

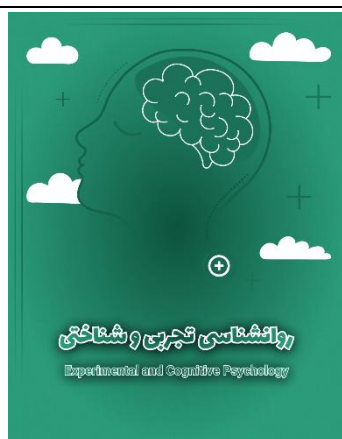
The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Perfectionism, and Obsessive-Compulsive Symptoms: The Mediating Role of Self-Regulation in Women Seeking Cosmetic Surgery

1. Hamed Tavakoli: Department of Psychology, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Abdolhossein Farhangi*: Department of Psychology, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3. Khadijeh Abolmaali Alhosseini: Department of Educational Psychology, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

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



Abstract:

Objective: This study aimed to examine the relationships of abandonment, dependence-incompetence, emotional inhibition, defectiveness-shame, unrelenting standards, failure, and perfectionism with obsessive-compulsive symptoms, considering the mediating role of self-regulation in women seeking cosmetic surgery.

Methods and Materials: This descriptive-correlational study employed structural equation modeling. The statistical population consisted of women seeking cosmetic surgery at Imam Khomeini and Mofarah hospitals in Tehran during 2025–2026. A total of 385 participants were selected through cluster random sampling. Data were collected using the Young Schema Questionnaire, the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, the Miller and Brown Self-Regulation Questionnaire, and the Hill Perfectionism Inventory. Data were analyzed using Pearson correlation coefficients and structural equation modeling in SPSS-26 and AMOS-24. Indirect effects were examined using bootstrapping with 5000 resamples.

Findings: All six schemas were positively and significantly associated with obsessive-compulsive symptoms, with defectiveness-shame showing the strongest correlation ($r=0.55$, $p<0.001$). Perfectionism was positively related to obsessive-compulsive symptoms ($r=0.47$, $p<0.001$), whereas self-regulation was negatively related to them ($r=-0.58$, $p<0.001$). In the structural model, all six schemas and perfectionism negatively predicted self-regulation, and self-regulation significantly and negatively predicted obsessive-compulsive symptoms ($\beta=-0.36$, $p<0.001$). The indirect effects of all six schemas and perfectionism through self-regulation were significant. The model explained 49% of the variance in self-regulation and 57% of the variance in obsessive-compulsive symptoms.

Conclusion: Self-regulation partially explains the relationships among maladaptive schemas, perfectionism, and obsessive-compulsive symptoms, highlighting the potential value of simultaneously addressing schema-related vulnerabilities, perfectionistic tendencies, and regulatory capacities in psychological assessment and intervention for women seeking cosmetic surgery.

Keywords: Early maladaptive schemas, perfectionism, obsessive-compulsive symptoms, self-regulation, cosmetic surgery

How to Cite: Tavakoli, H., Farhangi, A., & Abolmaali Alhosseini, K. (2027). The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Perfectionism, and Obsessive-Compulsive Symptoms: The Mediating Role of Self-Regulation in Women Seeking Cosmetic Surgery. *Journal of Experimental and Cognitive Psychology*, 4(3), 1-29.

Received: 18 May 2026

Revised: 31 August 2026

Accepted: 09 September 2026

Published: 12 September 2026



Copyright: © 2027 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons

Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کمال‌گرایی و وسواس فکری-عملی با نقش میانجی خودتنظیمی در زنان متقاضی جراحی زیبایی

۱. حامد توکلی^{ID}: گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. عبدالحسن فرهنگ^{ID}*: گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. خدیجه ابوالمعالی الحسینی^{ID}: گروه روانشناسی تربیتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

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

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه طرحواره‌های رهاشدگی، وابستگی-بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص-شرم، معیارهای سرسختانه و شکست و نیز کمال‌گرایی با وسواس فکری-عملی با نقش میانجی خودتنظیمی در زنان متقاضی جراحی زیبایی انجام شد.

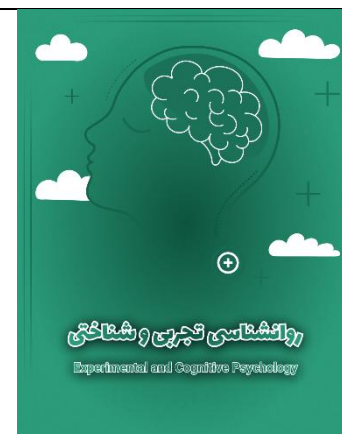
مواد و روش: این پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و مفرح شهر تهران در سال‌های ۲۰۲۵-۲۰۲۶ بود که از میان آنان ۳۸۵ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه طرحواره‌های یانگ، پرسشنامه تجدیدنظرشده وسواس فکری-عملی، پرسشنامه خودتنظیمی میلر و براون و پرسشنامه کمال‌گرایی هیل گردآوری شدند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS-۲۶ و AMOS ۲۴ تحلیل شدند و برای آزمون اثرات غیرمستقیم از بوت‌استرپ با ۵۰۰۰ بازنمونه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد همه شش طرحواره با وسواس فکری-عملی رابطه مثبت و معنادار داشتند و قوی‌ترین رابطه مربوط به نقص-شرم بود ($r=0.55$, $p<0.001$). کمال‌گرایی نیز با وسواس رابطه مثبت ($r=0.47$, $p<0.001$) و خودتنظیمی با وسواس رابطه منفی داشت ($r=-0.58$, $p<0.001$). در مدل ساختاری، همه شش طرحواره و کمال‌گرایی خودتنظیمی را به‌صورت منفی پیش‌بینی کردند و خودتنظیمی نیز اثر منفی معناداری بر وسواس داشت ($\beta=-0.36$, $p<0.001$). اثرات غیرمستقیم همه شش طرحواره و کمال‌گرایی از مسیر خودتنظیمی معنادار بود و مدل ۴۹ درصد از واریانس خودتنظیمی و ۵۷ درصد از واریانس وسواس فکری-عملی را تبیین کرد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان دادند خودتنظیمی بخشی از سازوکار ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار، کمال‌گرایی و وسواس فکری-عملی را توضیح می‌دهد و توجه همزمان به ساختارهای طرحواره‌ای، کمال‌گرایی و ظرفیت خودتنظیمی می‌تواند در ارزیابی و مداخلات روان‌شناختی زنان متقاضی جراحی زیبایی مفید باشد.

کلیدواژگان: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کمال‌گرایی، وسواس فکری-عملی، خودتنظیمی، جراحی زیبایی

نحوه استناددهی: توکلی، حامد، فرهنگ، عبدالحسن، و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۴۰۶). بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کمال‌گرایی و وسواس فکری-عملی با نقش میانجی خودتنظیمی در زنان متقاضی جراحی زیبایی. *روانشناسی تجربی و شناختی*، ۴(۳)، ۱-۲۹.



تاریخ دریافت: ۲۸ اردیبهشت ۱۴۰۵

تاریخ بازنگری: ۹ شهریور ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۸ شهریور ۱۴۰۵

تاریخ انتشار: ۲۱ شهریور ۱۴۰۵



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

Extended Abstract

Introduction

Cosmetic surgery has increasingly become a multidimensional phenomenon influenced not only by physical and aesthetic considerations but also by a complex network of cognitive, emotional, and personality-related factors. Although many individuals seek cosmetic procedures to improve satisfaction with their physical appearance, evidence suggests that in some applicants, the decision to undergo cosmetic surgery may be associated with deeper psychological vulnerabilities, including body shame, negative self-evaluation, perfectionistic standards, emotion-regulation difficulties, and maladaptive cognitive schemas. Women seeking cosmetic surgery may be particularly vulnerable to appearance-related self-evaluations because their perception of physical attractiveness can become closely intertwined with self-worth, interpersonal validation, and perceived social acceptance. Previous studies have demonstrated that early maladaptive schemas and poorer general psychological health are relevant psychological characteristics among women seeking cosmetic surgery (Nilfroushan et al., 2023). Moreover, schema-focused interventions have been shown to improve self-compassion and reduce body shame and intolerance of uncertainty in this population, suggesting that underlying cognitive-emotional structures may play an important role in psychological functioning among cosmetic surgery applicants (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024).

Early maladaptive schemas are enduring and pervasive cognitive-emotional patterns that typically develop in response to unmet emotional needs and adverse interpersonal experiences and may subsequently influence how individuals perceive themselves, others, and stressful situations. In the present study, six schemas were considered independently rather than being combined into an overall schema score: abandonment, dependence-incompetence, emotional inhibition, defectiveness-shame, unrelenting standards, and failure. These schemas may contribute to

psychological vulnerability through different mechanisms. Abandonment may intensify insecurity and fear of rejection; dependence-incompetence may reduce confidence in autonomous decision-making; emotional inhibition may encourage excessive suppression of emotions; defectiveness-shame may reinforce beliefs of being fundamentally flawed or undesirable; unrelenting standards may promote rigid expectations and excessive concern over mistakes; and failure may reinforce chronic perceptions of inadequacy. Recent evidence has shown that maladaptive schemas are associated with emotion dysregulation and psychological distress, and that their effects may be partly transmitted through impaired emotion-regulation processes (Razavi et al., 2024; Sepidkar et al., 2024; Zamani Nezami et al., 2026). Schema mechanisms have also been implicated in emotion dysregulation and impulsivity across complex forms of psychopathology, further emphasizing their transdiagnostic importance (Khosravi, 2025).

Among cosmetic surgery applicants, maladaptive schemas may be particularly relevant because negative core beliefs can become organized around perceived physical defects and appearance-related inadequacy. A woman with a prominent defectiveness-shame schema, for example, may interpret a disliked physical characteristic as evidence of a more global personal deficiency. Similarly, unrelenting standards may contribute to unrealistic aesthetic expectations and persistent dissatisfaction even when objective appearance is within normal limits. Research has shown associations between maladaptive schemas, body dysmorphic symptoms, rumination, and cognitive emotion regulation among cosmetic surgery applicants (Rashidifar & Karami, 2025). Furthermore, schema therapy has been reported to reduce perfectionism, body shame, and symptoms of body dysmorphic disorder among women seeking cosmetic surgery (Meshkouri et al., 2024; Moshkouri et al., 2024). These findings suggest that schema-related processes may be closely linked to both appearance

concerns and broader forms of psychopathology in this population.

Perfectionism represents another potentially important factor. Maladaptive perfectionism is characterized by excessively high standards, heightened sensitivity to mistakes, persistent self-criticism, and difficulty accepting outcomes that fall short of idealized expectations. Empirical evidence indicates that early maladaptive schemas are related to extreme perfectionism (Emami & Mohammadi, 2025), while failure and entitlement-related schema patterns have also been examined in relation to perfectionistic tendencies (Najafi & Ghorbani, 2024). Perfectionism is particularly relevant to obsessive-compulsive symptoms because both constructs may involve excessive concern with correctness, uncertainty, errors, control, and repeated checking. Evidence suggests that perfectionism may mediate the relationship between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive symptoms, particularly when accompanied by intolerance of uncertainty (Toroslu & Çırakoğlu, 2023). Moreover, schema-focused interventions have been effective in reducing perfectionism among individuals with obsessive-compulsive personality features and treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (Khaze et al., 2024; Moien & Farahani Far, 2024).

Obsessive-compulsive symptoms include intrusive thoughts, images, or impulses and repetitive behavioral or mental acts intended to reduce distress or prevent feared outcomes. Increasing attention has been devoted to the role of emotion-regulation processes in the onset and maintenance of such symptoms. Schema therapy has shown beneficial effects on self-blame, cognitive avoidance, dysfunctional beliefs, and obsessive-compulsive symptoms, suggesting that both deep cognitive structures and maladaptive regulatory processes may contribute to obsessive-compulsive psychopathology (Hassani Pour & Nosrati, 2024; Sohani & Mahmoudi, 2025; Visani et al., 2024). Emotion dysregulation has likewise been identified as an important clinical feature of obsessive-compulsive

disorder across different age groups (Thoustrup et al., 2025; Zahra & Ahmad, 2025). Attachment-related models further suggest that emotion regulation may mediate the influence of deeper interpersonal vulnerabilities on obsessive-compulsive symptoms (Nielsen et al., 2025). Clinical studies also indicate that interventions capable of modifying emotional regulation may improve related psychological mechanisms such as experiential avoidance, uncertainty intolerance, and pathological doubt (Mirzapour Alamdari et al., 2025; Rajaei Moshaei & Rasouli, 2025). Accordingly, self-regulation may constitute an important mechanism through which maladaptive schemas and perfectionism are associated with obsessive-compulsive symptoms.

Despite these findings, relatively few studies have simultaneously examined multiple specific maladaptive schemas, perfectionism, self-regulation, and obsessive-compulsive symptoms within an integrated structural model among women seeking cosmetic surgery. Therefore, the present study aimed to investigate the relationships of abandonment, dependence-incompetence, emotional inhibition, defectiveness-shame, unrelenting standards, failure, and perfectionism with obsessive-compulsive symptoms, with self-regulation as a mediating variable, among women seeking cosmetic surgery.

Methods and Materials

The study employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling. The statistical population consisted of women seeking cosmetic surgery at Imam Khomeini and Mofarah hospitals in Tehran during 2025–2026. Participants were selected using a cluster random sampling procedure. Sample size determination was based on the requirements of structural equation modeling and the number of observed indicators included in the conceptual model. Considering 34 indicators and a minimum ratio of approximately 10 participants per indicator, a minimum sample of 340 participants was required. To compensate for incomplete responses and potential data loss and to improve statistical power, the final sample size was increased to 385 women.

Eligibility criteria included being female, being at least 18 years old, seeking a cosmetic surgical procedure at one of the selected centers, having adequate Persian literacy to complete the questionnaires, providing informed consent, and having no apparent cognitive impairment that would substantially interfere with questionnaire completion. Participants with substantially incomplete questionnaires, invalid response patterns, or voluntary withdrawal were excluded. After obtaining ethical approval and institutional permissions, eligible participants were informed about the study purpose, confidentiality of their responses, voluntary participation, and their right to withdraw.

Data were collected using four standardized instruments. Early maladaptive schemas were assessed using the Young Schema Questionnaire. For the purposes of the present study, six schemas were investigated separately: abandonment, dependence-incompetence, emotional inhibition, defectiveness-shame, unrelenting standards, and failure. No overall score for early maladaptive schemas was calculated or analyzed. Obsessive-compulsive symptoms were assessed using the 18-item Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, which measures washing, checking, ordering, obsessing, hoarding, and neutralizing symptoms. Self-regulation was assessed using the 63-item Miller and Brown Self-Regulation Questionnaire, representing seven regulatory components. Perfectionism was assessed using the 58-item Hill Perfectionism Inventory.

Data were analyzed using SPSS version 26 and AMOS version 24. Descriptive statistics included mean, standard deviation, minimum, maximum, skewness, and kurtosis. Pearson correlation coefficients were calculated to examine bivariate relationships. Assumptions related to normality, linearity, multicollinearity, and outliers were evaluated before structural modeling. Structural equation modeling with maximum likelihood estimation was then used to test direct and indirect relationships. Model fit was assessed using χ^2/df , GFI, AGFI, CFI, TLI, IFI, NFI, RMSEA, and SRMR. The mediating role of self-regulation was examined

using 5000 bootstrap resamples and 95% confidence intervals. Statistical significance was set at 0.05.

Findings

The final sample consisted of 385 women with a mean age of 32.74 years and a standard deviation of 7.18, ranging from 18 to 54 years. Of the participants, 54.3% were married, 39.2% were single, and 6.5% were divorced or widowed. Regarding previous cosmetic procedures, 61.8% were seeking cosmetic surgery for the first time, whereas 38.2% reported at least one previous cosmetic surgical procedure.

Among the six schemas, unrelenting standards had the highest mean score at 4.08 ± 0.79 , followed by abandonment at 3.74 ± 0.91 , emotional inhibition at 3.61 ± 0.83 , defectiveness-shame at 3.46 ± 0.94 , failure at 3.38 ± 0.89 , and dependence-incompetence at 3.29 ± 0.86 . The mean perfectionism score was 3.83 ± 0.58 , the mean self-regulation score was 3.42 ± 0.52 , and the mean obsessive-compulsive symptom score was 25.86 ± 10.73 . Skewness values ranged from -0.16 to 0.48 and kurtosis values ranged from -0.51 to -0.17, supporting acceptable univariate normality. Variance inflation factor values ranged from 1.28 to 2.46, indicating no problematic multicollinearity.

Pearson correlations showed that all six schemas were positively and significantly correlated with obsessive-compulsive symptoms. The strongest correlation was observed for defectiveness-shame, $r = 0.55$, followed by failure, $r = 0.50$, abandonment, $r = 0.49$, dependence-incompetence, $r = 0.46$, emotional inhibition, $r = 0.44$, and unrelenting standards, $r = 0.39$; all correlations were statistically significant at $p < 0.001$. Perfectionism was also positively associated with obsessive-compulsive symptoms, $r = 0.47$, $p < 0.001$. In contrast, self-regulation was negatively associated with obsessive-compulsive symptoms, $r = -0.58$, $p < 0.001$. All six schemas were negatively associated with self-regulation, with coefficients ranging from -0.36 to -0.51, and perfectionism was negatively associated with self-regulation, $r = -0.43$, $p < 0.001$.

The structural model demonstrated satisfactory fit to the data: $\chi^2 = 612.48$, $df = 281$, $\chi^2/df = 2.18$, $GFI = 0.91$, $AGFI = 0.89$, $CFI = 0.95$, $TLI = 0.94$, $IFI = 0.95$, $NFI = 0.92$, $RMSEA = 0.056$, and $SRMR = 0.047$. All six schemas significantly and negatively predicted self-regulation. Standardized coefficients were -0.17 for abandonment, -0.15 for dependence-incompetence, -0.12 for emotional inhibition, -0.21 for defectiveness-shame, -0.11 for unrelenting standards, and -0.18 for failure. Perfectionism also negatively predicted self-regulation, $\beta = -0.19$, $p < 0.001$.

All six schemas also showed significant positive direct effects on obsessive-compulsive symptoms. The standardized coefficients were 0.13 for abandonment, 0.10 for dependence-incompetence, 0.11 for emotional inhibition, 0.18 for defectiveness-shame, 0.12 for unrelenting standards, and 0.14 for failure. Perfectionism positively predicted obsessive-compulsive symptoms, $\beta = 0.16$, $p < 0.001$, whereas self-regulation negatively predicted obsessive-compulsive symptoms, $\beta = -0.36$, $p < 0.001$. The model explained 49% of the variance in self-regulation and 57% of the variance in obsessive-compulsive symptoms.

Bootstrap analysis confirmed significant indirect effects through self-regulation for all predictors. The standardized indirect effects were 0.061 for abandonment, 0.054 for dependence-incompetence, 0.043 for emotional inhibition, 0.076 for defectiveness-shame, 0.040 for unrelenting standards, 0.065 for failure, and 0.068 for perfectionism. None of the 95% bootstrap confidence intervals included zero. Because the direct paths from all six schemas and perfectionism to obsessive-compulsive symptoms remained significant after self-regulation was introduced into the model, self-regulation demonstrated partial mediation in all examined relationships.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that obsessive-compulsive symptoms among women seeking cosmetic surgery are associated with a multidimensional network of cognitive and regulatory vulnerabilities rather than with a single

psychological factor. Each of the six maladaptive schemas contributed independently to obsessive-compulsive symptoms, demonstrating that different forms of deeply rooted negative beliefs may increase vulnerability through distinct mechanisms. Defectiveness-shame emerged as the most influential schema in both direct and indirect pathways. This result is especially meaningful in cosmetic surgery applicants because a persistent belief of being defective or unacceptable may become focused on physical appearance and may encourage repetitive self-monitoring, comparison, checking, and attempts to eliminate perceived imperfections.

Failure, abandonment, dependence-incompetence, emotional inhibition, and unrelenting standards also significantly contributed to obsessive-compulsive symptoms. Fear of failure may promote repeated checking and excessive caution; abandonment may increase insecurity and reassurance-seeking; dependence-incompetence may contribute to chronic doubt and low confidence in personal judgments; emotional inhibition may intensify internal tension by restricting adaptive emotional expression; and unrelenting standards may increase intolerance of mistakes and reinforce repetitive attempts to achieve an ideal outcome.

Perfectionism was independently associated with higher obsessive-compulsive symptoms and lower self-regulation. Women who maintain excessively rigid standards may experience substantial distress when their appearance, decisions, or outcomes do not correspond to an idealized standard. Such distress may increase cognitive preoccupation and repetitive behavior, particularly when regulatory capacities are insufficient. The negative association between self-regulation and obsessive-compulsive symptoms further suggests that regulatory capacity represents a protective psychological resource.

The mediation findings provide the central contribution of the study. All six schemas and perfectionism were associated with weaker self-regulation, which in turn predicted greater obsessive-compulsive symptoms. Therefore, self-regulation appears to represent one

mechanism through which longstanding cognitive-emotional vulnerabilities are translated into obsessive-compulsive manifestations. However, mediation was partial rather than complete, indicating that schemas and perfectionism also influence obsessive-compulsive symptoms through additional mechanisms not included in the model.

Overall, the findings support an integrated cognitive-regulatory explanation of obsessive-compulsive symptoms in women seeking cosmetic surgery. Psychological assessment before cosmetic procedures should therefore extend beyond dissatisfaction with physical appearance and

consider maladaptive schemas, perfectionistic tendencies, obsessive-compulsive symptoms, and regulatory capacities. Identifying individuals with pronounced defectiveness-shame, failure expectations, rigid standards, or poor self-regulation may facilitate timely psychological intervention and more informed surgical decision-making. Strengthening self-regulation, modifying maladaptive schemas, and reducing rigid perfectionistic standards may be particularly valuable components of psychological interventions for cosmetic surgery applicants who demonstrate elevated obsessive-compulsive vulnerability.

مقدمه

کودکی شکل می‌گیرند و در طول زندگی در موقعیت‌های مختلف فعال می‌شوند. هنگامی که یک طرحواره ناسازگار فعال می‌شود، فرد ممکن است رویدادها را به گونه‌ای تفسیر کند که محتوای آن طرحواره تأیید شود و همین فرایند می‌تواند به تداوم باورهای ناکارآمد، هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه منجر شود. در پژوهش حاضر، شش طرحواره رهاشدگی، وابستگی-بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص-شرم، معیارهای سرسختانه و شکست به عنوان شش متغیر مستقل و جداگانه مورد توجه قرار گرفته‌اند؛ زیرا هر یک از آن‌ها می‌توانند مسیر متفاوتی برای شکل‌گیری حساسیت‌های شناختی، هیجانی و رفتاری مرتبط با وسواس فکری-عملی ایجاد کنند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با آشفتگی روان‌شناختی و ضعف مهارت‌های تنظیم هیجان مرتبط‌اند و بخشی از اثر آن‌ها بر مشکلات روان‌شناختی ممکن است از طریق متغیرهای تنظیمی و فرایندهای مقابله‌ای اعمال شود (Razavi et al., 2024; Zamani Nezami et al., 2026).

طرحواره رهاشدگی با انتظار ناپایداری روابط و ترس از دست دادن حمایت عاطفی همراه است و می‌تواند فرد را نسبت به نشانه‌های طرد، فاصله یا تغییر در روابط به شدت حساس کند. طرحواره وابستگی-بی‌کفایتی نیز به احساس ناتوانی در انجام مستقل وظایف روزمره و نیاز افراطی به اتکا به دیگران اشاره دارد. در مقابل، بازداری هیجانی با سرکوب هیجان‌ها، خودداری از بیان نیازها و کنترل افراطی عواطف ارتباط دارد، در حالی که طرحواره نقص-شرم مبتنی بر باور عمیق فرد درباره معیوب، نامطلوب یا دوست‌نداشتنی بودن خود است. معیارهای سرسختانه با الزام درونی به دستیابی به عملکرد بسیار بالا، اجتناب از اشتباه و رعایت استانداردهای سخت‌گیرانه مشخص می‌شود و طرحواره شکست نیز شامل انتظار ناکامی، احساس بی‌کفایتی و باور به پایین‌تر بودن توانایی‌های فرد نسبت به دیگران است. این طرحواره‌ها به‌ویژه

در سال‌های اخیر، جراحی‌های زیبایی از یک مداخله صرفاً پزشکی برای اصلاح ناهنجاری‌های ظاهری فراتر رفته و به پدیده‌ای چندبعدی تبدیل شده‌اند که عوامل روان‌شناختی، اجتماعی، شناختی و هیجانی در شکل‌گیری و تداوم گرایش افراد به آن نقش دارند. اگرچه بخشی از متقاضیان جراحی‌های زیبایی با هدف افزایش رضایت از ظاهر، بهبود تصویر بدنی یا اصلاح یک ویژگی جسمانی مشخص به این مداخلات روی می‌آورند، شواهد نشان می‌دهد که در برخی از افراد، انگیزه جراحی می‌تواند با الگوهای عمیق‌تر شناختی و هیجانی، احساس شرم از بدن، نگرانی مفرط درباره ظاهر، کمال‌گرایی، خودارزیابی منفی و دشواری در تنظیم هیجان‌ها مرتبط باشد. به‌ویژه در زنان متقاضی جراحی زیبایی، مجموعه‌ای از آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی از جمله طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانه‌های مرتبط با بدشکلی بدن گزارش شده است و این متغیرها می‌توانند نحوه ادراک فرد از بدن، ارزشمندی شخصی و ضرورت تغییر ظاهر را تحت تأثیر قرار دهند (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024; Nilfroushan et al., 2023). در همین راستا، مطالعات انجام‌شده بر زنان متقاضی جراحی زیبایی نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر طرحواره می‌توانند کمال‌گرایی، شرم بدنی و نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن را کاهش دهند؛ یافته‌ای که اهمیت ساختارهای شناختی عمیق و پایدار را در تجربه روان‌شناختی این گروه برجسته می‌کند (Meshkouri et al., 2024; Moshkouri et al., 2024).

یکی از مفاهیم کلیدی در تبیین آسیب‌پذیری روان‌شناختی افراد متقاضی جراحی زیبایی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. طرحواره‌ها الگوهای گسترده و نسبتاً پایداری از شناخت، هیجان، خاطرات و احساسات بدنی هستند که عمدتاً در پاسخ به برآورده نشدن نیازهای هیجانی بنیادین در دوران

در شرایطی که ارزشمندی فرد به ظاهر، عملکرد یا تأیید دیگران وابسته شده باشد، می‌تواند زمینه‌ساز خودانتقادی، کمال‌گرایی، اضطراب، نشخوار فکری و رفتارهای تکراری شوند. یافته‌های مربوط به ارتباط طرحواره‌ها و کمال‌گرایی نیز نشان داده‌اند که ساختارهای طرحواره‌ای می‌توانند در شکل‌گیری کمال‌گرایی افراطی نقش داشته باشند و شدت بیشتر برخی طرحواره‌ها با سطوح بالاتر کمال‌گرایی همراه است (Emami & Mohammadi, 2025; Najafi & Ghorbani, 2024).

در زنان متقاضی جراحی زیبایی، اهمیت طرحواره نقص-شرم و معیارهای سرسختانه ممکن است بیش از سایر سازه‌ها قابل توجه باشد؛ زیرا فردی که در سطح بنیادی خود را ناقص، نامطلوب یا کمتر از استانداردهای پذیرفته‌شده ادراک می‌کند، ممکن است ظاهر جسمانی را به‌عنوان شاهی برای تأیید این باورهای منفی تلقی کند. در چنین شرایطی، تغییر ظاهر می‌تواند به صورت تلاشی برای اصلاح یک نقص ادراک‌شده، دستیابی به استاندارد ایده‌آل یا کاهش احساس شرم از خود تجربه شود. همچنین، طرحواره شکست و وابستگی-بی‌کفایتی ممکن است فرد را در ارزیابی خود با دیگران آسیب‌پذیرتر ساخته و وابستگی بیشتری به تأیید بیرونی ایجاد کنند. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه جراحی زیبایی نشان می‌دهند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدشکلی بدن و فرایندهای شناختی-هیجانی مرتبط با آن ارتباط دارند و متغیرهایی مانند نشخوار فکری و تنظیم شناختی هیجان می‌توانند در این رابطه نقش واسطه‌ای ایفا کنند (Rashidifar & Karami, 2025). همچنین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودشفقتی، شرم بدنی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان متقاضی جراحی زیبایی مؤید آن است که مداخلات بر ساختارهای طرحواره‌ای می‌توانند هم برداشت فرد از خود و هم واکنش‌های هیجانی او را تغییر دهند (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024).

در کنار طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کمال‌گرایی یکی دیگر از سازه‌های مهم در تبیین رفتارها و مشکلات روان‌شناختی این گروه است. کمال‌گرایی زمانی که به صورت انعطاف‌ناپذیر، افراطی و همراه با خودانتقادی ظاهر شود، فرد را در چرخه‌ای از تعیین استانداردهای بسیار بالا، ارزیابی مکرر عملکرد، تمرکز بر اشتباه و نارضایتی پایدار قرار می‌دهد. در حوزه تصویر بدنی، چنین الگویی می‌تواند باعث شود فرد کوچک‌ترین ناهماهنگی ظاهری را برجسته کند و میان وضعیت واقعی و تصویر ایده‌آل از بدن فاصله زیادی احساس نماید. از این منظر، جراحی زیبایی ممکن است نه فقط به‌عنوان راهی برای بهبود ظاهر، بلکه به‌عنوان ابزاری برای نزدیک شدن به معیارهای سخت‌گیرانه و کاهش نارضایتی ناشی از آن‌ها در نظر گرفته شود. یافته‌های مداخلاتی در زنان متقاضی جراحی زیبایی نشان داده‌اند که کاهش کمال‌گرایی همزمان با کاهش شرم بدنی و نشانه‌های بدشکلی بدن رخ می‌دهد که این امر نقش محوری کمال‌گرایی را در سازمان‌دهی تجربه روانی این افراد تقویت می‌کند (Meshkouri et al., 2024; Moshkouri et al., 2024).

کمال‌گرایی همچنین با وسواس فکری-عملی ارتباط نظری و تجربی مهمی دارد. افراد کمال‌گرا ممکن است خطا را غیرقابل قبول تلقی کنند، به درستی و قطعیت افراطی نیاز داشته باشند و در برابر شک و ابهام تحمل کمتری نشان دهند. این ویژگی‌ها با بسیاری از فرایندهای دخیل در وسواس فکری-عملی، مانند تردید، بررسی مکرر، نگرانی درباره پیامدهای اشتباه و تلاش برای کنترل افکار، همپوشانی دارند. شواهد نشان می‌دهد که کمال‌گرایی می‌تواند در رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانه‌های وسواسی نقش میانجی داشته باشد و همراه با عدم تحمل بلا تکلیفی، مسیر انتقال اثر ساختارهای شناختی عمیق به علائم وسواسی را تقویت کند (Toroslu & Çırakoğlu, 2023). همچنین، طرحواره‌درمانی با تأکید بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای توانسته است نشخوار فکری و کمال‌گرایی را در افراد مبتلا به

وسواس فکری-عملی مقاوم به درمان کاهش دهد که این یافته نیز بر پیوند میان طرحواره، کمال‌گرایی و وسواس تأکید دارد (Moien & Farahani, 2024; Far, 2024). در همین راستا، مداخلات گروهی مبتنی بر طرحواره نیز در کاهش کمال‌گرایی بیماران دارای اختلال شخصیت وسواسی-جبری مؤثر گزارش شده‌اند (Khaze et al., 2024).

وسواس فکری-عملی یکی از اختلالات پیچیده روان‌شناختی است که با افکار، تصاویر یا تکانه‌های ناخواسته و مزاحم و نیز رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری همراه می‌شود. اگرچه نشانه‌های وسواسی می‌توانند در سطح بالینی یا زیرآستانه‌ای ظاهر شوند، در هر دو حالت با اضطراب، احساس تردید، نیاز به کنترل، اجتناب شناختی و مشکلات تنظیم هیجان ارتباط دارند. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای علائم وسواس فکری-عملی از نظر باورهای شناختی، خودسرزنشگری و اجتناب شناختی دارای الگوهای ناکارآمدتری هستند و طرحواره‌درمانی می‌تواند این فرایندها را تعدیل کند (Hassani Pour & Nosrati, 2024; Visani et al., 2024). همچنین، رابطه مستقیم میان طرحواره‌های ناسازگار و علائم وسواس در گروه‌های مختلف گزارش شده و مداخلات مبتنی بر طرحواره توانسته‌اند شدت نشانه‌های وسواسی را کاهش دهند (Sohani & Mahmoudi, 2025). بنابراین، می‌توان انتظار داشت که طرحواره‌های مختلف نه به شکل یک سازه کلی، بلکه از طریق مسیرهای متمایز با شدت نشانه‌های وسواس فکری-عملی مرتبط باشند.

با این حال، رابطه میان طرحواره‌ها، کمال‌گرایی و وسواس فکری-عملی را نمی‌توان صرفاً با روابط مستقیم تبیین کرد و توجه به سازوکارهای تنظیمی می‌تواند درک دقیق‌تری از این فرایند فراهم سازد. خودتنظیمی به توانایی فرد برای نظارت، هدایت و تعدیل افکار، هیجان‌ها و رفتارهای خود در جهت اهداف سازگارانه اشاره دارد و در حوزه هیجانی، شامل توانایی شناسایی،

پذیرش، تعدیل و مدیریت پاسخ‌های هیجانی است. افرادی که از خودتنظیمی هیجانی ضعیف‌تری برخوردارند، در مواجهه با هیجان‌های منفی ممکن است بیشتر به اجتناب، سرکوب، نشخوار فکری، رفتارهای اجباری یا سایر راهبردهای ناکارآمد متوسل شوند. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با دشواری در تنظیم هیجان رابطه دارند و اختلال در تنظیم هیجان می‌تواند بخشی از پیامدهای رفتاری و اجتماعی ناشی از طرحواره‌ها را توضیح دهد (Sepidkar et al., 2024). همچنین، مدل‌های علی تنظیم شناختی هیجان نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق ایجاد الگوهای ناکارآمد پردازش و ارزیابی هیجان، توانایی فرد را برای انتخاب راهبردهای سازگارانه کاهش می‌دهند (Razavi et al., 2024).

شواهد جدیدتر نیز نشان می‌دهند که نقش طرحواره‌ها در بی‌نظمی هیجانی محدود به یک اختلال خاص نیست و می‌تواند در طیف وسیعی از آسیب‌شناسی‌های روانی مشاهده شود. برای مثال، سازوکارهای طرحواره‌ای در تبیین بی‌نظمی هیجانی و تکانشگری در اختلالات همبود مورد توجه قرار گرفته‌اند و نتایج نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند از طریق افزایش آسیب‌پذیری هیجانی و کاهش ظرفیت تنظیم پاسخ‌ها با مشکلات رفتاری مرتبط شوند (Khosravi, 2025). همچنین، در افراد دارای اختلالات اضطرابی، مهارت‌های تنظیم هیجان در کنار ذهن‌آگاهی و خودشفقتی به‌عنوان میانجی‌های مهم ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار و آشفتگی روان‌شناختی شناسایی شده‌اند (Zamani Nezami et al., 2026). از سوی دیگر، اثربخشی همزمان درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان نشان می‌دهد که تنظیم هیجان نقطه اتصال مهمی میان ساختارهای شناختی عمیق و تجارب هیجانی آشکار است (Tahavvori et al., 2025).

اهمیت خودتنظیمی هیجانی در وسواس فکری-عملی نیز به‌طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است. بسیاری از اعمال وسواسی می‌توانند به‌عنوان

تلاش‌هایی برای کاهش هیجان‌های ناخوشایند، ابهام، ترس یا احساس مسئولیت افراطی در نظر گرفته شوند. در این دیدگاه، رفتار اجباری نه فقط یک پاسخ رفتاری به فکر وسواسی، بلکه نوعی راهبرد تنظیمی کوتاه‌مدت است که با کاهش موقت اضطراب تقویت می‌شود و در بلندمدت به تداوم اختلال کمک می‌کند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که سبک دلبستگی و تنظیم هیجان با علائم وسواس فکری-عملی مرتبط‌اند و تنظیم هیجان می‌تواند در رابطه میان متغیرهای زیربنایی و شدت نشانه‌های وسواسی نقش میانجی ایفا کند (Nielsen et al., 2025). همچنین، بررسی بی‌نظمی هیجانی در جوانان مبتلا به وسواس فکری-عملی نشان می‌دهد که این سازه می‌تواند در فهم تفاوت‌های فردی در علائم و پاسخ به درمان اهمیت داشته باشد (Thoustrup et al., 2025). یافته‌های مربوط به بزرگسالان مبتلا به وسواس فکری-عملی نیز نشان داده‌اند که مشکلاتی مانند ناگویی هیجانی، تجارب آسیب‌زای کودکی و بی‌نظمی هیجانی با شدت و پیچیدگی علائم مرتبط هستند (Zahra & Ahmad, 2025).

مطالعات مداخله‌ای نیز نقش تنظیم هیجان را در وسواس تأیید می‌کنند. مقایسه مواجهه و جلوگیری از پاسخ با درمان هیجان‌مدار در بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی نشان داده است که تغییر در تنظیم هیجان، اجتناب تجربی و عدم تحمل بلا تکلیفی می‌تواند یکی از محورهای مهم بهبود روان‌شناختی باشد (Mirzapour Alamdari et al., 2025). همچنین، تحریک مغناطیسی مکرر مغز در بزرگسالان مبتلا به وسواس فکری-عملی با بهبود تنظیم هیجان و کاهش تردید همراه بوده است که ارتباط میان سازوکارهای تنظیمی و نشانه‌های شناختی وسواس را برجسته می‌کند (Rajaei Moshaei & Rasouli, 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهند که نقص در خودتنظیمی هیجانی ممکن است صرفاً پیامد علائم وسواس نباشد، بلکه خود بخشی از سازوکار تداوم آن محسوب شود.

بر این اساس، می‌توان چنین فرض کرد که شش طرحواره مورد بررسی در پژوهش حاضر از طریق ایجاد الگوهای خاصی از خودارزیابی، حساسیت هیجانی، اجتناب، ترس از نقص، نیاز به قطعیت یا استانداردهای افراطی، ظرفیت خودتنظیمی فرد را تضعیف کنند و این ضعف تنظیمی به نوبه خود زمینه را برای ظهور یا تشدید نشانه‌های وسواس فکری-عملی فراهم سازد. برای مثال، فعال شدن طرحواره نقص-شرم می‌تواند هیجان‌هایی مانند شرم، اضطراب و خودانتقادی را افزایش دهد و در صورت پایین بودن توانایی تنظیم این هیجان‌ها، فرد ممکن است برای کاهش فشار روانی به رفتارهای تکراری، کنترل‌گرانه یا اطمینان‌جویانه متوسل شود. به همین ترتیب، معیارهای سرسختانه و کمال‌گرایی می‌توانند نیاز به کنترل و اجتناب از خطا را افزایش دهند و در صورت ضعف خودتنظیمی، این فرایندها به تکرار افکار و اعمال اجباری منجر شوند. ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار و الگوهای وسواسی از یک سو و اثربخشی مداخلات طرحواره‌محور بر کمال‌گرایی و علائم وسواسی از سوی دیگر، این تبیین را حمایت می‌کند (Hassani Pour & Nosrati, 2024; Khaze et al., 2024; Moien & Farahani Far, 2024).

در زنان متقاضی جراحی زیبایی، این مدل می‌تواند اهمیت مضاعفی داشته باشد؛ زیرا زمینه روان‌شناختی درخواست جراحی در برخی افراد با خودارزیابی مبتنی بر ظاهر، شرم بدنی، نگرانی درباره نقص، حساسیت نسبت به قضاوت دیگران و جست‌وجوی استانداردهای ایده‌آل همراه است. در چنین وضعیتی، طرحواره‌های نقص-شرم، معیارهای سرسختانه، شکست یا رهاشدگی می‌توانند هم بر نگرش فرد به بدن اثر بگذارند و هم ظرفیت او را برای مدیریت هیجان‌های حاصل از نارضایتی ظاهری کاهش دهند. پژوهش‌های صورت‌گرفته در این جمعیت نشان داده‌اند که اصلاح طرحواره‌ها می‌تواند با کاهش شرم بدنی، عدم تحمل بلا تکلیفی، کمال‌گرایی و نشانه‌های بدشکلی بدن همراه شود (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-).

همچنین، ارتباط میان طرحواره‌ها، نشخوار فکری، تنظیم شناختی هیجان و بدشکلی بدن در متقاضیان جراحی زیبایی نشان می‌دهد که میانجی‌های شناختی و هیجانی باید در مدل‌های تبیینی این جمعیت به‌طور جدی مورد توجه قرار گیرند (Rashidifar & Karami, 2025).

با وجود این شواهد، بیشتر مطالعات پیشین هر یک از متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار، کمال‌گرایی، تنظیم هیجان و وسواس فکری-عملی را به‌صورت جداگانه یا در نمونه‌های بالینی غیرمرتبط با جراحی زیبایی بررسی کرده‌اند و هنوز مدل یکپارچه‌ای که نقش مستقل شش طرحواره ره‌اشدگی، وابستگی-بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص-شرم، معیارهای سرسختانه و شکست را همراه با کمال‌گرایی و با در نظر گرفتن نقش میانجی خودتنظیمی در پیش‌بینی وسواس فکری-عملی در زنان متقاضی جراحی زیبایی بررسی کند، کمتر مورد آزمون قرار گرفته است. از سوی دیگر، یافته‌های مربوط به تنظیم هیجان در اختلال وسواس فکری-عملی و سایر مشکلات روان‌شناختی نشان می‌دهند که خودتنظیمی می‌تواند حلقه اتصال میان ساختارهای شناختی عمیق و نشانه‌های آشکار روان‌شناختی باشد (Khosravi, 2025; Nielsen, 2025; Thoustrup et al., 2025; et al., 2025). همچنین، شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات شناختی، هیجانی و طرحواره‌محور بر تنظیم هیجان و علائم وسواس، ضرورت بررسی این سازوکار را در قالب یک مدل ساختاری تقویت می‌کند (Mirzapour Alamdari et al., 2025; Rajaei, 2025; Moshaei & Rasouli, 2025; Visani et al., 2024). بنابراین، بررسی همزمان این متغیرها می‌تواند افزون بر توسعه دانش نظری درباره سازوکارهای زیربنایی علائم وسواسی در متقاضیان جراحی زیبایی، در شناسایی افراد در معرض خطر و طراحی مداخلات روان‌شناختی پیش از جراحی نیز کاربرد داشته باشد.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه طرحواره‌های ره‌اشدگی، وابستگی-بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص-شرم، معیارهای سرسختانه و شکست و نیز کمال‌گرایی با وسواس فکری-عملی با نقش میانجی خودتنظیمی در زنان متقاضی جراحی زیبایی بود.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود که با هدف بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کمال‌گرایی و نشانه‌های وسواس فکری-عملی با نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در زنان متقاضی جراحی زیبایی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متقاضی انواع جراحی‌های زیبایی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و مفرح شهر تهران در سال‌های ۲۰۲۵-۲۰۲۶ بود. انتخاب این مراکز با توجه به حجم بالای مراجعان متقاضی جراحی زیبایی و دسترسی به طیف متنوعی از زنان دارای ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی متفاوت صورت گرفت. نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای انجام شد؛ به این صورت که ابتدا بخش‌ها و واحدهای مرتبط با جراحی‌های زیبایی در مراکز مورد مطالعه به‌عنوان خوشه‌های نمونه‌گیری در نظر گرفته شدند و سپس از میان مراجعان واجد شرایط هر خوشه، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی وارد مطالعه شدند. برای تعیین حجم نمونه، علاوه بر الزامات مدل‌یابی معادلات ساختاری، تعداد شاخص‌های مشاهده‌شده مدل نیز مورد توجه قرار گرفت. بر اساس دیدگاه میرز، گامست و گارینو مبنی بر ضرورت در نظر گرفتن حداقل ۱۰ شرکت‌کننده به ازای هر شاخص در تحلیل‌های ساختاری و با توجه به وجود ۳۴ شاخص در مدل پژوهش، شامل ۱۵ شاخص مربوط به طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ۶ شاخص وسواس فکری-عملی، ۷ شاخص خودتنظیمی و ۶ شاخص کمال‌گرایی، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۳۴۰ نفر برآورد شد. با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه،

پاسخ‌های ناقص و ضرورت برخورداری مدل از توان آماری مناسب، حجم نمونه نهایی ۳۸۵ نفر تعیین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل زن بودن، مراجعه به یکی از مراکز منتخب با هدف انجام جراحی زیبایی، داشتن حداقل ۱۸ سال سن، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و نداشتن مشکل شناختی آشکار مؤثر بر پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها بود. عدم تکمیل بخش قابل توجهی از پرسشنامه‌ها، انصراف از ادامه همکاری و ارائه پاسخ‌های نامعتبر یا دارای الگوی آشکار بی‌دقتی نیز به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد. اجرای پژوهش پس از اخذ مجوزهای لازم و تأیید کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه و دریافت اجازه از مسئولان مراکز درمانی آغاز شد. پژوهشگر پس از مراجعه به بخش‌های مرتبط، اهداف و شیوه اجرای پژوهش را برای شرکت‌کنندگان توضیح داد و به آنان اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه است، اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و در هر مرحله می‌توانند بدون هیچ پیامدی از ادامه همکاری انصراف دهند. سپس رضایت آگاهانه اخذ و مجموعه پرسشنامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و پس از تکمیل، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و از نظر کامل بودن پاسخ‌ها بررسی شدند.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ. برای سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه از پرسشنامه طرحواره‌های یانگ استفاده شد. نسخه مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل ۷۵ گویه است که ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. این طرحواره‌ها حوزه‌های مختلف الگوهای شناختی و هیجانی ناکارآمد شکل‌گرفته در سال‌های نخست زندگی را دربرمی‌گیرند و شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، گرفتارشدگی/خویش‌نواختن تحول‌نیافته، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق/بزرگ‌منشی و

خویش‌نواختن/خودانضباطی ناکافی هستند. گویه‌های این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند و افزایش نمره در هر زیرمقیاس بیانگر شدت بیشتر طرحواره ناسازگار مربوط است. نمره هر طرحواره از مجموع یا میانگین گویه‌های اختصاص‌یافته به همان طرحواره به دست می‌آید و نمرات بالاتر نشان‌دهنده برجستگی بیشتر الگوی شناختی-هیجانی ناسازگار است. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه طرحواره‌های یانگ در مطالعات مختلف داخلی و خارجی بررسی و تأیید شده است. والر و همکاران شواهد مناسبی درباره اعتبار و ساختار روان‌سنجی این ابزار گزارش کرده‌اند و در ایران نیز صدوقی و همکاران پایایی مطلوب آن را نشان داده‌اند، به‌گونه‌ای که ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه در مطالعه آنان ۰.۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی ابزار و زیرمقیاس‌های آن پیش از انجام تحلیل مدل ساختاری با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد.

پرسشنامه تجدیدنظرشده وسواس فکری-عملی. برای ارزیابی نشانه‌های وسواس فکری-عملی از پرسشنامه تجدیدنظرشده وسواس فکری-عملی فوآ و همکاران استفاده شد. این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۶ زیرمقیاس است که ابعاد اصلی نشانه‌های وسواسی-اجباری، شامل شست‌وشو، واریسی، نظم و ترتیب، وسواس‌های ذهنی، احتکار و خنثی‌سازی ذهنی را اندازه‌گیری می‌کند. هر زیرمقیاس از ۳ گویه تشکیل شده است و پاسخ‌گویی به گویه‌ها بر اساس یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴ انجام می‌شود. بنابراین، دامنه نمره کل پرسشنامه از ۰ تا ۷۲ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های وسواس فکری-عملی هستند. افزون بر نمره کل، امکان محاسبه نمره جداگانه برای هر یک از ۶ بعد ابزار نیز وجود دارد و این ابعاد در پژوهش حاضر به‌عنوان شاخص‌های سازه نهفته وسواس فکری-عملی در مدل اندازه‌گیری مورد استفاده قرار گرفتند. فوآ و همکاران در مطالعه اولیه شواهد مطلوبی درباره پایایی، روایی همگرا و توان افتراقی این پرسشنامه ارائه کرده‌اند.

نسخه فارسی این ابزار نیز در ایران مورد بررسی روان‌سنجی قرار گرفته و کایوانی شواهد قابل قبولی از اعتبار و پایایی آن گزارش کرده است. در مطالعه حاضر، پایایی نمره کل و زیرمقیاس‌ها مجدداً با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد.

پرسشنامه خودتنظیمی میلر و براون. برای اندازه‌گیری خودتنظیمی از پرسشنامه خودتنظیمی میلر و براون استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۶۳ گویه است و فرایند خودتنظیمی را در قالب ۷ مؤلفه دریافت اطلاعات مرتبط، ارزیابی اطلاعات و مقایسه آن با هنجارها، ایجاد انگیزش برای تغییر، جست‌وجوی گزینه‌ها، تدوین برنامه، اجرای برنامه و ارزیابی اثربخشی برنامه مورد سنجش قرار می‌دهد. ساختار این ابزار بر این فرض استوار است که خودتنظیمی فرایندی چندمرحله‌ای است که طی آن فرد ابتدا شرایط و پاسخ‌های خود را مورد پایش قرار می‌دهد، آن‌ها را ارزیابی می‌کند، ضرورت تغییر را تشخیص می‌دهد و سپس برای انتخاب و اجرای یک پاسخ سازگارانه و ارزیابی نتایج آن اقدام می‌کند. گویه‌های پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پاسخ داده می‌شوند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده توانایی بیشتر فرد در تنظیم، پایش و مدیریت هدفمند رفتارها و حالات درونی است. با توجه به نقش میانجی خودتنظیمی در مدل مفهومی پژوهش حاضر، ۷ مؤلفه پرسشنامه به‌عنوان شاخص‌های مشاهده‌شده سازه خودتنظیمی در مدل اندازه‌گیری در نظر گرفته شدند. خصوصیات روان‌سنجی این ابزار در پژوهش‌های مختلف مطلوب گزارش شده است و در ایران نیز دهقانی پس از بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی، همسانی درونی مناسب آن را تأیید کرده و ضریب پایایی ۰.۹۱ را برای پرسشنامه گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز برای اطمینان از کفایت اندازه‌گیری سازه مورد نظر، پایایی درونی کل مقیاس و ابعاد آن در نمونه مورد بررسی محاسبه شد.

پرسشنامه کمال‌گرایی هیل و همکاران. برای سنجش کمال‌گرایی از پرسشنامه کمال‌گرایی هیل و همکاران استفاده شد. این ابزار دارای ۵۸ گویه است و ابعاد مختلف کمال‌گرایی را در قالب مؤلفه‌هایی نظیر تمرکز بر اشتباهات، استانداردهای بالا برای دیگران، نیاز به تأیید، سازمان‌دهی، فشار ادراک‌شده از سوی والدین، برنامه‌ریزی، نشخوار فکری و تلاش برای دستیابی به برتری ارزیابی می‌کند. با توجه به ساختار مفهومی پژوهش و نحوه عملیاتی‌سازی سازه کمال‌گرایی در مدل، ابعاد مرتبط پس از بررسی ساختار عاملی ابزار برای تشکیل شاخص‌های مورد استفاده در مدل اندازه‌گیری به کار گرفته شدند. گویه‌های پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر در ابعاد مختلف، نشان‌دهنده برجستگی بیشتر ویژگی‌های کمال‌گرایانه متناظر هستند. این مقیاس امکان ارزیابی جنبه‌های سازگارانه و ناسازگارانه کمال‌گرایی را فراهم می‌کند و از این طریق می‌تواند تصویری چندبعدی از استانداردهای فردی، حساسیت نسبت به خطا، نیاز به تأیید و ارزیابی مکرر عملکرد ارائه دهد. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه اصلی پرسشنامه توسط هیل و همکاران تأیید شده است و نسخه فارسی آن نیز در مطالعات داخلی مورد استفاده قرار گرفته است. زارعی روایی محتوایی این ابزار را با استفاده از نظر متخصصان بررسی و تأیید کرده و ضریب پایایی آن را ۰.۸۶ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی درونی ابزار و ابعاد مورد استفاده در مدل از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها ابتدا از نظر کامل بودن پاسخ‌ها، وجود داده‌های گمشده، الگوهای پاسخ‌دهی غیرعادی و خطاهای ورود داده غربالگری شدند و سپس تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ انجام گرفت. در سطح آمار توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان از فراوانی و درصد و برای توصیف متغیرهای اصلی پژوهش از میانگین، انحراف معیار، حداقل و

حداکثر نمره استفاده شد. پیش از اجرای مدل‌یابی معادلات ساختاری، پیش‌فرض‌های لازم شامل داده‌های پرت تک‌متغیری و چندمتغیری، نرمال بودن توزیع متغیرها، خطی بودن روابط و نبود هم‌خطی چندگانه شدید بررسی شد. برای ارزیابی نرمال بودن داده‌ها از شاخص‌های چولگی و کشیدگی و برای بررسی هم‌خطی از ضرایب همبستگی و شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. در سطح استنباطی، ابتدا ضرایب همبستگی پیرسون میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کمال‌گرایی، خودتنظیمی و نشانه‌های وسواس فکری-عملی محاسبه شد. سپس به منظور آزمون هم‌زمان روابط مستقیم و غیرمستقیم میان متغیرها، مدل‌یابی معادلات ساختاری با روش برآورد حداکثر درست‌نمایی انجام گرفت. تحلیل مدل در دو مرحله شامل ارزیابی مدل اندازه‌گیری و ارزیابی مدل ساختاری صورت گرفت؛ به گونه‌ای که ابتدا کفایت شاخص‌ها برای اندازه‌گیری سازه‌های نهفته بررسی و سپس ضرایب مسیر مربوط به اثرات مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی بر وسواس فکری-عملی، اثر این متغیرها بر خودتنظیمی و اثر خودتنظیمی بر وسواس فکری-عملی برآورد شد. برای ارزیابی برازش مدل از شاخص‌هایی از جمله نسبت کای‌دو به درجه آزادی، شاخص برازش تطبیقی، شاخص تاکر-لویس، شاخص برازش افزایشی و ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد استفاده شد و مقادیر کمتر از ۳ برای نسبت کای‌دو به درجه آزادی، مقادیر ۰.۹۰ و بالاتر برای شاخص‌های برازش تطبیقی و افزایشی و مقادیر کمتر از ۰.۰۸ برای ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد به عنوان شواهدی از برازش قابل قبول مدل در نظر گرفته شدند. برای آزمون نقش میانجی خودتنظیمی، اثرات غیرمستقیم با استفاده از روش بوت‌استرپ و بازنمونه‌گیری ۵۰۰۰ مرتبه‌ای و فاصله اطمینان ۹۵ درصد ارزیابی شدند؛ به طوری که عدم قرار گرفتن مقدار صفر در فاصله اطمینان اثر غیرمستقیم به عنوان نشانه معناداری میانجی‌گری در نظر گرفته شد. تمامی آزمون‌های

آماري به صورت دوطرفه انجام شدند و سطح معناداری آماری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، داده‌های مربوط به ۳۸۵ زن متقاضی جراحی زیبایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۲.۷۴ سال با انحراف معیار ۷.۱۸ بود و دامنه سنی آنان از ۱۸ تا ۵۴ سال متغیر بود. از نظر وضعیت تأهل، ۲۰۹ نفر معادل ۵۴.۳ درصد متأهل، ۱۵۱ نفر معادل ۳۹.۲ درصد مجرد و ۲۵ نفر معادل ۶.۵ درصد مطلقه یا همسر از دست داده بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۳۴ نفر معادل ۸.۸ درصد دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۴۸ نفر معادل ۱۲.۵ درصد دارای مدرک کاردانی، ۱۷۹ نفر معادل ۴۶.۵ درصد دارای مدرک کارشناسی، ۱۰۳ نفر معادل ۲۶.۸ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۲۱ نفر معادل ۵.۵ درصد دارای مدرک دکتری بودند. همچنین، ۱۷۷ نفر معادل ۴۶.۰ درصد از شرکت‌کنندگان شاغل، ۷۶ نفر معادل ۱۹.۷ درصد خانه‌دار، ۶۳ نفر معادل ۱۶.۴ درصد دانشجو و ۶۹ نفر معادل ۱۷.۹ درصد دارای سایر وضعیت‌های شغلی بودند. از نظر سابقه انجام جراحی زیبایی، ۲۳۸ نفر معادل ۶۱.۸ درصد برای نخستین بار متقاضی جراحی زیبایی بودند و ۱۴۷ نفر معادل ۳۸.۲ درصد سابقه حداقل یک جراحی زیبایی پیشین را گزارش کردند. بررسی نوع جراحی مورد تقاضا نیز نشان داد که بیشترین فراوانی مربوط به جراحی بینی و جراحی‌های مرتبط با صورت بود. در مجموع، پراکندگی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد نمونه مورد بررسی از نظر سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و سابقه جراحی زیبایی از تنوع قابل قبولی برخوردار بود.

پیش از بررسی روابط بین متغیرها و آزمون مدل ساختاری، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل شش طرحواره رهاشدگی، وابستگی-بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص-شرم، معیارهای سرسختانه و شکست،

دوره چهارم، شماره سوم

همچنین کمال‌گرایی، خودتنظیمی و وسواس فکری-عملی محاسبه شد. نتایج

مربوط به میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات، چولگی و

کشیدگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	چولگی	کشیدگی
طرحواره رهاشدگی	۳.۷۴	۰.۹۱	۱.۲۷	۵.۹۳	۰.۱۸	-۰.۴۲
طرحواره وابستگی-بی‌کفایتی	۳.۲۹	۰.۸۶	۱.۱۳	۵.۸۰	۰.۳۱	-۰.۲۶
طرحواره بازداری هیجانی	۳.۶۱	۰.۸۳	۱.۲۰	۵.۸۷	۰.۱۲	-۰.۳۸
طرحواره نقص-شرم	۳.۴۶	۰.۹۴	۱.۰۷	۶.۰۰	۰.۲۴	-۰.۵۱
طرحواره معیارهای سرسختانه	۴.۰۸	۰.۷۹	۱.۶۰	۵.۹۳	-۰.۱۶	-۰.۲۹
طرحواره شکست	۳.۳۸	۰.۸۹	۱.۰۷	۵.۸۷	۰.۲۷	-۰.۴۱
کمال‌گرایی	۳.۸۳	۰.۵۸	۲.۱۴	۵.۱۸	۰.۰۹	-۰.۳۶
خودتنظیمی	۳.۴۲	۰.۵۲	۱.۹۶	۴.۷۸	-۰.۱۱	-۰.۱۷
وسواس فکری-عملی	۲۵.۸۶	۱۰.۷۳	۳.۰۰	۵۷.۰۰	۰.۴۸	-۰.۲۲

بر اساس نتایج جدول ۱، در میان شش طرحواره مورد بررسی، معیارهای

سرسختانه با میانگین ۴.۰۸ و انحراف معیار ۰.۷۹ بالاترین میانگین را به خود

اختصاص داد و پس از آن، طرحواره رهاشدگی با میانگین ۳.۷۴ و بازداری

هیجانی با میانگین ۳.۶۱ قرار داشتند. کمترین میانگین نیز مربوط به طرحواره

وابستگی-بی‌کفایتی با مقدار ۳.۲۹ بود. میانگین طرحواره نقص-شرم برابر با

۳.۴۶ و میانگین طرحواره شکست برابر با ۳.۳۸ به دست آمد. میانگین

کمال‌گرایی شرکت‌کنندگان ۳.۸۳ با انحراف معیار ۰.۵۸ و میانگین خودتنظیمی

۳.۴۲ با انحراف معیار ۰.۵۲ بود. همچنین، میانگین نمره وسواس فکری-عملی

برابر با ۲۵.۸۶ و انحراف معیار آن ۱۰.۷۳ به دست آمد. بررسی مقادیر چولگی

و کشیدگی نشان داد که برای تمامی متغیرهای پژوهش، مقادیر چولگی در

محدوده -۰.۱۶ تا ۰.۴۸ و مقادیر کشیدگی در محدوده -۰.۵۱ تا ۰.۱۷ قرار

داشتند. از آنجا که تمامی این مقادیر در دامنه قابل قبول قرار داشتند، می‌توان

نتیجه گرفت که توزیع متغیرهای پژوهش انحراف شدید از نرمال بودن نداشت

و استفاده از روش‌های پارامتریک و برآورد حداکثر درست‌نمایی در مدل‌یابی

معادلات ساختاری مناسب بود. افزون بر این، بررسی داده‌های پرت

تک‌متغیری و چندمتغیری، نمودارهای پراکنش، شاخص تحمل و عامل تورم

واریانس نشان داد که داده‌ها از حیث خطی بودن روابط و نبود هم‌خطی

چندگانه شدید نیز شرایط لازم برای ادامه تحلیل را دارا بودند. مقادیر عامل

تورم واریانس بین ۱.۲۸ و ۲.۴۶ و مقادیر تحمل بین ۰.۴۱ و ۰.۷۸ قرار گرفتند

و بنابراین، هیچ نشانه‌ای از هم‌خطی چندگانه مشکل‌زا میان متغیرهای پیش‌بین

مشاهده نشد.

در مرحله بعد، برای بررسی روابط دو متغیری میان شش طرحواره مورد

مطالعه، کمال‌گرایی، خودتنظیمی و وسواس فکری-عملی، ضریب همبستگی

پیرسون محاسبه شد. نتایج ماتریس همبستگی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. طرحواره رهاشدگی	۱								
۲. طرحواره وابستگی-بی کفایتی	۰.۵۲***	۱							
۳. طرحواره بازداری هیجانی	۰.۴۳***	۰.۳۹***	۱						
۴. طرحواره نقص-شرم	۰.۵۸***	۰.۵۱***	۰.۴۷***	۱					
۵. طرحواره معیارهای سرسختانه	۰.۳۴***	۰.۲۹***	۰.۴۱***	۰.۳۶***	۱				
۶. طرحواره شکست	۰.۴۹***	۰.۵۵***	۰.۳۸***	۰.۵۷***	۰.۳۱***	۱			
۷. کمال گرایی	۰.۳۱***	۰.۲۷***	۰.۳۸***	۰.۳۵***	۰.۶۲***	۰.۲۹***	۱		
۸. خودتنظیمی	-۰.۴۵***	-۰.۴۸***	-۰.۴۲***	-۰.۵۱***	-۰.۳۶***	-۰.۴۹***	-۰.۴۳***	۱	
۹. وسواس فکری-عملی	۰.۴۹***	۰.۴۶***	۰.۴۴***	۰.۵۵***	۰.۳۹***	۰.۵۰***	۰.۴۷***	-۰.۵۸***	۱

*** $p < 0.001$

بی کفایتی با ضریب -۰.۴۸ بود. کمال گرایی نیز با خودتنظیمی رابطه منفی و معناداری برابر با -۰.۴۳ داشت. از سوی دیگر، همبستگی های مثبت و معناداری میان شش طرحواره مشاهده شد که با توجه به پایین تر بودن همه ضرایب از ۰.۸۰، نشانه ای از هم پوشانی بیش از حد یا هم خطی مشکل زا بین این سازه ها مشاهده نشد. بالاترین همبستگی بین متغیرهای پیش بین مربوط به معیارهای سرسختانه و کمال گرایی با ضریب ۰.۶۲ بود که از نظر نظری نیز با توجه به اشتراک این دو سازه در تأکید بر استانداردهای بالا و ارزیابی سخت گیرانه عملکرد قابل انتظار بود.

پس از تأیید روابط اولیه میان متغیرها، مدل اندازه گیری و سپس مدل ساختاری پژوهش با استفاده از مدلیابی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. پیش از تفسیر ضرایب مسیر، برازش کلی مدل بر اساس شاخص های متداول برازش بررسی شد. نتایج شاخص های برازش مدل در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان داد که هر شش طرحواره مورد بررسی با وسواس فکری-عملی رابطه مثبت و معناداری داشتند. در این میان، قوی ترین رابطه با وسواس فکری-عملی مربوط به طرحواره نقص-شرم با ضریب همبستگی ۰.۵۵ بود و پس از آن، طرحواره شکست با ضریب ۰.۵۰، رهاشدگی با ضریب ۰.۴۹، وابستگی-بی کفایتی با ضریب ۰.۴۶، بازداری هیجانی با ضریب ۰.۴۴ و معیارهای سرسختانه با ضریب ۰.۳۹ قرار داشتند که تمامی این روابط در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار بودند. کمال گرایی نیز با وسواس فکری-عملی رابطه مثبت و معناداری برابر با ۰.۴۷ داشت. در مقابل، خودتنظیمی با وسواس فکری-عملی رابطه منفی و معناداری نشان داد و ضریب همبستگی بین این دو متغیر برابر با -۰.۵۸ بود؛ به این معنا که افزایش توانایی خودتنظیمی با کاهش شدت نشانه های وسواس فکری-عملی همراه بود. همچنین، هر شش طرحواره با خودتنظیمی دارای رابطه منفی و معنادار بودند؛ به طوری که بیشترین همبستگی منفی با خودتنظیمی مربوط به طرحواره نقص-شرم با ضریب -۰.۵۱ و سپس طرحواره شکست با ضریب -۰.۴۹ و وابستگی-

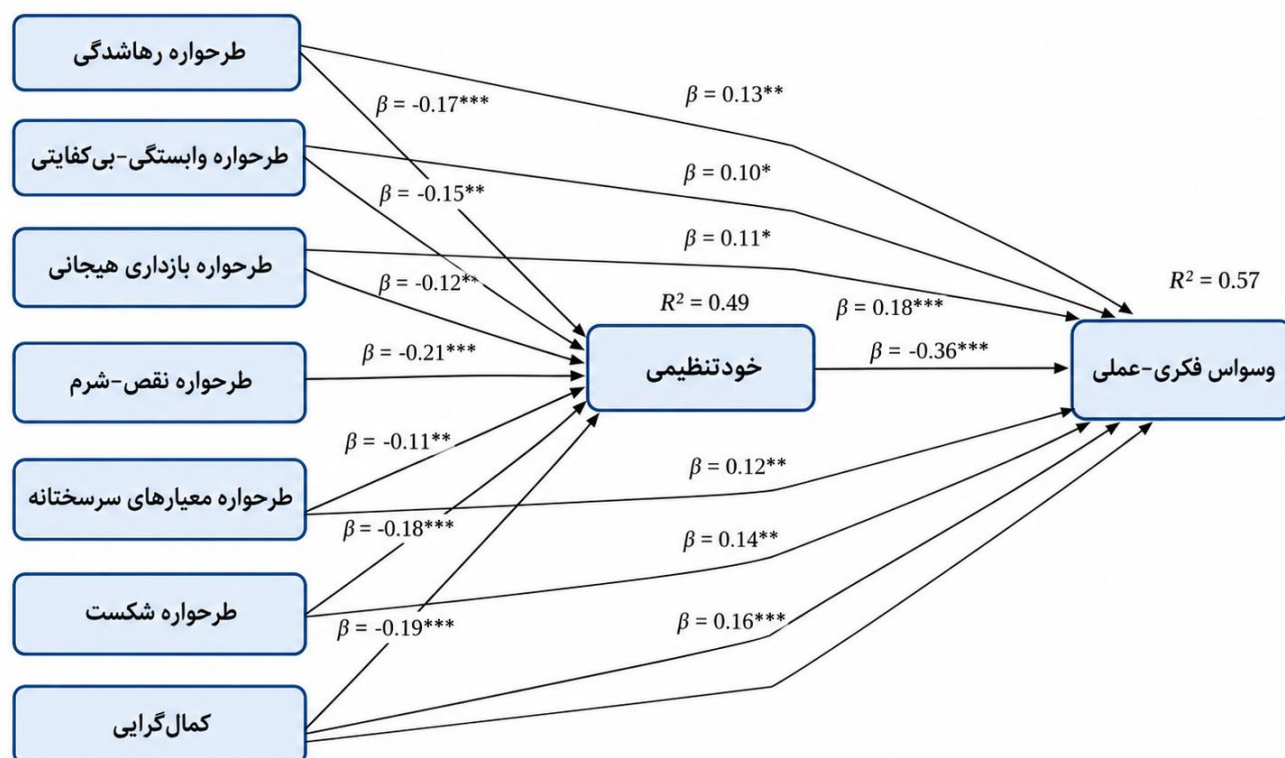
دوره چهارم، شماره سوم

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل ساختاری پژوهش

شاخص برازش	مقدار به دست آمده	معیار قابل قبول	وضعیت
کای دو	۶۱۲.۴۸	-	-
درجه آزادی	۲۸۱	-	-
χ^2/df	۲.۱۸	کمتر از ۳	مطلوب
GFI	۰.۹۱	۰.۹۰ و بالاتر	مطلوب
AGFI	۰.۸۹	نزدیک یا بالاتر از ۰.۹۰	قابل قبول
CFI	۰.۹۵	۰.۹۰ و بالاتر	مطلوب
TLI	۰.۹۴	۰.۹۰ و بالاتر	مطلوب
IFI	۰.۹۵	۰.۹۰ و بالاتر	مطلوب
NFI	۰.۹۲	۰.۹۰ و بالاتر	مطلوب
RMSEA	۰.۰۵۶	کمتر از ۰.۰۸	مطلوب
SRMR	۰.۰۴۷	کمتر از ۰.۰۸	مطلوب

۰.۰۵۶ و مقدار ریشه استاندارد شده میانگین مجذورات باقیمانده برابر با ۰.۰۴۷ به دست آمد که کمتر از مقدار ملاک ۳ بود و بنابراین، برازش قابل قبول مدل را نشان داد. مقدار شاخص برازش تطبیقی برابر با ۰.۹۵، شاخص تاکر-لونیس برابر با ۰.۹۴، شاخص برازش افزایشی برابر با ۰.۹۵ و شاخص برازش هنجار شده برابر با ۰.۹۲ بود که همگی بالاتر از حد قابل قبول ۰.۹۰ قرار داشتند. همچنین، مقدار شاخص نیکویی برازش برابر با ۰.۹۱ به دست آمد. مقدار شاخص تعدیل شده نیکویی برازش ۰.۸۹ بود که با توجه به نزدیکی بسیار زیاد به مقدار ۰.۹۰ و مطلوب بودن سایر شاخص‌ها، قابل قبول ارزیابی شد. مهم‌تر از همه، مقدار ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد برابر با ۰.۰۴۷ و مقدار ریشه استاندارد شده میانگین مجذورات باقیمانده برابر با ۰.۰۴۷ به دست آمد که هر دو به‌طور محسوسی کمتر از نقطه برش ۰.۰۸ بودند. مجموعه این شاخص‌ها نشان داد که مدل نظری پیشنهادی پژوهش، که در آن شش طرحواره به صورت متغیرهای مستقل و جداگانه همراه با کمال‌گرایی بر خودتنظیمی و وسواس فکری-عملی اثر می‌گذارند و خودتنظیمی نیز نقش میانجی در این روابط دارد، از برازش مطلوبی با داده‌های تجربی برخوردار بود. بنابراین، پس از تأیید برازش کلی مدل، ضرایب مسیر استاندارد شده و معناداری اثرات مستقیم مورد بررسی قرار گرفتند.

بر اساس نتایج جدول ۳، نسبت کای دو به درجه آزادی برابر با ۲.۱۸ به دست آمد که کمتر از مقدار ملاک ۳ بود و بنابراین، برازش قابل قبول مدل را نشان داد. مقدار شاخص برازش تطبیقی برابر با ۰.۹۵، شاخص تاکر-لونیس برابر با ۰.۹۴، شاخص برازش افزایشی برابر با ۰.۹۵ و شاخص برازش هنجار شده برابر با ۰.۹۲ بود که همگی بالاتر از حد قابل قبول ۰.۹۰ قرار داشتند. همچنین، مقدار شاخص نیکویی برازش برابر با ۰.۹۱ به دست آمد. مقدار شاخص تعدیل شده نیکویی برازش ۰.۸۹ بود که با توجه به نزدیکی بسیار زیاد به مقدار ۰.۹۰ و مطلوب بودن سایر شاخص‌ها، قابل قبول ارزیابی شد. مهم‌تر از همه، مقدار ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد برابر با ۰.۰۴۷ و مقدار ریشه استاندارد شده میانگین مجذورات باقیمانده برابر با ۰.۰۴۷ به دست آمد که هر دو به‌طور محسوسی کمتر از نقطه برش ۰.۰۸ بودند.



شکل ۱. مدل نهایی روابط ساختاری بین طرحواره‌های رهاشدگی، وابستگی-بی‌کفایتی، بازداري هیجانی، نقص-شرم، معیارهای سرسختانه، شکست،

کمال‌گرایی، خودتنظیمی و وسواس فکری-عملی

نتایج مربوط به ضرایب مسیر مستقیم نشان داد که هر یک از شش طرحواره به‌طور مستقل در تبیین خودتنظیمی و وسواس فکری-عملی نقش داشتند، اگرچه شدت اثر آن‌ها متفاوت بود. همچنین، کمال‌گرایی نیز دارای اثر مستقیم بر هر دو متغیر خودتنظیمی و وسواس فکری-عملی بود. افزون بر این، مسیر خودتنظیمی به وسواس فکری-عملی منفی و معنادار به دست آمد. ضرایب مسیر استاندارد شده، خطای استاندارد، نسبت بحرانی و سطح معناداری روابط مستقیم مدل در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. ضرایب مسیر مستقیم در مدل ساختاری پژوهش

مسیر	β	خطای استاندارد	نسبت بحرانی	p
رهاشدگی ← خودتنظیمی	-۰.۱۷	۰.۰۴۱	-۳.۹۱	<۰.۰۰۱
وابستگی-بی‌کفایتی ← خودتنظیمی	-۰.۱۵	۰.۰۴۴	-۳.۴۸	۰.۰۰۱
بازداري هیجانی ← خودتنظیمی	-۰.۱۲	۰.۰۴۰	-۲.۹۴	۰.۰۰۳
نقص-شرم ← خودتنظیمی	-۰.۲۱	۰.۰۴۳	-۴.۷۹	<۰.۰۰۱
معیارهای سرسختانه ← خودتنظیمی	-۰.۱۱	۰.۰۳۹	-۲.۷۲	۰.۰۰۷
شکست ← خودتنظیمی	-۰.۱۸	۰.۰۴۲	-۴.۱۹	<۰.۰۰۱
کمال‌گرایی ← خودتنظیمی	-۰.۱۹	۰.۰۴۶	-۴.۳۴	<۰.۰۰۱
رهاشدگی ← وسواس فکری-عملی	۰.۱۳	۰.۰۵۷	۲.۸۳	۰.۰۰۵

دوره چهارم، شماره سوم

وابستگی-بی کفایتی ← وسواس فکری-عملی	۰.۱۰	۰.۰۵۲	۲.۲۷	۰.۰۲۳
بازداری هیجانی ← وسواس فکری-عملی	۰.۱۱	۰.۰۵۱	۲.۵۱	۰.۰۱۲
نقص-شرم ← وسواس فکری-عملی	۰.۱۸	۰.۰۵۸	۳.۹۳	<۰.۰۰۱
معیارهای سرسختانه ← وسواس فکری-عملی	۰.۱۲	۰.۰۴۹	۲.۷۳	۰.۰۰۶
شکست ← وسواس فکری-عملی	۰.۱۴	۰.۰۵۵	۳.۰۹	۰.۰۰۲
کمال‌گرایی ← وسواس فکری-عملی	۰.۱۶	۰.۰۶۱	۳.۵۲	<۰.۰۰۱
خودتنظیمی ← وسواس فکری-عملی	-۰.۳۶	۰.۰۶۹	-۷.۴۱	<۰.۰۰۱

مستقیم مدل محسوب می‌شد. این یافته نشان می‌دهد که در شرایط کنترل هم‌زمان شش طرحواره و کمال‌گرایی، افزایش خودتنظیمی با کاهش قابل توجه نشانه‌های وسواس فکری-عملی در زنان متقاضی جراحی زیبایی همراه است. مقدار ضریب تعیین برای خودتنظیمی برابر با ۰.۴۹ به دست آمد؛ بنابراین، شش طرحواره و کمال‌گرایی در مجموع ۴۹ درصد از واریانس خودتنظیمی را تبیین کردند. همچنین، مقدار ضریب تعیین وسواس فکری-عملی برابر با ۰.۵۷ بود که نشان داد مجموعه شش طرحواره، کمال‌گرایی و خودتنظیمی توانستند ۵۷ درصد از واریانس نشانه‌های وسواس فکری-عملی را تبیین کنند. این مقادیر نشان‌دهنده قدرت تبیینی مناسب مدل پیشنهادی پژوهش بودند.

برای بررسی فرض اصلی مربوط به نقش میانجی خودتنظیمی، اثرات غیرمستقیم شش طرحواره و کمال‌گرایی بر وسواس فکری-عملی از طریق خودتنظیمی با استفاده از روش بوت‌استرپ با ۵۰۰۰ باز نمونه و فاصله اطمینان ۹۵ درصد بررسی شد. معناداری اثر میانجی زمانی تأیید شد که مقدار صفر در فاصله اطمینان پایین و بالای اثر غیرمستقیم قرار نگیرد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. اثرات غیرمستقیم طرحواره‌ها و کمال‌گرایی بر وسواس فکری-عملی با میانجی‌گری خودتنظیمی

مسیر غیرمستقیم	اثر غیرمستقیم استاندارد	حد پایین ۹۵ درصد	حد بالا ۹۵ درصد	p	نتیجه
رهاشدگی ← خودتنظیمی ← وسواس فکری-عملی	۰.۰۶۱	۰.۰۳۱	۰.۱۰۱	۰.۰۰۱	معنادار
وابستگی-بی کفایتی ← خودتنظیمی ← وسواس فکری-عملی	۰.۰۵۴	۰.۰۲۵	۰.۰۹۱	۰.۰۰۲	معنادار
بازداری هیجانی ← خودتنظیمی ← وسواس فکری-عملی	۰.۰۴۳	۰.۰۱۷	۰.۰۷۶	۰.۰۰۴	معنادار

بر اساس نتایج جدول ۴، تمامی شش طرحواره مورد بررسی اثر مستقیم منفی و معناداری بر خودتنظیمی داشتند. در بین آن‌ها، طرحواره نقص-شرم با ضریب استاندارد شده -۰.۲۱ قوی‌ترین اثر منفی را بر خودتنظیمی نشان داد و پس از آن، طرحواره شکست با ضریب -۰.۱۸، رهاشدگی با ضریب -۰.۱۷، وابستگی-بی کفایتی با ضریب -۰.۱۵، بازداری هیجانی با ضریب -۰.۱۲ و معیارهای سرسختانه با ضریب -۰.۱۱ قرار گرفتند. بنابراین، افزایش شدت هر یک از این طرحواره‌ها با کاهش توانایی خودتنظیمی همراه بود. کمال‌گرایی نیز اثر منفی و معناداری برابر با -۰.۱۹ بر خودتنظیمی داشت. در بخش مربوط به پیش‌بینی مستقیم وسواس فکری-عملی، تمامی شش طرحواره اثر مثبت و معناداری نشان دادند. قوی‌ترین اثر مستقیم مربوط به طرحواره نقص-شرم با ضریب ۰.۱۸ بود و پس از آن، شکست با ضریب ۰.۱۴، رهاشدگی با ضریب ۰.۱۳، معیارهای سرسختانه با ضریب ۰.۱۲، بازداری هیجانی با ضریب ۰.۱۱ و وابستگی-بی کفایتی با ضریب ۰.۱۰ قرار داشتند. کمال‌گرایی نیز با ضریب استاندارد شده ۰.۱۶ اثر مثبت و معناداری بر وسواس فکری-عملی داشت. در نهایت، خودتنظیمی با ضریب -۰.۳۶ دارای اثر منفی و معناداری بر وسواس فکری-عملی بود و این مسیر از نظر قدر مطلق یکی از قوی‌ترین مسیرهای

معنادار	<۰.۰۰۱	۰.۱۱۹	۰.۰۴۱	۰.۰۷۶	نقص-شرم ← خودتنظیمی ← وسواس فکری-عملی
معنادار	۰.۰۰۶	۰.۰۷۱	۰.۰۱۴	۰.۰۴۰	معیارهای سرسختانه ← خودتنظیمی ← وسواس فکری-عملی
معنادار	۰.۰۰۱	۰.۱۰۵	۰.۰۳۴	۰.۰۶۵	شکست ← خودتنظیمی ← وسواس فکری-عملی
معنادار	<۰.۰۰۱	۰.۱۰۸	۰.۰۳۶	۰.۰۶۸	کمال‌گرایی ← خودتنظیمی ← وسواس فکری-عملی

میانجی‌گری جزئی بود. به بیان دقیق‌تر، طرحواره‌های رهاشدگی، وابستگی-بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص-شرم، معیارهای سرسختانه و شکست از یک سو به‌طور مستقیم با افزایش نشانه‌های وسواس فکری-عملی ارتباط داشتند و از سوی دیگر، بخشی از اثر خود را از طریق کاهش خودتنظیمی اعمال می‌کردند. الگوی مشابهی در مورد کمال‌گرایی نیز مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که کمال‌گرایی علاوه بر اثر مستقیم مثبت بر وسواس فکری-عملی، از طریق کاهش خودتنظیمی نیز به افزایش نشانه‌های وسواسی منجر شد. در میان شش طرحواره، نقص-شرم نه‌تنها قوی‌ترین اثر مستقیم را بر وسواس فکری-عملی نشان داد، بلکه بزرگ‌ترین اثر غیرمستقیم از مسیر خودتنظیمی نیز به همین طرحواره اختصاص داشت. پس از آن، طرحواره شکست و رهاشدگی از نظر شدت اثر غیرمستقیم در جایگاه بعدی قرار گرفتند. در مجموع، یافته‌های مدل ساختاری نشان داد که شدت بیشتر هر یک از شش طرحواره و همچنین کمال‌گرایی با خودتنظیمی ضعیف‌تر همراه است و کاهش خودتنظیمی نیز به نوبه خود با افزایش نشانه‌های وسواس فکری-عملی ارتباط دارد. بنابراین، مدل پیشنهادی پژوهش درباره نقش میانجی خودتنظیمی در ارتباط میان شش طرحواره ناسازگار اولیه مورد مطالعه، کمال‌گرایی و وسواس فکری-عملی در زنان متقاضی جراحی زیبایی مورد حمایت قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه شش طرحواره ناسازگار شامل رهاشدگی، وابستگی-بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص-شرم، معیارهای سرسختانه و شکست و نیز کمال‌گرایی با وسواس فکری-عملی با نقش

نتایج جدول ۵ نشان داد که خودتنظیمی در رابطه بین هر یک از شش طرحواره و وسواس فکری-عملی نقش میانجی معناداری داشت. اثر غیرمستقیم طرحواره رهاشدگی بر وسواس فکری-عملی از طریق خودتنظیمی برابر با ۰.۰۶۱ بود و فاصله اطمینان بوت‌استرپ آن از ۰.۰۳۱ تا ۰.۱۰۱ قرار داشت. از آنجا که صفر در این فاصله قرار نگرفت، اثر غیرمستقیم معنادار بود. اثر غیرمستقیم وابستگی-بی‌کفایتی برابر با ۰.۰۵۴ و فاصله اطمینان آن بین ۰.۰۲۵ و ۰.۰۹۱ قرار گرفت که نشان‌دهنده معناداری میانجی‌گری خودتنظیمی در این رابطه بود. برای بازداری هیجانی نیز اثر غیرمستقیم ۰.۰۴۳ به دست آمد و فاصله اطمینان ۰.۰۱۷ تا ۰.۰۷۶ بود. در مورد طرحواره نقص-شرم، اثر غیرمستقیم برابر با ۰.۰۷۶ به دست آمد که در میان شش طرحواره، بزرگ‌ترین اثر غیرمستقیم بود و فاصله اطمینان آن بین ۰.۰۴۱ و ۰.۱۱۹ قرار داشت. طرحواره معیارهای سرسختانه نیز از طریق کاهش خودتنظیمی دارای اثر غیرمستقیم مثبت و معناداری برابر با ۰.۰۴۰ بر وسواس فکری-عملی بود. اثر غیرمستقیم طرحواره شکست برابر با ۰.۰۶۵ به دست آمد و فاصله اطمینان آن از ۰.۰۳۴ تا ۰.۱۰۵ بود. در نهایت، اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی بر وسواس فکری-عملی از طریق خودتنظیمی برابر با ۰.۰۶۸ به دست آمد و فاصله اطمینان ۹۵ درصد آن بین ۰.۰۳۶ و ۰.۱۰۸ قرار داشت. در هیچ‌یک از این مسیرها مقدار صفر در فاصله اطمینان مشاهده نشد و بنابراین، نقش میانجی خودتنظیمی در تمامی روابط مورد بررسی تأیید شد.

با توجه به اینکه علاوه بر اثرات غیرمستقیم، اثرات مستقیم شش طرحواره و کمال‌گرایی بر وسواس فکری-عملی نیز پس از ورود خودتنظیمی به مدل همچنان معنادار باقی ماندند، الگوی میانجی‌گری مشاهده‌شده از نوع

میانجی خودتنظیمی در زنان متقاضی جراحی زیبایی بود. نتایج نشان داد که هر شش طرحواره با وسواس فکری-عملی رابطه مثبت و معناداری داشتند و در میان آن‌ها، طرحواره نقص-شرم قوی‌ترین رابطه را با وسواس فکری-عملی نشان داد. پس از آن، طرحواره شکست، رهاشدگی، وابستگی-بی‌کفایتی، بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه قرار داشتند. همچنین، کمال‌گرایی با وسواس فکری-عملی رابطه مثبت و معنادار داشت، در حالی که خودتنظیمی با وسواس فکری-عملی رابطه منفی و معناداری نشان داد. افزون بر این، هر شش طرحواره و کمال‌گرایی اثر منفی و معناداری بر خودتنظیمی داشتند و در مدل ساختاری، خودتنظیمی نیز به‌طور مستقیم وسواس فکری-عملی را به‌صورت منفی پیش‌بینی کرد. مهم‌تر از همه، نتایج بوت‌استرپ نشان داد که خودتنظیمی در رابطه بین هر یک از شش طرحواره و وسواس فکری-عملی و نیز در رابطه کمال‌گرایی با وسواس فکری-عملی نقش میانجی معناداری دارد. از آنجا که اثرهای مستقیم پس از ورود متغیر میانجی همچنان معنادار باقی ماندند، الگوی به‌دست‌آمده نشان‌دهنده میانجی‌گری جزئی خودتنظیمی بود.

نخستین یافته مهم پژوهش، وجود رابطه مثبت و معنادار بین هر شش طرحواره مورد بررسی و وسواس فکری-عملی بود. این نتیجه با دیدگاه‌های نظری طرحواره‌درمانی سازگار است که بر اساس آن، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان ساختارهای عمیق شناختی-هیجانی می‌توانند برداشت فرد از خود، دیگران و موقعیت‌های تهدیدکننده را به شکلی جهت‌دار و ناکارآمد سازمان دهند و در نتیجه زمینه را برای شکل‌گیری افکار مزاحم، تردید، کنترل افراطی و رفتارهای تکراری فراهم کنند. یافته حاضر با گزارش‌هایی که ارتباط طرحواره‌های ناسازگار با نشانه‌های وسواسی را نشان داده‌اند همسو است. برای نمونه، در پژوهش‌های انجام‌شده بر افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری-عملی، ارتباط میان ساختارهای طرحواره‌ای و علائم وسواسی تأیید

شده و کاهش فعالیت طرحواره‌ها از طریق مداخلات طرحواره‌محور با کاهش شدت علائم همراه بوده است (Sohani & Mahmoudi, 2025; Visani et al., 2024). همچنین، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودسرزنشگری و اجتناب شناختی در افراد دارای علائم وسواس نشان می‌دهد که تغییر در ساختارهای شناختی عمیق می‌تواند بر فرایندهای نگهدارنده وسواس اثرگذار باشد (Hassani Pour & Nosrati, 2024).

در میان طرحواره‌های بررسی‌شده، نقص-شرم قوی‌ترین ارتباط را با وسواس فکری-عملی داشت و در مدل ساختاری نیز بیشترین اثر مستقیم و غیرمستقیم در میان شش طرحواره به این سازه تعلق گرفت. این یافته از نظر نظری قابل توجه است، زیرا طرحواره نقص-شرم بر باور بنیادی فرد مبنی بر معیوب، ناکافی، نامطلوب یا دوست‌نداشتنی بودن خود استوار است. هنگامی که چنین باور عمیقی در زنان متقاضی جراحی زیبایی فعال باشد، فرد ممکن است ویژگی‌های ظاهری را به‌عنوان شواهدی برای تأیید نقص درونی خود تلقی کند و در نتیجه نسبت به خطا، نقص، قضاوت دیگران و احتمال آشکار شدن کاستی‌های ادراک‌شده حساسیت بیشتری نشان دهد. این حساسیت می‌تواند با افزایش واریس ذهنی و رفتاری، نشخوار، مقایسه اجتماعی و تلاش برای کنترل افکار و موقعیت‌ها همراه شود و در نهایت نشانه‌های وسواس فکری-عملی را تشدید کند. این تبیین با پژوهش‌هایی سازگار است که نشان داده‌اند طرحواره‌های ناسازگار و فرایندهای مرتبط با شرم بدنی در زنان متقاضی جراحی زیبایی نقش مهمی دارند و مداخلات طرحواره‌محور می‌توانند شرم بدنی و نشانه‌های مرتبط با بدشکلی بدن را کاهش دهند (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024; Meshkouri et al., 2024; Moshkouri et al., 2024). همچنین، گزارش شده است که طرحواره‌های ناسازگار از طریق فرایندهایی مانند نشخوار فکری و تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های بدشکلی بدن در متقاضیان

جراحی زیبایی مرتبط می‌شوند (Rashidifar & Karami, 2025). مجموعه این یافته‌ها نشان می‌دهد که احساس نقص و شرم می‌تواند یکی از محورهای شناختی مهم در پیوند میان نارضایتی از خود و رفتارهای کنترل‌گرانه یا وسواسی باشد.

رابطه مثبت طرحواره شکست با وسواس فکری-عملی نیز از دیگر یافته‌های قابل توجه پژوهش بود. طرحواره شکست شامل انتظار مداوم ناکامی و باور به پایین‌تر بودن شایستگی فرد نسبت به دیگران است. چنین باوری ممکن است فرد را به ارزیابی مکرر عملکرد، نگرانی درباره اشتباه، تردید نسبت به تصمیم‌ها و جست‌وجوی اطمینان سوق دهد. این فرایندها از نظر کارکردی با بسیاری از الگوهای وسواس فکری-عملی همخوان هستند. فردی که احتمال شکست را بیش‌برآورد می‌کند، ممکن است برای کاهش احتمال اشتباه به واری، تکرار یا کنترل ذهنی بیشتری متوسل شود. یافته حاضر با پژوهش‌هایی که ارتباط میان طرحواره شکست و کمال‌گرایی را مطرح کرده‌اند همسو است (Najafi & Ghorbani, 2024). همچنین، نتایج مطالعاتی که نقش طرحواره‌ها را در کمال‌گرایی افراطی نشان داده‌اند تأیید می‌کند که باورهای ناکارآمد درباره ناتوانی و شکست می‌توانند با استانداردهای سخت‌گیرانه و ترس از اشتباه درهم تنیده شوند (Emami & Mohammadi, 2025).

رابطه مثبت طرحواره رهاشدگی با وسواس فکری-عملی را نیز می‌توان از منظر نایمینی هیجانی و حساسیت به تهدید تبیین کرد. افرادی که طرحواره رهاشدگی در آن‌ها برجسته است، معمولاً روابط مهم را ناپایدار و قابل از دست رفتن تلقی می‌کنند و در برابر نشانه‌های فاصله، عدم تأیید یا تغییر حساسیت بیشتری دارند. این نایمینی می‌تواند به افزایش نگرانی، نیاز به کنترل و تلاش برای کسب اطمینان منجر شود. در چنین شرایطی، رفتارهای تکراری و بررسی‌های ذهنی ممکن است به‌عنوان راهبردهایی برای کاهش اضطراب و

ایجاد احساس موقت امنیت عمل کنند. همسویی این یافته با مطالعات مربوط به دلبستگی، تنظیم هیجان و وسواس فکری-عملی قابل توجه است؛ زیرا نشان داده شده است که سبک‌های دلبستگی نایمینی می‌توانند از طریق اختلال در تنظیم هیجان با شدت علائم وسواسی مرتبط شوند (Nielsen et al., 2025). بنابراین، می‌توان احتمال داد که بخشی از اثر طرحواره رهاشدگی از مسیر افزایش نایمینی هیجانی و کاهش توانایی تنظیم واکنش‌های عاطفی اعمال شود.

طرحواره وابستگی-بی‌کفایتی نیز با وسواس فکری-عملی رابطه مثبت و معنادار داشت. این طرحواره بر باور فرد به ناتوانی در مدیریت مستقل مسئولیت‌ها و حل مسائل روزمره استوار است و ممکن است باعث افزایش تردید، نیاز به دریافت تأیید از دیگران و کاهش اعتماد به تصمیم‌گیری شخصی شود. تردید مزمن یکی از فرایندهای شناختی مهم در بسیاری از جلوه‌های وسواس فکری-عملی است و می‌تواند فرد را به واری و اطمینان‌جویی مکرر سوق دهد. از این منظر، افرادی که خود را برای تصمیم‌گیری یا کنترل پیامدها ناتوان می‌دانند، ممکن است به دلیل ناتوانی در تحمل عدم قطعیت، بیش از دیگران رفتارهای اجباری را برای کاهش شک و اضطراب به کار گیرند. این نتیجه با یافته‌هایی همسو است که عدم تحمل بلا تکلیفی را یکی از فرایندهای واسطه‌ای مهم میان ساختارهای شناختی و علائم وسواسی معرفی کرده‌اند (Toroslu & Çirakoğlu, 2023). همچنین، اثرگذاری مداخلات طرحواره‌ای بر عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان متقاضی جراحی زیبایی نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند با احساس ناتوانی در مدیریت ابهام و تصمیم‌گیری ارتباط داشته باشند (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024).

یافته مربوط به بازداری هیجانی نیز نشان داد که افزایش این طرحواره با افزایش وسواس فکری-عملی همراه است. بازداری هیجانی با کنترل افراطی،

سرکوب احساسات و خودداری از بیان هیجان‌ها و نیازها مشخص می‌شود. سرکوب مداوم هیجان‌ها ممکن است در کوتاه‌مدت احساس کنترل ایجاد کند، اما در بلندمدت می‌تواند بر شدت افکار مزاحم، تنش درونی و استفاده از راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان بیفزاید. وقتی فرد به جای پردازش انعطاف‌پذیر هیجان، بر کنترل و محدود کردن آن تأکید می‌کند، احتمال استفاده از رفتارهای تکراری برای مهار تجربه درونی افزایش می‌یابد. این تبیین با یافته‌های مربوط به نقش بی‌نظمی هیجانی در اختلال وسواس فکری-عملی هماهنگ است (Thoustrup et al., 2025; Zahra & Ahmad, 2025). همچنین، پژوهش‌هایی که ارتباط طرحواره‌های ناسازگار با دشواری در تنظیم هیجان را نشان داده‌اند، از این نتیجه حمایت می‌کنند (Khosravi, 2025; Sepidkar et al., 2024).

معیارهای سرسختانه نیز با وسواس فکری-عملی رابطه مثبت داشتند. این یافته با ماهیت شناختی هر دو سازه همخوان است؛ زیرا در معیارهای سرسختانه فرد خود را ملزم به رعایت استانداردهای بسیار بالا و اجتناب از اشتباه می‌داند و کوچک‌ترین انحراف از معیار مطلوب می‌تواند با خودانتقادی و تنش همراه شود. چنین ساختاری زمینه مناسبی برای واری مکرر، اصلاح مداوم و تلاش برای رسیدن به قطعیت فراهم می‌کند. این نتیجه با یافته‌های مربوط به رابطه طرحواره‌ها و کمال‌گرایی افراطی همسو است (Emami & Mohammadi, 2025). همچنین، شواهد حاصل از پژوهش‌های درمانی نشان می‌دهد که مداخلات طرحواره‌محور می‌توانند کمال‌گرایی را در افراد دارای مشکلات وسواسی کاهش دهند (Khaze et al., 2024; Moien & Farahani Far, 2024). بنابراین، می‌توان گفت که معیارهای سرسختانه و کمال‌گرایی از نظر نیاز به عملکرد بدون خطا و کنترل دقیق رفتارها، با سازوکارهای شناختی وسواس هم‌پوشانی دارند.

یافته مهم دیگر پژوهش، رابطه مثبت و معنادار کمال‌گرایی با وسواس فکری-عملی بود. این نتیجه با مطالعات پیشین همسویی بالایی دارد. کمال‌گرایی ناسازگار با تعیین استانداردهای بسیار بالا، حساسیت افراطی به خطا و ارزیابی منفی عملکرد همراه است و این مؤلفه‌ها می‌توانند فرد را به چرخه‌ای از شک، واریسی، تکرار و جست‌وجوی اطمینان وارد کنند. پژوهش Çirakoğlu و Toroslu نشان داد که کمال‌گرایی می‌تواند در رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار و نشانه‌های وسواس مرتبط با رابطه نقش میانجی داشته باشد (Toroslu & Çirakoğlu, 2023). همچنین، کاهش کمال‌گرایی پس از طرحواره‌درمانی در افراد مبتلا به مشکلات وسواسی گزارش شده است (Khaze et al., 2024; Moien & Farahani Far, 2024). در زنان متقاضی جراحی زیبایی نیز مداخلات طرحواره‌ای موجب کاهش کمال‌گرایی شده‌اند (Meshkouri et al., 2024; Moshkouri et al., 2024). این همسویی نشان می‌دهد که کمال‌گرایی می‌تواند هم در زمینه تمایل افراطی به اصلاح ظاهر و هم در شکل‌گیری علائم وسواسی نقشی مشترک داشته باشد. نتایج همچنین نشان داد که هر شش طرحواره و کمال‌گرایی با خودتنظیمی رابطه منفی داشتند. این یافته از منظر نظری قابل انتظار است؛ زیرا طرحواره‌های ناسازگار اولیه با فعال‌سازی هیجان‌های شدید و باورهای انعطاف‌ناپذیر می‌توانند ظرفیت فرد برای پایش و تعدیل پاسخ‌های هیجانی و رفتاری را کاهش دهند. در شرایط فعال شدن طرحواره، پاسخ‌های فرد معمولاً تحت تأثیر سبک‌های مقابله‌ای خودکار قرار می‌گیرند و در نتیجه فرصت کمتری برای تنظیم آگاهانه و هدفمند باقی می‌ماند. این نتیجه با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند طرحواره‌های ناسازگار با دشواری تنظیم هیجان ارتباط دارند (Razavi et al., 2024; Sepidkar et al., 2024). همچنین، در افراد دارای مشکلات روان‌شناختی مختلف، نقش طرحواره‌ها در بی‌نظمی هیجانی و تکانشگری گزارش شده است (Khosravi, 2025). یافته‌های

مربوط به اختلالات اضطرابی نیز نشان داده‌اند که مهارت‌های تنظیم هیجان یکی از مسیرهای واسطه‌ای میان طرحواره‌ها و آشفتگی روان‌شناختی است (Zamani Nezami et al., 2026).

در بین شش طرحواره، نقص-شرم بیشترین اثر منفی را بر خودتنظیمی نشان داد. این یافته را می‌توان با شدت هیجان‌های خودآگاه منفی همراه با این طرحواره تبیین کرد. شرم معمولاً با گرایش به پنهان‌سازی، اجتناب، خودسرزنشگری و ارزیابی کلی منفی از خود همراه است. در چنین شرایطی، فرد به جای تنظیم سازگارانه هیجان، ممکن است از سرکوب، اجتناب یا نشخوار فکری استفاده کند. در زنان متقاضی جراحی زیبایی نیز نقش شرم بدنی و ارتباط آن با طرحواره‌ها مورد تأکید قرار گرفته است (Khajeh-Hasani-Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024; Meshkouri et al., 2024). بنابراین، شدت بالاتر طرحواره نقص-شرم می‌تواند توانایی فرد را برای تنظیم هیجان‌های ناشی از ارزیابی منفی خود کاهش دهد و او را در برابر رفتارهای وسواسی آسیب‌پذیرتر کند.

یافته مربوط به اثر منفی خودتنظیمی بر وسواس فکری-عملی نیز یکی از نتایج محوری پژوهش بود. بر اساس این نتیجه، افزایش توانایی خودتنظیمی با کاهش شدت نشانه‌های وسواسی همراه بود. این یافته با شواهد متعددی در ادبیات وسواس هم‌هنگ است. مطالعات نشان داده‌اند که بی‌نظمی هیجانی در افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی شیوع قابل توجهی دارد و می‌تواند با شدت علائم و پاسخ به درمان ارتباط داشته باشد (Thoustrup et al., 2025). همچنین، در بزرگسالان مبتلا به وسواس، ارتباط میان دلبستگی، تنظیم هیجان و علائم وسواسی گزارش شده است و تنظیم هیجان به‌عنوان یک متغیر میانجی مورد توجه قرار گرفته است (Nielsen et al., 2025). پژوهش Zahra و Ahmad نیز نشان داد که بی‌نظمی هیجانی در کنار ناگویی هیجانی و تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با مشکلات افراد مبتلا به وسواس مرتبط است (Zahra & Ahmad, 2025). افزون بر این، مطالعات مداخله‌ای نشان

داده‌اند که بهبود تنظیم هیجان می‌تواند همزمان با بهبود سایر مؤلفه‌های وسواس رخ دهد (Mirzapour Alamdari et al., 2025; Rajaei Moshaei & Rasouli, 2025).

از نظر کارکردی، رفتارهای وسواسی را می‌توان نوعی تلاش ناکارآمد برای تنظیم حالت‌های هیجانی ناخوشایند در نظر گرفت. زمانی که فرد قادر نیست اضطراب، شرم، تردید یا احساس ناکافی بودن را به شکل انعطاف‌پذیر مدیریت کند، ممکن است از اعمال تکراری یا فرایندهای ذهنی کنترل‌گرانه برای کاهش موقت فشار روانی استفاده کند. هرچند این رفتارها در کوتاه‌مدت ممکن است اضطراب را کاهش دهند، در بلندمدت از طریق تقویت منفی به تداوم وسواس منجر می‌شوند. به همین دلیل، خودتنظیمی ضعیف می‌تواند حلقه واسطه‌ای مهمی میان آسیب‌پذیری‌های شناختی و بروز نشانه‌های وسواس باشد. همسویی این تبیین با مطالعاتی که اثربخشی درمان‌های هیجان‌محور را بر تنظیم هیجان در بیماران وسواسی گزارش کرده‌اند، قابل توجه است (Mirzapour Alamdari et al., 2025). همچنین، تأثیر روش‌های درمانی مختلف بر تنظیم هیجان و کاهش تردید در افراد دارای وسواس از این دیدگاه حمایت می‌کند که مداخله بر فرایندهای تنظیمی می‌تواند پیامدهای بالینی مهمی داشته باشد (Rajaei Moshaei & Rasouli, 2025).

مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر تأیید نقش میانجی خودتنظیمی در رابطه بین هر شش طرحواره و وسواس فکری-عملی بود. این نتیجه نشان می‌دهد که طرحواره‌های ره‌اشدگی، وابستگی-بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص-شرم، معیارهای سرسختانه و شکست نه تنها به‌طور مستقیم با علائم وسواسی ارتباط دارند، بلکه بخشی از اثر آن‌ها از طریق کاهش توانایی خودتنظیمی اعمال می‌شود. این یافته با مدل‌های جدیدی که بر نقش متغیرهای تنظیمی در انتقال اثر ساختارهای شناختی عمیق بر علائم روان‌شناختی تأکید دارند، کاملاً هم‌هنگ است. برای نمونه، نشان داده شده است که تنظیم شناختی هیجان

می‌تواند در رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار و پیامدهای روان‌شناختی نقش واسطه‌ای داشته باشد (Razavi et al., 2024). همچنین، دشواری در تنظیم هیجان به‌عنوان میانجی رابطه بین طرحواره‌ها و ناسازگاری اجتماعی معرفی شده است (Sepidkar et al., 2024). در افراد دارای اختلالات اضطرابی نیز مهارت‌های تنظیم هیجان یکی از میانجی‌های ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار و آشفتگی روان‌شناختی بوده است (Zamani Nezami et al., 2026). بنابراین، نتیجه حاضر این الگو را به زنان متقاضی جراحی زیبایی و نشانه‌های وسواس فکری-عملی گسترش می‌دهد.

همچنین، خودتنظیمی در رابطه کمال‌گرایی با وسواس فکری-عملی نقش میانجی معناداری داشت. این یافته نشان می‌دهد که بخشی از اثر کمال‌گرایی بر وسواس از طریق کاهش انعطاف در مدیریت هیجان و رفتار منتقل می‌شود. فرد کمال‌گرا معمولاً عملکرد خود را بر اساس استانداردهایی سخت‌گیرانه ارزیابی می‌کند و در مواجهه با فاصله میان عملکرد واقعی و معیار ایده‌آل، هیجان‌هایی مانند اضطراب، شرم، ناامیدی و خودانتقادی را تجربه می‌کند. اگر فرد ظرفیت کافی برای تنظیم این هیجان‌ها نداشته باشد، احتمال استفاده از رفتارهای تکراری و کنترل‌گرانه افزایش می‌یابد. این نتیجه با پژوهش‌هایی همسو است که کمال‌گرایی را در فرایندهای مرتبط با وسواس مهم دانسته‌اند (Toroslu & Çirakoğlu, 2023). همچنین، اثربخشی طرحواره‌درمانی در کاهش کمال‌گرایی و نشانه‌های مرتبط با وسواس از این تبیین حمایت می‌کند (Khaze et al., 2024; Moien & Farahani Far, 2024).

از منظر ویژگی‌های خاص جامعه مورد مطالعه نیز یافته‌های پژوهش اهمیت قابل توجهی دارند. زنان متقاضی جراحی زیبایی ممکن است بیش از جمعیت عمومی در معرض فشارهای مرتبط با تصویر بدنی، مقایسه اجتماعی، معیارهای زیبایی و ارزیابی ظاهری قرار گیرند. اگر این فشارها بر بستری از طرحواره‌های نقص-شرم، شکست یا معیارهای سرسختانه قرار گیرند، احتمال

شکل‌گیری نارضایتی مداوم و تلاش برای کنترل و اصلاح خود افزایش می‌یابد. نتایج مطالعاتی که بر زنان متقاضی جراحی زیبایی انجام شده‌اند، وجود ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار، شرم بدنی، کمال‌گرایی و نشانه‌های بدشکلی بدن را تأیید کرده‌اند (Meshkouri et al., 2024; Nilfroushan et al., 2023; Rashidifar & Karami, 2025). همچنین، اثر مثبت طرحواره‌درمانی بر خودشفقتی و کاهش شرم بدنی در این گروه نشان می‌دهد که اصلاح ساختارهای شناختی و تقویت فرایندهای تنظیمی می‌تواند از نظر بالینی اهمیت داشته باشد (Khajeh-Hasani & Rabari & Abdollahi-Chirani, 2024). بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که ارزیابی روان‌شناختی زنان متقاضی جراحی زیبایی بهتر است تنها به رضایت از ظاهر محدود نشود و مؤلفه‌هایی مانند طرحواره‌های فعال، کمال‌گرایی، الگوهای وسواسی و ظرفیت خودتنظیمی نیز مورد توجه قرار گیرند.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر از یک الگوی چندمسیره حمایت کرد که در آن طرحواره‌های ناسازگار و کمال‌گرایی هم به‌طور مستقیم و هم از طریق تضعیف خودتنظیمی با وسواس فکری-عملی ارتباط دارند. میانجی‌گری جزئی خودتنظیمی نشان می‌دهد که گرچه مشکلات تنظیمی بخش مهمی از این رابطه را توضیح می‌دهند، تمام اثر طرحواره‌ها و کمال‌گرایی را پوشش نمی‌دهند و احتمالاً سایر فرایندها مانند عدم تحمل بلا تکلیفی، نشخوار فکری، اجتناب شناختی، خودسرزنشگری و شرم نیز در این روابط دخیل هستند. این برداشت با مطالعات پیشین همخوان است که هر یک از این سازوکارها را در ارتباط با طرحواره‌ها، کمال‌گرایی و وسواس مطرح کرده‌اند (Hassani Pour & Nosrati, 2024; Rashidifar & Karami, 2025; Toroslu & Çirakoğlu, 2023). از این رو، یافته‌های حاضر بر اهمیت استفاده از مدل‌های تلفیقی شناختی-هیجانی برای تبیین علائم وسواسی در زنان متقاضی جراحی زیبایی تأکید می‌کنند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از طرح مقطعی و همبستگی بود که امکان استنباط قطعی روابط علی میان متغیرها را محدود می‌کند؛ بنابراین، اگرچه مدل ساختاری با چارچوب نظری پژوهش سازگار بود، نمی‌توان درباره تقدم زمانی قطعی طرحواره‌ها، کاهش خودتنظیمی و بروز علائم وسواسی نتیجه‌گیری کرد. همچنین، داده‌ها بر اساس پرسشنامه‌های خودگزارشی گردآوری شدند و در نتیجه احتمال سوگیری پاسخ، تمایل به ارائه تصویر مطلوب اجتماعی یا خطا در ارزیابی ویژگی‌های روان‌شناختی وجود دارد. محدود شدن نمونه به زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به دو مرکز درمانی در شهر تهران نیز تعمیم نتایج به زنان سایر شهرها، مردان متقاضی جراحی زیبایی یا افراد مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی را با احتیاط مواجه می‌سازد. افزون بر این، در این پژوهش انواع مختلف جراحی زیبایی در یک نمونه واحد بررسی شدند و ممکن است ویژگی‌های روان‌شناختی متقاضیان جراحی‌های مختلف با یکدیگر تفاوت داشته باشد. همچنین، برخی متغیرهای بالقوه مؤثر مانند شدت ناراضایتی از تصویر بدن، سابقه اختلالات روان‌پزشکی، استفاده از شبکه‌های اجتماعی، فشار اجتماعی ادراک‌شده و سابقه جراحی‌های متعدد به‌عنوان متغیرهای کنترل وارد مدل نشدند.

برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود مدل حاضر در مطالعات طولی و چندمرحله‌ای بررسی شود تا توالی زمانی و جهت روابط میان طرحواره‌ها، کمال‌گرایی، خودتنظیمی و وسواس فکری-عملی با دقت بیشتری مشخص گردد. همچنین، استفاده از نمونه‌های گسترده‌تر از شهرها و مراکز مختلف و مقایسه زنان و مردان متقاضی جراحی زیبایی می‌تواند به افزایش تعمیم‌پذیری نتایج کمک کند. پیشنهاد می‌شود انواع جراحی زیبایی، مانند جراحی بینی، جراحی‌های صورت و جراحی‌های مرتبط با فرم بدن، به‌صورت گروه‌های جداگانه مقایسه شوند تا تفاوت احتمالی الگوهای روان‌شناختی در هر گروه روشن شود. همچنین، افزودن متغیرهایی نظیر عدم تحمل بلا تکلیفی، شرم

بدنی، نشخوار فکری، اجتناب تجربی، خودشفقتی و اختلال بدشکلی بدن به مدل می‌تواند قدرت تبیینی آن را افزایش دهد. بهره‌گیری از مصاحبه‌های بالینی، ارزیابی‌های چندمنبعی و ابزارهای رفتاری در کنار پرسشنامه‌های خودگزارشی نیز می‌تواند اعتبار یافته‌ها را تقویت کند. در نهایت، انجام مطالعات مداخله‌ای برای بررسی اینکه آیا تقویت خودتنظیمی می‌تواند اثر طرحواره‌ها و کمال‌گرایی بر علائم وسواسی را کاهش دهد، می‌تواند آزمون دقیق‌تری از سازوکار میانجی شناسایی‌شده در این پژوهش فراهم سازد.

از نظر کاربردی پیشنهاد می‌شود در ارزیابی روان‌شناختی پیش از جراحی زیبایی، علاوه بر بررسی انتظارات فرد از نتیجه جراحی و رضایت از تصویر بدن، شدت طرحواره‌های نقص-شرم، شکست، رهاشدگی، وابستگی-بی‌کفایتی، بازدارنده‌های هیجانی و معیارهای سرسختانه، سطح کمال‌گرایی، نشانه‌های وسواس فکری-عملی و توانایی خودتنظیمی نیز مورد توجه قرار گیرد. در افرادی که نمرات بالایی در این متغیرها دارند، ارجاع به روان‌شناس بالینی پیش از تصمیم نهایی برای جراحی می‌تواند به شناسایی انتظارات غیرواقع‌بینانه و کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی کمک کند. همچنین، استفاده از برنامه‌های کوتاه‌مدت مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان، افزایش تحمل ابهام، کاهش خودانتقادی، بازسازی باورهای طرحواره‌ای و تعدیل استانداردهای کمال‌گرایانه می‌تواند به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های پیش از جراحی در نظر گرفته شود. برای جراحان و کارکنان مراکز زیبایی نیز طراحی پروتکل غربالگری روان‌شناختی ساده و استاندارد می‌تواند به شناسایی متقاضیان کمک کند که تصمیم آن‌ها برای جراحی بیش از حد تحت تأثیر اضطراب، شرم، وسواس یا کمال‌گرایی قرار دارد و ممکن است حتی پس از دستیابی به نتیجه فنی مطلوب نیز رضایت روان‌شناختی کافی از جراحی نداشته باشند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازن اخلاقی

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

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی می‌گردد.

References

- Journal of Psychological Sciences*, 23(143), 197-216.
<https://ensani.ir/fa/article/597315/>
- Mirzapour Alamdari, M., Khanmohammadi, A., & Khaneh Keshi, A. (2025). Comparing exposure and response prevention and emotion-focused therapy on experiential avoidance, intolerance of uncertainty, and emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 12(9), 195-206.
<https://doi.org/10.61838/ijbmc.v12i9.512>
- 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>
- Moshkouri, M., Bagherzadeh Golmakani, Z., Mansouri, A., & Khodabakhsh, M. R. (2024). The effectiveness of schema therapy on perfectionism, body shame, and symptoms of body dysmorphic disorder in women seeking cosmetic surgery. *Journal of Psychological Sciences*, 23(143), 216-197.
<https://www.noormags.ir>
- Najafi, H., & Ghorbani, M. (2024). The Relationship of Perfectionism and Eating Disorder with Failure and Entitlement Schemas among Students of Najafabad University.
- Nielsen, S. K. K., Stuart, A. C., Winding, C., Pedersen, M. Ø., Franksdatter Daniel, S. I., Vangkilde, S., Rosenberg, N., & Hageman, I. (2025). Adult attachment style, emotion regulation and obsessive-compulsive disorder-A preliminary cross-sectional mediational investigation of an attachment-based model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(1), e70031. <https://doi.org/10.1002/cpp.70031>
- Nilforoushan, P., Navidian, A., & Shahmohammadi, M. (2023). Early maladaptive schemas and general health in women seeking cosmetic surgery. *Psychiatric Nursing*, 3(1), 12-23.
- Rajaei Moshaei, G., & Rasouli, N. (2025). Effectiveness of repetitive transcranial magnetic stimulation on emotion regulation and doubt in adults with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 12(9), 285-292. <https://doi.org/10.61838/ijbmc.v12i9.512>
- Rashidifar, M., & Karami, M. (2025). Early maladaptive schemas, body dysmorphic disorder (BDD), and the mediating role of rumination and cognitive emotion regulation: A focus on cosmetic surgery applicants. Proceedings of the International Conference on Research in Psychology,
<https://doi.org/10.33422/icrconf.v2i1.798>
- Razavi, S., Khajehpour, L., & Moltafet, G. (2024). The Causal Model of Cognitive Emotion Regulation: Maladaptive Early Schemas and Parenting Styles. *Jayps*, 5(6), 68-77.
<https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.6.8>
- Sepidkar, Y., Zenoozian, S., & Ahmadi, F. (2024). Schema Modes and Social Maladjustment: The Mediating Role of Difficulty in Emotion Regulation. *Heliyon*, 10(22), e40219.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e40219>
- 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>
- Emami, F., & Mohammadi, S. Y. (2025). The Relationship of Early Maladaptive Schemas and Brain-Behavioral Systems with Extreme Perfectionism in Mountaineers in Tabriz. *Studies in Psychology and Educational Sciences (Negareh Institute of Higher Education)*(95), 619-629.
- 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.
- 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).
- Khaze, M., Zoladl, M., Afrasiabifar, A., & Firoozi, M. R. (2024). Investigating the Effect of Group Schema Therapy on Perfectionism in Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder: A Clinical Trial Study. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 11(1). <http://ijrn.ir/article-1-834-en.html>
- Khosravi, M. (2025). Schema Mechanisms Underlying Emotion Dysregulation and Impulsivity in Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(6).
<https://doi.org/10.1002/cpp.70206>
- Meshkouri, M., Bagherzadeh Golmakani, Z., Mansouri, A., & Khodabakhsh, M. R. (2024). Effectiveness of Schema Therapy on Perfectionism, Body Shame, and Symptoms of Body Dysmorphic Disorder in Women Seeking Cosmetic Surgery.

- Tahavvori, Z., Lashgari, M., & Taher, M. (2025). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Schema Therapy on Attachment Styles and Emotion Regulation in Women Affected by Infidelity. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 6(5), 1-10. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.512>
- Thoustrup, C. L., Uhre, C., Uhre, V., Ritter, M., Vangkilde, S., Engstrøm, J., Lindschou, J., Glud, C., Pagsberg, A. K., & Olsen, M. H. (2025). Emotion dysregulation in youths with obsessive-compulsive disorder and its implication for treatment - An exploratory study from the TECTO trial: A protocol and statistical analysis plan. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 43, 101408. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2024.101408>
- Toroslul, B., & Çirakoğlu, O. C. (2023). Do Perfectionism and Intolerance of Uncertainty Mediate the Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Relationship and Partner Related Obsessive-Compulsive Symptoms? *Current Psychology*, 42, 19037-19053. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03050-w>
- 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.
- Zahra, K. T., & Ahmad, M. (2025). Childhood Trauma, Alexithymia and Emotional Dysregulation in Adults With Obsessive Compulsive Disorder. *Sra*, 3(1), 1950-1956. <https://doi.org/10.70670/sra.v3i1.504>
- Zamani Nezami, A., Noforasti, A., & Farahani, H. (2026). Early Maladaptive Schemas and Psychological Distress in Individuals with Anxiety Disorders: The Mediating Role of Self-Compassion, Mindfulness, and Emotion Regulation Skills. *Applied Psychological Research*, 17(1), 129-146.