

شیوع اختلال بدشکلی عضلانی در ورزشکاران بدن‌سازی: بررسی مؤلفه‌های روان‌فیزیولوژیکی

مهدی زمستانی^۱، و ویدا جلالوند^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۰۷

چکیده

بدشکلی عضلانی یا بیگورکسیا، اشتغال ذهنی با این باور است که بدن فرد به اندازه کافی عضلانی نیست. هدف پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع بدشکلی عضلانی و ارتباط آن با مؤلفه‌های روان‌فیزیولوژیکی در ورزشکاران مرد مراجعه کننده به باشگاه‌های بدن‌سازی کرمانشاه بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه ورزشکاران مرد باشگاه‌های بدن‌سازی کرمانشاه بود که از میان آنها ۳۷۳ نفر بر مبنای نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ، نگرش‌های تغذیه‌ای، مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی، اختلال بدشکلی عضلانی، رضایت از ظاهر عضلانی و شاخص توده بدنی جمع‌آوری شدند. نتایج نشان داد میزان شیوع اختلال بدشکلی عضلانی در مردان ورزشکار رشته پرورش اندام شهر کرمانشاه ۲۵ درصد بوده و ارتباط بین اختلال بدشکلی عضلانی با عزت نفس معنادار و معکوس، با شاخص توده بدنی و اختلالات تغذیه‌ای معنادار و مستقیم و با کمال‌گرایی بدون رابطه بود.

کلیدواژه‌ها: اختلال بدشکلی عضلانی، مؤلفه‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی، ورزشکاران مرد

مقدمه

از جمله مسائلی که در سال‌های اخیر نظر جوانان را به خود جلب کرده است، توجه به ظاهر بدنی به وسیله افزایش حجم و توده عضلانی بوده است که سبب افزایش اختلالات تغذیه‌ای این افراد نیز شده است. لذا این افراد تمایل زیادی دارند که اندامی زیبا و عضلانی داشته باشند. تبلیغات گوناگون رسانه‌های مختلف مبنی بر معرفی اندام عضلانی به عنوان یک بدن ایده‌آل نیز به این مشکلات دامن زده است (لیبر، ۲۰۰۲؛ فرانچینا و کوکو، ۲۰۱۸). در این راستا پژوهش‌گران دریافته‌اند که یک انگیزک بسیار قوی در مردان جهت دست یابی به عضلات ورزیده و توده‌بدنی بدون چربی وجود دارد که نتیجه تغییر در الگوها و آرمان‌های فرهنگی حاکم در غرب در رابطه با تصویر بدنی^۳ می‌باشد (پوپ، کاتز و وهادسون، ۱۹۹۳). وقتی تفاوت بین بدن ایده‌آل و بدن واقعی فرد زیاد باشد، احساس رضایت از بدن کمتر می‌شود. هنگامی که نارضایتی از توده عضلانی بدن به سطح پاتولوژیک برسد بیگورکسیا^۵ یا بدشکلی عضلانی^۶ نامیده می‌شود (پوپ و همکاران، ۱۹۹۳؛ مورگان، ۲۰۰۸؛ موسلی، ۱۹۹۲). بیگورکسیا در ابتدا در سال ۱۹۹۳ در مطالعه‌ای که روی مردان بدن‌ساز انجام شده بود شناسایی شد و به خاطر شباهت‌های شناختی و رفتاری که این افراد با بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی داشتند، بی‌اشتهایی عصبی معکوس^۴ نامیده شد (پوپ و همکاران، ۱۹۹۳). در پژوهش‌های بعدی که صورت گرفت این اختلال، بدشکلی عضلانی نامیده شد، معیارهای تشخیصی

برای آن در نظر گرفته شد و پیشنهاد شد که این اختلال در طیف اختلال بدشکلی بدن^۱ قرار گیرد. انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۱} در آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۱۲} این اختلال را به صورت اعتقاد به کوچکی بدن و یا به اندازه کافی عضلانی نبودن آن تعریف کرده و آن را به عنوان نوعی از اختلال بدشکلی بدن طبقه‌بندی کرده است. با این تفاوت که در اختلال بدشکلی بدن مشکل به جای این‌که به تصویر بدنی کلی مربوط باشد بر بخش خاصی از بدن متمرکز می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

بیگورکسیا در میان هر دو جنس مردان و زنان وجود دارد، با این حال نشانه‌های آن در میان مردان رایج‌تر است. میانگین سنی شروع آن نیز، ۱۹/۴ سال گزارش شده است؛ که نشان دهنده میزان شیوع بالای این اختلال در سنین اوایل جوانی می‌باشد و این امر ضرورت انجام مطالعات بیشتر در این زمینه را برجسته می‌سازد (فرانچینا و کوکو، ۲۰۱۸). تشخیص اختلال بدشکلی عضلانی می‌تواند دشوار باشد، زیرا گاهی با دیگر اختلالات روانی مانند اختلال خوردن و یا اختلال وسواس شباهت و یا هم‌پوشانی پیدا می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بدشکلی عضلانی یک اختلال نسبتاً جدید برای مردان محسوب می‌شود که شباهت بسیاری با اختلالات خوردن در زنان دارد. از لحاظ پدیدارشناختی نیز به نظر می‌رسد که بین بیگورکسیا و اختلال‌های خوردن ارتباط نزدیکی وجود داشته باشد. جزء کلیدی در هر دو اختلالات خوردن و بدشکلی عضلانی، نارضایتی از بدن است (دوریم،

1. Laber
2. Franchina, & Coco
3. body image
4. Pope, Katz, & Hudson
5. Bigorexia
6. Muscle dysmorphia
7. Morgan

8. Mosley
9. Reverse anorexia nervosa
10. Body Dysmorphic Disorder (BDD)
11. American Psychiatric Association (APA)
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)

بدنی منفی و ایجاد بیگورکسیا نقش دارند که شامل عوامل فیزیولوژیکی (شاخص تودهٔ بدنی)، عوامل روان‌شناختی (عزت نفس پایین، کمال‌گرایی) و عوامل محیطی-اجتماعی (خانواده، همسالان و رسانه‌ها) می‌باشد (دیهل و باگورست، ۲۰۱۶؛ سریا، بوتسی، پاسلی، پائولی و قیسی، ۲۰۱۸). افرادی که از بیگورکسیا رنج می‌برند اغلب عزت نفس پایینی دارند و خودشان را خیلی کوچک و یا ضعیف تصور می‌کنند، حتی در صورتی که عملاً چنین نباشد. اکثریت این افراد نسبت به وضعیت بیماری خود و نگرانی‌هایی که در رابطه با تصویر بدنی‌شان دارند آگاهی کامل دارند. تقریباً تمامی تفکرات و رفتارهای این افراد در ارتباط با حفظ تصویر بدنی مطلوب است (فوستر، شورتر و گریفیتز، ۲۰۱۴؛ گولدمن، پوپ و باسین، ۲۰۱۸). از سوی دیگر، این افراد عمدتاً کمال‌گرا بوده و نگرش‌ها و رفتارهایی دارند که از میل شدید آنها برای بدست آوردن تودهٔ بدنی ناشی می‌شود. این نگرش‌های کمال‌گرایانه شامل تنفر از شکل بدنی فعلی و یک تمایل قوی برای تغییر دادن آن از طریق افزایش توده عضلانی و رفتارهایی شامل وزنه برداری افراطی، خوردن مقدار زیادی از مواد غذایی با پروتئین بالا، استفاده از مکمل‌های افزایش وزن و استفاده از استروئیدهای آنابولیک است. کمال‌گرایی و وسواس‌هایی که در این افراد در مورد عضلات بدنشان وجود دارد منجر به تمرینات وسواس‌گونه با وزنه‌ها^۱ می‌شود (اسکات، گری و سنداستوارت، ۲۰۱۷). تاثیر فشار تبلیغات و رسانه‌های اجتماعی نیز علاوه بر سوق دهی این افراد به داشتن یک اندام عضلانی ورزیده و بدون چربی، موجب تاثیرات منفی از جمله بروز حالات

بیلگیک و هونگو، ۲۰۱۸). بیگورکسیا اغلب در مقابل اختلال آنورکسیا یا بی‌اشتهایی عصبی^۲ قرار می‌گیرد. افراد مبتلا به آنورکسیا احساس می‌کنند که خیلی چاق هستند ولی افراد مبتلا به بیگورکسیا تصور می‌کنند که خیلی لاغر و استخوانی هستند (پوپ و همکاران، ۱۹۹۳؛ موری^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). بسیاری از مردانی که دچار مشکلات مربوط به بدشکلی عضلانی هستند، سوابقی از اختلالات خوردن در یک دامنه‌ای از بی‌اشتهایی تا پرخوری را از خود نشان می‌دهند (موری و همکاران، ۲۰۱۳). مهم‌ترین مشکل برای طبقه‌بندی اختلال بدشکلی عضلانی به عنوان یک اختلال خوردن، موضوع اصرار بر ورزش افراطی با تأکید ثانویه در غذا خوردن است، در حالی که مسئله اصلی اختلالات خوردن از قبیل بی‌اشتهایی و پرخوری، مواد غذایی (خوردن) است (موسلی، ۲۰۰۹).

تودهٔ بدنی معیاری است که به وسیله آن می‌توان بدشکلی عضلانی را تشخیص داد؛ درست همان‌گونه که وزن بدن یک ملاک تشخیصی برای اختلال آنورکسیا است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). برای رشد اختلال بدشکلی عضلانی، هم ادراک از وزن کم بدن و هم یک شکل بدنی عضلانی به نظر می‌رسد لازم باشد (اولیواریا و همکاران، ۲۰۰۰). در واقع بیشتر افراد مبتلا به اختلال بدشکلی عضلانی فکر می‌کنند که آنها به اندازه کافی تنومند و عضلانی نیستند و زندگی آنها تحت تاثیر فعالیت‌هایی مانند رژیم گرفتن و ورزش با وزنه قرار می‌گیرد (پوپ و همکاران، ۱۹۹۳).

براساس دسته بندی‌های ارائه شده در مدل زیستی روانی اجتماعی^۴، چهار دسته از مؤلفه‌ها در داشتن انگاره

7. Cerea, Bottesi, Pacelli, Paoli, & Ghisi
8. Foster, Shorter, & Griffiths
9. Goldman, Pope, & Bhasin
10. Compulsive Weightlifting
11. Scot, Gri, & Hsandstuart

1. Devrim, Bilgic, & Hongu
2. Anorexia nervosa
3. Murray
4. Biopsychosocial
5. Perfectionism
6. Diehl, & Baghurst

(اولیواردیا و همکاران، ۲۰۰۴؛ گریو و هلمیک، ۲۰۰۸). یافته‌ها نشان می‌دهد که یک ارتباط منفی بین عزت نفس پایین و علائم بدشکلی عضلانی وجود دارد؛ مردانی که عزت نفس پایین‌تری دارند سطوح بالاتری از بدشکلی عضلانی را گزارش می‌دهند (گرینوی و پرایس، ۲۰۱۸). همچنین این‌گونه به نظر می‌رسد که کمال‌گرایی می‌تواند بطور مستقیم و غیر مستقیم در پیدایش اختلال بدشکلی عضلانی تاثیر داشته باشد. در مطالعه‌ای که توسط کوئن و والدرون (۲۰۰۷) صورت گرفت یکی از فاکتورهای شخصیتی که می‌تواند با میل به عضلانی بودن مرتبط باشد، کمال‌گرایی بود. نتایج پژوهش‌های مختلف، کمال‌گرایی را به عنوان یک عامل خطر برای نارضایتی بدنی پیشنهاد کرده‌اند، زیرا افراد با کمال‌گرایی بالا ملاک‌های ارزیابی بالاتری را برای خود قرار می‌دهند. آنها ممکن است لاغری ایده‌آل غیر واقع بینانه که خطر نارضایتی بدنی را افزایش می‌دهد داشته باشند. افراد کمال‌گرا همواره از کارکرد خود ناراضی بوده و باور دارند که نمی‌توانند به آنچه که می‌خواهند برسند. افراد دارای نارضایتی بدنی در مقایسه با گروه‌های بهنجار، کمال‌گرایی پایین‌تری (برای مثال نگرانی فوق‌العاده درباره اشتباهات، اضطراب درباره عملکرد) را نشان می‌دهند (کوئن و والدرون، ۲۰۰۷). هنسون (۲۰۰۴) پس از بررسی رابطه بین بدشکلی عضلانی و کمال‌گرایی متوجه شد که برخی از جنبه‌های کمال‌گرایی از جمله نگرانی بیش از حد برای اشتباهات، شدت علائم گزارش شده بدشکلی عضلانی را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین کمال‌گرایی می‌تواند بطور مستقیم و غیر مستقیم در

افسردگی، افکار خودکشی و در موارد شدیدتر اقدام به خودکشی در بین افرادی که از لحاظ روان‌شناختی مستعد‌انگار بدنی پایین می‌باشند، می‌شود (فرانچینا و کوکو، ۲۰۱۸). لذا، مطابق با تبیین‌های ارائه شده از جانب مدل‌های زیستی روانی اجتماعی و با توجه به نقش مؤلفه‌های چندگانه در سبب‌شناسی و تداوم این اختلال، ضرورت بررسی‌های بیشتر در خصوص کشف روابط بین این مؤلفه‌ها محرز می‌گردد.

نیووت، ژو، کاتز و بوکر (۲۰۱۲) اشاره می‌کنند که هیچ درمان رسمی و تأیید شده‌ای برای بدشکلی عضلانی وجود ندارد و متخصصان برای درمان این افراد از درمان‌هایی که برای اختلالات مرتبط مانند اختلال بدشکلی بدن، اختلالات تغذیه‌ای و اختلالات طیف وسواسی-جبری وجود دارد استفاده می‌کنند. همان‌طور که کپکانینگام^۲ و همکاران (۲۰۱۷)، گریو، تروبا و باورساکس^۳ (۲۰۰۹)، و گرانت^۴ (۲۰۱۵) نیز اشاره می‌کنند، درمان‌هایی که تا به امروز برای بدشکلی عضلانی وجود داشته تا حد زیادی دارودرمانی شامل مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین^۵ و درمان شناختی-رفتاری^۶ بوده است که نتایج درمانی کنترل شده‌ای نداشته‌اند.

پژوهش‌های در خصوص نقش عوامل روان‌شناختی در ایجاد و تداوم این اختلال نشان داده‌اند که جبران عزت نفس پایین یک منبع انگیزشی برای علائم رفتاری بدشکلی عضلانی فراهم می‌کند. برای مثال افرادی که عزت نفس‌شان مشروط به ظاهر است تمایل دارند زمان بیشتری را برای درگیر شدن در رفتارهای مربوط به ظاهر مانند بدن‌سازی و تمرینات با وزنه صرف کنند

6. Cognitive Behavior Therapy (CBT)
7. Grieve, & Helmick
8. Greenway, & Price
9. Kuennen, & Waldron
10. Henson

1. Nieuwoudt, Zhou, Coutts, & Booker
2. Cunningham
3. Grieve, Truba, & Bowersox
4. Grant
5. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

حوزه تشخیص‌های رسمی روان‌پزشکی، لزوم انجام پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع اختلال بدشکلی عضلانی و ارتباط آن با مؤلفه‌های روان‌فیزیولوژیکی (از جمله عزت نفس، کمال‌گرایی، اختلالات تغذیه‌ای، نارضایتی از ظاهر عضلانی و شاخص توده بدنی) در بین ورزشکاران مرد مراجعه کننده به باشگاه‌های بدن‌سازی شهر کرمانشاه انجام شد. عوارض بالای این اختلال و آسیب‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی آن، ضرورت و اهمیت اجرای این پژوهش را بیشتر آشکار می‌سازد. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر برای متخصصان و حرفه‌های یاری‌رسان در مراکز ورزشی (مانند مربیان، پزشکان و روان‌شناسان ورزشی) که هدف‌شان مداخله و پیشگیری از آسیب‌های روان‌شناختی و پزشکی در ورزشکاران است تلویحات کاربردی خواهد داشت. این نتایج می‌تواند اطلاعات ارزنده‌ای را در زمینه استفاده از مداخلات غیردارویی برای ورزشکاران دچار علائم اختلال بدشکلی عضلانی ارائه نماید.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر در دسته‌بندی بر مبنای هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی و در دسته‌بندی بر مبنای شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع پژوهش‌های همبستگی-توصیفی بود که در قالب طرح مقطعی انجام شد.

شرکت کنندگان

جامعه آماری این پژوهش کلیه ورزشکاران مرد مراجعه‌کننده به باشگاه‌های ورزشی بدن‌سازی شهرستان کرمانشاه بودند. از این جامعه آماری، ۴۰۰ نفر با استفاده از روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب و آزموده شدند. با توجه به ملاحظات لازم در تعداد نمونه برای هر متغیر در مطالعات همبستگی، تعداد افراد نمونه

پیدایش اختلال بدشکلی عضلانی تاثیر داشته باشد. تاثیر مستقیم می‌تواند تلاش جدی برای داشتن بدنی کامل باشد و تاثیر غیرمستقیم نیز می‌تواند نارضایتی از بدن باشد. اگر بدن فرد از بدن کامل مدنظر خویش انحراف یابد او از شکل بدنی اش ناراضی خواهد شد، که این به نوبه خود احتمال ابتلا به بدشکلی عضلانی را افزایش می‌دهد. در مطالعه‌ای که توسط فریتز (۲۰۱۶) به منظور مقایسه مردان با نشانه‌های بدشکلی عضلانی با وزنه برداران عادی صورت گرفت نتایج نشان داد که بدشکلی عضلانی و اختلالات خوردن در خرده مقیاس‌های کمال‌گرایی، ترس‌های مرتبط با دوره بلوغ، احساسات ناکارآمدی و میل به لاغری علائم مشترکی دارند. علاوه بر این، بسیاری از مردان مبتلا به بدشکلی عضلانی، یک تصویر ذهنی تغییر یافته از بدن خود دارند. این تصویر ذهنی تغییر یافته از بدن می‌تواند به شکل نارضایتی شدید از بدن در افرادی با اختلال بدشکلی عضلانی نمودار شود (دوریم و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات اخیر نیز نشان داده است که نگرانی‌ها در مورد نارضایتی بدنی در جوامع مختلف افزایش یافته است و با تمرینات جسمانی بیش اندازه، اختلالات تغذیه‌ای، سوء مصرف مواد، جراحی پلاستیک، عزت نفس و بهزیستی روان‌شناختی پایین در ارتباط است (استرول، ۲۰۱۸).

با وجود افزایش روزافزون شیوع اختلال بدشکلی عضلانی در بین ورزشکاران جوان و به دنبال آن افزایش مصرف استروئیدهای آنابولیک و عوارض جسمانی و روان‌شناختی ناشی از آن، متأسفانه پژوهش داخلی در زمینه میزان شیوع این اختلال در بین ورزشکاران و نیز ارتباط بین مؤلفه‌های روان‌فیزیولوژیکی آن وجود ندارد. با توجه به کمبود پژوهش‌های خارجی و داخلی در خصوص ارتباط بین مؤلفه‌های روان‌فیزیولوژیکی این اختلال نسبتاً جدید در

ابزار و شیوه گردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ: یک پرسش‌نامه خودسنجی ۱۰ سوالی است که عزت نفس کلی را می‌سنجد. این پرسش‌نامه شامل ۱۰ سؤال بوده که پنج سؤال اول به صورت مثبت و پنج سؤال دوم به صورت منفی طراحی شده و هر سؤال ۴ پاسخ را به ترتیب از راست به چپ از گزینه‌های کاملاً مخالف، مخالف، موافق تا کاملاً موافق شامل می‌شود. پنج سؤال اول از راست به چپ و پنج سؤال دوم از چپ به راست با توجه به محل گزینه‌های پاسخ به صورتی که ملاحظه خواهید کرد نمره‌گذاری می‌شوند: برای سؤال یک تا پنج ۵ در مقابل گزینه کاملاً مخالف نمره ۱+، گزینه مخالف نمره ۲+، گزینه موافق نمره ۳+ و گزینه کاملاً موافق نمره ۴+ اختصاص می‌یابد. نتایج پژوهش پالمن و آلیک (۲۰۰۰)؛ به نقل از محمدی، (۲۰۰۵) ضریب اعتبار درونی این مقیاس را ۰/۸۴ و ضریب همبستگی بازآزمایی آن را در فاصله زمانی دو هفته ۰/۸۴ گزارش کرده است. محمدی (۲۰۰۵) شاخص‌های روان‌سنجی این مقیاس را در جامعه ایران بررسی کرده و اعتبار این مقیاس را از طریق روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۸ و ۰/۶۸ گزارش کرده است.

پرسش‌نامه نگرش‌های تغذیه‌ای: در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن بکار می‌رود و کارآمدی آن در شناسایی بی‌اشتهایی عصبی و پر اشتهایی عصبی ثابت شده است. این آزمون ۲۶ سوالی شامل ۳ زیر مقیاس عادت غذایی، جوع یا تمایل به خوردن و کنترل دهانی می‌باشد که به صورت درجه بندی بر مبنای لیکرت (از صفر تا ۳) نمره گذاری می‌شود. نمرات زیر ۲۰ فاقد اختلال تغذیه‌ای و نمرات بالای ۲۰ دارای اختلال تغذیه می‌باشند. ضریب آلفای

پژوهش ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شدند که پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص، به تعداد ۳۷۳ نفر کاهش یافتند. بر اساس فرمول پیشنهادی تاپاچنیک و فیدل برای محاسبه حداقل حجم نمونه لازم در مطالعات همبستگی از فرمول $N > 50 + 8m$ استفاده می‌شود که m تعداد متغیرهای پیش بین و N حداقل حجم نمونه است. لذا، برای اطمینان از حجم نمونه و افزایش اعتبار آزمون و کنترل احتمال ریزش آزمودنی‌ها، حجم نمونه ۴۰۰ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری نیز بدین صورت بود که با استفاده از روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای ابتدا شهرستان کرمانشاه را به مناطق مختلف تقسیم کرده و از بین این مناطق سه منطقه به طور تصادفی انتخاب گردید و از بین باشگاه‌های مناطق مورد نظر چهار باشگاه انتخاب شدند و بین تمام افراد پرسش‌نامه‌ها توزیع گردید. به شرکت کنندگان یادآوری شد که از اطلاعات این پرسشنامه‌ها، صرفاً برای اهداف پژوهشی استفاده می‌گردد و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی در پرسش‌نامه‌ها نمی‌باشد. ملاک ورود به پژوهش عبارت بودند از جنسیت مذکر، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال، مردان دارای علائم بدشکلی عضلانی که حداقل ۶ ماه به منظور افزایش توده عضلانی‌شان ورزش کرده‌اند. ملاک خروج نیز عبارت بودند از مردان ورزشکاری که علائم اختلال بدشکلی عضلانی در آنها وجود نداشت و این ورزش را به عنوان بخشی از تمرینات، جهت بالا بردن سطح آمادگی و توانایی‌های جسمی در راستای اهداف ورزشی خاصی، یا به عنوان راهی برای غلبه بر اعتیاد، یا جهت پر کردن اوقات فراغت و یا به عنوان بخشی از فرآیند درمانی جهت بیماری‌های خاص انجام می‌دادند.

مدار ۸۰٪ بود که نشانه پایایی بازآزمون بالای فرم ایران مقیاس است. در پژوهش بشارت (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای پرسش‌نامه ابعاد کمال‌گرایی برابر ۸۹٪ است.

پرسش‌نامه اختلال بدشکلی عضلانی^۴ یک پرسش‌نامه ۲۱ آیتمی است برای تشخیص اختلال بدشکلی عضلانی و شامل سوال‌هایی است در رابطه با شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارهای مرتبط با تصویر بدنی که در آن سوالات براساس یک مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از "هرگز" تا "همیشه" درجه‌بندی می‌شوند و ۳ نشانه اصلی بدشکلی عضلانی را اندازه می‌گیرند: میل به اندازه، عدم تحمل ظاهر و اختلال عملکرد. خرده مقیاس میل به اندازه^۵ شامل سوالات مربوط به افکار و اندیشه‌های در مورد کوچک‌تر بودن، کمتر عضلانی بودن، و ضعیف‌تر از آنچه مطلوب است، و یا آرزو برای افزایش اندازه و قدرت است. سبک تفکر نماینده این خرده مقیاس سازگار است با اشتغالات ذهنی در مورد اندازه نامناسب در بدشکلی عضلانی که توسط پوپ و همکاران (۱۹۹۳) توصیف شد. خرده مقیاس عدم تحمل ظاهر^۶ شامل سوال در مورد باورهای منفی درباره بدن فرد و در نتیجه اضطراب ظاهر و یا اجتناب از قرار گرفتن در معرض دید بدن است. شناخت‌های منفی و تظاهرات رفتاری باورهای منفی محوری در مورد بدن سازگار است با ویژگی‌هایی در بدشکلی عضلانی، مانند پوشیدن لباس‌های گشاد در ساحل و یا اعتقاد به این که بدن هر فرد زشت و ناخوشایند است. در نهایت، خرده مقیاس اختلال عملکرد^۷ شامل سوالات مربوط به رفتارهای مربوط به حفظ تمرینات ورزشی، بروز هیجانات منفی هنگام

کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۶ گزارش شده است (گارنر، اولمستد، بوهر و گارفینکل؛ ۱۹۸۹). میزان پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر (با در نظر گرفتن تمام اعضاء نمونه پژوهش) با روش آلفای کرونباخ ۸۱٪ به دست آمد، که مقدار رضایت‌بخشی است.

مقیاس کمال‌گرایی چند بُعدی^۲ پرسش‌نامه ای است که در سال ۱۹۹۱ توسط هویت و فلت ساخته شده است و دارای ۳۰ سوال است که سه بعد کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه مدار را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. هر یک از این سه بعد با ۱۰ سوال سنجیده می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های سه‌گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. هویت و فلت، در پژوهش خود بر روی یک نمونه ۲۶۳ نفری از بیماران، هماهنگی درونی این مقیاس را قابل قبول اعلام کردند که به ترتیب برای ابعاد کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه مدار برابر با ۰/۸۸، ۰/۷۴ و ۰/۸۱ بوده است (هویت، فلت، ترنبال-دونووان و میکائیل؛ ۱۹۹۱). در اعتباریابی مقدماتی فرم ایرانی این مقیاس روی یک نمونه ۱۸۰ نفری از دانشجویان دانشکده‌های مختلف دانشگاه تهران، آلفای کرونباخ به دست آمده برای کمال‌گرایی خویش‌مدار ۹۰٪، برای کمال‌گرایی دیگرمدار ۸۳٪، و برای کمال‌گرایی جامعه مدار ۷۸٪ بوده، که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس است. ضرایب همبستگی بین ۴۰ نفر از دانشجویان در دونوبت بافاصله ی چهار هفته‌ای برای کمال‌گرایی خویش‌مدار ۸۴٪، و برای کمال‌گرایی دیگرمدار ۸۲٪. و برای کمال‌گرایی جامعه

4. Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)
5. Drive for Size (DFS)
6. Appearance Intolerance (AI)
7. Functional Impairment (FI)

1. Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel
2. Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)
3. Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail

پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۷. نشان داده شده است که به نظر می‌رسد خوب باشد (مای‌ویل^۳ و همکاران، ۲۰۰۲). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۸ بوده است که جهت انجام پژوهش این میزان قابل اطمینان می‌باشد.

شاخص توده بدنی: این شاخص از طریق سئوالاتی که بطور مستقیم قد و وزن فرد را می‌سنجد محاسبه شد. این شاخص در واقع وزن متناسب با قد را می‌سنجد و می‌توان به عنوان مناسب‌ترین شاخص در حیطه وزن از آن استفاده کرد. شاخص توده بدنی از تقسیم وزن به توان دوم قد محاسبه می‌شود. در این فرمول وزن بر حسب کیلوگرم و قد بر حسب متر محاسبه می‌شود (برینگتون^۴ و همکاران، ۲۰۱۰).

روش پردازش داده‌ها

داده‌ها در سطح توصیفی توسط میانگین، انحراف معیار و با استفاده از جداول فراوانی توصیف گردید. به منظور تجزیه و تحلیل و استخراج نتایج در سطح استنباطی ابتدا از آزمون کلموگروف-اسمیرنف برای بررسی فرض نرمال بودن داده‌ها استفاده شد. با توجه به اینکه مؤلفه‌های پژوهش از توزیع نرمال برخوردار نبودند، از آزمون‌های ناپارامتری همچون ضریب همبستگی اسپیرمن و کای اسکوئر استفاده شد.

یافته‌ها

تحلیل اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش نشان داد که ۱۴/۵٪ آنها دارای سن کمتر از ۲۰ سال، ۵۷/۶٪ بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۲۷/۹٪ بالای ۳۰ سال هستند. درصد فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر اساس سطح تحصیلات آنها، به ترتیب ۱۲/۶٪ دارای

انحراف از تمرینات ورزشی، یا اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی به دلیل احساسات منفی و اشتغال ذهنی با بدن فرد است. این ۳ خرده مقیاس برای هماهنگ شدن با معیارهای تشخیصی پیشنهادی پوپ و همکاران (۱۹۹۷) طراحی شده اند. ضریب روایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تا ۰/۸۵ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۱ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (هیلدبرانت، لانگنبوچر و شونت، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر جهت بدست آوردن اعتبار پرسش‌نامه و درک اینکه پاسخ‌ها دارای انسجام لازم است، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و براساس محاسبات انجام شده میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۳ بوده است که ضریب قابل اطمینانی جهت پژوهش و پژوهش به نظر می‌رسد.

پرسش‌نامه رضایت از ظاهر عضلانی: یک مقیاس خودگزارش دهی ۱۹ آیتمی که علائم بدشکلی عضلانی را بررسی می‌کند. این پرسشنامه یک ساختار ۵ عاملی دارد که شامل وابستگی به بدن‌سازی، چک کردن عضله، صدمه، رضایت از عضله، و مصرف دارو. آیتم‌ها بر روی یک مقیاس لیکرت مانند ۵ نقطه‌ای نشان داده می‌شوند، از ۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق. نمره کلی از جمع آیتم‌ها محاسبه می‌شود، با توجه به اینکه نمره بالاتر بر علائم بیشتری از بدشکلی عضلانی دلالت دارد. افراد پاسخ می‌دهند به سئوالاتی مانند، "هنگامی که به عضلاتم در آینه نگاه می‌کنم، اغلب از اندازه فعلی عضلاتم راضی هستم" و "ارزش شخصی‌ام خیلی متمرکز است بر اینکه عضلاتم چگونه به نظر می‌رسند". هماهنگی درونی این پرسش‌نامه با خرده مقیاس‌های قابل قبول ذکر شده است (آلفای کرونباخ بزرگتر از ۰/۷۰). پایایی آزمون - بازآزمون این

3. Mayville
4. Berrington

1. Hildebrandt, Langenbucher, & Schlundt
2. Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS)

۵٪/۵۲ از ورزشکاران نیز بصورت ۳ تا ۵ مرتبه در طول هفته بود. همچنین ۲۸۹ نفر آنها اعلام کرده اند که سابقه بی‌اشتهایی یا پراشتهایی ندارند. در جدول شماره ۱، پارامترهای مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف معیار، حداقل و حداکثر) مؤلفه‌های پژوهش (بدشکلی عضلانی، نارضایتی از توده عضلانی بدن، کمال‌گرایی، عزت نفس، اختلال تغذیه‌ای و شاخص تناسب اندام) ارائه شده است.

تحصیلات دیپلم و پایین تر، ۲۰٪/۶ دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۶۳٪/۳ دارای مدرک لیسانس و بالاتر بودند. همچنین تعداد ۱۳ نفر نیز سطح تحصیلات خود را مشخص نکرده بودند. از کل ورزشکاران مورد بررسی در نمونه (۳۷۳)، ۳۱۰ نفر در عضویت باشگاه‌های ورزشی بودند و بقیه به صورت آزاد در تمرینات شرکت می‌کردند. همچنین از مجموع ۳۷۳ نفر، ۲۷۹ نفر از آنها بطور مرتب مرزش می‌کردند. میزان فعالیت ورزشی

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
بدشکلی عضلانی	۲۹/۶۷	۸/۹۸	۱۴	۵۱
نارضایتی از توده عضلانی	۳۹/۸۳	۹/۷۶	۱۰	۸۲
کمال‌گرایی	۱۰۰/۱۷	۱۱/۱۹	۴۴	۱۴۰
عزت نفس	۲۱/۰۴	۴/۵۲	۱۱	۴۰
اختلال تغذیه‌ای	۲۴/۸۰	۵/۲۶	۱۱	۳۷
شاخص تناسب اندام	۲۵/۰۳	۷/۱۰	۱۲/۷۳	۴۶/۳۶

(۴/۵۲ و ۲۱/۰۴)، (۵/۲۶ و ۲۴/۸۰) و (۷/۱۰ و ۲۵/۰۳) می‌باشد. همانطور که در جداول ۲ ارائه شده است، تقریباً ۲۵ درصد ورزشکاران حاضر در نمونه پژوهش حاضر (۹۵ نفر)، دارای اختلال بدشکلی عضلانی هستند.

براساس نتایج بدست آمده در جدول ۱، همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار محاسبه شده برای متغیرهای پژوهش به ترتیب برابر با (۸/۹۸ و ۲۹/۶۷)، (۹/۷۶ و ۳۹/۸۳) و (۱۱/۱۹ و ۱۰۰/۱۷)،

جدول ۲. جدول توافقی (نمایش فراوانی ابعاد به مقادیر مشاهده شده و مورد انتظار)

ابعاد	مقدار مشاهده شده	مقدار مورد انتظار
فاقد اختلال بدشکلی	۲۷۸	۱۸۶/۵
دارای اختلال بدشکلی	۹۵	۱۸۶/۵
کل	۳۷۳	۳۷۳

جدول ۳. نتیجه آزمون کای دو

آماره	مقدار	درجه آزادی	معنی‌داری
کای دو	۸۹/۷۷	۱	۰/۰۰۱

عضلانی و عزت نفس، احساس رضایت از توده عضلانی بدن، کمال‌گرایی، اختلالات تغذیه‌ای، و شاخص تناسب اندام در ورزشکاران مرد نمونه حاضر رابطه معنی‌داری وجود دارد یا خیر از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد، که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

نتیجه آزمون کای دو در جدول فوق نشان می‌دهد نسبت افراد دارای بدشکلی عضلانی و فاقد اختلال بدشکلی با هم برابر نیستند. همچنین براساس آمار ارائه شده شیوع اختلال برابر ۲۵٪ می‌باشد. بنابراین شیوع بدشکلی عضلانی در ورزشکاران مورد بررسی در نمونه تقریباً برابر یک چهارم کل نمونه است. به منظور بررسی این که آیا بین اختلال بدشکلی

جدول ۴. نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن جهت بررسی رابطه بین اختلال بدشکلی عضلانی و

متغیرهای پژوهش

متغیر	همبستگی اسپیرمن	معنی‌داری
عزت نفس	-۰/۳۳	۰/۰۰۱
احساس رضایت از توده عضلانی بدن	۰/۳۶	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی	-۰/۰۴	۰/۴۸
اختلالات تغذیه‌ای	۰/۱۴	۰/۰۰۶
شاخص تناسب اندام	۰/۷۵	۰/۰۰۱

داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها، نتایج نشان داد که حدود ۲۵ درصد ورزشکاران حاضر در نمونه پژوهش (۹۵ نفر از ۳۷۳ نفر)، دارای اختلال بدشکلی عضلانی بوده‌اند. قابل ذکر است که در جامعه آماری بررسی شده در پژوهش حاضر، اکثر افراد لیسانس و دارای محدوده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال بودند. به نظر می‌رسد که این ترجیح بدنی در سنین پایین و اغلب بین ۶ و ۷ سالگی شروع شده و با رشد فرد افزایش می‌یابد تا اینکه در طول نوجوانی و اوایل بزرگسالی به اوج می‌رسد. پژوهش‌های نشان داده است که میانگین سن بروز برای بدشکلی عضلانی بین سنین ۱۹ و ۲۰ سالگی می‌باشد (اولیواردیا، پوپ و هادسون؛ ۲۰۰۰). در مطالعه‌ای که توسط باگورست^۲ (۲۰۰۹) انجام شد ۵ تا ۱۰ درصد بدن‌سازان اختلال بدشکلی عضلانی داشتند. به نظر می‌رسد که نتیجه حاصل از پژوهش حاضر با

همان‌طور که در جدول بالا قابل مشاهده است، بین اختلال بدشکلی عضلانی و عزت نفس رابطه منفی معنی‌دار و بین اختلال بدشکلی عضلانی و احساس رضایت از توده عضلانی بدن، اختلالات تغذیه‌ای و شاخص تناسب اندام رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. ولی بین اختلال بدشکلی عضلانی و کمال‌گرایی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر، بررسی میزان شیوع بدشکلی عضلانی و ارتباط آن با مؤلفه‌های روان‌فیزیولوژیکی از جمله عزت نفس، کمال‌گرایی، اختلالات تغذیه‌ای، نارضایتی از ظاهر عضلانی و شاخص توده بدنی در بین ورزشکاران مرد مراجعه‌کننده به باشگاه‌های ورزشی شهرستان کرمانشاه بوده است. پس از تجزیه و تحلیل

2. Baghurst

1. Olivardia, Pope, & Hudson

منفی‌تر است. این یافته‌ها بر اهمیت عزت نفس در سلامت روانی ورزشکاران تأکید می‌کنند و نشان دهنده ارتباط متقابل منفی بین عزت نفس با اختلالات روان‌شناختی از جمله بدشکلی عضلانی در مردان می‌باشد. عزت نفس در واقع سنجشی از خودپنداره است و به طور وسیع‌تر دربرگیرنده جنبه‌های رفتاری و شناختی فرد است. مطالعات نشان می‌دهند که عزت نفس پایین رابطه مثبتی با اختلالات تغذیه‌ای در ورزشکاران داشته و به ویژه هنگامی که ورزشکاران با فشارهای محیطی مواجه می‌شوند از شدت بیشتری برخوردار است (گرانیلو، جونز-رودریگوئز و کارواجال، ۲۰۰۵). لذا با توجه به یافته‌های حاضر، در مطالعات آتی باید بیشتر به نقش اساسی مؤلفه عزت نفس در ارتباط با اختلال بدشکلی عضلانی توجه شود.

متون پژوهشی نشان می‌دهند که اختلال بدشکلی عضلانی با مجموعه‌ای از نگرش‌های منفی همانند تصویر بدنی منفی و نارضایتی از بدن همراه است (کالوجرو و تامپسون، ۲۰۱۰). در رابطه با این فرضیه پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. پژوهش‌های قبلی بر روی بدن‌سازان و ورزشکاران آماتور در این حوزه، سطوح بالاتری از نارضایتی بدن در مقایسه با گروه کنترل با سن مشابه را نشان داده است (بابوسا و توری، ۲۰۱۲). مطالعات اخیر نشان داده است که نگرانی‌ها در مورد نارضایتی بدنی در جوامع مختلف افزایش یافته است و با اختلالات تغذیه‌ای، سوء مصرف مواد، جراحی پلاستیک، بهزیستی روان‌شناختی پایین، و تمرینات جسمانی بیش اندازه در ارتباط است (استرول، ۲۰۱۸). بسیاری از مردان مبتلا به بدشکلی عضلانی، یک تصویر ذهنی تغییر یافته از بدن خود دارند. این تصویر ذهنی تغییر یافته از بدن می‌تواند به شکل نارضایتی شدید از بدن در افرادی با اختلال

پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه (نوونت و همکاران، ۲۰۱۲؛ نوونت و همکاران، ۲۰۱۲؛ موری و همکاران، ۲۰۱۲؛ چابا و همکاران، ۲۰۱۸) همسو باشد و اختلاف مشاهده شده در میزان شیوع می‌تواند تحت تاثیر عوامل مختلفی همچون سن، میزان تحصیلات، فرهنگ و جنسیت آزمودنی‌ها قرار گیرد.

همچنین، نتایج نشان داد که بین اختلال بدشکلی عضلانی و عزت نفس رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد و فراوانی بدشکلی عضلانی در افراد با عزت نفس پایین، بیشتر است. در مطالعه‌ای که توسط بابوسا و توری^۲ (۲۰۱۲)، گرنووی و پرایس (۲۰۱۸) انجام شد یک رابطه منفی بین عزت نفس و علائم بدشکلی عضلانی گزارش شد یعنی مردان با عزت نفس پایین تر علائم بیشتری از بدشکلی عضلانی را گزارش دادند. در واقع عزت نفس پایین یکی از منابع انگیزشی برای نشانه‌های رفتاری اختلال بدشکلی عضلانی را فراهم می‌کند. برای مثال افرادی که عزت نفس‌شان مشروط به ظاهر است تمایل دارند زمان بیشتری را برای درگیر شدن در رفتارهای مربوط به ظاهر مانند بدن‌سازی و تمرینات با وزنه صرف کنند (اولیواریا و همکاران، ۲۰۰۴؛ گریو و هلمیک، ۲۰۰۸). در مطالعه دیگری که گریو و هلمیک (۲۰۰۸) انجام دادند، رابطه‌ای متوسط بین عزت نفس و شاخص کلی شناخت و رفتارهای مرتبط با افزایش حجم عضلانی یافت شد. در تبیین یافته حاضر می‌توان چنین استنباط کرد که عزت نفس پایین تحت تاثیر درونی‌سازی ایده‌آل بدنی، نارضایتی از بدن و هیجان منفی است. عزت نفس پایین به نوبه خود بر نارضایتی از بدن و هیجان منفی اثر می‌گذارد. بنابراین، بین عزت نفس پایین، نارضایتی از بدن و هیجان منفی یک رابطه متقابل منفی وجود دارد. هرچه عزت نفس پایین‌تر باشد، نارضایتی از بدن بیشتر و خلق

3. Granillo, Jones-Rodriguez, & Carvajal
4. Calogero, & Thompson

1. Chaba
2. Babusa, & Túry

بدشکلی عضلانی نمودار شود (دوریم و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعه گریو و هلمیک، (۲۰۰۸). نشان داد که نارضایتی عضلانی و نارضایتی از وزن بدن، دو مؤلفه ای هستند که مردان را به رفتارهای مدیریت بدن ترغیب می‌کنند. مطالعه آنها همچنین نشان داد که افرادی که از ظاهر خود رضایت کافی دارند، بدن خود را به صورت کارآمدتر درک می‌کنند و نقایص بدنی خود را می‌پذیرند. در مطالعه حاضر نیز مشابه با پژوهش‌های انجام شده شیوع بدشکلی عضلانی در افرادی که احساس نارضایتی از توده عضلانی بدنشان دارند، بیشتر است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که اگر فرد فرم بدنی ناهمخوانی با تصور جامعه از اندام مناسب داشته باشد تصور ذهنی نامناسبی نسبت به خود و اندامش پیدا کرده و این عامل باعث احساس خودپنداره ضعیف در شخص می‌گردد که در پی آن کاهش رضایت بدنی در فرد آشکار می‌گردد. از آنجایی که عضلات هر فرد، بخشی از بدن وی محسوب می‌گردد، می‌توان انتظار داشت که اگر شخص از توده عضلانی و شکل بدن خود راضی نباشد، میزان نمود اختلال بدشکلی عضلانی در وی بیشتر می‌باشد. از سوی دیگر، چگونگی احساس یا ادراک افراد از ظاهرشان در مقایسه با وزن واقعی بدن در میزان عزت نفس فرد نقش مهم‌تری ایفا می‌کند. همان‌طور که اشاره شد، عزت نفس پایین نیز قوی‌ترین پیش‌بینی کننده اختلال بدشکلی عضلانی در بین ورزشکاران می‌باشد.

در ارتباط با کمال‌گرایی، پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داده شد که بین بدشکلی عضلانی با کمال‌گرایی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. پژوهش‌های متعددی پیرامون موضوع‌های مرتبط با این فرضیه انجام شده است. در بیشتر آنها اثرات متقابل مثبت مشاهده شده است. به گونه‌ای که افراد دارای احساس کمال‌گرایی

اغلب از ظاهر و بدن فعلی خود ناراضی بوده و به دنبال دستیابی به یک اندام ایده‌آل می‌باشند. همین وضعیت موجب بروز احساس نارضایتی از بدن خود و به دنبال آن ایجاد اختلال بدشکلی عضلانی در آنها می‌گردد. در برخی پژوهش‌های نیز نتیجه معنی‌داری یافت نشده است. در مطالعه‌ای که توسط کوئتن و والدرون (۲۰۰۷) صورت گرفت یکی از فاکتورهای شخصیتی که می‌تواند با میل به عضلانی بودن مرتبط باشد، کمال‌گرایی است. مخصوصاً افرادی که می‌خواهند یک بدن عضلانی کامل را بدست بیاورند معمولاً نمرات بالاتری در ابعاد کمال‌گرایی خودمدار و جامعه مدار کسب می‌کنند. مطالعات تحلیل عاملی نیز یک ارتباط برجسته را بین این دو بعد کمال‌گرایی و فاکتورهای مرتبط با میل به عضلانی بودن نشان داده اند. در مطالعه‌ای که توسط گراماز و شوارتز (۲۰۰۹) انجام شد نشان داد مردان بدن‌سازی که عزت نفس پایین‌تری داشتند نسبت به ورزشکاران دیگر نارضایتی بیشتری از بدنشان داشتند و نمرات بالاتری در مقیاس کمال‌گرایی گرفتند. اما، درایر و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که کمال‌گرایی نارضایتی از بدن را پیش‌بینی نمی‌کند، که همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. چندین تحلیل عاملی، کمال‌گرایی را با نارضایتی بدنی همبسته نشان داده اند. کمال‌گرایی همراه با عزت نفس پایین، پیش‌بینی کننده اختلالات خوردن و بدشکلی عضلانی می‌باشد. این گونه می‌توان عنوان کرد که افراد دارای نارضایتی بدنی معیارهای شخصی غیرواقعی برای خودشان تعیین می‌کنند. آنها یک لاغری غیرواقع بینانه ایده‌آل را دنبال می‌کنند که خطر نارضایتی بدنی را افزایش می‌دهد. این یافته‌ها این‌گونه تبیین می‌شوند که رفتارهای مبتنی بر کمال‌گرایی مانند تردید در اعمال فردی و برنامه‌ریزی افراطی برای رسیدن به استانداردهای بسیار بالا موجب

ایجاد اضطراب و نگرانی در افراد می‌شود؛ و بدین طریق، رفتارها و اختلالات مختلف از جمله نارضایتی بدنی و به دنبال آن اختلال بدشکلی عضلانی یکی از واکنش‌های آن می‌تواند باشد. البته در مطالعه حاضر، چنین نتیجه‌ای مشاهده نگردید که این خود می‌تواند دلیل فاکتورهای مختلفی از جمله موقعیت فرهنگی، تحصیلی و وضعیت روان‌شناختی آزمودنی‌ها در هنگام تکمیل این پرسش‌نامه باشد.

همچنین، نتایج نشان داد که بین اختلال بدشکلی عضلانی و وجود اختلال تغذیه‌ای رابطه معنی‌دار وجود دارد. شیوع اختلال بدشکلی عضلانی در افراد مشکوک به اختلال تغذیه‌ای بیشتر است و مؤلفه احساس بدشکلی عضلانی تحت تأثیر تغذیه است. اگر چه بدشکلی عضلانی به طور مستقیم به عنوان یک اختلال مرتبط با غذا خوردن طبقه‌بندی نشده است، اما اغلب علائم اختلال خوردن در افراد مبتلا دیده می‌شود (موری و همکاران، ۲۰۱۳). از آنجا که بسیاری از ویژگی‌های مشترک بین اختلال بدشکلی عضلانی و بی‌اشتهایی وجود دارد، پژوهش‌های انجام شده از این ایده که اختلال بدشکلی عضلانی به عنوان یک اختلال خوردن طبقه‌بندی شود، حمایت می‌کنند (موسلی، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اختلال بدشکلی عضلانی با مجموعه‌ای از نگرش‌های منفی همانند اختلالات تغذیه‌ای همراه است (سافولک^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس گزارش برخی از پژوهش‌های، بدشکلی عضلانی باید به عنوان یک اختلال تغذیه‌ای طبقه‌بندی شود، به‌خاطر شباهت‌های نشانه‌شناسی بین این اختلال با آنورکسیا نروزا مانند جستجوی آسیب‌شناختی جستجوی وزن (بدشکلی عضلانی) و از دست دادن وزن (آنورکسیا نروزا) افرادی که احساس رضایت از وزن خودشان دارند و همچنین

احساس رضایت در مورد جذابیت جنسی بدن خودشان دارند، رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب مانند اجتناب از خوردن با هدف تغییر دادن وزن خود، رفتارهای خوردن کنترل نشده و رفتارهای خوردن هیجانی کمتری از خود نشان می‌دهند (موری و همکاران، ۲۰۱۳). در تبیین نتایج به‌دست آمده باید به هنجارهای فرهنگی-اجتماعی جدید اشاره نمود که در سبب شناسی اختلالات خوردن و بدشکلی عضلانی نقش دارند. شکی نیست که امروزه لاغری برای زنان و اندام عضلانی برای مردان به عنوان تصویر بدنی ایده‌آل محسوب می‌شود. با توجه به روند جهانی شدن و گسترش فناوری اطلاعات، مرزهای جغرافیایی کم‌رنگ‌تر شده است و ملل غیرغربی و به خصوص جوانان در معرض این الگوها قرار می‌گیرند. آشکار است که این الگوهای رسانه‌ای درباره ظاهر و تصویر بدنی، در نارضایتی از بدن، اختلالات تغذیه‌ای و اختلالات مرتبط با ظاهر بدنی از جمله اختلال بدشکلی عضلانی نقش دارند (فرانچینا و کوکو، ۲۰۱۸). همان‌گونه که مشخص شد عدم رضایت از ظاهر بدنی، کمال‌گرایی، نظرات دیگران درباره ظاهر و تیپ بدنی همراه با عزت نفس پایین، همگی نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلال بدشکلی عضلانی دارند. با توجه به نتایج پژوهش‌های ذکر شده و از طرفی ارتباط بدشکلی عضلانی با مؤلفه‌های روان‌شناختی و نارضایتی از بدن، به نظر می‌رسد نتایج پژوهش حاضر تأییدی بر دیگر نتایج باشد.

پس از بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌ها، آشکار گردید که رابطه بین دو مؤلفه بدشکلی عضلانی و شاخص توده بدنی معنی‌دار و مستقیم است. مطالعات نشان داده است که نارضایتی بدنی در رابطه شاخص توده بدنی و اختلالات خوردن نقش واسطه‌ای دارد و افراد با شاخص توده بدنی بالا تمایل بیشتری به لاغر شدن

1. Suffolk, M. T., Dovey, T. M., Goodwin, H., & Meyer

دارند (گریو و هلمیک، ۲۰۰۸). شاخص توده بدنی بالا با پیامدهایی همچون نارضایتی بدنی، تمایل به لاغری، عزت نفس پایین، اضافه وزن یا چاقی و رژیم گرفتن مرتبط می‌باشد. پژوهش‌های نشان داده است که حدود ۹۰٪ از مردان مبتلا به اختلال بدشکلی عضلانی، نوعی از داروهای افزایش دهنده اندازه و حجم ظاهری بدن شامل استروئیدها استفاده کرده اند (موری و همکاران، ۲۰۱۳). توده بدنی معیاری است که به وسیله آن می‌توان بدشکلی عضلانی را تشخیص داد، درست همان‌گونه که وزن بدن یک ملاک تشخیصی برای اختلال آنورکسیا است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). برای رشد اختلال بدشکلی عضلانی، هم ادراک از وزن کم بدن و هم یک شکل بدنی عضلانی به نظر می‌رسد لازم باشد (اولیواریا و همکاران، ۲۰۰۰). در واقع بیشتر افراد مبتلا به اختلال بدشکلی عضلانی فکر می‌کنند که آنها به اندازه کافی تنومند و عضلانی نیستند و زندگی آنها تحت تاثیر فعالیت‌هایی مانند رژیم گرفتن و ورزش با وزنه قرار می‌گیرد (پوپ و همکاران، ۱۹۹۳). موری و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که شاخص توده کلی بدن، بهترین پیش بین عینی اختلال خوردن و تصویر بدنی است. هنگامی که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی عضلانی با افراد مبتلا به بی‌اشتهایی مقایسه می‌شوند، به طور معنی‌دار شاخص توده بدنی بیشتری دارند. افزایش شاخص توده بدنی به منزله چاقی و عدم تناسب اندام است. همچنین نمره بالاتر مقیاس بدشکلی عضلانی، نشان دهنده بیشتر احساس شدن این اختلال هست. بنابراین می‌توان گفت شیوع بدشکلی عضلانی در افرادی که احساس نارضایتی از تناسب اندامشان دارند، بیشتر است. در این مورد نتیجه پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های قبلی همسو می‌باشد.

در نتیجه گیری کلی و نهایی می‌توان گفت که، سال‌های اول زندگی پایه ریزی مهمی برای تصویر بدنی است که ارتباط آن با شخصیت افراد به اثبات

رسیده است. زیرا در این سال‌ها به تدریج مفاهیم توانایی جسمی، کنترل و تسلط بر بدن شکل می‌گیرد و مفاهیم غرور، افتخار، عزت نفس و هویت در او ایجاد می‌گردد. اگر کودک به هر دلیلی نتواند وظایف تحولی خود را به انجام رساند و یا قدرت کنترل خود بر بدنش را از دست دهد دچار بی‌کفایتی شده و تصویر بدنی منفی در او شکل می‌گیرد. اشتغال ذهنی نسبت به ظاهر، از مشکلات عمده در جوامع امروزی است که منجر به آسیب‌های جسمانی و روانی قابل توجهی می‌شود. از آنجایی که همه افراد به ظاهر بدنی و اندام خود حساس هستند و این موضوع نیز از طریق محرک‌های بیرونی تقویت می‌شود، و با توجه به این که در سال‌های اخیر ایده‌آل‌های غربی از طریق ماهواره و اینترنت در ایران رواج یافته است و مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی بسیاری از جمله افزایش آسیب انگاره بدنی را به همراه داشته است؛ از آنجا که نقش باورها و نگرش‌ها در پاسخ‌های هیجانی و رفتاری نسبت به موقعیت‌ها دارای اهمیت بوده و از آنجایی که افراد در مواجهه با رویدادهای زندگی به طور مستقیم از نظر عاطفی و رفتاری واکنش نشان نمی‌دهند، بلکه بر اساس ارزشیابی و تفسیر رویدادهایی که تجربه می‌کنند، می‌توان با افزایش آگاهی افراد درباره افکار و باورهای غیرمنطقی و تصورات غیرمنطقی ایده‌آل که موجب بروز اختلالات مرتبط با ظاهر بدنی از جمله اختلال بدشکلی عضلانی می‌شوند، باورهای منطقی را جایگزین آنها کرده و با آموزش مهارت‌های روان‌شناختی به آنها یاد داد که از بروز پاسخ‌های هیجانی غیر منطقی اجتناب نمایند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارتند از محدود بودن حجم نمونه پژوهش، عدم اخذ مصاحبه بالینی به دلیل تعداد بالای نمونه و محدودیت همکاران پژوهشگر، عدم حضور گروه‌های سنی مختلف در نمونه آماری، با توجه به اینکه پرسش‌نامه در محل باشگاه تکمیل شده و به دلیل تمرینات جسمانی،

وضعیت فرهنگی، اقتصادی و تحصیلی اجرا گردد و ارتباط بین اختلال بدشکلی عضلانی با سایر اختلالات روان‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، با توجه به تأیید این اختلال در بین ورزشکاران مرد رشته پرورش اندام، پیشنهاد می‌گردد بر روی همین نمونه، پروتکل‌های درمانی اجرا و نتایج مورد پژوهش و بررسی قرار گیرد.

آزمودنی‌ها از لحاظ ذهنی و بدنی خسته بوده اند، ممکن است در پاسخدهی به سوالات دقت کافی را به عمل نیاورده باشند. با توجه به انتخاب نمونه از مناطق مختلف شهر کرمانشاه و عدم مشخص بودن تفاوت‌های فرهنگی، تحصیلی، خانوادگی و اقتصادی، پاسخدهی آزمودنی‌ها و بالطبع نتایج حاصله تحت تاثیر قرار گرفته باشد. لذا، پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در در بین زنان و قشرهای مختلف جامعه با توجه به

منابع

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
2. Babusa, B., & Túry, F. (2012). Muscle dysmorphia in Hungarian non-competitive male bodybuilders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(1), 49-53.
3. Baghurst, T. (2009). Perspectives on muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 8(1), 1-13.
4. Berrington de Gonzalez, A., Hartge, P., Cerhan, J. R., Flint, A. J., Hannan, L., MacInnis, R. J., ... & Beeson, W. L. (2010). Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *New England Journal of Medicine*, 363(23), 2211-2219.
5. Besharat, M. A. (2004). Perfectionism and interpersonal problems. *Daneshvar Raftar*. 11(7), 1-8. (In Persian).
6. Calogero, R. M., & Thompson, J. K. (2010). Gender and body image. In *Handbook of gender research in psychology* (pp. 153-184). Springer, New York, NY.
7. Cerea, S., Bottesi, G., Pacelli, Q. F., Paoli, A., & Ghisi, M. (2018). Muscle Dysmorphia and its Associated Psychological Features in Three Groups of Recreational Athletes. *Scientific reports*, 8(1), 8877.
8. Chaba, L., Scoffier-Mériaux, S., Lentillon-Kaestner, V., & d'Arripe-Longueville, F. (2018). The drive for muscularity and muscle dysmorphia in bodybuilders: English literature review. *Staps*, (1), 65-79.
9. Cunningham, M. L., Griffiths, S., Mitchison, D., Mond, J. M., Castle, D., & Murray, S. B. (2017). Muscle dysmorphia: an overview of clinical features and treatment options. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 31(4), 255-271.
10. Devrim, A., Bilgic, P., & Hongu, N. (2018). Is There Any Relationship Between Body Image Perception, Eating Disorders, and Muscle Dysmorphic Disorders in Male Bodybuilders? *American journal of men's health*, 12(5), 1746-1758.
11. Dryer, R., Farr, M., Hiramatsu, I., & Quinton, S. (2016). The role of sociocultural influences on symptoms of muscle dysmorphia and eating disorders in men, and the mediating effects of perfectionism. *Behavioral Medicine*, 42(3), 174-182.
12. Diehl, B. J., & Baghurst, T. (2016). Biopsychosocial factors in drives for muscularity and muscle dysmorphia among personal trainers. *Cogent Psychology*, 3(1), 124-134.

13. Foster, A., Shorter, G., & Griffiths, M. (2014). Muscle dysmorphia: Could it be classified as an addiction to body image? *Journal of Behavioral Addictions*, 4(1), 1-5.
14. Franchina, V., & Coco, G. L. (2018). The influence of social media use on body image concerns. *International Journal of Psychoanalysis and Education*, 10(1), 5-14.
15. Fritts, J. T. (2016). *Predictive Factors of Muscle Dysmorphia, Intent to Use Steroids, and Non-Intuitive Eating in Male Recreational Weightlifters* (Doctoral dissertation).
16. Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.
17. Goldman, A. L., Pope, H. G., & Bhasin, S. (2018). The Health Threat Posed by the Hidden Epidemic of Anabolic Steroid Use and Body Image Disorders among Young Men. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 17 (2), 123-131.
18. Grammas, D. L., & Schwartz, J. P. (2009). Internalization of messages from society and perfectionism as predictors of male body image. *Body Image*, 6(1), 31-36.
19. Granillo, T., Jones-Rodriguez, G., & Carvajal, S. C. (2005). Prevalence of eating disorders in Latina adolescents: associations with substance use and other correlates. *Journal of Adolescent Health*, 36, 214-220.
20. Grant, J. E. (2015). Commentary on: Muscle dysmorphia: Could it be classified as an addiction to body image? *Journal of Behavioral Addictions*, 4, 6-7.
21. Greenway, C. W., & Price, C. (2018). A qualitative study of the motivations for anabolic-androgenic steroid use: The role of muscle dysmorphia and self-esteem in long-term users. *Performance enhancement & health*, 6(1), 12-20.
22. Grieve, F. G., Truba, N., & Bowersox, S. (2009). Etiology, assessment, and treatment of muscle dysmorphia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 306-314.
23. Grieve, R., & Helmick, A. (2008). The influence of men's self-objectification on the drive for muscularity: Self-esteem, body satisfaction and muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 7(3), 13-25.
24. Henson, C. (2004). Potential antecedents of Muscle Dysmorphia. Unpublished master's thesis, Western Kentucky University, Bowling Green, KY.
25. Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W., & Mikail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 464.
26. Hildebrandt, T., Langenbucher, J., & Schlundt, D. G. (2004). Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1(2), 169-181.
27. Kuennen, M. R., & Waldron, J. J. (2007). Relationships Between Specific Personality Traits, Fat Free Mass Indices, and the Muscle Dysmorphia Inventory. *Journal of Sport Behavior*, 30(4), 51-68.
28. Laber MP. (2002). Adolescent boys and the muscular male body ideal. *Journal of Adolescent Health*. 30 (4). 233-242.
29. Mayville, S. B., Williamson, D. A., White, M. A., Netemeyer, R. G., & Drab, D. L. (2002). Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: A self-report measure for the assessment of muscle dysmorphia symptoms. *Assessment*, 9(4), 351-360.
30. Mohammadi, N. (2005). The preliminary study of validity and reliability of Rosenberg's self-esteem scale. *Journal of Iranian Psychologists*, 1(4), 55-62.

31. Morgan, J. F. (2008). *The invisible man: A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercise and bigorexia*. Routledge.
32. Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(3), 191-198.
33. Murray, S. B., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E. ... & Touyz, S. W. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9(2), 193-200.
34. Murray, S. B., Rieger, E., Karlov, L., & Touyz, S. W. (2013). An investigation of the transdiagnostic model of eating disorders in the context of muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 160-164.
35. Nieuwoudt, J. E., Zhou, S., Coutts, R. A., & Booker, R. (2012). Muscle dysmorphia: Current research and potential classification as a disorder. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(5), 569-577.
36. Olivardia, R., Pope Jr, H. G., & Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1291-1296.
37. Olivardia, R., Pope, H. G., Borowiecki, J. J., & Cohane, G. H. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychogy of Men and Masculinity*, 5, 20-112.
38. Pope, H. G., Jr., Katz, D., & Hudson, J. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 406-409.
39. Scot, T., Gri, F., & Hsandstuart, B. (2017). Muscle Dysmorphia. *Clinical Handbook of Complex and Atypical Eating Disorders*, 235.
40. Ströhle, A. (2018). Sports psychiatry: mental health and mental disorders in athletes and exercise treatment of mental disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 1-14.
41. Suffolk, M. T., Dovey, T. M., Goodwin, H., & Meyer, C. (2013). Muscle dysmorphia: methodological issues, implications for research. *Eating disorders*, 21(5), 437-457.

استناد به مقاله

زمستانی، م.، و جلالوند، و. (۱۳۹۸). شیوع اختلال بدشکلی عضلانی در ورزشکاران بدن‌سازی: بررسی مؤلفه‌های روان‌فیزیولوژیکی. مجله مطالعات روان‌شناسی ورزشی، شماره ۲۸، ص. ۹۵-۱۱۲. شناسه دیجیتال: 10.22089/SPSYJ.2019.6517.1693

Zemestani, M., & Jalalvand, V. (2019). The Prevalence of Muscle Dysmorphia in Bodybuilding Sportsman: Studing Psycho-Physiological Components. *Journal of Sport Psychology Studies*, 28; Pp: 95-112. In Persian. Doi: 10.22089/SPSYJ.2019.6517.1693

The Prevalence of Muscle Dysmorphia in Bodybuilding Sportsman: Studing Psycho-Physiological Components

Mehdi Zemestani¹, and Vida Jalalvand²

Received: 2018/10/21

Accepted: 2019/01/27

Abstract

Muscle dysmorphia or bigorexia is an obsession with this believe that body is not sufficiently muscular. The purpose of this study was to examine the prevalence of muscle dysmorphic disorder and its relationship with psychophysiological components among male athletes referring to bodybuilding gyms in Kermanshah. The statistical population of study was all male athletes in bodybuilding gyms of Kermanshah, that among them 373 were selected based on cluster random sampling. Data were gathered by demographic questionnaires, Rosenberg self-esteem, eating attitudes test, multidimensional perfectionism scale, muscle dysmorphic disorder inventory, muscular appearance satisfaction, and body mass index. Results showed that the prevalence of muscle dysmorphic disorder among male bodybuilding athletes in Kermanshah was 25%, and the relationship between muscle dysmorphic disorder and self-esteem was significant and reversed, with eating disorders and body mass index was significant and direct, and without correlation with perfectionism.

Keywords: Muscle Dysmorphic Disorder, Psychophysiology, Sportsman

1. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, University of Kurdistan.
(Corresponding Author) Email: m.zemestan@gmail.com
2. M.S of Clinical Psychology, University of Kurdistan