

بررسی مقایسه ذهنیت طرحواره‌ای با سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی

طرحواره‌ای بین زنان متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی

A Comparison of Schema Modes with Avoidance Coping Styles and Extreme Schema Compensation between Female Applicants and Non- Applicants for Cosmetic Surgeries

تاریخ پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۱۰/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۲۴

M. Mazlom., M. Arefi

Abstract

Aim: The present study aimed to compare schema modes with avoidance coping styles and extreme schema compensation between female applicants and non-applicants for cosmetic surgeries in the west of Tehran. **Method:** The descriptive study was a comparative causal study. The statistical population consisted of all women who visited Mobin Beauty Clinic and the non-applicants consisted of women present in Kourosh complex in the west of Tehran. Using convenience sampling, we selected 100 applicants from February 2016 to May 2017, and a sample of 100 non-applicants for cosmetic surgeries, and they responded to Young Schema Questionnaire (1998), the Extreme Compensation Questionnaire (1994), and Young Avoidance Questionnaire (1994). We used descriptive statistics and analysis of covariance to analyze the data. **Results:** The results

فرح میرزایی^۱، ناهید بابایی امیری*^۲، زهره صادقی افجه^۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه ذهنیت طرحواره‌ای با سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی طرحواره‌ای بین زنان متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی غرب تهران بود. **روش:** این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک زیبایی مبین و برای جامعه آماری غیر مراجعه‌کننده زنان حاضر در مجتمع کوروش در غرب تهران بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و از بین مراجعه‌کنندگان در بازه زمانی بهمن ماه ۱۳۹۵ تا اردیبهشت ماه ۱۳۹۶ نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر برای نمونه‌های متقاضی و ۱۰۰ نفر غیر متقاضی جراحی زیبایی انتخاب و به پرسشنامه‌های طرحواره‌های یانگ (۱۹۹۸)، جبران افراطی (۱۹۹۴) و اجتناب یانگ (۱۹۹۴) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های

* مقاله حاضر حاصل اقتباس از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است.

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد پیشوا ورامین، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد واحد پیشوا ورامین، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد واحد پیشوا ورامین، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

indicated that there was a significant difference between schema modes, extreme compensation, and avoidance style in female applicants and non-applicants of cosmetic surgeries ($p < 0.01$). **Conclusion:** According to the research results, women undergoing cosmetic surgeries suffer from more inefficient schema modes that might play a role in their surgeries.

Keywords: Avoidance, Extreme compensation, Cosmetic surgery, Schema modes

به دست آمده از روش های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس استفاده شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که بین ذهنیت طرحواره ای، جبران افراطی و اجتناب در زنان متقاضی زیبایی و غیر متقاضی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.01$). **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می توان استنتاج نمود که زنان اقدام کننده جراحی زیبایی از ذهنیت طرحواره ای ناکارآمد بیشتری رنج می برند و ممکن است این ذهنیت طرحواره ای در اقدام آنان به عمل جراحی نقشی ایفا کند. **کلیدواژه ها:** اجتناب، جبران افراطی، جراحی زیبایی، ذهنیت طرحواره ای

مقدمه

امروزه جراحی زیبایی به عنوان یکی از شایع ترین اعمال جراحی در سطح جهان مطرح است که میزان بهره گیری از آن رو به فزونی است (مارکی و مارکی، ۲۰۱۰). هدف اصلی جراحی زیبایی بهبود ظاهر فردی است که دارای ظاهری ناهنجار باشد. زمانی که انسان ها در می یابند خصوصیات فیزیکی آن ها مطابق با آن هنجارها نیست، ممکن است دچار رنجش شده و جراحی را به عنوان راه حل نهایی در نظر بگیرند. جراحی زیبایی اکنون تبدیل به یک عامل فریبنده و وسیله ای برای تجمل گرایی افراد مختلف شده است و این امر سبب پایه ریزی انتظارات غیرواقعی در افراد و مخدوش شدن حقایق در مورد ماهیت واقعی آن گردیده است (خانجانی، باباپور و صبا، ۱۳۹۱).

دلایل مختلفی را برای عمومیت فراگیر استفاده از جراحی های زیبایی بر شمرده اند، از جمله آن ها می توان به تنوع طلبی، امکان پذیری تغییر صورت، کاهش نارضایتی از ظاهر، ماندگاری تغییر، پیشرفت در روش های جراحی زیبایی، تبلیغات تلویزیونی و مجلات مد و زیبایی اشاره کرد. مجلات و روزنامه ها معمولاً شیوه های نوین جراحی زیبایی را معرفی کرده اند و این در حالی است که موجب نارضایتی مخاطبین این رسانه ها، از ظاهر فیزیکی می شوند (سوامیا، ۲۰۰۹). تبلیغات گوناگون، وعده بهبود ظاهر، افزایش اعتماد به نفس و بهبود کیفیت زندگی را به افراد می دهند. مطالعات نشان داده اند که دیگر عوامل مؤثر در گرایش به جراحی زیبایی شامل: نارضایتی از ظاهر، کسب ظاهر آرمانی و ایده آل، جنسیت، شریک عشقی، درآمد و سطح طبقه اجتماعی بالا و سطح تحصیلات بالا می باشد (احیایی و همکاران، ۱۳۹۲). افزون بر آن، میزان جراحی های زیبایی در ایران سیر صعودی داشته است. یافته ها نشان می دهد تنها ۱۰ درصد اعمال جراحی به دلیل ظاهر غیرطبیعی است و سایر موارد فقط برای

زیبایی ظاهری است (اسدی و همکاران، ۱۳۸۹). در واقع مؤلفه‌های روانشناختی در تقاضای جراحی زیبایی و نیز پیش‌آگهی و رضایت پس از عمل نقش مؤثری دارند. بعضی پژوهشگران بر این باورند که قسمت عمده‌ای از عزت‌نفس افراد که برای عمل جراحی زیبایی اقدام می‌کنند به‌ظاهر بدنی آن‌ها وابسته است. بنابراین برای افزایش عزت‌نفس خود به دنبال تغییر به‌وسیله جراحی می‌روند (آمبرو و همکاران، ۲۰۰۸). از آن رو، آنچه که تمامی پژوهشگران در مورد آن توافق دارند این است که در ارزیابی روانشناختی این افراد باید بر روی طرحواره‌های کودکی فرد در گذشته متمرکز شد. طرح‌واره‌ها؛ ساختارهای پایدار و بادوامی هستند که به‌مثابه‌ی عدسی‌هایی بر ادراک فرد از جهان، خود و دیگران اثر می‌گذارند. این طرح‌واره‌ها در طی تجارب اوان کودکی شکل گرفته و پاسخ فرد به رخدادهای محیطی را کنترل می‌کند. منشأ این طرح‌واره‌ها نیازهای هیجانی اصلی، تجارب اولیه‌ی زندگی و مزاج هیجانی فرد است (شوری، استوارت و اندرسون، ۲۰۱۴).

طرحواره‌های مطرح شده توسط یانگ با توجه به پنج نیاز هیجانی ارضا نشده، به پنج حوزه‌ی : بریدگی و طرد (شامل رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، محرومیت هیجانی / نقص / شرم، انزوای اجتماعی / بیگانگی)، خودگردانی و عملکرد مختل (وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، شکست)، محدودیت‌های مختل (استحقاق / بزرگ‌منشی، خویشنداری / خودانطباقی ناکافی)، دیگر جهت‌مندی (اطاعت، ایثار، پذیرش‌جویی / جلب توجه)، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری منفی‌گرایی / بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی، تنبیه تقسیم می‌شوند (یانگ و همکاران، ۱۳۹۱). زمانی که این طرح‌واره‌ها فعال می‌شوند می‌توانند بر ادراک، واقعیت و پردازش شناختی فرد اثر بگذارند؛ از این رو پژوهش‌ها نشان داده‌اند طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روانشناختی در فرد می‌انجامد (مولنار و همکاران، ۲۰۰۶) و این الگوهای درونی از طریق به وجود آوردن سبک‌های مقابله رفتارهای بیرونی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (تیم، ۲۰۱۰). برانگیختگی طرح‌واره (ناکامی یک نیاز هیجانی اساسی و هیجان‌های همراه با آن) تهدیدی است برای فرد که باید با سبک مقابله‌ای خاصی به آن پاسخ دهد. تمام موجودات زنده در مقابل تهدید سه واکنش اساسی نشان می‌دهند: جنگ، گریز، و میخکوب شدن. این سه واکنش با سه سبک مقابله‌ای جبران افراطی، اجتناب و تسلیم که یانگ معرفی می‌کند، همخوانی دارند (تیم، ۲۰۱۱). این سه سبک مقابله‌ای معمولاً خارج از حوزه هوشیاری عمل می‌کنند. معمولاً این سبک‌های مقابله‌ای در دوران کودکی انطباقی‌اند و بخشی از سازوکارهای بقایی سالم به شمار می‌روند (بالسامو و همکاران، ۲۰۱۵)؛ اما وقتی فرد پا به دوران بزرگسالی می‌گذارد، سبک‌های مقابله‌ای حالت ناسازگارانه پیدا می‌کنند؛ زیرا به‌کارگیری آن‌ها منجر به تداوم طرح‌واره‌ها می‌گردد (لی و همکاران، ۲۰۱۶). وقتی انسان‌ها تسلیم طرح‌واره می‌شوند به درست بودن آن گردن می‌نهند و هیچ‌وقت سعی نمی‌کنند با

طرح‌واره بجنگند یا از آن اجتناب کنند، بلکه می‌پذیرند که طرح‌واره درست است. وقتی افراد سبک مقابله‌ای اجتناب را بکار می‌گیرند، سعی می‌کنند زندگی خود را طوری تنظیم کنند که طرح‌واره هیچ‌وقت فعال نشود. آن‌ها می‌کوشند با ناآگاهی زندگی کنند. از فکر کردن به طرح‌واره اجتناب می‌کنند، افکار برانگیزاننده طرح‌واره را بلوکه می‌کنند، و در صورت بروز چنین افکار یا تصاویر ذهنی، سعی می‌کنند حواس خود را پرت کنند (فیشر و همکاران، ۲۰۱۶). در سبک مقابله‌ای جبران افراطی، افراد از طریق فکر، احساس، رفتار و روابط بین فردی به‌گونه‌ای با طرح‌واره می‌جنگند که انکار طرح‌واره متضادی دارند. آن‌ها در ظاهر اعتمادبه‌نفس زیادی دارند ولی در باطن هر لحظه نسبت به فعال شدن طرح‌واره‌ها احساس تهدید می‌کنند (تایلر و هارپر، ۲۰۱۵). علاوه بر آن، جبران افراطی حمله متقابل علیه طرح‌واره است که متأسفانه به هدف خود دست نمی‌یابد و به‌جای بهبودی باعث تداوم آن می‌گردد (دافرن و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات متعددی بر نقش انواع سبک‌های مقابله و خصوصاً اجتناب در رابطه با اختلالات جسمانی و روانی انجام شده است و نشان داده که استفاده از مقابله‌های ناسازگار، اجتنابی و هیجان‌مدار تأثیر منفی بر سلامت عمومی افراد دارند و حتی از مؤلفه‌های پیش‌بین اعتیاد و یا رفتارهای آسیب‌زننده به خود مانند جراحی‌های غیرضروری زیبایی هستند (کراتنمچر و همکاران، ۲۰۱۳؛ فلنگان و همکاران، ۲۰۱۴؛ براون و همکاران، ۲۰۱۵)؛ همچنین تحقیقات اندکی در زمینه ارتباط بین نوع طرح‌واره فعال و شدت استفاده از سبک خاصی از مقابله نیز انجام شده‌اند که نشان از رابطه‌ی اجتناب و برخی حوزه‌های خاص طرح‌واره‌ها از قبیل گوش به زنگی و بریدگی/ طرد می‌دهند (بایرامی و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهش دیگری استینر و همکاران (۲۰۰۲) مدلی را گزارش کردند که طبق آن سبک مقابله‌ی گرایش محور، می‌تواند به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده در رابطه بین اجتناب و تأثیرات منفی ناشی از آن در سلامتی افراد نقش داشته باشد و موجب کاهش آثار منفی اجتناب شود. با این توصیف، اکثر مطالعات به سبک مقابله‌ای اجتناب و ارتباطات آن با مقوله‌ی سلامتی پرداخته‌اند و شواهد اندکی در خصوص سبک مقابله جبران افراطی در دسترس است. از جمله رفتارهای مرتبط با سبک مقابله‌ای جبران افراطی؛ رفتارهای تکانشی، کنترل‌های افراطی و یا تلاش‌های بیش از حد برای پوشاندن مشکلات و بازتاب متفاوت آن‌ها در عمل هستند. اگرچه برخی مطالعات ارتباط منفی رفتارهای تکانشی و کنترل افراطی را با سلامت روان تأیید کرده‌اند (اولندیک و هورسچ، ۲۰۰۷؛ اونوکا و همکاران، ۲۰۱۴؛ رولفز و همکاران، ۲۰۱۳)؛ اما در میان این مطالعات، جای خالی پژوهش‌هایی که اثر مقایسه‌ای هر دو سبک مقابله‌ی اجتناب و جبران افراطی را با ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای در افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد عادی بسنجند و به این سؤال پاسخ دهند که آیا بین سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی با ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد عادی تفاوت وجود دارد؟ در همین راستا، هدف از

پژوهش حاضر بررسی مقایسه ذهنیت‌های طرحواره‌ای و سبک مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی بین زنان متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی غرب تهران می‌باشد.

روش پژوهش

روش پژوهش در این تحقیق از نوع علی-مقایسه‌ای و مقطعی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک زیبایی مبین و زنان غیر مراجعه‌کننده به مرکز خرید مجتمع کوروش غرب تهران تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک زیبایی مبین واقع در شمال غرب تهران در بازه زمانی اسفندماه ۱۳۹۵ تا اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۶ بود که با رعایت ملاحظات اخلاقی و اصول حفظ رازداری نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر و با توجه به شرایط ورود به پژوهش انتخاب و با پژوهشگر همکاری کردند. سپس برای نمونه‌های غیر مراجعه‌کننده از مرکز خرید مجتمع کوروش در غرب تهران به صورت در دسترس و با رعایت شرایط ورود به پژوهش ۱۰۰ نفر حاضر به همکاری و شرکت در پژوهش بوده و به پرسشنامه‌های طرحواره‌های یانگ، جبران افراطی یانگ-رای و پرسشنامه اجتناب یانگ-رای پاسخ دادند. شرایط ورود به پژوهش برای هر دو گروه زنان متقاضی جراحی زیبایی و زنان غیر متقاضی عبارتند از: داشتن حداقل مدرک دیپلم، سن بین ۲۵ تا ۴۵، ساکن غرب تهران و کسب رضایت و ملاک‌های خروج عبارتند از: تحت درمان دارویی یا روان‌درمانی قرار داشتن، داشتن اعتیاد، سن بالای ۵۰ سال بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه طرح‌واره یانگ (YSQ): این پرسشنامه ۷۵ سؤال دارد و بر اساس نتایج تحلیل عاملی از فرم بلند پرسشنامه طرح‌واره یانگ (۱۹۹۸) استخراج شده است. این پرسشنامه ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. برای هر طرح‌واره پنج سؤال در نظر گرفته شده است. سؤال‌هایی انتخاب شده‌اند که در فرم بلند این پرسشنامه بیشترین بار عاملی را کسب کرده‌اند (یانگ و همکاران، ۱۳۹۱). پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (بارانف و آئی، ۲۰۰۷؛ نقل از شهامت، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش لکنال-چولت، ماکلند، کاتراکس، بووارد و مارتین (۲۰۰۶) نقل از شهامت و همکاران، ۱۳۸۹) نشان داد که آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ است. صدوقی، آگیلار-وفایی، رسول‌زاده طباطبایی و اصفهانیان (۱۳۸۷) نقل از شهامت، ۱۳۸۹) در نمونه‌ای ۳۷۰ نفری از دانشجویان پسر دانشکده‌های مختلف دانشگاه‌های شهید بهشتی و شاهد تهران به بررسی ساختار عاملی این پرسشنامه پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که ۱۷ عامل در این پرسشنامه وجود

^۱. Young Schema Questionnaire

دارد. پانزده خرده مقیاس این پرسش‌نامه ثبات درونی خوبی نشان دادند (۰/۶۲ تا ۰/۹۰). ثبات درونی برای این پرسش‌نامه ۰/۹۴ بود. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی جبران افراطی یانگ-رای^۱: پرسشنامه جبران افراطی یانگ - رای (۱۹۹۴)، دارای ۴۸ سؤال است و به بررسی راهبردهای مقابله‌ای جبران افراطی می‌پردازد. سؤالات این مقیاس در یک طیف لیکرت ۱ تا ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. هر سؤال دارای زیربنایی از چند طرح‌واره مختلف می‌باشد که راهبردهای افراطی چون رفتار انتقادگرایانه، خوداتکایی افراطی، ذهن وسواسی، خوشبینی بیش از حد، رفتارهای تکنشگرانه، نازنده‌سازی و ... در پاسخ به طرح‌واره صورت می‌گیرند. نمرات بالا نشان دهنده وجود راهبرد جبران افراطی غالب در فرد است. در مطالعه‌ای ضریب پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی از طریق دو نیمه‌سازی برابر ۰/۷۹ برآورد شده است (بایرامی، بخشی‌پور و اسماعیلی، ۲۰۱۲) در مطالعه شهامت و همکاران (۱۳۸۹) آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ محاسبه شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب یانگ-رای: پرسشنامه اجتناب یانگ - رای (۱۹۹۴)، ۴۱ سؤالی است که برای بررسی راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی طراحی شده است. به هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۵ داده می‌شود. راهبردهای اجتنابی بر اساس این پرسشنامه عبارت‌اند از: فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند، سوءصرف مواد، انکار ناخوشی، کنترل و منطقی بودن افراطی، سرکوب خشم، علائم روانی- جسمی، گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از مردم، انکار خاطرات، اجتناب از طریق خوابیدن/ فقدان انرژی، حواس‌پرتی از طریق درگیر شدن در فعالیت‌های مختلف، آرام کردن خود(خوردن، خرید کردن و ...) بازداری منفعلانه هیجان‌های ناخوشایند، حواس‌پرتی منفعل، رؤیایپردازی و اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند. نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی غالب بودن راهبرد اجتناب است. در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان ایرانی، ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق دو نیمه‌سازی برابر ۰/۷۹ به دست آمده (صلواتی، ۱۳۸۶) و در پژوهش شهامت و همکاران (۱۳۸۹) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۷ برآورد شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

^۱. Young Compensation Inventory

یافته‌ها

شاخص‌های آماری مربوط به نمرات هریک از مولفه‌های ذهنیت طرحواره‌ای، سبک مقابله اجتناب و جبران افراطی در دو گروه زنان متقاضی زیبایی و زنان غیر متقاضی به طور جداگانه محاسبه شد، داده‌های توصیفی مربوط به هر متغیر در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱. شاخص‌های آماری مربوط به ذهنیت طرحواره‌ای، سبک مقابله اجتناب و جبران افراطی بین زنان متقاضی زیبایی و زنان غیر متقاضی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
ذهنیت	متقاضی زیبایی	۱۶۱/۱۸	۲۹/۸۶
طرحواره‌ای	غیر متقاضی	۱۵۱/۸۵	۲۸/۵۱
سبک مقابله	متقاضی زیبایی	۷۱/۹۷	۱۵/۶۹
اجتناب	غیر متقاضی	۶۷/۳۵	۱۴/۰۴
سبک جبران	متقاضی زیبایی	۶۳/۷۵	۲۰/۶۱
افراطی	غیر متقاضی	۵۵/۲۳	۱۷/۸۸

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) متغیرهای ذهنیت طرحواره‌ای، سبک مقابله‌ای اجتناب و سبک جبران افراطی در دو گروه

اثر	ارزش	آماره F	df فرضیه	df خطای توزیع	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	۰/۰۹	۷/۱۱	۳	۱۹۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸
	۰/۹۰	۷/۱۱	۳	۱۹۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸

در جدول (۲) مقدار هر کدام از دو آزمون نامبرده شده در جدول با آماره F نشان داده شده است که مقدار تبدیل شده آزمون F و یک توزیع تقریبی از آن می‌باشد. بر اساس مقادیر جدول فوق اثر تمامی آزمون‌های نامبرده شده در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار بوده است ($p < ۰/۰۱$)؛ به عبارت دیگر تمامی تقابل‌ها و اثرات بین متغیرهای پژوهش در بین دو گروه در مدل معنادار بوده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) متغیرهای ذهنیت طرحواره‌ای، سبک مقابله‌ای اجتناب و سبک جبران افراطی در دو گروه زنان متقاضی جراحی زیبایی و زنان غیر متقاضی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
گروه	ذهنیت طرحواره‌ای	۱	۴۳۵۲/۴۴	۵/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۱۲
	سبک مقابله اجتنابی	۱	۱۰۶۷/۲۲	۴/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۱۲
	سبک جبران افراطی	۱	۳۶۲۹/۵۲	۹/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۱۴
خطا	ذهنیت طرحواره‌ای	۱۹۸	۸۵۲/۴۱			
	سبک مقابله اجتنابی	۱۹۸	۲۲۱/۷۳			
	سبک جبران افراطی	۱۹۸	۳۷۲/۳۶			
کل تصحیح شده	ذهنیت طرحواره‌ای	۱۹۹				
	سبک مقابله اجتنابی	۱۹۹				
	سبک جبران افراطی	۱۹۹				

جدول (۳) آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها، مهم‌ترین نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره را شامل می‌شود. این جدول، آزمون‌های چند متغیره برای عامل‌های درون آزمودنی‌ها و روابط تقابلی بین آن‌ها را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌کنید در این جدول متغیرهای ذهنیت طرحواره‌ای، سبک مقابله اجتنابی و سبک جبران افراطی در بین دو گروه زنان متقاضی جراحی زیبایی و زنان غیر متقاضی معنادار بوده است ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه ذهنیت طرحواره‌ای با سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی طرحواره‌ای بین زنان متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی بود. نتایج نشان داد که بین ذهنیت طرحواره‌ای در دو گروه زنان متقاضی زیبایی و زنان غیر متقاضی تفاوت معناداری وجود دارد با توجه به نتایج این پژوهش بالا بودن نمرات گروه زنان متقاضی جراحی زیبایی در ذهنیت طرحواره‌ای را می‌توان با یافته‌های سایر پژوهش‌ها از جمله نیلفروشان و همکاران (۱۳۹۴)، قنبری (۱۳۸۹)، و شوری و همکاران (۲۰۱۴) همسو دانست که در آن افرادی که متقاضی جراحی زیبایی هستند توصیفات منفی از ظاهر خود دارند. افراد متقاضی، ذهنیت طرحواره‌ای بریدگی و طرد بیشتری را نشان داده‌اند؛ افزون بر آن این افراد تصویر بدنی منفی از خود دارند که احساس خود ارزشی کمتری نموده و به احتمال بیشتری از انزوا رنج می‌برند. همچنین ناراضی‌تری افراد از ظاهر خود می‌تواند به ارزیابی‌های نادرست، افکار و هیجانات منفی شده، کاهش اعتمادبه‌نفس را برای آن‌ها فراهم آورد. این افراد روابط اجتماعی خود را محدودتر کرده و حتی ممکن است منزوی شده و دچار اضطراب در برخوردهای اجتماعی خود شوند (نیلفروشان و همکاران، ۱۳۹۴). همین فرد این تجربه ذهنی را دارد که به نوعی از دیگران متفاوت است، متعلق به گروه یا دسته‌ای نیست و با دیگران فرق دارد و حس از خودبیگانگی در این افراد دیده می‌شود (سلوی و همکاران، ۲۰۱۰). از ذهنیت‌های طرحواره‌ای، طرحواره‌های بریدگی شامل رهاشدگی و بی‌ثباتی فرد، بی‌اعتمادی و بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم و در نهایت انزوای اجتماعی می‌باشد که این قبیل طرحواره‌ها 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 طرحواره‌هایی می‌تواند نشانگر این باشد که افراد متقاضی، توجه، گرمی و همراهی دیگران کم‌تر دریافت کرده‌اند، منبع قدرت و حمایتی نداشته‌اند و خواهان رسیدن به این منبع حمایت بوده‌اند؛ از این رو به جراحی زیبایی روی آورده‌اند. علاوه بر آن، در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، افراد متقاضی معمولاً انتظاراتی که از خودشان و محیطشان دارند با توانایی‌های آن‌ها برای بقا و عملکرد مستقل و انجام کارها به طور موفقیت‌آمیز تداخل پیدا می‌کند. معمولاً افرادی که به سراغ این قبیل جراحی‌ها می‌روند اعتمادبه‌نفس پایینی دارند یا خانواده‌های آن‌ها بیش از حد از آن‌ها محافظت می‌کنند (یانگ، ۲۰۰۶).

همچنین افراد متقاضی عمل جراحی زیبایی نسبت به افراد غیر متقاضی در ذهنیت طرحواره‌ای شامل استحقاق و بزرگ‌منشی، خویش‌نمندی و خود انضباطی با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. این حوزه‌ها به توصیف افراد می‌پردازد که در تعیین مرزهای درونی، عملکرد مسئولانه فعالیت منسجم برای دستیابی به اهداف دراز مدت، ضعف و ناتوانی نشان می‌دهند (نیلفروشان و همکاران، ۱۳۹۴). لذا افراد متقاضی مشکلاتی در رابطه با رعایت حقوق دیگران، همکاری با دیگران، تعهد یا هدف‌گزینی و رسیدن به اهداف واقع‌بینانه دارند. معمولاً این افراد هر کاری را در هر زمانی که دوست داشته باشند بدون در

نظر گرفتن واقعیت‌های موجود و ضررهای احتمالی به دیگران، انجام می‌دهند و به منظور کسب قدرت یا کنترل، تأکید اغراق‌آمیزی بر برتری خود دارند، این افراد به منظور غلبه بر دیگران، تلاش بسیاری می‌کنند (یانگ، ۲۰۰۵). همچنین فرد به شدت از ناراحتی اجتناب می‌کند، این‌گونه افراد درد را تحمل نمی‌کنند، از مسئولیت‌پذیری گریزانند و می‌خواهند به هر قیمتی که شده از تعارض جلوگیری کنند (شوری و همکاران، ۲۰۱۴)، از این رو برای فرار از تعارض، به جراحی‌های زیبایی روی می‌آورند.

افراد متقاضی جراحی زیبایی با توجه به داشتن ذهنیت طرح‌واره‌ای اطاعت، ایثار و پذیرش جویی که حاکی از تأکید افراطی بر روی نیازهای دیگران به جای نیازهای خود فرد است، به منظور به دست آوردن عشق و تائید، حفظ ارتباط هیجانی یا اجتناب از انتقام و تلافی رو به جراحی زیبایی می‌آورند. با توجه به یافته‌های این پژوهش افراد متقاضی، تمرکز افراطی بر تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران دارند به‌گونه‌ای 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 (نیلفروشان و همکاران، ۱۳۹۴).

به طور کلی همخوان با پژوهش‌های پیشین، اهمیت عوامل روانشناختی در پژوهش حاضر نیز نشان داده شد؛ بیش از آن که انتظار داشته باشیم یک عمل جراحی زیبایی موفق، باعث بهبود عوامل روانشناختی مانند بالا رفتن عزت نفس و نگرش به ظاهر بدنی به‌ویژه در زنان شود، باید توجه کرد که عوامل روانشناختی نقش زیادی هم در تقاضای جراحی زیبایی و هم در پیامدهای حاصل از آن را دارد؛ بنابراین بررسی این عوامل پیش از عمل جراحی، بسیار مهم است. با توجه به نتایج این مطالعه عوامل روانشناختی از جمله ذهنیت طرح‌واره‌ای که در حوزه‌های طرد و بریدگی، خودگردانی، محدودیت مختل و ایثار و اطاعت و پذیرش و نیز سلامت روانی از جمله عوامل مؤثر در گرایش و جستجوی جراحی زیبایی است. بنابراین ارائه مشاوره‌های روانشناختی از سوی گروه مشاوران و روانشناسان به‌خصوص طرح‌واره درمانی قبل از عمل جراحی زیبایی در زنان توصیه می‌شود.

دومین یافته این پژوهش نشان داد که بین سبک مقابله‌ای اجتنابی در دو گروه زنان متقاضی جراحی زیبایی و زنان غیر متقاضی تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهشگران دیگر، از جمله شهامت و همکاران (۱۳۸۹)، محمدپناه اردکان و همکاران (۱۳۹۱) و ریلوفس و همکاران (۲۰۱۶) همسویی دارد. همانطور که نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهند، سبک مقابله‌ای اجتناب‌داری رابطه‌ی منفی با وضعیت کلی سلامت فرد است. بدین معنی که استفاده بیشتر از این سبک‌های مقابله، منجر به کاهش سلامت جسمی و روانی در فرد می‌گردد. این یافته‌ها مطابق با نتایج پژوهش‌های متعددی است که رویکرد اجتنابی در مقابله با مشکلات را عامل آسیب به سلامت و بروز

رفتارهای اجتنابی چون جراحی‌های زیبایی، اعتیاد و ... می‌داند (فلنگان و همکاران، ۲۰۱۴). اهمیت این یافته از آنجا ناشی می‌شود که در اکثر مطالعات، صرفاً به نقش پررنگ سبک مقابله‌ای اجتناب و اثرات سوء آن بر سلامت تأکید می‌شود و حتی گاهی جهت جلوگیری از اجتناب، افراد به جبران افراطی ترغیب می‌گردند؛ آنچه برای تفسیر این پدیده لازم است، مختصات سبک مقابله‌ای جبران افراطی است که ریشه در نظریات طرح‌واره درمانی دارد (شهامت و همکاران، ۱۳۸۹).

طبق نظریه طرح‌واره درمانی در هر موقعیت معین فرد احتمالاً تنها یکی از سبک‌های مقابله‌ای را به کار می‌برد؛ اما می‌تواند با طرح‌واره‌های ناسازگار در موقعیت‌های مختلف سبک‌های مقابله‌ای گوناگونی را به نمایش بگذارد. جالب اینکه نیازهای هیجانی اساسی، سبک‌های مقابله‌ای را هدایت می‌کنند و هدف آن‌ها ارضا نیازهای هیجانی اساسی فرد است؛ اما به دلیل وجود طرح‌واره‌های ناسازگار مشکلاتی پدید می‌آید: تداوم طرح‌واره‌های ناسازگار از یک سو و گیر انداختن افراد در تله‌های شناختی از سوی دیگر منجر به استفاده از سبک مقابله‌ای اجتناب در فرد می‌شود. از این رو، هرچقدر طرح‌واره‌های ناسازگار سفت‌وسخت تر، انعطاف‌ناپذیرتر و افراطی‌تر باشند؛ به همان میزان پاسخ‌های مقابله‌ای سفت‌وسخت تر، انعطاف‌ناپذیری و افراطی‌تر خواهند شد (یانگ، ۲۰۰۵).

افزون بر آن، افراد در سبک مقابله‌ای اجتناب سعی می‌کنند در زندگی‌شان به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی کنند که طرح‌واره‌ها هرگز فعال نشوند و طوری عمل می‌کنند که گویی اصلاً طرح‌واره‌ای وجود ندارد. آن‌ها از موقعیت‌هایی که ممکن است باعث راه‌اندازی طرح‌واره‌ها شوند اجتناب می‌کنند و اگر طرح‌واره‌ای فعال شود ممکن است به رفتارهایی پناه ببرند که به افراد اجازه می‌دهد از آشفتگی هیجانی مرتبط با طرح‌واره اجتناب کرده و از آن بگریزند. برخی از این رفتارها عبارتند از میگزساری افراطی، مصرف دارو، اعتیاد به کار، یا انجام رفتارهای اجبارگونه مثل جراحی‌های زیبایی (قنبری، ۱۳۸۹). تمام این رفتارها به دلیل اجتناب از احساس‌های ناشی از طرح‌واره انجام می‌شوند. بنابر این فردی که ذهنیت طرح‌واره‌ای نامناسبی نسبت به ظاهر خود دارد، با اجتناب از این طرح‌واره‌ها روی به جراحی‌های زیبایی می‌آورد. به عبارتی می‌توان گفت سبک‌های دفاعی اجتناب، یک رشته راهبردهای غیر انطباقی برای مقابله با اضطراب‌های ناشی از امیال نهفته و سرکوب شده هستند و مشتمل بر مخلوطی از وابستگی به دیگران و اظهار امیال شخصی می‌باشند؛ از این رو، افرادی که این نوع سبک‌ها در زندگی‌شان غالب است، معمولاً برای مقابله با تنش‌های سرکوب شده‌ی زندگی به دنبال راه‌حل‌های غیرمنطقی هستند و تصویر بدنی منفی می‌تواند آن‌ها را به سوی اقداماتی چون جراحی زیبایی بکشاند (محمدپناه اردکان و همکاران، ۱۳۹۲).

بخش دیگری از یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین سبک جبران افراطی در دو گروه زنان متقاضی زیبایی و زنان غیر متقاضی تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهشگران دیگر،

از جمله شهامت و همکاران (۱۳۸۹)، محمدپناه اردکان و همکاران (۱۳۹۲) و ریلوفس و همکاران (۲۰۱۶) همسویی دارد. با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی در انتخاب جراحی زیبایی و وجود مکانیسم‌های دفاعی برای تعدیل این عوامل، انتخاب سبک مقابله‌ای مناسب تا حدود زیادی به عوامل خلق‌وخویی بستگی دارد. افراد منفعل بیشتر سبک مقابله‌ای تسلیم یا اجتناب را اختیار می‌کنند؛ در حالی که افراد پرخاشگر به احتمال زیاد از سبک مقابله‌ای جبران افراطی استفاده می‌کنند. با این حال در این انتخاب عوامل محیطی نقش دارند؛ مثل رفتارهای مقابله‌ای که مراقبین مهم زندگی فرد به نمایش می‌گذارند. لذا راهبردهایی که اتخاذ می‌شوند، ماحصل تعامل بین طبع ذاتی و تأثیرات محیطی است. افراد در این سبک از طریق تفکر، احساس و رفتار طوری با طرح‌واره می‌جنگند که گویی نقطه مقابل آن صحیح است. برای مثال فرد نگرش‌های کمال‌گرایانه‌ای اتخاذ می‌کند تا احساسات زیر بنایی بی‌ارزشی را جبران سازد. اگر فرد کودکی مطیع باشد در بزرگسالی نافرمانی پیشه خواهد کرد. اگر در دوران کودکی کنترل شود در بزرگسالی سعی خواهد کرد دیگران را کنترل کند و یا اگر در کودکی مورد آزار قرار گیرد ممکن است در بزرگسالی دیگران را اذیت کند (فلنگان و همکاران، ۲۰۱۴).

طبق نظریه طرح‌واره درمانی اکثر افرادی که از جبران افراطی استفاده می‌کنند سالم به نظر می‌رسند و بسیاری از این افراد مورد تحسین جامعه هستند. آن‌ها طرح‌واره‌های خود را به طور افراطی جبران می‌کنند؛ اما جنگیدن علیه یک طرح‌واره تا زمانی سالم محسوب می‌شود که رفتار با موقعیت تناسب داشته باشد، به احساسات دیگران خدشه وارد نکند و پیامد منطقی داشته باشد؛ ولی معمولاً جبران افراطی در چرخه حمله متقابل رفتار می‌شود (شهامت و همکاران، ۱۳۸۹). به‌عنوان مثال، بیماران مطیع بهتر است کنترل بیشتری بر زندگی خود اعمال کنند، اما وقتی از جبران افراطی استفاده می‌کنند تبدیل به افرادی کنترل‌کننده و سلطه‌گر می‌شوند که باعث انزجار دیگران می‌شوند؛ و همین دوری و انزجار دیگران باعث می‌شود این افراد طرح‌واره‌های ذهنیتی ناکارآمدشان مبنی بر زیبا نبودن، جذاب نبودن، نقص داشتن و ... فعال شود و آن‌ها را ترغیب به گرایش به جراحی زیبایی کند. از این رو، به نظر می‌رسد جبران افراطی به‌عنوان جایگزینی برای درد ناشی از طرح‌واره به وجود می‌آید، بدین ترتیب این افراد راه‌گریزی از احساس درماندگی و آسیب‌پذیری روز افزون خود با پناه بردن به جراحی‌های زیبایی پیدا می‌کنند. مثلاً خودشیفتگی به‌عنوان جبران افراطی به این افراد کمک می‌کند تا با احساس محرومیت هیجانی و نقص خود مقابله کنند؛ این افراد با تحقیر کردن دیگران می‌توانند احساس برتری کنند. آن‌ها تلاش می‌کنند بی‌نقص به نظر برسند و ممکن است در دنیای بیرون با انجام جراحی‌های زیبایی موفق باشند اما در درون خود آرامش ندارند؛ آن‌ها نمی‌توانند مسئولیت شکست‌های خود را بپذیرند یا محدودیت‌هایشان را بشناسند و از این رو کمتر از اشتباهات

خود درس می‌گیرند؛ به همین دلیل وقتی به سختی شکست می‌خورند توانایی‌شان برای جبران افراطی درهم می‌شکند و به افسردگی مرضی دچار می‌شوند. در این هنگام طرح‌واره‌های زیربنایی آن‌ها با شدت هیجانی بیشتری فعال می‌شود (یانگ، ۲۰۰۶).

هم‌چنین این افراد نسبت به دیگران در جامعه به طور اعم، متوقع و منتقدند و سعی دارند تا خود را به‌گونه‌ای نشان دهند که مورد تأیید دیگران هستند. افراد با نمرات پایین در سبک اجتنابی، معمولاً از خود و ظاهر خود رضایت کافی ندارند و از افکار دیگران تأثیر زیادی می‌گیرند و در تلاش‌اند تا خود را با نظرات دیگران سازگار نمایند، به طوری که وقتی بر ویژگی‌های خود متمرکز می‌شوند معمولاً یک تصویر منفی از خود در ذهن می‌سازند و سپس برای اصلاح و بهبود آن تصویر منفی سعی در تغییر ویژگی‌های خود می‌نمایند (محمدپناه اردکان و همکاران، ۱۳۹۲). از این‌رو این نکته می‌تواند بیانگر این مطلب باشد که افراد داوطلب جراحی زیبایی نسبت به افراد غیر داوطلب معمولاً تأثیرپذیرتر و بدگمان‌تر بوده و از خود و ظاهر بدنی خود رضایت کمتری دارند و بیشتر به دنبال کسب تأیید نظر اطرافیان هستند و ممکن است احساس خود ارزشمندی کمتری داشته باشند؛ این افراد با نمرات پایین‌تر در این سبک، ذهنیت و تصویر منفی‌تری از خود و ظاهر بدنی خود نشان می‌دهند؛ افراد داوطلب جراحی زیبایی به علت داشتن ذهنیت منفی از ظاهر خود و به علت این که خود را از نظر دیگران دلپذیر نمی‌دانند سعی دارند تا با انجام عمل جراحی بر این مشکل فائق آیند. به عبارت دیگر این افراد این‌گونه تصور می‌کنند که با جراحی زیبایی به احساس مثبتی از خود دست پیدا می‌کنند و این امر خود منجر به افزایش عزت نفس، رضایت روان‌شناختی، رضایت در روابط بین فردی و احساس ارزشمندی اجتماعی آنان می‌شود (محمدپناه اردکان و همکاران، ۱۳۹۱، ۱۳۹۲). هر پژوهش با محدودیت‌هایی همراه است در این پژوهش نیز محدودیت‌هایی هم‌چون نمونه‌گیری در دسترس، محدود شدن افراد نمونه به کلینیک جراحی زیبایی متین و مرکز خرید مجتمع کوروش، حجم نمونه و استفاده از ابزار خودسنجی، تعمیم‌پذیری و استنباط از نتایج نیز با محدودیت روبه‌رو خواهد بود. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم در خصوص ذهنیت طرحواره‌ای و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد در فهرست برنامه‌های آموزشی قرار گیرد تا درمانگران بتوانند با توجه به ذهنیت طرحواره‌ای و سبک‌های مقابله‌ای این افراد به درمان بپردازند.

موازن اخلاقی

مقاله حاضر حاصل اقتباس از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است که به تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین رسیده است. ملاحظات اخلاقی در پژوهش با جلب رضایت

آگاهانه شرکت‌کنندگان رعایت شده است؛ هم‌چنین به افراد درباره محرمانه بودن نتایج اطمینان داده شد.

سپاسگزاری

در پایان لازم است از زحمات کارکنان مراکز مشاوره آیین، آبان و میلاد نور به دلیل فراهم کردن امکان نمونه‌گیری و تشکیل جلسات درمان تشکر و قدردانی به عمل آوریم. هم‌چنین از کلیه شرکت‌کنندگان در فرایند درمان صمیمانه قدر دانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

اسدی، مینا؛ صالحی، منصور؛ صدوقی، محمود؛ ابراهیمی، افخم. (۱۳۸۹). عزت نفس و نگرش به ظاهر بدنی پیش و پس از عمل جراحی زیبایی بینی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی*. ۱۹ (۱): ۲۸-۳۳.

احیایی، فرید علی؛ لطیفی، آرمان؛ بختیاری، محمود؛ حسن‌پور، سیداسماعیل؛ حریری، غلامرضا؛ شریعتی، نبی‌اله؛ دل‌پیشه، علی؛ اعتماد کوروش. (۱۳۹۲). بررسی اپیدمیولوژیک علل گرایش به جراحی زیبایی بینی در شهر تهران. *فصلنامه طب و ترکیه*؛ ۲۲ (۳): ۹-۱۶.

خانجانی، زینب؛ باباپور، جلیل؛ صبا، گریزه. (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه وضعیت روانی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۲۰ (۲): ۲۳۷-۲۴۸.

شهامت، فاطمه (۱۳۸۹). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، سال ۵، شماره ۲۰.

شهامت، فاطمه؛ ثابتی، علیرضا؛ رضوانی، سمانه. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *مطالعات تربیتی و روانشناسی*. دوره ۱۱، شماره ۲: ۲۳۹-۲۵۴.

صلواتی، مزگان (۱۳۸۶). طرحواره‌های غالب و اثربخشی طرح‌واره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران*. دانشگاه علوم پزشکی تهران.

قنبری، زهرا. (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگارانه و اضطراب اجتماعی زنان اقدام‌کننده جراحی زیبایی با زنان غیر اقدام‌کننده شهر تهران. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و*

روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

محمدپناه اردکان، عذرا؛ یعقوبی، حسن؛ یوسفی، رحیم. (۱۳۹۲). عوامل پیش بینی کننده جستجوی جراحی زیبایی. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۱۵(۴): ۲۴۵-۲۵۵.

محمدپناه اردکان، عذرا؛ یعقوبی، حسن؛ یوسفی، رحیم. (۱۳۹۱). صفات شخصیت و سبک‌های دفاعی در افراد داوطلب جراحی زیبایی. فصلنامه پوست و زیبایی. ۳(۲): ۷۲-۸۳.

یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۱۳۹۱). طرح‌واره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران، انتشارات ارجمند (انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

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

References

- Li DH, Zhu H, Guo XJ, Fu J.(2016). [Associations Between Stress Coping Strategies and Perceived Social Support in Young Patients with Gynecologic Cancers]. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 47(3):402-5.
- Markey, C. N., & Markey, P. M. (2010). A correlational and experimental examination of reality television viewing and interest in cosmetic surgery. *Body Image*, 7, 165-171.
- Molnar, D. S., Reker, D. L., Culp, N. A., Sadava, S. W., & DeCourville, N. H. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality*. 40, 482-500.
- Krattenmacher, T., Kühne, F., Führer, D., Beierlein, V., Brähler, E., Resch, F., Klitzing, K. V., Flechtner, H., Bergelt, C., Romer, G., & Möller, B. (2013). Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multicenter and multi-perspective study. *Journal of Psychosomatic Research*. 74, 252-259.
- Taylor C, & Harper S.F. (2015). Early maladaptive schema, social functioning and distress in psychosis: A preliminary investigation. *Clinical Psychologist*. 63 (76); 89-122.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *J Behav Ther & Exp Psychiat*. 41, 373-380.
- Shorey R.C., Stuart G.L., & Anderson S. (2014). Differences in Early Maladaptive Schemas between a Sample of Young Adult Female Substance Abusers and a Non-clinical Comparison Group. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 21 (1); 21-28.
- Solvi AS, Fossa K, Soestc TV, Roald HE, Skolleborg KC, Holle A. (2010). Motivational factors and psychological processes in cosmetic breast

- augmentation surgery. 2010; 63 (4).673–80.
- Stiner, H., Erickson, S. J., Hernandez, H. L., & Pavelski, R. (2002). Coping Styles as Correlates of Health in High School Students. *Journal of Adolescent Health*. 30, 326–335.
- Swamia V. (2009). Body appreciation , media influence, and weight status predict consideration of Cosmeticsurgery amongfemaleunndergraduates. *Body Image*. 2009;6:315-7.
- Ollendick, T. H., & Horsch, L. M. (2007). Fears in Clinic-Referred Children: Relations With Child Anxiety Sensitivity, Maternal Overcontrol, and Maternal Phobic Anxiety. *Behavior Therapy*. 38, 402–411.
- Roelofs J, Onckels L, & Muris P. (2013). Attachment Quality and Psychopathological Symptoms in Clinically Referred Adolescents: The Mediating Role of Early Maladaptive Schema. *Journal of Child and Family Studies*. 22 (3); 377-385.
- Unoka Z.S., Fogd D., Seres I., Kéri S., & Csukly G. (2015). Early Maladaptive Schema–Related Impairment and Co-occurring Current Major Depressive Episode–Related Enhancement of Mental State Decoding Ability in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 29 (2); 146-155.
- Young, J.E. (2005). Schema-Focused Cognitive Therapy and the Case of Ms. S.. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2005;15:115–126.
- Young, J. E. (2006). *Young schema questionnaire-3*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. (1994). Schema Therapy: Conceptual Model, Available in www.therapist-training.com.au/young.pdf.

