

بررسی تاثیر تکنیک های افزایش اعتماد به نفس در کاهش اختلال خود زشت انگاری دانش آموزان ابتدایی دخترانه (مطالعه موردی)

مجتبی درودگر شهری^۱، الهام ساجی^۲

۱- کارشناسی علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، سیستان و بلوچستان، ایران (نویسنده مسئول)

۲- کارشناسی روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، ایران

چکیده

اختلال بد شکلی بدن یا خود زشت انگاری از اختلالات رایج خصوصا در دوران بلوغ و نوجوانی به وضوح دیده می شود. اختلال بد شکلی بدن در دانش آموزان دختر می تواند ریشه بسیاری از مشکلات روحی و روانی ثانویه باشد. مهمترین عامل در ایجاد اختلال بد شکلی بدن یا خود زشت انگاری اعتماد به نفس پایین در دوران کودکی و نوجوانی است. در این پژوهش سعی داریم با استفاده از تکنیک های افزایش اعتماد به نفس در دانش آموزان ابتدایی دخترانه شهر میر جاوه در کاهش اختلال خود زشت انگاری پردازیم. برای دریافت اطلاعات اختلال بد شکلی بدن از پرسشنامه بد شکلی بدن استفاده نمودیم یافته های پژوهش نشان داد استفاده از تکنیک های افزایش اعتماد به نفس می تواند اثرات اختلال بد شکلی بدن در دانش آموزان را کاهش دهد.

واژه های کلیدی: اختلال بد شکلی بدن، خود زشت انگاری، دانش آموزان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

برخی افراد اشتغال ذهنی درباره ظاهر جسمانی خویش دارند و علیرغم ظاهر طبیعی، نگران این هستند که بعضی از جنبه‌های ظاهرشان معیوب است و ترس مفرط و نگران کننده‌ای را درباره وضعیت ظاهر جسمانی خود ابراز می‌کنند. آن‌ها ممکن است قسمتی از بدن خود را زشت غیر جذاب، نقص دار بدشکل و حتی عجیب، ترسناک، تنفر آور، توصیف کنند. اگرچه این نقص برای دیگران قابل توجه نیست، (بوهملن و همکاران، ۲۰۰۸) ولی آن‌ها از آن رنج می‌برند و فکر می‌کنند که نقص آن‌ها خیلی بارز و برای دیگران روشن و قابل رویت است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). این ترس افراطی می‌تواند تبدیل به احساس وجود نقص خیالی در بدن گردد.

و فرد ساعات بسیاری از روز را در حال فکر کردن و رنج بردن از این نقص یا عیب به سر برد (بوهملن و همکاران، ۲۰۰۸). به طور متوسط بین ۳ تا ۸ ساعت در روز یا حتی بیشتر (فیلیپس، ۲۰۰۹) و معمولاً نمی‌توانند در مورد آن بخش خاصی از بدن خود فکر نکنند.

این افراد مشکلات مربوط به ظاهرشان را به روش‌های گوناگونی توصیف می‌کنند. آن‌ها مثلاً می‌گویند که قسمت‌های مورد تنفر زشت، نامجذوب، یا نابهنجار هستند. یا قیافه خود را مشکل دار، نادرست و عجیب و غریب می‌دانند. بعضی از آن‌ها از لغات بدشکل و بدریختیا غول پیکراستفاده می‌کنند.

اختلال بدشکلی بدن که گاهی اختلال بدریختی بدن ترجمه می‌شود و برخی اختلال خود زشت انگاری یا بدریخت انگاری هم آنرا می‌نامند، در DSM-IV جزء گروه اختلالات جسمانی شکل طبقه بندی می‌شد و بر اساس طبقه بندی جدید DSM-V در گروه اختلالات وسواس فکری - عملی و اختلالات مرتبط با آن قرار گرفته است.

مهم‌ترین تظاهر اختلال بدشکلی بدن اشتغال ذهنی مفرط به وجود نقصی خیالی یا بزرگ نمایی شده در ظاهر است. فردی که تشخیص اختلال بدشکلی بدن به او نسبت داده می‌شود باید حداقل یک ساعت در روز نگرانی در مورد ظاهر خود داشته باشد و برای کسی که کمتر از این زمان نگرانی داشته باشد باید در تشخیص اختلال بدشکلی بدن احتیاط لازم را داشت چون اشتغال ذهنی آن‌ها به اندازه کافی افراطی نیست که حکم یک تشخیص روانپزشکی داده شود. شرایط لازم دیگری برای اختلال بدشکلی بدن وجود دارد و آن این است که شدت نگرانی مربوط به ظاهر و اشتغال ذهنی درباره نقص‌های جسمی آنقدر شدید است که باید آسیب معناداری در عملکرد اجتماعی - شغلی یا سایر زمینه‌های زندگی فرد ایجاد کند اکثر افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن هر دو را تجربه می‌کنند. و اینکه اشتغال ذهنی را اختلالات روانی دیگر مانند ناخشنودی از شکل و اندازه بدن در بی‌اشتهایی روانی بهتر توجیه نکند. به طور خلاصه، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن درجه‌ای از اشتغال ذهنی، پریشانی و آسیب در عملکرد را تجربه می‌کنند که به روشنی از تجربه اکثر افراد جامعه بیشتر است (فیلیپس، ۲۰۰۹).

معمولاً اختلال بدشکلی در اوایل نوجوانی و اوایل بزرگسالی شروع می‌شود (فیلیپس و همکاران ۱۹۹۷). شیوع این اختلال در سنین جوانی و در دهه‌های دوم و سوم زندگی نیز شایع است (کوابرا و همکاران، ۲۰۰۷؛ فانتنل و همکاران، ۲۰۰۶). و احتمال بروز آن در کودکی و بزرگسالی هم وجود دارد چون معمولاً بیماران ۱۰ تا ۱۵ سال بعد از سن نوجوانی نیز تشخیص داده

می‌شوند. (فیلیپس، ۱۹۹۶). در DSM-IV سن شروع از نوجوانی تا دهه سوم عمر برآورد شده است. به طور کلی براساس پژوهش‌های روانپزشکی منتشر شده، سن شایع اختلال بدشکلی بدن از ۱۵ تا ۳۰ سالگی است. دریک مطالعه گسترده نتایج نشان داد که متوسط سن افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن ۱۶ سالگی بود. سن دو سوم از مبتلایان وقتی که اختلال بدشکلی بدن آن‌ها آغاز شد بین ۹ تا ۲۳ سالگی بود و شایع‌ترین سن شروع اختلال بدشکلی بدن ۱۳ و کمترین سنی که اختلال بدشکلی بدن بروز کرده بود، ۴ سالگی و بالاترین سن ۴۹ سالگی بود (فیلیپس، ۲۰۰۹).

افراد مبتلا به این اختلال، به علت نقص مفروض خود دچار احساس درماندگی آشکار می‌شوند و دلمشغولی خود را بسیار دردناک، عذاب آور و ویران کننده توصیف می‌کنند. بسیاری از این بیماران، مهار کردن دلمشغولی‌های خود را مشکل می‌دانند و مقاومت آن‌ها در برابر این نگرانی‌ها، کم یا هیچ است. و معمولاً نمی‌توانند در مورد آن بخش خاصی از بدن خود فکر نکنند. به طور متوسط بین ۳ تا ۸ ساعت در روز یا حتی بیشتر نتیجه اینکه، چندین ساعت از روز را درباره نقص خود فکر می‌کنند (دادستان، ۱۳۸۶؛ فیلیپس، ۲۰۰۹).

هر قسمت بدن می‌تواند عامل نگرانی برای فرد باشد و اختلال بدشکلی بدن می‌تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. حتی در میان افرادی که نگرانی مشترکی در مورد یک قسمت بدن دارند چیزی که آن‌ها از آن متنفر هستند می‌تواند متفاوت باشد. دلمشغولی‌های مرتبط با اختلال بدشکلی بدن می‌توانند بر همه بخش‌های بدن متمرکز شوند. گاهی موضوع اصلی نگرانی‌ها را اندام یا حالت بدن به طور کلی (چاقی، لاغری، قد) و گاهی بخش خاص بدن (پا، دست، سر، گوش‌ها، لب، بینی، دهان، چشم‌ها، موها، دندان‌ها، جوش‌های صورت و کک و مک و غیره) و شکایت‌هایی درباره بزرگ، کوچک و یا بدشکل بودن آن‌ها عنوان می‌شوند. یا آنکه متوجه یک عضو خاص نبوده، و جنبه پراکنده و مبهم داشته باشند و فهم آن دشوار است، مثل نگرانی در مورد چانه‌ای می‌چاله. (دادستان، ۱۳۸۶). با این حال ممکن است هیچ قسمتی را به تنهایی شامل نشود بلکه اشتغال ذهنی بطور همزمان متمرکز بر چندین قسمت از بدن می‌باشد. بعضی از افراد هم از همه قسمت‌های ظاهر خود متنفر هستند. آن‌ها چیزهایی از این قبیل می‌گویند: کل ظاهر من زشت است، یا ظاهر من به طور کل نفرت انگیز به نظر می‌رسد. عده‌ای دیگر ممکن است از گفتن اینکه از همه قسمت‌های بدن خود متنفر هستند خجالت بکشند. در عوض، آن‌ها برای بحث در مورد نگرانی‌های مربوط به ظاهرشان، از اصلاحات کلی استفاده می‌کنند. یعنی دقیقاً نمی‌گویند از چه چیزی ناراحتند و ممکن است همیشه از خود با عنوان زشت یاد کنند. بعضی افراد نقص ظاهری خود ساخته خود را با اصطلاحات خاصی مثل گوش‌هایم تیز و نوک دار شده، خط موهایم عقب رفته، دور کمرم پهن شده، یا کلا از قیافه افتاده‌ام یا چهره‌ام رو به افول است، توصیف می‌کنند. در یک تحقیق بزرگ معلوم شد که برخی مناطق شایع‌تر برای نقایص تصویری عبارتند از پوست (۷۳ درصد)، مو (۵۶ درصد)، بینی (۳۷ درصد)، چشم‌ها (۲۰ درصد)، پاها (۱۸ درصد)، گونه (۱۱ درصد)، پستانها/سینه/نوک پستان‌ها (۲۱ درصد)، شکم (۲۲ درصد)، لب‌ها (۱۲ درصد)، جثه بدن (۱۶ درصد)، و اندازه/شکل صورت (۱۲ درصد) (فیلیپس، ۲۰۰۵).

کمتز مطالعه پیگیرانه منظمی درباره اختلال بدشکلی بدن انجام شده است. اشتغالات ذهنی در اختلال بدشکلی بدن در طول عمر تغییر می‌کند، در یک مطالعه میانگین اشتغالات ذهنی در طول عمر ۴ مورد گزارش شده است (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۳). در برخی موارد هم اشتغالات ذهنی تغییر نمی‌کند، در برخی دیگر توجه به بدشکلی‌های دیگر به اشتغال اولیه افزوده می‌شود و در باقی مبتلایان، نشانه‌ها جایگزین هم می‌شوند. معمولاً بدشکلی چهره، شایع‌ترین شکایت مبتلایان به اختلال

بدشکلی در سیر بیماری است. در یک مطالعه بر روی شکایات مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، ۴۰٪ آن‌ها درباره یکی از اجزاء بدنشان در سیر اختلال نگران بودند، تقریباً ۳۷٪ نگران یکی از اجزاء بدن خود بودند، سپس با گذشت زمان، دچار نگرانی‌های دیگری می‌شدند و در ۲۱٪ از مبتلایان با گذشت زمان، از توجه به یک یا چند جز از بدن کاسته می‌شد و پس از مدتی نگرانی‌ها دوباره عود می‌کردند (فیلیپس، ۱۹۹۶). سطح نگرانی در مورد مسئله ممکن است با گذشت زمان کاهش یا افزایش یابد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). و میزان بینش بیمار در نوسان است (فیلیپس، ۲۰۰۹). اختلال بدشکلی بدن یک اختلال شدیداً ناتوان کننده است که اغلب درمان آن مشکل است (نظیراوغلو و همکاران، ۲۰۰۳) و بر اثر اختلال بدشکلی بدن، فعالیت‌های اجتماعی و شغلی آسیب می‌بینند، یک سوم مبتلایان خانه نشین می‌شوند. برخی دیگر به دلیل شرم از بدشکلی، فعالیت‌هایشان را محدود می‌کنند و زمان زیادی را به اشتغال ذهنی با محتوی بدشکلی‌ها می‌گذرانند. تعداد مبتلایانی که جراحی یا درمان‌های طبی دریافت می‌کند، معلوم نیست. دوره‌های افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی نیز متداول است ولی خطر خودکشی واقعی، مشخص نیست (تسما و همکاران، ۱۹۹۷). در یک مطالعه مشخص شد که اختلال با گذشت زمان بدتر می‌شود و فقط دو درصد مبتلایان بهبود می‌یابند (فیلیپس، ۱۹۹۶). پس به طور کلی اختلال بدشکلی بدن بیماری مزمنی است که شدت آن نوسان دارد، اما به ندرت بهبود می‌یابد (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۳) و اگر بطور موفق درمان نشود، ادامه می‌یابد (هلندر و همکاران، ۱۹۹۲).

در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، در (۶۹-۱۲) درصد آن‌ها اختلال فوبی اجتماعی یافت شده و در افراد مبتلا به فوبی اجتماعی در ۱۳-۱۲ درصد آن‌ها، اختلال بدشکلی بدن دیده شده است. بر اساس مطالعات الی (۱۹۷۴)، بارادوک (۱۹۸۲) و استارمی و اسلد (۱۹۸۶)، اختلال فوبی اجتماعی نیز در مبتلایان اختلال بدشکلی بدن دیده می‌شود. مارکز (۱۹۸۹) اختلال بدشکلی بدن را به دلیل اضطراب بالا و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، ترس از انتقاد و نگرانی درباره ظاهر جسمانی به عنوان شکلی از فوبی اجتماعی توصیف کرد (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳). در ژاپن، اختلال بدشکلی بدن جزئی از گروه بزرگتری از اختلالات است که با فوبی اجتماعی شباهت دارند.

نسبت جنسی، سن شروع و سیر بیماری در هر دو اختلال شبیه است (فیلیپس، ۱۹۹۶). اختلال بدشکلی بدن به دلیل سن شروع پایین‌تر به فوبی اجتماعی شباهت دارد (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳).

افرادی که به هر دو اختلال مبتلا هستند، جرات ورزشی اندکی دارند. زمانی که دو اختلال با هم وجود دارد فرد درونگراتر است و احتمال کمی دارد که ازدواج کند و اختلال در او شدیدتر است (فیلیپس، ۱۹۹۶).

در هر دو اختلال، اضطراب اجتماعی، اجتناب، ترس از تحت نظر بودن، احساس شرمندگی، اشتغال ذهنی درباره دیدگاه دیگران درباره فرد، ترس از ارزیابی منفی، ترس از خجالت و شرمندگی و مسخره شدن و طرد شدن وجود دارد.

یک نشانه در میان افراد مبتلا به هر دو اختلال، ترس از ارزیابی دیگران نسبت به خودشان است (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳). در چندین مطالعه بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی، دو ویژگی احساس شدید شرمندگی یا اجتناب را که ویژگی اصلی فوبی اجتماعی است، گزارش کردند (هلندر و همکاران، ۱۹۹۲).

تمرکز بر ناراحتی در میان افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و افراد مبتلا به فوبی اجتماعی متفاوت است. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن معمولاً بر عیب یا نقص در ظاهرشان توجه دارند در حالی که افراد مبتلا به فوبی اجتماعی معمولاً بر رفتارهایشان توجه دارند که ممکن است از نظر دیگران تحقیرآمیز یا شرم آور باشد.

گاهی هر دو اختلال، بدشکلی بدن و فوبیای اجتماعی در فرد وجود دارد اما مطالعات نشان می‌دهد که در بیشتر موارد، شروع فوبیای اجتماعی مقدم بر نشانه اختلال بدشکلی بدن است (ویلهم و همکاران، ۱۹۹۷).

میزان سوء مصرف یا وابستگی به الکل در اختلال بدشکلی بدن نسبت به فوبی اجتماعی (۵۱٪ در مقابل ۲۱٪) و سوء مصرف و وابستگی به سایر موارد (۳۶٪ در برابر ۲۰٪) در طول عمر است.

تفاوتی که بین دو اختلال وجود دارد، در پاسخ درمانی به داروها است. داروهای بازدارنده MAO بیشترین کارایی را در درمان فوبیای اجتماعی تعمیم یافته و بتا بلوکرها در فوبیای اجتماعی عملکردی دارند. گرچه مطالعات کافی درباره تاثیر این داروها در اختلال بدشکلی بدن وجود ندارد، اما برخی گزارشات نشان داده‌اند که بتا بلوکرها در درمان این اختلال بی‌تاثیرند و بازدارنده‌های MAO تاثیر متوسطی دارند (فیلیپس، ۱۹۹۶).

رابطه اختلال با اختلال افسردگی اساسی

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن معمولاً "تشخیص افسردگی هم دارند به طوری که بیش از ۵۰٪ برآورد شده است (آلن و هلندر ۲۰۰۴، به نقل از باچر ۱۳۸۸). و اغلب به تلاش های خودکشی منجر می شود (نظیر اغلو و همکاران، ۲۰۰۴؛ فیلیپس، ۲۰۰۱ به نقل از باچر ۱۳۸۸). اختلالات خلقی بسیار متداول در اختلال بدشکلی بدن، اختلال افسردگی اساسی است. مطالعات مختلف، نشان داده‌اند که مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، میزان بالایی از افسردگی اساسی با دامنه ۶۸٪ (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳) تا ۸۰٪ (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۴) در طول عمر خود تجربه می‌کنند. در مطالعات دیگر نتایج نشان داد که افسردگی جزء شایع‌ترین اختلال همراه با اختلال بدشکلی بدن بود (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۵؛ هلندر و همکاران، ۱۹۹۳).

برخی داده‌های موجود نشان می‌دهد که اختلال بدشکلی بدن را می‌توان جزئی از طیف اختلالات عاطفی دانست، طیف اختلالات عاطفی شامل گروهی از اختلالات است که می‌توان فرض کرد از نظر ناهنجاری یا نوفیزیولوژیک (فیلیپس و همکاران،

(۱۹۹۴) و پاسخ درمانی به افسردگی‌ها شبیه‌اند و شواهدی از تاریخچه خانوادگی و همبودی بین این اختلالات وجود دارد (فیلیپس، ۱۹۹۶). شیوع و ویژگی‌های اختلال بدشکلی بدن در بیماران افسرده مورد توجه است، زیرا مهم‌ترین ویژگی اختلال بدشکلی بدن افسردگی است (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳).

شواهدی دیگر از همبودی دو اختلال و بالا بودن میزان افسردگی اساسی در بستگان درجه اول مبتلایان به اختلال بدشکلی خبر می‌دهد. ۱۷٪ از خویشاوندان درجه اول مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن افسرده بودند که نسبت به سایر اختلالات میزان این اختلال بالاتر بود (فیلیپس، ۱۹۹۶). به شکل همراهی اختلال بدشکلی بدن با افسردگی، مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن اساسی‌ترین ویژگی افسردگی آتیپیک یعنی حساسیت زیاد نسبت به طرد را تجربه می‌کنند. بیمارانی که در آن‌ها افسردگی و اختلال بدشکلی همبودی دارد، ارتباطات صمیمانه‌شان کوتاه است، و زودتر گسیخته می‌شود. کار یا تحصیل به دلیل شدیدتر به انتقاد یا طرد. بیشتر آسیب می‌بینند (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۶).

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مشابه مبتلایان به افسردگی، عزت نفس پایین، احساس شرمندگی و احساس گناه می‌کنند زیرا خودشان را به خاطر زشتی و خرابی ظاهرشان سرزنش می‌کنند و از طرفی غمگینی و افسردگی در افراد مبتلا شایع است و اغلب خودشان را از دیگران منزوی می‌کنند. این افراد احساس بی‌ارزشی می‌کنند و به جایی می‌رسند که دیگر تحمل رنج ناشی از بدشکلی را ندارند و احساس ناامیدی شدید باعث می‌شود افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی کنند.

شروع افسردگی در سن پایین و دوام طولانی علائم افسردگی نشان از این می‌باشد که ممکن است شخصی که افسرده است علاوه بر افسردگی اختلال بدشکلی بدن نیز داشته باشد (فیلیپس، ۲۰۰۹). ولی اگر افسردگی به خاطر وجود اختلال بدشکلی بدن باشد و با درمان اختلال بدشکلی بدن بهبود یابد، تشخیص اول را اختلال بدشکلی بدن باید در نظر گرفت.

تفاوت بین دو اختلال در شیوع بیشتر افسردگی در زنان، سن شروع دیرتر، سیر کمتر مزمن آن است. در یک مطالعه، بیماران مبتلا به افسردگی اساسی آتیپیک که دچار اختلال بدشکلی بدن بودند، بررسی شدند. ویژگی این مبتلایان، سن شروع افسردگی در آنان زود هنگام‌تر است (تقریباً ۱۱ سال) و مدت طولانی تری عود دوره‌های افسردگی طول می‌کشد (۵ برابر بیشتر) و بیماری آن‌ها نیز شدیدتر است و رفتارهای وسواسی مانند واریسی در آئینه و اطمینان طلبی در این مبتلایان مشاهده نمی‌شود. (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۶).

اطلاعات موجود نشان می‌دهند که اختلال بدشکلی بدن ممکن است به تمام درمان‌های افسردگی جواب ندهد و ممکن است به مدت درمان طولانی تری نسبت به آنچه برای افسردگی لازم است، نیاز باشد. تشخیص بیماری اختلال بدشکلی بدن در افراد افسرده مشکل است. چون علائم، معمولاً به علت شرم و حیای بیمار، پنهان می‌مانند.

رابطه اختلال با اختلال وسواس فکری - عملی

شباهت اختلال بدشکلی بدن (BDD) و وسواس فکری - عملی (OCD) از قرن گذشته مورد توجه بوده است و در اواخر ۱۸۰۰ مرسلی تاکید کرد که نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن، ماهیت شبیه افکار و اعمال وسواسی دارند (جرم، ۱۹۹۶)، او اشاره کرد که مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن دچار تردید درباره بدشکلی خود هستند و قیافه خود را بطور اجباری وارسی می‌کنند. در ۱۹۰۳، پیرژانه نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن را در طبقه سندرم‌های مشابه اختلال وسواس فکری * عملی طبقه بندی کرد و اختلال بدشکلی بدن را با نام وسواس شرم از نمای بدن توصیف کرد. (هلندر و همکاران، ۱۹۹۲).

بررسی‌های بالینی در گذشته و حال، و داده‌های تجربی موجود نشان داده‌اند که اختلال بدشکلی بدن جزئی از طیف اختلالات وسواس فکری-عملی است (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۶).

هر دو اختلال بدشکلی بدن و وسواس فکری - عملی به دلیل همپوشی نشانه‌ها، پیوستگی خانوادگی، پاسخ به درمان و فرضیه شباهت سبب‌شناسی، ارتباط نزدیکی دارند. اگر سایر ویژگی‌ها مانند سن شروع، سیربالینی، همبودی، سطح اختلال، شیوع، در نظر گرفته شود، این شباهت بیشتر خواهند شد (هلندر و همکاران، ۱۹۹۲).

ویژگی مهم دیگری که در مبتلایان به اختلال بدشکلی وجود دارد، نگرانی بسیار شدید، ناتوان کننده و مقامی است که در زندگی فرد اختلال ایجاد می‌کند (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳). این اشتغال ذهنی از فکر وسواسی که در اختلال وسواس فکری - عملی وجود دارد، غیرقابل تشخیص است و اینکه هر دو اختلال زیر بنای زیست‌شناختی مشابهی دارند را تایید می‌کند (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳).

شواهد نشان می‌دهد، اعضاء خانواده افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات طیف وسواسی-جبری از قبیل اختلال بدشکلی بدن هستند (فانگ و همکاران، ۲۰۱۰).

پژوهش‌ها همچنین به طور فزاینده‌ای از همپوشی علت‌ها حکایت دارند. برای مثال، ساختارهای مغزی یکسانی در این دو اختلال درگیر هستند (راچ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ریورا و بوردا، ۲۰۰۱ به نقل از باچر و همکاران، ۱۳۸۸).

هر دو اختلال در سنین پایین تری شروع می‌شوند. سیر مزمنی دارند (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳).

در هر دو اختلال، رفتارهای وسواسی متداول است. واری (در آینه، در اختلال بدشکلی و بسته بودن درها در وسواس)، پوست خراشیده (بهبود ظاهر در بدشکلی و رفتار اجباری پاکیزه و تمیز نمودن در وسواس) و نیاز به اطمینان بخشی (درباره ظاهر در بدشکلی و اطمینان از آسیب نرساندن به دیگران در وسواس) وجود دارد (فیلیپس، ۱۹۹۶).

مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن همانند بیماران وسواسی از احساس درونی کمال گرایی و نارضایتی از کامل نبودن دقیق کارها رنج می‌برند (روزن و رایتر، ۱۹۹۶).

در یک مطالعه دیگر برای تعیین شباهت آسیب‌شناختی این دو اختلال، مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن با گروهی از بیماران مبتلا به وسواس فکری، وسواس عملی، عقاید بیش بها داده شده، افسرده و مضطرب مقایسه شدند. نتایج مطالعه نشان داد که مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن هنگام ارزیابی افکار وسواسی و اعمال وسواسی، به مبتلایان وسواس فکری - عملی شباهت دارند و هر دو گروه حالت افسردگی و صفات اضطرابی دارند. بیماران وسواسی هنگام ارزیابی واکنش‌های عاطفی، اضطراب بیشتری نشان دادند و مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن نسبت به نشانه‌های فکر و عمل وسواسی، باورهای بیش بها داده شده بیشتر دارند (مک کی و همکاران، ۱۹۹۷).

آن‌ها خیلی بیشتر از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی متقاعد شده‌اند که عقاید وسواسی آن‌ها دقیق هستند (ایزن و همکاران، ۲۰۰۳ به نقل از باچر و همکاران، ۱۳۸۸).

افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی یا مبتلا به اختلال بدشکلی بدن معمولاً کمال گرا هستند اما تفاوت این است که در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن معمولاً به نقص ظاهرشان فکر دائم (وسواس) دارند در حالی که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی می‌تواند به بیشتر حوزه‌ها وسواس داشته باشند.

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، هم چنین رفتار وسواسی، اجباریشان نسبت به بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی به نقص ظاهرشان متمرکز است. افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، رفتار وسواسی مرتبط با یک ترس وسواسی، اجتناب از موقعیت‌ها، یا اطمینان طلبی، دارند.

محتوای فکر در اختلال بدشکلی بدن متفاوت از محتوای فکر در وسواس است، می‌توان اختلال وسواس را بعنوان تشخیص جداگانه‌ای برای مبتلایان بدشکلی بدن مطرح کرد (کتلن ۱۹۹۶).

در اختلال بدشکلی بدن تمرکز بر بدشکلی ظاهر و در اختلال وسواس فکری - عملی ترس از بیماری، آسیب زدن به دیگران و احتمالاً روی دادن حوادث وحشتناک وجود دارد. زیربنای ترس در اختلال وسواس فکری - عملی مانند این است: "اگر اتفاق وحشتناکی روی دهد چه پیش می‌آید و من مسئولم" در مقابل، زیربنای ترس در اختلال بدشکلی بدن، احساس شرم، اعتماد به نفس پایین است و ماهیتی بین فردی دارد، "اگر جذاب نباشم تنها خواهم ماند و باید زندگیم را در انزوا سپری کنم"، "من جذاب نیستم پس کسی مرا دوست نخواهد داشت" (فیلیپس، ۱۹۹۶). افکار انتسابی در اختلال بدشکلی بدن متداول تر از

اختلال وسواس است و آیین‌های اجباری که مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن انجام می‌دهند کمتر از آیین‌ها در وسواس فکری-عملی، اضطراب را کاهش می‌دهد و ارتباط صمیمانه و اجتماعی در اختلال بدشکلی، آسیب بیشتری می‌بیند (فیلیپس، ۱۹۹۶).

نیاز به تقارن و ترتیب اشیا یا فعالیت‌ها نشانه‌ای است که در اختلال وسواس فکری - عملی وجود دارد و معمولاً با مرتب کردن، جور کردن، اعمال اجباری تکراری، شمردن ارتباط دارد (بیر، ۱۹۹۴).

مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن به نسبت مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی احتمال کمی دارد که ازدواج کنند (۱۳٪ در مقابل ۳۹٪).

مطالعات جمعیت‌شناختی نشان می‌دهند که نرخ بیکاری در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نسبت به گروه کنترل بهنجار و حتی مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی، بیشتر است و آن‌ها کمتر به موفقیت‌های دانشگاهی دست می‌یابند (فراره و همکاران، ۲۰۰۴).

در پژوهشی دیگر گزارش شده است که نزدیک به نیمی از بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در طول زندگیشان حداقل یک بار به خودکشی فکر کرده‌اند (آلتامور و همکاران، ۲۰۰۱). اما نکته قابل توجه این است که خطر خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بسیار بیشتر از اختلال وسواس فکری-عملی است (کان و همکاران، ۲۰۰۲). افکار خودکشی (۷۰٪ در مقابل ۴۷٪) یا اقدام به خودکشی (۲۲٪ در مقابل ۸٪) در آنان متداول‌تر است. آنان در مقایسه با مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی به افسردگی زودهنگام دچار می‌شوند (۱۹ سال در مقابل ۲۵ سال) و در مدت عمر میزان بالاتری از افسردگی (۸۵٪ در مقابل ۵۰٪) و فویبای اجتماعی (۴۹٪ در مقابل ۱۹٪) را تجربه می‌کنند. در بستگان درجه اول مبتلایان به بدشکلی، میزان بالاتری از سو مصرف یا وابستگی به الکل یا مواد مشاهده می‌شود، این نتایج نشان می‌دهد که با وجود شباهت‌های بسیار، ارتباط نزدیکی بین دو اختلال وجود دارد، اما این دو اختلال یکسان نیستند (فیلیپس، ۱۹۹۶).

تفاوت‌های مهمی که بین دو اختلال وجود دارد نشان می‌دهند که، اختلال بدشکلی بدن گونه‌ای از اختلال وسواس نیست و بدون همبودی با این اختلال وجود دارد، ولی می‌توان هر دو اختلال را به دلیل آسیب‌شناسی در فکر و پاسخ دارویی در یک مجموعه با دو گروه تشخیصی قرار داد.

رابطه اختلال با اختلالات خوردن

بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی و اختلال بدشکلی بدن، در اشتغال ذهنی با ظاهر جسمانی و اختلال در تصویر تن شباهت‌هایی دارند، علائم برخی از اختلالات خوردن در افراد مبتلا به اختلالات خوردن در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌تواند دیده شود (گلدارت و همکاران، ۲۰۰۲؛ راسن و رامیرز، ۱۹۹۸).

شباهت‌های دیگر بین اختلالات خوردن و اختلال بدشکلی بدن شامل ویژگی‌های وسواس برجسته و پرهیز دیوانه وار از موقعیت‌ها یا پوشیدن لباس‌هایی است که ویژگی (قسمت) مورد نگرانی را آشکار سازد، می‌باشد.

در اختلالات خوردن و اختلال بدشکلی بدن، رفتارهای وسواسی مانند واری در آینه، اندازه‌گیری بدن، دوره‌هایی از پرخوری غیرعادی و رژیم‌های سخت و بی‌حد، متداول است (فیلیپس، ۱۹۹۰). هر دو گروه بیماران، اعتماد به نفس بسیار منفی دارند. پاسخ درمانی شباهت بین دو اختلال را تایید می‌کند ولی بی‌اشتهایی با احتمال کمتری به بازدارنده‌های باز جذب سروتونین پاسخ می‌دهد، در حالی که پاسخ پر اشتهایی به این گروه دارو بسیار خوب است. البته این تفاوت وجود دارد که بر خلاف اختلال بدشکلی بدن، بیشتر داروهای ضد افسردگی در درمان پراشتهایی موثرند (فیلیپس، ۱۹۹۶).

با وجود شباهت در سن شروع و سیر بیماری، نسبت جنسی زن به مرد در این دو اختلال متفاوت است. مبتلایان به اختلالات خوردن بیشتر زنان هستند (۹۰ درصد). مبتلایان به اختلال خوردن نشانگان روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند (روزن و رامیرز، ۱۹۹۸).

نتایج یک مطالعه مقایسه‌ای، برای این دو گروه اختلال نشان داد که مبتلایان به بی‌اشتهایی یا پر اشتهایی روانی بیشتر با وزن و شکل بدن اشتغال ذهنی دارند و به اندازه کلی بدنشان توجه دارند، در حالی که مبتلایان به اختلال بدشکلی از ظاهر جسمانی خود شکایت می‌کنند و به بخش‌های خاصی از بدنشان توجه می‌کنند. ارزیابی آن‌ها از خودشان منفی‌تر است و از شکل و ظاهر خود اجتناب می‌کنند.

تفاوت دیگر میان دو اختلال، ناشی از ویژگی‌های مبتلایان است. بر خلاف مبتلایان به بی‌اشتهایی روانی، بیماران دچار اختلال بدشکلی، ظاهری طبیعی دارند. مبتلایان به بی‌اشتهایی روانی با وجود ظاهر غیر طبیعی، از کاهش وزن خود رضایت دارند و نابهنجاری خود را تایید می‌کنند. مبتلایان به اختلالات خوردن بیشتر به وزن عمومی بدن توجه دارند، در حالی که مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن بیشتر درباره اجزا خاصی از بدن، به ویژه صورت نگرانند. البته تمایز این تمایل کاملاً مشخص نیست.

زیراگاه مبتلایان به بی‌اشتهایی روانی از اندازه شکم و ران‌های خود شکایت دارند و برخی از مبتلایان به بد شکلی بدن از ظاهر عمومی مانند زشتی کلی یا ساختمان بدنی ناراضی‌اند (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳).

رویکردهای شناختی-رفتاری متضاد، برای هر دو اختلال بی‌اشتهایی روانی و بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن کاربرد دارد. در مبتلایان به بی‌اشتهایی روانی، رویارویی با آینه و در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن اجتناب از آینه موثر است (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳).

داده‌های تاریخچه‌ای از خانواده، فرضیه ارتباط دو اختلال را تایید نکرده‌اند. تنها ۴ درصد از بستگان درجه اول مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن دچار اختلال خوردن هستند (هلندر و همکاران، ۱۹۹۳).

خودزشت انگاری و جنسیت

جنسیت بر ماهیت و شدت همبودی اختلال بدشکلی بدن تاثیر می‌گذارد. در مطالعات مختلف در زنان میزان بالایی از همبودی اختلال بدشکلی بدن با پر اشتهایی روانی (فیلیپس و دیاز، ۱۹۹۷) و اختلال اضطراب منتشر و پر اشتهایی روانی در طول عمر (پروگی و همکاران، ۱۹۹۷) و افسردگی و فوبی اجتماعی (فیلیپس، ۲۰۰۵) گزارش شده است و مردان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به احتمال بیشتری مشکلات سوءمصرف دارو و الکل دارند (فیلیپس و دیاز، ۱۹۹۷) و اختلال بدشکلی بدن در مردان با اختلال دو قطبی در طول عمر همبود است (پروگی و همکاران، ۱۹۹۷). برخی مطالعات نشان دادند که زنان و مردان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به یک نسبت دچار افسردگی اساسی، اختلال هراس، گذر هراسی، فوبی اختصاصی و بی‌اشتهایی روانی می‌شوند، در حالی که این اختلالات در جمعیت عمومی در زنان شایع‌تر از مردان است. میزان اقدام به خودکشی در زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن دو برابر بیشتر از مردان مبتلا است، که در جمعیت عمومی این نسبت متفاوت است (فیلیپس و دیاز، ۱۹۹۷).

تفاوت دیگر بین دو جنس، که بازتاب فرهنگی دارد، نگرانی درباره اجزاء بدن است. مردان نسبت به زنان اشتغال ذهنی بیشتری نسبت به آلت تناسلی خود دارند و بیشتر درباره کم مویی یا طاسی، پرمویی بدن، قد، کوچک بودن ساختمان بدن، لاغری مانند نداشتن عضله کافی نگرانی دارند، علاوه بر این، نگرانی مردان با احتمال بیشتری تک عاملی است (فیلیپس، ۲۰۰۹؛ پروگی و همکاران، ۱۹۹۷). در حالی که زنان بیشتر نگران وزن و بزرگی اندام‌های بالایی بدن هستند. مثلا فکر می‌کنند که وزنشان خیلی زیاد است و اشتغال ذهنی بیشتری با سینه و پاهای، باسن دارند (پروگی و همکاران، ۱۹۹۷؛ فیلیپس، ۲۰۰۹). همه زنان مبتلا درباره افزایش وزن و مردان مبتلا درباره کمبود یا افزایش وزن خود نگران هستند (فیلیپس و دیاز، ۱۹۹۷)، که این یافته

با جمعیت غیر بالینی که زنان درباره وزن زیاد و مردان درباره وزن کم یا زیاد ابراز نگرانی می‌کنند، شباهت دارد (پروگی و همکاران، ۱۹۹۷). اما این امر در زنان جایگاه ویژه‌ای دارد، چون استانداردهای اجتماعی کنونی برای زیبای زنان به صورت افراطی بر روی تمایل به لاغری تاکید می‌کند. بنابراین زنان به سادگی در برابر عوامل مستعدساز پریشانی تصویربدنی قرار می‌گیرند. مطالعات زیادی نارضایتی قابل توجهی را در اندازه بدن و شکل بدن در میان زنان نشان داده‌اند. شکل بدن لاغر، عموماً با جوانی رابطه دارد و به ویژه در زنان این انتظار می‌رود که ظاهر جوانی را حفظ کنند چرا که جوانی برای زنان در جوامع ارزشمند است. پسانس و پاین (۲۰۰۱) بیان می‌کنند که فشار اجتماعی معناداری بر زنان وجود دارد که جوان به نظر برسند، فشاری که بر مردان به همین میزان وارد نمی‌شود.

همچنین زنان با احتمال بیشتری دست به پنهان سازی نقص و واریسی خود در آینه می‌زنند (فیلیپس، ۲۰۰۹؛ پروگی و همکاران، ۱۹۹۷). مردان مانند زنان خواهان درمان‌های طبی غیر روانپزشکی هستند اما تفاوت جنسی در ارجاع مبتلایان به پزشک دیده می‌شود، مردان عموماً به جراحی و درمان‌های تخصصی پوست تا درمان‌های دندانپزشکی و زنان به جراحان گوش و حلق و بینی مراجعه می‌کنند (تسما و همکاران، ۱۹۹۷؛ فیلیپس و دیاز، ۱۹۹۷). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که تعداد زنان استفاده کننده از جراحی زیبایی بیشتر از مردان است. این موضوع شاید نشان دهنده این باشد که ایجاد تغییرات عمیق در ظاهر، در زنان پذیرفتنی‌تر از مردان و در حقیقت همان مقدار توجهی که یک زن به ظاهر خود می‌کند و خوش لباسی تلقی می‌شود در یک مرد خود شیفتگی قلمداد می‌شود.

تکنیک های افزایش اعتماد به نفس

تقویت اعتماد به نفس در دانش آموزان با ۲۸ نکته برای معلمان
گاهی اوقات دانش آموزان در مواجهه با چالش‌های درسی، دچار ترس و استرس می‌شوند و این عامل سبب پایین آمدن اعتماد به نفس

آنها می‌شود. نبود پشتکار و اعتماد به نفس کافی، روحیه‌ی تلاش مضاعف و ایجاد افکار مثبت را از آنها می‌گیرد و در نتیجه، عملکرد آنها مناسب نخواهد بود. پس باید ریشه‌ی این ترس‌ها و استرس‌ها را شناخت و با استفاده از راهکارهای مناسب بر آنها غلبه کرد. اگر فرزند شما نیز دچار این بحران است، در ادامه همراه ما باشید تا ۲۸ راهکار مناسب برای افزایش اعتماد به نفس در دانش آموزان را با شما به اشتراک بگذاریم.

یکی از نامیدکننده ترین شرایطی که ممکن است هر معلمی تجربه کند، زمانی است که دانش آموزان به ظاهر با استعداد، نتوانند تکالیف ساده‌ی درسی خود را به پایان برسانند یا حتی کوششی نکنند برای انجام تکالیفی که کمی چالش برانگیز به نظر می‌رسند. دانش آموزانی که در اولین سختی در تکالیف، دست از تلاش برمی‌دارند، گیج‌کننده و پیچیده تر هستند، چون در این دانش آموزان روحیه‌ی عدم وجود پشتکار و تسلیم‌ناپذیری با تنبلی اشتباه گرفته می‌شود. درحالی که ممکن است به این افراد توصیه شود که به تلاش خود ادامه دهند، هرچند به ندرت این توصیه کارگشا است.

دلایل متعددی برای تلاش‌های ضعیف وجود دارد که دانش آموزان در اولین برخورد با چالش از خود نشان می‌دهند. برای بسیاری از دانش آموزان، ترس از اینکه کارشان به اندازه‌ی کافی خوب نیست، واقعا فلج‌کننده است. آنها به جای اینکه نمره‌ی بدی را از معلم خود بگیرند، با انجام ندادن آن کار، خودشان به خودشان نمره‌ی بد می‌دهند.

برخی از والدین بیش از اندازه در درس، به کودکان خود کمک می‌کنند. این افراد با گفتن نکات و سرخ‌هایی به این کودکان، درحقیقت مسئولیت ناتوانی آموخته‌شده‌ی این کودکان را دارند. متأسفانه این الگوی رفتاری شناخت‌پذیر است. اینها دانش آموزانی هستند که به جای اینکه جدول محتوایی را بررسی کنند، از دیگران شماره‌ی صفحه را می‌پرسند، به جای خواندن متن برای کسب اطلاعات، سؤالات پراسترس و متعدد می‌پرسند و به جای اینکه مدتی را به طور مستقل و انفرادی کار کنند، سرشان را روی میز می‌گذارند.

دلیل هرچه که باشد، می‌توان این ناتوانی آموخته‌شده را کاهش داد. اینجا فهرستی از استراتژی‌هایی را ارائه می‌کنیم که می‌توانید با استفاده از آنها به دانش آموزان کمک کنید تا پشتکار و اعتماد به نفس خود را بالا ببرند.

۱. با کارکردن روی دانش قبلی، مطالعه‌ی یکی از واحدهای درسی را آغاز کنید. دانش آموزانی که می‌توانند آموخته‌های جدید را با دانش قبلی خود پیوند دهند، احتمال بیشتری دارد که در مواجهه با چالش‌های آموزشی از خود پشتکار نشان دهند، اما دانش آموزانی که مفاهیمی در مطلبی برای‌شان ناآشنا است، احتمال بروز این پشتکار در آنها بسیار کمتر است.

۲. هر واحد درسی یا حتی یک تمرین کوچک را از جایی شروع کنید که آسان تر است. اگر دانش آموز ببیند که می‌تواند مسأله را حل کند و به کار خود ادامه دهد، کمتر دچار ترس و اضطراب می‌شود.

۳. تکالیف طولانی را به بخش‌های کوچک‌تر و قابل مدیریت تقسیم کنید تا دانش آموزان با فکر به یک تکلیف طولانی، دست‌پاچه نشوند.

۴. زمانی که دانش‌آموزان در گروه‌های دو یا سه نفری حتی روی بخشی از یک تکلیف کار می‌کنند، عملکرد آنها بهتر است. کار کردن با یک همکلاسی، زمانی که دانش‌آموزان از پاسخ یا روند حل مسأله مطمئن نیستند، حمایت آبی ایجاد می‌کند.

۵. موفقیت، موفقیت بیشتر می‌آورد! فعالیت‌های دانش‌آموزان را در زمینه‌ای طراحی کنید که می‌توانند بدرخشند و بخواهند به این احساس مثبت که از آن موفقیت حاصل شده است، ادامه دهند. از تکنیک‌های تفکیک و جداسازی استفاده کنید تا دانش‌آموزان بیشتری را جذب کنید.

۶. به دانش‌آموزان کمک کنید که ارتباط بین تلاش و موفقیت را درک کنند. گاهی اوقات دانش‌آموزانی که پشتکار کمتری دارند، معتقد هستند که دانش‌آموزان خوب به نوعی باهوش‌تر از آنها هستند یا آن تکلیف برای دانش‌آموزان خوب، آسان‌تر از آن چیزی است که اینها فکر می‌کنند. یادگرفتن این نکته که هر کسی نیاز دارد که سخت تلاش کند، می‌تواند به برخی از دانش‌آموزان بینش عمیق‌تری بدهد.

۷. برخی از معلمان زمانی که دانش‌آموزان به صورت انفرادی تکالیف خود را انجام می‌دهند، به سؤالات شفاهی آنها جواب نمی‌دهند، مگر در زمان‌های مشخص. یعنی از دانش‌آموزان خود می‌خواهند که سؤالات خود را در زمانی مشخص، به طور مثال بعد از اتمام تکلیف بپرسند. این روش باید به طور صحیح استفاده شود، چون در این صورت دانش‌آموزان را تشویق می‌کند تا به کار خود ادامه دهند. دلیل این تأثیر مثبت این است که دانش‌آموزان می‌دانند که سؤالات آنها در زمانی مشخص پاسخ داده می‌شود.

۸. سرفصل‌ها، مدل‌ها، نمونه‌ها و برهان‌های زیادی را پیشنهاد دهید تا دانش‌آموزان بدانند که چه زمانی در مسیر درست قرار دارند.

۹. به دانش‌آموزان بگویید اهداف معقولی برای خود تعیین کنند و برای رسیدن به آنها تلاش کنند. زمانی که دانش‌آموزان در راستای رسیدن به هدفی شخصی تلاش کنند، علاقه‌ی خاصی به کار خود پیدا می‌کنند.

۱۰. معلم باید زمانی که دانش‌آموز در حال انجام تکالیف با چالشی دست به گریبان است، یکی از قدرتمندترین سؤالات خود را به عنوان یک معلم از او بپرسد: «چطور می‌توانم کمکت کنم؟»

۱۱. به طور کلی یادگیری باید هدفی روشن و عملی داشته باشد. دانش‌آموزانی که می‌دانند چرا باید تکالیف خود را انجام دهند، قطعاً نسبت به انجام آن مشتاق‌تر هستند، چون می‌دانند انجام آن، در حال حاضر و در آینده چه فوایدی برای آنها در پی خواهد داشت.

۱۲. به دانش آموزان بگویید که سؤالات خود را زمانی که تکالیف را به صورت انفرادی انجام می دهند، در قسمت مشخصی روی تخته یا کتاب خود یادداشت کنند. سپس معلمان در زمان مشخص به آنها پاسخ دهند.

۱۳. ارزشیابی تکوینی ما را به دو هدف نزدیک می کند. این ارزشیابی نه تنها باعث می شود که متوجه این موضوع باشید که دانش آموزان چه کاری انجام می دهند و چه چیزهایی را نمی دانند، بلکه می تواند ابزار مفیدی باشد برای اینکه بفهمید آیا دانش آموزان دقیقاً می دانند روند موفقیت چیست؟ و چگونه باید به آن دست یابند؟ ارزشیابی های تکوینی کوچک که به طور دائم انجام می شوند، می توانند برای نگه داشتن دانش آموزان در مسیر درست بسیار مؤثر و مفید باشند.

۱۴. به دانش آموزان یاد بدهید که کار آنها همیشه نباید عالی و بدون نقص باشد تا مورد قبول شما و معلمان قرار گیرد. گاهی اوقات «خوب» واقعاً به اندازه‌ی کافی خوب است!

۱۵. قدرت و تأثیر فشار همسالان را مهار کنید. دانش آموزان باید در چالش های کلاس، باهم همکاری کنند تا به هدف مشخصی برسند؛ این کار می تواند آن دسته از دانش آموزانی را که می خواهند تقلب کنند، مجبور کند که به خاطر همکلاسی و دوستان خود این کار را انجام ندهند.

۱۶. بسیاری از معلمان دریافته اند که اگر در فواصل معین، کار دانش آموزان را متوقف کنند و به آنها وظیفه‌ی بررسی تکالیف دوستان خود را بسپارند، می توانند به یادگیری و افزایش اعتماد به نفس دانش آموزان کمک بسزایی کنند.

۱۷. موفقیت در مدرسه یک رویداد بزرگ و باشکوه نیست، اما موفقیت در دانشگاه نیازمند دستاوردهای الگوهای کوچک است. باید با دانش آموزان در بحث های کوتاه کلاسی، اندیشه ها و سایر گفتگوهای اشتراکی کار شود تا این اعتقاد در آنها نهادینه شود.

۱۸. بعضی از دانش آموزان از نمایش بصری روند انجام تکالیفی که باید انجام دهند، بهره می برند. زمانی که دانش آموزان مراحل مختلف یک واحد درسی را تکمیل می کنند، می توانند در یک نمودار خطی یا جدولی با فضاهای خالی، روند پیشرفت کار را نشان دهند و قدم به قدم جدول را پر کنند؛ در چنین روشی ایجاد پشتکار و تلاش در دانش آموزان برای تکمیل یک تکلیف بزرگ و گاهی دشوار آسان تر می شود.

۱۹. تحسین های مکرر و حتی تشویق زیاد، بیشتر از تصحیح اشتباهات دانش آموزان با خشونت، می تواند آنها را برسر انجام تکالیف خود بنشانند.

۲۰. نظارت دقیق و از نزدیک روی فعالیتهای دانش‌آموزان در هنگامی که تکالیفشان را انجام می‌دهند، باعث می‌شود شما متوجه شوید آنها در کدام قسمت مشکل دارند و در کنترل آنها کمک کنید. مشکلات کوچک، مسدودکننده‌ی راه رسیدن به اعتماد به نفس نیستند، مشکلات بزرگ نیز همچینین.

۲۱. دانش‌آموزانی را که به‌طور مستقل و انفرادی کار می‌کنند، تشویق کنید، چون اگر آنها مشکلی داشته باشند، به کار خود ادامه می‌دهند تا کمک برسد. برخی از معلمان به دانش‌آموزان علامتی می‌دهند که روی میز بگذارند؛ یک طرف این علامت قرمز و سمت دیگر آن سبز است. اگر آنها به کمک نیاز داشتند، از علامت قرمز استفاده می‌کنند و اگر همه‌چیز درست بود و مشکلی نداشتند، از علامت سبز.

۲۲. به دانش‌آموزان یاد بدهید که چگونه زمان دقیق مورد نیاز را برای انجام و تکمیل تکلیف خود تخمین بزنند. دانش‌آموزانی که فکر می‌کنند انجام تکالیفشان ساعت‌ها زمان می‌برد، نسبت به آن دسته از دانش‌آموزانی که می‌دانند انجام تکالیف، زمان کوتاهی نیاز دارد، تمایل بیشتری به ترک کار خود دارند.

۲۳. در پایان درس، باید به دانش‌آموزان زمان داد تا در مورد آنچه که یاد گرفته‌اند، فکر کنند. به آنها زمان بدهید که پاسخ‌ها را بنویسند و سپس آنها را تشویق کنید تا آنچه را که به‌درستی انجام داده‌اند و آنچه در طول انجام تکالیف باعث استرس‌شان شده است، با یکدیگر به اشتراک بگذارند. به اشتراک‌گذاری نتایج فراشناختی دانش‌آموزان می‌تواند روشی قدرتمند برای آنها باشد تا متوجه شوند که دانش‌آموزان دیگر چگونه بر مشکلات یادگیری خود غلبه می‌کنند.

۲۴. معمولاً دانش‌آموزان بزرگتری که در درسی مهارت دارند، منبع خوبی برای دیگر دانش‌آموزان هستند تا از آنها یاد بگیرند. آنها می‌توانند توصیه‌های سریع و غیررسمی را از دانش‌آموزان بزرگتر گرفته و با دیدگاه‌های آنها مورد تشویق قرار گیرند.

۲۵. باید برای دانش‌آموزان فرصتی فراهم کنید که بتوانند فعالیتهای گذشته‌ی خود را به‌خاطر بیاورند؛ مرور کنند که چگونه در یادگیری تا این نقطه پیش آمده‌اند. این کار باعث می‌شود موفقیت‌های گذشته‌ی خود را مرور کنند و تصویر بزرگی از آنچه قبلاً انجام داده‌اند، ببینند. این‌گونه است که تشویق می‌شوند و به تلاش خود ادامه می‌دهند.

۲۶. باید مطمئن شوید که دانش‌آموزان قبل از رفتن به موضوع بعدی، به اندازه‌ی کافی روی مبحث فعلی تمرین انجام داده‌اند.

۲۷. فعالیتهای مختلفی برای مرور مباحث باید ترتیب دهید. در پایان هر کلاس، زمانی که معلم مرور سریعی برآنچه که در طول روز آموزش داده انجام می‌دهد، باید از فعالیتهای مختلفی استفاده کند تا سبک‌های مختلف یادگیری را شامل شود.

۲۸. معلمان باید با دانش‌آموزان کار کنند تا آنها روی نقاط قوت خود تمرکز کنند. زمانی که دانش‌آموزان فهمیدند چه چیزی را درست انجام می‌دهند و کدام تکنیک‌های مطالعه‌ی فردی برای آنها کارگشا است، می‌توانند از این تکنیک‌ها و نقاط قوت خود استفاده کنند و سریع‌تر و کارآمدتر عمل کنند

پیشینه پژوهش

اختلال بدشکلی بدن، یک اختلال شایع روانی در بین نوجوانان و بزرگسالان جوان است. (باهن و همکاران، ۲۰۰۲). اختلال بدشکلی بدن در بعضی از گروه‌ها از شیوع بالاتری برخوردار است، به عنوان مثال تحقیقات نشان داده‌اند که دانشجویان مستعد ابتلا به این اختلال می‌باشند (کریرند و همکاران، ۲۰۰۶؛ فیتس و همکاران، ۱۹۸۹). در یک نمونه غیر بالینی که شامل ۱۳۳ نفر از دانشجویان کالج آلمان بود، شیوع اختلال بدشکلی بدن (BDD) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که در ۱۵ درصد از دانشجویان اشتغال ذهنی در مورد ظاهر وجود دارد و ۳/۵٪ از دانشجویان مورد مطالعه معیارهای DSM-IV را برای اختلال بدشکلی بدن داشتند (باهن و همکاران، ۲۰۰۲). نتایج این پژوهش در یک مقایسه بین فرهنگی با دانشجویان آمریکایی (۱۰۱ نفر) نشان دادند که در مجموع ۳/۷۴٪ از دانشجویان نگرانی‌هایی در مورد تصویر بدن داشتند که ۷/۲۸٪ از آن‌ها با این مساله اشتغال ذهنی و ۴٪ معیارهای DSM-IV را برای اختلال بدشکلی بدن داشتند و به طور کلی دریافتند که نگرانی‌های تصویر بدن و اشتغال ذهنی با آنها در دانشجویان آمریکایی نسبت به دانشجویان آلمانی به طور معنی داری بیشتر است (باهن و همکاران، ۲۰۰۲). و همچنین مطالعه‌ای با هدف بررسی شیوع اختلال بدشکلی بدن در میان ۴۲۰ دانشجوی دختر در ترکیه انجام شد که در این بررسی، ۸/۴۳٪ از افراد از ظاهر خود ناراضی بودند و ۸/۴٪ از آن‌ها مبتلا به اختلال بدشکلی بدن تشخیص داده شدند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که نارضایتی از بدن و اختلال بدشکلی بدن در میان دانشجویان ترکیه نادر نیست (کانسورو همکاران، ۲۰۰۳). در یک مطالعه در سال ۲۰۰۶ در آمریکا، مشغولیت ذهنی با اضافه وزن در ۲۹ درصد از کسانی که از وضعیت ظاهری خود ناراضی بودند مشاهده شد، هر چند که این دغدغه در حد اختلال نبود (کیتلر و همکاران، ۲۰۰۷). ممکن است تبلیغات عمومی در مورد اندام لاغر و نیز مضرات چاقی باعث حساسیت بیش از اندازه افراد در مورد تناسب اندام گردد. تاکی و همکاران (۲۰۰۸) یک مطالعه با هدف تعیین شیوع اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان پزشکی پاکستان انجام دادند که ۱۵۶ نفر از دانشجویان مورد بررسی قرار گرفتند. در مجموع ۸/۷۸٪ از این دانشجویان نارضایتی از برخی از جنبه‌های ظاهر خود را گزارش دادند. در ۸/۵٪ از دانشجویان معیارهای DSM-IV برای اختلال بدشکلی بدن مشاهده شد.

جامعه آماری پژوهش

کلیه دانش‌آموزان پایه ششم مدرسه ابتدایی شهید سمیه شهر میرجاوه به تعداد ۶۰ نفر را تشکیل می‌دادند.

بیان مساله

بررسی تاثیر تکنیک های افزایش اعتماد به نفس در کاهش اختلال خود زشت انگاری دانش آموزان ابتدایی دخترانه شهید سمیه شهر میرجاوه

روش کار : این پژوهش در سه مرحله صورت گرفته است.

در مرحله اول پرسشنامه بدشکلی بدن در بین دانش آموزان توزیع شد و نتایج حاصله استخراج گردید.

در مرحله دوم به مدت ۸ هفته از تکنیک های افزایش اعتماد به نفس در کلاس درس استفاده شد.

در مرحله سوم مجددا پرسشنامه خود زشت انگاری در بین دانش آموزان توزیع گردید و نتایج استخراج شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن

این پرسشنامه دارای ۳۱ سوال بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد فراشناخت بدشکلی بدن، راهبردهای کنترل فراشناختی، "ائتلاف فکر -عمل یا درآمیختگی افکار، "باورهای مثبت و منفی فراشناختی، رفتارهای ایمنیاست.

و هدف از این پرسشنامه ارزیابی ابعاد فراشناخت بدشکلی بدن، راهبردهای کنترل فراشناختی، ائتلاف فکر -عمل یا درآمیختگی افکار، باورهای مثبت و منفی فراشناختی، رفتارهای ایمنی.

روش نمره گذاری :

طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه در جدول زیر ارائه گردیده است:

گزینه	کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم
امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه فوق دارای پنج چهار بعد بوده که سوالات مربوط به هر بعد در جدول زیر ارائه گردیده است:

سوال	بعد
۱-۱۴	راهبردهای کنترل فراشناختی
۱۵-۲۲	ائتلاف فکر -عمل یا درآمیختگی افکار
۲۳-۲۷	باورهای مثبت و منفی فراشناختی

رفتارهای ایمنی	۲۸-۳۱
----------------	-------

برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را با هم جمع نمایید. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید.

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۳۱	۹۳	۱۵۵

امتیازات خود را از ۳۱ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۳۱ و حداکثر ۱۵۵ خواهد بود.

نمره بین ۳۱ تا ۶۲ : میزان اختلال بدشکلی بدن، کم است.

نمره بین ۶۲ تا ۹۳ : میزان اختلال بدشکلی بدن، متوسط است.

نمره بالاتر از ۹۳ : میزان اختلال بدشکلی بدن، زیاد است .

روایی و پایایی

در پژوهش ربیعی و همکاران (۱۳۹۰) بررسی روایی همزمان بر روی ۲۰۰ نفر دانشجوی، نشان داد که پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن و عامل های آن با مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی Yale-Brown برای BDD همبستگی مثبت و معنی دار دارد. جدول شماره ۱ نتایج همبستگی بین نمره کل پرسشنامه و عوامل آن را پس از تحلیل عامل نشان می دهد.

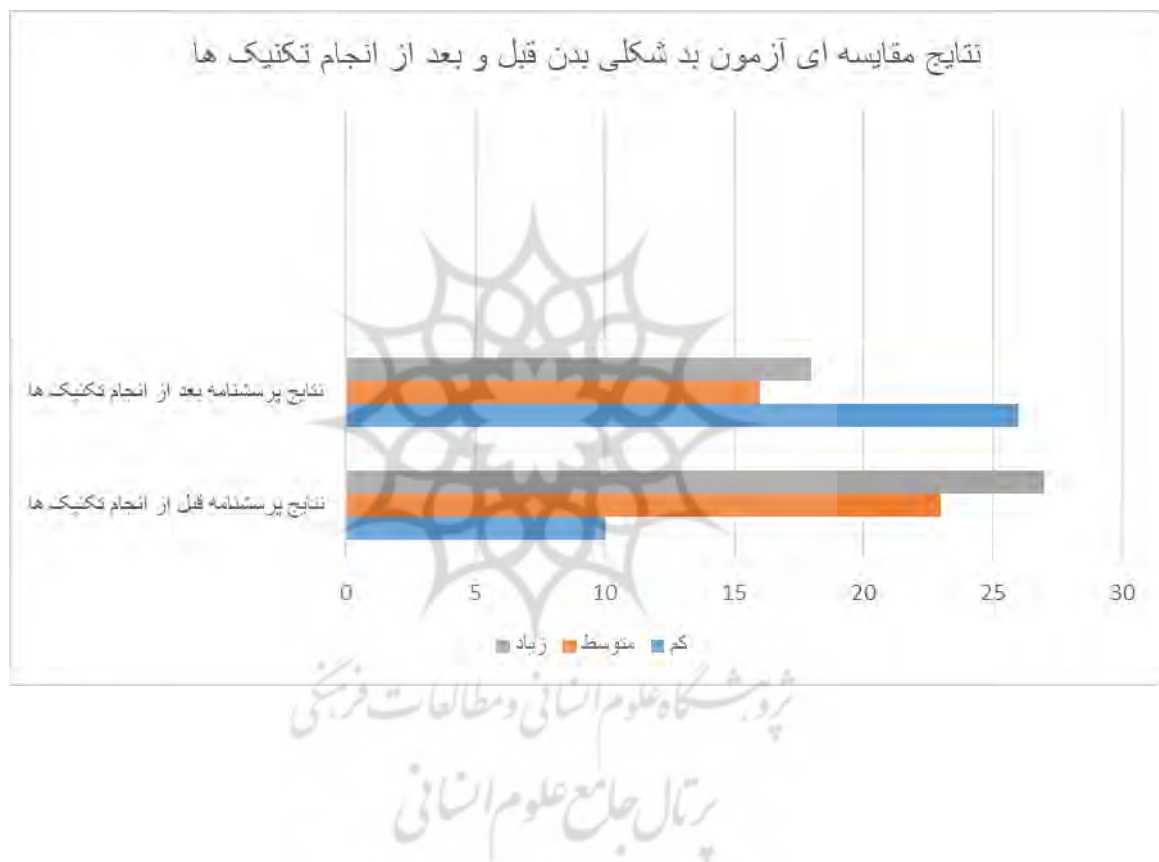
جدول شماره ۱ : نتایج همبستگی پرسشنامه فراشناخت بدشکلی بدن (BDMCQ) و عوامل آن با مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی Yale-Brown برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD)

بعد	آلفای کرونباخ
نوع دوستی	۰/۷۷
وظیفه شناسی	۰/۷۴

۰/۷۷	جوانمردی
۰/۷۶	ادب و مهربانی
۰/۷۷	فضیلت مدنی

بحث و نتیجه گیری

الف) جدول آماری نتایج مقایسه ای آزمون بدشکلی بدن قبل و بعد از اعمال تکنیک های افزایش اعتماد به نفس



نتایج حاصله نشان داد انجام ۸ هفته تکنیک های اعتماد به نفس در دانش آموزان دختر پایه ششم تا حد قابل توجهی از میزان اختلال بدشکلی بدن یا خود زشت انگاری را می کاهد. و نتایج آزمون ها در دو مرحله تفاوت معناداری داشتند. نتایج حاصله نشان دارد اعتماد به نفس به عنوان عاملی مهم در کاهش با افزایش اختلال خود زشت انگاری موثر است و می توان این عامل را به عنوان یک راه برای درمان و کنترل اختلال بدشکلی بدن خصوصا در دوران بلوغ و در بین دختران مورد استفاده قرار داد.

منابع

- احسانی، امیر هوشنگ، فکور، یوسف، غلامعلی، فاطمه، مختاری، لیلا، سادات حسینی، محبوبه، خسروانمهر، نجمه، نورمحمدپور، پدرام. (۱۳۹۲). شیوع اختلال بدشکلی بدنی در بیماران مراجع هکننده با شکایات زیبایی به بیمارستان پوست رازی. *دانشگاه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، دوره ۷۱، شماره ۱۶۴، ۳-۱۷۰.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۶). *متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. (ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس). تهران: سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
- بابایی، سمیه، خداپناهی، محمدکریم، صالح صدق پور، بهرام. (۱۳۸۶). *رواسازی و بررسی اعتبار آزمون بازخورد خوردن*. *مجله علوم رفتاری*، اول، ۱، ۶۳-۶۸.
- باچر، جیمز، می نکا، سوزان، هولی، جیل. (۱۳۸۸). *آسیب شناسی روانی*. (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).
- بساک نژاد، سودابه، مهرابیزاده هنرمند، مهناز، حسنی، محدثه، نرگسی، فریده. (۱۳۹۱). *اثربخشی روایت درمانی، روانشناسی سلامت، شماره ۲*.
- تاجیک زاده، فخری، صادقی، راضیه، رئیس کریمیان، فرحناز. (۱۳۸۹). *رابطه ی ترس از تصویر تن و نشخوار ذهنی در دانشجویان دختر*. *مجله علمی علوم پزشکی صدرا*، دوره ۱، شماره ۳، ۱۸۹-۱۹۸.
- خواجه الدین، نیلوفر، ایزدی مزیدی، سکینه. (۱۳۹۱). *بررسی ارتباط بین تصویر بدنی و درخواستو تمایل به انجام رینوپلاستی در دانشجویان دختر*. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، دوره ۱۱، شماره ۶.
- دایسون، کیت استفان، محمدخانی پروانه. (۱۳۸۶). *مختصات روان سنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی*. *توان بخشی*، ۸، ۲۹، ۸۰-۸۶.
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۶). *روانشناسی مرضی تحولی*. تهران: سمت.
- دادفر، محبوبه، بوالهری، جعفر، ملکوتی، کاظم، بیان زاده، سید اکبر. (۱۳۸۰). *بررسی شیوع نشانه های اختلال وسواسی - جبری، فصلنامه اندیشه و رفتار*، هفتم، ۲، ۲۷-۳۲.
- ربیعی، مهدی، خرمدل، کاظم، کلانتری، مهرداد، مولوی، حسین. (۱۳۸۸). *بررسی ساختار عاملی، پایایی و روایی مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن در بین دانشجویان دانشگاه اصفهان*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی*، ۱۵، ۴، ۳۴۳-۳۵۰.
- ربیعی، مهدی. (۱۳۹۰). *اختلال بد شکلی بدن*. تهران: ارجمند.

ربیعی، مهدی، صلاحیان، افشین، بهرامی، فاطمه، پالاهنگ، حسن. ساخت و اعتباریابی پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن. (۱۳۹۰). *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره بیست و یکم، شماره ۸۳.

ربیعی، مهدی، کجباف، محمدباقر، صلاحیان، افشین، پالاهنگ، حسن. (۱۳۹۱). اثر بخشی مداخله فراشناختی بر روی در آمیختگی افکار در بیماران مبتلا به اختلال بد شکلی بدن. *مجله علوم پزشکی اقی دانش گنا/آباد*، ۱۸، ۱، ۶۰-۵۳.

رحیمی، علیرضا، دالبند، محسن، شمسایی، فرشید، ضرابیان، محمدکاظم. (۱۳۹۲). بررسی فراوانی اختلال بدریختی بدن و اختلالات روانی توأم با آن در داوطلبان جراحی زیبایی. *روان پرستاری*، دوره ۱، شماره ۲، ۷۸-۷۰.

زرگر، یداله، صیاد، سحر، بساک نژاد، سودابه. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دانش آموزان دختر. *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۹، شماره ۵.

زنجانی، زهرا، گودرزی، محمدعلی، تقوی، سیدمحمدرضا، ملازاده، جواد. (۱۳۸۸). مقایسه تصویر بدنی در افراد با هراس اجتماعی، کمرویی و بهنجار. *مجله روانشناسی*، ۵۲، سیزدهم، ۴، ۳۹۱-۴۰۶.

صاحب الزمانی، محمد، صغیری، سعیده، صفوی، محبوبه، علوی مجد، حمید. (۱۳۹۱). بررسی رابطه ترس از بد شکلی بدن و علائم اختلال وسواسی-جبری در دانشجویان دختر دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، دوره ۱۱، شماره ۵، ۴۹۵-۵۰۱.

طلایی، علی، فیاضی بردبار، نصیرایی، افشین، رضایی ارادانی، امیر. (۱۳۸۸). ارزیابی الگوی علامتی و فراوانی اختلال بد شکلی بدن. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، شماره ۱، ۴۹-۵۶.

عزیززاده فروزی، منصوره، ناهید شمس الدین، سعید، محمدعلیزاده، سکینه، حقدوست، علی اکبر، گروسی، بهشید. (۱۳۸۸). ارتباط تصویر ذهنی از بدن با اختلالات خوردن سعید، سکینه، علی اکبر، بهشید گروسی (۱۳۸۸). پژوهش پرستاری، دوره ۴، شماره ۱۵، ۴۳-۳۳.

غزایی، بنفشه. (۱۳۸۲). تعیین وضعیت های هویت و ارتباط آن با سبک های هویتی و افسردگی در نوجوانان. پایان نامه دکترای روان شناسی بالینی. *دانشگاه علوم پزشکی ایران*. انیستیتو روان پزشکی. *پرتال بلج علوم انسانی*.
فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۹۰). *آزمون های روان شناختی*. تهران: انتشارات بعثت.

کاپلان، ه.، سادوک، ب. (۱۳۸۶). *خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری-روان پزشکی بالینی*. (ترجمه نصرت الله پورافکاری). تهران: شهرآب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

گال، مردیت، بورگ، والتر، گال، جویس. (۱۳۸۹). *روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی*. (ترجمه احمدرضا نصر و همکاران) تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۲).

لیندزی، اس. جی.، پاول، جی. ای. (۱۳۸۲). *تشخیص و درمان اختلالات روانی بزرگسالان در روان شناسی بالینی*. (ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس). تهران: انتشارات سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲).

مارنات، گراث، گری. (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی. (ترجمه حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخو). تهران. انتشارات سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

نویخت، مینو. (۱۳۷۷). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای خوردن در دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

نیکنام، مرضیه، فرارویی، محمد، کامکار، علی، فولادی، نرگس، محمدی، علی. (۱۳۹۱). مقایسه کمال گرایی در افراد استفاده کننده از جراحی زیبایی بینی با گروه شاهد در شهر یاسوج. مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیام سلامت)، دوره ۶، شماره ۱، ۶۰-۵۲.

یدالهی باستانی، سوگل، نشاط دوست، حمیدطاهر، عابدی، محمدرضا، عابدی، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال بدشکلی بدنی در مبتلایان به بدشکلی بدنی: پژوهش مورد منفرد. چهارمین کنگره بین المللی روان تنی، ۲۶ تا ۲۸ مهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان).

