



مقایسه‌ی تصویر بدنی افراد مبتلا به هایپرکایفوزیس و سالم

سیده محمد حسینی^{۱*}، محمد حسین علیزاده^۲، احمد فرخی^۳

۱. دانشجوی دکتری دانشگاه اصفهان

۲ و ۳. دانشیار دانشگاه تهران

دریافت ۲۴ فروردین ۱۳۹۲؛ پذیرش ۳۰ شهریور ۱۳۹۲

واژگان کلیدی

تصویر بدنی

هایپرکایفوزیس

وضعیت بدنی

رضایت از ظاهر

چکیده

زمینه و هدف: تمام افراد تصویری از بدن خود در ذهنشان می‌سازند که تصویر بدنی نام دارد که در شرایطی مانند بدشکلی مشهود فرد دچار اختلال و ضعف می‌شود. هایپرکایفوزیس از جمله عوارضی است که مشکل ظاهری برای فرد به وجود می‌آورد و این شرایط ممکن است روی شخصیت فرد تأثیر بگذارد. هدف از این پژوهش، مقایسه تصویر بدنی افراد دارای هایپرکایفوزیس با افراد سالم بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر توصیفی-مقایسه‌ای بوده و به این منظور ۶۸ نفر دارای هایپرکایفوزیس با میانگین سنی ۱۹.۹ سال پرسشنامه تصویر بدنی مندلسون را تکمیل کردند. سپس یک گروه کنترل با شرایط سن، تعداد، جنسیت، قد، وزن، شاخص توده بدنی و تحصیلات همگن شده با گروه مذکور مقایسه شدند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. تشخیص و شدت هایپرکایفوزیس توسط خط کش منعطف صورت گرفت. میزان روایی و پایایی خط کش منعطف با مارک پیستوله (روایی ۰/۹۱ و میزان پایایی ۰/۸۲) گزارش شده است. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف و آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میان تصویر بدنی افراد دارای هایپرکایفوزیس با افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p=0/028$). میان میزان رضایت از ظاهر و رضایت از نگرش دیگران در افراد دارای هایپرکایفوزیس و افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p=0/016$ و $p=0/037$), اما میان رضایت از وزن در افراد هایپرکایفوزیس و افراد سالم تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ($p=0/508$). نتیجه‌گیری: قوز پشتی و ظاهر نامناسب ناحیه پشتی در افراد هایپرکایفوزیس می‌تواند موجب ضعف تصویر بدنی در این افراد شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت این ناهنجاری‌ها علاوه بر عوارض بدنی می‌تواند عوارض روانی نیز برای این افراد به دنبال داشته باشد. شاید بتوان با تشویق افراد دارای ناهنجاری به ورزش و حتی تمرینات اصلاحی، موجبات بهبودی تصویر بدنی و رضایت بدنی آنان را فراهم آورد.

* اطلاعات نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۱۵۸۱۳۲۹

✉ پست الکترونیکی: mohammad.hosseini1987@gmail.com

مقدمه

افراد در هر جای دنیا و متعلق به هر ملیتی که باشند، با هر فرهنگ و زبان، نگرشی نسبت به ظاهر فیزیکی دارند و تصویری از بدن خود در ذهن خویش می‌سازند که آن را تصویر بدنی^۱ می‌نامند. تصویر بدنی به آن چه فرد واقعاً شبیه آن است مربوط نمی‌شود، بلکه به ارتباط ویژه فرد با بدنش مربوط است به خصوص به باورها، افکار، ادراکات، احساسات و فعالیت‌های فرد که با ظاهر فیزیکی او ارتباط دارد مربوط می‌شود. تصویر بدنی نظیر هر جنبه روانی دیگری جزئی از شخصیت هر انسان است که از سیر تکاملی برخوردار بوده و در شرایطی مانند بدشکلی مشهود فرد دچار اختلال و ضعف می‌شود (۲،۱). ضعف بودن تصویر بدنی می‌تواند موجب اختلال در خوردن، کاهش اعتماد به نفس^۲، اضطراب^۳، افسردگی^۴، ترس از ارزیابی منفی^۵ در اجتماع و گریز از اجتماع، بی‌خوابی، عملکرد جنسی ضعیف و عزت نفس پایین شود (۵،۴،۳). کسانی که دارای تفاوت‌های قابل مشاهده در ظاهرشان (نسبت به افراد سالم و طبیعی) هستند از نرم طبیعی خارج شده و در کانون توجه دیگران قرار می‌گیرند. در جوامعی که زیبایی فیزیکی بسیار مورد توجه می‌باشد، افرادی که دارای ناهنجاری و بدشکلی هستند نگرانی بیشتری در مورد ظاهر را تجربه خواهند کرد. بیشترین مشکلی که توسط این افراد گزارش شده، درک منفی آن‌ها از خودشان و مشکلات تقابل اجتماعی است. این مشکلات شامل احساسات منفی (اضطراب اجتماعی) ترس از ارزیابی منفی در اجتماع، درک نامطلوب از خود (عزت نفس پایین، تصویر بدنی نامطلوب) و الگوهای رفتاری منفی (گریز از اجتماع) می‌باشد (۶).

به نظر می‌رسد ناهنجاری‌های بدنی از جمله عوارضی باشد که مشکل ظاهری برای افراد به وجود آورد. یکی از این ناهنجاری‌ها هایپرکایفوزیس می‌باشد که در آن افزایش غیرطبیعی قوس ناحیه پشتی دیده می‌شود. در این عارضه زمانی که قسمت بالای پشت گرد شده، استخوان جناغ فرو می‌رود و سینه پایین می‌آید. بدین ترتیب حفره سینه کوچک می‌شود و احتمالاً اندام‌های بسیار حساس داخلی از موقعیت اصلی خود تغییر جا می‌دهند. در این حالت فرد

دارای قوز پشتی شده و به‌طور جبرانی شانه‌ها به طرف جلو جابه‌جا می‌شوند (پشت گرد) و سر به جلو نیز پیش خواهد آمد. عوارض ناشی از هایپرکایفوزیس شامل بدشکلی ظاهری، کوتاهی ارتفاع قد، کاهش تحرک ستون مهره‌ها، درد در ناحیه پشت، احتمالاً کاهش حجم قفسه سینه و به تبع آن اختلالات تنفسی می‌باشد (۷، ۸، ۹).

در زمینه هایپرکایفوز و مسائل روانی تحقیقات اندکی صورت گرفته است. کانالس و همکاران^۶ (۲۰۱۰) در تحقیقی ۳۴ نفر دارای پوسچرهای بدنی ضعیف و افسردگی از جمله هایپرکایفوزیس، سر به جلو و نابرابری‌های کتف را با ۳۷ نفر گروه کنترل از نظر تصویر بدنی مورد مطالعه قرار دادند و متوجه شدند تصویر بدنی گروه ناهنجر مقدار کمی ضعیف‌تر از گروه کنترل می‌باشد اما از نظر آماری معنی‌دار نبود (۲). بابکایر و همکاران^۷ (۲۰۰۷)، ۳۵ فرد دارای کایفوز شوئرمین بالای ۶۰ درجه را از نظر افسردگی مورد مطالعه قرار دادند که در نهایت مشخص شد از هر ۴ نفر ۱ نفر دچار افسردگی بودند. شایان ذکر است افسردگی می‌تواند یکی از عوارض تصویر بدنی ضعیف باشد (۱۰). کروویسیس و همکاران^۸ (۲۰۰۶) اثر اسکولیوزیس و هایپرکایفوزیس را در نوجوانانی که به دلیل این ناهنجاری‌ها بَریس می‌پوشیدند را بررسی کردند. ۷۹ نفر دارای این دو ناهنجاری و ۶۹ نفر فرد سالم پرسش‌نامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند که مشخص شد افراد دارای ناهنجاری تفاوت معنی‌داری در خوابیدن نسبت به افراد سالم داشتند. دلیل آن احتمالاً اضطراب و استرس این افراد به دلیل ظاهرشان ذکر شده بود. همچنین این افراد اظهار داشتند به دلیل ظاهر خود دچار استرس زیاد و همچنین شرمندگی می‌باشند (۱۱). موسبورگر و اگل^۹ (۱۹۹۱) در تحقیقی به بررسی اختلالات شخصیتی در بیماران مبتلا به ناهنجاری ستون مهره‌ها پرداختند و متوجه شدند که همگی آنان دارای اختلالات شخصیتی مضطرب و نگران بودند (۱۲). علیزاده و همکاران^{۱۰} (۱۳۸۳) تحقیقی در مورد ارتباط میان هایپرکایفوزیس و علائم افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و درون‌گرایی را انجام دادند. نمونه‌های این تحقیق را ۳۱ دانشجوی مرد را تشکیل می‌دادند که دارای هایپرکایفوزیس بالای ۴۰ درجه بودند. نتایج تحقیق نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین این عوامل وجود نداشت (۱۳).

6. Canales et al
7. Babekir et al
8. Korovessis et al
9. Mosburger&Egel
10. Alizadeh et al

1. Body Image
2. self confidence
3. anxiety
4. depression
5. negative evaluation

روش تحقیق

این تحقیق از نوع توصیفی-مقایسه‌ای است. جامعه‌ی تحقیق تمام افراد دارای هایپراکایفوزیس بودند که به مرکز ستون فقرات هلال احمر تهران، مرکز حرکات اصلاحی شهید عراقی تهران و مرکز تندرستی و حرکات اصلاحی دانشگاه تربیت مدرس تهران مراجعه کردند. در این میان ۶۸ نفر (۳۴ زن و ۳۴ مرد) از این افراد که در رده‌ی سنی ۱۶ تا ۲۴ ساله بودند بر اساس معیارهای ورود و خروج در این تحقیق وارد شدند. در این تحقیق افرادی که دارای بدشکلی‌های مشخص ظاهری مانند سوختگی پوست، معلولیت آشکار و قطع عضو، جراحی بر روی ستون فقرات و شاخص توده بدنی^۲ غیرطبیعی (محدوده طبیعی ۲۰ تا ۲۵ درجه) بودند از مطالعه خارج شدند. همچنین پوشیدن بریس به منظور درمان و فعالیت ورزشی به صورت مستمر، حداقل ۲ بار در هفته یا بالاتر از ۳ ساعت در هفته (۲) از معیارهای خروج بود. سپس یک گروه کنترل (سالم) به منظور مقایسه با این افراد انتخاب شدند. این افراد از نظر تعداد و جنسیت با گروه ناهنجار همگن بوده و از لحاظ قد، وزن و شاخص توده بدنی تا حد امکان همگن شده که برای شناسایی همگن بودن (عدم اختلاف معناداری بین دو گروه) از Independent t-test استفاده شد ($p < 0.05$). همچنین دو گروه در یک رده سنی قرار داشته و از نظر مقطع تحصیلی نیز در یک محدوده قرار داشتند.

از آنجایی که نرم درجه کایفوز سینه‌ای افراد ۱۵ تا ۲۴ سال در ایران 10.5 ± 38.5 درجه گزارش شده است (۱۵) از این رو افرادی که دارای کایفوز ۴۹ درجه به بالا بودند در گروه هایپراکایفوزیس و افرادی که دارای کایفوز بین ۲۸ تا ۴۹ درجه بودند به عنوان کایفوز طبیعی در نظر گرفته شدند. برای محاسبه و تعیین زاویه کایفوز، نمونه‌ها در وضعیت ایستاده طبیعی و کاملاً راحت قرار گرفتند به طوری که پاها کنار یکدیگر و با کمی فاصله از هم قرار داشتند و وزن بدن به طور یکسان بر روی پاها توزیع شده بود. در این حالت زانده شوکی مهره‌های دوم و دوازدهم پشتی آزمودنی علامت‌گذاری شده و خطکش منعطف کاملاً منطبق بر انحنای پشت و حد فاصل نقاط بر روی بدن آزمودنی قرار داده می‌شد. آن‌گاه قوس خطکش بدون هیچ‌گونه تغییری از روی پشت فرد به روی کاغذ منتقل و انحنای آن ترسیم



شکل ۱: فرد دارای هایپراکایفوزیس

صمدی و همکاران (۱۳۸۶) ارتباط بین کایفوز و عوامل روانشناختی را در دانشجویان پسر بررسی کردند. در این تحقیق ۵۴ نفر به صورت داوطلبانه با میانگین سنی ۲۳.۱۴ و میانگین درجه کایفوز ۴۸.۰۱ شرکت کردند. در این تحقیق همبستگی پایینی بین این عوامل دیده شد. در نتیجه نشان داد وجود کایفوز در دانشجویان به تنهایی نشان دهنده وجود اضطراب، افسردگی و خود بیمار پنداری^۱ نمی‌باشد (۱۴).

با وجود اهمیت فراوان، این موضوع هنوز مورد توجه کافی قرار نگرفته است و همچنین در نتایج آنان تناقض وجود دارد. در تحقیقات انجام شده در زمینه هایپراکایفوزیس اثر درمان جراحی یا پوشیدن بریس روی تصویر بدنی بررسی شده، یا با استفاده از چند سؤال در قالب خرده‌مقیاس انجام گرفته است (۱۱). همچنین با توجه به تأثیر مسائل فرهنگی و رسانه‌ای بر تصویر بدنی (۱، ۴) و عدم وجود چنین تحقیقی در داخل کشور، محقق را بر آن داشت تا تحقیقی در مورد تصویر بدنی افراد دارای هایپراکایفوزیس انجام دهد.

با توجه به اینکه هایپراکایفوزیس موجب تغییر ظاهر فرد می‌گردد و تغییر ظاهری که فرد را از حالت معمولی خارج کند احتمالاً موجب تأثیر بر تصویر بدنی افراد می‌شود (۶) این سؤال مطرح می‌شود آیا میان تصویر بدنی و همچنین خرده‌مقیاس‌های تصویر بدنی در افراد دارای هایپراکایفوزیس با افراد فاقد این ناهنجاری‌ها اختلاف وجود دارد یا خیر؟

با توجه به جدول ۲، نتایج مقایسه شاخص تصویر بدنی در دو گروه نشان دهنده تفاوت معنی‌دار در دو گروه بود ($p=0/028$) به طوری که مقایسه میانگین نمرات تصویر بدنی نشان‌دهنده‌ی ضعیف‌تر بودن این شاخص در افراد دارای هایپرکایفوزیس نسبت به افراد سالم بود. همچنین در بررسی خرده‌مقیاس‌های تصویر بدنی در دو گروه نتایج زیر مشاهده شد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میان میزان رضایت از ظاهر و رضایت از نگرش دیگران در افراد دارای هایپرکایفوزیس و افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p=0/016$ و $p=0/037$). اما میان رضایت از وزن در افراد هایپرکایفوزیس و افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($p=0/508$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه میان تصویر بدنی افراد دارای هایپرکایفوزیس با افراد سالم بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که در نمونه‌های این تحقیق، تصویر بدنی افراد دارای هایپرکایفوزیس به‌طور معنی‌داری کمتر (ضعیف‌تر) از افراد سالم بود ($p=0/028$). تأثیر پوسچر بدنی روی وضعیت روانی افراد را می‌توان از دیدگاه تئوری خود ادراکی بم^۵ بررسی کرد. بم اظهار می‌دارد افراد آگاهی مستقیمی از حالات درونی خود ندارند اما موجودیت خود را بر اساس مشاهدات رفتاری خودشان استنباط می‌کنند. بر اساس تئوری بم، فرد نگرش‌ها و افکار خود را بر اساس حالت فیزیکی که از خود نشان می‌دهد، می‌سازد (۱۹). نظریه پردازان این زمینه می‌گویند پوسچرهای مختلف فرد اثر بازخوردی روی حالات ذهنی و هیجانی وی دارد (۲۰). در نتیجه شاید بتوان گفت پوسچر نامناسب قوز پشتی ایجاد شده، جا به جایی شانه-ها به طرف جلو، جا به جایی سر به طرف جلو و در نهایت بد شکلی ظاهری بازخوردهای منفی به خود فرد داده که در نهایت نارضایتی بدنی و در ادامه موجب تصویر بدنی ضعیف در این افراد شده است.

می‌شد. با اتصال دو انتهای این انحنا خطی به نام L ترسیم و با تقسیم این خط به دو قسمت مساوی، خطی عمود از وسط خط L به وسط انحنا رسم شد که خط H نامیده شد. طول دو خط L و H اندازه‌گیری شد و با قرار دادن اعداد در فرمول زیر زاویه مذکور محاسبه شد: $\theta = 4 \text{Arctg} \frac{2H}{L}$ (۲۹). صیدی و همکاران^۱ (۲۰۰۹) میزان روایی و پایایی خط‌کش منعطف با مارک پیستوله را (روایی ۰/۹۱ و میزان پایایی ۰/۸۲) گزارش کردند (صیدی و همکاران ۲۰۰۹).

تصویر بدنی توسط پرسش‌نامه‌ی تصویر بدنی برای نوجوانان و بزرگسالان^۲ ۲۰۰۱ اندازه‌گیری شد (۱۷). این پرسش‌نامه برای افراد بالای ۱۲ سال استفاده می‌شود و سؤالات آن دارای همبستگی درونی (۰/۸۹) و پایایی (۰/۸۸) می‌باشد. این ابزار دارای ۲۳ آیتم و سه خرده‌مقیاس رضایت از ظاهر، نگرش دیگران و وزن می‌باشد و با مقیاس لیکرت از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) تهیه شده است (۱۷). استاندارد سازی این پرسشنامه (داخل کشور) توسط گروه متخصصین به روش شاخص روایی محتوایی^۳ و نسبت روایی محتوایی^۴ انجام شد (۱۸) که میانگین شاخص روایی محتوا ۰/۸۸٪ و میانگین نسبت روایی محتوایی ۰/۸۵٪ به‌دست آمد که نشان‌دهنده معتبر بودن پرسشنامه در داخل کشور می‌باشد. پایایی پرسشنامه در نمونه‌های تحقیق حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد. برای بررسی توزیع طبیعی داده‌ها از آزمون K-S و مقایسه بین متغیرها از Independent T test در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ استفاده شد.

نتایج و یافته‌ها

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، از آنجا که ارزش p محاسبه شده برای چهار ویژگی سن، قد، وزن و شاخص توده بدنی بیشتر از ۰/۰۵ است، از این رو اختلاف بین این متغیرها در دو گروه هایپرکایفوزیس و کنترل (سالم) به لحاظ آماری معنادار نیست. در نتیجه دو گروه از لحاظ سن، قد، وزن و شاخص توده بدنی همگن هستند.

1. Seidi et al
2. Body-esteem scale for adolescents and adults
3. Content Validity Index
4. Content Validity Ratio

جدول ۱: برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی‌های افراد دارای هایپر کایفوزیس و سالم (۱۳۶ نفر - ۶۸ هایپر کایفوزیس و ۶۸ سالم)

شاخص‌های آماری	ویژگی		انحراف استاندارد	میانگین	گروه	P
	حداکثر	حداقل				
سن (سال)	۲۴	۱۶	۲.۲۹	۱۹.۹۱	هایپر کایفوزیس	٪۴۸
	۲۴	۱۶	۲.۳۴	۱۹.۶۳	سالم	
قد (سانتیمتر)	۱۹۱	۱۵۸	۶.۰۳	۱۷۳.۷	هایپر کایفوزیس	٪۲۱
	۱۹۲	۱۶۲	۵.۴۲	۱۷۲.۵	سالم	
وزن (کیلوگرم)	۸۴	۵۶	۶.۲۱	۶۸.۲۷	هایپر کایفوزیس	٪۲۱
	۸۸	۵۶	۶.۳۹	۶۶.۹۴	سالم	
شاخص توده بدنی	۲۴.۷۷	۲۰.۰۲	۱.۴۳	۲۲.۵۹	هایپر کایفوزیس	٪۲۹
	۲۴.۹۱	۲۰.۰۶	۱.۳۶	۲۲.۴۲	سالم	
میزان کایفوزیس (درجه)	۷۸	۵۰	۶.۷۷	۵۷.۳۳	هایپر کایفوزیس	-
	۴۳	۳۰	۳.۰۴	۳۷.۲۵	سالم	

جدول ۲: نتایج آزمون T برای مقایسه تصویر بدنی و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه (هایپر کایفوزیس و سالم)

متغیر	شاخص‌های آماری	گروه	M	SD	T	P
تصویر بدنی		هایپر کایفوزیس	۵۶.۵۱	۱۴.۶۶	-۲/۲۲۲	۰/۰۲۸
		سالم	۶۲.۳۰	۱۵.۷۳		
رضایت از ظاهر		هایپر کایفوزیس	۲۶.۶۳	۷.۹۳	-۲/۴۴۵	۰/۰۱۶
		سالم	۲۹.۷۵	۶.۹۰		
رضایت از نگرش دیگران		هایپر کایفوزیس	۹.۷۶	۴.۳۸	-۲/۱۱۰	۰/۰۳۷
		سالم	۱۱.۱۹	۳.۴۴		
رضایت از وزن		هایپر کایفوزیس	۲۰.۱۱	۷.۷۸	-۰/۶۶۴	۰/۵۰۸
		سالم	۲۱.۰۷	۸.۹۶		

مطالعات این زمینه نشان می‌دهند که ظاهر به چه اندازه می‌تواند روابط و تقابلات اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. دیدگاه دوم در مورد تأثیر ظاهر بر خود پنداره فرد و "دید فرد از درون" می‌باشد. شواهد زیادی وجود دارد که دید فرد از درون بر تقابلات اجتماعی وی نیز اثر گذار می‌باشد (۲۱). تغییرات جسمی در افراد دارای هایپرکایفوزیس باعث می‌شود که تصویر ذهنی آنان نسبت به بدن خود تغییراتی یابد که به تبع آن خود را فردی دارای اختلاف (ناهنجاری) با همسالان می‌پندارند. این مسأله در نهایت می‌تواند موجب قضاوت منفی در مورد نگرش دیگران نسبت به خود شده که در این تحقیق نیز مشاهده شد.

نتیجه تحقیق حاضر با تحقیقات کروویسیس و همکاران^۱ (۲۰۰۶)، کانالس و همکاران (۲۰۱۰) هم‌خوانی دارد (۱۱)، در بررسی خرده‌مقیاس‌های تصویر بدنی نیز در دو گروه تفاوت معنی‌داری در رضایت فرد از ظاهر (p=۰/۰۱۶) و رضایت فرد از نگرش دیگران (p=۰/۰۳۷) مشاهده شد. در هر دو حالت میانگین افراد هایپرکایفوزیس پایین‌تر از گروه کنترل بود. مشکلاتی که توسط افراد دارای ناهنجاری (برای مثال هایپرکایفوزیس) تجربه می‌شود به دو دیدگاه که همپوشانی زیادی نیز دارند تقسیم می‌شود. دیدگاه اول که روابط اجتماعی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد "دید فرد از بیرون" می‌باشد.

که به شکل نامناسبی با افراد دارای ناهنجاری برخورد کنند که اثرات منفی بر افراد دارای ناهنجاری خواهد داشت. سوم، اینکه افراد نمی‌دانند که باید چگونه با فرد دارای ناهنجاری رفتار کنند (۲۶). در منابع جدید دلیل چهارمی نیز ذکر شده است، این که اشخاص به‌وسیله رتبه اجتماعی دیگران با آنان برخورد می‌کنند. همان‌طور که قبلاً توضیح داده شد افراد دارای جذابیت ظاهری (ناخودآگاه) دارای رتبه اجتماعی بالاتر و افراد دارای ناهنجاری که جذابیت کمتری دارند در رتبه‌های اجتماعی پایین‌تری قرار می‌گیرند (۲۳). در مجموع این عوامل احتمالاً موجب می‌شود که برخورد با افراد دارای ناهنجاری هایپرکایفوزیس مناسب نباشد و همین عوامل موجب نارضایتی فرد از ظاهر خود و همچنین نارضایتی از نگرش دیگران نسبت به خود شود. در برخی موارد فرد دارای ناهنجاری سعی در پنهان کردن ناهنجاری خود از دیگران می‌کند برای مثال به‌وسیله پوشش لباسی و یا حتی از حضور در برخی اجتماعات (مانند استخر) فاصله می‌گیرد. این موارد به‌دلیل ترس از قضاوت اطرافیان است که در این حالت فرد دارای اسکولیوزیس خود را فردی دارای اختلاف با همسالان و ناهنجار می‌یابد. عدم حضور در اجتماع در کوتاه‌مدت شاید فشار روانی مانند استرس را کاهش دهد اما در درازمدت اثرات منفی زیادی روز راضایت بدنی این افراد دارد و موجب تصویر بدنی ضعیف خواهد شد (۲۴).

افراد دارای هایپرکایفوزیس در مواردی دچار برخی عوارض جانبی ناشی از تغییر شکل ستون مهره‌ها از جمله درد، اختلالات تنفسی، اختلالات قلبی، خستگی زودرس، انعطاف‌پذیری پایین ستون مهره‌ها و مشکلات خواب می‌شوند (۷، ۸، ۹). در تحقیق تاکاهاشی و همکاران^۳ ۲۰۰۵ عنوان شده است که افراد دارای هایپرکایفوزیس رضایت کمتری از زندگی دارند زیرا این ناهنجاری برخی فعالیت‌های آنان را محدود می‌کند. این عوارض بدنی موجب می‌شود که فرد علاوه بر نارضایتی ظاهری، از نظر عملکرد بدنی نیز افت پیدا کرده و دچار مشکلات مذکور شود (۲۷) و در نتیجه از کارکرد فیزیکی بدن خود نیز رضایت نداشته و به تبع آن دچار تصویر بدنی ضعیف شود.

این مورد در تحقیق لیونز و همکاران^۱ (۱۹۹۹) نیز آمده است که اظهار داشتند یکی از مشکلات روانی افراد دارای ناهنجاری این است که این افراد دائماً نگران این هستند که ظاهرشان به شکل منفی از طرف همسالان مورد قضاوت قرار گیرد (۴). خیره‌شدن اطرافیان، مطالب شنیداری و سئوالات ناخواسته دیگران در مورد دلیل و ماهیت این تفاوت در اجتماع بسیار زیاد می‌باشد (۶). که می‌تواند سبب اضطراب فرد نسبت به نگرش دیگران و در نهایت نارضایتی بدنی باشد.

تحقیقات گذشته در مورد افراد دارای ظاهری جذاب، گزارش می‌کنند که این افراد شایستگی اجتماعی زیادی داشته، باهوش‌تر بوده، غالب‌تر هستند و قابلیت سازگاری زیادی دارند (۴، ۲۲). به علاوه افراد دارای جذابیت ظاهری کمک‌های زیادی از اطرافیان و بقیه می‌گیرند که در مصاحبه‌های شغلی بسیار مؤثر بوده و موجب افزایش رضایت اجتماعی در این افراد می‌شود (۲۳). برعکس، افرادی که دارای تفاوت‌های مشهود در ظاهرشان می‌باشند در برقراری ارتباط دچار مشکل بوده (مخصوصاً با غریبه‌ها و ارتباطات با جنس مخالف)، بازخوردهای منفی زیادی از اطرافیان می‌گیرند (مانند خیره‌شدن و یا در برخی موارد توهین) و همچنین با تبعیض مواجه می‌شوند (۲۴). حتی در برخی تحقیقات ذکر شده است، افراد دارای ناهنجاری، کمتر از طرف دیگران کمک می‌شوند و از اطرافیان به‌نحوی طرد می‌شوند (۲۵). این شرایط تقریباً آشکار است اما رابینسون و همکاران^۲ ۱۹۹۶ برای آن سه دلیل احتمالی ذکر کرده‌اند که هنوز نیازمند تحقیقات بیشتری است. دلیل اول، افراد دارای ناهنجاری مستحق چنین رفتاری هستند زیرا در گذشته خطایی مرتکب شده‌اند که نمود آن به شکل ناهنجاری مذکور می‌باشد. دوم، به دلیل عدم‌دانش صحیح در مورد ناهنجاری مذکور، ممکن است افراد تصور کنند ناهنجاری مذکور مسری بوده و به‌دنبال راهی برای عدم برخورد با فرد دارای ناهنجاری می‌باشند مسری بودن و خطا را موارد اشتباه از طرف دیگران عنوان کرده است که به اشتباه تصورات مذکور را داشته و این موارد باعث می‌شود

1. Lyons et al

2. Robinson et al

3. Takahashi et al

عامل مهمی برای ضعیف بودن تصویر بدنی باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت این ناهنجاری‌ها علاوه بر عوارض بدنی می‌تواند عوارض روانی نیز برای این افراد به دنبال داشته باشد. در بسیاری از موارد عنوان شده است که افراد دارای ناهنجاری (هایپرکایفوزیس) تمایل کمی برای حضور در اجتماع و انجام فعالیت‌های بدنی و ورزشی دارند. همان‌گونه که عنوان شده است، فعالیت بدنی و ورزش می‌تواند اثر مثبتی بر بهبود تصویر بدنی افراد داشته باشد (۲۸)، بنابراین می‌توان با تشویق افراد دارای ناهنجاری به ورزش و حتی تمرینات اصلاحی، موجبات بهبودی تصویر بدنی و رضایت بدنی آنان را فراهم آورد. در تحقیق حاضر به دلیل محدودیت در دسترسی به نمونه‌های بالا در هر دو جنس، عامل جنسیت مورد بررسی قرار نگرفت. بنابراین می‌توان در تحقیقات آینده تصویر بدنی زنان و یا مردان دارای ناهنجاری را با تعداد نمونه‌های بالا مورد تحقیق قرار داد تا تفاوت‌های آنان مشخص گردد. همچنین می‌توان در تحقیقات بعدی از حرکات اصلاحی به‌عنوان مداخله‌ای برای درمان تصویر بدنی ضعیف این افراد استفاده کرد و اثرات تمرین اصلاحی در این مقوله بررسی گردد.

شدت ناهنجاری یکی از فاکتورهایی است که می‌تواند اثرات متفاوتی بر تصویر بدنی افراد داشته باشد. احتمالاً تصور می‌شود ناهنجاری‌های شدیدتر می‌توانند تأثیر منفی بیشتری بر تصویر بدنی افراد داشته باشند، اما در خصوص شدت ناهنجاری بر تصویر بدنی، رامسی و هارکورت ۲۰۰۴ اظهار داشتند شدت ناهنجاری نمی‌تواند همیشه پیش‌بینی‌کننده تغییرات تصویر بدنی باشد (۶). در بسیاری از موارد که فرد دارای ناهنجاری شدید باشد چون بازخورد دیگران را می‌داند و احتمالاً ناهنجاری خود را قبول کرده است و همچنین راه‌های کنار آمدن با ناهنجاری خود را آموخته است در نتیجه کمتر دچار ضعف در تصویر بدنی می‌شود. در مقابل، کسی که دارای ناهنجاری کوچک و کم‌شدتی است نمی‌تواند بازخوردهای دیگران را پیش‌بینی کند زیرا رفتارهای متفاوتی از دیگران سر زده و این فرد هر لحظه نگران دید و گفتار اطرافیان است که در نهایت موجب اضطراب و تصویر بدنی ضعیف خواهد شد (۶). البته در این مورد مخصوصاً در حیطه ناهنجاری‌های بدنی مانند هایپرکایفوزیس نیاز به تحقیقات بیشتری وجود دارد. در نتیجه با توجه به تحقیقات قبلی و همچنین نتیجه این تحقیق شاید بتوان گفت که هایپرکایفوزیس می‌تواند

References

- [1] Canales, J. Z., Cordás, T. A., Fiquer, J. T., Cavalcante, A. F., & Moreno, R. A. (2010). "Posture and body image in individuals with major depressive disorder: a controlled study". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), PP: 375-380.
- [2] Janelli, L. M. (2012). Body image in older adults: a review of the literature. *Rehabilitation Nursing*, 11(4), 6-8.
- [3] Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*: Springer Us.
- [4] Henry, S. (2011). Disfigurement and visible difference: The impact upon personal and personality development and the implications for therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(4), 274-285.
- [5] Feingold, A. (1992). Good-looking people are not what we think. *Psychological bulletin*, 111(2), 304.
- [6] McCabe, M., & Ricciardelli, L. (2012). Parent, peer and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 36(142), 225-240.
- [7] Thompson, A., & Kent, G. (2001). Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 663-682.
- [8] Babekir, N., Crawford, A., & Durrani, A. (2007). P39. "Does Scheuermann's Kyphosis Have a Psychological Impact?." *The Spine Journal*, 7(5), PP: 101S-101S.
- [9] Rajabi., R. (2008) Thoracic kyphosis and Lumbar Lordosis Norm in Iranian Population. *Physical Education and Sport Science Research Center Press*. (In persian)
- [10] Pingitore, R., Spring, B., & Garfield, D. (2012). Gender differences in body satisfaction. *Obesity Research*, 5(5), 402-409.
- [11] Daneshmandi, H., Alizadeh, MH & Sharakanlou., R. (2006). Corrective exercises, samt pub. Fourth Edition, Tehran, 72-79. (In persian)
- [12] Wood, K. B., Melikian, R., & Villamil, F. (2012). Adult Scheuermann Kyphosis: Evaluation, Management, and New Developments. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 20(2), 113-121.

- [13] Ryan, S. D., & Fried, L. P. (1997). "The impact of kyphosis on daily functioning". *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(12), PP: 1479.
- [14] Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). "Body-esteem scale for adolescents and adults". *Journal of Personality Assessment*, 76(1), PP: 90-106.
- [15] Mosburger, H. Egel, K.S. (1991). "Determine of pain Exercise: perceived competence, trait anxiety, traitdepression and moderate effects". *Personality and individual differences*, 12(12): PP: 1261-1266.
- [16] Callaghan, G. M., Duenas, J. A., Nadeau, S. E., Darrow, S. M., Van der Merwe, J., & Misko, J. (2012). An Empirical Model of Body Image Disturbance Using Behavioral Principles found in Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy. Jack Apsche, Editor in Chief, *IJBCT 1* ■ The Challenge of Developing a Universal Case, 7(2-3), 16.
- [17] Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*: Psychology Press.
- [18] Alizadeh, M. H., Farokhi, A., Yasrebi, M., & Rahnama, N. (2004). Relationship of thoracic Kyphosis deformity to depression, anxiety, aggression and introversion. *Cellular & Molecular Biology Letters*, 2, 73-76.
- [19] Korovessis, P., Zacharatos, S., Koureas, G., & Megas, P. (2007). "Comparative multifactorial analysis of the effects of idiopathic adolescent scoliosis and Scheuermann kyphosis on the self-perceived health status of adolescents treated with brace". *European Spine Journal*, 16(4), PP: 537-546.
- [20] Head, J., Maude, E., Black, J., Rolfe, T., & Dorman, R. (2012). Does a four-week intensive scoliosis-specific exercises programme improve body-image in subjects with idiopathic scoliosis and is the effect rated equally by patients, physiotherapists and an external rater with scoliosis? *Scoliosis*, 7(Suppl 1), O52.
- [21] Robinson, E., Ramsey, N., & Partridge, J. (1996). An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *British Journal of Plastic Surgery*, 49(5), 281-289.
- [22] Sarwer, D. B., & Spitzer, J. C. (2012). *Body Image Dismorphic Disorder in Persons Who Undergo Aesthetic Medical Treatments*. *Aesthetic Surgery Journal*.
- [23] Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. *Advances in experimental social psychology*, 6, 1-62.
- [24] Thompson, A., & Kent, G. (2001). Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 663-682.
- [25] Samadi H. Rajabi R. & Shahi Y (2008) Investigating the relationship between the degree of kyphosis and psychological factors in male students of Tehran University (Text in Persian) *Journal of Fundamentals of Mental Health* V.10. No 37, Page 55-61. (In persian)
- [26] Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image*, 1(1), 83-97.
- [27] Ben-Tovim, D. I., & Walker, M. K. (1995). Body image, disfigurement and disability. *Journal of psychosomatic research*, 39(3), 283-291.
- [28] Lyons, B., Boachie-Adjei, O., Podzius, J., & Podzius, C. (1999). *Scoliosis: Ascending the curve*: M. Evans and Co.
- [29] Kendall-Peterson, F., Kendall McCreary, E., Geise-Provance, P., McIntyre-Rodgers, M., & Romani, W. (2005). *Muscles Testing and Function with Posture and Pain*: Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.