

اثربخشی واقعیت درمانی به شیوهی گروهی بر عزت نفس، بی‌همتایی و تصویر
بدنی متقاضیان جراحی زیبایی
The Effectiveness of Group Reality Therapy in Improving Self-
Esteem, Uniqueness, and Body Image of Cosmetic Surgery Applicants

تاریخ پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۰۵/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۲۱

M. Mirahmadi., GH.R. Manshaei

مهشاد میراحمدی^۱، غلامرضا منشی^{۲*}

Abstract

Aim: The present study aimed to determine the effectiveness of group reality therapy in improving the self-esteem, uniqueness, and body image of cosmetic surgery applicants. **Methods:** The present quasi-experimental study was a pre-test-post-test with a control group and a 45-day follow-up period. The statistical population consisted of 150 cosmetic surgery applicants who visited Espadana Cosmetic Surgery Center in Isfahan in 2016. After screening, we selected 30 individuals using convenience sampling and randomly divided them into two groups, control (n=15) and experimental (n=15) groups. The experimental group was treated in 10 sessions for 90 minutes. At the pre-test and post-test stages and the follow-up period, both groups responded to self-esteem (Eysenck, 1976), body image (Cash et al., 1997), and uniqueness (Şimşek and Yale Einstein, 2010) questionnaires. We analyzed data using repeated-measures

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی واقعیت درمانی به شیوهی گروهی بر عزت نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی بود. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری این پژوهش را ۱۵۰ متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مرکز جراحی زیبایی اسپادانا در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند که پس از غربالگری ۳۰ نفر به شیوهی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه تحت درمان قرار گرفتند، در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری هر دو گروه پرسشنامه‌های عزت‌نفس (آیزنک، ۱۹۷۶)، تصویر بدنی (کش و همکاران، ۱۹۹۷) و بی‌همتایی (شمشیک و یالینشتین، ۲۰۱۰) را تکمیل کردند، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از

مقاله حاضر اقتباس از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است

^۱ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

^{۲*} نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

شیوه استناد به این مقاله: میراحمدی، مهشاد؛ منشی، غلامرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر عزت نفس، بی‌همتایی و

تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی. فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره کاربردی، (۱): ۵۷-۷۴

analysis of variance. **Results:** The results indicated that group reality therapy had effects on self-esteem ($F=20.10$, $P=0.001$), uniqueness ($F=69.78$, $P=0.001$), and body image ($F=35.80$, $P=0.001$) of applicants for cosmetic surgery and the effect was stable in the follow-up phase. **Conclusion:** Given the research findings, reality therapy increased the uniqueness and also improved the body image in participants and the therapy was recommended for cosmetic surgery applicants in the Iranian society.

Keywords: *Uniqueness; Body image; Cosmetic surgery; Self-esteem; Reality therapy*

واریانس اندازه‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که واقعیت درمانی به شیوه‌ی گروهی بر عزت نفس ($F=20/10$, $P=0/001$) بی‌همتایی ($F=69/78$, $P=0/001$) و تصویر بدنی ($F=35/80$, $P=0/001$) متقاضیان جراحی زیبایی تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که واقعیت درمانی موجب افزایش بی‌همتایی و همچنین بهبود تصویر بدنی در افراد تحت درمان شده و استفاده از این روش درمانی برای متقاضیان جراحی زیبایی در جامعه ایرانی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بی‌همتایی، تصویر بدنی، جراحی زیبایی، عزت نفس، واقعیت درمانی

مقدمه

امروزه جراحی زیبایی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در سطح جهان مطرح است که میزان بهره‌گیری از آن رو به فزونی است (سوامیا و همکاران، ۲۰۰۹). هدف اصلی جراحی زیبایی بهبود ظاهر فردی است که دارای ظاهری نابه‌نجار باشد. زمانی که انسان‌ها در می‌یابند خصوصیات فیزیکی آن‌ها مطابق با آن‌ها ناهنجار نیست، ممکن است دچار رنجش شده و جراحی را به‌عنوان راه‌حل نهایی در نظر بگیرند. جراحی زیبایی اکنون تبدیل به یک عامل فریبنده و وسیله‌ای برای تجمل‌گرایی افراد مختلف شده است و این امر سبب پایه‌ریزی انتظارات غیرواقعی در افراد و مخدوش شدن حقایق در مورد ماهیت واقعی آن گردیده است (خانجانی، باباپور و صبا، ۱۳۹۱).

دلایل مختلفی را برای عمومیت فراگیر استفاده از جراحی‌های زیبایی بر شمرده‌اند، از جمله آن‌ها می‌توان به تنوع طلبی، امکان‌پذیری تغییر صورت، کاهش ناراضی‌تی از ظاهر، مادگاری تغییر، پیشرفت در روش‌های جراحی زیبایی تبلیغات تلویزیونی و مجلات مد و زیبایی اشاره کرد. مجلات و روزنامه‌ها معمولاً شیوه‌های نوین جراحی زیبایی را معرفی کرده‌اند و این در حالی است که موجب ناراضی‌تی مخاطبین این رسانه‌ها، از ظاهر فیزیکی می‌شوند (سوامی، ۲۰۰۹). تبلیغات گوناگون، وعده بهبود ظاهر، افزایش اعتمادبه‌نفس و بهبود کیفیت زندگی را به افراد می‌دهند. مطالعات نشان داده‌اند که دیگر عوامل موثر در گرایش به جراحی زیبایی شامل: ناراضی‌تی از ظاهر، کسب ظاهر آرمانی و ایده‌آل،

جنسیت‌ریال شریک عشقی، درآمد و سطح طبقه اجتماعی بالا و سطح تحصیلات بالا می‌باشد (احیایی و همکاران، ۱۳۹۲). میزان جراحی‌های زیبایی در ایران سیر صعودی داشته است. یافته‌ها نشان می‌دهد تنها ۱۰ درصد اعمال جراحی به دلیل ظاهر غیر طبیعی است و سایر موارد فقط برای زیبایی ظاهری است (اسدی و همکاران، ۱۳۸۹). در واقع مولفه‌های روانشناختی در تقاضای جراحی زیبایی و نیز پیش‌آگهی و رضایت پس از عمل نقش موثری دارند. بعضی پژوهشگران بر این باورند که قسمت عمده‌ای از عزت‌نفس افراد که برای عمل جراحی زیبایی اقدام می‌کنند به ظاهر بدنی آن‌ها وابسته است. بنابراین برای افزایش عزت‌نفس خود به دنبال تغییر به وسیله جراحی می‌روند (آمبرو و همکاران، ۲۰۰۸). آنچه که تمامی پژوهشگران در مورد آن توافق دارند این است که در ارزیابی روانشناختی این افراد باید روی عزت‌نفس و کمال‌گرایی آنان متمرکز شد. اعتماد به نفس یک احساس ظریف و دقیق است که معمولاً از دوران کودکی آغاز می‌شود و تحت تأثیر تربیت، فرهنگ و جامعه تقویت شده و پس از گذشت سال‌ها به یک احساس قوی و محکم مبدل می‌شود که تغییر آن بسیار دشوار خواهد بود. بنابراین پس از تکمیل کردن قسمت شرح حال و معاینه جسمانی، ارزیابی سلامت روانشناختی و انگیزه فرد برای اقدام به عمل جراحی، مهمترین اقدام پیش از دست بردن به جاقوی جراحی است. وجود یک مشکل روانشناختی مانند اعتماد به نفس پایین، نگرانی در مورد تصویر بدنی، اختلال بدشکلی بدنی و همچنین برخی صفتهای شخصیتی از جمله کمال‌گرایی یا برخی از اختلالها مانند وسواسی-اجباری، دوقطبی و حتی نشانه‌هایی از روانپریشی می‌تواند فرد را به سوی عمل جراحی زیبایی سوق دهد (دیوید، ۲۰۱۰). از این رو، جهان معاصر توأم با پیشرفته‌ها و رشد عقلانی که در بطن خود ایجاد کرده توجه خود را بر مسائل شخصیتی انسان متمرکزتر کرده است. مسائلی که شاید ۱۰۰ سال پیش از این، موضوعاتی پیش‌پاافتاده و غیرمهم تلقی می‌شده. از جمله مسائل مورد بحث شخصیتی انسان که قبلاً کمتر به آن پرداخته شده است تصویر بدنی است (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳). تصویر بدنی بیانگر نگرش فرد از خود همراه با احساسات و افکاری است که می‌تواند تغییر دهنده رفتار او در شرایط گوناگون و در جهات مثبت یا منفی باشد. این تصویر ذهنی می‌تواند تحت تأثیر عواملی چون رشد جسمانی، تعاملات فرد با محیط اجتماعی، سوانح، آسیب و جراحات بدنی قرار گیرد و نگرانی از تصویر بدنی را در فرد ایجاد میکند (سوگار، ۲۰۰۳). در سنین مختلف، افراد بر روی ابعاد متفاوتی از بدن خود سرمایه‌گذاری می‌کنند و بر اساس میزان اهمیتی که برای آن قائل می‌شوند، ارزیابی دیگران را در مورد این جنبه، مهم تلقی می‌کنند (گرین و پریچارد، ۲۰۰۳). در نوجوانی و جوانی ظاهر جسمانی و تصور از بدن یکی از جنبه‌های مهم در تشکیل هویت فرد است؛ تغییرات جسمی، شناختی و اجتماعی ایجاد شده در این دوران، نگرانی درباره جذابیت جسمانی و عدم اطمینان در مورد ارتباطات اجتماعی، باعث نگرانی فرد در مورد

چگونگی ارزیابی دیگران در مورد ساختار جسمانی وی می گردد (بروزوسکی و بایر، ۲۰۰۵). کش و گرانث (۱۹۹۶) عنوان می کنند زمانی که فرهنگ جامعه بر جذابیت جسمانی مخصوصاً برای زنان تاکید دارد، به تدریج زمینه نگرانی از تصویر بدن را فراهم می کند. از سوی دیگر شواهد بسیاری موید آن است که تصور از بدن در اکثر زنان به صورت منفی تجربه می شود (گروگان، ۲۰۰۸). یک مطالعه تحقیقاتی نشان داد که ۷۰ درصد دانشجویان دانشگاه از ظاهر جسمانی خود ناراضی هستند و ۲۸ درصد مبتلا به اختلال در تصور از بدن هستند (بهربوم و تاردی، ۲۰۰۴). نتایج مطالعه سوامی، کامور - پریموزیک، بریجز و فرانهام (۲۰۰۹) که بر روی تعدادی از دانشجویان انجام دادند نیز نشان داد که افرادی که جذابیت جسمانی خود را پایین تر می دانند به احتمال بیشتری جراحی زیبایی را انجام می دهند. جراحی زیبایی که جهت بهبود بخشیدن به ظاهر به کار گرفته می شود، تخصصی است که به ترمیم، نگهداری یا بهبود ظاهر فیزیکی فرد از طریق تکنیک های جراحی و پزشکی می پردازد و در دهه گذشته به طور چشمگیری افزایش یافته است (گروگان، ۲۰۰۸). بر اساس آمار منتشر شده در سال ۲۰۰۳ در آمریکا، پنج جراحی معمول و رایج زیبایی شامل: لیپو ساکشن، افزایش و کاهش حجم سینه، جراحی پلک و جراحی بینی بوده است و تزریق بوتاکس، برداشتن مو با لیزر، میکرودرم ابریژن، پلینگ شیمیایی و تزریق کلژن هم به عنوان شایع ترین مداخله های زیبایی غیر جراحی مطرح شده اند (انجمن جراحان پلاستیک آمریکا، ۲۰۰۹). در جراحی های طولانی مدت و چندگانه خطرات زیادی وجود دارد، به همین علت مطالعات بسیاری در جهت اثبات ایمنی و اثربخشی طولانی مدت برخی از این مداخله ها انجام شده که نتیجه بخش نبوده اند (سوامی و همکاران، ۲۰۰۹). در کشور ما از حدود دهه هفتاد تقاضا برای جراحی زیبایی ۸۰٪ رشد داشته و این آمار در حال حاضر رو به افزایش است (خزیر، دهداری و محمودی، ۱۳۹۲). جراحی های زیبایی منحصر به طبقه مرفه جامعه نیست و از هر طبقه اجتماعی افرادی وجود دارند که بخشی از صورت یا اندام خود را به تیغ جراحان زیبایی سپرده اند. این روند به گونه ای ادامه یافته که مردم ایران در کنار کشورهای ترکیه و برزیل در رده های نخست میزان جراحی های جهان قرار دارند (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۱). درصد بالایی از تقاضای جوانان برای جراحی های زیبایی از سوی دختران است. به طوری که ۹۵ درصد متقاضیان را زنان و دختران ۱۴ تا ۴۵ سال برای جراحی بینی و اندام و ۵ درصد را مردان برای انجام جراحی بینی و کاشت مو تشکیل می دهند؛ قابل توجه است که آمار مردان متقاضی در سال های اخیر روند رو به رشدی داشته است. بر خلاف بسیاری از کشورهای دنیا جراحی پلاستیک بینی شایع ترین عمل زیبایی در ایران است و بعد از بینی حذف چین و چروک صورت در رتبه دوم قرار دارد (خزیر و همکاران، ۱۳۹۲). کاو (۲۰۰۸) نیز در مطالعه ای در مطالعه ای بر روی زنان آسیایی - آمریکایی تبار نشان داد که ۸۷ درصد از جراحی های زیبایی، مربوط به زنان می باشد و اغلب مربوط

به بازسازی ابرو و بینی بوده است. پژوهش‌ها نشان داده که عوامل موثر در گرایش به جراحی زیبایی شامل نارضایتی از ظاهر، کسب ظاهر آرمانی و ایده آل، جنسیت، شریک عشقی، درآمد و سطح طبقه اجتماعی بالا می‌باشد (سوامی، ۲۰۰۹). افزون بر این در پژوهشی مشخص شد که یکی از بهترین عوامل برانگیزاننده برای جراحی زیبایی، سطح تحصیلات فرد می‌باشد نه سطح درآمد؛ به گونه‌ای که سطح تحصیلات افراد متقاضی جراحی زیبایی از میانگین سطح تحصیلات زنان ایرانی، بسیار بالاتر بود و اغلب متقاضیان تحصیلات دانشگاهی داشتند (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۱). مطالعات انجام شده در ایران به طور عمده معطوف به بررسی برخی عوامل اجتماعی موثر بر انجام جراحی زیبایی، گرایش زنان به جراحی زیبایی و مقایسه وضعیت روانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی با افراد عادی، نقش نگرش‌های جنسیتی در پیدایش تصویر بدنی زنان و تاثیر جراحی زیبایی بینی بر تصور از بدن زنان بوده است (خزیر و همکاران، ۱۳۹۲). در قرن بیستم مخصوصاً در چند دهه اخیر برداشت‌های تازه‌ای از زیبایی شده است و زیبایی به‌عنوان مجموعه‌ای از مؤلفه‌هایی چون تناسب‌اندام، آرایش، پوشش و جذابیت و بی‌نقص بودن تعریف می‌شود (لاتاما، ۲۰۱۰). تلفیق زیبایی با دستاوردهای صنعتی و پزشکی باعث شده است زیبایی دیگر تنها یک مشخصه طبیعی و زیستی نباشد و ویژگی اکتسابی پیدا کند (مارکی و مارکی، ۲۰۱۰). امروزه جراحی زیبایی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در سطح جهان مطرح است که میزان بهره‌گیری از آن رو به فزونی است (سوامیا و همکاران، ۲۰۰۹). هدف اصلی جراحی زیبایی بهبود ظاهر فردی است که دارای ظاهری نابهنجار باشد. زمانی که انسان‌ها در می‌یابند خصوصیات فیزیکی آن‌ها مطابق با آن‌ها ناهنجار نیست، ممکن است دچار رنجش شده و جراحی را به‌عنوان راه‌حل نهایی در نظر بگیرند. جراحی زیبایی اکنون تبدیل به یک عامل فریبنده و وسیله‌ای برای تجمل‌گرایی افراد مختلف شده است و این امر سبب پایه‌ریزی انتظارات غیرواقعی در افراد و مخدوش شدن حقایق در مورد ماهیت واقعی آن گردیده است (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۱).

افراد مبتلا به حس بی‌همتایی کسانی که هم‌رأی و هم‌نظرشان نباشند، یا دست‌کم می‌گیرند یا مسخره و تحقیر می‌کنند و اگر متوجه شوند که کسی با آن‌ها موافق نیست یا از آن‌ها انتقاد می‌کند، به‌شدت عصبانی می‌شوند یا امکان دارد حتی کینه به دل بگیرند، نکته جالب این است که آن‌ها همیشه دعا می‌کنند پذیرای انتقاد دیگران هستند اما در واقع آنچه دوست دارند، به‌هیچ‌وجه انتقاد نیست. آن‌ها دوست دارند مطمئن شوند کسی هیچ انتقادی نسبت به آن‌ها ندارد، نه تنها هیچ انتقادی ندارد بلکه آن‌ها را خیلی هم تحسین می‌کند، وقتی می‌خواهند از آن‌ها انتقاد شود و ادعا می‌کنند انتقاد را دوست دارند، کافی است طرف مقابل در این تله بیفتد و انتقادی کوچک بکند؛ در این صورت امکان دارد تا مدت‌ها کینه او را به دل بگیرند (دمیر و همکاران، ۲۰۱۳). افزون بر آن، نحوه زندگی

امروز، می‌تواند حس متفاوت بودن و بی‌همتایی^۱ انسان را تقویت کند. فرهنگی که بر شهرت و معروفیت پایه‌گذاری شده و نیز شبکه‌های خبری که اخبار مربوط به افراد مشهور را با جزئیات هرچه‌تمام‌تر منتشر می‌کنند، همگی باعث انتشار و تشدید متفاوت بودن می‌شوند (شمشیک و دمیر، ۲۰۱۳). حتی این خطر وجود دارد که این مشکل به تدریج به‌عنوان نوعی رفتار طبیعی تلقی شود. احساس بی‌همتایی یعنی این‌که فرد همه خوبی‌ها را برای خودش می‌خواهد و با بدی‌ها نیز تا زمانی که به ضررش نباشد کنار می‌آید. اما زمانی که جایگاه وی به هر دلیلی به خطر بیفتد، دنیای ذهنی وی همان ویژگی‌ها و خصلت‌ها را طور دیگری تعبیر می‌کند (کویدمیر و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر آن، شجاعت ظاهری این افراد ریشه در احساس ناامنی عمیق و نیاز شدید به کسب اطمینان دارد که عزت‌نفس هر فردی را کاهش می‌دهد. از آن رو، رویکرد واقعیت‌درمانی، به این افراد کمک می‌کند تا بر رفتار و انتخاب‌های خویش تسلط و کنترل داشته باشد تا پذیرش خود برای آن‌ها آسان‌تر صورت گیرد. واقعیت‌درمانی، بر نظریه کنترل مبتنی است و فرض را بر این می‌گذارد که مردم، مسئول زندگی خویش و اعمال، احساسات و رفتارشان هستند (گلاسر و گلاسر، ۲۰۰۸). علاوه بر آن، مسئولیت‌پذیری^۲ یکی از مفاهیم اساسی واقعیت‌درمانی^۳ است و به معنای توانایی شخص در برآورده شدن نیازهای اوست. برآورده شدنی که البته مانع برآوردن نیازهای دیگران نشود. کسی که احساس ارزشمندی و به درد خوردن می‌کند برای دیگران مثر است و دیگران برای او ارزش قائل‌اند. واقعیت‌درمانی آن چیزی نیست که باید در انحصار شماری اندک از متخصصان یا افراد با تحصیلات عالی باشد بلکه دانش در خور و ضروری برای دسترسی همگان است چرا که اصول و قواعد آن پایه و بنیان زندگی اجتماعی موفق و رضایتمندانه در هر جا و در هر زمان است (گلاسر^۴ و گلاسر، ۲۰۰۷). واقعیت‌درمانی روشی کاربردی است و در آن تلاش بر این است که از طریق ارضاء تصاویر دنیای کیفی نیازها را برآورده کرد. درمان‌گر به همراه مراجع، برنامه‌ای قابل حصول و دارای مراحل مثبت ایجاد خواهد کرد که در ابتدا او را در جهت ارضاء کردن نیاز قرار می‌دهد (گلاسر، ۲۰۰۸).

هدف واقعیت‌درمانی این است که روشن سازد چه نوع رفتاری می‌تواند بازده‌ای تولید کند که بهتر در برآوردن نیازهای شخصی بینجامد در این روش درمانی، مواجه‌شدن با واقعیت، مسئولیت‌پذیری و ارزشیابی در مورد رفتارهای درست و نادرست مورد تأکید قرار می‌گیرد. فرد نه‌تنها در مقابل اعمال خود، بلکه در برابر تفکرات و احساسات خود نیز مسئول است. فرد قربانی گذشته و حال خود نیست،

-
1. Unique
 2. Accountability
 3. Reality Therapy
 4. Glaser

مگر این که خود بخواند. این رویکرد درمانی هم در مورد رفتارهای بهنجار و هم در مورد رفتارهای نابهنجار و هم در مورد تدوین شیوه‌های مناسب تعلیم و تربیت به کار می‌رود (کریستین^۱، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه پژوهش‌های نیمه تجربی مختلفی در مورد افراد متقاضی جراحی زیبایی صورت گرفته؛ از جمله اثربخشی شناخت درمانی رفتاری، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک، مانند؛ پژوهش‌های ابوالقاسمی (۱۳۹۱) اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی که نتایج بیان‌گر مؤثر بودن این شیوه درمانی بر پرخوری عصبی بود. همچنین در مطالعه صدیق (۱۳۹۳) بر اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر خودکارآمدی و عزت‌نفس زنان چاق و دارای اضافه‌وزن نشان داد که واقعیت‌درمانی بر خودکارآمدی و عزت‌نفس گروه آزمایش مؤثر بود. بنابراین با توجه به مطالبی که عنوان شد، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا واقعیت‌درمانی به شیوه‌ی گروهی بر بی‌همتایی، عزت‌نفس و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی تأثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است و طرح پژوهشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایش و دوره ۴۵ روزه پیگیری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را متقاضیان جراحی‌های زیبایی مراجعه‌کننده به مرکز جراحی زیبایی اسپادانا در شهر اصفهان را در بازه زمانی اوایل فروردین تا اواخر خرداد سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. تعداد افراد مراجعه‌کننده در این بازه زمانی ۱۵۰ نفر بود که پس از مصاحبه ابتدایی با این افراد تعداد ۳۰ نفر حاضر به همکاری با پژوهشگر شدند که به‌طور تصادفی به دو گروه گواه (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: متقاضی جراحی‌های زیبایی از جمله بینی، گونه، چین‌وچروک صورت و لب؛ شرط تمایل افراد برای شرکت در جلسه؛ حداقل سواد دیپلم و اعلام رضایت مکتوب جهت شرکت در تمام جلسات پژوهشی و معیارهای خروج از پژوهش عبارتند از: ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی به تشخیص روان‌پزشک؛ گذراندن دوره آموزشی یا هر نوع مداخله مشابه دیگر؛ غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش. داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه بی‌همتایی با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویراست بیست و یکم است. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار، و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه عزت نفس: پرسشنامه عزت نفس آیزنک (۱۹۷۶) حاصل کوشش‌های آیزنک برای بررسی شخصیت است و سؤالات آن برگرفته از سؤالات ناستواری هیجانی پرسشنامه شخصیت آیزنک است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال است که آزمودنی باید برای هر یک از سؤالات پاسخ بلی، خیر یا نمی‌دانم (علامت سؤال) را علامت بزند. البته در دستورالعمل پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود که تا حد امکان پاسخ نمی‌دانم را انتخاب نکند. هر چه نمره فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد عزت نفس بیشتری دارد (بیابانگرد، ۱۳۸۴). در مورد سؤالات شماره ۱، ۲، ۵، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۹، ۳۰، گزینه بله ۱ امتیاز و گزینه خیر صفر امتیاز دریافت خواهد نمود. در مورد سؤالات شماره ۳، ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۸ گزینه خیر ۱ امتیاز و گزینه بلی ۰ امتیاز دریافت خواهد کرد. در مواردی که گزینه علامت سؤال (؟) انتخاب گردد نیم نمره (۰/۵) از امتیاز کسب خواهد گردید. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک تک سؤالات را با هم جمع نمائید. این امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۳۰ خواهد داشت. نمرات بالاتر نشان دهنده عزت نفس بالاتر شخص پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. نمره ۱۱ و پایین‌تر عزت نفس پایین، نمره ۱۱ تا ۲۱ عزت نفس متوسط و نمره بالاتر از ۲۱ عزت نفس بالا را نشان می‌دهد (بیابانگرد، ۱۳۸۴). هرمزی نژاد (۱۳۸۰) روایی این پرسشنامه را برای دانشجویان دختر ۷۴/۰ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۹ گزارش کرده است. ضریب پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با استفاده از روش تنصیف ۰/۸۷ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برآورد شد.

پرسشنامه بی‌همتایی: مقیاس احساس شخصی بی‌همتایی توسط شمشیک و یالینشتین (۲۰۱۰) طراحی شده است و مشتمل بر ۵ گویه می‌باشد که به صورت ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس یک مقیاس خود گزارشی می‌باشد که هیچ‌یک از گویه‌های آن به صورت معکوس نمره‌گذاری نمی‌شوند (شمشیک و یالینشتین، ۲۰۱۰). در پژوهش قمرانی (۱۳۹۰)؛ به نقل از میراحمدی و منشی، (۱۳۹۵) برای بررسی روایی پرسشنامه از روش‌های روایی صوری، روایی محتوا، روایی سازه (روایی همگرا، روایی واگرا، همبستگی گویه‌ها با نمره کل و تحلیل عامل اکتشافی) استفاده شد. پایایی مقیاس به وسیله روش آلفای کرونباخ بررسی گردید. روایی صوری و محتوایی نسخه فارسی تأیید شد. همبستگی گویه‌ها با نمره کل (۰/۷۴-۰/۴۵) در تمام موارد در سطح معنی دار بود. همچنین تحلیل عوامل حکایت از وجود یک عامل عمومی داشت که در مجموع، ۴۴/۲۲۹ درصد واریانس احساس شخصی بی‌همتایی را تبیین می‌کند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ

مقیاس ۰/۷۲ به دست آمد. همچنین تفاوت بین عملکرد دانش‌آموزان عادی و تیزهوش در مقیاس احساس بی‌همتایی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. در مجموع، نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که مقیاس احساس شخصی بی‌همتایی - فرم ۵ سؤالی از روایی و پایایی مطلوبی برای سنجش احساس شخصی بی‌همتایی برخوردار است. در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷، برآورد شد.

پرسشنامه تصویر بدنی: پرسشنامه روابط چندبعدی خود بدن شامل ۴۶ ماده است که به‌منظور ارزیابی تصویر تن طراحی شده است و شامل ۶ مؤلفه می‌باشد. نسخه نهایی این پرسشنامه توسط کش در سال ۱۹۹۷ تهیه شده است. این پرسشنامه تعدادی جمله درباره شیوه تفکر، احساس یا رفتار افراد است (قرلسفلو، یونسی و امانی، ۱۳۸۹). نمره‌گذاری پرسشنامه طبق طیف لیکرت است و برای سؤالات ۱ تا ۳۷ به صورت زیر است: کاملاً موافق=۵، موافق=۴، ممتنع=۳، مخالف=۲، کاملاً مخالف=۱. پایایی این پرسشنامه در پژوهش سعادت، حیدری و عبدی (۱۳۹۳) با توجه به آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است و روایی محتوایی آن نیز مورد تأیید واقع شده است. همچنین در پژوهش سعادت و همکاران (۱۳۹۳) ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱، برآورد شد. روایی خرده آزمون‌ها بر اساس آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۱ برای مردان و ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برای زنان به دست آمده است. پایایی آزمون با انجام باز آزمون با فاصله یک ماه برای مردان ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ و برای زنان ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (کش، ۲۰۰۰). روایی و پایایی این آزمون در ایران نیز توسط قرلسفلو و همکاران (۱۳۸۹) انجام شده است که اعتبار ۱۰ خرده آزمون تصویر بدنی بر اساس آلفای کرونباخ حداقل ۰/۵۴ و حداکثر ۰/۸۵ به دست آمد که اعتبار هر یک از خرده آزمون‌ها در زیر آمده است. جهت تعیین روایی آزمون از روایی «همگرا» استفاده شده است. بدین ترتیب که پرسشنامه چندبعدی رابطه‌ی خود و بدن به همراه پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت به دو نمونه ۵۰ نفری از در گروه بارور و نابارور داده شد. همبستگی معنادار بین پرسشنامه عزت‌نفس و خرده مقیاس‌های تصویر بدنی، حداقل ۰/۱۳۵ - و حداکثر ۰/۳۴۵ به دست آمده است (قرلسفلو و همکاران، ۱۳۸۹).

شیوه اجرا: گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه به مدت یک ساعت و نیم تحت بسته آموزشی واقعیت درمانی گلاسر (۲۰۰۷؛ ۲۰۰۸) قرار گرفتند، در صورتی که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. شرح مختصر جلسات واقعیت درمانی به شرح زیر است:

جدول ۱. پروتکل واقعیت درمانی گروهی

جلسات	محتوای آموزشی
جلسه اول	تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضای گروه، بررسی اهمیت و نقش مهارت‌های ارتباطی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و مشاوره ابلاغ قوانین گروه.
جلسه دوم	شناختن ۵ نیاز اساسی انسان همراه آموزش تئوری انتخاب، فهرست بندی نیازهای اساسی اعضا با تلاش خود آن‌ها و کمک مشاور و بررسی اهمیت برآوردن این نیازها.
جلسه سوم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، و درخواست توضیح در مورد دید کلی اعضا در مورد تصویر بدنی، عزت‌نفس و بی‌همتایی خود و بررسی علل نگرش اعضای گروه در مورد وضعیت فعلی زندگی.
جلسه چهارم	توضیح در مورد رفتار کلی و چهار مؤلفه آن (عمل، فکر، احساس، فیزیولوژی) و آموزش این موضوع که انسان قادر به کنترل مستقیم عمل و فکر است و دو مؤلفه دیگر رفتار را فقط به‌طور غیرمستقیم و با کنترل عمل و تفکر می‌توان کنترل کرد.
جلسه پنجم	تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار و اقدام کنونی برای باروری و بررسی اینکه رفتار فعلی‌شان برای رسیدن اعضا به اهداف و نیازهایشان چه کمکی می‌تواند بکند.
جلسه ششم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، کمک به اعضا برای شناختن رفتار و احساس کنونی‌شان، و کم‌اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تأکید بر کنترل درونی نسبت به جراحی زیبایی.
جلسه هفتم	آشنایی اعضا با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت‌پذیری آن‌ها در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به ناامیدی و کاهش شادکامی در قبال عدم جراحی زیبایی می‌شوند.
جلسه هشتم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، تعیین اهمیت برنامه‌ریزی جهت انجام سریع‌تر و بهتر کارها، و استفاده بهینه از وقت و آموزش طرح‌ریزی و برنامه‌ریزی مناسب برای رسیدن به سایر اهداف زندگی.
جلسه نهم	جلسه نهم: آشنایی با مسائل تغییر و تعهد، و ارائه تکالیف بر اساس عینی بودن، قابل اندازه‌گیری بودن و قابل اجرا هرچند کوچک و تعهد بر مبنای افزایش عزت‌نفس، خود پنداره‌ی ارزشمند تا جلسه بعد، گرفتن تعهد از اعضا برای اجرای حتمی آن و نپذیرفتن هیچ‌گونه عذر و بهانه.
جلسه دهم	جلسه دهم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی و تأکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا، کمک به اعضا برای جایگزین کردن کنترل درونی و ایجاد روابط مؤثر بین فردی، مواجه شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، بودن در اینجا و اکنون و در نهایت فرایند تغییر که منجر به افزایش عزت‌نفس است.

یافته‌ها

از نظر جنسیت بیشترین فراوانی در دو گروه آزمون و شاهد مربوط به جنس مؤنث (۶۶٪) گروه گواه و ۷۳٪ (گروه آزمون) می‌باشد و حداقل و حداکثر سن در نمونه گروه گواه به ترتیب ۱۷ و ۳۲ سال و حداقل و حداکثر سن در نمونه گروه آزمایش به ترتیب ۱۹ و ۳۴ سال است. میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش ۲۵/۳۳ (۳/۳۸) سال و میانگین و احراف معیار گروه گواه ۲۱/۲۱ (۳/۳۵) سال می‌باشد.

از نظر میزان تحصیلات بیشترین فراوانی در دو گروه آزمون و گواه مربوط به دیپلم (۵۷٪) گروه گواه و (۷۶٪) گروه آزمون است.

جدول ۲. خلاصه نتایج شاخص توصیفی نمرات بی‌همتایی و تصویر بدنی گروه آزمایش و گواه در

مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (n= ۳۰)

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عزت نفس	آزمایش	۱۸/۱۳	۱/۶۹	۲۳/۱۳	۱/۸۴	۲۳/۲۰	۲/۰۰
	گواه	۱۸/۵۶	۱/۷۴	۱۸/۷۳	۱/۷۰	۱۸/۷۰	۱/۶۳
بی‌همتایی	آزمایش	۱۲/۴۶	۱/۱۸	۱۷/۴۰	۱/۱۸	۱۷/۴۶	۱/۱۸
	گواه	۱۲/۱۳	۱/۱۸	۱۲/۳۳	۱/۵۸	۱۲/۵۳	۱/۱۲
تصویر بدنی	آزمایش	۴۸/۶۰	۱/۱۲	۴۲/۴۶	۱/۹۲	۴۲/۰۶	۲/۱۲
	گواه	۴۹/۷۳	۲/۴۰	۴۹/۳۳	۳/۱۰	۴۹/۲۶	۳/۳۴

همان‌طوری که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، میانگین عزت نفس، بی‌همتایی در پس‌آزمون و پیگیری نشان دهنده تاثیر متغیر مستقل (اثر آموزش) و بهبود عزت نفس، بی‌همتایی در گروه آزمایش شده است. همچنین در متغیر تصویر بدنی نیز نشان دهنده تاثیر اثر آموزش بر گروه آزمایش شده که حاکی از کم شدن تصورات ذهنی و اشتغال بد نسبت به بدن خود است.

جدول ۳. نتایج آزمون کروییت موخلی برای متغیر بی‌همتایی و تصویر بدنی (n= ۳۰)

متغیر	آزمون موخلی		آزمون شاپیرو ویلکز		آزمون لوین	
	W موخلی	مقدار χ^2	آماره	معناداری	آماره	معناداری
عزت نفس	۰/۹۲	۲/۰۶*	۰/۹۵	۰/۵۲	۰/۱۶	۰/۶۹
بی‌همتایی	۰/۸۹	۳/۱۸*	۰/۹۳	۰/۲۷	۰/۳۵	۰/۵۵
تصویر بدنی	۰/۸۶	۴/۰۵*	۰/۹۱	۰/۱۴	۲/۲۱	۰/۱۴

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول فوق نتیجه آزمون موخلی نشان می‌دهد مفروضه کروییت برقرار است و می‌توان از نتیجه آزمون‌های درون‌گروهی بدون تعدیل درجه آزادی استفاده کرد. همچنین در ادامه نتایج جدول فوق نتیجه آزمون شاپیرو-ویلکز از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها در متغیر عزت نفس، بی‌همتایی و

تصویر بدنی است. آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس‌های خطا، فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شد و واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود؛ بنابراین، مفروضه استفاده از تحلیل واریانس رعایت شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمره عزت نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذورات	توان آماری
عزت نفس	آموزش	۱	۱۷۹/۲۱	۲۰/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۴۱	۰/۹۹
	خطا	۲۸	۸/۹۱				
بی‌همتایی	آموزش	۱	۲۶۶/۹۴	۶۹/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۱/۰۰
	خطا	۲۸	۳/۸۲				
تصویر بدنی	آموزش	۱	۵۷۷/۶۰	۳۵/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۵۶	۱/۰۰
	خطا	۲۸	۱۶/۱۳				

با توجه به نتایج جدول (۴) اثر آموزش واقعیت‌درمانی در متغیر عزت نفس ($P < ۰/۰۰۱$) و ($F=۲۰/۱۰$)، بی‌همتایی ($P < ۰/۰۰۱$ و $F=۶۹/۷۸$) و متغیر تصویر بدنی ($P < ۰/۰۰۱$ و $F=۳۶/۸۰$) معنی‌دار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عزت نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر مداخله واقعیت‌درمانی در متغیر عزت نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	تفاوت	انحراف	تفاوت	انحراف	تفاوت	انحراف
عزت نفس	۰/۱۵	۲/۵۸*	۰/۱۳	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۰۱
بی‌همتایی	۰/۱۹	۲/۵۶*	۰/۱۴	۰/۱۳	۰/۱۷	۰/۱۳
تصویر بدنی	۰/۲۹	۳/۵۰*	۰/۲۳	-۰/۲۳	۰/۲۲	-۰/۲۳

* $P < ۰/۰۵$ ** $P < ۰/۰۱$

در جدول فوق نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین متغیر عزت نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P=0/05$) اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در متغیر عزت نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی واقعیت درمانی بر عزت نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی متقاضی جراحی زیبایی می‌باشد. یافته‌ها نشان داد که آموزش گروهی واقعیت درمانی توانست بر عزت نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی گروه آزمایش اثر گذار باشد. از این رو، می‌توان این‌گونه استنباط کرد که عزت نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی در دو گروه آزمایش و کنترل متفاوت است. یافته‌های به دست آمده در اثربخشی واقعیت درمانی بر عزت نفس با یافته پژوهش‌های جورابچی و دوکانه‌ای فرد (۱۳۹۵)، صدیق (۱۳۹۳)، فرقانی و همکاران (۱۳۹۱)، مرادی شهر و همکاران (۱۳۸۹)، موسوی اصل (۱۳۸۸)، کیم (۲۰۰۵)، کیم (۲۰۰۸)، ریدر (۲۰۱۱) و شری و همکاران (۲۰۰۷) همخوان است؛ همچنین با توجه به بررسی‌های انجام شده یافته تاکنون پژوهشی در مورد بی‌همتایی صورت نگرفته است و اندک پژوهشی در مورد تصویر بدنی و تنها محدود به پژوهش‌های دمیر و همکاران (۲۰۱۳)، شمشیک و دمیر (۲۰۱۳)، کویدمیر و همکاران (۲۰۱۳) و پترسون (۱۹۹۸) می‌باشد که همگی در این پژوهش‌ها بر نقش بی‌همتایی و بهداشت روانی فرد و خشنودی از خود و خویشان واقعی خود می‌باشد. از این رو به نظر می‌رسد که نقش بی‌همتایی در فرد می‌تواند به حس خویشتن منسجم و پذیرش بی‌چون و چرای خود منجر شود به طوری که ذره‌بین انتقاد را از روی خود برداشته و کم‌بودها و نقص‌های خود را نازیبا جلوه نمی‌دهد (دمیر و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش‌های شمشیک و دمیر (۲۰۱۳) و شمشیک و یالینشتین (۲۰۱۰) نشان داد که هر چقدر فرد احساس مثبت و شادی نسبت به خود داشته باشد از سلامت روان بهتری برخوردار است. همچنین آن‌ها نشان دادند که حمایت بی‌قید و شرط والدین از فرزندان خود حس بی‌همتایی را در آن‌ها تقویت می‌کند. از این رو این کودکان با همه کمی و کاستی‌های خود، خود را دوست داشته و کم‌تر ذهن خود را مشغول ظاهر و تناسب بدنی خود می‌کنند.

در خصوص تبیین این فرضیه می‌توان چنین عنوان کرد که متقاضیان جراحی‌های زیبایی ارزش خود را با منحصر به فرد بودن و متفاوت بودن افراطی تعریف می‌کنند، واقعیت درمانی می‌تواند به این افراد کمک کند که در جهت اصلاح ارزش‌های خود اقدامات مطلوبی انجام دهند و خود را بی‌قید و شرط بپذیرند. متقاضیان جراحی‌های زیبایی در زمینه‌های مختلف نیازمند استقلال هستند در واقعیت

درمانی بر قدرت صرف نظر کردن از حمایت‌های محیطی و جایگزینی آن با حمایت‌های روانی درونی فرد، در واقع قدرت روانی برای روی پای خود ایستادن تأکید می‌شود تا بتوانند بی‌همتایی خود را با به دست آوردن استقلال عاطفانه بروز دهند (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۱).

متقاضیان جراحی‌های زیبایی سعی می‌کنند که برای اثبات بی‌همتایی خود رفتارهای کامل از خود نشان بدهند، در واقعیت درمانی تأکید می‌شود که تمام رفتار آن‌ها با چند مورد استثناء انتخاب شده هستند. هر رفتار کامل نهایت تلاش برای به دست آوردن چیزی است که با آن نیازهای را ارضا کنیم (شمشیک و یالینشتین، ۲۰۱۰). در بروز رفتار کامل از پروتکل واقعیت درمانی به متقاضیان جراحی‌های زیبایی آموخته می‌شود که تمام رفتارهایی که آن‌ها در خصوص بی‌همتایی انجام می‌دهند از چهار عنصر جدانشدنی تشکیل می‌شوند: ۱- عمل کردن؛ ۲- فکر کردن؛ ۳- احساس کردن؛ ۴- فیزیولوژی، که با تمام اعمال، افکار و احساس همراه است تا بهتر فکر کنند، تصمیم به موقع بگیرند، احساسات سالم را پرورش دهند و در خصوص فیزیولوژیک اقدامات مطلوب انجام دهند. افزون بر آن، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که برخی از افراد از نقصی ظاهری و نازیبایی بدنی رنج می‌برند و تمایل دارند که تغییرات ظاهری در خود ایجاد کنند. این تغییرات با استفاده از لوازم آرایشی و روش‌های ترمیمی جراحی همراه است که می‌تواند سلامتی آن‌ها را تهدید کند. مبتلایان به بدریختی بدنی نگاهی متفاوت به زندگی دارند به گونه‌ای که در روابط بین فردی خود نسبت به ظاهر خویش حساس بوده و درباره قضاوت‌های دیگران از ظاهرشان کنجکاو هستند (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۱). آن‌ها درباره خود احساس حقارت می‌کنند و از عزت‌نفس پایینی برخوردارند زیرا تصور می‌کنند که اثربخشی آن‌ها در روابط بین فردی از طریق ظاهر جسمانی است. این یافته نشان می‌دهد که افکار و تحریف‌های شناختی و عقاید فاجعه‌آمیز آن‌ها درباره ظاهر جسمانی می‌تواند منجر به شکل‌گیری اختلال بدریختی بدن گردد. هرچند یافته‌های بساک نژاد (۲۰۰۷) و ویل (۲۰۰۳) نشان می‌دهند که این افراد اولین گزینه برای رسیدن به هدف زیبایی خویش را جراحی پلاستیک می‌دانند اما این روش‌ها اثر موقتی داشته و هیچ‌گاه زیبایی کاملی که آن‌ها طالب آن هستند را به دست نمی‌آورند.

پژوهش‌های مختلف به دنبال یافتن راه‌هایی هستند تا یک اقتناع درونی و پذیرش شخصی از ظاهر جسمانی را در آن‌ها شکل دهند. یافته‌های پژوهش کنونی نشان می‌دهند که روش واقعیت درمانی می‌تواند در کنترل ترس از بدریختی بدن مؤثر باشد. جلسات بحث گروهی واقعیت درمانی یک تجربه جدید برای بیماران است. آن‌ها با مفهوم اختلال بدشکلی بدن آشنا می‌شوند و با واقعیتی از زندگی خود را روبه‌رو شده و سپس با بازسازی شناخت‌های خود دست به انتخاب جدیدی در زندگی می‌زنند. در نهایت افراد مبتلا انتخاب و مسئولیت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به پذیرش ظاهر جسمانی خود فکر می‌کنند (سوامی و همکاران، ۲۰۰۹). برو نسازی وقایع زندگی یکی از مراحل واقعیت درمانی

است که درمان‌جویان با یافتن هویتی جدید برای زندگی می‌توانند به تغییر در روابط بین فردی بدون تغییر و دستکاری در ظاهر جسمانی خود فکر کنند (گروگان، ۲۰۰۸). یافته‌های کنونی نشان می‌دهند که درمان اثر خود را در طول زمان حفظ کرده است زیرا میانگین دو گروه در نمره تصویر بدن همچنان در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار نشان می‌دهد.

علاوه بر آن، همه رفتارها و از جمله رفتارهای ناسازگار متقاضیان جراحی‌های زیبایی، کوششی است که آنان برای کنترل ادراک‌های خود نسبت به ارزیابی خود به‌عمل می‌آورند. رفتار ناسازگار این افراد باعث می‌شود کنترل اثربخش خود را بر ادراک‌هایش و در نتیجه آن، کنترل اثربخش خود را بر زندگی از دست بدهند. گلاسر (۲۰۰۸) بر این باور است که مردم انواع مختلف ناراحتی‌ها و احساس‌های بیچاره‌کننده خود مثل افسردگی، اضطراب یا احساس گناه را شخصاً انتخاب می‌کنند تا بدین‌وسیله خشم خویش را تحت کنترل درآورند، دیگران را برای کمک به خود وادار سازند، کنترل خویش را بر دیگران اعمال کنند، برای عدم تمایل خود نسبت به انجام دادن کاری اثربخش‌تر، عذر و بهانه بیاورند. بیش از آنکه متقاضیان جراحی‌های زیبایی در حالت افسرده بودن، مضطرب بودن یا تجربه کردن احساس گناه باشند، در واقع خود را درگیر افسرده بودن، مضطرب بودن یا تجربه کردن احساس گناه می‌کنند همراه وسواس فکری، ترس از ارزیابی منفی، خود پنداره منفی و تصویر بدنی نامطلوب از خود. آن‌ها تصور می‌کنند که تصویر بدنی نامطلوبی دارند و دیگران به خاطر این تصویر نامطلوب آن‌ها را طرد می‌کنند (خزیر و همکاران، ۱۳۹۲). واقعیت‌درمانی می‌تواند در خصوص کنترل ادراک‌ها، رفتارهای ناسازگارانه به متقاضیان جراحی‌های زیبایی کمک فراوانی نماید به آن‌ها رفتارهای سازگارانه را آموزش دهد تا در ادراک و برداشت خود از پیرامون درک درستی داشته باشند و بتواند خود و دیگران را آن‌گونه که هستند بپذیرند نه آن‌گونه که تصور می‌کنند و انتظار دارند. تصویری که متقاضیان جراحی زیبایی از خود دارند بر عزت‌نفس، سلامت روان و حس ارزشمندی آن‌ها مؤثر است. اگر افراد تصور مثبتی از خودشان داشته باشند و تصویرشان در دنیای کیفی از خودشان مثبت باشد عزت‌نفس آن‌ها بالاتر است (گلاسر، ۲۰۰۸). بنابراین یکی از دلایلی که باعث شده نمرات گروه آزمون پس از جلسات مداخله افزایش یابد این است که در طی این جلسات بر اساس نظریه‌ی واقعیت‌درمانی سعی شد تا دنیای کیفی منفی مراجعان از خودشان به دنیای مثبت تغییر یابد. همچنین به مراجعان آموزش داده شد تا به‌طور صحیحی نیازهای اساسی خود را برآورده سازند، زیرا ارضای نیازهای اساسی به شیوه‌ی صحیح سبب افزایش میزان عزت‌نفس می‌شود. با توجه به نتایج یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی بر روی متقاضیان جراحی زیبایی به صورت تخصصی‌تر صورت بگیرد برای مثال مختص افرادی که فقط در یک بعد به جراحی مراجعه می‌کنند تا بتوان به صورت دقیق‌تری تبیین کرد. همچنین در سایر شهرها نیز می‌توان صورت داد و دیگر

پیشنهاد پژوهشی به مقایسه افراد جراحی کرده و افراد عادی در متغیر بی‌همتایی می‌باشد. از محدودی‌های پژوهش حاضر عدم مشارکت بیمارستان‌ها و کلینیک‌های جراحی زیبایی بود که مجوز پژوهش را ندادند و همچنین عدم مشارکت متقاضیان یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیر مرکز جراحی زیبایی اسپادانا و همچنین کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش و تمامی همراهان ابراز می‌دارد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ جعفری عیسی (۱۳۹۱) اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی، *نشریه روان‌شناسی بالینی*، دوره ۴، شماره ۲.
- خانجانی، زینب؛ باباپور، جلیل؛ صبا، گریزه (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه وضعیت روانی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۲۰ (۲)؛ ۲۳۷-۲۴۸.
- خزیر، زهرا؛ دهداری، طاهره؛ محمودی، محمود. (۱۳۹۲). بررسی نگرش دانشجویان دختر علوم پزشکی نسبت به جراحی زیبایی و رابطه آن با تصویر بدنی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۰ (۱۱۷)؛ ۱-۹.
- سعادت، نادره؛ حیدری، حسن؛ عبدی، منصور. (۱۳۹۳). *بررسی رابطه آزاردیدی در دوران کودکی با تصویر بدنی و رضایت جنسی افراد متأهل شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

صدیق صفورا (۱۳۹۳) بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر چاقی و اضافه وزن، خودکارآمدی وزن و عزت نفس زنان چاق و دارای اضافه وزن، پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

قرلسفلو، مهدی؛ یونسی، سیدجلال؛ امانی، راحله. (۱۳۸۹). مقایسه تصویر بدنی و عزت نفس در افراد متاهل دارای ناراضی جنسی و افراد متاهل عادی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

میراحمدی، مهشاد؛ منشی، غلامحسین. (۱۳۹۵). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر بی‌همتایی افراد متقاضی جراحی زیبایی شهر اصفهان. فصلنامه آموزش، مشاوره و روان‌درمانی. در دست چاپ.

References

- American Society of Plastic Surgeons (2009). 2000/2001/2002/2003 National Plastic Surgery Statistics: Cosmetic and Reconstructive Procedure Trends. Retrieved December 15, 2009. From http://www.plasticsurgery.org/public_education/2009_statistics.cfm.
- Bassak Nejad, S. (2007), "The relationships between selected psychological antecedents and body image concern among women seeking plastic surgery", *International Journal of Psychology*, 1(2), 35-46.
- Behrbohm H, Tardy ME, (2004). *Funktionell-sthetische Chirurgie der Nas*. New York: Georg Thieme Verlag; 2004. P.256.
- Borzewski DL, Bayer AM. (2005). Body image and media use among adolescents. *Adolesc Med Clin*. 2005;16(2):289-31.
- Cash, T. F. (2000). *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire users' manual* (3rd ed.). Norfolk, VA: Old Dominion University. Retrieved from <http://www.body-images.com/assessments>
- Cash TF, Grant JR. (1996). The cognitive-behavioural treatment of body-image disturbances. In: Van Hasselt VB, Hersen M, eds. *Source book of psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum Press; 1996. P: 567-614.
- Christine C (2007). *Choice therapy & reality therapy: Innovative approach to managing ADHD*.
- Demir, M., Şimşek, Ö.F. & Procsal, A.D. (2013). I Am so Happy 'Cause My Best Friend Makes Me Feel Unique: Friendship, Personal Sense of Uniqueness and Happiness. *Journal of Happiness Studies*. 14(4); 1201-1224.
- Green, P, Pritchard, M.(2003). Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Social Behavior Personality*. 31, 215-222.
- Glasser W. & Glasser C. (2007). *Eight Lesson for Happier Marriage*. New York: Harper Collins.
- Hakak N. M. (2013). Effectiveness of Group Reality Therapy in Increasing the Students' Happiness. *Life Science Journal*. 10(1); 121-132.
- Glasser, W. (2008) . *station of the mind: New direction for reality therapy*. New York.

- Glasser, W& Glasser,C(2008):*eight lessons for a happier marriage*.New york
- Grogan S. (2008). Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children. First Publish.London: Routledge; 2008.
- Lathama, M. (2010). A poor prognosis for autonomy: Self-regulated cosmetic surgery in the United Kingdom. *Reproductive Health Matters, 18*(35), 47-55.
- Markey, C. N., & Markey, P. M. (2010). A correlational and experimental examination of reality television viewing and interest in cosmetic surgery. *Body Image, 7*, 165-171.
- Kaw, E.(2008). Medicalization of Racial Features. Available from [http:// www. Jstor. Com](http://www.Jstor.Com), 2008.
- Koydemir S, Şimşek O.F, Demir M. (2013). Pathways From Personality to Happiness Sense of Uniqueness as a Mediator. *Journal of Humanistic Psychology*. 2014, Vol. 54(3) 314–335.
- Sugar M., (2003). *Female adolescent development*, New York: Brunner Mazel.
- Swami V, Chamorro-Premuzic T, Bridges S, Furnham A. (2009). Acceptance of cosmetic Şimşek Ö.F, Yalınçetin B.(2010). I feel unique, therefore I am: The development and preliminary validation of the personal sense of uniqueness (PSU) scale. *Personality and Individual Differences, 49*(6):576-581.
- Şimşek, Ö.F. & Demir, M. (2013). Parental Support for Basic Psychological Needs and Happiness: The Importance of Sense of Uniqueness. *Social Indicators Research*. 112 (3); 661-678.
- Peterson AV. The effects of reality therapy and choice theory training on self concept among Taiwanese university student. *Int J Adv Couns* 1998: 22-8.
- Veale, D. (2003), "Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder", *British Journal of Plastic Surgery*. 56, 6, 546-551.