Journal of Research in Psychological Health

2022, Volume16, Issue 2

A comparison of thought control strategies, valued living and appearance-based rejection sensitivity between college students with and without body dysmorphic disorder

Sara Esfandyari Garkerudi [1], Abbas Abolghasemi [2*], Seyyed Mousa Kafi [3]

1. M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
2. (Corresponding Author): Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran. abolghasemi1344@guilan.ac.ir
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

Citation: Esfandyari Garkerudi S, Abolghasemi A, Kafi S M. A comparison of thought control strategies, valued living and appearance-based rejection sensitivity between college students with and without body dysmorphic disorder. Journal of Research in Psychological Health. 2022; 16(2): [Persian].

Key words:
Body dysmorphic,
Rejection sensitivity,
Thought control,
Valued living

Highlights

- College students with body dysmorphic disorder had higher scores in thought control strategies and appearance-based rejection sensitivity and lower scores in valued living compared to students without body dysmorphic disorder.

Abstract

Despite abundant research, there are still ambiguities and challenges about such variables as thought control strategies, valued living and appearance-based rejection sensitivity in individuals with body dysmorphic disorder. This descriptive (casual-comparative) study compared thought control strategies, valued living and appearance-based rejection sensitivity among college students with and without body dysmorphic disorder. Out of the statistical population of the study, all male and female students of Guilan University in the academic year of 1399-1400, 110 individuals with body dysmorphic disorder and 163 individuals without body dysmorphic disorder were sampled based on availability sampling method. Data were collected using questionnaires on thought control, valued living and appearance-based rejection sensitivity. The results showed that in the students with body dysmorphic disorder, thought control strategies and appearance-based rejection sensitivity were significantly higher and valued living was significantly lower ($p \leq 0.01$). As for the thought control strategies, the body dysmorphic disorder students used worry, punishment and social control to a greater extent, and strategies of distraction and reappraisal to a lesser extent; concerning valued living, the importance and consistency attributed to domains of valued living was lower in the body dysmorphic students ($p<0.01$). These findings have implications for the pathology, prevention and treatment of the disorder.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقایسه ی راهبردهای کنترل فکر، زندگی ارزشمند و حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر در دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن

سارا اسفندیاری گرکرودی [۱]، عباس ابوالقاسمی [۲*]، سید موسی کافی [۳]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۲*. (نویسنده مسئول) استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

abolghasemi1344@guilan.ac.ir

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

تاریخ دریافت
۱۴۰۰/۱۰/۱۴

تاریخ پذیرش
۱۴۰۱/۰۶/۰۱

واژگان کلیدی
بدریخت انگاری بدن، حساسیت به طرد، زندگی ارزشمند، کنترل فکر

یافته‌های اصلی

- دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن در مقایسه با دانشجویان بدون اختلال، نمرات بالاتری را در راهبردهای کنترل فکر و حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر و نمرات پایین تری را در زندگی ارزشمند کسب کردند.

چکیده

علی رغم مطالعات صورت گرفته، در زمینه راهبردهای کنترل فکر، زندگی ارزشمند و حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر در افراد با اختلال بدریخت انگاری بدن ابهامات و چالش هایی وجود دارد. هدف از این پژوهش مقایسه راهبردهای کنترل فکر، زندگی ارزشمند و حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر در دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن بود. در این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه ای، جامعه آماری کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۱۴۰۰- ۱۳۹۹ بودند. نمونه پژوهش ۱۱۰ نفر با اختلال بدریخت انگاری بدن و ۱۶۳ نفر بدون اختلال بدریخت انگاری بدن بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. جمع آوری داده ها از طریق پرسشنامه کنترل فکر ولز و دیویس(۱۹۹۴)، پرسشنامه زندگی ارزشمند ویلسون و همکاران (۲۰۱۰) و مقیاس حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر پارک(۲۰۰۷) و تحلیل آن ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری انجام گرفت. نتایج نشان داد که در دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن، راهبردهای کنترل فکر و حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر به طور معناداری بیشتر و زندگی ارزشمند به طور معناداری کم تر است($p\leq0.01$). دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن در زمینه راهبردهای کنترل فکر؛ راهبردهای نگرانی، تنبیه و کنترل اجتماعی به میزان بیشتر و راهبرد پرت کردن حواس و ارزیابی مجدد را کمتر بکار می برند و در زمینه زندگی ارزشمند، اهمیت و پیگیری حوزه های زندگی ارزشمند در آن ها پایین تر است($p<0.01$). این یافته ها تلویحات مهمی برای زمینه های آسیب شناسی، پیشگیری و درمانی این اختلال دارد.

***این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می باشد.**

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

یکی از شدید ترین حالات نگرانی نسبت به ظاهر که خود را به شکل اشتغال ذهنی شدید با یک یا چند نقص تصوری یا اغراق شده در ظاهر فیزیکی و همین طور اعمال و آیین های تکراری و وقت گیری در واکنش به این مشغولیت ها، مشخص می سازد، اختلال بدریخت انگاری بدن[1]نام دارد که زیرمجموعه ای از اختلالات وسواسی-اجباری است. افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن به دلیل دغدغه هایی که در مورد ظاهر خود دارند پیوسته ظاهر خود را با دیگران مقایسه می کنند، با استفاده از گریم یا لباس سعی بر پوشاندن قسمت هایی از بدنشان که از نظر آن ها نازیباست دارند و یا برای اصلاح نقص های تصوری و بهبود ظاهر خود به مراکز جراحی زیبایی مراجعه می کنند. این مشغله های ذهنی و اعمال اجباری در افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن نه تنها سبب ایجاد رنج و پریشانی می شوند بلکه در ابعاد مختلف زندگی اجتماعی، حرفه ای و یا سایر جنبه های مهم کارکردی زندگی آن ها نیز اخلال ایجاد می کنند (۱).

طبق گزارش پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی(DSM-5[2]) میزان شیوع اختلال بدریخت انگاری بدن در بزرگسالان آمریکایی ۲/۴ درصد است (۱). مطالعه ای در ایران در بین جمعیت دانشجویان نیز نشان داد که ۷/۴ درصد آن ها واجد معیارهای اختلال بدریخت انگاری بدن بوده اند (۲). با این حال اختلال بدریخت انگاری بدن با وجود رایج بودن کم تر شناخته شده است که از جمله دلایل آن می توان به شرم از افشای نگرانی های مربوط به ظاهر خود، ناچیز شمرده شدن مشکل از جانب دیگران، عدم آشنایی با این اختلال، تشخیص اشتباه و درمان های زیبایی اشاره کرد (۳). لذا با توجه به این موارد هنوز بسیاری از مکانیسم های زیربنایی ای که در تحول و یا بهبود اختلال بدریخت انگاری بدن نقش دارند هنوز شناسایی نشده اند که همین امر لزوم انجام پژوهش های بیشتر در ارتباط با این اختلال را توجیه می نماید.

یکی از مشخصه های اصلی اختلال بدریخت انگاری بدن، دغدغه ها و مشغولیت های ذهنی است که این افراد با نقص های تصوری در ظاهر خود دارند که به شکلی مزاحم و ناخواسته تجربه می شوند و همین امر کنترل و مقاومت در برابر آن ها را برای فرد بسیار دشوار می سازد (۱). فنگ و ویلهلم[3](۴) طبق مدلی شناختی-رفتاری از اختلال بدریخت انگاری بدن این فرض را مطرح کردند که آنچه که افراد با تصویر بدنی نرمال را از افراد با اختلال بدریخت انگاری بدن متمایز می کند نحوه پاسخ افراد با اختلال بدریخت انگاری بدن نسبت به افکار منفی در مورد ظاهرشان است که معمولا حالتی سوگیرانه دارد. براساس نظریه های فراشناختی اختلالات روانشناختی، دانش و تجاربی که افراد در ارتباط با افکار خود دارند و همچنین راهبردهایی که برای کنترل این افکار به کار می برند درصورتی که ناسازگارانه باشند، الگوی ناکارآمدی از تفکر را به وجود می آورند که میتواند در ایجاد ناراحتی ها و پریشانی های روانشناختی نقش بسزایی داشته باشد (۵). براین اساس یکی از جنبه های مهم فراشناخت، پاسخ های افراد در جهت کنترل فعالیت های شناختی خود هستند و تحت عنوان راهبردهای کنترل فراشناختی شناخته می شوند. این راهبردها ممکن است است به عنوان وسیله ای برای شدت بخشیدن یا سرکوب تفکر و یا بهبود فرآیندهای نظارتی آن مورد استفاده قرار بگیرند (۶). ولز و دیویس[4](۷) طبق پژوهش های خود به بررسی راهبردهای بکارگرفته شده توسط افراد برای کنترل افکار مزاحم و ناخواسته پرداختند. پژوهش آن ها ۵ راهبرد کنترل فکر[5]تحت عنوان : پرت کردن حواس، نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه و ارزیابی مجدد را مشخص کرد. در این بین راهبردهایی همچون نگرانی و تنبیه به عنوان راهبردهای ناسازگارانه ای شناسایی شدند که با آسیب پذیری هیجانی ارتباط دارند و فرد را در معرض مشکلات هیجانی قرار می دهند (۷). چندین پژوهش در زمینه اختلال وسواس نیز حاکی از کاربرد بیشتر دو راهبرد نگرانی و تنبیه در افراد مبتلا بوده اند (۸، ۹) با این حال، پژوهش ها در زمینه راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری که افکار وسواسی در مورد

1. body dysmorphic disorder
2. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder fifth edition
3. Fang & Wilhelm
4. Wells & Davies
5. thought control strategy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

ظاهر را تجربه می کنند محدودتر بوده اند. مطالعه ای نشان داد که افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن نسبت به افراد غیر مبتلا بیشتر از راهبردهای نگرانی و مواجهه برای کنترل افکار خود استفاده می کنند (۱۰). بعلاوه ژیرالدو امرا و بلوک[1](۱۱) در پژوهش خود در ارتباط با تاثیر افکار مزاحم مربوط به ظاهر(یا پاسخ های هیجانی، شناختی و رفتاری مربوط به افکار مزاحم مربوط به ظاهر) نشان دادند که گروه غیر بالینی با ریسک بالای اختلال بدریخت انگاری بدن نسبت به گروه با ریسک پایین ناخوشایندی و دشواری در کنترل بیشتری را در مورد این افکار گزارش کردند و همچنین نمرات بالاتری را در مقیاس مربوط به راهبردهای کنترل فکر کسب کردند

پیگیری فعالیت های ارزشمند زندگی از جمله موضوعاتی است که اخیرا به نقش آن ها در اختلالات روانشناختی پرداخته شده است (برای مثال (۱۲)، (۱۳)). ارزش ها توسط رویکردهای مختلف روانشناسی مفهوم سازی شده اند (۱۴-۱۶). از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[2](ACT) ارزش ها به عنوان عواملی تقویت کننده و انگیزه بخش در نظر گرفته می شوند. ارزش ها سازه هایی هستند که حسی از معنا را برای فرد ایجاد می کنند و قادرند که رفتارهای ما را در بازه های زمانی طولانی مدت هدایت و هماهنگ کنند. بر طبق این رویکرد اجتناب ناسازگارانه از افکار یا دیگر تجارب بیزارکننده از طریق درگیر کردن افراد در الگوهای رفتاری ای که ناسازگار با ارزش ها هستند، به عنوان یکی از دلایل اصلی آسیب شناسی روانی عمل می کند درحالی که عمل براساس ارزش ها به عنوان نشانه ای از یک شخصیت سالم محتسب می شود (۱۷). مطالعات نشان داده است که افرادی که دارای اختلالات روانشناختی هستند و یا شدت بیشتری از نشانه های اختلال را گزارش می کنند در زمینه ی ارزش مداری یا زندگی ارزشمند با محدودیت مواجه هستند و فعالیت های ارزشمند کمتری را گزارش می کنند برای مثال پژوهشی حاکی از این بود که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد غیر مضطرب فعالیت های ارزشمند کمتری را گزارش می کنند (۱۳). همچنین در پژوهشی بر افراد مبتلا به اختلال وسواس، مشخص شد که شدت اختلال در این افراد ارتباط معکوس و معناداری با نمرات گزارش شده در پرسشنامه زندگی ارزشمند[3](VLQ) دارد (۱۲). در پژوهشی بر روی افراد دارای تجربه حوادث تروماتیک، بین کیفیت زندگی و زندگی ارزشمند رابطه معناداری بدست آمد (۱۸). دستگیر و کریمی (۱۹) نیز در پژوهشی به این نتیجه دست پیدا کردند که بین معنا در زندگی و اختلال بدریخت انگاری بدن ارتباط منفی و معناداری وجود دارد و در حالتی که افراد معنای زندگی بیشتری را تجربه می کردند، میزان گزارش شدت نشانه های اختلال بدریخت انگاری در آن ها کمتر است (۱۹).

از جمله عوامل دیگری که اخیرا به نقش آن در ارتباط با مسائل و مشکلات مربوط به تصویر بدن به خصوص اختلال بدریخت انگاری بدن توجه شده است سازه حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر[4]است (برای مثال(۲۰)). سازه حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر که نگرانی های مربوط به ظاهر افراد را با نگرانی های بین فردی آن ها در مورد طرد شدن از طرف دیگران پیوند می دهد به این موضوع اشاره می کند که بسیاری از نگرانی های فرد در مورد ظاهر جسمانی نه تنها ناشی از علت ها و نگرانی های درون روانی است بلکه عواملی همچون نگرانی درباره دیدگاه دیگران نسبت به ظاهر خود و امکان طرد شدن از جانب آن ها به دلیل ظاهر جسمانی نیز دارای تاثیری بالقوه بر نگرانی های ظاهری هستند (۲۱). حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر به صورت یک گرایش شخصیتی برای انتظار همراه با اضطراب، آمادگی برای ادراک و واکنش بیش از حد به نشانه های طرد به خاطر ظاهر جسمانی تعریف می شود (۲۲). این سازه جدید که به تازگی توجه جامعه علمی را به خود معطوف کرده است براساس پژوهش ها دارای چندین همبسته روانشناختی و اجتماعی است. یافته ها حاکی از ارتباطی مثبت بین استفاده از رسانه های اجتماعی و حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر و همچنین بین مشغولیت های ذهنی در مورد ظاهر و حساسیت های مربوط به آن بوده اند (۲۳). بعلاوه چندین پژوهش نشان داده اند که فرهنگ ظاهر و همسالان از جمله عوامل تاثیر گذار بر حساسیت به طرد مبتنی بر

1. Giraldo-O'Meara & Belloch
2. Acceptance and Commitment Therapy.
3. Valued Living Questionnaire
4. appearance-based rejection sensitivity.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

ظاهر هستند (۲۴، ۲۵). همچنین مشخص شده که آزارهای والدین در مورد ظاهر و وزن با میانجی گری حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر با نشانه های اختلال بدریخت انگاری بدن ارتباط داشتند که بر این اساس احتمالا نشانه های بدریخت انگاری بدن تا حدی پاسخی جبرانی به پیام های والدین و سوگیری های مبنی بر انتظار یا ادراک طرد به خاطر ظاهر جسمانی باشند (۲۶). براساس چند مطالعه هرچه افراد حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر بالاتری داشته باشند، احتمال اینکه نشانه های مربوط به اختلال بدریخت انگاری بدن را گزارش کنند و یا به فکر انجام جراحی های زیبایی برای بهبود ظاهر خود باشند در آن ها بیشتر خواهد بود (۲۰، ۲۷). همچنین در پژوهشی بر افراد دارای اختلال بدریخت انگاری بدن مشخص شد که حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر بالاتر با نشانه های شدیدتری از این اختلال و افسردگی همراه می باشد (۲۸).

در مجموع با توجه به اینکه نارضایتی از ظاهر از جمله مسائلی است که در عصر حاضر به دغدغه ای فراگیر در بین افراد مختلف جامعه به خصوص جوانان تبدیل شده است و در این بین اختلال بدریخت انگاری بدن به عنوان یکی از اشکال شدید نارضایتی از ظاهر، از جمله اختلالاتی است که با وجود پیامدهای بسیار منفی اش بر حیطه های مختلف زندگی فردی و اجتماعی مبتلایان، نسبتا توسط محققان حوزه ی روانشناسی مورد غفلت قرار گرفته است، هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای کنترل فکر، زندگی ارزشمند و حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر در دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن می باشد تا با روشن شدن هرچه بیشتر نقش متغیر های فوق در آسیب شناسی این اختلال، گام مهمی در جهت شناخت آن برداشته و نتایج آن راهگشایی برای پیشگیری و درمان های مرتبط باشد.

روش

طرح پژوهش حاضر علی-مقایسه ای و جامعه آماری آن را کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹(تعداد تقریبی کل دانشجویان دانشگاه گیلان ۱۷۰۰۰ نفر) تشکیل می دهند. برای شناسایی نمونه پژوهش ۸۴۲ نفر دانشجو به صورت دردسترس و آنلاین انتخاب شدند و مقیاس اصلاح شده وسواس فکری-عملی ییل براون ۶۸۵ دانشجو (۵۰۸ دختر، ۱۷۷ پسر) برای شناسایی افراد با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن تکمیل کردند. ۱۱۰ نفر از دانشجویانی که در این مقیاس نمره بالای ۲۰ کسب کرده بودند، به عنوان گروه دارای اختلال بدریخت انگاری بدن و از بین دانشجویان با نمره ی پایین تر از ۲۰، ۱۶۳ نفر به صورت تصادفی ساده به عنوان گروه بدون اختلال بدریخت انگاری بدن انتخاب گردید. برای تعیین حجم نمونه از برنامه نرم افزاری G power استفاده می شود(۲۹). با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و سطح قابل قبول توان آزمون برابر با ۰/۹۵ و اندازه اثر ۰/۱۴، حجم نمونه معادل ۱۲۸ نفر به دست آمد. اما برای افزایش اعتبار بیرونی پژوهش و احتمال وجود داده های پرت، برای گروه با اختلال بدریخت انگاری بدن ۱۱۰ نفر(شامل ۸۲ نفر دختر و ۲۸ نفر پسر) و برای گروه بدون اختلال بدریخت انگاری بدن ۱۶۳ نفر(شامل ۱۱۱ نفر دختر و ۵۲ پسر) انتخاب شد. ملاک های ورود پژوهش مقطع تحصیلی(کارشناسی)، سن(۱۸-۲۵) و تمایل به شرکت در پژوهش و ملاک خروج عدم تمایل به همکاری و نقص در پرسشنامه ها بود.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس اصلاح شده وسواس فکری-عملی ییل-براون برای اختلال بدریخت انگاری بدن[1]: یک ابزار ۱۲ گویه ای به شکل مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته است که توسط فیلیپس و همکاران[2](۳۰) برای سنجش شدت علائم بدریخت انگاری بدن ساخته شده است. پاسخ دهندگان میزان توافقشان با هرکدام از گویه ها را در یک مقیاس لیکرت، درجه بندی می کنند. نمره گذاری در این مقیاس در محدوده ۰ تا ۴۸ و نمرات بالاتر نشان دهنده شدت بیشتری از اختلال است (۳۰). در بسیاری از مطالعات و منابع، از نمره ۲۰ به بالا در این مقیاس به عنوان معیاری برای تعیین وجود اختلال بدریخت انگاری بدن استفاده می شود (برای مثال۳۱-۳۴). در بررسی های مربوط به پایایی و روایی، پایایی بازآزمایی یک هفته ای ۰/۸۸ برای

[1]. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder
[2] . Phillips et al

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

این مقیاس بدست آمد و نتایج مربوط به همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ بود که نشان می دهد این مقیاس از هماهنگی درونی بالایی برخوردار است (۳۰). در ایران ربیعی، خرم دل، کلانتری و مولوی(۳۵)، در بررسی روایی نسخه فارسی این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی، دو عامل تحت عنوان وسواس فکری-عملی در مورد ظاهر و نیروی کنترل فکر را شناسایی کردند که در مجموع ۶۶ ٪ از واریانس مقیاس را تبیین می کردند. بعلاوه این مقیاس با پرسشنامه پادوا[1]و مقیاس رضایت بدنی[2]دارای همبستگی مثبت و معناداری بود که حاکی از روایی همزمان مناسب آن است. کل نسخه فارسی مقیاس اصلاح شده وسواس فکری-عملی ییل-براون برای اختلال بدریخت انگاری بدن، دارای ضریب پایایی به میزان ۰/۹۳، عامل وسواس فکری-عملی در مورد ظاهر دارای ضریب پایایی ۰/۹۳ و عامل نیروی کنترل فکر دارای ضریب پایایی ۰/۷۸ است. در مجموع نتایج پژوهش مذکور نشان داد که این مقیاس روایی و پایایی کافی برای کاربرد در جهت مقاصد تشخیصی، درمانی یا پژوهشی را دارد (۳۵). اثنی عشری (۳۶) نیز در پژوهش خود آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ بدست آورد. ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

پرسشنامه کنترل فکر[3]: پرسشنامه کنترل فکر ولز و دیویس (۷) که تفاوت های فردی در زمینه راهبردهایی که افراد در مواجهه با افکار ناخواسته و ناخوشایند به کار می برند را می سنجد از ۳۰ آیتم تشکیل شده که در آن نمره گذاری آیتم ها، به صورت یک مقیاس ۴ درجه ای از تقریبا هرگز تا تقریبا همیشه می باشد. این پرسشنامه ۵ خرده مقیاس را در بر می گیرد شامل: پرت کردن حواس، کنترل اجتماعی، نگرانی، تنبیه و ارزیابی مجدد (۷). در ارتباط با خصوصیات روانسنجی آن، میزان همسانی درونی خرده مقیاس های پرت کردن حواس، کنترل اجتماعی، نگرانی، تنبیه و ارزیابی مجدد به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۷۱، ۰/۶۴ و ۰/۶۷ گزارش شد. میزان پایایی بازآزمایی خرده آزمون ها نیز در فاصله شش هفته به این صورت گزارش شد: پرت کردن حواس(۰/۶۸)، تنبیه (۰/۶۷)، ارزیابی مجدد (۰/۸۳)، نگرانی (۰/۷۲)، کنترل اجتماعی (۰/۸۳). بعلاوه میزان پایایی بازآزمایی به طور کلی ۸۳/ بدست آمد (۷). در ایران، فتی، موتابی، مولودی و ضیایی (۳۷) در پژوهش خود در زمینه بررسی روایی این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی همان ۵ عامل را شناسایی کردند که در مجموع ۴۵ درصد از واریانس کل را تبیین می کرد بعلاوه همبستگی عامل های پرسشنامه کنترل فکر با زیرمقیاس های پرسشنامه های افسردگی بک[4]، اضطراب بک[5]و سلامت عمومی[6]گواه بر روایی همگرایی آن بود. آن ها همچنین میزان همسانی درونی عامل های این پرسشنامه را از ۰/۶۴ تا ۰/۷۴بدست آوردند. پایایی بازآزمایی عامل ها بعد از دو هفته به ترتیب اینگونه گزارش شد: پرت کردن حواس (۰/۶۰)، نگرانی (۰/۵۲)، کنترل اجتماعی (۰/۶۰)، تنبیه (۰/۵۲) و ارزیابی مجدد (۰/۵۰) (۳۷). در پژوهشی دیگر در ایران آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های پرسشنامه کنترل فکر بدین شکل گزارش شد: پرت کردن حواس(۰/۷۶)، کنترل اجتماعی(۰/۷۳)، نگرانی(۰/۶۹)، تنبیه(۰/۷۷) و ارزیابی مجدد (۸۰). آلفای کرونباخ کل پرسشنامه نیز ۰/۸۳ بدست آمد (۸). ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه زندگی ارزشمند: این پرسشنامه که ارزش های افراد را در ۱۰ حوزه زندگی از جمله: روابط خانوادگی، روابط صمیمانه، فرزندپروری، دوستی و روابط اجتماعی، شغل، آموزش و تحصیلات، تفریح و سرگرمی، معنویت، شهروندی و زندگی جمعی و سلامت جسمی می سنجد، دارای ۲ مقیاس اهمیت و پیگیری(تعهد) است که در مقیاس اهمیت، میزان اهمیتی که فرد برای هریک از حوزه های زندگی قائل است (از بی اهمیت: ۱ تا بسیار مهم: ۱۰) و در مقیاس پیگیری، میزان پیگیری و زندگی مطابق با این حوزه ها در طول هفته گذشته (از عدم پیگیری: ۱ تا پیگیری زیاد: ۱۰) ثبت می شود (۳۸). ویلسون و همکاران[7](۳۸) در پژوهش خود با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، میزان همسانی درونی را برای

[1] . padua inventory
[2]. Body Satisfaction Scale
[3]. Thought Control Questionnaire
[4] . Beck Deppresion Inventory-II
[5]. Beck Anxiety Inventory
[6]. General Health Questionnaire
[7] . Wilson et al

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقیاس اهمیت ۰/۷۷، برای مقیاس پیگیری ۰/۷۵ و برای نمره کلی زندگی ارزشمند ۰/۷۷ بدست آوردند. همچنین پایایی باز آزمایی در بازه ۱ تا ۲ هفته ای برای مقیاس اهمیت، تعهد و نمره کلی زندگی ارزشمند به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۵۸ و ۰/۷۵ بدست آمد. به طورکلی نتایج پژوهش آن ها، نشان دهنده ی اعتبار محتوایی، همزمان و سازه مطلوب پرسشنامه بود. اکبری (۳۹) در پژوهشی در جمعیت دانشجویان، پایایی بازآزمایی نسخه فارسی این پرسشنامه بعد از ۴ هفته را ۰/۷۶ و ضریب همسانی درونی آن را ۸۰/ گزارش کرد. بعلاوه اعتبار محتوایی این پرسشنامه براساس نظر متخصصان و ضریب توافق کندال مورد تایید قرار گرفت(دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۹۱) و ضرایب همبستگی نمرات این پرسشنامه با نمرات زیرمقیاس های پرسشنامه زمینه یابی سلامت[1]، پذیرش و تعهد[2] و مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس[3] در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ بود که حاکی از اعتبار همزمان آن می باشد (۳۹). ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بدست آمد.

مقیاس حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر[4]: این مقیاس که توسط پارک[5](۲۲) برای سنجش حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر طراحی شده ، شامل ۱۵ سناریو است که پاسخ دهندگان در هریک براساس یک مقیاس درجه بندی لیکرتی، میزان اضطراب و انتظار برای طرد شدن به خاطر ظاهرشان را مشخص و ثبت می کنند. پارک (۲۲) در مطالعه ی خود پایایی این مقیاس را با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی در یک بازه زمانی ۶ تا ۸ هفته ای به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۶۹ گزارش کرد. همچنین براساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی یک عامل زیربنایی بدست آمد که ۴۱/۵ درصد از واریانس را تبیین می کرد. به طورکلی نتایج حاکی از آن است که این مقیاس اعتبار و پایایی مطلوبی دارد (۲۲). خانزاده (۴۰) در ایران در پژوهش خود، به اعتباریابی و بررسی مشخصات روانسنجی مقیاس حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر پرداخت. براین اساس پس حذف ۹ سناریو از این مقیاس به دلیل مغایرت با فرهنگ ایرانی-اسلامی و اعمال اصلاحات در سناریوهای باقی مانده، پایایی و ساختار عاملی نسخه فارسی آن بررسی شد. شاخص پایایی مرکب نسخه فارسی مقیاس حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر برابر با ۰/۸۵ و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ گزارش شد و براساس نتایج تحلیل عاملی تاییدی، ساختار تک عاملی نسخه فارسی این ابزار دارای برازش مطلوبی بود(CFI :۰/۹۶، TLI :۰/۹۸، RMSEA :۰/۰۷۱) (۴۱). ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

با رعایت موازین اخلاقی و پس از تصویب طرح پژوهشی و کسب مجوزهای لازم از دانشگاه گیلان، پرسشنامه های پژوهش حاضر به شکل در دسترس و آنلاین در میان دانشجویان دانشگاه گیلان توزیع گردید. با ارائه اطلاعاتی در زمینه ی نحوه پاسخگویی به سوالات پرسشنامه ها و توجیه آزمودنی ها در ارتباط با محرمانه بودن نتایج پژوهش، در مجموع نمونه ای از دانشجویان به حجم ۸۴۲ نفر به سولات پرسشنامه های پژوهش حاضر پاسخ دادند که در این بین پس از حذف پرسشنامه های مخدوش(۱۵۷ نفر) از این تعداد ۶۸۵ نفر باقی ماندند. به منظور تعیین افراد دارای ملاک های اختلال بدریخت انگاری بدن، براساس نقطه ی برش مقیاس اصلاح شده وسواس فکری-عملی ییل-براون برای اختلال بدریخت انگاری بدن (برابر با ۲۰)، افرادی که واجد نمره ی بالای ۲۰ بودند به تعداد ۱۱۰ نفر شناسایی و در گروه مربوط به اختلال جایدهی شدند، سپس از بین افراد بدون اختلال بدریخت انگاری، به شکل تصادفی گروهی به تعداد ۱۶۳ نفر به عنوان گروه مقایسه انتخاب شد و داده های متغیرهای وابسته پژوهش(راهبردهای کنترل فکر، زندگی ارزشمند و حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر) با استفاده از روش های آماری آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس چند متغیری، در این دو گروه مورد مقایسه و ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها

براساس یافته های جمعیت شناختی این مطالعه، گروه دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن را ۷۴/۵ درصد دختران و ۲۵/۵ درصد پسران تشکیل می دادند، همچنین در این گروه ۹۳/۶ درصد بیکار، ۶/۴ درصد شاغل، ۹۴/۶ درصد مجرد و ۳/۶ درصد متاهل بودند.

---

1. The MOS 36-item Short-Form Health Survey
2. Acceptance and Action Questionnaire-II
3. Depression Anxiety Stress Scales
4. appearance-based rejection sensitivity scale
5. Park

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

میانگین سنی در گروه مذکور نیز ۲۱/۴۹ و انحراف استاندارد ۱/۸۳ بود. در مقابل گروه دانشجویان بدون اختلال بدریخت انگاری بدن از نظر جنسیت شامل ۶۸/۱ درصد دختر و ۳۱/۹ درصد پسر بودند. این گروه از ۸۴ درصد بیکار، ۱۶ درصد شاغل، ۹۷/۶۵ درصد مجرد و ۲/۵ درصد متاهل تشکیل می شد. میانگین سنی در این گروه ۲۱/۶۶ و انحراف استاندارد برابر ۲/۰۰۷ بود.

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن به تفکیک ارائه شده است.

با توجه به نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف (P>۰/۰۵) توزیع متغیرهای مورد مطالعه `بهنجار و استفاده از آماره های پارامتریک بالامانع است. همچنین با توجه به نتیجه آزمون لوین (P>۰/۰۵)، در دو گروه فرض همگنی واریانس های خطای متغیرها برقرار است. با توجه به نتایج آزمون ام باکس برای راهبردهای کنترل فکر و زندگی ارزشمند و ترکیب متغیرهای وابسته (P>۰/۰۰۱)، و برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه، این مفروضه رعایت شده است. در مجموع با توجه به رعایت مفروضه ها، می توان از آزمون های تی مستقل و تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده کرد.

ابتدا برای مقایسه نمره کلی راهبردهای کنترل فکر، زندگی ارزشمند و حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر در دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ مشخص شده است.

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می دهد، بین میانگین نمره کلی راهبردهای کنترل فکر در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که با استفاده از نتایج t مستقل مشخص شد که نمره کلی راهبردهای کنترل فکر دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن نسبت به دانشجویان بدون اختلال بدریخت انگاری بدن به طور معناداری بیشتر است (p=۰/۰۱). همچنین بین دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن از نظر زندگی ارزشمند تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که نتایج آزمون t مستقل نشان داد که زندگی ارزشمند در دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن نسبت به دانشجویان بدون این اختلال کمتر است (p<۰/۰۰۱). بعلاوه نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن از نظر حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر تفاوت وجود دارد. به طوری که میزان حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر در دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن بیشتر است (*p*<۰/۰۰۱).

در مرحله بعد برای مقایسه مؤلفه های راهبردهای کنترل فکر در دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن از تحلیل واریانس چند متغیری(مانووا) استفاده شد. نتایج این آزمون حاکی از این بود که اثر گروه بر ترکیب خطی مؤلفه های های مورد مطالعه در گروه ها معنی دار می باشد (P<۰/۰۰۱، F=۲۶/۶۷، ۰/۴۹۹= اثر هاتلینگ). با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۳۳/۳ درصد از کل واریانس متغیرهای وابسته (مؤلفه های راهبردهای کنترل فکر) ناشی از تفاوت های گروهی (متغیر مستقل) است. برای بررسی این موضوع که دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن در کدام یک از مولفه های راهبردهای کنترل فکر با یکدیگر تفاوت دارند در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری گزارش شده است.

بین دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن در هر ۵ مؤلفه ی راهبردهای کنترل فکر(پرت کردن حواس، نگرانی، کنترل اجتماعی، ارزیابی مجدد و تنبیه) تفاوت وجود دارد (p<۰/۰۱). میانگین مؤلفه ها در دو گروه نشان می دهد که دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن به طور معناداری از ۳ راهبرد کنترل فکر نگرانی، تنبیه و کنترل اجتماعی به میزان بیشتر و از دو راهبرد ارزیابی مجدد و پرت کردن حواس به میزان کمتری از دانشجویان بدون اختلال استفاده می کنند.

برای مقایسه مؤلفه های زندگی ارزشمند در دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن نیز از تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) استفاده شد، براین اساس نتایج آزمون اثر هاتلینگ نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خطی مؤلفه های های مورد مطالعه در گروه ها معنی دار می باشد (P<۰/۰۰۱، F=۱۰/۲۳، ۰/۰۷۶= اثر هاتلینگ). اندازه اثر محاسبه شده نشان داد که ۷ درصد از کل واریانس متغیرهای وابسته(مؤلفه های زندگی ارزشمند) ناشی از تفاوت های گروهی (متغیر مستقل) است. در وهله بعد برای بررسی این موضوع که دانشجویان با و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

بدون اختلال بدریخت انگاری بدن در کدام یک از مولفه های زندگی ارزشمند با یکدیگر تفاوت دارند در جدول شماره ۴ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری گزارش شده است.

همانطور که جدول شماره ۴ نشان می دهد بین دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن در هر۲ مؤلفه ی زندگی ارزشمند (اهمیت ارزش ها، و پیگیری ارزش ها) تفاوت وجود دارد (P<۰/۰۱). براساس میانگین مؤلفه ها، دو مؤلفه اهمیت و پیگیری حوزه های ارزشمند زندگی در دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن، به طور معناداری پایین تر است (P<۰/۰۱).

بحث و نتیجه گیری

از جمله یافته های پژوهش حاضر میانگین بالاتر نمره کلی راهبردهای کنترل فکر در گروه دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن بود که بررسی خرده مقیاس ها نشان داد که دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن به طور معناداری ۳ راهبرد نگرانی، تنبیه و کنترل اجتماعی را به میزان بیشتر و دو راهبرد ارزیابی مجدد و پرت کردن حواس را به میزان کمتر بکار می برند. به دلیل وجه تشابه اختلال بدریخت انگاری بدن با اختلالات وسواسی در زمینه افکار مزاحم و ناخواسته و همین طور محدودیت تعداد پژوهش های صورت گرفته در زمینه نقش این راهبردها در اختلال بدریخت انگاری بدن می توان علاوه بر مطالعات مربوط به اختلال بدریخت انگاری بدن، از نتایج پژوهش هایی که به بررسی رابطه ی راهبردهای مذکور و اختلالات وسواسی-اجباری پرداخته اند نیز برای تبیین نتایج پژوهش حاضر بهره گرفت.

در ارتباط با میانگین بالاتر راهبردهای کنترل فکر در گروه با اختلال بدریخت انگاری بدن، اخیرا ژیرالدو امرا و بلوک (۱۱) در پژوهش خود نشان داده بودند که گروهی غیر بالینی با ریسک بالای اختلال بدریخت انگاری بدن نسبت به گروه با ریسک پایین نمرات بالاتری را در مقیاس مربوط به راهبردهای کنترل فکر بدست می آوردند اما مشخص نکردندکه وضعیت خرده مقیاس ها در این دو گروه به چه شکل بوده است. در پژوهش حاضر علاوه بر بررسی نمره کلی، وضعیت خرده مقیاس های راهبردهای کنترل فکر در دو گروه با و بدون اختلال بررسی شد.

همانطور که اشاره شد بررسی خرده مقیاس ها حاکی از میانگین بیشتر راهبرد نگرانی در دانشجویان با اختلالات بدریخت انگاری بدن بود. این نتیجه همسو با پژوهش های (۱۰)، (۸)، (۹)، (۴۲)، (۴۳) می باشد. همچنین مشخص شد که راهبرد تنبیه(که عموما به همراه نگرانی به عنوان راهبردی ناسازگارانه در کنترل افکار شناخته می شود) نیز به مراتب توسط افراد با اختلال بدریخت انگاری بدن بیشتر بکار می رود. این نتیجه ناهمسو با پژوهش (۱۰) و همسو با پژوهش (۸) و (۹) می باشد.

در ارتباط با پژوهش های همسو، پژوهش کولی و همکاران[1](۱۰) راهبردهای کنترل فکر و خرده مقیاس های آن را در نمونه ای کوچک از افراد با اختلال بدریخت انگاری بدن که از بیماران بستری یا گروه های خودیار انتخاب شده بودند بررسی کرد که نتیجه ای مشابه را در زمینه کاربرد بیشتر راهبرد نگرانی در افراد با اختلال بدریخت انگاری بدن نسبت به گروه کنترل بدست داد. به نظر می رسد نگرانی سازه ای است که در مفهوم سازی نشانه های اختلال بدریخت انگاری بدن باید مورد توجه قرار گیرد. ربیعی و همکاران (۴۳) و جمشیدی فر (۴۲) در پژوهش هایی با روش شناسی همبستگی در زمینه ارتباط بین مولفه های فراشناختی و اختلال بدریخت انگاری بدن نشان دادند که باورهای مثبت نسبت به نگرانی قادر به تبیین نشانه های این اختلال هستند و احتمالا افراد مبتلا بر این باورند که نگرانی و افکار مربوط به ظاهر برای آن ها دارای فایده است. در نهایت با توجه ماهیت وسواس گونه افکار مزاحم و ناخواسته در اختلال بدریخت انگاری بدن، هم راستای با این پژوهش، تحقیقات متعددی در زمینه اختلالات وسواسی-اجباری کاربرد بیشتر دو راهبرد نگرانی و تنبیه در افراد مبتلا به اثبات رسانیده اند (۸ و ۹).

در تبیین این نتیجه می توان به این موضوع اشاره کرد که راهبردهایی که افراد در جهت کنترل افکار خود بکار می برند همیشه موثر نبوده و به نتیجه دلخواه در زمینه خودتنظیمی تفکر نمی انجامد. مطابق نظریات فراشناختی

[1]. Kollei et al

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

اختلالات روانشناختی، نگرانی و تنبیه به عنوان راهبردهایی شناخته می شوند که به طور نزدیکی با سندرم شناختی-توجهی (CAS) ارتباط دارند. مطابق با این سندرم، اختلالات روانشناختی در اثر فعال سازی سبک فکری خاص و زهرآگینی تحت عنوان سندرم شناختی-توجهی به وجود می آیند. سندرم شناختی-توجهی سبک تفکر تکرارشونده ای است که شکل های مختلفی به خود می گیرد همانند: نگرانی یا نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله ای غیرمفیدی که پیامدهای معکوس دارند (همچون سرکوب فکر، اجتناب، مصرف مواد). این سبک از تفکر سبب حفظ هیجانات و تقویت عقاید منفی شده و به طورکلی احساس تهدید را در فرد حفظ می کند (۵). در پژوهش حاضر نیز دانشجویان مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن احتمالا تحت تاثیر نشانه های اختلال خود و براساس الگو آسیب شناسی فراشناخت، درگیر سبک های ناسازگاری از تفکر شده که در زمینه خودتنظیمی افکار برای آن ها مشکل ایجاد کرده و سبب می شود که آن ها رو به راهبردهایی ناسازگارانه همچون تنبیه و نگرانی برای کنترل افکار آورند

در این پژوهش دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن در عامل کنترل اجتماعی نیز به طور معناداری نمره بالاتری کسب کردند. این یافته ناهمسو با پژوهش کولی و همکاران (۱۰) می باشد که در آن تفاوت معناداری بین گروه با اختلال بدریخت انگاری بدن و گروه کنترل سالم از حیث این خرده مقیاس وجود نداشت و همسو با پژوهش سعیدپور و همکاران (۸) از نظر میانگین بیشتر راهبرد کنترل اجتماعی در گروه وسواسی است. یافته ها در زمینه راهبرد کنترل اجتماعی در اختلالات وسواسی یکسو و پیوسته نیستند. برخی از پژوهش ها حاکی از کاربرد بیشتر این راهبرد در گروه افراد دارای اختلال وسواسی هستند و برخی دیگر نتیجه ای مغایر را ارائه می دهند (۸ و ۹). با این حال نیوت و راچمن[2](۴۴) اظهار داشته اند که پنهان کردن عمدی محتوای افکار وسواسی از دیگران به وسیله ی جلوگیری از مواجهه فرد با اطلاعات اصلاحی در زمینه عدم اهمیت افکار مزاحم و وسواسی، می تواند در حفظ مشکلات وسواسی نقش داشته باشد. البته این فرض با نتیجه پژوهش حاضر مغایر است چرا که مشخص شد که افراد با اختلال بدریخت انگاری بدن از راهبرد کنترل اجتماعی بیشتر استفاده نموده و بنابراین احتمالا در میان گذاشتن محتوای افکار با دیگران در کنترل افکار مزاحم این افراد نقشی سازگارانه را ایفا نکرده است.

از دیگر نتایج پژوهش کاربرد کمتر راهبرد پرت کردن حواس توسط دانشجویان مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن می باشد. این نتیجه ناهمسو با پژوهش کولی و همکاران (۱۰) است که عامل پرت کردن حواس تفاوت معناداری در دو گروه با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن نداشت و همسو با پژوهش های مختلف در ارتباط با کاربرد کمتر راهبرد پرت کردن حواس در مبتلایان به اختلالات وسواسی است (برای مثال (۸)، (۹)). براین اساس به نظر می رسد که راهبرد پرت کردن حواس، عملکردی سازگارانه در کنترل افکار مزاحم و ناخواسته دارد. آبراموویچ، وایت ساید، کالسی و تولین[3](۴۵) این احتمال را مطرح می کنند که راهبردهایی همچون پرت کردن حواس، سبب تقویت ارزیابی های مفید و دقیق از افکار مزاحم به عنوان افکاری بی ضرر شده و ارزیابی این افکار به عنوان یک تهدید را ترویج نمی دهند.

بعلاوه در پژوهش حاضر دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن در راهبرد ارزیابی مجدد به طور معناداری نمره میانگین پایین تری نسبت به دانشجویان بدون اختلال بدست آوردند. این در حالی است که کولی و همکاران (۱۰) تفاوت معناداری از نظر این خرده مقیاس در دو گروه با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن نیافتند. ماهیت راهبرد ارزیابی مجدد در کنترل افکار کمتر شناخته شده است. ولز و دیویس (۷) این مسئله را مطرح کردند که در صورتی که راهبرد ارزیابی مجدد به

[1] . Cognitive Attentional Syndrome
[2]. Newth& Rachman
[3]. Abramowitz, Whiteside, Kalsy, Tolin

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

شکل دوره ای و منعطف مورد استفاده قرار گیرد، کار آمد بوده و درصورت استفاده غیرمنعطف و محافظه کارانه مشکل ساز خواهد بود.

از دیگر یافته های اصلی پژوهش، میانگین کمتر زندگی ارزشمند و دو خرده مقیاس آن (اهمیت و پیگیری) در دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن می باشد. این نتیجه در راستای پژوهش های (۱۳) و (۱۲) (که در زمینه بررسی ارتباط بین اختلالات روانشناختی و فعالیت های ارزشمند زندگی هستند) می باشد که براساس آن ها افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر فعالیت های ارزشمند کمتری را گزارش می کنند و یا شدت بیشتری از نشانه های اختلال وسواس با میزان کمتری از زندگی ارزشمند ارتباط دارد. بعلاوه دستگیر و کریمی (۱۹) نیز در پژوهشی نشان دادند که بین معنا در زندگی و نشانه های اختلال بدریخت انگاری بدن رابطه ای منفی و معنادار وجود دارد. طبق مفهوم سازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از مشکلات روانشناختی، ۶ فرآیند اساسی -اجتناب تجربی، هم آمیزی شناختی، عدم تماس با لحظه حاضر، وابستگی به یک مفهوم خود، ارزش های نامشخص و عدم تعهد به فعالیت های ارزشمند- در ایجاد مشکلات روانشناختی درگیر هستند که همگی آن ها منجر به حالتی تحت عنوان انعطاف ناپذیری روانشناختی می شوند (۱۷). در واقع طبق الگوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT)، حالتی که از آن به عنوان اجتناب تجربی اطلاق می شود، به شکل مانعی عمل می کند که مراجعین را از درگیر شدن در فعالیت های ارزشمند زندگی باز می دارد. به عبارتی در این حالت افراد معتقد هستند که چون تجارب درونی شان بیمارگونه و دردناک هستند باید قبل از پرداختن به امور ارزشمند زندگی، ابتدا بر احساسات و افکارشان کنترل داشته باشند (۴۶). در این راستا گفته شده است که افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن اغلب عنوان می کنند که زندگیشان زیر سلطه نگرانی های ظاهریشان قرار دارد و در تلاش هستند که این افکار منفی یا نقص های تصوری را کنترل کرده یا از آن ها اجتناب کنند که البته این تلاش ها اغلب سبب تداوم بخشیدن به پریشانی هایشان خواهند شد (۴۷). چندین پژوهش نیز ارتباط بین نشانه های اختلال بدریخت انگاری بدن و اجتناب تجربی را به اثبات رسانیده اند (۴۸، ۴۹). براین اساس می توان ادعا کرد که شرکت کنندگان در مطالعه حاضر نیز که تحت تاثیر نگرانی های مرتبط با بدریخت انگاری بدن هستند از پیامدهای منفی آن در امان نبوده که به نوبه خود می تواند بر روی عوامل مرتبط با زندگی ارزشمند بصورت منفی تاثیر بگذارد.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که میانگین حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر در دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن بالاتر است. این یافته همسو با پژوهش های (۲۸) و (۲۰) می باشد. البته پژوهش حاضر نخستین پژوهشی است که به مقایسه حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر در افراد با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن می پردازد. پیش از این پژوهش های بسیاری از طریق روش شناسی های مشابه همبستگی گواه بر ارتباط بین دو سازه حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر و اختلال بدریخت انگاری بدن بوده اند . برای مثال در نمونه ای از دانشجویان، حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر با نشانه های شدیدتری از اختلال بدریخت انگاری بدن مرتبط بود(۲۰). همچنین در پژوهشی دیگر مشخص شد که حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر نسبت به حساسیت به طرد شخصی به میزان بیشتری تغییرات در شدت اختلال بدریخت انگاری بدن را پیش بینی می کند (۲۸). افراد دارای اختلال بدریخت انگاری بدن و افراد دارای حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر بالا در چندین ویژگی اشتراک دارند. برای مثال افراد با اختلال بدریخت انگاری بدن موقعیت های اجتماعی مبهم را به شکلی منفی تفسیر می کنند حتی زمانی که امکان انجام تفاسیر مثبت یا خنثی فراهم باشد (۵۰). این در حالی است که افراد با حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر بالا نیز گرایش به تفسیر منفی تر پیام های مبهم در مورد ظاهر دارند (۵۱). تمایل به اجتناب از موقعیت های اجتماعی نیز در هر دوگروه افراد با اختلال بدریخت انگاری بدن و افراد با حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر بالا رایج است (۴۷، ۵۲). در پژوهش حاضر دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن نسبت به طرد به خاطر ویژگی های ظاهری حساسیت بالایی داشتند که همین موضوع می تواند تاکیدی بر این مسئله باشد که عوامل مربوط به روابط بین فردی در قالب انتظار مضطربانه طرد از جانب دیگران به خاطر ویژگی های ظاهری (حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر) نیز احتمالا در

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

تحول جنبه های شدیدی از نگرانی درباره ظاهر به شکل اختلال بدریخت انگاری بدن نقش دارد و از ویژگی های همراه با این اختلال می باشد.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر در زمینه تفاوت راهبردهای کنترل فکر در بین دو گروه با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن، تاکیدی بر الگو آسیب شناختی فراشناخت از اختلالات روانشناختی است که براساس آن افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی در هنگام خودتنظیمی افکار خود، درگیر راهبردهای کنترل ناسازگارانه تفکر همچون نگرانی و تنبیه می شوند. بعلاوه مشخص شد که گروه دانشجویان با اختلال بدریخت انگاری بدن از حیث زندگی ارزشمند در زمینه ی اهمیت قائل شدن برای ارزش های زندگی و پیگیری آن ها با محدودیت مواجه هستند و از حیث حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر، نسبت به نشانه های طرد به خاطر ظاهر جسمانی مضطرب بوده و آن را انتظار می کشند.

نتایج بدست آمده از این پژوهش دارای تلویحات مهمی برای زمینه های آسیب شناسی، پیشگیری و درمانی اختلال بدریخت انگاری بدن می باشد براین اساس پیشنهاد می شود با توجه به راهبردهای کنترل فکر بیشتر و کمتر بکارگرفته شده در افراد با اختلال بدریخت انگاری بدن در درمان این اختلال به ویژه درمان فراشناختی این تفاوت ها مورد ملاحظه قرار گرفته تا بدین شکل خدمات درمانی موثرتری در اختیار افراد مبتلا قرار گیرد. همچنین با توجه به زندگی ارزشمند پایین تر در افراد با اختلال بدریخت انگای بدن پیشنهاد می گردد از ارزش مداری به عنوان یک عامل کارآمد در درمان های مربوط به اختلال بدریخت انگاری بدن در قالب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره گرفته شود. همچنین با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر را قشر دانشجو تشکیل می دهند، دانشگاه ها می توانند با برگزاری کارگاه های آموزشی در زمینه ارزش مداری، سبب آگاهی بخشی به دانشجویان در ارتباط با مفاهیم عالی زندگی همچون زندگی ارزشمند گشته و بدین شکل اقدامی پیشگیرانه را سبب شوند. بعلاوه تفاوت معنادار بین دو گروه دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن از حیث حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر این موضوع را برجسته می سازد که حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر از جمله ویژگی هایی است که در هنگام مفهوم سازی نگرانی های بدریخت انگاری بدن در محیط های بالینی باید مورد توجه قرار گیرد و از آن به عنوان آماجی درمانی در بهبود شدت این اختلال بهره گرفته شود.

پژوهش حاضردر حین اجرا با محدودیت هایی مواجه بوده است که از آن جمله می توان به استفاده از ابزارهای خودگزارشی جهت جمع آوری اطلاعات، انجام پژوهش در قالب یک پژوهش مقطعی به دلیل محدویت های زمانی، استفاده از پرسشنامه آنلاین و روش نمونه گیری در دسترس برای جمع آوری داده ها به خاطر شرایط همه گیری کرونا و عدم امکان کنترل سایر اختلالات روانپزشکی اشاره کرد. با توجه به محدودیت های ذکر شده پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی از ابزارهای دیگری همچون مصاحبه به ویژه در زمینه تشخیص اختلال بدریخت انگاری بدن استفاده گردد، ارتباط متغیرهای پژوهش حاضر از طریق داده های طولی مورد بررسی قرار گیرد، دیگر روش های نمونه گیری به خصوص نمونه گیری تصادفی مدنظر پژوهشگران باشد و اختلالات همبود با اختلال بدریخت انگاری بدن مورد کنترل قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

در نهایت از دانشجویان دانشگاه گیلان که با توجه به شرایط کرونا همکاری لازم را در تکمیل پرسشنامه های پژوهش حاضر داشتند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition (DSM-5) (F. Rezaee, A. Fakhraee, A. Farmand, A. Niloufari, J. Hashemi Azar, F. Shamloo, Trans.). Tehran: Arjmand Publication. 2017. [Persian].

2. Talaei A, Fayyazi Bordbar MR, Nasiraei A, Rezaei Ardani A. Evaluation of Symptom Patterns and Frequency of Body Dysmorphic Disorder in Students of Mashhad University of Medical Sciences. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences, 2009; 52(1): 49-56. [Persian].

3. Phillips KA Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide. NewYork, NY: Oxford University Press; 2009.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

4. Fang A, Wilhelm S. Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. Annu Rev Clin Psychol. 2015; 11:187-212.

5. Wells A. Meta-cognitive therapy for anxiety and depression, New York: The Guilford Press; 2009.

6. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chinchester. UK: John Wiley & Sons; 2000.

7. Wells A, Davies MI. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. Behav Res Ther. 1994; *32*(8):871-878.

8. Saeidpoor S, Kazemi-Rezai SA, Karbalaei-Esmaeil E, Kazemi-Rezai SV, Ahmadi F. Diagnostic role of cognitive emotion regulation strategies, cognitive fusion and thought control strategies in obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychology, 2017; 9(3):1-12. [Persian].

9. Meraj MB, Singh S, Kar SK, Sharma E and Sarraf SR. Metacognitions in Symptomatic and Remitted Patients with Obsessive Compulsive Disorder: Preliminary Evidence for Metacognitive State and Trait Markers. Indian J Psychol Med. 2022;44(1):22–29.

10. Kollei I, Brunhoeber S, Rauh E, de Zwaan M, Martin A. Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. J Psychosom Res. 2012; *72*(4):321-327.

11. Giraldo-O'Meara M, Belloch A. Escalation from normal appearance related intrusive cognitions to clinical preoccupations in Body Dysmorphic Disorder: A cross-sectional study. Psychiatry Research. 2018; 265:137-43.

12. Wetterneck CT, Lee EB, Smith AH, Hart JM. Courage, self-compassion, and values in obsessive-compulsive disorder. J Contextual Behav Sci. 2013; *2*(3-4):68-73.

13. Michelson SE, Lee JK, Orsillo SM, Roemer L. The role of values-consistent behavior in generalized anxiety disorder. Depress Anxiety. 2011; *28*(5): 358-366.

14. Rokeach, M. The nature of human values. New York: Free Press; 1973.

15. Schwartz SH, Bilsky W. Toward a universal psychological structure of human values. J Pers Soc Psychol. 1987; 53(3):550-562.

16. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.

17. Dahl J, Lundgren T, Plumb J, Stewart I. The Art and Science of Valuing in Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2009.

18. Grau PP, McDonald JE, Clark MN, Wetterneck CT. The relationship between three ACT core processes of change, PTSD, and depressive symptoms. J Contextual Behav Sci. 2020; 16: 178-182.

19. Dastgir S, Karimi J. The relationship of body image-related cognitive fusion, body image psychological inflexibility, meaning of life and mindfulness with body dysmorphic disorder in female students. Razi Journal of Medical Sciences. 2019; 26(6):1-12. [Persian].

20. Park LE, Calogero RM, Young AF, Diraddo AM. Appearance-based rejection sensitivity predicts body dysmorphic disorder symptoms and cosmetic surgery acceptance. J Soc Clin Psychol. 2010; 29(5):489-509.

21. Park LE, DiRaddo AM, Calogero RM. Sociocultural influence and appearance-based rejection sensitivity among college students. Psychol Women Q. 2009; 33(1):108-119.

22. Park LE. Appearance-based rejection sensitivity: Implications for mental and physical health, affect, and motivation. Pers Soc Psychol Bull. 2007; 33(4):490-504.

23. Hawes T, Zimmer-Gembeck MJ, Campbell SM. Unique associations of social media use and online appearance preoccupation with depression, anxiety, and appearance rejection sensitivity. Body Image. 2020; 33:66-76.

24. Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ, Donovan CL. The appearance culture between friends and adolescent appearance-based rejection sensitivity. J. Adolesc. 2014;37(4):347-58.

25. Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ. A longitudinal study of appearance-based rejection sensitivity and the peer appearance culture. J Appl Dev Psychol. 2016; 43:91-100.

26. Densham K, Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ, Nesdale D, Downey G. Early adolescents' body dysmorphic symptoms as compensatory responses to parental appearance messages and appearance-based rejection sensitivity. Body Image. 2017; 23:162-70.

27. Calogero RM, Park LE, Rahemtulla ZK, Williams KC. Predicting excessive body image concerns among British university students: The

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Psychological Models and Methods. 2010; 1(1):81-103. [Persian].

38. Wilson KG, Sandoz EK, Kitchens J, Roberts M. The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. Psychol Rec. 2010; 60(2):249-272.

39. Akbari M. The Reliability and Validity of Persian version of the Valued Living Questionnaire: based on Acceptance and Commitment approach. Clinical Psychology and Personality. 2018; 16(1): 239-249. [Persian].

40. Khanzadeh M. Designing and testing a model of the precedences of body dysmorphic symptoms in Shahid Chamran University undergraduate students. Phd thesis. Shahid Chamran University; 2017. [Persian].

41. Khanzadeh M, Beshlideh K, Hamid N, Marashi SA. Designing and Testing Model of the Antecedents of Body Dysmorphic Symptoms in Students. Journal of Clinical Psychology, 2017; 9(1): 85-100. [Persian].

42. Jamshidi far M. The Structural Relationship of Metacognitive Beliefs with Symptoms of Anorexia Nervosa and Body Dysmorphic Disorder by Mediating role of Body Checking Behaviors. MA thesis. University of Tabriz; 2017. [Persian].

43. Rabiei M, Rahnejat AM, Nikfarjam M, Najafipoor F. The investigation of correlation between metacognitive subscales, Meta worry and thoughts–fusion with body dysmorphic disorder. Journal of nurse and physician within war. 2014; 2(4):162-167. [Persian]

44. Newth S, Rachman S. (2001). The concealment of obsessions. Behav Res Ther. 2001; 39(4):457-464.

45. Abramowitz JS, Whiteside S, Kalsy SA, Tolin DF. Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. Behav Res Ther. 2003; 41(5):529-540.

46. Orsillo SM, Roemer L, Lerner JB, Tull MT. Acceptance, Mindfulness, and Cognitive-Behavioral Therapy: Comparisons, Contrasts, and Application to Anxiety In: Hayes SC, Follette VM, Linehan M, editors. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral. New York: Guilford Press; 2004.p. 66-95.

47. Wilhelm S, Phillips KA, Steketee G. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A treatment manual. New York: Guilford Press; 2013.

unique role of appearance-based rejection sensitivity. Body Image. 2010; 7(1):78-81.

28. Kelly MM, Didie ER, Phillips KA. Personal and appearance-based rejection sensitivity in body dysmorphic disorder. Body image. 2014; 11(3):260-265.

29. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007; *39*(2):175-191.

30. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Psychopharmacol Bull. 1997; 33(1):17-22.

31. Phillips KA, editor. Body Dysmorphic Disorder: Advances in Research and Clinical Practice. NewYork, NY: Oxford University Press; 2017.

32. Phillips KA, Keshaviah A, Dougherty DD, Stout RL, Menard W, Wilhelm S. Pharmacotherapy relapse prevention in body dysmorphic disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. Am J Psychiatry. 2016; 173(9); 887-895.

33. Ahmadi Tahoor M, Rabiei M, Kameli P, Bahrami F, Safaei Rad I. The effect of metacognitive therapy on symptoms related to metacognitive beliefs in patients with body dysmorphic disorder. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2011; 13(51): 270-277. [Persian].

34. Rabiei M, Salahian A, Bahrami F, Palahang H. Construction and Standardization of the Body Dysmorphic Metacognition Questionnaire. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2011; 21(83):43-52. [Persian].

35. Rabiee M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor Structure, Validity and Reliability of the Modified Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Body Dysmorphic Disorder in Students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010; 15(4):343-350. [Persian].

36. Esnaashari N. Causal model of Perfectionism & Religious Beliefs role in Body Dysmorphic & Social Anxiety Disorders. MA thesis. Yazd University; 2013. [Persian].

37. Fata L, Moutabi F, Moloudi R, Ziayee K. Psychometric properties of Persian version of thought control questionnaire and anxious thought inventory in Iranian students. Journal of

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

48. Callaghan GM, Duenas JA, Nadeau SE, Darrow SM, Van der Merwe J, Misko J. An empirical model of body image disturbance using behavioral principles found in Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy. Int J Behav Consult Ther. 2012; *7*(2-3):16-24.

49. Wilson AC, Wilhelm S, Hartmann AS. Experiential avoidance in body dysmorphic disorder. Body Image. 2014; 11(4):380-383.

50. Buhlmann U, Wilhelm S, McNally RJ, Tuschen-Caffier B, Baer L, Jenike MA. Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. CNS Spectr, 2002; *7*(6):435-443.

51. Park LE, Harwin MJ. Visible versus non-visible rejection: Consequences of appearance-based rejection sensitivity. J Res Pers. 2010; 44:128-132.

52. Park LE, Pinkus RT. Interpersonal effects of appearance-based rejection sensitivity. J Res Pers. 2009; 43(4):602-612.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول ۱- شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن

متغیر		گروه	میانگین	انحراف استاندارد
راهبردهای کنترل فکر	پرت کردن حواس	با اختلال	۱۳/۹۳	۲/۹۸
		بدون اختلال	۱۶/۰۸	۳/۸۴
	نگرانی	با اختلال	۱۱/۷۵	۲/۱۸
		بدون اختلال	۹/۴۵	۲/۴۳
	کنترل اجتماعی	با اختلال	۱۳/۶۳	۳/۹۵
		بدون اختلال	۱۱/۵۳	۳/۳۰
	ارزیابی مجدد	با اختلال	۱۳/۷۳	۲/۸۲
		بدون اختلال	۱۵/۰۶	۳/۳۳
	تنبیه	با اختلال	۱۱/۳۲	۳/۱۵
		بدون اختلال	۹/۶۵	۲/۶
	کل	با اختلال	۶۴/۳۹	۷/۹۶
		بدون اختلال	۶۱/۷۹	۸/۳۸
زندگی ارزشمند	اهمیت	با اختلال	۷۵/۲۶	۱۴/۶۲
		بدون اختلال	۸۰/۷۰	۱۴/۰۵
	پیگیری	با اختلال	۵۲/۷	۱۶/۱۱
		بدون اختلال	۶۱/۵۱	۱۶/۸۵
	کل	با اختلال	۱۲۷/۹۷	۲۴/۶۹
		بدون اختلال	۱۴۲/۲۲	۲۶/۸۷
حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر	کل	با اختلال	۲۶/۴۰	۹/۸۲
		بدون اختلال	۸/۶	۷/۴۶

جدول ۲- نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه نمره کلی راهبردهای کنترل فکر، زندگی ارزشمند و حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر در دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن

متغیر وابسته	متغیر مستقل	df	t	p	مجذور اتا	توان
راهبردهای کنترل فکر	با اختلال بدون اختلال	۲۷۱	-۲/۵۶۴	۰/۰۱۱	۰/۰۲۴	۰/۷۲۸
زندگی ارزشمند	با اختلال بدون اختلال	۲۷۱	۴/۴۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۰۶۸	۰/۹۹۳
حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر	با اختلال بدون اختلال	۲۷۱	-۱۶/۹۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۶	۱

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس تک متغیری مولفه های راهبردهای کنترل فکر در دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی-داری	مجذور اتا	توان
پرت کردن حواس	۳۰۳/۴۶۱	۱	۳۰۳/۴۶۱	۲۴/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۸۳	۰/۹۹۸
نگرانی	۳۴۷/۶۰۳	۱	۳۴۷/۶۰۳	۶۳/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۹۰	۱
کنترل اجتماعی	۲۹۰/۳۶۲	۱	۲۹۰/۳۶۲	۲۲/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۷	۰/۹۹۷
ارزیابی مجدد	۱۱۶/۳۷۳	۱	۱۱۶/۳۷۳	۱۱/۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۴۲	۰/۹۲۸
تنبیه	۱۸۴/۷۰۰	۱	۱۸۴/۷۰۰	۲۲/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۸	۰/۹۹۸

جدول۴- نتایج تحلیل واریانس تک متغیری مولفه های زندگی ارزشمند در دانشجویان با و بدون اختلال بدریخت انگاری بدن

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی-داری	مجذور اتا	توان
اهمیت ارزش ها	۱۹۴۴/۹۸۶	۱	۱۹۴۴/۹۸۶	۹/۵۳	۰/۰۰۲	۰/۰۳۴	۰/۸۶۸
پیگیری ارزش ها	۵۰۹۳/۳۰۱	۱	۵۰۹۳/۳۰۱	۱۸/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۰۶۴	۰/۹۹۰

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]