

July-August 2021, Volume 9, Issue 3

## The Effectiveness of Compassion- Focused Therapy on Psychological Distress, Self-Concept, and Social Support for People with Binge Eating Disorder

Leili kavousi<sup>1</sup>, Ghodratollah Abbasi<sup>2\*</sup>, Bahram Mirzaian<sup>3</sup>

1- PhD. Candidate of Psychology Islamic Azad University, Sari Branch, Sari. Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Corresponding author:** Ghodratollah Abbasi, Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Email:** gh\_abbasi@iausari.ac.ir

Received: 21 Feb 2021

Accepted: 22 July 2021

### Abstract

**Introduction:** Eating disorders are a group of disorders characterized by persistent eating disorders and related behaviors that cause changes in food intake or absorption and are also significantly associated with physical or psychological health damage. The aim of this study was the effectiveness of compassion-focused therapy on psychological distress, self-esteem, and perceived social support in people with binge eating disorders.

**Methods:** The method of the present study was quasi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up with the control group. The statistical population of this study includes all people with overeating disorders who were referred to counseling centers (Avaye Kherad, Sahar, Avaye Zandegi, Rahnemood, and Nedaye Baran) in Sari city during the call in 2019 (N = 300). Then, among the 300 applicants who registered in this call, first the Eating Disorder Diagnostic Scale (Stice et al., 2001) was conducted and the diagnostic interview was conducted based on DMS-5, then according to the entry and exit criteria, 30 of them The final sample title was selected. These numbers were selected based on the opinion of researchers (Gall, Gall, and Borg (2003) and Delavar (2020)) who in experimental research identified 15 people suitable for each group. To collect data, the Diagnostic Scale of Eating Disorders, Psychological Distress Questionnaire, Self-Imagination Questionnaire, and Perceived Social Support Questionnaire were used. The data were analyzed by repeated-measures analysis of variance using SPSS-23.

**Results:** The results of the analysis showed that compassion-based therapy significantly and with high statistical power significantly reduced psychological distress ( $p < 0.001$ ) in the experimental group, while self-perception ( $p < 0.001$ ) and increased the perception of social support ( $p < 0.001$ ) in them, which was stable until the follow-up stage.

**Conclusions:** Based on the findings of this study, it can be concluded that compassion-based treatment can be effective in reducing depression, anxiety and stress in people with overeating. Compassion-based therapy also increased self-esteem and perceptions of social support. It seems that one of the most important reasons for overeating is anxiety, lack of self-image, and lack of understanding of social support, which in turn causes depression and overeating; therefore, by teaching compassion to oneself, it is possible to prevent overheating of these people to a large extent. Given that the critical time of overeating and obesity in adolescence and school, it is recommended that workshops be conducted in schools to prevent obesity and its problems, and in schools the skills of self-friendship, emotion, self-confidence, non-self-humiliation and Teach mutual understanding so that we can take effective steps to prevent these problems in adulthood.

**Keywords:** Psychological Distress, Self-concept, Perceived social support, Overeating disorder.

## اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر پریشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده افراد مبتلا به اختلال پر خوری

لیلی کاوسی<sup>۱</sup>، قدرت اله عباسی<sup>۲\*</sup>، بهرام میرزائیان<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران.

۳- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران.

نویسنده مسئول: قدرت اله عباسی، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران.  
ایمیل: gh\_abbasi@iausari.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۳۱

### چکیده

**مقدمه:** اختلال های خوردن، گروهی از اختلال ها را شامل می شود که با آشفتگی پایدار در خوردن و رفتارهای وابسته به آن مشخص می شوند که تغییر در مصرف یا جذب غذا را موجب شده و همچنین بطور معنی داری با آسیب به کارکرد سلامت جسمی یا روانشناختی همراه است. هدف پژوهش حاضر اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر پریشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده افراد مبتلا به اختلال پر خوری بود.

**روش کار:** روش پژوهش حاضر نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۳۰۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال پر خوری مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان ساری می باشند سپس از میان ۳۰۰ متقاضیان که در این فراخوان ثبت نام کرده بودند، ابتدا مقیاس تشخیصی اختلال خوردن (استیک و همکاران، ۲۰۰۱) انجام و مصاحبه تشخیصی براساس DMS-5 صورت پذیرفت، سپس براساس ملاک های ورود و خروج از میان آنها ۳۰ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. داده های حاصل از پژوهش با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با استفاده از SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بطور معنادار و با توان آماری بالا پریشانی روانشناختی ( $p < 0/001$ ) را در گروه آزمایش کاهش، در حالی که تصور از خود ( $p < 0/001$ ) و ادراک حمایت اجتماعی ( $p < 0/001$ ) را در آنها افزایش داده است که تا مرحله پیگیری نیز پایدار بود.

**نتیجه گیری:** براساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت می تواند در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس افراد مبتلا به پر خوری اثربخش واقع شد. همچنین درمان مبتنی بر شفقت افزایش تصور از خود و ادراک حمایت اجتماعی را در پی داشت. به نظر می رسد یکی از مهمترین دلایل پر خوری اضطراب، عدم تصور صحیح از خود و عدم درک حمایت اجتماعی است که این ها خود سبب افسردگی و پر خوری بیشتر افراد می شود.

**کلیدواژه ها:** پریشانی روانشناختی، تصور از خود، حمایت اجتماعی درک شده، اختلال پر خوری.

### مقدمه

۴۰ سال بیش از سایر گروهها قابل مشاهده و توجه است (۲). اختلال های تغذیه و خوردن، گروهی از اختلال ها را شامل می شود که با آشفتگی پایدار در خوردن و رفتارهای وابسته به آن مشخص می شوند که تغییر در مصرف یا جذب

اختلالات خوردن یکی از معضلات رایج روان تنی شناخته می شود (۱) که در طیف وسیعی از مسائل مرتبط با سلامت روان نقش دارد، که این مسئله در طیف سنی ۲۰ تا

بر عواطف، مشکلات خوردن را در افراد تحت تاثیر قرار دهد، بنابراین تغییر ادراک فرد از خود می تواند به عنوان یکی از راهبرهای تعدیل و تغییر در معضلات خوردن و تغذیه مورد توجه قرار گیرد.

از همبسته های مرتبط و موثر دیگر در اختلال پرخوری می توان به حمایت اجتماعی اشاره کرد (۱۸). حمایت اجتماعی به عنوان عاملی ضربه گیر در مقابل تنش ها (۱۹) و پریشانی های روانشناختی (۲۰) است که می تواند بین معضلات هیجانی و اختلال پرخوری نقش تعدیل گر داشته باشد. در واقع پژوهش ها در پاسخ به این سوال که چه عواملی موجب می شود که برخی از افراد توانمندی بازتوانی و بهبود از اختلال پرخوری را پیدا کنند (۲۱)، در حالی که عده ای دیگر نتایج رضایت بخشی از درمان را دریافت نمی کنند، انواع و ابعاد گوناگونی از «حمایت اجتماعی» را به عنوان یکی از عوامل بنیادین در اثربخشی درمان اختلال پرخوری گزارش می کنند (۲۲). در نتیجه حمایت اجتماعی ادراک شده می تواند به عنوان یکی از سازهای مهم در درمان های اختلال پرخوری باشد. یافته های پژوهشی نیز نشانگر آن است که حمایت اجتماعی و ادراک آن از جانب دیگران می تواند شفقت افراد نسبت به خود را تحت تاثیر قرار دهد که نتیجه آن افزایش بهزیستی روانشناختی در افراد خواهد می دهد (۲۳، ۲۴).

با توجه به دشواری و هزینه های سنگین درمان اختلال پرخوری (۲۵) مداخلات روان شناختی و دارویی مختلفی جهت درمان مورد استفاده قرار گرفته است (۲۶). یکی از مداخلات درمانی جدید که می تواند در بهبود مشکلات مربوط به افراد مبتلا به اختلال پرخوری موثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت است (۲۷). این درمان توسط Gilbert (۲۰۰۹) در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خودحمایت گر دشواری هایی داشتند (۲۸). درمان مبتنی بر شفقت، بر چهار حیطه ی تجارب پیشین و تاریخچه ای، ترس های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش بینی نشده متمرکز است (۲۹). محور اصلی درمان متمرکز بر شفقت، پرورش ذهن شفقتورز است، در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت ها و ویژگی های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می دهد. از این رو ایجاد و تقویت یک رابطه شفقتورز درونی که جایگزین

غذا را موجب شده و همچنین بطور معنی داری با آسیب به کارکرد سلامت جسمی یا روانشناختی همراه است (۳). پژوهش ها نشانگر آن است که اختلال پرخوری از معضلات شایع روانی شناخته می شود که در برخی بررسی ها نرخ شیوع نشانه های آن تا ۵۰ درصد نیز گزارش شده است (۴). بررسی های داخلی نیز نشانگر آن است که همسو با منابع مرجع (۳) اختلال پرخوری از مسائل شایع در بین زنان ایرانی شناخته می شود که در برخی گزارش ها میزان شیوع آن به ۱۲ درصد نیز می رسد (۵).

با توجه به ماهیت پیچیده ی اختلال پرخوری و تاثیرپذیری آن از شرایط روانی (۶) پژوهش های متعددی به ارتباط با آن با برخی سازه های روانشناختی پرداخته اند. یکی از متغیرهای مرتبط با اختلال پرخوری و تغذیه پریشانی روانشناختی شناخته می شود که پژوهش های متعددی نیز بر این امر صحت گذاشته اند (۴، ۷، ۸). پریشانی های روانشناختی دربرگیرنده، حالات ذهنی ناخوشایند شامل افسردگی، اضطراب و استرس است که هر سه علائمی از شرایط هیجانی و فیزیولوژیکی را دربرمی گیرد (۹). همسو با پژوهش های اخیر، افراد با پریشانی روانی بالا بیش تر از نشانه های بیماری جسمی شکایت می کنند و فراوانی بیماری های جسمی، پیش بینی کننده قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روانشناختی و اجتماعی در آنها می باشد (۱۰).

خودپنداره یا تصور از خود، از دیگر متغیرهای مرتبط با پریشانی روانشناختی است (۱۱) که ارتباط مستقیمی با اختلالات پرخوری دارد (۱۲). بطور خلاصه خودپنداره را می توان ادراک فرد از خود تعریف کرد (۱۳) که همپوشی قابل توجهی نیز با اعتماد به نفس دارد. با این حال برخی بر این باورند که جنبه های شناختی / دانشی ادراک از خویشتن، خودپنداره را از اعتماد به نفس که بیشتر بر بعد ارزیابی و هیجانی ادراک از خود متمرکز است، متمایز می کند (۱۴). یافته های متعدد نیز گویای این امر است که خودپنداره از عوامل مرتبط و پیش بینی کننده اختلال پرخوری شناخته می شود (۱۵، ۱۶) که با طیف وسیعی از معضلات هیجانی نظیر افسردگی و اضطراب رابطه دارد (۱۰). از این رو برخی بر این باورند که یکی از روش های تغییر در خود زمانی است که ما بتوانیم تغییراتی را در خودپنداره یا تصور خودمان از خود ایجا کنیم (۱۷). هارلو و همکاران (۱۵) نیز بر این باورند که تصور از خود می تواند با تاثیرگذاری

درمان‌های دیگر در طول مدت مطالعه و ج) داشتن اختلال پرخوری براساس تشخیص اختلالات خوردن د) نداشتن سابقه یک اختلال بالینی و شخصیتی دیگر که در خور تشخیص جداگانه‌ای باشد؛ ه) هرگونه سوء مصرف مواد و یا وابستگی به الکل؛ ج) شاخص توده بدنی (وزن به کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد بر حسب سانتیمتر) بالاتر از ۴۰ و ملاک‌های خروج شامل: الف) شرکت در برنامه مداخله ای دیگر، ب) غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی و... لحاظ شدند. برای جمع آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل جمعیت شناختی شامل سن، وضعیت تاهل و تحصیلات بود.

۲- مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن استیک و همکاران (۲۰۰۱): یک پرسشنامه ۲۲ آیتمی است که ۳ زیرمقیاس «بی-اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری» را در ۲ سطح بالینی و غیربالینی می‌سنجد. این مقیاس شامل ۴ سوال (۱،۲،۳،۴) طیف لیکرت ۸ درجه ای (۰ تا ۷) است؛ سوال ۵ نیز بصورت دویخی بله یا خیر نمره گذاری می‌شود، سوالات ۶، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ بصورت بله، خیر و نمی‌دانم که فقدان کنترل فرد را می‌سنجد، سوالات ۷ و ۸ تعداد دفعات پرخوری در هفته طی ماه‌های گذشته و همچنین سوالات ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ میزان رفتارهای جبرانی، سوالات ۱۹ و ۲۰ بصورت بازپاسخ برای قد و وزن و در نهایت سوالات ۲۱ و ۲۲ به دوره‌های قاعدگی و تغییرات آن در طول دوره ی اختلال مرتبط می‌باشد. استیک و همکاران پایایی کل ابزار به روش آلفای کرونباخ را ۸۹ گزارش می‌کنند که نشانگر کفایت‌های روانسنجی ابزار است (۳۴). ابزار حاضر دارای یک مقیاس تشخیصی و یک مقیاس نشانه‌های ترکیبی می‌باشد. مقیاس نخست برای «بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری» استفاده می‌شود. درحالی‌که سطح ترکیبی سطوح کلی آسیب‌شناسی پرخوری می‌سنجد که جهت تفکیک افراد با آسیب‌شناسی خوردن از گروه کنترل مورد استفاده قرار می‌گیرد که برای نشانه‌های ترکیبی، نمره برش ۱۶/۵ به طور رایج برای تشخیص بیماران بالینی از گروه کنترل به کار می‌رود (۳۵). خبیر و همکاران نیز با تایید تحلیل عاملی، تمامی گویه‌ها و مولفه‌ها را مورد تایید قرار داده و همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ و اسپیرمن-

سرزنش، محکوم کردن و یا خودانتقادی در مراجعان باشد، می‌تواند عاملی بهبودبخش در این بیماران تلقی شود (۳۰). در مجموع می‌توان گفت که با توجه به شیوع بالای اختلال پرخوری در افراد (۳) و نقش بنیادین سازه‌های روانشناختی از قبیل پریشانی روانشناختی، خودپنداره و حمایت اجتماعی در معضلات خوردن، و همچنین افزایش خود انتقادی (۱۷) و شرم (۳۱) در اختلال پرخوری که از اهداف درمانی شفقت می‌باشد، مسئله پژوهش حاضر این است که آیا درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند در اختلال‌های پرخوری افراد اثربخش واقع می‌شود؟ پژوهش‌های انجام شده در پاسخ به مسئله حاضر اغلب بر مطالعات توصیفی متکی بوده و پژوهش‌های داخلی محدودی به بررسی تجربی، به ویژه در متغیرهای پژوهش حاضر پرداخته‌اند، در حالی‌که تایید اثربخشی درمان شفقت با محوریت شرم و خودانتقادی، می‌تواند در کنار کاهش تنش‌های روانشناختی و تغییر تصور از خود در فرد، تقویت خودپنداره را موجب شده که می‌تواند نگاه نوینی به بالینگران حوضه اختلال پرخوری ارائه دهد، از این رو پرداختن به مسئله حاضر ضرورت پیدا می‌کند.

## روش کار

روش پژوهش حاضر نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره (آوای خرد، سحر، آوای زندگی، رهنمود و ندای باران) شهرستان ساری که طی فراخوان در سال ۹۹-۱۳۹۸ می‌باشند (N=۳۰۰). سپس از میان ۳۰۰ متقاضیان که در این فراخوان ثبت نام کرده بودند، ابتدا مقیاس تشخیصی اختلال خوردن (استیک و همکاران، ۲۰۰۱) انجام و مصاحبه تشخیصی براساس DMS-5 صورت پذیرفت، سپس براساس ملاک‌های ورود و خروج از میان آنها ۳۰ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. این تعداد بر اساس نظر محققان (گال، گال و بورگ (۳۲) و دلاور (۳۳)) که در تحقیقات آزمایشی تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه مناسب تشخیص داده‌اند، انتخاب شدند. گروه آزمایش در معرض آموزشی درمان متمرکز بر شفقت به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه گواه هیچگونه درمانی دریافت نکرد. لازم به ذکر است آموزش به افراد به صورت گروهی در مرکز مشاوره آوای خرد صورت پذیرفت. ملاک‌های ورود شامل: الف) سن بالای ۱۸ سال؛ ب) شرکت نکردن در

آلفای کرونباخ را ۰/۸۱ گزارش می کنند که نشان از کفایت داخلی ابزار دارد (۴۰). لازم به ذکر است که ضریب آلفا در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۳ بدست آمد.

۵- پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط Zimet و همکاران طراحی شد (۴۱). مقیاس چندی بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، یک ابزار ۱۲ سوالی است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه خرده مقیاس خانواده (Family)، دوستان (Friends) و دیگران مهم (Significant Other) طراحی شده است. هدف از طراحی مقیاس چندی بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، سنجش میزان دریافت حمایت اجتماعی ادراک شده از سه خرده مقیاس دوستان، خانواده و دیگران مهم می باشد، چرا که دریافت کم میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، با میزان بالای اضطراب و افسردگی در افراد همراه می باشد (۲۳). سوالات ۳-۴-۸-۱۱ منبع خانواده، سوالات ۶-۷-۹-۱۲ منبع دوستان و سوالات ۱-۲-۵-۱۰ منبع حمایتی از دیگران مهم را می سنجد. حداکثر نمره برای هر مقیاس ۲۸ و حداقل ۷ می باشد، نمره بالا به معنی حمایت بالاتر می باشد. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرتی ۷ درجه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) در نظر گرفته شده است. بنابراین، آزمودنی در هر سوال از این پرسشنامه، نمره ای از ۱ تا ۷ کسب می کند. پایایی این ابزار به وسیله آلفای کرونباخ برای حمایت خانواده ۰/۷۴، حمایت دوستان ۰/۸۱ و حمایت افراد مهم ۰/۷۶ گزارش شده است (۲۳). سلیمی و همکاران پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده اند (۴۲). حیدری نسب و همکاران (۴۳) در پژوهشی نشان دادند که این پرسشنامه از ثبات درونی و پایایی بازآزمایی بالایی برخوردار است (آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ در نمونه های غی بالینی و ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ در نمونه های بالینی).

پروتکل درمانی: عناوین جلسات پروتکل درمانی، با توجه برنامه آموزش درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر مدل گیلبرت تدوین شد (۱۴). گروه آزمایشی در معرض ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند.

براون و گاتمن را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۸۳ گزارش می کنند (۳۶). لازم به ذکر است که پایایی ابزار در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

۳- پرسشنامه پریشانی روانشناختی (DASS): پرسشنامه پریشانی روانشناختی توسط لویوند تهیه شده است که مدل خلاصه شده آن شامل ۲۱ سوال است و به صورت طیف لیکرت ۴ گزینه ای (هر سوال از صفر (اصلا در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود) طراحی شده است. مجموعه ای از سه مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. لویوند و لویوند آلفای کرونباخ سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ و روایی پرسشنامه مذکور را در مجموع ۰/۸۵ گزارش کرده اند (۳۷). روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار مورد بررسی قرار گرفته است، که اعتبار بازآزمایی آن با فاصله ۳ هفته برای خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ گزارش شده است؛ همچنین روایی ابزار در پژوهش سامانی علاوه بر تحلیل عاملی بواسطه همبستگی با پرسشنامه های سلامت عمومی و سلامت روانی مورد تایید قرار گرفته است (۳۸). ۴- پرسشنامه تصور از خود بک (۱۹۹۰): پرسشنامه تصور از خود بک، در سال ۱۹۹۰ و براساس نظریه شناختی وی تهیه شد که دارای ۲۵ ماده می باشد. سوالات آزمون براساس ارتباط آنها با تصور از خود از یک تا پنج نمره گذاری می شود. بدین ترتیب حداقل نمره ای که آزمودنی در این مقیاس به دست می آورد ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ خواهد بود که نمرات پایین نشانگر تصور از خود ضعیف و نمرات بالا نشانگر تصور از خود قوی و نیرومند هستند. براساس تحقیقات بک و همکاران این مقیاس ۵ جنبه از ویژگی ها را مورد بررسی و اندازه گیری قرار می دهد که عبارتند از: توانایی ذهنی (۲، ۵، ۷، ۲۱ و ۲۳)، کارآمدی شغلی (۱۰، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۲)، جذابیت جسمانی (۱، ۶، ۸، ۱۲ و ۱۵)، مهارت های اجتماعی (۴، ۹، ۱۴، ۱۹ و ۲۴). و عیب ها (۳، ۱۱، ۱۳، ۱۷ و ۲۵). بک و همکاران (۱۹۹۰) ضریب اعتبار ۰/۸۸ و ۰/۶۵ را با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد به ترتیب پس از یک هفته و سه ماه فاصله زمانی گزارش نمودند (۳۹). همچنین رضایور و همکاران ضریب همسانی درونی ابزار با استفاده از

## لیلی کاوسی و همکاران

### جدول ۱. محتویات جلسات آموزش درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر مدل گیلبرت (۱۴)

جلسه	محتوی
اول	برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تاسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین از عواطف و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی.
سوم	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 خودتخریب گرایانه و شرم، آموزش همدردی و ارائه تکالیف خانگی.
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا غیرشفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشتاقانه (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی.
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفولانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل: پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی.
ششم	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، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها: مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

سن افراد در دو گروه به ترتیب ۳۲/۲۰ و ۸/۹۳ می باشد. همچنین بررسی توزیع سنی در دو گروه درمانی نشانگر آن است که میانگین (و انحراف معیار) سن در دو گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۳۰/۳۳ (۸/۶۳) و ۳۲/۰۶ (۹/۴۳) بوده است. همچنان که در (جدول ۲) قابل مشاهده است، مقایسه میانگین سنی آزمودنی‌ها با آزمون t مستقل نیز نشانگر آن است که بین دو گروه از نظر سن تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $p < 0.05$  و  $t(27) = 0.52$ )، یعنی دو گروه از نظر سن در شرایط همگنی قرار دارند.

همانطور که در (جدول ۱) مشاهده می شود خلاصه ای از جلسات آموزش درمان متمرکز بر شفقت گزارش شده است. لازم به ذکر است داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 23 و با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند.

### یافته ها

نتایج حاصل از تحلیل یافته های جمعیت شناختی در ۳۰ نفر از آزمودنی ها حاکی از آن است که میانگین و انحراف معیار

جدول ۲: خروجی آزمون تی مستقل برای مقایسه ی سن در دو گروه

متغیر	آماره لوین		t	درجه آزادی	سطح معنی داری	تفاوت میانگین ها
	F	سطح معنی داری				
سن	۰/۰۰	۰/۹۳	۰/۵۲	۲۸	۰/۶۰	۱/۷۳

همچنین علاوه بر سن، توزیع برخی متغیرهای جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در قالب جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۳: توزیع آزمودنی‌ها در دو گروه بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی

گروه	گواه		شفقت محور		کل		آزمون خی دو
	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	
متاهل	۷	۴۶/۷	۸	۵۳/۳	۱۵	۵۰	۰/۷۱
مجرد	۸	۵۳/۳	۷	۴۶/۷	۱۵	۵۰	
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	
سیکل	۲	۱۳	۲	۱۳/۳	۴	۱۳/۳	۰/۹۰
دیپلم	۹	۶۰	۱۰	۶۶/۷	۱۹	۶۳/۳	
لیسانس	۴	۲۶/۷	۳	۲۰/۰	۷	۲۳/۳	
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	



همچنان که در جدول فوق نیز قابل مشاهده است شرکت کنندگان دو گروه از نظر تحصیلات و تاهل همسانی قرار

جدول ۴. بررسی پریشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده در گروه‌های پژوهش در طی مطالعه

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۵/۲۶	۱/۱۶	۷/۸۰	۰/۹۴	۸/۲۶	۱/۳۳
اضطراب	۱۵/۷۳	۳/۴۳	۷/۴۶	۱/۶۸	۸/۱۳	۱/۶۸
استرس	۱۴/۵۳	۴/۳۴	۸/۴۰	۱/۴۰	۸/۶۶	۱/۵۸
پریشانی روانشناختی (نمره کل)	۴۶/۸۸	۴/۲۴	۲۴/۶۰	۲/۸۲	۲۵/۰۶	۳/۶۱
تصور از خود	۴۴/۷۰	۱۰/۳۱	۹۰/۶۶	۸/۲۶	۹۰/۸۶	۸/۵۸
حمایت خانواده	۹/۰۶	۲/۴۶	۱۹/۸۶	۳/۰۶	۱۸/۸۱	۴/۳۴
حمایت دوستان	۱۱/۷۳	۳/۳۶	۲۱/۲۰	۳/۸۳	۲۰/۲۶	۳/۴۵
حمایت افراد مهم	۸/۰۶	۱/۹۴	۲۰/۲۰	۳/۰۷	۱۹/۶۰	۳/۶۰
حمایت اجتماعی (نمره کل)	۲۸/۸۸	۵/۴۶	۶۱/۲۰	۳/۰۷	۵۹/۶۰	۳/۶۰

ناهمگونی ماتریس واریانس کوواریانس می باشد، از این رو با هدف تعدیل درجه آزادی در تفسیر F، از آزمون محافظه کارانه تر گرین-هاوس-گیرز استفاده شد برای تعیین معنی داری اثر درمان متمرکز بر شفقت بر پریشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده افراد مبتلا به اختلال پرخوری از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه، حداقل در یکی از مولفه‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0.05$ ).

در (جدول ۴) میانگین و انحراف معیار متغیرها گزارش شده است. جهت تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مفروضه های آن گزارش می شود. با هدف بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای مورد مطالعه از آزمون شاپیر و ویلک استفاده شد، همچنین با هدف بررسی پیش فرض همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد؛ با توجه به سطح معنی داری ( $P > 0.05$ ) آزمون، فرض همگنی واریانس در تمامی متغیرها تحقیق تایید شد. با این حال سطح معنی داری ( $p < 0.05$ ) آزمون کرویت موچلی بیانگر

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس و اندازه‌گیری مکرر در مراحل سه‌گانه درمان شفقت بر پریشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده

منبع اثر	SS	Df	MS	F	sig	اندازه اثر	توان
افسردگی	۱۳۴/۴۴	۱	۱۳۴/۴۴	۹/۴۶	۰/۰۰۵	۰/۲۵	۰/۸۴
پریشانی	۲۰۵/۵۱	۱	۲۰۵/۵۱	۱۷/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۳۸	۰/۹۸
روانشناختی	۴۴/۱۰	۱	۴۴/۱۰	۳/۶۶	۰/۰۰۶	۰/۱۱	۰/۴۵
نمره کل	۱۰۶۰/۹۰	۱	۱۰۶۰/۹۰	۲۰/۹۳	۰/۰۰۰	۰/۴۲	۰/۹۹
تصور از خود	۲۳۳۲۸/۵۴	۱	۲۳۳۲۸/۵۴	۲۴/۹۷	۰/۰۰۰	۰/۷۸	۱/۰۰۰
خانواده	۳۸۴/۴۰	۱	۳۸۴/۴۰	۱۸/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۳۹	۰/۹۸
دوستان	۳۶۸/۰۴	۱	۳۶۸/۰۴	۲۷/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۹	۰/۹۹
دیگران	۷۳۳/۸۷	۱	۷۳۳/۸۷	۳۱/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۵۲	۱/۰۰
نمره کل	۴۸۵۴/۶۸	۱	۴۸۵۴/۶۸	۸۷/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۷۵	۱/۰۰
افسردگی	۳۹۷/۵۵	۲۸	۱۴/۱۹				
پریشانی	۳۲۹/۶۴	۲۸	۱۱/۷۷				
روانشناختی	۳۳۷/۳۳	۲۸	۱۲/۰۴				
نمره کل	۱۴۱۸/۸۸	۲۸	۵۰/۶۷				
تصور از خود	۶۳۷۳/۵۵	۲۸	۲۲۷/۶۲				
خانواده	۵۸۲/۵۳	۲۸	۲۰/۸۰				
دوستان	۳۷۵/۷۷	۲۸	۱۳/۴۲				
دیگران	۶۶۱/۹۱	۲۸	۲۳/۶۴				
نمره کل	۱۵۵۷/۱۱	۲۸	۵۵/۶۱				

لیلی کاوسی و همکاران

۱/۰۰	۰/۵۷	۰/۰۰۰	۳۷/۷۷	۳۴۳/۰۳	۱/۰۱	۳۷۹/۶۲	افسردگی	
۱/۰۰	۰/۶۸	۰/۰۰۰	۶۰/۵۰	۶۰۰/۱۳	۱/۰۹	۶۵۵/۶۲	اضطراب	پیشانی
۰/۹۹	۰/۴۳	۰/۰۰۰	۲۱/۴۹	۳۷۸/۱۲	۱/۰۶	۳۹۶/۲۰	استرس	روانشناختی
۱/۰۰	۰/۷۹	۰/۰۰۰	۱۰۶/۸۵	۳۸۸۷/۰۴	۱/۱۱	۴۲۲۳/۴۸	نمره کل	
۱/۰۰۰	۰/۶۱	۰/۰۰۰	۴۴/۵۸	۶۴۴۳/۶۴	۱/۰۳	۶۶۳۶/۹۵	تصور از خود	درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله آموزشی
۰/۹۵	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۱۳/۳۳	۲۴۵/۱۳	۱/۰۵	۲۵۹/۲۶	خانواده	
۰/۹۹	۰/۴۴	۰/۰۰۱	۲۲/۱۸	۴۱۵/۵۲	۱/۰۷	۴۴۶/۹۵	دوستان	حمایت اجتماعی درک شده
۰/۹۸	۰/۳۸	۰/۰۰۰	۱۷/۷۳	۳۷۱/۲۷	۱/۰۵	۳۹۰/۵۵	دیگران	
۱/۰۰	۰/۸۱	۰/۰۰۰	۱۲۱/۴۰	۳۹۲۱/۶۰	۱/۲۰	۴۷۱۷/۲۲	نمره کل	
۰/۹۸	۰/۳۷	۰/۰۰۰	۱۶/۵۷	۱۵۰/۵۵	۱/۰۷	۱۶۶/۸۶	افسردگی	
۰/۸۵	۰/۳۴	۰/۰۰۰	۹/۱۹	۹۱/۱۹	۱/۰۹	۹۹/۶۲	اضطراب	
۰/۹۵	۰/۳۲	۰/۰۰۰	۱۳/۷۰	۲۳۷/۷۶	۱/۰۶	۲۵۲/۴۶	استرس	گروه* مراحل مداخله آموزشی
۱/۰۰	۰/۵۷	۰/۰۰۰	۳۸/۰۱	۱۳۴۷/۲۰	۱/۱۱	۱۵۰۲/۴۶	نمره کل	
۱/۰۰۰	۰/۷۰	۰/۰۰۰	۶۸/۳۱	۹۸۷۴/۲۳	۱/۰۳	۱۰۱۷۰/۴۶	تصور از خود	
۰/۸۶	۰/۲۵	۰/۰۰۱	۱۴/۸۵	۲۷۳/۱۱	۱/۰۵	۲۸۸/۸۶	خانواده	
۰/۹۶	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۳/۸۵	۲۹۹/۵۳	۱/۰۵	۳۱۴/۶۸	دوستان	حمایت اجتماعی درک شده
۰/۹۸	۰/۳۸	۰/۰۰۰	۱۷/۴۶	۳۶۵/۶۹	۱/۰۵	۳۸۴/۶۸	دیگران	
۱/۰۰	۰/۸۲	۰/۰۰۰	۱۲۸/۴۹	۴۱۶۵/۱۳	۱/۲۰	۵۰۱۰/۱۵	نمره کل	
				۹/۰۸	۳۱/۰۱	۲۸۱/۵۱	افسردگی	
				۹/۹۱	۳۰/۵۸	۳۰۳/۴۸	اضطراب	
				۱۷/۳۵	۲۹/۷۳	۵۱۶/۰۰	استرس	
				۳۵/۴۴	۳۱/۲۲	۱۱۰۶/۷۱	نمره کل	
				۱۴۳/۲۹۹	۲۹/۰۹	۴۱۶۸/۵۷	تصور از خود	خطا (مراحل مداخله)
				۱۸/۳۸	۲۹/۶۱	۵۴۴/۵۳	خانواده	
				۱۸/۷۳	۳۰/۱۱	۵۶۴/۲۲	دوستان	
				۲۰/۹۳	۲۹/۴۵	۶۱۶/۷۵	دیگران	
				۳۲/۳۰	۳۳/۶۸	۱۰۸۶/۹۵	نمره کل	

کاهش پیشانی روانشناختی، افزایش تصور از خود و بهبود حمایت اجتماعی درک شده بوده است. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله آموزشی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در کاهش پیشانی روانشناختی، افزایش تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده و برای هر سه مولفه معنی دار بود.

نتایج (جدول ۵) نشان داد نسبت F بدست آمده در عامل گروه‌ها برای نمره کل پیشانی روانشناختی، مولفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۲۰/۹۳، ۹/۴۶، ۱۷/۴۵ و ۳/۶۶، تصور از خود ۹/۹۴ و در درک حمایت اجتماعی کل (و مولفه‌های آن) برابر ۱۹۴/۰۲ (۶۷/۸۴، ۵۸/۱۱۲ و ۷۰/۳۴) می باشد که در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان متمرکز بر شفقت در

جدول ۶. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مراحل سه‌گانه مداخله درمان مبتنی بر شفقت در متغیر پیشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده در گروه آزمایش

منبع اثر	SS	df	MS	F	sig	اندازه اثر	توان
افسردگی	۲۶۴/۶۰	۱/۰۳	۲۶۴/۶۰	۳۴/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۵۵	۱/۰۰
اضطراب	۴۵۹/۲۶	۱/۳۱	۴۵۹/۲۶	۵۷/۴۹	۰/۰۰۰	۰/۶۷	۱/۰۰
استرس	۲۹۰/۴۰	۱/۱۴	۲۹۰/۴۰	۲۱/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۴۳	۰/۹۹
نمره کل	۵۳۸۱/۶۴	۱/۳۶	۵۳۸۱/۶۴	۸۵/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۹۵	۱/۰۰
تصور از خود	۴۹۸۶/۸۱	۲	۴۹۸۶/۸۱	۴۵/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۶۱	۱/۰۰
خانواده	۲۱۳/۲۶	۱/۳۳	۱۵۹/۵۳	۱۳/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۳۲	۰/۹۷
دوستان	۱۵۷/۰۶	۱/۷۶	۸۸/۸۵	۹/۰۶	۰/۰۰۰	۰/۳۴	۰/۹۵
دیگران	۳۵۱/۷۵	۱/۶۴	۱۵۲/۰۶	۱۲/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۳۰	۰/۹۸
درک حمایت کل	۱۷۸۳/۰۸	۱/۴۰	۱۲۷۱/۸۲	۳۲/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۵۴	۱/۰۰
خطا (مراحل مداخله)	۲۵۰/۶۶	۲۶/۱۳	۷/۷۰				
افسردگی	۲۱۲/۳	۱۶/۰۹	۷/۹۸				
اضطراب	۳۹۱/۹۳	۱۹/۱۷	۱۳/۲۶				
استرس	۲۶۳/۶۸	۱۹/۰۴	۱۳/۸۴				
نمره کل	۱۰۷۳/۶۶	۲۸	۱۱۰/۵۲				
تصور از خود	۴۵۰/۷۱	۳۷/۴۳	۱۲/۰۴				
خانواده	۴۸۴/۹۳	۴۹/۴۹	۹/۷۹				
دوستان	۵۷۰/۸۴	۴۶/۰۶	۱/۳۹				
دیگران	۱۵۱۷/۵۵	۳۹/۲۵	۳۸/۶۵				
درک حمایت کل							



پریشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده تفاوت وجود دارد، از آزمون مقایسه بنفرونی استفاده شد.

برای اینکه دقیقاً معلوم شود که بین کدام یک از مراحل سه گانه مداخله آموزشی در گروه آزمایش در کاهش

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی درمان مبتنی بر شفقت پریشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی

Sig	خطای معیار	اختلاف میانگین	زمان
۰/۰۰۰	۰/۸۶	۴/۵۰	پس آزمون
۰/۰۰۰	۰/۷۱	۴/۴۳	پیگیری
۰/۱۴	۰/۱۴	-۰/۳۰۰	پیگیری
۰/۰۰۰	۰/۷۳	۵/۹۰	پس آزمون
۰/۰۰۰	۰/۷۳	۵/۵۳	پیگیری
۰/۰۰۲	۰/۱۳۰	-۰/۳۶	پیگیری
۰/۰۰۰	۰/۹۷	۴/۵۰	پس آزمون
۰/۰۰۰	۰/۹۴	۴/۴۰	پیگیری
۱/۰۰	۰/۱۱	-۰/۱۰	پیگیری
۰/۰۰۰	۱/۳۷	۱۴/۹۰	پس آزمون
۰/۰۰۰	۱/۴۰	۱۴/۱۳	پیگیری
۰/۰۰۴	۰/۲۹	-۰/۶۷	پیگیری
۰/۰۰۰	۲/۷۴	-۱۸/۲۰	پس آزمون
۰/۰۰۰	۲/۷۴	-۱۸/۲۰	پیگیری
۱/۰۰۰	۰/۰۹	-۰/۰۳	پیگیری
۰/۰۰۰	۰/۹۸	-۳/۵۶	پس آزمون
۰/۰۰۰	۰/۹۷	-۳/۶۳	پیگیری
۱/۰۰	۰/۱۰۷	-۰/۰۶	پیگیری
۰/۰۰۰	۱/۰۱	-۴/۵۳	پس آزمون
۰/۰۰۰	۰/۹۸	-۴/۹۰	پیگیری
۰/۰۶	۰/۱۵	-۰/۳۶	پیگیری
۰/۰۰۰	۱/۰۶	-۴/۳۳	پس آزمون
۰/۰۰۰	۱/۰۲	-۴/۵۰	پیگیری
۰/۳۷	۰/۱۰	-۰/۱۶	پیگیری
۰/۰۰۰	۱/۲۵	-۱۵/۸۳	پس آزمون
۰/۰۰۰	۱/۴۵	-۱۴/۸۳	پیگیری
۰/۱۲	۰/۴۵	۱/۰۰	پیگیری

بررسی نخستین یافته‌ی پژوهش در رابطه با اثربخشی درمان شفقت محور بر پریشانی روانشناختی افراد مبتلا به پرخوری نشانگر آن است که این یافته همسو با مطالعه طاهرپور و همکاران (۸) و همچنین vrable و همکاران (۷) می باشد. طاهرپور و همکاران (۸) در مطالعه خود اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را در کاهش پریشانی های روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) مورد تایید قرار داده اند (۸). تبیین این یافته را می توان در تاکید درمان شفقت بر هیجان منفی شرم، و همچنین تنظیم هیجانی ناکارآمد، یعنی خودانتقادی جستجو کرد. در واقع می توان گفت که کاهش احساس شرم و سرزنش خود بواسطه ی درمان شفقت پریشانی روانشناختی را کاهش می دهد، چرا که یافته ها و ادبیات پژوهشی نیز خودسرزنشی را عاملی مرتبط و موثر در معضلات روانی گزارش می کنند. همچنین نگرش بدبینانه به خود یکی از مولفه های اساسی در

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در (جدول ۵) نشان داد نمره کل پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس)، تصور از خود و حمایت اجتماعی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ( $P < 0/001$ ). همچنین سطح معنی داری مقایسه پیگیری و پس آزمون نشانگر آن است اختلاف معنی داری بین در مرحله درمانی وجود ندارند که نشانگر پایداری اثربخشی از پس آزمون تا پیگیری بوده است.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شفقت محور بر تصور از خود، پریشانی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر روی افراد مبتلا به پرخوری انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که درمان در متغیرهای وابسته اثربخش واقع شده است و همچنین تغییرات ایجاد شده تا دوره ی پیگیری پایدار بوده است.

جانب دیگران، و همچنین افزایش ادراک آن خواهد بود. همچنین با توجه به نقش ادراک حمایت اجتماعی و شفت به خود در افزایش بهزیستی روانشناختی (۲۴-۲۵) می توان گفت که بهبود سلامت روان در کنار گسترش هیجان های مثبت نگرش خوشبینانه ای را نسبت به دیگران و نیت آنها در فرد ایجاد کند.

محدودیت عمده این پژوهش مربوط به روایی بیرونی می باشد چرا که جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی افراد مبتلا به اختلال پرخوری شهر ساری بودند، لذا امکان تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت روبرو است. یکی دیگر از محدودیت های آنی پژوهش مربوط به طرح این پژوهش بود زیرا از نوع نیمه آزمایشی بوده و مزایای طرح های آزمایشی حقیقی را نداشت. همچنین نمونه گیری از نوع در دسترس و هدفمند بوده، لذا در تعمیم نتایج حاصل از پژوهش به جامعه باید احتیاط کرد. بنابراین با توجه به محدودیت های این پژوهش پیشنهاد می شود این پژوهش بر روی افراد مبتلا به اختلال پرخوری در مراکز مشاوره آوای خرد، سحر، آوای زندگی، رهنمود و ندای باران شهر ساری انجام شده است، بر روی نمونه ای گسترده تر و در مراکز دیگر نیز اجرا گردد. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر یک پژوهش کمی است، پیشنهاد می شود در تحقیق های بعدی از یک پژوهش کیفی (نظریه زمینه ای) مبتنی بر مصاحبه نیمه ساخت یافته) براساس نظر مراجعان، کارشناسان و ادبیات قبلی استفاده شود. علاوه بر این پیشنهاد می شود برای افزایش اعتبار این روش درمانی و قابلیت تعمیم پذیری آنها شیوه های مداخله توسط متخصصین متفاوتی اعمال گردد. با توجه به اینکه زمان حساس پرخوری و ابتلا به چاقی دوره نوجوانی و مدرسه است، کارگاه های آموزشی جهت پیشگیری از چاقی و معضلات آن در مدارس اجرا شود و در مدارس مهارت های خویشتن دوستی، هیجانی، خودباوری، عدم خودتحقیری و درک متقابل آموزش داده شود تا در جهت پیشگیری این مشکلات در بزرگسال گامی موثر بر داریم.

### نتیجه گیری

در مجموع و بر اساس یافته های پژوهش حاضر می توان گفت که درمان شفقت محور با کاهش پریشانی روانشناختی، تقویت خودپنداره و افزایش ادراک حمایت اجتماعی، می تواند در افراد با اختلال پرخوری مفید و موثر واقع شود. به نظر

رویکرد شناختی به افسردگی شناخته می شود. بنابراین غلبه بر آنها می تواند کاهش پریشانی روانی را به همراه داشته باشد که می تواند اثرات بلند مدتی در فرد داشته باشد، همچنان که دوره ی پیگیری نیز آن را تایید کرد.

از دیگر یافته های پژوهش حاضر می توان به اثربخشی درمان شفقت بر خودپنداره اشاره کرد. نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که درمان شفقت بطور معنی داری خودپنداره را در افراد با اختلال پرخوری افزایش داده که تا دوره ی پیگیری نیز پایدار بوده است. بررسی پیشینه ی پژوهشی نشانگر آن است که این یافته بطور ضمنی با نتایج جعفرزاده (۱۵) و Harlowe و همکاران (۱۶) همسو است. توجه این یافته را می توان در نقص و نقش خودپنداره ی در افراد با اختلال خوردن پیگیری کرد. عبارتی ترویج و تبلیغ برخی از فرهنگ ها در رابطه با افراد، و شاخص های جسمانی خاص مرتبط با آنها، می تواند ایده هال ظاهری را در آنها دگرگون سازد (۱۲) که نتیجه آن می تواند در قالب انتقاد از خود و یا افزایش حس شرم باشد. در نتیجه درمان شفقت محور با ایجاد و تقویت یک رابطه ی مشفقانه ی درونی در مراجعان، می تواند جایگزین سرزنش، محکوم کردن و یا خودانتقادی باشد (۲۹).

همچنین بررسی یافته های حاصل از تحلیل اندازه گیری مکرر نشان داد که درمان شفقت محور در افزایش ادراک حمایت دیگران اثربخش واقع شده است، که تغییرات ایجاد شده تا دوره ی پیگیری نیز ماندگار بوده است. مروری بر مطالعات انجام شده در رابطه با این یافته ی حاکی از آن است که هرچند بررسی ها به طور مستقیم اثربخشی درمان شفقت بر ادراک حمایت اجتماعی را مورد مطالعه قرار نداده اند، اما یافته ی حاضر در راستای پژوهش های Wilson و همکاران (۲۴) و Demirtas و همکاران (۲۵) می باشد. یافته ها نیز حاکی از آن است که حمایت اجتماعی ادراک شده، نقش بیشتری از حمایت اجتماعی در پیش بینی و رفتارهای پیشگیری کننده از چاقی و پرخوری داشته است (۱۸).

این یافته را شاید بتوان به این مسئله نسبت داد که کاهش هیجان های منفی بواسطه درمان شفقت محور، نه تنها می تواند پریشانی روانشناختی را در افراد کاهش دهد، بلکه آموزش رفتارهای مشفقانه و همدلانه (۲۹) موجب می شود که افراد نسبت به قبل رفتارهای مناسبی با دیگران داشته باشند، که نتیجه آن گسترش متقابل رفتارهای حمایتی از

کنندگان در این پژوهش نهایت قدردانی و تشکر را داشته باشند. لازم به ذکر است این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری و دارای شناسه اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با شماره IR.IAU.SARI.REC.1398.137 می باشد.

### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

### References

1. Mason TB, Mozdierz P, Wang S, Smith KE. Discrimination and Eating Disorder Psychopathology: A Meta-Analysis. Behavior Therapy. 2020 May 30. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789420300824>).
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study. 2010. The lancet. 2013; 9 (382): 1575-86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
3. American Psychiatric Association. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Washington DC, American Association; (2013).
4. Badrasawi MM, Zidan SJ. Binge eating symptoms prevalence and relationship with psychosocial factors among female undergraduate students at Palestine Polytechnic University: a cross-sectional study. Journal of eating disorders. 2019; 7(1): 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0263-1>
5. Khosravi HM, Anar MH, Bafghi SS, Khosravi VM. Prevalence of eating disorders and obesity in high school girl students in Yazd, 2010-2011. Toloo-e-Behdasht. 2012; 10(1): 38-49. (<https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=259235>).
6. Narimani M, Ghasemi Nezhad M. The role of psychological factors in predicting binge eating disorder. Journal of School Psychology. 2014; 3(3): 86-105. [Persian]. (<https://www.sid.ir/en/>

می رسد یکی از مهمترین دلایل پرخوری اضطراب، عدم تصور صحیح از خود و عدم درک حمایت اجتماعی است که این ها خود سبب افسردگی و پرخوری بیشتر افراد می شود؛ بنابراین با آموزش شفقت به خود می توان تا حد زیادی از پرخوری این افراد جلوگیری کرد. بنابراین می توان نتیجه گیری کرد که درمان شفقت محور می تواند به عنوان رویکردی نوین در حیطه تغذیه و اختلال پرخوری مورد توجه بالینگران و پژوهشگران قرار بگیرد.

### سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند تا از تمامی شرکت

[journal/ViewPaper.aspx?id=433800](http://journal/ViewPaper.aspx?id=433800)).

7. Vrabel KR, Wampold B, Quintana DS, Goss K, Waller G, Hoffart A. The modum-ED trial protocol: comparing compassion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in treatment of eating disorders with and without childhood trauma: Protocol of a randomized trial. Frontiers in psychology. 2019; 18(10): 16-38. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01638>
8. Taher Pour M, Sohrabi A, Zemestani M. Effectiveness of compassion-focused therapy on depression, anxiety, stress, and weight self-efficacy in patients with eating disorder. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2019; 26(4): 505-513. [Persian]. ([http://jsums.medsab.ac.ir/article\\_1218.html?lang=en](http://jsums.medsab.ac.ir/article_1218.html?lang=en)).
9. Marchand A, Blanc ME. The Contribution of Work and Non-work Factors to the Onset of Psychological Distress: An Eight-year Prospective Study of a Representative Sample of Employees in Canada. J Occup Health. 2010; 52(3): 176-85. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20410672/>). <https://doi.org/10.1539/joh.L9140>
10. Hamer M, Molloy GJ, Stamatakis E. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. Journal of the American College of Cardiology. 2008; 52(25): 2156-2162. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19095133/>). <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.08.057>
11. Almis H, Orhon FŞ, Bolu S, Almis BH. Self-concept, depression, and anxiety levels of adolescents with polycystic ovary syndrome. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2021; 34(3): 311-6. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33347988/>).

- <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.12.011>
12. Safarzadeh S, Marashian F. The Relationship Between Body Image Concern, Self-Concept, Self-Esteem with Eating Disorders in Female Students of Islamic Azad University Ahvaz Branch. *Scientific Research Quarterly of Woman and Culture*. 2014; 6(19): 73-90. [Persian]. ([http://jwc.iauhvaz.ac.ir/article\\_524506\\_en.html](http://jwc.iauhvaz.ac.ir/article_524506_en.html)).
  13. Veerman JW, ten Brink LT, Straathof MA, Treffers PD. Measuring children's self-concept with a Dutch version of the self-perception profile for children: Factorial validity and invariance across a nonclinic and a clinic group. *Journal of Personality Assessment*. 1996; 67(1): 142-54. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6701\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6701_11)
  14. Campbell JD, Lavalley LF. Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. In *Self-esteem 1993* (pp. 3-20). Springer, Boston, MA. (1993). [https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8956-9\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8956-9_1)
  15. Dashbolagh J. The Relationship between Body Image and Cognitive Distortions with Anorexia and Bulimia Nervosa in Patients with Depression. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*. 2017; 4(2): 83-95. [Persian]. (<https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-346-en.html>)
  16. Harlowe J, Farrar S, Stopa L, Turner H. The impact of self-imagery on aspects of the self-concept in individuals with high levels of eating disorder cognitions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2018; 61: 7-13. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29859373/>). <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.05.002>
  17. Thompson RA, Sherman RT. The last word on the 29th Olympiad: Redundant, revealing, remarkable, and redundant. *Eating disorders*. 2008; 17(1): 97-102. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19105066/>). <https://doi.org/10.1080/10640260802570163>
  18. Maryam Mataji Amirrood M, Taghdisi M H, Shidfar F, Mahmood Reza G. The relationship between perceived social support and obesity preventive eating behavior in women of Urmia City in 2012. *RJMS*. 2014; 21 (119): 1-11. URL: <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-3095-fa.html>.
  19. Kirsch AC, Shapiro JB, Conley CS, Heinrichs G. Explaining the pathway from familial and peer social support to disordered eating: Is body dissatisfaction the link for male and female adolescents?. *Eating Behaviors*. 2016; 22: 175-181. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27289524/>).
  20. Amir mohammad ali M. The relationship between quality of life and social support in patients with multiple sclerosis. *Journal of Justice Psychology*. 2016; 1(2): 15-27. [Persian]. ([http://eprjournal.edalat.ac.ir/article\\_31033.html?lang=en](http://eprjournal.edalat.ac.ir/article_31033.html?lang=en)).
  21. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*. 1999; 56(1): 63-69. (<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/204649>). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.1.63>
  22. Linville D, Brown T, Sturm K, McDougal T. Eating disorders and social support: perspectives of recovered individuals. *Eating disorders*. 2012; 20(3): 216-231. (<https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668480>)
  23. Wilson JM, Weiss A, Shook NJ. Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2020; 152: 109568. ([https://www.researchgate.net/publication/338303253\\_Mindfulness\\_self-compassion\\_and\\_savoring\\_Factors\\_that\\_explain\\_the\\_relation\\_between\\_perceived\\_social\\_support\\_and\\_well-being](https://www.researchgate.net/publication/338303253_Mindfulness_self-compassion_and_savoring_Factors_that_explain_the_relation_between_perceived_social_support_and_well-being)) <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109568>
  24. Toplu-Demirtaş E, Kemer G, Pope AL, Moe JL. Self-compassion matters: The relationships between perceived social support, self-compassion, and subjective well-being among LGB individuals in Turkey. *Journal of counseling psychology*. 2018; 65(3): 372-380. (<https://psycnet.apa.org/record/2018-16017-009>). <https://doi.org/10.1037/cou0000261>
  25. Crow SJ, Nyman JA. The cost-effectiveness of anorexia nervosa treatment. *International Journal of Eating Disorders*. 2004; 35(2): 155-60. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14994352/>). <https://doi.org/10.1002/eat.10258>
  26. Wilson GT. Treatment of binge eating disorder. *Psychiatric Clinics*. 2011; 34(4): 773-83. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.08.011>
  27. Goss K, Allan S. Compassion focused therapy for eating disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010; 3(2): 141-58. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.141>
  28. Hadian S, Jabalameli S. The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on rumination in students with sleep disorders: a quasi-experimental research, before and after. *Studies in Medical Sciences*. 2019; 30(2): 86-96.

- [Persian]. ([https://umj.umsu.ac.ir/browse.php?a\\_id=4677&sid=1&slc\\_lang=en](https://umj.umsu.ac.ir/browse.php?a_id=4677&sid=1&slc_lang=en))
29. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011; 12(02): 128-39. (<https://www.cambridge.org/core/journals/brain-impairment/article/abs/compassion-focused-therapy-after-traumatic-brain-injury-theoretical-foundations-and-a-case>). <https://doi.org/10.1375/brim.12.2.128>
  30. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53: 6-41. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24588760/>). <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
  31. Troop NA, Allan S, Serpell L, Treasure JL. Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2008; 16(6): 480-8. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18240123/>). <https://doi.org/10.1002/erv.858>
  32. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational research: An introduction. Pearson Education Inc., Boston; (2003). (<https://www.pearson.com/us/higher-education/product/Gall-Educational-Research-An-Introduction-7th-Edition/9780321081896.html>).
  33. Delavar A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Virayesh Pub; 2020. [Persian]. (<https://www.adinehbook.com/gp/product/9646184022>).
  34. Stice E, Fisher M, Martinez E. Eating Disorder Diagnostic Scale: additional evidence of reliability and validity. *Psychol Assess*. 2004; 16(1): 60-71. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15023093/>). <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.1.60>
  35. Stice E. A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of abnormal psychology*. 2001; 110(1): 124-133. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11261386/>). <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.124>
  36. Khabir L, Mohamadi N, Rahimi Ch. Eating Disorder Diagnosis Scale Validation. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2014; 18(2): 100-107. (Persian). (<https://sites.kowsarpub.com/jkums/articles/74168.html>).
  37. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the depression anxiety Stress scales*. Sydney: Psychology Foundation; (1995). (<https://www.wesleymission.org.au/find-a-service/mental-health-and-hospitals/wesley-hospitals/treatment-programs/signs-and-symptoms-of-anxiety>).
  38. Samoni, S & Jokar. Evaluation of Validity and Validity of Short Form of Anxiety Depression Scale and Psychological Pressure. *Social and Human Magazine of Shiraz University*. 2007. (Persian). ([https://www.researchgate.net/publication/292124524\\_Validity\\_and\\_reliability\\_short-form\\_version\\_of\\_the\\_Depression\\_Anxiety\\_and\\_Stress](https://www.researchgate.net/publication/292124524_Validity_and_reliability_short-form_version_of_the_Depression_Anxiety_and_Stress))
  39. Beck AT, Steer RA, Epstein N, Brown G. Beck Self-Concept Test. *Psychological Assessment: J. Consult. Clin. Psychol*. 1990; 2(2): 191-197. ([https://pure.royalholloway.ac.uk/portal/en/publications/beck-selfconcept-test\(7c3c9021-cd38-4fab-bbd2-be84cef8dcd9\).html](https://pure.royalholloway.ac.uk/portal/en/publications/beck-selfconcept-test(7c3c9021-cd38-4fab-bbd2-be84cef8dcd9).html)). <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.191>
  40. Rezapoor M, Reyhani Kivi Y, Khabaz M, Abootorabi Kashani P. Comparison expresses the relationship between the components of emotion and self-concept of students. *Applied Psychol Q*. 2010; 1(13): 40-51. (Persian). (<https://www.researchgate.net/publication/247522533>).
  41. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988; 52(1): 30-41. ([https://www.researchgate.net/publication/240290845\\_The\\_Multidimensional\\_Scale\\_of\\_Perceived\\_Social\\_Support](https://www.researchgate.net/publication/240290845_The_Multidimensional_Scale_of_Perceived_Social_Support)). [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
  42. Salami AR, Joukar B, Nikpour R. Internet and communication: perceived social support and loneliness as antecedent variable. *Psychological Studies*. 2009; 5(3): 81-102. (Persian). (<https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=169581>).
  43. Heidarinassab L, Mansour M, Azadfallah C, Shaieeri M. Validity and reliability of defense style questionnaire (dsq-40) in Iranian samples. *Journal of Behavior Research*. 2007; 14 (22): 16-26. [Persian]. (<https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=275892>).