



The Effectiveness of Health-Oriented Behavioral Intervention on Life Satisfaction of People with Physical - Motor Disabilities Working in Governmental Organizations

Journal of Rehabilitation
Counseling

2025, Vol 1(2): 94-113
Jmr.uok.ac.ir

Vahid Dastyar¹ & *

Zahra Momenfar²

Sayyede Zainab Heidari³

Ebrahim Mohammadi Sharaf-Abad⁴

Abstract

Background and Objective: Life satisfaction is a construct of subjective well-being that refers to how individuals evaluate the quality of specific aspects of their lives, such as work, marriage, health, and recreation. This component is also related to the quality of more general aspects of life, such as happiness, enthusiasm for life, and peace of mind. Therefore, the aim of the study was to determine the effectiveness of a health-oriented behavioral intervention on the life satisfaction of people with physical - motor disabilities working in government offices in Yasuj.

Method: This study was a quasi-experimental pre-test-post-test study with a control group. The statistical population consisted of people with physical - motor disabilities working in government offices in Yasuj city, of which 40 individuals (20 in the experimental group and 20 in the control group) were purposefully selected as the research sample. The subjects answered the life satisfaction questionnaire in the pre-test and post-test. Then, 8 sessions of a 90-minute health-oriented behavioral intervention were held for the experimental group, while the control group did not receive any intervention. The data were analyzed using Spss version 26 and analysis of covariance (ANCOVA)

Findings: The results obtained from the post-test comparison of the life satisfaction component (including satisfaction with family, friends, work environment, living environment, and self) in the two groups, controlling for pre-test scores, showed that the scores of the life satisfaction component of people with physical - motor disabilities who participated in the experimental group increased significantly compared to those in the control group ($P \leq 0.05$). The highest satisfaction in the experimental group after participating in health-oriented behavioral intervention was "satisfaction with the living environment."

Conclusion: It can be concluded that health-oriented behavioral intervention can be an effective approach to increasing life satisfaction among people with physical - motor disabilities. It is suggested that such research be conducted among people with sensory disabilities, such as the blind and deaf, and be included in the research priorities of relevant institutions.

Keywords: People with Physical - Motor Disabilities, Life satisfaction, Health-Oriented Intervention

Received: 2025.07.20

Revised: 2025.08.18

Accepted: 2025.09.06

Citation: Dastyar, V., Momenfar, Z., Heidari, Z., & Mohammadi, E. (2025). The Effectiveness of Health-Oriented Behavioral Intervention on Life Satisfaction of People with Physical - Motor Disabilities Working in Governmental Organizations. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1 (2), 94-113

¹. **Corresponding Author:** Ph.D. in Sociology, Department of Social Sciences - Research, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Mazandaran, Babolsar, Iran. vdastyar95@gmail.com

². Ph.D. in Organizational Behavior Management, Department of Management, Faculty of Management, University of Warsaw, Warsaw, Poland. z.momenfar@yahoo.com

³. M.A. in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran. sozzanhosini@gmail.com

⁴. M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azad Islamic university of Arsenjan, Arsenjan, Iran. mohammadi.ebrahim2021@gmail.com



نشریه مشاوره توانبخشی
سال اول / شماره ۲ / تابستان ۱۴۰۴
شماره صفحات: ۹۴-۱۱۳
Jmr.uok.ac.ir

اثربخشی مداخله رفتاری سلامت‌محور بر رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی شاغل در ادارات دولتی

وحید دستیار^{۱*}

زهره مومن فر^۲

سیده زینب حیدری^۳

ابراهیم محمدی شرف‌آباد^۴

چکیده

زمینه و هدف: رضایت از زندگی ساختاری از رفاه ذهنی است که به چگونگی ارزیابی افراد از کیفیت جنبه‌های خاص زندگی خود مانند کار، ازدواج، سلامت، تفریح و همچنین کیفیت جنبه‌های کلی‌تر زندگی خود مانند شادی، روحیه و شوق برای زندگی و آرامش خاطر مربوط می‌شود. بنابراین، هدف پژوهش تعیین اثربخشی مداخله رفتاری سلامت‌محور بر رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی شاغل در ادارات دولتی شهر یاسوج بود.

روش: این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی شاغل در ادارات دولتی شهر یاسوج بودند، که به‌صورت هدفمند ۴۰ نفر از آنان (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه رضایت از زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند و مداخله رفتاری سلامت‌محور به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش برگزار گردید و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۶ و آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج به‌دست آمده از مقایسه پس‌آزمون مولفه‌ی رضایت از زندگی (شامل رضایت از خانواده، دوستان، محیط کاری، محیط زندگی و خود) در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون، نشان داد نمرات مولفه رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آنهایی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند افزایش معناداری دارد ($P \leq 0/05$)؛ و بیشترین رضایت گروه آزمایش پس از شرکت در مداخلات رفتاری سلامت‌محور، «رضایت از محیط زندگی» بوده است.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که مداخله رفتاری سلامت‌محور رویکردی موثر در افزایش رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی است. پیشنهاد می‌شود چنین تحقیقی در بین افراد دارای کم‌توانی حسی، مانند نابینایان و ناشنوایان نیز انجام شود و جزء اولویت‌های پژوهشی ادارات قرار بگیرد.

کلید واژه‌ها: افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی، رضایت از زندگی، مداخله سلامت‌محور.

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۵

اصلاح: ۱۴۰۴/۰۴/۲۷

دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۹

ارجاع: دستیار، و.، مومن‌فر، ز.، حیدری، ز.، و محمدی، ا. (۱۴۰۴). اثربخشی مداخله رفتاری سلامت‌محور بر رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی شاغل در ادارات دولتی. *فصلنامه مشاوره توانبخشی*، ۱ (۲)، ۹۴-۱۱۳.

^۱. نویسنده مسئول: دکتری جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی - پژوهشگری، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران.

Vdastyar95@gmail.com

^۲. دکتری مدیریت رفتار سازمانی، گروه مدیریت، دانشکده مدیریت، دانشگاه ورشو، ورشو، لهستان. z.momenfar@yahoo.com

^۳. کارشناسی ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی (ره)، تهران، ایران. sozzan hosini@gmail.com

^۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان، ارسنجان، ایران.

mohammadi.ebrahim2021@gmail.com

۱. مقدمه

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت^۱، ۱۶ درصد (۱/۳ میلیارد نفر) از جمعیت جهان دارای کم‌توانی^۲ می‌باشند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۴). در ایران بیش از ۱۱ میلیون نفر نیز دارای کم‌توانی هستند (دستیار و همکاران، ۲۰۲۴؛ رحمانی و همکاران، ۲۰۲۴). از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۴)، کم‌توانی، ایجاد اختلال در رابطه فرد و محیط است یا مجموعه‌ای از عوامل ذهنی، جسمی، اجتماعی (یا ترکیب آنها) است که مانع از زندگی مستقل برای افراد دارای کم‌توان شده است و از دیدگاه توانبخشی، افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی به افرادی گفته می‌شود که به هر علت دچار کم‌توانی در سیستم حرکتی باشند یا برای تحرک، نیاز به پاره‌ای از وسایل توان‌بخشی داشته باشند؛ مانند افراد قطع عضو (دست یا پا)، ضایعه نخاعی، مفصلی و عضلانی که نیاز به کراچ (عصا)، واکر (راه‌بر یا گام‌یار) و ویلچر (صندلی چرخدار) دارند (دستیار و محمدی، ۲۰۱۹). زندگی با کم‌توانی جسمی منبع استرس اجتماعی است و هویت اجتماعی فرد را تضعیف می‌کند (جسپرسن^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). افراد دارای کم‌توانی‌های جسمی اغلب از شرکت در فعالیت‌های اجتماعی محروم می‌شوند، که این محرومیت‌ها نه تنها حقوق اساسی بشر را نقض می‌کنند، بلکه ممکن است بر سلامت افراد نیز تأثیر منفی بگذارند (چارتی^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). آنها احساس می‌کنند که توانایی انجام کار در شرایط عادی را ندارند، در زندگی شکست می‌خورند و یا با طرد شدن روبرو هستند (لستری و فیجر^۵، ۲۰۲۰). این افراد در روابط بین فردی، محیط‌های شغلی و آموزشی و حتی حوزه‌های رفتاری یا عاطفی با چالش‌های گوناگون و متعددی مواجه هستند (رضاپور میر صالح و همکاران، ۲۰۲۴).

افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی از حقوق و امتیازات زندگی اجتماعی کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند، کمتر در جامعه حضور دارند و اغلب شبکه‌ها و تعاملات اجتماعی خود را محدود می‌دانند و به مرور زمان منزوی و به حاشیه رانده می‌شوند. بنابراین، نقص جسمانی، آسیب جدی به زندگی اجتماعی آنها وارد می‌کند (بهروزیان و همکاران، ۲۰۲۲) و نگرش عمومی نسبت به آنها بیشتر براساس ترحم و دلسوزی است تا براساس حق زندگی و مشارکت به عنوان انسان (سفای^۶، ۲۰۱۷). برای نمونه، گروهی از کم‌توانان جسمی-حرکتی، افراد با ضایعه نخاعی هستند که هر روز با مشکلات متعددی از قبیل مسائل اقتصادی، فقدان حمایت اجتماعی، عدم رضایت از زندگی و مشکلات جسمانی و روانی (مانند کاهش اعتماد به نفس و افکار آشفته) روبرو هستند؛ آسیب نخاعی نه تنها مسیر زندگی فرد دچار ضایعه نخاعی را، بلکه زندگی همسر، فرزندان و والدین فرد آسیب دیده را دستخوش تغییر قرار می‌دهد (علیجانی و همکاران، ۲۰۲۱). در این راستا نیز نیکولاسین^۷ (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان داده است که داشتن کم‌توانی جسمی-حرکتی با کیفیت و رضایت از زندگی پایین-تر و سلامت ضعیف‌تر همراه است.

علاوه بر این، حتی در محیط‌های شغلی برخی از افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی حمایتی از سوی محیط کار دریافت نمی‌کنند و نمی‌توانند پیشرفت کرده و موفق شوند؛ نشان داده شده است که تنها ۲۰ درصد از کم‌توانان کارمند اعتقاد دارند، فرهنگ سازمان‌شان منجر به پیشرفت آنها می‌شود و حدود ۷۶ درصد، نمی‌خواهند دیگران متوجه کم‌توانی آنها در محیط کار شوند، چون از تأثیر دیگران بر روند کار و شغل‌شان نگران هستند (اسچر^۸ و همکاران، ۲۰۱۶). افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی شاغل، با شکاف در حقوق، کم‌کار بودن و سایر پیامدهای مهم اشتغال مواجه هستند (اسچر و همکاران، ۲۰۱۳). از جمله نگرانی‌های کارفرمایان و مدیران نسبت به افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی، این است که کم‌توانی مانع از انجام وظایف طاقت‌فرسای جسمی می‌شود (بالدریج^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). حتی برخی از مدیران نگرانی‌هایی را در مورد توانمندی کم‌توانان جسمی-حرکتی در سازگاری اجتماعی و اینکه این افراد ممکن است بر روحیه سایر همکاران عادی تأثیر منفی بگذارند، ابراز کرده‌اند؛ از دیگر نگرانی‌های مورد توجه کارفرمایان، این است که کارمندان دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی نسبت به کارمندان عادی، بهره‌وری کمتری دارند، کندتر کار می‌کنند، غیبت و تأخیر بیشتری دارند و کمتر متعهد و قابل اعتماد هستند (بوناسیو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر، کارمندان دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی گاهی اوقات توسط مدیران به

1. World Health Organization (WHO)

2. Disability

3. Jespersen

4. Carty

5. Lestari & Fajar

6. Cefai

7. Nicolaisen

8. Schur

9. Baldridge

10. Bonaccio

عنوان «کارمندان مشکل‌ساز» تلقی می‌شوند (کای^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). در این راستا، سنی‌کان^۲ (۲۰۲۴) در مطالعه خود نشان داد که افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی در محل کار روابط پرتنش با همکاران و مدیران داشتند و در طول ارتقاء شغلی مورد تبعیض و انگ اجتماعی قرار گرفتند و حتی از فعالیت‌های خارج از محیط کار نیز کنار گذاشته شدند؛ علاوه بر این از نظر تأمین مسکن، حمل و نقل و پشتیبانی مورد توجه قرار نگرفتند. بنابراین، موانع نهادی و نگرشی بین کارفرمایان، سرپرستان و همکاران اغلب مانع عملکرد و امنیت شغلی و فرصت‌های ارتقاء و آموزش کارمندان دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی می‌شود (زایسکا^۳ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ این عوامل مرتبط با شغل به نوبه‌ی خود بر رضایت، تعهد، رفتارهای شهروندی سازمانی و قصد ترک خدمت کارمندان دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی تأثیر می‌گذارند (شورای ملی کم‌توانی^۴، ۲۰۰۷، فی‌ور^۵، ۲۰۱۷؛ ساموش^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). طبق شواهد کارکنان دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی در مقایسه با کارکنان عادی، سطح رضایت از زندگی پایین‌تری دارند (لین و چنگ^۷، ۲۰۱۹؛ لی^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، وجود کم‌توانی و مشکلات همراه آن، از جمله مشکلات ثانویه سلامتی مانند درد، خستگی، افسردگی و کم‌خوابی، مشکلات تردد و تحرک، موانع شغلی و اجتماعی و هزینه‌های درمانی و توان‌بخشی برای کارمندان دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی، نه تنها رضایت آنها از زندگی‌شان را متأثر و سخت کرده است (رجتی و همکاران، ۲۰۱۸؛ پوراسماعیلی و همکاران، ۲۰۲۴)، بلکه مطالعات نیز نشان داده‌اند حتی حضور فرزند کم‌توان در خانواده، رضایت از زندگی والدین به خصوص مادران را هم به شدت کاهش داده است (گرچی و کیوان‌پور، ۲۰۲۲؛ تازیکی و همکاران، ۲۰۲۲؛ فریدونی و همکاران، ۲۰۲۱؛ جورج لوی و لاسلو روث^۹، ۲۰۲۱).

رضایت از زندگی، حوزه‌ای از روان‌شناسی مثبت‌نگر است که به ارزیابی عاطفی (تجربه هیجانات خوشایند و ناخوشایند) و شناختی (قضاوت در مورد رضایت از زندگی) افراد از زندگی‌شان می‌پردازد (علیجانی و همکاران، ۲۰۲۱) و به افکار آنها در مورد کیفیت یا خوبی زندگی اشاره دارد (وو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). رضایت از زندگی، ارزیابی مثبت فرد از زندگی خود و دیگران (اکبری و مهرآور گیگلو، ۲۰۲۲) و ساختاری از رفاه ذهنی است که به چگونگی ارزیابی افراد از کیفیت جنبه‌های خاص زندگی خود مانند کار، ازدواج، سلامت، تفریح، مذهب و همچنین کیفیت جنبه‌های کلی‌تر زندگی خود مانند شادی، روحیه، شور و شوق برای زندگی و آرامش خاطر مربوط می‌شود (دانگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس مطالعات انجام شده، متغیرهایی مانند سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و استفاده از وسایل کمک حرکتی (الحمید^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۵)، رضایت شغلی (پارک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۶)، تجربه مثبت از اوقات فراغت و روابط خانوادگی و دوستانه (کیم^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۲)، رضایت از روابط بین فردی، رضایت از حقوق و درآمد و عزت نفس (لی و جی^{۱۵}، ۲۰۱۶)، وضعیت مالی بهتر خانوار، محیط زندگی و حمایت اجتماعی (لین و چنگ^{۱۶}، ۲۰۱۹)، وعده‌های غذایی منظم روزانه، تلاش برای کنترل وزن و درد مزمن (کیم و همکاران، ۲۰۲۴)، آموزش سلامت روان و آموزش سبک زندگی سالم (مثلاً رژیم غذایی سالم، ورزش و ...؛ پوراسماعیلی و همکاران، ۲۰۲۴) ارتباط مثبتی با رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی شاغل و غیرشاغل دارند. همانطور که مشخص است برخی از این متغیرها؛ مانند روابط خانوادگی و دوستانه، گذران اوقات فراغت، آموزش سلامت روان و سبک زندگی سالم (مثلاً رژیم غذایی سالم، ورزش

1. Kaye
2. Senekane
3. Zafuska
4. National Council on Disability
5. Fevre
6. Samosh
7. Lin & Cheng
8. Li
9. George-Levi & Laslo-Roth
10. Wu
11. Dong
12. Alhumaid, M.
13. Park
14. Kim
15. Lee & Ji
16. Lin & Cheng

و... مرتبط با رفتارهای سلامت‌محور هستند، که به افزایش رضایت و کیفیت زندگی کمک شایانی می‌نمایند (طهماسبی و همکاران، ۲۰۱۹). تأثیر رفتارهای سبک زندگی سالم بر سلامت، به ویژه ارتباط بین رفتارهای ارتقاءدهنده رفاه و سلامت، به خوبی شناخته شده است؛ تغییرات در سبک زندگی (مانند رژیم غذایی، ورزش، سیگار کشیدن و الکل) به عنوان پیوندهای واسطه‌ای غیرمستقیم بین رفتارهای مرتبط با سلامت و عوامل روانشناختی مانند رضایت از زندگی در نظر گرفته می‌شوند (مارتین ماریا^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، یکی از عوامل مداخلاتی که ممکن است در افزایش رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی شاغل و کاهش مشکلات (بهداشتی - سلامتی، عاطفی - روانی، ناتوانی در انجام امور زندگی و حتی چالش‌های کاری و شغلی در محیط کار) آنان اثرگذار باشد، آموزش مداخله رفتاری سلامت‌محور است.

رفتارهای سلامت‌محور، رفتارهایی است که به توانمند ساختن افراد برای افزایش کنترل آنها بر سلامت خود و سرانجام به بهبود سلامت خود و جامعه منجر می‌شود (مو و وینی^۲، ۲۰۱۰). این رفتارها به خاطر پیشگیری از بیماری‌های مزمن، بهبود کیفیت زندگی، کاهش بیماری‌زایی و کاهش بار مراقبت بهداشتی در جامعه از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشند و بر رفتارهای زندگی‌بخش مانند خوردن غذاهای مغذی، ورزش منظم، غلبه بر استرس، ایجاد روابط ارضاءکننده با دوستان، پرهیز از دخانیات و مواد مخدر و زندگی در منطقه‌ای با هوای پاک تأکید می‌کنند (عبدالکریمی و همکاران، ۲۰۱۷). تحقیقات نشان داده که سبک زندگی و رفتارهای انسانی علت بسیاری از بیماری‌های مزمن است (چیو^۳ و همکاران، ۲۰۱۶) و بهبود و حفظ یک سبک زندگی سالم برای متخصصان بهداشت همچنان چالشی مداوم و جهانی محسوب می‌شود (چانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). رفتارهای سلامت‌محور یکی از عوامل اصلی تعیین‌کننده سلامت است که بی‌توجهی به آن‌ها دلیل اصلی بیماری‌ها می‌باشد و توجه به آن‌ها از بیماری‌ها پیشگیری می‌کند (یوکوکوا^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). این رفتارها شامل معیارها و روابط بین فردی و اجتماعی، مسئولیت‌های سلامتی و بهداشتی افراد نسبت به خود، عزت نفس، رشد معنوی (خودشکوفایی)، شناسایی منابع استرس و مقابله با آن، سبک تغذیه سالم و انجام ورزش‌های منظم هستند که در بالا بردن کیفیت زندگی بسیار موثرند (سینت اونگ و کروگر^۶، ۲۰۱۷؛ عبدالکریمی و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان داده است که مداخله رفتاری سلامت‌محور بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی (پیشکارمفرد و همکاران، ۲۰۱۵؛ طهماسبی و همکاران، ۲۰۱۹؛ شیرینی و همکاران، ۲۰۱۹) و رضایت از زندگی سالمندان (فالکرد^۷ و همکاران، ۲۰۲۱؛ واحدی کوجنق و همکاران، ۲۰۲۲)، رضایت از زندگی پرستارن (خیاطیان و همکاران، ۲۰۲۲)، سلامت و خودکارآمدی بهورزان (عبدالکریمی و همکاران، ۲۰۱۷)، سلامت جسمی و روانی دانش‌آموزان و دانشجویان (شاهین و همکاران، ۲۰۱۵؛ معینی و همکاران، ۲۰۱۵) و خودکارآمدی و خودمراقبتی در بیماران قلبی عروقی (دوآرته-گاردیا^۸ و همکاران، ۲۰۱۴؛ محسنی پویا و همکاران، ۲۰۱۷) اثر مثبتی دارد.

هر چند بیماری‌های مزمن (کیم^۹ و همکاران، ۲۰۲۰) رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی را کاهش می‌دهد و عضو خانواده‌های با وضعیت اقتصادی و اجتماعی بالاتر (جو^{۱۰}، ۲۰۲۰) و سطح درآمد بالاتر (لی^{۱۱}، ۲۰۲۱) آن را افزایش، اما توجه به رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و سبک زندگی سالم (مانند ورزش، برقراری ارتباطات موثر و رشد معنوی، خوردن غذاهای سالم و توجه به رفتارهای بهداشتی) با بهبود سلامت ذهنی و رضایت از زندگی در میان افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی مرتبط است (کیم، ۲۰۲۲). انجام

1. Martín-María
2. Mo & Winnie
3. Chiou
4. Chiang
5. Yokokawa
6. Saint Onge & Krueger
7. Phulkerd
8. Duarte-Gardea
9. Kim
10. Choo
11. Lee

رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت برای افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی بسیار ارزشمندتر از افراد عادی است و می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا اعتماد به نفس و خودکارآمدی بدن خود را افزایش دهند، خودآگاهی خود را بهبود بخشند، بهتر در جامعه ادغام شوند و عزت‌نفس پایین خود را جبران کنند (اندرسون و فلدمن^۱، ۲۰۲۰). طبق مطالعات جانگ^۲ (۲۰۱۲) و زینگ^۳ و همکاران (۲۰۲۳)، افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی که به طور فعال در ورزش (یکی از مداخلات رفتاری سلامت‌محور) شرکت می‌کنند (نسبت به غیرشرکت‌کنندگان)، عزت‌نفس و اعتماد به نفس بالاتر، کیفیت زندگی بهتر و رضایت بیشتری از زندگی دارند. یا چو و آن^۴ (۲۰۲۴) نشان دادند که رضایت از زندگی مرتبط با سلامت در بین کم‌توانان جسمی-حرکتی که عزت‌نفس بالاتر و سلامت ذهنی بهتری داشتند، افسرده نبودند، بیماری‌های مزمن نداشتند، بیشتر بود. هر یک از تحقیقات پیشین به نوعی نقش رفتارهای سلامت‌محور را در سلامتی افراد جامعه (از جمله سالمندان، بهورزان، پرستاران، دانش‌آموزان و دانشجویان، بیماران قلبی-عروقی) مورد بررسی قرار داده‌اند و ارتباط این رفتارها را با متغیرهایی مانند خودکارآمدی، خودمراقبتی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی مورد سنجش قرار داده‌اند، اما با جست‌وجو در نشریات و پایگاه‌های معتبر علمی (از جمله نورمگز^۵، مگیران^۶، سیویلیکا^۷ و جهاد دانشگاهی^۸، گوگل اسکالر^۹، ساینس دایرکت^{۱۰}) مشخص شد که پژوهشی به نقش مداخله رفتاری سلامت‌محور در رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی شاغل به صورت اثربخشی و نیمه‌آزمایشی نپرداخته است و پژوهش‌های پیشین بیشتر یکی از ابعاد مداخله مذکور را به صورت میدانی (پیمایشی) بررسی و ارتباط آن را با رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی شاغل، در صورت عدم دریافت مداخلات رفتاری سلامت‌محور ممکن است با مشکلاتی مانند افزایش بیماری‌های جسمی ثانویه، دردهای اسکلتی-عضلانی، استرس و فرسودگی شغلی، کاهش بهره‌وری و افت کیفیت و رضایت از زندگی مواجه شوند. در مقابل، ممکن است مداخلات رفتاری سلامت‌محور بتواند با ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، بهبود سلامت جسمی و روانی، کاهش غیبت‌های کاری و هزینه‌های درمانی و افزایش رضایت شغلی، نقش مؤثری در رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی شاغل ایفا کنند. بنابراین، این پژوهش در پی آن است که اثر مداخله رفتاری سلامت‌محور را بر رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی شاغل مورد بررسی قرار دهد، تا مشخص شود که آیا آموزش این مداخله می‌تواند منجر به بالا رفتن رضایت از زندگی آنها شود یا خیر.

۲. روش

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه (کنترل) بود. در این طرح مداخله رفتاری سلامت‌محور به عنوان متغیر مستقل و رضایت از زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی^{۱۱} شاغل در ادارات دولتی شهر یاسوج در سال ۱۴۰۳ بود، که به دلیل مشکلات مفصلی - عضلانی، قطع عضو (از ناحیه دست و پا)، کوتاهی قد، ضایعه نخاعی، فلج اطفال، فلج مغزی، آتروفی عضلانی نخاعی و تالاسمی دچار کم‌توانی جسمی - حرکتی شده بودند. با توجه به پژوهش‌های مشابه در حیطه افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی

1. Anderson & Feldman
2. Jung
3. Zheng
4. Cho & Ahn
5. Noor Mags
6. Magiran
7. Civilica
8. SID
9. Google Scholar
10. Science Direct
11. Physical and Motor Disability

(مکارم و یوسفی، ۲۰۲۱؛ شریفی و همکاران، ۲۰۲۴) که حجم نمونه ۱۵ تا ۲۰ نفر در هر گروه را کافی گزارش کرده‌اند، در پژوهش حاضر نیز تعداد مشابهی انتخاب شد و با روش نمونه‌گیری هدفمند (از دو نوع معیارمحور و موارد همگن) از بین ادارات دولتی شهر یاسوج (۱۰۴ اداره)، تعداد ۴۰ نفر کم‌توان جسمی-حرکتی شاغل براساس معیارهای ورود و خروج به‌عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. در روش نمونه‌گیری معیارمحور، شرکت‌کنندگان بر اساس معیارهای خاصی که مرتبط با سوال پژوهش است انتخاب می‌شوند و در روش نمونه‌گیری موارد همگن محقق به دنبال تحقیق در مورد تجربیات اجتماعی خاص با ویژگی‌های مشابه است. ملاک‌های ورود شامل (۱) هر دو جنس افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی، (۲) بازه سنی ۲۴ تا ۶۰ سال، (۳) داشتن کم‌توانی جسمی - حرکتی، (۴) شاغل بودن در ادارات دولتی و (۵) رضایت و تمایل به شرکت در پژوهش (تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه) بودند و ملاک‌های خروج عبارت بودند از (۱) غیبت بیش از دو جلسه در مداخله آموزشی، (۲) عضویت همزمان در دیگر برنامه‌های آموزشی مربوط به ارتقاء سلامت، (۳) عدم رعایت قوانین گروه مانند عدم رعایت احترام دیگران و (۴) عدم رضایت در مورد شرکت در جلسات.

۲-۱. ابزارها

۳-۱-۱. مقیاس رضایت از زندگی^۱

مقیاس رضایت از زندگی دارای ۳۳ ماده و ۵ خرده‌مقیاس رضایت از خانواده (سوالات ۱ تا ۶)، رضایت از دوستان (سوالات ۷ تا ۱۲)، رضایت از محیط کاری (سوالات ۱۳ تا ۱۹)، رضایت از محیط زندگی (سوالات ۲۰ تا ۲۶) و رضایت از خود (سوالات ۲۷ تا ۳۳) است. جهت طراحی این پرسشنامه، از مقیاس چندبعدی رضایت از زندگی دانش‌آموزان^۲ که توسط هیوبنر^۳ (۲۰۰۱) طراحی شده بود استفاده شد؛ به این صورت که بعد رضایت از مدرسه حذف گردید و به جای آن گویه‌های جهت سنجش رضایت از محیط کار قرار داده شد و در دیگر ابعاد تلاش شد گویه‌ها ادغام، خلاصه‌تر و گویه‌هایی متناسب با وضعیت افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی طراحی شود. همچنین از پرسشنامه ۱۱ آیتمی رضایت از زندگی فوگل مایر^۴ و همکاران (۲۰۰۲) که برای مردان و زنان ۱۸ تا ۷۴ ساله اعتبارسنجی کرده بود، کمک گرفته شد؛ پرسشنامه آنها با مقدار آلفای ۰/۸۰ از سازگاری درونی خوبی برخوردار بود و حوزه‌های مهم زندگی مانند موقعیت‌های شغلی، مالی، اوقات فراغت، ارتباط با دوستان، زندگی خانوادگی و جنسی، مدیریت مراقبت از خود، روابط با شریک زندگی و سلامت جسمی و روانی را ارزیابی می‌کند. شیوه‌ی نمره‌گذاری پرسشنامه حاضر به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای (کاملاً مخالفم = نمره ۱، مخالفم = نمره ۲، تاحدودی = نمره ۳، موافقم = نمره ۴ و کاملاً موافقم = نمره ۵) است. دامنه مقیاس بین ۳۳ تا ۱۶۵ می‌باشد و نمرات بالاتر نشانگر رضایت از زندگی بالاتر است. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسشنامه به شکل اعتبار صوری (قضاوت و نظر افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی) و محتوایی از نوع کیفی (مراجعه به افراد متخصص در حوزه‌های جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، مدیریتی و سلامت) بررسی شد و پس از تعدیل گویه‌های پرسشنامه مذکور، اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفت و برای سنجش پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده است؛ به این صورت که پرسشنامه مذکور در بین ۳۰ نفر از کم‌توانان جسمی-حرکتی شاغل در ادارات دولتی که در دسترس محقق بودند توزیع شد و مقادیر آلفای بالاتر از ۰/۷۰ برای مقیاس کل و ابعاد آن نشان داد که پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار است.

۳-۱-۲. مداخله رفتاری سلامت‌محور

با توجه به اینکه مداخله‌ای جامع و دقیق در خصوص رفتارهای سلامت‌محور افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی موجود نبود، محقق این مداخله را با کمک پروتکل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت طهماسبی و همکاران (۱۳۹۷)، پرسشنامه سبک زندگی افزایش‌دهنده سلامت

1. Satisfaction with Life Scale (SWLS)
2. Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (MSLSS)
3. Huebner
4. Fugl-Meyer

والکر^۱ و همکاران (۱۹۸۷)، والکر و هیل پولوسکی^۲ (۱۹۹۶) و مطالعات عبدالکریمی و همکاران (۲۰۱۷)، یوکوکوا^۳ و همکاران (۲۰۱۵)، سینت اونگ و کروگر^۴ (۲۰۱۷)، شیرانی^۵ و همکاران (۲۰۱۹) و کتاب سلامت و بهداشت پایه دوازدهم متوسطه (۱۴۰۳) جمع‌آوری کرده است، که شامل رشد معنوی، مسئولیت سلامتی، ورزش و تحرک فیزیکی، مدیریت استرس و تنش، روابط بین فردی و توصیه‌های غذایی سالم (تغذیه سالم) می‌باشد. علاوه بر این، اعتبار محتوایی مداخله توسط اساتید و متخصصانی در حوزه‌های جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، مدیریت، پزشکی و سلامت، تربیت بدنی و حوزوی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نکته‌ای که متخصصان در بحث اعتبار به آن بسیار پرداختند و تلاش کردند رعایت شود، انطباق این مداخله با شرایط جسمی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی بود. بنابراین، این مداخله با همان شکل و روشی که برای افراد سالم به کار رفته است، برای افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی بکار گرفته نشد و در انطباق با شرایط آنها اجراء و عملیاتی گردید. خلاصه‌ی آموزش مداخله رفتاری سلامت‌محور به افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول شماره ۱. عناوین و خلاصه‌ی مداخله رفتاری سلامت‌محور

جلسات	عنوان	فعالیت‌های جلسات
جلسه‌ی اول	معرفی و مبنای اساسی آموزش	خیر و مقدم و آشنایی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی با یکدیگر و با مربی، ابراز و بیان کردن بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسات، دلیل آمدن افراد کم‌توان جسمی - حرکتی به این جلسات و انتظاری که از جلسات آموزشی دارند، صحبت از موضوعات کلی هر یک از جلسات.
جلسه‌ی دوم	تقویت رفتارهای مرتبط با مسئولیت سلامتی و بهداشتی	تقویت رفتارهای مرتبط با مسئولیت بهداشتی و سلامتی از طریق تغییر در آگاهی و نگرش نسبت به کم‌توانی جسمی - حرکتی، چگونه سلامت جسمانی و عاطفی خود را حفظ کنیم، حفظ بهداشت روان، پیشنهادات منحصر به فرد برای سلامتی، نکات ارزشمند در مصرف داروها، توجه به رفتارهای بهداشتی و دوری کردن از رفتارهای مخاطره‌آمیز.
جلسه‌ی سوم	توصیه به ورزش منظم و تحرک فیزیکی	پرداختن به مفهوم ورزش و رعایت کردن هرم فعالیت بدنی طبق الگوی پیشنهادی، صحبت از اینکه فعالیت ورزشی و تحرک فیزیکی به تنهایی همه مزایا را فراهم نمی‌کند، صحبت از اینکه در برخی گزینه‌ها می‌توان یک فعالیت ورزشی را جایگزین فعالیت دیگری کرد و فعالیت کردن و تحرک فیزیکی در حد کم بهتر از اصلاً فعالیت نکردن است.
جلسه‌ی چهارم	توصیه‌های غذایی سالم	معرفی هرم مواد غذایی پیشنهادی به افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی و رعایت کردن آن، توصیه به داشتن تغذیه صحیح و خوردن غذایی سالم و بهداشتی و رعایت اصول تناسب (متناسب بودن میزان و نوع غذای یک فرد با نیازهای تغذیه‌ای او)، تعادل (مصرف مقادیر کافی از مواد غذایی) و تنوع (استفاده از تمام گروه‌های غذایی جهت تأمین مواد مغذی مورد نیاز بدنمان).
جلسه‌ی پنجم	توصیه جهت تقویت روابط برون فردی و بین فردی	آشنا شدن افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی با مفاهیم ارتباط و ارتباط موثر، آشنا شدن آنها با مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی (مانند توانایی بیان واضح، گوش دادن فعال، توانایی درک متون، توانایی انتقال اطلاعات به صورت مکتوب، استفاده از زبان بدن و توانایی حل و فصل اختلافات) و اهمیت مهارت‌های ارتباطی و کلامی (افزایش اعتماد به نفس، بهبود روابط، موفقیت در شغل، حل مسئله و درک بهتر خود و دیگران).
جلسه‌ی ششم	افزایش رشد معنوی (خودشکوفایی)	آشنا شدن افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی با مفهوم رشد معنوی و فواید آن، تأثیر معنویت در سلامت جسمانی و روانی، ۱۰ نکته برای تقویت رشد معنوی و صحبت از مزایای رشد معنوی.
جلسه‌ی هفتم	شناسایی منابع استرس و تنش و مقابله با آن	آشنایی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی با مفاهیم استرس و تنیدگی، صحبت از سه مرحله استرس (واکنش خطر، گام مقاومت و گام فرسودگی)، صحبت از نشانه‌های استرس، ارائه راهکارهای مقابله با استرس و تنیدگی، آشنایی با تکنیک‌های آرام‌سازی، معرفی غذاهایی جهت کاهش استرس و تنش.

1. Walker
2. Hill-Polerecky
3. Yokokawa
4. Saint Onge & Krueger
5. Shirani

جلسه هفتم جمع‌بندی و ارزیابی رفتارهای جمع‌بندی کردن و ارزیابی رفتارهای مرتبط با سلامت، برنامه ریختن برای آینده، ایجاد تغییر در مرتبط با سلامت زندگی و کار و اجرای مجدد پرسش‌نامه.

۲-۲. روش اجرا

برای انجام این پژوهش ابتدا با روش میدانی و کتابخانه‌ای، ادبیات نظری و تحقیقات انجام شده داخلی و خارجی مرتبط با موضوع پژوهش جمع‌آوری شد و سپس جهت گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ی رضایت از زندگی و مداخلات رفتاری سلامت‌محور استفاده شد. در این پژوهش، محقق برای اینکه بتواند به نمونه خود دسترسی پیدا کند، به ادارات مربوطه (به صورت تصادفی) رجوع کرد و پس از کسب مجوز و اجازه از آنها، هدف از برگزاری این مداخله و جلسات را برای افراد دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی شاغل کاملاً توضیح داد و در نهایت موفق شد از بین آنها ۴۰ نفر که ملاک‌های ورود و تمایل به همکاری داشتند را جهت ورود به مداخله انتخاب کند. پس از دریافت شماره تماس ۴۰ شرکت‌کننده، به صورت کاملاً تصادفی (قرعه‌کشی از روی شماره همراه آنها) در دو گروه آزمایش و گواه (در هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند و روی گروه آزمایش مداخله رفتاری سلامت‌محور اعمال گردید، ولی گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. به این صورت که، گروه آزمایش ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت آنلاین (از طریق اسکای روم) تحت آموزش مداخلات رفتاری سلامت-محور قرار گرفتند (جدول ۱). خلاصه‌ی مداخله رفتاری سلامت‌محور؛ اما توزیع و تکمیل پرسش‌نامه پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به این صورت بود که محقق به محل کار افراد نمونه رجوع کرد و پس از تکمیل پرسش‌نامه، آن را دریافت کرد. پیش از شروع مداخله، پیش-آزمونی برای اندازه‌گیری متغیر وابسته (رضایت از زندگی) از هر دو گروه به عمل آمد و پس از اتمام آموزش‌ها و مداخله، پرسش‌نامه رضایت از زندگی مجدداً در دو گروه تکمیل شد. لازم به ذکر است که در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی رعایت شد و تمامی مراحل پژوهش با توجه به کرامت انسانی آزمودنی‌ها طراحی و اجرا گردید و به آزمودنی‌ها جهت محرمانه ماندن پاسخ‌های آن‌ها اطمینان داده شد، تا به دور از هرگونه استرس پاسخ‌های خود را ارائه دهند. همچنین این اطمینان داده شد که تمام اطلاعات برای امور پژوهشی است و جهت رعایت حریم خصوصی نام و نام خانوادگی آنها ثبت نشد و در تمامی مراحل آزمون با اختصاص دادن کد مخصوصی (مانند کد الف، ب و ج) به هر شماره تلفن، مراحل پژوهش پیش رفت.

۲-۳. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری مناسب تحلیل شدند تا تأثیرات مداخله (آموزش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت) بر متغیر وابسته (رضایت از زندگی) بررسی شود. در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس یا آنکووا) انجام شد.

۳. یافته‌ها

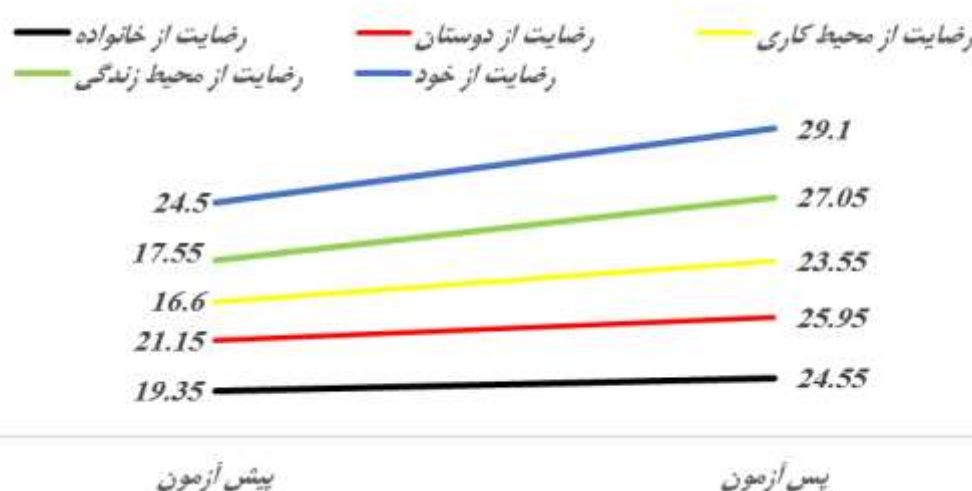
با توجه به یافته‌های پژوهش، میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش به ترتیب ۴۱/۱۵ و ۱۰/۶۳ و میانگین و انحراف معیار گروه کنترل به ترتیب ۳۶/۶۵ و ۱۰/۴۷ بود و با توجه به سطح معناداری ($p = ۰/۱۸۶$)، تفاوت معناداری در میانگین سنی دو گروه مشاهده نشد. از لحاظ جنسیت، به ترتیب ۳۷/۵ و ۱۲/۵ درصد از کم‌توانان مرد و زن در گروه آزمایش بودند، در حالی که در گروه کنترل به ترتیب ۳۵ و ۱۵ درصد از کم‌توانان جسمی مرد و زن قرار داشتند. به ترتیب علت کم‌توانی ۳۵، ۲۲/۵، ۷/۵، ۲۲/۵، ۵ و ۷/۵ درصد از پاسخگویان هر دو گروه به خاطر مشکلات عضلانی-مفصلی، قطع عضو، کوتاهی قد، ضایعه نخاعی، فلج اطفال و آتروفی عضلانی نخاعی بوده است. شاخص‌های آماری (میانگین و انحراف معیار) داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار نمره رضایت از زندگی (همراه با ابعاد آن) در پیش‌آزمون-پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه.

متغیرها	گروه آزمایش ($n = ۲۰$)				گروه کنترل ($n = ۲۰$)	
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار

۴/۱۹۳	۲۰/۳۰	۵/۰۸۱	۱۹/۸۵	۴/۷۰۶	۲۴/۵۵	۴/۹۶۵	۱۹/۳۵	رضایت از خانواده
۲/۷۶۲	۲۳/۵۰	۳/۲۱۳	۲۲/۷۰	۲/۸۱۸	۲۵/۹۵	۳/۹۹۰	۲۱/۱۵	رضایت از دوستان
۵/۷۳۵	۱۷/۴۵	۵/۶۳۴	۱۶/۲۰	۶/۶۲۹	۲۳/۵۵	۵/۹۹۴	۱۶/۶۰	رضایت از محیط کاری
۶/۲۱۲	۲۰/۲۰	۶/۴۲۸	۱۸/۸۰	۵/۸۳۵	۲۷/۰۵	۶/۳۷۸	۱۷/۵۵	رضایت از محیط زندگی
۴/۹۶۷	۲۶/۴۰	۴/۹۶۸	۲۵/۵۰	۴/۱۱۵	۲۹/۱۰	۳/۸۵۹	۳۴/۵۰	رضایت از خود
۱۴/۹۷۴	۱۰۷/۸۵	۱۸/۱۴۹	۱۰۳/۰۵	۱۴/۱۲۵	۱۳۰/۲۰	۱۸/۹۴۳	۹۹/۱۵	رضایت از زندگی

بر اساس جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه قبل و بعد از مداخله نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات اعضای گروه آزمایش، در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، در مولفه‌ی رضایت از زندگی و ابعاد آن افزایش یافته است، که بیشترین افزایش در بُعد «رضایت از محیط زندگی» می‌باشد. این تغییرات در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. همان‌طور که در جدول ۲ و نمودار ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمره‌ی کلی پیش‌آزمون کم‌توانان جسمی - حرکتی گروه آزمایش در متغیر رضایت از زندگی برابر با ۹۹/۱۵ و میانگین نمره‌ی کلی پس‌آزمون آن‌ها برابر با ۱۳۰/۲۰ است.



نمودار شماره ۱. مقایسه‌ی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابعاد رضایت از زندگی در گروه آزمایش.

بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (آنکوا): از آنجا که جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون آنکوا استفاده شده است. لازم است قبل از انجام تحلیل، مفروضات این آزمون رعایت شود. مفروضه اول (بررسی نرمال بودن نمرات متغیرها): با توجه به نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک، چون سطوح معناداری متغیر رضایت از زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود، داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند و از این مفروضه تخطی نشده است. مفروضه دوم (برابری ماتریس‌های کواریانس): با توجه به نتایج آزمون ام‌باکس، مقدار خطایی که محقق در این آزمون مرتکب شد یعنی سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ درصد بوده است، بنابراین فرض صفر پذیرفته می‌شود و این بدان معناست که برابری ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیرهای تحقیق در بین دو گروه مستقل (آزمایش و کنترل) هر یک از عامل‌ها رعایت گردیده و از این مفروضه (مفروضه دوم) تخطی نشده است. مفروضه سوم (همبستگی بین متغیرهای کمکی): با توجه به اینکه همبستگی بین متغیرهای کمکی (کوریت یا پیش‌آزمون) کمتر از ۰/۸۰ است، بنابراین از این مفروضه تخطی نشده است. مفروضه چهارم (همگنی واریانس‌ها): با توجه به نتایج آزمون لوین^۱، چون سطوح معنی‌داری به دست آمده برای نمرات پس‌آزمون رضایت از زندگی (همراه با ابعاد) از ۰/۰۵ بزرگتر بود، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برای استفاده از تحلیل کوواریانس تأیید شد و از این مفروضه تخطی نشده است. مفروضه‌ی آخر همگنی شیب رگرسیون است که جدول ۳ نشان می‌دهد از این مفروضه هم تخطی نشده است.

جدول شماره ۳. نتایج مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (مفروضه‌های ۱ تا ۴)

مفروضه اول	متغیر	کولموگروف-اسمیرنوف				شاپیرو-ویلک	
		آماره	درجه آزادی	سطح معناداری	سطح	آماره	سطح معناداری
مفروضه دوم	رضایت از زندگی (پیش‌آزمون)	۰/۱۲۱	۴۰	۰/۱۴۳	درجه آزادی	۰/۹۵۶	۰/۱۲۳
	رضایت از زندگی (پس‌آزمون)	۰/۱۰۱	۴۰	۰/۲۰۰	درجه آزادی	۰/۹۵۹	۰/۱۶۱
مفروضه سوم	رضایت از خانواده (۱)	۰/۴۳۳**	۱	۰/۱۱۷	۱	۰/۴۱۲**	۱
	رضایت از دوستان (۲)	۰/۳۳۸**	۱	۰/۱۴۹	۱	۰/۴۱۲**	۱
مفروضه چهارم	رضایت از محیط کاری (۳)	۰/۶۰۹**	۱	۰/۴۴۵**	۱	۰/۴۱۲**	۱
	رضایت از محیط زندگی (۴)	۰/۶۸۵**	۱	۰/۴۴۵**	۱	۰/۴۱۲**	۱
مفروضه پنجم	رضایت از خود (۵)	۰/۶۸۵**	۱	۰/۴۴۵**	۱	۰/۴۱۲**	۱
	رضایت از خانواده (۱)	۰/۳۳۳	۱	۰/۱۳۱	۱	۰/۴۱۲**	۱
مفروضه ششم	رضایت از دوستان (۲)	۰/۶۸۰	۱	۰/۰۹۸	۱	۰/۴۱۲**	۱
	رضایت از محیط کاری (۳)	۰/۰۸۰	۱	۰/۱۴۲	۱	۰/۴۱۲**	۱
مفروضه هفتم	رضایت از محیط زندگی (۴)	۰/۱۴۲	۱	۰/۱۴۲	۱	۰/۴۱۲**	۱
	رضایت از خود (۵)	۰/۱۴۲	۱	۰/۱۴۲	۱	۰/۴۱۲**	۱

** P < 0/01

جدول شماره ۴. تعامل بین متغیر مستقل و گروه (مفروضه پنجم)

منبع تغییرات	متغیر وابسته	نوع سوم مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورت	مقدار F	مقدار P	مجذور اتا نسبی
گروه*پیش‌آزمون	پس‌آزمون رضایت از خانواده	۱۵/۵۲۰	۱	۱۵/۵۲۰	۱/۳۴۳	۰/۲۵۴	۰/۰۳۶
گروه*پیش‌آزمون	پس‌آزمون رضایت از دوستان	۱۱/۸۸۷	۱	۱۱/۸۸۷	۳/۴۷۰	۰/۰۷۱	۰/۰۸۸
گروه*پیش‌آزمون	پس‌آزمون رضایت از محیط کاری	۳۸/۳۳۱	۱	۳۸/۳۳۱	۱/۸۰۰	۰/۱۸۸	۰/۰۴۸
گروه*پیش‌آزمون	پس‌آزمون رضایت از محیط زندگی	۶۸/۹۹۹	۱	۶۸/۹۹۹	۲/۸۳۵	۰/۱۰۱	۰/۰۷۳
گروه*پیش‌آزمون	پس‌آزمون رضایت از خود	۲۰/۶۶۳	۱	۲۰/۶۶۳	۲/۲۵۲	۰/۱۴۲	۰/۰۵۹
گروه*پیش‌آزمون	پس‌آزمون رضایت از زندگی	۳۶۱/۶۲۹	۱	۳۶۱/۶۲۹	۴/۰۶۹	۰/۰۵۱	۰/۱۰۲

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با توجه به مقادیر F به دست آمده برای تعامل متغیر مستقل (پیش‌آزمون) و گروه و سطوح معنی‌داری که بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشند، پس تعامل بین «گروه*پیش‌آزمون» از نظر آماری معنادار است. بنابراین از مفروضه همگنی شیب رگرسیون تخطی نشده است.

بررسی فرضیه‌های پژوهش: به منظور بررسی فرضیه اصلی (آموزش مداخله رفتاری سلامت‌محور بر رضایت از زندگی کارکنان دارای کم‌توانی جسمی-حرکتی اثرگذار است) و فرضیات فرعی (آموزش مداخله رفتاری سلامت‌محور بر رضایت از خانواده، رضایت از دوستان، رضایت از محیط کاری، رضایت از محیط زندگی و رضایت از خود کارکنان دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی اثرگذار است) پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانکوا و تحلیل کوواریانس یک‌متغیره آنکوا در متن مانکوا استفاده شده است. به این شکل که نمره آزمودنی‌ها در اجرای پیش‌آزمون به عنوان متغیر کنترل، نمرات آن‌ها در پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته و متغیر گروه (آزمایش و کنترل) به عنوان متغیر مستقل وارد تحلیل شدند. نتایج فرضیه‌های پژوهش در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول شماره ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی میانگین نمرات متغیرهای پژوهش

اثر	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطای	سطح معنادار	اندازه اثر
رد پای پیلاي ^۱	۰/۴۲۵	۵/۰۲۷	۵	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵
لامبدای ویلکس ^۲	۰/۵۷۵	۵/۰۲۷	۵	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵
رد پای هتلینگ ^۳	۰/۷۳۹	۵/۰۲۷	۵	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵
بزرگترین ریشه روی ^۴	۰/۷۳۹	۵/۰۲۷	۵	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵

بر اساس جدول شماره ۵ سطوح معناداری همه آزمون‌ها در مرحله پس‌آزمون در سطح ۰/۰۱ معنادار است. نشان‌دهنده این است که بین گروه آزمایش و گواه (کنترل) از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (رضایت از خانواده، دوستان، محیط کاری، محیط زندگی و خود) در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$, $F = ۷/۳۲۰$). برای بررسی بیشتر میانگین نمرات رضایت از زندگی (رضایت از خانواده، دوستان، محیط کاری، محیط زندگی و خود) کارکنان دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره (آنکوا) استفاده شده که نتایج در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول شماره ۶. نتایج تحلیل آنکوا یک‌راهه برای بررسی تأثیر مداخله رفتاری سلامت‌محور بر رضایت از زندگی (همراه با ابعاد)

متغیرهای وابسته	منبع واریانس	نوع سوم مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورت	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
رضایت از خانواده	پیش‌آزمون (متغیر کنترل)	۳۲۰/۱۲۵	۱	۳۲۰/۱۲۵	۲۷/۶۹۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳
	گروه (متغیر مستقل)	۵۳/۳۱۵	۱	۵۳/۳۱۵	۴/۶۱۳	۰/۰۳۹	۰/۱۱
	خطا	۴۱۶/۰۹۳	۳۶	۱۱/۵۵۸			
	کل	۲۱۰۵۱	۴۰				
رضایت از دوستان	پیش‌آزمون (متغیر کنترل)	۱۷۲/۱۹۵	۱	۱۷۲/۱۹۵	۵۰/۲۷۰	۰/۰۰۰	۰/۵۸
	گروه (متغیر مستقل)	۲۵/۲۸۵	۱	۲۵/۲۸۵	۷/۳۸۲	۰/۰۱۰	۰/۱۷
	خطا	۱۲۳/۳۱۳	۳۶	۳/۴۲۵			
	کل	۲۴۸۰۹	۴۰				
رضایت از محیط کاری	پیش‌آزمون (متغیر کنترل)	۶۷۱/۹۴۸	۱	۶۷۱/۹۴۸	۳۱/۵۴۵	۰/۰۰۰	۰/۴۷
	گروه (متغیر مستقل)	۱۴۰/۵۰۱	۱	۱۴۰/۵۰۱	۶/۵۹۶	۰/۰۱۵	۰/۱۶
	خطا	۷۶۶/۸۳۳	۳۶	۲۱/۳۰۱			
	کل	۱۸۶۴۲	۴۰				
رضایت از محیط زندگی	پیش‌آزمون (متغیر کنترل)	۴۳۲/۲۱۸	۱	۴۳۲/۲۱۸	۱۷/۷۵۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳
	گروه (متغیر مستقل)	۲۴۲/۲۱۰	۱	۲۴۲/۲۱۰	۹/۹۵۲	۰/۰۰۳	۰/۲۱
	خطا	۸۷۶/۱۸۶	۳۶	۲۴/۳۳۹			
	کل	۲۴۱۷۵	۴۰				
رضایت از خود	پیش‌آزمون (متغیر کنترل)	۳۶۸/۳۴۳	۱	۳۶۸/۳۴۳	۴۰/۱۴۹	۰/۰۰۰	۰/۵۳
	گروه (متغیر مستقل)	۳۹/۷۵۸	۱	۳۹/۷۵۸	۴/۳۳۴	۰/۰۴۵	۰/۱۱
	خطا	۳۳۰/۲۷۷	۳۶	۹/۱۷۴			
	کل	۳۱۶۶۶	۴۰				
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون (متغیر کنترل)	۴۵۹۲/۳۲۳	۱	۴۵۹۲/۳۲۳	۵۱/۶۷۷	۰/۰۰۰	۰/۵۹
	گروه (متغیر مستقل)	۱۰۵۰/۲۰۵	۱	۱۰۵۰/۲۰۵	۱۱/۸۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵
	خطا	۳۱۹۹/۲۰۲	۳۶	۸۸/۸۶۷			
	کل	۵۷۹۷۲۵	۴۰				

بر اساس جدول ۶ مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون مولفه‌ی رضایت از زندگی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون، پس از شرکت در جلسات یا مداخلات رفتاری سلامت‌محور نشان داد نمرات مولفه‌ی رضایت از زندگی کارکنانی که در گروه

1. Pillai's Trace
2. Wilks' Lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آن‌هایی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند ($P \leq ۰/۰۱$ ، $F(۱, ۳۶) = ۱۱/۸۱۸$ و $\eta^2 = ۰/۲۵$) افزایش معناداری داشته است. همچنین براساس نتایج جدول ۶، رضایت از خانواده، رضایت از دوستان، رضایت از محیط کاری، رضایت از محیط زندگی و رضایت از خود کارکنانی (دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی) که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آن‌هایی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند افزایش معناداری داشته است ($P < ۰/۰۵$). بنابراین در مرحله پس‌آزمون، بین متغیرهای پژوهش گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به میانگین‌های گزارش در جدول ۲، این تفاوت به نفع گروه آزمایش است. بررسی اندازه اثر (مجذور اتای تفکیکی) نشان می‌دهد که آموزش مداخله رفتاری سلامت‌محور به ترتیب ۱۱، ۱۷، ۱۶، ۲۱ و ۱۱ درصد از واریانس رضایت از خانواده، رضایت از دوستان، رضایت از محیط کاری، رضایت از محیط زندگی و رضایت از خود کارکنان دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی را تبیین می‌کند. بنابراین مداخله رفتاری سلامت‌محور در افزایش رضایت از زندگی (رضایت از خانواده، دوستان، محیط کاری، محیط زندگی و خود) افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی شاغل (در معرض مداخله) تأثیر دارد و بیشترین تأثیر را بر بُعد «رضایت از محیط زندگی» دارد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی مداخله رفتاری سلامت‌محور بر رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی شاغل در ادارات دولتی شهر یاسوج انجام شد. نتایج به دست آمده از مقایسه‌ی پس‌آزمون مولفه‌های رضایت از زندگی (رضایت از خانواده، دوستان، محیط کاری، محیط زندگی و خود) در دو گروه نشان داد، میانگین نمرات مولفه‌های رضایت از زندگی کارکنانی (کارکنان دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی) که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نه تنها نسبت به پیش‌آزمون، بلکه نسبت به آن‌هایی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند افزایش معناداری داشته است. بنابراین، نتایج نشان داد که آموزش رفتارهای سلامت‌محور باعث افزایش رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی می‌شود و بر رضایت از زندگی آنها موثر است. به این صورت که ۲۵ درصد از واریانس رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی شاغل توسط آموزش رفتارهای سلامت‌محور تبیین و پیش‌بینی شد. بنابراین آموزش رفتارهای رشد معنوی، مسئولیت سلامتی، ورزش و تحرک فیزیکی، مدیریت استرس و تنش، روابط بین‌فردی و توصیه‌های غذایی سالم (تغذیه سالم) بر رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی شاغل اثرگذار بوده است. این یافته تحقیق با نتایج مطالعات واحدی کوچنق و همکاران (۲۰۲۲)، شیرانی و همکاران (۲۰۱۹)، عبدالکریمی و همکاران (۲۰۱۷)، آندره^۱ و همکاران (۲۰۱۷)، خیاطیان و همکاران (۲۰۲۲)، پوراسماعیلی و همکاران (۲۰۲۴) و کیم و همکاران (۲۰۲۴) همسو است. واحدی کوچنق و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که بین همه مولفه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؛ شیرانی و همکاران (۲۰۱۹) بیان داشتند که رفتارهای سلامت‌محور منجر به افزایش خودکارآمدی، امید به زندگی، کیفیت زندگی و شادکامی می‌شود؛ عبدالکریمی و همکاران (۲۰۱۷) نیز اظهار داشتند که بین خودکارآمدی و رفتارهای سلامت‌محور و تمام زیردامنه‌های آن همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد؛ آندره و همکاران (۲۰۱۷) روابط بین غذای ارگانیک و رژیم غذایی سالم با رضایت از زندگی را مطرح کردند و خیاطیان و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود تأکید کردند که بین هوش معنوی و رضایت از زندگی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. در مطالعه پوراسماعیلی و همکاران (۲۰۲۴) مشخص شد که آموزش سلامت روان و آموزش سبک زندگی سالم (مثلاً رژیم غذایی سالم، ورزش و غیره) به افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی می‌تواند به آنها در سازگاری با معلولیت‌هایشان کمک کند. همچنین نتایج پژوهش کیم و همکاران (۲۰۲۴) حاکی از این بود که بین وعده‌های غذایی منظم روزانه و تلاش برای کنترل وزن و درد مزمن با رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی ارتباط مثبتی وجود دارد. بنابراین، می‌توان بیان داشت که تأثیر رفتارهای سبک زندگی سالم بر سلامت، به ویژه ارتباط بین رفتارهای سبک زندگی و رفاه، به خوبی شناخته شده است؛ تغییرات در سبک زندگی (مانند رژیم غذایی، ورزش، سیگار کشیدن و الکل) به عنوان پیوندهای واسطه‌ای غیرمستقیم بین رفتارهای مرتبط با سلامت و عوامل روانشناختی مانند رضایت از زندگی در

نظر گرفته می‌شوند (مارتین ماریا و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت برای افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی بسیار ارزشمندتر از افراد عادی است و به آنها کمک می‌کند تا اعتماد به نفس، عزت نفس، خودآگاهی و خودکارآمدی خود را افزایش دهند و بهتر در جامعه ادغام شوند (اندرسون و فلدمن^۱، ۲۰۲۰).

همچنین نتایج نشان داد که آموزش رفتارهای سلامت‌محور باعث افزایش رضایت از خانواده، رضایت از دوستان، رضایت از محیط کاری، رضایت از محیط زندگی و رضایت از خود در بین کارکنان دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی می‌شود. به این صورت که به ترتیب ۱۱، ۱۶، ۲۱ و ۲۱ درصد از واریانس رضایت از خانواده، رضایت از دوستان، رضایت از محیط کاری، رضایت از محیط زندگی و رضایت از خود کارکنان کم‌توان (از لحاظ جسمی - حرکتی) توسط آموزش رفتارهای سلامت‌محور تبیین و پیش‌بینی شد و مداخله مذکور بیشترین تأثیر را بر بُعد «رضایت از محیط زندگی» کارکنان دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی داشت. این یافته پژوهش که نشان داد آموزش رفتارهای سلامت‌محور باعث افزایش رضایت از خانواده، دوستان، محیط کاری، محیط زندگی و رضایت از خود در بین کارکنان دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی می‌شود نیز با نتایج مطالعات ماهر^۲ و همکاران (۲۰۱۵)، فالکرد و همکاران (۲۰۲۱)، جانگ (۲۰۱۲)، زینگ و همکاران (۲۰۲۳) و چو و آن (۲۰۲۴) همسو است. ماهر و همکاران (۲۰۱۵) بیان داشتند که فعالیت بدنی معمول با رضایت از زندگی در بزرگسالان میانسال و مسن‌تر ارتباط مثبت داشت. فالکرد و همکاران (۲۰۲۱) اظهار داشتند که فعالیت بدنی منظم (حداقل ۳۰ دقیقه در روز) و مصرف کافی میوه و سبزیجات (حداقل ۴۰۰ گرم در روز) پس از کنترل تمام متغیرهای اجتماعی-جمعیتی، به طور قابل توجهی با رضایت از زندگی افراد مرتبط است. در ادامه نشان دادند شرکت‌کنندگانی که فعالیت بدنی منظم داشتند، ۱/۷ برابر بیشتر از افرادی که فعالیت بدنی کمتری داشتند، از زندگی راضی بودند و شرکت‌کنندگانی که مصرف کافی میوه و سبزیجات روزانه داشتند، ۱/۳ برابر بیشتر از افرادی که مصرف ناکافی روزانه داشتند، از زندگی راضی بودند و طبق مطالعات جانگ (۲۰۱۲) و زینگ و همکاران (۲۰۲۳)، افراد دارای معلولیت جسمی که به طور فعال در ورزش شرکت می‌کنند، عزت نفس بالاتر و رضایت بیشتری از زندگی دارند. شرکت در فعالیت‌های بدنی می‌تواند توانایی فیزیکی ذهنی و اعتماد به نفس را بهبود بخشد، که به نوبه خود حس جذابیت فیزیکی و عزت نفس فیزیکی فرد را بهبود می‌بخشد. یا چو و آن (۲۰۲۴) نشان دادند که رضایت از زندگی مرتبط با سلامت در بین کم‌توانان جسمی - حرکتی که عزت نفس بالاتر و سلامت ذهنی بهتری داشتند، بیشتر بود. بنابراین، توجه به رفتارهای سلامت‌محور با بهبود سلامت ذهنی و رضایت از زندگی در میان افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی مرتبط است (کیم، ۲۰۲۲). بنابراین، افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی از طریق آشنایی با مداخله رفتاری سلامت‌محور می‌توانند رضایت خود از زندگی‌شان را بالا ببرند؛ به این صورت که یاد می‌گیرند سبک تغذیه‌ای سالم را پیش ببرند، ورزش‌هایی انجام دهند تا به سلامتی‌شان کمک شود، روابط بین فردی و اجتماعی خود را مدیریت کنند، مسئولیت سلامتی خود را بپذیرند، از رویدادهای استرس‌زا دوری کنند و از طریق ارتباط با خداوند به آرامش برسند.

در تفسیر دیگری می‌توان گفت که آموزش چنین مداخله‌ای باعث می‌شود کم‌توان جسمی - حرکتی شاغل یاد بگیرند به اندازه کافی بخوانند، بهداشت فردی را به درستی رعایت و آزمایش بررسی دوره‌ای بهداشت دهان و درمان را انجام دهند، در فعالیت‌های سرگرم‌کننده مشارکت داشته باشند، با شریک عاطفی خود روابط صمیمی و مطلوب برقرار کنند، نحوه صحیح اندیشیدن و حفظ توازن بین زندگی شخصی و شغلی را یاد بگیرند. براساس نظریه‌های شناختی - رفتاری، افزایش فعالیت‌ها بر شناخت و نگرش افراد یا تغییر نگرش آنها تأثیر می‌گذارد، که این فرآیند از طریق تعامل و ارتباط بین سه عنصر افکار، احساسات و رفتارها رخ می‌دهد (کلین و همکاران^۳، ۲۰۱۳). هنگامی که فرد فعالیت‌های جدیدی انجام می‌دهد، ممکن است با اطلاعات و تجربیات جدیدی آشنا شود که در ابتدا با نگرش‌های او سازگار نبودند؛ این تضاد می‌تواند باعث عدم تعادل شناختی شود و فرد را به بازنگری در نگرش‌های خود مجبور سازد؛ به‌طور خلاصه، افزایش فعالیت‌ها می‌تواند از طریق ایجاد تجربیات جدید و تغییر رفتارها و ایجاد تضاد شناختی، به تغییر نگرش منجر شود (فلاحی شاه آبادی و همکاران، ۲۰۲۵). رویکردهای شناختی - رفتاری شامل تنظیم عاطفه، مدیریت استرس، ارتباط، کنترل احساسات و خودکنترلی است (هاشمی و

1. Anderson & Feldman

2. Maher

3. Klein et al

همکاران، ۲۰۱۳)، که با آموزش تکنیک‌های آرامش‌بخشی و نحوه شناسایی افکار منفی و جایگزینی آنها با افکار مثبت و منطقی، شادی و رضایت از زندگی افراد را ارتقاء می‌دهد (هیلتونن و همکاران^۱، ۲۰۱۳؛ سیدی اصل و همکاران، ۲۰۱۹). لذا طبق این نظریه، کارکنان دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی پس از انجام فعالیت‌ها و رفتارهای مطرح شده در مداخله، نه تنها با تجربیات و اطلاعات جدیدی مواجه شدند، بلکه نگرش مثبت‌تری نسبت به آن فعالیت‌ها و رفتارها پیدا کردند، که این نگرش مثبت باعث شد انگیزه آنها برای شرکت در جلسات و انجام فعالیت‌ها و رفتارهای مربوطه به سلامت بالا برود. بنابراین، پس از حضور پررنگ و با انگیزه آنها در جلسات و انجام فعالیت‌های مربوط به هر کدام از جلسات، این نتیجه بدست آمد که مداخله رفتاری سلامت‌محور رویکردی موثر در افزایش رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی شاغل است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: همکاری نکردن برخی از آزمودنی‌ها قبل از مداخله که محقق را مجبور به انتخاب نمونه جایگزین می‌کرد، اجرای پژوهش تنها در شهر یاسوج و در بین افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی بوده است و نمی‌توان نتایج را به دیگر کم‌توانان جسمی - حرکتی تعمیم داد و شاغل بودن نمونه هدف، وضعیت جسمی نامناسب برخی از آنها و نداشتن زمان برای شرکت در جلسات حضوری که باعث شد جلسات به صورت آنلاین و از طریق فضای اسکای روم برگزار شوند.

۴-۱. پیشنهادهای پژوهشی

با توجه به محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌شود که چنین پژوهشی را در دیگر شهرها و در بین دیگر افراد دارای کم‌توانی حسی (مانند افراد با آسیب بینایی، افراد با آسیب شنوایی) انجام داد و نتایج را مورد مقایسه قرار داد؛ با توجه به نبود تحقیق کیفی در این زمینه (جست-وجو در نشریات معتبر و علمی) پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از روش کیفی استفاده کرد و عوامل موثر بر رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی را مورد شناسایی قرار داد؛ کارگاه‌هایی آموزشی توسط سازمان‌های دولتی و مردم‌نهاد در خصوص آموزش مداخله رفتاری سلامت‌محور، مهارت‌های زندگی، حل مسئله، تقویت اعتماد و عزت نفس برگزار شود و تحقیقات مربوط به رضایت از زندگی افراد دارای کم‌توانی جسمی - حرکتی، در راستای شناخت بهتر عوامل و موانع رضایت از زندگی آنها تداوم یابد و چنین پژوهش‌های جزء اولویت‌های پژوهشی ادارات دولتی قرار گیرد و پژوهشگران را به انجام آنها ترغیب نمود.

۵. تعارض منافع

بر اساس گفته نویسندگان در پژوهش حاضر هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

۶. تأییدیه اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

با توجه به اخذ رضایت‌نامه شفاهی و کتبی و رعایت اصل بی‌نامی، مشارکت‌کنندگان تأیید و رضایت خود را اعلام نمودند. همچنین در این پژوهش تمام اصول اخلاقی رعایت شده است. هدف از پژوهش و مراحل اجرای آن به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد. همچنین به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعاتشان اطمینان داده شد و هر زمان که مایل بودند، می‌توانستند از مطالعه خارج شوند و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آنها قرار می‌گرفت. رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها اخذ شده است و اصول کنوانسیون هلسینکی نیز رعایت شده است.

۷. منابع مالی

در این پژوهش هیچگونه حمایت مالی از هیچ ارگان یا سازمانی دریافت نشد.

۸. رضایت به انتشار

نویسندگان متعهد می‌شوند که نسخه مورد نظر این مقاله در جای دیگری جهت چاپ ارسال نشده و موافقت خود را جهت انتشار در این مجله اعلام می‌دارند.

۹. سپاسگزاری

نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از تمامی افراد که توان شرکت کننده در این پژوهش اعلام می دارند.

References

- Abdolkarimi, M., Mobini Lotfabad M., Khodadadi, H., Shahabinejad, E., & Shakoeizadeh, A. (2024). The Survey of Health-Promoting Behaviors among Students of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2022: A Descriptive Study. *JRUMS*, 22(11), 1191-1204 . URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-7018-fa.html> (In Persian)
- Abdolkarimy, M., Zareipour, M., Mahmoodi, H., Dashti, S., Faryabi, R., & Movahed, E. (2017). Health Promoting Behaviors and their Relationship with Self-efficacy of Health Workers. *IJN*, 30(105), 68-79. URL: <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-2427-fa.html> (In Persian)
- Akbari, T. & Mehravar Giglou, S. (2022). Hope, life satisfaction, self-esteem and mental health mediated by cognition, metacognition and progress motivation in students. *Journal of School Psychology and Institutions*, 10(4), 6-20. <https://dx.doi.org/10.22098/jsp.2022.1459> (In Persian)
- Alhumaid, M. M., Said, M. A., & Khoo, S. (2025). Life Satisfaction Among Individuals with Physical Disabilities in Saudi Arabia: The Impact of Physical Activity, Self-Perceived Health and Fitness, and Sociodemographic Features. *Medicina*, 61(1), 31. <https://doi.org/10.3390/medicina61010031>
- Alijani, F., Shojaei, R., Asgari, F., & Elahifar, H. (2021). Comparison of Psychological Distress and Life Satisfaction in Clients of Spinal Cord Injury and Healthy Individuals. *JHPM*, 10(3), 1-9 URL: <http://jhpm.ir/article-1-1234-fa.html> (In Persian)
- Anderson, C. L., & Feldman, D. B. (2020). Hope and Physical Exercise: The Contributions of Hope, Self-Efficacy, and Optimism in Accounting for Variance in Exercise Frequency. *Psychological Reports*, 123(4), 1145-1159. <https://doi.org/10.1177/0033294119851798>
- André, B., Canhão, H., Espnes, G. A., Ferreira Rodrigues, A. M., Gregorio, M. J., Nguyen, C., Sousa, R., & Grønning, K. (2017). Is there an association between food patterns and life satisfaction among Norway's inhabitants ages 65 years and older? *Appetite*, 1(110), 108–115. DOI: [10.1016/j.appet.2016.12.016](https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.12.016).
- Baldrige, D. C., Beatty, J. E., Boehm, S. A, Kulkarni, M., & Moore, M. E. (2018). *Persons with (dis)abilities*. In A. J. Colella & E. B. King (Eds.), *The Oxford handbook of workplace discrimination* (pp. 111–127). Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199363643.013.9>
- Behrouzian, B., Ganji, M., & Nikkhah Ghamsari, N. (2022). Social life of people with physical disabilities in Iran (Systematic review of studies in the period 1996-2021). *Social Development & Welfare Planning*, 13(52), 73-116. DOI: [10.22054/qjsd.2022.64628.2272](https://doi.org/10.22054/qjsd.2022.64628.2272) (In Persian)
- Bonaccio, S., Connelly, C. E., Gellatly, I. R., Jetha, A., & Martin Ginis, K.A. (2020). The Participation of People with Disabilities in the Workplace Across the Employment Cycle: Employer Concerns and Research Evidence. *J Bus Psychol*, 35(2), 135-158. <https://doi.org/10.1007/s10869-018-9602-5>
- Carty, C., Van Der Ploeg, H. P., Biddle, S. J., Bull, F., Willumsen, J., & Lee, L. (2021). The first global physical activity and sedentary behavior guidelines for people living with disability. *J Phys Act Health*, 18(1), 86-93. DOI: [10.1123/jpah.2020-0629](https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0629)
- Cefaï, D. (2017). "Visible handicap: From stigma recognition and deviance disavowal to the claim of rights." *European Journal of Disability Research*, 11, 113–133. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2016.09.006>
- Chiang, C. H., Yang, S. C., & Hsu, W. C. (2015). Development and validation of the e-health literacy scale and investigation of the relationships between e-health literacy and healthy behavior among undergraduate students in Taiwan. *Formosa Journal of Mental Health*, 28(3), 389-420. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.015>
- Chiou, A. F., Hsu, S. P., & Hung, H. F. (2016). Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. *Applied Nursing Research*, 30(1), 1-6. DOI: [10.1016/j.apnr.2015.08.008](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.08.008)

- Cho, H., & Ahn, S. (2024). Do age, gender, and subjective health-related factors influence health-related life satisfaction in people with disabilities who are physically active? a secondary analysis. *Womens Health Nurs*, 30(1), 56-66. [Doi: 10.4069/whn.2024.03.18](https://doi.org/10.4069/whn.2024.03.18).
- Choo, J. A. (2020). Study on the factors influencing life satisfaction of youth with disabilities. *J Hum Soc Sci* 21, 11(4), 1461-1475. [Doi: 10.22143/HSS21.11.4.103](https://doi.org/10.22143/HSS21.11.4.103)
- Dastyar, V., Mohammadi, A. (2019). Investigating the Empowerment of the Physically-Handicapped People and Its Related Factors: A Cross-Sectional, Analytical Study in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province in 2015. *Jrehab*, 19(4), 354-369. [URL: http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2277-fa.html](http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2277-fa.html) (In Persian)
- Dastyar, V., Riahi, M., Erfani, A., & Sharepour, M. (2024). Validity and Reliability of the Physical Disability Stigma Questionnaire. *armaghanj*, 29 (5), 754-778. [URL: http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-3658-fa.html](http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-3658-fa.html) (In Persian)
- Dong, H. J., Larsson, B., Dragioti, E., Bernfort, L., Levin, L. Å., & Gerdle, B. (2020). Factors Associated with Life Satisfaction in Older Adults with Chronic Pain (PainS65+). *J Pain Res*, 5(13), 475-489. [Doi: 10.2147/JPR.S234565](https://doi.org/10.2147/JPR.S234565).
- Duarte-Gardea, M., Burgos, X., Balcazar, H., Braham, S. (2014). Self-efficacy for healthy eating of Hispanics participating in a lifestyle intervention (806.3). *FASEB J*, 28(S1) http://dx.doi.org/10.1096/fasebj.28.1_supplement.806.3
- Falahi Shah_Abad, A., Anayat, F., Ghanizadeh, N., & Hossen-Pour, Z. (2025). Review of cognitive-behavioral approaches to reducing students' test anxiety. *Quarterly Journal of strategic research in education*, 2(46), 111-127. <https://pantajournals.ir/buy.aspx?id=110881&t=1> (In Persian)
- Fereidouni, Z., Kamyab, A. H., Dehghan, A., Khiyali, Z., Ziapour, A., Mehedi, N., & Togholi, R. (2021). A comparative study on the quality of life and resilience of mothers with disabled and neurotypically developing children in Iran. *Heliyon*, 7(6), e07285. [Doi:10.1016/j.heliyon.2021.e07285](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07285). (In Persian)
- Fevre, R. (2017). Why work is so problematic for people with disabilities and long-term health problems. *Occup Med (Lond)*, 67(8), 593-595. [Doi: 10.1093/occmed/kqx072](https://doi.org/10.1093/occmed/kqx072)
- Fugl-Meyer, A. R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K. S. (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to gender, age, partner and immigrant status. *J Rehabil Med*, 34(5), 239-46. [Doi: 10.1080/165019702760279242](https://doi.org/10.1080/165019702760279242).
- George-Levi, S., & Laslo-Roth, R. (2021). Entitlement, Hope, and Life Satisfaction Among Mothers of Children with Developmental Disabilities. *J Autism Dev Disord*, 51(11), 3818-3828. [Doi: 10.1007/s10803-020-04832-6](https://doi.org/10.1007/s10803-020-04832-6).
- Gorgi, Y., & Keivanpour, R. (2022). The effectiveness of positive thinking training on hope and life satisfaction in mothers with disabled children. *Psychology of Exceptional Individuals*, 12(47), 151-172. [Doi: 10.22054/jpe.2023.68437.2467](https://doi.org/10.22054/jpe.2023.68437.2467)
- Hashemi, F., ALi poor, A., & Feili, A. (2013). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management Therapy on Happiness among Infertile Women. *Armaghanj*, 18 (9) ,678-686 [URL: http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-472-fa.html](http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-472-fa.html) (In Persian)
- Hiltunen, A. J., Kocys, E., & Perrin-Wallqvist, R. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy: An evaluation of therapies provided by trainees at a university psychotherapy training center. *Psych J*, 2(2), 101-112. [Doi: 10.1002/pchj.23](https://doi.org/10.1002/pchj.23).
- Huebner, E. S. (2001). *Manual for the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale*. University of South Carolina, Department of Psychology. Columbia, SC. <https://www.corc.uk.net/outcome-measures-guidance/directory-of-outcome-measures/multidimensional-students-life-satisfaction-scale-mslss/>
- Jamal, R., Komal, M. W., & Ahmad, M. S. (2021). Comparison of life satisfaction and attitude towards disability between congenital and acquired physical disabilities. *sjesr*, 4(2), 71-81. [https://doi.org/10.36902/sjesr-vol4-iss2-2021\(71-81\)](https://doi.org/10.36902/sjesr-vol4-iss2-2021(71-81))
- Jespersen, L. N., Michelsen, S. I., Tjørnhøj-Thomsen, T., Svensson, M. K., Holstein, B. E., & Due, P. (2019). Living with a disability: A qualitative study of associations between social relations, social

- participation and quality of life. *Disabil Rehabil*, 41(11), 1275-86. DOI:10.1080/09638288.2018.1424949
- Jung, Y. S. (2012). The relationship among physical activity participation, self-esteem, and life satisfaction for physical impairment. *J Sports Leisure Stud*, 48(1), 665-674. DOI: 10.51979/KSSLS.2012.05.48.665
- Kaye, H. S., Jans, L. H., & Jones, E. C. (2011). Why don't employers hire and retain workers with disabilities? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 526-536. DOI: 10.1007/s10926-011-9302-8
- Khayatan, T., Sargazi, F., Sadeghi Mollamahaleh, H. (2022). The Relationship between Spiritual Intelligence with Life Satisfaction and General Health among Female Nurses. *Journal of Modern Psychology*, 2(2), 25-32. <https://doi.org/10.22034/JMP.2022.380897.1047> (In Persian)
- Khodabakhshi koolae, A., Esmaeilifar, A., & Falsafinejad, M. R. (2015). Comparison of life meaning and hopefulness between spinal cord injuries, blinds, and healthy people in Kerman-Iran. *IJRN*, 1 (3), 54-64. URL: <http://ijrn.ir/article-1-101-fa.html> (In Persian)
- Kim, J. Y, Lee, J. W., KANG, M. U., & Seo, W. Y. (2020). Chronic diseases, health behaviors, and mortality in persons with disabilities: an analysis of the National Health Insurance Service-Health Screening (NHIS-HEALS) database. *Health Soc Welf Rev*, 40(2), 121-150. DOI: 10.15709/HSWR.2020.40.2.121.
- Kim, M. C., & Hong, S. M. (2022). The effects of physical activity participation by disabled persons on health and life satisfaction. *Korean J Phys Educ*, 61(5), 55-66. DOI: 10.23949/kjpe.2022.9.61.5.5.
- Kim, M., Ho, S. H., Kim, H., & Park, J. (2024). Factors Affecting Life Satisfaction Among People with Physical Disabilities During COVID-19: Observational Evidence from a Korean Cohort Study. *Ann Rehabil Med*, 48(6), 377-388. DOI: 10.5535/arm.240056.
- Kim, M., Jasper, A. D., Lee, J., & Won, H. (2022). Work, leisure, and life satisfaction for employees with physical disabilities in South Korea. *Applied Research in Quality of Life*, 17(2), 469-487. <https://doi.org/10.1007/s11482-020-09893-4>
- Klein, D. N., Leon, A. C., Li, C., D'Zurilla, T. J., Black, S. R., Vivian, D., Dowling, F., Arnow, B. A., Manber, R., Markowitz, J. C., & Kocsis, J. H. (2011). Social problem solving and depressive symptoms over time: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, brief supportive psychotherapy, and pharmacotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 79(3), 342-352. DOI: 10.1037/a0023208.
- Lee, H. H. (2021). The effect of income status on life satisfaction of middle-aged and disabled persons: multiple mediating effects of depression and social support. *J Korea Conver Soc*, 12(11), 377-389. DOI: 10.15207/JKCS.2021.12.11.377.
- Lee, Y.K., Ji, E.G. (2016). Factors associated with life satisfaction among workers with disabilities. *International Journal on Information*, 19(12), 5813-5818. <https://www.proquest.com/openview/>
- Lestari, R., Fajar, M. (2020). Gratitude, self-esteem and optimism in people with physical disabilities. *Prizren Soc Sci J*, 4(2), 14-21. DOI:10.32936/pssj.v4i2.150
- Li, P. S., Hsieh, C. J., Shih, Y. L., Lin, Y. T., & Liu, C. Y. (2023). The effect of research on life satisfaction in middle-aged and older adults: physical disability and physical activity as a parallel and serial mediation analysis. *BMC geriatrics*, 23(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03873-7>
- Lin, C. Y., & Cheng, T. C. (2019). Health status and life satisfaction among people with disabilities: Evidence from Taiwan. *Disability and health journal*, 12(2), 249-256. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.10.008>
- Maher, J. P., Pincus, A. L., Ram, N., & Conroy, D. E. (2015). Daily physical activity and life satisfaction across adulthood. *Dev Psychol*, 51(10), 1407-19. DOI: 10.1037/dev0000037.
- Makarem, M. A., & Yousefi, Z., (2021). The Effectiveness of Psychodrama Group Therapy on Assertiveness, Unconditional Acceptance, and the Spirit of Gratitude among Physically Disabled Individuals: A Quasi-Experimental Study. *JRUMS*, 20 (6) :681-696 URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-5872-fa.html> (In Persian)
- Martín-María, N., Caballero, F. F., Moreno-Agostino, D., Olaya, B., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2020). Relationship between subjective well-being and healthy lifestyle behaviours in

- older adults: a longitudinal study. *Aging Ment Health*, 24(4), 611–19. [Doi: 10.1080/13607863.2018.1548567](https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1548567).
- Masoudnia, E. (2022). *Medical Sociology*. Tehran: *Tehran University Press*. <https://yektabook.com/product/13728/%D8%AC>
- Ministry of Education, Educational Research and Planning Organization. (2024). *Health and Hygiene Book, 12th Grade, Second Cycle of Secondary Education*. Tehran: *Iranian Textbook Publishing and Printing Company*. <http://chap.sch.ir/books/6541> (In Persian)
- Mo, P.K.H., Winnie, W.S.M. (2010). The Influence of Health Promoting Practices on the Quality of Life of Community Adults in Hong Kong. *Social indicators research*, 95(3), 503–517. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9523-9>
- Moeini, B., Dashti, S., Teymoori, P., kafami, V., Mousali, A. A., & Sharifi, M. (2015). Health-promoting behaviors among high school students in Hamadan in 2013. *Psj*, 13(3), 49-57 [URL: http://psj.umsha.ac.ir/article-1-128-fa.html](http://psj.umsha.ac.ir/article-1-128-fa.html) (In Persian)
- Mohsenipouya, H., Majlessi, F., Shojaeizadeh, D., & Rahimiforooshani, A. (2017). The Effect of Educational Intervention Based on the Pender's Health Promotion Model on Patients' Self-efficacy for Self-care Behaviors Following Heart Surgery. *IJNR*, 12(3), 16-23. [URL: http://ijnr.ir/article-1-1895-fa.html](http://ijnr.ir/article-1-1895-fa.html) (In Persian)
- National Council on Disability. (2007). Empowerment for Americans with disabilities: Breaking barriers to careers and full employment. *Washington, DC*. https://www.govinfo.gov/app/details/GOVPUB-Y3_D63_3-PURL-LPS89151
- Nicolaisen, M., Strand, B. H., & Thorsen, K. (2020). Aging with a physical disability, duration of disability, and life satisfaction: A 5-year longitudinal study among people aged 40 to 79 years. *Int J Aging Hum Dev*, 91(3), 253-73. [DOI:10.1177/0091415019857061](https://doi.org/10.1177/0091415019857061)
- Park, Y., Seo, D. G., Park, J., Bettini, E., & Smith, J. (2016). Predictors of job satisfaction among individuals with disabilities: An analysis of South Korea's National Survey of employment for the disabled. *Research in Developmental Disabilities*, 53, 198-212. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.02.009>
- Phulkerd, S., Thapsuwan, S., Chamratrithirong, A., & Gray, R. S. (2021). Influence of healthy lifestyle behaviors on life satisfaction in the aging population of Thailand: a national population-based survey. *BMC Public Health*, 21(1), 43. [Doi: 10.1186/s12889-020-10032-9](https://doi.org/10.1186/s12889-020-10032-9).
- Pishkar Mofrad, Z., Jahantigh. M., & Arbabisarjou, A. (2015). Health Promotion Behaviors and Chronic Diseases of Aging in the Elderly People of Iranshahr*- IR Iran. *Glob J Health Sci*, 8(3), 139-45. [Doi: 10.5539/gjhs.v8n3p139](https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p139) (In Persian)
- Pouresmaeil, M., Dehdari, T., Zeidi, I. M. (2024). What factors affect the quality of life of employed physically disabled people? A qualitative exploration of their experiences. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 57, [DOI: 10.4103/jehp.jehp_1314_22](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1314_22) (In Persian)
- Rahmani, N., Kajbafvala, M., Takian, A., Shirazikhah, M., Hamidi, H., & Ehsanzadeh, S. J. (2024). A Comparative Study of Rehabilitation Policies in Selected Countries: A Narrative Review. *Jrehab*, 25(1), 2-25. [URL: http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-3160-en.html](http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-3160-en.html) (In Persian)
- Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z., & Hosseini, S. Y. (2018). Quality of life predictors in physically disabled people. *J Educ Health Promot*. 3(7), 61. [Doi: 10.4103/jehp.jehp_115_17](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_115_17). (In Persian)
- Rezapour Mirsaleh, Y., Ebrahimi Kiyasari, H., & Mokarianpour, E. (2024). The Relationship between Perception of Disability, Self-Concept, and Self-Efficacy in Veterans and Individuals with Physical Disabilities. *Iran J War Public Health*, 16(2), 151-159 [URL: http://ijwph.ir/article-1-1488-en.html](http://ijwph.ir/article-1-1488-en.html) (In Persian)
- Saint Onge, J. M., & Krueger, P. M. (2017). Health lifestyle behaviors among U.S. adults. *SSM - Population Health*, 3(1), 89–98. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.12.009>
- Samosh, D., Maerz, A., Spitzmuller, M., & Boehm, S. (2023). Accommodation, interpersonal justice, and the turnover intentions of employees with disabilities. *The International Journal of Human Resource Management*, 34(1), 128–153. <https://doi.org/10.1080/09585192.2021.1960582>

- Schur, L., Colella, A., & Adya, M. (2016). Introduction to special issue on people with disabilities in the workplace. *The International Journal of Human Resource Management*, 27(14), 1471–1476. <https://doi.org/10.1080/09585192.2016.1177294>
- Schur, L., Kruse, D., & Blanck, P. (2013). *People with Disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press. [Doi:10.1017/CBO9780511843693](https://doi.org/10.1017/CBO9780511843693)
- Senekane, R. (2024). The challenges encountered by people with physical disabilities at work (Master's thesis, *National University of Lesotho*). [URI: https://hdl.handle.net/20.500.14155/2115](https://hdl.handle.net/20.500.14155/2115)
- Seyedi Asl, T., Narimani, M., Nazari Anamagh, A., & Mikaeil, N. (2019). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Decreasing Depression and Increasing Happiness and Life Satisfaction. *Opción*, 34(1), 1182-1197. Recuperado a partir de <http://www.produccioncientifica.luz.edu.ve/index.php/opcion/article/view/24178> (In Persian)
- Shaheen, A., Nassar, O., Amre, H. and Hamdan-Mansour, A. (2015) Factors Affecting Health-Promoting Behaviors of University Students in Jordan. *Health an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health Illness and Medicine*, 7(01), 1-8. [Doi: 10.4236/health.2015.71001](https://doi.org/10.4236/health.2015.71001).
- Sharifi, M., Kakabraee, K., & Afshariniya, K. (2024). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation in People with Physical and Motor Disabilities. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*, 13(1), 94-105. [Doi: 10.32598/SJRM.13.1.6](https://doi.org/10.32598/SJRM.13.1.6) (In Persian)
- Shirani, M., Kheirabadi, G., Sharifirad, G., & Keshvari, M. (2019). The Effect of Education Program on Health Promotion Behavior on Successful Aging. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 24(3), 234-238. [Doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_31_15](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_31_15) (In Persian)
- Tahmasebi, H., Baqer Maddah Sadat, S., dalvandi, A., Ghasemi, S., & Rahgozar, M. (2019). The effect of educational program on health promotion behaviors on elderly life style. *IJRn*, 5(2), 47-54. [URL: http://ijrn.ir/article-1-399-en.html](http://ijrn.ir/article-1-399-en.html) (In Persian)
- Taziki, T., Momeni, K. M., karami, J. and Afrooz, A. (2022). The Effect of a Mindfulness-based Intervention on Quality of Life and Psychological Well-being of Mothers of Students with Intellectual Disabilities. *Psychology of Exceptional Individuals*, 12(45), 1-26. [Doi: 10.22054/jpe.2022.58755.2282](https://doi.org/10.22054/jpe.2022.58755.2282) (In Persian)
- Vahedi Kojnagh, H., Afshari, A., Rezaei Malajagh, R., Eghbali, A., & Taheri, M. (2020). The Prediction of the Elderly's Life Satisfaction Based on Health-Promoting Lifestyle. *Aging Psychology*, 6(3), 297-285. [Doi: 10.22126/jap.2020.5626.1455](https://doi.org/10.22126/jap.2020.5626.1455) (In Persian)
- Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). *Psychometric evaluation of Health Promoting Lifestyle Profil II*. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Lincoln.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res*, 36(2), 76-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3644262/>
- World health statistics. (2024). *Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>
- Wu, W., Shang, Y., Calderón-Larrañaga, A., Rizzuto, D., Saadeh, M., Dove, A., Pan, K.Y., Xu, W. (2021). Association of life satisfaction with disability-free survival: role of chronic diseases and healthy lifestyle, *Age and Ageing*, 50(5), 1657–1665, <https://doi.org/10.1093/ageing/afab086>
- Yokokawa, H., Yuasa, M., Sanada, H. (2015). Age- and sex-specific impact of health literacy on healthy lifestyle characteristics among Japanese residents in a rural community. *Health*, 7(6), 679-688. [http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.76081](https://doi.org/10.4236/health.2015.76081)
- Zaluska, U., Grześkowiak, A., Kozyra, C., & Kwiatkowska-Ciotucha, D. (2020). Measurement of Factors Affecting the Perception of People with Disabilities in the Workplace. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 44-55. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124455>
- Zheng, L., Yao, J., Zhou, W., & Liu, D. (2023). The effect of physical activity on the quality of life of athletes with disabilities and the mediating role of life satisfaction and physical self-esteem. *Acta Psychol (Amst)*. 240:104044. [Doi: 10.1016/j.actpsy.2023.104044](https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104044).