

آگاهی از ناهنجاری‌های جسمانی و تاثیر آن بر میزان عزت نفس و تصویر بدنی دختران دانشجو

دکتر مهتا اسکند نژاد^۱، ناهید اشکرین قره آغاج^۲

چکیده

مقدمه و هدف: در جهان مدرن امروزی هر چیزی در اطراف ما می‌بایست به خود و بدن وابسته باشد. تصویر بدنی بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمانی، ادراکی و نحوه نگرش فرد نسبت به بدن خود را در بر می‌گیرد و بدن و توانایی خود را درک می‌کند. هدف این پژوهش، بررسی نقش آگاهی از دارا بودن ناهنجاری‌های جسمانی در تعیین تصویر بدنی صحیح و عزت نفس دختران دانشجو دانشگاه تبریز می‌باشد.

روش‌شناسی: روش انجام تحقیق، از نوع علی - مقایسه ای است. افراد به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده مورد غربالگری قرار گرفتند و ۲۰۰ نفر از افراد دارای ناهنجاری، با بهره‌گیری از صفحه شطرنجی و آزمون نیویورک انتخاب شدند. شرکت کنندگان، دفترچه‌ای متشکل از پرسشنامه اطلاعات فردی، مقیاس تصویر بدنی ادراک شده (Silhouette figure rating) و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ، را تکمیل نمودند و به دو گروه تقسیم شدند (گروه (۱) افرادی که از دفورمیتی خود اطلاع داشتند و گروه (۲) از دفورمیتی خود ابراز بی‌اطلاعی کردند).

یافته‌ها: براساس داده‌های تحقیق بیشترین شیوع ناهنجاری در کل افراد مربوط به لوردوز (گودپستی) با ۹۸٫۹٪ و کمترین شیوع ناهنجاری مربوط به پای پراتنزی با ۶٫۷٪ بود. نتایج آزمون خی دو تفاوت معنی داری بین فراوانی‌های ناهنجاریهای اندام فوقانی و تحتانی دو گروه در سطح $P_{0.05}$ نشان نداد. با استفاده از رگرسیون ساده خطی نشان داده شد که تصویر بدنی تقریباً ۱۱٪ واریانس شاخص توده بدنی را در دو گروه تبیین می‌کرد ($t = ۴٫۸$ و $\beta = ۰/۳۴$). با استفاده از آزمون T استیودنت آماری تفاوت معنی‌داری در میزان عزت نفس دو گروه مشاهده نگردید ($t = ۰٫۵۵$ ، $p \geq ۰٫۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده حاکی از وجود عزت نفس پایین و یکسان بودن ادراک صحیح از تصویر بدنی در هر دو گروه است. از آنجایی که عزت نفس تحت تاثیر خودارزیابی فرد از ظاهرش و میزان رضایت او از این حوزه قرار می‌گیرد، وجود دفورمیتی و تغییر شکل بدنی ارزیابی از خود را تحت تاثیر قرار داده و کاهش عزت نفس افراد را به دنبال خواهد داشت. همچنین آگاهی از نوع و میزان دفورمیتی تنها امل موثر بر سطوح عزت نفس نمی‌باشد.

واژه‌های کلیدی: عزت نفس، ناهنجاری جسمانی، تصویر بدنی، شاخص توده بدن.

بدن وجه اشتراک فرد و جهان است و عملکرد بدن به عنوان پلی برای احاطه بر جهان بیرون است. به نظر می‌رسد در جهان مدرن امروزی هر چیزی در اطراف ما می‌بایست به خود و بدن وابسته باشد. تصویر بدنی بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمانی، ادراکی و نحوه نگرش فرد نسبت به بدن خود را در بر می‌گیرد و بدن و توانایی خود را درک می‌کند (۱). پژوهشگرانی که تأثیرات فعالیت بر عوامل روان‌شناختی را بررسی کردند و به پیشرفت مشارکت کنندگان در برنامه‌های ورزش و تمرین علاقه دارند، اغلب بر تصویر بدنی با عزت نفس تمرکز کرده‌اند. از آنجا که ظاهر، بخش مهمی از هویت فرد است و در موقعیت‌های اجتماعی، بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود، بنابراین اهمیت این سازه‌ی شخصیتی بسیار بارز است. ظاهر بدنی جذاب با عزت نفس بالا و کفایت اجتماعی ادراک شده ارتباط دارد. (۲،۳،۴). بر اساس نظریه‌های تعامل‌گرای نمادین و انگیزه‌ی شایستگی، عزت نفس، حاصل تعاملات اجتماعی است. این دیدگاه منابع عزت نفس را در درجه‌ی اول در ارزیابی‌های دیگران می‌داند. در دنیای امروز که تلویزیون و وسایل ارتباط جمعی تأکید زیادی بر ظاهر جسمانی دارد، تصویر بدنی تحت تأثیر عوامل چندگانه‌ای از قبیل دیدگاه دوستان، خانواده و وسایل ارتباط جمعی قرار می‌گیرد (۵). دانش‌آموزان حس عزت نفس خود را در مورد رفتار و پیشرفت‌هایشان توسط همخوان کردن ارزیابی خودشان با قضاوت دیگران شکل می‌دهند. نکته‌ای که در این مدل از اهمیت خاصی برخوردار است آن است که اشخاص مهم زندگی فرد اصلی‌ترین عامل مؤثر بر شکل‌گیری درک او از خودش در نظر می‌گیرد. در محیط‌های ورزشی، مربیان و همکلاسی‌ها نیز در این رابطه تأثیرگذار می‌باشند. در واقع، والدین از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند زیرا باعث تعدیل تأثیرات محیط ورزشی می‌گردند. همانطور که گورمن (۲۰۰۷) مشاهده کرد که میزان رضایت مادران از ظاهر کودکانشان به طور معنی‌داری بر تصویر بدنی کودکانشان ارتباط دارد. نگرانی کودکان از ظاهرشان تحت تأثیر توجه و یا نارضایتی مادرش می‌باشد چراکه آگاهی کودکان نسبت به ظاهرشان افزایش می‌یابد و موجبات اضطراب آنها را ایجاد می‌کند. در واقع اگر یک والد ابراز نارضایتی از ظاهر کودک نماید کودک نیز تمایل زیادی به ابراز نارضایتی از ظاهر خود دارند (۶). البته میزان اهمیت و توجه افراد در اقسام مختلف متفاوت است. مثلاً، تحقیقات نشان داده که اهمیت تصویر بدنی و جذابیت ظاهری در بین زنان و نوجوانان بیشتر از سایر اقشار جامعه است، بطوریکه با مقیاس توده بدنی برابر دختران خود را لاغرتر از پسران تخمین می‌زنند و بیشتر آنان از بدن خود ابراز نارضایتی می‌کنند. نکته جالب اینکه در نوجوانان دختران به دلیل تأثیرات دنیای مد تمایل به کمتر نشان دادن وزن خود دارند درحالی‌که پسران تمایل به بیشتر نشان دادن وزن خود دارند که آن ناشی از علاقه به رشد جسمانی سریعتر و عضلانی‌تر بودن می‌باشد (۷). همچنین دختران جوانی که تحت تأثیر عوامل مختلف تمایل به لاغری دارند دارای عزت نفس پایین تری نسبت به سایرین هستند (۵). راول (۲۰۰۶) نشان داد زنانی که به دیدگاه دیگران نسبت به ایده آل بودن زنان لاغر حساس هستند نسبت به زنانی که این حساسیت را ندارند احساس نارضایتی بیشتری از بدن خود دارند و این گروه خود ارزشی پایین تری را تجربه می‌کنند (۸). جورج و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که نارضایتی از اندازه بدنی در نوجوانان چاق و فربه در مقایسه با افراد با وزن نرمال بیشتر بوده است. همچنین آنها بیان نمودند که زمانی که افراد اندازه بدنی خود را تخمین می‌زنند نسبت به زمانی که BMI آنها به طور عینی اندازه‌گیری می‌شود آنرا ۵٪ کمتر ارزیابی می‌کنند. همچنین آنها بیان کردند که نارضایتی از تصویر بدنی در نوجوانان سنگین‌تر به مراتب بیشتر است (۷). راول (۲۰۰۶) نشان دادند که ادراک بانوان از شکل کنونی خود با شکل ایده آل آنها تفاوت دارد که این موضوع برای کلیه گروه‌ها (افرادی که نسبت به نظر دیگران حساس هستند و یا حساسیتی به نظر دیگران ندارند) صادق است. همچنین آنها نشان دادند که هرچه فاصله بین تصور فرد از بدن ایده آل با بدن واقعی آنها بیشتر باشد نارضایتی آنها از تصویر بدنشان بیشتر و عزت نفس پایین‌تری را تجربه می‌کنند و بیشتر اذیت می‌شوند (۸). این نتایج توسط بنکسر و همکاران (۲۰۱۲) در زنان جوان نیز مشاهده شد، آنها بیان نمودند که زنانی که در محیط‌های شهری بزرگ شده‌اند در مقایسه با زنان روستایی با بدن‌های چاق و فربه تمایل کمتری به چاقتر بودن نشان می‌دادند (۹).

درگیری در فعالیت جسمانی با افزایش عزت نفس، سلامت روانی و تکامل اجتماعی و اخلاقی همبسته است و خودپنداره‌های جسمانی به طور مثبت به درگیری در فعالیت جسمانی، مشارکت ورزشی و تمرین در کودکان، نوجوانان، جوانان و بزرگسالان همبسته است. خودپنداره بدنی به عنوان یکی از ابعاد شخصیتی افراد که با آمادگی جسمانی و سطح فعالیت بدنی ارتباط دارد، ممکن است با عملکرد و موفقیت ورزشی مرتبط باشد و موقعیت اجتماعی افراد را افزایش دهد. قربانی و بهرام (۱۳۸۸) رابطه معنی‌داری بین دو متغیر خودپنداره بدنی و عملکرد ورزشی دانشجویان دختر نشان دادند (۱۰). پرداختن به ابعاد سازنده ورزش در جهت سلامتی جسمانی، روانی، اجتماعی و فرهنگی افراد اهمیت بسیار دارد. بنابراین ورزش و فعالیت بدنی به عنوان یک مقوله فرهنگی، اجتماعی آثار و نتایج چندی به دنبال خواهد داشت. کویونکو و همکاران (۲۰۱۰) رابطه معنی‌داری بین اضطراب اجتماعی جسمانی، رضایت تصویر بدنی و عزت نفس مشاهده کردند و پیشنهاد کردند که رضایت از تصویر بدنی و عزت نفس اجزاء کلیدی سلامت روانی در دختران هستند. تفاوت‌های آشکار جسمانی افراد دارای فورمیتی با دیگران موجب خودادراکی ضعیف، احساسات منفی مثل اضطراب اجتماعی، ترس از قضاوت مردم و از همه مهمتر عزت نفس و تصویر بدنی ناخوشایندی از خود دارند (۱۱). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که با استفاده از روش‌های درمانی مثل جراحی و بهبود ظاهر افراد عزت نفس، تصویر بدنی و اعتماد به نفس جسمانی افراد افزایش می‌یابد (۱۲). اسپچیمالز (۲۰۱۰) نشان داد افرادی که اضافه وزن داشته و از شکل بدنی خود رضایت ندارند به علت آگاهی از این امر نسبت به بدن خود حس تفر دارند ولی متأسفانه این امر باعث رغبت آنها به فعالیت بدنی نمی‌شود. بنابراین دولت‌ها و سازمان‌ها تلاش روزافزونی باید داشته باشند تا با ایجاد

آگاهی و تبلیغات مناسب، انگیزه افراد را به مشارکت در برنامه های فعالیت بدنی افزایش داده و مشوق آنها برای شرکت در ورزش برای جلوگیری از اضافه وزن و بهبود ناهنجاری های جسمانی باشند (۱۳).

وجود ناهنجاری های قامتی تاثیر نامطلوبی بر درک و تصور بدنی به خصوص در افراد جوان دارد. این موضوع می تواند اعتماد به نفس افراد را تحت تاثیر گذارد. سلامت اسکلتی در ارتباط با محیط پیرامون، عادت، فرهنگ و شغل ممکن است مدام تهدید شود و در نتیجه زندگی فرد را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد (۱۴). اندرسون و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی سلامت و خودپنداره گروهی از کودکان با دفورمیتی در دستها و اندام فوقانی پرداختند. آنها نشان دادند که کودکان درباره آینده و قضاوت دیگران راجع به خود نگرانند. کودکان پسر و دختر با دفورمیتی شدید عزت نفس پایین تری از خود نشان دادند (۱۵). هرمانسون و همکاران^۱ (۲۰۰۵) در مطالعه ای بر روی کودکانی سویدی دارای نقص عضو بالاتنه با یک دست مصنوعی نشان دادند که این کودکان مشکلات احساسی و رفتاری اجتماعی از خود نشان می دهند (۱۶). در مطالعه ای دیگر استرانیک و فرنال^۲ (۲۰۰۳) به بررسی میزان فعالیت و مشارکت در کارهای روزانه نوجوانان با اختلال فلج شبکه بازویی (OBPP^۳) یکطرفه پرداختند، آنچه مشاهده کردند بسیار جالب بود؛ چراکه این گروه در مقایسه با گروه کنترل مشابهی داشتند ولی تنها تفاوت موجود با گروه کنترل پایین بودن عزت نفس آنها بویژه در افراد با فلج کامل بود (۱۷). کرپله و همکاران^۴ (۲۰۱۲) در بررسی خود-ادراکی و ادراک اجتماعی از ظاهر جسمانی ۷۶ بیمار با مشکلات اختلال دیواره قفسه سینه (CWD^۵) نشان دادند افراد جوانتر نسبت به دیگران ظاهر خود را منفی تر ارزیابی نموده و این بر تصویر از خود و در نتیجه بر ویژگی های روانی آنها بویژه عزت نفسشان تاثیر گذار می باشد (۱۸). این می تواند تبیین کننده تاثیر ظاهر بر تصور فرد از خود دارد. به عقیده دایدیرجان-پیلت^۶ (۲۰۰۲) ارتباط بدن افراد با ناهنجاری ها مبحثی است که ریشه در جنبه های زیبایی آن دارد (۱۹).

در سال های اخیر اضافه وزن، چاقی و ناهنجاری های جسمانی در میان بسیاری از ملت ها شیوع پیدا کرده است و در بسیاری از کشورها به مسئله ای عمومی و ملی تبدیل شده است به این دلیل نیاز به راه حل های گسترده برای برخورد علمی و دقیق با آن به وضوح به چشم می خورد، بخاطر نبودن شناخت و آموزش کافی و همچنین کاهش تحرک در سنین پایینتر شاهد شیوع ناهنجاری های قامتی هستیم. اگر این ناهنجاری ها به موقع شناسایی و درمان نشوند، عوارض جبران ناپذیری در شکل ظاهری فرد ایجاد کرده و در نتیجه مشکلات روانی و اجتماعی به دنبال آن خواهد آمد. که نه تنها از نظر سلامتی و تأثیرات منفی آن (بیماری ها، کاهش کارایی و فعالیت) در بعد جسمی اهمیت دارد، بلکه از لحاظ روانی، اقتصادی، اجتماعی و صرف هزینه های پزشکی نیز تا اندازه ای قابل توجه و چشمگیر است (۱۴، ۱۲، ۱۵). همانطور که محمدی و همکاران (۱۳۹۳) در مقایسه رشد حرکتی دختران چاق و دارای اضافه وزن با دخترانی با وزن طبیعی نشان دادند که سطح رشد حرکتی (از قبیل مهارت های جابجایی، مهارت های کنترل شئی) دختران با وزن طبیعی به مراتب بهتر از گروه چاق و اضافه وزن بوده است (۲۰). آرایه یک نیمرخ مطلوب در مورد شیوع ناهنجاری های قامتی فرصتی فراهم می کند تا برنامه های اصلاحی به صورت علمی تدوین شود. با توجه به شیوع زیاد بی تحرکی و به دنبال آن افزایش شیوع مشکلات جسمی و ابتلا به انواع اختلالات روانشناختی مختلف در جامعه ما و از آنجا که آسیب پذیری قشر دانشجو در مقابل موقعیتها و مشکلات مختلف از قبیل امتحان، فعالیت های کلاسی، فقدان اوقات فراغت، ساعات طولانی مطالعه و غیره باعث بروز مشکلات ثانویه ای برای آنها می گردد، انجام پژوهش در این زمینه ضروری می نماید. با توجه به موارد ذکر شده، در این تحقیق به دنبال پاسخ به این سؤال هستیم که آیا آگاهی فرد از ناهنجاری های جسمانی به عنوان شاخص ذهنی از لحاظ روانشناختی می تواند عامل تاثیر گذار بر ادراک فرد از تصویر بدنی و همچنین عزت نفس و میزان مشارکت فرد در فعالیت های مختلف ورزشی باشد؟

روش شناسی تحقیق

این تحقیق مطالعه علی-مقایسه ای از نوع مشاهده ای مقطعی است که بر روی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز انجام شد. افراد به روش نمونه گیری تصادفی ساده به تعداد ۵۰۰ نفر انتخاب گردیدند و مورد غربالگری قرار گرفتند و ۲۰۰ نفر از افرادی که دفورمیتی خاصی در اندام خود داشتند انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه و با بهره گیری از صفحه شطرنجی، متر و ترازو براساس آزمون نیویورک جمع آوری گردید. آزمون نیویورک که در گروه آموزش و پرورش ایالتی نیویورک ساخته شده است ۱۳ حالت متفاوت بدن را مورد ارزیابی قرار می دهد که ۱۱ حالت آن به ارزیابی ستون فقرات مربوط است. این آزمون برای تجزیه و تحلیل حالت های متفاوت بدن مورد استفاده قرار می گیرد که ناهنجاری هایی از قبیل: شانه نامتقارن، گرد پشتی (کیفوز)، لوردوز کمری (گودپشتی)، کج پشتی (اسکولیوز)، زانوی ضربدری، زانوی پرانتزی را در افراد مورد بررسی قرار داده شد. استفاده همزمان از آزمون نیویورک و صفحه شطرنجی تشخیص ناهنجاری را تسهیل می کند و دقت اندازه گیری را نیز بالا می برد. بنابراین این دو روش به همراه یکدیگر به ویژه در مراحل غربالگری استفاده می شوند.

در مرحله بعد آزمودنی ها ابتدا پرسشنامه اطلاعات فردی شامل سؤالاتی از قبیل سن، جنس، قد، وزن، میزان فعالیت بدنی (شدت، مدت، تعداد جلسات، نوع و طول مدت پرداختن به فعالیت بدنی) تکمیل کردند. همچنین به منظور بررسی تصویر بدنی ادراک شده از مقیاس تصویر بدنی ادراک

1. Hermansson et al.
2. Strombeck and Fernell
3. unilateral limb impairment –obstetric brachial plexus palsy
4. Krille et.al.
5. chest wall deformity
6. Didierjean-Pillet

شده (Silhouette figure rating) استفاده شد. این مقیاس برای اولین بار توسط استانکارد و همکاران (۱۹۵۰) به عنوان مقیاس خودگزارشی از تصویر بدنی ارائه شد و شکلی از یک مقیاس روانسنجی است که در ۱۹۵۰ به عنوان وسیله ای برای تعیین ناراضایتی بدنی در زنان، مردان و کودکان گسترش یافت. در این مقیاس برای هر دو جنس مرد و زن ۹ نیمرخ سیاه رنگ از تصویر بدنی وجود دارد که از خیلی لاغر تا خیلی بزرگ رتبه بندی می شود و از فرد خواسته می شود تا براساس ادراکی که از بدن خود دارد یکی از شکل ها را که بهترین پیش بینی کننده سایز بدنی اخیر آنها و سایز بدنی ایده آل آنهاست را انتخاب کند. در ساخت مقیاس پایایی بازآزمایی آن در یک هفته ۰/۷۸ و روایی همزمان آن با شاخص توده بدنی ۰/۷۱ به دست آمده است (۲۱).

به منظور بررسی عزت نفس شرکت کنندگان از پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ استفاده شد. این مقیاس توسط روزنبرگ (۱۹۶۵) ساخته شده و دارای ۱۰ ماده است که احساس کلی فرد از خودارزشی (Self-worth) یا خویشتن پذیری را روی طیف ۴ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق اندازه میگیرد. روزنبرگ برای ساخت این مقیاس آن را در مورد ۵۰۲۴ دانش آموز دبیرستانی در ایالت نیویورک اجرا و ضرایب اعتبار و روایی آن را به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۷ گزارش کرد (۲۲). رجبی در سال ۱۳۸۶ این مقیاس را به فارسی ترجمه و با اجرای آن بر روی دانشجویان ضرایب پایایی و روایی آنرا به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۲ گزارش کرد (۲۳).

با توجه به عدم همکاری برخی از شرکت کنندگان و همچنین برخی نواقص در پرسشنامه ها تعداد آزمودنی های تحقیق در بررسی داده ها به ۱۸۰ نفر تقلیل یافت. تجزیه و تحلیل یافته های تحقیق با روش های آمار توصیفی، آزمون خی دو برای بررسی نسبت افرادی که به طور صحیحی تصویر بدنی خودشان را در تقسیم بندی متغیر اسمی شاخص توده بدنی ادراک کرده بودند در دو سطح آگاهی داشتن و نداشتن ناهنجاری، از t استیودنت برای بررسی عزت نفس با نوع اطلاع از شیوع ناهنجاری ها، و رگرسیون خطی ساده به منظور بررسی رابطه بین شیوع دفورمیتی و شاخص توده بدنی استفاده شد. در این تحقیق، سطح معناداری برای تمام آزمون ها ۰/۰۵ لحاظ شد.

یافته ها

در این تحقیق با استفاده از تست نیویورک و استفاده از مقیاس ۰/۱،۳۵ برای ارزیابی شاخص های مورد نظر، به ترتیب ناهنجاری شدید، متوسط، خفیف و وضعیت بدنی مطلوب در نظر گرفته شد. افراد غربالگری شده دارای حداقل یک ناهنجاری تشخیصی توسط تست نیویورک به تعداد ۱۸۰ نفر به دو گروه تقسیم شدند، گروه (۱) افرادی که از دفورمیتی خود اطلاع داشتند و گروه (۲) از دفورمیتی خود ابراز بی اطلاعی کردند. نتایج حاصل از اطلاعات دموگرافیکی شرکت کنندگان در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول (۱): نتایج اطلاعات دموگرافیکی به تفکیک گروهها

BMI	وزن	قد	سن	درصد	تعداد	
۲۳,۴±۴,۹	۶۱,۷±۱۰,۹	۱۶۳,۵±۷,۳۳	۲۲,۵±۲,۲	%۴۷,۲	۸۵	گروه (۱)
۲۳,۴±۴,۸	۶۱,۲±۱۱,۸	۱۶۲,۳±۵,۸	۲۲,۳±۱,۹	%۵۲,۸	۹۵	گروه (۲)
۲۳,۴±۴,۸	۶۱,۴۳±۱۱,۴	۱۶۲,۹±۶,۶	۲۲,۴±۲,۰۳	%۱۰۰	۱۸۰	کل

با توجه به جدول (۲)، نتایج تحقیق نشان داد که در بین دفورمیتی های بررسی شده بیشترین شیوع ناهنجاری در کل افراد مربوط به لوردوز با ۹۸,۹٪ و کمترین شیوع ناهنجاری مربوط به پای پرنانزی با ۶,۷٪ بود. همچنین در گروه (۱) بیشترین شیوع دفورمیتی به ترتیب اختصاص به کیفوز با ۴۶,۶٪، لوردوز ۴۶,۱٪، شانه نابرابر ۴۳,۳٪ و در گروه (۲) بیشترین شیوع دفورمیتی به ترتیب اختصاص به لوردوز با ۵۲,۸٪، کیفوز ۵۱,۱٪، شانه نابرابر با ۴۸,۴٪ داشت.

جدول (۲): میزان و درصد شیوع دفورمیتی ها در دو گروه

گروه	گروه (۱)				گروه (۲)				کل	
	کل	شدید	متوسط	خفیف	کل	شدید	متوسط	خفیف	کل	خفیف
گروه (۱)	۸۴	۲۰	۵۱	۱۳	۹۲	۲۰	۵۳	۱۹	۱۷۶	۳۲
	۴۶,۶٪	۱۱,۱٪	%۲۸,۳	%۷,۲	۵۱,۱٪	%	%۲۹,۴	%	۹۷,۸٪	۱۷,۸٪
گروه (۲)	۸۳	۰	۱۴	۶۹	۹۵	۴	۲۰	۷۱	۱۷۸	۱۴۰
	۴۶,۱٪	%۰	%۷,۸	%۳۸,۳	۵۲,۸٪	%۲,۲	%۱۱,۱	%۳۹,۴	۹۸,۹٪	۷۷,۸٪
کل	۱۶۷	۲۰	۶۵	۸۲	۱۸۷	۲۴	۷۳	۹۰	۳۵۴	۲۷۲
	۴۶,۶٪	۱۱,۱٪	%۲۸,۳	%۷,۲	۵۱,۱٪	%	%۲۹,۴	%	۹۷,۸٪	۱۷,۸٪

گروه	گروه (۱)				گروه (۲)				کل			
	کل	شدید	متوسط	خفیف	کل	شدید	متوسط	خفیف	کل	شدید	متوسط	خفیف
کج	درصد	۴,۴٪	۴,۴٪	۰	۰	۱,۱٪	۱,۱٪	۰	۸,۳٪	۷,۲٪	۱,۱٪	۰
	فراوانی	۲۰	۹	۷	۴	۳۲	۱۵	۱۲	۵	۲۴	۱۹	۹
پشت تابدار	درصد	۱۱,۱٪	۵٪	۳,۹٪	۲,۲٪	۱۷,۸٪	۸,۳٪	۶,۷٪	۲,۸٪	۱۳,۳٪	۱۰,۶٪	۵٪
	فراوانی	۹	۶	۱	۲	۷	۵	۲	۰	۱۱	۳	۲
کج گردنی	درصد	۵٪	۳,۳٪	۰,۶٪	۱,۱٪	۳,۹٪	۲,۸٪	۱,۱٪	۸,۹٪	۶,۱٪	۱,۷٪	۱,۱٪
	فراوانی	۷۸	۴۵	۲۹	۴	۸۷	۴۸	۳۳	۶	۹۳	۶۲	۱۰
شانه نابرابر	درصد	۴۳,۳٪	۲۵٪	۱۶,۱٪	۲,۲٪	۴۸,۴٪	۲۶,۷٪	۱۸,۳٪	۳,۳٪	۵۱,۷٪	۳۴,۴٪	۵,۶٪
	فراوانی	۴۸	۲۴	۱۷	۷	۵۵	۲۹	۲۲	۴	۵۳	۳۹	۱۱
زانوی پراتنزی	درصد	۲۶,۶٪	۱۳,۳٪	۹,۴٪	۳,۹٪	۳۰,۶٪	۱۶,۱٪	۱۲,۲٪	۲,۲٪	۵۷,۲٪	۲۱,۷٪	۶,۱٪
	فراوانی	۵	۳	۲	۰	۷	۷	۰	۰	۱۰	۲	۰
زانوی ضربدری	درصد	۲,۸٪	۱,۷٪	۱,۱٪	۰	۳,۹٪	۳,۹٪	۰	۶,۷٪	۵,۶٪	۱,۱٪	۰
	فراوانی	۱۱	۷	۴	۰	۱۲	۷	۰	۰	۱۰	۲	۰

همانطور که در جدول (۳)، مشاهده می شود میزان شیوع دفورمیتی ها در اغلب موارد در گروه (۲) بیشتر از گروه (۱) می باشد و برای تعیین تفاوت بین دو گروه در شیوع ناهنجاریها نتایج آزمون خی دو نشان داد که بین فراوانی های ناهنجاریهای اندام فوقانی و تحتانی در دو گروه در سطح $P_{0.05}$ تفاوت معنی داری وجود ندارد.

جدول (۳): نتایج آزمون خی دو برای بررسی توزیع دفورمیتی در دو گروه

متغیر	کیفوز	لوردوز	پشت کج	پشت تابدار	کج گردنی	شانه نابرابر	زانوی پراتنزی	زانوی ضربدری
خی دو	۱,۶۱	۶,۵۲	۲,۸۸	۲,۴	۲,۷۵	۰,۲۶	۱,۵	۳,۴۳
سطح معنی داری	۰,۶۵	۰,۰۸	۰,۲۳	۰,۵	۰,۴۳	۰,۹۶	۰,۶۸	۰,۱۸

از آزمون خی دو برای بررسی نسبت افرادی که به طور صحیحی تصویر بدنی خودشان را در تقسیم بندی متغیر اسمی شاخص توده بدنی ادراک کرده بودند استفاده شد. بدین منظور متغیر شاخص توده بدنی به عنوان درک صحیح از وضعیت بدنی به گروه های کم وزن، نرمال، اضافه وزن و چاق طبقه بندی شده و همچنین تصویر بدنی به عنوان درک ذهنی از وضعیت بدنی نیز به چهار گروه براساس ۹ شکل ارائه شده (اشکال ۱، ۲ و ۳ به عنوان کم وزن، اشکال ۴ و ۵ به عنوان وزن نرمال، اشکال ۶ و ۷ به عنوان اضافه وزن و اشکال ۸ و ۹ به عنوان چاقی) طبقه بندی شدند. همچنین با استفاده از آزمون خی دو مشاهده گردید که ۲۳,۵٪ از افرادی که در گروه اول (افرادی که از دفورمیتی خود اطلاع داشتند) و دارای شاخص توده بدنی افراد کم وزن بودند ($BMI < 20$)، ۲۴,۷٪ از افرادی که در این گروه دارای شاخص وزن نرمال بودند ($25 < BMI < 30$) و ۱۱,۸٪ از افرادی که در این گروه دارای شاخص با وزن بالا ($BMI > 25$) بودند، ادراک صحیحی از تصویر بدنی خود داشتند. (خی دو = ۶۰,۴ و $df = 9$ و $p = 0/000$). در گروه دوم (افرادی که از دفورمیتی خود ابراز بی اطلاعی کرده اند) ۲۵,۳٪ از افرادی که دارای شاخص توده بدنی افراد کم وزن بودند ($BMI < 20$)، ۲۶,۳٪ از افرادی که در این گروه دارای شاخص وزن نرمال بودند ($25 < BMI < 30$) و ۸,۴٪ از افرادی که در این گروه دارای شاخص با وزن بالا ($BMI > 25$) ادراک صحیحی از تصویر بدنی خود داشتند. (خی دو = ۴۵,۵ و $df = 6$ و $p = 0/000$). رگرسیون خطی روش اینتر به منظور بررسی تصویر بدنی به عنوان متغیر ملاک و متغیرهای میزان فعالیت بدنی، توزیع دفورمیتی، شاخص توده بدنی و عزت نفس مورد بررسی قرار گرفت. ضریب بتا برای متغیر میزان فعالیت بدنی ($\beta = 0/011$)، ضریب بتا برای متغیر توزیع دفورمیتی ($\beta = -0/041$)، ضریب بتا برای متغیر شاخص توده بدنی ($\beta = 0/34$) و ضریب بتا برای متغیر عزت نفس ($\beta = 0/06$) بود. از آنجایی که تاثیر متغیرهای میزان فعالیت بدنی، توزیع دفورمیتی و عزت نفس معنی دار نشدند، بدین ترتیب از مدل حذف و تنها متغیر شاخص توده بدنی در مدل باقی مانده و رگرسیون مجدداً بررسی شد. رگرسیون ساده خطی به منظور بررسی شاخص توده بدنی به عنوان متغیر پیش بین و تصویر بدنی به عنوان متغیر ملاک برای دو گروه مورد بررسی قرار گرفت. در دو گروه ضریب رگرسیون ($t = 4,8$ و $\beta = 0/34$) و ضریب همبستگی بین دو متغیر ۰/۳۷۶ به دست آمد. تصویر بدنی تقریباً ۱۱٪ واریانس شاخص توده بدنی را در دو گروه تبیین می کرد. در بررسی جداگانه دو گروه برای گروه (۱) ضریب رگرسیون ($t = 3,7$ و $\beta = 0/37$)

(beta) و ضریب همبستگی بین دو متغیر $0/376$ به دست آمد. تصویر بدنی تقریباً 13% واریانس شاخص توده بدنی را در گروه (۱) تبیین می‌کرد. برای گروه (۲) ضریب رگرسیون ($t=3,21$ و $\beta=0/31$) و ضریب همبستگی بین دو متغیر $0/31$ در گروه (۲) به دست آمد. تصویر بدنی تقریباً 9% واریانس شاخص توده بدنی را در گروه (۲) تبیین می‌کرد.

با بررسی میزان مشارکت ورزشی و فعالیت جسمانی در دو گروه مشاهده شد که میزان فعالیت جسمانی دو گروه در حد متوسط بوده و به طور کلی $10,6\%$ افراد بیان کرده اند که هیچ فعالیت ورزشی انجام نمی‌دهند و بیشترین درصد مشارکت فعالیت بدنی با $48,3\%$ به پیاده روی اختصاص یافت. 86% از کل افراد ابراز داشتند که به طور منظم در فعالیت های بدنی مشارکت نداشتند و تنها $11,1\%$ از افراد در کلوبهای ورزشی به طور منظم مشارکت می نمودند. نهایتاً برای بررسی عزت نفس دو گروه از آزمون T استیودنت استفاده گردید. عزت نفس گروه (۱) برابر با $1,27 \pm 2,3$ و عزت نفس گروه (۲) برابر با $1,5 \pm 3$ مشاهده شد. که با استفاده از این آزمون آماری تفاوت معنی داری در میزان عزت نفس دو گروه مشاهده نگردید ($t=0,58$, $p=0$).

بحث و نتیجه گیری

هدف تحقیق حاضر بررسی آگاهی فرد از ناهنجاری های جسمانی به عنوان شاخص ذهنی از لحاظ روانشناختی بر عزت نفس و میزان مشارکت فرد در فعالیت های مختلف ورزشی و ادراک های مختلف از تصویر بدنی بود. نتایج به دست آمده حاکی از میزان بسیار کم مشارکت افراد در فعالیت های ورزشی بوده و در بیشتر موارد به پیاده روی های نامنظم محدود می شد. همچنین هر دو گروه دارای عزت نفس پایین بوده و تفاوتی در عزت نفس دو گروه مشاهده نشد. عزت نفس شاخص کلیدی ثبات احساسی و سازگاری است و مهم ترین جنبه سلامت روانی خوانده شده است. توجه به بدن، عملکرد، توانایی ها و شکل ظاهری آن، ابعاد اصلی عزت نفس جسمانی را تشکیل می دهند. در دنیای امروزی که بانوان تحت تأثیر رسانه های جمعی و اطرافیان خود هستند رضایت از تصویر بدنی و عزت نفس اجزاء کلیدی سلامت روانی آنان را تشکیل می دهد. این موضوع به ویژه در زنان که اهمیت زیادی به ظاهر بدنی دارند می تواند مؤثر باشد.

در تحقیق حاضر، شاخص توده بدنی تقریباً کمتر از 20% واریانس اشکال تصویر بدنی در هر دو گروه را تبیین می کند. وزن بدن توسط BMI می تواند پیش بینی کند اما پیش بینی کننده ارزیابی از ظاهر نیست چراکه عزت نفس حاصل خود ارزیابی فرد در زمینه های مختلف ظاهری، خانوادگی، اجتماعی و ورزشی و مانند آن می باشد. نکته حائز اهمیت این است که دختران جوان اهمیت زیادی برای ظاهر خود به طور کلی قائل هستند. بهمین دلیل وقتی نگرانی کلی آنها راجع به ظاهرشان مورد بررسی قرار می گیرد، حساسیت آنها نسبت به این حوزه، سبب می شود که خودارزیابی فرد از ظاهرش و میزان رضایت او از این حوزه، بر خودارزیابی کلی وی و در نتیجه بر عزت نفس کلی وی اثر بگذارد و شاید علت عدم تفاوت معنی دار بین دو گروه در مقایسه عزت نفس به این دلیل باشد که آگاهی فرد از نوع دفورمیتی بدنی خود در ادراک او از بدنش تأثیر گذار نیست بلکه این شکل ظاهری اوست که بر این ادراک تأثیر گذار است. بنابراین ما می توانیم نتیجه بگیریم که رفتار اشتباه درک شده بوسیله سن و جنس می تواند به دو دلیل روی دهد: یکی اینکه برخی افراد وزنشان را بیشتر از آن چیزی که هست بیان می کنند و دیگر اینکه، برخی افراد وزنشان را کمتر از آن چیزی که هست ادعا می کنند. دلایل این مسائل می تواند، نتایج فرهنگی و اجتماعی روی تصویر بدنی افراد یک جامعه باشد، که منجر به درک اشتباه از بدنشان می شود (۲۴).

هرچند که فعالیت بدنی منجر به کاهش تمرکز و توجه روی ظاهر بدنی می شود، نگرانی از تصویر بدنی می تواند به عنوان یک برانگیزاننده قوی برای فعالیت های بدنی باشد. در تحقیق حاضر شرکت کنندگان تمایل چندانی به مشارکت در فعالیت های منظم بدنی نشان ندادند که این نتایج با مطالعه اسپچمالز (۲۰۱۰) که نشان داد افراد با وجود نارضایتی از شکل بدنی خود رغبتی به فعالیت بدنی نشان نمی دهند همسو است. چراکه برخی از مردم به علت تصویر بدنی ضعیفی که دارند و ترس از مشاهده شدن، مورد قضاوت قرار گرفتن، مسخره شدن و ... از فعالیت بدنی پرهیز می کنند (۱۳). بنابراین تصویر بدنی نامطلوب هم می تواند برانگیزاننده و هم مانع مشارکت در فعالیت بدنی شود. در تحقیق حاضر شاید این آگاهی از نوع دفورمیتی جسمانی باعث شده است که گروه (۱) نسبت به گروه (۲) مشارکت ورزشی بیشتری داشته باشند هرچند که این تفاوت معنی دار نبود.

با توجه به مطالب بیان شده شناسایی افراد دارای تصویر بدنی نامطلوب و علل مشارکت یا عدم مشارکت آنها در فعالیت های بدنی در ارائه بسته های آموزشی و تقویتی برای بهبود تصویر بدنی آنها از طریق ورزش و فعالیت بدنی مناسب خواهد بود. همانطور که هابلت و همکاران (۲۰۱۱) پیشنهاد می نمایند که درمان های مختلف روانشناختی و جسمانی برای افراد با دفورمیتی و ناهنجاری های جسمانی لازم است. تحقیقات نشان می دهند که درمان رفتاری شناختی می تواند در بهبود تصویر بدنی مفید باشد که در آن افراد از استراتژی های معینی (مانند آرام سازی، مدیریت استرس، حساسیت زدایی و ...) برای بهبود تفکرات، احساسات و رفتارهای مربوط به وضعیت بدنی استفاده می کنند. با اینحال ورزش و فعالیت بدنی منظم نیز به اندازه این درمان ها می تواند مؤثر بوده و همچنین مزایای اضافه تری مانند بهبود سلامتی و آمادگی جسمانی را در پی داشته باشد (۱۴). مکانیزم های تغییر در تصویر بدنی ناشی از انجام فعالیت بدنی شامل بهبود آمادگی جسمانی، افزایش آگاهی از توانایی های بدنی و افزایش خودکارآمدی باشد. فعالیت بدنی منظم با ایجاد آگاهی فرد از توانایی های بدنی خود در بهبود تصویر بدنی مؤثر است. همچنین بهبود خودکارآمدی بدنی ناشی از فعالیت بدنی منجر به احساسات مثبت تر در مورد بدن فرد می شود. با توجه به موارد ذکر شده، می توان گفت، طراحی برنامه های عملکردی سلامت برای جلوگیری از چاقی و مشکلات رفتاری و روانی در نتیجه ناهنجاری های جسمانی به وسیله جنسیت و رده سنی مختلف

الگوهای متفاوتی را طلب می‌کند (۲۵). همانطور که جورج و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند به طور متوسط دختران تمایل به کم‌تر نشان دادن وزن خود از پسران دارند و به همین خاطر ممکن است که درک جسمانی کم‌تری نیز داشته باشند. همچنین محدودیت‌های اجتماعی و فشارهای موجود، آشفتگی روانی شدید تری را در بین بانوان می‌تواند بوجود آورد که بر ارزیابی دختران از موقعیت شان در جامعه و احتمالاً بر عزت نفس آنان تأثیر گذار می‌باشد (۷). با توجه به نقش ویژه بانوان در جامعه، دولت‌ها و سازمان‌ها تلاش روزافزونی باید داشته باشند تا با ایجاد آگاهی و تبلیغات مناسب، انگیزه افراد را به مشارکت در برنامه‌های فعالیت بدنی افزایش داده و مشوق آنها برای شرکت در ورزش برای جلوگیری از اضافه وزن و بهبود ناهنجاری‌های جسمانی باشند.

References:

1. Borzkoeski, D.L., & Bayer, A.M, (2005), Body image and media use among adolescents, *Adolescent Medicine Clinics*.16 (2), 289 – 302.
2. Crocker, P.R.E., Sabiston, C.M., Kowalski, K.C., Mc Donough, M.H., Kowalski, N, (2006), Longitudinal assessment of the relationship between physical self-concept and health-related behavior and emotion in adolescent girls. *Journal of applied sport psychology*.18; 185-200.
3. Sira, N., & White, P, (2010), Individual and familial correlates of body satisfaction in male and female college students. *Journal of American College Health*. 58(6): 507-514.
4. Alwan, H., Viswanathan, B., Paccaud, f., & Bovet, p, (2011), Is accurate perception of body image associated with appropriate weight-control behavior among adolescents of the Seychelles. *Journal of Obesity*.8: 1-8.
5. Dohnt, H., Tiggemann, M, (2006), The Contribution of Peer and Media Influences to the Development of Body Satisfaction and Self-Esteem in Young Girls: A Prospective Study. *Developmental Psychology*. 42(5), 929–936.
6. Gorman, Carolyn, (2007), Maternal Transmission of Body Image in School-Aged Children. *undergraduate Review*. 3, 15-19.
7. Jorga, J., Marinkovi, J., Kentri, B., Hetherington, M, (2007), Alternative Methods of Nutritional Status assessment in Adolescents. *Coll. Antropology*. 31 (2): 413-418.
8. Rowe, V., (2006), Cross-gender influence: The effect of perceived male preference on female body image and self-esteem in young adult group *The Australian Educational and Developmental Psychologist*. 23 (2), 48-64.
9. Benkeser, R.M., Biritwum, R., Hill, A.G., (2012), Prevalence of overweight and obesity and perception of healthy and desirable body size in urban, Ghanaian women. *Ghana medical journal*. 46(2). 66-76.
10. Gorbany, M., Bahram, A, (1388). The relationship between physical self-concept with athletic performance in female student in sport Olympiad. *Journal of Sport Management and motor behavior*. 10, 13-20
11. Koyuncu, M., Tok,S., Canpolat, A.M., and Catikkas, F, (2010), Body image satisfaction and dissatisfaction, social physique anxiety, self-esteem, and body fat ratio in female exercisers and nonexercisers. *Social behavior and personality*. 38(4); pp: 561-570.
12. Rumsey, N., Harcourt, D.,(2004), Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image*. 1: 83–97.
13. Schmalz, D. L, (2010), I Feel Fat’: Weight-Related Stigma, Body Esteem, and BMI as Predictors of Perceived Competence in Physical Activity. *Obes Facts*. 3:15-21.
14. Habelt, S., Korn. S., Berger, A., Bielek, J., (2011), Psychological Distress in Patients with Pectus Excavatum as an Indication for Therapy. *International Journal of Clinical Medicine*, 2, 295-300.
15. Andersson, G.-B., C. Gillberg, E. Fernell, M. Johansson and A, (2011), Nachemson. Children with surgically corrected hand deformities and upper limb deficiencies: self-concept and psychological well-being. *The Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 0(00) 1–7.
16. Hermansson L, Eliasson AC, Engström I. (2005) Psychosocial adjustment in Swedish children with upper-limb reduction deficiency and a myoelectric prosthetic hand. *Acta Paediatr*. 94: 479–88.
17. Strombeck C, Fernell E. (2003). Aspects of activities and participation in daily life related to body structure and function in adolescents with obstetrical brachial plexus palsy: A descriptive follow-up study. *Acta Paediatr*. 92:740–6.
18. Krille, S. Müller., A. Steinmann., C. Reingruber., C. Weber., P. Martin., A. (2012) Self- and social perception of physical appearance in chest wall deformity. *Body Image*. Volume 9, Issue 2, 246–252.
19. Didierjean-Pillet A. (2002). Psychological approach to congenital hand deformities *Congenital deformities, the desire to know*. *Ann Chir Plast Esthet*. 47: 2–8.
20. Mohammady Ashtiyany, KH. Khalaji, H. Bahrami, A. (1393). Compare motor development in obese/ overweight and normal weight 12 years-old girls in Arak city. *Journal of Sport Management and motor behavior*. 20, 85-94.
21. Thompson, M. A., & Gray, J. J, (1995), Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*. 64, 258–269.
22. Martin-Albo J., Nunez J.L., Navarro J.G., Grijalvo F, (2007), "The Rosenberg self-esteem scale : ranslation and validation in university students". *Spanish Journal of Psychology*. 10(2); PP:458-67.
23. Rajaby, G. Behlol, N, (2007), Reliability and validity of a Rosenberge self-esteem scale In the first year students in Chamran University. *Educational and Psychological Research*. Third year. 2(8). 33-48.(in persian).
24. Thompson L.J., & Heinberg, L.J, (1999), The media’s influence on body image disturbance and eating disorders: we’re reviled them, now can we rehabilitate them? *J Soc Issues*. 55: 339-353.
25. Sanchez-Villegas, A., Madrigal, H., Martinez-Gonzalez, A., Kearney, J., Gibney, M.J., Irala, J.D., & Martinez, J.A, (2001), Perception of body image as indicator of weight status in the European Union. *Journal Human Nutrition Dietet*. 14: 93-102.