

مقایسه ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و سالم

سیامک شیخی^۱، محمد حافظ‌نیا^۲، بهروز کارگری^۳، ساره مسعودی^۴

تاریخ دریافت 1393/07/07 تاریخ پذیرش 1393/09/10

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اختلال بدشکلی بدن با اشتغال ذهنی به وجود نقص جسمانی در بدن مشخص می‌شود، پژوهش حاضر به مقایسه ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و سالم پرداخته است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر علی - مقایسه‌ای بود. نمونه به روش تصادفی چندمرحله‌ای از بین ۶۰۰ نفر دانش‌آموز حدود ۸۵ نفر از بین دانش‌آموزانی که دچار اختلال بدشکلی بدن بودند انتخاب و با ۸۵ نفر دانش‌آموز سالم مورد مقایسه گرفتند. اطلاعات از طریق سه پرسش‌نامه چک‌لیست ویرایش شده ۹۰ سؤالی SCL-90-R کیفیت زندگی فرم کوتاه سازمان بهداشت جهانی (WHO) جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد.

یافته‌ها: بررسی نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن از نظر ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی با دانش‌آموزان سالم تفاوت معنی‌داری $P < 0.001$ دارند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از پایین بودن کیفیت زندگی و بالا بودن دیگر آسیب‌شناسی روانی در بین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن است. لذا توجه به این دو مؤلفه در موفقیت درمان افراد مبتلا ضروری می‌نماید.

کلیدواژه‌ها: آسیب‌شناسی روانی، کیفیت زندگی، دانش‌آموزان دختر، اختلال بدشکلی بدن

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی 64، بهمن 1393، ص 997-1004

آدرس مکاتبه: معاونت درمان و دارو، خیابان جهاد اول خیابان راهنمایی، صندوق پستی: ۵۷۱۴۷، تلفن: ۰۹۱۴۹۷۴۶۵۲۲

Email: Mohammad_hafeznia@yahoo.com

مقدمه

دلیل عمده اختلال بدشکلی بدن هست (۲). گرچه اختلال بدشکلی بدن به‌عنوان یک اختلال خوردن، اختلال وسواسی و یا یک اختلال بدنی شکل در نظر گرفته شده است اما در حال یک اختلال تصور بدنی با تأثیرات اجتماعی - روان‌شناختی و احتمالاً بیولوژیکی تصور می‌شود (۳). دوران نوجوانی با ویژگی‌های جسمانی، روان‌شناختی، هیجانی و تغییرات اجتماعی مشخص می‌شوند. نوجوانان به‌طور طبیعی روی جنبه‌های ظاهری خود حساسیت ویژه‌ای دارند و دیدشان راجع به ظاهرشان با رضایت از خود آن‌ها رابطه دارد. به این خاطر ممکن است اختلال بدشکلی بدن با رضایت از خود طبیعی در آن‌ها اشتباه گرفته شود.

امروزه یکی از دغدغه‌ها و نگرانی‌های افراد مربوط به‌ظاهر و شکل بدن خود هست و به‌نوعی رسیدگی به وضعیت ظاهری خود را مورد توجه و دقت قرار می‌دهند (۱). اختلال بدشکلی بدن توسط چهارمین ویرایش کتاب راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا DSM IV) به‌عنوان دقت و توجه به برخی اختلالات تصویری در ظاهر فیزیکی تعریف می‌شود و این دقت و توجه بسیار به‌ظاهر تا حدودی وقت‌گیر بوده و باعث ایجاد نواقص و اختلال در عملکرد می‌گردد (۲). علائم و نشانه‌های نارضایتی در شکل و اندازه بدن که در واقع عملکرد اختلالات خوردن نیز هست،

^۱ استادیار روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی، ارومیه، ایران

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ پزشک عمومی، درمانگر و پژوهشگر حوزه اعتیاد، کارشناس مسئول نظارت بر مراکز درمان اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات ارومیه

هولندر معتقد است که بسیاری از دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن تفکرات افسرده دارند و این تفکر افسرده باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد (۱۶). آلبرتینی و همکاران عنوان کردند که نوجوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به دلیل داشتن آسیب روانی بالا از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند (۱۷). لذا پژوهش حاضر به بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آسیب‌شناسی روانی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی پرداخته است.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهشی به‌کاررفته در این تحقیق با توجه به اهداف، ماهیت و موضوع پژوهش، در مقوله مطالعات علی-مقایسه‌ای قرار می‌گیرد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دبیرستانی امام علی شهر شیراز بودند که از مجموع ۶۰۰ دانش‌آموز که به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند، ۸۵ نفر که نمرات بالایی در ابزارهای پژوهشی داشتند، انتخاب شدند و گروه سالم هم از بین افرادی انتخاب شد که در آزمون‌های به‌کاررفته نمرات پایینی تری کسب کردند.

ابزارهای پژوهشی:

مقیاس اصلاح‌شده وسواسی - جبری Yale-Brown اختلال بدشکلی بدن: این پرسش‌نامه یک ابزار خودسنجی شامل ۱۲ گویه است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد و درواقع اصلاح‌شده مقیاس Yale-Brown است که وسواس را می‌سنجد و برای نخستین بار توسط ربیعی و همکاران در ایران ترجمه و پایایی آن تعیین شد. ضرایب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ و دونیمه سازی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۳ به دست آمد (۱۸).

چک‌لیست ویرایش شده ۹۰ سؤال SCL: یک پرسشنامه ۹۰ سؤال می‌باشد که شامل شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، اضطراب فوبیک، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی می‌باشند. پاسخ‌های ارائه‌شده در هر یک از موارد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای مشخص می‌باشد (۰=هیچ، ۱=کمی، ۲=تاحدی، ۳=زیاد، ۴=بشدت). این آزمون علاوه بر ۹ معیار فوق‌حاوی سه معیار ناراحتی کلی نیز می‌باشد که مهم‌ترین آن‌ها علائم کلی می‌باشد که شدت آسیب روانی را بررسی می‌کند. روایی و پایایی این آزمون در ایران توسط باقری یزدی تأییدشده و پایایی بازآزمون آن را به فاصله یک هفته ۰/۹۷ گزارش شده است (۱۳).

پرسش‌نامه کیفیت زندگی WHQQOL-BRIEF: پرسشنامه‌های زیادی برای ارزیابی کیفیت زندگی مطرح شده است

در مقابل این‌گونه حساسیت‌های ویژه نوجوانان بر جنبه‌های ظاهری خود، نوجوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به‌طور مکرر ساعتی را جلوی آینه می‌ایستند و به واریسی و آراستن خود می‌پردازند. آن‌ها اغلب در تمرکز برای انجام تکالیف درسی خود دچار مشکل می‌شوند و همچنین افسردگی و در بعضی موارد افکار و اقدام به خودکشی هم بروز می‌کند (۴). نوجوانان اغلب به نشانه‌های جسمانی خود پریشانی نشان می‌دهند و حتی اقدام به خودکشی، افسردگی، اضطراب و اختلال سوءمصرف مواد در آن‌ها بیش از بزرگسالان بروز می‌کند (۵). در پژوهشی که فرد اقلیج و همکاران انجام دادند عنوان کردند که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن از عزت‌نفس کاذب و فوبیای اجتماعی رنج می‌برند (۶). در پژوهشی دیگر کاتروی عنوان کرد که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن از افسردگی، اضطراب بالا و عزت‌نفس پایین برخوردارند (۷). اریکا در تحقیق خود مدعی شد که نوجوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن از اختلالات جسمانی شکل، اختلال وسواس و افسردگی رنج می‌برند (۸). الیواردیو و همکارانش در تحقیق خود مشاهده کردند دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن از افسردگی بالا و عزت‌نفس پایین برخوردارند و اختلال خوردن هم در این افراد شیوع بالایی دارد (۹). فیلیپس معتقد است که اختلال بدشکلی بدن بیشتر با افسردگی، فوی اجتماعی و اختلال وسواس فکری عملی، همبستگی زیادی وجود دارد (۱۰). صیاد و همکارانش در پژوهش خود عنوان کردند که سازه مهم روان‌شناختی مرتبط این اختلال حساسیت بین فردی است (۱۱). یافته‌های بساک نژاد و غفاری نشان داد که حساسیت بین فردی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده بدشکلی بدن دانش‌آموزان است (۱۲). متغیر دیگری که در این پژوهش بررسی می‌شود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌باشد. امروزه توجه به کیفیت زندگی از مقوله‌های موردتوجه در مجامع بین‌المللی و پژوهشگران می‌باشد و سازمان بهداشت جهانی نیز به‌عنوان سازمان پیش‌گام در سال‌های اخیر توجه خاصی به توسعه ارزیابی و سنجش سلامتی فراسوی معیارهای سنتی سنجش سلامتی، همچون مورثالیتی و موربیدیتی داشته است تا بدین‌وسیله بتوان قدرت اثرگذاری بیماری‌های روانی و جسمی را بر روی توانایی انجام فعالیت‌های روزانه انسانی سنجید (۱۳). در نوجوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اغلب تصاویر و افکار مزاحم و یا ناخوانده‌ای درباره ظاهر جسمانی بر آن‌ها هجوم می‌آورد و در نتیجه کیفیت زندگی و کارکرد روزانه آن‌ها کاهش می‌یابد (۱۴). جانداروقلو در پژوهش خود نشان داد که عزت‌نفس در این افراد پایین می‌باشد و به‌تبع آن بر کیفیت زندگی آن‌ها هم تأثیر منفی می‌گذارد (۱۵).

ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی موردسنجش قرار می‌دهند. بنابراین این پرسشنامه دارای ۲۶ آیتم می‌باشد که با هر سؤال از ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود. نجات و همکاران (۱۳۸۵) پایایی این مقیاس را در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و درنهایت در حیطه سلامت محیط برابر ۰/۸۴ به دست آمد (۱۳).

یافته‌ها

اطلاعات مندرج در جدول (۱)، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی را در گروه مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و سالم نشان می‌دهد.

ولی پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO) به علت خصوصیات منحصر به فرد خود مورد توجه بیشتری واقع هستند. ابزارهای اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان به دو صورت WHOQOL-100 و WHOQOL-BRIEF پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤالات مقیاس ۱۰۰ سؤالی ساخته شد. نتایج حاصل از این دو پرسش‌نامه هم‌خوانی رضایت بخشی را در مطالعات مختلف نشان داده‌اند. در این مطالعه WHOQOL-BRIEF به علت کم بودن سؤالات و راحتی استفاده انتخاب شده است. این پرسش‌نامه چهار حیطه سلامتی جسمانی، سلامتی روانی و روابط اجتماعی و سلامتی محیط را با ۲۴ آیتم موردسنجش قرار می‌دهد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۸، ۳، ۶، ۷ سؤال می‌باشند). دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی

شاخص	سالم	مبتلا	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	مبتلا
روان‌پریشی	۳۲/۱۶	۰/۴۹	۴۹/۲۴	۰/۵۳	
پرخاشگری	۲۹/۶۷	۰/۶۲	۳۸/۴۱	۰/۶۰	
اضطراب	۳۳/۱۳	۰/۴۸	۴۹/۱۷	۰/۵۶	
حساسیت بین فردی	۳۰/۵۲	۰/۴۹	۴۸/۱۲	۰/۴۶	
وسواس	۳۹/۲۵	۰/۴۳	۵۰/۲۱	۰/۵۴	
افسردگی	۳۶/۶۲	۰/۷۶	۴۹/۳۵	۰/۷۲	
فوبی	۳۴/۱۵	۰/۵۲	۵۰/۶۲	۰/۵۵	
پارانویید	۳۸/۱۶	۰/۶۵	۵۴/۲۰	۰/۶۲	
شبه جسمی	۳۶/۱۸	۰/۶۹	۴۸/۱۲	۰/۶۸	
سلامتی جسمانی	۴۸/۱۲	۰/۵۸	۳۰/۱۹	۰/۴۸	
سلامتی روانی	۳۹/۰۰	۰/۶۱	۴۸/۱۲	۰/۵۶	
روابط اجتماعی	۵۰/۱۶	۰/۴۹	۳۲/۶۲	۰/۵۰	
سلامتی محیط	۴۹/۱۰	۰/۵۱	۳۰/۱۹	۰/۶۲	

قرارگرفت که برای این منظور از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج در جدول شماره (۲) آمده است.

جهت بررسی فرضیه اول پژوهشی از روش آماری مانوا استفاده شده است. قبل از تحلیل مانوا میزان تطابق متغیرها مورد بررسی

جدول (۲): آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندگانه متغیر ابعاد آسیب‌شناسی روانی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
لامبدای ویلکز	۰/۵۸	۶/۱۸	۹	۱۶۹	۰/۰۰۱

پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، روابط بین فردی و وسواس و شبه جسمی) تفاوت معناداری ($F(9, 169) = 6/18$) در سطح

آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد بین دو گروه حداقل در یکی آر ویژگی‌های ابعاد آسیب‌شناسی روانی (روان‌پریشی، فوبی، پارانویید،

($P < 0/001$) وجود دارد. بر این اساس از روش آماری مانوا مورد استفاده قرار گرفت. جدول شماره ۳ نتایج آزمون مانوا را نشان می‌دهد.

جدول (3): نتایج تحلیل واریانس چند گانه تفاوت نمرات ابعاد آسیب‌شناسی روانی در دو گروه بیمار و سالم

متغیر	MS	df	F	Sig	Eta
روان‌پریشی	۴۵۶۱/۱۸	۱	۲۶۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳
فوبی	۴۲۶۵/۱۷	۱	۲۱۵/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸
پارانویید	۵۱۲۸/۳۱	۱	۲۵۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴
شبه جسمی	۲۲۱۴/۶	۱	۲۲۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵
افسردگی	۵۴۰۰/۰۸	۱	۱۷۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸
اضطراب	۳۴۱۲/۲۷	۱	۴۶۹/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳
حساسیت بین فردی	۷۱۵۶/۶۲	۱	۲۰۱/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴
وسواس	۴۱۱۱/۵۲	۱	۱۶۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹
پرخاشگری	۳۶۴۴/۲۰	۱	۱۱۳/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳

نسبت به افراد سالم در سطح بالایی قرار دارند، با توجه به جدول توصیفی شماره (۱) و داده‌های جدول شماره (۳) فرضیه اول پژوهشی تأیید می‌شود. جهت بررسی فرضیه پژوهشی دوم در خصوص تفاوت بین دو گروه در کیفیت زندگی نیز از آزمون تحلیل مانوا استفاده شد، قبل از تحلیل میزان تطابق متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که برای این منظور از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج در جدول شماره (۴) آمده است.

باتوجه به مندرجات جداول (۱ و ۳) بین دو گروه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و سالم در ابعاد آسیب‌شناسی روانی روان‌پریشی با $F=215/36$ و $P < 0/001$ ، پارانویید $F=255/62$ و $P < 0/001$ ، شبه جسمی با $F=220/28$ و $P < 0/001$ ، افسردگی با $F=170/91$ و $P < 0/001$ ، اضطراب با $F=469/29$ و $P < 0/001$ ، حساسیت بین فردی با $F=201/37$ و $P < 0/001$ ، پرخاشگری با $F=162/53$ و $P < 0/001$ ، وسواس $F=4111/52$ و $P < 0/001$ ، پرخاشگری با $F=113/41$ و $P < 0/001$ معنی دار است و بیماران در ابعاد فوق

جدول (4): آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندگانه متغیر کیفیت زندگی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
لامبدای ویلکز	۰/۶۲	۴/۰۳	۹	۱۶۹	۰/۰۰۱

در سطح $P < 0/001$ وجود دارد؛ و براین اساس از روش آمار مانوا استفاده شد که نتایج در جدول شماره (۵) آمده است.

آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد بین دو گروه حداقل در یکی از ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامتی محیط) تفاوت معنی داری ($F(169, 9) = 4/03$)

جدول (5): نتایج تحلیل واریانس چندگانه تفاوت نمرات ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و سالم

متغیر	MS	df	F	Sig	Eta
سلامتی جسمانی	۲۵۸۱/۱۶	۱	۱۶۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸
سلامتی روانی	۳۵۶۲/۱۵	۱	۲۱۷/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹
روابط اجتماعی	۲۸۹۴/۱۶	۱	۱۹۸/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳
سلامتی محیط	۵۳۱۹/۱۰	۱	۱۸۲/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲

باتوجه به مندرجات جداول (۱ و ۵) بین دو گروه از دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و دانش‌آموزان سالم در ابعاد مختلف کیفیت زندگی (سلامت جسمانی با $F=167/34$ و $P<0/001$ ، سلامت روانی با $F=217/30$ و $P<0/001$ ، روابط اجتماعی با $F=198/12$ و $P<0/001$ و سلامت محیط با $F=182/14$ و $P<0/001$) تفاوت معنی داری وجود دارد؛ و دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در ابعاد فوق نسبت به دانش‌آموزان سالم در سطح پایین‌تری قرار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی در بین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و سالم بود. نتایج به دست آمده نشان داد که در تمام ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی کلی افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن با دانش‌آموزان سالم تفاوت معناداری دارند. محققان بسیاری خصوصیات و ویژگی‌های همپوشی اختلالات بدشکلی هراسی بدن و دیگر اختلالات را مورد ارزیابی قرار دادند، مثلاً وسواس رامورد ارزیابی و مقایسه قرار داده‌اند و معتقدند به دلیل همپوشی نسبتاً بالای بدشکلی انگاری بدن با وسواس‌نسبت‌های اختلال بدشکلی بدن در بیماران وسواس از ۸۰ درصد تا ۳۷ درصد متفاوت می‌باشد و مشابهت‌ها علائم و نشانه‌ها و همانندی شیوه‌های درمان و عملکردها پیشنهاد شده است که وسواس بعنوان یک بخش اختلال بدشکلی انگاری بدن در نظر گرفته شود (۱۸). دقت و وسواس فکری در بیماری بد شکل انگاری بدن باعث ایجاد موانع و محدودیت‌های بسیاری می‌گردد و نیز باعث نگرانی بیشتر - دلواپسی و ناراحتی می‌شود که اصولاً کنترل این عوامل کمی مشکل و پیچیده است. علائم و نشانه‌های خاص یکسان و مشابهی در این دو اختلال وجود دارد که شامل: دقت و توجه و وسواس فکری در مورد تناسب و ظاهر خویش و نگرانی در خصوص صحیح نبودن یک مورد در ظاهر خود و نیز کنترل مکرر عملکردها و رفتارهای خود می‌باشد (۱۸). علاوه بر این معیارها و اصول به کار رفته در بیماران بدشکلی هراسی بدن در متوقف نمودن آداب و آیین‌ها بعنوان عامل شباهت چشمگیر و اساسی توصیف شده است و این موارد شامل کنترل متناوب تازمان حصول حس رضایت و حس امنیت و راحتی شخص بیمار می‌باشد (۱۹). دیگر موارد شباهت میان بیماران بدشکلی انگاری بدن و وسواس تحریک‌پذیری و پاسخ به عوامل افسردگی، اضطراب، نگرانی و دلواپسی و علائم اختلالات خاص وسواسی در نیمرخ روانی آزمون ام ام پی آی است و راهبردهای درمانی مؤثر از قبیل قرارگیری در برابر

تداخلات واکنشی و تنظیم جذب نامناسب بازدارنده‌های سروتومین است. علی‌رغم این شباهت‌ها، برخی اختلافات عمده و اساسی هم بین دو اختلال وجود دارد که بیان می‌کند بدشکلی انگاری بدن مربوط به آسیب‌شناسی روانی است (۲۰). در مقایسه با بیماران دارای اختلال وسواس، بیماران بدشکلی بدن دارای بینش و تصور ضعیف‌تر و میزان همپوشی بالاتر با اختلالات افسردگی اساسی، فوبیای اجتماعی، نوروتیسم و خصومت‌ها دیگر تشخیص‌های اختلالات سایکوتیک و در برخی موارد اقدام به خودکشی در اثر این اختلالات می‌باشند (۲۰). همچنین مشخص است که بیماران بدشکلی هراسی بدن دارای عقاید و دیدگاه‌های بیش از اندازه مهم و دقیق می‌باشند. این یافته‌ها باعث حصول نتایج زیر شده است: الف) بدشکلی انگاری بدن می‌تواند به‌عنوان یک اختلال فوبی اجتماعی - افسردگی و عامل سایکوتیک متغیر وسواس در نظر گرفته شود. ب) بیمار بدشکلی هراسی بدن تا حدود بسیاری مربوط به افسردگی اساسی می‌باشد. ج) علی‌رغم هم پوشی بین خصوصیات بدشکلی انگاری بدن با وسواس واضح است که این اختلال به‌عنوان یک اختلال منحصربه‌فرد که در بررسی‌های بالینی باید جدا و متمایز از وسواس در نظر گرفته شود، باید شناخته شود (۲۱). علی‌رغم تمام بیانات و پیشنهادات در مورد تصور بهتر اختلال بدشکلی انگاری بدن به‌عنوان یک متغیر اختلال دیگر، هنوز هم این اختلال به‌عنوان یک اختلال روان تنی مربوط به ویژگی غالب با شکایات جسمانی، طبقه‌بندی می‌شود. علاوه بر این، مقایسه‌های بسیار نیرومندی نسبت به خود بیمار انگاری در ارتباط با باورهای شدید در مورد بدن، تصورات نگران‌کننده از شکل بدن و تلاش جهت بهبود و کاهش این‌گونه علائم، از طریق واریسی کردن و کنترل خود، شده است. اختلال بدشکلی هراسی بدن اغلب با دیگر اختلالات مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، زیرا آسیب‌شناسی آن چندان خوب ادراک نشده است (۲۲)؛ و در این مطالعه هم ارتباطان با دیگر ابعاد روانی مشخص شد، یافته‌های پژوهش حاضر در بعد آسیب‌شناسی روانی با یافته‌های فرد اقلیچ و همکاران (۶)، کانروی و همکاران (۷)، اریکا (۸)، الیواردیو و همکاران (۹)، فیلیپس (۱۰)، سیاد و همکاران (۱۱)، بساک نژاد و غفاری (۱۲) هم‌خوانی دارد. این دسته از افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن از وضعیت ظاهرشان ناراضی نیستند اما در بیشتر موارد شکایت اصلی آن‌ها از بینی، موها، پوست، چشم‌ها، گونه‌ها و لب‌هایشان است (۲۱). البته آن‌ها برای چاقی یا لاغر شدن هم انرژی زیادی می‌گذارند و هیچ‌وقت اندامی که دارند هم راضی نمی‌شوند. آن‌ها همیشه گمان می‌کنند که بخشی از بدنشان زیاد از حد کوچک یا بزرگ است و برای تغییر دادن آن، وقت و هزینه زیادی صرف می‌کنند (۲۲). چنین افرادی ممکن است برای

قرار می‌گیرد. بنابراین موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان یکی از شاخص‌های مهم در ارزیابی نظام‌های آموزشی است و تمام کوشش‌ها و کوشش‌های این نظام، در واقع جامه عمل پوشاندن به این امر است (۲۳)؛ اما همین نوجوانان به‌عنوان یکی از گروه‌های سنی آسیب‌پذیر در معرض انواع اختلالات هیجانی و رفتاری قرار دارند و هزینه‌های زیادی را در حوزه پیشگیری و درمان به خود اختصاص می‌دهد (۲۳). عدم امکان نمونه‌گیری جامع از کلیه مناطق شهری و محدود شدن فقط به یک شهرستان از جمله محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود. پیشنهاد می‌گردد که این طرح پژوهشی در حجم نمونه بزرگ‌تر انجام گیرد تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شود، همچنین پیشنهاد می‌شود که در مورد دانش‌آموزان پسر هم انجام گیرد. توصیه می‌شود کارگاه‌هایی از سوی دست‌اندرکاران سلامت در ارتباط با اجرای مداخلات روان‌شناختی در جهت ارتقاء سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی در مدارس صورت گیرد تا بتوان از درمان محوری به سمت رویکرد سلامت محور گام برداشت و لذا تیم روان‌شناختی مجرب در مدارس را ضروری می‌نماید که از ایجاد اختلالات روانی جلوگیری به عمل آورده و بتوان در جهت ارتقاء کیفیت زندگی این دسته از دانش‌آموزان گام برداشت.

References:

1. Veal D. Cognitive-Behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Adv psychiatric Treatment* 2009; (7):125-39.
2. American psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of mental Disorder*. 4th ed. Washington DC: APA; 2000.
3. Hollander E, Aronowitz BR. Comorbidity social Anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient. *J Cline psychiatry* 2010, (9):22-31.
4. Rudiger JA, Cash TF, Roehrig M. Day-to-day-image states: prespective predictors of a intra individual level and variability. *Body Image* 2009; 4(1):1-9.
5. Ganstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compare psychiatry* 2009; 44(4):270-6.

فراهم کردن هزینه عمل، زندگیشان را بامشکلات زیادی روبه رو کنند. اما اولویت آن‌ها رفاهشان نیست، بلکه تنها رسیدن به ظاهری است که آرزوی آن‌ها را دارند (۲۱). برای این بیماران وضعیت ظاهرشان از هر اندوهی در زندگی غم‌انگیزتر است. این اختلال یک اختلال پنهان است زیرا بسیاری از دارندگان آن از این که دچار چنین بیماری هستند، اطلاع ندارند و آن را یک حساسیت عادی می‌دانند (۲۲). بسیاری دیگر از اینکه مشکل خود را به زبان بیاورند و به دنبال راه حل آن باشند، خجالت می‌کشند، از طرف دیگر بسیاری از مبتلایان به آن از انواع دیگر از اختلالات روانی رنج می‌برند و متأسفانه بسیاری از متخصصان از تشخیص این مشکل جدی و ارجاع به یک روانپزشک غافل می‌شوند. محققان می‌گویند از هر صد نفر، چهار نفر از این مشکل رنج می‌برند (۲۲). همچنین از لحاظ کیفیت زندگی نتایج پژوهش تفاوت معناداری بین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدشکلی بدو سال را نشان داد که با یافته‌های سادوک و سادوک (۱۴)، جانداراقلو (۱۵)، هولندر (۱۶) و آلبرتینی و همکاران (۱۷) هم‌خوانی دارد. کیفیت زندگی در مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به شدت تحت تأثیر این اختلال و دیگر نشانه‌های آن مانند اضطراب، افسردگی، وسواس و حساسیت بین فردی و شیوه تفکر و نگرش در مورد بیماری

6. Ferdalzgic MD, Gamze Akyuz MD, Orhan AR. Social phobia Among university student and It's Relation if self - esteem and body Image. *J Psychiatry* 2006;(49):630-4.
7. Conroy HA. Depression, anxiety and self esteem among in student with body dysmorphic disorder *J body image* 2009(2):30 - 41.
8. Erica L. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self esteem, somatization and obsessive compulsive disorder. *J Clin psychology* 2011:15-26.
9. Olivardia R, Pope JR, Harrison G. Biceps and body image: the relationship between muscularity and self esteem, depression and Eting disorder *J psychology* 2004(2):112-20.
10. Phillips KA. *Understanding body dysmorphic disorder*. Oxford: oxford University press; 2009.

11. Sayad S, Zargar y, Besaknezad S. Efficacy cognitive behavioral therapy on body dismorphic disorder in dogther student. Res behavior 2010(5):341-8.
12. Besaknejad S, Ghafari M. Relationship between dysmorphicconceren and psychological disorders in students of University. J Behav Sci Res Center 2007;1(2):179-97.
13. Sheykni S, Issazadegan A, Hafeznia M. The research psychological and quality of life in patients with asthma. J Med Sci Univ Urmia 2012(4):290-9. (Persian)
14. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. London: Lippincott Williams & Wilkinis; 2003. P.20.
15. Cuhandaroglu F. Adolelanlardabenlik sayg1s1 (self-esteem and quality of life in adoleseent with body dismor phicdisorder in Turkish. (Dissertation). Ankara: Hacettepe University; 2006.
16. Hollander E, Arnowit ZBR. Comorbidsocial anxiety and body dismorphic disorder: managing the complicated patients. J clin psychiatry 2007(6):22-31.
17. Albertiny MM, Malterse phili SKA. Psyehological and quality of life in adolescent with body dismorphic disorder Behavior. Psychiatry Res 2010;4(2):143-53.
18. Green berg JL. Cognitive –behavioral therapy for body dismorphic disorder in adolescents: develop ment of threat ment protocol. (Dissertation). New Jersey: Nj; 2008.
19. Rosen JC, Reiter J. Cognitive-behavior body image therapy for body dismor phic disorder. J consult clin psycho 2005;63(2); 263-70.
20. Hundsun JI. NONpsychiatry medical treat ment of body dismor phic disor der. Psychosomatic 2005;46:549-55.
21. Philips KA.olanzapin augmentation of fluoxetine in body dismorphic disorder.Jpsychiatry2008:1022-1030.
22. Fisher PL. Obsessive compulsive disorder and bady dismorphic disorder. J Behave ther. 2009(2):117-32.
23. Rink MA. Cognitive therapy for adolescent. Translatedy by: Alage Bandrad J. Tehran: Bogege; 2001.

THE COMPARISONS OF PSYCHOPATHOLOGY DIMENSIONS AND QUALITY OF LIFE (QOL) IN FEMALE STUDENTS WITH AND WITHOUT BODY DISMORPHIC DISORDER

SHeykhi S¹, Hafeznia M^{2}, Kargari B³, Masudi S⁴*

Received: 29 Sep , 2014; Accepted: 1 Dec , 2014

Abstract

Background& Aims: Preoccupation with body deformities interrelates with the body's physical defect. This study tries to investigate the quality of life and psychopathology of the female students with body dysmorphic disorder.

Materials & Methods: This casual-comparative study was a multi-stage study with a random sample of 85 out of 600 students with body dysmorphic disorder who were selected and compared with 85 healthy students. The data were gathered by using three questionnaires with 90 items (SCL -90 – R), based on quality of life form of World Health Organisation (WHO). Multivariate analysis of variance method (MANOVA) was performed.

Results: The results indicated that there was a significant difference between two groups in quality of life and psychopathology dimensions. ($p<0/001$).

Conclusion: The results indicated that student with body dismorphic disorder had low quality of life and high psychopathology dimensions. Therefore, it is vital to care for quality of life and psychopathology of individuals with dismorphic body.

Keywords: quality of life , psychopathology , body dysmorphic disorder, student

Address: Psychology Department, Urmia University, Urmia, Iran

Tel: (+98)9149746522

Email: mohammad_hafeznia@yahoo.com

¹ Assistant Professor of Clinical Psychology, Institute of Social Factors Affecting Health, University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² M.A Clinical Psychology Department, Urmiaazad University, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ MScPhysicians, therapists and researchers and experts responsible for monitoring drug addiction treatment centers, Urmia University of Medical Sciences, Iran

⁴ M.A Clinical Psychology Department, Urmiaazad University, Urmia, Iran