

تعیین شیوع اختلال بدشکلی و میزان همبندی با اختلال افسردگی، وسواس فکری-عملی، اضطراب اجتماعی و اختلالات خوردن در دانشجویان دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران

پریسا افکاری

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع اختلال بدشکلی و میزان همبندی با اختلال افسردگی، وسواس فکری-عملی، اضطراب اجتماعی و اختلالات خوردن در دانشجویان دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران انجام شد. در این پژوهش که در این پژوهش ۱۰۰۰ نفر و روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای جمع آوری و مورد بررسی قرار گرفتند... بدین صورت که از دانشگاه تهران به طور تصادفی ۹ دانشکده و از هر دانشکده ۳ رشته و از هر رشته ۲ کلاس و از دانشگاه علوم پزشکی تهران به طور تصادفی ۳ دانشکده و از هر دانشکده ۲ رشته و از هر رشته ۲ کلاس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن، پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن (BDDQ۱)، پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (II - BDI)، پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی (MOCI) ۳، پرسشنامه فوبی اجتماعی (SPIN) ۴، پرسشنامه نگرش‌های خوردن ۲۶ EAT، برای بررسی سوال‌ها و فرضیه‌های تحقیق از روش ضریب همبستگی پیرسون و آزمون آماری مجذورخی و آزمون دقیق فیشر استفاده شده است.

واژگان کلیدی: اختلال بدشکلی، میزان همبندی، اختلال افسردگی، وسواس فکری-عملی، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن

¹ Body Dysmorphic Disorder Questionnaire for Adults

² Beck Depression Inventory(II)

³ Moudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)

⁴ Social Phobia Inventory (SPIN)

⁵ Eating Attitudes Test

مقدمه

ظاهر جسمانی^۶ و تصویر بدن^۷ در نوجوانان و جوانان یکی از جنبه‌های مهم در تشکیل هویت و عزت نفسشان است. چون افراد در سنین مختلف، بر روی ابعاد متفاوتی از وجود خود سرمایه گذاری می‌کنند و بر اساس میزان اهمیتی که برای این ابعاد قائل می‌شوند، ارزیابی دیگران را در مورد این جنبه‌ها مهم تلقی می‌کنند. بنابراین اهمیت ظاهر و نارضایتی از آن با توجه به تأثیری که در زندگی و سلامت روانی فرد ایجاد می‌کند، بسیار بارز است چون این نگرانی افراطی از ظاهر می‌تواند تبدیل به احساس وجود نقص خیالی در بدن گردد و باعث شود فرد اشتغال ذهنی مداومی درباره ظاهر جسمانی خود علیرغم ناهنجاری‌های جسمی مختصر یا حتی طبیعی بودن داشته باشد و ساعات زیادی از روز با این نقص، اشتغال ذهنی و از آن رنج ببرد و معمولاً نمی‌تواند در مورد آن نقص خیالی خاص فکر نکند و در مقابل این افکار مقاومت کمی دارد (فیلیپس، ۲۰۰۹).

معمولاً افراد مبتلا به این اختلال، دچار احساس درماندگی می‌شوند و دلمشغولی خود را دردناک، عذاب آور و ویران کننده توصیف می‌کنند (دادستان، ۱۳۸۶). افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن هیجانات دردناکی مثل افسردگی، دلتنگی، ناامیدی، اضطراب، نگرانی، ترس، شرمندگی، احساس نفرت از خود، خشم، ناکامی و احساس گناه را تجربه می‌کنند (ربیعی و همکاران، ۱۳۸۸). برخی از مبتلایان نشانه‌های اضطرابی شدید را که ناشی از فرایند شناختی تمرکز به ظاهر است، تجربه می‌کنند و آنان افکار وسواسی درباره بدشکلی ادراکی خود دارند و رفتارهای اجباری مانند واریسی یا بررسی خود در آینه، پنهان سازی نقص و جستجوی اطمینان از نبود نقص و غیره را به شکل مداوم انجام می‌دهند. و معمولاً این رفتارها به طور افراطی انجام می‌شود و این گونه فعالیت‌ها معمولاً به رنج افراد می‌افزاید چون بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن زمان زیادی را صرف رفتارهای وسواسی می‌کنند و مقاومت و کنترل آن رفتارها خیلی سخت می‌باشد (فیلیپس، ۲۰۰۹). نگرانی و اشتغال ذهنی قابل ملاحظه در مبتلایان و تمایل شدید به تغییر ظاهر منجر به مراجعه مکرر و غیرضروری به کلینیک‌های تخصصی پوست، تغذیه، دندانپزشکی و یا جراحی زیبایی می‌شود. در مطالعه‌ای که در کشور ترکیه بر روی مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن انجام شده بود تقریباً "کلیه بیماران مبتلا به این اختلال، به مطب غیر روانپزشک مراجعه و درمانهای غیر روانپزشکی دریافت کرده بودند (از کان^۸ و همکاران، ۲۰۰۳). یافته‌های پژوهشی مختلف نشان می‌دهند که نگرانی از بدشکلی بدن پیش بینی کننده تمایل به جراحی پلاستیک است (بساک‌نژاد، ۲۰۰۷؛ ویل^۹، ۲۰۰۳). شیوع بالای انواع جراحیهای ترمیمی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بیانگر این نارضایتی از ظاهر جسمانی و تلاش برای تغییر آن است و این اقدامات غیرضروری صرف وقت و هزینه زیادی را به فرد و جامعه تحمیل می‌کند، چون افراد مبتلا برای رفع نقص خیالی خود، با استفاده از انواع داروهای ناشناخته و روش‌های خطر پذیر همچون جراحی، سلامتی خود را مورد تهدید قرار می‌دهند و معمولاً جراحی افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن باعث مشکلاتی می‌شود و در بیشتر موارد بیماران از نتیجه جراحی ناخوشنودند و در بسیاری از موارد این اقدامات، نشانه‌های این اختلال را تشدید می‌کند و در موارد نادر به دلیل نارضایتی، اقدامات خشونت بار علیه جراح و دستپاراش انجام می‌دهند (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۶).

معمولاً تأثیر اختلال بدشکلی بدن بر زندگی مبتلایان، شدید است و باعث آسیب در عملکرد می‌شود و فعالیت‌های اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ترس‌ها و نارضایتی از ظاهر جسمانی می‌توانند مشکلات و تداخل‌هایی را در عملکرد شغلی و تحصیلی ایجاد کنند، زیرا این افکار وسواسی موجب می‌شوند که اغلب مبتلایان در موقعیت‌های اجتماعی ناراحت و مضطرب باشند و در تعامل با دیگران دچار مشکل شوند و ارتباطات و احساس صمیمیت آسیب می‌بیند و موجب انزوای فرد می‌گردد و در نهایت مبتلایان را خانه نشین می‌کند و گاهی این افراد به جایی می‌رسند که دیگر تحمل رنج ناشی از احساس بدشکلی را ندارند و

6 Somatic

7 Body image

8 Ozcan

9 Vaele

احساس ناامیدی شدید می‌کنند و افکار خودکشی به ذهنشان خطور می‌کند و تا یک پنجم آنها اقدام به خودکشی می‌کنند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

با وجود تاریخچه طولانی، اختلال بدشکلی بدن تنها چند دهه است که وارد راهنمای تشخیصی روانپزشکی شده، چون اختلال بدشکلی بدن اختلالی است که به خوبی مطالعه نشده است و هنوز هم در میان سایر اختلالات کمتر شناخته شده است. یک علت احتمالی در مورد ناشناخته ماندن اختلال بدشکلی بدن، این می‌تواند باشد که این اختلال اغلب به طور پوشیده باقی می‌ماند چون افراد مبتلا از بیان نشانه‌ها به علت اینکه ممکن است سطحی یا خودشیفته به نظر برسند آگاه دارند و اغلب از بیان وسواس خود شرمسار می‌شوند و چون مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن ممکن است افسردگی، فوبی اجتماعی یا علائم دیگری نیز داشته باشند که برای بیان آن‌ها کمتر خجالت زده می‌شوند، بنابراین، آن‌ها ممکن است تشخیص افسردگی یا فوبی اجتماعی یا وسواس دریافت کنند ولی اختلال بدشکلی بدن تشخیص داده نشود، به همین دلیل درمان برای این افراد معمولاً موفقیت آمیز نیست چون اختلال بدشکلی بدن مورد هدف نمی‌باشد. گاهی هم افرادی که از این اختلال رنج می‌برند و همچنین اعضای خانواده آن‌ها اغلب متوجه نمی‌شوند که اختلال بدشکلی بدن قابل درمان است و به خاطر همین در مورد علائم خود با متخصصان حرفه‌ای مشورت نمی‌کنند و در بسیاری موارد هرگز مورد توجه روان‌پزشکان قرار نمی‌گیرند. از طرفی عموماً ابتدا این بیماران به جای مراجعه به روانپزشک سراغ پزشک متخصص و کلینیک‌های زیبایی می‌روند، خصوصاً وقتی که بینش آن‌ها نسبت به علائمشان ضعیف باشد و با توجه به اینکه اختلال بدشکلی بدن وابستگی تنگاتنگی با دگرگونیهای دوره بلوغ دارد، در حدود دوازده سالگی آغاز می‌شود و در هجده تا بیست سالگی معمولاً از بین می‌رود به همین دلایل ممکن است تشخیص آن، سال‌ها پس از ابتلای به بیماری صورت گیرد و چون اختلال بدشکلی بدن بیماری مزمنی است اگر بطور موفق درمان نشود، ادامه می‌یابد (هلندر و همکاران، ۱۹۹۲).

از آنجایی که اختلال بدشکلی بدن، پنهان باقی می‌ماند و یک اختلال تقریباً ناشناخته است و این مسئله در محاسبه میزان واقعی شیوع دخالت کرده و باعث می‌شود که به صورت یک اختلال نادر خود را نشان دهد. تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال بدشکلی بدن از آنچه تصور می‌شود شیوع بیشتری دارد و یک اختلال نسبتاً شایع است و این اختلال در بین جمعیت خاصی مثل مراجعه کنندگان به کلینیک‌های پوست و زیبایی (کرپرند و همکاران، ۲۰۰۶؛ فیتس^{۱۰} و همکاران، ۱۹۸۹)، بیماران روانپزشکی و دانشجویان شیوع بالاتری دارد (زیمرمن^{۱۱}، منو، ۲۰۰۱؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۲؛ کرپرند و همکاران، ۲۰۰۶؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۹؛ سارور و همکاران، ۱۹۹۸). یک زمینه یابی گسترده از دانشجویان نشان داد که، 70% آنها از برخی از اعضای بدن خود ناخوشنود بودند و 46% دانشجویان حداقل با جنبه خاصی از ظاهرشان اشتغال ذهنی داشتند و 28 درصد نیز ناخشنودی، اشتغال ذهنی و اختلال بدشکلی بدن را تجربه کرده‌اند (تسما^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۷). به طور کلی 3/2 تا 13 درصد از دانشجویان علائم اختلال بدشکلی بدن را داشتند (باهن و همکاران، ۲۰۰۲؛ کانسور^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۳؛ تاکی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۸؛ طلایی و همکاران، ۱۳۸۸؛ صاحب الزمانی و همکاران، ۱۳۹۱).

بر اساس مطالعات و پژوهش‌های مختلف، اختلال بدشکلی بدن، یک اختلال مجزا است اما با سایر اختلالات روانپزشکی همبودی بالایی دارد (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳). بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اغلب بیماری‌های روانی و اختلالات شخصیت متعددی را به صورت توأم دارا می‌باشند و ممکن است نشانه‌ای برای حضور اختلال بدشکلی بدن باشند که باید مورد توجه درمانگران قرار بگیرد. معمولاً افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن تشخیص افسردگی هم دارند به طوری که بیش از 50 درصد برآورد شده است (آلن و هلندر، ۲۰۰۴، به نقل از باچر و همکاران، ۱۳۸۸). در این مورد، به نظر می‌رسد که اختلالات شایع دیگری

10 Fitts

11 Zimmerman

12 Tasma

13 Cansever

14 Taqui

هم وجود دارند که با اختلال بدشکلی بدن همایند^{۱۵} هستند و بیش از یک سوم افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، فوبی اجتماعی دارند و در حدود یک سوم از افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، دارای اختلال وسواس فکری- عملی (OCD) هستند (فیلیپس، ۲۰۰۹). مطالعات مختلف نشان دادند که تقریباً نصف افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مشکلات مربوط به استفاده از دارو و الکل دارند (فیلیپس، ۲۰۰۹). همچنین همبودی اختلال بدشکلی بدن و اختلالات خوردن متداول است (گرت و همکاران، ۲۰۰۴، رافول و همکاران، ۲۰۰۶). در یک مطالعه از بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به طور میانگین ۲/۳۵ از آنها تشخیص اختلال شخصیت دریافت کردند و از این افراد ۸۷٪ دست کم یک اختلال شخصیت و ۵۳٪ به بیش از یک اختلال شخصیت دچار بودند و مجموعه C اختلالات شخصیت در آنها متداول تر بود (کوهن و همکاران، ۲۰۰۰).

پژوهش حاضر در صدد بررسی الگو و فراوانی نارضایتی و اشتغال ذهنی با وضعیت ظاهری بدن و تعیین شیوع اختلال بدشکلی بدن و همایندی آن با اختلال افسردگی اساسی، وسواس فکری- عملی، فوبی اجتماعی و اختلالات خوردن در دانشجویان دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران است.

روش شناسی تحقیق

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی می‌باشد. جامعه آماری مورد مطالعه این پژوهش دانشجویان دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران می‌باشد. که در این پژوهش ۱۰۰۰ نفر مورد آزمون قرار گرفتند. بدین صورت که از دانشگاه تهران به طور تصادفی ۹ دانشکده و از هر دانشکده ۳ رشته و از هر رشته ۲ کلاس و از دانشگاه علوم پزشکی تهران به طور تصادفی ۳ دانشکده و از هر دانشکده ۲ رشته و از هر رشته ۲ کلاس انتخاب شدند. روند کار به این صورت بود که پژوهشگر پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین دانشگاه‌ها و اخذ مجوزهای لازم در کلاس‌ها حضور یافت و ضمن برقراری ارتباط اولیه، هدف پژوهش، نحوه پاسخ گویی به گویه‌های هر آزمون را به اختصار توضیح داد و پرسشنامه‌ها را در بین دانشجویان توزیع و از آن‌ها خواست که سوالات را به دقت بخوانند و با صداقت گزینه‌ای را انتخاب کنند که بیشترین شباهت و انطباق را با آنان دارد و بر این نکته تاکید شد که برای هیچ یک از گویه‌های پرسشنامه‌ها پاسخی به عنوان غلط و صحیح وجود ندارد و احتیاجی به نوشتن نام و نام خانوادگی نیست و همچنین هیچ گونه محدودیت زمانی برای تکمیل پرسشنامه در نظر گرفته نشد. در ضمن نتایج آزمون‌ها برای دانشجویانی که تمایل داشتند، از طریق ایمیل ارسال گردید.

مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن

این مقیاس توسط فیلیپس و همکاران (۱۹۹۷) بر پایه شباهت پدیدارشناختی زیاد بین اختلال بدشکلی بدن و وسواس فکری - عملی اصلاح شده که یک مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته می‌باشد و شناخت‌ها، رفتارها، سطوح بینش، فعالیت‌ها و اجتناب مرتبط با اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵؛ فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷). این ابزار خودسنجی دارای ۱۲ سؤال است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را مورد سنجش قرار می‌دهد و دارای ساختار مرتبه‌ای دو عاملی (۱- وسواس فکری ۲- وسواس عملی) و دارای دو سؤال اضافی در مورد بینش و اجتناب می‌باشد. پاسخ دهندگان میزان توافق خود را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت نشان می‌دهند که از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم گسترده است. ۳ سؤال اول این مقیاس، ملاک تشخیصی DSM-IV برای اختلال بدشکلی بدن را نشان می‌دهد و به متخصصین یک نمره می‌دهد که نشان دهنده شدت اختلال بدشکلی بدن می‌باشد (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷).

برای بررسی روایی، این پرسشنامه را بر روی ۱۲۵ نفر (۶۳ مرد و ۶۲ زن) اجرا کردند و افرادی که تشخیص اختلال بدشکلی بدن گرفته بودند را مورد مصاحبه تشخیصی بر پایه معیارهای DSM_IV قرار دادند. ضریب پایایی این پرسش نامه را به روش باز

آزمایی، با فاصله یک هفته ۰/۸۸ و ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی را ۰/۸۰ به دست آوردند که نشان دهنده هماهنگی درونی بالای این مقیاس است و به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهد که این ابزار دارای روایی و پایایی مطلوبی می‌باشد (فیلیپس، ۲۰۰۵؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۱؛ فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷). در ایران همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه وسواس فکری - عملی پادوا^{۱۶} و مقیاس رضایت بدن^{۱۷} به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۳۳ گزارش شده است. پایایی این پرسش نامه، ۰/۸۰ به دست آمده است. ضریب روایی این مقیاس با مقیاس ترس از تصویر بدن، ۰/۵۸ به دست آمد. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد. همبستگی میان فرم‌ها در روش دو نیمه سازی ۰/۸۴ و ضریب دو نیمه سازی گاتمن ۰/۹۱ گزارش شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن در نمونه دانشجویان ایرانی از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است و می‌توان آن را در موارد تشخیصی و درمانی به کار برد (ربیعی و همکاران، ۱۳۸۸).

پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن (BDDQ۱۸)

این پرسشنامه توسط فیلیپس (۱۹۹۶) برای تشخیص اختلال بدشکلی بدن بزرگسالان بر اساس معیارهای DSM-IV تدوین شده است که سه ملاک اشتغال ذهنی^{۱۹}، پریشانی^{۲۰} و آسیب در عملکرد^{۲۱} را می‌سنجد. پرسش نامه اختلال بدشکلی بدن یک پرسشنامه خودگزارشی است که یک ابزار غربالگری محسوب می‌شود که وجود یا عدم وجود اختلال بدشکلی بدن را ارزیابی می‌کند. سوالات این پرسشنامه، به دو شکل باز و بسته پاسخ است این پرسشنامه شامل ۴ مجموعه سوال است. سوال اول، گزارش ناراضی‌تی و اشتغال ذهنی با بدشکلی و اجزایی از بدن را که فرد درباره آنها نگران است، مورد پرسش قرار می‌دهد. پرسش دوم، نگرانی درباره چاقی را می‌سنجد و پرسش سوم تاثیر اختلال را بر روی زندگی اجتماعی و یا ناراحتی از نظر بالینی را مورد توجه قرار می‌دهد، در مجموعه سوال سوم، درباره رفتارهای اجتنابی ناشی از اختلال نیز پرسش‌های باز پاسخی وجود دارد، سوال چهارم زمان صرف شده برای اشتغال ذهنی با اختلال را ارزیابی می‌کند. برای تشخیص اختلال، فرد باید به هر دو جز پرسش اول و به یکی از بخش‌های پرسش سوم پاسخ بله داده باشد و زمان صرف شده برای اشتغال ذهنی در پرسش چهارم ۱ تا ۳ ساعت یا بیشتر باشد. برای تکمیل معیارها حداقل فرد باید ۱ ساعت درباره نقص خود مشغولیت ذهنی داشته باشد. آنچه باید مورد توجه باشد، این است که این پرسشنامه ابزار غربالگری است، نه تشخیصی و فقط وجود اختلال را بیان می‌کند و تشخیص قطعی باید بر اساس مصاحبه بالینی انجام شود (فیلیپس، ۲۰۰۹).

اعتبار و پایایی این پرسش نامه توسط برخی از محققین تایید شده و با تشخیص بالینی این اختلال ارتباط بالایی دارد (باهن و همکاران، ۲۰۰۲؛ فیلیپس، ۲۰۰۹). ویل و همکاران (۱۹۹۶)، در مطالعه‌ای بر روی ۶۶ نفر از بیماران سرپایی که به یک مرکز روان پزشکی مراجعه کرده بودند مشخص نمودند که این پرسش نامه از حساسیت ۱۰۰٪ و قابلیت اختصاصی بودن ۸۹ درصد برخوردار می‌باشد (ویل و همکاران، ۱۹۹۶). در ایران نیز پایایی آزمون نیز با روش همسانی درونی آلفای کرونباخ روی ۱۰۰ نفر از آزمودنی‌ها به صورت پایلوت بررسی شد و با آلفای ۰/۸۳ مورد تایید قرار گرفت (طلایی و همکاران، ۱۳۸۷).

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI - II) ۲۲

از بین پرسشنامه‌هایی که برای سنجش افسردگی تهیه شده است، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است. BDI - II توسط بک و همکاران (۲۰۰۰) جهت سنجش شدت افسردگی برای بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا است که در واقع هم وجود و هم شدت نشانگان افسردگی را ارزشیابی می‌کند. تحقیقات هم نشان می‌دهد

- 16 Padua Inventory (P I)
- 17 Body satisfaction scal (Bss)
- 18 Body Dysmorphic Disorder Questionnaire for Adults
- 19 Preoccupation
- 20 Disteress
- 21 Impairment in performance
- 22 Beck Depression Inventory (II)

که به طور پایایی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی قبل و بعد از درمان و در دفعات متعدد کاربرد دارد، به ویژه که می‌توان با توجه به عوامل سه گانه افسردگی مشخص کرد که تغییرات در چه ابعادی رخ می‌دهد. پرسشنامه افسردگی بک اولیه مبتنی بر عبارات توصیفی خاصی مرتبط با نشانگانی بود که مکرراً توسط بیماران روانپزشکی مبتلا به افسردگی و به گونه نامکرر توسط بیماران روانپزشکی غیرافسرده بیان شده بود و هیچکدام از این عبارات در ارتباط با ثنوری خاصی انتخاب نشده بودند. در سال ۱۹۷۱، بک و همکارانش نسخه جدیدی را ارائه دادند که در آن جملات منفی دوگانه در چارچوب همان نشانگان قبلی حذف شده بودند. نهایتاً نسخه نهایی در سال ۱۹۷۸ تهیه و در سال ۱۹۷۹ به چاپ رسید. اما در حقیقت پژوهشگران از این چاپ بی‌اطلاع بودند و نسخه اولیه (۱۹۶۱) را مورد استفاده قرار می‌دادند. تا این که در سال ۱۹۷۸ یک کتابچه فنی راهنما توسط بک و استیر به چاپ رسید. در نسخه ۱۹۹۳ این کتابچه، بازنگری‌هایی بر دامنه نمرات برای تغییر سطوح مختلف شدت نشانگان افسردگی صورت گرفته بود. مورن و لمبرت (۱۹۸۳) با مقایسه محتوای BDI و ملاک‌های اختلال عاطفی در DSM-III اظهار داشتند که BDI تنها ۶ ملاک از ۹ ملاک افسردگی اساسی را پوشش می‌دهد. این پرسشنامه یکی از ملاک‌ها را اصلاً پوشش نمی‌داد و ۲ ملاک را هم به صورت ناقص پوشش می‌داد. این دو ملاک، وضعیت اشتها و خواب بود. در حالی که برخی از مبتلایان به افسردگی افزایش اشتها را گزارش می‌دهند. همینطور برای تغییرات در الگوی خواب اگر چه برخی از بیماران افزایش خواب را گزارش می‌دهند، سوالهای مربوط به افزایش اشتها و خواب در BDI حذف شده بود. چون بک (۱۹۶۷) دریافته بود که ۷۲ درصد بیماران کاهش اشتها و ۸۷ درصد کاهش خواب را گزارش می‌دهند. استیر و بک (۱۹۸۵) اظهار داشتند، از آنجایی که افزایش خواب و اشتها ممکن است در افراد بهنجار هم رخ دهد، پس احتساب آنها به عنوان نشانگان افسردگی ممکن است منتهی به برآورد نرخ بالای افسردگی (خطای مثبت) شود و بدینوسیله افرادی مبتلا به افسردگی تشخیص داده شوند که واقعا افسرده نیستند. از سوی دیگر در DSM-IV و DSM-III-R برخی نشانگان از جمله تغییر در تصویر بدنی، از دست دادن وزن و اشتغال ذهنی با بدن که فقط در بیماران مزمن و بیمارانی دیده می‌شود که به صورت طولانی مدت بستری می‌شوند حذف شدند. شایان ذکر است که در حال حاضر به تشخیص و درمان افسردگی در مراحل اولیه افسردگی توجه می‌شود. به همین دلیل نشانگان مذکور در BDI-II نیز حذف شدند. سرانجام در BDI-II فقط سه آیتم (تنبیه، افکار خودکشی و از دست دادن لیبیدو) دوباره نویسی نشدند. همچنین عنوان آیتم‌ها هم تغییر کرد. برای مثال عنوان سرزنش خود، به خود انتقادگری تغییر کرد. همانطور که قبلاً گفته شد نشانگان تغییر تصویر بدنی، از دست دادن وزن، اشتغال ذهنی با جسم و همچنین مشکل در کارکرد حذف و به جای آنها، بی‌قراری، احساس بی‌ارزشی، مشکل تمرکز و از دست دادن انرژی قرار گرفت. برای خواب و اشتها هر دو ابعاد کاهش و افزایش در نظر گرفته شدند و عنوان آن به تغییر الگوی خواب و الگوی اشتها، تبدیل شد. کناره‌گیری اجتماعی در BDI-II در آیتم از دست دادن علاقه، هر دو جنبه از دست دادن علاقه به مردم و علاقه به فعالیت‌ها را دربرگرفت. فرم تجدید نظر شده پرسشنامه افسردگی بک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد (بک، براون ۲۳ و استیر ۲۴، ۲۰۰۰). این پرسشنامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده که در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه بندی می‌شوند. آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان دهنده شدت علامت افسردگی در مورد خویش است را بر می‌گزیند. به هر ماده نمره‌های بین ۰ تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ دارد (مارنات، ۲۰۰۳).

مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. ثابت درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (بک، براون و استیر، ۲۰۰۰). همچنین دابسون، کیت استفان و محمد خانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای

دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. این مطالعه نشان داد که BDI-II در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسب برخوردار است و می‌توان به نمره‌های حاصل از آن برای تحلیل آماری و روان‌سنجی اعتماد کرد. به علاوه در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی BDI - II بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار باز آزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (غزایی، ۱۳۸۲).

پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی (MOCI) ۲۵

این پرسشنامه توسط هاجسون و راجمن^{۲۶} (۱۹۷۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطة مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده، نیمی با کلید درست و نیمی با کلید نادرست است و اجرای آن بسیار سریع و آسان است. در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادزلی، ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار دیگر به خوبی تفکیک کرده است. تحلیل محتوای بعدی پاسخهای ۱۰۰ بیمار، چهار جزء عمده را که منعکس کننده چهار نوع مشکل وسواسی در بیماران بود، مشخص کرد. این چهار جزء عبارتند از: بازبینی، تمیزی، کندی - تکرار و تردید- وظیفه شناسی. البته جزء پنجمی هم بود که می‌شد آن را نشخوار فکری نامید ولی این جزء تنها روی دو ماده وزن داشت. بنابراین بر اساس تحلیل موارد یادآور شده چهار مقیاس فرعی تشکیل شد. با استفاده از یک روش نمره گذاری ساده می‌توان یک نمره وسواسی کلی و چهار نمره فرعی بدست آورد. این پرسشنامه میزان ناتوانی و شدت مشکلات را که در برابر گستردگی آنها قرار دارد، نمی‌سنجد، با وجود این می‌تواند بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی را از سایر بیماران تشخیص دهد (هاجسون و راجمن، ۱۹۷۷، راجمن و هاجسون، ۱۹۸۰ به نقل از لیندزی، ۱۳۸۲). در پژوهشی با چهل بیمار، هاجسون و راجمن (۱۹۹۷) نشان دادند که نمره کل این پرسشنامه نسبت به تغییرات درمانی حساس است. به طور کلی پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی ابزار مناسبی برای درمانگران و پژوهشگران در رابطه با پیامد درمانی است. همچنین وسیله خوبی برای بررسی سبب‌شناسی، سیر و پیش‌آگهی انواع مختلف شکایتهای وسواسی است (امل کمپ و همکاران، ۱۹۸۵ به نقل از لیندزی، ۱۳۸۲).

پایایی و اعتبار این آزمون در مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های بالینی کشورهای مختلف تأیید شده است. به عنوان مثال سانویو همبستگی بین نمرات کل آزمودنی مادزلی و آزمون پادوا را ۰/۷۰ بدست آورد. ضریب پایایی محاسبه شده بین آزمون و آزمون مجدد بالا بوده است ($r=0/89$) (به نقل از راجمن و هاجسون، ۱۹۸۰). در ایران استکتی^{۲۷} و همکاران (۱۹۷۶) پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی ۰/۸۵ بدست آوردند و دادفر (۱۳۷۶) نیز ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون را ۰/۸۷ به دست آورد (دادفر، ۱۳۸۰) و همچنین تابان و نائینی اعتبار و پایایی این ابزار را در گروه دانشجویان مورد تایید قرار دادند (به نقل از زینالی، ۲۰۰۱).

پرسشنامه فوبی اجتماعی (SPIN) ۲۸

این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور^{۲۹} و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی فوبی اجتماعی تهیه گردید. این ابزار با دارا بودن ویژگی‌های با ثبات روان‌سنجی، می‌تواند به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علائم فوبی اجتماعی به کار رود. به علاوه می‌تواند به عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال فوبی اجتماعی کاربرد داشته باشد و در نهایت این مقیاس می‌تواند درمان‌های با کارایی متفاوت را از هم تمیز دهد (کانور و همکاران، ۲۰۰۰). این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی

25 Moudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)

26 Hodgson & Rachman

27 Steketee

28 Social Phobia Inventory (SPIN)

29 Connor

۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است و در آن هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای درجه بندی می‌شود و دارای مزیت‌هایی مثل کوتاه بودن، سادگی و آسانی نمره گذاری می‌باشد (آشتیانی، ۱۳۹۰).

این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش باز آزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال فوبی اجتماعی برابر با 0/78 تا 0/89 بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار 0/94 گزارش شده است. همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس 0/89، اجتناب 0/91 و ناراحتی فیزیولوژیک 0/80 گزارش شده است. ضریب آلفای کل مقیاس 0/79 به دست آمد. اعتبار همگرا^{۳۰} برای کل مقیاس در افراد مبتلا به فوبی اجتماعی در مقیاسه با نمرات سیاهه فوبی اجتماعی کوتاه^{۳۱} (BSPS) ضریب همبستگی ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ معناداری به دست آمد که اعتبار همگرای بالای این آزمون را نشان می‌دهد. اعتبار سازه^{۳۲} در مقیاسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال فوبی اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روانپزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان داد (امیر، فوآ و کولز^{۳۳}، ۱۹۹۸). طهماسبی مرادی (۱۳۸۴) در ایران برای بررسی پایایی، این پرسشنامه را روی ۱۲۳ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی اجرا کرد و روایی مطلوبی را برای آن گزارش داد و همچنین، پایایی این ابزار را با روش بازآزمایی ۰/۸۲ به دست آورد. همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۸۶ گزارش شد (طهماسبی مرادی، ۱۳۸۴ به نقل از زنجانی و همکاران، ۱۳۸۸).

پرسشنامه نگرش‌های خوردن EAT ۲۶ ۳۴

آزمون نگرش خوردن (گارنر و گارفینکل^{۳۵}، ۱۹۸۲) در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربالگری خود سنجی^{۳۶} برای باز خوردها (نگرش‌ها) و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می‌رود و رفتارهای کم خوری، اشتغال ذهنی با غذا، بی‌اشتهایی، پراشتهایی و نگرانی از چاق بودن را اندازه گیری می‌کند و به نظر می‌رسد بهترین پرسشنامه موجود باشد (ملونی^{۳۷} و همکاران، ۱۹۸۸). کارآمدی آن در شناسایی بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی تایید شده است. این پرسشنامه می‌تواند به عنوان مناسب‌ترین ابزار برای ارزیابی میزان نتیجه در گروه‌های بالینی یا ابزار غربالگری در گروه‌های غیربالینی به کار برده شود (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲). همبستگی فرم ۲۶ ماده‌ای با فرم ۴۰ ماده‌ای ۰/۹۸ گزارش شده است. فرم ۲۶ ماده‌ای آن دارای سه خرده مقیاس می‌باشد. مواد مربوط به اولین خرده مقیاس یعنی رژیم لاغری^{۳۸} (۱۳ ماده) به اجتناب از غذاهای چاق کننده و اشتغال ذهنی به لاغرتر بودن مربوط می‌شود. خرده مقیاس دوم پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا^{۳۹} (۶ ماده) شامل موادی است که افکار مربوط به غذا و به همان نسبت پرخوری را نشان می‌دهد. سومین خرده مقیاس یعنی مهار دهانی^{۴۰} (۷ ماده) مربوط می‌شود به مهار خود برای خوردن و فشاری که فرد از سوی دیگران برای افزایش وزن ادراک می‌کند. هر ماده در یک مقیاس لیکرت^{۴۱} شش گزینه‌ای نمره دهی می‌شود (تلن^{۴۲} و همکاران، ۱۹۹۵). آزمودنی برای هر پاسخ «همیشه» ۳ نمره، «بیشتر اوقات» ۲ نمره، «خیلی اوقات» ۱ نمره می‌گیرد و سه گزینه باقیمانده شامل «گاهی اوقات»، «بندرت» و «هرگز» دارای نمره صفر هستند. بنابراین نمره EAT-26 می‌تواند از صفر

30 Convergent Validity

31 Brief Social Phobia Scale

32 Construct Validity

33 Amir, Foa & Coles

34 Eating Attitudes Test

35 Garner & Garfinkel

36 self-rating

37 Maloney

38 dieting

39 bulimia and food preoccupation

40 oral control

41 likert scale

42 Thelen

تا ۷۸ باشد. نمره غربال کننده از حاصل جمع تعداد عباراتی که به صورت همیشه، بیشتر اوقات و خیلی اوقات پاسخ داده شده، به دست می‌آید. هر چه نمره فرد بالاتر باشد، مشکوک به اختلال خوردن محسوب می‌شود. بنابراین، در نمره گذاری EAT اگر پاسخی به صورت هرگز، به ندرت و گاهی اوقات، درجه بندی شود، با اهمیت تلقی نمی‌شود، در حالیکه اگر به صورت همیشه، بیشتر اوقات و خیلی اوقات، درجه بندی شود، می‌تواند نشانه هایی از یک مشکل بالینی باشد.

روایی همزمان^{۴۳} و روایی پیش بین^{۴۴} EAT و به همان نسبت پایایی^{۴۵} آن تایید شده است (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲). در اعتبار آزمون نگرش خوردن ضرایب آلفای ۰/۹۴ برای گروه غیر بالینی و بالینی ذکر شده است (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲) و در پژوهشی دیگر اعتبار باز آزمایی آن را با فاصله ۲ الی ۳ هفته‌ای در ۵۶ آزمودنی مقدار ۰/۸۴ گزارش شده است (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲ به نقل از یوسفی و همکاران، ۱۳۸۶). در مطالعه ای نوبخت در سال (۱۳۷۷) روایی محتوایی^{۴۶} برای EAT را مورد بررسی قرار داد و نتایج حاصل حاکی از روایی محتوایی مطلوب برای EAT بود همچنین پایایی EAT با استفاده از روش بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس نتایج حاصل همبستگی بین نمره‌های حاصل از اجرای دو مرحله پرسشنامه EAT در گروه مورد مطالعه، 0/91 گزارش شد که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد. اعتبار محتوایی فرم فارسی EAT_26 مطلوب و پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است. روایی ملاکی^{۴۷} EAT در رابطه با شناسایی افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن کاملاً^{۴۸} مطلوب گزارش شده است (نوبخت، ۱۳۷۷). به طور کلی آزمون، ابزار معتبری است و می‌توان از آن، جهت سنجش بازخوردها و رفتارهای بیمارگون خوردن در دانشجویان استفاده کرد (بابایی و همکاران، ۱۳۸۶).

یافته های تحقیق

فرضیه ۱- بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران در شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنادار وجود دارد.

برای مقایسه شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان دختر و پسر از آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

جدول ۱- شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان دختر و پسر

| P-value | اختلال بدشکلی بدن | | | | متغیر | جنسیت |
|---------|-------------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| | ندارند | | دارند | | | |
| 0/280 | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | مذکر | |
| | 85/5 | 307 | 14/5 | 52 | | |
| | 88 | 564 | 12 | 77 | مونث | |

همانگونه که در جدول مشاهده می‌شود، در میان ۶۴۱ نفر مونث، ۷۷ نفر (۱۲٪) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند که 59/7 درصد افراد مبتلا را تشکیل می‌دادند. در میان ۳۵۹ نفر مذکر نیز، ۵۲ نفر (14/5%) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند که 40/3 درصد افراد مبتلا را تشکیل می‌دادند. در مقایسه فراوانی دانشجویان مذکر و مونث مورد مطالعه به تفکیک وجود و عدم

43 concurrent validity

44 predicative validity

45 reliability

46 content validity

47 criterion validity

وجود علائم اختلال بدشکلی بدن با توجه به آزمون دقیق فیشر تفاوت آماری معنادار گزارش نشد ($P=0/280$). یعنی بین دو متغیر جنسیت و شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن ارتباط معنادار وجود ندارد.

فرضیه ۲- بین دانشجویان گروه سنی مختلف دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران در شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنادار وجود دارد.

برای مقایسه شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دو گروه سنی دانشجویان از آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

جدول ۲- شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دو گروه سنی دانشجویان

| P-value | اختلال بدشکلی بدن | | | | متغیر | |
|---------|-------------------|---------|-------|---------|-------------------|----|
| | ندارند | | دارند | | | |
| 0/045* | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | ۱۸ تا ۲۵ | سن |
| | ۸۶ | ۶۷۵ | ۱۴ | ۱۱۰ | | |
| | 91/2 | ۱۹۶ | ۸/۸ | ۱۹ | ۲۶ تا ۳۰ و بالاتر | |

*: $P < 0.05$

همانگونه که در جدول مشاهده می‌شود، در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۷۸۵ نفر قرار داشتند که ۱۱۰ نفر (۱۴٪) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند و ۸۵/۳٪ افراد مبتلا را تشکیل می‌دادند. در گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال و بالاتر، از ۲۱۵ نفری که قرار داشتند، ۱۹ نفر (۸/۸٪) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند و ۱۴/۷٪ افراد مبتلا را تشکیل می‌دادند. در مقایسه فراوانی دو گروه سنی از دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک وجود و عدم وجود علائم اختلال بدشکلی بدن با توجه به آزمون دقیق فیشر تفاوت آماری معنادار گزارش شد ($P=0/045$). یعنی بین دو متغیر سن و شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن ارتباط معنادار وجود دارد.

فرضیه ۳- بین دانشجویان مجرد و متاهل دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران در شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنادار وجود دارد. برای مقایسه شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان مجرد و متاهل از آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

جدول ۳- شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان مجرد و متاهل

| P-value | اختلال بدشکلی بدن | | | | متغیر | |
|---------|-------------------|--------|-------|--------|-------|------------|
| | ندارند | | دارند | | | |
| 1/000 | درصد | فراواذ | درصد | فراواذ | مجرد | وضعیت تاهل |
| | 87/1 | ۷۵۴ | 12/9 | ۱۱۲ | | |
| | 87/3 | ۱۱۷ | 12/7 | ۱۷ | متاهل | |

همانگونه که در جدول مشاهده می‌شود، در میان ۸۶۶ نفر مجرد، ۱۱۲ نفر (12/9%) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند که 86/8 درصد افراد مبتلا را تشکیل می‌دادند، و در میان ۱۳۴ نفر متأهل نیز، ۱۷ نفر (12/7%) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند که 13/2 درصد افراد مبتلا را تشکیل می‌دادند.

در مقایسه فراوانی دانشجویان مجرد و متأهل مورد مطالعه به تفکیک وجود و عدم وجود علائم اختلال بدشکلی بدن با توجه به آزمون دقیق فیشر تفاوت آماری معنادار گزارش نشد ($P=1/000$). یعنی بین دو متغیر وضعیت تاهل و شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن ارتباط معنادار وجود ندارد.

فرضیه ۴- بین دانشجویان با وضعیت مالی متفاوت دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران در شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنادار وجود دارد.

برای مقایسه شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان با وضعیت مالی متفاوت از آزمون مجذور کای استفاده شد.

جدول ۴- شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان با وضعیت مالی متفاوت

| P-value | اختلال بدشکلی بدن | | | | متغیر | * |
|---------|-------------------|--------|-------|--------|-------|--------------------|
| | ندارند | | دارند | | | |
| 0/041* | درصد | فراواز | درصد | فراواز | ضعیف | وضعیت مالی خانواده |
| | ی | ی | ی | ی | | |
| | 73/2 | 30 | 26/8 | ۱۱ | | |
| | 86/7 | 431 | 13/3 | 66 | متوسط | |
| | 88/7 | 376 | 11/3 | 48 | خوب | |
| | 89/5 | 34 | 10/5 | 4 | عالی | |

همانگونه که در جدول مشاهده می‌شود، از ۴۱ دانشجوی دارای وضعیت مالی ضعیف، ۱۱ نفر (26/8%) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند و 8/5% افراد مبتلا را تشکیل می‌دادند و از ۳۸ دانشجوی دارای وضعیت مالی عالی، ۴ نفر (10/5%) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند و 3/1% افراد مبتلا را تشکیل می‌دادند. در مقایسه فراوانی وضعیت مالی‌های متفاوت از دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک وجود و عدم وجود علائم اختلال بدشکلی بدن با توجه به آزمون مجذور کای تفاوت آماری معنادار گزارش شد ($P=0/041$). یعنی بین دو متغیر وضعیت مالی خانواده و شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن ارتباط معنادار وجود دارد.

فرضیه ۵- بین دانشجویان دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران با و بدون سابقه جراحی زیبایی در شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنادار وجود دارد.

برای مقایسه شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان با و بدون سابقه جراحی زیبایی از آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

جدول ۵- شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان با و بدون سابقه جراحی زیبایی

| P-value | اختلال بدشکلی بدن | | | | متغیر | سابقه جراحی زیبایی |
|---------|-------------------|--------|-------|--------|------------|--------------------|
| | ندارند | | دارند | | | |
| 0/043* | درصد | فراوان | درصد | فراوان | داشته اند | P<0.05 |
| | 82/1 | 138 | 17/9 | ۳۰ | | |
| | 88/1 | 733 | 11/9 | 99 | نداشته اند | |

همانگونه که در جدول مشاهده می‌شود، در میان ۱۶۸ نفری که سابقه جراحی زیبایی داشتند (۳۷ نفر مذکر و ۱۳۱ نفر مونث)، ۳۰ نفر (17/9%) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند که 23/3 درصد افراد مبتلا را تشکیل می‌دادند. در میان ۸۳۲ نفری که سابقه جراحی زیبایی نداشتند، ۹۹ نفر (11/9%) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند که 76/7 درصد افراد مبتلا را تشکیل می‌دادند. در مقایسه فراوانی دو گروه از دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک وجود و عدم وجود علائم اختلال بدشکلی بدن با توجه به آزمون دقیق فیشر تفاوت آماری معنادار گزارش شد (P=0/043). یعنی بین دو متغیر سابقه جراحی زیبایی و شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن ارتباط معنادار وجود دارد.

فرضیه ۶- بین علائم اختلال بدشکلی بدن و علائم اختلال اضطراب اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۶- رابطه بین علائم اختلال بدشکلی بدن با علائم اختلال اضطراب اجتماعی و خرده مقیاسهای آنها

| اجتناب | بینش | وسواس عملی | وسواس فکری | بدشکلی بدن | متغیر |
|--------|--------|------------|------------|------------|--------------------|
| 0/41** | 0/32** | 0/36** | 0/35** | 0/39** | اضطراب اجتماعی |
| 0/42** | 0/34** | 0/37** | 0/37** | 0/41** | ترس |
| 0/36** | 0/26** | 0/32** | 0/29** | 0/34** | اجتناب |
| 0/33** | 0/29** | 0/30** | 0/30** | 0/33** | ناراحتی فیزیولوژیک |

** p<0.01

ضریب همبستگی پیرسون میان اختلال بدشکلی بدن و اختلال اضطراب اجتماعی برابر $r=0/39$ و در $p<0.01$ معنی دار است. این به معنی وجود رابطه معنادار میان اختلال بدشکلی بدن و اختلال اضطراب اجتماعی است و چون مقدار ضریب همبستگی عددی مثبت است بین دو متغیر رابطه مستقیم وجود دارد یعنی با افزایش هر یک از این متغیرها مقدار متغیر دیگر نیز افزایش می‌یابد. بین تمام خرده مقیاسهای اختلال بدشکلی بدن و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد و در $p<0.01$ معنی دار است. بیشترین همبستگی بین خرده مقیاس «ترس» اختلال اضطراب اجتماعی و «اجتناب» اختلال بدشکلی بدن ($r=0/42$) و کمترین همبستگی بین خرده مقیاس «اجتناب» اختلال اضطراب اجتماعی و «بینش» اختلال بدشکلی بدن ($r=0/26$) وجود دارد.

فرضیه ۷- بین علائم اختلال بدشکلی بدن و علائم اختلال افسردگی اساسی رابطه معناداری وجود دارد.
جدول ۷- رابطه بین علائم اختلال بدشکلی بدن با علائم اختلال افسردگی اساسی و خرده مقیاسهای آنها

| متغیر | بدشکلی بدن | وسواس فکری | وسواس عملی | بینش | اجتناب |
|------------------|------------|------------|------------|--------|--------|
| افسردگی اساسی | 0/36** | 0/32** | 0/32** | 0/31** | 0/35** |
| نشانه‌های عاطفی | 0/34** | 0/30** | 0/30** | 0/30** | 0/31** |
| نشانه‌های شناختی | 0/35** | 0/33** | 0/30** | 0/31** | 0/35** |
| نشانه‌های جسمانی | 0/28** | 0/25** | 0/26** | 0/21** | 0/28** |

** : $p < 0.01$

ضریب همبستگی پیرسون میان اختلال بدشکلی بدن و اختلال افسردگی اساسی برابر $r = 0/36$ و در $p < 0.01$ معنی دار است. این به معنی وجود رابطه معنادار میان اختلال بدشکلی بدن و اختلال افسردگی اساسی است و چون مقدار ضریب همبستگی عددی مثبت است بین دو متغیر رابطه مستقیم وجود دارد یعنی با افزایش هر یک از این متغیرها مقدار متغیر دیگر نیز افزایش می‌یابد. بین تمام خرده مقیاسهای اختلال بدشکلی بدن و اختلال افسردگی اساسی رابطه وجود دارد و در $p < 0.01$ معنی دار است. بیشترین همبستگی بین خرده مقیاس «نشانه‌های شناختی» اختلال افسردگی اساسی و «اجتناب» اختلال بدشکلی بدن ($r = 0/35$) و کمترین همبستگی بین خرده مقیاس «نشانه‌های شناختی» اختلال افسردگی اساسی و «بینش» اختلال بدشکلی بدن ($r = 0/21$) وجود دارد.

فرضیه ۸- بین علائم اختلال بدشکلی بدن و علائم اختلال وسواس فکری - عملی رابطه معناداری وجود دارد.
جدول ۸- رابطه بین علائم اختلال بدشکلی بدن با علائم اختلال وسواس فکری - عملی و خرده مقیاسهای آنها

| متغیر | بدشکلی بدن | وسواس فکری | وسواس عملی | بینش | اجتناب |
|---------------------|------------|------------|------------|--------|--------|
| وسواس فکری - عملی | 0/30** | 0/28** | 0/28** | 0/24** | 0/22** |
| بازبینی | 0/28** | 0/27** | 0/26** | 0/23** | 0/23** |
| تمیزی | 0/14** | 0/12** | 0/16** | 0/12** | 0/05 |
| کندی - تکرار | 0/01 | -0/02 | 0/05 | -0/03 | -0/03 |
| تردید - وظیفه شناسی | 0/26** | 0/25** | 0/23** | 0/23** | 0/25** |

** : $p < 0.01$

ضریب همبستگی پیرسون میان اختلال بدشکلی بدن و اختلال وسواس فکری - عملی برابر $r = 0/30$ و در $p < 0.01$ معنی دار است. این به معنی وجود رابطه معنادار میان اختلال بدشکلی بدن و اختلال وسواس فکری - عملی است و چون مقدار ضریب همبستگی عددی مثبت است بین دو متغیر رابطه مستقیم وجود دارد یعنی با افزایش هر یک از این متغیرها مقدار متغیر دیگر نیز افزایش می‌یابد. بین بیشتر خرده مقیاسهای اختلال بدشکلی بدن و اختلال وسواس فکری - عملی رابطه وجود دارد و در $p < 0.01$ معنی دار است. بیشترین همبستگی بین خرده مقیاس «بازبینی» اختلال وسواس فکری - عملی و «وسواس فکری» اختلال بدشکلی

بدن ($r=0/27$) و کمترین همبستگی بین خرده مقیاس «تمیزی» اختلال وسواس فکری- عملی و «بینش» و «وسواس فکری» اختلال بدشکلی بدن ($r=0/12$) وجود دارد. بین خرده مقیاس «کندی-تکرار» اختلال وسواس فکری- عملی با خرده مقیاسهای اختلال بدشکلی بدن و نیز بین خرده مقیاس «تمیزی» اختلال وسواس فکری- عملی و خرده مقیاس «اجتناب» اختلال بدشکلی بدن رابطه معنی دار وجود ندارد.

فرضیه ۹- بین علائم اختلال بدشکلی بدن و علائم اختلالات خوردن رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۹- رابطه بین علائم اختلال بدشکلی بدن با علائم اختلالات خوردن و خرده مقیاسهای آنها

| متغیر | بدشکلی بدن | وسواس فکری | وسواس عملی | بینش | اجتناب |
|----------------|------------|------------|------------|--------|--------|
| اختلالات خوردن | 0/21** | 0/19** | 0/20** | 0/21** | 0/13** |
| رژیم لاغری | 0/20** | 0/19** | 0/18** | 0/19** | 0/13** |
| پر خوری | 0/14** | 0/11** | 0/15** | 0/10** | 0/08* |
| مهاردهانی | 0/08** | 0/07* | 0/08* | 0/11** | 0/05 |

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$

ضریب همبستگی پیرسون میان اختلال بدشکلی بدن اختلالات خوردن برابر $r=0/21$ و در $p < 0.01$ معنی دار است. این به معنی وجود رابطه معنادار میان اختلال بدشکلی بدن و اختلالات خوردن است و چون مقدار ضریب همبستگی عددی مثبت است بین دو متغیر رابطه مستقیم وجود دارد یعنی با افزایش هر یک از این متغیرها مقدار متغیر دیگر نیز افزایش می‌یابد. بین تمام خرده مقیاسهای اختلال بدشکلی بدن و اختلالات خوردن به جز «مهاردهانی» اختلالات خوردن و «اجتناب» اختلال بدشکلی بدن، رابطه وجود دارد و در اکثر خرده مقیاسها در $p < 0.01$ معنی دار است. بیشترین همبستگی بین خرده مقیاس «رژیم لاغری» اختلالات خوردن و «بینش» اختلال بدشکلی بدن ($r=0/19$) و کمترین همبستگی بین خرده مقیاس «مهاردهانی» اختلالات خوردن و «وسواس فکری» اختلال بدشکلی بدن ($r=0/07$) وجود دارد.

نتیجه گیری

فرضیه ۱- بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران در شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنادار وجود ندارد.

در این مطالعه، در میان دانشجویان پسر، ۵۲ نفر (۱۴/۵٪) و در میان دانشجویان دختر ۷۷ نفر (۱۲٪) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند. هرچند که شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان پسر کمی بیشتر از دانشجویان دختر بود ولی شدت اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان پسر کمتر از دانشجویان دختر گزارش شد. در مقایسه فراوانی دانشجویان مذکر و مونث به تفکیک وجود و عدم وجود علائم اختلال بدشکلی بدن، تفاوت آماری معنادار گزارش نشد ($P=0/280$) و بین جنسیت و شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن ارتباط معنادار وجود نداشت که با یافته‌های تحقیقات انجام شده در ایران توسط طلایی و همکاران (۱۳۸۸) و فتح‌العلومی و همکاران (۲۰۱۲) همسو بود. پس به نظر می‌رسد که اختلال بدشکلی بدن از نظر پراکندگی در دو جنس تقریباً مشابه است و هیچکدام از تحقیقات انجام شده تا کنون تفاوت معناداری را بین جنسیت و شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن گزارش نکرده‌اند. در مطالعه حاضر شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان پسر کمی بیشتر از دانشجویان دختر بود که با

تحقیقات هلندر و همکاران (۱۹۹۳)، پروگی و همکاران (۱۹۹۷)، بین ونو و همکاران (۲۰۰۰)، تاکی و همکاران (۲۰۰۸)، طلائی و همکاران (۱۳۸۸)، احسانی و همکاران (۱۳۹۱) و بساک نژاد و همکاران (۱۳۹۱) همسو بود.

فرضیه ۲- بین دانشجویان گروه سنی مختلف دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران در شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنادار وجود دارد.

در این پژوهش در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۱۱۰ نفر (۱۴٪) و در گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال و بالاتر، ۱۹ نفر (۸/۸٪) دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند، که شدت اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال بیشتر از دانشجویان گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال و بالاتر، گزارش شد. در مقایسه فراوانی دو گروه سنی از دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک وجود و عدم وجود علائم اختلال بدشکلی بدن، تفاوت آماری معنادار گزارش شد ($P=0/045$) و بین سن و شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن ارتباط معنادار وجود داشت. در مطالعات مختلف بر روی مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن در هر دو جنس، طبق یافته‌ها بر اساس پژوهش‌های منتشر شده، شایع‌ترین سن شروع اختلال بدشکلی بدن ۱۳ سالگی و کمترین سنی که اختلال بدشکلی بدن بروز میکند ۴ سالگی و بالاترین سن ۴۹ سالگی بود و سن دو سوم از مبتلایان بین ۹ تا ۲۳ سالگی بود و نتایج نشان داد که اختلال بدشکلی بدن در اوایل نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و هرچه سن بیشتر می‌شود میزان شیوع کاهش می‌یابد که خلاصه نتایج در نمودار ۵-۱ آورده شده است (نظیر اوغلو و توییس، ۱۹۹۳؛ توماس و همکاران، ۱۹۹۵؛ فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۵؛ ویل و همکاران، ۱۹۹۶؛ فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷؛ مایویلی و همکاران، ۱۹۹۹؛ آلبرتینی و فیلیپس، ۱۹۹۹؛ باهن و همکاران، ۲۰۰۲؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ فانتنل و همکاران، ۲۰۰۶؛ کوابرا و همکاران، ۲۰۰۷؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از فیلیپس، ۲۰۰۹). مطالعه حاضر نیز با یافته‌های تحقیقات فوق همسو می‌باشد، به طوری که در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال اختلال بدشکلی بدن شایع‌تر بود (۱۴٪) و با افزایش سن شیوع اختلال کاهش یافت و بین دو گروه سنی در شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنادار گزارش شد.

فرضیه ۳- بین دانشجویان مجرد و متاهل دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران در شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنادار وجود دارد.

در این مطالعه، ۱۱۲ نفر (۱۲/۹٪) از دانشجویان مجرد و ۱۷ نفر (۱۲/۷٪) از دانشجویان متاهل دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند که شیوع و شدت علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان مجرد کمی بیشتر از دانشجویان متاهل گزارش شد ولی در مقایسه فراوانی دانشجویان مجرد و متاهل به تفکیک وجود و عدم وجود علائم اختلال بدشکلی بدن، تفاوت آماری معنادار گزارش نشد ($P=1/000$) و بین وضعیت تاهل و شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن در این گروه نمونه ارتباط معنادار وجود نداشت. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن احتمال بیشتری دارد که اصلاً ازدواج نکنند (حدود دو سوم از افراد مبتلا) یا اینکه طلاق بگیرند (حدود ۱۲٪) (ویل و همکاران، ۱۹۹۶؛ فیلیپس و دیاز، ۱۹۹۷؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۶؛ فانتنل و همکاران، ۲۰۰۶؛ کوابرا و همکاران، ۲۰۰۷؛ فیلیپس، ۲۰۰۹؛ کولی و همکاران، ۲۰۱۱) و در پژوهش‌های مختلف شیوع اختلال بدشکلی بدن در افراد مجرد بیش از متاهل گزارش شده است (فیلیپس، ۲۰۰۹؛ طلائی و همکاران، ۱۳۸۸؛ احسانی و همکاران، ۱۳۹۱) چون طبق تحقیقات مختلف شایع‌ترین پیامد اختلال بدشکلی بدن تداخل در فعالیتهای اجتماعی و ارتباطی افراد مبتلا گزارش شده است (نزدیک به ۹۹ درصد) و معمولاً افراد مبتلا از روابط بین فردی و صمیمیت اجتناب می‌کنند ولی گاهی هم دوست دارند که روابط بین فردی داشته باشند، ولی به دلیل خودهشیاری بالا، ترس از طرد، خجالت و عزت نفس پایین موفق

به این کار نمی‌شوند. در بعضی از افراد متاهل نیز چون آنها وقت زیادی را صرف افکار و رفتارهای وسواسی مربوط به بدشکلی دریافتی خود می‌کنند، این باعث تداخل در سایر مسئولیت‌هایشان (مراقبت از فرزند، اداره خانه و غیره) می‌گردد و معمولاً با همسر و سایر اعضای خانواده دچار مشکل می‌شوند (فیلیس، ۲۰۰۹). اکثر تحقیقات فوق در جمعیت عمومی بزرگسال انجام شده است در صورتیکه گروه نمونه مطالعه حاضر دانشجویان بودند که اکثریت در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال قرار داشتند و مجرد بودن آنها نمی‌تواند تنها دلیل بر عدم تمایل یا ناتوانی آنها در ایجاد روابط صمیمانه و اجتماعی با جنس مخالف باشد بلکه بیشتر به خاطر محدودیتهایی مثل پایین بودن سن، اشتغال به تحصیل، نداشتن منبع درآمد ثابت (به ویژه در دانشجویان پسر) و غیره می‌باشد و ممکن است همین عامل سبب عدم تفاوت آماری معنادار بین وجود اختلال بدشکلی بدن و وضعیت تاهل گردد.

فرضیه ۴- بین دانشجویان با وضعیت مالی متفاوت دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران در شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنادار وجود دارد.

در این مطالعه، 26/8 درصد از دانشجویان با وضعیت مالی «ضعیف»، 13/3 درصد از دانشجویان با وضعیت مالی «متوسط»، 11/3 درصد از دانشجویان با وضعیت مالی «خوب» و 10/5 درصد از دانشجویان با وضعیت مالی «عالی»، دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند. در این پژوهش هرچه وضعیت مالی دانشجویان بهتر می‌گردد علائم اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان کمتر گزارش شده است. در مقایسه فراوانی وضعیت مالی دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک وجود و عدم وجود علائم اختلال بدشکلی بدن، تفاوت آماری معنادار گزارش شد ($P=0/041$)، به عبارتی بین وضعیت مالی خانواده و شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن ارتباط معنادار وجود دارد. به طور کلی مطالعات پیشین به این نتیجه دست یافتند که اکثر افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن از لحاظ اقتصادی در طبقه پایینی قرار دارند (اوزان و همکاران، ۲۰۰۳؛ کانرادو، ۲۰۱۰؛ حسینی و همکاران، ۲۰۱۰) و حدود ۸۵٪ از مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن از نظر اقتصادی به دیگران وابسته هستند (فانتل و همکاران، ۲۰۰۶؛ کوایرا و همکاران، ۲۰۰۷). صاحب‌الزمانی و همکاران (۱۳۹۱)، نیز در دانشجویان بین میزان درآمد ماهیانه و شیوع اختلال بدشکلی بدن رابطه معنادار را گزارش دادند به طوری که با افزایش میزان درآمد ماهیانه شیوع اختلال بدشکلی بدن افزایش می‌یافت و همچنین تفاوت معنادار بین این دو متغیر برآورد شد. نتایج مطالعه حاضر نیز همسو با تمام تحقیقات انجام شده (اوزان و همکاران، ۲۰۰۳؛ کانرادو، ۲۰۱۰؛ فانتل و همکاران، ۲۰۰۶؛ کوایرا و همکاران، ۲۰۰۷؛ حسینی و همکاران، ۲۰۱۰؛ صاحب‌الزمانی و همکاران، ۱۳۹۱) می‌باشد. مسائل اقتصادی در تأمین بهداشت روانی انسان‌ها نقشی بسیار مهم ایفا می‌کند. تحقیقات مختلف رابطه بین وضعیت اقتصادی و بهداشت روانی را تأیید می‌کنند و مشخص شده است که افراد طبقه اقتصادی پایین‌تر، حدود 2/5 برابر بیشتر از طبقات بالاتر احتمال ابتلا به اختلالات روانپزشکی را دارند (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا) که به دلیل عدم برخورداری از جایگاه شایسته در جامعه، کاهش عزت‌نفس و ناتوانی برای رهایی از بیماری روانی و بازیابی سلامت و غیره می‌باشد (پیلگریم، ۲۰۰۵ به نقل از موسوی اصل، ۱۳۸۸).

فرضیه ۵- بین دانشجویان دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران با و بدون سابقه جراحی زیبایی در شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنادار وجود دارد.

در این مطالعه، 17/9٪ از دانشجویان با سابقه جراحی زیبایی و 11/9٪ از دانشجویان بدون سابقه جراحی زیبایی، دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بودند و شدت اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان بدون سابقه جراحی زیبایی کمتر از دانشجویان با سابقه جراحی زیبایی بود. شیوع اختلال بدشکلی بدن در دانشجویانی که از جراحی زیبایی رضایت کمتری داشتند (33/3٪) نسبت به

دانشجویان با رضایت بیشتر بالاتر بود. که در تحقیقات مختلف نیز گزارش شده است که بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن معمولاً انتظارات واقع‌گرایانه از نتایج جراحی زیبایی ندارند و معمولاً ناراضی هستند (هنس، ۱۹۹۶؛ گرسبارت و سارور، ۲۰۰۳). در مقایسه فراوانی دو گروه از دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک وجود و عدم وجود علائم اختلال بدشکلی بدن، تفاوت آماری معنادار گزارش شد ($P=0/043$)، به عبارتی بین سابقه جراحی زیبایی و شیوع علائم اختلال بدشکلی بدن ارتباط معنادار وجود دارد. یافته‌های مطالعات مختلف نشان دادند که تصویر بدنی منفی با نگرش مثبت‌تر نسبت به جراحی زیبایی همراه است (کش و همکاران، ۲۰۰۵؛ هندرسون-کینگ، ۲۰۰۵؛ ون سوئیت و همکاران، ۲۰۰۶؛ براون و همکاران، ۲۰۰۷؛ سوامی و همکاران، ۲۰۰۸) و اشتغال ذهنی با نقص ظاهری در برابر نیاز نداشتن به جراحی، مقاوم است (تسما و همکاران، ۱۹۹۷) و افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اولین گزینه برای رفع نقص خود را جراحی زیبایی می‌دانند (ویل، ۲۰۰۳؛ بساک نژاد و همکاران، ۲۰۰۷) و بین اختلال بدشکلی بدن و تمایل و سابقه جراحی زیبایی ارتباط وجود دارد (سارور و همکاران، ۱۹۹۸؛ ویل، ۲۰۰۳؛ بساک نژاد و همکاران، ۲۰۰۷؛ ذاکرمنند و آبراهام، ۲۰۰۸) و برخی مشاهدات نشان داده‌اند که اکثر افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اقدام به عمل جراحی می‌کنند (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳؛ ویل، ۲۰۰۳؛ تیگنل و همکاران، ۲۰۰۷) و بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نسبت به افراد بدون اختلال بدشکلی بدن به طور معناداری سابقه بیشتری از جراحی زیبایی را گزارش کردند ($15/6\%$ در برابر 3%) (بوهلمن و همکاران، ۲۰۱۰) که مطالعه حاضر همسو با تمامی تحقیقات انجام شده می‌باشد.

یکی از دلایل جستجوی درمانهای زیباسازی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، این است که آگاه نیستند که مشکلشان یک اختلال روانپزشکی است و درمانهای بهداشت روان اغلب برای آن موثر می‌باشد (نظیر اوغلو و همکاران، ۲۰۰۳)، همچنین چون افراد مبتلا عزت نفس پایینی دارند و در تحقیقات بیان شده که میزان عزت نفس افراد با احتمال پذیرش جراحی زیبایی رابطه منفی دارد، به همین علت افراد با عزت نفس پایین از جراحی زیبایی به عنوان وسیله‌ای برای بهبود خودانگاره کلی استفاده می‌کنند (سوامی و همکاران، ۲۰۰۹) و مبتلایان تنها روش افزایش اعتماد به نفس خود را بهبود ظاهر می‌دانند و با جراحی زیبایی می‌کوشند بدشکلی خود را برطرف کنند، پس اقدام به عمل جراحی در افراد مبتلا معمولاً شایع‌تر است (فیلیس و همکاران، ۱۹۹۳). گزارش‌های اولیه بالینی نشان داده‌اند که تعداد بسیار زیادی از بیماران اختلال بدشکلی بدنی از جراحی زیبایی سود نمی‌برند و بعد از جراحی، اغلب بر روی همان ویژگی متمرکز می‌مانند یا بر ویژگی‌های دیگری متمرکز می‌شوند (گروسبارت و سارور، ۲۰۰۳).

فرضیه ۶- بین علائم اختلال بدشکلی بدن و علائم اختلال اضطراب اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

تحقیق حاضر نشان داد که بین اختلال بدشکلی بدن و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه مستقیم وجود دارد ($r=0/394$) و در سطح $P<0/01$ معنی دار است و بین تمام خرده مقیاسهای اختلال بدشکلی بدن و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه معنادار در سطح $P<0/01$ وجود دارد. در این مطالعه، علائم اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به سایر اختلالات (اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسواس فکری- عملی و اختلالات خوردن) بیشترین همبستگی را با علائم اختلال بدشکلی بدن داشت و نتایج، شانس وجود علائم اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دارای علائم اختلال بدشکلی بدن را $5/540$ برابر دانشجویان فاقد علائم اختلال بدشکلی بدن برآورد کرد. نتایج این مطالعه همسو با یافته‌های تحقیقات الی و همکاران (۱۹۷۴)، بارادک و همکاران (۱۹۸۲)، استارمی و اسلند (۱۹۸۶)، فیلیس (۱۹۹۱)، ویل و همکاران (۱۹۹۶)، فیلیس (۱۹۹۶)، ویلهلم و همکاران (۱۹۹۷)، مارکز و همکاران (۱۹۹۸)، بیبی و همکاران (۱۹۹۸)، هلندر و همکاران (۱۹۹۹)، سارور و کیریند (۲۰۰۲)، نیرنبرگ و همکاران (۲۰۰۲)،

گنستاد (۲۰۰۳)، کاپلان و سادوک (۲۰۰۳)، کش (۲۰۰۴)، فردا و گمیز (۲۰۰۴)، فیلیپس (۲۰۰۵)، پنیو و همکاران (۲۰۰۵)، ریف و همکاران (۲۰۰۶)، کالس و همکاران (۲۰۰۶)، فیلیپس (۲۰۰۷)، اتو و همکاران (۲۰۰۷)، کاترین (۲۰۱۰)، تیگنل و همکاران (۲۰۰۷)، فانگ و همکاران (۲۰۱۰)، کلی و همکاران (۲۰۱۰)، لیو و همکاران (۲۰۱۰)، کولی و همکاران (۲۰۱۱)، فیلیپس (۲۰۱۲)، مافادر و همکاران (۲۰۱۳)، مافادل و همکاران (۲۰۱۳)، برنسون و همکاران (۲۰۱۳)، همچنین همسو با یافته‌های پژوهش‌های فتح‌العلومی و همکاران (۲۰۱۲) و برهمند و شهبازی (۲۰۱۳) در ایران می‌باشد. بین اختلال بدشکلی بدن و اختلال اضطراب اجتماعی شباهت‌های زیادی وجود دارد، به طوری که مارکز (۱۹۸۹) به دلیل اضطراب بالا و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، ترس از انتقاد و نگرانی درباره ظاهر جسمانی اختلال بدشکلی بدن را به عنوان شکلی از فوبی اجتماعی توصیف کرد و در ژاپن، اختلال بدشکلی بدن جزئی از گروه بزرگتری از اختلالات است که با فوبی اجتماعی شباهت دارد (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳). نسبت جنسی، سن شروع و سیر بیماری در هر دو اختلال شبیه است (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳؛ فیلیپس، ۱۹۹۶) و اجتناب، ترس از تحت نظر بودن، احساس شرمندگی، اشتغال ذهنی درباره دیدگاه دیگران، ترس از ارزیابی منفی، خجالت، شرمندگی، مسخره شدن و طرد شدن در هر دو اختلال وجود دارد (هلندر و همکاران، ۱۹۹۲؛ هلندر و همکاران، ۱۹۹۳).

فرضیه ۷- بین علائم اختلال بدشکلی بدن و علائم اختلال افسردگی اساسی رابطه معناداری وجود دارد.

تحقیق حاضر نشان داد که بین اختلال بدشکلی بدن و اختلال افسردگی اساسی رابطه مستقیم وجود دارد ($r=0/360$) و در سطح $P<0/01$ معنی دار است و بین تمام خرده مقیاس‌های اختلال بدشکلی بدن و اختلال افسردگی اساسی رابطه وجود دارد و در سطح $P<0/01$ معنی دار است. نتایج، شانس وجود علائم اختلال افسردگی اساسی در دانشجویان دارای علائم اختلال بدشکلی بدن را $5/122$ برابر دانشجویان فاقد علائم اختلال بدشکلی بدن برآورد کرد. نتایج این مطالعه همسو با یافته‌های تحقیقات هادسون و پوپ (۱۹۹۰)، هلندر (۱۹۹۳)، فیلیپس (۱۹۹۵)، فیلیپس (۱۹۹۶)، بیبی و همکاران (۱۹۹۸)، فیلیپس و آلبرتینی (۱۹۹۹)، گرت و همکاران (۲۰۰۱)، ویل و رایلی (۲۰۰۲)، سارور و کریرند (۲۰۰۲)، نیرنبرگ و همکاران (۲۰۰۲)، کاپلان و سادوک (۲۰۰۳)، گنستاد (۲۰۰۳)، فیلیپس (۲۰۰۴)، آراماتس و همکاران (۲۰۰۴)، فیلیپس (۲۰۰۵)، ویل (۲۰۰۶)، بوردرن و همکاران (۲۰۰۷)، فیلیپس (۲۰۰۷)، تیگنل (۲۰۰۷)، فیلیپس (۲۰۰۷)، کانوی (۲۰۰۸)، کاترین (۲۰۱۰)، کلی و همکاران (۲۰۱۰)، لیو و همکاران (۲۰۱۰)، کولی و همکاران (۲۰۱۱)، فیلیپس (۲۰۱۲)، مافادل و همکاران (۲۰۱۳)، مافادر (۲۰۱۳) و همچنین همسو با یافته‌های پژوهش‌های بساک نژاد و همکاران (۲۰۰۷)، فتح‌العلومی و همکاران (۲۰۱۱)، بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) و رحیمی و همکاران (۱۳۹۲) در ایران می‌باشد. اختلال بدشکلی بدن و افسردگی اساسی علائم مشابهی از قبیل غمگینی، عزت نفس پایین، احساس شرمندگی، احساس گناه، احساس بی ارزشی و نقص و حساسیت به طرد شدن دارند و افراد مبتلا معمولاً منزوی هستند (فیلیپس، ۲۰۰۹) و برخی داده‌های موجود نشان می‌دهد که اختلال بدشکلی بدن را می‌توان جزئی از طیف اختلالات عاطفی دانست، طیف اختلالات عاطفی شامل گروهی از اختلالات است که می‌توان فرض کرد از نظر ناپهنجاری یا نوفیزیولوژیک (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۴) و پاسخ درمانی به افسردگی‌ها شبیه‌اند و شواهدی از تاریخچه خانوادگی و همبودی بین این اختلالات وجود دارد (فیلیپس، ۱۹۹۶).

فرضیه ۸- بین علائم اختلال بدشکلی بدن و علائم اختلال وسواس فکری- عملی رابطه معناداری وجود دارد.

تحقیق حاضر نشان داد که بین اختلال بدشکلی بدن و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه مستقیم وجود دارد ($r=0/296$) و در سطح $P<0/01$ معنی دار است و بین بیشتر خرده مقیاس‌های اختلال بدشکلی بدن و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود

دارد و در سطح $P < 0/01$ معنی دار است و تنها بین خرده مقیاس «تمیزی» اختلال وسواس فکری- عملی و خرده مقیاس «اجتناب» اختلال بدشکلی بدن رابطه معنی دار وجود ندارد. نتایج، شانس وجود علائم اختلال وسواس فکری- عملی در دانشجویان دارای علائم اختلال بدشکلی بدن را $3/401$ برابر دانشجویان فاقد علائم اختلال بدشکلی بدن برآورد کرد. نتایج این مطالعه همسو با یافته‌های تحقیقات هلندر و فیلیپس (۱۹۹۲)، لینچ و مستر (۱۹۹۲)، کریستون و مکزی (۱۹۹۵)، هلندر (۱۹۹۵)، بیبی و همکاران (۱۹۹۸)، باهن و همکاران (۲۰۰۲)، لوکاس و کانسین (۲۰۰۲)، سارور و کریزند (۲۰۰۲)، ویل و رایلی (۲۰۰۲)، گنستاد و فیلیپس (۲۰۰۳)، فیلیپس (۲۰۰۵)، ریف و همکاران (۲۰۰۶)، ویل (۲۰۰۶)، فیلیپس و همکاران (۲۰۰۷)، رافاری و پلیسوسلو (۲۰۰۷)، فینبرگ و همکاران (۲۰۰۷)، کلی و همکاران (۲۰۱۰)، کولی و همکاران (۲۰۱۱)، مافادرو و همکاران (۲۰۱۳)، فیلیپس (۲۰۱۳) و همچنین همسو با یافته‌های پژوهش‌های بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶)، رحیمی و همکاران (۱۳۹۲) و برهمند و شهبازی (۲۰۱۳) در ایران می‌باشد. بررسی‌های بالینی در گذشته و حال، و داده‌های تجربی موجود نشان داده‌اند که اختلال بدشکلی بدن جزئی از طیف اختلالات وسواس فکری- عملی است (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها همچنین به طور فزاینده‌ای از همپوشی علت‌ها حکایت دارند. هر دو اختلال بدشکلی بدن و وسواس فکری- عملی به دلیل همپوشی نشانه‌ها، پیوستگی خانوادگی، پاسخ به درمان و فرضیه شباهت سبب‌شناسی، ارتباط نزدیکی دارند. اگر سایر ویژگی‌ها مانند سن شروع (هر دو اختلال در سنین پایین تری شروع می‌شوند و سیر مزمنی دارند (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳)، سیربالینی، همبودی، سطح اختلال، شیوع و عملکرد ضعیف در فعالیت‌های روزانه در نظر گرفته شود، این شباهت‌ها بیشتر خواهند شد (هلندر و همکاران، ۱۹۹۲). ویژگی مهم دیگری که در مبتلایان به اختلال بدشکلی وجود دارد، نگرانی بسیار شدید و ناتوان کننده است که در زندگی فرد اختلال ایجاد می‌کند (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳). در هر دو اختلال، افکار و رفتارهای وسواسی متداول است و این اشتغال ذهنی از فکر وسواسی که در اختلال وسواس فکری- عملی وجود دارد، غیرقابل تشخیص است و گاهی محتوای افکار با هم همپوشانی دارد (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳). همچنین مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن همانند بیماران وسواسی از احساس درونی کمال‌گرایی و ناراضی‌تبی از کامل نبودن دقیق کارها رنج می‌برند (روزن و رایتز، ۱۹۹۶) و در هر دو اختلال میل به تقارن وجود دارد (فیلیپس، ۲۰۰۹). شواهد نشان می‌دهد، اعضاء خانواده افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات طیف وسواسی- جبری از قبیل اختلال بدشکلی بدن هستند (فانگ و همکاران، ۲۰۱۰) و به علت شباهت و ارتباط نزدیک دو اختلال بر اساس طبقه بندی جدید DSM-V، اختلال بدشکلی بدن در گروه اختلالات وسواس فکری- عملی و اختلالات مرتبط با آن قرار گرفته است.

فرضیه ۹- بین علائم اختلال بدشکلی بدن و علائم اختلالات خوردن رابطه معناداری وجود دارد.

تحقیق حاضر نشان داد که بین اختلال بدشکلی بدن و اختلالات خوردن رابطه مستقیم وجود دارد ($r=0/211$) و در سطح $P < 0/01$ معنی دار است و بین تمام خرده مقیاس‌های اختلال بدشکلی بدن و اختلالات خوردن به جز «مهار دهانی» اختلالات خوردن و «اجتناب» اختلال بدشکلی بدن، رابطه وجود دارد و در سطح $P < 0/01$ معنی دار است. نتایج، شانس وجود علائم اختلالات خوردن در دانشجویان دارای علائم اختلال بدشکلی بدن را $3/341$ برابر دانشجویان فاقد علائم اختلال بدشکلی بدن برآورد کرد. نتایج این مطالعات همسو با یافته‌های تحقیقات فیلیپس (۱۹۹۱)، فیلیپس (۱۹۹۶)، روزن و رامیرز (۱۹۹۸)، گلدارت و همکاران (۲۰۰۲)، گرنیت و همکاران (۲۰۰۲)، گنستاد و فیلیپس (۲۰۰۳)، گرنیت و فیلیپس (۲۰۰۴)، فیلیپس (۲۰۰۵)، رافولو و همکاران (۲۰۰۶)، ریف و همکاران (۲۰۰۶)، فیلیپس (۲۰۰۷)، کولی و همکاران (۲۰۱۲)، دیگمن (۲۰۱۲)، کولی (۲۰۱۳) و

هارتمن (۲۰۱۳) می‌باشد. علائم برخی از اختلالات خوردن در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌تواند دیده شود. بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی و اختلال بدشکلی بدن، در اشتغال ذهنی با ظاهر جسمانی و اختلال در تصویر تن شباهت‌هایی دارند و پاسخ درمانی شباهت بین دو اختلال را تایید می‌کند (روزن و رامیرز، ۱۹۹۸؛ گلدارت و همکاران، ۲۰۰۲). سن شروع، سیر بیماری، اعتماد به نفس پایین، اشتغال ذهنی با ظاهر، نارضایتی از بدن، تصویر بدن تحریف شده، احساس عدم جذابیت، رفتارهای وسواسی مانند واریسی در آینه، اندازه گیری بدن، دوره‌هایی از پرخوری غیرعادی و رژیم‌های غذایی سخت (فیلیپس، ۱۹۹۰) و همچنین اجتناب از موقعیت‌ها یا پوشیدن لباس‌هایی که ویژگی (قسمت) مورد نگرانی را آشکار نسازد از شباهت‌های بین دو اختلال است. علاوه بر این اختلالات خوردن و اختلال بدشکلی بدن اغلب با هم رخ می‌دهند که نشان دهنده این است که آنها ممکن است مرتبط باشند (فیلیپس، ۲۰۰۹).

منابع

- احسانی، امیر هوشنگ، فکور، یوسف، غلامعلی، فاطمه، مختاری، لیلا، سادات حسینی، محبوبه، خسروانمهر، نجمه، نورمحمدپور، پدرام. (۱۳۹۲). شیوع اختلال بدشکلی بدنی در بیماران مراجع هکننده با شکایات زیبایی به بیمارستان پوست رازی. *دانشگاه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، دوره ۷۱، شماره ۱۶۴، ۳-۱۷۰.
- بساک نژاد، سودابه، مهربانزاده هنرمند، مهناز، حسنی، محدثه، نرگسی، فریده. (۱۳۹۱). اثربخشی روایت درمانی، *روانشناسی سلامت*، شماره ۲.
- تاجیک زاده، فخری، صادقی، راضیه، رئیس کریمیان، فرحناز. (۱۳۸۹). رابطه ی ترس از تصویر تن و نشخوار ذهنی در دانشجویان دختر. *مجله علمی علوم پزشکی صدرا*، دوره ۱، شماره ۳، ۱۸۹-۱۹۸.
- خواجه الدین، نیلوفر، ایزدی مزیدی، سکینه. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین تصویر بدنی و درخواستو تمایل به انجام رینوپلاستی در دانشجویان دختر، *مجله علمی پزشکی جندیشاپور*، دوره ۱۱، شماره ۶.
- ربیعی، مهدی، صلاحیان، افشین، بهرامی، فاطمه، پالاهنگ، حسن. ساخت و اعتباریابی پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن. (۱۳۹۰). *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره بیست و یکم، شماره ۸۳.
- ربیعی، مهدی، کجباف، محمدباقر، صلاحیان، افشین، پالاهنگ، حسن. (۱۳۹۱). اثر بخشی مداخله فراشناختی بر روی در آمیختگی افکار در بیماران مبتلا به اختلال بد شکلی بدن. *مجله علوم پزشکی افق دانش گناآباد*، ۱۸، ۱، ۶۰-۵۳.
- رحیمی، علیرضا، دالبند، محسن، شمسایی، فرشید، ضرابیان، محمدکاظم. (۱۳۹۲). بررسی فراوانی اختلال بدریختی بدن و اختلالات روانی توأم با آن در داوطلبان جراحی زیبایی. *روان پرستاری*، دوره ۱، شماره ۲، ۷۸-۷۰.
- زرگر، یداله، صیاد، سحر، بساک نژاد، سودابه. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دانش آموزان دختر. *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۹، شماره ۵.
- زنجانی، زهرا، گودرزی، محمدعلی، تقوی، سیدمحمدرضا، ملازاده، جواد. (۱۳۸۸). مقایسه تصویر بدنی در افراد با هراس اجتماعی، کمرویی و بهنجار. *مجله روانشناسی* ۵۲، سیزدهم، ۴، ۳۹۱-۴۰۶.
- صاحب الزمانی، محمد، صغیری، سعیده، صفوی، محبوبه، علوی مجد، حمید. (۱۳۹۱). بررسی رابطه ترس از بد شکلی بدن و علائم اختلال وسواسی - جبری در دانشجویان دختر دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، دوره ۱۱، شماره ۵، ۴۹۵-۵۰۱.

- طلایی، علی، فیاضی بردبار، نصیرایی، افشین، رضایی ارادانی، امیر. (۱۳۸۸). ارزیابی الگوی علامتی و فراوانی اختلال بد شکلی بدن. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، شماره ۱، ۵۶-۴۹.
- عزیززاده فروزی، منصوره، ناهید شمس الدین، سعید، محمدعلیزاده، سکینه، حقدوست، علی اکبر، گروسی، بهشید. (۱۳۸۸). ارتباط تصویر ذهنی از بدن با اختلالات خوردن سعید، سکینه، علی اکبر، بهشید گروسی (۱۳۸۸). پژوهش پرستاری، دوره ۴، شماره ۱۵، ۴۳-۳۳.
- نیکنام، مرضیه، فراویی، محمد، کامکار، علی، فولادی، نرگس، محمدی، علی. (۱۳۹۱). مقایسه کمال گرایی در افراد استفاده کننده از جراحی زیبایی بینی با گروه شاهد در شهر یاسوج. *مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامت)*، دوره ۶، شماره ۱، ۶۰-۵۲.
- یدالهی باستانی، سوگل، نشاط دوست، حمیدطاهر، عابدی، محمدرضا، عابدی، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی طرح واره درمانی بر کاهش علائم اختلال بدشکلی بدنی در مبتلایان به بدشکلی بدنی : پژوهش مورد منفرد. *چهارمین کنگره بین المللی روان تنی، ۲۶ تا ۲۸ مهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)*.
- یوسفی، ثوره، مرادی، علیرضا، دهقانی، محسن. (۱۳۸۶). پردازش اطلاعات و توجه انتخابی در دختران نوجوان دارای علائم اختلالات خوردن. *تازه های علوم شناختی*، ۹، ۳، ۴۴-۳۶.
- Aghakhane N., Feizi A., Shams Sh., Baghaee R., Rahbar N., Nikbakhsh AS.(2006). study of body image and self-esteem in high school students in Urmia. *Urmia Medical Journal*,4,17, 254-259.
- Alamdar Sarve M., Ghalebani M. Characteristics of candidates for cosmetic surgery[Thesis]. Iran University of Medical Sciences. 2002.
- Alavi M., Kalafi Y., Dehbozorgi GR., Javadpour A.(2011). Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates. *Journal Plast Reconstr Aesthet Surgery of Plastic*, 64,6,738-41.
- Albertini RS., Phillips KA.(1999).33 cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*,38,453-459.
- Allen A., & Hollander E. (2004). Similarities and differences between body dysmorphic disorder and other disorders. *Psychiatric Annals*, 34,12, 927-933.