مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۹، شماره ۲، اردیبهشت ۱۴۰۱
http://rjms.iums.ac.ir
مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری در دختران دارای نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری در شهر تهران

مهشید طهماسبی : کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر وابسته به جهاد دانشگاهی، یزد، ایران، (* نویسنده مسئول)
mahshid.tahmasebi79@gmail.com
پروانه محمد خانی : گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر وابسته به جهاد دانشگاهی، یزد، ایران.
مهدیه عزیزی : گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر وابسته به جهاد دانشگاهی، یزد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تاکنون پژوهشی که به طور عینی اثربخشی درمان شفقت بر نشانه های اختلال بد ریخت انگاری در دختران را مورد بررسی و تایید قرار داده شده باشد، صورت نگرفته است. لذا پژوهش حاضر بدنبال اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری در دختران دارای نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود.

روش کار: این تحقیق به لحاظ هدف کاربردی و از نوع شبه آزمایشی (طرح دو گروهی با پیش آزمون و پس آزمون) بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دختران دارای اختلال بدریخت انگاری تشکیل دادند که در سال ۱۴۰۱ به مراکزی مانند کلینیک‌های مشاوره و جراحی زیبایی و همچنین بیمارستان‌های روانی در سطح شهر تهران مراجعه نموده بودند. نمونه پژوهش ۴۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفت (هرگروه ۲۰ نفر). گروه آزمایش به مدت ده جلسه دو ساعته، درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کردند اما گروه کنترل، تا پایان طرح هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار این پژوهش پرسشنامه بدریخت انگاری بدن استوزین و همکاان (۲۰۰۷) بوده است. از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که از نظر اختلال بد ریخت انگاری تفاوت معنی‌داری بین گروه درمان مبتنی بر شفقت و کنترل وجود داشت و ۴۳ درصد از تفاوت اختلال بدریخت انگاری به وسیله درمان مبتنی بر شفقت قابل تبیین است.

نتیجه‌گیری: در این پژوهش درمان متمرکز بر شفقت موجب بهبود بدریخت انگاری گردید لذا پیشنهاد می‌شود که مشاوران و مراکز روان درمانی از رویکرد شفقت درمانی جهت بهبود این اختلال در افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها
درمان مبتنی بر شفقت،
اختلال بد ریخت انگاری،
دختران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۴
تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۰۲/۱۰

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

شیوه استناد به این مقاله:
Tahmasebi M, Mohammad Khani P, Azizi M. The Effectiveness of Compassion-Based Treatment on Dysmorphic Disorder Symptoms in Girls with Dysmorphic Disorder Symptoms in Tehran. Razi J Med Sci. 2022;29(2): 148-156.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

Razi Journal of Medical Sciences. 2022;29(2):148-156. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

The Effectiveness of Compassion-Based Treatment on Dysmorphic Disorder Symptoms in Girls with Dysmorphic Disorder Symptoms in Tehran

Mahshid Tahmasebi : Master's degree in clinical psychology, Department of Psychology, University of Science and Art affiliated to Academic Jahad, Yazd, Iran. (* Corresponding author) mahshid.tahmasebi79@gmail.com
Parvaneh Mohammad Khani: Department of Psychology, University of Science and Art affiliated to Academic Jahad, Yazd, Iran.
Mahdia Azizi : Department of Psychology, University of Science and Art affiliated to Academic Jahad, Yazd, Iran

Abstract

Background & Aims: Most sufferers have limited control over their thoughts (unless they have successful treatment). The importance of intervention measures in improving people's conditions is not hidden from anyone, and one of these measures is the use of newer and third-wave treatments such as self-compassion, which includes the expansion of affection, love, and understanding of the individual's pains and sufferings. Self-compassion allows a person to respond to his troubles correctly and warmly instead of wallowing in self-criticism and self-pity. The goal of compassion therapy is to facilitate emotional change to care more and support oneself, which weakens self-attack, increases self-acceptance instead of avoidance, and reduces emotional turmoil. Therefore, the person who sleeps can relieve and control himself more. Self-compassionate people experience less pain and defects than others and have a supportive view of themselves, which reduces depression and anxiety and increases their satisfaction with life. Admitting that all humans are flawed, make mistakes, and engage in unhealthy behaviors is a characteristic of human commonality. While experiencing suffering and facing life's challenges, people may unconsciously evaluate themselves negatively, instead of watching themselves with awareness and looking at their experience from a higher perspective, which causes them to have a holistic view and realism. Self-compassion includes awareness and recognition of the fact that pain and suffering are a natural part of the human condition since the lack of familiarity with how to deal with one's problems can lead to emotional dysfunction and negative effects on the individual and social situation. Be him But until now, there has been no research that has objectively investigated and confirmed the effectiveness of compassion therapy on the symptoms of dysmorphic disorder in girls, so the researchers in this research have tried to answer the question whether the therapy based on Is compassion effective on the symptoms of dyslexia in girls?
Methods: The current study is a descriptive quasi-experimental type (two-group design with pre-test and post-test) according to the practical purpose and according to the method of data collection. The statistical population includes all the people who were referred to centers such as counseling and cosmetic surgery clinics as well as mental hospitals in Tehran city with a diagnosis of (impulsive disorder) in 1401. The research sample of 40 people was selected by the available sampling method and randomly divided into two experimental groups and a control group (20 people in each group). The criteria for entering the intervention included the following: a low score in the self-esteem questionnaire, their average score obtained from the body

Keywords
Compassion-Based Therapy, Malformation Disorder, Girls

Received: 05/03/2022
Published: 30/04/2022

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

disfigurement questionnaire by one standard deviation above the average, single girls, having a diploma or higher and not receiving psychotherapy interventions during the study The criteria for withdrawing from the intervention included the following: having underlying diseases, reporting a history of psychosis and other serious mental disorders, as well as drug use, taking psychiatric drugs, and a history of hospitalization in psychiatric hospitals. The body was established by Stozin et al. (2007) and normalized by Rabiei et al. (2010). The validity of this four-factor questionnaire (metacognitive control strategies consisting of 14 items, thought-action coalition or intermingling of thoughts consisting of 8 items, positive and negative metacognitive beliefs consisting of 5 items and safety behaviors consisting of 4 items) using construct validity and The reliability of this questionnaire has been checked and confirmed using the internal consistency method, and Cronbach's alpha value is 0.94. The content of group counseling sessions was adjusted according to the treatment plan of Gilbert (2014) based on compassion-focused therapy. For data analysis, descriptive and inferential statistical methods were used and data analysis was done using SPSS-23 software. Multivariate analysis of the covariance test was used to analyze the hypotheses. To describe the variables of the research, the central indices and dispersion of the average and standard deviation were used.

Results: The results showed that in terms of malformation disorder, there was a significant difference between the compassion-based treatment group and the control group, and 43% of the difference in malformation disorder can be explained by compassion-based treatment.

Conclusion: In this research, the treatment focused on compassion led to the improvement of delusional disorder, so it is suggested that counselors and psychotherapy centers use the approach of compassion therapy to improve this disorder in people with delusional disorder. In explaining this hypothesis, it can be said that people with body deformity disorder; experience low self-esteem, shame, and guilt because they blame themselves for their ugliness and deterioration of their appearance, and on the other hand, sadness and depression are common in those affected people, and they often isolate themselves from others. These people feel worthless and reach the point where they can no longer bear the pain caused by the deformity and feel extremely hopeless. These affected people spend a lot of time on the problem and controlling the thoughts related to the deformity. Many of these people try to deal with the intrusive thoughts by focusing on other things. But the mental preoccupation of some of these people is so strong that they are unable to pay attention to other matters and turn away from disturbing thoughts. Most sufferers have limited control over their thoughts (unless they have successful treatment). Most of the patients with body deformity disorder are repeatedly preoccupied with thoughts related to the ugliness of their appearance, and along with these thoughts, they feel shame, self-blame, and anger.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Tahmasebi M, Mohammad Khani P, Azizi M. The Effectiveness of Compassion-Based Treatment on Dysmorphic Disorder Symptoms in Girls with Dysmorphic Disorder Symptoms in Tehran. Razi J Med Sci. 2022;29(2): 148-156.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن ممکن است آنقدر عمیقاً احساس ناقص بودن و کمبود کنند که بخواهند آن نقص را به هر صورتی که هست از بین ببرند (۱) و باعث می‌شود بسیاری از این افراد برای تغییر وضعیت ظاهری خود اقدام کنند. این تغییرات می‌تواند سلامتی آن‌ها را تهدید کند (۲). این رفتارها برای مخفی کردن یا بهبود نقص‌های ساختگی و یا برای احساس اطمینان از اینکه زشت نیستند انجام می‌شود. این رفتارها گاهی اوقات برای جستجوی ایمنی به خاطر اجتناب یا گریز از احساسات ناخوشایند یا جلوگیری از اتفاقات ترسناک مانند مسخره شدن به وسیله دیگران انجام می‌شوند. این گونه فعالیت‌ها معمولاً به رنج فرد می‌افزایند. بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن زمان زیادی را صرف رفتارهای وسواسی می‌کنند و مقاومت و کنترل آن رفتارها خیلی سخت می‌باشد (۳). یک پریشانی دیگر افراد مبتلا این می‌باشد که معتقدند دیگران آن‌ها را زیر نظر دارند و حتی فکر می‌کنند به خاطر ظاهرشان مورد تمسخر دیگران قرار می‌گیرند. مثلا اگر یک فردی به طرف آن‌ها اشاره کند فکر می‌کنند حتما آن‌ها ترسناک و منفور به نظر می‌رسند. افراد مبتلا معمولا فکر می‌کنند دیگران می‌توانند نقص آن‌ها را ببینند (۴). در حدود ۶۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال بد شکلی بدن در مطالعه‌ای این چنین تجربه‌ای را داشتند، آن‌ها فکر می‌کردند که زیر نظر هستند و دیگران در مورد آن‌ها صحبت می‌کنند و به ظاهر آن‌ها می‌خندند. گاهی حتی فکر می‌کنند که افراد حتی با فاصله خیلی زیاد هم نقص‌های آن‌ها را می‌بینند. افراد مبتلا معمولا"تبیین‌های دیگری را قایل نیستند و فکر می‌کنند که افراد دیگر فقط به زشتی ظاهر آن‌ها توجه دارند. گاهی آن‌ها در تفسیرهای خود انعطاف ناپذیر می‌شوند مثلا اگر فردی به آن‌ها نگاه کند ممکن است فکر کنند که آن فرد به نقص آن‌ها خیره شده است و اگر به آن‌ها نگاه نکند ممکن است این گونه تفسیر کنند که حتی ارزش نگاه کردن هم ندارند و ممکن است به این نتیجه برسند که طرد شده و بی‌ارزش هستند (۵).

یک دلیل برای اشتغال ذهنی در مورد نقص دریافتی این می‌باشد که افراد مبتلا زمان زیادی را صرف مشکل و کنترل افکار مربوط به بدشکلی می‌کنند. تعداد زیادی از این افراد سعی می‌کنند با تمرکز بر چیزهای دیگر با افکار مزاحم مقابله کنند. اما اشتغال ذهنی تعدادی از این افراد به قدری قوی است که توان توجه به امور دیگر و برگشت از افکار مزاحم را ندارند (۶).

اکثر افراد مبتلا در کنترل بر روی افکار خود محدودیت دارند (مگر اینکه آن‌ها درمان موفقیت آمیزی داشته باشند). بیشتر مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن به طور تکرار شونده با افکار مربوط به زشتی ظاهر، اشتغال ذهنی داشته و به همراه این افکار احساس شرمندگی، سرزنش خود و عصبانیت می‌کنند (۷). محتوای بعضی از وسواس‌ها این است که دیگران در مورد آن صحبت می‌کنند و زیر نظر هستند. با وجود اینکه افراد مبتلا سعی می‌کنند که به روش‌های مختلف از دست این افکار خلاص شوند ولی اکثرا ناموفق هستند و حتی گاهی اوقات این افکار زیادتر می‌شوند (۸). عزت نفس پایین این افراد و افسردگی شدید در این افراد ضرورت مداخلات روانشناختی را برای این گروه مشخص می‌کند. اهمیت اقدامات مداخله‌گرانه بر کسی در بهبود شرایط افراد پوشیده نیست و یکی از این اقدامات استفاده از درمان های موج سوم و جدیدتری مانند شفقت نسبت به خود است که شامل گسترش و بسط محبت، عشق و درک فرد نسبت به درد و رنج‌های خودش است شفقت نسبت به خود این اجازه را به فرد می‌دهد که به جای اتلال خود انتقادی و خود ترحمی به پریشانی‌های خود به نحو صحیح و به گرمی واکنش نشان دهد (۹). هدف از شفقت درمانی تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت ازخود است که حمله به خود را تضعیف کرده، پذیرش خود به جای اجتناب را بیشتر و آشفتگی عاطفی را کاهش می‌دهد. بنابراین فرد راقادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین داده و کنترل کند (۱۰). افراد خود شفقت‌ورز درد و نقص کمتری را نسبت به سایرین تجربه می‌کنند و دیدگاه حمایت گرا یلنه نسبت به خود دارند که باعث کمتر شدن احساس افسردگی و اضطراب و افزایش رضایت آنها از زندگی می‌شود (۱۱). اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه اشتراکات انسانی است. افراد درحین تجربه رنج و هنگام مقابله با چالش های زندگی ممکن است به جای آنکه با

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

هوشیاری به تماشای خود بنشینند و از چشم انداز بالاتری به تجربه خویش بنگرند که سبب جامع بینی و واقع بینی آنها شود، خود را بطور ناهشیار مورد ارزیابی منفی قرار دهند (۱۲). شفقت به خود شامل آگاهی و بازشناسی از این مسئله است که درد و رنج بخش طبیعی از وضعیت بشر است از آنجایی که عدم آشنایی بشر با چگونگی برخورد با مسائل ورنج های خود می‌تواند منجر به بدکارکردی هیجانی و تاثیرات منفی بر وضعیت فردی و اجتماعی وی باشد (۹). ولی تاکنون پژوهشی که به طور عینی اثربخشی درمان شفقت بر نشانه های اختلال بد ریخت انگاری در دختران را مورد بررسی و تایید قرار داده شده باشد، صورت نگرفته است لذا پژوهشگران در این پژوهش درصدد پاسخ به این سوال برآمده‌اند که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری در دختران اثربخش است؟

روش کار

پژوهش حاضر با توجه به هدف کاربردی و با توجه به نحوه گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع شبه آزمایشی (طرح دو گروهی با پیش آزمون و پس آزمون) است. جامعه آماری شامل تمامی افرادی که به مراکزی مانند کلینیک های مشاوره و جراحی زیبایی و همچنین بیمارستان‌های روانی در سطح شهر تهران با تشخیص (اختلال بدریخت انگاری) در سال ۱۴۰۱ مراجعه می‌کنند می‌باشند. نمونه پژوهش ۴۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفت (هرگروه ۲۰ نفر).

ملاک‌های ورود به مداخله شامل موارد زیر بود: نمره پایین در پرسشنامه عزت نفس، میانگین نمره اخذ شده آنها از پرسشنامه بدریخت‌انگاری بدن به میزان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین، دختران مجرد، داشتن مدرک تحصیلی دیپلم به بالا و عدم دریافت مداخلات روان‌درمانی در زمان مطالعه. ملاک‌های خروج از مداخله نیز شامل موارد زیر بود: دارا بودن بیماری‌های زمینه‌ای، گزارش از سابقه ابتلا به سایکوز و سایر اختلالات روانی جدی و همچنین مصرف مواد، مصرف داروهای روان‌پزشکی و سابقه بستری در بیمارستانهای روان‌پزشکی

ابزار پژوهش شامل موارد زیر بود: پرسشنامه بدریخت انگاری بدن که توسط استوزین و همکاران (۲۰۰۷) و هنجاریابی شده توسط ربیعی و همکاران (۱۳۹۰). روایی این پرسشنامه چهار عاملی (راهبردهای کنترل فراشناختی مشتمل بر ۱۴ گویه، ائتلاف فکر – عمل یا درهم آمیختگی افکار مشتمل بر ۸ گویه، باورهای مثبت و منفی فراشناختی مشتمل بر ۵ گویه و رفتارهای ایمنی مشتمل بر ۴ گویه) با استفاده از روایی سازه و پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی مورد بررسی و تایید قرار گرفته است و مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹۴ بدست آمده است.

محتوای جلسات مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر اساس طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۴) تنظیم گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 انجام شد. برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای توصیف متغیرهای پژوهش از شاخصهای مرکزی و پراکندگی میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در گروه درمان شفقت و کنترل، قبل و بعد از مداخله را نشان می‌دهد. مقایسه میانگین متغیرها در گروه درمان شفقت در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون نشان از تغییرات محسوس میانگین این متغیرها بعد از مداخله انجام شده دارد.

یافته‌ها در جدول شماره ۳ حاکی از آن است که از نظر اختلال بدریخت‌انگاری تفاوت معنی‌داری بین گروه درمان شفقت و کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۴۳ درصد از این تفاوت به‌وسیله درمان شفقت قابل تبیین است ($F_{(۱ و ۳۷)}$=۲۸/۱۹۱ ،p<۰/۰۵). همچنین نتایج نشان داد میزان اختلال بدریخت‌انگاری

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۱- خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر شفقت

جلسه	عنوان جلسه	محتوا
اول	مفهوم سازی شفقت	اجرای پیش آزمون، آشنایی اولیه اعضاء و درمانگر با یکدیگر و ایجاد رابطه درمانی، بیان قوانین جلسات، بیان انتظارات اعضاء از جلسات آموزشی-درمانی، مفهوم سازی شفقت، توضیح کلی و اولیه در رابطه با درمان شفقت، تعریف شفقت و ذهن شفیق، ویژگی‌ها و مهارت‌های ذهن شفیق، اشاره به مفهوم رنج به عنوان حس اشتراک در انسانیت، تعریف مفهوم خودشفقت ورزی بدنی، تعریف نامهربانی و معرفی سه دشمن شفقت شامل: کمالگرایی، شرم، خودسرزنشگری، تمایز بین تقصیر تو نیست و مسئولیت پذیری، تکلیف: توجه به رنج‌های خود و دیگران و تفاوت سبک برخوردشان با خود و با افراد مهم زندگی‌شان در شرایط دشوار
دوم	مصاحبه ذهن شفقت آمیز	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه جلسه قبل، اجرای تکنیک تنفس ریتمیک، مصاحبه ذهن شفقت آمیز، معرفی ۶ ویژگی ذهن شفیق شامل: حساسیت به رنج، همدردی، همدلی، غیرقضاوتی بودن، تحمل پریشانی، انگیزه مراقبت از بهزیستی، معرفی ۶ مهارت ذهن شفیق شامل: تفکر و استدلال مشفقانه، توجه مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه، تجربه حسی مشفقانه، احساس مشفقانه، رفتار مشفقانه، تعریف فرد مشفق و خصوصیاتش شامل: خردمندی- شجاعت- مسئولیت پذیری- گرمی، ارائه انواع شفقت شامل: ۱ -شفقت خودمان با خودمان ۲ -شفقت ما با دیگران ۳- گرفتن شفقت از دیگران، تکلیف: توجه و تمرکز بر بروی مصداق‌هایی از ۶ ویژگی و ۶ مهارت ذهن مشفق در زمان تجربه رنج
سوم	توضیح و تبیین مدل مغز تکامل یافته	توضیح و تبیین مدل مغز تکامل یافته شامل: معرفی مغز قدیم و کارکردهای آن، معرفی مغز جدید و کارکردهای آن، معرفی مغز آگاه به عنوان هدف درمان شفقت، توضیح چرخه مغز قدیم و جدید، توضیح استعاره فیزیوتراپی مغز، تکلیف: توجه به چرخه مغز قدیم و جدید و گیر افتادن در این چرخه در موقعیت‌های مختلف زندگی
چهارم	معرفی سه سیستم تنظیم هیجان	معرفی سه سیستم تنظیم هیجان شامل: دفاع- انگیزش- امنیت، توضیح کارکرد و ویژگی‌های آن، توضیح قدرت تصویر سازی و اثرات آن روی مغز، معرفی و توضیح مثلث نامهربانی با خود تکلیف: بررسی این موضوع که در هنگام تجربه رنج کدام یک از سه سیستم تنظیم هیجان فعال می‌شود، دیدن مثلث نامهربانی با خود در طول هفته
پنجم	معرفی انواع خود و توضیح استدلال شفقت آمیز	معرفی انواع خود (هیجان) به همراه شناسایی ۶ مولفه هر یک از خودها شامل: توجه- استدلال و تفکر- انگیزش- رفتار- تصور و خیالپردازی- تجربه هیجانی، معرفی ذهن آگاهی، توضیح استدلال شفقت آمیز، تکلیف: شناسایی انواع خود در موقعیت‌های مختلف با در نظر گرفتن ۶ مولفه آن
ششم	توجه مشفقانه به انواع خودها و توضیح احساس شفقت آمیز	توجه مشفقانه به انواع خودها، کاوش ذهن آگاهانه- معرفی مفهوم رقص توجه در خودمشفق، ذهن آگاهی تنفس و خود مشفق، معرفی مفهوم لنگرگاه تنفس عمیق، توضیح احساس مشفقانه، تکلیف: دیدن انواع خودها با کاوش ذهن آگاهانه، ایجاد یک جایگاه برای خود مشفق با تنفس عمیق مشفقانه و ذهن آگاهانه
هفتم	خود سرزنشگری و گفتگوی سقراطی و توضیح رفتار شفقت آمیز	خود سرزنشگری و گفتگوی سقراطی- توضیح استعاره دو معلم، توضیح رفتار شفقت آمیز، تکلیف: ایجاد جایگاه خود مشفق با تمرکز بر رفتار شفقت آمیز نسبت به خود و دیگران، تمرین گسترش خود مشفق در عمل
هشتم	گسترش شفقت به خود آسیب پذیر و توضیح تجربه حسی مشفقانه	گسترش شفقت به خود آسیب پذیر با انجام تمرین دو صندلی، آموزش تجربه حسی مشفقانه تکلیف: انجام تمرین دو صندلی در منزل برای گسترش شفقت به خود آسیب پذیر، استفاده از تجربه حسی مشفقانه هنگام مواجهه با با رنج در موقعیت‌های مختلف زندگی
نهم	آموزش تصویر سازی مشفقانه	آموزش تصویرسازی مشفقانه شامل تصویر سازی مکان امن و تجسم مشفقانه ایده‌آل؛ تکلیف: استفاده از تصویر سازی مشفقانه هنگام مواجهه با تجربه رنج در موقعیت‌های مختلف زندگی
دهم	نوشتن نامه مشفقانه به خود و جمع بندی جلسات	نوشتن نامه مشفقانه به خود شامل سه نوع نامه: نامه خود مشفق به خود با توجه به ۶ ویژگی خود مشفق- نامه خود مشفق به خود آسیب‌پذیر، نامه خود آسیب پذیر به خود مشفق و درخواست خواسته‌هایش از خود مشفق، مرور و جمع بندی جلسات قبل، آمادگی برای خاتمه جلسات، اجرای پس آزمون، تشکر و قدر دانی از اعضا برای شرکت در جلسات درمانی

در گروه درمان شـــفقت (۹۳/۳۵) به‌صـــورت معناداری کمتر از گروه کنترل (۱۰۶/۰۵) بود (p<۰/۰۵). نمودار ۱ نیز نشان‌دهنده تغییرات نمرات اختلال بدریخت‌انگاری در گروه درمان شـــفقت و کنترل، قبل و بعد از اجرای

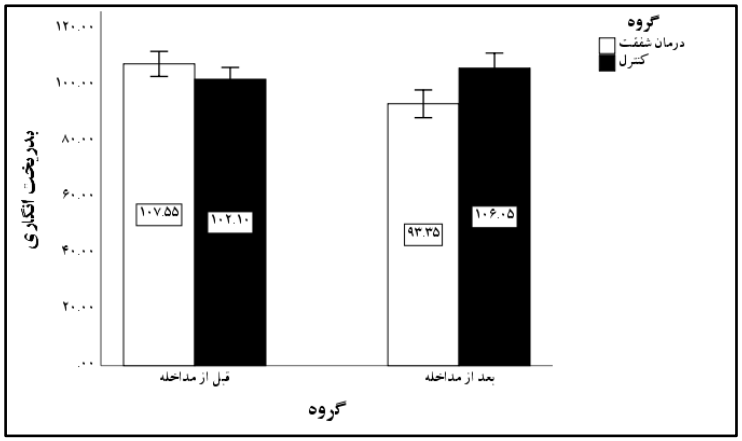
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۲- ویژگی‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش در گروه درمان شفقت و کنترل

متغیر	درمان شفقت				کنترل			
	قبل از مداخله		بعد از مداخله		قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اختلال بدریخت انگاری	۱۰۷/۵۵	۹/۵۴	۹۳/۳۵	۱۰/۵۶	۱۰۲/۱۰	۹/۰۱	۱۰۶/۰۵	۱۱/۴۷

جدول ۳- تحلیل کوواریانس تأثیر درمان شفقت بر اختلال بدریخت‌انگاری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P مقدار	اندازه اثر
گروه‌بندی	۲۴۳۴/۴۵۵	۱	۲۴۳۴/۴۵۵	۲۸/۱۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳۲
خطا	۳۱۹۵/۱۶۴	۳۷	۸۶/۳۵۶	–	–	–
کل	۶۲۳۲/۴۰۰	۳۹	–	–	–	–



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمرات اختلال بدریخت‌انگاری در دو گروه قبل و بعد از مداخله درمان شفقت

مداخله است.

بحث

داده‌های آماری بیانگر این است که از نظر اختلال بدریخت انگاری تفاوت معنی‌داری بین گروه درمان شفقت و کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۴۳ درصد از این تفاوت به وسیله درمان شفقت قابل تبیین است. این نتیجه همسو با نتایج تحقیقات بوراسا (Bourassa) و همکاران (۲۰۱۹) (۱۳) و اوسلر (Osler) و همکاران (۲۰۰۸) (۱۴) نتایج یکسانی داشته است. در توضیح این فرضیه، می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن؛ عزت نفس پایین، احساس شرمندگی و احساس گناه را تجربه می‌کنند زیرا خودشان را به خاطر زشتی و خرابی ظاهرشان سرزنش می‌کنند و از طرفی غمگینی و افسردگی در افراد مبتلا شایع است و اغلب خودشان را از دیگران منزوی می‌کنند. این افراد احساس بی‌ارزشی می‌کنند و به جایی می‌رسند که دیگر تحمل رنج ناشی از بدشکلی را ندارند و احساس ناامیدی شدید دارند این افراد مبتلا زمان زیادی را صرف مشکل و کنترل افکار مربوط به بدشکلی می‌کنند (۱۴). تعداد زیادی از این افراد سعی می‌کنند با تمرکز بر چیزهای دیگر با افکار مزاحم مقابله کنند. اما اشتغال ذهنی تعدادی از این افراد به قدری قوی است که توان توجه به امور دیگر و برگشت از افکار مزاحم را ندارند. اکثر افراد مبتلا در کنترل بر روی افکار خود محدودیت دارند (مگر اینکه آن‌ها درمان موفقیت آمیزی داشته باشند). بیشتر مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن به طور تکرار شونده با افکار مربوط به زشتی ظاهر اشتغال ذهنی داشته و به همراه این افکار احساس شرمندگی، سرزنش خود و عصبانیت می‌کنند. محتوای بعضی از وسواس‌ها

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

این است که دیگران در مورد آن صحبت می‌کنند و زیر نظر هستند. با وجود اینکه افراد مبتلا سعی می‌کنند که به روش‌های مختلف از دست این افکار خلاص شوند ولی اکثرا ناموفق هستند و حتی گاهی اوقات این افکار زیادتر می‌شوند (۱۳). درمان مبتنی بر شفقت، رویکردی برای کمک به مشکلات هیجانی و تمایلات مربوط به خود تخریبی است. درمان مبتنی بر شفقت با تمرین های ویژه، تفکر، تجسم و تمرکز بر آنچه که به شیوه‌ای غیرقضاوتی به فرد امکان مهربانی به خود می‌دهد، دلسوزی و شفقت به خود را افزایش می‌دهد. این رویکرد، شخص را آموزش می‌دهد تا با آرامش دهی و مهربانی به خود، احساس شرمساری و پریشانی و خود سرزنش گری را از خود دور سازد. هم اکنون شرم و خجالت عواملی تاثیرگذار بر آسیب پذیری روان و جزئی مهم از مشکلات روانی و تمایلات پرخاشگرانه تلقی می‌شود. این مشکل همچنین سرنخی از درد و رنج فرد و شکل های اجتنایی نظیر انکار، اختلال تجزیه هویت و مشکلاتی برای جستجوی کمک تلقی می‌گردد (۹). اثربخشی درمان مبتنی برشفقت در این پژوهش در مقاومت و بهبود نارضایتی از بدن سودمند است چرا که به عنوان نوعی راهبرد تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند که خود را با وجود معایبی که در بدن خود در مقایسه با بدن ایده‌آلی که متصور هستند بپذیرند. هر یک از مولفه‌های خودشفقت ورزی از روش‌های متنوعی بر نارضایتی بدن تاثیر می‌گزارد. مهربانی با خود به افراد کمک می‌کند که با وجود قضاوت‌هایی که به خاطر معایب و کاستی‌های بدنشان از خودشان می‌کنند هنوز نسبت به خود مهربان باشند. احساسات مشترک انسانی مانع نارضایتی از بدن می‌شود چرا که به زنان این اجازه را می‌دهد که ظاهر و بدن خودشان را در مقایسه با همه زنان ببینند و دریابند که واقعیت این است که بسیاری مانند آن‌ها هستند و نگرانی های مشابهی را تجربه می‌کنند. ذهن آگاهی در بهبود و اصلاح تصویر بدن تحریف شده موثر است زیرا به زنان کمک می‌کند که با افکار و هیجانات دردآور مقابله کنند و مانع نشخوار کردن نارضایتی از قسمتی از بدنشان که دوست ندارند می‌شود. افرادی که خودشفقت ورزی بالایی دارند اشتغال ذهنی مرتبط با بدن کمتری گزارش کرده‌اند (۱۴).

References

1. Ma J, Batterham PJ, Calear AL, Han J. A systematic review of the predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior. Clin Psychol Rev. 2016;46:34-45.
2. Phillip A, Pellechi A, DeSilva R, Semler K, Makani R. A Plausible Explanation of Increased Suicidal Behaviors Among Transgender Youth Based on the Interpersonal Theory of Suicide (IPTS): Case Series and Literature Review. J Psychiatr Pract. 2022;28(1):3-13.
3. Levi-Belz Y, Ben-Yaish T. Prolonged Grief Symptoms among Suicide-Loss Survivors: The Contribution of Intrapersonal and Interpersonal Characteristics. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(17):10545.
4. Janke KK, Nelson MH, Bzowyckyj AS, Fuentes DG, Rosenberg E, DiCenzo R. Deliberate Integration of Student Leadership Development in Doctor of Pharmacy Programs. Am J Pharm Educ. 2016;80(1):2.
5. Afeli SA. Academic accommodation strategies for pharmacy students with learning disabilities: What else can be done? Curr Pharm Teach Learn. 2019;11(8):751-756.
6. Min J, Yorgason JB, Fast J, Chudyk A. The Impact of Spouse's Illness on Depressive Symptoms: The Roles of Spousal Caregiving and Marital Satisfaction. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2020;75(7):1548-1557.
7. Hayat AA, Kojuri J, Amini M. Academic procrastination of medical students: The role of Internet addiction. J Adv Med Educ Prof. 2020;8(2):83.
8. Umphrey LR, Sherblom JC, Swiatkowski P. Relationship of Self-Compassion, Hope, and Emotional Control to Perceived Burdensomeness, Thwarted Belongingness, and Suicidal Ideation. Crisis. 2021;42(2):121-127.
9. Boerner K, Jopp DS, Carr D, Sosinsky L, Kim SK. "His" and "her" marriage? The role of positive and negative marital characteristics in global marital satisfaction among older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2014;69(4):579-89.
10. Osler M, McGue M, Lund R, Christensen K. Marital status and twins' health and behavior: an analysis of middle-aged Danish twins. Psychosom Med. 2008;70(4):482-7.
11. Jayakar JP, Alter DA. Music for anxiety reduction in patients undergoing cardiac catheterization: A systematic review and meta-

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

analysis of randomized controlled trials. Complement Ther Clin Pract. 2017;28:122-130.

12. Lavner JA, Lamkin J, Miller JD. Borderline personality disorder symptoms and newlyweds' observed communication, partner characteristics, and longitudinal marital outcomes. J Abnorm Psychol. 2015;124(4):975-81.

13. Bourassa KJ, Sbarra DA, Whisman MA. Women in very low quality marriages gain life satisfaction following divorce. J Fam Psychol. 2015;29(3):490-9.

14. Jennings EA. Predictors of Marital Dissolution During a Period of Rapid Social Change: Evidence From South Asia. Demography. 2016;53(5):1351-1375.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]