

رابطه بین گرایش به جراحی زیبایی با تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی زنان

متقاضی جراحی زیبایی: نقش میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان

سرور خبازتابت^۱، علی پولادی ریشه‌ری^۲، مولود کیخسروانی^۳، محمدرضا بحرانی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد بوشهر، بوشهر، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد بوشهر، بوشهر، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۱۳)

The Relationship between Tendency to Cosmetic Surgery with Negative Body Image and Irrational Beliefs in Women Applying for Cosmetic Surgery: Mediation Role of Cognitive Emotion RegulationSoroor Khabaz Sabet¹, *Ali Pouladi Rishehri², Moloud Keykhosravani³, Mohammad Reza Bahrani⁴

1. Ph.D Student, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

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

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

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

Original Article

(Received: Sept. 07, 2021 - Accepted: Oct. 05, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: in recent decades, new perceptions of beauty have been defined and beauty is defined as attractiveness and perfection. The aim of this study was to determine the fit of the structural model of the relationship between the tendency to cosmetic surgery with a negative body image and irrational beliefs mediated by cognitive emotion regulation in women applying for cosmetic surgery in Bushehr. **Method:** The present study was correlational and structural equation model study. The statistical population of this study is all women applicants for surgery who referred to beauty clinics in Bushehr in 2020. The sample size consists of 400 women who were selected by available random sampling method. Data collection tools were, tendency to cosmetic surgery (Etemadifar & Amani, 2013), Body image (Littleton, 2005), irrational beliefs (Jones, 1969) and cognitive emotion regulation (Garnefski, 2001) questionnaires. **Findings:** The results showed that negative body image and irrational beliefs 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 negative body image and irrational beliefs with cognitive emotion regulation is significant directly and with a tendency to cosmetic surgery mediated by cognitive emotion regulation. **Conclusion:** 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 negative body image and irrational beliefs and increase cognitive emotion regulation.

Keywords: Body image, Cognitive Emotion Regulation, Cosmetic Surgery, Irrational Beliefs.

چکیده

مقدمه: در چند دهه اخیر برداشت‌های تازه‌ای از زیبایی شده و زیبایی به عنوان جذابیت و بی‌نقص بودن تعریف می‌شود. هدف از پژوهش حاضر تعیین برازش مدل ساختاری روابط بین گرایش به جراحی زیبایی با تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان در زنان متقاضی جراحی زیبایی شهر بوشهر بود. روش: روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی زنان متقاضی جراحی زیبایی که در سال ۱۳۹۹ به کلینیک‌های زیبایی شهر بوشهر مراجعه کرده بودند را شامل می‌شد. حجم نمونه متشکل از ۴۰۰ نفر خانم بودند که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های گرایش به جراحی زیبایی اعتمادی‌فر و امانی (۱۳۹۲)، تصویر بدنی لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵)، باورهای غیرمنطقی جونز (۱۹۶۹) و تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱) بود. یافته‌ها: نتایج نشان داد که متغیرهای تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان پیش‌بینی‌کننده گرایش به جراحی زیبایی در زنان بودند. همچنین تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده مناسب بودن شاخص‌ها بوده و مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. یافته‌های مدل ساختاری نشان داد که مسیر تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی با تنظیم شناختی هیجان به‌طور مستقیم و با گرایش به جراحی زیبایی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان معنادار می‌باشد. نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش، می‌تواند برای روان‌درمانگران و مشاوران در ارائه مشاوره تخصصی به زنان متقاضی جراحی پروتکلی مبنی بر اصلاح باورها و شناخت‌های غیرمنطقی و آموزش سبک‌های مقابله‌ای جهت کاهش تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی و افزایش تنظیم شناختی هیجان معرفی نماید.

واژگان کلیدی: تصویر بدنی، تنظیم شناختی هیجان، جراحی زیبایی، باورهای غیر منطقی.

*نویسنده مسئول: علی پولادی ریشه‌ری

Email: Alipoladei@yahoo.com

*Corresponding Author: Ali Pouladi Rishehri

مقدمه

در این راستا می‌توان گفت که زیبایی اغلب به‌عنوان یک ویژگی زنانه تعریف می‌شود و اشتغال ذهنی به ظاهر یکی از جنبه‌های کلیشه‌ای زنانه در بسیاری از گروه‌های فرهنگی است (بیدخوری، یاسری، اکبری و مجدزاده، ۲۰۲۱). زنان اغلب در جهت رسیدن به استانداردهای زیبایی و کامل‌بودن به‌سختی تلاش می‌کنند. تا جایی‌که در بسیاری از موارد این استانداردها منجر به اشتغالات ذهنی فزاینده‌ای می‌شوند، این امر موجب گسترش یک تصویر تحریف شده از بدن خود شده و حتی به‌گونه‌ای پیشرفت می‌کند که زمینه ابتلا به اختلال بدریختی بدنی^۲ را فراهم می‌سازد. بدین ترتیب در بسیاری موارد انجام جراحی‌های زیبایی به عنوان اولین گزینه در جهت رهایی از این اختلال، مورد توجه قرار می‌گیرند. افراد مبتلا به اختلال بدریختی بدن دچار اشتغال فکری نسبت به یک نقص خیالی در یک یا بیش از یک بخش از ظاهر فیزیکی خود هستند. (سلطانی، صفاجو، آموزشی و ضامنی، ۱۳۹۵). تصویر بدنی بیانگر نگرش فرد از خود، همراه با احساسات و افکاری است که می‌تواند تغییردهنده رفتار او در شرایط گوناگون و در جهات مثبت یا منفی باشد و تحت تأثیر عواملی چون رشد جسمانی، تعاملات فرد با محیط اجتماعی، سوانح، آسیب و جراحات بدنی قرار می‌گیرد. یکی از ویژگی‌های تصویر بدنی، تصویری است که فرد از خود به عنوان چاق، لاغر، کوتاه قد و یا بلند قد دارد و این ویژگی را

در گذشته، جراحی زیبایی در جهت بازگشت عملکرد و شکل طبیعی عضوی از بدن انجام می‌شد، اما امروزه جراحی زیبایی کارکرد اصلی خود را از دست داده است (توتونچی، فخاری و کلاهی، ۱۳۸۶). در میان جراحی‌های مختلف معطوف به زیبایی نظیر جراحی افتادگی پلک، گردن، صورت، پیوند مو، لیپوساکشن^۱، کاشت سینه و بینی، حداقل به لحاظ عمل زیبایی بینی، ایران دارای رتبه نخست در سال ۲۰۱۰ بوده است (موسوی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۸). روان‌شناسان معتقدند که گسترش نامطلوب جراحی‌های زیبایی در هر جامعه تحت تأثیر انگیزه‌های شناختی و عاطفی افراد آن جامعه است به طوری که نیازهای عاطفی جوانان بویژه نیاز به مورد توجه قرارگرفتن به وسیله جامعه از انگیزه‌های اصلی کسب زیبایی مصنوعی است (بابایی، فریدونی مقدم، دشت‌بزرگی و چراغیان، ۲۰۱۸). از طرفی گروه‌های مرجع نتوانسته‌اند جوانان را در شناخت هویت خود یاری کنند؛ به این ترتیب ظاهری‌ترین لایه هویت هر فرد چنان برجسته می‌شود که دیگر ابعاد وجودی فرد را به حاشیه می‌راند، به‌معنای دیگر، انگیزه جستجوی جراحی زیبایی، بر اساس ترکیبی از عوامل روان‌شناختی، هیجانی و شخصیتی است (محمدپناه اردکان، یعقوبی و یوسفی، ۱۳۹۱). مهمترین انگیزه فرد برای جراحی زیبایی امید به داشتن ظاهری رضایت‌بخش و افزایش جایگاه اجتماعی است (توسلی و مدیری، ۱۳۹۱).

عوامل شناختی، شخصیتی و میان فردی است، با افکار و باورهای افراد در مورد احساس خود ارزشی، ارتباط مستقیم دارد. به این صورت که هرچه نمرات افراد در باورهای منفی در مورد ظاهرشان بالاتر باشد، احساس کمتری بیشتری می‌کنند و از نظر روانی به دنبال سرپوش گذاشتن بر این احساس یا غلبه بر آن هستند و در صدد جراحی زیبایی بر می‌آیند (نراقی، کاظمی و روحانی، ۱۳۹۴؛ مفاخری، اشرفی فرد و خرمی، ۱۴۰۰).

باورهای یک فرد در مورد خودش اعم از تصویر بدنی خود به‌طور کلی تمام باورهای دیگر و هیجان‌ها و رفتارهایش را تحت تاثیر قرار می‌دهد باورها می‌توانند منطقی و غیرمنطقی باشند. باورهای منطقی باورهایی هستند که مطلوب، مفید و انعطاف‌پذیراند. این باورها برپایه واقعیت شکل گرفته‌اند و در عمل تایید شده‌اند. باورهای غیرمنطقی افکار و عقایدی هستند که با واقعیت سازگار نیستند و برپایه سوءظن و نظرات شخصی شکل گرفته‌اند. این باورها با اجبار، التزام و مطلق‌گرایی همراه هستند. باورهای غیرمنطقی شامل "ضرورت تایید و حمایت دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، دل‌مشغولی زیاد همراه با اضطراب، اجتناب از مسایل، وابستگی، ناامیدی نسبت به تغییر و کمال‌گرایی می‌شوند. اینگونه باورها در برخورد با حوادث و محرک‌های خارجی پیامدهای عاطفی همچون ترس، اضطراب، خشم، گناه، غم، اندوه، خصومت و

شاخص توده بدنی^۱ می‌نامند. افرادی که شاخص توده بدنی بالایی دارند، از تصویر بدنی خود ناراضی هستند (حاج قربانی، رحمانی‌نیا و محبی، ۱۳۹۷). اشتغالات ذهنی درباره تصویر بدنی می‌توانند موجب گسترش یک تصویر تحریف شده از خود شده و به گونه‌ای پیشرفت می‌کند که زمینه‌ی ابتلا به اختلال بدشکلی را فراهم می‌سازد. اختلال بدشکلی بدنی، یک اختلال ذهنی است که می‌تواند در همه سطوح اجتماعی رخ دهد. افراد با بدشکلی بدنی بر این باور هستند که بعضی از جنبه‌های ظاهریشان جذاب نیست. اختلال بدشکلی بدنی یک شرایط روانی است که با سه ویژگی وسواس فکری، استرس و اختلالات کارکردی، تعریف شده‌است (گوپتا، هاین و لونا^۲، ۲۰۱۳). گرچه در استفاده فراگیر از جراحی زیبایی، عواملی همچون تنوع‌طلبی، دارا بودن امکانات مالی تغییر در اجزای صورت و تمرکز روز افزون رسانه‌های جمعی به تصویر بدنی نیز موثر می‌باشند؛ اما در این میان آنچه مورد توجه و تأیید اکثر پژوهش‌گران می‌باشد، نارضایتی از تصویر بدنی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد متقاضی جراحی زیبایی تصویر بدنی منفی از خود دارند و این اختلال بدشکلی سبب گرایش به سوی جراحی زیبایی می‌شود (سارور^۳، ۲۰۱۹).

یکی از این نوع اختلالات که می‌تواند در تمایل به جراحی زیبایی تأثیر داشته باشد، نوع تصور فرد از بدن و ظاهر خودش می‌باشد. از آنجاکه انگیزه‌ی جراحی زیبایی بر اساس ترکیبی از

1. Body mass
2. Gupta, Huynh & Lona
3. Sarwer

افراد آگاهی می‌دهد چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام این هیجان‌ها در آنها پدید می‌آید و چگونه باید آن‌ها را ابراز نمایند (گراس^۲، ۲۰۱۵). یکی از مسایل مورد بررسی در این پژوهش، مطالعه نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی و گرایش به جراحی زیبایی است که امروزه به عنوان متغیر واسطه‌ای، مورد توجه زیادی است. سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها است بر روی تصمیم‌گیری به جراحی زیبایی نقش دارد. تنظیم هیجان شامل فرایندهای درونی و بیرونی که مسوول نظارت، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی به‌ویژه هیجان‌های شدید و منفی، به منظور رسیدن به اهداف مورد نظر است.

فورد و گراس^۳ (۲۰۱۸) تنظیم هیجان را شامل فرایندهایی معرفی می‌کند که فرد از طریق آن بر هیجان‌های خود و نحوه تجربه و ابراز آن‌ها اثر می‌گذارد. فرایندهای تنظیم هیجان ممکن است کنترل شده یا خودکار، هشیار یا ناهشیار باشند و ممکن است بر یک یا چند جنبه از تجربه هیجانی اثر بگذارند. همچنین در تنظیم هیجان، هیجان‌های مثبت و منفی و نیز هر دو جنبه ابراز و تجربه هیجان مدنظر قرار می‌گیرد (گراس، ۲۰۱۵). راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است انطباقی یا غیرانطباقی باشند. راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان نقش اساسی در شکل‌گیری و یا تداوم اختلال‌های روان‌شناختی دارند (آلداو^۴، ۲۰۱۰).

افسردگی ایجاد می‌کند. در حقیقت این باورهای انسان است که نوع، وضعیت و شدت عاطفه و رفتار او را تعیین می‌کند (نریمانی، بگیان کوله مرز و مهدی‌نژاد مقدم، ۱۳۹۴).

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، دهداری و محمودی، ۱۳۹۲)، به طوری که در گزارش‌های موجود، ایران از نظر نسبت اعمال جراحی زیبایی انجام شده به کل جمعیت در رتبه‌های اول جهان قرار دارد. 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. (احیایی، لطیفی، بختیاری و حسینپور، ۱۳۹۲).

متغیر دیگری که به نظر می‌رسد در افراد متقاضی زیبایی ممکن است دخیل باشد، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است که به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (رات، ونستینکیست و رایان^۱، ۲۰۱۹). راهبردهای تنظیم هیجان شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به

2. Gross, Sheppes & Urry
3. Tompson
4. Aldao

1. Roth, Vansteenkiste & Ryan

پژوهش تمامی زنان متقاضی جراحی زیبایی که در سال ۱۳۹۹ به کلینیک‌های زیبایی شهر بوشهر مراجعه نمودند را شامل می‌شد که تعداد آن‌ها در سال ۱۳۹۹ حدوداً ۲۵۰۰ نفر بود. معیارهای ورود شامل نداشتن ظاهر نابهنجاری و انجام جراحی بدون دلایل طبی و ضروری، محدوده 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. به عقیده گارسون^۳ (۲۰۰۷) از آنجا که در استفاده از روش معادلات ساختاری رایج‌ترین روش برآورد حداکثر احتمال می‌باشد، بنابراین، حجم نمونه ۴۰۰ نفر نتایج قابل قبولی 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 شیوه نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب گردیدند پس از 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 جمعیت شناختی مثل سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل 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 نسخه ۲۲ و روش مدل معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مدل ساختاری پژوهش حاضر شامل ۴ متغیر تصویر

افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم هیجانی متنوعی استفاده می‌کنند. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند راهبردهای شناختی و رفتاری به عنوان شکلی از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه که با هدف کاهش استرس به‌کار گرفته می‌شوند، در افراد با تجربه آسیب بیشتر یافت می‌شود (یولمان، پیترهاگن و رلی^۱، ۲۰۱۴).

از آن‌جاکه روان‌شناسی جراحی زیبایی هنوز به خوبی شناخته نشده‌است و پژوهش‌های صورت گرفته درباره ویژگی‌های روان‌پزشکی مراجعه‌کنندگان برای جراحی زیبایی بسیار اندک است و بیشتر شامل گزارش‌های بالینی می‌باشد و با توجه به‌اینکه شمار متقاضیان جراحی زیبایی سالیانه سیر صعودی دارد (بیدخوری، یاسری، اکبری و مجدزاده، ۲۰۲۱) که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی وخیمی به همراه داشته‌باشد انجام مطالعات بیشتر و منسجم‌تر در این زمینه احساس می‌شود. بنابراین این پژوهش نیز با هدف اصلی بررسی برانندگی مدل رابطه بین گرایش به جراحی زیبایی با تصویر بدنی و باورهای غیر منطقی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان در زنان متقاضی جراحی زیبایی شهر بوشهر طراحی شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که از روش آماری مدلیابی معادلات ساختاری یا مدلیابی علی^۲، استفاده شد. جامعه آماری

1. Ulman, Peter-Hagene & Relyea
2. Causal modeling

3. Garson

پرسش‌نامه نگرانی درباره تصویر بدنی^۳ (BICI): برای سنجش نگرانی درباره تصویر بدنی در این پژوهش، از پرسشنامه لیتلتون، آکسوم و پیوری^۴ (۲۰۰۵) استفاده شد. این مقیاس خودگزارشی مشتمل بر ۱۹ گویه است و بر اساس مقیاس ۵ نمره ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) ارزش‌گذاری شده است. نمره‌گذاری به صورت مستقیم بوده و نمره‌ای که هر آزمودنی می‌تواند در این مقیاس کسب کند بین ۱۹ تا ۹۵ است. در مطالعه لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) اعتبار این پرسش‌نامه به روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای ۰/۹۳ و ضریب همبستگی هر یک از سؤالات با نمره کل پرسش‌نامه از ۰/۳۲-۰/۷۳ با میانگین ۰/۶۲ محاسبه شده است. در ایران انتظاری و علوی‌زاده (۱۳۹۰)، همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۸۹ گزارش نمودند.

پرسش‌نامه باورهای غیر منطقی^۵: این پرسش‌نامه به وسیله جونز^۶ در سال ۱۹۶۹ طراحی و ساخته شد. آزمون دارای ۱۰۰ گویه و ده خرده مقیاس، توقع تأیید از طرف دیگران، انتظارات بیش از حد 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 می‌باشد و هر خرده‌مقیاس در بردارنده ده پرسش است. پرسش‌ها با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً

بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی به عنوان متغیر برونزا^۱؛ گرایش به جراحی به عنوان متغیر درونزا^۲ و تنظیم شناختی هیجان به عنوان متغیرهای میانجی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه گرایش به جراحی زیبایی: این پرسشنامه توسط اعتمادی فرد و امانی (۱۳۹۲) طراحی و ساخته شد. شامل ۲۴ سوال براساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) می‌باشد. نمره این پرسشنامه از مجموع امتیازات ۲۴ گویه حاصل شده و در بازه ۲۴ الی ۱۲۰ قرار می‌گیرد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده گرایش بیشتر به جراحی زیبایی است. میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش اعتمادی فر و امانی (۱۳۹۲)، با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و روایی آن با روش تحلیل عاملی تأییدی ۰/۷۶ به دست آمده است.

پرسش‌نامه گرایش به جراحی زیبایی: این پرسشنامه توسط اعتمادی فرد و امانی (۱۳۹۲) طراحی و ساخته شد. شامل ۲۴ سوال براساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) می‌باشد. نمره این پرسشنامه از مجموع امتیازات ۲۴ گویه حاصل شده و در بازه ۲۴ الی ۱۲۰ قرار می‌گیرد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده گرایش بیشتر به جراحی زیبایی است. میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش اعتمادی فر و امانی (۱۳۹۲)، با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و روایی آن با روش تحلیل عاملی تأییدی ۰/۷۶ به دست آمده است.

3. Body Image Concern Inventory
4. Littelton, Axsom & Pury
5. Irrational belief
6. Jones

1. Exogenous
2. Endogenous

ملاطمت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. نمره هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره گویه‌ها به دست می‌آید و دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا و منفی می‌باشد (حسنی، ۱۳۸۹). در پژوهش گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷)، ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده مقیاس بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. در ایران نیز، حسنی (۱۳۹۰) روایی و اعتبار این مقیاس را مورد بررسی قرارداد. جهت تعیین روایی از همبستگی بین خرده مقیاس‌ها استفاده شد که ضرایب همبستگی‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ محاسبه گردید، همچنین پایایی پرسش‌نامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت که این ضرایب برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ بود که میزان قابل قبولی است.

یافته‌ها

در این پژوهش داده‌های مربوط به ۴۰۰ زن متقاضی عمل جراحی زیبایی مورد تحلیل قرار گرفت. بررسی شاخص‌های جمعیت شناختی 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 فوق لیسانس بودند. جراحی زیبایی بینی و

مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) مورد سنجش قرار می‌گیرند. نمره هر خرده مقیاس از مجموع نمرات گویه‌های آن و نمره کل از مجموع نمره تمام خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. نمرات بالا نشان‌دهنده شدت بالاتر باور غیرمنطقی است. جونز (۱۹۶۹) پایایی آزمون به روش بازآزمایی را ۰/۹۲ و پایایی هریک از خرده مقیاس‌های ده‌گانه آن را از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ گزارش نمود. در ایران، تقی‌پور (به نقل از ذوالفقاری مطلق، ۱۳۷۷)، پایایی کل این آزمون را ۰/۷۱ محاسبه نمود. در این مطالعه نیز پایایی آزمون روی گروهی از دانشجویان دوره کارشناسی اجرا شد که آلفای به دست آمده برای کل آزمون برابر ۰/۷۶ و پایایی هر یک از خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۸ تا ۰/۸۷ بود.

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان^۱ گارنفسکی، کراچی و اسپینهون^۲ (۲۰۰۱): این پرسش‌نامه بر مبنای پرسش‌نامه اصلی نظم جویی شناختی هیجانی^۳ (CERQ) در کشور هلند تدوین شده است و یک ابزار خودگزارشی بوده و دارای ۱۸ گویه و نه خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملاطمت خویش^۴، پذیرش^۵، نشخوارگری^۶، تمرکز مجدد مثبت^۷، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۸، ارزیابی مجدد مثبت^۹، دیدگاه‌پذیری^{۱۰}، فاجعه‌سازی^{۱۱} و

1. Cognitive emotion regulation questionnaire
2. Garnefski, Kraaij & Spinhoven
3. Cognitive emotion regulation questionnaire
4. Self-blame
5. Acceptance
6. Rumination
7. Positive Refocusing
8. Refocus on planning
9. Positive Reappraisal
10. Putting into perspective
11. Catastrophizing

خبازثابت و همکاران: رابطه بین گرایش به جراحی زیبایی با تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی زنان ...

لب همزمان بیشترین درصد (۲۲/۵٪) را به خود اختصاص داده بود. میانگین سن شرکت‌کنندگان نیز $31/25 \pm 8/67$ بود.

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
تصویر بدنی منفی	۶۹/۶۰	۴/۶۱	۵۸	۷۸	۴۰۰
تنظیم شناختی هیجان	۵۵/۷۵	۵/۹۰	۴۲	۷۳	۴۰۰
باورهای غیرمنطقی	۳۵۵/۱۷	۱۰/۱۸	۳۲۸	۳۷۵	۴۰۰

آماري مدل معادلات ساختاری استفاده شد. جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی و اصلاح شده تحقیق را نشان می‌دهد.

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که اغلب شاخص‌های برازندگی مدل اصلاح‌شده، شامل مجذور خی (χ^2)، نسبت مجذور خی به درجه 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 مجذورخطای تقریب (RMSEA) دارای برازش قابل قبول می‌باشند. با مقایسه 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.

پیش از بهره‌گیری از مدلیابی معادلات ساختاری، پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با آزمون کالموگروف اسمیرنف مورد سنجش قرارگرفت که نتایج نشان‌داد سطوح معنی‌داری به‌دست آمده برای کلیه متغیرها و مولفه‌های آن از ۰/۰۵ بیشتر می‌باشد، بنابراین داده‌ها از توزیع نرمال تبعیت می‌کنند. همچنین پیش‌فرض مدل معادلات ساختاری یعنی عدم هم‌خطی چندگانه 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 شده‌است (کلاين، ۲۰۱۰). نتایج نشان داد که شاخص تحمل متغیرهای تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی به ترتیب ۰/۶۵۳ و ۰/۶۳۳ و همچنین عامل تورم واریانس متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی به ترتیب ۱/۵۲۸ و ۱/۵۷۹ به‌دست آمد که نشان‌دهنده محقق شدن مفروضه بود.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از روش‌های

1. Tolerance
2. Variance inflation factor

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی و اصلاح‌شده پژوهش

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	$\leq ۰/۰۰۱$

جدول ۳. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم در مدل اصلاح‌شده

مسیر	مدل اصلی			
	برآورد استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معنی‌داری (p)
باورهای غیر منطقی به تنظیم شناختی هیجان	-۰/۷۲	۰/۱۲	-۲/۶۷	$\leq ۰/۰۰۱$
تصویر بدنی منفی به تنظیم شناختی هیجان	-۰/۴۳	۰/۰۰۶	-۴/۶۱	$\leq ۰/۰۰۱$
تنظیم شناختی هیجان به گرایش به جراحی	-۰/۱۷	۰/۶۶	-۵/۶۸	$\leq ۰/۰۰۱$

جدول ۳ ضرایب مسیر روابط مستقیم و سطح معنی‌داری متغیرهای پژوهش را در مدل اصلاح‌شده (نهایی) نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود که ضریب هر سه مسیر مستقیم باورهای غیر منطقی به تنظیم شناختی هیجان ($\beta = -۰/۷۱$)، تصویر

جدول ۳ ضرایب مسیر روابط مستقیم و سطح معنی‌داری متغیرهای پژوهش را در مدل اصلاح‌شده (نهایی) نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود که ضریب هر سه مسیر مستقیم باورهای غیر منطقی به تنظیم شناختی هیجان ($\beta = -۰/۷۱$)، تصویر

جدول ۳ ضرایب مسیر روابط مستقیم و سطح معنی‌داری متغیرهای پژوهش را در مدل اصلاح‌شده (نهایی) نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود که ضریب هر سه مسیر مستقیم باورهای غیر منطقی به تنظیم شناختی هیجان ($\beta = -۰/۷۱$)، تصویر

جدول ۳ ضرایب مسیر روابط مستقیم و سطح معنی‌داری متغیرهای پژوهش را در مدل اصلاح‌شده (نهایی) نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود که ضریب هر سه مسیر مستقیم باورهای غیر منطقی به تنظیم شناختی هیجان ($\beta = -۰/۷۱$)، تصویر

جدول ۴. آزمون میانجی‌گری چندگانه روابط غیر مستقیم در مدل اصلاح‌شده

مسیر	داده	بوت	سوگیری	خطا	کران پایین	کران بالا
باورهای غیر منطقی به گرایش به جراحی از طریق تنظیم شناختی هیجان	-۰/۱۰۲۰	-۰/۱۰۷۱	-۰/۰۰۵۰	۰/۰۴۵۹	-۰/۱۸۶۱	-۰/۰۰۶۵
تصویر بدنی منفی به گرایش به جراحی از طریق تنظیم شناختی هیجان	-۰/۰۳۹۳	-۰/۰۳۹۶	-۰/۰۰۰۳	-۰/۰۲۱۰	-۰/۰۹۰۵	-۰/۰۰۷۶

غیرمنطقی به تنظیم شناختی هیجان و تنظیم شناختی هیجان به گرایش به جراحی زیبایی معنی دار بودند. همچنین مسیرهای غیرمستقیم تصویر بدنی منفی به گرایش به جراحی از طریق تنظیم شناختی هیجان و باورهای غیرمنطقی به گرایش به جراحی زیبایی از طریق تنظیم شناختی هیجان معنی دار بود.

با توجه به نتایج ضریب مسیر، بین باورهای غیرمنطقی با تنظیم شناختی هیجان رابطه معنی داری وجود دارد، این یافته فرضیه تحقیق را تایید می کند. این یافته ها با نتایج پژوهش های حسینی، محمدمیگونی و گرامی پور (۱۳۹۷)؛ عباسی سرچشمه، محمدپناه اردکان و عباسی سرچشمه (۱۳۹۵) و گونجی، خوش کنش و پورابراهیم (۱۳۹۴) مطابقت دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که افراد معمولاً خود را اسیر باورها و افکار غیرمنطقی می کنند و افرادی که باورهای غیرمنطقی دارند در تنظیم هیجان دچار مشکل شده و احتمالاً هیجانانی همچون خشم، مقاومت، خصومت، دفاع، گناه، اضطراب، سستی و رخوت مفرط، عدم کنترل و اجتناب را تجربه می کنند. الیس (به نقل از شفیع آبادی، ۱۳۸۴) بیان می کند که تمام مشکلات عاطفی افراد از تفکرات جادویی و موهومی آنها سرچشمه می گیرد که از نظر تجربی معتبر نیستند. باورهای غیرمنطقی به شکل اطلاعات و یا به شکل تصمیم گیری نادرست است. باورهای غیرمنطقی باعث حالت های آشفته و ناراحت کننده در فرد می شود و در نهایت منجر به اضطراب، افسردگی و احساس گناه می شود. باورهای غیرمنطقی خواسته هایی

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود حدود بالا و پایین رابطه غیرمستقیم باورهای غیرمنطقی به گرایش به جراحی به واسطه تنظیم شناختی هیجان و تصویر بدنی منفی به گرایش به جراحی به واسطه تنظیم شناختی هیجان، صفر را در بر نمی گیرد که به معنی آن است که هر دو مسیر غیرمستقیم معنی دار بوده و تنظیم شناختی هیجان رابطه بین باورهای غیر منطقی و تصویر بدنی منفی را با گرایش به جراحی در زنان میانجی گری می نماید.

نتیجه گیری و بحث

در پژوهش حاضر، جهت بررسی پیشایندها و پیامدهای تنظیم شناختی هیجان مدلی طراحی شد. فرض بر این بود که تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی با تنظیم شناختی هیجان رابطه مستقیم و با گرایش به جراحی زیبایی از طریق تنظیم شناختی هیجان رابطه غیرمستقیم دارد. در مدل پیشنهادی تصویر بدنی منفی و باورهای غیرمنطقی به عنوان متغیر برونزا؛ گرایش به جراحی زیبایی به عنوان متغیر درونزا و تنظیم شناختی هیجان به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شدند. نتایج مدل کلی نشان داد که شاخص های مدل پیشنهادی از برازش قابل قبولی برخوردارند. به منظور برازندگی بهتر، مدل اصلاح شده مورد بررسی قرار گرفت. به عبارتی، در مدل اصلاح شده مسیرهای غیرمعنی دار حذف شد و سایر مسیرهای معنی دار باقی ماند و شاخص های برازش بهتر شدند. بدین معنی که در مدل اصلاح شده مسیرهای تصویر بدنی منفی به تنظیم شناختی هیجان، باورهای

دارد از این رو این نتایج می‌تواند در مشاوره‌های پیش از جراحی زیبایی و زوجی مورد توجه قرارگیرد. باور غیرمنطقی دیگر این است که ما بر روی ناراحتی و هیجانات خود هیچ کنترلی نداریم. چرا که این ناراحتی‌ها از جانب دیگران بوجود می‌آید و اگر دیگران تغییر کنند، تمام امور اصلاح می‌شود. هنگامی که فرد در ارتباط با دیگران برداشت منفی می‌کند و ناراحت می‌شود، دچار هیجان و تظاهرات جسمانی مثل قرمز شدن، ضربان قلب، فشار خون و غیره می‌شود در حالی که فرد سبب این عامل را دیگران می‌داند در واقع مشکل از ناحیه شناختی و تفکر فرد می‌باشد و قادر به تنظیم شناخت خود نمی‌شود. 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 آزار دهنده باشد، زیرا طفره رفتن از کارهای ناخوشایندی که فرد با آن سر و کار دارد باعث می‌شود که این کارها اثر پایداری در ضمیر ناخودآگاه فرد بوجود آورد و هنگامی که فرد سرانجام با آن روبه رو شود، دچار مشکل می‌شود. یکی از نشانه‌های تفکرات غیرمنطقی، کمال‌گرایی است. در این راستا، برادران (۱۳۹۹)، در پژوهشی تحت عنوان عوامل محرک برای جراحی زیبایی به این نتیجه رسید که ویژگی‌های خودمحوری، حساسیت اضطرابی و کمال‌گرایی برای افراد داوطلب جراحی زیبایی از عوامل مؤثر است. افراد کمال‌گرا استانداردهای بسیار بالا و دست نیافتنی برای خود تصور می‌کنند و از این رو به آن دست نمی‌یابند، خود را مورد

هستند که به تدریج عملکردهای ضروری را تغییر می‌دهند و اگر برآورده نشوند، منجر به اختلال می‌شوند. در ضمن باورهای غیرمنطقی ممکن است منجر به عواقب آزاردهنده مانند احساس گناه، اضطراب، خصومت و اختلالات خلقی شود. پس باورهای غیرمنطقی جزء آن‌دسته از باورها به شمار می‌آیند که یا به‌طور مستقیم همراه با بازتاب‌هایی نظیر غم و اندوه، افسردگی و خشم ظاهر می‌شوند یا به صورت درونی و لحظه‌ای تظاهر می‌کنند و حاصل آن‌ها عدم تحرک و بی‌علاقه‌گی به کار و فعالیت است (احتشام‌زاده، برنا و یوسفی، ۱۳۹۲). حسینی، محمدمیگونی و گرامی‌پور (۱۳۹۷)، روابط 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 (۱۳۹۵)، در پژوهشی تحت عنوان مقایسه باورها در مورد ظاهر، باورهای غیرمنطقی و نمایه توده‌ی بدنی در افراد متقاضی با افراد نیازمند جراحی زیبایی به این نتیجه رسیدند که می‌توان نقش قابل‌توجه ویژگی‌های شناختی، روابط بین فردی، جنسیت، ویژگی‌های موقعیتی و به‌ویژه باورهای غیرمنطقی افراد را در گرایش آن‌ها به جراحی زیبایی استنباط کرد. گونجی و همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهشی تحت عنوان مقایسه سازگاری زناشویی و باورهای غیرمنطقی در زنان جراحی زیبایی شده و زنان جراحی زیبایی نشده به این نتیجه رسیدند که وجود باورهای غیرمنطقی بیشتر و سازگاری زناشویی کمتر در زنان جراحی زیبایی شده تأکید

لباسهای متنوع و قرارگرفتن در وضعیت‌های خاص سعی در پوشاندن نقائص ظاهری خود دارند که بیشتر زائیده تصور ذهنی آنان از بدنشان است (ابابایی، ۱۳۹۶). نارضایتی از این تصویر بدنی پیامدهایی چون اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی، اختلالات روانی، تضعیف خودپنداره و عزت نفس را در پی خواهد داشت (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۵). در این راستا در پژوهشی ذوقی پایدار و همکاران (۱۳۹۷)، نتیجه گرفتند افرادی که اختلال تصویر تن و بدریختی بدن داشتند، بیشتر اقدام به جراحی زیبایی می‌کردند. مفاخری، اشرفی‌فرد و خرمی (۱۴۰۰)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که متغیرهای نگرانی از تصویر بدن و مدیریت بدن به ترتیب پیش‌بینی‌کننده‌های قوی احتمال اقدام به جراحی زیبایی افراد بود. تصویر بدنی بیانگر نگرش فرد از خود همراه با احساسات و افکاری است که می‌توانند تغییر دهنده رفتار او در شرایط گوناگون و در جهات مثبت یا منفی باشد و این با تنظیم شناختی هیجان ارتباط می‌یابد (برادران، ۱۳۹۹). بدن افراد از تجربه‌های اجتماعی، به‌خصوص از هنجارها و ارزش‌های گروه‌هایی که به آن‌ها تعلق دارند، تأثیر می‌پذیرد. یکی از جنبه‌های روان‌شناختی مورد بررسی در جراحی زیبایی، تصویر منفی فرد از خود است که این نقص ممکن است خیالی باشد و یا با نوعی نابهنجاری جسمی جزئی مرتبط باشد و دلواپسی‌های بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است. افراد برای بهبود تصویر ذهنی از ظاهر خود در جستجوی تغییراتی از طریق رژیم غذایی، ورزش و یا

ملامت و سرزنش قرار می‌دهند، در تنظیم شناخت‌ها و هیجانات صحیح دچار مشکل می‌گردند و چه بسا ممکن است دچار اختلالاتی مانند وسواس و افسردگی شوند. بنابراین در پژوهش حاضر این یافته مورد تبیین قرار گرفت که باورهای غیرمنطقی مسیر معنی‌داری به تنظیم شناختی هیجان دارد.

با توجه به نتایج ضریب مسیر بین تصویر بدنی منفی با تنظیم شناختی هیجان رابطه معنی‌داری وجود دارد، این یافته فرضیه پژوهش را تایید می‌کند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیرنیا و همکاران (۲۰۲۰)؛ لاول، وب، زیمر و فارل^۱ (۲۰۱۸)؛ و ذوقی پایدار، کرمی و نبی‌زاده (۱۳۹۷) هم‌خوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تصویر بدنی منفی یکی از پیشایندهای افراد جهت گرایش به انجام جراحی زیبایی است. عدم تغییر در تصویر بدنی منجر به اضطراب شدید، اجتناب از رویارویی با افراد و نشخوار ذهنی می‌شود که از مولفه‌های تنظیم شناختی هیجانی است. بنابراین تصویر منفی بدنی از این طریق با تنظیم شناختی هیجان مرتبط می‌شود. شکل ظاهری بدن در تعاملات اجتماعی اهمیت زیادی دارد. دامنه تصویر بدنی و نگرانی از آن، تا به آن‌جا گسترش یافته‌است که مشغله ذهنی بسیاری از افراد، به‌خصوص جوانان گردیده‌است و هزینه زیادی صرف تغییرات ظاهری در بدن می‌شود (گوپتا، هاین و لونا، ۲۰۱۳). این امر به‌گونه‌ای است که این افراد ساعت‌ها در مورد تصویر بدنی خود فکر می‌کنند و با تغییر در آرایش و پوشیدن

1. Lavell, Webb, Zimmer & Farrell

پذیرش اجتماعی دستکم در میان گروه همسالان می‌شود (خواجه نوری، ۱۳۸۸). در سنین جوانی معمولاً افراد تصمیم‌های مهمی از جمله، زندگی اجتماعی مستقل از نظارت والدین یا تصمیم‌گیری در مورد سلامت خود می‌گیرند. همچنان که زندگی در کنار همسالان و پیوستن به گروه‌های دانشگاهی و آزادی در محیط دانشگاه بیشتر می‌شود تاکید بر ظاهر و عادات ناسالم غذا خوردن ممکن است باعث افزایش نگرانی‌های مربوط به ظاهر شود. پژوهش گیلنا و لوکوویتز^۳ (۲۰۱۲) نشان‌داد در حالیکه زنان با بالا رفتن سن، اندازه بدن بیشتری را برآورد می‌کنند اما گزارش آن‌ها از نارضایتی بدن کمتر بوده‌است. این در حالی‌است که با افزایش سن انتظارات واقع‌گرایانه‌تری در مورد آنچه که اکنون هستند را دارا می‌باشند و یا با کاهش فشارهای اجتماعی همراه با سن از سوی جامعه روبه‌رو می‌شوند. گاهی اوقات فرد به دلیل تصور بدنی‌ای که از خود دارد غالباً احساسات منفی و نارضایتی نسبت به بدن می‌تواند باعث شود که ما از برخی کارها و فعالیت‌ها کناره بگیریم مثل ورزش کردن یا شنا کردن با دیگران و یا حتی انجام کارها و فعالیت‌هایی که در آن‌ها خوبیم، چون ما را در مرکز نگاه و توجه دیگران قرار می‌دهد. در مجموع زنان در طول زندگی بیشتر از مردان از تصویر بدنی خود ناراضی هستند. شاید دلیل این امر این باشد که مردان این روزها بیشتر توسط رسانه‌ها مورد توجه و داوری قرار می‌گیرند. درست است که زنان برای زمانی طولانی از این

جراحی زیبایی هستند و بیشترین اشتغال ذهنی مربوط به پوست، مو، بینی، چشم‌ها، دهان، لب‌ها، فک و چانه است اما اشتغال ذهنی ممکن است به طور همزمان مربوط به چندین قسمت بدن باشد (فیلیپز^۱، ۲۰۰۷). زنانی که اعتماد به نفس بالایی دارند، کمتر تمایل به جراحی زیبایی دارند و از سوی دیگر زنانی که تصویر منفی از بدن خود دارند، اعتماد به نفس کمتری دارند. در این راستا بکر^۲ و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که تصویر بدنی ادراک شده منفی در زنان با رضایت کم از روابط رمانتیک، جنسی و سازش کلی روان‌شناختی مرتبط است. فشارهای هنجاری که از سوی جامعه به ویژه جوامع غربی، افراد بسیار نزدیک و رسانه‌ها به‌خصوص بر زنان تحمیل می‌شود بر تصویر آنان از بدن خودشان تأثیر می‌گذارد و این تصویر نامطلوب موجب اقدام به جراحی زیبایی می‌شود. به این ترتیب اگر از بدن خود احساس منفی نداشته باشند و از بدن و ظاهر خود راضی باشند به احتمال کمتری دست به جراحی زیبایی می‌زنند. خسروی و ناظری (۱۳۹۳)، به این نتیجه رسیدند که خود پنداره منفی از بدشکل بدنی در میزان مراجعه و اقدام برای عمل جراحی زیبایی بینی تأثیر دارد. زمانی و فضیلت‌پور (۱۳۹۲) نیز دریافتند که جراحی‌های زیبایی عامل تغییرات روان‌شناختی از جمله احساس شایستگی و عزت نفس و بهبود تصویر منفی فرد از خود دانست. ایجاد نگرانی از بابت چاقی و یا نداشتن اندامی موزون، بد شکل، نازیبای و مانند اینها، موجب نگرانی جوانان از بابت عدم

1. Philips
2. Becker

3. Gillena & Iefkovitz

صفات شخصیتی مانند کفایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان می‌تواند نقش مهمی در گرایش به جراحی زیبایی داشته‌باشد و توجه به آنها می‌تواند نقش مهمی در کاهش تقاضای مراجعان داشته‌باشد.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان‌داد که مدل ارائه‌شده از برازش مطلوبی برخوردار بوده و برای تبیین روابط مولفه‌های پژوهش مناسب و کارآمد می‌باشد. همچنین از محدودیت‌های مطالعه حاضر نمونه‌گیری دردسترس و محدود بودن مطالعه به زنان و یک شهر می‌باشد که تعمیم نتایج به مناطق دیگر و مردان را محدود می‌سازد. از آن‌جا که هم باورهای غیرمنطقی و تصویر بدنی منفی به‌صورت غیرمستقیم و تنظیم شناختی هیجان به‌صورت مستقیم با گرایش به جراحی زیبایی مرتبط‌اند لذا پیشنهاد می‌شود افراد با راهبردهای حل مساله و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد آشنا شوند و مهارت‌های لازم کسب نمایند تا گرایش به جراحی غیرضروری زیبایی نیز به کاهش یابد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی مراجعان متقاضی جراحی زیبایی و همچنین پرسنل محترم کلینیک‌های جراحی زیبایی شهر بوشهر تشکر و قدردانی می‌نمایم. شایان ذکر است، مقاله حاضر برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول است.

حیث مرکز توجه بوده‌اند اما شاید همین امر حساسیت آنان را نسبت به موضوع و آسیب‌پذیریشان را کمتر کرده است. دختران نوجوان از مادرهایشان الگو می‌گیرند. مادرانی که دائماً نگران اندازه و شکل اندامشان هستند و همین باعث می‌شود که دائماً شاهد دختران نوجوانی باشیم که با وجود بلوغ و تکامل بدنشان، با رژیم‌های سخت غذایی سرو کله می‌زنند (ذوقی، ۱۳۸۹).

با توجه به نتایج ضریب مسیر، بین تنظیم شناختی هیجان با گرایش به جراحی رابطه معنی‌داری وجود دارد، این یافته فرضیه دیگر تحقیق را تایید می‌کند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های عیسی‌زادگان، سلیمانی، خسروی و شیخی (۱۳۹۵)؛ موس و هریس (۲۰۰۹) و براگارد^۱ (۲۰۱۲) مطابقت دارد. سطح پایین تنظیم هیجانی ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آنها است، ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌های استرس‌زا از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب استفاده‌کند. افرادی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی کمتری دارند. آنها فشارهای محیط را درک نمی‌کنند و هیجان‌های خود را به خوبی مهار نمی‌کنند و در نتیجه در مقابل وقایع مقاومت کمتری نشان می‌دهند. شواهد زیادی نشان می‌دهند که تنظیم یا عدم تنظیم هیجانی با موفقیت یا عدم موفقیت در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (جاکوبس، ۲۰۰۸). عیسی‌زادگان و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهش خود به این یافته رسیدند که بعضی از

منابع

- احتشام‌زاده، پروین، برنا، محمدرضا، و یوسفی، مریم. (۱۳۹۰). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیر منطقی با افسردگی بیماران MS. *روانشناسی اجتماعی*، ۶(۲۰)، ۵۵-۶۷.
- احیایی، فریدعلی، لطیفی، آرمان، بختیاری، محمود، و حسینپور، سید اسماعیل. (۱۳۹۲). بررسی اپیدمیولوژیک علل گرایش به جراحی زیبایی بینی در شهر تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی طب و تزکیه*، ۲۲(۳)، ۱۰-۱۹.
- اعتمادی‌فر، سید مهدی، و امانی، ملیحه. (۱۳۹۲). مطالعه جامعه‌شناختی انگیزه زنان از گرایش به جراحی های زیبایی. *پژوهشنامه زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*، ۴(۸)، ۱-۲۲.
- انتظاری، سمیه، علوی زاده، محمدرضا. (۱۳۹۱). رابطه بین ترس از بدریختی بدن و انگاره‌پردازی خودکشی در بین زنان و مردان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست، مو و وزن شهر تهران. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱(۷۶)، ۱۵-۲۸.
- برادران، مجید. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و مکانیسم‌های دفاعی در رابطه کمال‌گرایی و حساسیت اضطرابی در دانشجویان متقاضی جراحی زیبایی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۹(۳۴)، ۵۷-۷۴. doi: 10.30473/hpj.2020.48109.4517
- بهرام، عباس، و شفیع‌زاده، محسن. (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه خودپنداره بدنی و شناسایی عوامل موثر بر آن در دانش‌آموزان شهر تهران، طرح پژوهشی، پژوهشگاه تربیت بدنی و علوم ورزشی، ۶۵-۴۸.
- تقی‌پور، منوچهر. (۱۳۸۷). *بررسی و مقایسه میزان باورهای غیر منطقی در بین بیماران روان تنی و افراد بهنجار (سال‌های ۵۰-۲۰ ساله شهر تهران)*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی علامه طباطبایی.
- توتونچی، جواد، فخاری، علی، و کلاهی، فریناز. (۱۳۸۶). ارتباط بین علائم روان‌شناختی با رضایت پس از عمل رینوپلاستی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۲۹(۲)، ۷۱-۷۶.
- توسلی، غلامعباس، و مدیری، فاطمه. (۱۳۹۱). بررسی گرایش زنان به جراحی زیبایی در شهر تهران. *مطالعات اجتماعی روانشناسی زنان*، ۱۰(۱)، ۶۱-۸۲.
- حاج قربانی، پرستو، رحمانی‌نیا، فرهاد، و محبی، حمید. (۱۳۹۷). رابطه شاخص توده بدنی با رضایتمندی از شکل بدن در دختران دانش‌آموز ورزشکار شهر رشت. *فیزیولوژی ورزشی*، ۱۰(۴۰)، ۱۱۷-۱۳۲. doi: 10.22089/spj.2018.1367
- حسنی، ج. (۱۳۸۹). *خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان*. *مجله روانشناسی بالینی*، ۷(۳)، ۸۳-۷۳.
- حسنی، ج. (۱۳۹۰). *بررسی اعتبار و روایی فرم*

- کوتاه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. *مجله پژوهش در علوم رفتاری*، ۹(۶)، ۲۲۹-۲۴۰.
- حسینی، زهره، محمدمیگونی، احمد، و گرامی پور، مسعود. (۱۳۹۷). مدل ساختاری روابط بین تصویر بدنی، باورهای غیرمنطقی و سلامت روان در متقاضیان جراحی زیبایی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۲(۴۸)، ۱۷-۲۶.
- 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)، ۱-۹.
- خسروی، معصومه، و ناظری، مهران. (۱۳۹۳). بررسی رابطه اختلال خود شیفتگی و بد شکلی بدن در متقاضیان جراحی زیبایی بینی و مقایسه آن با افراد غیر متقاضی جراحی زیبایی بینی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۷(۳)، ۳۰-۳۹.
- خواججه‌نوری، بیژن، و مقدس، علی اصغر. (۱۳۸۸). رابطه بین تصور از بدن و فرآیند جهانی‌شدن، مطالعه موردی زنان شهرهای تهران، شیراز، استهبان. *پژوهش‌های جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۰(۳۳)، ۱-۲۴.
- ذوقی، آسیه. (۱۳۸۹). مقایسه تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر ورزشکار و غیرورزشکار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد تربیت بدنی و علوم ورزشی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد.
- ذوقی پایدار، محمدرضا، کرمی، افسانه، و نبی زاده، صفدر. (۱۳۹۷). مقایسه اختلال تصویرتن، اختلال بد شکلی بدنی و گرایش به مد در افراد متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۲۶)، ۷-۲۴.
- ذوالفقاری مطلق، مصطفی. (۱۳۷۷). بررسی اثر بخشی درمان منطقی هیجانی بر افسردگی و روابط بین فردی نامتعادل ناشی از تعارض زناشویی مطالعه تک موردی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- زارعی دوست، الهام، عاطف وحید، کاظم، بیان زاده، اکبر، و بیرشک، بهروز. (۱۳۸۶). مقایسه منبع کنترل، شیوه‌های مقابله و باورهای غیرمنطقی در زنان عادی و روسپی شهر تهران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳(۶)، ۲۷۲-۲۷۹.
- زمانی، سیده نرجس، و فضیلت‌پور، مسعود. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر جراحی زیبایی بینی بر عزت نفس و تصویر منفی فرد از خود. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۲۰(۵)، ۴۹۲-۵۰۴.
- سلطانی، نرگس، صفاجو، فرزانه، آموزشی، و زهرا، ضامنی، الهام. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط تصویر بدنی با سلامت روان دانشجویان بیرجند در سال تحصیلی ۱۳۹۵: یک گزارش کوتاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۶(۵)، ۴۷۹-۴۸۶.

محمدپناه اردکان، عذرا، یعقوبی، حسن، و یوسفی، رحیم. (۱۳۹۱). صفات شخصیت و سبک‌های دفاعی در افراد داوطلب جراحی زیبایی. پوست و زیبایی، ۳(۲)، ۷۲-۸۲.

شریعتمداری، علی. (۱۳۸۵). روان‌شناسی تربیتی. تهران: انتشارات امیر کبیر.

مفاخری، عبدالله، اشرفی فرد، سمیه، و خرمی، محمد. (۱۴۰۰). مدل ساختاری رابطه بین نگرانی از تصویر بدن و باورهای وسواسی با مدیریت بدن در افراد متقاضی جراحی زیبایی. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۰(۳۸)، ۱۲۱-۱۴۰. doi: 10.30473/hpj.2021.55499.4964

شفیع‌آبادی عبدالله، و ناصری غلامرضا. (۱۳۸۴). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. مرکز نشر دانشگاهی.

عباسی سرچشمه، محمدرضا، محمدپناه اردکان، عذرا، و عباسی سرچشمه، ابوالقاسم. (۱۳۹۵). مقایسه باورها در مورد ظاهر، باورهای غیرمنطقی و نمایه‌ی توده بدنی در افراد متقاضی با افراد نیازمند جراحی زیبایی. پوست و زیبایی، ۷(۳)، ۱۵۶-۱۶۲.

موسوی‌زاده، مهدی، نیازی شهرکی، فیض‌اللهی، کلاترهرمزی، عبدالمجید، فدایی نائینی، علیرضا، و نصری لاری، مهدی. (۱۳۸۸). ارزیابی گرایش و انگیزه‌های بیماران زن در جراحی‌های زیبایی. مجله پژوهنده، ۱۴(۶)، ۳۱۸-۳۲۶.

عیسی‌زادگان، علی، سلیمانی، اسماعیل، خسرویان، بهروز، و شیخی، سیامک. (۱۳۹۵). مقایسه شایستگی اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در افراد متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی بینی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۷(۹)، ۷۳۵-۷۴۳.

نراقی، محسن، کاظمی، مجید، و روحانی، محمد. (۱۳۹۴). مقایسه خصوصیات شخصیتی مراجعه‌کنندگان جهت رینوپلاستی به درمانگاه گوش و حلق و بینی بیمارستان امیراعلم تهران با گروه کنترل. ارمغان دانش، ۱۰(۴)، ۹۳-۹۹.

فیاض، ایراندخت، و کیانی، ژاله. (۱۳۸۷). بررسی باورهای غیرمنطقی دانشجویان دانشگاه شیراز. نشریه راهبرد فرهنگ، ۱(۴)، ۹۹-۱۱۷.

نریمانی، محمد، بگیان کوله مرز، محمد جواد، و مهدی نژاد مقدم، بهناز. (۱۳۹۴). مقایسه باورهای غیر منطقی، خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴(۱۳)، ۷-۲۰.

گونجی، ثریا، خوش‌کنش، ابوالقاسم، و پورابراهیم، تقی. (۱۳۹۴). مقایسه سازگاری زناشویی و باورهای غیرمنطقی در زنان جراحی زیبایی شده و زنان جراحی زیبایی نشده. فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۰(۳۱)، ۱۳۱-۱۴۶.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>.
- Becker, C. B., Verzijl, C. L., Kilpela, L. S., Wilfred, S. A., & Stewart, T. (2019). Body image in adult women: Associations with health behaviors, quality of life, and functional impairment. *Journal of health psychology, 24*(11), 1536–1547. <https://doi.org/10.1177/1359105317710815>.
- 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. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i2.5351>.
- Bragard, I., Etienne, A. M., Merckaert, I., Libert, Y., & Razavi, D. (2010). Efficacy of a communication and stress management training on medical residents' self-efficacy, stress to communicate and burnout: a randomized controlled study. *Journal of health psychology, 15*(7), 1075–1081. <https://doi.org/10.1177/1359105310361992>.
- Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2018). Emotion regulation: Why beliefs matter. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 59*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/cap0000142>.
- Frederick, D. A., Lever, J., & Peplau, L. A. (2007). Interest in cosmetic surgery and body image: views of men and women across the lifespan. *Plastic and reconstructive surgery, 120*(5), 1407–1415. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000279375.26157.64>.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences, 30*(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6).
- Gillen, M. M., & Lefkowitz, E. S. (2012). Gender and racial/ethnic differences in body image development among college students. *Body image, 9*(1), 126–130. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.09.004>.
- Green, S., & Pritchard, M. E. (2003). Predictors of body image

- dissatisfaction in adult men and women. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31(3), 215–222. <https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.3.215>.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>.
- Gupta, R., Huynh, M., & Lona, H. (2013). Body dimorphic Disorder. *Semi Cutan Med Surg*, 32(2), 82–78.
- Haas, C. F., Champion, A., & Secor, D. (2008). Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature. *Plastic surgical nursing : official journal of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgical Nurses*, 28(4), 177–182. <https://doi.org/10.1097/PSN.0b013e31818ea832>.
- 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.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.11.006>.
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*, 43(2), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>.
- Moss, T. P., & Harris, D. L. (2009). Psychological change after aesthetic plastic surgery: a prospective controlled outcome study. *Psychology, health & medicine*, 14(5), 567–572. <https://doi.org/10.1080/13548500903112374>.
- Phillips, K. A., Didie, E. R., & Menard, W. (2007). Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of affective disorders*, 97(1-3), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.006>.
- 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). <https://dx.doi.org/10.5812/ijcm.101371>.

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. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.864747>.

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. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000403>.

Sarwer D. B. (2019). Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body image*, 31, 302–308. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.009>.

