

Effectiveness of Group Compassion Therapy on Improving Symptoms and Quality of Life in Bulimia Nervosa

Naghme Nasehi¹, Fateme Moeini^{2*}, AmirMohsen Rahnejat², Najme Taheri³,
Morteza Roustaei⁴, Mohsen Nazemi⁴, Mahdi Rezaei⁵

¹ Department of Psychology, Islamic Azad University of Torbat-e Jam, Torbat-e Jam, Iran

² Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

⁴ Department of Psychology, Islamic Azad University of Birjand, Birjand, Iran

⁵ Department of Psychology, Islamic Azad University of Central Tehran, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Eating disorders are one of the most common psychological disorders in recent years. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group compassion therapy on improving symptoms and quality of life in bulimia nervosa.

Methods and Materials: For this purpose, among the people with this disorder who referred to psychiatric and psychological clinics in Mashhad, 24 people were selected voluntarily and were randomly assigned in to two experimental and control groups. The experimental group received group compassion therapy in 8 sessions of 1.5 hours and the control group did not receive any intervention. The dependent variables were measured twice in pretest and post test. The binge eating scale and the quality of life questionnaire were used to measure the variables.

Results: Data analysis using univariate analysis of covariance showed that by controlling the effects of pretest, group compassion therapy had a significant effect on improving symptoms and quality of life of people with this disorder.

Discussion and Conclusion: The present study shows that group compassion therapy can be used as an appropriate and cost-effective treatment for people with bulimia and psychological problems associated with bulimia disorder.

Keywords: Compassion therapy, Nervous overeating, Severity of binge eating, Quality of life, Bulimia

*(Corresponding Author) Fateme Moeeni, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, AJA University of Medical sciences, Tehran, Iran. E-mail: moeini83@yahoo.com

بررسی اثربخشی شفقت درمانی گروهی بر بهبود علائم و کیفیت زندگی در اختلال پر خوری عصبی (بولیمیا)

نغمه ناصحی^۱، فاطمه معینی^{۲*}، امیر محسن راه نجات^۳، نجمه طاهری^۳، مرتضی روستایی^۴، محسن ناظمی^۴، مهدی رضایی^۵

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، تربت جام، ایران

^۲ گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

^۳ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

^۴ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران

^۵ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: اختلالات خوردن از جمله اختلالات روانشناختی است که در سال‌های اخیر شیوع فراوانی داشته است. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی شفقت درمانی گروهی بر بهبود علائم و کیفیت زندگی در اختلال پر خوری در مبتلایان به این اختلال بود.

مواد و روش‌ها: بدین منظور از بین افراد مبتلا به این اختلال که به کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناسی شهر مشهد مراجعه کردند تعداد ۲۴ نفر به صورت داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته شفقت درمانی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. متغیرهای وابسته در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. برای اندازه‌گیری علائم اختلال از مقیاس شدت پر خوری و پرسش‌نامه کیفیت زندگی استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد که با کنترل اثرات پیش آزمون، درمان مبتنی بر شفقت اثر معناداری بر بهبود علائم اختلال و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال پر خوری عصبی داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که شفقت درمانی به صورت گروهی می‌تواند به عنوان یک درمان مناسب و مقرون به صرفه برای افراد مبتلا به اختلال بولیمیا با مشکلات روانشناختی همراه آن مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: شفقت درمانی، پر خوری عصبی، شدت پر خوری، کیفیت زندگی، بولیمیا

مقدمه

حل و فصل حالات هیجانی ناخوشایند و مبهم‌شان باشد (۱). در اختلال بولیمیا (Bulimia) یا پر خوری عصبی افراد بین خوردن مقدار زیادی غذا در مدتی کوتاه و بعد تعدیل کردن کالری‌های اضافی با استفراغ کردن یا اعمال افراطی دیگر در نوسان هستند. دوره‌های پر خوری با موارد زیر مشخص می‌شوند (۱). خوردن مقداری غذا ظرف ۲ ساعت که خیلی بیشتر از مقداری است که

اختلالات خوردن (Eating Disorder) از جمله اختلالات روانشناختی است که در سال‌های اخیر شیوع فراوانی داشته است. بیماران مبتلا به این اختلال برای ایجاد احساس آرامش در خود، دل مشغول مسائل جسمانی می‌شوند و به غذا روی می‌آورند و به مرور زمان یاد می‌گیرند که خوردن یا نخوردن غذا می‌تواند وسیله‌ای برای

نشده رها شود اغلب بهبود نمی‌یابد. در متون بالینی به استفاده از رویکردهای درمانی مختلف از جمله دارو درمانی، رفتار درمانی، درمان شناختی رفتاری و... برای بولیمیا اشاره شده و اثربخشی آنها طی پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت (Compassion Therapy) بر بهبود علائم این اختلال پرداخته شده است (۱).

اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت با این شناخت که افراد زیادی نمی‌توانند احساس پذیرش با خود داشته باشند شروع شد. ابتدا به افراد کمک شد تا ندای درونی مهربانی در مقابل افکار مقابله‌ای شان ایجاد کنند که همراه گرمی، مهربانی و حمایت باشد. این نشان داد که احساس پذیرش و مهربانی مبنای بسیاری از مشکلات روانی است. درمان مبتنی بر شفقت قصد دارد تا به افراد کمک کند تا هیجان‌ات، انگیزش و شایستگی پذیرش را به دست بیاورند که این هیجان‌ات کمک می‌کند تا فرد شفقت به خود را تجربه کند (۹).

شفقت به خود دارای سه مولفه‌ی خود مهربانی در برابر خود قضاوتی، حس مشترک انسانی در برابر انزوا و خودآگاهی متعادل از هیجان‌های شخصی در برابر همسان‌سازی افراطی است. این مولفه‌ها با هم ارتباط متقابل دارند و ترکیب آنها خود شفقتی را در ذهن شکل می‌دهند. این جنبه‌های خود شفقت ورزی با یکدیگر متفاوت بوده و به طور متفاوتی تجربه می‌شوند، اما به نظر می‌رسد که به گونه‌ای مکمل و در برگیرنده یکدیگر نیز هستند. برای مثال، حالت پذیرا و باز بودن ذهن آگاهی باعث کاهش قضاوت در مورد خود می‌شود (۱۰).

اثربخشی این درمان بر روی متغیرهای مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۱۱). بورسما و همکاران در پژوهش خود بر بیماران دارای اضطراب اجتماعی اثر بخشی روش درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خود انتقاد گری، شرم و اضطراب اجتماعی را تایید کردند (۱۲). سعیدی و همکاران تاثیر القای شفقت خود در کاهش احساس شرم و گناه را تایید کردند (۱۳). گیلبرت و پروکتور نیز

اغلب افراد تحت شرایط مشابه می‌خورند (۲). احساس نداشتن کنترل بر مقدار یا نوع غذایی که خورده می‌شود (۲). افراد مبتلا بلافاصله پس از پرخوری دچار احساس گناه و عذاب وجدان شده و سعی می‌کنند به وسیله‌ی استفراغ، تنقیه، استفاده از داروهای ملین، و یا روزه گرفتن و ورزش کردن افراطی آنچه خورده‌اند را تعدیل کنند. در هر دو مورد این افراد در دور معیوب پرخوری و بعد تلاش برای پاک کردن خودشان از غذاهایی که هنگام خوردن بسیار ارضا کننده بود، گیر می‌کنند. بعد از تخلیه کردن، گرسنگی بر می‌گردد و این دور معیوب تکرار می‌شود. مقاومت کردن در برابر پرخوری غیر ممکن به نظر می‌رسد. اغلب افراد مبتلا به پر خوری عصبی، برای کسب این تسکین به استفراغ کردن روی می‌آورند (۳).

افراد مبتلا به این اختلال به دلیل احساس شرم و گناه، اغلب از گزارش دادن این اختلال و مراجعه به روانپزشک خودداری می‌کنند. این اختلالات امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روانی دختران به شمار می‌آیند و تحقیقات انجام شده در سراسر جهان نیز تایید می‌کنند که شمار به نسبت زیادی از دختران با مشکلات خوردن مواجه‌اند (۴، ۵). در ایران نیز مطالعه‌ی جامعی صورت گرفته و مشخص کرده است که ۱۶/۲۴ درصد دانشجویان مورد بررسی در معرض ابتلا به اختلالات خوردن بودند (۶). پژوهش‌های مختلف نشان داد که بیشتر دانشجویان تصویر منفی از بدن خود دارند و زنان بیشتر از مردان از تصویر بدنی منفی رنج می‌برند و بیشتر دچار بی‌اشتهایی روانی و اختلال خوردن می‌شوند (۷). دختران بیشتر از پسران دل مشغول وزن و تناسب اندام خود هستند و در مواجهه با بحران و استرس، بیشتر احتمال دارد که از الگوهای غذایی نادرست استفاده کنند؛ این مواجهه ممکن است منجر به مشکلات رفتاری خوردن شود. افراد مبتلا به اختلالات خوردن دچار مشکلات زیادی در زندگی خود می‌شوند، از جمله عوارض تغذیه‌ای و روانی متعدد مانند اضطراب، افسردگی و استرس (۸).

از طرفی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلالات خوردن اغلب با اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، عزت نفس پایین و سوء مصرف مواد مرتبط هستند؛ بنابراین می‌توان گفت که این اختلال به طرز محسوسی باعث پایین آمدن کیفیت زندگی فرد مبتلا می‌شود. این بیماری دارای یک سیر مزمن است و اگر به صورت درمان

رضایت داشتن برای شرکت در گروه. همچنین ملاک خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات گروه بود. ابزار عبارتند از:

۱. مقیاس شدت پرخوری (Binge Eating Scale): این مقیاس توسط گورمالی، بلک، داستون و رادین (۱۷) برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم ۴ گزینه‌ای و ۲ آیتم ۳ گزینه‌ای بوده که دامنه‌ی نمره دهی آن از کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۰) طراحی شده است. که کسب نمره‌ی ۱۶ نشان دهنده‌ی وجود اختلال پرخوری و نمرات بالاتر از آن شدت بیشتر این اختلال را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و بعد از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است. فرم ایرانی این مقیاس توسط موتابی و همکاران (۱۸) بر روی ۶۰ آزمودنی اجرا شد که حساسیت آن ۸۵ درصد و اعتبار آزمون-بازآزمون ۰/۷۲ محاسبه شد.
۲. فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL: World Health Organization Quality of Life) پرسشنامه دارای ۲۶ سوال می‌باشد که به هر سوال از ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود و چهار حیطه‌ی سلامتی جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و سلامتی محیط را می‌سنجد و دو سوال اول آن مربوط به سنجش وضعیت کیفیت زندگی به طور کلی است (۱۹). نجات و همکاران پایایی این مقیاس را در حیطه‌ی سلامت جسمی برابر با ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آوردند. هم چنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۹ محاسبه گردید.

طرح درمان مطابق با طرح درمانی گیلبرت در رابطه با شفقت درمانی (۹) تدوین شد. ساختار کلی درمان گروه آزمایش در ۸ جلسه‌ی گروه درمانی بر اساس رویکرد مبتنی بر شفقت به صورت هفته‌ای یک جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. محتوای جلسات آموزشی به اختصار در جدول شماره ۱ آورده شده است. در جلسات گروه بعد از ایجاد انگیزه درمان و حس اعتماد بین اعضای گروه، به آموزش قواعد و تکنیک‌های روش درمانی مبتنی بر شفقت پرداخته شد. لازم به ذکر است که ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شده است. هم چنین درباره‌ی محرمانه ماندن اطلاعات و

در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش علائم افسردگی، اضطراب و خود انتقاد گری، شرم و رفتارهای سرزنشگر و تخریب گر می‌شود (۱۴). طاهرپور، سهرابی و زمستانی در پژوهش خود دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش علائم روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس افراد مبتلا به اختلالات خوردن به طور معناداری موثر است (۱۵). هافمن و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که توسعه شفقت به خود به کاهش طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی افراد دارای اختلالات خوردن از جمله افسردگی، اضطراب و استرس کمک شایان توجهی کرده است. در کل برپایه یافته‌های پژوهشی، افراد دچار اختلالات خوردن که سطح پیشرفته‌ای از شفقت به خود را دریافت کرده‌اند، در مقابل کسانی که سطح پایین‌تری از شفقت به خود را کسب کرده‌اند، زودتر بهبود می‌یابند و از تصویر بدنی مثبت‌تری در مقایسه با گروه کنترل برخوردارند (۱۶).

با توجه به اینکه تا کنون پژوهش‌های اندکی در رابطه با اثربخشی شفقت درمانی بر بهبود علائم این اختلال انجام شده، این مطالعه با هدف پاسخگویی به این سوال طراحی شده است که آیا شفقت درمانی بر بهبود علائم اختلال و بهبود کیفیت زندگی در پرخوری عصبی (بولیمیا) موثر است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی هدف مطالعه‌ی حاضر تمامی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مراجعه کننده به کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناسی سطح شهر مشهد بودند. ۲۴ بیمار به شیوه‌ی نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت بودند از: مونث بودن، مبتلا بودن به اختلال بولیمیا بر اساس تشخیص روانپزشک کلینیک، حداقل تحصیلات سیکل، شرکت نکردن در جلسات فردی و گروهی درمان‌های روانشناختی به صورت هم‌زمان، سکونت در شهر مشهد، داشتن علاقه و توانایی برای شرکت در برنامه‌ی آموزشی،

جدول ۱- خلاصه جلسات شفقت درمانی

جلسات	محتوا	تمرین خانگی
۱	اجرای پیش آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کاری درمان متمرکز بر شفقت، ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا و مفهوم سازی آموزش خودشفقتی	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
۲	شناسایی و معرفی مولفه‌های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا	ثبت مولفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
۳	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود	ثبت مولفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
۴	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا بدون شفقت، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت آمیز، ارزش خودشفقتی و همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپ، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
۵	پرورش ذهن شفقت ورز (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفولانزا و آموزش بردباری) آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش انگیز روزانه و ثبت این موارد
۶	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	به کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
۷	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌ی شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت	نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و اطرافیان
۸	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. راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سوالات اعضا جهت شرکت در جلسات و اجرای پس آزمون	ثبت یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه

انصراف از ادامه شرکت در روند پژوهش به افراد شرکت کننده اطمینان لازم داده شد. داده‌های به دست آمده از پژوهش نیز با استفاده از SPSS۲۴ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

دامنه‌ی سنی افراد شرکت کننده در این پژوهش بین ۲۰ تا ۳۷ سال بود و دامنه تحصیلات بین سیکل تا لیسانس متغیر بود. همچنین برای کنترل اثر متغیر جنسیت، تمامی شرکت کنندگان از زنان

داوطلب مبتلا به این اختلال انتخاب شدند. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره به بررسی پیش فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس می‌پردازیم. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که توزیع نمره متغیر شدت پرخوری ($P > 0/05$ ، $Z = 0/121$) نرمال می‌باشد. بنابراین پیش فرض اول رعایت می‌گردد. مفروضه‌ی برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین برای این برقرار و برابر با ($F = 0/081$ ، $P > 0/05$) بود. همچنین پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار و برابر با ($F = 0/371$ ، $P > 0/05$) بود. بنابراین اجرای آزمون تحلیل کوواریانس

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیر شدت پرخوری و کیفیت زندگی

متغیر	زمان	گروه آزمایش (n=۱۲)	گروه کنترل (n=۱۲)
شدت پرخوری	پیش‌آزمون	۴۶/۱۶۶ (۶/۵۸۹)	۴۰/۷۵۰ (۳/۱۰۷)
	پس‌آزمون	۳۳ (۵/۴۱۰)	۳۹/۰۸۳ (۲/۸۷۴)
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۷۷/۵۰۰ (۵/۳۳۳)	۷۵/۳۳۳ (۶/۳۰۲)
	پس‌آزمون	۸۶/۶۶۶ (۶/۶۶۶)	۷۷/۷۰۰ (۵/۵۰۱)

تک متغیره مجاز می‌باشد.

نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیر شدت پرخوری نشان می‌دهد که اثرات پیش‌آزمون معنادار می‌باشد. ($P < 0/05$)، نشان می‌دهد که اثرات پیش‌آزمون معنادار می‌باشد. ($F = 115/80$) بدین معنا که بین نمرات پیش‌آزمون در کیفیت زندگی و نمرات پس‌آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی نیز معنادار می‌باشد. ($F = 231/20$, $P < 0/05$) به عبارت دیگر بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات کیفیت زندگی در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به شاخص‌های توصیفی در جدول ۲ این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که میانگین نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی برای آزمودنی‌های گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیر شدت پرخوری نشان می‌دهد که اثرات پیش‌آزمون معنادار می‌باشد. ($F = 117/421$, $P < 0/05$) بدین معنا که بین نمرات پیش‌آزمون در متغیر شدت پرخوری و نمرات پس‌آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون شدت پرخوری نیز معنادار می‌باشد. ($F = 163/275$, $P < 0/05$) به عبارت دیگر بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات شدت پرخوری در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به شاخص‌های توصیفی در جدول ۲ این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که میانگین نمرات پس‌آزمون شدت پرخوری برای آزمودنی‌های گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از میانگین

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای شفقت درمانی بر شدت پرخوری

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب ایستا
پیش‌آزمون	۳۵۰/۲۷۳	۱	۳۵۰/۲۷۳	۱۱۷/۴۲۱	۰/۰۰۰	۰/۸۴۸
گروه	۴۸۷/۰۵۸	۱	۴۸۷/۰۵۸	۱۶۳/۲۷۵	۰/۰۰۰	۰/۸۸۶
خطا	۶۲/۶۴۴	۲۱	۲/۹۸۳			
کل	۳۱۸۱۱/۰۰۰	۲۴				

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای شفقت درمانی برای متغیر کیفیت زندگی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۸۸۲/۴۲۳	۱	۸۸۲/۴۲۳	۱۱۵/۸۰۱	۰/۰۰۰
گروه	۳۸۲/۹۹۵	۱	۳۸۲/۹۹۵	۲۳۱/۲۰۷	۰/۰۰۰
خطا	۲۰/۰۳۳	۱۷	۱/۱۱۵		
کل	۱۳۸۵۰۱/۰۰۰	۲۰			

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر بهبود علائم و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پرخوری عصبی انجام شد. با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، این درمان موجب بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت پرخوری در بیماران مبتلا شد. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین بود که نشان می‌دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند (۱۱، ۱۶).

در تبیین اثربخشی این درمان بر بهبود علائم اختلال بولیمیا می‌توان گفت افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند، در تجربه وقایع ناخوشایند، به خصوص تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی) (۱۴). افراد مبتلا به اختلال بولیمیا دچار احساس فشار و اجبار برای انجام این عمل به خصوص در شرایط تحت اضطراب هستند و پس از اینکه برای رهایی از تنش موجود اقدام به خوردن بیش از حد غذا می‌کنند بلافاصله شروع به خود سرزنشگری کرده و چه بسا دچار احساس شرم و گناه می‌شوند و خود را مورد ملامت قرار می‌دهند. شفقت به خود برنامه‌ای است که به فرد آموزش می‌دهد همانطور که برای دیگران دل‌رحمی می‌کند، از اشتباه آن‌ها می‌گذرد و به آن‌ها کمک می‌کند برای خود هم اینگونه رفتار کند، برای خود دلسوزی کند، سخت‌گیری نکند و خشونت به خرج ندهد تا زمانی که با آرامش و ذهن آگاهی به حل مشکلات خود پردازد. شفقت درمانی روشی است که می‌تواند به فرد آموزش دهد که نسبت به خود دیدی مشفق و بدون انتقاد و واقع بینانه داشته باشد. شفقت درمانی با ایجاد مهرورزی نسبت به خود، تغییر احساس شرم به احساس گناه سازنده و قضاوت عادلانه و نه انتقاد بی‌رحمانه نسبت به خود، می‌تواند در کاهش هیجانات منفی ناشی از خوردن غذا در افراد مبتلا به این اختلال موثر باشد. کاهش شرم و خود تخریب‌گری به خاطر انجام این عمل، ارزیابی‌های واقع بینانه‌تری نسبت به خود و محافظت در برابر حالات روانی منفی را به فرد می‌آموزد که همگی در درمان مبتنی بر شفقت وجود دارند (۹، ۱۰).

همچنین مؤلفه به هوشیاری شفقت به خود، به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بد بینانه و نشخوارهای فکری به عنوان خصیصه محوری افسردگی پیشگیری کند و از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آن‌ها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مؤلفه به هوشیاری و ذهن آگاه بودن با کاهش نشخوارگری افراد موجب کاهش هیجان‌های منفی در آن‌ها می‌شود (۲۰).

همچنین در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌توان گفت که شفقت درمانی به افراد کمک می‌کند تا از انعطاف‌پذیری روانشناختی بالاتری برخوردار شوند و از چنگ افکار و رفتارهای ناکارآمد رهایی یابند (۲۱). افرادی که از خودشفقت‌گری بالایی برخوردارند، افسردگی، اضطراب و فرسودگی کمتری دارند؛ بنابراین رضایتمندی بالاتری از زندگی را تجربه می‌کنند و برای دریافت تأثیرات مثبت بیشتر مستعد هستند و به ارزیابی موقعیت‌ها، بیشتر از منظر مثبت اندیشی تمایل دارند. شفقت درمانی خود مانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. اثربخش بودن شفقت درمانی می‌تواند به این دلیل باشد که اصلاح و تقویت خودشفقت ورزی یک جنبه‌ی مهم این درمان محسوب می‌شود. به عبارتی این درمان با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است، به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا کاهش می‌یابد؛ چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهد و انگیزه‌ی اجتناب تجربی را فراهم می‌کنند. در نهایت هدف این درمان، تجربه‌ی افکار، احساسات و حس‌ها همانگونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، است. درمان مبتنی بر شفقت به افراد آموزش می‌دهد که چگونه به درک مفهوم خودسرزنش‌گری پرداخته و بین شرم، احساس گناه و تحقیر تفاوت قائل شوند و با مقایسه‌ی پیامدهای مسئولیت‌پذیری در مقابل تقصیرجویی خودانتقادگرانه و به جای رفتار اجتنابی و فرار از موقعیت به پرورش خودکارآمدی هیجانی پرداخته و با استفاده از تکنیک‌های شفقت درمانی خود مشفق را پرورش دهند و باعث بهبود کیفیت زندگی خود شوند (۲۲).

در انتها لازم به یادآوری است که پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که بر تعمیم‌پذیری نتایج اثر می‌گذارد. عدم امکان انتخاب

تشکر و قدردانی

بدین وسیله این مقاله به تاریخ ۱۳۹۹/۳/۳۰ و با کد اخلاق IR.AJAUMS.REC.۱۳۹۹.۳۶۸ به تصویب رسیده است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همه‌ی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، صمیمانه قدردانی نمایند.

تصادفی آزمودنی‌ها، نگرش آزمودنی‌ها به آزمون مورد استفاده، میزان همکاری آن‌ها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه‌ی آن‌ها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج است و می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد.

References

- 1- Fooladvand, M, Falahi, L. The Contribution of Self-Concept, Impulse Control and Dysmorphia on Eating Disorders. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2015; 10(36): 57-66. (Persian)
- 2- Widiger T, Costa PT, Jr, Gore W L, Crego C. Five-factor model personality disorder research. *American Psychological Association*. 2013; 3: 209-217.
- 3- CUTLER JL. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*. 2016 Jan 1; 22(1):68-9.
- 4- Collins A. Statistics on eating disorders. 2005 October [cited 2005 October 26]; [http://www. Annecollins. Com/eating disorders/statistics].
- 5- Engelsen BK, Laberg JC. A comparison of three questionnaires (EAT-12, EDI, and EDE-Q) for assessment of eating problems in healthy female adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2001; 55(2): 129-35.
- 6- Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 28(3): 265-71. (Persian)
- 7- Rasuli S. The relationships of perfectionism personality and body image. M. A thesis. Tehran. Tehran University, moc, faculty of education psychology. 2008. (Persian)
- 8- Vansteelandt K, Probst M, Pieters G. Assessing affective variability in eating disorders: Affect spins less in anorexia nervosa of the restrictive type. *Eating behaviors* 2013 Aug 1; 14(3): 263-68.
- 9- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014 Mar; 53(1):6-41.
- 10- Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*. 2013 Jan; 69(1):28-44.
- 11- Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2015 Jun 1; 45(2):89-98.
- 12- Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafraz M R, Sharifian M H. The Relationship between Self-Compassion, Self-esteem and Self-Conscious Emotions Regulation. *rph*. 2012; 6 (3):1-9. (Persian)
- 13- Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2006 Nov; 13(6):353-79.
- 14- 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)
- 15- Hoffmann SG, Grossman P, Hinton DE. Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological intervention. *Clinical Psychology Review*. 2011; 13:1126-32.
- 16- Kelly AC, Vimalakanthan K, Miller KE. Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body image*. 2014 Sep 1; 11(4):446-53.
- 17- Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*. 1982 Jan 1;7(1):47-55. (Persian)
- 18- Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among Iranian obese population. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2009; 4: 143-6.
- 19- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *sjsph*. 2006; 4 (4):1-12. (Persian)
- 20- Wadsworth LP, Forgeard M, Hsu KJ, Kertz S, Treadway M, Björgvinsson T. Examining the role of repetitive negative thinking in relations between positive and negative aspects of self-compassion and symptom improvement during intensive treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 2018 Jun 1; 42(3):236-49.
- 21- Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self-Identity*. 2010; 9(3): 225-240.
- 22- Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, Varast A. Effect of Compassion Therapy on Adjustment and Happiness of Students with High-Risk Behaviors. *jcmh*. 2018; 5 (2):142-153. (Persian)