

اثر بخشی حرفه آموزی طبق الگوی سازمان بهزیستی در توانمندسازی شناختی، خودتنظیمی و خود کارآمدی معلولان ذهنی-جسمی

حسین قاسمیان^۱، رضا محله^۲

^۱ کارشناس ارشد سازمان بهزیستی کشور و عضو هیات علمی موسسه آموزش عالی فرهنگ

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی حرفه آموزی طبق الگوی سازمان بهزیستی در توانمندسازی شناختی، خودتنظیمی و خود کارآمدی معلولان ذهنی - جسمی انجام گردید.

طرح این پژوهش از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون دوگروهی می‌باشد، جامعه آماری این پژوهش را تمامی معلولین ذهنی و جسمی زن و مرد ۱۴ تا ۳۴ ساله مراجعه‌کننده به مراکز حرفه‌آموزی بهزیستی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند، از میان جامعه پژوهش، نمونه‌ای به تعداد ۴۰ نفر با هم‌تاسازی در نوع معلولیت و سن، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین گردیدند. در بدو ورود افراد به آموزش‌های سه ماهه و در پایان آموزش، از پرسشنامه‌های توانمندسازی روان‌شناختی اسپریتزر و میشر، مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و خودتنظیمی بوفارد جهت گردآوری اطلاعات استفاده گردید. اطلاعات گردآوری‌شده با استفاده آمار توصیفی استنباطی شامل تحلیل کواریانس با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

نتایج تجزیه تحلیل داده‌ها نشان داد که حرفه آموزی طبق الگوی سازمان بهزیستی تاثیر معناداری در بهبود خودتنظیمی، خودکارآمدی و توانمندسازی روانشناختی آزمودنی‌های این پژوهش داشته است.

با توجه به اثربخشی مراکز حرفه آموزی بهزیستی در خودکارآمدی، خودتنظیمی و توانمندسازی روانشناختی معلولان، پیشنهاد می‌شود که از برنامه‌های آموزشی این مرکز به طور گسترده در مداخلات و آموزش‌های مربوط به معلولین استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: حرفه آموزی، سازمان بهزیستی، توانمندسازی شناختی، خودتنظیمی، خود کارآمدی، معلولان ذهنی - جسمی

مقدمه

معلول به کسی گفته می‌شود که بر اثر نقص جسمی یا ذهنی، اختلال قابل توجهی به‌طور مستمر بر سلامت و کارایی عمومی، و یا در شئون اجتماعی، اقتصادی و حرفه‌ای او به وجود آید، به‌طوری‌که این اختلال، از استقلال فردی، اجتماعی و اقتصادی وی بکاهد. این گروه، شامل ناشنوا، نابینا، معلول جسمی و معلول ذهنی هست، عقب‌ماندگی ذهنی اختلالی است که با عملکرد هوشی زیر حد طبیعی و اختلال در مهارت‌های انطباقی مشخص می‌گردد. سن شروع عقب‌ماندگی ذهنی زیر ۱۸ سال است و منظور از مهارت‌های انطباقی انجام کارهای است که در هر سن خاص به‌طور معمول از فرد انتظار می‌رود (پاپاداتو تومپرو^۱، ۲۰۱۵).

دلایل زیادی برای معلولیت‌های ذهنی و جسمی ذکر شده است که از جمله می‌توان به عوامل قبل از تولد اشاره کرد که بیشتر شامل تأثیرات ژنتیک و تغییرات کروموزومی می‌شود. ضمن این‌که عفونت‌های رحمی و ابتلای به بیماری سرخچه و توکسوپلاسموز (بیماری خطرناکی که از طریق گربه منتقل می‌شود) نیز در بروز عارضه نقش دارند. آنچه مسلم است بیشترین علل عقب‌ماندگی ذهنی همین عوامل قبل از تولد است که از نظر پیشگیری نیز اهمیت دارند، به‌ویژه عوامل کروموزومی مانند سندرم داون و عوامل عفونی مثل سرخچه و توکسوپلاسموز مادرزادی. در این بین عوامل حین تولد مثل زایمان مشکل خونریزی جمجمه و اشکالات تنفسی حین زایمان و نیز مؤثر می‌باشند (مهرابی زاده و همکاران، ۲۰۰۱).

از دیگر عوامل مؤثر عوامل پس از تولد می‌باشد، شامل ضربات شدید به جمجمه کودک (یرقان) سیانوز (سیاه شدن)، عفونت‌های دوران نوزادی به همراه تب و تشنج، کم‌کاری تیروئید و است که با مواظبت از کودک بخصوص قبل از سن چهارسالگی می‌توان از بروز عقب‌ماندگی ذهنی تا حدی جلوگیری نمود (مهرابی زاده و همکاران، ۲۰۰۱).

همچنین عوامل محیطی اجتماعی نیز تاثیرگذارند، تأثیرات محدودتری در بروز عقب‌ماندگی ذهنی دارند و شامل فقر، تغذیه، ناپایداری خانواده، وضعیت اقتصادی اجتماعی بد و محرومیت‌های فرهنگی و استرس‌های مکرر و فوق تحمل در محیط زندگی کودک است (مهرابی زاده و همکاران، ۲۰۰۱).

جلوگیری از ظهور عوامل ایجادکننده عقب‌ماندگی ذهنی بخصوص عوامل قبل از تولد، اهمیت ویژه‌ای دارند. آموزش خانواده، ممانعت از ازدواج‌های فامیلی، جلوگیری از حاملگی بعد از سنین ۳۵ سالگی، رعایت بهداشت حاملگی (پرهیز از اشعه، دارو، ضربه به شکم، تغذیه مناسب مادر، جلوگیری و کنترل نمودن عفونت‌های مادرزادی و) در پیشگیری اولیه بسیار مؤثر هستند. محافظت کودک پس از تولد بخصوص در دوره نوزادی و مداخله‌ی درمانی به‌موقع در موارد بیماری، مثل کم‌کاری تیروئیدی (هیپوتیروئیدی) نیز در جلوگیری از بروز عقب‌ماندگی ذهنی اهمیت دارد. عقب‌ماندگی ذهنی درمان ندارد و بهترین راه کنترل آن جلوگیری از بروز آن است. به نظر نمی‌رسد داروهای خاصی نیز در کنترل پیشرفت اختلال مؤثر باشد. مهم‌ترین روش درمانی افراد عقب‌مانده ذهنی افزایش میزان سازگاری آن‌ها، محیط زندگی و تنظیم توقعات محیطی و سطح کار آبی این افراد در خانواده و جامعه است. انجام مشاوره خانواده و مشاوره فردی در جهت محدود کردن تأثیرات عقب‌ماندگی ذهنی ضرورت دارد. استفاده از روش‌های توصیه‌شده توسط افراد متخصص در تقویت و حفظ کار آبی عملی این افراد می‌تواند باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و سازگاری مناسب‌تر با استرس‌های معمول زندگی افراد عقب‌مانده ذهنی گردد. آموزش کودک و خانواده، آموزش مهارت‌های کلامی، محیطی، ارتباطی، اجتماعی، همچنین آموزش‌های ویژه و فیزیوتراپی و آموزش‌های مهارت‌های جسمی همگی می‌توانند در سازگاری و رشد بهتر این افراد و توان‌بخشی آنان کمک مؤثری باشند (هالاها و همکاران، ۲۰۰۱). افراد دارای ناتوانی‌های ذهنی در معرض انواع مشکلات روان‌شناختی و پزشکی می‌باشند، معلولیت‌های ذهنی به دلیل محدودیت‌هایی که هدر روابط اجتماعی، خانوادگی، شغلی، تحصیلی و روابط بین فردی موجب می‌شود فرد را در برابر انواع مشکلات آسیب‌پذیر می‌سازد. مانند سو استفاده‌های جنسی، مالی، و قانونی. حدود ۴۹ درصد افراد دارای معلولیت ذهنی، سو

¹ Papadatou & Tomprou

استفاده‌های جنسی را در طول زندگی خود حداقل ده بار یا بیشتر تجربه می‌کنند، خیلی از زنان معلول مورد تجاوز جنسی قرار می‌گیرند و چیزی در حدود ۹۰ درصد این افراد حداقل یک‌بار سو استفاده جنسی را تجربه می‌کنند (چاو^۲، ۲۰۱۴). یکی از مشکلاتی که افراد دچار معلولیت ذهنی و جسمی با آن روبرو هستند خودکارآمدی می‌باشد، سطح خودکارآمدی در این افراد به شدت پایین می‌باشد که با پیامدهای منفی همراه است و نقش مهمی در بروز و تداوم این پیامدهای منفی دارد (هوگینز^۳ و همکاران، ۲۰۱۲).

خودکارآمدی، به‌عنوان یک مفهوم از مفاهیم تئوری‌یادگیری اجتماعی مطرح شده است و اولین بار در سال ۱۹۹۷ توسط بندورا مطرح گردید. روزن استوک و همکاران در سال ۱۹۸۸ آن را به‌عنوان یک مورد مهم برای الگوی بهداشتی در نظر گرفتند، به‌ویژه زمانی که الگو برای پیشگویی سبک زندگی در بیماری‌های مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد. روزن استوک در سال ۱۹۸۸ اذعان داشته که بندورا و همکاران عقیده دارند که احساس خودکارآمدی پیش‌نیاز مهمی برای تغییر رفتار است. خودکارآمدی اطمینان خاطر است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می‌نماید. این مفهوم، میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (مروتی شریف‌آباد و روحانی تنکابنی، ۱۳۸۷). مفهوم خودکارآمدی مبتنی بر تحقیق و نظریه‌پردازی مفصل درباره اهمیت انتظارات افراد در مورد توانائی‌شان برای مقابله موفقیت‌آمیز با موقعیت‌های مشکل‌زاست. بخش عمده دانش ما درباره فرآیند و تحول خودکارآمدی از تحقیقات آلبرت بندورا به‌دست آمده است (کلینکه، ۱۹۹۸، ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۴). خودکارآمدی در واقع باور فرد به توانائی خود برای انجام دادن کاری است. افراد برای انجام دادن کاری تلاش نمی‌کنند، مگر اینکه فکر کنند که قادر به انجام دادن آن کار هستند. اگر شخصی اعتقاد داشته باشد که انجام دادن کاری مفید است ولی به قادر بودن خود برای انجام کار اعتقاد نداشته باشد، تلاش برای انجام آن نخواهد کرد (جونز و بارلت^۴، ۲۰۰۹). در حال حاضر خودکارآمدی تصویری دامنه گسترده‌ای از قلمروهای مختلف بهداشتی به‌کاربرده شده است. برای مثال نشان داده است خودکارآمدی با توانایی کنترل درد رابطه دارد. همچنین نتایج تحقیقات نشان داده است که افراد دارای خودکارآمدی بالا پیش از اعمال جراحی مربوط به دهان، دارای اضطراب پائینی بودند. پژوهشی بر روی بیماران اختلالات تنفسی نشان داده شد که خودکارآمدی بالا، اثرات روان‌شناختی بیماری‌های تنفسی را پیش‌بینی می‌نماید. همچنین احساس خودکارآمدی یکی از عوامل پیش‌بینی کننده بهبود بیماری بوده است (بدری گرگری و سالک حدادیان، ۱۳۸۹).

یکی دیگر از حوزه‌های که افراد دچار معلولیت‌های ذهنی و جسمی با آن دست‌به‌گریبان هستند خودتنظیمی می‌باشد، امروزه سرویس‌های خدماتی معلولین در سراسر جهان، به مبحث خودتنظیمی در این افراد توجه ویژه‌ای دارند و از خودتنظیمی به‌عنوان راهی برای کاهش هزینه‌ها، کاهش آسیب‌ها و بهبود وضعیت کلی افراد مبتلا به معلولیت‌های ذهنی و جسمی استفاده می‌شود (ون و پورت^۵، ۲۰۱۲). خودتنظیمی یکی از موضوعات پرطرفدار در زمینه یادگیری و یکی از مفاهیم مطرح شده و شناخته‌شده در تعلیم و تربیت معاصر است به‌طوری‌که امروزه خودتنظیمی به اعتقاد صاحب‌نظران، به یک کانون مهم در تحقیق و به یکی از محورهای اساسی در امر تعلیم و تربیت تبدیل شده است و با توجه به ویژگی‌های آن به نظر می‌رسد نقش بسزایی در تحقق بخشیدن به فرایند یادگیری خودجوش فراگیران (مونتالوو و تورس^۶، ۲۰۰۴) انگیزش و پیشرفت تحصیلی آنها (جاکوبسن و ویکو^۷، ۲۰۱۰؛ پانورا و گاگاتسیس^۸، ۲۰۰۹) و حتی موفقیت در زندگی داشته باشد (خرازی و کارشکی، ۲۰۰۹) خودتنظیمی فرایندی است که طی آن یادگیرنده به یادگیری به‌عنوان فرایندی منظم و قابل‌کنترل می‌نگرد و در قبال پیامدهای تحصیلی خود مسئولیت‌پذیر است (زیمرمن و پون^۹، ۲۰۰۶) و افکار، احساسات و اعمال برنامه‌ریزی‌شده‌ای را (کرامتی و

²Chave

³Higgins

⁴Jones, Barllet.

⁵Van & Poort

⁶ Montalvo, Torres

⁷ Jacobson , Viko

⁸ Panaoura , Gagatsis

⁹ Zimmerman , Pons

همکاران، ۲۰۱۱) جهت دستیابی به اهداف شخصی، نظارت و ارزیابی مستمر و همه‌جانبه بر میزان پیشرفت تحصیلی و شغلی خودتنظیم و تعدیل می‌کند (کیت و فرس، ۲۰۰۵). روانشناسانی چون پنتریچ (پاتیپرین و جانسون، ۱۹۹۱) نیز معتقدند یادگیری خود نظم یافته، توانایی فرد برای انجام رفتار بر اساس تغییر شرایط درونی و بیرونی است و شامل فرایندهای خود اجرایی در طراحی، اجرا و هدایت اعمال می‌باشد. پنتریچ مهم‌ترین راهبردهای یادگیری خودتنظیمی را راهبردهای شناختی، فراشناختی و مدیریت منابع می‌داند (به نقل از پینتریچ^{۱۰}، ۲۰۰۴).

از دیگر حوزه‌هایی که در مبحث افراد معلول مورد توجه قرار گرفته است، توانمندسازی شناختی می‌باشد (کوان و اوه^{۱۱}، ۲۰۱۵). اگرچه مفهوم توانمندسازی در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ در ادبیات مدیریت و روان‌شناختی سازمانی، وارد شده است، اما بررسی‌های تاریخی نشان می‌دهد که توانمندسازی ریشه در دوران گذشته دارد. وتن و کمرون (۱۹۹۸) اظهار می‌کنند که این مفهوم به هیچ‌عنوان تازه نیست، بلکه در رشته‌های روانشناسی و جامعه‌شناسی و علوم دینی ریشه‌هایی دارد که به دهه‌های گذشته، حتی قرن‌های گذشته بر می‌گردد. در زمینه روانشناسی، توانمندسازی به معنی تمایل افراد به تجربه خودکنترلی، به خود اهمیت دادن و خود آزادی می‌باشد. اسپرینز (۱۹۹۶-۱۹۹۵) با توجه به الگوی توماس و ولتهوس توانمندسازی روان‌شناختی را به‌عنوان یک مفهوم انگیزشی متشکل از چهار بعد شایستگی، خودمختاری (حق انتخاب)، معنی-دار بودن و مؤثر بودن تعریف می‌کند که این ابعاد جمعاً منعکس‌کننده یک جهت‌گیری شخصی به نقش کار در سازمان می‌باشد. وتن و کمرون (۱۹۹۸) ضمن تأکید بر چندوجهی بودن توانمندسازی و تأیید چهار بعد فوق، بعد اعتماد را نیز به آنان اضافه کردند (به نقل از بوردین و بارترام^{۱۲}، ۲۰۰۷).

با توجه به هدف تحقیق حاضر و پژوهش‌های انجام شده مسئله اصلی در تحقیق حاضر این است که آیا حرفه آموزی طبق الگوی سازمان بهزیستی در توانمندسازی شناختی، خودتنظیمی و خودکار آمدی معلولان ذهنی - جسمی مؤثر است؟

روش پژوهش

روش پژوهش کاربردی، این پژوهش از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد بدین‌صورت که از آزمودنی‌ها پیش‌آزمون گرفته می‌شود و در معرض محرک یا متغیر آزمایشی قرار می‌گیرند و دوباره آزمون اجرا می‌شود، و بر روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نمی‌گیرد.

جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش را تمامی معلولین ذهنی و جسمی زن و مرد ۱۴ تا ۳۴ ساله مراجعه‌کننده به مراکز حرفه‌آموزی بهزیستی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌دهند.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

از میان جامعه پژوهش، نمونه‌ای به تعداد ۴۰ نفر با هم‌تاسازی در نوع معلولیت و سن، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین گردیدند. لازم به ذکر است در این پژوهش از نمونه‌گیری هدفمند و لحاظ کردن معیارهای ورود و خروج به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، حداقل سن ۱۴ و حداکثر سن ۳۴ سال، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم اعتیاد، حداقل تحصیلات ابتدایی و عدم سابقه اختلالات روانپزشکی می‌باشد.

ابزارهای مورد استفاده

¹⁰Pintrich

¹¹Kwon & Oh

¹²Bordin & Bartram

پرسشنامه توانمندسازی روان‌شناختی اسپریتزر و میشر: این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال بوده و هدف آن سنجش توانمندسازی روان‌شناختی کارکنان در سازمان و ابعاد آن (شایستگی، خودمختاری، تأثیرگذاری، معنی‌دار بودن و اعتماد) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده در پژوهش تیمورنژاد و همکاران (۱۳۸۹) جهت افزایش روایی پرسشنامه از نقطه نظرات کتبی و شفاهی اساتید متخصص این رشته و کارشناسان وزارت امور اقتصادی و دارایی با توجه به شرایط و ضوابط حاکم بر سازمان استفاده گردیده است. همچنین به‌منظور تعیین پایایی پرسشنامه‌ها، ابتدا ۳۰ نفر از جامعه آماری انتخاب و پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت و سپس از روش آلفای کرونباخ جهت تعیین پایایی پرسشنامه استفاده گردید که مقدار آلفا آن برابر ۰/۹۵ به دست آمد که می‌توان گفت پرسشنامه از ثبات و پایایی قابل قبولی برخوردار است.

پرسش‌نامه مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر (SGSES): برخی از محققین این مفهوم را به‌عنوان مفهومی عمومی در نظر گرفته و آن را خودکارآمدی عمومی نام نهاده‌اند. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) معتقدند که نظریه خودکارآمدی الگویی از فرآیندهای شناختی برای سازش‌یافتگی است و آن‌ها برای اولین بار مقیاسی جهت اندازه‌گیری این باور عمومی تحت عنوان مقیاس خودکارآمدی عمومی ساختند که اختصاص به موقعیت خاصی از رفتار ندارد. مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران دارای ۱۷ عبارت است. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) بدون مشخص کردن عوامل و عبارات آن‌ها معتقدند که این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و متفاوت در رویارویی با موانع را اندازه‌گیری می‌کند (اصغرنژاد و همکاران، ۱۳۸۵). شیوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی به این صورت است که به هر ماده از یک تا پنج امتیاز (کاملاً مخالفم=۱، تا کاملاً موافقم=۵) تعلق می‌گیرد. بطور کلی این پرسش‌نامه شامل ۱۷ ماده است که ماده‌های شماره ۳ و ۸ و ۹ و ۱۳ و ۱۵ از چپ به راست و بقیه از راست به چپ امتیازشان افزایش می‌یابد و نمره بیشتر بیانگر خودکارآمدی بالاتر است (اصغرنژاد، ۱۳۸۵).

پایایی و روایی: ووودروف و کاشمن (۱۹۹۳)، در بررسی خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران روایی و اعتبار این مقیاس را تایید کردند. ضریب همسانی درونی این مقیاس برابر ۸۳/۰ است و برای مطالعه‌ای روایی ملاکی، همبستگی آن با «مسند مهار گذاری درونی راتر» برابر با $r = 0/342$ به دست آمده که در سطح $P < 0/01$ معنادار است (حقایق و همکاران، ۱۳۹۰). پایایی گروه نمونه پابلوت این پژوهش برای متغیر خودکارآمدی ۰/۸۱ می‌باشد (آلفای کرونباخ=۰/۸۱). پرسشنامه خودتنظیمی بوفارد: این پرسش‌نامه توسط بوفارد و همکارانش (۱۹۹۵) بر اساس نظریه شناختی بندورا طراحی شده و توسط کدیور در ایران هنجاریابی شده است.

سؤال‌ها در مقیاس لیکرت بوده و دو خرده مقیاس راهبردهای شناختی و فراشناختی داشته است. برای تعیین روایی سازه آن نتایج تحلیل عاملی نشان داده است که این ابزار قادر است ۰/۵۲ از واریانس خودتنظیمی را تبیین نماید. همچنین کدیور (۱۳۸۰) ضریب پایایی کلی پرسش‌نامه را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش کرده است. پایایی خرده مقیاس راهبردهای شناختی ۰/۷۰ و خرده مقیاس راهبردهای فراشناختی ۰/۶۸ بوده است.

یافته‌ها

➤ سوال: آیا حرفه‌آموزی طبق الگوی سازمان بهزیستی در خودتنظیمی، خودکارآمدی و توانمندسازی شناختی معلولان ذهنی - جسمی بین ۱۴ تا ۳۴ سال شهر تهران مؤثر است؟

جدول ۱- آماره‌های توصیفی متغیر خودتنظیمی، خودکارآمدی و توانمندسازی شناختی

زمان گیری	اندازه	تعداد گروه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	کالموگروف - اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
پیش آزمون	آزمایش	۲۰	۲۵/۳۰	۶/۵۲	-۰/۰۶۷	-۱/۵۹۱	۰/۷۸۳	۰/۶۱۲
	کنترل	۲۰	۲۴/۸۸	۴/۷۳	۰/۶۱۲	-۰/۲۱۳	۰/۵۴۸	۰/۹۱۷

۰/۸۶۹	۰/۶۴۰	-۱/۲۴۴	-۰/۳۴۷	۵/۶۳	۳۱/۶۵	۲۰	آزمایش	پس آزمون
۰/۶۵۱	۰/۷۷۰	-۱/۱۳۸	۰/۴۷۳	۶/۵۷	۲۵/۰۷	۲۰	کنترل	

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیر خودکارآمدی

زمان گیری	اندازه	گروه	تعداد آزمودنی‌ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	کالموگروف- اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
پیش آزمون	پیش آزمون	آزمایش	۲۰	۲۷/۹۰	۵/۰۹	-۰/۱۹۲	-۱/۰۹۹	۰/۶۳۳	۰/۸۱۸
		کنترل	۲۰	۲۸/۲۵	۶/۶۱	۰/۱۲۷	-۱/۰۰۷	۰/۴۲۰	۰/۹۹۴
پس آزمون	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۳۵/۰۵	۶/۰۲	-۰/۳۷۵	-۰/۹۰۹	۰/۶۴۶	۰/۷۹۸
		کنترل	۲۰	۲۹/۳۰	۶/۳۲	-۰/۴۶۹	-۰/۸۹۸	۰/۷۶۵	۰/۶۰۳

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیر توانمندسازی شناختی

زمان گیری	اندازه	گروه	تعداد آزمودنی‌ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	کالموگروف- اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
پیش آزمون	پیش آزمون	آزمایش	۲۰	۲۹/۷۵	۶/۵۵	-۰/۰۹۳	-۱/۵۵۱	۰/۷۴۴	۰/۶۳۷
		کنترل	۲۰	۲۷/۳۵	۴/۸۲	۰/۵۹۱	-۰/۱۸۲	۰/۵۷۷	۰/۸۹۳
پس آزمون	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۳۴/۷۰	۵/۹۴	-۰/۱۸۷	-۱/۲۳۴	۰/۶۱۰	۰/۸۵۰
		کنترل	۲۰	۲۷/۹۰	۶/۱۴	۰/۴۵۸	-۱/۰۶۰	۰/۷۳۹	۰/۶۴۶

برای بررسی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای اینکه بتوان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد لازم است ابتدا پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل بررسی شود. برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس لازم است نرمال بودن توزیع داده‌ها، همسانی واریانس، همبستگی متعارف متغیر مستقل و همپراش و همگنی شیب خطوط رگرسیون مورد بررسی قرار گیرد.

- آماره‌های توصیفی مرتبط با متغیر خودتنظیمی، خودکارآمدی و توانمندسازی شناختی را در دو گروه نشان می‌دهد. آماره‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی و نتیجه آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع مشاهدات است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود کجی و کشیدگی متغیر خودتنظیمی، خودکارآمدی و توانمندسازی شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه بین ۲- تا ۲+ است. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نیز نشان می‌دهد توزیع متغیر خودتنظیمی، خودکارآمدی و توانمندسازی شناختی در دو گروه نرمال است.

جدول ۴- بررسی مفروضه‌های همبستگی متغیر مستقل و همپراش و همگن بودن شیب‌های رگرسیون (متغیر وابسته: خودتنظیمی، خودکارآمدی و توانمندسازی شناختی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پیش آزمون	۷۲۳/۳۴۰	۱	۷۲۳/۳۴۰	۲۴/۵۳۸	۰/۰۰۰
تعامل گروه×پیش‌آزمون	۹۸/۷۰۳	۱	۹۸/۷۰۳	۲/۰۵۲	۰/۱۱۷
خطا	۴۳۶/۲۸۴	۳۷	۱۴/۹۱۶		

جدول ۵- بررسی مفروضه‌های همبستگی متغیر مستقل و همپراش و همگن بودن شیب‌های رگرسیون (متغیر وابسته: خودکارآمدی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پیش‌آزمون	۴۷۱/۷۴۶	۱	۴۷۱/۷۴۶	۱۵/۸۹۵	۰/۰۰۰
تعامل گروه×پیش‌آزمون	۱۳۷/۵۰۶	۱	۱۳۷/۵۰۶	۳/۳۸۲	۰/۰۷۳
خطا	۳۷۷/۶۴۰	۳۷	۹/۷۴۷		

جدول ۶- بررسی مفروضه‌های همبستگی متغیر مستقل و همپراش و همگن بودن شیب‌های رگرسیون (متغیر وابسته: توانمندسازی شناختی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پیش‌آزمون	۶۳۴/۶۴۲	۱	۶۳۴/۶۴۲	۱۵/۲۵۰	۰/۰۰۰
تعامل گروه×پیش‌آزمون	۱۶۴/۳۰۴	۱	۱۶۴/۳۰۴	۳/۹۴۸	۰/۰۵۴
خطا	۵۳۹/۷۶۰	۳۷	۱۲/۶۱۵		

سطح معنی داری آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، معنی دار نشده است ($P > 0/05$ و $F_{(1-38)} = 1/733$)؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها تایید می‌شود. سطح معنی داری مربوط به اثر پیش‌آزمون معنی دار شده است؛ براین اساس می‌توان گفت پیش‌فرض همبستگی متغیر مستقل و همپراش نیز رعایت شده است. سطح معنی داری مربوط به تعامل گروه و پیش‌آزمون معنی دار نشده است؛ و این نتیجه بدان معنی است که مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است.

جدول ۷- آزمون اثرات بین آزمودنی (متغیر وابسته: خودتنظیمی)

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذورات
پیش‌آزمون	۱۰۵۹/۴۷۲	۱	۱۰۵۹/۴۷۲	۳۲/۸۶۴	۰/۰۰۰	۰/۵۱۲
گروه	۶۷۵/۲۵۲	۱	۶۷۵/۲۵۲	۱۶/۴۹۲	۰/۰۰۰	۰/۳۴۴
خطا	۱۴۸/۵۳۶	۳۷	۴/۰۶۲			

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، مقدار F مربوط به گروه معنی دار شده است ($P < 0/001$ و $F = 16/492$)؛ به عبارت دیگر پس از خارج کردن اثرات پیش‌آزمون، اختلاف معنی داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس‌آزمون وجود داشته است و ۰/۳۴ درصد واریانس متغیر خودتنظیمی توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ($\eta^2 = 0/344$).

جدول ۸- آزمون اثرات بین آزمودنی (متغیر وابسته: خودکارآمدی)

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
پیش آزمون	۵۴۴/۱۹۵	۱	۵۴۴/۱۹۵	۱۷/۵۳۲	۰/۰۰۰	۰/۳۱۹
گروه	۹۶۸/۷۵۶	۱	۹۶۸/۷۵۶	۳۰/۲۰۹	۰/۰۰۰	۰/۴۸۸
خطا	۳۱۲/۱۹۱	۳۷	۱۱/۷۴۲			

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، مقدار F مربوط به گروه معنی‌دار شده است ($P < ۰/۰۰۱$ و $F=۳۰/۲۰۹$)؛ به عبارت دیگر پس از خارج کردن اثرات پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس‌آزمون وجود داشته است و ۰/۴۹ درصد واریانس متغیر خودکارآمدی توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ($\eta^2=۰/۴۸۸$)

جدول ۹- آزمون اثرات بین آزمودنی (متغیر وابسته: توانمندسازی شناختی)

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
پیش آزمون	۷۰۳/۶۳۵	۱	۷۰۳/۶۳۵	۱۶/۷۲۸	۰/۰۰۰	۰/۴۲۸
گروه	۵۸۳/۰۱۷	۱	۵۸۳/۰۱۷	۱۳/۸۶۰	۰/۰۰۰	۰/۳۱۲
خطا	۱۵۵/۳۶۵	۳۷	۴/۰۶۲			

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، مقدار F مربوط به گروه معنی‌دار شده است ($P < ۰/۰۰۱$ و $F=۱۳/۸۶۰$)؛ به عبارت دیگر پس از خارج کردن اثرات پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس‌آزمون وجود داشته است و ۰/۳۱ درصد واریانس متغیر توانمندی‌های شناختی توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ($\eta^2=۰/۳۱۲$)

جدول ۱۰- مقایسه نمره خودتنظیمی آزمودنی‌ها در دو گروه (متغیر وابسته: خودتنظیمی)

گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵% حد بالا	فاصله اطمینان ۹۵% حد بالا
آزمایش	کنترل	۶/۳۵۰***	۲/۰۸۱	۰/۰۰۰	۰/۶۷۲	۷/۱۱۲

همان‌گونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمره خودتنظیمی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش با میانگین نمره خودتنظیمی گروه کنترل معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان گفت مداخله حرفه‌آموزی طبق الگوی سازمان بهزیستی به صورت معناداری در خودتنظیمی معلولان ذهنی - جسمی بین ۱۴ تا ۳۴ سال شهر تهران مؤثر است.

جدول ۱۱- مقایسه نمره خودکارآمدی آزمودنی‌ها در دو گروه (متغیر وابسته: خودکارآمدی)

گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵% حد بالا	فاصله اطمینان ۹۵% حد بالا
آزمایش	کنترل	۵/۸۶۹**	۱/۸۲۳	۰/۰۰۳	۲/۱۷۶	۷/۵۶۱

همان‌گونه که مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمره خودکارآمدی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش با میانگین نمره خودکارآمدی گروه کنترل معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ بنابراین می‌توان گفت مداخله حرفه‌آموزی طبق الگوی بهزیستی به صورت معناداری در خودکارآمدی معلولان ذهنی و جسمی بین ۱۴ تا ۳۴ سال شهر تهران مؤثر است.

جدول ۱۲- مقایسه نمره توانمندی های شناختی آزمودنی‌ها در دو گروه (متغیر وابسته: توانمندسازی شناختی)

گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵٪	
				حد پایین	حد بالا
آزمایش	کنترل	۵/۰۰۴**	۱/۰۹۷	۰/۰۰۸	۱/۷۵۴

همان‌گونه که مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمره توانمندی های شناختی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش با میانگین نمره توانمندی های شناختی گروه کنترل معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ بنابراین می‌توان گفت مداخله حرفه‌آموزی طبق الگوی سازمان بهزیستی به صورت معناداری در توانمندسازی شناختی معلولان ذهنی - جسمی بین ۱۴ تا ۳۴ سال شهر تهران مؤثر است.

بحث و نتیجه گیری

آیا حرفه‌آموزی طبق الگوی سازمان بهزیستی در خودتنظیمی، خودکارآمدی و توانمندسازی شناختی معلولان ذهنی - جسمی بین ۱۴ تا ۳۴ سال شهر تهران مؤثر است؟

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که مراکز حرفه‌آموزی بهزیستی باعث بهبود معنادار خودتنظیمی معلولان ذهنی و جسمی شده است. حرفه‌آموزی باعث بهبود فرایندهایی مانند بهبود فرایندهای شناختی (نگ و همکاران، ۲۰۰۶)، بهبود توانایی برنامه‌ریزی (ناکاما و همکاران، ۲۰۱۴)، بهبود فرایندهای حرکتی (کریسچاک و همکاران، ۲۰۱۳)، سازگاری بهتر با معلولیت‌ها (دال‌آلب، ویلیامز و لاوز، ۲۰۱۴)، بهبود توانایی کلامی (بائولیو و همکاران، ۲۰۱۵) همراه می‌باشد که همین عوامل مهمترین ارکان و اجزا در فرایند خودتنظیمی می‌باشند (اسپیرنگولت و همکاران، ۲۰۱۶). این تبیین غیرمستقیم به این دلیل می‌باشد که پژوهش حاضر اولین پژوهشی می‌باشد که به بررسی اثربخشی مراکز حرفه‌آموزی در خودتنظیمی معلولان پرداخته است. یادگیری یک حرفه و تمرین این عمل در مدتی طولانی و وجود محیط که این فعالیت را تقویت می‌نماید و می‌تواند به عنوان مشوق و محرکی باشد که فرد در آن می‌تواند با وجود نظارت، مدیریت و راهنمایی مناسب، اقدام به یادگیری و توسعه مهارتی نماید که می‌تواند تمامی ساختارهای ذهنی و جسمی این افراد را مورد تغییر و تحول قرار دهد. وقتی که افراد در محیطی قرار می‌گیرند که مستلزم حضور به موقع، تبعیت از قوانینی از پیش تعیین شده که برای همگان، یکسان می‌باشد، وجود شبکه اجتماعی که فرد با افرادی در قالب همکار، دوست، راهنما و سایر نقش‌ها به تعامل می‌پردازد، یادگیری از طریق مشاهده راهنما و دوستان، تقویت از طریق راهنما و دیگر افراد حاضر در این چرخه و ارائه برنامه‌ای که فرد می‌تواند طبق آن در مدتی تعیین شده و زیر نظر راهنمایی که با ویژگی‌های افراد آشنا است منجر شود (مارکویتز، ۲۰۰۶). همین قواعد و تمارین می‌تواند منجر به بهبود خودتنظیمی شود خودتنظیمی فرایندی است که در آن از طریق تغییر و بهبود ساختار و اجرا شناختی، رفتاری، هیجانی و زیستی فرد به سوی بهبود عملکرد و بازده هدایت می‌شود. در فرایند خودتنظیمی با بهبود اجرا انگیزشی در فرد رو به رو هستیم، به صورتی که فرد از انگیزش‌های بیرونی که محیط برای وی فراهم می‌آورد به سمت انگیزش‌های درونی رو می‌آورد و منجر به خودآگاهی‌شده شدن کارها و مدیریت درونی می‌شود، همچنین با بهبود توانایی های شناختی مانند توانایی برنامه‌ریزی، حل مساله، یادگیری، دنبال کردن اهداف کوچک و در نهایت رسیدن به هدف بزرگ می‌تواند منجر به بهبود خودتنظیمی شود، چرا که خودتنظیمی نیازمند عملکرد مناسب توانمندی های شناختی مان می‌باشد. همچنین تغییرات ساختارهای زیستی نیز در فرایند خودکارآمدی اتفاق می‌افتد، بهبود فعالیت قشر پیش‌پیشانی، افزایش انتقال دهنده های عصبی و افزایش این انتقال دهنده های عصبی از مزایای خودکارآمدی می‌باشد که مستقیماً عملکرد و سازگاری فرد را افزایش

می دهد، به صورتی که افزایش کارکرد قشر پیش انی که محل توانمندی های شناختی ما می باشد مستقیماً منجر به بهبود سازگاری و عملکرد ما می شود، همچنین افزایش انتقال دهنده های عصبی مانند دوپامین در اثر بهبود خودتنظیمی می تواند منجر به چرخه تکراری مفیدی با حضور رفتارهای مناسب و تقویت با انتقال دهنده عصبی دوپامین گردد که رفتار فرد را جهت می دهد (راب، فرس و بهر، ۲۰۰۷)

حرفه آموزی طبق الگوی سازمان بهزیستی با ارائه محلی که فرد معلول در آن می تواند زیر نظر راهنما و متخصصان امر، و در حضور دوستان به یادگیری بپردازد می تواند عوامل رفتاری، شناختی و هیجانی این افراد را بهبود بخشد. وجود محیطی که یادگیرندگان اکثراً در سطح یکسانی قرار دارند و فرد می تواند با مقایسه و ایجاد تقویت های فوری به بهبود عملکرد خود بپردازد تاثیر زیادی در بهبود یادگیری این افراد دارد، خودتنظیمی به معنای افزایش انگیزش و بهبود برنامه ریزی و عملکردی رفتاری، هیجانی و شناختی فرد می باشد که مراکز حرفه آموزی با شرایطی که برای فرد معلول مهیا می سازند در تمامی این تغییرات اثرگذار می شود، محیطی امن، وجود ناظر و مربی، وجود افراد دیگری که بر ذای هدف یکسان و در توانایی های بالقوه و بالفعل یکسان گرد هم جمع شده اند و همچنین افزایش تدریجی انگیزش درونی فرد در این محیط مستقیماً باعث بهبود خودتنظیمی این افراد می شود.

-نتایج تحلیل داده ها نشان داد که مراکز حرفه آموزی بهزیستی اثربخشی معناداری در بهبود خودکارآمدی افراد معلول دارد. که همسو با مطالعات (گاگ و همکاران، ۱۹۹۴)، لاندو و مولنار (۲۰۱۲)، سمیل (۲۰۱۳) می باشد.

خودکارآمدی خودکارآمدی در واقع اشاره به این مطلب دارد که فرد تا چه حد توان مندی های خود را قبول دارد و به خود باوری رسیده است. به عبارت دیگر آیا فرد خود را در زمینه های مختلف توان مند و کارا می داند یا نه؟ خودکارآمدی مفهومی است که با اعتماد به نفس و عزت نفس رابطه ی نزدیکی داشته و به طور ضمنی با آن ها تداعی می شود. افراد با خود کارآمدی بالا در موقعیت های مختلف زندگی با شناختی که از ضعف و توانایی های خود دارند در مواجهه با مشکلات و موانع بهترین راه حل را برگزیده و با باور توان مندی خود به طور جدی مشکل پیش رو را حل می کنند. خودکارآمدی مؤلفه های چندی را در بر می گیرد از جمله توانایی در طراحی و برنامه ریزی و اجرای آن، تلاش در صورت مواجه شدن با مانع، توانایی رسیدن به اهداف، توانایی روبرو شدن با مشکلات، امتحان کردن کارهای پیچیده، پایداری در انجام کارهای نامناسب، تمرکز در انجام کاری که تصمیم به اجرای آن داریم، برآمدن از پس مشکلات غیر مترقبه ای که پیش می آید، اتکالی به خود، اعتماد به خود، به سادگی تسلیم نشدن، تلاش بیشتر در صورت مواجه شدن با شکست، توانایی یادگیری مطالبی جدید که به نظر مشکل می آیند و ... (رودباخ، ۲۰۰۶)

حرفه آموزی با ایجاد شرایطی که فرد در آن هنر، حرفه و عملکرد خاصی را یاد میگیرد و می تواند از آن در محیط بینرو از محل یادگیری نیز استفاده نماید، همچنین مقایسه خود با دیگران و مقایسه عملکرد خود با گذشته، می تواند منجر به ایجاد احساس خودکارآمدی گردد، احساس اینکه فرد با وجود تمام محدودیت ها بازمی تواند به صورت مفیدی برای خود و محیط عمل نماید و تقویت های انی و بلندمدتی را کسب نماید (گاگ و همکاران، ۱۹۹۴)، خودکارآمدی عاملی می باشد که در صورت وجود محیط مطلوب، انگزش فرد و تقویت های بیرونی به سرعت می تواند بهبود یابد، حرفه آموزی زیر نظر مربی و راهنما و همچنین محیطی که این آموزش را به صورت رسمی و منطبق بر قوانین خاصی انجام می دهد، می تواند این شرایط را مهیا سازد، فردی که در محیط دارای ضوابط و قانون های خاص اقدام به یادگیری عملکردی می نماید که تقویت های کوتاه مدت و بلند مدت را برای فرد به همراه دارد، و وجود ارزیابی های مداوم در طول زمان می تواند بازخوردهای مناسبی به فرد ارائه نماید که اقدام به تصحیح عملکرد خود و متقابلاً کسب تقویت های بیشتر و بهبود عملکرد روبه رو شود که خودکارآمدی فرد را ارتقا می بخشد (لاندو و مولنار، ۲۰۱۲)، خودکارآمدی در افراد دارای معلولیت های مختلف می تواند به صورت معناداری کیفیت زندگی، سطح امیدواری، شادکامی، بهزیستی روانشناختی، روابط میان فردی، عزت نفس و اعتماد به نفس این افراد را بهبود بخشد، همچنین با ایجاد احساس توانستن و کسب تقویت های محیطی در کاهش نشانه های افسردگی و اضطرابی موثر می باشد (سمیل، ۲۰۱۳).

حرفه آموزی طبق الگوی سازمان بهزیستی با ایجاد محلی مناسب که دارای متخصصان این حوزه می باشد که به ویژگی های شناختی، هیجانی و رفتاری افراد دارای معلولیت های مختلف آشنایی دارند و آموزش های لازم را دیده اند، و همچنین برنامه های از پیش تعیین شده که منطبق بر ویژگی های افراد معلول می باشد نقش زیادی در افزایش خودکارآمدی این افراد دارد، مربیو راهنمایی که منطبق بر خصوصیات افراد معلول آموزش ها را به ای نافراد اعمال می دارد و تقویت های مناسبی را نیز فراهم می آورد می تواند خودکاو «دی ای نافراد را بهبود بخشد. افراد دارای معلولیت به دلیل محدودیت هایی که دارند در محیط واقعی امکان کسب تقویت ها و آموزش های متناسب با توانایی های خود را ندارند، اما در این مرکز می توانند با فضا و افراد متخصصی که فراهم آمده است اقدام به کسب این تقویت ها و مهارت ها نمایند، بودن در محیطی ه افرادی با توانایی های تقریباً یکسان در هدف کسب مهارت های مشخصی کنار یکدیگر هستند و احساس بودن در کنار افرادی همانند، منجر به بهبود شادکامی، بهزیستی روانشناختی و رفتاری گردد. در صورت بهبود خودکارآمدی این افراد می توان انتظار داشت که سلامت روانشناختی این افراد نیز بهبود یابد و با فراگیری مهارت ها و حرفه خاص، برای خود، خانواده و جامعه فرد مفیدتری باشند.

و در نهایت نتایج تحلیل داده ها نشان داد که حرفه آموزی طبق الگوی سازمان بهزیستی اثربخشی معناداری در توانمندسازی شناختی معلولان دارد. توانمندسازی شناختی متغیری می باشد که با درک مناسب وظایف، انجام کارها با انگیزش درونی و برنامه ریزی شده تعریف می شود که با عواملی مانند خودکارآمدی، توانایی خود موثر و عامل درونی در اتفاقات، درک اهمیت خود، احساس اعتماد بنفس، توانایی برنامه ریزی، دنبال کردن برنامه های مشخصی که به هدف مورد نظر منتهی می شوند، اصلاح رفتارها و برنامه در صورت نیاز (اورعی یزدانی، ۱۳۸۱). که افراد دارای معلولیت های ذهنی و جسمی در تمامی ابعاد ذکر شده توانمندسازی شناختی دچار نقص می باشند، مراکز حرفه آموزی با مهیا کردن محلی که فرد بایستی در آن برنامه های از پیش تعیین شده را تمرین نماید، تکرار و یادگیری را حاصل نماید می تواند به مرور زمان باعث ایجاد توانایی برنامه ریزی در این افراد گردد، وجود تخصصیتن امر که میتواند به سوالات این افراد جواب دهد و خطاهای احتمالی شان را اصلاح نماید یکی از مهمترین اثرات این برنامه ها می باشد، همچنین وجود فرایندیک ه فرد در آن به تدریج مهارت های خاصی را فرامیگیرد و تمرین می نماید، میتواند خودکارآمدی این افراد را بهبود بخشد، خودکارآمدی فرایندی است که در طول زمان و با ممارست به دست می آید، مراکز حرفه آموزی با ایجاد محلی که فرد می تواند در آن به تدریج و زیر نظر مربی مربوطه مهارتهایی را کسب نماید مستقیماً به افزایش خودکارآمدی وی منجر می شود، همچنین این یادگیری مهارت منجر به این باور می شود که فرد خود را عامل اتفاقات می داند و به نوعی منبع کنترل درونی در وی شکل می گیرد، این تغییر باعث می شود که فرد در تمامی ابعاد زندگی اش خود را به عنوان فردی دخیل و تاثیرگذار احساس نماید که می تواند تمامی ابعاد روانشناختی را تحت تاثیر قرار دهد، می تواند منجر به بهبود توانایی های شناختی و حافظه و کاهش مشکلات اضطراب و افسردگی اش نیز گردد. وجود مربی که می تواند خطاهای احتمالی را بازخورد بدهد و اصلاحات مورد نیاز را بیان نماید، به مرور باعث ایجاد یادگیری در فرد می شود که فرد می تواند این توانایی اصلاحی را درونی کرده و بعدها به صورت اتوماتیک این اصلاحات را اعمال نماید (رودریگوئز^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۸). حرفه آموزی طبق سازمان بهزیستی با ارائه محلی که می توانند افراد در آن با تمرین مداوم و حضور راهنما و مربی که می تواند به یادگیری پردازد مطمئناً در بهبود توانمندی های شناختی این افراد موثر می باشند. نتایج پژوهش حاضر با توجه به تعداد و حجم نمونه و نوع ابزارهای سنجش از لحاظ تعمیم پذیری دچار محدودیت های خاص خود می باشد از این رو پیشنهاد می گردد که در تحقیقات مشابه در آینده از حجم نمونه بزرگتر و ابزارهای اندازه گیری جامع نیز استفاده شود.

¹³ Rodríguez

منابع

۱. اصغر نژاد، طاهره و همکاران. (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی شرر. مجله روان‌شناسی، دوره ۷، شماره ۳۹.
۲. افروز، غلامعلی. (۱۳۸۲). کودکان عقب مانده ذهنی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۳. اورعی یزدانی، حمید (۱۳۸۱)، نگرشی بر توانمندسازی، چاپ اول، تهران، موسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی
۴. تیمورنژاد، کاوه، صریحی اسفستانی، رسول، (۱۳۸۹)؛ تأثیر یادگیری سازمانی بر توانمندسازی روان‌شناختی کارکنان ستادی وزارت امور اقتصادی و دارایی، فصلنامه مطالعات مدیریت بهبود و تحول شماره ۶۲ تابستان و پاییز ۸۹.
۵. عبدالاهیان، نامدار. (۱۳۹۳). حرفه‌آموزی در دانش آموزان کم‌توان ذهنی. ماهنامه تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۲۴، ۱-۴
۶. مهربانی زاده هنرمند مهناز؛ تجاریان، بهمن و مسعودی، میترا. مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر ۷ تا ۱۲ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی. فصلنامه کودکان استثنایی. سال ۱۳۸۰. سال اول، شماره ۲، ۱۳-۳۷
۷. هالاهان، دانیل، پی، کافمن، جیمز. ام (۲۰۰۱) کودکان استثنایی. مقدمه‌ای بر آموزش‌های ویژه. ترجمه مجتبی جوادیان، انتشارات آستان قدس رضوی، شرکت به نشر، چاپ ششم.

8. Bandura, A. (1994). Self-efficacy, encyclopedia of human behavior. New York: Academic Press. (pp. 2-3).
9. Beaulieu, C. L., Dijkers, M. P., Barrett, R. S., Horn, S. D., Giuffrida, C. G., Timpson, M. L., . . . Hammond, F. M. (2015). Occupational, Physical, and Speech Therapy Treatment Activities During Inpatient Rehabilitation for Traumatic Brain Injury. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 96(8, Supplement), S222-S234.e217. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.10.028>
10. Chave-Cox, R. S. (2014). Forensic examination of the mentally disabled sexual abuse complainant. Journal of Forensic and Legal Medicine, 25, 71-75.
11. Dall'Alba, L., Gray, M., Williams, G., & Lowe, S. (2014). Early Intervention in Children (0–6 Years) with a Rare Developmental Disability: The Occupational Therapy Role. Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 24(2), 72-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hkjot.2014.12.001>
12. Gage, M., Noh, S., Polatajko, H. J., & Kaspar, V. (1994). Measuring perceived self-efficacy in occupational therapy. Am J Occup Ther, 48(9), 783-790.
13. Grave, P.B., (1971). Webster's Third, New International Dictionary of English Language Unabridged, Spring Field. Ma: G.C. Merriam, P.744
14. Landa-Gonzalez, B., & Molnar, D. (2012). Occupational Therapy Intervention: Effects on Self-Care, Performance, Satisfaction, Self-Esteem/Self-Efficacy, and Role Functioning of Older Hispanic Females with Arthritis. Occupational Therapy In Health Care, 26(2-3), 109-119. doi: 10.3109/07380577.2011.644624
15. Matson LJ, MahanS, LoVullo VS. Parent training: A review of methods for children with developmental disabilities. Research in Developmental Disabilities 2009; 30: 961–968.
16. Ng, S., Lo, A., Lee, G., Lam, M., Yeong, E., Koo, M., . . . Lau, V. (2006). Report of the Outcomes of Occupational Therapy Programmes for Elderly Persons with Mild Cognitive Impairment (MCI) in Community Elderly Centres. Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 16(1), 16-22. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1569-1861\(09\)70035-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1569-1861(09)70035-X)
17. Papadatou-Pastou, M., & Tomprou, D.-M. (2015). Intelligence and handedness: Meta-analyses of studies on intellectually disabled, typically developing, and gifted individuals. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 56, 151-165.

18. Raabe, B., Frese, M., & Beehr, T. A. (2007). Action regulation theory and career self-management. *Journal of Vocational Behavior*, 70(2), 297-311. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2006.10.005>
19. Rodebaugh, T. L. (2006). Self-efficacy and social behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1831-1838. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.11.014>
20. Rodríguez, E., Ferrer, J., Martí, S., Zock, J.-P., Plana, E., & Morell, F. (2008). Impact of Occupational Exposure on Severity of COPD. *Chest*, 134(6), 1237-1243. doi: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.08-0622>
21. Semple-Dormer, Y. (2013). The State of Self-efficacy among Massachusetts School-based Occupational Therapists. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 6(4), 372-387. doi: 10.1080/19411243.2013.860770c
22. Sherer, m & maddux, J.E. (1982). The self- efficacy scale: construction and validation. *Psychological report*, 51: 663- 671.
23. Springvloet, L., Lechner, L., Candel, M. J. J. M., de Vries, H., & Oenema, A. (2016). Exploring individual cognitions, self-regulation skills, and environmental-level factors as mediating variables of two versions of a Web-based computer-tailored nutrition education intervention aimed at adults: A randomized controlled trial. *Appetite*, 98, 101-114. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.12.013>

The Effectiveness of Vocational Training Based on Pattern of Welfare Organization On Cognitive Empowerment, Self-Regulation and Self-Efficacy in People with Mental - Physical Disabilities

Hussein Ghasemian, Reza Mahaleh

Master of Welfare organization and Faculty Member of Farahmand Higher Education Institute

Abstract

The objective of present study was to examine the effect of vocational training according to welfare organization on cognitive empowerment, self-regulation and self-efficacy in people with mental-physical disabilities.

This is a pre-test and post-test study. Statistical population of this study consisted of all men and women 14 to 34 years old with mental-physical disabilities who referred to Tehran welfare organization in second half of 2015. Out of statistical population, 40 subjects in both disabilities and age were selected randomly and placed in both experiment and control group. At the beginning of subject's entry to quarterly training and at the end of the training, Spritzer and Mishra psychological empowerment questionnaire, Scherer self-efficacy and Boufard self-regulation scales were used to collect data. Collected data were analyzed using descriptive statistics including covariance analysis by SPSS22 statistical software.

Analysis results of data show that vocational training based on pattern of welfare organization affects significantly on improvement of self-regulation, self-efficacy and cognitive empowerment of subjects in this study.

Based on effectiveness of welfare vocational training on self-efficacy, self-regulation and cognitive empowerment of people with disabilities, it is suggested to use training programs in this center widely in the interventions and training related to people with disabilities.

Keywords: Vocational Training, Welfare Organization, Cognitive Empowerment, Self-regulation, People with Physical-Mental Disabilities
