



دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی

گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

رشته تربیت بدنی و علوم ورزشی - رفتار حرکتی

بررسی رابطه بین اختلالات خوردن، نارضایتی روانی - بدنی و کمال گرایی در ورزشکاران زن و مرد شهرستان اورمیه

اساتید راهنما :

دکتر فاطمه سادات حسینی

دکتر حسن محمدزاده

نگارش :

سمیه عبدلی

بهمن ۱۳۹۰

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین اختلالات خوردن، نارضایتی روانی-بدنی و کمال گرایی در ورزشکاران زن و مرد شهرستان اورمیه بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه ورزشکاران (زن و مرد) شهرستان اورمیه است که مطابق با آمار در سال ۱۳۹۰ این تعداد حدود ۳۱۰۰۰ نفر اعلام شده است. تعداد ۳۷۳ نفر (۱۹۷ نفر مرد و ۱۷۶ نفر زن) بر اساس روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی چند مرحله ای در تحقیق شرکت کردند. شرکت کنندگان پرسشنامه های اختلالات خوردن (EAT-۲۶)، پرسشنامه نارضایتی روانی-بدنی (اوجنر و همکاران ۲۰۰۹) و پرسشنامه کمال گرایی چند بعدی ورزش (دان و همکاران ۲۰۰۵) را تکمیل نمودند. برای آزمون فرضیه های تحقیق از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل و تحلیل رگرسیون گام به گام در سطح اطمینان ۹۵٪ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۱۷ انجام شد. یافته های توصیفی نشان داد، ۳۴.۷٪ از ورزشکاران زن و ۲۷.۴٪ از ورزشکاران مرد دارای اختلال خوردن بی اشتھائی عصبی هستند. آزمون ضریب همبستگی پیرسون رابطه معنی داری بین اختلالات خوردن و نارضایتی روانی-بدنی ($r = 0.442$) و همچنین بین اختلالات خوردن و کمال گرایی ($r = 0.332$) نشان داد. تحلیل رگرسیون گام به گام نیز نشان داد، نارضایتی روانی-بدنی، استانداردهای شخصی و فشار والدین ادراک شده بطور معنی داری اختلالات خوردن را پیش بینی می کنند.

واژگان کلیدی: اختلالات خوردن، نارضایتی روانی-بدنی، کمال گرایی، بی اشتھائی عصبی، پرخوری عصبی، ورزشکاران.

فهرست مطالب

فصل اول کلیات تحقیق.....	۶
۱-۱. مقدمه.....	۷
۱-۲. بیان مسئله.....	۸
۱-۳. اهمیت و ضرورت تحقیق.....	۹
۱-۴. اهداف تحقیق.....	۱۱
۱-۴-۱. هدف اصلی.....	۱۱
۱-۴-۲. اهداف فرعی.....	۱۱
۱-۵. فرضیه های تحقیق.....	۱۱
۱-۶. محدودیت های تحقیق.....	۱۱
۱-۶-۱. محدودیت های قابل کنترل.....	۱۱
۱-۶-۲. محدودیت های غیرقابل کنترل.....	۱۲
۱-۷. متغیرهای تحقیق.....	۱۲
۱-۷-۱. متغیرپیشبین.....	۱۲
۱-۷-۲. متغیرملاک.....	۱۲
اختلالات خوردن.....	۱۲
۱-۸. تعاریف مفهومی و عملیاتی واژه های پژوهش.....	۱۲
فصل دوم مبانی نظری و پیشینه تحقیق.....	۱۴
۲-۱. مقدمه.....	۱۵
۲-۲. اختلالات خوردن.....	۱۵
۲-۲-۱. انواع اختلالات خوردن.....	۱۵
۲-۲-۳. ارزیابی، معالجه و پیشگیری.....	۱۸
۲-۲-۲. اختلالات خوردن و ورزش.....	۱۹

۲۰	عوامل درونی و بیرونی اثرگذار در بروز اختلالات خوردن.....	۲۰
۲۰	عوامل درونی.....	۲۰
۲۰	عوامل زیست شناختی.....	۲۰
۲۱	عوامل روانشناسی.....	۲۱
۲۱	نارضایتی روانی - بدنی.....	۲۱
۲۲	نقش جنسیت در نارضایتی روانی - بدنی.....	۲۲
۲۲	نگرشهای رشدی و جنسیتی.....	۲۲
۲۳	نارضایتی بدنی و اختلالات روانی وابسته.....	۲۳
۲۴	رابطه تصویر بدنی و نارضایتی بدنی بامیزان عزت نفس.....	۲۴
۲۵	رابطه نارضایتی روانی - بدنی با افسردگی و خیال خودکشی.....	۲۵
۲۶	نارضایتی روانی - بدنی و اختلالهای خوردن.....	۲۶
۲۷	عوامل مؤثر در میزان نارضایتی روانی - بدنی.....	۲۷
۳۰	میزان نارضایتی روانی، بدنی در افراد ورزشکار.....	۳۰
۳۰	تأثیرات شرکت در فعالیتهای بدنی بر نارضایتی روانی، بدنی.....	۳۰
۳۱	فشار روانی و تصویر بدنی در ورزشکاران.....	۳۱
۳۲	منابعی که بر ورزشکاران از لحاظ ظاهر بدنی فشار وارد می آورند :.....	۳۲
۳۲	کمال گرایی.....	۳۲
۳۳	ویژگیهای کمالگرایی.....	۳۳
۳۴	ابعاد کمالگرایی.....	۳۴
۳۷	علل کمالگرایی.....	۳۷
۳۷	دور معیوب (سیکل معیوب) در روند کمالگرایی.....	۳۷
۳۸	کمالگرایی و ورزش.....	۳۸
۴۰	کمالگرایی و اختلالات خوردن.....	۴۰
۴۱	اعتماد به نفس.....	۴۱
۴۲	عوامل بیرونی.....	۴۲
۴۲	عوامل فرهنگی - اجتماعی.....	۴۲
۴۲	محیط ورزشکار.....	۴۲
۴۲	اثر استرس.....	۴۲
۴۳	پیشینه تحقیق.....	۴۳
۴۳	تحقیقات داخلی.....	۴۳
۴۴	تحقیقات خارجی.....	۴۴
۴۴	تحقیقات مربوط به نارضایتی بدنی و اختلالات خوردن.....	۴۴
۴۷	تحقیقات مرتبط با کمال گرایی و اختلالات خوردن.....	۴۷
۴۸	تحقیقات چندمتغیری (کمالگرایی، نارضایتی بدنی و اختلالات خوردن).....	۴۸

۵-۲. نتیجه گیری..... ۵۰

۵۱..... فصل سوم روش تحقیق

- ۳-۱. مقدمه ۵۲
- ۳-۲. روش تحقیق..... ۵۳
- ۳-۴. جامعه ی آماری..... ۵۳
- ۳-۵. نمونه ی آماری..... ۵۳
- ۳-۶. روش نمونه گیری..... ۵۳
- ۳-۷. ابزار جمع آوری اطلاعات..... ۵۳
- ۳-۱۰. نحوه ی توزیع و جمع آوری پرسشنامه ها..... ۵۷
- ۳-۱۱. روشهای تجزیه و تحلیل داده ها..... ۵۷

۵۸..... فصل چهارم تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق

- ۴-۱. مقدمه..... ۵۹
- ۴-۲. بخش اول..... ۶۰
- ۴-۲-۱. توصیف دادهها..... ۶۰
- ۴-۳. بخش دوم..... ۶۲
- ۴-۳-۱. تجزیه و تحلیل استنباطی فرضیه ها..... ۶۲

۷۰..... فصل پنجم بحث و نتیجه گیری

- ۵-۱. مقدمه..... ۷۱
- ۵-۲. خلاصه..... ۷۲
- ۵-۳. بحث..... ۷۴
- ۵-۴. نتیجه گیری..... ۷۶
- ۵-۵-۱. پیشنهادات کاربردی..... ۷۷
- ۵-۵-۲. پیشنهادات پژوهشی..... ۷۷

۷۸..... منابع

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱. مقدمه

فشار فیزیکی در الگوی زندگی روزانه بیشتر مردم، قوی، ضروری و لازم نیست. همچنین امروزه اگر ورزش انجام می شود، به طور برنامه ریزی شده بوده و بخش جدایی ناپذیر وجود یک شخص نیست و علاوه بر این، عده زیادی از مردم غذای زیادی می خورند. رفتارهای نا سالم تغذیه ای را در پیش می گیرند و به نوعی دارای اختلالات خوردن هستند ممکن است فردی مقدار زیادی غذا مصرف کند، ولی به مقدار خیلی کم از انرژی موجود در غذا استفاده کند. حفظ و نگهداری وزن بدن نسبتاً ساده است و این امر به حفظ تعادل میان کالری ورودی و میزان مصرف کالری نیاز دارد (۱۳). کاهش وزن که با پرهیز از غذا خوردن، بی اشتهاهی عصبی یا مصرف مشروبات الکلی و جوع به وجود می آید، در حال افزایش است و باید در مباحث مربوط به اختلالات خوردن مد نظر قرار می گیرد (۱۳). اختلالات خوردن^۱ به معنی رفتارهای خوردن مشکل آفرین است و این اختلالات به وسیله ناراحتی های شدید در رفتار تغذیه تشخیص داده می شوند (۷). اختلالات خوردن جزو اختلالات روان شناختی اند و تأثیر منفی ذهنی، جسمانی و اجتماعی بر روی سلامتی افراد می گذارند. ورزشکاران مبتلا به اختلالات خوردن از رژیم های غذایی استفاده می کنند که از نظر انرژی و ویتامین ها و مواد معدنی اصلی در حد پایینی قرار دارند که این امر به نوبه خود تخلیه گلیکوژن عضلات و اختلال در ظرفیت عملکرد ورزشی و کاهش استقامت را به دنبال دارد تصویر بدنی^۲ اصطلاحی است که به طور وسیعی تحت عنوان " تصویر درونی از ظاهر شما- درک منحصر به فرد شما از بدنتان " پذیرفته شده است (۱۰۸). تصویر بدنی به چگونگی درک فرد از بدن یک شخص اشاره می کند (۲) یک تصویر بدنی سالم وقتی ایجاد می شود که شخص درک مثبتی از بدن خود داشته و رفتارهای تغذیه ای سالم در پیش گیرد (۵۶). حال آنکه نا رضایتی از تصویر بدنی اغلب نتیجه نا همخوانی درک یک فرد از شکل و اندازه خود با آنچه

^۱ - Eating disorder

^۲ - Body image

که توسط رسانه، تبلیغات و جامعه به عنوان ایده آل استاندارد تایید می شود، می باشد (۵۴). از سوی دیگر، هر چند الگوی رفتاری کمال گرایی^۱ به عنوان یک عامل مثبت سازگار تعریف شده است (۶۵)، ولی این سازه به عنوان سبک نوروپیک و منفی در رفتار مورد توجه بوده است (۵۰). در دهه های اخیر روانشناسان بالینی بر اثرات بازدارنده کمال گرایی یا تفکر کمال گرایانه تاکید کرده اند برای مثال کمال گرایی به عنوان علت های احتمالی افسردگی در کودکان و بزرگسالان، بی اشتهاهی عصبی، اختلالات پارانوئید، اختلالات شخصیت تحریک پذیر، زخم های معده ای-روده ای و غیره شناسایی شده است (۸۵). (۷). الگو های محدود سازی کالری دریافتی روزانه غذاهای کم کالری و گرسنگی های ارادی تا ورزش های سنگین و بیش از حد را شامل می شود. تعدادی از ورزشکاران به طور دائمی و عمدی مراقب دریافت چربی و چاقی ناشی از خوردن غذا هستند و سعی می کنند که مقدار چربی مصرفی را تا کمتر از ۱۰ درصد کالری تام دریافتی محدود سازند و غذا های پر پروتئین را از غذای خوب حذف کنند بنا به نظر سانداگات - بورگن ورزشکاران مبتلا به اختلالات خوردن اغلب مواد غذایی کم قند دریافت می کنند (۷)

۲-۱. بیان مسئله

اختلال خوردن یکی از عوامل تهدید کننده سلامت عمومی است که نرخ آن به سرعت در حال افزایش است (۱۰). اختلالات خوردن که بیشتر به صورت بی اشتهاهی عصبی و پر خوری عصبی رایج است، به عنوان سومین علت بیماری در جمعیت جوان پس از آسم و چاقی می باشد (۱۴) اختلالات خوردن که بیشتر به صورت بی اشتهاهی بروز می کند افراد را به انجام ورزشهای شدید و محدودیت غذایی در کنار فعالیت های ورزشی طاقت فرسا وادار میکند و این امر می تواند سلامت آتی فرد را به مخاطره بیندازد. مطالعات نشان داده است که اختلال خوردن در بین نوجوانان و جوانان به طور عمدهریشه روانی دارد و علت آن می تواند نارضایتی روانی از بدن باشد (۷۵). نا رضایتی از بدن با افزایش احساس عدم کفایت و کاهش عزت نفس همراه است که موجب تغییر عادات خوردن، دوره های افسردگی، رژیم غذایی و برنامه های تمرین بدنی شدید می گردد (۷۸). البته بین نارضایتی روانی از بدن، رژیم غذایی نادرست و رفتار های نادرست در خوردن که منجر به پر اشتهاهی می شود نیز رابطه وجود دارد (۷۷). به طور کلی مطالعات نشان داده که افراد با تصور ذهنی منفی نسبت به شکل و وزن بدن احتمالاً بیشتر به اختلال خوردن مبتلا می شوند و بیشتر از احساساتی مانند افسردگی، انزوا و اعتماد د به نفس پایین در رابطه با کاهش وزن رنج می برند (۹۶).

اگر چه به لحاظ تاریخی ادبیات تصویر بدنی اغلب روی زنان و تمایلشان به لاغر تر شدن تمرکز دارند، بسیاری از محققان (۱۱۱، ۸۲، ۷۸) اخیراً چنین بیان کردند که نارضایتی و نگرانی از تصویر بدنی در مردان نیز وجود داشته و آن را تجربه می کنند و تحقیقات بیشتر در این زمینه را الزامی و آن را رهبری می نمایند. بر خلاف زنان، تصویر بدنی مردان با نگرانی و حالت نا رضایتی روانی از شکل بدن با توجه ویژه به حجم عضلات همراه است (۷۸). درک مردان از عضلانی بودنشان روی سلامتشان تأثیر می گذارد. گزارش شده است که تصویر بدنی یک موضوع مهم تجربی و جالب توجه کلینیکی برای مردان است (۳۴) و بطور اختصاصی

^۱ - Perfectionism

بسیاری از محققان وقتی به مطالعه تصویر بدنی مردان می پردازند، روی تحریک مردان به عضلانی بودن تمرکز می کنند.

عوامل بیولوژیک، اجتماعی و فرهنگی، خانواده و دوستان تأثیر قابل توجهی بر نا رضایتی روانی - بدنی می گذارند. تأثیرات ناشی از جنسیت نیز به مانند نگرش های اجتماعی - فرهنگی بر تصویر بدنی و اختلال تغذیه ای مؤثر است. مشاهدات نشان میدهد که نارضایتی زنان و مردان از شکل و وزن بدنشان در حال افزایش است. علیرغم تشابهات در اندازه درجه، تمرکز روی نارضایتی بدن در مردان و زنان متفاوت است. بخصوص اینکه مردان مانند زنان انگیزه قوی برای لاغر شدن را ندارند و به اندازه مساوی دوست دارند وزن را به دست آورده یا از دست بدهند (۱۱۰). افراد با نارضایتی روانی - بدنی^۱ احتمالاً بیشتر مبتلا به اختلال خوردن می شوند و بیشتر از احساساتی مانند افسردگی و اعتماد به نفس پایین رنج می برند (۷۲). نارضایتی روانی - بدنی ممکن است در جوامع مختلف، متفاوت از یکدیگر باشد که اشاره به تفاوت های فرهنگی و نژادی میان جوامع مختلف دارد (۱۰۴). از طرف دیگر، نظریه پردازان، محققان و متخصصان بر این باور هستند که کمال گرایی جزء مکمل اختلالات خوردن محسوب می شود. به نظر می رسد که کمال گرایی (توجه به اهداف ایده آل بدون قبول شکست) باعث تحریک اختلالات خوردن شود (۷۴). تحقیقاتی که فاکتورهای خطرزا در گسترش اختلالات خوردن را نشان می دهند، کمال گرایی را به عنوان یک عامل آسیب پذیر مهم تعیین کرده اند که احتمالاً با عوامل آسیب پذیر دیگر مانند نارضایتی روانی - بدنی در پیش بینی اختلالات خوردن تعامل دارند (۳۴) نشان داده شده که افراد کمال گرا، نارضایتی روانی بیشتری از شکل و وزن بدنشان دارند و همین امر باعث اختلال در خوردن آنها می شود (۳۴). باتوجه به آنچه که بیان شد، محقق به دنبال پاسخ به این سوال است که بین اختلالات خوردن، نارضایتی روانی - بدنی و کمال گرایی در ورزشکاران زن و مرد شهرستان اورمیه رابطه معنی داری وجود دارد؟

۳-۱. اهمیت و ضرورت تحقیق

شیوع اختلالات خوردن در جامعه ورزشکاران رشد نگران کننده ای دارد (۹۸). ورزشکاران و بویژه ورزشکاران استقامتی، قدرتی و ورزشهای با طبقه بندی وزنی نسبت به جامعه غیر ورزشکار در معرض خطرات جدی تر اختلالات خوردن هستند (۹۷). اسملاک^۲ و همکاران (۲۰۰۰) اختلالات خوردن را در میان ورزشکاران در حدود ۱٪ الی ۶۲٪ تخمین زده است که این میزان باتوجه به نوع جامعه مورد مطالعه از لحاظ فرهنگی (جنسیت به عنوان شاخص اصلی) و روشهای برآوردی (مداخله ای و یا خود گزارشی) متفاوت است (۹۷). نتیجتاً شیوع اختلالات خوردن در جوامع ورزشکاران دارای نتایج متناقضی است (۴۹). چندین مطالعه شیوع اختلالات خوردن را در ورزشکاران زن مورد بررسی قرار داده اند اما اطلاعات کمی در مورد جامعه ورزشکاران مرد وجود دارد. این فقدان اطلاعات در مورد مردان ورزشکار احتمالاً ناشی از این حقیقت است که اختلالات

^۱ - Body dissatisfaction

^۲ - Smolak

خوردن در مردان نسبت به زنان (نمونه های غیر ورزشکار) کمتر می باشد (۳۱). علت شناسی اختلالات خوردن چند عاملی می باشد و شامل فاکتورهایی همچون کمال گرایی، وضع روانی و عزت نفس می باشد (۹۱). اگرچه ارتباط بین اختلالات خوردن و نارضایتی روانی - بدنی در مطالعات پزشکی تأیید شده است (۴۹) اما با این وجود این ارتباط در جوامع ورزشی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. کمال گرایی با اختلالات خوردن دارای ارتباط می باشد و نشان داده شده است که افراد به عنوان کمال گرایان راضی و ناراضی نسبت به وزن و شکل بدنشان طبقه بندی می شوند و تمایل دارند در استراتژی های شناختی بیشتری به منظور دسترسی به کمال گرایی درگیر شوند (۴۹). ویژگیهای شخصیتی از قبیل کمال گرایی به طور مکرر در جوامع ورزشی مشاهده شده است. در حقیقت بیشتر ورزشکاران نخبه در تلاش برای رسیدن به کمال گرایی هستند. و کمال گرایی در هر دو عملکرد ورزشکاران نخبه و آسیب های روانی خاص عامل مهم می باشد (۹۴). تحقیقات از این ادعا حمایت می کنند که افراد با بی اشتتهائی عصبی و پراشتهائی عصبی نسبت به افراد بدون اختلال خوردن، کمال گرایی بیشتری نشان می دهند (۴۹). مطالعات اخیر تفاوت هایی در سطوح اختلالات خوردن و نارضایتی روانی - بدنی را در جوامعی با نژادها و فرهنگ های متفاوت نشان داده اند (۱۰۳). این مطالعات پیشنهاد می کنند که نقش میانجی فرهنگ می تواند در ارتقاء و یا به عنوان یک سائق در افزایش میل به لاغری و نارضایتی روانی - بدنی مورد توجه قرار گیرد (۱۵). اسپین (۲۰۰۱) و ویسی (۱۹۹۵) استدلال کردند که تقلید یا اختیار کردن ارزشها و فرهنگ غربی منجر به افزایش نارضایتی و اختلال در تغذیه در جوامع غیر غربی می شود. برای مثال، مالزیایی ها در حال تغییر رفتار و اشتیاق به مصرف مواد غذایی هستند که دارای کالری و چربی زیادی هستند و این در حالی است که سبک زندگی آنها همراه با کم تحرکی و افزایش نارضایتی بدنی است (۱۹). تحقیقات عموماً اثبات کرده اند افرادی که در فعالیتهای ورزشی در سطوح مختلف شرکت می نمایند درک مثبت تری از بدنشان نسبت به غیر ورزشکاران دارند. این شواهد میان گروه های سنی در دو جنس دیده شده است. یکی از دلایل این امر اینست که ورزش باعث بهبود شاخص های سلامت روانی می شود (۵۶).

بر خلاف زنان بسیاری از مردان به نظر خود دارای کمبود وزن بوده لذا عدم رضایت از وضعیت بدنشان زمینه ساز اختلالات تغذیه ای نیست (۶۹). نارضایتی از بدن و ظاهر ممکن است با هنجارهای اجتماعی از قبیل لاغر و متناسب بودن تشدید شود. تصویر بدنی نمادی از زیبایی است که در بین فرهنگ های مختلف متفاوت است. به این دلیل است که نارضایتی فرد از وضعیت بدنی همانند درک جذابیت و وزن در بین نژادهای مختلف، متنوع است (۳۵). همچنین مطالعات کمی نقش جنسیت را در درونی سازی ایده آل های فرهنگی از تصور بدنی، وزن و دیگر ساختارهای مرتبط به اختلالات خوردن نظیر کمال گرایی و نارضایتی روانی - بدنی مورد بررسی قرار داده اند. حال آنکه مبحث اختلالات خوردن و ارتباط آن با ساختارهای مرتبطی همچون کمال گرایی و نارضایتی روانی - بدنی در جوامع ورزشی کمتر مورد توجه محققان داخلی قرار گرفته است. و در برخی از مطالعات صورت گرفته در داخل کشور نیز نقش جنسیت را نادیده گرفته اند. با توجه به تأکید محققان و همچنین متناقض بودن یافته های مربوط به اختلالات خوردن در جوامع مختلف و با فرهنگ های متفاوت، بررسی اختلالات خوردن و ارتباط آن با ساختارهایی نظیر کمال گرایی و نارضایتی

روانی - بدنی در داخل کشور با توجه به آداب و رسوم اسلامی در دو جنس زن و مرد ضروری به نظر می رسد. از اینرو محقق بر آن است در تحقیق حاضر رابطه بین نارضایتی روانی - بدنی، کمال گرایی و اختلالات خوردن را در ورزشکاران زن و مرد شهرستان اورمیه مورد بررسی قرار دهد.

۴-۱. اهداف تحقیق

۴-۱-۱. هدف اصلی

بررسی رابطه بین اختلالات خوردن، نارضایتی روانی - بدنی و کمال گرایی در ورزشکاران زن و مرد شهرستان اورمیه.

۴-۱-۲. اهداف فرعی

- ۱) بررسی رابطه اختلالات خوردن و نارضایتی روانی - بدنی در ورزشکاران زن و مرد شهرستان اورمیه.
- ۲) بررسی رابطه اختلالات خوردن و کمال گرایی در ورزشکاران زن و مرد شهرستان اورمیه.
- ۳) تعیین سطوح اختلال خوردن در ورزشکاران زن و مرد شهرستان اورمیه.
- ۴) مقایسه نارضایتی روانی - بدنی، کمال گرایی و اختلال خوردن در ورزشکاران زن و مرد شهرستان اورمیه.

۵-۱. فرضیه های تحقیق

- ۱) بین اختلالات خوردن و نارضایتی روانی- بدنی در ورزشکاران شهرستان اورمیه رابطه وجود دارد.
- ۲) بین اختلالات خوردن و کمال گرایی و ابعاد آن در ورزشکاران شهرستان اورمیه رابطه وجود دارد.
- ۳) بین سطوح اختلال خوردن در ورزشکاران زن و مرد تفاوت وجود دارد.
- ۴) بین نمرات نارضایتی روانی - بدنی در ورزشکاران زن و مرد تفاوت وجود دارد.
- ۵) بین نمرات کمال گرایی در ورزشکاران زن و مرد تفاوت وجود دارد.
- ۶) نارضایتی روانی-بدنی و کمال گرایی، چه مقدار از واریانس اختلالات خوردن را پیش بینی می کنند.

۶-۱. محدودیت های تحقیق

۶-۱-۱. محدودیت های قابل کنترل

- ۱- جامعه تحقیق دربرگیرنده ورزشکاران زن و مرد شهرستان اورمیه می باشد.
- ۲- در زمان اجرای تحقیق، ورزشکاران حاضر در تحقیق زیر نظر هیئت های ورزشی مربوطه به فعالیت ورزشی مشغول می باشند.

۲-۶-۱. محدودیت های غیر قابل کنترل

۳- محتاط بودن برخی از ورزشکاران در پاسخ به پرسش نامه ها به دلیل عدم آگاهی از اهمیت و ضرورت انجام تحقیق.

۴- عدم وجود روحیه تحقیق و عدم همکاری مناسب از سوی برخی آزمودنی ها.

۵- زیاد بودن تعداد سوالات و خستگی احتمالی ناشی از پاسخ دهی به پرسشنامه ها.

۷-۱. متغیرهای تحقیق

متغیر عبارت از خصوصیت یا کیفیتی است که از موردی به مورد دیگر فرق می کند و مقدار عددی متفاوتی دارد. در پژوهشهای علمی مفاهیمی قابل استفاده است که توسط وسایل اندازه گیری معتبر، امکان تبدیل آنها به متغیر یعنی حالتی که بتواند مقدار عددی متفاوتی به خود بگیرد، وجود داشته باشد (۵). متغیرهای این تحقیق عبارتند از:

۱-۷-۱. متغیر پیش بین

نارضایتی روانی - بدنی و کمال گرایی

۲-۷-۱. متغیر ملاک

اختلالات خوردن

۸-۱. تعاریف مفهومی و عملیاتی واژه های پژوهش

اختلالات خوردن

تعریف مفهومی: اختلالات خوردن دسته ای از بیماریهای تغذیه ای روانی هستند که خصوصیت اصلی و بارز آنها آشفتگی و به هم خوردن رفتارهای متعادل تغذیه ای بوده و در آنها اختلالات بارزی در افکار و تصورات فرد نسبت به غذاها و خویشتن - بخصوص وزن بدن - بوجود می آید (۳). اختلالات خوردن به معنی رفتارهای خوردن مشکل آفرین است. این اختلالات به وسیله ناراحتی های شدید در رفتار تغذیه تشخیص داده می شوند (۷).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از اختلالات خوردن نمرات کسب شده از پرسشنامه ۲۶ سوالی مقیاس EAT-۲۶ (گارنر و گارفینکل؛ ۱۹۷۹) می باشد که توسط آزمودنی ها تکمیل خواهد شد.

کمال گرایی

تعریف مفهومی: کمال گرایی به منزله تمایل پایدار فرد به وضع معیار های کامل و دست نیافتنی و تلاش برای تحقق آنها که با خود ارزشیابی های انتقادی از عملکرد شخصی همراه می باشد، تعریف شده است (۴۲). کمال گرایی یک ویژگی است نه مقیاس حالت (۲۰).
تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از کمال گرایی نمرات کسب شده از پرسشنامه ۳۰ سوالی مقیاس کمال گرایی چند بعدی ورزش (دان و همکاران؛ ۲۰۰۵) می باشد که توسط آزمودنی ها تکمیل خواهد شد.

نارضایتی روانی - بدنی

تعریف مفهومی: مشکلات و اختلالات روانی که در اثر عدم رضایت فرد از شکل و وزن بدن به وجود آمده است (۱۵)
تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از نارضایتی روانی - بدنی، نمرات کسب شده از پرسشنامه ۲۵ سوالی نارضایتی روانی - بدنی (کریستفراوچنر، جیمزگری و کاترینا بریکنر؛ ۲۰۰۹) می باشد که توسط آزمودنی ها تکمیل خواهد شد.

ورزشکار^۱

تعریف مفهومی: ورزشکار در مفهوم خاص کسی است که از لحاظ توانایی های بدنی یا مهارت های ورزشی در سطح بالایی قرار دارد (۱۴)
تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از ورزشکار، کلیه ورزشکاران زن و مرد شهرستان ارومیه می باشند که زیر نظرهیئت های ورزشی مربوطه فعالیت ورزشی دارند.

^۱ - Athlete

فصل دوم

مبانی نظری و پیشینه تحقیق

۱-۲. مقدمه

این فصل شامل دو بخش می باشد. در بخش اول، به بررسی مبانی نظری اختلالات خوردن پرداخته و پس از بررسی انواع اختلالات خوردن، نشانه ها و عوارض آن، مبانی نظری عوامل روانشناسی مرتبط با اختلالات خوردن (نارضایتی بدنی و کمال گرایی) بطور کامل شرح داده شده است. در بخش دوم که پیشینه تحقیق بیان شده است، به تحقیقات اخیر داخلی و خارجی صورت گرفته درمورد رابطه کمال گرایی و نارضایتی بدنی با اختلالات خوردن پرداخته شده است و نهایتاً نتیجه گیری از آن بعمل آمده است.

۲-۲. اختلالات خوردن

اختلالات خوردن به معنی رفتار های خوردن مشکل آفرین است. این اختلالات به وسیله ناراحتی های شدید در رفتار تغذیه تشخیص داده می شوند (۷). اختلالات خوردن جزو اختلالات روان شناختی اند و تأثیر منفی ذهنی، جسمانی و اجتماعی بر روی سلامتی افراد می گذارند.

۱-۲-۲. انواع اختلالات خوردن

اختلالات خوردن به سه دسته ذیل تقسیم می شوند.

۱- پرخوری

۲- بی اشتهایی عصبی

۳- پراشتهایی عصبی (۱۳).

پر خوری^۱

پر خوری تقریباً یکی از رایج ترین اختلالات در خوردن است که در حدود ۲ درصد جمعیت بزرگسال آمریکا و ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد چاق دیده می شود. اگر چه دلایل آن هنوز شناخته شده نیست، اما پر خوری در ۵۰ درصد موارد با سابقه افسردگی همراه است. احساسات منفی مانند عصبانیت، اضطراب، ناراحتی و ملامت باعث پر خوری می شوند. افراد پر خور مقادیر زیادی غذا در هر وعده مصرف می کنند، اما آنها در عدت های تخلیه کردن و نخوردن مانند کسانی که بی اشتهایی یا کم اشتهایی دارند، نیستند. یک فرد پر خور (با اختلالات پر خوری) به کسی اطلاق می شود که مراحل پر خوری را (بدون تخلیه) در طول دوره های دوساعته دو روز در

^۱ - Avidity

هفته برای حداقل ۶ ماه طی کند. علاوه بر این، افراد پرخور معمولاً سریعتر از حد معمول و تا جایی که به طور ناراحت کننده ای احساس سیری کنند، غذا می خورند. این افراد در زمانم احساس گرسنگی به مقدار زیاد غذا می خورند و به دلیل شرم از زیاد خوردن، به تنهایی غذا می خورند و پس از اینکه بیش از حد غذا خوردند، دچار احساس گناه و افسردگی و نفرت از خود می شوند. (۱۳) این نوع اختلال خوردن در برخی منابع دیگر تحت عنوان "اختلالات خوردن تصریح نشده"^۱ معرفی شده است (۲۶).

بی اشتها بی عصبی^۲ (Anorexia nervosa)

بی اشتها بی عصبی، اختلال ناشی از کم غذا خوردن است. افراد مبتلا به بی اشتها بی عصبی آن قدر کم غذا می خورند که کاهش وزن، جان آنها را به خطر می اندازد، گاهی بیمار شدیداً لاغر می شود و در برخی موارد می میرد. این افراد با وجود ظاهر بسیار نحیف خود معمولاً خود را چاق می دانند. کم خوری های عصبی در مورد غذا احساسات ضد و نقیضی دارند. این افراد اغلب به غذا تمایل دارند؛ خیلی از آنها از آشپزی و مزه و بوی غذا لذت می برند. مشکل آنها بی اشتها بی عصبی نیست بلکه ترس از چاق شدن و از دست دادن کنترل است. به نظر می رسد که دو خرده تیپ افراد بی اشتها وجود دارد: محدود کننده ها و برون ریزها (۴)

محدود کننده ها، عمدتاً به این علت لاغرند که از خوردن امتناع می ورزند. برون ریزها نیز اغلب اوقات از خوردن امتناع می کنند، اما زمانی که چیزی می خورند، برای بیرون ریختن آن استفراغ کرده یا ملین مصرف می کنند. این اختلال معمولاً با انواع تغییرات جسمانی دیگر همراه است. فقدان قاعدگی در بین زنان بی اشتها رایج است. فشار خون ممکن است افت کند، بی نظمی های قلبی تهدید کننده زندگی ممکن است روی دهد، حرارت بدن پایین است، رشد استخوان به تأخیر می افتد و کم خونی در این افراد رایج است (۸).

تقریباً ۰/۳ در صد زنان در نو جوانی و اوایل ۲۰ تا ۳۰ سالگی به بی اشتها بی عصبی مبتلا هستند. میزان شیوع این اختلال در مردان جوان در حدود یک دهم است و هنگامی که مردان و زنان مسن تر می شوند شیوع کاهش می یابد (۱۲).

بر اساس دسته بندی (APA)^۳، نشانه ها و عوارض این اختلالات از این قرارند

عوارض

۱ - کم آبی

۲ - بی خوابی

۳ - خستگی و عصبانیت

^۱ - Eating disorders-NOS

^۲ - Anorexia nervosa

^۳ - American psychiatric Association

- ۴ - کاهش ضربان قلب
- ۵ - کاهش چگالی استخوانی
- ۶ - کاهش سطح استرادیول
- ۷ - افسردگی
- ۸ - کناره گیری اجتماعی (۲۶).

پراشتهایی عصبی^۱ (Bulimia nervosa)

این عارضه با تمرکز بیش از اندازه بر روی شکل و وزن بدن و دفعات تکراری از خوردن های بدون کنترل همراه می باشد. این خوردن ها با رفتار های جبرانی نا مناسب جهت گیری از افزایش وزن همراه می باشد. این رفتار های جبرانی عبارت اند از : تمرین شدید، استفراغ عمدی، استفاده از ملین ها و مدر ها و گرسنگی های شدید. این خوردن ها و جبر آنها به طور متوسط در طی سه ماه حد اقل دو بار در هفته روی می دهد (۱۰۸).

مشکلات جسمانی همراه با این بیماری شامل : غدد پارا تیروئید بزرگ شده، فرسایش مینای دندان و افزایش خوردگی ها، التهاب در مری، مستعد ابتلا به بیماری های کلیه و قلب، حرکات کند روده ها و کم آبی می باشند: افسردگی، دمدمی، رفتار های لحظه ای، منزوی و گوشه گیر شدن و استفاده نابجا از مواد (۱۰۸).

عوارض

- ۱ - کم آبی
- ۲ - مشکلات مربوط به دندان و لثه
- ۳ - سوءهاضمه
- ۴ - کاهش وزن علی رغم مصرف غذا
- ۵ - گرفتگی عضلانی
- ۶ - بی نظمی قاعدگی
- ۷ - افسردگی

^۱ - Bulimia nervosa

جدول ۱-۲. علایم ابتدایی هشدار دهنده اختلالات خوردن (۱۳)

اختلالات پرخوری	بی اشتهایی عصبی	پر اشتهایی عصبی
<p>پر خوری زیاد بدون تخلیه کردن</p> <p>کم کردن وزن به طور نامنظم</p> <p>چاقی زیاد(مداوم)</p> <p>کم کردن وزن و پرهیز از غذا</p> <p>غذا تمام فکر و ذکر آدمی را پر می کند</p> <p>در میان مردم قرار گرفتن آن هم با برنامه های وزن و تحت نظر پزشک بودن</p> <p>تغفر و بیزاری از خود پس از مرحله پر خوری</p> <p>پیشینه مکرر افسردگی</p> <p>پر خوری هایی که عامل آن احساسات زیاد منفی هستند</p>	<p>توضیح و تجویز بیش از حد</p> <p>مشغول بودن مداوم ذهن به رژیم غذایی و صحبت از غذا</p> <p>گوشه گیری و انزوا که لاغری رابه همراه می آورد</p> <p>شرکت نکردن در روابط دولتی میان همکلاسان</p> <p>افزایش ناگهانی شرکت در فعالیت های ورزشی آن هم معمولاً از حالت انزوا توجه بیش از اندازه به کسب مدارج بالای آکادمیک</p> <p>توجه بیش از حد به وزن</p> <p>موفق نبودن در مصرف غذا</p> <p>انکار گرسنگی</p> <p>مشغول بودن بیش از حد ذهن به ورزش</p>	<p>پر خوری های زیاد به همراه تخلیه و دفع کم کردن منظم وزن</p> <p>پس از غذا، مدت طولانی در حمام برنامه(عملکرد) متغیر</p> <p>از بین رفتن مینای دندان</p> <p>ترس از افزایش وزن</p> <p>طولانی کردن ورزش و تمرین های زیاد بی ثباتی در احساس و تصمیمات آنی</p> <p>افسردگی و نواسانات پی در پی حسی وجود مشکل و ناراحتی در گلو، مری، شکم و روده بزرگ</p>

۳-۲-۲. ارزیابی، معالجه و پیشگیری

در حالیکه مربیان، معلمان، متخصصین تغذیه ورزشی و والدین می توانند نشانه هایی را که ممکن است نشانگر خطر باشد، تشخیص دهند اما تشخیص ویژه فقط می تواند توسط پزشک یا شخص حرفه ای دارای تخصص در اختلالات تغذیه ای صورت بگیرد. طبیعت چند گانه و پیچیده بی اشتهایی و پر خوری عصبی، بهترین روش معالجه یعنی دور هم جمع شدن و ایجاد گروهی منظم از پزشک، روان شناس و متخصص تغذیه را می طلبد. پزشک، وضعیت پزشکی ورزشکار را بررسی می کند روانشناس روی موضوعات خانواده و دوستان و همچنین روی تصویر بدنی و رفتار های اختلال خوردن تمرکز می کند و متخصصین تغذیه، رژیم غذایی و موضوعات وزن و الگوهای غذایی محدود کننده را مورد بررسی قرار می دهند. لازم است که اعضای گروه به طور نزدیک با هم کار کنند تا پیشنهادات داده شده به ورزشکار از وحدت و انسجام برخوردار باشد مدیریت گروه درمانی باید از مسایل ورزشی نیز تا حدی آگاهی داشته باشد. برای بسیاری از ورزشکاران، ورزش یعنی همه زندگی. حفظ مقام قهرمانی یا پیروزی مدال طلا ممکن است به هر قیمتی دنبال شود. (۷) یکی از نخستین احکام صادره که احتمالاً در معالجه ورزشکار مبتلا به اختلال خوردن در نظر گرفته می شود این است که آیا ورزشکار می بایست به تمرین و مسابقه ادامه دهد یا خیر؟ تصمیم باید بر اساس خطر

آسیب یا مشکلات بارز سلامتی ورزشکار اتخاذ شود. رفتار های محدود سازی کوتاه مدت تغذیه ای یا تمرینات سخت طاقت فرسا در سلامتی ورزشکار دخالت نکنند. از طرف دیگر گرسنگی بلند مدت، استفاده نامناسب از ملین و استفراغ عمدی، ورزشکار را در معرض خطرات بزرگ سلامتی قرار می دهد و می تواند تأثیر مخربی بر روی عملکرد ورزشی داشته باشد. اگر ورزشکار نمی خواهد معالجه شود نباید به او اجازه داد که در تیم بماند. زمان مشاوره ورزشکار مبتلا به اختلال خوردن را به خاطر داشته باشید که بهبود هر ورزشکار فرآیندی منحصر به فرد است و طرح ها و اهداف معالجه باید بر اساس خصوصیت هر فرد تنظیم شود. افزایش وزن بر هر چیزی مقدم است. افزایش ۰/۵ کیلو گرم وزن در هر هفته توصیه می شود تا زمانی که ورزشکار به وزن بدنی مطلوب برسد. مطالعات موردی، نگرانی احساسی شدید ورزشکاران دارای اختلال خوردن را در باره غذا و ترس از افزایش وزن در طول اولین هفته های معالجه ثابت کرده است. روش های بصری، یادداشت های غذایی و مجلات، اغلب ابزاری هستند که به بیماران کمک می کنند تا احساسات مرتبط با وضع غذایی خود را بیان کنند. هدف این است که فکر تخریب شده ورزشکاران را در مورد تغذیه، وزن و شکل بدن اصلاح کنیم. در عین حال احترام به خود و احساس مثبت درباره بدن را نیز تقویت نماییم (۷) باید پزشکان، معلمان مربیان و ورزشکاران درباره اختلالات خوردن مطلع شوند. کشف و شناخت اولیه بیماری، در سلامتی و عملکرد ورزشی ورزشکاران مهم هستند. ارزیابی اولیه فرصتی را برای مشاهده رفتار های اختلالات خوردن فراهم می سازد. باید از زنان ورزشکار در مورد اهداف عملکردی و وزنی شان پرسید. اگر ورزشکاری علائم هشدار دهنده ای از اختلالات خوردن احتمالی را بروز دهد به مشاوره تغذیه ای نیاز دارد و یک مشورت غذایی ضرورت می یابد. برای این منظور پرسشنامه باید صرفاً به عنوان نشان دهنده ارزیابی های بالینی باشد، زیرا اطلاعات نشان می دهد که برخی از ورزشکاران گزارش واقعی از رفتار های غذایی و وزنی خود ارائه نمی کنند (۷).

۲-۲-۲. اختلالات خوردن و ورزش

برخی از ورزشکاران به طور دائمی و عمدی مراقب دریافت چربی و چاقی ناشی از خوردن غذا هستند و سعی می کنند که مقدار چربی مصرفی را تا کمتر از ۱۰ درصد کالری تام دریافتی محدود سازند و غذا های پر پروتئین را از غذای خود حذف کنند بنا به نظر سانداگت - بورگن ورزشکاران مبتلا به اختلالات خوردن اغلب مواد غذایی کم قند دریافت می کنند که این امر به نوبه خود تخلیه گلیکوژن عضلات و اختلال در ظرفیت عملکرد ورزشی و کاهش استقامت را به دنبال دارد (۷). ورزشکاران مبتلا به اختلالات خوردن از رژیم های غذایی استفاده می کنند که از نظر انرژی و ویتامین ها و مواد معدنی اصلی در حد پایینی قرار دارند. سانداگت - بورگن^۱ در یکی از تحقیقات خود راجع به مواد مغذی دریافتی زنان ورزشکار مبتلا به اختلالات خوردن، دریافت که میانگین مصرف کربوهیدرات به طور قابل ملاحظه ای از مقدار روزانه ۸ تا ۱۰ گرم به ازاء هر کیلو وزن بدن کمتر بوده است. افراد مبتلا به بی اشتها بی عصبی و به طور متوسط روزانه ۱/۷

^۱-Sundgit-Borgen

گرم در هر کیلو وزن بدن با دامنه ای از ۰/۱ تا ۲/۳ گرم قند مصرف می کردند . دریافت کم برخی از مواد مغذی به ویژه کلسیم D و آهن در این گروه گزارش شده است (۷).

الگوهای محدود سازی کالری دریافتی روزانه، غذاهای کم کالری و گرسنگی های ارادی تا ورزش های سنگین و بیش از حد را شامل می شود . تعدادی از ورزشکاران به طور دائمی و عمدی مراقب دریافت چربی و چاقی ناشی از خوردن غذا هستند و سعی می کنند که مقدار چربی مصرفی را تا کمتر از ۱۰ درصد کالری تام دریافتی محدود سازند و غذا های پر پروتئین را از غذای خود حذف کنند بنا به نظر سانداگات - بورگن ورزشکاران مبتلا به اختلالات خوردن اغلب مواد غذایی کم قند دریافت می کنند که این امر به نوبه خود تخلیه گلیکوژن عضلات و اختلال در ظرفیت عملکرد ورزشی و کاهش استقامت را به دنبال دارد (۷).

محدودیت بلند مدت انرژی و رفتارهای غذایی محدود شده می تواند به گرفتاری های جدی پزشکی مثل آمنوره منجر شود . کاهش سطح استروژن که با آمنوره مرتبط است می تواند غلظت معدنی استخوان را کاهش داده و خطر پوکی استخوان را موجب شود . اختلالات خوردن ، آمنوره و پوکی استخوان در زنان ورزشکار باید مورد توجه قرار گیرد.

۳-۲. عوامل اثر گذار در بروز اختلالات خوردن

۱-۳-۲. عوامل درونی

رفتار های انسان همانطور که تحت تأثیر عوامل بیرونی است تحت کنترل عوامل درونی نیز می باشد . عوامل درونی به معنی بخشی از ویژگی های درونی است که شامل عوامل زیست شناختی و روانشناختی هستند.

۱-۳-۲-۱. عوامل زیست شناختی

ترکیب بدنی

انواع ترکیب بدنی، همچون افزایش چربی بدن یا افزایش شاخص توده بدنی (BMI) با افزایش نمره^۱ EDI-۲ وزیر مقیاس های اختلالات مربوط به خوردن ارتباط دارد . افرادی که در صد چربی بالایی دارند نسبت به افراد دیگر دلیل خوبی برای افزایش نمره نا رضایتی بدنی و یا تمایل به لاغری دارند . بنا براین افراد تلاش می کنند که وزن بدن خود را بدون راهنمایی و رعایت دستور العمل کم کنند و برای این منظور از مواد نا مناسب استفاده می کنند (۷۸).

تحقیقات بسیار کمی بر روی اینکه آیا اختلال مربوط به خوردن با ترکیب بدنی ارتباط دارد یا نه ، انجام شده است و در اغلب موارد ترکیب بدنی ، قد و وزن را می سنجد و سنجش چین پوستی فقط در دو تحقیق دیده شده است (۷۸).

^۱ - Eating Disorders InventoryII