

The Role of Body Image in Explaining the Life Satisfaction, Life Expectancy, and Mental Health of People with Physical and Mobility Impairment

نقش تصویر بدنی در تبیین رضایت از زندگی، امید و سلامت عمومی افراد با ناتوانی‌های جسمی-حرکتی

Fatemeh Sadeghi, M.A.¹, Mahboobe Taher, Ph.D.²

فاطمه صادقی^۱، دکتر محبوبه طاهر^۲

Received: 03.18.2018

Revised: 10.1.2018

Accepted: 03.5.2019

تجدیدنظر: ۱۳۹۷/۷/۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۲۷

پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۱۲/۱۴

Abstract

Objectives: Considering the role of physical image in the quality of life, the present study aimed to investigate the role of body image in explaining the life satisfaction, life expectancy, and mental health of people with physical and mobility impairment. **Method:** In this descriptive correlational study, the population comprised all individuals with physical and mobility impairment in Shahrood, Iran, in 2017. A sample of 111 individuals was selected using convenience sampling, and multidimensional questionnaires on the relationship with the body, satisfaction with life, life expectancy, and general health were administered. **Results:** Correlation analysis showed that body image is directly related to the physical image of individuals with physical and mobility impairment ($p \leq 0.01$), and there is a relationship between physical image with life expectancy and mental health in these individuals ($p \leq 0.01$). Moreover, it was found that physical image can predict life satisfaction ($R^2=0.21$), life expectancy ($R^2=0.25$), and mental health ($R^2=0.19$). **Conclusion:** It can be concluded that the physical image of individuals with physical and mobility impairment plays a crucial role in predicting positive psychological variables such as life expectancy, life satisfaction, and mental health.

Keywords: Physical image, Life satisfaction, Life expectancy, Mental health, People with physical and mobility impairment

چکیده

هدف: با توجه به نقش تصویر بدنی در کیفیت زندگی افراد، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تصویر بدنی در تبیین رضایت از زندگی، امید و سلامت روانی افراد با ناتوانی‌های جسمی-حرکتی انجام شد. **روش:** طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود، جامعه آماری شامل تمامی افراد با ناتوانی‌های جسمی-حرکتی شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۶ بود که از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۱۱۱ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های چندبعدی رابطه خود و بدن، رضایت از زندگی (داینر، ۱۹۸۵)، امید و سلامت عمومی را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد تصویر بدنی با رضایت از زندگی افراد رابطه مستقیمی دارد ($p < 0/01$). همچنین بین تصویر بدنی با امید و سلامت روانی در این افراد رابطه وجود دارد ($p < 0/01$). از طرف دیگر مشخص شد که تصویر بدنی می‌تواند رضایت از زندگی را پیش‌بینی کند ($R^2 = 0/21$) و تصویر بدنی پیش‌بینی کننده امید ($R^2 = 0/25$) و سلامت روانی ($R^2 = 0/19$) بود. **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توانیم نتیجه بگیریم که تصویر بدنی که افراد با ناتوانی‌های جسمی-حرکتی از خود دارند در پیش‌بینی متغیرهای روان‌شناسی مثبت مثل امید، رضایت‌مندی از زندگی، و سلامت روان نقشی اساسی دارد.

واژه‌های کلیدی: تصویر بدنی، رضایت از زندگی، امید، سلامت روان، افراد با ناتوانی‌های جسمی-حرکتی

1. **Corresponding Author:** M.A. of Psychology, Islamic Azad University of Shahrood, Shahrood, Iran. **Email:** fatemesadeghi94@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Shahrood, Shahrood, Iran

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی،

واحد شاهرود، شاهرود، ایران

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، شاهرود،

ایران

مقدمه

ابراهیمی نژاد، ۱۳۹۴) و تصویر ذهنی نامطلوب از بدن را شامل می‌شود. یکی از مطالبی که با ناتوانی‌های جسمی- حرکتی ارتباط دارد بحث تصویر بدنی است. تصویر بدنی ادراکی است که فرد در مورد بدنش دارد. تصویر بدنی با ادراکات، احساسات و افکار فرد در مورد بدنش ارتباط دارد و معمولاً برآورد اندازه بدن، ارزیابی جذابیت جسمی و عواطف مرتبط با شکل و اندازه بدن را در برمی‌گیرد (به نقل از گرگن، ۲۰۰۶). به طور کلی تصویر بدنی در زمینه تحولی و روان‌تحلیل‌گری، به طور کاربردی به عنوان بازنمایی‌های ذهنی خود بدنی تعریف می‌شود، این بازنمایی‌ها به تصویرهای دیداری (مانند تصویر بدن فرد در مغز) محدود نمی‌شود. بلکه شامل طرحواره تمام درون‌دادهای حسی است که به‌طور درونی و بیرونی برانگیخته شده یا در واقع تجاربی است که به‌طور فزاینده‌ای در گستره تحول روانی، نمایان شده است (کش، میکولکلا، و برو، ۱۹۹۰).

تصویر بدنی نظیر هر جنبه روانی دیگر جزئی از شخصیت هر انسانی است و در زمان‌هایی از زندگی دچار نوسان بیشتری است؛ از جمله این موارد می‌توان به پیدایش ضایعه و بروز کم‌توانی در افراد اشاره کرد. در این صورت اتکای فرد با ناتوانی جسمی- حرکتی به خود متزلزل شده احساس نیاز به دیگران و وابستگی به افراد دیگر ظاهر می‌شود و به مرور افزایش می‌یابد. کاهش اعتماد به خود، تصورات منفی و احساس بی‌کفایتی و سربار بودن توانایی‌های باقی‌مانده فرد با ناتوانی جسمی- حرکتی و در مجموع رضایت از زندگی‌اش را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد (عسگری و شباکی، ۱۳۸۹). برخی پژوهش‌ها نشان دادند که افراد با کم‌توانی‌های جسمی حرکتی تصویر بدنی منفی‌تر (صوفیانی، بافنده قراملکی، و عزتی، ۱۳۹۶؛ تالاپرز و مک کب، ۲۰۰۲) نسبت به افراد عادی دارند و از افسردگی بیشتر (نه و همکاران، ۲۰۱۶) و خودپنداره پایین (حسین، ۲۰۰۶) رنج می‌برند.

ناتوانی‌های جسمی- حرکتی با تنوع بسیار زیادی رخ می‌دهند. افراد با ناتوانی‌های جسمی- حرکتی ممکن است نابهنجاری‌های مادرزادی داشته باشند یا ناتوانی را از طریق تصادف یا بیماری بعد از تولد کسب کنند. برخی از ناتوانی‌های جسمانی خفیف و برخی دیگر شدید و پیش‌رونده هستند که در نهایت به مرگ زودرس منجر می‌شوند. تمایز میان مشکلات حاد، مزمن و مشکل‌هایی که دوره‌ای یا پیش‌رونده هستند، مهم است (احمدی، ۱۳۹۰). شایع‌ترین علل ناتوانی‌های جسمی- حرکتی در افراد، آسیب و ضایعه‌هایی است که در سیستم اعصاب مرکزی یعنی مغز و طناب نخاعی به وجود می‌آید (کافمن، ۲۰۰۹؛ ترجمه جوادیان، ۱۳۸۸). سه مقوله اصلی در ناتوانی‌های جسمی- حرکتی عبارتند از: آسیب‌های عصبی- حرکتی، اختلال‌های ارتوپدیک و عضلانی- استخوانی و دیگر شرایطی که بر توانایی‌های جسمانی یا سلامت فرد تأثیر می‌گذارند. آسیب‌های عصبی- حرکتی که ناشی از آسیب به مغز یا نخاع است و می‌تواند حرکت بخش‌هایی از بدن را از بین ببرد. اختلال‌های ارتوپدیک و عضلانی- استخوانی نیز باعث ناتوانی جسمانی فرد می‌شود. بیشتر اوقات مشکلات عضلانی و استخوانی شامل پا، بازوها، مفاصل یا ستون فقرات می‌شود که در نتیجه راه رفتن، ایستادن، نشستن یا استفاده از دست‌ها را برای فرد مبتلا غیرممکن می‌سازد. علل مشکلات ممکن است ژنتیکی، بیماری‌های عفونی، تصادف‌ها، یا اختلال‌های تحولی و آسیب‌های مغزی باشد (برزکار، ۱۳۹۰).

دامنه تعریف عملیاتی ناتوانی‌های جسمی- حرکتی شامل مشکل‌هایی در وارد شدن به اتوبوس، مشکل حمل کردن یک شیء پنج کیلویی، مشکل بالا رفتن از پله‌ها، به رختخواب رفتن و از بستر برخاستن، استفاده از ویلچیر، عصا، عصای زیر بغل یا واکر، و همچنین مشکلات روانی همراه با این ناتوانی‌ها مانند احساس اضطراب، افسردگی، درماندگی (فکرت و

متغیر دیگری که تحت تأثیر تصویر ذهنی است، امید است. تصویری که افراد درباره بدن خود دارند، می‌تواند به صورت مستقیم امید آنها را تحت تأثیر قرار دهد. امید را می‌توان به طور ساده متوسط سالهایی که انتظار می‌رود یک فرد در یک کشور به آن عمر برسد، تعریف کرد. این شاخص یکی از مهمترین شاخصه‌های خلاصه‌ای بوده که برآیند عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی، زیست محیطی و ... است و از آن به عنوان نماگر اصلی سلامت یک جامعه یاد می‌شود (طاهری بازخانه، کریمزاده و تحصیلی، ۱۳۹۴).

به نظر بامیستر (۱۹۹۱) هنگامی فرد می‌تواند احساس کند که از زندگی همراه با امید برخوردار است که چهار نیاز او ارضا شده باشد: هدفمند بودن جهت زندگی، احساس کارآمدی و کنترل، برخوردار بودن از مجموعه‌ای از ارزش‌ها که بتواند به وسیله آنها کنش‌هایش را توجیه کند، وجود یک مبنای باثبات و استوار برای داشتن نوعی حس مثبت خودارزشمندی. افزایش امید باعث ارتقای سلامت روان در افراد و جامعه می‌شود (به نقل از نصیری و همکاران، ۱۳۹۰). بسیاری از تصمیمات مربوط به سلامتی مانند شرکت در غربالگری سرطان، ترک سیگار، دوره درمانی خاص برای دیابت یا پیروی از برنامه ورزشی هفتگی نشان دهنده سرمایه‌گذاری برای سلامت آینده است (ربرتو، ۲۰۱۵). نتیجه برخی پژوهش‌ها (نقدی و مقدم شاد، ۱۳۹۳) نشان داده که میزان شادکامی، امید و رضایت از زندگی در افراد کم‌توان کمتر از افراد عادی بود. همچنین بیان شده که امید قدرت پیشبینی کیفیت زندگی فرد کم‌توان جسمی-حرکتی را دارد (دانشمندی و آخوندی، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش حیدری و قدوسی (۲۰۱۵) نشان داد که رابطه مستقیم و معنی‌داری بین عزت‌نفس، امید و سلامت روان وجود داشت. کو و لی (۲۰۱۵) نیز بیان کردند که بین تصویر بدنی، امید و روابط بین فردی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت.

از متغیرهایی دیگری که در رابطه با افراد با ناتوانی‌های جسمی حرکتی بررسی شده رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت فعلی او است که هر چه شکاف میان آرزوهای فرد و وضعیت عینی وی بیشتر می‌شود، رضایت‌مندی او کاهش می‌یابد (کووما و تاک، کنپلت، و کاتیکاس، ۲۰۰۱). رضایت از زندگی قضاوتی است مبتنی بر مقایسه شرایط فرد با معیار ایده آلی. این مقایسه براساس معیاری است که فرد برای خود تعیین کرده و چیزی نیست که از بیرون بر فرد تحمیل شود (ناز، ۲۰۱۵). پژوهش‌هایی از جمله صادقی (۱۳۹۴) نشان داده‌اند که تصویر بدنی می‌تواند رضایت از زندگی افراد با ناتوانی‌های جسمی را تحت تأثیر قرار دهد. عسگری و شباکی (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند که تصویر بدنی، عنصری اساسی از شخصیت و خودپنداره هر فرد است که بر زندگی روانی و نگرش‌های او تأثیر می‌گذارد. این تصویر می‌تواند مثبت یا منفی باشد، بر بهزیستی روانی فرد تأثیر بگذارد و به منبعی برای هیجان‌های مثبت یا منفی تبدیل شود و از این طریق بر کیفیت زندگی افراد تأثیر گذارد. اگر تصویر بدنی فرد با بدن واقعی‌اش ناهمخوانی زیادی داشته باشد، روابط اجتماعی و زناشویی، کارکردهای روزانه، ارتباط‌های بین فردی و روابط خانوادگی که از جمله حیطه‌های مؤثر بر کیفیت زندگی او هستند، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. باقری و مظاهری (۲۰۱۵) نیز در پژوهش خود بیان کردند که بین تصویر بدنی و مولفه‌های آن با کیفیت زندگی و مولفه‌های آن ارتباط معنی‌داری یافتند. بختیاری و همکاران (۱۳۹۱) گزارش کردند که تنها در حیطه‌های سلامت جسمی و استقلال نمره کیفیت زندگی این دو گروه با یکدیگر اختلاف معنی‌داری داشتند به طوری‌که میانگین نمره هر دو حیطه در افراد سالم بیشتر از افراد کم‌توان بود. در سایر حیطه‌ها اختلاف آماری معنی‌داری بین کیفیت زندگی این دو گروه مشاهده نشد.

برای مثال عسگری و شباکی (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند که تصویر بدنی، عنصری اساسی از شخصیت و خودپنداره هر فرد است که بر زندگی روانی و نگرش‌های او تأثیر می‌گذارد. در پژوهش رن و همکاران (۲۰۱۸) تصویر بدنی تحریف شده با خطر بالای مشکلات عاطفی و رفتاری مرتبط بود. همچنین نتایج پژوهش‌ها (فاهمی و همکاران، ۲۰۱۸؛ یزدانی و همکاران، ۲۰۱۸) نشان دادند که بین رضایت از تصویر بدنی و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت.

بنابراین با توجه به نقشی که وضعیت ناتوانی افراد مبتلا به ناتوانی‌های جسمی-حرکتی می‌تواند در تصویر بدنی آنها و متعاقب آن رضایت از زندگی، امید، و سلامت روانی آنها داشته باشد پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که تصویر بدنی در رضایت از زندگی، امید و سلامت روانی افراد با ناتوانی‌های جسمی-حرکتیچه نقشی دارد.

روش

طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی است که در آن تصویر بدنی متغیر پیش‌بین و رضایت از زندگی، امید، و سلامت روانی متغیرهای ملاک هستند.

جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل تمامی افراد با ناتوانی‌های جسمی-حرکتی شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۶ به تعداد ۱۵۶ نفر است. بر اساس فرمول کوکران در سطح خطای ۵٪ تعداد ۱۱۱ نفر نمونه لازم با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در فرمول کوکران N تعداد جامعه، P احتمال موفقیت و q احتمال شکست و Z مقدار متغیر نرمال واحد استاندارد و d مقدار اشتباه مجاز یا درصد خطاست.

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right)}$$

متغیر دیگری که تحت تأثیر تصویر ذهنی است، سلامت عمومی است. تحقیقات پزشکی کلاسیک بیماری محور هستند و هنوز سلامتی را به عنوان عدم وجود بیماری تعریف می‌کنند اما تعاریف جدیدتر پزشکی بر انطباق و سازگاری با تغییرات بیرونی و شرایط درونی تأکید می‌کنند (بروسو، ۲۰۱۳). ناتوانی و کم‌توانی به عنوان حوزه‌های نوظهور در بحث سلامت عمومی مطرح است (کراهن، ۲۰۱۵). بزرگسالان با ناتوانی ۴ برابر بیشتر احتمال دارد که درباره مشکلات سلامتی نسبت به افراد بدون ناتوانی گزارش دهند (آلتمن و برنشتاین، ۲۰۰۸). برخی افراد بابت وضعیت ناتوان کننده (به عنوان مثال سندروم داون) با ناتوانی متولد میشوند یا شرایطی را در اوایل زندگی نشان میدهند (مثل اوتیسم، اختلال دو قطبی)، در حالی که برخی دیگر از طریق آسیب دیدگی (به عنوان مثال آسیب نخاعی) یا یک وضعیت مزمن (برای مثال از دست دادن اندامی به دلیل دیابت) دچار ناتوانی می‌شوند. افراد دیگری نیز در مراحل بعدی زندگی دچار ناتوانی می‌شوند (به عنوان مثال زوال عقل، ناتوانی در تحرک مبتنی بر سن). نیازهای سلامتی افراد با ناتوانی با توجه به نوع محدودیت (حرکتی یا شناختی) و براساس شرایط ناتوانی (به عنوان مثال اسپینابیفیدا، سندروم داون) متفاوت است. از نظر برخی افرادی مانند آنهایی که از طریق آسیب بدنی و جراحی دچار ناتوانی می‌شوند، ماهیت ناتوانی‌شان را می‌توان براساس وضعیت سلامتی شان به آسانی تشخیص داد در حالی که در افراد دیگر وضعیت سلامتی‌شان به طور مستقیم منجر به ناتوانی‌شان می‌شود (برای مثال دیابت منجر به از دست دادن اندام و از دست دادن بینایی می‌شود). نژاد، قومیت، سن، زبان، جنسیت، فقر و تحصیلات پایین می‌تواند به تأثیر ناتوانی بیفزاید و حتی منجر به سلامت و کیفیت زندگی پایین‌تر شود (به نقل از کراهن، ۲۰۱۵). تحقیقات در این زمینه بر این موضوع صحه گذاشته‌اند.

ابزار

پرسش‌نامه چندبعدی رابطه خود و بدن: این مقیاس توسط کش در سال ۲۰۰۰ برای اندازه‌گیری سطوح مختلف رضایت‌مندی و نارضايت‌مندی تصویر بدنی ساخته شده است و شامل ۴۶ گویه و ۱۰ خرده‌مقیاس است. اعتبار خرده‌مقیاس‌ها بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تا ۰/۹۱ برای مردان و ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برای زنان به‌دست آمده است. پایایی آزمون با انجام بازآزمون با فاصله یک ماه برای مردان ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ و برای زنان ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (باقری‌پور، ۱۳۸۷). همچنین در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۱ محاسبه شده است که مطلوب و قابل قبول است.

رضایت از زندگی: مقیاس رضایت از زندگی، توسط داینر، امونز، لارسن و گریفین (۱۹۸۵) تهیه شده است. این مقیاس دارای ۵ ماده است و هر ماده در یک طیف هفت درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۷) نمره گذاری شده است (سعادت-خواه، سجادیان و قمرانی، ۱۳۹۶). در پژوهش شیخی و همکاران (۱۳۸۹) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و بازآزمایی کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۷ گزارش شده است و روایی همگرا و واگرای پرسش‌نامه نیز مطلوب است (شیخی، ۱۳۸۹). همچنین در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۸ محاسبه شده است که مطلوب و قابل قبول است.

پرسش‌نامه امید: این پرسش‌نامه توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) طراحی شد و به‌صورت خودسنجی اجرا می‌شود. شواهد اولیه در مورد پایایی و روایی این آزمون توسط اشنایدر و همکاران فراهم شده است. آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی آن در یک دوره ۱۰ هفته‌ای ۰/۸۰ به‌دست آمده است. در مطالعات ایرانی ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد. ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و بازآزمایی کل پرسش‌نامه به ترتیب

۰/۷۶ و ۰/۷۵ گزارش شده است و روایی همگرا و واگرای پرسش‌نامه نیز مطلوب گزارش شده است (به نقل از کریمی، ۱۳۹۱). همچنین در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۰ محاسبه شده است که مطلوب و قابل قبول است.

پرسش‌نامه سلامت عمومی: این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۲) ساخته شده است، نسخه ۲۸ سؤالی این پرسش‌نامه دارای ۴ خرده‌مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی است که از مجموع ۴ خرده‌مقیاس یک نمره کل به‌دست می‌آید. سؤال ۱ تا ۷ علائم جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ اضطراب، سؤال ۱۵ تا ۲۱ اختلال در عملکرد، و سؤال ۲۲ تا ۲۸ افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از صفر تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌نامه سلامت عمومی برای بررسی اختلال‌های روانی در جمعیت عمومی ساخته شده است. هر سؤال دارای چهار گزینه است که حداقل امتیاز صفر برای پاسخ به گزینه خیر و حداکثر امتیاز چهار برای پاسخ به گزینه بسیار زیاد در نظر گرفته شده است. مطالعات اعتباریابی این پرسش‌نامه حاکی از روایی و پایایی زیاد این پرسش‌نامه است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حساسیت این پرسش‌نامه برابر ۰/۸۶ و ویژگی‌های آن برابر ۰/۸۲ است (به نقل از بخشایش، بهمنی و کمالی، ۱۳۹۱). ضریب بازآزمایی کرونباخ در مطالعه بخشایش و همکاران (۱۳۹۱) ۰/۸۸ به‌دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۳ محاسبه شده است که مطلوب و قابل قبول است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی به تجزیه و تحلیل و تبیین فرضیات پرداخته شد. جهت بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون کشیدگی و چولگی و جهت تبیین فرضیات از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است.

یافته‌ها

نمونه حاضر شامل تعداد ۵۶ زن و ۵۵ مرد هستند. همچنین از لحاظ تحصیلات تعداد ۵۵ نفر زیر دیپلم، ۲۷ نفر دیپلم، ۴ نفر فوق دیپلم، ۱۹ نفر لیسانس و ۶ نفر فوق لیسانس هستند. همچنین تعداد ۱۲ نفر زیر ۲۰ سال، ۲۹ نفر بین ۲۱ تا ۳۰ سال، ۳۲ نفر بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۲۱ نفر بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۷ نفر بیش از ۵۱ سال داشته‌اند.

از پیش فرض‌های آزمون رگرسیون و همبستگی توزیع طبیعی داده‌هاست که در جدول ۱ این موضوع آزمون و نتایج گزارش شده است. برای بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرها از آزمون چولگی و کشیدگی استفاده شد. در جدول ۱ چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش گزارش شده اند.

جدول ۱. چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیر	چولگی	کشیدگی
ارزشیابی قیافه	-۰/۱۸	-۰/۳۹
جهت گیری قیافه	-۰/۶۳	۰/۵۵
رضایت از نواحی بدن	۰/۳۰	-۰/۰۵
اشتغال ذهنی به اضافه وزن	-۰/۰۱	-۰/۸۵
وزن ذهنی	-۰/۱۵	-۰/۶۴
تصویر بدنی	-۰/۲۹	۰/۲۰
رضایت از زندگی	-۰/۴۸	-۰/۶۵
راه	-۰/۸۷	۰/۲۳
انگیزش	-۰/۳۷	۰/۲۰
امید	-۰/۱۶	۰/۱۳
علائم جسمانی	۰/۶۲	-۰/۳۸
علائم اضطرابی	۰/۷۷	۰/۱۳
کارکرد اجتماعی	۰/۱۱	۰/۳۰
علائم افسردگی	۰/۴۲	۰/۳۲
سلامت روانی	۰/۰۱	۰/۷۴

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و همچنین ماتریس همبستگی پیرسون رابطه مؤلفه‌های تصویر بدنی، رضایت از زندگی، امید و سلامت روانی گزارش شده است.

با توجه به جدول ۱ قدر مطلق چولگی و کشیدگی برای تمامی متغیرها کمتر از ۱ است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها طبیعی است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک مانند همبستگی پیرسون یا رگرسیون خطی برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده کرد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی رابطه بین مؤلفه‌های تصویر بدنی، رضایت از زندگی، امید و سلامت روانی

شماره	متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱	ارزشیابی قیافه	۲۳/۲۸	۵/۹۸	۱							
۲	جهت گیری قیافه	۴۶/۵۰	۶/۴۱	۰/۳۱**	۱						
۳	رضایت از نواحی بدن	۳۰/۵۶	۵/۹۹	۰/۶۷**	۰/۲۵**	۱					
۴	اشتغال به اضافه وزن	۱۲/۵۱	۳/۱۰	۰/۲۶**	۰/۲۴*	۰/۱۳	۱				
۵	وزن ذهنی	۶/۲۲	۲/۱۵	۰/۰۸	۰/۱۷	۰/۱۶	۰/۱۹*	۱			
۶	رضایت از زندگی	۱۲۰/۰۹	۱۵/۹۹	۰/۳۶**	۰/۰۷	۰/۲۵**	۰/۱۲	۰/۳۱**	۱		
۷	امید	۱۹/۵۴	۶/۶۰	۰/۳۸**	۰/۰۹	۰/۳۴**	۰/۱۷	۰/۳۵**	۰/۴۹**	۱	
۸	سلامت روانی	۴۸/۴۵	۱۱/۶۰	۰/۳۴**	۰/۰۷	۰/۳۴**	۰/۲۲*	۰/۳۲**	۰/۴۳**	۰/۴۴**	۱

*p<0.05, **p<0.01

تصویر بدنی مطلوب رابطه مثبتی با رضایت از زندگی، امید و سلامت روانی افراد دارد.

برای پیش‌بینی رضایت از زندگی، امید و سلامت روانی از روی مؤلفه‌های تصویر بدنی، از رگرسیون چندگانه به صورت گام به گام استفاده شد. برای اسن کار مقدار آزمون دوربین واتسون باید بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد که در جدول ۳ نشان داده شده است. همچنین برای پیش‌بینی رضایت از زندگی از روی مؤلفه‌های تصویر بدنی، در گام اول ارزشیابی قیافه و در گام دوم وزن ذهنی وارد معادله شده و معنی‌داری خود را در طی این دو گام حفظ نمودند. بقیه متغیرها چون به سطح معنی‌داری نرسیدند، از معادله حذف شدند. در جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون گزارش شده‌اند.

با توجه به جدول ۲ رابطه ارزشیابی قیافه (۰/۳۶)، رضایت از نواحی بدن (۰/۲۵) و وزن ذهنی (۰/۳۱) با رضایت از زندگی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. رابطه ارزشیابی قیافه (۰/۳۸)، رضایت از نواحی بدن (۰/۳۴) و وزن ذهنی (۰/۳۵) با امید مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. همچنین رابطه ارزشیابی قیافه (۰/۳۴)، رضایت از نواحی بدن (۰/۳۴)، اشتغال به اضافه وزن (۰/۲۲) و وزن ذهنی (۰/۳۲) با سلامت روانی منفی و معنی‌دار است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که هر چقدر افراد ارزشیابی مطلوبی از وزن ذهنی و قیافه خود داشته باشند و همچنین از نواحی بدن خود رضایت داشته باشند، به همان نسبت رضایت از زندگی، امید و سلامت روان بیشتری خواهند داشت. به طور کلی می‌توان گفت که

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون پیش‌بینی رضایت از زندگی از روی مؤلفه‌های تصویر بدنی

P	T	β	P	F	ΔR^2	R ²	R	دوربین واتسون	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	۳/۹۹	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۶/۷۶	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۳۶	۱.۹۲	ارزشیابی قیافه
۰/۰۰۱	۳/۳۰	۰/۲۸	۰/۰۰۱	۱۴/۵۹	۰/۰۸	۰/۲۱	۰/۴۶	۱.۸۴	ارزشیابی قیافه و وزن ذهنی

گفت که با افزایش ارزشیابی قیافه و وزن ذهنی، میزان رضایت از زندگی افراد نیز افزایش می‌یابد. برای پیش‌بینی امید از روی مؤلفه‌های تصویر بدنی، در گام اول ارزشیابی قیافه و در گام دوم وزن ذهنی وارد معادله شده و معنی‌داری خود را در طی این دو گام حفظ نمودند. بقیه متغیرها چون به سطح معنی‌داری نرسیدند از معادله حذف شدند. در جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون گزارش شده است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های تصویر بدنی در مجموع ۲۱ درصد نمره رضایت از زندگی را تبیین می‌کنند. ارزشیابی قیافه ۱۳ درصد و وزن ذهنی نیز ۸ درصد از تغییرات رضایت از زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که افزایش یک انحراف معیار در ارزشیابی قیافه (۰/۳۴) و در وزن ذهنی (۰/۲۸) انحراف معیار تغییرات رضایت از زندگی، را پیش‌بینی می‌کند. با توجه به این یافته‌ها می‌توان

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون پیش‌بینی امید از روی مؤلفه‌های تصویر بدنی

P	T	β	p	F	ΔR^2	R ²	R	دوربین واتسون	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	۴/۲۸	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۱۸/۸۵	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۳۸	۱.۸۱	ارزشیابی قیافه
۰/۰۰۱	۳/۸۶	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۱۸/۱۲	۰/۱۰	۰/۲۵	۰/۵۰	۱.۷۴	ارزشیابی قیافه و وزن ذهنی

درصد و وزن ذهنی نیز ۱۰ درصد از تغییرات امید را پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به جدول فوق، تغییر یک انحراف معیار در اندازه ارزشیابی قیافه (۰/۳۵) و در

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۴ می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های تصویر بدنی در مجموع ۲۵ درصد نمره امید را تبیین می‌کنند. ارزشیابی قیافه ۱۵

گام دوم وزن ذهنی وارد معادله شده و معنی‌داری خود را در طی این دو گام حفظ نمودند. بقیه متغیرها چون به سطح معنی‌داری نرسیدند، از معادله حذف شدند. در جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون گزارش شده‌است.

وزن ذهنی (۰/۳۲) انحراف معیار در امید تغییر ایجاد می‌کند. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که با افزایش ارزشیابی قیافه و وزن ذهنی، میزان امید افراد افزایش می‌یابد.

برای پیش‌بینی سلامت روانی از روی مؤلفه‌های تصویر بدنی، در گام اول رضایت از نواحی بدن و در

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون پیش‌بینی سلامت روانی از روی مؤلفه‌های تصویر بدنی

P	T	B	P	F	ΔR2	R2	R	دوربین واتسون	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	-۳/۳۳	-۰/۲۹	۰/۰۰۱	۱۳/۹۸	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۳۴	۱.۵۹	رضایت از نواحی بدن
۰/۰۰۲	-۳/۱۴	-۰/۲۷	۰/۰۰۱	۱۲/۵۱	۰/۰۸	۰/۱۹	۰/۴۳	۱.۵۲	رضایت از نواحی بدن و وزن ذهنی

ارزشیابی قیافه، رضایت از نواحی بدن، وزن ذهنی و تصویر بدنی کل با رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. اما بین ارزشیابی قیافه و اشتغال ذهنی به اضافه وزن با رضایت از زندگی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. به عبارت دیگر با افزایش ارزشیابی قیافه، رضایت از نواحی بدن، وزن ذهنی و تصویر بدنی کل، میزان رضایت از زندگی شرکت‌کنندگان افزایش می‌یابد. یافته حاضر با نتایج پژوهش‌های صوفیانی و همکاران (۱۳۹۶)، تالاپرز و مک‌کب (۲۰۰۲) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که رضایت از زندگی بیشتر به ویژگی‌های شخصی مان وابسته است. خوشحالی گاهی با احساسات خوش‌بینانه و هدف‌دار همراه است. عوامل مختلفی وجود دارند که می‌توانند رضایت از زندگی را تحت‌الشعاع قرار دهند، یکی از مهم‌ترین عواملی که باعث رضایت از زندگی افراد با کم‌توانی می‌شود نگرش این افراد به نوع کم‌توانی‌شان است. آنچه می‌تواند موجب تفاوت زندگی افراد شود، نگرش آنها به شرایط زندگی خودشان است. کم‌توانی باعث ایجاد نگرانی در مورد تصویر بدن در افراد گشته و این امر باعث مشکلات زیادی از جمله عدم رضایت از ظاهر جسمانی و حتی دید منفی نسبت به اندام فیزیکی می‌شود و افراد دارای مشکلات جسمی-حرکتی دچار یک ارزیابی منفی نسبت به شرایط به وجود آمده می‌شوند که همین عامل نیز می‌تواند رضایت از

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۵ می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های تصویر بدنی در مجموع ۱۹ درصد نمره سلامت روانی را تبیین می‌کنند. رضایت از نواحی بدن ۱۱ درصد و وزن ذهنی نیز ۸ درصد از تغییرات سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به جدول فوق تغییر یک انحراف معیار در رضایت از نواحی بدن (۰/۲۹) انحراف معیار و وزن ذهنی (۰/۲۷) انحراف معیار در سلامت روانی، تغییر معکوس پیش‌بینی می‌کند. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که با افزایش رضایت از نواحی بدن و وزن ذهنی، میزان سلامت روانی افراد افزایش می‌یابد. با توجه به اینکه نمره‌های بیشتر در مقیاس سلامت روانی به معنای سلامت روانی کمتر است، بنابراین این رابطه به صورت معکوس تفسیر می‌شود. یعنی با افزایش رضایت از نواحی بدن و وزن ذهنی، نمره مقیاس سلامت روانی کاهش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش تصویر بدنی در رضایت از زندگی، امید، و سلامت روانی در افراد با ناتوانی‌های جسمی-حرکتی انجام شد. یافته‌های به‌دست آمده نشان داد که بین تصویر بدنی با رضایت از زندگی افراد با ناتوانی‌های جسمی-حرکتی رابطه وجود دارد. با توجه به این یافته، بخشی از فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. یعنی می‌توان گفت که بین

زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (حیدری، مشاک و درویشی، ۱۳۸۹).

همچنین نتایج نشان داد بین تصویر بدنی با امید افراد با ناتوانی‌های جسمی - حرکتی رابطه وجود دارد، بنابراین بخشی از فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود. یعنی می‌توان گفت که بین ارزشیابی قیافه، رضایت از نواحی بدن، وزن ذهنی و تصویر بدنی کل با امید و مؤلفه‌های آن رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد، اما ارزشیابی قیافه رابطه معنی‌داری با امید و مؤلفه‌های آن یعنی راه و انگیزش ندارد. همچنین رابطه اشتغال ذهنی به اضافه وزن با مؤلفه انگیزش معنی‌دار بوده اما با مؤلفه راه و امید کل معنی‌دار نیست. به عبارت دیگر با افزایش ارزشیابی قیافه، رضایت از نواحی بدن، وزن ذهنی و تصویر بدنی کل، میزان امید افراد افزایش می‌یابد. نتایج به دست آمده از این پژوهش با نتایج پژوهش حیدری و قدوسی (۲۰۱۵)، کو و لی (۲۰۱۵)، نقدی و مقدم شاد (۱۳۹۳) بطور ضمنی همسو است. توانایی لذت بردن از زندگی به عنوان یک عامل برای سنجش امید در نظر گرفته می‌شود. لذت بردن از زندگی معمولاً زمانی اتفاق می‌افتد که افراد به صورت درونی نسبت به شرایط و ویژگی‌های خود احساس رضایت عمیق کرده و آن شرایط یا ویژگی‌ها را دوست داشته باشند (نوربالا، ۱۳۸۰). ویژگی مؤلفه امید ترسیم هدف در زندگی، امیدواری نسبت به آینده، خوشبختی و دیگر مؤلفه‌های مثبت در زندگی فردی و اجتماعی، مستلزم داشتن ابتدایی ترین سطوح فعالیت اجتماعی است، قطع شدن بخشی از رشته عصبی نخاعی، بدون شک پیامدهای روانی و جسمانی قابل توجهی را برای فرد مبتلا به دنبال خواهد داشت که آگاه‌سازی افراد دچار ضایعات نخاعی و خانواده‌های آنها در این خصوص امری ضروری است. از دست دادن توانایی‌های حسی و حرکتی در بخش اعظمی از اندام‌های بدن و وابستگی مفرط به دیگران چنان رنجی را بر فرد تحمیل می‌سازد که تنها افراد دچار این ضایعه قادر به درک ابعاد آن خواهند بود و این

عوامل می‌تواند بر کاهش امید افراد با ضایعه نخاعی تأثیر منفی بگذارد. نداشتن امید باعث گوشه‌گیری افراد می‌شود و آنها را از محیط‌ها و فعالیت‌های اجتماعی دور می‌کند که خود این امر نیز می‌تواند در یک چرخه مستمر میزان امید را کمتر کند. این حقیقت را نمی‌توان نادیده گرفت که مؤلفه‌های اصلی ارزیابی مثبت و منفی هر فرد، تحلیل و ارزیابی ذهنی او از شرایط جسمی خود در مقایسه با دیگران است. چنانچه ارزیابی فرد از اوضاع شخصی یا زندگی خود به نتایج منفی منجر شود، این احساس منفی در همان بخش محدود نمی‌ماند و بسیاری از رفتارها و گرایش‌های او به وضعیت فردی و شرایط اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بابایی، ۱۳۹۰). به همین دلیل باعث می‌شود که فرد انگیزه و اشتیاق خود را برای انجام فعالیت‌های آینده از دست بدهد و میزان امید فرد کاهش یابد.

نتایج نشان داد بین تصویر بدنی با سلامت روانی افراد با ناتوانی‌های جسمی - حرکتی رابطه وجود دارد، و به این ترتیب بخشی از فرضیه سوم نیز تأیید می‌شود. یعنی می‌توان گفت که بین ارزشیابی قیافه، رضایت از نواحی بدن، اشتغال ذهنی به اضافه وزن، وزن ذهنی و تصویر بدنی کل با سلامت روانی رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. اما ارزشیابی قیافه رابطه معنی‌داری با سلامت روانی افراد ندارد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که با افزایش ارزشیابی قیافه، رضایت از نواحی بدن، اشتغال ذهنی به اضافه وزن، وزن ذهنی و تصویر بدنی کل، میزان سلامت روانی افراد افزایش می‌یابد. البته باید توجه داشت که کسب نمره بیشتر در پرسش‌نامه سلامت روانی (۲۸ سوالی) به معنای سلامت روانی کمتر است. یعنی با افزایش اشتغال ذهنی به وزن، نمره اضطراب و سایر مؤلفه‌های سلامت روان افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش رن و همکاران (۲۰۱۸)، فاهمی و همکاران (۲۰۱۸)، یزدانی و همکاران (۲۰۱۸) هماهنگ است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که عوامل متعددی

۰/۲۱ از واریانس متغیر ملاک را تبیین و پیش‌بینی می‌کنند، یعنی متغیرهای پیش‌بین ۲۱ درصد نمره رضایت از زندگی را تبیین می‌کنند.

در فرضیه پنجم تصویر بدنی می‌تواند امید را پیش‌بینی کند. بر اساس یافته‌های تحلیل رگرسیون می‌توان نتیجه گرفت که مجموع متغیرهای پیش‌بین ۲۵ درصد نمره امید را تبیین می‌کنند. ارزشیابی قیافه ۱۵ درصد و وزن ذهنی نیز ۱۰ درصد از تغییرات امید را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته نشان می‌دهد که این دو متغیر به صورت معنی‌داری قادر به پیش‌بینی امید هستند. زیبایی برای افراد، ملاک بسیار مهمی به حساب می‌آید. به‌خصوص در جوانان، افراد زیادی هستند که به زیبایی خود اهمیت فراوانی می‌دهند. کسانی که دچار مشکلات جسمی - حرکتی هستند، تنها یک ناراحتی گذرا ندارند، این بیماری می‌تواند کل زندگی این افراد را تحت‌تأثیر قرار دهد، گاهی اوقات ممکن است فرد آسیب‌دیده خود را در خانه حبس کند. در مراحل پیشرفته‌تر این مشکل، افراد حتی به دلیل نارضایتی از شرایطشان، در موقعیت‌های اجتماعی ظاهر نمی‌شوند و تحصیل، کار یا هر پیشرفت دیگری را قربانی این تصور می‌کنند. این افراد با قرار گرفتن در جمع دچار اضطراب شدید می‌شوند (رضویه، معین و هلولی اصل، ۱۳۸۹). و تمامی این موارد می‌تواند رضایت از زندگی را بطور مستقیم و غیرمستقیم تحت‌تأثیر قرار دهد.

امید متوسط سال‌هایی است که فرد انتظار دارد، زندگی کند. پیشرفت علم در زمینه‌های مختلف صنعتی، کشاورزی و پزشکی در چند دهه اخیر نقش بسیار مؤثری در ارتقای سطح کیفیت زندگی و به دنبال آن افزایش طول عمر انسان‌ها ایفا کرده است. این شاخص به عوامل اجتماعی گوناگونی از جمله تحصیلات، شغل، درآمد، محل زندگی، نوع ارتباط با خویشاوندان و میزان اعتقادات مذهبی بستگی دارد. شغل به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار، بر امید می‌افزاید، اشتغال هر فرد، موجب استقلال اقتصادی او

بر سلامت و بهداشت روان انسان‌ها تأثیرگذار هستند. با وجود جدا نبودن اثرات متقابل عوامل فردی و محیطی، می‌توان یک تقسیم‌بندی کلی از عوامل فردی (شامل عوامل ژنتیکی و فیزیولوژیکی، جنسیت، باورها و اعتقادات فردی، داشتن مهارت‌های زندگی و غیره) و عوامل محیطی (شامل عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، محیط خانوادگی و غیره) مؤثر بر سلامت روان انجام داد. از سوی دیگر وجود بیماری‌هایی از قبیل بیماری‌های قلبی، اضطراب، افسردگی، موقعیت‌هایی که بیکاری زیاد و درآمد پایین است، آموزش محدود است و همچنین در موقعیت‌هایی که استرس زیاد است، تبعیض جنسیتی وجود دارد، سبک زندگی ناسالم است و تخطی از قانون وجود دارد، مشکلات روانی بیشتر و گویای این مسئله است که روان و اجتماع ممکن است اثر متقابلی بر تشدید اثرات رفتار و سلامت داشته باشند (افساری، ۱۳۸۳). بنابراین تصویر بدنی منفی در افراد با مشکلات جسمی - حرکتی می‌تواند بر سلامت روان اثر منفی بگذارد.

این مسئله به نوبه خود سبب مراقبت مفرط، تفسیر منفی رفتار دیگران، رفتار اجتنابی، تلاش برای پوشاندن و مخفی کردن بدن خود، کسب اطمینان و اعمال جبرانی می‌شود. این مسئله سبب تداوم و وخیم‌تر شدن نگرانی شده و شرایط شکل‌گیری اختلال روانی را فراهم می‌آورد و در نتیجه تأثیرات نامطلوبی بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد می‌گذارد.

در فرضیه چهارم تصویر بدنی می‌تواند رضایت از زندگی را پیش‌بینی کند. برای پیش‌بینی رضایت از زندگی از روی مؤلفه‌های تصویر بدنی، در گام اول ارزشیابی قیافه و در گام دوم وزن ذهنی وارد معادله شده و معنی‌داری خود را در طی این دو گام حفظ نمودند. سایر متغیرها چون به سطح معنی‌داری نرسیدند از معادله حذف شدند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در تبیین رضایت از زندگی از روی متغیرهای پیش‌بین، مجموع متغیرهای پیش‌بین

بزرگتر و در فرهنگ‌های مختلف صورت گیرد. همچنین پژوهش‌هایی در مورد دیگر سازه‌های روان‌شناختی انجام شود، تا مشخص شود که آیا کم‌توانی می‌تواند سازه‌های دیگر را تحت‌تأثیر قرار دهد یا خیر. و در نهایت پژوهش حاضر روی سایر گروه‌های افراد با نیاز ویژه اجرا شود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این پژوهش تنها در شهرستان شاهرود اجرا شد که این امر از قابلیت تعمیم‌پذیری پژوهش می‌کاهد چرا که فرهنگ نواحی مختلف با یکدیگر تفاوت دارد. پیشنهاد می‌شود برای رفع این محدودیت، این پژوهش در شهرهای دیگر نیز اجرا شود. عدم همکاری ارگان‌ها برای حضور آزمایشگاه در میان خانواده‌های دارای مشکلات جسمی-حرکتی یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود که پیشنهاد می‌شود با آموزش‌های آگاهی‌دهنده به این ارگان‌ها اهمیت پژوهش برای این ارگان‌ها مشخص شود. عدم تمایل و همکاری شرکت‌کنندگان به پاسخگویی سؤالات خود نشان‌دهنده عدم آگاهی این افراد از تأثیرات این‌گونه پژوهش‌هاست و این امر لزوم آموزش‌های آگاهی-دهنده را برای این افراد نشان می‌دهد. تولید ویدئوهای آموزشی برای افزایش رضایت از زندگی، امید و سلامت روان که به راحتی در دسترس افراد دارای مشکلات جسمی-حرکتی و خانواده‌های آنها قرار بگیرد می‌تواند تا حد زیادی در این زمینه کمک‌کننده باشد.

پی‌نوشت‌ها

1. Life satisfaction
2. Life Expectancy
3. Body image
4. Mental health

منابع

احمدی، ر. (۱۳۹۰). بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان در مادران کودکان اتیستیک. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. ۱۵-۱۹.

می‌شود. داشتن شغل به هر کسی هویت بخشیده و در او اعتماد به نفس به وجود می‌آورد. متأسفانه تعداد زیادی از افراد با مشکلات جسمی-حرکتی، به‌رغم گذراندن دوره‌های تحصیلات عالی و کسب دانش و مهارت لازم، نمی‌توانند به اشتغال مناسب برسند. از آنجایی که افراد دارای مشکلات جسمی-حرکتی به‌خاطر داشتن شرایط جسمانی ویژه در پیدا کردن شغل مناسب دچار مشکل بوده کمتر شغل مناسب خود را پیدا می‌کنند، این مسئله در این افراد به صورت مستقیم می‌تواند میزان امید آنها را تحت‌تأثیر قرار دهد (شریفی، ۱۳۹۱).

در فرضیه ششم تصویر بدنی می‌تواند سلامت روان را پیش‌بینی کند. بر اساس نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که در تبیین سلامت روانی از روی متغیرهای پیش‌بین، مجموع متغیرهای پیش‌بین ۱۹ درصد نمره سلامت روانی را تبیین می‌کنند. رضایت از نواحی بدن ۱۱ درصد و وزن ذهنی نیز ۸ درصد از تغییرات سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کنند. میزان F مشاهده‌شده برای متغیرهای پیش‌بین در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که این دو متغیر به صورت معنی‌داری قادر به پیش‌بینی سلامت روانی هستند. نوع برقراری ارتباط با اطرافیان و خویشاوندان در داشتن سلامت روان در افراد تأثیرگذار است، یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روانی افراد یک جامعه نحوه و سطح برقراری ارتباط میان اعضای آن جامعه است. اما افراد با ناتوانی‌های جسمی-حرکتی عموماً به‌خاطر محدودیت‌های جسمی و حرکتی که دارند یا به‌خاطر تجربه احساس شرمندگی به دلیل وضعیت جسمانی‌شان و نگرانی از ارزیابی‌های منفی افراد دیگر با دیگران تعامل زیادی برقرار نمی‌کنند و همین امر می‌تواند به‌طور غیرمستقیم سلامت روانی آنها را تحت‌تأثیر قرار دهد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش پیشنهاد می‌شود تا برای اطمینان از تعمیم نتایج به جمعیت خارج از گروه، بررسی مشابه در جمعیت

عسگری، پ.، شباکی، ر. (۱۳۸۹). نقش تصویر بدنی در کیفیت زندگی. رضایت از زندگی. نگرش نقش جنسی و عزت نفس. مجله اندیشه و رفتار، ۱۷، ۹-۱۸.

فکرت، ف. و ابراهیمی نژاد، غ. (۱۳۹۴). ارتباط بین تصویر بدنی و عزت نفس با سازگاری زناشویی. مجله سلامت و تحول، ۱۲، ۲۱-۲۵.
کریمی، ی. (۱۳۹۱). روان‌شناسی اجتماعی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.

بختیاری، م؛ صالحی، م؛ زایری، ف؛ یآوری، پ؛ دلپیشه، ع؛ مباشری، ف؛ و کریملو، م. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی معلولین جسمی- حرکتی با افراد سالم با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-۱۰۰. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۸، ۲، ۶۵-۷۲.

نصیری، ب. (۱۳۹۰). امید و رضایت از زندگی و سلامت روان در میان زنان در جمهوری ترکیه. پژوهش‌نامه زنان، ۸، ۱۲-۱۴.

نقدی، ف؛ و مقدم شاد، م. (۱۳۹۳). امید، شادکامی و رضایت از زندگی در افراد معلول. مجله مطالعات ناتوانی، ۴، ۷، ۸-۱۳.

نوربالا، ا.ع. (۱۳۸۰). بررسی سلامت و بیماری در ایران. رساله دکتری. مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور. تهران.

هالاها، د.پ. و کافمن، ج.م. (۲۰۰۹). معلولیت و موفقیت. انتشارات کتاب سبز. دانش‌آموزان استثنایی. ترجمه مجتبی جوادیان. (۱۳۸۸). به نشر.

Altman, B.M., & Bernstein, A. (2008). *Disability and Health in the United States, 2001-2005*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Bagheri, M., & Mazaheri, M. (2015). Body Image and Quality of Life in Female Patients with Breast Cancer and Healthy Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(1), 285-292.

Brüssow, H. (2013). What is health? *Microbial Biotechnology*, 6, 4, 341-348.

Cash, T.F., Mikulka, P.J & Brow, T. A. (1990). Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the Body Self Relations Questionnaire. *Journal Of personality Assessment*, 55, 035-011.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Fahami, F., Amini-Abchuyeh, M., & Aghaei, A. (2018). The Relationship between Psychological Wellbeing and Body Image in Pregnant Women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23, 3, 167-171.

Grogan, S. (2006). "Body Image and Health: Contemporary Perspectives". *J ourna Health Psychol*. 11(4): 523-30.

Heidari, M., & Ghodusi, M. (2015). The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), 198-202.

افساری، ا. (۱۳۸۳). مطالعه جنبه‌های روان‌شناختی سازگاری پس از ضایعه نخاعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

بابایی، ا. (۱۳۹۰). بررسی نقش تعاملی تصویر بدن وضعیت باروری با تحول روانی-اجتماعی در مردان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

باقری‌پور، ا. (۱۳۸۷). بررسی نقش تعاملی تصویر بدن وضعیت باروری با تحول روانی-اجتماعی در مردان شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

بخشایش، ح.، بهمنی، ف.، کمالی، م. (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه سلامت روان افراد معلول ورزشکار و غیر ورزشکار با نوع معلولیت. مجله علمی- پژوهشی طب جانباز.

برزکار، ا. (۱۳۹۰). ساختار و عملکرد سیستم عصبی-عضلانی. چاپ اول، تهران: انتشارات بهار.

حیدری، ع؛ مشاک، ر؛ و درویشی، ح. (۱۳۸۹). مقایسه خودآثر بخشی، احساس تنهایی، ترس از موفقیت و رضایت‌مندی از زندگی دانشجویان معلول جسمی-حرکتی. مجله یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۴، ۱۰، ۷-۲۶.

دانشمندی، ط؛ و آخوندی، ن. (۱۳۹۵). رابطه بین امید به زندگی با کیفیت زندگی معلول جسمی- حرکتی. سومین کنفرانس جهانی روان‌شناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم، شیراز، با همکاری مشترک موسسه آموزش عالی علامه خویی، دانشگاه زرقان-واحد پژوهش دانش پژوهان همایش آفرین.

رضویه، ا؛ معین، ل؛ و هلولی اصل، ف. (۱۳۸۹). نقش ویژگی‌های شخصیتی و رضایت زناشویی بر رضایت شغلی کارکنان متأهل بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر شیراز. فصلنامه زن و جامعه، ۱، ۱۷-۱.

سعادت‌خواه، ش؛ سجادیان، ا؛ و قمرانی، ا. (۱۳۹۶). رضایت از زندگی در سالمندان بازنشسته: نقش آبدیدگی و شخصیت اصیل. مجله روان‌شناسی پیری، ۳، ۱۱-۲۰.

شریفی، ر. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین خودکارآمدی عمومی و سلامت روان دانش‌آموزان پایه سوم مقطع متوسطه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

شیخی، م.، هومن، ح.، احدی، ح. و سپاه منصور، م. (۱۳۸۹). مشخصه‌های روانسنجی مقیاس رضایت از زندگی. فصلنامه تازه‌های روان‌شناسی صنعتی/سازمانی، ۱۰۴، ۱۷-۲۵.

صادقی، م. (۱۳۹۴). رابطه تشابه ویژگی‌های شخصیتی زوجین و رضایت زناشویی. مجله روان‌شناسی معاصر، ۳۱، ۵۷-۶۶.

صوفیانی، ل؛ بانده قراملکی، ح؛ و عزتی، م. (۱۳۹۶). بررسی نظریه ذهن و تصویر بدنی افراد معلول جسمی حرکتی و عادی. مجله مطالعات ناتوانی، ۷، ۱-۶.

طاهری بازخانه، ص؛ کریم‌زاده، م؛ و تحصیلی، ح. (۱۳۹۴). بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر امید به زندگی در ایران. مجله ۲-۱، ۹۴-۷

- Hussain, A. (2006). Self Concept of Physically Challenged Adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 32(1), 43-46.
- Ko, S.H., & Lee, C.S. (2015). Structural Relationship between Self-esteem, Appearance Management Behavior, Body Image, Interpersonal Relationship and Hope of Adults Workers. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(8), 783-789.
- Koma, M., Tok, S, Canpolat, A. M., & Catikkas, F. (2001). Body Image Satisfaction and Dissatisfaction, Social Physique Anxiety, Self-Esteem, and Body Fat Ratio in Female Exerciser and Nonexerciser. *Social Behavior and Personality*, 38(4), 561-570.
- Krahn, G.L. (2015). Persons with Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population. *American Public Health*. 105, Suppl 2, S198-S206.
- Naz, S. (2015). Relationship of Life Satisfaction and Job Satisfaction among Pakistani Army Soldiers. *Journal of Business Research*, 7(1), 7-25.
- Noh, J., Dae Kwon, Y., Park, J., Oh, I., & Kim, J. (2016). Relationship between Physical Disability and Depression by Gender: A Panel Regression Model. *PLoS One*, 11, 11, e0166238.
- Ren, L., Xu, Y., Guo, X., Zhang, J., Wang, H., Lou, X., Liang, J., and Tao, F. (2018). Body image as risk factor for emotional and behavioral problems among Chinese adolescents. *BMC Public Health*. 18, 1179.
- Roberto, C.A., Kawachi, I. (2015). *Behavioral economics and public health*. 1st Ed New York: Oxford University Press, P: 384.
- Taleporos, G., & McCabe, M.P.(2002). Body image and physical disability - Personal perspectives. *Social Science & Medicine*, 54,6,971-80.
- Yazdani, N., Hosseini, S.V., Amini, M., Sobhani, Z., Sharif, F., & Khazraei, H. (2018). Relationship between Body Image and Psychological Well-being in Patients with Morbid Obesity. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 6(2), 175-184.

