

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 M¹, *Mashayekh M², Hatami M³, Zam F², Shabani S⁴

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@kiaau.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.

مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر 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^۴، سمیه شعبانی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری 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.

*رابطه‌نامه نویسنده 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؛ از این رو، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود بر احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد در زنان متقاضی جراحی زیبایی بود.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه 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، به‌شیوه نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌روش تصادفی ساده در دو گروه مداخله‌ای طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود و یک گروه گواه (سه گروه پانزده نفره) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه روابط چندبُعدی بدن-خود (کش، ۱۹۹۰) و مقیاس احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا (UCLA) (راسل و همکاران، ۱۹۷۸) و پرسش‌نامه 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 نسخه 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 مبتنی بر شفقت خود در مقایسه با طرح‌واره‌درمانی بر کاهش حساسیت به طرد روش مؤثرتری بود ($p=۰/۰۱۷$)؛ اما در متغیرهای احساس تنهایی ($p=۰/۰۳۵$) و تصویر بدنی منفی ($p=۰/۰۴۴$) بین دو روش درمانی تفاوت معنادار مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج پژوهش، در بهبود احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی بین دو مداخله طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در متغیر حساسیت به طرد، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بیشتر از طرح‌واره‌درمانی است. **کلیدواژه‌ها:** طرح‌واره‌درمانی، شفقت خود، احساس تنهایی، تصویر بدنی منفی، حساسیت به طرد.

افراد و افزایش و بهترکردن اعتمادبه‌نفس^۹ صورت می‌گیرد، می‌توان تصور کرد که نتیجه یک الگوی روان‌شناختی پایدار^{۱۰} باشد. درواقع انگیزه 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 اولین بار توسط شیلدر تعریف شد، تجربه روان‌شناسی چندوجهی^{۱۱} 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 مشخص شده 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 درباره بدن خود و اشتغال ذهنی به تغییر دادن آن، در میان افراد درخواست‌کننده برای جراحی زیبایی بیشتر مشاهده می‌شود (۱۵، ۲۰). 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^{۱۲} 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^{۱۳} 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^{۱۴} 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 خشمگینانه این افراد به علائم مبهم ارائه‌شده ازسوی دیگران می‌تواند به تجربه طرد واقعی منجر شود و خشمی را معطوف به خود کند که به‌دنبال آن به رفتارهای تکانشی همچون عمل‌های زیبایی، ورزش‌های مفرد و روابط ناپایدار روی آورند (۲۴).

طرح‌واره‌درمانی^{۱۵} یکی از روش‌های درمانی است که به‌نظر می‌رسد

امروزه انجام عمل جراحی زیبایی^۱ 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 نشان‌دهنده سلامت روان^۲ 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 درباره خود برداشت‌داشتن فقط به قشر خاص یا طبقه اجتماعی یا سطح تحصیلات خاصی اختصاص ندارد (۲).

هرساله صدها هزار 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^۳ را فراهم کند و در بسیاری مواقع انجام جراحی‌های زیبایی به‌منزله اولین گزینه درجهت رهایی از این اختلال مدنظر قرار می‌گیرد (۴). شکسپیر^۴ و کلی^۵ انجام عمل جراحی زیبایی را به این صورت توضیح می‌دهند: یک روش عمل جراحی برای عوض کردن شکل ظاهری بدن، در صورتی‌که 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^۶ انجام می‌گیرد. داشتن تصویر بدنی^۷ منفی، بیشتر مواقع به‌تنهایی در قبول‌کردن جراحی زیبایی تأثیر دارد (به‌نقل از ۵). تصویر بدنی بیشتر ناشی از طرز فکر افراد است و عزت‌نفس تأثیر بیشتری در به‌وجودآمدن آن دارد؛ به‌صورتی‌که انسان‌ها با تصویر بدنی منفی غالباً عزت‌نفس ضعیف‌تر و احساس کهنتری 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^۸ پدیده‌ای شناخته‌شده است. به‌جرت 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 ۹۱ درصد این جراحی‌ها روی زنان انجام می‌شود (۸). از آنجا که جراحی‌های زیبایی بیشتر درجهت تغییر ظاهر

9. Self-confidence

10. Stable psychological model

11. Multimodal psychology

12. Rumination

13. Loneliness

14. Sensitivity to rejection

15. Schema Therapy

1. Cosmetic surgery

2. Mental health

3. Nasal Malformation Disorder

4. Shakespeare

5. Clay

6. Self-esteem

7. Body image

8. Rhinoplasty

حاضر به کار 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 مقایسه دو روش مذکور وجود داشت؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود بر تصویر بدنی منفی و احساس تنهایی و حساسیت به طرد انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون، همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی برای عمل جراحی زیبایی در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از آنجاکه در روش‌های آزمایشی حداقل پانزده نفر برای هر گروه توصیه شده است (۳۴)، از طریق مصاحبه مقدماتی با زنان داوطلب واجد شرایط متقاضی جراحی زیبایی، ۴۵ نفر از آزمودنی‌ها (سه گروه پانزده نفره)، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس 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 به صورت در دسترس انجام گرفت. سپس به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اطلاعات کاملی درباره نحوه اجرا و مراحل تحقیق در اختیار زنان متقاضی عمل زیبایی و مسئولان مرکز قرار داده شد. رضایت‌نامه کتبی از زنان مشارکت‌کننده در پژوهش دریافت شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده محرمانه باقی خواهد ماند. در ادامه با استفاده از مصاحبه مقدماتی با زنان متقاضی جراحی زیبایی (طبق ملاک‌های ورود و خروج) ارزیابی صورت گرفت و نمونه 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 محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، سابقه انجام حداقل دو عمل زیبایی، رضایت آگاهانه آزمودنی برای شرکت در پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی بود. معیارهای خروج داشتن اختلال‌های روانی ایجاب‌کننده درمان‌های فوری (مانند نشانه‌های روان‌پریشی و وابستگی به مواد) و اختلال‌های جسمی حرکتی و حسی شدید، غیبت آزمودنی‌ها بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی، دریافت هر نوع آموزش دیگر توسط آزمودنی‌ها در دوره مداخله و دریافت هر نوع درمان دارویی و روان‌درمانی در دوره مداخله بود. در خصوص 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 جلسه دوساعته (هفته‌ای یک جلسه) در برنامه

برای بهبود احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد مؤثر باشد. طرح‌واره‌درمانی نخستین بار توسط یانگ و همکاران معرفی شد. طرح‌واره‌درمانی اصول اساسی مکتب شناختی-رفتاری، نظریه دل‌بستگی، گشتالت، روابط ابژه، ساختارگرایی و روان‌تحلیل‌گری را در چارچوب مدلی درمانی درهم آمیخته است (۲۵). طرح‌واره‌درمانی یکی از درمان‌های نوین است و به افراد درمانگر کمک می‌کند مشکلات مزمن و عمیق در بیماران را به صورت کاملاً دقیق‌تر تعریف و مشخص کرده و این مشکلات را به‌گونه‌ای قابل درک سازمان‌دهی کند (۲۶). دومین درمان انتخابی برای این پژوهش یکی از درمان‌های موج سوم یعنی درمان مبتنی بر شفقت خود (CFT) بود. معمولاً زنان با تصویر بدنی منفی علت این اتفاق را به خود نسبت می‌دهند و همین باعث آشفستگی روانی در آنان می‌شود. درمان شفقت به خود سبب می‌شود فرد به دلیل 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 در قبال عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در رودرویی با درون خود ساکت می‌شود (۲۸). از نتایج این روش درمان، اهمیت دادن به رشد بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، قضاوت نکردن و مقصردانستن دیگران و تحمل یا تاب‌آوری در برابر آشفستگی و درد و رنج با روش‌هایی همچون توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن شفقت‌آمیز است (۲۹). در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان مبتنی بر 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؛ مگر اینکه افراد درمان‌های روان‌شناختی مناسبی را دریافت کنند؛ برای مثال احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی (۱۵) و حساسیت به طرد (۲۴) از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر در گرایش به عمل‌های زیبایی محسوب می‌شوند. براین اساس، درمان‌های روان‌شناختی با بنیان شناختی مانند طرح‌واره‌درمانی که تغییر طرح‌واره هدف اصلی آن به‌شمار می‌رود و درمان مبتنی بر شفقت خود که با تغییر نگرش و هیجان‌ات همراه است، می‌تواند تا حدود زیادی در بهبود این ریشه‌های شناختی و روانی و رفتاری مؤثر باشد. به عبارت دیگر، انعطاف شناختی و شفقت خود دارای تلویحات شناختی و هیجانی نیز هستند. تأثیر مداخله این دو بسته درمانی به صورت جداگانه و منفرد روی این متغیرها در مطالعات پیشین تأیید شده است؛ اما ارائه این دو نوع درمان به صورت هم‌زمان و مقایسه‌ای بر متغیرهایی چون احساس تنهایی و تصویر بدنی منفی و حساسیت به طرد بر اساس بررسی‌های پژوهشگران این مطالعه، در ادبیات تحقیق دیده نشد. از این منظر دو درمان طرح‌واره‌درمانی و مبتنی بر شفقت خود برای مقایسه میزان اثربخشی با یکدیگر در پژوهش

1. Compassion-Focused Therapy

آموزش طرح‌واره‌درمانی و گروه دیگر نیز طی دو ماه در هشت جلسه دوساعته (هفته‌ای یک جلسه) در برنامه آموزش درمان مبتنی بر 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. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان پژوهش، چهار جلسه توجیهی درخصوص آموزش‌های مذکور برای زنان گروه گواه برگزار شد. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت.

– پرسش‌نامه روابط چندبُعدی بدن-خود^۱: این پرسش‌نامه توسط کش در سال ۱۹۹۰ ساخته شد (۳۵). این پرسش‌نامه از نوع خودگزارشی و مادداکاغذی است که بدگویی از تصویر بدن را می‌سنجد و ۴۶ سؤال دارد. در این پرسش‌نامه سؤال‌های شش خرده‌مقیاس روابط بدن-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 سیاهه نگرانی از تن‌انگاره^۲ در نمونه‌های دانشجویی، ۰/۶۰ ($p \leq 0/001$) به‌دست آمد (۳۵). در مطالعه‌ای شمشادی و همکاران، روایی همگرایی بین دو پرسش‌نامه تصویر بدنی و پرسش‌نامه نگرش‌های فرهنگی-اجتماعی به‌ظاهر (SATAQ-3)^۳ را ۰/۸۷ گزارش کردند ($p \leq 0/001$). 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 نشان‌دهنده پذیرفتنی بودن 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).

– مقیاس احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا (UCLA)^۴: 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 نه ماده 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 نمره بیشتر نشان‌دهنده 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^۵ در نمونه‌های دانشجویی، ۰/۷۲ ($p = 0/001$) بود که در سطح مطلوب بوده است (۳۷). راسل و همکاران، پایایی مقیاس را نیز به‌روش بازآزمایی در فاصله 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).

– پرسش‌نامه حساسیت به طرد^۶: این پرسش‌نامه توسط داوون و فلدمن در سال ۱۹۹۶ ساخته شد (۳۹). این پرسش‌نامه شامل هیجده سؤال دو قسمتی (الف و ب) است. قسمت الف میزان اضطراب افراد در زمینه طردشدن و قسمت ب پیش‌بینی احتمال پذیرش شدن را می‌سنجد؛ در قسمت الف، سؤالات بر مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از اصلاً نگران نیستم (۱) تا خیلی نگران هستم (۶) سنجیده می‌شود. دامنه نمرات این پرسش‌نامه از ۱۸ تا ۱۰۸ است. نمرات بیشتر نشان‌دهنده میزان اضطراب بیشتر و نمره کمتر نشان‌دهنده 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. دامنه نمرات از ۱۸ تا ۱۰۸ و نمرات بیشتر در این سؤالات به‌منزله دریافت پاسخ مثبت بیشتر و نمرات کمتر در آن‌ها به‌منزله دریافت پاسخ مثبت کمتر است (۳۹). داوون 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 پرسش‌نامه حساسیت به طرد با پرسش‌نامه نگرانی پنیسلوانیا^۷ ($r = 0/69$) نشان‌دهنده روایی همگرایی مطلوب پرسش‌نامه بود (۴۰). – برنامه آموزش طرح‌واره‌درمانی یانگ و همکاران: در تحقیق حاضر آموزش طرح‌واره‌درمانی در طی هشت جلسه 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 جلسه 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 پایه استادیاری و هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی (با تخصص در زمینه طرح‌واره‌درمانی) استفاده شد که حاکی از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود. در جدول ۱، جلسات و مراحل این برنامه آموزشی به‌طور خلاصه ارائه شده است. در هریک از جلسات ابتدا بازبینی تکلیف هفته قبل انجام گرفت و از آزمودنی‌ها خواسته شد در بحث مشارکت کنند. سپس تکلیف آینده مشخص شد و آزمودنی‌ها به انجام تکلیف جلسه بعد تشویق شدند. در پایان هر جلسه جمع‌بندی از مطالب آن جلسه صورت گرفت. گفتنی است، در جلسه اول هر دو نوع مداخله، پرسش‌نامه‌ها به‌صورت پیش‌آزمون به گروه‌های آزمایش و

5. Differential Loneliness Scale (DLS)

6. Rejection Sensitivity Questionnaire

7. Pennsylvania State Worry Questionnaire

1. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBRSQ)

2. Body Image Concern Inventory

3. Socio-Cultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3

4. UCLA Loneliness Scale

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 تاریخچه زندگی، اجرای پیش‌آزمون، در پایان ارائه تکلیف
دوم	آموزش درباره 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 ارائه تکلیف
سوم	استفاده از راهبردهای شناختی؛ ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و استعاره جنگ، بررسی تکالیف اعضا، استفاده از سبک درمانی مواجهه‌سازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره، در پایان ارائه 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 ارائه تکلیف
پنجم	راهبردهای تجربی؛ ارائه منطق تکنیک‌های تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی، ربط‌دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، گفت‌وگوی خیالی با والدین، در پایان ارائه تکلیف
ششم	الگوشکنی رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسه قبل و گرفتن بازخورد از اعضا، ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، تهیه فهرست جامعی از رفتارهای خاص به‌عنوان موضوع تغییر، ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت‌بندی برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل‌سازترین رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، در پایان ارائه تکلیف
هفتم	تکنیک‌های رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسه گذشته و گرفتن بازخورد، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی، در پایان ارائه تکلیف
هشتم	جمع‌بندی مطالب گذشته؛ بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه خلاصه جلسات قبل، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه پس‌آزمون‌ها، قدردانی و ختم جلسات

– برنامه آموزش مبتنی بر شفقت خود از گیلبرت: این برنامه آموزشی به مدت هشت جلسه به صورت هفتگی اجرا شد که گروه آزمایش دیگر، آن را دریافت کرد. محتوای جلسات و شیوه اجرا و نحوه ارائه پروتکل آموزشی این پژوهش طی هشت جلسه دوساعته برگرفته از منبع معتبر

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

جلسه	شرح جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر 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 واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش درک و فهم اینکه افراد احساس کنند امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند، ارائه 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، ارائه تکالیف خانگی
چهارم	مرور تمرین جلسه 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 استعاره فیزیوتراپی)، آموزش بخشایش، ارائه تکالیف خانگی
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلونزا، آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز باتوجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف، ارائه تکالیف خانگی
ششم	مرور تمرین جلسه 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، ارائه تکالیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها به‌منظور توانایی مقابله به‌روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود، درنهایت جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، اجرای پس‌آزمون

تجزیه و تحلیل 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 نسخه 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

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سه گروه مطالعه شده

متغیر	طرح‌واره درمانی	درمان مبتنی بر شفقت خود	گواه
سن (سال)	۷/۳۸	۳۳/۹۳	۶/۷۷
انحراف معیار	۳۴/۸۰	۳۳/۹۳	۳۵/۷
مدت زمان ازدواج (سال)	۵/۷۳	۴/۹۳	۱/۳۷
انحراف معیار	۱/۳۳	۴/۹۳	۵/۲۰
تعداد (درصد)	۳ (۲۰ درصد)	۴ (۲۶/۷ درصد)	۵ (۳۳/۳ درصد)
کمتر از دیپلم	۸ (۵۳/۳ درصد)	۱۰ (۶۶/۷ درصد)	۷ (۴۶/۷ درصد)
تعداد (درصد)	۴ (۲۶/۷ درصد)	۱ (۶/۷ درصد)	۳ (۲۰ درصد)
دیپلم و فوق‌دیپلم	۹ (۶۰ درصد)	۱۰ (۶۶/۷ درصد)	۸ (۵۳/۳ درصد)
تعداد (درصد)	۶ (۴۰ درصد)	۵ (۳۳/۳ درصد)	۷ (۴۶/۷ درصد)
تعداد (درصد)	۵ (۳۳/۳ درصد)	۳ (۲۰ درصد)	۵ (۳۳/۳ درصد)
تعداد (درصد)	۳ (۲۰ درصد)	۴ (۲۶/۷ درصد)	۴ (۲۶/۷ درصد)
تعداد (درصد)	۷ (۴۶/۷ درصد)	۸ (۵۳/۳ درصد)	۶ (۴۰ درصد)
تعداد (درصد)	۳ (۲۰ درصد)	۴ (۲۶/۷ درصد)	۴ (۲۶/۷ درصد)
تعداد (درصد)	۵ (۳۳/۳ درصد)	۳ (۲۰ درصد)	۵ (۳۳/۳ درصد)
تعداد (درصد)	۳ (۲۰ درصد)	۴ (۲۶/۷ درصد)	۴ (۲۶/۷ درصد)
تعداد (درصد)	۷ (۴۶/۷ درصد)	۸ (۵۳/۳ درصد)	۶ (۴۰ درصد)

به منظور بررسی استنباطی داده‌ها، روش تحلیل کوواریانس به کار رفت. قبل از انجام این آزمون، برای رعایت پیش فرض‌های آن از آزمون‌های شاپیرو-ویلک و لون استفاده شد. فرض نرمال بودن داده‌ها در پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و گواه رد نشد؛ به عبارتی توزیع داده‌ها

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
احساس تنهایی	طرح‌واره درمانی	۲۵/۴۰	۵/۶۱	۲۰/۸۰	۵/۲۲	۷/۵۸	۰/۰۰۲
	درمان مبتنی بر شفقت خود	۲۵/۲۰	۵/۴۶	۱۸/۳۳	۵/۶۳		
تصویر بدنی منفی	طرح‌واره درمانی	۱۸/۷۳	۳/۶۵	۲۲/۲۵	۳/۰۰	۱۰/۹۳	۰/۰۰۵
	درمان مبتنی بر شفقت خود	۱۹/۰۰	۳/۴۸	۲۴/۰۶	۳/۱۷		
حساسیت به طرد	طرح‌واره درمانی	۴۸/۰۶	۶/۷۶	۴۴/۰۶	۶/۱۴	۱۶/۱۹	۰/۰۰۵
	درمان مبتنی بر 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 به شرح 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 ($p=0/002$) و

1. Statistical Package for the Social Sciences

شود بین کدام یک از سه گروه تفاوت معنادار وجود داشت، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۵ برای متغیرهای وابسته ارائه شده است.

درمان مبتنی بر شفقت خود بر تغییر نمرات گروه‌ها در هریک از متغیرها بود. به عبارت دیگر مداخله‌های طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود بر متغیرهای وابسته اثر معناداری داشتند. برای اینکه تعیین

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

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین	خطای معیار	مقدار p
احساس تنهایی	طرح‌واره‌درمانی	درمان مبتنی بر شفقت	۲/۳۸	۱/۸۸	۰/۶۳۵
		گواه	-۴/۸۱	۱/۸۸	۰/۰۴۳
	درمان مبتنی بر شفقت	گواه	-۷/۲۰	۱/۸۸	۰/۰۰۵
تصویر بدنی منفی	طرح‌واره‌درمانی	درمان مبتنی بر شفقت	-۱/۷۹	۱/۱۷	۰/۴۰۴
		گواه	۳/۵۹	۱/۱۷	۰/۰۱۲
	درمان مبتنی بر شفقت	گواه	۵/۳۹	۱/۱۷	۰/۰۰۵
حساسیت به طرد	طرح‌واره‌درمانی	درمان مبتنی بر شفقت	۴/۰۵	۱/۳۸	۰/۰۱۷
		گواه	-۳/۸۳	۱/۳۸	۰/۰۲۶
	درمان مبتنی بر شفقت	گواه	-۷/۸۸	۱/۳۸	۰/۰۰۵

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 به‌چالش کشیدن طرح‌واره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد و ناپخته و جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های کارآمد و رشدیافته به‌طور کلی احساس تنهایی و سلامت روان‌شناختی را بهبود می‌بخشد (۴۴). از آنجاکه اثر عمده طرح‌واره‌درمانی بر احساسات و هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظم این درمان را در بر می‌گیرد، به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کند تا فرد درباره 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 تحت تأثیر قرار می‌دهد. آن‌گاه افراد دیگر نیز پاسخ هیجانات آن‌ها را به شیوه‌ای صحیح خواهند داد؛ در نتیجه تمامی این مسیرهای طی شده منجر به کاهش احساس تنهایی می‌شود؛ نه آنکه روابط اجتماعی را از لحاظ تراکم افراد افزایش دهد.

در تبیین اثربخش بودن هر دو روش درمانی (طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود) بر بهبود احساس تنهایی، می‌توان گفت که اثر حضور در گروه بر احساس تنهایی زنان متقاضی جراحی زیبایی بی تأثیر نیست؛ زیرا تجربه 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 مبتنی بر 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

برای مقایسه 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. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد، بین اثربخشی روش طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود در کاهش حساسیت به طرد در زنان متقاضی جراحی زیبایی تفاوت معناداری وجود داشت ($p=۰/۰۱۷$). به عبارت دیگر، تأثیر روش درمانی مبتنی بر 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 مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر 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 مبتنی بر شفقت خود بر نمرات متغیر احساس تنهایی تأثیر معنادار داشت؛ به طوری که در گروه‌های آزمایش (طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود) در مقایسه با گروه گواه کاهش معنادار نمرات احساس تنهایی مشاهده شد؛ اما بین دو گروه آزمایش (طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود) تفاوت معنادار وجود نداشت. همسو با این یافته، کاظمی و همکاران در پژوهشی نشان دادند، درمان مبتنی بر 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 آرام‌تر شدن درونی و ارتباط با دیگران را به دنبال دارد (۳۲). درمان مبتنی بر شفقت خود، با توجه به سیستم‌های انگیزشی و هیجانی و تکامل یافته، تحریک و پرورش سیستم تنظیم‌کننده احساسات و عواطف، توجه به احساسات و هیجانات در جهت دهی به رفتار و تغییر در دیدگاه فرد، در پیش گرفتن دیدگاه‌های منعطف، غیرقضاوتی، مشفقانه و نیز فعال کردن سیستم آرامش و پذیرش بی‌قید و شرط، به افراد طالب عمل جراحی زیبایی کمک می‌کند که به جای احساس کهرتری

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). درباره حل تکالیف نیز، وقتی اعضا در زمینه نگرانی‌ها، مشکلات، راه‌حل‌ها، بینش‌ها و تلاش‌هایشان در هر تکلیف با یکدیگر تبادل نظر می‌کنند، کمک شایانی به حل آن تکلیف می‌شود. در مجموع اجرای درمان مبتنی بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی در قالب گروه‌درمانی به دلیل ساختار حمایت‌گری آن، می‌تواند در بهبود احساس تنهایی مؤثر باشد.

همچنین نتایج نشان داد، طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود درمقایسه با گروه‌گواه بر افزایش نمرات متغیر تصویر بدنی در گروه‌های آزمایش تأثیر معنادار داشتند؛ اما تفاوت بین گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت خود و طرح‌واره‌درمانی معنادار نبود. همسو با این یافته، نتایج پژوهش علی‌قناتی و همکاران مشخص کرد، درمان مبتنی بر 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 مبتنی بر 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، درباره شرایط زندگی خود هشیار باشند و به مسائل و مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبه‌رو شوند (۴۷). همسو با یافته مذکور پژوهش حاضر، نتایج پژوهش ضرغام حاجبی و همکاران نشان داد، طرح‌واره‌درمانی گروهی می‌تواند در بهبود خودپنداره مثبت زنان مؤثر باشد (۴۸). براساس دیدگاه یانگ و همکاران، هدف طرح‌واره‌درمانی کمک به ارضای هیجانات ارضاننده است. زمانی که در طی فرایند درمان این نیازهای هیجانی تاحدودی ارضا می‌شود، زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا می‌کند؛ چراکه طرح‌واره‌های ناسازگار اساساً به دلیل ارضانشدن نیازهای هیجانی به‌وجود می‌آیند (۲۵).

یافته دیگر این پژوهش مشخص کرد، طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود بر کاهش نمرات حساسیت به طرد تأثیر معنادار داشتند. این یافته پژوهش با مبانی نظری و اقدام‌های بالینی مارتین و یانگ مبنی بر اثربخشی طرح‌واره‌درمانی برای اصطلاح طرح‌واره‌های حوزه بریدگی و طرد، همسوست (۲۶). به بیان یانگ و همکاران، طرح‌واره‌های آسیب‌رسان‌تر و قدرتمندتر در حوزه اول «طرد و بریدگی» قرار دارند. این حوزه با چهار طرح‌واره 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، طرح‌واره‌های برانگیخته می‌شوند و هیجان‌های منفی شدیدی را مانند شرم، سوگ، ترس یا خشم تجربه می‌کند (۲۵).

همچنین بین دو گروه آزمایش (طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود) در کاهش متغیر حساسیت به طرد تفاوت معنادار وجود داشت؛ به طوری که کاهش در گروه درمان مبتنی بر 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 منجر به 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 در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجان منفی را تجربه خواهند کرد (۵۰). ازسوی دیگر درباره اثرگذاری درمان مبتنی بر 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 تجربه 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، از آنجاکه با سخت‌گیری کمتر، درباره خود قضاوت می‌کنند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر برپایه عملکرد واقعی آن‌ها است.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمقایسه با گروه گواه، طرح‌واره‌درمانی و نیز درمان مبتنی بر 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 مداخله طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت خود تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در مقام مقایسه بین دو مداخله، برای متغیر حساسیت به طرد، اثربخشی درمان مبتنی بر 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

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان از شرکت‌کننده‌های پژوهش حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای درباره تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد. همچنین پروتکل تحقیق در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

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

است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقاله حاضر داشتند.

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

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به صورت فایل ورودی و اکسل داده در فضای ذخیره‌ای هارددرایو (به دلیل جلوگیری از احتمال هرگونه هک شدن و همچنین حفظ و دسترسی به داده‌ها)، نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

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.jptra.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, Basharpour 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/fpsy.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>

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](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 hassasiyat ba tard dar daneshjouyan [Psychometric properties of rejection sensitivity questionnaire in students in Iran]. *Journal of Psychological Research*. 2014;17(1):24–44. [Persian]

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>