تقویت کرد؛ در حالیکه این باورها از طریق ارزیابی‌های منفی تضعیف می‌شود (کوربانگلو، ۲۰۰۳) ترغیب کلامی معمولاً توسط والدین، معلمان، همسران، دوستان و درمانگران انجام می‌شود. برای اینکه قانع‌سازی کلامی مؤثر افتد، باید واقع بینانه باشد (شولتز، ۱۹۹۸).

### ۲-۲-۳-۲-۲-۲ حالت‌های عاطفی و فیزیولوژیکی

حالت فیزیولوژیکی نیز بر باورهای مربوط به خودکارآمدی تأثیر می‌گذارد. مردم میزان اعتماد خود را به هنگام انجام یک عمل از طریق حالت عاطفی‌ای که تجربه می‌کنند، می‌سنجند. واکنش‌های

عاطفی منفی، همچون اضطراب، فشار عصبی و ترس می‌تواند دیدگاه‌های مرتبط با خودکارآمدی را تنزل دهد (کوربانگلو، ۲۰۰۳). این احساسات از یک طرف باعث می‌شوند که تصویر درونی فرد از خودش دچار خدشه شود و همین امر اثری منفی بر خودکارآمدی خواهد داشت. از طرف دیگر هرچند کاری که فرد در حال انجام دادن آن است با موفقیت پایان پذیرد، ولی تصویری از عدم موفقیت همیشه با شخص خواهد ماند و تجربیات موفق او را هم با هاله‌ای از عدم اعتماد به نفس خواهد پوشاند.

افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند معتقدند که می‌توانند به طور مؤثر با رویدادها و شرایطی که مواجه می‌شوند، برخورد کنند. از آنجایی که آن‌ها در غلبه بر مشکلاتشان انتظار موفقیت دارند، در تکلیف‌ها استقامت کرده و اغلب در سطح بالایی عمل می‌کنند (شولتز، ۱۹۹۸). تحقیقات نشان داده است که هرچه فرد بیشتر خودکارآمد باشد، احتمال اینکه کاری که آغاز می‌کند و تلاشی که برای انجام کار دنبال می‌کند، بیشتر باشد و وقتی با مشکلی یا حتی شکستی مواجه می‌شود سرسختی نشان دهد، زیادتر خواهد شد (لوتانز و پترسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

### ۲-۳-۳ فرآیندهای واسطه خودکارآمدی

چهار فرآیند روانشناختی که از طریق آن‌ها باور خودکارآمدی بر عملکرد انسان تأثیر می‌گذارد، عبارتند از: فرآیندهای شناختی، انگیزش، عاطفی و انتخابی.

### ۲-۳-۳-۱ فرآیندهای شناختی

باورهای خودکارآمدی به چند طریق بر فرآیندهای شناختی تأثیر می‌گذارند. بیشتر رفتارهای انسان بر اساس دور اندیشی در مورد اهداف ارزشمند تنظیم می‌شود. یکی از کارهای عمده، فکر ایجاد توانایی پیش‌بینی وقایع در افراد و کمک به آن‌ها در پیدا کردن روش‌هایی برای کنترل وقایعی است که بر زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. چنین مهارت‌هایی به پردازش شناخت اطلاعاتی که ابهام‌ها و

1. Luthans & Peterson

تردیدهای زیادی دربردارد، نیاز دارد. متعهد ماندن به هدف در مواجهه با مقتضیات، شکست‌ها و موانع فشارزای موقعیتی به احساس قوی کارآمدی نیاز دارد (باندورا، ۱۹۹۴؛ به نقل از مرادی، ۱۳۸۹).

## ۲-۳-۳-۲ فرآیندهای انگیزشی

به کارگیری اصول نظریه‌ی یادگیری اجتماعی به همراه پاداش‌های بیرونی برای انجام دادن کار ممکن است مؤثرترین ترکیب شیوه‌های انگیزشی را مهیا کند (آپل بائوم و هره، ۱۹۹۶). به نظر باندورا (۱۹۹۷) انگیزش، شرایط عاطفی و عملکردهای اشخاص بیشتر به این موضوع بستگی دارد که وظایف و فعالیت‌هایی را انتخاب کنند که در آن احساس مهارت و اعتماد به نفس دارند و از فعالیت‌هایی که در آن چنین احساسی ندارند، اجتناب کنند (کوربانگلو، ۲۰۰۳). مردم براساس باورشان درباره‌ی آنچه می‌توانند انجام دهند و همچنین اعتقادشان درباره‌ی نتایج احتمالی عملکرد، عمل می‌کنند. فعالیت‌های بیشماری وجود دارد که اگر خوب انجام شوند، نتایج ارزشمندی تولید می‌کند، اما این فعالیت‌ها از سوی مردمی که نسبت به آنچه که می‌دانند برای موفقیت باید اتخاذ شود، شک دارند، دنبال نمی‌شود (باندورا، ۱۹۹۹). باور خودکارآمدی از طریق این تعیین‌کننده‌های زیر بر رفتار انسان اثر می‌گذارد:

### الف) انتخاب اهداف

افراد از درگیری در تکالیفی که در آن‌ها کارآمدی پایینی دارند، اجتناب می‌کنند و به تکالیفی که در آن‌ها کارآمدی بالایی دارند، متعهد می‌شوند. ارزیابی دقیق خودکارآمدی مهم است. پیامدهای خودکارآمدی بالا و مهارت کم، آزار دهنده و پیامد خودکارآمدی پایین و مهارت بالا محدود کننده است، اساسی‌ترین قضاوت‌های کارآمدی احتمالاً در مورد آن کارهایی هستند که فرد معمولاً می‌تواند آن‌ها را در یک زمان معین انجام دهد (غلامی رنایی، ۱۳۸۴). سطح بالای خودکارآمدی منجر به گرایش به اقدام به ریسک برای آزمودن رفتار جدید می‌شود (کوربانگلو، ۲۰۰۳) کارمندانی که می‌دانند از آن‌ها چه توقعی می‌رود، هدف یا ماموریت خود را درک می‌کنند، آن‌هایی که فرصت‌هایی برای بهتر



بودن و پیشرفت کردن دریافت می‌کنند و آن‌هایی که دائماً در حال جستجوی اطلاعاتی در مورد چگونگی بهبود بخشیدن پیشرفت‌شان هستند، احتمال تجربه موفقیت بیشتری را دارند (لوتانز و پترسون، ۲۰۰۲). اهداف شخصی توسط باورهای خودکارآمدی تعیین می‌شوند. باورهای خودکارآمدی در انتخاب درجه‌ی چالش و تعهد به اهداف شخصی تأثیر دارند. باورهای خودکارآمدی پیشرفته منجر به تنظیم اهداف چالش برانگیزتر شده و باورهای خودکارآمدی تقلیل یافته، منجر به تعیین هدف معمولی‌تر و مدل انگیزشی واقعی‌تر و قابل دسترس‌تر می‌شود (آپل بائوم و هره، ۱۹۹۶).

### ب) اجرای اهداف

خودکارآمدی درک شده نه تنها در انتخاب اهداف، بلکه بر اجرای آن‌ها نیز اثر می‌گذارد. انجام یک تصمیم به هیچ وجه به افراد اطمینان نمی‌دهد که رفتارهای مورد نیاز را به طور موفقیت آمیز انجام دهند و در مواجهه با مشکلات استقامت و پایداری داشته باشند. یک تصمیم‌گیری روانی به یک عمل روانی مشتق شده از باور کارآمدی بالا، نیاز دارد. باور به کارآمدی شخصی همچنین به رفتار انسان شکل می‌دهد که آیا از فرصت‌ها استفاده می‌کند و یا از حضور آنان در شرایط مختلف زندگی جلوگیری به عمل می‌آورد و وجود موانع و مشکلات را دشوارتر می‌کند. افراد با خودکارآمدی بالا بر فرصت‌های ارتقاء شغلی و غلبه بر موانع متمرکز می‌شوند، با ابتکار و پشتکار عنان کنترل بر محیط و محدودیت‌ها را به دست می‌گیرند. افرادی که دچار خودشکی می‌شوند بر موانع و محدودیت‌ها کنترل کمی دارند و یا اصلاً کنترل ندارند و به آسانی تلاش‌های خود را بیهوده می‌شمارند. آنان از فرصت‌هایی محیطی کم استفاده می‌کنند (عبداللهی، ۱۳۸۵).

### ج) میزان تلاش

افرادی که احساس خودکارآمدی بالاتری دارند، با شدت و پشتکار بیشتری تلاش می‌کنند، البته بین تأثیر احساس خودکارآمدی بر میزان تلاش به هنگام یادگیری و تأثیر آن بر اجرای مهارت‌های فراگرفته شده، تفاوت وجود دارد. زیرا افراد با خودکارآمدی بالا ممکن است احساس کنند که به تلاش برای یادگیری این مهارت‌ها نیاز چندانی ندارند (باندورا، ۱۹۸۶؛ به نقل از مرادی، ۱۳۸۹).

### د) میزان استقامت و پشتکار

باندورا (۱۹۹۷) معتقد است که خودکارآمدی درک شده در میزان استقامت، جدیت و پشتکار فرد در نیل به اهداف مورد انتظار در برخورد با موانع، اثر می‌گذارد. افراد کارآمد در مواجهه با رویدادهای دشوار، استقامت و پشتکار زیادی به خرج می‌دهند و از نتایج مختلف فردی و محیطی بازخوردهای مثبت می‌گیرند که آن بازخوردها به نوبه‌ی خود به عنوان تقویت کننده یا قدرت دهنده به خودکارآمدی عمل می‌کنند. به عکس افراد با خودکارآمدی پایین و یا افرادی که در کسب نتایج مورد انتظار تلاش نمی‌کنند، بازخوردهایی که نشانگر عدم توانمندی در انجام وظایف است، دریافت می‌کنند (عبداللهی، ۱۳۸۵).

### ح) استرس و فشار روانی

خودکارآمدی بر میزان استرس و فشار روانی و افسردگی ناشی از موقعیت‌های تهدیدکننده اثر می‌گذارد. افراد با کارآمدی بالا در موقعیت‌های فشارزا سطح فشار روانی خود را کاهش می‌دهند. ولی افراد دارای خودکارآمدی پایین در کنترل تهدیدها، اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و عدم کارآمدی خود را گسترش می‌دهند، بسیاری از جنبه‌های محیطی را پرخطر و تهدیدزا می‌بینند، که این امر می‌تواند موجب استرس و فشار روانی فرد شود. افرادی که باور دارند می‌توانند تهدیدها و پافشاری‌های بالقوه را کنترل کنند، عوامل آشفته‌ساز را به ذهن خود راه نمی‌دهند و در نتیجه به وسیله‌ی آن‌ها آشفته نمی‌شوند (هاشمیان، ۱۳۸۹).

### ۲-۳-۳-۳ فرآیندهای عاطفی

موفقیت و پیروزی هر انسانی در زندگی، کسب و کار، دوستیابی یا هر اقدام دیگر، حاصل تصور و نگرش مثبت شخصی احراز خویشتن است. این نگرش مثبت است که فرد را به سوی موفقیت می‌کشاند و برعکس نگرش منفی از خود و دیگران باعث می‌شود که ذهن انسان به جای استفاده از فرصت‌ها، صرف فکر کردن به مشکلات شود که در دراز مدت می‌تواند اثرات سوء دیگری در رفتار و

خلق و خو با دیگران داشته باشد. تجربه‌های ناشی از موفقیت و یا شکست کارکنان در طول سال‌های خدمت، تصورات آنان را در رابطه با توانایی‌هایشان نسبت به انجام وظایف شغلی تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر کارمند معتقد باشد که قبلاً وظیفه‌ی مشابهی را با موفقیت انجام داده است، احتمالاً با وظایف و فعالیت‌های بعدی، بیشتر با نگاه مثبت برخورد خواهد کرد و اگر با شکست مواجه شده باشد، به تکالیف بعدی با نوعی نگاه منفی رو به رو خواهد شد. باندورا معتقد است که حل این مسأله یا موفقیت در انجام یک وظیفه‌ی خاص، تجربه‌ی هیجانی را ایجاد می‌کند که موجب تمایل و گرایش به درگیر شدن برای رسیدن به حد تسلط در مسائل آینده در افراد می‌شود و احساس کارآمدی آنان را افزایش می‌دهد (عبداللهی، ۱۳۸۵).

## ۲-۳-۳-۴ فرآیندهای انتخابی

افرادی که حس خودکارآمدی قوی دارند، مجدداً موقعیت‌هایی را انتخاب می‌کنند که در آنها موفق شوند. همچنین این اشخاص در اجرای کارها و کسب نتایج مطلوب فعال‌تر هستند. برعکس، افرادی که احساس اثربخشی نمی‌کنند، به تماشای چینی غیر فعال تبدیل می‌شوند که دنیا را علیه خود می‌دانند و نسبت به کنترل وقایعی که در زندگی آنها رخ می‌دهد احساس ضعف دارند (باندورا، ۱۹۹۰؛ به نقل از شاوران، ۱۳۹۰). فرآیندهای انتخابی به توانایی افراد در ایجاد محیط مطلوب و سودمند و کنترل نسبی بر آنچه در زندگی روزمره با آن مواجه می‌شوند، اشاره دارد. افراد تا حدی در شکل‌دهی محیط خود نقش دارند، بنابراین باورهای خودکارآمدی از طریق تأثیر بر انواع فعالیت‌ها و محیط‌هایی که افراد انتخاب می‌کنند، می‌تواند زندگی آنها را شکل دهد. افراد از طریق انتخاب‌هایی که انجام می‌دهند، قابلیت‌ها، علائق و ارتباطات اجتماعی را که تعیین‌کننده‌ی جریان زندگی آن-هاست، پرورش می‌دهند. هر عاملی که بر رفتار انتخابی تأثیر می‌گذارد، می‌تواند عمیقاً در جهت رشد فردی نقش داشته باشد (باندورا، ۱۹۹۴؛ به نقل از غلامی رنای، ۱۳۸۴).

### ۲-۳-۴ سنجش خودکارآمدی

برای سنجش خودکارآمدی، از راهبرد تحلیل فرد در تحقیق استفاده می‌شود. در این راهبرد، جزئیات اندازه‌گیری خودکارآمدی فرد پیش از پرداختن به رفتار در موقعیت‌های خاص مشخص می‌شود؛ بنابراین، از آزمودنی خواسته می‌شود که پس از برگزیدن یک موقعیت مشخص، کارهایی را که می‌تواند انجام دهد و میزان اطمینان خود از انجام موفقیت‌آمیز آن کارها را تعیین کند. این راهبرد نشان می‌دهد که قضاوت خودکارآمدی تنها به موقعیت‌های خاص مربوط است و بیانگر یک حالت کلی نیست که بتوان آن را با پرسشنامه‌ی شخصیت اندازه گرفت.

### ۲-۳-۵ خودکارآمدی و عملکرد

ادراک فرد از کارآمدی خود به عنوان میانجی شناختی عمل انسان است. این ادراک بر تفکر و عمل انسان تأثیر می‌گذارد. برای کمک به ورزشکاران می‌توان آنان را ترغیب کرد که وظایف خود را به اهداف جزئی تقسیم کنند. نظارت بر عملکرد و دادن بازخورد به آنان، به نحوی که موجب افزایش احساس خودکارآمدی در آنها شود، علاقه‌ی آنان را به یادگیری افزایش می‌دهد و سطح عملکرد آنان را بالا می‌برد.

رشد علائق درونی در صورتی تحقق می‌پذیرد که فرد برای دستیابی به معیارهای هیجان انگیز تلاش کند. در این صورت، هم یک حس خودکارآمدی بالقوه برای دستیابی به این گونه معیارها در فرد ایجاد می‌شود و هم در صورت دستیابی به آنها، فرد به خودسنجی مثبتی از خویش دست می‌یابد. این علاقه‌ی درونی می‌تواند تلاش‌های انسان را در دراز مدت و در شرایط فقدان پاداش‌های محیطی تسهیل کند.

### ۲-۳-۶ راه کارهایی برای غلبه بر ضعف‌ها و رسیدن به خودکارآمدی بالا

۱. قرار دادن گرفتن در معرض تجربه‌های موفق از طریق ترتیب دادن هدف‌های قابل دسترس و بدین وسیله، افزایش دادن امکان حصول عملکرد.

۲. با قرار گرفتن شخص در معرض الگوهای مناسبی که در عمل موفق‌اند و بدین وسیله، افزودن تجربه‌های جانشینی موفق او.
  ۳. فراهم آوردن متقاعدسازی و تشویق‌های کلامی جهت عملکرد موفق روش‌های مختلفی دارد؛ از جمله می‌توان گفت که من توانایی عملکرد موفق را دارم.
  ۴. با تقویت برانگیختگی فیزیولوژیکی از طریق رژیم غذایی و برنامه‌های ورزشی، نیرومندی و انرژی حیاتی را می‌توان افزایش داد.
  ۵. جست‌وجوی ناشناخته‌ها، استقبال از تغییرات و قبول این مطلب که زیبایی زندگی در تغییرات آن است.
  ۶. نسبت به هم‌نوعان خود احساس تعلق داشتن، عدم خودبینی و از خود راضی بودن.
  ۷. تحرک و پویایی در مقابله با بی‌عدالتی و کشف یک راه حل خلاق و حفظ آرامش.
  ۸. توجه به خود تشویقی و نیروهای برانگیزاننده‌ی درونی.
  ۹. از زندگی شکوه و شکایت نداشتن؛ فرد با احساس خودکارآمدی پایین، شکوه‌های خویش را با دیگران درمیان می‌گذارد که حمایت آنان را به‌دست آورد.
  ۱۰. عدم احساس نگرانی نسبت به کسانی که او را رد می‌کنند.
  ۱۱. آموختن نکات مفید از شکست، به همان میزان که از موفقیت می‌آموزد.
  ۱۲. عدم احساس مالکیت نسبت به دیگران و مصونیت نسبت به حسادت.
- بندورا این فنون را برای افزایش خودکارآمدی در موقعیت‌های مطرح کرد و به کار برد (ترک-لادانی، ۱۳۸۹).

## ۴-۲ پیشینه تحقیق

### ۱-۴-۲ تحقیقات داخلی

#### ۱-۱-۴-۲ ورزش معلولان

اردستانی و همکاران (۱۳۸۱) در مطالعه تحت عنوان ((مقایسه نگرش افراد معلول ورزشکار و غیر ورزشکار نسبت به خود از بعد اجتماعی)) که بر روی ۲۴۲ نفر از افراد معلول جسمی - حرکتی انجام شد به این نتیجه رسیدند که بین نگرش افراد معلول ورزشکار تیمی و انفرادی نسبت به خود از بعد اجتماعی تفاوت معنی داری وجود ندارد و بین نگرش افراد معلول ورزشکار و غیر ورزشکار نسبت به خود از بعد اجتماعی رابطه معنی دار به دست نیامد.

پورسلطانی (۱۳۸۲) در تحقیق تحت عنوان ((رابطه بین فعالیت‌های ورزشی و سلامت عمومی جانبازان و معلولین قطع عضو ورزشکار ایران)) که بر روی ۲۰۰۰ آزمودنی از سراسر کشور انجام شد به این نتیجه رسید که ورزشکاران جانباز نسبت به غیر ورزشکاران در مورد هر چهار خرده مقیاس سلامت عمومی (علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کنش وری اجتماعی و افسردگی شدید) وضعیت بهتری دارند، همچنین نتایج نشان داد که بین سن و سلامت عمومی این افراد رابطه معنی داری وجود ندارد.

حاج لو (۱۳۸۶) در پژوهشی تحت عنوان ((بررسی رابطه‌ی فعالیت اقتصادی و اجتماعی با سلامت روانی جانبازان)) که بر روی ۵۰۷ نفر از جانبازان استان اردبیل انجام شد به این نتیجه رسید که وضعیت فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی جانبازان رابطه‌ای قوی با سلامت روانی آن‌ها دارد.

سکاکی (۱۳۸۶) در پژوهشی تحت عنوان ((بررسی وضعیت فعالیت‌های ورزشی جانبازان و راه کارهای جذب آن‌ها به ورزش در استان اردبیل)) که بر روی ۳۴۳ نفر از جانبازان بالای ۲۵ درصد استان اردبیل انجام شد به این نتیجه رسید که بیشترین موانع ورزش برای جانبازان، عبارت‌اند از:

کمبود فضاها و سالن های ورزشی مناسب، پایین بودن وسایل و تجهیزات سالن ورزشی، کمبود وسیله ی نقلیه ی رفت و آمد.

**قاسمی و همکاران (۱۳۸۸)** در تحقیقی تحت عنوان ((مقایسه تصویر بدنی معلولین ورزشکار با معلولین و غیر معلولین غیر ورزشکار مرد)) که بر روی سه گروه ۵۰ نفره از معلولین ورزشکار، معلولین و غیر معلولین غیر ورزشکار مرد شهر تهران انجام شد به این نتیجه رسیدند که تصویر بدنی معلولین ورزشکار در خرده مقیاس های قدرت، استقامت، هماهنگی، انعطاف پذیری، عزت نفس، فعالیت بدنی، لیاقت ورزشی و کل بدن به طور معناداری بهتر از معلولین غیر ورزشکار بود. همچنین در خرده مقیاس های ظاهر بدن، سلامت عمومی و چربی بدن معلولین ورزشکار به طور معناداری بهتر از معلولین غیر ورزشکار بودند، اما با غیر معلولین غیر ورزشکار تفاوت معناداری نداشتند.

**فرح آبادی و همکاران (۱۳۹۰)** در تحقیقی تحت عنوان ((مقایسه ویژگی شخصیتی سخت رویی در زنان معلول ورزشکار، زنان معلول غیر ورزشکار و زنان سالم ورزشکار شهر تهران)) که بر روی ۲۵ نفر از زنان عضو تیم ملی معلولین، ۲۵ نفر از زنان معلول غیر ورزشکار و ۲۵ نفر از زنان سالم ورزشکار انجام شد به این نتیجه رسیدند که بین سخت رویی و مؤلفه های آن در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین در ویژگی شخصیتی سخت رویی و هر سه مؤلفه آن میانگین مربوط به زنان سالم ورزشکار و معلول ورزشکار با هم برابر است، اما در زنان معلول غیر ورزشکار سخت رویی و مؤلفه های آن پائین تر از دو گروه زنان معلول ورزشکار و زنان سالم می باشد.

**حاتمی و همکاران (۱۳۹۱)** در مطالعه ای تحت عنوان ((مقایسه کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شرکت کننده و غیر شرکت کننده در ورزش همگانی)) که بر روی ۱۳۶ جانباز و معلول فعال و ۱۵۴ جانباز و معلول غیرفعال شهر تهران انجام شد به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شرکت کننده در ورزش همگانی نسبت به کیفیت زندگی جانبازان و معلولین غیر شرکت کننده در ورزش همگانی در سطح بالاتری قرار دارد.

**بخشایش و همکاران (۱۳۹۱)** در پژوهشی تحت عنوان ((بررسی و مقایسه سلامت روان معلول ورزشکار و غیر ورزشکار با نوع معلولیت)) که بر روی ۱۲۰ نفر از معلولین شهر اراک در دو گروه ۶۰ نفر ورزشکار و ۶۰ نفر غیر ورزشکار انجام شد به این نتیجه رسیدند که بین سلامت روان ورزشکاران و غیر ورزشکاران معلول تفاوت معنی داری وجود دارد. افراد معلولی که در ورزش همگانی شرکت می کردند از دیگر افراد معلول غیر ورزشکار سلامت روانی بهتری داشتند. همچنین ورزشکاران با معلولیت جسمی - حرکتی نسبت به دیگران از سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند و غیر ورزشکاران چند معلولیتی نسبت به دیگران از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند.

#### ۲-۴-۱-۲ حمایت اجتماعی

**بخشی پور و همکاران (۱۳۸۴)** در پژوهشی تحت عنوان ((بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان)) که بر روی ۳۲۶۰ نفر (۱۲۴۸ پسر و ۲۰۱۲ دختر) انجام شد به این نتیجه رسیدند که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش بینی می کند و همچنین تأهل هم به شکل معناداری با بهداشت روانی بالاتر، رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بیشتر همبسته بود.

**وحید و همکاران (۱۳۸۵)** در مطالعه تحت عنوان ((بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر مشارکت زنان در فعالیتهای ورزشی)) بر روی ۳۶۰ نفر از زنان استان مازندران انجام شد که یافته های پژوهش تأثیر آشکار حمایت اجتماعی بر میزان مشارکت زنان در فعالیتهای ورزشی را نشان داد.

**صفرزاده (۱۳۸۹)** در مطالعه تحت عنوان ((مقایسه خود اثربخشی، سلطه گری و حمایت اجتماعی بین زنان ورزشکار و غیر ورزشکار شهر اهواز)) که بر روی ۱۰۰ نفر ورزشکار زن و ۱۰۰ نفر غیر ورزشکار زن انجام شد به این نتیجه رسید که میزان حمایت اجتماعی ورزشکاران زن بیشتر از غیر ورزشکاران زن است و میزان خود اثربخشی، سلطه گری و حمایت اجتماعی زنان ورزشکار، بیشتر از زنان غیر ورزشکار است.



**قائدی و همکاران (۱۳۸۹)** در مطالعه تحت عنوان ((تأثیر حمایت اجتماعی و عوامل جمعیت شناختی بر مشارکت زنان در فعالیتهای ورزشی)) که بر روی ۳۰۴ نفر از زنان شهرستان لامرد انجام شد که یافته‌های تحقیق نشان داد میزان مشارکت زنان در فعالیتهای ورزشی کمتر از یک ساعت در هفته است و بین حمایت اجتماعی و مشارکت زنان شهر لامرد در فعالیتهای ورزشی ارتباط معنی‌داری وجود داشت اما مشارکت ورزشی زنان تأثیر معنی‌داری بر متغیرهای تحصیلات، درآمد، ورزش کردن اعضای خانواده و ورزش کردن دوستان داشت. میزان مشارکت ورزشی زنان با حمایت اجتماعی بالا و متوسط بیشتر از زنان بیشتر از زنان با حمایت اجتماعی پایین بود.

**ریاحی و همکاران (۱۳۸۹)** در مطالعه تحت عنوان ((بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان)) که بر روی ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه مازندران در دوره کارشناسی انجام شد به این نتیجه رسیدند که سلامت روان دانشجویان پسر بهتر از دختران بوده و رابطه مستقیم و معناداری بین میزان حمایت اجتماعی و سلامت روان مشاهده شده است. علاوه بر این، دانشجویان دختر، دانشجویان متعلق به طبقات اجتماعی بالاتر و دانشجویان دین‌دارتر، حمایت اجتماعی بالاتری را ادراک و گزارش کرده بودند.

**خدایناهی و همکاران (۱۳۸۹)** در پژوهشی تحت عنوان ((روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان)) که بر روی ۲۵۶ نفر (۱۲۵ مرد و ۱۳۱ زن) از بیماران سرطانی متأهل در بیمارستان امام خمینی (ره) انجام گرفت به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی بر امیدواری تأثیر دارد و با افزایش حمایت اجتماعی، امیدواری افزایش می‌یابد.

**فرقانی و فتاحی (۱۳۹۰)** در مطالعه تحت عنوان ((تأثیر جنسیت بر ادراکات دانش آموزان مقطع متوسطه از حمایت‌های محیطی و اجتماعی برای مشارکت در فعالیتهای بدنی)) که بر روی ۳۰۰ دانش‌آموز مقطع متوسطه (۱۶۲ دختر و ۱۳۸ پسر) شهرستان بابل انجام شد به این نتیجه رسیدند که جنسیت تأثیر معنی‌داری بر ادراک دانش آموزان مقطع متوسطه از حمایت محیطی معلمان ندارد؛ اما در خصوص حمایت محیطی همسالان، دانش آموزان پسر به‌طور معنی‌داری ادراک

بالا تری از حمایت محیطی همسالانشان داشتند. همچنین به این نتیجه رسیدند که بین ادراک دانش آموزان دختر و پسر از حمایت اجتماعی خانواده تفاوت معنی داری وجود ندارد و در خصوص حمایت اجتماعی دوستان نیز نتایج به سود دانش آموزان پسر بود.

**قاسم نژاد (۱۳۹۰)** در مطالعه تحت عنوان ((تفاوت‌های جنسیتی در ادراک دانشجویان از حمایت‌های محیطی و اجتماعی برای مشارکت در فعالیت‌های بدنی)) بر روی ۳۰۰ نفر از دانشجویان (۱۶۲ دختر و ۱۳۸ پسر) دوره کارشناسی دانشگاه الزهرا و دانشگاه تهران انجام شد. یافته‌های تحقیق نشان داد بین ادراک دانشجویان دختر و پسر از حمایت اجتماعی خانواده تفاوت معنی داری وجود ندارد و در خصوص حمایت اجتماعی دوستان، نتایج به سود دانشجویان پسر بود.

**پارسامهر و همکاران (۱۳۹۰)** در مطالعه تحت عنوان ((بررسی رابطه بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و مشارکت ورزشی در میان نوجوانان)) که بر روی ۳۸۲ نفر (۱۷-۱۴ سال) از دانش‌آموزان شهر یزد انجام شد به این نتیجه رسیدند که آن دسته از نوجوانان دانش‌آموز پسر که به مشارکت اجتماعی علاقه بیشتری از خود نشان می‌دهند، در مقایسه با نوجوانان دانش‌آموز دختر، به فعالیت‌های فوق‌برنامه (فعالیت‌های ورزشی) توجه بیشتری دارند.

**سالاری و بادامی (۱۳۹۳)** در مطالعه تحت عنوان ((رابطه حمایت اجتماعی دبیران تربیت‌بدنی و انگیزش پیشرفت دانش‌آموزان در فعالیت‌های ورزشی)) که بر روی ۲۹۶ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر پایه‌های دوم و سوم مقطع متوسطه شهرستان عنبرآباد انجام شد به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی دبیران تربیت‌بدنی و انگیزش پیشرفت ورزشی دانش‌آموزان همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد.

**سبزه علی‌زاده و همکاران (۱۳۹۳)** در پژوهشی تحت عنوان ((رابطه عملکرد خانواده با استحکام ذهنی در ورزشکاران پارالمپیک)) که بر روی ۵۰ نفر از ورزشکاران پارالمپیک بازی‌های ۲۰۱۲ انجام شد به این نتیجه رسیدند که رابطه مثبت و معناداری بین عملکرد خانواده و استحکام

ذهنی ورزشکاران پارالمپیک وجود دارد، همچنین هر سه بعد عملکرد خانواده، متغیرهای پیش‌بینی کننده معناداری در تعیین استحکام ذهنی بودند.

**نبوی و همکاران (۱۳۹۳)** در تحقیقی تحت عنوان ((بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان)) که بر روی ۲۰۰ نفر از سالمندان شهر بجنورد انجام شد به این نتیجه رسیدند که افزایش حمایت اجتماعی سالمندان می‌تواند تأثیر مهمی بر سلامت روان و عملکرد اجتماعی آنان داشته باشد، لذا ضروری است که در برنامه‌ریزی‌های کلان کشور نیازها و شبکه اجتماعی سالمندی مورد توجه قرار گیرد.

#### ۲-۴-۱-۳ خودکارآمدی

**عجم‌زبید و همکاران (۱۳۸۵)** در مطالعه‌ای تحت عنوان ((بررسی ارتباط خودکارآمدی با ورزش و عوامل خطر ساز سلامتی در افراد ورزشکار و غیر ورزشکار)) که بر روی ۱۲۰ نفر از ورزشکاران شهر مشهد انجام شد به این نتیجه رسیدند که دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزان امور ورزش و متولیان امر سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها می‌توانند با افزایش سطح خودکارآمدی افراد با روش‌های علمی و با استفاده از نظر کارشناسان مربوطه در جهت گسترش و همگانی کردن ورزش و فعالیت جسمانی گام مؤثری برداشته و بدین‌وسیله موجبات سلامتی جامعه، پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش هزینه‌های خانواده، جامعه و نهادهای اجتماعی و دولتی را فراهم آورند.

**مظلومی محمودآباد و همکاران (۱۳۸۷)** در مطالعه‌ای تحت عنوان ((ورزش و ارتباط آن با خودکارآمدی بر اساس الگوی مراحل تغییر در کارمندان شهر یزد در سال ۱۳۸۷)) که بر روی ۲۲۰ نفر از کارمندان ادارات شهر یزد انجام شد به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی نقش مهمی در انجام ورزش دارد و لزوماً باید حمایت همه‌جانبه‌ای از طریق نهادهای مرتبط مانند سازمان تربیت‌بدنی و دانشگاه‌ها در زمینه ارتقای سطح خودکارآمدی صورت گیرد.

**صفوی و همکاران (۱۳۹۰)** در تحقیقی تحت عنوان ((بررسی تأثیر آموزش رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت‌های ورزشی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان مدارس راهنمایی)) که بر روی ۱۲۰ نفر از دانش‌آموزان مدارس راهنمایی انجام شد، به این نتیجه رسیدند که فعالیت‌های ورزشی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان تأثیر مثبت دارد.

**قهرمانی و نظری (۱۳۹۱)** در مطالعه‌ای تحت عنوان ((مقایسه نحوه پیش‌بینی و رفتارهای ورزشی بر اساس نظریه خودکارآمدی و نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده)) که بر روی ۶۰ نفر سالمندان ۶۰ تا ۸۵ سال آسایشگاه کهریزک شهر تهران انجام شد به این نتیجه رسیدند که با توجه به نقش نظریه خودکارآمدی و سازه نگرش احساس در پیشگویی قصد و نظریه خودکارآمدی و نگرش ابزاری در پیشگویی رفتار، نتایج این مطالعه بر لزوم توجه به مؤلفه‌های فوق، به‌منظور آموزش قصد و رفتار فعالیت جسمانی در سالمندان، تأکید می‌کند.

**دانیالی و همکاران (۱۳۹۱)** در مطالعه‌ای تحت عنوان ((بررسی ارتباط بین تصور بدنی، خودکارآمدی و فعالیت فیزیکی در زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه اصفهان)) که بر روی ۴۰۸ نفر از کارمندان زن دانشگاه‌های علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه اصفهان انجام شد به این نتیجه رسیدند که ارتباط معنی‌داری بین فعالیت فیزیکی با رضایت بدنی و خودکارآمدی وجود دارد. به نظر می‌رسد زنان شاغل تحصیل کرده جامعه ما علیرغم آگاهی از فواید فعالیت فیزیکی، سبک زندگی نامناسب دارند. شاید بتوان با مطالعات بیشتر در خصوص علل این مسئله و رفع موانع فعالیت فیزیکی مثل ایجاد شرایط و تسهیلات بیشتر برای انجام فعالیت فیزیکی و بهبود فاکتورهای روان شناختی در محیط کار، به بهبود انجام فعالیت فیزیکی و ارتقا سلامت زنان که نقش بسزایی در سلامت خانواده و جامعه دارند، اهتمام ورزید.

**یوسفی و همکاران (۱۳۹۳)** در تحقیقی تحت عنوان ((عوامل محیطی و روان‌شناختی - اجتماعی همبسته با فعالیت جسمانی در اوقات فراغت دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر کرمانشاه)) که بر روی ۳۰۷ نفر از دانش‌آموزان دبیرستان انجام شد، به این نتیجه رسیدند که

خودکارآمدی به‌طور معناداری پیش‌بینی کننده فعالیت جسمانی است و افرادی که دارای احساس خودکارآمدی بالاتری هستند، علی‌رغم موانع احتمالی فعالیت‌های جسمانی خود را انجام می‌دهند.

#### ۴-۱-۴-۲ حمایت اجتماعی و خودکارآمدی

**میر سمیعی و ابراهیمی قوام (۱۳۸۷)** در پژوهشی تحت عنوان ((بررسی رابطه بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان با سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علامه طباطبائی)) که بر روی ۳۰۰ دانشجوی مقطع کارشناسی (۲۱۰ دختر و ۹۰ پسر) انجام شد به این نتیجه رسیدند که رابطه بین خودکارآمدی و سلامت روان و نیز رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان مثبت بوده و رابطه بین اضطراب امتحان و سلامت روان منفی است. همچنین بین میانگین‌های خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان در دو جنس، تفاوتی وجود ندارد.

**فولادوند و همکاران (۱۳۸۸)** در پژوهشی تحت عنوان ((اثر حمایت اجتماعی، استرس تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی بر سلامت روانی - جسمانی)) که بر روی ۳۲۰ دانشجو (۱۸۸ دختر و ۱۳۲ پسر) انجام شد و نتایج نشان داد که سطوح بالاتر سلامت روانی و جسمانی از طریق نمرات بالاتر حمایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی و نمرات پایین‌تر استرس تحصیلی پیش‌بینی می‌شود. همچنین، رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی - جسمانی از طریق خودکارآمدی تحصیلی و استرس تحصیلی و رابطه بین خودکارآمدی تحصیلی و سلامت روانی - جسمانی از طریق استرس تحصیلی میانجی‌گری می‌شود.

**رستمی و همکاران (۱۳۸۹)** در تحقیقی تحت عنوان ((رابطه‌ی خودکارآمدی باهوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دانشجویان دانشگاه تهران)) که بر روی ۲۹۶ نفر از دانشجویان انجام شد، به این نتیجه رسیدند که بین خودکارآمدی و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، حمایت خانواده و دوستان روی هم ۱۵

درصد از واریانس خودکارآمدی را تبیین کردند و حمایت خانواده بالاترین ضریب همبستگی را با خودکارآمدی داشت.

**پیربازاری و همکاران (۱۳۹۰)** در پژوهشی تحت عنوان ((حمایت اجتماعی و علائم افسردگی: نقش واسطه‌ای خودکارآمدی)) که بر روی ۳۳۳ نفر (۱۶۲ زن و ۱۷۱ مرد) از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شد به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی از جانب دوستان به‌طور مستقیم و حمایت خانواده به‌طور غیرمستقیم بر علائم افسردگی دانشجویان اثر داشت. همچنین خودکارآمدی نقش واسطه‌ای در رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی و بیشترین تأثیر را بر علائم افسردگی دانشجویان داشت؛ بنابراین نتایج پژوهش نشان داد خودکارآمدی متغیری بسیار مهم در سبب‌شناسی افسردگی است. چون تجربیات اولیه ایجادکننده خودکارآمدی بر والدین متمرکز است، حمایت خانواده نقش مهمی در افزایش خودکارآمدی دانشجویان دارد و دانشجویان خودکارآمد بیشتر درگیر روابط اجتماعی می‌شوند. همچنین دانشجویان به دلیل داشتن تجارب و ویژگی‌های مشترک، از حمایت دوستان بسیار بهره می‌برند. مداخلاتی که موجب بهبود خودکارآمدی و دریافت حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان شود، می‌توانند افسردگی را در دانشجویان کاهش داده یا از آن جلوگیری کنند.

**یاراحمدی و مرادی (۱۳۹۱)** در تحقیقی تحت عنوان ((بررسی رابطه بین ادراک حمایت از سوی خانواده، معلمان و دوستان و باورهای خودکارآمدی با پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان)) که بر روی ۵۶۰ نفر دانش‌آموزان دختر و پسر پایه سوم از دبیرستان‌های استان کردستان انجام شد به این نتیجه رسیدند که ادراک حمایت و باورهای خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده پیشرفت تحصیلی بودند.

**جلیلیان و همکاران (۱۳۹۲)** در پژوهشی تحت عنوان ((ارتباط خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی)) که بر روی ۱۱۶ بیمار قلبی - عروقی شهرستان ایلام انجام شد به این نتیجه رسیدند که همبستگی معنی‌داری بین خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده با ابعاد کیفیت زندگی وجود داشت، به‌طوری‌که با افزایش میزان

خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده، میانگین نمره سلامت جسمانی، سلامت محیطی، سلامت روانی و روابط اجتماعی افزایش می‌یافت.

**حسین‌زاده و همکاران (۱۳۹۲)** در تحقیقی تحت عنوان ((حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در نوجوانان: نقش واسطه‌ای و حرمت خود)) که بر روی ۲۱۳ دانش‌آموز مقطع دبیرستان انجام شد، به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی اثر مستقیم دارد و به واسطه خودکارآمدی بر رضایت از زندگی به صورت غیرمستقیم تأثیرگذار است.

**صادقی (۱۳۹۴)** در تحقیقی تحت عنوان ((بررسی رابطه حمایت خانواده، خودکارآمدی مسیر شغلی و عزت‌نفس با خودکارآمدی تصمیم‌گیری مسیر شغلی دانش‌آموزان)) که بر روی ۲۸۷ دانش‌آموز دختر و پسر اول متوسطه ناحیه دو و شش انجام شد به این نتیجه رسیدند که مسیرهای مستقیم حمایت خانواده و خودکارآمدی بر خودکارآمدی تصمیم‌گیری مسیر شغلی دانش‌آموزان مثبت و معنی‌دار است. اثر غیرمستقیم حمایت خانواده و خودکارآمدی از طریق عزت‌نفس مثبت و معنادار به دست آمد. با توجه به اهمیت خودکارآمدی تصمیم‌گیری مسیر شغلی دانش‌آموزان اول دبیرستان در تعیین مسیر تحصیلی در پایه‌های بعدی، بایستی به عوامل تأثیرگذار بر آن از جمله متغیرهای موردبررسی در این پژوهش توجه نمود.

## ۲-۴-۲ تحقیقات خارجی

### ۱-۲-۴-۲ ورزش معلولان

**یازی‌سی‌اوگلو و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)** در تحقیقی تحت عنوان ((تأثیر ورزش‌های سازگار بر کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در شرکت‌کنندگان ورزشی و شرکت‌کنندگان غیرورزشی با معلولیت جسمی)) که بر روی ۶۰ نفر از معلولین انجام شد، به این نتیجه رسیدند که افراد با معلولیت‌های جسمی که در ورزش‌های سازگاری شرکت کردند در مقایسه با افرادی با معلولیت‌های جسمی در

1. Yazicioglu et al

ورزش‌های سازگاری درگیر نیستند، نمرات کیفیت زندگی و رضایت از زندگی آن‌ها به طور قابل توجهی بالاتر بود.

## ۲-۴-۲-۲ حمایت اجتماعی

**اسوانسون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۸)** در مطالعه‌ای تحت عنوان ((انگیزه مشارکت و اهمیت حمایت اجتماعی برای ورزشکاران با معلولیت بدنی)) که بر روی ۱۳۳ مرد و ۶۰ زن ورزشکار با ویلچر بین ۱۳ تا ۳۴ سال انجام شد به این نتیجه رسیدند که تعاملات اجتماعی محرک قویتری برای ورزشکاران دبیرستان نسبت به ورزشکاران دانشگاهی است. اهمیت حمایت اجتماعی با توجه به سطح مهارت، سطح بازی، سن ورزشکاران و هدف از انجام بازی متفاوت است.

**بودده و سیو<sup>۲</sup> (۲۰۰۹)** در پژوهشی که تحت عنوان ((بررسی موانع اجتماعی و محیطی در فعالیت بدنی معلولان ذهنی بزرگسال)) که بر روی ۸۳۷ فرد با معلولیت انجام شد به این نتیجه رسیدند که مسائل حمل و نقل و محدودیت‌های مالی از موانع اصلی برای مشارکت در فعالیت بدنی معلولان است. همچنین دیگر موانع برجسته شامل عدم پشتیبانی سرپرستان و مقامات مسئول (به عنوان مثال معلمان، مربیان، پدر و مادر) است. علاوه بر این نبود برنامه و سیاست‌های روشن و مدون برای درگیر کردن افراد در فعالیت بدنی نیز به عنوان مانعی برای در فعالیت بدنی معلولان می‌باشد.

**هاشمی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۲)** در مطالعه‌ای تحت عنوان ((مقایسه وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها و حمایت اجتماعی والدین از کودکان در تمرینات بدنی)) که بر روی ۲۷۲ نفر از دانش-آموزان دبیرستانی تهران انجام شد به این نتیجه رسیدند که تفاوت معناداری بین حمایت اجتماعی والدین از فرزندان برای تمرینات بدنی در شمال و جنوب شهرستان تهران وجود دارد. همچنین حمایت بیشتر والدین از کودکان شرایط بهتری برای توسعه مهارت‌های خود از طریق ورزش به ارمغان می‌آورد.

1. Swanson et al  
2. Bodde & Seo  
3. Hashemi et al



مارسن و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) در تحقیقی تحت عنوان ((وضعیت اجتماعی اقتصادی، حمایت والدین، انگیزش و اعتماد به نفس در رقابت ورزشی جوانان)) که بر روی ۳۴۶ ورزشکار جوان انجام شد به این نتیجه رسیدند که ارتباط مثبتی بین حمایت والدین و وضعیت اجتماعی اقتصادی وجود دارد، همچنین حمایت والدین با جنبه های خاصی از اعتماد به نفس و انگیزش در طول رقابت های ورزشی ارتباط داشت.

استاپلتون<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) در پژوهشی که تحت عنوان ((بررسی سیستماتیک، نقش نفوذ اجتماعی در فعالیت بدنی اوقات فراغت بین افراد با معلولیت های جسمی)) انجام داد، به این نتیجه رسید که رابطه مثبت و متوسطی بین نفوذ اجتماعی با فعالیت جسمانی و شناخت اجتماعی در میان افراد با ناتوانی جسمی وجود دارد. همچنین بر طبق نظریه شناختی اجتماعی، حمایت همسالان پیش بینی کننده سطح مشارکت ورزشی در بین ورزشکاران معلول بود.

## ۲-۴-۳ حمایت اجتماعی و خودکارآمدی

مارتین و موش<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) در پژوهشی تحت عنوان ((ساز و کارهای حمایت اجتماعی در میان ورزشکاران معلول)) که بر روی ۷۸ شناگر بین سن ۱۲ تا ۴۴ سال انجام شد به این نتیجه رسیدند که ورزشکاران نسبت به حمایت دریافت شده احساس رضایت داشتند. مادران و دوستان حمایت های متنوعی را در زمینه های غیر ورزشی و مرتبط با آموزش فراهم می کردند. علاوه بر این در حوزه های خاص ورزشی نیاز به منبع حمایت ثانویه ای به عنوان متخصص بود، مربیان منبع اولیه حمایت در این حوزه و پدران نیز از منابع پشتیبانی در این حوزه می باشند. همچنین همبستگی بالایی بین ورزشکارانی که بوسیله گوش دادن حمایت شدند و در چالش های ورزشی بودند با خودکارآمدی مشاهده شد.

1. Marcen et al

2. Stapleton

3. Martin & Mushett

اسمیت و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی تحت عنوان ((نقش حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در شکل‌دهی به فعالیت بدنی اوقات فراغت سالمندان)) که بر روی افراد مسن ۵ شهر امریکا انجام شد به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی ارائه شده توسط دوستان (به‌جای خانواده) و خودکارآمدی با توانایی‌های بدنی و فعالیت بدنی اوقات فراغت سالمندان، ارتباط معناداری دارد. سن و سلامت نیز به طور قابل توجهی به فعالیت بدنی اوقات فراغت مربوط می‌شد. همچنین یافته‌ها نشان داد که منابع بین‌شخصی و منابع درون‌شخصی هر دو نقش برابر در شکل‌دهی به فعالیت بدنی اوقات فراغت سالمندان، بازی کند.

پترسون و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی تحت عنوان ((تحلیل مسیر برای فعالیت بدنی اوقات فراغت در میان بزرگسالان با معلولیت‌های ذهنی: خودکارآمدی و حمایت اجتماعی)) که بر روی ۱۵۲ فرد بزرگسال مبتلا به معلولیت ذهنی خفیف تا متوسط انجام شد. همچنین تحلیل مسیر علاوه بر کل نمونه برای گروه‌های سنی جوان و مسن‌تر نیز تکرار شد و در انتها این نتایج بدست آمد که حمایت اجتماعی و خودکارآمدی پیش‌بینی کننده مشارکت در فعالیت بدنی بودند و خودکارآمدی به عنوان یک میانجی بین حمایت اجتماعی و فعالیت بدنی به کار گرفته شده است. علاوه بر این، اهمیت منابع حمایت اجتماعی بین گروه‌ها متفاوت بود؛ در میان شرکت کنندگان جوان، حمایت اجتماعی خانواده پیش بین فعالیت بدنی بود، در حالی که برای گروه‌های مسن‌تر، حمایت اجتماعی کارکنان و همسالان فعالیت بدنی را پیش‌بینی می‌کرد. خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ارتباط دارد با فعالیت بدنی اوقات فراغت افراد بزرگسال با معلولیت ذهنی که از آن‌ها پشتیبانی و خدمات رسانی می‌شود.

مگلیون<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی که تحت عنوان ((ارتباط عوامل روانی اجتماعی با فعالیت‌های بدنی در دانشجویان کم درآمد)) که بر روی ۸۵ نفر از دانشجویان کم درآمد دانشگاه نیوجرسی امریکا

1. Smith et al.  
2. Peterson et al.  
3. Maglione

انجام شد به این نتیجه رسیدند که تعهد به برنامه در فعالیت بدنی به طور معناداری با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی بر رفتارهای فعالیت بدنی در ارتباط است.

**کیم و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۸)** در پژوهشی تحت عنوان ((خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و وابستگی با فعالیت فیزیکی و شاخص توده بدن در میان زنان با سابقه بارداری دیابتی)) که بر روی ۲۲۸ زن با سابقه بارداری دیابتی انجام شد به این نتیجه رسیدند که نمرات پایین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با عملکرد کمتر از حد مطلوب فعالیت بدنی، نمرات کمتر از حد مطلوب رژیم غذایی و افزایش توده بدنی بالا تا متوسط در ارتباط است. خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و دوستان از فعالیت‌های فیزیکی، با وابستگی فعالیت بدنی همراه بود. همچنین حمایت اجتماعی خانواده و دوستان از یک رژیم غذایی سالم با نمرات بهتر رژیم غذایی در ارتباط بود.

**متل و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۹)** در پژوهشی که تحت عنوان ((فعالیت بدنی و کیفیت زندگی در بیماران ام اس: نقش میانجی ناتوانی، خستگی، خلق و خوی، درد، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی)) که بر روی ۲۹۲ بیمار ام اس انجام شد به این نتیجه رسیدند، کسانی که فعالیت بدنی داشتند، دارای سطوح پایین‌تری از ناتوانی، افسردگی، خستگی، درد و سطوح بالاتری از حمایت اجتماعی و خودکارآمدی بودند. فعالیت بدنی به طور غیر مستقیم با بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به ام اس از طریق افسردگی، خستگی، درد در ارتباط است. حمایت اجتماعی و خودکارآمدی افراد مبتلا به ام اس را پشتیبانی می‌کند.

**لی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۰)** در مطالعه‌ای تحت عنوان ((کالیبراسیون رانش از فعالیت بدنی، خودکارآمدی و مقیاس حمایت اجتماعی برای افراد معلول فکری)) که بر روی ۱۴۶ شرکت کننده با معلولیت فکری انجام شد به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی را در افراد با

1. Kim et al.  
2. Motl et al.  
3. Lee et al.

معلولیت فکری می‌توان با استفاده از پرسشنامه تعدیل شده و اعتبار یافته در این تحقیق با دقت بیشتری اندازه‌گیری کرد.

**پترسون و همکاران (۲۰۱۲)** در پژوهشی که تحت عنوان ((نقش خودکارآمدی به عنوان یک میانجی بین حمایت اجتماعی والدین و فعالیت فیزیکی در نوجوانان دختر و پسر)) که بر روی ۱۴۲۱ نفر از دانش‌آموزان کالیفرنیا امریکا انجام شد به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی برای غلبه بر موانع بین حمایت اجتماعی والدین و فعالیت فیزیکی نوجوانان به طور مشابه بین دختران و پسران ممکن است به عنوان یک میانجی عمل کند.

**کوان و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)** در تحقیقی تحت عنوان ((خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ورزشکاران اکادمی کریکت)) که بر روی ۶۵ ورزشکار مرد بین ۱۸-۲۵ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که تغییرات مثبت در خودکارآمدی باعث تغییرات مثبت حمایت اجتماعی اطلاعاتی و حمایت اجتماعی ابزاری یا ملموس در طول یک فصل کریکت می‌شد و ارتباط معنی داری بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی اطلاعاتی پیدا شد.

**باقری‌نسामी و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۳)** در مطالعه‌ای تحت عنوان ((رابطه بین رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی افراد ساکن خانه سالمندان در ساری، ایران، ۲۰۱۲)) که بر روی ۱۲۹ نفر انجام شد به این نتیجه رسیدند که یک رابطه مستقیم بین رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی وجود دارد. رضایت از زندگی در افراد مسن می‌تواند با تقویت حمایت، استقلال و عزت در افراد مسن‌تر افزایش پیدا کند و در نتیجه باعث افزایش حمایت اجتماعی و خودکارآمدی آن‌ها می‌شود.

**چنگ و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۳)** در تحقیقی تحت عنوان ((فعالیت بدنی در نوجوانان: تجزیه و تحلیل نفوذ اجتماعی از والدین و دوستان)) که بر روی ۲۳۶۱ نفر از نوجوانان انجام شد به این نتیجه

1. Cowan et al.

2. Bagheri Nesami et al.

3. Cheng et al

رسیدند که سطح فعالیت بدنی نوجوانان با فعالیت بدنی دوستان ارتباط مستقیم دارد. فعالیت بدنی پدران با فعالیت بدنی پسران و فعالیت بدنی مادران با فعالیت بدنی دختران ارتباط دارد. یک ارتباط غیر مستقیم بین فعالیت بدنی پدر و مادر و دوستان به واسطه حمایت اجتماعی با سطح فعالیت بدنی نوجوانان شناسایی شد. حمایت اجتماعی با فعالیت بدنی نوجوانان در هر دو جنسیت ارتباط مستقیم و خودکارآمدی با فعالیت بدنی نوجوانان ارتباط غیر مستقیم دارد.

**پترسون و همکاران (۲۰۱۳)** در تحقیقی تحت عنوان ((ارتباط خودکارآمدی و حمایت اجتماعی والدین بر فعالیت بدنی در دختران و پسران نوجوانان)) که بر روی ۱۴۲۱ نوجوان انجام شد، به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی ابزاری پدر و مادر با فعالیت ورزشی دختران ارتباط مستقیم دارد و حمایت اجتماعی عاطفی پدر و مادر با فعالیت ورزشی دختران ارتباط معکوس دارد. حمایت اجتماعی ابزاری پدر و مادر از طریق خودکارآمدی با فعالیت ورزشی پسران ارتباط غیر مستقیم دارد.

**کایسر و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۳)** در پژوهشی که تحت عنوان ((تاثیر باورهای بهداشتی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی بر فعالیت بدنی و عادات غذایی بارداران دیابتی در طول دوران پس از زایمان: پروتکل مطالعه)) که بر روی ۲۰۰ نفر انجام شد به این نتیجه رسیدند که ارتباط مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با فعالیت بدنی وجود دارد.

**رسنیک و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۴)** در پژوهشی تحت عنوان ((اثر حمایت اجتماعی بر رفتار ورزشی سالمندان)) که بر روی ۷۴ نفر از افراد مسن انجام شد به این نتیجه رسیدند که حمایت دوستان از طریق خودکارآمدی به طور غیرمستقیم بر ورزش آنها اثر گذار است. همچنین آنها به این نتیجه رسیدند که برای بهبود رفتار ورزشی افراد مسن باید حمایت اجتماعی همراه با تقویت خودکارآمدی انجام گیرد.

1. Kaiser et al.  
2. Resnick et al.

فرناندز و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) در پژوهشی که تحت عنوان ((خودکارآمدی، کنترل عمل و حمایت اجتماعی توضیح تغییرات فعالیت بدنی در بین سالمندان کاستاریکایی)) که بر روی ۵۴ فرد بزرگسال بالاتر از ۵۰ سال انجام شد، به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی بالا سطوح پایین خودکارآمدی را بیان می‌کند.

آقاخان بابایی و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای تحت عنوان ((نقش میانجی خودکارآمدی بین حمایت اجتماعی و مشارکت فعالیت بدنی در دانشجویان)) که بر روی ۳۴۹ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران انجام شد به این نتیجه رسیدند که رابطه مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با مشارکت فعالیت بدنی وجود دارد. همچنین خودکارآمدی تعدیل‌کننده رابطه بین حمایت اجتماعی با مشارکت فعالیت بدنی بود.

## ۲-۵ جمع‌بندی

با مطالعه پیشینه تحقیق متوجه می‌شویم تحقیقات انجام شده بر اهمیت ورزش برای معلولان تاکید دارد، همچنین تحقیقات بر ارتباط بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با مشارکت ورزشی و عوامل دیگری مانند سلامت روانی- جسمانی، کیفیت زندگی، افسردگی، عزت نفس، تصمیم‌گیری مسیر شغلی، رضایت از زندگی، باورهای بهداشتی و سایر موارد تاکید دارد. از آنجایی که ورزش برای معلولان در مبحث سلامتی و ورود این افراد به جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است، توجه به عوامل موثری مانند حمایت اجتماعی و خودکارآمدی نیز در ورزش معلولان دارای اهمیت است.

با توجه به این مباحث و اینکه تحقیقات اندکی در در زمینه مشارکت معلولان در فعالیتهای بدنی و عوامل اثر گذار بر آن، در خارج و داخل کشور انجام شده است، در این تحقیق سعی شده ارتباط بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با مشارکت معلولان در فعالیتهای بدنی مورد بررسی قرار گیرد.

1. Fernandez et al.

# فصل سوم

روش‌شناسی تحقیق

### ۱-۳ مقدمه

در فصل حاضر ابتدا به روش پژوهش اشاره نموده و سپس به معرفی جامعه آماری و شیوه‌ی انتخاب نمونه‌های پژوهش پرداخته می‌شود. همچنین متغیرهای مورد مطالعه، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، روایی و پایایی پرسشنامه‌ها، روش جمع‌آوری داده‌ها و انتخاب نوع روش آماری بیان می‌گردد.

### ۲-۳ روش تحقیق

تحقیق حاضر از نوع تحقیقات توصیفی- همبستگی و با توجه به هدف، از نوع تحقیقات کاربردی است و هدف اصلی آن بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی می‌باشد. از نظر روش اجرا این تحقیق به صورت میدانی و با استفاده از پرسشنامه انجام گرفته است. همچنین به منظور گردآوری اطلاعات از روش کتابخانه‌ای نیز استفاده شده است.

### ۳-۳ جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه ورزشکاران جانباز و معلول زیر نظر هیئت جانبازان و معلولین استان خراسان رضوی می‌باشد. براساس آمار به دست آمده از هیئت مربوطه، تعداد ۸۰۰ ورزشکار جامعه آماری را تشکیل می‌دهند، بر اساس جدول مورگان تعداد ۲۶۰ ورزشکار به عنوان نمونه تعیین شدند. پرسشنامه‌ها با روش تصادفی- خوشه‌ای بین ۳۰۰ ورزشکار توزیع شد که از ۲۶۰ پرسشنامه بازگشت داده شده پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص ۲۴۴ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ۴-۳ متغیرهای تحقیق

**متغیر ملاک:** در این تحقیق میزان مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده است.



متغیر پیش‌بین: در این تحقیق متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی (خانواده و دوستان) به عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شده‌اند.

### ۳-۵ ابزار تحقیق

در این مطالعه از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل ۷ سؤال، پرسشنامه مشارکت شامل ۲ سؤال و پرسشنامه‌های خودکارآمدی لی و همکاران (۲۰۱۰) شامل ۶ سؤال، حمایت اجتماعی خانواده لی و همکاران (۲۰۱۰) شامل ۶ سؤال و حمایت اجتماعی دوستان لی و همکاران (۲۰۱۰) شامل ۵ سؤال استفاده شد، پرسشنامه لی و همکاران (۲۰۱۰) بر اساس مقیاس ۵ ارزشی لیکرت در پیوستاری از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) طراحی شده بود.

### ۳-۵-۱ روایی و پایایی پرسشنامه‌ها

تمامی پرسشنامه‌ها برای تأیید روایی صوری و محتوایی در اختیار ۱۰ نفر از صاحب نظران در این حوزه شامل اساتید، مدیران ورزش، مربیان و ورزشکاران قرار گرفت تا نظرات تخصصی خود را در مورد نحوه نگارش سؤالات، محتوای سؤالات، همخوانی گزینه‌ها با سؤالات و تطابق محتوای سؤالات با اهداف تحقیق بیان نمایند. سپس به منظور تعیین پایایی (ثبات درونی) پرسشنامه‌های تحقیق، در یک مطالعه مقدماتی تعداد ۳۰ پرسشنامه در بین جانبازان و معلولان ورزشکار استان خراسان رضوی توزیع گردید که در نهایت میزان آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌های خودکارآمدی، حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان به ترتیب ۰/۷۴۸، ۰/۸۷۷ و ۰/۷۳۱ با استفاده از نرم افزار (SPSS) نسخه ۲۱ محاسبه گردید (جدول ۳-۱).

جدول ۳-۱- میزان پایایی پرسشنامه‌های تحقیق

متغیر	تعداد نمونه	تعداد سؤالات	آلفای کرونباخ
خودکارآمدی	۳۰	۶	۰/۷۴۸
حمایت اجتماعی خانواده	۳۰	۶	۰/۸۷۷
حمایت اجتماعی دوستان	۳۰	۵	۰/۷۳۱

### ۳-۶ روش جمع‌آوری داده‌های تحقیق

در این پژوهش ابتدا هماهنگی لازم با اداره ورزش و جوانان استان خراسان رضوی جهت کسب مجوز برای انجام مراحل تحقیق صورت گرفت، سپس، محقق توسط این اداره به هیئت جانبازان و معلولین استان خراسان رضوی معرفی گردید، پس از آن تعداد مورد نیاز پرسشنامه تکثیر و در زمان حضور ورزشکاران در وقت‌های تمرین، مسابقه و کلاس‌های ورزشی با هماهنگی مربی و مسئول مربوطه پس از ارائه توضیحات لازم مبنی بر اهمیت موضوع تحقیق، نحوه تکمیل پرسشنامه و اطمینان بخشیدن به ورزشکاران مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه‌ها توسط ورزشکاران تکمیل شد. تعداد ۳۰۰ پرسشنامه در بین ورزشکاران توزیع شد که ۲۶۰ پرسشنامه برگشت داده شد و پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش در نهایت ۲۴۴ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ۳-۷ روش‌های آماری تحقیق

از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، فراوانی نسبی، میانگین و انحراف معیار) برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی استفاده شد. از آلفای کرونباخ برای تعیین میزان پایایی (ثبات درونی) پرسشنامه‌ها استفاده گردید. از آزمون چولگی<sup>۱</sup> و کشیدگی<sup>۲</sup> جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شد و از آنجایی که توزیع داده‌های پژوهش نرمال بود از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه جهت تحلیل فرضیه‌های تحقیق در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده گردید.

1. Skewness  
2. Kurtosis

# فصل چهارم

تجزیه تحلیلی یافته‌های تحقیق

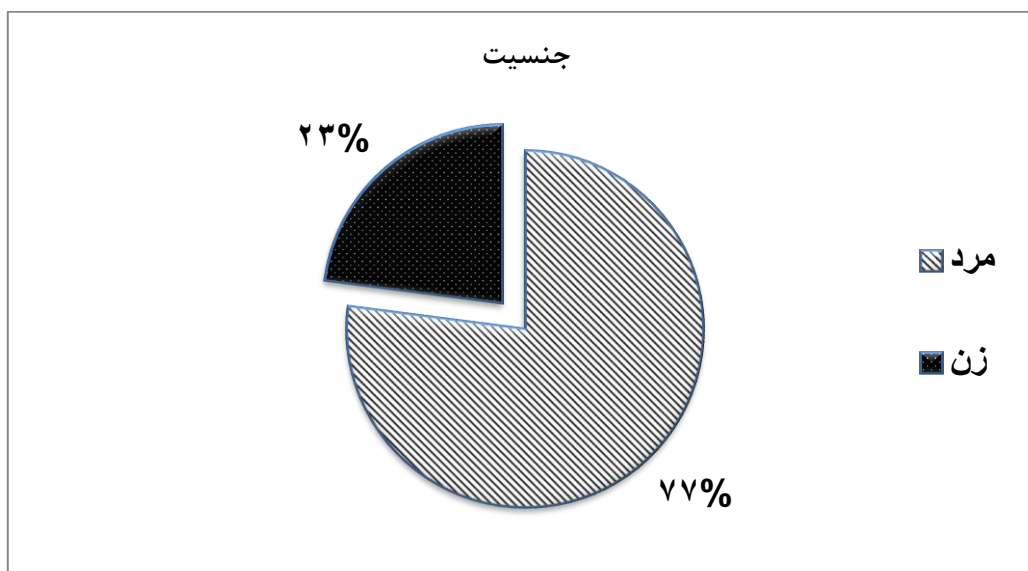
#### ۴-۱ مقدمه

این فصل شامل دو بخش توصیفی و استنباطی است. در ابتدا یافته‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و به صورت جدول و نمودار گزارش شده است و سپس فرضیه‌های پژوهش با استفاده از آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

#### ۴-۲ توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

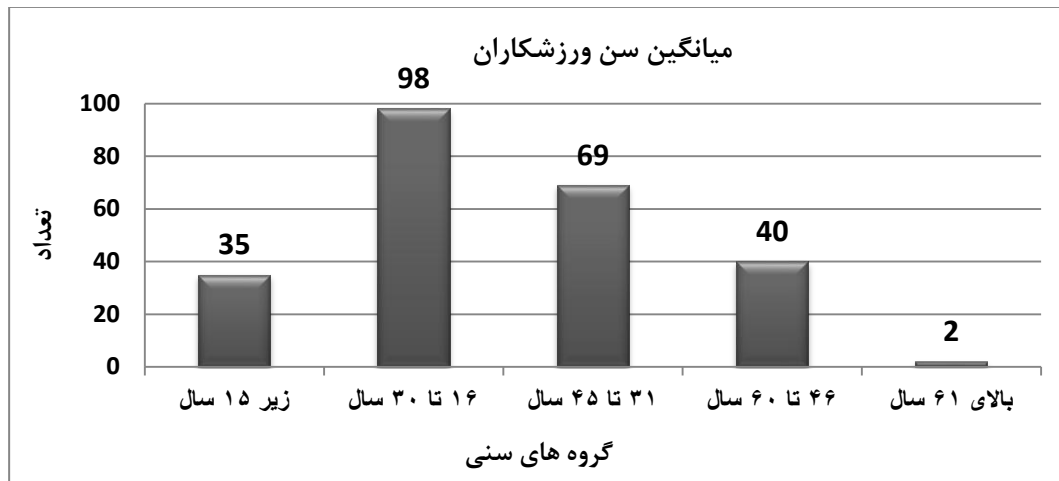
در این بخش، یافته‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مورد بررسی قرار گرفته است. در بخش مشخصات جمعیت‌شناختی، برخی از مشخصات آزمودنی‌های تحقیق همچون جنسیت، سن، میزان تحصیلات، جانبازی، نوع رشته ورزشی، مدت زمان فعالیت ورزشی در هفته و سابقه عضویت در تیم ملی در ورزشکاران گزارش شده است.

بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های تحقیق نشان داد که از ۲۴۴ آزمودنی که در تحقیق شرکت کردند ۱۸۸ نفر (۷۷٪) مرد و ۵۶ نفر (۲۳٪) زن بودند.



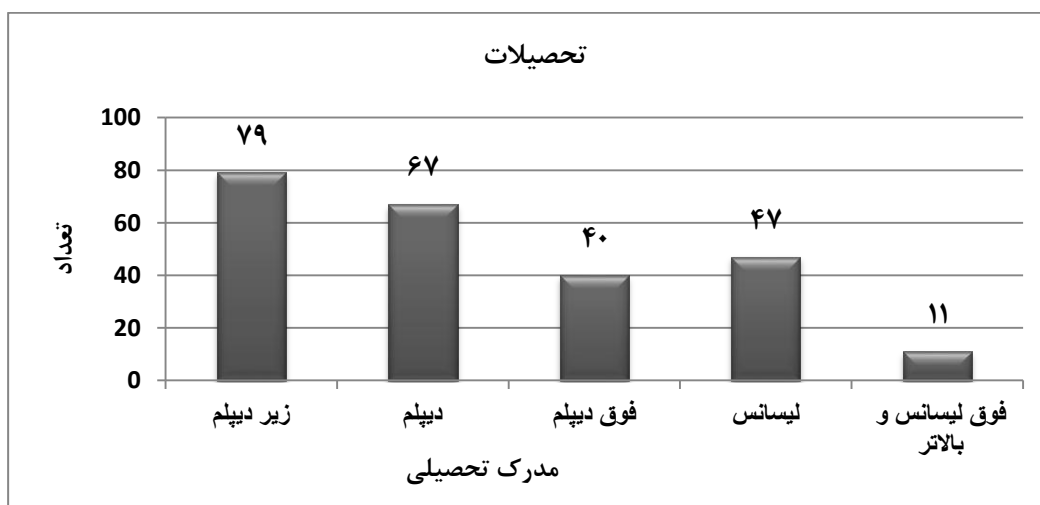
نمودار ۴-۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بر اساس جنسیت

بر اساس یافته‌های تحقیق، میانگین سن ۳۵ نفر (۰/۵٪) زیر ۱۵ سال، ۹۸ نفر (۰/۴۰/۲٪) بین ۱۶ تا ۳۰ سال، ۶۹ نفر (۰/۲۸/۳٪) بین ۳۱ تا ۴۵ سال، ۴۰ نفر (۰/۱۶/۴٪) بین ۴۶ تا ۶۰ سال و ۲ نفر (۰/۰/۸٪) بالای ۶۱ سال بود.



نمودار ۲-۴- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس سن

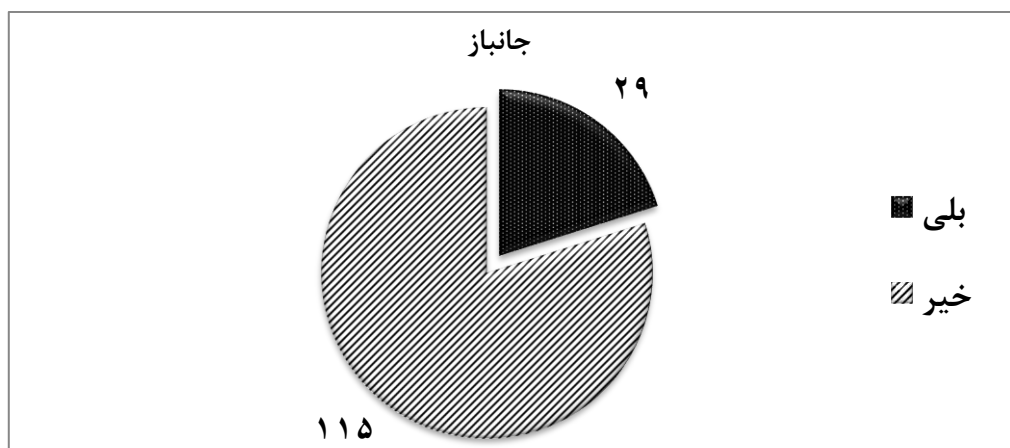
در خصوص میزان تحصیلات ۷۹ نفر (۰/۳۲/۴٪) زیر دیپلم، ۶۷ نفر (۰/۲۷/۵٪) دیپلم، ۴۰ نفر (۰/۱۹/۳٪) فوق دیپلم، ۴۷ نفر (۰/۱۹/۲٪) لیسانس و ۱۱ نفر (۰/۴/۵٪) فوق لیسانس و دارای مدرک بالاتر بودند.



نمودار ۳-۴- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس میزان تحصیلات

همچنین، ۲۹ نفر (۱۱/۹٪) از ورزشکاران جانباز بودند و سایر ورزشکاران ۱۱۵ نفر (۸۸/۱٪)

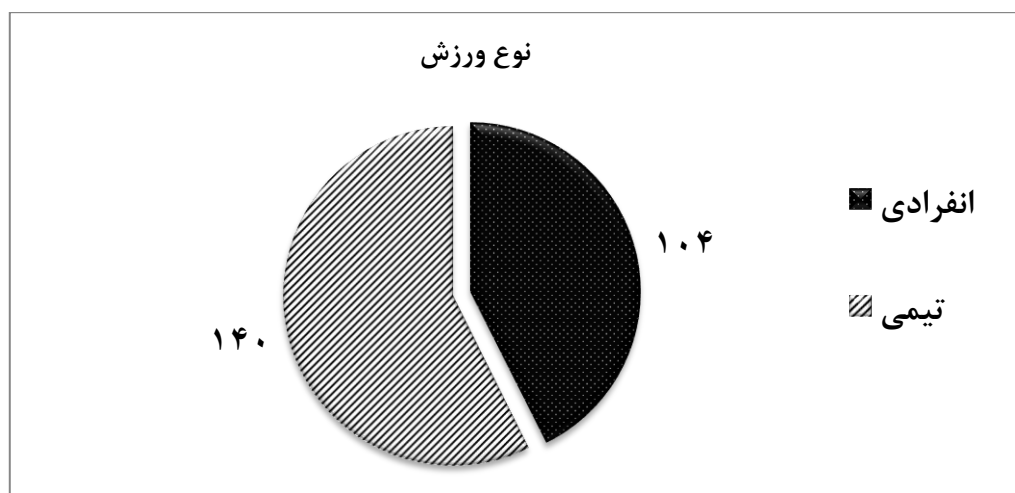
جانباز نبودند.



نمودار ۴-۴- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس جانباز بودن ورزشکاران

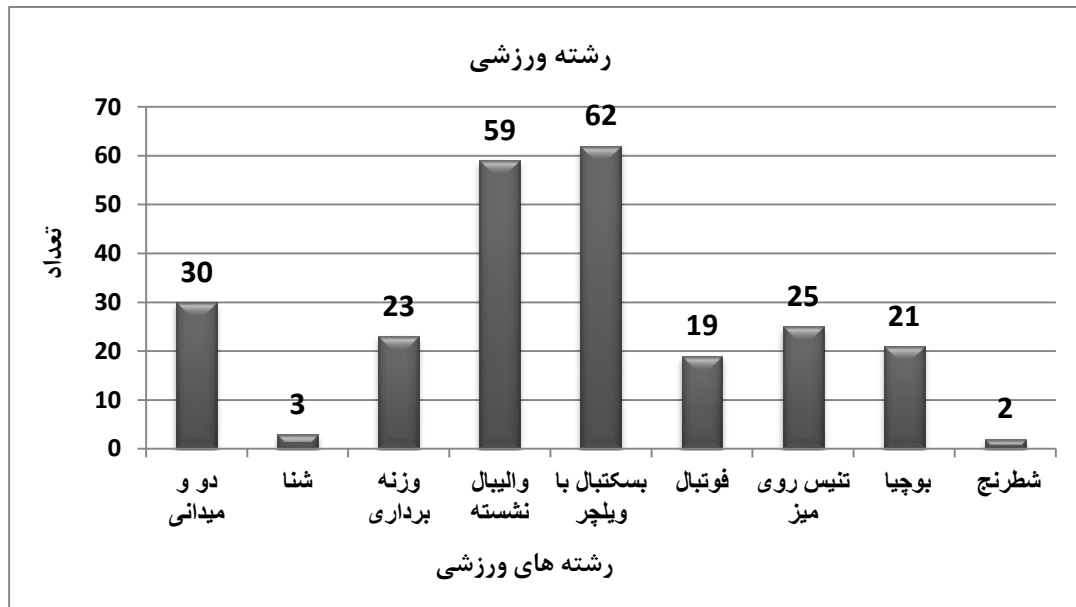
بر اساس نوع ورزش ۱۰۴ نفر (۴۲/۶٪) از ورزشکاران در رشته‌های انفرادی و ۱۴۰ نفر (۵۷/۴٪)

در رشته‌های تیمی مشغول به فعالیت بودند.



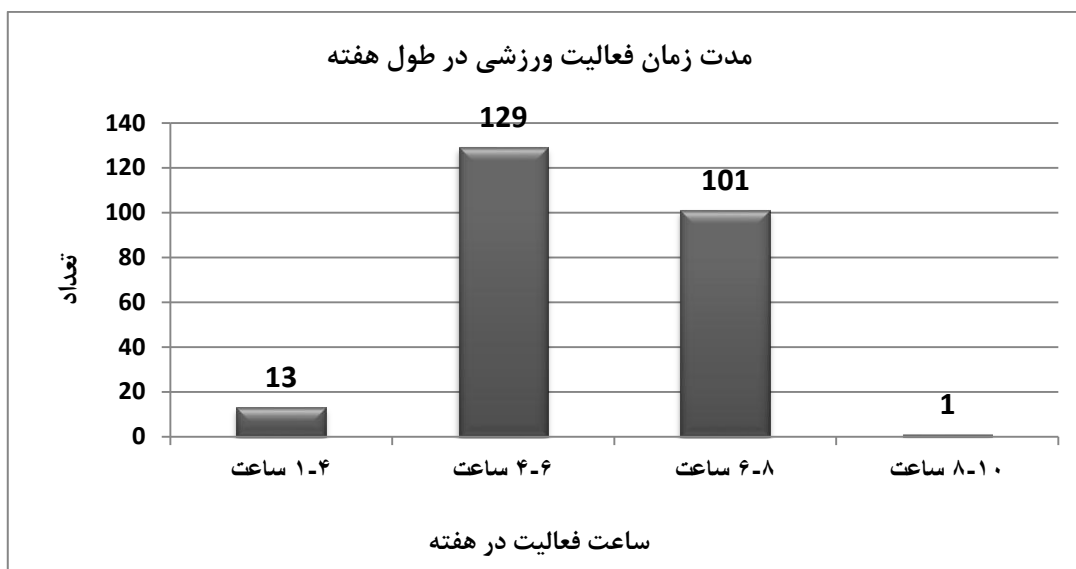
نمودار ۵-۴- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس نوع ورزش

بر اساس رشته ورزشی، ۳۰ نفر (۱۲/۳٪) دو و میدانی، ۳ نفر (۱/۲٪) شنا، ۲۳ نفر (۹/۴٪) وزنه برداری، ۵۹ نفر (۲۴/۲٪) والیبال نشسته، ۶۲ نفر (۲۵/۴٪) بسکتبال با ویلچر، ۱۹ نفر (۷/۸٪) فوتبال، ۲۵ نفر (۱۰/۲٪) تنیس روی میز، ۲۱ نفر (۸/۶٪) بوچیا و ۲ نفر (۸/۰٪) شطرنج را به عنوان ورزش خود انتخاب کرده بودند.



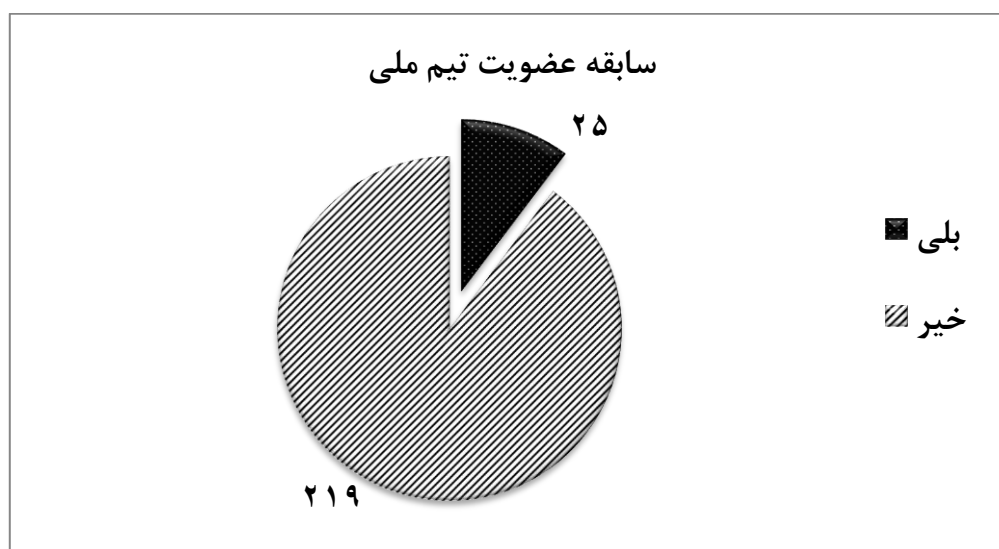
نمودار ۴-۶- ویژگی های جمعیت شناختی بر اساس رشته ورزشی

بر اساس میزان فعالیت، ۱۳ نفر (۵/۳٪) ۱ تا ۳:۴۵ ساعت، ۱۲۹ نفر (۵۲/۸٪) ۴ تا ۵:۴۵ ساعت، ۱۰۱ نفر (۴۱/۴٪) ۶ تا ۷:۴۵ ساعت و ۱ نفر (۰/۴٪) ۸ تا ۹:۴۵ ساعت در هفته به ورزش می پرداختند.



نمودار ۴-۷- زمان فعالیت ورزشی نمونه آماری در طول هفته

همچنین ۲۵ نفر (۱۰/۲٪) از ورزشکاران سابقه عضویت در تیم‌های ملی را داشتند و سایر ورزشکاران ۲۱۹ نفر (۸۱/۹٪) سابقه عضویت در تیم‌های ملی را در کارنامه خود نداشتند.



نمودار ۴-۸- ویژگی‌های جمعیت شناختی بر اساس سابقه عضویت در تیم ملی



جدول ۱-۴ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

درصد فراوانی	فراوانی	ویژگی‌های جمعیت شناختی	
۷۷	۱۸۸	مرد	جنسیت
۲۳	۵۶	زن	
۱۴/۳	۳۵	زیر ۱۵ سال	سن
۴۰/۲	۹۸	۱۶ - ۳۰ سال	
۲۸/۳	۶۹	۳۱ - ۴۵ سال	
۱۶/۴	۴۰	۴۶ - ۶۰ سال	
۰/۸	۲	بالای ۶۱ سال	
۳۲/۴	۷۹	زیر دیپلم	میزان تحصیلات
۲۷/۵	۶۷	دیپلم	
۱۶/۴	۴۰	فوق دیپلم	
۱۹/۲	۴۷	لیسانس	
۴/۵	۱۱	فوق لیسانس و بالاتر	
۱۱/۹	۲۹	بلی	جانباز
۸۸/۱	۲۱۵	خیر	
۴۲/۶	۱۰۴	انفرادی	نوع ورزش
۵۷/۴	۱۴۰	تیمی	
۱۲/۳	۳۰	دو و میدانی	رشته ورزشی
۱/۲	۳	شنا	
۹/۴	۲۳	وزنه برداری	
۲۴/۲	۵۹	والیبال نشسته	
۲۵/۴	۶۲	بسکتبال با ویلچر	
۷/۸	۱۹	فوتبال	
۱۰/۲	۲۵	تنیس روی میز	
۸/۶	۲۱		

۰/۸	۲	بوچیا	
		شطرنج	
۵/۳	۱۳	۱-۳:۴۵ ساعت	مدت زمان فعالیت در طول هفته
۵۲/۸	۱۲۹	۴-۵:۴۵ ساعت	
۴۱/۴	۱۰۱	۶-۷:۴۵ ساعت	
۰/۴	۱	۸-۹:۴۵ ساعت	
۱۰/۲	۲۵	بلی	سابقه عضویت تیم های ملی
۸۹/۸	۲۱۹	خیر	

#### ۳-۴ توزیع نمرات متغیرهای تحقیق

جهت بررسی توزیع داده‌ها از ضریب چولگی و کشیدگی استفاده شد. با توجه به اینکه اگر ضریب چولگی و کشیدگی در محدوده  $|۳|$  و  $|۱۰|$  باشد داده‌ها در وضعیت نرمال قرار دارند (کلاین، ۲۰۰۵)، نتایج چولگی و کشیدگی نشان می‌دهد که توزیع تمام متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد (جدول ۴-۲). لذا از آزمون‌های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل متغیرهای تحقیق استفاده شد.

جدول ۴-۲- بررسی توزیع داده‌های تحقیق با استفاده از ضریب چولگی و کشیدگی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
خودکارآمدی	۲۴۴	۳/۴۵	۰/۸۳	-۰/۱۴۸	-۰/۶۸۳
حمایت اجتماعی	۲۴۴	۳/۱۰	۰/۷۱	۰/۱۴۰	-۰/۲۵۵
حمایت اجتماعی خانواده	۲۴۴	۳/۰۹	۰/۸۰	۰/۲۰۶	-۰/۶۸۷
حمایت اجتماعی دوستان	۲۴۴	۳/۱۲	۰/۸۷	-۰/۰۸۷	-۰/۵۶۳
میزان مشارکت	۲۴۴	۴۳/۹۱	۷/۹۲	-۰/۰۵۳	۰/۰۷۲

## ۴-۴ آزمون فرضیه‌های تحقیق

### ۴-۴-۱ آزمون فرضیه اول

فرض صفر ( $H_0$ ): بین خودکارآمدی و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی ارتباط معناداری وجود ندارد.

براساس آزمون همبستگی پیرسون، ضرایب محاسبه شده بین خودکارآمدی و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی در سطح  $P < 0/01$  معنادار است؛ بنابراین فرض صفر رد می‌شود (جدول ۴-۳).

جدول ۴-۳- ارتباط بین خودکارآمدی و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
مشارکت ورزشکاران معلول	۲۴۴	۰/۲۰۱	۰/۰۰۲

### ۴-۴-۲ آزمون فرضیه دوم

فرض صفر ( $H_0$ ): بین حمایت اجتماعی خانواده و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی ارتباط معناداری وجود ندارد.

براساس آزمون همبستگی پیرسون، ضرایب محاسبه شده بین حمایت اجتماعی خانواده و مشارکت ورزشکاران در سطح  $P < 0/01$  معنادار است؛ بنابراین فرض صفر رد می‌شود (جدول ۴-۴).

جدول ۴-۴- ارتباط حمایت اجتماعی خانواده و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
مشارکت ورزشکاران معلول	۲۴۴	۰/۱۵۶	۰/۰۱۵

#### ۳-۴-۴ آزمون فرضیه سوم

فرض صفر ( $H_0$ ): بین حمایت اجتماعی دوستان و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی ارتباط معناداری وجود ندارد.

براساس آزمون همبستگی پیرسون، ضرایب محاسبه شده بین حمایت اجتماعی دوستان و مشارکت ورزشکاران در سطح  $P < 0/01$  معنادار است؛ بنابراین فرض صفر رد می‌شود (جدول ۴-۵).

جدول ۴-۵- ارتباط حمایت اجتماعی دوستان و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی

سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	تعداد	متغیرها	
0/001	0/221	244	مشارکت ورزشکاران معلول	حمایت دوستان

#### ۴-۴-۴ آزمون فرضیه چهارم

فرض صفر ( $H_0$ ): بین حمایت اجتماعی خانواده و خودکارآمدی ورزشکاران معلول ارتباط معناداری وجود ندارد.

براساس آزمون همبستگی پیرسون، ضرایب محاسبه شده حمایت اجتماعی خانواده و خودکارآمدی ورزشکاران در سطح  $P < 0/01$  معنادار است؛ بنابراین فرض صفر رد می‌شود (جدول ۴-۶).

جدول ۴-۶- ارتباط حمایت اجتماعی خانواده و خودکارآمدی ورزشکاران معلول

سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	تعداد	متغیرها	
0/001	0/626	244	خودکارآمدی	حمایت خانواده

#### ۴-۴-۵ آزمون فرضیه پنجم

فرض صفر ( $H_0$ ): بین حمایت اجتماعی دوستان و خودکارآمدی ورزشکاران معلول ارتباط معناداری وجود ندارد.

براساس آزمون همبستگی پیرسون، ضرایب محاسبه شده حمایت اجتماعی دوستان و خودکارآمدی ورزشکاران در سطح  $P < 0/01$  معنادار است؛ بنابراین فرض صفر رد می‌شود (جدول ۴-۷).

جدول ۴-۷- ارتباط حمایت اجتماعی دوستان و خودکارآمدی ورزشکاران معلول

سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	تعداد	متغیرها	
			خودکارآمدی	حمایت دوستان
0/001	0/604	244	خودکارآمدی	حمایت دوستان

#### ۴-۴-۶ آزمون فرضیه ششم

فرض صفر ( $H_0$ ): حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان و خودکارآمدی پیش بینی کننده مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی نیست.

جدول ۴-۸- نتایج رگرسیون خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی به روش همزمان

دوربین واتسون	انحراف معیار خطا	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	متغیر	
					ملاک	پیش بین
1/894	7/738	0/045	0/056	0/237	مشارکت ورزشکاران معلول	خودکارآمدی
						حمایت خانواده
						حمایت دوستان

جدول ۴-۸ نتایج تحلیل رگرسیون به روش همزمان نشان می‌دهد که مقدار دوربین واتسون در فاصله استاندارد ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه می‌گیریم. همچنین ضریب تعیین تعدیل شده برابر ۰/۰۴۵ است و به معنی آن است که خودکارآمدی، حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان ۴ درصد واریانس مشارکت ورزشکاران معلول را تبیین می‌کنند.

جدول ۴-۹- تحلیل واریانس (ANOVA) حاصل از رابطه بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی

سطح معناداری	F	میانگین مجموع مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	مدل
۰/۰۰۳	۴/۷۸۲	۲۸۶/۳۷۰	۳	۸۵۹/۱۱۰	رگرسیون
		۵۹/۸۸۳	۲۴۰	۱۴۳۷۱/۹۹۴	باقیمانده
			۲۴۳	۱۵۲۳۱/۱۰۴	کل

نتایج جدول ۴-۹ که نشان دهنده اثر رگرسیون ( $F=4/782$ ) ناشی از خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان از نظر آماری معنادار است.

بنابراین می‌توان گفت که توان پیش‌بینی مشارکت ورزشکاران معلول از طریق خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان وجود دارد. از این رو خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان واجد شرایط پیش‌بینی مشارکت ورزشکاران هستند.

جدول ۴-۱۰- ضرایب رگرسیون ارتباط خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی

سطح معناداری	T	ضریب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		متغیر
		Beta	خطای استاندارد	B	
۰/۰۰۱	۱۵/۲۵۷		۲/۳۴۲	۳۵/۷۳۱	مقدار ثابت
۰/۳۰۷	۱/۰۲۳	۰/۰۹۲	۰/۸۵۸	۰/۸۷۸	خودکارآمدی
۰/۷۵۴	۰/۳۱۴	۰/۰۲۶	۰/۸۰۸	۰/۲۵۴	حمایت خانواده
۰/۰۵۵	۱/۹۲۸	۰/۱۵۳	۰/۷۲۷	۱/۴۰۱	حمایت دوستان

باتوجه به مقادیر ضریب رگرسیون (Beta) و مقادیر (t) می‌توان نتیجه گرفت که هیچ یک از متغیرهای پیش‌بین، پیش‌بینی کننده معنادار مشارکت ورزشکاران معلول نیستند، بنابراین فرض صفر تایید می‌شود (جدول ۴-۱۰).





# فصل پنجم

## بحث و نتیجه گیری

## ۵-۱ مقدمه

در این فصل ابتدا به مرور طرح تحقیق، مبانی نظری و پیشینه آن پرداخته شده است. سپس نتایج و یافته‌های پژوهش مورد بحث و بررسی قرار گرفته است و در انتها پیشنهادهای کاربردی و پژوهشی ارائه گردیده است.

## ۵-۲ خلاصه تحقیق

ورزش و فعالیت بدنی نقش بسیار مهمی در سلامت عمومی مردم جامعه از جمله جانبازان و معلولان دارد و با توجه به وضعیت بدنی این افراد، می‌تواند چه از لحاظ سلامت جسمانی و چه از لحاظ سلامت روانی به این افراد کمک نماید و برای آن‌ها راهگشا باشد و باعث افزایش کیفیت زندگی‌شان گردد. معلولان به خاطر محدودیت‌هایی که دارند، حتماً باید با ورزش کردن با هدف، نیازهای حرکتی خود را بطرف سازند. بیماری و ناتوانی که در اثر بی‌حرکتی برای این افراد به وجود می‌آید، باعث افزایش رنجش آن‌ها می‌شود و به کیفیت زندگی آنان آسیب می‌رساند. اشخاص معلول، انسان‌هایی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی ذهنی و یا سلامتی روانی آن‌ها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آن‌هاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی به وجود می‌آید. این معلولیت‌ها، دامنه گسترده‌ای را از معلولیت‌های بارز، مانند نابینایی، ناشنوایی، کم‌توانی ذهنی و معلولیت جسمی حرکتی را تا معلولیت‌های غیر بارز مانند ضعف اعضای مختلف بدن و ناهنجاری‌های روانی در بر می‌گیرد. هدف از ورزش معلولان تنها اهداف فیزیولوژیکی نیست، بلکه ورزش یکی از بهترین و مهم‌ترین امکانات برای جلوگیری از منزوی شدن معلولان در جامعه است (جلالی فراهانی، ۱۳۹۰).

انسان موجودی اجتماعی است که با جامعه و افراد آن متقابلاً در ارتباط است و همواره تأثیر و تأثیراتی از محیط می‌گیرد. او نیازمند کمک و حمایت دیگران است و در مراحل دشوار و سخت زندگی و حتی در دوران خوشی و شادمانی نیاز به شرکایی دارد که او را همراهی کنند، از او حمایت

کنند و در زندگی با او باشند (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸). هدف حمایت اجتماعی از معلولان، بهتر شدن زندگی اجتماعی آن‌ها و توانمندسازی آنان به‌عنوان بخشی از نیروی انسانی جامعه است. در یک تعریف کلی، حمایت اجتماعی بر در دسترس بودن و کیفیت ارتباط با افرادی که در موقع نیاز، منابع حمایتی را فراهم می‌کنند تأکید دارد و تعهدات متقابلی را پدید می‌آورد که طی آن شخص، احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت‌نفس و ارزشمند بودن می‌کند (زکی، ۱۳۸۷). حمایت اجتماعی اغلب به‌طور معمول به اعمال انجام شده برای یک نفر آشفته به‌وسیله‌ی افراد مهم از قبیل اعضای خانواده و دوستان، همکاران، خویشاوندان و همسایگان اطلاق می‌شود و این اعمال معمولاً کمک‌ابزاری، کمک اجتماعی هیجانی و کمک اطلاعاتی را شامل می‌گردد (نادری و همکاران، ۱۳۹۰).

باری و همکاران (۲۰۰۴) دریافتند که خودکارآمدی به‌طور مثبت با درجات اجرا رابطه دارد، آن‌ها اظهار کردند که خودکارآمدی به‌صورت معناداری پیش‌بینی‌کننده اجزای مختلف ورزشکاران و مربیان می‌باشد (باری و همکاران، ۲۰۰۴). خودکارآمدی اعتقاد یک فرد به توانایی خود جهت موفق شدن در یک وضعیت خاص است. به عقیده بندورا این اعتقاد، عامل تعیین‌کننده چگونگی تفکر، رفتار و احساس افراد است (بندورا، ۱۹۹۷). یکی از مهم‌ترین دلایلی که ورزشکاران را از رسیدن به نیروهای ذاتی‌شان باز می‌دارد، توجه بیش از حد به بهبود کیفیت‌های فیزیکی در توسعه مهارت‌ها و عملکردهای ورزشی است، به عبارت دیگر آنان این حقیقت را که انسان تنها جسم نیست را دست‌کم گرفته‌اند (بندورا، ۱۹۸۶).

تحقیقات محدودی در زمینه مشارکت معلولان و عوامل اثرگذار بر ورزش معلولان انجام شده است. اهمیت ورزش برای معلولان بر کسی پوشیده نیست، از این رو تحقیق حاضر به حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در ورزشکاران معلول پرداخته، منابع حمایت اجتماعی را مشخص کرده و ارتباط بین این متغیرها و تأثیر آن بر مشارکت معلولان را مورد سنجش و بحث قرار داده است.

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و از نظر هدف، از نوع تحقیقات کاربردی است و جامعه آماری آن شامل کلیه جانبازان و معلولان ورزشکار استان خراسان رضوی است. بر اساس آمار به دست

آمده از هیئت ورزش‌های جانبازان و معلولین استان خراسان رضوی، تعداد ۸۰۰ ورزشکار جامعه آماری را تشکیل می‌دهند، بر اساس جدول مورگان تعداد ۲۶۰ ورزشکار به عنوان نمونه تعیین شدند. پرسشنامه‌ها با روش تصادفی-خوشه‌ای بین ۳۰۰ ورزشکار توزیع شد که از ۲۶۰ پرسشنامه بازگشت داده شده ۲۴۴ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل ۷ سؤال، پرسشنامه مشارکت ورزشی شامل ۲ سؤال، پرسشنامه خودکارآمدی لی و همکاران (۲۰۱۰) شامل ۶ سؤال، پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده لی و همکاران (۲۰۱۰) شامل ۶ سؤال و پرسشنامه حمایت اجتماعی دوستان لی و همکاران (۲۰۱۰) شامل ۵ سؤال بود.

تمامی پرسشنامه‌ها برای تأیید روایی صوری و محتوایی در اختیار ۱۰ نفر از صاحب‌نظران در این حوزه شامل اساتید، مدیران ورزش، مربیان و ورزشکاران قرار گرفت تا نظرات تخصصی خود را در مورد نحوه نگارش سؤالات، محتوای سؤالات، همخوانی گزینه‌ها با سؤالات و تطابق محتوای سؤالات با اهداف تحقیق بیان نمایند. سپس به منظور تعیین پایایی (ثبات درونی) پرسشنامه‌های تحقیق، در یک مطالعه مقدماتی تعداد ۳۰ پرسشنامه در بین جانبازان و معلولان استان خراسان رضوی ورزشکار توزیع گردید که در نهایت میزان آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌های خودکارآمدی، حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان به ترتیب ۰/۷۴۸، ۰/۸۷۷ و ۰/۷۳۱ با استفاده از نرم افزار (SPSS) نسخه ۲۱ محاسبه گردید.

نتایج این تحقیق نشان داد که بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان با مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی ارتباط وجود دارد. همچنین بین حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان با خودکارآمدی نیز ارتباط معناداری مشاهده شد. اما خودکارآمدی، حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان پیش‌بینی کننده مشارکت ورزشکاران نبودند.

### ۵-۳ بحث و نتیجه‌گیری

تجزیه تحلیل یافته‌های پژوهش و فرضیه اول نشان داد که بین خودکارآمدی و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی ارتباط معناداری وجود دارد ( $r=0/201$ ,  $sig=0/002$ ) (جدول ۳-۴). این یافته با نتایج تحقیقات مظلومی محمودآباد و همکاران (۱۳۸۷)، صفوی و همکاران (۱۳۹۰)، قهرمانی و نظری (۱۳۹۱)، دانیالی و همکاران (۱۳۹۱) و یوسفی و همکاران (۱۳۹۳)، چنگ و همکاران (۲۰۱۳)، پترسون و همکاران (۲۰۱۳)، کایسر و همکاران (۲۰۱۳)، رسنیک و همکاران (۲۰۱۴)، آقاخان بابایی و همکاران (۲۰۱۵) هم راستا بود.

مظلومی محمودآباد و همکاران (۱۳۸۷)، به این نتیجه رسیدند خودکارآمدی در انجام ورزش نقش مهمی دارد و پیشنهاد کردند، سازمان تربیت‌بدنی و دانشگاه‌ها حمایت همه‌جانبه‌ای از ورزشکاران درزمینه ارتقای سطح خودکارآمدی انجام دهند. صفوی و همکاران (۱۳۹۰) نیز به این نتیجه رسیدند که فعالیت‌های ورزشی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان تأثیر مثبت دارد. قهرمانی و نظری (۱۳۹۱)، توجه به خودکارآمدی را در رفتار فعالیت جسمانی سالمندان مورد تأکید قرار دادند. دانیالی و همکاران (۱۳۹۱)، به این نتیجه رسیدند که ارتباط معنی‌داری بین فعالیت فیزیکی با رضایت بدنی و خودکارآمدی وجود دارد. یوسفی و همکاران (۱۳۹۳)، به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی به‌طور معناداری پیش‌بینی‌کننده فعالیت جسمانی است و افرادی که دارای احساس خودکارآمدی بالاتری هستند، علی‌رغم موانع احتمالی فعالیت‌های جسمانی خود را انجام می‌دهند. چنگ و همکاران (۲۰۱۳)، به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی با فعالیت بدنی نوجوانان ارتباط غیر مستقیم دارد. پترسون و همکاران (۲۰۱۳)، حمایت اجتماعی ابزاری پدر و مادر از طریق خودکارآمدی با فعالیت ورزشی پسران ارتباط غیرمستقیم دارد. کایسر و همکاران (۲۰۱۳)، به این نتیجه رسیدند که ارتباط مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با فعالیت بدنی وجود دارد. رسنیک و همکاران (۲۰۱۴)، به این نتیجه رسیدند که حمایت دوستان از طریق خودکارآمدی به‌طور غیر-مستقیم بر ورزش آن‌ها اثر گذار است. همچنین آن‌ها به این نتیجه رسیدند که برای بهبود رفتار

ورزشی افراد مسن باید حمایت اجتماعی همراه با تقویت خودکارآمدی انجام گیرد. آقاخان بابایی و همکاران (۲۰۱۵)، به این نتیجه رسیدند که رابطه مثبت و معناداری بین خودکارآمدی و مشارکت فعالیت بدنی وجود دارد.

تجزیه تحلیل یافته‌های پژوهش و فرضیه دوم نشان داد که بین حمایت اجتماعی خانواده و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی ارتباط معناداری وجود دارد ( $\text{sig}=0/015$ ,  $r=0/156$ ) (جدول ۴-۴). این یافته با نتایج کیم و همکاران (۲۰۰۸)، هاشمی و همکاران (۲۰۱۲)، چنگ و همکاران (۲۰۱۳) و پترسون و همکاران (۲۰۱۳) هم راستا بود.

کیم و همکاران (۲۰۰۸)، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و دوستان از فعالیت‌های فیزیکی، با وابستگی فعالیت بدنی همراه بود. هاشمی و همکاران (۲۰۱۲)، عنوان کردند که حمایت بیشتر والدین از کودکان شرایط بهتری برای توسعه مهارت‌های خود از طریق ورزش به ارمغان می‌آورد. چنگ و همکاران (۲۰۱۳)، فعالیت بدنی پدران با فعالیت بدنی پسران و فعالیت بدنی مادران با فعالیت بدنی دختران ارتباط دارد. همچنین یک ارتباط غیر مستقیم بین فعالیت بدنی پدر و مادر و دوستان به واسطه حمایت اجتماعی با سطح فعالیت بدنی نوجوانان شناسایی شد. پترسون و همکاران (۲۰۱۳)، به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی ابزاری پدر و مادر با فعالیت ورزشی دختران ارتباط مستقیم دارد و حمایت اجتماعی عاطفی پدر و مادر با فعالیت ورزشی دختران ارتباط معکوس دارد. حمایت اجتماعی ابزاری پدر و مادر از طریق خودکارآمدی با فعالیت ورزشی پسران ارتباط غیر مستقیم دارد.

تجزیه تحلیل یافته‌های پژوهش و فرض سوم نشان داد که بین حمایت اجتماعی دوستان و مشارکت ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی ارتباط معناداری وجود دارد ( $\text{sig}=0/001$ ,  $r=0/221$ ) (جدول ۴-۵). این یافته با نتایج کیم و همکاران (۲۰۰۸)، چنگ و همکاران (۲۰۱۳)، استاپلتون (۲۰۱۴) و رسنیک و همکاران (۲۰۱۴) هم راستا بود.

کیم و همکاران (۲۰۰۸)، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و دوستان از فعالیت‌های فیزیکی، با وابستگی فعالیت بدنی همراه بود. چنگ و همکاران (۲۰۱۳)، به این نتیجه رسیدند که سطح فعالیت بدنی نوجوانان با فعالیت بدنی دوستان ارتباط مستقیم دارد. استاپلتون (۲۰۱۴)، در تحقیق خود به این نتیجه رسید که حمایت همسالان پیش‌بینی کننده سطح مشارکت ورزشی در بین ورزشکاران معلول بود. رسنیک و همکاران (۲۰۱۴) به این نتیجه رسیدند که حمایت دوستان از طریق خودکارآمدی به طور غیرمستقیم بر ورزش آن‌ها اثر گذار است.

تجزیه تحلیل یافته‌های پژوهش و فرض چهارم نشان داد که بین حمایت اجتماعی خانواده و خودکارآمدی ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی ارتباط معناداری وجود دارد ( $t=0/626$ ،  $sig=0/001$ ) (جدول ۴-۶). این یافته با نتایج رستمی و همکاران (۱۳۸۹)، پیربازاری و همکاران (۱۳۹۰)، کیم و همکاران (۲۰۰۸) و چنگ و همکاران (۲۰۱۳) هم راستا بود.

رستمی و همکاران (۱۳۸۹)، به این نتیجه رسیدند که بین خودکارآمدی و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، حمایت خانواده و دوستان روی هم ۱۵ درصد از واریانس خودکارآمدی را تبیین کردند و حمایت خانواده بالاترین ضریب همبستگی را با خودکارآمدی داشت. پیربازاری و همکاران (۱۳۹۰)، به این نتیجه رسیدند که حمایت خانواده نقش مهمی در افزایش خودکارآمدی دانشجویان دارد و دانشجویان خودکارآمدی بیشتر درگیر روابط اجتماعی می‌شوند. کیم و همکاران (۲۰۰۸)، به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی خانواده و دوستان از فعالیت‌های فیزیکی، با وابستگی فعالیت بدنی همراه بود. چنگ و همکاران (۲۰۱۳)، به این نتیجه رسیدند که یک ارتباط غیر مستقیم بین فعالیت بدنی پدر و مادر و دوستان به واسطه حمایت اجتماعی با سطح فعالیت بدنی نوجوانان شناسایی شد. حمایت اجتماعی با فعالیت بدنی نوجوانان در هر دو جنسیت ارتباط مستقیم و خودکارآمدی با فعالیت بدنی نوجوانان ارتباط غیر مستقیم دارد.

تجزیه تحلیل یافته‌های پژوهش و فرض پنجم نشان داد که بین حمایت اجتماعی دوستان و خودکارآمدی ورزشکاران معلول در فعالیت‌های بدنی ارتباط معناداری وجود دارد ( $r=0/604$ ،  $sig=0/001$ ) (جدول ۴-۷). این یافته با نتایج پیربازاری و همکاران (۱۳۹۰) و چنگ و همکاران (۲۰۱۳) هم‌خوانی دارد.

پیربازاری و همکاران (۱۳۹۰)، دانشجویانی که از حمایت دوستان برخوردارند خودکارآمدی بیشتری دارند. چنگ و همکاران (۲۰۱۳)، حمایت اجتماعی با فعالیت بدنی نوجوانان در هر دو جنسیت ارتباط مستقیم و خودکارآمدی با فعالیت بدنی نوجوانان ارتباط غیر مستقیم دارد.

از طرف دیگر یافته‌های پژوهش حاضر و فرض ششم نشان می‌دهد که خودکارآمدی، حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان پیش‌بینی کننده مشارکت ورزشکاران نمی‌باشند (جدول ۴-۸). که با نتایج کیم و همکاران (۲۰۰۸)، چنگ و همکاران (۲۰۱۳) در یک راستا نمی‌باشد. از دلایل این اختلاف در نتایج می‌توان به مواردی از قبیل تفاوت جامعه و نمونه تحقیقات قبلی و تحقیق فعلی اشاره کرد، که تفاوت این تحقیق با تحقیقات مذکور وجود معلولان در این پژوهش می‌باشد. از دلایل دیگر وجود تفاوت در نتایج تحقیقات می‌توان به تفاوت جوامع گوناگون از نظر فرهنگی و نوع برخورد با این افراد اشاره کرد. نوع برخورد و توجهی که جامعه باید برای ورزش معلولان به عنوان یک سازوکار ورود این افراد به جامعه که اهداف روانی از قبیل تامین نیازهای روحی و حرکتی این افراد از طریق ورزش را دنبال می‌کرد.

برخوردار بودن معلولان از فعالیت‌های بدنی منظم و وجود داشتن یک برنامه تمرینی برای آماده‌سازی ورزشکاران برای شرکت در مسابقات آینده نیز از عوامل دیگر تفاوت در نتایج محسوب می‌شوند. اینکه معلولان شرکت کننده در این پژوهش خود ورزشکار بودند می‌تواند یکی از دلایل این امر باشد که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی از طرف خانواده و دوستان پیش‌بینی کننده مشارکت در فعالیت بدنی نبود؛ اما موارد مهم و تاثیر گذار دیگری نیز وجود دارد که شکاف بین ورزش در ورزشکاران معلول و غیر معلول را بیشتر مشخص می‌کند. این عوامل به ضرورت حمایت‌های اجتماعی که باید از



معلولان انجام گیرد تاکید می‌کند. اگر غیر معلولین بدون وجود این حمایت‌ها نیز امکان پرداختن به فعالیت بدنی را دارند، وجود این حمایت‌های اجتماعی و افزایش خودکارآمدی برای معلولان ضروری و حساس به نظر می‌رسد. حمایت‌های ابزاری و ملموس مانند پرداخت هزینه‌ها، ایجاد شرایط حمل و نقل برای سهولت این افراد برای برخورداری از ورزش، همچنین حمایت‌های اطلاعاتی و عاطفی یا غیر ملموس که در جای خود دارای اهمیت بسیاری برای مشارکت این افراد در ورزش ضروری به نظر می‌رسد.

از آنجایی که تعدادی از معلولان موجود در جامعه مورد پژوهش در مراکزی خارج از محیط خانواده و در آسایشگاه‌هایی بدین منظور نگهداری می‌شدند و زندگی می‌کردند، تصویری از حمایت‌هایی که از طرف خانواده دریافت می‌شود نداشتند. بنابراین مشارکت ورزشی این افراد بدون وجود این نوع حمایت انجام می‌پذیرفت. در زمینه حمایت دوستان نیز معلولان، دوستان خود را محدود به محیط ورزش می‌دانستند و با سایر افراد خارج از این محیط که به عنوان دوست برای ورزشکاران شناخته می‌شدند در مورد فعالیت‌های ورزشی که داشتند به گفتگو نمی‌پرداختند، حتی تعدادی از این ورزشکاران عنوان نمودند که دوستان آن‌ها اطلاعی از ورزش این افراد ندارند به همین دلیل هر نوع انتظاری که از حمایت دوستان داشتند را در هم تیمی‌های خود دنبال می‌کردند که امکان داشت آن‌طور که باید از این نوع حمایت نیز بهره‌مند نمی‌شدند.

## ۴-۵ پیشنهادات تحقیق

### ۱-۴-۵ پیشنهادات کاربردی

❖ از آنجایی که معلولان جزئی از جامعه محسوب می‌شوند و به اندازه غیرمعلولین از امکانات جامعه مانند امکانات ورزشی سهم دارند به مدیران پیشنهاد می‌شود به نیازهای این افراد نیز توجه کنند و با حمایت شرایطی را برای افزایش مشارکت این افراد در ورزش مهیا کنند.

- ❖ به خانواده، دوستان، پرستاران، مربیان و سایر افرادی که با معلولان ارتباط دارند پیشنهاد می‌شود معلولان را به فعالیت‌های بدنی تشویق کنند و با حمایت‌های خود شرایط را در حد توان برای ورزش فراهم نمایند.
- ❖ یکی از اثرات حمایت‌هایی که از ورزشکاران می‌شود افزایش خودکارآمدی ورزشکاران معلول می‌باشد. پیشنهاد می‌شود با فراهم سازی شرایط علاوه بر مشارکت این افراد در ورزش به اجتماعی شدن و رفع نیازهای جسمانی و حرکتی این افراد کمک شود.
- ❖ توجه به سایر منابع حمایت اجتماعی مانند حمایت‌های محیطی و حمایت همکاران در جهت بهبود مشارکت ورزشکاران در فعالیت‌های بدنی.
- ❖ برقراری ارتباط بیشتر بین خانواده، دوستان، پرستاران، مربیان، مدیران و افرادی که به نحوی در فعالیت‌های بدنی معلولان می‌تواند تاثیر گذار باشند.

#### ۵-۴-۲ پیشنهادات پژوهشی

- ❖ بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با میزان مشارکت معلولین در فعالیت‌های بدنی
- ❖ بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی معلولین و غیرمعلولین ورزشکار
- ❖ مقایسه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در بین معلولین ورزشکار و غیرورزشکار
- ❖ مقایسه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در بین معلولین ورزشکار در ورزش‌های انفرادی و تیمی
- ❖ بررسی سایر عوامل روانشناختی و مدیریتی موثر بر میزان مشارکت معلولین که در این تحقیق بررسی نشده است.

# منابع و مراجع

- پورافکاری ن، (۱۳۸۵) "فرهنگ جامع روان‌شناسی و روان‌پزشکی و زمینه‌های وابسته" تهران، انتشارات فرهنگ معاصر.
- ترک‌لادانی ف، (۱۳۸۹) "تاثیر خودکارآمدی بر موفقیت افراد در زندگی" فصلنامه آموزشی، **تحلیلی و اطلاع‌رسانی** زمستان، دوره ۶، شماره ۲، ص ۴-۷.
- جلالی‌فراهانی م، (۱۳۹۰) "اصول، مبانی و اهداف ورزش معلولان" چاپ اول، نشر علوم ورزشی، تهران، ص ۲-۳۲.
- رضائی نژاد ر، رحمانی‌نیا ف، تقدی تکیار ا، (۱۳۸۸) "بررسی انگیزه‌های شرکت‌کنندگان در ورزش‌های همگانی در فضاهای روباز" **مدیریت ورزشی**، پاییز، دوره ۱، شماره ۲، ص ۵-۱۹.
- ریاحی م و همکاران (۱۳۸۹) "بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان" **فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**، سال دهم، شماره ۳۹، ص ۸۵-۱۲۱.
- زکی م ع، (۱۳۸۷) "پایایی و روایی مقیاس حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان" **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، زمستان، دوره ۱۴، شماره ۴، ص ۴۳۹-۴۴۶.
- شاوران ح، (۱۳۹۰) رساله دکتری: "تحلیل روابط چندگانه میان اعتماد، خودکارآمدی و عملکرد پژوهشی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های منتخب دولتی شهر اصفهان" دانشگاه اصفهان.
- شجاعی ه، (۱۳۸۲) "ورزش معلولین از دید توانبخشی و تعریف واژه‌های کلیدی" انتشارات پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، ص ۳۵.
- صالحی ر، عابدی م و فرحبخش ک، (۱۳۸۵) "رابطه باورها و خودکارآمدی کاریابی با رفتار کاریابی زنان بیکار شهرکرد" **فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی**، سال ۸، شماره ۲۸-۲۷، ص ۱۲۴-۱۱۳.

عبداللهی ب، (۱۳۸۵) "نقش خودکارآمدی در توانمندسازی کارکنان" **ماهنامه تدبیر**، اردیبهشت، شماره ۱۶۸، ص ۳۵-۴۰.

عسگری پ و همکاران (۱۳۸۸) "رابطه ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی با رضایت شغلی معلمان زن شهر اهواز" **فصلنامه زن و فرهنگ**، پاییز، شماره ۱، ص ۶۹-۸۰.

غلامی رنانی ف، (۱۳۸۴)، پایان نامه کارشناسی ارشد: "اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر میزان خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی هراس اجتماعی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان" **دانشگاه اصفهان**.

فتحی س، (۱۳۸۸) "تبیین جامعه شناختی مشارکت ورزشی دانشجویان" **پژوهشنامه علوم اجتماعی**، زمستان، سال ۳، شماره ۴.

فرقانی اوزروردی م و فتحی طبری ح، (۱۳۹۰) "تأثیر جنسیت بر ادراکات دانش‌آموزان مقطع متوسطه از حمایت‌های محیطی و اجتماعی برای مشارکت در فعالیت‌های بدنی" **همایش ملی دستاوردهای جدید علمی در توسعه ورزش و تربیت بدنی**، گرگان.

قاسم نژاد م، (۱۳۹۰) "تفاوت‌های جنسیتی در ادراک دانشجویان از حمایت‌های محیطی و اجتماعی برای مشارکت در فعالیت‌های بدنی" **فصلنامه رفتار حرکتی و روانشناسی ورزشی**، پاییز و زمستان، شماره ۷، ص ۷۹-۹۰.

قاندی ه و همکاران (۱۳۸۹) "تأثیر حمایت اجتماعی و عوامل جمعیت شناختی بر مشارکت زنان در فعالیت‌های ورزشی (مطالعه موردی: زنان شهر لامرد)" **فصلنامه زن و بهداشت**، تابستان، دوره ۱، شماره ۲، ص ۱-۱۹.

گنجی ارجنگی م و فراهانی م، (۱۳۸۸) "رابطه استرس شغلی و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در امدادگران حوادث گاز استان اصفهان" **فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی**، پاییز، دوره ۲، شماره ۳، ص ۱۵-۲۴.

مرادی ا، (۱۳۸۹)، رساله دکتری: "تأثیر عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه زنان جوان: الگویی برای مبتلایان به ناتوانی جسمی- حرکتی" دانشگاه اصفهان.

مسعودنیا ا، (۱۳۸۷) "خودکارآمدی عمومی و فوبی اجتماعی: ارزیابی مدل شناختی اجتماعی بندورا" نشریه مطالعات روانشناختی دانشکده علوم تربیتی در روانشناسی دانشگاه الزهراء، پاییز، دوره ۴، شماره ۳، ص ۱۱۵-۱۲۸.

مهرابی زاده م، (۱۳۸۰) "رابطه حمایت اجتماعی با عزت نفس، اضطراب و افسردگی در دانش- آموزان دختر پایه اول دبیرستان های شهر اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز" دانشگاه اهواز. نادری ف و همکاران (۱۳۹۰) "مقایسه خود بیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی بین مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی" فصلنامه سلامت و روانشناسی، بهار، دوره ۱، شماره ۱، ص ۴۱-۱۵.

هاشمیان ف، (۱۳۸۹)، پایان نامه کارشناسی ارشد: "بررسی رابطه بین خودکارآمدی و استرس کارکنان در سازمان جهاد کشاورزی استان قم" دانشگاه پردیس قم.

Appelbaum, S.H, Hare, A (1996). "Self-efficacy as a mediator of goal setting and Performance, Some human resource applications".Journal of Managerial Psychology (11)(3),33-47.

Applbaum, S.H. and Honeggar,K (1998)."Empowerment: a contrasting overview of organizations in general and nursing in particular- an examination of organizational factors, managerial behaviors, job design, and structural Power". Empowerment in Organizations (6)(2),29-50.

Bagheri-Nesami, M., et al. (2013). "The Relationship between Life Satisfaction with Social Support and Self-efficacy in Community-dwelling Elderly in Sari, Iran, 2012." J Mazandaran Univ Med Sci 23(101): 38-47.

- Bandura, A. (1977). "**Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change**" Psychological review 84(2): 191.
- Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**, Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1993). "**Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning**" Educational psychologist 28(2): 117-148.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**, Macmillan.
- Bandura, A. (1982). "**Self-efficacy Mechanism in Human Agency**". American Psychologist (37)(2), 122- 147.
- Bandura, A. (1997). "**Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change**". Psychological Review (84), 191-215.
- Bandura, A. (1999). "**Social cognitive theory: An agentic perspective**" Asian Journal of Social Psychology (2), 21-41.
- Bandura, A. (2000). "**Exercise of Human Agency Through Collective Efficacy**". Current Directions in Psychological Science (9)(3), 75-78.
- Bodde, A. E. and D.-C. Seo (2009). "**A review of social and environmental barriers to physical activity for adults with intellectual disabilities**." Disability and health journal 2(2): 57-66.
- Bray, S. R., et al. (2004). "**The relationship of task self-efficacy and role efficacy beliefs to role performance in Spanish youth soccer**." Journal of sports sciences 22(5): 429-437.
- Caltabiano, M. L. and E. P. Sarafino (2002). "**Health psychology: biopsychosocial interactions**" An Australian perspective, John Wiley & Sons.
- Cassidy, T. (1999). **Stress, cognition and health**, Psychology Press.
- Cheng, L. A., et al. (2014). "**Physical activity in adolescents: analysis of the social influence of parents and friends**" Jornal de pediatria 90(1): 35-41.
- Cobb, S. (1976). "**Social support as a moderator of life stress**" Psychosomatic medicine 38(5): 300-314.
- Cowan, J., et al. (2012). "**Self-efficacy and social support of academy cricketers**" South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation 34(2): 27-39.

- Cox, R. H., et al. (1998). **"Development of a CSAI-2 short form for assessing competitive state anxiety during and immediately prior to competition"** Journal of Sport Behavior 21(1): 30.
- Drentea, P., et al. (2006). **"Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease"** Social science & medicine 63(4): 957-967.
- Grau, R., et al. (2001). **"Moderator effects of self-efficacy on occupational stress"** Psychology in Spain 5(1): 63-74.
- Hashemi, M., et al. (2013). **"The Comparison of Socio-economic Status of Families and Social Support of Parents for the Physical Exercises of Their Children"** Procedia-Social and Behavioral Sciences 82: 375-379.
- Kaiser, B., et al. (2013). **"Impact of health beliefs, social support and self-efficacy on physical activity and dietary habits during the post-partum period after gestational diabetes mellitus: study protocol"** BMC pregnancy and childbirth 13(1): 133.
- Kline, R. B. (2005). **"Principles and practice of structural equation modeling"** (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Kim, C., et al. (2008). **"Self-efficacy, social support, and associations with physical activity and body mass index among women with histories of gestational diabetes mellitus"** The Diabetes Educator 34(4): 719-728.
- Kurbanoglu, S.S, Akkoyunlu, B. &Umay,A (2006). **"Developing the information literacy selfefficacy scale"**. Journal of Documentation (62)(6),730-743.
- Kurbanoglu, S.S. (2003). **"Self- Efficacy: A concept closely linked to information literacy and lifelong learning"**. Journal of Documentation (59)(6),635-646.
- Kwong, E. W.-y. and A. Y.-H. Kwan (2004). **"Stress-management methods of the community-dwelling elderly in Hong Kong: Implications for tailoring a stress-reduction program"** Geriatric Nursing 25(2): 102-106.
- Lee, M., et al. (2010). **"Rasch calibration of physical activity self-efficacy and social support scale for persons with intellectual disabilities"** Research in developmental disabilities 31(4): 903-913.
- Luthans, F. &Peterson,S.J (2002). **"Employee engagement and manager self-efficacy, Implications for managerial effectiveness and development"**. Journal of Management Development (21)(5),376-387.



- Maglione, J. L. (2007). **"Psychosocial correlates of physical activity in low income college students"**, ProQuest.
- Marcen, C., et al. (2013). **"Socioeconomic Status, Parental Support, Motivation and Self-confidence in Youth Competitive Sport"** Procedia-Social and Behavioral Sciences 82: 750-754.
- Martin, J. J. and C. A. Mushett (1996). **"Social support mechanisms among athletes with disabilities"**.
- McAuley, E. (1993). **"Self-efficacy and the maintenance of exercise participation in older adults"** Journal of behavioral medicine 16(1): 103-113.
- McAuley, E. and K. S. Courneya (1992). **"Self-Efficacy Relationships With Affective and Exertion Responses to Exercise"** Journal of Applied Social Psychology 22(4): 312-326.
- Motl, R. W., et al. (2009). **"Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support"** Psychology Health and Medicine 14(1): 111-124.
- Orsega-Smith, E. M., et al. (2007). **"The role of social support and self-efficacy in shaping the leisure time physical activity of older adults"** Journal of Leisure research 39(4): 705.
- Peterson, J. J., et al. (2008). **"Paths to leisure physical activity among adults with intellectual disabilities: Self-efficacy and social support"** American Journal of Health Promotion 23(1): 35-42.
- Peterson, M. S. (2012). **"The role of self-efficacy as a mediator between parent social support and physical activity in male and female adolescents, University of South Carolina"**
- Peterson, M. S., et al. (2013). **"The association of self-efficacy and parent social support on physical activity in male and female adolescents"** Health Psychology 32(6): 666.
- Pilli, R. & Williams, E.A (2004). **"Transformational leadership, self-efficacy, group cohesiveness, commitment, and performance"**. Journal of Organizational Change Management (17)(2),144-159
- Resnick, B., et al. (2002). **"The effect of social support on exercise behavior in older adults"** Clinical Nursing Research 11(1): 52-70.

- Reyes, F. B., et al. (2014). "**Self-efficacy, action control, and social support explain physical activity changes among costa rican older adults**" Journal of physical activity & health 11(8): 1573-1578.
- Sarafino, E. P. and T. W. Smith (2014). "**Health psychology: Biopsychosocial interactions**", John Wiley & Sons.
- Sarason, I. G. (1988). "**Social support, personality, and health, Springer**"
- Schulz, U. and R. Schwarzer (2004). "**Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery**" Journal of Social and Clinical Psychology 23(5): 716-732.
- Swanson, S. R., et al. (2008). "**Motives for participation and importance of social support for athletes with physical disabilities**" Journal of Clinical Sports Psychology 2: 317-336.
- van Leeuwen, C., et al. (2010). "**Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation**" Journal of rehabilitation medicine 42(3): 265-271.
- Yazicioglu, K., et al. (2012). "**Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities**" Disability and health journal 5(4): 249-253.

پوستها

پیوست (الف): پرسشنامه‌های تحقیق

### به نام خدا

ورزشکار گرامی

با سلام و احترام

لطفاً هر عبارت را با دقت مطالعه فرمایید و پاسخ مناسب را از میان گزینه‌های موجود با علامت ضربدر مشخص نمایید. اطلاعات پرسشنامه نزد محقق به امانت محفوظ خواهد بود و جز برای تجزیه و تحلیل و استخراج نتایج، استفاده دیگری نخواهد شد.

با سپاس فراوان

سروش آریانیپور

دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت ورزشی

دانشگاه صنعتی شاهرود

لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید:

جنسیت:  مرد  زن  سن: ..... سال  
 تحصیلات: ..... رشته ورزشی: .....

آیا جانباز هستید:  بلی  خیر

چه مدت است این فعالیت ورزشی را انجام می دهید: ..... سال

سابقه عضویت در تیم‌های ملی را دارید:  بلی  خیر

تعداد جلسات تمرین در هفته ..... جلسه مدت زمان هر جلسه تمرین ..... دقیقه

همیشه	اکثر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	عبارت ها
					۱ آیا می توانید تقریباً هر روز زمانی را برای فعالیت های بدنی در نظر بگیرید؟
					۲ آیا دوستانتان انجام فعالیت های بدنی را به شما یادآوری می کنند؟
					۳ آیا خانواده در صورت لزوم شما را به جایی که فعالیت های بدنی را انجام می دهید، می رسانند؟
					۴ حتی زمانی که مشغله کاری زیادی دارید می توانید فعالیت بدنی را انجام دهید؟
					۵ آیا دوستانتان فعالیت های بدنی را با شما انجام می دهند؟
					۶ آیا در خانواده کسی به شما می گوید که فعالیت های بدنی را خوب انجام می دهید؟
					۷ آیا می توانید فعالیت های بدنی را حتی زمانی که احساس غم و افسردگی می کنید انجام دهید؟
					۸ آیا دوستانتان فعالیت های بدنی شما را برنامه ریزی می کنند؟
					۹ آیا در خانواده کسی به شما نشان می دهد که چگونه فعالیت های بدنی را انجام دهید؟
					۱۰ آیا می توانید فعالیت های بدنی را حتی پس از یک روز کاری سخت انجام دهید؟

					آیا دوستانتان به شما نشان می دهند که چگونه فعالیت های بدنی را انجام دهید؟	۱۱
					آیا در خانواده، کسی فعالیت های بدنی شما را برنامه ریزی می کند؟	۱۲
					آیا می توانید فعالیت های بدنی را در روزهایی که خسته اید یا انرژی زیادی ندارید انجام دهید؟	۱۳
					آیا دوستانتان به شما می گویند که فعالیت های بدنی را خوب انجام می دهید؟	۱۴
					آیا در خانواده کسی فعالیت های بدنی را با شما انجام می دهد؟	۱۵
					آیا می توانید فعالیت های بدنی را زمانی که احساس تنبلی می کنید انجام دهید؟	۱۶
					آیا در خانواده کسی انجام فعالیت های بدنی را به شما یادآوری می کند؟	۱۷

# **The relationship of social support and self-efficacy with disabled athletes participation in physical activities**

## **Abstract**

Although exercise is very good for non-disabled people but if they do not exercise through daily activities somewhat can provide your mobility needs, But disabled people should resolve this need by doing regular sports activities. Social support and self-efficacy could affect the participation of disabled people in physical activity. The purpose of this study was to determine the relationship between social support and self-efficacy of disabled athletes for participation in physical activity. The study was descriptive and correlational method was field conducted. The study population was composed of Khorasan Razavi disabled athletes (N=800) among them 244 persons were selected by cluster random sampling as samples were analyzed. For data collection the questionnaire amount sports participation Ramezani nejad et al. (2004) and Self-Efficacy Questionnaire Lee et al. (2010) and social support questionnaire for measuring social support from family and friends Lee et al. (2010) were used. All questionnaires to verify the face and content validity were 10 experts in the field, Then in order determine the reliability of the questionnaire, 30 questionnaires were distributed in a pilot study and finally amount questionnaires using Cronbach's alpha coefficient For self-efficacy, social support of family and social support of friends, respectively 0/748 , 0/877 and 0/731 using software (SPSS) version 21 was calculated. To test the hypotheses, Pearson correlation and regression were used. The results showed that self-efficacy, social support of family and social support of friends there is a significant correlation with the participation of disabled athletes Sport, Also between social support of family and social support of friends there is a significant correlation with self-efficacy disabled athletes. Based on the research findings to family, friends and other people who are associated with persons with disabilities it is recommended that With their support and enhance self-efficacy in persons with disabilities are to increase their participation in physical activity.

**Keywords:** Disabled, Disabled Sports, social support of family, social support of friends, self-efficacy



**Faculty of physical education and sport science  
MSc Thesis in Management of sport events**

**The relationship of social support and self-efficacy with  
disable athletes participation in physical activities**

**By: Soroush Arianpour**

**Supervisor:  
Dr. Seyed reza Hosseini nia**

**Adviser:  
Dr. Hassan Bahrololoum**

**February 2016**