

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 $r=0.74$ بود ($p=0.001$). 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 معنی داری بالاتر از گروه سالم بود. ضریب آلفای کرونباخ 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 برخوردار می باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال بدشکلی بدن، اعتباریابی، فراشناخت

مقدمه

بوسیله صرف زمان برای رفتارهای مانند: نگرستن 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

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 جزئی وجود داشته باشد دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است (۱). اختلال بدشکلی بدن

E-mail:rabiei_psychology@yahoo.com

مؤلف مسئول: مهدی ربیعی - اصفهان: دانشگاه اصفهان، گروه روانشناسی

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

دارند و از رفتارهای ایمنی مثل (اجتناب) بیشتر از دیگر افراد بهره می‌برند. همچنین MoF 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، تصویر تحریف 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 می‌توان 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-30²): یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خودسنجی می‌باشد که باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد. این مقیاس بر پایه الگوی کنش اجرایی خود تنظیمی (S-REF³) 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- باورهای درباره کنترل ناپذیری و خطرناک بودن افکار ۳- باورهای اطمینان شناختی ۴- باورهای درباره نیاز به کنترل فکر و ۵- وقوف شناختی می‌باشد. پرسشنامه درهم آمیختگی

شیوع در نوجوانان و جوانان بوده است (۳). همچنین شیوع BDD در حیطه جراحی زیبایی در حدود ۵ درصد و در کلینک‌های جراحی پوست ۱۲ درصد 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 (OCD¹) 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 رویکرد‌های جدید مانند فراشناخت و اختلال بدشکلی بدن پژوهش‌های 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

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

1. Obsessive compulsive disorder

شرکت کنندگان 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 کلینیک‌های 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 YBOCS⁵-BDD فاقد اختلال بدشکلی بدن بودند، اطمینان حاصل شود، این افراد مورد مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های 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^۶ 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:

افکار (TFI¹؛ 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- در آمیختگی اندیشه-کنش (TAF²) که سوالات ۲، ۴، ۶ و ۱۲ را شامل می‌شود. ۲- در آمیختگی اندیشه-شیء (TOF³) که شامل سوالات ۷، ۹، ۱۱، ۱۴ می‌باشد و ۳- در آمیختگی اندیشه-روی داد (TEF⁴) 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 در آمیختگی 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 روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و ساخت 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

5. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
6. Body Dysmorphic Metacognitive Questionnaire

1. Thought Fusion Instrument
2. Thought Action Fusion
3. Thought Object Fusion
4. Thought Event Fusion

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 کننده‌ها 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 شرکت کننده 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. نمره گذاری 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 بیمار سرپایی 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

راهبردهای کنترل فراشناختی^۱ (در مورد ظاهر)، عینیت بخشیدن به افکار (در آمیختگی افکار)^۲، باورهای مثبت و منفی فراشناختی^۳ و رفتارهای ایمنی^۴ 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 (۱۴، ۱۹). 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

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

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS (Ver.16) و آماره 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 محاسبه گردید و نتایج آن در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است. به دلیل نبود پرسشنامه مشابه در زمینه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن و از آنجایی که مقیاس اصلاح شده سواس فکری عملی Yale-Brown برای تشخیص اختلال بدشکلی بدن در جامعه ایران دارای روایی و پایایی مناسبی می باشد، محققان بر آن شدند تا YBOCS-BDD را برای سنجش روایی همزمان انتخاب کنند. علاوه بر این، YBOCS-BDD مقیاسی می باشد که رفتارهای ایمنی و سواسی مربوط به اختلال بدشکلی بدن را می سنجد که پرسشنامه ارزیابی اختلال بدشکلی بدن نیز از بابت سنجش رفتارهای ایمنی با این مقیاس شباهت هایی دارد.

بررسی روایی همزمان بر روی ۲۰۰ نفر دانشجویان نشان داد که پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن (BDMCQ) و عامل های آن با مقیاس اصلاح شده سواس فکری عملی Yale-Brown برای BDD همبستگی مثبت دارد. این ضرایب همبستگی با $p=0/001$ معنی دار بود. جدول شماره ۱ نتایج همبستگی بین نمره کل پرسشنامه و عوامل آن را پس از تحلیل عامل نشان می دهد.

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار پرسشنامه BDMCQ و عامل های آن را نشان می دهد، همانطور که مشاهده می شود بیشترین میانگین مربوط به کل پرسشنامه و عامل اول و کمترین میانگین نیز مربوط به عامل چهارمی باشد.

در مورد بینش و اجتناب. پاسخ دهندگان میزان توافق شان را با هر کدام از ماده ها در مقیاس لیکرت که از دامنه (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) گسترده بود، نشان دادند. به طور کلی، مطالعات نشان می دهد که YBOCS-BDD دارای پایایی و روایی مطلوبی می باشد (۲۰). ریعی و همکاران (۲۱)، در یک نمونه ایرانی، YBOCS-BDD را مورد اعتباریابی قرار دادند، نتایج آن ها نشان داد که YBOCS-BDD و عوامل آن (سواس و نیروی کنترل افکار) همبستگی معنی داری 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 معنی دار بود. همچنین YBOCS-BDD و عوامل آن (سواس و نیروی کنترل افکار) با مقیاس رضایت بدنی در دامنه ۰/۲۵ تا ۰/۳۳ رابطه معنی داری داشت. علاوه بر این، بین مقیاس رضایت از بدن و پرسشنامه پادوآ و عوامل آن رابطه معنی داری گزارش گردید. این نتایج نشان از روایی همزمان مناسب YBOCS-BDD با پرسشنامه پادوآ و مقیاس رضایت بدنی می باشد. 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 فرم ها در دو نیم سازی ۰/۸۳۹ و ضریب دونیم سازی گاتمن ۰/۹۱۲ بود که نشان از پایایی مناسب YBOCS-BDD می باشد. 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 می کند 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 می شود (۲۲). همچنین نتایج آزمون BTS نشان می دهد که ماتریس ضرایب همبستگی متغیرها در جامعه، یک ماتریس واحد را تشکیل می دهد و می توان از تحلیل عوامل برای کشف و تایید سوالات استفاده کرد.

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

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) می باشد.

جدول شماره ۱: نتایج همبستگی پرسشنامه فراشناخت بدشکلی بدن (BDMCQ) و عوامل آن با مقیاس اصلاح شده و سواس 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: میانگین و انحراف معیار BDMCQ و مولفه های آن

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

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

آزمون	KMO	BTS	سطح معنی داری
آزمون KMO	۰/۸۱۴		
آزمون BTS		۳۳۱۹/۲۱	
سطح معنی داری			۰/۰۰۱

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

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

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

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

به منظور بررسی روایی سازه 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 می باشد.

همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود، 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 می کنند.

چهار عامل بعد از تحلیل عوامل استخراج شدند که عبارت اند از: عامل اول دارای ۱۴ سوال (۱ تا ۱۴) 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" نام گذاری شد. البته خاطر نشان می شود که سوالات را بعد از تحلیل عاملی مرتب کرده و سوالات مربوط به عامل یک را ابتدا و بعد سوالات عامل های دیگر نیز به همین ترتیب مرتب شده است. نام گذاری با توجه محتوای سوالات و نظر متخصصان در این زمینه صورت گرفته است. در مجموع بعد از بررسی های مقدماتی سوالات (قابل فهم بودن سوالات، روایی صوری سوالات) و تحلیل عاملی، ۳۱ سوال باقی ماند که مولفه های فراشناختی اختلال بدشکلی بدن را می سنجد.

بعد از این که 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 می گردد بین دو گروه از لحاظ مولفه های فراشناختی تفاوت معنی داری وجود دارد. میانگین های گروه مبتلا به BDD در مولفه های فراشناختی بطور معناداری بالاتر از گروه بدون BDD می باشد ($p=0/001$). بیشترین

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

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

جدول شماره ۷: ضرایب پایایی (از نوع آلفای کرونباخ) پرسشنامه

BDMCQ و عوامل آن			
عوامل	تعداد افراد	تعداد ماده	آلفای کرونباخ
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

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

بحث

پژوهش حاضر با توجه به اهمیت فراشناخت در

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 برخوردار 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 می‌باشد. 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 می‌باشد. 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

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 می‌توانند 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 عامل‌ها قابل مقایسه با خرده مقیاس‌های 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 می‌باشد ولی در MCQ-30 سه عامل جداگانه با عنوان‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای 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 در آمیختگی 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 در آمیختگی افکار همخوان با پرسشنامه درهم آمیختگی افکار (۱۴) می‌باشد ولی TFI در آمیختگی افکار را در بیماران وسواسی می‌سنجد و همچنین این پرسشنامه شامل سه عامل جداگانه می‌باشد که در آمیختگی افکار را در جنبه‌های مختلف می‌سنجد.

تایید محتوای سوالات به وسیله متخصصان در زمینه

سختی درک مفهوم فراشناخت توصیه می شود که این آزمون به وسیله متخصصان استفاده گردد تا در مواردی که مورد نیاز می باشد اطلاعات لازم به مراجعان داده شود.

دامنه سنی و عدم استفاده از پایایی از نوع بازآزمایی اشاره کرد. پیشنهاد می شود که در صورت امکان بررسی تحلیل عاملی این پرسشنامه با تعداد نمونه بیشتر انجام شود. همچنین به دلیل پیچیدگی و

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).

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