

مجله روان شناسی اجتماعی

سال یازدهم، شماره ۴۰، پاییز ۱۳۹۵

صفحات مقاله: ۷۴ - ۵۹

تاریخ وصول: ۹۴/۹/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۳۱

تحلیل مسیر روابط اختلالات بد ریختی بدنی سلامت روان و مهارت های اجتماعی در دانش آموزان

دکتر فرزانه گل شکوه^۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تحلیل مسیر روابط بین اختلالات بد ریختی بدنی (ظاهر بدنی، قدرت و سلامتی)، سلامت روان (علائم بدنی، اضطراب و کارکرد اجتماعی) و مهارت های اجتماعی در دانش آموزان دبیرستان شهر دزفول بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دبیرستانی شهر دزفول بودند و نمونه شامل ۵۰۰ دانش آموز از جامعه فوق بودند که به شیوه خوشه ای چند مرحله ای انتخاب گردیدند. ابزار اندازه گیری شامل آزمون اختلال بد ریختی بدنی، آزمون سلامت عمومی (GHQ) و آزمون مهارت اجتماعی نوجوانان (TISS) بودند. داده های به دست آمده بر اساس روش آماری تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل شدند، نتایج به صورت مدل نهایی تجربی نشان داد که متغیرهای کارکرد اجتماعی، ظاهر بدنی و سلامتی ارتباط مستقیمی با مهارت های اجتماعی دارند همچنین متغیرهای سلامتی و قدرت از طریق کارکرد اجتماعی به صورت غیر مستقیم با مهارت های اجتماعی ارتباط دارند.

واژه های کلیدی: اختلال بد ریختی بدنی، سلامت عمومی، مهارت اجتماعی نوجوانان

۱. گروه روان شناسی، واحد اندیشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیشک، ایران golsheko@yahoo.com

مقدمه

سال‌های نوجوانی مرحله‌ی مهم و برجسته‌ی رشد و تکامل اجتماعی و روانی فرد به شمار می‌رود. در این دوره نیاز به تعادل هیجانی و عاطفی تعادل بین عواطف و عقل، درک ارزش وجودی خویش، خود آگاهی انتخاب هدف‌های واقعی در زندگی، استقلال عاطفی از خانواده، برقراری روابط سالم با دیگران، کسب مهارت‌های اجتماعی لازم، شناخت زندگی سالم و مؤثر از مهمترین نیازهای نوجوان است. بنابراین کمک به او در رشد و گسترش مهارت‌های مورد نیاز برای زندگی بهتر، ایجاد یا افزایش اعتماد به نفس در برخورد با مشکلات و حل آنها و همچنین کمک به آنان در رشد و تکامل مهارت‌های اجتماعی لازم برای سازگاری موفق با محیط اجتماعی در جامعه، ضروری به نظر می‌رسد (شعاری نژاد، ۱۳۷۷، ص ۵۵). مهارت‌های اجتماعی مجموعه‌ای از توانایی‌ها هستند که روابط اجتماعی مثبت و مفید را آغاز و حفظ نماید، دوستی و صمیمیت با همسالان را گسترش دهد، سازگاری رضایت بخشی را در مدرسه ایجاد کند، به افراد اجازه دهد که خود را با شرایط وفق دهند و تقاضاهای محیط اجتماعی را بپذیرند (گرشام، ۲۰۰۱).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) پیش بینی می‌شود که پس از سال ۲۰۱۰، کمتر کسی قادر خواهد بود بدون کسب مهارت‌های اجتماعی، زندگی رضایت بخشی داشته باشد. تأثیر آموزش این مهارت‌ها بر موفقیت در زندگی، از طریق دستکاری ظرفیت روانی - اجتماعی افراد امکان پذیر است. بنابراین آموزش این مهارت‌ها، ظرفیت روانی - اجتماعی افراد را بالا برده و آنها را قادر می‌سازد تا با اندیشه و تحلیل موقعیت، به رفتاری سازگارانه و همراه با تحمل رو آورند (منگرو لکار^۲ و همکاران، ۲۰۰۱، به نقل از یوسفی) و این نقش موثری در بالا بردن بهداشت روان افراد دارد. در تحقیقی که خلعتبری، قربان شیرودی، رهبر طارمسری، کیخای (۱۳۸۹) انجام دادند نشان داد که اثربخشی آموزش مهارت اجتماعی عذرخواهی، بر میزان ابراز وجود و سلامت روان مؤثر است و همچنین تحقیقات موریسون و همکاران (۲۰۰۱، عطاری و همکاران (۱۳۸۴)، بیان زاده و ارجمندی (۱۳۸۲)، نیسی و شهینی ییلاق (۱۳۸۰)، قاسم زاده، شهر آرای و مرادی (۱۳۸۶) و راویکز (۱۹۹۸)، نانگل و همکاران (۲۰۰۲)، گرشام و همکاران (۲۰۰۶) ماتسودا و اچیم (۲۰۰۶) ارتباط این متغیر را با بهداشت روان تایید نموده‌اند. نقش بهداشت روان، مخصوصاً در این وضعیت حال، که در حقیقت، کیفیت فدای کمیت شده و اعتدال و تناسب کنار رفته و بیماری‌های عصبی - روانی و روان تنی جانشین آن شده است (هولمز^۳، ۲۰۱۰) خیلی با اهمیت می‌باشد. بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۲۰۱۰ در دنیا بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم از یک اختلال روحی روانی رنج می‌برند، هر ساله حدود ۲۰٪ از بزرگسالان یک مشکل بهداشت روانی را تجربه

1. Gresham
2. Mangrulkar
3. Holmes

می‌کنند، نزدیک به یک میلیون نفر مرتکب خودکشی می‌شوند و از هر ۴ خانواده یک خانواده عضوی با اختلالات روانی دارند (ال. کلینیکه^۱، ۲۰۰۵). یکی از مشکلات اساسی که با متغیرهای بالا ارتباط دارد مخصوصاً در نوجوانان پرداختن به ظاهر بدنی خود است

متخصصان بهداشت روانی به دلیل اهمیت تصویر بدنی در ارتباطات اجتماعی و روابط بین فردی تحقیقات متعددی را در این زمینه انجام داده و نتایج یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد که برخی افراد اشتغال ذهنی مداومی درباره‌ی ظاهر جسمانی خود دارند و علی‌رغم طبیعی یا تقریباً طبیعی بودن ظاهر جسمانی، ترس مفرط و نگرانکننده‌ای را از زشت یا غیر جذاب بودن خود گزارش می‌کنند (فیلیپز^۲، دی دی^۳ و منراد^۴، ۲۰۰۷)، اختلال بدریختی بدن، اشتغال ذهنی ناراحت‌کننده و یا اختلال با نقص خیالی یا جزئی در ظاهر است که به طور فزاینده‌ای در طول چند دهه گذشته مورد مطالعه قرار گرفته است (کاترین و همکاران، ۲۰۱۰). بیماران مبتلا به اختلال بدریختی بدن، احساس ذهنی مداومی درباره‌ی زشت بودن برخی از جنبه‌های ظاهر یا چهره خود دارند، علی‌رغم این که ظاهر آن‌ها طبیعی یا تقریباً طبیعی است. اساس این اختلال باور یا ترس قوی بیمار است از این که ظاهر جذابی ندارد.

اختلال بدریختی بدن به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است زیرا این بیماران بیشتر به متخصص پوست، داخلی یا جراحان پلاستیک مراجعه می‌کنند (ویلیام^۵، ۲۰۰۶).

این ویژگی را اختلال بدریختی بدنی نامیده و یافته‌های تحقیقی نشان می‌دهد که مبتلایان به ترس از بدریختی بدنی دارای دو مجموعه علایم و سواسی وابسته به ظاهر بدنی (برای مثال، تصور بزرگ بودن جثه، اندازه‌ی صورت، کم‌پشتی موها و موی صورت) و علایم جبری وابسته به ظاهر بدنی (برای مثال، اجتناب از آینه، واریسی بخش‌های مختلف جسمانی در آینه، رفتارهای تکراری جبری آرایشی و پوشاندن صورت) هستند. یافته‌های تحقیقی بلینو^۶ و همکاران (۲۰۰۶) و فیلیپز^۶ (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که شیوع ترس از بدریختی بدنی یا ترس از تصویر بدنی در جمعیت عمومی حدود ۲ درصد و در جمعیت‌های روانپزشکی ۲۱ درصد است در تحقیق رحیمی، دالند، شمسائی، ضرابیان (۱۳۹۲) در ارتباط اختلالات مربوط به بدریختی بدن نشان داد از مجموع ۴۰۰ نفر نمونه‌های مورد بررسی افسرده‌خویی و سواس در ۹/۵۳ درصد، اختلال جسمانی‌سازی ۴/۷۶ درصد، اضطراب اجتماعی توأم با جسمانی‌سازی ۹ درصد، اختلال شخصیت کلاستر A به صورت مختلط ۴/۸۶ درصد، اختلال جسمانی‌سازی توأم با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی ۴ درصد و افسردگی اساسی در ۹/۵۳ درصد، اضطراب اجتماعی توأم با جسمانی‌سازی و ویژگی‌های اختلال شخصیت

1. Al-cklinike

2. Phillips

3. Didie ER

4. Menard

5. Bellino

6. Phillips

مرزی ۴/۷۶ درصد، اختلال افسرده‌خویی توأم با اضطراب اجتماعی ۴/۷۶ درصد، اختلال دوقطبی نوع دو ۴/۷۶ درصد، افسرده خویی توأم با اختلال شخصیت مرزی ۱۴/۲۹ درصد، افسرده خویی توأم با جسمانی سازی ۴/۷۶ درصد، اختلال شخصیت مرزی توأم با ویژگی های اختلال شخصیت پارانوید ۴/۷۶ درصد و ۱۹ درصد نیز دارای افکار خودکشی بودند. بیشترین اختلال روانی توأم با اختلال بدشکلی بدن در بیماران اختلال خلقی بود این تحقیق با تحقیقات (بیبی، ۱۹۹۸) شاپیرا، گلداسمیت (۲۰۰۰). لورسون و سولاندر ونونن (۲۰۰۶) وهانیگمن و فیلیس کستی (۲۰۰۴) نیز همخوان می باشد

زنان و مردان با ترس از ظاهر جسمانی اغلب از خلق منفی، افسردگی و اضطراب رنج می برند و از روابط اجتماعی با دیگران گریزان هستند. و تحقیقات نشان داده که این اختلال رابطه منفی با بهداشت روان دارد. بنظر می رسد این متغیرها عنوان شده همگی در ارتباط با همدیگر می توانند در این اختلال سهم گردند لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی این مساله است که آیا بین ابعاد اختلال بدریختی بدن (سلامتی و ظاهر بدنی و قدرت) و خرده متغیرهای بهداشت روان (اضطراب، علائم جسمانی و کارکردهای اجتماعی) از طریق تحلیل مسیر با مهارت های اجتماعی به صورت مستقیم و غیر مستقیم رابطه وجود دارد؟

روش

جامعه شامل کلیه دانش آموزان دبیرستانی بود که در شهر دزفول در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ مشغول به تحصیل بودند
برای انتخاب اعضای نمونه از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای استفاده شد و حجم نمونه بر اساس جدول مورگان ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

ابزار اندازه گیری

آزمون سلامت عمومی (GHQ) فرم ۲۸ سؤالی: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر^۲ (۱۹۹۷) ساخته شده است و سلامت عمومی آزمودنیها را در چهار حیطه: نشانهای جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بررسی می نماید. این پرسشنامه که حاوی ۲۸ پرسش و ۴ خرده مقیاس است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد و از شناخته ترین ابزارهای غربالگری است به صورت ۱۲، ۲۸، ۳۰، ۶۰ ماده طراحی شده است که در اینجا فرم ۲۸ ماده ای آن استفاده شده است. حقیقی و همکاران (۱۳۸۷) ضریب اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از نمره کل فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (R-SCL۹۰)، برای چهار خرده مقیاس (۰/۸۶-۰/۸۵-۰/۷۲-۰/۸۲) به دست آوردند که در سطح $P > 0.001$ معنی دار می باشد و عباسی نسب (۱۳۸۷) در پژوهش خود، ضرایب پایایی پرسشنامه مذکور را به روش

1. General helth questionnaire

2. Goldberg & Hiller

آلفای کرونباخ و تصنیف برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۲ گزارش کرد. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه سلامت روان از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۳۶ گردید که بیانگر ضریب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده می‌باشد. آزمون اختلال بدریختی بدنی^۱: پرسشنامه خود توصیف‌گری بدنی (Marsh, ۱۹۹۶) برای اندازه‌گیری اختلال بدریختی بدنی ایجاد شد که بوسیله ۹ زیر مقیاس اختصاصی و ۲ زیر مقیاس کلی، اختلال بدریختی را اندازه‌گیری می‌کند. این ابزار از نظر روان‌سنجی قوی است. فرم اصلی آن شامل ۷۰ عبارت است که توسط مارش در سال ۱۹۹۶ تهیه شده است. فرم کوتاه و جدید این پرسشنامه شامل ۴۷ عبارت بوده و دارای پایایی خوب و قابلیت تکرار پذیری مطلوبی است. این ابزار جدید که در جامعه عمومی استرالیا مورد آزمون قرار گرفته است، دارای اعتبار سازه ای بسیار خوب و مناسب است. خود توصیف‌گری بدنی شامل ۹ عامل اختصاصی برای اختلال بدریختی است (فعالیت، ظاهر، چربی بدن، تناسب، مقاومت، انعطاف پذیری، سلامتی، ورزش و قدرت) و دو زیر مقیاس که شامل خودپنداره بدنی کلی و خودتوصیف‌گری عزت نفس کلی که شامل توانایی بدنی، ظاهر بدنی، حرمت خود است را در بر دارد. هر زیر مقیاس شامل ۶ یا ۸ عبارت است و هر عبارت به صورتی ارائه می‌شود که آزمودنی به صورت مقیاس ۶ درجه ای درست تا غلط پاسخ می‌دهد (مارش و همکاران، ۱۹۹۴) به منظور تکمیل ابزار پرسشنامه خودتوصیف‌گری بدنی برای نوجوانان ساخته شد. ولی با این حال پژوهشی که با نمونه‌های مختلف انجام شد تایید می‌کند که برای نمونه‌های بزرگتر نیز مناسب است.

اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط عبدالملکی و همکاران در سال ۱۳۹۰ بررسی شد و پایایی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد. همچنین دامنه پایایی هر یک از خرده مقیاس‌های آن نیز بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۰ متغیر بود. (عبدالملکی، ۱۳۹۰) (به نقل از خانجانی، ۱۳۹۰). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه خودتوصیف‌گری بدنی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۹۶ گردید که بیانگر ضریب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده می‌باشد.

آزمون مهارت اجتماعی نوجوانان^۲ (TISS): پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی ایندربیتزن و فوستر^۳ (۱۹۹۲) حاوی ۳۹ عبارت پنج گزینه ای است که آزمودنی پاسخ خود را در مورد هر عبارت در دامنه ای از گزینه‌های اصلا صدق نمی‌کند تا همیشه صدق می‌کند ابراز می‌نماید. نسخه اصلی این سیاهه دارای ۴۰ عبارت است که عبارت شماره ۲۲ به دلیل عدم انطباق با فرهنگ ایران حذف شده است.

پایایی این پرسشنامه را امینی (۱۳۸۷) در شهر تهران برای دانش آموزان دختر پایه دوم راهنمایی برای گزاره‌های مثبت و منفی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۶۸ گزارش کرده است.

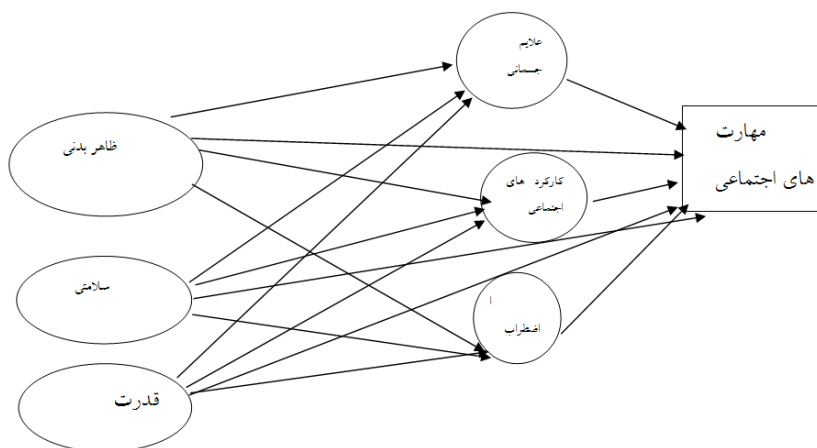
1. The body dysmorphic questionnaire
2. The teenage inventory of social skills
3. Inderbizen & Foster

در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی نوجوانان از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با $0/771$ گردید که بیانگر ضریب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده می‌باشد.

یافته‌ها: در تحلیل مسیر یک مدل نظری به آزمون گذاشته می‌شود که در نهایت با اجرای تحلیل، این مدل نظری به یک مدل تجربی منجر شود. بنابراین، طبیعی است که همواره ساخت روابط علیین متغیرها در مدل تجربی (که از تحلیل مسیر به دست می‌آید) با مدل نظری (که از چارچوب نظری بدست می‌آید) فرق دارد قاعده کلی این است که در اجرای تحلیل مسیر، متغیرهای که مقدار بتای آنها کوچکتر از $0/05$ معنی دار نشود از مدل حذف می‌شود.

این پژوهش به دنبال شناسایی مهمترین عوامل موثر بر مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان دزفول بود. لذا پس از مرور بر مبانی نظری و همچنین تحقیقات قبلی، مدل نظری و مفهومی تحقیق تنظیم شد. سپس به آزمون ساخت روابط علی بین متغیرهای مستقل در مدل و کیفیت تاثیر گذاری آن بر متغیر وابسته مهارت‌های اجتماعی پرداخته شد مهمترین عوامل مورد نظر عبارتند از: علائم جسمانی، کارکردهای اجتماعی، اضطراب، ظاهر بدنی، سلامتی و قدرت.

مدل نظری و مفهومی برای بررسی عوامل موثر بر مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان به شکل زیر بود:



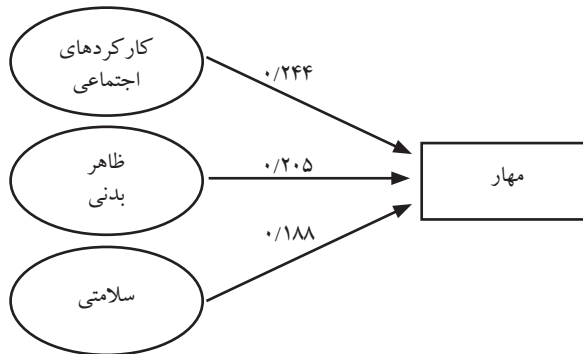
با استفاده از نرم افزار SPSS، روش تحلیل مسیر اجرا می‌شود. که نتایج آن در جدول زیر ارائه گردید

جدول شماره ۱: خلاصه جدول تحلیل مسیر با استفاده از متغیر وابسته مهارت‌های اجتماعی

sig	t	ضرائب استاندارد Beta شده	ضرائب غیر استاندارد		متغیرها
			stdخط	B	
۰/۰۰۰	۱۰/۵۶۹	-	۶/۱۶۰	۶۵/۱۰۲	Constant
۰/۰۷۱	۱/۸۰۹	۰/۱۰۲	۰/۲۴۱	۰/۴۳۵	اضطراب
۰/۰۰۰	۵/۰۲۶	۰/۲۴۴	۰/۲۱۰	۱/۰۵۶	کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۰	۳/۹۵۳	۰/۱۸۸	۰/۷۳۴	۲/۹۰۳	سلامتی
۰/۵۲۵	۰/۶۳۷	۰/۰۳۵	۱/۰۰۸	۰/۶۴۲	قدرت
۰/۴۲۲	۰/۸۰۴	۰/۰۴۸	۰/۲۸۱	۰/۲۲۶	علائم جسمانی
۰/۰۰۰	۳/۶۷۲	۰/۲۰۵	۰/۹۳۸	۳/۴۴۶	ظاهر بدنی

متغیر وابسته: مهارت‌های اجتماعی

برای تفسیر نتایج از ضرائب رگرسیون استاندارد شده Beta استفاده می‌شود. جدول فوق نشان می‌دهد کارکردهای اجتماعی بابتی ۰/۲۴۴ بیشترین تاثیر را بر متغیر مهارت‌های اجتماعی دارد. بر اساس این نتیجه یک انحراف استاندارد در متغیر کارکرد اجتماعی میزان مهارت‌های اجتماعی را به میزان ۰/۲۴۴ انحراف استاندارد تغییر می‌دهد. همچنین نتایج فوق نشان می‌دهد سه متغیر اضطراب، قدرت، علائم جسمانی تاثیر معنی داری بر متغیر مهارت‌های اجتماعی ندارند. سپس بر اساس ضرائب رگرسیون استاندارد شده نمودار عوامل موثر بر مهارت‌های اجتماعی به صورت زیر ترسیم می‌شود



شکل ۱ مدل تحلیل مسیر

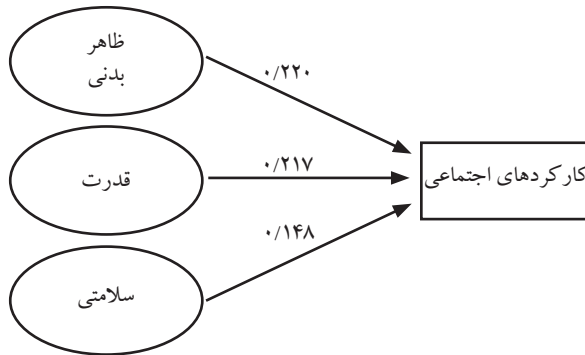
بر اساس مدل مفهومی تحقیق فرض شده بود که کارکرد اجتماعی بیشترین تاثیر را بر مهارت‌های اجتماعی دارد. بهمین دلیل در این مرحله متغیر کارکرد اجتماعی را به عنوان متغیر وابسته وارد معادله رگرسیون می‌شود و تاثیر سایر متغیرهای مستقل بر آن آزمون می‌شود. نتایج در جدول شماره ۳ ارائه شده است

جدول شماره ۲

sig	t	ضرائب استاندارد شدهBeta	ضرائب غیر استاندارد		متغیرها
			خطا std	B	
۰/۰۰۰	۱/۴۹۵	-	۱/۴۱۲	۲/۱۱۱	Constent
۰/۳۵۲	۰/۹۳۲	۰/۰۵۲	۰/۰۵۵	۰/۰۵۲	اضطراب
۰/۰۰۲	۳/۱۵۲	۰/۱۴۸	۰/۱۶۷	۰/۵۲۷	سلامتی
۰/۰۰۰	۴/۰۵۸	۰/۲۱۷	۰/۲۲۵	۰/۹۱۵	قدرت
۰/۶۱۵	۰/۵۰۳	۰/۰۳۰	۱/۰۶۵	۰/۰۳۳	علائم جسمانی
۰/۰۰۰	۴/۰۸۱	۰/۲۲۰	۰/۲۱۱	۰/۸۶۲	ظاهر بدنی

متغیر وابسته: کارکرد اجتماعی

جدول فوق نشان می دهد که متغیرهای اضطراب و اختلالات جسمانی تاثیر معنی داری ندارند لذا مدل بعدی تحلیل مسیر به صورت شکل شماره ۲ ارائه می شود



شکل شماره ۲ مدل جدید تحلیل مسیر

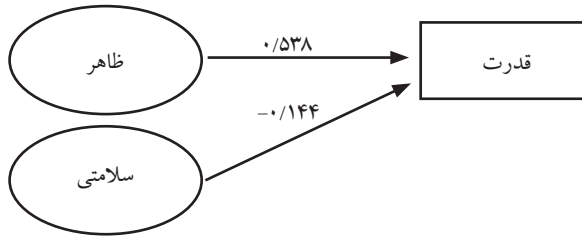
در مرحله بعد با توجه به این که در مدل مفهومی تحقیق فرض بر این است که متغیر قدرت بعد از متغیر اختلالات جسمانی شدن بیشترین تاثیر را در مهارت های اجتماعی دارد بهمین خاطر در این مرحله از تحلیل مسیر با استفاده از دستور تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره، متغیر قدرت به عنوان متغیر وابسته قرار داده شده و تاثیر سایر متغیرهای مستقل بر آن آزمون می شود. نتایج در جدول زیر مشاهده می شود.

جدول شماره ۳: تحلیل مسیر با استفاده از متغیر وابسته قدرت

sig	t	ضرائب استاندارد Beta شده	ضرائب غیر استاندارد		متغیرها
			stdخطا	B	
۰/۰۰۰	۸/۵۲۶	-	۰/۲۸۰	۲/۳۰۱	Constant
۰/۱۳۱	۱/۵۱۴	۰/۰۷۷	۰/۰۱۲	۰/۰۱۸	اضطراب
۰/۰۰۱	-۳/۴۳۵	-۰/۱۴۴	۰/۰۳۵	-۰/۱۲۲	سلامتی
۰/۲۶۹	-۱/۱۰۶	-۰/۰۵۹	۰/۰۱۴	-۰/۰۱۵	علائم جسمانی
۰/۰۰۰	۱۲/۹۹۳	۰/۵۳۸	۰/۰۳۸	۰/۴۹۹	ظاهر بدنی

متغیر وابسته: قدرت

حال با استفاده از نتایج جدول ۳ می توان مدل تحلیل مسیر را در مرحله بعد به شکل ۳ تنظیم کرد چون متغیرهای اضطراب و علائم جسمانی معنی دار نیستند.



شکل شماره ۳ مدل تحلیل مسیر

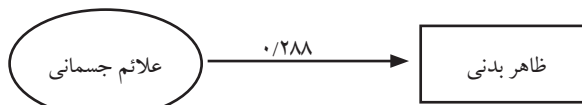
در مرحله آخر متغیر ظاهر بدنی وارد معادله شده تا تاثیر متغیرهای مستقل بر آن آزمون شود. نتایج در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول شماره ۴: تحلیل مسیر با استفاده از متغیر وابسته ظاهر بدنی

sig	t	ضرائب استاندارد Beta شده	ضرائب غیر استاندارد		متغیرها
			stdخطا	B	
۰/۰۰۰	۹/۸۲۷	-	۰/۳۱۹	۳/۳۱۶	Constant
۰/۱۳۳	-۱/۵۰۴	-۰/۰۸۹	۰/۰۱۵	-۰/۰۲۲	اضطراب
۰/۵۶۸	۰/۵۷۲	۰/۰۲۸	۰/۰۴۵	۰/۰۲۶	سلامتی
۰/۰۰۰	۴/۷۳۰	۰/۲۸۸	۰/۰۱۷	۰/۰۸۱	علائم جسمانی

متغیر وابسته: ظاهر بدنی

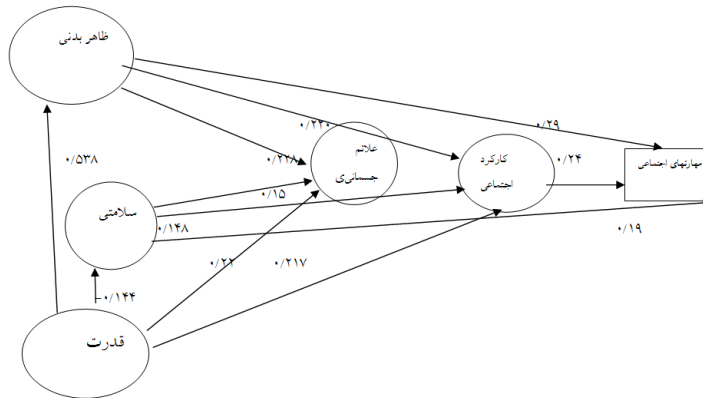
حال با استفاده از نتایج جدول شماره ۵ که نشان می دهد اضطراب و سلامتی معنی دار نیستند می توان مدل تحلیل مسیر را در مرحله بعد به شکل زیر تنظیم کرد:



شکل شماره ۴

جمع بندی نتایج تحلیل مسیر در مراحل مختلف:

پس از مجموع نتایج تحلیل مسیر در بالا که در قالب ۴ شکل، جدول و تفسیر نشان داده شد. در این قسمت با تلفیق این چهار نتیجه، تحلیل مسیر در چهار مرحله و در نهایت آوردن آنها در قالب مدل تجربی این مدل را با مدل نظری تحقیق تطبیق می دهیم



شکل شماره ۵: مدل تجربی عوامل موثر بر مهارت‌های اجتماعی

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش، تحلیل مسیر روابط اختلالات بدنی، سلامت روان و مهارت‌های اجتماعی در دانش آموزان دبیرستان شهر دزفول. با توجه به این که هر کدام از متغیرهای فوق دارای خرده متغیرها می باشند در این تحقیق از خرده‌های بهداشت روان علائم بدنی و اضطراب و کارکرد اجتماعی را در نظر گرفتیم و از متغیر اختلالات بدنی، خرده‌های قدرت و سلامتی و ظاهر بدنی را در این مدل استفاده کردیم بعد از تجزیه و تحلیلی که در فصل چهارم آمده است مدل تجربی به این شکل ارائه گردید

مدل بالا نشان داد که متغیرهای کارکرد اجتماعی، ظاهر بدنی و سلامتی ارتباط مستقیمی با مهارت‌های اجتماعی دارند همچنین متغیرهای سلامتی و قدرت از طریق کارکرد اجتماعی به صورت غیر مستقیم با مهارت‌های اجتماعی ارتباط دارند و متغیر اضطراب نیز از مدل حذف شده است. به نظر می رسد که خرده مقیاس کارکرد اجتماعی از بهداشت روان مستقیماً با مهارت‌های اجتماعی ارتباط دارد تحقیقات موریسون و همکاران (۲۰۰۱)، عطاری و همکارانش (۱۳۸۴) بیان زاده و ارجمندی (۱۳۸۲)، نیسی و شهنی ییلاق (۱۳۸۰)، قاسم زاده، شهر آرای، مرادی (۱۳۸۶) و رابیکز (۱۹۹۸)، نانگل و همکاران (۲۰۰۲)، گرشام و همکاران (۲۰۰۶) ماسودا و اچیم (۲۰۰۶) ارتباط این متغیر را با بهداشت روان تایید نموده اند و همچنین خلعتبری، قربان شیرودی، رهبر طارمسری، کیخای (۱۳۸۹) انجام دادند نشان داد که اثربخشی آموزش مهارت اجتماعی عذرخواهی، بر سلامت روان مؤثر است و همچنین آموزش مهارت دوری از آزار و اذیت بر

سلامت روان مؤثر است. پس علارغم این که در این زمان، که پیشرفت صنعت و تکنولوژی، قدرت و ثروت را افزایش داده ولی امکان زندگی با آرامش و صلح و اطمینان را از انسان سلب کرده است داشتن مهارت‌های اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در کسب آرامش و در نهایت زندگی مطلوب که هدف بهداشت روان است را ایفا نماید. کسی دارای مهارت اجتماعی است که با دیگران طوری ارتباط برقرار کند که بتواند به حقوق، رضایت خاطر و یا انجام وظایف خود در حد معقولی دست یابد. بی‌آنکه حقوق، رضایت خاطر یا وظایف دیگران را نادیده بگیرند و در عین حال بتواند در این مورد تعاملی با دیگران داشته باشد. با توجه به این که در زمان کنونی کیفیت فدای کمیت شده و اعتدال و تناسب کنار رفته و بیماری‌های عصبی-روانی و روان‌تی‌جانشین آن شده است (هولمز، ۲۰۱۰). بطوری که بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت WHO در سال ۲۰۱۰ در دنیا بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم از یک اختلال روحی روانی رنج می‌برند، هر ساله حدود ۲۰٪ از بزرگسالان یک مشکل بهداشت روانی را تجربه می‌کنند، نزدیک به یک میلیون نفر مرتکب خودکشی می‌شوند و از هر ۴ خانواده یک خانواده عضوی با اختلالات روانی دارند (ال. کلینیکه، ۲۰۰۵). ضرورت مهارت‌های اجتماعی و رابطه آن با بهداشت روان پر رنگ تر می‌شود البته سلامت روان برای مدت‌های زیادی در پشت پرده ای از انگ و تبعیض پنهان شده بود و اکنون پیشرفت علم بشر بستری برای بیان سلامت روان و پرداختن به آن را فراهم نموده است. از طرفی می‌دانیم که برای همه ی افراد سلامت روحی، جسمی و اجتماعی برای ساخت مسیر زندگی حیاتی است (هولمز، ۲۰۱۰).

همچنین ارتقاء آن در تمام دوران‌های زندگی لازم است. اما در برخی از دورانها نظیر بلوغ، نوجوانی، دوران تحصیل و... ممکن است پرداختن به آن مهمتر باشد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامت روانی را اینگونه تعریف نموده است: قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور عادلانه، منطقی و مناسب. پس بنظر می‌رسد برای توانایی ارتباط بهتر با دیگران و رفع نیازها داشتن دو متغیر بهداشت روان و مهارت‌های اجتماعی می‌تواند تاثیر پذیر باشد.

در این مدل خرده مقیاس‌های قدرت و سلامتی مربوط به متغیر بدریختی بدنی بصورت غیر مستقیم (توسط خرده مقیاس کارکرد اجتماعی از بهداشت روان) با مهارت‌های اجتماعی ارتباط دارد که نتیجه این تحقیق با تحقیقات (بیبی، ۱۹۹۸)، شاپیرا، گلداسمیت (۲۰۰۰)، لورسون و سولاندر و نونن (۲۰۰۶) و هانیگمن و فیلیپس کستی (۲۰۰۴)، لند گرین و اندرسون و تامسون (۲۰۰۴) و فیلیپس و مک‌روی، (۲۰۰۰) همخوانی دارد سارور و کرنند (۲۰۰۲) در تحقیق خود مشخص کردند که شیوع ترس از بدریختی بدنی در جمعیت عمومی حدود ۲ درصد و در جمعیت‌های روانپزشکی ۱۲ دصد است یک تحقیق جامع نشان می‌دهد که ۷۰ درصد دانشجویان دانشگاه از ظاهر خود ناراضی هستند و ۲۸ درصد به اختلال بدریختی بدنی مبتلا هستند. اختلال بدریختی بدن به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است زیرا این بیماران بیشتر به متخصص پوست، داخلی یا جراحان پلاستیک مراجعه می‌کنند (ویلیام، ۲۰۰۶).

اختلال بدریختی بدن، اشتغال ذهنی ناراحت کننده و یا اختلال با نقص خیالی یا جزئی در ظاهر است که به طور فزاینده ای در طول چند دهه گذشته مورد مطالعه قرار گرفته است (کاترین و همکاران، ۲۰۱۰). بیماران مبتلا به اختلال بدریختی بدن، احساس ذهنی مداومی درباره زشت بودن برخی از جنبه های ظاهر یا چهره خود دارند، علی رغم این که ظاهر آنها طبیعی یا تقریباً طبیعی است. اساس این اختلال باور یا ترس قوی بیمار است از این که ظاهر جذابی ندارد

اوسمان و همکاران (۲۰۰۶)، در تحقیق خود نشان دادند که ترس از بدریختی بدنی با مجموعه ای از ویژگی های اجتماعی همراه است به طوری که ۷۳ درصد افرادی که این عارضه را دارند، اجتناب و ترس از ظاهر شدن در مجامع عمومی را گزارش می دهند (متغیر اختلال بدریختی بدنی یکی از عواملی است که در تحقیق حاضر و تحقیقات متعددی آمده که با متغیرهای مهارت های اجتماعی و بهداشت روان در ارتباط می باشد تحقیق رحیمی، دالبند، شمسانی، ضرابیان (۱۳۹۲) نشان داد از مجموع ۴۰۰ نفر نمونه های مورد بررسی افسرده خویی و وسواس در ۹/۵۳، اختلال جسمانی سازی ۴/۷۶، اضطراب اجتماعی توأم با جسمانی سازی ۰/۱۹ و ۰/۱۹ نیز دارای افکار خود کشی بودند. بیشترین اختلال روانی توأم با اختلال بدشکلی بدن در بیماران اختلال خلقی بود همچنین فیلیس در تأیید ناراحتی خیلی زیاد افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، دریافت که آنها در مقایسه با بیماران جسمانی یا افراد مبتلا به افسردگی، کیفیت زندگی ناگوارتری دارند (فیلیس، ۲۰۰۰). پژوهشگران به تازگی گمان می کنند که اختلال بدشکلی بدن جزئی از یک ماتریس اختلال ها، از جمله اختلال وسواس فکری- عملی، اختلال های خوردن، موکنی وسواسی، فوبی اجتماعی و برخی اختلال های شخصیت است (بین و نو و همکاران، ۲۰۰۰؛ کوهن و همکاران، ۲۰۰۰). (و در آخر باید گفت با توجه به تایید ارتباط بهداشت روان و ارتقا ان و اختلالات بدریختی بدنی با مهارت های اجتماعی باید گفت: با توجه به این که بسیاری از محققان اتفاق نظر دارند که مهارت های اجتماعی آموختنی هستند زیرا کودکانی که در محیط های نامناسب بزرگ شده اند از لحاظ اجتماعی رفتارهای نامعقول دارند و قادر به تکلم موثر مفید نمی باشند. با توجه به این مسائل دست اندر کاران تعلیم و تربیت نقش مهمی در طراحی برنامه های آموزشی مهارت های اجتماعی بهره گرفته و با استفاده از تجارب خود و همچنین تئوری های مطرح شده در این حوزه برنامه های مربوط به آموزش مهارت اجتماعی را طراحی می کنند. به اعتقاد (موریس و همکاران، ۲۰۰۲) دست اندر کاران تعلیم و تربیت نه تنها در زمینه آموزش مهارت های اجتماعی بلکه در خصوص صلاحیت های اجتماعی که جامع تر از مهارت های اجتماعی هستند نیز می توانند برنامه ریزی کنند

منابع

ابولاحسن تنهایی، حسین، (۱۳۷۹)، درآمدی بر نظریه ها و مکاتب جامعه شناسی، تهران نشر مرنديز، ۱۳۷۹، چاپ چهارم

احدی، حسن و نبی جمالی، شکوه السادات (۱۳۶۹). بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، تهران: نی.

امیدوار، احمد و صارمی، علی اکبر (۱۳۸۱). اعتیاد به اینترنت (توصیف، سبب شناسی، پیشگیری درمان و مقیاس‌های سنجش اختلال اعتیاد به اینترنت). مشهد، انتشارات تمرین. اورنگ، طیبه. (۱۳۸۳). بررسی علل روانی چت کردن در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران.

جوشن لو، محمدرضا (۱۳۸۵). حضور یا غیاب بیماری. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۰ (۲)

جهانگیر، ع. (۱۳۸۴). آسیب‌های روان‌شناختی اینترنت سایت دتایل نیوز. خسروی، زهره، علیزاده صحرائی، ام‌هانی، (۱۳۹۰)، رابطه اعتیاد به اینترنت با عملکرد خانواده و سلامت روان در دانش‌آموزان، مطالعات روانشناسی تربیتی پاییز و زمستان ۹۰ تنهایی، حسین، درآمدی بر نظریه‌ها و مکاتب جامعه‌شناسی، تهران نشر مرن‌دیز، ۱۳۷۹، چاپ چهارم.

دوران، بهناز، (۱۳۸۰)، بررسی رابطه بازی‌های کامپیوتری و مهارت‌های اجتماعی نوجوانان کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.

ده بزرگی، م، (۱۳۷۳)، بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی در سازگاری بیماران اسکیزوفرنی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.

رحیمی‌علیرضا، دالبند محسن، شمسانی فرشید، ضرابیان محمد کاظم (۱۳۹۲) بررسی فراوانی اختلال بدریختی بدن و اختلالات روانی توأم با آن در داوطلبان جراحی زیبایی نشریه تخصصی روان‌پرستاری

رفیع پور، فرامرز (۱۳۸۷)، آناتومی جامعه، تهران، سهامی انتشار، چاپ پنجم.

فردین، ش (۱۳۷۱)، تعلیم مهارت‌های اجتماعی به کودکان، انتشارات تربیت.

فیروزبخت، مهرداد. (۱۳۸۰). اعتیاد به اینترنت. انتشارات سروش.

قنادان، منصور (۱۳۷۵)، جامعه‌شناسی مفاهیم کلیدی، تهران، نشر آوای نور.

علیمردانی، م (۱۳۸۴) تاثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سلامت روان دانشجویان شهر ساوه معاونت پرورش دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، کارشناس ارشد، دانشگاه آزاد مرودشت.

ساروخانی، باقر (۱۳۷۰)، دایره‌المعارف علوم اجتماعی، تهران، انتشارات کیهان.

شاملو، سعید (۱۳۸۲)، بهداشت روانی. انتشارات رشد. ص ۱۴۷-۱۵۶.

شهیم، سیما (۱۳۸۲). مقایسه مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری در دو گروه از کودکان عادی و مبتلا به اختلالات یادگیری در خانه و مدرسه، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی

دانشگاه تهران، شماره‌های: ۱، ۳۳۱۲۱-۳۳۱-۸۳۱.

شعاری نژاد، علی اکبر. (۱۳۷۷). نقش فعالیت‌های فوق برنامه در تربیت نوجوانان چاپ چهارم، تهران. انتشارات اطلاعات.

- فرقانی رئیس، شهلا. (۱۳۷۴). شناخت مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان. انتشارات معاونت پرورش وزارت آموزش و پرورش
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۸۲). بهداشت روانی (ویرایش سوم). تهران: قومس.
- ماتسون و مقایسه عملکرد دختران و پسران دبیرستان در این مقیاس. مجله علوم اجتماعی معید فر، سعید. حبیب پور گتایی، کرم و گنجی، احمد. (۱۳۸۶). مطالعه پدیده استفاده اعتیاد از اینترنت در بین نوجوانان و جوانان (۱۵-۲۵) سال شهر تهران. مجله جهانی رسانه، ۲ (پیاپی ۴). ناستی زاده ناصر. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط سلامت عمومی با اعتیاد به اینترنت. مجله طیب شرق ۶۳-۵۷، (۱)۱۱
- هارجی، اون؛ ساندرز، کریستین و دیکسون، دیوید (۴۹۹۱). مهارت‌های اجتماعی در ارتباطات میان فردی، ترجمه خشایار بیگی و مهرداد فیروزبخت (۷۷۳۱). تهران: انتشارات رشد.
- یوسفی، فریده و خیر، محمد (۱۳۸۱). بررسی پایایی و روایی مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون و مقایسه عملکرد دختران و پسران دبیرستان در این مقیاس. مجله علوم اجتماعی
- یعقوبی، حمید، اکبری زرد خانه، سعید و قار انزابی، معصومه (۱۳۸۹). گزارش نهایی بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۸۹-۱۳۸۸ دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری، با همکاری مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری.

- Bellino, S., Zizza, M., Paradiso, E., Rivarossa, A., Fulcheri, M. &Bogetto, F. (2006). Dymorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Research*, 144 (1), 73-78.
- Beryan, s. (2002). Promoting social skills among students with nonverbal. learning disabilities. *Teaching exceptional Children*. 34.66.
- Biby, E. L. (1998). The relationship between body dymorphic disorder and depression, self-esteem, somatization and obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (1), 489-499.
- Chung PJ, chioucy , chou FH, (2009) Relationships between health status, depression and cognitive function of institutionalized male veterans, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, No:49, PD: 215-219
- Chou, K.L., (1997). The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters: Reliability and Validity of a Chinese translation. *Personality and Individual Differences*, 22, 123-125.
- Elliott, T. R., &Gramling, S. E. (1990). Personal assertiveness and the effects of social support amongfor teaching replacement behaviors: Remediating acquisition deficits in at-risk students, <http://www.Proquest.com>
- Hargie, O. Saunders, C & Dickson, D. (1994). *Social skills in interpersonal communication*, Third edition publishing, London, Rutledge Publications.
- Honigman,R, Phillips,K&castie,D(2004). Areview of psychology outcomes for patient seeking cosmetic surgeons , plastic and reconstructive surgery,113,1229-1337
- Gresham, F.M., Watson, T.S. & Skinner, C. H. (2001). *Functional behavioral assessment: Prin-*

- ciples, procedures, and future directions, *School Psychology Review*, 30(2), 156-172.
- Garnefski, N, Koopmans, H, Karaj, v, etal, (2009) Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescence , No: 32, pp:449-454.
- Gresham, F. M. (2000). Social skills training with handicapped children, A review. *Review of Educational Research*, 51(1), 139-176
- Gresham, F.M. (1982). Social skills instruction for exceptional children. *Theory into Practice*, 21, 2, 129-133.
- Gresham, F.M., & Elliott, S.N. (1987).The relationship between adaptive behavior and social skills: Issues in definition and assessment. *Journal of Special Education*, 21, 1, 167-181.
- Gresham, F. M., Van, M. B., & Cook, C. R. (2006). Social skills training for teaching replacement behaviors: Remediating acquisition deficits in at-risk students, <http://www.Proquest.com> Press.
- Hargie, O. Saunders, C & Dickson, D. (1994). *Social skills in interpersonal communication*, Third edition publishing, London, Rutledge Publications
- Lundgren, J.D, Anderson, D.A & Thompson, J.K. (2004) Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders behaviors. 5-75-84
- Lvarsson, T, Svalander, P, Litlere, O & Nevenon, L (2006). Weight concerns, body image, depression and anxiety in swedish adolescent. *Eating Behaviors*, 7.161-175
- Korinek, L. and , popp. A (2004). Collaborative mains ream integration of social skills with Academic instruction preventing school failure, 41(4). 148.
- Katharine AP, Sabine W, Lorrin MK, Elizabeth RD, Brian AF, Jamie F, Dan JS. (2010) Body dysmorphia disorder: some key issue for DSM-V. *Depression and Anxiety*. 2010; 27: 573-591.
- Mangrulkar, L., Whitman, C. V., & Posner, M. (2001). *Life skills' approach to and adolescent healthy human development*. Washington DC: Pan American child
- Merrel, K.W. and Gimpel, G. A (2001). *Social skills of children and adolescents, conceptualization, assessment and treatment new*, Jeyscy Lawrence Erlbaum associates. Inc
- Morris, S (2002). Promoting social skills among students with nonverbal learning disabilities. *Teaching Exceptional children*, 34(3), 66-70.
- Morrison. Kamps. D. Garcia, J. & parker. (2001). Peer mediation and monitoring strategies to improve initiation and social skills for students with autism. *Journal of positive Behavior internet tions*, 3, 237
- Nangle, Douglas W., Erdley, Cynthia. Carpenter, Erika M., & Newman, Julie E. (2002). Social skills training as a treatment for aggressive children and adolescents: a developmental-clinical integration, *Aggression and Violent Behavior*, Volume 7, Issue 2, 169-199
- Nowicki, S., & Duke, M.P. (1992). The association of children's nonverbal decoding abilities with their popularity, locus of control, and academic achievement. *Journal of Genetic Psychology*, 153(4), 385-393
- Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim Psychiatry*. 2007; 14: 58-66. 29 - Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2003; 44: 270-6
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2003-.
- Sarwer, D.B & Crierand, C.E (2002). Psychology issues in patient outcomes. *Facial plastic surgery*, 18-125-134

- Phillips KA, Didie ER, Menard W(2007). Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord.* 2007; 97: 129-35
- Sohrabi F, Mahmood Aliloo M, Rasouli-Azad M.(2010). [Assessment of psychopathological profile in applicants for cosmetic surgery]. *Journal of Fundamentals of Mental Health Autumn*; 13(3): 2609. (Persian)
- Ravicz, S. (1998). *High on stress: A woman's guide to optimizing the stress in her life.* Oakland, California: New Harbinger Publication Inc
- Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D.(2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*; 44: 99-111.
- oliver, Andy (2003), is this all just a Bunch of Hype? *Internet Addiction Home*
- Osman,A.Barrios,F,kOPPER,B.Gutierrez,P.Williams,J&Bailey,J(2006). The body influence assessment inventory:Development and initial validation *Journal of clinical psychology*,62,923-942
- Gresham, F. M., Van, M. B., & Cook, C. R. (2006). Social skills training for teaching replacement behaviors: Remediating acquisition deficits in at-risk students, <http://www.Proquest.com>.
- Gresham, F.M., Watson, T.S. & Skinner, C. H. (2001). Functional behavioral assessment: Principles, procedures, and future directions, *School Psychology Review*, 30(2), 156-172.
- Hargie, O. Saunders, C & Dickson,D. (1994).*Social skills in interpersonal communication*, Third edition publishing, London, Rutledge Publications.
- Welsh, M., Parke, R., Widaman, K. &Oneil, R. (2001). Linkages between children's social and academic competence: Longitudinal analysis. *Journal of School Psychology*, 39(6), 463-482
- Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44: 99-111.