



The efficacy of schema therapy on perfectionism, body shame and symptoms of body dysmorphic disorder in women seeking cosmetic surgery

Mehrshad Mashkouri¹, Zahra Bagherzadeh Gholmakani², Ahmad Mansouri³, Mohammadreza Khodabakhsh⁴

1. Ph.D Candidate, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: Mehrshadmashkouri@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: Z.golmakan@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: mansoury_am@yahoo.com

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: khodabakhsh@ut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 02 January 2024

Received in revised form 28 January 2024

Accepted 05 March 2024

Published Online 21 December 2024

Keywords:

perfectionism, body shame, body dysmorphic disorder, schema therapy

ABSTRACT

Background: The escalating importance of physical attractiveness, concerns regarding body image, and fear of bodily appearance can significantly influence the decision to undergo cosmetic surgery. While the efficacy of various interventions on variables such as body shame and signs of body dysmorphic disorder has been examined, the effectiveness of schema therapy has not received sufficient attention from researchers. Therefore, it is imperative to investigate the impact of this intervention on improving the psychological status of individuals seeking cosmetic surgery.

Aims: The aim of the present study was to investigate the effectiveness of schema therapy on perfectionism, body shame and symptoms of body dysmorphic disorder in women seeking cosmetic surgery.

Methods: This study employed a semi-experimental pretest-posttest design with a two-month follow-up period. The statistical population included all women seeking cosmetic surgery at the Fatemeh Zahra Beauty Clinic in Tehran during the first 9 months of 2021. Among them, 30 participants were selected based on the study's inclusion criteria and randomly assigned to either the experimental or control group. The experimental group received schema therapy sessions (Yang et al., 2006) for ten 90-minute sessions. All participants were evaluated using multidimensional measures of perfectionism (Hewitt & Flett, 1991), body image shame (Davard et al., 2014), and fear of physical deformity (Littleton et al., 2005). Data were analyzed using SPSS-24 software and multivariate analysis of variance with repeated measures.

Results: The results indicated the effectiveness of schema therapy on reducing perfectionism, body shame and symptoms of body dysmorphic disorder ($p < 0.05$). Also, the results related to the interaction effect between time and group show that this effect is significant in all variables ($p < 0.05$). Therefore, there is interaction between different levels of time and groups.

Conclusion: Considering to the effectiveness of schema therapy it is suggested to focus on this therapy as one of the auxiliary, supportive and rehabilitation therapy along with drug treatment in reducing the consequences of perfectionism, body shame and the symptoms of dysmorphic disorder.

Citation: Mashkouri, M., Bagherzadeh Gholmakani, Z., Mansouri, A., & Khodabakhsh, M. (2024). The efficacy of schema therapy on perfectionism, body shame and symptoms of body dysmorphic disorder in women seeking cosmetic surgery. *Journal of Psychological Science*, 23(143), 197-216. [10.52547/JPS.23.143.197](https://doi.org/10.52547/JPS.23.143.197)

Journal of Psychological Science, Vol. 23, No. 143, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.143.197](https://doi.org/10.52547/JPS.23.143.197)



✉ **Corresponding Author:** Zahra Bagherzadeh Gholmakani, Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

E-mail: z.golmakan@gmail.com, Tel: (+98) 9123833229

Extended Abstract

Introduction

In contemporary society, the pursuit of an idealized body image has become increasingly prevalent, driven by societal pressures, media representations, and cultural norms (Sarwer, 2019). This quest for physical perfection often manifests in individuals experiencing dissatisfaction with their appearance, leading some to seek cosmetic surgery as a means to attain their desired aesthetic. While cosmetic procedures offer the promise of physical transformation, they also raise complex psychological implications, particularly for women who undergo such interventions (Kasmaei et al., 2020).

Perfectionism, body shame, and body dysmorphic disorder (BDD) are three interrelated constructs that frequently coalesce among individuals contemplating or undergoing cosmetic surgery (Jafferany et al., 2020). Perfectionism, characterized by excessively high standards and a relentless pursuit of flawlessness, can fuel dissatisfaction with one's appearance, fostering feelings of inadequacy and self-criticism. Body shame, a negative evaluative stance towards one's body, further exacerbates these feelings, contributing to heightened distress and psychological maladjustment (Niya et al., 2019). Body dysmorphic disorder, on the other hand, represents a severe psychiatric condition marked by preoccupation with perceived defects or flaws in physical appearance, often leading to significant impairment in social, occupational, and psychological functioning (Roustaei et al., 2021).

In light of the intricate interplay between these psychological constructs and their relevance to the cosmetic surgery context, there is a pressing need for interventions that address both the physical and psychological aspects of body dissatisfaction (Pakandish et al., 2020). Schema therapy, an integrative therapeutic approach grounded in cognitive, behavioral, and experiential techniques, offers a promising avenue for addressing underlying maladaptive schemas and core beliefs that perpetuate perfectionism, body shame, and symptoms of BDD. While the efficacy of schema therapy has been

demonstrated across various mental health disorders, its application in the context of cosmetic surgery remains relatively underexplored. This study seeks to bridge this gap by investigating the effectiveness of schema therapy as an intervention for women seeking cosmetic surgery, specifically targeting perfectionism, body shame, and symptoms of BDD. By examining the impact of schema therapy on these psychological constructs, this research aims to elucidate its potential role in promoting holistic well-being and psychological adjustment among individuals undergoing cosmetic procedures.

In light of the aforementioned considerations, this study adopts a mixed-methods approach, integrating quantitative assessments and qualitative insights to provide a comprehensive understanding of the therapeutic process and its outcomes. Through rigorous evaluation of pre- and post-intervention measures, supplemented by in-depth interviews with participants, this research endeavors to elucidate the mechanisms underlying schema therapy's effectiveness and its implications for enhancing psychological resilience and self-acceptance in the context of cosmetic surgery. Overall, this study contributes to the burgeoning literature on psychological interventions in cosmetic surgery settings and underscores the importance of addressing underlying psychological factors to optimize treatment outcomes and promote holistic well-being among individuals pursuing aesthetic enhancements.

Method

The present research employed a semi-experimental design with a pretest-posttest approach and a two-month follow-up period. The target population consisted of all women seeking cosmetic surgery who visited the Fatemeh Zahra Beauty Clinic in Tehran during the first 9 months of the year 2021. From this population, 30 individuals were selected based on the inclusion criteria of the study. They were then randomly assigned to either the experimental or control group. The inclusion criteria comprised of informed consent to participate in therapy sessions, age between 20 and 50 years, being a candidate for cosmetic surgery, absence of chronic psychological or physical illnesses (self-reported and verified), no history of receiving schema therapy treatments (self-

reported), and not undergoing simultaneous psychological interventions. The criteria for withdrawal from the study included voluntary withdrawal from participation, absence from more than two therapy sessions. In the current study, the protocol of schema therapy by Young and colleagues (2006) was implemented. The measurement tools utilized in this study included the following: Multidimensional Perfectionism Scale (MPS): This scale assesses various dimensions of perfectionism. Body Image Shame Scale (BISS): This questionnaire measures feelings of shame regarding one's body image. Body Image Concern Inventory (BICI): This questionnaire evaluates fears related to bodily deformity.

Results

The demographic characteristics of the research participants in terms of occupational status, education, and age were as follows: In the control group, 7 individuals (46.7%) were homemakers, and 8 individuals (53.3%) were employed. In the experimental group, 9 individuals (60%) were homemakers, and 6 individuals (40%) were employed. Regarding education, in the control group, 1 individual (6.7%) had a diploma, 11 individuals (73%) had a bachelor's degree, and 3 individuals (20%) had a master's degree. In contrast, in the experimental group, 11 individuals (73%) had a bachelor's degree, and 4 individuals (26.7%) had a master's degree. In terms of age, the mean age was 39.6 years for the control group and 38.7 years for the experimental group. The scores related to the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms in women seeking cosmetic surgery in the control and experimental groups were nearly similar in the pre-test phase. However, the mean scores of the experimental group decreased more significantly in the post-test and follow-up stages compared to the control group, accompanied by improvement. Before conducting the repeated measures analysis of variance, statistical assumptions were checked. Firstly, the normality of the data distribution was assessed using the Shapiro-Wilk test, which indicated that the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms in the control and intervention groups at various stages of

pre-test, post-test, and follow-up met the assumption of normal distribution at a 5% significance level ($p < 0.05$). Another assumption of repeated measures analysis of variance is the equality of error variances, which was assessed using Levene's test. The results showed that the probability values in Levene's tests for all variables under investigation were greater than 0.05, indicating the homogeneity of variances at a 5% significance level across the study groups. In other words, the error variances of the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms in women seeking surgery did not significantly differ across the three stages of pre-test, post-test, and follow-up.

The homogeneity of variance-covariance matrices was examined using the Box's M test, and since the obtained probability value in the Box's M test was greater than the significance level of 0.01, the assumption of homogeneity of variance-covariance matrices was met at the 0.01 significance level. Additionally, Mauchly's sphericity test was conducted to assess the assumption of sphericity for the dependent variables in the research model. The probability values obtained in Mauchly's sphericity test for all research variables were greater than 0.05, indicating that the assumption of sphericity (homogeneity of variance-covariance matrices) was accepted at the 0.05 significance level. Therefore, the assumptions of repeated measures analysis of variance were met, and repeated measures analysis of variance can be used to analyze the effect of the intervention of schema therapy on the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms. Table 1 presents the results of the Wilks' Lambda test for examining the effects of time and the interaction of time and group on the research variables.

Table 1. Results of the multivariate analysis of variance (MANOVA) for examining the main effect of time and the interaction effect of time by group on the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms

		F	Df	Df Error	Sig	Effect size
Within Group	Time	3686.9	6	23	0.001	0.999
	Time*Group	147.95	6	23	0.001	0.983
Between group	Group	3686.9	6	26	0.001	0.999

The results presented in Table 1 indicate that the effect of time, group, and the interaction effect of time by group are significant ($p < 0.05$). The interaction effect examines whether the effectiveness of the intervention protocol was similar across different time periods of the experiment. The significant

interaction effect suggests that there is a significant difference in the effectiveness of the intervention protocol over time between the two groups, indicating that the efficacy over time is not consistent between the control and intervention groups but significantly different.

Table 2. presents the results of within-group and between-group comparisons related to the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms

variables	Source	SS	df	MS	F	Sig	Eta
perfectionism	Within Time	7741.5	2	3870.76	348.09	0.001	0.961
	Time*Group	4117.7	2	1029.4	170.8	0.001	0.924
	Group Error	337.3	56	6.024	-	0.001	-
	Between Group	8921.1	1	8921.1	436.6	0.001	0.940
	Group Error	572.11	28	20.43	-	0.001	-
body shame	Within Time	407.4	2	203.7	61.05	0.001	0.686
	Time*Group	495.75	2	247.8	74.2	0.001	0.726
	Group Error	186.84	56	-	-	0.001	-
	Between Group	871.1	1	871.1	185.7	0.001	0.869
	Group Error	131.28	28	4.68	-	0.001	-
body dysmorphic symptoms	Within Time	159.4	2	798.7	84.3	0.001	0.751
	Time*Group	1658.9	2	829.4	87.6	0.001	0.758
	Group Error	530.2	56	9.46	-	-	-
	Between Group	3192.1	1	3192.1	79.3	0.001	0.739
	Group Error	1126.9	28	40.2	-	-	-

The results in Table 2 indicate that there is a significant difference in perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms across pre-test, post-test, and follow-up periods in the schema therapy group ($p < 0.05$). The findings suggest that 96%, 68%, and 75% of the within-group changes in perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms, respectively, are explained by time. The results regarding the interaction effect between time and group show that this effect is significant for all variables ($p < 0.05$), indicating that there is interaction between different time points and different groups. The effect sizes indicate that 92%, 72%, and 75% of the within-group changes are explained by the interaction effect of time in the treatment group. The between-group effects presented in Table 2 demonstrate a significant difference in the scores of dependent variables between the experimental and control groups ($p < 0.05$). In other words, there is a significant difference in perfectionism, body shame,

and body dysmorphic symptoms between participants in the control group and those in the schema therapy group. The effect size, expressed as eta squared, for perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms is 94%, 86%, and 73%, respectively.

Conclusion

The aim of the current study was to investigate the effectiveness of schema therapy on perfectionism, body shame, and symptoms of body dysmorphic disorder in women seeking cosmetic procedures. The results indicated that schema therapy was effective in reducing perfectionism, body shame, and symptoms of body dysmorphic disorder. The effectiveness of schema therapy in reducing perfectionism appears to be closely related to the prevalent maladaptive beliefs observed in the experimental group, primarily stemming from cultural beliefs such as body dissatisfaction, perceived lack of attention, and rejection. Their emotional memories indicated unmet

needs for security, love, understanding, empathy, and self-expression, which led to the formation of maladaptive schemas in childhood. These schemas remain active in their current lives, perpetuating the unmet needs. Perfectionism intensifies in situations where individuals are evaluated by others, as they face high expectations. This is particularly relevant for women seeking cosmetic surgery, who often feel compelled to enhance their appearance beyond their current state, leading to dissatisfaction with their perceived level of beauty.

The cognitive techniques taught in schema therapy enabled participants to recognize that the underlying reasons for their body dissatisfaction and subsequent issues such as reduced flexibility, acceptance, increased anxiety and depression, and decreased social functioning were rooted in their maladaptive beliefs. These beliefs, especially during times of disorder, are the primary contributors to their struggles, irrespective of physiological factors. By employing cognitive techniques, participants were first able to identify these beliefs and subsequently challenge them, leading to potential shifts in their cognitive and emotional responses. In elucidating the effectiveness of schema therapy in reducing body shame, it appears that schema therapy techniques assist individuals in developing a higher level of psychological flexibility and adopting a more compassionate perspective towards themselves and others. Through this intervention, individuals learn to experience less negative emotions during unpleasant events, particularly those involving social evaluation and comparison, by normalizing their experiences. This, in turn, can create a conducive environment for reducing body shame.

This therapeutic approach helps participants evaluate the validity of their schemas. By normalizing their experiences, individuals can experience fewer negative emotions during unpleasant events, especially those involving social evaluation and comparison, which can ultimately lead to a reduction in body shame. This therapeutic approach helps participants evaluate the validity of their schemas, allowing them to challenge and modify their maladaptive beliefs. Through cognitive restructuring and experiential techniques, individuals develop a

more balanced and compassionate view of themselves and others, which contributes to a reduction in body shame.

In explaining the effectiveness of schema therapy in reducing symptoms of body dysmorphic disorder (BDD), cognitive techniques help clients distance themselves from their schemas. They assist individuals in viewing their schemas not as absolute truths about themselves but rather as intrusive entities. Thus, reducing the activity of maladaptive schemas can play a crucial role in diminishing perfectionism regarding physical appearance. Experiential techniques, on the other hand, focus on altering negative childhood memories, leading to changes in mental imagery, bodily sensations, and emotional feelings. By reframing past bitter memories, these techniques aim to prevent them from exerting a detrimental influence on the individual. Since experiential techniques primarily target emotions, they aid individuals in becoming aware of their emotions and accepting them. Through emotional reorganization and learning new strategies, individuals can regulate interpersonal emotions and achieve self-soothing, thereby paving the way for improving schemas.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of psychology, Islamic Azad University, Neishabour Branch. Ethic cod for this study was IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1400.014. The participants voluntarily participated in the research and the researcher does not consider any risk for the participants.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: Thanks are hereby given to the supervisor and advisor of this research.



اثربخشی طرحواره درمانی بر کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی

مهرشاد مشکوری^۱، زهرا باقرزاده گل‌مکانی^۲، احمد منصوری^۳، محمدرضا خدابخش^۴

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

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

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

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۲

بازنگری: ۱۴۰۲/۱۱/۰۸

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:

کمال گرایی،

شرم از بدن،

نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری

بدن،

طرحواره درمانی

زمینه: اهمیت روزافزون جذابیت ظاهری، نگرانی از شکل بدن و ترس از ظاهر جسمانی می‌تواند در اقدام به جراحی زیبایی مؤثر باشد. تاکنون اثربخشی شیوه‌های مختلفی بر متغیرهایی مانند شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن مورد بررسی قرار گرفته است ولی در این میان اثربخشی طرحواره درمانی مورد توجه پژوهشگران نبوده است. بنابراین ضروری است تأثیر این مداخله برای بهبود وضعیت روانشناختی در افراد متقاضی جراحی زیبایی بررسی شود.

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی بود.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه کننده به کلینیک زیبایی در شهر تهران در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۰ بودند که از بین آن‌ها کلینیک فاطمه زهراء تهران به عنوان نمونه با شیوه در دسترس انتخاب شد و از میان مراجعه کنندگان به آن مرکز ۳۰ نفر با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶) به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. تمامی شرکت کنندگان به وسیله پرسشنامه‌های چند بعدی کمال گرایی (هویت و فلت، ۱۹۹۱)، شرم از تصویر بدن (دوارت و همکاران، ۲۰۱۴) و ترس از بدریختی بدنی (لیتلون و همکاران، ۲۰۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن بود ($p < 0/05$). همچنین نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در تمامی متغیرها معنی دار است ($p < 0/05$). بنابراین بین سطوح مختلف زمان و سطوح مختلف گروه‌ها تعامل وجود دارد.

نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی، لزوم تمرکز بر این درمان به عنوان یکی از درمان‌های کمکی، حمایتی و توانبخشی در کنار درمان دارویی در کاهش پیامدهای ناشی از کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری پیشنهاد می‌شود.

استاد: مشکوری، مهرشاد؛ باقرزاده گل‌مکانی، زهرا؛ منصوری، احمد؛ و خدابخش، محمدرضا (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۳، ۱۹۷-۲۱۶.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۳، ۱۴۰۳. DOI: [10.52547/JPS.23.143.197](https://doi.org/10.52547/JPS.23.143.197)



✉ نویسنده مسئول: زهرا باقرزاده گل‌مکانی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. Z.golmakan@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۲۳۸۳۳۲۹۹

مقدمه

جراحی زیبایی^۱ در طی دهه‌های گذشته، کارکرد اصلی خود را که برگرداندن عملکرد طبیعی و یا شکل اعضای بدن بوده است، از دست داده است (سارور، ۲۰۱۹). در رتبه‌بندی جراحی‌های مختلف زیبایی، ایران دارای رتبه‌های بالا و به ویژه در عمل زیبایی بینی، رتبه نخست را در جهان دارا می‌باشد (لقمانی و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهشگران، دلایل گسترش نامطلوب جراحی‌های زیبایی در یک جامعه را در انگیزه‌های شناختی و هیجانی جست‌وجو می‌کنند و در این راستا، یکی از مهم‌ترین دلایل تقاضای عمل جراحی زیبایی، برخورداری از ظاهری رضایت‌بخش و در پی آن، کسب و ارتقای جایگاه اجتماعی می‌باشد (نیا و همکاران، ۲۰۱۹)؛ در نتیجه، ترکیبی از عوامل روانشناختی، هیجانی و شخصیتی را می‌توان به عنوان انگیزه تقاضای جراحی زیبایی قلمداد کرد (جافرانی و همکاران، ۲۰۲۰). هنگامی که فرد خصوصیات فیزیکی خود را مطابق با هنجارها تصور نمی‌کند، تغییرات جسمی، شناختی و اجتماعی ایجاد شده توأم با نگرانی در مورد جذابیت جسمانی و عدم اطمینان در رابطه با تعاملات اجتماعی، زمینه‌ی نگرانی فرد را در مورد نحوه‌ی ارزیابی سایرین از ساختار جسمانی‌اش فراهم می‌کند و در چنین شرایطی، به احتمال بالاتری جراحی را به عنوان راه‌حل نهایی در نظر می‌گیرد (دی‌گشتو و همکاران، ۲۰۲۲). جراحی زیبایی اغلب با توصیفات منفی از ظاهر بدنی ارتباط دارد و نه توصیفات مثبت از آن و این موضوع با توجه به تأکید بیش از حد بر زیبایی و تصاویر ارائه شده در مجله‌های مد، سینما و رسانه‌ها، در بین زنان شکل افراطی به خود گرفته است به گونه‌ای که آنان برای دستیابی به معیارهای زیبایی به سختی تلاش کرده تا جایی که چنین معیارهایی به اشتغالات ذهنی فراوانی منتج می‌شوند (واکر و همکاران، ۲۰۲۱). به عبارتی دیگر، این موضوع با گسترش تصویر تحریف شده از بدن خود همراه می‌شود که حتی می‌تواند موجب افزایش آسیب‌پذیری نسبت به اختلال بدریختی بدنی^۲ و گرایش به تصویر بدنی^۳ منفی گردد (بومان و همکاران، ۲۰۱۷). افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن نسبت به نقصی خیالی در یک یا بیش از یک بخش از ظاهر فیزیکی خود دچار نشخوار فکری هستند (آلن و هولاندر، ۲۰۲۲). تصویر بدنی نشان دهنده‌ی نگرش فرد نسبت به خود، توأم با

هیجانات و افکاری است که می‌تواند تغییردهنده رفتار او در موقعیت‌های گوناگون و در جهات مثبت یا منفی باشد و تحت تأثیر عللی مانند رشد جسمانی، تعاملات اجتماعی، آسیب و جراحات بدنی قرار می‌گیرد (تیلکا، ۲۰۱۸). یکی از خصوصیات تصویر بدنی، تصویری است که فرد از خود به عنوان چاق، لاغر، کوتاه‌قد و یا بلندقد دارد که شاخص توده بدنی^۴ نامیده می‌شود. نتایج نشان داده است که شاخص توده بدنی بالا با نارضایتی از تصویر بدنی همراه می‌باشد بدین گونه که تصویر بدنی منفی به معنای باور به جذاب نبودن جنبه‌های ظاهری‌شان است (یونسی و همکاران، ۱۴۰۰). اختلال بدریخت انگاری بدن، شرایطی روانی است که با سه ویژگی وسواس فکری، استرس و اختلالات کارکردی، تعریف شده است (سارور، ۲۰۱۹).

یکی از عوامل تأثیرگذار در گرایش به جراحی زیبایی نوع تصور فرد در مورد بدن و ظاهر خویش است (الاوز و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به این که انگیزه جراحی زیبایی بر مبنای ترکیبی از فاکتورهای شناختی، شخصیتی و بین فردی تعیین می‌گردد، ارتباط مستقیمی با باورها و افکار فرد درباره‌ی احساس خود ارزشمندی ظاهری دارد بدین صورت که با افزایش نارضایتی از تصویر بدنی در مورد ظاهر، عزت نفس کاهش پیدا می‌کند و در این راستا، جراحی زیبایی روشی برای سرپوش گذاشتن بر این احساس یا غلبه بر آن از نظر روانی خواهد بود (مفاخری و همکاران، ۱۴۰۰). بکر و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند تصویر بدنی ادراک شده منفی در زنان در ارتباط با رضایت کم از روابط رمانتیک، جنسی و سازش کلی روانشناختی می‌باشد (بکر و همکاران، ۲۰۱۹). اگر چه در افزایش استفاده از جراحی زیبایی، علل دیگری مانند تنوع طلبی، برخورداری از منابع مالی، تغییر در بخش‌های صورت و تمرکز فزاینده رسانه‌های جمعی بر تصویر بدنی نیز نقش دارند، با این حال، آنچه مورد توجه و پذیرش اکثر پژوهشگران می‌باشد، نارضایتی از تصویر بدنی است. پژوهش‌های گوناگون (سارور، ۲۰۱۹؛ گیلن و مارکی، ۲۰۲۱؛ چینگ و ژو، ۲۰۱۹) نشان دادند که افراد متقاضی جراحی زیبایی تصویر بدنی منفی از خود دارند که عامل مهمی در جهت گرایش به سوی جراحی زیبایی تلقی می‌گردد و به بیانی دیگر، نگرش نسبت به جراحی زیبایی و تصور از بدن با یکدیگر رابطه معنی‌داری

^۳. Body image

^۴. Body mass

^۱. Cosmetic surgery

^۲. Body dysmorphic disorder (BDD)

دارند. در این راستا، مفاخری و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه خود به نقش پیش‌بینی‌کنندگی قوی تصویر بدنی در احتمال اقدام به جراحی زیبایی تأکید کردند. همچنین کسمایی و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند میانگین نارضایتی از تصویر بدن در افراد متقاضی جراحی زیبایی بالاتر از افراد غیر متقاضی بود و معتقدند این نارضایتی نقشی معنادار در تمایل به جراحی زیبایی بینی بازی می‌کند.

یکی دیگر از عوامل روانشناختی شایع در متقاضیان جراحی زیبایی، کمال گرایی^۱ می‌باشد که به صورت تلاش برای بی‌عیب بودن تعریف شده است (گاجیک و گاجیک، ۲۰۲۲). به نظر می‌رسد که شخصیت‌های کمال‌گرا بیشترین متقاضیان جراحی زیبایی و به خصوص جراحی زیبایی بینی را تشکیل می‌دهند و بخش عمده‌ای از نارضایتی بعد از عمل مربوط به این افراد است (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۹؛ فیتزپاتریک و همکاران، ۲۰۱۱). از نظر روانشناسی کمال‌گرایی مربوط به افرادی است که معیارهای بالا و دست نیافتنی برای خود وضع می‌کنند (پاک اندیش و همکاران، ۱۳۹۹). این افراد تمایل دارند امور به بهترین وجه انجام گیرد و نتایج امور برایشان رضایت‌بخش نیست. این خصیصه در مواردی در افراد بسیار تشدید شده و به شکل بیمارگونه و وسواس فکری تبدیل می‌شود که در این حالت تصویری که فرد از خود دارد نامطلوب‌تر از تصویر واقعی خود می‌باشد و در نتیجه اگر داوطلب جراحی‌های زیبایی باشند به دلیل شرایط ویژه روانی با نارضایتی بعد از عمل روبه‌رو خواهند شد (کوپر و همکاران، ۲۰۲۱). شری و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که کمال‌گرایی همچنین به عنوان عاملی برای انجام جراحی‌های زیبایی است. محمدحسینی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که اکثر بیماران مجرد، تحصیل کرده و از طبقه اقتصادی پایین هستند و اکثراً کمال‌گرا و افکار و رفتار وسواسی دارند و به همین دلیل هرگونه نقص کوچک یا عدم تقارن به وسیله این بیماران بزرگ جلوه داده می‌شود و همین امر باعث می‌شود که به جراحی زیبایی اقدام کنند یا بلافاصله بعد از اقدام به جراحی زیبایی در خواست عمل مجدد کنند. همچنین نتایج پژوهش‌های بورونی و همکاران (۲۰۲۲)، کنستانتیان و زابورک (۲۰۲۱) و چراغیان و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از وجود ویژگی‌های شخصیتی وسواسی و کمال‌گرایانه در داوطلبان جراحی زیبایی و جراحی بینی است.

^۱. Perfectionism

در پی شناسایی راهکار درمانی مؤثر بر عوامل روانشناختی در متقاضیان جراحی زیبایی و همچنین کاهش سطح بدریخت‌انگاری، شرم از بدن و کمال‌گرایی، درمان‌ها و مداخلات متعددی به کار گرفته شده که می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (حامدی و همکاران، ۱۴۰۰)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (روستایی و همکاران، ۱۴۰۰)، روان‌درمانی بین‌فردی (یوسفی و همکاران، ۱۴۰۰) و درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار (یاری و همکاران، ۱۳۹۹) اشاره کرد. یکی از این مداخلات، طرحواره درمانی^۲ می‌باشد. با توجه به این که زنان متقاضی جراحی زیبایی وضع موجود خود را نپذیرفته و در پی ارتقای آن با انجام جراحی زیبایی هستند و از آنجایی که کمال‌گرایی بر مفروضات معیوب شناختی استوار است باید برای اصلاح باورهای کمال‌گرایانه رویکرد درمانی متمرکز بر شناخت‌ها اتخاذ کرد که طرحواره درمانی یکی از آن‌ها می‌باشد. هدف اولیه این رویکرد، ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌هاست و هدف نهایی آن، بهبود طرحواره است که به معنای کاهش شدت خاطرات مرتبط با طرحواره، کاهش فعال شدن هیجانی طرحواره و کاستن از ناسازگاری شناخت‌واره‌ها از طریق فرآیند درمان که دربرگیرنده مداخلات شناختی، عاطفی و رفتاری است، امکان‌پذیر می‌باشد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد، بنابراین با مورد هدف قرار دادن چنین طرحواره‌هایی و همچنین جلوگیری از ایجاد چرخه شناختی بین فردی، ظرفیت مناسبی برای بهبود متغیرهای نامبرده ایفا می‌نماید (هواک و پروونچر، ۲۰۱۱).

مؤلفه‌های روانشناختی در تقاضای عمل جراحی زیبایی و همچنین در پیش آگهی و رضایت پس از عمل نقش مؤثری دارد. روانشناسی جراحی زیبایی آن‌طور که باید مورد توجه و مطالعه واقع نشده و عمده‌ی مطالعات نیز به بررسی گزارش‌های بالینی یا متغیرهای محدودی مانند رضایت فردی از عمل جراحی مربوط هستند که نیاز به پژوهش در این زمینه را برجسته می‌سازد. از سوی دیگر، با توجه به اینکه افراد متقاضی جراحی زیبایی از بدریختی بدنی، شرم از بدن و کمال‌گرایی رنج می‌برند و این می‌تواند

^۲. schema therapy

۰/۷۴ و ۰/۸۱ گزارش گردید. در پژوهش بشارت (۱۳۸۶) در یک نمونه ۵۰۰ نفری از دانشجویان، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ها برای زیرمقیاس‌های کمال گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ گزارش شد که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی خوب برای این مقیاس است. در پژوهش غلامی و همکاران (۱۳۹۴)، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های کمال گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۹، ۰/۶۴، ۰/۷۱ به دست آمد. همچنین، در بررسی روایی مقیاس کمال گرایی، نتایج تحلیل عامل تأییدی نشان داد کلیه ماده‌های مقیاس کمال گرایی دارای بارهای عاملی قابل قبول بزرگتر از ۰/۳۰ بوده و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معنی‌داری ($p < ۰/۰۰۱$) گذاشته‌اند. در مطالعه حاضر نیز پایایی این مقیاس به ترتیب ۰/۷۸؛ ۰/۷۳ و ۰/۸۵ برآورد شد.

پرسشنامه شرم از تصویر بدن^۲ (BISS): این پرسشنامه توسط دوارت و همکاران (۲۰۱۴) و به منظور اندازه‌گیری بخشی از شرم اجتماعی که به تصویر بدنی فرد باز می‌گردد، طراحی شده است. فرم نهایی این ابزار دارای ۱۴ گویه است که بر روی لیکرت پنج درجه‌ای از ۰ (معادل هرگز) تا ۴ (معادل تقریباً همیشه) نمره گذاری شده است. سازندگان ابزار جهت بررسی روایی پرسشنامه از دو شیوه روایی سازه و روایی همگرا استفاده کرده‌اند. نتیجه تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی انجام گرفته در پژوهش دوارت و همکاران (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که دو مؤلفه شرم بدن برونی شده^۳ و شرم بدن درونی شده^۴ بر روی هم ۶۲ درصد واریانس موجود در گویه‌های این ابزار را تبیین می‌کنند. ایشان جهت بررسی همسانی درونی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که مقادیر آن برای کل آزمون و دو خرده مقیاس فوق به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ به دست آمده است. همچنین، ضریب بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی یک ماه نیز برای نمره‌ی کل آزمون و نمره‌های مربوط به دو خرده مقیاس بالا به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۶ و ۰/۷۳ محاسبه شده است. روایی ایرانی این پرسشنامه نیز توسط صادق‌زاده و شاملی (۱۳۹۹) محاسبه شده و برای مقیاس کل و خرده مقیاس‌های شرم برونی شده و شرم درونی شده به ترتیب نمرات ۰/۸۹، ۰/۸۹

موجب تشدید گرایش به جراحی زیبایی یا انجام مکرر آن شود، بنابراین سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره درمانی بر کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی اثربخش است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک زیبایی در شهر تهران در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۰ بودند که که از بین آن‌ها کلینیک فاطمه زهراء تهران به عنوان نمونه با شیوه در دسترس انتخاب شد و از میان مراجعه‌کنندگان به آن مرکز ۳۰ نفر با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و بر اساس روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای حضور در جلسات درمان، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، متقاضی یکی از اعمال جراحی زیبایی، عدم وجود بیماری‌های روانی یا جسمی مزمن (که از طریق خوداظهاری فرد کنترل شد)، نداشتن سابقه دریافت درمان‌های مربوط به طرحواره درمانی (کنترل به شیوه خوداظهاری)، عدم دریافت سایر مداخلات درمانی روانشناختی به طور همزمان و معیارهای خروج از پژوهش شامل اعلام انصراف از شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه بود.

ب) ابزار

مقیاس چند بعدی کمال گرایی^۱ (MPS): این پرسشنامه توسط هویت و فلت (۱۹۹۱) تدوین شده است و دارای ۳۰ ماده می‌باشد که سه بعد کمال گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور را می‌سنجد و بر اساس یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های سه گانه به ترتیب ۱۰ و ۵۰ می‌باشد. فلت و هویت (۲۰۰۶) در پژوهش خود بر روی یک نمونه ۲۶۳ نفری، هماهنگی درونی مقیاس خود را قابل قبول اعلام کردند که به ترتیب برای ابعاد کمال گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور برابر با ۰/۸۸،

^۳. externalized body shame

^۴. internalized body shame

^۱. The Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)

^۲. Body Image Shame Scale

و ۰/۸۷ را گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر نیز پایداری ابزار مورد بررسی قرار گرفت و به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۹ و ۰/۹۱ برآورد شد. پرسشنامه ترس از بدریختی بدنی^۱ (BICI): این ابزار توسط لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) برای ارزیابی نگرانی افراد درباره‌ی ظاهر بدنی‌شان طراحی شده و دارای ۱۹ گویه است که بر روی لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز (معادل ۱) تا همیشه (معادل ۵) کدگذاری می‌شوند. این ابزار علاوه بر نمره‌ی کل، نمره‌های مربوط به دو خرده مقیاس نگرانی بدریختی^۲ و تداخل ناشی از نگرانی‌های مربوط به ظاهر^۳ را نیز در اختیار می‌گذارد. همچنین، سازندگان ابزار، ضرایب آلفای کرونباخ دو خرده مقیاس فوق و کل آزمون را به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. نسخه‌ی فارسی این ابزار نخستین بار توسط محمدی و سجادی نژاد (۱۳۸۶) مورد

مطالعه و ساختار دوعاملی آن مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش نامبرده، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل آزمون و دو خرده مقیاس فوق به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۴ و ۰/۷۴ برآورد شده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفا برای کل آزمون (۰/۹۲) در نمونه زنان و ۰/۹۰ در نمونه مردان و دو خرده مقیاس نارضایتی از بدن (۰/۸۹) در نمونه زنان و ۰/۸۶ در نمونه مردان و تداخل ناشی از نگرانی‌های مربوط به ظاهر (۰/۸۶) در نمونه زنان و ۰/۸۲ در نمونه مردان محاسبه شده است. معرفی برنامه مداخله‌ای: در پژوهش حاضر از پروتکل طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۶) استفاده به عمل آمد. خلاصه جلسات این مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ساختار و محتوای جلسات طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسه	اهداف	محتوای جلسه
اول	ایجاد ارتباط و آشنایی اعضای گروه با هم؛ آشنایی کلی با طرحواره درمانی	معرفی و آشنایی افراد با یکدیگر؛ مطرح کردن قوانین گروه و مسأله مهم رازداری؛ بیان اهداف؛ آموزش مفهوم طرحواره و طرحواره درمانی
دوم	درک ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها؛ ارتباط دادن طرحواره‌ها به مشکلات فعلی؛ کمک به اعضا برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره	سنجش طرحواره از طریق تصویرسازی ذهنی؛ شناخت و برانگیختن طرحواره‌های اعضا
سوم	پی بردن به سبک‌های مقابله‌ای و شناختن ماهیت خودآسیب‌رسان سبک‌های مقابله‌ای	آشنا کردن اعضا با سبک‌های مقابله‌ای؛ بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه
چهارم	طرح‌ریزی موضعی منطقی و عقلانی در برابر طرحواره‌ها	آزمون اعتبار طرحواره‌ها؛ جمع‌آوری شواهد عینی تأیید کننده و رد کننده طرحواره‌ها
پنجم	یادگیری مهارت‌هایی به منظور مقابله با طرحواره‌ها هنگام برانگیختن در زندگی روزمره	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا؛ تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی طرحواره
ششم	بی اعتقاد کردن اعضا به شواهد حمایت کننده طرحواره؛ کسب کردن روش‌های تفکر و احساس سالم‌تر و جدیدتر	بررسی فرم ثبت طرحواره و کارت‌های آموزشی؛ تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره؛ به کاربردن تکنیک گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحوار با اقتباس از تکنیک صندلی خالی
هفتم	برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه	تصویرسازی ذهنی از دوران کودکی و ربط دادن آن به زمان حال؛ مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره
هشتم	شناسایی نیازهای ارضاء نشده توانمندسازی اعضا برای جنگیدن علیه طرحواره‌ها	برقراری گفت‌وگوی خیالی با افراد در جلسه از طریق روش صندلی خیالی
نهم	تمرکز بیشتر بر حوزه‌ی شرم و نقص که ارتباط بیشتری با سبک متغیرهای پژوهش دارد.	مرور و بررسی تکلیف خانگی؛ تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر
دهم	جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تر به جای الگوهای رفتاری طرحواره‌ها	افزایش انگیزه برای تغییر رفتار از طریق: ارتباط دادن رفتار آماجی با ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی؛ بازنگری مزایا و معایب ادامه‌ی رفتار؛ تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش؛ جمع‌بندی و مرور کلی

³. interference due to appearance concerns

¹. body image concern inventory

². dysmorphic concern

ج) روش اجرا

یافته‌ها

۳۰ نفر از زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه کننده که به کلینیک زیبایی فاطمه زهرا تهران در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۰ با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره‌ی آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه طرحواره درمانی دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت کنندگان دو گروه، در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) به وسیله‌ی مقیاس چند بعدی کمال گرایی (هویت و فلت، ۱۹۹۱)، پرسشنامه شرم از تصویر بدن (دوارت و همکاران، ۲۰۱۴) و پرسشنامه ترس از بدریختی بدنی (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده به عمل آمد.

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای وضعیت شغلی، تحصیلات و سن به این ترتیب بود که در گروه گواه ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) خانه‌دار و ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) شاغل بودند در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰ درصد) خانه‌دار و ۶ نفر (۴۰ درصد) شاغل بودند. به لحاظ تحصیلات نیز در گروه گواه ۱ نفر دیپلم (۶/۷ درصد)، ۱۱ نفر (۷۳ درصد) کارشناسی و ۳ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی ارشد بودند؛ وضعیت تحصیلی در گروه آزمایش به این ترتیب بود که ۱۱ نفر (۷۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. از نظر وضعیت سنی نیز میانگین گروه گواه ۳۹/۶ سال و گروه آزمایش ۳۸/۷ سال بودند. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		چولگی	کشیدگی
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
کمال گرایی	گواه	۱۰۹/۳۳	۲/۶۷	۱۰۹/۰۱	۲/۸۳	۱۰۹/۱۳	۲/۷۶	۰/۴۰۲	۰/۱۱۴
	طرحواره	۱۰۹/۱۳	۳/۲۵	۸۴/۲۷	۲/۲۶	۸۵/۰	۲/۵۴	۰/۲۴۹	۰/۱۳۹
	گواه	۳۴/۳۱	۰/۵۶۶	۲۳/۳۱	۲/۴۲	۲۲/۳۱	۰/۵۶۶	۰/۰۵۹	-۰/۵۹۲
کمال گرایی خودمحور	طرحواره	۲۵/۶۷	۱/۵۲۰	۱۲/۶۷	۲/۳۴	۱۵/۶۷	۱/۵۲۰	۰/۰۳۷	-۱/۴۳۴
	گواه	۲۵/۶۴	۰/۴۱۱	۱۵/۶۴	۳/۶۴	۱۶/۶۴	۳/۷۴	۰/۳۳۷	-۱/۷۱۹
	طرحواره	۲۵/۷۲	۰/۳۴۰	۱۷/۷۲	۲/۲۴	۱۸/۷۲	۲/۲۷	۰/۴۲۲	-۱/۱۹۶
کمال گرایی دیگر محور	گواه	۲۴/۷۸	۲/۸۸	۲۱/۷۸	۰/۵۶۶	۱۸/۷۸	۳/۹۰	۰/۲۷۵	۰/۴۲۲
	طرحواره	۲۸/۴۰	۰/۰۶۸	۱۷/۴۰	۱/۵۲۰	۱۹/۴۰	۲/۴۹	-۰/۰۶۸	۰/۲۷۵
	گواه	۳۴/۳۳	۲/۴۴	۲۲/۳۳	۲/۳۳	۱۷/۳۳	۲/۴۲	۰/۴۴۲	۰/۴۴۶
کمال گرایی جامعه‌محور	طرحواره	۳۴/۷۴	۲/۶۹	۱۲/۷۴	۲/۲۶	۱۹/۷۴	۲/۳۴	۰/۱۴۶	۰/۲۶۲
	گواه	۲۱/۳۱	۱/۵۲۰	۱۶/۶۴	۳/۹۰	۱۵/۶۴	۳/۹۰	۰/۰۵۹	-۰/۵۹۲
	طرحواره	۲۲/۶۷	۳/۷۴	۱۸/۷۲	۲/۴۹	۱۷/۷۲	۲/۴۹	۰/۰۳۷	-۱/۴۳۴
شرم از بدن	گواه	۱۷/۶۴	۲/۲۷	۱۸/۷۸	۰/۵۶۶	۲۱/۷۸	۳/۹۰	۰/۳۳۷	-۱/۷۱۹
	طرحواره	۱۹/۷۲	۳/۹۰	۱۹/۴۰	۱/۵۲۰	۱۷/۴۰	۲/۴۹	۰/۴۲۲	-۱/۱۹۶
	گواه	۵۲/۸۰	۳/۹۰	۵۲/۹۴	۳/۷۴	۵۳/۰	۳/۶۴	۰/۲۷۵	۰/۱۶۴
نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن	طرحواره	۵۳/۰	۲/۴۹	۳۵/۷۴	۲/۲۷	۳۴/۲۷	۲/۲۴	-۰/۰۶۸	۰/۲۶۲
	گواه	۱۷/۶۷	۰/۴۱۱	۱۶/۶۴	۲/۳۴	۱۵/۶۴	۰/۵۶۶	-۰/۵۹۲	-۰/۵۹۲
	طرحواره	۲۱/۶۴	۰/۳۴۰	۱۸/۷۲	۳/۶۴	۱۷/۷۲	۱/۵۲۰	-۱/۴۳۴	-۱/۴۳۴
نگرانی بدریختی	گواه	۲۰/۷۲	۲/۸۸	۱۸/۷۸	۲/۲۴	۲۱/۷۸	۲/۴۹	-۱/۷۱۹	-۱/۷۱۹
	طرحواره	۲۲/۴۰	۰/۴۱۱	۱۹/۴۰	۰/۵۶۶	۱۷/۴۰	۰/۴۱۱	-۱/۱۹۶	-۱/۱۹۶
	گواه	۲۲/۴۰	۰/۴۱۱	۱۹/۴۰	۰/۵۶۶	۱۷/۴۰	۰/۴۱۱	-۱/۱۹۶	-۱/۱۹۶

یافته‌های مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات مربوط به متغیر کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلالات بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی زیبایی در گروه‌های گواه و آزمایشات در مرحله پیش‌آزمون تقریباً نزدیک به هم می‌باشند، ولی میانگین نمرات گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری پیدا کرده است و با بهبود همراه بوده است. پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، نسبت به بررسی مفروضه‌های آماری اقدام شد. در گام اول تبعیت از توزیع نرمال با استفاده از آزمون شاپیرووویلک مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در گروه‌های گواه و طرحواره درمانی در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح خطای ۵ درصد دارای توزیع نرمال است ($p > 0.05$). یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برابری واریانس‌های خطا می‌باشد که برای سنجش آن از آزمون لون استفاده گردید. نتایج بررسی برابری واریانس‌های خطا، نشان داد که مقادیر احتمال در آزمون‌های لون برای تمامی متغیرهای مورد بررسی بیشتر از ۰/۰۵ است، لذا فرض همگنی واریانس‌ها در سطح خطای ۰/۰۵ در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. به عبارتی واریانس‌های خطای متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی

جراحی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معنی‌داری ندارند.

از آزمون ام‌باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس استفاده شد و از آنجایی که مقدار احتمال به‌دست آمده در آزمون ام‌باکس از سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۱ بیشتر بود، لذا شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس در سطح خطای ۰/۰۱ برقرار است. همچنین با استفاده از آزمون کرویت ماچلی کرویت بودن شکل ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در مدل مربوط به فرضیه تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. مقادیر احتمال به‌دست آمده در آزمون فرضیه کرویت ماچلی برای تمامی متغیرهای تحقیق از سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۵ بیشتر می‌باشد. لذا فرضیه کرویت (همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس) با مقادیر کرویت ماچلی گزارش شده در این جدول برای متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در سطح خطای ۰/۰۵ قبول می‌شود. لذا پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار بوده و می‌توان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل اثر مداخله طرحواره درمانی بر متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن شرکت‌کننده‌ها استفاده نمود. در جدول ۳ نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه بر متغیرهای تحقیق ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز برای بررسی اثر عامل زمان و اثر متقابل زمان در گروه بر متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت

انگاری بدن

اثرات	ارزش	آماره آزمون F	درجه‌آزادی فرض	درجه‌آزادی خطا	احتمال معنی‌داری	حجم اثر
زمان	۰/۰۰۱	۳۶۸۶/۹	۶	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۹
درون گروهی						
گروه*زمان	۰/۰۱۷	۱۴۷/۹۵	۶	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۳
بین گروهی						
گروه	۰/۰۰۱	۳۶۸۶/۹	۶	۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در درمان طرحواره درمانی بین کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$). نتایج نشان می‌دهد که ۶۸، ۹۶ و ۷۵ درصد از تغییرات درون گروهی متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن به وسیله زمان تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در تمامی متغیرها معنی‌دار است

نتایج آزمون مندرج در جدول ۳ نشان داد اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان در گروه معنی‌دار است ($p < 0.05$). اثر متقابل بررسی می‌کند که آیا اثر طرحواره درمانی در مراحل زمانی آزمایش مشابه بوده است؟ معنی‌داری اثر متقابل نشان می‌دهد که بین اثربخشی طرحواره درمانی در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی میزان اثربخشی در طول زمان در دو گروه گواه و طرحواره درمانی یکسان نیست بلکه به طور معنی‌داری متفاوت است.

وجود دارد ($p < 0/05$). به عبارتی برای هر یک از متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن تفاوت معنی داری بین شرکت کنندگان گروه گواه و گروه طرحواره درمانی وجود دارد. اندازه مجذور اتا برای متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن به ترتیب ۹۴، ۸۶ و ۷۳ درصد می‌باشد.

($p < 0/05$). بنابراین بین سطوح مختلف زمان و سطوح مختلف گروه‌ها تعامل وجود دارد. اندازه اثرها نشان می‌دهند که ۷۲، ۷۵ و ۷۵ درصد از تغییرات درون گروهی به وسیله اثر متقابل زمان در گروه تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثرات بین گروهی مندرج در جدول ۴ بیان می‌دارد که بین امتیازات متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری

جدول ۴. نتایج اثرات درون گروهی و بین گروهی مربوط به مقایسه متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
کمال گرایی	زمان	۷۷۴۱/۵	۲	۳۸۷۰/۷۶	۳۴۸/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۱
	درون گروهی زمان*گروه	۴۱۱۷/۷	۲	۱۰۲۹/۴	۱۷۰/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۴
	خطا	۳۳۷/۳	۵۶	۶۰/۲۴	-	-	-
بین گروهی	گروه	۸۹۲۱/۱	۱	۸۹۲۱/۱	۴۳۶/۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴۰
	خطا	۵۷۲/۱۱	۲۸	۲۰/۴۳	-	-	-
	زمان	۴۰۷/۴	۲	۲۰۳/۷	۶۱/۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۶
شرم از بدن	درون گروهی زمان*گروه	۴۹۵/۷۵	۲	۲۴۷/۸	۷۴/۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۶
	خطا	۱۸۶/۸۴	۵۶	-	-	-	-
	گروه	۸۷۱/۱	۱	۸۷۱/۱	۱۸۵/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۹
نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن	بین گروهی	۱۳۱/۲۸	۲۸	۴/۶۸	-	-	-
	خطا	۱۵۹۷/۴	۲	۷۹۸/۷	۸۴/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۱
	زمان	۱۶۵۸/۹	۲	۸۲۹/۴	۸۷/۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۸
	درون گروهی زمان*گروه	۵۳۰/۲	۵۶	۹/۴۶	-	-	-
	خطا	۳۱۹۲/۱	۱	۳۱۹۲/۱	۷۹/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۹
	گروه	۱۱۲۶/۹	۲۸	۴۰/۲	-	-	-

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای کمال گرایی، بدریخت انگاری بدن و شرم از بدن

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
کمال گرایی	پیش آزمون	۱/۷۳	۰/۳۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۰/۹۷	۰/۳۷	۰/۰۳۴
	پس آزمون	-۰/۷۶	۰/۳۴	۰/۰۹۸
شرم از بدن	پیش آزمون	۴/۲۳	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۹۹	۰/۹۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۲۴	۰/۶۳	۱/۰۰
بدریخت انگاری	پیش آزمون	۳/۰۳	۰/۸۹	۰/۰۰۴
	پیش آزمون	۲/۶۱	۰/۹۵	۰/۰۲۵
	پس آزمون	-۰/۴۱	۰/۴۷	۱/۰۰

مراحل پس آزمون پیگیری غیرمعنادار است. همچنین نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثرات گروه نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های مورد بررسی در دو گروه آزمایش و گواه به لحاظ آماری معنادار است.

نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های مورد بررسی در مراحل پیش آزمون-پس آزمون و پیش آزمون-پیگیری به لحاظ آماری معنادار اما تفاوت آن میانگین‌ها در

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی بود. نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن بود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های یونسی و همکاران (۱۴۰۰)، سهرابی و همکاران (۱۳۹۹)، محمدحسینی و همکاران (۱۳۹۹)، شری و همکاران (۲۰۰۷)، پاک اندیش و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش کمال گرایی چنین به نظر می‌رسد که بیشتر باورهای ناکارآمدی که در افراد گروه آزمایش مشاهده شد، از نوع باورهای فرهنگی از جمله بدشکلی بدنی، مورد توجه نبودن و طرد شدگی و مانند این‌ها بود که خاطرات هیجانی آن‌ها نشان دهنده برطرف نشدن نیازهایی مثل امنیت، محبت، درک، همدلی و ابراز خود بود، این نیازهای برطرف نشده سبب شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در کودکی شده و فعال شدن این طرحواره‌ها در زندگی کنونی، همچنان سبب رفع نشدن این نیازها می‌شود. کمال گرایی افراد کمال‌گرا در موقعیت‌هایی که مورد ارزیابی دیگران قرار می‌گیرد شدت می‌یابد (ویس و دامیان، ۲۰۲۰). دلیل این مسئله این است که در چنین موقعیت‌هایی است که شخص کمال‌گرا با توقعات بالا مواجه می‌شود و همین امر سبب می‌شود که زنان متقاضی جراحی زیبایی نسبت به ظاهر خود در پی این باشند که سطح بالاتری از زیبایی را داشته باشند و در حقیقت توقع بالاتری نسبت به آنچه هستند را احساس می‌کنند. آموزش فنون شناختی در طرحواره درمانی سبب شد مشارکت کنندگان متوجه شوند که از دلایل احساس در بدشکلی بدنی و در ادامه کاهش انعطاف، پذیرش، افزایش اضطراب و افسردگی و کاهش کارکردهای اجتماعی در آن‌ها، صرف‌نظر از مسائل فیزیولوژیک، به خصوص در دوران اختلال، باورهای ناکارآمد آن‌هاست که با کمک تکنیک‌های شناختی در مرحله اول، آن‌ها را شناسایی و در مراحل بعد آن‌ها را به چالش کشیدند. طرحواره‌ها را به عنوان مؤلفه ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن، انسان‌ها می‌توانند تجربه‌شان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند، در نظر می‌گیرند (فارل و شاو، ۲۰۱۸). این سازمان ساختاریافته، اغلب سازگارانه است و تا جایی با اهمیت است که پردازش اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل شده کمتری

نیاز دارد. این طرحواره‌ها به صورت گسترده منعکس‌کننده دیدگاه‌های منفی مطلق فرد نسبت به خود است. از سوی دیگر با باورهایی مثل فقدان، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، دوست نداشتنی بودن و شکست نفس، که از عوامل ایجاد کننده اختلال بدشکلی بدن است، هماهنگی دارد. نتایج پژوهش نشان داد افراد گروه آزمایش، توانستند با استفاده از تکنیک‌های شناختی به فرضیه آزمایشی طرحواره‌ها بپردازند. این تکنیک‌ها به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا با زیر سؤال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورند و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را در مورد تصویر بدنی خود توانمند سازند (صادق‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹). افرادی که دچار کمال گرایی هستند دارای طرحواره‌ها و رفتارهای خودآسیب‌رسانی هستند که در برابر تغییر و اصلاح مقاومت می‌کنند. این افراد از اصلاح و تغییر الگوهای رفتاری و افکار هسته‌ای خود ناامید هستند و اصرار دارند که این شناخت‌ها و رفتارها جزء جدایی‌ناپذیر زندگیشان است و در نتیجه نمی‌توانند تغییر کنند. به نظر می‌رسد طرحواره درمانی این آمایه‌های کهنه، شناخت‌واره‌ها و طرحواره‌ها را که مقاوم‌ترین مشکلات بالینی هستند به چالش کشیده و باعث کاهش مقاومت بیماران در برابر تغییر می‌شوند (بابلی و همکاران، ۲۰۱۹). از آنجایی که بیشتر مشکلات بالینی دارای تاریخچه تحولی هستند و در مراحل تحول در ذهن فرد رسوخ می‌کنند، تغییر در صورتی ممکن می‌شود که به صورت هدف قرار دادن ریشه‌های تحولی آسیب انجام شود. چون طرحواره درمانی بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی و کشف طرحواره‌های ناکارآمد اولیه تأکید دارد، می‌تواند موفقیت بالایی داشته باشد که مطالعه حاضر بر مبنای همین بینش اجرا شده و نتایج حاصله نشان داد که با اجرای طرحواره درمانی بر روی زنان متقاضی جراحی زیبایی که دارای سطح نسبتاً بالایی از کمال گرایی بودند مؤثر است و توانست سبب اثربخشی بالایی بر کاهش کمال گرایی آنان شود.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش شرم از بدن چنین به نظر می‌رسد که تکنیک‌های طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا از انعطاف‌پذیری روانشناختی بالاتری برخوردار شوند و نگاه مشفقانه‌ای را برای خود و دیگران داشته باشند. افراد در این مداخله یاد می‌گیرند در تجربه اتفاقات ناخوشایند، تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، از طریق عادی‌سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه کنند

و این خود می‌تواند زمینه را برای کاهش شرم از بدن فراهم نماید. این رویکرد درمانی به شرکت کنندگان کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌های‌شان را ارزیابی کنند. در واقع افراد، طرحواره را به عنوان حقیقتی بیرونی می‌نگرند و می‌توانند با استفاده از شواهد عینی (ناشی از تکنیک‌های شناختی) و تجربی (نتایج تکنیک‌های تجربی) علیه آن بجنگند، یعنی ابتدا شناخت باورهای مرکزی ناکارآمد خود، سپس واژه‌های کلیدی باور و معنای آن‌ها، درصد اعتقاد به باورهای ناکارآمد، پیدا کردن ریشه‌های تحولی باور مرکزی، یافتن مزایا و معایب آن، شواهد تأیید کننده و طرد کننده طرحواره‌ها را پیدا کنند و در نهایت با نوشتن چکیده تمام این تکنیک‌ها به صورت کارت آموزشی، زمینه را برای شناخت بیشتر طرحواره‌های ناسازگار خود فراهم آورند و ارتباط آن را با مسائل کنونی و مشکلات خود در زندگی تشخیص دهند. بر اساس این رویکرد در هر نوع از آسیب‌های روانشناختی، ردپایی از فعال بودن طرحواره‌های خاص وجود دارد (ترنر و همکاران، ۲۰۱۷).

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری بدن چنین به نظر می‌رسد تکنیک‌های شناختی به مراجعان کمک می‌کند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرند. همچنین کمک می‌کند تا به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره‌ی خود بدانند، آن را به صورتی یک موجود مزاحم بدانند. پس کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند نقش مهمی در کاهش کمال گرایی ظاهر فیزیکی افراد داشته باشد. تکنیک‌های تجربی نیز با تغییر دادن خاطرات تلخ دوران کودکی، به تغییر تصاویر ذهنی، احساسات بدنی و احساسات عاطفی می‌پردازد و کمک می‌کند یادآوری خاطرات تلخ گذشته، تأثیر مخربی بر روی فرد نداشته باشد. از آنجا که تأیید تکنیک‌های تجربی بر روی هیجانات است، به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد و با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، به بررسی خود پرداخته و با یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش‌دهی، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. تکنیک‌های تجربی مانند استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می‌شود فرد طرحواره‌های اصلی را شناخته و ریشه‌های تحولی آن را درک کند و خاطراتش را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این، موجب ارتقای درک بیمار می‌شود و به او کمک می‌کند از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن

هیجانی حرکت کند و از شناخت سرد به شناخت داغ برسد. یکی از تکنیک‌های عمده تجربی مواجهه و تصویرسازی ذهنی است. در واقع هر مداخله‌ای که تلاش می‌کند طرحواره‌های مرتبط با تهدید یا ضربه را فعال و اصلاح کند، ضرورتاً مستلزم مواجهه مراجع با مواردی است که از آن‌ها اجتناب می‌کند که مراجع در تلاش برای اجتناب از آن‌هاست (قنبری و همکاران، ۱۴۰۰).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که می‌توان به این موارد اشاره نمود: اگرچه برای گروه‌بندی و تشکیل دو گروه آزمایش و گواه از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده به عمل آمد، اما نمونه‌گیری برای افراد نمونه مورد مطالعه به شکل نمونه‌گیری در دسترس بود، همچنین محدودیت زمانی و مکانی اجرای تحقیق و انتخاب (محدود بودن پژوهش از نظر جمعیت نمونه و این که افراد نمونه از یک شهر انتخاب شده‌اند)، همچنین گروه گواه در یک برنامه گروهی برای کنترل تأثیر پویایی گروه شرکت نکرد (جهت کسب اطمینان بیشتر نسبت به اثربخشی مداخله). از آنجا که در این پژوهش از وسایل ارزیابی نوشتاری استفاده شده است و پاسخ‌گویی به آن‌ها و نیز ارزیابی مؤثر بودن تکنیک‌ها و آموزش‌ها مستلزم داشتن سواد و میزان حداقلی از فعالیت‌های ذهنی بود، شرکت‌کننده‌ها از میان افراد باسواد انتخاب شدند و بنابراین تعمیم نتایج به گروه دیگر تردید برانگیز است. در پژوهش‌های آموزشی و درمانی معمولاً داشتن ارزیاب مستقل از لوازم اصلی پژوهش محسوب می‌شود. به دلیل محدودیت امکانات و محدودیت زمانی از ارزیاب مستقل در تمام جنبه‌های پژوهشی محروم بوده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، روش‌های نمونه‌گیری تصادفی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین از نمونه‌های وسیع‌تر از لحاظ جغرافیایی و تعداد افراد شرکت‌کننده استفاده گردد. جلسات مشاوره خنثی برای گروه گواه به منظور حذف اثر انتظار گروه‌درمانی و کنترل تأثیر پویایی گروه برگزار گردد. به طور کلی، پیشنهاد می‌شود از طریق برنامه‌ریزی، ارائه کارگاه‌های آموزشی برای افراد متقاضی جراحی زیبایی با محوریت مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی، به توانمندسازی ایشان پرداخت و از این طریق سبب پیشگیری و یا کاهش مسائل و پیامدهای برآمده از این عوامل روانشناختی همچون کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری بدن شد. به دلیل اینکه یکی از مهم‌ترین دلایل گرایش زنان به عمل جراحی زیبایی، اختلالات روان‌پزشکی است، توصیه می‌شود که قبل از

انجام عمل جراحی زیبایی، اقدامات تشخیصی بر روی این افراد صورت گیرد و در صورت لزوم تحت درمان روانشناسانه قرار بگیرند. پیشنهاد می‌گردد مراکز انجام عمل جراحی زیبایی در همکاری با کلینیک‌های روانشناسی، دوره‌ها و کارگاه‌های درمانی مبتنی بر طرحواره و شفقت را قبل از عمل جراحی زیبایی برای متقاضیان برگزار کنند. به دلیل این که طیف وسیعی از افرادی که اقدام به جراحی زیبایی می‌کنند، حتی پس از انجام عمل جراحی زیبایی همچنان با اختلال روانی احتمالی مواجه خواهند بود، بنابراین ضرورت دارد که حتی بعد از انجام عمل جراحی زیبایی، اقدامات تشخیصی و مداخله‌ای برای این افراد انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. پژوهش حاضر با کسب کد اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1400.014 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور انجام شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی در ابتدای جلسات به شرکت‌کنندگان توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، هدف از جلسات درمانی ارائه گردید و شرکت‌کنندگان در پژوهش بر اساس میل و رضایت شخصی، در جلسات مداخله‌ای شرکت کردند. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد. لازم به ذکر است، جهت رعایت مسائل اخلاقی به اعضای گروه گواه که در این پژوهش شرکت داشتند اجازه داده شد پس از اتمام پژوهش، به صورت آزادانه و به شکل فشرده به انتخاب خود تحت آموزش طرحواره درمانی قرار بگیرند.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم و چهارم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۳). رابطه کمال گرایی و مشکلات بین شخصی. فصلنامه دانش‌سور رفتار، ۱۱(۷)، ۱-۸.

<https://www.sid.ir/paper/46286/fa>

پاک اندیش، شادی؛ کراسکیان موجمناری، آدیس؛ و جمهری، فرهاد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان چاق. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی، ۳۴(۳)، ۲۱-۳۲.

<https://dorl.net/dor/20.1001.1.25382799.1399.9.34.2.1>

حاج قربانی، پرستو؛ رحمانی نیا، فرهاد؛ و مجبی، حمید. (۱۳۹۷). رابطه شاخص توده بدنی با رضایتمندی از شکل بدن در دختران دانش آموز ورزشکار شهر رشت. فصلنامه فیزیولوژی ورزشی، ۱۰(۴۰)، ۱۱۷-۱۳۲.

<https://doi.org/10.22089/spj.2018.1367>

حامدی رستمی، فاطمه زهرا؛ محمدیان اکردی، ابراهیم؛ دهرویه، شهربانو؛ عندلیب صحنه سرایی، محترم. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدربختی بدن و بهزیستی روانشناختی در زنان متقاضی جراحی زیبایی: یک مطالعه نیمه آزمایشی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۰(۱۲)، ۱۳۳۸-۱۳۲۳.

<http://dx.doi.org/10.52547/jrums.20.12.1323>

دهستانی، مهدی؛ عزیزی، زهره. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر نشانگان بدربخت انگاری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش آموزان دختر با نگرانی اضافه وزن. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی، ۱۳(۴۷)، ۴۷-۵۶.

https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_1423.html?lang=fa

روستایی، امین؛ کوشکی، مریم؛ یزدی راوندی، سعید؛ بخشی پور، باب الله؛ و شکوه فر، امید. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی، خودپنداره بدنی و بهشیاری در زنان متقاضی جراحی زیبایی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۲۳(۲)، ۷۲-۸۴.

<http://dx.doi.org/10.30514/icss.23.2.6>

سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد؛ و مومنی، محمد مهدی. (۱۳۹۹). اثربخشی تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی افراطی. فصلنامه رویش روان‌شناسی، ۹(۴)، ۷۵-۸۲.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.4.6.5>

صادق زاده، مرضیه؛ و شاملی، لایلا. (۱۳۹۹). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه شرم از تصویر بدن در دانشجویان دختر و پسر ایرانی. فصلنامه روان‌شناسی فرهنگی، ۴(۲)، ۲۲۳-۲۴۲.

<https://doi.org/10.30487/jcp.2021.256207.1186>

غلامی، امید؛ مروتی، ذکر اله؛ عالی پور بیرگانی، سیروس؛ و مکتبی، غلامحسین. (۱۳۹۴). رابطه علی بین کمال گرایی و هدف‌های پیشرفت با اضطراب امتحان با میانجیگری باورهای خودکارآمدی در دانش‌آموزان دبیرستانی. فصلنامه رویکردهای نوین آموزشی، ۱۰(۲۲)، ۱۱۷-۱۴۳.

https://nea.ui.ac.ir/article_20908.html

قنبری، معصومه؛ تیزدست، طاهر؛ خلعتبری، جواد؛ و رحمانی، محمدعلی. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری و کمال گرایی ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدن: یک مطالعه راهنما. فصلنامه سلامت اجتماعی، ۹(۱)، ۳۷-۴۸.

<https://doi.org/10.22037/ch.v9i2.31444>

محمد حسینی، مونا؛ نصراللهی، بیتا؛ و قربان هرمی، رضا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال گرایی مثبت و منفی زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله. فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۸(۴)، ۴۵۹-۴۶۸.

<http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5961-fa.html>

محمدی، نوراله؛ و سجادی‌نژاد، مرضیه السادات. (۱۳۸۶). ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی نگرانی درباره‌ی تصویر بدنی و آزمون مدل ارتباطی شاخص توده‌ی بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی و عزت نفس در دختران نوجوان. فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۳(۱)، ۸۳-۹۹.

<https://doi.org/10.22051/psy.2007.1650>

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

<https://doi.org/10.30473/hpj.2021.55499.4964>

باری، مرصده؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ و حسنی، جعفر. (۱۳۹۹). مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی و آمیختگی شناختی در نوجوانان دختر متقاضی جراحی زیبایی. فصلنامه پوست و زیبایی، ۱۱(۲)، ۱۰۷-۱۱۸.

<http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5459-fa.html>

یوسفی، آیت اله؛ طاهر، محبوبه؛ آقایی، حکیمه؛ و باقری نیا، حسن. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی روان درمانی بین فردی و درمان شناختی-رفتاری بر تصویر بدنی زنان مراجعه کننده به مراکز جراحی زیبایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۹(۲)، ۲۸۱-۲۹۰.

https://jsums.medsab.ac.ir/article_1454.html

یونسی، سپیده؛ حاتمی، محمد؛ و صلاحیان، افشین. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی در کمال گرایی تحصیلی و مولفه‌های آن در دانش آموزان دختر. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۶(۶۳)، ۴۰-۲۷.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.27173852.1400.16.63.3.0>

References

- AlAwadh, I., Bogari, A., Azhar, T., AlTaylouni, N., AlSughier, N., AlKarzae, M., AlQuniabut, I., & AlDosari, B. (2021). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder among Rhinoplasty Candidates: A Systematic Review. *Ear, nose, & throat journal*, 1455613211056543. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1177/01455613211056543>
- Allen, A., & Hollander, E. (2022). Body dysmorphic disorder. *Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's syndrome*, 1-12.
- Becker, C. B., Verzijl, C. L., Kilpela, L. S., Wilfred, S. A., & Stewart, T. (2019). Body image in adult women: Associations with health behaviors, quality of life, and functional impairment. *Journal of health psychology*, 24(11), 1536-1547.
<https://doi.org/10.1177/1359105317710815>
- Besharat, M.A. (2004). The relationship between perfectionism and interpersonal problems. *Daneshvar-e-Raftar*, 11(7), 1-8. (Persian).
<https://www.sid.ir/paper/46286/fa>
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., & Phillips, K. A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 221-232.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/abjornss on>
- Borroni, S., Ruotolo, G., Grazioli, V., & Fossati, A. (2022). Perfectionistic self-presentation and body dysmorphic features in a sample of community-dwelling adult women. *Journal of Psychopathology*, 28, 135-141.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.01.002>
- Bouman, T. K., Mulken, S., & van der Lei, B. (2017). Cosmetic professionals' awareness of body dysmorphic disorder. *Plastic and reconstructive surgery*, 139(2), 336-342.
[doi:10.1097/PRS.0000000000002962](https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002962)
- Cheraghian, B., Fereidooni-Moghadam, M., Babadi, H., & Dashtbozorgi, B. (2020). Psychological and personality characteristics of applicants for facial cosmetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 44, 780-787.
<https://doi.org/10.1007/s00266-020-01682-6>
- Ching, B. H. H., & Xu, J. T. (2019). Understanding cosmetic surgery consideration in Chinese adolescent girls: Contributions of materialism and sexual objectification. *Body Image*, 28, 6-15.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.11.001>
- Constantian, M. B., & Zaborek, N. (2021). The prevalence of adverse childhood experiences, body shame, and revision request rate in 218 plastic surgery patients: what drives postoperative dissatisfaction?. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 148(6), 1233-1246.
<https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000008567>
- Couper, S. L., Moulton, S. J., Hogg, F. J., & Power, K. G. (2021). Interpersonal functioning and body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery: A mediating role between emotion regulation and perfectionism?. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 74(9), 2283-2289.
<https://doi.org/10.1016/j.bjps.2021.01.003>
- Dehestani, M., Azizi, Z., & Azizi, Z. (2019). The Effectiveness of Group Schema Therapy on Body Dysmorphic Symptoms and Early Maladaptive Schemes in Girl Students with Overweight Concerns. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 13(47), 47-56. (Persian).
https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_1423.html?lang=fa
- Di Gesto, C., Nerini, A., Policardo, G. R., & Matera, C. (2022). Predictors of acceptance of cosmetic surgery: Instagram images-based activities, appearance comparison and body dissatisfaction among women. *Aesthetic plastic surgery*, 1-11.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00266-021-02546-3>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Batista, D. (2015). Body image as a source of shame: A new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(6), 656-666.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1925>
- Fitzpatrick, S., Sherry, S., Hartling, N., Hewitt, P., Flett, G., & Sherry, D. (2011). Narcissism, perfectionism, and interest in cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 127(6), 176e-177e.
<https://doi.org/10.1097/prs.0b013e3182131ec9>
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2006). Positive versus negative perfectionism in psychopathology: A comment on Slade and Owens's dual process model. *Behavior modification*, 30(4), 472-495.
<https://doi.org/10.1177/0145445506288026>
- Gajić, M., & Gajić, L. D. (2022). Personality Traits as Determinants of Body Image and the Mediation Role of Perfectionism in Cosmetic Surgery.

- Hrvatski časopis zdravstvenih znanosti, 2(1), 16-23.
<https://doi.org/10.48188/hczz.2.1.10>
- Ghanbari, M., Tizdast, T., Khalatbari, J., & Rahmani, M.-A. (2022). The Effectiveness of Schema Therapy on Flexibility and Perfectionism of Physical Appearance in Body Deformity Disorder: A Pilot Study. *SALĀMAT-I IJTIMĀ'Ī (Community Health)*, 9(2), 37-48. (Persian).
<https://doi.org/10.22037/ch.v9i2.31444>
- Gholami, O., Morovati, Z., Allipour, S., & Maktabi, G. H. (2016). The Casual Relationship between Perfectionism and chievement Goals with Test Anxiety with Mediating Role of Self-efficacy in High-school Male Students. *New Educational Approaches*, 10(2), 117-143. (Persian).
https://nea.ui.ac.ir/article_20908.html
- Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2021). Body image, weight management behavior, and women's interest in cosmetic surgery. *Psychology, Health & Medicine*, 26(5), 621-630.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1776890>
- Hajghorbani, P., Rahmani Nia, F., & Mohebbi, H. (2018). The Relationship between Body Mass Index and Satisfaction of Body Shape among Athlete and Non-Athlete Female Students. *Sport Physiology*, 10(40), 117-132. (Persian).
<https://doi.org/10.22089/spj.2018.1367>
- Hamedrostami, F.Z., Mohammadian Akerdi, E., Dehrouyeh, S., Andalib Sahnesaraee, M. (2022). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Deformity and Psychological Well-Being in Women Seeking Cosmetic Surgery: A Quasi-Experimental Study. *JRUMS*, 20(12), 1323-1338. (Persian).
<http://dx.doi.org/10.52547/jrums.20.12.1323>
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of cognitive psychotherapy*, 25(4), 257-276.
<http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 60(3), 456. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hosseini, S. E., Ghasemi, N., Molayi Gonbadi, G., & Rezayi, L. (2010). Comparison of the level of stress and body image among individuals aged 20-30 seeking and not seeking cosmetic surgeries in Ahvaz province. *Journal of Modern Industrial/Organization Psychology*, 1(3), 75-84.
https://psy.garmsar.iau.ir/article_538800_f0809634f00440a316410db6dc8d40d7.pdf
- Jafferany, M., Salimi, S., Mkhoyan, R., Kalashnikova, N., Sadoughifar, R., & Jorgaqi, E. (2020). Psychological aspects of aesthetic and cosmetic surgery: Clinical and therapeutic implications. *Dermatologic Therapy*, 33(4), e13727.
<https://doi.org/10.1111/dth.13727>
- Kasmaei, P., Hassankiade, R. F., Karimy, M., Kazemi, S., Morsali, F., & Nasollahzadeh, S. (2020). Role of attitude, body image, satisfaction and socio-demographic variables in cosmetic surgeries of Iranian students. *World Journal of Plastic Surgery*, 9(2), 186.
<https://doi.org/10.29252%2Fwjps.9.2.186>
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*, 43(2), 229-241.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
- Loghmani, S., Loghmani, S., Baghi, H., Houghoughi, M. A., & Dalvi, F. (2017). Demographic characteristics of patients undergoing rhinoplasty: a single center two-time-period comparison. *World Journal of Plastic Surgery*, 6(3), 275. <https://wjps.ir/article-1-309-en.pdf>
- Mafakheri, A., Ashrafifard, S., & Khorrami, M. (2021). A Structural Model of the Relationship between Body Image Concern and Obsessive Beliefs with Body Management in People Seeking Cosmetic Surgery. *Health Psychology*, 10(38), 121-140. (Persian).
<https://doi.org/10.30473/hpj.2021.55499.4964>
- Mohammad Hosseini, M., Nasrolahi, B., Ghorban Jahromi, R. (2021). The Effect of Anxiety Treatment through Schema Therapy on the Positive and Negative Perfectionism of 20-30 Year-Old Women. *Sjsph*, 18(4), 459-468. (Persian).
<http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5961-fa.html>
- Mohammadi, N., & Sajadinejad, M. S. (2007). The Evaluation of psychometric properties of Body Image Concern Inventory and examination of a model about the relationship between body mass index, body image dissatisfaction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Psychological Studies*, 3(1), 85-101. (Persian).
<https://doi.org/10.22051/psy.2007.1650>
- Naami, A., & Mahmood Salehi, H. (2016). Prediction of cosmetic surgery tendency based on mindfulness, personality dimensions, perfectionism and mental health components. *International Journal of School*

- Health*, 3(3), 1-6. <https://doi.org/10.17795/intjsh-32746>
- Niya, N. M., Kazemi, M., Abazari, F., & Ahmadi, F. (2019). Iranians' perspective to cosmetic surgery: a thematic content analysis for the reasons. *World journal of plastic surgery*, 8(1), 69. <https://doi.org/10.29252%2Fwjps.8.1.69>
- Pakandish, S., kraskyan, A., & jomehri, F. (2020). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Body Image of Obese Women. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 9(34), 20-32. (Persian). <https://dori.net/dor/20.1001.1.25382799.1399.9.34.2.1>
- Pondehnezhadan, A., & Fard, R. J. (2018). Effectiveness of schema therapy on body-image, self-concept, maladaptive schemas in patients with body dysmorphic disorder. *Middle East Journal of Family Medicine*, 7(10), 162. <https://doi.org/10.5742/MEWFM.2018.93211>
- Roustaei, A., Koushki, M., Yazdi-Ravandi, S., Bakhshi Pour, B., & Shokoh Far, O. (2021). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on distress tolerance, body image, and mindfulness in women seeking cosmetic surgery. *Advances in Cognitive Sciences*, 23(2), 72-84. (Persian). <http://dx.doi.org/10.30514/icss.23.2.6>
- Sadeghzadeh, M., & Shamel, M. (2021). Measuring Body-based Social Shame: The Psychometric Properties of Body Image Shame Scale (BISS) in Iranian Female and Male Students. *Cultural Psychology*, 4(2), 223-242. (Persian). <https://doi.org/10.30487/jcp.2021.256207.1186>
- Sarwer, D. B. (2019). Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body image*, 31, 302-308. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.009>
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Lee-Baggley, D. L. (2007). Perfectionism and undergoing cosmetic surgery. *European Journal of Plastic Surgery*, 29, 349-354. DOI 10.1007/s00238-007-0109-y
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Lee-Baggley, D. L., Flett, G. L., & Besser, A. (2004). Perfectionism and Thoughts About Having Cosmetic Surgery Performed 1. *Journal of applied biobehavioral research*, 9(4), 244-257. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.2004.tb00103.x>
- Sohrabi, F., Borjali, A., Momeni, M. (2020). the effectiveness of cognitive techniques of schema therapy in reducing perfectionism. *Rooyesh*, 9(4), 75-82. (Persian). <http://dori.net/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.4.6.5>
- Turner, H. A., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2017). Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. *Journal of interpersonal violence*, 32(5), 755-780. <https://doi.org/10.1177/0886260515586376>
- Tylka, T. L. (2018). Overview of the field of positive body image. *Body positive: Understanding and improving body image in science and practice*, 6-33.
- Usefi, A., taher, M., aghae, H., & bagherinia, H. (2022). Comparison of the Effectiveness of Interpersonal Psychotherapy and Cognitive - Behavioral Therapy on Body Image in Women Referred to Cosmetic Surgery Centers. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 29(2), 281-290. (Persian). https://jsuums.medsab.ac.ir/article_1454.html
- Walker, C. E., Krumhuber, E. G., Dayan, S., & Furnham, A. (2021). Effects of social media use on desire for cosmetic surgery among young women. *Current psychology*, 40, 3355-3364. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12144-019-00282-1>
- Yari, M., Shafiabady, A., & Hasani, J. (2020). Comparing the efficacy of emotion-focused cognitive-behavioral therapy with mindfulness based cognitive therapy on body image and cognitive fusion in adolescent girls interested in cosmetic surgery. *Journal of dermatology and cosmetic*, 11(2), 107-118. (Persian). <http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5459-fa.html>
- Yiend, J., Savulich, G., Coughtrey, A., & Shafran, R. (2011). Biased interpretation in perfectionism and its modification. *Behaviour research and therapy*, 49(12), 892-900. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.10.004>
- Younesi, S., Hatami, M., & Salahian, A. (2021). The effectiveness of group schema therapy in academic perfectionism and its components in female students. *Journal of Modern Psychological Researches*, 16(63), 27-40. (Persian). <https://dori.net/dor/20.1001.1.27173852.1400.16.6.3.0>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.