

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

Structural Equation modeling of the Body Dysmorphic Disorder based on Early Maladaptive Schemas with Mediating Role of Self-Esteem in women with Breast Cancer

Mohammad Reza Tamannaefar^{1*} , Mahboobe Esmikhani²

¹ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran.

² M.A Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran.

Correspondence

Mohammad Reza Tamannaefar
Email: tamannai@kashanu.ac.ir

How to cite

Tamannaefar, M.R., & Esmikhani, M. (2026). Structural Equation modeling of the Body Dysmorphic Disorder based on Early Maladaptive Schemas with Mediating Role of Self-Esteem in women with Breast Cancer. Quarterly Journal Of Health Psychology, 15(1). 43-62.

ABSTRACT

Objective: Body dysmorphic disorder is a perceptual disorder in which a person is preoccupied with one or more parts of their body that they perceive as particularly ugly or misshapen. Women with body dysmorphic disorder are intensely concerned with their breasts, buttocks, thighs, and overall weight. The obsessive nature of body dysmorphic disorder can cause a person to experience repeated negative feelings and discomfort about their appearance and how others perceive them, and an overall decrease in psychological and social functioning. For example, people with body dysmorphic disorder may engage in self-checking activities, such as repeatedly looking at themselves in the mirror to assess the area(s) of concern and comparing their appearance to that of others. Body dysmorphic disorder concerns (or symptoms related to body dysmorphic disorder) are distressing and can cause significant suffering and are influenced by various factors, one of which is primary maladaptive schemas. Early maladaptive schemas serve as a framework for interpreting reality that provides a stable and coherent sense of self and the world. It is clear that early maladaptive schemas are associated with body dysmorphic disorder, but what could be important is to discover and examine the role of mediating variables in the relationship between early maladaptive schemas and body dysmorphic disorder, which in this study examined the mediating role of self-esteem, because self-esteem, in addition to being affected by the antecedents of this study, namely early maladaptive schemas, can affect dysmorphic disorder. For this reason, and based on research precedents, self-esteem can be an appropriate mediating variable in the relationships

between the variables in this study. The purpose of the present study was to investigate structural equation modeling of the body dysmorphic disorder based on early maladaptive schemas with mediating role of self-esteem in women with breast cancer. **Method:** The method of the present research is applied in terms of its purpose and descriptive in terms of survey type, which is considered quantitative research. The statistical population of the study was women with breast cancer referral to the oncology center of Imam Khomeini and Imam Hussein Hospital of Tehran city in autumn year 2024. The sample size was selected based on Klein's model (2023) and with subjectivw sampling of 300 women. Data collection tools include the body dysmorphic disorder scale (BDDS) of Hanley and et al (2020), Young schema questionnaire – short form version 3 (YSQ-S3) of Young (2005) and self-esteem scale (RSEs) of Rosenberg (1989). The inclusion criteria for the study were diagnosis of breast cancer, being in the radiotherapy treatment phase, having a minimum level of literacy, full consent to participate in the study, the right to withdraw from the study, having sufficient time to answer the questionnaires, and not receiving psychiatric treatment. Failure to fully answer the questionnaire questions and not having the necessary cooperation to participate in the study were exclusion criteria. For descriptive data analysis, mean and standard deviation were used; for inferential data analysis, Pearson correlation coefficient and structural equation modeling were used. Data analysis software was SPSS and AMOS version 28. **Results:** The number of respondents was 300, and no outliers or outliers were identified in this study. The mean age and standard deviation were 37.33 and 2.92, respectively. The results showed direct effect of early maladaptive schemas and self-esteem on body dysmorphic disorder is significant. The results also showed that self-esteem has a significant mediating role in the relationship between early maladaptive schemas with body dysmorphic disorder. Also, the final research model had a good fit (RMSEA=0.07, SRMR=0.05, $p < 0.05$) and 84% of the variance of body dysmorphic disorder is explained. **Conclusion:** In explaining the mediating role of self-esteem in the relationship between early maladaptive schemas and dysmorphic disorder, it can be said that when a person experiences changes in their appearance and body due to illness and considers these changes to be a kind of defect in them, they judge their body and appearance based on this perceived defect. Therefore, it is possible that the emotions and cognitions present in the schemas of self-regulation and impaired functioning react to signs of defect and show sensitivity to appearance. Given that the activity of self-regulation and impaired functioning schemas is, to some extent, accompanied by negative judgments about themselves and the experience of feelings of failure and helplessness, this feeling of failure and helplessness can lower the

self-esteem of women with breast cancer, leading them to exhibit weaker self-esteem than other women. Consequently, when women with breast cancer do not have sufficient self-esteem, they feel inadequate due to the removal of the breast and the defect in the breast area, and they believe that they have a serious and major defect in their body. In such cases, they are more likely to experience body dysmorphic disorder. It can be concluded that body dysmorphic disorder in women with breast cancer can be improved with schema therapy and self-esteem training. The present study had several limitations. First, this study was a cross-sectional design. Therefore, future studies could adopt experimental or longitudinal designs to explore the relationship between variables. Data were collected using self-report questionnaires only. Although the validity and reliability of these questionnaires have been well established, response bias or socially desirable responses may have existed in the present study. The participants in this study were a sample from Tehran, so the cross-cultural applicability of the results is limited. Given that this study was conducted among women with breast cancer, future studies could also collect data from different groups of women with other chronic physical illnesses to gain more insight into the factors affecting dysmorphic disorder. The results of the present study have theoretical and practical implications. Theoretically, this study using a mediation model may help to understand the mechanisms involved and affecting dysmorphic disorder. Also, the results of the present study showed that early maladaptive schemas and self-esteem are key factors for predicting body dysmorphic disorder. Therefore, it can be concluded that body dysmorphic disorder can be improved in women with breast cancer with schema therapy and self-esteem training.

KEYWORDS

Body Dysmorphic Disorder, Breast Cancer, Early Maladaptive Schemas, Self-Esteem.

نشر به علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

مدل‌یابی معادلات ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان پستان

محمدرضا تمنایی فر^{۱*}، محبوبه اسمی‌خانی^۲

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل‌یابی معادلات ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش: روش این مطالعه توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز آنکولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و امام حسین (ع) شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه بر اساس مدل کلاین (۲۰۲۳) و با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰۰ نفر انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش شامل مقیاس اختلال بدریخت‌انگاری بدن (BDDS) هانلی و همکاران (۲۰۲۰)، فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ نسخه سوم (YSQ-S3) یانگ (۲۰۰۵) و مقیاس عزت نفس (RSES) روزنبرگ (۱۹۸۹) بود. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که اثرات مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عزت نفس بر روی اختلال بدریخت‌انگاری معنادار است. همچنین نتایج نشان داد که عزت نفس در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدریخت‌انگاری نقش میانجی و معنادار دارد. همچنین مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود ($RMSEA=0/07$ ، $SRMR=0/05$ و $p<0/05$) و ۸۴ درصد از واریانس اختلال بدریخت‌انگاری تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با طرحواره درمانی و آموزش عزت نفس می‌توان اختلال بدریخت‌انگاری بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشید.

واژه‌های کلیدی

اختلال بدریخت‌انگاری، سرطان پستان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عزت نفس.

^۱ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

نویسنده مسئول:

محمدرضا تمنایی فر

رایانامه:

tamannai@kashanu.ac.ir

استناد به این مقاله:

تمنایی فر، محمدرضا و اسمی‌خانی، محبوبه، (۱۴۰۵). مدل‌یابی معادلات ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۵(۱)، ۴۳-۶۲.

مقدمه

ویژه زشت یا بدشکل می‌بیند (سومرس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). زنان دارای اختلال بدریخت انگاری بدن به شدت نگران پستان‌ها، باسن، ران‌ها و وزن کلی خود هستند (اسچنیدر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). ماهیت وسواسی اختلال بدریخت انگاری بدن می‌تواند باعث شود که فرد احساسات منفی و ناراحتی مکرر در مورد ظاهر خود و نحوه درک آنها توسط دیگران (لونگلی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹) و کاهش کلی عملکرد روانی و اجتماعی را تجربه کند (گیسون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴). به عنوان مثال، افراد دارای اختلال بدریخت انگاری بدن ممکن است در فعالیت‌های خودآزمایی شرکت کنند، مانند نگاه کردن مکرر به خود در آینه برای ارزیابی ناحیه (های) مورد نگرانی و ظاهر خود را با ظاهر دیگران مقایسه کنند (مولمان^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، زنان دارای اختلال بدریخت انگاری بدن خود را از دیگران پنهان می‌کنند و سعی می‌کنند توجه خود را از عیب (های) درک شده-شان منحرف کنند (سومرس و همکاران، ۲۰۲۰) و در نهایت این رفتارها می‌تواند باعث افزایش هیجانات منفی همچون اضطراب (مظفر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۴) و افسردگی شود (هایدر^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۳). نگرانی‌های بدشکلی (یا علائم مرتبط با بدریخت انگاری بدن) ناراحت کننده هستند و می‌توانند رنج قابل توجهی ایجاد کنند و تحت تاثیر عوامل مختلف هستند که یکی از عوامل مرتبط با اختلال بدریخت انگاری بدن، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^{۱۷} است (رشیدی فر و کرمی، ۲۰۲۵؛ خوشینی و همکاران، ۱۴۰۰).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان چارچوبی برای تفسیر واقعیت است که باعث ارائه یک حس پایدار و منسجم از خود و جهان می‌شود (کاردوسو^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۴). طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل چند حوزه است. حوزه اول بریدگی و طرد^{۱۹} است که به دلیل برآورده نشدن نیاز به امنیت، ایمنی و پذیرش شکل می‌گیرد (رانکین و همکاران^{۲۰}، ۲۰۲۱؛ باکسندل^{۲۱} و

سرطان پستان^۱ از هر ۸ زن ۱ نفر را مبتلا می‌کند (کورتی^۲ و همکاران، ۲۰۲۵)، شایع‌ترین نوع سرطان در زنان در جهان (شیانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۵؛ برگر^۴ و همکاران، ۲۰۲۵) و همچنین در ایران است (اسماعیلی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین سرطان پستان یکی از علل اصلی مرگ و میر زنان محسوب می‌شود (پودر^۵ و همکاران، ۲۰۲۵). علیرغم پیشرفت‌هایی که در درمان‌های پزشکی انجام شده است که میزان بقای بیماران سرطان پستان را بهبود بخشیده است، چالش‌هایی مانند بار مالی، واکنش‌های نامطلوب درمانی، ترس از عود، انگ و سایر رویدادهای آسیب‌زای سلامت روانی (سو^۶ و همکاران، ۲۰۲۱) و اضطراب مرگ بسیاری از زنان مبتلا به سرطان را تهدید می‌کند (صادق‌پور و همکاران، ۲۰۲۵). در کنار مشکلات جسمانی و روانشناختی این بیماران، یکی از مشکلات دیگری که زنان مبتلا به سرطان پستان تجربه می‌کنند، اختلال بدریخت انگاری بدن^۷ است، به طوری که می‌توان گفت اختلال بدریخت انگاری بدن یکی از شایع‌ترین اختلالات در بین زنان مبتلا به سرطان پستان است که علاوه بر ایجاد مشکلات برای این بیماران، چالش‌هایی را برای خانواده و اطرافیان آنان ایجاد می‌کند (مینا و همکاران، ۱۴۰۳). نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۸ (DSM-5-TR)، اختلال بدریختی بدن را با اشتغال ذهنی به نقص ادراک شده در ظاهر فرد که خفیف یا غیرقابل مشاهده برای دیگران بوده، تعریف کرده که می‌تواند نقص و اختلال قابل توجهی را در عملکرد روزانه افراد به وجود آورد. همچنین در رابطه با ویژگی اصلی اختلال بدریخت انگاری بدن، به این مورد اشاره شده است که فرد دچار نوعی درگیری و مشغله ذهنی می‌شود چرا که در ظاهر خود نوعی نقص ملاحظه می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲^۹).

اختلال بدریخت انگاری بدن یک اختلال ادراکی است که در آن فرد مشغول یک یا چند قسمت بدن خود است که آنها را به

10. Summers
11. Schneider
12. Longley
13. Gibson
14. Möllmann
15. Muzaffar
16. Haider
17. body image concern
18. Cardoso
19. disconnection and rejection
20. Rankin
21. Baxendell

1. breast cancer
2. Corti
3. Xiong
4. Berger
5. Podder
6. So
7. body dysmorphic disorder
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
9. American Psychiatric Association

نفس به نگرش مثبت یا منفی شخص نسبت به خود اشاره دارد که بیانگر ارزیابی کلی از ارزش خود است (باومایستر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۳؛ روزنبرگ^{۱۴} (۱۹۸۹). افراد با عزت نفس پایین بیشتر تمایل دارند که خود را در موقعیت‌های مختلف به طور منفی تجربه کنند (دی رویتر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسدپور و ویسی، ۱۳۹۷).

از سوی دیگر، عزت نفس به ویژه به رضایت از ظاهر فرد مربوط می‌شود (فردریک^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۶؛ اسدپور و ویسی، ۱۳۹۶) و یک عامل مهم در اختلال بدریخت‌انگاری بدن است (کوک^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۱). عزت نفس پایین در میان عوامل خطر اختلال بدریخت‌انگاری بدن گنجانده شده است (بوسباچ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، عزت نفس پایین می‌تواند در حفظ اختلال نقش داشته باشد یا یکی از پیامدهای آسیب باشد (اشمیت و مارتین^{۱۸}، ۲۰۱۹؛ شولت^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۱). اعتقاد بر این است که بدریخت‌انگاری بدن ریشه در علل روانی و فیزیولوژیکی دارد (هیگینس و ویسونگ^{۲۰}، ۲۰۱۸). تصور می‌شود که بدریخت‌انگاری بدن ناشی از منشأهای ناکارآمد، مانند سوء رفتار و تجارب منفی دوران کودکی و تمسخر است که منجر به عزت نفس و اعتماد به نفس پایین و نامنی می‌شود (بوسباچ^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۴؛ بوسباچ و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس نتایج یک تحقیق بیمارانی که ادراک تحریف شده از تصویر بدن خود دارند، نسبت به افرادی که درک دقیق‌تری از شکل بدن خود دارند، در معرض علائم شدیدتری از بدریخت‌انگاری هستند (آلسایدان^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۰).

افزون بر این، در باب اهمیت و ضرورت انجام پژوهش می‌توان گفت که زنان دارای اختلال بدریخت‌انگاری بدن معتقدند یک نقص فیزیکی واقعی دارند و در نتیجه به دنبال درمان‌های زیبایی برای اصلاح نقص درک شده خود هستند به جای آنکه به دنبال خدمات بهداشت روانی برای رسیدگی به باورهای خود باشند. آنها اغلب به متخصصان پوست، زیبایی، بوتاکس و جراحان زیبایی مراجعه می‌کنند. تحقیقات و تجربیات بالینی نشان می‌دهد

همکاران، ۲۰۲۵). حوزه دوم خودمختاری و عملکرد مختل^۱ است که به دلیل نوعی تربیت از سوی والدین است که در آن کودک انگیزه‌ای برای تصمیم‌گیری به تنهایی نداشته و تصمیمات آنها مورد چالش، انتقاد یا تمسخر قرار می‌گرفته است (کودو و همکاران^۲، ۲۰۲۴). حوزه سوم محدودیت‌های مختل^۳ که در آن نقص، فقدان محدودیت، قوانین یا مرزها غالب است و والدین همچنین رفتار خودشیفته را نشان می‌دهند (مورون و همکاران^۴، ۲۰۲۵). حوزه چهارم خودجهت‌مندی^۵ است که بر برآوردن نیازهای دیگران با هزینه شخصی خود تمرکز دارد (اسفیر و همکاران^۶، ۲۰۲۵) و حوزه پنجم گوش بزنگی بیش از حد و بازداری^۷ است که تاکید بیش از حد بر نیاز به کامل به نظر رسیدن، سرکوب احساسات، انگیزه‌ها و انتخاب‌های خود به خودی. پایبندی به مجموعه‌ای دقیق درونی شده از قوانین و انتظارات مربوط به شخصی/زندگی و عملکرد دارد (پیلیکینگتون و همکاران^۸، ۲۰۲۴؛ فائوستینو^۹، ۲۰۲۵).

بر اساس تحقیقات، افرادی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال‌تری دارند، نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدن (اختلال بدشکل‌انگار بدن) بالاتری را از خود بروز می‌دهند (سعادت‌مند و همکاران، ۱۴۰۱). مشخص است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدریخت‌انگاری بدن در ارتباط هستند، اما آنچه می‌تواند اهمیت داشته باشد، کشف و بررسی نقش متغیرهای میانجی در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدریخت‌انگاری بدن است، که در این پژوهش به بررسی نقش میانجی عزت نفس^{۱۰} پرداخته شده است، چرا که عزت نفس علاوه بر تاثیرپذیری از پیشایندهای این پژوهش یعنی طرحواره‌های ناسازگار اولیه (عزت‌ی و همکاران، ۲۰۲۴)، می‌تواند بر اختلال بدریخت‌انگاری تاثیر بگذارد (کوک^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱؛ بوسباچ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴). به همین دلیل و بر اساس سوابق پژوهشی، عزت نفس می‌تواند متغیر میانجی مناسبی در روابط بین متغیرهای این پژوهش مورد بررسی قرار گیرد. عزت

1. self-management and impaired or damaged performance
2. Cudo
3. impaired limits
4. Moroñ
5. other- directedness
6. Sfeir
7. overvigilance / inhibition
8. Pilkington et al
9. Faustino
10. self-esteem
11. Kuck
12. Bosbach

13. Baumeister

14. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSEs)

15. De Ruiter

16. Frederick

17. Kuck

18. Schmidt & Martin

19. Schulte

20. Higgins & Wyszog

21. Bosbach

22. Alsaïdan

اجراء اصل رازداری، حق انتخاب برای همکاری و حق انصراف در حین پاسخ به گویه‌های پرسشنامه‌ها به شرکت کنندگان آگاهی داده شد. همچنین، دادن اطمینان از اینکه پاسخنامه آنها به صورت گروهی تحلیل می‌شود از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. برای تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد؛ در سطح استنباطی، از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. نرم افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS و AMOS نسخه ۲۸ بود.

ابزار پژوهش

مقیاس اختلال بدریخت‌انگاری بدن^۴ (BDDS): این مقیاس توسط هانلی^۵ و همکاران (۲۰۲۰) تدوین شده است و شامل ۱۵ سوال است که به صورت تک ساختاری بوده و در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که به هیچ وقت ۰ نمره، کمی ۱ نمره، گاهی ۲ نمره، زیاد ۳ نمره و همیشه ۴ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر در اختلال بدریخت‌انگاری است. سازندگان پایایی آن را بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب امگا مک دونالد ۰/۹۵ به دست آورده‌اند و روایی سازه^۶ با تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و تک ساختاری بودن آن تایید و همچنین تحلیل عاملی تاییدی آن بررسی و مقادیر کای اسکوئر، درجه آزادی، نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X^2/d ، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و شاخص ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد (SRMR) به ترتیب ۰/۳۳/۴۰، ۰/۴۸۲، ۰/۹۵ و ۰/۰۷ به دست آمده است (هانلی و همکاران، ۲۰۲۰). در این پژوهش پایایی مقیاس بررسی و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۹۱ تا ۰/۹۵، پایایی ترکیبی در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۸۳ و ضریب امگا در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۸۹ بود. همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی آن حکایت برازش مدل مقیاس اندازه‌گیری داشت (RMSEA=۰/۰۷، AGFI=۰/۹۵، GFI=۰/۹۲، NFI=۰/۹۳ و SRMR=۰/۰۳).

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ نسخه سوم^۷ (YSQ-S3): این پرسشنامه توسط یانگ (۲۰۰۵) تهیه شده است و شامل ۷۵ سوال است که پنج حوزه اصلی و ۱۵ خرده مقیاس شامل حوزه بریدگی و طرد (محرومیت هیجانی با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵، بی‌اعتمادی/بدرفتاری با سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵،

که زنان دارای اختلال بدریخت‌انگاری بدن اغلب از نتایج نهایی چنین روش‌هایی احساس نارضایتی می‌کنند و خواهان مداخلات زیبایی فیزیکی اضافی هستند یا وسواس آنها به جنبه دیگری از ظاهرشان تغییر می‌کند (جاسی و کریبس^۱، ۲۰۲۱). بر اساس آنچه گفته شد برای انجام اقدامات پیشگیرانه، انجام پژوهش جهت شناخت عوامل موثر بر بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان اهمیت و ضرورت دارد و نتایج این پژوهشها دارای تلویحات کاربردی برای پزشکان و روانشناسان سلامت است. با توجه به آنچه گفته شد سوال پژوهش این بود که آیا عزت نفس در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد؟

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است و با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری^۲ انجام شد. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان که در بیمارستان‌های امام حسین (ع) و امام خمینی (ره) شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ پرونده فعال داشتند بود. با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌یابی معادلات ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ می‌باشد. کلاین^۳ (۲۰۲۳) نیز معتقد است برای هر متغیر ۲۰ نمونه لازم است، بنابراین، در پژوهش حاضر بر مبنای پیشنهاد کلاین و با احتساب احتمال ریزش برخی پاسخنامه‌ها حجم نمونه ۳۰۰ نفر انتخاب شد. برای انتخاب شرکت کنندگان از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این صورت که لینک آنلاین پرسشنامه‌ها با کمک پرستاران بخش آنکولوژی بیمارستان‌های امام حسین (ع) و امام خمینی (ره) شهر تهران در اختیار زنان مبتلا به سرطان پستان قرار داده شد تا در صورت تمایل به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. تشخیص بیماری سرطان پستان، قرار داشتن در مرحله درمانی رادیوتراپی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، رضایت کامل برای شرکت در پژوهش و حق انصراف از ادامه پژوهش و داشتن زمان کافی برای پاسخ به پرسشنامه‌ها و عدم دریافت درمان‌های روانپزشکی از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. عدم پاسخگویی کامل به سوالات پرسشنامه‌ها و نداشتن همکاری لازم برای شرکت در پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. در مورد هدف پژوهش، نحوه

4. Body Dysmorphic Disorder Scale (BDDS)

5. Hanley

6. concurrent

7. Young Schema Questionnaire – Short Form Version 3 (YSQ-S3)

1. Jassi & Krebs

2. structural equation model (SEM)

3. Kline

مقیاس عزت نفس (RSEs): این مقیاس توسط روزنبرگ^۳ (۱۹۸۹) تدوین شده است و ۱۰ سوال دارد که نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای می‌باشد، به این صورت که به کاملاً موافقم ۴ نمره، موافقم ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. در داخل ایران روایی و پایایی آن محاسبه و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است و ضریب کل سوالات ۰/۸۸ به دست آمده است و روایی همزمان (ملاکی) آن با سیاهه اضطراب بک^۴ (BDI-II) یک و همکاران (۱۹۸۸) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۵- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (پاینده و همکاران، ۱۴۰۲). در یک پژوهش دیگر روایی همزمان (ملاکی) آن با سیاهه تجدید نظر شده پنج عامل شخصیت^۵ (NEO-PI-R) کاستا و مک کری^۶ (۲۰۰۸) و مقیاس تاب‌آوری (RISC) کانر و دیویدسون^۷ (۲۰۰۳) بررسی و ضریب همبستگی با روان‌رنجورخویی ۰/۸۱- و با تاب‌آوری ۰/۸۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (وقار حسن‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). در خارج از کشور روایی همگرایی مقیاس با استفاده از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده^۸ (MSPSS) زیمت^۹ و همکاران (۱۹۸۸) تدوین ضریب همبستگی ۰/۴۷ و معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (لی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهش‌های دیگر ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ به دست آمده است (مارتینز-رامون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). در تحقیقات جدیدتر آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است (اسمی‌خانی و تمنایی‌فر، ۱۴۰۴). در پژوهش حاضر، پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب کل سوالات ۰/۹۱ به دست آمده است.

یافته‌ها

تعداد پاسخ‌دهندگان ۳۰۰ نفر بودند که در این پژوهش داده پرت و انتهای شناسایی نشد و تحلیل بر روی ۳۰۰ نفر انجام شده است. از نظر سن میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۷/۳۳ و ۲/۹۲ بود. از نظر تحصیلات ۶۵ نفر (۲۱/۶۷ درصد) زیر دیپلم، ۵۳ نفر

طرد/رهاشدگی با سوالات ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰، انزوای اجتماعی با سوالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ و نقص/شرم با سوالات ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵)، خودمختاری و عملکرد مختل (شکست با سوالات ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰، وابستگی/بی‌کفایتی با سوالات ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵، گرفتاری با سوالات ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴ و ۴۵ و آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری با سوالات ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹ و ۴۰)، محدودیت‌های مختل (استحقاق/بزرگ منشی با سوالات ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹ و ۷۰ و خویشتن داری و خود انضباط ناکافی با سوالات ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴ و ۷۵)، خود جهت‌مندی (اطلاعت با سوالات ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹ و ۵۰ و از خود گذشته‌گی با سوالات ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴ و ۵۵) و گوش‌بزرگی بیش از حد و بازداری (بازداری هیجانی با سوالات ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹ و ۶۰ و معیارهای سرسختانه با سوالات ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴ و ۶۵) را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف ۶ درجه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد به این صورت که به کاملاً غلط، ۱ نمره، تقریباً غلط ۲ نمره، بیشتر درست است تا غلط ۳ نمره، اندکی درست ۴ نمره، تقریباً درست ۵ نمره و کاملاً درست ۶ نمره تعلق می‌گیرد (میردریکوند، ۱۴۰۲). حداقل نمره ۷۵ و حداکثر نمره ۴۵۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال‌تر در فرد پاسخ دهنده است و نقطه برش آن نیز ۲۶۲ می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط آهی و همکاران (۱۳۸۶) ترجمه و آماده اجرا شد و همسانی درونی آن را برحسب آلفای کرونباخ در زنان ۰/۹۷ و در مردان ۰/۹۸ گزارش شده است. همچنین روایی واگرایی آن با مقیاس عزت نفس (RSEs) روزنبرگ (۱۹۸۹) بررسی و ضریب همبستگی ۰/۳۲- و معنادار در سطح ۰/۰۱ و روایی ملاکی (همزمان) آن با سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی^۱ (BDI-II) بک و همکاران (۱۹۹۶) بررسی و ضریب همبستگی ۰/۴۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (دیوانداری و همکاران، ۱۳۸۸). همچنین در سایر تحقیقات جدیدتر روایی و پایایی در پژوهش‌های داخلی بررسی و پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۰ به دست آمده است و روایی همزمان (ملاکی) آن با پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ) کارترایت-هاتون و ولز^۲ (۱۹۹۷) محاسبه و ضرایب همبستگی پیرسون در دامنه ۰/۲۷ تا ۰/۹۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (مغاری و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر بر روی زنان مبتلا به سرطان پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب کل سوالات ۰/۹۲ به دست آمده است.

3. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSEs)
 4. Beck anxiety inventory (BAI)
 5. The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)
 6. McCrae & Costa
 7. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
 8. Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS)
 9. Zimet
 10. Li
 11. Martínez-Ramón

1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
 2. Cartwright-Hatton & Wells

(۳۳/۳ درصد) کارمند بودند. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و نرمال بودن تک متغیره و چندمتغیره متغیرهای پژوهش آمده است.

(۱۷/۶۷ درصد) دیپلم، ۶۲ نفر (۲۰/۶۷ درصد) لیسانس، ۶۴ نفر (۲۱/۳۳ درصد) فوق‌لیسانس و ۵۶ نفر (۱۸/۶۷ درصد) دکترا بودند. از نظر شغلی ۲۰۰ نفر (۶۶/۷ درصد) خانه‌دار و ۱۰۰ نفر

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
اختلال بد ریخت انگاری	۱۵/۱۰	۶/۸۲	۰/۷۰	-۱/۰۸
بریدگی و طرد	۵۳/۳۷	۳۳/۳۶	۰/۸۸	-۰/۶۸
خودمختاری و عملکرد مختل	۴۰/۶۷	۲۳/۹۵	۱/۰۵	-۰/۲۴
محدودیت‌های مختل	۲۰/۰۷	۱۲/۰۸	۱/۱۲	۰/۰۳
خودجهت‌مندی	۲۰/۵۳	۱۱/۱۰	۱/۲۵	۰/۲۵
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	۲۱/۰۷	۱۰/۶۴	۱/۱۱	۰/۳۱
عزت نفس	۱۸/۸۰	۵/۵۶	-۰/۵۳	-۱/۵۹
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate) ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا: ۲/۶۵				

از دیگر مفروضات مدل‌یابی معادلات ساختاری مفروضه استقلال خطاهاست مقدار آماره‌ی دوربین واتسون^۲ بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت، لذا می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت. مفروضه همخطی چندگانه^۳ نیز بررسی و 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 نبود. لذا همخطی چندگانه وجود نداشت. در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. 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 نرمات باشد (کلاین، ۲۰۲۳، ویسی و همکاران، ۱۴۰۳)، که در این پژوهش مقادیر چولگی و کشیدگی در بازه -۲ تا +۲ قرار داشت. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از «ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا»^۱ استفاده می‌شود که مقدار به دست آمده برای ضریب مردیا باید کمتر از ۴ باشد (کلاین، ۲۰۲۳؛ ویسی و همکاران، ۱۴۰۳) که بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ مقدار ضریب مردیا ۲/۶۵ دست آمد که نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نرمات است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- اختلال بد ریخت انگاری	۱						
۲- بریدگی و طرد	۰/۶۱**	۱					
۳- خودمختاری و عملکرد مختل	۰/۵۸**	۰/۵۵**	۱				
۴- محدودیت‌های مختل	۰/۶۳**	۰/۶۱**	۰/۶۰**	۱			
۵- خودجهت‌مندی	۰/۶۷**	۰/۴۲**	۰/۶۲**	۰/۶۹**	۱		
۶- گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	۰/۶۵**	۰/۵۴**	۰/۵۸**	۰/۵۴**	۰/۶۱**	۱	
۸- عزت نفس	۰/۵۳**	۰/۵۲**	۰/۶۳**	۰/۶۱**	۰/۵۸**	۰/۴۲**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

2. durbin-watson
3. multicollinearity

1. Mardia's normalized multivariate kurtosis value

بدریخت انگاری همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. بین عزت نفس ($r = -0/53, p < 0/01$) با اختلال بدریخت انگاری همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. در جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین بریدگی و طرد ($r = 0/61, p < 0/01$) خودمختاری و عملکرد مختل ($r = 0/58, p < 0/01$) محدودیت‌های مختل ($r = 0/62, p < 0/01$) خودجهت‌مندی ($r = 0/67, p < 0/01$) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ($r = 0/65, p < 0/01$) با اختلال

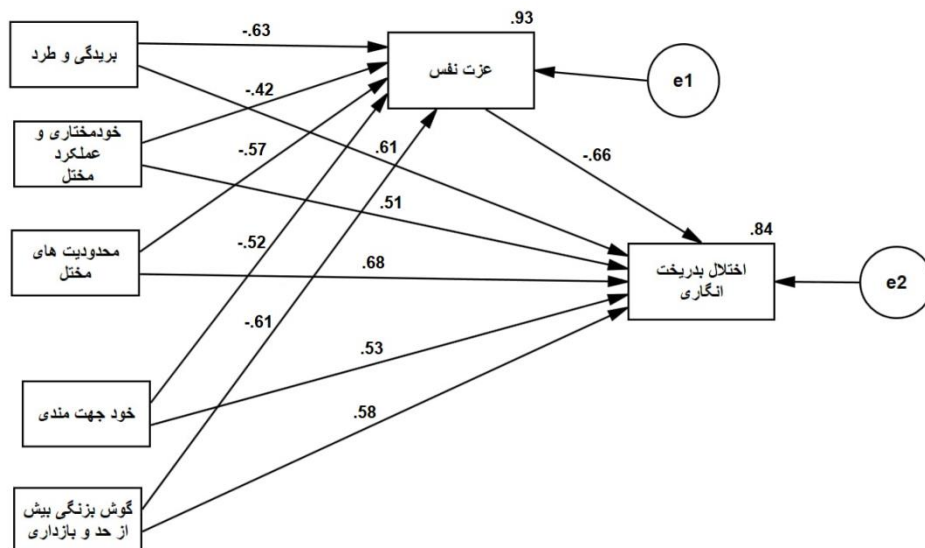
جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص‌های مطلق	کای اسکوئر هنجار شده (CMIN)	۲۶/۰۱	-
	درجه آزادی	۱۰	-
	CMIN/DF	۲/۶۰	کمتر از ۳
شاخص‌های نسبی	سطح معناداری	۰/۰۰۱	-
	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۷	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	-
	ریشه میانگین مجذور باقیمانده (SRMR)	۰/۰۵	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۲	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)	۰/۹۶	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش مقتصد (PCFI)	۰/۶۵	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۸۱	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص توکر-لویس (TLI)	۰/۹۶	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۹۰

تناسب خود و مقادیر کمتر یا مساوی ۱۰ نشان دهنده تناسب قابل قبول است. مطابق نتایج میزان شاخص RMSEA معادل ۰/۰۷ و ریشه میانگین مجذور باقیمانده (SRMR) به میزان ۰/۰۵ به دست آمده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل با داده‌ها برازش بسیار خوبی داشته و متناسب است. همچنین فاصله اطمینان ۹۵ درصد اطراف شاخص RMSEA بین ۰/۰۴۸ و ۰/۰۵۷ قرار دارد که حاکی از وضعیت مطلوب برازش مدل است. شکل ۱ مدل نهایی و برازش شده پژوهش آمده است.

در این پژوهش روش برآورد پارامتر، روش حداکثر درست نمایی^۱ (MLE) بوده است. بر اساس نتایج شاخص‌های برازش همگی مطلوب بودند و شاخص ریشه میانگین مجذور تقریب (RMSEA) باید زیر ۰/۰۸ باشد (کردنوقایی و ویسی، ۱۴۰۳؛ رینگل^۲ و همکاران، ۲۰۲۰؛ الدهمادی^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین ریشه میانگین مجذور باقیمانده^۴ (SRMR) به عنوان تفاوت بین همبستگی مشاهده شده و ماتریس همبستگی ضمنی مدل تعریف می‌شود. این شاخص امکان ارزیابی میانگین بزرگی اختلافات بین همبستگی‌های مشاهده شده و مورد انتظار را به عنوان معیار مطلق معیار برازش (مدل) فراهم می‌کند (هنسل^۵ و همکاران، ۲۰۱۴؛ ویسی و همکاران، ۱۴۰۴). اگر مقدار شاخص SRMR کمتر از ۰/۰۸ باشد (کابول^۶ و همکاران، ۲۰۲۵)، یا بر اساس منابعی دیگر از جمله الدهمادی و همکاران (۲۰۲۵) که ذکر کرده‌اند، برای شاخص SRMR مقادیر کمتر از ۰/۰۵ نشان دهنده

1. Maximum Likelihood Estimation (MLE)
2. Ringle
3. Aldhmadi
4. standardized root mean square residual (SRMR)
5. Henseler
6. Kabul



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

جدول ۴. ضرایب مستقیم و استاندارد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عزت نفس با اختلال بدریخت انگاری

مسیرهای مستقیم	ضریب استاندارد		ضرایب غیراستاندارد	
	ضریب بتا	ضریب b	خطای معیار	T
بریدگی و طرد ← اختلال بدریخت انگاری	۰/۶۱	۰/۵۷	۰/۱۳	۷/۸۴
خودمختاری و عملکرد مختل ← اختلال بدریخت انگاری	۰/۵۱	۰/۵۸	۰/۱۰	۲/۵۵
محدودیت‌های مختل ← اختلال بدریخت انگاری	۰/۶۸	۰/۶۱	۰/۱۶	۸/۹۹
خودجهت‌مندی ← اختلال بدریخت انگاری	۰/۵۳	۰/۵۸	۰/۱۲	۲/۳۹
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ← اختلال بدریخت انگاری	۰/۵۸	۰/۵۹	۰/۱۱	۵/۲۳
عزت نفس ← اختلال بدریخت انگاری	-۰/۶۶	-۰/۶۵	۰/۰۷	-۱۱/۶۵

جدول ۵. نتایج بوت استروپ طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی عزت نفس بر اختلال بدریخت انگاری

مسیرهای غیرمستقیم	اثر استاندارد		فاصله اطمینان	
	غیرمستقیم	غیرمستقیم	حد پایین	حد بالا
بریدگی و طرد ← عزت نفس ← اختلال بدریخت انگاری	-۰/۶۳	-۰/۶۳	-۰/۲۳	-۰/۵۱
خودمختاری و عملکرد مختل ← عزت نفس ← اختلال بدریخت انگاری	-۰/۶۵	-۰/۶۵	-۰/۵۳	-۰/۷۴
محدودیت‌های مختل ← عزت نفس ← اختلال بدریخت انگاری	-۰/۷۱	-۰/۷۱	-۰/۲۸	-۰/۶۵
خودجهت‌مندی ← عزت نفس ← اختلال بدریخت انگاری	-۰/۵۴	-۰/۵۴	-۰/۶۱	-۰/۷۳
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ← عزت نفس ← اختلال بدریخت انگاری	-۰/۵۹	-۰/۵۹	-۰/۷۰	-۰/۸۱

در شکل ۱ مدل نهایی پژوهش آمده است که بر اساس آن ۸۴ درصد از اختلال بدریخت انگاری بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی عزت نفس تبیین می‌شود. در ادامه در جدول شماره ۴ ضرایب استاندارد و مستقیم آمده است. بر اساس آنچه در جدول ۴ آمده است، مسیرهای بریدگی و طرد (β=۰/۶۱ و sig=۰/۰۰۱)، خودمختاری و عملکرد مختل (β=۰/۵۱ و sig=۰/۰۰۱) و محدودیت‌های مختل (β=۰/۶۸ و sig=۰/۰۰۱)، عزت نفس (β=۰/۵۳ و sig=۰/۰۰۱) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (β=۰/۵۸ و sig=۰/۰۰۱) بر روی اختلال بدریخت انگاری معنادار است. در جدول ۵ نتایج بوت استروپ نتایج بوت استروپ طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی عزت نفس بر اختلال بدریخت انگاری آمده است.

برای آزمون معناداری اثر میانجی عزت نفس در رابطه بین

بریدگی و طرد (β=۰/۶۱ و sig=۰/۰۰۱)، خودمختاری و عملکرد مختل (β=۰/۵۱ و sig=۰/۰۰۱) و محدودیت‌های مختل (β=۰/۶۸ و sig=۰/۰۰۱)، عزت نفس (β=۰/۵۳ و sig=۰/۰۰۱) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (β=۰/۵۸ و sig=۰/۰۰۱) بر روی اختلال بدریخت انگاری معنادار است.

طرد درباره تربیتی است که عاری از احساس است و نیاز به نزدیکی، امنیت یا درک را ارضا نمی‌کند. این به محیط‌های غیرقابل پیش‌بینی و تکانشی مانند یک خانواده ناقص، یک خانواده ناکارآمد مربوط می‌شود (کودو و همکاران، ۲۰۲۲). این طرحواره باعث می‌شود افراد در بزرگسالی عزت نفس و اعتماد به نفس کافی در شرایط مختلف زندگی نداشته باشند، چرا که فرد در کودکی، بی‌عدالتی، توهین یا تمسخر دیگران را تجربه کرده است. لذا زنانی که عزت نفس و اعتماد به نفس کافی نداشته باشند، در برابر تغییرات در ظاهر و بدن به علت بیماری سرطان پستان، بدریخت‌انگاری بدن بیشتری را تجربه می‌کنند. لذا منطقی است گفته شود که عزت نفس در رابطه بین طرحواره بریدگی و طرد با اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی داشته باشد.

علاوه بر این، نتایج نشان داد که عزت نفس در رابطه بین طرحواره خودمختاری و عملکرد مختل با اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد که عزت نفس در رابطه بین طرحواره خودمختاری و عملکرد مختل بر روی اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد، اما این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات رشیدی‌فر و کرمی (۲۰۲۵)؛ خوشبینی و همکاران (۱۴۰۰) و سعادت‌مند و همکاران (۱۴۰۱) همسویی می‌تواند داشته باشد که روابط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدریخت‌انگاری بدن را نشان داده‌اند. همچنین این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات کوک و همکاران (۲۰۲۱) و بوسباچ و همکاران (۲۰۲۴) همسویی می‌تواند داشته باشد که روابط بین عزت نفس و اختلال بدریخت‌انگاری بدن را نشان داده‌اند. افزون بر این یافته‌ای ناهمسو با نتیجه به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت طرحواره خودمختاری و عملکرد مختل به دلیل نوعی تربیت از سوی پدر و مادر است که در آن فرد در دوران کودکی انگیزه‌ای برای تصمیم‌گیری به تنهایی نداشته و تصمیمات آنها مورد چالش، انتقاد یا تمسخر قرار می‌گرفته است، به همین دلیل چنین طرحواره‌ای در افراد در بزرگسالی فعال می‌شود (کودو و همکاران، ۲۰۲۴). در کسانی که چنین طرحواره‌ای ناسازگار اولیه فعال‌تری دارند، اعتقاد بر این است فرد قادر به کنار آمدن با مشکلات روزمره، تصمیم درست یا انتخاب خوب نیست و بنابراین به دیگران تکیه می‌کند و زمانی اتفاق می‌افتد که والدین در دوران کودکی به آنان اجازه ندهند که فرزندشان مستقل و متکی به خود باشد و تصمیمات آنها را مورد انتقاد قرار می‌دهند یا به چالش می‌کشیده‌اند. چنین شرایطی در بزرگسالی باعث می‌شود که فرد از

طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدریخت‌انگاری از روش بوت استروپ با ۲۰۰ نمونه‌گیری مجدد در فاصله اطمینان ۰/۹۵ استفاده شد. هرچقدر تعداد نمونه‌گیری‌ها بیشتر باشد، دقت پیش‌بینی نیز بالاتر می‌رود (کلاین، ۲۰۲۳، ویسی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین بر اساس نظر کلاین (۲۰۲۳) که اظهار می‌دارد اگر دامنه برآوردهای حد پایین و حد بالا از صفر عبور نکند، اثر غیرمستقیم در نظر گرفته می‌شود. بر این اساس، نتایج جدول ۵ نشان داد که عزت نفس در رابطه بین بریدگی و طرد ($\beta = -0/63$ و $\text{sig} = 0/001$)، خودمختاری و عملکرد مختل ($\beta = -0/65$ و $\text{sig} = 0/001$)، محدودیت‌های مختل ($\beta = -0/71$ و $\text{sig} = 0/001$)، خودجهت‌مندی ($\beta = -0/54$ و $\text{sig} = 0/001$)، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ($\beta = -0/59$ و $\text{sig} = 0/001$) با اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی و معنادار دارد.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی مدلیابی معادلات ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج نشان داد که عزت نفس در رابطه بین طرحواره بریدگی و طرد بر روی اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد که عزت نفس در رابطه بین طرحواره بریدگی و طرد بر روی اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد، اما این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات رشیدی‌فر و کرمی (۲۰۲۵)؛ خوشبینی و همکاران (۱۴۰۰) و سعادت‌مند و همکاران (۱۴۰۱) همسویی می‌تواند داشته باشد که روابط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدریخت‌انگاری بدن را نشان داده‌اند. همچنین این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات کوک و همکاران (۲۰۲۱) و بوسباچ و همکاران (۲۰۲۴) همسویی می‌تواند داشته باشد که روابط بین عزت نفس و اختلال بدریخت‌انگاری بدن را نشان داده‌اند. افزون بر این یافته‌ای ناهمسو با نتیجه به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت طرحواره بریدگی و طرد به این دلیل شکل می‌گیرد که فرد در کودکی نیاز به امنیت، ایمنی و مقبولیت و پذیرش در وی برآورده نشده است (رانکین و همکاران، ۲۰۲۱)؛ باکسندل و همکاران، ۲۰۲۵). به عبارتی دیگر، طرحواره بریدگی و

۲۰۲۲). چنین وضعیتی باعث می‌شود که فرد در بزرگسالی از عزت نفس کافی برخوردار نباشد، چرا که والدین نظر خود را به کودک تحمیل می‌کنند و فقط محبت مشروط به او می‌دهند. اینکه عزت نفس چگونه می‌تواند بر کارکردهای روانشناختی و جسمانی فرد تأثیر بگذارد می‌توان گفت که عزت نفس باعث می‌شود که بتوانیم بهتر چالش‌های زندگی خود را مدیریت کنیم و خود ارزشی بالاتری برای مقابله با این چالش‌ها داشته باشیم (ریتزف^۳، ۲۰۲۲؛ اورث و رابینز، ۲۰۱۴). لذا به دلیل تأثیرگذاری طرحواره محدودیت‌های مختل بر عزت نفس فرد، زن بیمار مبتلا به سرطان پستان نمی‌تواند با چالش‌های ظاهری ناشی از بیماری کنار آید و اختلال بدریخت‌انگاری بدن بیشتری را تجربه می‌کند. لذا منطقی است گفته شود که عزت نفس در رابطه بین طرحواره محدودیت‌های مختل با اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی داشته باشد.

در بخش دیگری از یافته‌ها، نتایج نشان داد که عزت نفس در رابطه بین طرحواره خود جهت‌مندی با اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد که عزت نفس در رابطه بین طرحواره خود جهت‌مندی بر روی اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد، اما این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات رشیدی‌فر و کرمی (۲۰۲۵)؛ خوشینی و همکاران (۱۴۰۰) و سعادت‌مند و همکاران (۱۴۰۱) همسویی می‌تواند داشته باشد که روابط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدریخت‌انگاری بدن را نشان داده‌اند. همچنین این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات کوک و همکاران (۲۰۲۱) و بوسباچ و همکاران (۲۰۲۴) همسویی می‌تواند داشته باشد که روابط بین عزت نفس و اختلال بدریخت‌انگاری بدن را نشان داده‌اند. افزون بر این یافته‌ای ناهمسو با نتیجه به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت خودجهت‌مندی بر آوردن نیازهای دیگران با هزینه شخصی خود تمرکز دارد، به این صورت که (اسفیر و همکاران، ۲۰۲۵). در طرحواره خود جهت‌مندی که شامل تمایل به کمک بیش از حد به دیگران به قیمت هزینه کردن نیازهای خود و زمانی اتفاق می‌افتد که کودک بیش از حد بار مسئولیت داشته باشد، به عنوان مثال نسبت به روحیه خوب والدین خود احساس مسئولیت می‌کند. طرحواره معیارهای سرسختانه شامل این باور که هر کاری انجام دهید، هرگز به اندازه کافی خوب نیست و تحت تأثیر خواسته‌های بالا، فشار والدین برای دستاوردها و عشق به موفقیت ایجاد می‌شود. طرحواره خود-تنبیهی

عزت نفس کافی در بزرگسالی برخوردار نباشد، چرا که مدام مورد انتقاد و سرزنش بوده است و مستقل و متکی به خود نبوده‌اند. از آنجایی که عزت نفس در افراد جزء مهمی از خودپنداره است که نقش مهمی در سلامت روانی و عملکرد کلی فرد در طول زندگی دارد، به طوری که می‌توان گفت افراد دارای عزت نفس بالاتر، از میزان سلامت روان و عملکرد بهتری از خود بروز می‌دهند (اورث و رابینز^۱، ۲۰۱۴؛ ون سوست^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین زنان مبتلا به سرطان پستانی که در دوران کودکی بیشتر مورد انتقاد و سرزنش بوده‌اند، در سن بزرگسالی کمتر از عزت نفس مناسب برخوردار هستند، لذا در مواجهه با تغییرات ظاهری ناشی از بیماری سرطان پستان، بیشتر آسیب‌پذیر هستند و عزت نفس کمتری را تجربه می‌کنند. لذا منطقی است گفته شود که عزت نفس در رابطه بین طرحواره خودمختاری و عملکرد مختل با اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی داشته باشد.

همچنین، نتایج نشان داد که عزت نفس در رابطه بین طرحواره محدودیت‌های مختل با اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد که عزت نفس در رابطه بین طرحواره محدودیت‌های مختل بر روی اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد، اما این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات رشیدی‌فر و کرمی (۲۰۲۵)؛ خوشینی و همکاران (۱۴۰۰) و سعادت‌مند و همکاران (۱۴۰۱) همسویی می‌تواند داشته باشد که روابط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدریخت‌انگاری بدن را نشان داده‌اند. همچنین این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات کوک و همکاران (۲۰۲۱) و بوسباچ و همکاران (۲۰۲۴) همسویی می‌تواند داشته باشد که روابط بین عزت نفس و اختلال بدریخت‌انگاری بدن را نشان داده‌اند. افزون بر این یافته‌ای ناهمسو با نتیجه به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت محدودیت‌های مختل که در آن نقص، فقدان محدودیت، قوانین یا مرزها غالب است و والدین همچنین رفتار خودشیفته را نشان می‌دهند و به دلیل رفتار خودشیفته والدین در مراقبت از کودکان در کودکی که این افراد در بزرگسالی طرحواره محدودیت‌های مختل در آنان شکل می‌گیرد و فعال می‌شود (مورون و همکاران، ۲۰۲۵). این گروه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نیاز شدید به تأیید اجتماعی، اغلب به قیمت هزینه کردن نیازهای خود فرد است؛ و نیاز به سازگاری زمانی به وجود می‌آید که والدین نظر خود را به کودک تحمیل می‌کنند و فقط محبت مشروط به او می‌دهند (کودو و همکاران،

شکست و ناتوانی است و همین احساس شکست و ناتوانی می‌تواند میزان عزت نفس زنان مبتلا به سرطان پستان را پایین بیاورد و آنان نسبت به سایر زنان عزت نفس ضعیف تری از خود نشان دهند. بنابراین زمانی که زنان مبتلا به سرطان پستان عزت نفس کافی ندارند، با برداشتن پستان و نقص عضو در ناحیه پستان احساس نقص کرده و چنین می‌پندارند که دچار یک نقص جدی و بزرگ در بدن خود هستند و در چنین مواقعی بیشتر اختلال بدریخت‌انگاری بدن را تجربه می‌کنند. لذا منطقی است گفته شود که عزت نفس در رابطه بین طرحواره گوش به زنگی بیش از حد و بازداری با اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی داشته باشد.

تحقیق حاضر دارای چندین محدودیت بود. ابتدا، این مطالعه یک طرح مقطعی بود. بنابراین، مطالعات آینده می‌توانند طرح‌های تجربی یا طولی را برای کشف رابطه بین متغیرها اتخاذ کنند. داده‌ها تنها با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شد. اگرچه اعتبار و پایایی این پرسشنامه‌ها به خوبی ثابت شده است، سوگیری پاسخ یا پاسخ‌های اجتماعی مطلوب ممکن است در مطالعه حاضر وجود داشته باشد. شرکت کنندگان این مطالعه نمونه‌هایی از شهر تهران بودند، بنابراین کاربرد بین فرهنگی نتایج محدود است. با توجه به اینکه این پژوهش در بین زنان مبتلا به سرطان پستان صورت پذیرفته است، مطالعات آینده می‌تواند داده‌ها را از گروه‌های مختلف زنان درگیر بیماری‌های مزمن جسمانی دیگر نیز جمع‌آوری کند تا بتوان به شناخت بیشتری در باره عوامل موثر بر اختلال بدریخت‌انگاری دست پیدا کرد. نتایج پژوهش حاضر دارای کاربردهای نظری و عملی است. از لحاظ نظری، این مطالعه با استفاده از یک مدل میانجیگری ممکن است به درک مکانیسم‌های دخیل و تاثیرگذار بر اختلال بدریخت‌انگاری کمک کند. همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عزت نفس عوامل کلیدی برای پیش‌بینی اختلال بدریخت‌انگاری هستند. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با طرحواره درمانی و آموزش عزت نفس می‌توان اختلال بدریخت‌انگاری بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشید.

سیاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان (زنان مبتلا به سرطان پستان) که برای به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود. بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

شامل اعتقاد به این که هر کس به خاطر رفتار نادرست خود مستحق مجازات شدید است و زمانی اتفاق می‌افتد که کودکی از جانب والدینش عدم بردباری را تجربه کند (کودو و همکاران، ۲۰۲۲). لذا زمانی که یک فرد از سوی والدین خود عدم بردباری را تجربه کند، نمی‌تواند به توانایی‌های خود در شرایط مختلف اعتماد داشته باشد و عزت نفس وی آسیب‌پذیر می‌شود. بنابراین، اگرچه بدریخت‌انگاری بدن و بدشکل‌انگاری ظاهر می‌تواند عزت نفس فرد را دچار آسیب کند، اما از آنجایی که زنان مبتلا به سرطان پستان به علت بیماری دچار تغییراتی در ظاهر و بدن خود می‌شوند، این تغییرات ممکن است عزت نفس آنها را تحت تاثیر قرار دهد و زمانی که عزت نفس و اعتماد به نفس کافی نداشته باشند، در برابر این تغییرات در ظاهر و بدن به علت بیماری، بدریخت‌انگاری بدن بیشتری را تجربه می‌کنند. لذا منطقی است گفته شود که عزت نفس در رابطه بین طرحواره خود جهت‌مندی با اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی داشته باشد.

در نهایت، نتایج نشان داد که عزت نفس در رابطه بین طرحواره گوش به زنگی بیش از حد و بازداری با اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد که عزت نفس در رابطه بین طرحواره گوش به زنگی بیش از حد و بازداری بر روی اختلال بدریخت‌انگاری در زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد، اما این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات رشیدی‌فر و کرمی (۲۰۲۵)؛ خوشینی و همکاران (۱۴۰۰) و سعادت‌مند و همکاران (۱۴۰۱) همسویی می‌تواند داشته باشد که روابط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدریخت‌انگاری بدن را نشان داده‌اند. همچنین این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات کوک و همکاران (۲۰۲۱) و بوسپاچ و همکاران (۲۰۲۴) همسویی می‌تواند داشته باشد که روابط بین عزت نفس و اختلال بدریخت‌انگاری بدن را نشان داده‌اند. افزون بر این یافته‌ای ناهمسو با نتیجه به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت زمانی که فرد به دلیل بیماری تغییراتی در ظاهر و بدن خود تجربه می‌کند و این تغییرات را نوعی نقص در خود می‌داند، بر اساس این نقص تجربه شده در مورد بدن و ظاهر خود قضاوت می‌کند. بنابراین می‌توان این احتمال را داد که هیجان‌ها و شناخت‌هایی که در طرحواره‌های گوش به زنگی بیش از حد و بازداری وجود دارند به نشانه‌های مبنی بر نقص واکنش نشان می‌دهند و نسبت به شکل ظاهری حساسیت نشان می‌دهند (سعادت‌مند و همکاران، ۱۴۰۱). با توجه به اینکه فعالیت طرحواره‌های طرحواره گوش به زنگی بیش از حد و بازداری تا حدودی همراه با قضاوت منفی در مورد خود و تجربه احساس

References

- Abbar Zanjani, F., Touzadeh Jani, H., & Amani, P. (2020). The mediating role of fear of negative evaluation in relation to communication patterns and motivation to progress in professional athletes. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 22 (3), 163-168. (In Persian) <https://doi.org/10.22038/jfmh.2020.16163>
- Ahi, Q., Mohammadifar, M., Besharat, M.A. (2007). Reliability and validity of the short form of Young's schema questionnaire. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 37 (3), 20-5. (In Persian) <https://www.sid.ir/paper/55767/fa>
- Aldhmedi, B. K., Kumar, R., Perera, B., & Algarni, M. (2025). Examining factor structure and psychometric properties of Ethical Leadership Questionnaire with Healthcare Professionals in Saudi Arabia. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 41(1), 101-106. <https://doi.org/10.12669/pjms.41.1.10861>
- Alsaidan, M. S., Altayar, N. S., Alshmmari, S. H., Alshammari, M. M., Alqahtani, F. T., & Mohajer, K. A. (2020). The prevalence and determinants of body dysmorphic disorder among young social media users: a cross-sectional study. *Dermatology reports*, 12 (3), 1-10. <https://doi.org/10.4081/dr.2020.8774>
- American Psychiatric Association (2022) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*, 5th, text revision edn. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Asadpour, E., & Veisi, S. (2017). The Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Sexual Self-Esteem and Sexual Function in Women with Multiple Sclerosis. *J Arak Uni Med Sci*, 20 (7), 1-12. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5174-fa.html>
- Asadpour, E., & Veisi, S. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Satisfaction, Sexual Self-Esteem and Burnout Martial among Women with Type 2 Diabetes. *J Arak Uni Med Sci*, 21 (7), 8-17. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5710-fa.html>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?. *Psychological Science in the Public Interest*, 4 (1), 1-44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Baxendell, R. S., Schmitter, M., Spijker, J., Keijsers, G. P., Tendolkar, I., & Vrijzen, J. N. (2025). Measuring Early Maladaptive Schemas in Daily Life. *Cognitive Therapy and Research*, 1 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10608-025-10574-5>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000>
- Berger, E., Dudouet, R., Dossus, L., Baglietto, L., Gelot, A., Boutron-Ruault, M. C., ... & Delpierre, C. (2025). Biological embodiment of educational attainment and future risk of breast cancer: findings from a French prospective cohort. *BMJ Open*, 15 (2), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087537>
- Bosbach, K., Martin, A., Stricker, J., & Schoenberger, K. (2024). Enhancing self-esteem in adults with body dysmorphic symptoms: experimental testing and initial evaluation of a brief internet-based training. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 52 (3), 226-242. <https://doi.org/10.1017/S1352465824000110>
- Bosbach, K., Schoenberger, K., & Martin, A. (2023). Development and evaluation of an acceptance-facilitating intervention for an internet-based cognitive behavioral self-esteem training for adults with body dysmorphic

- symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 37 (1), 1-10.
- Burns, G. L., Formea, G. M., Keortge, S., & Sternberger, L. G. (1995). The utilization of nonpatient samples in the study of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (2), 133-144. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00039-m](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00039-m)
- Cardoso, B. L. A., Lima, A. F. A., Costa, F. R. M., Loose, C., Liu, X., & Fabris, M. A. (2024). Sociocultural Implications in the Development of Early Maladaptive Schemas in Adolescents Belonging to Sexual and Gender Minorities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21 (8), 971-990. <https://doi.org/10.3390/ijerph21080971>
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11 (3), 279-296. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00011-x)
- Conner, K.M., & Davidson, J, R. (2003). Development of a new resilience scale. *Depression and Anxiety*, 18 (1), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Corti, C., Kurt, B. B., Koca, B., Rahman, T., Conforti, F., Pala, L., ... & Tolaney, S. M. (2025). Estrogen Signaling in Early-Stage Breast Cancer: Impact on Neoadjuvant Chemotherapy and Immunotherapy. *Cancer Treatment Reviews*, 132(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2024.102852>
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (2008). The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol. 2. Personality measurement and testing* (pp. 179-198). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n9>
- Cudo, A., Dobosz, M., Griffiths, M. D., & Kuss, D. J. (2024). The relationship between early maladaptive schemas, depression, anxiety and problematic video gaming among female and male gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22 (1), 47-74. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00858-2>
- Divandari, H., Ahi, Gh., Akbari, H., & Mahdian, H. (2009). Short form of Young's schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and factor structure among students of Islamic Azad University, Kashmar Branch. *Journal of Educational Research*, 20 (1), 103-132. (In Persian) https://edu.bojnourd.iau.ir/article_518167.html
- Esmaili, S., Nikoogoftar, M., Yaghoobi, S., Nazari, R. (2024). The Mediating Role of Coping Strategies and Resilience in the Relationship between Stressful Life Events and Positive and Negative Emotions in Women with Breast Cancer. *Health Psychology*, 13(51), 21-36. (In Persian) <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.68222.5834>
- Esmikhani, M., & Tamannaifar, M. R. (2025). Modeling of the Body Dysmorphic based on Body Image and Fear of Negative Evaluation with Mediating Role of Self-Esteem. *Applied Psychology*, 1(1), 1-10. https://apsy.sbu.ac.ir/article_105688.html?lang=en
- Ezzati, V. G., Matinnia, N., & Yazdi-Ravandi, S. (2024). The mediating role of self-esteem and self-compassion in the relationship between early maladaptive schema and violence against women. *Current Psychology*, 1 (2), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06783-y>
- Faustino, B. (2025). Introducing Dialectical Core Schemas Theory through Mediation Models. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 43 (1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/00223891.2025.2454009>
- Frederick, D. A., Sandhu, G., Morse, P. J., & Swami, V. (2016). Correlates of appearance and weight satisfaction in a U.S. national sample: Personality, attachment style, television viewing, self-esteem, and life satisfaction. *Body Image*, 17 (1), 191-

203. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.001>
- Gibson, A. H., Zaikman, Y., Rodriguez, R., & Bennett, B. (2024). The effects of body dysmorphic disorder on women's quality of life and body image at difference stages of pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24 (1), 653-673. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06857-6>
- Haider, A., Wei, Z., Parveen, S., & Mehmood, A. (2023). The association between comorbid body dysmorphic disorder and depression: moderation effect of age and mediation effect of body mass index and body image among Pakistani students. *Middle East Current Psychiatry*, 30 (1), 11-21. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00283-8>
- Hanley, S. M., Bhullar, N., & Wootton, B. M. (2020). Development and initial validation of the Body Dysmorphic Disorder Scale for Youth. *Clinical Psychologist*, 24 (3), 254-266. <https://doi.org/10.1111/cp.12225>
- Henseler, J., Dijkstra, T. K., Sarstedt, M., Ringle, C. M., Diamantopoulos, A., Straub, D. W., ... & Calantone, R. J. (2014). Common beliefs and reality about PLS: Comments on Rönkkö and Evermann (2013). *Organizational research methods*, 17(2), 182-209. <https://doi.org/10.1177/1094428114526928>
- Higgins, S., & Wysong, A. (2018). Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder—an update. *International journal of women's dermatology*, 4 (1), 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.09.007>
- Jassi, A., & Krebs, G. (2021). Body Dysmorphic Disorder: Reflections on the last 25 years. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 3-7. <https://doi.org/10.1177/1359104520984818>
- Jones, S., Raykos, B. C., McEvoy, P. M., Ieraci, J., Fursland, A., Byrne, S. M., & Waller, G. (2019). The development and validation of a measure of eating disorder-specific interpersonal problems: The Interpersonal Relationships in Eating Disorders (IR-ED) Scale. *Psychological assessment*, 31(3), 389-398. <https://doi.org/10.1037/pas0000666>
- Kabul, E. G., Aksoy, C. C., & Calik, B. B. (2025). The validity of Turkish version of Social Frailty Index in older adults: An index of social attributes predictive of mortality. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 60 (2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101556>
- Khoshini, F., Akbari, M., & Mohammadkhani, S. (2022). The structure relationship of body dysmorphic disorder (BDD) with early maladaptive schema and perceived emotional invalidation: the mediating Role of metacognition, body image and distress tolerance. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 101-119. (In Persian) <https://doi.org/10.22070/cpap.2021.14109.1067>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. <https://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/Rex-Kline/9781462551910>
- Kordnoghabi, R., & Veisi, S. (2024). Developing a Model of Wisdom Based on Successful Intelligence and Psychological Well-Being in Students: The Mediating Role of Creativity. *Positive Psychology Research*, 10 (3), 29-50. (In Persian) <https://doi.org/10.22108/ppls.2025.139681.2473>
- Kuck, N., Cafitz, L., Bürkner, P. C., Hoppen, L., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2021). Body dysmorphic disorder and self-esteem: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21 (1), 310-322. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03185-3>
- Li, J., Han, X., Wang, W., Sun, G., & Cheng, Z. (2018). How social support influences university students' academic achievement and emotional exhaustion: The mediating role of self-esteem. *Learning and Individual Differences*, 61 (1), 120-126. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2017.11.016>
- Longley, S. L., Holm-Denoma, J., Allan, N. P.,

- Calamari, J. E., Armstrong, K., Wainwright, A., & Hasan, N. (2019). A quantitative study of body dysmorphic disorder: Latent structure and correlates. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21(1), 82-90. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.12.004>
- Maghari, H., Matini Sadr, M., & Baseri, A. (2024). Prediction of Academic Self-Handicapping based on Primary Maladaptive Schemas and Metacognitive Beliefs in Students. *Rooyesh*. 13(3), 65-74. (In Persian) <https://frooyesh.ir/article-1-5369-fa.html&sw>
- Martínez-Ramón, J. P., Morales-Rodríguez, F. M., Ruiz-Esteban, C., & Méndez, I. (2022). Self-Esteem at University: Proposal of an Artificial Neural Network Based on Resilience, Stress, and Sociodemographic Variables. *Frontiers in Psychology*, 13(2), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.815853>
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage publications. <https://psycnet.apa.org/record/2013-39233-000>
- Mina, F., Ramezani, K., Kamkar, A., & Karami, M. (2024). The efficacy of acceptance and commitment based therapy on body dysmorphic disorder on women with breast cancer. *Journal of Psychological Science*. 23 (136), 217-233. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.23.136.963>
- Mirdrikvand, F. (2023). Structural Model of Pain Perception in Patients With Refractory Joint Pain Based on Personality Traits and Early Maladaptive Schemas: The Moderating Role of Social Support. *Health Psychology*, 12(46), 41-62. (In Persian) <https://doi.org/10.30473/hpj.2023.63629.5516>
- Möllmann, A., Hunger, A., Schulz, C., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2020). Gazing rituals in body dysmorphic disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 68 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101522>
- Moroń, M., Niedbała, D., Matychniak, N., Stabla, P., & Broda, T. (2025). Religious scrupulosity and early maladaptive schemas: a network analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 54 (1), 137-151. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2395827>
- Muzaffar, K. H., Halilu, H. B., Dantata, B. A., Saati, S. M., & Salah, L. A. (2024). Prevalence of anxiety, depression, and body dysmorphic disorders among dermatology outpatients with acne vulgaris at a public hospital in Saudi Arabia. *Cureus*, 16(7), 1-10. <https://doi.org/10.7759/cureus.64917>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current directions in psychological science*, 23 (5), 381-387. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
- Payandeh, F., Mohamadkhani, P., & Borjali, M. (2023). The role mediating of co-rumination in relationship between self-esteem and self-compassion with anxiety in adolescents. *Journal of Modern Psychological Researches*, 18(70), 11-22. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.16521>
- Pilkington, P. D., Karantzas, G. C., Faustino, B., & Pizarro-Campagna, E. (2024). Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/cpp.2914>
- Podder, V., Ranjan, T., Gowda, M., Camacho, A. M., & Ahluwalia, M. S. (2025). Emerging Therapies for Brain Metastases in NSCLC, Breast Cancer, and Melanoma: A Critical Review. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 25(1), 1-14. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-24-1211>
- Rankin, R. M., Read, P. A., Walker, B. R., & Rankin, P. M. (2021). Other directedness and impaired limits: The impact of early maladaptive schema on exercise dependence. *Current Psychology*, 40(1), 2161-2173. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0139-1>
- Reitz, A. K. (2022). Self-esteem development and

- life events: A review and integrative process framework. *Social and Personality Psychology Compass*, 16(11), 1-10.
<https://doi.org/10.1111/spc3.12709>
- Ringle, C. M., Sarstedt, M., Mitchell, R., & Gudergan, S. P. (2020). Partial least squares structural equation modeling in HRM research. *The international journal of human resource management*, 31 (12), 1617-1643.
<https://doi.org/10.1080/09585192.2017.1416655>
- Rosenberg, M. (1989). Determinants of self-esteem- a citation classic commentary on society and the adolescent self-image by Rosenberg, M. *Current Contents/Social & Behavioral Sciences*, 1 (11), 16-16.
<https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1184974>
- Saadatmand, E., Mahmoud Alilou, M., Esmaeilpour, K., & Hashemi, T. (2022). Investigating the relationship between early maladaptive schemas and symptoms of body dysmorphic disorder mediated by self-compassion. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 10 (1), 64-75. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.10.1.64>
- Sadeghpour, M., Farrokhzad, P., Sarichlo, M. E., & Ebrahimi Moghadam, H. (2025). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Death Anxiety and Life Hope in Breast Cancer Patients. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 1 (1), 56-66.
<https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.6.1.6>
- Schmidt, J., & Martin, A. (2019). Appearance teasing and mental health: Gender differences and mediation effects of appearance-based rejection sensitivity and dysmorphic concerns. *Frontiers in Psychology*, 10 (1), 1-10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00579>
- Schneider, S. C., Mond, J., Turner, C. M., & Hudson, J. L. (2019). Sex differences in the presentation of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48 (3), 516-528.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1321001>
- Schulte, J., Dietel, F. A., Wilhelm, S., Nestler, S., & Buhlmann, U. (2021). Temporal dynamics of insight in body dysmorphic disorder: An ecological momentary assessment study. *Journal of Abnormal Psychology*, 130 (4), 365-375.
<https://doi.org/10.1037/abn0000673>
- Sfeir, M., Postigo, Á., Fekih-Romdhane, F., González-Nuevo, C., Malaeb, D., Hallit, S., & Obeid, S. (2025). Psychometric properties of the Arabic version of the Young Schema Questionnaire Short Form-Version 3 (YSQ-S3). *Scientific Reports*, 15 (1), 406.
<https://doi.org/10.1038/s41598-024-83089-w>
- So, W. K., Law, B. M., Ng, M. S., He, X., Chan, D. N., Chan, C. W., & McCarthy, A. L. (2021). Symptom clusters experienced by breast cancer patients at various treatment stages: a systematic review. *Cancer Medicine*, 10 (8), 2531-2565.
<https://doi.org/10.1002/cam4.3794>
- Summers, B. J., Wilver, N. L., Garratt, G. H., & Cogle, J. R. (2020). A multimethod analysis of incompleteness and visual “not just right” experiences in body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 51 (5), 764-773.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.11.001>
- Vaghar Hasanpur, M., Jalali, Y., & Tayebli M. (2020). Modeling the relationship between the big five personality traits and resilience, considering self-esteem as a mediator variable. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7 (4), 78-92. (In Persian)
<http://dx.doi.org/10.52547/shenakht.7.4.78>
- Vaisi, S., Kordnoghi, R., Imani, S., & Kashefi, F. (2025). Psychometric Properties of the Persian Version Abbreviated Wisdom Scale in Iranian Adults. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 161-179. (In Persian)
<https://doi.org/10.22059/japr.2024.361950.644670>
- Veisi, S., Kashefi, F., & Imani, S. (2024). Fitness the Causal-Structural Relationships of Successful Intelligence with Wisdom with the Mediation of Musical Intelligence in Piano

Players. *Social Psychology Research*, 14 (54), 1-14. (In Persian)
<https://doi.org/10.22034/spr.2024.424119.1877>

Von Soest, T., Wichstrøm, L., & Kvalem, I. L. (2016). The development of global and domain-specific self-esteem from age 13 to 31. *Journal of personality and Social Psychology*, 110 (4), 592-610. <https://doi.org/10.1037/pspp0000060>

Xiong, W., Huang, M., Leung, X. Y., & Li, Y. (2025). The healing impact of travel on the mental health of breast cancer patients. *Tourism Management*, 106(1),1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.tourman.2024.104997>

Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York, NY: Cognitive Therapy Center.
<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1396579>

Zimet, G.D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41.
https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15327752jpa5201_2.