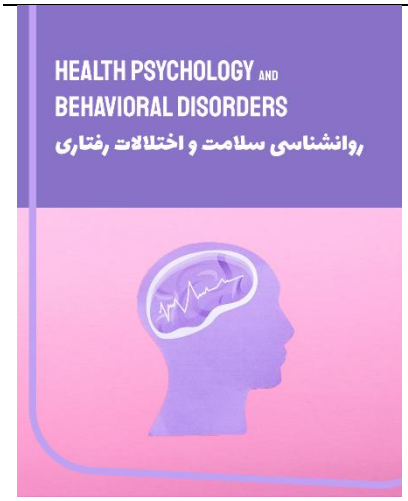
بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری–عملی با نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۳/۱۳ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۶/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۸ تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۰ تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۳/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه شش حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل رهاشدگی، وابستگی–بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص–شرم، معیارهای سرسختانه و شکست با وسواس فکری–عملی با نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی بود. پژوهش حا ضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش تو صیفی–همب ستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به بیمار ستان‌های امام خمینی (ره) و مفرح شهر تهران طی سال‌های ۱۴۰۴ و ۱۴۰۵ بود که از میان آنان ۳۰۰ نفر به روش در د سترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پر سشنامه طرحواره یانگ، پر سشنامه تجدیدنظر شده و سواس فکری–عملی و پرسشنامه خودتنظیمی میلر و براون بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و روش بوت‌استرپ تحلیل شدند. نتایج نشان داد هر شش حوزه طرحواره نا سازگار اولیه با و سواس فکری–عملی رابطه مثبت و معنادار و با خودتنظیمی هیجانی رابطه منفی و معنادار داشتند. خودتنظیمی هیجانی نیز با وسواس فکری–عملی رابطه منفی و معناداری نشان داد. در مدل ساختاری، اثر م ستقیم رها شدگی، وابـ ستگی–بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص– شرم، معیارهای سر سختانه و شکست بر و سواس فکری–عملی به‌ترتیب برابر با ۰٫۱۸، ۰٫۱۴، ۰٫۱۹، ۰٫۲۳، ۰٫۱۲ و ۰٫۱۶ بود. اثر این حوزه‌ها بر خودتنظیمی هیجانی نیز به‌ترتیب برابر با –۰٫۲۱، –۰٫۱۷، –۰٫۲۴، –۰٫۲۷، –۰٫۱۴ و –۰٫۱۸ بود. اثر خودتنظیمی هیجانی بر وسواس فکری–عملی برابر با –۰٫۳۶ بود. همچنین، اثرات غیرمستقیم هر شش حوزه از طریق خودتنظیمی هیجانی معنادار بود و نقش میانجی جزئی این متغیر تأیید شد. یافته‌ها نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند هم به‌طور مستقیم و هم از طریق کاهش خودتنظیمی هیجانی با افزایش نشانه‌های وسواس فکری–عملی در زنان متقاضی جراحی زیبایی مرتبط باشند؛ بنابراین، ارزیابی و مداخله بر طرحواره‌های ناسازگار و توانایی خودتنظیمی هیجانی می‌تواند در غربالگری و مداخلات روان‌شناختی پیش از جراحی اهمیت داشته باشد.

کلیدواژگان: *طرحواره‌های ناسازگار اولیه، وسواس فکری–عملی، خودتنظیمی هیجانی، جراحی زیبایی، زنان*



حامد توکلی[۱]، عبدالحسن فرهنگی[۱*]، خدیجه ابوالمعالی الحسینی[۲]

۱. گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. گروه روانشناسی تربیتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:
a.farhangi@iau-tnb.ac.ir

شیوه استناددهی: توکلی، حامد، فرهنگی، عبدالحسن، و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۴۰۶). بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری–عملی با نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۵(۲)، ۲۲-۱.

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

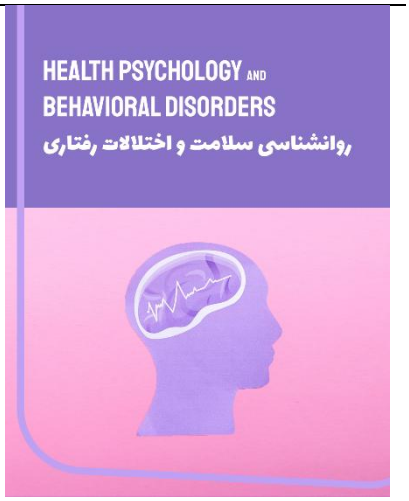
The Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Obsessive–Compulsive Symptoms: The Mediating Role of Emotional Self-Regulation in Women Seeking Cosmetic Surgery

Submit Date:	Revise Date:	Accept Date:	Initial Publish Date:	Final Publish Date:
2026-06-03	2026-08-24	2026-08-30	2026-10-02	2027-05-22

Abstract

The present study aimed to investigate the relationships of abandonment, dependence–incompetence, emotional inhibition, defectiveness–shame, unrelenting standards, and failure with obsessive–compulsive symptoms, with emotional self-regulation as a mediating variable, among women seeking cosmetic surgery. This applied study used a descriptive-correlational design based on structural equation modeling. The statistical population consisted of women seeking cosmetic surgery who attended Imam Khomeini and Mofarah hospitals in Tehran during 2025–2026. A total of 300 eligible participants were selected using convenience sampling. Data were collected using the Young Schema Questionnaire, the Obsessive-Compulsive Inventory–Revised, and the Miller and Brown Self-Regulation Questionnaire. Pearson correlation coefficients, structural equation modeling, and bootstrap analysis were used to analyze the data. All six maladaptive schema domains were positively and significantly associated with obsessive–compulsive symptoms and negatively and significantly associated with emotional self-regulation. Emotional self-regulation was also negatively and significantly related to obsessive–compulsive symptoms. In the structural model, the direct standardized effects of abandonment, dependence–incompetence, emotional inhibition, defectiveness–shame, unrelenting standards, and failure on obsessive–compulsive symptoms were 0.18, 0.14, 0.19, 0.23, 0.12, and 0.16, respectively. Their effects on emotional self-regulation were -0.21, -0.17, -0.24, -0.27, -0.14, and -0.18, respectively. Emotional self-regulation significantly predicted obsessive–compulsive symptoms with $\beta = -0.36$. Bootstrap analysis further showed that the indirect effects of all six schema domains through emotional self-regulation were statistically significant, indicating partial mediation. Early maladaptive schemas were associated with greater obsessive–compulsive symptoms both directly and indirectly through reduced emotional self-regulation; therefore, assessment and intervention targeting specific maladaptive schemas and emotional self-regulation may be clinically useful in psychological screening and preoperative care for women seeking cosmetic surgery.

Keywords: *Early maladaptive schemas, obsessive–compulsive symptoms, emotional self-regulation, cosmetic surgery, women*



Hamed Tavakoli[1], Abdolhossein Farhangi[1]*, Khadijeh Abolmaali Alhosseini[2]

1. Department of Psychology, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Department of Educational Psychology, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: a.farhangi@iau-tnb.ac.ir

How to cite: Tavakoli, H., Farhangi, A., & Abolmaali Alhosseini, Kh. (2027). The Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Obsessive–Compulsive Symptoms: The Mediating Role of Emotional Self-Regulation in Women Seeking Cosmetic Surgery. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 5(2), 1-22.

© 2027 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC4.0) License.

مقدمه

جراحی‌های زیبایی در دهه‌های اخیر از یک مداخله صرفاً پزشکی برای اصلاح ناهنجاری‌های ظاهری فراتر رفته و به پدیده‌ای چندبعدی تبدیل شده است که عوامل روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و بین‌فردی در شکل‌گیری نگرش و گرایش افراد به آن نقش دارند. افزایش توجه به ظاهر جسمانی، گسترش معیارهای اجتماعی مرتبط با زیبایی، مقایسه اجتماعی و حساسیت نسبت به ارزیابی دیگران موجب شده است که بخشی از متقاضیان جراحی‌های زیبایی صرفاً با انگیزه اصلاح یک نقص واقعی جسمانی به این اقدامات روی نیاورند، بلکه برخی از آنان تحت تأثیر الگوهای شناختی و هیجانی عمیق، تصویر منفی از بدن، احساس ناکافی بودن یا نارضایتی پایدار از ظاهر خود قرار داشته باشند. در این میان، زنان به دلیل قرار گرفتن بیشتر در معرض معیارهای فرهنگی و اجتماعی مرتبط با زیبایی و ارزیابی ظاهری، یکی از مهم‌ترین گروه‌های متقاضی جراحی‌های زیبایی محسوب می‌شوند. پژوهش‌های انجام‌شده درباره این جمعیت نشان داده‌اند که متقاضیان جراحی زیبایی می‌توانند از نظر برخی مؤلفه‌های روان‌شناختی، از جمله تصویر بدنی منفی، حساسیت به طرد، شرم بدنی، مشکلات تنظیم هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، آسیب‌پذیری بیشتری داشته باشند (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024; Nilforoushan et al., 2023; Rabiei et al., 2023). بنابراین، مطالعه عوامل روان‌شناختی زیربنایی مرتبط با درخواست جراحی زیبایی می‌تواند در شناخت دقیق‌تر ویژگی‌های این گروه و طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی مناسب نقش مهمی ایفا کند.

یکی از سازه‌های اساسی در تبیین مشکلات هیجانی و رفتاری افراد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه به الگوهای عمیق، فراگیر و نسبتاً پایدار شناختی و هیجانی اشاره دارند که معمولاً در سال‌های اولیه زندگی و در نتیجه تعامل میان خلق‌وخو، نیازهای هیجانی ارضانشده و تجارب نامطلوب بین‌فردی شکل می‌گیرند و در ادامه زندگی در ادراک فرد از خود، دیگران و محیط نقش جهت‌دهنده پیدا می‌کنند. این الگوها می‌توانند سبب شوند فرد اطلاعات مربوط به خود و محیط را به شیوه‌ای سوگیرانه پردازش کند و در مواجهه با موقعیت‌های مختلف واکنش‌های هیجانی و رفتاری ناکارآمد نشان دهد. در زنان متقاضی جراحی زیبایی، طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند در قالب احساس نقص، بی‌کفایتی، ترس از رهاشدگی، حساسیت به شکست، بازداری از ابراز هیجان یا پایبندی افراطی به معیارهای سختگیرانه ظاهر شوند و برداشت فرد از بدن و ظاهر خود را تحت تأثیر قرار دهند. یافته‌های پژوهشی نیز نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سلامت عمومی و وضعیت روان‌شناختی زنان متقاضی جراحی زیبایی ارتباط دارند و می‌توانند زمینه‌ساز آسیب‌پذیری روانی در این گروه باشند (Nilforoushan et al., 2023).

در حوزه جراحی زیبایی، اهمیت طرحواره‌ها صرفاً به رابطه مستقیم آن‌ها با نارضایتی بدنی محدود نمی‌شود، بلکه این ساختارهای شناختی می‌توانند از طریق متغیرهای واسطه‌ای، از جمله نحوه تنظیم هیجان، بر تصمیم‌گیری افراد برای انجام جراحی زیبایی تأثیر بگذارند. پژوهش خباز ثبت و همکاران نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و گرایش به جراحی زیبایی رابطه معناداری وجود دارد و تنظیم هیجان در این رابطه نقش میانجی ایفا می‌کند (Khabbaz Sabt et al., 2022). این یافته اهمیت بررسی فرایندهای هیجانی را در کنار ساختارهای شناختی عمیق برجسته می‌کند. به همین ترتیب، رشیدی‌فر و کرمی نیز در بررسی متقاضیان جراحی زیبایی نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند با اختلال بدشکلی بدن مرتبط باشند و فرایندهایی مانند نشخوار فکری و تنظیم شناختی هیجان در این ارتباط نقش واسطه‌ای داشته باشند (Rashidifar & Karami, 2025). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار از طریق تأثیرگذاری بر نحوه پردازش و مدیریت تجارب هیجانی، می‌توانند به تداوم نگرانی‌های مرتبط با ظاهر و رفتارهای اصلاحی افراطی کمک کنند.

از میان ابعاد مختلف طرحواره‌ای، رهاشدگی، وابستگی–بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص–شرم، معیارهای سرسختانه و شکست می‌توانند از اهمیت ویژه‌ای در متقاضیان جراحی زیبایی برخوردار باشند. طرحواره رهاشدگی با انتظار بی‌ثباتی روابط و ترس از از دست دادن حمایت هیجانی همراه است و ممکن است فرد را نسبت به پذیرش اجتماعی و ارزیابی دیگران حساس‌تر سازد. طرحواره وابستگی–بی‌کفایتی بر باور فرد مبنی بر ناتوانی در مدیریت مستقل امور و تصمیم‌گیری مؤثر دلالت دارد. بازداری هیجانی با مهار افراطی هیجان‌ها و دشواری در ابراز

احساسات مرتبط است. طرحواره نقص–شرم شامل این باور بنیادی است که فرد ناقص، نامطلوب یا سزاوار طرد است و می‌تواند مستقیماً با ارزیابی منفی ظاهر جسمانی ارتباط پیدا کند. معیارهای سرسختانه به اعمال استانداردهای بسیار بالا و فشار مداوم برای رسیدن به وضعیت کامل یا بی‌نقص اشاره دارند و طرحواره شکست نیز با انتظار ناکامی و پایین‌تر دانستن توانمندی‌های فرد در مقایسه با دیگران همراه است. مجموعه این ساختارها می‌تواند زمینه‌ای شناختی ایجاد کند که در آن ظاهر جسمانی به‌عنوان یکی از حوزه‌های اصلی ارزیابی ارزش شخصی تلقی شود و اصلاح مداوم آن اهمیت روان‌شناختی پیدا کند.

یکی دیگر از متغیرهای مهم در این زمینه، وسواس فکری–عملی است. وسواس فکری–عملی مجموعه‌ای از افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم و تکرارشونده و رفتارها یا اعمال ذهنی اجباری را در بر می‌گیرد که فرد برای کاهش اضطراب یا جلوگیری از پیامدهای ناخوشایند انجام می‌دهد. اگرچه شدت این نشانه‌ها در افراد متفاوت است، مؤلفه‌هایی مانند افکار مزاحم، وارسی مکرر، نیاز به نظم و تقارن، شست‌وشو، خنثی‌سازی ذهنی و تکرار رفتارها می‌توانند در سطح بالینی یا غیربالینی مشاهده شوند. ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار و نشانه‌های وسواس فکری–عملی از آن جهت اهمیت دارد که طرحواره‌ها می‌توانند چارچوب شناختی لازم برای تفسیر تهدیدآمیز افکار و تجارب درونی را فراهم کنند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند در کاهش نشانه‌ها و فرایندهای شناختی مرتبط با وسواس مؤثر باشد. برای مثال، آموزش مفاهیم طرحواره‌درمانی در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری–عملی موجب بهبود متغیرهایی مانند اجتناب شناختی و عدم تحمل ابهام شده است (Ghasemi & Visani, 2024). همچنین، درمان مبتنی بر طرحواره در کاهش خودسرزنشگری و اجتناب شناختی افراد دارای نشانه‌های وسواس مؤثر گزارش شده است (Hassani Pour & Nosrati, 2024).

در همین راستا، نتایج پژوهش ویسانی و همکاران نیز نشان داد که آموزش مفاهیم طرحواره‌درمانی می‌تواند باورهای ناکارآمد و اجتناب شناختی را در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری–عملی کاهش دهد (Visani et al., 2024). معین و فراهانی‌فر نیز با تمرکز بر افراد مبتلا به وسواس فکری–عملی مقاوم به درمان گزارش کردند که طرحواره‌درمانی با تأکید بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای می‌تواند بر نشخوار فکری و کمال‌گرایی اثرگذار باشد (Moien & Farahani Far, 2024). افزون بر این، سوهانی و محمودی ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار و اختلال وسواس فکری–عملی را بررسی کرده و نقش مداخلات طرحواره‌محور در کاهش نشانه‌های وسواسی را مورد تأکید قرار داده‌اند (Sohani & Mahmoudi, 2025). این مجموعه یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار نه تنها با مشکلات مربوط به تصویر بدن و تصمیم‌گیری درباره جراحی زیبایی ارتباط دارند، بلکه می‌توانند با فرایندهای شناختی و هیجانی مرتبط با نشانه‌های وسواسی نیز پیوند داشته باشند.

یکی از مکانیسم‌های احتمالی که می‌تواند رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری–عملی را تبیین کند، خودتنظیمی هیجانی است. خودتنظیمی هیجانی به توانایی فرد در شناسایی، ارزیابی، تعدیل و مدیریت هیجان‌ها به شیوه‌ای سازگارانه و متناسب با اهداف و الزامات موقعیت اشاره دارد. این توانایی به فرد امکان می‌دهد شدت، تداوم و شیوه ابراز هیجان‌ها را تنظیم کند و در شرایط فشار روانی از راهبردهایی استفاده کند که به حفظ عملکرد مؤثر منجر می‌شوند. ضعف در خودتنظیمی هیجانی می‌تواند موجب شود فرد در برابر هیجان‌های منفی مانند اضطراب، شرم، ترس، ناکامی یا احساس بی‌ارزشی واکنش‌های شدیدتر و پایدارتر نشان دهد و برای کاهش سریع این حالات به رفتارهای ناکارآمد یا تکرارشونده متوسل شود. در چارچوب وسواس فکری–عملی، چنین الگویی می‌تواند به افزایش حساسیت نسبت به افکار مزاحم و استفاده از اعمال اجباری برای کاهش موقت ناراحتی منجر شود.

نقش تنظیم هیجان در مشکلات وسواسی در پژوهش‌های مختلف مورد توجه قرار گرفته است. زارعی و همکاران در مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان و عدم تحمل پریشانی زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری–عملی نشان دادند که مداخلات روان‌شناختی معطوف به ساختارهای شناختی و هیجانی می‌توانند تنظیم هیجان را در این افراد بهبود بخشند (Zareei et al., 2024). این یافته مؤید آن است که مشکلات تنظیم هیجان یکی از حوزه‌های مهم در ساختار روان‌شناختی افراد دارای نشانه‌های وسواسی است. از سوی دیگر، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان در گروه‌های مختلف نیز تأیید شده است. حسینی در مقایسه

درمان شناختی–رفتاری و طرحواره‌درمانی نشان داد که مداخلات طرحواره‌محور می‌توانند به بهبود تنظیم هیجانی منجر شوند (Hosseini, 2024). همچنین، معالی مهرآبانی و همکاران گزارش کردند که طرحواره‌درمانی در ارتقای تنظیم هیجانی زنان متأهل مؤثر است (Maali Mehrabani et al., 2024). این نتایج نشان می‌دهد که بین ساختارهای طرحواره‌ای و توانایی تنظیم هیجان ارتباط نظری و تجربی قابل توجهی وجود دارد.

شواهد مشابهی از مطالعات انجام‌شده در گروه‌های بالینی و غیربالینی به دست آمده است. محمدیان امیری و همکاران با مقایسه طرحواره‌درمانی و زندگی‌درمانی در زنان مبتلا به چاقی نشان دادند که مداخلات طرحواره‌ای می‌توانند تنظیم هیجان را بهبود دهند (Mohammadian Amiri et al., 2024). عصارزاده نیز در یک مطالعه مداخله‌ای نشان داد که طرحواره‌درمانی در کنار درمان دیالکتیکی می‌تواند در بهبود تصویر بدن و تنظیم هیجان زنان پس از ماستکتومی اثربخش باشد (Assarzadeh, 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله بر طرحواره‌های عمیق شناختی–هیجانی می‌تواند به تغییر شیوه مواجهه فرد با تجربه‌های هیجانی و جسمانی منجر شود. این موضوع برای زنان متقاضی جراحی زیبایی اهمیت دوچندان دارد، زیرا در این گروه، تجربه هیجان‌هایی مانند شرم بدنی، اضطراب از ارزیابی منفی، احساس نقص و فشار برای دستیابی به ظاهر ایده‌آل می‌تواند از عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری باشد.

در حوزه خودتنظیمی نیز پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند که مداخلات متمرکز بر طرحواره‌های هیجانی می‌توانند ظرفیت تنظیم فرد را افزایش دهند. موسوی و همکاران نشان دادند که درمان طرحواره هیجانی در دانشجویان دختر دارای اضطراب امتحان باعث بهبود خودتنظیمی و افزایش تحمل ناکامی می‌شود (Mousavi et al., 2024). این یافته اهمیت توجه به خودتنظیمی را به‌عنوان فرایندی فراتر از کنترل ساده هیجان نشان می‌دهد و بیانگر آن است که سازمان‌دهی رفتار و هیجان در برابر فشارهای روان‌شناختی با ساختارهای شناختی عمیق فرد ارتباط دارد. در زنان متقاضی جراحی زیبایی نیز می‌توان انتظار داشت که ضعف در خودتنظیمی هیجانی باعث شود هیجان‌های ناشی از نارضایتی بدنی یا طرحواره‌های فعال‌شده به‌درستی پردازش نشوند و فرد برای کاهش تنش یا رسیدن به احساس کنترل، بیشتر درگیر رفتارهای اصلاحی یا افکار تکرارشونده شود.

از منظر نظری، می‌توان فرض کرد که فعال شدن طرحواره‌هایی مانند نقص–شرم، شکست یا وابستگی–بی‌کفایتی، تجربه هیجان‌های منفی شدیدی را به دنبال داشته باشد. در صورتی که فرد از خودتنظیمی هیجانی مناسبی برخوردار نباشد، این هیجان‌ها می‌توانند به صورت نگرانی پایدار، نشخوار فکری، اجتناب شناختی یا اعمال تکراری بروز کنند. از این دیدگاه، وسواس فکری–عملی را می‌توان تا حدی به‌عنوان تلاشی ناکارآمد برای مدیریت حالات هیجانی ناخوشایند نیز در نظر گرفت. افرادی که توانایی محدودی در تحمل و تنظیم اضطراب دارند، ممکن است برای کسب اطمینان، کنترل یا کاهش احساس تهدید به تکرار افکار یا رفتارهای خاص روی آورند. یافته‌های زارعی و همکاران درباره ارتباط تنظیم هیجان و عدم تحمل پریشانی در زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری–عملی، از این تبیین حمایت می‌کند (Zareei et al., 2024). به همین ترتیب، نتایج مطالعات مبتنی بر طرحواره درباره کاهش اجتناب شناختی، نشخوار فکری و کمال‌گرایی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی نشان می‌دهد که اختلال در مدیریت فرایندهای هیجانی و شناختی می‌تواند حلقه‌ای مهم میان طرحواره و وسواس باشد (Ghasemi & Visani, 2024; Hassani Pour & Nosrati, 2024; Moien & Farahani Far, 2024).

در متقاضیان جراحی زیبایی، این ارتباط ممکن است پیچیده‌تر باشد، زیرا علاوه بر عوامل شناختی و هیجانی، متغیرهایی نظیر تصویر بدن، شرم و حساسیت نسبت به تأیید یا طرد اجتماعی نیز دخالت دارند. پژوهش خواجه‌حسنی‌رابری و همکاران نشان داد که طرحواره‌درمانی می‌تواند در زنان متقاضی جراحی زیبایی بر خودشفقتی، شرم بدنی و عدم تحمل بلاتکلیفی تأثیر بگذارد (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024). همچنین، ربیعی و همکاران در زنان متقاضی جراحی زیبایی نشان دادند که مداخلات طرحواره‌ای می‌توانند احساس تنهایی، تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد را کاهش دهند (Rabiei et al., 2023). این نتایج نشان می‌دهد که در این گروه،

طرحواره‌های ناسازگار با طیف وسیعی از تجارب هیجانی و بین‌فردی مرتبط‌اند و احتمالاً صرفاً یک رابطه ساده و مستقیم میان طرحواره و رفتار وجود ندارد.

در همین چارچوب، باید به نقش برخی ویژگی‌های شناختی مرتبط با انعطاف‌ناپذیری نیز توجه داشت. ماهوش و همکاران اگرچه در زمینه‌ای متفاوت، نشان دادند که آموزش تحمل ابهام می‌تواند بر الگوهای رفتاری و شناختی ناکارآمد اثرگذار باشد (Mahvash et al., 2024). اهمیت این یافته برای موضوع حاضر از آن جهت است که تحمل پایین ابهام و نیاز شدید به قطعیت از متغیرهایی هستند که می‌توانند با نشانه‌های وسواسی و دشواری در تنظیم هیجان ارتباط داشته باشند. فردی که توانایی تحمل عدم قطعیت یا ابهام را ندارد، ممکن است در مواجهه با نگرانی‌های مربوط به ظاهر یا ارزیابی اجتماعی، نیاز بیشتری به کنترل احساس کند. این فرایند می‌تواند هم در قالب رفتارهای وسواسی و هم در قالب تلاش مکرر برای اصلاح ظاهر بروز یابد.

در مجموع، شواهد پیشین نشان می‌دهد که سه حوزه اصلی مورد بررسی در پژوهش حاضر، یعنی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودتنظیمی هیجانی و نشانه‌های وسواس فکری–عملی، از نظر نظری و تجربی با یکدیگر مرتبط‌اند. با وجود این، بخش قابل توجهی از پژوهش‌های پیشین یا رابطه طرحواره‌های ناسازگار با گرایش به جراحی زیبایی را بررسی کرده‌اند، یا به مطالعه طرحواره و وسواس پرداخته‌اند و یا اثربخشی مداخلات مختلف بر تنظیم هیجان را مورد توجه قرار داده‌اند. پژوهش‌هایی که به‌طور همزمان نقش حوزه‌های مشخص طرحواره‌ای و خودتنظیمی هیجانی را در تبیین وسواس فکری–عملی زنان متقاضی جراحی زیبایی بررسی کرده باشند، محدود هستند. همچنین، استفاده از یک نمره کلی برای طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند تفاوت‌های مهم میان حوزه‌های مختلف را پنهان سازد؛ زیرا هر یک از طرحواره‌های رهاشدگی، وابستگی–بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص–شرم، معیارهای سرسختانه و شکست می‌توانند از طریق مکانیسم‌های متفاوتی با مشکلات هیجانی و نشانه‌های وسواسی ارتباط داشته باشند. بررسی مستقل این حوزه‌ها می‌تواند تصویر دقیق‌تری از سهم هر یک در مدل تبیینی ارائه کند.

از سوی دیگر، یافته‌های موجود درباره نقش تنظیم هیجان در ارتباط میان طرحواره‌ها و مشکلات روان‌شناختی نشان می‌دهد که خودتنظیمی هیجانی می‌تواند به‌عنوان متغیری کلیدی در تبیین چگونگی تبدیل الگوهای شناختی ناسازگار به نشانه‌های رفتاری و هیجانی عمل کند. اگر فردی دارای طرحواره نقص–شرم یا شکست باشد، اما بتواند هیجان‌های ناشی از فعال شدن آن را به‌صورت مؤثر تنظیم کند، احتمال دارد شدت پیامدهای روان‌شناختی آن کمتر باشد. در مقابل، ضعف در خودتنظیمی می‌تواند موجب تشدید اضطراب، اشتغال ذهنی و رفتارهای تکرارشونده شود. بنابراین، بررسی مدل میانجی می‌تواند نسبت به تحلیل روابط مستقیم، تبیین دقیق‌تری از سازوکارهای دخیل ارائه دهد. این موضوع همچنین از منظر کاربردی اهمیت دارد، زیرا در صورت تأیید نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی، می‌توان در مداخلات روان‌شناختی ویژه زنان متقاضی جراحی زیبایی علاوه بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار، بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و افزایش توانایی مدیریت حالات هیجانی نیز تمرکز کرد.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه شش حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل رهاشدگی، وابستگی–بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص–شرم، معیارهای سرسختانه و شکست با وسواس فکری–عملی با نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، توصیفی–همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. هدف پژوهش بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانه‌های وسواس فکری–عملی با خودتنظیمی هیجانی و آزمون نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری–عملی در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متقاضی انجام جراحی‌های زیبایی بود که طی سال‌های ۱۴۰۴ و ۱۴۰۵ به بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و مفرح شهر تهران مراجعه کرده

بودند. این دو مرکز درمانی به‌صورت هدفمند و با توجه به حجم بالای مراجعان، تنوع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعه‌کنندگان، انجام انواع جراحی‌های زیبایی و امکان دسترسی مناسب به جامعه مورد مطالعه انتخاب شدند. انتخاب مشارکت‌کنندگان از میان زنان واجد شرایط و در دسترس انجام شد و با توجه به ماهیت مدل‌یابی معادلات ساختاری، در تعیین حجم نمونه بر ضرورت برخورداری از تعداد کافی آزمودنی برای برآورد پایدار پارامترهای مدل، بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرها و دستیابی به شاخص‌های برازش قابل اعتماد تأکید شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل زن بودن، مراجعه برای انجام یکی از انواع جراحی‌های زیبایی، قرار داشتن در دامنه سنی بزرگسالی، برخورداری از توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش و تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه بود. وجود شرایط جسمانی یا روان‌شناختی حاد که مانع از تکمیل پرسشنامه‌ها می‌شد، مصرف ناقص یا عدم تکمیل بخش قابل توجهی از ابزارهای پژوهش و انصراف فرد از ادامه مشارکت به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. پس از دریافت مجوزهای لازم و انجام هماهنگی‌های اداری با مسئولان مراکز درمانی، پژوهشگر در زمان‌های تعیین‌شده به مراکز منتخب مراجعه کرد و زنان واجد شرایط را شناسایی و برای شرکت در مطالعه دعوت کرد. پیش از اجرای ابزارها، هدف پژوهش، نحوه پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها، محرمانه ماندن اطلاعات و اختیاری بودن مشارکت برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. همچنین به آنان اطمینان داده شد که شرکت یا عدم شرکت در پژوهش هیچ‌گونه تأثیری بر روند دریافت خدمات درمانی آنان نخواهد داشت و می‌توانند در هر مرحله بدون هیچ پیامدی از ادامه همکاری انصراف دهند. پرسشنامه‌ها در محیطی مناسب و تا حد امکان با شرایط یکسان در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت تا اثر عوامل محیطی و متغیرهای مداخله‌گر بر نحوه پاسخ‌گویی کاهش یابد. پرسشنامه‌هایی که دارای میزان قابل توجهی داده مفقود یا پاسخ‌های ناقص بودند، پیش از ورود به مرحله تحلیل کنار گذاشته شدند.

برای ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار اولیه از پرسشنامه طرحواره یانگ استفاده شد. این ابزار بر اساس نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ تدوین شده و یکی از ابزارهای پرکاربرد در ارزیابی الگوهای عمیق و پایدار شناختی، هیجانی و بین‌فردی محسوب می‌شود که از دوره‌های اولیه زندگی شکل گرفته و می‌توانند در بزرگسالی بر ادراک فرد از خود، دیگران و روابط بین‌فردی تأثیر بگذارند. نسخه مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل ۷۵ گویه است و ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را مورد سنجش قرار می‌دهد. این طرحواره‌ها حوزه‌هایی نظیر محرومیت هیجانی، رهاشدگی یا بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی یا بدرفتاری، انزوای اجتماعی یا بیگانگی، نقص یا شرم، شکست، وابستگی یا بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، گرفتارشدگی یا خود تحول‌نیافته، استحقاق یا بزرگ‌منشی، خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه را پوشش می‌دهند. گویه‌های پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت شش‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند و کسب نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده برجستگی بیشتر طرحواره مربوطه در فرد است. این پرسشنامه در مطالعات داخلی و خارجی از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار بوده است. در پژوهش صدوقی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار ۰,۹۴ گزارش شد که بیانگر همسانی درونی بسیار مناسب آن است. همچنین شواهد حاصل از مطالعات خارجی، از جمله بررسی‌های انجام‌شده توسط والر و همکاران، از اعتبار و پایایی مناسب پرسشنامه برای ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار اولیه حمایت کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز برای اطمینان از قابلیت اعتماد ابزار در نمونه مورد بررسی، همسانی درونی پرسشنامه و ابعاد آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد.

برای سنجش نشانه‌های وسواس فکری–عملی از پرسشنامه تجدیدنظرشده وسواس فکری–عملی یا OCI-R استفاده شد. این پرسشنامه توسط فوآ و همکاران در سال ۲۰۰۲ تدوین شده و ابزاری خودگزارشی برای ارزیابی شدت طیف متنوعی از نشانه‌های وسواس فکری و رفتارهای اجباری است. پرسشنامه دارای ۱۸ گویه و شش خرده‌مقیاس شامل شست‌وشو، وارسی، نظم، وسواس‌های فکری، انبارکردن و خنثی‌سازی ذهنی است و هر یک از این ابعاد با سه گویه ارزیابی می‌شوند. پاسخ‌دهندگان میزان ناراحتی یا درگیری خود با هر نشانه را بر اساس یک مقیاس لیکرت درجه‌بندی می‌کنند و مجموع نمرات گویه‌ها نمره کلی شدت نشانه‌های وسواس فکری–عملی را تشکیل می‌دهد. افزایش نمره در این پرسشنامه نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های وسواسی و رفتارهای اجباری است. کوتاه بودن پرسشنامه، پوشش ابعاد اصلی نشانه‌های وسواس و برخورداری از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب موجب شده است که OCI-R در پژوهش‌های بالینی و غیربالینی به‌طور گسترده مورد استفاده

قرار گیرد. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار نیز در ایران مورد بررسی قرار گرفته و نتایج مطالعات داخلی، از جمله بررسی کاویانی، از پایایی و اعتبار مناسب آن حمایت کرده‌اند. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و ابعاد پرسشنامه محاسبه شد تا همسانی درونی ابزار در جامعه زنان متقاضی جراحی زیبایی نیز بررسی شود.

برای اندازه‌گیری خودتنظیمی از پرسشنامه خودتنظیمی میلر و براون استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ بر مبنای دیدگاه فرایندی خودتنظیمی طراحی شده و از ۶۳ گویه تشکیل شده است. ابزار مذکور توانایی فرد در تنظیم و هدایت رفتار، شناخت و هیجان در جهت دستیابی به اهداف را ارزیابی می‌کند و فرایندهایی مانند دریافت و پردازش اطلاعات مرتبط، ارزیابی شرایط، ایجاد تغییر، جست‌وجوی گزینه‌های مناسب، تدوین برنامه، اجرای برنامه و ارزیابی اثربخشی اقدامات را در بر می‌گیرد. پاسخ به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت انجام می‌شود و پس از اعمال شیوه نمره‌گذاری مربوط به گویه‌های مستقیم و معکوس، نمره کلی خودتنظیمی محاسبه می‌شود. نمرات بالاتر بیانگر توانایی بیشتر فرد در سازمان‌دهی، هدایت و تعدیل واکنش‌های شناختی، رفتاری و هیجانی در موقعیت‌های مختلف است. با توجه به هدف پژوهش حاضر، نمره حاصل از این ابزار به‌عنوان شاخص خودتنظیمی در فرایند آزمون نقش میانجی در مدل مفهومی پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. نسخه فارسی پرسشنامه در ایران توسط دهقانی مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفته و ضریب همسانی درونی ۰٫۹۱ برای آن گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این ابزار است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه در نمونه مورد مطالعه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها از نظر کامل بودن پاسخ‌ها، وجود داده‌های مفقود، خطاهای ورود داده و پاسخ‌های نامعتبر مورد بررسی اولیه قرار گرفتند و پس از پالایش، برای تحلیل آماری آماده شدند. در مرحله نخست، برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای اصلی پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر استفاده شد. پیش از اجرای مدل‌یابی معادلات ساختاری، پیش‌فرض‌های لازم شامل بررسی داده‌های پرت تک‌متغیری و چندمتغیری، طبیعی بودن توزیع متغیرها، خطی بودن روابط، نبود هم‌خطی چندگانه شدید و کفایت ماتریس همبستگی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی روابط دو متغیری میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودتنظیمی هیجانی و نشانه‌های وسواس فکری–عملی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سپس مدل مفهومی پژوهش با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری آزمون شد تا اثرات مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر وسواس فکری–عملی و خودتنظیمی هیجانی، اثر مستقیم خودتنظیمی هیجانی بر وسواس فکری–عملی و همچنین اثر غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر وسواس فکری–عملی از طریق متغیر میانجی خودتنظیمی هیجانی برآورد شود. برازش مدل پیشنهادی بر اساس مجموعه‌ای از شاخص‌های برازش مطلق، تطبیقی و مقتصد، از جمله نسبت کای‌دو به درجه آزادی، شاخص برازش تطبیقی، شاخص تاکر–لویس و ریشه میانگین مربعات خطای برآورد ارزیابی شد. برای بررسی معناداری اثر میانجی نیز از روش بوت‌استرپ و فاصله اطمینان مربوط به اثر غیرمستقیم استفاده شد؛ به‌گونه‌ای که در صورت عدم قرار گرفتن صفر در فاصله اطمینان، اثر میانجی معنادار در نظر گرفته شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰٫۰۵ تعیین شد و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای آماری مناسب برای آمار توصیفی، همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام گرفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، داده‌های مربوط به ۳۰۰ زن متقاضی جراحی‌های زیبایی مورد تحلیل قرار گرفت. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۲٫۸۴ سال با انحراف معیار ۷٫۱۶ سال بود و دامنه سنی آنان بین ۱۹ تا ۵۲ سال قرار داشت. از نظر وضعیت تأهل، ۱۶۸ نفر معادل ۵۶٫۰۰ درصد متأهل، ۱۰۸ نفر معادل ۳۶٫۰۰ درصد مجرد و ۲۴ نفر معادل ۸٫۰۰ درصد مطلقه یا جداشده بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۳۹ نفر معادل ۱۳٫۰۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۷۲ نفر معادل ۲۴٫۰۰ درصد دارای مدرک کاردانی، ۱۲۶ نفر معادل ۴۲٫۰۰ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۶۳ نفر معادل ۲۱٫۰۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. همچنین، ۱۷۴ نفر معادل ۵۸٫۰۰ درصد از

شرکت‌کنندگان شاغل و ۱۲۶ نفر معادل ۴۲,۰۰ درصد غیرشاغل بودند. از نظر سابقه انجام جراحی زیبایی، ۱۹۷ نفر معادل ۶۵,۶۷ درصد برای نخستین بار متقاضی جراحی زیبایی بودند و ۱۰۳ نفر معادل ۳۴,۳۳ درصد حداقل یک سابقه جراحی زیبایی قبلی داشتند. بررسی اولیه داده‌ها نشان داد که میزان داده‌های مفقود ناچیز بود و پس از بررسی الگوی داده‌های مفقود، داده‌های قابل تحلیل برای تمامی ۳۰۰ شرکت‌کننده در تحلیل های نهایی مورد استفاده قرار گرفت. همچنین بررسی مقادیر چولگی و کشیدگی متغیرها نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای اصلی پژوهش از انحراف شدید از توزیع نرمال برخوردار نبود و استفاده از روش‌های تحلیل پارامتریک و مدل‌یابی معادلات ساختاری امکان‌پذیر بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	چولگی	کشیدگی
رهاشدگی	۱۹.۴۲	۶.۱۸	۷.۰۰	۳۶.۰۰	۰.۵۴	-۰.۳۱
وابستگی–بی‌کفایتی	۱۷.۸۶	۵.۷۴	۶.۰۰	۳۴.۰۰	۰.۶۱	۰.۰۸
بازداری هیجانی	۱۸.۷۳	۵.۹۱	۶.۰۰	۳۵.۰۰	۰.۴۷	-۰.۲۲
نقص–شرم	۱۶.۹۵	۵.۶۳	۵.۰۰	۳۳.۰۰	۰.۶۶	۰.۱۴
معیارهای سرسختانه	۲۲.۳۱	۶.۲۷	۸.۰۰	۳۸.۰۰	۰.۳۲	-۰.۴۸
شکست	۱۷.۵۸	۵.۶۹	۶.۰۰	۳۴.۰۰	۰.۵۹	۰.۰۳
خودتنظیمی هیجانی	۲۰۵.۴۶	۲۷.۸۴	۱۳۹.۰۰	۲۶۷.۰۰	-۰.۲۷	-۰.۳۹
وسواس فکری–عملی	۲۳.۶۸	۹.۴۱	۴.۰۰	۴۹.۰۰	۰.۵۱	-۰.۱۸

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در میان حوزه‌های شش‌گانه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، معیارهای سرسختانه با میانگین ۲۲,۳۱ و انحراف معیار ۶,۲۷ بالاترین میانگین و نقص–شرم با میانگین ۱۶,۹۵ و انحراف معیار ۵,۶۳ پایین‌ترین میانگین را به خود اختصاص دادند. میانگین نمره رهاشدگی ۱۹,۴۲، وابستگی–بی‌کفایتی ۱۷,۸۶، بازداری هیجانی ۱۸,۷۳ و شکست ۱۷,۵۸ به دست آمد. همچنین میانگین خودتنظیمی هیجانی برابر با ۲۰۵,۴۶ و میانگین نشانه‌های وسواس فکری–عملی برابر با ۲۳,۶۸ بود. مقادیر چولگی برای همه متغیرها در دامنه -۰,۲۷ تا ۰,۶۶ و مقادیر کشیدگی در دامنه -۰,۴۸ تا ۰,۱۴ قرار داشت. با توجه به اینکه تمامی این مقادیر در محدوده قابل قبول قرار داشتند، می‌توان نتیجه گرفت که هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش دارای چولگی یا کشیدگی شدید نبودند و توزیع داده‌ها برای اجرای تحلیل‌های پارامتریک و مدل‌یابی معادلات ساختاری مناسب بود. در این پژوهش، مطابق ساختار نظری مورد نظر، برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه نمره کل محاسبه نشد و هر یک از شش حوزه رهاشدگی، وابستگی–بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص–شرم، معیارهای سرسختانه و شکست به‌صورت متغیری مستقل در تحلیل‌ها وارد شدند.

جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. رهاشدگی	۱.۰۰							
۲. وابستگی–بی‌کفایتی	۰.۵۱**	۱.۰۰						
۳. بازداری هیجانی	۰.۴۳**	۰.۴۶**	۱.۰۰					
۴. نقص–شرم	۰.۵۷**	۰.۵۴**	۰.۴۹**	۱.۰۰				
۵. معیارهای سرسختانه	۰.۳۴**	۰.۳۱**	۰.۴۵**	۰.۳۸**	۱.۰۰			
۶. شکست	۰.۴۹**	۰.۵۸**	۰.۴۱**	۰.۵۵**	۰.۳۳**	۱.۰۰		
۷. خودتنظیمی هیجانی	-۰.۴۸**	-۰.۴۴**	-۰.۵۲**	-۰.۵۵**	-۰.۳۹**	-۰.۴۶**	۱.۰۰	
۸. وسواس فکری–عملی	۰.۵۳**	۰.۴۷**	۰.۵۵**	۰.۵۹**	۰.۴۱**	۰.۵۰**	-۰.۶۱**	۱.۰۰

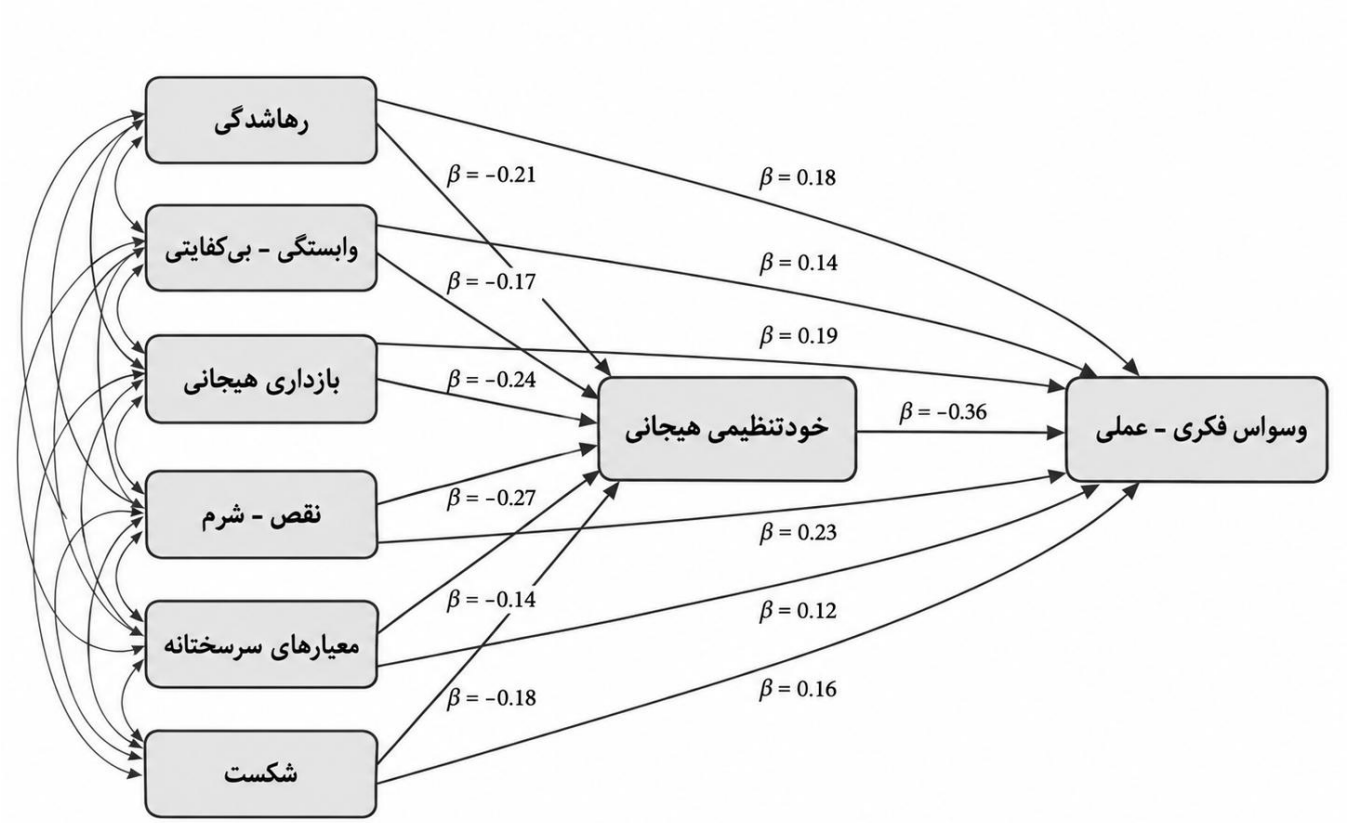
نتایج جدول ۲ نشان داد که تمامی شش حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های وسواس فکری–عملی رابطه مثبت و معنادار داشتند. بیشترین همبستگی با وسواس فکری–عملی مربوط به حوزه نقص–شرم با ضریب همبستگی ۰,۵۹ بود و پس از آن بازداری هیجانی با ضریب

۰,۵۵، رهاشدگی با ضریب ۰,۵۳، شکست با ضریب ۰,۵۰، وابستگی–بی‌کفایتی با ضریب ۰,۴۷ و معیارهای سرسختانه با ضریب ۰,۴۱ قرار داشتند. تمامی این روابط در سطح ۰,۰۱ معنادار بودند. بنابراین، افزایش نمره در هر یک از حوزه‌های طرحواره‌ای با افزایش شدت نشانه‌های وسواس فکری–عملی همراه بود. از سوی دیگر، هر شش حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با خودتنظیمی هیجانی دارای رابطه منفی و معنادار بودند. قوی‌ترین رابطه منفی میان نقص–شرم و خودتنظیمی هیجانی با ضریب ۰.۵۵- مشاهده شد و پس از آن بازداری هیجانی با ضریب -۰,۵۲، رهاشدگی با ضریب -۰,۴۸، شکست با ضریب -۰,۴۶، وابستگی–بی‌کفایتی با ضریب -۰,۴۴ و معیارهای سرسختانه با ضریب -۰,۳۹ قرار داشتند. همچنین بین خودتنظیمی هیجانی و وسواس فکری–عملی رابطه منفی و نسبتاً قوی معناداری با ضریب -۰,۶۱ مشاهده شد. این یافته نشان می‌دهد زنانی که از توانایی بیشتری در خودتنظیمی هیجانی برخوردار بودند، نشانه‌های وسواس فکری–عملی کمتری گزارش کردند. در مجموع، الگوی همبستگی‌های مشاهده‌شده از روابط مفروض در مدل مفهومی پژوهش حمایت اولیه کرد و شرایط لازم برای بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرها در چارچوب مدل‌یابی معادلات ساختاری فراهم شد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل ساختاری پژوهش

شاخص برازش	مقدار به‌دست‌آمده	ملاک قابل قبول
χ^2	۴۲۱.۳۶	—
df	۱۸۴.۰۰	—
χ^2/df	۲.۲۹	کمتر از ۳,۰۰
GFI	۰.۹۱	بیشتر از ۰,۹۰
AGFI	۰.۸۹	نزدیک یا بیشتر از ۰,۹۰
CFI	۰.۹۵	بیشتر از ۰,۹۰
TLI	۰.۹۴	بیشتر از ۰,۹۰
I FI	۰.۹۵	بیشتر از ۰,۹۰
NFI	۰.۹۲	بیشتر از ۰,۹۰
RMSEA	۰.۰۶۶	کمتر از ۰,۰۸
SRMR	۰.۰۵۲	کمتر از ۰,۰۸
PNFI	۰.۷۳	بیشتر از ۰,۵۰
PCFI	۰.۷۸	بیشتر از ۰,۵۰

بر اساس نتایج ارائه‌شده در جدول ۳، مدل پیشنهادی پژوهش از برازش مطلوبی با داده‌های تجربی برخوردار بود. مقدار نسبت کای‌دو به درجه آزادی برابر با ۲,۲۹ به دست آمد که کمتر از مقدار ملاک ۳,۰۰ بود و نشان داد میزان اختلاف میان ماتریس کوواریانس مشاهده‌شده و ماتریس برآوردشده در محدوده قابل قبول قرار دارد. شاخص برازش تطبیقی برابر با ۰,۹۵، شاخص تاکر–لویس برابر با ۰,۹۴، شاخص برازش افزایشی برابر با ۰,۹۵ و شاخص برازش هنجارشده برابر با ۰,۹۲ بود که همگی از حد ۰,۹۰ بیشتر بودند و برازش مناسب مدل را نشان دادند. شاخص GFIنیز برابر با ۰,۹۱ به دست آمد و شاخص AGFI برابر با ۰,۸۹ بود که با توجه به سایر شاخص‌ها، قابل قبول ارزیابی شد. مقدار RMSEA برابر با ۰,۰۶۶ و مقدار SRMR برابر با ۰,۰۵۲ بود که هر دو کمتر از مقدار ۰,۰۸ قرار داشتند و بیانگر خطای تقریبی مطلوب مدل بودند. همچنین شاخص‌های مقتصد PNFI و PCFI به‌ترتیب برابر با ۰,۷۳ و ۰,۷۸ به دست آمدند که نشان دادند مدل علاوه بر برازش مناسب، از سطح قابل قبولی از صرفه‌جویی نیز برخوردار است. بر این اساس، ساختار پیشنهادی شامل اثرات مستقیم شش حوزه طرحواره ناسازگار اولیه بر خودتنظیمی هیجانی و وسواس فکری–عملی و همچنین اثر خودتنظیمی هیجانی بر وسواس فکری–عملی از حمایت تجربی مناسبی برخوردار بود و می‌توان ضرایب مسیر مدل را تفسیر کرد.



شکل ۱. مدل ساختاری رابطه حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه با وسواس فکری–عملی با نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی

شکل ۱ مدل نهایی پژوهش را نشان می‌دهد که در آن شش حوزه رهاشدگی، وابستگی–بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص–شرم، معیارهای سرسختانه و شکست به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین، خودتنظیمی هیجانی به‌عنوان متغیر میانجی و وسواس فکری–عملی به‌عنوان متغیر پیامد در نظر گرفته شدند. در مدل نهایی، مسیرهای مستقیم هر شش حوزه طرحواره به سمت خودتنظیمی هیجانی منفی و مسیرهای مستقیم آن‌ها به سمت وسواس فکری–عملی مثبت بودند. همچنین مسیر خودتنظیمی هیجانی به وسواس فکری–عملی منفی برآورد شد. جهت این ضرایب نشان داد که افزایش شدت هر یک از حوزه‌های طرحواره ناسازگار اولیه با کاهش توانایی خودتنظیمی هیجانی و افزایش نشانه‌های وسواس فکری–عملی همراه است و در مقابل، افزایش خودتنظیمی هیجانی با کاهش شدت نشانه‌های وسواس فکری–عملی ارتباط دارد. این الگوی کلی با فرضیه میانجی‌گری پژوهش همسو بود و نشان داد که بخشی از رابطه میان حوزه‌های طرحواره‌ای و وسواس فکری–عملی می‌تواند از طریق کاهش خودتنظیمی هیجانی تبیین شود.

جدول ۴. ضرایب مسیر مستقیم در مدل ساختاری پژوهش

مسیر	B	SE	β	t	p
رهاشدگی ← خودتنظیمی هیجانی	-۰.۸۲	۰.۲۱	-۰.۲۱	-۳.۹۰	<۰.۰۰۱
وابستگی–بی‌کفایتی ← خودتنظیمی هیجانی	-۰.۶۷	۰.۲۰	-۰.۱۷	-۳.۳۵	۰.۰۰۱
بازداری هیجانی ← خودتنظیمی هیجانی	-۰.۹۱	۰.۲۲	-۰.۲۴	-۴.۱۴	<۰.۰۰۱
نقص–شرم ← خودتنظیمی هیجانی	-۱.۰۴	۰.۲۳	-۰.۲۷	-۴.۵۲	<۰.۰۰۱
معیارهای سرسختانه ← خودتنظیمی هیجانی	-۰.۴۹	۰.۱۸	-۰.۱۴	-۲.۷۲	۰.۰۰۷
شکست ← خودتنظیمی هیجانی	-۰.۷۱	۰.۲۱	-۰.۱۸	-۳.۳۸	۰.۰۰۱
رهاشدگی ← وسواس فکری–عملی	۰.۲۹	۰.۰۹	۰.۱۸	۳.۲۲	۰.۰۰۱
وابستگی–بی‌کفایتی ← وسواس فکری–عملی	۰.۲۲	۰.۰۸	۰.۱۴	۲.۷۵	۰.۰۰۶

بازداری هیجانی ← وسواس فکری–عملی	۰.۳۱	۰.۰۹	۰.۱۹	۳.۴۴	۰.۰۰۱
نقص–شرم ← وسواس فکری–عملی	۰.۳۷	۰.۰۹	۰.۲۳	۴.۱۱	<۰.۰۰۱
معیارهای سرسختانه ← وسواس فکری–عملی	۰.۱۸	۰.۰۷	۰.۱۲	۲.۵۷	۰.۰۱۰
شکست ← وسواس فکری–عملی	۰.۲۵	۰.۰۸	۰.۱۶	۳.۱۳	۰.۰۰۲
خودتنظیمی هیجانی ← وسواس فکری–عملی	-۰.۱۲	۰.۰۲	-۰.۳۶	-۶.۰۰	<۰.۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان داد که تمامی مسیرهای مستقیم پیش‌بینی‌شده در مدل از نظر آماری معنادار بودند. در ارتباط با پیش‌بینی خودتنظیمی هیجانی، حوزه نقص–شرم قوی‌ترین اثر استانداردشده منفی را بر خودتنظیمی هیجانی داشت و ضریب مسیر استاندارد آن برابر با -۰,۲۷ بود. پس از آن، بازداری هیجانی با ضریب -۰,۲۴، رهاشدگی با ضریب -۰,۲۱، شکست با ضریب -۰,۱۸، وابستگی–بی‌کفایتی با ضریب -۰,۱۷ و معیارهای سرسختانه با ضریب -۰,۱۴ قرار داشتند. بنابراین، افزایش هر یک از این حوزه‌های طرحواره‌ای با کاهش معنادار سطح خودتنظیمی هیجانی همراه بود. همچنین نتایج مربوط به پیش‌بینی مستقیم وسواس فکری–عملی نشان داد که نقص–شرم با ضریب استاندارد ۰,۲۳ بیشترین اثر مستقیم مثبت را بر وسواس فکری–عملی داشت. بازداری هیجانی با ضریب ۰,۱۹، رهاشدگی با ضریب ۰,۱۸، شکست با ضریب ۰,۱۶، وابستگی–بی‌کفایتی با ضریب ۰,۱۴ و معیارهای سرسختانه با ضریب ۰,۱۲ نیز به‌طور مثبت و معناداری وسواس فکری–عملی را پیش‌بینی کردند. افزون بر این، اثر مستقیم خودتنظیمی هیجانی بر وسواس فکری–عملی منفی و معنادار بود و ضریب مسیر استاندارد آن برابر با -۰,۳۶ به دست آمد. این ضریب نشان می‌دهد که با افزایش یک انحراف معیار در خودتنظیمی هیجانی، نمره وسواس فکری–عملی به میزان ۰,۳۶ انحراف معیار کاهش می‌یابد. در مجموع، یافته‌های مربوط به مسیرهای مستقیم نشان دادند که هر شش حوزه طرحواره‌ای به‌طور همزمان هم از طریق کاهش خودتنظیمی هیجانی و هم به‌طور مستقیم با افزایش نشانه‌های وسواس فکری–عملی ارتباط دارند.

جدول ۵. اثرات غیرمستقیم حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر وسواس فکری–عملی با میانجی‌گری خودتنظیمی هیجانی

مسیر غیرمستقیم	اثر غیرمستقیم استاندارد	Boot SE	حد پایین فاصله اطمینان ۹۵ درصد	حد بالای فاصله اطمینان ۹۵ درصد	p
رهاشدگی ← خودتنظیمی هیجانی ← وسواس فکری–عملی	۰.۰۷۶	۰.۰۲۵	۰.۰۳۴	۰.۱۳۲	۰.۰۰۱
وابستگی–بی‌کفایتی ← خودتنظیمی هیجانی ← وسواس فکری–عملی	۰.۰۶۱	۰.۰۲۳	۰.۰۲۴	۰.۱۱۳	۰.۰۰۳
بازداری هیجانی ← خودتنظیمی هیجانی ← وسواس فکری–عملی	۰.۰۸۶	۰.۰۲۷	۰.۰۴۱	۰.۱۴۶	<۰.۰۰۱
نقص–شرم ← خودتنظیمی هیجانی ← وسواس فکری–عملی	۰.۰۹۷	۰.۰۲۹	۰.۰۵۰	۰.۱۶۱	<۰.۰۰۱
معیارهای سرسختانه ← خودتنظیمی هیجانی ← وسواس فکری–عملی	۰.۰۵۰	۰.۰۲۱	۰.۰۱۷	۰.۰۹۹	۰.۰۰۶
شکست ← خودتنظیمی هیجانی ← وسواس فکری–عملی	۰.۰۶۵	۰.۰۲۴	۰.۰۲۷	۰.۱۱۹	۰.۰۰۲

نتایج تحلیل بوت‌استرپ ارائه‌شده در جدول ۵ نشان داد که خودتنظیمی هیجانی در رابطه میان هر شش حوزه طرحواره ناسازگار اولیه و نشانه‌های وسواس فکری–عملی دارای نقش میانجی معنادار بود. اثر غیرمستقیم رهاشدگی بر وسواس فکری–عملی از طریق خودتنظیمی هیجانی برابر با ۰,۰۷۶ بود و فاصله اطمینان ۹۵ درصد آن بین ۰,۰۳۴ و ۰,۱۳۲ قرار داشت. از آنجا که صفر در این فاصله اطمینان قرار نگرفت، اثر غیرمستقیم رهاشدگی معنادار بود. اثر غیرمستقیم وابستگی–بی‌کفایتی نیز برابر با ۰,۰۶۱ بود و فاصله اطمینان آن از ۰,۰۲۴ تا ۰,۱۱۳ متغیر بود که معناداری نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی را در این رابطه تأیید کرد. برای بازداری هیجانی، اثر غیرمستقیم برابر با ۰,۰۸۶ و

فاصله اطمینان بین ۰،۰۴۱ و ۰،۱۴۶ بود. همچنین حوزه نقص–شرم با اثر غیرمستقیم ۰،۰۹۷ قوی‌ترین اثر غیرمستقیم را از طریق خودتنظیمی هیجانی بر وسواس فکری–عملی نشان داد و فاصله اطمینان آن بین ۰،۰۵۰ و ۰،۱۶۱ قرار گرفت. اثر غیرمستقیم معیارهای سرسختانه برابر با ۰،۰۵۰ و اثر غیرمستقیم شکست برابر با ۰،۰۶۵ بود که فاصله اطمینان هر دو اثر نیز فاقد مقدار صفر بود. با توجه به اینکه مسیرهای مستقیم شش حوزه طرحواره به وسواس فکری–عملی پس از ورود خودتنظیمی هیجانی همچنان معنادار باقی ماندند، الگوی میانجی‌گری مشاهده‌شده از نوع میانجی‌گری جزئی بود. بنابراین، طرحواره‌های رهاشدگی، وابستگی–بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص–شرم، معیارهای سرسختانه و شکست علاوه بر اثر مستقیم بر افزایش نشانه‌های وسواس فکری–عملی، به‌صورت غیرمستقیم و از طریق کاهش خودتنظیمی هیجانی نیز با افزایش این نشانه‌ها مرتبط بودند. در میان این روابط، مسیر غیرمستقیم نقص–شرم قوی‌ترین و مسیر معیارهای سرسختانه ضعیف‌ترین اثر غیرمستقیم را نشان داد. این نتایج در مجموع فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در رابطه میان حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری–عملی در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی را تأیید کردند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه شش حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل رهاشدگی، وابستگی–بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص–شرم، معیارهای سرسختانه و شکست با وسواس فکری–عملی و آزمون نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که هر شش حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با وسواس فکری–عملی رابطه مثبت و معنادار دارند و در مقابل، با خودتنظیمی هیجانی رابطه منفی و معناداری نشان می‌دهند. همچنین، خودتنظیمی هیجانی با وسواس فکری–عملی رابطه منفی و معناداری داشت. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نیز نشان داد که هر شش حوزه طرحواره‌ای به‌طور مستقیم وسواس فکری–عملی را پیش‌بینی می‌کنند و به‌طور همزمان دارای اثر منفی معناداری بر خودتنظیمی هیجانی هستند. افزون بر این، خودتنظیمی هیجانی اثر منفی و معناداری بر وسواس فکری–عملی داشت و نتایج بوت‌استرپ نشان داد که خودتنظیمی هیجانی در رابطه میان هر یک از شش حوزه طرحواره ناسازگار اولیه و وسواس فکری–عملی نقش میانجی معناداری ایفا می‌کند. از آنجا که پس از ورود متغیر میانجی، مسیرهای مستقیم حوزه‌های طرحواره‌ای به وسواس فکری–عملی همچنان معنادار باقی ماندند، الگوی مشاهده‌شده بیانگر میانجی‌گری جزئی خودتنظیمی هیجانی بود. در میان حوزه‌های مورد بررسی، نقص–شرم و پس از آن بازداری هیجانی از قوی‌ترین ارتباط‌ها با کاهش خودتنظیمی هیجانی و افزایش نشانه‌های وسواسی برخوردار بودند.

یافته مربوط به رابطه مثبت میان حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری–عملی با نتایج مطالعات پیشین همسو است. سوهانی و محمودی ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار و نشانه‌های وسواس فکری–عملی را گزارش کرده و نشان داده‌اند که ساختارهای طرحواره‌ای می‌توانند در شدت و تداوم علائم وسواسی نقش داشته باشند (Sohani & Mahmoudi, 2025). همچنین، نتایج مطالعات درمانی حاکی از آن است که هدف قرار دادن طرحواره‌ها می‌تواند برخی از فرایندهای شناختی مرتبط با وسواس را کاهش دهد. قاسمی و ویسانی نشان دادند که آموزش مفاهیم طرحواره‌درمانی در نوجوانان دارای نشانه‌های وسواس فکری–عملی موجب کاهش اجتناب شناختی و عدم تحمل ابهام می‌شود (Ghasemi & Visani, 2024). حسنی‌پور و نصرتی نیز اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش خودسرزنشگری و اجتناب شناختی افراد دارای علائم وسواسی را تأیید کردند (Hassani Pour & Nosrati, 2024). علاوه بر این، ویسانی و همکاران گزارش کردند که آموزش مفاهیم طرحواره‌درمانی می‌تواند بر باورهای ناکارآمد و اجتناب شناختی افراد دارای نشانه‌های وسواس تأثیر بگذارد (Visani et al., 2024). همسویی این مطالعات با یافته حاضر نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند بخشی از زمینه شناختی پایدار برای شکل‌گیری یا تشدید افکار و رفتارهای وسواسی باشند.

برای تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان ساختارهای شناختی–هیجانی عمیق، شیوه ادراک و تفسیر فرد از رویدادهای درونی و بیرونی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. هنگامی که طرحواره‌ای مانند رهاشدگی، نقص–شرم، شکست یا وابستگی–بی‌کفایتی فعال می‌شود، فرد ممکن است موقعیت‌های مبهم، انتقاد دیگران، نارضایتی از ظاهر یا احتمال طرد اجتماعی را به‌صورت تهدیدآمیزتر از واقعیت ارزیابی کند. چنین تفسیرهایی می‌تواند اضطراب، احساس بی‌ارزشی، شرم و نیاز به کنترل را افزایش دهد. در این شرایط، افکار وسواسی می‌توانند به‌عنوان شکل خاصی از اشتغال ذهنی تکرارشونده ظاهر شوند و اعمال اجباری یا رفتارهای وارسی‌کننده نیز به‌عنوان راهبردهایی برای کاهش موقت اضطراب عمل کنند. اگرچه این رفتارها در کوتاه‌مدت ممکن است موجب کاهش تنش شوند، اما در بلندمدت چرخه وسواس را تقویت می‌کنند. یافته معین و فراهانی‌فر مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری و کمال‌گرایی افراد دارای وسواس مقاوم به درمان نیز از این تبیین حمایت می‌کند، زیرا نشان می‌دهد که ساختارهای طرحواره‌ای با فرایندهای تکرارشونده شناختی مرتبط با وسواس ارتباط دارند (Moien & Farahani Far, 2024).

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که تمامی شش حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با خودتنظیمی هیجانی رابطه منفی و معناداری دارند. این یافته با مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر طرحواره می‌توانند به بهبود تنظیم هیجان منجر شوند. حسینی در مقایسه درمان شناختی–رفتاری و طرحواره‌درمانی نشان داد که طرحواره‌درمانی می‌تواند تنظیم هیجان را به‌طور معناداری ارتقا دهد (Hosseini, 2024). معالی مهرآبانی و همکاران نیز اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان زنان متأهل را گزارش کردند (Maali Mehrabani et al., 2024). محمدیان امیری و همکاران نیز نشان دادند که طرحواره‌درمانی در زنان مبتلا به چاقی می‌تواند موجب بهبود تنظیم هیجان شود (Mohammadian Amiri et al., 2024). همچنین، عصارزاده در زنان پس از ماستکتومی نشان داد که مداخلات طرحواره‌محور می‌توانند همراه با بهبود تصویر بدن، تنظیم هیجان را نیز ارتقا دهند (Assarzadeh, 2025). این شواهد از این دیدگاه حمایت می‌کنند که طرحواره‌های ناسازگار و دشواری در تنظیم هیجان دو فرایند جدا از هم نیستند، بلکه به‌طور متقابل با یکدیگر در ارتباط‌اند.

از نظر تبیینی، افراد دارای طرحواره‌های ناسازگار معمولاً در مواجهه با فعال شدن این طرحواره‌ها هیجان‌های شدید و ناخوشایندی را تجربه می‌کنند. برای مثال، فعال شدن طرحواره نقص–شرم می‌تواند با شرم، خودانتقادی، احساس زشتی یا بی‌ارزشی همراه باشد؛ طرحواره شکست ممکن است احساس ناتوانی و ناامیدی را افزایش دهد؛ وابستگی–بی‌کفایتی با تردید در توانایی تصمیم‌گیری و مدیریت مستقل شرایط همراه است؛ رهاشدگی می‌تواند اضطراب جدایی و حساسیت نسبت به طرد را افزایش دهد؛ بازداری هیجانی موجب مهار یا سرکوب هیجان‌ها می‌شود و معیارهای سرسختانه نیز فرد را در معرض فشار دائمی برای رسیدن به استانداردهای بسیار بالا قرار می‌دهد. در صورتی که فرد فاقد مهارت کافی برای شناسایی، پذیرش و تعدیل این حالات باشد، ظرفیت خودتنظیمی هیجانی کاهش می‌یابد. نتیجه این وضعیت می‌تواند استفاده از راهبردهای ناکارآمد مانند سرکوب، اجتناب، نشخوار ذهنی، وارسی مداوم، اطمینان‌جویی یا رفتارهای تکرارشونده باشد. در همین زمینه، موسوی و همکاران نشان دادند که درمان طرحواره هیجانی می‌تواند خودتنظیمی و تحمل ناکامی را بهبود بخشد (Mousavi et al., 2024).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که خودتنظیمی هیجانی با وسواس فکری–عملی رابطه منفی و معنادار دارد و افزایش خودتنظیمی هیجانی با کاهش شدت نشانه‌های وسواسی همراه است. این نتیجه با یافته‌های زارعی و همکاران همخوانی دارد که نشان دادند مداخلات مؤثر بر تنظیم هیجان می‌توانند در زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری–عملی موجب بهبود تنظیم هیجان و تحمل پریشانی شوند (Zareei et al., 2024). این یافته را می‌توان بر اساس نقش تنظیم هیجان در مدیریت تجربه افکار مزاحم تبیین کرد. فردی که توانایی بیشتری برای شناسایی، تحمل و تنظیم هیجان‌های منفی دارد، هنگام تجربه یک فکر مزاحم یا احساس ناخواسته الزام کمتری برای خنثی‌سازی آن احساس می‌کند. در مقابل، فردی که در خودتنظیمی هیجانی ضعف دارد، ممکن است افکار مزاحم را خطرناک‌تر ارزیابی کند، ناراحتی ناشی از آن‌ها را غیرقابل تحمل بداند و برای دستیابی به آرامش فوری به رفتارهای اجباری متوسل شود. به این ترتیب، ضعف در تنظیم هیجان می‌تواند زمینه تداوم چرخه وسواس را فراهم کند.

مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر تأیید نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در رابطه میان هر شش حوزه طرحواره ناسازگار اولیه و وسواس فکری–عملی بود. این یافته نشان می‌دهد که طرحواره‌ها نه تنها مستقیماً با علائم وسواسی ارتباط دارند، بلکه بخشی از تأثیر خود را از طریق کاهش توانایی فرد در تنظیم و مدیریت هیجان‌ها اعمال می‌کنند. این نتیجه با مدل ساختاری گزارش‌شده توسط خباز ثبت و همکاران همسو است که در آن تنظیم هیجان نقش واسطه‌ای در رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار و گرایش به جراحی زیبایی ایفا می‌کرد (Khabbaz Sabt et al., 2022). همچنین، رشیدی‌فر و کرمی نشان دادند که در متقاضیان جراحی زیبایی، رابطه طرحواره‌های ناسازگار با اختلال بدشکلی بدن می‌تواند از طریق فرایندهایی مانند نشخوار و تنظیم شناختی هیجان توضیح داده شود (Rashidifar & Karami, 2025). همسویی این یافته‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجان می‌تواند یکی از سازوکارهای مرکزی در انتقال اثر طرحواره‌های عمیق به نشانه‌های روان‌شناختی آشکار باشد. نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی را می‌توان به این صورت تبیین کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ابتدا ارزیابی فرد از خود و موقعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهند و سپس از طریق ایجاد هیجان‌های شدید، ظرفیت مدیریت و تعدیل هیجان را به چالش می‌کشند. فرد دارای طرحواره نقص–شرم ممکن است هنگام مقایسه ظاهر خود با دیگران احساس شرم و نابسندگی شدیدی تجربه کند. اگر خودتنظیمی هیجانی وی ضعیف باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که برای کاهش این ناراحتی به اشتغال ذهنی مداوم درباره ظاهر، وارسی آینه، مقایسه بدنی، اطمینان‌جویی یا تلاش‌های مکرر برای تغییر ظاهر روی آورد. چنین الگویی از نظر عملکردی شباهت زیادی با چرخه‌های وسواسی دارد. در نتیجه، خودتنظیمی هیجانی می‌تواند تعیین کند که فعال شدن یک طرحواره تا چه اندازه به نشانه‌های وسواس فکری–عملی منتهی شود.

در میان حوزه‌های طرحواره‌ای، نقص–شرم قوی‌ترین رابطه را با وسواس فکری–عملی و یکی از قوی‌ترین روابط منفی را با خودتنظیمی هیجانی نشان داد. این یافته در گروه زنان متقاضی جراحی زیبایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. طرحواره نقص–شرم با باور عمیق فرد مبنی بر معیوب، نخواستنی یا کمتر ارزشمند بودن همراه است و ظاهر جسمانی می‌تواند یکی از مهم‌ترین حوزه‌هایی باشد که این باور در آن فعال می‌شود. پژوهش خواجه‌حسنی‌رابری و همکاران نشان داد که طرحواره‌درمانی می‌تواند شرم بدنی را در زنان متقاضی جراحی زیبایی کاهش دهد (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024). همچنین، ربیعی و همکاران نشان دادند که مداخلات مبتنی بر طرحواره می‌توانند تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد را در زنان متقاضی جراحی زیبایی کاهش دهند (Rabiei et al., 2023). این یافته‌ها می‌توانند توضیح دهند که چرا حوزه نقص–شرم در پژوهش حاضر سهم برجسته‌تری در پیش‌بینی نشانه‌های وسواسی داشته است.

بازداری هیجانی نیز از حوزه‌های مهم در مدل پژوهش بود. افرادی که از نظر طرحواره‌ای گرایش زیادی به بازداری هیجانی دارند، معمولاً هیجان‌های خود را سرکوب کرده یا ابراز آن‌ها را نامناسب می‌دانند. سرکوب مداوم هیجان نه تنها به حل تجربه هیجانی منجر نمی‌شود، بلکه می‌تواند موجب افزایش برانگیختگی درونی و اشتغال ذهنی شود. در چنین شرایطی، افکار مزاحم یا رفتارهای تکرارشونده ممکن است به‌عنوان راهی غیرمستقیم برای مدیریت اضطراب ظاهر شوند. از سوی دیگر، معیارهای سرسختانه نیز اگرچه نسبت به برخی حوزه‌ها اثر ضعیف‌تری داشت، اما همچنان به‌طور معناداری با وسواس فکری–عملی مرتبط بود. این نتیجه با یافته معین و فراهانی‌فر درباره ارتباط طرحواره‌درمانی، کمال‌گرایی و وسواس همسو است (Moien & Farahani Far, 2024). استانداردهای افراطی، نیاز به کامل بودن و حساسیت شدید نسبت به خطا می‌توانند با ویژگی‌های وسواسی مانند وارسی، تکرار و نیاز به اطمینان ارتباط داشته باشند.

در زمینه زنان متقاضی جراحی زیبایی، این الگوهای روان‌شناختی می‌توانند با نارضایتی بدنی و تمایل به اصلاح مکرر ظاهر نیز پیوند پیدا کنند. نیلفروشان و همکاران وجود ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سلامت عمومی زنان متقاضی جراحی زیبایی را گزارش کرده‌اند (Nilforoushan et al., 2023). همچنین، شواهد حاصل از پژوهش‌های مداخله‌ای نشان می‌دهد که هدف قرار دادن ساختارهای طرحواره‌ای می‌تواند مؤلفه‌هایی مانند تصویر بدنی منفی، شرم بدنی، حساسیت به طرد و خودشفقتی را در این گروه بهبود بخشد (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024; Rabiei et al., 2023). بنابراین، نتایج حاضر را می‌توان در چارچوب گسترده‌تری

در نظر گرفت که در آن طرحواره‌های ناسازگار، اختلال در تنظیم هیجان، نگرانی‌های مربوط به ظاهر و علائم وسواسی بخشی از یک شبکه به‌هم‌پیوسته از عوامل شناختی و هیجانی هستند.

همچنین باید به نقش عدم تحمل ابهام و نیاز به قطعیت در تبیین یافته‌ها توجه داشت. مطالعات نشان داده‌اند که کاهش عدم تحمل ابهام می‌تواند با کاهش برخی الگوهای شناختی ناکارآمد همراه باشد (Mahvash et al., 2024). در افراد دارای نشانه‌های وسواسی، نیاز زیاد به قطعیت می‌تواند سبب شود فرد نتواند احتمال وجود نقص، قضاوت منفی دیگران یا نتیجه نامشخص یک تصمیم را تحمل کند. چنین فرایندی در زنان متقاضی جراحی زیبایی ممکن است به‌صورت اشتغال ذهنی مداوم با ظاهر، مقایسه مکرر خود با معیارهای زیبایی و تردید درباره رضایت‌بخش بودن ظاهر بروز کند. اگر این افراد همزمان از خودتنظیمی هیجانی پایین برخوردار باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که برای کاهش ناراحتی ناشی از عدم قطعیت به رفتارهای تکرارشونده یا تصمیم‌های اصلاحی متوالی روی آورند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که برای فهم نشانه‌های وسواس فکری–عملی در زنان متقاضی جراحی زیبایی، توجه صرف به علائم آشکار کافی نیست و لازم است ساختارهای شناختی عمیق و فرایندهای تنظیم هیجان نیز مورد بررسی قرار گیرند. نتایج از الگویی حمایت می‌کند که در آن طرحواره‌های رهاشدگی، وابستگی–بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص–شرم، معیارهای سرسختانه و شکست می‌توانند هم به‌صورت مستقیم و هم از مسیر تضعیف خودتنظیمی هیجانی با شدت بیشتر نشانه‌های وسواس فکری–عملی همراه باشند. این یافته‌ها با شواهد حاصل از مطالعات طرحواره‌درمانی و پژوهش‌های مربوط به تنظیم هیجان، وسواس و جراحی زیبایی همسو است و بر ضرورت توجه همزمان به ابعاد شناختی و هیجانی در ارزیابی زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی تأکید می‌کند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از طرح توصیفی–همبستگی بود که امکان استنباط رابطه علّی قطعی میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودتنظیمی هیجانی و وسواس فکری–عملی را محدود می‌کند. همچنین، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شدند و بنابراین احتمال تأثیر سوگیری پاسخ، مطلوبیت اجتماعی و برداشت شخصی مشارکت‌کنندگان وجود دارد. جامعه پژوهش به زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به دو مرکز درمانی در شهر تهران محدود بود و این موضوع تعمیم یافته‌ها به زنان سایر مناطق، مردان متقاضی جراحی زیبایی یا افرادی که از خدمات مراکز خصوصی استفاده می‌کنند را با احتیاط همراه می‌سازد. افزون بر این، پژوهش حاضر تفاوت‌های احتمالی مرتبط با نوع جراحی زیبایی، تعداد جراحی‌های قبلی، انگیزه اصلی برای جراحی، وضعیت اقتصادی–اجتماعی و وجود تشخیص‌های بالینی روان‌شناختی را به‌صورت تفصیلی بررسی نکرد. از آنجا که مدل حاضر مبتنی بر داده‌های مقطعی بود، پایداری روابط مشاهده‌شده در طول زمان نیز مشخص نیست.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های طولی، آینده‌نگر و در صورت امکان مداخله‌ای، جهت و پایداری روابط میان حوزه‌های طرحواره‌ای، خودتنظیمی هیجانی و نشانه‌های وسواس فکری–عملی را بررسی کنند. همچنین، مطالعه مدل حاضر در نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر جنسیت، سن، نوع جراحی، سابقه جراحی، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی–اقتصادی می‌تواند به افزایش قابلیت تعمیم یافته‌ها کمک کند. بررسی متغیرهای میانجی یا تعدیل‌گر دیگر مانند تصویر بدنی، شرم بدنی، کمال‌گرایی، خودشفقتی، نشخوار فکری، عدم تحمل بلاتکلیفی، اضطراب اجتماعی و حساسیت به طرد نیز می‌تواند مدل تبیینی جامع‌تری فراهم سازد. استفاده همزمان از ابزارهای خودگزارشی، مصاحبه بالینی و ارزیابی‌های رفتاری نیز پیشنهاد می‌شود تا دقت اندازه‌گیری متغیرها افزایش یابد. همچنین، مقایسه زنان متقاضی جراحی زیبایی با زنان غیرمتقاضی یا با افرادی که پس از جراحی از نتیجه خود رضایت یا نارضایتی متفاوتی دارند می‌تواند اطلاعات مهمی درباره نقش اختصاصی طرحواره‌ها و خودتنظیمی هیجانی فراهم کند.

از نظر کاربردی پیشنهاد می‌شود مراکز جراحی زیبایی، به‌ویژه در مرحله ارزیابی پیش از عمل، غربالگری روان‌شناختی ساختارمندتری برای شناسایی نشانه‌های وسواس فکری–عملی، مشکلات خودتنظیمی هیجانی و حوزه‌های برجسته طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نظر بگیرند. در زنانی که نمرات بالایی در حوزه‌هایی مانند نقص–شرم، بازداری هیجانی، رهاشدگی یا معیارهای سرسختانه دارند، ارجاع به روان‌شناس یا

روان‌درمانگر پیش از تصمیم نهایی برای جراحی می‌تواند مفید باشد. همچنین، طراحی مداخلات کوتاه‌مدت مبتنی بر طرحواره‌درمانی، آموزش تنظیم هیجان، افزایش تحمل پریشانی و اصلاح ارزیابی‌های ناکارآمد درباره ظاهر می‌تواند به کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی این افراد کمک کند. لازم است جراحان زیبایی و کارکنان مراکز درمانی نیز نسبت به نشانه‌های هشداردهنده مانند اشتغال ذهنی شدید با نقص ظاهری، وارسی مکرر، درخواست‌های غیرواقع‌بینانه، سابقه جراحی‌های متعدد و نارضایتی پایدار از نتایج قبلی حساس باشند تا تصمیم‌گیری برای انجام جراحی صرفاً بر اساس ملاحظات جسمانی صورت نگیرد و وضعیت روان‌شناختی متقاضی نیز در فرایند تصمیم‌گیری مورد توجه قرار گیرد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Cosmetic surgery has increasingly developed from a primarily reconstructive medical procedure into a multidimensional phenomenon influenced by psychological, interpersonal, social, and cultural factors. For many applicants, the decision to undergo cosmetic surgery may not be solely related to the correction of an objectively identifiable physical feature; rather, it may also be associated with persistent dissatisfaction with appearance, negative body image, sensitivity to others' evaluations, body shame, and deeper cognitive-emotional vulnerabilities. Women seeking cosmetic surgery constitute an important population for psychological investigation because appearance-related concerns may interact with enduring beliefs about the

self, emotional difficulties, and repetitive patterns of thought and behavior. Previous studies have shown that women seeking cosmetic procedures may demonstrate psychological characteristics such as negative body image, body shame, rejection sensitivity, impaired general psychological health, and early maladaptive schemas (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024; Nilforoushan et al., 2023; Rabiei et al., 2023).

Early maladaptive schemas are enduring cognitive-emotional patterns that influence the way individuals interpret themselves, other people, interpersonal experiences, and emotionally significant events. Once activated, these schemas can generate intense negative affect and biased interpretations, thereby increasing vulnerability to maladaptive coping responses. In women seeking cosmetic surgery, schema-related beliefs may become particularly salient when physical appearance is incorporated into personal evaluations of worth, acceptance, competence, or social desirability. Previous evidence has demonstrated a significant association between early maladaptive schemas and psychological health among women seeking cosmetic surgery (Nilforoushan et al., 2023). Moreover, a structural investigation of cosmetic surgery tendency found that maladaptive schemas were related to the tendency toward cosmetic surgery and that emotion regulation played a mediating role in this relationship (Khabbaz Sabt et al., 2022). Similarly, evidence concerning body dysmorphic symptoms among cosmetic surgery applicants has suggested that maladaptive schemas may operate through cognitive and emotional mechanisms such as rumination and cognitive emotion regulation (Rashidifar & Karami, 2025).

The present study focused specifically on six schema domains: abandonment, dependence–incompetence, emotional inhibition, defectiveness–shame, unrelenting standards, and failure. These domains may be particularly relevant to women who are strongly concerned with appearance. Defectiveness–shame may intensify the belief that one is fundamentally flawed or undesirable; unrelenting standards may foster rigid expectations regarding an ideal appearance; failure and dependence–incompetence may reinforce perceptions of personal inadequacy; abandonment may increase sensitivity to rejection or loss of acceptance; and emotional inhibition may restrict adaptive expression and processing of negative emotional experiences. Consistent with this perspective, schema-focused interventions have been shown to improve body-related and emotional outcomes in women with significant body-image concerns and among women seeking cosmetic surgery (Assarzadeh, 2025; Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024; Rabiei et al., 2023).

Another psychological construct potentially relevant to this population is obsessive-compulsive symptomatology. Obsessive-compulsive symptoms involve recurrent intrusive thoughts, images, or impulses as well as repetitive behaviors or mental acts performed to reduce distress, prevent feared outcomes, or achieve a subjective sense of certainty or completeness. Maladaptive schemas may contribute to such symptoms by increasing threat-focused interpretations, self-criticism, perfectionistic demands, intolerance of uncertainty, and cognitive avoidance. Existing research has documented associations between maladaptive schemas and obsessive-compulsive symptoms and has provided evidence that schema-focused interventions may reduce obsessive symptoms or related cognitive processes (Sohani & Mahmoudi, 2025). Training in schema therapy concepts has also been associated with improvements in cognitive avoidance and intolerance of ambiguity among individuals with obsessive-compulsive symptoms (Ghasemi & Visani, 2024), while schema therapy has been found to reduce self-blame and cognitive avoidance (Hassani Pour & Nosrati, 2024). Other findings have indicated that schema-focused interventions influence dysfunctional beliefs and cognitive avoidance in individuals with obsessive-compulsive symptoms (Visani et al., 2024). Furthermore, schema therapy emphasizing schema modes has demonstrated effects on rumination and perfectionism among individuals with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (Moien & Farahani Far, 2024).

Emotional self-regulation may constitute an important mechanism linking maladaptive schemas to obsessive-compulsive symptoms. Emotional self-regulation refers to the capacity to monitor, organize, modify, and

manage emotional responses in accordance with situational demands and personal goals. Individuals with limited self-regulatory abilities may experience greater difficulty tolerating shame, anxiety, uncertainty, inadequacy, or perceived rejection and may consequently engage in repetitive cognitive or behavioral strategies to obtain short-term relief. Evidence indicates that schema-focused psychological interventions can improve emotion regulation across different populations (Hosseini, 2024; Maali Mehrabani et al., 2024; Mohammadian Amiri et al., 2024). Emotional schema therapy has likewise been reported to enhance self-regulation and frustration tolerance (Mousavi et al., 2024). Among women with obsessive-compulsive symptoms, interventions targeting cognitive and emotional processes have also produced improvements in emotion regulation and distress tolerance (Zareei et al., 2024). The broader relevance of tolerance of ambiguity to maladaptive cognitive and behavioral functioning further emphasizes the importance of studying regulatory processes when individuals are confronted with uncertainty and psychological distress (Mahvash et al., 2024). Accordingly, investigating emotional self-regulation as a mediator may clarify how deeper schema-related vulnerabilities become associated with observable obsessive-compulsive symptoms.

Therefore, the aim of the present study was to investigate the relationships of abandonment, dependence–incompetence, emotional inhibition, defectiveness–shame, unrelenting standards, and failure schemas with obsessive-compulsive symptoms, with the mediating role of emotional self-regulation in women seeking cosmetic surgery.

Methods and Materials

The present study was applied in purpose and descriptive-correlational in design, using structural equation modeling. The statistical population consisted of women seeking cosmetic surgery who attended Imam Khomeini Hospital and Mofarah Hospital in Tehran during 2025–2026. These medical centers were purposefully selected because of their relatively high volume of cosmetic surgery applicants, diversity of patients, and accessibility to the target population. A total of 300 eligible women were included in the final analysis. Eligibility criteria included being female, applying for a cosmetic surgical procedure, being an adult, having adequate Persian literacy to complete the questionnaires, and voluntarily agreeing to participate. Individuals were excluded if an acute physical or psychological condition prevented questionnaire completion, if a substantial proportion of questionnaire responses was missing, or if they withdrew from participation.

Data were collected using three standardized self-report instruments. Early maladaptive schemas were assessed using the Young Schema Questionnaire. In accordance with the conceptual model of the present study, six schema domains were examined separately: abandonment, dependence–incompetence, emotional inhibition, defectiveness–shame, unrelenting standards, and failure. No total score for early maladaptive schemas was calculated or used in the analyses. Obsessive-compulsive symptoms were assessed using the 18-item Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, which evaluates washing, checking, ordering, obsessing, hoarding, and mental neutralizing symptoms. Emotional self-regulation was assessed using the 63-item Miller and Brown Self-Regulation Questionnaire.

After obtaining the required permissions and coordinating with the selected hospitals, eligible applicants received information about the purpose and procedures of the study. Participation was voluntary, confidentiality was ensured, and participants were informed that they could discontinue participation at any stage. Descriptive statistics were first calculated, including means, standard deviations, ranges, skewness, and kurtosis. Pearson correlation coefficients were used to examine bivariate relationships among the study variables. Structural equation modeling was then conducted to estimate direct and indirect relationships. Model adequacy was evaluated using χ^2/df, GFI, AGFI, CFI, TLI, IFI, NFI, RMSEA, SRMR, PNFI, and PCFI. The significance of indirect effects was examined using bootstrapping and 95% confidence intervals. The significance level was set at 0.05.

Findings

The final sample consisted of 300 women with a mean age of 32.84 years (SD = 7.16), ranging from 19 to 52 years. Of the participants, 56.00% were married, 36.00% were single, and 8.00% were divorced or separated. Regarding education, 13.00% had a high-school diploma or lower education, 24.00% held an associate degree, 42.00% held a bachelor's degree, and 21.00% had a master's degree or higher. In addition, 58.00% were employed and 42.00% were unemployed. Approximately 65.67% were seeking cosmetic surgery for the first time, whereas 34.33% reported at least one previous cosmetic surgery.

The mean scores for the six schema domains were 19.42 (SD = 6.18) for abandonment, 17.86 (SD = 5.74) for dependence–incompetence, 18.73 (SD = 5.91) for emotional inhibition, 16.95 (SD = 5.63) for defectiveness–shame, 22.31 (SD = 6.27) for unrelenting standards, and 17.58 (SD = 5.69) for failure. Emotional self-regulation had a mean of 205.46 (SD = 27.84), while obsessive-compulsive symptoms had a mean of 23.68 (SD = 9.41). Skewness and kurtosis values were within acceptable ranges.

All six schema domains were positively and significantly correlated with obsessive-compulsive symptoms. The correlations were 0.53 for abandonment, 0.47 for dependence–incompetence, 0.55 for emotional inhibition, 0.59 for defectiveness–shame, 0.41 for unrelenting standards, and 0.50 for failure, all at $p < 0.01$. In contrast, all six schema domains were negatively correlated with emotional self-regulation, with coefficients ranging from -0.39 to -0.55. Emotional self-regulation was also significantly and negatively correlated with obsessive-compulsive symptoms ($r = -0.61$, $p < 0.01$).

The structural model demonstrated acceptable fit: $\chi^2 = 421.36$, $df = 184$, $\chi^2/df = 2.29$, GFI = 0.91, AGFI = 0.89, CFI = 0.95, TLI = 0.94, IFI = 0.95, NFI = 0.92, RMSEA = 0.066, SRMR = 0.052, PNFI = 0.73, and PCFI = 0.78. All six schema domains significantly and negatively predicted emotional self-regulation. Standardized path coefficients were -0.21 for abandonment, -0.17 for dependence–incompetence, -0.24 for emotional inhibition, -0.27 for defectiveness–shame, -0.14 for unrelenting standards, and -0.18 for failure. Each schema domain also had a significant positive direct effect on obsessive-compulsive symptoms, with standardized coefficients of 0.18, 0.14, 0.19, 0.23, 0.12, and 0.16, respectively. Emotional self-regulation significantly and negatively predicted obsessive-compulsive symptoms ($\beta = -0.36$, $p < 0.001$).

Bootstrapping confirmed significant indirect effects of all six schema domains on obsessive-compulsive symptoms through emotional self-regulation. The standardized indirect effects were 0.076 for abandonment, 0.061 for dependence–incompetence, 0.086 for emotional inhibition, 0.097 for defectiveness–shame, 0.050 for unrelenting standards, and 0.065 for failure. None of the corresponding 95% confidence intervals included zero. Because the direct effects remained significant after inclusion of the mediator, emotional self-regulation demonstrated partial mediation in all six relationships.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that maladaptive schema domains constitute important cognitive-emotional correlates of obsessive-compulsive symptoms among women seeking cosmetic surgery. Higher levels of abandonment, dependence–incompetence, emotional inhibition, defectiveness–shame, unrelenting standards, and failure were consistently associated with greater obsessive-compulsive symptom severity. These schemas may increase vulnerability to intrusive thoughts and repetitive behaviors by strengthening negative self-appraisals, perceived inadequacy, fear of rejection, perfectionistic expectations, and difficulty tolerating emotionally distressing experiences.

The particularly prominent role of defectiveness–shame may be clinically meaningful in women seeking cosmetic surgery. When individuals perceive themselves as fundamentally defective, unattractive, or unacceptable, concerns about physical appearance may become closely intertwined with self-worth. Such individuals may repeatedly monitor perceived flaws, compare themselves with others, or engage in persistent appearance-related rumination. Emotional inhibition also emerged as an important predictor, suggesting that

restricting emotional awareness and expression may intensify internal distress and encourage repetitive cognitive or behavioral attempts to manage that distress.

The mediating role of emotional self-regulation provides a more comprehensive explanation of these relationships. Maladaptive schemas may not translate directly into obsessive-compulsive symptoms in every individual. Instead, part of their influence appears to operate through the individual's ability to regulate emotional reactions triggered by schema activation. When emotional self-regulation is weak, anxiety, shame, uncertainty, inadequacy, and fear of rejection may become more difficult to tolerate. Repetitive thinking, checking, mental neutralization, or other compulsive responses may then function as short-term strategies for reducing emotional discomfort.

The partial rather than complete mediation observed in the present study also indicates that emotional self-regulation is not the only explanatory mechanism. Schema domains retained significant direct relationships with obsessive-compulsive symptoms after emotional self-regulation was incorporated into the model. Accordingly, other processes such as perfectionism, rumination, body-image disturbance, intolerance of uncertainty, rejection sensitivity, and cognitive avoidance may also contribute to these relationships.

Overall, the findings support an integrated cognitive-emotional model in which distinct maladaptive schema domains are associated with obsessive-compulsive symptoms both directly and indirectly through reduced emotional self-regulation. The results highlight the importance of avoiding a single global schema score and instead examining specific schema domains, because the strength of relationships differed across abandonment, dependence–incompetence, emotional inhibition, defectiveness–shame, unrelenting standards, and failure. In particular, defectiveness–shame and emotional inhibition appeared to be especially relevant. The study therefore suggests that psychological assessment of women seeking cosmetic surgery may benefit from attention to both underlying maladaptive schemas and emotional self-regulation abilities. Interventions that simultaneously modify dysfunctional schema-based beliefs and strengthen adaptive emotional regulation may contribute to reducing obsessive-compulsive symptoms and improving psychological readiness for cosmetic procedures.

فهرست منابع

References

Assarzadeh, M. (2025). Dialectical Behavior Therapy Versus Schema Therapy for Enhancing Body Image, Emotion Regulation, and Sexual Quality of Life in Post-Mastectomy Women: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Breast Diseases and Medical Care*. https://doi.org/10.61838/ijbmc.v12i7.1192

Ghasemi, S., & Visani, M. (2024). The Effectiveness of Training Schema Therapy Concepts on Cognitive Avoidance and Intolerance of Ambiguity in Adolescents with Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, *13*(8), 41-50. http://frooyesh.ir/article-1-5265-fa.html

Hassani Pour, K., & Nosrati, K. (2024). The effectiveness of schema therapy on self-blame and cognitive avoidance in individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, *13*(11), 165-174.

Hosseini, S. A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Emotional Regulation and Resilience of Mothers with Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, *3*(1), 12-29. https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.442238.1045

Khabbaz Sabt, S., Poladi Rishahri, A., Keykhosravani, M., & Bahrani, M. (2022). Structural model of the relationships between tendency for cosmetic surgery with maladaptive schemas and fashion tendency, mediated by emotion regulation in women seeking cosmetic surgery in Bushehr. *Social Cognition*, *11*(1), 147-160. https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_9273.html?lang=en

Khajeh-Hasani-Rabari, F. H. E. S. H. E. M. F., & Abdollahi-Chirani, E. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Self-Compassion, Body Shame, and Uncertainty Intolerance in Women Applying for Cosmetic Surgery. *International Journal of Body, Mind & Culture (2345-5802)*, *11*(3).

Maali Mehrabani, E., Hobi, M., & Moradi, H. (2024). Effectiveness of schema therapy on emotional regulation in married women with military spouses. *Military Psychology*, *14*(4), 115-131. https://doi.org/10.18869/acadpub.jmp.14.4.2

Mahvash, M., Yamini, M., & Mahdian, H. (2024). Comparing the Effectiveness of Instructional Mental Imagery and Tolerance of Ambiguity Training on Students' Academic Procrastination [Research Article]. *Iranian Journal of Educational Sociology*, *7*(1), 10-20. https://doi.org/10.61838/kman.ijes.7.1.2

Mohammadian Amiri, A., Hassanzadeh, R., & Heydari, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Life Therapy on Emotion Regulation and Attitudes Towards Eating in Women with Obesity. *Health Nexus*, *2*(2), 68-76. https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.2.8

Moien, M., & Farahani Far, M. (2024). The effectiveness of schema therapy with an emphasis on schema mindsets on rumination and perfectionism in individuals with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Psychology Growth*, *13*(4), 144-135. https://frooyesh.ir

Mousavi, S., Heidari, A., Safarzadeh, S., Asgari, P., & Talebzadeh Shoushtari, M. (2024). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Self-Regulation and Frustration Tolerance in Female Students with Exam Anxiety. *Women's Health Bulletin*.

Nilforoushan, P., Navidian, A., & Shahmohammadi, M. (2023). Early maladaptive schemas and general health in women seeking cosmetic surgery. *Psychiatric Nursing*, *3*(1), 12-23.

Rabiei, M., Mashayekh, M., Hatami, M., Zam, F., & Shabani, S. (2023). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Self-Compassion-Based Therapy on Loneliness, Negative Body Image, and Rejection Sensitivity in Women Seeking Cosmetic Surgery. *Journal of Disability Studies*, *13*.

Rashidifar, M., & Karami, M. (2025). Early maladaptive schemas, body dysmorphic disorder (BDD), and the mediating role of rumination and cognitive emotion regulation: A focus on cosmetic surgery applicants. Proceedings of the International Conference on Research in Psychology, https://doi.org/10.33422/icrpconf.v2i1.798

Sohani, A., & Mahmoudi, M. (2025). Examining the Relationship between Maladaptive Schemas and Obsessive-Compulsive Disorder in Male Secondary School Students and the Effectiveness of Individual Schema Therapy on Obsessive Symptoms in Adolescent Girls. Fourth International Conference on New Achievements in Educational Sciences and Education in Iran and the World, Tehran. https://civilica.com/doc/2383934

Visani, M., Qasemi, S., & Manzari, V. (2024). The Effectiveness of Teaching Schema Therapy Concepts on Delusional Beliefs and Cognitive Avoidance in Individuals with Obsessive-Compulsive Symptoms. *Scientific-Research Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, *31*(4), 456-466.

Zareei, M. B., Bahrainian, S. A. M., Ahi, Q., & Mansouri, A. (2024). Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and schema therapy on emotion regulation and distress intolerance of women with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Research in Psychological Health*, *17*(4), 82-105. https://rph.khu.ac.ir/article-1-4421-en.html