

مقایسه خودپنداشت، طرحواره‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی
در افراد متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی

**The Comparison of Self-concept, maladaptive schema
and emotional processing in people with and without
cosmetic surgery**

دکتر فرشته پورمحسنی کلوری^۱

استادیار روان شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

سونیا شیرمحمدی^۲

کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات
اردبیل، ایران

Dr. Fereshteh Pourmohseni Koluri

Assistant professor of psychology, Payam Nour University, Tehran, Iran
(Corresponding Author), fpmohseni@yahoo.com

Sonia Shirmohammadi

MA student of clinical psychology, Azad University of Ardebil

پذیرش: مرداد ۹۵

دریافت: خرداد ۹۵

نوع مقاله: پژوهشی

Abstract

The aim of this study is comparison self-concept, maladaptive schema and emotional processing in cosmetic and non-cosmetic surgery people. The study was causal-comparative Method and post-event kind. The study population included all individuals applying beauty cosmetic surgery clinic (clinic for skin, hair and beauty) and normal individuals in Ardabil, first half of 1394, of which between 120 (60 applicant cosmetic surgery and 60 non-applicants) were selected by convenience sampling. To collect data, the Young Schema Questionnaire, Rogers's self-concept Scale and emotional processing were used. Data analysis using multivariate analysis of variance (MANOVA) was performed. The results showed that the mean of scheme cuts and rejection, self-regulation, orientation and vigilant over other applicants in cosmetic surgery was higher than in non-applicant. The emotional process in the applicant for cosmetic surgery is less than non-applicants for cosmetic surgery. As well as results showed that people applying for cosmetic surgery compared with non-applicant have a negative self-concept. As a result, it can be stated that educational interventions designed

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه خودپنداشت، طرح‌واره‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی بود. روش پژوهش علی-مقایسه از نوع پس رویدادی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد متقاضی جراحی زیبایی مراجعه کننده به کلینیک های زیبایی (مطب های پوست، مو و زیبایی) و افراد عادی شهر اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۹۴ بودند که از این بین تعداد ۱۲۰ نفر (۶۰ متقاضی جراحی زیبایی و ۶۰ غیر متقاضی) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه طرح‌واره یانگ، مقیاس خودپنداره راجرز و پردازش هیجانی باکر استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) صورت گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین طرح‌واره بریدگی و طرد، خودگردانی، دیگر جهت مندی و گوش بزنگی بیش از حد در گروه متقاضی جراحی زیبایی بیشتر از گروه غیر متقاضی جراحی زیبایی بود. همچنین پردازش هیجانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی کمتر از افراد غیر متقاضی جراحی زیبایی است. بعلاوه نتایج نشان داد افراد متقاضی جراحی زیبایی در مقایسه با

to reduce the negative Self-concept, maladaptive schema and emotional processing increased in people applying for cosmetic surgery is necessary.

Keywords: self-concept, maladaptive schema, emotional processing, cosmetic surgery.

افراد غیرمتقاضی از خودپنداره منفی بالاتری برخوردار بودند. در نتیجه می توان بیان کرد طراحی مداخلات آموزشی برای کاهش خودپنداره منفی، طرحواره های ناکارآمد و افزایش پردازش هیجانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی ضرورت دارد.

کلمات کلیدی: خودپنداره، طرحواره های ناکارآمد، پردازش هیجانی، جراحی زیبایی.



مقدمه

جراحی زیبایی که جهت بهبود بخشیدن به ظاهر به کار گرفته می شود، تخصصی است که به ترمیم، نگهداری یا بهبود ظاهر فیزیکی فرد از طریق تکنیک های جراحی و پزشکی می پردازد (سوامی^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). به عبارتی دیگر جراحی زیبایی عبارتست از جراحی که برای تغییر دادن ظاهر بدن، در غیاب بیماری، آسیب و

¹ - Swami

جراحی یا بد شکلی مادرزادی و ارثی انجام می‌شود و می‌تواند عاملی برای بهبود کیفیت زندگی باشد (برونینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). هر ساله ده‌ها هزار نفر به منظور تغییر ظاهر فیزیکی خود، تحت عمل جراحی زیبایی قرار می‌گیرند (سارور^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). براساس گزارش انجمن جراحان پلاستیک آمریکا در سال ۲۰۰۹ تعداد جراحی‌های زیبایی انجام شده به ۱۲/۱ میلیون رسیده است. ایران نیز یکی از کشورهای با رتبه بالا در انجام جراحی‌های زیبایی در دنیا شناخته شده است (کاروالهو^۳، ۲۰۰۹). جراحی‌های زیبایی منحصر به طبقه مرفه جامعه نیست و از هر طبقه اجتماعی افرادی وجود دارند که بخشی از صورت یا اندام خود را به تیغ جراحان زیبایی سپرده‌اند. این روند به گونه‌ای ادامه یافته که مردم ایران در کنار کشورهای ترکیه و برزیل در رده‌های نخست میزان جراحی‌های جهان قرار دارند (خزیر و همکاران، ۱۳۹۲). به طوری که طبق گزارش‌های موجود، ایران از نظر نسبت اعمال جراحی زیبایی انجام شده به کل جمعیت در رتبه‌های اول جهان قرار دارد (احیایی و همکاران، ۱۳۹۲). تغییرات جسمی، شناختی و اجتماعی ایجاد شده در افراد، نگرانی درباره جذابیت جسمانی و عدم اطمینان در مورد ارتباطات اجتماعی، باعث نگرانی فرد در مورد چگونگی ارزیابی دیگران در مورد ساختار جسمانی وی می‌گردد. کش و گرانت^۴ (۱۹۹۶) عنوان می‌کنند زمانی که فرهنگ جامعه بر جذابیت جسمانی مخصوصاً برای زنان تأکید دارد، به تدریج زمینه نگرانی از تصویر بدن را فراهم می‌کند که این نگرانی منجر به کاهش خودپنداره افراد می‌گردد. بخش بزرگی از سلامت روانی و عاطفی فرد بسته به احساسی است که درباره خود دارد در علم روانشناسی دید و نگرش ذهنی که هر شخص نسبت به ابعاد شخصیتی و عاطفی خود دارد را خودپنداره می‌نامند (بیرانی^۵، ۱۹۹۸). خودپنداره در واقع همان تصویر و برداشتی است که تک

¹ - Breuning

² - Sarwer

³ - Carvalho

⁴ - Cash & Grant

⁵ - Byrne

انسان ها از خود در ذهن شان می سازند. برداشت افراد از خودشان تا حد زیادی به وسیله تجارب گذشته شان (شکست و موفقیت ها) و آنچه دیگران درباره شان فکر می کنند و از بازخورد عمل دیگران شکل می گیرد. اکثر مواقع افراد دید صحیح و شفافی نسبت به خود، توانمندی ها و استعدادها و یا حتی فیزیک بدنی شان ندارند. شناخت و داشتن دیدگاهی صحیح از خود اهمیت ویژه ای دارد برداشتی که هر شخص از خود دارد بر رفتار و عملکرد وی تاثیر می گذارد. در واقع خودپنداره هر فرد بر احساسی که نسبت به خودش دارد تاثیر فراوان می گذارد و این احساس رابطه مستقیم با اعتماد و عزت نفس دارد. افرادی که از خودپنداره مثبتی برخوردارند، رضایت بیشتری از خود دارند و به موفقیت های بیشتری دست می یابند؛ اینان به خود اطمینان خاطر داشته و بر مبنای توانایی هایشان تصمیم گیری می کنند (کوشان و واقعی، ۱۳۸۴). پاشا و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیقی نشان دادند بین افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیرمتقاضی، تفاوت معناداری در خودپنداره به دست آمد. همچنین مادو^۱ و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیقی نشان دادند افراد متقاضی عمل زیبایی نمرات پایینی در خودپنداره و برخی مولفه های سلامت روانی به دست آوردند.

خودپنداشت افراد با رفتارها و آموخته های دوران کودکی آنان در ارتباط می باشد. در واقع روابط اولیه افراد موجب شکل گیری ساختارهای روانشناختی می شوند؛ ساختارهای روان شناختی بنیان تفکر و رفتار افراد را سازمان می دهند. ژرف ترین این ساختارهای شناختی، طرحواره^۲ هستند. طرحواره ها در رویارویی با محرک های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به دست آمده را سرند، رمزگردانی و ارزیابی می کنند (یانگ، ۱۹۹۴). یانگ آن دسته از طرحواره ها را که به رشد و شکل گیری مشکلات روان شناختی می انجامند، طرحواره های ناکارآمد می نامد. این طرح-واره ها الگوهای شناختی و هیجانی خود آسیب رسانی هستند که از جریان اولیه رشد آغاز شده و در طول زندگی تداوم می یابند (نورداهل^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). از آنجا که

¹ - Madu

² - schema

³ - Nordahle

طرح‌واره‌ها هسته خودپنداره افراد را شکل می‌دهند، اگر دارای محتوای ناسازگارانه باشند، افراد را نسبت به گستره‌ای از کاستی‌ها و مشکلات آسیب پذیر می‌کنند (یانگ، ۲۰۰۳). خوش اقبال (۱۳۹۳) در نتایج بررسی خود گزارش کرد افراد متقاضی جراحی زیبایی بینی در مقایسه با افراد غیر متقاضی نارضایتی بیشتری از تصویر بدنی خود دارند. افراد غیر متقاضی کمال‌گراتر از افراد متقاضی جراحی بودند. همچنین گروه متقاضی طرح‌واره‌های ناکارآمد بیشتری را نسبت به گروه غیر متقاضی دارا بودند. همچنین نیلفروشان و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند که بین دو گروه زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیر متقاضی از نظر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود دارد.

یکی از عواملی دیگری که با تقاضای عمل زیبایی مرتبط است، پردازش هیجانی می‌باشد. پردازش هیجانی فرآیندی است که به وسیله آن آشفتگی عاطفی جذب و به اندازه‌ای کاهش می‌یابد که تجارب و رفتارهای دیگر بدون اغتشاش می‌تواند صورت بگیرد (راچمن^۱، ۱۹۸۰). از نظر راچمن (۱۹۸۰) چهار دسته عوامل، که ممکن است به مشکلاتی در پردازش هیجانی منجر شود عبارتند از: اجتناب شناختی، عدم تجربه خوگیری کوتاه مدت، افسردگی و عقاید بیش‌بها داده شده. نتایج نشان می‌دهند افرادی که از لحاظ پردازش هیجانی از سبک‌های شناختی ضعیف تری مانند نشخوارگری، فاجعه‌انگاری و ملامت خویش استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد، بیشتر در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیر می‌باشند (نریمانی، ۱۳۹۱). حلبیان (۱۳۹۱) در پژوهش خویش نشان داد جراحی زیبایی سینه می‌تواند موجب افزایش شادکامی، بهبود عملکرد در پردازش هیجان و بهبود کیفیت تصویر ذهنی بدن در زنان شود. همچنین مرادیان (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای نشان داد که دانشجویان متقاضی جراحی زیبایی در پردازش هیجانی نمرات پایینی (عملکرد نامطلوبتر) کسب نمودند. همچنین بیشتر این دانشجویان دارای راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجانی بودند. با توجه به آنچه گفته شد پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا خودپنداره،

¹ - Rachman

طرح‌واره‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی متفاوت است؟.

روش پژوهش

این پژوهش علی-مقایسه‌ای از نوع پس‌رویدادی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی (مطب‌های پوست، مو و زیبایی) و افراد عادی شهر اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۹۴ بودند که از این بین تعداد ۱۲۰ نفر (۶۰ متقاضی جراحی زیبایی و ۶۰ غیر متقاضی) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس اهداف پژوهش به آنان توضیح داده شد. همچنین برای مقایسه با این افراد ۶۰ نفر از افراد غیر متقاضی (همراهان این افراد) که به لحاظ سن و جنس و سطح تحصیلات با گروه متقاضی جراحی هم‌تا بودند، انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) صورت گرفت. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه به شرح ذیل استفاده شد:

الف) مقیاس خودپنداشت راجرز:

این مقیاس توسط راجرز (۱۹۵۱) تهیه شده است. این مقیاس دو فرم الف و ب دارد فرم الف نشانه تصویر شخصی از خود است به این ترتیب که آزمودنی برحسب اینکه از نظر هر صفت خود را چگونه می‌بیند خود را ارزیابی می‌کند. فرم ب نیز از نظر ترکیب درست همانند فرم الف است و آزمودنی برحسب اینکه در آینده انتظار دارد از نظر هر صفت چگونه باشد یا با توجه به صفات ایده‌آل خود را ارزیابی می‌کند. آزمون خودپنداره راجرز ۲۵ صفت دارد، که متضاد هر صفت در مقابل آن گذاشته شده است و برای هر صفت از ۱ تا ۷ نمره گذاری شده است. خودپنداره شامل نگرش، ادراک و برداشتی است که شخص از خود دارد. خودپنداره مثبت و عادی نمره ۰-۷ و خودپنداره منفی نمره ۷ به بالاتر را شامل می‌شود. پایایی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و از طریق تصنیف ۰/۸۷ به دست آمده است (میهن دوست، ۱۳۸۱).

همچنین شیخیانی (۱۳۸۲) ضرایب پایایی مقیاس خودپنداره را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف، برای خرده مقیاس خود واقعی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۵۰ و برای خرده مقیاس خود آرمانی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۳ گزارش کرده است. در این پژوهش نمره کل خودپنداره مورد استفاده قرار گرفت.

(ب) پرسشنامه طرحواره یانگ:

پرسشنامه طرحواره یانگ ابزار خود گزارش دهی برای سنجش طرحواره هاست. بیمار بر اساس توصیف هر جمله، خودش را در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه ای می‌سنجد. درمانگر برای تفسیر نتایج کمی هر بیمار یا میانگین نمرات هر طرحواره را جمع نمی‌کند بلکه به سوالات هر طرحواره به صورت جداگانه توجه می‌کند و سوال‌هایی که بیمار در آن نمره بالا گرفته است مشخص می‌نماید. در پژوهش اسمیت و همکاران (۱۹۹۴؛ نقل از صدوقی و همکاران، ۱۳۸۶) برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفایی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آمد و ضریب بازآزمایی در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بالا تر از ۰/۸۰ گزارش شده است. ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این پرسشنامه، ۰/۷۰ به دست آمده است (والر، مه‌یر و هینان^۱، ۲۰۰۱). در تحقیق صدوقی و همکاران (۱۳۸۷) همسانی درونی برای هفده عامل به وسیله آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش گردید و آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۴ بود.

(ج) مقیاس پردازش هیجانی:

مقیاس پردازش هیجانی (باکر، ۲۰۰۷) یک مقیاس خود گزارشی ۳۸ آیتمی است که برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی استفاده می‌شود. نسخه اصلاح شده این مقیاس یک ساختار ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) با ۲۵ سوال می‌باشد. مقیاس اصلاح شده در سال ۲۰۱۰ توسط بارکر و همکاران ساخته شده است. ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ گزارش شده است. به منظور تعیین ضریب اعتبار، این مقیاس با تنظیم هیجان همبسته شد. نتایج نشان داد که

¹- Waller, Meyer & Ohanian

بین این دو مقیاس همبستگی منفی معناداری وجود دارد ($r=0/54$) در تحقیقی مقدماتی که بر روی ۴۰ نفر از دانشجویان صورت گرفت ضریب اعتبار ۰/۷۷ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش نریمانی (۱۳۹۱)، ۰/۹۵ محاسبه شده است.

یافته ها

طبق یافته‌ها پژوهش میانگین (و انحراف معیار) سنی نمونه افراد متقاضی جراحی زیبایی ۲۷/۵۹ (و ۳/۱۹) و گروه افراد غیر متقاضی ۲۸/۱۷ (و ۳/۶۶) سال بود. ۶۵ درصد از آزمودنی‌ها متقاضی جراحی زیبایی مونث و ۳۵ درصد مذکر و در گروه غیر متقاضی جراحی ۵۸/۳۳ درصد مونث و ۴۱/۶۷ درصد نیز مذکر بودند. همچنین ۳۸/۳۳ درصد از آزمودنی‌های متقاضی جراحی زیبایی و ۳۶/۶۶ درصد از آزمودنی‌ها در گروه غیر متقاضی جراحی زیبایی دارای تحصیلات دیپلم بودند.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه متقاضی

و غیر جراحی زیبایی

گروه غیر متقاضی جراحی		گروه متقاضی جراحی زیبایی		شاخص‌ها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۵/۶۹	۳۳/۲۵	۹/۳۰	۵۲/۰۱	طرحواره بریدگی و طرد
۵/۰۲۵	۲۳/۹۶	۸/۵۵	۳۲/۹۸	طرحواره خودگردانی و عملکرد
۵/۴۳	۴۲/۳۲	۷/۹۱	۴۶/۹۱	طرحواره محدودیت‌های مختل
۷/۵۶	۲۹/۸۴	۷/۴۵	۴۷/۶۱	طرحواره دیگرجهت مندی
۴/۸۸	۲۲/۹۴	۶/۸۱	۳۱/۶۳	طرحواره گوش بزنگی بیش از حد
۲/۸۹	۸/۵۸	۳/۱۲	۱۱/۰۹	خودپنداشت (منفی)
۲۱/۵۴	۱۱۲/۱۷	۱۰/۶۱	۶۸/۳۳	پردازش هیجانی

مقایسه خودپنداشت، طرحواره‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی و ...

چنانچه در جدول (۱) مشاهده می‌شود میانگین طرحواره‌های ناسازگارانه بریدگی و طرد، دیگر جهت‌مندی و محدودیت‌های مختل و خودپنداره منفی در گروه متقاضی جراحی زیبایی بیشتر از گروه غیرمتقاضی بود. همچنین در گروه متقاضی جراحی زیبایی در مقایسه با گروه دوم، میانگین پردازش هیجانی نیز کمتر بود.

جهت آزمون فرضیه پژوهش و مقایسه دو گروه متقاضی جراحی زیبایی و گروه غیرمتقاضی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده گردید. جهت استفاده از این آزمون باید مفروضه‌های آن برقرار باشد. یکی از مفروضه‌های این آزمون برابری واریانس گروهها در متغیرهای وابسته می‌باشد. بررسی نتایج آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس برقرار است که نتیجه این آزمون در جدول (۲) آمده است. یکی دیگر از مفروضه‌های این آزمون، برابری ماتریس واریانس-کوواریانس می‌باشد که نتایج آزمون باکس-هاکی از برابری ماتریس واریانس/کوواریانس می‌باشد.

جدول (۲): نتایج آزمون لوین برای متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معنی داری
		۱	۲	
طرحواره بریدگی و طرد	۰/۸۷۹	۱	۱۰۷	۰/۳۵۱
طرحواره خودگردانی و عملکرد	۱/۶۰۶	۱	۱۰۷	۰/۲۰۶
طرحواره محدودیت‌های مختل	۱/۷۱۶	۱	۱۰۷	۰/۱۹۳
طرحواره دیگر جهت‌مندی	۰/۳۵۲	۱	۱۰۷	۰/۵۵۴
طرحواره گوش‌بزرگی بیش از حد	۰/۹۶۶	۱	۱۰۷	۰/۳۱۷
خوینداره	۱/۴۶۹	۱	۱۱۳	۰/۲۳۳
پردازش هیجانی	۲/۰۰۷	۱	۱۱۳	۰/۱۵۹

بنابراین استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری بلامانع است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیره طرحواره های ناکارآمد

مجدور اتا	P	df خطا	df فرضیه	F	مقدار	نام آزمون
۰/۷۲۷	۰۰۰ /	۱۰۳	۵	۵۴/۷۹۶	۰/۷۲۷	اثر پیلایی
۰/۷۲۷	۰۰۰ /	۱۰۳	۵	۵۴/۷۹۶	۰/۲۷۳	لامبدا ویلکز
۰/۷۲۷	۰۰۰ /	۱۰۳	۵	۵۴/۷۹۶	۲/۶۶۰	اثر هتلینگ
۰/۷۲۷	۰۰۰ /	۱۰۳	۵	۵۴/۷۹۶	۲/۶۶۰	بزرگترین ریشه خطا

گروه

همانطور که نتایج موجود در جدول ۳ نشان می دهد گروه های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری دارند ($F=54/799, p<0/05$). $F=0/27$ = لامبدا ویلکز). مجدور اتا نشان می دهد ۷۲ درصد از واریانس مربوط به اختلاف بین گروه ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بر روی متغیر طرحواره های ناکارآمد

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	P	اتا
مدل	طرحواره بریدگی و طرد	۷۰۸	۱	۱۹۷۷۰۵/۷۰۸	۹۵۲	۰۰۰	۰/۹۶۹
		۱۹۷۷۰۵			۳۳۰۲	۰	۰
		۴۲۴	۱	۸۱۱۷۵/۴۲۴	۰۷۷	۰۰۰	۰/۹۴۲

۰	۰	۱۷۵۲			۸۸۱۷۵		
/۹۵۵	/۰۰۰	/۶۵۱	۸۰۹۸۸/۱۴۸	۱	/۱۴۸	طرحواره محدودیت های	
۰	۰	۲۲۶۱			۸۰۹۸۸	مختل	
/۹۶۴	/۰۰۰	/۰۴۵	۱۶۳۱۵۸/۱۶۲	۱	/۱۶۲	طرحواره دیگر جهت مندی	
۰	۰	۲۸۵۹			۱۶۳۱۵۸		
/۹۷۷	/۰۰۰	/۰۹۶	۲۱۱۷۲۶/۳۲۷	۱	/۳۲۷	طرحواره گوش بزنگی	
۰	۰	۴۵۲۰			۲۱۱۷۲۶	بیش از حد	
/۵۹۹	/۰۰۰	۱۶۰/۰۱۱	۵۹۷۷/۸۱۸	۱	۵۹۷۷/۸۱۸	طرحواره بریدگی و طرد	
۰	۰						
/۲۹۱	/۰۰۰	۳۴/۹۷۰	۲۲۱۲/۸۵۳	۱	۲۲۱۲/۸۵۳	خودگردانی و عملکرد	
۰	۰						
/۳۵۰	/۰۰۷	۱۷/۰۳۴	۱۰۵۳/۱۹۳	۱	۱۰۵۳/۱۹۳	طرحواره محدودیت مختل	گروه
۰	۰						
/۵۸۷	/۰۰۰	۱۵۲/۳۲۴	۸۵۸۴/۶۵۸	۱	۸۵۸۴/۶۵۸	طرحواره دیگر جهت مندی	
۰	۰						
/۱۴۵	/۰۰۰	۱۸/۱۱۰	۸۴۸/۳۰۸	۱	۸۴۸/۳۰۸	طرحواره گوش بزنگی بیش	
۰	۰					از حد	

یافته‌های موجود در جدول (۴) نشان می‌دهد میانگین طرحواره بریدگی و طرد، خودگردانی، دیگر جهت مندی و گوش بزنگی بیش از حد در گروه متقاضی جراحی زیبایی بیشتر از گروه غیر متقاضی جراحی زیبایی است. اما بین طرحواره محدودیت مختل در دو گروه متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p < ۰/۰۵$).

جدول (۵): نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری خودپنداشت و

پردازش هیجانی در گروه مورد مطالعه

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	P	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۶۶۷	۷۴/۲۶۱	۳	۱۱۱	۰/۰۰۰	۰/۶۶۷
لامبدا ویلکز	۰/۳۳۳	۷۴/۲۶۱	۳	۱۱۱	۰/۰۰۰	۰/۶۶۷
اثر هتلینگ	۲/۰۰۷	۷۴/۲۶۱	۳	۱۱۱	۰/۰۰۰	۰/۶۶۷
بزرگترین ریشه خطا	۲/۰۰۷	۷۴/۲۶۱	۳	۱۱۱	۰/۰۰۰	۰/۶۶۷

گروه

همانطور که جدول (۵) نشان می‌دهد سطوح معناداری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد ($F = 74/261, p < 0/05$). $F = 0/333 =$ لامبدا ویلکز). مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت براساس آزمون لامبدا ویلکز ۰/۶۶۶ است، یعنی ۶۶ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول (۶): نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بر روی

متغیرهای خودپنداره و پردازش هیجانی در دو گروه مورد مطالعه

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
خودپنداشت (منفی)		۴۲۰۳/۳۷۴	۱	۴۲۰۳/۳۷۴	۲۰۹/۱۲۴	/۰۰۰	۰/۶۴۹
پردازش هیجانی		۳۰۶/۵۱۰	۱	۳۰۶/۵۱۰	۳۱/۱۵۷	/۰۰۰	۰/۲۱۶

گروه

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری موجود در جدول (۶) نشان می‌دهد در افراد متقاضی جراحی زیبایی میانگین خودپنداره (منفی) بیشتر و پردازش هیجانی کمتر است. بنابراین مبتنی بر نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها گروه متقاضی جراحی زیبایی در مقایسه با گروه غیرمتقاضی جراحی زیبایی، از طرح‌واره‌های ناسازگار و خودپنداره منفی بیشتر و پردازش هیجانی کمتری برخوردارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه خودپنداره، طرح‌واره‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی صورت گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد میانگین طرح‌واره بریدگی و طرد، خودگردانی، دیگر جهت‌مندی و گوش‌بزرگی بیش از حد در گروه متقاضی جراحی زیبایی بیشتر از گروه غیر متقاضی است ($p < 0/05$). این نتایج با یافته‌های پژوهش پیکواری^۱ و همکاران (۲۰۱۰)، خوش‌اقبال (۱۳۹۳)، نیلفروشان و همکاران (۱۳۹۴) و مارفتینز^۲ و همکاران (۲۰۱۴) همسویی داشت. پیکواری و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند ۵۱ درصد از افراد متقاضی جراحی زیبایی از وجود مشکلات روان‌شناختی زیربنایی از جمله طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه متقاضیان جراحی زیبایی حکایت می‌کند. خوش‌اقبال (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان داد که افراد متقاضی جراحی زیبایی بینی در مقایسه با افراد غیر متقاضی نارضایتی بیشتری از تصویر بدنی خود دارند. افراد متقاضی کمال‌گراتر از افراد متقاضی جراحی بودند. هم‌چنین گروه متقاضی طرح‌واره‌های ناکارآمد بیشتری را نسبت به گروه غیر متقاضی دارا بودند. هم‌چنین نیلفروشان و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند که بین دو گروه زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیر متقاضی از

^۱ - Pecorari

^۲ - Marftinez

نظر طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود دارد. در تحقیقی مارتینز و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند تفاوت معناداری بین نگرش های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای در دختران متقاضی جراحی زیبایی و غیر متقاضی وجود دارد. به شرحی که دختران متقاضی جراحی زیبایی از نگرش‌های ناکارآمد بیشتری برخوردار بودند. همچنین بیشتر این افراد دارای راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجانی بودند.

در خصوص تبیین نتایج به دست آمده قابل بیان است که طرحواره های حوزه بریدگی شامل رهاشدگی و بی ثباتی فرد، بی اعتمادی و بد رفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم و در نهایت انزوای اجتماعی می‌باشد که این قبیل طرحواره ها در افراد متقاضی، بیشتر دیده شده است و نشان دهنده آن است که نیازهای افراد متقاضی به امنیت، سلامت، حمایت و پذیرش به طور با ثبات ارضا نشده است. بدین ترتیب وجود چنین طرحواره هایی می‌تواند نشانگر این باشد که افراد متقاضی، توجه، گرمی و همراهی دیگران را کم تر دریافت کرده اند، منبع قدرت و حمایتی نداشته اند و خواهان رسیدن به این منبع حمایتی بوده اند (یانگ، ۲۰۰۳) از این رو به جراحی زیبایی روی آورده اند. همچنین در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، افراد متقاضی معمولاً انتظاراتی که از خودشان و محیطشان دارند که با توانایی‌های آنها برای بقا و عملکرد مستقل و انجام کارها به طور موفقیت آمیز تداخل پیدا می‌کند. معمولاً افرادی که به سراغ این قبیل جراحی‌ها می‌روند اعتماد به نفس پایینی دارند یا خانواده های آنها بیش از حد از آنها محافظت می‌کنند (یانگ و همکاران، ۱۹۵۰). مطالعه‌ی احیایی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد اعتماد به نفس پایین مهمترین عامل برای گرایش به جراحی زیبایی بینی است. این افراد احساس درماندگی و بی کفایتی دارند. افراد با نمرات بالا در این مولفه، تلاش می‌کنند تا بر احساس ضعف و عدم کفایت خود غلبه کنند. از این جهت این قبیل افراد، سهم بسزایی از جراحی های زیبایی را به خود اختصاص داده اند. یکی دیگر از ابعاد طرحواره ها، دیگر جهت مندی است که شامل اطاعت، ایثار و پذیرش-جویی می‌باشد. این حوزه حاکی از تاکید افراطی بر روی ارضای نیازهای دیگران به جای نیازهای خود فرد است، این کار به منظور به دست آوردن عشق و تایید، حفظ

ارتباط هیجانی یا اجتناب از انتقام و تلافی صورت می‌گیرد. با توجه به یافته‌هایی که در این پژوهش به دست آمده است افراد متقاضی، تمرکز افراطی بر تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران دارند (مرتبط با طرحواره گوش به زنگی) به گونه‌ای که نیازهای خودشان را نادیده می‌گیرند. این افراد برای دستیابی به توجه و پذیرش دیگران جنبه‌های مهم شخصیت خودشان را نادیده می‌گیرند. لذا برای گریز از احساس نارضایتی از ظاهر، کسب ظاهر آرمانی، کسب مقام و منزلت، پذیرش اجتماعی و رسیدن به طبقه اجتماعی بالا به جراحی‌های زیبایی گرایش پیدا می‌کنند. به طوری که پیکواری و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند ۵۱ درصد از افراد متقاضی جراحی زیبایی از وجود مشکلات روان شناختی زیربنایی از جمله طرحواره‌های ناسازگار اولیه متقاضیان جراحی زیبایی حکایت می‌کند.

قسمت دیگر نتایج پژوهش نشان داد پردازش هیجانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی کمتر از افراد غیر متقاضی جراحی زیبایی است. این نتایج با یافته‌های پژوهش رابرت^۱ و همکاران (۲۰۰۴)، حلییان (۱۳۹۱)، هینگمن^۲ و همکاران (۲۰۱۲) و مرادیان (۱۳۹۳) همسویی داشت. حلییان (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان داد تفاوت معناداری بین زنان متقاضی جراحی زیبایی سینه و غیر متقاضی از نظر پردازش هیجانی و تصویر بدنی وجود دارد. همچنین مرادیان (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای نشان داد که دانشجویان متقاضی جراحی زیبایی در پردازش هیجانی نمرات پایینی (عملکرد نامطلوبتر) کسب نمودند. در پژوهش مشابهی هینگمن و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند افراد متقاضی جراحی نمرات پایینی در عملکرد هیجانی - عاطفی در مقایسه با گروه کنترل کسب نمودند. رابرت و همکاران (۲۰۰۴) در تحقیقی گزارش نمودند افراد متقاضی جراحی زیبایی مشکلاتی در عوامل هیجانی - عاطفی، سابقه افسردگی، اضطراب، و یا اختلال شخصیت و اختلال بدشکلی بدن را دارا بودند.

¹ - Roberta

² - Honigman

در تبیین این یافته می توان گفت که وجود احساس نقص و عدم هماهنگی جسمانی و چهره ای و یا وجود احساس نازیبایی در رسیدن افراد متقاضی جراحی به برخی اهداف همچون اهداف عاطفی و هیجانی ناکامی و خلل ایجاد کرده و باعث کاهش سطح پردازش هیجانی در آنان می شود. چرا که پردازش هیجانی فرآیندی است که به سبب آن آشفتگی عاطفی جذب و به اندازه ای کاهش می یابد که تجارب و رفتارهای دیگر بدون اغتشاش می توانند صورت بگیرند. اما افراد متقاضی جراحی زیبایی به سبب احساس مورد تمسخر قرار گرفتن از سوی دیگران به دلیل چهره و ظاهر و وجود احساس حسادت نسبت به کسانی که دارای چنین نواقصی در ظاهر خود نیستند، بیشتر دچار آشفتگی عاطفی شده و پردازش هیجانی منفی در آنان بیشتر است.

یافته های دیگر پژوهش نشان داد افراد متقاضی جراحی زیبایی در مقایسه با افراد غیرمتقاضی بیشتر از خودپنداره منفی برخوردارند. این یافته با نتایج بررسی مولکینس و جانسین^۱ (۲۰۰۶)، پیکوریس^۲ و همکاران (۲۰۰۸) در پاشا و همکاران (۲۰۰۹) مادو و همکاران (۲۰۱۱) همسویی داشت. در تحقیقی پیکوریس و همکاران (۲۰۰۸) در نتایج تحقیقی گزارش نمودند افراد دارای عزت نفس پایین و تصویر بدن نامناسب بیشتر در پی جراحی زیبایی بودند. پاشا و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیقی نشان دادند تفاوت معناداری بین تصویر بدن و خود پنداره در میان افراد متقاضی عمل جراحی زیبایی و افراد عادی وجود دارد. به شرحی که افراد متقاضی عمل جراحی زیبایی نمرات پایینی در تصویر بدن و خود پنداره کسب کردند. همچنین مولکینس و جانسین (۲۰۰۶) در نتایج بررسی خود گزارش کردند بین عزت نفس پایین و تصویر بدن با تقاضا برای جراحی زیبایی رابطه معناداری وجود دارد. مادو و همکاران (۲۰۱۱) در نتایج بررسی خود نشان دادند افراد متقاضی عمل زیبایی نمرات پایینی در خودپنداره و برخی مولفه های سلامت روانی به دست آوردند. تبیین احتمالی در مورد این یافته ها این است که، نارضایتی افراد از تصویر بدنی خود تحت تأثیر فرهنگ و گروه همسالان می تواند منجر

^۱ - Mulkens & Jansen

^۲ - Pecoris

به ارزیابی‌های نادرست، افکار و هیجانات منفی در وی شده، زمینه کاهش اعتماد به نفس و خود پنداشت را برای آنها فراهم آورد. به طوری که براساس نتایج مطالعات فشارهای فرهنگی از جمله مهمترین عواملی هستند که در گرایش افراد به جراحی زیبایی اثر می‌گذارد (احمدنیا، ۱۳۸۵؛ نقل از رجبی، ۱۳۸۸) در چنین حالتی این افراد روابط اجتماعی خود را محدودتر کرده و حتی ممکن است منزوی شده و دچار اضطراب در برخوردهای اجتماعی خود شوند که این عامل نیز دلیل دیگری بر افزایش خودپنداره منفی در آنان می باشد و وجود این عوامل و عوامل های مشابهی می تواند آنان را به جراحی زیبایی سوق دهد.

در مجموع می توان بیان کرد طراحی مداخلات آموزشی برای کاهش خودپنداره منفی، طرح‌واره‌های ناکارآمد و افزایش پردازش هیجانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی ضرورت دارد. با توجه به اینکه این پژوهش در قالب خودسنجی انجام گرفته، بنابراین مانند تمامی پژوهش‌های واپس نگر، نتایج آن ممکن است با سوگیری همراه باشد. همچنین از آنجایی که روش نمونه گیری پژوهش حاضر از نوع در دسترس می باشد، این عامل به عنوان محدودیت پژوهشی در نظر گرفته می شود. بنابراین پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی علاوه بر استفاده از پرسشنامه از روش های دیگر گرد آوری اطلاعات و همچنین روش های احتمالی نمونه گیری استفاده شود. بعلاوه با مد نظر قرار دادن این مطلب که طرح‌واره‌های ناکارآمد، الگوهای شناختی و هیجانی خود-ویرانگر هستند و رفتار فرد قسمتی از طرح‌واره او نیست، بلکه رفتارهای ناسازگارانه به عنوان پاسخی در به طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شکل می گیرند، بنابراین مداخلات مشاوره ای مناسب برای این افراد می تواند در تغییر نظر آنان نسبت به جراحی های زیبایی (غیر ضروری) کارساز باشد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- احیایی، فرید علی؛ لطیفی، آرمان؛ بختیاری، محمود؛ و حسن پور، سید اسماعیل. (۱۳۹۲). بررسی اپیدمیولوژیک علل گرایش به جراحی زیبایی بینی در شهر تهران. فصلنامه علمی پژوهشی، ۲۲(۳)، صص ۱۰-۱۹.
- حلبیان، رویا. (۱۳۹۱). بررسی عامل های شادکامی، تنظیم هیجان و تصویر ذهنی بدن در زنان دارای تجربه جراحی زیبایی سینه. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- خزیر، زهرا؛ دهداری، طاهره و محمودی، محمود. (۱۳۹۲). بررسی نگرش دانشجویان دختر علوم پزشکی نسبت به انجام جراحی زیبایی و رابطه آن با تصور از بدن. مجله علوم پزشکی رازی، ۱۱۷(۲)، صص ۱-۹.
- خوش اقبال، مرجان. (۱۳۹۳). مقایسه طرح واره های ناسازگار اولیه، کمال گرایی و ناراضایتی از تصویر بدنی در بین افراد متقاضی جراحی زیبایی بینی و افراد غیر متقاضی شهر ارومیه. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی و میان رشته ای. دانشگاه ارومیه، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- رجبی، مریم. (۱۳۸۸). بررسی جامعه شناختی باز تعریف هویت زنان و گرایش آنان به جراحی های زیبایی در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا، دانشکده علوم اجتماعی.
- صدوقی، زهره؛ آگیلار وفایی، مریم؛ رسول زاده طباطبایی، کاظم؛ و اصفهانیان، نامیه. (۱۳۸۶). تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ در نمونه غیربالینی ایرانی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۴(۲)، صص ۲۱۴-۲۱۹.
- کوشان، محسن و واقعی، سعید. (۱۳۸۴). روان پرستاری، بهداشت روان ۱. چاپ دوم، تهران: موسسه انتشاراتی اندیشه رفیع، جلد اول.

میهن دوست، زهرا. (۱۳۸۱). *رابطه خودپنداره جایگاه مهار و عزت نفس با بهداشت روان در دانشجویان*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه الزهرا.
 نریمانی، محمد. (۱۳۹۱). *اثر بخشی آموزش کنترل تکانه بر پردازش هیجانی، تکانشوری و حواس پرتی دانش آموزان مبتلا به اختلال ریاضی*. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۲)، صص ۱۰۱-۱۲۲.

نیلفروشان، پریسا؛ نویدیان، علی و شامحمدی، ملیحه. (۱۳۹۴). *طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سلامت عمومی در زنان متقاضی جراحی زیبایی*. نشریه روان پرستاری، ۳(۱)، صص ۱۲-۲۳.

یانگ، جفری. (۲۰۰۳). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت، رویکرد طرح‌واره محور*. ترجمه: علی صاحبی و حسن حمید پور. تهران: انتشارات آگه.

Backer, R. (2007). Development of an Emotional processing. *Journal of psychosomatic research*, 4(6), 167-178.

Breuning, E., Oikonomou, D. & Singh, P. (2010). Cosmetic surgery in the NHS: Applying local and national guidelines. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 63(3), 42-1437.

Carvalho, C. (2009). Acceptance of cosmetic surgery and celebrity worship: Evidence of associations among female undergraduates. *Personality and Individual Differences*. 47(2), 72-869.

Cash, T.F. & Grant, J.R. (1996). The cognitive behavioural treatment of body-image disturbances. In: Van Hasselt VB, Hersen M, eds. *Source book of psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum Press; 567-614.

Honigman, R. J., Jackson, A. C. & Dowling, N. A. (2012). *The PreFACEc: A Pre-Operative Psychosocial Screen for Elective Facial Cosmetic Surgery and Cosmetic Dentistry Patients*. *Annals of Plastic Surgery*, 66 (1) 16-23.

- Madu, S., Bodiba, P., ezeokana, J.O. & Nnedum, O.A. (2011). *The relationship between body mass index and self- concept among adolescent black female University students*. Journal Curationis, Published in South Africa. 25(5), 215-239.
- Marftinez, H., Hatchett, D Y. & Anderman, E. M. (2014). *Compare dysfunctional attitudes and coping strategies in women seeking cosmetic surgery and non-applicant*. Journal of psychology, 13(3), 404-409.
- Nordahle, H.M., Holthe, H. & Haugun, J.A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical psychology and psychotherapy*, 12(2), 142-149.
- Pasha, GR., Naderi, F. & Akbari, SH. (2009). *Compared to body image, body mass index, general health and self-concept among people who did cosmetic surgery, cosmetic surgery and normal city people applying for PA*. New findings in the Journal of Psychology, 62-80.
- Pecorari, G., Gramaglia, C., Garzaro, M., Abbate-Daga, G., Cavallo, GP. & Giordano, C. (2010). *Self-esteem and personality in subjects with and without body dysmorphic disorder traits undergoing cosmetic rhinoplasty: Preliminary data*. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 63(3), 8-493.
- Rachman, S.J. (1980). *Emotional processing*. Behavior Research and Therapy; 18(5), 51° 60.
- Roberta, J., Honigman, B., Comm, B., Work, S. & Katharine, A. (2004). *A Review of Psychosocial Outcomes for Patients Seeking Cosmetic Surgery*. Plast Reconstr Surg, 113(4), 1229° 1237.
- Sarwer, D.B., Cash, T.F. & Magee, L. (2007). *Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image*. PlastReconstr Surg. 115(3), 8-931.
- Swami, V., Chamorro-Premuzic, T., Bridges, S. & Furnham, A. (2009). *Acceptance of cosmetic surgery: personality and individual difference predictors*. Body Image, 6(1), 7-13.

Waller, G., Meyer, C. & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the young schema questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 137-147.

Young, J., Klvskv, J. & Vyshar, M. (1950). *Schema Therapy (Practical guide for clinicians)*. Translation: Hamid Hassan Pour, Zahra Andoz. Tehran: Entesharat Arjmand.

