

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

زهرا قنبری*، فرهاد جمهری**، رسول روشن***

(نویسنده مسئول)

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه و اضطراب اجتماعی زنان اقدام کننده به جراحی زیبایی با زنان غیر اقدام کننده انجام شده است.

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۲/۰۱/۲۵

تجدیدنظر: ۱۳۹۴/۰۳/۰۳

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۱۴

روش: بدین منظور، نمونه‌ای ۱۲۰ نفری که شامل ۶۰ نفر زن متقاضی و اقدام کننده به جراحی زیبایی با ۶۰ زن غیر متقاضی، با روش نمونه‌گیری در دسترس از شهر تهران انتخاب شده‌اند. برای اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگارانه از پرسشنامه طرح‌واره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵) و اضطراب اجتماعی از پرسشنامه اضطراب اجتماعی (دیویدسون، ۱۹۹۷) استفاده شده است. تحلیل نتایج با استفاده از مانوا انجام گرفت و در صورت وجود تفاوت معنادار از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

کلیدواژه‌ها:

طرح‌واره‌های ناسازگارانه، اضطراب اجتماعی، جراحی زیبایی

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین طرح‌واره‌های اطاعت و ایثار بین زنان اقدام کننده به جراحی زیبایی و زنان غیر اقدام کننده تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین زنان اقدام کننده جراحی زیبایی اضطراب اجتماعی بالاتری را نسبت به زنان غیر اقدام کننده، تجربه می‌کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج تحقیق می‌توان استنتاج نمود که زنان اقدام کننده جراحی زیبایی از اضطراب اجتماعی بیشتری رنج می‌برند و ممکن است این عامل در اقدام آنان به عمل جراحی نقشی ایفا کند.

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

* Z. Ghanbari, ** F. Jomehri, *** R. Roshan

Abstract

Objective: This research is aimed to study the abnormal schema and social anxiety in a group of women who had applied for cosmetic surgery as compared to a non- applicant group.

Method: For this purpose, 60 applicants and 60 non- applicants were selected as in accessible sample in the city of Tehran. Both groups were asked to complete two questionnaires: Yang Schema Scale (Third short version, 2005), and Social Anxiety Scale (Davidson, 1997). These tests are valid and reliable. The Data were analyzed by MANOVA and in case there was a significant difference, Bonferoni post hoc test was taken.

Results: Result indicated that there are significant differences between two groups in subjugation and self- sacrifice, indeed women who had applied for cosmetic surgery significantly experienced higher degrees of social anxiety.

Conclusion: According to result can recognize that women who had applied for cosmetic surgery experiencing higher level of social anxiety. However, the high level of social anxiety will associate with applying cosmetic surgery.

Article Information:

History:

Receipt: 2013/04/14

Revise: 2015/05/24

Acceptance: 2015/07/05

Keywords:

Behavior regulation,
Anxiety, Breast cancer

توجه به ظاهر در چهارچوب‌های اجتماعی، امری بهنجار، پسندیده و حتی در حد متعادل نشان‌دهنده سلامت روانی است؛ اما در جوامع امروزی به دلیل تأکید بیش‌ازحد بر زیبایی و کثرت تصاویر ارائه شده در مد و رسانه‌ها، این توجه خصوصاً در بین زنان شکل افراطی به خود گرفته است، به گونه‌ای که تقریباً همه زنان حداقل یک‌بار در زندگی خود دچار احساس شرم و نارضایتی از ظاهر خود بوده‌اند و این توجه افراطی تا جایی پیش رفته که فرهنگ عامه زیبایی را برابر با احساس دوست‌داشتنی بودن و مورد توجه واقع شدن می‌داند که این امر مختص قشر خاص، طبقه اجتماعی و سطح تحصیلات خاص نیست. زمینه‌یابی‌های انجام شده در طول چند دهه نشان داده است که مردم در دوست داشتن دیگران برای جذابیت جسمانی رتبه مهمی قائل نمی‌شوند (باس و بارنز^۱، ۱۹۸۶؛ هادسنو هویت^۲، ۱۹۸۲؛ به نقل از رفیعی، ۱۳۸۳)؛ اما بررسی رفتار واقعی آدم‌ها عکس آن را نشان داده است (رفیعی، ۱۳۸۳؛ گرین و پریچارد، ۲۰۰۳). در این راستا می‌توان گفت که زیبایی اغلب به‌عنوان یک ویژگی منحصرراً زنانه تعریف می‌شود و اشتغال ذهنی با ظاهر یکی از جنبه‌های کلیشه‌ای زنانه در بسیاری از گروه‌های فرهنگی است.

زنان اغلب در جهت رسیدن به استانداردهای زیبایی و کامل بودن به سختی تلاش می‌کنند. تا جایی که در بسیاری از موارد این استانداردها منجر

به اشتغالات ذهنی فزاینده‌ای می‌شوند (اسکلافانی^۳، ۲۰۰۳). این امر موجب گسترش یک تصویر تحریف‌شده از بدن و خود شده و حتی به گونه‌ای پیشرفت می‌کند که زمینه ابتلا به اختلال بدریختی بدنی^۴ را فراهم می‌سازد (سجادی نژاد، ۱۳۸۶؛ کافری و تامپسون^۵، ۲۰۰۴). بدین ترتیب در بسیاری موارد انجام جراحی‌های زیبایی به‌عنوان اولین گزینه در جهت رهایی از این اختلال، مورد توجه قرار می‌گیرند. افراد مبتلا به اختلال بدریختی بدن دچار یک اشتغال فکری نسبت به یک نقص خیالی در یک یا بیش از یک بخش از ظاهر فیزیکی خود هستند. رابین اشتاین (۲۰۰۵) بیان می‌کند این‌گونه اشتغال فکری ریشه در طرح‌واره‌های ناسازگار دارد. یانگ در رویکرد طرح‌واره‌های اصلی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأکید می‌کند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی آسیب‌زننده‌ای هستند که با شکل گرفتن در ابتدای تحول در تمام سیر زندگی، تکرار می‌شوند (یانگ، ۱۹۹۸؛ ترجمه حمید پور، ۱۳۸۶). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، باورهای هسته‌ای (پیش‌فرض‌های غیرشرطی) در مورد خود و دیگران هستند که پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری ناکارآمد منحرف می‌کنند. بنابراین روابط بین فردی و ادراک از خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند (پیتو - گویا، کاستیله‌ها، گالهاردو و کانه‌ها، ۲۰۰۶؛ هریس و کورتین^۶، ۲۰۰۲؛ لونگ^۷، ۲۰۰۷؛ تیم^۸، ۲۰۱۱).

6. Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo, & Cunha
7. Harris & Curtin
8. Leung
9. Thimm

1. Barnes
2. Hudson & Hoyt
3. Sclafani
4. Body dimorphic disorder
5. Thompson & Cafri

(زارب^۴، ترجمه خدایاری فرد، ۱۳۸۳؛ بوگلز، دیورا، دانیل، لی، مروای و ماریسول^۵، ۲۰۱۰). نتایج تحقیقات متعدد نشان داده است که عوامل زیادی در شکل‌گیری و تکوین اضطراب اجتماعی سهیم هستند. برای مثال، کلارک^۶ و فریورن^۷ (۲۰۰۱)؛ ترجمه کاویانی، (۱۳۸۰)، با اعتقاد به خطاهای شناختی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، اظهار کرده‌اند که یکی از مهم‌ترین خطاهای شناختی، ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران است. در این راستا، لیپون و پلیسولو^۸ (۲۰۰۰)، کنت^۹ (۲۰۰۰) و کنت و کوهان^{۱۰} (۲۰۰۱) نیز نشان داده‌اند افرادی که به اضطراب اجتماعی مبتلا هستند، به دلیل این که خودشان را نسبت به ارزیابی منفی از جانب دیگران آسیب‌پذیر می‌بینند، از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند. در پژوهش دیگری پیتو - گویا و همکاران (۲۰۰۶) به بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی (n= ۶۲)، سایر اختلالات اضطرابی (n = ۴۱) و گروه غیر بالینی (n = ۵۵) پرداختند، نتایج نشان داد که ساختار طرح‌واره‌ای بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی از بیماران سایر اختلالات اضطرابی و گروه کنترل نرمال متفاوت است. کلارک و ولز^{۱۱} (۱۹۹۵) و لی و تک^{۱۲} (۲۰۰۸) یک مدل شناختی برای اضطراب اجتماعی ارائه داده‌اند؛ بر اساس آن بیماران مبتلا، یک‌رشته فرض‌ها را درباره خودشان و موقعیت اجتماعی به وجود می‌آورند. این فرض‌ها منجر به این خواهند

شری، وریند، هویت، شری، فلت و واردراپ^۱ (۲۰۰۸) در الگوی میانجی - واسطه‌ای که در پژوهش خود ارائه نمودند، نشان دادند پنهان کردن نقص باعث ایجاد طرح‌واره‌های غیر کارکردی و کژکار از ظاهر فیزیکی می‌شود که این طرح‌واره‌ها به‌نوبه خود باعث ایجاد شناخت‌های ناسازگار و غلط از ظاهر جسمانی می‌شوند و احتمال ابتلای فرد به اختلال بدریختی بدن را افزایش می‌دهند. در این زمینه می‌توان اشاره نمود که مطالعات کش (۲۰۰۲)، کش، ملونک و هاربوسکی^۲ (۲۰۰۴) نیز تأثیر طرح‌واره‌های ناسازگاران را تأیید می‌کنند.

پژوهش اشمیت، جوینر، یانگ و تک^۳ (۱۹۹۵) نشان داد اگرچه پرسشنامه‌ی طرح‌واره یانگ برای سنجش اختلالات شخصیت IV - DSM تهیه نشده است، ولی رابطه‌ی معناداری بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات شخصیت وجود دارد. در حوزه شناختی، طرح‌واره به‌عنوان نقشه انتزاعی شناختی در نظر گرفته می‌شود که راهنمای تفسیر اطلاعات است و در بعضی موارد خطاهای شناختی بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگاران شکل‌گرفته و در موقعیت‌های مختلف اجتماعی فعال می‌شود و در نتیجه به مشکلاتی منجر می‌شوند که از این دسته می‌توان به اضطراب اجتماعی اشاره نمود. اضطراب اجتماعی، نشانگر میزان تمایل به مضطرب بودن در موقعیت‌های اجتماعی و مبین ترس فرد از طرد شدن از سوی دیگران است

6. Clarck
7. Fairbun
8. Lepine & Pelissolo
9. Kent
10. Koehan
11. Clark & Wells
12. Lee & Telch

1. Sherry, Vriend, Hewitt, Sherry, Flett & Wardrop
2. Cash, Melnyk, & Hrabosky
3. Schmidt, Joiner, Young, & Telch
4. Zarb
5. Bogels, Deborah, Daniel, Lee, Murray & Marisol

شد که افراد تعاملات اجتماعی را به گونه‌ای منفی تعبیر کنند و آن‌ها را نشانه خطر ببینند. این مسئله باعث شکل‌گیری این تفکر می‌شود که فرد خود را در معرض خطر قضاوت منفی دیگران دیده و توجه افراطی خود را معطوف به واریسی و مشاهده دقیق خود می‌کند. این افراد سپس از اطلاعات درونی که توسط تمرکز بر خود تولید شده‌اند، استفاده می‌کنند تا برداشتی را شکل دهند: اینکه دیگران درباره آن‌ها چه فکر می‌کنند و به چه چیزی از رفتارشان توجه دارند و در نهایت قرار گرفتن در موقعیت اجتماعی سبب فعال شدن این فرض‌ها و ادراک خطر اجتماعی شده و در نتیجه موجب بروز علائم جسمی و شناختی می‌گردد. بدین ترتیب فرد برای رهایی از این علائم به انواع پاسخ‌ها روی می‌آورد که بر طبق پژوهش حاضر، می‌توان از تقاضا و اقدام افراطی به انجام انواع جراحی‌های زیبایی نام برد.

رویدادهای برانگیزاننده خاص مانند موقعیت‌هایی که فرد مجبور است بدن خود را در معرض دید دیگران قرار دهد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را فعال می‌سازد. این مسئله به نوبه خود سبب مراقبت مفرط، تفسیر منفی رفتار دیگران، رفتار اجتنابی، تلاش برای پوشانیدن و مخفی کردن بدن خود، اطمینان جویی و اعمال جبرانی می‌شود. این گونه رفتارها زمینه ایجاد تجارب شناختی و عاطفی منفی درباره بدشکلی بدن و نگرانی در این مورد را فراهم می‌کنند. تداوم این نگرانی باعث شکل‌گیری احساسات نامطلوب در فرد شده و برای رفع آن دست به اعمال گوناگونی می‌زند که در رابطه با نگرانی‌های مربوط به بدن، انجام انواع جراحی‌های زیبایی مشهود می‌باشند. با در نظر داشتن مطالعات انجام شده و با توجه به

افزایش رو به رشد تقاضا برای انجام انواع جراحی‌های زیبایی همگام با افزایش روابط و مناسبات اجتماعی افراد خصوصاً زنان در جامعه کنونی و با توجه به این نکته که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند هسته اساسی انواع اختلالات از جمله اختلالات اضطرابی و همچنین به‌عنوان عامل فعال‌کننده رفتار افراد به‌عنوان پاسخی در موقعیت‌های گوناگون باشند، در پژوهش حاضر این سؤال مطرح می‌شود که «آیا اقدام به انجام انواع جراحی زیبایی، پاسخی ناسالم به فعال شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و در راستای کاهش اضطراب اجتماعی زنان در روابط اجتماعی به شمار می‌آید؟»

روش

روش پژوهش از نوع مطالعه پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است زیرا هنگامی که محقق به دنبال یافتن علت‌های احتمالی یک الگوی رفتاری است از روش علی-مقایسه‌ای استفاده می‌کند. بدین منظور آزمودنی‌هایی که دارای رفتار مورد مطالعه هستند با آزمودنی‌هایی که این رفتار در آن‌ها مشاهده نمی‌شود، مقایسه می‌شوند.

به منظور مطالعه متغیرها و دست‌یابی به داده‌ها، نمونه‌ای بالغ بر ۱۲۰ نفر که شامل ۶۰ نفر نمونه در دسترس از زنان متقاضی و اقدام‌کننده جراحی زیبایی از مراکز انجام جراحی زیبایی با تعداد ۶۰ نفر نمونه در دسترس از جمعیت غیر متقاضی با استفاده از پرسشنامه‌های طرح‌واره یانگ (نسخه سوم، فرم کوتاه) و اضطراب اجتماعی مورد مقایسه و ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در این پژوهش دو گروه از لحاظ برخی ویژگی‌های جمعیت

این مقیاس ۶ و کمترین نمره ۱ است که نمره بالا به معنای ناسازگاری بیشتر در طرح‌واره‌ها منظور می‌گردد. در پرسشنامه‌ی طرح‌واره‌ی یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه) بیمار خود را بر اساس سبک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای بر مبنای این که تا چه اندازه هر گویه وی را توصیف می‌نماید، ارزیابی می‌کند.

۲- پرسشنامه اضطراب اجتماعی: برای اندازه‌گیری میزان اضطراب اجتماعی افراد مورد آزمون از پرسشنامه اضطراب اجتماعی استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۸ سؤال است که توسط مشاوره‌ی (۱۳۸۱) ساخته شد. قسمتی از سؤالات آن با استفاده از ملاک‌های تشخیصی معتبر و مطالعات ادبیات مربوط به هراس (اضطراب) اجتماعی ساخته شده‌اند. قسمت دیگری از سؤالات این پرسشنامه (۱۵ سؤال) نیز با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی دیویدسون^۶ (۱۹۹۷، به نقل از بهشتیان ۱۳۸۵) ساخته شده است. پایایی آزمون سنجش علائم هراس اجتماعی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ تعیین گردیده است (بهشتیان، ۱۳۸۵). بالاترین نمره این مقیاس ۴ و کمترین نمره آن ۰ است که نمره بالا به معنای اضطراب اجتماعی بالاتر بیشتری است.

میانگین داده‌های به‌دست‌آمده از گروه‌های اقدام‌کننده جراحی زیبایی و غیر متقاضی باهم مقایسه شد. برای این کار چون متغیر وابسته از چند مؤلفه تشکیل شده بود، از تحلیل واریانس چندمتغیری^۷ MANOVA استفاده شد.

آزمون مزبور در مورد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه برای گروه‌های اقدام‌کننده جراحی زیبایی و

شناختی مانند سن، تحصیلات، طبقه اجتماعی-اقتصادی همسان و معادل یکدیگر بودند.

ابزار پژوهش: ۱- پرسشنامه طرح‌واره‌ی یانگ (نسخه‌ی سوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵؛ به نقل از غیائی، نشاط‌دوست، مولوی، صلواتی، ۱۳۸۸). گویه‌ها به‌وسیله ۱۸ طرح‌واره در ۵ حوزه (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری) گروه‌بندی شده‌اند.

در مورد نسخه‌ی ۷۵ گویه‌ای، صدوقی، آگیلار-وفایی و رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۸۷)؛ والر، مایر، اوهانیان و الیوت^۱ (۲۰۰۱)؛ ریجکبور، ون دن برگ و ون دن بوت^۲ (۲۰۰۶)؛ بارانوف، اوی، هوچو و کن^۳ (۲۰۰۶)؛ ریجکبور، وندن برگ و وندن بوت (۲۰۰۵)؛ لی، تایلور و دان^۴ (۱۹۹۹)؛ و گلاسره^۵ (۲۰۰۲) پایایی پرسشنامه و زیرمقیاس‌های آن را از ۰/۶۰ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. اشمیت و همکاران (۱۹۹۵) ضریب همبستگی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد با فرم بلند این پرسشنامه را ۰/۶۰ به دست آوردند و ریجکبور و همکاران (۲۰۰۵) قدرت تمایز را، ۰/۸۷ گزارش دادند. به‌منظور تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد (غیائی و همکاران، ۱۳۸۸). ضریب آلفای کرونباخ در ۱۱ طرح‌واره، ۰/۷۰ و بالاتر بود اما در ۷ طرح‌واره دیگر کمتر از ۰/۷۰ بود. در حیطه‌های طرح‌واره نیز، در حیطه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد، ضریب آلفای کرونباخ کمتر از ۰/۷۰ به دست آمد. این ضریب در مقیاس کلی ۰/۹۴ بود. بیشترین نمره قابل کسب در

5. Glaser
6. Davidson
7. Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)

1. Waller, Shah, Ohanian & Elliott
2. Rijkeboer, van den Bergh, & van den Bou
3. Baranoff, Oei, Ho Cho, Kwon
4. Lee, Taylor & Dunn

داده‌های ۱۸ طرح‌واره یانگ از طریق مانوا تحلیل شد. در جدول ۱ میانگین نمرات گروه اقدام کننده به جراحی و گروه غیر اقدام کننده ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین طرح‌واره‌های پذیرش‌جوئی / جلب‌توجه، معیارهای سرسختانه / عیب‌جوئی افراطی و استحقاق / بزرگ‌منشی در هر دو گروه از همه بالاتر و میانگین طرح‌واره‌های وابستگی / بی‌کفایتی و نقص / شرم از همه پائین‌تر است.

غیر اقدام کننده اجرا شد. علاوه بر این، معناداری حوزه‌های طرح‌واره نیز که ۵ سطح داشت با آزمون لانداوی و بلکز بررسی شد. در صورت وجود تفاوت معنادار برای مشخص کردن اثر بین آزمودنی‌ها، آزمون تعقیبی بونفرونی مورد استفاده قرار گرفت. برای مقایسه اضطراب اجتماعی بین دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱. میانگین نمره‌های طرح‌واره‌های یانگ

طرح‌واره‌ها	میانگین نمره گروه اقدام کننده	میانگین نمره گروه غیر اقدام کننده
رهاشدگی / بی‌ثباتی	۱۴,۲۳ ± ۵,۲	۱۳,۶۴ ± ۵,۹۵
بی‌اعتمادی / بدرفتاری	۱۱,۷۱ ± ۵,۲۱	۱۱,۶۲ ± ۴,۵۸
محرومیت هیجانی	۱۰,۴۶ ± ۵,۲۸	۱۱,۲۰ ± ۵,۶۷
نقص / شرم	۸,۲۸ ± ۳,۸۳	۸,۹۵ ± ۴,۱۹
انزوای اجتماعی / بیگانگی	۱۲,۱۶ ± ۵,۱۴	۱۲,۳۸ ± ۵,۰۲
وابستگی / بی‌کفایتی	۸,۰۹ ± ۳	۹,۲۰ ± ۴,۵۹
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۹,۵۸ ± ۴,۷۹	۱۰,۲۰ ± ۴,۷۷
خود تحول نیافته / گرفتار شکست	۱۱,۰۸ ± ۴,۵۴	۱۱,۸۳ ± ۴,۵۶
استحقاق / بزرگ‌منشی	۸,۸۵ ± ۳,۷۶	۱۰,۴۲ ± ۵,۷۳
خویشتن‌داری / خود انضباطی ناکافی	۱۷,۸۱ ± ۵,۲۳	۱۶,۲۱ ± ۴,۳۵
اطاعت	۱۵,۵۱ ± ۵,۵۳	۱۳,۵۹ ± ۴,۶
ایثار	۱۲,۹۰ ± ۶,۱۴	۱۰,۷۶ ± ۵,۱۴
پذیرش‌جوئی / جلب‌توجه	۱۹,۳۱ ± ۶,۱۲	۱۷,۷۶ ± ۵,۶۵
منفی‌گرایی / بدبینی	۱۲,۱۵ ± ۵,۱۲	۱۳,۵۵ ± ۵,۸۲
بازداری هیجانی	۱۰,۹۰ ± ۴,۶۳	۱۲,۳۵ ± ۴,۳۶
معیارهای سرسختانه / عیب‌جوئی افراطی	۱۸,۴۰ ± ۵,۰۸	۱۸,۱۲ ± ۵,۱۸
تنبیه	۱۲,۹۸ ± ۴,۶۵	۱۴,۴۳ ± ۴,۸۵

و متغیر گروه متغیر مستقل فرض شد. جدول ۲ نتایج آزمون را نشان می‌دهد.

برای آزمون سؤال تحقیق و مقایسه طرح‌واره‌ها در دو گروه اقدام کننده به جراحی و گروه غیر اقدام کننده نمرات ۱۸ طرح‌واره به صورت متغیر وابسته

جدول ۲. آزمون چندمتغیری شاخص طرحواره‌های یانگ دو گروه اقدام کننده به جراحی و گروه غیر اقدام کننده

منبع	اثر	ارزش F	درجه آزادی فرض شده	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
گروه‌ها	اثر بیلابی	۰,۲۳۴	۱۸,۰۰۰	۱۰۱,۰۰۰	۰,۰۴۹
	لاندای ویلکز	۰,۷۶۶	۱۸,۰۰۰	۱۰۱,۰۰۰	۰,۰۴۹
	اثر هتلینگ	۰,۳۰۶	۱۸,۰۰۰	۱۰۱,۰۰۰	۰,۰۴۹
	بزرگ‌ترین ریشه ری	۰,۳۰۶	۱۸,۰۰۰	۱۰۱,۰۰۰	۰,۰۴۹

($F(18 و 101) = 1,374$; $P = 0,247$; $Wilk's Lambda = 0,766$)

استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که از نظر طرحواره‌های ناسازگار در دو گروه فقط در مورد طرحواره‌های اطاعت ($P = 0,041$) و $P = 0,26$ و $F(1 و 118) = 4,27$ و ایثار ($P = 0,041$) و $P = 0,27$ و $F(1 و 118) = 4,27$ تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۲ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات طرحواره‌های دو گروه اقدام کننده و غیر اقدام کننده تفاوت معنادار وجود دارد، لذا آزمون تعقیبی در مورد آن اجرا شد. جدول ۳ نتایج تفکیکی آزمون اثرسنجی گروه‌ها در مورد طرحواره‌ها را نشان می‌دهد. تحلیل جداگانه هر یک از متغیرهای وابسته با

جدول ۳. آزمون اثرسنجی گروه‌های اقدام کننده و غیر اقدام کننده

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری
گروه‌ها	رهاشدگی / بی‌ثباتی	۱۰,۳۶	۱	۱۰,۳۶۰	۰,۳۳۲	۰,۵۶۶
	بی‌اعتمادی / بد رفتاری	۰,۲۳۳	۱	۰,۲۳۳	۰,۰۱۰	۰,۹۲۲
	محرومیت هیجانی	۱۶,۵۸	۱	۱۶,۵۸	۰,۵۵۲	۰,۴۵۹
	نقص / شرم	۱۳,۵۱	۱	۱۳,۵۱۶	۰,۸۳۶	۰,۳۶۲
	انزوای اجتماعی / بیگانگی	۱,۴۵	۱	۱,۴۵۷	۰,۰۵۳	۰,۸۱۸
	وابستگی / بی‌کفایتی	۳۶,۵۰	۱	۳۶,۵۰۲	۲,۴۲	۰,۱۲۲
	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۱۱,۴۰	۱	۱۱,۴۰۱	۰,۴۹۹	۰,۴۸۲
	خود تحول نیافته / گرفتار	۱۶,۹۵	۱	۱۶,۹۵۳	۰,۸۱۶	۰,۳۶۸
	شکست	۱۶,۹۵	۱	۱۶,۹۵۵	۰,۸۱۶	۰,۳۶۸
	استحقاق / بزرگ‌منشی	۷۶,۵۳	۱	۷۶,۵۳۱	۳,۳۰	۰,۰۸۰
	خویش‌داری / خود انضباطی ناکافی	۰,۱۵	۱	۰,۱۴۹	۰,۰۰۷	۰,۹۳۵
	اطاعت	۱۱۱,۲۱	۱	۱۱۱,۲۱۱	۴,۲۶	۰,۰۴۱
	ایثار	۱۳۷,۱۶	۱	۱۳۷,۱۶	۴,۲۷	۰,۰۴۱
	پذیرش جوئی / جلب توجه	۷۲,۳۱	۱	۷۲,۳۱	۲,۰۸	۰,۱۵۲
منفی‌گرایی / بدبینی	۵۸,۸	۱	۵۸,۸	۱,۹۵	۰,۱۶۵	
بازداری هیجانی	۶۲,۸۰	۱	۶۲,۸۰	۳,۱۰	۰,۰۸۱	
معیارهای سرسختانه / عیب‌جوئی افراطی	۲,۴۴	۱	۲,۴۴	۰,۰۹۳	۰,۷۶۱	
تنبیه	۶۲,۸۶	۱	۶۲,۸۶	۲,۷۸۴	۰,۰۹۸	

طرح‌واره به‌صورت یک متغیر وابسته و متغیر گروه اقدام کننده یا غیر اقدام کننده به‌صورت متغیر مستقل در نظر گرفته شد. نتایج آزمون در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

برای آزمون این سؤال که آیا بین ۵ حوزه طرح‌واره در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد نیز از روش تحلیل آماری مانوا استفاده شد به‌طوری‌که میانگین نمرات هر یک از حوزه‌های

جدول ۴. آزمون چندمتغیری حوزه‌های طرح‌واره‌های دو گروه اقدام کننده به جراحی و گروه غیر اقدام کننده

منبع	اثر	ارزش	F	درجه آزادی فرض شده	اثر	منبع	اثر	ارزش	F	درجه آزادی فرض شده	اثر	منبع	اثر	ارزش	F	درجه آزادی فرض شده
سطح معناداری					اثر بیلابی	اثر بیلابی	اثر بیلابی	اثر بیلابی	اثر بیلابی	اثر بیلابی	اثر بیلابی	اثر بیلابی	اثر بیلابی	اثر بیلابی	اثر بیلابی	اثر بیلابی
خطای درجه آزادی					۰۰۰۹۱	۰۰۰۹۱	۰۰۰۹۱	۰۰۰۹۱	۰۰۰۹۱	۰۰۰۹۱	۰۰۰۹۱	۰۰۰۹۱	۰۰۰۹۱	۰۰۰۹۱	۰۰۰۹۱	۰۰۰۹۱
سطح معناداری					۲۰۳۷۱ ^a	۲۰۳۷۱ ^a	۲۰۳۷۱ ^a	۲۰۳۷۱ ^a	۲۰۳۷۱ ^a	۲۰۳۷۱ ^a	۲۰۳۷۱ ^a	۲۰۳۷۱ ^a	۲۰۳۷۱ ^a	۲۰۳۷۱ ^a	۲۰۳۷۱ ^a	۲۰۳۷۱ ^a
خطای درجه آزادی					۵۰۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰
سطح معناداری					۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰
خطای درجه آزادی					۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶
سطح معناداری					۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶
خطای درجه آزادی					۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰
سطح معناداری					۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶
خطای درجه آزادی					۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰
سطح معناداری					۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶
خطای درجه آزادی					۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰
سطح معناداری					۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶	۰۰۰۶
خطای درجه آزادی					۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰	۱۱۴۰۰۰

اضطراب اجتماعی دو گروه افراد اقدام کننده جراحی زیبایی و غیر اقدام کننده بود. برای مقایسه میانگین نمرات اضطراب اجتماعی دو گروه که در جدول ۵ آورده شده است، از آزمون t مستقل استفاده شد. جدول ۶ نتایج آزمون t را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین دو گروه از نظر میانگین نمرات در ۵ حوزه طرح‌واره تفاوت معناداری وجود ندارد، از این‌رو اجرای آزمون تعقیبی ضرورت نیافت. سؤال فرعی دوم پژوهش مربوط به مقایسه

جدول ۵. میانگین نمرات اضطراب اجتماعی

گروه‌ها	میانگین اضطراب اجتماعی
گروه اقدام کننده جراحی زیبایی	۳۵,۶ ± ۲۱
گروه غیر اقدام کننده جراحی زیبایی	۴۵ ± ۲۴

جدول ۶ - نتایج آزمون t مستقل بین دو گروه اقدام کننده و غیر اقدام کننده به جراحی زیبایی در پرسشنامه اضطراب اجتماعی

شاخص	F	Sig	t	درجه آزادی	سطح معناداری
گروه / اضطراب اجتماعی					
با فرض برابری واریانس‌ها	۵,۰۶۲	۰,۰۲۶	۲,۵۵	۱۱۸	۰,۰۲۶
با فرض نابرابری واریانس‌ها			۲,۵۵	۱۱۵,۳۰	۰,۰۲۶

کردند. به نظر می‌رسد طرح‌واره‌های حوزه دیگر جهت‌مندی در اختلال شخصیت نمایشی نیز درگیر باشد. ممکن است علت این امر آن باشد که در خانواده‌هایی که از دیگر جهت‌مندی ناسالم حمایت می‌کنند کودکان یاد می‌گیرند که به تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران بیش‌ازحد اهمیت دهند به طوری که باعث نادیده گرفتن نیازهای سالم و مشروع خودشان می‌شوند و این الگو منجر به شکل‌گیری طرح‌واره‌هایی در این زمینه می‌شوند اطاعت، ایثار و جلب توجه (لطیفی و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین طرح‌واره ناسازگار اولیه اطاعت با واپس‌زنی ترجیحات و هیجانات شخصی به‌ویژه خشم مرتبط است، به طوری که این طرح‌واره به شکل افراط در اطلاعات از دیگران همراه با حساسیت بیش‌ازحد نسبت به احساسات آن‌ها و عدم ارزشمندی احساس خود مشهود است، در رابطه با طرح‌واره ایثار، نیز مشخص است حساسیت بیش‌ازحد نسبت به درد و رنج دیگران به بهای عدم رضای نیازهای خود فرد می‌شود. می‌توان به یافته‌های مینگاد و همکاران (۲۰۰۳) اشاره داشت که همسو

با توجه به جدول ۵ می‌بینیم با استفاده از آزمون لون تفاوت واریانس‌ها معنادار است ($F=5,062$ و معیار تصمیم $=0,026$). با در نظر گرفتن فرض نابرابری واریانس بین دو گروه، اضطراب اجتماعی تفاوت معنادار دارد ($P<0,05$).

نتیجه‌گیری و بحث

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ایثار و اطاعت در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد، به عبارت دیگر افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی نمرات بیشتری در این دو طرح‌واره کسب کردند. این در حالی است که این دو طرح‌واره جزء حوزه طرح‌واره‌های دیگر جهت‌مندی هستند، به طوری که واپس‌زنی تمایلات و احساسات شخصی و نیز اهمیت زیاد به موردتوجه و تأیید قرار گرفتن توسط دیگران منجر به شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اطاعت و ایثار در افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی شده و آن‌ها را از افراد جمعیت عادی متمایز می‌کند (یانگ، ۱۹۹۹). فلذا افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی نمرات بیشتری در این دو طرح‌واره کسب

با نتایج مطالعه حاضر نشان داده‌اند، تمایل به پذیرفته شدن در روابط اجتماعی در افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی نسبت به جمعیت عادی بیشتر است. همچنین، با توجه به اینکه همان مطالعه بیان داشته است افراد اقدام کننده به جراحی زیبایی در مقایسه با جمعیت عادی افسردگی بیشتری دارند، مطالعه حاضر نیز می‌تواند تأییدی بر این امر باشد، به طوری که وجود طرح‌واره ایثار و اطاعت نشانگر سرکوبی عواطف و هیجانات به‌ویژه خشم بوده و با افسردگی همبسته‌اند (هالورسن^۱ و همکاران، ۲۰۱۰؛ لاملی^۲ و هارکنز^۳، ۲۰۰۷؛ شهامت ۱۳۸۹؛ کالوت^۴ و همکاران، ۲۰۰۵).

همچنین نتایج این مطالعه با یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش شری و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر اینکه پنهان کردن نقص ظاهری، پیش‌بینی کننده بهتری از علائم اختلال بدریختی بدن به نسبت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سایر عوامل مؤثر دیگر در این اختلال است، همسو است. بدین ترتیب، وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در جمعیت اقدام کننده به جراحی زیبایی با اختلال بدریختی بدن نیز مرتبط است. همچنین باید توجه داشت طرح‌واره‌های غیر کارکردی مربوط به ظاهر فیزیکی معرف یک مکانیسم احتمالی هستند که از طریق این مکانیسم پنهان کردن نقص ظاهری، اختلال بدریختی بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

از سوی دیگر، یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر با الگوی میانجی- واسطه‌ای شری و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر اینکه، پنهان کردن نقص باعث ایجاد طرح‌واره‌های غیر کارکردی و

کژکار از ظاهر فیزیکی می‌شود همخوانی دارد. این در حالی است که طرح‌واره‌های غیر کارکردی و کژکار از ظاهر فیزیکی، به‌نوبه خود باعث ایجاد شناخت‌های ناسازگار و غلط از ظاهر جسمانی می‌شوند و احتمال ابتلای فرد به اختلال بدریختی بدن را افزایش می‌دهند.

بر طبق این مطالعه به نظر می‌رسد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مرتبط با حوزه دیگر جهت‌مندی به‌عنوان مکانیسمی در جهت ایجاد پاسخ‌های مقابله‌ای در ارتباط با مورد تأیید و پذیرش دیگران بودن و پیروی از خواسته‌های جامعه بوده و شاید به‌عنوان عامل برانگیزاننده پاسخ‌های افراطی نظیر انجام جراحی‌های زیبایی باشند.

از آنجاکه پژوهش حاضر به موضوعی نو و بدیع در زمینه مباحث مربوط به جراحی زیبایی و طرح‌واره‌ها پرداخته است، به‌طورکلی تحقیقی که اختصاصاً متغیرهای موردپژوهش مطالعه حاضر را پوشش داده و موردبررسی قرار دهد (پژوهش‌های داخلی و خارجی در حد بررسی پژوهشگر) یافت نشد. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌ها و تئوری یانگ مبنی بر اینکه قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی خاص موجب فعال شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شده و پاسخ‌های رفتاری افراطی برای رهایی از احساسات برانگیخته از این موقعیت‌ها است، همسو است.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر مبنی بر اینکه زنان اقدام کننده به جراحی زیبایی در مقایسه با گروه کنترل اضطراب اجتماعی بیشتری دارند با

1. Halvorsen
2. Lumley

3. Harkness
4. Calvete

این پژوهش به این دلیل که جزء اولین بررسی‌ها در زمینه طرحواره‌های ناسازگاران و اضطراب اجتماعی با مقوله فراگیر و رو به افزایش جراحی زیبایی است، به نوعی یک پژوهش اکتشافی به حساب می‌آید. از این رو شاید نتوان یافته‌های آن را به طور کامل با استفاده از تحقیقات پیشین تبیین نمود. با این وجود مطالعه حاضر می‌تواند راهگشای پژوهش‌هایی در این زمینه باشد. همچنین یافته‌های حاصل از این تحقیق بیش از آنکه بر عوامل روان‌شناختی و فردی تأکید داشته باشد، به طور غیرمستقیم نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی را پررنگ می‌کند. هر پژوهشی، چه در حیطه علوم انسانی و چه در زمینه علوم پایه به ویژه دارای محدودیت‌هایی است که پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنا نیست و دارای نقایص و محدودیت‌هایی است که لازم است هم در به‌کارگیری و تفسیر نتایج آن و هم در انجام پژوهش‌های آتی در نظر گرفته شوند.

سپاسگزاری

پژوهشگران از کلیه استادان گرامی جهت همکاری و راهنمایی در اجرای پژوهش و نیز شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

زارب، ژانت، م. (۱۳۸۳). ارزیابی و شناخت - رفتاردرمانی نوجوانان، ترجمه خدایاری فرد، م. عابدینی، ی. تهران: انتشارات رشد.

یافته‌های مطالعه مینگاد^۱ و همکاران (۲۰۰۳) که نشان داده‌اند افراد اقدام‌کننده به جراحی زیبایی اتکا به خود پایینی در روابط اجتماعی دارند، همسو است. همچنین کش و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان داده‌اند، اختلالاتی مانند اضطراب اجتماعی از شایع‌ترین اختلال‌های تشخیصی به صورت هم‌زمان در بیماران مبتلا به بدریختی بدن بوده و میزان شیوع آن بین ۱۶٪ تا ۸۲٪ درصد است.

همچنین زنجانی (۱۳۸۷) و بوگلز و مانسل^۲ (۲۰۰۴) نشان داده‌اند افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و کمرو نسبت به افراد عادی نگرش منفی‌تری دارند و برای رهایی از احساسات ناشی از این نگرش به اعمال گوناگونی دست می‌زنند. با توجه به نتایج مطالعه حاضر این‌طور به نظر می‌آید که انجام جراحی زیبایی و ایجاد تغییرات ظاهری در افراد باعث بهبود احساسات آن‌ها شده و اضطراب اجتماعی کمتری در نتیجه قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی با سایر افراد، تجربه می‌کنند. در پژوهشی دیگر، زیرک (۱۳۸۸) نشان داد که سبک دل‌بستگی اضطرابی در افراد اقدام‌کننده به جراحی زیبایی بینی بیشتر دیده می‌شود بر این اساس می‌توان گفت یافته‌های پژوهش حاضر این نتایج را تأیید می‌نمایند.

منابع

حسینی بهشتیان، م. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر هیپنوتراپی بر علائم هراس اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

1. Meningaud

2. Bogels & Mansell

ک. (۱۳۸۷). تحلیل عاملی مقیاس شخص با حساسیت پردازش حسی بالا: رابطه مؤلفه‌های حساسیت پردازش حسی با افسردگی و اضطراب. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال ۱۴(۱)، ۸۹-۸۵.

غیاثی، م. (۱۳۸۸). هنجاریابی، پایایی و روایی پرسشنامه طرح‌واره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه) در دو گروه افراد دارای اختلال روانی و بهنجار در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

کلارک، د. فریورن، ک. (۱۳۸۰). رفتاردرمانی شناختی، ترجمه حسین کاویانی. تهران: انتشارات فارس.

لطفی، ر.، دنیوی، و.، خسروی، ز. (۱۳۸۶). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در سربازان مبتلا به دسته ب اختلالات شخصیت و سربازان سالم. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. ۵، ۱۲۶۱-۱۲۶۶.

زنجان، ز.، گودرزی، م. (۱۳۸۸). مقایسه تصویر بدنی در افراد با هراس اجتماعی، کمرویی و بهنجار. مجله روانشناسی، سال ۱۳(۲).

زیرک، ح. (۱۳۸۸). شناخت سبک‌های دل‌بستگی، ترتیب تولد و ویژگی‌های شخصیتی افراد اقدام کننده به رینوپلاستی زیبایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

سجادی نژاد، م.، محمدی، ن. (۱۳۸۶). رابطه نگرانی از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی منفی و عزت‌نفس با اضطراب اجتماعی. بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز.

سیامک، س. (۲۰۰۸). زن و سکس در تاریخ. نسخه پنجم، چاپ آمریکا، نسخه الکترونیکی.

شهامت، ف. (۱۳۸۹). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی (دانشگاه تبریز). ۲، ۱۰۳-۱۲۴.

صدوقی، ز. آگیلار-وفایی، م. رسول‌زاده طباطبایی،

Reference

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

Bo` gels, S. M., & Mansell, W. (2004). "Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance

and self-focused attention". *Clinical Psychology Review*, 24, 827-856.

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

Cafri, G., Thompson, J., Ricciadelli, L., McCabe, M., Smolake, L. & Yesalis, c. (2004). "Pursuit of the muscular ideal: Physical and Psychological

- consequences and putative risk factors". *Clinical Psychology Review*, 25, 215-239.
- Calvete & et al. (2005). "The Schema Questionnaire- Short Form: Structure and Relationship with Automatic Thoughts and Symptoms of Affective Disorders". *European Journal of Psychological Assessment*, 21 (2), 90-99.
- Cash, T.F. (2002). "The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form". *International Journal of Eating Disorders*, 32, 362-366.
- Cash, T.F. & Labarge, A.S. (1996). "Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment". *Cognitive Therapy and Research*, 20, 37-50.
- Cash, T.F., Melnyk, S.E. & Hrabosky, J.I. (2004). "The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory". *International Journal of Eating Disorders*, 35, 305-316.
- Cash, T.F., Goldenberg-Bivens, R.B. & Grasso, K. (2005). "Multidimensional body-image predictors of college women's attitudes and intentions vis-a-vis cosmetic surgery". Poster presented at the Conference of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington, DC.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). "A cognitive model of social phobia". In: R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Glaser, D. (2002). "Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework". *Child Abuse & Neglect*, 26, 697-714.
- Green, P., Pritchard, M. (2003). "Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women". *Social Behavior Personality*, 31, 215-222.
- Halvorsen, & et al, (2010). "Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study". *Cognitive therapy and research*. 34, 368-379.
- Harris, J. & Curtin, M. (2002). "Parental Perception, Early Maladaptive Schemas and Depressive Symptoms in Young Adult". *Cognitive Therapy and Research*, 26(3): 405-416.
- Hope, M., & Schneier, F. R. (1994). "Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment". New York: The Guilford Press. 312-316.
- Lee, H.J, & Telch, M.J. (2008). "Attentional biases in social anxiety: An investigation using the inattention blindness paradigm". *Behavior Research and Therapy*, 46, 819- 835.
- Lumley, M. & Harkness, K. (2007). "Specificity in the Relations among Childhood Adversity, Early Maladaptive Schema and Symptom Profile in Adolescent Depression". 31, 639-657.
- Kent, G. & Keohan, S. (2001). "Social anxiety and disfigurement: the moderating effects of fear of negative evolution and past experience". *British journal of clinical psychology*. 40(1), 13-34.
- Lepine, J.P. & Pelissolo, A. (2000). "Why take social anxiety disorder seriously"? *Depression and anxiety*, 11, 87-82.
- Lee, C.W., Taylor, G. & Dunn, J. (1999). "Factor structure of the Schema-Questionnaire in a large clinical sample". *Cognitive Therapy and Research*, 23, 441-451.
- Leung, N., (2007). "Core beliefs in dieters and eating disordered women". *Eating Behavior*. 8,65-72.

- Meningaud, J.P., Benadiba, L., Servant, J.M. & et al. (2003). "Depression, anxiety and quality of life: outcome 9 months after facial cosmetic surgery". *Journal of Craniomaxillofac Surgery*, 34, 46-50.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. & Cunha, M. (2006). "Early maladaptive chemas and social phobia". *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571-584.
- Reas, D. & Grilo, C. (2004). "Cognitive-behavioral assessment of body image disturbances". *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 314-322.
- Rijkeboer, M. M., & van den Bergh, H. (2006). "Multiple group confirmatory factor analysis of the young schema-questionnaire in a dutch clinical versus non-clinical population". *Cognitive Therapy and Research*, 30, 263-278.
- Rijkeboer, M.M., van den Bergh, H., & van den Bout, J. (2005). "Stability and discriminative power of the Young Schema Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 129-144.
- Sarwer, D. B., Gibbons, L. M. & Crerand, C. E. (2004). "Treating body dysmorphic disorder with cognitive-behavior therapy". *Psychiatric Annals*, 34, 934-941.
- Schmidt, N.B., Joiner, T.E., Young, J.E. & Telch, M.J. (1995). "The Schema-Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas". *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-331.
- Sclafani, A. P. (2003). "Psychological aspects of plastic surgery". *Medicine*, 24(15), 1101-14.
- Sherry, S.B., Vriend, J.L., Hewitt, P.L., Sherry, D.L., Flett, G.L. & Wardrop, A.A. (2008). "Perfectionisms dimensions, appearance schemas, and body image disturbance in community members and University student department of psychology". University of British Columbia, Canada.
- 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.