

شیوع اختلال بدشکلی بدنی در نوجوانان شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۷/۲۹

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۱۸

سمیه صفرزاده*، حمیدرضا توحیدی نیک**، زینب محمودی خورندی***

چکیده

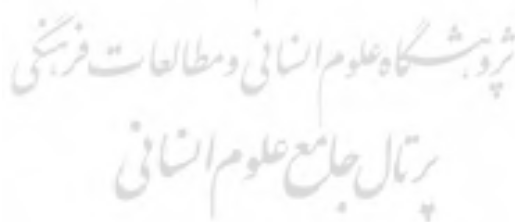
مقدمه: در سنین نوجوانی، توجه نوجوان به ظاهر جسمانی خود افزون می‌یابد و نوع ظاهر و ویژگی‌های جسمانی برای آنان اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. لذا محرز است که بروز اختلال بدشکلی بدنی در این مرحله از زندگی بالاتر از سایر مراحل زندگی باشد. اختلال بدشکلی بدنی به عنوان یک اختلال مزمن و ناتوان کننده‌ی روانی در سنین نوجوانی مشخص شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلال بدشکلی بدنی در نوجوانان شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳ بود.

روش: طرح پژوهش حاضر مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر دوره‌ی دوم دبیرستان‌های شهرستان گناباد بودند که در سال ۹۲-۹۳ مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌ی آماری متشکل از ۱۵۲۲ نفر بود که به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی-طبقه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس وسواس فکری-عملی ییل براون استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-16، آماره‌های توصیفی و آزمون کای اسکویر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ۲۱/۸٪ از آنان اختلال بدشکلی بدنی داشتند. شیوع اختلال در دختران (۲۳/۴٪) و در پسران (۲۰/۲٪) حاصل شد. نتایج آزمون کای اسکویر نشان داد بین جنسیت و سن با اختلال بدشکلی بدنی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که شیوع اختلال بدشکلی بدنی در نوجوانان دختر و پسر شهرستان گناباد بالا می‌باشد. افکار منفی نوجوان در مورد ظاهر سبب می‌شود که عملکرد وی در محیط تحصیلی و اجتماعی‌شان کمتر از حد مطلوب باشد و آشفتگی‌های روحی و روانی زیادی را نشان دهند.

واژه‌های کلیدی: شیوع، اختلال بدشکلی بدنی، نوجوان



مقدمه

تصویر ذهنی واژه‌های انتزاعی می‌باشد که در برگیرنده‌ی احساس و ادراک و هم چنین اطلاعاتی است که فرد درباره‌ی بدن خود دارد. این مفهوم نیز غالباً میزان رضایت فرد از ظاهر فیزیکی خود را روشن می‌سازد [۱]. این تصویر از زمان تولد شکل می‌گیرد و در طول مراحل مختلف رشد تغییر می‌کند. بدین معنی که تصویر ذهنی فرد از خود در مراحل گوناگون رشد ثابت نمی‌ماند و متغیر است که این تغییرات وابسته به ویژگی‌ها و خصوصیات هر مرحله‌ی رشد است. تغییرات تصویر ذهنی فرد از خود تأثیرات زیادی بر شخصیت و روحیه‌ی او خواهد گذاشت. مطالعات نشان داده است افرادی که تصویر ذهنی رضایت بخشی از خود ندارند مشکلات زیادی در زندگی شخصی و اجتماعی خود خواهند داشت [۲،۳]. در مورد افرادی که میزان نارضایتی از تصویر ذهنی خود از بدن و شکل ظاهری شان بالا است؛ تشخیص اختلال بدشکلی بدنی در نظر گرفته می‌شود. در این اختلال فرد اشتغال ذهنی زیادی در مورد نوعی نقص یا کاستی در بدن خود دارد. این نوع نقص می‌تواند کاملاً خیالی باشد و یا در شرایطی که واقعی است نقص بسیار جزئی است. میزان اضطراب و نگرانی که فرد در زمینه‌ی این نقص تجربه می‌کند کاملاً بی‌اساس و افراطی است [۴-۶]. افراد مبتلا به این اختلال معمولاً در طول روز وقت زیادی را صرف ظاهر خود می‌کنند و به فعالیت‌هایی همچون مقایسه‌ی خود یا دیگران، چک کردن مداوم خود در آینه، آرایش کردن بیش از حد و امتناع از رفتن به محیط‌های اجتماعی می‌پردازند و یا در صورت خارج شدن از خانه از فردی که به آنها نزدیک است می‌خواهند به آنها اطمینان خاطر دهند که ظاهرشان مناسب است [۷،۸]. پژوهش‌های مختلفی در صدد شناخت از میزان شیوع این اختلال بر آمده‌اند. اتو و همکارانش با استفاده از مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته، شیوع اختلال بدشکلی بدنی را در میان یک نمونه‌ی متشکل از ۶۸۵ زن غیر افسرده و سالم و ۳۱۸ زن افسرده که میانه‌ی سنی شان بین ۳۶ تا ۴۴ سال بود ۰/۷٪ گزارش کرد [۹]. در مطالعه‌ی ریف و همکارانش از جمعیت عمومی شهر آلمان که از میان ۲۵۸ منطقه‌ی مختلف این شهر انتخاب شده بودند میزان شیوع اختلال ۱/۷٪ بدست آمد [۱۰]. کران و

همکارانش در سال ۲۰۰۸ با استفاده از یک نظر سنجی ملی تلفنی از جمعیت عمومی ایالات متحده شیوع این اختلال را ۲/۴٪ گزارش کردند [۱۱].

نتایج پژوهش‌ها و مطالعات در زمینه‌ی اختلال بدشکلی بدنی قویاً بر اثرات نامطلوب این اختلال بر زندگی فردی و اجتماعی افراد مبتلا تأکید می‌کنند [۱۲،۵]. افراد مبتلا به این اختلال بیشتر از سایر افراد ایده‌پردازی و افکار خودکشی را در سر می‌پروراند. علاوه بر این، تلاش در جهت از بین بردن خود و خودکشی در میان این جمعیت بالاتر از سایر مردم است [۱۳،۱۴]. این گروه از افراد بیشتر از سایرین بدون این اختلال در صدد عمل جراحی زیبایی بر می‌آیند. به طوری که، استفاده‌ی مکرر از خدمات پزشکی و جراحی‌های پلاستیک در این افراد به وفور گزارش شده است. با این وجود، افراد مبتلا به این اختلال بعد از طی فرایند جراحی زیبایی و تغییر ظاهر باز هم مشکلات سابق را دارند و نارضایتی از تصویر بدنی در آنها کماکان دیده می‌شود. ۳٪ تا ۱۶٪ از بیماران مراجعه‌کننده به متخصص جراحی زیبایی ۸٪ تا ۱۵٪ از بیماران مراجعه‌کننده به متخصص پوست، وجود اختلال بدشکلی بدنی در آنها روشن شده است [۱۵]. نتایج مطالعات نشان داده است که سن بروز این اختلال در افراد معمولاً بین ۱۵ تا ۳۰ سالگی می‌باشد و کمتر پیش آمده است که فردی بعد از گذر از سن ۳۰ سالگی مبتلا به این اختلال شود. زنان تا حدودی بیشتر از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند [۱۶]. یافته‌های پژوهشی در جوامع مختلف شیوع بالای این اختلال را در جمعیت نوجوان ثابت کرده‌اند [۱۷].

نوجوانی یکی از مهمترین و حساس‌ترین مراحل زندگی می‌باشد که همراه با بحران‌های زیادی برای نوجوان است. در سنین نوجوانی، نوجوان دختر یا پسر درباره‌ی ویژگی‌های جسمانی خود حساس‌تر می‌شود و توجه ویژه‌ای به ظاهر فیزیکی خود دارد. حد طبیعی توجه به ظاهر جسمانی امری غیرعادی نیست و گاه از جهاتی این توجه نوجوان به ظاهر جسمانی خود نیز مفید می‌باشد. در شرایطی که این میزان توجه و حساسیت به ظاهر جسمانی در نوجوان بالاتر از حد طبیعی خود رود احتمال وجود اختلال بدشکلی بدنی در نوجوان بالاست. نوجوان با این اختلال ساعات زیادی از

پرسشنامه از پژوهش حذف گردیدند. در نهایت شرکت-کنندگان دختر در پژوهش ۷۶۴ و شرکت‌کنندگان پسر ۷۵۸ نفر بودند. برای انتخاب آزمودنی‌ها به ترتیب از ۱۰ دبیرستان دخترانه و ۱۰ دبیرستان پسرانه شهرستان گناباد و روستاهای وابسته‌ی آن از هر دبیرستان ۸۰ دانش‌آموز (از هر پایه‌ی تحصیلی ۲۰ نفر) به صورت تصادفی مورد سنجش قرار گرفتند. دامنه‌ی سنی دانش‌آموزان مورد بررسی ۱۴ تا ۲۰ سال بود.

ابزار

۱- مقیاس وسواس فکری - عملی بیل براون: جهت گردآوری داده‌ها، نیل به هدف پژوهش و سنجش شدت علائم اختلال بدشکلی بدنی از مقیاس وسواس فکری-عملی بیل براون استفاده شد. پرسشنامه‌ی مذکور حاوی ۱۲ سوال در مورد ظاهر فیزیکی فرد می‌باشد که توسط فلیپس طراحی شده است. در تحلیلی که توسط او بر روی ۱۲۵ بیمار با اختلال بدشکلی بدنی صورت گرفت مشخص شد این پرسشنامه دارای یک ساختار مرتبه‌ای دو عاملی و دو پرسش اضافی می‌باشد. این دو عامل شامل وسواس-های فکری و عملی نیز می‌باشند. دو پرسش اضافی ابزار مورد نظر در زمینه‌ی سنجش میزان بینش و اجتناب بیمار هستند کسب نمره‌ی ۲۱ و بالاتر در این پرسشنامه به منزله این است که فرد دارای اختلال بدشکلی بدنی می‌باشد [۲۰]. در پژوهش‌های مختلفی که در زمینه‌ی ویژگی‌های روانسنجی این ابزار صورت گرفته است از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده است. فلیپس و همکارانش اعتبار بازآزمایی این مقیاس بعد از یک هفته ($r = .88$) و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰.۸۰ بدست آورده‌اند که نشان از هماهنگی درونی بالای این مقیاس دارد [۲۱]. این پرسشنامه اولین بار در ایران توسط ربیعی و همکاران ترجمه و آماده‌ی اجرا شد. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۹۳، همبستگی میان فرم‌ها در روش دو نیمه‌سازی ۰.۸۴ و ضریب دو نیمه‌سازی گاتمن ۰.۹۱ گزارش شده است [۲۲]. ضریب روایی این آزمون با مقیاس ترس از تصویر بدن ۰.۵۸ بدست آمده است [۱۶]. این پرسشنامه شدت علائم اختلال بدشکلی بدنی را در مقیاس لیکرت که از دامنه‌ی (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) گسترده است

روز را در جلوی آینه سپری می‌کنند و به بررسی ظاهر خود و یا آراستن خود می‌پردازند.

همانطور که اشاره شد نوجوانی یکی از مهمترین مراحل ساخت زندگی آینده است که با دگرگونی‌ها و تغییر و تحولات جسمی و روانی زیادی همراه است. نتایج پژوهش-ها نشان داده است نوجوانان با اختلال بدشکلی بدنی دچار انزوای اجتماعی می‌شوند و دوستان کمی دارند. عملکرد تحصیلی این گروه از نوجوانان به علت این اختلال و اشتغال ذهنی بیش از حد به ظاهر جسمانی خود ضعف جدی می‌یابد. میزان تمرکز و دقت در آنها پایین بوده و اکثر اوقات با عنوان حواسپرت از جانب معلم خطاب می‌شوند [۱۸]. علاوه بر این، اقدام و افکار خودکشی در آنان بالاتر از سایر نوجوانان است [۱۹].

پیشینه‌ی پژوهش نشان داده است با توجه به اینکه ظاهر جسمانی در این سن برای فرد بسیار مهمتر از سایر مراحل زندگی است؛ نارضایتی از تصویر ذهنی بدنی و بروز اختلال بدشکلی بدنی در این دوره بسیار بالاتر از سن بزرگسالی است. لذا؛ شناسایی نوجوانان با این اختلال و لزوم توجه به آنها و ارائه‌ی راهکارهای مناسب برای بالابردن میزان عزت‌نفس و کاهش نشانه‌های بیماری بسیار ضروری است. همچنین، در ایران تا به آنجایی که نویسندگان پژوهش حاضر در زمینه موضوع پژوهش به بررسی مطالعات قبلی پرداخته‌اند؛ پژوهشی در زمینه‌ی شیوع این اختلال در میان جمعیت دانش‌آموزان دبیرستانی دختر و پسر صورت نگرفته است. لذا، هدف اصلی این مطالعه تعیین شیوع اختلال بدشکلی بدنی در میان نوجوانان شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳ بود.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بود.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری این پژوهش را تمامی دانش-آموزان دختر و پسر مشغول به تحصیل در دبیرستان‌های شهرستان گناباد و روستاهای مربوطه در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ تشکیل می‌دادند. ۸۰۰ نفر از دختران و ۸۰۰ نفر از پسران به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی-طبقه‌ای انتخاب و بررسی شدند که در نهایت ۳۶ نفر از نمونه‌ی دختران و ۴۲ نفر از نمونه‌ی پسران به علت عدم تکمیل صحیح

یافته‌ها

دامنه‌ی سنی نمونه‌ی مورد بررسی ۱۴ تا ۲۰ سال با میانگین ۱۶/۰۵ و انحراف معیار ۱/۰۳ بود. حجم نمونه آماری ۱۵۲۲ نفر بود که از این تعداد ۷۶۴ نفر از آنان دختر (۵۰/۲٪) و ۷۵۸ نفر پسر (۴۹/۸٪) بودند. میانگین نمرات افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر در پرسشنامه‌ی اختلال بدشکلی بدنی ۱۴/۱ با انحراف معیار ۸/۲۰ بود. کمترین نمره‌ی کسب شده در این پرسشنامه در نمونه‌ی پژوهش حاضر صفر و بیشترین نمره‌ی کسب شده ۴۸ بود. نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد از ۱۵۲۲ نفر افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۲۱/۸٪ (حدود اطمینان ۹۵٪: ۱۹/۷ تا ۲۳/۹ درصد) اختلال بدشکلی بدنی داشتند. شیوع اختلال در دختران (۲۳/۴٪) و در پسران (۲۰/۲٪) بود. ۹۶ نفر (۶/۳٪) از نوجوانان ۱۴ ساله، ۳۵۷ نفر (۲۳/۵٪) نوجوان ۱۵ ساله، ۵۵۳ نفر (۳۶/۳٪) نوجوان ۱۶ ساله، ۴۰۲ نفر (۲۶/۴٪) نوجوان ۱۷ ساله، ۱۱۲ نفر (۷/۴٪) نوجوان ۱۸ ساله و ۱ نفر (۱٪) نوجوان ۱۹ ساله بودند. در جدول ۱، به مقایسه نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعات پرداخته شده است.

نشان می‌دهد. بیشترین نمره‌ی کسب شده در این مقیاس ۴۸ و کمترین نمره صفر خواهد بود [۲۲].

روند اجرای پژوهش: جهت اجرای فرایند پژوهش بعد از کسب مجوز لازم از اداره‌ی کل آموزش و پرورش شهرستان گناباد به دبیرستان‌های شهرستان گناباد مراجعه شد. دانش‌آموزانی که مشخص شد بیماری جسمی مزمن و شدیدی و یا به نوعی معلولیت داشتند قبل از اجرای روند پژوهش از نمونه حذف شدند. اهداف پژوهش به صورت مختصر برای شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده شد و در صورت وجود رضایت آگاهانه، ابزار پژوهش در اختیار آنان قرار گرفت. از آنان خواسته شد با صداقت و دقت کامل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند. شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی دموگرافیک و مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون مورد بررسی قرار گرفتند. تکمیل پرسشنامه‌ها توسط دانش‌آموزان به صورت فردی بود. بعد از گذشت ۶۰ دقیقه از دریافت ابزار پژوهش توسط شرکت‌کنندگان، پرسشنامه از آنان تحویل گرفته شد. داده‌های مطالعه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16، آماره‌های توصیفی و آزمون کای اسکویئر تجزیه و تحلیل شد.

جدول (۱) مقایسه نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعات

محل	پژوهشگر	سال پژوهش	میزان شیوع
آلمان	بوهیمن و همکاران	۲۰۱۰	۱/۸٪
آمریکا	اوتو و همکاران	۲۰۰۱	۰/۷٪
آلمان	ریف و همکاران	۲۰۰۶	۱/۷٪
ایتالیا	فاراویل و همکاران	۱۹۹۷	۰/۷٪
ایران	اثنی عشری	۲۰۱۴	۱/۷٪

بررسی اینکه آیا بین دختران و پسران تفاوت معنی‌داری در شیوع اختلال بدشکلی بدنی وجود دارد یا خیر پرداخته شده است. علاوه بر این، با استفاده از این آزمون ارتباط سنین مختلف با میزان شیوع اختلال بدشکلی بدنی نیز بررسی گردیده است.

در پژوهش حاضر فراوانی اختلال بدشکلی بدنی در نمونه پژوهش ۳۳۲ نفر (۲۱/۸٪) حاصل شد که از مقدار حاصل شده در پژوهش‌های جدول ۱ بیشتر می‌باشد. علاوه بر شناسایی و آگاهی از میزان شیوع کلی اختلال بدشکلی بدنی در نوجوانان، به بررسی ارتباط جنسیت و سن با میزان شیوع اختلال بدشکلی بدنی پرداخته شد. لذا، در جدول دو، شیوع اختلال بدشکلی بدنی به تفکیک جنسیت و سنین مختلف ارائه شده و در ادامه با آزمون کای اسکویئر به

جدول ۲) فراوانی اختلال بدشکلی بدنی به تفکیک جنسیت و سن در شرکت کنندگان پژوهش

p.value	آماره آزمون (x ²)	عدم اختلال بدشکلی بدنی		اختلال بدشکلی بدنی		متغیر جمعیت شناختی
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۱۲	۲/۳۴	۷۶/۶	۵۸۵	۲۳/۴	۱۷۹	دختر
		۷۹/۸	۶۰۵	۲۰/۲	۱۵۳	پسر
		۷۸/۲	۱۱۹۰	۲۱/۸	۳۳۲	کل
۰/۵۷	۳/۸۲	۷۲/۹	۷۰	۲۷/۱	۲۶	۱۴
		۷۸/۴	۲۸۰	۲۱/۶	۷۷	۱۵
		۷۷/۲	۴۲۷	۲۲/۸	۱۲۶	۱۶
		۸۰/۶	۳۲۴	۱۹/۴	۷۸	۱۷
		۷۷/۷	۸۷	۲۲/۳	۲۵	۱۸
		۰	۲	۰	۰	۱۹

Chi.Square Tests, P<0/05

بزرگتر از سایر پژوهش‌های گزارش شده می باشد که در تبیین این امر می توان بیان داشت که این مساله می تواند نشات گرفته از محیط زندگی افراد، تفاوت جامعه مورد مطالعه هر پژوهش و سطح آگاهی مردم در خصوص این اختلال باشد.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر این بود که بین دو گروه دختران و پسران نوجوان در میزان شیوع اختلال بدشکلی بدنی تفاوت معناداری وجود نداشت که این یافته با نتایج پژوهش‌های [۲۱،۱۹،۶،۵] ناهمسو می باشد. در این پژوهش‌ها نیز شیوع اختلال بدشکلی بدنی در دختران بالاتر از پسران گزارش شد که با نتایج پژوهش حاضر هماهنگی ندارد. دیگر یافته‌ی پژوهش حاضر این بود که نتایج تجزیه و تحلیل آماری آزمون کای اسکویر نشان داد بین سن و اختلال بدشکلی بدنی در نوجوانان ارتباط معنی داری وجود نداشت. یافته‌ی حاضر با نتایج پژوهش‌های زرگر و همکاران (۲۰۱۱) و ریف و همکارانش (۲۰۰۶) ناهمسو می باشد [۱۷،۱۶]. در این پژوهش‌ها از سن به عنوان یک عامل مهم و کلیدی در میزان شیوع اختلال بدشکلی بدنی یاد کرده اند. برای مثال در مطالعه‌ی ریف و همکارانش این نتیجه حاصل شد که در سن نوجوانی میزان توجه نوجوان به ظاهر فیزیکی افزون می یابد. لذا شیوع اختلال بدشکلی بدنی نسبت به سایر دوره‌های زندگی بالاتر می باشد. فیلیپس در پژوهشی که سال ۲۰۰۰ انجام داد بدین نتیجه دست یافت که شیوع اختلال بدشکلی بدنی در نوجوانان با

همانطور که در جدول دو، مشاهده می شود نتایج تجزیه و تحلیل آزمون کای اسکویر نشان داد جنسیت و سن با میزان شیوع اختلال بدشکلی بدنی ارتباط معنی داری ندارد (P>۰/۰۵).

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ۲۱/۸٪ از نوجوانان دانش آموز شرکت کننده در پژوهش اختلال بدشکلی بدنی داشتند. در حقیقت بیش از یک پنجم از نوجوانان شرکت کننده در پژوهش با اختلال بدشکلی بدنی شناسایی شدند که رقم قابل توجهی می باشد. در تحقیقی که در کشور آمریکا در بین جمعیت نوجوانان انجام شد میزان شیوع ۱۳٪ برآورد شد [۲۳]. در پژوهشی شیوع اختلال بدشکلی بدنی در جمعیت نوجوانان، ۸/۸ تا ۱۴٪ بدست آمد [۲۴]. در پژوهش دیگری شیوع اختلال بدشکلی بدنی ۲/۶ تا ۱۶٪ حاصل شد [۲۵]. در پژوهش ملی که در میان جمعیت نوجوان آلمانی صورت گرفت شیوع اختلال ۱/۷٪ گزارش شد [۲۶]. در مطالعه‌ای که توسط کانسور و همکارانش در میان نوجوانان صورت گرفت میزان شیوع این اختلال ۰/۰۵٪ بر آورد شد [۹]. در پژوهش بوهن و همکارانش میزان شیوع اختلال بدشکلی بدنی در نوجوانان، ۰/۰۵٪ گزارش شده است [۱۰]. در پژوهش همه گیر شناسی بایبی در سال ۱۹۹۸، شیوع این اختلال در میان این گروه از جامعه ۱۳٪ بدست آمده است [۲۳]. میزان شیوع اختلال بدشکلی بدنی در نمونه ی پژوهش حاضر

بازه ی سنی یعنی ۱۳ تا ۱۸ سالگی نسبت به سایر گروه های سنی بالاتر می باشد [۲۸]. در پژوهش گیونستد و فیلیپس (۲۰۰۳) مشخص شد که احتمال بروز اختلال بدشکلی بدنی در سن نوجوانی و جوانی بالاتر از سایر سنین می باشد و بروز این اختلال در این دوره از زندگی موجبات تغییرات رشدی، روحی و جسمی نامطلوب زیادی را در وی موجب می شود [۲۹]. در تبیین ناهمسویی یافته های پژوهش حاضر با نتایج سایر پژوهش های گزارش شده می توان بیان داشت که ممکن است علت این آمارهای متفاوت، ناشی از تفاوت های فرهنگی و اجتماعی جوامع با یکدیگر و ویژگی های شخصیتی متفاوت نوجوانان آن جامعه باشد و یا نشأت گرفته از تفاوت های روش شناختی پژوهش ها، ویژگی های نمونه، حجم نمونه، معیارها و ابزارهای تشخیصی و منبع مطالعات پژوهش باشد.

نوجوانان با اختلال بدشکلی بدنی میزان رضایت از زندگی پایینی دارند [۳۰]. در این نوجوانان نشانگان افسردگی نیز مشاهده شده است و در اثر ادراک نامناسبی که از ظاهر خود دارند دستخوش پریشانی زیادی در عرصه های مختلف زندگی می شوند. بدین جهت نمی توان انتظار داشت عملکرد مطلوبی در شرایط مختلف زندگی از خود نشان دهند [۳۱،۳]. نتایج پژوهش های جدیدی که در زمینه ی مشکلات نوجوانان با این اختلال صورت گرفته نشان داده است این نوجوانان در حالی که مشغول فعالیتی هستند مدام افکار مزاحم و ناخوانده درباره ی ظاهر فیزیکی شان به ذهن آنها هجوم می آورد و مانع از فعالیت مناسب و متطبق با موقعیت در آنها می شود و بدین جهت کیفیت زندگی در آنان بسیار پایین است [۳۲،۲۹-۳۵].

با توجه به میزان بالای شیوع نوجوانان با اختلال بدشکلی بدنی و عوارض و اثرات نامطلوب متعددی که این اختلال برای آنان به وجود می آورد بسیار حائز اهمیت است که افراد با این اختلال شناسایی شوند و بتوان در ابتدا با بالابردن میزان عزت نفس آنها درمان های مناسبی برایشان چهارچوب بندی کرد تا علاوه بر اینکه شدت علائم و نشانگان آنها کاهش یابد؛ وضعیت زندگی اجتماعی، شغلی و اقتصادی آنها بهبود یابد. امید است نتایج پژوهش حاضر بتواند تاکید واضحی بر این امر باشد که طراحی

برنامه های درمانی ثمر بخش برای کاهش و بهبود نشانگان بیماران با این اختلال بسیار ضروری است.

در پژوهش حاضر تمام تلاش پژوهشگران بر این بود که فرایند نمونه گیری، اجرای پژوهش و تجزیه و تحلیل داده ها با دقت لازم انجام شود با این حال نیز همراه با محدودیت هایی بود. یکی از محدودیت های این پژوهش، بررسی نکردن سایر متغیرهای مهم و اثرگذار بر این اختلال مانند سطح تحصیلات والدین، نوع برخورد والدین و مسئولین آموزشی با نوجوان و میزان عزت نفس بود. محدودیت دیگر، استفاده از پرسشنامه برای تشخیص اختلال بدشکلی بدنی بود که ممکن است یکی از علل تفاوت نتایج این پژوهش با سایر پژوهش ها این امر باشد. لذا، توصیه می-گردد در پژوهش های آتی علاوه بر پرسشنامه از شیوه های سنجشی دیگر همچون معاینات فیزیکی و یا انجام مصاحبه ی بالینی توسط روانشناس، روانپزشک و یا سایر متخصصان سلامت روان استفاده گردد. علاوه بر این، پیشنهاد می گردد در حوزه ی این اختلال پژوهش هایی صورت گیرد که در آن به بررسی علل بروز آن در نوجوانان پرداخته شود. بی شک مشخص نمودن سبب شناسی اعتقاد راسخ بیماران به نگه داشتن باورهای منفی خود از ظاهرشان می تواند سهم موثری در شناخت اختلال و ابعاد مختلف آن داشته باشد. در نهایت با توجه به شیوع بالای این اختلال در میان جمعیت نوجوان پیشنهاد می گردد مداخلات درمانی مناسبی همچون مداخلات فراشناختی و جلسات درمانی فردی و یا گروهی شناختی رفتاری برای این افراد طراحی گردد. [۳۰] علاوه بر این، به خانواده ها و مسئولین مدرسه این آموزش داده شود که در نحوه ی برخورد و رفتار با نوجوان دقت بیشتری داشته باشند. زیرا، نتایج مطالعاتی که در زمینه ی سبب شناسی اختلال بدشکلی صورت گرفته نشان داده است گاه علت بروز و پیدایش اختلال بدشکلی بدنی در نوجوان، دریافت بارخوردهای منفی افراطی از اعضای خانواده و مسئولین مدرسه بوده است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مطالعه ی حاضر از ریاست اداره ی کل آموزش و پرورش شهرستان گناباد، مسئولین محترم مدارس و

and clinical features. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 63(2): 235-43

14-Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry.* 2006; 163:1280° 82

15-Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image.* 2008; 5:50° 8.

16-Zargar Y, Sayad S, Bassak Nejad S. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing body dysmorphic disorder and interpersonal sensitivity among female high school students. *Behav Res.* 2011;115-23

17-Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, et al. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med.* 2006; 36:877° 85.

18-Rudiger JA, Cash TF, Roehrig M, Thompson JK. Day-to-day body-image states: prospective predictors of intraindividual level and variability. *Body Image.* 2007; 4(1): 1-9.

19-Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2006; 47:77 87.

20-Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability and validity of a modified version of Yale-Brown obsessive compulsive scale. *Psychopharmacol Bull.* 1997; 33(6): 20-2.

21-Rabie M, Salahian A, Bagher Kajbaf M, Palahang H. Efficacy of Metacognitive Therapy in Reducing Thoughts Fusion in Outpatients with Body Dysmorphic Disorder. *Q Horizon Med Sci.* 2012; 18:53-60

22-Rabiee M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor structure, validity and reliability of the ,modified yalebrown obsessive compulsive scale for body dysmorphic disorder in students. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2010; 14(4): 343-50.

23-Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self- esteem, somatization, and obsessive° compulsive disorder. *J Clin Psychol.* 1998; 54:489° 99

24-Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Res.* 2013; 210: 647° 52

25-Kollei I, Martin A, Rein K, Rotter A, Jacobi A, Mueller A. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Res.* 2011; 189:153° 55.

26-Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med.* 2006; 36: 877° 85.

دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

1-Hrabosky J, Cash T, Veale D, Neziroglu F, Soll E, Garner D. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image.* 2009; 6:155° 63

2-Cash TF, Melnyk S E, Hrabosky JI. The assessment of body investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *Int J Eat Disord.* 2004; 35: 305° 16

3-Ghasemi A, Pooraghaei Ardakani Z, Momeni M, Falahati M, Azimzade E. The investigation of the relationship between body dysmorphic disorder and psychological problems and comprise it among female athletes and non athletes students. *Procedia Soc Behav Sci.* 2010;5: 1799° 1803.

4-Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama J, Wilhelm S, Brähler E. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatr Res.* 2010; 178:171° 75

5-Fang A, Hofmann S. Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30:1040° 48

6-Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J. Body Dysmorphic Disorder: Some Key Issues for DSM-V. *Depress Anxiety.* 2010; 27 :573° 91.

7-Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry.* 2010; 150: 302° 08

8-Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Res.* 2013; 210: 647° 52

9-Otto M, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry.* 2001; 158:2061° 63

10-Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997; 32:24° 9

11- Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr.* 2008; 13:1° 7

12-Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2005; 46: 317 3

13-Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluza V, Torres AR, Miguel EC, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence

- 27-Khazir Z, Dehdari T, Mahmoodi M. Attitude of female medical students towards cosmetic surgery and its relation with body image. *Razi J Med Sci.* 2014; 20:1-9.
- 28-Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2000; 188(3): 170-5.
- 29-Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2003; 44(4): 270-6.
- 30-Phillips KA, Didie, ER, Feusner J, S Wilhelm. Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *Am J Psychiatry.* 2008; 165(9): 1111-18
- 31- Greenberg JL, Sarvode Mothi S, Wilhelm S. Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder: A Pilot Study. *Behav Ther.* 47(2);213-224.
- 32-Samadzadeh M, Abbasi M, Shahbazzadegan B. Survey of Relationship between body image and mental health among applicants for rhinoplasty before and after surgery *Procedia Soc Behav Sci.* 2011; 30: 2253 ° 58
- 33-Rudiger JA, Cash TF, Roehrig M, Thompson JK. Day-to-day body-image states: prospective predictors of intraindividual level and variability. *Body Image.* 2007; 4(1):1-9.
- 34-Hadley SJ, Greenberg J, Hollander E. Diagnosis and treatment of body dysmorphic disorder in adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 2002; 4(2): 108-13.
- 35-Basak Nejad S, Ghafari M. Relation between body dysmorphic concern and psychological disorders in students of university. *J behav sci res cent.* 2007; 1(2): 179-87.

The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Adolescents of Gonabad County in 2014

Safarzade, S. *M.A., Tohidinik, H.R. Ph.D., Mahmoody-Khorandi, Z. M.A.

Abstract

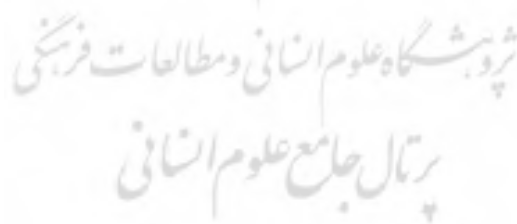
Introduction: Attention of adolescents to their physical appearance increase at adolescence period, and the appearance and physical characteristics become increasingly important for them. Therefore is evident that body dysmorphic disorder at this stage of life is higher than other stages of life. Body dysmorphic disorder is chronic and debilitating disorder in adolescents. The purpose of this study was to investigate prevalence of body dysmorphic disorder in adolescents of Gonabad County in 2014.

Method: The present study was cross-sectional. Statistical population of study was all of boys and girls who were enrolled in secondary schools of Gonabad County in 2013-2014 academic years. Statistical sample consisted of 1,522 students who were selected by stratified random sampling method. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale was used to collect data. The data were analyzed by descriptive statistics and chi-square test with SPSS-16 software.

Results: The results showed that 21.8% of them had body dysmorphic disorder. The prevalence of Body dysmorphic disorder was obtained in girls (23/4%) and in boys (20/2%). Results of Chi square test showed that there was no significant relationship between gender and age with body dysmorphic disorder ($P>0.05$).

Conclusion: The results indicated that the prevalence of body dysmorphic disorder is high at adolescents of Gonabad County. Adolescent negative thoughts about appearance causes that individual's performance at school and social environment become less than desirable and show high psychological disturbances.

Keywords: Prevalence, Body Dysmorphic Disorder, Adolescent



*Correspondence E-mail:
Somayeh.safarzade@yahoo.com