

اثر تمرین مقاومتی بر تصویر بدنی، اختلال خوردن و عملکرد جنسی زنان لاغر

محبوبه حسینی سربازی^۱، رخساره بادامی^۲، و فرزانه تقیان^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۲۰

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر تمرینات مقاومتی بر تصویر بدنی، اختلال خوردن و عملکرد جنسی زنان لاغر غیرورزشکار بود. بدین منظور، ۲۶ زن لاغر غیرورزشکار با عملکرد جنسی پایین به صورت دردسترس انتخاب شدند و با آرایش تصادفی در دو گروه کنترل و تجربی قرار گرفتند. گروه تجربی به مدت هشت هفته در تمرینات مقاومتی شرکت نمود و گروه کنترل در طول این مدت به فعالیت‌های روزانه خود پرداخت. لازم‌به‌ذکر است که هر دو گروه پرسش‌نامه‌های نگرش فرد درمورد تصویر بدنی، نگرش نسبت به تغذیه و عملکرد جنسی زنان را به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل نمودند و داده‌ها با استفاده از کوواریانس چندمتغیره تحلیل گردید. نتایج حاکی از اثر مثبت تمرینات مقاومتی بر شاخص توده بدنی، تصویر بدنی و عملکرد جنسی می‌باشد؛ اما این تمرینات بر اختلال خوردن تأثیری نداشته است. براساس نتایج، تمرینات مقاومتی برای بهبود تصویر بدنی و افزایش عملکرد جنسی زنان لاغر غیرورزشکار پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: فعالیت بدنی، تصویر بدنی، اختلال خوردن، عملکرد جنسی، لاغر

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲. دانشیار گروه تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

Email: Rokhsareh.badami@gmail.com

۳. دانشیار گروه تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

مقدمه

ازدواج پیمان مقدسی است که از طریق آن خانواده تشکیل می‌شود و تقریباً از ابتدای زندگی انسان‌ها در میان اقوام، ملل و جوامع مختلف وجود داشته و مورد تأکید بیشتر ادیان بوده است. با ازدواج و شروع ارتباط زناشویی بسیاری از نیازهای روانی و جسمی در یک محیط امن برآورده می‌شود (نورانی‌پور، بشارت و یوسفی ۲۰۰۸، ص ۲۸). برخی از مطالعات نشان می‌دهند که رابطه جنسی سالم و رضایت‌مندانۀ تأثیر به‌سزایی بر افزایش روابط عاطفی و محبت‌آمیز، نشاط زن و شوهر، حس حمایت‌گری مرد نسبت به زن و همراهی زن با شوهر دارد (حسن‌زاده و مصطفوی، ۲۰۱۵، ص ۲). از این‌رو، اهمیت رابطه جنسی در زندگی زناشویی از یک رابطه فیزیکی و جسمی بالاتر بوده و ممکن است یکی از مهم‌ترین علل خوشبختی یا عدم خوشبختی در زندگی زناشویی باشد. رابطه جنسی رضایت‌بخش، عشق، عاطفه و صمیمیت را بارور می‌کند و درمقابل، عدم رضایت جنسی منجر به ازهم‌پاشیدگی خانواده و طلاق می‌گردد (شاملو، ۲۰۰۸). براساس آمارها، میزان شیوع اختلالات جنسی در متقاضیان طلاق بالا بوده و این میزان در زنان، بیشتر از مردان می‌باشد (فروتن و میلانی، ۲۰۰۸، ص ۳۹).

اختلال عملکرد جنسی در زنان به‌معنای اختلال در حداقل یکی از چهار حیطة میل جنسی، تحریک جنسی، درد حین نزدیکی و عدم توانایی در رسیدن به اوج لذت جنسی است (آرمبروستر و سانگ^۱، ۲۰۱۶، ص ۲۴). میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان کشورهای مختلف، متفاوت می‌باشد؛ به‌عنوان مثال، این میزان در آمریکا و سوئد حدود ۴۰ درصد، مالزی ۲۹/۶ درصد (برک^۲، ۲۰۱۱، ص ۴۹۳) و در ایران حدود

۴۳/۹ درصد گزارش شده است. میزان شیوع اختلالات جنسی در ایران به‌تفکیک شامل: اختلال میل جنسی (۳۸/۵ درصد)، عدم برانگیختگی جنسی (۳۸/۵ درصد)، رطوبت جنسی (۳۰/۶ درصد)، نرسیدن به ارگاسم (۲۹/۲ درصد)، رضایت جنسی (۲۱/۶ درصد) و درد حین مقاربت (۴۱/۱ درصد) می‌باشد (رنجبران، چیدری و مطوری‌پور، ۲۰۱۶، ص ۱۱۲۱).

علاوه‌براین، میزان و کیفیت عملکرد جنسی تحت‌تأثیر عوامل مختلفی چون عوامل اجتماعی - فرهنگی (تربیت، هنجارهای فرهنگی و توقعات)، عوامل زیستی (سلامت جسمانی، زیستی - عصبی و اندوکراین)، عوامل بین‌فردی (کیفیت روابط در گذشته و حال و خویش‌داری جنسی در زندگی) و عوامل روانی (شادی، اضطراب بدنی و افسردگی) قرار دارد (جهان‌فر و مولایی‌نژاد، ۲۰۱۴، ص ۵۷). شایان‌ذکر است که از بین عوامل روانی اثرگذار بر میزان و کیفیت عملکرد جنسی، تصویر بدنی و اختلال خوردن مورد اقبال تعدادی از پژوهشگران قرار گرفته است (بورث و تامسون^۳، ۲۰۰۲، ص ۳۰۷).

درحقیقت، تصویر بدنی ادراک فرد از اندازه، تناسب و زیبایی فرم بدن است که همواره با سایز واقعی بدن همسان نمی‌باشد؛ اما این دو عامل با یکدیگر مرتبط هستند؛ به‌نحوی که افراد دارای نابه‌هنجاری از نظر شاخص توده بدنی، نارضایتی بیش‌تری از فرم بدن خود نسبت به افراد با شاخص توده بدنی نرمال دارند (سیل، برادفورد و مستون^۴، ۲۰۰۹، ص ۸۶۷).

دراین‌راستا، نظریه "خودشی‌انگاری" به‌عنوان تبیینی برای نارضایتی از تصویر بدن و اهمیت ظاهر برای زنان مطرح شده است. براساس این نظریه، زنان به

3. Boroughs & Thompson
4. Seal, Bradford & Meston

1. Armbruster & Song
2. Novak & Berek

رضایت‌مندی جنسی زنان نخست‌زا پرداخته‌اند؛ آرمبروستر و سانگ (۲۰۱۶) اثر تمرین ورزشی را بر عملکرد جنسی زنان دارای سرطان آندومتر ارزیابی نموده‌اند؛ نظریور، سیمبر، رضانی، تهرانی و علوی (۲۰۱۵) به بررسی اثر تمرینات ورزشی بر عملکرد جنسی زنان یائسه پرداخته‌اند؛ لیبرگال وینچستر و همکاران^۴ (۲۰۱۲) اثر تمرینات ورزشی را بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری ارزیابی نموده‌اند؛ لورنزو مستون^۵ (۲۰۱۲) نیز به بررسی اثر تمرینات ورزشی بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به افسردگی پرداخته و به تأثیر مثبت یا عدم تأثیر فعالیت‌های ورزشی بر عملکرد جنسی زنان اشاره کرده است.

لازم‌به‌ذکر است با این‌که برخی از مطالعات به سنجش اثر فعالیت بدنی بر عملکرد جنسی پرداخته‌اند؛ اما پژوهش‌های صورت‌گرفته در این حیطه، نوپا بوده و بیشتر محدود به نمونه‌هایی با بیماری‌های خاص (زنان با نشانگان تخمدان پلی‌کیست، مبتلا به سرطان، یائسه، مبتلا به بی‌اختیاری ادرار، دارای افسردگی و چاق) می‌باشد. علاوه‌براین، در بیشتر این مطالعات از تمرینات هوازی و کگل (کف لگن) استفاده شده است؛ این درحالی می‌باشد که تمرینات مقاومتی، اثر قابل‌ملاحظه‌تری نسبت به تمرینات هوازی بر هورمون تستوسترون (که در میل جنسی زنان نقش دارد) بر جای می‌گذارد. تستوسترون یک هورمون استروئیدی است که تأثیرات آنابولیک و آنتی‌کاتابولیک بر بافت‌های عضلانی دارد و باعث افزایش توده عضلانی بدون چربی در بازو، پا و کل بدن می‌شود و این تغییرات منجر به بهبود شاخص توده بدن و شکل بدن می‌گردد (سانال، آردیک و کیراک^۶، ۲۰۱۳، ص ۲). با توجه به این‌که از یک سو فعالیت بدنی به‌عنوان یک

مرور می‌آموزند که فرم بدن آن‌ها معیاری برای قضاوت دیگران می‌باشد و همین موضوع آن‌ها را به سمت خودشی‌انگاری سوق می‌دهد. این نظریه در حیطه جنسی سبب می‌شود که زنان همواره تلاش کنند تا با انجام جراحی‌های زیبایی، تغییر رژیم غذایی و یا پرداختن به فعالیت بدنی، فرم بدن خود را با استانداردهای یک بدن مطلوب و جذاب به‌لحاظ جنسی هماهنگ سازند (استیر و تیگمن^۱، ۲۰۰۸، ص ۲۰۶). در این ارتباط، شکست واقعی یا ذهنی در رسیدن به فرم بدنی مطلوب منجر به شرم و نارضایتی از بدن، تمرکز بر فرم بدن به‌جای تمرکز بر تجربه جنسی (ساتینسکی، ریس، دنیس، سندرس و باروزل^۲، ۲۰۱۲) و اختلال خوردن (سیل و همکاران^۳، ۲۰۰۹، ص ۸۶۷) می‌شود.

علی‌رغم این‌که راه‌کارهای مختلفی برای بهبود تصویر بدن، تنظیم اشتها و غلبه بر اختلالات عملکرد جنسی پیشنهاد شده است؛ اما هرکدام از این روش‌ها دارای معایبی می‌باشند. در این‌رستا، به‌نظر می‌رسد پرداختن به فعالیت بدنی، یکی از کم‌عارضه‌ترین و در دسترس‌ترین راه‌کارها برای تنظیم اشتها و بهبود تصویر بدن باشد (بورث و تامسون، ۲۰۰۲، ص ۳۰۹). از گذشته‌های دور تاکنون فعالیت بدنی برای رسیدن به فرم بدنی مطلوب و کاهش اختلال خوردن پیشنهاد می‌شده است؛ اما اخیراً از آن به‌عنوان یک راه‌کار احتمالی برای بهبود عملکرد جنسی نام برده شده است. در این ارتباط، برخی از پژوهش‌ها به سنجش اثر فعالیت بدنی بر عملکرد جنسی پرداخته‌اند؛ به‌عنوان مثال، لارا و همکاران^۳ (۲۰۱۵) اثر تمرینات ورزشی را بر عملکرد جنسی زنان با نشانگان تخمدان پلی‌کیست بررسی نموده‌اند؛ زارع، گلمکانی، شارع و شاکری (۲۰۱۵) به بررسی اثر تمرینات ورزشی بر

4. Liebergall-Wischnitzer
5. Lorenz & Meston
6. Sanal, Ardic & Kirac

1. Steer & Tiggemann
2. Satinsky, Reece, Dennis, Sanders & Bardzell
3. Lara

۳/۳ از خرده‌مقیاس میل جنسی، عدم بارداری و نداشتن فعالیت ورزشی منظم در دو سال گذشته. معیارهای خروج نیز شامل این موارد می‌شد: داشتن بیماری‌های حاد قلبی - ریوی، صدمات مغزی و هر بیماری ناتوان‌کننده‌ای که مانع شرکت آن‌ها در فعالیت بدنی می‌شد و داشتن غیبت بیش از سه جلسه در جلسات مداخله.

ابزار و شیوه گردآوری داده‌ها

در این پژوهش به‌منظور سنجش تصویر بدنی، اختلال خوردن و عملکرد جنسی از سه پرسش‌نامه چندبعدی نگرش فرد درمورد تصویر بدن (کش^۲، ۲۰۰۰)، پرسش‌نامه نگرش نسبت به تغذیه (گارنر و گرفینکل^۳، ۱۹۸۹) و پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان روزن (روزن^۴ و همکاران، ۲۰۰۰) استفاده گردید. لازم‌به‌ذکر است که روایی و پایایی هر سه پرسش‌نامه در ایران بررسی و تأیید شده است.

پرسش‌نامه چندبعدی نگرش فرد درمورد تصویر بدن: این پرسش‌نامه دارای ۶۹ سؤال و ۱۰ خرده‌مقیاس است که توسط خود فرد پاسخ داده می‌شود و دربرگیرنده پرسش‌هایی مرتبط با ابعاد جسمانی (۵۴ سؤال)، رضایت از بخش‌های مختلف بدنی (نه سؤال) و مقیاس نگرش فرد درباره وزن (شش سؤال) می‌باشد که در مجموع، ۱۰ خرده‌مقیاس را شامل می‌شود. روایی محتوایی این پرسش‌نامه در ایران با استفاده از نظر متخصصان تأیید شده و پایایی آن با سنجش همسانی درونی سوالات برای خرده‌مقیاس آگاهی از ظاهر (۰/۸۷)، ارزیابی از ظاهر (۰/۸۵)، آگاهی از تناسب (۰/۷۴)، ارزیابی از تناسب (۰/۸۲)، ارزیابی از احساس سلامت جسمانی (۰/۷۰)، آگاهی از احساس بیماری (۰/۷۰)، رضایت از بخش‌های مختلف بدن (۰/۷۹)، مشغولیت فکری با وزن (۰/۸۲) و

راه‌کار بدون عارضه برای بهبود عملکرد جنسی پیشنهاد شده است و ازسوی‌دیگر، مطالعات اندکی به بررسی اثر فعالیت بدنی بر عملکرد جنسی پرداخته‌اند و نتایج این مطالعات نیز متناقض و محدود به نمونه‌های خاص بوده است، هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثر یک دوره تمرینات مقاومتی بر تصویر بدن، اختلال خوردن و عملکرد جنسی زنان لاغر دارای اختلال در عملکرد جنسی بود. همچنین، از آنجایی که تصویر بدن (ساتینسکی و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۱۳۷) و رژیم غذایی (ولک، کریمر، بوش، اینکلودن و بوتس^۱، ۱۹۹۷، ص ۴۹) با عملکرد جنسی مرتبط می‌باشند، فرض پژوهش بر این بود که تمرینات مقاومتی اثر مثبتی بر تصویر بدن و اختلال خوردن دارند و در پی آن به‌دلیل ارتباط تصویر بدن و رژیم غذایی با عملکرد جنسی، عملکرد جنسی زنان لاغر دارای عملکرد جنسی پایین افزایش می‌یابد.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از مطالعات نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه کنترل و تجربی می‌باشد.

شرکت‌کنندگان

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر را ۲۶ نفر از زنان لاغر مراجعه‌کننده به سه کلینیک سلامت جنسی استان اصفهان که دارای عملکرد و میل جنسی پایین بودند، تشکیل دادند. این تعداد به‌صورت دردسترس و هدفمند انتخاب شدند و با آرایش تصادفی در دو گروه تجربی و کنترل قرار گرفتند. معیارهای انتخاب شرکت‌کنندگان عبارت بود از: زندگی با همسر در یک‌سال گذشته، قراردادن در دامنه سنی ۳۵-۳۰ سال، شاخص توده بدنی ۱۸-۲۰، دریافت نمره کمتر از ۲۶/۵ از پرسش‌نامه عملکرد جنسی و نمره کمتر از

2. Cash
3. Garner & Gerfinkel
4. Rosen

1. Volek, Kreamer, Bush, Incledon & Boetes

پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان

پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان روزن (FSFI) (روزن و همکاران، ۲۰۰۰) با ۱۹ سؤال عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه مستقل میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه به‌طور گسترده‌ای در پژوهش‌های خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته‌است. در پژوهش حاضر منظور از نمره استاندارد شاخص عملکرد جنسی زنان، نمره‌ای است که فرد به سؤالات ۱۹ ماده‌ای پرسش‌نامه مذکور می‌دهد و تحلیل (تفسیر) آن براساس میزان نمره پرسش‌نامه صورت می‌گیرد. درمورد نحوه نمره‌دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسش‌نامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سؤالات هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور لحاظ‌شده به‌دست می‌آید (از آنجایی که در پرسش‌نامه، تعداد سؤالات حوزه‌ها با یکدیگر برابر نمی‌باشند، ابتدا جهت هم‌وزن کردن حوزه‌ها با یکدیگر، نمرات حاصل از سؤالات هر حوزه با هم جمع شده و سپس، در عدد فاکتور ضرب می‌گردد). نقطه برش برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌ها به‌ترتیب عبارت هستند از: کل مقیاس (۲۶/۵۵)، میل جنسی (۳/۳)، تحریک روانی (۳/۴)، رطوبت (۳/۴)، ارگاسم (۳/۴)، رضایتمندی (۳/۸) و درد جنسی (۳/۸). به‌عبارت‌دیگر، نمرات بیش‌تر از نقطه برش مبین عملکرد خوب می‌باشد (روزن و همکاران، ۲۰۰۰، ص ۲۰۴). علاوه‌براین، روایی همگرایی این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی مناسب گزارش شده است. پایایی بازآزمایی کل مقیاس نیز معادل (۰/۸۸) و برای زیرمقیاس‌ها از (۰/۷۹) تا (۰/۸۶) لحاظ گردیده است. در ایران نیز محمدی و همکاران (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه و هریک از حوزه‌ها را بالاتر از (۰/۷۰) به‌دست آورده‌اند. همچنین، تفاوت معناداری بین نمرات کل مقیاس و هریک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال عملکرد جنسی

ارزیابی وزن (۰/۷۵) به‌دست آمده است (زرشناس و همکاران، ۲۰۰۹، ص ۱۶).

پرسش‌نامه نگرش نسبت به تغذیه:

پرسش‌نامه نگرش‌های خوردن در سال (۱۹۸۹) توسط کارنر و گریفینکل ساخته شده است. این پرسش‌نامه در سطح وسیعی به‌عنوان یک ابزار غربال‌گری خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به‌کار می‌رود و کارآمدی آن در شناسایی بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی ثابت شده است. شایان‌ذکر است که این پرسش‌نامه دارای ۲۶ آیتم، شش گزینه پاسخ (همیشه، بیشتر اوقات، بسیاری از اوقات، گاهی، به‌ندرت و هرگز) و سه خرده‌مقیاس رژیم لاغری (۱۲ سؤال)، مهار دهانی (شش سؤال) و پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا (هشت سؤال) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه نگرش‌های خوردن بدین‌صورت است که به پاسخ "همیشه" سه نمره، "بیشتر اوقات" دو نمره و "بسیاری از اوقات" یک نمره و به سه گزینه باقی‌مانده شامل: "گاهی اوقات"، "به‌ندرت" و "هرگز" نمره صفر تعلق می‌گیرد؛ بنابراین، نمرات می‌توانند در دامنه صفر تا ۷۸ باشند. باید عنوان نمود که نمره غربال‌کننده از حاصل جمع تعداد عباراتی که به‌صورت "همیشه"، "بیشتر اوقات" و "بسیاری از اوقات" پاسخ داده شده‌اند، به‌دست می‌آید و در صورتی که نمره فرد بالاتر از ۲۰ باشد، مشکوک به اختلال محسوب می‌گردد. در این میان، سؤال ۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. لازم‌به‌ذکر است که در ایران نوبخت، دژاکام و طباطبایی (۱۹۹۹) روایی محتوایی پرسش‌نامه را تأیید نموده و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی مورد بررسی قرار داده‌اند. در این پژوهش ضریب پایایی با استفاده از روش هم‌بستگی پیرسون محاسبه گردید که براساس نتایج، همبستگی بین نمره‌های حاصل از اجرای دو مرحله پرسش‌نامه معادل (۰/۹۱) به‌دست آمد که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد.

و بدون اختلال گزارش شده است که نشانگر اعتبار برنامه‌ی تمرینی مقاومتی به مدت هشت هفته و به شکل (روایی) این ابزار می‌باشد. سه جلسه‌ی یک ساعته در هفته به طول انجامید که پروتکل تمرین مقاومتی آموزش‌ها و مداخلات در جدول یک و دو خلاصه شده است.

جدول ۱. برنامه‌ی تمرین مقاومتی

تمرین‌های منتخب مقاومتی	مراحل تمرین	زمان (دقیقه)
حرکات کششی و چرخشی مفاصل	گرم کردن بدن	۱۵
تمرینات عضلات پشت، سینه، دست، شکم و پا	تمرین مقاومتی	۳۰
تمرینات کششی	سرد کردن بدن	۱۵

جدول ۲. فهرست تمرین‌های منتخب مقاومتی

تمرینات عضلات پشت	تمرینات عضلات سینه	تمرینات عضلات دست	تمرینات عضلات شکم	تمرینات عضلات پا
کشش پارو از جلو	پرواز مایل با یک دست از پایین به بالا	کشش جلوی بازو با آرنج عمودی	درازونشست از بالا به پایین	کشش پا
کشش پارو از کنار با یک دست	پرواز مایل با یک دست از بالا به پایین	کشش جلوی بازو با آرنج افقی	درازونشست مایل از طرفین	اسکوات پا
کشش پارو نشسته روی زمین	پرواز افقی با یک دست از کنار	کشش پشت بازو به بالا	کشش مایل روی زانو از بالا به پایین	کشش پا از پشت
کشش پارو نشسته روی صندلی	پرس ایستاده با یک دست مایل از بالا به پایین	کشش پشت بازو به پایین	کشش مایل دست بسته در حالت ایستاده از طرفین	کشش پا از جلو
باز کردن دست به کنار	پرس ایستاده با یک دست مایل از پایین به بالا	کشش مچ دست در حالت نشسته	کشش مایل با دست باز در حالت ایستاده	کشش پا از پهلو به حالت خوابیده
پرواز در حالت خمیده	پرس ایستاده با یک دست افقی	کشش یک دست	کشش مایل با دست باز در حالت ایستاده از پایین به بالا	-
پرواز معکوس روی زمین	-	حرکت چرخشی دست	کشش کناری با دست بالا	-

روش اجرای پژوهش

مراجعه به این سه مرکز، ۲۶ زن لاغر غیرورزشکار (با دامنه‌ی سنی ۳۰-۳۵ سال و شاخص توده‌ی بدنی ۱۸-۲۰) که از پرسش‌نامه‌ی عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران نمره‌ی کمتر از (۲۶/۵) و از خرده‌مقیاس میل

روش اجرای پژوهش بدین نحو بود که ابتدا برای انتخاب نمونه با مسئولان سه کلینیک سلامت جنسی استان اصفهان درمورد اهداف پژوهش صحبت شد و آن‌ها قول مساعدت و همکاری دادند. سپس، از بین

پیش فرض‌های کوواریانس، از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردید و حداقل سطح معناداری در آزمون فرض‌ها معادل (۰/۰۵) در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که از نرم افزار اس.پی.اس.اس ویرایش ۲۳ جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول شماره سه، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جنسی نمره کمتر از (۳/۳) کسب کرده بودند و شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، به صورت هدفمند و در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه تجربی و کنترل قرار گرفتند. گروه تجربی به مدت دو ماه به تمرین مقاومتی پرداخت و گروه کنترل در طول این دوره فعالیت‌های روزانه خود را انجام داد. شایان ذکر است که پیش و پس از مداخله، هر دو گروه پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند.

روشی پردازش داده‌ها

به منظور مقایسه گروه‌ها پس از سنجش و تأیید

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش بین دو گروه کنترل و تجربی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	کنترل		تجربی	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
شاخص توده بدن	۱۷/۱۹ ± ۰/۸۵	۱۷/۲۲ ± ۰/۸۴	۱۷/۳۳ ± ۰/۷۶	۱۸/۱۸ ± ۰/۷۶
تصویر بدن	۲۳۲/۱۵ ± ۰/۷	۲۳۲/۱۴ ± ۰/۷	۲۳۳/۱۲ ± ۰/۷	۲۴۱/۱۱ ± ۰/۷۸
اختلال خوردن	۱۴/۱۰ ± ۰/۵۳/۶۵	۱۱/۳۸ ± ۰/۷/۴۲	۱۳/۳۸ ± ۰/۹/۴۲	۹/۶ ± ۰/۴۶/۵
عملکرد جنسی	۲۳/۵۳ ± ۰/۲۹	۲۱/۳ ± ۰/۵۷/۳۵	۲۴/۳۷ ± ۰/۳/۶۴	۲۵/۲ ± ۰/۵/۸۵

در جدول شماره چهار با استفاده از تحلیل کوواریانس، متغیرهای پژوهش در بین گروه‌ها مقایسه شده است.

جدول ۴- برآورد تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه متغیرهای پژوهش در بین گروه‌ها

گروه	میانگین حاشیه‌ای	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	اف	سطح معناداری	مجذور اتا
تجربی	۲۴۱/۷۶	۱۴۰۷/۲۳۴	۱	۱۴۰۷/۲۳۴	۱۵/۶۲	۰/۰۱	۰/۴۰
کنترل	۲۳۲/۳۰	۲۰۷۱/۸۰	۲۳	۹۰/۰۷	-	-	-
تجربی	۱۸/۲۰	۴/۲۹	۱	۴/۲۹	۶۷/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴
کنترل	۱۷/۲۲	۱/۴۶۸	۲۳	۰/۰۶۴	-	-	-
تجربی	۹/۴۶	۱۲/۲۶	۱	۱۲/۲۶	۱۲/۲۶	۰/۵۱	۰/۰۱۹
کنترل	۱۱/۳۶	۶۳۵/۲۴	۲۳	۲۷/۶۶	-	-	-
تجربی	۲۵/۰۵	۶۰/۲۸	۱	۶۰/۲۸	۲۰/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷
کنترل	۲۱/۵۷	۶۷/۵۴	۲۳	۲/۹۳	-	-	-

براساس یافته‌های جدول شماره چهار، تمرینات مقاومتی تأثیر معناداری بر شاخص توده بدن، تصویر بدن و عملکرد جنسی داشته است ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که تمرینات مقاومتی نگرش درمورد تصویر بدن را مثبت‌تر می‌کند. این یافته با نتایج مطالعاتی که به تأثیر مثبت فعالیت بدنی بر تصویر بدن اشاره دارند (به‌عنوان مثال هانگ، نورمن، زابینسکی، کلفس و پاتریک، ۲۰۰۷، ص ۲۴۹)، همخوان است. از علل احتمالی اثرگذاری فعالیت بدنی بر نگرش مثبت‌تر نسبت به تصویر بدن می‌توان به تغییر شاخص توده بدن در پی تمرینات و درک مثبت‌تر افراد از بدن خود اشاره کرد (هانگ و همکاران، ۲۰۰۷، ص ۲۴۶). برخی از مطالعات نشان داده‌اند که تمرینات مقاومتی، ترکیب بدن (افزایش توده عضلانی بدون چربی در بازو، پا و کل بدن) و شاخص توده بدن (نسبت کمر به باسن) در زنان را تغییر می‌دهد (زوف، لارالا، ویرا، مارتین و فریانی، ۲۰۱۵). همچنین، برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که هنگامی که افراد به ورزش می‌پردازند، مستقل از تغییر شاخص توده بدن، احترام بیشتری را برای بدن خود قائل شده و نگرانی کمتری درمورد شکل بدن خود خواهند داشت (ساتینسکیو همکاران، ۲۰۱۲، ص ۱۴۲).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان ارتباط وجود دارد. این امر با یافته‌های مطالعاتی که نشان می‌دهند زنانی که حس منفی بیشتری نسبت به بدن خود دارند، میل جنسی کمتر و قابلیت تحریک‌پذیری کمتری دارند، همخوان می‌باشد (سیل و همکاران، ۲۰۰۹، ص ۸۶۸). در این

ارتباط، سیلواراستاین، براون، روت و بریتون^۳ (۲۰۱۱) ادعان کرده‌اند که یک زندگی جنسی شاد و کامل، به تمرکز حسی در حین رابطه جنسی نیاز دارد. تمرکز حسی تحت تأثیر سه مانع روانی قرار می‌گیرد: خودداوری منفی، حواس‌پرتی شناختی و نشانه‌های اضطراب و افسردگی. ذکر این نکته ضرورت دارد که تصویر بدنی منفی منجر به خودداوری منفی می‌گردد. براساس شواهد پژوهشی، خودداوری منفی در زنانی که اوج لذت جنسی را تجربه نکرده‌اند، بیش‌تر از زنانی است که به اوج لذت جنسی رسیده‌اند؛ زیرا، خودداوری منفی باعث حواس‌پرتی شناختی می‌شود (کوکسیس و نیوبری هلیس^۴، ۲۰۱۶، ص ۶۹۱). به‌عبارت‌دیگر، افکار منفی و احساسات همراه آن، منابع شناختی را به انحصار خود درآورده و فرد را به دور از زمان حال می‌برد و در نتیجه، تمرکز حسی کاهش می‌یابد (جانسن، اوراد، اسپیرینگ و جانسن^۵، ۲۰۰۰).

علاوه‌براین، یافته‌ها نشان دادند که تمرینات مقاومتی بر اختلال خوردن اثر نداشته است. این یافته با نتایج بیشتر مطالعاتی که نشان داده‌اند فعالیت بدنی اختلال خوردن را بهبود می‌بخشد، در تناقض است و این تناقض می‌تواند ناشی از تفاوت در نمونه پژوهش باشد؛ زیرا، شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر زنانی بودند که مبتلا به اختلال خوردن حاد نبودند (از پرسش‌نامه نمره کمتر از ۲۰ را کسب کرده بودند)؛ اما در پژوهش‌های گذشته، شرکت‌کنندگان مبتلا به اختلال خوردن حاد بوده‌اند. علاوه‌براین، در پژوهش‌های گذشته اثر تمرین بر روی اختلال خوردن یا اشتهای افراد چاق و دارای اضافه‌وزن سنجیده شده بود (جونز، هارتمن بویز، جب و آیارد^۶، ۲۰۱۴، ص ۱۵۵۷)

3. Silverstein, Brown, Roth & Britton
4. Kocsis & Newbury-Helps
5. Janssen, Everaerd, Spiering & Janssen
6. Johns, Hartmann-Boyce, Jebb & Aveyard

1. Huang, Norman, Zabinski, Calfas & Patrick
2. Zueff, Lara, Vieira, Martins & Ferriani

در صورتی که شرکت کنندگان در پژوهش حاضر زنان لاغر بودند.

دیگر یافته پژوهش بیانگر این بود که تمرین مقاومتی باعث بهبود عملکرد جنسی زنان می‌شود. این یافته با نتایج مطالعاتی که نشان داده‌اند بین فعالیت بدنی منظم و عملکرد جنسی همبستگی مثبتی وجود دارد (پن هالو و یانگ^۱، ۲۰۰۸، ص ۶) و نیز مطالعاتی که اثر فعالیت بدنی را بر عملکرد جنسی سنجیده و به اثر مثبت فعالیت بدنی بر عملکرد جنسی اشاره کرده‌اند (به‌عنوان مثال کاراتاز و همکاران^۲، ۲۰۱۰، ص ۱۱۸۸)، همخوان است. به نظر می‌رسد فعالیت بدنی منظم با ایجاد آثار مفید فیزیولوژیک و روانی بر بهبود عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد.

ورزش منظم باعث افزایش استقامت عضلانی و استقامت قلبی - عروقی می‌شود و گردش خون در اندام‌ها را بهتر می‌کند (کاراتاز و همکاران، ۲۰۱۰، ص ۱۱۸۶) و بر میزان هورمون‌ها و انتقال‌دهنده‌های عصبی تأثیر می‌گذارد (به نقل از لاولی، کرامر، موران و ویلیامز^۳، ۲۰۱۲، ص ۳۸۵).

علاوه بر این، بهبود آمادگی جسمانی در پی تمرینات ورزشی باعث می‌شود که افراد در رابطه جنسی کمتر دچار ضعف و خستگی شوند. گردش خون بهتر اندام‌ها به‌ویژه اندام تناسلی (کلیتورال) که در پی تمرینات ورزشی ایجاد می‌شود، عملکرد جنسی را لذت‌بخش‌تر می‌نماید (کاراتاز و همکاران، ۲۰۱۰، ص ۱۱۸۶). تغییرات انتقال‌دهنده‌های عصبی و هورمون‌ها نیز باعث بهبود عملکرد جنسی می‌شود (داویس و تران^۴، ۲۰۰۱، ص ۳۵، آلن، پاکارین، هاکین و کومی^۵، ۱۹۸۸، ص ۲۳۰).

همچنین، تغییر هورمون‌ها و انتقال‌دهنده‌های عصبی

در پی تمرینات مقاومتی ناشی از افزایش ترشح آندروژن و کورتیزول (کریمر، رتامس و کومی^۶، ۲۰۰۳، ص ۳۵۲)

افزایش کاتکولامین‌ها و افزایش سازگاری در ترکیب تستوسترون می‌باشد (رانویک و همکاران^۷، ۱۹۹۵، ص ۱۰۴). در زنان با میل جنسی کم، سطح آندروژن‌ها پایین است (تورنا و همکاران^۸، ۲۰۰۵، ص ۱۴۹). تمرینات مقاومتی با افزایش میزان آندروژن، میل جنسی و سرحالی را افزایش می‌دهد و منجر به بهبود عملکرد جنسی می‌گردد (داویس و تران، ۲۰۰۱، ص ۳۶). برخی پژوهش‌ها نیز به تغییر نسبت تستوسترون به کورتیزول در طول تمرینات مقاومتی اشاره داشته و عنوان نموده‌اند که این نسبت رابطه مستقیمی با عملکرد جنسی دارد (آلن، پاکارین، هاکین و کومی^۹، ۱۹۸۸، ص ۲۳۰). تغییر کاتکولامین‌ها (آدرنالین، نورآدرنالین و دوپ‌آمین) در پی تمرین جسمی دارای دو نقش در بهبود عملکرد جنسی می‌باشد؛ یکی کاربرد کاتکولامین‌ها برای افزایش هورمون جنسی تستوسترون (کریمر و همکاران، ص ۳۵۲) و دیگری بهبود حالات روانی و سرحالی (لاولی، کرامر، موران و ویلیامز، ۲۰۱۲، ص ۳۵۸).

به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تمرینات مقاومتی باعث درک مثبت‌تر از بدن و بهبود عملکرد جنسی زنان لاغر غیرورزشکار می‌شود. این یافته بینش عمیق‌تری را در مورد اثر فعالیت بدنی و ورزش بر عملکرد جنسی ایجاد می‌کند. در این ارتباط، مطالعات گذشته به بررسی اثر مثبت فعالیت بدنی بر بهبود عملکرد جنسی زنان با نشانگان تخمدان پلی‌کیست (لارا و همکاران، ۲۰۱۵، ص ۱۵۸۴)،

1. Penhollow & Young
2. Karatas
3. Lavallee, Kreamer, Moran & Williams
4. Davis & Tran
5. Alen, Pakarinen, Häkkinen & Komi

6. Kraemer, Ratamess & Komi
7. Rannevik
8. Turna
9. Alen, Pakarinen, Hakkinen & Komi

بر اساس نتایجی که در این پژوهش به دست آمد تمرینات مقاومتی بر شاخص توده بدن و به دنبال آن تصویر بدنی مثبت اثر معنی داری دارد، همچنین با تغییرات بر میزان هورمون های جنسی که ناشی از تمرینات مقاومتی می باشد بر عملکرد جنسی نیز اثر گذار می باشد. لازم به ذکر است که یافته های پژوهش حاضر دیدگاهی قوی را برای شرکت در تمرینات مقاومتی برای زنان لاغر دارای اختلال در عملکرد جنسی فراهم آورده است. براین اساس، تمرینات مقاومتی به زنان لاغری که دارای اختلال در عملکرد جنسی هستند، پیشنهاد می شود.

سرطان آندومتر (آرمبروستر و سانگ، ۲۰۱۶، ص ۲۴)، زنان یائسه (نظریور و همکاران، ۲۰۱۵، ص ۱۷)، زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار (لیبرگال وینچیستر و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۱۶۱۳) و عملکرد جنسی زنان مبتلا به افسردگی (لورنزو مستون، ۲۰۱۲، ص ۳۵۲) اشاره کرده بودند. در این پژوهش بر اساس یافته های گذشته از سایر پژوهش ها، فعالیت بدنی (شامل تمرینات ایروبیک، کگل، کار با وزنه و...) بر تصویر بدنی، اختلال خوردن و عملکرد جنسی زنان دارای اضافه وزن یا با وزن نرمال اثر معنی دارد اما مطالعه ای بر اثر تمرینات مقاومتی بر روی زنان لاغر غیر ورزشکار بر اساس این سه متغیر صورت نگرفته است.

منابع

1. Alen, M., Pakarinen, A., Häkkinen, K., & Komi, P. (1988). Responses of serum androgenic-anabolic and catabolic hormones to prolonged strength training. *International Journal of Sports Medicine*, 9(3), 229-33.
2. Armbruster, S., Song, J., Lu, K., & Basen-Engquist, K. (2016). Sexual function and sexual interest in endometrial cancer survivors: Does a physical activity intervention help? *Gynecologic Oncology*, 141(1), 24.
3. Berek, J. (2011). *Berek and Novak's gynecology*. (North American ed.). USA: Lippincott Williams & Wilkins, p:493.
4. Boroughs, M., & Thompson, J. K. (2002). Exercise status and sexual orientation as moderators of body image disturbance and eating disorders in males. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 307-11.
5. Cash, T. (2000). *MBSRQ users' manual*. Norfolk, VA: Old Dominion Univer Press, 1-4.
6. Davis, S. R., & Tran, J. (2001). Testosterone influences libido and well being in women. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 12(1), 33-37.
7. Hasanzadeh, R., & Mostafavi, S. A. (2015). The relationship between marital satisfaction and sexual problems. Paper presented at the second national conference and the first international conference of new preceding studies in the humanities, Tehran, p:2. (In Persian).
8. Huang, J. S., Norman, G. J., Zabinski, M. F., Calfas, K., & Patrick, K. (2007). Body image and self-esteem among adolescents undergoing an intervention targeting dietary and physical activity behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 245-51.
9. Jahanfar, S., & Molaiejad, M. (2014). *Pamphlet of sexual disorders* (1st ed). Tehran: Jemehnegar, 57. (In Persian).
10. Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M., & Janssen, J. (2000). Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: Toward an information processing model of sexual arousal. *Journal of Sex Research*, 37(1), 8-23.
11. Johns, D. J., Hartmann-Boyce, J., Jebb, S. A., Aveyard, P., & Group, B. W. M. R. (2014). Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: A systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Journal of*

- the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(10), 1557-68.
12. Karatas, O. F., Baltaci, G., Ilerisoy, Z., Bayrak, O., Cimentepe, E., Irmak, R., & Unal, D. (2010). The evaluation of clitoral blood flow and sexual function in elite female athletes. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(3), 1185-89.
 13. Kocsis, A., & Newbury-Helps, J. (2016). Mindfulness in sex therapy and intimate relationships (MSIR): Clinical protocol and theory development. *Mindfulness*, 7(3), 690-99.
 14. Kraemer, W. J., Ratamess, N. A., & Komi, P. (2003). Endocrine responses and adaptations to strength and power training. *Strength and Power in Sport*, 361-86.
 15. Lara, L. A. S., Ramos, F. K. P., Kogure, G. S., Costa, R. S., Silva de Sá, M. F., Ferriani, R. A., & Reis, R. M. (2015). Impact of physical resistance training on the sexual function of women with polycystic ovary syndrome. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(7), 1584-90.
 16. Lavallee, D., Kremer, J. P., Moran, A., & Williams, M. (2012). *Sport psychology*. (R. Hemayat Talab, H. Akbari Yazdi, A. Rajabzadeh, & M. Jafari, Trans). (1st ed). Tehran: Asre Entezar, p: 358.
 17. Liebergall-Wischnitzer, M., Paltiel, O., Hochner Celnikier, D., Lavy, Y., Manor, O., & Woloski Wruble, A. C. (2012). Sexual function and quality of life of women with stress urinary incontinence: A randomized controlled trial comparing the Paula method (circular muscle exercises) to pelvic floor muscle training (PFMT) exercises. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1613-23.
 18. Lorenz, T. A., & Meston, C. M. (2012). Acute exercise improves physical sexual arousal in women taking antidepressants. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(3), 352-61.
 19. Mohammady, K., Heidari, M., & Faghih Zadeh, S. (2008). Validity of the Persian version of Female Sexual Function Index-FSFI scale as the Female Sexual Function Index. *J Payesh*, 7(2), 269-78. (In Persian).
 20. Nazarpour, S., Simbar, M., Ramezani Tehrani, F., & Alavi Majd, H. (2015). Exercise and sexual dysfunction among postmenopausal women in Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 13(1), 17-32. (In Persian).
 21. Nobakht, M., Dojkam, M., & Tabatabaee, S. M. (1999). *Epidemiology of eating disorders among high school female students in Tehran demo*. (Unpublished master dissertation). Mashhad Ferdowsi University. (In Persian).
 22. Norani Pour, R., Besharat, M. A., & Yosefi, A. (2008). The relationship between knowledge and attitude with marital satisfaction among couples living in the complexes young researchers at Shahid Beheshti University. *Newest and Consulting Research Journal*, 24(6), 27-39. (In Persian).
 23. Penhollow, T. M., & Young, M. (2008). Predictors of sexual satisfaction: The role of body image and fitness. *Journal of Human Sexuality*, 11(15), 1-14.
 24. Ranjbaran, M., Chizary, M., & Motavery poor, P. (2016). Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22(7), 1117-25. (In Persian).
 25. Rannevik, G., Jeppsson, S., Johnell, O., Bjerre, B., Laurell-Borulf, Y., & Svanberg, L. (1995). A longitudinal study of the perimenopausal transition: Altered profiles of steroid and pituitary hormones, SHBG and bone mineral density. *Maturitas*, 21(2), 103-13.
 26. Rosen, C. B. J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, R., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
 27. Sanal, E., Ardic, F., & Kirac, S. (2013). Effects of aerobic or combined aerobic resistance exercise on body composition in overweight and obese adults: Gender

- differences. A randomized intervention study. *Eur J Phys Rehabil Med*, 49(1), 1-11.
28. Satinsky, S., Reece, M., Dennis, B., Sanders, S., & Bardzell, S. (2012). An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image*, 9(1), 137-44.
29. Seal, B. N., Bradford, A., & Meston, C. M. (2009). The association between body esteem and sexual desire among college women. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 866-72.
30. Shamlo, S. (2008). *Mental health* (19th ed). Tehran: Roshd. (In Persian).
31. Silverstein, R. G., Brown, A. C. H., Roth, H. D., & Britton, W. B. (2011). Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: Implications for female sexual dysfunction. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 817.
32. Steer, A., & Tiggemann, M. (2008). The role of self-objectification in women's sexual functioning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(3), 205-25.
33. Turna, B., Apaydin, E., Semerci, B., Altay, B., Cikili, N., & Nazli, O. (2005). Women with low libido: Correlation of decreased androgen levels with female sexual function index. *International Journal of Impotence Research*, 17(2), 148-53.
34. Volek, J. S., Kraemer, W. J., Bush, J. A., Incledon, T., & Boetes, M. (1997). Testosterone and cortisol in relationship to dietary nutrients and resistance exercise. *Journal of Applied Physiology*, 82(1), 49-54.
35. Zare, Z., Golmakani, N., Share, H., & Shakeri, M. (2014). The effect of pelvic floor muscle exercises on sexual quality of life and marital satisfaction in primiparous women after childbirth. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gyhecology and Infertility*, 17(103), 21-32. (In Persian).
36. Zarshenas, S., Karbalaei Noori, A., Hosseini, A., Rahgozar, M., Seyed Noor, R., & Moshatagh, N. (2009). Effect of aerobics on attitude of females about physical appearance. *Journal of Rehabilitation*, 11(2), 15-27. (In Persian).
37. Zueff, L. N., Lara, L. A. D. S., Vieira, C. S., Martins, W. D. P., & Ferriani, R. A. (2015). Body composition characteristics predict sexual functioning in obese women with or without PCOS. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(3), 227-37.

استناد به مقاله

حسینی سربازی، م. بادامی، ر. و تقیان، ف. (۱۳۹۶). اثر تمرین مقاومتی بر تصویر بدنی، اختلال خوردن و عملکرد جنسی زنان لاغر. *مجله مطالعات روان‌شناسی ورزشی*، (۲۰)، ۴۸-۱۳۷. شناسه دیجیتال: 10.22089/spsyj.2017.3919.1398

Hosseini Sarbazai, M., Badami, R., & Taghian, F. (2017). Effect of strength exercise on physical appearance, eating disorder and sexual function in slender females. *Journal of Sport Psychology Studies*, 20; 137-48. (In Persian). Doi: 10.22089/spsyj.2017.3919.1398

Effect of Strength Exercise on Physical Appearance, Eating Disorder and Sexual Function in Slender Females

Mahboubeh Hosseini Sarbazai¹ , Rokhsareh Badami² , and Farzaneh Taghian³

Received: 2017/02/23

Accepted: 2017/07/11

Abstract

The present study has been conducted to determine effect of strength exercises on physical appearance, eating disorder, and sexual function of non-athlete females. To this end, 26 non-athlete slender females were chosen by available sampling technique and classified into empirical and control groups randomly. The empirical group participated in strength exercises for eight weeks while control group dealt with their daily activities during this period. To measure physical appearance, eating disorder, and sexual function, Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire, Eating Attitudes Test Questionnaire, and Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire were completed as pretest and posttest. The results of analysis of Covariance suggested the positive effect of strength exercise on physical appearance, sexual function, and BMI index but had no effect on eating disorder. Based on the findings, it is suggested to use strength exercise for increase and improvement of physical appearance and sexual function among non-athlete slender females.

Keywords: Physical Activity, Physical Appearance, Eating Disorder, Sexual Function, Slender Females

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

-
1. MSc. of Sport Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch. Islamic Azad University
 2. Associate Professor of Physical Education and Sport Science, Isfahan (Khorasgan) Branch. Islamic Azad University (Corresponding Author)
Email: Rokhsareh.badami@gmail.com
 3. Associate Professor of Physical Education and Sport Science, Isfahan (Khorasgan) Branch. Islamic Azad University