



میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان دختر یزد

ندا اثنی عشری^{۱*}، علیرضا بخشایش^۲، سیدعلیرضا افشانی^۳

۱- کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

۲- دانشیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

۳- دانشیار گروه جامعه شناسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۱۲

چکیده

مقدمه: اختلال بدشکلی بدن یکی از اختلالات شایع دوران نوجوانی است که در آن نوجوانان به توجه بیش از اندازه افراد به ظاهر تمرکز دارند و باعث مختل شدن زندگی فردی و اجتماعی آنها می‌گردد. هدف از این مطالعه بررسی میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان دختر شهر یزد است.

روش بررسی: در این مطالعه، توصیفی-مقطعی، ۳۷۱ دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه شهر یزد در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ مورد بررسی قرار گرفتند که این تعداد با استفاده از فرمول کوکران و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند و پرسشنامه وسواس فکری - عملی بیبل براون برای اختلال بدشکلی بدن و یک سری سؤالات جمعیت‌شناختی را تکمیل کردند. نتایج: ۴۱٪ از افراد گروه نمونه دارای نگرانی‌های نامتعارف در خصوص شکل ظاهری و بدن، در طیف ضعیف تا خیلی شدید بودند که بیشترین افراد شدت متوسطی از اختلال را تجربه می‌کردند و ۷۱٪ دارای اختلال بدشکلی بدن شدید بودند که نیازمند مداخله روان‌شناختی فوری بودند. میزان شیوع در نوجوانان دختر، ۷۱٪ برآورد شد و شایع‌ترین سن ابتلا، ۱۷ سالگی بود.

نتیجه‌گیری: در این پژوهش تلاش شد تا با بهره‌گیری از روش‌شناسی دقیق، تصویر واقع‌بینانه‌تری نسبت به اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان شهر یزد ارائه شود. با توجه به شیوع نسبتاً بالای این اختلال در نوجوانان دختر و پیامدها و عوارض نامطلوب آن توصیه می‌شود برنامه‌هایی در جهت شناسایی و درمان زودرس اختلال بدشکلی بدن در جهت اعتلای بهداشت روانی نوجوانان ارائه گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلال بدشکلی بدن، نوجوانان دختر، یزد

مقدمه

یکی از مسائلی که امروزه اهمیت فراوانی یافته است، زیبایی دوستی و زیبایی طلبی است که بیشتر ناشی از تغییرات فرهنگی، ارزشی و تبلیغات رسانه‌ها و فضای مجازی می‌باشد (۱). توجه به ظاهر و متناسب بودن در هر دوره‌ای وجود دارد اما گاهی این توجه به صورت افراطی و حساسیت شدید ظهور پیدا می‌کند که دیگر طبیعی نبوده و تبدیل به یک اختلال می‌گردد و عملکرد فردی و اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال، اختلال بدشکلی بدن (BDD: Body Dysmorphic Disorder) نام دارد. اختلال بدشکلی بدن با اشتغال ذهنی با یک نقص خیالی در ظاهر شخص بروز می‌کند که موجب ناراحتی قابل ملاحظه و تخریب در زمینه‌های مهمی از کارکرد می‌گردد. در این اختلال اگر یک نابهنجاری جسمی جزئی هم وجود داشته باشد، نگرانی شخص در مورد آن مفرط و مزاحم است (۲).

دل‌مشغولی‌های مفرط درباره بدن در قسمت‌های مختلف بدن گسترده شده است. گاهی فریبی نسبی و نامحسوس فیزیولوژیکی در خلال پیش-نوجوانی، به خصوص در دختران به منزله نقطه تبلور BDD در می‌آید و غالباً بی‌اشتهایی روانی به دنبال دارد. نگرانی در خصوص لاغری بیشتر در پسرانی مشاهده می‌شود که خود را به قدر کافی قوی و تنومند نمی‌پندارند و احتمال دارد که رفتار جبرانی پرخوری را دنبال کنند (۳). بلند قدی یا کوتاه قدی، می‌تواند دل‌مشغولی‌هایی را در فرد ایجاد کند. مسلماً چهره و سر، کانون فراوان‌ترین و مهمترین دل‌مشغولی‌ها است. نگرانی‌ها می‌توانند متوجه هر یک از بخش‌های آن مانند گوش‌ها، بینی، لب‌ها، دهان، چشم‌ها، موها، دندان‌ها و غیره باشند و شکایت‌هایی درباره بزرگ، کوچک و یا بدشکل بودن آنها عنوان شوند. جوش‌های بلوغ به خصوص در دختران موضوع دل‌مشغولی‌های گسترده و توأم با احساس نارزنده‌سازی است (۴).

به طور رسمی BDD به عنوان نوعی اختلال جسمانی شکل طبقه‌بندی شده است، زیرا موجب اشتغال ذهنی به برخی از جنبه‌های بدن می‌شود (۵). افراد مبتلا به BDD، دل‌مشغول

نقایص تصویری یا خیالی در ظاهر خود هستند. این دل‌مشغولی به قدری شدید است که موجب ناراحتی می‌شود که اهمیت بالینی دارد و یا در عملکرد اجتماعی یا شغلی آنها اختلال ایجاد می‌کند. در موارد شدید، ممکن است این افراد خود را به قدری منزوی کنند که در خانه حبس شوند و هرگز حتی برای کار بیرون نروند، بر اساس برآورد انجام شده میزان اشتغال آنها به طور متوسط در حدود ۵۰٪ است (۶).

این اختلال بیش از ۱۰۰ سال پیش توسط Emill Kraepelin شناسایی و نامگذاری شد و در نظر او یک نوروز جبری تلقی شد. هرچند ترس از بدریختی (Dysmorpho-phobia) در اروپا به وسعت شناخته شده و مطالعه می‌گردد، فقط در سال ۱۹۸۰ میلادی این اصطلاح به عنوان یک نمونه تیپیک اختلال جسمانی شکل، اختصاصاً در ملاک‌های تشخیصی ایالات متحده ظاهر گردید (۲).

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال بدشکلی بدن به ۳ دسته تقسیم شده‌اند: A- اشتغال ذهنی با یک نقص خیالی در ظاهر یا قیافه. اگر نابهنجاری فیزیکی جزئی وجود داشته باشد، نگرانی بیمار به وضوح افراطی است؛ B- اشتغال ذهنی موجب ناراحتی یا اختلال بارز در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌ها می‌گردد؛ C- اشتغال ذهنی را نمی‌توان حاصل یک اختلال روانی دیگر تلقی کرد (مثلاً عدم رضایت از ریخت و اندازه بدن در بی‌اشتهایی روانی) (۲).

شیوع BDD در بین کل جمعیت ۱/۷٪ تا ۲/۴٪ تخمین زده شده است (۷، ۸). داده‌های قابل وصول حاکی از آن است که شایع‌ترین سن شروع BDD بین ۱۵ تا ۲۰ سالگی است و در پژوهش Bjornsson و همکاران میانگین سنی شروع اختلال ۱۶/۷ بود و زن‌ها کمی بیشتر از مردها مبتلا می‌گردند. زنان سن شروع پایین‌تری داشتند و آنهایی که در سن پایین‌تر به BDD مبتلا شده بودند، شدت علائم بیشتری داشتند و احتمال بیشتری وجود داشت که به اقدامات خودکشی‌گرایانه دست بزنند. سن پایین در شروع اختلال با داشتن تاریخچه خشونت بدنی، بستری روان‌شناختی، داشتن تعداد بیشتری از اختلالات

نفر از دانشجویان علوم پزشکی مشهد با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. میانگین سنی افراد ۲۳/۴۵ سال بود و نتایج نشان داد که ۱۷۲ نفر معادل ۳۴/۴٪ در مورد ظاهر خود نگران بودند که در بین آنها بیشترین نگرانی مربوط به صورت و به خصوص بینی و پوست بود. شیوع BDD در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۷/۴٪ بود و فراوانی دو جنس در گروه‌های مبتلا و غیرمبتلا تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($p=0/242$) و تمام دانشجویان مبتلا، مجرد بودند (۱۸). ولی در زمینه جراحی پلاستیک و زیبایی، ایران جزء کشورهای پیشگام است و بیشترین جراحی، مربوط به بینی در سنین ۱۷ تا ۳۰ سالگی می‌باشد. همچنین آمار نشان می‌دهد که در حال حاضر در ایران بیش از ۱۰ هزار نفر زن متقاضی جراحی پلاستیک (Plastic surgery) هستند (۱۲). علاوه بر این، گرایش روز افزون جوانان به زیبایی ظاهر و روی آوردن آنها به جراحی‌های پلاستیک، طی دهه گذشته منجر به افزایش ۸۳ درصدی تعداد جراحی‌های پلاستیک شده است (۱۲).

دوره نوجوانی با رشد و شکل‌گیری هویت، افزایش خودمختاری، تأثیرات همسالان، تغییرات بیولوژیکی و قرار گرفتن در معرض محیط و رفتارهای جدید توصیف می‌گردد (۱۹). نوجوان جهت شناخت خود و هویت‌یابی، جنبه‌های مختلف رفتاری و ظاهری خود را مورد کنکاش قرار می‌دهد تا به تعریف جامعی از خود دست یابد. تمامی جنبه‌ها برای ایده‌آل بودن و داشتن شخصیت مقبول اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد که شکل ظاهری فرد، به دلیل تغییرات ناگهانی همراه با بلوغ از موارد مورد توجه است. در واقع این گونه حساسیت‌های نوجوانان بر جنبه‌های ظاهری خود منجر می‌شود که اغلب برای تمرکز جهت انجام تکالیف درسی دچار مشکل شوند، در فعالیت‌های اجتماعی دچار انزوای اجتماعی شده و همچنین افسردگی و در بعضی موارد افکار و اقدام به خودکشی هم بروز نماید. این حساسیت‌ها در گروه دختران به مراتب بیشتر و قابل توجه تر است. بررسی مسایل نوجوانان به دلیل نقش بسزای آنها در پیشرفت جامعه ضرورت دارد و با توجه به شیوع بالای احتمالی این اختلال در جمعیت ایران و

همبود در محور ۱ و ۲، اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی و پراشتهایی) عصبی، سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت، اضطراب و هراس در ارتباط بود (۹).

در مورد میزان شیوع BDD، برآوردهای رسمی زیادی وجود ندارد و به دست آوردن این برآوردها نیز دشوار است؛ زیرا معمولاً افراد سعی می‌کنند این اختلال را مخفی نگه دارند. برخی پژوهشگران حدس می‌زنند که اختلال نادری نیست و حدود ۱ تا ۲٪ کل جمعیت و در مواردی ممکن است تا ۸٪ افراد مبتلا به افسردگی را مبتلا کند. BDD معمولاً با سایر اختلالات روانی همراه است (۱۱، ۱۰).

دامنه‌ی شدت این اختلال می‌تواند از حد خفیف تا شدید و حتی تا مرز خودکشی پیش برود (۱۲). در پژوهش دیگری نشان دادند شیوع این اختلال در سنین نوجوانی و در دهه‌های دوم و سوم زندگی بیشتر است و خانم‌های مجرد یا مطلقه بیش از نیمی از این بیماران را تشکیل می‌دهند و حدود ۸۵٪ مبتلایان از نظر اقتصادی به دیگران وابسته هستند (۱۳، ۱۴). BDD در دانشجویان دختر بیشتر گزارش شده و بر اساس یک مطالعه تا ۲/۵٪ دختران واجد معیارهای BDD بوده‌اند (۱۵).

Taqi و همکاران پژوهشی در جهت بررسی شیوع BDD بر روی ۱۵۶ دانشجوی علوم پزشکی کراچی پاکستان انجام دادند که از آن میان ۵۷/۱٪ از دانشجویان شرکت‌کننده، زن بودند. به طور کلی ۷۸/۸٪ از دانشجویان نارضایتی از جنبه‌ای از ظاهرشان را اعلام داشتند و ۵/۸٪ حایز ملاک‌های DSM برای BDD بودند و نسبت مردها به زن‌ها در ابتلا به BDD ۱/۷ بود و در این جمعیت مردان بیشتر از زنان مبتلا بودند (۱۶). در پژوهش دیگری Callaghan و همکاران، ۵۴۴ دانشجوی دوره لیسانس (۳۷۳ زن و ۱۷۱ مرد) با دامنه سنی ۱۸-۵۲ سال از دانشگاه‌های کشورهای مختلف را مورد بررسی قرار دادند و شیوع کلی BDD برای کل نمونه ۱/۱۰٪ برآورد نمودند (۱۷).

مطالعه و تحقیق در مورد BDD در ایران خیلی اندک است و تنها یک پژوهش علمی در زمینه شیوع توسط Talaei و همکاران صورت گرفته است. در این مطالعه که جهت ارزیابی الگوی علامتی و فراوانی BDD در دانشجویان انجام شد، ۵۰۰

طور کلی بررسی‌ها نشان داده‌اند که این پرسشنامه دارای پایایی و روایی مطلوبی می‌باشد (۲۰، ۲۱). از روایی صوری و محتوا با توجه به قضاوت متخصصان روان‌شناسی جهت سنجش اعتبار استفاده گردید. جهت سنجش پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۸۶ به دست آمد و نشان دهنده پایایی بالای این آزمون می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید.

نتایج

با توجه به یافته‌های توصیفی، ۱۹۶ نفر (۵۲/۸٪) از نوجوانان دختر در ناحیه ۱ آموزش و پرورش و ۱۷۵ نفر (۴۷/۲٪) از آنها در ناحیه ۲ آموزش و پرورش مشغول به تحصیل بودند. طبق این بررسی از تعداد کل ۳۷۱ نوجوان دختر دوره متوسطه، ۱۲۲ نفر (۳۲/۹٪) پایه اول، ۱۲۸ نفر (۲۴/۵٪) پایه دوم و ۱۲۱ نفر (۳۲/۶٪) پایه سوم تحصیلی را تشکیل می‌دادند.

با توجه به جدول ۱ بیشترین فراوانی سنی افراد شرکت کننده در پژوهش، سن ۱۶ سال با فراوانی ۱۳۷ و درصد ۶۳/۹ بود و کمترین فراوانی سنی افراد ۱۴ و ۱۸ سال بود. لازم به ذکر است، بیشترین شیوع اختلال بدشکلی بدن در سن ۱۷ سالگی مشاهده شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی نوجوانان دختر بر حسب سن

سن	تعداد	درصد
۱۴	۸	۲/۲
۱۵	۹۰	۲۴/۲
۱۶	۱۳۷	۳۶/۹
۱۷	۱۲۵	۳۳/۷
۱۸	۱۱	۳/۰
کل	۳۷۱	۱۰۰

به منظور بررسی میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن بر اساس نمره برش پیشنهادی ۲۰ در پرسشنامه و ملاک‌های تشخیصی DAM-IV-TR، فراوانی و درصد اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان دختر محاسبه شد. نتایج در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

سیر و پیش‌آگهی آن و با در نظر گرفتن مشکلاتی که این اختلال برای گروه نوجوانان خصوصاً دختران ایجاد می‌کند، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسید. همچنین با آگاهی از میزان شیوع، می‌توان تصمیمات پیشگیرانه جدی‌تری در این زمینه اتخاذ کرد. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان دختر شهر یزد است.

روش بررسی

پژوهش حاضر توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر یزد (N=۱۰۷۳۷) در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران (Cochran formula)، ۳۷۱ نفر محاسبه شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین مدارس دخترانه دوره متوسطه (ناحیه ۱ و ۲)، ۴ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و از هر مدرسه ۳ پایه اول، دوم و سوم به طور تصادفی انتخاب شدند. در این پژوهش برای غربالگری از مقیاس اصلاح شده وسواس فکری-عملی ییل براون برای اختلال بدشکلی بدن استفاده شد و همچنین اطلاعات جمعیت‌شناختی توسط شرکت‌کنندگان پاسخ داده شدند.

- مقیاس اصلاح شده وسواس فکری-عملی ییل براون برای اختلال بدشکلی بدن (Y-BOCS-BDD: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale- Body Dysmorphic Disorder): یک ابزار خودسنجی ۱۲ سؤالی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد. Phillips و همکارش، در تحلیل عاملی بر روی ۱۲۵ بیمار سرپایی دارای تشخیص BDD دریافتند که Y-BOCS-BDD دارای یک ساختار مرتبه‌ای دو عاملی و دو پرسش اضافی است (۲۰). این عوامل عبارتند از: ۱- وسواس‌های فکری، ۲- وسواس‌های عملی و ۳- دو پرسش اضافی در زمینه بینش (Insight) و اجتناب (Avoidance). پاسخ‌دهندگان، میزان توافقشان را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت از دامنه "کاملاً مخالفم" یا "هیچ" تا "کاملاً موافقم" یا "خیلی شدید" (۰ تا ۴) نشان می‌دهند. نقطه برش در این پرسشنامه، نمره ۲۰ می‌باشد. به

میزان شیوع خیلی بالا گزارش شده است و شاید به دلیل حساسیت زیاد پرسشنامه نسبت به این اختلال باشد و در واقع حتی نوجوانانی که نشانه‌های جزئی از اختلال را نشان می‌دادند جزء گروه مبتلایان به حساب آمده‌اند. برای تعیین درصد نوجوانان دختر با اختلال شدید بدشکلی بدن از نمره‌های طبقه‌بندی شده استفاده شد و مشخص گردید که ۷۱٪ از افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در وضعیت وخیمی قرار دارند و نیازمند مداخله فوری روان‌شناختی هستند. لازم به ذکر است امتیاز درمان‌های روان‌شناختی بر داروها این است که آنها وقتی قطع شوند خیلی کمتر از داروها موجب برگشت می‌شوند و برخلاف داروها، عوارض جانبی ناخوشایند ندارند. هر چند امروزه بهترین نتیجه در برگرداندن سلامت روانی فرد بیمار زمانی قابل حصول است که دارو درمانی، روان‌درمانی و بازتوانی توأمأ صورت گیرد و به کار گرفته شود، زیرا شیوه‌های مختلف درمان اثربخشی یکدیگر را کامل‌تر می‌کنند (۲۲).

پژوهش‌های مختلف نتیجه‌های متفاوتی را در زمینه شیوع ارائه کردند. بر اساس مطالعه Sarwer ۲/۵٪ دختران واجد معیارهای BDD بوده‌اند (۱۵)، در مقابل پژوهش Callaahan و همکاران شیوع کلی BDD برای کل نمونه ۱۰/۱٪ را برآورد کرده‌اند (۱۷). Talaei و همکاران که پژوهشی جهت ارزیابی الگوی علامتی و فراوانی BDD در دانشجویان انجام دادند، نشان دادند ۳۴/۴٪ در مورد ظاهر خود نگران بودند و شیوع BDD در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۷/۴٪ گزارش نمودند (۱۸) که با میزان نگرانی در مورد ظاهر و شیوع BDD در پژوهش حاضر همسویی دارد.

در این بررسی شایع‌ترین سن ابتلا به اختلال بدشکلی بدن ۱۷ سالگی بود که این نتیجه با یافته‌های پژوهش Bjornsson و همکاران که میانگین سنی شروع اختلال را ۱۶/۷ تخمین زده بودند همسو بود (۹).

افراد مبتلا به BDD نه تنها ناخشنودند، بلکه تا بدان حد در مورد این که عضوی از بدنشان زشت یا ناقص است، مشغله ذهنی دارند که هذیانی محسوب می‌شوند. شاید آنها معتقد باشند در بافت پوستشان اشکالی وجود دارد، موی صورت خیلی

جدول ۲: شیوع اختلال بدشکلی بدن در میان نوجوانان دختر

گروه	تعداد	درصد
غیر مبتلا	۲۱۹	۵۹
نگرانی نامتعارف در خصوص ظاهر	۱۵۲	۴۱
کل	۳۷۱	۱۰۰

با توجه به نتایج جدول ۲، ۲۱۹ نفر از نوجوانان که معادل ۵۹٪ از نمونه مورد بررسی می‌باشند، فاقد BDD بودند ولی ممکن است افراد اختلالات دیگری داشته باشند که مورد سنجش قرار نگرفته باشد و در مقابل ۱۵۲ نفر از دختران نوجوان معادل ۴۱٪ از جمعیت مورد مطالعه نگرانی‌های زیاد و نامتعارف در مورد ظاهر با شدت ضعیف تا شدید دارند که به صورت معنی‌داری متفاوت از گروه همسالان غیرمبتلا می‌باشند. شیوع بسیار بالای این اختلال در گروه نوجوانان لزوم توجه هر چه سریع‌تر به این اختلال را هشدار می‌دهد.

در میان افراد دارای نگرانی نامتعارف در خصوص ظاهر، تمامی افراد دارای وضعیت یکسانی نبودند و شدت و ضعف متفاوتی داشتند.

جدول ۳: شدت اختلال بدشکلی بدن در گروه مبتلا به اختلال بدشکلی بدن

شدت	تعداد	درصد	درصد معتبر
ضعیف	۴۸	۱۲/۹	۳۱/۶
متوسط	۷۸	۲۱/۰	۵۱/۳
شدید	۲۵	۶/۸	۱۶/۴
خیلی شدید	۱	۰/۳	۰/۷
کل	۱۵۲	۴۱/۰	۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

همانگونه که در ابتدا بیان شد هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان دختر شهر یزد بود. در این مطالعه تلاش شد تا با بهره‌گیری از روش‌شناسی دقیق، چه به لحاظ نمونه‌گیری و ابزار مورد استفاده و چه به لحاظ شیوه اجرا، تصویر واقع‌بینانه‌ای نسبت به این اختلال در جمعیت شهر یزد ارائه شود. یافته‌ها نشان دادند که میزان نگرانی‌های نامتعارف در مورد شکل ظاهری و بدن بر اساس نقطه برش پیشنهادی ۲۰ در کل نوجوانان دختر ۴۱٪ بود.

برداشته شود. با تکیه بر نتایج این پژوهش، لزوم اقدامات پیشگیرانه بیش از پیش آشکار گردید و با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال بدشکلی بدن در دختران نوجوان شهر یزد و عوارض نامطلوبی که در آینده نه چندان دور این قشر از جامعه را تهدید می‌کند، توصیه می‌شود برنامه‌هایی در جهت شناسایی و درمان زودرس اختلال بدشکلی بدن در جهت اعتلای بهداشت روانی نوجوانان ارائه گردد.

باید گفت که برخی عوامل جمعیت‌شناختی از جمله وضعیت اقتصادی ممکن است در این پژوهش دخالت داشته باشند اما بررسی نشده‌اند. عمده‌ترین محدودیت این پژوهش، جامعه آماری آن است که محدود به نوجوانان دختر می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، این پژوهش در نمونه وسیع‌تر و جوامع دیگر تکرار گردد و همچنین میزان شیوع با توجه به جنسیت و میزان تحصیلات و حتی نوع شغل مورد بررسی قرار گیرد و در مناطق مختلف فرهنگی و جغرافیایی، توصیه می‌گردد تا عوامل فرهنگی دخیل در تنوع نتایج شیوع شناسایی گردند. برگزاری کارگاه‌های آموزشی در مدارس جهت افزایش خودباوری، اعتماد به نفس و باورهای منطقی دانش‌آموزان نسبت به توانایی‌های خود پیشنهاد می‌گردد تا با ارائه الگوهای صحیح فرهنگی در خصوص زیبایی و زیبایی دوستی توسط مراکز آموزش و پرورش، از القای الگوهای نادرست غربی در خصوص ملاک‌های زیبایی پیشگیری شود و از خودارزیابی‌های منفی نوجوانان که مانع فعالیت‌های فردی و اجتماعی‌شان است، جلوگیری گردد.

سیاسگزاری

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان عزیز، سازمان آموزش و پرورش استان یزد و سایر عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال قدردانی و تشکر را داریم.

زیاد یا خیلی کم دارند، یا بینی، دهان، چانه یا ابروهایشان بدقواره و بی‌ریخت است و در مورد نقایص خود مکرراً به دنبال اطمینان خاطر از جانب دوستان و خانواده هستند، اما این اطمینان خاطر تقریباً همیشه تسکین موقتی ایجاد می‌کند (۶). آنها همچنین هر روز بارها ظاهر خود را در آینه واری می‌کنند تا به خود اطمینان خاطر بدهند اما برخی کلاً از آینه اجتناب می‌کنند. آنها غالباً به رفتار آرایش کردن افراطی می‌پردازند و اغلب سعی می‌کنند نقص تصویری خود را از طریق آرایش مو، لباس یا آرایش و جراحی پنهان کنند. به عبارتی تعیین معیارهای بسیار بالای زیبایی برای خود و تمایل به بی‌نقص بودن، نارضایتی افراد از وضعیت کنونی جسمی و ظاهری را افزایش داده و این نارضایتی منجر به عدم تمایل به حضور در اجتماع و اضطراب اجتماعی می‌گردد.

به نظر می‌رسد که طرحواره افراد مبتلا به BDD قویاً بر عقایدی از قبیل «اگر ظاهر من معیوب باشد، در این صورت بی‌ارزشم» تمرکز دارند. یکی از دلایلی که چرا این حالت وجود دارد این است که در خیلی از موارد، آنها هنگام کودکی برای ظاهر کلی خود بیشتر از رفتارشان تقویت شده‌اند (۶). پیام‌های پی در پی اجتماع در مورد اهمیت زیبایی ظاهر نیز ممکن است به رشد BDD کمک کند و به دلیل نارضایتی از بدن، در نتیجه فرد اضطراب شدیدی را تجربه می‌کند که مانع از فعالیت‌های فردی و اجتماعی وی می‌گردد، دچار انزوای اجتماعی شده و اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان پیامدی از BDD به شکل اختلال همبود رخ می‌دهد و مشکلات نوجوان را افزایش می‌دهد (۲۳). از آنجا که نوجوانان در پیشرفت و اعتلای آینده جامعه نقش حیاتی و غیر قابل انکاری دارند، سلامتی جسم و روان این گروه از افراد باید مورد توجه و اهمیت قرار بگیرد تا با داشتن نیروی انسانی سالم گام‌های توسعه و پیشرفت کشور

References:

- 1- Thornton B, Ryckman RM, Gold JA. *Competitive orientations and woman's acceptance of cosmetic surgery*. Psychology 2013; 4(1): 67-72.

- 2- Sadock BJ, Sadock VA, Raplan HI. *Synopsis of Psychiatry*. Vol 2. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.p. 277-78.
- 3- Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. *Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder*. Body Image 2005; 2(4): 395-400.
- 4- Dadsetan P. *Morbid Psychological Development (from childhood to adulthood)*. Tehran: Samt; 2008.p.245. [Persian]
- 5- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. USA: American Psychiatric Association; 2000
- 6- Butcher J, Mineka S, Hooley J. *Abnormal Psychology*. 13th ed, Boston: Pearson Publishing; 2007.p. 396.
- 7- Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, et al. *Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey*. Psychiatry Res 2010; 178(1): 171-75.
- 8- Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. *The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population*. CNS Spectr 2008; 13(4): 316-322.
- 9- Bjornsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. *Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder*. Compr Psychiatry 2013; 54(7): 893-903.
- 10- Borda T, Neziroglu F, Santos N, Donnelly K, Rivera RP. *Status of body dysmorphic disorder in Argentina*. J Anxiety Disord 2011; 25(4): 507-512.
- 11- Harth W, Hermes B. *Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery*. J Dtsch Dermatol Ges 2007; 5(9): 736-743.
- 12- Rabei M, Bahrami F, Kalantari M. *Body dysmorphic disorder*. Tehran: Arjmand; 2011.p. 18. [Persian]
- 13- Kuwabara H, Otsuka M, Shindo M, Ono S, Shioiri T, Someya T. *Diagnostic classification and demographic features in 283 patients with somatoform disorder*. Psychiatry Clin Neurosci 2007; 61(3): 283-89.
- 14- Fontenelle LF, Telles LL, Nazer BP, de Menezes GB, do Nascimento AL, Mendlowicz MV, et al. *A sociodemographic, phenomenological, & long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil*. Int J Psychiatry Med 2006; 36(2): 243-59.
- 15- Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Williams EF, Thompson JK, Roehrig M, et al. *Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image*. Plast Reconstr Surg 2005; 115(3): 931-38.
- 16- Taqui AM, Shaikh M, Gowani SA, Shahid F, Khan A, Tayyeb SM, et al. *Body Dysmorphic Disorder: Gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population*. BMC Psychiatry 2008; 8: 20-30.
- 17- Callaghan GM, Duenas JA, Nadeau SE, Darrow SM, Van der Merwe J, Misko J. *An empirical model of boy image disturbance using behavioural principles found in functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy*. Int J Behav Consult Ther 2012; 7(2-3): 16-24.

- 18- Talaei A, Fayazi Bordbar MR, Nasiraei A, Rezaei A. *Assessment of symptom pattern and frequency of body dysmorphic disorder in university students*. Med J Mashhad Univ Med Sci 2009; 52(1): 317-25. [Persian]
- 19- Temple JR. *Adolescent behavior: Multiple levels of social influence*. J Prim Prev 2012; 33(2-3): 65-66.
- 20- Phillips KA, Diaz SF. *Gender differences in body dysmorphic disorder*. J Nerv Ment Dis 1997; 185(9): 570-77.
- 21- Phillips KA, Menard W, Fay C, Wesberg R. *Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with BDD*. Psychodomatics 2005; 46(4): 317-25.
- 22- Hamdie M, Shahidi Sh. *Principles of Mental Health*. Tehran: SAMT; 2008.p. 240. [Persian]
- 23- Esnaashari N, Bakhshayesh AR, Afshani AR. *Causal model of perfectionism & religious beliefs role in body dysmorphic & social anxiety disorders*. Int J Psychol and Behav Res (IJPBR) 2014; 1(3): .

The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Female Adolescents of Yazd

*Esnaashari N(MA)^{*1}, Bakhshayesh AR(PhD)², Afshani AR(PhD)³*

^{1,2}*Department of Psychology, Yazd University, Yazd, Iran*

³*Department of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran*

Received: 3 Dec 2013

Accepted: 22 May 2014

Abstract

Introduction: Body dysmorphic disorder is one of the common disorders in which adolescents give excessive attention to their appearances. In fact, it may causes disruptions in adolescents' individual and social life. Therefore, this study aimed to investigate the prevalence of body dysmorphic disorder in female adolescents of Yazd.

Method: In this cross-sectional study, the population consisted of all high school female students of Yazd (N= 10737) in 2012-2013, among which 371 students were selected as the study sample by using Cochran formula and cluster sampling method. Moreover, the participants completed a series of demographic questions as well as the questionnaire of Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Body Dysmorphic Disorder (Y-BOCS-BDD).

Results: The findings revealed that 41% of sample were reported to have unusual concern about appearance and body shape in range of low to very severe. As a matter of fact, most of them experienced moderate severity and 7.1% showed severe body dysmorphic disorder that required immediate psychological intervention. The prevalence in female adolescents was estimated as 7.1% and most prevalent age of suffering was 17.

Conclusion: In this research, it was endeavored to provide a more realistic image of body dysmorphic disorder in Yazd adolescents by utilizing a precise methodology. Considering the high prevalence of this disorder in female adolescents and its adverse consequences, some programs are recommended to be applied for diagnosis and early treatment of body dysmorphic disorder to promote adolescents mental health.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder; Female Adolescents; Prevalence

This paper should be cited as:

Esnaashari N, Bakhshayesh AR, Afshani AR. *The prevalence of body dysmorphic disorder in female adolescents of Yazd*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 22(3): 1237-45.

***Corresponding author: Tel: +98 9133569143, Email: nedaesnaashari@yahoo.com**