

Comparison of early abnormal schema and social anxiety in a group of applicants female for cosmetic surgery with a non-applicant group

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال اضطراب اجتماعی زنان اقدام کننده به جراحی زیبایی با زنان غیر اقدام کننده شهر تهران

Abstract

This research is aimed to study the abnormal schema and social anxiety in a group of women who had applied for cosmetic surgery as compared to a non-applicant group. For this purpose, 60 applicants and 60 non-applicants were selected as in accessible sample in the city of Tehran. The required data has been collected using Yang Schema Scale (short version 3, 2005), and Social Anxiety Scale (Jonathan Davidson). results of the comparison of independent «t» test on the data indicated no significant difference between two groups in respect to abnormal schema. However women who had applied for cosmetic surgery significantly experienced higher degrees of social anxiety. According to result can recognize that women who had applied for cosmetic surgery experiencing higher level of social anxiety. However the high level of social anxiety will associate with applying cosmetic surgery

Key words: abnormal schemas, social anxiety, cosmetic surgery.

چکیده: پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه طرحواره های ناسازگارانه و اضطراب اجتماعی زنان اقدام کننده جراحی زیبایی با زنان غیر اقدام کننده انجام شده است. بدین منظور، نمونه ای 120 نفری که شامل 60 نفر زن متقاضی و اقدام کننده جراحی زیبایی با 60 زن غیر متقاضی، با روش نمونه گیری در دسترس از شهر تهران انتخاب شده اند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو پرسشنامه ی طرحواره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه، 2005) و اضطراب اجتماعی از پرسشنامه اضطراب اجتماعی (جاناتان دیویدسون، 1997) می باشد. نتایج به دست آمده از آزمون مستقل نشان داد که تفاوت معناداری میان طرحواره های ناسازگارانه زنان اقدام کننده جراحی زیبایی با زنان غیر اقدام کننده وجود ندارد اما زنان اقدام کننده جراحی زیبایی اضطراب اجتماعی بالاتری را نسبت به زنان غیر اقدام کننده، تجربه می کنند. با توجه به نتایج تحقیق می توان استنتاج نمود که زنان اقدام کننده جراحی زیبایی از اضطراب اجتماعی بیشتری رنج می برند و ممکن است این عامل در اقدام آنان به عمل جراحی نقشی ایفا کند.

کلید واژه ها: طرحواره های ناسازگارانه، اضطراب اجتماعی، جراحی زیبایی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
مركز جامع علوم انسانی

مقدمه:

توجه به ظاهر در چهارچوب های اجتماعی، امری بهنجار، پسندیده و حتی در حد متعادل نشان دهنده سلامت روانی است. اما در جوامع امروزی به دلیل تاکید بیش از حد بر زیبایی و کثرت تصاویر ارائه شده در مد و رسانه ها، این توجه خصوصا در بین زنان شکل افراطی به خود گرفته است، به گونه ای که تقریبا همه زنان حداقل یک

بار در زندگی خود دچار احساس شرم و نارضایتی از ظاهر خود بوده اند و این توجه افراطی تا جایی پیش رفته که فرهنگ عامه زیبایی را برابر با احساس دوست داشتنی بودن و مورد توجه واقع شدن می داند که این امر مختص قشر خاص، طبقه اجتماعی و سطح تحصیلات خاص نمی باشد. زمینه یابی های انجام شده در طول چند دهه نشان داده است که مردم در دوست داشتن دیگران برای جذابیت جسمانی رتبه مهمی قائل نمی شوند (باس و بارنز^۱، هادسن^۲ و هویت^۳، ؛ به نقل از رفیعی، 3333)؛ اما بررسی رفتار واقعی آدمها عکس آنرا نشان داده است (رفیعی، ؛ گرین و پریچارد، 3333). در این راستا می توان گفت که زیبایی اغلب به عنوان یک ویژگی منحصرزانه تعریف می شود و اشتغال ذهنی با ظاهر یکی از جنبه های کلیشه ای زنانه در بسیاری از گروههای فرهنگی است.

زنان اغلب در جهت رسیدن به استانداردهای زیبایی و کامل بودن به سختی تلاش می کنند. تا جایی که در بسیاری از موارد این استانداردها منجر به اشتغالات ذهنی فزاینده ای می شوند (اسکلافانی، 2003) که موجب گسترش یک تصویر تحریف شده از بدن و خود شده و حتی به گونه ای پیشرفت می کند که زمینه ابتلا به اختلال بد ریختی بدنی^۴ را فراهم می سازد (سجادی نژاد، 1386؛ کافری و تامپسون، 2004)، که در بسیاری موارد انجام جراحی های زیبایی به عنوان اولین گزینه در جهت رهایی از این اختلال، مورد توجه قرار می گیرند. افراد مبتلا به اختلال بد ریختی بدن دچار یک اشتغال فکری نسبت به یک نقص خیالی در یک یا بیش از یک بخش از ظاهر فیزیکی خود هستند. نشان داده شده است که این گونه اشتغال فکری ریشه در طرحواره های ناسازگار دارد (رابین اشتاین، 2005). یانگ در رویکرد طرحواره های اصلی بر طرحواره های ناسازگار اولیه تاکید میکند. طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی آسیب زنده ای هستند که با

¹ Barnes, J
Hudson E
HoytHH
body dimorphic disorder

شکل گرفتن در ابتدای تحول در تمام سیر زندگی، تکرار می‌شوند (یانگ ، 1998، ترجمه حمیدپور، 1386).
طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای هسته‌ای (پیش فرض‌های غیرشرطی) در مورد خود و دیگران هستند که پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری ناکارآمد منحرف می‌کنند. بنابراین روابط بین فردی و ادراک از خود را تحت تاثیر قرار می‌دهند (پینتو ° گویا، کاستیلها، گالهاردو و کانها، 2006؛ هریس و کورتین، 2002؛ لونگ، 2007 و تیم،). از آن جا که طرحواره ها نیز بنیادهای شناختی فرد را تشکیل داده و می توانند رفتارهای فرد را شکل داده و به آن سمت و سو دهند، لذا میتوان بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان بخش زیرین و سخت شناختی افراد که اغلب در دوره های تحولی رشد شکل گرفته اند، با رفتارهای ناسازگاران در مقاطع بعدی رشد افراد، رابطه برقرار نمود (لیبرقه^۵ و همکاران، 2010). شری و همکاران (2008) در الگوی میانجی - واسطه‌ای که در پژوهش خود ارائه نمودند، نشان دادند که پنهان کردن نقص باعث ایجاد طرحواره‌های غیر کارکردی و کژکار از ظاهر فیزیکی می‌شود که این طرحواره‌ها به نوبه خود باعث ایجاد شناختی ناسازگار و غلط از ظاهر جسمانی می‌شوند و احتمال ابتلای فرد به اختلال بد ریختی بدن را افزایش می دهند . این یافته ها با نتایج حاصل از مطالعات کش و همکاران (2002-2004) نیز همخوانی دارد.

پژوهش اسمیت و همکاران (1995) نشان داد اگر چه پرسشنامه ی طرحواره یانگ برای سنجش اختلالات شخصیت DSM - IV تهیه نشده است ، ولی رابطه ی معناداری بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلالات شخصیت وجود دارد . در حوزه شناختی، طرحواره به عنوان نقشه انتزاعی شناختی در نظر گرفته می شود که راهنمای تفسیر اطلاعات می باشد و در بعضی موارد خطاهای شناختی بر اساس طرحواره های ناسازگاران شکل گرفته و در موقعیت های مختلف اجتماعی فعال می شود و در نتیجه به مشکلاتی منجر می شوند که از این دسته می توان به اضطراب اجتماعی اشاره نمود. اضطراب اجتماعی، نشانگر میزان تمایل به مضطرب بودن در

موقعیت های اجتماعی است و مبین ترس فرد از طرد شدن از سوی دیگران نیز می باشد (زارب⁶، ترجمه خدایاری فرد، 1383؛ بوگلز، آلدن، بیدل و همکاران، 2010). نتایج تحقیقات متعدد نشان داده است که عوامل زیادی در شکل گیری و تکوین اضطراب اجتماعی سهیم هستند. برای مثال، کلارک⁷ و فربورن⁸ (1380)، با اعتقاد به خطاهای شناختی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، اظهار کرده اند که یکی از مهم ترین خطاهای شناختی، ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران است. در این راستا، لیپون⁹ و پلیسولو¹⁰ (2000)، کنت¹¹ (2000)، و کوهان¹² (2001) نیز نشان داده اند افرادی که به اضطراب اجتماعی مبتلا هستند، به دلیل این که خودشان را نسبت به ارزیابی منفی از جانب دیگران آسیب پذیر می بینند، از موقعیت های اجتماعی اجتناب می کنند. در پژوهش دیگری پینتو¹³ و گویا¹⁴ و همکاران (2006) به بررسی طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی (n=62)، سایر اختلالات اضطرابی (n=41) و گروه غیر بالینی (n=55) پرداختند، نتایج نشان داد که ساختار طرحواره ای بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی از بیماران سایر اختلالات اضطرابی و گروه کنترل نرمال متفاوت است. کلارک و ولز () و لی و تلک () یک مدل شناختی برای اضطراب اجتماعی ارائه داده اند که بر اساس آن بیماران مبتلا، یک رشته فرض ها را درباره خودشان و موقعیت اجتماعی به وجود می آورند که این فرضها منجر به این خواهند شد که افراد تعاملات اجتماعی را به گونه ای منفی تعبیر کنند و آنها را نشانه خطر ببینند. این باعث شکل گیری این تفکر می شود که فرد خود را در معرض خطر قضاوت منفی دیگران می بیند و توجه افراطی خود را معطوف به واریسی و مشاهده دقیق خودشان می کنند. این افراد سپس از اطلاعات درونی که توسط تمرکز بر خود تولید شده اند، استفاده می کنند

⁶ Zarb, G

⁷ Clarck, D

⁸ Fairbun, K

⁹ Lepine, J.P

¹⁰ Pelissolo, A

¹¹ Kent, G

¹² Koehan, S

¹² Gouya, P

تا برداشتی را شکل دهند: اینکه دیگران درباره آنها چه فکر می کنند و به چه چیزی از رفتارشان توجه دارند و در نهایت قرار گرفتن در موقعیت اجتماعی سبب فعال شدن این فرضها و ادراک خطر اجتماعی شده و در نتیجه موجب بروز علائم جسمی و شناختی می گردد که فرد برای رهایی از این علائم به انواع پاسخها روی می آورد که بر طبق پژوهش حاضر، می توان از تقاضا و اقدام افراطی به انجام انواع جراحی های زیبایی نام برد.

رویدادهای برانگیزاننده خاص مانند موقعیتهای که فرد مجبور است بدن خود را در معرض دید دیگران قرار دهد، این گونه طرحواره هارا فعال می سازد. این مساله به نوبه خود سبب مراقبت مفرط، تفسیر منفی رفتار دیگران، رفتار اجتنابی، تلاش برای پوشانیدن و مخفی کردن بدن خود، اطمینان جویی و اعمال جبرانی می شود. این گونه رفتارها زمینه ایجاد تجارب شناختی و عاطفی منفی درباره بدشکلی بدن و نگرانی در این مورد را فراهم می کنند. تداوم این نگرانی باعث شکل گیری احساسات نامطلوب در فرد شده که برای رفع آن دست به اعمال گوناگونی می زند که در رابطه با نگرانی های مربوط به بدن، انجام انواع جراحی های زیبایی قابل مشاهده می باشند. محقق در پژوهش حاضر با در نظر داشتن این موضوع که مطالعات انجام شده در ایران به طور عمد ه معطوف به بررسی برخی عوامل اجتماعی موثر بر انجام جراحی زیبایی (نوقانی و همکاران، 1391)، گرایش زنان به جراحی زیبایی (توسلی و مدیری، 1392) و مقایسه وضعیت روانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی با افراد عادی (خانجانی و همکاران، 1392)، نقش نگرش های جنسیتی در پیدایش تصویر بدنی زنان (مختاری و عنایت، 1391) و تاثیر جراحی زیبایی بینی بر تصور از بدن (بنی اسدی، 1391) صورت گرفته است و با توجه به افزایش رو به رشد تقاضا برای انجام انواع جراحی های زیبایی همگام با افزایش روابط و مناسبات اجتماعی افراد خصوصا زنان در جامعه کنونی و با توجه به این نکته که طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند هسته اساسی انواع اختلالات از جمله اختلالات اضطرابی و همچنین به عنوان عامل فعال کننده رفتار افراد به عنوان پاسخی

در موقعیت های گوناگون باشند،^{۱۴} به دنبال پاسخ به این سوال بر می آید که "آیا اقدام به انجام انواع جراحی زیبایی، پاسخی ناسالم به فعال شدن طرحواره های ناسازگار اولیه و در راستای کاهش اضطراب اجتماعی زنان در روابط اجتماعی به شمار می آید؟" طراحی و اجرا شده است .

روش تحقیق:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی، علی-مقایسه ای یا پس رویدادی است. جامعه آماری تحقیق حاضر را زنان شهر تهران تشکیل داده اند که از میان این جامعه آماری نمونه ای به حجم نفر (نفر متقاضی جراحی زیبایی و نفر غیر متقاضی) به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه های طرحواره یانگ (نسخه سوم، فرم کوتاه) و اضطراب اجتماعی مورد مقایسه و ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در این پژوهش دو گروه از لحاظ برخی ویژگیهای جمعیت شناختی همانند سن، تحصیلات، طبقه اجتماعی - اقتصادی همسان و معادل یکدیگر میباشند .

- پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ (نسخه‌ی سوم فرم کوتاه، 2005؛ به نقل از غیائی، نشاطدوست، مولوی، صلواتی، 1388) . گویه‌ها به وسیله‌ی 18 طرحواره در 5 حوزه گروه‌بندی شده‌اند. یانگ این طرحواره ها را به شرح ذیل مینامد: رها شدگی / بی ثباتی^{۱۵}، بی اعتمادی / بد رفتاری^{۱۶}، محرومیت هیجانی^{۱۷}، نقص/شرم^{۱۸}، انزوای اجتماعی/بیگانگی^{۱۹}، وابستگی / بی کفایتی^{۲۰}، آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری^{۲۱}، خود تحول

J.E.Yong,J.S.Klasko

Abandonment

Mistrut/Abuse

Emotional Deprivation

Defectiveness/Un lovability

Social Isolation/Alienation

Impaired Autonomy and Performance

¹¹ Vulnerability to Harm or Illness

نایافته/گرفتار^{۲۲}، شکست^{۲۳}، استحقاق / بزرگ منشی^{۲۴}، خویشتن داری/خود انضباطی ناکافی^{۲۵}، اطاعت^{۲۶}، ایثار^{۲۷}، پذیرش جوئی / جلب توجه^{۲۸}، منفی گرائی/ بدبینی^{۲۹}، بازداری هیجانی^{۳۰}، معیارهای سرسختانه /عیب جوئی افراطی^{۳۱} و تنبیه^{۳۲} (یوسفی و همکاران، 1390).

در مورد نسخه هی 75 گویهای، صدوقی، آگیلار-وفایی و رسول زاده طباطبایی (1387)؛ والر و مایر و اوهانیان (2001)؛ ریجکبور و ون دن برگ (2006)؛ بارانوف و اوی، هوچو و کن (2006)؛ ریجکبور، وندن برگ و وندن بوت (2005)؛ لی، تایلور و دان (1999)؛ و گلاسر (2002) پایایی پرسشنامه و زیرمقیاسهای آن را از 0/60 تا 0/96 گزارش دادند. اشمیت^{۳۳} و همکاران (1995) ضریب همبستگی مقیاس نگرشهای ناکارآمد با فرم بلند این پرسشنامه را 0/60 به دست آوردند و ریجکبور و همکاران (2005) قدرت تمایز را، 87٪ گزارش دادند. به منظور تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد (غیائی و همکاران، 1388). ضریب آلفای کرونباخ در 11 طرحواره، 0/70 و بالاتر بود اما در 7 طرحواره دیگر کمتر از 0/70 بود. در حیطه‌های طرحواره نیز، در حیطه گوش به زنگی بیش از حد، ضریب آلفای کرونباخ کمتر از 0/70 به دست آمد. این ضریب در مقیاس کلی 0/94 بود. بیشترین نمره قابل کسب در این مقیاس 6 و کمترین نمره 1 میباشد که نمره بالا به معنای ناسازگاری بیشتر در طرحواره‌ها منظور میگردد. در پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ (نسخه‌ی سوم

Enmeshment
Failure to Achieve
Entitlement/Superiority
55 Insufficient Self-discipline
Subjugation
Self-sacrifice
Admiration/Recognition-Seeking
Pessimism/Worry
Emotional Inhibition
Unrelenting Standard
Self-punitivness
Smith,A

فرم کوتاه) بیمار خود را بر اساس سبک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای بر مبنای این که تا چه اندازه هر گویه وی را توصیف می‌نماید، ارزیابی می‌کند.

- پرسشنامه اضطراب اجتماعی: برای اندازه‌گیری میزان اضطراب اجتماعی افراد مورد آزمون از پرسشنامه اضطراب اجتماعی استفاده شد. این پرسشنامه شامل 38 سوال می‌باشد که توسط مشاوره (1381) ساخته شد. قسمتی از سوالات آن با استفاده از ملاکهای تشخیصی معتبر و مطالعات ادبیات مربوط به هراس (اضطراب) اجتماعی ساخته شده‌اند. قسمت دیگری از سوالات این پرسشنامه (15 سوال) نیز با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی دیویدسون^{۳۴} (1997)، به نقل از بهشتیان (1385) ساخته شده‌اند. پایایی آزمون سنجش علایم هراس اجتماعی با استفاده از آلفای کرونباخ، 83٪ تعیین گردیده است (بهشتیان 1385). بالاترین نمره این مقیاس 4 و کمترین نمره آن 0 میباشد که نمره بالا به معنای اضطراب اجتماعی بالاتر بیشتری می‌باشد. در این پژوهش آلفای کرونباخ این پرسشنامه 0/78 به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

با توجه به اینکه هدف مطالعه حاضر مقایسه طرحواره‌های ناسازگارانه و اضطراب اجتماعی زنان اقدام‌کننده به جراحی زیبایی با زنان غیر اقدام‌کننده به جراحی زیبایی شهر تهران می‌باشد، داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از آزمون t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند که نتایج آنها در جداول 1، 2 و 3 ارائه می‌گردند.

براساس نتایج جدول 1. در شاخص اضطراب اجتماعی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$) و همانگونه که مشاهده میشود میانگین افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی بالاتر از افراد غیر اقدام کننده به جراحی زیبایی می- باشد.

همانطور که نتایج حاصل از آزمون در جدول فوق مشهود است، چون سطح معناداری بیشتر از 0/05 می باشد، بنابراین نتیجه می گیریم تفاوت میانگین متغیر طرحواره های ناسازگارانه در دو گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای مداخله معنادار نمیباشد.

با توجه به نتایج بدست آمده در جدول 3، میانگین حوزه بریدگی و طرد در هر دو گروه، بالاترین میانگین و حوزه خودگرانی و عملکرد مختل در گروه اقدام کننده به جراحی زیبایی و حوزه محدودیتهای مختل در گروه غیر اقدام کننده به جراحی زیبایی، پائین ترین میانگین را شامل می شوند. همچنین با توجه به نمرات بدست آمده از آزمون t تفاوت معناداری در 5 حوزه طرحواره در میان دو گروه مشاهده نمی شود.

با توجه به داده های به دست آمده در جدول فوق، میانگین طرحواره های پذیرش جویی / جلب توجه، تنبیه و استحقاق / بزرگ منشی در گروه اقدام کننده به جراحی زیبایی از همه بالاتر و میانگین طرحواره های وابستگی / بی کفایتی، نقص / شرم و شکست از همه پایین تر می باشد. هم چنین میانگین طرحواره های معیارهای سرسختانه / عیب جویی افراطی، پذیرش جویی / جلب توجه و استحقاق / بزرگ منشی در گروه غیر اقدام کننده از همه بالاتر و میانگین طرحواره های نقص / شرم و وابستگی / بی کفایتی از همه پایین تر می باشد. با توجه به نمرات به دست آمده از آزمون t مستقل، تفاوت معناداری میان طرحواره ها در دو گروه دیده نشد.

بحث و نتیجه گیری:

بر اساس یافته های به دست آمده در پژوهش حاضر، تفاوت معناداری میان طرحواره های ناسازگار اولیه دو گروه اقدام کننده به جراحی زیبایی و غیر اقدام کننده مشاهده نگردید و بر این اساس فرضیه اول پژوهش مورد

تایید قرار نمی گیرد. این یافته ها همسو با نتایج بدست آمده از پژوهش شری و همکاران (8888) می باشد که حاکی از آن بود که پنهان کردن نقص ظاهری، علائم اختلال بدریختی بدن را بهتر از طرحواره های ناسازگار اولیه و سایر عوامل مؤثر دیگر در این اختلال، پیش بینی می نماید. همچنین طرحواره های غیر کارکردی مربوط به ظاهر فیزیکی معرف یک مکانیزم احتمالی هستند که از طریق این مکانیزم پنهان کردن نقص ظاهری، اختلال بدریختی بدن را تحت تأثیر قرار می دهند. همچنین یافته های بدست آمده از پژوهش حاضر با نتایج شری و همکاران (8888) در الگوی میانجی - واسطه ای که در پژوهش خویش ارائه نمودند که نشان می داد، پنهان کردن نقص باعث ایجاد طرحواره های غیر کارکردی و کژکار از ظاهر فیزیکی می شود که این طرحواره ها به نوبه خود باعث ایجاد شناخت های ناسازگار و غلط از ظاهر جسمانی می شوند و احتمال ابتلای فرد به اختلال بدریختی بدن را افزایش می دهند، همخوانی ندارند. بر طبق این مطالعه اینطور به نظر می آید که طرحواره های ناسازگار اولیه تنها به عنوان مکانیزمی در جهت ایجاد پاسخهای مقابله ای در جهت کاهش علائم اختلال به نظر می آیند و خود عامل برانگیزاننده پاسخ های افراطی نظیر انجام جراحی های زیبایی نمی باشند.

از آنجا که پژوهش حاضر به موضوعی نو و بدیع در زمینه مباحث مربوط به جراحی زیبایی و طرحواره ها پرداخته است، به طور کلی تحقیقی که اختصاصاً متغیرهای مورد پژوهش مطالعه حاضر را پوشش داده و مورد بررسی قرار دهد (پژوهش های داخلی و خارجی در حد بررسی پژوهشگر) یافت نشد. همچنین یافته های مطالعه حاضر کاملاً نا همسو با یافته ها و تئوری یانگ مبنی بر اینکه قرار گرفتن در موقعیت های اجتماعی خاص موجب فعال شدن طرحواره های ناسازگار اولیه شده و پاسخ های رفتاری افراطی برای رهایی از احساسات بالا آمده از این موقعیت ها می باشد.

یافته های بدست آمده در خصوص تفاوت میان اضطراب اجتماعی زنان اقدام کننده جراحی زیبایی با زنان غیر اقدام کننده، نشانگر تفاوت معناداری میان دو گروه می باشد. نتایج بدست آمده همسو با یافته های حاصل از

مطالعات کش و همکاران (44) می باشد که بر طبق آن، اختلالاتی مانند اضطراب اجتماعی از شایعترین اختلال های تشخیصی به صورت همزمان در بیماران مبتلا به بدریختی بدن می باشد و میزان شیوع آن بین % تا % درصد است.

همچنین یافته های به دست آمده از تحقیق زنجانی ()، بوگلز و مانسل () نشان دادند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و کمرو نسبت به افراد عادی نگرش منفی تری دارند و برای رهایی از احساسات ناشی از این نگرش به اعمال گوناگونی دست می زنند. با توجه به نتایج مطالعه حاضر این طور به نظر می آید که انجام جراحی زیبایی و ایجاد تغییرات ظاهری در افراد باعث بهبود احساسات آنها شده و اضطراب اجتماعی کمتری در نتیجه قرار گرفتن در موقعیت های اجتماعی با سایر افراد، تجربه می کنند. همچنین زیرک () در پژوهشی دیگر نشان داد که سبک دلبستگی اضطرابی در افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی بینی بیشتر دیده می شود که میتوان گفت یافته های بدست آمده از پژوهش حاضر این نتایج را تایید مینمایند.

این پژوهش به این دلیل که جزو اولین بررسی ها در زمینه طرحواره های ناسازگارانه و اضطراب اجتماعی با مقوله فراگیر و روبه افزایش جراحی زیبایی می باشد، به نوعی یک پژوهش اکتشافی به حساب می آید. از این رو شاید نتوان یافته های آنرا به طور کامل با استفاده از تحقیقات پیشین تبیین نمود. با این وجود مطالعه حاضر می تواند راهگشای پژوهش های بی شماری در این زمینه باشد. همچنین یافته های حاصل از این تحقیق بیش از آنکه بر عوامل روانشناختی و فردی تاکید داشته باشد، بطور غیرمستقیم نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی را پررنگ می کند. هر پژوهشی، چه در حیطه علوم انسانی و چه در زمینه علوم پایه به ویژه دارای محدودیت هایی است که پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نمی باشد و دارای نقایص و محدودیت هایی است که لازم است هم در به کارگیری و تفسیر نتایج آن و هم در انجام پژوهش های آتی در نظر گرفته شوند.

1- حجم اندک ادبیات پژوهشی در حوزه دیدگاه های ساختاری شناختی اختلالات، به ویژه دیدگاه

طرحواره های ناسازگارانه یانگ مقایسه نتایج پژوهش حاضر را با یافته های دیگران در محدوده نظر محقق با مشکل مواجه نموده است.

2- نو و بدیع بودن موضوع مورد مطالعه، امکان مقایسه های متعدد با یافته های پژوهشی داخل و

خارج از کشور را محدود می سازد.

3- زمان تکمیل پرسشنامه یانگ از نظر آزمودنیها طولانی بوده که این امر می توانست بر دقت و

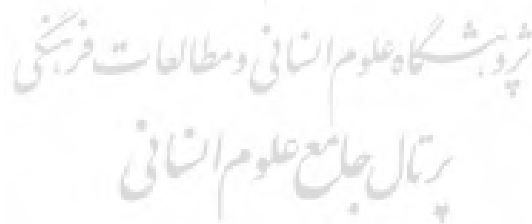
حوصله پاسخ دهندگان نیز تاثیر گذار باشد.

4- محدودیت سنی آزمودنیها که بین 18 تا 35 سال که امکان تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه

می کرد.

5- کنترل عواملی چون سطح سواد، درآمد، طبقه اجتماعی، شهر نشینی و نیز به دلیل کمبود نمونه

و آنهم نمونه در دسترس امکان پذیر نبود.



فهرست منابع:

_ حسینی بهشتیان، سید محمد (1385). بررسی تاثیر هیپنوتراپی بر علایم هراس اجتماعی، پایان نامه

کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

_ زارب، ژانت، م (2004)، ارزیابی و شناخت ° رفتاردرمانی نوجوانان، ترجمه محمد خدایاری فرد و

یاسمین عابدینی (1383)، تهران، انتشارات رشد.

_ زنجانی، زهرا، گودرزی، محمد علی، (1388)، مقایسه تصویر بدنی در افراد با هراس اجتماعی، کمرویی و بهنجار. *مجله روانشناسی*، سال سیزدهم، شماره 4، زمستان 1388.

_ زیرک، حسین (1388). شناخت سبک های دلبستگی، ترتیب تولد و ویژگیهای شخصیتی افراد اقدام کننده به رینوپلاستی زیبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

_ سجادی نژاد، مرضیه سادات، محمدی، نورالله، (1386). رابطه نگرانی از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس با اضطراب اجتماعی. *بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز*.

_ سیامک، ستوده (2008) زن و سکس در تاریخ، نسخه پنجم، چاپ آمریکا، نسخه الکترونیکی.

_ صدوقی، زهره، آگیلار- وفایی، مریم، رسول زاده طباطبایی، سید کاظم. (1387). تحلیل عاملی مقیاس شخص با حساسیت پردازش حسی بالا: رابطه مؤلفه های حساسیت پردازش حسی با افسردگی و اضطراب. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. سال چهاردهم، شماره 1. 85-89.

_ غیائی، مهناز؛ (1388)، هنجاریابی، پایایی و روایی پرسشنامه طرحواره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه) در دو گروه افراد دارای اختلال روانی و بهنجار در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

_ کلارک، دیوید؛ فربورن، کریستوفر (2001)؛ رفتاردرمانی شناختی، ترجمه حسین کاویانی (1380)، تهران، انتشارات فارس.

Baranoff, J., Oei, T. P., Ho Cho, S., & Kwon, S.-M. (2006). Factor structure and internal consistency of the young schema questionnaire (short form) in Korean and Australian samples. *Journal of Affective Disorders*, 93, 133–140.

Bo¨ gels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24, 827° 856.

Baniasadi H.(2011). Effects of Rhinoplasty on women´s body image. *J Dermatology and Cosmetic*;3(4):194-201. Persian.

Bo¨ gels, S. M., Deborah C. L. A., Daniel S. B., Lee A. C., Murray B. S. P., and Marisol V. (2010). Social anxiety disorder: Questions and Answers for the DSM-V. *Depression and anxiety* 27: 168° 189

Cafri, G., Thompson, J., Ricciadelli, L., McCabe, M., Smolake, L. & Yesalis, c.(2004). Pursuit of the muscular ideal: Physical and Psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25, 215-239.

Cash, T.F. (2002). The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 362-366.

Cash, T.F., & Labarge, A.S. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 37-50.

Cash, T.F., Melnyk, S.E., & Hrabosky, J.I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*. 35, 305° 316.

Cash, T. F., Goldenberg-Bivens, R. B., & Grasso, K. (2005, November 19). Multidimensional body-image predictors of college women attitudes and intentions vis-a-vis cosmetic surgery. *Poster presented at the Conference of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington, DC.*

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A.

Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect, 26, 697–714.*

Green, P, Pritchard, M. (2003). Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Social Behavior Personality.31, 222–215*

Harris and Curtin (2002). Parental Perception, Early Maladaptive Schemas and Depressive Symptoms in Young Adult. *Cognitive Therapy and Research, 26, 3, 405-416*

Hope, & F. R. Schneier (Eds.), Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment (pp° 1994). *New York: The Guilford Press*

Khanjani Z, Babapoor J, Gorizeh S. (2012). *Investigating mental status and body image in cosmetic surgery applicants in comparison with non-applicants.* J Shahid Sadoughi Univ Med Sci.;20(2):237- 48. Persian.

Kent.G& Keohan, S (2001), Social anxiety and disfigurement: the moderating effects of fear of negative evolution and past experience. *British journal of clinical psychology.40(1), 13-34.*

Lee, H-J. Telch. M. J. (2008). Attentional biases in social anxiety: An investigation using the inattentive blindness paradigm. *Behaviour Research and Therapy* 46 819° 835

Lepine, J.P. & Pelissolo,A(2000) ,Why take social anxiety disorder seriously? *Depression and anxiety*, 11, 87-g2.

Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema-Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 441° 451.

Leung N. Core beliefs in dieters and eating disordered women. *Eat Behav.* 2007; 8:65-72.

Mokhtari M, Enayat H.(2011). The survey of gender role attitudes on women's body image creation. *j women in development and politics*;9(3):67-87. Persian.

Noghani M, Khorasani M, Varshoie S.(2011). Social factors influencing cosmetic surgery. *J of Women Studie*; 8(4):101-75. Persian.

Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive chemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571-584.

Reas, D., & Grilo, C. (2004). Cognitive-behavioral assessment of body image disturbances. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 314° 322.

Rijkeboer, M. M., & van den Bergh, H. (2006). Multiple group confirmatory factor analysis of the young schema-questionnaire in a dutch clinical versus non-clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 263-278.

Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H., & van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 129-144.

Sarwer, D. B., Gibbons, L. M., & Crerand, C. E. (2004). Treating body dysmorphic disorder with cognitive-behavior therapy. *Psychiatric Annals*, 34, 934° 941.

Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema-Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295° 331.

Sclafani, A. P.(2003). Psychological aspects of plastic surgery. *Medicine*; 24(15): 1101-14.

Sherry, S. B., Vriend, J. L., Hewitt, P. L., Sherry, D. L., Flett , G. L., Wardrop, A. A. (2008). Perfectionisms dimensions, appearance schemas, and body image disturbance in community members and University student" department of psychology, *University of British Columbia, Canada*.

Tavasoli G, modiri F.(2012). Women tend to cosmetic surgery. *J of Women Studies*. ;10(1):61-82. Persian

Thimm, J. C. (2011). Incremental validity of maladaptive schemas over five-factor model facets in the prediction of personality disorder symptoms. *Personality and Individual Differences* 50 777° 782

Vlierberghe LV, Braet C, Bosmans G, Rosseel Y, Bogels S. (2010). *Maladaptive schemas and psychopathology: On the utility of Young's schema theory in youth*. *Cogn Ther Res*; 34: 316-32.

Waller, G., Shah, R., Ohanian, V., & Elliott, P. (2001). Core beliefs in bulimia nervosa and depression: The discriminant validity of Young's Schema-Questionnaire. *Behavior Therapy*, 32, 139-153.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: *Professional Resource Press*.

Yousefi N, Etemadi A, Bahrami F, Ahmadi A, Fatehi-Zadeh M.(2010). [Comparing of early maladaptive schemas among divorced and non-divorced couples as predictors of divorce]. *Journal of psychiatry and clinical psychology*; 16(1): 21-33. (Persian)