مدل تأثیر سلامت روانی بر سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی دانش‌آموزان استثنائی در دوران بیماری کووید-۱۹ با تأکید بر فعالیت بدنی

▫ **عاطفه پارسا**، دانشجوی دکتری گروه مدیریت ورزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
▫ **دکتر علی زارعی***، دانشیار گروه مدیریت ورزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
▫ **دکتر حمید سجادی هزاوه**، استادیار گروه مدیریت ورزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
▫ **دکتر حاجی انزهایی**، استادیار گروه مدیریت ورزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰ ● تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۲ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۳۳ - ۴۳

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی مدل تأثیر سلامت روانی بر سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی دانش‌آموزان استثنائی کشور بود.

روش: پژوهش حاضر از نظر روش توصیفی و همبستگی با استفاده از معادلات عملیاتی، و از نظر هدف کاربردی و از نظر گردآوری اطلاعات، میدانی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر با نیازهای ویژه کشور در ۶ گروه آسیب‌دیده شنوایی، آسیب‌دیده بینایی، معلول جسمی-حرکتی، چندمعلولیتی، کم‌توان‌ذهنی و اختلال طیف اُتیسم تشکیل می‌داد که در سال تحصیلی ۱۳۹۹ در مقطع متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند. سهم آماری آنها ۸۵۰۰ نفر بود که ۳۳۰۰ نفرشان دختر و ۵۲۰۰ نفرشان پسر بودند. حجم نمونه آماری ۳۶۷ نفر بود که با استفاده از جدول مورگان محاسبه و به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه سلامت روانی[1] گلدبرگ (۱۹۷۲)، سازگاری اجتماعی بل[2] (۱۹۶۱) و تصویر بدنی[3] کش و پروزینسکی (۱۹۹۰) بود. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس، ضریب رگرسیون چندگانه و جهت آزمون مدل از معادلات عملیاتی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس، رابطه خطی بین سلامت روانی با سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی را تأیید کرد و نتایج آزمون مدل عملیاتی نشان داد که در دانش‌آموزان استثنائی با نوع معلولیت جسمی-حرکتی، اثر سلامت روانی بر سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی معنادار بود.

نتیجه‌گیری: براین‌اساس، طراحی و برنامه‌ریزی مناسب در جهت بهبود سلامت روانی دانش‌آموزان استثنائی (علی‌الخصوص دانش‌آموزان با مشکل جسمی-حرکتی) از طریق فعالیت بدنی جهت بهبود سازگاری اجتماعی آنها و تصویر بدنی مثبت توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: تصویر بدنی، دانش‌آموزان استثنائی، سازگاری اجتماعی، سلامت روانی

* Email: dr_alizarei@yahoo.com
1. GHQ
2. BELL.
3. MBSRQ.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-08]

مقدمه

در ژانویه ۲۰۲۰، سازمان جهانی بهداشت ، برای اولین بار ویروس کرونای جدید را شناسایی کرد، سپس گسترش کووید-۱۹ را به‌عنوان یک بیماری همه‌گیر جهانی در مارس ۲۰۲۰ اعلام کرد (۱). از آن زمان بسیاری از کشورها مقررات منع رفت‌وآمد را در سراسر کشور اعمال کردند، اقدامات فاصله‌گذاری اجتماعی را به اجرا درآوردند، مدارس و محل‌های کار را تعطیل کردند، به مردم اجازه دادند که به‌صورت مجازی درس بخوانند، محدودیت حضور در اماکن عمومی را به اجرا درآوردند، و اقدامات محدودکننده‌ای را ارائه دادند که مانع ملاقات افراد با خانواده‌های دیگر می‌شد (۲). قرنطینه حالتی از انزوا است که از نظر روانی برای کسانی که آن‌را تجربه می‌کنند دردناک و ناراحت‌کننده است (۳). در جریان رشد، سال‌های حساسی وجود دارد که تأثیر خود را در تمام مراحل زندگی برجای می‌گذارد. سال‌های نوجوانی ازجمله‌ی این دوران مهم است. این دوران، گذر از مرحله کودکی به بزرگسالی است و مانند همه دوران‌ها با مشکلاتی همراه است. مشکلات، تعارضات و بحران‌های دوره‌ی نوجوانی از جنبه‌های مختلف، مورد بررسی قرار گرفته است و از آن به‌عنوان دوره‌ی بحرانی، استرس و طوفان یاد کرده‌اند. سال‌های نوجوانی دوره‌ی شکل‌گیری شخصیت فردی و اجتماعی است. بروز نابسامانی‌ها، از جمله به خطر افتادن سلامت روانی، قابلیت و آینده فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). جوانانی که بیشتر از بزرگسالان در دوران بیماری کووید-۱۹ در معرض خطر ابتلا به مشکلات روانی هستند (۵) ممکن است به‌ویژه در برابر اثرات نامطلوب انزوا، از جمله تعطیلی مدارس، به‌دلیل اختلال در فعالیت بدنی و تعاملات اجتماعی آسیب‌پذیرتر باشند (۶). اکنون تردیدی نیست که همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ در طول زندگی ما بی‌سابقه است. ما به یادگیری نحوه مهار و کنترل شیوع ویروس در ماه‌ها و حتی سال‌های آینده ادامه خواهیم داد. با این چشم‌انداز که به‌سرعت در حال تغییر است، اطمینان از اینکه معلولان به‌طور متناسبی تحت حمایت قرار بگیرند، یک اولویت بهداشت عمومی جهانی است (۷). ازآنجاکه معلولیت پدیده‌ای ناخواسته و دشوار است که به ناگزیر تعدادی از انسان‌ها در بخشی از زندگی و یا در تمامی عمر خود به آن دچار می‌شوند و اغلب به‌عنوان یک بیماری جسمی، ذهنی و روانی تعریف شده است که فعالیت‌های فرد را محدود می‌کند که این امر می‌تواند به مشکلات عاطفی و اجتماعی مانند عدم سازگاری، عدم فعالیت، فقدان علاقه به دیگران، افسردگی و خودپنداره پایین در آنها منجر شود (۸). پژوهش‌های پزشکی کلاسیک بیماری‌محور هستند و هنوز سلامتی را به‌عنوان عدم وجود بیماری تعریف می‌کنند اما تعاریف جدیدتر پزشکی بر انطباق و سازگاری با تغییرات بیرونی و شرایط درونی تأکید می‌کنند (۹). ساکتیول (۱۰) در پژوهش خود نشان داد که مردم از طریق مشارکت در فعالیت‌های بدنی به سلامت روانی و نشاط می‌رسند. بسیاری از دانش‌آموزان با معلولیت ذهنی و جسمی-حرکتی از نظر اجتماعی منزوی هستند چون تعداد معدودی دوست یا فعالیت اجتماعی در خارج از مدرسه برایشان وجود دارد و همه‌ی فعالیت‌ها به مدرسه محدود می‌شود. داشتن فعالیت بدنی در افزایش شادی، سلامت روانی و سازگاری اجتماعی این افراد بسیار تأثیرگذار است (۱۱). شواهد به‌دست آمده از اورژانس‌های بیمارستان‌ها نشان می‌دهد که بزرگسالان دارای معلولیت نسبت به بزرگسالان بدون معلولیت درمعرض خطر بیشتری برای عوارض سلامت (جسمی و روانی) و مرگ و میر هستند و سطوح بالای نامتناسب شاخص‌های سلامت روانی ضعیف درمیان بزرگسالان دارای معلولیت در مقایسه با افراد بدون معلول، اهمیت ارائه به‌موقع غربالگری سلامت روانی و درمان یا مداخله در طول و بعد از همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ را برای آنها برجسته‌تر می‌کند (۱۲). اختلالات روانی حداقل ۱۸ درصد از بار بیماری‌های جهانی را تشکیل می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که هزینه‌های جهانی سالانه مرتبط با آن تا سال ۲۰۳۰ به ۶ تریلیون دلار آمریکا برسد. با این حال، تنها بخش کوچکی از افراد با اختلالات روانی حداقل درمان کافی دریافت می‌کنند. در مقایسه با درمان، حتی پوشش کمتری از مداخلات برای جلوگیری از تأثیرات مرتبط با اختلالات روانی، جلوگیری از بروز اختلالات روانی، یا ارتقای سلامت برای این افراد وجود دارد (۱۳). ثابت شده است که فعالیت بدنی و ورزش که باعث افزایش سلامت روانی می‌شود برای کودکان و نوجوانان دارای معلولیت مفید، ایمن و مؤثر است. هرچند برخی از افراد برای اجازه مشارکت در فعالیت‌های ورزشی، به اقدامات احتیاطی ویژه برای ایمنی و یا سازگاری نیاز دارند (۱۴). سازگاری اجتماعی به‌عنوان مهمترین نشانه سلامت روانی از مباحثی است که توجه بسیاری از جامعه‌شناسان و روان‌شناسان و به‌خصوص مربیان را به‌خود جلب کرده است. سازگاری را فرآیندی پیوسته تعریف کرده‌اند که در آن تجارب اجتماعی شخص باعث ایجاد نیازهای روانی او می‌شود و نیز امکان کسب توانایی و مهارت‌هایی را فراهم می‌سازد که از آن طریق می‌توان به ارضای نیازها

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-08]

پرداخت. هرگاه تعادل جسمی و روانی فرد به‌گونه‌ای دچار اختلال شود که حالت ناخوشایندی به وی دست دهد، برای ایجاد توازن نیازمند به‌کارگیری نیروهای درونی و حمایت‌های خارجی است. در این صورت اگر در به‌کارگیری سازوکارهای جدید موفق شود و بتواند مسئله را به نفع خود حل کند، می‌گویند فرایند سازگاری به وقوع پیوسته است (۱۵). ابعاد سازگاری شامل سازگاری جسمانی، سازگاری روانی، سازگاری-اجتماعی و سازگاری اخلاقی است که در رأس همه‌ی آنها سازگاری اجتماعی قرار دارد. پیش‌درآمد رسیدن به سازگاری-روانی، اخلاقی و جسمانی، سازگار شدن از لحاظ اجتماعی است (۱۶). از جمله ضعف‌های قابل مشاهده در کودکان استثنائی، سازگاری اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی است. سازگاری اجتماعی شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی است که این سازگاری ممکن است با تغییر دادن خود و یا محیط به‌دست آید. مهارت‌ها و سازگاری اجتماعی بخش مهمی از حوزه رشد فردی است و کمبود آن در درازمدت ضربه شدیدی به کودک وارد می‌کند (۱۷) و (۱۸) . 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 رادربرمی‌گیرد (۱۹). در عصری که رسانه‌ها، ما را با تصاویری از زیبایی ایده‌آل همراه می‌کنند و فقط بدن‌هایی متناسب، سالم و فعال را مطلوب توصیف می‌کنند، افراد معلول و افراد مبتلا به بیماری‌های جدی کمتر به‌عنوان افرادی جذاب، پیچیده و یا حتی کاملاً شایسته معرفی می‌شوند. ناتوانی و بیماری باعث ایجاد برچسب اجتماعی می‌شود و برخی افراد را دچار ترس می‌کند و یا به‌دلیل شرایط جسمی خاصی که دارند از جامعه طرد می‌کند. افرادی که براساس معلولیت یا بیماری توسط جامعه "عادی نیستند" می‌توانند اشکال قابل توجهی از تبعیض و انزوا را تجربه کنند. چنین تجربه‌هایی غالباً تأثیرات منفی بر تصویر بدنی آنها می‌گذارد (۲۰). از آنجایی که قرار گرفتن در معرض و تماس رسانه‌های جمعی از طریق اینترنت و تلفن‌های هوشمند در زمان همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ بیشتر شده است، این رسانه‌ها استانداردهای مقایسه اجتماعی را برای جذابیت فیزیکی در اختیار نوجوانان قرار می‌دهند که تأثیر مهمی بر ارزیابی نوجوانان از بدن خود دارد (۲۱). ریشه بسیاری از اختلالات روان‌شناختی در دوران حساس کودکی است و کودکان و نوجوانان در یک دوره بسیار حساس رشد روانی خود قرار دارند، مراقبت از سلامت روانی این افراد در طی بحران‌هایی مثل همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ بسیار حائز اهمیت است. بنابراین، با بررسی و شناسایی به‌موقع اختلالات سلامت روانی در کودکان و نوجوانان و به‌دنبال آن علت‌یابی این آسیب‌ها درطی همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ و نهایتاً، با ارائه راهکارهای سودمند و مداخلات بازدارنده می‌توان از بروز این اختلالات در کودکان و نوجوانان درطی این همه‌گیری جلوگیری کرد. به‌طور کلی، با توجه به اینکه سویه‌های اولیه ویروس کرونا، کودکان و نوجوانان را کمتر مبتلا می‌نمود شاید عمده نگرانی و عوامل خطر بروز علائم روان‌شناختی در افراد این رده سنی مسائل مربوط به قرنطینه، بیمار شدن والدین، تعطیلی مدارس و مکان‌های تفریحی و ورزشی بود، اما با توجه به اینکه سویه‌های جدید می‌تواند کودکان و نوجوانان را مبتلا سازد نگرانی در مورد سلامت جسمی کودکان و نوجوانان خود به‌عنوان یک فاکتور خطر مستقل در این افراد می‌تواند سبب بروز علائم روان‌شناختی محسوب شود که نداشتن سلامت روانی می‌تواند باعث کاهش سازگاری اجتماعی و احساس منفی نسبت به تصویر بدنی خود در این افراد شود. ازآنجاکه بررسی مطالعات انجام‌گرفته نشان می‌دهد تا زمانی که فرد از سازگاری اجتماعی و سلامت روانی و تصویر بدنی مطلوبی برخوردار نباشد، نمی‌تواند با دیگر افرادی که به‌نحوی با او در ارتباط هستند، روابط بهینه و مؤثری داشته باشد و از جمله کوشش‌ها در رسیدن به این هدف، تدبیر و فراهم آوردن فرصت‌ها و فعالیت‌هایی است که دانش‌آموز به‌طور کاملاً فعال و ثمربخش در آن شرکت داشته باشد، به‌طوری‌که به‌خوبی احساس کند که وجود و حضور و تلاش او با ارزش است. ضمناً ازآنجایی‌که پژوهش‌های به‌عمل آمده، در زمینه رشد و تکامل حرکتی پیشنهاد کرده‌اند که ورزش و فعالیت‌های جسمی در اجتماعی شدن افراد و سلامت روانی و تصویر بدنی مثبت آنان نقش دارد اما بر روی یک گروه از ۶ گروه کودکان استثنائی و یا به‌صورت جدا هر کدام از مؤلفه‌ها مورد پژوهش قرار گرفته است. لذا پژوهشگر تلاش می‌نماید پژوهش جامعی انجام دهد، مبتنی بر بررسی سلامت روانی دانش‌آموزان استثنائی و اینکه چه تأثیری بر سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی آنها دارد و آیا این تأثیر درمیان انواع معلولیت دانش‌آموزان یکسان است و بر این اساس ارائه مدل عملیاتی نماید.

روش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی با استفاده از معادلات عملیاتی، از نظر هدف کاربردی و از نظر گردآوری

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-08]

اطلاعات میدانی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر استثنائی کشور (۳۳۰۰ نفر دختر و ۵۲۰۰ نفر پسر جمعاً ۸۵۰۰ نفر) در ۶ گروه آسیب‌دیده شنوایی، آسیب‌دیده بینایی، معلول جسمی-حرکتی، چندمعلولیتی، کم‌توان‌ذهنی و اختلال طیف اُتیسم تشکیل می‌دادند که در سال تحصیلی ۱۳۹۹ در مقطع متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه آماری ۳۶۷ نفر بود که با استفاده از جدول مورگان به‌صورت تصادفی ساده محاسبه و انتخاب شدند که تعداد ۳۶۳ نفر از آنها در این پژوهش شرکت کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش مشغول به تحصیل بودن در مقطع متوسطه دوم، موافقت برای شرکت در پژوهش و ملاک خروج نیز داشتن حداقل یک نوع معلولیت براساس تأیید مدیر مدرسه بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

۱) پرسشنامه مشخصات فردی

این پرسشنامه شامل۶ پرسش بود که مشخصات فردی ازجمله جنسیت، نوع معلولیت، سن، استان و شهر محل سکونت، تعداد ساعت فراغتی افراد را مورد سنجش قرار می‌داد.

۲) پرسشنامه سلامت روانی

فرم ۲۸ پرسشی پرسشنامه سلامت روانی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، از طریق اجرای روش تحلیل‌عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. پرسش‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک‌ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. این آزمون دارای ۵ روش نمره‌گذاری است که بهترین روش آن شیوه نمره‌گذاری لیکرت است که براساس آن گزینه‌های آزمون به‌صورت (۱،۲،۳،۴) نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر است که نمره بالاتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است. پرسش‌های ۱ تا ۷ : مربوط به خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی (وضعیت جسمانی، سلامت عمومی و علائم جسمانی که فرد در یك ماه گذشته تجربه کرده است). پرسش‌های ۸ تا ۱۴: مربوط به خرده‌مقیاس اضطراب و اختلال در خواب (علائم و نشانه‌های بالینی اضطراب شدید، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره)، پرسش‌های ۱۵ تا ۲۱: مربوط به خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی (توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره زندگی) و پرسش‌های ۲۲ تا ۲۸ : مربوط به خرده‌مقیاس علائم افسردگی (علائم افسردگی از قبیل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، افکار خودکشی، آرزوی مرگ و ناتوانی در انجام کارها). تقوی برای روایی پرسشنامه سلامت روانی از روش‌های روایی همزمان و تحلیل عوامل استفاده کرده است. روایی همزمان پرسشنامه سلامت روانی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (۰/۵۵)گزارش و تأیید شده است و پایایی پرسشنامه سلامت روانی را براساس ۳ روش بازآزمایی، دونیمه‌کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به‌ترتیب، ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ ضرایب پایایی را به‌دست آورد.

۳) پرسشنامه تصویر بدنی

این پرسشنامه شامل ۶۸ ماده است که توسط خود فرد پاسخ داده می‌شود و جهت ارزیابی نگرش فرد درباره ابعاد مختلف ساختار تصویر بدنی طراحی شده است. طبق تعریف کش و پروزینسکی، نگرش فرد به تصویر بدنی شامل بخش‌های ارزیابی، شناختی و رفتاری است و آگاهی فرد از سلامتی و یا احساس بیماری را نیز در بر می‌گیرد. ویرایش اول این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ طراحی شد که شامل ۲۹۴ ماده بود. در ویرایش دوم، بخش‌های تکراری حذف شد و بعضی از بخش‌ها براساس ملاک‌های جدید جابه‌جا شدند. در سال ۱۹۸۵، کش، وینستد و جاندا، از این پرسشنامه جهت یک پژوهش بین‌المللی در مورد تصویر بدنی استفاده کردند. ازمیان ۳۰۰۰۰ شرکت‌کننده، ۲۰۰۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شده و براساس سن و جنس طبقه‌بندی شدند. پرسشنامه تصویر بدنی شامل ۳ خرده‌مقیاس است که شماره پرسش‌های ۶۶-۵۹-۵۸-۵۷-۵۶-۲۰: مربوط به خرده‌مقیاس نگرش فرد درباره وزن، شماره پرسش‌های ۶۸-۶۷-۶۵-۶۴-۶۳-۶۲-۶۱-۶۰: مربوط به خرده‌مقیاس رضایت از بخش‌های مختلف بدن[1] و همه پرسش‌ها به‌جز شماره پرسش‌های ارائه‌شده در ۲خرده‌مقیاس فوق مربوط به خرده‌مقیاس خود بدن[2] می‌باشد. روایی بخش‌های اصلی پرسشنامه تصویر بدنی، توسط برون، کش و میولکا (۱۹۹۰)، مورد بررسی قرار گرفت و تأیید و پایایی آن ۰/۸۱ گزارش شد. هنجاریابی پرسشنامه فوق توسط پژوهشگر

1. Body Area Segment Scale (BASS).

2. Body self-relation questionnaire (BSRQ).

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-08]

از طریق تأیید روایی صوری و محتوایی اساتید متخصص این رشته و روایی سازه از طریق تأیید روایی همگرا و واگرا صورت گرفته است و همچنین پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بوده است.

۴) پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل

پرسشنامه سازگاری در سال ۱۹۶۱ توسط پروفسور بل تدوین شد. این فرم، ۵ سطح اندازه‌گیری جداگانه سازگاری شخصی و اجتماعی را در برمی‌گیرد که عبارت‌اند از: ۱) سازگاری در خانه، ۲) سازگاری تندرستی، ۳) سازگاری اجتماعی، ۴) سازگاری عاطفی و ۵) سازگاری شغلی، که پرسشنامه حاضر فقط بخش سازگاری اجتماعی را شامل می‌شود و گزینه‌های آن بله، خیر و نمی‌دانم می‌باشند. گزینه بله، ۲ نمره و گزینه نمی‌دانم، ۱ نمره و خیر صفر نمره دارد. این پرسشنامه شامل ۳۲ پرسش می‌باشد که کسب نمرات بالا نشانگر دوری وکناره‌گیری از تماس‌های اجتماعی و تسلیم دربرابر آن معرفی می‌شوند و افرادی که نمره کم به‌دست می‌آورند، در تماس‌های اجتماعی، حالت پرخاشگری دارند. روایی پرسشنامه سازگاری بل از ۲ طریق به‌دست آمده است. یکم اینکه، پرسش‌های هر یک از بخش‌های پرسشنامه در محدوده‌ای انتخاب شده‌اند که انتخاب آنها بین ۵۰ درصد بالایی و پایینی توزیع نمرات مشهود باشد. لذا در این پرسشنامه، تنها به مواردی اشاره شده است که تمایز صریح این ۲ گروه کاملاً متفاوت را نشان می‌دهد. دوم اینکه، پرسشنامه درنتیجه تلاش‌های متخصصان مشاوره، مبنی بر انتخاب گروه‌هایی از افراد به‌دست آمده است که در محدوده‌ی بسیارخوب تا بسیارضعیف سازگاری قرار داشته‌اند و همچنین تعیین حدودی که پرسشنامه می‌تواند در بین آنها تمایز ایجاد کند و پایایی بخش سازگاری اجتماعی این پرسشنامه ۰/۸۸ به‌دست آمده است که به‌وسیله روش همبستگی موارد فرد-زوج و استفاده از فرمول پیشگویی اسپیرمن-براون تعیین شده است. همچنین پایایی آزمون بعد از هنجاریابی در ایران، با آلفای کرونباخ، ۹۳ درصد بود.

روش اجرا

ابتدا پس از مراجعه به سازمان آموزش و پرورش استثنائی کشور و دریافت مجوزهای لازم برای انجام این پژوهش، آمار دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم استان‌ها به تفکیک نوع معلولیت دریافت شد. سپس با هماهنگی کارشناس تربیت بدنی سازمان مربوطه و کارشناسان ۲۱ استان، پرسشنامه‌ها از طریق برنامه شاد برای آنها ارسال و شماره تماس مدیران مدارس (براساس نوع معلولیت) به تفکیک جنسیت جهت هماهنگی و پیگیری گرفته شد. علاوه‌براین، به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اصل محرمانه‌بودن هویت شرکت‌کنندگان و همچنین مشارکت داوطلبانه آنها در فرایند گردآوری اطلاعات مدنظر قرار گرفته شد.

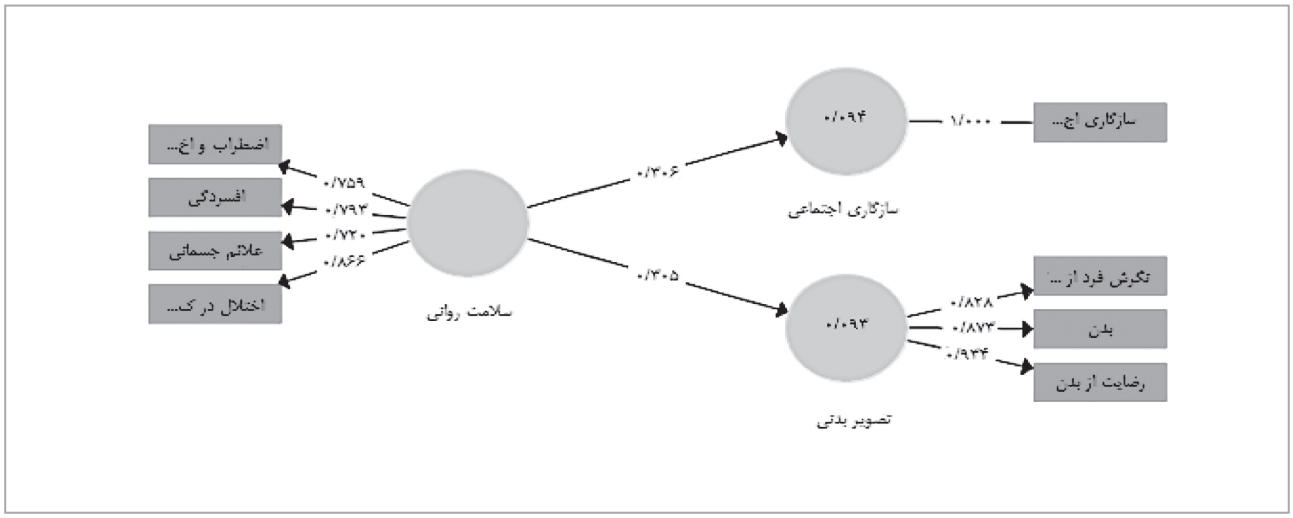
یافته‌ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، علاوه‌بر شاخص‌های آمار توصیفی از تحلیل واریانس، ضریب رگرسیون چندگانه و جهت آزمون مدل از معادلات ساختاری به کمك نرم افزار spss22 و Pls smart در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. حدود ۵۴ درصد از نمونه پژوهش را دختران و حدود ۴۶ درصد هم پسران تشکیل دادند. درصد مشارکت انواع معلولیت مشکل‌شنوایی، کم‌توانی‌ذهنی، جسمی-حرکتی، مشکل بینایی، چندمعلولیتی و اختلال طیف اُتیسم به‌ترتیب ۲۹/۲، ۲۷/۵، ۱۶/۸، ۱۱، ۱۰/۷ و ۴/۷ بود. ویژگی‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش از جمله سلامت روانی ۱/۶۴±۰/۴۶، تصویر بدنی ۲/۶۰±۰/۴۵ و سازگاری اجتماعی ۲/۶۳±۰/۴۸ در سطح معناداری۰/۰۰۱ نشان داد که اختلاف معناداری بین میانگین‌های مشاهده‌شده و فرضی وضعیت متغیرهای پژوهش وجود دارد. به‌عبارتی وضعیت سلامت روانی، تصویر بدنی و سازگاری اجتماعی در نمونه پژوهش از وضعیت فرضی بهتر است و نتیجه آزمون دوربین واتسون، مجذور r و ضریب رگرسیون با فرضیه صفر سلامت روانی تبیین‌کننده و پیش‌بین سازگاری اجتماعی نیست، به ترتیب ۱/۷۰، ۰/۰۹، ۰/۳۰ و با سلامت روانی تبیین‌کننده و پیش‌بین تصویر بدنی نیست به ترتیب ۱/۵۰، ۰/۰۸۶ و ۰/۲۹۴ می‌باشد. فرضیه‌های فوق انجام رگرسیون را تأیید می‌کند. تفسیر کاربردی ضریب رگرسیون در فرضیه‌های فوق نشانگر آن است که متغیر پیش‌بینی‌کننده (سلامت روانی) در حد ضعیف توان تبیین و پیش‌بینی متغیرهای پیش‌بینی‌شونده را دارد. تفسیر آماری آن عبارت است از اینکه انتظار براین است که به ازای یک واحد تغییر در ترکیب خطی سلامت روانی به اندازه ۰/۳۰ تغییر در سازگاری اجتماعی و ۰/۲۹۴ تغییر در تصویر بدنی به‌وجود آید. ضریب تعیین (مجذور r) بیان‌کننده آن است که حدود

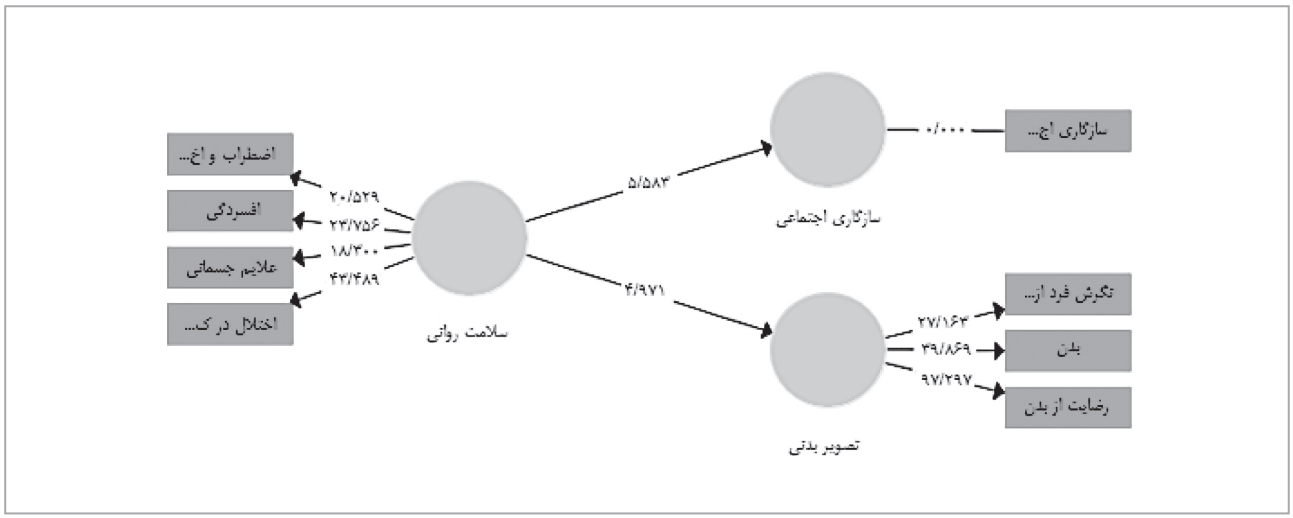
[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-08]

۹ درصد از واریانس سازگاری اجتماعی و ۸ درصد از واریانس تصویر بدنی توسط سلامت روانی تبیین می‌شود (در نمونه)، در حالی‌که در جامعه‌ی آماری انتظار براین است که در هر فرضیه همان میزان درصد از واریانس سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی توسط سلامت روانی تبیین شود و برای دانستن معنادار بودن ضریب تعیین از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که رابطه خطی بین متغیرهای سلامت روانی با سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی به ترتیب با مقادیر (P<۰/۰۱ و F=۳۵/۷۳) و (P<۰/۰۱ و F=۳۴/۰۳) تأیید می‌شود. به‌عبارتی ضریب تعیین معنادار است. و براساس نتایج ضریب بتا، به ازای یک واحد انحراف معیار افزایش در سلامت روانی، میزان سازگاری اجتماعی (۰/۳۰) و تصویر بدنی (۰/۲۹۴) انحراف معیار افزایش می‌یابد. همچنین تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که متغیر سلامت روانی توانایی پیش‌بینی سازگاری اجتماعی (P<۰/۰۵ و t=۵/۹۸) و تصویر بدنی (P<۰/۰۵ و t=۵/۸۳) را دارد و بنابراین فرضیه‌های صفر رد و فرضیه‌های پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

آزمون مدل نقش تعدیل‌گری نوع معلولیت در رابطه علّی سلامت روانی با سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی



شکل ۱) رابطه علّی متغیرها درحالت استاندارد



شکل ۲) رابطه علّی متغیرها درحالت معناداری

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-08]

جدول۱) واریانس استخراج‌شده از سازه‌ها و پایایی آنها

متغیرها	واریانس استخراج‌شده از سازه‌ها	پایایی ترکیبی	ملاک	نتیجه	ضریب آلفای کرونباخ	ملاک	نتیجه
سلامت روانی	۰/۶۲	۰/۸۲	۰/۷۰	قابل قبول	۰/۰۱	۰/۷۰	قابل قبول
سازگاری اجتماعی	۱	۱			۱		
تصویر بدنی	۰/۷۷	۰/۹۱			۰/۸۵		

فورنل و لارکر (۱۹۸۱) ملاک واریانس استخراج‌شده از سازه‌ها (AVE) را ۰/۵۰ و مگنر و همکاران (۱۹۹۶) ملاک را بالای ۰/۴۰ درنظر می‌گیرند. بنابراین می‌توان گفت که واریانس استخراج‌شده از سازه‌ها قابل قبول است. همچنین پایایی ترکیبی (ضریب دیلون-گلداشتاین) و ضریب آلفای کرونباخ با توجه به ملاک ۰/۷۰ قابل قبول می‌باشند. درنتیجه روایی همگرایی و پایایی مدل قابل قبول است.

جدول۲) واریانس استخراج‌شده از سازه‌ها و همبستگی بین آنها

متغیرها	سلامت روانی	سازگاری اجتماعی	تصویر بدنی
سلامت روانی	۰/۷۸۶		
سازگاری اجتماعی	۰/۳۰۶	۱	
تصویر بدنی	۰/۵۹۹	۰/۸۷۵	۰/۳۰۵

اعداد در قطر جدول (۲)، جذر واریانس هر سازه می‌باشد. اگر جذر واریانس استخراج‌شده از هر سازه از مقدار رابطه هر سازه با سازه دیگر بیشتر باشد، روایی واگرای مدل مورد تأیید است.

یکی از شاخص‌های دیگری که در روایی واگرا یا افتراقی مدل قابل بررسی است، نسبت HTMT[1] است. این نسبت در منابع مختلف زیر ۱ است (بعضی منابع زیر ۰/۹۰ و حتی ۰/۸۵ هم گفته شده است).

جدول۳) شاخص نسبت خصیصه تک‌ارزشی به خصیصه چندارزشی

متغیرها	سلامت روانی	سازگاری اجتماعی	تصویر بدنی
سلامت روانی			
سازگاری اجتماعی	۰/۳۳۸		
تصویر بدنی	۰/۳۶	۰/۶۶۸	

بر اساس جدول (۳)، روایی واگری مدل مورد تأیید است.

فرضیه‌های مدل

جدول ۴) اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته

فرضیه‌های صفر مدل	متغیر مستقل		متغیر وابسته سازگاری اجتماعی	متغیر وابسته تصویر بدنی
سلامت روانی بر سازگاری اجتماعی اثر ندارد	سلامت روانی	ß	۰/۲۵۴	
		T-Value	۴/۷۹۱	
سلامت روانی بر تصویر بدنی اثر ندارد	سلامت روانی	ß		۰/۱۷۰
		T-Value		۳/۷۸۹

براساس داده‌های جدول (۴)، اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته و میانجی براساس ملاک معناداری ۱/۹۶±، مثبت و معنادار است.

1. Hetrotrait-Monotrait Ratio

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-08]

نقش تعدیل‌گری نوع معلولیت در مدل عملیاتی رابطه علّی سلامت روانی با سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی

جدول۵) ضرایب تأثیر و معناداری آنها براساس نوع معلولیت

نوع معلولیت	آسیب شنوایی				آسیب بینایی				آسیب جسمی-حرکتی				کم‌توان ذهنی				چندمعلولیتی				اُتیسم			
شاخص	ضریب	انحراف استاندارد	T-Value	نتیجه	ضریب	انحراف استاندارد	T-Value	نتیجه	ضریب	انحراف استاندارد	T-Value	نتیجه	ضریب	انحراف استاندارد	T-Value	نتیجه	ضریب	انحراف استاندارد	T-Value	نتیجه	ضریب	انحراف استاندارد	T-Value	نتیجه
اثر سلامت روانی بر سازگاری اجتماعی	۰/۳۰۲	۰/۲۸۱	۱/۰۷۶	غیرمعنادار	-۰/۰۱۳	۰/۲۶۲	۰/۰۴۹	غیرمعنادار	۰/۶۶۴	۰/۰۶۲	۱۰/۷۷۹	معنادار	-۰/۰۴۱	۰/۱۳۶	۰/۳۰۴	غیرمعنادار	-۰/۲۰۲	۰/۲۳۰	۰/۸۷۷	غیرمعنادار	۰/۰۳۲	۰/۱۰۹	۰/۲۹۶	غیرمعنادار
اثر سلامت روانی بر تصویربدنی	۰/۲۴۲	۰/۲۶۸	۰/۹۰۵	غیرمعنادار	-۰/۰۶۵	۰/۱۲۹	۰/۵۰۹	غیرمعنادار	۰/۶۴۶	۰/۰۵۲	۱۲/۴۰۳	معنادار	-۰/۱۲۶	۰/۱۲۱	۱/۰۴۴	غیرمعنادار	-۰/۰۸۶	۰/۱۴۲	۰/۶۱۰	غیرمعنادار	-۰/۰۵۷	۰/۰۹۲	۰/۶۲۱	غیرمعنادار

بر اساس جدول (۵)، می‌توان گفت که:

- در آزمودنی‌های با معلولیت جسمی-حرکتی، اثر سلامت روانی بر سازگاری اجتماعی (۱۰/۷۷۹) و اثر سلامت روانی بر تصویر بدنی (۱۲/۴۰۳) معنادار است.
- در آزمودنی‌های ۵ گروه (آسیب شنوایی، آسیب بینایی، کم‌توان ذهنی، چندمعلولیتی، اختلال طیف اُتیسم)، اثر سلامت روانی بر سازگاری اجتماعی (۱/۰۷۶، ۰/۰۴۹، ۰/۳۰۴، ۰/۸۷۷، ۰/۲۹۶) و اثر سلامت روانی بر تصویر بدنی (۰/۹۰۵، ۰/۵۰۹، ۱/۰۴۴، ۰/۶۱۰، ۰/۶۲۱) معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف مدل تأثیر سلامت روانی بر سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی دانش‌آموزان استثنائی کشور انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که با توجه به نتایج پژوهش، حدود ۵۴ درصد از نمونه پژوهش را دختران و حدود ۴۶ درصد هم پسران تشکیل دادند، که بیشترین مشارکت توسط دانش‌آموزان با آسیب شنوایی و کمترین مشارکت توسط دانش‌آموزان با اختلال طیف اُتیسم بود. به‌طور میانگین این دانش‌آموزان ۶ ساعت در شبانه‌روز به ترتیب درحال تماشای تلویزیون، انجام کارهای هنری، دیدار اقوام، قدم زدن و مطالعه درسی می‌باشند. بیش از نیمی از دانش‌آموزان (۵۶/۲ درصد از کل دانش‌آموزان) تمام ساعت شبانه‌روز به‌صورت غیرفعال بوده‌اند و در حدود ۹۰ درصد آنان تمام وقت آزاد خود را در منزل با اولویت تماشای تلویزیون سپری می‌کردند که با توجه به پژوهش‌های مضرات تماشای طولانی مدت تلویزیون در کودکان باعث اختلال در رشد شناختی، چاقی و مشکلات سلامت، اختلالات خواب، مشکلات رفتاری و پرخاشگری، مشکلات تحصیلی و تأثیرات در روابط خانوادگی خواهد داشت (۲۲) .

با توجه به نتایج پژوهش، وضعیت فرضی متغیرهای پژوهش از وضعیت فرضی، بهتر است و نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که رابطه خطی بین سلامت روانی با سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی تأیید می‌شود. با تأیید روایی همگرا و واگرا مشخص شد که آزمون مدل از روایی سازه برخوردار است و اثر سلامت روانی بر سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی دانش‌آموزان با معلولیت جسمی-حرکتی مثبت و معنادار بود. تصویر بدنی که جزء اصلی خودپنداره و یک مفهوم و نگرش ذهنی نسبت به بدن خود است، در

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-08]

بُعد روانی-اجتماعی نوجوانان بسیار مهم است (۲۳). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد نشستن طولانی‌مدت برای دیدن برنامه‌های تلویزیونی افراد را بیشتر در معرض مشکلات کمری و گردنی و همچنین مشکلات قلبی و عروقی قرار می‌دهد، سبب کاهش چربی‌سوزی توسط ماهیچه‌ها و ایجاد چاقی و کُند شدن جریان خون و آتروفی عضلانی (تحلیل رفتن عضلات) می‌شود. دانش‌آموزان استثنائی که فعالیت‌های حرکتی و ورزشی منظم و کافی را انجام می‌دهند سلامت روان بالاتر و همچنین درک بهتری از اندازه بدن و ناراحتی از داشتن بدن کوچکتر از خود نشان داده‌اند (۲۴). نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن در دختران دارای معلولیت نیز بیشتر دیده می‌شود: آنها نمرات بالاتری از جهت‌گیری ظاهر و مشغله‌های اضافه‌وزن را نشان می‌دهند، درحالی‌که مردان از تصویر بدن خود رضایت بیشتری دارند. علاوه‌براین، مردان در حوزه فیزیکی امتیاز بالاتری کسب می‌کنند، درحالی‌که زنان در حوزه اجتماعی امتیاز بالاتری دارند (۲۵). تصویر منفی یا ضعیف از بدن، پیامدهای خود را در دختران نوجوان دارد. تصویر منفی از بدن می‌تواند یک عامل تحریک‌کننده برای دختری باشد که استعداد ژنتیکی ابتلا به اختلال خوردن دارد. اما این فقط برای تعداد کمی از جمعیت است. بیشتر اوقات، یک تصویر منفی از بدن اغلب منجر به کاهش عزت‌نفس، اعتمادبه‌نفس و مشغله شدید با رژیم گرفتن می‌شود. علاوه‌براین، یک تصویر منفی از بدن همچنین می‌تواند منجر به افسردگی یا علائم افسردگی، اضطراب مربوط به بدن، عوارض در روابط بین‌فردی مانند روابط صمیمی و زندگی شغلی شود و در موارد شدید می‌تواند منجر به سوءاستفاده از مواد و تغییرات مرتبط با سلامتی شود (۲۶). نتایج به‌دست آمده از پژوهشی با عنوان «مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان و سازگاری بین دانش‌آموزان دارای ناتوانی جسمی و دانش‌آموزان سالم» نشان داد که دانش‌آموزان با ناتوانی جسمی در اندازه‌گیری تنظیم هیجان (سرکوب و ارزیابی مجدد) در مقایسه با افراد سالم تفاوت معناداری داشتند. علاوه‌براین، دانش‌آموزان با ناتوانی جسمی در ۲ خرده مقیاس، از جمله سازگاری اجتماعی و عاطفی، تفاوت قابل توجهی را در مقایسه با نمونه‌های سالم نشان دادند (۲۷). پژوهش‌های گذشته نشان داد که جنسیت، وضعیت خانواده و میزان شدت معلولیت با خودپنداره و تصویر بدنی این افراد ارتباط دارد (۲۸). چنین می‌توان ادعا کرد که سلامت عمومی افراد از جمله معلولان تحت تأثیر ورزش و فعالیت بدنی قرار می‌گیرد به‌طوری‌که مشارکت در فعالیت‌های ورزشی سبب بهبود سلامت جسمانی-روانی آنان می‌شود لذا معلولان غیرورزشکار درسطح پایین‌تری از بُعد رضایت‌مندی از زندگی و تصویر بدنی قرار دارند (۲۹). نتایج پژوهش‌ها نشان داد که بازی‌درمانی موجب بهبود معنادار میانگین نمرات مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه شده است. بازی‌درمانی روشی مؤثر در بهبود وضعیت ارتباطی و اجتماعی کودکان ناشنوا است. بنابراین در زمینه کار با کودکان ناشنوا و کم‌شنوا، متخصصان و کارشناسان حوزه سلامت می‌توانند با توجه به مشکل جسمی این گروه از افراد و محدودیت‌هایشان، از بازی‌درمانی به‌عنوان روشی مؤثر در بهبود وضعیت ارتباطی و اجتماعی کودکان ناشنوا استفاده کنند (۳۰). این یافته با نتایج پژوهش‌های (۲۴)، درخصوص تأثیر سلامت روان دانش‌آموزان استثنائی ورزشکار بر درک بهتر از تصویر بدنی خود، (۱۴)، مبنی بر تأثیر ورزش و فعالیت بدنی در افزایش سلامت روانی و تأثیر بهبود سلامت روان در سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان معلول، (۳۱)، که نشان دادند که قدرت بدنی، استقامت، سازگاری اجتماعی و سلامت روانی با ورزش افزایش می‌یابد و کمک ورزش به روند حل مشکلات سازگاری اجتماعی و تنهایی در کودکان و افراد معلول، همسو است. به‌نظر می‌رسد از دلایل همسوبودن نتایج پژوهش‌های حاصل با نتایج پژوهش‌های فوق تأثیر شیوع همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ و دستورالعمل‌های فاصله‌گذاری اجتماعی که بسیاری از شهرهای کشور برای مقابله با آن به اجرا گذاردند، بوده است که موجب اختلال اساسی در بسیاری از عادات روزانه و زندگی عادی شده است. در همین راستا نیز براساس گزارش یونسکو، مدارس در سرتاسر جهان و بیش از ۱۸۸ کشور به حالت تعلیق یا تعطیل کامل درآمده بودند. براساس همین گزارش بیش از ۹۰ درصد دانش‌آموزان در سراسر جهان، یعنی چیزی بیش از یک و نیم میلیارد دانش‌آموز از رفتن به مدرسه باز مانده‌اند و آموزش خود را از طرق دیگری پیگیری می‌کردند (۳۲). برای کودکان و نوجوانان استثنائی علی‌الخصوص با معلولیت جسمی-حرکتی و با توجه به نیازهای سلامت روانی آنها، این اختلال آموزشی و تعطیلی مدارس به معنی فقدان و عدم دسترسی به منابعی است که آنها معمولاً از طریق مدارس به آنها دسترسی داشته‌اند و نقش کلیدی را در سلامت روانی آنها ایفا می‌کرده است. از سوی دیگر مطالعات پژوهشی و یا بالینی در مورد تأثیر این همه‌گیری بر روی ذهن و روان کودکان و

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-08]

نوجوانان بسیار اندک بوده است و این یک معضل بسیار مهم است. بیماری کووید ۱۹ و شدت شیوع آن بسیار گسترده‌تر از بیماری سارس یا ابولا و اپیدمی‌های نظیر آن بوده است و در سطح جهانی تأثیرات بسیار عمده‌ای گذاشته است. درحالی‌که شیوع و همه‌گیری بیماری کرونا ادامه دارد، بسیار مهم است که حمایت‌های لازم از کودکان و نوجوانانی که به‌دلیل تبعات اقتصادی و روانی ناشی از این بیماری تحت فشار هستند و والدینی که کار یا خانه یا درآمد خود را به‌دلیل این مشکلات از دست داده و خواه ناخواه فشار آن‌را به محیط خانواده و کودکان و نوجوانان منتقل می‌کنند و درنهایت باعث کاهش سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی مثبت آنها می‌شود، صورت پذیرد. به همین جهت آگاه‌سازی روان‌شناسان، درمان‌گران و مشاوران مدارس استثنائی درخصوص نحوه شناسایی و رفع اختلالات روانی این افراد، ارائه راهکارهای عملی مسئولان ذیربط در سازمان بهزیستی و آموزش و پرورش استثنائی به مدیران و مشاوران مدارس از طریق برگزاری کلاس‌های ضمن‌خدمت و کارگاه‌های دانش‌افزایی برای معلمان و برگزاری جلسات انجمن‌های اولیا و مربیان مدیران جهت آگاه‌سازی والدین، می‌تواند در نحوه برخورد با دانش‌آموزان با اختلالات روانی و شناسایی به‌موقع آنان کمک شایانی نماید. عدم آگاه‌سازی و شناسایی به‌موقع والدین و مسئولان مدارس درخصوص سلامت روانی دانش‌آموزان استثنائی خسارات جبران‌ناپذیری برای این افراد در کاهش سازگاری اجتماعی (که از مهارت‌های اجتماعی است) و ایجاد افسردگی و حس منفی از تصویر بدنی خود ایجاد خواهد کرد. ازآنجایی‌که پژوهش‌های اندکی به بررسی سلامت روانی دانش‌آموزان استثنائی در دوران همه‌گیری بیماری کووید۱۹ و تأثیرات آن بر سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی این افراد صورت پذیرفته است، لذا با توجه به پژوهش‌های صورت‌گرفته و تأثیر بی‌بدیل تربیت‌بدنی و ورزش در بهبود سلامت روانی دانش‌آموزان استثنائی که درنهایت باعث بهبود سازگاری اجتماعی و تصویر بدنی می‌شود، ضرورت دارد ساعت درس تربیت بدنی مدارس برای این افراد افزایش یافته و کلیه معلمان این مدارس دوره‌های آموزشی و توانمندسازی را زیر نظر اساتید و صاحب‌نظران در حوزه روان‌شناسی و تربیت‌بدنی گذرانده و از طریق ورزش و شناسایی اختلالات روانی (از جمله نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بی‌خوابی، افسردگی و ...) در مدارس، محیطی شاد و پر نشاط که سبب ارتقای سلامت روانی می‌شود را فراهم سازند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، برداشت‌های متفاوت نمونه‌های پژوهش از پرسشنامه به‌علت تفاوت‌های فرهنگی، خانوادگی و... میزان دقت، علاقه‌مندی و انگیزه نمونه‌های پژوهش در پاسخ به پژوهش‌های پرسشنامه و شرایط روحی و روانی دانش‌آموزان هنگام تکمیل کردن پرسشنامه بود. پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی، به جنسیت این دانش‌آموزان، مقایسه مقاطع مختلف تحصیلی و همچنین مقایسه این دانش‌آموزان با دانش‌آموزان عادی توجه شود. در آخر پیشنهاد می‌شود متولیان ورزش دانش‌آموزی ساعت درس تربیت‌بدنی در مدارس استثنائی را برای دانش‌آموزان با مشکل جسمی-حرکتی افزایش دهند، چرا که اگر ورزش برای دانش‌آموزان عادی ضرورت دارد برای دانش‌آموزان استثنائی واجب است و آنها برای حفظ حداقل دامنه حرکتی خود باید فعالیت ورزشی روزانه داشته باشند.

تقدیر و تشکر

از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به‌علت همکاری صادقانه‌شان تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچگونه تعارض منافعی ندارند.

References

1. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. Acta bio medica: Atenei parmensis. 2020;91(1):157.
2. Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L, et al. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. Psychiatry research. 2020;291:113264.
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The lancet. 2020;395(10227):912-20.
4. nikmanesh, zandvakili. The effect of positivity training on the quality of life, depression, anxiety and stress of juvenile delinquents. Positive psychology research. 2015;1(2):64-53.
5. Deighton J, Lereya ST, Casey P, Patalay P, Humphrey N, Wolpert M. Prevalence of mental health problems

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-08]

in schools: poverty and other risk factors among 28 000 adolescents in England. The British Journal of Psychiatry. 2019;215(3):565-7.
6. Waite P, Pearcey S, Shum A, Raw JA, Patalay P, Creswell C. How did the mental health symptoms of children and adolescents change over early lockdown during the COVID-19 pandemic in the UK? JCPP advances. 2021;1(1):e12009.
7. Nations U. COVID-19 and the rights of persons with disabilities: Guidance. UN Human Rights Office of the High Commissioner. 2020.
8. Mont D. Measuring disability prevalence: Citeseer; 2007.
9. Brüssow H. What is health? Microbial biotechnology. 2013;6(4):341-8.
10. Sakkthivel A. Empirical investigation of determining monetary and non-monetary styles of leisure behaviour deriving happiness. Journal of Services Research. 2011;11(2).
11. Chung Y-C, Carter EW, Sisco LG. Social interactions of students with disabilities who use augmentative and alternative communication in inclusive classrooms. American journal on intellectual and developmental disabilities. 2012;117(5):349-67.
12. Okoro CA, Strine TW, McKnight-Eily L, Verlenden J, Hollis ND. Indicators of poor mental health and stressors during the COVID-19 pandemic, by disability status: a cross-sectional analysis. Disability and health journal. 2021;14(4):101110.
13. Campion J, Javed A, Lund C, Sartorius N, Saxena S, Marmot M, et al. Public mental health: required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. The Lancet Psychiatry. 2022;9(2):169-82.
14. Driscoll SW, Conlee EM, Brandenburg JE, Landry BW, Rabatin AE, Prideaux CC, et al. Exercise in children with disabilities. Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports. 2019;7(1):46-55.
15. Lanyon RI, Goodstein LD, Wershba R. 'Good Impression'as a Moderator in Employment-related Assessment. International Journal of Selection and Assessment. 2014;22(1):52-61.
16. Mazaheri, Baghban, Iran, Fatehizadeh. The effect of self-esteem group training on the level of social adjustment of students. Clinical psychology and personality. 2006;4(1):49-56.
17. Nussbaum JF, Coupland J. Handbook of communication and aging research: Routledge; 2004.
18. Hargie Q, Dickson D. Skilled interpersonal communication (Lea's Communication Series). London: Routledge; 2004.
19. Grogan S. Body image and health: Contemporary perspectives. Journal of health psychology. 2006;11(4):523-30.
20. University B. Disability, Illness & Non-normative Bodies https://www.bradley.edu/sites/bodyproject/disability/2021]
21. Choi M. The effect of body mass index (BMI) on body image, stress, happiness of normal-weight female adolescents: focus on double-mediator effect of body image and stress. Journal of Regional Policies. 2017;28(2):127-51.
22. Rosiek A, Frąckowiak Maciejewska N, Leksowski K, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski Ł. Effect of television on obesity and excess of weight and consequences of health. International journal of environmental research and public health. 2015;12(8):9408-26.
23. Yoon H. The Effects of Adolescent Body Image Distortion on Mental Health. Journal of the Korean Society of Health Information and Statistics. 2018;43(3):191-9.
24. Fischetti F, Latino F, Cataldi S, Greco G. Gender differences in body image dissatisfaction: The role of physical education and sport. Journal of Human Sport & Exercise. 2020;15(2).
25. Baceviciene M, Jankauskiene R, Balciuniene V. The role of body image, disordered eating and lifestyle on the quality of life in Lithuanian university students. International journal of environmental research and public health. 2020;17(5):1593.
26. Pakki S, Sathiyaseelan A. Issues related to body image in young adult women. Saudi Journal of Humanities and Social Sciences. 2018;3(2):250-4.
27. Mohammad-Aminzadeh D, Abasi A, Asmari-Bardezard Y, Kazemian S, Younesi SJ. Comparing Emotion Regulation Strategies and Adjustment Between Students With Physical Disability and Healthy Students. 2019.
28. Shpigelman CN, HaGani N. The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2019;26(3-4):77-86.
29. Ahmadi H, Hemmatafza P, Eemani N, editors. Changes in the quality of life of veterans through regular physical activity. The first international conference on the role of the Islamic Revolution in geometry global military power; 2015.
30. barimani, sahebeh, asadi, javanshir, khajovand. The effectiveness of play therapy on social adaptation and communication skills of deaf children. Rehabilitation Archive Quarterly. 2018;19(3):250-61.
31. Kızar O, Dalkılıç M, Uçan İ, Mamak H, Yiğit Ş. The importance of sports for disabled children. Merit Research Journal of Art, Social Science and Humanities. 2015;3(5):58-61.
32. Disability Rights U. Covid 19 and the rights of disabled people. Disability Rights UK. 2020

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-08]