

ارزیابی الگوی علامتی و فراوانی اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان

تاریخ دریافت: ۸۷/۴/۹ - تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۲/۱۵

خلاصه

مقدمه

اختلال بدشکلی بدن یکی از اختلالات شبه جسمانی است که به صورت اشتغال ذهنی با نقص تخیلی یا تحریف مبالغه آمیز یک عیب خفیف در ظاهر جسمانی تعریف می شود. با توجه به تفاوت شیوع این اختلال در منابع گوناگون و شیوع بالاتر آن در دانشجویان، به مطالعه الگوی علامتی و فراوانی اشتغال ذهنی با علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان ساکن خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی مشهد پرداخته شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۸۵ بر ۵۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد به روش نمونه گیری چندمرحله ای انجام شده است. این افراد توسط پرسشنامه ی دموگرافیک و پرسشنامه ی اختلال بدشکلی بدن بدون ذکر نام تحت بررسی مقطعی قرار گرفتند و یافته ها با استفاده از نرم افزار SPSS و شاخص های پراکندگی و آزمون های آماری مجذور کای و تی مستقل و تحلیل واریانس ارزیابی شدند.

نتایج

میانگین سن افراد ۲۳/۴۵ سال بود. از جمعیت مورد مطالعه بر اساس پرسشنامه ی ذکر شده، ۱۷۲ نفر (۳۴/۴٪) در مورد ظاهر خود نگران بودند که در بین آن ها بیشترین نگرانی مربوط به صورت و به خصوص بینی و پوست بود (۶۸ نفر، ۳۹/۸٪). شیوع اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۷/۴٪ بود و فراوانی دو جنس در گروه های مبتلا و غیرمبتلا تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p=0/242$). تمام دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مجرد بودند.

نتیجه گیری

اشتغال ذهنی با تصویر بدن در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد شایع بوده و نتایج شیوع اختلال بدشکلی بدن نیز از آمارهای موجود در جمعیت عمومی بالاتر بود. الگوی نارضایتی از وضعیت ظاهری بدن در دانشجویان ایرانی با الگوی کشورهای غربی متفاوت بود.

کلمات کلیدی: تصویر بدن، اختلال بدشکلی بدن، دانشجویان، مشهد، همه گیر شناسی

*علی طلائی

۲ محمد رضا فیاضی بردبار

۳ آفشین نصیریایی

۴ امیر رضایی اردانی

۱- استادیار روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی

مشهد، مشهد، ایران

۲- دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی

مشهد، مشهد، ایران

۳- روان پزشک سازمان تامین اجتماعی مشهد

۴- دستیار روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی

مشهد، مشهد، ایران

*مشهد - بیمارستان ابن سینا، میدان بوعلی،

خیابان عامل، مشهد، ایران

تلفن: ۷۱۱۲۷۲۲-۵۱۱-۹۸+

فاکس: ۷۱۱۲۷۲۳-۵۱۱-۹۸+

email: talaeia@mums.ac.ir

مقدمه

اختلال بدشکلی بدن^۱ (BDD) زیرگروهی از اختلالات شبه جسمی است که طبق معیارهای چهارمین ویرایش طبقه‌بندی آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۲ (DSM-IV) به صورت اشتغال ذهنی با نقص تخیلی یا تحریف مبالغه‌آمیز یک عیب خفیف و جزئی در ظاهر جسمانی تعریف می‌شود (۱). گرچه این اختلال در مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های غیر روان‌پزشکی اختلالی شایع می‌باشد اما برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ در DSM-IV معرفی گردید (۲، ۳).

شیوع این اختلال در سنین جوانی و در دهه‌های دوم و سوم زندگی بیشتر است و خانم‌های مجرد یا طلاق‌گرفته بیش از نیمی از این بیماران را تشکیل می‌دهند و حدود ۸۵٪ مبتلایان از نظر اقتصادی به دیگران وابسته هستند (۴، ۵). این اختلال در برخی گروه‌ها از شیوع بالاتری برخوردار است، به عنوان مثال نشان داده شده است که دانشجویان مستعد ابتلا به این اختلال می‌باشند (۶، ۷). شیوع BDD در بین دانشجویان ترکیه ۴/۸٪ و در دانشجویان آمریکا ۴٪ گزارش شده است (۸، ۹). BDD در دانشجویان دختر بیشتر گزارش شده و بر اساس یک مطالعه تا ۲/۵٪ دختران واجد معیارهای BDD بوده‌اند (۱۰). اختلال عملکرد ناشی از بیماری و هم‌چنین همراهی سایر اختلالات موجب می‌شود که بررسی و تحقیق در مورد همه‌گیرشناسی که قدم نخست در بررسی مشکلات می‌باشد دارای اهمیت خاص باشد. مشکلات همراه شامل اضطراب و افسردگی و فوبی اجتماعی و حتی برخی اختلالات سایکوتیک می‌باشند (۱۱). افسردگی و اختلال شخصیت اجتنابی نیز در صورت وجود به طور هم‌زمان با BDD سبب آنزوا می‌شوند و شناسایی اختلالات همراه جهت درمان مقتضی ضرورت پیدا می‌کند (۱۲). BDD سبب اختلال عملکرد، کاهش کیفیت زندگی و افزایش میزان افکار و اقدام به خودکشی می‌شود (۱۳). بر اساس یک مطالعه، این اختلال تا ۶۵٪ موارد سیر مزمن پیدا می‌کند (۵). وجود ناهنجاری‌های ظاهری در کودکی، نظیر مالفورماسیون‌های عروقی، اسکار و آکنه فرد را مستعد اختلالات روان‌پزشکی از جمله اختلال بدشکلی بدن می‌کند (۱۴). آکنه یکی از دغدغه‌های

اصلی در بیماران با اختلال بدشکلی بدن محسوب شده و این بیماران صرف‌نظر از شدت آکنه، مشغولیت ذهنی با ظاهر خود دارند (۱۵). یک گونه‌ی پیشنهادی از BDD در مردان میل به بزرگ شدن هیکل و به دست آوردن عضلاتی بزرگ است که پیش‌آگهی را بدتر می‌کند (۱۶-۱۸). گونه‌ی دیگر BDD در مردان، مشغولیت ذهنی با اندازه کوچک آلت تناسلی می‌باشد (۱۹). این اختلال ارتباط نزدیکی با اختلال وسواسی-جبری دارد (۲۰-۲۲). از نقطه نظر مدل شناختی-رفتاری، به نظر می‌رسد که این بیماران همانند بیماران وسواسی دارای نوعی تفکر کمال‌گرایانه بوده و باورهای غیرانطباقی درباره‌ی جذابیت داشته باشند، تصورات منفی از بدن در زنان سفیدپوست و سنگین‌وزن بیشتر از مردان دیده می‌شود (۲۳، ۲۴).

شدت این اختلال در برخی موارد به حدی است که فعالیت طبیعی فرد را مختل می‌نماید و موجب افت در تحصیل و مشکلات در برخوردهای اجتماعی می‌شود. هم‌زمانی اختلال وسواسی-جبری با BDD پیش‌آگهی را بدتر می‌کند (۲۵). از سوی دیگر BDD در این بیماران با کاهش آگاهی نسبت به علائم وسواسی همراه بوده و با سطوح پایین تحصیلات و اختلالات روان‌پزشکی ملازمت بیشتری دارد (۲۶). اشتغال ذهنی در مورد وزن که در ۵۸٪ این بیماران گزارش شده است با آسیب‌شناسی روانی بیشتر و علائم شدیدتر همراه بوده است (۲۷). معمولاً در بیماران مبتلا به BDD که در صدد جراحی ترمیمی، به خصوص رینوپلاستی و ارتودنسی هستند، انتظارات غیرواقع‌گرایانه‌ای از میزان تصحیح نقایص آن‌ها به وسیله‌ی جراحی وجود دارد (۲۸). اگرچه بیشترین داروهای که در درمان BDD به کار می‌روند داروهای مختص سروتونین می‌باشند و حتی در موارد وجود علائم سایکوتیک بهبودی دیده می‌شود، ولی پاسخ مناسب فقط در ۱۲/۹٪ از مطالعات مشاهده شد و علاوه بر آن ممکن است در نتیجه‌ی درمان، اعتماد به نفس بهبود نیابد (۳۹-۳۱).

با توجه به تفاوت‌های شیوع این اختلال در منابع گوناگون و شیوع بالاتر آن در دانشجویان، به مطالعه‌ی شیوع علائم BDD در دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد پرداخته شد. هدف از این مطالعه، بررسی شیوع این اختلال و

¹ Body dysmorphic disorder

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

نتایج

در مجموع بررسی سن در ۵۰۰ دانشجوی مورد مطالعه، میانگین سن ۲۳/۴۵ سال با انحراف معیار ۲/۰۳ سال بود. حداقل سن دانشجویان ۱۹ سال و حداکثر ۲۸ سال گزارش شد. از نظر جنسیت در جمعیت مورد مطالعه، ۱۹۸ نفر (۳۹/۶٪) مرد و ۳۰۲ نفر (۶۰/۴٪) زن بودند. در بررسی وضعیت تأهل در جمعیت مورد مطالعه، ۱۰۶ نفر (۲۱/۲٪) متأهل و ۳۹۴ نفر (۷۸/۸٪) مجرد بودند. در بررسی رشته‌ی تحصیلی در جمعیت مورد مطالعه، بیشترین میزان مربوط به دانشجویان پزشکی بود که شامل ۱۸۷ نفر (۳۷/۴٪) از جمعیت مورد مطالعه می‌شد. فراوانی دانشجویان به تفکیک رشته‌ی تحصیلی در جدول (۱) مشاهده می‌شود.

جدول ۱- فراوانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد به

تفکیک رشته‌ی تحصیلی در مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی اختلال

بدشکلی بدن در سال ۱۳۸۵

درصد	فراوانی	رشته‌ی تحصیلی
۳۷/۴	۱۸۷	پزشکی
۸/۴	۴۲	دندان پزشکی
۸/۴	۴۲	داروسازی
۲۰	۱۰۰	علوم آزمایشگاهی
۲/۸	۱۴	رادیولوژی
۲/۸	۱۴	بهداشت محیط
۶/۴	۳۲	پرستاری
۲/۴	۱۲	مامایی
۶	۳۰	اسناد پزشکی
۴/۴	۲۲	بینایی سنجی
۱	۵	گفتار درمانی
۱۰۰	۵۰۰	مجموع

بیشترین تعداد دانشجویان از نظر محل تولد، شهرستان‌های خراسان (۴۷/۶٪) و سپس مشهد بود (۲۱/۲٪). تعداد ۱۵۰ نفر (۳۰٪) در مقطع دکترا (به جز رشته‌ی پزشکی) تحصیل می‌کردند. فراوانی دانشجویان علوم پزشکی مورد مطالعه به تفکیک مقطع تحصیلی در (جدول ۲) ملاحظه می‌شود.

بررسی ارتباط آن با جنس، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی و نیز انواع علائم و شدت آن‌ها بوده است.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش مقطعی و توصیفی می‌باشد که در سال ۱۳۸۵ بر ۵۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد که به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند انجام شده است. معیارهای ورود به مطالعه شامل دانشجوی علوم پزشکی بودن و تمایل به شرکت در طرح و کامل نمودن پرسش‌نامه بود. معیارهای حذف از مطالعه شامل وجود یک بیماری شناخته شده روانی در سابقه قبلی فرد یا وجود مشکلات طبی و فیزیکی بارز و معلولیت در افراد بود.

روش جمع‌آوری اطلاعات

پس از مطالعه در مورد موضوع تحقیق، پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنس، تاهل، رشته و مقطع تحصیل، محل تولد، محل زندگی والدین و...) آماده شد و پرسش‌نامه‌ی استاندارد اختلال بدشکلی بدن (BDDQ)^۱ ترجمه شد و پس از آن که اعتبار آن توسط چند متخصص روان‌پزشکی تایید شد پایایی آزمون نیز با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) بر ۱۰۰ نفر از آزمودنی‌ها به صورت پایلوت بررسی شد و با آلفای ۰/۸۳ مورد تایید قرار گرفت. در یک بررسی نیز برای پرسش‌نامه اختلال بدشکلی بدن حساسیت ۱۰۰٪ و ویژگی ۸۹٪ گزارش شده است (۳۳). سپس با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج مطالعه با مراعات رازداری و توضیح مطالعه به جمعیت آماری، پرسش‌نامه‌ها توسط دانشجویان مورد نظر پر شدند و اطلاعات وارد رایانه شدند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از کدگذاری داده‌ها اطلاعات وارد نرم‌افزار آماری SPSS-11.5 شدند و با استفاده از بررسی‌های توصیفی و فراوانی، مشخصات فردی و متغیرهای تحقیق بررسی شدند و ارتباط با سن و جنس و سطح تحصیلات با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، تی مستقل و آنالیز واریانس مورد بررسی قرار گرفتند.

^۱ Body Dysmorphic Disorder Questionnaire

جدول ۲- فراوانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد به

تفکیک مقطع تحصیلی در مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی اختلال

بدشکلی بدن در سال ۱۳۸۵

مقطع تحصیلی	فراوانی	درصد
دکترای غیر پزشکی	۱۵۰	۳۰
اینترنی	۱۷	۳/۴
استاژری	۱۰۸	۲۱/۶
علوم پایه	۳۶	۷/۲
کارشناسی ارشد	۷	۱/۴
کارشناسی	۹۳	۱۸/۶
کاردانی	۸۹	۱۷/۸
مجموع	۵۰۰	۱۰۰

از جمعیت مورد مطالعه، ۱۷۲ نفر (۳۴/۴٪) در مورد ظاهر خود نگران بودند که در بین آن‌ها بیشترین نگرانی مربوط به صورت و به خصوص بینی و پوست بود (۶۸ نفر، ۳۹/۸٪) و نگرانی ذهنی در مورد چاقی و بزرگی شکم در ۵۲ نفر (۳۰/۲٪) وجود داشت (جدول ۳). در ۱۰۷ نفر (۶۲/۲٪) این اشتغال ذهنی در کارهای روزمره اختلال ایجاد کرده بود به طوری که ۷۴ نفر (۴۳٪) از افراد نگران از ظاهر خود از برخی کارها به علت ترس از خوب به نظر نرسیدن در برخوردهای اجتماعی، اجتناب می‌کردند. ۱۳۱ نفر (۷۶٪) کمتر از یک ساعت در روز و ۴۱ نفر (۲۳/۸٪) بین ۱ تا ۳ ساعت وقت را در روز صرف دغدغه‌های خود از بدی وضعیت ظاهری می‌کردند و این زمان در هیچ یک از دانشجویان بیش از ۳ ساعت در روز نبود.

جدول ۳- فراوانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد با

اشتغال ذهنی در مورد ظاهر خود به تفکیک محل ظاهری مورد

نگرانی در مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی اختلال

بدشکلی بدن در سال ۱۳۸۵

عضو مورد نگرانی	فراوانی	درصد
صورت	۶۸	۳۹/۵
مو	۱۰	۵/۸
کوتاهی یا بلندی قد	۳۱	۱۸
اضافه‌وزن و بزرگی شکم	۵۲	۳۰/۲
تناسب اندام	۱۱	۶/۴
مجموع	۱۷۲	۱۰۰

با توجه به آزمون مشاهده شد که شیوع اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ساکن خوابگاه در مشهد ۷/۴٪ می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۴- شیوع نگرانی از ظاهر فیزیکی و اختلال بدشکلی بدن

در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد در مطالعه‌ی

همه‌گیرشناسی اختلال بدشکلی بدن در سال ۱۳۸۵

جمعیت مورد مطالعه	دانشجویان نگران از وضع ظاهر خود	دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن
تعداد	۱۷۲	۳۷
درصد	۳۴/۴	۷/۴

در مقایسه‌ی فراوانی دو جنس در دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک وجود اختلال بدشکلی بدن با توجه به آزمون مجذور کای، تفاوت آماری قابل توجهی گزارش نشد ($p=0/242$). در مقایسه‌ی فراوانی وضعیت تأهل در دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک وجود اختلال بدشکلی بدن با توجه به آزمون مجذور کای، تفاوت آماری قابل توجهی گزارش گردید ($p=0/001$). تمام دانشجویان علوم پزشکی مورد مطالعه مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مجرد بودند.

در مقایسه‌ی فراوانی اختلال بدشکلی بدن به تفکیک رشته‌ی تحصیلی، شیوع این اختلال در دانشجویان رشته علوم آزمایشگاهی بیشتر بود، به این معنا که ۲۰ نفر دانشجوی علوم آزمایشگاهی مبتلا به BDD، ۵۴/۱٪ بیماران را تشکیل می‌دادند. در مقایسه‌ی فراوانی BDD با توجه به مقطع تحصیلی بر حسب آزمون دقیق فیشر، تفاوت آماری قابل توجهی گزارش شد ($p=0/001$) یعنی BDD در دانشجویان دوره دکترای غیرپزشکی و علوم پایه بیشتر بود (۲۳ نفر، ۶۲/۱٪). در مقایسه‌ی فراوانی اختلال بدشکلی بدن به تفکیک محل تولد در دانشجویان، شیوع این اختلال در دانشجویان شهرستانی بیشتر بود که از الگوی شیوع کل دانشجویان مورد مطالعه پیروی می‌کرد.

بحث

در این مطالعه تعداد ۵۰۰ نفر دانشجوی ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد از نظر وجود علائم اختلال بدشکلی بدن که یکی از اختلالات شبه جسمی (سوماتوفرم) می‌باشد، مورد مطالعه قرار گرفتند.

۷/۴٪ تخمین زده شد. به نظر می‌رسد که اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان مقیم خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد شیوع بالاتری نسبت به نتایج مطالعات خارجی داشته باشد، هر چند که عوامل مؤثر در تبدیل نارضایتی از وضعیت فیزیکی به BDD در این مطالعه به خوبی مشخص نمی‌باشد. اگر چه شیوع نارضایتی از وضعیت ظاهری در دانشجویان آمریکایی بالا بوده است ولی افراد واجد ملاک‌های BDD تنها ۴٪ جمعیت مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند. ممکن است علت این مسئله توجه افراد در جوامع غربی که پوشش کمتری دارند به مناطق مختلف بدن باشد در حالی که در جامعه ما به دلیل پوشیده‌تر بودن لباس، اشکال واقعی یا فرضی در یکی از اعضا مانند صورت را فرد کمتر می‌تواند با رضایت‌مندی از سایر نقاط بدن جبران کند و مانع از تبدیل نارضایتی از وضعیت فیزیکی به BDD گردد.

در بررسی توزیع جنسی در جمعیت مورد مطالعه، ۳۹/۶٪ مرد و ۶۰/۴٪ زن بودند. با توجه به نمونه‌گیری تصادفی در این مطالعه، پراکندگی جنسی در جمعیت، تاثیری بر نتایج مطالعه نداشت، به طوری که ۴۸/۶٪ بیماران مرد و ۵۱/۴٪ مبتلایان به BDD زن بودند. این یافته با نتایج اکثر مطالعات قبلی مطابقت داشت (۴۰، ۳۹). هر چند شیوع بیشتر علائم بدشکلی بدن در دختران در بعضی مقالات گزارش شده بود (۴۱، ۴۲).

به نظر می‌رسد که اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان ایرانی از نظر پراکندگی در دو جنس مشابه نتایج مطالعات در سایر کشورها باشد و ارتباطی بین جنسیت و موقعیت جغرافیایی در BDD وجود نداشته باشد.

در بررسی محل تولد، نزدیک به نیمی از دانشجویان متولد شهرستان‌های استان خراسان بودند. با توجه به این که نحوه‌ی گزینش دانشجو از طریق کنکور سراسری می‌باشد و اکثر داوطلبان نزدیک‌ترین دانشگاه را انتخاب می‌کنند، دور از ذهن نخواهد بود که بیشتر دانشجویان مورد مطالعه در خوابگاه دانشجویی اهل شهرستان‌های استان خراسان باشند. بررسی‌های آماری این پژوهش نشان داد که اگرچه فراوانی دانشجویان شهرستانی استان خراسان در بیماران دچار دیسمورفسم بیشتر بود ولی شیوع دیسمورفسم ارتباط معنی‌داری با شهرستان محل تولد نداشت. شاید این یافته با توجه به مسائل فرهنگی، تغییر نسبی الگوهای ارزشی ظاهری در شهرهای بزرگ‌تر با جابجایی در

دانشجویان مورد مطالعه در این تحقیق در دامنه‌ی سنی ۱۹ تا ۲۸ سال قرار داشتند و میانگین سنی آن‌ها ۲۳/۴۵ سال بود. در مطالعات انجام شده توسط ویل^۱ شروع این اختلال را در سن ۱۶±۷ سالگی و تشخیص آن را در سنین پیش از سی سالگی گزارش کرده‌اند (۳۴). از آن‌جا که مطالعه بر روی دانشجویان انجام شده است و بیشتر دانشجویان را افراد جوان تشکیل می‌دهند، با در نظر گرفتن حداکثر شیوع اختلال بر مبنای سن، ممکن است این موضوع تا اندازه‌ای بر نتیجه‌ی مطالعه تاثیر بگذارد و شیوع اختلال بدشکلی بدن را بیشتر از مقدار واقعی برآورد نماید. در این تحقیق دانشجویان از نظر میزان رضایت‌مندی از وضعیت ظاهری خود مورد سؤال قرار گرفتند و مشاهده شد که ۳۴/۴٪ از دانشجویان در مورد وضعیت ظاهری خود نگرانی افراطی دارند. نگرانی از وضعیت ظاهری در دانشجویان در مطالعات دیگری نیز مورد بررسی قرار گرفته است. به عنوان مثال در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ در ترکیه بر ۴۲۰ دانشجوی دختر انجام شد، در حدود ۴۳/۸٪ از دانشجویان از وضعیت ظاهری خود ناراضی بودند (۳۵). در مطالعه‌ی بوهن^۲ در سال ۲۰۰۳ در آمریکا، ۱۰۱ دانشجوی آمریکایی بررسی شدند و نگرانی از ظاهر خود در ۷۴/۳٪ از آن‌ها گزارش گردید (۳۶). میزان بالای نارضایتی از وضعیت ظاهری بدن در دانشجویان آمریکایی نسبت به دانشجویان ایرانی ممکن است به علت مسائل فرهنگی و پوشش خاص آن جامعه باشد، درحالی که دانشجویان ترکیه ارقام نزدیک به دانشجویان ایرانی داشتند که می‌تواند به علت نزدیک بودن زمینه‌های فرهنگی و دینی باشد. به نظر می‌رسد که فرهنگ حاکم بر جامعه می‌تواند تاثیر به‌سزایی در پیشگیری از نارضایتی از وضعیت ظاهری داشته باشد. در مطالعات دیگر انجام شده در سال ۲۰۰۳ در ترکیه و آمریکا شیوع اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان دانشگاه با توجه به معیارهای DSM-IV به ترتیب ۴/۸٪ و ۴٪ گزارش شد (۳۷). شیوع اختلال بدشکلی بدن در بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست و جراحی پلاستیک در سال ۲۰۰۶ در آلمان ۸-۳ درصد گزارش شد (۳۸). با توجه به تفسیر آزمون، شیوع اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان علوم پزشکی ساکن خوابگاه‌های دانشجویی مشهد

¹ Veale

² Bohne

در یک مطالعه در سال ۲۰۰۶ در آمریکا، مشغولیت ذهنی با اضافه‌وزن در ۲۹٪ از کسانی که از وضعیت ظاهری خود ناراضی بودند مشاهده شد، هر چند که این دغدغه در حد اختلال نبود (۴۶).

ممکن است تبلیغات عمومی در مورد اندام لاغر و نیز مضرات چاقی باعث حساسیت بیش از اندازه افراد در مورد تناسب اندام گردد، برعکس وجود لباس‌های گشاد ممکن است سبب بی‌اعتنایی به افزایش وزن در دوره‌هایی از زندگی افراد شود.

در این مطالعه ۷۹ درصد از دانشجویان مجرد بودند. بروز اختلال بدشکلی بدن با وضعیت تأهل مورد بررسی قرار گرفت که ارتباط معنی‌دار آماری بین این دو وجود داشت. هرچند تمام دانشجویان مبتلا به بدشکلی بدن مجرد بودند.

بروز اختلال بدشکلی بدن با رشته‌ی تحصیلی نیز ارتباط آماری معنی‌داری نداشت. محدود کردن مطالعه به دانشجویان مقیم خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی موجب عدم تعمیم نتایج به دست آمده به تمام دانشجویان شد. همچنین پراکندگی غیرهم‌سان از نظر تاهل در جمعیت مورد مطالعه موجب بروز اشکال در تعیین نقش واقعی آن در اختلال بدشکلی بدن گردید. بالا بردن حجم نمونه مورد بررسی در مطالعات بعدی بر اختلال بدشکلی بدن و در نظر گرفتن سایر اختلالات روان‌پزشکی هم‌زمان، موجب می‌شود که علل احتمالی موثر در این اختلال بهتر شناسایی شوند.

استفاده از پرسش‌نامه گرچه ممکن است در ابتدا به عنوان ایرادی بر مقاله محسوب شود اما مشابه بسیاری از مطالعات بین‌المللی در این اختلال می‌تواند نقطه‌ی منفی محسوب نشود چرا که پاسخ صریح به سئوالات در زمینه‌های خاص مانند مناطق به خصوصی از بدن در طی مصاحبه ممکن است با خجالت و محدودیت همراه شود و پاسخ‌ها در پرسش‌نامه‌ای محرمانه می‌تواند معتبرتر باشد. با توجه به عدم مداخله در این تحقیق و نیز اخذ همکاری دانشجویان در صورت تمایل ایشان، کمیته‌ی محترم اخلاق انجام آن را بلا مانع دانست.

سنین حساس و کم‌بودن اعتماد به نفس در دانشجویان شهرستانی تا حدی قابل توجیه باشد. همچنین عدم حمایت خانوادگی کافی و وجود سایر مشکلات روانی موجود در دانشجویان شهرستانی ساکن خوابگاه ممکن است در این زمینه موثر باشد.

پراکندگی دانشجویان مورد مطالعه در مقاطع تحصیلی مختلف تقریباً مساوی بود، اگرچه ۳۹٪ افراد دانشجوی پزشکی بودند. بررسی اختلال بدشکلی بدن در ارتباط با مقطع تحصیلی دانشجویان نشان داد که این اختلال در دانشجویان علوم پایه و دانشجویان مقطع دکتری (دندان‌پزشکی و داروسازی) شایع‌تر است. به نظر می‌رسد که مطالعات گسترده‌تری باید در دانشجویان مقاطع دکتری صورت پذیرد تا یافته‌های این مطالعه مورد تایید قرار گیرد.

در این مطالعه، شایع‌ترین عضو مورد نگرانی، صورت و به خصوص بینی و پوست بود که در ۶۸ نفر (۳۹/۸٪) گزارش شده بود. در سال ۱۹۹۷، یک مطالعه در ترکیه بیشترین نگرانی را در مورد باسن و افزایش وزن نشان داد (۴۳).

بررسی دیگر در سال ۲۰۰۲ در آمریکا مشخص کرد که بیشترین اشتغال ذهنی در دختران مربوط به باسن، سینه‌ها، پوست و پوشش آن با لوازم آرایشی بود در حالی که در پسران بیشتر مربوط به بدن‌سازی، ناحیه تناسلی و وضعیت موها بوده و اغلب پسران سوء مصرف الکل را گزارش می‌کردند (۴۴، ۴۵).

از آن جا که بر حسب دستورات دینی در ایران، تنها ناحیه‌ی صورت در دختران بدون پوشش است و سایر مناطق بدن و موها توسط البسه پوشیده می‌شود، نگرانی عمده در دختران دانشجو به صورت و پوست صورت محدود می‌شود، درحالی که در جوامع غربی، با توجه به نوع پوشش دختران، مشغولیت ذهنی در ارتباط با آرایش صورت و مدل موها و تناسب اندام وجود دارد. همچنین در دانشجویان پسر آمریکایی، باز بودن مناطق بیشتری از بدن از نظر پوشش سبب می‌شود افراد اهمیت بیشتری به تناسب اندام خود داده و مشغولیت ذهنی بیشتری با نقاط خاص بدن پیدا کنند. به نظر می‌رسد که زمینه‌های فرهنگی و وجود اعتقادات مذهبی در مورد حجاب نقش به‌سزایی را در تعیین نوع اشتغال فکری در هر دو جنس ایفا می‌کنند. در این مطالعه، دغدغه‌ی ذهنی از چاقی و بزرگی شکم در ۵۲ نفر (۳۰/۲٪) وجود داشت،

نتیجه‌گیری

اشتغال ذهنی با تصویر بدن در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد شایع بوده و نتایج شیوع اختلال بدشکلی بدن نیز از آمارهای موجود در جمعیت عمومی بالاتر است. الگوی نارضایتی از وضعیت ظاهری بدن در دانشجویان ایرانی با الگوی کشورهای غربی متفاوت است و بیشتر به ناحیه صورت مربوط است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه پس از تایید معاونت محترم پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی انجام شد و نویسندگان از دکتر محمدتقی شاکری و دکتر الهام کارگزار و کلیه‌ی مسئولین محترم و نیز دانشجویان عزیزی که در انجام تحقیق همکاری نمودند کمال تشکر را دارند. مؤلفین هیچگونه تضاد منافی با نتایج تحقیق نداشتند.

References:

- 1- Jakubietz M, Jakubietz RJ, Kloss DF, Gruenert JJ. Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119:1924-1930.
- 2- Phillips KA. The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings. *Prim psychiatry* 2006; 13:51-59.
- 3- Jakubietz M, Jakubietz R, Gruenert J. Body dysmorphic disorder-dysmorphophobia. *Zentralbl Chir* 2007; 132:38-43.
- 4- 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; 61:283-289.
- 5- Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, de Menezes GB, do Nascimento AL, Mendlowicz MV, et al. A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36:243-259.
- 6- Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118:167e-180e.
- 7- Fitts SN, Gibson P, Redding CA, Deiter PJ. Body dysmorphic disorder: implications for its validity as a DSM-III-R clinical syndrome. *Psychol Rep* 1989; 64:655-658.
- 8- Cansever A, Uzun O, Donmez E, Ozsahin A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry* 2003; 44:60-64.
- 9- Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenike MA. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics* 2002; 43:486-490.
- 10- 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; 115:931-938.
- 11- Harth W, Hermes B. Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007; 5:736-743.
- 12- Pinto A, Phillips KA. Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image* 2005; 2:401-405.
- 13- Phillips KA. The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings. *Prim psychiatry* 2006; 13:51-59.
- 14- Tedeschi A, Dall'Oglio F, Micali G, Schwartz RA, Janniger CK. Corrective camouflage in pediatric dermatology. *Cutis* 2007; 79:110-112.
- 15- Bowe WP, Leyden JJ, Crerand CE, Sarwer DB, Margolis DJ. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57:222-230.
- 16- Cafri G, Blevins N, Thompson JK. The drive for muscle leanness: a complex case with features of muscle dysmorphia and eating disorder not otherwise specified. *Eat Weight Disord* 2006; 11:e117-e118.
- 17- Olivardia R, Pope HG Jr, Hudson JI. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1291-1296.
- 18- 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; 2:395-400.
- 19- Wylie KR, Eardley I. Penile size and the 'small penis syndrome'. *BJU Int* 2007; 99:1449-1455.
- 20- Fineberg NA, Saxena S, Zohar J, Craig KJ. Obsessive-compulsive disorder: boundary issues. *CNS Spectr* 2007; 12:359-375.
- 21- Phillips KA, Kaye WH. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2007; 12:347-358.
- 22- Raffray T, Pelissolo A. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder. *Rev Prat* 2007; 57:37-41.
- 23- Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2008; 22:540-547.
- 24- Cash TF, Phillips KA, Santos MT, Hrabosky JI. Measuring "negative body image": validation of the body image disturbance questionnaire in a nonclinical population. *Body Image* 2004; 1:363-372.
- 25- Didie ER, Pinto A, Mancebo M, Rasmussen SA, Phillips KA, Walters MM, et al. A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19:181-186.

- 26- Nakata AC, Diniz JB, Torres AR, de Mathis MA, Fossaluza V, Braganças CA, *et al.* Level of insight and clinical features of obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder. *CNS Spectr* 2007; 12:295-303.
- 27- Kittler JE, Menard W, Phillips KA. Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eat Behav* 2007; 8:115-120.
- 28- Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006; 130:569-574.
- 29- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies. *Bull Menninger Clin* 1998; 62:A33-A48.
- 30- Phillips KA, Pagano ME, Menard W. Pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: treatment received and illness severity. *Ann Clin Psychiatry* 2006; 18:251-257.
- 31- Phillips KA, Pinto A, Jain S. Self-esteem in body dysmorphic disorder. *Body Image* 2004; 1:385-390.
- 32- Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54:489-499.
- 33- Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, *et al.* Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169:196-201.
- 34- Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, *et al.* Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169:196-201.
- 35- Cansever A, Uzun O, Donmez E, Ozsahin A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry* 2003; 44:60-64.
- 36- Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenike MA. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics* 2002; 43:486-490.
- 37- Cansever A, Uzun O, Donmez E, Ozsahin A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry* 2003; 44:60-64.
- 38- Yaryura-Tobias JA, Neziroglu F, Torres-Gallegos M. Neuroanatomical correlates and somatosensorial disturbances in body dysmorphic disorder. *CNS Spectr* 2002; 7:432-434.
- 39- Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, Frare F, Di VS, Cassano GB. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:578-582.
- 40- Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:570-577.
- 41- Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46:317-325.
- 42- Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, *et al.* Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169:196-201.
- 43- Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:570-577.
- 44- Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:570-577.
- 45- Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenike MA. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics* 2002; 43:486-490.
- 46- Kittler JE, Menard W, Phillips KA. Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eat Behav* 2007; 8:115-120.