

Structural Model of the Relationship Between Tendency to Cosmetic Surgery with Irrational Beliefs and inCompatible Schemas Mediated by Cognitive Emotion Regulation Based on the Type of Surgery in Women Applying for Cosmetic Surgery in Bushehr

Soroor Khabaz Sabet¹, Moloud Keykhosrovani*², Ali Pouladi Rishehri^{2,3}, Mohammad Reza Bahrani^{2,3}

¹PhD Student, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran

²Assistant Professor, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran

³Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Bushehr Branch, Bushehr, Iran.

Article History

Received: 2021/10/27

Revised: 2021/12/31

Accepted: 2022/04/16

Available online: 2022/04/16

Article Type: Research Article

Keywords: Cosmetic surgery, irrational beliefs, maladaptive schemas, cognitive emotion regulation

Corresponding Author*: Moloud keykhosrovani, Assistant Professor, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran

Postal code: 7515895496

ORCID: 0000-0002-0388-4265

E-mail: moloud.keykhosrovani@iaubushehr.ac.ir

Dor:

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1399.15.2.5.8>

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between irrational beliefs and early maladaptive schemas with tendency to cosmetic surgery in women seeking cosmetic surgery. The method of the present study was a correlation model of structural equation model. The statistical population of this study included all women applicants for cosmetic surgery who referred to beauty clinics in Bushehr 2020/1399. The sample size consisted of 400 women who were selected by available sampling method. Data collection tools were, Tendency to Cosmetic Surgery (Etemadifar & Amani, 2013/1392 s.c.), Irrational Beliefs (Jones, 1969), Early Maladaptive Schemas (Young, 2005) and Cognitive Emotion Regulation (Garnefski, 2001) questionnaires. The results showed that irrational beliefs and maladaptive schemas predicted the tendency to cosmetic surgery in women by mediating role of cognitive emotion regulation. Also, data analysis showed the appropriateness of the indicators and indicated a good and acceptable fitness for the hypothesized model. The findings of the structural model showed that the path of irrational beliefs and maladaptive schemas with cognitive emotion regulation is significant directly and with a tendency to cosmetic surgery mediated by cognitive emotion regulation. The results of this study can introduce a protocol for psychotherapists and counselors in providing specialized counseling to women seeking cosmetic surgery to correct irrational beliefs and cognitions and teach coping styles to reduce irrational beliefs, modification of early maladaptive schemas and increase cognitive emotion regulation.

Citation: Khabaz Sabet, S., Keykhosrovani, M., Pouladi Rishehri and A., Bahrani, M. R. (1399/2020, 2021). Structural model of the relationship between tendency to cosmetic surgery with irrational beliefs and incompatible schemas mediated by cognitive emotion regulation based on the type of surgery in women applying for cosmetic surgery in Bushehr, 15 (2). 1-15, Dor: <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1399.15.2.5.8>

مدل ساختاری رابطه‌ی بین باورهای غیرمنطقی و طرح‌واره‌های ناسازگار با گرایش به جراحی زیبایی: نقش میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان در بین زنان متقاضی جراحی زیبایی شهر بوشهر

سرور خباز ثابت^۱، مولود کیخسروانی*^۲، علی پولادی ریشهری^۳، محمدرضا بحرانی^۲

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران
^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران
^۳ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، واحد بوشهر، بوشهر، ایران

اطلاعات مقاله

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان در رابطه‌ی بین باورهای غیرمنطقی و طرح‌واره‌های ناسازگار با گرایش به جراحی زیبایی در زنان متقاضی جراحی زیبایی بود. روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری و جامعه‌ی آماری پژوهش، تمام زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۹ بود. حجم نمونه شامل ۴۰۰ خانم بودند که به‌شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از پرسش‌نامه‌های گرایش به جراحی زیبایی اعتمادی فر (۲۰۱۳/۱۳۹۲)، باورهای غیرمنطقی جونز (۱۹۶۹)، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی یانگ (۲۰۰۵) و تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱) استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیرهای باورهای غیرمنطقی و طرح‌واره‌های ناسازگار با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان پیش‌بینی‌کننده‌ی گرایش به جراحی زیبایی در زنان بودند. همچنین تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده‌ی مناسب بودن شاخص‌ها و برازش مطلوب مدل بود. یافته‌های مدل ساختاری نشان داد که مسیر باورهای غیرمنطقی و طرح‌واره‌های ناسازگار با تنظیم شناختی هیجان به‌طور مستقیم و با گرایش به جراحی زیبایی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان معنادار است. یافته‌های پژوهش می‌تواند به روان‌درمانگران و مشاوران در ارائه‌ی مشاوره تخصصی به زنان متقاضی جراحی، پروتکلی مبنی بر اصلاح باورها و شناخت‌های غیرمنطقی و آموزش سبک‌های مقابله‌ای جهت کاهش باورهای غیرمنطقی، شناسایی و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و افزایش تنظیم شناختی هیجان معرفی نماید.

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۰۵

اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۱۰/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۷

انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۱/۲۷

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

کلیدواژه‌ها: جراحی زیبایی، باورهای غیرمنطقی، طرح‌واره‌های ناسازگار، تنظیم شناختی هیجان.

نویسنده‌ی مسئول*:

مولود کیخسروانی استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد

اسلامی، بوشهر، ایران

کد پستی: ۷۵۱۵۸۹۵۴۹۶

ارکید: ۴۲۶۵-۳۸۸-۰۲-۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰

پست الکترونیکی:

moloud.keykhosrovani@iaubushehr.ac.ir

مقدمه

شخصی شکل گرفته‌اند. این باورها با اجبار، التزام و مطلق‌گرایی همراه هستند. باورهای غیرمنطقی^۱، ضرورت تأیید و حمایت دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، دل‌مشغولی زیاد همراه با اضطراب، اجتناب از مسائل، وابستگی، ناامیدی نسبت به تغییر و کمال‌گرایی را شامل می‌شوند. چنین باورهایی در برخورد با حوادث و محرک‌های خارجی پیامدهای عاطفی همچون ترس، اضطراب، خشم، گناه، غم و اندوه، خصومت و افسردگی ایجاد می‌کند. در حقیقت این باورهای انسان است که نوع، وضعیت و شدت عاطفه و رفتار او را تعیین می‌کند (گونجی، خوش‌کنش و پورابراهیم، ۲۰۱۵/۱۳۹۴).

علاوه بر باورهای فرد در مورد خود، طبق نظریه‌های شناختی رفتاری، ارزیابی شخص از ظاهر خود همچنین بستگی به طرح‌واره‌های فرد در رابطه با ظاهر خویش دارد (کازمی‌فروشان، میردیکوند و غضنفری، ۲۰۱۹/۱۳۹۸). بک معتقد است عواطف و رفتارهای ما به‌وسیله‌ی طرح‌واره‌های شناختی که ناشی از تجارب گذشته‌مان است، ایجاد می‌شوند و بر روی ادراک ما از دنیا تأثیر می‌گذارد (بک^۲، ۱۹۷۹). در این زمینه، یانگ (ترجمه‌ی صاحبی و حمیدپور، ۲۰۰۳/۱۳۸۴)، ضمن معرفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۳ عنوان کرد که این طرح‌واره‌ها، موضوعات ثابت، فراگیر و پایداری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند. چنین طرح‌واره‌هایی، اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می‌کنند و در نهایت نگرش‌ها و پردازش شناختی نابهنجار را در پی دارند.

یانگ^۴ (۲۰۰۳) معتقد است هرکدام از علائم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرح‌واره‌های اولیه مرتبط هستند. از سوی دیگر، طرح‌واره‌ها، باعث تحریک افکار خودآیند منفی و ناراحتی روانی شدید می‌شوند. طرح‌واره‌های ناسازگار به دلیل ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند؛ این نیازها شامل دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح و محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری هستند. از آن‌جا که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، باورهای هسته‌ای پیش‌فرض‌های غیرشرطی در مورد خود و دیگران هستند، پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری ناکارآمد

جذابیت صفتی ارزشمند برای همه‌ی انسان‌ها و در همه‌ی جوامع است. از این رو جای تعجب نیست که هر ساله هزاران نفر عمل جراحی زیبایی^۱ انجام می‌دهند تا اندام و ظاهر خود را زیباتر نمایند. هدف اصلی جراحی زیبایی بهبود ظاهر فردی است که از ظاهری نابهنجار برخوردار است. زمانی که شخص درمی‌یابد خصوصیات فیزیکی وی مطابق با هنجارها نیست، دچار رنجش شده و ممکن است که جراحی را به‌عنوان راه‌حل نهایی انتخاب نماید (مورگان^۲، ۲۰۲۰)؛ اما جراحی زیبایی اکنون تبدیل به عاملی فریبنده و وسیله‌ای برای تجمل‌گرایی انسان‌ها شده و این امر انتظارات غیرواقعی در افراد و مخدوش شدن حقایق در مورد ماهیت واقعی جراحی زیبایی را پایه‌ریزی نموده است (پیرل و وستون^۳، ۲۰۰۳).

در قرن بیستم و به‌ویژه در چند دهه‌ی اخیر برداشت‌های تازه‌ای از زیبایی شده و زیبایی به‌عنوان مجموعه‌ای از مؤلفه‌هایی همچون تناسب اندام، آرایش، پوشش، جذابیت و بی‌نقص بودن تعریف شده است (تافاری‌اما^۴، ۲۰۱۶). جراحی‌های زیبایی منحصر به طبقه‌ی مرفه جامعه نیست و از هر طبقه‌ی اجتماعی افرادی وجود دارند که بخشی از صورت یا اندام خود را به تیغ جراحان زیبایی سپرده‌اند. این روند به‌گونه‌ای ادامه یافته که مردم ایران در کنار کشورهای ترکیه و برزیل در رده‌های نخست میزان جراحی‌های جهان قرار دارند (خزیر، دهداری و محمودی، ۲۰۱۴/۱۳۹۲)، به‌طوری‌که طبق گزارش‌های موجود، ایران از نظر نسبت اعمال جراحی زیبایی انجام‌شده به کل جمعیت، در رتبه‌های نخست جهان قرار دارد. نگرانی درباره‌ی جذابیت جسمانی و عدم اطمینان در مورد ارتباطات اجتماعی، به نگرانی فرد در مورد چگونگی ارزیابی دیگران در مورد ساختار جسمانی وی دامن می‌زند (احیایی و همکاران، ۲۰۱۳/۱۳۹۲).

باورهای یک فرد در مورد خود اعم از تصویر بدنی، به‌طور کلی تمام باورهای دیگر و هیجان‌ها و رفتارهایش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بایستی گفت که باورهای افراد می‌توانند منطقی یا غیرمنطقی باشند. باورهای منطقی^۵ آن دسته باورهایی هستند که مطلوب، مفید و انعطاف‌پذیراند؛ این باورها برپایه‌ی واقعیت شکل گرفته و در عمل تأیید شده‌اند. از سوی دیگر، باورهای غیرمنطقی افکار و عقایدی هستند که با واقعیت سازگار نبوده و بر پایه‌ی سوءظن و نظرات

¹ Beck² Early maladaptive schemas³ Young¹ Cosmetic surgery² Morgan³ Pearl & Weston⁴ Tafari-Ama⁵ Rational beliefs⁶ Irrational beliefs

یکی از مسائل مورد بررسی در این پژوهش، بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه‌ی بین باورهای غیرمنطقی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و گرایش به جراحی زیبایی است که امروزه به‌عنوان متغیر واسطه‌ای، مورد توجه زیادی است. ادبیات پیشین در این زمینه حاکی از آن است که سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله‌ی مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها است، بر تصمیم‌گیری به جراحی زیبایی نقش دارد. به‌عنوان نمونه، پژوهش عیسی‌زادگان، سلیمانی، خسروانی و شیخی (۲۰۱۶/۱۳۹۵)، نشان داد که روان رنجوری و گرایش به تجربه‌ی حالات هیجانی منفی با تصویر بدنی منفی و انجام عمل جراحی زیبایی همبستگی مستقیم دارد. همچنین نتایج مطالعه قاسم‌نژاد و برخوردار (۲۰۱۲/۱۳۹۱) نیز حاکی از آن بود که افراد متقاضی جراحی زیبایی نسبت به گروه کنترل، سطح اضطراب و افسردگی بیشتری داشته و در سایر جنبه‌های اجتماعی و هیجانی نیز دچار ناسازگاری و اختلال هستند.

با توجه به موارد گفته‌شده و از آن‌جا که روان‌شناسی جراحی زیبایی هنوز به‌خوبی شناخته نشده است و پژوهش‌های صورت گرفته درباره‌ی ویژگی‌های روان‌پزشکی مراجعه‌کنندگان برای جراحی زیبایی بسیار اندک است و بیشتر شامل گزارش‌های بالینی است و با توجه به این که شمار متقاضیان جراحی زیبایی، سالیانه سیر صعودی دارد (پیدخوری، یاسری، اکبری و مجدزاده، ۲۰۲۱)، که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی وخیمی به همراه داشته باشد انجام مطالعات بیشتر و منسجم‌تر در این زمینه احساس می‌شود. بنابراین این پژوهش نیز با هدف اصلی بررسی برانزندی مدل رابطه‌ی بین باورهای غیرمنطقی و طرح‌واره‌های ناسازگار با گرایش به جراحی زیبایی به‌وسیله‌ی میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان، با تکیه بر نوع جراحی در زنان متقاضی جراحی زیبایی شهر بوشهر طراحی شد.

روش

طرح پژوهشی

پژوهش حاضر از نوع همبستگی با روش آماری مدلیابی معادلات ساختاری^۸ یا مدلیابی علی^۹ است. به عقیده‌ی گارسون^{۱۰} (۲۰۰۷) از آن‌جا که در استفاده از روش معادلات ساختاری رایج‌ترین روش برآورد حداکثر احتمال است، بنابراین، حجم نمونه‌ی ۴۰۰ نفر نتایج قابل قبولی

منحرف نموده و روابط بین فردی و ادراک از خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند (تیم^۱، ۲۰۱۱). پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه نیز بر نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در جنبه‌های مختلف سلامت روان تأکید نموده‌اند (کانست، لایستیل، کندل و باتینک^۲، ۲۰۲۰).

یکی از مسائل در این زمینه، نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بالابردن تمایل افراد به جراحی زیبایی است. در این رابطه، در پژوهشی که نیل‌فروشان، نویدیان و شاه‌محمدی (۲۰۱۵/۱۳۹۴)، در زمینه‌ی رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سلامت عمومی در زنان متقاضی جراحی زیبایی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که با توجه به وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات سلامت عمومی زنان متقاضی جراحی زیبایی، ارائه‌ی درمان‌های روان‌شناختی به‌خصوص طرح‌واره‌ی درمانی قبل از اعمال جراحی زیبایی بایستی مورد تأکید واقع شود. عباسی، عقیقی، پرزور و دهقان (۲۰۱۷) نیز به نتایج مشابهی در این زمینه دست یافتند و در پژوهش آنان نیز زنانی که تحت عمل جراحی زیبایی بودند از طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه‌ی بیشتری نسبت به زنان غیر متقاضی برخوردار بودند.

متغیر دیگری که به نظر می‌رسد در افراد متقاضی جراحی زیبایی می‌تواند دخیل باشد، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است که به‌عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان^۳ مرتبط با فرایندهای اجتماعی روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (رات، ونستینکیست و رایان^۴، ۲۰۱۹). راهبردهای تنظیم هیجان شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می‌دهد که چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام این هیجان‌ها در آن‌ها پدید می‌آید و چگونه باید آن‌ها را ابراز نمایند (گراس^۵، ۲۰۱۵). تنظیم هیجان شامل فرایندهای درونی بیرونی بوده که مسئول نظارت، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی به‌ویژه هیجان‌های شدید و منفی، به‌منظور رسیدن به اهداف موردنظر هستند (تامپسون^۶، ۱۹۹۴).

افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم هیجانی متنوعی استفاده می‌کنند. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند راهبردهای شناختی و رفتاری به‌عنوان شکلی از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه که باهدف کاهش استرس به کار گرفته می‌شوند، در افراد با تجربه آسیب بیشتر یافت می‌شود (یولمان، پیتراگن و رلیا^۷، ۲۰۱۴).

⁷ Ullman, Peter-Hagene & Relyea

⁸ Structural equation modelling

⁹ Causal modelling

¹⁰ Garson

¹ Thimm

² Kunst, Lobbestael, Candel & Batink

³ Cognitive emotion regulation

⁴ Roth, Vansteenkiste & Ryan

⁵ Gross

⁶ Tompson

شرم، شکست، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر، گرفتاری، در دام افتادگی، اطاعت، از خودگذشتگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خوب‌شدن‌داری و خود انضباطی ناکافی را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌ی هر خرده‌مقیاس از مجموع نمرات گویه‌ها حاصل می‌شود و نمره بالاتر در هر کدام از طرح‌واره‌ها به‌عنوان طرح‌واره‌ی ترجیحی فرد در نظر گرفته خواهد شد. همچنین با جمع نمرات طرح‌واره‌ها، نمره‌ی کل نیز به دست می‌آید؛ به عبارتی، هر آزمودنی در این پرسش‌نامه ۱۶ نمره کسب می‌کند که مربوط به خرده‌مقیاس‌ها و نمره‌ی کل است. اعتبار مقیاس SF-YSQ، به‌وسیله‌ی آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده‌مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ محاسبه شده است (والر، میر و هنیان^۵، ۲۰۰۱).

در ایران، قهاری و همکاران (۲۰۲۰/۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه را ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۶ گزارش نمودند. همچنین در مطالعه‌ی آنان ضریب روایی پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ با روش تحلیل عاملی تأییدی خرده‌مقیاس‌ها ۰/۶۳ و ۰/۸۲ محاسبه شد؛ بنابراین پرسش‌نامه از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. آهی، محمدی‌فر و بشارت (۲۰۰۷/۱۳۸۵) نیز، همسانی درونی این پرسش‌نامه را برحسب آلفای کرونباخ در گروه مؤنث ۰/۹۷ و در گروه مذکر ۰/۹۸ محاسبه نموده است. پرسش‌نامه‌ی باورهای غیرمنطقی^۶؛ این پرسش‌نامه به‌وسیله جونز^۷ در سال ۱۹۶۹ طراحی و ساخته شد. آزمون دارای ۱۰۰ گویه (برای نمونه: برایم مهم است که دیگران مرا تأیید کنند یا علاقه‌مند هستم همه مرا دوست داشته باشند) و ده خرده‌مقیاس، توقع تأیید از طرف دیگران، انتظارات بیش‌ازحد از خود، سرزنش کردن خود، واکنش به ناکامی با درماندگی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی است و هر خرده‌مقیاس در بردارنده‌ی ده پرسش است. پرسش‌ها با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) مورد سنجش قرار می‌گیرند. نمره‌ی هر خرده‌مقیاس از مجموع نمرات گویه‌های آن و نمره‌ی کل از مجموع نمره‌ی تمام خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی شدت بالاتر باور غیرمنطقی است.

را به همراه دارد. به همین دلیل تعداد ۴۰۰ نفر خانم ۲۰ الی ۵۰ سال متقاضی جراحی‌های زیبایی بینی، پلک، لب، واژن، گونه، سینه و شکم به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. مدل ساختاری پژوهش حاضر شامل ۴ متغیر باورهای غیرمنطقی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان متغیر برون‌زاد^۱؛ گرایش به جراحی به‌عنوان متغیر درون‌زاد^۲ و تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان متغیرهای میانجی بود.

شرکت‌کنندگان

جامعه‌ی آماری پژوهش تمامی زنان متقاضی جراحی زیبایی که در سال ۱۳۹۹ به کلینیک‌های زیبایی شهر بوشهر مراجعه نمودند را شامل می‌شود که تعداد آن‌ها در سال ۱۳۹۹ حدوداً ۲۵۰۰ نفر بود. معیارهای ورود شامل نداشتن ظاهر ناپه‌نجا و انجام جراحی بدون دلایل طبی و ضروری، محدوده‌ی سنی ۲۰ الی ۵۰ سال و انجام عمل جراحی زیبایی یا برنامه‌ریزی جهت انجام جراحی در سال ۱۳۹۹ و معیارهای خروج شامل سن زیر ۲۰ سال و نقص در تکمیل پرسش‌نامه بود.

ابزارهای سنجش

پرسش‌نامه‌ی گرایش به جراحی زیبایی^۳؛ این پرسش‌نامه توسط اعتمادی‌فرد و امانی (۲۰۱۳/۱۳۹۲) طراحی و ساخته شد. شامل ۲۴ سؤال (به عنوان مثال: دوست دارم چهره‌ی جدیدی داشته باشم) بر اساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) است. نمره‌ی این پرسش‌نامه از مجموع امتیازات ۲۴ گویه حاصل شده و در بازه‌ی ۲۴ الی ۱۲۰ قرار می‌گیرد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی گرایش بیشتر به جراحی زیبایی است. میزان پایایی پرسش‌نامه در پژوهش اعتمادی‌فر و امانی (۲۰۱۳/۱۳۹۲)، با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و روایی آن با روش تحلیل عاملی تأییدی ۰/۷۶ به‌دست آمده است.

فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌ی یانگ^۴: (SF-YSQ) این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۵ توسط یانگ جهت اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ساخته شده است؛ شامل ۷۵ سؤال (برای مثال: نگرانم از این‌که افرادی که به من نزدیک هستند مرا ترک و رها کنند یا در کار یا تحصیل مانند دیگران باهوش نیستم) با مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) است و ۱۵ خرده‌مقیاس محرومیت هیجانی، طرد/رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/

⁵ Waller, Meyer & Hanian
⁶ Irrational belief questionnaire
⁷ Jones

¹ Exogenous
² Endogenous
³ Motivations for cosmetic surgery
⁴ Young Schema Questionnaire-Short Form (SF-YSQ)

کد اخلاق

جهت طی مراحل اداری و گرفتن مجوز فعالیت، مجوزی از کارگروه/ کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به شماره‌ی IR.BPUMS.REC.1400.035 دریافت شد.

روند اجرای پژوهش

پس از تصویب و تأیید نهایی طرح تحقیق توسط کمیته‌ی تخصصی گروه و شورای پژوهشی دانشگاه آزاد بوشهر برای جمع‌آوری اطلاعات به کلینیک‌های زیبایی شهر بوشهر مراجعه شد و پس از هماهنگی و کسب اجازه از مسئولین مربوطه و کسب رضایت از افراد و در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی مثل محرمانه ماندن اطلاعات و توضیحات مقدماتی در خصوص پژوهش، چگونگی تکمیل پرسش‌نامه‌ها و هدف پژوهش، اطلاعات جمعیت‌شناختی مثل سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و نوع جراحی از آزمودنی‌ها پرسیده شد و سپس پرسش‌نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در پایان داده‌های جمع‌آوری شده، با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS نسخه‌ی ۲۲ و روش مدل معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این پژوهش به منظور توصیف یافته‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی از جمله فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، حداقل نمره و حداکثر نمره و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آماری معادلات ساختاری استفاده شده است. در پژوهش حاضر داده‌های مربوط به ۴۰۰ زن متقاضی عمل جراحی زیبایی مورد تحلیل قرار گرفت.

بررسی شاخص‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که ۴۲/۵ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و ۵۷/۵ درصد مجرد بودند. ۳۲/۵ درصد از زنان شاغل، ۱۵ درصد خانه‌دار و ۵۲/۵ درصد دانشجو و همچنین ۷/۵ درصد از شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۷۰ درصد لیسانس و ۲۲/۵ درصد فوق‌لیسانس بودند. جراحی زیبایی بینی و لب هم‌زمان بیشترین درصد (۲۲/۵٪) را به خود اختصاص داده بود. میانگین سن شرکت‌کنندگان نیز $31/25 \pm 8/67$ بود.

شاخص‌های آمار توصیفی در جدول ۱ گزارش شده است.

جونز (۱۹۶۹) پایایی آزمون به روش باز آزمایی را ۰/۹۲ و پایایی هریک از خرده‌مقیاس‌های ده‌گانه آن را از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ گزارش نمود. در ایران، تقی‌پور (۲۰۰۸/۱۳۹۰)، به نقل از ذوالفقاری مطلق، (۱۹۹۹/۱۳۷۷)، پایایی کل این آزمون را ۰/۷۱ محاسبه نمود و برای بررسی روایی همگرا، همبستگی پرسش‌نامه با آزمون افسردگی بک محاسبه شد که ضریب به‌دست آمده ۰/۸۲ بود. در این مطالعه نیز پایایی آزمون روی گروهی از دانشجویان دوره‌ی کارشناسی اجرا شد که آلفای به‌دست آمده برای کل آزمون برابر ۰/۷۶ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۸ تا ۰/۸۷ بود.

پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان^۱ گارنفسکی، کراچی و اسپینهون^۲ (۲۰۰۱): این پرسش‌نامه بر مبنای پرسش‌نامه‌ی اصلی نظم‌جویی شناختی هیجانی^۳ (CERQ) در کشور هلند تدوین شده است و یک ابزار خود گزارشی بوده و دارای ۱۸ گویه (به‌عنوان نمونه: من به‌جای این اتفاق به چیزهای خوب می‌اندیشم یا دیگران را مسبب اصلی این مسئله می‌دانم) و نه خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش^۴، پذیرش^۵، نشخوارگری^۶، تمرکز مجدد مثبت^۷، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۸، ارزیابی مجدد مثبت^۹، دیدگاه‌پذیری^{۱۰}، فاجعه‌سازی^{۱۱} و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه‌ی نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است. نمره‌ی هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره‌ی گویه‌ها به‌دست می‌آید و دامنه‌ی نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیان‌گر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا و منفی است. در پژوهش گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، ضریب آلفای کرونباخ برای ۹ خرده‌مقیاس بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است.

در ایران نیز، حسنی (۲۰۱۱/۱۳۹۰) روایی و اعتبار این مقیاس را مورد بررسی قرارداد. جهت تعیین روایی از همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها استفاده شد که ضرایب همبستگی‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ محاسبه شد، همچنین پایایی پرسش‌نامه با استفاده از محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت که این ضرایب برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ محاسبه شد که میزان قابل قبولی است.

⁷ Positive Refocusing

⁸ Refocus on planning

⁹ Positive Reappraisal

¹⁰ Putting into perspective

¹¹ Catastrophizing

¹ Cognitive emotion regulation questionnaire

² Garnefski, Kraaij & Spinhoven

³ Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ)

⁴ Self-blame

⁵ Acceptance

⁶ Rumination

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد کل
گرایش به جراحی زیبایی	۹۲/۶۰	۷/۴۵	۷۷	۱۰۸	۴۰۰
باورهای غیرمنطقی	۳۵۵/۱۷	۱۰/۱۸	۳۲۸	۳۷۵	۴۰۰
تنظیم شناختی هیجان	۵۵/۷۵	۵/۹۰	۴۲	۷۳	۴۰۰
طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	۲۶۷/۱۷	۱۶/۸۹	۲۳۱	۲۹۹	۴۰۰

پیش از بهره‌گیری از مدل‌یابی معادلات ساختاری، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کالموگروف اسمیرنف مورد سنجش قرار گرفت که نتایج نشان داد سطوح معنی‌داری به‌دست‌آمده برای تمام متغیرها و مؤلفه‌های آن از ۰/۰۵ بیشتر است. بنابراین داده‌ها از توزیع نرمال تبعیت می‌کنند. همچنین پیش‌فرض مدل معادلات ساختاری یعنی عدم هم‌خطی چندگانه‌ی متغیرهای پژوهش بررسی شد. چنانچه شاخص تحمل^۱ کوچک‌تر از ۱ و بزرگ‌تر از ۰/۴۰ و عامل تورم واریانس^۲ (VIF) کوچک‌تر از ۱۰ باشد این مفروضه محقق

شده است. نتایج نشان داد که شاخص تحمل متغیرهای طرح‌واره‌های ناسازگار و باورهای غیرمنطقی به ترتیب ۰/۸۷۵ و ۰/۶۳۳ همچنین عامل تورم واریانس متغیرهای طرح‌واره‌های ناسازگار و باورهای غیرمنطقی به ترتیب ۱/۱۴۳ و ۱/۵۷۹ به‌دست آمد که نشان‌دهنده‌ی محقق شدن مفروضه بود.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از روش‌های آماری مدل معادلات ساختاری استفاده شد. جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی و اصلاح‌شده تحقیق را نشان می‌دهد

جدول ۲- شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی و اصلاح‌شده‌ی تحقیق

شاخص	X^2	Df	χ^2/df	GFI	AGFI	NFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA	P
مدل پیشنهادی	۱۴۳۵۰/۰۸	۶۲۱	۲۳/۱۰	۰/۹۱	۰/۸۴	۰/۷۶	۰/۸۱	۰/۷۹	۰/۶۶	۰/۰۸	$\leq ۰/۰۰۱$
اصلاح‌شده	۶۱۲۱/۴۰	۳۴۲	۱۷/۸۹	۰/۹۲	۰/۸۶	۰/۸۱	۰/۸۵	۰/۸۴	۰/۷۹	۰/۰۴	$\leq ۰/۰۰۱$

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که اغلب شاخص‌های برازندگی مدل اصلاح‌شده، شامل مجذور خی^۲ (χ^2)، نسبت مجذور خی به درجه ی آزادی (χ^2/df)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل‌یافته (AGFI)، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI)، شاخص تاکر- لویس (TLI)، جذر میانگین مجذور خطای تقریب

(RMSEA) دارای برازش قابل قبول هستند. با مقایسه‌ی پارامترهای مدل پیشنهادی با مدل اصلاح‌شده به این نتیجه می‌توان رسید که مدل اصلاح‌شده برازش بهتری نسبت به داده‌ها دارد و به همین دلیل مدل اصلاح‌شده جایگزین مدل قبلی شد.

جدول ۳ ضرایب مسیر روابط مستقیم و سطح معنی‌داری متغیرهای پژوهش را در مدل اصلاح‌شده (نهایی) نشان می‌دهد.

جدول ۳- پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم در مدل اصلاح‌شده

مسیر	مدل اصلی	نسبت بحرانی	خطای معیار	برآورد استاندارد	سطح معنی‌داری (p)
باورهای غیرمنطقی به تنظیم شناختی هیجان	۰/۱۲	-۲/۶۷	۰/۱۲	-۰/۱۷	$\leq ۰/۰۰۱$
طرح‌واره‌های ناسازگار به تنظیم شناختی هیجان	۰/۰۴	-۷/۹۵	۰/۰۴	-۰/۳۴	$\leq ۰/۰۰۱$
تنظیم شناختی هیجان به گرایش به جراحی	۰/۶۶	-۵/۶۸	۰/۶۶	-۰/۱۷	$\leq ۰/۰۰۱$

^۲ Variance inflation factor

^۱ Tolerance

هیجان به گرایش به جراحی ($\beta = -0.77$) در سطح $p \leq 0.001$ معنی دار هستند.

جهت بررسی اثرات میانجی‌گری از آزمون بوت استرپ استفاده شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود که ضریب هر سه مسیر مستقیم باورهای غیرمنطقی به تنظیم شناختی هیجان ($\beta = -0.77$)، طرح‌واره‌های ناسازگار به تنظیم شناختی هیجان ($\beta = -0.44$) و تنظیم شناختی

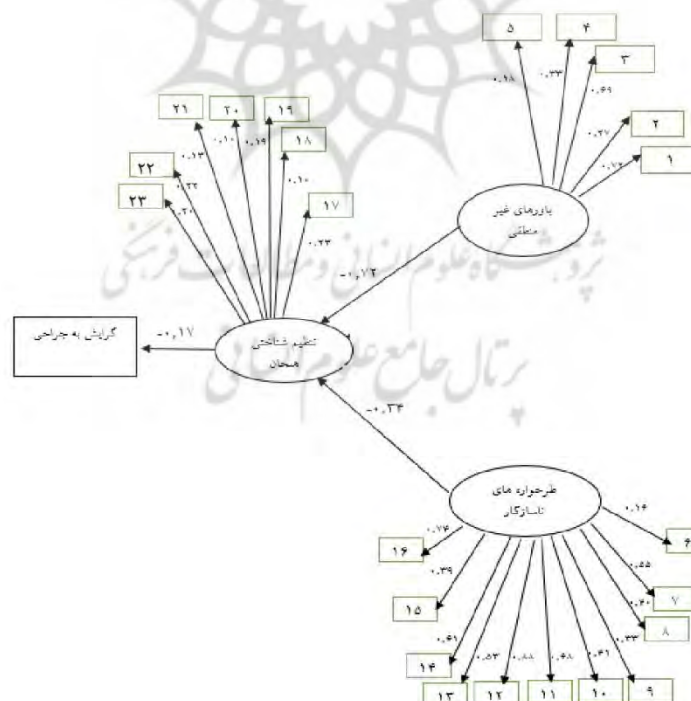
جدول ۴- آزمون میانجی‌گری چندگانه‌ی روابط غیرمستقیم در مدل اصلاح شده

مسیر	داده	بوت	سوگیری	خطا	کران پایین	کران بالا
باورهای غیرمنطقی گرایش به جراحی از طریق تنظیم شناختی هیجان	-۰/۱۰۲۰	-۰/۱۰۷۱	-۰/۰۰۵۰	۰/۰۴۵۹	-۰/۱۸۶۱	-۰/۰۰۶۵
طرح‌واره‌های ناسازگار گرایش به جراحی از طریق تنظیم شناختی هیجان	۰/۱۶۶۳	۰/۱۶۸۳	۰/۰۰۱۹	۰/۰۸۳۹	-۰/۰۷۳۰	-۰/۰۱۴۹

رابطه‌ی بین باورهای غیرمنطقی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را با گرایش به جراحی در زنان میانجی‌گری می‌نماید. شکل ۱ مدل اصلاح‌شده‌ی نهایی و ضرایب استاندارد روابط مستقیم را نشان می‌دهد. در مدل ساختاری اصلاح‌شده، تمامی ضرایب مسیر بین متغیرهای مکنون، از لحاظ آماری معنی‌دار بودند ($p < 0.001$).

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود حدود بالا و پایین رابطه‌ی غیرمستقیم باورهای غیرمنطقی به گرایش به جراحی به‌واسطه‌ی تنظیم شناختی هیجان و طرح‌واره‌های ناسازگار گرایش به جراحی زیبایی به‌واسطه‌ی تنظیم شناختی هیجان، صفر را در بر نمی‌گیرد که به معنی آن است که هر دو مسیر غیرمستقیم معنی‌دار بوده و تنظیم شناختی هیجان

نمودار ۱- مدل اصلاح شده و ضرایب استاندارد



بازداری، ۱۴ = معیار سرسختانه، ۱۵ = استحقاق، ۱۶ = خودانضباطی، ناکافی، ۱۷ = پذیرش، ۱۸ = نشخوار، ۱۹ = ملامت، ۲۰ = برنامه‌ریزی، ۲۱ = دیدگاه‌گیری، ۲۲ = فاجعه، ۲۳ = ملامت دیگران.

نکته: ۱ = ناپدید، ۲ = سرزنش‌گری، ۳ = کمال‌گرایی، ۴ = ناکامی، ۵ = اضطراب، ۶ = انزوا، ۷ = نقص و شرم، ۸ = شکست، ۹ = وابستگی، ۱۰ = خویش‌نمون، ۱۱ = اطاعت، ۱۲ = ایثارگری، ۱۳ =

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، جهت بررسی پیش‌آیندها و پیامدهای تنظیم شناختی هیجان مدلی طراحی شد. فرض بر این بود که باورهای غیرمنطقی و طرح‌واره‌های ناسازگار با تنظیم شناختی هیجان رابطه مستقیم و با گرایش به جراحی از طریق تنظیم شناختی هیجان رابطه غیرمستقیم دارد. نتایج مدل کلی نشان‌داد که شاخص‌های مدل پیشنهادی از برازش قابل قبولی برخوردارند. به منظور برازندگی بهتر، مدل اصلاح‌شده مورد بررسی قرار گرفت. به عبارتی، در مدل اصلاح‌شده مسیرهای غیرمعنی‌دار حذف شد و سایر مسیرهای معنی‌دار باقی ماند و شاخص‌های برازش بهتر شدند. در نهایت، نتایج نشان داد که تنظیم شناختی هیجان رابطه‌ی بین باورهای غیرمنطقی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با گرایش به جراحی زیبایی را میانجی‌گری می‌نماید.

یکی از یافته‌های مطالعه‌ی حاضر حاکی از آن بود که بین باورهای غیرمنطقی و تنظیم شناختی هیجان رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود دارد، به این معنی که افزایش باورهای غیرمنطقی کاهش استفاده از تنظیم شناختی هیجان را در پی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های حسینی، میگونی و گرامی‌پور (۲۰۱۸/۱۳۹۷)، عباسی سرچشمه، محمدپناه اردکان و عباسی سرچشمه (۲۰۱۶/۱۳۹۵) و گونجی و همکاران (۲۰۱۵/۱۳۹۴) مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد معمولاً خود را اسیر باورها و افکار غیرمنطقی می‌کنند و افرادی که باورهای غیرمنطقی دارند در تنظیم هیجان دچار مشکل می‌شوند و احتمالاً خود را در حالت احساس خشم، مقاومت، خصومت، دفاع، گناه، اضطراب، سستی و رخوت مفرط، عدم کنترل و اجتناب ایجاد می‌کنند.

الیس^۱ (به نقل از شفیع‌آبادی، ۲۰۰۶/۱۳۸۴) بیان می‌کند که تمام مشکلات عاطفی افراد از تفکرات جادویی و موهومی آن‌ها سرچشمه می‌گیرد که از نظر تجربی معتبر نیستند. باورهای غیرمنطقی به شکل اطلاعات و یا به شکل تصمیم‌گیری نادرست است. چنین باورهایی موجب حالت‌های آشفته و ناراحت‌کننده در فرد شده و در نهایت منجر به اضطراب، افسردگی و احساس گناه می‌شود. باورهای غیرمنطقی خواسته‌هایی هستند که به تدریج عملکردهای ضروری را تغییر می‌دهند و اگر برآورده نشوند، منجر به اختلال می‌شوند. پس باورهای غیرمنطقی جزء آن دسته از باورها به شمار می‌آیند که یا به‌طور مستقیم همراه با بازتاب‌هایی نظیر غم و اندوه، افسردگی و خشم ظاهر می‌شوند یا به‌صورت درونی و لحظه‌ای تظاهر می‌کنند و حاصل آن‌ها عدم تحرک و بی‌علاقگی به کار و فعالیت است (احتشام‌زاده، برنا و یوسفی، ۲۰۱۱/۱۳۹۲).

حسینی و همکاران (۲۰۱۸/۱۳۹۷)، با بررسی رابطه‌ی بین باورهای غیرمنطقی و سلامت روان در متقاضیان جراحی زیبایی، به این نتیجه رسیدند که باورهای غیرمنطقی با ابعاد سلامت روان رابطه دارد. عباسی سرچشمه و همکاران (۲۰۱۶/۱۳۹۵)، در پژوهشی تحت عنوان مقایسه‌ی باورها در مورد ظاهر، باورهای غیرمنطقی و نمایه‌ی توده‌ی بدنی در افراد متقاضی با افراد نیازمند جراحی زیبایی، به این نکته تأکید نمودند که می‌توان نقش قابل توجه ویژگی‌های شناختی، روابط بین فردی، جنسیت، ویژگی‌های موقعیتی و به‌ویژه باورهای غیرمنطقی افراد را در گرایش آن‌ها به جراحی زیبایی استنباط کرد. بنا به نظر گونجی و همکاران (۲۰۱۵/۱۳۹۴) نیز، در زمانی که گرایش به جراحی زیبایی دارند، وجود باورهای غیرمنطقی بیشتر و سازگاری زناشویی کمتر مشهود است؛ از این‌رو این نتایج می‌تواند در مشاوره‌های پیش از جراحی زیبایی و زوجی مورد توجه قرار گیرد.

یکی دیگر از باور غیرمنطقی، باور به عدم کنترل بر ناراحتی و هیجانات خود است. چراکه این ناراحتی‌ها از جانب دیگران به وجود می‌آید و اگر دیگران تغییر کنند، تمام امور اصلاح می‌شود. هنگامی که فرد در ارتباط با دیگران برداشت منفی نموده و ناراحت می‌شود، دچار هیجان و تظاهرات جسمانی مثل قرمز شدن، تپش قلب، فشارخون و غیره می‌شود، در حالی که فرد دیگران را سبب این عامل می‌داند؛ در واقع مشکل از ناحیه‌ی شناختی و تفکر فرد است و چنین شخصی قادر به تنظیم شناخت خود نیست. این باور غلط است که اجتناب کردن از مشکلات و شانه خالی کردن از مسئولیت، خیلی آسان‌تر از روبرو شدن با مشکلات است. این باور می‌تواند آزاردهنده باشد، زیرا طفره رفتن از کارهای ناخوشایندی که فرد با آن سروکار دارد باعث می‌شود که این کارها اثر پایدارتری در ضمیر ناخودآگاه او به وجود آورد و هنگامی که فرد سرانجام با آن روبرو شود، دچار مشکل می‌شود.

یکی از نشانه‌های تفکرات غیرمنطقی، کمال‌گرایی است. در این راستا هاس^۲ (۲۰۰۸)، ویژگی‌های خودمحوری، تکانشی و کمال‌گرایی را برای زنان داوطلب جراحی زیبایی از عوامل مؤثر می‌داند. افراد کمال‌گرا استانداردهای بسیار بالا و دست‌نیافتنی برای خود تصور می‌کنند و از این‌رو به آن دست نمی‌یابند و خود را مورد ملامت و سرزنش قرار می‌دهند و در تنظیم شناخت‌ها و هیجانات صحیح دچار مشکل می‌شوند و چه‌بسا ممکن است دچار اختلالاتی مانند وسواس و افسردگی نیز شوند؛ بنابراین در تحقیق حاضر این یافته مورد تبیین قرار گرفت که باورهای غیرمنطقی مسیر معنی‌داری به تنظیم شناختی هیجان دارد.

² Haas¹ Ellis

ممکن است این عامل در اقدام آنان به عمل جراحی نقش ایفا کند. از این رو افراد دارای این طرح‌واره‌های ناسازگار معمولاً خود سرزنش‌گر و دیگر سرزنشگر و وابسته هستند و نشخوارگری می‌کنند؛ بنابراین بین طرح‌واره‌های ناسازگار طرد و تنظیم شناخت هیجانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. افرادی که طرح‌واره‌های خودگردانی مختل دارند احساس می‌کنند که نمی‌توانند در جهان به‌طور مستقل و بدون حمایت دیگران عمل کنند. این افراد یک هویت مستقل از خود ندارند و هنگام مواجهه با یک مشکل جزئی، احساس شکست می‌کنند. طرح‌واره‌های خودگردانی مختل شامل وابستگی و بی‌کفایتی، خود تحول نیافته و شکست می‌شود (یانگ، ۲۰۰۳). از این رو افراد دارای این طرح‌واره‌های ناسازگار معمولاً در تمرکز و برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد دچار مشکل هستند. در این راستا در پژوهشی توسط پورمحسنی و شیرمحمدی (۲۰۱۶/۱۳۹۵) به این نتیجه رسیدند که طراحی مداخلات آموزشی برای کاهش خود پنداره منفی، طرحواره‌ای ناکارآمد و افزایش پردازش هیجانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی ضرورت دارد؛ بنابراین بین طرح‌واره‌های ناسازگار خودگردانی و تنظیم شناخت هیجانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

علاوه بر آن، یافته‌ی دیگر مطالعه حاضر نشان داد که بین تنظیم شناختی هیجان با گرایش به جراحی رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود دارد. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های پیرنیا، همایون‌فر، حسینی، ابراهیمی، حاج صادقی و ملکان مهر (۲۰۲۰)، لاول، وب، زیرم و فارل^۲ (۲۰۱۸)، و ذوقی پایدار، کرمی و نبی‌زاده (۲۰۱۸/۱۳۹۷)، عیسی‌زادگان و همکاران (۲۰۱۶/۱۳۹۵)، کوپر، مولتون، هاگ و پاور^۳ (۲۰۲۱)، و وحید هرنندی، انصاری شهیدی، حقایق و رئیسی (۲۰۲۱/۱۴۰۰) هم‌خوانی دارد. سطح پایین تنظیم هیجانی ناشی از ناتوانی در مقابله‌ی مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها است، ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌های استرس‌زا از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی کمتری دارند. آن‌ها فشارهای محیط را درک نمی‌کنند و هیجان‌های خود را به‌خوبی مهار نمی‌کنند و در نتیجه در مقابل وقایع مقاومت کمتری نشان می‌دهند (ویسمن^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). بررسی‌ها نشان داده‌اند که چنانچه نوجوان به راهبردهای مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشد و توانایی کمی برای درک هیجان‌های خود و دیگران داشته باشد، در برخورد با

دیگر یافته‌ها نشان داد که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با تنظیم شناختی هیجان رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دونگو^۱ (۲۰۰۹)، پور محسنی کلوری و شیرمحمدی (۲۰۱۶/۱۳۹۵)، نیل‌فروشان و همکاران (۲۰۱۵/۱۳۹۴) و قنبری، جمهری و روشن (۲۰۱۵/۱۳۹۴) مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرح‌واره‌ها باورهای بنیادینی هستند که دیدگاه فرد درباره‌ی خود، دیگران و جهان اطراف را شامل می‌شود (یانگ، ترجمه‌ی صاحبی و حمیدپور، ۲۰۰۳/۱۳۸۴).

طرح‌واره‌ها معمولاً به دو جنبه‌ی سازگار و ناسازگار تقسیم‌بندی می‌شود که در این تحقیق با توجه به نظریه یانگ طرح‌واره‌های ناسازگار مدنظر قرار گرفتند؛ این طرح‌واره‌ها جنبه‌ی مرضی دارند و موجب ناسازگاری و اختلال در فرد می‌شوند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه جزء عاطفی گسترده‌ای داشته و بنابراین همراهی بیشتری با اختلالات اضطرابی، ترس یا هر حالت عاطفی و هیجانی دیگر دارد (لوئیس، ۲۰۱۵). به همین دلیل طرح‌واره‌ها با مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان مانند نشخوار، سرزنش‌گری خود و دیگران، فاجعه‌سازی و پذیرش و تسلیم ارتباط پیدا می‌کند.

هنگامی که والدین ۵ نیاز اصلی کودکان مانند پذیرش، استقلال، محدودیت‌های منطقی، خودتنظیمی و خودانگیختگی را ارضا نمی‌کنند در کودکان طرح‌واره‌های ناسازگاری مانند طرد، خودگردانی مختل، محدودیت‌های غیرمنطقی، وابستگی و بازداری و نگرانی مداوم به وجود می‌آید. از این رو نیل‌فروشان و همکاران (۲۰۱۵/۱۳۹۴) پیشنهاد نمودند که با توجه به شناخت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات سلامت عمومی، زنان متقاضی جراحی زیبایی، قبل از اعمال جراحی زیبایی تحت درمان‌های روان‌شناختی قرار بگیرند. در طرح‌واره‌های بریدگی نیازهای شخص برای امنیت، ثبات، محبت، همدلی، بیان احساسات، پذیرش و احترام در دوره‌ی کودکی ارضاء نشده است. این طرح‌واره در خانواده‌هایی ایجاد می‌شود که بریده، سرد، منزوی، تکانشی، انتقادگر، غیرقابل‌پیش‌بینی، بدرفتار و رهاکننده هستند؛ بنابراین افراد دارای طرح‌واره‌های بریدگی و طرد طرح‌واره‌های ناسازگاری مانند بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی، نقص و شرم، انزوای اجتماعی و بیگانگی پیدا می‌کنند. در پژوهشی قنبری، جمهری و روشن (۲۰۱۵/۱۳۹۴) به این نتیجه رسیدند که زنان اقدام‌کننده‌ی جراحی زیبایی از اضطراب اجتماعی بیشتری رنج می‌برند و

^۱ Weissman^۱ Donago^۲ Lavell, Webb, Zimmer-Gembeck & Farrell^۳ Couper, Moulton, Hogg & Power

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که بین باورهای غیرمنطقی با گرایش به جراحی به صورت غیرمستقیم و از طریق تنظیم شناخت هیجانی رابطه معنی‌دار وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گونچی و همکاران (۲۰۱۵/۱۳۹۴) و حسینی و همکاران (۲۰۱۸/۱۳۹۷) مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که امروزه بسیاری از افراد در سیر تفکر خود به دلیل عدم آشنایی با اصول تفکر منطقی و صحیح، ناخواسته دچار خطای شناختی می‌شوند. عدم اطلاع از خطاهای شناختی مشکل‌ساز است. شاید بسیاری از گرفتاری‌های مردم ما به دلیل آلوده بودن افکارشان به این نوع خطاها باشد. زانی که متقاضی جراحی هستند خطاهای شناختی و باورهای غیرمنطقی بیشتری دارند. این خطاها و باورهای غیرمنطقی با واقعیات موجود هماهنگ و هم‌جهت نیستند. باورهای غیرمنطقی توسط شواهد عینی تأیید نمی‌شوند و فرد درصد آزمایش آن‌ها نیست. باورهای غیرمنطقی با اجبار و الزام و وظیفه است، خشک و انعطاف‌ناپذیر هستند. باورهای غیرمنطقی باعث حالت‌های آشفتگی و ناراحت‌کننده در فرد می‌شود و از نظر الیس ریشه‌ی تمام مشکلات عاطفی بوده و منجر به اضطراب و افسردگی می‌شود (تقی‌پور، ۲۰۰۸/۱۳۸۷). بنا به عقیده‌ی الیس فرد دارای باورهای غیرمنطقی در نگرش و برداشت‌های خود شدیداً بر اجبار و الزام و وظیفه تأکید دارد و اگر خود را از این قیدها براند، به احتمال قوی در جهت سلامت و رشد شخصیت حرکت خواهد کرد (عباسی سرچشمه و همکاران، ۲۰۱۶/۱۳۹۷).

به نظر می‌رسد زنان متقاضی جراحی از لحاظ این که بتوانند تصمیم منطقی بگیرند و از اجبار و فشار باورهای غیرمنطقی خود را رها کنند ناتوان باشند. به نظر می‌رسد افسردگی، بی‌قراری، رقابت‌های ناصحیح، خشونت، پرخاش‌گری و بسیاری از رفتارهای غیرعادی، در ارتباط با خطاهای شناختی است. انسان‌هایی که تفکر غیرمنطقی دارند و یا خطاهای شناختی در افکارشان هویدا است، در بسیاری از موارد اطلاع چندانی از این خطاها ندارند. شاید عدم اطلاع، باعث آلودگی این افکار با خطاهای شناختی می‌شوند. این باورهای غیرمنطقی موجب بسیاری از نگرانی‌ها، حالات و افکار نامطلوب می‌شود. هنگامی که زنان متقاضی جراحی از این باورهای غیرمنطقی برخوردار باشند و از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی نامناسب و ناسازگارانه مانند پذیرش، نشخوار، ملامت خود و ملالت دیگران، دیدگاه‌گیری و فاجعه استفاده کنند، تمایل و گرایش به جراحی زیبایی در آنان بیشتر

فشارهای همسالان و بحران‌ها توان کمتری خواهند داشت و مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاش‌گری، افسردگی و اضطراب نشان خواهند داد (ممتاز، مقصود و رحمان^۱، ۲۰۱۷).

شواهد زیادی نشان می‌دهد که تنظیم یا عدم تنظیم هیجانی با موفقیت یا عدم موفقیت در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (برینک، منتینگ، شورینگ، زمان و دکوویج^۲، ۲۰۲۱؛ کامپس^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). انسان‌ها پس از تجربه‌ی وقایع تنش‌زا، از طریق افکار و شناخت، هیجان‌هایشان را تنظیم می‌نمایند و این موضوع به‌طور تفکیک‌ناپذیری بازنگری درهم‌آمیخته است (گارنفسکی، ون روود، دی رووس و کرایج^۴، ۲۰۱۷). توانایی فرد در کنترل هیجان‌هایش، یکی از مهم‌ترین قابلیت‌هاست که باید آموخته شود. میزان احساس کنترل فرد بر دنیای درون و برون به‌عنوان شاخص سلامت روان وابسته به عوامل متعددی است. مهارت‌های خودتنظیمی شناختی، استراتژی‌های «تنظیم شناختی هیجان» و مهارت‌های مقابله است. نظر بسیاری از محققان، خانواده از مهم‌ترین عوامل مؤثر محیطی و مهارت «تنظیم شناختی هیجان» مؤثرترین عامل فردی در سلامت روان به شماره می‌آید (کامپس و همکاران، ۲۰۱۷).

عیسی‌زادگان و همکاران (۲۰۱۶/۱۳۹۵)، در پژوهش خود به این یافته رسیدند که بعضی از صفات شخصیتی مانند کفایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان می‌تواند نقش مهمی در گرایش به جراحی زیبایی داشته باشد و توجه به آن‌ها می‌تواند نقش مهمی در کاهش تقاضای مراجعان داشته باشد. همچنین پژوهش کوپر و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که استواری هیجانی با ارزیابی ظاهری و گرایش به جراحی زیبایی پایین همبستگی دارد و همچنین جراحی زیبایی می‌تواند به وسیله‌ی آشفتگی هیجانی و سایر ویژگی‌های شخصیتی پیش‌بینی شود. به همین دلیل در این تحقیق افرادی که از راهبرد سرزنش خود استفاده می‌کردند، تمایل بیشتری به گرایش به جراحی داشتند. مطالعه‌ی ذوقی پایدار، کرمی و نبی‌زاده (۲۰۱۸/۱۳۹۹) نیز حاکی از آن است که افراد متقاضی جراحی زیبایی نسبت به گروه کنترل، سطح اضطراب و افسردگی بیشتری داشته و در تنظیم مهارت‌های شناختی هیجانی نیز دچار مشکل هستند. براگارد^۵ (۲۰۱۲)، در یک پژوهش آزمایشی به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان به طور معنی‌داری عزت نفس افراد متقاضی جراحی را افزایش و اضطراب آن‌ها را کاهش می‌دهد. در این تحقیق نیز این یافته مورد تأیید و تبیین قرار گرفت.

⁴ Garnefski, van Rood, de Roos & Kraaij

⁵ Bragard

¹ Mumtaz, Maqsood & Rehman

² Brinke, Menting, Schuiringa, Zeman & Deković

³ Compas

برانگیزاننده‌ی طرح‌واره، مثل روابط صمیمی یا چالش‌های شغلی، اجتناب می‌کنند. اکثر این بیماران از تمام حوزه‌های زندگی که نسبت به آن‌ها احساس آسیب‌پذیری می‌کنند، رو برمی‌گرداند. برخی از زنان متقاضی جراحی سبک مقابله‌ای جبران افراطی به کار می‌برند، از طریق فکر، احساس، رفتار والدین بین فردی به گونه‌ای با طرح‌واره می‌جنگند که انگار طرح‌واره‌ی متضادی دارند. آن‌ها سعی می‌کنند تا حد ممکن با دوران کودکی خود یعنی زمان شکل‌گیری طرح‌واره‌ها، متفاوت باشند. اگر در دوران کودکی، احساس بی‌ارزشی می‌کرده‌اند، بعداً در دوران بزرگسالی، تلاش می‌کنند افرادی کامل و بی‌عیب و نقص جلوه کنند. اگر در کودکی مطیع بوده‌اند، در بزرگسالی، رو درروی همه می‌ایستند. اگر در دوران کودکی تحت کنترل دیگران بوده‌اند، در بزرگسالی، دیگران را کنترل می‌کنند یا به هیچ‌وجه حاضر به پذیرفتن نفوذ و تأثیر دیگران بر خود نیستند. اگر مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند، با دیگران بدرفتاری می‌کنند. آن‌ها به هنگام روبه‌رو شدن با طرح‌واره، دست به حمله‌ی متقابل می‌زنند. در ظاهر، اعتمادبه‌نفس زیادی دارند، ولی در باطن، هر لحظه نسبت به فعال شدن طرح‌واره، احساس تهدید می‌کنند (یانگ، ۲۰۰۳).

بنابراین زنان متقاضی جراحی با توجه به طرح‌واره‌های ناسازگارشان و سبک‌های مقابله‌ای جبران و تسلیم و اجتناب و انتخاب راهبردهای نامناسب شناختی هیجانی مانند نشخوار و سرزنش‌گری و پذیرش و فاجعه‌پنداری در مقابله با مسائل روزمره‌ی زندگی قادر به تعامل مثبت و سازنده و حل مسأله‌مدار نیستند و با گرایش به جراحی متعدد درصد اصلاح روابط خود با دیگران هستند و به دنبال رضایت از روابط بین فردی هستند اما مجدداً افراد در دام طرح‌واره و سبک‌های مقابله‌ای نامناسب گرفتار می‌شود و مجدداً همان چرخه نامناسب فعال می‌شود و زنان گرایش به جراحی پیدا می‌کنند؛ بنابراین در تحقیق حاضر این یافته مورد تبیین قرار گرفت که طرح‌واره‌ها مسیر غیرمستقیم معنی‌داری به گرایش به جراحی از طریق تنظیم شناختی هیجان دارند.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مدل ارائه‌شده از برآزش مطلوبی برخوردار بوده و برای تبیین روابط، مؤلفه‌های پژوهش مناسب و کارآمد هستند. همچنین از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن مطالعه به زنان و یک شهر به دلیل محدودیت‌های ایجاد شده به دلیل بیماری کرونا بود که همکاری افراد و دسترسی به جوامع آماری دیگر را محدود نموده و تعمیم نتایج به مناطق دیگر و مردان را نیز محدود می‌سازد. همچنین با توجه به این که برای برآزش مدل پیشنهادی از روش مدل‌یابی معادلات

می‌شود. در واقع، زنانی که کمال‌گرا هستند، و از معیار همه و هیچ برخوردار بوده و اهداف و استانداردهای بسیار بالایی در زندگی برای خود برگزینند (باور غیرمنطقی کمال‌گرایی) و از طرف دیگر از راهبردهای شناختی هیجانی ناسازگار (مانند نشخوار ذهنی، پذیرش و سرزنش‌گری خود و سرزنش‌گری دیگران) استفاده نمایند، در نتیجه تمایل و گرایش به جراحی زیبایی در آنان بیشتر می‌شود و برای کاهش درد و رنج خود دست به عمل جراحی زیبایی می‌زنند و این امر را در مورد رابطه‌ی بین انواع خطاهای شناختی و گرایش به جراحی با نقش میانجی و انواع راهبردهای شناختی و هیجانی می‌توان تبیین کرد که نتایج تحقیق نیز مبین این امر بود.

دیگر یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داد که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با گرایش به جراحی از طریق تنظیم شناختی هیجان رابطه‌ی غیرمستقیم و معنی‌داری وجود دارد. نتایج پژوهش‌های لويس^۱ (۲۰۰۵)، یانگ، (۲۰۰۳) و قنبری و همکاران (۲۰۱۵/۱۳۹۴) نیز نتایجی هم‌سو با این مطالعه دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرح‌واره‌های ناسازگار ریشه در دوران کودکی دارند. افراد از طریق طرح‌واره‌ها به جهان نگاه می‌کنند؛ طرح‌واره‌ها باورها و احساسات مهمی در مورد خود و محیط هستند که افراد آن‌ها را بدون چون‌وچرا پذیرفته‌اند. آن‌ها خود تداوم بخشند و در برابر تغییر مقاومت زیادی نشان می‌دهند. معمولاً این طرح‌واره‌ها به‌غیراز بافت درمانی در جای دیگری تغییر نمی‌کنند. حتی موفقیت قاطع در زندگی نیز برای تغییر آن‌ها کافی به نظر نمی‌رسند. طرح‌واره‌ها برای زنده ماندن نشان می‌جنگند و اغلب در این راه موفق هستند (یانگ، ترجمه‌ی صاحبی و حمیدپور، ۲۰۰۳/۱۳۸۴).

زنانی که متقاضی جراحی هستند طرح‌واره‌های ناسازگاری مانند بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی، نقص و شرم، انزوای اجتماعی و بیگانگی، طرد، خودگردانی مختل، محدودیت‌های غیرمنطقی، وابستگی و بازداری دارند (نیل‌فروشان و همکاران، ۲۰۱۵/۱۳۹۴). برخی از زنان متقاضی جراحی طرح‌واره تسلیم هستند، به درست بودن آن گردن می‌نهند و هیچ‌وقت سعی نمی‌کنند با طرح‌واره بجنگند یا از آن اجتناب کنند، بلکه می‌پذیرند که طرح‌واره‌ها درست است (عباسی، عقیقی، پرزور و دهقان، ۲۰۱۷). وقتی زنان متقاضی جراحی سبک مقابله‌ای اجتناب را به کار می‌برند، سعی می‌کنند زندگی خود را طوری تنظیم کنند که طرح‌واره هیچ‌وقت فعال نشوند. آن‌ها می‌کوشند با ناآگاهی زندگی کنند، انگار که اصلاً طرح‌واره‌ای ندارند. معمولاً از موقعیت‌های

^۱ Lewis

در نهایت از آن‌جا که هم باورهای غیرمنطقی و هم طرح‌واره‌های ناسازگار به‌صورت غیرمستقیم و تنظیم شناختی هیجان به‌صورت مستقیم با گرایش به جراحی زیبایی مرتبط هستند لذا پیشنهاد می‌شود افراد با راهبردهای حل مسأله و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد آشنا شوند و مهارت‌های لازم کسب نمایند تا گرایش به جراحی غیرضروری زیبایی نیز به کاهش یابد.

ساختاری استفاده‌شده است، نتیجه‌گیری علت و معلولی بایستی با احتیاط صورت گیرد. عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی این ویژگی‌ها به‌عنوان متغیرهای متعامل در نظر گرفته‌شده و تأثیر هم‌زمان آن بر روی گرایش به جراحی بررسی شود.

قدردانی: در پایان از تمامی مراجعان متقاضی جراحی زیبایی و همچنین کارکنان محترم کلینیک‌های جراحی زیبایی شهر بوشهر تشکر و قدردانی می‌نمایم.
تعارض منافع: برحسب مدارک، در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.
حامی مالی: این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکترای نویسنده‌ی اول است.

Reference

- Abbasi, M., Aghighi, A., Porzoor, P., & Dehqan, M. (2017). Comparison of early maladaptive schemas and psychological well-being in women undergoing cosmetic surgery and normal women. *Journal of Research & Health*, 7(3), 841-849.
- Abbasi Sarcheshmeh, M. R., Mohammadpanah Ardakan, A., & Abbasi Sarcheshmeh, A. (2016/1395). Comparison of beliefs about appearance, irrational beliefs and body mass index in those demanding cosmetic surgery with those who need it. *Journal of Dermatology and Cosmetic*, 7(3), 156-162. (In Persian).
- Ahi, G. H., Mohammadifar, M. A., & Besharat, M. A. (2007/1386 s.c.). Reliability and validity of young's schema questionnaire-short form. *Journal of Psychology and Education*, 37(3), 5-20. (In Persian)
- Aliehyai, F., Latifi, A., & Bakhtiary, M. (2013/1392 s.c.). An epidemiological study of the reasons for tendency to undergo rhinoplasty in Tehran. *Tebva Tazkieh*, 22, 9-16. (In Persian)
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. A Meridian Book. Boston, MA: International Universities Press.
- Bidkhorri, M., Yaseri, M., Akbari Sari, A., & Majdzadeh, R. (2021). Relationship between Socioeconomic Factors and Incidence of Cosmetic Surgery in Tehran, Iran. *Iranian journal of public health*, 50(2), 360-368.
- Brinke, L. W., Menting, A. T., Schuiringa, H. D., Zeman, J., & Deković, M. (2021). The structure of emotion regulation strategies in adolescence: Differential links to internalizing and externalizing problems. *Social Development*, 30 (2), 536-553.
- Bragard, I. S. (2012). Efficacy of a Communication and Stress Management Training on Medical Residents' Self-Efficacy, Stress to Communicate and Burnout. *Journal of Health Psychology*, 15(7), 1075-1081.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939.
- Couper, S. L., Moulton, S. J., Hogg, F. J., & Power, K. G. (2021). Interpersonal functioning and body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery: A mediating role between emotion regulation and perfectionism? *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 74(9), 2283-2289.
- Donaghue, N. "Body satisfaction, sexual self-schemas and subjective well-being in women" *Body Image*, 2009; 6:37-42.
- Ehteshamzadeh, P., Bournia, M. R., & Yousefi, M. (2011/1392 s.c.). Relationship between religious orientation and irrational beliefs and depression in MS patients. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*, 6(20), 55-67. (In Persian)
- Ehyai, A., Latifi, H., Bakhtiary, M., Hassanpoor, S. E., Hariri, G. H., Shariati, N., Delpishe, A., & Etemad, K. (2013/1392 s.c.). An Epidemiological Study of the Reasons for Tendency to Undergo Rhinoplasty in Tehran. *Journal of Medicine and Cultivation*, 22(3), 9-16. (In Persian)
- E'temadifard, S. M., & Amani, M. (2013/1392 s.c.). A Sociological study on women's motivations for pursuing cosmetic surgery. *Women Studies*, 4(8), 1-22. (In Persian)
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.

- Garnefski, N., Van Rood, Y., De Roos, C., & Kraaij, V. (2017). Relationships between Traumatic Life Events, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Somatic Complaints. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 24*(2), 144–151.
- Garson, G.D. (2007). Testing of assumptions. Retrieved from: <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/assumpt.htm>.
- Ghahari, S., Viesy, F., Kavand, H., Yeke Fallah, M., Zandifar, H., Farrokhi, N., & Davoodi, R. (2020/1399 s.c.). Psychometric Properties of Early Maladaptive Schemas Questionnaire Short Form-75 Items (YSQ-SF). *Journal of Nurse and Physician within War, 8* (27), 31-40. (In Persian)
- Ghanbari, Z., Jomehri, F., & Roshan, R. (2015/1394 s.c.). Comparison of early abnormal schema and social anxiety in a group of applicant's female for cosmetic surgery with a non- applicant group. *Quarterly Journal of Health Psychology, 4*(14), 18-32. (In Persian)
- Ghasemnegad, S. M., & Barchordary, M. (2012/1391 s.c.). Frequency of anxiety and its relation with depression and other individual characteristics in nursing students. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery, 22*(2), 10-30. (In Persian)
- Goonji, S., Khosh Konesg, A., & Pour Ebrahim, T. (2015/1394 s.c.). Comparison of marital adjustment and irrational beliefs in cosmetic surgery women and non-cosmetic surgery women. *Cultural and Educational Quarterly of Women and Family, 10* (31), 131-146. (In Persian)
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26* (1), 1–26.
- Haas, C. F. (2008). Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature. *Plastic Surgical Nursing, 28*(4), 177-182.
- Hasani, J. (2011/1390 s.c.). The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Research in Behavioral Sciences, 9*(4), 229-240. (In Persian)
- Issazadegan, A., Soleimani, E., Khosravani, B., & Sheikhi, S. (2016/1395 s.c.). The comparison the social competence and emotional regulation in rhinoplasty cosmetic surgery applicant and normal individuals. *Studies in Medical Science (The Journal of Urmia University of Medical Sciences), 27*(9), 735-743. (In Persian)
- Hosaini, Z., Meigouni, K. M., & Geramipor, M. (2018/1397 s.c.). Structural model of relationships between body image, illogical beliefs, mental health in applicants of cosmetic surgery. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 13*(48), 17-26. (In Persian)
- Jones, R. G. (1969). A factored measure of Ellis's irrational belief system, with personality and maladjustment correlates. *Dissertation Abstracts International, 29*(11-B), 4379–4380.
- Kazemi Frooshani, Z., Mirdrivand, F., & Ghazanfari, F. (2019/1398 s.c.). Designing and Testing a Model of the Antecedents of Eating Disorders Symptoms in Female Students of Isfahan University in 2017: A Descriptive Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 18*(4), 377-390. (In Persian)
- Khazir, Z., Dehdari, T., & Mahmoodi, M. (2014/1392 s.c.). Attitude of female medical students towards cosmetic surgery and its relation with body image. *Razi Journal of Medical Sciences, 20*(117), 1-9. (In Persian)
- Kunst, H., Lobbestael, J., Candel, I., & Batink, T. (2020). Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 27*(6), 837-846.
- Lavell, C. H., Webb, H. J., Zimmer-Gembeck, M. J., & Farrell, L. J. (2018). A prospective study of adolescents' body dysmorphic symptoms: Peer victimization and the direct and protective roles of emotion regulation and mindfulness. *Body Image, 24*, 17-25.
- Lewis, J. A. (2015). *Early maladaptive schema and personality dysfunction in adolescence: an investigation of the moderating effects of coping styles*. New York, February 23, 2005. Proqueston and learning company.
- Morgan, K. P. (2020). *Women and the knife: Cosmetic surgery and the colonization of women's bodies* (pp. 343-371). Routledge.
- Mumtaz, S., Maqsood, A., & Rehman, G. (2017). Cognitive Emotion Regulation as Determinants of Internalizing and Externalizing Problems of Adolescents. *Journal of Behavioral Sciences, 27*(2).
- Nilforooshan, P., Navidian, A., & Shamohammadi, M. (2015/1394 s.c.). Early maladaptive schemas and psychological health among Womens seeking cosmetic surgery. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 3*(1), 12-23. (In Persian)
- Pearl, A., & Weston, J. (2003). Attitudes of adolescents about cosmetic surgery. *Annals of Plastic Surgery, 50*(6), 628-630.
- Pirnia, B., Homayounfar, N., Hosseini, N., Ebrahimi, F., Haj Sadeghi, Z., & Malekanmehr, P. (2020). The predictive role of body image and sexual function in quality of life after modified radical mastectomy regarding the mediating role of emotion; a cross

- sectional study. *International Journal of Cancer Management*, 13(11).
- Pourmohseni Koluri, F., & Shirmohammadi, S. (2016/1395 s.c.). The Comparison of Self-concept, maladaptive schema and emotional processing in people with and without cosmetic surgery. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 5(2), 165-186. (In Persian).
- Roth, G., Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2019). Integrative emotion regulation: Process and development from a self-determination theory perspective. *Development and Psychopathology*, 31(3), 945-956.
- Shafi abadi, A. (2006/1384). Theories of counseling and psychotherapy. Nashre Daneshgahi Center.
- Tafari-Ama, I. M. (2016). Historical sociology of beauty practices: Internalized racism, skin bleaching and hair straightening. *Ideaz*, 14(3), 101-118.
- Taghipour, M. (2008/1387 s.c.). *Evaluation and comparison of irrational beliefs among psychiatric patients and normal (healthy) 20-50 year olds in Tehran*. Master Thesis of Allameh Tabatabai University. (In 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.
- Tompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Ullman, S. E., Peter-Hagene, L. C., & Relyea, M. (2014). Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(1), 74-93.
- Vahid Harandi, S., Ansari Shahidi, M., Haghayegh, S. A., & Reisi, Z. (2021/1400 s.c.). The relationship between interpersonal emotion regulation and social support with a tendency to cosmetic surgery. *Razi Journal of Medical Sciences*, 28(8). (In Persian).
- Waller, G., Meyer, C., & Hanian, V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the Young Schema Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 137-147.
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a trans diagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899-915.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire_Short Form*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E. (2003/1384 s.c.). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Translated by Sahebi, A., & Hamidpour, H. Tehran, Arjmand Pub.
- Zoghipaidar, M., Karami, A., & Nabizadeh, S. (2018/1397 s.c.). Compare body image disorder, body dysmorphic disorder and fashion trends in cosmetic surgery applicants and non-applicants. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 7(26), 7-24. (In Persian).
- Zolfaghari Motlagh, M. (1999/1377 s.c.). *Evaluation of the effectiveness of rational emotional therapy on depression and unbalanced interpersonal relationships due to marital conflict, a single case study*. Master Thesis in Clinical Psychology. Tehran Psychiatric Institute. (In Persian).

