پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و یکم شماره ۸۳ مرداد سال ۱۳۹۰ (۵۲-۴۳)

ساخت و اعتباریابی پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن

مهدی ربیعی[۱] افشین صلاحیان[۱] فاطمه بهرامی[۲] حسن پالاهنگ[۳]

چکیده

سابقه و هدف : با توجه به این که برای سنجش فراشناخت بدشکلی بدن آزمونی وجود ندارد. هدف پژوهش حاضر ساخت و بررسی روایی، پایایی و ساختار عاملی پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن می باشد.

مواد و روش ها : در این مطالعه ۲۰۰ دانشجو (۱۰۰ دختر و ۱۰۰ پسر)، ۲۰ نفر مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و ۲۰ نفر که تشخیص این اختلال را نداشتند به عنوان نمونه انتخاب و پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن را تکمیل کردند.

یافته ها : روایی همزمان پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن با مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی Yale-Brown برای اختلال بدشکلی بدن برابر با r=۰/۷۴ بود (p=۰/۰۰۱). در تحلیل عاملی اکتشافی، عامل‌های شناسایی شده به ترتیب عبارت بودند از: راهبردهای کنترل فراشناختی، ائتلاف فکر- عمل (عینیت بخشیدن به افکار مربوط بدشکلی)، باورهای مثبت و منفی فراشناختی (در مورد ظاهر) و رفتارهای ایمنی که در مجموع ۴۸ درصد از واریانس پرسشنامه را تبیین کردند. علاوه بر این، نمرات گروه مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در پرسشنامه به طور معنی‌داری بالاتر ازگروه سالم بود. ضریب آلفای کرانباخ برای چهار عامل نیز بالای ۰/۷ بود.

استنتاج : پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن از روایی و پایایی مناسبی برای ارزیابی مشکلات فراشناختی اختلال بدشکلی بدن بر خوردار می باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال بدشکلی بدن، اعتباریابی، فراشناخت

مقدمه

اختلال بدشکلی بدن (Body dysmorphic disorder: BDD) که در گذشته بدشکلی هراسی (dysmorphic phobia) نامیده می‌شد، عبارت است از اشتغال ذهنی با نوعی نقص در ظاهر که این نقص یا خیالی است یا چنانچه نابهنجاری جسمی جزیی وجود داشته باشد دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است(۱). اختلال بدشکلی بدن بوسیله صرف زمان برای رفتارهای مانند: نگریستن به آینه، مقایسه خصیصه‌های ویژه با دیگر افراد، پنهان‌سازی افراطی (پوشاندن نقص)، دست‌کاری پوست و جستجو برای اطمینان آفرینی، تشخیص داده می‌شود. معمولاً اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و رابطه دوستی نیز در این افراد وجود دارد. میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن در جامعه ۷ درصد گزارش شده (۲) و بالاترین

مولف مسئول: مهدی ربیعی- اصفهان: دانشگاه اصفهان، گروه روانشناسی E-mail:rabiei_psychology@yahoo.com

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه اصفهان

۲. گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

۳. روانشناس بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

تاریخ دریافت : ۸۹/۱۰/۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۹۰/۲/۱۲ تاریخ تصویب : ۹۰/۳/۱۰

www.SID.ir

شیوع در نوجوانان و جوانان بوده است(۳). همچنین شیوع BDD در حیطه جراحی زیبایی در حدود ۵ درصد و در کلینک‌های جراحی پوست ۱۲درصد می‌باشد(۴). زمینه‌یابی از بیماران BDD که در کلینیک‌های روانپزشکی شرکت داشتند شیوع برابر را در دو جنس نیز نشان داده است(۵،۶). تحقیقات همچنین ارتباط بین BDD و دیگر اختلالات، بویژه افسردگی، فوبی اجتماعی و اختلال وسواس فکری- عملی (OCD[1]) را نشان داده است(۵). با توجه به شیوع بالای اختلال بدشکلی بدن، ابهام و نبود اطلاعات کافی در زمینه سبب‌شناسی اختلال بدشکلی بدن (۶) یک ضرورت پژوهشی می‌باشد که در زمینه ارتباط رویکرد های جدید مانند فراشناخت و اختلال بدشکلی بدن پژوهش های جدیدی صورت گیرد.

فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد(۷،۸). در زمینه ارتباط فراشناخت و مولفه‌های فراشناختی با اختلال بدشکلی بدن تحقیقات اندک و مقدماتی انجام شده است. یک مطالعه مقدماتی به وسیله Cooper و Osman (۹)، نشان داد که، احتمالاً افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، از لحاظ کنترل کردن فکر در مورد بدشکلی ظاهر و بعضی از راهبردهای کنترل فراشناختی، از افراد گروه سالم متفاوت می‌باشند. این مطالعه به صورت کیفی بوده و فقط بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن با افراد سالم را از لحاظ بعضی مولفه‌های فراشناختی مقایسه کرده‌اند و ابزار فراشناختی خاصی به کار برده نشده و روش ارزیابی در این تحقیق مصاحبه بوده است. Veal (۱۰) نشان داد که افراد با اختلال BDD نسبت به تصویر بدنی خودشان، ادراک تحریف شده دارند و بیش از اندازه نسبت به بدن خودشان متمرکز می‌شوند و علاوه بر این‌ها، ارزیابی منفی نسبت به افکار و تصاویر مربوط به ظاهر خودشان دارند و از رفتارهای ایمنی مثل (اجتناب) بیشتر از دیگر افراد بهره می‌برند. همچنین Mor و همکارانش (۱۱)، نشان دادند که افراد با اختلال بدشکلی بدن توجه و خود هوشیاری بیشتری نسبت به بدن خود دارند. Isolde و همکارانش (۱۲) نیز نشان دادند که بین علائم بدشکلی بدن، تصویرتحریف شده بدن و خود هوشیاری ارتباط معنی‌داری وجود دارد، تحقیق آن‌ها نشان داد که افراد دارای اختلال BDD نسبت به سایر افراد بیشتر به ظاهر و قیافه خود حساس هستند و بیشتر در آینه خود را چک می‌کنند. همچنین تحقیق Isolde و همکارانش(۱۲) نشان داد که این افراد نسبت به افکار و تصاویر خود، اعتقاد بیشتر دارند و نسبت به این افکار و تصاویر شک و تردید نمی‌کنند، به عبارتی عینیت بیشتری به افکار و تصاویر مربوط به ظاهر خودشان نشان می‌دهند. در ایران نیز ربیعی(۱۳)، در تحقیقی نشان داد که مداخله فراشناختی بر اختلال بدشکلی بدن اثربخش می‌باشد که می توان از این تحقیق نتیجه گرفت که مولفه‌های فراشناختی در اختلال بدشکلی بدن دخیل می‌باشند. در مطالعات ذکر شده ابزار خاصی که فراشناخت اختلال بدشکلی بدن را بسنجد به کار برده نشده است. با این وجود، چند مقیاس وجود دارد که فراشناخت را در سایر اختلالات هیجانی می‌سنجد مانند پرسشنامه فراشناخت-۳۰ (MCQ-30[2]) : یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خودسنجی می‌باشد که باورهای افراد درباره تفکرشان را می سنجد. این مقیاس بر پایه الگوی کنش اجرایی خود تنظیمی (S-REF[3]) Wells و Matthews (۱۴) در باره اختلال هیجانی و الگوی فراشناختی اختلال اضطراب منتشر(۱۵) ساخته شده است. این مقیاس شامل پنج خرده مقیاس : ۱- باورهای مثبت درباره نگرانی ۲- باورهایی درباره کنترل ناپذیری و خطرناک بودن افکار ۳- باورهای اطمینان شناختی ۴- باورهایی درباره نیاز به کنترل فکر و ۵- وقوف‌شناختی می‌باشد. پرسشنامه درهم آمیختگی

1. Obsessive compulsive disorder

2. Meta cognition questionnaire-30
3. Self-regulatory execution function

Archive of SID
www.SID.ir

افکار (TFI[1]؛ ۱۶)، نیز یک آزمون خود سنجی ۱۴ گویه است که باورهای رایج در مورد معنی و قدرت افکار در بیماران وسواسی را می‌سنجد. TFI سه مقوله درهم آمیختگی افکار را که در مدل فراشناختی معرفی شده‌اند می‌سنجد. این سه عامل عبارتند از: ۱- درآمیختگی اندیشه-کنش (TAF[2])که سوالات ۲، ۴، ۶ و ۱۲ را شامل می‌شود. ۲- درآمیختگی اندیشه- شئ (TOF[3]) که شامل سوالات ۷،۹،۱۱،۱۴می‌باشد و ۳- درآمیختگی اندیشه- روی داد (TEF[4]) که سوالات ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۰ و ۱۳ را در بر می‌گیرد. این ابزار در ایران به وسیله خرمدل و همکاران (۱۷) اعتباریابی شده است و نتایج نشان داد پرسشنامه درآمیختگی افکار در نمونه ایرانی دارای روایی و پایایی مناسبی می‌باشد.

با این‌که، این مطالعات در مورد فراشناخت اختلالات هیجانی انجام شده و چند ابزار برای سنجش فراشناخت در اختلالات اضطرابی و خلقی وجود دارد ولی برای سنجش فراشناخت اختلال بدشکلی بدن آزمونی وجود ندارد و به همین خاطر نیاز به یک وسیله سنجش استاندارد وجود دارد تا ابعاد فراشناخت خاص اختلال بدشکلی بدن را سنجش کند. بنابراین هدف اصلی در این پژوهش، ساخت و تعیین روایی، پایایی پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن می‌باشد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر ازنوع توصیفی وساخت و اعتباریابی پرسشنامه می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ و کلیه مراجعان کلینیک‌های تخصصی پوست و زیبایی در شهر اصفهان بود. در این پژوهش از میان کلیه دانشکده‌های دانشگاه اصفهان نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر (۱۰۰ دختر و ۱۰۰ پسر)، انتخاب شدند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۹ تا ۳۵ سال بود. بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی ابتدا از هر دانشکده یک رشته به تصادف انتخاب شد سپس از میان کلیه کلاس‌هایی که مربوط به آن رشته بود یک کلاس به تصادف انتخاب و نهایتاً به نسبت کلاس چند نفر به طور تصادفی گزینش شدند و پرسشنامه‌ها توسط آن‌ها تکمیل شد. همچنین در این پژوهش از بین مراجعه‌کنندگان کلینیک های پوست و زیبایی، ۴۰ نفر بعنوان نمونه در دسترس که ۲۰ نفر آنها مبتلا به BDD بودند و ۲۰ نفر دیگر نیز مبتلا به BDD نبودند برای سنجش روایی تشخیصی انتخاب گردیدند. برای تشخیص این ۴۰ نفر از مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی Yale-Brown برای اختلال بدشکلی بدن استفاده شد. ۲۰ نفر که در این مقیاس نمره بالاتر از ۲۰ آوردند در گروه اختلال بدشکلی بدن قرار می‌گرفتند و ۲۰ نفر دیگر هم که در این مقیاس نمره پایین تر از ۲۰ آوردند در گروه بدون BDD قرار گرفتند. همچنین، برای اینکه از تشخیص ۲۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و ۲۰ نفر از افرادی که در مقیاس YBOCS[5]-BDD فاقد اختلال بدشکلی بدن بودند، اطمینان حاصل شود، این افراد مورد مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR قرار گرفتند، که نتیجه مصاحبه نشان داد که پرسشنامه YBOCS-BDD به درستی افراد بیمار و سالم را تشخیص داده است.

ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش، پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن[6] و مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی Yale-Brown برای اختلال بدشکلی بود.

پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن

این پرسشنامه به ترتیب شامل چهار عامل:

1. Thought Fusion Instrument
2. Thought Action Fusion
3. Thought Object Fusion
4. Thought Event Fusion
5. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
6. Body Dysmorphic Metacognitive Questionnaire

Archive of SID

www.SID.ir

راهبردهای کنترل فراشناختی[1] (در مورد ظاهر)، عینیت بخشیدن به افکار(درآمیختگی افکار[2]) ، باورهای مثبت و منفی فراشناختی[3] و رفتارهای ایمنی[4] در مورد بدشکلی بدن می‌باشد. راهبردهای کنترل فراشناختی، پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های سیستم شناختی‌شان به کار می‌برند. این راهبردها ممکن است راهبردهای فکری را شدت بخشند یا سرکوب کنند و یا فرایندهای نظارتی را افزایش دهند(۱۴). عینیت دادن به افکار و تصاویر ذهنی، اولین بار به وسیله Rachman و Shafran (۱۸) بیان شد، این اصطلاح برای توصیف این باور به کار می‌رود که افکار و تصاویر ذهنی مزاحم (یک فرد) می‌تواند مستقیماً بر وقایع خارجی اثر بگذارد و یا دلالت بر این باور دارد که داشتن این گونه افکار مزاحم برابر با یک عمل واقعی پنداشته می‌شود و به آن عینیت بخشیده می‌شود. باورهای مثبت و منفی فراشناختی، به باورها و نظریاتی اشاره دارد که افراد درباره شناخت‌شان دارند، این باورها یا مثبت می‌باشند و یا منفی، و باورهایی درباره معنای انواع خاص افکار و باورها هستند، مانند نگرانی که باعث نتایج مثبت و جلوگیری از خطر می‌شود(۱۹،۱۴). رفتارهای ایمنی، نیز پاسخ‌هایی است که باعث حفظ شناخت اشتباه و اصلاح نشدن باورهای نادرست فراشناختی می‌شود، مانند اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی(۱۰).

هر ماده این پرسشنامه با توجه به مرور پیشینه نظری و پژوهشی و تجارب بالینی پژوهشگران با بیماران بدشکلی بدن تنظیم شده است. ابتدا ۶۴ سوال که به نظر محققان، فراشناخت اختلال بدشکلی بدن را ارزیابی می‌کند، تهیه گردید. تعدادی از این سوالات به کمک مشکلات فراشناختی که به وسیله Cooper و Osman (۹) در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن توصیف شده بود تهیه گردید، و بقیه سوالات نیز به کمک پرسشنامه‌های مربوط به فراشناخت در اختلالات هیجانی مانند پرسشنامه درهم آمیختگی افکار(TFI ; ۱۶) و تجربه بالینی و پژوهشی با بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن تهیه شد. به منظور بررسی اعتبار صوری و محتوا، سه متخصص آن را مورد بررسی و مطالعه قرار دادند و پس از اعمال نظر آنان ۲۰ ماده که به نظر آنان فراشناخت بدشکلی بدن را نمی‌سنجید، حذف شد. سپس در یک مطالعه مقدماتی نظر ۳۰ نفر دانشجو، پیرامون قابل فهم بودن سوالات بررسی شد، سپس ۱۰ ماده دیگر نیز که اکثر قریب به اتفاق شرکت کننده ها معتقد بودند که غیر قابل فهم است، حذف شد. نهایتاً ۳۴ ماده اجرا و ویژگی‌های روانسنجی آن‌ها بررسی شد. بعد از تکمیل پرسشنامه به وسیله شرکت کننده‌ها و تحلیل نتایج، ۳ سوال آن نیز به دلیل پایین بودن بار عاملی حذف شد که در نهایت ۳۱ سوال باقی ماند که از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بود. در این آزمون، از شرکت‌کننده خواسته می‌شود تا در قالب طیف لیکرت چهار گزینه‌ای در مورد تجربه افکار و تصورات در مورد بدشکل بودن ظاهرشان در دو هفته گذشته پاسخ بدهند. نمره‌گذاری پرسشنامه از ۱ تا ۴ بود.

مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی Yale-Brown برای اختلال بدشکلی بدن

مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی Yale-Brown برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD) (۲۰) : یک ابزار خود سنجی ۱۲ سوالی است که شدت علائم BDD را مورد سنجش قرار می‌دهد. Phillips و همکاران (۲۰)، بر اساس یک پژوهش تحلیل عاملی بر روی ۱۲۵ بیمارسرپایی دارای تشخیص BDD ، به این نتیجه رسیدند که YBOCS-BDD دارای یک ساختار مرتبه‌ای دو عاملی و دو سوال اضافی است. این عوامل عبارتند از: ۱- وسواس‌های فکری ۲- وسواس عملی و دو سوال اضافی

1. Metacognitive strategies
2. Thought- action fusion
3. Metacognitive negative and positive beliefs
4. Safety behaviors

Archive of SID
www.SID.ir

در مورد بینش و اجتناب. پاسخ‌دهندگان میزان توافق‌شان را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه (کاملا مخالفم) تا (کاملا موافقم) گسترده بود، نشان دادند. به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهد که YBOCS-BDD دارایی پایایی و روایی مطلوبی می‌باشد(۲۰). ربیعی و همکاران (۲۱)، در یک نمونه ایرانی، YBOCS-BDD را مورد اعتباریابی قرار دادند، نتایج آن‌ها نشان داد که YBOCS-BDD و عوامل آن (وسواس و نیروی کنترل افکار) همبستگی معنی‌داری با پرسشنامه پادوآ و عوامل آن دارند. همبستگی بین این دو مقیاس از ۰/۲۵ تا ۰/۵۸ متغیر بود که در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنی‌دار بود. همچنین YBOCS-BDD و عوامل آن (وسواس و نیروی کنترل افکار) با مقیاس رضایت بدنی در دامنه ۰/۲۵ تا ۰/۳۳ رابطه معنی‌داری داشت. علاوه بر این، بین مقیاس رضایت از بدن و پرسشنامه پادوآ و عوامل آن رابطه معنی‌داری گزارش گردید. این نتایج نشان از روایی همزمان مناسب YBOCS-BDD با پرسشنامه پادوآ و مقیاس رضایت بدنی می‌باشد. ضرایب آلفای کرانباخ ۰/۹۳ برای کل مقیاس،۰/۹۳ برای عامل اول و ۰/۷۸ برای عامل دوم به دست آمد. علاوه بر این، همبستگی بین فرم‌ها در دو نیم سازی ۰/۸۳۹ و ضریب دونیم سازی گاتمن ۰/۹۱۲ بود که نشان از پایایی مناسب YBOCS-BDD می‌باشد. برای تعیین مناسب بودن حجم نمونه جهت تحلیل عوامل از آزمون KMO[1] و BTS[2] استفاده شد. مقدار این شاخص (KMO) از صفر تا یک تغییر می‌کند که ۰/۹ تا ۱ عالی، ۰/۸ تا ۰/۹ خوب، ۰/۷ تا ۰/۸ رضایت بخش، ۰/۶ تا ۰/۷ متوسط و اگر بین ۰/۵ تا ۰/۶ باشد حجم نمونه ناکافی است و کمتر از ۰/۵ غیر قابل قبول محسوب می‌شود(۲۲). همچنین نتایج آزمون BTS نشان می‌دهد که ماتریس ضرایب همبستگی متغیرها در جامعه، یک ماتریس واحد را تشکیل می‌دهد و می‌توان از تحلیل عوامل برای کشف و تایید سوالات استفاده کرد.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS(Ver.16) وآماره های توصیفی میانگین و انحراف معیار و آماره های استنباطی همبستگی، ضریب پایایی و بارهای عاملی(با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی) استفاده شد.

یافته ها

برای سنجش روایی همزمان پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن، همبستگی بین BDMCQ و YBOCS-BDD بر روی دانشجویان دانشگاه اصفهان محاسبه‌گردید و نتایج آن درجدول شماره ۱ ارائه گردیده است. به دلیل نبود پرسشنامه مشابه در زمینه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن و از آن‌جایی که مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی Yale-Brown برای تشخیص اختلال بدشکلی بدن در جامعه ایران دارای روایی و پایایی مناسبی می‌باشد، محققان بر آن شدند تا YBOCS-BDD را برای سنجش روایی همزمان انتخاب کنند. علاوه براین، YBOCS-BDD مقیاسی می‌باشد که رفتارهای ایمنی و وسواسی مربوط به اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد که پرسشنامه ارزیابی اختلال بدشکلی بدن نیز از بابت سنجش رفتارهای ایمنی با این مقیاس شباهت‌هایی دارد.

بررسی روایی همزمان بر روی ۲۰۰ نفر دانشجو، نشان داد که پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن (BDMCQ) و عامل‌های آن با مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی Yale-Brown برای BDD همبستگی مثبت دارد. این ضرایب همبستگی با p=۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. جدول شماره ۱ نتایج همبستگی بین نمره کل پرسشنامه و عوامل آن را پس از تحلیل عامل نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار پرسشنامه BDMCQ و عامل‌های آن را نشان می‌دهد، همانطور که مشاهده می‌شود بیشترین میانگین مربوط به کل پرسشنامه و عامل اول وکمترین میانگین نیز مربوط به عامل چهارمی‌باشد.

1. Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy
2. Bartlett's test of sphericity

Archive of SID

www.SID.ir

به منظور بررسی روایی‌سازه پرسشنامه از تحلیل عاملی از نوع اکتشافی استفاده گردید، که در جدول شماره ۳ ارائه گردیده است. با توجه به جدول شماره ۳ آزمون KMO اشاره به این دارد که حجم نمونه برای تحلیل عوامل مناسب می‌باشد.

همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی بعد از چرخش متمایل (آبلیمن) در مجموع، چهار عامل از پرسشنامه فراشناخت بدشکلی بدن استخراج شده است که این چهار عامل نزدیک به ۴۸/۱۴ درصد از واریانس کل پرسشنامه را استخراج می‌کنند.

چهار عامل بعد از تحلیل عوامل استخراج شدند که عبارت‌اند از: عامل اول دارای ۱۴ سوال (۱تا۱۴) و با توجه به محتوای سوالات "راهبردهای کنترل فراشناختی"، عامل دوم با ۸ سوال "ائتلاف فکر- عمل یا درآمیختگی افکار"، عامل سوم با ۵ سوال "باورهای مثبت و منفی فراشناختی" و برای عامل چهارم با ۴ سوال، عنوان "رفتارهای ایمنی" نام‌گذاری شد. البته خاطر نشان می‌شود که سوالات را بعد از تحلیل عاملی مرتب کرده و سوالات مربوط به عامل یک را ابتدا و بعد سوالات عامل‌های دیگر نیز به همین ترتیب مرتب شده است. نام‌گذاری با توجه محتوای سوالات و نظر متخصصان در این زمینه صورت‌گرفته است. در مجموع بعد از بررسی‌های مقدماتی سوالات (قابل فهم بودن سوالات، روایی صوری سوالات) و تحلیل عاملی، ۳۱ سوال باقی ماند که مولفه‌های فراشناختی اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد.

بعد از این‌که ۳۱ سوال تنظیم و روایی همزمان، صوری و سازه آن، بررسی شد، برای بررسی روایی تشخیصی آن پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن به وسیله دو گروه مبتلا به BDD و افراد بدون BDD تکمیل گردید. همانطور که در جدول شماره ۶ ملاحظه می‌گردد بین دو گروه از لحاظ مولفه‌های فراشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میانگین‌های گروه مبتلا به BDD در مولفه‌های فراشناختی بطور معناداری بالاتر از گروه بدون BDD می‌باشد(p=۰/۰۰۱). بیشترین تفاوت مربوط به ائتلاف- فکر عمل (با اندازه اثر ۰/۷۴) و کمترین آن مربوط به باورهای مثبت و منفی فراشناختی (با اندازه اثر ۰/۲۳) می‌باشد.

جدول شماره ۱ : نتایج همبستگی پرسشنامه فراشناخت بدشکلی بدن (BDMCQ) و عوامل آن با مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی Yale-Brown برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD)

مقیاس	BDMCQ	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم
(YBOCS-BDD)	۰/۷۴	۰/۶۶	۰/۴۰	۰/۶۷	۰/۵۲
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

جدول شماره ۲ : میانگیل و انحراف معیار BDMCQ و مولفه‌های آن

شاخص های آماری / متغیرها	انحراف معیار ± میانگین
عامل اول	۲۴/۳۷ ± ۸/۰۰۵
عامل دوم	۲۳/۶ ± ۷/۸۹
عامل سوم	۱۲/۸۵ ± ۳/۱
عامل چهارم	۶/۱۳ ± ۱/۹۶
BDMCQ	۶۶/۹۵ ± ۱/۷۴

جدول شماره ۳ : آزمون KMO و BTS جهت تعیین کفایت حجم نمونه

آزمونKMO	۰/۸۱۴
آزمون BTS	۳۳۱۹/۲۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱

جدول شماره ۴ : تحلیل عامل پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن و عوامل تشکیل‌دهنده آن

عوامل	مقدار ویژه	مجموع بارهای استخراج شده		مجموع بارها در حالت چرخش‌یافته	
۱	۱۳/۹۱۵	۳۰/۲۴	۳۰/۲۴	۱۰/۶۶	۳۰/۲۴
۲	۳/۱۵۱	۶/۸۴	۳۷/۰۹	۴/۸۸	۳۷/۰۹
۳	۲/۹۶	۶/۴۴	۴۳/۵۳	۳/۰۹	۴۳/۵۳
۴	۲/۰۶	۴/۶۱	۴۸/۱۴	۱۰/۶۹	۴۸/۱۴۷

جدول شماره ۵ : نتایج تحلیل مانوا برای مقایسه دو گروه از لحاظ مولفه های فراشناختی

شاخص‌های آماری / متغیرهای وابسته	انحراف معیار ± میانگین	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
راهبردهای کنترل فراشناختی			
گروه BDD	۲۵ ± ۷/۹۱	۰/۷۲	۰/۰۰۱
گروه بدون BDD	۷/۵ ± ۲/۶۷		
ائتلاف فکر- عمل			
گروه BDD	۱۸/۷ ± ۵/۳۹	۰/۷۴	۰/۰۰۱
گروه بدون BDD	۵/۱ ± ۲/۶		
باورهای مثبت و منفی فراشناختی			
گروه BDD	۱۱/۹ ± ۶/۵۲	۰/۲۳	۰/۰۲۹
گروه بدون BDD	۶ /۵ ± ۳/۰۲		
رفتارهای ایمنی			
گروه BDD	۶/۷ ± ۳/۳	۰/۴۴	۰/۰۰۱
گروه بدون BDD	۲/۴ ± ۱/۲۶		

Archive of SID

www.SID.ir

جدول شماره ۶: سوالات و باورهای عاملی تشکیل‌دهنده پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن

۱	چنان افکار و تصورات مربوط به بدشکل بودن ظاهرم مرا احاطه می‌کنند که تمام انرژی مرا صرف خودشان می‌کنند.	۰/۷۵
۲	نگرانی‌های مربوط به بدشکلی ظاهرم مرا ناراحت و نگران‌تر می‌کند.	۰/۷۳
۳	خجالت می‌کشم دیگران متوجه افکار و تصوراتی که مربوط به بدشکلی خودم دارم بشوند.	۰/۶۹
۴	آن‌قدر به افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهرم ادامه می‌دهم تا بالاخره به نتیجه‌ای دست یابم.	۰/۶۷
۵	نگرانی مربوط به بدشکلی ظاهرم نمی‌گذارند که به کارها و وظایف اصلی‌ام برسم.	۰/۶۶
۶	نمی‌دانم با وجود افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهرم چه آینده‌ای در انتظار من است.	۰/۶۴
۷	در مورد وجود افکار و تصورات مربوط به بدشکلی در خودم نگران هستم.	۰/۵۹
۸	من در مقابل افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهرم هیچ اراده‌ای ندارم.	۰/۵۹
۹	همیشه مراقب واکنش دیگران در مورد بدشکلی ظاهرخودم هستم.	۰/۵۸
۱۰	خیلی حواسم به مردم اطرافم است که ببینم بدشکلی ظاهر مرا چگونه برانداز می‌کنند.	۰/۵۶
۱۱	بیشتر اوقات انرژی روانی من صرف افکار و تصورات راجع به بدشکلی ظاهرم می‌شود.	۰/۵۲
۱۲	بیشتر اوقات به خاطر بدشکلی ظاهرم در خودم فرو می‌روم و متوجه اطرافم نیستم.	۰/۴۹
۱۳	تصورات ذهنی مربوط به بدشکلی ظاهرم مانع تمرکز و دقت من می‌شوند.	۰/۴۹
۱۴	بیشتر اوقات غرق در افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهرم می‌شوم و به آن‌ها ادامه می‌دهم.	۰/۴۷
۱۵	خودم را بر اساس همین افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهرم ارزیابی می‌کنم.	۰/۴۱
۱۶	وقتی که افکار مربوط به بدشکلی ظاهرم پدیدار می شوند آن‌ها را قبول می کنم.	۰/۶۹
۱۷	من افکار و تصورات ذهنی مربوط به بدشکلی ظاهرم را واقعی می دانم.	۰/۶
۱۸	من با افکار و تصورات ذهنی مربوط به بدشکلی ظاهرم مقابله نمی‌کنم و در آن‌ها شک نمی کنم.	۰/۶۵
۱۹	فکر می‌کنم که تصاویر و افکار مربوط به بدشکلی ظاهرم حقیقت دارند.	۰/۶۴
۲۰	وقتی که افکار مربوط به بدشکلی ظاهرم وارد ذهنم می‌شوند خودم را در آینه نگاه می‌کنم و آن‌ها را تصدیق می‌کنم.	۰/۶۳
۲۱	تمام افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهرم به گونه‌ای است که گویی کاملاً واقعیت دارند.	۰/۶۲
۲۲	تصورات و افکار مربوط به بدشکلی ظاهرم به اندازه یک امر واقعی من را ناراحت می کند.	۰/۶
۲۳	تصورات و افکار مربوط به بدشکلی ظاهرم باعث می‌شوند تا من بیشتر مواظب ظاهرم باشم.	/۷۶
۲۴	وجود تصورات و افکار مربوط به بدشکلی ظاهرم مرا متوجه بهتر کردن ظاهرم می کنند.	۰/۷
۲۵	وجود افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهرم برای من بسیار خطرناک هستند.	۰/۶۹
۲۶	وجود افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهرم برای من وحشتناک و قابل کنترل نیستند	۰/۶۶
۲۷	وجود افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهرم ناراحتم می کند چون زیبایی برای من خیلی مهم است.	۰/۵۳
۲۸	سعی می‌کنم تا با آرایش بدشکلی ظاهرم را بهتر بکنم.	۰/۷۱
۲۹	با گریم کردن سعی می‌کنم تا نقص ظاهرم را بپوشانم.	۰/۶۵
۳۰	خودم را تا جایی که بشود به خاطر بدشکلی ظاهرم از دیگران دور نگه می‌دارم.	۰/۵۱
۳۱	سعی می‌کنم بخاطر تصورات و افکار مربوط به بدشکلی ظاهرم زیاد در مقابل دیگران ظاهر نشوم.	۰/۴۵

جدول شماره ۷ ضرایب پایایی پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن را در مجموع و تفکیک خرده مقیاس‌های چهارگانه آن نشان می‌دهد. کلیه سوالات، همبستگی مثبت با نمرات کل هر عامل داشت یعنی همه ضرایب تمیز سوالات مثبت بود. همانطور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌گردد ضریب پایایی (از نوع آلفای کرانباخ) کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن بالاتر از ۰/۷ می‌باشد، که نشان از پایایی مناسب پرسشنامه می‌باشد.

جدول شماره ۷: ضرایب پایایی (از نوع آلفای کرانباخ) پرسشنامه BDMCQ و عوامل آن

عوامل	تعداد افراد	تعداد ماده	آلفای کرانباخ
عامل اول	۱۰۰	۱۴	۰/۹
عامل دوم	۱۰۰	۸	۰/۹۱
عامل سوم	۱۰۰	۵	۰/۷۸
عامل چهارم	۱۰۰	۴	۰/۷
کل	۱۰۰	۳۱	۰/۹۴

بحث

پژوهش حاضر با توجه به اهمیت فراشناخت در

Archive of SID

www.SID.ir

اختلال بدشکلی بدن و به منظور پر کردن جای خالی ابزاری در سنجش فراشناخت اختلال بدشکلی بدن صورت گرفته است، تا بستر مناسب برای پژوهش، ارزیابی و درمان اختلال بدشکلی بدن فراهم شود. همبستگی مثبت بالا و معنی‌دار این پرسشنامه و عوامل آن با مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی Yale-Brown برای BDD، نشان‌دهنده روایی همزمان خوب این پرسشنامه است. نتایج تحلیل عاملی حکایت از روایی سازه مناسب این تست دارد و نشان داد که در کل چهار عامل به دست آمده در این تست می توانند ۴۸/۱۷ درصد از فراشناخت بدشکلی بدن افراد را ارزیابی و تبیین کند. در پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن چهار عامل استخراج شد که این عامل ها قابل مقایسه با خرده مقیاس های پرسشنامه فراشناخت MCQ-30 (۱۳) می‌باشد. مثلاً باورهای مثبت و منفی فراشناختی و راهبردهای کنترل فراشناختی در هر دو پرسشنامه وجود دارد، ولی باورهای مثبت و منفی در BDMCQ یک عامل می باشد ولی در MCQ-30 سه عامل جداگانه با عنوان‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهایی درباره کنترل ناپذیری و خطرناک بودن افکار و باورهای اطمینان شناختی می‌باشد. همچنین راهبردهای کنترل فراشناختی در BDMCQ یک عامل می‌باشد ولی در MCQ-30 راهبردهای کنترل فراشناختی دو عامل جداگانه با عناوین نیاز به کنترل فکر و وقوف شناختی می‌باشد. همچنین، BDMCQ شامل دو عامل درآمیختگی افکار و رفتارهای ایمنی می‌باشد که MCQ-30 آن‌ها را مورد سنجش قرار نمی‌دهد. علاوه بر این، عامل در آمیختگی افکار در BDMCQ در سنجش درآمیختگی افکار همخوان با پرسشنامه درهم آمیختگی افکار (۱۴) می‌باشد ولی TFI درآمیختگی افکار را در بیماران وسواسی می‌سنجد و همچنین این پرسشنامه شامل سه عامل جداگانه می‌باشد که درآمیختگی افکار را در جنبه‌های مختلف می‌سنجد.

تایید محتوای سوالات به وسیله متخصصان در زمینه مورد بررسی و بررسی ساختار عاملی پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن، نشان داد که پرسشنامه مذکور از روایی صوری و سازه مناسبی برخوردار می‌باشد. علاوه بر این، در این پژوهش برای اطمینان از روایی تشخیصی پرسشنامه، این آزمون در دو گروه مبتلا به BDD و افراد بدون BDD اجرا گردید، که نتایج نشان داد که گروه مبتلا به BDD بطور معنی‌داری نمرات بالاتری در مولفه‌های فراشناختی کسب کردند، با توجه به این یافته می‌توان نتیجه گرفت که BDMCQ از روایی تشخیصی مناسبی بر خوردار می‌باشد.

ضرایب همسانی درونی (از نوع آلفای کرانباخ) ۰/۹۴ برای کل پرسشنامه و ضرایب بین ۰/۷ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس حاکی از پایایی و همسانی درونی بالای این پرسشنامه می باشد. همچنین لازم به ذکر است که علاوه بر اعتبار یابی این پرسشنامه نتایج این پژوهش با بررسی‌های Cooper و Osman (۹)، Mor (۱۱)، Veal (۱۰)، ربیعی و همکاران (۲۱)، مبنی بر ارتباط مولفه‌های فراشناخت با اختلال بدشکلی بدن، همخوانی دارد.

با توجه به جستجوی صورت گرفته در بانک‌های اطلاعاتی خارج و داخل کشور تاکنون هیچ تحقیقی در مورد تحلیل عوامل و ساخت این پرسشنامه بدست نیامده، لذا می‌توان گفت که BDMCQ پرسشنامه جدیدی است. پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن به جهت برخوردار بودن از خصوصیات مناسب روان‌سنجی و همچنین سادگی اجرا و عینیت، قابل استفاده در فعالیت‌های پژوهشی، ارزیابی و درمان می باشد. از آن‌جایی که تحقیقات قبلی مانند مطالعه Cooper و Osman (۹) در مورد فراشناخت در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مقدماتی و به صورت کیفی بوده است، در این مطالعه امکان مقایسه BDMCQ با ابزارهای اندازه‌گیری مشابه در سنجش فراشناخت اختلال بدشکلی بدن وجود نداشت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به قابل اجرا بودن این ابزار فقط برای افراد باسواد، محدود بودن

Archive of SID

www.SID.ir

دامنه سنی و عدم استفاده از پایایی از نوع بازآزمایی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان بررسی تحلیل عاملی این پرسشنامه با تعداد نمونه بیشتر انجام شود. همچنین به دلیل پیچیدگی و سختی درک مفهوم فراشناخت توصیه می شود که این آزمون به وسیله متخصصان استفاده گردد تا در مواردی که مورد نیاز می‌باشد اطلاعات لازم به مراجعان داده شود.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington: American Psychiatric, 2000.
2. Otto MW, William S, Cohen LS, Harlow B. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. Am J Psychiat 2001; 158(3): 2061-2063.
3. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike M. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. Psychiat Res 2002; 109(4): 101-104.
4. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. Plast Reconstr Surg 1998; 101(8): 1644-1649.
5. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Incidence of abuse in body dysmorphic disorder. J Clin Psychiat 2003; 57(3): 61-64.
6. Philips K. Understanding Body Dysmorphic Disorder. Oxford Press, 2009.
7. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. American Psychologist 1979; 34(4): 906-911.
8. Moses LJ, Baird JA. Metacognition. In: Wilson RA, Keil FC, editors. The MIT encyclopedia of the cognitive sciences. 2nd ed. Cambridge. MIT Press, 1999.
9. Cooper M, Osman S. Metacognition in body dysmorphic disorder-A preliminary exploration. J Cogn Psychothe 2007; 21(3): 148-155.
10. Veal D. Advances in a cognitive behavioral model of body dysmorphic disorder. Body Image 2004; 1(1): 113-125.
11. Mor N, Winquist J. Self-focused Attention and Negative Affect: A Meta-Analysis. Psychol Bull 2002; 128(7): 658-662.
12. Daig I, Burkert S, Albani C, Martin A, Brahler E. Associations between body dysmorphic symptoms, body image and self-consciousness in a representative population sample. Psychother Psychosom Med Psychol 2008; 58(1): 16-22.
13. Rabiei M, Kalantari M, Molavi H. Efficacy of metacognitive therapy on symptoms of body dysmorphic disorder patients in Iran, M.A. Thesis, University of Isfahan. 2001 (Persian).
14. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: the S-REF model. Behav Res Ther 1996; 34(11-12): 881-888.
15. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. Behav Res Ther 2004; 42(4): 385-396.
16. Ahmadi-Tahoor M, Rabiee M, Karimi L, Shomoossi N. The Effect of Metacognitive Intervention on Symptoms of Patient with Body Dysmorphic Disorder: A Case Study. J Sabzevar Univ Med Sci 2011; 18(1): 26-32 (Persian).

Archive of SID

www.SID.ir

17. Khormdel K, Rabiei M, Molavi H. Psychometric properties of the Thought Fusion Instrument (TFI) in students. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2010; 16(1): 74-78.
18. Rachman S, Shafran R. Cognitive distortions: thought-action fusion. Clinical Psychological and Psychotherapy 1999; 6(6): 80-85.
19. Cartwright-Hatton S, Wells A. Belief about worry and intrusion: the metacognitive Questionnaire. Journal of Anxiety Disorders 1997; 11(11): 279-315.
20. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability and validity of a modified version of Yale-Brown obsessive-compulsive scale. Psychopharmacology Bulletin 1997; 33(6): 20-22.
21. Rabiei M, Khormdel K, Kalantari K, Molavi H. Validity of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD) in students of the University of Isfahan. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2009; 15(4): 343-350.
22. Kaiser HF, Cerny BA. A study of a measure of sampling adequacy for factor analytic correlation matrices. Multivar Behav Res 1977; 12(5): 43-47.

Archive of SID

www.SID.ir