

April-May 2024, Volume 12, Issue 1

[10.22034/IJPN.12.1.64](https://doi.org/10.22034/IJPN.12.1.64)

The Relationship between Childhood Trauma Experience with Anxiety Symptoms and Body Dysmorphic Disorder in Cosmetic Surgery Applicants with the Mediation of Rejection Sensitivity

Masoumeh Kamandloo¹, Saber Karami², Baharak Balashour^{3*}, Mahdis Shahini⁴

1- Master of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

2- PhD Student in General Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.

3- Master of Educational Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4- Master of General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

Corresponding Author: Baharak Balashour, Master of Educational Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: h.baharakbalashour@gmail.com

Received: 28 Sep 2023

Accepted: 3 April 2024

Abstract

Introduction: Examining the traumatic experiences and personality characteristics of cosmetic surgery applicants is particularly important in explaining their psychological problems. Therefore, the present study was conducted to investigate the relationship between childhood trauma experience with anxiety symptoms and body dysmorphic disorder in cosmetic surgery applicants with the mediating role of rejection sensitivity.

Methods: The present research was correlation-based on structural equations. The statistical population of the research included all women referring to cosmetic surgery clinics in Tehran. Considering the criteria of inclusion and exclusion, 210 people were selected by convenience sampling method. The research tools are the Childhood Trauma Questionnaire, Beck Anxiety Inventory, Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, and Rejection Sensitivity Questionnaire. Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS and AMOS version 23 software were used for data analysis.

Results: The results showed that the direct path coefficients of childhood trauma experience on anxiety symptoms ($\beta=0.318$ and $P=0.001$) and sensitivity to rejection ($\beta=0.510$ and $P=0.001$) were positively significant, but the path of childhood trauma experience on body dysmorphic disorder was not significant. Also, the direct path coefficients of rejection sensitivity on anxiety symptoms ($\beta=0.464$ and $P=0.001$) and body dysmorphic disorder ($\beta=0.464$ and $P=0.001$) were positively significant. In addition to sensitivity to rejection, it had a mediating role in the relationship between childhood trauma experience anxiety symptoms and body dysmorphic disorder.

Conclusions: Based on the findings of the research, it can be concluded that targeted interventions that are used to reduce the sensitivity to rejection can probably be effective in improving the psychological problems and attitudes of cosmetic surgery applicants.

Keywords: Childhood trauma, Anxiety, Body dysmorphic disorder, Sensitivity to rejection, Cosmetic surgery.



ارتباط بین تجربه ترومای کودکی با علائم اضطراب و اختلال بدشکلی بدن در متقاضیان جراحی زیبایی با میانجی‌گری حساسیت به طرد

معصومه کمندلو^۱، صابر کرمی^۲، بهارک بلاشور^{۳*}، مهدیس شاهینی^۴

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

نویسنده مسئول: بهارک بلاشور، کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: h.baharakbalashour@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۷

چکیده

مقدمه: بررسی تجارب تروماتیک و ویژگی‌های شخصیتی متقاضیان جراحی زیبایی در تبیین مشکلات روان شناختی آنها اهمیت ویژه‌ای دارد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین تجربه ترومای کودکی با علائم اضطراب و اختلال بدشکلی بدن در متقاضیان جراحی زیبایی با نقش میانجی حساسیت به طرد انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی شهر تهران بودند. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، ۲۱۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارتند از: پرسشنامه آسیب‌های کودکی، پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه بدشکلی بدن و پرسشنامه حساسیت به طرد. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و از نرم‌افزار SPSS و AMOS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ضرایب مسیرهای مستقیم تجربه ترومای کودکی بر روی علائم اضطراب ($\beta=0/318$) و حساسیت به طرد ($P=0/001$ و $\beta=0/510$) به طور مثبت معنادار بود، اما مسیر تجربه ترومای کودکی بر روی اختلال بدشکلی بدن معنادار نبود. همچنین ضرایب مسیرهای مستقیم حساسیت به طرد بر روی علائم اضطراب ($\beta=0/464$) و اختلال بدشکلی بدن ($P=0/001$ و $\beta=0/464$) به صورت مثبت معنادار بود. افزون بر حساسیت به طرد در رابطه بین تجربه ترومای کودکی با علائم اضطراب و اختلال بدشکلی بدن نقش میانجی داشت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، مداخلات هدفمندی که در جهت کاهش حساسیت به طرد بکار گرفته می‌شوند، احتمالاً می‌توانند در بهبود مشکلات روان شناختی و نگرش متقاضیان جراحی زیبایی موثر باشند.

کلیدواژه‌ها: ترومای کودکی، اضطراب، اختلال بدشکلی بدن، حساسیت به طرد، جراحی زیبایی.

مقدمه

جراحی زیبایی (Cosmetic surgery)، شامل بهبود ظاهر فیزیکی اعضای بدن از طریق روش های جراحی انتخابی (مانند لیپوساکشن) و غیر جراحی (مانند درمان فیلر) است (۱). این شیوه، یکی از سریع ترین روش های پزشکی در حال رشد در جهان برای اصلاح ظاهر است (۲). انجمن بین المللی جراحی پلاستیک زیبایی (ISAPS) در سال ۲۰۲۰ گزارش داد که از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، تعداد عمل های جراحی زیبایی در سراسر جهان از ۲۰/۱ به ۲۵ میلیون افزایش یافته است (۳). در بین جراحی های مختلف معطوف به زیبایی نظیر افتادگی پلک، گردن، صورت، پیوند مو، لیپوساکشن، کاشت سینه و بینی، حداقل به لحاظ عمل زیبایی بینی، ایران دارای رتبه نخست می باشد (۴). همه اقدامات پزشکی مانند جراحی زیبایی با پیامدهای نامطلوب بالقوه متعددی مانند عوارض قلبی، آسیب عصبی و عفونت مرتبط است (۱). علاوه بر مزایای روانی و اجتماعی جراحی زیبایی، مطالعات نشان می دهد که در متقاضیان جراحی زیبایی برخی مشکلات روان شناختی مشاهده شده است (۵، ۶). اختلال بدشکلی بدن (Body dysmorphic disorder) از جمله مشکلات روان شناختی شایع در متقاضیان جراحی زیبایی است. مشخصه اختلال بدشکلی بدن، مشغولیت به یک نقص خیالی - یا خفیف - در ظاهر است (۷). بیماران مبتلا به این مشکل، معمولاً نگرانی های دردناکی را نشان می دهند که متمرکز بر صورت یا سر، اغلب پوست، مو و بینی، یا قسمت های دیگر بدن است. آنها رفتارهای وقت گیر و تکراری مانند چک کردن یا اجتناب از آینه، استتار، چندین بار مراجعه به پزشک را انجام می دهند و اغلب به دنبال درمان پوست یا جراحی زیبایی هستند (۸). همچنین، اضطراب (Anxiety) از دیگر مشکلات موجود در متقاضیان عمل جراحی زیبایی است. شواهدی نشان داد که ۹۲ درصد از متقاضیان عمل جراحی، کمابیش علائم اضطراب را گزارش نموده اند (۹). به علاوه برخی پژوهش ها نشان داده است که اختلال اضطراب فراگیر، شایع ترین اختلال در جمعیت مکزیک (شیوع ۱۴/۳) در زنان (۴۰-۵۰ سال) و به ویژه در زنان جوان تر قبل از عمل جراحی زیبایی است (۱۰، ۱۱). همچنین پژوهش های موجود در ایران نشان می دهد استرس و اضطراب از عوامل زمینه ساز جراحی زیبایی در زنان است (۶). تجربه ترومای کودکی (Childhood trauma)، به عنوان یک

عامل خطر بالقوه مهم برای ایجاد اختلال بدشکلی بدن (BDD) شناخته شده است (۱۲). به طور خاص، این نظریه مطرح شده است که سوء استفاده عاطفی ممکن است به انتقاد از خود درونی (internalised self-criticism) در BDD کمک کند، در حالی که سوء استفاده فیزیکی یا جنسی ممکن است به شرم متمرکز بر بدن مربوط شود (۱۳). به طور گسترده تر، بدرفتاری در دوران کودکی ممکن است از طریق مکانیسم هایی که شامل پردازش اجتماعی و هیجانی تغییر یافته، و تغییرات بیولوژیکی مرتبط با استرس است، به ایجاد مجموعه ای از آسیب شناسی های روانی کمک کند این نیز به نوبه خود ممکن است به پدیدارشناسی BDD نیز مرتبط باشد. نمونه ای از چنین مکانیسم هایی عبارتند از: افزایش ادراک تهدید، سوءگیری تفسیر مبتنی بر تهدید، مشکلات تنظیم هیجان و حساسیت به طرد (۱۴)، (۱۵). همچنین شواهد نشان می دهد که تجربه ترومای کودکی - که به عنوان سوء استفاده عاطفی، فیزیکی و جنسی، یا غفلت عاطفی و جسمی قبل از ۱۸ سالگی تصور می شود - با اختلالات اضطرابی مرتبط است، به عبارت دیگر تروماهای اولیه، با تشدید علائم آسیب زا، پیش آگهی بدتر و نتایج بدتر درمانی همراه است (۱۶، ۱۷). با این حال برخی پژوهش بیان می کنند مسیرهای خاصی که ترومای کودکی از طریق آن اثرات نامطلوب خود را بر پیامدهای سلامت روان به ویژه در میان متقاضیان جراحی اعمال می کند، پیچیده و ناهمگن هستند (۱۶، ۱۸). برای درک مسیرهای پیچیده و ناهمگون بین تجربه ترومای کودکی با پیامدهای بالینی به ویژه متقاضیان جراحی نیازمند، مکانیسم های مبتنی بر یک مدل خاصی هستیم که این پیامدها را قدرتمندتر تبیین نماید. مدل حساسیت به طرد (rejection sensitivity model) از جمله این موارد به شمار می رود. این مدل، حساسیت به طرد را به عنوان گرایش به پردازش شناختی - عاطفی جهت انتظار اضطراب، ادراک آماده و واکنش سریع توصیف می کند. در واقع این مدل شامل سه مولفه اصلی است: انتظارات اضطراب، ادراک طرد شدن، و واکنش های شناختی - عاطفی. این مولفه ها به ویژه انتظار اضطراب، در اوایل زندگی و اغلب در پاسخ به تعاملات ناخوشایند در روابط نزدیک (مثلاً عشق مشروط توسط والدین، خشونت خانوادگی) ایجاد می شود (۱۹). در مدل های حساسیت به طرد، می توان به حساسیت به طرد شخصی (personal rejection sensitivity) و حساسیت

در گرایش افراد به عمل جراحی زیبایی- مانند ترومای کودکی، حساسیت به طرد - و سنجش پیامدهای روان شناختی حاصله - مانند اضطراب و اختلال بدشکلی بدن- ضرورت دارد. به عبارت دیگر، اگر چه جراحی زیبایی منعکس کننده شکلی قوی از کنترل و تغییر ظاهر فرد است، در نظر گرفتن و بررسی (مداخله) تجارب نامطلوب و مکانیسم های درون فردی ممکن است به کاهش انتظار مضطرب شدن به سبب طرد و کاهش باورهای مربوط به نقص خیالی در ظاهر (متعاقبا میل کمتر به انجام عمل جراحی زیبایی) کمک کند؛ زیرا اهداف و تصمیمات فرد اغلب متأثر از دنیای درونی و تجربیات تروماتیک در گذشته افراد است. همچنین، اگرچه مطالعات قبلی اثر متغیرهای جمعیت شناختی، شخصیتی، اجتماعی و فرهنگی در پیش بینی علاقه به جراحی زیبایی را گزارش نموده اند (۲۴)، اما مطالعه حاضر جز معدود مطالعاتی است که درصدد است تا به بررسی این سوال بپردازد که آیا ویژگیهای شخصیتی مانند حساسیت به طرد می تواند میانجی گر بین رابطه ترومای کودکی با اضطراب و اختلال بدشکلی بدن در متقاضیان جراحی زیبایی باشد؟ از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه تجربه ترومای کودکی با علائم اضطراب و اختلال بدشکلی بدن در متقاضیان جراحی زیبایی با نقش میانجی حساسیت به طرد صورت گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیکهای جراحی زیبایی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه اولیه حاضر شامل ۳۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. میانگین سه پژوهش پیشین حجم نمونه این مطالعه را تعیین نموده است (۴، ۶، ۱۲). سپس از میان مراجعینی که معیارهای ورود و خروج به مطالعه را داشتند، ۲۱۰ نفر به عنوان نمونه نهایی وارد تحلیل شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، تجربه ترومای کودکی و وجود علائم متوسط به بالا (۵۶ و بالاتر) براساس مقیاس آسیب های دوران کودکی، زنان متقاضی جراحی زیبایی، کسب نمره بالا (حداقل نمره ۱۰۰) در پرسش نامه بدریختی بدن و سواد خواندن و نوشتن بود. ملاکهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: تکمیل ناقص پرسشنامه های پژوهش.

مبتنی بر ظاهر (appearance-based rejection sensitivity) اشاره نمود. حساسیت به طرد شخصی با تجارب کودکی آزار والدین، غفلت و قرار گرفتن در معرض خشونت خانوادگی مرتبط است (۲۰). حساسیت به طرد مربوط به ظاهر با پذیرش مشروط همسالان براساس ظاهر فرد، درونی سازی آرمان های ظاهری رسانه ای و احساس فشار توسط رسانه ها برای جذاب به نظر رسیدن - به جای تاثیر والدین- مرتبط است (۲۱). درواقع سازه حساسیت به طرد مبتنی بر ظاهر براساس سازه کلی حساسیت به طرد شخصی (personal rejection sensitivity) داوونی و فلمن (Downey & Feldman) (۲۲) ساخته شد و به جای اینکه بر اساس یک ویژگی خاص باشد، انتظارات مضطرب شدن از طرد را به طور کلی منعکس می کند. در این پژوهش با توجه به اینکه عامل آسیب زای زیربنایی، ترومای کودکی تلقی شده است، از حساسیت به طرد به صورت کلی و مرتبط با تروما استفاده شده است. به طور کلی، حساسیت به طرد دارای سه مولفه اصلی است: هوشیاری بیش از حد نسبت به نشانه های طرد، ناتوانی در تمایز بین نشانه های طرد و نشانه های اجتماعی، و اجرای مکانیسم های دفاعی برای مقابله با نشانه های طرد (۲۰). درواقع حساسیت به طرد را می توان از دریچه انگیزه دفاعی در نظر گرفت (۲۳). هدف سیستم انگیزش دفاعی پاسخ به تهدیدهایی است (در این مورد نشانه های طرد) که ممکن است پیوندهای اجتماعی فرد را قطع کند (۱۹). لذا فرض بر این است که عمل جراحی، در افرادی که دچار اضطراب و یا دچار اختلال بدشکلی بدن (به سبب آسیب های دوران کودکی) هستند، ممکن است، انگیزه ای جهت فرار از طرد در تعاملات بین فردی در بزرگسالی و کسب عزت نفس تلقی شود (۹). همچنین یکی از دلایل احتمالی مشکلات بین فردی متقاضیان عمل جراحی به ویژه آنهایی که مبتلا به اختلال بدشکلی بدن هستند، تمایل آنها به مضطرب شدن است در صورتی که ارزیابی دیگران از خود را منفی ادراک نمایند. بنابراین مبتنی بر مدل حساسیت به طرد داوونی و فلمن (۲۲) فرض بر این است، علاوه بر تجربه ترومای کودکی، حساسیت به طرد (به عنوان مکانیسم میانجی)، می تواند واریانس بیشتری از علائم اضطراب و اختلال بدشکلی بدن در متقاضیان عمل جراحی را تبیین نماید.

در مجموع به سبب افزایش روزافزون علاقه به جراحی زیبایی، بررسی عوامل زمینه ساز درون فردی و زیربنایی

همسانی درونی آن ۰/۹۲ و اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج روایی محتوا، هم زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشند (۲۹). همچنین در پژوهشی که بر روی جمعیت ایرانی انجام شد ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و ضریب پایایی بین دو نیمه را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۸۱ به دست آوردند. به علاوه ضریب روایی ۰/۷۲ گزارش شده است (۳۰).

پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن (Body Dysmorphic Disorder questionnaire): این پرسشنامه در سال ۱۳۹۰ توسط ربیعی و همکاران (۳۱) براساس مقیاس بدشکلی بدن فیلیپس (Phillips) و همکاران (۳۲) ساخته شده و دارای ۳۱ سوال و با طیف پنج گزینه ای لیکرت (کاملاً مخالفم = ۱، مخالفم = ۲، نظری ندارم = ۳، موافقم = ۴ و کاملاً موافقم = ۵) می باشد. ابعاد فراشناخت بدشکلی بدن، راهبردهای کنترل فراشناختی، درآمیختگی افکار، باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی در این پرسش نامه مورد ارزیابی قرار می گیرد. برای به دست آوردن امتیاز کل، امتیازات سؤالات با هم جمع می شود که در دامنه ۳۱ تا ۱۵۵ قرار دارد. بررسی روایی هم زمان بر روی ۲۰ نفر دانشجو (۳۱)، نشان داد که پرسش نامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن و عامل های آن با مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی ییل - براون همبستگی مثبت و معنی داری دارد (۰/۶۵). همبستگی بین نمره کل پرسشنامه و عوامل آن پس از تحلیل عاملی بدین ترتیب، نوع دوستی ۰/۷۷، وظیفه شناسی، ۰/۷۴، جوانمردی ۰/۷۷، ادب و مهربانی ۰/۷۶ و فضیلت مدنی ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه حساسیت به طرد (Rejection Sensitivity Questionnaire): این پرسشنامه ساخته داوونی و فلدمن (Downey & Feldman) (۳۳) است. از ۱۸ سوال تشکیل شده است که هر کدام دو قسمت دارند و براساس مقیاس لیکرت ۶ درجه ای نمره گذاری می شوند. قسمت الف میزان اضطراب افراد در زمینه مورد طرد قرار گرفتن و قسمت ب پیش بینی احتمال مورد پذیرش قرار گرفتن را می سنجد. برای مثال یکی از سوال ها این است که: شما در کلاس از کسی می خواهید که جزوه خود را به شما قرض دهد. چقدر نگران می شوید از اینکه فرد می خواهد

در این پژوهش اصول رازداری و محرمانگی، رضایت آگاهانه و احترام به حقوق آزمودنی ها رعایت گردید. روش تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده های حاصل از پرسشنامه های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS و SPSS نسخه بیست و سه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای جمع آوری داده ها از ابزار زیر استفاده شد.

پرسشنامه آسیب های کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی با سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه گیری می کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه ها جای نمی گیرند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۲۶). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرای آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۲۷).

پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory): این پرسشنامه توسط بک و استیر (Beck & Steer) در سال ۱۹۹۰ تدوین شد (۲۸). پرسشنامه اضطراب بک ۲۱ گویه دارد و بر روی یک مقیاس ۴ درجه ای از صفر تا ۳ نمره گذاری شده است. نمره کل در دامنه ای از صفر تا ۶۳ قرار می گیرد. نمرات بالاتر، شدت علائم اضطراب را می سنجد. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب

معصومه کمندلو و همکاران

گزارش شد که در سطح ۰/۰۵ معنادار است و روایی واگرا (با همبسته کردن این پرسشنامه با زیرمقیاس خودپنداری رایینز) ۰/۳۹ محاسبه شد. پایایی پرسشنامه نیز ۰/۸۳ محاسبه شد.

پس از انجام هماهنگی ها و کسب مجوزهای لازم، نسبت به اجرای مطالعه اقدام شد. شیوه گردآوری اطلاعات و داده‌ها در این پژوهش میدانی بود. بدین نحو که پژوهش‌گران شخصاً اقدام به گردآوری داده‌ها از گروه نمونه کردند. پس از تشریح اهداف و مزایای اجرای پژوهش، اجرای آزمون‌ها به صورت گروهی توسط پژوهشگران انجام شد. در این پژوهش اصول رازداری و محرمانگی، رضایت آگاهانه و احترام به حقوق آزمودنی‌ها رعایت گردید. روش تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS و SPSS نسخه بیست و سه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس داده‌های گردآوری شده ۹۳ نفر (۴۴/۳ درصد) لیسانس و ۱۱۷ نفر (۵۵/۷ درصد) فوق لیسانس بودند. ۱۲۸ نفر (۶۱ درصد) مجرد و ۸۲ نفر (۳۹ درصد) متاهل بودند. ۱۵۶ نفر (۷۴/۳ درصد) خانه دار و ۵۴ نفر (۲۵/۷ درصد) کارمند بودند.

جزوه اش را به شما قرض دهد یا نه؟ (از ۱- اصلاً نگران نیستم تا ۶- خیلی نگرانم). قسمت دوم به این مربوط است که فرد چقدر احتمال می‌دهد این فرد با کمال میل جزوه اش را در اختیار من قرار می‌دهد (از احتمال خیلی کمی دارد تا ۶- احتمال زیادی دارد). برای محاسبه نمره کلی (۳۴)، ابتدا با کم کردن نمره انتظار پذیرش در هر موقعیت (از قسمت ب) از عدد ۷، نمره انتظار طرد را محاسبه می‌کنند. سپس در هر موقعیت نمره انتظار طرد را در درجه اضطراب ضرب کرده و سپس میانگین نمرات حاصل برای ۱۸ موقعیت محاسبه می‌شود. به عبارت دیگر، داوونی و فلدمن (۳۳) سه مرحله را برای محاسبه میزان حساسیت به طرد در این پرسشنامه ابداع نموده‌اند: ۱) محاسبه نمرات انتظار طرد در هر گویه با کم کردن انتظار پذیرش از ۷؛ ۲) ضرب نمره انتظار طرد هر گویه در درجه اضطراب آن و ۳) میانگین نمرات حاصل ضرب بالا برای تمامی گویه‌ها. داوونی و فلدمن (۳۳)، پایایی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. مولفه‌های اضطراب و انتظار پذیرش با هم، همبستگی معناداری نشان داده‌اند. شواهد نشان می‌دهد که این پرسشنامه، قدرت پیش‌بینی ساختارهای شخصیتی که از لحاظ مفهومی به حساسیت به طرد مربوط می‌شود؛ از قبیل درون‌گرایی، روان‌رنجورخویی، سبک دلبستگی، اضطراب اجتماعی، انزوای اجتماعی و احترام به نفس را دارد (۳۵). در پژوهش (۳۶) روایی همگرا (با همبسته کردن این پرسشنامه با زیرمقیاس دیگرپنداری رایینز)، ۰/۴۹

جدول ۱. تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش (تعداد ۲۱۰ نفر)

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشدگی
آزار عاطفی	۱۴/۴۱	۴/۷۹	-۰/۲۴	-۱/۳۷
آزار جنسی	۱۳/۸۰	۴/۵۶	-۰/۰۷	-۱/۴۳
آزار فیزیکی	۱۵/۱۵	۳/۷۶	-۰/۴۱	۰/۵۳
غفلت عاطفی	۱/۴۶	۴/۶۳	-۰/۳۲	-۱/۲۳
غفلت جسمی	۱۴	۴/۴۹	۰/۰۶	-۱/۲۳
نمره کل تجربه ترومای کودکی	۷۱/۸۱	۱۸/۹۹	-۰/۲۴	-۱/۰۱
علائم اضطراب	۱۵/۸۴	۶/۶۶	۰/۰۴	-۱/۳۶
اختلال بدشکلی بدن	۳۹/۲۳	۸/۰۴	۰/۲۹	-۱/۶۸
حساسیت به طرد	۲۷/۵۶	۱۴/۳۵	۱/۴۲	۰/۶۶
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۲/۵۰	نسبت بحرانی: ۲/۲۰		

پیش بین مشاهده نشد، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» و نسبت بحرانی استفاده می‌شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است، که نتایج در جدول ۱ آمده است که بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۲/۵۰۱ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۲۰۳ به دست آمد که نشان دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات در این پژوهش است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱ تعداد، میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها ۲۱۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. برای بررسی هم خطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- علائم اضطراب									
۲- اختلال بدشکلی بدن	۰/۷۹**								
۳- آزار عاطفی	۰/۵۱**	۰/۲۹**							
۴- آزار جنسی	۰/۵۰**	۰/۲۶**	۰/۷۱**						
۵- آزار فیزیکی	۰/۵۰**	۰/۱۹**	۰/۵۷**	۰/۶۰**					
۶- غفلت عاطفی	۰/۴۱**	۰/۱۷**	۰/۷۳**	۰/۷۳**	۰/۵۶**				
۷- غفلت جسمی	۰/۷۴**	۰/۶۲**	۰/۶۶**	۰/۶۲**	۰/۵۵**	۰/۵۶**			
۸- نمره کل تجربه ترومای کودکی	۰/۶۴**	۰/۱۶	۰/۷۴**	۰/۷۰**	۰/۷۴**	۰/۷۷**	۰/۸۰**		
۹- حساسیت به طرد	۰/۶۳**	۰/۴۶**	۰/۴۶**	۰/۵۲**	۰/۴۹**	۰/۳۶**	۰/۵۷**	۰/۵۶**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

داشت. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید که نتایج ضرایب مستقیم، ضرایب غیرمستقیم و برازش مدل نهایی پژوهش در ادامه آمده است.

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین تجربه ترومای کودکی با علائم اضطراب ($P < 0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. بین تجربه ترومای کودکی با اختلال بدشکلی رابطه معناداری وجود نداشت. بین حساسیت به طرد با علائم اضطراب و اختلال بدشکلی بدن ($P < 0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود

معصومه کمندلو و همکاران

جدول ۳: شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل اصلاح شده پژوهش

مسیرهای مستقیم	ضریب استاندارد		ضرایب غیراستاندارد		sig
	ضریب بتا	ضریب b	خطای معیار	T	
تجربه ترومای کودکی ← علائم اضطراب	۰/۳۲	۰/۶۸	۰/۱۴	۴/۹۶	۰/۰۰۱
تجربه ترومای کودکی ← اختلال بدشکلی بدن	-	-	-	-	-
تجربه ترومای کودکی ← حساسیت به طرد	۰/۵۱	۰/۳۴	۰/۳۳	۷/۲۰	۰/۰۰۱
حساسیت به طرد ← علائم اضطراب	۰/۴۶	۰/۲۲	۰/۰۳	۷/۷۷	۰/۰۰۱
حساسیت به طرد ← اختلال بدشکلی بدن	۰/۴۶	۰/۲۶	۰/۰۳	۷/۷۶	۰/۰۰۱

روى اختلال بدشکلی بدن به صورت مثبت معنادار بود. مسیر تجربه ترومای کودکی بر روی اختلال بدشکلی بدن معنادار نبود، لذا این مسیر از مدل پژوهش حذف شد. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در جدول ۴- ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود ضرایب مسیرهای مستقیم تجربه ترومای کودکی ($\beta=0/32$) و حساسیت به طرد ($\beta=0/46$) و ($P=0/001$) بر روی علائم اضطراب به صورت مثبت معنادار بود. ضریب مسیر مستقیم تجربه ترومای کودکی ($\beta=0/51$) و ($P=0/001$) بر روی حساسیت به طرد به صورت مثبت معنادار بود. ضریب مسیر مستقیم حساسیت به طرد ($\beta=0/46$) و ($P=0/001$) بر

جدول ۴: نتایج بوت استروپ برای بررسی ضرایب غیرمستقیم مدل اصلاح شده پژوهش

مسیرهای غیرمستقیم	ضرایب استاندارد		ضریب غیراستاندارد	معناداری
	حد پایین	حد بالا		
تجربه ترومای کودکی ← حساسیت به طرد ← علائم اضطراب	۰/۱۷	۰/۳۳	۰/۵۳	۰/۰۰۲
تجربه ترومای کودکی ← حساسیت به طرد ← اختلال بدشکلی بدن	۰/۱۸	۰/۳۱	۰/۴۲	۰/۰۰۱

غیرمستقیم متغیر تجربه ترومای کودکی به متغیر اختلال بدشکلی بدن از طریق حساسیت به طرد، مثبت و معنی دار است ($b=0/42, p<0/05$). در جدول ۵ شاخص های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

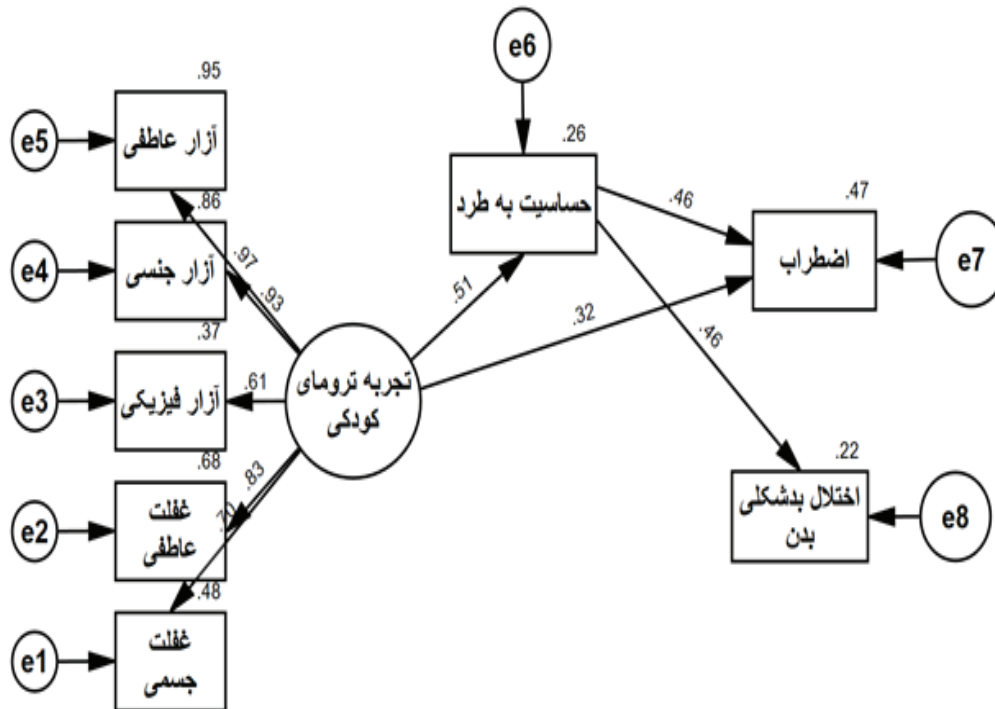
برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۱۰۰۰ بار فرایند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر تجربه ترومای کودکی به متغیر علائم اضطراب از طریق حساسیت به طرد، مثبت و معنی دار است ($b=0/53, p<0/05$). اثر

جدول ۵: شاخص های برازندگی مدل اصلاح شده پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۴۶/۶۶۴	-
	درجه آزادی (DF)	۱۹	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکور به درجه آزادی X^2/df یا $CMIN/df$	۲/۴۵۶	کمتر از ۳
شاخص های نسبی	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۳۲	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۳۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۴۲	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۳۵	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۴۰	بیشتر از ۰/۹۰

مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس جدول ۵ مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) $0/001$ و شاخص RMSEA برابر $0/032$ می باشد که بر اساس مدل کلاین نشان دهنده برازش مدل است. در شکل ۱ مدل پیشنهادی و برازش شده پژوهش آمده است.

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۵- استفاده شده است. همچنین اگر شاخص های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه ای (CFI)، برازندگی افزایشی، (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از $0/90$ است بر برازش



شکل ۱. مدل اصلاح شده پژوهش

ترومای کودکی با میانجی حساسیت به طرد در مجموع ۲۲ درصد از واریانس اختلال بدشکلی بدن را تبیین می کند.

بحث

مطالعه حاضر به بررسی رابطه بین تجربه ترومای کودکی با علائم اضطراب و اختلال بدشکلی بدن در متقاضیان جراحی زیبایی با نقش میانجی حساسیت به طرد پرداخت. یافته ها نشان داد که اثر غیرمستقیم تجربه ترومای کودکی بر اختلال بدشکلی بدن در متقاضیان جراحی زیبایی با نقش میانجی حساسیت به طرد معنی دار است. این یافته ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم همسو با نتایج پژوهش های فلدمن و داوونی (Downey & Feldman) (۲۰، ۲۲)، میشا و آلن (Mishra & Allen) (۳۷) و دنگ (Deng) و همکاران (۳۸) است. در تبیین این یافته ها می توان به مواردی از

شکل ۱. مدل ساختاری و اصلاح پژوهش را نشان می دهد. مسیر مستقیم تجربه ترومای کودکی بر روی اختلال بدشکلی بدن معنادار نبود، لذا این مسیر از مدل پژوهش حذف شد. در مدل اصلاح شده، مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای علائم اضطراب بر اساس تجربه ترومای کودکی با نقش میانجی حساسیت به طرد برابر $0/47$ به بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که تجربه ترومای کودکی با میانجی حساسیت به طرد در مجموع ۴۷ درصد از واریانس علائم اضطراب را تبیین می کند. همچنین در مدل اصلاح شده، مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای اختلال بدشکلی بدن بر اساس تجربه ترومای کودکی با نقش میانجی حساسیت به طرد برابر $0/22$ به بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که تجربه

بدن، به دلیل ارزیابی انتقادی والدین و دوستان در دوران کودکی (به سبب ویژگی های صورت، بدن و اضافه وزن و ...) و همچنین قرار گرفتن در معرض رویدادهای آسیب زای زندگی، مستعد برخی مولفه های آسیب زا مانند حساسیت به طرد، عزت نفس پایین و نگرانی هایی در مورد ارزش خود هستند. بنابراین این افراد ممکن است به انواع روش های بیرونی (مانند عمل جراحی زیبایی) -جهت اجتناب از طرد شدن، کسب عزت نفس مجدد و رفع نقص های خیالی یا جزئی- متوسل شوند. همچنین در زمینه تبیین عدم معناداری مسیر مستقیم تجربه ترومای کودکی بر روی اختلال بدشکلی بدن می توان اظهار داشت که ما هنوز در مراحل ابتدایی درک این موضوع هستیم که چرا برخی افرادی که در معرض رویدادهای آسیب زا قرار گرفته اند دچار مشکلات روان شناختی آسیب زا (مانند اختلال بدشکلی بدن) قرار می گیرند و برخی افراد نه. به عبارت دیگر، اگر چه اکثر افرادی که در معرض رویدادهای آسیب زا قرار می گیرند، دچار آسیب های روانشناختی مختلف می شوند، اما بخشی دیگر از افراد آسیب دیده، از الگوی هنجار تاب آوری پیروی می کنند (۱۲، ۱۳). به علاوه، در زمینه عدم رابطه بین ترومای کودکی و اختلال بدشکلی بدنی می توان گفت که عوامل دیگر همچون سبک دلبستگی، پیوند مادر-نوزاد و میزان حمایت اطرافیان می تواند اثر تعدیل کننده بر تروما و پیامدهای روان شناختی بعد از آن بگذارد. بنابراین کاوش رابطه بین تروما با اختلال بدشکلی بدن احتمالاً باید با لحاظ نمودن متغیرهای درون روانی و بین فردی صورت گیرد.

بخش دیگری از یافته های پژوهش نشان داد که اثر غیرمستقیم تجربه ترومای کودکی بر اضطراب در متقاضیان جراحی زیبایی با نقش میانجی حساسیت به طرد معنی دار است. این یافته ها با پژوهش های گریفیث و مولاک (Griffiths & Mullock) (۱۰)، رومرو-کانیاس (Romero-Canyas) و همکاران (۱۹) و نودا (Noda) و همکاران (۴۰) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان به مدل حساسیت به طرد و برخی پژوهش های موجود در این زمینه تکیه نمود. حساسیت به طرد به تمایل نسبت به انتظار اضطراب، ادراک آماده (ready perception) و واکنش بیش از حد نسبت به طرد اشاره دارد (۲۲). در مدل حساسیت به طرد، انتظار اضطراب، معمولاً در اوایل زندگی و اغلب در پاسخ به تروماهای دوران کودکی (مانند عشق مشروط توسط

جمله نظریه مطرح در مورد ترومای کودکی، مدل حساسیت به طرد و پژوهش های پیشین اشاره نمود. سوء استفاده عاطفی با انتقاد از خود درونی در اختلال بدشکلی بدن همراه است و سوء استفاده فیزیکی یا جنسی هم به شرم متمرکز بر بدن مربوط شود (۱۳). اما رابطه بین تروما و اختلال بدشکلی بدن یک رابطه خطی ساده نیست (همان طور که یافته های ما این را نشان داد)، بلکه تروما از طریق مکانیسم های پردازش های شناختی و عاطفی تغییر یافته به آسیب شناسی روانی مانند اختلال بدشکلی بدن کمک می کند. یکی از این مکانیسم ها حساسیت به طرد است. به عبارت دیگر، مدل حساسیت به طرد به صورت، گرایش به پردازش شناختی-عاطفی جهت انتظار اضطراب، ادراک آماده و واکنش سریع توصیف می شود. در واقع می-توان ادعا کرد که فقدان مراقبت های دوران کودکی، عدم حمایت عاطفی و طرد با نقص در تنظیم اضطراب و شک به خود همراه است و در نتیجه این موارد درونی سازی، مقایسه، عدم ظرفیت روانی خودتنظیمی، ادراک ضعیف از خود و دیگران را به همراه دارد. لذا مجموع این موارد می تواند پیش بینی کننده اختلالات روان شناختی از جمله اختلال بدشکلی بدن باشد (۳۹). همچنین براساس مدل حساسیت به طرد، انتظار اضطراب، در اوایل زندگی و اغلب در پاسخ به تعاملات ناخوشایند در روابط نزدیک (مثلاً عشق مشروط والدین، آزار و غفلت والدین، خشونت خانوادگی) ایجاد می-شود (۱۹). بنابراین ترومایی که از دوران کودکی از طریق والدین یا اطرافیان بر فرد وارد شده است، انتقاد از خود درونی، حساسیت به طرد در روابط آینده، شرم متمرکز بر بدن و متعاقباً نگرانی های متمرکز بر بدن -مانند اختلال بدشکلی بدنی- را به همراه دارد. همچنین براساس مدل فلدمن و داوونی (۲۲) حساست مرتبط با طرد ظاهر ریشه در حساسیت مربوط به طرد شخصی دارد، بنابراین ممکن است مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن به سبب پردازش های شناختی و عاطفی (مانند عدم کنترل تفکر منطقی و پریشانی عاطفی) مرتبط با حساسیت به طرد، از شکل بدنی خود راضی نباشند و جهت کسب پذیرش مشروط دیگران براساس ظاهر و جذاب به نظر رسیدن، به سوی عمل جراحی زیبایی سوق پیدا کنند. همچنین پژوهش ها نشان داده که پذیرش و درونی سازی آرمان های مربوط به ظاهر و شکل بدن با حساسیت به طرد مرتبط است (۳۸). به طور کلی می توان گفت که مبتلایان به اختلال بدشکلی

والدین، خشونت خانوادگی) ایجاد می شود. به عبارت دیگر، حساسیت به طرد با گوش به زنگی مداوم برای نشانه های طرد، توصیف شده و از طرد والدین در طی تاریخچه تحولی فرد خبر می دهد (۲۲). در واقع، این گوش به زنگی نه تنها تردید مداوم فرد نسبت به پذیرفته شدن یا حتی رد شدن از سوی آنها را در بر می گیرد، بلکه دغدغه همیشگی برای ممانعت از طرد و به دست آوردن و نگهداری از پذیرش دیگران را هم شامل می شود. بدین ترتیب طرد خواه به صورت واقعی رخ داده باشد و خواه به صورت انتظار یا پیش بینی ذهنی در درون فرد باشد، امواج مداومی از علائم اضطراب و خشم را بر می گیرد (۴۱). در چنین شرایطی، یکی از رویکردهای محتمل افراد در خودخزیدگی، اجتناب در روابط بین فردی و یا توسل جستن به راهکارهای بیرونی (مانند عمل جراحی زیبایی) جهت اجتناب از انتقاد، تعارض و پذیرفته شدن از سوی دیگران است. همچنین پژوهش ها نشان داده است که انتظار طرد شدن حتی زمانی که تهدید واضحی وجود ندارد در افراد مبتلا به اضطراب (به ویژه اضطراب اجتماعی در متقاضیان عمل جراحی) وجود دارد. به علاوه پژوهش ها گزارش می کنند که حساسیت به طرد با اضطراب و افسردگی و اختلال بدشکلی بدن همراه است، تصور می شود که این ناشی از تعارضات خانوادگی و خشونت مادر در کودکی باشد (۴۰). در مورد رابطه مستقیم ترومای کودکی با اضطراب نیز می توان گفت که یافته های تحقیقات بیولوژی نشان می دهد که ترومای کودکی و استرس شدید در اوایل زندگی باعث افزایش سطح کورتیزول و فعال شدن گیرنده گلوکوکورتیکوئیدی (glucocorticoid receptor) می شود. پیامد فعال شدن بیش از حد گلوکوکورتیکوئید در اوایل زندگی، توسعه غیرطبیعی سیستم های استرس و آسیب پذیری در برابر اضطراب و سایر مشکلات روان شناختی است (۴۲). البته یافته های مطالعات نشان داد که تاثیر ترومای کودکی بر سلامت روان از جمله اضطراب نتیجه تعامل پیچیده ژن ها، فرایندهای مغزی، محیط و عوامل روان شناختی (مانند روان رنجورخویی، تداعی منفی، حساسیت به طرد، سطح پایین درون گرایی و ..) است (۴۳). همچنین بسیاری از مطالعات قبلی نیز همسو با یافته های این مطالعه رابطه قوی بین اضطراب با اشکال آشکارتر بد رفتاری، مانند انواع سوء استفاده ها و غفلت را نشان داده اند (۴۳). در مجموع، بر مبنای یافته های این پژوهش می توان گفت که ترومای

کودکی می تواند به صورت مستقیم و به علاوه به صورت غیرمستقیم از طریق حساسیت به طرد بر علائم اضطراب تاثیر بگذارد.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که حساسیت به طرد به عنوان یک متغیر میانجی، نقش مهمی بین تروما کودکی با اختلال بدشکلی بدن و علائم اضطراب در متقاضیان عمل جراحی ایفا می کند. در واقع می توان گفت که علاوه بر تاکید فرهنگی فراگیر بر جذابیت، آسیب های گذشته و تعارضات و نگرانی های درون روانی، افراد را وادار به ایجاد حساسیت بیشتر نسبت به طرد شدن و دل مشغولی به ویژگی های ظاهری می کند. به عبارت دیگر، نگرانی های یک فرد در مورد شکل ظاهر ریشه در نگرانی های درون روانی تر (حساسیت به طرد شخصی) دارد. بنابراین این موضوع می تواند آسیب های روان شناختی از جمله علائم اضطراب و اختلال بدشکلی بدنی را به همراه داشته باشد، و فرد را وادار به انجام تغییر شکل در ظاهر و انجام عمل جراحی زیبایی نماید. بنابراین، یافته های این مطالعه نشان از اهمیت این نکته است که آسیب های وارد شده در گذشته (مانند غفلت، سواستفاده و پذیرش مشروط افراد مهم و ..) و شکل گیری برخی مکانیسم های شخصیتی مانند حساسیت به طرد، می تواند نگرانی ها و اضطراب هایی را در ارتباط با شکل ظاهر ایجاد کند و فرد را به انجام اعمال جراحی زیبایی سوق دهد. در کنار نتیجه گیری صورت گرفته، باید به محدودیت های موجود در این پژوهش نیز توجه داشت. استفاده از ابزارهای کاغذ مدادی ممکن است سنجش دقیقی از این متغیرها به دست ندهند. همچنین پژوهش تنها بر روی زنان صورت گرفته است، این موضوع محدودیت هایی را در زمینه تعمیم نتایج ایجاد می کند. با توجه به مقطعی بودن پژوهش، انجام مطالعات طولی در آینده می توان استنباط های علی بین متغیرهای پژوهش را میسر سازد. پیشنهاد می شود که در مطالعات آینده، نقش فرهنگ، اجتماع، و حتی سطح سواد و مسائل اقتصادی در زمینه جراحی زیبایی و حساسیت به طرد مورد بررسی قرار گیرد. نقش هر دو متغیر حساسیت به طرد ظاهری و حساسیت به طرد شخصی در متقاضیان جراحی زیبایی در داخل ایران مورد بررسی قرار گیرد. در نهایت پیشنهاد می شود که در پژوهش های آزمایشی و مداخلات بالینی، به نقش مولفه حساسیت به طرد در زمینه

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می شود.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Wu Y, Alleva JM, Broers NJ, Mulken S. Attitudes towards cosmetic surgery among women in China and the Netherlands. *Plos one*. 2022 Apr 21; 17(4):e0267451. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267451>
2. Sarwer DB. Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body image*. 2019 Dec 1; 31:302-8. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.009>
3. ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2019 [Internet]. International Society of Aesthetic Plastic Surgery; 2020 [cited 2021 Oct 4].
4. Loghmani S, Loghmani S, Baghi H, Houghoughi MA, Dalvi F. Demographic characteristics of patients undergoing rhinoplasty: a single center two-time-period comparison. *World Journal of Plastic Surgery*. 2017 Sep;6(3):275.
5. Dayan SH, Arkins JP, Patel AB, Gal TJ. A double-blind, randomized, placebo-controlled health-outcomes survey of the effect of botulinum toxin type a injections on quality of life and self-esteem. *Dermatologic surgery*. 2010 Dec; 36:2088-97. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2010.01795.x>
6. Imani M, Dehghan M, Sharafi Zadegan M. A comparative analysis of experiential avoidance, mindfulness, body image dissatisfaction, anxiety, depression and stress in applicants and non-applicants of cosmetic surgery. *Journal of Psychological Science, surgery*. 2020 Jan 1; 19(88):421-9.
7. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, Auriacombe M, Martin D, Baudet J, Tignol J. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *European Psychiatry*. 2003 Nov; 18(7):365-8. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.02.001>
8. Allen A, Hollander E. Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000 Sep 1; 23(3):617-28. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70184-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70184-2)
9. Del Aguila E, Martínez JR, Pablos JL, Huánuco M, Encina VM, Rhenals AL. Personality traits, anxiety, and self-esteem in patients seeking cosmetic surgery in Mexico City. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*. 2019 Oct; 7(10). <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002381>
10. Griffiths D, Mullock A. Cosmetic surgery: regulatory challenges in a global beauty market. *Health Care Analysis*. 2018 Sep; 26:220-34. <https://doi.org/10.1007/s10728-017-0339-5>
11. ROHNER JC, Rasmussen A. Recognition bias and the physical attractiveness stereotype. *Scandinavian journal of psychology*. 2012 Jun; 53(3):239-46. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00939.x>
12. Malcolm A, Pikoos TD, Grace SA, Castle DJ, Rossell SL. Childhood maltreatment and trauma is common and severe in body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2021 Aug 1; 109:152256. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152256>
13. Veale D, Neziroglu F. *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. John Wiley & Sons; 2010 Feb 4. <https://doi.org/10.1002/9780470684610>
14. McLaughlin KA, Colich NL, Rodman AM, Weissman DG. Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC medicine*. 2020 Dec; 18(1):1-1. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01561-6>
15. Kaul D, Smith CC, Stevens J, Fröhlich AS, Binder EB, Mechawar N, Schwab SG, Matosin N. Severe childhood and adulthood stress associates with neocortical layer-specific reductions of mature spines in psychiatric disorders.

- Neurobiology of stress. 2020 Nov 1; 13:100270. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2020.100270>
16. Kuzminskaite E, Vinkers CH, Milaneschi Y, Giltay EJ, Penninx BW. Childhood trauma and its impact on depressive and anxiety symptomatology in adulthood: A 6-year longitudinal study. *Journal of affective disorders*. 2022 Sep 1; 312:322-30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.057>
 17. Nelson J, Klumparendt A, Doebler P, Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017 Feb; 210(2):96-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
 18. Kuzminskaite E, Penninx BW, van Harmelen AL, Elzinga BM, Hovens JG, Vinkers CH. Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: an integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of affective disorders*. 2021 Mar 15; 283:179-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.054>
 19. Romero-Canyas R, Downey G, Berenson K, Ayduk O, Kang NJ. Rejection sensitivity and the rejection-hostility link in romantic relationships. *Journal of personality*. 2010 Feb; 78(1):119-48. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00611.x>
 20. Feldman S, Downey G. Rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment behavior. *Development and psychopathology*. 1994; 6(1):231-47. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005976>
 21. Park LE, DiRaddo AM, Calogero RM. Sociocultural influence and appearance-based rejection sensitivity among college students. *Psychology of Women Quarterly*. 2009 Mar; 33(1):108-19. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.01478.x>
 22. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*. 1996 Jun; 70(6):1327. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.6.1327>
 23. Pietrzak J, Downey G, Ayduk O. Rejection sensitivity as an interpersonal vulnerability. *Interpersonal cognition*. 2005:62-84.
 24. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*. 1996 Jun; 70(6):1327. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.6.1327>
 25. Park LE, Calogero RM, Harwin MJ, DiRaddo AM. Predicting interest in cosmetic surgery: Interactive effects of appearance-based rejection sensitivity and negative appearance comments. *Body image*. 2009 Jun 1; 6(3):186-93. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.02.003>
 26. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1; 27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
 27. Shafiei M, Rezaee F, Sadeghi M. Model of Contrast Avoidance of Generalized Anxiety Disorder in People with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychology*. 2021 Jun; 1(97):98.
 28. Beck AT, Steer RA. *Manual for the Beck anxiety inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1990.
 29. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988 Dec; 56(6):893. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.56.6.893>
 30. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2005 Nov 10; 11(3):312-26.
 31. Rabiei M, Salahian A, Bahrami F, Palahang H. Construction and standardization of the body dysmorphic metacognition questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2011 Aug 10; 21(83):43-52.
 32. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology bulletin*. 1997; 33(1):17.
 33. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*. 1996 Jun; 70(6):1327. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.6.1327>

34. Palangi, A., Habibi, Y., GhasemiNejad, M. A. Comparing social stress and sensitivity to rejection in children with and without stuttering. *Journal of School Psychology*, 2016; 5(3): 24-38.
35. Downey G, Freitas AL, Michaelis B, Khouri H. The self-fulfilling prophecy in close relationships: rejection sensitivity and rejection by romantic partners. *Journal of personality and social psychology*. 1998 Aug; 75(2):545. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.2.545>
36. Ahmadi, E., hamid, N., Marashi, S. The effectiveness of compassion focused group therapy on sociotropy and sensitivity to rejection in high school Girls in Ahwaz. *Scientific Journal of Social Psychology*, 2019; 7(52): 65-75.
37. Mishra M, Allen MS. Rejection sensitivity and romantic relationships: A systematic review and meta-analysis. *Personality and Individual Differences*. 2023 Jul 1; 208:112186. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112186>
38. Deng Y, Chen Y, Liu X. Romantic relationship and appearance-based rejection sensitivity: A moderated mediation model of self-rated attractiveness and appearance-contingent self-worth. *Personality and Individual Differences*. 2019 May 1; 142:295-300. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.09.010>
39. Mittal S, Yadav K, Negi MP. Body Dysmorphic Disorder, Rejection Sensitivity And Appearance Anxiety In College Students. *Elementary Education Online*. 2022 Nov 5; 20(3):4289-4299.
40. Noda S, Masaki M, Kishimoto T, Kaiya H. Effect of rejection sensitivity on the development of anxious-depressive attack in Japanese outpatients: The mediating roles of rumination, social anxiety, and depressive symptoms. *Frontiers in psychology*. 2022 Nov 30; 13:1016879. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1016879>
41. Sadeghzadeh M, Askari Z, Khormaei F. The Relationship between Self-Criticism and Sensitivity to Rejection with Psychological Distress in Female Students: Mediating Role of Self-silencing. *Women's Studies Sociological and Psychological*. 2022 Jun 22; 20(2).
42. Frith U, Frith C. The biological basis of social interaction. *Current directions in psychological science*. 2001 Oct; 10(5):151-5. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00137>
43. Kuzminskaite E, Penninx BW, van Harmelen AL, Elzinga BM, Hovens JG, Vinkers CH. Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: an integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of affective disorders*. 2021 Mar 15; 283:179-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.054>