



## The effect of effectiveness Emotion-Focused Therapy on Body Appreciation, The Sexual Quality of Life and Self-Compassion in Menopausal Women

**Raana Taheri, M.A**

Master of family counseling, Department of counselling, university of Kurdistan, Sanandaj, Iran

**Ahmad Amani, Ph.D**

Associate professor, Department of counselling, university of Kurdistan, Sanandaj, Iran

### Abstract

The purpose of this research was to investigate the effect of emotion-focused therapy on body appreciation, the sexual quality of life and self-compassion in menopausal women. The design of the research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and control group design. The statistical population included all the menopausal women living in Esfahan city during 2023. For this purpose, 32 of menopausal women were chosen through a convenience sampling method along with inclusion criteria and placed randomly into two groups of experimental and control (with 16 members). In order to collect data, questionnaires of Body Appreciation (Tylka & Wood-Barcalow, 2015), The Sexual Quality of Life (Symonds & et al, 2005) and Self-Compassion (Neff, 2003) were used. The experimental group received treatment based on cognitive-analytical therapy in 10 sessions of 90 minutes with two-month follow-up and the control group did not receive any therapeutic intervention. Research data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc. The results showed that after the emotion-focused therapy, there was a significant difference in the research variables in the pre-test and post-test stages, and there was no significant difference between the post-test and the follow-up, which indicates an improvement in body appreciation, the sexual quality of life and self-compassion and in menopausal women ( $P < 0.05$ ) and this effect was stable during follow-up ( $P < 0.05$ ).

**Keywords:** emotion-focused therapy, body appreciation, the sexual quality of life, self-compassion, menopausal women

## تأثیر درمان هیجان مدار بر قدردانی از بدن، کیفیت زندگی جنسی و شفقت به خود در زنان یائسه

رعنا طاهری

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، کردستان، ایران

احمد امانی\*

دانشیار مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، کردستان، ایران

### چکیده

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر درمان هیجان مدار بر قدردانی از بدن، کیفیت زندگی جنسی و شفقت به خود در زنان یائسه بود. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه زنان یائسه در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل ۳۲ نفر بود که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) جایگزین شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های قدردانی از بدن (Tylka & Wood-Barcalow, 2015)، کیفیت زندگی جنسی (Symonds & et al, 2005) و شفقت به خود (Neff, 2003) استفاده شد. گروه آزمایش تحت درمان گروهی درمان هیجان مدار (Johnson, 2008) طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و پیگیری دو ماهه قرار گرفت و گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. جهت تجزیه و تحلیل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد پس از آموزش درمان هیجان مدار نشان در متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشته و بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشته که این امر نشان‌دهنده بهبودی در کیفیت زندگی جنسی و شفقت به خود و قدردانی از بدن در زنان یائسه بوده است ( $P < 0.05$ ) و این اثر در دوران پیگیری پایدار بوده‌اند ( $P < 0.05$ ).

**واژه‌های کلیدی:** درمان هیجان مدار، قدردانی از بدن، شفقت به خود، کیفیت زندگی جنسی، زنان یائسه

## مقدمه

با افزایش امید به زندگی برای زنان، اکثر زنان دوره گذار یائسگی را تجربه می‌کنند و سال‌های قابل توجهی از زندگی خود را در مرحله یائسگی سپری می‌کنند (Talaulikar, 2022). این رویداد مهم تکاملی زنان در میانسالی چالش‌های مهمی را برای آنها به همراه دارد. یائسگی آخرین قاعدگی طبیعی است و به دنبال آن یک دوره ۱۲ ماهه که در آن خونریزی رخ نمی‌دهد. این فرآیند طبیعی از حذف تدریجی فعالیت فیزیولوژیکی تخمدان‌ها ناشی می‌شود و شامل اختلالات روانی و جسمی متعددی می‌شود (Szymona-Palkowska, Adamczuk, Sapalska, Gorbaniuk, Robak & et al, 2019). به طور معمول، این دوره در زنان بین سنین ۴۴ تا ۵۵ سال رخ می‌دهد (Kaczmarek, 2003). گذار یائسگی یک سازگاری بیولوژیکی با انواع تغییرات زندگی (بدن، بیماری‌های همراه، رابطه) است (Nowosielski & Sidorowicz, 2020) و با توجه به تجربه علائم بدنی مختلف برگرفته از یائسگی حدود ۵۰ درصد از زنان برای علائم خود به دنبال کمک هستند (خان و زیر، ۲۰۲۲). هیجانات روانی نامطلوب، عملکرد اندام‌ها و سیستم‌های بدن را از طریق مکانیسم‌های ایمنی و غدد درون ریز تحت تأثیر قرار می‌دهد که به طور مستقیم بر سلامت جسمی و روانی زنان یائسه تأثیر می‌گذارد (Ayers, Forshaw, Ayers, Forshaw, & Hunter, 2010). علاوه بر این، این امر زنان یائسه را در معرض چالش‌های روانی و اجتماعی عظیمی قرار می‌دهد که به نوبه خود می‌تواند کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (Kanadys, Wiktor-Stoma, Lewicka, Sulima, & Wiktor, 2016).

همانطور که زنان در چرخه باروری ادامه می‌دهند، زمان‌های خاصی وجود دارد که بدن در حال تغییر آنها ممکن است باعث ارزیابی مجدد ادراک خود از تصویر بدنشان و همچنین نحوه مشاهده بدنشان نسبت به ایده‌آل‌های بدن اجتماعی شود. با نزدیک شدن به مرحله آخر چرخه باروری زنان، بار دیگر با ارزیابی مجدد عملکرد بدن و رابطه خود با بدن خود مواجه می‌شوند. آنها با تغییرات فیزیکی و تغییراتی در توزیع وزن و ترکیب بدن مواجه می‌شوند. بدن زنان در دوران یائسگی تغییر می‌کند. آنها ممکن است وزن اضافه کنند،

شکل بدن خودشان تغییر کند (Conboy, 2001)، متوجه تغییرات در رنگ پوست یا افزایش موهای صورت شوند (Papalia, 2007). به نظر می‌رسد برخی از زنان بهتر از دیگران می‌توانند این تغییرات را بپذیرند و با بدن خود راحت هستند و اغلب پذیرش بدن و رضایت از زندگی را گزارش می‌کنند (Clarke & Korotchenko, 2011). در حالی که زنان دیگر با تغییراتی که در زمان شروع یائسگی و تغییرات پس از یائسگی رخ می‌دهد، دست و پنجه نرم می‌کنند (Grasso, 2022). تصویر بدن با شدت علائم یائسگی زنان در دوران یائسگی مرتبط است (Nazarpour, Simbar, Tehrani, & Majd, 2021) و براساس شواهد پژوهشی قدردانی از بدن در زنان یائسه پایین است (Ozdem, & Andsoy, 2022). درواقع؛ تغییرات ظاهری بدن برای زنان یائسه ای که از نظر خود شیء سازی (self-objectification) رتبه بالایی داشتند، نگرانی خاصی بود (Rubinstein, & Foster, 2013). درمقابل، زنانی که تصویر بدنی مثبتی داشتند، احتمال بیشتری داشت که یائسگی را یک تجربه مثبت ببینند (Herzig, George, & Watson, 2021). تصویر بدنی ممکن است باعث کاهش اعتماد به نفس و روابط اجتماعی زنان یائسه شود. بررسی تصویر بدنی می‌تواند به زنان یائسه کمک کند تا با مشکلات روابط اجتماعی مرتبط با تصویر بدنی خود، مانند اضطراب اجتماعی، مقابله کنند.

همچنین؛ کیفیت زندگی جنسی زنان دارای یائسه پایین است (Ozdem, & Andsoy, 2022). تمایلات جنسی زنان هویت جنسی، عملکرد جنسی و روابط جنسی را در بر می‌گیرد و در طول زندگی توسط تعدادی از عوامل، از جمله رویدادهای زندگی، رویدادهای مرتبط با تولیدمثل، سلامت، روابط و متغیرهای اجتماعی-فرهنگی تعدیل می‌شود. رابطه جنسی به عنوان بخشی از رفتار انسان پدیده پیچیده‌ای است که تأثیرات فیزیولوژیکی و روانی را در بر می‌گیرد (Azzawi, Bitzer, Brandenburg, Castelo-Branco, & Graziottin, et al, 2010). زنان مشکلات عملکرد جنسی مانند کاهش یا عدم علاقه به فعالیت جنسی، کاهش یا عدم وجود هیجان یا لذت، کاهش یا عدم برانگیختگی در زمینه هرگونه نشانه جنسی، تاخیر یا عدم ارگاسم را در هر مقطعی

و با کاستن از وضعیت دفاعی و با آمادگی برای جستجو و پذیرش مداخلات مناسب موجب تنظیم هیجان‌ات منفی و افزایش پیروی از دستورات درمانی است. احساسات منفی همچون سرزنش و عدم پذیرش خود و خشم، توانایی افراد را برای خودتنظیمی و دریافت کمک‌های مراقبتی کاسته و از سوی دیگر شفقت به خود با افزایش بُعد وظیفه‌شناسی، اثر این احساسات منفی را خنثی نموده و با ایجاد حالت مهربانی، ملاحظت و ملایمت با خود بازگشت فرد به برنامه‌های مراقبتی و توجه به خود را امکان‌پذیر می‌کند (Arab, Borjali, Meschi, Kakavand, & Zakerihamidi, 2020).

بنابراین به نظر می‌رسد مداخلاتی با هدف تسکین علائم آزاردهنده یائسگی در زمینه‌های مختلف می‌تواند به بهبود تصویر بدن، الگوهای جنسی ناکارآمد و دارا بودن شفقت به خود آنها کمک کند. یکی از رویکردهای نوید درمانی در این زمینه، درمان هیجان مدار (Emotion-Focused Therapy) است. این رویکرد درمانی را می‌توان یک رویکرد فرا تشخیصی در نظر گرفت (Timulak & Keogh, 2020). درمان‌های متمرکز بر هیجان، عناصر خاص هیجان‌ات را در ساختار درمانی خود ترکیب می‌کنند و بر خلاف راهبردهای شناختی-رفتاری، به جای استفاده از راهبردهای شناختی مانند بازسازی فکر، بر کمک به افراد برای مدیریت هیجان‌ات تمرکز دارند (Sala, Heard, & Black, 2016). هدف درمان هیجان-مدار بازسازی نیازهای اساسی و واکنش‌های خود حمایتی در تعاملات از طریق کمک به افراد و زوج‌ها برای دستیابی به هیجان‌ات اصلی و در نتیجه ایجاد چرخه‌های جدید درگیری رابطه است (Timulak & Keogh, 2020). درمان هیجان‌مدار طی سه مرحله در فرآیند تغییر، با رهایی از هیجان‌ات منفی مانند فرسودگی و ادراک درد همراه است و اثرات مثبتی در کاهش مشکلات زناشویی دارد. این مراحل شامل کاهش چرخه‌های منفی، بازسازی موقعیت‌های تعاملی برای ایجاد روابط ایمن، و تقویت و تحکیم رابطه است (Greenberg & Goldman, 2019). سیستم‌های مراقبت از شرکا با استفاده از مداخلات درمان هیجان‌مدار فعال می‌شوند که به نوبه خود بیان باز نیاز هیجان‌ات خاص را علاوه بر امنیت پیوند دلبستگی افزایش می‌دهد. در نتیجه، سیستم مراقبت از دلبستگی به طور

از زندگی خود تجربه کنند (Lewis, Fugl-Meyer, Corona, Hayes, Laumann, & et al, 2010)، اما این مشکلات حیطة سلامت جنسی در دوران یائسگی بیش از پیش مشاهده می‌شود. اختلال عملکرد جنسی در دوران یائسگی به هیپوستروژنیسم و همچنین عوامل فرهنگی بستگی دارد و شامل خشکی واژن، کاهش میل جنسی و کاهش لذت در طول رابطه جنسی است (Giannini, Caretto, Genazzani, & Simoncini, 2021). اختلال عملکرد جنسی با ارزیابی اینکه آیا یک زن از نظر جنسی فعال است یا مشکلاتی در زمینه برانگیختگی، ارگاسم و درد در فعالیت جنسی دارد، ارزیابی می‌شود (Carr-Duke & Rogers, 2008). در طول دوره اوج جنسی، ۸۰٪ از زنان یائسه از علائم ذهنی آزاردهنده شکایت دارند که اغلب بر کیفیت زندگی در فعالیت‌های شخصی، اجتماعی و کاری تأثیر منفی می‌گذارد (Giannini, & et al, 2021). اختلال عملکرد جنسی مرتبط با یائسگی ممکن است برگشت پذیر نباشد مگر اینکه درمان شروع شود (Azzawi, & et al, 2010).

دارا بودن مشکلاتی در زمینه‌های جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی و ورزش، خلق و خو و مشکلات جسمانی که نشان‌دهنده خودپنداره نامناسب پس از یائسگی است (Bagheri, Moradi, Hamidi, Saeedi, Hosaini, & et al, 2019)؛ و این که با افزایش احساس شرم و گناه در زنان یائسه، کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌یابد (Zivdir, & Sohbet, 2017)، شفقت به خود می‌تواند به عنوان عامل مهمی برای ارتقای سلامتی و پیری مثبت در بین زنان میانسال باشد (Brown, Bryant, Brown, Bei, & Judd, 2015). براساس شواهد پژوهشی شفقت به خود عامل مهمی برای ارتقای بهزیستی روان شناختی، بهبود عملکرد زندگی روزمره و کاهش افسردگی در زنان در دوران یائسگی است (Brown, & et al, 2015). این سازه روان‌شناختی مهم به عنوان یک عامل محافظتی در برابر تجارب نامطلوب زندگی می‌تواند عمل کند و روشی از تفکر و درک است که شامل سه عنصر کلیدی خود مهربانی، ذهن آگاهی و ویژگی‌های مشترک انسانی است و این مفهوم را دربردارد که رنج بخشی عادی از تجربه انسانی است (Neff, 2003). شفقت به خود با خوشبینی

مانند درمان هیجان مدار به عنوان کم خطرترین و کم خرج-ترین روش‌ها جهت رفع شدت علائم یائسگی است. بنابراین این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر قدردانی از بدن، کیفیت زندگی جنسی و شفقت به خود در زنان یائسه در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ انجام شد. در این راستا فرضیه‌های زیر تدوین شدند:

- ۱) درمان هیجان مدار بر قدردانی از بدن در زنان یائسه تاثیر دارد.
- ۲) درمان هیجان مدار بر کیفیت زندگی جنسی در زنان یائسه تاثیر دارد.
- ۳) درمان هیجان مدار بر شفقت به خود در زنان یائسه تاثیر دارد.

#### روش

روش پژوهش، جامعه‌آماری و نمونه: این پژوهش نیمه-آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد نظر، کلیه زنان مبتلا به یائسگی مراجعه کننده به مراکز بهداشت در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بود. از بین جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۶ نفر) جایگزین شدند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار  $G*Power-1/3$  استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و گواه برابر با ۱۴ نفر یعنی در مجموع ۲۸ نفر برای انجام پژوهشی با اندازه اثر ۰/۰۵ و توان ۰/۸۵ درصد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار باشد لازم بود. با توجه به احتمال افت آزمودنی حجم نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل ۱۶ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل یائسه بودن، داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر، شرکت نکردن در جلسات فردی و گروهی درمان‌های روان‌شناختی در طی انجام پژوهش، نداشتن رویداد بحرانی یا تنش‌زای شدید مانند مرگ عزیزان، طلاق طی سه ماه اخیر و تمایل جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه، ناقص پر کردن پرسشنامه‌ها و عدم تمایل آن‌ها به ادامه همکاری در پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله، رضایت آگاهانه

طبیعی از طریق درمان هیجان‌مدار فعال می‌شود که منجر به برانگیختن شفقت در اکثر افراد می‌شود (Johnson, 2004). انتشار سیگنال‌های مربوط به مهربانی و شفقت از طرف یک شریک، به طور طبیعی فرآیند دلبستگی را از طریق فراخوانی احساس آرامش و مراقبت از طرف دیگر فعال می‌کند (Gillath, Shaver, & Mikulincer, 2005). علاوه بر این، در طول فرآیند درمانی، زنان ارزیابی بهتری در رابطه با میزان آسیب‌پذیری رویدادهای استرس‌زا، مانند فرآیند یائسگی، به دست می‌آورند. بنابراین، آنها بهتر با موقعیت‌های مختلف سازگار می‌شوند و از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری استفاده کنند. براساس شواهد پژوهشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار برای شفقت به خود و محافظت از خود ابزار مؤثری برای افزایش شفقت، کاهش انتقاد از خود و کاهش نارضایتی از بدن بود (Baránková, & Sládkovičová, 2022) و درمان هیجان‌مدار متمرکز بر شفقت به خود منجر به افزایش شفقت به خود و اطمینان به خود می‌شود (Halamová, Kanovský, Varšová & Kupeli, 2021; Salarirad, Leilabadi, Kraskian Mujembari, & Salehi, 2022). مطالعه کیفی انجام شده توسط (Brennan, Emmerling & Whelton (2014) همچنین از نتایج حاکی از تأثیرات مثبت مداخله مبتنی بر درمان هیجان‌مدار پشتیبانی می‌کند، که به وسیله آن زنانی که نارضایتی از تصویر بدن را تجربه می‌کنند، قادر به مقابله، پردازش و تغییر انتقاد از خود هستند. شواهد پژوهشی در مورد اثربخشی این رویکرد درمان بر اختلالات جنسی نیز حاکی از اثربخش بودن آن بر خودکارآمدی جنسی بوده است (Mohammadlou, Mollazadeh, & Meschi, 2021).

در مجموع؛ مداخلات روان‌شناختی یا دارودرمانی می‌تواند به‌عنوان خط اول درمان اختلالات مرتبط با یائسگی در زنان یائسه مورد استفاده قرار گیرد. در مقابل، مداخلات روان‌شناختی اثرات نامطلوب کمتر و نتایج بلندمدت بهتری نسبت به دارودرمانی دارند، که مهم‌تر از همه، تمایل ۸۰ درصد زنان به استفاده از آنها را برآورده می‌کند (Liu, Cai, Wang, & Zhang). در این راستا استفاده از تحقیقات روان‌شناختی جهت پرداختن به حل مسئله یائسگی از اولویت خاص برخوردار است و در این رابطه بحث درمان‌های روان‌شناختی

شفقت به خود ۰/۹۳ به دست آمد. پژوهش‌های مربوط به اعتباریابی مقدماتی این پرسشنامه نشان داده است که همه خرده مقیاس‌های آنه همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل عاملی نیز نشان داده است که یک عامل مجزای شفقت به خود این همبستگی درونی را تبیین می‌کند (نف، ۲۰۰۳). همچنین نف (۲۰۰۹) همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه اعتماد به نفس ۰/۶۲ گزارش کرد (Jafari (2017) در پژوهش خود ضریب همبستگی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ را ۰/۷۷ گزارش نمود و برای بررسی روایی همگرای این پرسشنامه از آزمون حرمت خود استفاده شده است که روایی ۰/۵۹ به دست آمد (Momeni & et al, 2013). در این پژوهش پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی (Sexual life quality questionnaire):** برای سنجش عملکرد جنسی زنان یائسه از پرسشنامه ۱۸ سوالی کیفیت زندگی جنسی Symonds & et al (2005) استفاده شد. این پرسشنامه دربردارنده ۴ خرده مقیاس احساس روان شناختی جنسی (۲، ۳، ۷، ۸، ۱۰، ۱۶ و ۱۷)، رضایت جنسی (۱، ۵، ۹، ۱۳ و ۱۸)، خود بی ارزش بودن (۴، ۶ و ۱۵) و سرکوب جنسی (۱۱، ۱۲ و ۱۴) است. نمره گذاری سوالات براساس لیکرت ۵ درجه ای (از ۰=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین صفر تا ۹۰ است و نمره بالا نشان دهنده کیفیت زندگی جنسی پایین می‌باشد. در پژوهش Symonds & et al (2005) اعتبار همگرا، اعتبار تمیز، و پایایی آزمون-آزمون مورد تایید قرار گرفته است. روایی و پایایی این ابزار برای زنان ایرانی را Maasoumi, Lamyian, Montazeri, Azin, Aguilar-Vafaie et al (2013) & اعتباریابی کردند و همسانی درونی این ابزار با شاخص آلفای ۹۵ درصد تأیید شد. روایی از طریق همبسته کردن این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس ۰/۶۵- به دست آمد (Roshan Chesli, Soleimani, Erfan, ) (Mantashlou, & Hashemi, 2019). در این پژوهش پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

جهت شرکت در پژوهش، اخذ رضایت نامه از شرکت کنندگان، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت گردید.

#### ابزار سنجش

**پرسشنامه قدردانی از بدن (Body appreciation questionnaire):** پرسشنامه ۱۰ سوالی قدردانی از بدن (Tylka, & Wood-Barcalow (2015) از پرکاربردترین ابزارها برای سنجش تن انگاره مثبت است و پذیرش، نظرات مطلوب و احترام افراد نسبت به بدن خود را می‌سنجد. نمره گذاری سوالات براساس لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۱=هرگز تا ۵=همیشه) می‌باشد. دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۵۰ است و نمرات بالاتر نمایانگر میزان بالای قدردانی از بدن می‌باشد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۷ گزارش شد و اعتبار آزمون-بازآزمون و روایی سازه آن بالا به دست آمد (Tylka, & Wood-Barcalow, 2015). در بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران، روایی همگرا از طریق همبستگی معنادار با عزت نفس و رضایت از زندگی رضایت بخش گزارش شد و همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد (Atari, 2016). در این پژوهش پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

**پرسشنامه شفقت به خود (Self-compassion questionnaire):** پرسشنامه ۲۶ سوالی شفقت به خود Neff (2003) کیفیت رابطه ی فرد با تجارب خود را در قالب مولفه‌های مهربانی به خود (۵ سوال) در برابر قضاوت کردن خود (۵ سوال)، ویژگی‌های مشترک انسانی (۴ سوال) در برابر انزوا (۴ سوال) و ذهن آگاهی (۴ سوال) در برابر همانندسازی افراطی (۴ سوال) می‌سنجد. سوالات براساس لیکرت ۵ درجه ای (از تقریباً هرگز=۱ تا تقریباً همیشه=۵) نمره گذاری می‌شود و سوالات ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ می‌باشد و سطوح بالاتر شفقت به خود با افزایش احساس شادی، خوش بینی، کنجکاو و ارتباط مرتبط است. در پژوهش Neff (2003) ضریب پایایی بازآزمایی پرسشنامه

**روش اجرا و تحلیل داده‌ها**

افراد گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. جلسات درمانی گروه آزمایشی شامل ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان هیجان مدار بود که به‌صورت دو بار در هفته برگزار شد (جدول شماره ۱). در طول این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از ۱۰ جلسه درمانی، از همه افراد نمونه (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در یک جلسه پس‌آزمون به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پس‌آزمون، گروه کنترل نیز به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان هیجان مدار قرار گرفت. بسته درمان هیجان مدار که در سال ۲۰۰۸ تدوین شده بود؛ طی ۱۰ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو مرتبه اجرا شد. محتوای جلسات درمان در جدول شماره ۱ گزارش شده است. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱- محتوای جلسات درمان هیجان مدار به تفکیک جلسات (برگرفته از پروتکل درمان هیجان مدار ارائه شده توسط

Johnson (2008)

جلسه	هدف	محتوا
اول و دوم	معرفه	ایجاد اتحاد درمانی و روشن کردن موارد تعارض ساز را شامل می‌شود و احساس پذیرفته شدن و درک شدن از طریق مهارت‌های انعکاس و اعتبار بخشی
سوم	کشف چرخه‌های تعاملی منفی	شناخت و بررسی چرخه تعاملی که فرد را به دام می‌اندازد و او را از افراد صمیمی زندگی اش به دور می‌کند. فرآیندی جاری است و شامل مصاحبه متقاعد کننده و صمیمی بین درمانگر و مراجعین است
چهارم	دستیابی به هیجانات نخستین	دستیابی به هیجانات شناسایی نشده‌ی زیر بنای جایگاه تعاملی افراد، درمانگر از طریق ردگیری و نشانه گذاری و آگاهی از هیجانات ثانویه، اعتبار بخشی و دقت به رفتار کالمی و غیر کالمی مراجع او را به سمت هیجان اولیه سوق می‌دهد.
پنجم	قاب دهی مجدد به مشکل	قابگیری مجدد مشکل مرتبط با چرخه به همراه هیجانات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، از طریق توجه به چرخه منفی و تأثیرات منفی آن بر روابط و قابگیری مجدد چرخه
ششم	افزایش شناخت درباره هیجانات	مهمترین مرحله درون روانی است که افزایش همانند سازی با هیجانات دلبستگی انکار شده، نیازها و جنبه‌هایی از خود را شامل می‌شود که اغلب ترس و شرم و سوگ را دربر می‌گیرد و درمانگر به فرد کمک می‌کند هیجانات را ابراز کند.
هفتم	ایجاد و افزایش پذیرش در قبال تجارب جدید	کمک به مراجع در پذیرش تجارب هیجانی جدید خود و اطرافیانش و همچنین گسترش راه‌های بینش و شناخت و پاسخ به دیگران، در این گام به افراد کناره گیر و یا سرزنشگر کمک می‌شود تا به بازسازی روابط شان بپردازند.
هشتم	تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها	تسهیل ابراز نیازها و تعاملات به منظور بازساختاردهی تعامل بر اساس تجارب و برداشت‌های جدید است. افراد کناره گیر در

روابط درگیر می‌شوند و نیازها و خواسته‌هایشان را مطرح می‌کنند و افراد سرزنشگر، مالیم تر می‌شوند و چرخه‌های تعاملی مثبت جدید اتفاق می‌افتد.

تسهیل بروز راهکارهای تازه برای حل مسائل تسهیل پیدایش و خلق راه حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی است و تمرکز جلسات عمل گرایانه تر است و مراجعین درباره نگرانی‌های مالی و شغلی و تاثیر آن بر روابط و زندگی شان صحبت می‌کنند و راه کارهای تازه برای مسائل کهنه استفاده می‌کنند.

تقویت مواضع تازه و ثبیت چرخه جدید تحکیم مواضع جدید و چرخه‌های رفتارهای دلبستگی است، در این مرحله که پایان درمان است، حل نگرانی‌های مراجعین درباره بازگشت به چرخه منفی مورد تاکید است و مشاور تاش می‌کند تا مراجعین در مسیر بمانند و آن را بهبود بخشند و امنیت روانی روابط شان افزایش پیدا کند

#### یافته‌ها

در هر کدام از گروه آزمایش و کنترل ۱۶ نفر حضور داشتند. در گروه آزمایش ۶ نفر (۳۷/۵) دارای تحصیلات دیپلم، ۶ نفر دارای تحصیلات لیسانس (۳۷/۵)، ۴ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد (۰/۱۶) و در گروه کنترل ۸ نفر دارای تحصیلات دیپلم (۰/۵۰)، ۵ نفر دارای تحصیلات لیسانس (۳۱/۳)، و ۳ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد (۱۸/۸) بودند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایشی  $50/33 \pm 5/18$  و در گروه کنترل  $50/31 \pm 3/41$  بودند. لازم به توضیح است که با بررسی به عمل آمده بین اعضای گروه آزمایشی و گروه گواه از نظر تعداد، تحصیلات و سن تفاوت

معنی داری بین آنها مشاهده نشد. مقایسه دو گروه از نظر تحصیلات با آزمون خی دو صورت گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که دو گروه از لحاظ تحصیلات  $p=0/04$ ،  $6/68$   $\chi^2=2$ ،  $df=2$  تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند و مقایسه دو گروه از نظر سن با آزمون تی گروه‌های مستقل صورت گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که دو گروه از لحاظ سن  $0/50$   $p=0/78$ ،  $T=-0/78$ ،  $df=30$  تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. جدول شماره ۲ نیز میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای پژوهش در گروه آزمایشی و گروه گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک مراحل و گروه‌ها

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		گروه آزمایش	گروه کنترل
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون		
قدردانی از بدن	۲۴ (۲/۵۸)	۴۱ (۳/۶۲)	۳۱/۱ (۴/۸۸)	۳۰/۳ (۳/۱۹)	۳۶/۸ (۳/۳۰)	۳۱/۳۱ (۳/۷۰)
کیفیت زندگی جنسی	۴۲/۸ (۶/۱۶)	۵۷/۱ (۵/۷۳)	۴۹/۲ (۶/۸۷)	۴۹/۰ (۶/۳۲)	۵۷/۹ (۵/۸۹)	۴۷/۸۷ (۴/۷۰)
شفقت به خود	۴۷/۹ (۸/۱۸)	۶۳/۸ (۹/۵۶)	۴۷/۶ (۶/۱۲)	۴۸/۶ (۴/۷۰)	۶۳ (۸/۲۹)	۴۹/۵۰ (۶/۵۱)

همگنی واریانس‌های دو گروه در جامعه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای ق‌دردانی از بدن ( $F=0/372$  و  $P=0/820$ )، کیفیت زندگی جنسی ( $F=0/635$  و  $P=0/250$ )، نشانیگر رد نشدن مفروضه همگنی واریانس‌ها بود. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگنی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش آزمون ق‌دردانی از بدن، کیفیت زندگی جنسی و شفقت به خود و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تعامل این پیش آزمون‌ها؛ ق‌دردانی از بدن ( $F=0/48$  و  $P=0/31$ )، کیفیت زندگی جنسی ( $F=0/51$  و  $P=0/13$ )، شفقت به خود ( $F=0/70$  و  $P=0/11$ ) با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از رد نشدن همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، استفاده از این آزمون مجاز است؛ بنابراین، برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

طبق جدول ۲ در متغیر پژوهش، میانگین گروه آزمایش از پیش آزمون تا پس آزمون بهبود یافته است؛ این بهبود در متغیرهای ق‌دردانی از بدن، کیفیت زندگی جنسی و شفقت به خود بصورت افزایش میانگین بود؛ بنابراین تفاوت بین دو گروه در مرحله پس آزمون به نفع گروه آزمایش است. براساس نتایج جدول این اثرات درمانی در مرحله پیگیری نیز بادوام بوده است.

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون M باکس استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که برابری ماتریس کوواریانس‌ها رد نشد ( $P=0/21$  و  $F=2/09$  و  $Box\ M=24/56$ ). برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک راهه استفاده شد نتایج به دست آمده ( $P>0/05$ ) نشان داد که بهنجار بودن توزیع نمرات در دو گروه آزمایشی و کنترل رد نشد. برای بررسی مفروضه

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تفاوت گروه آزمایش و کنترل در نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fآماره	سطح معنی داری	اندازه اثر
ق‌دردانی از بدن	پیش آزمون گروه	۹۵۸۸۷/۰۴۲	۱	۹۵۸۸۷/۰۴۲	۳۶۸۶/۷۸۱	۰/۰۰۰	۰/۹۹۲
	خطا	۷۸۰/۲۵۰	۳۰	۲۶/۰۰۸	۱/۷۴۵	۰/۱۹۷	۰/۰۵۵
کیفیت زندگی جنسی	پیش آزمون گروه	۲۴۹۲۸۸/۱۶۷	۱	۲۴۹۲۸۸/۱۶۷	۲۳۰۰/۷۹۷	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷
	خطا	۱۱۲۳/۳۱۲	۳۰	۳۷/۴۴۴	۲/۵۲۳	۰/۱۲۳	۰/۰۷۸
شفقت به خود	پیش آزمون گروه	۲۷۱۳۶۲/۶۶۷	۱	۲۷۱۳۶۲/۶۶۷	۱۹۱۱/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۹۸۵
	خطا	۱۳۵۹/۲۵۰	۳۰	۴۵/۳۰۰	۱۷/۴۶۹	۰/۰۰۰	۰/۳۶۸

سطح ( $P \leq 0/01$ ) وجود دارد. براساس میانگین‌های ارائه شده در جدول شماره ۳، یافته‌های حاصل نشان می‌دهند که در مرحله پس آزمون ق‌دردانی از بدن، کیفیت زندگی جنسی و

با توجه به جدول شماره ۳ بین گروه آزمایشی و گروه کنترل از لحاظ ق‌دردانی از بدن، کیفیت زندگی جنسی و شفقت به خود در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری در



شفقت به خود گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است. میزان تأثیر برای قدردانی از بدن ۰/۵۵، کیفیت زندگی جنسی ۰/۷۸، و شفقت به خود ۰/۳۶ بود؛ یعنی ۵۵ درصد از واریانس قدردانی از بدن، ۷۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی جنسی، ۳۶ درصد از واریانس شفقت افزایش یافته است. بنابراین، هر ۳ فرضیه مورد تایید قرار گرفت. بنابراین با توجه به نتایج جدول ۳ هر سه فرضیه مورد تایید قرار گرفتند.

جدول ۴- مقایسه دو به دوی نتایج با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مقایسه	تفاوت میانگین	سطح معنی داری
قدردانی از بدن	بین پیش آزمون و پس آزمون	-۵/۵۹۴	۰/۰۰۰
	بین پیش آزمون و پیگیری	-۶/۵۳۱	۰/۰۰۰
کیفیت زندگی جنسی	بین پس آزمون و پیگیری	-۰/۹۳۸	۰/۰۷۵
	بین پیش آزمون و پس آزمون	-۷/۰۳۱	۰/۰۰۰
	بین پیش آزمون و پیگیری	-۷/۶۵۶	۰/۰۰۰
شفقت به خود	بین پس آزمون و پیگیری	-۰/۶۲۵	۰/۳۲۳
	بین پیش آزمون و پس آزمون	-۸/۴۳۸	۰/۰۰۰
	بین پیش آزمون و پیگیری	-۷/۶۲۵	۰/۰۰۰
	بین پس آزمون و پیگیری	۰/۸۱۳	۰/۰۷۷

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در هر ۳ متغیر قدردانی از بدن، کیفیت زندگی جنسی و شفقت به خود در گروه آزمایش و بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد اما بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده نشد. همچنین، در گروه کنترل در هیچ کدام از مراحل آزمون تفاوت معناداری مشاهده نگردید.

بدن به دنبال تغییرات بدنی و روان شناختی ناشی از فرایند یائسگی منجر به بروز باورهای ناسازگار و شناخت‌های ناکارآمد در زمینه ادراک بدن می‌شود و این امر اضافه بار روانی هیجانات منفی برای این زنان به وجود می‌آورد. در درمان هیجان‌مدار، بازسازی و شکل‌دهی مجدد طرحواره‌های هیجانی یکی از اهداف درمانی است که کارکردهای انطباقی فرد را تسهیل می‌کند و بر پردازش هیجانی او تأثیر می‌گذارد (Greenberg, 2011). پردازش مجدد هیجانات ناسازگاری مانند خشم، شرم و نفرت از بدن خود و ناامیدی منفعل در دستور کار قرار می‌گیرد و پذیرش هیجانات تجربه شده، ظرفیت و مهارت در تنظیم هیجانات و خودآرامبخشی، و تبدیل هیجانات مخرب یا «ناسازگارانه» ترویج می‌شود. جایگزینی هیجانات سالم تر امید تازه‌ای را فراهم می‌کند که منجر به شناسایی، پذیرش، اجازه و تغییر واکنش‌های هیجانی ناسازگار می‌شود، از این طریق الگوهای رفتاری ناکارآمد را تغییر دهند و خودتحقیری و نازرنده سازی بدن را به عنوان وسیله‌ای برای مقابله غیرضروری می‌سازد. در این رویکرد درمانی به منظور عمیق‌تر کردن کاوش هیجانات به‌طور مداوم

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در هر ۳ متغیر قدردانی از بدن، کیفیت زندگی جنسی و شفقت به خود در گروه آزمایش و بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد اما بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده نشد. همچنین، در گروه کنترل در هیچ کدام از مراحل آزمون تفاوت معناداری مشاهده نگردید.

#### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان هیجان مدار بر قدردانی از بدن، کیفیت زندگی جنسی و شفقت به خود در زنان یائسه در شهر اصفهان انجام شد. طبق یافته‌های حاصل از پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین زنان یائسه گروه آزمایش و گواه از لحاظ قدردانی از بدن تفاوت معناداری وجود دارد. بدین نحو که درمان گروهی هیجان مدار منجر به افزایش قدردانی از بدن در بین زنان یائسه شده است. این یافته با نتایج پژوهش Brennan & et al (2014) و Baránková, & Sládkovičová (2022) همسو می‌باشد. نگرش منفی نسبت به

Salarirad & Baránková, & Sládkovičová, (2022) می‌باشد. با استناد به تعریف نظری شفقت خود، شفقت خود نوعی توانایی سازگاری با شرایط کنونی است و به این معناست که هنگام وقوع رخداد ناراحت کننده، افراد برای کنار آمدن با این شرایط، توانایی شفقت خود را در خود پرورش می‌دهند. یکی از تکنیک‌های درمان هیجان مدار که برای کاهش خودانتقادی و فعال سازی شفقت به خود مورد استفاده قرار می‌گیرد، تکنیک صندلی خالی است. انتقاد از خود یکی از نشانگرهای درمان هیجان‌مدار است که با استفاده از گفتگوی دو صندلی بین خود منتقد و خود مشاهده گر پرداخته می‌شود. هدف از گفتگوی دو صندلی انجام حملات خودانتقادی به منظور برانگیختن احساسات دردناک، برجسته کردن خود درمانی منفی، دسترسی به احساسات دردناک اصلی که خوددرمانی منفی برمی‌انگیزد و در نهایت این هیجان‌ات دردناک اصلی با فعال کردن خشم محافظ و شفقت به خود تغییر داده می‌شوند (Halamová & et al, 2021). همچنین این تکنیک، به مشکلات درون فردی مانند تعارضات درون خود فرد که به صورت خشم ناسازگار نسبت به خود تجربه می‌شود، می‌پردازد و برای برانگیختن شفقت به خود به عنوان توانایی برای آرامش درونی و تسکین خود و محافظت از خود برای شناسایی و بیان نیازهای برآورده نشده است (Bailey, Halamová, & Vráblová, 2023). در این روش به افزایش خود مهربانی که موجب تغییر هیجان‌ات منفی میشود توجه‌میرد تا درمانجو قضاوت خود را مورد ارزیابی قرار دهد، فهم دلسوزانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد در خود ایجاد کند و به صورت یهوشیارانه احساسات و افکار خود را بپذیرد (khayeri, Mirmahdi, Acuchekian, Heidari, & Aleyasin, 2019).

در مجموع رویکرد درمانی متمرکز بر هیجان نه تنها به پریشانی رابطه‌ای که در ایجاد و تداوم مشکلات جنسی نقش دارد، می‌پردازد، بلکه روشی تجربی برای استفاده از مداخلات رفتاری سکس تراپی برای ادامه ایجاد امنیت در رابطه است. از آنجایی که دنیای جنسی انسان پیچیده و متنوع است، چنین تمرکزی منجر به نتیجه مؤثرتری هم از نظر جنسی و هم از نظر رابطه برای افراد می‌شود. همچنین، یافته‌های این پژوهش

از بازتاب همدلانه متمرکز، پرسش‌های فرآیندی برانگیزاننده استفاده می‌شود (مثلاً «هنگامی که در مورد این موضوع صحبت می‌کنید، بدنتان چه احساسی دارد؟»؛ «وقتی به ادراکات بدنی فکر می‌کنید به خودتان چه می‌گویید؟» تا فرد وارد تجربه اصلاحی هیجان گردد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان گروهی هیجان مدار می‌تواند کیفیت زندگی جنسی زنان یائسه را به گونه‌ای مثبت تحت تأثیر قرار دهد. این یافته با نتایج پژوهش (Mohammadlou, & et al (2021) همسو می‌باشد. در طول رابطه جنسی، زنان شرکت کننده در پژوهش گزارش دادند که احساسات و افکار نفرت انگیزی مانند عصبانیت نسبت به شریک زندگی خود یا شک در مورد دوست داشته شدن شان از سوی او داشته اند، که منجر به بروز مشکلاتی در برانگیختگی یا ارگاسم شده است. درمان هیجان مدار با تأکید بر استخراج تجربه هیجانی و هدایت زوج‌ها برای ایجاد پیوند ایمن تر، مدلی برای رسیدگی به بسیاری از نگرانی‌های جنسی و اجرای موفق تر مداخلات جنسی درمانی ارائه می‌دهد. این موضوع می‌تواند به یک حلقه مثبت متقابل تبدیل شود که یک دلبستگی ایمن تر با قابلیت دسترسی و پاسخگویی می‌تواند به تجربه جنسی مطلوب منجر شود و یک رابطه جنسی ایمن می‌تواند باعث افزایش ارتباط عاطفی و پیوند شود. علاوه بر این، شرکای دلبسته ایمن می‌توانند در صورت ایجاد تغییرات در تمرکز جنسی یا تغییرات در نیازهای شریک خود، بدون افزایش احساس طرد شدن یا ترس از رها شدن، مقابله کنند (Johnson, Simakhodskaya, & Moran, 2018). در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در خودکارآمدی جنسی، می‌توان بیان کرد که تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر خودکارآمدی جنسی به حدی است که با باور افراد به توانایی‌های خود، حتی زمانی که فرد دارای نقصی باشد. بدن می‌تواند عملکرد خود را ثابت نگه دارند. با این باور، فرد می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود تأثیر بگذارد و بیشتر بر آن تسلط داشته باشد (صفرمحمملو و همکاران، ۲۰۲۱).

همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که این درمان بر بهبود شفقت به خود زنان یائسه تأثیرگذار بوده است. این همخوان با نتایج پژوهش (Halamová & et al (2021) و )

- 207-213. (In Persian)
- Bailey, G., Halamová, J., & Vráblová, V. (2023). Clients' facial expressions of self-compassion, self-criticism, and self-protection in emotion-focused therapy videos. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1129.
- Baránková, M., & Sládkovičová, R. (2022). Distorted body image in women: Emotion focused training for self-compassion and self-protection as an effective instrument for its moderation. *Journal of Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2(4), 30-40.
- Bingöl, M., Bal, M.D., Esencan, T.Y., & Abbasoğlu, D.A. (2019). The Effects of Loneliness on Menopausal Symptoms. *Journal of Clinical and Experimental Health Sciences*, 9(3), 265-270.
- Brennan, M.A., Emmerling, M.E., & Whelton, W.J. (2014). Emotion-focused group therapy: Addressing self-criticism in the treatment of eating disorders. *Journal of Counselling and Psychotherapy Research*, 15(1), 1-9.
- Brown, L., Bryant, C., Brown, V., Bei, B., & Judd, F. (2015). Investigating how menopausal factors and self-compassion shape well-being: An exploratory path analysis. *Journal of Maturitas*, 81(2), 293-299.
- Conboy, L. (2001). Women at mid-life: Symptoms, attitudes, and choices, an Internet based survey. *Journal of Maturitas*, 38(2), 129-136.
- df;jsessionid=3671122AC8B05FF8B175DFB0D7C0804D?sequence=1
- Giannini, A., Caretto, M., Genazzani, A.R., & Simoncini, T. (2021). Neuroendocrine changes during menopausal transition. *Journal of Endocrines*, 2(6), 405-416.
- Gillath, O., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2005). *An attachmenttheoretical approach to compassion and altruism*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 121-147). Routledge.
- Grasso, S.M. (2022). *Body image, attitudes on aging, and engagement in health promoting behaviors Shawntay Marie Grasso*. Submitted in partial fulfillment of the Requirements of the degree of Doctor of Psychology. Antioch University of New England.
- به وضوح نشان داد که با توجه به آموزش این درمان منجر به این شد که زنان یائسه با تصویر بدنی مخدوش تغییرات مثبت قابل توجهی در میزان انتقاد از خود، شفقت به خود و نارضایتی از تصویر بدن نشان دادند. با توجه به اینکه جامعه آماری در این پژوهش را زنان یائسه تشکیل داده بود، تعمیم این نتایج به سایر گروه‌ها و سایر زنان یائسه ساکن در شهرهای دیگر باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود که متخصصان بهداشت روان در حوزه روان‌شناسی سلامت و بهداشت زنان با شناخت کامل نسبت به درمان هیجان‌مدار و به کارگیری این درمان در جهت بازسازی روابط بین فردی و مدیریت هیجانات منفی ناشی از رویداد یائسگی، به اتخاذ رویکرد انعطاف پذیرتر نسبت به کاستی‌ها و نقضان‌های دوران یائسگی و ارتقای سلامت جنسی زنان یائسه با هدف بهبود عملکرد جنسی زنان و بهبود نگرش آن‌ها نسبت به خود در این زنان کمک کنند.

#### منابع

- Al-Azzawi, F., Bitzer, J., Brandenburg, Y., Castelo-Branco, C., Graziottin, A., Kenemans, P., Lachowsky, M., Mimoun, S., Nappi, R.E., Palacios, S., Schwenkhagen, A., Studd, J., Wylie, K., & Zahrndnik, H-P. (2010). Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction. *Journal of Climacteric*, 13(2), 103-20.
- Arab, S., Borjali, A., Meschi, F., Kakavand, A., & Zakerihamidi, M. (2020). Effectiveness of self-compassion training on hot flashes and night sweats in postmenopausal women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 23(2), 30-41. (In Persian)
- Atari, M. (2016). Factor structure and psychometric properties of the body appreciation scale-2 in Iran. *Journal of Body image*, 18: 1-4.
- Ayers, B., Forshaw, M., & Hunter, M.S. (2010). The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Journal of Maturitas*, 65:28-36.
- Bagheri, S., Moradi, G., Hamidi, S., Saeedi, S., Hosaini, A., & Yousefi, J. (2019). Self-concept in postmenopausal women: A qualitative study. *Journal of Education and Community Health*, 6(4),

- & Aleyasin, A. (2019). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Obsessive-Compulsive Symptoms, Rumination and Cognitive Avoidance of Women Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Social Cognition*, 8(2), 141-164.
- Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Corona, G., Hayes, R.D., Laumann, E.O., Moreira, E.D.J., & et al. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 7:1598–607.
- Liu, H., Cai, K., Wang, J., & Zhang, H. (2023). The effects of mindfulness-based interventions on anxiety, depression, stress, and mindfulness in menopausal women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Front Public Health*, 10:1045642.
- Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E. (2013). The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: Translation and psychometric properties of the Iranian version. *Journal of Reprod Health*, 10:25. (In Persian)
- Moghasemi., S, Ozgoli, G., Simbar, M., & Nasiri, M. (2018). Middle-aged Iranian women's accounts of their sexual health care practices: a conventional content analysis. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(3), 91–99. (In Persian)
- Morokqff, P.J., & Gilliland, R. (1993). Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *Journal of Sex Research*, 30(3), 43–53.
- Nazarpour, S., Simbar, M., Alavi Majd, H., Jafari Torkamani, Z., Dodel Andarvar., K., & Rahnemaiei, F. (2020). The relationship between postmenopausal women's body image and the severity of menopausal symptoms. *BMC Public Health*, 21(2), 15-39.
- Nazarpour, S., Simbar, M., Tehrani, F.R., & Majd, H.A. (2018). The relationship between menopausal symptoms and sexual function. *Journal of Women Health*, 58(10), 1112–23.
- Neff, K.D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Journal of Self*
- Greenberg, L. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
- Halamová, J., Kanovský, M., Varšová, K., & Kupeli, N. (2021). Randomised controlled trial of the new short-term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. *Journal of Current Psychology*, 40, 333–343.
- Herzig, L., George, G., & Watson, K. (2021). How body image can influence a woman's perception of menopause. *The Journal of New Paradigm Research*, 77(4), 23-34.
- [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43810/9789241563529\\_eng.p](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43810/9789241563529_eng.p)
- Jafari, F. (2017). The effectiveness of quality of life therapy in self-compassion and future time perspective in menopausal women. *Journal of Positive Psychology Research*, 3(10), 37-50. (In Persian)
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Brunner Routledge.
- Johnson, S.M., Simakhodskaya, Z., Moran, M. (2018). Addressing issues of sexuality in couples therapy: Emotionally focused therapy meets sex therapy. *Journal of Current Sexual Health Reports*, 10(3), 23-34.
- Kaczmarek, M. (2007). Determination of the age of natural menopause in a population of Polish women. *Journal of Prz Menopauzalny*, 2(10), 77-82.
- Kammerer-Doak, D., & Rogers, R.G. (2008). Female sexual function and dysfunction. *Journal of Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35(169–83), 34-48.
- Kanadys, K., Wiktor-Stoma, A., Lewicka, M., Sulima, M., & Wiktor, H. (2016). Predictors of the quality of life of women in peri-menopausal period. *Journal of Archives of Academic Emergency Medicine*, 23(2), 641–648
- Khayeri, B., Mirmahdi, R., Acuchekian, S., Heidari, H.,

- Salarirad, Z., Leilabadi, L., Kraskian Mujembari, A., & Salehi, M. (2022). Emotion focused therapy enduringly reduces depression and increases self-compassion in women with breast cancer: A semi-experimental study. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 14(4), 4-20.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York, NY: Norton.
- Symonds, T., Boolell, M., & Quirk, F. (2005). Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(5):385-397.
- Szymona-Pałkowska, K., Adamczuk, J., Sapalska, M., Gorbaniuk, O., Robak, J.M., & Kraczkowski, J.J. (2019). Body image in perimenopausal women. *Journal of Menopause*, 18(4), 210-216.
- Talaulikar, V. (2022). Menopause transition: Physiology and symptoms. *Journal of Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 813), 3-7.
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1-13), 1-13.
- Tylka, T.L., & Wood-Barcalow, N.L. (2015). The body appreciation scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Journal of Body Image*, 12(4), 53-67.
- World Health Organization. (2007). Women, ageing and health: a framework for
- World Health Organization. (2007). Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender. WHO Press. Retrieved from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43810/9789241563529\\_eng.pdf;jsessionid=3671122AC8B05FF8B175DFB0D7C0804D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43810/9789241563529_eng.pdf;jsessionid=3671122AC8B05FF8B175DFB0D7C0804D?sequence=1)
- Zivdir, P., & Sohbet, R. (2017). Effect of feelings of guilt and shame on life quality of women in menopause. *Journal of Menopausal Medicine*, 23(1), 5-14.
- and identity, 2(4), 223-250.
- Neff, K. D. (2009). *Self-compassion*. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561 -573). New York: Guilford Press.
- Nowosielski, K., & Sidorowicz, M. (2020). Sexual behaviors and function during menopausal transition-does menopausal hormonal therapy play a role? *Journal of Menopause*, 28(3), 271-283.
- Ozdem, O.Y., & Andsoy, I.I. (2022). The body appreciation and sexual quality of life in pre - and postmenopausal women with mastectomy. *International Journal of Caring Sciences*, 15(3), 1869-1878.
- Papalia, D.E. (ed.) (2007). *Adult Development and Aging (3rd edn)*. New York: McGraw-Hill
- Roshan Chesli. R., Soleimani, S., Erfan, T., Mantashlou, S., & Hashemi, A. (2019). Evaluate the psychometric properties of sexual quality of life questionnaire (SQOL-F). *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 17(1), 213-224. (In Persian)
- Rubinstein, H.R., & Foster, J.L.H. (2013). I don't know whether it is to do with age or to do with hormones and whether it is do with a stage in your life': Making sense of menopause and the body. *Journal of Health Psychology*, 18(2), 292-307.
- Safar Mohammadlou, N., Mollazadeh, A., & Meschi, F. (2021). Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy and cognitive behavioral therapy on sexual self-efficacy in women with breast cancer. *Razavi International Journal of Medicine*, 9(4), e1143. (In Persian)
- Sagheer khan, A., & Zubair, S.B.E. (2022). Study on menopause and symptoms of menopause in women's life. *Journal of Research in Humanities and Social Science*, 10(8), 112-117.
- Sala, M., Heard, A., & Black, E.A. (2016). Emotion-focused treatments for anorexia nervosa: a systematic review of the literature. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 21(2), 147-64.