



دانشگاه رازی

دانشگاه رازی

دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته تربیت بدنی و علوم ورزشی گرایش رفتار حرکتی

توسط:

شکوفه کاظمی نوری

عنوان پایان نامه

بررسی شیوع اختلال بدریختی بدنی بین دانشجویان رشته تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی دانشگاه رازی

در تاریخ ۹۰/۳/۱۱ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

امضاء	دانشیار	با مرتبه‌ی علمی	بهرام یوسفی	۱- استادراهنما
امضاء	استادیار	با مرتبه‌ی علمی	علی حیرانی	۲- استادراهنما
امضاء	استادیار	با مرتبه‌ی علمی	وحید تأدیبی	۳- استاد داور داخل گروه
امضاء	دانشیار	با مرتبه‌ی علمی	محمدتقی اقدسی	۴- استاد داور خارج از گروه

صفحه	عنوان
فصل اول طرح تحقیق	
۲	۱-۱-مقدمه.....
۳	۲-۱-بیان مسئله.....
۶	۳-۱-ضرورت و اهمیت تحقیق.....
۷	۴-۱-اهداف تحقیق.....
۷	۱-۴-۱-هدف کلی.....
۷	۲-۴-۱-اهداف جزئی.....
۸	۵-۱-فرض یا فرضیه های تحقیق.....
۸	۶-۱-پیش فرض های تحقیق.....
۸	۷-۱-محدودیت های تحقیق.....
۸	۱-۷-۱-محدودیت هایی که در کنترل پژوهش گر می باشد.....
۸	۲-۷-۱-محدودیت هایی که در کنترل پژوهش گر نمی باشد.....
۹	۸-۱-تعریف فنی واژه ها.....
فصل دوم مبانی نظری	
۱۱	۱-۲-مقدمه.....
۱۱	۲-۲-تعریف اختلال بدریختی بدنی.....
۱۳	۲-۳-سن آغاز بیماری.....
۱۴	۴-۲-عوامل ایجاد کننده اختلال بدریختی بدنی.....
۱۴	۱-۴-۲-تئوری های روانشناسی.....

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۵.....	۲-۴-۲ نظریه های رفتاری - شناختی.....
۱۶.....	۳-۴-۲ دیدگاه های فرهنگی - اجتماعی.....
۱۸.....	۵-۲-۵ نشانه های اختلال بد ریختی.....
۲۰.....	۲-۵-۲ عوارض ناشی از اختلال بد ریختی بدنی.....
۲۴.....	۳-۵-۲ تفاوت های جنسیتی.....
۲۶.....	۴-۵-۲ بد ریختی عضلانی.....
۲۷.....	۵-۵-۲ شیوع اختلال بد ریختی.....
۲۸.....	۲-۵-۵-۱ جمعیت های دانشگاهی.....
۳۳.....	۲-۵-۵-۲ نمونه های جمعیتی (اجتماعی).....
۳۴.....	۲-۵-۵-۳ جمعیت های پزشکی.....
فصل سوم روش شناسی تحقیق	
۳۸.....	۳-۱-۱ مقدمه.....
۳۸.....	۳-۲-۲ روش تحقیق.....
۳۸.....	۳-۳-۳ جامعه آماری و روش نمونه گیری.....
۳۹.....	۳-۴-۳ ابزار تحقیق.....
۳۹.....	۳-۴-۱-۱ بررسی پایایی و اعتبار پرسشنامه ترجمه شده اختلال تصور بدنی ۷ آیتمی.....
۳۹.....	۳-۴-۲-۲ بررسی پایایی و اعتبار پرسشنامه ترجمه شده نشانه های اختلال بد ریختی بدنی.....
۴۰.....	۳-۵-۵ شیوه اجرای تحقیق و جمع آوری اطلاعات.....

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۴۰ ۳-۶- روش آماری و چگونگی تجزیه و تحلیل اطلاعات

فصل چهارم تحلیل داده ها

۴۲ ۴-۱- مقدمه

۴۲ ۴-۲- تجزیه و تحلیل توصیفی یافته ها

۴۵ ۴-۳- بررسی نگرانی دانشجویان دختر و پسر از وضعیت بخش های ظاهری بدن خود

۴۶ ۴-۴- مقایسه نگرانی از بخش های ظاهری بدن در میان دانشجویان دختر و پسر

۵۵ ۴-۵- خلاصه جداول

۵۸ ۴-۶- نشانه های اختلال بدریختی بدنی

۶۲ ۴-۷- شیوع اختلال بدریختی بدنی در دانشجویان

۶۳ ۴-۸- آزمون فرضیه ها

۶۳ ۴-۸-۱- فرض صفر شماره ۱

۶۴ ۴-۸-۲- فرض صفر شماره ۲

۶۵ ۴-۸-۳- فرض صفر شماره ۳

فصل پنجم بحث و نتیجه گیری

۶۸ ۵-۱- مقدمه

۶۸ ۵-۲- خلاصه تحقیق

۶۹ ۵-۳- نتایج تحقیق

۷۰ ۵-۴- بحث

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷۳	۵-۵- نتیجه گیری.....
۷۵	۵-۶- پیشنهاد های تحقیق.....
۷۵	۵-۶-۱- پیشنهاد های پیشروی محققین آینده.....
۷۵	۵-۶-۲- پیشنهاد های کاربردی.....
۷۶	پیوست ها.....
۹۲	منابع.....

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۴۵	جدول (۱-۴): میزان نگرانی از بخش‌های ظاهری بدن در دانشجویان.....
۴۶	جدول (۲-۴): میزان نگرانی از وضعیت پوست در دانشجویان.....
۴۷	جدول (۳-۴): میزان نگرانی از وضعیت موی سر در دانشجویان.....
۴۸	جدول (۴-۴): میزان نگرانی از وضعیت بینی در دانشجویان.....
۴۹	جدول (۵-۴): میزان نگرانی از وضعیت دندان در دانشجویان دختر و پسر.....
۵۰	جدول (۶-۴): میزان نگرانی از وضعیت دهان در دانشجویان دختر و پسر.....
۵۱	جدول (۷-۴): میزان نگرانی از اندازه بدن در دانشجویان دختر و پسر.....
۵۲	جدول (۸-۴): میزان نگرانی از چاق یا لاغر بودن در دانشجویان دختر و پسر.....
۵۳	جدول (۹-۴): میزان نگرانی از کوتاه یا بلندقد بودن در دانشجویان دختر و پسر.....
۵۴	جدول (۱۰-۴): میزان نگرانی از دیگر بخش‌های ظاهری بدن در دانشجویان دختر و پسر.....
۵۵	جدول (۱۱-۴): مقایسه نگرانی از بخش‌های ظاهری بدن در میان دانشجویان تربیت بدنی.....
۵۷	جدول (۱۲-۴): مقایسه نگرانی از بخش‌های ظاهری بدن در میان دانشجویان غیر تربیت بدنی.....
۵۹	جدول (۱۳-۴): فراوانی پاسخ‌های سؤال اول پرسشنامه نشانه‌های اختلال بدریختی بدن در دانشجویان دختر و پسر.....
۵۹	جدول (۱۴-۴): فراوانی پاسخ‌های سؤال اول پرسشنامه نشانه‌های اختلال بدریختی بدن در دانشجویان دختر و پسر.....
۶۰	جدول (۱۵-۴): فراوانی پاسخ‌های سؤال اول پرسشنامه نشانه‌های اختلال بدریختی بدن در دانشجویان دختر و پسر.....
۶۱	جدول (۱۶-۴): فراوانی پاسخ‌های سؤال اول پرسشنامه نشانه‌های اختلال بدریختی بدن در دانشجویان دختر و پسر.....

جدول (۴-۱۷): فراوانی پاسخ‌های سؤال اول پرسشنامه نشانه‌های اختلال بدریختی بدن در دانشجویان دختر و پسر
۶۱

جدول (۴-۱۸): فراوانی پاسخ‌های سؤال اول پرسشنامه نشانه‌های اختلال بدریختی بدن در دانشجویان دختر و پسر
۶۲

جدول (۴-۱۸): فراوانی پاسخ‌های سؤال اول پرسشنامه نشانه‌های اختلال بدریختی بدن در دانشجویان دختر و پسر
۶۲

جدول (۴-۱۹): میزان شیوع اختلال بدریختی بدن در دانشجویان دختر و پسر
۶۳

جدول (۴-۲۰): تجزیه و تحلیل آزمون احتمال دقیق فیشر از میزان شیوع اختلال بدریختی بدن در دانشجویان
دختر تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی.....
۶۳

جدول (۴-۲۱): تجزیه و تحلیل آزمون احتمال دقیق فیشر از میزان شیوع اختلال بدریختی بدن در دانشجویان پسر
تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی
۶۴

جدول (۴-۲۲): تجزیه و تحلیل آزمون وی کرامر از میزان شیوع اختلال بدریختی بدن در دانشجویان دختر و پسر
۶۶

فهرست نمودارها

صفحه

عنوان

نمودار (۱-۴) میانگین و انحراف استاندارد قد آزمودنی ها	۴۲
نمودار (۲-۴) میانگین و انحراف استاندارد وزن آزمودنی ها	۴۳
نمودار (۳-۴) میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها	۴۳
نمودار (۴-۴): وضعیت تأهل دانشجویان دختر و پسر	۴۴
نمودار (۵-۴): میزان نگرانی دانشجویان در مورد وضعیت ظاهری بدن	۴۵
نمودار (۶-۴): میزان نگرانی دانشجویان نسبت به وضعیت پوست	۴۶
نمودار (۷-۴): میزان نگرانی دانشجویان نسبت به وضعیت موی سر	۴۷
نمودار (۸-۴): میزان نگرانی دانشجویان نسبت به وضعیت بینی	۴۸
نمودار (۹-۴): میزان نگرانی دانشجویان نسبت به وضعیت دندان	۴۹
نمودار (۱۰-۴): میزان نگرانی دانشجویان نسبت به وضعیت دهان	۵۰
نمودار (۱۱-۴): میزان نگرانی دانشجویان نسبت به اندازه بدن	۵۱
نمودار (۱۲-۴): میزان نگرانی دانشجویان نسبت به چاقی یا لاغر بودن	۵۲
نمودار (۱۳-۴): میزان نگرانی دانشجویان نسبت به کوتاه یا بلندقد بودن	۵۳
نمودار (۱۴-۴): میزان نگرانی دانشجویان نسبت به دیگر بخش‌های ظاهری بدن	۵۴
نمودار (۱۵-۴): مقایسه نگرانی دانشجویان دختر و پسر از وضعیت بخش‌های ظاهری بدن خود	۵۶
نمودار (۱۶-۴): مقایسه نگرانی دانشجویان دختر و پسر غیرتربیت بدنی از وضعیت بخش‌های ظاهری بدن خود	۵۸
نمودار (۱۷-۴): میزان شیوع اختلال بدریختی بدن در دانشجویان دختر	۶۴
نمودار (۱۸-۴): میزان شیوع اختلال بدریختی بدن در دانشجویان پسر	۶۵

فصل اول

طرح تحقیق

آدمی در طول زندگی، تصویری از بدن خود را درونی می‌کند و عوامل مختلف زیستی، محیطی و روانشناختی در شکل‌گیری تصویر بدنی نقش دارند. اختلال بدریختی بدنی به عنوان یکی از طبقات فرعی اختلال جسمانی شکل ارائه شده است. این اختلال شامل ترس شدید و افراطی از ظاهر جسمانی و احساس وجود نقص خیالی در بدن (به ویژه صورت، موها و اندام تناسلی) است (۳). این اختلال به طور عمده در چهارچوب افکار وسواسی قرار دارد و وحشت بیمار از طرد اجتماعی را نشان می‌دهد. در همه موارد، عضوی که کانون دل مشغولی‌های فرد است کاملاً یا تقریباً بهنجار است و شدت نگرانی با واقعیت متناسب نیست. گاهی نیز دل نگرانی‌های فرد با ویژگی‌های نژادی مرتبطند و چهارچوب فرهنگی - اجتماعی به منزله عامل مهمی در ایجاد این اشتغالات به شمار می‌آید (۱). ترس از بدریختی بدنی با مجموعه‌ای از ویژگی‌های اجتماعی همراه است به طوری که ۷۳ درصد افرادی که ترس از بدریختی بدنی دارند اجتناب و ترس از ظاهر شدن در مجامع عمومی را گزارش می‌کنند. همچنین ترس از بدریختی بدنی یا نارضایتی از ظاهر جسمانی با اختلالات روانپزشکی (برای مثال: افسردگی، وسواس، هراس اجتماعی، اضطراب و سوءمصرف مواد) رابطه دارد. زنان و مردان با ترس از ظاهر جسمانی اغلب از خلق منفی، افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و از روابط اجتماعی با دیگران گریزان هستند. ترس‌های اجتماعی مبتلایان ناشی از پیش‌بینی ارزیابی منفی درباره ظاهر جسمانی‌شان است (۳). دل مشغولی‌های مرتبط با اختلال بدشکلی بدنی می‌توانند بر همه بخش‌های بدن متمرکز شوند. گاهی موضوع اصلی نگرانی‌ها را اندام (وزن، قد...) و گاهی یک بخش خاص بدن (پا، دست...) و به خصوص چهره تشکیل می‌دهد. تردیدی نیست که اغلب، فزون سرمایه‌گذاری بر اعضای مرتبط با ویژگی‌های جنسی نخستین یا ثانوی (احلیل، پستان، موهای بدن) نیز مشاهده می‌شود (۱). این اختلال به ندرت برای اولین بار در سنین پس از ۵۰ سالگی دیده می‌شود و سیر نشانه‌ها و ناتوانی معمولاً مزمن و دارای نوسان است (۴). اختلال بدریختی بدنی^۱ (BDD) به عنوان

^۱ body dysmorphic disorder

مشغولیت ذهنی با تصویری از نقص کوچک و جزئی در ظاهر که به آشفتگی یا احساس ضعف و معلولیت در بخش ها و وظایف مهم می گردد تعریف می شود (۹). نارضایتی از ظاهر در یک فرد می تواند انگیزه بسیاری از رفتارها همچون کم کردن وزن، ورزش، استفاده از لوازم آرایشی، درمان های پزشکی زیباسازی همچون جراحی پلاستیک شود. بسیاری از افراد مبتلا به BDD بیان می کنند که در مورد توقف اندیشیدن در رابطه با نقصی که ادراک کرده اند ناتوان هستند و خیلی کم می توانند به چیز دیگری تمرکز کنند. مقاومت در برابر چنین وسواس هایی بسیار مشکل است و کنترل کردن آنها کار دشواری است و این وسواس ها در زمان هایی که شخص نیاز به تمرکز و هوشیاری و دقت زیاد دارد تشدید می شوند. مفهوم چنین پندارهایی ما را به این نتیجه می رساند که بیمارهای مبتلا به BDD خصوصیات روانی قابل توجهی دارند و آشفتگی آنها باید از نظر روانپزشکی مورد بررسی قرار گیرد. بسیاری از آنانی که از BDD رنج می برند از درک اینکه نگرانی های آنها مبالغه آمیز است ناتوان هستند (۷۶). این بیماران اغلب خودشان را به صورت افراطی در ظاهر ارزیابی می کنند، هرچند خانواده یا دوستان بیماران مبتلا به BDD می گویند که آنها کاملاً طبیعی به نظر می رسند. چنین توضیحاتی اکثراً مشکل ساز هستند (برای مثال آنها فقط این را به خاطر خوشایند من می گویند یا همه والدین فکر می کنند که بچه هایشان خوب هستند) آنها معتقدند که والدین شان دروغ می گویند یا با آنها شوخی می کنند (۸۷).

۱-۲- بیان مسئله

اختلال بدریختی بدنی به طور قطع یک ناراحتی روانی است و ضرورت دارد که بیماران تشخیص داده شده و قبل از مبادرت به هرگونه عمل جراحی، به درمان آنها پرداخته شود (۲۲).

ملاک های تشخیص بدشکلی بدنی بدین شرح می باشد:

الف- اشتغال ذهنی با نوعی نقص خیالی در ظاهر. اگر نابهنجاری جسمی جزئی وجود دارد، شخص به شدت درباره آن احساس دلواپسی می کند.

ب- اشتغال ذهنی موجب پریشانی یا اختلال عمده بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های مهم می شود.

ج- اشتغال ذهنی برحسب یک اختلال روانی دیگر (مانند نارضایتی از شکل و اندازهٔ بدنی در بی‌اشتهایی عصبی) توجیه بهتری ندارد (۴).

شکایت‌ها معمولاً با نقص‌های خیالی یا جزئی صورت و سر مرتبطند، اما می‌توانند بر بخش‌های دیگر بدن نیز متمرکز شوند، یا چندین بخش را دربرگیرند و یا آنکه متوجه یک عضو خاص نبوده، جنبه پراکنده و مبهم داشته باشند. ممکن است مبتلایان به اختلال بدریختی بدنی از کار کردن یا حضور در محل‌های عمومی اجتناب ورزند و دچار انزوای اجتماعی گردند. این بیماران اغلب در طلب کمک‌های پزشکی، دندانپزشکی یا جراحی برای ترمیم نقص‌های تخیلی خود هستند، اما چنین درمانگری‌هایی به تشدید اختلال منجر می‌شوند و یا نگرانی‌های تازه‌ای را در پی دارند (۱). افراد مبتلا به BDD اغلب از پوشیدن لباس‌ها و موقعیت‌هایی که نقص آنها را بیشتر آشکار می‌سازد، دوری می‌کنند. به عنوان مثال ممکن است از نگاه کردن در آینه، شنا کردن، کلاس ورزش و ... دوری کنند چنین اقسامی از رفتارهای جبری اغلب به منظور آرام کردن خشم و ناراحتی و آشفتگی‌ای که ظاهر افراد را دربر گرفته است، تکرار می‌شوند. بسیاری احساس می‌کنند که نمی‌توانند خودشان را از شر چنین رفتارهایی خلاص کنند، حتی با وجود اینکه فکر می‌کنند این رفتارها باعث تشدید آشفتگی و ناراحتی آنها می‌گردد. به عنوان مثال کندن پوست یا نگاه کردن بیش از حد به ظاهر در آینه دقیقاً می‌تواند باعث تشدید ناراحتی در مورد نقص گردد. مقاومت در برابر چنین اعمال و رفتارهایی مشکل است و به استناد گزارشات در چند ساعت هر روز تکرار می‌شود و ادامه دارد. رفتارهای جبری و اجتنابی باعث عدم رفع BDD می‌گردند چون باعث می‌شوند که تمرکز بیمار بر روی نقص خود بیشتر شده و حواس بیمار از نقص منحرف نگردد و در نتیجه بیمار همیشه به بررسی نقص خود می‌پردازد (۷۶). علاوه بر ناراحتی‌های ظاهری، BDD با رفتارهای وسواسی تکراری وقت‌گیر (در آینه نگریستن، رفتارهای نظافتی بیش از حد، اندازه‌گیری یا مقایسه نقص درک شده) و اجتناب (در مورد موقعیت‌های اجتماعی، آینه‌ها، ژست گرفتن برای عکس و لامپ‌های روشن) مشخص می‌شود (۱۲). زمانی که صرف چنین رفتارهای جبری می‌گردد اغلب باعث ناتوانی و ضعف در عملکردهای اجتماعی و شغلی می‌گردد. دوری از موقعیت‌های اجتماعی بین بیمارانی که از BDD رنج می‌برند بسیار معمول است چون نمی‌خواهند که دیگران ضعف آنها را ببینند و همواره این دلهره و تشویش را دارند. در موارد شدید این بیماری، بیماران منزوی و خانه‌نشین می‌شوند و فقط در شب‌خانه‌های خودشان را ترک می‌کنند چون می‌ترسند که توسط دیگران مسخره شوند (۷۷). تحقیقات نشان می‌دهد که ناتوانی اجتماعی و شغلی همراه شده، شدید هستند مثل کارگری، قدرت تولید ضعیف، بازماندن از مدرسه، بیکاری و عدم کارکرد زناشویی، افراد مبتلا به BDD دارای کیفیت ضعیف زندگی هستند، از لحاظ اجتماعی جدا هستند، افسرده‌اند و به میزان بالایی مرتکب خودکشی می‌شوند (۱۲). اختلال BDD با بستری شدن بیمارستانی به میزان بالا در طول زندگی (۴۸٪)، خانه‌نشین شدن (۳۱٪) و اقدام به

خودکشی (۲۲-۲۴٪) همراه است. با وجود این نشانگرها که BDD یک بیماری شدید و مخرب است مطالعه بر روی عملکرد روانشناختی در BDD بسیار محدود بوده است (۶۲). بیشترین درجه و میزان استرس در بین مبتلایان به BDD گزارش شده است، و آشفتگی عاطفی که بوسیله افراد مبتلا به BDD تجربه شده است در یک حالت چرخه ای از آشفتگی ملایم به شدید و درد روحی ناتوان کننده تبدیل می شود. به علاوه شدت BDD به صورت منفی با کیفیت زندگی مرتبط است. بیماران مبتلا به BDD کیفیت زندگیضعیفی دارند. برای برخی مبتلایان به BDD افسردگی عاطفی می تواند منجر به آسیب رساندن بیمار به خود شود. گاهی در برخی از موارد افسردگی در بیماران به جایی می رسد که بیمار دست به عمل جراحی بر روی خود می زند (۷۷). به طور فزاینده ای، بیماران مبتلا به BDD در پی یک جراحی زیبایی برای یافتن راه حل مشکل خود می باشند و اکثریت بیماران از نتایج جراحی ناراضی می باشند. جراحان باید از BDD آگاه باشند. بیمارانی با بیزاری و عدم علاقه و نفرت از حداقل نقص یا تفاوت در اندازه، شکل یا حداقل جای زخم یا سوختگی، هشدار برای احتمال BDD است. بیماران با آرایش بیش از حد و آنانی که همراه با یک دوست صمیمی، پدر و مادر یا یکی از بستگان خود مراجعه می کنند نیز می توانند هشدار برای این بیماری باشند (۲۲). عوامل مختلف زیستی، عوامل روانشناختی (کمال گرایی و عزت نفس ضعیف) و عوامل فرهنگی - اجتماعی (خانواده، همسالان، مدل ها و الگوهای اجتماعی رسانه ای) می توانند در شکل گیری و تداوم ترس از تصویر بدنی و بدریختی بدنی نقش داشته باشند (۳). مطالعات متعددی در رابطه با آزمایش و تحقیق بر تفاوت های جنسیتی در بین بیماران مبتلا به BDD صورت پذیرفته است. به نظر می رسد که تشخیص BDD در میان مردان و زنان نسبتاً به یک میزان مساوی می باشد. البته فرهنگ و تأثیر آن بر روی نقش های جنسیتی می تواند عامل مؤثری بر نسبت جنسیت در میان بیماران مبتلا به BDD باشد. BDD عمدتاً در نوجوانی آغاز می گردد، اما اغلب به این دلیل که بیماران از بحث کردن در مورد آشفتگی هایشان و نگرانی هایشان اکراه دارند در سال های بعد تشخیص داده می شود (۷۷). مطالعات و بررسی ها نشان داده اند که ناراحتی های بدشکلی و ناراضی تصویر بدنی در جمعیت روبه رشد است. طبق تحقیقات انجام شده مشخص شده است که BDD در جمعیت های دانشجویی در مقایسه با نمونه های اجتماعی رایج تر است. در برخی جوامع، عدم جذاب بودن فیزیکی، برای زنان بیشتر از مردان، یک مایه دردسر اجتماعی در نظر گرفته می شود. زیبایی یک عنصر اصلی برای شکل گیری نقش جنسیتی زنان می باشد. در فرهنگ ایران، ظاهر فیزیکی یک عامل تعیین کننده اصلی است که در آن یک زن در جامعه مورد قضاوت قرار می گیرد. وقتی که جذابیت فیزیکی، ارزش نسبت داده شده به یک شخص را تحت تأثیر قرار می دهد، مطلوبیت یک ظاهر جذاب فیزیکی افزایش می یابد و خطر نگرانی ها و ترس از تصویر بدنی در یک شخص محتمل تر می شود. این پدیده در مطالعات بین فرهنگی بررسی شده و نشان دادند که آمریکایی هایی که ارزش بیشتری برای جذابیت فیزیکی قائلند، نسبت به آسیائی ها و آلمانی ها محتمل ترند که نگرانی های تصویر بدنی را افزایش دهند (۱۲).

با توجه به اینکه نرخ BDD در ایران مبهم است و تاکنون تحقیق مشابه ای به جهت بررسی شیوع این اختلال انجام نشده است و از طرفی با توجه به ماهیت رشته تربیت بدنی و تأثیر ورزش بر بعد روانی افراد و تأثیرات احتمالی فعالیت های ورزشی بر اختلال مورد نظر، این مطالعه به بررسی شیوع اختلال بدریختی بدنی بین دانشجویان رشته تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی پرداخته است، که محتوای درسهای تربیت بدنی و تمرکز بر جنبه های فیزیکی و جسمانی این رشته تحصیلی، تفاوتی را در اختلال بدریختی بدنی و تمرکز نارضایتی بر ابعاد مختلف بدنی ایجاد می کند؟

۱-۳- ضرورت و اهمیت تحقیق

حدود دو درصد از مردم دنیا از بیماری اختلال بدریختی بدنی رنج می برند. این افراد زمانی که در مقابل آینه می ایستند خود را بسیار زشت و بدریخت می بینند و به تدریج نسبت به اینکه در آینه نگاه کنند دچار وسواس و ترس می شوند. حدود یک چهارم از افراد مبتلا به این بیماری در اثر رنجی که از دیدن چهره خود در آینه می برند اقدام به خودکشی می کنند. بسیاری دیگر از آنها نیز تصور می کنند که واقعاً در چهره و بدن دچار نقص هستند و بنابراین بارها تحت عمل جراحی زیبایی قرار می گیرند اما هرگز احساس خوبی از چهره خود ندارند ترس ها و نارضایتی از ظاهر جسمانی می تواند روی عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی افراد اثر بگذارد. افرادی که در روابط متقابل اجتماعی خود حساس تر هستند ترس های بیشتری از ظاهر جسمانی خود و ارزیابی های دیگران درباره وضعیت جسمانی شان نشان می دهند. مبتلایان به دلیل نقص های خیالی جسمانی و مراجعات مکرر به پزشک، احساس خوشایندی نداشته و احساس افسردگی می کنند. نارضایتی جسمانی می تواند با افسردگی، وسواس و حساسیت بین فردی رابطه داشته و منجر به بروز مشکلاتی در روابط بین فردی و کاهش عملکرد اجتماعی گردد. نیازمندی های دانشجویان دانشگاه برای برقراری ارتباط مناسب در دوران جوانی، مشاوران را به این امر مهم سوق می دهد که دانشجویان دانشگاه را با تصویر بدنی آشنا سازند و چگونگی پذیرش تصویر بدنی را به آنها آموزش دهند. جلسات مشاوره گروهی و آموزش های همگانی درباره خطرات ترس از بدریختی بدنی می تواند منجر به افزایش عملکرد اجتماعی دانشجویان و بهبود مهارت های ارتباطی گردد. ترس از بدریختی بدنی می تواند با افسردگی و رفتارهای وسواسی - جبری مرتبط با ظاهر جسمانی رابطه داشته باشد بنابراین هدایت دانشجویان به سوی پذیرش تصویر تن و رضایت مندی از ظاهر جسمانی، می تواند ترس ها و نگرانی های آنها را کاهش دهد.

از طرفی ورزش در دو بعد جسمانی و روانی تأثیرگذار است. از لحاظ بعد جسمانی قرن هاست که انسان متوجه تأثیرات شگرف آن است اما بعد روانی آن توجه محققان را در سال های اخیر به خود جلب نموده است. باتوجه به این نکات، ضرورت ورزش در زندگی (به ویژه در دوران دانشجویی) کاملاً مشهود است. پرکردن اوقات فراغت دانشجویان با فعالیت های ورزشی، ترغیب آنها برای شرکت در مسابقات، پرداخت هزینه ها تا حد امکان، ایجاد سالن های ورزشی مخصوص هر رشته و توسعه ی ورزش های همگانی می تواند از جمله راهکارهای رسیدن به توسعه سلامت روانی عمومی جامعه باشد.

باتوجه به اینکه تاکنون هیچ تحقیقی شیوع بیماری اختلال بدریختی بدنی را در بین دانشجویان در ایران مورد بررسی قرار نداده است و باتوجه به تفاوت های فرهنگی و اجتماعی ایران با کشورهای دیگر بررسی شیوع این بیماری به جهت اقدامات پیشگیرانه ضروری به نظر می رسد. از طرفی هیچ تحقیق مشابه ای بین دانشجویان رشته تربیت بدنی انجام نشده است و باتوجه به تأثیر ورزش بر سلامت روانی افراد، میزان شیوع این بیماری در بین دانشجویان رشته تربیت بدنی بررسی شده و با دانشجویان رشته های غیر تربیت بدنی مورد مقایسه قرار می گیرد.

۱-۴- اهداف تحقیق

۱-۴-۱- هدف کلی:

بررسی شیوع اختلال بدریختی بدنی بین دانشجویان رشته تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی دانشگاه رازی

۱-۴-۲- اهداف جزئی:

بررسی و مقایسه میزان شیوع اختلال بدریختی بدنی بین دانشجویان دختر رشته تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی

بررسی و مقایسه میزان شیوع اختلال بدریختی بدنی بین دانشجویان پسر رشته تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی

بررسی و مقایسه شیوع اختلال بدریختی بدنی بین دانشجویان دختر و پسر تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی

۱-۵- فرض یا فرضیه های تحقیق

بین فراوانی شیوع اختلال بدریختی بدنی در دانشجویان دختر تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی تفاوت وجود دارد.

بین فراوانی شیوع اختلال بدریختی بدنی در دانشجویان پسر تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی تفاوت وجود دارد.

بین فراوانی شیوع اختلال بدریختی بدنی در دانشجویان دختر و پسر تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی تفاوت وجود دارد.

۱-۶- پیش فرض های تحقیق

آزمودنی ها تمام سوالات را درک کرده و با دقت و صداقت پرسشنامه را تکمیل نموده اند.

شرایط پاسخگویی به سوالات پرسشنامه برای تمام آزمودنی ها یکسان بوده است.

۱-۷- محدودیت های تحقیق

۱-۷-۱- محدودیت هایی که در کنترل پژوهش گر می باشد

۱- انتخاب جامعه مورد مطالعه که دانشجویان رشته های مختلف مشغول به تحصیل دانشکده های مختلف دانشگاه رازی کرمانشاه در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ می باشند.

۲- اختلال تغذیه به دلیل هم پوشی عوارض و نشانه ها به عنوان شاخص خروجی در نظر گرفته شد.

۱-۷-۲- محدودیت هایی که در کنترل پژوهش گر نمی باشد

۱- استفاده از پرسشنامه ای که در جمعیت ما اعتبار داده نشده است و در یک جمعیت امریکایی اعتبار داده شده است. به دلیل اینکه تنها پرسشنامه ای است که برای ارزشیابی BDD در دانشجویان (در یک جمعیت غیر کلینیکی) طراحی شده است.

۲-اطلاعات ما بر اساس خود گزارشی بودند و هیچ راه عینی برای تشخیص اینکه به سوالات کاملاً صادقانه پاسخ داده شده و این مسئله که آیا نقص های درک شده به وسیله دانشجویان مبالغه آمیز بودند یا خیر وجود نداشت.

۸-۱-تعریف فنی واژه ها

۱- اختلال بدریختی بدنی: اشتغال ذهنی یا نقص تخیلی یا تحریف مبالغه آمیز یک عیب خفیف و جزئی در ظاهر جسمانی است (۴).

۲- ترس از بدریختی بدنی: ترس از بدریختی یا نارضایتی از ظاهر جسمانی به معنی ترس شدید و افراطی از ظاهر جسمانی و احساس وجود نقص خیالی در بدن است (۴).

۳- تصویر بدنی: تصور از بدن، یک تصویر ذهنی پذیرفته از بدن است که بدن توسط این تصویر به خود فرد نشان داده می شود. به بیان دیگر تصویر از بدن تصویری است که هر فرد از اندازه و شکل بدن خود دارد و نیز احساسی که فرد نسبت به تک تک و کل اعضاء خود دارد و شامل ابعاد شناختی (تفکر فرد در مورد بدن خود)، ابعاد ادراکی (لمس، بویایی، بینایی و ...)، ابعاد عاطفی (احساس فرد نسبت به خود)، ابعاد رفتاری و اجتماعی می باشد (۴).

فصل دوم

مبانی نظری

۲-۱- مقدمه

این فصل شامل دو بخش عمده مبانی نظری مربوط به موضوع تحقیق و بخش ادبیات پیشینه می باشد، در این بخش به کارهای انجام شده در زمینه BDD در داخل و خارج کشور پرداخته می شود. به این منظور محقق با مراجعه به کتابخانه ها، بررسی منابع مرتبط نظیر مجلات علمی، جستجو در اینترنت و ... ادبیات پیشینه تحقیق را ارائه کرده است. لازم به توضیح است که تاکنون در خصوص BDD و اختلال های نظیر آن در رشته تربیت بدنی در داخل کشور پژوهشی انجام نشده است و اکثر تحقیقات مربوط به خارج از کشور می باشد.

۲-۲- تعریف اختلال بدریختی بدنی

BDD نخستین بار در کتب اروپایی توسط مرسلی^۱ در سال ۱۸۸۶ گزارش شد که از ریشه دیسمورفوفوبیا^۲ می آمد و وضعیتی است که به صورت احساس زشتی همراه با شرم با وجود داشتن ظاهری عادی تعریف می شد (مرسلی، ۱۸۸۶)، علائم مشابه تحت اسامی مختلفی طبقه بندی شدند (۴۱). بیماری را تحت عنوان مشغولیت ذهنی (وسواس) همراه با شرم از بدن گزارش کرد. بعد از آن، کراپلین^۳ (۱۹۰۹) آن را تحت نام سندرم دیسمورفوفوبیک^۴ شرح داد و مطرح کرد که این سندرم به عنوان یک ناراحتی عصبی و سواسی طبقه بندی شود (۴۸). در دهه ۱۹۶۰، ادجرتن و همکارانش بدشکلی جزئی و حداقل و بیماران سیر نشدنی از جراحی زیبایی را تشریح نمودند (۲۷). این بیماران همواره متقاضی جراحی های متعدد برای رفع نقص کوچک و حتی غیر موجود خودشان می باشند و همواره نارضایتی زیاد از نتایج بعد از عمل را با وجود عمل موفقیت آمیز از نظر پزشکی را گزارش داده اند (۲۷)، در آمریکا اختلال بدریختی بدنی در تقسیم بندی

¹Morselli

² dysmorphophobia

³ Kraepelin

⁴ dysmorphophobic

امراض روانی در DSM-III^۱ جای گرفت. جایی که این بیماری به عنوان مثالی از یک اختلال سوماتوفورم^۲ بی قاعده مورد توجه قرار گرفت (۷)، BDD موقعیت ها و وضعیت های تشخیصی را پیدا کرد و به صورت رسمی به اختلال بدریختی بدنی در DSM-III-R نامگذاری شد (۸). طبق ضوابط تشخیصی DSM-IV-TR، BDD به این صورت تعریف شده است:

(۱) مشغولیت ذهنی با نقص در ظاهر که ناشی از توهم باشد یا اینکه ضعف بسیار جزئی وجود داشته باشد اما شخص آن را به صورت یک مشکل جدی و وسیع تصور کند.

(۲) مشغولیتی که سبب آشفتگی های قابل ملاحظه و ناتوانی های جدی در امور اجتماعی، شغلی، یا سایر بخش های مهم عملکردی گردد.

(۳) مشغولیت ذهنی که بهتر نیست برای اختلال روانی دیگری به حساب آید (۷) در حال حاضر BDD به عنوان یک اختلال سوماتوفورم طبقه بندی شده است. به هر حال این طبقه بندی بر اساس ضوابط و معیارهای طبقه بندی بیماری ها صورت نگرفته است (۶۷) و تحقیقات متعددی مطرح می کند که این بیماری باید به عنوان یک اختلال خیالی اجباری - وسواسی در نظر گرفته شود (۳۵، ۵۶).

بسیاری از افراد مبتلا به BDD بیان می کنند که در مورد توقف اندیشیدن در رابطه با نقصی که ادراک کرده اند ناتوان هستند و خیلی کم می توانند به چیز دیگری تمرکز کنند. مقاومت در برابر چنین وسواس هایی بسیار مشکل است و کنترل کردن آن ها کار دشواری است و این وسواس ها در زمان هایی که شخص نیاز به تمرکز و هوشیاری و دقت زیاد دارد تشدید می شوند (۳۵، ۷۶). مفهوم چنین پندارهایی ما را به این نتیجه می رساند که بیمارهای مبتلا به BDD خصوصیات روانی قابل توجهی دارند و آشفتگی آنها باید از نظر روانپزشکی مورد بررسی قرار گیرد (۷۶). بسیاری از آنانی که از BDD رنج می برند از درک اینکه نگرانی های آنها مبالغه آمیز است ناتوان هستند. فیلیپس و همکارانش پیشنهاد کرده اند که BDD و متغیر های توهمی آن ممکن است دقیقاً یک اختلال باشند که در آن محدوده های فکری در یک زنجیره از حالت تفکرات وسواسی به حالت تفکرات توهمی منتقل می شوند (۷۲).

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

² Somatoform