

# ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی بدن

محبت کاظمینی<sup>۱</sup>، علی اکبر فروغی<sup>۲</sup>، سجاد خانجانی<sup>۱\*</sup>، ابوالفضل محمدی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳. دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*نویسنده مسئول: سجاد خانجانی، تهران، ولنجک، بلوار دانشجو، خ. کودکیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانشناسی بالینی،

ایمیل: khanjanis23@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله ۱۳۹۳/۱۰/۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۲۰

## چکیده

**مقدمه:** نگرانی در مورد بدشکلی، نگرانی بیش از اندازه درباره نقص خیالی یا ناچیز در ظاهر فیزیکی فرد می‌باشد. در جامعه ایرانی پرسشنامه کوتاه و معتبر برای بررسی اختلال بدشکلی بدن، غربالگری و انجام پژوهش وجود ندارد.

**روش کار:** به منظور بررسی ویژگی‌های روانسنجی و تحلیل ساختار عاملی این مقیاس، ۲۱۰ نفر (۱۰۳ پسر و ۱۰۷ دختر) از جمعیت دانشجویی به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین از آزمودنی‌ها خواسته شد که پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی، مقیاس‌های شرم بیرونی، شفقت به خود، عاطفه منفی و کمالگرایی را تکمیل کنند. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار لیزرل ۸ و SPSS-18 استفاده شد. تحلیل عاملی تأییدی، ضریب همبستگی و آلفای کرونباخ محاسبه شد.

**نتایج:** نتایج تحلیل عاملی تأییدی از ساختار تک عاملی نگرانی در مورد بدشکلی در نمونه ایرانی حمایت کرد (CFI=0.97, NFI=0.94, RMSEA=0.07). پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی همبستگی مثبت و معناداری با مقیاس شرم بیرونی (۰.۳۸)، کمال گرایی (۰.۲۲) و عاطفه منفی (۰.۲۲) و همبستگی منفی و معنادار با شفقت به خود (۰.۱۶) دارد. ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۸ به دست آمد.

**نتیجه گیری:** ساختار عاملی نگرانی در مورد بدشکلی از ویژگی‌های روان سنجی مطلوبی در جمعیت‌های دانشجویی برخوردار است. پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی بدن برای کاربرد در کار تحقیقی و کار بالینی از ویژگی‌های روان سنجی مناسبی برخوردار است.

**واژگان کلیدی:** نگرانی در مورد بدشکلی بدن، تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی تأییدی، اعتبار، پایایی

در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد بررسی کردند، نتایج نشان داد که ۳۴.۴ درصد از نمونه مطالعه در مورد ظاهر خود نگرانند که بیشترین نگرانی مربوط به صورت به خصوص بینی و پوست بود. شیوع BDD در دانشجویان ۷.۴ درصد بود که فراوانی دو جنس در گروه های مبتلا و غیر مبتلا تفاوت آماری معنی‌دار نداشت (۱۱). در مطالعه ای دیگر در بین دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهر یزد ۴۱ درصد افراد گروه نمونه دارای نگرانی های نامتعارف در مورد شکل ظاهری و بدن بودند و ۷.۱ درصد اختلال بدشکلی بدنی شدید داشتند که نیازمند مداخله روانشناختی فوری بودند (۱۲). در زمینه جراحی پلاستیک و زیبایی، ایران جز کشورهای پیشگام است و بیشترین جراحی مربوط به بینی در سنین ۱۷ تا ۳۰ سالگی میباشد. همچنین آمار نشان میدهد که در حال حاضر در ایران بیش از ده هزار نفر زن متقاضی جراحی پلاستیک هستند (۱۳). مطالعات زیادی نشان داده اند که میزان بالاتر عاطفه منفی با نارضایتی از بدن (۱۴، ۱۵) و تحریف بدن مرتبط (۱۶، ۱۷) است. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اغلب احساس شرم را ترجمه میکنند (۱۸). شرم بیرونی<sup>۶</sup> و شفقت به خود<sup>۷</sup> با نارضایتی از بدن در جمعیت های عمومی و اختلالات خوردن ارتباط دارد (۱۹). واسیلیکیو و همکاران دریافتند که بعد از کنترل عزت نفس در دانشجویان فارغ التحصیلی که نمره بالاتر در شفقت به خود داشتند نگرانی از تصویر بدن کمتر داشتند (۲۰). کمالگرایی<sup>۸</sup> بعد از کنترل آسیب شناسی کلی به طور مثبت با پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی ارتباط داشت (۲۱).

اوستوزین<sup>۹</sup> پرسشنامه هفت آیتمی نگرانی در مورد بدشکلی یا DCQ را ارائه کرد. این پرسشنامه با هدف ارزیابی نگرانی هایی در مورد بدشکلی به عنوان یک علامت و بدون نیاز به تشخیصگذاری اختلال بدشکلی بدن ساخته شد. فرم پاسخگویی DCQ به شکلی است که پاسخ دهندگان نگرانی هایشان را در مورد ظاهر فیزیکی خود نسبت به دیگران در یک مقیاس چهار درجه ای درجه بندی میکنند DCQ بر یک نمونه استرالیایی ۵۷ نفری از بیماران بستری روانپزشکی اجرا شده است که نتایج این مطالعه نشان دهنده روایی درونی مناسب، ساختار عاملی تک بعدی، همبستگی قوی میان پریشانی و اضطراب و کار و آسیب اجتماعی، همبستگی متوسط با علایم افسردگی و

نگرانی از بد شکلی<sup>۱</sup>، نگرانی بیش از اندازه درباره نقص خیالی یا ناچیز در ظاهر فیزیکی فرد، اولین بار توسط مورسلی<sup>۲</sup> به ادبیات روانپزشکی راه یافت، وی اصطلاح "فوبی بد شکلی" را برگزید (۱). دیلون<sup>۳</sup> و همکاران اشاره کردند که فوبی بدشکل به عنوان علامتی است که میتواند در اختلالات روانی دیگر نظیر افسردگی و اسکیزوفرنیا دیده شود (۲). با این حال فوبی بد شکلی در ۱۹۸۰ به عنوان یکی از اختلالات سوماتوفرم در نسخه سوم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی (DSM-III) طبقه بندی شد (۳) و بعداً این اختلال در DSM-III-R و DSM-IV به "اختلال بد شکلی بدن" تغییر نام یافت (۴). اختلال بدشکلی بدن<sup>۴</sup> در DSM-5 در طبقه وسواس فکری-عملی و اختلالات مربوط قرار دارد ویژگی اصلی این اختلال اشتغال ذهنی به یک یا چند نقص یا عیب خیالی در ظاهر جسمانی است که افراد مبتلا به آن معتقدند زشت، فاقد جذابیت، ناپهناج یا بدشکل به نظر میرسند. این نقص ها از نظر دیگران قابل مشاهده نیستند یا جزئی به نظر میرسند. نگرانی ها از فاقد جذابیت به نظر رسیدن یا درست نبودن تا زنده یا مانند هیولا به نظر رسیدن گسترش دارد. افراد در پاسخ به این اشتغال های ذهنی رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر افراطی انجام میدهند. شیوع نقطه ای این اختلال ۲.۴ درصد گزارش شده است که نرخ شیوع BDD میان مردان و زنان یکسان است. در بیماران جراحی زیبایی و بیماران پوستی شیوع اختلال بالاتر است. اختلال افسردگی اساسی متداول ترین اختلال همزمان و اختلال اضطراب اجتماعی و اختلالات مرتبط با مواد در این بیماران شایع است. متوسط سن هنگام شروع این اختلال ۱۶ تا ۱۷ سالگی، رایج ترین سن به هنگام شروع قبل از ۱۳ سالگی است (۵). فیلیپس<sup>۵</sup> گزارش میدهد که از نمونه ۳۹۸ نفری بیماران BDD ۷۶.۴ درصد به شدت خواستار عمل های زیبایی هستند و ۶۶ درصد نیز این درمان ها را دریافت کرده اند، با این حال این درمان ها پیشرفتی در بهبود علایم این اختلال نشان نداده اند شیوع این اختلال در برخی از گروه ها مانند دانشجویان بیشتر گزارش شده است (۷، ۸). شیوع BDD در دانشجویان آمریکا ۴ درصد و در ترکیه ۴.۸ درصد گزارش شده است (۹، ۱۰). در مورد شیوع BDD در ایران مطالعاتی کمی انجام شده است در مطالعه ای طلایی و همکاران شیوع BDD را

۱. Dysmorphic Concern
۲. Morselli
- ۳ DeLeon
۴. Body Dysmorphic Disorder
۵. Phillips

۶. External shame

۷. Self compassion

۸. Perfectionism

۹. Oosthuizen

## روش کار

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. برای تعیین حجم نمونه یک سوال بسیار مهم در تحلیل عاملی تعیین حداقل حجم نمونه لازم برای گردآوری داده های مربوط به مدل یابی معادلات ساختاری است. کلاین معتقد است در تحلیل عاملی اکتشافی برای هر متغیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ قابل دفاع است (۲۵). اما در تحلیل عاملی تأییدی حداقل حجم نمونه براساس عامل ها تعیین میشود نه متغیرها. اگر از مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شود، حدود ۲۰ نمونه برای هر عامل (متغیر پنهان) لازم است (۲۶) حجم نمونه توصیه شده برای تحلیل عاملی تأییدی حدود ۲۰۰ نمونه برای ده عامل توصیه شده است (۲۵، ۲۷). بر این اساس نمونه پژوهش شامل ۲۱۰ نفر (۱۰۳ پسر و ۱۰۷ دختر) از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران بودند که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه نگرانی درمورد بدشکلی پس از ترجمه به زبان فارسی، توسط چند نفر از دانشجویان دکتری روانشناسی بالینی مورد بازبینی قرار گرفت. سپس از دو کارشناس زبان انگلیسی خواسته شد تا آن را به زبان اصلی ترجمه کنند. متن ترجمه شده با متن اصلی مقایسه شد و اشکال های آن مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله بعد پرسشنامه روی نمونه های متشکل از ۲۰ نفر اجرا و مشکلات موجود در آن اصلاح شد. پس از اتمام مراحل پرسشنامه نهایی برای اجرا روی نمونه مذکور آماده شد.

پرسشنامه نگرانی بدشکلی: این پرسشنامه شامل ۷ گویه است که حدود نگرانی در مورد ظاهر فیزیکی را اندازه گیری میکند. پاسخ های آن در یک دامنه ۴ درجه لیکرتی (۰-۳) که ۳ نشانه بیشترین نگرانی است قرار میگیرد. مواردی که در این پرسشنامه سنجیده میشوند شامل: نگرانی در مورد ظاهر فیزیکی، باور به بدشکلی و بدریخت بودن، اعتقاد به کژکاری جسمی (مانند بوی بد)، مشاوره با متخصصان زیبایی با اینکه به این افراد گفته میشود که از نظر ظاهری طبیعی هستند ولی آنها باور نمیکند. صرف مدت زمان زیادی در ارتباط نگرانی در مورد ظاهر و پوشاندن نقایص ظاهری. پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی یک مقیاس ابعادی از نگرانی ظاهری است و در تعدادی از زمینه های بالینی به کار رفته است (۲۲، ۲۳، ۲۸). نمرات پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی (DCQ) قویاً با نمرات مصاحبه اختلال بدشکلی بدنی (BDDE)، یک مقیاس پایا و معتبر برای BDD، همبستگی دارد (۲۹). اگرچه DCQ مستقیماً BDD را نمی سنجد

یک همبستگی معنادار آماری با علایم سایکوتیک است (۲۲). جارگنسن<sup>۱۰</sup> یک مطالعه پیگیری با گروه بالا ترتیب داد تا بدین صورت بتواند روایی سازه DCQ را ارزیابی نماید که نتایج بررسی نشان داد DCQ از روایی درونی بسیار خوبی برخوردار است و تحلیل عاملی ساختار عاملی تک بعدی را تایید کرد. همچنین تفاوت های گروهی نشان دادند که آن دسته از بیمارانی که تشخیص BDD داشتند بطور معناداری نمره بالاتری در DCQ آوردند تا افرادی که تشخیص نگرفته بودند. براساس نتایج مطالعه میتوان گفت اگرچه DCQ برای غربال بالینی ساخته نشده است، با این حال ممکن است بتواند به عنوان یک ابزار غربالگری خودگزارش دهی مختصر و کوتاه در محیط های بالینی غیرروانپزشکی مفید واقع شود (۲۳). استنگر<sup>۱۱</sup> سودمندی استفاده از DCQ را بعنوان یک ابزار غربالگری برای BDD در یک نمونه ۶۵ نفری بیماران سرپایی امراض پوستی بررسی کرد. بیماران به وسیله مقیاس تشخیصی BDD و داشتن عارضه بدشکلی یا امراض پوستی غربال شدند، که شامل ۲۲ بیمار BDD، ۲۲ بیمار با امراض پوستی و ۲۱ بیمار با امراض پوستی خفیف بود. بیماران مبتلا به BDD بطور معناداری نمره DCQ بالاتری از هر دو گروه کنترل بدست آورد. نمره برش ۱۱ در DCQ منجر به یک طبقه بندی دقیق تری شد به شکلی که ۱۰۰ درصد بیماران مبتلا به BDD، ۱۰۰ درصد بیماران با عوارض خفیف و ۵۹ درصد با عوارض بدشکلی را شامل شدند. نویسندگان بیان کردند که نمره برش ۱۴ بهترین حساسیت و ویژگی را ایجاد می کند چراکه طبقه بندی دقیقی برای ۷۲ درصد از بیماران BDD و ۹۰٫۷ درصد از بیماران غیر BDD ارائه می دهد (۲۴).

مرور مطالعات گذشته نشان میدهد که شیوع اختلال بدشکلی بدن بالاست اما به دلیل اینکه این افراد در عوض درمان های روانشناختی اغلب به دنبال درمان های پوستی و جراحی های زیبایی هستند، اختلال کمتر از میزان واقعی تشخیص داده میشود. با توجه به اینکه کشور ایران جزء کشورهای پیشگام در زمینه جراحی پلاستیک و زیبایی است و اینکه میزان شیوع این اختلال بخصوص در برخی از گروه ها مانند دانشجویان رو به افزایش است، فقدان یک پرسشنامه هنجاریابی شده و کوتاه در جهت بررسی اختلال بدشکلی بدن، غربالگری و انجام پژوهش در جامعه ایرانی احساس می شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی انجام شد.

۱۰. Jorgensen

۱۱. Stangier

افسردگی بک ۰.۵۸ و با پرسشنامه اضطراب آشکار از پرسشنامه اضطراب آشکار- پنهان ۰.۵۱ گزارش شده است (۳۲).

مقیاس کمالگرایی اهواز: این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۲۷ سوالی است که با استفاده از روش لیکرت با نمره های ۰=هرگز، ۱=به ندرت، ۲=گاهی، ۳=اغلب اوقات برای هر سؤال نمره گذاری میشود. به منظور به دست آوردن نمره کلی کمالگرایی نمرات تمامی سؤالاها با هم جمع میشوند. نمره های بالاتر نشان دهنده سطوح بالای کمالگرایی است. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰.۸۹ و پایایی بازآزمایی آن با فاصله چهار هفته ای ۰.۶۸ گزارش شده است. ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره های آزمودنی ها در پرسشنامه کمالگرایی و پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت ( $r=0.39$ )، پرسشنامه شکایت جسمانی SCL-90 ( $r=0.41$ ) همبستگی وجود دارد (۳۳).

روند اجرای پژوهش حاضر بدین صورت بود که پس انتخاب نمونه ی آماری، دانشجویان مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، و تبیین اهداف و روند پژوهش از دانشجویان درخواست گردید پرسشنامه های نگرانی در مورد بدشکلی بدن، مقیاس های شفقت به خود، شرم بیرونی، عاطفه منفی و کمال گرایی اهواز را صورت انفرادی تکمیل کنند. داده های جمع آوری شده نیز با استفاده از آزمونهای ضریب برای همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی و t گروه های مستقل، با استفاده از نرم افزار لیزرل ۸ و SPSS-18 تحلیل شد.

## نتایج

تعداد ۲۱۰ دانشجو با دامنه سنی ۱۸-۳۲ سال با میانگین سنی  $22.2 \pm 3.2$  در این پژوهش شرکت داشتند که تعداد ۱۳۱ نفر (۶۲ درصد) کارشناسی، ۵۳ نفر (۲۵ درصد) کارشناسی ارشد و ۲۶ نفر (۱۲ درصد) دکترا بودند. در جدول ۱ نمره کل نگرانی در مورد بدشکلی برای دختران و پسران ارائه شده است. همانطور که مشاهده می کنید در نمره کل بین دختران و پسران تفاوت معنی دار مشاهده نشد ( $p>0.005$ ).

برای تعیین کفایت نمونه، آزمون کرویت بارلت و شاخص کایزر-میر-اوکلین استفاده شد. آزمون کرویت بارلت نشان داد که آماره خی دو برابر با ۳۵۱ و سطح معناداری ۰.۰۰۱ است. شاخص کایزر-میر-اوکلین مقدار ۰.۸۲ را نشان داد. این دو نتیجه بیانگر کفایت نمونه و هم چنین شاخص های خوبی برای مناسب بودن به کارگیری تحلیل عاملی هستند. پس از اجرای تحلیل عاملی، یک عامل از کل پرسشنامه استخراج شد که در

اما در عوض میتواند هم نگرانیهای ظاهری " بالینی " و هم " تحت بالینی " را بدون پیش داوری راجع به علت شناسی و بیماری شناسی ارزیابی کند (۲۳). پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی بدن در پیوست ۱ آمده است.

مقیاس شفقت به خود (فرم کوتاه): این پرسشنامه شامل ۱۲ گویه است که پاسخهای آن در یک دامنه ۵ درجهای لیکرتی از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار میگیرند. این پرسشنامه شامل پرسشهایی مانند «سعی میکنم نسبت به جنبه هایی از شخصیتم که دوست ندارم، صبور باشم و آنها را درک کنم» است. این پرسشنامه سه مولفه دو قطبی را در ۶ زیر مقایس مهربانی با خود/خود - قضاوتگری (معکوس)، ذهن آگاهی/ همانندسازی افراطی (معکوس) و اشتراکات انسانی/ انزوا (معکوس) را اندازه گیری میکند. فرم کوتاه با فرم بلند همبستگی بالایی ( $r=0.97$ ) دارد و پایایی آن ۰.۹۲ گزارش شده است (۳۰).

مقیاس شرم بیرونی: این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۱۸ آیتمی است که توسط گروس و همکاران برای اندازه گیری شرم بیرونی ساخته شده و از پرسشنامه شرم درونی اقتباس شده است. هرگزینه شامل مواردی مانند: «دیگران مرا در سطح خودشان نمیبینند»، «فکر میکنم دیگران میتوانند عیب های مرا بفهمند» است که با استفاده از روش لیکرت با نمره های ۰=هرگز، ۱=به ندرت، ۲=گاهی اوقات، ۳=اغلب، ۴=تقریباً همیشه برای هر گزینه نمره گذاری میشود. به پاسخ دهندگان آموزش داده میشود که به احساسات بیان شده در هر گزینه براساس فراوانی پاسخ دهند. به منظور به دست آوردن نمره کلی شرم بیرونی نمره های تمامی سؤال ها با هم جمع میشوند. نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالای شرم بیرونی است. پایایی این ابزار بالا است به گونهای که آلفای کرونباخ ۰.۹۴ و پایایی بازآزمایی ۵ هفته ای آن ۰.۹۴ گزارش شده است. این پرسشنامه همبستگی متوسط با ارزیابی منفی از ترس و همبستگی بالاتر با سایر ابزارهای اندازه گیری شرم در جمعیت های بالینی و دانشجویان داشته است (۳۱).

مقیاس عاطفه منفی: از پرسشنامه عاطفه های مثبت و منفی واتسون و همکاران که شامل ۲۰ آیتم است گرفته شد. که خرده پرسشنامه عاطفه منفی شامل ده آیتم است که آیتمها روی یک پرسشنامه پنج درجهای ( ۱=بسیار کم تا ۵=بسیار زیاد) رتبه بندی میشود. ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۷ و پایایی بازآزمایی با فاصله ۸ هفته ای ۰.۷۱ است. همبستگی آن با پرسشنامه

۱۲. Clinical

۱۳. Subclinical

## بحث

مجموع ۴۴.۱۹٪ از کل وایانس نگرانی در مورد بدشکلی را تبیین کردند. میزان ارزش ویژه نیز ۳.۰۹ به دست آمد.

به منظور تأیید عوامل استخراج شده از پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی، مدل تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم افزار لیزرل اجرا شد. شکل ۱ رابطه نگرانی در مورد بدشکلی با سوال ها را نشان می‌دهد. نتایج مربوط به شاخص های برازش مدل در جدول ۲ آمده است. مهمترین آماره برازش، آماره مجذور خی دو است این آماره میزان تفاوت ماتریس مشاهده شده و ماتریس برآورد شده را نشان می‌دهد. این آماره به حجم نمونه حساس است و بنابراین در نمونه های با حجم بالا، بر درجه آزادی تقسیم می‌شود و در صورتی که کمتر از ۳ باشد مناسب قلمداد می‌شود. همانگونه که در جدول مشاهده می‌شود این مقدار کمتر از ۳ است. اگر شاخص های CFI، NFI، GFI بزرگتر از ۰.۹۰ باشد بر برازش بسیار مطلوب و بسیار مناسب دلالت دارد، بنابراین این شاخص ها نیز مناسب بودن مدل را تأیید می‌کنند.

جهت بررسی روایی همگرا و واگرا از مقیاس شفقت به خود، شرم بیرونی، کمالگرایی و عاطفه منفی استفاده شد. به این صورت که ضریب همبستگی پیرسون میان نمرات این ابزارها و پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. همانطور که در جدول مشاهده می‌کنید، همبستگی بین نمرات پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی و مقیاس شرم بیرونی، کمالگرایی و عاطفه منفی مثبت و معنادار است که حاکی از روایی همگرایی بالا و همچنین میان نمرات پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی با شفقت به خود منفی و معنادار بود که حاکی از روایی واگرایی بالا است.

پایایی پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی را با استفاده از شاخص ضریب آلفای کرونباخ نشان می‌دهد که پرسشنامه دارای ضریب اعتبار ۰.۷۸ بود که نشان دهنده پایایی مناسب آزمون است. برای محاسبه پایایی بازآزمایی، پس از اجرای پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی میان آزمودنی ها به فاصله یک هفته، از ۵۰ نفر از آنها بازآزمون به عمل آمد، سپس ضریب همبستگی پیرسون میان نمرات آزمون و بازآزمون محاسبه شد و این ضریب (r=0.92) به دست آمد که حاکی از پایایی بازآزمایی بالا بود (p<0.001).

مطالعه حاضر با هدف بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی انجام گرفت. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی یک عامل با مقادیر ویژه بیشتر از یک را آشکار کرد. شاخص برازش مدل تحلیلی عاملی تأییدی نیز مدل تک عاملی این پرسشنامه را تأیید کرد که ۴۴.۱۹ درصد واریانس نگرانی در مورد بدشکلی را تبیین کرد (CFI=0.97, NFI=0.94, RMSEA=0.07). این نتیجه همخوان با نتایج اوستوزین (۲۲) و جارگنسن (۲۳) مبنی بر یک مدل تک عاملی از پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی می باشد. نتایج این مطالعه، نشان می‌دهد که پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی از روایی خوبی جهت استفاده در نمونه های ایرانی برخوردار است. نتایج این مطالعه همچنین آشکار کرد که رابطه نمره نگرانی در مورد بدشکلی با مقیاس های شرم بیرونی، عاطفه منفی و کمال گرایی بطور مثبت معنی دار است که بیانگر روایی همزمان قابل قبول این پرسشنامه است، که نتایج آن با مطالعات آنسی<sup>۱</sup> و گورجالا<sup>۲</sup> (۱۵)، و لاتیمر<sup>۳</sup> و هاتجیسون<sup>۴</sup> (۱۴)، فارل<sup>۵</sup> و همکاران (۱۷)، تیلور و کوپر (۱۶)، فلیپس و همکاران (۱۸)، مطالعات فریرا<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹)، هاناستوک<sup>۷</sup> و او ماهونی<sup>۸</sup> (۲۱) مبنی بر اینکه شرم بیرونی، عاطفه منفی و کمال گرایی با نارضایتی بدنی بطور مثبت رابطه دارند، همخوان است. نمره نگرانی در مورد بدشکلی با نمره مقیاس شفقت به خود به طور منفی رابطه دارد که بیانگر روایی واگرایی مناسب این ابزار می‌باشد که با مطالعات فریرا<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹) و واسیکیو<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰)، مبنی بر اینکه شفقت به خود با نارضایتی از بدن در جمعیت های عمومی رابطه معنی دار منفی دارد همسان است. با توجه به اینکه نگرانی در مورد بدشکلی و نارضایتی از بدن با مشکلات روانشناختی بسیاری همراه است، و میزان شیوع آن در جامعه بالاست، کمبود ابزاری کوتاه و مناسب برای سنجش و غربالگری در جامعه ایرانی احساس شد، که نتایج این مطالعه نشان داد پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی می تواند به عنوان ابزاری مناسب برای سنجش در این حوزه به کار رود. محاسبه پایایی همسانی درونی سؤالات این پرسشنامه با استفاده از روش

۱. Annesi
۲. Gorjala
۳. Lattimore
۴. Hutchinson
۵. Farrell
۶. Ferreira
۷. Hanstock
۸. O'Mahony
۹. Wasylikiw

- reconstructive surgery, 2006. 118(7): p. 167e-180e.
8. Fitts, S.N., et al., Body dysmorphic disorder: implications for its validity as a DSM-III-R clinical syndrome. *Psychological Reports*, 1989. 64(2): p. 655-658.
  9. Bohne, A., et al., Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, 2002. 43(6): p. 486-490.
  10. Cansever, A., et al., The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 2003. 44(1): p. 60-64.
  11. Talaei A, F.B.M., Nasiriya A, Rezaei A, Assessment of symptom pattern and frequency of body dysmorphic disorder in university students. *Med J Mashhad Univ Med Sci*, 2009. 52(1): p. 317-25.
  12. ESNAASHARI, N., A. BAKHSHAYESH, and A. AFSHANI, THE PREVALENCE OF BODY DYSMORPHIC DISORDER IN FEMALE ADOLESCENTS OF YAZD. 2014.
  13. M Rabei M, B.F., Kalantari d, Body dysmorphic disorder. Tehran: Arjmand, 2011(p): p. 18.
  14. Lattimore, P. and R. Hutchinson, Perceived calorie intake and state body-image satisfaction in women attempting weight loss: A preliminary investigation. *Body Image*, 2010. 7(1): p. 15-21.
  15. Annesi, J.J. and S. Gorjala, Body satisfaction and overall mood: Effects of race in exercisers with obesity. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 2010. 38(8): p. 1105-1109.
  16. Taylor, M.J. and P.J. Cooper, An experimental study of the effect of mood on body size perception. *Behaviour research and therapy*, 1992. 30(1): p. 53-58.
  17. Farrell, C., M. Lee, and R. Shafran, Assessment of body size estimation: a review. *European Eating Disorders Review*, 2005. 13(2): p. 75-88.
  18. Phillips, K.A., J.M. Siniscalchi, and S.L. McElroy, Depression, anxiety, anger, and somatic symptoms in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Quarterly*, 2004. 75(4): p. 309-320.
  19. Ferreira, C., J. Pinto-Gouveia, and C. Duarte, Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eat-*

آلفای کرونباخ نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۸ است که نتایج همخوان با نتایج اوستوزین (۲۲) و جارگنسن (۲۳) که نشان دهنده پایایی خوب این مقیاس میباشد. پایایی بازآزمایی این ابزار ۰.۹۲ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب این ابزار است. بین میانگین نمرات نگرانی در مورد بدشکلی در دختران و پسران تفاوت معنادار وجود نداشت که با DSM-5 (۵) و مطالعه طلایی و همکاران (۱۱) همسان است.

## نتیجه گیری

در مجموع میتوان گفت که پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی در پژوهش حاضر از ساختار عاملی، روایی و پایایی همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار بوده و میتواند به عنوان ابزاری معتبر در جمعیت های دانشجویی مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش دارای محدودیت هایی نیز بود: نمونه مورد مطالعه یک نمونه جوان دانشجویی غیر بالینی بود که تعمیم این نتایج به سایر نمونه ها و به ویژه نمونه های بالینی را مشکل میسازد. لذا لازم است پژوهشهای دیگری در سایر جمعیت ها مانند افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و نمونه های جراحی زیبایی انجام گیرد.

## منابع

1. Morselli, E., Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bell. Acad. Med.(Jeneva)*, 1886. 6: p. 110-119.
2. de Leon, J., A. Bott, and G.M. Simpson, Dysmorphophobia: body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype? *Comprehensive psychiatry*, 1989. 30(6): p. 457-472.
3. American Psychiatric Association, A. and A.P. Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 1980.
4. Association, A.P. and A.P. Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn, revised. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987. 32.
5. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. 2013: American Psychiatric Pub.
6. Phillips, K.A., et al., Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 2001. 42(6): p. 504-510.
7. Crerand, C.E., M.E. Franklin, and D.B. Sarwer, Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plastic and*

- ing behaviors, 2013. 14(2): p. 207-210.
20. Wasylikiw, L., A.L. MacKinnon, and A.M. MacLellan, Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 2012. 9(2): p. 236-245.
  21. Hanstock, T.L. and J.F. O'Mahony, Perfectionism, acne and appearance concerns. *Personality and Individual Differences*, 2002. 32(8): p. 1317-1325.
  22. Oosthuizen, P., T. Lambert, and D.J. Castle, Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1998. 32(1): p. 129-132.
  23. Jorgensen, L., et al., A clinical validation of the Dysmorphic Concern Questionnaire. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001. 35(1): p. 124-128.
  24. Stangier, U., et al., Screening for body dysmorphic disorder in dermatological outpatients. *Dermatology and Psychosomatics/Dermatologie und Psychosomatik*, 2003. 4(2): p. 66-71.
  25. Kline, R.B. and D.A. Santor, [Principles & Practice of Structural Equation Modelling]. *Canadian Psychology*, 1999. 40(4): p. 381.
  26. Jackson, D.L., Revisiting sample size and number of parameter estimates: Some support for the N: q hypothesis. *Structural Equation Modeling*, 2003. 10(1): p. 128-141.
  27. Shah, R. and S.M. Goldstein, Use of structural equation modeling in operations management research: Looking back and forward. *Journal of Operations Management*, 2006. 24(2): p. 148-169.
  28. Kisely, S., et al., Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2002. 36(1): p. 121-126.
  29. Rosen, J.C. and J. Reiter, Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour research and therapy*, 1996. 34(9): p. 755-766.
  30. Raes, F., et al., Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2011. 18(3): p. 250-255.
  31. Goss, K., P. Gilbert, and S. Allan, An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual differences*, 1994. 17(5): p. 713-717.
  32. Watson, D., L.A. Clark, and A. Tellegen, Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 1988. 54(6): p. 1063.
  33. Najarian, B., Attarian, Y., and goldsmith, Y, Construction and Validation of Ahvaz Perfectionism Scale. *Journal of Education and Psychology*, 2001. 3(3, 4): p. 58-43.

## پیوست ۱. پرسشنامه نگرانی از بدشکلی بدن

سوالات زیر برای غربالگری افرادی با نگرانیهای خاصی طراحی شده است که نگرانیهای آنها ویژگیها زیر را دارد. الف) صحبت کردن در مورد آنها با دکتر/ خانواده/ دوستان دشوار یا خجالتآور است، ب) اغلب پیدا کردن کمک صحیح برای آنها دشوار است.

لطفاً سوالات زیر را به دقت بخوانید و با علامت × پاسخ خود را در مقابل گزینه مورد نظر علامت بزنید.

سوال	هرگز	به اندازه دیگران	بیش از دیگران	خیلی بیشتر از دیگران
۱. آیا تاکنون درباره برخی از جنبه های ظاهر جسمیتان خیلی نگران بوده‌اید؟				
۲. آیا تاکنون در برخی از جنبه ها خودتان را بدشکل و بدقواره (برای مثال؛ بینی، مو، پوست، اندامهای جنسی، یا کل اعضای بدنتان) در نظر گرفته اید؟				
۳. آیا تاکنون در برخی از جنبه ها بدن خود را بدکارکرد در نظر گرفته اید (برای مثال؛ بوی مفرط بدن، نفخ شکم، تعریق)؟				
۴. آیا تاکنون با یک جراح پلاستیک، متخصص بیماریهای پوستی یا پزشک درباره این نگرانی ها مشورت کرده اید یا احساس کرده‌اید که نیاز به مشورت دارید؟				
۵. آیا تاکنون علیرغم اینکه شما قویاً اعتقاد داشته‌اید که در ظاهر جسمی یا کارکرد بدنیتان مشکلی وجود دارد پزشک یا دیگر افراد به شما گفته اند که طبیعی هستید؟				
۶. آیا تاکنون زمان طولانی را صرف نگرانی درباره نقص یا عیبی در ظاهر جسمی یا عملکرد بدنیتان کرده اید؟				
۷. آیا تاکنون زمان طولانی را صرف پوشاندن نواقص (عیبهای) ظاهر جسمی یا عملکرد بدنیتان کرده اید؟				



جدول ۱: مقایسه نگرانی در مورد بدشکلی در دختران و پسران

P	df	t	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	جنسیت
۰.۳۲۱	۲۰۸	-۰.۹۹۹	۰.۳۰	۳.۱۵	۱۲.۱۹	۱۰۷	دختر
			۰.۳۶	۳.۶۵	۱۱.۷۲	۱۰۳	پسر

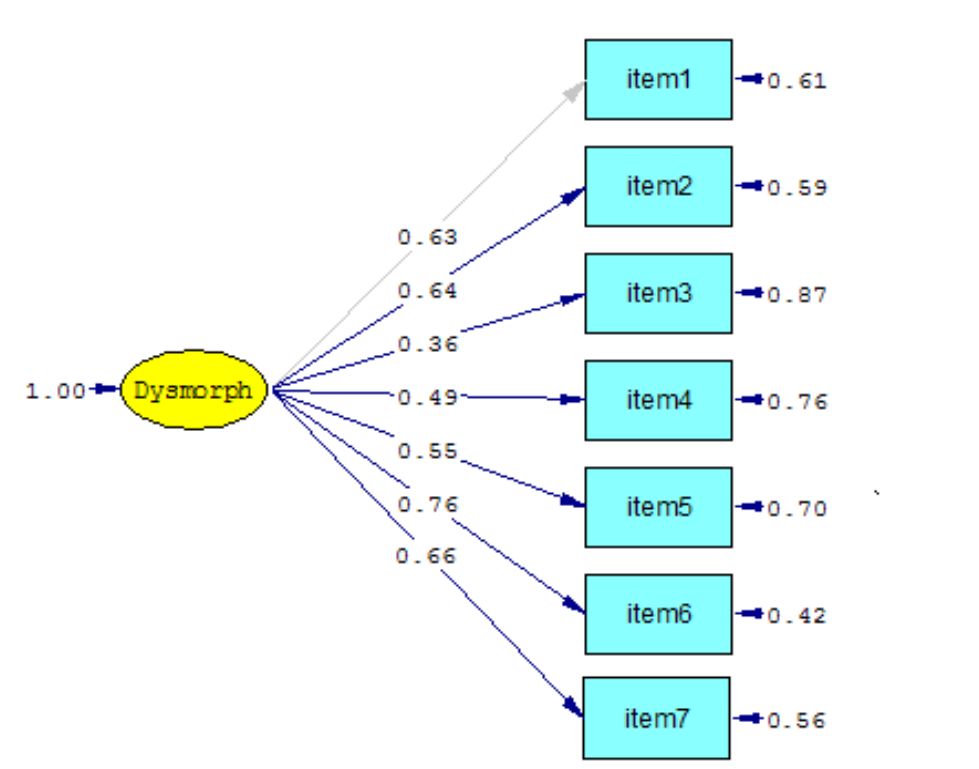
جدول ۲. شاخص های برازش مدل تک عاملی نگرانی در مورد بدشکلی

CFI	NNFI	NFI	GFI	IFI	RMSEA	df/χ <sup>۲</sup>	Df	χ <sup>۲</sup>
۰.۹۷	۰.۹۵	۰.۹۴	۰.۹۶	۰.۹۷	۰.۰۷	۲.۱۲	۱۴	۲۹.۷۶

جدول ۳. همبستگی بین نگرانی در مورد بدشکلی، شفقت به خود، شرم بیرونی، کمالگرایی، عاطفه منفی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
نگرانی در مورد بدشکلی	-				
شفقت به خود	-۰.۱۶*	-			
شرم بیرونی			-		
کمالگرایی				-	
عاطفه منفی					-

\*\*=P&lt;0.01 , \*=P&lt;0.05



شکل ۱: تحلیل عاملی تأییدی پرسش نامه نگرانی در مورد بدشکلی

# Factor Structure and Psychometric Properties of Persian Version of Dysmorphic Concern Questionnaire

Mohabbat kazemini<sup>1</sup>, Aliakbar foroughi<sup>2</sup>, Sajad khanjani<sup>1\*</sup>, Abolfazl Mohammadi<sup>3</sup>

1. Master's student in clinical psychology, school of medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

2. PhD Candidate in clinical psychology, school of medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

3. Assistance Professor of Clinical Psychology, Dept. of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences

\* Corresponding author: Sajad Khanjani, Address, Dep. Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Koodakyar St. Daneshjoo Blv. Tehran, IR Iran.  
E-mail: khanjanis23@yahoo.com

## Abstract

**Introduction:** Dysmorphic concern is a preoccupation with an imagined or slight defect in physical appearance .In Iran, there is not brief and valid questionnaire for assessment of Body dysmorphic disorder ,screening and research.

**Material and Methods:** In order to investigate the psychometric properties and factor structure of this scale 210 ,university students 103) males and 107 females (were selected according to purposive sampling .The participants were also asked to complete the Dysmorphic Concern questionnaire ,scales of external shame ,self-compassion ,negative affect and perfectionism .Liserl 8-and SSPS 18-were used for analyzing data .Confirmatory Factor Analysis) CFA ,(Correlation Coefficient and Cronbach's Alpha were calculated.

**Results:** The one-factor structure of Dysmorphic Concern Questionnaire was supported by the results of Confirmatory Factor Analysis in Iranian sample) RMSEA<0.07=NFI<0.94=CFI .(0.97=Dysmorphic Concern had the positive and significant correlation with External Shame Scale ,(0.38) perfectionism (0.22) and negative affect ;(0.22) and had negative and significant correlation with self-compassion .(0.16) Cronbach's Alpha coefficient were obtained.78/0

**Conclusion:** The factor structure of Dysmorphic Concern questionnaire demonstrated acceptable psychometric properties in university student populations. This scale has suitable psychometric properties for the use of research and clinical practice.

**Keywords:** Dysmorphic Concern questionnaire, Exploratory factor analysis, Confirmatory Factor Analysis, Validity, Reliability