



اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خوردن هیجانی، بد تنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی
دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، تنکابن، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد قشم، دانشگاه خوارزمی، قشم، استاد
استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

شیوه وطن پناه^{id}

جواد خلعتبری*^{id}

افشین طیبی^{id}

مهرداد ثابت^{id}

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱ | پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۴ | ایمیل نویسنده مسئول: javadkhalatbari@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۲ پیاپی ۱۵ | ۱۲۸-۱۱۵

تابستان ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(وطن پناه و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

وطن پناه، شیوه، خلعتبری، جواد، طیبی،
افشین، و ثابت، مهرداد. (۱۴۰۲). اثربخشی
درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خوردن
هیجانی، بد تنظیمی هیجانی، استرس ادراک
شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری
چاقی مزمن. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۲)،
۱۱۵-۱۲۸.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن انجام شد. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر جزء طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی مراجعه کننده به کلینیک مشاوره تغذیه‌ای کیان شهر تهران بین ماه‌های اردیبهشت تا تیرماه ۱۴۰۱ بودند. به‌منظور تشکیل دو گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند (با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج)، ابتدا ۳۰ زنان مبتلا به چاقی مزمن و شاخص توده بدنی به شیوه غربالگری انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی ۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه گواه گروه‌بندی شدند. برنامه جلسات درمان متمرکز بر شفقت در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای براساس پروتکل نف و گرم (۲۰۱۳) برای گروه آزمایش تشکیل شد. همچنین مرحله پیگیری سه ماه بعد از پس‌آزمون روی هر سه گروه اجرا شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه رفتار خوردن هیجانی ون استرین و همکاران (۲۰۰۹)، پرسشنامه بدتنظیمی هیجانی گراتز و رومر (۲۰۰۴)، پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) و پرسشنامه نشخوار فکری نالن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) بودند. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد درمان متمرکز بر شفقت در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی به نسبت گروه گواه تأثیر معناداری بر بهبود رفتار خوردن هیجانی ($F=115/83, P<0/001$)، بدتنظیمی هیجانی ($F=98/10, P<0/001$)، استرس ادراک شده ($F=101/53, P<0/001$) و نشخوار فکری ($F=74/52, P<0/001$) در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی داشته است ($P<0/05$). **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت باعث بهبود رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: شفقت، رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده، نشخوار فکری، چاقی، توده بدنی.

مقدمه

اختلال‌های خوردن^۱ یکی از عوامل نگران‌کننده‌ی سلامت عمومی است، که در دهه‌های اخیر میزان آن به شدت در حال افزایش است. شیوع اختلال‌های خوردن و مشکلات وابسته به آن مانند چاقی، ناراضی‌تی از تصویر بدن، اعتماد به نفس پایین و افسردگی به شکل شگرفی در سال‌های گذشته افزایش داشته و همچنان نیز رو به افزایش است (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳). عوامل متعددی در اختلال‌های خوردن نقش دارند، که از این میان می‌توان به نقش عمده‌ی خوردن هیجانی اشاره کرد. هیجان یکی از عوامل تاثیرگذار بر رفتار خوردن انسان‌ها است. خوردن هیجانی اصطلاحی مرتبط با الگوی تغذیه است که در ارتباط با هیجان‌ها است و جدای از گرسنگی واقعی است و معمولاً منسوب به راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد است که در آنها تنظیم هیجانی موثر، توسط رفتار خوردن صورت می‌گیرد (اوستین و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین شناخت دقیق نقش هیجان‌ها و تنظیم هیجانی ما را در شناخت بهتر رفتار خوردن هیجانی یاری می‌کند (ریچینبرگر و همکاران، ۲۰۲۰). از آنجایی که سیستم‌های مغزی رفتاری، رابطه نزدیکی با عواطف و هیجانات افراد دارند، در بررسی رابطه آنها با رفتارهای خوردن، تاثیر نیرومند عواطف و هیجانات بر رفتارهای خوردن افراد مبتلا به چاقی، باید مدنظر قرار گیرد (فاراوونی و همکاران، ۲۰۱۹). از طرفی بدتنظیمی هیجانی که از طریق ایجاد اختلال در فرایند پردازش هیجانی، منجر به بروز و تداوم آسیب‌های روانی می‌شود، در رابطه با اختلال خوردن نیز صدق می‌کند (گیویا و همکاران، ۲۰۲۱). بدتنظیمی هیجانی غالباً با تلاش‌های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص می‌شود. تشدید و خنثی سازی هیجان به عنوان دو شکل از بدتنظیمی هیجانی مطرح شده‌اند. تنظیم هیجانی به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی-روانی و فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد، تعریف می‌شود (فائوستینو، ۲۰۲۱). دشواری در تنظیم هیجان، به عنوان روش‌های ناسازگارانه پاسخ به هیجانات تعریف شده که شامل پاسخ‌های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها در بستر پریشانی هیجانی و نقص در استفاده عملکردی از هیجانات به عنوان اطلاعات است (لی، رودریگئوز، ایدواردز و نیال، ۲۰۲۰). فرایندهای خودتنظیمی فردی به عنوان عوامل خطر و محافظتی در مصرف غذا خوردن افراد عمل می‌کند. با توجه به موارد گفته شده بدتنظیمی هیجانی یک پیش زمینه مهم برای خوردن به شمار می‌آید (دی بیرادیس و همکاران، ۲۰۲۰). عوامل روان‌شناختی می‌توانند نقش مهمی در بروز مشکلات روان‌شناختی همچون چاقی داشته باشند. یکی از این عوامل، استرس ادراک شده است که می‌تواند در ابتلا به چاقی نقش داشته باشد و یا شرایط ابتلا به چاقی را هموار سازد (وانگ، ژائو، ژانگ، وانگ، چینگ و همکاران، ۲۰۱۹). استرس ادراک شدیدی از مولفه‌های تبیین‌کننده احتمال اتخاذ سبک‌های مقابله توسط افراد در موقعیت‌های استرس‌زا محسوب می‌شود. شدت استرس ادراک شده اشاره به باور فرد در زمینه جدی بودن استرس دارد. افراد با توجه به سبک مقابله‌ای که از آن در برابر استرس ادراک شده استفاده می‌کنند، می‌توانند کمتر و یا بیشتر مستعد ابتلا به چاقی باشند (فلیسیا و همکاران، ۲۰۲۰).

عامل دیگر مرتبط با چاقی نشخوار فکری است (دلکیوگلو، اوگورلو، اردال، ملک قاسمی و کاگیل، ۲۰۲۱). بر مبنای نظریه سبک پاسخ نشخوار فکری را تفکر به شیوه هیجانی منفی و تکرار شونده تعریف کرده‌اند که بر علل و اثرات وقایع به شیوه منفعل متمرکز است (نولن-هوکسما، ۲۰۰۴). به عبارتی نشخوار فکری افکار و مقاوم عودکننده یا است که گرد موضوعی معمول دور می‌زند. این افکار به صورت غیرارادی وارد آگاهی می‌شود و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌کند (جوورمن، ۲۰۰۶). نشخوار فکری در نظریه توجه متمرکز بر خود آگاهی درونی است که فرد برای کسب این آگاهی به ذهن خود روی می‌آورد و اطلاعاتی فراهم می‌کند که در تضاد با آگاهی بیرونی است و از طریق حواس آن اطلاعات فراهم می‌شود. به عبارتی تفاوت بین آنچه در واقعیت رخ می‌دهد و آنچه در ذهن و فکر می‌گذرد نشخوار فکری را در فرد برمی‌انگیزاند. افرادی که سطوح بالایی از نشخوار فکری دارند، در شرایط بد و منفی شرایط را تحلیل نمی‌کنند بلکه خود را سرزنش می‌کنند (موری و تاننو، ۲۰۱۵) و نمی‌توانند راه حل‌های کافی و مؤثر برای مشکلات خود بیابند، آنها بیشتر بر جنبه‌های منفی حوادث تمرکز می‌کنند و بیش از افرادی که نشخوار فکری ندارند در حالت‌های هیجانی منفی باقی می‌مانند (مولدز و همکاران، ۲۰۰۷؛ نولن - هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نشخوار فکری همچنین نقش اساسی در بروز، تداوم و تشدید اضافه وزن و چاقی دارد (ونگ و همکاران، ۲۰۱۷). بر مبنای نظریه فرار از نشخوار افکار ناخوشایندی که معمولاً ناشی از رعایت نکردن استاندارد شکل یا وزن بدن است، در چرخه‌ای گرفتار می‌شوند که آنان را به خوردن بیشتر سوق می‌دهد (واتکینز و روبرتس، ۲۰۲۰).

تاکنون درمان‌های روان‌شناختی مختلفی برای ارتقاء متغیرهای مثبت و کاهش متغیرهای منفی در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی به‌کاربرده شده است. در دهه‌های اخیر بسیاری از پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع‌تری برای مداخلات روان‌شناختی، به‌منظور بهبود شرایط زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی را تأیید کرده‌اند (ولیدی پاک، خالدی و معینی منش، ۱۳۹۴). درمان‌های مبتنی بر شفقت می‌توانند رویکردهای مناسبی برای ارتقاء کیفیت زندگی باشند. درمان متمرکز بر شفقت سیستمی از روان‌درمانی است که توسط گیلبرت توسعه یافته است و در آن تکنیک‌هایی از درمان شناختی رفتاری با مفاهیمی از روان‌شناسی تکاملی، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی بودایی و علوم اعصاب ادغام می‌شود. به گفته گیلبرت "یکی از مهمترین دغدغه‌های آن استفاده از آموزش ذهن دلسوز برای کمک به افراد در توسعه و کار با تجربیات گرمی درونی، ایمنی و تسکین دهنده، از طریق دلسوزی و خود شفقت است (گیلبرت، ۲۰۰۹). افراد نسبت به خود دلسوزانه رفتار نمایند، بیشتر مراقب جسم خود در برابر خوردن‌های افراطی هستند زیرا هدف درمان متمرکز بر شفقت، کمک به بهبود هیجانی و روانی افراد به وسیله تشویق کردن آنها به مشفق بودن با خودشان و دیگران است. بسیاری از افراد معتقدند که شفقت، چه با خود و چه با دیگران، یک پاسخ هیجانی است و جنبه مهمی از بهزیستی را تشکیل می‌دهد. مزیت ارتقاء شفقت، افزایش سلامت هیجانی و روانی است (محمدخانی، ۱۳۹۶). شفقت ورزیدن شیوه کاملاً جدید پیرامون ارتباط با خود است. پژوهش‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد که تمرین مهربانی و مشفق بودن با خود اثرات مفید بسیاری از افزایش عزت نفس تا پیشگیری از افسردگی و اضطراب را دارد که از چاقی افراطی می‌تواند محقق گردد (اثباتی و فیضی، ۱۳۹۹). دئوارتی، گیلبرت، استالکر، کاتارینو و باسران (۲۰۲۱) در پژوهش خود به این

نتیجه دست یافتند که درمان متمرکز بر شفقت بر هیجان خوردن و کاهش وزن اثربخش بود. ورابل و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان متمرکز بر شفقت در درمان اختلالات خوردن موثر بود. آباد و هارون رشیدی (۱۴۰۱) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و اضطراب وجودی سالمندان موثر بود. به‌رغم این‌که اکثر پژوهش‌های مرتبط انجام‌شده، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را مورد تأیید قرار داده‌اند، اما در این میان یکسری مطالعات نیز این اثربخشی این درمان‌ها را مورد تردید قرار داده‌اند، از طرف دیگر اکثر مطالعات انجام‌شده در این حوزه صرفاً کنترل چاقی را به‌عنوان متغیر وابسته لحاظ نموده‌اند و به سایر متغیرهای روان‌شناختی نظیر رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری توجه چندانی صورت نگرفته است. با عنایت به مطالب ذکرشده و با مرور مطالعات صورت گرفته، پژوهش حاضر درصدد تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری می‌باشد. در پژوهش حاضر جامعه مورد مطالعه شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی بالای ۲۵ به تعداد ۱۰۰ نفر هستند که در نیمه اول سال ۱۴۰۱ به دفتر مشاوره تغذیه‌ای کیان شهر تهران مراجعه کرده‌اند. بر این اساس، پس از بررسی انجام مصاحبه بالینی با تمرکز بر متغیرهای رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورودی و خروجی ذیل، زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی بالای ۲۵ مورد نظر از بین دیگر مبتلایان غربالگری شدند. براساس مذکور، زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی بالای ۲۵ غربال شده با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و با استفاده از روش کاملاً تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره تقسیم و در ۲ گروه آزمایش ($n=15$)، و کنترل ($n=15$) جایگزین شدند. لازم به ذکر است تعداد نمونه پژوهش براساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۹۰، برای هر گروه تعداد ۱۵ نفر به دست آمد. اجزای نمونه در برگزیده سن، شاخص BMI است که در این تحقیق تلاش شده است که همه ۳۰ نفر تعیین شده از لحاظ اجزای تشکیل دهنده معادل یکدیگر و در یک سطح میزان باشند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: نمایه توده بدنی دارای BMI بالای ۲۵؛ محدوده سنی زنان ۳۰ تا ۴۵ سال؛ عدم بیماری‌های طبی (براساس خودگزارشی و پرونده پزشکی) زمینه ساز چاقی؛ عدم مصرف

داروهای روان گردان یا داروهای تاثیرگذار بر روی وزن؛ عدم وجود اختلال‌های روانی ایجاب کننده درمان‌های فوری (مانند پراشتهایی عصبی، اختلال خوردن با ولع و اختلال خوردن شبانه)؛ عدم وجود عوامل استرس زای شدید (مثل طلاق و جدا شدن از همسر). ملاک‌های خروج عبارت اند از: استفاده از داروهای موثر در کاهش وزن. دریافت کردن هر گونه مداخلات دیگر اعم از دارو و غیره با تمرکز بر کاهش وزن و رفتار خوردن طی سه ماه گذشته. غیبت بیش از دو جلسه در جلسه‌های درمانی.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه رفتار خوردن هیجانی (DEBQ). این پرسشنامه به صورت استاندارد است و توسط ون استرین و همکاران (۲۰۰۹)، تهیه شده است. در این پرسشنامه تنها از عامل خوردن هیجانی که ۱۳ سؤال دارد استفاده می‌شود. طیف نمره گذاری این پرسشنامه ۵ گزینه‌ای است. فی و فیلیسون (۲۰۱۱) پایایی بازآزمایی، همسانی درونی (ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و روایی عاملی این پرسشنامه مناسب گزارش شده است. در ایران، روایی این پرسشنامه توسط صالحی فدردی و همکاران (۱۳۹۰)، ارزیابی و تایید شد. پایایی آن نیز توسط علی پور و همکاران (۱۳۹۵)، انجام و ۰/۸۷ تعیین گردید. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد.

۲. پرسشنامه بدتنظیمی هیجانی. پرسشنامه بدتنظیمی هیجانی توسط گراتز و رومر در سال ۲۰۰۴ تدوین شده است و دارای ۳۶ سؤال است و ابعاد تنظیم هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان را در طیف ۵ گزینه‌ای مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه از یک نمره کلی و شش نمره اختصاصی برای زیر مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان مشتمل بر عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان می‌باشد. در مبحث نمره گذاری این پرسشنامه؛ نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجان است. گراتز و رومر ضریب آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه را ۰/۹۳ و خرده مقیاس‌های آن را بزرگتر از ۰/۸۰ گزارش کردند که نشان دهنده همسانی درونی این پرسشنامه است. این پرسشنامه از روایی مناسبی برخوردار است. همچنین پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ و روش تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ به دست آمده است که نشان دهنده ضرایب قابل قبول پرسشنامه می‌باشد (جهانی و رنجبر، ۱۳۹۸). پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شد.

۳. پرسشنامه استرس ادراک شده: برای سنجش استرس ادراک شده نیز از پرسشنامه استرس ادراک شده که در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ساخته شده، استفاده شده است. این پرسشنامه دارای نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث استرس زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این پژوهش نسخه ۱۴ ماده‌ای استفاده شده است. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط ۱۰ تن از استادان صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد تایید شده است (مظلوم و همکاران، ۱۳۹۰). کوهن و همکاران (۱۹۸۳) آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ به دست آمده است. امین یزدی (۱۳۸۷) در پژوهش خود

آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۱ گزارش کرده است. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شد.

۴. پرسشنامه نشخوار فکری: پرسشنامه نشخوار فکری برای سنجش نشخوار فکری طراحی و تدوین شده است. هدف این پژوهش معرفی نشخوار فکری در چارچوب نظریه سبک‌های پاسخ و پیامدهای آن برای خلق غمگین و اختلال افسردگی بود. این پرسشنامه دارای ۲۲ سوال می‌باشد و نمره گذاری پرسشنامه: از (هرگز. گاهی اوقات. اغلب اوقات. همیشه) می‌باشد. حد پایین نمره=۲۲، حد بالای نمرات=۸۸، نمره بین ۲۲ تا ۳۳ میزان نشخواری فکری پایین است. نمره بین ۳۳ تا ۵۵ میزان نشخواری فکری متوسط و نمره بالاتر از ۵۵ میزان نشخواری فکری بالا است. روایی پرسشنامه از طریق همبسته کردن با پرسشنامه باورهای فراشناختی ۰/۶۵ در سطح ۰/۰۱ گزارش شد که روایی مناسبی است. ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ است و ۰/۹۲ و ۰/۸۹ برای ابعاد پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف کننده حواس است (باقری نژاد و همکاران، ۱۳۸۹). پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شد.

۵. شرح جلسات درمان متمرکز بر شفقت. در این پژوهش جهت انجام درمان متمرکز بر شفقت از پروتکل نف و گرم (۲۰۱۳) استفاده شد که به صورت هفته‌ای یک بار به مدت زمان ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. در جدول ۲ خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت ارائه شده است.

جدول ۱. مداخله درمان متمرکز بر شفقت نف و گرم (۲۰۱۳)

جلسات	محتوای جلسات	مدت زمان
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه با زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی، مروری بر ساختار جلسات، آگاهی از هدایت خودکار با استفاده از تمرین وارسی بدنی (آگاهی جزیه جز از اجزای بدن)، آگاهی از هدایت خودکار و ارایه تکلیف خانگی.	۹۰ دقیقه
جلسه دوم	در این جلسه به زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی آموزش داده شد که وقتی با حس‌های ناراحت کننده یا سرگردانی ذهنی مواجه می‌شوند، با استفاده از وارسی بدنی با آنها روبه رو شوند. همچنین آموزش پنج مهارت دانش افزایی، به منظور تعریف بی تفاوتی نسبت به موقعیت ها. کاربستن، اینکه وقتی بی تفاوت هستیم چه کنیم؟ دیگران وقتی بی تفاوت هستند چه می‌کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی تفاوت هستند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی تفاوت باشیم؟	۹۰ دقیقه
جلسه سوم	مرور تمرین جلسه قبل، آگاهی از رابطه بین خلق افکار، احساسات و وقایع است. با فضای تنفس سه دقیقه‌ای سپس تعریف اینکه همدردی چیست؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه می‌کنیم و اینکه دیگران با ما همدردی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدردی کنیم؟ کجا باید همدردی کنیم؟ در نهایت، ارایه تکلیف خانگی.	۹۰ دقیقه
جلسه چهارم	تمرین و مرور جلسات قبل، تمرین تنفس. در واقع تنفس به عنوان وسیله‌ای برای مراقبه محسوب می‌شود. تعریف این که همدلی چیست؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم و اینکه دیگران وقتی همدردی می‌کنند چه می‌کنند؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه احساسی داریم؟	۹۰ دقیقه

وقتی دیگران با ما همدلی می‌کنند چه احساسی پیدا میکنیم؟ آیا لازم است همدلی کنیم؟ کجا باید همدلی کنیم؟ فرق بی تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟ در نهایت (مراقبه نشسته) حضور ذهن نسبت به تنفس و بدن (تمرین بهشیاری).

جلسه پنجم و ششم
 برای همدلی چه مهارتهایی نیاز داریم؟ خطاهای تفسیری یعنی چه و انسانیت زدایی در ۹۰ دقیقه روابط یعنی چه؟ دو مورد از خطاهای تفسیری و انسانیت زدایی خودتان و دوستانتان را نام ببرید؟ چرا باید همدلی را یاد بگیریم؟ نداشتن مهارت و تفسیرهای ناروا در روابط ما با دیگران چه تاثیری می‌گذارند؟ برای جلوگیری از تفسیرهای ناروا چه مهارتهایی لازم دارید؟ همچنین در این جلسات در مورد مشکلات حاضر و پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خودآیند منفی آموزش داده می‌شود.

جلسه هفتم
 خطاهای تفسیری کدامند؟ هر یک از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. این ۹۰ دقیقه خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟ در پایان، آموزش در مورد تحریف‌های شناختی، پیامدها و روش‌های مقابله با آن ارائه شد.

جلسه هشتم
 در این جلسات در مورد راهبردهای ایمنی و رفتارهای سلطه پذیر و رابطه آن با خودانتقادی (به چالش طلبیدن بیمار از طریق گفتگوی سقراطی)، همچنین در این جلسات از افراد خواسته شد که همراه با توجه، تفکر و رفتار دلسوزانه و تمرین برای ایجاد احترام، در مورد حمله به خود صحبت کنند و نحوه ایجاد تصاویر دلسوزانه با ارائه مراقبه‌های لازم آموزش داده شد. پس از یک هفته پس از آزمون از هر دو گروه به عمل آمد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۸/۲ (۹/۱) و گروه گواه ۳۷/۷ (۸/۵) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۳۰ و ۴۴ سال و در گروه گواه، ۳۲ و ۴۲ سال بود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	گروه‌ها	مرحله سنجش	شاخص‌های توصیفی
			میانگین
رفتار خوردن هیجانی	گواه	درمان متمرکز بر شفقت	۱۳/۵۳
		پیش آزمون	۶۰/۹۰
		پس آزمون	۵۴/۸۷
		پیگیری	۵۳/۷۱
		پیش آزمون	۱۰/۴۴
		پس آزمون	۵۹/۱۲
بد تنظیمی هیجانی	گواه	درمان متمرکز بر شفقت	۱۱/۱۱
		پیش آزمون	۵۹/۲۰
		پس آزمون	۵۹/۳۷
		پیگیری	۱۱/۲۴
		پیش آزمون	۴۶/۰۳
		پس آزمون	۱۵۰/۹۳
رفتار خوردن هیجانی	گواه	درمان متمرکز بر شفقت	۴۳/۷۶
		پیش آزمون	۱۳۷/۶۷
		پیگیری	۴۲/۵۳
		پیش آزمون	۱۳۶/۲۲
		پس آزمون	۱۵۲/۶۷
		پیگیری	۴۳/۸۲
رفتار خوردن هیجانی	گواه	درمان متمرکز بر شفقت	۴۴/۰۸
		پیش آزمون	۱۵۳/۸۰
		پیگیری	۴۴/۰۳
		پیش آزمون	۱۵۳/۲۷
		پس آزمون	۹/۳۵
		پیگیری	۴۶/۶۰

۷/۵۸	۴۰/۷۳	پس آزمون		
۷/۲۲	۴۱/۱۲	پیگیری		
۹/۳۹	۴۴/۰۷	پیش آزمون	گواه	استرس ادراک شده
۹/۳۸	۴۵/۰۷	پس آزمون		
۹/۳۱	۴۵/۰۳	پیگیری		
۷/۲۴	۳۸/۴۰	پیش آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	
۶/۳۶	۳۲/۴۷	پس آزمون		
۶/۱۹	۳۲/۳۱	پیگیری		نشخوار فکری
۷/۸۳	۳۸/۸۷	پیش آزمون	گواه	
۷/۸۴	۳۷/۱۱	پس آزمون		
۷/۵۱	۳۷/۰۸	پیگیری		

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت) و گروه گواه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد. برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره کیفیت زندگی و آشفتگی زناشویی در دو گروه ایماگوتراپی و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	معناداری
رفتار خوردن هیجانی	آزمایش	۱۵	۱/۴۱	۰/۲۲	۲۸	۱/۵۰	۰/۲۴۵
	گواه	۱۵	۰/۷۸	۰/۸۵		۳/۱۵	۰/۸۴
بد تنظیمی هیجانی	آزمایش	۱۵	۰/۸۱	۰/۵۱	۲۸	۲/۳۳	۰/۱۸
	گواه	۱۵	۰/۹۷	۰/۱۶		۲/۶۹	۰/۹۱
استرس ادراک شده	آزمایش	۱۵	۰/۶۹	۰/۳۹	۲۸	۱/۶۶	۰/۲۳۸
	گواه	۱۵	۰/۷۵	۰/۳۴		۲/۷۷	۰/۸۹
نشخوار فکری	آزمایش	۱۵	۰/۸۸	۰/۲۹	۲۸	۲/۴۶	۰/۲۰
	گواه	۱۵	۰/۸۱	۰/۲۱		۲/۶۳	۰/۸۵

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای پژوهش نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای

پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	شاخص آماری	منبع تغییر	SS	Df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایستا
رفتار خوردن هیجانی	زمان گروه	۱۸۶/۷۰	۲	۹۳/۳۵	۷/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳	
	گروه	۱۳۳/۶۱۵	۱	۱۳۳/۶۱۵	۱۱۵/۸۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹	
بد تنظیمی هیجانی	زمان گروه	۴۵۲/۱۳	۲	۲۲۶/۰۶	۱۳/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱	
	گروه	۱۲۵/۸۱۱	۱	۱۲۵/۸۱۱	۹۸/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۳	
استرس ادراک شده	زمان گروه	۲۲۴/۲۸	۲	۱۱۲/۱۴	۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵	
	گروه	۱۲۲/۵۲۱	۱	۱۲۲/۵۲۱	۱۰۱/۵۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۹	
نشخوار فکری	زمان گروه	۲۵۰/۰۳	۲	۱۲۵/۰۱	۱۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۱۸	
	گروه	۱۲۱/۲۵۸	۱	۱۲۱/۲۵۸	۷۴/۵۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۸۶	

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به‌دست‌آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد رفتار خوردن هیجانی ($p < ۰/۰۱$)، بد تنظیمی هیجانی ($p < ۰/۰۱$)، استرس ادراک شده ($p < ۰/۰۱$) و نشخوار فکری ($p < ۰/۰۱$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خوردن هیجانی، بد تنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن موثر بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی درمان متمرکز بر شفقت در ابعاد رفتار خوردن هیجانی، بد تنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در گروه آزمایش

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
رفتار خوردن هیجانی	پیش	۵/۹۶	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶/۸۶	۱/۲۵	۰/۰۰۱
بد تنظیمی هیجانی	پس	۰/۹۴	۱/۲۲	۰/۰۶۱
	پیش	۲۳/۴۱	۱/۲۵	۰/۰۰۱
استرس ادراک شده	پس	۰/۸۹	۱/۲۹	۰/۰۸۴
	پیش	۵/۸۶	۱/۲۵	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	پس	۴/۹۰	۱/۳۱	۰/۰۰۱
	پیش	۰/۰۴	۱/۳۳	۰/۷۴۸
	پس	۶/۷۲	۱/۱۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۳۰	۱/۱۵	۰/۰۵
	پس	۰/۱۸	۱/۱۲	۰/۲۴۵

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۶ نشان داد ابعاد رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در گروه درمان متمرکز بر شفقت در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). ولی در پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی دار مشاهده نشد ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن انجام شد. افزایش شفقت به خود در درمان متمرکز بر شفقت در برابر نتایج منفی رویدادهای ناخوشایند مانند ضربه‌گیر عمل می‌کند، بدین گونه که افراد با میزان شفقت به خود بالا کمتر خود را ارزیابی می‌کنند، کمتر بر خود سخت گرفته و خود را تحت فشار قرار می‌دهند و با مشکلات زندگی راحت‌تر برخورد می‌کنند (بای و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین به‌واسطه آموزه‌های این درمان زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی در جهت کمتر ارزیابی کردن خود اقدام نمودند که منجر به درگیری فکری کمتر با موارد مرتبط با رفتارهای ارتقادهنده سلامت و تا حدی کاسته شدن از توجه بیش‌ازحد به این امر شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را جهت توجه به جنبه‌های مختلف زندگی اعم از شغل، خانواده، رشد شخصی، روابط دوستانه و مواردی از این دست با چالش مواجه می‌کند. این درمان ارزش‌ها و انگیزه‌های مراجعین را در نظر دارد، پذیرش بخش قابل‌توجهی از کار است که در آن ارزش‌ها اهمیت بسیاری دارند. در واقع ارزش‌ها به‌عنوان انگیزه و محرک برای پذیرش عمل می‌کنند. اگرچه پذیرش می‌تواند تجربه‌ای سخت و در برخی موارد دردناک باشد؛ اما در این درمان افراد می‌آموزند که تمامی هیجانات خود حتی هیجانات منفی را بپذیرند و با آن کنار بیایند و به این شکل کاهش مشکلات را تجربه کنند (آذربایجانی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین از آنجایی که بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در جلسات درمانی مورد توجه قرار می‌گیرند؛ می‌تواند منجر به بهبودی بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی منجر شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد به‌واسطه استعاره‌هایی متوجه می‌شوند که علی‌رغم تجربیات دل‌خراش، معنی و مقصودی در زندگی وجود دارد که بهتر است آن را کشف کنند و به تغییرات فردی مثبت تشویق می‌شوند (به دلیل هدف این درمان)؛ بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که درمان مذکور نیز توانسته است با کمک تکنیک‌های استعاری، تکالیف و همچنین مهارت‌های ذهن آگاهی بر بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی اثر مثبتی داشته است. یکی از مشخصه‌های اشتراکات انسانی، پذیرش این امر است که همه‌ی انسان‌ها نقص و مشکلاتی دارند و ممکن است رفتارهای نابهنجار را تجربه کنند (کوتو و همکاران، ۲۰۲۰). این رویکرد به دلیل همخوانی با زندگی روزمره، می‌تواند بر رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی مؤثر واقع شود. در توجیه این

یافته می‌توان گفت که چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت پذیرش و تعهد است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود حتی بهبود توانایی فردی در جهت فعالیت‌های بهبود رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری را در پی دارد، بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روشی مؤثر و کارآمد جهت بهبود رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری از طریق افزایش پذیرش فرد می‌شود؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی با بهبود رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری آنان مفید و مؤثر واقع شود.

در این پژوهش فقط از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده کرد و به دلیل محدودیت‌های اجرایی از مصاحبه برای گردآوری داده‌های پژوهش استفاده نشد. به‌عنوان آخرین محدودیت می‌توان به محدود شدن جامعه پژوهش به زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی مراجعه کننده به دفتر مشاوره تغذیه‌ای شهر تهران اشاره کرد، لذا در تعمیم نتایج به زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی سایر مناطق و شهرها و حتی سایر بیماری‌ها باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران این پژوهش را بر روی زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی سایر مراکز درمانی و شهرها انجام دهند و نتایج آن را با نتایج مطالعه حاضر مقایسه نمایند تا بتوان در تعمیم و اثربخشی نتایج با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. همچنین توصیه می‌گردد که پژوهشگران در پژوهش‌های آتی به بررسی و مقایسه اثربخشی روش درمانی مبتنی بر شفقت بر روی سایر زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی به تفکیک جنسیت بپردازند. به دلیل وجود تفاوت‌های جنسیتی در اکثر ویژگی‌ها به نظر می‌رسد که نتایج متفاوت باشد و در صورت متفاوت بودن نتایج می‌توان برنامه‌های متفاوتی برای هر یک از گروه‌ها (مردان و زنان) طراحی و ارائه کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بررسی و اطمینان از تداوم اثربخشی روش‌های درمانی خود در بلندمدت از پیگیری‌های ۶ ماهه و حتی بیشتر استفاده نمایند. با توجه به اثربخشی روش درمان مبتنی بر بهبود رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان بالینی و درمانگران در مداخلات خود به‌ویژه در زمینه متغیرهای مذکور از روش درمانی مبتنی بر شفقت استفاده کنند. با توجه به کارآمد و کاربردی بودن روش درمانی مبتنی بر شفقت، به دلیل استفاده مشترک از اصول ذهن آگاهی، پذیرش مشکلات و عدم قضاوت بیجا، پیشنهاد می‌شود مدیران و مسئولان مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی بسترهای لازم برای استفاده از درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و مبتنی بر شفقت فراهم آورند. بر اساس اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن و شاخص توده بدنی، به مشاوران و سایر درمانگران توصیه می‌شود تا در مصاحبه بالینی خود و تحلیل سبب شناختی مشکلات مراجعان عناصر درمان متمرکز بر شفقت مراجعین را مورد کنکاش قرار دهند و از طریق شناخت راهبردهای ناکارآمد آنان بر اثربخشی شیوه درمان خود بیفزایند و راهبردهای کارآمد را به فرد آموزش دهند.

موازن اخلاقی

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

سیاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش-نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

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

منابع

- اثباتی، مهنوش، و فیضی، علی (۱۳۹۹). درمان مبتنی بر شفقت. بازیابی شده در ۱۳۹۹/۹/۳۰ از: <http://cnin.ir>
- امین یزدی، امیر، و صالحی فدردی، جواد. (۱۳۷۸). بررسی رابطه سبک اسنادی با استرس ادراک شده. (۲)۱. آذربایجانی، سحر، صادقی افجه، زهره، و قنبری، نسرين. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان افسرده خانه دار. سنجش و پژوهش در مشاوره کاربردی. ۲ (۱): ۵۲-۷۰
- صالحی فدردی، جواد، مداح شورچه، راحله، و نعمتی، محسن. (۱۳۹۰). مقایسه ساختار انگیزشی و سبک‌های خوردن در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی و دارای وزن طبیعی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳(۲)، ۱۸۱-۱۷۰.
- محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۶). درمان متمرکز بر شفقت: اهداف و تکنیک‌ها. بازیابی شده در ۱۳۹۹/۹/۳۰ از: <https://drmmohammadkhani.com>

References

- Amin Yazdi, A., & Salehi Faderdi, J. (1999). Examining the relationship between documentary style and perceived stress. 1(2). (In Persian)
- Austin, A., Flynn, M., Richards, K., Hodsoll, J., Duarte, T. A., Robinson, P.,... & Schmidt, U. (2021). Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 29(3), 329-345.

- Azarbayjani S, Sadeghi afjeh Z, Ghanbari N. (2020). The Effectiveness of Compassion-Enriched Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life and Life Expectancy in Depressed Housewives. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*; 2 (1) :52-70 (In Persian)
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263, 107-120.
- De Berardis, D., Fornaro, M., Orsolini, L., Ventriglio, A., Vellante, F., & Di Giannantonio, M. (2020). Emotional dysregulation in adolescents: implications for the development of severe psychiatric disorders, substance abuse, and suicidal ideation and behaviors. *Brain Sciences*, 10(9), 591.
- Delioğlu, E. N. E., Uğurlu, N., Erdal, E., Malekghasemi, S., & Çağıl, N. (2021). Evaluation of sphingolipid metabolism on diabetic retinopathy. *Indian Journal of Ophthalmology*, 69(11), 3376.
- Esbati, M., & Faizi, A. (2020). Compassion-based therapy. Retrieved on 9/30/2019 from: <http://cnin.ir> (In Persian)
- Faraone, S. V., Rostain, A. L., Blader, J., Busch, B., Childress, A. C., Connor, D. F., & Newcorn, J. H. (2019). Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention deficit/hyperactivity disorder—implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(2), 133-150.
- Faustino, B. (2021). Transdiagnostic perspective on psychological inflexibility and emotional dysregulation. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 49(2), 233-246.
- Flesia, L., Monaro, M., Mazza, C., Fietta, V., Colicino, E., Segatto, B., & Roma, P. (2020). Predicting perceived stress related to the Covid-19 outbreak through stable psychological traits and machine learning models. *Journal of clinical medicine*, 9(10), 3350.
- Gioia, F., Rega, V., & Boursier, V. (2021). Problematic internet use and emotional dysregulation among young people: A literature review. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of treatment Evaluation*.
- Lee, K. D., Rodriguez, L. M., Edwards, K. M., & Neal, A. M. (2020). Emotional dysregulation and intimate partner violence: A dyadic perspective. *Psychology of violence*, 10(2), 162.
- Mohammadkhani, Sh. (2017). Compassion-focused therapy: Goals and techniques. Retrieved on 30/9/2019 from: <https://drmohammadkhani.com/> (In Persian)
- Murray, A. L., Wong, S. C., Obsuth, I., Rhodes, S., Eisner, M., & Ribeaud, D. (2021). An ecological momentary assessment study of the role of emotional dysregulation in co-occurring ADHD and internalising symptoms in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 281, 708-713.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.
- NOLEN, H. S., WISCO, E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination: 400-424.
- Nolen-Hoeksema, S. Morrow J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 loma prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.
- Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A. K., & Blechert, J. (2020). Emotional eating in healthy individuals and patients with an eating disorder: evidence from

psychometric, experimental and naturalistic studies. Proceedings of the Nutrition Society, 79(3), 290-299.

Salehi Fedradi, J., Madah Shoorche, R., & Nemati, M. (2011). Comparison of motivational structure and eating styles in women with overweight and obesity and normal weight. Journal of Principles of Mental Health, 13(2), 181-170. (In Persian)

Wang, S., Zhao, Y., Zhang, L., Wang, X., Wang, X., Cheng, B.,... & Gong, Q. (2019). Stress and the brain: perceived stress mediates the impact of the superior frontal gyrus spontaneous activity on depressive symptoms in late adolescence. Human brain mapping, 40(17), 4982-4993.

پرسشنامه نشخوار فکری

همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	هرگز
			۱- فکر میکنید که چقدر احساس تنهایی می‌کنید.
			۲- فکر می‌کنید اگر در همین حالت باقی بمانید نمی‌توانید وظایفتان را انجام دهید.
			۳- فکر می‌کنید احساس دردمندی و خستگی می‌کنید.
			۴- فکر می‌کنید که چقدر تمرکز کردن دشوار است.
			۵- فکر می‌کنید که من چکار کرده‌ام که به این حالت دچار شده‌ام.
			۶- فکر می‌کنید چقدر بی‌حوصله و بی‌انگیزه‌اید.
			۷- با بررسی وقایع اخیر سعی می‌کنید بفهمید چرا افسرده‌اید.
			۸- فکر می‌کنید که چرا نسبت به همه چیز بی‌تفاوت شده‌ام.
			۹- فکر می‌کنید که چرا دیگر نمی‌توانید ادامه دهید.
			۱۰- فکر می‌کنید که چرا اغلب به مسائل اینگونه واکنش نشان می‌دهم.
			۱۱- فکر می‌کنید که چرا اینقدر از دست خودتان عصبانی هستید.
			۱۲- با خود خلوت کنید تا برای این احساسات خود دلیل پیدا کنید
			۱۳- افکارتان را یادداشت و آنها را بررسی می‌کنید.
			۱۴- به اوضاع اخیر فکر می‌کنید که‌ای کاش اوضاع بهتر از این بود.
			۱۵- فکر می‌کنید اگر نتوانید جلوی احساساتتان را بگیرید دیگر قادر به تمرکز نخواهید بود
			۱۶- به این فکر کنید که چرا مشکلاتی دارم که دیگران ندارند
			۱۷- فکر می‌کنید که چرا نمی‌توانم بهتر از عهده‌ی اداره کردن امور بایم.
			۱۸- فکر می‌کنید که چقدر غمگین هستید.
			۱۹- به همه‌ی نقاط ضعف، شکست‌ها، کاستی‌ها و اشتباهات خود فکر می‌کنید
			۲۰- فکر میکنید که چرا آنقدر سرحال نیستید که بتوانید کاری انجام دهید
			۲۱- سعی می‌کنید شخصیت خود را بررسی کنید تا بفهمید که چرا افسرده‌اید.
			۲۲- تنهایی به جایی می‌روید که بتوانید در مورد احساساتتان فکر کنید.

The effectiveness of compassion-focused therapy on emotional eating behavior, emotional dysregulation, perceived stress and rumination in women with chronic obesity

Shiva. Vatanpanah¹, Javad. Khalatbari^{2*}, Afshin. Tayebi³
& Mehrdad. Sabet⁴

Abstract

Aim: The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of compassion-focused therapy on emotional eating behavior, emotional dysregulation, perceived stress, and rumination in women with chronic obesity. **Method:** The current research was part of the semi-experimental designs with pre-test-post-test-follow-up with control group. The statistical population of the current study included all women with chronic obesity and body mass index who referred to the Kian nutrition counseling clinic in Tehran between May and July 2022. In order to form two groups using the purposeful sampling method (taking into account the entry and exit criteria), first 30 women with chronic obesity and body mass index were selected by screening method and then randomly 15 patients in the experimental group and 15 patients in the control group were grouped. The program of compassion-focused treatment sessions during 8 90-minute sessions was formed for the experimental group based on the protocol of Neff and Germer (2013). Also, the follow-up phase was performed three months after the post-test on all three groups. The research tools included the emotional eating behavior questionnaire of van Strein et al. (2009), the emotional dysregulation questionnaire of Gratz and Romer (2004), the perceived stress questionnaire of Cohen et al. (1983) and the rumination questionnaire of Nolen Hoeksma and Marrow (1991). The data of the research were analyzed using repeated measurement analysis of variance test.

Results: The results of data analysis showed that the treatment focused on compassion in the participants of the experimental groups compared to the control group had a significant effect on improving emotional eating behavior ($F=115.83$, $P<0.001$), emotional dysregulation ($F=98.10$, $P<0.001$), perceived stress ($F= 101.53$, $P<0.001$) and rumination ($F= 74.52$, $P< 0.001$) in women with chronic obesity and body mass index.

Conclusion: Therefore, it can be concluded that compassion-focused therapy improves emotional eating behavior, emotional dysregulation, perceived stress, and rumination in women with chronic obesity.

Keywords: *compassion, emotional eating behavior, emotional dysregulation, perceived stress, rumination*

1. PhD student, Department of Psychology, Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates

2. *Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran
Email: javadkhalatbari@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Qeshm Branch, Kharazmi University, Qeshm, Iran. Adjunct Professor, Department of Psychology, Iranian Electronic Higher Education Institute, Tehran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran