MEJDS. 2023; 13:53.
Published online 2023 Jul. **Original Article**

Comparing of the Effectiveness of Schema Therapy and Self-Compassion-Based Therapy on Feelings of Loneliness, Negative Body Image, and Sensitivity to Rejection in Women Applying for Cosmetic Surgery

Rabeei M[1], *Mashayekh M[2], Hatami M[3], Zam F[2], Shabani S[4]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, University of Khwarazmi, Tehran, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran South Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Corresponding author's email: m.mashayekh@kiau.ac.ir

Received: 2022 October 25; **Accepted:** 2022 December 13

Abstract

Background & Objectives: According to previous research, several psychological interventions effectively improve feelings of loneliness, negative body image, and sensitivity to rejection in women applying for cosmetic surgery. Women who are constantly concerned about their appearance in their community create a culture about appearance that is reinforced and modeled by the norms and expectations in society. These experiences shape and reflect individual behaviors and attitudes about their body image and that of others. Dissatisfaction caused by this inconsistency leads to high depression, anxiety, and low self–esteem, ultimately damaging the person's mental health. This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and therapy based on self–compassion on feelings of loneliness, negative body image and sensitivity to rejection in women applying for cosmetic surgery.

Methods: The research method was quasi–experimental with a pretest–posttest design, two experimental and one control group. The statistical population included all women who referred to cosmetic clinics for cosmetic surgery in Tehran in 2019, and 45 women (3 groups of 15) were selected as a research sample using the available sampling method and by simple random method in Two intervention groups of schema therapy and therapy based on self–compassion and a control group were divided. First, the meeting announcement and initial registration conditions were informed to the clients, and then through the preliminary interview, women applying for cosmetic surgery were selected (according to the entry and exit criteria). The criteria for participating in the study included the desire to perform cosmetic surgery, having at least a diploma, being in the age range of 25–45 years, a history of performing at least two cosmetic procedures, informed consent of the subject to participate in the research, and obtaining written consent. Exclusion criteria are having mental disorders requiring immediate treatment (such as psychotic symptoms and substance dependence) and severe physical, motor and sensory disorders, absence of subjects for more than two sessions in training sessions, receiving any other type of training by the subjects during the intervention period and receiving any drug treatment. Moreover, psychotherapy was in the intervention period. For one experimental group, schema therapy training was implemented during eight weekly two–hour sessions; for the other experimental group, therapy based on self–compassion was implemented during eight weekly two–hour sessions. Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (Cash, 1990), UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1978) and Rejection Sensitivity Questionnaire (Downey and Feldman, 1996) were used to collect data. Data were analyzed using analysis of covariance and statistical software SPSS version 22. The significance level for all tests was 0.05. The research data analysis was done on two levels of descriptive statistics (prevalence, percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics using analysis of variance, chi–square test, analysis of covariance, and post hoc Bonferroni test by SPSS version 22 software.

Results: The results showed that after removing the effect of the pre–test, there was a significant difference between the average scores of the experimental and control groups, in the post–test in the variables of feelings of loneliness (p=0.002), negative body image (p=0.005) and sensitivity to rejection (p=0.005). Therapy based on self–compassion was more effective in reducing sensitivity to rejection compared to schema therapy (p=0.017); However, no significant difference was observed in the variables of feeling of loneliness (p=0.635) and negative body image (p=0.404) between the two treatment methods.

Conclusion: According to the results of the research, there is no significant difference in improving the feeling of loneliness and negative body image between the two interventions of schema therapy and therapy based on self–compassion; But in the variable of sensitivity to rejection, the effectiveness of therapy based on self–compassion is more than schema therapy.

Keywords: Schema therapy, Self–compassion, Feelings of loneliness, Negative body image, Sensitivity to rejection.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

Copyright © 2023, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۵۳.

انتشار برخط تیرماه ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود بر احساس تنهایی، تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد در زنان متقاضی جراحی زیبایی

مرجان رابعی[۱]، *مریم مشایخ[۲]، محمد حاتمی[۳]، فاطمه زم[۲]، سمیه شعبانی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** m.mashayekh@kiau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۳ آبان ۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲ آذر ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: براساس پژوهش‌های قبلی، مداخلات روان‌شناختی متعددی بر بهبود احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد در زنان متقاضی جراحی زیبایی مؤثر است؛ ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود بر احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد در زنان متقاضی جراحی زیبایی بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی برای عمل جراحی زیبایی در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از بین آن‌ها، ۴۵ نفر از زنان واجد شرایط داوطلب مراجعه‌کننده، به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌روش تصادفی ساده در دو گروه مداخله‌ای طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود و یک گروه گواه (سه گروه پانزده‌نفره) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامهٔ روابط چندبُعدی بدن‌ـ‌خود (کش، ۱۹۹۰) و مقیاس احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا (UCLA) (راسل و همکاران، ۱۹۷۸) و پرسش‌نامهٔ حساسیت به طرد (داونی و فلدمن، ۱۹۹۶) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس، خی‌دو، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت.

یافته‌ها: پس از حذف اثر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گروه گواه، در پس‌آزمون در متغیرهای احساس تنهایی (p=۰/۰۰۲) و تصویر بدنی منفی (p=۰/۰۰۵) و حساسیت به طرد (p=۰/۰۰۵) وجود داشت. درمان مبتنی‌بر شفقت خود درمقایسه با طرح‌واره‌درمانی بر کاهش حساسیت به طرد روش مؤثرتری بود (p=۰/۰۱۷)؛ اما در متغیرهای احساس تنهایی (p=۰/۶۳۵) و تصویر بدنی منفی (p=۰/۴۰۴) بین دو روش درمانی تفاوت معنادار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، در بهبود احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی بین دو مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در متغیر حساسیت به طرد، اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت خود بیشتر از طرح‌واره‌درمانی است.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌درمانی، شفقت خود، احساس تنهایی، تصویر بدنی منفی، حساسیت به طرد.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

۱ مقدمه

امروزه انجام عمل جراحی زیبایی[1] از اعمال جراحی بسیار زیاد در کل دنیا به‌شمار می‌رود که میزان و درصد استفاده از آن رو به افزایش و بیشتر شده است (۱). گرایش به زیبابودن و دقت و رسیدگی به ظاهر درحد معمول، کاری بهنجار و پسندیده و بیشتر مواقع نشان‌دهندهٔ سلامت روان[2] عنوان شده است؛ ولی در اجتماع امروزی به‌دلیل توجه و اصرار بیش‌ازحد به زیبایی و عکس‌های ارائه‌شده در مجلات مد، سینما، رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، این توجه به‌خصوص در زنان به‌شکل افراطی بیشتر شده است؛ به‌طوری‌که اکثر زنان حداقل یک‌بار در طول عمر از ظاهر خود حسی مانند شرم و نارضایتی و ناراحتی داشته‌اند و این‌گونه دربارهٔ خود برداشت‌داشتن فقط به قشر خاص یا طبقهٔ اجتماعی یا سطح تحصیلات خاصی اختصاص ندارد (۲). هرساله صدهاهزار نفر به‌طور خودخواسته اقدام به جراحی زیبایی می‌کنند تا ظاهر جسمانی خود را تغییر دهند (۳). این چنین مشغولیت‌های ذهنی موجب گسترش تصویری تحریف‌شده از بدن فرد شده و باعث می‌شود به‌صورتی رشد کند که خاستگاه ابتلا به اختلال بدشکل بینی[3] را فراهم کند و در بسیاری مواقع انجام جراحی‌های زیبایی به‌منزلهٔ اولین گزینه درجهت رهایی از این اختلال مدنظر قرار می‌گیرد (۴). شکسپیر[4] و کلی[5] انجام عمل جراحی زیبایی را به این صورت توضیح می‌دهند: یک روش عمل جراحی برای عوض‌کردن شکل ظاهری بدن، درصورتی‌که مریضی، آسیب‌های بدنی، جراحت یا بدشکلی قسمت‌هایی از بدن مادرزادی و ارثی است و این عمل جراحی باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود. این عمل جراحی بیشتر برای ازبین‌بردن ناراحتی‌های انسان‌ها از ظاهر خود و بیشتر مواقع برای افزایش عزت‌نفس[6] انجام می‌گیرد. داشتن تصویر بدنی[7] منفی، بیشتر مواقع به‌تنهایی در قبول‌کردن جراحی زیبایی تأثیر دارد (به‌نقل از ۵). تصویر بدنی بیشتر ناشی‌از طرز فکر افراد است و عزت‌نفس تأثیر بیشتری در به‌وجودآمدن آن دارد؛ به‌صورتی‌که انسان‌ها با تصویر بدنی منفی غالباً عزت‌نفس ضعیف‌تر و احساس کهتری بیشتری از خود نشان می‌دهند و در مواردی که افراد دارای تصویر بدنی منفی باشند، ممکن است برای ایجاد تغییراتی در آن از روش‌های رژیم غذایی و ورزش یا جراحی‌های زیبایی استفاده کنند. جراحی‌های زیبایی، اغلب با توصیفات منفی از ظاهر بدنی ارتباط دارند نه توصیفات مثبت (۶).

در کشور ما زیبایی به‌خصوص جراحی زیبایی بینی[8] پدیده‌ای شناخته‌شده است. به‌جرئت می‌توان گفت که عمل زیبایی بینی بیشترین عمل جراحی زیبایی در ایران است و همواره به تعداد آن افزوده می‌شود (۷). ایران یکی از کشورهایی است که تعداد فراوان‌تر عمل جراحی زیبایی را در جهان دارد و ۹۱درصد این جراحی‌ها روی زنان انجام می‌شود (۸). ازآنجاکه جراحی‌های زیبایی بیشتر درجهت تغییر ظاهر افراد و افزایش و بهترکردن اعتمادبه‌نفس[9] صورت می‌گیرد، می‌توان تصور کرد که نتیجهٔ یک الگوی روان‌شناختی پایدار[10] باشد. درواقع انگیزهٔ جست‌وجوی مداوم برای جراحی زیبایی براساس ترکیبی از عوامل روان‌شناختی و هیجانی و شخصیتی است (۹). بیش از نیمی از افراد داوطلب جراحی زیبایی حداقل یک علامت روان‌شناختی را نشان داده‌اند که آمار آن بسیار بیشتر از جمعیت عادی است؛ ازاین‌رو باید در ارزیابی روانی قبل از جراحی زیبایی دقت لازم لحاظ شود (۱۰).

یکی از جنبه‌های مهم روان‌شناختی در انگیزش افراد متقاضی جراحی زیبایی، تصویر بدنی است (۲). تصویر بدنی که اولین‌بار توسط شیلدر تعریف شد، تجربهٔ روان‌شناسی چندوجهی[11] به‌شمار می‌رود. تصویر بدنی به‌عنوان تجسم‌های درونی از جنبه‌های ظاهری بدن تعریف شده است که از عوامل مختلفی تأثیر می‌پذیرد و توانایی آن را دارد که در موقعیت‌های مشخص‌شده تغییر کند (به‌نقل از ۱۱). تصویر بدنی منفی ممکن است موجب اختلال در نوع خوردن (۱۲)، کمترشدن اعتمادبه‌نفس (۱۳)، به‌وجود آمدن اضطراب، افسردگی و ترسیدن از ارزیابی منفی در اجتماع و دوری‌گزینی از اجتماع شود (۱۴)؛ ولی مطالعات متعددی بیانگر آن است که داشتن نارضایتی و نگرانی دربارهٔ بدن خود و اشتغال ذهنی به تغییردادن آن، در میان افراد درخواست‌کننده برای جراحی زیبایی بیشتر مشاهده می‌شود (۲،۱۵). پژوهش‌های مختلف نشان داد، افرادی که به‌طور مداوم نگران تصویر بدنی خود هستند و احساس نارضایتی از بدن خود دارند، این افکار منفی باعث نشخوار فکری[12] در آنان می‌شود (۱۶،۱۷). این افکار منفی تأثیرات بسیاری بر انسان خواهد داشت که اثرات بارزتر آن می‌تواند سبب تنهایی اجتماعی و احساس تنهایی[13] در فرد شود (۱۸). کریستنسن و همکاران حس تنهایی را ناتوانی در هماهنگی میان سطحی از تماس اجتماعی که فرد آن را می‌خواهد با سطحی از تماس اجتماعی که در واقعیت رشد داده است، تعریف کردند (۱۹). در پژوهش‌های مختلف مشخص شد، احساس تنهایی در هر سن و جنس باعث کاهش سلامت روان (۲۰،۲۱) و کاهش کیفیت زندگی (۲۲) و افسردگی (۱۴) می‌شود. واکنش انسان به حساسیت به طرد[14] زیاد همچون واکنشی آلرژیک به طرد رخ می‌دهد؛ به‌طوری‌که منبع‌های دفاعی در انسان سریع‌تر به حالت آماده‌باش قرار می‌گیرد و پاسخ پرخاشگری و خصومت را نشان می‌دهد؛ این اشخاص حتی علائم مبهم و نامشخص ازسوی افراد دیگر را نیز به‌عنوان نشانه‌های منفی و طرد، شناسایی و ارزیابی می‌کنند و به‌روش خشمگینانه پاسخ می‌دهند (۲۳). پاسخ‌های خشمگینانهٔ این افراد به علائم مبهم ارائه‌شده ازسوی دیگران می‌تواند به تجربهٔ طرد واقعی منجر شود و خشمی را معطوف به خود کند که به‌دنبال آن به رفتارهای تکانشی همچون عمل‌های زیبایی، ورزش‌های مفرط و روابط ناپایدار روی آورند (۲۴).

طرح‌واره‌درمانی[15] یکی از روش‌های درمانی است که به‌نظر می‌رسد

1. Cosmetic surjery
2. Mental health
3. Nasal Malformation Disorder
4. Shaksepeare
5. Clay
6. Self-esteem
7. Body image
8. Rhinoplasty
9. Self-confidence
10. Stable psychological model
11. Multimodal psychology
12. Rumination
13. Loneliness
14. Sensitivity to rejection
15. Schema Therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

برای بهبود احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد مؤثر باشد. طرح‌واره‌درمانی نخستین‌بار توسط یانگ و همکاران معرفی شد. طرح‌واره‌درمانی اصول اساسی مکتب شناختی‌رفتاری، نظریهٔ دلبستگی، گشتالت، روابط ابژه، ساختارگرایی و روان تحلیل‌گری را در چارچوب مدلی درمانی درهم‌آمیخته است (۲۵). طرح‌واره‌درمانی یکی از درمان‌های نوین است و به افراد درمانگر کمک می‌کند مشکلات مزمن و عمیق در بیماران را به‌صورت کاملاً دقیق‌تر تعریف و مشخص کرده و این مشکلات را به‌گونه‌ای قابل درک سازمان‌دهی کنند (۲۶).

دومین درمان انتخابی برای این پژوهش یکی از درمان‌های موج سوم یعنی درمان مبتنی‌بر شفقت خود[1] (CFT) بود. معمولاً زنان با تصویر بدنی منفی علت این اتفاق را به خود نسبت می‌دهند و همین باعث آشفتگی روانی در آنان می‌شود. درمان شفقت به خود سبب می‌شود فرد به‌دلیل شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سختگیرانه از خود نپردازد (۲۷). این روش درمان اشاره دارد به اینکه افکارها و تصاویر و رفتارهای آرام‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این زمان، ذهن انسان همان‌گونه که درقبال عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در رودررویی با درون خود ساکت می‌شود (۲۸). از نتایج این روش درمان، اهمیت‌دادن به رشد بهزیستی، درک و همدلی، همدردی‌کردن، قضاوت‌نکردن و مقصرندانستن دیگران و تحمل یا تاب‌آوری دربرابر آشفتگی و درد و رنج با روش‌هایی همچون توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس‌کردن شفقت‌آمیز است (۲۹). در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی همچون کاهش افسردگی و اضطراب (۳۰)، افزایش انعطاف‌پذیری (۳۱)، کاهش باورهای غیرمنطقی، خودگسستگی و نارضایتی (۳۲)، تنظیم هیجانی زنان (۳۳) و تصویر بدنی (۲۹) مشخص شد.

باتوجه به آنچه پیش‌تر گفته شد، پشت جراحی‌های متعدد زیبایی نقش مؤلفه‌های مهم روان‌شناختی نهفته است که وجود آن‌ها می‌تواند اثرات زیان‌باری برای فرد و خانواده و جامعه داشته باشد؛ مگراینکه افراد درمان‌های روان‌شناختی مناسبی را دریافت کنند؛ برای مثال احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی (۱۵) و حساسیت به طرد (۲۴) ازجمله عوامل روان‌شناختی مؤثر در گرایش به عمل‌های زیبایی محسوب می‌شوند. براین‌اساس، درمان‌های روان‌شناختی با بنیان شناختی مانند طرح‌واره‌درمانی که تغییر طرح‌واره هدف اصلی آن به‌شمار می‌رود و درمان مبتنی‌بر شفقت خود که با تغییر نگرش و هیجانات همراه است، می‌تواند تاحدود زیادی در بهبود این ریشه‌های شناختی و روانی و رفتاری مؤثر باشد. به‌عبارت‌دیگر، انعطاف شناختی و شفقت خود دارای تلویحات شناختی و هیجانی نیز هستند. تأثیر مداخلهٔ این دو بستهٔ درمانی به‌صورت جداگانه و منفرد روی این متغیرها در مطالعات پیشین تأیید شده است؛ اما ارائهٔ این دو نوع درمان به‌صورت هم‌زمان و مقایسه‌ای بر متغیرهایی چون احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد براساس بررسی‌های پژوهشگران این مطالعه، در ادبیات تحقیق دیده نشد. از این منظر دو درمان طرح‌واره‌درمانی و مبتنی‌بر شفقت خود برای مقایسهٔ میزان اثربخشی با یکدیگر در پژوهش حاضر به‌کار رفت؛ بنابراین باتوجه به افزایش روزافزون جراحی‌های زیبایی در زنان، عوارض منفی جسمی (خونریزی، عفونت، اختلالات تنفسی، عوارض پوستی، فیبروز و کیست) (۲)، عوارض روانی (افسردگی، اضطراب، عزت‌نفس ضعیف، احساس شرم و خجالت، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال‌های خوردن) (۳۳) و تبعات مالی متعدد در آنان و نیز نتایج متفاوت این دو نوع درمان، نیاز به مقایسهٔ دو روش مذکور وجود داشت؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود بر تصویر بدنی منفی و احساس تنهایی و حساسیت به طرد انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون، همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی برای عمل جراحی زیبایی در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. ازآنجاکه در روش‌های آزمایشی حداقل پانزده نفر برای هر گروه توصیه شده است (۳۴)، ازطریق مصاحبهٔ مقدماتی با زنان داوطلب واجد شرایط متقاضی جراحی زیبایی، ۴۵ نفر از آزمودنی‌ها (سه گروه پانزده‌نفره)، به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند و بررسی صورت گرفت. لازم به ذکر است، برای رعایت اصل اخلاق در پژوهش، اصل رازداری و محرمانه‌بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان رعایت شد.

پس از گرفتن معرفی‌نامه از دانشگاه و توضیح هدف پژوهش و ترغیب مسئولان مربوط برای همکاری، انتخاب چند کلینیک زیبایی به‌صورت دردسترس انجام گرفت. سپس به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اطلاعات کاملی دربارهٔ نحوهٔ اجرا و مراحل تحقیق در اختیار زنان متقاضی عمل زیبایی و مسئولان مرکز قرار داده شد. رضایت‌نامهٔ کتبی از زنان مشارکت‌کننده در پژوهش دریافت شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده محرمانه باقی خواهد ماند. در ادامه با استفاده از مصاحبهٔ مقدماتی با زنان متقاضی جراحی زیبایی (طبق ملاک‌های ورود و خروج) ارزیابی صورت گرفت و نمونهٔ آماری باتوجه به معیارهای ورود و خروج انتخاب شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل تمایل به انجام عمل جراحی زیبایی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، قرارگرفتن در محدودهٔ سنی ۲۵ تا۴۵ سال، سابقهٔ انجام حداقل دو عمل زیبایی، رضایت آگاهانهٔ آزمودنی برای شرکت در پژوهش و اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی بود. معیارهای خروج داشتن اختلال‌های روانی ایجاب‌کنندهٔ درمان‌های فوری (مانند نشانه‌های روان‌پریشی و وابستگی به مواد) و اختلال‌های جسمی‌حرکتی و حسی شدید، غیبت آزمودنی‌ها بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی، دریافت هر نوع آموزش دیگر توسط آزمودنی‌ها در دورهٔ مداخله و دریافت هر نوع درمان دارویی و روان‌درمانی در دورهٔ مداخله بود. درخصوص اهمیت پاسخ صادقانه به پرسش‌نامه، توضیحات و راهنمایی‌های لازم ارائه شد. پس از تکمیل مصاحبه، زنان به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. یک گروه آزمایش طی دو ماه و در هشت جلسهٔ دوساعته (هفته‌ای یک جلسه) در برنامهٔ

[1]. Compassion-Focused Therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

آموزش طرح‌واره‌درمانی و گروه دیگر نیز طی دو ماه در هشت جلسهٔ دوساعته (هفته‌ای یک جلسه) در برنامهٔ آموزش درمان مبتنی‌بر شفقت خود شرکت کرد. برای گروه گواه هیچ آموزشی در این زمینه ارائه نشد. در پایان جلسات تمامی زنان گروه‌های آزمایش و گواه مجدد پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان پژوهش، چهار جلسهٔ توجیهی درخصوص آموزش‌های مذکور برای زنان گروه گواه برگزار شد.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ روابط چندبُعدی بدن ـ خود[1]: این پرسش‌نامه توسط کش در سال ۱۹۹۰ ساخته شد (۳۵). این پرسش‌نامه از نوع خودگزارشی و مدادکاغذی است که بدگویی از تصویر بدن را می‌سنجد و ۴۶ سؤال دارد. در این پرسش‌نامه سؤال‌های شش خرده‌مقیاس روابط بدن ـ خود شامل ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی برحسب مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) درجه‌بندی می‌شود. حداقل امتیاز ممکن ۴۶ و حداکثر ۲۳۰ است. در نمره‌دهی پرسش‌نامه، افرادی که تصویر ذهنی مناسب‌تری از خود دارند، نمرات بیشتری کسب می‌کنند (۳۵). کش نشان داد، آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه از ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ برای مردان و از ۰/۷۱ تا ۰/۸۶ برای زنان است که پایایی پذیرفتنی این ابزار را بیان می‌کند. همچنین پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ گزارش شد. ضریب همبستگی برای بررسی روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه با سیاههٔ نگرانی از تن‌انگاره[2] در نمونه‌های دانشجویی، ۰/۶۰ ($p\leq$۰/۰۰۱) به‌دست آمد (۳۵). در مطالعه‌ای شمشادی و همکاران، روایی همگرای بین دو پرسش‌نامهٔ تصویر بدنی و پرسش‌نامهٔ نگرش‌های فرهنگی ـ اجتماعی به‌ظاهر (SATAQ-3)[3] را ۰/۸۷ گزارش کردند ($p\leq$۰/۰۰۱). به‌علاوه ضریب پایایی ابعاد این پرسش‌نامه با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در دامنه بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ محاسبه شد که نشان‌دهندهٔ پذیرفتنی‌بودن پایایی زمانی یا قابلیت تکرارپذیری ابعاد پرسش‌نامه بود (۳۶). نتایج پژوهش شمشادی و همکاران همسو با نتایج پژوهش کش (۳۵) نشان داد که پرسش‌نامه، همسانی درونی و روایی پذیرفتنی دارد؛ ازاین‌رو، ابزار مناسبی برای سنجش تصویر بدنی است (۳۶).

ـ مقیاس احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا (UCLA)[4]: این مقیاس به‌عنوان اولین مقیاس احساس تنهایی، در سال ۱۹۷۸ توسط راسل و همکاران ساخته شد (۳۷). این مقیاس از بیست ماده تشکیل شده است که یازده عبارت مثبت و نُه مادهٔ منفی دارد. آزمودنی میزان انطباق هریک از مواد مقیاس را با حالت‌های خود در طیف چهارگزینه‌ای لیکرت به‌صورت هرگز (۱)، به‌ندرت (۲)، بعضی اوقات (۳) و اغلب (۴) مشخص می‌کند. حداقل نمره یعنی ۲۰ گویای نبود احساس تنهایی و حداکثر نمره ۸۰ است. کسب نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ احساس تنهایی بیشتر است (۳۷). پایایی این مقیاس توسط راسل و همکاران برابر با ۰/۹۴ به‌دست آمد (۳۷). همچنین ضریب همبستگی برای بررسی روایی هم‌زمان این مقیاس با مقیاس احساس تنهایی افتراقی[5] در نمونه‌های دانشجویی، ۰/۷۲ (p=۰/۰۰۱) بود که در سطح مطلوب بوده است (۳۷). راسل و همکاران، پایایی مقیاس را نیز به‌روش بازآزمایی در فاصلهٔ زمانی دوازده ماه ۰/۸۹ گزارش کردند (۳۷). در ایران در پژوهش بحیرایی و همکاران پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمد (۳۸).

ـ پرسش‌نامهٔ حساسیت به طرد[6]: این پرسش‌نامه توسط داونی و فلدمن در سال ۱۹۹۶ ساخته شد (۳۹). این پرسش‌نامه شامل هیجده سؤال دوقسمتی (الف و ب) است. قسمت الف میزان اضطراب افراد در زمینهٔ طردشدن و قسمت ب پیش‌بینی احتمال پذیرش‌شدن را می‌سنجد؛ در قسمت الف، سؤالات بر مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از اصلاً نگران نیستم (۱) تا خیلی نگران هستم (۶) سنجیده می‌شود. دامنهٔ نمرات این پرسش‌نامه از ۱۸ تا ۱۰۸ است. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ میزان اضطراب بیشتر و نمرهٔ کمتر نشان‌دهندهٔ میزان اضطراب کمتر است. قسمت دوم این سؤالات میزان دریافت پاسخ مثبت را می‌سنجد که روی مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از احتمال خیلی کمی دارد (۱) تا احتمال خیلی زیادی دارد (۶)، است. دامنهٔ نمرات از ۱۸ تا ۱۰۸ و نمرات بیشتر در این سؤالات به‌منزلهٔ دریافت پاسخ مثبت بیشتر و نمرات کمتر در آن‌ها به‌منزلهٔ دریافت پاسخ مثبت کمتر است (۳۹). داونی و فلدمن همسانی درونی پرسش‌نامه را ۰/۸۵ گزارش کردند (۳۹). خوشکام و همکاران ضریب پایایی پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آوردند و وجود همبستگی مثبت بین پرسش‌نامهٔ حساسیت به طرد با پرسش‌نامهٔ نگرانی پنسیلوانیا[7] (r=۰/۶۹) نشان‌دهندهٔ روایی همگرایی مطلوب پرسش‌نامه بود (۴۰).

ـ برنامهٔ آموزش طرح‌واره‌درمانی یانگ و همکاران: در تحقیق حاضر آموزش طرح‌واره‌درمانی در طی هشت جلسهٔ هفتگی دوساعته (هفته‌ای یک جلسه) با رعایت پروتکل‌های بهداشتی برگزار شد. تدوین محتوای جلسات درمانی براساس پروتکل آموزشی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) صورت گرفت. پروتکل آموزشی این پژوهش طی هشت جلسهٔ دوساعته برگرفته از کتاب *راهنمای کاربردی طرح‌واره‌درمانی برای متخصصان بالینی* متعلق به یانگ و همکاران اجرا شد (۲۵). برای بررسی روایی محتوایی جلسات از نظر پنج استاد روان‌شناس با مدرک دکتری و حداقل پایهٔ استادیاری و هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی (با تخصص در زمینهٔ طرح‌واره‌درمانی) استفاده شد که حاکی‌از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود. در جدول ۱، جلسات و مراحل این برنامهٔ آموزشی به‌طور خلاصه ارائه شده است. در هریک از جلسات ابتدا بازبینی تکالیف هفتهٔ قبل انجام گرفت و از آزمودنی‌ها خواسته شد در بحث مشارکت کنند. سپس تکالیف آینده مشخص شد و آزمودنی‌ها به انجام تکلیف جلسهٔ بعد تشویق شدند. در پایان هر جلسه جمع‌بندی از مطالب آن جلسه صورت گرفت. گفتنی است، در جلسهٔ اول هر دو نوع مداخله، پرسش‌نامه‌ها به‌صورت پیش‌آزمون به گروه‌های آزمایش و

[1]. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBRSQ)
[2]. Body Image Concern Inventory
[3]. Socio-Cultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3
[4]. UCLA Loneliness Scale
[5]. Differential Loneliness Scale (DLS)
[6]. Rejection Sensitivity Questionnaire
[7] .Pennsylvania State Worry Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

هم‌زمان به گروه گواه داده شد.

جدول ۱. رئوس موضوعات آموزشی در جلسات درمانی طرح‌واره‌درمانی براساس کتاب طرح‌واره‌درمانی یانگ و همکاران

جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه، بیان اهداف درمان و ترغیب شرکت‌کنندگان برای تداوم حضور در جلسه‌ها و آشناکردن آن‌ها با طرح‌واره‌درمانی، تمرکز بر تاریخچهٔ زندگی، اجرای پیش‌آزمون، در پایان ارائهٔ تکلیف
دوم	آموزش دربارهٔ طرح‌واره و سبک‌های مقابله‌ای؛ آشنایی با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آن‌ها، توضیح سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرح‌واره‌ها، در پایان ارائهٔ تکلیف
سوم	استفاده از راهبردهای شناختی؛ ارائهٔ منطق تکنیک‌های شناختی و استعارهٔ جنگ، بررسی تکالیف اعضا، استفاده از سبک درمانی مواجهه‌سازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌واره، در پایان ارائهٔ تکلیف
چهارم	استفاده از تکنیک‌های شناختی؛ ارزیابی مزایا و معایب سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای، گفت‌وگو بین دیدگاه طرح‌واره و دیدگاه سالم، استفاده از ایفای نقش، آموزش تدوین ساخت کارت‌های آموزشی، در پایان ارائهٔ تکلیف
پنجم	راهبردهای تجربی؛ ارائهٔ منطق تکنیک‌های تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی، ربط‌دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، گفت‌وگوی خیالی با والدین، در پایان ارائهٔ تکلیف
ششم	الگوشکنی رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسهٔ قبل و گرفتن بازخورد از اعضا، ارائهٔ منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، تهیهٔ فهرست جامعی از رفتارهای خاص به‌عنوان موضوع تغییر، ارائهٔ راه‌هایی برای تهیهٔ فهرست رفتار، اولویت‌بندی برای الگوشکنی و مشخص‌کردن مشکل‌سازترین رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، در پایان ارائهٔ تکلیف
هفتم	تکنیک‌های رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسهٔ گذشته و گرفتن بازخورد، تمرین رفتارهای سالم ازطریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی، در پایان ارائهٔ تکلیف
هشتم	جمع‌بندی مطالب گذشته؛ بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، ارائهٔ خلاصهٔ جلسات قبل، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا، ارائهٔ پس‌آزمون‌ها، قدردانی و ختم جلسات

ـ برنامهٔ آموزش مبتنی‌بر شفقت خود از گیلبرت: این برنامهٔ آموزشی به‌مدت هشت جلسه به‌صورت هفتگی اجرا شد که گروه آزمایش دیگر، آن را دریافت کرد. محتوای جلسات و شیوهٔ اجرا و نحوهٔ ارائهٔ پروتکل آموزشی این پژوهش طی هشت جلسهٔ دوساعته برگرفته از منبع معتبر گیلبرت (۲۰۰۹) تهیه و اجرا شد (۲۹) که محتوای آن توسط اساتید روان‌شناسی به‌تأیید رسید. در جدول ۲ جلسات و مراحل این برنامهٔ آموزشی به‌طور خلاصه ارائه شده است.

جدول ۲. رئوس موضوعات آموزشی در جلسات درمانی مبتنی‌بر شفقت خود از گیلبرت

جلسه	شرح جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی‌بر شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی‌بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش درک و فهم اینکه افراد احساس کنند امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند، ارائهٔ تکالیف خانگی
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی درقبال خود، پرورش و درک وجود نقایص و مشکلات در دیگران (پرورش حس اشتراکات انسانی) درمقابل احساسات خودتخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی، ارائهٔ تکالیف خانگی
چهارم	مرور تمرین جلسهٔ قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان «دارای شفقت» یا «بدون شفقت» خود باتوجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی درقبال خود و دیگران، آموزش استعارهٔ فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش، ارائهٔ تکالیف خانگی
پنجم	مرور تمرین جلسهٔ قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعارهٔ آنفلونزا، آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز باتوجه به متغیربودن روند زندگی و مواجه‌شدن افراد با چالش‌های مختلف، ارائهٔ تکالیف خانگی
ششم	مرور تمرین جلسهٔ قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی، شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی، ارائهٔ تکالیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسهٔ قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانهٔ موقعیت‌های واقعی مبتنی‌بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها به‌منظور توانایی مقابله به‌روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود، درنهایت جمع‌بندی و ارائهٔ راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، اجرای پس‌آزمون

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس، آزمون خی‌دو، روش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی توسط نرم‌افزار SPSS[1] نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۳ گزارش شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس مشخص کرد، بین آزمودنی‌های سه گروه از نظر سن (p=۰/۸۷۲) و مدت‌زمان ازدواج (p=۰/۲۳۸) تفاوت معناداری وجود نداشت و آزمودنی‌های سه گروه از نظر دو متغیر سن و مدت‌زمان ازدواج یکسان بودند. نتایج آزمون خی‌دو نشان داد، تفاوت معناداری میان سه گروه از نظر میزان تحصیلات (p=۰/۱۵۵) و تعداد فرزندان (p=۰/۷۵۷) و وضعیت اجتماعی‌اقتصادی (p=۰/۸۰۶) وجود نداشت و همگنی میان گروه‌ها محقق شده است.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سه گروه مطالعه‌شده

متغیر			طرح‌واره‌درمانی		درمان مبتنی‌بر شفقت خود		گواه	
سن (سال)	میانگین	انحراف معیار	۳۴/۸۰	۷/۳۸	۳۳/۹۳	۶/۷۷	۳۵/۷	۷/۰۳
مدت‌زمان ازدواج (سال)	میانگین	انحراف معیار	۵/۷۳	۱/۳۳	۴/۹۳	۱/۱۶	۵/۲۰	۱/۳۷
میزان تحصیلات	تعداد (درصد)	کمتر از دیپلم	۳ (۲۰ درصد)		۴ (۲۶/۷ درصد)		۵ (۳۳/۳ درصد)	
	تعداد (درصد)	دیپلم و فوق‌دیپلم	۸ (۵۳/۳ درصد)		۱۰ (۶۶/۷ درصد)		۷ (۴۶/۷ درصد)	
	تعداد (درصد)	لیسانس و بیشتر	۴ (۲۶/۷ درصد)		۱ (۶/۷ درصد)		۳ (۲۰ درصد)	
تعداد فرزندان	تعداد (درصد)	یک فرزند	۹ (۶۰ درصد)		۱۰ (۶۶/۷ درصد)		۸ (۵۳/۳ درصد)	
	تعداد (درصد)	دو فرزند و بیشتر	۶ (۴۰ درصد)		۵ (۳۳/۳ درصد)		۷ (۴۶/۷ درصد)	
وضعیت اجتماعی‌اقتصادی	تعداد (درصد)	ضعیف	۵ (۳۳/۳ درصد)		۳ (۲۰ درصد)		۵ (۳۳/۳ درصد)	
	تعداد (درصد)	متوسط	۳ (۲۰ درصد)		۴ (۲۶/۷ درصد)		۴ (۲۶/۷ درصد)	
	تعداد (درصد)	خوب	۷ (۴۶/۷ درصد)		۸ (۵۳/۳ درصد)		۶ (۴۰ درصد)	

به‌منظور بررسی استنباطی داده‌ها، روش تحلیل کوواریانس به‌کار رفت. قبل از انجام این آزمون، برای رعایت پیش‌فرض‌های آن از آزمون‌های شاپیرو–ویلک و لون استفاده شد. فرض نرمال‌بودن داده‌ها در پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و گواه رد نشد؛ به‌عبارتی توزیع داده‌ها نرمال بود (p>۰/۰۵). براساس آزمون لون و معنادارنبودن آن، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شد (p>۰/۰۵). معنادارنبودن بتای اثر متقابل پیش‌آزمون هریک از متغیرها و گروه در مدل رگرسیون خطی حکایت از همگنی شیب خطوط رگرسیون داشت (p>۰/۰۵).

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیرهای احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه‌ها به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
احساس تنهایی	طرح‌واره‌درمانی	۲۵/۴۰	۵/۶۱	۲۰/۸۰	۵/۲۲	۷/۵۸	۰/۰۰۲	۰/۲۷۰
	درمان مبتنی‌بر شفقت خود	۲۵/۲۰	۵/۴۶	۱۸/۳۳	۵/۶۳			
	گواه	۲۵/۵۳	۵/۵۷	۲۵/۶۶	۵/۷۱			
تصویر بدنی منفی	طرح‌واره‌درمانی	۱۸/۷۳	۳/۶۵	۲۲/۲۵	۳/۰۰	۱۰/۹۳	۰/۰۰۵	۰/۳۴۸
	درمان مبتنی‌بر شفقت خود	۱۹/۰۰	۳/۴۸	۲۴/۰۶	۳/۱۷			
	گواه	۱۸/۹۳	۳/۷۵	۱۸/۶۶	۳/۴۷			
حساسیت به طرد	طرح‌واره‌درمانی	۴۸/۰۶	۶/۷۶	۴۴/۰۶	۶/۱۴	۱۶/۱۹	۰/۰۰۵	۰/۴۴۱
	درمان مبتنی‌بر شفقت خود	۴۷/۸۶	۶/۵۲	۳۹/۸۶	۵/۹۷			
	گواه	۴۷/۹۳	۶/۵۷	۴۷/۸۰	۶/۲۱			

برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کوواریانس به‌شرح جدول ۴ استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گروه گواه، در پس‌آزمون در متغیرهای احساس تنهایی (p=۰/۰۰۲) و تصویر بدنی منفی (p=۰/۰۰۵) و حساسیت به طرد (p=۰/۰۰۵) وجود داشت. به‌بیان‌دیگر، آموزش طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود توانسته است این متغیرها را بهبود بخشد.

همچنین مقدار مجذور اتا نشان‌دهندهٔ میزان تأثیر طرح‌واره‌درمانی و

[1]. Statistical Package for the Social Sciences

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

درمان مبتنی‌بر شفقت خود بر تغییر نمرات گروه‌ها در هریک از متغیرها بود. به‌عبارت‌دیگر مداخله‌های طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود بر متغیرهای وابسته اثر معناداری داشتند. برای اینکه تعیین شود بین کدام‌یک از سه گروه تفاوت معنادار وجود داشت، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۵ برای متغیرهای وابسته ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسهٔ میانگین متغیرهای وابسته بین سه گروه

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین	خطای معیار	مقدار p
احساس تنهایی	طرح‌واره‌درمانی	درمان مبتنی‌بر شفقت	۲/۳۸	۱/۸۸	۰/۶۳۵
		گواه	ـ۴/۸۱	۱/۸۸	۰/۰۴۳
	درمان مبتنی‌بر شفقت	گواه	ـ۷/۲۰	۱/۸۸	۰/۰۰۵
تصویر بدنی منفی	طرح‌واره‌درمانی	درمان مبتنی‌بر شفقت	ـ۱/۷۹	۱/۱۷	۰/۴۰۴
		گواه	۳/۵۹	۱/۱۷	۰/۰۱۲
	درمان مبتنی‌بر شفقت	گواه	۵/۳۹	۱/۱۷	۰/۰۰۵
حساسیت به طرد	طرح‌واره‌درمانی	درمان مبتنی‌بر شفقت	۴/۰۵	۱/۳۸	۰/۰۱۷
		گواه	ـ۳/۸۳	۱/۳۸	۰/۰۲۶
	درمان مبتنی‌بر شفقت	گواه	ـ۷/۸۸	۱/۳۸	۰/۰۰۵

برای مقایسهٔ اثربخشی دو روش درمانی بر احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد در زنان متقاضی جراحی زیبایی، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. همان‌طورکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقایسهٔ میانگین‌ها نشان می‌دهد، بین اثربخشی روش طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود در کاهش حساسیت به طرد در زنان متقاضی جراحی زیبایی تفاوت معناداری وجود داشت (p=۰/۰۱۷). به‌عبارت‌دیگر، تأثیر روش درمانی مبتنی‌بر شفقت خود بر متغیر احساس تنهایی به‌طور معناداری بیشتر از طرح‌واره‌درمانی بود و در متغیرهای احساس تنهایی (p=۰/۶۳۵) و تصویر بدنی منفی (p=۰/۴۰۴) بین دو روش درمانی تفاوت معنادار مشاهده نشد.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود بر احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد در زنان متقاضی جراحی زیبایی بود. نتایج تحلیل داده‌ها مشخص کرد، طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود بر نمرات متغیر احساس تنهایی تأثیر معنادار داشت؛ به‌طوری‌که در گروه‌های آزمایش (طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود) درمقایسه با گروه گواه کاهش معنادار نمرات احساس تنهایی مشاهده شد؛ اما بین دو گروه آزمایش (طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود) تفاوت معنادار وجود نداشت. همسو با این یافته، کاظمی و همکاران در پژوهشی نشان دادند، درمان مبتنی‌بر شفقت خود سبب کاهش احساس تنهایی و افزایش امید به زندگی در زنان شده است (۴۱). تمرین مراقبه که در درمان شفقت بر خود آموزش داده می‌شود، احساس آرام‌ترشدن درونی و ارتباط با دیگران را به‌دنبال دارد (۳۲). درمان مبتنی‌بر شفقت خود، باتوجه به سیستم‌های انگیزشی و هیجانی و تکامل‌یافته، تحریک و پرورش سیستم تنظیم‌کنندهٔ احساسات و عواطف، توجه به احساس‌ها و هیجانات در جهت‌دهی به رفتار و تغییر در دیدگاه فرد، در پیش گرفتن دیدگاه‌های منعطف، غیرقضاوتی، مشفقانه و نیز فعال‌کردن سیستم آرامش و پذیرش بی‌قید و شرط، به افراد طالب عمل جراحی زیبایی کمک می‌کند که به‌جای احساس کهتری و شرم و سرزنش، درک بهتری داشته باشند و شیوه‌های ناسازگار فکری و احساسی و رفتاری را همواره با تصور صدایی گرم و مشفقانه درک و اصلاح کنند (۴۲). همسو با نتایج پژوهش حاضر، انصاری و همکاران دریافتند، طرح‌واره‌درمانی سبب بهبود پریشانی روان‌شناختی و تصویر بدنی و اختلالات خوردن در بیماران شده است (۴۳). همچنین همسو با نتایج پژوهش حاضر، رینهارد و همکاران در پژوهش خود گزارش دادند که طرح‌واره‌درمانی باعث بهبود اختلال‌های شخصیت اجتنابی و احساس تنهایی و دوری‌گزینی افراد می‌شود. این رویکرد با به‌چالش‌کشیدن طرح‌واره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد و ناپخته و جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های کارآمد و رشدیافته به‌طورکلی احساس تنهایی و سلامت روان‌شناختی را بهبود می‌بخشد (۴۴). ازآنجاکه اثر عمدهٔ طرح‌واره‌درمانی بر احساسات و هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظم این درمان را در بر می‌گیرد، به‌نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کند تا فرد دربارهٔ احساسات و هیجانات خود و اشخاص دیگر آگاهی یابد و کمبودها و ویژگی‌های آن‌ها را بپذیرد (۴۵). فرایند طرح‌واره‌درمانی، انتخاب دوستان و معاشران و چگونگی بیان نیازها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. آن‌گاه افراد دیگر نیز پاسخ هیجانات آن‌ها را به‌شیوه‌ای صحیح خواهند داد؛ درنتیجه تمامی این مسیرهای طی‌شده منجربه کاهش احساس تنهایی می‌شود؛ نه آنکه روابط اجتماعی را از لحاظ تراکم افراد افزایش دهد.

در تبیین اثربخش‌بودن هر دو روش درمانی (طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود) بر بهبود احساس تنهایی، می‌توان گفت که اثر حضور در گروه بر احساس تنهایی زنان متقاضی جراحی زیبایی بی‌تأثیر نیست؛ زیرا تجربهٔ شرکت در گروه و قرارگرفتن در میان افرادی که همگی یک درد مشترک دارند، این نکته را به افراد یادآوری می‌کند که آن‌ها در این تجارب تنها نیستند. نکته‌ای دیگر که باید به آن اشاره کرد، شکل اجرای درمان مبتنی‌بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی است که در قالب گروه‌درمانی نیز فواید ویژه‌ای دارد و روند بهبود خودمهارگری را تسریع می‌کند. گیلبرت بیان کرد، آموزش همدلی برای اعضای گروه و اجرای

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

عملی آن در گروه، فضای گروه را برای تمرکز روی خود مستعد و آماده می‌سازد؛ همچنین به‌اشتراک‌گذاشتن تنش‌ها و نگرانی‌ها در باب موضوع شفقت توسط اعضای گروه به عادی‌سازی و حل مسائل بسیار کمک می‌کند (۲۹). دربارهٔ حل تکالیف نیز، وقتی اعضا در زمینهٔ نگرانی‌ها، مشکلات، راه‌حل‌ها، بینش‌ها و تلاش‌هایشان در هر تکلیف با یکدیگر تبادل نظر می‌کنند، کمک شایانی به حل آن تکلیف می‌شود. درمجموع اجرای درمان مبتنی‌بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی در قالب گروه‌درمانی به‌دلیل ساختار حمایتگری آن، می‌تواند در بهبود احساس تنهایی مؤثر باشد.

همچنین نتایج نشان داد، طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود درمقایسه با گروه گواه بر افزایش نمرات متغیر تصویر بدنی در گروه‌های آزمایش تأثیر معنادار داشتند؛ اما تفاوت بین گروه‌های درمان مبتنی‌بر شفقت خود و طرح‌واره‌درمانی معنادار نبود. همسو با این یافته، نتایج پژوهش علی قنواتی و همکاران مشخص کرد، درمان مبتنی‌بر شفقت یکی از درمان‌های موج سوم روان‌شناختی به‌شمار می‌رود که توانسته است میزان نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه را کاهش دهد (۴۶). خلعتبری و همکاران نیز دریافتند، درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود تصویر بدنی و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است (۲۸). برمبنای نظر نف و جرمر می‌توان گفت، درمان مبتنی‌بر شفقت باعث می‌شود با به‌کارگیری تجربه‌ها، فعالیت‌هایی مانند یادگیری یا رفتارهای جایگزین و سازگارانه‌تر ایجاد شود. همچنین این روش درمانی نقش مهم و مؤثری در حفظ سلامت دارد؛ زیرا در این روش افراد یاد می‌گیرند با خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، دربارهٔ شرایط زندگی خود هشیار باشند و به مسائل و مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبه‌رو شوند (۴۷). همسو با یافتهٔ مذکور پژوهش حاضر، نتایج پژوهش ضرغام حاجبی و همکاران نشان داد، طرح‌واره‌درمانی گروهی می‌تواند در بهبود خودپندارهٔ مثبت زنان مؤثر باشد (۴۸). براساس دیدگاه یانگ و همکاران، هدف طرح‌واره‌درمانی کمک به ارضای هیجانات ارضانشده است. زمانی که در طی فرایند درمان این نیازهای هیجانی تاحدودی ارضا می‌شود، زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا می‌کند؛ چراکه طرح‌واره‌های ناسازگار اساساً به‌دلیل ارضانشدن نیازهای هیجانی به‌وجود می‌آیند (۲۵).

یافتهٔ دیگر این پژوهش مشخص کرد، طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود بر کاهش نمرات حساسیت به طرد تأثیر معنادار داشتند. این یافتهٔ پژوهش با مبانی نظری و اقدام‌های بالینی مارتین و یانگ مبنی‌بر اثربخشی طرح‌واره‌درمانی برای اصطلاح طرح‌واره‌های حوزهٔ بریدگی و طرد، همسوست (۲۶). به‌بیان یانگ و همکاران، طرح‌واره‌های آسیب‌رسان‌تر و قدرتمندتر در حوزهٔ اول «طرد و بریدگی» قرار دارند. این حوزه با چهار طرح‌وارهٔ رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم و انزوای اجتماعی/بیگانگی، مشخص می‌شود. چنانچه فردی در دوران کودکی رها شود، از او سوءاستفاده شود، طرد یا فراموش شود و در بزرگسالی به‌صورت ناخودآگاه وقایع زندگی فعلی را مشابه با تجربه‌های آسیب‌رسان دوران کودکی‌اش درک کند، طرح‌واره‌هایش برانگیخته می‌شوند و هیجان‌های منفی شدیدی را مانند شرم، سوگ، ترس یا خشم تجربه می‌کند (۲۵).

همچنین بین دو گروه آزمایش (طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود) در کاهش متغیر حساسیت به طرد تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که کاهش در گروه درمان مبتنی‌بر شفقت بیشتر بود. همسو با این یافته، نتایج پژوهش طاهری و همکاران اثربخشی آموزش مهارت‌های شفقت به خود را برای افزایش بهزیستی و کاهش الگوهای خودانتقادگری و شرم نشان داد (۴۹). یافته‌های پژوهش لیو و همکاران مشخص کرد، خودشفقت‌ورزی در مواجهه با حوادث منفی واقعی و به‌یادآوردن حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین‌تر عواطف منفی در ارتباط است و منجربه تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی می‌شود. افرادی که دارای خودشفقت‌ورزی زیادی هستند، تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند؛ اما حوادث منفی را کمتر نشخوار می‌کنند و درنتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجان منفی را تجربه خواهند کرد (۵۰). ازسوی‌دیگر دربارهٔ اثرگذاری درمان مبتنی‌بر شفقت باید گفت، در درمان مبتنی بر شفقت، به افراد یاد داده می‌شود که از احساسات دردناک خود اجتناب نورزند و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربهٔ خود را بشناسند و به آن احساس مهرورزی داشته باشند. سپس دارای نگرش مهرورزانه‌ای به خود باشند. درواقع شفقت خود، همانند ضربه‌گیری درمقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که شفقت خود بیشتری دارند، ازآنجاکه با سخت‌گیری کمتر، دربارهٔ خود قضاوت می‌کنند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر برپایهٔ عملکرد واقعی آن‌ها است.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمقایسه با گروه گواه، طرح‌واره‌درمانی و نیز درمان مبتنی‌بر شفقت خود بر بهبود احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد در زنان متقاضی جراحی زیبایی اثربخش است. در بهبود احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی بین دو مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر شفقت خود تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در مقام مقایسه بین دو مداخله، برای متغیر حساسیت به طرد، اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت خود بیشتر از طرح‌واره‌درمانی است.

۶ تشکر و قدردانی

گروه پژوهش بر خود لازم می‌دانند از تمامی عزیزانی که به هر نحو در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از شرکت‌کننده‌های پژوهش حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد. همچنین پروتکل تحقیق در کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به‌تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

داده‌های جمع‌آوری‌شده در پژوهش حاضر به هیچ سازمان یا ارگانی تحویل داده نمی‌شود؛ اما به‌طور خام در اختیار محقق است تا مراکز

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

مربوط رسمی (مثل دانشگاه) بتوانند برای صحت‌سنجی در صورت لزوم از آن استفاده کنند.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی و اکسل داده در فضای ذخیره‌ای هارددرایو (به‌دلیل جلوگیری از احتمال هرگونه هک‌شدن و همچنین حفظ و دسترسی به داده‌ها)، نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

منابع مالی

پژوهش حاضر تحت حمایت و کمک مالی هیچ نهاد یا سازمانی نبوده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر داشتند.

References

1. Wang Y, Chu X, Nie J, Gu X, Lei L. Selfie-editing, facial dissatisfaction, and cosmetic surgery consideration among Chinese adolescents: a longitudinal study. Curr Psychol. 2022;41(12):9027–37. https://doi.org/10.1007/s12144-020-01280-4
2. Niknam M, Khodi Z, Khodi M. The relationship between body image, self-concept and happiness among women seeking cosmetic surgery in Tehran. Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2019;27(1):1110–7. [Persian] http://dx.doi.org/10.18502/ssu.v27i1.868
3. Sun S, He J, Yang X, Wang F. Benefit-seeking or risk-taking? examining the portrayal of cosmetic surgery in Chinese news, 2000–2019. Int J Environ Res Public Health. 2020;18(1):48. https://doi.org/10.3390/ijerph18010048
4. Shome D, Vadera S, Male SR, Kapoor R. Does taking selfies lead to increased desire to undergo cosmetic surgery. J Cosmet Dermatol. 2020;19(8):2025–32. https://doi.org/10.1111/jocd.13267
5. Jafferany M, Salimi S, Mkhoyan R, Kalashnikova N, Sadoughifar R, Jorgaqi E. Psychological aspects of aesthetic and cosmetic surgery: clinical and therapeutic implications. Dermatol Ther. 2020;33(4):e13727. https://doi.org/10.1111/dth.13727
6. Sarwer DB. Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. Body Image. 2019;31:302–8. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.009
7. Zare Bahramabadi M, Dehghani E. Comparison of emotional intelligence, body-image and quality of life between the patients seeking rhinoplasty and control group. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2014;19(2):84–92. [Persian] http://dx.doi.org/10.22102/19.2.84
8. Isazadegan A, Soleymani E, Khosravian B, Sheikhi S. The comparison the social competence and emotional regulation in rhinoplasty cosmetic surgery applicants and normal individuals. Studies in Medical Sciences. 2016;27(9):735–43. [Persian] http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3475-en.html
9. Sayegh F, Perdikis G, Eaves M, Taub D, Glassman GE, Taub PJ. Evaluation of plastic surgery resident aesthetic clinic websites. JPRAS Open. 2021;27:99–103. https://doi.org/10.1016/j.jpra.2020.12.002
10. Kim JO. The locality of plastic bodies: Korean reality tv, celebrity, and bimaxillary surgery. Continuum. 2020;34(5):720–32. https://doi.org/10.1080/10304312.2020.1782837
11. Grogan S. Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children. Third edition. Taylor & Francis; 2016.
12. Shafiei M, Basharpoor S, Zabihinia E, Heidarirad H. The role of response inhibition, negative urgency and body image concerns in anticipation of eating disorders in girl students' university of medical sciences. Journal of Psychological Studies. 2018;14(1):91–107. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3122_en.html
13. Quittkat HL, Hartmann AS, Düsing R, Buhlmann U, Vocks S. Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. Front Psychiatry. 2019;10:864. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00864
14. Roomruangwong C, Kanchanatawan B, Sirivichayakul S, Maes M. High incidence of body image dissatisfaction in pregnancy and the postnatal period: associations with depression, anxiety, body mass index and weight gain during pregnancy. Sex Reprod Healthc. 2017;13:103–9. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.08.002
15. Greenberg JL, Weingarden H, Wilhelm S. A practical guide to managing body dysmorphic disorder in the cosmetic surgery setting. JAMA Facial Plast Surg. 2019;21(3):181–2. https://doi.org/10.1001/jamafacial.2018.1840
16. Liu J, Peh CX, Mahendran R. Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: the mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. Body Image. 2017;20:58–64. http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.11.001

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

17. Rudiger JA, Winstead BA. Body talk and body-related co-rumination: associations with body image, eating attitudes, and psychological adjustment. Body Image. 2013;10(4):462–71. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.010
18. Gan P, Xie Y, Duan W, Deng Q, Yu X. Rumination and loneliness independently predict six-month later depression symptoms among Chinese elderly in nursing homes. Plos One. 2015;10(9):e0137176. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137176
19. Christensen AV, Juel K, Ekholm O, Thrysøe L, Thorup CB, Borregaard B, et al. Significantly increased risk of all-cause mortality among cardiac patients feeling lonely. Heart. 2020;106(2):140–6. http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315460
20. Zakizadeh R, Bahreini M, Farhadi A, Bagherzadeh R. Predictive role of loneliness in mental health of elderly people in Bushehr. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2020;7(6):71–8. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-1473-en.html
21. Seif D. Rabeteye ab'aad khodagahi va ehsas tanhaei ba salamat ravani daneshjooyan [Relationship of the dimensions of self-awareness and loneliness with mental health among university students]. Psychological Research. 2012;15(1):44-63. [Persian]
22. Harris M, Brouillette MJ, Scott SC, Smaill F, Smith G, Thomas R, et al. Impact of loneliness on brain health and quality of life among adults living with HIV in Canada. J Acquir Immune Defic Syndr. 2020;84(4):336–44. https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002355
23. Feinstein BA. The rejection sensitivity model as a framework for understanding sexual minority mental health. Arch Sex Behav. 2020;49(7):2247–58. https://doi.org/10.1007/s10508-019-1428-3
24. Tajaddini E, Sepehrianazar F, Soleymani E. Comparison of looming maladaptive style, negative problem-orientation, emotion regulation, and rejection sensitivity in the patients with AIDS and healthy people. Research in Psychological Health. 2018;12(2):53–67. [Persian] https://rph.khu.ac.ir/article-1-3197-en.html
25. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. Hamidpour H, Andouz Z. (Persian translator). Tehran: Arjmand Publications; 2022.
26. Martin R, Young J. Schema therapy. In: Dabson KS; editor. Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York: Guilford Press; 2010.
27. Navarro-Gil M, Lopez-del-Hoyo Y, Modrego-Alarcón M, Montero-Marin J, Van Gordon W, Shonin E, et al. Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. Mindfulness. 2020;11(1):51–62. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0896-1
28. Khalatbari J, Hemmati Sabet V, Mohammadi H. Effect of compassion-focused therapy on body image and marital satisfaction in women with breast cancer. Journal of Breast Disease. 2018;13(2):7–20. [Persian] http://dx.doi.org/10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7
29. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment. 2009;15(3):199–208. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264
30. Wilson AC, Mackintosh K, Power K, Chan SWY. Effectiveness of self-compassion related therapies: a systematic review and meta-analysis. Mindfulness. 2019;10(6):979–95. https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6
31. Denis K, Beker R. The effect of self-compassion on the irrational beliefs, self-dissociation and marital not satisfaction in couples. J Pers Assess. 2015;63(2):262–74.
32. Danson R. The effect of self-compassion on the resilience and emotion regulation of marital woman. J Pers Assess. 2015;63(2):262–74.
33. Berer M. Cosmetic surgery, body image and sexuality. Reprod Health Matters. 2010;18(35):4–10. https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)35518-2
34. Delavar A. Mabani nazari va amali pazhouhesh dar oloom ensani va ejtemaei [Theoretical and practical Basis of research in humanities and social sciences]. Tehran: Roshd Publishing; 2017. [Persian]
35. Cash TF. The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire. In: MBSRQ User's Manual. Norfolk, VA, USA: Spring; 1990.
36. Shemshadi H, Shams A, Sahaf R, Shamsipour Dehkordi P, Zareian H, Moslem AR. Psychometric properties of Persian version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) among Iranian elderly. Salmand J. 2020;15(3):298–311. [Persian] https://doi.org/10.32598/sija.15.3.61.13
37. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. J Pers Assess. 1978;42(3):290-4. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
38. Bahirayi H, Delavar Ali, Ahadi H. Standardization of UCLA Loneliness Scale (version 3) on students attending universities in Tehran. Applied Psychology Quarterly. 2017;1:6–18. [Persian]
39. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. J Pers Soc Psychol. 1996;70(6):1327–43. https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.6.1327
40. Khoshkam S, Bahrami F, Rahmatollahi F, Najarpuryan S. Khosoosiat ravan sanji porseshname hassasiat be tard dar daneshjouyan [Psychometric properties of rejection sensitivity questionnaire in students in Iran]. Journal of Psychological Research. 2014;17(1):24–44. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

41. Kazemi N, Hejazi E, Rasolzadeh V, Mohammadi S, Moradi R. The effectiveness of self-compassion treatment on loneliness and life expectancy in elderly women. Rooyesh. 2020;8(12):73–80. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-1565-en.html
42. Millard LA, Wan MW, Smith DM., Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: a systematic review and meta-analysis. J Affec Disord. 2023:168–192. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010
43. Ansari S, Asgari P, Makvandi B, Heidari A, Seraj Khorrami N. Effectiveness of schema therapy in psychological distress, body image, and eating disorder beliefs in patients with anorexia nervosa. Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology. 2020;7(3):184–9. [Persian] http://dx.doi.org/10.32592/ajnpp.2020.7.3.107
44. Reinhard MA, Popov N, Rek SV, Nenov-Matt T, Barton BB, Jobst A, et al. Loneliness is associated with maladaptive schema modes in patients with persistent depressive disorder. J Psychiatr Res. 2022;154:56-60. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.057
45. Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. Clin Psychol Psychother. 2010;17(3):165–82. https://doi.org/10.1002/cpp.690
46. Ali Ghanavati S, Bahrami F, Godarzi K, Roozbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer. Health Psychology. 2018;7(3):152–68. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_5249.html?lang=en
47. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program: a pilot and randomized trial of MSC program. J Clin Psychol. 2013;69(1):28–44. https://doi.org/10.1002/jclp.21923
48. Zargam Hajebi M, Mirbagheri M, Paknezhad S. The effectiveness of schema therapy-based group counseling in increasing the positive self-concept in the street women. Women's Studies. 2018;9(23):123–34. [Persian] https://womenstudy.ihcs.ac.ir/article_3153.html?lang=en
49. Taheri A, Marashi SA, Hamid N, Beshlideh K. The effectiveness of compassion-focused therapy on psychological well-being and meaning in life of mothers of children with intellectual and developmental disorders. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2022;28(1):20–33. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.1.3046.1
50. Liu J, Peh CX, Mahendran R. Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. Body Image. 2017;20:58–64. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.11.001

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]