نقش تصویر بدنی و خودپنداره در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا

دکتر اکبر عطادخت[۱]، دکتر عیسی جعفری[۲]، دکتر حمید کمرزرین[۳]، میثم حیاتی[۴]، صدیقه مهری[۵]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۸/۱ تجدیدنظر: ۱۳۹۵/۱۱/۲۰
پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۴/۶

چکیده

هدف: این مطالعه با هدف بررسی نقش تصویر بدنی و خودپنداره در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا انجام شد. **روش:** روش مورد استفاده در این پژوهش از نوع علّی مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری شامل کلیه دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا بود که در ۶ ماهه دوم سال ۹۲ در مدارس راهنمایی شهر تهران مشغول به تحصیل بودند. تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ نابینا و ۵۰ ناشنوا) از این دانش‌آموزان به‌صورت تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و در محل مدرسه به پرسش‌نامه‌های تصویر بدنی، خودپنداره و افسردگی، اضطراب و استرس (دی‌ای‌اس‌اس-۲۱) پاسخ دادند. نتایج با استفاده از ابزارهای آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه نابینایان و ناشنوایان از لحاظ متغیرهایی مانند مؤلفه‌های سلامت روان یعنی افسردگی، اضطراب و استرس و همچنین تصویر بدنی و خودپنداره تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P≤۰/۰۵) و افسردگی، اضطراب و استرس نابینایان بیشتر از ناشنوایان بود (P≤۰/۰۵). همچنین نتایج نشان داد که مدل پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی از روی متغیرهای تصویر بدنی و خودپنداره در دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا معنی‌دار بود (p≤۰/۰۱) و ۰/۳۳ از کل واریانس اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان نابینا و ۰/۴۵ از کل واریانس اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان ناشنوا به وسیله متغیرهای تصویر بدنی و خودپنداره تبیین شد. **نتیجه‌گیری:** این مطالعه تلویحاتی را برای استفاده از مداخلات مبتنی بر تصویر بدنی و خودپنداره در جهت ارتقای سلامت روانی نابینایان و ناشنوایان به دنبال دارد.

واژه‌های کلیدی: *تصویر بدنی، خودپنداره، اختلالات روان‌شناختی، نابینا، ناشنوا*

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. **نویسنده مسئول:** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور ، تهران، ایران
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۴. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران ، ایران
۵. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

The Role of Body Image and Self-Concept in Predicting Psychological Disorders among Blind and Deaf Students

Akbar Atadokht, Ph.D.[1], Esa Jafari, Ph.D.[2], Hamid Kamarzarin, Ph.D.[3], Meisam Haiati, M.A.[4], Sedighe Mehri, M.A.[5]

Received: 10. 22. 2016 Revised: 02. 08. 2017
Accepted: 06.27.2017

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the role of body image and self-concept in predicting psychological disorders among blind and deaf students. **Method:** The study population of this causal-comparative study consisted of all blind and deaf students enrolled in secondary schools in Tehran, Iran, in the second half of 2013. One-hundred students (50 blind and 50 deaf) were selected by multistage random cluster sampling and completed questionnaires on body image and self-concept in addition to Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). Results were analyzed using Pearson correlation and multivariate regression. **Results:** Results revealed that the two groups significantly differed in terms of mental health components, including depression, anxiety, and stress, together with body image and self-concept (p≤0.05), with depression, anxiety, and stress being higher in blind students. Based on the results, the model significantly predicted psychological disorders from body image and self-concept in blind and deaf students (p≤0/05), and 0.33 and 0.45 of the total variance of psychological disorders in blind and deaf students, respectively, were explained by body image and self-concept. **Conclusion:** This study has implications for the use of body image and self-concept-based interventions to promote mental health in blind and deaf individuals.

Keywords: *Body image, Self-concept, Psychological disorders, Blind, Deaf*

1. Associate Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University. Tehran, Iran Email:esa_jafary@yahoo.com
3. Assistant Professor, School of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
4. M.A. in Rehabilitation Counseling, University of Allameh Tabatabai, Tehran, Iran.
5. M.A. in Rehabilitation Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

مقدمه

معلولیت پدیده‌ای ناخواسته و دشوار است که به‌ناگزیر تعدادی از انسان‌ها در بخشی از زندگی و یا در تمامی عمر خود به آن دچار می‌شوند. هرچند تعدادی از نقص‌ها از هنگام تولد وجود دارند، اما سایر موارد در هر سنی ممکن است اتفاق بیفتد (داورمنش، ۲۰۰۷). ناتوانی یا معلولیت اغلب به‌عنوان یک بیماری جسمی، ذهنی و روانی تعریف شده است که فعالیت‌های فرد را محدود می‌کند (مونت، ۲۰۰۷). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲ میلادی اعلام کرد که حدود ۴۵ میلیون نفر در جهان نابینا وجود دارد که ۹۰ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. همچنین بر اساس تخمین‌های جهانی حدود ۱/۵ درصد از افراد جامعه را ناشنوایان و کم‌شنوایان تشکیل می‌دهند و از هر ۱۰ هزار کودک متولد شده، ۲ کودک افت شنوایی شدید پایدار حسی–عصبی دارد (کریمی درمنی، ۱۳۹۰). در واقع، نابینایی شایع‌ترین معلولیت حسی است (ملکی‌تبار، خوش‌کنش و خدابخشی‌کولایی، ۲۰۱۲). نابینایی عبارت است از بدکاری عصب چشمی یا بینایی که مانع از دیدن بهنجار فرد می‌شود. وقتی فردی نمی‌تواند حداقل با یک چشم به‌گونه‌ای بهنجار ببیند، دارای نقص بینایی است. می‌توان گفت بدون بینایی، ادراک و تفکر از خود و افراد پیرامون بسیار متفاوت خواهد بود (بیرد، مای‌فیلد و بارکر، ۱۹۹۷). همین امر می‌تواند به مشکلات عاطفی و اجتماعی مانند عدم‌سازگاری، عدم فعالیت، فقدان علاقه به دیگران، افسردگی و خودپنداره پایین در آنها منجر شود (ملکی‌تبار، خوش‌کنش و خدابخشی‌کولایی، ۱۳۹۰). یکی دیگر از معلولیت‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر، ناشنوایی است. تایلور و استرنبرگ (۲۰۱۲) و مورس (۲۰۰۰) شنوایی را یکی از مهم‌ترین حواس آدمی می‌دانند که بدون آن بسیاری از سازگاری‌های انسان با محیط دستخوش اختلال و تأخیر در تحول فرآیندهای ذهنی می‌شود. در افراد کم‌شنوا و ناشنوا به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مطلوب و احساس بی‌کفایتی، احتمال ابتلا به اختلالات روان‌شناختی افزایش می‌یابد. همچنین کم‌شنوایی منجر به کاهش کیفیت زندگی، گوشه‌گیری، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و احساس طرد شدن می‌شود (کوشانلگر و همکاران، ۲۰۰۷). نکته مهم این است که کودکان نابینا و ناشنوا اگرچه به اختلالات حسی دچار هستند، ولی وضعیت روانی آنان متفاوت است و هرکدام عوارض روانی مخصوص به خود را دارند. معمولاً کودکان نابینا در فاصله ۶ ماهگی تا ۲ سالگی دچار فعالیت بیش از حد و بعد از آن دچار فقدان هیجان، لاقیدی، بی‌رغبتی و بالاخره افسردگی می‌شوند و به علت مشکلات خاص خود، در معرض خطر خستگی و ضعف روانی قرار دارند؛ ولی ناراحتی شدید روانی در آنها کمتر به چشم می‌خورد زیرا برخورد جامعه نسبت به نابینایان اغلب به‌صورت ترحم صورت می‌گیرد، لذا نابینایان اغلب سازش با محیط را به‌طور نسبتاً عادی برقرار می‌کنند. با آنکه جامعه به اختلالات شنوایی کمتر از اختلالات بینایی اهمیت می‌دهد با این حال، آثار روانی مبتلایان به اختلات شنوایی به مراتب بیشتر از آثار روانی مبتلایان به اختلالات بینایی است. کودکان ناشنوا بیشتر در معرض اختلالات روانی قرار دارند و حتی ثابت شده که خودکشی در ناشنوایان به مراتب بیشتر از نابینایان است. در زمینه فردی موجب انزواطلبی، بدبینی و در زمینه تحصیلی موجب تنبلی غیرواقعی و عقب‌افتادگی‌های کاذب تحصیلی می‌شود. همچنین اختلالات روانی مبتلایان به کری نسبی، ممکن است به‌صورت واکنش‌های پسیکوتیک (هذیان و توهمات گوناگون)، واکنش‌های نوروتیک (افسردگی، اضطراب) و اختلالات رفتاری مانند دزدی، دروغگویی، فرار، مخالفت و طغیان تظاهر نماید (میلانی‌فر، ۱۳۹۱).

با توجه به مباحث مطرح شده، یکی از علل مرتبط با اختلالات روان‌شناختی تصویر بدنی است. کاش و اسمولاک (۲۰۱۱) تصویر بدن را ادراک ذهنی یا عقیده در مورد ظاهر می‌دانند. بروزکوسکی و بایر

(۲۰۰۵) عقیده دارند تصویر بدنی، بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمانی و ادراکی نسبت به آنها را دربر می‌گیرد. نوجوانان مبتلا به اختلالات بینایی و معلولیت‌های دیگر از جمله ناشنوایانی که در سنین رشد هستند، ممکن است مشکلات مربوط به تصویر بدنی مثبت را با خود به همراه داشته باشند (شپارد، ایزر و کینگستن، ۲۰۰۵). همچنین، طبق تحقیقات صورت گرفته نوجوانی دوره‌ای است که در طی آن اهمیت به ظاهر فیزیکی پیش‌شرط خوبی برای تأیید اجتماعی از سوی همسالان است (ورثیم و پاکستن، ۲۰۱۱). اما نارضایتی از بدن سبب تجربه افکار منفی و عدم اعتماد به نفس در فرد می‌شود (دیتمار، ۲۰۰۸). و پیامدهایی چون اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی، اختلالات روانی، تضعیف خودپنداره و عزت نفس را در پی دارد (برونل، ۱۹۹۱) و در نهایت منجر به مسائلی نظیر کم‌اشتهایی، پراشتهایی روانی، تغییر نامتعادل وزن، اختلال در خواب، فقدان نیرو و آشفتگی روانی می‌شود که همگی نشانگان اختلال در سلامت عمومی را نشان می‌دهد (پاشا، نادری و اکبری، ۱۳۸۷). از طرفی، نوجوانانی که از بدن خود راضی هستند سطوح بالاتری از اعتماد به نفس را تجربه می‌کنند (هارتر، ۱۹۹۹) و به‌طور کلی احساس مثبت و خوب بودن را دارند (کلسای، هازل و وامبلت، ۲۰۰۵). درواقع می‌توان گفت ظاهر یکی از بخش‌های بسیار مهم خودپنداره محسوب می‌شود (رقیبی و میناخانی،۱۳۹۰). چرا که بدن قابل مشاهده‌ترین قسمت خود و خودآگاهی فرد است (کاش، ۲۰۰۴).

خودپنداره شیوه‌ای است که انسان‌ها درباره خود فکر می‌کنند. این تصویر ذهنی شخص تحت تأثیر هویت شخص، خودارزشی، تصور بدنی و نقش‌های اجتماعی او است (بتاچارژ، ۲۰۱۳). خودپنداره با اعتقادات، ارزش‌ها، رغبت‌ها، استعدادها و توانایی‌های فرد ارتباط دارد (بونگ و اسکالویک، ۲۰۰۳). آگاهی فرد معلول نسبت به بدن خود و تصویر ذهنی که نسبت به آن دارد، در شکل‌گیری خودآگاهی تأثیر مهمی دارد. بعد از تشکیل خودآگاهی و شناخت تصویر ذهنی از بدن، فرد معلول یا نسبت به خود احساس مطلوبی دارد که در این صورت فرد دارای حرمت ذات و احترام و ارزش نسبت به خود است و معلولیت خود را تنها یک محدودیت می‌داند و یا احساس حقارت و نامطلوبی نسبت به خود دارد که در این صورت فرد، معلولیتش را یک نقص جدی می‌داند و از انظار مخفی می‌کند (گل محمدی، ۱۹۹۵). از نظر مک‌کیب و ریکاردلی (۲۰۰۴) و ریچاردسون (۲۰۰۶) بین تصویر بدنی و خودپنداره رابطه وجود دارد که هر دو بر سلامت روان افراد تأثیرگذار هستند. همچنین کیمبل و همکاران (۱۹۹۶) به این نتیجه رسیدند افرادی که دارای خودپنداره واضح، تعریف شده و باثبات هستند از سلامت روان‌شناختی بالاتری برخوردارند (به نقل از پاشا، نادری و اکبری، ۱۳۸۷). مطالعه فریزن و هولم کویست (۲۰۱۰) نشان داد افرادی که از ظاهر خود رضایت کافی دارند، بدن خود را به‌صورت کارآمدتر درک می‌کنند و نقایص بدنی خود را می‌پذیرند. اسدی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با هدف بررسی و مقایسه جرأت‌ورزی، اضطراب، افسردگی و فشار روانی در افراد نابینا و بینا به این نتیجه رسیدند که جرأت‌ورزی در افراد نابینا کمتر از افراد بینا است و نابینایان افسرده، اضطراب و فشار روانی بالاتری نسبت به افراد بینا دارند. هالدر و داتا (۲۰۱۲) دریافتند که افراد مبتلا به اختلال بینایی رضایت کمتری از بدن خود نسبت به جمعیت عمومی و همسالان دارند که احتمالاً دلیل آن نقص در بینایی است. امینی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود تحت عنوان شناخت اختلالات و مشکلات هیجانی کودکان ناشنوا در مقایسه با کودکان عادی به این نتیجه دست یافتند که تفاوت معناداری در اضطراب، پرخاشگری، افسردگی و سازش‌نایافتگی در دو گروه مشاهده می‌شود. پژوهش ملکی‌تبار و همکاران (۱۳۹۰) با هدف مقایسه خودپنداره و سازگاری

اجتماعی در دانش‌آموزان پسر بینا و نابینای شهر تهران صورت گرفت. نتایج این پژوهش آشکار ساخت که بین دانش‌آموزان بینا و نابینا از لحاظ خودپنداره تفاوتی وجود ندارد. همان‌طور که کودکان رشد می‌کنند عوامل مختلفی بر خودپندارهٔ آنها تأثیرگذار است. از جمله این عوامل می‌توان به خانواده، حمایت مدرسه، اجتماعی و عاطفی اشاره کرد. به نظر می‌رسد با توجه به اینکه نابینایی، معلولیت است، اما در شکل‌گیری خودپنداره، عوامل دیگری نیز مانند آنچه که در بالا اشاره شد، دخیل‌اند. از آنجا که سلامت روان در پاسخ‌دهی اثربخش به موقعیت‌ها، تسهیل رفتار اجتماعی و کارکردها مهم است و با توجه به اهمیت موضوع و کمبود مطالعات پژوهشی در این زمینه روی افراد استثنایی، پژوهش حاضر درصدد است تا نقش تصویر بدنی و خودپنداره را در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا بررسی کند.

روش

با توجه به هدف پژوهش، روش این مطالعه علّی-مقایسه‌ای از نوع مقطعی بود و تصویر بدنی و خودپنداره در دو گروه نابینایان و ناشنوایان به‌عنوان متغیر پیش‌بین و سلامت روان دو گروه به‌عنوان متغیر ملاک پژوهش در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش شامل پسران نابینا و ناشنوایی بود که در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ در مقطع دبیرستان در مدارس استثنائی (نابینایان و ناشنوایان) شهر تهران مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده گردید و تعداد ۱۰۰ دانش‌آموز (۵۰ نابینا و ۵۰ ناشنوا) انتخاب شد.

ابزار

در این پژوهش، برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس: این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) ساخته شده است. این مقیاس ۲۱ ماده دارد و هر آزمودنی به هر آیتم به صورت هرگز (۰)، کم (۱)، زیاد (۲) و خیلی زیاد (۳) پاسخ می‌دهد. آیتم‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸ استرس، آیتم‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ اضطراب و آیتم‌های ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱ افسردگی را می‌سنجند. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در یک نمونه هنجاری ۷۱۷ نفری به شرح زیر به دست آمد: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳، و استرس ۰/۸۱. در یک نمونه جمعیت عمومی شهر مشهد (تعداد = ۴۰۰ نفر) ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. همچنین برای محاسبه اعتبار از روش ملاکی استفاده شده است و همبستگی بین زیرمقیاس‌های افسردگی دی‌ای‌اس‌اس با پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۷۰، زیرمقیاس اضطراب دی‌ای‌اس‌اس با آزمون تنیدگی ادراک شده ۰/۶۷ و زیرمقیاس استرس دی‌ای‌اس‌اس با آزمون تنیدگی ادراک شده ۰/۴۹ به دست آمد (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴).

پرسش‌نامه نگرانی در مورد تصویر بدنی: پرسش‌نامه نگرانی در مورد تصویر بدنی توسط لیتلتون، آکسمون و پوری (۲۰۰۵) ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۱۹ ماده دارد که آزمودنی‌ها به این مواد به صورت ۵ گزینه‌ای (هرگز تا همیشه) پاسخ می‌دهند. این محققان ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۳ و ضریب اعتبار این پرسش‌نامه را از طریق پرسش‌نامه وسواس اجباری پادو (۰/۶۲) و پرسش‌نامه اختلالات خوردن (۰/۴۰) مطلوب و رضایت‌بخش گزارش کردند ($P<$ ۰/۰۰۱). در بخش مقدماتی تحقیق حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۶ و ضریب همبستگی این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه روابط چندبُعدی خود-بدن ۰/۶۳ به‌دست آمد (کاش و دیگل، ۱۹۹۷).

پرسش‌نامه خودپنداره راجرز: این آزمون برای تعیین خودپندارهٔ مثبت و منفی به‌کار می‌رود و توسط راجرز (۱۹۷۵) تدوین شده است. این آزمون دارای دو خرده‌مقیاس الف و ب است که خرده‌مقیاس الف برای

سنجش نگرش فرد نسبت به خود واقعی و خرده‌مقیاس ب نگرش فرد را نسبت به خود ایده‌آل می‌سنجد. هر دو پرسش‌نامه ۲۵ صفت شخصیتی را در دو قطب متضاد می‌سنجند. در پژوهش رقیبی و میناخوانی (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خود واقعی ۰/۶۹ و برای خرده‌مقیاس خود آرمانی ۰/۶ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خود واقعی ۰/۷۹ و برای خرده‌مقیاس خود آرمانی ۰/۷۴ گزارش شد.

روش اجرا

شیوه جمع‌آوری داده‌ها به صورت انفرادی و با حضور پژوهشگران (کارشناس‌ارشد مشاوره توان‌بخشی) انجام شد به این صورت که ابتدا یک مشاوره کوتاه‌مدت برای جلب همکاری آزمودنی انجام می‌گرفت و ضمن توضیح دلایل تکمیل پرسش‌نامه و اطمینان‌دهی از بابت محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده، از ایشان جلب رضایت می‌شد و در صورت ابراز رضایت، پرسش‌نامه‌ها در اختیار وی قرار می‌گرفت و یا در صورت عدم توانایی پاسخ‌دهنده به پرسش‌نامه‌ها، سؤالات توسط پژوهشگر پرسیده می‌شد. در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده، علاوه بر آمار توصیفی، از خی دو، تحلیل واریانس تک‌متغیری، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۵۰ دانش‌آموز نابینا و ۵۰ دانش‌آموز ناشنوا مورد مطالعه قرار گرفتند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها را مورد مقایسه قرار داده است.

جدول ۱. مقایسه ویژگی‌های دموگرافیکی نمونه‌های پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	نابینا	ناشنوا	مقدار خی	p
	بی سواد	۷	۱		
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۲۴	۱۹	۷/۵۵	۰/۰۲۳
	دیپلم به بالا	۱۹	۳۰		
	بی سواد	۶	۵		
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۳۴	۲۰	۱۰/۱۴	۰/۰۰۶
	دیپلم به بالا	۱۰	۲۵		
	بیکار	۱	۰		
شغل پدر	آزاد	۴۰	۳۰	۶/۶۰	۰/۰۳۷
	دولتی	۹	۲۰		
	خانه دار	۴۷	۳۳		
شغل مادر	آزاد	۲	۸	۱۲/۴۵	۰/۰۰۲
	دولتی	۱	۹		
	بسیار خوب	۰	۸		
	خوب	۷	۱۳		
وضعیت اقتصادی	متوسط	۳۶	۲۶	۱۳/۹۱	۰/۰۰۸
	ضعیف	۵	۳		
	بسیار ضعیف	۲	۰		

جدول ۱ نشان می‌دهد که بین افراد مورد بررسی در دو گروه نابینایان و ناشنوایان، از لحاظ جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی تفاوتی وجود ندارد ($p\leq ۰/۰۵$) ولی از نظر تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر و همچنین از نظر وضعیت اقتصادی؛ گروه ناشنوایان در سطح بالاتری نسبت به گروه نابینایان قرار دارند ($p\leq ۰/۰۵$).

جدول ۲. تحلیل واریانس خودپنداره، تصویر بدنی و مؤلفه‌های سلامت روانی در دو گروه دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا

متغیرها	نابینا		ناشنوا		درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف				
افسردگی	۷/۳۲	۳/۰۸	۲/۲۶	۲/۶۴	۱	۲۸/۰۹	۳/۴۰۵	۰/۰۶۸
اضطراب	۴/۱۴	۲/۲۷	۳/۳۴	۲/۸۸	۱	۱۶/۰۰	۲/۳۶۴	۰/۱۲۷
استرس	۷/۳۲	۲/۷۸	۵/۹۶	۲/۰۹	۱	۴۶/۲۴	۷/۶۱۹	۰/۰۰۷
کل	۱۸/۷۸	۶/۰۹	۱۵/۵۶	۶/۴۴	۱	۲۵۹/۲۱	۶/۵۸۶	۰/۰۱۲
تصویر بدنی	۵۸/۰۸	۲۰/۶۱	۵۰/۳۶	۸/۴۹	۱	۱۴۸۹/۹۶	۵/۹۹۴	۰/۰۱۶
خودپنداره	۳۳/۸۰	۱۳/۱۶	۳۱/۳۴	۱۱/۸۸	۱	۱۵۱/۲۹	۰/۹۶۲	۰/۳۲۹

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین دو گروه نابینایان و ناشنوایان از لحاظ متغیرهایی مانند استرس و افسردگی (از مؤلفه‌های سلامت روانی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p\leq۰/۰۵$). همچنین نمره کل سلامت روانی نابینایان بیشتر از ناشنوایان است ($p\leq۰/۰۵$) ولی بین دو گروه مورد مطالعه از لحاظ سایر متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p\leq۰/۰۵$).

جدول ۳. ماتریس همبستگی خودپنداره، تصویر بدنی و مؤلفه‌های سلامت روانی در دو گروه دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا*

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- افسردگی	۱	۰/۳۹۹**	۰/۵۶۲**	۰/۸۳۵**	۰/۲۴۹*	۰/۵۰۹**
۲- اضطراب	۰/۴۵۰**	۱	۰/۴۰۶**	۰/۷۴۶**	۰/۵۱۳**	۰/۱۷۴
۳- استرس	۰/۶۷۰**	۰/۶۱۵**	۱	۰/۸۱۳**	۰/۱۶۱	۰/۴۵۶**
۴- کل	۰/۸۳۱**	۰/۸۳۳**	۰/۸۷۶**	۱	۰/۳۸۴**	۰/۴۸۰**
۵- تصویر بدنی	۰/۲۲۹	۰/۶۶۰**	۰/۵۴۰**	۰/۵۶۵**	۱	۰/۰۶۳
۶- خودپنداره	۰/۵۶۱**	-/۰۰۴	۰/۵۳۴**	۰/۴۰۲**	۰/۰۰۷	۱

* قسمت بالای ماتریس ضریب همبستگی بین متغیرها در دانش‌آموزان ناشنوا و قسمت پایین ضریب همبستگی دانش‌آموزان نابینا را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در دانش‌آموزان نابینا (قسمت پایین ماتریس) مؤلفه‌های سلامت روان یعنی افسردگی، اضطراب و استرس با تصویر بدنی و خودپنداره رابطه‌ای معنی‌دار دارد و در دانش‌آموزان ناشنوا بین مؤلفه‌های افسردگی و اضطراب با تصویر بدنی و خودپنداره رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین اضطراب و خودپنداره در دانش‌آموزان نابینا رابطه منفی وجود دارد.

جدول ۴. رگرسیون چند متغیری افسردگی براساس متغیرهای تصویر بدنی و خودپنداره به تفکیک دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا

گروه‌ها	متغیرهای پیش‌بین	R	R^2	R تعدیل شده	F	p	β	t	p
نابینا	تصویر بدنی	۰/۵۰	۰/۲۴	۰/۲۱	۷/۷۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۰	۱/۵۸	۰/۱۲۰
	خودپنداره						۰/۴۴	۳/۵۰	۰/۰۰۱
ناشنوا	تصویر بدنی	۰/۶۰	۰/۳۶	۰/۳۴	۱۳/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۲	۱/۹۳	۰/۰۵۹
	خودپنداره						۰/۵۵	۴/۸۱	۰/۰۰۱

جدول ۴ نشان می‌دهد که مدل مربوط به پیش‌بینی افسردگی (از مؤلفه‌های سلامت روان) از روی متغیر تصویر بدنی هم در گروه دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا معنی‌دار نیست، اما پیش‌بینی افسردگی از متغیر خودپنداره در هر دو گروه معنی‌دار است. همچنین محاسبه R تعدیل شده نشان می‌دهد که ۰/۲۱ درصد از کل واریانس افسردگی دانش‌آموزان نابینا و ۰/۳۴ درصد از کل واریانس افسردگی دانش‌آموزان ناشنوا به وسیله متغیر خودپنداره تبیین می‌شود.

جدول ۵. رگرسیون چند متغیری اضطراب براساس متغیرهای تصویر بدنی و خودپنداره به تفکیک دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا

گروه‌ها	متغیرهای پیش‌بین	R	R^2	R تعدیل شده	F	p	β	T	p
نابینا	تصویر بدنی	۰/۶۰	۰/۳۷	۰/۳۵	۱۴/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۰	۴/۳۶	۰/۰۰۱
	خودپنداره						۰/۳۲	۲/۸۴	۰/۰۰۷
ناشنوا	تصویر بدنی	۰/۶۶	۰/۴۳	۰/۴۱	۱۸/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۶	۶/۰۱	۰/۰۰۱
	خودپنداره						-/۰۰۹	-/۰۷۸	۰/۹۳۸

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که پیش‌بینی اضطراب (از مؤلفه‌های سلامت روان) از متغیر تصویر بدنی هم در گروه دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا معنی‌دار است، اما پیش‌بینی اضطراب از متغیر خودپنداره در هر دو گروه معنی‌دار نیست. همچنین نتایج R تعدیل شده نشان می‌دهد که ۰/۳۷ درصد از کل واریانس اضطراب دانش‌آموزان نابینا و ۰/۴۳ درصد از کل واریانس اضطراب دانش‌آموزان ناشنوا به وسیله متغیر تصویر بدنی تبیین می‌شود.

جدول ۶. رگرسیون چند متغیری استرس براساس متغیرهای تصویر بدنی و خودپنداره به تفکیک دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا

گروه‌ها	متغیرهای پیش‌بین	R	R^2	R تعدیل شده	F	p	β	t	p
نابینا	تصویر بدنی	۰/۴۰	۰/۱۵	۰/۱۲	۴/۳۸	<۰/۰۱۸	-/۰۵۱	-/۳۸۲	۰/۷۰۴
	خودپنداره						۰/۳۹	۲/۹۵	۰/۰۰۵
ناشنوا	تصویر بدنی	۰/۷۵	۰/۵۷	۰/۵۵	۳۱/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۳	۵/۶۱	۰/۰۰۱
	خودپنداره						۰/۵۳	۵/۵۵	۰/۰۰۱

جدول ۶ نشان می‌دهد که مدل مربوط به پیش‌بینی استرس (از مؤلفه‌های سلامت روان) از متغیرهای تصویر بدنی و خودپنداره در گروه دانش‌آموزان نابینا معنی‌دار نیست، اما پیش‌بینی استرس از متغیرهای تصویر بدنی و خودپنداره در گروه دانش‌آموزان ناشنوا معنی‌دار است. همچنین محاسبه R تعدیل شده نشان می‌دهد که ۰/۵۵ درصد از کل واریانس استرس دانش‌آموزان ناشنوا به وسیله متغیرهای تصویر بدنی و خودپنداره تبیین می‌شود.

جدول ۷. رگرسیون چند متغیری اختلالات روان‌شناختی براساس متغیرهای تصویر بدنی و خودپنداره به تفکیک دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا

گروه‌ها	متغیرهای پیش‌بین	R	R^2	R تعدیل شده	F	p	β	t	p
نابینا	**تصویر بدنی**	**۰/۶۰**	**۰/۳۶**	**۰/۳۳**	**۱۳/۵۰**	**<۰/۰۰۱**	**۰/۲۶**	**۲/۲۸**	**۰/۰۲۷**
	خودپنداره						**۰/۵۲**	**۴/۵۳**	**۰/۰۰۱**
ناشنوا	**تصویر بدنی**	**۰/۶۹**	**۰/۴۷**	**۰/۴۵**	**۲۱/۵۶**	**<۰/۰۰۱**	**۰/۵۶**	**۵/۳۴**	**۰/۰۰۱**
	خودپنداره						**۰/۳۹**	**۳/۷۸**	**۰/۰۰۱**

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی (جمع کل افسردگی، اضطراب و استرس) از متغیر تصویر بدنی در گروه دانش‌آموزان نابینا معنی‌دار نیست، اما از متغیر خودپنداره قابل پیش‌بینی بوده و معنی‌دار است. همچنین پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی از متغیرهای تصویر بدنی و خودپنداره در گروه دانش‌آموزان ناشنوا معنی‌دار است. نتایج R تعدیل شده نیز نشان می‌دهد که ۰/۳۳ درصد از کل واریانس اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان نابینا و ۰/۴۵ درصد از کل واریانس اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان ناشنوا به وسیله متغیرهای تصویر بدنی و خودپنداره تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تصویر بدنی و خودپنداره در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی در دانش‌آموزان نابینا و ناشنوای شهر تهران بود. نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات اختلالات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در دانش‌آموزان نابینا بیشتر از دانش‌آموزان ناشنوا است. به‌عبارت دیگر دانش‌آموزان ناشنوا نسبت به دانش‌آموزان نابینا از سلامت روان بالاتری برخوردارند. البته تفاوت موجود در متغیرهای اضطراب و افسردگی معنی‌دار و در متغیر استرس معنی‌دار نبود. این یافته‌ها با یافته‌های شمسایی و همکاران (۱۳۹۳) و اسدی و همکاران (۱۳۸۸) همخوان است. مطالعات انجام گرفته در جامعه آماری متفاوت از نوجوانان نیز نشان می‌دهد که نارسایی بینایی بیش از آسیب‌های شنوایی به‌طور مستقیم موجب کاهش بهزیستی ذهنی در افراد سالمند می‌شود (لیو و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش اسپالدینگ، کولمن، باکهولز و گلوب (۲۰۰۴) که روی اختلالات هم‌ابتلا در افراد با نارسایی‌های بینایی صورت گرفت، مشخص شد که شیوع افسردگی در افراد نابینا در مقایسه با افراد سالم بیشتر است. همچنین هم‌سو با بالا بودن مشکلات روان‌شناختی در افراد نابینا نسبت به افراد ناشنوا، در پژوهش شمسایی و همکاران (۱۳۹۳) مشخص شد بین میزان رضایت از زندگی در بین دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در بین این سه گروه دانش‌آموزان نابینا پایین‌ترین سطح رضایت از زندگی را داشتند. کودکان نابینا با توجه به مشکلات دیداری که دارند فرایندهای شناختی، عاطفی و رفتاری متفاوتی را نسبت به کودکان عادی طی می‌کنند و تعاملات بین‌فردی آنان که یکی از عوامل مهم شکل‌گیری بعد اجتماعی شخصیت است، دچار نارسایی است. همچنین این کودکان در انزوا بزرگ می‌شوند و این موضوع موجب کاهش حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت روان در این افراد می‌شود. در همین زمینه پژوهش کروز و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که افراد مبتلا به آسیب‌های شدید بینایی در مقایسه با افراد عادی از کیفیت زندگی مربوط به سلامت پایین‌تری برخوردار هستند و سلامت روان این افراد پایین گزارش شده است. یکی از تبیین‌های احتمالی بالا بودن اختلالات روان‌شناختی در دانش‌آموزان نابینا این است که افراد عادی در برقراری ارتباط با نابینایان دچار مشکل هستند و ناتوانی در ایجاد رابطه موجب واکنش‌های عاطفی منفی از قبیل انزواطلبی و درون‌گرایی در آنان می‌شود. از طرفی وابستگی این افراد به دیگران در انجام تکالیف و ایجاد حس ناتوانی در رفع نیازها نسبت به افراد ناشنوا تنش‌های بیشتری را در این افراد ایجاد می‌کند و این موارد به مرور در کاهش عزت‌نفس، احساس ناایمنی روان‌شناختی و تقلیل سلامت روان در این افراد مؤثر است.

این مطالعه همچنین نشان داد که بین تصور بدنی و اختلالات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) رابطه وجود دارد. این رابطه در متغیر اضطراب در هر دو گروه نابینا و ناشنوا معنی‌دار بود، اما در متغیرهای افسردگی و استرس در گروه ناشنوایان معنی‌دار و در گروه نابینایان معنی‌دار نبود. این یافته نیز با یافته‌های پژوهش فریزن و هولم کویست (۲۰۱۰) و امینی و همکاران (۱۳۹۱) همخوان است. تصویر بدنی تجسم درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی، ابعاد جسمانی، ادراکی و نگرشی را دربر می‌گیرد. تصویر بدنی یک ساختار چندوجهی متشکل از تجارب ادراک شده و نگرش‌های شخصی و فرهنگی نسبت به بدن است و تحت تأثیر فرایندهای زمان تجربه و بلوغ است (کیش و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از خانجانی و بهادری خسروشاهی، ۱۳۹۳). نتایج پژوهش گلیان و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که تصویر بدنی ارتباط معنی‌داری با افسردگی، اضطراب و استرس دارد و افرادی که در تصویر بدنی نمرات پایین‌تری کسب می‌کنند دارای

افسردگی، اضطراب و استرس هستند. این موضوع در سن نوجوانی به علت مهم بودن تصویر بدنی در این مقطع سنی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در همین زمینه نتایج پژوهش خانجانی و بهادری خسروشاهی (۱۳۹۳) که با هدف پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس تصویر بدنی، استرس و ویژگی‌های شخصیتی انجام شده بود، نشان داد که متغیر تصویر بدنی قادر به پیش‌بینی سلامت روانی در دانشجویان است. بررسی شواهد پژوهشی مبتنی بر تصویر بدنی منفی نشان می‌دهد که این متغیر رابطه مثبت و معنی‌داری با اختلالات روان‌شناختی دارد. برای نمونه آدرکا و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند که نارضایتی از تصویر بدنی رابطه مثبت و معنی‌داری با اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس فکری-عملی دارد. در همین زمینه پژوهش‌های مرتبط نشان می‌دهد که بین اختلال بدشکلی بدنی و بالا بودن میزان ایده خودکشی، سطوح بالای افسردگی اساسی و اختلال مصرف مواد رابطه وجود دارد (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۷). تحقیق حاضر روی گروه نوجوانان نابینا و ناشنوا صورت گرفته است و شواهد پژوهشی مرتبط نشان می‌دهد که نوجوانی دوره‌ای است که در طی آن توجه به ظاهر فیزیکی از اهمیت زیادی برخوردار است و داشتن نارضایتی از بدن و تصویر بدنی منفی می‌تواند پیامدهایی چون اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی را در پی داشته باشد.

از دیگر نتایج این پژوهش این مسئله بود که بین خودپنداره و اختلالات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) رابطه وجود دارد. این رابطه در متغیرهای افسردگی و استرس در هر دو گروه نابینایان و ناشنوایان معنی‌دار بود، اما در متغیر اضطراب در گروه نابینایان معنی‌دار و در گروه ناشنوایان معنی‌دار نبود. نتایج به‌دست آمده با یافته‌های لطفی و همکاران (۱۳۹۲) و دمهری و همکاران (۱۳۹۴) همخوان است. خودپنداره شیوه‌ای است که انسان‌ها درباره خود فکر می‌کنند و این تصویر ذهنی شخص تحت تأثیر هویت، خودارزشی، تصور بدنی و نقش‌های اجتماعی او است (بتاچارژ، ۲۰۱۳). یکی از منابع مهم در شکل‌گیری خودپنداره، عوامل محیطی است. از این منظر، خودپنداره ادراک شخصی افراد است که از طریق تعامل با محیط به‌دست می‌آید (آرنز و همکاران، ۲۰۱۱؛ جونز، آدلی و کیفر، ۲۰۱۲). در سیر تحول خودپنداره از کودکی تا بزرگسالی عوامل متعددی دخیل هستند و کودک برای دست‌یابی به منابع اطلاعاتی به‌طور مستقیم از محیط فیزیکی و غیرمستقیم از از طریق تعامل با افراد درونداد دریافت می‌کند. یکی از منابع مهم اطلاعاتی در فرایند تحول، حس دیداری و شنوایی است و نوجوانان نابینا و ناشنوا توان دریافت اطلاعات از طریق این منابع اطلاعاتی را ندارند و یا نحوه دریافت اطلاعات بسیار متفاوت از افراد عادی است و این موضوع در شکل‌گیری خودپنداره افراد تأثیر منفی دارد. بنابراین عوامل بیرونی و درونی تأثیرگذار در رشد خودپنداره در این افراد به خوبی عمل نمی‌کند و زمینه را برای پایین بودن خودپنداره فراهم می‌آورد. در تأیید این مطلب، نتایج پژوهش دمهری و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که نوجوانان نابینا و ناشنوا خودپنداره پایین‌تری دارند. نتایج پژوهش پلکونن و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که پایین بودن خودپنداره با افسردگی، اضطراب، کاهش کیفیت زندگی و ارتباط آسیب‌زا با همسالان رابطه دارد. در حالی‌که بهبود خودپنداره موجب کاهش پریشانی و افزایش میزان مقابله می‌شود (دیل و های، ۲۰۱۰). با توجه به شواهد پژوهشی می‌توان گفت خودپنداره مثبت زمینه عزت نفس و احترام و ارزش نسبت به خود را فراهم می‌کند و در مقابل خودپنداره منفی باعث احساس حقارت و احساس نامطلوبی نسبت به خود می‌شود و پیامدهای نامطلوبی چون افسردگی، استرس و اضطراب را به‌دنبال دارد.

در مجموع نتایج به‌دست آمده در این پژوهش نشان می‌دهد که تصویر بدنی و خودپنداره در

پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا نقش مؤثری دارد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها و تفاوت در نحوه اجرای پرسش‌نامه‌ها در دو گروه دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا اشاره کرد که در گروه نابینایان امکان تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌صورت خودگزارشی وجود نداشت و داده‌ها از طریق مصاحبه به‌دست آمد. عدم امکان همتاسازی دو گروه مورد مقایسه از لحاظ تمام متغیرهای جمعیت‌شناختی، محدودیت دیگر پژوهش حاضر بود که ممکن است بر نتایج به‌دست آمده مؤثر باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی، از ابزارهای دیگری غیر از پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری داده‌ها بهره برده و از حجم نمونه بالاتری جهت تعمیم بهتر نتایج به‌دست آمده استفاده شود.

پی‌نوشت‌ها

1. blindness
2. body image
3. self-concept
4. Depression, Anxiety and Stress Scale
5. Rogers self-concept questionnaire

منابع

اسدی، ج.، رضایی، ر.، و ترابی، ا. (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه جرأت ورزی، اضطراب، افسردگی و فشار روانی در افراد نابینا و بینا. *مجله تعلیم و تربیت استثنائی*، ۹۳، ۳-۱۳.

امینی، د.، افروز، غ.، شریفی درآمدی، پ.، و هومن، ح. (۱۳۹۱). شناخت اختلالات و مشکلات هیجانی کودکان ناشنوا با استفاده از تست نقاشی خانه-درخت-آدم و تست آدم در مقایسه با کودکان عادی استان همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات سلامتی درمانی همدان*، ۲۰(۱)، ۶۷.

پاشا، غ.، فرح، ن.، و اکبری، ش. (۱۳۸۷). مقایسه تصویر بدنی، شاخص حجم بدنی، سلامت عمومی و خودپنداره بین افرادی که جراحی زیبایی انجام دادند، افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد عادی شهرستان بهبهان. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۲(۷)، ۶۱-۸۰.

خانجانی، ز.، و بهادری خسروشاهی، ز. (۱۳۹۳). پیش‌بینی سلامت عمومی براساس تصویر بدنی، استرس و ویژگی‌های شخصیتی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۱۵)، ۴۰-۴۷.

دمهری، ف.، موللی، گ.، و احمدی، و. (۱۳۹۴). بررسی همبستگی بین طرحواره ناکارآمد اولیه، خود پنداره و مشکلات رفتاری نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا شهر یزد. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۴(۲۳)، ۱۹۱-۲۰۱.

رقیبی، م.، و میناخانی، غ. (۱۳۹۰). ارتباط مدیریت بدن با تصویر بدنی و خودپنداره. *مجله دانش و پژوهس در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۴)، ۷۲-۸۱.

شمسایی، ف.، اشترانی، ف.، و اشترانی، ا. (۱۳۹۳). مقایسه رضایت از زندگی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا با دانش‌آموزان مدارس عادی شهر همدان در سال ۱۳۹۲. *مجله علمی پژوهان*، ۱(۱۳)،۵۲-۶۰.

صاحبی، ع.، اصغری، م.، و سادات سالاری، ر. (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-۲۱) برای جمعیت ایرانی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی*، ۴(۱)، ۲۹۹-۳۱۲.

کریمی درمنی، ح. (۱۳۹۰). *توانبخشی گروه‌های خاص با تاکید بر خدمات مددکاری اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.

گلیان، ش.، قیاسوند، م.، میرمحمدعلی، م.، و مهران، ع. (۱۳۹۳). ارتباط تصویر بدنی دختران نوجوان چاق شهر تهران با افسردگی، اضطراب و تنش. *نشریه پایش*، ۴(۱۳)، ۴۳۳-۴۴۰.

لطفی، م.، محمدی، ج.، سهرابی، م.، و باقرزاده، ف. (۱۳۹۲). مقایسه خودپنداره بدنی دختران نابینای ورزشکار و غیرورزشکار. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۴(۱۴)، ۴۵-۵۳.

میلانی‌فر، ب. (۱۳۹۱). *روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی*. تهران: نشر قومس.

Aderka, I. M., et al. (2014). Body image in social anxiety disorder, obsessive–compulsive disorder, and panic disorder. *Body image*, *11*(1), 51-56.

Arens, A., Yeung, A., Craven, R., & Hasselhorn, M. (2011). The twofold multidimensional academic self-concept: Domain specificity and separation between competence and affect components. *Journal of Educational Psychology*, *103*, 970–981.

Baird, s. m, P.Mayfield, & P, Barker. (1997). Mother' interpretation of the Behavior of their infants with visual and other impairment during interaction. *Journal of visual impairment and blindness*, *91*(5), 484-93.

Bhattacharje, A. (2013). Self-Concept of cancer patients: A comparative study. *Self-concept of cancer patients*, *1*(4), 2277-7733.

Bong, M., & Skaalvik, E. M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: how different are they really? *Educational Psychology Review*, *15*(1), 1-40.

Bronell, K. (1991). Dieting and the search for the perfect body where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, *22*(1), 1-12.

Brozekoeski, D, L., & Bayer, A, M. (2005). Body image and media use among adolescents. *Adolescent medicine clinics*, *16*(2), 230-89.

Cash, T. F. (2011). Crucial considerations in the assessment of body image. In T. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 129–137.). New York, NY: Guilford.

Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *22*(2), 107-126.

Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring "negative body image": validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body image*, *1*(4), 363-372.

Crews, J. E., et al. (2016). The Association of Health-Related Quality of Life with Severity of Visual Impairment among People Aged 40–64 Years: Findings from the 2006–2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Ophthalmic Epidemiology*, *23*(3), 145-153.

Davarmanesh, A., & Barati Sadeh, F. (2007). *Introduction to the rehabilitation of disabled persons*. Tehran: Roshd press [Persian].

Diehl, M., & Hay, E. L. (2010). Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: the role of age, self-concept incoherence, and personal control. *Developmental psychology*, *46*(5), 1132.

Dittmar, H. (2008). Consumer culture, identity and well-being: The search for the material good life and body perfect. In R. Brown (ed.), *European monograph in social psychology*. East Sussex: Psychology Press.

Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body image*, *7*(3), 205-212.

Golmohamadi B. (1995). *The investigation and compare of self-esteem of athletes and non-athletes disables* (Thesis for Master of Sciences). Tarbiat Modarres University, Tehran.

Halder, S., & Datta, P. (2012). An exploration into self-concept: A comparative analysis between the adolescents who are sighted and blind in India. *British Journal of Visual Impairment*, *30*(1), 31-41.

Harter, S. (1999). *The construction of the self*. New York, NY: Guilford.

Jones, M., Audley, S., & Kiefer, S. (2012). Relationships among adolescents' perceptions of friends' behaviors, academic self-concept, and math performance. *Journal of Educational Psychology*, *104*(1), 19–31.

Kelsay, K., Hazel, N. A., & Wamboldt, M. Z. (2005). Predictors of body dissatisfaction in boys and girls with asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, *30*(6), 522–531.

Kushalnagar, P., et al. (2007). Intelligence, parental depression, and behavior adaptability in deaf children being considered for cochlear implantation. *Journal of deaf studies and deaf education*, *12*(3), 335-349.

Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*, *43*(2), 229-241.

Liu, Z., et al. (2016). Visual impairment, but not hearing impairment, is independently associated with lower subjective well-being among individuals over 95 years of age: A population-based study. *Archives of gerontology and geriatrics*, *62*, 30-35.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335-343.

Maleki-Tabar, A., Khoshkonesh, A., & Khodabakhshi-Koolaee, A. (2012). Comparing the self- concept and social adjustment among blind and healthy male students. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, *13*(1), 33.

Mccabe, M., & Riccardelli, L. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*(6), 675-685.

Mont, D. (2007). *Measuring disability prevalence*. World Bank Social Protection Discussion Paper, 706.

Moores, D.E. (2000). *Education the Deaf: psychology, principles and practices* (5th ed). Genoas, Illinois: Houghton Mifflin Company.

Pelkonen, M., Marttunen, M., Kaprio, J., Huurre, T., & Aro, H. (2008). Adolescent risk factors for episodic and persistent depression in adulthood. A 16-year prospective follow-up study of adolescents. *Journal of affective disorders*, *106*(1), 123-131.

Phillips, K. A., et al. (2007). Obsessive–compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: A comparison study of two possibly related disorders. *Depression and Anxiety*, *24*(6), 399–409.

Richardson, L. Pl G Arison, M. M., Drangsholt, M., Manol, L., & Leresch, L. (2006). Association between depressive symptoms and obesity

during puberty. *General Hospital Psychiatry*, *28*(8), 313-320.

Sheppard, L., Eiser, C., & Kingston, J. (2005). Mothers, perceptions of children's quality of life following early diagnosis and treatment for retinoblastoma. *Child: Care, Health and Development*, *31*(2), 137–142.

Spalding, J. R., Coleman, A., Fei, Y., Buchholz, P., & Globe, D. (2004). Pes9 prevalence of fractures and depression and their association with blindness in a medical population with primary open-angel glaucoma: an examination of blindness-related comorbidities and their costs. *Value in Health*, *7*(6), 748.

Taylor, R. L., & Sternberg, L. (2012). *Exceptional children: Integrating research and teaching*. Springer Science & Business Media.

Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2011). Body image development in adolescent girls. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 76–84.). New York, NY: Guilford.