

رابطه کایفوز با افسردگی و اضطراب بین دانشجویان پسر ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه‌های منتخب تهران

دکتر فرزاد غفوری^۱، دکتر فریبرز هوانلو^۲، اکبر اصغری^۳، رسول ارشدی^۴

۱. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی، ۲. استادیار دانشگاه شهید بهشتی،

۳. کارشناس ارشد تربیت‌بدنی دانشگاه آزاد اسلامی، ۴. کارشناس ارشد تربیت‌بدنی دانشگاه تهران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط کایفوز با افسردگی و اضطراب بین دانشجویان پسر ورزشکار و غیرورزشکار بود. برای این منظور، پژوهشگران از پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه خودسنجی (اضطراب صفتی) و دستگاه اسپینال ماوس برای اندازه‌گیری متغیرها سود برده‌اند.

این پژوهش روی ۱۹۰ دانشجوی پسر ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه‌های تهران صورت گرفت. ابتدا درجه کایفوز آزمودنی‌ها با استفاده از دستگاه اسپینال ماوس مشخص شد. سپس پرسشنامه‌های مذکور بین افراد توزیع گردید. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای بود که ابتدا سه دانشگاه (تهران، علامه طباطبایی و دانشکده تربیت‌بدنی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی) انتخاب شدند و از بین آنها ۱۰۶ نفر که کایفوز بالای ۴۰ درجه داشتند برگزیده شدند. نوع پژوهش توصیفی بود که به روش میدانی اجرا شد. برای بررسی میزان همبستگی و معنی‌داری از ضریب همبستگی پیرسون و برای مقایسه بین دو گروه ورزشکار و غیرورزشکار از آزمون فیشر استفاده شد. نتایج نشان داد که بین کایفوز با افسردگی و اضطراب در ورزشکاران و غیرورزشکاران ارتباط معنی‌داری وجود ندارد، اما ارتباط معنی‌داری بین میانگین کایفوز ورزشکاران و غیرورزشکاران با افسردگی به دست آمد.

واژه‌های کلیدی: اسپینال ماوس، کایفوز، افسردگی، اضطراب.

مقدمه

در چند دهه اخیر حیطه روان‌شناسی و حرکات اصلاحی در ورزش، رشد فراوانی داشته و بیش از هر زمان دیگری مورد توجه قرار گرفته است. امروزه در تمام کشورهای صاحب نام در ورزش، این رشته‌ها چه از لحاظ کاربردی و چه از لحاظ پژوهشی جایگاه ویژه‌ای دارند. در کشور ما پژوهش در بعد روان‌شناسی و ناهنجاری‌های بدنی از رشد کمتری برخوردار بوده است.

حرکات اصلاحی از شاخه‌های مهم تربیت‌بدنی است که به اصلاح ناهنجاری‌های وضعیتی بدن پرداخته و پس از شناخت نوع ناهنجاری با توصیه فعالیت‌های بدنی و حرکات ورزشی خاص به درمان آن اقدام می‌کند. وضعیت ستون مهره‌ها به‌عنوان بخشی از بدن نیز از قواعد حاکم بر انسان مستثنی نیست، این ستون محور مرکزی تنه را تشکیل می‌دهد و از قاعدهٔ مجموعه شروع می‌شود و در تمام طول گردن و تنه امتداد می‌یابد و از به هم پیوستن تعدادی استخوان به نام مهره تشکیل می‌شود که روی هم قرار گرفته‌اند و به وسیلهٔ رباط‌ها و دیسک‌های لیفی - غضروفی به هم متصل شده‌اند. ستون مهره‌ها سه نقش مهم را در بدن به عهده دارد: (۱) تحمل وزن بدن؛ (۲) محافظت و نگهداری از سیستم اعصاب مرکزی (نخاع)؛ (۳) نقش حرکتی و شرکت در حرکت مختلف تنه. عملکرد دیگر ستون مهره‌ها نقش حمایتی آن از قفسهٔ سینه است. ناحیهٔ سینه به دلیل وجود اندام‌های داخلی مخصوصاً قلب، به حمایت زیادی نیاز دارد که ستون فقرات در این حمایت نقش اصلی را ایفا می‌کند (۱).

ناهنجاری‌های ستون فقرات اغلب با علائم بیماری‌های اسکولیوز، کایفوز و لوردوز نمایان می‌شوند. تغییر شکل‌های قسمت‌های مختلف ستون فقرات باعث انحراف استخوان‌ها و مفاصل بر مبنای محل قرار گرفتن آنها می‌شود. مثلاً ضعف قسمت قدامی مهره‌ها و عضلات پشتی باعث ایجاد کایفوز و انحنای طرفی و غیرطبیعی مهره‌ها باعث ایجاد اسکولیوز می‌شود. شایع‌ترین این ناهنجاری‌ها اسکولیوز است. کایفوز و سپس لوردوز در مراحل بعدی قرار دارند (۲-۴). کایفوز، افزایش انحنا در قسمت بالای پشت است که موجب گردی بخش فوقانی پشت می‌گردد و قوزپستی نامیده می‌شود، و این مسئله غالباً به خستگی و عدم توازن قدرت در عضلات راست‌کنندهٔ ستون فقرات نسبت داده شده است (۵). کایفوز، تحدب خلفی در ناحیهٔ پشتی ستون مهره‌ها می‌باشد (۶). دامنهٔ فیزیولوژیک آن

۳۰ تا ۵۰ درجه است که مقادیر بیش از آن به عنوان عارضه کایفوز شناخته می شود (۷) که در این حالت انحناى خلفی ناحیه پشت با افزایش غیرطبیعی همراه است (۸). یکی از تقسیم بندی هایی که در مورد کایفوز صورت گرفته به قرار ذیل است: عمومی: کایفوز تمام ستون فقرات را در بر می گیرد. موضعی: کایفوز در منطقه محدودی از ستون فقرات، مثل مناطق پشتی (سینه ای) ایجاد می شود.

کایفوز از نظر برگشت پذیری به دو نوع طبقه بندی می شود.

۱. کایفوز برگشت پذیر یا متحرک: این نوع کایفوز به آسانی قابل اصلاح است و سه منشأ عمده دارد (۱۰).

الف) بد قرار گرفتن وضع بدن، ب) ضعف عضلانی، ج) کایفوز جبرانی
۲. کایفوز برگشت ناپذیر: در این مورد تغییر شکل ستون مهره ای قابل اصلاح نیست و برای اصلاح ناهنجاری به عمل جراحی نیاز است. شایع ترین علل بیماری عبارتند از: بیماری شوئرمین، شکستگی های ستون مهره ها، پوکی استخوان در افراد مسن و بیماری های مختلف ستون فقرات (۹).

افسردگی، حالتی از خلق و خو است که با احساس بی کفایتی، یأس، کاهش فعالیت یا واکنش، بدبینی، غمگینی و نشانه های مربوط تعریف می شود. در این مفهوم، افسردگی کاملاً عادی، نسبتاً کوتاه مدت و تکرار شونده است (۱۱). افسردگی پاسخ طبیعی انسان به فشارهای زندگی است. مانند عدم موفقیت در تحصیل، از دست دادن کار، از دست دادن یکی از عزیزان و آگاهی از این بیماری یا پیری توان را به تحلیل می برد. اینها از جمله موقعیت هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می شوند. افسردگی زمانی نابهنجار تلقی می شود که با واقعه ای که شرح داده شده متناسب نباشد یا فراتر از حدی که برای بیشتر مردم نقاط آغازین بهبود است ادامه یابد. افسردگی اصطلاحی وسیع و مبهم است که برای شخص عادی، حالتی مشخص با غمگینی، گرفتگی و بی حوصلگی و برای پزشک، گروه وسیعی از اختلالات با زیرشاخه های متعدد را تداعی می کند. برگمن معتقد است افسردگی یک شکایت عمومی است که نه تنها در میان بیماران روانی بلکه در میان گروه کثیری از مردم مشاهده می شود و در اصطلاح عامیانه به هر گونه احساس ناخوشایندی گفته می شود که

شامل اندوه و بی تفاوتی و حتی خشم باشد (۱۲).

لیمن (۱۹۶۰) با توجه به اصل ارتباط و تأثیر و تأثر جسم و روان بر یکدیگر عنوان نمود که ورزش و تمرینات بدنی بر سلامت روانی مؤثر است و با تکیه بر همین اصل ادعا کرد که توانایی جسم باعث تقویت توانایی روان خواهد شد (۱۳). از طرفی دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اگر ورزش به صورت نادرست و با شدت بیش از حد انجام شود منجر به آسیب‌های جسمانی شدید می‌شود و آسیب‌های ورزشی، خود عامل افسردگی شدید و حتی خودکشی در افراد است. افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که بر حالات و رفتار ورزشکاران تأثیر می‌گذارد (۱۴).

اضطراب، حالتی از انگیزختگی مستقل است که با احساسات و دریافت ذهنی همراه است. پس اضطراب هم جنبه بیولوژیکی و هم جنبه روانی دارد و هر دو جنبه در مواقعی که فرد مضطرب است تا حدودی در او عینیت می‌یابد (۱۵). در حقیقت حالات اضطرابی با احساس تنش، ترس و ناآرامی، نگرش، برانگیختگی و فعالیت سیستم عصبی خودکار مشخص می‌شود (۱۶). از نظر آرمی^۱ اضطراب عبارت از حالتی است که در اثر به خطر افتادن یکی از روش‌های اصولی زندگی شخصی ایجاد می‌شود. او معتقد است که اضطراب را می‌توان یک نوع درد داخلی دانست که سبب ایجاد هیجان و به هم ریختن تعادل موجود می‌گردد چون بشر همواره برای برقراری تعادل کوشش می‌کند (۱۶). از نظر هریس و دروتی اضطراب هم به صورت کلی و هم به صورت شناختی یا ذهنی نمود می‌یابد و هر زمان که فرد در مورد چیزهایی مانند امتحان، ملاقات با افراد مهم و شرکت در فعالیت‌ها نگرانی داشته باشد، مضطرب می‌شود. و این نگرانی تنها در ذهن فرد نیست، بلکه تمام بدن نگران شده و عکس‌العمل ناشی از آن، تمام بدن را فرا می‌گیرد. به هر حال بدن با بروز نشانه‌هایی خبر می‌دهد که از کنترل خارج شده‌ایم (۱۷).

در میدان‌های ورزشی، اضطراب بخش مهمی از موضوع‌های مورد مطالعه روان‌شناسی ورزشی را شامل می‌شود. در رشته تربیت بدنی ارتباط بین ماده و روان در رشته روان‌شناسی ورزشی منعکس می‌شود. روان‌شناسی ورزشی، عموماً دو حوزه را در نظر گرفته است. این دو حوزه دربرگیرنده بهتر کردن عملکرد ورزشی و سلامت روانی می‌باشند. بهتر کردن

1. Are-me

عملکرد ورزشی به عوامل روان‌شناختی عملکرد مربوط شده و شامل اضطراب، تمرکز، آماده‌سازی ذهنی و شخصیت است. این اجزا به نوبه خود با عملکرد ورزشی رابطه‌ای مستقیم دارند (۱۸). مثلاً همچنان که عملکرد ورزشی یا اجرای مهارت می‌تواند سبب برانگیختن اضطراب شود، اضطراب نیز می‌تواند بر سطح عملکرد شخص تأثیر متقابل بگذارد (۱۹).

در پژوهش رضازاده با عنوان بررسی میزان اختلالات وضعیتی و افسردگی بیماران مرد در بیمارستان شهید دکتر چمران تهران، مشخص شد که ارتباط معنی‌داری بین شدت افسردگی و شدت اختلالات وضعیتی وجود داشته است و با افزایش شدت افسردگی، اختلالات وضعیتی نیز افزایش می‌یابد (۲۰). نوریس، داگلاس و کوچران در سال ۱۹۹۲ پژوهشی را روی افراد مضطرب، افسرده و خشن انجام دادند. بررسی‌های به عمل آمده روی ۱۴۷ نفر، بین سنین ۱۷-۱۳ سال که مبتلا به اضطراب، افسردگی و اعمال خشونت‌آمیز بودند، مشخص ساخت که این ناهنجاری‌ها، رابطه معنی‌داری با اختلالات وضعیتی بدن داشته‌اند (۲۱). در آناتاکریشنان و همکاران در سال ۲۰۰۵ در پژوهشی با هدف شناسایی پیامدهای شکستگی مهره‌ها در اثر فشار، مطالعه‌ای انجام دادند. در بررسی‌های به عمل آمده معلوم شد که بعد از شکستگی ستون مهره‌ها، فشار هسته‌ای کاهش می‌یابد و همچنین یکی از علل بارز بیماری در بین افراد مسن می‌باشد که منجر به درد، کایفوز، کاهش تحرک و افسردگی می‌شود (۲۲). اهمیت انجام این پژوهش از دو بعد جسمی و روانی قابل بررسی است که در اصل هر کدام از این ابعاد مکمل یکدیگر هستند.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش توصیفی انجام شده و از آمار استنباطی نیز بهره گرفته شده است. اطلاعات به دست آمده از طریق دو پرسشنامه، افسردگی بک و پرسشنامه خودسنجی (اضطراب صفتی) بوده است. همچنین جهت بررسی میزان کایفوز از دستگاه اسپاینال ماوس^۱ استفاده شده است. برای یافتن ارتباط بین متغیرها نیز از ضریب همبستگی و معنی‌دار بودن و نبودن سود جست‌ایم، پژوهشگر هیچ‌گونه دخالتی بر این متغیرها نداشت و

1. Spinal Mouse

تنها به اندازه گیری آنها پرداخته است، چون حجم نمونه‌ها بالای ۱۵۰ نفر است از منحنی نرمال استاندارد برای معنی داری این روابط استفاده شده است (۲۳). جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان پسر شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های تهران تشکیل می‌دهند. جامعه پژوهش همچنین شامل افراد مبتلا به کایفوز می‌باشد.

نمونه‌های آماری و نحوه‌گزینش آنها

برای انتخاب و گزینش نمونه‌ها سه دانشگاه [دانشگاه تهران (دانشکده تربیت بدنی)، علامه طباطبایی (دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی)، دانشکده تربیت بدنی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی] به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و از بین این سه دانشگاه ۱۹۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و از بین این گروه، اطلاعات مربوط به ۱۰۶ نفر که ۴۹ نفر ورزشکار و ۵۷ نفر غیرورزشکار بودند، نشان‌دهنده کایفوز بالای ۴۰ درجه بود. میانگین سن، قد و وزن آزمودنی‌های ورزشکار به ترتیب ۲۲/۶، ۱۷۵/۲۴، ۷۵/۲۰، و غیرورزشکاران به ترتیب ۳۲/۱۲، ۱۷۴/۱۰، ۷۶/۴ بود. همچنین ورزشکاران در این پژوهش افرادی بودند که شش ماه فعالیت بدنی داشتند و حداقل سه جلسه در هفته به طور مرتب تمرین می‌کردند.

ابزارهای اندازه‌گیری

تست افسردگی بک: آزمون افسردگی بک به عنوان آزمون «بررسی فرهنگ» شناخته شده است؛ به عبارت دیگر برای طبقات و اقشار مختلف اجتماع قابل اجرا است. اعتبار یا پایایی آن به طور مستقیم و غیرمستقیم مورد بررسی قرار گرفته و دامنه همبستگی بازآزمایی آن در فاصله چند ساعت تا چند ماه ۰/۴۸ تا ۰/۹ به دست آمده است. بررسی روایی تست بک نشان داد که میانگین نمره‌های پرسشنامه افسردگی بک با درجه‌بندی‌های کلی توسط روانپزشک افزایش می‌یابد و با درجه‌بندی‌های متخصص بالینی (درد و بررسی جداگانه ۰/۶۵ و ۰/۶۷)، همبستگی معناداری به دست آمده است (۲۴).

آزمون اضطراب صفتی اشپیل‌برگر، برای یک فرد و یا گروهی از افراد قابل اجراست. این آزمون محدودیت زمانی ندارد. اعتبار تست از طریق همبستگی درونی تست یعنی میزان تداخل همه پرسش‌ها و فرمول ضریب آلفای کرونباخ برآورد شده است. روایی تست از

روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی عامل جداگانه به دست آمده است. برپایه روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی خانه‌های قطری ماتریس همبستگی یک عدد محاسبه می‌شود که علاوه بر واریانس مشترک، واریانس اختصاصی، واریانس خطا را نیز در بر می‌گیرد.

دستگاه اسپاینال ماوس: این دستگاه در کشور سوئیس توسط دکتر کایلوچی^۱ با حمایت مؤسسه IDP ساخته شده است. این دستگاه دارای اعتبار و روایی بسیار بالایی است ($r=94$) که به منظور اندازه‌گیری زوایا و انحنای بخش‌های مختلف بدن و بخصوص ستون مهره‌ها طراحی شده است.

روش جمع‌آوری اطلاعات

برای جمع‌آوری اطلاعات ابتدا آزمودنی‌ها داوطلبانه پرسشنامه‌های مربوط به افسردگی و اضطراب را که قبلاً آماده شده بود پر کردند. آزمودنی‌ها پس از آن برای انجام تست و تعیین درجه کایفوز با دستگاه اسپاینال ماوس آماده شدند. این دستگاه از یک ماوس و یک آنتن تشکیل شده که به صفحه نمایشگر وصل می‌شود. ماوس دیجیتال دارای غلتک‌هایی است که با کشیدن این غلتک‌ها بر روی راستای ستون فقرات یا بخش‌های دیگر بدن، انحنای زوایای آنها روی صفحه نمایشگر نشان داده می‌شود. همچنین این دستگاه قابلیت ثبت مشخصات فردی آزمودنی‌ها را در برنامه نصب شده دارد. برای ارزیابی وضعیت بدنی از وی خواسته شد که به صورت صاف و کشیده بایستد، سپس مهره هفتم گردنی CV که قابل تشخیص است علامت‌گذاری شد. بعد از یافتن CV می‌توان به روش شمارشی مهره‌های پشتی را به ترتیب مشخص کرد. در مرحله بعد برای یافتن میزان درجه کایفوز فرد در صفحه ساجیتال طبق برنامه‌ای که قبلاً در رایانه نصب شده بود ماوس، به صورت آرام و دقیق در راستای ستون فقرات فرد تا مهره خاجی کشیده می‌شد و این کار در حالت فلکشن و اکستنشن هم انجام می‌شد. در ادامه، کار انجام شده در صفحه نمایشگر نشان داده می‌شد و اگر در هنگام حرکت ماوس در راستای ستون فقرات اشتباهی صورت می‌گرفت، برنامه رایانه‌ای اعلام خطا می‌کرد و این کار دوباره انجام می‌شد. این دستگاه طوری برنامه‌ریزی شده که انحنای کایفوز، لوردوز و تیلت لگن را در محور ساجیتال نشان می‌دهد و حتی قابلیت اندازه‌گیری

1. Kaylochi

اسکولیوز در صفحه فرونتال را هم دارد. برای یافتن میزان شدت کایفوز آزمودنی‌ها، دستگاه با برنامه تنظیم شده به تجزیه و تحلیل اطلاعات می‌پرداخت و درجه کایفوز فرد را از مهره T1 تا T12 نشان می‌داد. کسانی که کایفوز بالای ۴۰ درجه داشتند جزء نمونه‌های پژوهش قرار گرفتند. سپس نمره‌ای که آزمودنی‌ها از پرسشنامه به دست آوردند با نمره درجه کایفوز وی مقایسه شد و نتایج تجزیه تحلیل گردید.

روش‌های آماری

در این پژوهش، از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای یافتن میزان ارتباط و همبستگی ابعاد روانی مورد نظر با زاویه کایفوز حاصل از اندازه‌گیری، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای تعیین معنی‌داری اطلاعات عددی به دست آمده از این پژوهش نیز از منحنی نرمال استاندارد و همچنین برای مقایسه بین افراد مبتلا به کایفوز با ابعاد روانی (افسردگی و اضطراب) در ورزشکاران و غیرورزشکاران از آزمون فیشر استفاده شد. این آزمون برای بررسی برابری واریانس کاربرد دارد.

نتایج و یافته‌های پژوهش

پس از گردآوری پرسشنامه‌ها و یافتن زاویه کایفوز آزمودنی‌ها، ۱۰۶ نفر که دارای عارضه بودند انتخاب شدند. اینک با ارائه جداول، ویژگی‌های فردی از جمله قد، وزن و سن آزمودنی‌ها، سپس شاخص‌های آماری مربوط به کایفوز دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار و در ادامه شاخص‌های آمار توصیفی اضطراب و افسردگی ورزشکاران و غیرورزشکاران را بررسی می‌کنیم و در نهایت به تجزیه و تحلیل اطلاعات و ارزیابی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود.

جدول ۱. فراوانی مربوط به ویژگی های آزمودنی ها

شاخص آماری	تعداد	حداقل انحراف	حداکثر انحراف	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
قد آزمودنی های ورزشکار	۴۹	۱۷۱	۱۸۴	۱۷۵/۲۴	۴/۷۹	۱۱/۷۳
قد آزمودنی های غیرورزشکار	۵۷	۱۶۲	۱۸۱	۱۷۴/۱۰	۳/۴۲	۲۰/۱۶
سن آزمودنی های ورزشکار	۴۹	۱۹	۲۶	۲۲/۵۹	۲/۴۴	۴/۷۸
سن آزمودنی های غیرورزشکار	۵۷	۱۹	۲۸	۳۲/۱۲	۲/۱۸	۵/۹۶
وزن آزمودنی های ورزشکار	۴۹	۶۴	۹۳	۷۵/۲۰	۷/۹۰	۴۵/۱۲
وزن آزمودنی های غیرورزشکار	۵۷	۵۲	۱۱۰	۷۶/۳۶	۶/۷۱	۶۲/۵۵

جدول ۲. شاخص های آماری مربوط به میزان کایفوز آزمودنی های ورزشکار و غیرورزشکار

شاخص آماری	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
ورزشکاران دارای کایفوز	۴۹	۴۱	۷۲	۴۹/۶۹	۶/۴۹	۴۲/۲۱
غیرورزشکاران دارای کایفوز	۵۷	۴۰	۶۱	۴۸/۰۱	۵/۵۳	۳۰/۶

جدول ۳. شاخص های آمار توصیفی اضطراب و افسردگی ورزشکاران و غیرورزشکاران

شاخص آماری	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
قد آزمودنی های ورزشکار	۴۹	۰	۲۸	۱۰/۸۴	۷/۳۴	۵۳/۹
قد آزمودنی های غیرورزشکار	۵۷	۰	۴۱	۱۲/۸۰	۷/۶۱	۵۸
سن آزمودنی های ورزشکار	۴۹	۲۲	۶۴	۳۹	۸/۵	۷۲/۶۰
سن آزمودنی های غیرورزشکار	۵۷	۲۳	۶۵	۴۱/۲۴	۷/۷۹	۶۰/۷

با توجه به جدول ۳ حداقل میزان افسردگی ورزشکاران صفر و حداکثر ۲۸ است و حداقل میزان افسردگی غیرورزشکاران صفر و حداکثر ۴۱ است، این مقادیر میانگین حاصل از آن برای ورزشکاران ۱۰/۸۴ و برای غیرورزشکاران ۱۲/۸۰ می باشد. همچنین حداقل میزان اضطراب ورزشکاران ۲۲ و حداکثر ۶۴ است. غیرورزشکاران ۲۳ و حداکثر ۶۵ است، که میانگین حاصل از آن برای ورزشکاران ۳۹ و برای غیرورزشکاران ۴۱/۲۴ می باشد.

ارتباط کایفوز با افسردگی در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار

جدول ۴. ارتباط بین کایفوز با افسردگی در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار

گروه	شاخص آماری	تعداد	همبستگی (r)	معنی دار (P)
افسردگی ورزشکاران دارای کایفوز		۴۹	۰/۵۴	۰/۷۱۵
افسردگی غیرورزشکاران دارای کایفوز		۵۷	-۰/۹۲	۰/۴۹۷

با توجه به p محاسبه شده (۰/۷۱۵، ۰/۴۹۷) ارتباط معنی داری بین کایفوز با افسردگی و اضطراب در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار وجود نداشت (جدول ۴).

ارتباط بین کایفوز با اضطراب در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار

جدول ۵. کایفوز با اضطراب در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار

گروه	شاخص آماری	تعداد	همبستگی (r)	معنی دار (P)
اضطراب ورزشکاران دارای کایفوز		۴۹	-۰/۲۲	۰/۸۸۰
اضطراب غیرورزشکاران دارای کایفوز		۵۷	-۰/۲۳۷	۰/۰۷۵

با توجه به p محاسبه شده (۰/۸۸۰، ۰/۰۷۵) ارتباط معنی داری بین کایفوز با اضطراب در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار وجود نداشت (جدول ۵).

میانگین افسردگی و اضطراب افراد ورزشکار و غیرورزشکار دارای کایفوز

جدول ۶. میانگین افسردگی و اضطراب افراد ورزشکار و غیرورزشکار دارای کایفوز

گروه	شاخص آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار p
افسردگی ورزشکاران دارای کایفوز		۴۹	۱۰/۲۲	۷/۵۱	۰/۴۲
		۵۷	۱۳/۳۵	۸/۰۶	
اضطراب ورزشکاران دارای کایفوز		۴۹	۳۸/۹۷	۸/۷۴	۰/۱۴۵
		۵۷	۴۱/۴۲	۸/۳۴	

با توجه به p محاسبه شده (۰/۴۲) ارتباط معنی داری بین میانگین کایفوز با افسردگی در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار وجود دارد و با توجه به p محاسبه شده (۰/۱۴۵) ارتباط معنی داری بین میانگین کایفوز با اضطراب در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار وجود ندارد (جدول ۶).

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی ارتباط کایفوز با افسردگی و اضطراب در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار است. بدین لحاظ برای ارزیابی وضعیت بدنی آزمودنی‌ها و تعیین میزان درجه کایفوز از دستگاه اسپاینال ماوس و برای تعیین وضعیت روانی آزمودنی‌ها هم از آزمون افسردگی بک و اضطراب صفتی اشپیل استفاده شد و نتایج حاصل با نتایج سایر پژوهش‌ها مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. با مشاهده اختلافاتی در نتایج حاصل از برخی پژوهش‌ها ممکن است به نظر رسد که علت این تفاوت‌ها با پژوهش حاضر ناشی از عینی نبودن مقیاس اندازه‌گیری و در نتیجه خطای برآورد می‌باشد، ولی با بررسی و نگاه دقیق‌تر به شرایط و ویژگی‌های خاص هر کدام از پژوهش‌ها در می‌یابیم که ابزار اندازه‌گیری به کار گرفته شده در پژوهش حاضر که دستگاه اسپاینال ماوس بود از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است و شاید اختلاف امر در عوامل دیگری باشد که برای واضح‌تر شدن موضوع در ذیل آنها را بررسی می‌کنیم.

ارتباط کایفوز با افسردگی و اضطراب در دانشجویان ورزشکار

در پژوهش حاضر بین کایفوز با افسردگی و اضطراب در دانشجویان ورزشکار ارتباط معنی داری یافت نشد، که با نتایج یثربی که پژوهشی را روی دانشجویان ورزشکار انجام داد همخوانی دارد. این نتایج را چنین می‌توان تفسیر کرد که دانشجویان ورزشکار در فعالیت‌های اجتماعی همچون بازی‌های گروهی شرکت داشته و از افراد عادی اجتماع روابط بیشتری با یکدیگر دارند و نیز ساعات بیشتری را صرف فعالیت‌های جسمانی می‌کنند. انجام فعالیت‌های بدنی و داشتن تحرک برای موجود زنده از ضروریات می‌باشد، زیرا تحرک موجب می‌گردد قوای درونی به فعالیت وا داشته شود. عدم تحرک در اشخاص موجب نارسایی در کار اندام گشته، بالطبع نیازهای اساسی در اندام‌ها که باید بر تعادل باقی

بمانند تأمین نشده و این وضعیت در مراحل رشدی و سنین متفاوت نیز فرق می‌کند (۴). لیمن (۱۹۶۰) با توجه به اصل ارتباط و اثر جسم و روان بر یکدیگر عنوان نمود که ورزش و تمرینات بدنی بر سلامت روانی مؤثر است (۱۴). وینبرگ و کلد (۱۹۹۵) اعلام کردند که تمرینات منظم بدنی با کاهش افسردگی ارتباط دارد و هرچه تعداد جلسات تمرین بیشتر باشد منجر به کاهش بیشتر افسردگی می‌شود (۲۵). به همین منظور افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که بر حالات و رفتار ورزشکاران تأثیر می‌گذارد و می‌توان چنین ادعا کرد که خاصیت ضدافسردگی فعالیت‌های گروهی و ورزشی نمونه‌ها احتمالاً بر نتایج پژوهش تأثیر داشته است. از طرف دیگر، نتایج پژوهش حاضر، با پژوهشی که نوریس، داگلاس و کوچران که پژوهشی را روی افراد مضطرب که ناهنجاری بدنی داشتند، انجام دادند، همخوانی نداشت. این عدم همخوانی را می‌توان با تفاوت در دامنه سنی (۱۷-۱۳) نسبت داد. نوع جامعه آماری و تعداد نمونه‌ها نیز بر نتایج اثرگذار بوده است. در میادین ورزشی، اضطراب بخش مهمی از موضوعات مورد مطالعه روان‌شناسی ورزشی را شامل می‌شود و در رشته تربیت بدنی ارتباط بین ماده و روان در رشته روان‌شناسی ورزشی منعکس می‌شود. روان‌شناسی ورزشی، عموماً دو حوزه را در نظر گرفته است. این دو حوزه در صدد بهتر کردن عملکرد ورزشی و سلامت روانی است.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حتی راه رفتن، حرکات کششی کم‌شدت و کوتاه مدت، اضطراب را کم کرده و حسی از آرامش را ایجاد می‌کند (۲۵). بهتر کردن عملکرد ورزشی به عوامل روان‌شناختی عملکرد مربوط است و شامل اضطراب، تمرکز، آماده‌سازی ذهنی و شخصیت می‌باشد. این اجزا به نوبه خود با عملکرد ورزشی رابطه‌ای مستقیم دارند (۱۸). پس همچنان که عملکرد ورزشی یا اجرای مهارت می‌تواند سبب برانگیختن اضطراب شود، اضطراب نیز می‌تواند بر سطح عملکرد شخصی تأثیر تقابلی بگذارد (۱۸).

ارتباط کایفوز با افسردگی و اضطراب در دانشجویان غیرورزشکار

بین کایفوز با افسردگی و اضطراب در دانشجویان غیرورزشکار ارتباط معنی‌داری یافت نشد. این یافته با پژوهش رضازاده، در آناتاکریشنان، سانچز و کلیمنت (۲۶) همخوانی ندارد. علت این امر را می‌توان در تعداد نمونه‌ها، جنس و سن آزمودنی‌ها جستجو کرد. همچنین آزمودنی‌های پژوهش‌های فوق ناهنجاری بدنی حاد داشتند، در صورتی که

نمونه‌های پژوهش حاضر، در وضعیت حاد قرار نداشتند. در مطالعات درآنانتاکریشان، که بر روی افراد ۲۵ تا ۶۹ ساله انجام شد معلوم شد که بعد از شکستگی ستون مهره‌ها فشار هسته‌ای کاهش می‌یابد و همچنین یکی از علل بارز بیماری در بین افراد مسن می‌باشد که منجر به درد، کایفوز، کاهش تحرک و افسردگی می‌شود. طبیعی است که شخص در این حالت موقتاً ناراحت و آشفته شود، ضمناً ممکن است مضطرب، گرفته، عصبانی و افسرده و گرفتار بی‌اشتهایی و بی‌خوابی شود و احترام به خود را از دست بدهد. افسردگی می‌تواند منجر به تغییر شکل بدن از جمله سفتی گردن، کمردرد، کایفوز، ضعیف شدن عضلات اکستنسور و... شود (۲۷). ولی چون در پژوهش حاضر، افسردگی خیلی شدید نبود، نمی‌توان ادعا کرد که افسردگی نقش یک عامل بیماری‌زا را بازی می‌کند. پس می‌توان اظهار داشت که بیماران افسرده‌ای که تحت نظر روانکاو قرار دارند می‌توانند نشانه‌های عارضه گفته شده را دارا باشند. همچنین در یک مطالعه معلوم شده که بیش از ۹۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن یک دوره اختلال افسردگی اساسی را در عمر خود تجربه می‌کنند، حدود ۷۰ درصد اختلال اضطرابی داشته‌اند، و ۳۰ درصد آنها به نوعی اختلال پیلوکتیک مبتلا بوده‌اند (۲۸). همچنین نتایج پژوهش حاضر با پژوهشی که بالزینی ویکرز انجام دادند همخوانی دارد (۲۹).

به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که جنسیت، نمونه آماری، سن، تعداد نمونه، جامعه آماری، ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه‌های به‌کار گرفته شده، وراثت، نوع برخورد والدین با فرزندان، نوع تصور فرد از بدن خویش، محل سکونت، تحصیلات و... می‌تواند در نتایج پژوهش‌های از این نوع اثرگذار باشد. همچنین عوامل روانی که به‌عنوان یک متغیر در نظر گرفته شده می‌تواند در طول معالجه وجود داشته باشد و نمی‌توان تصور کرد که در طول زندگی فرد همیشه با او خواهد بود. یکی از عوامل اثرگذار بر این پژوهش و تفاوت آن با سایر پژوهش‌ها، جنسیت و سن آزمودنی‌ها بود. سن و جنسیت می‌تواند بر نتایج تأثیر به‌سزایی داشته باشد، به‌خصوص کودکان و افراد مسن که در دوران حساسی به سر می‌برند و از لحاظ روانی و جسمانی دچار مشکل هستند. وضع اقتصادی و فرهنگ افراد نیز می‌تواند بر نتایج مؤثر باشد. چنانچه پژوهش‌های بیشتری در جوامع آماری مختلف صورت گیرد می‌تواند ابهام موجود در این زمینه را از بین برد. از آنجایی که کایفوز یک ناهنجاری در ستون فقرات

است می توان آن را نتیجه برخی از مشکلات روحی، رشدی یا بیماری های داخلی دانست که در هر سنی می تواند رخ دهد. کایفوز می تواند باعث عوارضی مانند عفونت، بی نظمی در بافت های پیوندی یا متصل کننده، سوء تغذیه عضلانی، از بین بردن دیسک بین مهره ای ایجاد بیماری فلج اطفال شود (۳۰). پس می توان با یک برنامه مدیریتی مناسب و آشنا کردن افراد با عوارض این بیماری شیوع آن را در جامعه به میزان چشمگیری کنترل کرد.

منابع

۱. دانشمندی، حسن، رضا، قراخانلو، حسین علی زاده (۱۳۸۳) حرکات اصلاحی، انتشارات سمت.
۲. سلطانی هفشجانی، بیان (۱۳۷۲) کاربرد ورزش در پیشگیری و اصلاح ناهنجاری های جسمانی (حرکات اصلاحی)؛ انتشارات دانشگاه امام حسین (ع).
۳. کاشف، میرمحمد (۱۳۷۰) حرکات اصلاحی و ورزش درمانی؛ انتشارات دانشگاه ارومیه.
۴. قنبری نیماکی، عباس (۱۳۶۷) تربیت بدنی از دیدگاه اندیشمندان اسلامی، انتشارات ستاد تدوین نظام نوین، تربیت بدنی.
۵. اندام، رضا (۱۳۷۸) بررسی و مقایسه وضعیت پشت گرد در مردان والیبالیست و فوتبالیست شهرستان شاهرود با پیشنهاد اصلاحی، حرکتی؛ رساله کارشناسی ارشد؛ تهران؛ دانشکده تربیت بدنی.
6. Kapandji I.A (1986) The physiology of the joints. 4th edition. Trank and Verbal column. Edinburg: Churchill Livingstone
7. Benli T, Akalin S, Kis M, Citak M, Aydin E, Duman E (2001) Frontal and sagittal balance analysis of late onest idiopathic scoliosis treated with third generation instrumentation. *Kob J Med Sci* 47, 23, 25.
8. Kendall P. F, Kendall M, Provance P.G, Rodgers M. M, Romani W. A (2005) *Muscle testing and function with posture and pain*. 5th edition, Lippincott Williams & Wilkins.
۹. سخنگویی، یحیی (۱۳۷۹) حرکات اصلاحی، انتشارات اداره کل تربیت بدنی پسران، وزارت آموزش و پرورش.
۱۰. بهبودی، لاله (۱۳۷۴) بررسی تأثیر یک دوره حرکات اصلاحی ویژه بر روی FVC دانش آموزان دختر کایفوتیک ۱۵-۱۸ سال شهرستان کرج؛ رساله کارشناسی ارشد؛ دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی؛ تهران.
۱۱. میچل، راس (۱۳۶۹) روان شناسی شخصیت؛ ترجمه وحید رواندوست؛ چ ۲؛ مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
12. Boron, j-A (1977) Rober's Human Aggression, New York.

۱۳. محمدزاده، یونس (۱۳۷۱) بررسی میزان افسردگی در دو گروه جانبازان و معلولین ورزشکار و غیرورزشکار؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
۱۴. متین همایی، حسن (۱۳۷۶-۷۷) مقایسه نگرش‌های منجر به افسردگی در دو گروه ورزشکار از فرزندان شاهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی.
۱۵. یثربی، محمد علی (۱۳۷۸) ارتباط کیفوز سینه‌ای با جنبه‌های روانی در دانشجویان پسر تربیت‌بدنی دانشگاه تهران و مشهد و ارائه پیشنهادات اصلاحی - حرکتی؛ دانشگاه تهران، تربیت بدنی.
16. Freud, S (1936) the problem of anxiety; NewYork; Norton.
۱۷. باقری راغب، قدرت‌الله (۱۳۷۰) بررسی و مقایسه اضطراب وضعی و مزمن بین فوتبالیست‌ها و کشتی‌گیران شهرستان قم؛ رساله کارشناسی ارشد؛ دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی؛ تهران.
۱۸. برایت، دیورا؛ (۱۳۷۲) آرامش اخلاق، ترجمه مهدی قراچه‌داغی و زهره فتوحی؛ تهران؛ انتشارات یاسمن.
۱۹. جلیلی، قوام‌الدین (۱۳۶۸) عواطف و ارتباط آن با اجرای مهارت‌های حرکتی؛ تهران، نشریه ورزش و ارزش؛ شماره ۷.
۲۰. رضازاده عبدالله (۱۳۷۳) بررسی تعیین اختلالات پوسچرال و افسردگی بیماران مرد در بیمارستان شهید دکتر چمران تهران؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد؛ دانشگاه علوم پزشکی ایران.
21. Norris, R, R; Douglas, C. Cochran. R (1999) *the effect of physical activity and exercise training on psychological of psychosomatic Research*; vol 3(61) Ian pp 55, 65
22. Dheera Ananthkrishnan. sigurd Berven, Kevin cheng, Jeffrey C. Lotz. Zheng Xu and ehristion M. Puttlitz (2005) The effect on anterior colum Loading due to different vertebral augmentation techniques; *Clinical Biomechanics* vol. 2; issue 1, january pages 25.
۲۳. گیلوررای، جی، مک؛ بورک. جیجی؛ دیلی. ال ای (۱۳۷۶) تغییر و استفاده از آمار پزشکی، ترجمه سقراط فقیه‌زاده و بابک رفیع‌زاده؛ انتشارات دانشگاه شاهد.
۲۴. رابرت‌ای، بکر، ریچارد جی‌هایمبرگ، آلن‌اس. پلاک (۱۳۷۲) آموزش مهارت‌های اجتماعی درمانی برای افسردگی، ترجمه نادر کیامرزی؛ سعید نوری نشاط؛ سازمان چاپ و انتشارات فرهنگ و ارشاد اسلامی.
۲۵. م. دنیل؛ لندروزوزشان، ارنست (۱۳۷۸) اضطراب و فعالیت‌های بدنی مروری بر فراتحلیل‌های انجام شده تا سال ۲۰۰۰، ترجمه واعظ موسوی، محمد کاظم.
26. Chiment JM; sanchez j (1997) Impact of the type of brace on the quality of life of adolescents with spine deformities; 8 pine. Sep.
27. Tes. s. k; Bailey p. M (1992) Taich and postural in the well elderly; *the American journal of occupational therapy*; vol. 46 No 4. April, pp 295-300.
۲۸. علیزاده، حسین؛ رضا قراخانلو، حسن دانشمندی (۱۳۷۸) حرکات اصلاحی و درمانی، مؤسسه

انتشارات جهاد دانشگاهی (ماجد). ج ۲.

29. Lara Balzini, pt; Luca Vannucchi, PT. Francesco. Benvenuti; Manurizio Benucci; Mileno Monni; Aurelio Cappozzo; steven j, stanhope; clinical.
30. M. M Sran, PT (2005) Postural Health in Women: *The Role of Physiotherapy*, No 159 May.

Archive of SID