

## اثربخشی طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش درخواست در زنان

### متقاضی جراحی زیبایی

### The effectiveness of schema therapy on fitness evaluation and worry about not accepting the application in women applying for cosmetic surgery

#### Marjan Rabi

PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

#### Maryam Mashayekh \*

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

[m.mashayekh@kiauo.ac.ir](mailto:m.mashayekh@kiauo.ac.ir)

#### Mohammad Hatami

Associate Professor, Department of Clinical Psychology, University of Khwarazmi, Tehran, Iran.

#### Fatemeh Zam

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

#### Somayeh Shabani

Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran South Branch, Islamic Azad University, Tehran South, Iran.

#### مرجان رابعی

دانشجوی دکتری روان-شناسی، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

مریم مشایخ (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

#### محمد حاتمی

دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

#### فاطمه زم

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

#### سمیه شعبانی

استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران جنوب، ایران.

## Abstract

The purpose of the research was to determine the effectiveness of schema therapy on the evaluation of body fitness and concern about not accepting the application of women for cosmetic surgery. The current research was semi-experimental with a pre-test-post-test design, a control group, and a 2-month follow-up period. The statistical population of this research was all the women who were referred to cosmetic clinics for cosmetic surgery in Tehran in 2021, and 30 people were selected by purposeful sampling and randomly divided into an intervention group and a control group. Data were collected using the Cash Body Image Scale (MBRSQ, 1990) and Sensitivity to Rejection (RSQ, 1996). Schema therapy intervention was performed during 8 sessions of 90 minutes once a week. The research data was analyzed by variance analysis with repeated measurements. The results showed that schema therapy is effective in reducing fitness evaluation, worry about not accepting the request, and waiting for a response in women applying for cosmetic surgery ( $p < 0.05$ ). Also, the results showed that this effectiveness is permanent in the follow-up period ( $p < 0.05$ ). It is concluded that schema therapy is an effective treatment in reducing the evaluation of fitness, worry about not accepting the request, and waiting for a response in women applying for cosmetic surgery.

**Keywords:** Fitness evaluation, schema therapy, worry about not accepting the application.

## چکیده

هدف از انجام پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش درخواست زنان متقاضی جراحی زیبایی بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی جهت عمل جراحی زیبایی در شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به یک گروه مداخله و گروه گواه تقسیم شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تصویر بدنی کش (MBRSQ، ۱۹۹۰) و حساسیت به طرد (RSQ، ۱۹۹۶) جمع‌آوری شد. مداخله طرحواره درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار انجام شد. داده‌های پژوهش به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد طرح‌واره درمانی بر کاهش ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ در زنان متقاضی جراحی زیبایی موثر است ( $p < 0.05$ ). همچنین نتایج نشان داد که این اثربخشی در دوره پیگیری نیز ماندگار است ( $p < 0.05$ ). نتیجه‌گیری می‌شود طرح‌واره درمانی یک درمان موثر در کاهش ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ در زنان متقاضی جراحی زیبایی است.

**واژه‌های کلیدی:** ارزشیابی تناسب اندام، طرحواره درمانی، نگرانی از عدم پذیرش درخواست.

امروزه جراحی زیبایی<sup>۱</sup> یکی از شایع ترین اعمال جراحی در سطح جهان است و میزان متقاضیان آن، روز به روز افزایش می یابد (وانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). جراحی های زیبایی، اقدامات پزشکی انتخابی هستند که با هدف شکل دهی به ارزشیابی تناسب اندام و ظاهری سالم برای نزدیک شدن به آرمان های زیبایی شناختی جامعه انجام می شوند (کافمن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳)؛ به طوری که انجمن جراحان پلاستیک آمریکا در سال ۲۰۲۲ تخمین زد که تعداد جراحی های زیبایی به خصوص در زنان به ۱۲/۱ میلیون می رسد که نسبت به سال های قبل، تعداد آنها بسیار بیشتر است (اویسی و همکاران، ۱۴۰۲). در ایران سالانه حدود ۲۵ تا ۳۰ هزار جراحی زیبایی و پلاستیک انجام می گیرد که این جراحی ها در زنان بیشتر از مردان گزارش می شود (درجاتی و رضائی، ۱۴۰۱). منظور از عمل جراحی زیبایی جراحی هایی است که بدون ضرورت پزشکی خاص و صرفاً به منظور زیبایی انجام می شود (خانجانی و همکاران، ۱۴۰۱). از آنجایی که جراحی های زیبایی بیشتر برای تغییر ظاهر افراد و افزایش و بهبود اعتماد به نفس انجام می شود، بنابراین می توان فرض کرد که آن پیامد یک الگوی روان شناختی معین باشد. در واقع انگیزه جستجو مداوم برای جراحی زیبایی براساس ترکیبی از عوامل روان شناختی، هیجانی و شخصیتی است (سایق<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

در این بین یکی از جنبه های مهم روان شناختی در انگیزش افراد متقاضی جراحی زیبایی، ارزشیابی تناسب اندام که یکی زیر مولفه تصویر بدنی<sup>۵</sup> است (لو-کلورلی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). تصویر بدنی که اولین بار بوسیله شیلدر<sup>۷</sup> (۱۹۹۲) تعریف شد، یک تجربه روان شناسی چندوجهی است که شامل افکار، عقاید و احساسات ارزیابی کننده و رفتارهایی در رابطه با ظاهر فیزیکی یا جسمانی شخص می باشد و متأثر از عوامل مختلفی است که می تواند در موقعیت های مشخص تغییر کند (روس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، تصویر بدنی، به عنوان سازه ای متشکل از برآورد اندازه بدن، ارزیابی از جذابیت بدن و احساسات منفی و مثبت به اندازه و شکل بدن، مفهوم سازی می شود (وو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). معمولاً تصویر بدنی به لحاظ نظری برحسب پیچیدگی و چند بعدی بودن آن توصیف می شود و به عنوان یک تجربه انسانی هشیار و ناهشیار توسط عوامل تاریخی، فرهنگی، اجتماعی، فردی و زیستی شکل می گیرند (آلکاراز-ایبانز<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). این مفهوم توسط برخی پژوهشگران بر حسب عوامل ادراکی و توسط عده دیگر بر حسب عوامل نگرشی تعریف شده است (پدلی<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). بعد ادراکی به این نکته اشاره دارد که افراد چگونه اندازه، شکل، وزن، سیما، حرکات و عملکرد بدنمان را ادراک می کنند؛ در حالی که بعد نگرشی به این موضوع توجه دارد که آنها درباره خصوصیات ویژگی های بدنی خود چه احساسی دارند و این احساسات، چگونه به رفتارهای آنها جهت می دهند (هریس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۲).

یکی از متغیرهایی که می تواند با تقاضای جراحی های زیبایی در ارتباط باشد؛ نگرانی از عدم پذیرش درخواست<sup>۱۳</sup> است (آکپان و دیکمن<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۲). نگرانی از عدم پذیرش درخواست یکی دردناک ترین تجربیاتی است که افراد می توانند در زندگی آن را تجربه کنند (وو<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)؛ این احساس سبب می شود که فرد احساس شکست، مورد قضاوت واقع شدن و پذیرفته نشدن را تجربه کند (چن و ژو<sup>۱۶</sup>، ۲۰۲۳). این احساس دوری کردن و اجتناب از حل ترس از طرد شدن و رهاشدگی، می تواند در طولانی مدت هزینه زیادی

1. cosmetic surgery
2. Wang
3. Coffman
4. Sayegh
5. body image
6. Lowe-Calverley
7. Shilder
8. Ross
9. Wu
10. Alcaraz-Ibáñez
11. Padley
12. Harris
13. Worry about not accepting the request
14. Akpa & Dikmen
15. Wu
16. Chen & Zhou

برای فرد داشته باشد و وی را در چرخه های تکراری در روابط با دیگران و حتی خود قرار دهد (لی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰)؛ نتایج پژوهش های ویتکوفسکا<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۳)، گوک بالچی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۲) و یاسمین و ازگی<sup>۴</sup> (۲۰۲۳) نشان از ارتباط نگرانی از عدم پذیرش درخواست و تقاضا برای جراحی زیبایی در افراد دارد..

با توجه به شیوع همبودی و ویژگی های شخصیتی پیچیده، در افراد متقاضی جراحی های زیبایی، طرحواره درمانی به عنوان یک گزینه درمانی مناسب بالقوه شناسایی شده است. طرحواره هایی که هدف درمان قرار می گیرند، الگوهای پایدار و خودآسیب رسان هستند که معمولاً در اوایل زندگی آغاز می شوند (مرسوال<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). این الگوها متشکل از افکار و احساسات منفی/ناکارآمد هستند که بارها و بارها تکرار شده اند و جهت تحقق اهداف و تأمین نیازهای شخص موانعی ایجاد می کنند (مارگولین<sup>۶</sup>، ۲۰۲۲). این طرحواره ها به لحاظ رفتاری از طریق سبک های مقابله ای اجتناب از طرحواره و تسلیم و جبران تداوم می یابند (جاشوا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). مدل طرحواره درمانی برای کمک به شخص در از بین بردن الگوهای منفی تفکر، احساسات و رفتار و همچنین ایجاد جایگزین های سالم تر برای آنها طراحی شده است (اینمن<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره درمانی، درمان یکپارچه ای است که توسط یانگ به وجود آمده و به طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی رفتاری سنتی بنا شده است (ویببلینک<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره درمانی، ابعاد شناختی، رفتاری، تجربی، تعاملات میان فردی و درمان های روانکاو را در یک مدل یکپارچه و تلفیقی، پیوند می دهد (زمنگیوزو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش سکات<sup>۱۱</sup> و همکاران (۲۰۲۲) و مائو<sup>۱۲</sup> (۲۰۲۲) حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر نگرانی از عدم پذیرش درخواست و وب<sup>۱۳</sup> (۲۰۲۲) ایروین<sup>۱۴</sup> (۲۰۲۰) اثربخشی طرحواره درمانی بر تصویر بدنی را تایید کرده است.

از آنجا که روان شناسی جراحی زیبایی هنوز به خوبی شناخته نشده است و پژوهش های صورت گرفته درباره ویژگی های روان پزشکی مراجعه کنندگان برای جراحی زیبایی بسیار اندک است و بیشتر شامل گزارش های بالینی می باشد و با توجه به اینکه شمار متقاضیان جراحی زیبایی سالیانه سیر صعودی دارد که می تواند پیامدهای روان شناختی وخیمی به همراه داشته باشد انجام مطالعات بیشتر و منسجم تر در این زمینه احساس می شود. بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش درخواست در زنان متقاضی جراحی زیبایی بود.

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز جراحی زیبایی نگار در منطقه ۲ تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر زنان متقاضی جراحی زیبایی بود که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس، از میان نمونه پژوهش بطور تصادفی ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در گروه مداخله (طرحواره درمانی) جایگزین شدند و از نظر سن و سطح تحصیلات همگن شدند و این همگنی از طریق آزمون t دونمونه ای و مجذور خی تایید شد. ملاک های ورود به نمونه شامل زنان متقاضی جراحی زیبایی، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه های درمانی و اعلام رضایتمندی و ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به همکاری با درمانگر و انجام تکالیف بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش

1. Lee
2. Wojtkowska
3. Gök Balci
4. Yasemin & Ezgi
5. Remmerswaal
6. Margolin
7. Joshua
8. Inman
9. Wibbelink
10. Meneguzzo
11. Ociskova
12. Mao
13. Webb
14. Irvine

اثربخشی طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش درخواست در زنان متقاضی جراحی زیبایی  
The effectiveness of schema therapy on fitness evaluation and worry about not accepting the application in women ...

به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسمی از آن‌ها در هیچ قسمت پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. باهدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب اختصاص داده شد. داده‌های حاصل از پژوهش نیز با استفاده از SPSS ویراست ۲۶ و روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزار سنجش

**پرسشنامه تصویر بدنی<sup>۱</sup> (MBRSQ):** پرسشنامه روابط چند بعدی بدن - خود توسط کش در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است. این پرسشنامه یک آزمون ۴۶ سوالی است. سوال‌های آزمون شش بعد روابط بدن - خود شامل ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و ارزشیابی تناسب اندام را بر حسب مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) می‌سنجد. کش (۱۹۹۰) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها به روش بازآزمایی به فاصله زمانی ۲ ماه را بین ۷۹٪ تا ۹۴٪ گزارش کرده است. کش (۲۰۱۵) جهت بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده نمود. نتایج نشان داد که این آزمون از ۶ بعد تشکیل شده و بار عاملی هر سؤال بر روی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ است (کش، ۲۰۱۵). پایایی این ابزار در ایران نیز توسط زرناس و همکاران (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۵ گزارش شد. وجود همبستگی‌های مثبت و منفی بین پرسشنامه تصویر بدنی با پرسشنامه نگرش فرهنگی - اجتماعی نسبت به ظاهر (SATAQ-3) ( $r=0/54$ ) و ( $r=0/43$ )، نشان دهنده روایی همگرا و واگرایی مطلوب پرسشنامه است (شمشادی و همکاران، ۱۳۹۹). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۷۹ محاسبه شد.

**پرسشنامه حساسیت به طرد<sup>۲</sup> (RSQ):** این پرسشنامه توسط داوونی و فلدمن در سال ۱۹۹۶ ساخته شد که با ۱۸ سوال دو قسمتی (الف و ب) و بر اساس مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای مورد سنجش قرار می‌گیرد. همسانی درونی مقیاس نگرانی از عدم پذیرش درخواست با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و با روش بازآزمایی ۰/۹۱ در بازه زمانی ۲ هفته‌ای گزارش شده است (داوونی و همکاران، ۱۹۹۶). برای بررسی روایی پرسشنامه نگرانی از عدم پذیرش درخواست از طریق واریانس تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. شاخص‌ها به ترتیب برابر ۰/۰۶۴ و ۰/۰۴۲ برآزش نسبتاً مطلوب را گزارش کردند که روایی این پرسشنامه را مورد قرار می‌دهند (بوندو و کراهی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). در ایران، پژوهش خوشکام و همکاران (۱۳۹۳) ضریب پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که پرسشنامه RSQ از دو عامل «انتظار پاسخ» و «نگرانی از عدم پذیرش درخواست» تشکیل شده است که در مجموع ۲۸۰/۲۸ واریانس را تبیین می‌کنند. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی، مدل دو عاملی پرسشنامه را تأیید کرد. وجود همبستگی‌های مثبت و منفی بین پرسشنامه حساسیت به طرد با پرسشنامه‌های نگرانی ( $r=0/45$ ) و عزت نفس ( $r=-0/52$ )، نشان دهنده روایی همگرا و واگرایی مطلوب پرسشنامه است. ضریب پایایی مقیاس حاضر در نمونه پژوهش حاضر نیز ۰/۷۴ محاسبه شد.

**درمان مبتنی بر طرحواره درمانی<sup>۴</sup>:** این پروتکل شامل ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای گروهی هفته‌ای یکبار است که طبق الگوی پیشنهادی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از فرزین فر و همکاران (۱۳۹۹) بود.

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی طرحواره درمانی

| جلسات    | هدف   | محتوای جلسات  | تکلیف  |
|----------|---|---|--|
| جلسه اول | آشنایی افراد گروه با یکدیگر، مرور قوانین گروه و | برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه؛ برقراری ارتباط، معرفی پژوهشگر و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره، گرفتن تعهد از اعضا جهت همکاری تا پایان دوره، | ارائه جزوه آموزشی شماره ۱ و کاربرگ جهت تمرین در طول هفته |

1. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBRSQ)

2. rejection sensitivity questionnaire

3. Bondü, Krahé

4- Treatment based on emotional efficiency

|   |  |            |
|---|--|------------|
| آشنایی با طرح‌واره درمانی   | سنجش تناسب برای طرح‌واره درمانی، تمرکز بر تاریخچه‌ی زندگی، اجرای پیش‌آزمون و در پایان ارائه تکلیف.   | جلسه دوم   |
| آموزش درمورد طرح‌واره و سبک‌های مقابله‌ای؛ آشنایی با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آن‌ها، توضیح سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرح‌واره‌ها و در پایان ارائه تکلیف. | ارائه کاربرگ جهت ثبت موقعیت‌های نشخوار ذهن برای اقدام به جراحی زیبایی، ثبت فکر و احساسات مرتبط در طول هفته، کمک به شرکت‌کنندگان برای آگاهی از ذهنیت‌های خود، آموزش درباره‌ی ذهنیت‌های مقابله‌ای و ریشه‌های تحولی آن  | جلسه سوم   |
| شناسایی و آگاهی از طرح‌واره‌ها  | استفاده از راهبردهای شناختی؛ ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و استعاره جنگ، بررسی تکالیف اعضا، استفاده از سبک درمانی مواجهه‌سازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرح‌واره و در پایان ارائه تکلیف.  | جلسه چهارم |
| مدیریت ذهنیت‌های مرتبط با تقاضای جراحی زیبایی با استفاده از مداخلات شناختی و تجربی  | استفاده از تکنیک‌های شناختی؛ ارزیابی مزایا و معایب سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای، برقراری گفت و گو بین دیدگاه طرح‌واره و دیدگاه سالم، استفاده از ایفای نقش، آموزش تدوین ساخت کارت‌های آموزشی، و در پایان ارائه تکلیف.  | جلسه پنجم  |
| راهبردهای تجربی؛ ارائه منطق تکنیک‌های تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، گفت و گوی خیالی با والدین و در پایان ارائه تکلیف.  | ارائه جزوه آموزشی شماره ۳ و کاربرگ جهت تقویت بزرگسال سالم در طول هفته  | جلسه ششم   |
| استفاده از مداخلات الگوشکنی رفتاری  | الگوشکنی رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسه قبل و گرفتن بازخورد از اعضا، ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، تهیه فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر، ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت بندی برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل‌سازترین رفتار، افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار و در پایان ارائه تکلیف. | جلسه هفتم  |
| استفاده از راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی   | تکنیک‌های رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسه گذشته و گرفتن بازخورد، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی و در پایان ارائه تکلیف.   | جلسه هشتم  |
| آماده‌سازی برای پایان درمان   | جمع بندی مطالب گذشته؛ بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه‌ی خلاصه جلسات قبل، جمع بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه‌ی پس‌آزمون‌ها، قدردانی، و ختم جلسات.  |            |

## یافته‌ها

میانگین سن گزارش شده برای نمونه پژوهش حاضر در زنان گروه طرح‌واره درمانی  $35/35 \pm 7/80$  در زنان گروه گواه  $35/30 \pm 7/06$  گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان زنان در این پژوهش ۲۵ و حداکثر سن ۴۵ است. همچنین سطح تحصیلات گروه طرح‌واره درمانی به ترتیب ۱۳/۳ درصد (دیپلم)، ۴۰/۳ درصد (کارشناسی)، ۴۶/۴ درصد (کارشناسی ارشد) و در گروه گواه ۱۰ درصد (دیپلم)، ۵۳/۳ درصد

اثربخشی طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش درخواست در زنان متقاضی جراحی زیبایی  
The effectiveness of schema therapy on fitness evaluation and worry about not accepting the application in women ...

(کارشناسی) و ۳۶/۷ درصد (کارشناسی ارشد) بودند. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات و مدت زمان ازدواج یکدیگر وجود نداشت.

جدول ۲. شاخص توصیفی ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ در بین دو گروه و در قبل، بعد از مداخله و پیگیری

| متغیر                       | گروه   | پیش آزمون |              | پس آزمون |              | پیگیری |
|-----------------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|--------|
|                             |        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |        |
| ارزشیابی تناسب اندام        | آزمایش | ۲۰/۱      | ۴/۳۷         | ۲۲/۴     | ۳/۹۱         | ۳/۸۴   |
|                             | گواه   | ۱۹/۷      | ۴/۰۶         | ۱۹/۹     | ۳/۶۷         | ۴/۳۷   |
| نگرانی از عدم پذیرش درخواست | آزمایش | ۴۷/۸      | ۶/۶۹         | ۴۴       | ۸/۱۵         | ۸/۱۹   |
|                             | گواه   | ۴۸/۴      | ۶/۳۳         | ۴۷/۸     | ۶/۷۸         | ۷/۶۱   |
| انتظار پاسخ                 | آزمایش | ۵۰/۳      | ۶/۹۲         | ۳۹/۸     | ۶/۵۳         | ۷/۴۲   |
|                             | گواه   | ۴۹/۴      | ۶/۱۹         | ۴۸/۸     | ۷/۰۵         | ۷/۳۵   |

جدول ۲ میانگین ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ را در سه گروه نشان می‌دهد همین طور که مشاهده می‌شود: در این متغیرها در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش‌آزمون تفاوت چندانی دیده نمی‌شود؛ اما بعد از مداخله گروه‌های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه کنترل در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است.

نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در سطح معناداری ( $P > 0.05$ ) داده‌های جمع‌آوری شده، در همه متغیرهای گروه آزمایش و گواه نرمال است و پیش‌فرض طبیعی بودن یا همان پارامتریک بودن داده‌ها رعایت شده است. همچنین جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن در متغیر ارزشیابی تناسب اندام ( $F=15/4$ ، آماره ام‌باکس،  $F=2/27$ ،  $P < 0.05$ ) و در متغیر نگرانی از عدم پذیرش درخواست ( $F=19/3$ ، آماره ام‌باکس،  $F=3/11$ ،  $P < 0.05$ ) و در متغیر انتظار پاسخ ( $F=21/9$ ، آماره ام‌باکس،  $F=2/75$ ،  $P < 0.01$ ) که سطح معنی‌داری میزان  $F$  به دست آمده کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تأیید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته نشان داد نتایج به دست آمده برای متغیر ارزشیابی تناسب اندام ( $F=0/706$  و  $P=0/408$ ) و نگرانی از عدم پذیرش درخواست ( $F=2/97$  و  $P=0/096$ ) و انتظار پاسخ ( $F=0/440$ ،  $P > 0.05$ ) بود و چون مقدار  $P$  از ۰/۰۵ بزرگتر است از مفروضه همگنی واریانس‌ها تخطی صورت نگرفته است. همچنین در این متغیر کرویت ماچلی از آزمون کرویت موچلی برای متغیر ارزشیابی تناسب اندام ( $\chi^2=284/9$ ،  $p=0/001$ )، نگرانی از عدم پذیرش درخواست ( $\chi^2=69/3$ ،  $p=0/001$ ) و انتظار پاسخ ( $\chi^2=0/001$ ، آماره موشلی،  $\chi^2=159/5$ ) گزارش شد که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نبود؛ از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوز گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

| نام آزمون   | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معنی‌داری | مجذور اتا |
|---|---------------|-------------|-----------------|--------|---------------|-----------|
| کرویت فرض شده   | ۱۰۴۹/۲        | ۵           | ۲۰۹/۸           | ۲۶/۰۰۱ | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۸۱     |
| ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ | ۱۰۴۹/۲        | ۱/۷۹        | ۵۸۴/۲           | ۲۶/۰۰۱ | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۸۱     |
| هوین-فلت  | ۱۰۴۹/۲        | ۱/۹۸        | ۵۲۹/۹           | ۲۶/۰۰۱ | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۸۱     |
| باند بالا   | ۱۰۴۹/۲        | ۱           | ۱۰۴۹/۲          | ۲۶/۰۰۱ | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۸۱     |

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۴۸/۱ درصد است که از نظر آماری قابلیت اعتنا و تعمیم‌پذیری را دارد. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۲×۳ به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ در زنان متقاضی جراحی زنان زیبایی

| توان آماری | اندازه اثر | معناداری | F      | نام آزمون              |                       |
|------------|------------|----------|--------|------------------------|-----------------------|
| ۱          | ۰/۶۶۲      | ۰/۰۰۱    | ۲۴۷/۳  | اثر اصلی گروه          |                       |
| ۱          | ۰/۶۸۶      | ۰/۰۰۱    | ۱۹۸/۴  | اثر اصلی سه مرحله اجرا | ارزشیابی تناسب اندام  |
| ۱          | ۰/۸۹       | ۰/۰۰۱    | ۲۳۲/۰۶ | اثر اصلی گروه          |                       |
| ۱          | ۰/۳۱       | ۰/۰۰۱    | ۱۲/۲   | اثر اصلی سه مرحله اجرا | نگرانی از عدم درخواست |
| ۱          | ۰/۷۷۱      | ۰/۰۰۱    | ۹۴/۲   | اثر اصلی گروه          |                       |
| ۱          | ۰/۳۲۷      | ۰/۰۰۱    | ۱۳/۵   | اثر اصلی سه مرحله اجرا | انتظار پاسخ           |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه برای ارزشیابی تناسب اندام ( $F=247/3, P < 0/05, \eta^2 = 0/662$ )، نگرانی از عدم پذیرش درخواست ( $F=232/06, P < 0/05, \eta^2 = 0/89$ ) و انتظار پاسخ ( $F=94/2, P < 0/05, \eta^2 = 0/771$ ) معنادار هستند؛ یعنی بین دو گروه از نظر میانگین ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر ارزشیابی تناسب اندام اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ( $F=198/4, P < 0/05, \eta^2 = 0/686$ ) معنادار است؛ در متغیر نگرانی از عدم پذیرش درخواست نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ( $F=12/2, P < 0/05, \eta^2 = 0/31$ ) معنادار است. همچنین در متغیر انتظار پاسخ نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ( $F=13/5, P < 0/05, \eta^2 = 0/327$ ) به عبارتی بین نمرات ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ در سه مرحله

| متغیر                       | مرحله ۱   | مرحله ۲  | تفاوت میانگین (I-J) | معناداری |
|-----------------------------|-----------|----------|---------------------|----------|
| ارزشیابی تناسب اندام        | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۸/۸۶*               | ۰/۰۰۱    |
|                             | پیش‌آزمون | پیگیری   | ۶/۳۴*               | ۰/۰۰۱    |
| نگرانی از عدم پذیرش درخواست | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۷/۷۵*               | ۰/۰۲۱    |
|                             | پیش‌آزمون | پیگیری   | ۵/۰۶*               | ۰/۰۰۴    |
| انتظار پاسخ                 | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | -۹/۶۷*              | ۰/۰۰۱    |
|                             | پیش‌آزمون | پیگیری   | -۱۴/۳*              | ۰/۰۰۱    |

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش درخواست جراحی‌های زیبایی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که این نشان دهنده تاثیر طرح واره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ در این زنان است. در متغیر ارزشیابی تناسب اندام تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $d=8/86, p < 0/05$ ) و پیش‌آزمون پیگیری ( $d=6/34, p < 0/05$ ) معنادار است. با توجه به جدول ۲ همچنین می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات ارزشیابی تناسب اندام جراحی‌های زیبایی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که نشان دهنده تاثیر طرح

واره درمانی بر کاهش ارزشیابی تناسب اندام است. همانطور که مشاهده می‌شود در متغیر نگرانی از عدم پذیرش درخواست جراحی های زیبایی تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $d=7/75, p<0/05$ ) و پیش‌آزمون و پیگیری ( $d=5/06, p<0/05$ ) و در انتظار پاسخ بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $d=-9/67, p<0/05$ ) و پیش‌آزمون و پیگیری ( $d=-14/3, p<0/05$ ) معنادار و نشان دهنده اثر بخشی طرح واره درمانی بر کاهش ارزشیابی تناسب اندام، نگرانی از عدم پذیرش درخواست و انتظار پاسخ در جراحی های زیبایی است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و حساسیت طرد زنان متقاضی جراحی زیبایی بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام تا دوره پیگیری اثربخش و پایدار بوده است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش سكات و همکاران (۲۰۲۲)، مائو (۲۰۲۲)، وب (۲۰۲۲) و ایروین (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره را به عنوان مؤلفه‌ای ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند تجاربشان را تعیین، تفسیر، طبقه بندی و ارزشیابی کنند، در نظر می‌گیرند. این سازمان ساختار یافته اغلب سازگارانه است تا جایی که پردازش اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل شده کمتری نیاز دارد. با این وجود، بازنمایی‌های درونی درست سازمان یافته اطلاعات، گاهی اوقات توأم با هزینه است، چرا که اطلاعات ممکن است به صورت انتخابی وارد، رمزگردانی و بازیابی شوند و تحت تأثیر بازیابی درونی فرد قرار گیرند (ایروین، ۲۰۲۰). این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در طرحواره درمانی هدف این است که ابتدا طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تجربیات ابتدایی که اختلال و مشکل در نتیجه آنها ایجاد شده است شناسایی شوند و سپس با تغییر در این طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها از جمله نگرانی در مورد ارزیابی منفی بدن کاهش می‌یابد (جاشوا و همکاران، ۲۰۲۳). افراد متقاضی جراحی‌های زیبایی در تصویر بدنی که یک تجربه روانشناختی چندوجهی است و شامل افکار، عقاید و احساسات ارزیابی کننده و رفتارهایی در رابطه با ظاهر فیزیکی فرد است، دچار مشکل هستند (وب، ۲۰۲۲)؛ این افراد درباره ظاهر جسمانی خود اشتغال ذهنی مفرط دارند، به نحوی که عملکردشان در حیطه‌های مختلف زندگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و آنها را مستعد ابتلا به اختلالات روانشناختی و آشفتگی در حوزه‌های متعدد زندگی می‌کند. تصاویر و افکار مزاحم درباره ظاهر جسمانی کیفیت زندگی و کارکرد روزانه آنها را کاهش می‌دهد (ولنگ و همکاران، ۲۰۲۳). به نظر می‌رسد شرکت کنندگان با استفاده از راهبرهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین‌فردی به بازسازی شناخت‌واره‌های منفی و خاطرات تلخ درباره‌ی بدن دست یافتند و توانستند با اصلاح ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای ناسالم از جمله والد سرزنش‌گر و منتقد، کودک آسیب‌پذیر، عصبانی و تکانشگر و نیز مقابله‌های ناکارآمد، ارزیابی و برداشت‌های منفی از خود را بهبود ببخشند و درک مثبت‌تری از جسم خود داشته باشند.

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که طرحواره درمانی بر نگرانی از عدم پذیرش درخواست موثر است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش رمرسوال و همکاران (۲۰۲۳)، جاشوا و همکاران (۲۰۲۳) و اینمن و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره درمانی، موجب تسهیل تغییر عاطفی می‌شود و قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد (مارگولین، ۲۰۲۲). طرح‌واره درمانی تأکید تکنیک‌ها بر روی هیجانات است، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود، آگاهی یافته و آنها را بپذیرد. تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا مراجعه کننده با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا سازد (اینمن و همکاران، ۲۰۲۲). وقتی این افراد تحت آموزش طرحواره درمانی قرار می‌گیرند و نسبت به علت رفتارهایشان آگاهی پیدا می‌کنند، سعی می‌کنند افکار و نگرش‌هایشان را بهبود ببخشند. همچنین می‌توان گفت وقتی داوطلبان جراحی زیبایی تحت برنامه آموزشی طرحواره درمانی قرار گرفتند حمایت‌های عاطفی نزدیکانشان را باور کرده و حالت بی‌اعتمادی آنها کمتر شده و منجر به بهبود علائم روانشناختی به ویژه حساسیت طرد در این افراد گردیده است.

به‌طور کلی نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش درخواست در زنان متقاضی جراحی زیبایی بود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند و حجم پایین نمونه اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش قدرت تعمیم پذیری در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بالاتر استفاده شود.



- اویسی، ه؛ منیریور، نادر؛ ضرغام حاجبی، م. (۱۴۰۲). مدل قدرت ایگو براساس روابط موضوعی و نقش میانجی سازمان شخصیت در افراد متقاضی جراحی زیبایی سر و صورت. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲ (۱)، ۱۵۴-۱۴۵. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-3920-fa.html>
- خانجانی، زینب؛ پاکروان، هانیه؛ قدیمی، ن؛ اسدی، سمیه. (۱۴۰۱). رابطه نگرش به جراحی زیبایی و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی بر اساس نقش میانجی نگرانی از تصویر بدنی در نوجوانان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱ (۳)، ۴۶-۳۵. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-3466-fa.html>
- خوشکام، س؛ بهرامی، ف؛ رحمت الهی، ف؛ نجاریوران، س. (۱۳۹۳). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه حساسیت به طرد در دانشجویان. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۷ (۱)، ۴۴-۲۴. <https://www.sid.ir/paper/66320/fa>
- درجاتی، ع.ع؛ رضائی، الف. (۱۴۰۱). پیش بینی نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی براساس میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی و مکانیزم‌های دفاعی در مراجعان مراکز جراحی زیبایی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱ (۱)، ۷۲-۶۳. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-4320-fa.html>
- زرشناس، س؛ کربلایی نوری، الف؛ حسینی، س؛ رهگذر، م؛ سید نور، ر؛ مشتاق، ن. (۱۳۸۹). تاثیر ورزش هوازی بر نگرش زنان در مورد تصویر بدنی. *توانبخشی*، ۱۹ (۲)، ۱۹-۱۴. <https://journal.rums.ac.ir/article-1-3640-fa.pdf>
- شمشادی، ه؛ شمس، الف؛ صحاف، ر؛ شمسی دهکردی، پ؛ زارعیان، ح؛ مسلم، ع. (۱۳۹۹). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه چند بعدی نگرش فرد در مورد بدن (MBSRQ) در سالمندان ایرانی. *فصلنامه پیری*، ۱۵ (۳)، ۳۱۰-۲۹۸. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1621-en.html>
- Alcaraz-Ibáñez, M., Paterna, A., Sicilia, Á., & Griffiths, M. D. (2021). A Systematic Review and Meta-Analysis on the Relationship between Body Dissatisfaction and Morbid Exercise Behaviour. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 585. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020585>
- Bondü, R., & Krahé, B. (2015). Links of justice and rejection sensitivity with aggression in childhood and adolescence. *Aggressive behavior*, 41(4), 353-368. <https://doi.org/10.1002/ab.21556>
- Chen, Y., & Zhou, S. (2023). Impacts of video communication on psychological well-being and cosmetic surgery acceptance. *Computers in Human Behavior*, 141, 107625. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107625>
- Coffman, K. L., Dean, E. A., & Zwiebel, S. J. (2023). Body Image and Facial Transplantation. In *Transplant Psychiatry: A Case-Based Approach to Clinical Challenges*, 3(6), 79-90. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-15052-4\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-031-15052-4_11)
- Gök Balcı, U., Kebapçı, E., & Altındağ, B. (2022). Cause-effect relationships shaping the popularity of cosmetic surgery: Analysis of influencing factors. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 21(10), 4580-4587. <https://doi.org/10.1111/jocd.14786>
- Harris, S. M. (2022). Cosmetic Surgery and Body Image in Race/Ethnic Minorities. *Women's Health Research*, 4(2), Women's I: <https://doi.org/10.1057/whr000022>
- Inman, M. L., Johansen, D., & Sherman, D. (2022). Church Affirmation Moderates the Relationship Between Weight-Rejection-Sensitivity and Body Dissatisfaction in Young Adults in the USA. *Journal of Religion and Health*, 1-24. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01688-1>
- Irvine, K. R., McCarty, K., McKenzie, K. J., Pollet, T. V., Cornelissen, K. K., Toveé, M. J., & Cornelissen, P. L. (2019). Distorted body image influences body schema in individuals with negative bodily attitudes. *Neuropsychologia*, 122, 38-50. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.11.015>
- Lowe-Calverley, E., & Grieve, R. (2021). Do the metrics matter? An experimental investigation of Instagram influencer effects on mood and body dissatisfaction. *Body Image*, 36, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.003>
- Meneguzzo, P., Collantoni, E., Bonello, E., Busetto, P., Tenconi, E., & Favaro, A. (2020). The predictive value of the early maladaptive schemas in social situations in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 318-331. <https://doi.org/10.1002/erv.2724>
- Ociskova, M., Prasko, J., Kantor, K., Hodny, F., Kasyanik, P., Holubova, M., ... & Belohradova, K. M. (2022). Schema Therapy for Patients with Bipolar Disorder: Theoretical Framework and Application. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8747790/>
- Padley, R. H., & Di Pace, B. (2022). The psychological impact of remote communication on body-image perception: cosmetic surgery on the rise. *Aesthetic Plastic Surgery*, 46(3), 1507-1509. <https://doi.org/10.1007/s00266-021-02554-3>
- Ross, S., Bourdeau, T., Luberice, K., Crespo, K., Faustin, V., Sucandy, I., & Rosemurgy, A. (2021). Laparo-Endoscopic Single Site (LESS) cosmesis: Patients perception of body image distortion after LESS surgery. *The American Journal of Surgery*, 221(1), 187-194. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.06.002>
- Sayegh, F., Perdakis, G., Eaves, M., Taub, D., Glassman, G. E., & Taub, P. J. (2021). Evaluation of plastic surgery resident aesthetic clinic websites. *JPRAS open*, 27, 99-103. <https://doi.org/10.1016/j.jpra.2020.12.002>
- Wang, Y., Qiao, X., Yang, J., Geng, J., & Fu, L. (2023). "I wanna look like the person in that picture": Linking selfies on social media to cosmetic surgery consideration based on the tripartite influence model. *Scandinavian Journal of Psychology*, 64(2), 252-261. <https://doi.org/10.1111/sjop.12882>
- Webb, C. A. (2022). *Examining an Act for Body Dissatisfaction Group Telepsychology Intervention Adapted to Promote Positive Body Image*. Hofstra University. <https://www.proquest.com/openview/d7b27f13>

- Wojtkowska, A., Zaborski, D., Modrzejewski, A., & Pastucha, M. (2023). Answer to commentary—"The effect of cosmetic surgery on mental self-image and life satisfaction in women undergoing breast augmentation: An intermediate role of evaluating the surgery as one of the most important life events". *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 76, 94-95. <https://scholar.google.com/scholar>
- Wu, Y., Alleva, J. M., Broers, N. J., & Mulken, S. (2022). Attitudes towards cosmetic surgery among women in China and the Netherlands. *Plos one*, 17(4), e0267451. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.10.007>
- Wu, Y., Mulken, S., & Alleva, J. M. (2022). Body image and acceptance of cosmetic surgery in China and the Netherlands: A qualitative study on cultural differences and similarities. *Body image*, 40, 30-49. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.10.007>
- Yasemin, K. U. Ş., & Ezgi, T. A. N. (2023). The differences between tattooed and non-tattooed individuals In body image coping strategies and attitudes toward cosmetic surgery. *The European Research Journal*, 1-7. <https://dergipark.org.tr/en/pub/eurj/issue/24881/1180023>

