

مقاله اصلی

اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۶

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این مطالعه را زنان ۲۰ تا ۴۰ سال متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی شهر شهرکرد در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. در این پژوهش تعداد ۳۵ زن متقاضی جراحی زیبایی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند. زنان حاضر در گروه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت را طی ده هفته به صورت به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی (QLQ) و پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (BICQ) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی ($P < 0/001$) و خودپنداره بدنی ($P < 0/001$) زنان متقاضی جراحی زیبایی تأثیر معنادار دارد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بیانگر آن بود که این اثربخشی در طول زمان نیز پایداری خود را نیز حفظ کرده و در مرحله پیگیری نیز اثربخشی مشاهده شده ماندگار بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با بکارگیری شیوه‌های مقابله با خشم و تخلیه هیجانی، چارچوب‌بندی مجدد افکار آسیب‌پذیر، تکنیک بارش فکری، خودتصویرسازی مهرورزانه جهت مقابله با افکار منفی، خودگویی مثبت، پذیرش بدون قید و شرط خود و دیگران، ایجاد احساس خودارزشمندی، ارتقای تعاملات مؤثر، توجه به توانایی‌های خود و افزایش انعطاف‌پذیری روانی می‌تواند به عنوانی درمانی مؤثر جهت افزایش کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، خودپنداره بدنی، جراحی زیبایی، درمان هیجان‌مدار، شفقت

سحر پورکاوه^۱

فریبا کیانی^{۲*}

محبوبه حجتی^۳

عباس حقایق^۴

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

^۲ استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بروجن، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجن، ایران.

^۳ استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

^۴ دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

Email: faiba.kiani64@iau.ac.ir

مقدمه

در قرن بیست و یکم و مخصوصاً در چند سال برداشت‌های تازه‌ای از زیبایی شده است و زیبایی به‌عنوان مجموعه‌ای از مؤلفه‌هایی چون تناسب‌اندام، آرایش، پوشش، جذابیت و بی‌نقص بودن تعریف می‌شود. تلفیق زیبایی با دستاوردهای صنعتی و پزشکی باعث شده است زیبایی دیگر تنها یک مشخصه طبیعی و زیستی نباشد و ویژگی اکتسابی پیدا کند (بونل^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). امروزه جراحی زیبایی^۲ به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در سطح جهان مطرح است که میزان بهره‌گیری از آن رو به فزونی است. هدف اصلی جراحی زیبایی بهبود ظاهر فردی است که به زعم وی دارای ظاهری نابهنجار بوده و یا نیاز به زیباتر شدن ظاهر دارد (چتینو^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). زمانی که انسان‌ها در می‌یابند خصوصیات فیزیکی آن‌ها مطابق با آن هنجارهای رایج و پرطرفدار اجتماعی نیست، ممکن است دچار رنجش شده و جراحی را به‌عنوان راه‌حل نهایی در نظر بگیرند (هونلوا و ویدوویکوا^۴، ۲۰۲۳). جراحی زیبایی جراحی ترمیمی است که در ابتدا برای رفع نواقص مادرزادی استفاده می‌شده، اما در مراحل بعد با اهداف زیبایی به کار گرفته شد. جراحی زیبایی اکنون تبدیل به یک عامل فریبنده و وسیله‌ای برای تجمل‌گرایی افراد مختلف شده است و این امر سبب پایه‌ریزی انتظارات غیرواقعی در افراد و مخدوش شدن حقایق در مورد ماهیت واقعی آن گردیده است (اولیوتو^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات صورت گرفته بیانگر آنند که عواملی همانند نارضایتی از تصویر بدنی^۶، جذابیت پایین^۷، اختلال بدشکلی بدن^۸، عوامل اجتماعی و بین فردی^۹، عوامل فرهنگی، تاثیر تبلیغات رسانه‌ای به عنوان متغیرهای موثر بر گرایش به جراحی‌های زیبایی مطرح هستند (گاربت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵).

از جمله مشکلات روانی که می‌تواند با نارضایتی از تصویر بدنی و انجام جراحی زیبایی ارتباط داشته باشد و به طبع آن فرد را دچار رنجش کرده و آن را وادار به جراحی زیبایی کند، افسردگی^{۱۱} است

(ایمانی و همکاران، ۱۳۹۹). بروز افسردگی در افراد متقاضی جراحی زیبایی کیفیت زندگی^{۱۲} آنان را نیز متاثر می‌سازد. چنانکه نتایج پژوهش حسنی و همکاران (۱۴۰۰) و مختاری و همکاران (۱۴۰۰) نشان داده است که زنان متقاضی جراحی زیبایی به دلیل ادراک نازیبایی از ظاهر خود در مقایسه با دیگران، کیفیت زندگی پایین‌تری را در مقایسه با دیگر افراد تجربه می‌کنند. کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است و به طور گسترده به عنوان احساس کلی رفاه یک فرد از وضعیت عملکردی، رضایت از زندگی و دسترسی به منابع و فرصت‌ها تعریف می‌شود (لیبویتز^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱). بهبود کیفیت زندگی یک عامل حیاتی در هنگام ارزیابی اثربخشی هر مداخله درمانی است. در بسیاری از مطالعات موجود در زمینه عملکرد شناختی افراد مختلف، به وضعیت کیفیت زندگی این افراد توجه می‌نمایند (لی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^{۱۵}، کیفیت زندگی به عنوان ادراک افراد از شرایط زندگی آنها، انتظارات، استانداردها و دغدغه و سیستم‌های ارزشی تعریف می‌شود (کوه^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱).

از آنجایی که جراحی‌های زیبایی بیشتر برای تغییر ظاهر افراد و افزایش اعتماد به نفس آنها انجام می‌شود، بنابراین می‌توان گفت جراحی زیبایی پیامد یک الگوی روان‌شناختی معین است. یکی از متغیرهای روان‌شناختی محتمل در متقاضیان جراحی زیبایی خودپنداره بدنی^{۱۷} منفی می‌باشد (روستایی و همکاران، ۱۴۰۰). در بیشتر دیدگاه‌های اخیر خودپنداره بدنی شامل سازه‌ای چند بعدی متشکل از عناصر شناختی، عاطفی و رفتاری است. خودپنداره بدنی عموماً به عنوان تصویری از بدن که در ذهن وجود دارد و به عبارتی، طریقی که بدن ادراک می‌شود، تعریف می‌شود (برانهارت^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۴). خودپنداره بدنی شیوه‌ای است که یک فرد خود را مفهوم‌سازی می‌کند و بیشتر به جنبه‌های ناهشیار و جسمانی مربوط می‌شود (مارکی^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۰). به بیانی دیگر می‌توان گفت خودپنداره بدنی تصویری است که هر یک از انسان‌ها در مورد وضعیت جسمانی خود دارند، به عبارتی تصویر بدنی دربرگیرنده عقاید، احساسات

12. quality of life

13. Leibovitz

14. Li

15. The World Health Organization

16. Koh

17. Body image

18. Barnhart

19. Markey

1. Bonell

2. cosmetic surgery

3. Schettino

4. Honelová, Vidovičová

5. Olivotto

6. body image dissatisfaction

7. low attractiveness

8. body dysmorphic disorder

9. social and interpersonal factors

10. Garbett

11. depression

آگاهانه و غیر آگاهانه در مورد بدن است (کانها^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین خودپنداره بدنی می تواند منجر به نارضایتی از بدن، احساس جذاب نبودن و در نهایت مشغولیت فکری نسبت به وضعیت ظاهری قسمتی از بدن، حتی در حد اختلال عملکرد شود (وو^۲ و همکاران، ۲۰۲۲).

تاکنون روش های درمانی روان شناختی مختلفی برای زنان متقاضی جراحی زیبایی به کار گرفته شده است. یکی از روش های موثر جهت درمان مولفه های روان شناختی، شناختی و هیجانی که قرار است در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گیرد، درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت^۳ است که نخست بار در پژوهش بهوندی و همکاران (۱۴۰۱) تدوین شده و با بهره بردن از دو مبانی نظری قوی در حیطه روان- درمانی در تلاش است تا شرایط روانی، هیجانی و شناختی افراد را بهبود بخشد. این در حالی است که نتایج پژوهش جباری و عقیلی (۱۴۰۲)، شریف زاده و همکاران (۱۴۰۴)، شعبان و همکاران (۱۴۰۴)، تریسی^۴ و همکاران (۲۰۲۱)، سیکیس^۵ و همکاران (۲۰۲۲)، برینکمان^۶ و همکاران (۲۰۲۴)، گرینمان^۷ و همکاران (۲۰۲۴) و هیرانو^۸ و همکاران (۲۰۲۵) نشانگر کارآیی درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت است. درمان هیجان مدار بر دو تکنیک اصلی کاستن از چرخه رفتاری ناسازگار به وسیله تشخیص چرخه های منفی شکل دهنده به رفتار و عمق دادن به تجربه های هیجانی به ویژه ترس دلبستگی استوار است (ولچ^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). در درمان هیجان مدار بررسی عوامل اساسی پردازش طرحواره های هیجانی از قبیل عوامل شناختی رفتاری و هیجانی به عنوان هدف درمانی قرار می گیرد. این درمان، بیماران را تشویق به مشاهده و توصیف هیجانا نشان در یک محیط غیر قضاوتی می کند و بیشتر بر شناخت و تجربیات بین فردی تاکید دارد (گرینمان و همکاران، ۲۰۲۴). درمان هیجان مدار به عنوان پاسخی به فقدان مداخلات روشن و معتبر و به ویژه مداخلات انسانی تر و کمتر رفتاری، فرمول بندی شده است. این رویکرد از این رو درمان هیجان مدار نامیده شده است که توجه ما را به اهمیت بارز هیجان و ارتباطات هیجانی در

سازمان دهی الگوهای تعاملی و تجارب مشخص کلیدی در روابط نزدیک جلب می کند. این رویکرد به جای ساده انگاری هیجان، بر آن به عنوان عامل نیرومند تغییر تاکید می ورزد (جانسون، ۱۳۹۹). در توضیح مبانی نظری شفقت نیز باید گفت ساتاک و آرائو^{۱۰} (۲۰۲۰) شفقت را به عنوان سازه ای سه مولفه ای شامل این موارد بیان می کند، محبت نسبت به خود^{۱۱} در برابر قضاوت نسبت به خود^{۱۲}، اشتراکات انسانی^{۱۳} در مقابل انزوا^{۱۴} و ذهن آگاهی^{۱۵} در مقابل همسان سازی افراطی^{۱۶} (شپرد^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۴). شفقت به معنی شکیا و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوتگرانه نسبت به آنها است. علاوه بر این، دانستن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد، جزئی از مسایلی است که سایر افراد آن را تجربه می کنند (وو^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۴).

در ضرورت انجام پژوهش حاضر باید گفت جراحی زیبایی در سال های اخیر به شدت محبوب شده است. بسیاری از مردم برای بهبود زیبایی خود از طریق جراحی های زیبایی اقدام می کنند. دلایل فرهنگی و روان شناختی مختلفی برای گرایش روزافزون به جراحی زیبایی وجود دارد. از جمله این دلایل می توان به تأثیر رسانه ها و شبکه های اجتماعی، الگوبرداری از سلبریتی ها و مشاهیر، کاهش هزینه ها، و نگرانی در مورد ظاهر و مقایسه اجتماعی اشاره کرد. همچنین عوامل روان شناختی مانند اضطراب، افسردگی، یا حتی اختلالاتی مانند دیسمورفی بدن نیز می تواند در گرایش به جراحی زیبایی مؤثر باشد (هونلوا و ویدوویکوا، ۲۰۲۳). مطالعات اخیر نشان می دهد عوامل روانی متعددی در تمایل زنان به جراحی های زیبایی مؤثر هستند. از جمله این عوامل می توان به اضطراب ظاهری، عدم رضایت از بدن، استانداردهای زیبایی و الگوبرداری از افراد مشهور اشاره کرد. همچنین برخی مطالعات نشان داده اند افسردگی و اختلالات خلقی نیز ممکن است باعث تمایل به جراحی زیبایی شود (چتینو و همکاران، ۲۰۲۳). برآورد می شود که تا ۳۰ درصد از افرادی که عمل زیبایی انجام می دهند قبل از جراحی یا حتی پس از آن از افسردگی یا

¹⁰. Satake, Arai

¹¹. Self-Kindness

¹². Self-Judgment

¹³. Common Humanity

¹⁴. Isolation

¹⁵. Mindfulness

¹⁶. Over-Identification

¹⁷. Shepherd

¹⁸. Wu

¹. Cunha

². Wu

³. Emotion-focused therapy based on compassion

⁴. Tracy

⁵. Seekis

⁶. Brinckman

⁷. Greenman

⁸. Hirano

⁹. Welch

اختلالات دیگر رنج برده‌اند. افسردگی با تاثیر منفی بر نتیجه جراحی، رضایت بیمار و بهبود او ارتباط دارد. بیماران افسرده شانس کمتری برای رضایت از نتیجه عمل جراحی دارند حتی اگر از لحاظ بالینی تغییر قابل توجهی رخ داده باشد (اولیوتو و همکاران، ۲۰۲۰). با تشدید عمل‌ها و جراحی‌های زیبایی و گسترش آن در بسیاری از جوامع، مطالعات مختلفی در زمینه عوامل و دلایل این جراحی‌ها که گاهی اثرات منفی گسترده‌ای بر سلامت افراد نیز داشته است، انجام گرفته است، چرا که گاهی افراد در این جراحی‌ها، آن را در زمره اختلالات روانی قرار داده است. با توجه به این مفاهیم بکارگیری مداخلات روان‌شناختی کارآمد برای این گروه از افراد جامعه ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این مطالعه را زنان ۲۰ تا ۴۰ سال متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی شهر شهرکرد در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که از بین زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی شهرکرد، تعداد ۴۰ زن به شکل هدفمند انتخاب شد. شیوه انتخاب نمونه بدین صورت بود که با مراجعه به کلینیک‌های زیبایی شهرکرد، فرم‌های شرکت دوطالبانه در پژوهش در بین زنان متقاضی جراحی زیبایی توزیع و پس از جمع‌آوری، زنان داوطلب حضور در پژوهش شناسایی قرار گرفتند. در گام بعد از بین زنان داوطلب تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۲۰ زن در گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و ۲۰ زن هم در گروه گواه). جهت مشخص کردن تعداد حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power استفاده شد که تعداد نمونه حاضر در هر گروه ۲۰ نفر تعیین شد. میزان خطا نیز ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شده است. اندازه اثر نیز ۰/۹۹ به دست آمد. در گام بعد زنان حاضر در گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت را در طی ۱۰ هفته دریافت نمودند، در حالیکه زنان حاضر در گروه گواه از دریافت این مداخلات در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره بودند. پس از شروع مداخلات تعداد ۲ زن در آزمایش و ۳ زن در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند و تعداد ۳۵ زن در پژوهش باقی

ماندند (۱۸ زن در گروه آزمایش و ۱۷ زن هم در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی و شخصیت (با توجه به مصاحبه بالینی)، تمایل به شرکت در پژوهش به شکل داوطلبانه، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان و عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در طی شش ماه اخیر بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده، بروز حوادث پیش‌بینی نشده موثر و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پس‌آزمون یا پیگیری بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه کیفیت زندگی (QLQ):^۱ پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲، شامل ۲۶ سؤال است که کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، کیفیت زندگی و محیط زندگی اجتماعی می‌سنجد. سؤالات پرسشنامه، ۵ گزینه‌ای بودند و نمره‌گذاری آن‌ها بین ۱ نمره تا ۵ نمره بود. بر این اساس دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ است. کسب نمرات بیشتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. از سال ۱۹۹۶ اعتبار و پایایی این پرسشنامه، توسط سازمان بهداشت جهانی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف انجام شده است. بونومی^۳ و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی پایایی درونی این آزمون، ضرایب ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ را اعلام کردند. همچنین این پژوهشگران روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب و ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) استانداردسازی شده است. نجات و همکاران (۱۳۸۵) روایی محتوا و تشخیصی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، کیفیت زندگی و سلامت محیطی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و همسانی درونی حیطه‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند. در پژوهش مرادی و همکاران (۱۳۸۹) همسانی درونی پرسشنامه ۰/۶۰ و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه گردیده شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

1. Quality of Life Questionnaire

2. World Health Organization

3. Bonomi, Patrickm, Bushnell, Martin

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (BICQ):^۱ پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی توسط لیتلتون^۲ و همکاران (۲۰۰۵) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۹ سوال بوده که نمره گذاری آن به وسیله طیف لیکرت از کاملاً مخالفم: نمره یک تا کاملاً موافقم: نمره ۵ صورت می گیرد. بر این اساس پایین ترین نمره در این پرسشنامه ۱۹ و بالاترین نمره ۹۵ است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی را به روش همسانی درونی، بررسی کرد و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ به دست آورد. ضریب همبستگی هریک از سوالات با نمره کل پرسشنامه، از ۰/۳۲ تا ۰/۷۲ بوده است. همچنین مشخص گردید که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران و در پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۸۴) میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۴ از این پرسشنامه به دست آمد. همچنین این پژوهشگر روایی سازه این پرسشنامه را مناسب گزارش کردند. در پژوهش پورحسینی (۱۳۹۷) نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد.

روش اجرا

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی های لازم با مسئولان کلینیک های زیبایی شهر شهرکرد انجام شد. سپس با مراجعه به این مراکز، زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه کننده به این مراکز مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس با رضایت کتبی از زنان متقاضی جراحی زیبایی و گمارش تصادفی آنها در گروه های آزمایش و گواه (۲۰ زن در گروه آزمایش و ۲۰ زن هم در گروه)، پرسشنامه های پژوهش (برای مرحله پیش آزمون) اجرا شد. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله - درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای) به صورت هفته ای یک جلسه و به مدت ده هفته انجام شد، در حالی که زنان حاضر در گروه گواه مداخلات درمانی حاضر را دریافت نکردند. پس از شروع مداخلات تعداد ۲ زن در گروه آزمایش و ۳ زن در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند و تعداد ۳۵ زن در پژوهش باقی ماندند (۱۸ زن در گروه آزمایش و ۱۷ زن هم در گروه گواه). پس از دوره ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. لازم به ذکر است که فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش به تمام شرکت کنندگان در پژوهش ارائه داده شد تا آنان با رضایت کامل و

آگاهانه در پژوهش مشارکت داشته باشند. جلسات مداخله ای درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت برگرفته از پروتکل بهوندی و همکاران (۱۴۰۱) است که کارآیی آن توسط این پژوهشگران مورد تایید قرار گرفته است. به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت زنان متقاضی جراحی زیبایی برای شرکت در مداخله درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل انجام پژوهش اطلاع یافتند. علاوه بر این، به زنان متقاضی جراحی زیبایی حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت در صورت تمایل به شکل رایگان دریافت خواهند کرد. همچنین به زنان متقاضی جراحی زیبایی حاضر در هر دو گروه آزمایش و گواه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و نیاز نیست در پرسشنامه ها مشخصات فردی خود را درج نمایند. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1404.257 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد ثبت گردیده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت

(بهوندی، خیاطان و گل پرور، ۱۴۰۱)

جلسات	هدف	شرح جلسه
اول	مواجهه و درمان تجارب هیجانی منفی در حوزه تصویر بدنی	آشنایی با قوانین در طول درمان، معرفی مفروضه های بنیادی هیجان مدار مبتنی بر شفقت، ارزیابی چرخه تعاملی احساسات و هیجانات شناسایی نشده، ترس ها و خواسته های دلبستگی زیربنای مشکلات و نام گذاری آنها، آموزش تأثیر شفقت بر ۳ سیستم تنظیم هیجان مغز و ارائه تکلیف خانگی.
دوم	درمان مهارت ابراز هیجان ضعیف	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تحلیل و درک هیجانات زنان متقاضی جراحی زیبایی برای غلبه بر موانع ابراز هیجان سالم (شیوه های مقابله با خشم و تخلیه هیجانی و تاکید بر بیان هیجانات)، آموزش تکنیک نقش بازی کردن به منظور ابراز هیجانات، آموزش راهبردهای امنیتی خود دلسوزی و امنیت درونی (تکنیک کاوش همدلانه) و ارائه تکلیف خانگی.
سوم	درمان تجربه ذهنی آسیبزا	بررسی تکلیف جلسه، تغییر درک و چارچوب بندی مجدد افکار آسیب پذیری، معرفی سبک های تفکر توأم با خطا، آموزش ویژگی های افراد مشفق، آگاه بودن از افکار

1. Body Image Concern Questionnaire

2. Littleton

تکنیک رنگ صدا و تصویر مشفقانه و تمرکز بر نقاط مثبت برای دستیابی به اهداف خویش و اجرای پس‌آزمون.

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوی^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) برای بررسی فرضیه کرویت داده‌های تحقیق از آنالیز موجلی^۳ (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس آمیخته^۴ و آزمون تعقیبی بون‌فرونی^۵ استفاده شد. نتایج آماری با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که میانگین سن زنان متقاضی جراحی زیبایی در گروه آزمایش ۳۱/۵۵ و در گروه گواه ۳۲/۱۰ سال بوده است. نتایج تحلیل واریانس بیانگر آن بود که بین میانگین سنی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. همچنین نتایج نشان داد در گروه آزمایش ۴ نفر (معادل ۲۲/۲۲ درصد) دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۷ نفر (معادل ۳۷/۸۹ درصد) دارای سطح تحصیلات لیسانس و ۷ نفر (معادل ۳۸/۸۹ درصد) دارای سطح تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. در گروه گواه نیز ۵ نفر (معادل ۲۹/۴۱ درصد) دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۸ نفر (معادل ۴۱/۱۸ درصد) دارای سطح تحصیلات لیسانس و ۵ نفر (معادل ۲۹/۴۱ درصد) دارای سطح تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. نتایج تحلیل کروسکال والیس بیانگر آن بود که بین سطح فراوانی سطح تحصیلات زنان متقاضی جراحی زیبایی حاضر در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی

اکنون و قضاوت نکردن خود و دیگران،

کنترل انتقادگر درون، ارائه تکلیف خانگی

چهارم	درمان	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بیان و درک تأثیر تفکر غیرمنطقی بر آشفتگی از طریق آگاهی درباره شناخت‌های داغ، تکنیک بارش فکری جهت بررسی نقاط قوت و ضعف خودتصویرسازی مهرورزانه جهت مقابله با افکار منفی و ارائه تکلیف خانگی.
-------	-------	--

پنجم	درمان کاهش فعالیت رفتاری و سبک زندگی منفعلانه	بررسی تکلیف جلسه گذشته، آموزش بررسی و درک عمیق آسیب‌های رفتاری حاصله از طریق ارائه تکنیک یادداشت برداری طرح انگیزشی رفتاری در پاسخ به رفتار منفعلانه، آموزش تقویت رفتارهای شفقت آمیز و ارائه تکلیف خانگی
------	---	--

ششم	ادامه درمان مشکلات رفتاری و درمان مشکلات بدنی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی موانع رویارویی و اصلاح مشکلات رفتاری، تکنیک مشاهده آگاهانه (تکنیک موج)، پذیرش ایجاد پاسخ‌های رفتاری اکنون برای بهبود مشکلات رفتاری، اجرای تکنیک بررسی بدن برای مشکلات جسمانی و ارائه تکلیف خانگی.
-----	---	---

هفتم	ادامه درمان مواجهه و کنترل مشکلات بدنی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی تأثیر هیجان و احساسات منفی و مثبت بر بدن، راهبردهای مثبت هیجانی برای کاهش آسیب‌های روانی و هیجانی، تکنیک تنفس ۳ دقیقه‌ای مشفقانه و ارائه تکلیف خانگی
------	--	--

هشتم	درمان نگرش منفی به خود	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر خاطرات گذشته، افکار و احساسات ناامیدی با تکنیک خودگویی مثبت، نگرش جدید از طریق پذیرش بدون قید و شرط خود و دیگران، ایجاد احساس خودارزشمندی، کنترل خود در برابر کنترل تجربه لحظه به لحظه شرایط و ارائه تکلیف خانگی
------	------------------------	--

نهم	تمرکز بر بهبود خودادراکی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تشخیص ارتباط خوب و بد تکنیک بازسازی و ارتقای تعاملات مؤثر، توجه به توانایی‌ها و عدم توانایی‌های خود و دیگران تکنیک‌های افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه تکلیف خانگی.
-----	--------------------------	---

دهم	تغییر درماندگی و ناکارآمدی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر درماندگی و ناکارآمدی در حل مشکلات با فراهم کردن حمایت، پذیرش محدودیت‌ها و ضعف‌ها،
-----	----------------------------	---

¹. Shapiro-Wilk test

². Levine test

³. Mauchly's Test

⁴. Mixed variance analysis

⁵. Bonferroni follow-up test

و تحمل پریشانی زنان متقاضی جراحی زیبایی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی در دو گروه آزمایش و گروه گواه

مولفه	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	انحراف معیار
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	۶۱/۱۱	۱۰/۶۶	۷۳/۹۴	۱۳/۷۹	۷۲/۶۱
کیفیت زندگی	گروه گواه	۶۰	۱۳/۵۰	۵۹	۱۳/۷۷
خودپنداره بدنی	گروه آزمایش	۳۲/۰۶	۴/۱۲	۴۲/۳۳	۷/۶۸
گروه گواه	۳۱/۲۹	۲/۵۴	۳۱/۳۵	۲/۲۰	۳۱/۶۵

($F=۰/۹۴$ ؛ $P=۰/۴۵$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که یافته مربوط به آن نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در کیفیت زندگی ($F=۰/۶۹$ ؛ $P=۰/۳۷$) و خودپنداره بدنی ($F=۰/۱۰$ ؛ $P=۰/۸۹$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون مویلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در کیفیت زندگی ($P=۰/۱۹$)؛ ($Mauchlys W=۰/۹۲$) و خودپنداره بدنی ($P=۰/۳۱$ ؛ $P=۰/۹۴$) رعایت شده است.

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۳ حاکی از آن است که میزان کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی که در گروه آزمایش حضور داشته‌اند، در اثر دریافت درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت نسبت به گروه گواه افزایش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در کیفیت زندگی ($F=۰/۹۲$ ؛ $P=۰/۱۸$) و خودپنداره بدنی

جدول ۴. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی متغیرهای کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی

متغیر	مجموع	درجه	میانگین	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات				آزمون
زمان	۷۴۰/۹۲	۲	۳۷۰/۴۶	۳۵/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
کیفیت زندگی	عضویت گروهی	۱	۲۵۴۴/۵۹	۲۹/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
تعامل زمان و گروه	۱۰۱۰/۶۴	۲	۵۰۵/۳۲	۴۸/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱
خطا	۶۹۰/۸۴	۶۶	۱۰/۴۶				
خودپنداره بدنی	زمان	۲	۳۱۶/۹۸	۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۱
عضویت گروهی	۱۴۵۱/۴۵	۱	۱۴۵۱/۴۵	۳۲/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
تعامل زمان و گروه	۵۸۵/۴۸	۲	۲۹۲/۷۴	۳۴/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
خطا	۵۶۵/۴۱	۶۶	۸/۵۶				

نتایج حاصل جدول شماره ۴ بیانگر آن بود که عامل زمان یا مراحل ارزیابی (تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی داشته و به ترتیب ۵۱ و ۵۲ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت) یا نوع درمان دریافتی هم بر کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۶ و ۴۸ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع درمان دریافتی (درمان هیجان-

مدار مبتنی بر شفقت) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۵۹ و ۵۰ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. جهت بررسی کفایت حجم نمونه نیز توان آماری ۱۰۰ درصدی نشانگر آن بود که دقت آماری و کافی بودن حجم نمونه در این پژوهش و نتایج وجود دارد. جدول ۵ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی است.

جدول ۵. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۹۱	۱	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۵/۳۰	۰/۸۵	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۵/۹۱	۱	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۰/۶۰	۰/۲۳	۰/۱۶
خودپنداره بدنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۱۶	۰/۸۴	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۵/۲۶	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۵/۱۶	۰/۸۴	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۰/۰۹	۰/۳۹	۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی تاثیر معنادار داشته است. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان متقاضی جراحی زیبایی با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه نتایج پژوهش جباری و عقیلی (۱۴۰۲)، شریف‌زاده و همکاران (۱۴۰۴)، گرینمان و همکاران (۲۰۲۴) و هیرانو و همکاران (۲۰۲۵) گزارش کرده‌اند که درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت قادر است وضعیت روان‌شناختی و هیجانی افراد را بهبود بخشد.

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۵ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش‌آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش (درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت) میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی) را در دو مرحله پس از مداخله (پس‌آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر معنادار داده‌اند. بدین صورت که این مداخلات میانگین نمرات کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی را افزایش داده‌اند. اما این تغییرات در مقایسه مراحل پس‌آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخلات توانسته در طول زمان پایداری خود را حفظ نماید.

انگیزش و آرامش (نف، ۲۰۰۹). ادراک نازیب بودن سیستم تهدید را بیش فعال کرده و فرد را در حالت تدافعی دائمی قرار می‌دهد. این درمان با تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی دلسوزانه، نوازش کلامی ملایم و تمرینات مهربانی به خود، به‌طور عمدی سیستم آرامش و امنیت را فعال می‌کند. فعال شدن این سیستم فیزیولوژیکی، پایه‌ای عصبی-هیجانی برای کاهش اضطراب و ایجاد احساس امنیت درونی فراهم آورده و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد.

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی، با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه شعبان و همکاران (۱۴۰۴)، تریسی و همکاران (۲۰۲۱)، سیکس و همکاران (۲۰۲۲)، برینکمان و همکاران (۲۰۲۴) در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که دو درمان مبتنی بر هیجان‌مدار و شفقت بر سلامت روانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی افراد موثر است.

در تبیین یافته حاضر باید گفت درمان هیجان‌مدار بر این اصل استوار است که هیجان‌ها پایه، نیروی محرکه اصلی در سازماندهی تجربه و عمل انسان هستند. این رویکرد معتقد است که پریشانی‌های روانی، اغلب ناشی از اجتناب از هیجان‌ها، سردرگمی در مورد آن‌ها یا واکنش‌های ناسازگارانه به هیجان‌ها است. درمان هیجان‌مدار به مراجعان می‌آموزد که چگونه هیجان‌ها را شناسایی، پذیرفته، کشف کرده و به‌طور سازنده‌ای رفتار کنند (جباری و عقیلی، ۱۴۰۲). این فرآیند، به جای سرکوب یا اجتناب، بر تبدیل هیجان‌ها به منابع اطلاعاتی معتبر و انگیزه‌بخش تأکید دارد. بنابراین، هدف آن، تغییر رابطه فرد با هیجان‌هاست. در تبیینی دیگر باید گفت در جلسات درمان هیجان‌مدار، درمانگر یک فضای امن و بدون قضاوت ایجاد می‌کند که دختران بتوانند هیجان‌ها را در دستان خود با شکست عاطفی را بدون ترس از طرد شدن، بیان و تجربه کنند (برینکمان و همکاران، ۲۰۲۴). این محیط درمانی، به عنوان یک آزمایشگاه هیجانی عمل می‌کند که در آن، احساسات شدیدی مانند اندوه عمیق یا خشم فروخورده می‌توانند به تدریج و به صورتی کنترل‌شده آشکار شوند. پردازش کامل این هیجان‌ها در یک بافت رابطه‌ای ایمن، از قدرت و شدت آن‌ها می‌کاهد. این امر منجر به کاهش آشفتگی هیجانی و احساس آرامش می‌شود که سنگ بنای خودپنداره بدنی مثبت است. همچنین یکی از دستاوردهای کلیدی درمان هیجان‌مدار، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی است. زنان متقاضی جراحی زیبایی یاد می‌گیرند که چگونه موج‌های هیجانی را بدون غرق شدن در آن‌ها

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی در زنان متقاضی جراحی زیبایی باید گفت درمان هیجان‌مدار با بازتعریف رابطه فرد با پریشانی، تحمل آن را افزایش می‌دهد. این درمان به زنان متقاضی جراحی زیبایی می‌آموزد که هیجان‌ها در دستان خود، سیگنال‌هایی گذرا و قابل مدیریت هستند، نه تهدیدهایی فاجعه‌بار (شریف‌زاده و همکاران، ۱۴۰۴). با ایجاد فضایی امن و بدون قضاوت، به آنان اجازه داده می‌شود تا پریشانی را بدون واکنش اجتنابی تجربه کنند. این فرآیند، حساسیت زدایی سیستماتیک نسبت به هیجان‌ها منفی را ایجاد می‌کند. در نتیجه، ظرفیت سیستم عصبی برای تحمل امواج پریشانی بدون فروپاشی افزایش می‌یابد. مکانیسم اصلی این تغییر، از طریق پذیرش هیجانی رخ می‌دهد. زنان متقاضی جراحی زیبایی، پریشانی را به عنوان وضعیتی غیرقابل تحمل و خطرناک درک می‌کنند. درمان هیجان‌مدار به آنان می‌آموزد که چگونه به جای جنگ یا فرار از هیجان‌ها، با حالت گوشه‌گیری و کنج‌کاو با آنان مواجه شوند. این نگرش، بار اضافی مبارزه با هیجان را که خود منبع عظیمی از پریشانی ثانویه است، از بین می‌برد. بنابراین، انرژی هیجانی کمتری مصرف شده و تاب‌آوری افزایش یافته و کیفیت زندگی نیز ارتقا می‌یابد. در تبیینی دیگر باید گفت این درمان به‌طور خاص به زنان متقاضی جراحی زیبایی کمک می‌کند تا بین احساس کردن یک هیجان و عمل کردن بر اساس آن تمایز قائل شوند. در درمان هیجان‌مدار، فرد یاد می‌گیرد که می‌تواند هیجان‌ها را شدیداً تجربه کند، بدون اینکه نیازی به اقدام تکانشی برای متوقف کردن آن داشته باشد. این تمایز، حس عاملیت و کنترل درونی را تقویت می‌کند. در نتیجه، فرد درک می‌کند که می‌تواند آشفتگی روانی و هیجانی را تحمل کند و از طرف دیگر آن سر برآورد. علاوه بر این باید گفت درمان مبتنی بر شفقت نیز مستقیماً با هدف قرار دادن این حس شکننده خودارزشمندی، پاسخی همخوان با چالش رشدی این دوره ارائه می‌دهد. این رویکرد با پرورش یک موضع درونی گرم و پذیرا، به تثبیت پایه‌های هویتی که در اثر شکست متزلزل شده، کمک شایانی می‌کند (هیرانو و همکاران، ۲۰۲۵). درمان مبتنی بر شفقت به‌طور مستقیم با آموزش مهربانی به خود به مقابله با خودانتقادی افراطی می‌رود. با جایگزینی صدای انتقادی با یک صدای حمایتگر درونی، بار هیجانی شرم کاهش یافته و فضای روانی لازم برای ترمیم زخم‌ها فراهم می‌شود. این فرآیند، سنگ بنای اساسی برای بازسازی تاب‌آوری و افزایش کیفیت زندگی است. مطابق مدل درمان مبتنی بر شفقت، مغز انسان سه سیستم هیجانی اصلی دارد: تهدید،

مدیریت کنند (لوپز-کاوادا و همکاران، ۲۰۲۴). این توانمندی، حس کنترل درونی و خودکارآمدی را به شدت افزایش می‌دهد. وقتی فرد بداند که می‌تواند از عهده طوفان‌های هیجانی برآید، اعتماد به نفسش برای مواجهه با چالش‌های آینده بازمی‌گردد. این احساس تسلط بر خویشتن، یک مولفه اساسی در خودپنداره بدنی است و به فرد اجازه می‌دهد تا به جای واکنش‌پذیری، عاملیت فعال در زندگی خود داشته باشد. همچنین باید گفت درمان مبتنی بر شفقت با آموزش مهربانی به خود، به فرد کمک می‌کند تا اشتباهات و کمبودهایش را بدون قضاوت شدید بپذیرد. این فرآیند، پذیرش خود را از سطحی شناختی به تجربه‌ای عاطفی و عمیقاً درونی تبدیل می‌نماید. در نتیجه، فرد می‌آموزد که ارزش ذاتی او وابسته به موفقیت یا شکست در روابط نیست. همچنین این درمان با تغییر رابطه فرد با خودش، بنیان تحول در روابط با دیگران را می‌ریزد. هنگامی که فرد از طریق شفقت به خود، از شر قضاوت داخلی رها می‌شود، ظرفیت بیشتری برای اعتماد، بخشش و برقراری ارتباطات اصیل پیدا می‌کند. این توانمندی، به ویژه برای بازسازی اعتماد و امید به خود حیاتی است. در نتیجه، فرد می‌تواند روابط مثبت و سالم‌تری را با خود تجربه کرده و خودپنداره بدنی بالاتری را ادراک نمایند.

دامنه محدود پژوهش به زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه کننده به کلینیک‌های زیبایی شهر اصفهان، عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری طولانی (شش ماهه و یک ساله) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در شهرها و مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف، دیگر گروه‌های سنی، سایر جامعه زنان، مهار عوامل ذکر شده و اجرای مرحله پیگیری طولانی‌تر اجرا گردد. با توجه به اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی،

پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی به مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران مراکز مشاوره (به خصوص مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مراکز درمانی و جراحی زیبایی) ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخلات در جهت بهبود کیفیت زندگی و خودپنداره بدنی زنان متقاضی جراحی زیبایی گام‌های عملی بردارند. چرا که این مراکز به میزان با جامعه زنان متقاضی جراحی زیبایی ارتباط دارند. همچنین پیشنهاد می‌شود که تیمی متخصص از اساتید روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه‌ها با همکاری معاونت علمی ریاست جمهوری، طی یک مطالعه مبتنی بر زیست بوم با مصاحبه عمیق با زنان متقاضی جراحی زیبایی ریشه‌یابی علل زیربنایی را مورد مطالعه قرار دهند. پس از مرحله شناسایی لازم است آموزشی عمومی بر پایه عوامل زیربنایی برای قشر زنان جوان کشور صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد بود. بدین وسیله از تمام زنان متقاضی جراحی زیبایی حاضر در پژوهش و مسئولین کلینیک-های زیبایی شهر اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- ایمانی، م.، دهقان، م.، و شرفی‌زادگان، م. (۱۳۹۹). مقایسه اجتناب تجربه‌ای، بهشیاری، نارضایتی از تصویر بدن، اضطراب، افسردگی و استرس در افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیرمتقاضی. مجله علوم روانشناختی، ۱۹(۸۸)، ۴۲۹-۴۲۹.
- بهوندی، ن.، خیاطان، ف.، و گل پرور، م. (۱۴۰۱). مقایسه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران سردرد اولیه. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۸(۲)، ۲۱۰-۲۲۱.
- جانسون، س.م. (۱۳۹۹). کاربست زوج درمانی هیجان‌مدار پیوند آفرینی؛ ترجمه فرشاد لواف‌پور نوری. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۹).

- جباری، ن.، عقیلی، س.م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و نیازهای بین‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۸(۶۹)، ۶۱-۷۰.
- حسنی، ف.، فتح‌العلومی، ع.، نجفی، ا.، و عسکری، ز. (۱۴۰۰). بررسی نقش کمال‌گرایی ظاهر فیزیکی، پذیرش بی‌قید و شرط خود و کیفیت زندگی در تقاضا برای جراحی زیبایی بینی. پژوهش در پزشکی، ۴۵(۱)، ۶۰-۶۳.
- روستایی، ا.، کوشکی، م.، یزدی‌راوندی، س.، بخشی‌پور، ب.، و شکوه‌فر، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی، خودپنداره بدنی و بهشجاری در زنان متقاضی جراحی زیبایی. تازه‌های علوم شناختی، ۲۳(۲)، ۷۱-۸۴.
- شریف‌زاده، م.، رازقی، ن.، آقایی، ح.، طباطبایی، س.م. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی زدر بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پژوهش‌های کاربردی روان‌شناخت، انتشار آنلاین.
- شعبان، ن.، علیزاده، م.، سپاه‌منصور، م. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۲۰(۷۸)، ۱۳۱-۱۱۶.
- شفیع‌آبادی، ع.، حسنی، ج.، و یاری، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی و نظم‌جویی شناختی هیجان در دختران نوجوان خواهان جراحی زیبایی. دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۳۰(۱)، ۱۹-۳۶.
- محمدی، ن.، و سجادی‌نژاد، م. (۱۳۸۴). ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی و آزمون مدل ارتباطی شاخص توده بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی و عزت نفس در دختران نوجوان. مطالعات روان‌شناختی، ۳(۱)، ۱۰۱-۸۵.
- مختاری، ف.، حاتمی، ح.، احدی، ح.، و صرامی‌فروشانی، غ. (۱۴۰۰). اثربخشی عمل جراحی زیبایی بینی بر روان‌درستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی. مجله علوم روان‌شناختی، ۲۰(۹۹)، ۳۶۵-۳۷۷.
- مرادی، ا.، ملک‌پور، م.، امیری، ش.، مولوی، ح.، نوری، ا. (۱۳۸۹). مقایسه اثرات آموزش‌های عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۰(۱)، ۶۴-۴۹.
- نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی‌نایینی، ک.، محمد، ک.، مجدزاده، س.ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایران. فصلنامه دانشکده بهداشت و بهداشت تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱۲-۱.
- Barnhart, W.R., Cui, T., Cui, S., Sun, H., Xu, Y., Chen, G., Ji, F., He, J. (2024). Exploring the reciprocal relationships between body image flexibility and body fat and muscularity dissatisfaction: An 18-month longitudinal study in Chinese adolescents. *Body Image*, 51, 1017-1022.
- Bonell, S., Austen, E., Griffiths, S. (2023). Australian women's motivations for, and experiences of, cosmetic surgery: A qualitative investigation. *Body Image*, 41, 128-139.
- Bonomi, A.E., Patrickm, D.L., Bushnell, D.M., Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the world Health Organization Quality of Life (WOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 1,19-23.
- Brinckman, B., Alfaro, E., Wooten, W., Herringa, R. (2024). The promise of compassion-based therapy as a novel intervention for adolescent PTSD. *Journal of Affective Disorders Reports*, 15, 1006-1009.
- Cunha, I.M., Lamm, E., Nett, S., Rodgers, R.F. (2024). State affect and body image effects of body positive social media content within a female chronic illness sample. *Body Image*, 51, 1017-1021.
- Garbett, K.M., Paraskeva, N., White, P., Lewis-Smith, H., Smith, H., Anquandah, J., Diedrichs, P.C. (2025). The psychosocial outcomes following cosmetic surgery are largely unknown: A systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 104, 282-297.
- Greenman, P.S., Campbell, T.L., Allan, R. (2024). Attachment, emotion, and change: Emotionally focused individual therapy (EFIT) within a process-based therapy (PBT) framework. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 1007-1011.
- Hirano, H., Ishii, K., Sato, M. (2025). Exploring the influence of self-esteem and self-compassion on daily psychological health: Insights from the experience sampling method. *Personality and Individual Differences*, 240, 1131-1135.
- Honcelová, M., Vidovičová, L. (2023). Why do (middle-aged) women undergo cosmetic/aesthetic surgery? Scoping review. *Women's Studies International Forum*, 101, 1028-1032.
- Koh, M., Lim, K., Fong, S., Khor, S., Tan, C. (2021). Impact of COVID-19 on quality of life in people with epilepsy, and a multinational comparison of clinical and psychological impacts. *Epilepsy & Behavior*, 117, 107-111.

- Lass, A.N.S., Veilleux, J.C., DeShong, H.L., Winer, E.S. (2024). What is distress tolerance? Presenting a need for conceptual clarification based on qualitative findings. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 23-32.
- Leibovitz, T., Shamblaw, A.L., Rumas, R., Best, M.W. (2021). COVID-19 conspiracy beliefs: Relations with anxiety, quality of life, and schemas. *Personality and Individual Differences*, 175, 110-115.
- Li, N., Hong, X., Cui, Y., Li, Y. (2024). Clinical tics and quality of life in children and adolescents with tic disorders: The mediating role of sleep. *Sleep Medicine*, 124, 217-222.
- Littleton, H., Axsom, D., Pury, C. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behavior Research Therapy*, 43(2), 229-241.
- Markey, C.H., Dunaev, J.L., August, K.J. (2020). Body image experiences in the context of chronic pain: An examination of associations among perceptions of pain, body dissatisfaction, and positive body image. *Body Image*, 32, 103-110.
- Olivotto, A., Link, E., Phillips, C., Whelan, T.J., Bryant, G., Kunkler, I.H., Westenberg, A.H., Purohit, K., Ahern, V., Graham, P.H., Akra, M., McArdle, O., Ludbrook, J.J., Harvey, J.A., Maduro, J.H., Kirkove, C., Gruber, G., Martin, J.D., Campbell, I.D., Delaney, G.P., Chua, B.H. (2020). International comparison of cosmetic outcomes of breast conserving surgery and radiation therapy for women with ductal carcinoma in situ of the breast. *Radiotherapy and Oncology*, 142, 180-185.
- Satake, Y., Arai, H. (2020). Self-compassion mediates the association between conflict about ability to practice end-of-life care and burnout in emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 53, 1009-1015.
- Schettino, G., Capasso, M., Caso, D. (2023). The dark side of body positivity: The relationships between sexualized body-positive selfies on Instagram and acceptance of cosmetic surgery among women. *Computers in Human Behavior*, 140, 1075-1080.
- Seekis, V., Farrell, L., Zimmer-Gembeck, M. (2023). A classroom-based pilot of a self-compassion intervention to increase wellbeing in early adolescents. *EXPLORE*, 140, 1075-1079.
- Shepherd, L., Sirois, F., Harcourt, D., Norman, P., Thompson, A.R. (2024). Early appearance concerns after burns: Investigating the roles of psychological flexibility and self-compassion. *Body Image*, 51, 1017-1021.
- Tracy, A., Jopling, E., Moul, J.L. (2021). The effects of inducing self-compassion on affective and physiological recovery from a psychosocial stressor in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 146, 1039-1044.
- Welch, S., Lachmar, E., & Wittenborn, K. (2019). Establishing safety in emotionally focused couple therapy, A single-case process study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45, 402-415.
- Wu, Q., Zhou, N., He, J., Lin, X., Cao, H. (2024). Childhood emotional maltreatment and emerging adults' body dissatisfaction: Self-compassion and body surveillance as explanatory mechanisms. *Body Image*, 51, 1017-1022.
- Wu, Q., Zhou, N., He, J., Lin, X., Cao, H. (2024). Childhood emotional maltreatment and emerging adults' body dissatisfaction: Self-compassion and body surveillance as explanatory mechanisms. *Body Image*, 51, 1017-1022.

*Original Article***The effectiveness of emotion-focused therapy based on compassion on the quality of life and body self-concept of women applying for cosmetic surgery**

Received: 23/04/2025 - Accepted: 07/09/2025

Sahar Pourkaveh¹
Fariba Kiani^{2*}
Mahbobeh Hojati³
Abbas Haghayegh⁴

¹ PhD student, Department of Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Bor.C., Islamic Azad University, Boroujen, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

⁴ Associate Professor, Department of Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Email: faiba.kiani64@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: The present study was conducted to investigate the effectiveness of compassion-based emotion-focused therapy on the quality of life and body self-concept of women seeking cosmetic surgery.

Methods: The present study was an experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of this study consisted of women aged 20 to 40 years seeking cosmetic surgery who referred to cosmetic clinics in Shahrekord in the second half of 1403. In this study, 35 women seeking cosmetic surgery were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The women in the group received compassion-based emotion-focused therapy for one 90-minute session per week for ten weeks. The Quality of Life Questionnaire (QLQ) and the Body Image Concern Questionnaire (BICQ) were used in this study. The data were analyzed by mixed variance analysis using SPSS23 statistical software.

Results: The results showed that emotion-focused therapy based on compassion has a significant effect on the quality of life ($P<0.001$) and physical self-concept ($P<0.001$) of women applying for cosmetic surgery. The results of the follow-up test also indicated that this effectiveness has maintained its stability over time and the observed effectiveness has been lasting in the follow-up phase.

Conclusion: According to the results of the present study, emotion-focused therapy based on compassion by using methods of dealing with anger and emotional discharge, reframing vulnerable thoughts, brainstorming technique, loving self-image to deal with negative thoughts, positive self-talk, unconditional acceptance of oneself and others, creating a sense of self-worth, promoting effective interactions, paying attention to one's abilities, and increasing psychological flexibility can be used as an effective treatment to increase the quality of life and physical self-concept of women applying for cosmetic surgery

Keywords: Quality of life, body self-concept, cosmetic surgery, emotion-focused therapy, compassion