

The Relationship Between Early Maladaptive Schema Domains and Body Image Concern: The Mediating Role of Self-Esteem Among Women Seeking Cosmetic Surgery in Tehran

1. Nafiseh Yousefi[✉]: PhD Student, Department of Psychology, Shk.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
2. Ahmad Ghazanfari^{*✉}: Associate Professor, Department of Psychology, Shk.C., Islamic, Azad University, Shahrekord, Iran
3. Fariba Kiani[✉]: Assistant Professor Department of Psychology, Bor.C., Islamic Azad University, Boroujen, Iran

*Corresponding Author's Email: ahmadghazanfari1964@iau.ac.ir

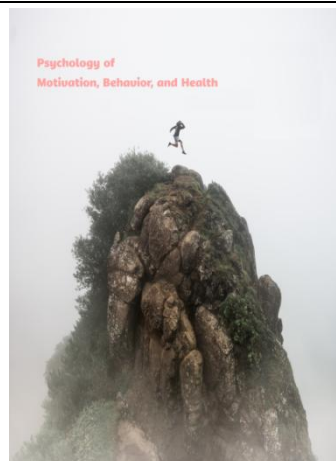
Received: 2026-04-30

Revised: 2026-07-26

Accepted: 2026-08-04

Initial Publish: 2026-08-04

Final Publish: 2027-06-22



Abstract

Introduction and Aim: Body image concern among women seeking cosmetic surgery may be associated with deep cognitive structures, negative self-evaluation, and dependence on external approval. This study aimed to determine the relationships between early maladaptive schema domains and body image concern, with self-esteem as a mediator, among women seeking cosmetic surgery in Tehran.

Methodology: This descriptive-correlational study was conducted using structural equation modeling. The statistical population included all women seeking cosmetic surgery who attended cosmetic surgery clinics in Tehran during the autumn and winter of 2025–2026, from whom 540 participants were selected through convenience sampling. Data were collected using the Body Image Concern Inventory, the Young Schema Questionnaire–Short Form, Third Edition, and the Rosenberg Self-Esteem Scale. The five schema domains of disconnection and rejection, impaired autonomy and performance, impaired limits, other-directedness, and overvigilance and inhibition were entered separately into the model. Data were analyzed using Pearson correlation coefficients, confirmatory factor analysis, structural equation modeling, and bootstrapping with 5,000 resamples.

Findings: The results showed that all five early maladaptive schema domains were positively and significantly associated with body image concern and negatively and significantly associated with self-esteem. Self-esteem also negatively and significantly predicted body image concern. The structural model demonstrated acceptable fit, with a chi-square to degrees-of-freedom ratio of 2.343, a comparative fit index of 0.946, an incremental fit index of 0.947, a root mean square error of approximation of 0.050, and a standardized root mean square residual of 0.047. Bootstrap analysis indicated that self-esteem had a significant partial mediating role in the relationships between all five schema domains and body image concern. The schema domains collectively explained 42.1% of the variance in self-esteem, while the schema domains together with self-esteem explained 63.2% of the variance in body image concern.

Conclusion: Early maladaptive schema domains may increase body image concern both directly and indirectly through reduced self-esteem among women seeking cosmetic surgery. Therefore, preoperative psychological screening and interventions aimed at modifying maladaptive schemas and strengthening self-esteem may help reduce excessive appearance concerns and improve decision-making among cosmetic surgery applicants.

Keywords: Early maladaptive schemas, body image concern, self-esteem, cosmetic surgery, women.

How to Cite: Yousefi, N., Ghazanfari, A., & Kiani, F. (2027). The Relationship Between Early Maladaptive Schema Domains and Body Image Concern: The Mediating Role of Self-Esteem Among Women Seeking Cosmetic Surgery in Tehran. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(2), 1-24.



Copyright: © 2027 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Cosmetic surgery has increasingly become a multidimensional psychological, social, and cultural phenomenon rather than a solely medical procedure intended to modify physical appearance. Women seeking cosmetic surgery may differ considerably in their motivations, expectations, psychological characteristics, and degree of concern about appearance. For some applicants, cosmetic surgery represents a deliberate and realistic attempt to modify a specific physical feature, whereas for others it may function as a strategy for compensating for a broader sense of inadequacy, shame, rejection, or low personal worth. Research has shown that willingness to undergo cosmetic procedures is associated with body dissatisfaction, social comparison, internalization of cultural beauty standards, perceived social pressure, media exposure, self-evaluation, and beliefs about the expected psychological and interpersonal benefits of surgery (Pearlman et al., 2022; Richetin et al., 2020).

Body image is a multidimensional construct encompassing perceptions, beliefs, emotions, attitudes, and behaviors related to one's physical appearance. Body image concern emerges when individuals become excessively preoccupied with perceived physical imperfections, experience persistent dissatisfaction with their appearance, repeatedly compare themselves with others, or attach a disproportionate degree of personal worth to physical attractiveness. Body image difficulties are now regarded as a global mental health concern because they are associated with psychological distress, social impairment, disordered eating, depressive and anxiety symptoms, and potentially unnecessary appearance-related interventions (Rodgers et al., 2023). Although body image concern may occur in the general population, it is particularly relevant among cosmetic surgery applicants because the decision to undergo surgery is often directly related to negative evaluations of one or more physical characteristics.

A clinically important issue in cosmetic and plastic surgery settings is the presence of body dysmorphic symptoms. Some applicants may experience persistent and disproportionate concern regarding minor or unobservable physical defects, and surgery may not produce stable psychological satisfaction in such cases. Recent evidence indicates that symptoms of body dysmorphic disorder are relatively common among plastic surgery patients (Boccaro et al., 2025).

Consequently, psychological screening has been recommended to identify applicants whose concerns may reflect severe or pathological appearance preoccupation rather than realistic dissatisfaction with a clearly defined physical feature (Thomson et al., 2024). Body dysmorphic symptoms have also been associated with depression, anxiety, obsessive features, perfectionism, interpersonal sensitivity, and impairment in social functioning (Cerea et al., 2018).

Contemporary social and media environments may intensify body image concerns. Image-based social media platforms continuously expose users to edited, idealized, and selectively presented bodies and faces. These environments promote appearance comparison and may encourage individuals to evaluate their social value through visual self-presentation. Research has demonstrated that Instagram self-presentation may be indirectly associated with greater acceptance of cosmetic surgery and stronger intentions to change one's appearance (Galeotti et al., 2024). Moreover, systematic evidence on body image interventions suggests that appearance pressures are not limited to women, although the form, intensity, and social meaning of these pressures may vary across demographic groups (Ahuja et al., 2025). These findings indicate that social pressures interact with individual psychological vulnerabilities rather than affecting all individuals equally.

Early maladaptive schemas provide a useful theoretical framework for explaining such individual differences. Early maladaptive schemas are pervasive and relatively stable patterns involving memories, emotions, cognitions, and bodily sensations regarding the self and relationships with others. They generally develop when core emotional needs are not adequately met during childhood or adolescence and may subsequently influence self-evaluation, emotion regulation, interpersonal behavior, and interpretation of social experiences. Schema theory identifies five broad domains: disconnection and rejection, impaired autonomy and performance, impaired limits, other-directedness, and overvigilance and inhibition (Young et al., 2003). These domains should be considered separately because each represents a distinct configuration of beliefs and unmet emotional needs.

The disconnection and rejection domain includes emotional deprivation, abandonment, mistrust or abuse, social isolation, and defectiveness or shame. Women with stronger schemas in this domain may believe that they are fundamentally flawed, unlovable, different, or unlikely to receive stable emotional support. Physical appearance may consequently

become a symbolic representation of broader personal defectiveness. The impaired autonomy and performance domain includes failure, dependence or incompetence, vulnerability, and enmeshment. Individuals with elevated scores in this domain may perceive themselves as incapable, unsuccessful, or unable to function independently, potentially increasing their reliance on physical attractiveness as an alternative source of social competence or approval. The impaired limits domain includes entitlement and insufficient self-control, which may contribute to limited tolerance of dissatisfaction and a preference for rapid external solutions. Other-directedness reflects excessive attention to others' expectations and approval, whereas overvigilance and inhibition involve rigid standards, emotional suppression, and perfectionistic self-evaluation.

Empirical studies have supported the association between early maladaptive schemas and body image problems. Early maladaptive schemas have been linked to negative body image attitudes through social comparison among women with obesity (Pourhossein et al., 2023). Structural research has also shown that body dysmorphic symptoms are associated with early maladaptive schemas and perceived emotional invalidation, with body image, metacognition, and distress tolerance contributing to these relationships (Khoshini et al., 2021). Among cosmetic surgery applicants, early maladaptive schemas have similarly been related to body dysmorphic symptoms, with rumination and cognitive emotion regulation functioning as explanatory mechanisms (Rashidifar & Karami, 2025).

Self-esteem may be another central mechanism linking schema domains to body image concern. Self-esteem refers to an individual's global evaluation of personal worth, competence, and acceptability. Individuals with stable self-esteem are less likely to define their overall value exclusively through appearance, whereas those with low self-esteem may depend more heavily on external validation and social judgments. Self-esteem and perceived body image have been associated with the acceptance of cosmetic surgery (Al Ghadeer et al., 2021). However, the relationship between cosmetic surgery and self-esteem is complex, and surgery does not necessarily produce enduring improvement in global self-worth (Yoon & Kim, 2020). Studies of cosmetic surgery among women also indicate that surgery-seeking behavior is embedded within a broader network of psychological, bodily, and social factors (Kvaem et al., 2025).

From a schema perspective, the five schema domains may reduce self-esteem through different processes. Disconnection and rejection may produce feelings of defectiveness and unlovability; impaired autonomy and performance may reinforce incompetence and failure; other-directedness may make personal worth contingent on approval; and overvigilance may maintain chronic dissatisfaction through rigid standards. Lower self-esteem may then intensify appearance-related concern by increasing sensitivity to criticism, comparison, rejection, and perceived physical imperfections. Accordingly, self-esteem may partially mediate the relationships between each schema domain and body image concern. The present study therefore aimed to determine the relationships between the five domains of early maladaptive schemas and body image concern, with self-esteem as a mediating variable, among women seeking cosmetic surgery in Tehran.

Methodology

The study employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling. The statistical population consisted of all women seeking cosmetic surgery who attended cosmetic surgery clinics in Tehran during the autumn and winter of 2025–2026. Participants were selected through convenience sampling after coordination with participating clinics. Eligibility criteria included being female, being at least 18 years old, applying for a cosmetic surgical procedure, being able to read and complete Persian-language questionnaires, providing informed consent, and completing the research instruments. Withdrawal from participation, incomplete questionnaires, invalid response patterns, or the presence of conditions preventing reliable questionnaire completion were considered exclusion criteria.

Based on sample-size recommendations for structural equation modeling and the number of observed variables and structural paths, a final sample of 540 women was included. Participants completed the Body Image Concern Inventory, the Young Schema Questionnaire–Short Form, Third Edition, and the Rosenberg Self-Esteem Scale. The five schema domains were analyzed separately, and no total score for early maladaptive schemas was calculated. The schema domains consisted of disconnection and rejection, impaired autonomy and performance, impaired limits, other-directedness, and overvigilance and inhibition. Body image concern was represented by dissatisfaction with appearance, concern about appearance, and the overall body image concern

score. Self-esteem was entered into the model as the mediating variable.

Data screening included examination of missing responses, univariate and multivariate outliers, normality, linearity, and multicollinearity. Descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, tolerance values, and variance inflation factors were calculated. Confirmatory factor analysis was performed to evaluate the measurement model. Structural equation modeling was then used to estimate direct and indirect relationships. Model fit was assessed using the chi-square to degrees-of-freedom ratio, goodness-of-fit index, adjusted goodness-of-fit index, comparative fit index, incremental fit index, Tucker–Lewis index, root mean square error of approximation, and standardized root mean square residual. Indirect effects were evaluated through bootstrapping with 5,000 resamples and 95% confidence intervals. The statistical significance level was set at 0.05.

Findings

The participants had a mean age of 32.68 years with a standard deviation of 7.41, and their ages ranged from 18 to 54 years. The largest age group consisted of women aged 26 to 35 years. Most participants were either single or married, and the largest educational group held a bachelor's degree. A majority were first-time cosmetic surgery applicants, and rhinoplasty was the most frequently requested procedure.

The mean scores were 62.83 for disconnection and rejection, 45.23 for impaired autonomy and performance, 27.65 for impaired limits, 29.07 for other-directedness, and 31.45 for overvigilance and inhibition. The mean self-esteem score was 22.61. The mean scores for appearance dissatisfaction and appearance concern were 29.38 and 25.74, respectively, while the mean total body image concern score was 55.12. Skewness values ranged from -0.827 to 0.359, and kurtosis values ranged from -0.050 to 1.234, supporting acceptable univariate normality.

All five schema domains were positively and significantly correlated with body image concern. The strongest correlation was observed between disconnection and rejection and body image concern, followed by overvigilance and inhibition, impaired autonomy and performance, other-directedness, and impaired limits. All five domains were negatively and significantly associated with self-esteem. Self-esteem also showed a significant negative correlation with body image concern.

The structural model demonstrated acceptable fit. The chi-square to degrees-of-freedom ratio was 2.343, the

goodness-of-fit index was 0.907, the comparative fit index was 0.946, the incremental fit index was 0.947, and the Tucker–Lewis index was 0.939. The root mean square error of approximation was 0.050, and the standardized root mean square residual was 0.047.

Disconnection and rejection had a significant negative direct effect on self-esteem and a significant positive direct effect on body image concern. Impaired autonomy and performance also negatively predicted self-esteem and positively predicted body image concern. Impaired limits, other-directedness, and overvigilance and inhibition each showed significant negative effects on self-esteem and significant positive effects on body image concern. Self-esteem significantly and negatively predicted body image concern.

Bootstrapping indicated that self-esteem significantly mediated the relationship between each schema domain and body image concern. The indirect standardized effects were 0.086 for disconnection and rejection, 0.056 for impaired autonomy and performance, 0.023 for impaired limits, 0.027 for other-directedness, and 0.049 for overvigilance and inhibition. None of the confidence intervals included zero. Because the direct effects of all five schema domains remained significant after self-esteem was entered into the model, the mediation effects were partial. The five schema domains collectively explained 42.1% of the variance in self-esteem, while the schema domains together with self-esteem explained 63.2% of the variance in body image concern.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that the five domains of early maladaptive schemas were independently related to body image concern among women seeking cosmetic surgery. Disconnection and rejection emerged as the strongest predictor, indicating that beliefs involving defectiveness, shame, emotional deprivation, abandonment, mistrust, and social isolation may be especially important in understanding appearance-related distress. Women who perceive themselves as fundamentally unacceptable or unlovable may interpret physical characteristics as visible evidence of a broader personal defect. Cosmetic modification may therefore be viewed as a means of obtaining acceptance or reducing shame rather than merely changing a specific physical feature.

Impaired autonomy and performance also contributed to body image concern. Feelings of incompetence,

failure, dependence, and vulnerability may encourage individuals to rely on appearance as a compensatory source of confidence and social value. In this context, cosmetic surgery may be expected to improve not only appearance but also perceived competence, success, or interpersonal security.

Other-directedness predicted body image concern, suggesting that women who define themselves primarily through the expectations and approval of others may evaluate their bodies from an external perspective. Their satisfaction with appearance may depend strongly on perceived social acceptance, comparison, and anticipated judgment. Overvigilance and inhibition were also important, likely because rigid standards and perfectionistic expectations make natural physical variation difficult to accept. Even minor imperfections may be interpreted as unacceptable when the individual applies excessively demanding appearance standards.

Although impaired limits showed the weakest effects, its direct and indirect relationships remained statistically significant. Limited tolerance for dissatisfaction and a preference for immediate change may contribute to cosmetic surgery seeking when appearance-related discomfort is experienced as intolerable. However, this domain appears to be less central than defectiveness, rejection, incompetence, approval dependence, and perfectionistic standards.

Self-esteem played a partial mediating role in all five relationships. This finding indicates that schema domains increase body image concern partly by

weakening global self-worth. When individuals experience themselves as inadequate, unsuccessful, unacceptable, or dependent on external approval, their bodies may become central to personal evaluation. Physical dissatisfaction can then affect not merely one aspect of self-perception but the individual's entire sense of worth. Nevertheless, the persistence of significant direct effects shows that self-esteem is not the only explanatory mechanism. Other processes, such as social comparison, rumination, perfectionism, emotional dysregulation, rejection sensitivity, and distress intolerance, may also transmit the effects of schemas to body image concern.

Overall, the findings support a multidimensional psychological understanding of cosmetic surgery seeking. Body image concern among applicants appears to be associated with enduring cognitive-emotional patterns rather than with objective appearance alone. Psychological assessment before surgery should therefore consider each schema domain separately and evaluate the extent to which self-worth is dependent on appearance. The results suggest that interventions targeting defectiveness and shame, feelings of incompetence, excessive approval seeking, rigid appearance standards, and low self-esteem may reduce excessive body image concern and promote more realistic decision-making. The study concludes that all five domains of early maladaptive schemas are directly and indirectly associated with body image concern, and that self-esteem functions as a significant partial mediator among women seeking cosmetic surgery in Tehran.

تعیین رابطه حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی با نقش میانجی عزت نفس در زنان متقاضی عمل جراحی زیبایی شهر تهران

۱. نفیسه یوسفی^۱: دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۲. احمد غضنفری^۲: دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۳. فریبا کیانی^۳: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بروجن، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجن، ایران.

*ایمیل نویسنده مسئول: ahmadghazanfari1964@iau.ac.ir

انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۴/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۵/۱۳

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۳

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۰۴

دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۱۰

چکیده

مقدمه و هدف: نگرانی از تصویر بدنی در زنان متقاضی جراحی زیبایی می‌تواند با ساختارهای شناختی عمیق، ارزیابی منفی از خود و وابستگی به تأیید دیگران مرتبط باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی با نقش میانجی عزت نفس در زنان متقاضی عمل جراحی زیبایی شهر تهران انجام شد.

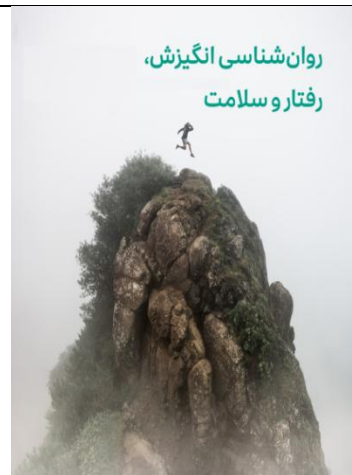
روش‌شناسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی با رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان متقاضی عمل جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی شهر تهران در پاییز و زمستان سال ۱۴۰۴ بود که از میان آنان ۵۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از سیاهه نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون و همکاران، فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ، نسخه سوم، و مقیاس عزت نفس روزنبرگ گردآوری شدند. پنج حوزه بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوشه‌بازی بیش از حد و بازداری به‌صورت جداگانه وارد مدل شدند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی تأییدی، مدل‌یابی معادلات ساختاری و روش بوت‌استرپ با ۵۰۰۰ بازنمونه‌گیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نگرانی از تصویر بدنی رابطه مثبت و معنادار و با عزت نفس رابطه منفی و معنادار داشتند. عزت نفس نیز نگرانی از تصویر بدنی را به‌صورت منفی و معنادار پیش‌بینی کرد. شاخص‌های برازش مدل ساختاری شامل نسبت مجذور کای به درجه آزادی برابر با ۲،۳۴۳، شاخص برازش تطبیقی برابر با ۰،۹۴۶، شاخص برازش افزایشی برابر با ۰،۹۴۷، ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد برابر با ۰،۰۵۰ و ریشه میانگین مجذورات باقی‌مانده استاندارد شده برابر با ۰،۰۴۷ بود. نتایج بوت‌استرپ نشان داد که عزت نفس در رابطه هر پنج حوزه طرحواره‌ای با نگرانی از تصویر بدنی نقش میانجی جزئی و معناداری داشت. حوزه‌های طرحواره‌ای در مجموع ۴۲،۱ درصد از واریانس عزت نفس و همراه با عزت نفس ۶۳،۲ درصد از واریانس نگرانی از تصویر بدنی را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند هم به‌طور مستقیم و هم از طریق کاهش عزت نفس، نگرانی از تصویر بدنی را در زنان متقاضی جراحی زیبایی افزایش دهند. بنابراین، غربالگری روان‌شناختی پیش از جراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر اصلاح طرحواره‌ها و تقویت عزت نفس می‌تواند در کاهش نگرانی‌های افراطی درباره ظاهر و بهبود تصمیم‌گیری متقاضیان مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نگرانی از تصویر بدنی، عزت نفس، جراحی زیبایی، زنان.

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: یوسفی، نفیسه، غضنفری، احمد، و کیانی، فریبا. (۱۴۰۶). تعیین رابطه حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی با نقش میانجی عزت نفس در زنان متقاضی عمل جراحی زیبایی شهر تهران. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۵(۲)، ۱-۲۴.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

در دهه‌های اخیر، جراحی‌های زیبایی از حوزه‌ای صرفاً پزشکی و ترمیمی فراتر رفته و به پدیده‌ای چندبعدی در پیوند با روان‌شناسی فردی، هنجارهای اجتماعی، رسانه‌ها، فرهنگ مصرفی و ادراک افراد از بدن تبدیل شده است. افزایش تقاضا برای جراحی‌های زیبایی، به‌ویژه در میان زنان، نشان می‌دهد که تصمیم برای تغییر ظاهر را نمی‌توان تنها بر اساس نارضایتی از یک ویژگی جسمانی یا تمایل ساده به زیبایی بیشتر تبیین کرد. این تصمیم غالباً در بستری از ارزیابی‌های شناختی و هیجانی درباره خود، مقایسه اجتماعی، نگرانی از قضاوت دیگران، احساس ناکافی‌بودن و تلاش برای نزدیک‌شدن به معیارهای ایدئال زیبایی شکل می‌گیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نگرش مثبت به جراحی زیبایی و احتمال اقدام به آن با عواملی مانند نارضایتی بدنی، درونی‌سازی معیارهای زیبایی، فشار اجتماعی، استفاده از رسانه‌های تصویری، عزت نفس و ارزیابی فرد از میزان پذیرش اجتماعی ظاهر خود ارتباط دارد (Pearlman et al., 2022; Richetin et al., 2020). ازاین‌رو، شناسایی سازوکارهای روان‌شناختی زیربنایی در زنان متقاضی جراحی زیبایی می‌تواند به درک دقیق‌تر انگیزه‌ها، انتظارات و آسیب‌پذیری‌های احتمالی آنان کمک کند.

تصویر بدنی مفهومی چندبعدی است که ادراک‌ها، نگرش‌ها، هیجان‌ها، افکار و رفتارهای فرد درباره بدن و ظاهر جسمانی خود را دربر می‌گیرد. این سازه تنها بازتاب ویژگی‌های عینی بدن نیست، بلکه تحت تأثیر تجربه‌های شخصی، روابط بین‌فردی، پیام‌های فرهنگی، بازخوردهای اجتماعی و معیارهای زیبایی پذیرفته‌شده در جامعه قرار دارد. نگرانی از تصویر بدنی زمانی شکل می‌گیرد که فرد به‌طور مداوم درباره ظاهر خود اشتغال ذهنی داشته باشد، برخی اجزای بدن را نامطلوب یا معیوب تلقی کند، از حضور در موقعیت‌های اجتماعی احساس ناراحتی کند یا ارزشمندی خود را بیش از حد به جذابیت ظاهری وابسته سازد. چنین نگرانی‌ای ممکن است از نارضایتی خفیف نسبت به ظاهر تا الگوهای شدید و پایدار اشتغال ذهنی، اجتناب، واریسی مکرر آینه، مقایسه ظاهر با دیگران و جست‌وجوی مداخلات زیبایی گسترش یابد. امروزه تصویر بدنی به‌عنوان یکی از مسائل مهم سلامت روان در سطح جهانی شناخته

می‌شود، زیرا اختلال در آن می‌تواند با افسردگی، اضطراب، کاهش عملکرد اجتماعی، اختلالات خوردن، رفتارهای ناسالم کنترل وزن و گرایش به مداخلات زیبایی غیرضروری همراه باشد (Rodgers et al., 2023).

در زنان متقاضی جراحی زیبایی، نگرانی از تصویر بدنی اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا تصمیم به جراحی معمولاً با نوعی ارزیابی منفی از ظاهر یا تمایل به اصلاح یک ویژگی جسمانی همراه است. باین‌حال، شدت و ماهیت این نگرانی در همه متقاضیان یکسان نیست. برخی افراد انتظارات واقع‌بینانه‌ای از جراحی دارند و هدف آنان اصلاح یک ویژگی مشخص است، درحالی‌که گروهی دیگر ممکن است به‌طور افراطی بر نقص‌های جزئی یا حتی ادراک‌شده تمرکز کنند. شیوع نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن در میان مراجعان جراحی پلاستیک نیز نشان می‌دهد که بخشی از متقاضیان با نگرانی‌های شدید و آسیب‌شناختی درباره ظاهر مواجه‌اند (Boccaro et al., 2025). غربالگری مراجعان جراحی زیبایی از نظر نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن اهمیت دارد، زیرا این افراد ممکن است پس از جراحی نیز رضایت‌پایداری تجربه نکنند و نگرانی آنان به عضو دیگری از بدن منتقل شود (Thomson et al., 2024). همچنین، اختلال بدشکلی بدن با ویژگی‌هایی مانند افسردگی، اضطراب، وسواس، کمال‌گرایی، حساسیت بین‌فردی و اختلال در عملکرد اجتماعی همراه است (Cerea et al., 2018). بنابراین، نگرانی از تصویر بدنی در متقاضیان جراحی زیبایی باید نه صرفاً به‌عنوان مسئله‌ای ظاهری، بلکه به‌عنوان برآیند فرایندهای عمیق‌تر شناختی و هیجانی بررسی شود.

فرهنگ معاصر نیز در تشدید نگرانی از تصویر بدنی نقش مهمی ایفا می‌کند. رسانه‌های اجتماعی، به‌ویژه شبکه‌هایی که بر انتشار تصاویر خودارائه‌گری بصری استوارند، افراد را در معرض تصاویر گزینش‌شده، ویرایش‌شده و ایدئال‌سازی‌شده قرار می‌دهند. در چنین فضایی، ظاهر جسمانی به یکی از ابزارهای اصلی کسب تأیید، دیده‌شدن و شکل‌دهی هویت اجتماعی تبدیل می‌شود. مقایسه مکرر خود با تصاویر دیگران می‌تواند موجب افزایش احساس نقص، کاهش رضایت از بدن و تشدید تمایل به تغییر ظاهر شود. شواهد نشان داده‌اند که خودارائه‌گری در اینستاگرام از طریق سازوکارهای میانجی روان‌شناختی می‌تواند نگرش مثبت به جراحی زیبایی و تمایل

به انجام آن را افزایش دهد (Galeotti et al., 2024). همچنین، مداخلات مرتبط با تصویر بدنی نشان داده‌اند که نگرانی‌های ظاهری محدود به زنان نیست و در پسران نیز تحت تأثیر معیارهای فرهنگی و اجتماعی شکل می‌گیرد، هرچند نوع فشارهای بدنی و معیارهای ایدئال ممکن است میان دو جنس متفاوت باشد (Ahuja et al., 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهند که تصویر بدنی در بافت اجتماعی ساخته می‌شود، اما میزان آسیب‌پذیری افراد در برابر این فشارها به ویژگی‌های روان‌شناختی و ساختارهای شناختی آنان نیز وابسته است.

یکی از چارچوب‌های نظری مهم برای توضیح تفاوت‌های فردی در واکنش به فشارهای ظاهری، نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای گسترده، عمیق و نسبتاً پایداری درباره خود، دیگران و جهان هستند که معمولاً در دوران کودکی و نوجوانی و در نتیجه برآورده نشدن نیازهای هیجانی اساسی شکل می‌گیرند. این طرحواره‌ها شامل خاطرات، هیجان‌ها، باورها، احساسات بدنی و الگوهای شناختی هستند و در طول زندگی در موقعیت‌های مرتبط فعال می‌شوند. یانگ و همکاران پنج حوزه اصلی برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه مطرح کرده‌اند که شامل بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری است (Young et al., 2003). هر حوزه منعکس‌کننده مجموعه‌ای از نیازهای هیجانی ارضانگشته و الگوهای شناختی خاص است و می‌تواند شیوه فرد در ادراک خود، تنظیم هیجان، برقراری رابطه و ارزیابی ارزشمندی شخصی را تحت تأثیر قرار دهد.

حوزه بریدگی و طرد شامل باورهایی درباره محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی و نقص یا شرم است. فردی که این حوزه در او فعال است ممکن است خود را دوست‌نداشتنی، ناقص یا متفاوت از دیگران تلقی کند و انتظار داشته باشد که نیازهای عاطفی او برآورده نشوند. در چنین شرایطی، ظاهر جسمانی می‌تواند به محوری برای جبران احساس نقص یا کسب پذیرش تبدیل شود. فرد ممکن است تصور کند که با تغییر ظاهر، احتمال دوست‌داشته شدن یا پذیرفته شدن افزایش می‌یابد. حوزه خودمختاری و عملکرد مختل نیز با احساس بی‌کفایتی، شکست، وابستگی، آسیب‌پذیری و ناتوانی در عملکرد مستقل همراه است.

فعال شدن این طرحواره‌ها می‌تواند فرد را نسبت به ارزیابی دیگران حساس‌تر کند و موجب شود ظاهر بدنی را به‌عنوان شاخصی از موفقیت، کفایت یا پذیرش اجتماعی تلقی کند. حوزه محدودیت‌های مختل، که شامل استحقاق و خویشتن‌داری ناکافی است، ممکن است با انتظار دستیابی سریع به نتایج مطلوب یا تحمل پایین در برابر نارضایتی از ظاهر ارتباط داشته باشد. دیگرجهت‌مندی نیز فرد را به تمرکز افراطی بر نیازها، انتظارات و تأیید دیگران سوق می‌دهد و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری با معیارهای سخت‌گیرانه، کمال‌گرایی و کنترل شدید هیجان‌ها همراه است. مجموعه این حوزه‌ها می‌تواند زمینه شناختی لازم برای شکل‌گیری نگرانی پایدار درباره بدن را فراهم کند.

یافته‌های پژوهشی نیز ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات تصویر بدنی را تأیید کرده‌اند. در مطالعه‌ای درباره نگرش‌های مرتبط با تصویر بدنی در دانشجویان زن دارای چاقی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق مقایسه اجتماعی با نگرش‌های منفی نسبت به تصویر بدنی ارتباط داشتند (Pourhossein et al., 2023). این نتیجه نشان می‌دهد که طرحواره‌ها می‌توانند فرد را به مقایسه بیشتر با دیگران و تفسیر منفی تفاوت‌های ظاهری سوق دهند. همچنین، در یک مدل ساختاری، اختلال بدشکلی بدن با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده مرتبط بود و متغیرهایی مانند فراشناخت، تصویر بدنی و تحمل پریشانی در این رابطه نقش واسطه‌ای داشتند (Khoshini et al., 2021). در میان متقاضیان جراحی زیبایی نیز شواهدی وجود دارد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن ارتباط دارند و نشخوار فکری و تنظیم شناختی هیجان می‌توانند بخشی از این ارتباط را توضیح دهند (Rashidifar & Karami, 2025). این یافته‌ها بر آن دلالت دارند که طرحواره‌ها به‌طور مستقیم یا از طریق فرایندهای شناختی و هیجانی میانجی، نگرانی درباره ظاهر را افزایش می‌دهند.

در کنار طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عزت نفس یکی از مهم‌ترین متغیرهای مرتبط با تصویر بدنی و پذیرش جراحی زیبایی است. عزت نفس به ارزیابی کلی فرد از ارزشمندی، کفایت و شایستگی خود اشاره دارد. افراد دارای عزت نفس بالا معمولاً نگرش مثبت‌تر و

باثبات‌تری نسبت به خود دارند و ارزشمندی خود را تنها بر یک ویژگی، از جمله ظاهر جسمانی، مبتنی نمی‌سازند. در مقابل، افراد دارای عزت نفس پایین ممکن است بیش از حد به بازخوردهای بیرونی، قضاوت دیگران و معیارهای اجتماعی وابسته باشند. در چنین شرایطی، ظاهر می‌تواند به منبعی مرکزی برای ارزیابی خود تبدیل شود و هرگونه تفاوت با معیارهای ایدئال، به احساس بی‌ارزشی یا ناکافی‌بودن منجر شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عزت نفس و تصویر بدنی ادراک‌شده با پذیرش جراحی زیبایی ارتباط دارند و افرادی که ارزیابی منفی‌تری از خود و بدنشان دارند، نگرش پذیراتری نسبت به مداخلات زیبایی نشان می‌دهند (Al Ghadeer et al., 2021).

بااین‌حال، رابطه میان جراحی زیبایی و عزت نفس ساده و یک‌سویه نیست. برخی افراد ممکن است با هدف افزایش رضایت از خود و بهبود عزت نفس به جراحی روی آورند، اما نتایج روان‌شناختی جراحی به عوامل متعددی از جمله انتظارات، انگیزه‌ها، شدت ناراضایتی بدنی و وجود آسیب‌شناسی روانی بستگی دارد. مرور نظام‌مند و فراتحلیل مطالعات انجام‌شده در کره جنوبی نشان داده است که میان جراحی زیبایی و عزت نفس رابطه وجود دارد، اما جهت و شدت این رابطه در مطالعات مختلف یکسان نیست و نمی‌توان فرض کرد که جراحی به‌طور خودکار موجب افزایش پایدار عزت نفس می‌شود (Yoon & Kim, 2020). همچنین، پژوهش‌های جمعیتی درباره زنان نشان داده‌اند که تقاضا برای جراحی زیبایی با مجموعه‌ای از عوامل فردی و اجتماعی، از جمله ارزیابی بدن، نگرانی از ظاهر و نگرش نسبت به جراحی، مرتبط است (Kvaalem et al., 2025). بنابراین، عزت نفس می‌تواند هم به‌عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز گرایش به جراحی و هم به‌عنوان سازوکاری در رابطه میان ساختارهای شناختی عمیق و نگرانی از تصویر بدنی در نظر گرفته شود.

از منظر نظری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند عزت نفس را به چند طریق کاهش دهند. طرحواره نقص یا شرم مستقیماً فرد را به این باور می‌رساند که ذاتاً معیوب، نامطلوب یا دوست‌نداشتی است. طرحواره شکست موجب می‌شود فرد خود را در مقایسه با دیگران ناتوان و کم‌ارزش تلقی کند. طرحواره محرومیت هیجانی و

رهاشدگی نیز می‌تواند احساس ناپایداری در روابط و کمبود ارزشمندی شخصی را تقویت کند. در دیگرجهت‌مندی، ارزش فرد به تأیید، رضایت و پذیرش دیگران وابسته می‌شود و در حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد، معیارهای سخت‌گیرانه و کمال‌گرایی امکان تجربه رضایت از خود را کاهش می‌دهند. در نتیجه، فرد ممکن است برای جبران احساس ناکافی‌بودن، به کنترل و اصلاح ظاهر جسمانی روی آورد. در این الگو، جراحی زیبایی نه صرفاً انتخابی برای تغییر بدن، بلکه تلاشی برای اصلاح ارزیابی منفی از خود یا کسب ارزشمندی از طریق ظاهر است.

عزت نفس پایین نیز می‌تواند نگرانی از تصویر بدنی را تشدید کند. فردی که ارزشمندی کلی خود را پایین ارزیابی می‌کند، احتمال بیشتری دارد که نقص‌های ظاهری را برجسته سازد، بازخوردهای منفی را جدی‌تر بگیرد و تحسین یا پذیرش اجتماعی را به ظاهر خود نسبت دهد. چنین فردی ممکن است در موقعیت‌های اجتماعی، توجه دیگران را به‌صورت تهدیدکننده تفسیر کند و تصور کند که ظاهر او دائماً مورد قضاوت قرار می‌گیرد. در نتیجه، واری‌آینه، مقایسه بدنی، پنهان‌سازی برخی اجزای بدن و جست‌وجوی راه‌حل‌های پزشکی یا زیبایی افزایش می‌یابد. از این منظر، عزت نفس می‌تواند مسیر انتقال اثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به نگرانی از تصویر بدنی باشد. به بیان دیگر، طرحواره‌ها از طریق تضعیف احساس ارزشمندی فرد، او را نسبت به ظاهر خود حساس‌تر می‌کنند و احتمال اشتغال ذهنی و ناراضایتی بدنی را افزایش می‌دهند.

پژوهش درباره انگیزه‌های جراحی زیبایی نیز نشان داده است که شناخت‌های مربوط به انجام‌دادن یا انجام‌ندادن جراحی، انتظار پیامدهای مثبت، هنجارهای ذهنی و قصد رفتاری در پیش‌بینی گرایش به جراحی نقش دارند (Richetin et al., 2020). این شناخت‌ها احتمالاً جدا از باورهای بنیادین فرد درباره خود شکل نمی‌گیرند. فردی که از طرحواره نقص، تأییدجویی یا معیارهای سخت‌گیرانه برخوردار است، ممکن است پیامدهای مثبت جراحی را بیش‌برآورد کند و انجام‌دادن آن را با تداوم طرد، شرم یا ناکامی برابر بداند. همچنین، مرور عوامل مرتبط با احتمال انجام جراحی زیبایی در جوانان نشان داده است که عوامل روان‌شناختی، اجتماعی، رسانه‌ای و جمعیت‌شناختی به‌صورت هم‌زمان بر این تصمیم اثر می‌گذارند

(Pearlman et al., 2022). بنابراین، تحلیل روابط میان طرحواره‌ها، عزت نفس و نگرانی از تصویر بدنی می‌تواند بخشی از پیچیدگی فرایند تصمیم‌گیری برای جراحی زیبایی را روشن سازد.

اهمیت بررسی این مدل در زنان متقاضی جراحی زیبایی از آن جهت است که نگرانی شدید از تصویر بدنی و عزت نفس پایین می‌تواند بر رضایت پس از عمل، انتظارات از نتیجه و سازگاری روان‌شناختی فرد اثر بگذارند. در صورتی که انگیزه اصلی جراحی بر احساس عمیق نقص، شرم یا بی‌ارزشی استوار باشد، اصلاح یک ویژگی ظاهری ممکن است نتواند مسئله بنیادی را برطرف کند. حتی ممکن است پس از جراحی، تمرکز فرد به بخش دیگری از بدن منتقل شود یا فاصله میان انتظار و نتیجه واقعی موجب تشدید پریشانی شود. شیوع قابل توجه نشانه‌های بدشکلی بدن در جمعیت‌های جراحی پلاستیک، ضرورت ارزیابی روان‌شناختی پیش از عمل را برجسته می‌کند (Boccaro et al., 2025; Thomson et al., 2024). چنین ارزیابی‌ای می‌تواند متقاضیانی را که نیازمند مشاوره یا مداخله روان‌شناختی هستند شناسایی کند و از انجام جراحی در شرایطی که احتمال ناراضی‌تی یا آسیب روانی بالاست، جلوگیری نماید.

از سوی دیگر، مطالعات موجود غالباً بر رابطه مستقیم میان ناراضی‌تی بدنی، عزت نفس یا نگرش به جراحی زیبایی تمرکز کرده‌اند و کمتر به بررسی هم‌زمان حوزه‌های جداگانه طرحواره‌های ناسازگار اولیه پرداخته‌اند. تفکیک حوزه‌های طرحواره‌ای اهمیت دارد، زیرا هر حوزه ممکن است از مسیر متفاوتی با نگرانی از تصویر بدنی ارتباط پیدا کند. برای مثال، بریدگی و طرد ممکن است از طریق احساس نقص و نیاز به پذیرش، دیگرجهت‌مندی از طریق تأییدجویی و حساسیت به قضاوت دیگران و گوش‌به‌زنگی بیش از حد از طریق کمال‌گرایی و معیارهای ظاهری سخت‌گیرانه بر تصویر بدنی اثر بگذارند. همچنین، شدت نقش میانجی عزت نفس ممکن است در ارتباط با هر حوزه متفاوت باشد. بررسی جداگانه این روابط می‌تواند مدل دقیق‌تری از سازوکارهای روان‌شناختی مرتبط با نگرانی از تصویر بدنی ارائه دهد و زمینه را برای طراحی مداخلات اختصاصی‌تر فراهم سازد.

با توجه به افزایش توجه به جراحی زیبایی در میان زنان، گسترش فشارهای رسانه‌ای، اهمیت جهانی مشکلات تصویر بدنی و نقش

احتمالی ساختارهای شناختی عمیق در شکل‌گیری این مشکلات، مطالعه روابط میان حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عزت نفس و نگرانی از تصویر بدنی ضروری به نظر می‌رسد. شناسایی این روابط می‌تواند برای روان‌شناسان، مشاوران، جراحان زیبایی و متخصصان سلامت روان کاربرد داشته باشد و به توسعه برنامه‌های غربالگری و مداخلات پیش از جراحی کمک کند. مداخله بر طرحواره‌های مرتبط با نقص، طرد، وابستگی، تأییدجویی و کمال‌گرایی و نیز تقویت عزت نفس ممکن است موجب کاهش نگرانی‌های افراطی درباره ظاهر و واقع‌بینانه‌تر شدن انتظارات از جراحی شود. افزون بر این، توجه به تصویر بدنی به‌عنوان مسئله‌ای در حوزه سلامت روان، نه صرفاً موضوعی زیبایی‌شناختی، می‌تواند کیفیت تصمیم‌گیری بالینی و پیامدهای روان‌شناختی جراحی را بهبود بخشد (Ahuja et al., 2025; Rodgers et al., 2023).

بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی با نقش میانجی عزت نفس در زنان متقاضی عمل جراحی زیبایی شهر تهران بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی بود که با رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. در مدل مفهومی پژوهش، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان متغیر برون‌زا، نگرانی از تصویر بدنی به‌عنوان متغیر درون‌زا و عزت نفس به‌عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شدند. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان متقاضی انجام جراحی زیبایی بود که در پاییز و زمستان سال ۱۴۰۴ به کلینیک‌ها و مراکز جراحی زیبایی شهر تهران مراجعه کرده بودند. با توجه به پراکندگی مراکز جراحی زیبایی و نبود فهرست کامل و در دسترس از تمامی اعضای جامعه آماری، شرکت‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین منظور، پس از هماهنگی با مدیران و مسئولان کلینیک‌های منتخب، زنانی که برای مشاوره یا انجام یکی از انواع جراحی‌های زیبایی مراجعه کرده بودند، از هدف و نحوه اجرای پژوهش آگاه شدند و در صورت برخورداری از ملاک‌های ورود و تمایل به مشارکت، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل زن بودن، داشتن حداقل ۱۸ سال

سن، مراجعه به یکی از کلینیک‌های جراحی زیبایی شهر تهران با هدف انجام عمل زیبایی، برخورداری از توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و تکمیل کامل ابزارهای اندازه‌گیری بود. انصراف از ادامه همکاری، ارائه پاسخ‌های ناقص یا الگوی پاسخ‌دهی نامعتبر و ابتلا به شرایط جسمانی یا روان‌شناختی حادی که مانع پاسخ‌گویی دقیق به پرسشنامه‌ها می‌شد، به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد.

حجم نمونه با توجه به الزامات مدل‌یابی معادلات ساختاری تعیین شد. اگرچه درباره حداقل حجم نمونه لازم برای اجرای این روش توافق قطعی وجود ندارد، بسیاری از پژوهشگران حداقل ۲۰۰ شرکت‌کننده را برای برآورد مدل‌های معادلات ساختاری پیشنهاد کرده‌اند. همچنین، بر اساس دیدگاه کلاین، در مدل‌های پیچیده می‌توان به ازای هر متغیر مشاهده‌شده یا پارامتر اصلی، تعداد مناسبی از شرکت‌کنندگان را در نظر گرفت تا توان آماری و ثبات برآوردها افزایش یابد. بر همین اساس و با در نظر گرفتن تعداد متغیرها، مؤلفه‌ها و مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل، حجم نمونه مورد نیاز ۵۴۰ نفر برآورد شد. در فرایند گردآوری داده‌ها، تعداد بیشتری پرسشنامه توزیع شد تا پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص یا نامعتبر، حجم نمونه نهایی مورد نظر تأمین شود. پیش از اجرای پژوهش، هدف مطالعه، محرمانه‌بودن اطلاعات، اختیاری‌بودن مشارکت و امکان انصراف در هر مرحله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. پرسشنامه‌ها بدون درج نام و مشخصات هویتی تکمیل شدند و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که داده‌ها صرفاً به‌صورت گروهی و برای اهداف علمی تحلیل خواهند شد.

سیاهه نگرانی از تصویر بدنی: سیاهه نگرانی از تصویر بدنی توسط لیتلتون و همکاران در سال ۲۰۰۵ طراحی شد و دارای ۱۹ گویه است. این ابزار دو مؤلفه نارضایتی از ظاهر و نگرانی درباره ظاهر را اندازه‌گیری می‌کند. مؤلفه نارضایتی از ظاهر با گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹ و مؤلفه نگرانی درباره ظاهر با گویه‌های ۲، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳ سنجیده می‌شود. پاسخ‌گویی به گویه‌ها بر اساس یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود؛ به‌گونه‌ای که گزینه «هرگز» نمره ۱، «به‌ندرت» نمره ۲، «گاهی» نمره ۳، «اغلب» نمره ۴ و «همیشه» نمره ۵ دریافت می‌کند. بر این اساس،

دامنه نمره کل سیاهه از ۱۹ تا ۹۵ است و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرانی بیشتر، اشتغال ذهنی شدیدتر و نارضایتی بیشتر از تصویر بدنی است. عسگری و رضانی‌بدر در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار، ضریب آلفای کرونباخ کل سیاهه را ۰.۹۳ و ضرایب مؤلفه‌های نارضایتی از ظاهر و نگرانی درباره ظاهر را به‌ترتیب ۰.۹۱ و ۰.۹۲ گزارش کردند. حیدری و همکاران نیز ضریب پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های خارج از ایران، روایی سیاهه نگرانی از تصویر بدنی از طریق بررسی رابطه آن با مقیاس عزت نفس روزنبرگ و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان بررسی شده است. کونینگهم و همکاران ضریب همبستگی این سیاهه را با عزت نفس ۰.۴۵ و با دشواری در تنظیم هیجان ۰.۴۷ گزارش کردند که هر دو رابطه در سطح ۰.۰۱ معنادار بودند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این سیاهه در مطالعه کونینگهم و همکاران ۰.۹۵ و در پژوهش تامپسون و باردونه‌کانه ۰.۹۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی کل سیاهه و مؤلفه‌های آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی بررسی شد.

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ، نسخه سوم: فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ، نسخه سوم، توسط یانگ در سال ۲۰۰۵ تدوین شد و شامل ۷۵ گویه است. این پرسشنامه ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را در قالب پنج حوزه اصلی اندازه‌گیری می‌کند. حوزه بریدگی و طرد شامل طرحواره‌های محرومیت هیجانی با گویه‌های ۱ تا ۵، رهاشدگی یا بی‌ثباتی با گویه‌های ۶ تا ۱۰، بی‌اعتمادی یا بدرفتاری با گویه‌های ۱۱ تا ۱۵، انزوای اجتماعی یا بیگانگی با گویه‌های ۱۶ تا ۲۰ و نقص یا شرم با گویه‌های ۲۱ تا ۲۵ است. حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل طرحواره شکست با گویه‌های ۲۶ تا ۳۰، وابستگی یا بی‌کفایتی با گویه‌های ۳۱ تا ۳۵، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری با گویه‌های ۳۶ تا ۴۰ و گرفتاری یا خویشتن تحول‌نیافته با گویه‌های ۴۱ تا ۴۵ است. حوزه دیگرجهت‌مندی شامل طرحواره اطاعت با گویه‌های ۴۶ تا ۵۰ و ایثار یا ازخودگذشتگی با گویه‌های ۵۱ تا ۵۵ است. حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری شامل بازداری هیجانی با گویه‌های ۵۶ تا ۶۰ و معیارهای سرسختانه یا عیب‌جویی افراطی با گویه‌های ۶۱ تا ۶۵ است. حوزه محدودیت‌های مختل نیز طرحواره‌های استحقاق یا بزرگ‌منشی با گویه‌های ۶۶ تا ۷۰ و

خویش‌داری یا خودانضباطی ناکافی با گویه‌های ۷۱ تا ۷۵ را دربر می‌گیرد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف شش‌درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود؛ به گونه‌ای که «کاملاً غلط» نمره ۱، «تقریباً غلط» نمره ۲، «بیشتر درست است تا غلط» نمره ۳، «اندکی درست» نمره ۴، «تقریباً درست» نمره ۵ و «کاملاً درست» نمره ۶ دریافت می‌کند. حداقل نمره کل پرسشنامه ۷۵ و حداکثر آن ۴۵۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. نقطه برش نمره کل این ابزار ۲۶۲ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران توسط آهی و همکاران ترجمه و برای اجرا آماده شد و ضرایب آلفای کرونباخ آن در نمونه دختران و پسران به ترتیب ۰.۹۷ و ۰.۹۸ گزارش شد. دیوانداری و همکاران روایی و اگرایی پرسشنامه را از طریق رابطه آن با مقیاس عزت نفس روزنبرگ بررسی کردند و ضریب همبستگی منفی ۰.۳۲ را به دست آوردند. همچنین، روایی همگرایی آن با سیاهه افسردگی بک، نسخه دوم، با ضریب همبستگی ۰.۴۲ تأیید شد؛ این ضرایب در سطح ۰.۰۱ معنادار بودند. در سایر پژوهش‌های داخلی، ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰.۸۳ تا ۰.۹۳ گزارش شده است. در مطالعات خارجی نیز ضرایب پایایی مؤلفه‌ها در پژوهش فیلیس و همکاران بین ۰.۶۳ تا ۰.۸۵ و در پژوهش کودو و همکاران بین ۰.۷۲ تا ۰.۸۶ به دست آمده است. در پژوهش حاضر، نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نمرات حوزه‌های پنج‌گانه برای تحلیل روابط ساختاری مورد استفاده قرار گرفت و پایایی آن‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی ارزیابی شد.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ: مقیاس عزت نفس روزنبرگ در سال ۱۹۸۹ تدوین شد و شامل ۱۰ گویه است که نگرش کلی فرد نسبت به ارزشمندی، شایستگی و پذیرش خویش را اندازه‌گیری می‌کند. گویه‌های این مقیاس بر اساس طیف چهاردرجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» پاسخ داده می‌شوند. در گویه‌های مثبت، گزینه «کاملاً مخالفم» نمره ۱، «مخالفم» نمره ۲، «موافقم» نمره ۳ و «کاملاً موافقم» نمره ۴ دریافت می‌کند. گویه‌های منفی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین، دامنه نمره کل مقیاس از ۱۰ تا ۴۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده عزت نفس بیشتر و ارزیابی مثبت‌تر فرد از خود است. پاینده و همکاران برای بررسی همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند

و ضریب ۰.۸۸ را برای کل گویه‌ها گزارش دادند. وقار حسن‌پور و همکاران روایی همگرا و افتراقی این مقیاس را از طریق بررسی رابطه آن با ویژگی‌های شخصیتی و تاب‌آوری ارزیابی کردند. در این مطالعه، ضریب همبستگی عزت نفس با روان‌رنجورخویی منفی ۰.۸۱ و با تاب‌آوری مثبت ۰.۸۲ بود که هر دو در سطح ۰.۰۱ معنادار بودند. این یافته‌ها بیانگر روایی افتراقی مناسب مقیاس در ارتباط با روان‌رنجورخویی و روایی همگرایی آن در ارتباط با تاب‌آوری است. در پژوهش لی و همکاران نیز روایی همگرایی مقیاس از طریق رابطه آن با حمایت اجتماعی ادراک‌شده بررسی شد و ضریب همبستگی ۰.۴۷ در سطح ۰.۰۱ به دست آمد. در پژوهش‌های مختلف، ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس بین ۰.۷۷ تا ۰.۸۸ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. در پژوهش حاضر، نمره کل مقیاس به عنوان متغیر میانجی وارد مدل ساختاری شد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی ارزیابی گردید.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها از نظر کامل بودن پاسخ‌ها، وجود الگوهای پاسخ‌دهی نامعتبر، داده‌های مفقود و مقادیر پرت بررسی شدند. پرسشنامه‌هایی که بخش قابل توجهی از گویه‌های آن‌ها بدون پاسخ مانده بود یا الگوی پاسخ‌دهی آن‌ها اعتبار کافی نداشت، از فرایند تحلیل کنار گذاشته شدند. در مرحله نخست، برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان و متغیرهای اصلی پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، کمینه، بیشینه، چولگی و کشیدگی استفاده شد. پیش از آزمون مدل مفهومی، مفروضه‌های لازم برای اجرای تحلیل‌های چندمتغیری شامل نرمال بودن تک‌متغیری و چندمتغیری، خطی بودن روابط، استقلال خطاها، نبود هم‌خطی چندگانه و نبود داده‌های پرت تک‌متغیری و چندمتغیری بررسی شد. نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی و در صورت لزوم آزمون‌های نرمالیتی ارزیابی شد. برای شناسایی داده‌های پرت چندمتغیری از فاصله ماهالانویس و برای بررسی هم‌خطی چندگانه از شاخص تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. همچنین، ضرایب همبستگی پیرسون برای تعیین جهت و شدت روابط دو متغیری میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نگرانی از تصویر بدنی و عزت نفس محاسبه شد.

برای آزمون الگوی اندازه‌گیری، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و بارهای عاملی، روایی همگرا، روایی واگرا، پایایی ترکیبی و میانگین واریانس استخراج‌شده مورد بررسی قرار گرفت. سپس، مدل ساختاری پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری آزمون شد. در این مدل، اثر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر نگرانی از تصویر بدنی، اثر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر عزت نفس، اثر مستقیم عزت نفس بر نگرانی از تصویر بدنی و اثر غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر نگرانی از تصویر بدنی از طریق عزت نفس برآورد شد. برای ارزیابی برازش مدل از شاخص‌های نسبت مجذور کای به درجه آزادی، شاخص نیکویی برازش، شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده، شاخص برازش تطبیقی، شاخص برازش افزایشی، شاخص تاکر - لوئیس، ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد و ریشه میانگین مجذورات باقی‌مانده استاندارد شده استفاده شد. مقادیر کمتر از ۳ برای نسبت مجذور کای به درجه آزادی، مقادیر ۰.۹۰ و بالاتر برای شاخص‌های برازش تطبیقی و افزایشی و مقادیر کمتر از ۰.۰۸ برای شاخص‌های خطا به‌عنوان نشانه برازش قابل قبول مدل در نظر گرفته شدند.

برای بررسی معناداری نقش میانجی عزت نفس، از روش بوت‌استرپ با ۵۰۰۰ باز نمونه‌گیری و فاصله اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد. اثر غیرمستقیم زمانی معنادار تلقی شد که فاصله اطمینان بوت‌استرپ شامل مقدار صفر نبود. همچنین، ضرایب مسیر استاندارد شده، خطای استاندارد، نسبت بحرانی و سطح معناداری برای تمامی مسیرهای مدل گزارش شد. تحلیل‌های توصیفی، بررسی داده‌های پرت، محاسبه ضرایب همبستگی و ارزیابی مفروضه‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS و تحلیل عاملی تأییدی، آزمون مدل ساختاری و بررسی اثر میانجی با استفاده از نرم‌افزار AMOS انجام شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، داده‌های مربوط به ۵۴۰ زن متقاضی عمل جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی شهر تهران

بررسی و تحلیل شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۲.۶۸ سال با انحراف معیار ۷.۴۱ بود و دامنه سنی آنان از ۱۸ تا ۵۴ سال متغیر بود. از مجموع شرکت‌کنندگان، ۱۲۴ نفر معادل ۲۳.۰ درصد در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۲۱۹ نفر معادل ۴۰.۶ درصد در گروه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال، ۱۴۱ نفر معادل ۲۶.۱ درصد در گروه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال و ۵۶ نفر معادل ۱۰.۳ درصد در گروه سنی ۴۶ سال و بالاتر قرار داشتند. بر این اساس، بیشترین فراوانی به گروه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال اختصاص داشت. از نظر وضعیت تأهل، ۲۶۳ نفر معادل ۴۸.۷ درصد مجرد، ۲۳۵ نفر معادل ۴۳.۵ درصد متأهل و ۴۲ نفر معادل ۷.۸ درصد مطلقه یا همسر از دست داده بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۷۴ نفر معادل ۱۳.۷ درصد دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۹۲ نفر معادل ۱۷.۰ درصد دارای مدرک کاردانی، ۲۴۹ نفر معادل ۴۶.۱ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۱۲۵ نفر معادل ۲۳.۲ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد یا دکتری بودند. بنابراین، بیشترین فراوانی از نظر سطح تحصیلات به شرکت‌کنندگان دارای مدرک کارشناسی اختصاص داشت. از نظر وضعیت اشتغال، ۲۱۸ نفر معادل ۴۰.۴ درصد شاغل، ۱۷۶ نفر معادل ۳۲.۶ درصد خانه‌دار، ۹۳ نفر معادل ۱۷.۲ درصد دانشجو و ۵۳ نفر معادل ۹.۸ درصد دارای سایر وضعیت‌های شغلی بودند. همچنین، ۳۵۶ نفر معادل ۶۵.۹ درصد برای نخستین بار متقاضی انجام جراحی زیبایی بودند و ۱۸۴ نفر معادل ۳۴.۱ درصد سابقه انجام حداقل یک عمل جراحی زیبایی را گزارش کردند. جراحی زیبایی بینی با فراوانی ۲۳۸ نفر معادل ۴۴.۱ درصد، شایع‌ترین نوع جراحی مورد تقاضا بود. پس از آن، جراحی‌های مرتبط با صورت و پلک با فراوانی ۱۲۱ نفر معادل ۲۲.۴ درصد، جراحی‌های مرتبط با تناسبات اندام با فراوانی ۹۷ نفر معادل ۱۸.۰ درصد، جراحی پستان با فراوانی ۴۸ نفر معادل ۸.۹ درصد و سایر جراحی‌های زیبایی با فراوانی ۳۶ نفر معادل ۶.۶ درصد قرار داشتند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
بریدگی و طرد	۶۲.۸۳	۱۱.۵۱۹	-۰.۵۵۱	-۰.۰۲۹
خودمختاری و عملکرد مختل	۴۵.۲۳	۸.۹۷۵	-۰.۲۹۴	۱.۱۳۹
محدودیت‌های مختل	۲۷.۶۵	۵.۱۶۰	-۰.۵۹۰	۰.۶۳۰
دیگرجهت‌مندی	۲۹.۰۷	۵.۰۹۳	-۰.۶۱۸	-۰.۰۵۰
گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری	۳۱.۴۵	۶.۱۱۲	-۰.۵۷۵	۰.۲۱۱
عزت نفس	۲۲.۶۱	۴.۹۰۵	۰.۳۵۹	۰.۳۹۵
نارضایتی از ظاهر	۲۹.۳۸	۴.۶۸۶	-۰.۶۲۹	۰.۵۷۴
نگرانی درباره ظاهر	۲۵.۷۴	۴.۸۷۸	-۰.۷۵۰	۰.۷۰۰
نگرانی از تصویر بدنی	۵۵.۱۲	۸.۵۴۹	-۰.۸۲۷	۱.۲۳۴

نمره کلی نگرانی از تصویر بدنی برابر با ۵۵.۱۲ و انحراف معیار آن برابر با ۸.۵۴۹ بود.

بررسی شاخص‌های کجی و کشیدگی نشان داد که مقادیر کجی متغیرهای پژوهش در دامنه -۰.۸۲۷ تا ۰.۳۵۹ و مقادیر کشیدگی در دامنه -۰.۰۵۰ تا ۱.۲۳۴ قرار داشت. تمامی مقادیر کجی و کشیدگی در محدوده قدر مطلق کمتر از ۲ قرار داشتند؛ بنابراین، توزیع نمرات متغیرهای پژوهش انحراف شدید و مسئله‌سازی از توزیع نرمال نداشت. بر این اساس، مفروضه نرمال‌بودن تک‌متغیری داده‌ها برای اجرای ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری تأیید شد. همچنین، پراکندگی نمرات بر اساس مقادیر انحراف معیار نشان داد که متغیرهای پژوهش از تغییرپذیری کافی برای بررسی روابط همبستگی و ساختاری برخوردار بودند.

نتایج جدول ۱ نشان داد که میانگین نمره حوزه بریدگی و طرد برابر با ۶۲.۸۳ و انحراف معیار آن برابر با ۱۱.۵۱۹ بود. میانگین حوزه خودمختاری و عملکرد مختل ۴۵.۲۳ با انحراف معیار ۸.۹۷۵، میانگین حوزه محدودیت‌های مختل ۲۷.۶۵ با انحراف معیار ۵.۱۶۰، میانگین حوزه دیگرجهت‌مندی ۲۹.۰۷ با انحراف معیار ۵.۰۹۳ و میانگین حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری ۳۱.۴۵ با انحراف معیار ۶.۱۱۲ به دست آمد. از آنجا که تعداد گویه‌های حوزه‌های طرحواره‌ای یکسان نبود، مقایسه مستقیم میانگین خام حوزه‌ها به‌عنوان شاخص شدت نسبی آن‌ها باید با احتیاط انجام شود. میانگین نمره عزت نفس برابر با ۲۲.۶۱ و انحراف معیار آن برابر با ۴.۹۰۵ بود. در متغیر نگرانی از تصویر بدنی، میانگین مؤلفه نارضایتی از ظاهر برابر با ۲۹.۳۸ و انحراف معیار آن برابر با ۴.۶۸۶ بود. میانگین مؤلفه نگرانی درباره ظاهر نیز ۲۵.۷۴ با انحراف معیار ۴.۸۷۸ به دست آمد. میانگین

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عزت نفس و نگرانی از تصویر بدنی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
بریدگی و طرد	۱						
خودمختاری و عملکرد مختل	۰.۶۱۲***	۱					
محدودیت‌های مختل	۰.۴۳۷***	۰.۴۸۱***	۱				
دیگرجهت‌مندی	۰.۵۲۸***	۰.۵۴۶***	۰.۴۹۳***	۱			
گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری	۰.۵۷۹***	۰.۵۵۸***	۰.۴۶۱***	۰.۶۰۳***	۱		
عزت نفس	۰.۵۴۱***	۰.۴۸۷***	۰.۳۶۲***	۰.۴۵۳***	۰.۵۰۶***	۱	
نگرانی از تصویر بدنی	۰.۶۳۸***	۰.۵۷۴***	۰.۴۲۹***	۰.۵۲۱***	۰.۵۹۶***	۰.۶۱۵***	۱

بر اساس نتایج جدول ۲، میان پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه روابط مثبت و معناداری وجود داشت. ضرایب همبستگی میان حوزه‌های طرحواره‌ای از ۰.۴۳۷ تا ۰.۶۱۲ متغیر بود و تمامی ضرایب در سطح ۰.۰۱ معنادار بودند. بیشترین رابطه بین حوزه بریدگی و طرد و حوزه خودمختاری و عملکرد مختل با ضریب همبستگی ۰.۶۱۲ مشاهده شد. پس از آن، رابطه بین دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری با ضریب ۰.۶۰۳ و رابطه بین بریدگی و طرد و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری با ضریب ۰.۵۷۹ قرار داشت. کمترین همبستگی میان حوزه بریدگی و طرد و حوزه محدودیت‌های مختل با ضریب ۰.۴۳۷ به دست آمد. با وجود معناداری روابط میان حوزه‌های طرحواره‌ای، هیچ‌یک از ضرایب همبستگی به مقادیر بسیار بالا مانند ۰.۸۵ یا بیشتر نرسید؛ بنابراین، حوزه‌های پنج‌گانه ضمن ارتباط با یکدیگر، از تمایز مفهومی و آماری کافی برخوردار بودند و شواهدی مبنی بر هم‌خطی شدید میان آن‌ها مشاهده نشد.

نتایج همچنین نشان داد که هر پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با عزت نفس رابطه منفی و معنادار داشتند. ضریب همبستگی حوزه بریدگی و طرد با عزت نفس برابر با ۰.۵۴۱- بود که قوی‌ترین همبستگی منفی میان حوزه‌های طرحواره‌ای و عزت نفس محسوب می‌شد. ضریب همبستگی گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری با عزت نفس ۰.۵۰۶-، خودمختاری و عملکرد مختل با عزت نفس ۰.۴۸۷-، دیگرجهت‌مندی با عزت نفس ۰.۴۵۳- و محدودیت‌های مختل با عزت نفس ۰.۳۶۲- به دست آمد. تمامی این روابط در سطح ۰.۰۱ معنادار بودند. این یافته‌ها نشان دادند که افزایش نمره هر یک از حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه با کاهش عزت نفس زنان متقاضی جراحی زیبایی همراه بود. با این حال، شدت رابطه برای حوزه بریدگی و طرد بیشتر از سایر حوزه‌ها بود و حوزه محدودیت‌های مختل ضعیف‌ترین رابطه منفی را با عزت نفس نشان داد.

بین هر پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی نیز روابط مثبت و معناداری مشاهده شد. ضریب همبستگی حوزه بریدگی و طرد با نگرانی از تصویر بدنی برابر با ۰.۶۳۸ بود که

قوی‌ترین رابطه را در میان حوزه‌های طرحواره‌ای نشان داد. ضریب همبستگی گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری با نگرانی از تصویر بدنی برابر با ۰.۵۹۶، خودمختاری و عملکرد مختل برابر با ۰.۵۷۴، دیگرجهت‌مندی برابر با ۰.۵۲۱ و محدودیت‌های مختل برابر با ۰.۴۲۹ بود. تمامی این ضرایب در سطح ۰.۰۱ معنادار بودند. بنابراین، افزایش نمرات حوزه‌های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری با افزایش نارضایتی از ظاهر، اشتغال ذهنی نسبت به ویژگی‌های بدنی و نگرانی درباره ارزیابی ظاهر همراه بود.

همچنین، بین عزت نفس و نگرانی از تصویر بدنی رابطه منفی و معناداری با ضریب ۰.۶۱۵- به دست آمد. این رابطه نشان داد که با افزایش عزت نفس، میزان نگرانی از تصویر بدنی کاهش می‌یافت و برعکس، زنانی که عزت نفس پایین‌تری داشتند، نارضایتی و نگرانی بیشتری درباره ظاهر خود گزارش می‌کردند. معناداری روابط میان هر یک از حوزه‌های طرحواره‌ای با عزت نفس و نگرانی از تصویر بدنی و نیز معناداری رابطه عزت نفس با نگرانی از تصویر بدنی، شرایط همبستگی اولیه لازم برای بررسی نقش میانجی عزت نفس را فراهم کرد.

پیش از آزمون مدل ساختاری، مفروضه‌های لازم برای اجرای مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شد. مقادیر عامل تورم واریانس برای حوزه‌های پنج‌گانه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دامنه ۱.۵۴ تا ۲.۳۷ قرار داشت و مقادیر شاخص تحمل بین ۰.۴۲۲ تا ۰.۶۴۹ متغیر بود. با توجه به اینکه مقادیر عامل تورم واریانس کمتر از ۵ و مقادیر شاخص تحمل بیشتر از ۰.۲۰ بودند، نبود هم‌خطی چندگانه شدید میان متغیرهای پیش‌بین تأیید شد. بررسی فاصله ماهالانوبیس نیز نشان داد که پس از کنترل موارد پرت، داده پرت چندمتغیری تأثیرگذاری که موجب انحراف نتایج مدل شود، وجود نداشت. همچنین، شاخص کشیدگی چندمتغیری مردیا و نسبت بحرانی مربوط به آن در دامنه قابل قبول قرار داشتند. بر این اساس، استفاده از روش بیشینه درست‌نمایی برای برآورد پارامترهای مدل ساختاری مناسب تشخیص داده شد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری پژوهش

شاخص برازش	مدل اندازه‌گیری	مدل ساختاری	معیار قابل قبول
مجذور کای	۷۲۴.۳۱۸	۷۶۸.۴۲۱	-
درجه آزادی	۳۱۴	۳۲۸	-
سطح معناداری	کمتر از ۰.۰۰۱	کمتر از ۰.۰۰۱	-
نسبت مجذور کای به درجه آزادی	۲.۳۰۷	۲.۳۴۳	کمتر از ۳
شاخص نیکویی برازش	۰.۹۱۴	۰.۹۰۷	بیشتر از ۰.۹۰
شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده	۰.۸۹۲	۰.۸۸۵	نزدیک به ۰.۹۰
شاخص برازش تطبیقی	۰.۹۵۱	۰.۹۴۶	بیشتر از ۰.۹۰
شاخص برازش افزایشی	۰.۹۵۲	۰.۹۴۷	بیشتر از ۰.۹۰
شاخص تاکر - لوئیس	۰.۹۴۴	۰.۹۳۹	بیشتر از ۰.۹۰
ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد	۰.۰۴۹	۰.۰۵۰	کمتر از ۰.۰۸
فاصله اطمینان ۹۰ درصد ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد	۰.۰۴۴ تا ۰.۰۵۴	۰.۰۴۵ تا ۰.۰۵۵	کمتر از ۰.۰۸
ریشه میانگین مجذورات باقی‌مانده استاندارد شده	۰.۰۴۳	۰.۰۴۷	کمتر از ۰.۰۸

نتایج جدول ۳ نشان داد که مدل اندازه‌گیری پژوهش از برازش مطلوبی با داده‌های مشاهده‌شده برخوردار بود. مقدار مجذور کای مدل اندازه‌گیری برابر با ۷۲۴.۳۱۸ و درجه آزادی آن برابر با ۳۱۴ بود. اگرچه آزمون مجذور کای در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار شد، این شاخص نسبت به حجم نمونه حساس است و در نمونه‌های بزرگ معمولاً به معناداری می‌رسد؛ از این رو، قضاوت درباره برازش مدل بر اساس مجموعه‌ای از شاخص‌های مطلق، تطبیقی و مقصد انجام شد. نسبت مجذور کای به درجه آزادی برابر با ۲.۳۰۷ بود که کمتر از مقدار معیار ۳ قرار داشت. شاخص نیکویی برازش ۰.۹۱۴، شاخص برازش تطبیقی ۰.۹۵۱، شاخص برازش افزایشی ۰.۹۵۲ و شاخص تاکر - لوئیس ۰.۹۴۴ به دست آمد. تمامی این مقادیر بالاتر از ۰.۹۰ بودند و برازش مطلوب مدل اندازه‌گیری را نشان دادند. شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده نیز برابر با ۰.۸۹۲ بود که با توجه به پیچیدگی مدل و تعداد سازه‌ها، نزدیک به مقدار مطلوب ارزیابی شد. مقدار ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد برای مدل اندازه‌گیری برابر با ۰.۰۴۹ و فاصله اطمینان ۹۰ درصد آن بین ۰.۰۴۴ تا ۰.۰۵۴ بود. مقدار ریشه میانگین مجذورات باقی‌مانده استاندارد شده نیز برابر با ۰.۰۴۳ به دست آمد. قرار گرفتن هر دو شاخص خطا در سطح کمتر از ۰.۰۸ نشان داد که میزان خطای تقریبی مدل و تفاوت میان ماتریس کوواریانس مشاهده‌شده و ماتریس کوواریانس بازتولید شده پایین بود. بارهای عاملی استاندارد شده شاخص‌های مشاهده‌شده بر

سازه‌های مربوط در دامنه ۰.۶۲ تا ۰.۸۹ قرار داشتند و تمامی بارهای عاملی در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار بودند. پایایی ترکیبی سازه‌ها در دامنه ۰.۸۱ تا ۰.۹۳ و میانگین واریانس استخراج‌شده در دامنه ۰.۵۱ تا ۰.۶۸ قرار داشت. بنابراین، پایایی سازه‌ای و روایی همگرایی حوزه‌های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری، عزت نفس و نگرانی از تصویر بدنی تأیید شد. همچنین، مقایسه جذر میانگین واریانس استخراج‌شده هر سازه با ضرایب همبستگی میان سازه‌ها، روایی واگرایی مدل اندازه‌گیری را تأیید کرد. پس از تأیید مدل اندازه‌گیری، مدل ساختاری روابط پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نگرانی از تصویر بدنی با نقش میانجی عزت نفس بررسی شد. مقدار مجذور کای مدل ساختاری برابر با ۷۶۸.۴۲۱ و درجه آزادی آن برابر با ۳۲۸ بود. نسبت مجذور کای به درجه آزادی برابر با ۲.۳۴۳ به دست آمد که کمتر از مقدار ۳ و در محدوده مطلوب قرار داشت. شاخص نیکویی برازش برابر با ۰.۹۰۷، شاخص برازش تطبیقی برابر با ۰.۹۴۶، شاخص برازش افزایشی برابر با ۰.۹۴۷ و شاخص تاکر - لوئیس برابر با ۰.۹۳۹ بود. تمامی شاخص‌های تطبیقی از مقدار ۰.۹۰ بیشتر بودند و برازش مناسب مدل ساختاری را نشان دادند. شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده برابر با ۰.۸۸۵ بود که با توجه به تعداد مسیرهای مدل در دامنه قابل قبول قرار داشت. مقدار ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد برابر با ۰.۰۵۰ و فاصله

پیشنهادی، شامل مسیرهای جداگانه پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عزت نفس و نگرانی از تصویر بدنی، با داده‌های پژوهش برازش مطلوبی داشت.

اطمینان ۹۰ درصد آن بین ۰.۰۴۵ تا ۰.۰۵۵ بود. ریشه میانگین مجذورات باقی‌مانده استاندارد شده نیز ۰.۰۴۷ به دست آمد. در مجموع، شاخص‌های برازش نشان دادند که مدل ساختاری

جدول ۴. ضرایب مسیرهای مستقیم پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عزت نفس و نگرانی از تصویر بدنی

مسیر	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	ضریب استاندارد	نسبت بحرانی	سطح معناداری	نتیجه
بریدگی و طرد به عزت نفس	-۰.۱۲۸	۰.۰۱۸	-۰.۳۰۱	-۷.۱۱۱	کمتر از ۰.۰۰۱	معنادار
خودمختاری و عملکرد مختل به عزت نفس	-۰.۱۰۷	۰.۰۲۴	-۰.۱۹۶	-۴.۴۵۸	کمتر از ۰.۰۰۱	معنادار
محدودیت‌های مختل به عزت نفس	-۰.۰۷۶	۰.۰۳۲	-۰.۰۸۰	-۲.۳۷۵	۰.۰۱۸	معنادار
دیگرجهت‌مندی به عزت نفس	-۰.۰۹۱	۰.۰۳۲	-۰.۰۹۵	-۲.۸۴۴	۰.۰۰۴	معنادار
گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری به عزت نفس	-۰.۱۳۶	۰.۰۲۷	-۰.۱۷۰	-۵.۰۳۷	کمتر از ۰.۰۰۱	معنادار
بریدگی و طرد به نگرانی از تصویر بدنی	۰.۱۹۳	۰.۰۳۰	۰.۲۶۰	۶.۴۳۳	کمتر از ۰.۰۰۱	معنادار
خودمختاری و عملکرد مختل به نگرانی از تصویر بدنی	۰.۱۴۶	۰.۰۳۸	۰.۱۵۳	۳.۸۴۲	کمتر از ۰.۰۰۱	معنادار
محدودیت‌های مختل به نگرانی از تصویر بدنی	۰.۱۱۳	۰.۰۵۱	۰.۰۶۸	۲.۲۱۶	۰.۰۲۷	معنادار
دیگرجهت‌مندی به نگرانی از تصویر بدنی	۰.۱۲۹	۰.۰۵۰	۰.۰۷۷	۲.۵۸۰	۰.۰۱۰	معنادار
گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری به نگرانی از تصویر بدنی	۰.۲۰۵	۰.۰۴۲	۰.۱۴۷	۴.۸۸۱	کمتر از ۰.۰۰۱	معنادار
عزت نفس به نگرانی از تصویر بدنی	-۰.۴۹۸	۰.۰۵۷	-۰.۲۸۶	-۸.۷۳۷	کمتر از ۰.۰۰۱	معنادار

حوزه دیگرجهت‌مندی با ضریب استاندارد ۰.۰۹۵- اثر منفی و معناداری بر عزت نفس داشت. این مسیر در سطح ۰.۰۰۴ معنادار شد و نشان داد که اطاعت و ازخودگذشتگی افراطی، از طریق اولویت‌دادن مداوم به خواسته‌ها و ارزیابی دیگران، با عزت نفس پایین‌تر همراه بود. اثر مستقیم حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری بر عزت نفس نیز با ضریب استاندارد ۰.۱۷۰- و سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار بود. بنابراین، بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه با کاهش عزت نفس زنان متقاضی جراحی زیبایی رابطه داشتند.

هر پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارای اثر مستقیم مثبت و معناداری بر نگرانی از تصویر بدنی بودند. اثر مستقیم حوزه بریدگی و طرد بر نگرانی از تصویر بدنی با ضریب استاندارد ۰.۲۶۰، بیشترین اثر مستقیم در میان حوزه‌های طرحواره‌ای بود و در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار شد. این یافته نشان داد که تجربه الگوهای شناختی و هیجانی مرتبط با طردشدگی، نقص، شرم، تنهایی و محرومیت هیجانی می‌تواند مستقیماً با افزایش ناراضیاتی از ظاهر و نگرانی درباره تصویر بدنی همراه باشد. اثر مستقیم حوزه خودمختاری و عملکرد مختل بر نگرانی از تصویر بدنی نیز با ضریب استاندارد ۰.۱۵۳ و سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار بود. بنابراین، احساس بی‌کفایتی، شکست و

نتایج جدول ۴ نشان داد که هر پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارای اثر مستقیم منفی و معناداری بر عزت نفس بودند. اثر مستقیم حوزه بریدگی و طرد بر عزت نفس با ضریب استاندارد ۰.۳۰۱- و نسبت بحرانی ۷.۱۱۱- در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار بود. این ضریب در مقایسه با سایر حوزه‌ها بیشترین مقدار را داشت و نشان داد که افزایش طرحواره‌های مربوط به محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی یا بدرفتاری، انزوای اجتماعی و نقص یا شرم با کاهش بیشتری در عزت نفس زنان متقاضی جراحی زیبایی همراه بود. اثر مستقیم حوزه خودمختاری و عملکرد مختل بر عزت نفس نیز با ضریب استاندارد ۰.۱۹۶- و نسبت بحرانی ۴.۴۵۸- در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار بود. بنابراین، افزایش احساس شکست، وابستگی یا بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و گرفتاری یا خویشتن تحول‌نیافته با کاهش عزت نفس ارتباط داشت.

اثر مستقیم حوزه محدودیت‌های مختل بر عزت نفس با ضریب استاندارد ۰.۰۸۰- و سطح معناداری ۰.۰۱۸ تأیید شد. اگرچه شدت این اثر در مقایسه با سایر حوزه‌ها کمتر بود، جهت آن منفی بود و نشان داد که استحقاق یا بزرگ‌منشی و خویشتن‌داری یا خودانضباطی ناکافی نیز می‌تواند با کاهش ارزیابی مثبت فرد از خود همراه باشند.

این اساس، معیارهای سخت‌گیرانه، کمال‌طلبی افراطی و بازداری هیجانی می‌توانستند به افزایش اشتغال ذهنی درباره نقص‌های ظاهری و نگرانی از تصویر بدنی منجر شوند.

اثر مستقیم عزت نفس بر نگرانی از تصویر بدنی منفی و معنادار بود. ضریب استاندارد این مسیر برابر با -0.286 ، ضریب غیراستاندارد برابر با -0.498 ، و نسبت بحرانی برابر با -8.737 به دست آمد و این مسیر در سطح کمتر از 0.001 معنادار شد. این نتیجه نشان داد که با افزایش عزت نفس، میزان نگرانی از تصویر بدنی کاهش می‌یافت. به عبارت دیگر، زنانی که احساس ارزشمندی، کفایت و پذیرش بیشتری نسبت به خود داشتند، نارضایتی کمتری از ظاهر خود نشان می‌دادند و کمتر درگیر نگرانی درباره قضاوت دیگران نسبت به ویژگی‌های بدنی خود بودند.

جدول ۵. اثرهای غیرمستقیم و کل حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر نگرانی از تصویر بدنی با میانجی‌گری عزت نفس

حوزه طرحواره‌ای	اثر استاندارد	اثر غیرمستقیم	مستقیم اثر غیرمستقیم	استاندارد از حد پایین	فاصله حد بالای فاصله اثر	کل سطح معناداری اثر نوع میانجی‌گری
بریدگی و طرد	0.260	0.086	0.058	0.119	0.346	جزئی
خودمختاری و عملکرد مختل	0.153	0.056	0.032	0.084	0.209	جزئی
محدودیت‌های مختل	0.068	0.023	0.005	0.045	0.091	جزئی
دیگرجهت‌مندی	0.077	0.027	0.009	0.049	0.104	جزئی
گوشه‌زنگی بیش از حد و بازداری	0.147	0.049	0.028	0.075	0.196	جزئی

اثر غیرمستقیم استاندارد حوزه خودمختاری و عملکرد مختل بر نگرانی از تصویر بدنی از طریق عزت نفس برابر با 0.056 به دست آمد. فاصله اطمینان 95 درصد این اثر بین 0.032 تا 0.084 قرار داشت و شامل مقدار صفر نبود؛ بنابراین، نقش میانجی عزت نفس در سطح کمتر از 0.001 معنادار بود. اثر مستقیم حوزه خودمختاری و عملکرد مختل بر نگرانی از تصویر بدنی همچنان معنادار باقی ماند و نوع میانجی‌گری جزئی تشخیص داده شد. اثر کل استاندارد این حوزه بر نگرانی از تصویر بدنی برابر با 0.209 بود. این یافته نشان داد که خودمختاری و عملکرد مختل بخشی از اثر خود بر نگرانی از تصویر بدنی را به‌طور مستقیم و بخش دیگری را از طریق کاهش عزت نفس اعمال می‌کرد.

آسیب‌پذیری می‌توانست مستقل از عزت نفس، نگرانی زنان درباره ظاهر و بدن خود را افزایش دهد.

اثر مستقیم حوزه محدودیت‌های مختل بر نگرانی از تصویر بدنی با ضریب استاندارد 0.068 و سطح معناداری 0.027 تأیید شد. اگرچه شدت این اثر پایین‌تر از سایر حوزه‌ها بود، مسیر آن همچنان مثبت و معنادار بود. حوزه دیگرجهت‌مندی نیز با ضریب استاندارد 0.077 اثر مستقیم مثبت و معناداری بر نگرانی از تصویر بدنی داشت. این مسیر در سطح 0.010 معنادار بود و نشان داد که تمرکز افراطی بر تأیید دیگران، اطاعت از انتظارات بیرونی و نادیده گرفتن نیازهای شخصی می‌تواند نگرانی نسبت به ارزیابی ظاهری را افزایش دهد. اثر مستقیم حوزه گوشه‌زنگی بیش از حد و بازداری بر نگرانی از تصویر بدنی با ضریب استاندارد 0.147 و سطح کمتر از 0.001 نیز معنادار بود. بر

نتایج جدول ۵ نشان داد که عزت نفس در رابطه میان هر پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی نقش میانجی معناداری داشت. اثر غیرمستقیم استاندارد حوزه بریدگی و طرد بر نگرانی از تصویر بدنی از طریق عزت نفس برابر با 0.086 بود. حد پایین فاصله اطمینان بوت‌استرپ برای این اثر 0.058 و حد بالای آن 0.119 به دست آمد. از آنجا که مقدار صفر در این فاصله اطمینان قرار نداشت، اثر غیرمستقیم در سطح کمتر از 0.001 معنادار بود. اثر مستقیم حوزه بریدگی و طرد بر نگرانی از تصویر بدنی نیز پس از ورود عزت نفس به مدل معنادار باقی ماند؛ بنابراین، عزت نفس در این رابطه نقش میانجی جزئی داشت. اثر کل استاندارد حوزه بریدگی و طرد بر نگرانی از تصویر بدنی برابر با 0.346 بود که بیشترین اثر کل در میان حوزه‌های پنج‌گانه محسوب می‌شد.

اثر غیرمستقیم حوزه محدودیت‌های مختل بر نگرانی از تصویر بدنی از طریق عزت نفس برابر با 0.023 بود. حد پایین فاصله اطمینان برابر با 0.005 و حد بالای آن برابر با 0.045 به دست آمد. قرارنگرفتن صفر در فاصله اطمینان نشان داد که این اثر غیرمستقیم در سطح 0.015 معنادار بود. از آنجا که اثر مستقیم محدودیت‌های مختل بر نگرانی از تصویر بدنی نیز معنادار باقی ماند، عزت نفس در این رابطه نقش میانجی جزئی داشت. اثر کل استاندارد محدودیت‌های مختل بر نگرانی از تصویر بدنی برابر با 0.091 بود. هرچند شدت این اثر در مقایسه با سایر حوزه‌ها کمتر بود، نقش مستقیم و غیرمستقیم آن از نظر آماری تأیید شد.

اثر غیرمستقیم حوزه دیگرجهت‌مندی بر نگرانی از تصویر بدنی از طریق عزت نفس برابر با 0.027 بود. فاصله اطمینان 95 درصد بوت‌استرپ این اثر از 0.009 تا 0.049 متغیر بود و شامل صفر نمی‌شد؛ بنابراین، اثر غیرمستقیم در سطح 0.004 معنادار بود. با توجه به باقی‌ماندن معناداری اثر مستقیم دیگرجهت‌مندی بر نگرانی از تصویر بدنی، میانجی‌گری عزت نفس در این رابطه نیز جزئی بود. اثر کل استاندارد دیگرجهت‌مندی بر نگرانی از تصویر بدنی برابر با 0.104 به دست آمد. این نتیجه نشان داد که بخشی از ارتباط اطاعت و ازخودگذشتگی افراطی با نگرانی از تصویر بدنی از طریق کاهش احساس ارزشمندی و خودپذیری تبیین می‌شد.

اثر غیرمستقیم حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری بر نگرانی از تصویر بدنی از طریق عزت نفس برابر با 0.049 بود. حد پایین فاصله اطمینان این اثر برابر با 0.028 و حد بالای آن برابر با 0.075 بود. از آنجا که فاصله اطمینان شامل مقدار صفر نبود، اثر غیرمستقیم در سطح کمتر از 0.001 معنادار شد. اثر مستقیم این حوزه بر نگرانی از تصویر بدنی نیز پس از ورود عزت نفس به مدل معنادار باقی ماند؛ بنابراین، نوع میانجی‌گری عزت نفس جزئی بود. اثر کل استاندارد حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری بر نگرانی از تصویر بدنی برابر با 0.196 به دست آمد.

بررسی ضرایب تعیین مدل نشان داد که پنج حوزه بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری در مجموع 42.1 درصد از واریانس عزت نفس زنان متقاضی جراحی زیبایی را

تبیین کردند. همچنین، پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به همراه عزت نفس توانستند 63.2 درصد از واریانس نگرانی از تصویر بدنی را تبیین کنند. این مقادیر نشان‌دهنده توان تبیینی مطلوب مدل ساختاری پژوهش بودند. مقایسه اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل حوزه‌های پنج‌گانه نشان داد که حوزه بریدگی و طرد قوی‌ترین پیش‌بین نگرانی از تصویر بدنی بود. پس از آن، حوزه‌های خودمختاری و عملکرد مختل و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری اثرهای بیشتری داشتند، در حالی که اثر حوزه‌های دیگرجهت‌مندی و محدودیت‌های مختل ضعیف‌تر، اما همچنان معنادار بود.

در مجموع، نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که هر یک از حوزه‌های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری به‌صورت جداگانه با نگرانی از تصویر بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی رابطه مثبت و معناداری داشتند. همچنین، هر پنج حوزه با عزت نفس رابطه منفی و معنادار داشتند و عزت نفس نیز نگرانی از تصویر بدنی را به‌صورت منفی پیش‌بینی کرد. اثرهای بوت‌استرپ نشان دادند که عزت نفس در رابطه هر یک از حوزه‌های پنج‌گانه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نگرانی از تصویر بدنی نقش میانجی جزئی و معناداری ایفا می‌کرد. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود رابطه میان حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی با نقش میانجی عزت نفس در زنان متقاضی عمل جراحی زیبایی شهر تهران تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی با نقش میانجی عزت نفس در زنان متقاضی عمل جراحی زیبایی شهر تهران انجام شد. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که هر پنج حوزه بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری، به‌طور جداگانه با نگرانی از تصویر بدنی رابطه مثبت و معناداری داشتند. همچنین، هر پنج حوزه با عزت نفس رابطه منفی و معنادار نشان دادند و عزت نفس نیز به‌طور منفی نگرانی از تصویر بدنی را پیش‌بینی کرد. افزون بر این، نتایج آزمون بوت‌استرپ نشان داد که عزت نفس در

به‌عنوان مسئله‌ای محدود به یک بخش از بدن، بلکه به‌عنوان تأییدی بر باور بنیادین خود مبنی بر ناقص، نامطلوب یا پذیرفته‌نشده بودن تجربه کنند.

یافته دیگر نشان داد که حوزه خودمختاری و عملکرد مختل با افزایش نگرانی از تصویر بدنی و کاهش عزت نفس همراه بود. این حوزه شامل طرحواره‌های شکست، وابستگی یا بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و گرفتاری یا خویشتن تحول‌نیافته است. زنان دارای این طرحواره‌ها ممکن است توانایی‌ها، شایستگی‌ها و استقلال خود را کمتر از واقع ارزیابی کنند و در مقایسه با دیگران احساس شکست یا ناکافی بودن داشته باشند. در چنین شرایطی، ظاهر مطلوب می‌تواند به‌عنوان یکی از معدود منابع بالقوه برای کسب احساس کفایت یا موفقیت تلقی شود. فرد ممکن است تصور کند که با اصلاح ویژگی‌های ظاهری، ضعف‌های درونی یا اجتماعی خود را جبران می‌کند و از طریق کسب توجه یا تأیید دیگران، احساس شایستگی بیشتری به دست می‌آورد.

این تفسیر با یافته‌هایی هماهنگ است که نشان می‌دهند نگرانی از تصویر بدنی و پذیرش جراحی زیبایی با ارزیابی‌های منفی از خود، احساس ناکافی بودن و انتظار پیامدهای روان‌شناختی مثبت از جراحی ارتباط دارند. ریچتین و همکاران نشان دادند که شناخت‌های مربوط به انجام‌دادن و انجام‌ندادن جراحی زیبایی در شکل‌گیری قصد رفتاری نقش دارند (Richetin et al., 2020). فردی که خود را ناتوان، ناموفق یا کم‌ارزش تلقی می‌کند، ممکن است پیامدهای مثبت جراحی را بیش از حد برآورد کند و آن را راهی برای افزایش اعتماد به نفس، موفقیت اجتماعی یا پذیرش بین‌فردی بداند. مرور پرلن و همکاران نیز نشان داد که گرایش به جراحی زیبایی حاصل تعامل عوامل روان‌شناختی، اجتماعی، رسانه‌ای و فردی است و نارضایتی بدنی، فشار اجتماعی و نگرش فرد نسبت به خود در این تصمیم نقش دارند (Pearlman et al., 2022). بنابراین، حوزه خودمختاری و عملکرد مختل می‌تواند از طریق تضعیف احساس کفایت شخصی، وابستگی بیشتر به تأیید ظاهری را به وجود آورد.

نتایج نشان داد که حوزه محدودیت‌های مختل نیز به‌طور مثبت نگرانی از تصویر بدنی را پیش‌بینی می‌کرد و با عزت نفس رابطه منفی داشت، هرچند شدت اثر آن در مقایسه با سایر حوزه‌ها کمتر

رابطه هر یک از حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نگرانی از تصویر بدنی، نقش میانجی جزئی و معناداری ایفا می‌کند. بر این اساس، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نه تنها مستقیماً با افزایش نگرانی درباره ظاهر و نارضایتی بدنی همراه بودند، بلکه بخشی از اثر خود را از طریق تضعیف احساس ارزشمندی و پذیرش خویشتن اعمال می‌کردند.

نخستین یافته نشان داد که حوزه بریدگی و طرد قوی‌ترین رابطه مستقیم و غیرمستقیم را با نگرانی از تصویر بدنی داشت و در عین حال، بیشترین اثر منفی را بر عزت نفس وارد می‌کرد. این نتیجه با ماهیت طرحواره‌های موجود در این حوزه هماهنگ است. حوزه بریدگی و طرد شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی یا بدرفتاری، انزوای اجتماعی و نقص یا شرم است. فعال‌بودن این طرحواره‌ها می‌تواند فرد را به این باور برساند که دوست‌داشتنی، پذیرفتنی یا شایسته ارتباط نزدیک نیست و نقصی بنیادین در او وجود دارد. در چنین شرایطی، ظاهر جسمانی ممکن است به نمادی از نقص کلی خود تبدیل شود و فرد تصور کند که تغییر بدن می‌تواند احتمال پذیرش، محبوبیت یا امنیت در روابط را افزایش دهد. این تبیین با چارچوب نظری طرحواره‌درمانی هماهنگ است که بر نقش الگوهای عمیق و پایدار شناختی و هیجانی در شکل‌گیری ارزیابی منفی از خود تأکید می‌کند (Young et al., 2003).

رابطه نیرومند حوزه بریدگی و طرد با نگرانی از تصویر بدنی با یافته‌های پیشین نیز همسو است. در پژوهش‌های مربوط به اختلال بدشکلی بدن، طرحواره‌های مرتبط با نقص، شرم، طردشدگی و محرومیت هیجانی از مهم‌ترین زمینه‌های شناختی مشکلات تصویر بدنی معرفی شده‌اند. خوشبینی و همکاران نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدشکلی بدن رابطه دارند و این رابطه از طریق تصویر بدنی و سایر فرایندهای روان‌شناختی تبیین می‌شود (Khoshini et al., 2021). همچنین، رشیدی‌فر و کرمی گزارش کردند که در متقاضیان جراحی زیبایی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های بدشکلی بدن ارتباط دارند و فرایندهایی مانند نشخوار فکری و تنظیم شناختی هیجان می‌توانند این ارتباط را تشدید کنند (Rashidifar & Karami, 2025). بنابراین، ممکن است زنان دارای طرحواره‌های بریدگی و طرد، نارضایتی از ظاهر را نه

بود. این حوزه شامل استحقاق یا بزرگ‌منشی و خویش‌داری یا خودانضباطی ناکافی است. ممکن است در نگاه نخست، انتظار رود که احساس استحقاق با عزت نفس بالا همراه باشد؛ با این حال، عزت نفس ظاهراً بالا در افراد دارای این طرحواره می‌تواند شکننده، ناپایدار و وابسته به برتری بر دیگران باشد. در چنین وضعیتی، ناتوانی در دستیابی به ظاهر ایدئال یا تجربه تفاوت میان ظاهر واقعی و معیار ذهنی می‌تواند احساس ناکامی و نارضایتی را تشدید کند. همچنین، خویش‌داری ناکافی ممکن است تحمل فرد را در برابر ناراحتی ناشی از نارضایتی بدنی کاهش دهد و او را به جست‌وجوی راه‌حل‌های سریع و بیرونی مانند جراحی زیبایی سوق دهد.

این یافته را می‌توان در چارچوب شناخت‌های مرتبط با اقدام به جراحی تبیین کرد. هنگامی که فرد تحمل پایینی برای ناراحتی ظاهری دارد، احتمال دارد هزینه‌ها، خطرها و محدودیت‌های جراحی را کمتر در نظر بگیرد و بر پیامد فوری تغییر ظاهر تمرکز کند. یافته‌های ریچتین و همکاران درباره نقش شناخت‌های اقدام‌محور در پیش‌بینی مشارکت در جراحی زیبایی از چنین تفسیری حمایت می‌کند (Richetin et al., 2020). با این حال، ضعیف‌تر بودن اثر حوزه محدودیت‌های مختل در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نگرانی از تصویر بدنی در زنان متقاضی جراحی زیبایی بیشتر تحت تأثیر طرحواره‌های مربوط به نقص، طرد، بی‌کفایتی، تأییدجویی و کمال‌گرایی قرار دارد تا طرحواره‌های مربوط به استحقاق و کنترل تکانه.

یافته بعدی نشان داد که حوزه دیگرجهت‌مندی با نگرانی از تصویر بدنی رابطه مثبت و با عزت نفس رابطه منفی داشت. دیگرجهت‌مندی شامل طرحواره‌های اطاعت و از خودگذشتگی است و با توجه افراطی به نیازها، خواسته‌ها، انتظارات و ارزیابی دیگران همراه است. در چنین الگویی، فرد ارزشمندی خود را بر اساس میزان رضایت دیگران از او تعریف می‌کند و ممکن است نیازها و ترجیحات شخصی خود را برای کسب تأیید یا جلوگیری از طرد نادیده بگیرد. در حوزه ظاهر جسمانی، این وضعیت می‌تواند موجب شود فرد بدن خود را بیشتر از دریاچه نگاه دیگران ارزیابی کند. به بیان دیگر، سؤال اصلی فرد ممکن است این نباشد که «من درباره بدنم چه احساسی دارم»، بلکه این باشد که «دیگران ظاهر مرا چگونه ارزیابی می‌کنند».

این نتیجه با پژوهش‌هایی همسو است که نقش مقایسه اجتماعی، فشار اجتماعی و خودارائه‌گری را در نگرانی از تصویر بدنی و گرایش به جراحی زیبایی نشان داده‌اند. پورحسین و همکاران گزارش کردند که مقایسه اجتماعی در رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های مرتبط با تصویر بدنی نقش میانجی دارد (Pourhossein et al., 2023). همچنین، گالوتی و همکاران نشان دادند که خودارائه‌گری در اینستاگرام می‌تواند از طریق فرایندهای میانجی، تمایل به جراحی زیبایی را افزایش دهد (Galeotti et al., 2024). زنان دارای دیگرجهت‌مندی بالا ممکن است به دلیل حساسیت بیشتر نسبت به تأیید دیگران، بازخوردها، مقایسه‌های ظاهری و معیارهای رسانه‌ای را با شدت بیشتری درونی کنند. در نتیجه، بدن برای آنان به ابزاری برای کسب مقبولیت اجتماعی تبدیل می‌شود و هرگونه فاصله با معیارهای پذیرفته‌شده می‌تواند عزت نفس را کاهش داده و نگرانی از تصویر بدنی را افزایش دهد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری دارای رابطه مثبت و معناداری با نگرانی از تصویر بدنی و رابطه منفی با عزت نفس بود. این حوزه شامل بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه است. افراد دارای این طرحواره‌ها معمولاً برای خود استانداردهای بسیار بالا و انعطاف‌ناپذیر تعیین می‌کنند، به اشتباهات و کاستی‌ها حساس‌اند و در ابراز طبیعی هیجان‌ها محدودیت دارند. در زمینه تصویر بدنی، معیارهای سرسختانه می‌توانند به شکل کمال‌گرایی ظاهری ظاهر شوند؛ به گونه‌ای که فرد تنها بدن بی‌نقص یا نزدیک به ایدئال را پذیرفتنی تلقی کند. در این شرایط، حتی ویژگی‌های طبیعی یا تفاوت‌های جزئی ظاهری نیز ممکن است به عنوان نقص جدی تفسیر شوند.

همسویی این یافته با مطالعات مربوط به بدشکلی بدن قابل توجه است. سرئا و همکاران نشان دادند که اختلال بدشکلی بدن با ویژگی‌های روان‌شناختی و آسیب‌شناختی متعددی، از جمله کمال‌گرایی، اضطراب و حساسیت نسبت به ظاهر، همراه است (Cerea et al., 2018). همچنین، شیوع قابل توجه نشانه‌های بدشکلی بدن در مراجعان جراحی پلاستیک نشان می‌دهد که برخی از متقاضیان با معیارهای ظاهری افراطی و اشتغال ذهنی شدید درباره نقص‌های ادراک‌شده روبه‌رو هستند (Boccaro et al., 2025).

غربالگری این نشانه‌ها پیش از عمل نیز ضروری دانسته شده است، زیرا جراحی لزوماً باورهای کمال‌گرایانه یا نگرانی پایدار درباره ظاهر را اصلاح نمی‌کند (Thomson et al., 2024). بنابراین، معیارهای سرسختانه می‌توانند فرد را در چرخه‌ای قرار دهند که در آن هیچ تغییر ظاهری رضایت کامل و پایدار ایجاد نمی‌کند.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر، رابطه منفی عزت نفس با نگرانی از تصویر بدنی بود. این یافته نشان داد زنانی که احساس ارزشمندی، شایستگی و پذیرش بیشتری نسبت به خود داشتند، نگرانی کمتری درباره ظاهر و بدن خود تجربه می‌کردند. در مقابل، عزت نفس پایین با نارضایتی بیشتر، حساسیت نسبت به قضاوت دیگران و اشتغال ذهنی شدیدتر درباره ویژگی‌های ظاهری همراه بود. این نتیجه با یافته‌های الغدیر و همکاران همخوانی دارد که نشان دادند عزت نفس و تصویر بدنی ادراک‌شده با پذیرش جراحی زیبایی ارتباط دارند (Al Ghadeer et al., 2021). هنگامی که ارزشمندی فرد به‌طور عمده به ظاهر وابسته باشد، هرگونه نقص ادراک‌شده می‌تواند کل ارزیابی او از خود را تضعیف کند.

با این حال، رابطه میان جراحی زیبایی و عزت نفس پیچیده است. فراتحلیل یون و کیم نشان داد که جراحی زیبایی می‌تواند با تغییراتی در عزت نفس همراه باشد، اما نتایج مطالعات یکدست نیست و انجام جراحی الزاماً به افزایش پایدار عزت نفس منجر نمی‌شود (Yoon & Kim, 2020). این امر می‌تواند ناشی از آن باشد که در برخی متقاضیان، نارضایتی ظاهری ریشه در باورهای عمیق‌تر درباره نقص، طرد یا بی‌ارزشی دارد. در چنین مواردی، اصلاح یک ویژگی بدنی ممکن است بهبود موقتی ایجاد کند، اما ساختار اصلی خودارزیابی منفی همچنان باقی می‌ماند. مطالعه مقطعی کوالم و همکاران درباره جراحی زیبایی در زنان نیز نشان می‌دهد که تصمیم به جراحی در شبکه‌ای از عوامل بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی شکل می‌گیرد و نباید آن را صرفاً پیامد یک نارضایتی محدود جسمانی تلقی کرد (Kvalem et al., 2025).

معناداری نقش میانجی عزت نفس در رابطه هر پنج حوزه طرحواره‌ای با نگرانی از تصویر بدنی نشان می‌دهد که طرحواره‌ها بخشی از اثر خود را از طریق شکل‌دهی به ارزیابی کلی فرد از ارزشمندی خویش اعمال می‌کنند. در حوزه بریدگی و طرد، باور به

ناقص و دوست‌نداشتنی بودن می‌تواند مستقیماً عزت نفس را کاهش دهد و فرد را نسبت به نقص‌های ظاهری حساس‌تر سازد. در خودمختاری و عملکرد مختل، احساس بی‌کفایتی و شکست می‌تواند وابستگی به ظاهر را به‌عنوان منبع جبران افزایش دهد. در دیگرجهت‌مندی، ارزشمندی فرد به پذیرش دیگران وابسته می‌شود و در گوش‌به‌زنگی بیش از حد، معیارهای سخت‌گیرانه امکان رضایت از خود را کاهش می‌دهند. حتی در محدودیت‌های مختل نیز عزت نفس ناپایدار و تحمل پایین ناکامی می‌تواند نگرانی ظاهری را تشدید کند. این الگو با دیدگاه یانگ و همکاران سازگار است که طرحواره‌ها را ساختارهایی بنیادین در شکل‌گیری برداشت فرد از خود می‌دانند (Young et al., 2003).

میانجی‌گری جزئی عزت نفس نشان داد که کاهش عزت نفس تنها مسیر ارتباط حوزه‌های طرحواره‌ای با نگرانی از تصویر بدنی نیست. طرحواره‌ها همچنان پس از ورود عزت نفس به مدل، اثر مستقیم معناداری بر نگرانی از تصویر بدنی داشتند. بنابراین، متغیرهایی مانند مقایسه اجتماعی، نشخوار فکری، کمال‌گرایی، تنظیم شناختی هیجان، حساسیت به طرد، فراشناخت و تحمل پریشانی نیز ممکن است در این ارتباط نقش داشته باشند. این برداشت با مطالعاتی همسو است که نقش مقایسه اجتماعی را در رابطه طرحواره‌ها با نگرش‌های بدنی (Pourhossein et al., 2023)، نقش نشخوار و تنظیم شناختی هیجان را در متقاضیان جراحی زیبایی (Rashidifar & Karami, 2025) و نقش فراشناخت، تصویر بدنی و تحمل پریشانی را در اختلال بدشکلی بدن نشان داده‌اند (Khoshini et al., 2021).

یافته‌های پژوهش حاضر در بافت گسترده‌تر سلامت روان و رسانه‌های اجتماعی نیز قابل تفسیر است. نگرانی از تصویر بدنی امروزه مسئله‌ای جهانی است و تحت تأثیر معیارهای زیبایی، فرهنگ مصرفی، شبکه‌های اجتماعی و مقایسه مداوم با تصاویر ایدئال قرار دارد (Rodgers et al., 2023). مرور آهویا و همکاران درباره مداخلات تصویر بدنی نشان می‌دهد که فشارهای مربوط به ظاهر در گروه‌های مختلف جمعیتی وجود دارند و اصلاح تصویر بدنی نیازمند توجه هم‌زمان به شناخت‌ها، هیجان‌ها و عوامل اجتماعی است (Ahuja et al., 2025). در زنان دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مواجهه با تصاویر ایدئال ممکن است به دلیل وجود باورهای قبلی درباره نقص،

بی‌کفایتی یا نیاز به تأیید، اثر شدیدتری داشته باشد. در نتیجه، رسانه‌ها الزاماً طرحواره را ایجاد نمی‌کنند، اما می‌توانند آن را فعال و تقویت کنند.

در مجموع، نتایج نشان داد که نگرانی از تصویر بدنی در زنان متقاضی جراحی زیبایی حاصل تعامل میان ساختارهای شناختی عمیق، ارزیابی کلی فرد از خود و فشارهای مرتبط با ظاهر است. قوی‌تر بودن اثر حوزه بریدگی و طرد نشان می‌دهد که احساس نقص، شرم، طردشدگی و محرومیت هیجانی از مهم‌ترین زمینه‌های روان‌شناختی نگرانی بدنی در این گروه هستند. همچنین، نقش میانجی عزت نفس نشان داد که بخشی از نارضایتی ظاهری زمانی شکل می‌گیرد که فرد ارزشمندی خود را پایین ارزیابی می‌کند و بدن را به معیار اصلی پذیرش خوشتن تبدیل می‌سازد. این یافته‌ها ضرورت توجه به ارزیابی روان‌شناختی متقاضیان جراحی زیبایی را برجسته می‌کنند، زیرا شیوع نشانه‌های بدشکلی بدن در این جمعیت قابل توجه است و همه متقاضیان پس از جراحی الزاماً رضایت روان‌شناختی پایدار تجربه نمی‌کنند (Boccara et al., 2025; Thomson et al., 2024).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، طرح پژوهش از نوع همبستگی و مقطعی بود؛ بنابراین، با وجود آزمون روابط مستقیم و غیرمستقیم در قالب مدل‌یابی معادلات ساختاری، امکان استنباط رابطه علیّ قطعی میان حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عزت نفس و نگرانی از تصویر بدنی وجود ندارد. دوم، داده‌ها با استفاده از ابزارهای خودگزارشی گردآوری شدند و ممکن است تحت تأثیر تمایل به ارائه تصویر مطلوب اجتماعی، خطای یادآوری یا پاسخ‌دهی دفاعی قرار گرفته باشند. سوم، نمونه پژوهش صرفاً شامل زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر تهران بود؛ از این رو، تعمیم نتایج به مردان، افراد ساکن سایر شهرها، متقاضیان مداخلات زیبایی غیرجراحی یا جمعیت عمومی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، تفاوت در نوع جراحی مورد تقاضا، سابقه جراحی قبلی، وضعیت اقتصادی، میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی و وجود نشانه‌های بالینی اختلال بدشکلی بدن ممکن است بر روابط متغیرها

اثر گذاشته باشد، اما این عوامل به صورت تفصیلی در مدل کنترل نشدند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی استفاده شود تا تغییرات عزت نفس و نگرانی از تصویر بدنی پیش و پس از جراحی زیبایی بررسی و جهت روابط میان متغیرها با دقت بیشتری مشخص شود. همچنین، اجرای مطالعات مقایسه‌ای میان زنان متقاضی جراحی، زنانی که جراحی انجام داده‌اند و زنان غیرمتقاضی می‌تواند ویژگی‌های اختصاصی هر گروه را روشن سازد. بررسی مدل پژوهش در مردان و در گروه‌های سنی، فرهنگی و اقتصادی متفاوت نیز به افزایش قابلیت تعمیم یافته‌ها کمک خواهد کرد. پیشنهاد می‌شود متغیرهایی مانند مقایسه اجتماعی، کمال‌گرایی ظاهری، نشخوار فکری، تنظیم هیجان، استفاده مسئله‌ساز از شبکه‌های اجتماعی، حساسیت به طرد و نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن به عنوان میانجی یا تعدیل‌گر وارد مدل شوند. استفاده هم‌زمان از مصاحبه بالینی، گزارش متخصص و ابزارهای خودسنجی نیز می‌تواند دقت سنجش متغیرها را افزایش دهد.

پیشنهاد می‌شود کلینیک‌های جراحی زیبایی پیش از انجام عمل، ارزیابی روان‌شناختی ساختاریافته‌ای برای شناسایی نگرانی شدید از تصویر بدنی، عزت نفس پایین، انتظارات غیرواقع‌بینانه و نشانه‌های طرحواره‌های مرتبط با نقص، طرد، شکست، تأییدجویی و معیارهای سخت‌گیرانه در نظر بگیرند. حضور روان‌شناس یا مشاور آموزش‌دیده در تیم ارزیابی پیش از جراحی می‌تواند به شناسایی افرادی کمک کند که تصمیم آنان بیشتر از پریشانی روان‌شناختی ناشی شده است. برای این افراد، مداخلاتی مانند طرحواره‌درمانی، آموزش خودپذیری، بازسازی شناختی باورهای مرتبط با ظاهر، کاهش مقایسه اجتماعی و برنامه‌های تقویت عزت نفس می‌تواند پیش از تصمیم نهایی به جراحی اجرا شود. همچنین، جراحان و کارکنان کلینیک‌ها باید درباره نشانه‌های هشداردهنده اختلال بدشکلی بدن و انتظارات غیرواقع‌بینانه آموزش ببینند تا ارجاع مناسب به متخصص سلامت روان انجام شود و احتمال نارضایتی پس از عمل، تکرار جراحی و انتقال نگرانی به سایر بخش‌های بدن کاهش یابد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Factors associated with likelihood to undergo cosmetic surgical procedures among young adults in the United States: A narrative review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 1(1), 859-877. <https://doi.org/10.2147/CCID.S358573>
- Pourhossein, R., Gholamali Lavasani, M., & Pirmohammadi, F. (2023). The mediating role of social comparison in the relationship between early maladaptive schemas and body-image attitudes among female students with obesity. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 12(8), 1-12.
- Rashidifar, M., & Karami, M. (2025). Early maladaptive schemas, body dysmorphic disorder (BDD), and the mediating role of rumination and cognitive emotion regulation: A focus on cosmetic surgery applicants. *Proceedings of the International Conference on Research in Psychology*, <https://doi.org/10.33422/icrconf.v2i1.798>
- Richetin, J., Osterini, D., & Conner, M. (2020). Predicting engagement in cosmetic surgery: A test of the role of doing and not-doing cognitions. *Journal of Applied Social Psychology*, 50(1), 53-62. <https://doi.org/10.1111/jasp.12641>
- Rodgers, R. F., Laveway, K., Campos, P., & de Carvalho, P. H. B. (2023). Body image as a global mental health concern. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.2>
- Thomson, D. R., Thomson, N. E., & Southwick, G. (2024). Screening for body dysmorphic disorder in plastic surgery patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 48(14), 2738-2743. <https://doi.org/10.1007/s00266-024-03959-6>
- Yoon, S., & Kim, Y. A. (2020). Cosmetic surgery and self-esteem in South Korea: A systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plastic Surgery*, 44(1), 229-238. <https://doi.org/10.1007/s00266-019-01515-1>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Ahuja, L., Schneider, J., Budhraj, M., Diedrichs, P. C., & Williamson, H. (2025). A systematic review exploring the effectiveness of body image interventions among boys. *Adolescent Research Review*, 10(1), 97-143. <https://doi.org/10.1007/s40894-024-00246-y>
- Al Ghadeer, H. A., AlAlwan, M. A., AlAmer, M. A., Alali, F. J., Alkhars, G. A., Alabdrabulrida, S. A., & Alabdrabalnabi, H. A. (2021). Impact of self-esteem and self-perceived body image on the acceptance of cosmetic surgery. *Cureus*, 13(10), 1-10. <https://doi.org/10.7759/cureus.18825>
- Boccaro, D., Chauat, M., Kaplan, J., Serron, K., & Chatelain, S. (2025). Prevalence study of body dysmorphic disorder symptoms in plastic surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 100(1), 276-281. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2024.11.035>
- Cerea, S., Bottesi, G., Grisham, J. R., & Ghisi, M. (2018). Body dysmorphic disorder and its associated psychological and psychopathological features in an Italian community sample. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(3), 206-214. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1393545>
- Galeotti, T., Marino, C., Canale, N., Scacchi, L., & Vieno, A. (2024). Changing to impress: Testing a mediation model from Instagram self-presentation to cosmetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 48(4), 764-773. <https://doi.org/10.1007/s00266-023-03501-0>
- Khoshini, F., Akbari, M., & Mohammadkhani, S. (2021). The structural relationship of body dysmorphic disorder with early maladaptive schemas and perceived emotional invalidation: The mediating roles of metacognition, body image, and distress tolerance. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 101-119.
- Kvale, I. L., von Soest, T., Sundgot-Borgen, C., & Dahlgren, C. L. (2025). Cosmetic surgery among women: A cross-sectional study. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0218>
- Pearlman, R. L., Wilkerson, A. H., Cobb, E. K., Morrisette, S., Lawson, F. G., Mockbee, C. S., & Nahar, V. K. (2022).