مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۱، شماره پیوسته ۱۴۰، ۱۰ آبان ۱۴۰۳ https://doi.org/10.47176/rjms.31.140

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی افراد مبتلا به اختلال خوردن

سید علی اکبر کریمی آه: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران
قدرت اله عباسی: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (* نویسنده مسئول) abasighodrat@gmail.com
حسینعلی قنادزادگان: استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

چکیده

زمینه و هدف: از جمله اختلالات شایع در بین مردم جوامع در حال گسترش، اختلال خوردن می باشد که خود به صورت مستقیم و غیر م ستقیم سلامت روان و ج سم فرد را مورد تهدید قرار می دهد. هدف پژوهش حا ضر برر سی اثربخ شی درمان متمرکز بر شفقت بر انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی افراد مبتلا به اختلال خوردن بود.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش زنان سنین ۱۸ تا ۴۰ سال شهر تهران بود. پس از انتخاب نمونه بر ا ساس معیار های ورود و خروج مداخله درمانی به مدت ۸ جل سه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت و به گروه کنترل هیچ آموزشی ارائه نشد. ابزارها شامل، پرسش نامه ۲۶ EAT (گارنر وکارفینکل، ۱۹۸۲) پرسش نامه پریشانی روانی (۲۱- DASS) ، پرسش نامه مقیاس انزوای اجتماعی (راسل، پیلوا و کورتونا، ۱۹۸۰) بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل اندازه گیری مکرر و با نرم‌افزار SPSS.22 تحلیل شد.

یافته‌ها: در گروه آزمایش، میانگین (انحراف معیار) انزوای اجتماعی از ۴۹/۲۰ (۷/۸۲) در پیش آزمون به ۴۶/۸۶ (۷/۷۹) در پس آزمون کاهش یافت، ولی در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) انزوای اجتماعی در پیش آزمون ۵۰/۲۶ (۸/۱۸) و در پس آزمون ۵۰/۰۶ (۸/۱۱) بود که تفاوتی ندا شت. همچنین در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) پری شانی روان شناختی در پیش آزمون برابر با ۶۴/۴۰ (۷/۳۱) بود که در پس آزمون به ۶۲/۰۶ (۷/۲۰) کاهش یافت، ولی در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) پریشانی روان شناختی در پیش آزمون ۶۴/۴۶ (۸/۹۵) و در مرحله پس آزمون ۶۵/۳۳ (۸/۶۲) به دست آمد.

نتیجه‌گیری: درمان متمرکز بر شفقت بر انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی افراد مبتلا به اختلال خوردن اثربخش بود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها
درمان متمرکز بر شفقت،
انزوای اجتماعی،
پریشانی روان شناختی،
اختلال خوردن

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۹
تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۸/۱۰

شیوه استناد به این مقاله:
Karimi ah SA Abbasi G, Ghanadzadegan H. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Social Isolation and Psychological Distress in People with Binge Eating Disorder. Razi J Med Sci. 2024(31 Oct);31.140.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Razi Journal of Medical Sciences. 2024(31 Oct);31.140. https://doi.org/10.47176/rjms.31.140

Original Article

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Social Isolation and Psychological Distress in People with Binge Eating Disorder

Seyyed Aliakbar Karimi ah: PhD Student, Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran
Ghodrattollah Abbasi: Associate Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran (*Corresponding Author) abasighodrat@gmail.com
Hoseinali Ghanadzadegan: Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Abstract

Background & Aims: Eating disorder is one of the worrisome issues in the field of public health, which is characterized by episodes of regular binge eating. During this disorder, people eat relatively large amounts of food and lose control over their eating behavior. The global prevalence of eating disorders in 2018-2020 is estimated at 0.6 (1.8 percent) in adult women and 0.3 (0.7 percent) in adult men. Eating disorders are usually associated with obesity and physical and mental illnesses. People with this disorder experience significant problems and impairments in the quality of life. (1) An eating disorder is a complex health problem resulting from a combination of causes and individual factors such as behavior and genetics. These behaviors can include lack of physical activity, inactivity, incorrect eating pattern, use of medication and others. Eating disorder is associated with poor mental health and reduced quality of life (2). Also, the main causes of death are eating disorders, diabetes, heart diseases, strokes and some types of cancer (3). Based on this, one of the factors of binge eating disorder is eating behavior, which may continue even after treatment (4). Among the things that can increase the incidence of this disorder are self-criticism (5), shame (6), guilt (7), social isolation (8) and psychological distress (9).

Among the factors that increase the prevalence and severity of eating disorder is social isolation (10). Social isolation means the lack of weakness of relationships between a person and other people, groups and society (11, 12), which also affects eating behaviors and causes eating disorders and related disorders (10). A systematic review in this field showed that social isolation increases unhealthy eating behaviors and eating disorders (14).

Psychological distress is one of the problems that appear with eating disorders. Psychological distress includes unpleasant mental states including depression, anxiety and stress, all three of the mentioned disorders include symptoms of emotional and physiological conditions (16, 17). People with high mental distress complain more about the symptoms of physical illness and the frequency of physical illnesses is a strong predictor of the occurrence of damage in their physical, psychological and social functioning (18). Psychological distress is common with eating disorders and can exacerbate the severity of the eating disorder (22).

Several interventions have been used to reduce the psychological problems of people with eating disorders. Among these interventions, one of the intervention treatments that has received less attention is the treatment focused on compassion (26). Compassion-focused therapy is a system of psychotherapy developed by Gilbert that integrates techniques from cognitive behavioral therapy with concepts from developmental psychology, social psychology, developmental psychology, Buddhist psychology, and neuroscience (27). The goal of compassion-focused therapy is to help people heal emotionally and psychologically by encouraging them to be compassionate with themselves and others. Many people believe that compassion, both with oneself and with others, is an emotional response and an important aspect of well-being. The advantage of promoting compassion

Keywords
Compassion-Focused Therapy,
Social Isolation,
Psychological Distress,
Eating Disorder

Received: 08/06/2024
Published: 31/10/2024

is increasing emotional and mental health (28). By using the compassionate approach, researchers were able to reduce the shame and self-criticism of people with eating disorders (32).
Therefore, considering the medical and psychological consequences of this disorder that can lead to the risk of suicide, the use of psychological interventions to prevent the consequences of this disorder is of great importance and necessity. The present study tries to answer the question of whether the treatment focused on compassion is effective on social isolation and psychological distress of people with eating disorders.
Methods: This was a semi-experimental study with a pre-test and post-test design and a follow-up phase with an experimental group and a control group. The statistical population of the research was women aged 18 to 40 years old in Tehran who had visited Hakim obesity clinic in 1401. In order to carry out the research, 30 people from the mentioned society were selected in the available way and randomly divided into experimental group and control group (15 people in each group). Therapeutic intervention was performed for 8 sessions on the experimental group and no training was provided to the control group. The tools used in this research are the 26-item EAT questionnaire (Garner and Kerfinkel, 1982) with 26 items for the eating disorder scale, the 21-item DASS questionnaire (DASS) of Lavibond with 21 items for the psychological distress scale, the questionnaire (Russell, Pilova and Cortona, 1980) It was with 20 items for the social isolation scale, which was completed in two phases: pre-test, post-test and follow-up. The experimental group received compassion-focused therapy training for 8 sessions of 60 minutes, and the control group received no intervention. The data was analyzed using the repeated measurement analysis method and spss.22 software.
Results: The average (standard deviation) age in the experimental group was 3 people (20%) from 18 to 25 years, 7 people (46.67%) from 26 to 33 years, and 5 people (33.33%) from 34 to 40 years and in the control group 4 people (26.67 percent) were 18 to 25 years old, 7 people (46.67 percent) were 26 to 33 years old, and 4 people (26.67 percent) were 34 to 40 years old. Also, in the experimental group, the mean (standard deviation) of psychological distress decreased from 49.20 (7.82) in the pre-test to 46.86 (7.79) in the post-test and to 47.13 (7.97) in the post-test.) increased in the follow-up phase. ($P < 0/001$). The results of analysis of variance were significant for the within-group factor (time) and significant between groups. Also, the interaction of group and time was significant. The pairwise comparison of the groups showed that there is a significant difference between the pre-test and post-test and pre-test and follow-up stages in social isolation, that is, the scores decreased from the pre-test stage to the follow-up stage ($p<0.001$). Comparisons in the group under the educational intervention showed that there is a significant difference between the pre-test and post-test and pre-test and follow-up stages in reducing psychological distress. It means that the scores have increased from the pre-test stage to the follow-up stage. While there was no difference between the post-test and follow-up stages in reducing psychological distress ($p>0.001$).
Conclusion: The aim of this study was the effectiveness of compassion-based therapy on social isolation and psychological distress in women with eating disorders. The findings of this research showed that compassion-based therapy reduced social isolation and psychological distress in women with eating disorders in the training group.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Karimi ah SA Abbasi G, Ghanadzadegan H. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Social Isolation and Psychological Distress in People with Binge Eating Disorder. Razi J Med Sci. 2024(31 Oct);31.140.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

مقدمه

اختلال خوردن یکی از موضوعات نگران کننده در زمینه سلامت عمومی است که با دوره‌های پرخوری منظم مشخص می‌شود. طی این اختلال افراد مقادیر نسبتاً زیادی غذا می‌خورند و کنترل رفتار غذایی خود را از دست می‌دهند. شیوع جهانی اختلال خوردن در سال های ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۰ در زنان بالغ ۰/۶ (۱/۸ درصد) و در مردان بالغ ۰/۳ (۰/۷ درصد) برآورد شده است. اختلال خوردن معمولاً با چاقی و بیماری های جسمی و روانی همراه است. افراد مبتلا به این اختلال مشکلات و اختلالات قابل توجهی را در کیفیت زندگی تجربه می‌کنند (۱). اختلال خوردن یک مسئله پیچیده سلامتی است که ترکیبی از علل و عوامل فردی مانند رفتار و ژنتیک ناشی می شود. این رفتارها می تواند شامل عدم فعالیت بدنی، کم تحرکی، الگوی غذایی نادرست، استفاده از دارو و سایر موارد باشد (۲). همچنین علل اصلی مرگ و میر با توجه به اختلال خوردن، دیابت، بیماری های قلبی، سکته مغزی و برخی از انواع سرطان‌هاست (۳). بر این اساس یکی از فاکتورهای اختلال خوردن مفرط، رفتار خوردن است که پس از درمان نیز ممکن است ادامه داشته باشد (۴). از جمله مواردی که می توانند موجب افزایش بروز این اختلال شود می توان به خودانتقادی (۵)، شرمساری (۶)، احساس گناه (۷)، انزوای اجتماعی (۸) و پریشانی روان شناختی (۹) است.

از جمله عوامل افزایش شیوع و همچنین شدت اختلال خوردن انزوای اجتماعی است (۱۰). یکی از مهم ترین مسائلی که امروزه به چشم می آید میزان انزوای اجتماعی و گسستگی حاصل از آن است که به لحاظ ذهنی در انسان، احساس بی پناهی مضاعف و عدم امنیت و عدم اعتماد (۹) ایجاد می کند و از این طریق ایجاد احساس محرومیت و عدم رضایتمندی از زندگی و در نتیجه ایجاد اختلالاتی از جمله اختلال خوردن را تولید می نماید (۸). انزوای اجتماعی به معنای فقدان یا ضعف ارتباط های بین فرد با سایر افراد، گروه ها و جامعه است (۱۱و۱۲). از جمله اثرات انزوای اجتماعی و تاثیر آن بر افزایش اختلال خوردن (۱۳) احساس تنهایی، افسردگی، استرس و .... است. ترکیب استرس، پریشانی روانی، اضطراب، افسردگی و دوری از مردم ناشی مواردی که منجر به انزوا اجتماعی می شود بر رفتارهای غذایی نیز تأثیر داشت و موجب بروز اختلال خوردن و اختلالات مرتبط با آن شد (۱۰). بررسی سیستماتیک در این زمینه نشان داد که انزوای اجتماعی موجب افزایش رفتار های غذایی ناسالم و اختلال خوردن می شود (۱۴). همچنین محققان در پژوهشی دیگری با عنوان اختلالات خوردن و خشونت شریک صمیمی: تأثیر انزوای اجتماعی دریافتند که با ایجاد روابط خشن اختلال خوردن نیز افزایش می یابد (۱۵).

پریشانی روان شناختی از جمله مشکلاتی است که به همراه اختلال خوردن ظاهر می شود. پریشانی روان شناختی دربرگیرنده حالات ذهنی ناخوشایند شامل افسردگی، اضطراب و استرس است که هر سه مورد از اختلال های یاد شده علائمی از شرایط هیجانی و فیزیولوژیکی را دربرگیرد (۱۶و۱۷). افراد با پریشانی روانی بالا بیشتر از نشانه های بیماری جسمی شکایت می کنند و فراوانی بیماری های جسمی، پیش بینی کننده قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روان شناختی و اجتماعی در آن ها می باشد (۱۸). اختلال خوردن به ویژه اختلال پرخوری با پیامدهای ناخوشایندی همراه است که می توان به چاقی، پوکی استخوان، خودکشی و مصرف مواد و در مجموع پریشانی روانی اشاره کرد (۱۹). از نظر روان شناسان این اختلال در افرادی به وجود می آید که دارای استرس و آشوب درونی و پریشانی روانی هستند و برای رسیدن به احساس آرامش به غذا خوردن پناه می برند. افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با افراد چاق غیرمبتلا به اختلال پرخوری بیشتر احتمال دارد که بعد از تجربه هیجانات منفی برای تسکین پریشانی خود دست به اعمال تکانشی مانند پرخوری بزنند (۲۰)؛ چرا که پرخوری و اختلال در خوردن با نقص در سیستم پاداش مغز و سطوح پایین دوپامین و اعمال تکانشگری مرتبط است (۲۱). اختلال خوردن عوارض روانی متعددی را با خود به همراه دارد. مثلاً افراد مبتلا به پراشتهایی یا بی اشتهایی عصبی مشکلاتی در جنبه های روان شناختی مانند افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می کنند. پریشانی روانی همراه با اختلالات خوردن شایع است و می تواند شدت اختلال خوردن را شدیدتر کند (۲۲).

مداخلات متعددی برای کاهش مشکلات روان شناختی افراد مبتلا به اختلال خوردن به کار رفته است. در ارتباط با اختلال خوردن محققان نشان دادند که رفتار درمانی شناختی چند مرحله ای است (۲۳). درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۴) و مداخله کاهش وزن مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۵) درمان های موثر بوده اند. در میان این مداخلات یکی از درمان های مداخله ای که کمتر مورد توجه قرار گرفته است درمان متمرکز بر شفقت است (۲۶). درمان متمرکز بر شفقت سیستمی از روان درمانی است که توسط گیلبرت توسعه یافته است و در آن تکنیک هایی از درمان شناختی رفتاری با مفاهیمی از روان شناسی تکاملی، روان شناسی اجتماعی، روان شناسی رشد، روان شناسی بودایی و علوم اعصاب ادغام می شود. به گفته گیلبرت "یکی از مهم ترین دغدغه های 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" (۲۷). تا هر زمانی که افراد نسبت به خود دلسوزانه رفتار نمایند، بیشتر مراقب جسم خود در برابر خوردن های افراطی هستند؛ زیرا هدف درمان متمرکز بر شفقت، کمک به بهبود هیجانی و روانی افراد به وسیله تشویق کردن آن ها 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 (۲۸). در ارتباط با اثربخشی درمان شفقت ورزی بر انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی تحقیقات نشان دادند که درمان شفقت ورزی بر انزوای اجتماعی زنان (۲۹) بر شرم، خود انتقادی و انزوای اجتماعی زنان دارای اضطراب اجتماعی (۳۰) بر پریشانی روان شناختی، شکوفایی و معنای زندگی دانشجویان (۳۱) موثر بوده است. محققان با استفاده از رویکرد شفقت ورزی توانستند شرم و خود انتقادی افراد دارای اختلالات پر خوری و اختلال خوردن را کاهش دهند (۳۲).

مهم‌ترین اهمیت و ضرورت انجام این تحقیق توجه به پیامدهای پزشکی و روان شناختی اختلال خوردن و کاهش آن است. بیماران دارای اختلال خوردن اغلب از درمان اجتناب می‌کنند و تمایلی به مشورت با پزشک در مورد مشکلات خود ندارند. مشخصه این اختلال دوره‌های مکرر اختلال خوردن است که به دنبال آن رفتارهای جبرانی مانند استفراغ ناشی از وادار کردن خود، سوء مصرف ملین ها، روزه‌داری طولانی مدت، ورزش بیش‌ازحد و استفاده از هرگونه داروی غیرمجاز برای کنترل وزن به‌طور نامناسب است (۳۳). بیماران دارای اختلال خوردن در معرض خطر ابتلا به عوارض پزشکی مختلفی هستند که بر تمام سیستم‌های بدن، به‌ویژه سیستم‌های کلیه و الکترولیت تأثیر می‌گذارد (۳۴). علاوه بر آن این افراد معمولاً به اختلالات خلقی و اضطرابی مبتلا هستند. این بیماران همیشه خودارزیابی منفی دارند و اهمیت نامناسبی برای وزن و تصویر بدن خود قائل هستند (۳۴). لذا، با توجه به پیامدهای پزشکی و روان شناختی این اختلال که می تواند منجر به خطر خودکشی نیز گردد، استفاده از مداخلات روان شناختی برای جلوگیری از پیامدهای این اختلال از اهمیت و ضرورت بالایی برخوردار است. مطالعه حاضر در صدد پاسخ بدین پرسش است که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی افراد مبتلا به اختلال خوردن موثر است یا خیر؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه به همراه پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال پرخوری دوره سنی هجده تا چهل ساله مراجعه کننده به کلینیک چاقی حکیم تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. تعداد این افراد ۷۰ نفر بود. از میان آن ها، ۳۰ نفر بر اساس ملاک های ورود و خروج شامل: رضایت آزمودنی به شرکت در پژوهش، داشتن توان ذهنی بهنجار، دارا بودن سواد، جنسیت مؤنث، داشتن سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال و دریافت نکردن مداخله های درمانی مشابه همزمان یا قبل از شروع جلسات بود، به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. قبل از شروع

(مداخله)، از شرکت کنندگان، پیش آزمون متغیرهای پریشانی روان شناختی و انزوای اجتماعی به عمل آمد. بعد از آن، به گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش مبتنی بر شفقت آموزش داده شد. گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. سپس، بلافاصله پس از پایان آخرین جلسه مداخله از گروه های آزمایش و گواه پس آزمون گرفته شد. پس از ۳۰ روز از اتمام دوره های آموزشی پیگیری به عمل آمد. در این پژوهش، تعداد نمونه آماری با استفاده از نرم افزار GPower بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۹۵ تعیین شد.

مقیاس پریشانی روان شناختی: نسخهٔ ۲۱ گویه‌ای (DASS-۲۱). در سال ۱۹۷۹ توسط لویندا طراحی شد. ضریب همسانی درونی برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ گزارش شد (۳۵). نمره‌گذاری این آزمون به‌صورت یک‌طرفه، در دامنه‌ای از ۰ «اصلاً» تا ۳ «خیلی زیاد» صورت می‌گیرد. گویه های مربوط به سنجش هر زیر مقیاس عبارتند از: اضطراب: ۱،۳،۱۰،۱۲،۱۴،۱۹،۲۰ افسردگی: ۲،۶،۸،۱۳،۱۵،۱۷،۲۱ استرس: ۴،۵،۷،۹،۱۱،۱۶،۱۸ (۳۶). ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۸۹/۰۷، ۲۳/۹، ۱/۲ و ضریب همسانی درونی برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۲/۹۷، ۰/۰، ۰/۹۵ بود. حداقل نمرات صفر و حداکثر نمرات ۲۱ می‌باشد. پایایی این پرسش نامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹؛ ۰/۷۷ و ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس انزوای اجتماعی (UCLA) (University of California Los Angelos Loneliness Scale): پرسشنامه احساس تنهایی توسط راسل و پیلوا و کورتونا در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل بیست سؤال چهارگزینه‌ای، ده جمله منفی و ده جمله مثبت است. در این پرسش‌نامه هرگز، امتیاز یک، به‌ندرت، امتیاز دو، گاهی، امتیاز سه و همیشه، امتیاز چهار را دارد و امتیاز سؤالات ۱،۵، ۶،۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹،۲۰ معکوس است؛ به این معنا که هرگز امتیاز چهار، به‌ندرت سه، گاهی دو و همیشه امتیاز یک را دارد. دامنه نمره‌ها بین بیست

جدول ۱– محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت بر اساس گیلبرت (۲۰۱۴)

جلسه	محتوا
۱	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.
۲	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی.
۳	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 خودتخریب‌گرایانه و شرم، آموزش همدردی و ارائه تکلیف خانگی.
۴	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان 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).
۵	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.
۶	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کالمی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی.
۷	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.
۸	آموزش و تمرین مهارت‌ها: مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده 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 به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

(حداقل) و هشتاد (حداکثر) بوده و نمره میانگین، پنجاه است. نمره بالاتر از میانگین، بیانگر شدت بیشتر احساس تنهایی است. پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدید نظر شده هفتاد و هشت صدم گزارش شد. پایایی آزمون نیز به روش بازآزمایی تو سط را سل، هشتاد و نه صدم گزارش شده است (۱۱). آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را گزارش نموده‌اند. پایایی این پرسش نامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد (جدول ۱).

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی همچون میانگین (انحراف معیار)، جدول توزیع فراوانی و آمار استنباطی تحلیل اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰ در صد) ۱۸ تا ۲۵ سال، ۷ نفر (۴۶/۶۷ در صد) ۲۶ تا ۳۳ سال و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) ۳۴ تا ۴۰ سال بودند و در گروه کنترل ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) ۱۸ تا ۲۵ سال، ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) ۲۶ تا ۳۳ سال و ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) ۳۴ تا ۴۰ سال بودند. علاوه بر این در نتایج آزمون خی دو و آزمون t مستقل به منظور بررسی همتا سازی گروه‌های آزمایش و کنترل انجام شد. سن تفاوت معناداری ندارد. بنابراین همتاسازی دو گروه

جدول ۲- نتایج آزمون نرمال بودن شاپیرو-ویلک

متغییر وابسته	مقدار آزمون	سطح معناداری
انزوای اجتماعی	۰/۹۸۲	۰/۴۹۹
پریشانی روان شناختی	۰/۹۳۲	۰/۱۲۲

جدول ۳- میانگین (انحراف معیار) نمرات متغیرهای انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی به تفکیک گروه آزمایش و گواه

متغییر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	P-Value
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
انزوای اجتماعی	درمان مبتنی بر شفقت	۶۴/۴۰ (۷/۳۱)	۶۲/۰۶ (۷/۲۰)	۶۲/۴۰ (۷/۱۸)	P <۰/۰۰۱
	گواه	۶۴/۴۶ (۸/۹۵)	۶۵/۳۳ (۸/۶۲)	۶۴/۳۳ (۸/۹۵)	P <۰/۰۰۱
پریشانی روان شناختی	درمان مبتنی بر شفقت	۴۹/۲۰ (۷/۸۲)	۴۶/۸۶ (۷/۷۹)	۴۷/۱۳ (۷/۹۷)	P <۰/۰۰۱
	گواه	۵۰/۲۶ (۸/۱۸)	۵۰/۰۶ (۸/۱۱)	۵۰/۳۳ (۸/۴۹)	P <۰/۰۰۱

جدول ۴- تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی در گروه های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان
انزوای اجتماعی	بین آزمودنی: گروه	۲۸۴۳/۹۴۳	۱	۲۸۴۳/۹۴۳	۲۶/۰۹۳	۰/۰۰۰	۰/۴۷۱	۱/۰۰۰
	خطا (گروه)	۳۹۲۸/۳۹۴	۱۳	۳۰۲/۱۸۴				
	درون آزمودنی: مراحل مداخله	۲۵۴۵/۹۴۳	۲	۱۲۷۲/۹۷۱	۸۸/۹۴۸	۰/۰۰۰	۰/۸۹۸	۱/۰۰۰
	گروه*مراحل مداخله	۲۴۹۹/۰۷۵	۲	۱۲۴۹/۵۳۷	۸۲/۸۷۷	۰/۰۰۰	۰/۸۱۱	۱/۰۰۰
	گروه*مراحل مداخله	۷۳۲/۹۴۴	۲۶	۲۸/۱۹۰				
پریشانی روان شناختی	بین آزمودنی: گروه	۱۱۱۱/۲۹۳	۱	۱۱۱۱/۲۹۳	۱۶/۲۷۱	۰/۰۰۰	۰/۳۲۲	۱/۰۰۰
	خطا (گروه)	۲۰۰۵/۵۲۵	۱۳	۱۵۴/۲۷۱				
	درون آزمودنی: مراحل مداخله	۸۹۴/۰۹۳	۲	۴۴۷/۵۴۶	۵۹/۱۹۳	۰/۰۰۰	۰/۶۱۰	۱/۰۰۰
	گروه*مراحل مداخله	۸۲۵/۷۲۴	۲	۴۱۲/۸۶۲	۵۴/۳۹۹	۰/۰۰۰	۰/۵۹۹	۱/۰۰۰
	گروه*مراحل مداخله	۲۶۶/۳۷۲	۲۶	۱۰/۲۴				

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی در گروه آزمایش

متغیر	مراحل	پس آزمون	پیگیری
انزوای اجتماعی	پیش آزمون	۱/۹۶*	۲/۰۴۴*
	پس آزمون	-	۰/۰۸۴
پریشانی روان شناختی	پیش آزمون	۱/۲۲*	۱/۳۴*
	پس آزمون	-	۰/۱۲

تأیید می‌گردد.

مطابق جدول ۲ در این پژوهش، سطوح احتمال (مقدار P) در کلیه متغیرهای تحقیق بیشتر از سطح خطا ۰/۰۵ می‌باشد. با توجه به مقدارP، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌گردد. در نتیجه، در آزمون فرضیات تحقیق از آزمون های پارامتریک استفاده شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، در گروه آزمایش، میانگین (انحراف معیار) انزوای اجتماعی از ۶۴/۴۰ (۷/۳۱) در پیش آزمون به ۶۲/۰۶ (۷/۲۰) پس آزمون و ۶۲/۴۰ (۷/۱۸) در مرحله پیگیری کاهش یافت (P < ۰/۰۰۱). همچنین در گروه آزمایش، میانگین (انحراف معیار) پریشانی روان شناختی از ۴۹/۲۰ (۷/۸۲) در پیش آزمون به ۴۶/۸۶ (۷/۷۹) در پس آزمون کاهش و از پس آزمون به ۴۷/۱۳ (۷/۹۷) در مرحله پیگیری افزایش یافت. (P < ۰/۰۰۱).

نتایج آزمون معناداری ازجمله اثر پیلایی (F=۰/۹۲۱، P≤۰/۰۰۱) و لامبدای ویلکز (F =۰/۷۹، P ≤۰/۰۰۱) بیانگر این هستند که گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یک متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت دارند و می‌توان از اندازه گیری مکرر برای مقایسه گروه‌ها در متغیرهای انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی استفاده کرد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین نتایج آزمون کرویت موخلی حاکی از عدم همسانی ماتریس کوواریانس میان گروه ها و عدم تحقق این مفروضه بود (p = ۰/۰۰۱). لذا، از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس گیزر استفاده شد.

نتایج جدول ۴ بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) معنادار و بین گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است. لذا، برای مقایسهٔ زوجی گروه ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

نتایج جدول ۵ در خصوص مقایسه در گروه تحت مداخله آموزشی نشان داد که بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری در انزوای اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد، یعنی نمرات از مرحله پیش آزمون به مرحله پیگیری کاهش یافته است (p<۰/۰۰۱). مقایسه‌ها در گروه تحت مداخله آموزشی نشان داد که بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری در کاهش پریشانی روان شناختی تفاوت معنادار وجود دارد. یعنی نمرات از مرحله پیش آزمون به مرحله پیگیری افزایش یافته است. در حالی که بین مرحله پس آزمون و پیگیری در کاهش پریشانی روان شناختی تفاوت وجود ندارد (p>۰/۰۰۱).

بحث

هدف این پژوهش اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی در زنان دارای اختلال خوردن بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش انزوای اجتماعی در زنان دارای اختلال خوردن در گروه تحت آموزش شد. این یافته با یافته های خوانسری و همکاران، خوانساری و همکاران، و طاهری و همکاران (۳۷-۳۹) هم سو بوده است. این یافته ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی و علائم اضطراب اجتماعی (۳۷ و ۳۸) و میزان نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی دانشجویان دارای کمال گرایی موثر بوده است (۳۹).

در تبیین این یافته می‌توان این گونه بیان نمود که درمان متمرکز بر شفقت به دنبال شفاف سازی اجزای اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاوتی است و در این روش درمانی بر آزادسازی افراد از تله‌های ذهنی مانند خود ارزیابی‌ها و برچسب زدن‌های آزاردهنده که با هیجانات دردناک همراه هستند، تاکید می‌شود و پس از سپری کردن جلسات درمانی، ارزیابی منفی از خود تغییر می‌یابد و شناخت‌ها تصحیح و ترس و اجتناب از خود کاهش می‌یابد که این علائم نشان از افزایش انعطاف پذیری شناختی دارد (۴۰). زمانی که افراد مبتلا به اختلال خوردن در جلسات درمان متمرکز بر شفقت قرار می‌گیرند و مهارت‌ها و تکنیک‌های این رویکرد درمانی را آموزش

می‌بینند، بعد از مدتی ساختار ذهنی آن ها مسلح به ذهن شفقت ورز می‌شود. در چنین شرایطی این افراد با منحرف کردن توجه خود از هیجان های منفی، مدت زمان برانگیختگی هیجان های خود را کنترل و تنظیم می کنند و تلاش می‌کنند معنای حالت‌های احساسی و ادراکی خود را تغییر دهند. در چنین حالتی احساسات و هیجانات آن‌ها، دردناک نیست و حالت اجتنابی ندارد و به نگاه بهتر و واقع بینانه تری نسبت به هیاجانات خود دست می‌یابند. در کل انزوای اجتماعی افراد مبتلا به اختلال خوردن کاهش پیدا خواهد کرد (۳۹).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش کاهش پریشانی روان شناختی در زنان دارای اختلال خوردن در گروه تحت آموزش شد. این یافته با یافته های (۴۱) (۴۲و۴۳) و (۹) همسو بوده است. این یافته ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس افراد مبتلا به پرخوری موثر است. به نظر می رسد یکی از مهم ترین دلایل پرخوری، اضطراب، نداشتن تصور از خود و عدم درک حمایت اجتماعی است که به نوبه خود باعث افسردگی و پرخوری می شود. بنابراین با آموزش شفقت به خود می توان تا حد زیادی از پرخوری این افراد جلوگیری کرد (۹). در تبیین این یافته می توان گفت که درمان شفقت بر هیجان منفی شرم، و همچنین تنظیم هیجانی ناکارامد، یعنی خودانتقادی تاکید دارد. در واقع کاهش احساس شرم و سرزنش خود بواسطه درمان شفت پریشانی روان شناختی را کاهش می دهد، چرا که یافته ها و ادبیات پژوهشی نیز خودسرزنشی را عاملی مرتبط و موثر در معضلات روان ـ شناختی گزارش می کنند. همچنین نگرش بدبینانه به خود یکی از مولفه های اساسی در رویکرد شناختی به افسردگی شناخته می شود. بنابرین 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 پیگیری نیز آن را تایید کرده است (۹).

محدودیت عمده این پژوهش مربوط به روایی بیرونی میباشد چرا که جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی زنان مبتلا به اختلال پرخوری شهر تهران بودند، لذا امکان تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت روبرو است. یکی دیگر از محدودیت های 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. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر یک پژوهش کمی است، پیشنهاد می شود در تحقیق های بعدی از یک پژوهش کیفی (نظریه زمینه‌های مبتنی بر مصاحبه نیمه ساخت یافته) براساس نظر مراجعان، کارشناسان و ادبیات قبلی استفاده شود. با توجه به یافته های این پژوهش و با توجه به کوتاه مدت بودن و در نتیجه مقرون به صرفه بودن درمان مبتنی بر شفقت و همچنین به دلیل سادگی و قابل فهم بودن مداخلات این رویکرد پیشنهاد می شود که متخصصان، روانشناسان، روانپزشکان و مشاوران در کار با افراد مبتلا به اختلال خوردن و خانواده‌های آن‌ها این درمان را به عنوان شیوهای نوین

و مؤثر و متفاوت جهت توانمند کردن این افراد در بهبود انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی مدنظر داشته باشند.

نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی و پریشانی روانی زنان مبتلا به اختلالات خوردن بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش انزوای اجتماعی و پریشانی روان شناختی زنان مبتلا به اختلالات خوردن در گروه آموزشی می‌شود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران از تمامی افرادی که مارا در به سرانجام رساندن این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می کنیم. این مقاله برگرفته از رساله دکترای روانشناسی نویسنده اول با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1399.154 صادر شده از کمیته اخلاق پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می باشد. و همچنین دارای کارآزمایی بالینی به کد IRCT20210407050888N1 می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر بر اساس اصول اخلاقی پژوهش مانند رضایت آگاهانه، محرمانه بودن اطلاعات برای شرکت کنندگان انجام شد. ضمنا با کد اخلاق به شماره IR.IAU.SARI.REC.1399.154 مصوب از کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می باشد.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر بخشی از پایان نامه دکتری نویسنده اول می باشد و نویسنده دوم و سوم به عنوان استاد راهنما و استاد مشاور می باشند. در این مقاله نویسنده اول ۴۰ درصد، نویسنده دوم ۴۰ درصد و نویسنده سوم ۲۰ درصد مشارکت داشته‌اند.

References

1. Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, Schmidt U, Zipfel S. Binge eating disorder. Nature reviews disease primers. 2022:17;8(1):16.
2. Bulik CM, Coleman JRI, Hardaway JA, Breithaupt L, Watson HJ, Bryant CD, et al. Genetics and neurobiology of eating disorders. Nature Neuroscience. 2022;25(5):543-54.
3. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, Touyz S, et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. Journal of Eating Disorders. 2023;11(1):8.
4. Wilksch SM. Toward a more comprehensive understanding and support of parents with a child experiencing an eating disorder. International Journal of Eating Disorders. 2023.
5. Ondrejková N, Halamová J. Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism. Health & social care in the community. 2022;30(5):1680-94.
6. Dolezal L. Shame anxiety, stigma and clinical encounters. Journal of evaluation in clinical practice. 2022;28(5):854-60.
7. Chen M, Chen CC, Schminke M. Feeling guilty and entitled: paradoxical consequences of unethical pro-organizational behavior. Journal of Business Ethics. 2023;183(3):865-83.
8. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2020;59(11):1218-39. e3.
9. kavousi L, Abbasi G, Mirzaian B. The effectiveness of Compassion- Focused Therapy on Psychological Distress, Self-Concept, and Social Support for People with Binge Eating Disorder. Journal of Nursing Education. 2021;9(3):50-62.
10. Cecchetto C, Aiello M, Gentili C, Ionta S, Osimo SA. Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress. Appetite. 2021;160:105122.
11. Abbasi G, Eslami S. The study of structural relationship between depression and pornography consumption with mediating loneliness. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2020;22(5):311-8.
12. Berg-Weger M, Morley JE. Loneliness and social isolation in older adults during the COVID-19 pandemic: Implications for gerontological social work. Springer; 2020. p. 456-8.
13. Fernández-Aranda F, Munguía L, Mestre-Bach

G, Steward T, Etxandi M, Baenas I, et al. COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity—A collaborative international study. European Eating Disorders Review. 2020;28(6):871-83.

14. J Devoe D, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. International Journal of Eating Disorders. 2023;56(1):5-25.

15. Momeñe J, Estévez A, Griffiths MD, Macía P, Herrero M, Olave L, et al. Eating Disorders and Intimate Partner Violence: The Influence of Fear of Loneliness and Social Withdrawal. Nutrients. 2022;14(13):2611.

16. Patel K, Robertson E, Kwong AS, Griffith GJ, Willan K, Green MJ, et al. Psychological distress before and during the COVID-19 pandemic among adults in the United Kingdom based on coordinated analyses of 11 longitudinal studies. JAMA Network open. 2022;5(4):e227629-e.

17. Kılıç A, Hudson J, McCracken LM, Ruparelia R, Fawson S, Hughes LD. A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. Behavior Therapy. 2021;52(3):607-25.

18. Wang Y, Kala MP, Jafar TH. Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. PloS one. 2020;15(12):e0244630.

19. Bemanian M, Mæland S, Blomhoff R, Rabben ÅK, Arnesen EK, Skogen JC, et al. Emotional eating in relation to worries and psychological distress amid the COVID-19 pandemic: a population-based survey on adults in Norway. International journal of environmental research and public health. 2021;18(1):130.

20. Ramalho SM, Trovisqueira A, de Lourdes M, Gonçalves S, Ribeiro I, Vaz AR, et al. The impact of COVID-19 lockdown on disordered eating behaviors: the mediation role of psychological distress. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2021:1-10.

21. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Griffiths MD, Su JA, Latner JD, et al. A prospective study on the link between weight-related self-stigma and binge eating: Role of food addiction and psychological distress. International Journal of Eating Disorders. 2020;53(3):442-50.

22. Linardon J, Susanto L, Tepper H, Fuller-Tyszkiewicz M. Self-compassion as a moderator of the relationships between shape and weight overvaluation and eating disorder psychopathology, psychosocial impairment, and psychological distress. Body Image. 2020;33:183-9.

23. Fairburn CG, Bailey-Straebler S, Basden S, Doll HA, Jones R, Murphy R, et al. A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. Behaviour Research and Therapy. 2015;70:64-71.

24. Juarascio AS, Manasse SM, Schumacher L, Espel H, Forman EM. Developing an Acceptance-Based Behavioral Treatment for Binge Eating Disorder: Rationale and Challenges. Cognitive and Behavioral Practice. 2017;24(1):1-13.

25. Tapper K, Shaw C, Ilsley J, Hill AJ, Bond FW, Moore L. Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. Appetite. 2009;52(2):396-404.

26. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. Frontiers in psychology. 2019;10:1099.

27. Bell T, Montague J, Elander J, Gilbert P. "A definite feel-it moment": Embodiment, externalisation and emotion during chair-work in compassion-focused therapy. Counselling and Psychotherapy Research. 2020;20(1):143-53.

28. Steffen PR, Foxx J, Cattani K, Alldredge C, Austin T, Burlingame GM. Impact of a 12-week group-based compassion focused therapy intervention on heart rate variability. Applied Psychophysiology and Biofeedback. 2021;46:61-8.

29. Noori Neyestanak A, Hobi MB, Bigdeli H. Comparing the Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy and Compassion-based Therapy on Social Isolation of Divorced Women. Islamic Life Journal. 2023;7:103-15.

30. 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;45:89-98.

31. Chan KKS, Lee JC-K, Yu EKW, Chan AW, Leung ANM, Cheung RY, et al. The impact of compassion from others and self-compassion on psychological distress, flourishing, and meaning in life among university students. Mindfulness. 2022;13(6):1490-8.

32. Mullen G, Dowling C, Doyle J, O'Reilly G. Experiences of compassion focused therapy in eating disorder recovery: A qualitative model. Counselling and Psychotherapy Research. 2020;20(2):248-62.

33. Haedt AA, Edler C, Heatherton TF, Keel PK. Importance of multiple purging methods in the classification of eating disorder subtypes. International Journal of Eating Disorders. 2006;39(8):648-54.

34. Mohajan D, Mohajan HK. Body Mass Index

(BMI) is a Popular Anthropometric Tool to Measure Obesity among Adults. Journal of Innovations in Medical Research. 2023;2(4):25-33.

35. Eyni S, Hosseini SA, Ebadi M. Comparison of psychological distress, mindfulness and academic self-efficacy in gifted and normal students. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ). 2022;10(11):1-14.

36. Narimani M, Hasanzadeh S, Abolghasemi A. The effectiveness of stress inoculation training in decreasing stress, anxiety and depression of pre-university girl students. Journal of School Psychology. 2012;1(3):101-17.

37. Khavansari Razveh PaS, Ilnaz and Sajjadian, Noushin Al-Sadat. the effectiveness of compassion therapy on social isolation and social symptoms in female students of the first secondary school. the second national conference of modern researches in psychology and behavioral sciences; Iran: Faizul Islam Institute of Higher Education; 2022. p. 12.

38. Khansari P, Sajjadian, E,. Sajjadian, N. The effectiveness of compassion therapy on social isolation and social symptoms in female students of the first secondary school. The second national conference of new researches in psychology and behavioral sciences; Esfahan, Iran: Civilica; 2023.

39. Taheri L, . Mushtaqhi, S. The effectiveness of self-compassion training on mental rumination and social isolation of perfectionist female students of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. Iran's second national psychotherapy conference: Civilica; 2023.

40. Vidal J, Soldevilla JM. Effect of compassion-focused therapy on self-criticism and self-soothing: A meta-analysis. British Journal of Clinical Psychology. 2023;62(1):70-81.

41. Khalatbari A, Ghorbanshiroudi S, Zarbakhsh M, Tizdast T. Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Treatment based on Acceptance and Commitment to Craving, Quality of Life and Psychological Distress in Patients with Type 2 Diabetes. Health Psychology. 2021;9(36):7-24.

42. Mousavi SM, Khajevand Khoshli A, Asadi J, Abdollahzadeh H. Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus. Journal of Psychological Science. 2021;20(99):453-60.

43. 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):505-13.