

بررسی همنوایی اجتماعی بر اساس ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن و بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی در زنان متقاضی جراحی بینی

مرضیه سالاروند

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

فرح نادری

گروه روانشناسی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اهواز

Investigation of Social conformity based on metacognitive assessment of body deformity and spiritual well-being and psychological capital in women applying for rhinoplasty

Marzieh Salarvand

Master of General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Farah Naderi

Faculty Member, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Abstract

Rhinoplasty or nose surgery is one of the most common and popular surgeries in the world and Iran. Compared to men, women tend to have more cosmetic surgeries, especially rhinoplasty. Physical appearance is an important aspect of personal identity and its relationship with a person's self-perception begins early in life. On the other hand, dissatisfaction with body image, body deformity disorder, poor self-esteem, mental health problems, social conformity, cultural factors and media advertising are among the influential factors that lead to the tendency of people to perform cosmetic surgeries. The aim of the current research is to investigate social norms based on the metacognitive assessment of body deformity and psychological capital and spiritual well-being in women applying for nose surgery. The research method is descriptive and analytical using library resources. Studies have shown that dissatisfaction with body image can lead to a decrease in psychological capital. Psychological capital is related to a wide range of behavioral, cognitive and health variables, including spiritual well-being. As people with body dysmorphic disorder place increasing importance on their appearance, decreased psychological capital and spiritual well-being can lead them to conform more to social pressures and norms and desire rhinoplasty. The variables of psychological capital and spiritual well-being were effective in conformity to demand and desire for rhinoplasty, but the metacognitive assessment of body deformity in surveys did not have an impact on social conformity in the demand for rhinoplasty. Social conformity and psychological capital and spiritual well-being had an effect on the metacognitive evaluation of the body.

Keywords: *Social conformity, metacognitive assessment of body deformity, psychological capital, spiritual well-being, rhinoplasty*

چکیده

رینوپلاستی یا جراحی بینی از رایج‌ترین و پرطرفدارترین جراحی‌ها در جهان و ایران به‌شمار می‌آید. در مقایسه با مردان، زنان گرایش بیشتری به انجام جراحی‌های زیبایی، به ویژه جراحی بینی دارند. ظاهر فیزیکی وجه مهمی از هویت شخصی است و ارتباط آن با ادراک فرد از خود در اوایل زندگی آغاز می‌شود. از سوی دیگر نارضایتی از تصویر بدن، اختلال بدشکلی بدنی، عزت نفس ضعیف، مشکلات سلامت روان، هم‌نوایی اجتماعی، عوامل فرهنگی و تبلیغ رسانه‌ها از جمله عوامل تأثیرگذاری هستند که منجر به گرایش افراد برای انجام جراحی‌های زیبایی می‌شوند. پژوهش حاضر مروری سیستماتیک بر بررسی هم‌نوایی اجتماعی بر اساس ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن و سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی در زنان متقاضی جراحی بینی است. روش تحقیق توصیفی تحلیلی و با استفاده از منابع کتابخانه‌ای است. بررسی‌ها نشان‌داد نارضایتی از تصویر بدن می‌تواند به کاهش سرمایه روانشناختی بیانجامد. سرمایه روانشناختی با دامنه گسترده‌ای از متغیرهای رفتاری، شناختی و سلامت از جمله بهزیستی معنوی رابطه دارد. از آنجا که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اهمیت فزاینده‌ای به ظاهر خود می‌دهند، کاهش سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی می‌تواند آنها را به هم‌نوایی بیشتر با فشارها و هنجارهای اجتماعی و تمایل به جراحی بینی سوق دهد. متغیرهای سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی در هم‌نوایی برای تقاضا و تمایل به جراحی بینی مؤثر بودند اما ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن در بررسی‌ها نقش تأثیرگذار بر هم‌نوایی اجتماعی در تقاضای جراحی بینی نداشت. هم‌نوایی اجتماعی و سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی بر ارزیابی فراشناختی بدن تأثیر داشتند.

کلمات کلیدی: هم‌نوایی اجتماعی، ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن، سرمایه روانشناختی، بهزیستی معنوی، جراحی بینی

مقدمه

درخواست برای جراحی زیبایی در کل جهان روند صعودی دارد و به یکی از رایج‌ترین جراحی‌ها مبدل گشته‌است. طبق گزارش آماری انجمن بین‌المللی جراحی پلاستیک زیبایی^{۱۲۹} (۲۰۲۰) از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، شمار جراحی‌های زیبایی در مجمع کشورهای دنیا از ۲۰/۱ میلیون به ۲۵ میلیون نفر افزایش داشته‌است. ایران هم در افزایش این آمار نقش مهمی داشته (رمندی و دیگران ۲۰۲۲) و میزان جراحی بینی در ایران هفت برابر بیشتر از آمریکا بوده‌است (حاجی‌علو و دیگران ۲۰۱۸).

جراحی زیبایی اساساً به جراحی‌هایی گفته می‌شود که فرد بدون آسیب و جراحت و بدشکلی مادرزادی، صرفاً بر پایه میل شخصی متقاضی انجام آن است ((نیکلاس و ولینگ ۲۰۱۶، توسلی و مدیری ۲۰۱۲ به نقل از سجادی و جبل عاملی ۱۳۹۸). حدود یک‌سوم از جمعیت داوطلب جراحی بینی، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن هستند این افراد به‌طور معمول انتظارات زیادی در مورد نتیجه جراحی دارند و اغلب بعد از جراحی همچنان احساس نارضایتی می‌کنند (دی سوزا^{۱۳۰} و دیگران ۲۰۲۱). (میلر^{۱۳۱} و دیگران ۲۰۲۰) نشان دادند که بین زنان و مردان در مقیاس کلی تصویر بدن، نگرانی در مورد وزن، تناسب‌اندام و سلامتی تفاوت وجود دارد [لذا] زنان با ۹۰/۷ درصد سهم بیشتری از تقاضاکنندگان جراحی بینی در ایران را دارا هستند (کلانتر و دیگران ۲۰۱۸). جراحی و خدمات زیبایی به‌شدت تحت تأثیر عواملی مانند شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، خانواده و دوستان، استانداردهای زیبایی در جامعه، تبلیغات رسانه‌ای، پیشرفت‌های علمی و فناوری در زمینه پزشکی زیبایی و مصرف‌گرایی است که به نوبه خود راه را برای معضلی به نام «پارادوکس ارزش سلامتی و ارزش زیبایی» هموار کرده است (دانش ۲۰۱۵). رسانه‌ها با عادی‌سازی عمل جراحی و کمتر نشان دادن عوارض آن نقش مهمی در پذیرش ریسک آن دارند (آشیکالی^{۱۳۲} و دیگران ۲۰۱۶). با نگاه کل‌نگر عواملی مانند میل به کسب منزلت اجتماعی، نداشتن سلامت روان، تقلید از دوستان، گرایش به جنس مخالف، سطح تحصیلات، عدم اعتمادبه‌نفس را عوامل مهم و تأثیرگذار در درخواست عمل‌های زیبایی دانسته‌اند (حجازی و یزدان‌آباد ۲۰۲۳). یکی از مسیرهایی که به درک عمیق‌تر فرایندهای زیربنایی آسیب‌شناسی روانی اختلال بدشکلی بدنی کمک می‌کند، بررسی مکانیسم‌های شناختی درگیر در دانش، تفسیر و تنظیم خود تفکر است. این مکانیسم‌ها حوزه «فراشناخت»^{۱۳۳} یا تفکر درباره تفکر هستند (ولز^{۱۳۴}، ۲۰۱۱). اختلال بدشکلی بدن یک عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی تصمیم برای جراحی پلاستیک است (زکرمند و آبراهام، ۲۰۰۸). معمولاً باور این بیماران در مورد ظاهر و چهره خود غیرواقعی است و انتظار زیادی از نتیجه جراحی دارند، جذابیت ظاهری این افراد در نظرشان آنقدر اهمیت دارد که پذیرش اجتماعی و موفقیتشان تحت تأثیر ظاهر آرمانی مدنظر آنها قرار می‌گیرد (خوشینی و دیگران ۲۰۲۱). آگاهی معنوی رشد یافته‌تر به زنان کمک می‌کند تا رابطه‌ای

- 129 . International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS)
130 de Souza et al
131 Miller et al
132 Ashikali et al
133 Wells

مهربان تر و محترمانه با بدن خود به وجود آورده و با عدم تأکید بر تصویر بدن و ظاهر بیرونی، اهداف مفیدی برای ارتقای تصویر مثبت بدن فراهم کنند (تیگرم و هگ ۲۰۱۹). (وو و همکاران ۲۰۲۲) در پژوهش بین فرهنگی از زنان چینی و هلندی نشان دادند زنان درونی سازی ایده آل زیبایی و مقایسه های اجتماعی مبتنی بر ظاهر را به عنوان انگیزه های انجام جراحی زیبایی شناسایی می کنند. بر اساس مطالب ذکر شده این سؤال مطرح می شود که آیا متغیرهای ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن، بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی موجب همنوایی اجتماعی که اصلی ترین عامل جراحی زیبایی است (صادقی فسایی و دیگران ۲۰۱۵) می شوند؟ هدف از پژوهش حاضر بررسی همنوایی اجتماعی بر اساس ارزیابی فراشناختی بدشکلی و سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی در زنان مقتضای جراحی بینی است.

روش پژوهش

مقاله پیش رو، مقاله ای مروری سیستماتیک برگرفته از پایان نامه ارشد نویسنده به راهنمایی دکتر فرح نادری با عنوان «تدوین مدل علی ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن بر اساس سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی در زنان مقتضای جراحی بینی: نقش میانجی همنوایی اجتماعی» است.

مبانی نظری پژوهش

سرمایه روانشناختی

تعریف مفهومی: سرمایه روانشناختی به عنوان باور فرد به توانمندی های خود در دستیابی به اهداف، کنار آمدن کارآمد با مشکلات و فشارهای زندگی و شکل دادن به شرایط زندگی به روشی که نیازهایش را برآورده می کند، تعریف می شود (لوتانز و برود، ۲۰۲۲). سرمایه روانشناختی به عنوان خودارزیابی می تواند عملکرد افراد را پیش بینی کند و شامل چهار بعد خودکارآمدی، امید، خوش بینی و تاب آوری است که می تواند عملکرد افراد را پیش بینی کند (هوارد، ۲۰۱۷). تأکید خودکارآمدی بر تعهد و کوشش برای موفقیت در اهداف و چالش ها است. خوش بینی به نگرش مثبت درباره موفقیت های حال و آینده اشاره دارد. مقاومت و پایداری برای رسیدن به اهداف و تغییر مسیر در راه دستیابی به اهداف، مؤلفه امیدواری را تعریف می کند. انعطاف پذیری و پایداری در زمان مواجهه با مشکلات و موانع احتمالی، به تاب آوری اشاره دارد (لوتانز و برود ۲۰۲۲، ۱۳۴).

در بسیاری از موقعیت ها، سرمایه روانشناختی می تواند به عنوان یک سپر از فرد در برابر رویدادها و عوامل استرس زا، و مشکلات سلامت روان همانند افسردگی و اضطراب حمایت کند (هسلینک ۳۵، ۲۰۲۱). پژوهش هایی رابطه تصویر بدن با سرمایه روانشناختی را تأیید کرده اند که بر اساس یافته هایشان افراد دارای سرمایه روانشناختی بالاتر، از تصویر بدنی رضایت بخش تر و مناسب تری برخوردارند (غفاری و همکاران، ۱۴۰۰؛ بهزادی نژاد و همکاران، ۱۳۹۹) و سرمایه اجتماعی بالاتر باعث افزایش کفایت اجتماعی^{۱۳۶} می شود (غفاری و همکاران، ۱۴۰۰). افزایش کفایت اجتماعی هم می تواند تمایل به جراحی زیبایی را کاهش دهد چون افرادی که احساس طرد و بی کفایتی اجتماعی می کنند بیشتر احتمال دارد جراحی زیبایی انجام دهند (محمودی و دیگران ۲۰۱۷ به نقل از سجادی و جبل عاملی ۱۳۹۸). نارضایتی از تصویر بدن به کاهش سرمایه روانشناختی منجر می شود (ارزنلی و پوراحمدی ۲۰۱۷). یزدی، ملازاده و آل یاسین (۱۴۰۰) پژوهشی تحت عنوان مقایسه سرمایه روانشناختی در زنان کاندیدای عمل جراحی زیبایی و عمل جراحی زیبایی انجام شده را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد بین سرمایه روانشناختی در زنان کاندیدای عمل جراحی زیبایی و عمل جراحی زیبایی انجام شده تفاوت تفاوت وجود دارد. ابراهیمی و هاشمیان (۱۳۹۸) پژوهشی مروری با عنوان اهمیت سرمایه های روانشناختی بر اعتماد به نفس و راهکارهایی در جهت رهایی از باورهای غیر منطقی در دختران مقتضای عمل زیبایی را مورد بررسی قرار دادند. با توجه به نتایج بدست آمده مشخص شد که، برخوردار بودن از سرمایه روانشناختی، افراد را قادر می سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت های استرس زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، مسایل خود را به صورت کارآمدتری حل نمایند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تاثیر وقایع روزانه قرار بگیرند. باید توجه داشت که عوامل اجتماعی و فرهنگی در نوع ادراک زنان از بدنشان تاثیر فراوانی دارد. احمدی، خوشنویس و غلامی حیدرآبادی (۱۳۹۷) تحقیقی با عنوان پیش بینی جراحی پوست بر اساس سرمایه روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده از زنان انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که تمامی مؤلفه های حمایت درک شده و همچنین تمامی مؤلفه های سرمایه روانشناختی (خودکارآمدی، تاب آوری، امید و خوش بینی) پیش بینی کننده های مثبت جراحی پلاستیک هستند.

برخورداری از سرمایه روانشناختی بالا همراه با سازه های روانشناسی مثبت نگر با افزایش خوش بینی، خودکارآمدی، تاب آوری و

- 134 Luthans & Broad
135 Hesselink 4. Sadeghi Fasaie et al
136 1. Social adequacy 5. Arzanli & Pourahmadi,

خوش بینی به انتخاب جهتی اطلاق می‌شود که در آن عموماً پیامدهای مثبت انتظار می‌رود و این پیامدها به عنوان عوامل ثابت، مشترک و درونی دیده می‌شوند (شهنی بیلاق، موحد و شکرکن، ۱۳۹۲). خوش بینی عاملی از ثبات فردی است که شامل تفاوت های کلی فردی، خلق و خوی مثبت، نگرش یا ایده ها در مورد رویدادهای آینده است. خوش بینی انتظارات مثبتی را توصیف می‌کند که انگیزه، استقامت و انعطاف پذیری را افزایش می‌دهد. انتظارات مثبت ناشی از خوش بینی، جهت گیری هدف را تسهیل می‌کند، که توجه و انرژی را به منابع درست رفتار هدایت می‌کند. در حالی که خوش بینی کم، درون نگر و کناره گیری را تسهیل می‌کند (بومگارتنر، اسپچنیدر و کاپیولا^{۱۴۲}، ۲۰۱۸). افراد خوش بین به خود و دیگران خوش بینانه نگاه می‌کنند با این انتظار که اتفاقات خوب در آینده رخ دهد و اتفاقات بد رخ ندهد. داشتن چنین باورهایی با سلامت روان همراه است. خوش بینی نقش مهمی در سازگاری با رویدادهای استرسزا دارد (میرگل و دیگران ۲۰۲۳)

خوش بینی، داشتن نوعی توقع است از اینکه در آینده اتفاقات خوب بیشتر از بد رخ خواهند داد که این نگرش بر نحوه رفتار و کنار آمدن افراد با فشارهای زندگی تأثیر می‌گذارد (ویس فراتسی و دیگران^{۱۴۳}، ۲۰۱۷) زیرا اطمینان از روی دادن اتفاقات مثبت موجب سازگاری روانشناختی بالا می‌شود (تیندل و دیگران^{۱۴۴}، ۲۰۱۸) که حتی اگر با مشکلات و فشارها هم مواجه شوند سلامت روانی و جسمی آنها حفظ می‌شود (سینگ و شا کلا^{۱۴۵}، ۲۰۱۴). خوش بینی منجر به رفاه روانی می‌شود و منعکس کننده‌ی انتظارات مطلوب افراد در مورد رویدادهای آینده است و منبع بسیار مهمی برای انگیزه و انعطاف پذیری است. خوش بینی با سطوح بالای درگیری و سطوح پایین اجتناب یا عدم مشارکت همراه است و با گام‌های فعال برای حفظ سلامت، منجر به مقاومت بیشتر می‌شود (خادمی و کدخدایی، ۱۳۹۳). افرادی که سطح امید بالاتری دارند دیگران را منبع حمایتی می‌دانند که می‌شود روی آنها حساب کرد. آنها همچنین بر این باورند که می‌توانند به طور موثر با چالش‌هایی که ممکن است در زندگی با آن مواجه شوند کنار بیایند، شادی بیشتری را تجربه کنند و از زندگی رضایت بیشتری داشته باشند (لطفی کاشانی، وزیری، زین العابدینی) و زین العابدینی، ۱۳۹۲). خوش بینی می‌تواند پاسخ پریشانی پس از قرار گرفتن در معرض استرس را کاهش دهد (ضیا و همکاران، ۲۰۱۳). خوش بینی نقش مهمی در سازگاری با رویدادهای استرسزا زندگی دارد. وقتی با یک چالش مواجه می‌شوید، افراد خوش بین اعتماد به نفس و پایداری

امیدواری موجب افزایش توان افراد برای برقراری انسجام و سازگاری در معنا، هدف، ارزش‌های والای زندگی و بهزیستی معنوی می‌شود (گل پرور؛ ۲۰۱۳). ابعاد سیستم معنوی، باورها و انگیزه‌ها و اهداف از طریق میانجی‌هایی مانند معنای زندگی، حمایت اجتماعی، تقدیس جسم، منبع کنترل سلامت، قدرشناسی، امید، خوش بینی، شفقت، استرس، عواطف مثبت و منفی، مقابله و سلامت روان افراد تأثیر می‌گذارند.

مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی ۱- تاب‌آوری

این مؤلفه از سرمایه‌ی روانشناختی یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار است (پرینس، امبوری و ساخوفسکی^{۱۳۷}، ۲۰۱۳)، که موجب توانایی برای عبور از دشواری‌ها و غلبه بر شرایط زندگی می‌شود (ساگون و دی کارلی^{۱۳۸}، ۲۰۱۴) و به فرد قدرت بازگشت داده، فرایند پویای سازگاری و رشد به شیوه مثبت در برابر شرایط تهدید کننده و توانایی ترمیم خویشتن را موجب می‌شود (لوح، اسکات و تورستنسن^{۱۳۹}، ۲۰۱۴) ظرفیت یک سیستم پویا برای سازگاری موفقیت آمیز با اختلالات و حفظ نشاط و سلامت روانی در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند و سازوکار خود اصلاح‌گری تعریف شده است (ماستن^{۱۴۰}، ۲۰۱۴). تاب‌آوری توانایی فرد برای آماده شدن و انتخاب برای هماهنگی بیولوژیکی، روانی و معنوی، تعامل با فوریت زندگی، تخریب، ادغام مجدد به روشی انعطاف پذیر، بازگشت به تعادل یا از دست دادن تعادل است. این یک مدل خطی ساده است که باید مراحل طی شوند تا فرد به توانایی تاب‌آوری برسد. تاب‌آوری مفهومی چند بعدی است که برای مقابله مؤثر با عوامل استرسزا استفاده می‌شود و شامل منابع مقابله‌ای انسانی مانند خودپنداره، خوش بینی، راهبردهای مقابله و روابط اجتماعی مطلوب است (صحرائی داریان و کربلایی محمد میگوئی، ۱۳۹۶). تاب‌آوری چیزی بیش از مقاومت منفعلانه در برابر آسیب یا موقعیت‌های تهدید کننده است. در عوض، افراد تاب‌آور به طور فعال مشارکت می‌کنند و محیط خود را می‌سازند (عمویی، عجم و بادناوا، ۲۰۱۶). تحمل برای ایفای نقش محافظتی در برابر موقعیت‌های استرسزا از طریق ارزیابی‌های شناختی و رفتارهای مقابله‌ای امکان پذیر است. چانگ^{۱۴۱} و یارنال (۲۰۱۸) در تحقیق خود با عنوان «تأثیر حمایت اجتماعی بر توسعه تاب‌آوری در زنان» نشان دادند که دریافت حمایت اجتماعی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مؤثر است.

۲- خوش بینی

- 142 Baumgartner, Schneider & Capiola,
143 Weiss-Faratici et al
144 Tindle et al
145 Singh & Shukla

- 137 . Prince.Embury & Saklofske
138 . Sagone, & De Caroli
139 . Loh, Schutte & Thorsteinsson
140 . Masten
141 Chang & Yarnal

باورهای خودکارآمدی منعکس کننده مفهوم سازی ساختارهای دانش است که بر فرآیندهای ارزیابی و به نوبه خود بر رفتار تأثیر می گذارد. (میلیونی و همکاران، ۲۰۱۵). افراد با خودکارآمدی بالا و شایستگی به دلیل توانایی در حل مشکلات در گذشته و دارای تجربیات موفق در مواجهه با مشکلات، با این باور که می توانند بر آن غلبه کنند، مشکلات را حل می کنند (میرزایی، کیامنش، حجازی و ... بنی جمالی، ۱۳۹۵). خودکارآمدی نه تنها بر زندگی افراد در موقعیت های استرس زا تأثیر می گذارد، بلکه افراد را به جستجوی موقعیت های چالش برانگیز تشویق می کند. با وجود این تفاوت ها، خودکارآمدی و تاب آوری مفاهیم مرتبط هستند و در تعامل با یکدیگر استفاده می شوند (اسکورز و وارنر، ۲۰۱۲). تئوری خودکارآمدی و سایر رویکردهای عمدتاً شناختی بر این باورند که ادراکات و ادراک افراد از توانایی ها و قابلیت های خود برای دستیابی به نتایج موفق و تعیین اهداف، افزایش انگیزه برای پیشرفت، خودتعیین و بهبود عملکرد مهم و ضروری است. سازه خودکارآمدی به میزان تسلط و کنترل بر اعمال و رفتار خود اشاره دارد: به عبارت دیگر، احساس کنترل بر اعمال و کردار فردی را خودکارآمدی می نامند. بر اساس گزارشها، افزایش خودکارآمدی، تاب آوری افراد را در برابر عواطف و احساسات منفی از جمله: اضطراب، افسردگی و حتی ترس افزایش می دهد. از منظر مثبت، خودکارآمدی توسعه یافته به طور علی با علاقه توسعه یافته درونی مرتبط است (حسینی و جانانعلی زاده چوبیستی، ۱۳۹۲). افراد با خودکارآمدی بالا نسبت به آینده خوش بین هستند و انتظارات مثبت آنها از آینده به آنها کمک می کند تا در برابر موانع استقامت کنند. اکثر این افراد با داشتن هدف در زندگی و تعهد برای رسیدن به اهداف خود، بهتر می توانند در برابر مشکلات ایستادگی کنند و به جای بزرگنمایی مشکلات، آنها را عادی جلوه دهند و حتی گاهی مشکلات را چالشی به عنوان سکوی پرش خود به سوی پیشرفت می دانند (اسکندری و دیگران، ۱۳۹۷). خودکارآمدی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر عزت نفس است (کریمی نژاد و دیگران، ۲۰۱۸).

۴- امید

امید یکی از پایه های اساسی تعادل و قدرت ذهنی است که موفقیت در زندگی را تعیین می کند. امید توانایی باور یک احساس بهتر از آینده است. امید با قدرت نافذ خود سیستم فعالیت را تحریک می کند تا سیستم بتواند تجربیات جدیدی به دست آورد و نیروهای جدیدی در ارگانیسم ایجاد کند. در نتیجه امید انسان را به تلاش و امید دارد و او را به سطح بالایی از کارکردهای روانی و رفتاری نزدیک می کند. سازمان جهانی بهداشت در تعریف سلامت آن را «بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی یک فرد و نه صرفاً بیمار بودن» می داند (ارجمندنیا، خانجانی و محمودی، ۱۴۰۳).

146 Schwarzer, R., & Warner

دارند. اما بدین ها ضعیف و بی ثبات هستند. این تفاوت ها ممکن است در شرایط شدید بیشتر باشد. خوشبین ها معتقدند که می توان ناملایمات را با موفقیت مدیریت کرد، اما بدبینان انتظار بدشمانی دارند. این تفاوت در نگرش نسبت به ناملایمات بر شیوه های مقابله افراد با استرس تأثیر می گذارد (موسوی نسب و تقوی، ۱۳۸۴).

خوش بینی و امید عوامل مرتبط با تفاوت های فردی هستند که با مزایای روانشناختی متعددی مانند افزایش عزت نفس، کاهش خطر اضطراب و علائم افسردگی، کاهش افکار و تجربیات خودکشی و افزایش بهزیستی روانشناختی ذهنی مرتبط هستند (کلبر و همکاران، ۲۰۱۸). و عزت نفس اندازه اثر منفی و زیاد با گرایش به جراحی زیبایی دارد (طالبی دلیر، ۱۴۰۲).

۳- خودکارآمدی

باورهای خودکارآمدی به عنوان بخشی از خودپنداره فرد، سازه های شناختی اند که از تجربیات یادگیری مادام العمر افراد پدید می آیند (ایساک، والترز و مک لاکلان، ۲۰۱۵). خودکارآمدی توانایی سازنده ای است که به وسیله آن مهارت های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای دستیابی به اهداف مختلف به طور مؤثر سازماندهی می شوند. بنابراین فردی که از خودکارآمدی بالاتری برخوردار است از اطلاعات عاطفی خود، به نحو بهتر و مؤثرتری در سازگاری اجتماعی بهره خواهد برد (فتاله زاده و دیگران، ۱۳۹۴).

خوداندیشی یکی از ظرفیت های منحصر به فرد انسانی است که افراد به وسیله آن رفتار خود را ارزیابی و اصلاح می کنند و این خودارزیابی ها شامل برداشت هایی از خودکارآمدی است. بر اساس نظریه انتظار- ارزش، انگیزه ناشی از باور افراد در مورد پیامدهای احتمالی اعمال و ارزشی است که برای پیامدها قائل هستند. افراد زمانی برای انجام وظایف برانگیخته می شوند که نتیجه مورد انتظار برایشان ارزشمند باشد. اما زمانی که عواقب آن برای آنها ارزشمند نباشد، آمادگی کمتری برای انجام تکالیف خود خواهند داشت. انتظارات نتیجه، با باورهای کارآمدی مرتبط است زیرا این باورها انتظارات را تعیین می کنند و از آنجایی که نتیجه مورد انتظار افراد به شدت به قضاوت آنها در مورد آنچه می توانند انجام دهند بستگی دارد، اگر ادراک خودکارآمدی برای آنها کنترل شود، انتظارات نتیجه ی خوب به همراه داشته و نقش مهمی در پیش بینی رفتار دارد (روحی و همکاران، ۱۳۹۲). مهارت های خودکارآمدی یا باور افراد در مورد توانایی هایشان بر تلاش و پشتکار آنها تأثیر می گذارد. خودکارآمدی بالا ترس از شکست را کاهش می دهد، سطح میل را افزایش داده و توانایی حل مسئله و تفکر تحلیلی را بهبود می بخشد (امیدی مظاهری و سادات حسینی، ۱۳۹۱). باورهای خودکارآمدی به فرآیندهای خودتنظیمی اشاره دارد.

۱۳۹۰). امید یک حالت انگیزشی مثبت است که بیانگر پیش بینی فرد از آینده است و میزان پایداری فرد در رسیدن به اهداف، تلاش برای دستیابی به آنها و میزان توانایی تغییر مسیر برای رسیدن به اهداف را تعیین می‌کند (آخوندی و آقا علیخانی، ۱۳۹۳). ساختاری است که دارای دو جزء است: توانایی فرافکنی گذرها به سوی اهداف مورد نظر با وجود موانع موجود. انگیزه استفاده از این گذرها، امید، متعلق به اهدافی است که دارای موانع چالش برانگیز اما غیرقابل عبور و امکان دستیابی به آن در میان مدت است، آماده سازی و رفع موانع شرط امید است. رفع موانع و فراهم کردن زمینه‌های امید، مستلزم تفکر است تا به رفتار هدفمند منجر شود. بنابراین روح و جسم در حرکت و خلاقیت هستند و این پویایی باعث شادی و نشاط می‌شود (موسوی، ۱۳۹۰). نقش واسطه‌ای امید در رابطه معنادار زندگی و رضایت از زندگی و شاخص‌های سلامت روان معنادار است (ارجمندانی و همکاران، ۱۳۹۲). به عبارت دیگر معنادار بودن زندگی به صورت غیرمستقیم و در تعامل با امید می‌تواند باعث افزایش شادی و رضایت از زندگی و کاهش افسردگی شود. (شمس، هاشمیان و شفیع آبادی، ۱۳۹۵).

امید مانند دارو اثرات بیولوژیکی دارد و می‌تواند در کنترل درد و ناتوانی بیماران تاثیر مثبت داشته باشد. امید و انتظار مدارهای مغز را فعال می‌کند و موجب ترشح اندورفین و انکفالین، در نتیجه کاهش درد می‌شود. با نگاهی به انواع بیماری‌های روانی و علل آنها به نظر می‌رسد که بیشتر آنها در اثر حادثه‌ای به وجود می‌آیند که منجر به از دست دادن امید در فرد شده است. معنادار بودن زندگی سازه‌ای گسترده تر از امید است و نوعی رابطه تجربی تضمین شده بین امید و معنا وجود دارد (ارجمندانی و همکاران، ۲۰۱۱). عنصر امید یکی از ویژگی‌های انسانی است که به او کمک می‌کند تا بر ناامیدی‌ها غلبه کرده، اهداف خود را دنبال کند و احساس غیر قابل تحمل بودن آینده را کاهش دهد (عمویی و همکاران، ۱۳۹۵). اعتماد به نفس وقتی به موفقیت می‌رسد یک پاداش طبیعی است، یعنی بعد از موفقیت به دست می‌آید، اما امید قبل از رسیدن به هدف، وارد بازی می‌شود. بنابراین اساس اعتماد به نفس، امید رسیدن به هدف است. بر اساس مدل شنایدر، امید، افراد را برای مقابله با عوامل استرس‌زا محافظت می‌کند، و با داشتن اهداف بیشتر، افزایش می‌یابد (ارجمندانی و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس این مفهوم، امید زمانی قوی است که شامل اهداف ارزشمندی باشد و با موانع چالش برانگیز اما غیرقابل عبور، امکان دستیابی به آنها در میان مدت وجود داشته باشد. بر اساس این مفهوم، احساسات مثبت و منفی محصول جانبی تفکر هدفمند، امید و ناامیدی هستند (شریفی و نجفی زند، ۱۳۸۵). افراد دارای سرمایه روان‌شناختی بالاتر، از تصویر بدنی رضایت بخش تر و مناسب تری برخوردارند (غفاری و

دیگران ۲۰۲۱ و بهزادی نژاد و دیگران ۲۰۱۹). بین امید و عزت نفس رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (پورغزین و غفاری، ۱۳۹۳).

بهزیستی معنوی

تعریف مفهومی: بهزیستی معنوی به عنوان آگاهی فرد از ارزش معنوی و نیک زندگی تعریف می‌شود. بهزیستی معنوی حالتی از بودن و بازتاب شناخت‌ها، رفتارها، و احساسات در رابطه با خود، دیگران، نیرویی متعالی و طبیعت است و منجر به احساس هویت، یگانگی، رضایت، شادی، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش، انسجام درونی، هدفمندی و جهت داری در زندگی است (فیشر^{۱۴۷}، ۲۰۲۱). بهزیستی معنوی همواره بر کیفیت زندگی افراد تاثیر می‌گذارد. افرادی که از نظر معنوی موفق هستند، توانایی بالاتری در تفسیر فرصت‌های به دست آمده در زندگی، در نتیجه تعاملات فردی با محیط و اعتقاد به قدرت دارند (رحمت و همکاران، ۲۰۲۲). (کاین^{۲۰۲۳}) نشان داد دینداری با ایجاد تصویر مثبت از بدن، از فرد محافظت می‌کند؛ با وجود این افراد دیندار به جراحی زیبایی فکر می‌کنند و آن را انجام می‌دهند.

امروزه توجه به بعد معنوی سلامت در بسیاری از تعاریف سلامت مورد توجه قرار گرفته و پیشنهادهای مبنی بر گنجاندن بهزیستی معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت ارائه شده است. یکی از کاستی‌های تحقیقات مربوط به رفاه معنوی تا به امروز، ناتوانی آن در تحلیل ابعاد مختلف معنویت است. ماهیت پیچیده و درهم تنیده معنویت و دین نیز باعث ایجاد سوء تفاهم و منجر به سردرگمی شده است. (کارسون ۲۰۱۹). نویسندگان از زوایای مختلفی به معنویت نگاه کرده و تعاریف گوناگونی از آن ارائه داده‌اند به طوری که می‌توان گفت هیچ اجماعی بر سر تعریف معنویت وجود ندارد (فری^{۱۴۸}، ۲۰۱۳) اما از طرف دیگر، در متون مرتبط، بین نویسندگان و پژوهشگران این اجماع عمومی وجود دارد که بهزیستی معنوی یک خرده مفهوم معنویت است (مراویجلا^{۱۴۹}، ۱۹۹۹). به طوری که در بررسی مفهوم بهزیستی معنوی، قبل از همه، بایستی به واکاوی مفهوم معنویت پرداخت. بهزیستی به توانایی فرد در استفاده از هر فرصتی برای رشد و ارتقای توانایی‌های بالقوه خود اشاره دارد. بهزیستی معنوی را می‌توان به عنوان شاخصی از کیفیت زندگی فرد در نظر گرفت، زیرا افرادی که از نظر معنوی موفق هستند، از زندگی هماهنگ تری، هم به عنوان فردی و هم به عنوان بخشی از محیط اجتماعی برخوردارند (بروبیکر و سوینی^{۱۵۰}، ۲۰۲۲).

- | | |
|-----|--|
| 147 | Fisher |
| 148 | -Fry |
| 149 | -Meraviglia 4. Ghafari et al., 5. Behzadinejad et al |
| 150 | Brubaker & Sweeney |

وجودی است، یک تجربه روانشناختی خاص که در واقع به واقعیت مقدس یا غایی مربوط نمی‌شود. (هرتز، ۲۰۰۵). از نظر روش تحقیق، معنویت یک ساختار است، هرچند بسیار انتزاعی، و به آن ساختار معنوی می‌گویند. باورهای معنوی، تجربه معنوی و رفاه معنوی مفاهیم اصلی این سازه هستند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱).

بهزیستی معنوی شکلی از تجربه معنوی انسان است که در این دو دیدگاه متفاوت است؛ دیدگاه بهداشت دینی که بر چگونگی درک افراد از سلامت در زندگی معنوی خود زمانی که به یک نیروی برتر متصل می‌شوند تمرکز دارد. دیدگاه سلامت وجودی که در مشکلات اجتماعی و روانی افراد در مورد چگونگی سازگاری افراد با خود، جامعه یا محیط بحث می‌کند. مفهوم بهزیستی معنوی که برای اولین بار توسط دیوید او. موبرگ در سال ۱۹۷۱ با همین نام مطرح شد و بیش از هر چیز بر بهزیستی شخصی یک فرد تاکید دارد تا رابطه او با خدا (به نقل از عباسی و همکاران، ۲۰۱۳). از نظر الیسون مفهوم بهزیستی معنوی از دو جزء تشکیل شده است: بهزیستی دینی که نشانه ارتباط با نیروی برتر یعنی خداوند است و بهزیستی وجودی که عنصری روانی-اجتماعی و نشانه‌ای از احساس فرد نسبت به قدرتی برتر است. (الیسون، ۱۹۸۳). رفاه دینی و رفاه وجودی هر دو مستلزم تعالی و حرکت فراتر از خود هستند. بعد سعادت دینی ما را به سوی خدا سوق می‌دهد، در حالی که بعد رفاه وجودی ما را فراتر از خود به دیگران و محیط اطرافمان می‌برد. از آنجایی که انسان به عنوان یک سیستم یکپارچه عمل می‌کند، این دو بعد، اگرچه جدا از هم هستند، اما با یکدیگر تعامل و همپوشانی دارند و در نتیجه احساس رفاه معنوی، رضایت و هدف را به همراه دارند. (وودز، ۱۹۹۳). آگاهی معنوی رشد یافته‌تر به زنان کمک می‌کند تا رابطه‌ای مهربان‌تر، همراه با قدردانی و محترمانه با بدن خود به وجود آورند. علاوه بر این، قدردانی و عدم تاکید بر تصویر بدن و ظاهر بیرونی، اهداف مفید و نقاط مداخله بالقوه‌ای را برای ارتقای تصویر مثبت بدن فراهم می‌کند (تیگرمین و هیگ^{۱۵۱}، ۲۰۱۹).

(معینی و دیگران، ۱۳۹۸) تحقیقی تحت عنوان بررسی رابطه سلامت معنوی با تمایل به انجام جراحی زیبایی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد: دانشجویان دختر از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند. و افرادی که تمایلی به انجام جراحی زیبایی نداشتند نسبت به افراد متمایل به انجام جراحی زیبایی از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند. با افزایش نمره سلامت معنوی به صورت کلی و بعد وجودی آن نسبت شانس تمایل به انجام جراحی زیبایی در بین دانشجویان کاهش یافت. پژوهشها رابطه بین بهزیستی معنوی با ادراک تصویر بدن و ارزیابی فراساختی بدشکلی

بهزیستی معنوی دارای سه مؤله رابطه با خدا، رابطه با خود، و رابطه با طبیعت است (دهشیری و دیگران ۱۳۹۲).

معنویت به مثابه یک سازه معنوی؛ در معنای لغوی،

معنویت، از کلمه‌ای لاتین به معنای نفس کشیدن گرفته شده است (سالاری فر، آذربایجانی و رحیمی نجات، ۱۳۸۴) و مفهومی گسترده‌تر از دین دارد و به فرآیندی پویا، شخصی و تجربی اشاره دارد. دین و معنویت در هم تنیده‌اند، چرا که هر دو چارچوب‌هایی را ارائه می‌دهند که از طریق آن‌ها، انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کند (رینتراپ، آلتیمیر و بورنز، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر، معنویت عبارت است از ادراک موجودات یا نیروهایی فراتر از جنبه‌های فیزیکی زندگی که حس عمیقی از وحدت یا پیوند با هستی ایجاد می‌کند. در حالی که برخی معتقدند مذهب تشریفات مناسک روزانه مانند نماز و روزه را تشویق می‌کند، سطح جدیدی از معنویت به دنبال معنایی فراتر از همه کارکردها است. مذاهب اغلب به جنبه‌های دیگر معنویت می‌نگرند، و این مناسک و اعمال مذهبی هدف اولیه دین نیستند، بلکه در واقع به عنوان راه‌هایی برای رسیدن به سطح بالاتری از معنویت تلقی می‌شوند. (هاکز و دیگران ۱۹۹۵).

در تعریف اصطلاحی، معنویت از لحاظ معنای زندگی و آرامش ذهنی یا رابطه با یک وجود متعالی تعریف می‌شود. از نظر شولتز، معنویت تجربه ارتباط معنادار با خود، دیگران، جهان و نیروی برتر است که در واکنش‌ها، روایت‌ها و کنش‌ها بیان می‌شود (دهشیری، سهرابی، جعفری و ونجفی، ۱۳۸۷). مایر معتقد است که معنویت جستجوی مداوم برای معنا و هدف در زندگی، درک عمیق از ارزش زندگی، وسعت جهان، نیروهای طبیعی موجود و سیستم‌های اعتقادی شخصی است. هاینلس معنویت را تلاش برای ایجاد حساسیت نسبت به خود و سایر موجودات غیرانسانی و به خدا یا کاوش در مورد آنچه برای انسان بودن و تلاش برای رسیدن به انسانیت کامل لازم است، می‌داند (به نقل از؛ بختیاری ۱۳۸۶). سوکن از معنویت به عنوان «حضور و تجربه ارتباط انسان با محیط» یاد می‌کند (سوکن ۱۹۸۹). الکینز و همکارانش معنویت را راهی برای بودن و تجربه کردن تعریف می‌کنند که با آگاهی از بعد متعالی مشخص می‌شود و مبتنی بر ارزش‌های ویژه نسبت به خود، دیگران، طبیعت و زندگی است در این تعریف، کینز تلاش می‌کند تا مفهوم معنویت را به گونه‌ای بسط دهد که هم باورهای دینی و هم غیر مذهبی را در برگیرد (الکینز ۱۹۸۸).

در نتیجه، اگرچه نمی‌توان تعریف غالبی از معنویت ارائه کرد، اما بررسی ادبیات موضوع معنویت نشان می‌دهد که بیشتر این تعاریف معنویت را دو بعدی می‌دانند. بعد اول معنویت دینی است که در آن درک فرد از یک موجود مقدس یا واقعیت غایی در سبک و سیاق دینی بیان می‌شود، در حالی که بعد دوم معنویت

بدن را تأیید کرده‌اند (تیگرمن و هگک ۲۰۱۹، رین اسمیت و دیگران ۲۰۱۴، رضایی و دیگران ۲۰۲۱). بهزیستی معنوی با اثرگذاری باور به کنترل شدن موقعیت به وسیله خداوند یا نیروی برتر (منبع کنترل بیرونی) و توانایی خود برای کنترل موقعیت به یاری نیروی معنویت (منبع کنترل درونی) از فشار اجتماعی برای همنوایی می‌کاهد، این افراد که بهزیستی معنوی بالاتری دارند، با باور به توانایی خود برای کنترل کردن موقعیت‌ها با توسل به معنویت، کمتر تحت فشارهای اجتماعی برای همنوایی قرار می‌گیرند (تیمینس و مارتین، ۲۰۱۹). پژوهشگران بر این باورند که تصویر بدنی با بهزیستی معنوی رابطه دارد. بر اساس یافته‌های رین اسمیت-جونز، ادوین و زیپکین کمپبل^{۱۵۲} (۲۰۱۴) پزشکی که با بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن کار می‌کنند باید به مؤلفه معنویت در این دسته از مراجعان و رابطه معنویت با تصویر از خود، تصویر بدنی خود، و البته معنویت در طول فرآیند درمان توجه زیادی داشته باشند.

همنوایی اجتماعی

تعریف مفهومی: همنوایی پدیده اجتماعی قدرتمندی است که افراد را تشویق به تغییر عقاید و رفتار شخصی خود و موافقت با اکثریت مخالف می‌کند. چنین رفتارهایی اغلب قابل مشاهده هستند و در جهت تأیید توسط اکثریت انجام می‌شوند. همنوایی اجتماعی می‌تواند منجر به عدم بیان قضاوت‌ها و نظرات خود در هنگام مواجهه با فشار همسالان در گروه‌ها شود که می‌تواند برای اثربخشی گروه‌ها در تصمیم‌گیری و تفکر نوآورانه مضر باشد (ویجنایاک و همکاران، ۲۰۲۰).

انطباق به عنوان تسلیم شدن در برابر فشار گروه تعریف شده است، زمانی که هیچ تقاضای مستقیمی از سوی گروه در مورد تطابق فردی با گروه وجود ندارد. (دروکس و وریتمند^{۱۵۳}، ۲۰۱۴). دلایل متعددی در مورد اینکه چرا برخی افراد انطباق با گروه دارند آورده شده است؛ اولین عامل کلیدی افشا است. این بدان معناست که رفتار یک فرد در یک موقعیت خاص در معرض دیگران قرار می‌گیرد. اگر رفتار یک فرد تحت نظارت دیگران و دور از انتظارات، هنجارها یا ارزشهای آنها باشد، فرد را می‌توان طرد یا مجازات کرد. بنابراین رفتار خصوصی افراد و رفتار آنها در مقابل جمعیت می‌تواند متفاوت باشد (سهرابی و دیگران ۱۳۹۲). (وو^{۱۵۴}، ۲۰۲۲) در بررسی اثر همنوایی اجتماعی بر جراحی زیبایی برای نمونه بین فرهنگ چینی و هلندی نشان دادند زنان درونی‌سازی ایده‌آل زیبایی و مقایسه‌های اجتماعی مبتنی بر ظاهر

را به عنوان انگیزه‌های انجام جراحی زیبایی شناسایی می‌کنند. پژوهش بونل (۲۰۲۱) نشان داد زنان (به طور صریح و ضمنی) تشویق می‌شوند تا تحت عمل جراحی زیبایی قرار گیرند و در برخی موارد برای انجام دادن این کار پاداش دریافت می‌کنند؛ مانند دسترسی به شغل با فراتر رفتن از شکاف‌های طبقاتی. نتیجه مطالعه ام سی کامب و میلز (۲۰۲۱) نشان داد مقایسه ظاهری با مدل‌ها به کاهش اعتماد به نفس و افزایش ناراضی‌ت از ظاهر و وزن منجر شده است. یا در پژوهشی دیگر زنان چینی توصیف کرده‌اند که دائماً اهمیت زیبا به نظر رسیدن و قرار گرفتن در معرض اطلاعات جراحی زیبایی را در زندگی روزمره خود یادآوری می‌کنند، به عنوان مثال، در رسانه‌های اجتماعی و از طریق تشویق مستقیم و قرار گرفتن در معرض جراحی زیبایی از طرف خانواده و همسالان و قرار گرفتن مکرر در معرض چنین فشارهایی ممکن است ایده‌آل زیبایی و جراحی زیبایی را به عنوان یک راه حل قابل قبول برای ظاهر و زندگی نامطلوب تقویت کند (بونل^{۱۵۵} و دیگران، ۲۰۲۱) ۸۷ درصد از مداخلات زیبایی، با متغیر عزت نفس، منبع کنترل و تمایل به مطلوبیت اجتماعی توضیح داده می‌شود که نشان می‌دهد فشار مدل‌های اجتماعی و استانداردهای زیبایی بسیار بالا به انجام مداخلات زیبایی شناسی منجر می‌شود (ایونا^{۱۵۶}، ۲۰۲۳). یا در پژوهش دیگر توجه به شبکه‌های اجتماعی و تصاویر آرایش و زیبایی زنان موجب تمایل به آرایش و جراحی زیبایی شده است (والکر^{۱۵۷} و دیگران، ۲۰۲۱).

بر اساس یافته‌های (پیراهری و بیداران^{۱۵۸} ۲۰۱۶) با افزایش فشارهای اجتماعی گرایش به جراحی زیبایی و همنوایی با دیگران نیز بیشتر می‌شود. همنوایی اجتماعی یک نوع تأثیر اجتماعی است که تغییر در باور یا رفتار را در بر می‌گیرد تا در نهایت منجر به سازگاری فرد با یک گروه شود. این تغییر در پاسخ به فشار واقعی (شامل حضور فیزیکی دیگران) یا فشار تصویری (شامل فشار هنجارها یا انتظارات اجتماعی) از جانب یک گروه است که افراد را به تغییر باورها و رفتارهای خود و همسو کردن آن‌ها با اکثریت افراد جامعه سوق می‌دهد (ویجنایاک^{۱۵۹} و دیگران، ۲۰۲۰، پرنسز و منارانگ^{۱۶۰} ۲۰۲۰). عوامل فرهنگی - اجتماعی مانند وسایل ارتباط جمعی که ایده‌آل‌های زیبایی در افراد را شکل داده و به تصویر می‌کشند، نقش مهمی در افزایش ناراضی‌ت از تصویر بدنی و فشار اجتماعی برای همنوایی با معیارهای زیبایی دارند (مارکوس^{۱۶۱} و دیگران ۲۰۲۲). شواهد به دست آمده از مطالعات آینده‌نگر - آزمایشی تا حد زیادی حاکی از اثر منفی

155 Bonell et al
156 Ioana
157 Walker et al
158 Pirahari, & Bidaran
159 Wijenayake et al
160 Princes, E & manurung
161 Marques et al

152 Reinsmith-Jones, Adedoyin & Zipkin Campbell
153 Deaux & Wrightsman
4. Reinsmith et
5. Rezaei et al
6. Tiggemann & Hage
8. Timmins & Martin,
154 Wu et al

۲۰۱۸). اثر مستقیم بهزیستی معنوی بر همنوایی اجتماعی در زنان متقاضی جراحی بینی را می‌توان با توجه به نقش مقابله‌ای معنویت و احساس کنترل مورد بحث قرار داد. به نظر می‌رسد استفاده از معنویت به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای با کاهش اضطراب‌های مرتبط با موقعیت‌های ناگوار، که نتیجه باور به کنترل شدن موقعیت به وسیله خداوند یا نیروی برتر است همراه می‌شود؛ این مسئله موجب می‌شود افراد معنوی باور داشته باشند که می‌توان از طریق اتکای به خداوند، موقعیت‌های غیرقابل کنترل را تحت کنترل درآورد و از این طریق امکان دارد کمتر تحت فشارهای اجتماعی برای همنوایی قرار بگیرند (سزکرسناک^{۱۶۵}، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی با اثرگذاری بر ادراک کنترل افراد، توانایی مقابله مؤثر با موقعیت‌ها و تجربیات منفی و نیز ایجاد نگرش‌های مثبت (سانگ گان^{۱۶۶} و دیگران، ۲۰۱۷) و افزایش احساس امنیت (متقی^{۱۶۷} و دیگران، ۲۰۱۷) میزان از فشار اجتماعی برای همنوایی کاسته و به این طریق ارزیابی‌های فراشناختی بدشکلی بدن را کاهش می‌دهند. علیراده فرد (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان داد در موقعیت‌های غیرقابل کنترل، میزان همنوایی افزایش می‌یابد. خستگی شناختی، باعث می‌شود فرد تصویر منفی و ناکارآمدی از خود داشته باشد و به جای اعتماد به نظرات خود، به نظرات دیگران اعتماد کند. درحالی که به نظر می‌رسد سرمایه روانشناختی بالا با افزایش میزان خودکارآمدی و قابل کنترل دانستن موقعیت بر توانمندی شناختی افراد و تصویر شخصی خود اثر مثبت گذاشته و در نتیجه همنوایی آن‌ها با دیگران کاهش می‌یابد. خستگی شناختی بر برداشت‌های شناختی منفی فرد از خود تأکید دارد که بر اساس آن، افراد هنگام انجام دادن یک فعالیت شناختی، هدف مشخصی را دنبال می‌کنند و با ساخت یک طرح‌واره یا برنامه شناختی طراحی شده به آن می‌رسند. در موقعیت‌های غیرقابل کنترل، بازخورد اطلاعاتی که افراد کسب می‌کنند اشتباه و بی‌معنا است، در نتیجه، خستگی شناختی یا درماندگی شناختی ایجاد شده که روش‌های ابتدایی و ساده را جانشین برنامه‌های شناختی جهت کنترل موقعیت می‌کند (کافتا و سدک، ۱۹۹۸). (Kofta & Sedek, 1998) یافته‌های عابدی (۲۰۱۱) نشان داده بین عزت نفس، سرسختی روانشناختی و منبع کنترل درونی با همنوایی گروهی رابطه منفی معنادار وجود دارد. به نظر می‌رسد سرمایه روانشناختی بالا توانایی مؤثر با موقعیت‌ها و تجربیات منفی را برای افراد فراهم می‌کند، به طوری که افراد با سرمایه روانشناختی بالا و با توجه به رابطه معنادار سرمایه روانشناختی با احساس امنیت اجتماعی (متقی و دیگران، ۲۰۱۸) افراد با نمره بالای سرمایه روانشناختی در

رسانه‌ها بر تصویر بدنی و اختلال بدشکلی بدنی هستند (میمون و کرومپوزوس^{۱۶۲}، ۲۰۲۲، رضوان^{۱۶۳} و دیگران، ۲۰۲۲) که میزان همنوایی اجتماعی را نیز افزایش می‌دهند. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، برای ایده‌آل‌های اجتماعی-فرهنگی در زمینه جذابیت ظاهری، ارزش افراطی قائل شده، جذابیت‌های فیزیکی خود را دست کم و جذابیت دیگران را دست بالا می‌گیرند. نظریه پردازان مختلف استدلال کرده‌اند که فرهنگ و ملیت بر همنوایی تأثیر می‌گذارد و هر گونه تفاوت در انطباق می‌تواند به شیوه اجتماعی شدن مرتبط باشد. محققان به رابطه جالبی بین جامعه‌پذیری و انواع مختلف نظام‌های اقتصادی-معیشتی اشاره کرده‌اند. آنها سیستم‌های اقتصادی-معیشتی را بر اساس توانایی جمع‌آوری مواد غذایی طبقه‌بندی کردند، به گونه‌ای که ساختارهای اقتصادی شکار و ماهیگیری در جمع‌آوری مواد غذایی در دسته ضعیف و ساختارهای اقتصادی دامپروری و کشاورزی در جمع‌آوری مواد غذایی به عنوان قوی طبقه‌بندی شدند. کسانی که با شکار زندگی می‌کنند اغلب احساس تنهایی و نیاز به به اعتماد به نفس می‌کنند. جان بری در سال ۱۹۹۷ در تحقیقات خود بیان کرد که افرادی که در جوامع گروه اول اجتماعی شده‌اند باید همنوایی کمتری داشته باشند. او این فرضیه را با مطالعه مردم سیرالئون در آفریقا و اسکیموهای جزیره بافین در کانادا آزمایش کرد. مردم سیرالئون از نظر جمع‌آوری غذا از قدرت بالایی برخوردار بودند و اسکیموها قدرت کمی داشتند. نتایج تحقیقات او نشان داد که اسکیموها نسبت به سیرالئون‌ها ثبات کمتری دارند. (مقدم، ۲۰۱۸) در شرایط انطباق، فرد دچار تنش و فشار روانی می‌شود و زمانی که فرد به موقعیت پایداری در رویارویی با گروه می‌رسد، این فشار کاهش می‌یابد. دو راه اصلی برای مقابله با این وضعیت وجود دارد. یکی اینکه خود مشکل مورد توجه قرار گیرد و فرد برای تغییر موقعیت یا اجتناب از آن اقدام کند یا اینکه هیجان در کانون توجه قرار گیرد و به جای مواجهه مستقیم با مشکل، به طرق مختلف اضطراب خود را کاهش دهد (ارونسون^{۱۶۴}، ۲۰۱۴). دو تبیین علی و تجویزی برای ایجاد انطباق ارائه شده است. بر اساس تبیین علی، عوامل درونی (صفات) و عوامل بیرونی (هنجارهای گروهی، قدرت‌ها و غیره) باعث انطباق می‌شوند. به چند دلیل، عوامل علی به تنهایی برای توضیح این مفهوم کافی نیستند. زیرا از طریق اجتماعی شدن، افراد یاد می‌گیرند از هنجارهای خاصی پیروی کنند. افراد می‌توانند با الگوهای رفتاری خود سازگار شوند و در برابر فشار برای تغییر مقاومت کنند. از منظر هنجاری، انسان‌ها همیشه حق انتخاب دارند و تمایل بیشتری به پذیرش یک انتخاب دارند تا یک انتخاب دیگر (مقدم،

- 165 Szcześniak et al
166 Shang Guan
167 Motaghi

- 162 Maymone & Kroumpouzou
163 Rizwan et al
164 Bjornsson et al

به نظر می‌رسد افزایش ارزیابی‌های منفی نسبت به افکار و تصاویر مرتبط با ظاهر، ادراک تحریف شده نسبت به تصویر بدنی، رفتارهای ایمنی (مانند اجتناب) و ... زنان را به جراحی زیبایی سوق می‌دهد (زیورالی یارار، ۲۰۲۱ و زین‌الدینی و دیگران، ۲۰۱۶). بهزیستی معنوی بر ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن اثر معنادار دارد (تیگرمن و هیگ، ۲۰۱۹، رین اسمیت و دیگران، ۲۰۱۴، رضایی و دیگران، ۲۰۲۱) و افزایش بهزیستی معنوی با معناداری به رنج‌ها و تعارض‌های زندگی، افزایش وحدت‌یافتگی سازمان روان‌شناختی، معنوی و خود‌نظم‌دهی، افزایش احساس کنترل به واسطه دعا کردن می‌تواند با کاهش ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن همراه باشد (رحمت و دیگران، ۲۰۲۲). پژوهش‌های متعدد نقش هم‌نمایی اجتماعی را بر نارضایتی از تصویر بدن و اختلال بدشکلی بدن تأیید کرده‌اند؛ (کاکاوند؛ ۲۰۱۴، پیراهری و بیداران؛ ۲۰۱۶، صدری و دیگران؛ ۲۰۱۹، فرشیدی‌فر؛ ۲۰۱۳، زانگ؛ ۱۳۴، ۲۰۲۱، گنجی؛ ۲۰۱۸) یعنی هم‌نمایی اجتماعی می‌تواند نارضایتی از تصویر بدن را به دنبال داشته باشد. سرمایه روان‌شناختی بالا با فراهم‌ساختن توانایی مقابله مؤثر با موقعیت‌ها و تجربیات منفی و نیز ایجاد نگرش‌های مثبت (سانگ‌گان و دیگران ۲۰۱۷) و افزایش احساس امنیت (متقی و دیگران ۲۰۱۷) میزان کنترل افراد بر موقعیت‌ها، هیجانات و افکار را بالا برده، و هم‌نمایی اجتماعی در آن‌ها کاهش می‌یابد. سرمایه روان‌شناختی بالا با افزایش میزان خودکارآمدی، منبع کنترل درونی و قابل کنترل دانستن موقعیت، توانمندی شناختی افراد و تصویر شخصی آن‌ها از خود را بهبود بخشیده و موجب می‌شود افراد تصویر مثبت‌تری از خود داشته باشند. این امر ضمن کاهش هم‌نمایی اجتماعی، می‌تواند نشخوارهای فکری و نگرانی در مورد زشت بودن، عینیت بخشیدن به افکار مربوط به بدشکلی یا اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی به دلیل زشت بودن را کاهش دهد. به‌طوری که پژوهشگران نشان داده‌اند امید و خوش‌بینی می‌تواند اثرات نشخوار فکری را تعدیل و تضعیف کند (مسان و لویس؛ ۲۰۱۷). افزایش سرمایه روان‌شناختی، خودکارآمدی، تاب‌آوری و باور به قابل کنترل بودن رویدادها می‌تواند بر چگونگی دریافت اطلاعات از بیرون و برونداد اطلاعات اثر بگذارد و از این مسیر هشجاری افراطی به توجه دیگران نسبت به ظاهر یا رفتارهای ایمنی مانند اجتناب از موقعیت‌ها را کاهش دهد.

بهزیستی معنوی با اثرگذاری باور به کنترل شدن موقعیت به‌وسیله خداوند یا نیروی برتر (منبع کنترل بیرونی) و توانایی خود برای کنترل موقعیت به یاری نیروی معنویت (منبع کنترل درونی) از فشار اجتماعی برای هم‌نمایی می‌کاهد. افرادی که بهزیستی معنوی بالاتری دارند، با باور به توانایی خود برای کنترل کردن موقعیت‌ها

موقعیت‌های منفی نگرش‌های مثبت‌تری دارند (سانگ‌گان؛ ۱۶۸ و دیگران، ۲۰۱۷) و مثبت‌اندیشی پیش‌بینی‌کننده عزت نفس و خودکارآمدی است (بیاتی و کشاورز ۱۴۰۲).

ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن

برخی از افراد علاقه ذهنی دائمی مشغولیت به ظاهر خود دارند و نگران وضعیت ظاهری خود هستند، ترس و نگرانی بی‌مورد ابراز می‌کنند. ممکن است قسمت‌هایی از بدن خود را زشت، غیرجذاب، تغییر شکل یافته، عجیب، ترسناک یا حتی منزجر کننده اعلام کنند، اگرچه این نقص برای دیگران قابل توجه نباشد (بوهلمن؛ ۱۹۹ و همکاران، ۲۰۰۸). اما آنها از آن رنج می‌برند و کاستی‌های خود را برای دیگران بسیار آشکار و قابل مشاهده می‌بینند. این ترس شدید می‌تواند به یک احساس تخیلی ضعف در بدن تبدیل شود.

مطالعات کیفی موجود نشان می‌دهد که بسیاری از زنان انگیزه دارند که تحت عمل جراحی زیبایی قرار گیرند زیرا احساس غیرطبیعی به نظر رسیدن می‌کنند، به عبارت دیگر آن‌دسته از زنانی که به دنبال جراحی زیبایی هستند، لزوماً آرزوی زیبایی ندارند، بلکه فقط می‌خواهند «عادی و مانند بقیه شوند» (بونل؛ ۱۷ و دیگران، ۲۰۲۱). مس‌لم است که «ظاهر عادی» یک مفهوم ذهنی است (دین، فارلی و ورد؛ ۱۷، ۲۰۱۸). اختلال بدشکلی بدن با خرده‌مقیاس‌های فراشناختی، فرانگرانی؛ ۱۷۲ و آمیختگی فکر؛ ۱۷۳ رابطه معناداری دارد (زین‌الدینی و دیگران، ۲۰۱۶). افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، ارزیابی منفی بالایی نسبت به افکار و تصویر بدن خود دارند. گاهی جذابیت ظاهری تا جایی اهمیت می‌یابد که پذیرش اجتماعی و موفقیت‌های فرد کاملاً تحت تأثیر ظاهری کامل و آرمانی قرار می‌گیرد. در نتیجه، فرد نارضایتی بالایی از تصویر بدن، کاهش کیفیت زندگی و سلامت روانشناختی را تجربه می‌کند (خوشینی و همکاران، ۱۴۰۰) که منجر به کاهش سرمایه روانشناختی می‌شود (ارزنلی و پوراحمدی، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها رابطه اختلال بدشکلی بدن با ابعاد خاصی از فراشناخت (باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر) را تأیید کرده‌اند (سلطان محمدلو و همکاران، ۲۰۲۲). به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، ارزیابی منفی بالایی نسبت به افکار و تصویر بدن خود دارند. پژوهش‌ها که رابطه تصویر بدن با سرمایه روان‌شناختی را تأیید کرده‌اند (غفاری و دیگران، ۲۰۲۱، بهزادی‌نژاد و دیگران، ۲۰۱۹).

بحث

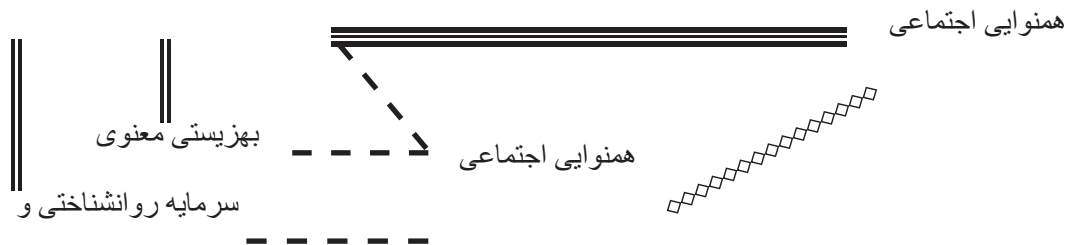
- | | |
|-----|--------------------------------|
| 168 | Shang Guan et al |
| 169 | Buhlmann |
| 170 | Bonell et al |
| 171 | Dean, Foley, & Ward |
| 172 | Meta worry |
| 173 | thought fusion 7 Zivrali Yazar |

با توسل به معنویت، کمتر تحت فشارهای اجتماعی برای همنوایی قرار می گیرند (تیمینیس و مارتین؛ ۲۰۱۹). بهزیستی معنوی همچنین با تعدیل و تغییر روش های تفسیر رویدادها و باورها می تواند بر میزان همنوایی اجتماعی و به دنبال آن ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن اثر بگذارد. بنابراین به نظر می رسد با افزایش بهزیستی معنوی نمرات همنوایی اجتماعی و ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن کاهش می یابند

نتیجه

با در نظر گرفتن همنوایی اجتماعی به عنوان مهم ترین عامل تقاضای جراحی زیبایی بینی، در پژوهش انجام شده، متغیرهای سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی در همنوایی برای تقاضا و تمایل به جراحی بینی مؤثر بودند اما ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن در بررسی ها نقش تأثیر گذار بر همنوایی اجتماعی در تقاضای جراحی بینی نداشت. اما همنوایی اجتماعی و سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی بر ارزیابی فراشناختی بدن تأثیر داشتند. مدل مفهومی نتایج حاصل شده در زیر نشان داده شده است.

ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن



پیشنهادهای

جذابیت و معیارهای زیبایی شناختی در میان پیشینه های فرهنگی و گروه های قومی متفاوت است و معیارهای جذابیت غربی دیگر نباید برای همه اعمال شود (آرین ۱۳۷ و دیگران؛ ۲۰۲۳). دیگر اینکه بیشتر مطالعات جراحی زیبایی در کشورهای غربی انجام شده و بافت اجتماعی- فرهنگی نقش مهمی در جراحی زیبایی دارد و زمینه های مختلف فرهنگی و اجتماعی مستلزم بررسی است (آشیکالی ۱۳۸ و دیگران؛ ۲۰۲۳). در نتیجه تفاوت فرهنگ در معیارهای زیبایی به عنوان عاملی در تمایل به جراحی زیبایی در نظر گرفته شود و پژوهش برای فرهنگ های مختلف تکرار شود. استفاده مکرر از رسانه های اجتماعی ممکن است به ایده آل های غیر واقعی از بدن، نگرانی قابل توجه در مورد ظاهر و اضطراب منجر شده و نارضایتی از تصویر بدن، اعتماد به شبکه های اجتماعی شود و بیماری های اختلال بدشکلی بدن ۱۳۹ مانند افسردگی و اختلالات خوردن را بدتر کند و آن ها را به جراحی زیبایی و جراحی پلاستیک برساند (لافت ۱۳۸ و دیگران؛ ۲۰۲۳). تصاویر و پیام های بعدی ای که از رسانه ها می گیریم، این پتانسیل را دارند که بر خلق و خوی خودانگاره افراد تأثیر منفی بگذارند. نتایج نشان داده مشاهده تصاویر زنانی که تحت مراقبت های زیبایی قرار گرفته اند، بر تمایل زنان برای جراحی زیبایی تأثیر می گذارد، به ویژه اگر زمان زیادی را در شبکه های اجتماعی سپری می کنند، حساب های زیادی را دنبال می کنند و از ظاهر خود کمتر راضی هستند. این یافته ها برای والدین، پزشکان و سیاست گذاران برای درک اینکه چگونه عادات های اینترنتی، به ویژه استفاده از رسانه های اجتماعی، بر تمایل به جراحی زیبایی، از جمله انگیزه های روانی- اجتماعی زیربنای این نیت، تأثیر می گذارد مفید است (والکر ۱۳۸؛ ۲۰۲۱) بنابراین پیشنهاد می شود با نظارت بر شبکه های اجتماعی در چارچوبی قانونی و تعیین کننده در راستای فرهنگ عزت و کرامت انسان، تصاویر حاوی نمایش بدن آرمانی زنان مدل یا همسو با زن ابزاری شده برای اهداف دنیای مدرن، حذف شده و برای ارتقای تفکر زن مسلمان تصاویر مطابق با فرهنگ انسان الهی تعریف و جایگزین شود.

- 176 Timmins & Martin
- 177 Arian et al
- 178 Ashikali et al
- 179 Body dysmorphic disorder (BDD)
- 180 Laughter et al
- 181 Walker

البته مداخلات آموزشی و روان‌شناختی برای ایجاد رضایت از بدن، ایجاد نگرش مثبت نسبت به بدن و ایجاد نگرش منفی نسبت به جراحی زیبایی و عوارض آن توصیه می‌شود. ظاهراً فراهم کردن محیطی برای فعالیت بدنی و ورزش به‌ویژه برای دختران به کاهش وزن، تناسب اندام و کاهش گرایش به جراحی زیبایی دانش آموزان کمک می‌کند (کسمایی^{۱۸} و دیگران؛ ۲۰۲۰).

منابع

- ارزنلی، بنت الهدی، و پوراحمدی، الناز. (۱۳۹۷). ارتباط بین سرمایه های روانشناختی با نارضایتی از تصویر بدنی در زنان، کنفرانس ملی دستاوردهای نوین جهان در تعلیم و تربیت، روانشناسی، حقوق و مطالعات فرهنگی - اجتماعی، خوی، <https://civilica.com/doc/823421>
- بهادری خسروشاهی، جعفر، هاشمی نصرت آباد، تورج؛ باباپور خیرالدین، جلیل (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روانشناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. مجله تخصصی پژوهش و سلامت، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد. دوره ۲. شماره ۱.
- بیاتی، بهار & کشاورز، دکتر مرتضی. (۱۴۰۱). پیش بینی خودکارآمدی و عزت نفس دختران دوره دبیرستان بر اساس مثبت اندیشی والدین. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۲۰۲۲. ۶۲۱۷۲. ۳۶۴۰. doi: ۱۰.۲۲۰۳۸/mjms.۲۰۲۲.۶۲۱۷۲.۳۶۴۰, ۶۵(۲), ۵۱۴-۵۲۷.
- جمشیدیان، عبدالرسول و فروهر، محمد (۱۳۹۲). سرمایه های روان شناختی سازمان، تحولی در مزیت رقابتی سرمایه انسانی. نشر آبیژ. حبیبی، عقیل؛ سواد پور، محمدتقی (۱۳۹۰). بهزیستی معنوی در بیماران تحت شیمی درمانی. مجله سلامت و مراقبت، ۳، ۱۶-۲۱.
- خوشینی، فاطمه، اکبری، مهدی، و محمدخانی، شهرام. (۱۴۰۰). رابطه ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بدن با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده: نقش میانجی فراشناخت، تصویر بدن و تحمل پریشانی. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۹ (۲): ۱۰۱-۱۱۹.
- دهشیری، غلامرضا، سهرابی، فرامرز، جعفری، عیسی، و نجفی، محمود. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. مطالعات روان‌شناختی، ۴ (۳): ۱۲۹-۱۴۴.
- دهشیری، غلامرضا، نجفی، محمود، سهرابی، فرامرز، و ترقی جاه، صدیقه. (۱۳۹۲). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. مطالعات روان‌شناختی، ۹ (۴): ۷۳-۹۸.
- رضایی، فریده، بیاضی، محمد حسین، و رجایی، علیرضا. (۱۴۰۰). مدل‌یابی ساختاری سلامت اجتماعی، جسمانی‌روانی و ارزش‌گذاری به تصویر بدنی با میانجیگری سلامت معنوی در کیفیت زندگی سالمندان. دوماهنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی، ۱۰ (۶): ۱۲۹۶-۱۳۱۳.
- ساعتچی، محمود (۱۳۹۰). روانشناسی کار. نشر ویرایش.
- سید فاطمی، نعیمه؛ رضایی، محبوبه؛ گیوری، اعظم؛ حسینی، فاطمه (۱۳۸۵). اثر دعا بر بهزیستی معنوی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش، ۴، ۲۹۵-۳۰۴.
- طالبی دلیر معصومه. (۲۰۲۳). فراتحلیل عوامل روانشناختی-اجتماعی موثر بر گرایش به جراحی زیبایی در ایران.
- طاهری، سارا؛ (۱۳۹۴). بررسی ارتباط سرمایه روان شناختی با شادکامی ذهنی و عملکرد جنسی پرستاران زن بیمارستان های دولتی شهر قزوین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهرا(س).
- فرخی، الهام، سبزی، ندا؛ (۱۳۹۴). شادکامی و ادراک الگوهای ارتباطی خانواده: نقش واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسان ایرانی، سال یازدهم، شماره ۴۳، ۳۱۳-۳۲۴.
- کریمی نژاد، کلثوم، منصوری، موحدی و حسینی. (۲۰۱۸). اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر عزت نفس و انگیزش پیشرفت زنان معلول بهزیستی شهرستان خرم آباد. فصلنامه علمی پژوهشی مددکاری اجتماعی. ۶ (۴۳-۵۰).
- مطهری، مرتضی (۱۳۹۶). مقدمه‌ای بر جهان بینی توحیدی، تهران: صدرا.
- موسوی، سیده زهرا. (۱۳۹۱). اندیشه‌های راهبردی زن و خانواده. دبیرخانه نشست اندیشه‌های راهبردی.
- میرگل، احمد، علیصوفی، اله نظرو محسنی. (۲۰۲۳). تعیین نقش خوش بینی و باورهای امید در پیش بینی سرزندگی تحصیلی دانشجویان. دوماهنامه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی ۱۶ (۵): ۵۱۱-۵۱۸.

1. Ashikali, E-M., Dittmar, H., & Ayers, S. (2016). Adolescent girls' views on cosmetic surgery: A focus group study. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 112-121. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105314522677>
2. Avey, J.B., Luthans, F., Smith, R.M., & Palmer, N.F. (۲۰۱۰). Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, ۱۵, ۱۷-۲۸.
3. Balboni TA, Vanderwerker L C, Block S D, Paulk M E, Lathan CS, Peteer J R, Prigerson H G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical Oncology*, 25(5): 555-560.
4. Bandura, A.(1997). Self- efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press.
5. Baumgartner, J. N., Schneider, T. R., & Capiola, A. (2018). Investigating the relationship between optimism and stress responses: A biopsychosocial perspective. *Personality and Individual Differences*, 129, 114-118.
6. Bjornsson AS., Didie ER., Grant JE., Menard W., Stalker E., Phillips KA.(2013). [Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder](#). *Comprehensive Psychiatry*, 54,7,893-903.
7. Brubaker, M. D., & Sweeney, T. J. (2022). Wellness and wellness counseling: History, status, and future. *Counselor Education and Supervision*, 61(1), 25-37.
8. Buhlmann U. , Teachman B. A. ,Gerbershagen A. , Kilul J. ,Riefm w. (2008) . Implicit and Explicit self-esteem and Attractiveness Beliefs among Individuals with body dysmorphic disorder. [Cognitive Therapy and Research](#) ,32, 213-225.
9. Carson NB. (2019). *Spiritual Dimension of Nursing Practice*. Philadelphia: W.B Saunders.
10. Chang, P. J., & Yarnal, C. (2018). The effect of social support on resilience growth among women in the Red Hat Society. *The Journal of Positive Psychology*, 13(1), 92-99
11. de Souza, T. S. C., Patrial, M. T. C. R. D. O., Meneguetti, A. F. C., de Souza, M. S. C., Meneguetti, M. E., & Rossato, V. F. (2021). Body dysmorphic disorder in rhinoplasty candidates: prevalence and functional correlations. *Aesthetic Plastic Surgery*, 45(2), 641-648.
12. Ellison C.W, Jonker- Bakker I .(1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Psycholo theol*. 11(4): 30-40.
13. Fisher, John. (2010). Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called Shalom Religions 1: 105-121.
14. Fry, LW. (2013). Toward a theory of spiritual leadership, *The Leadership Quarterly* 14:693-727.
15. Hasani M., Mehrabizadeh honarmand M., Bassak Nejad S.(2008). Epidemiology of body dysmorphic disorder and narrative group therapy on reduction of it among university students. [Thesis]. Ahvaz, Iran: clinical psychology shahid chamran University.
16. Hawks S R, Hull M, Thalman R L, Richins P M. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of health Promotion*. 9(5): 371- 378.
17. Hesselink, J. O. (2021). Does Psychological Capital have an Impact on Effects of Exposure to User Generated Instagram Content on Well-being? (Bachelor's thesis, University of Twente).
18. Leung K K, Chiu T Y, Chen C Y. (2006). The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being terminal cancer patients. *Journal of pain Symptoms Manage*. 5: 449-456.
19. Luthans, F., & Broad, J. D. (2022). Positive psychological capital to help combat the mental health fallout from the pandemic and VUCA environment. *Organizational dynamics*, 51(2), 100817.
20. Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, 33 (3), 321-349.
21. Luthans, F., & Youssef-Morgan, C. M. (2017). Psychological capital: An evidence-based positive approach.
22. Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60(3), 541-572.
23. Mason, T. B., & Lewis, R. J. (2017). Examining social support, rumination, and optimism in relation to binge eating among Caucasian and African-American college women. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(4), 693-698. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27357464/>

24. Mckey D., Neziroglu F., Yaryura-Tobias J.A. (1997). Comparison of clinical characteristics in obsessive - compulsive disorder and body dysmorphic disorder . *Journal of Anxiety Disorder*, 11, 447 – 454.
25. Meraviglia MG. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. *Prayer and meaning in life. Journal of Holist Nurs*, 17(1): 18-33.
26. Miller, MA. (1995). Culture, spirituality, and womens health. *Journal of Obstet Gynecology Neonatal Nursing* 24(3): 257-263.
27. Nikolaeva, E. I., & Elnikova, O. E. (2015). A Comparative Analysis of the Parameters of “Hardiness” and “Resilience”. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(5), 219-224.
28. Phillips KA. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder*. Oxford press.
29. Rahmat, H. K., Basri, A. S. H., Putra, R. M., Mulkiyan, M., Wahyuni, S. W., & Casmini, C. (2022). THE INFLUENCED FACTORS OF SPIRITUAL WELL-BEING: A SYSTEMATIC REVIEW. *Sociocouns: Journal of Islamic Guidance and Counseling*, 2(1), 43-58.
30. Reily, BB; Perna, R; Tate, DG. (1998). Type of spiritual Well-being among person with chronic illness: Their relationship to various forms of quality of life. *Arch phys Med Rehabil*, 79(3): 258-264.
31. Reinsmith-Jones, K., Adedoyin, C., & Zipkin Campbell, E. (2014). Spiritually based treatment for people with body dysmorphia disorder: The Reinsmith-Jones Model as a proposed model of treatment. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 33(3-4), 300-316.
32. Rippentrop AE, Altmaier EM, Burns CP. (2006). The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(1): 31-37.
33. Sajadi E, Jabalameli S. The effect of group positive psychotherapy on social competence of women candidates for cosmetic rhinoplasty. *jdc* 2019; 10 (3) :148-160
URL: <http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5405-fa.html>
34. Schwarzer, R., & Warner, L. M. (2012). Perceived self-efficacy and its relationship to resilience. In *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice* (pp. 139-150). New York, NY: Springer New York.
35. Singh S, Shukla A. Optimism among institutionalized elderly: A gender study. *Indian Journal of Health & Wellbeing*. 2014;5(10):1198-200
36. Soltanmohammadlou, S., Farani, A. R., Aliakbari, M., Nadri, S. S., & Beigverdi, B. (2022). Adolescent Girls' Body Dysmorphic Symptoms: A Path Analysis of Body Dysmorphic Disorder Based on Obsessive-Compulsive Symptoms, Obsessive and Metacognitive Beliefs. *Psychological Studies*, 1-12.
37. Tiggemann, M., & Hage, K. (2019). Religion and spirituality: Pathways to positive body image. *Body image*, 28, 135-141.
38. Tindle HA, Duncan MS, Liu S, Kuller LH, Fugate Woods N, Rapp SR, et al. [Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-06] Optimism, pessimism, cynical hostility, and biomarkers of metabolic function in the Women's Health Initiative. *Journal of diabetes*. 2018;10(6):512-23
39. Tsanasis, J, Nikolaou, I, Serdoris, N, Judge, T.A. (2007). Do the care-self evaluations moderate the relationship between subjective well-being and physical and psychological health? *Journal of Personality and Individual Difference*, 42: 1441-1452.
40. Weiss-Faratei N, Lurie I, Benyamini Y, Cohen G, Goldbourt U, Gerber Y, editors. Optimism during hospitalization for first acute myocardial infarction and long-term mortality risk: a prospective cohort study. *Mayo Clinic Proceedings*; 2017: Elsevier
41. Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.
42. Youssef, C. M., & Luthans, F. (2007). Positive Organizational Behavior in the Workplace: The Impact of Hope, Optimism, and Resilience. *Journal of Management*, 33(5), 774-800.
43. Zeinodini, Z., Sedighi, S., Rahimi, M. B., Noorbakhsh, S., & Esfahani, S. R. (2016). Dysfunctional metacognitive beliefs in body dysmorphic disorder. *Global journal of health science*, 8(3), 10.
44. Zhang, J. (2021, December). The Effects of Conformity on Women's Body Images under Different Social Norms and Different Cultures. In *2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021)* (pp. 238-241). Atlantis Press. <https://www.atlantis-press.com/proceedings/>