



## The efficacy of compassion focused therapy on perfectionism, body shame and symptoms of body dysmorphic disorder in women seeking cosmetic surgery

Mehrshad Mashkouri<sup>1</sup> , Zahra Bagherzadeh Gholmakani<sup>2</sup> , Ahmad Mansouri<sup>3</sup> , Mohammadreza Khodabakhsh<sup>4</sup>

1. Ph.D Candidate, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: [Mehrshadmashkouri@gmail.com](mailto:Mehrshadmashkouri@gmail.com)

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: [Z.golmakan@gmail.com](mailto:Z.golmakan@gmail.com)

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: [mansoury\\_am@yahoo.com](mailto:mansoury_am@yahoo.com)

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: [khodabakhsh@ut.ac.ir](mailto:khodabakhsh@ut.ac.ir)

### ARTICLE INFO

#### Article type:

Research Article

#### Article history:

Received 24 June 2024

Received in revised form  
22 July 2024

Accepted 28 August 2024

Published Online 22

November 2025

#### Keywords:

perfectionism,  
body shame,  
body dysmorphic  
disorder,  
compassion focused  
therapy

### ABSTRACT

**Background:** Concern about body shape and fear of physical appearance can significantly influence the decision to undergo cosmetic surgery. While the efficacy of various methods on variables such as body shame and symptoms of body dysmorphic disorder has been studied, the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) has not been adequately addressed by researchers. Therefore, it is essential to examine the impact of this intervention on the psychological well-being of individuals seeking cosmetic surgery.

**Aims:** The aim of the present study was to investigate the effectiveness of compassion focused therapy on perfectionism, body shame and symptoms of body dysmorphic disorder in women seeking cosmetic surgery.

**Methods:** This semi-experimental study employed a pre-test, post-test design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population included all women seeking cosmetic surgery at a beauty clinic in Tehran during the first nine months of 2021. Fatemeh Zahra Clinic in Tehran was selected as a sample using convenience sampling. From the clients at this center, 30 women meeting the inclusion criteria were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group underwent CFT for eight 120-minute sessions. All participants were assessed using the Multidimensional Perfectionism Scale (Hewitt & Flett, 1991), the Body Image Shame Scale (Duarte et al., 2014), and the Body Dysmorphic Disorder Fear Scale (Littleton et al., 2005). Data were analyzed using SPSS-24 software and repeated measures analysis of variance.

**Results:** The results indicated the effectiveness of CFT in reducing perfectionism, body shame, and symptoms of body dysmorphic disorder ( $p < 0.05$ ). Additionally, the results regarding the interaction effect between time and group showed that this effect was significant for all variables ( $p < 0.05$ ). Therefore, there is an interaction between different levels of time and different levels of groups.

**Conclusion:** Given the effectiveness of CFT, it is recommended to consider this therapy as a supportive, auxiliary, and rehabilitative treatment alongside medication to reduce the outcomes associated with perfectionism, body shame, and symptoms of body dysmorphic disorder.

**Citation:** Mashkouri, M., Bagherzadeh Gholmakani, Z., Mansouri, A., & Khodabakhsh, M. (2025). The efficacy of compassion focused therapy on perfectionism, body shame and symptoms of body dysmorphic disorder in women seeking cosmetic surgery. *Journal of Psychological Science*, 24(153), 229-247. [10.52547/JPS.24.153.229](https://doi.org/10.52547/JPS.24.153.229)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 24, No. 153, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.153.229](https://doi.org/10.52547/JPS.24.153.229)



✉ **Corresponding Author:** Zahra Bagherzadeh Gholmakani, Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

E-mail: [Z.golmakan@gmail.com](mailto:Z.golmakan@gmail.com), Tel: (+98) 9123833229

## Extended Abstract

### Introduction

In contemporary society, the pursuit of an idealized body image has become increasingly prevalent, driven by societal pressures, media representations, and cultural norms (Sarwer, 2019). This quest for physical perfection often manifests in individuals experiencing dissatisfaction with their appearance, leading some to seek cosmetic surgery as a means to attain their desired aesthetic. While cosmetic procedures offer the promise of physical transformation, they also raise complex psychological implications, particularly for women who undergo such interventions (Kasmaei et al., 2020). In recent years, there has been a growing interest in the psychological and emotional impacts of cosmetic surgery, particularly among women who seek to enhance their physical appearance. The pursuit of beauty through surgical interventions is often driven by societal pressures, media portrayals of idealized bodies, and personal dissatisfaction with one's appearance. This context has intensified the focus on understanding the underlying psychological issues that motivate individuals to undergo such procedures. Among these issues, perfectionism, body shame, and body dysmorphic disorder (BDD) have emerged as significant factors that can profoundly affect mental health and well-being.

Perfectionism, characterized by an irrational desire for flawlessness and a critical attitude towards oneself, is closely linked to various mental health disorders, including anxiety and depression. For many women, the quest for an unattainable ideal can exacerbate feelings of inadequacy and self-criticism, making them more susceptible to the allure of cosmetic surgery as a means of achieving perfection. This relentless pursuit can lead to a cycle of dissatisfaction and further surgeries, which may not necessarily address the underlying issues of self-worth and acceptance.

Body shame, the intense feeling of disgust or humiliation regarding one's physical appearance, is another critical factor influencing the decision to seek cosmetic enhancement. It is often rooted in societal standards and cultural norms that stigmatize

deviations from the so-called 'ideal' body. Women experiencing body shame may perceive cosmetic surgery as a way to conform to these external standards, thereby alleviating their negative self-image. However, this approach often overlooks the deeper emotional and psychological dimensions of body dissatisfaction.

Body Dysmorphic Disorder, a severe mental health condition characterized by an obsessive focus on perceived flaws in appearance, has also been increasingly recognized in the context of cosmetic surgery. Individuals with BDD often experience significant distress and impairment in daily functioning due to their preoccupation with these perceived defects. The decision to undergo cosmetic surgery is frequently driven by these obsessive thoughts, despite the potential for worsening symptoms and increased psychological distress post-surgery.

Compassion Focused Therapy (CFT), developed by Paul Gilbert, offers a promising approach to addressing these issues. CFT aims to enhance an individual's capacity for self-compassion, thereby reducing self-criticism and increasing feelings of self-worth and acceptance. By fostering a compassionate mindset, CFT seeks to alleviate the emotional burdens associated with perfectionism, body shame, and BDD. This therapeutic approach is particularly relevant for women contemplating cosmetic surgery, as it addresses the root causes of their distress rather than merely focusing on external changes.

This study aims to evaluate the efficacy of Compassion Focused Therapy in reducing perfectionism, body shame, and symptoms of body dysmorphic disorder in women seeking cosmetic surgery. By examining the therapeutic impact of CFT, this research endeavors to provide insights into alternative, psychologically informed interventions that can support women in making more informed and healthy decisions regarding cosmetic procedures. Through rigorous assessment and analysis, the study seeks to contribute to the broader understanding of how psychological interventions can enhance the well-being and quality of life for individuals facing body image concerns.

## **Method**

The present research employed a semi-experimental design with a pretest-posttest approach and a two-month follow-up period. The target population consisted of all women seeking cosmetic surgery who visited the Fatemeh Zahra Beauty Clinic in Tehran during the first 9 months of the year 2021. From this population, 30 individuals were selected based on the inclusion criteria of the study. They were then randomly assigned to either the experimental or control group. The inclusion criteria comprised of informed consent to participate in therapy sessions, age between 20 and 50 years, being a candidate for cosmetic surgery, absence of chronic psychological or physical illnesses (self-reported and verified), no history of receiving schema therapy treatments (self-reported), and not undergoing simultaneous psychological interventions. The criteria for withdrawal from the study included voluntary withdrawal from participation, absence from more than two therapy sessions. In the current study, the protocol of schema therapy by Young and colleagues (2006) was implemented. The measurement tools utilized in this study included the following: Multidimensional Perfectionism Scale (MPS): This scale assesses various dimensions of perfectionism. Body Image Shame Scale (BISS): This questionnaire measures feelings of shame regarding one's body image. Body Image Concern Inventory (BICI): This questionnaire evaluates fears related to bodily deformity.

## **Results**

The demographic characteristics of the research participants in terms of occupational status, education, and age were as follows: In the control group, 7 individuals (46.7%) were homemakers, and 8 individuals (53.3%) were employed. In the experimental group, 9 individuals (60%) were homemakers, and 6 individuals (40%) were employed. Regarding education, in the control group, 1 individual (6.7%) had a diploma, 11 individuals (73%) had a bachelor's degree, and 3 individuals (20%) had a master's degree. In contrast, in the experimental group, 11 individuals (73%) had a bachelor's degree, and 4 individuals (26.7%) had a

master's degree. In terms of age, the mean age was 39.6 years for the control group and 38.7 years for the experimental group. The scores related to the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms in women seeking cosmetic surgery in the control and experimental groups were nearly similar in the pre-test phase. However, the mean scores of the experimental group decreased more significantly in the post-test and follow-up stages compared to the control group, accompanied by improvement. Before conducting the repeated measures analysis of variance, statistical assumptions were checked. Firstly, the normality of the data distribution was assessed using the Shapiro-Wilk test, which indicated that the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms in the control and intervention groups at various stages of pre-test, post-test, and follow-up met the assumption of normal distribution at a 5% significance level ( $p < 0.05$ ). Another assumption of repeated measures analysis of variance is the equality of error variances, which was assessed using Levene's test. The results showed that the probability values in Levene's tests for all variables under investigation were greater than 0.05, indicating the homogeneity of variances at a 5% significance level across the study groups. In other words, the error variances of the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms in women seeking surgery did not significantly differ across the three stages of pre-test, post-test, and follow-up. The homogeneity of variance-covariance matrices was examined using the Box's M test, and since the obtained probability value in the Box's M test was greater than the significance level of 0.01, the assumption of homogeneity of variance-covariance matrices was met at the 0.01 significance level. Additionally, Mauchly's sphericity test was conducted to assess the assumption of sphericity for the dependent variables in the research model. The probability values obtained in Mauchly's sphericity test for all research variables were greater than 0.05, indicating that the assumption of sphericity (homogeneity of variance-covariance matrices) was accepted at the 0.05 significance level. Therefore, the assumptions of repeated measures analysis of variance were met, and repeated measures analysis of

variance can be used to analyze the effect of the intervention of schema therapy on the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms. Table 1 presents the results of the Wilks'

Lambda test for examining the effects of time and the interaction of time and group on the research variables.

**Table 1. Results of the multivariate analysis of variance (MANOVA) for examining the main effect of time and the interaction effect of time by group on the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms.**

|               |            | F      | Df | Df Error | Sig   | Effect size |
|---------------|------------|--------|----|----------|-------|-------------|
| Within Group  | Time       | 7132.3 | 6  | 23       | 0.001 | 0.999       |
|               | Time*Group | 9.39   | 6  | 23       | 0.001 | 0.456       |
| Between group | Group      | 5536.8 | 6  | 26       | 0.001 | 0.999       |

The results presented in Table 1 indicate that the effect of time, group, and the interaction effect of time by group are significant ( $p < 0.05$ ). The interaction effect examines whether the effectiveness of the intervention protocol was similar across different time periods of the experiment. The significant

interaction effect suggests that there is a significant difference in the effectiveness of the intervention protocol over time between the two groups, indicating that the efficacy over time is not consistent between the control and intervention groups but significantly different.

**Table 2 presents the results of within-group and between-group comparisons related to the variables of perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms.**

| variables                | Source        |            | SS     | df | MS      | F      | Sig   | Eta   |
|--------------------------|---------------|------------|--------|----|---------|--------|-------|-------|
| perfectionism            | Within Group  | Time       | 3350.8 | 2  | 1675.76 | 369.09 | 0.001 | 0.929 |
|                          |               | Time*Group | 3216.9 | 2  | 1608.4  | 354.8  | 0.001 | 0.927 |
|                          |               | Error      | 254.3  | 56 | 4.54    |        | 0.001 |       |
|                          | Between Group | Group      | 5585.1 | 1  | 5585.1  | 530.6  | 0.001 | 0.950 |
|                          |               | Error      | 294.7  | 28 | 10.52   |        | 0.001 |       |
| body shame               | Within Group  | Time       | 319.03 | 2  | 159.5   | 49.76  | 0.001 | 0.640 |
|                          |               | Time*Group | 396.8  | 2  | 198.4   | 61.89  | 0.001 | 0.689 |
|                          |               | Error      | 179.51 | 56 |         |        | 0.001 |       |
|                          | Between Group | Group      | 828.1  | 1  | 828.1   | 241.6  | 0.001 | 0.896 |
|                          |               | Error      | 95.96  | 28 | 3.42    |        | 0.001 |       |
| body dysmorphic symptoms | Within Group  | Time       | 1321.4 | 2  | 660.7   | 88.73  | 0.001 | 0.760 |
|                          |               | Time*Group | 1378.2 | 2  | 689.1   | 92.55  | 0.001 | 0.768 |
|                          |               | Error      | 416.9  | 56 | 7.44    |        |       |       |
|                          | Between Group | Group      | 2901.3 | 1  | 2901.3  | 68.84  | 0.001 | 0.711 |
|                          |               | Error      | 1180.1 | 28 | 42.14   |        |       |       |

The results in Table 2 indicate that there is a significant difference in perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms across pre-test, post-test, and follow-up periods in the therapy group ( $p < 0.05$ ). The findings suggest that 96%, 68%, and 75% of the within-group changes in perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms, respectively, are explained by time. The results regarding the interaction effect between time and group show that this effect is significant for all variables ( $p < 0.05$ ), indicating that there is interaction between different time points and different groups. The effect sizes indicate that 92%, 72%, and 75% of the within-group changes are explained by the interaction effect of time in the treatment group. The

between-group effects presented in Table 2 demonstrate a significant difference in the scores of dependent variables between the experimental and control groups ( $p < 0.05$ ). In other words, there is a significant difference in perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms between participants in the control group and those in the experiment group. The effect size, expressed as eta squared, for perfectionism, body shame, and body dysmorphic symptoms is 94%, 86%, and 73%, respectively.

## Conclusion

The findings of this study underscore the potential efficacy of Compassion Focused Therapy (CFT) in addressing the complex psychological issues faced by

women seeking cosmetic surgery. By focusing on enhancing self-compassion and reducing self-criticism, CFT offers a therapeutic pathway that directly tackles the underlying emotional drivers of perfectionism, body shame, and body dysmorphic disorder (BDD). The results indicate that women who underwent CFT experienced significant reductions in perfectionistic tendencies, demonstrating a shift towards more realistic and self-accepting attitudes. This change is crucial as it suggests that CFT can help mitigate the relentless pursuit of an unattainable ideal, thereby alleviating some of the psychological distress associated with perfectionism. Moreover, the decrease in body shame among participants highlights the effectiveness of CFT in fostering a more positive and accepting view of one's body, independent of societal pressures and unrealistic beauty standards. Importantly, the study also revealed a notable decrease in the symptoms of BDD among participants who received CFT. This outcome is particularly significant given the debilitating nature of BDD and its strong association with cosmetic surgery. By addressing the obsessive and distressing thoughts related to body image, CFT appears to offer a viable therapeutic option for those struggling with this disorder, potentially reducing their perceived need for surgical interventions. The implications of these findings are manifold. For mental health professionals, the study provides robust evidence supporting the integration of CFT into treatment plans for individuals dealing with body image issues, particularly those considering cosmetic surgery. For the cosmetic surgery industry, these results highlight the importance of psychological screening and support for patients, promoting a more holistic approach to patient care that prioritizes mental health and well-being. Furthermore, this study contributes to the growing body of literature that advocates for psychologically informed interventions as a means of addressing body dissatisfaction and related disorders. By demonstrating the effectiveness of CFT, it paves the way for future research and clinical practice to explore and refine therapeutic strategies that prioritize self-compassion and emotional resilience. In conclusion, Compassion Focused Therapy represents a promising intervention for women

struggling with perfectionism, body shame, and BDD, particularly those considering cosmetic surgery. By promoting self-compassion and reducing self-critical attitudes, CFT can significantly enhance psychological well-being and potentially diminish the reliance on cosmetic procedures as a solution to body image concerns. The integration of such therapeutic approaches into standard care practices could profoundly improve the mental health outcomes for individuals grappling with these challenging issues.

### **Ethical Considerations**

**Compliance with ethical guidelines:** This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of psychology, Islamic Azad University, Neishabour Branch. Ethic cod for this study was IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1400.014. The participants voluntarily participated in the research and the researcher does not consider any risk for the participants.

**Funding:** This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** Thanks are hereby given to the supervisor and advisor of this research.



## اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی

مهرشاد مشکوری<sup>۱</sup>، زهرا باقرزاده گل‌مکانی<sup>۲</sup>، احمد منصوری<sup>۳</sup>، محمدرضا خدابخش<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۰۴

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۵/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۰۷

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۹/۰۱

#### کلیدواژه‌ها:

کمال گرایی،

شرم از بدن،

نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری

بدن،

درمان متمرکز بر شفقت

**زمینه:** نگرانی از شکل بدن و ترس از ظاهر جسمانی می‌تواند در اقدام به جراحی زیبایی مؤثر باشد. تاکنون اثربخشی شیوه‌های مختلفی بر متغیرهایی مانند شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن مورد بررسی قرار گرفته است ولی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت مورد توجه پژوهشگران نبوده است. بنابراین ضروری است تاثیر این مداخله برای بهبود وضعیت روانشناختی در افراد متقاضی جراحی زیبایی بررسی شود.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی برنامه آموزشی متمرکز بر شفقت بر کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی بود.

**روش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه کننده به کلینیک زیبایی در شهر تهران در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۰ بودند که از بین آن‌ها کلینیک فاطمه زهراء تهران به عنوان نمونه با شیوه در دسترس انتخاب شد و از میان مراجعه کنندگان به آن مرکز ۳۰ نفر با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت درمان متمرکز بر شفقت به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. تمامی شرکت کنندگان به وسیله پرسشنامه‌های کمال گرایی (هویت و فلت، ۱۹۹۱)، شرم از تصویر بدن (دوارت و همکاران، ۲۰۱۴) و ترس از بدریختی بدنی (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن بود ( $p < 0/05$ ). همچنین نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در تمامی متغیرها معنی دار است ( $p < 0/05$ ). بنابراین بین سطوح مختلف زمان و سطوح مختلف گروه‌ها تعامل وجود دارد.

**نتیجه گیری:** با توجه به اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، لزوم تمرکز بر این درمان به عنوان یکی از درمان‌های کمکی، حمایتی و توانبخشی در کنار درمان دارویی در کاهش پیامدهای ناشی از کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری پیشنهاد می‌شود.

**استناد:** مشکوری، مهرشاد؛ باقرزاده گل‌مکانی، زهرا؛ منصوری، احمد؛ و خدابخش، محمدرضا (۱۴۰۴). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۳، ۲۴۷-۲۲۹.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۳، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.153.229](https://doi.org/10.52547/JPS.24.153.229)



✉ نویسنده مسئول: زهرا باقرزاده گل‌مکانی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. رایانامه: [Z.golmakan@gmail.com](mailto:Z.golmakan@gmail.com)

تلفن: ۰۹۱۲۳۸۳۳۲۲۹

## مقدمه

در سال‌های گذشته کارکرد اصلی جراحی زیبایی<sup>۱</sup> که بازگرداندن عملکرد طبیعی و شکل اعضای بدن بوده است، دستخوش تغییر شده است (بونل و همکاران، ۲۰۲۱) و در این بین نیز ایران در زمینه جراحی‌های گوناگون زیبایی، جزء رتبه‌های نخست در جهان می‌باشد (لقمانی و همکاران، ۲۰۱۷). اگر چه در پژوهش‌های مختلفی اعتقاد بر این وجود دارد که ریشه گسترش فراوان جراحی‌های زیبایی در انگیزه‌های هیجانی و شناختی قرار دارد (کوپر و همکاران، ۲۰۲۱؛ واکر و همکاران، ۲۰۲۱)، با این حال، یکی از مهم‌ترین عوامل گرایش به انجام عمل زیبایی، کسب ظاهر مطلوب و در نتیجه بهبود جایگاه اجتماعی تلقی می‌شود (پور کاوه و همکاران، ۱۳۹۹). به عبارتی دیگر، هنگامی که تصور فرد بر این باشد که خصوصیات فیزیکی و ظاهری خود را مطابق با هنجارها و ایده‌آل‌های خویش نپندارد، تغییرات گوناگون در زمینه‌های مختلف همراه با نگرانی در رابطه با جذابیت جسمانی، بستر نگرانی فرد را درباره‌ی ارزیابی دیگران از وضعیت ظاهری‌اش مهیا می‌کند و این احتمال وجود دارد که فرد برای رهایی از چنین نگرانی و حتی نشخوار فکری، جراحی زیبایی را به عنوان راه‌حل برگزیند (دی‌گشتو و همکاران، ۲۰۲۲). در حال حاضر، تاکید فزاینده بر موضوع زیبایی به عنوان یک ارزش در میان زنان شکل افراطی به خود گرفته است که می‌تواند به تصویر تحریف شده از بدن منتهی شود که در نهایت چنین گرایش به تصویر بدنی<sup>۲</sup> منفی می‌تواند زمینه افزایش آسیب‌پذیری در برابر اختلال بدریخت‌انگاری بدن<sup>۳</sup> را فراهم سازد (واکر و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش‌های گوناگون (سارور، ۲۰۱۹؛ گیلن و مارکی، ۲۰۲۱؛ چینگ و ژو، ۲۰۱۹) حاکی از این بود که افراد متقاضی جراحی زیبایی تصویر بدنی منفی نسبت به خود دارند که عاملی تاثیرگذار در گرایش به جراحی زیبایی تصور می‌شود و پژوهش جانگ و هوانگ (۲۰۱۶) نشان دهنده‌ی وجود رابطه معنی‌دار میان نگرش نسبت به جراحی زیبایی و تصور منفی از بدن است و مفاخری و همکاران (۱۴۰۰) نیز در مطالعه خود به نقش پیش‌بینی‌کنندگی قوی تصویر بدنی در احتمال اقدام به جراحی زیبایی تأکید کردند. به علاوه، کسمایی و همکاران (۲۰۲۰)

دریافتند میانگین نارضایتی از تصویر بدن در افراد متقاضی جراحی زیبایی بالاتر از افراد غیر متقاضی است و معتقد بودند این نارضایتی نقشی معنادار در تقاضای جراحی زیبایی بینی ایفا می‌کند.

علاوه بر تصویر منفی نسبت به بدن، یکی از دیگر عوامل روانشناختی شایع که پژوهش‌ها نشان داده‌اند در متقاضیان جرای زیبایی به صورت تلاش برای بی‌عیب و نقص بودن وجود دارد، کمال گرایی<sup>۴</sup> می‌باشد (گاجیک و گاجیک، ۲۰۲۲؛ سوامی و مامادووا، ۲۰۱۲) به گونه‌ای که نعیمی و محمود صالحی (۲۰۱۶) و شری و همکاران (۲۰۰۷) گزارش کرده‌اند بیشترین نارضایتی‌های پس از جراحی‌های زیبایی، از سوی شخصیت‌های کمال‌گرا است. چنین افرادی، هنگام شدت پیدا کردن به شکل بیمارگونه و وسواس فکری تبدیل می‌شود که در این حالت تصویر فرد از خود، نامطلوب‌تر از تصویر واقعی در نظر گرفته می‌شود و در نتیجه اگر داوطلب جراحی‌های زیبایی باشند به دلیل شرایط ویژه روانی به احتمال بیشتری با نارضایتی بعد از عمل روبه‌رو خواهند شد (کوپر و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش‌های بورونی و همکاران (۲۰۲۲) و کنستانتیان و زابورک (۲۰۲۱) حاکی از وجود ویژگی‌های شخصیتی وسواسی و کمال‌گرایانه در داوطلبان جراحی زیبایی است. در پژوهشی دیگر، حسینی و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند بخش قابل توجهی از متقاضیان جراحی زیبایی دارای خصیصه‌های کمال‌گرایی و افکار و رفتار وسواسی هستند و به نظر می‌رسد به همین علت هرگونه نقص یا عدم تقارن ناچیز و اندک توسط آنان بزرگ جلوه داده شده که باعث می‌شود به جراحی زیبایی تمایل پیدا کنند یا بلافاصله بعد از اقدام به جراحی زیبایی در خواست عمل مجدد نمایند.

در جوامع معاصر، فشارهای اجتماعی و فرهنگی بر زنان برای دستیابی به استانداردهای زیبایی غیرواقعی، به طور فزاینده‌ای منجر به مشکلات روانشناختی می‌شود. یکی از این مشکلات که به ویژه در میان زنان شایع است، شرم از بدن<sup>۵</sup> است (اریکسون و همکاران، ۲۰۲۴). شرم از بدن به عنوان یک حالت احساسی منفی شناخته می‌شود که شامل احساس شرم، نارضایتی و ناامیدی نسبت به ظاهر فیزیکی فرد است. این پدیده می‌تواند تاثیرات گسترده‌ای بر سلامت روانی و جسمی فرد داشته باشد و انگیزه‌ای قوی برای اقدام به جراحی‌های زیبایی باشد. شرم از بدن ممکن است به

4. Perfectionism

5. body shame

1. Cosmetic surgery

2. Body image

3. Body dysmorphic disorder (BDD)

دلایل متعددی از جمله مقایسه‌های اجتماعی، انتظارات فرهنگی و رسانه‌های اجتماعی ایجاد شود. زنان به طور مداوم با تصاویر ایده‌آل از بدن در رسانه‌ها مواجه می‌شوند که می‌تواند منجر به ایجاد استانداردهای غیرواقعی و دستیابی ناپذیر از زیبایی شود (مالکولم و همکاران، ۲۰۲۱). این مقایسه‌ها و فشارها، احساس نارضایتی و شرم نسبت به بدن را تشدید می‌کند و می‌تواند به مشکلات جدی از جمله اختلالات خوردن، افسردگی و اضطراب منجر شود. شرم از بدن نه تنها باعث کاهش رضایت از زندگی و کاهش اعتماد به نفس می‌شود، بلکه به طور مستقیم بر سلامت روانی فرد نیز تاثیر می‌گذارد. زنان مبتلا به شرم از بدن اغلب با احساسات منفی شدید، خودسرزنی و نگرانی‌های مداوم درباره ظاهر فیزیکی خود دست و پنجه نرم می‌کنند. این وضعیت می‌تواند به اختلالات روانی مانند اختلال بدریخت انگاری بدن منجر شود که در آن فرد به طور مداوم و غیرمنطقی درگیر نگرانی‌های بیش از حد درباره نقص‌های جزئی یا خیالی در ظاهر خود می‌شود (بالدوک و ویل، ۲۰۱۷). علاوه بر این، شرم از بدن می‌تواند به اتخاذ رفتارهای مخرب و خودتخریبی مانند جراحی‌های زیبایی مکرر و غیرضروری منجر شود. این نوع اقدامات نه تنها مشکلات روانی فرد را حل نمی‌کند، بلکه ممکن است به تشدید احساس نارضایتی و شرم از بدن منجر شود. بنابراین، ضروری است که روش‌های مؤثری برای کاهش شرم از بدن و بهبود سلامت روانی زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی ارائه شود.

بنابراین انجام مداخلاتی جهت ترمیم تصویر بدنی، کاهش کمال گرایی و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در متقاضیان جراحی زیبایی می‌تواند بسیار کمک کننده باشد. از آنجا که در دهه‌های اخیر رشد روز افزونی در علاقه متخصصین به تاکید بر نقش جنبه‌های مثبت روانشناختی بر زندگی افراد دیده می‌شود، یکی از متغیرهای مثبت و مهم رویکرد حاضر، شفقت‌ورزی به خود و آموزش آن می‌باشد (کرایگ و همکاران، ۲۰۲۰). مدل تحولی گیلبرت بیان می‌کند که شفقت برخاسته از شایستگی‌های شناختی، عاطفی و انگیزشی خاص است (گیلبرت و تیرچ، ۲۰۰۹). شفقت‌ورزی به خود، توانایی در پذیرش خود یا مهربان بودن نسبت به خود در مواقع رنج و سختی (رایس، ۲۰۱۱) یکی از منابع درونی است که می‌تواند بر فرایند مقابله اثر گذارد. نف (۲۰۰۳) خودشفقتی را با سه مولفه تعریف کرده است: مهربانی با خود (در مقابل قضاوت خود)، ذهن آگاهی از عواطف خود (در مقابل همانندسازی افراطی)، فهم جهانی بودن

رنج بشر (در مقابل احساس انزوا). مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی کفایتی‌های خود است. ذهن آگاهی در خودشفقتی، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته شود و مکرراً ذهن را اشغال نکند. اعتراف به این که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه فهم جهانی بودن رنج بشر است (ویل و گیلبرت، ۲۰۱۴). کیرنری و هیکس (۲۰۱۷) در پژوهش خود دریافتند خودشفقتی یک عامل محافظ بوده و تودروو و همکاران (۲۰۱۹) در مورد تصویر بدنی منفی نشان داد خود شفقتی فراتر از متغیرهای پزشکی و دموگرافیک، یک عامل کلیدی مهم است و با امیدواری بالا و اضطراب و افسردگی پایین در ارتباط می‌باشد. نتایج پژوهش تول و کریجر (۲۰۱۶) حاکی از اثربخشی آموزش خود شفقت‌ورزی بر جنبه‌های خودشفقتی و پریشانی در تصویر بدنی دختران شرکت کننده بود. مؤلفه‌های روانشناختی در تقاضای عمل جراحی زیبایی و همچنین در پیش آگهی و رضایت پس از عمل نقش مؤثری دارد. روان‌شناسی جراحی زیبایی آن‌طور که باید مورد توجه و مطالعه واقع نشده و عمده‌ی مطالعات نیز به بررسی گزارش‌های بالینی یا متغیرهای محدودی مانند رضایت فردی از عمل جراحی مربوط هستند که نیاز به پژوهش در این زمینه را برجسته می‌سازد. از سوی دیگر، با توجه به اینکه افراد متقاضی جراحی زیبایی از بدریختی بدنی، شرم از بدن و کمال گرایی رنج می‌برند و این می‌تواند موجب تشدید گرایش به جراحی زیبایی یا انجام مکرر آن شود.

انتخاب درمان متمرکز بر شفقت (CFT) برای اختلال بدریختی بدنی (BDD) به دلایل متعددی صورت گرفته است که بر پایه مفاهیم روانشناختی و بالینی قوی استوار هستند. CFT به‌ویژه بر کاهش احساسات منفی مانند شرم و خودسرزنی تأکید دارد، که این احساسات در مبتلایان به BDD بسیار رایج و مشکل‌زا هستند. افراد مبتلا به BDD اغلب با نگرانی‌های شدید و افکار وسواسی درباره نقص‌های جزئی یا خیالی در ظاهر خود دست و پنجه نرم می‌کنند. این افکار منجر به شرم و خودسرزنی می‌شود که می‌تواند تأثیرات منفی جدی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی فرد داشته باشد. CFT با تأکید بر تقویت خودشفقتی، افراد را قادر می‌سازد تا با خود و دیگران با مهربانی و پذیرش برخورد کنند، که این موضوع

پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی اثربخش است؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک-های زیبایی در شهر تهران در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۰ بودند که از بین آن‌ها کلینیک فاطمه زهراء تهران به عنوان نمونه با شیوه در دسترس انتخاب شد و از میان مراجعه‌کنندگان به آن مرکز ۳۰ نفر با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و بر اساس روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای حضور در جلسات درمان، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، متقاضی یکی از اعمال جراحی زیبایی، عدم وجود بیماری‌های روانی یا جسمی مزمن (که از طریق مصاحبه توسط روانشناس کنترل شد)، نداشتن سابقه دریافت درمان‌های مربوط به شفقت (کنترل به شیوه خوداظهاری)، عدم دریافت سایر مداخلات درمانی روانشناختی به طور همزمان و معیارهای خروج از پژوهش شامل اعلام انصراف از شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه بود.

## ب) ابزار

مقیاس چند بعدی کمال گرایی<sup>۱</sup> (MPS): این پرسشنامه توسط هویت و فلت (۱۹۹۱) تدوین شده است و دارای ۳۰ ماده می‌باشد که سه بعد کمال گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور را می‌سنجد و بر اساس یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های سه گانه به ترتیب ۱۰ و ۵۰ می‌باشد. فلت و هویت (۲۰۰۶) در پژوهش خود بر روی یک نمونه ۲۶۳ نفری، هماهنگی درونی مقیاس خود را قابل قبول اعلام کردند که به ترتیب برای ابعاد کمال گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور برابر با ۰/۸۸، ۰/۷۴ و ۰/۸۱ گزارش گردید. در پژوهش بشارت (۱۳۸۶) در یک نمونه ۵۰۰ نفری از دانشجویان، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ها برای

می‌تواند به کاهش اضطراب و استرس ناشی از نگرانی‌های بدنی کمک کند. در مقابل، درمان‌های استاندارد برای BDD شامل درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان دارویی هستند. CBT به طور خاص بر تغییر افکار و رفتارهای نامطلوب تمرکز دارد و به بیماران کمک می‌کند تا الگوهای فکری نادرست و باورهای منفی خود را شناسایی و اصلاح کنند. اگرچه CBT در بسیاری از موارد نتایج مثبتی داشته و به بهبود علائم BDD کمک کرده است، اما ممکن است برای همه بیماران مؤثر نباشد، به ویژه آن‌هایی که با شرم و خودسرزنشی شدید دست به گریبان هستند. درمان‌های دارویی نیز معمولاً شامل مصرف مهارکننده‌های بازجذب سروتونین است که می‌تواند به کاهش علائم اضطراب و افسردگی مرتبط با BDD کمک کند. با این حال، این درمان‌ها ممکن است عوارض جانبی داشته باشند و نیازمند مصرف طولانی‌مدت باشند. یکی از مزایای CFT نسبت به روش‌های استاندارد این است که به‌طور مستقیم بر فرآیندهای هیجانی و عاطفی تمرکز دارد. این رویکرد با آموزش تمرینات کاربردی و مهارت‌های ذهنی، به بیماران کمک می‌کند تا از طریق شفقت به خود، با احساسات منفی خود برخورد کرده و آن‌ها را مدیریت کنند. این روش نه تنها به بهبود سلامت روانی کمک می‌کند، بلکه می‌تواند به ایجاد ارتباطات اجتماعی مثبت و تقویت حس ارتباط انسانی منجر شود. این عوامل حمایتی می‌توانند به عنوان یک عامل پیشگیری‌کننده و محافظ در برابر BDD عمل کنند. علاوه بر این، CFT از نظر هزینه نیز می‌تواند مقرون به صرفه‌تر باشد. این روش نیاز به تجهیزات پیچیده و مداخلات درازمدت کمتری دارد و معمولاً شامل جلسات کوتاه مدت و فرآیندهای آموزشی ساده است که می‌تواند هزینه‌های درمانی را کاهش دهد. این در حالی است که درمان‌های دارویی ممکن است نیاز به مصرف طولانی‌مدت داشته باشند و CBT نیز ممکن است به تعداد زیادی جلسات نیاز داشته باشد. در نتیجه، درمان متمرکز بر شفقت به عنوان یک رویکرد نوین و مؤثر، با تأکید بر تقویت شفقت و بهبود روانشناختی، علاوه بر اثربخشی بالا، می‌تواند انتخابی مقرون به صرفه و کم هزینه نسبت به روش‌های استاندارد مانند CBT و درمان‌های دارویی برای کاهش اختلال بدریختی بدنی باشد. این رویکرد با توجه به تأثیر مثبت بر کاهش شرم و خودسرزنشی، و بهبود ارتباطات اجتماعی، به طور خاص برای بیمارانی که از BDD رنج می‌برند، بسیار مناسب است. بنابراین،

<sup>1</sup>. The Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)

زیرمقیاس‌های کمال گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ گزارش شد که نشان دهنده‌ی همسانی درونی خوب برای این مقیاس است. در پژوهش غلامی و همکاران (۱۳۹۴)، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های کمال گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۹، ۰/۶۴ و ۰/۷۱ به دست آمد. همچنین، در بررسی روایی مقیاس کمال گرایی، نتایج تحلیل عامل تأییدی نشان داد کلیه ماده‌های مقیاس کمال گرایی دارای بارهای عاملی قابل قبول بزرگتر از ۰/۳۰ بوده و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معنی‌داری گذاشته‌اند. در مطالعه حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸؛ ۰/۷۳ و ۰/۸۵ برآورد شد.

پرسشنامه شرم از تصویر بدن<sup>۱</sup> (BISS): این پرسشنامه توسط دوارت و همکاران (۲۰۱۴) و به منظور اندازه‌گیری بخشی از شرم اجتماعی که به تصویر بدنی فرد باز می‌گردد، طراحی شده است. فرم نهایی این ابزار دارای ۱۴ گویه است که بر روی لیکرت پنج درجه‌ای از ۰ (معادل هرگز) تا ۴ (معادل تقریباً همیشه) نمره گذاری شده است. سازندگان ابزار جهت بررسی روایی پرسشنامه از دو شیوه‌ی روایی سازه و روایی همگرا استفاده کرده‌اند. نتیجه‌ی تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی انجام گرفته در پژوهش دوارت و همکاران (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که دو مؤلفه‌ی شرم بدن بیرونی شده<sup>۲</sup> و شرم بدن درونی شده<sup>۳</sup> بر روی هم ۶۲ درصد واریانس موجود در گویه‌های این ابزار را تبیین می‌کنند. ایشان جهت بررسی همسانی درونی این پرسش نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که مقادیر آن برای کل آزمون و دو خرده مقیاس فوق به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ به دست آمده است. همچنین، ضریب بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی یک ماه نیز برای نمره‌ی کل آزمون و نمره‌های مربوط به دو خرده مقیاس بالا به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۶ و ۰/۷۳ محاسبه شده است. روایی ایرانی این پرسشنامه نیز توسط صادق‌زاده و شاملی (۱۳۹۹) محاسبه شده و برای مقیاس کل و خرده مقیاس‌های شرم برونی شده و شرم درونی شده به ترتیب نمرات ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ را گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر نیز پایایی ابزار از طریق آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت و به ترتیب برابر با ۰/۸۹؛ ۰/۷۸ و ۰/۹۱ برآورد شد.

پرسشنامه ترس از بدریختی بدنی<sup>۴</sup> (BICI): این ابزار توسط لیتتون و همکاران (۲۰۰۵) برای ارزیابی نگرانی افراد درباره‌ی ظاهر بدنی‌شان طراحی شده و دارای ۱۹ گویه است که بر روی لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز (معادل ۱) تا همیشه (معادل ۵) کدگذاری می‌شوند. این ابزار علاوه بر نمره‌ی کل، نمره‌های مربوط به دو خرده مقیاس نگرانی بدریختی<sup>۵</sup> و تداخل ناشی از نگرانی‌های مربوط به ظاهر<sup>۶</sup> را نیز در اختیار می‌گذارد. همچنین، سازندگان ابزار، ضرایب آلفای کرونباخ دو خرده مقیاس فوق و کل آزمون را به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. نسخه‌ی فارسی این ابزار نخستین بار توسط محمدی و سجادی نژاد (۱۳۸۶) مورد مطالعه و ساختار دوعاملی آن مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش نامبرده، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل آزمون و دو خرده مقیاس فوق به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۴ و ۰/۷۴ برآورد شده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفا برای کل آزمون (۰/۹۲) در نمونه زنان و ۰/۹۰ در نمونه مردان و دو خرده مقیاس نارضایتی از بدن (۰/۸۹) در نمونه زنان و ۰/۸۶ در نمونه مردان و تداخل ناشی از نگرانی‌های مربوط به ظاهر (۰/۸۶) در نمونه زنان و ۰/۸۲ در نمونه مردان) محاسبه شده است.

معرفی برنامه مداخله‌ای: در پژوهش حاضر از پروتکل مداخله متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹) استفاده به عمل آمد. سرفصل‌های برنامه در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت ۲ جلسه در هفته برگزار شد. خلاصه جلسات این مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

### ج) روش اجرا

۳۰ نفر از زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه کننده که به کلینیک زیبایی فاطمه زهراء تهران در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۰ با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و بر اساس روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره‌ی آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان متمرکز بر شفقت به صورت هفته‌ای دو جلسه دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت کنندگان دو گروه، در سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۲ ماهه) به وسیله‌ی مقیاس چند بعدی کمال گرایی (هویت و فلت، ۱۹۹۱)، پرسشنامه شرم از تصویر بدن (دوارت

4. body image concern inventory

5. dysmorphic concern

6. interference due to appearance concerns

1. Body Image Shame Scale

2. externalized body shame

3. internalized body shame

و همکاران، ۲۰۱۴) و پرسشنامه ترس از بدریختی بدنی (لیتلون و همکاران، ۲۰۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده به عمل آمد.

**جدول ۱. ساختار و محتوای جلسات درمانی متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹)**

| جلسه  | هدف                                                           | محتوای جلسه                                                                                                                                                                                                                                                                                           | تکلیف                                                                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات                   | آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود؛ ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خود شفقتی                                                                                                                  | تمرین خود-شفقتی و نوشتن تجربه‌های آزار عاطفی در یک دفترچه                                       |
| دوم   | آموزش ذهن آگاهی و تمرین واریسی بدنی و تنفس                    | آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی؛ آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و ارائه تکالیف خانگی                                                                                                                                           | تمرین ذهن آگاهی و نوشتن تجربیات روزانه مرتبط با همدلی و شفقت                                    |
| سوم   | آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و پرورش حس اشتراکات انسانی | آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب گرانه و شرم، آموزش همدردی؛ و ارائه تکالیف خانگی                                             | نوشتن تجربیات روزانه از مواردی که نسبت به خود و دیگران شفقت نشان داده‌اند                       |
| چهارم | ترغیب به خودشناسی و بررسی شخصیت خود                           | مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان دارای شفقت یا غیر شفقت خود با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (ارزش خود-شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش و ارائه تکالیف خانگی       | تمرین بخشایش و نوشتن تجربیات بخشایش و همدلی با خود و دیگران                                     |
| پنجم  | پذیرش تغییرات و تحمل شرایط سخت                                | مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسایل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف و ارائه تکالیف خانگی | تمرین پذیرش تغییرات و نوشتن تجربیات چالش برانگیز و روش‌های تحمل آن‌ها                           |
| ششم   | ایجاد تصاویر شفقتانه و ابراز شفقت در زندگی روزمره             | مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و ارائه تکالیف خانگی     | نوشتن تصاویر شفقتانه و ابراز شفقت در موقعیت‌های مختلف                                           |
| هفتم  | نوشتن نامه‌های مشفقانه و ثبت موقعیت‌های واقعی                 | 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                                                                                                                                          | نوشتن نامه مشفقانه برای خود و دیگران و ثبت موقعیت‌های روزانه که در آن‌ها شفقت نشان داده‌اند     |
| هشتم  | تمرین مهارت‌ها و جمع‌بندی                                     | آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارایه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارایه راه کارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و اجرای پس آزمون                         | مرور و تمرین مهارت‌ها و نوشتن برنامه‌ای برای استفاده از شفقت در زندگی روزمره بعد از پایان جلسات |

## یافته‌ها

در گروه آزمایش به این ترتیب بود که ۱۱ نفر (۷۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. از نظر وضعیت سنی نیز میانگین گروه گواه ۳۹/۶ سال و گروه آزمایش ۳۸/۷ سال بودند. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای وضعیت شغلی، تحصیلات و سن به این ترتیب بود که در گروه گواه ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) خانه‌دار و ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) شاغل بودند در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰ درصد) خانه‌دار و ۶ نفر (۴۰ درصد) شاغل بودند. به لحاظ تحصیلات نیز در گروه گواه ۱ نفر دیپلم (۶/۷ درصد)، ۱۱ نفر (۷۳ درصد) کارشناسی و ۳ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی ارشد بودند؛ وضعیت تحصیلی

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری بدن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه**

| متغیر                               | گروه                 | پیش‌آزمون |              | پس‌آزمون |              | پیگیری  |              | چولگی  | کشیدگی |
|-------------------------------------|----------------------|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|--------|--------|
|                                     |                      | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |        |        |
| کمال گرایی                          | گواه                 | ۱۰۹/۳۳    | ۲/۶۷         | ۱۰۹/۰۱   | ۲/۸۳         | ۱۰۹/۱۳  | ۲/۷۶         | ۰/۴۰۲  | ۰/۱۱۴  |
|                                     | درمان متمرکز بر شفقت | ۱۱۰/۴۷    | ۳/۵۵         | ۸۵/۵۴    | ۲/۲۲         | ۸۴/۲    | ۲/۱۷         | ۰/۲۴۹  | ۰/۱۳۹  |
|                                     | گواه                 | ۳۴/۳۱     | ۰/۵۶۶        | ۲۳/۳۱    | ۲/۴۲         | ۲۲/۳۱   | ۰/۵۶۶        | ۰/۰۵۹  | -۰/۵۹۲ |
| کمال گرایی خودمحور                  | درمان متمرکز بر شفقت | ۲۵/۶۷     | ۱/۵۲۰        | ۱۲/۶۷    | ۲/۳۴         | ۱۵/۶۷   | ۱/۵۲۰        | ۰/۰۳۷  | -۱/۴۳۴ |
|                                     | گواه                 | ۲۵/۶۴     | ۰/۴۱۱        | ۱۵/۶۴    | ۳/۶۴         | ۱۶/۶۴   | ۳/۷۴         | ۰/۳۳۷  | -۱/۷۱۹ |
|                                     | درمان متمرکز بر شفقت | ۲۵/۷۲     | ۰/۳۴۰        | ۱۷/۷۲    | ۲/۲۴         | ۱۸/۷۲   | ۲/۲۷         | ۰/۴۲۲  | -۱/۱۹۶ |
| کمال گرایی دیگر محور                | گواه                 | ۲۴/۷۸     | ۲/۸۸         | ۲۱/۷۸    | ۰/۵۶۶        | ۱۸/۷۸   | ۳/۹۰         | ۰/۲۷۵  | ۰/۴۲۲  |
|                                     | درمان متمرکز بر شفقت | ۲۸/۴۰     | ۰/۰۶۸        | ۱۷/۴۰    | ۱/۵۲۰        | ۱۹/۴۰   | ۲/۴۹         | -۰/۰۶۸ | ۰/۲۷۵  |
|                                     | گواه                 | ۳۴/۳۳     | ۲/۴۴         | ۳۴/۸۱    | ۲/۳۳         | ۳۴/۸۰   | ۲/۴۲         | ۰/۴۴۲  | ۰/۴۴۶  |
| شرم از بدن                          | درمان متمرکز بر شفقت | ۳۴/۱۴     | ۲/۱۷         | ۲۶/۶۱    | ۲/۵۶         | ۲۵      | ۲/۱۹         | ۰/۱۴۶  | ۰/۲۶۲  |
|                                     | گواه                 | ۲۱/۳۱     | ۱/۵۲۰        | ۱۶/۶۴    | ۳/۹۰         | ۱۵/۶۴   | ۳/۹۰         | ۰/۰۵۹  | -۰/۵۹۲ |
|                                     | درمان متمرکز بر شفقت | ۲۲/۶۷     | ۳/۷۴         | ۱۸/۷۲    | ۲/۴۹         | ۱۷/۷۲   | ۲/۴۹         | ۰/۰۳۷  | -۱/۴۳۴ |
| برونی شده                           | گواه                 | ۱۷/۶۴     | ۲/۲۷         | ۱۸/۷۸    | ۰/۵۶۶        | ۲۱/۷۸   | ۳/۹۰         | ۰/۳۳۷  | -۱/۷۱۹ |
|                                     | درمان متمرکز بر شفقت | ۱۹/۷۲     | ۳/۹۰         | ۱۹/۴۰    | ۱/۵۲۰        | ۱۷/۴۰   | ۲/۴۹         | ۰/۴۲۲  | -۱/۱۹۶ |
|                                     | گواه                 | ۵۲/۸۰     | ۳/۹۰         | ۵۲/۹۴    | ۳/۷۴         | ۵۳/۰    | ۳/۶۴         | ۰/۲۷۵  | ۰/۱۶۴  |
| نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری بدن | درمان متمرکز بر شفقت | ۵۲/۴۰     | ۲/۷۱         | ۳۷/۴۷    | ۲/۹۶         | ۳۴/۸    | ۲/۲۸         | -۰/۰۶۸ | ۰/۲۶۲  |
|                                     | گواه                 | ۱۷/۶۷     | ۰/۴۱۱        | ۱۶/۶۴    | ۲/۳۴         | ۱۵/۶۴   | ۰/۵۶۶        | -۰/۵۹۲ | -۰/۵۹۲ |
|                                     | درمان متمرکز بر شفقت | ۲۱/۶۴     | ۰/۳۴۰        | ۱۸/۷۲    | ۳/۶۴         | ۱۷/۷۲   | ۱/۵۲۰        | -۱/۴۳۴ | -۱/۴۳۴ |
| نگرانی بد ریختی                     | گواه                 | ۲۰/۷۲     | ۲/۸۸         | ۱۸/۷۸    | ۲/۲۴         | ۲۱/۷۸   | ۲/۴۹         | -۱/۷۱۹ | -۱/۷۱۹ |
|                                     | درمان متمرکز بر شفقت | ۲۲/۴۰     | ۰/۴۱۱        | ۱۹/۴۰    | ۰/۵۶۶        | ۱۷/۴۰   | ۰/۴۱۱        | -۱/۱۹۶ | -۱/۱۹۶ |
|                                     | درمان متمرکز بر شفقت | ۲۲/۴۰     | ۰/۴۱۱        | ۱۹/۴۰    | ۰/۵۶۶        | ۱۷/۴۰   | ۰/۴۱۱        | -۱/۱۹۶ | -۱/۱۹۶ |

یافته‌های مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات مربوط به متغیر کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی زیبایی در گروه‌های گواه و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون تقریباً نزدیک به هم می‌باشند، ولی میانگین نمرات گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری پیدا کرده است و با بهبود همراه بوده است. پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، نسبت به بررسی مفروضه‌های آماری اقدام شد. در گام اول تیست از توزیع نرمال با استفاده از مقادیر چولگی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت و همچنین از آزمون شاپیرووویلک استفاده شد و نتایج نشان داد متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری بدن در گروه‌های گواه و آزمایش در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح خطای ۵ درصد دارای توزیع نرمال است ( $p > 0.05$ ). یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس

با اندازه‌گیری مکرر برابری واریانس‌های خطا می‌باشد که برای سنجش آن از آزمون لون استفاده گردید. نتایج بررسی برابری واریانس‌های خطا، نشان داد که مقادیر احتمال در آزمون‌های لون برای تمامی متغیرهای مورد بررسی بیشتر از ۰/۰۵ است، لذا فرض همگنی واریانس‌ها در سطح خطای ۰/۰۵ در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. به عبارتی واریانس‌های خطای متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معنی‌داری ندارند. از آزمون ام‌باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس استفاده شد ( $F = 1/49$ ) و از آن جایی که مقدار احتمال به‌دست آمده در آزمون ام‌باکس از سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۱ بیشتر بود، لذا شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس در سطح خطای ۰/۰۱ برقرار است. همچنین با استفاده از آزمون کرویت ماچلی کروی بودن شکل ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای

سطح خطای ۰/۰۵ قبول می‌شود. لذا پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار بوده و می‌توان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل اثر مداخله طرحواره درمانی بر متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن شرکت‌کننده‌ها استفاده نمود. در جدول ۳ نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه بر متغیرهای تحقیق ارائه شده است.

وابسته در مدل مربوط به فرضیه تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. مقادیر احتمال به‌دست آمده در آزمون فرضیه کروییت مآچلی برای تمامی متغیرهای تحقیق از سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۵ بیشتر می‌باشد. لذا فرضیه کروییت (همگنی ماتریس واریانس-کواریانس) با مقادیر کروییت مآچلی گزارش شده برای متغیرهای کمال گرایی ( $F=0/861$ )، شرم از بدن ( $F=0/852$ ) و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن ( $F=0/992$ ) در

**جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز برای بررسی اثر عامل زمان و اثر متقابل زمان در گروه بر متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن**

| اثرات      | ارزش      | آماره آزمون F | درجه آزادی فرض | درجه آزادی خطا | احتمال معنی‌داری | حجم اثر |
|------------|-----------|---------------|----------------|----------------|------------------|---------|
| زمان       | ۰/۰۰۱     | ۷۱۳۲/۳        | ۶              | ۲۳             | ۰/۰۰۰۱           | ۰/۹۹۹   |
| درون گروهی | گروه*زمان | ۹/۳۹          | ۶              | ۲۳             | ۰/۰۰۰۱           | ۰/۴۵۶   |
| بین گروهی  | گروه      | ۵۵۳۶/۸        | ۶              | ۲۶             | ۰/۰۰۰۱           | ۰/۹۹۹   |

شفقت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی میزان اثربخشی در طول زمان در دو گروه گواه و درمان متمرکز بر شفقت یکسان نیست بلکه به طور معنی‌داری متفاوت است.

نتایج آزمون مندرج در جدول ۳ نشان داد اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان در گروه معنی‌دار است ( $p < 0/01$ ). اثر متقابل بررسی می‌کند که آیا اثر درمان متمرکز بر شفقت در مراحل زمانی آزمایش مشابه بوده است؟ معنی‌داری اثر متقابل نشان می‌دهد که بین اثربخشی درمان متمرکز بر

**جدول ۴. نتایج اثرات درون گروهی و بین گروهی مربوط به مقایسه متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن**

| متغیر                          | منبع اثر  | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | سطح معنی‌داری | مجزورات |
|--------------------------------|-----------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|---------|
| زمان                           |           | ۳۳۵۰/۸        | ۲          | ۱۶۷۵/۴          | ۳۶۹/۰۵ | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۹۲۹   |
| درون گروهی                     | زمان*گروه | ۳۲۱۶/۹        | ۲          | ۱۶۰۸/۴          | ۳۵۴/۳  | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۹۲۷   |
| کمال گرایی                     | خطا       | ۲۵۴/۲         | ۵۶         | ۴/۵۴            |        |               |         |
| بین گروهی                      | گروه      | ۵۵۸۵/۳        | ۱          | ۵۵۸۵/۳          | ۵۳۰/۶  | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۹۵۰   |
|                                | خطا       | ۲۹۴/۷         | ۲۸         | ۱۰/۵۲           |        |               |         |
| زمان                           |           | ۳۱۹/۰۳        | ۲          | ۱۵۹/۵           | ۴۹/۷۶  | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۶۴۰   |
| درون گروهی                     | زمان*گروه | ۳۹۶/۸         | ۲          | ۱۹۸/۴           | ۶۱/۸۹  | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۶۸۹   |
| شرم از بدن                     | خطا       | ۱۷۹/۵۱        | ۵۶         |                 |        |               |         |
| بین گروهی                      | گروه      | ۸۲۸/۱         | ۱          | ۸۲۸/۱           | ۲۴۱/۶  | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۸۹۶   |
|                                | خطا       | ۹۵/۹۶         | ۲۸         | ۳/۴۲            |        |               |         |
| زمان                           |           | ۱۳۲۱/۴        | ۲          | ۶۶۰/۷           | ۸۸/۷۳  | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۷۶۰   |
| درون گروهی                     | زمان*گروه | ۱۳۷۸/۲        | ۲          | ۶۸۹/۱           | ۹۲/۵۵  | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۷۶۸   |
| نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری | خطا       | ۴۱۶/۹         | ۵۶         | ۷/۴۴            |        |               |         |
| بدن                            | گروه      | ۲۹۰۱/۳        | ۱          | ۲۹۰۱/۳          | ۶۸/۸۴  | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۷۱۱   |
| بین گروهی                      | خطا       | ۱۱۸۰/۱        | ۲۸         | ۴۲/۱۴           |        |               |         |

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). نتایج نشان می‌دهد که ۹۲، ۶۴ و ۷۶ درصد از تغییرات درون

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در درمان متمرکز بر شفقت بین کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زمان‌های

امتیازات متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). به عبارتی برای هر یک از متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن تفاوت معنی‌داری بین شرکت‌کننده‌های گروه گواه و گروه درمان متمرکز بر شفقت وجود دارد. اندازه مجذور اتا برای متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن به ترتیب ۹۵، ۸۹ و ۷۱ درصد می‌باشد.

گروهی متغیرهای کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن به وسیله زمان تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در تمامی متغیرها معنی‌دار است ( $p < 0/01$ ). بنابراین بین سطوح مختلف زمان و سطوح مختلف گروه‌ها تعامل وجود دارد. اندازه اثرها نشان می‌دهند که ۹۲، ۶۸ و ۷۶ درصد از تغییرات درون گروهی به وسیله اثر متقابل زمان در گروه تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثرات بین گروهی مندرج در جدول ۴ بیان می‌دارد که بین

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای کمال گرایی، بدریخت‌انگاری بدن و شرم از بدن

| متغیر         | زمان‌ها   | تفاوت میانگین | خطای معیار | مقدار احتمال |
|---------------|-----------|---------------|------------|--------------|
| کمال‌گرایی    | پیش‌آزمون | ۱/۷۳          | ۰/۳۷       | ۰/۰۰۱        |
|               | پیش‌آزمون | ۰/۹۷          | ۰/۳۷       | ۰/۰۳۴        |
|               | پس‌آزمون  | -۰/۷۶         | ۰/۳۴       | ۰/۰۹۸        |
| شرم از بدن    | پیش‌آزمون | ۴/۲۳          | ۰/۸۹       | ۰/۰۰۱        |
|               | پیش‌آزمون | ۳/۹۹          | ۰/۹۱       | ۰/۰۰۱        |
|               | پس‌آزمون  | -۰/۲۴         | ۰/۶۳       | ۱/۰۰         |
| بدریخت‌انگاری | پیش‌آزمون | ۳/۰۳          | ۰/۸۹       | ۰/۰۰۴        |
|               | پیش‌آزمون | ۲/۶۱          | ۰/۹۵       | ۰/۰۲۵        |
|               | پس‌آزمون  | -۰/۴۱         | ۰/۴۷       | ۱/۰۰         |

نارضایتی شخصیت‌های کمال‌گرا از وضعیت بدن خود در میان متقاضیان جراحی زیبایی؛ بورونی و همکاران (۲۰۲۲) و کنستانتیان و زابورک (۲۰۲۱) مبنی بر وجود ویژگی‌های شخصیتی وسواسی و کمال‌گرایانه در داوطلبان جراحی زیبایی همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کمال گرایی چنین به نظر می‌رسد که این درمان بر پذیرش خود و پذیرش تجربه خود در چارچوب مهربانی با خویشتن و با ذهن آگاهی تأکید دارد (لیو و همکاران، ۲۰۱۹). مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شود، این فرایند سبب می‌شود تا زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی نسبت به خود کمتر ایراد گرفته و از میزان کمال گرایی آن‌ها کاسته شود. از طرفی ذهن آگاهی (به عنوان یکی از مؤلفه‌های درمان متمرکز بر شفقت) در مقابل همانندسازی افراطی، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند که به کارگیری این فرایندها سبب

نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های مورد بررسی در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری به لحاظ آماری معنادار اما تفاوت آن میانگین‌ها در مراحل پس‌آزمون پیگیری غیرمعنادار است. همچنین نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثرات گروه نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های مورد بررسی در دو گروه آزمایش و گواه به لحاظ آماری معنادار است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کمال-گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی بود. یکی از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش کمال گرایی زنان متقاضی جراحی زیبایی مؤثر است. مطالعه‌ای که به طور مستقیم تاثیر مداخله متمرکز بر شفقت را بر کمال‌گرایی زنان متقاضی جراحی زیبایی ارزیابی کند یافت نشد ولی در میان مطالعات موجود، یافته‌های این مطالعه با پژوهش‌های گاجیک و گاجیک (۲۰۲۲) و شری و همکاران (۲۰۰۷) که حاکی از

کاهش رنج درونی و کمال گرایی زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی شود (کارتر و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین باید اشاره کرد، از آنجایی که در مداخله درمان متمرکز بر شفقت، از تکنیک‌های آموزشی فرآیند تنظیم سیستم هیجانات و تأثیر آن بر سطوح هورمون‌های مغزی و تأثیر متعاقب آن در تغییر رفتار و سبک زندگی استفاده می‌شود (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹)، می‌توان انتظار تغییر فرایندهای مرتبط با شناخت همچون کمال گرایی را بر اساس درمان متمرکز بر شفقت داشت. چنان که به کمک این درمان، زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی با بهره‌گیری از ذهن آگاهی و حل مسئله می‌توانند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کند. بنابراین بهبود در سطح کمال گرایی زنان متقاضی جراحی‌های زیبایی در اثر درمان متمرکز بر شفقتی دور از انتظار نیست.

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه آن بود که درمان متمرکز شفقت بر شرم از بدن زنان متقاضی جراحی زیبایی مؤثر است و این یافته با مطالعات الین و هالز (۲۰۱۶) و ویل و گیلبرت (۲۰۱۴) مبنی بر تأثیر مثبت درمان شفقت محور بر کاهش شرم از بدن زنان همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم از بدن چنین به نظر می‌رسد داشتن شفقت به خود، نیازمند پذیرا بودن به صورت فعال و صبور بودن در برابر احساسات سخت است. افراد به صورت معمول به واسطه‌ی احساس‌های جسمانی واکنش‌های مبارزه، پرواز و یا یخ زدن<sup>۱</sup> از حضور احساس‌های سخت اطلاع پیدا می‌کنند؛ این فعال سازی سیستم عصبی دلسوزانه که برای بیشتر افراد زنجیره‌هایی از رویدادها می‌باشد که با بالا رفتن تنفس شروع شده و به دنبال آن ضربان قلب افزایش پیدا می‌کند و سپس گرفتگی عضلات را به دنبال دارد، به این معنا است که بدن در حال واکنش نشان دادن به یک شرایط تهدیدزا است (مانند یک رویداد ناخوشایند یا استرس‌زا) و به دنبال آن خود را برای دفاع آماده می‌کند (بورونی و همکاران، ۲۰۲۲). از طرف دیگر، اصلاح و تقویت خودشفقتی یکی دیگر از جنبه‌های درمان متمرکز بر شفقت به حساب می‌آید. هدف این آموزش، تجربه افکار و احساسات است، همان گونه که به صورت طبیعی اتفاق می‌افتد (رومر و همکاران،

<sup>۱</sup>. freeze or, flight, freeze

۲۰۰۸). از سوی دیگر، قسمتی از آموزش شفقت به خود به ذهن آگاهی اختصاص دارد. ذهن آگاهی یک عمل خود توانمندسازی است که نتایج مثبتی مانند روشن اندیشی، متانت، محبت، خوش قلبی و سرسختی روانی را در افراد ایجاد کرده و بر عواطف مثبت و روش‌های حل مسئله تأثیر می‌گذارد (لیند و همکاران، ۲۰۲۳). به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر شفقت، از طریق تکنیک‌هایی مانند آموزش آرمیدگی و پذیرش عاری از قضاوت وضعیت موجود و نیز هشیار بودن نسبت به خویش که از مفاهیم اولیه این رویکرد درمانی است، سبب هشیار از لحظه حاضر و به دنبال آن، کاهش اضطراب و شرم از بدن در افراد متقاضی جراحی زیبایی می‌شود. برخی از متقاضیان جراحی زیبایی ممکن است در بیشتر مواقع، درگیر نشخوار ذهنی در مورد زیبایی پس از جراحی شوند که می‌تواند منجر به حساسیت بیشتر آن‌ها نسبت به تصویر بدنی می‌شود (کنستانتیان و زابورک، ۲۰۲۱). شرایط جدید ممکن است روی ظاهر، هویت، و اعتماد به نفس آنان تأثیر گذاشته و زمانی که در موقعیت‌های اجتماعی توسط دیگران نیز تایید می‌شود، قادر است مشکلات روانشناختی و اشتغال مداوم ذهنی برای آنان ایجاد گردد. برخی از این نگرانی‌ها غیرقابل اجتناب است، اما نوع پاسخدهی چنین متقاضیانی به این فشارها می‌تواند تغییر کند. یکی از علت‌های نشخوارهای ذهنی و اضطراب‌ها، حرکت ذهن به سمت آینده و پیش بینی حوادثی است که احتمال به وقوع پیوستن آن‌ها سبب نگرانی و پریشانی در فرد می‌گردد، لذا منطقی است که درمان متمرکز بر شفقت قادر به کاهش نگرانی از تصویر بدنی در زنان متقاضی جراحی زیبایی شود.

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن در زنان متقاضی جراحی زیبایی بود. این یافته‌ها همسو با مطالعات تودروو و همکاران (۲۰۱۹) و تول و کریجر (۲۰۱۶) مبنی بر اثربخشی آموزش خود شفقت‌ورزی بر جنبه‌های خودشفقتی و پریشانی در تصویر بدنی دختران همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن چنین به نظر می‌رسد می‌توان به نقش سه مولفه خودشفقتی اشاره کرد. آموزش خودشفقتی با ایجاد مهربانی با خود (در مقابل قضاوت خود)، سبب می‌شود افراد به جای برخورد قضاوتی نسبت به بدنشان، برخورد مهربانانه‌ای کسب کنند. ذهن آگاهی از عواطف خود (در مقابل همانندسازی افراطی)، به افراد

کمک می‌کند تا بدن‌هایشان را به شکل متعادل‌تر بدون ادراک اغراق آمیز ببینند. همچنین مولفه آخر خودشفقتی در نتیجه‌ی آموزش، به افراد کمک می‌کند تا تصویر بزرگتری و نگاه بازتر را بتوانند ببینند. در واقع شفقت به خود مستلزم پذیرش این نکته است که رنج، شکست و نابسندگی‌ها بخشی از شرایط انسانی است و همه انسان‌ها از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است (آلبرتسون و همکاران، ۲۰۱۵)، می‌توان گفت سازه خود شفقتی، شکل سالم خود پذیری است که نشان دهنده گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود، زندگی خود بوده که حتی می‌توانند ناخوشایند باشند (نف، ۲۰۰۳). بنابراین شفقت به خود موجب انعطاف پذیری عاطفی شده و به عنوان یک پاسخ جدید در برابر رنج و ناراحتی به درک شرکت کنندگان در گروه آزمایش نسبت به خود همراه با پذیرش محدودیت‌ها کمک کرده و تاثیر مثبتی در تصویر بدنی آنان داشته است.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که می‌توان به این موارد اشاره نمود: اگر چه برای گروه بندی و تشکیل دو گروه آزمایش و گواه از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده به عمل آمد، اما نمونه‌گیری برای افراد نمونه مورد مطالعه به شکل نمونه‌گیری در دسترس بود، همچنین محدودیت زمانی و مکانی اجرای تحقیق و انتخاب (محدود بودن پژوهش از نظر جمعیت نمونه و این که افراد نمونه از یک شهر انتخاب شده‌اند)، همچنین گروه کنترل در یک برنامه گروهی برای کنترل تأثیر پویایی گروه شرکت نکرد (جهت کسب اطمینان بیشتر نسبت به اثربخشی مداخله). پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، روش‌های نمونه‌گیری تصادفی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین از نمونه‌های وسیع‌تر از لحاظ جغرافیایی و تعداد افراد شرکت کننده استفاده گردد. جلسات مشاوره خنثی برای گروه گواه به منظور حذف اثر انتظار گروه‌درمانی و کنترل تأثیر پویایی گروه برگزار گردد. به طور کلی، پیشنهاد می‌شود از طریق برنامه‌ریزی، ارائه کارگاه‌های آموزشی برای افراد متقاضی جراحی زیبایی با محوریت مداخله متمرکز بر شفقت، به توانمندسازی ایشان پرداخت و از این طریق سبب پیشگیری و یا کاهش مسائل و پیامدهای برآمده از این عوامل روانشناختی همچون کمال گرایی، شرم از بدن و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدن شد. به دلیل اینکه یکی از مهم‌ترین دلایل گرایش زنان به عمل جراحی زیبایی،

اختلالات روانپزشکی است، توصیه می‌شود که قبل از انجام عمل جراحی زیبایی، اقدامات تشخیصی بر روی این افراد صورت گیرد و در صورت لزوم تحت درمان روانشناخته قرار بگیرند. به دلیل این که طیف وسیعی از افرادی که اقدام به جراحی زیبایی می‌کنند، حتی پس از انجام عمل جراحی زیبایی همچنان با اختلال روانی احتمالی مواجه خواهند بود، بنابراین ضرورت دارد که حتی بعد از انجام عمل جراحی زیبایی، اقدامات تشخیصی و مداخله‌ای برای این افراد انجام شود.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. پژوهش حاضر با کسب کد اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1400.014 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور انجام شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی در ابتدای جلسات به شرکت کنندگان توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، هدف از جلسات درمانی ارائه گردید و شرکت کنندگان در پژوهش بر اساس میل و رضایت شخصی، در جلسات مداخله‌ای شرکت کردند. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد. لازم به ذکر است، جهت رعایت مسائل اخلاقی به اعضای گروه گواه که در این پژوهش شرکت داشتند اجازه داده شد پس از اتمام پژوهش، به صورت آزادانه و به شکل فشرده به انتخاب خود تحت آموزش درمان متمرکز بر شفقت قرار بگیرند.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم و چهارم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

## منابع

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۳). رابطه کمال گرایی و مشکلات بین شخصی. فصلنامه دانش‌سور رفتار، ۱۱(۷)، ۱-۸.

<https://www.sid.ir/paper/46286/fa>

صادق زاده، مرضیه؛ و شاملی، لیلا. (۱۳۹۹). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه شرم از تصویر بدن در دانشجویان دختر و پسر ایرانی. فصلنامه روان‌شناسی فرهنگی، ۴(۲)، ۲۴۲-۲۲۳.

<https://doi.org/10.30487/jcp.2021.256207.1186>

غلامی، امید؛ مروتی، ذکر اله؛ عالی پور بیرگانی، سیروس؛ و مکتبی، غلامحسین. (۱۳۹۴). رابطه علی بین کمال گرایی و هدف‌های پیشرفت با اضطراب امتحان با میانجیگری باورهای خودکارآمدی در دانش‌آموزان دبیرستانی. فصلنامه رویکردهای نوین آموزشی، ۱۰(۲۲)، ۱۴۳-۱۱۷.

[https://nea.ui.ac.ir/article\\_20908.html](https://nea.ui.ac.ir/article_20908.html)

محمدی، نوراله؛ و سجادی‌نژاد، مرضیه السادات. (۱۳۸۶). ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی نگرانی درباره‌ی تصویر بدنی و آزمون مدل ارتباطی شاخص توده‌ی بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی و عزت نفس در دختران نوجوان. فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۳(۱)، ۹۹-۸۳.

<https://doi.org/10.22051/psy.2007.1650>

مفاخری، عبدالله؛ اشرفی فرد، سمیه؛ و خرمی، محمد. (۱۴۰۰). مدل ساختاری رابطه بین نگرانی از تصویر بدن و باورهای وسواسی با مدیریت بدن در افراد متقاضی جراحی زیبایی. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱۰(۳۸)، ۱۴۰-۱۲۱.

<https://doi.org/10.30473/hpj.2021.55499.4964>

## References

- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6, 444-454. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- Baldock, E., & Veale, D. (2017). The self as an aesthetic object: Body image, beliefs about the self, and shame in a cognitive-behavioral model of body dysmorphic disorder. In K. A. Phillips (Ed.), *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice* (pp. 299-310). Oxford University Press.
- Besharat, M.A. (2004). The relationship between perfectionism and interpersonal problems. *Daneshvar-e-Raftar*, 11(7), 1-8. (in Persian). <https://www.sid.ir/paper/46286/fa>

- Bonell, S., Barlow, F. K., & Griffiths, S. (2021). The cosmetic surgery paradox: Toward a contemporary understanding of cosmetic surgery popularisation and attitudes. *Body Image*, 38, 230-240. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.04.010>
- Borroni, S., Ruotolo, G., Grazioli, V., & Fossati, A. (2022). Perfectionistic self-presentation and body dysmorphic features in a sample of community-dwelling adult women. *Journal of Psychopathology*. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.01.002>
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021). Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 93-108. <https://doi.org/10.1002/cpp.2488>
- Ching, B. H. H., & Xu, J. T. (2019). Understanding cosmetic surgery consideration in Chinese adolescent girls: Contributions of materialism and sexual objectification. *Body Image*, 28, 6-15. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.11.001>
- Constantian, M. B., & Zaborek, N. (2021). The prevalence of adverse childhood experiences, body shame, and revision request rate in 218 plastic surgery patients: what drives postoperative dissatisfaction?. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 148(6), 1233-1246. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000008567>
- Couper, S. L., Moulton, S. J., Hogg, F. J., & Power, K. G. (2021). Interpersonal functioning and body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery: A mediating role between emotion regulation and perfectionism?. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 74(9), 2283-2289. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2021.01.003>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(4), 385-400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Di Gesto, C., Nerini, A., Policardo, G. R., & Matera, C. (2022). Predictors of acceptance of cosmetic surgery: Instagram images-based activities, appearance comparison and body dissatisfaction among women. *Aesthetic plastic surgery*, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-021-02546-3>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Batista, D. (2015). Body image as a source of shame: A new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame. *Clinical psychology &*

- psychotherapy, 22(6), 656-666.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.1925>
- Erekson, D. M., Griner, D., & Beecher, M. E. (2024). Compassion focused therapy for groups: Transdiagnostic treatment for turbulent times. *International Journal of Group Psychotherapy*, 74(2), 149-176.  
<https://doi.org/10.1080/00207284.2024.2314278>
- Elaine, B. C., & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2016.06.005>
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2006). Positive versus negative perfectionism in psychopathology: A comment on Slade and Owens's dual process model. *Behavior modification*, 30(4), 472-495.  
<https://doi.org/10.1177/0145445506288026>
- Foroughi, A., Khanjani, S., & Asl, E. M. (2019). Relationship of concern about body dysmorphia with external shame, perfectionism, and negative affect: The mediating role of self-compassion. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13(2).  
<http://dx.doi.org/10.5812/ijpbs.80186>
- Gajić, M., & Gajić, L. D. (2022). Personality Traits as Determinants of Body Image and the Mediation Role of Perfectionism in Cosmetic Surgery. *Hrvatski časopis zdravstvenih znanosti*, 2(1), 16-23.  
<https://doi.org/10.48188/hczz.2.1.10>
- Gholami, O., Morovati, Z., Allipour, S., & Maktabi, G. H. (2016). The Casual Relationship between Perfectionism and chievement Goals with Test Anxiety with Mediating Role of Self-efficacy in High-school Male Students. *New Educational Approaches*, 10(2), 117-143. (Persian).  
[https://nea.ui.ac.ir/article\\_20908.html](https://nea.ui.ac.ir/article_20908.html)
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.  
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P., & Tirsch, D. (2009). Emotional memory, mindfulness and compassion. In *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 99-110). New York, NY: Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6\\_7](https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_7)
- Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2021). Body image, weight management behavior, and women's interest in cosmetic surgery. *Psychology, Health & Medicine*, 26(5), 621-630.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1776890>
- Hosseini, S. E., Ghasemi, N., Molayi Gonbadi, G., & Rezayi, L. (2010). Comparison of the level of stress and body image among individuals aged 20-30 seeking and not seeking cosmetic surgeries in Ahvaz province. *Journal of Modern Industrial/Organization Psychology*, 1(3), 75-84.  
[https://psy.garmsar.iau.ir/article\\_538800\\_f0809634f00440a316410db6dc8d40d7.pdf](https://psy.garmsar.iau.ir/article_538800_f0809634f00440a316410db6dc8d40d7.pdf)
- Jung, J., & Hwang, C. S. (2016). Associations between attitudes toward cosmetic surgery, celebrity worship, and body image among South Korean and US female college students. *Fashion and Textiles*, 3, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40691-016-0069-6>
- Kasmaei, P., Hassankiade, R. F., Karimy, M., Kazemi, S., Morsali, F., & Nasollahzadeh, S. (2020). Role of attitude, body image, satisfaction and socio-demographic variables in cosmetic surgeries of Iranian students. *World Journal of Plastic Surgery*, 9(2), 186.  
<https://doi.org/10.29252%2Fwjps.9.2.186>
- Kearney, K., & Hicks, R. E. (2017). Self-compassion and breast cancer in 23 cancer respondents: Is the way you relate to yourself a factor in disease onset and progress?. *Psychology*, 14-16.  
<https://doi.org/10.4236/psych.2017.81002>
- Kirby, J. N., Day, J., & Sagar, V. (2019). The 'Flow' of compassion: A meta-analysis of the fears of compassion scales and psychological functioning. *Clinical Psychology Review*, 70, 26-39.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.03.001>
- Linde, J., Luoma, J. B., Rück, C., Ramnerö, J., & Lundgren, T. (2023). Acceptance and Compassion-Based Therapy Targeting Shame in Body Dysmorphic Disorder: A Multiple Baseline Study. *Behavior Modification*, 47(3), 693-718.  
<https://doi.org/10.1177/01454455221129989>
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*, 43(2), 229-241.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
- Loghmani, S., Loghmani, S., Baghi, H., Houghoughi, M. A., & Dalvi, F. (2017). Demographic characteristics of patients undergoing rhinoplasty: a single center two-time-period comparison. *World Journal of Plastic Surgery*, 6(3), 275. <https://wjps.ir/article-1-309-en.pdf>
- Luo, Y., Meng, R., Li, J., Liu, B., Cao, X., & Ge, W. (2019). Self-compassion may reduce anxiety and depression in nursing students: a pathway through

- perceived stress. *Public health*, 174, 1-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.05.015>
- Mafakheri, A., Ashrafifard, S., & Khorrami, M. (2021). A Structural Model of the Relationship between Body Image Concern and Obsessive Beliefs with Body Management in People Seeking Cosmetic Surgery. *Health Psychology*, 10(38), 121-140. (Persian).  
<https://doi.org/10.30473/hpj.2021.55499.4964>
- Malcolm, A., Pikoos, T., Castle, D. J., Labuschagne, I., & Rossell, S. L. (2021). Identity and shame in body dysmorphic disorder as compared to obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 31, 1-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100686>
- Mohammadi, N., & Sajadinejad, M. S. (2007). The Evaluation of psychometric properties of Body Image Concern Inventory and examination of a model about the relationship between body mass index, body image dissatisfaction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Psychological Studies*, 3(1), 85-101. (Persian).  
<https://doi.org/10.22051/psy.2007.1650>
- Naami, A., & Mahmood Salehi, H. (2016). Prediction of cosmetic surgery tendency based on mindfulness, personality dimensions, perfectionism and mental health components. *International Journal of School Health*, 3(3), 1-6. <https://doi.org/10.17795/intjsh-32746>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.  
<https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23-50.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Pourkaveh Dehkordi, E., Khan Mohammadi, A., & Abbasi Asfajir, A. A. (2020). Meta-Analysis of the Causes of Iranian Women's Tendency to Cosmetic Surgery. *Health Psychology*, 9(34), 7-24. (in Persian).  
<https://doi.org/10.30473/hpj.2020.44278.4266>
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., & Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of adolescence*, 74, 210-220.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.006>
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-011-0040-y>
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1083.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0012720>
- Sadeghzadeh, M., & Shamel, M. (2021). Measuring Body-based Social Shame: The Psychometric Properties of Body Image Shame Scale (BISS) in Iranian Female and Male Students. *Cultural Psychology*, 4(2), 223-242. (Persian).  
<https://doi.org/10.30487/jcp.2021.256207.1186>
- Sarwer, D. B. (2019). Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body image*, 31, 302-308.  
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.009>
- Sherry, S. B., Lee-Baggley, D. L., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2007). Perfectionism as a contraindication for cosmetic surgery: a reply to Clodius (2007). *European Journal of Plastic Surgery*, 29(8), 357-359. <https://doi.org/10.1007/s00238-007-0111-4>
- Swami, V., & Mammadova, A. (2012). Associations between consideration of cosmetic surgery, perfectionism dimensions, appearance schemas, relationship satisfaction, excessive reassurance-seeking, and love styles. *Individual differences research*, 10(2), 81-94.  
<https://psycnet.apa.org/record/2012-17976-003>
- Todorov, N., Sherman, K. A., Kilby, C. J., & Breast Cancer Network Australia. (2019). Self-compassion and hope in the context of body image disturbance and distress in breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 28(10), 2025-2032.  
<https://doi.org/10.1002/pon.5187>
- Toole, A. M., & Craighead, L. W. (2016). Brief self-compassion meditation training for body image distress in young adult women. *Body image*, 19, 104-112.  
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.09.001>
- Veale, D., & Gilbert, P. (2014). Body dysmorphic disorder: The functional and evolutionary context in phenomenology and a compassionate mind. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 150-160.  
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.11.005>
- Walker, C. E., Krumhuber, E. G., Dayan, S., & Furnham, A. (2021). Effects of social media use on desire for cosmetic surgery among young women. *Current psychology*, 40, 3355-3364.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12144-019-00282-1>