رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۵، شماره پیاپی ۸۶، مرداد ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(5), 2023

اثربخشی درمان ترکیبی شفقت به خود و سبک زندگی بر باور هسته‌ای خوردن، خودانتقادی و خودکارآمدی وزن در زنان مبتلا به چاقی

The effectiveness of the combined treatment of self-compassion and lifestyle on the core belief of eating, self-criticism and weight self-efficacy in obese women

گیتا علیپور
دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
دکتر عباس ابوالقاسمی (نویسنده مسئول)
استاد روان-شناسی، گروه روان-شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم -انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
دکتر بهمن اکبری
استاد روان-شناسی، گروه روان-شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

Gita Alipour
Ph.D. student of psychology, Department Of psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Dr. Abbas Abolghasemi*
Professor, Department Of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
Abolghasemi1344@guilan.ac.ir
Dr. Bahman Akbari
Professor, Department Of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی بر عوامل روان‌شناختی باور هسته‌ای خوردن، خودانتقادی و خودکارآمدی وزن در زنان مبتلا به چاقی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان دارای BMI≥25 مراجعه‌کننده به مراکز درمان چاقی در سال ۱۴۰۱ تشکیل می‌دادند که پس از فراخوان داوطلب شرکت در پژوهش شدند. ۶۰ نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش با استفاده از برنامه G Power و به روش نمونه‌گیری هدفمند و با دارا بودن معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و سپس بطور تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گواه (۳۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه، هفته‌ای ۳ جلسه ۲ ساعته گروهی درمان ترکیبی شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی را دریافت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های باور هسته‌ای خوردن (ECBQ) کوپر و همکاران (۱۹۹۷)، خودانتقادگری (FSCRS) گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴)، و خودکارآمدی وزن (WSEQ) کلارک و همکاران (۱۹۹۱) استفاده شد. در نهایت، داده‌ها به روش واریانس آمیخته تحلیل شد. نتایج نشان داد که نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با دریافت درمان ترکیبی شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی در باورهسته‌ای خوردن و خودانتقادی به طور معناداری کاهش و نمرات خودکارآمدی افزایش یافته است (P<۰/۰۵). براساس یافته بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان ترکیبی شفقت به خود و اصلاح سبک‌زندگی به عنوان یک بسته جایگرین برای تعدیل باورهسته‌ای و خودانتقادی و افزایش خودکارآمدی وزن زنان مبتلا به چاقی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: *چاقی، خودانتقادی، خودکارآمدی وزن، درمان شفقت به خود، سبک زندگی.*

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of self-compassion therapy and lifestyle modification on the psychological factors of eating core belief, self-criticism, and weight self-efficacy in obese women. The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group and a two-month follow-up. The statistical population of the study consisted of all women with BMI ≥ 25 who were referred to obesity treatment centers in 2022, and who participated in the study after being called for volunteers. 60 participants in the research were selected using the G Power program and using the purposeful sampling method and having the criteria for entering the research, and then they were randomly assigned to two experimental (30 people) and control (30 people) groups. The experimental group received 12 sessions, three sessions a week, 2-hour combined therapy of self-compassion and lifestyle modification. In order to collect the data, the core belief questionnaires of eating (ECBQ) by Cooper and colleagues (1997), self-criticising (FSCRS) by Gilbert and colleagues (2004), and weight self-efficacy (WSEQ) by Clark and colleagues (1991) were used. Finally, the data was analyzed by mixed variance method. The results showed that the scores of the experimental group compared to the control group in the post-test and follow-up stage by receiving the combined treatment of self-compassion and lifestyle modification in the core beliefs of eating and self-criticism were significantly reduced and the self-efficacy scores increased (P<0.05). Based on the findings, it can be concluded that the combined treatment of self-compassion and lifestyle modification is effective as a replacement package for modifying core beliefs and self-criticism and increasing weight self-efficacy in obese women.

Keywords: *obesity, self-criticism, Weight self-efficacy, Self-compassion treatment, lifestyle.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** فروردین ۱۴۰۲ | **پذیرش:** خرداد ۱۴۰۲ | **ویرایش نهایی:** مرداد ۱۴۰۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]

مقدمه

چاقی[1] یک بیماری چندعاملی و تهدیدکننده‌ترین بار سلامتی در سراسر جهان است که شیوع آن به طور انکارناپذیری در سراسر جهان با توجه به تغییرات محیطی، رفتاری، و الگوهای غذایی نسبت به دهه‌های گذشته رو به افزایش است (پرونک[2] و همکاران، ۲۰۲۲). به گونه‌ای که طی ۴۰ سال گذشته آمار آن ۳ برابر شده است؛ در سال ۲۰۱۶ تقریبا ۱/۳ میلیارد نفر (۳۹ درصد) بزرگسالان، دارای توده بدنی اضافه با BMI25Kg و از این تعداد بیش از ۶۵۰ میلیون نفر (۱۳ درصد) افراد از نظر بالینی چاق با BMI30Kg و بالاتر بودند. تخمین زده می‌شود افراد دارای اضافه وزن با BMI25Kg در سال ۲۰۳۰ به ۲ میلیارد تن افزایش یابد (سازمان بهداشت جهانی[3]، ۲۰۱۹). اعتقاد بر این است که بسیاری علل، از عوامل بیولوژیکی گرفته تا عوامل اجتماعی-فرهنگی، محیطی و روانی، خطر اضافه وزن در زنان را افزایش می‌دهد که منجر به چاقی و شرایط مرتبط با چاقی می‌شود (جانسون[4] و همکاران، ۲۰۲۳). ازاین‌رو، مطالعه چاقی از آن جهت حائز اهمیت است که علیرغم پیشرفت‌های علمی چاقی هم‌چنان به عنوان یکی از مهمترین مشکلات قرن حاضر در بین مردان و به خصوص زنان به شمار می‌رود.

عوامل ایجادکننده چاقی متعدد هستند. براساس مطالعات انجام شده یکی از عوامل روان‌شناختی که می‌تواند به طور قابل توجهی بخشی از واریانس اختلال خوردن را تبیین کند، باورمنفی خوردن است که در یک ارتباط متقابل با استرس و آشفتگی‌های هیجانی قرار دارد (اردشیرزاده و همکاران، ۱۴۰۱). شواهد نشان می‌دهد زنانی که مبتلا به اضافه وزن هستند اشتغال ذهنی منفی فراوانی مانند «من نفرت‌انگیز هستم» دارند. این باورهای منفی پاشنه آشیل افراد هستند که در صورت فعال شدن می‌تواند زمینه‌ساز اختلالات روان‌شناختی مثل اضطراب، افسردگی، و اختلال خوردن شود (کادریو[5] و همکاران، ۲۰۲۳). بنابر شواهد موجود الگوهای متفاوت باورهای ناسازگار هسته-ای نقش خاصی را در خوردن و اضافه وزن/چاقی ایفا می‌کنند. افراد با نشخوار فکری و باورهای هسته‌ای منفی، نگرشی منفی در مورد خوردن و اضافه وزن دارند و به دنبال آن دچار استرس شده و شروع به خوردن می‌کنند (هاگان[6] و همکاران، ۲۰۲۰).

عامل دیگری که می‌تواند به طور قابل توجهی اختلال خوردن را تبیین کند، انتقاد از خود است (پورتر[7] و همکاران، ۲۰۱۸). خودانتقادی، به عنوان یک عامل فراتشخیصی اختلال خوردن است که با همبودی افسردگی، اضطراب و کم محبتی به خود به پرخوری و حفظ چاقی کمک می‌کند (ویلیامز و لوینسون[8]، ۲۰۲۲؛ سرپل[9] و همکاران، ۲۰۲۰). در همین‌راستا، طیف گسترده‌ای از پژوهش‌ها وجود پرخوری را به عنوان یک استراتژی جبرانی برای مقابله با احساس شرم، بی‌ارزشی، درهم‌آمیختگی باورهای معیوب، کاهش ارزش‌اجتماعی و انتقاد از خود نشان دادند (متوس[10] و همکاران، ۲۰۲۳). وجود این عامل روانی و عاطفی خودمدیریتی را در غذا خوردن تضعیف می‌کند. بنابراین، تلاش برای بهبود ارتباط با خود می‌تواند به اصلاح و بهبود ویژگی‌ها و رفتارهای شخصی منجر گردد. یکی از شاخص‌هایی که توان کاهش انتقاد از خود را دارد، احساس خودکارآمدی وزن است (تیلور[11]، ۲۰۲۰).

خودکارآمدی وزن متغیری است که در سال‌های اخیر مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است. این متغیر یکی از مهمترین شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده تغییر رفتار در برنامه‌های خاص مانند کاهش وزن است (فلو[12] و همکاران، ۲۰۱۹) که به اعتماد به نفس شخص در توانایی خود برای شروع و پایداری یک رفتار معین و پاسخی مناسب به موانع درک شده برای کنترل خوردن در موقعیت‌های چالش برانگیز اشاره دارد (کوپر[13] و همکاران، ۲۰۲۱). به گونه‌ای که سطح بالای خودکارآمدی می‌تواند یک عامل مثبت در تغییر رفتارهای

1. obesity
2. Pronk
3. World Health Organisation
4. Johnson
5. Kadriu
6. Hagan
7. Porter
8. Williams, Levinson
9. Serpell
10. Matos
11. Taylor
12. Fløl
13. Cooper

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]

خوردن و اصلاح سبک زندگی باشد (بژوکمن[1] و همکاران، ۲۰۲۲؛ کاراکا[2] و همکاران، ۲۰۱۸). آنچه که به خودکارآمدی در تغییر رفتار کمک می‌کند، سبک زندگی، عوامل روان‌شناختی و محیطی در افزایش سلامتی و کاهش BMI است (تیلور، ۲۰۲۰). از این‌رو، مداخلات سبک زندگی با اصلاح الگوی غذاخوردن وخوابیدن، آموزش راهبردهای تنظیم هیجان، شفقت به خود و مدیریت استرس می‌توانند توان افراد را برای کنترل وزن افزایش دهند.

رویکرد درمان شفقت به خود در خصوص مفهوم شفقت وام‌دار بسیاری از آموزه‌های شرقی است (کولتس[3]، ۲۰۱۸). شفقت در واقع یک منبع محافظتی درونی است که به هنگام مواجهه با درد و رنج خود و دیگران با تعهد به تلاش برای تسکین استفاده می‌شود (ترک[4] و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، شایستگی‌های درمان شفقت به خود نخست شامل توجه به رنج و درگیر شدن با آن به جای رویگردانی یا دوری از آن است. دوم، مستلزم تلاش‌های عاقلانه برای کاهش رنج به جای واکنش عجولانه به رنج است (گیلبرت[5]، ۲۰۱۷). در واقع، درمان شفقت به خود افراد را تشویق می‌کند تا تجربیات درونی با احساسات منفی مانند خودانتقادگری را مشفقانه بپذیرند و از اقدامات مؤثر در جهت بهزیستی استقبال کنند (پورتر و همکاران، ۲۰۱۸). یافته‌های همسو نشان می‌دهد با توجه به نقش خودانتقادی در اختلال خوردن و چاقی راهبردهای درمانی درمان شفقت به خود می‌تواند منجر به بهبود خودنظیمی مرتبط با غذا و خلق منفی شود (سرپل و همکاران، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر، میل اساسی به سلامتی انسان‌ها را به سمت انتخاب سبک زندگی[6] برای کمک به تولید سلامتی سوق می‌دهد. انتخاب شیوه زندگی، کارهایی که در طول زندگی انجام می‌شود (سبک زندگی مدرن و بی‌تحرک) و چیزهایی که مصرف می‌شوند (رژیم غذایی) هم بر میزان پیری و هم بر میزان سلامت افراد تأثیر می‌گذارد (دورلینگ[7] و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، مفهوم سبک زندگی چندوجهی است و تحت عوامل مختلف محیطی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیستی قرار دارد. علاوه بر این، مطالعات جدید نشان داده است که خواب کم (کمتر از ۷ ساعت) نیز در بین زنان با خطر ابتلا به چاقی همراه است (مرسی[8] و همکاران، ۲۰۲۲). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۱ انجام شد محققان دریافتند که نه تنها مدت خواب بلکه زمان خواب نیز در ایجاد چاقی اهمیت دارد (پریماک[9]، ۲۰۲۱). سبک زندگی پراسترس، با استفاده از تغییر در مکانیسم هورمونی عاملی دیگر در ایجاد چاقی محسوب می‌شود که اغلب با ولع خوردن همراه است. ازاین‌رو، چاقی را می‌توان پیامد یک سبک ناسالم درنظر گرفت که مداخلات آموزشی در اصلاح سبک زندگی می‌تواند به بهبود وزن منجر شود (توماس[10] و همکاران، ۲۰۲۲).

بنابر آنچه مطرح شد چاقی یک بیماری چندعاملی است. ازاین‌رو، طیف وسیعی از پژوهش‌ها همبستگی بین عوامل روان‌شناختی، زیستی و یا محیطی را با چاقی نشان داده‌اند (کادریو و همکاران، ۲۰۲۳؛ بژوکمن و همکاران، ۲۰۲۲؛ سونگ و همکاران، ۲۰۱۹)، همچنین، پژوهش‌های دیگر اثربخشی درمان شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی را به عنوان یک درمان مؤثر بر بهبود چاقی مورد تایید قرار داده‌اند (هالی[11] و همکاران، ۲۰۲۲). اما با اینحال، غالب پژوهش‌های انجام شده با استفاده از یک شیوه درمانی به حل مسئله چاقی پرداخته‌اند. این موضوع منجر به نادیده گرفتن سایر عوامل همبود در چاقی می‌شود. بنابراین، با توجه به عوامل زیربنایی چندگانه چاقی می‌توان خلاء موجود در شیوه‌های درمانی را با انتخاب یک مداخله چند وجهی کارآ به منظور تعدیل عوامل روان‌شناختی با در نظر گرفتن عوامل محیطی همبود در بهبود چاقی جبران نمود و به دانش موجود در این زمینه افزود. ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان ترکیبی شفقت به خود و سبک زندگی بر باورهای منفی خوردن، خودانتقادی و خودکارآمدی وزن در زنان مبتلا به چاقی بود.

1. Bj¨orkman
2. Carraca
3. Kolts
4. Turk
5. Gilbert
6 Lifestyle
7. Dorling
8. Mercy
9. Primack
10. Thomas
11. Haley

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به چاقی با BMI≥25 مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی رژیم غذایی شهر قزوین در بهار ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهش ۶۰ زن مبتلا به چاقی با BMI≥25 بود که به صورت هدفمند انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و سطح قابل قبول توان آزمون برابر با ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۵۰ با استفاده از برنامه G.POWER معادل ۶۰ نفر بدست آمد (برای هر گروه ۳۰ نفر) (میرز[1]، ۲۰۱۳؛ ترجمه رضایی، ۱۳۹۷). سپس، از بین افراد داوطلب ۶۰ نفر بصورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره آزمایش و گواه جایدهی شدند. گروه مداخله طی ۱۲ جلسه ۲ ساعته ۳ بار در هفته (به مدت ۴ هفته) بصورت گروهی با استفاده از پروتکل درمانی تحت آموزش قرار گرفتند و گروه گواه نیز در لیست انتظار درمان شفقت به خود و سبک زندگی قرار گرفت و هیچ درمانی دریافت نکردند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، شرکت داوطلبانه در دوره آموزشی، دارا بودن BMI≥25، دامنه سنی ۴۰-۲۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، و اولین بار اقدام به درمان کاهش وزن کرده باشند. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از سه جلسه و درمان همزمان روانشناختی و دارویی. برای دسترسی به نمونه پژوهش پس از دریافت کداخلاق به شماره IR.IAU.RASHT.REC.1399.085 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و مجوز پژوهش فراخوانی با محتوای تشکیل دوره آموزشی شناختی_رفتاری مبتنی بر شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی در مراکز درمان چاقی اطلاع رسانی شد. سپس، تعداد ۳۲ زن با BMI≥30 و ۳۵ زن با BMI≥25 داوطلب شرکت در پژوهش شدندکه از این تعداد۶۰ نفر مطابق با معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند. پس از توضیحات مقدماتی در خصوص هدف پژوهش و کسب رضایت آزمودنی‌ها و اطمینان‌بخشی به آنها مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات، پژوهشگر متعهد شد برنامه مداخله را پس از اتمام پژوهش برای گروه گواه نیز اجرا کند. سپس، افراد داوطلب بصورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند و از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. در ادامه گروه مداخله طی ۱۲ جلسه ۲ ساعته ۳ بار در هفته بصورت گروهی با استفاده از پروتکل درمانی تحت آموزش قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات آموزشی پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. درنهایت، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۴ و به شیوه تحلیل واریانس آمیخته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

شاخص توده بدنی[2] (BMI): سازمان بهداشت جهانی، برای مشخص نمودن چاقی از این شاخص استفاده می‌کند که طبق آن افراد باBMI>30: چاق، BMI25-30: دارای اضافه وزن، BMI20-25: دارای وزن نرمال و BMI<20 دارای کم اشتهایی عصبی هستند (بارک[3] و همکاران، ۲۰۱۵).

پرسشنامه باورهسته‌ای خوردن[4](ECBQ): این پرسشنامه توسط کوپر و همکاران (۱۹۹۷) جهت ارزیابی تصورات و باورهای همراه اختلال خوردن طراحی شده است. این پرسشنامه خود توصیفی دارای ۳۲ گویه و ۴ زیرمؤلفه " خودباوری منفی، وزن و شکل مورد پذیرش توسط دیگران، وزن و شکل مورد پذیرش توسط خود و کنترل پرخوری" می‌باشد. به هر سوال، نمره‌ای از «۰= اصلاً اعتقادی به آن ندارم تا ۱۰۰= کاملاً در مورد من صحیح است» داده می‌شود. روایی محتوایی پرسشنامه ۰/۶۱ بدست آمد. همچنین همبستگی متقابل بین عوامل نیز از ۰/۰۸ تا ۰/۵۶ گزارش شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ میان زیرمقیاس‌های آن برای خود باوری منفی با پذیرش دیگران ۰/۹۵، خودباوری منفی با خودپذیری۰/۹۰، خودباوری منفی با کنترل پرخوری ۰/۸۹، پذیرش دیگران با خودپذیری۰/۵۹، پذیرش دیگران با کنترل پرخوری،۰/۶۴ و خودپذیری با کنترل پرخوری ۰/۶۶ بدست آمد (کوپر و همکاران، ۱۹۹۷). در پژوهش داخلی روایی همگرای پرسشنامه با محاسبه ضریب همبستگی در زیرمتغیرها بین ۰/۳۱ تا ۰/۸۴ بدست آمد. همچنین، ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۲ گزارش شد (شایقیان و وفایی، ۱۳۸۷). ضریب پایایی همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بدست آمد.

1. Mayers
2. Body Mass Index (BMI)
3. Burke
4. Eating Core Beliefs Questionnaire (ECBQ)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]

مقیاس اشکال خودانتقادگری و خوداطمینان‌بخشی[1](FSCRS): این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) برای اندازه‌گیری خودانتقادگری و توانایی فرد برای خوداطمینان‌بخشی ساخته شده است. این مقیاس از ۲۲ گویه و ۳ زیرمؤلفه تشکیل شده است که دو تای آن مربوط به اشکال خودانتقادگری: خودنابسندگی و تنفر از خود، و یک زیرمؤلفه مربوط به خوداطمینان‌بخشی است. پاسخ به هر ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) تنظیم شده است و ضریب پایایی آن نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی سازه پرسشنامه با محاسبه همسانی درونی ۰/۸۳ بدست آمد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهش سعادتی شامیر و همکاران (۱۳۹۷) ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب بازآزمایی ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین، روایی واگرای پرسشنامه با محاسبه ضریب همبستگی در زیرمتغیرها بین ۰/۲۲ تا ۰/۳۸ معنادار گزارش شد (سعادتیشامیر و همکاران، ۱۳۹۷). ضریب پایایی همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بدست آمد. همچنین این ضریب برای مؤلفه‌های خودنابسندگی (۰/۸۶)، خوداطمینان‌بخشی (۰/۸۹) و تنفر از خود (۰/۸۸) بود.

پرسشنامه خودکارآمدی وزن[2](WSEQ): این پرسشنامه توسط کلارک[3] و همکاران (۱۹۹۱) برای اندازه‌گیری توانایی خودمهارگری بین افراد چاق در جستجوی درمان ساخته شد که شامل ۲۰ آیتم و ۵ زیرمؤلفه"هیجان منفی، در دسترس بودن، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی، و فعالیت‌های مثبت" است. نمره‌گذاری این پرسشنامه از طریق طیف لیکرت ۰ تا ۹ انجام می‌شود. نمره هر خرده مقیاس می‌تواند بین ۱۰ تا ۴۰ باشد. نمره بالاتر به منزله خودکارآمدی بالاست. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضرایب همسانی درونی برای زیرمؤلفه‌های در دسترس بودن ۰/۷۶ و ۰/۸۳، هیجان منفی ۰/۸۷ و ۰/۹۹، ناراحتی جسمانی ۰/۸۲ و ۰/۸۴، فعالیت مثبت ۰/۷۰ و ۰/۷۹، و فشار اجتماعی ۰/۹۰ و ۰/۸۹ بدست آمد. روایی همزمان همبستگی نمرات کل آن با نمرات کل مقیاس ۰/۶۷ می‌باشد (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱). در پژوهش داخلی ضریب اعتبار این ابزار با استفاده از روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ بدست آمد. همچنین برای بررسی روایی از روش روایی همگرا بیانگر تایید عامل‌ها و ضریب همبستگی معنادار ۰/۶۲ بود (نویدیان و همکاران، ۱۳۸۸). ضریب پایایی همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بدست آمد. همچنین این ضریب برای مؤلفه‌های این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۷۸ بدست آمد.

پروتکل درمانی شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی: در پژوهش حاضر از روش مداخله شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی استفاده شد که شرح مداخله عبارت است از: بسته درمانی متمرکز بر شفقت به خود که بر اساس مفاهیم گیلبرت (۲۰۰۹) طراحی شد و روایی محتوایی این بسته توسط سه تن از متخصصان روان‌شناسی بالینی و آشنا به درمان‌های موج سوم تایید گردید.

پروتکل رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر اصلاح سبک زندگی LEARN توسط بارلو (۲۰۰۱) طراحی شد. روایی این بسته در ایران توسط موسویان و همکاران (۱۳۹۹) مورد تایید قرار گرفت.

جدول۱. پروتکل درمان چندوجهی شناختی مبتنی بر مهرورزی به خود و اصلاح سبک زندگی

جلسات	خلاصه محتوای جلسات
اول	آشنایی با گروه و توضیح علل تشکیل آن، معرفی اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و آشنایی با نوع الگوی تغذیه، فعالیت‌های حرکتی، اهمیت سبک زندگی سالم.
دوم	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، شناسایی ویژگی‌های سیستم مغزی مبتنی بر شفقت، و نقش سبک زندگی بر چاقی. پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و آموزش رژیم غذایی مناسب.
سوم	ترغیب آزمودنی به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد "دارای شفقت" یا "غیرشفقت" و آموزش درباره نقش ورزش و رژیم غذایی در کاهش وزن.
چهارم	ترغیب آزمودنی به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد "دارای شفقت" یا "غیرشفقت" و آموزش درباره نقش ورزش و رژیم غذایی در کاهش وزن.
پنجم	شناسایی و کاربرد تمرین‌های " پرورش ذهن شفقت آمیز"، آموزش ریتم تنفس.
ششم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود، مدیریت استرس

1.THE Forms of Self-Criticising/attacking & Self-Reassuring Scale (FSCRS)

2. Weight Self-Efficacy Questionnaire(WSEQ)

3. Clark

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]

هفتم	آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن با چالش‌های مختلف.
هشتم	تمرین عملی ایجاد تصاویر مهرورزانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (کلامی، عملی)، ریتم تنفس، اهمیت داشتن خواب مناسب.
نهم	بکارگیری روش‌های مهرورزانه در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و مهارت ارتباط موثر.
دهم	آموزش نوشتن نامه مهرورزانه به خود، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت، شوخ طبعی در روابط با دیگران.
یازدهم	آموزش نوشتن نامه مهرورزانه به دیگران، مرور تمرین مهارت‌های جلسات گذشته.
دوازدهم	جمع‌بندی و مرور تمرین جلسات قبل برای حفظ و بکارگیری روش‌های درمان شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۶۰ زن مبتلا به BMI≥25 در طیف سنی ۴۰-۲۵ سال قرار داشتند که بطور تصادف در گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گواه (۳۰ نفر) جایدهی شدند. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۲۹/۲۰ و ۴/۶۶ و در گروه گواه به ترتیب برابر با ۳۱/۲۰ و ۳/۹۴ است. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مراحل اندازه‌گیری					
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
باور خوردن	آزمایش	۷۴۵/۰۳	۴۶۴/۴۷	۵۱۹/۵۰	۴۴۹/۲۰	۴۰۸/۱۰	۳۳۳/۳۸
	گواه	۸۰۲/۵۷	۴۸۸/۱۴۹	۷۸۶/۶۳	۴۵۹/۶۳	۸۱۰/۹۳	۴۷۰/۹۸
خودانتقادی	آزمایش	۳۳/۱۳	۸/۲۰	۲۶/۸۰	۶/۹۲	۲۶/۷۰	۷/۴۹
	گواه	۳۳/۶۰	۷/۷۶	۳۴/۲۰	۷/۶۵	۳۴/۸۰	۷/۸۸
خودکارآمدی	آزمایش	۹۵/۷۳	۳۹/۶۰	۱۲۸/۸۰	۳۶/۹۶	۱۳۰/۱۷	۳۳/۴۴
	گواه	۹۲/۱۳	۴۰/۱۴	۸۹/۹۰	۳۹/۴۲	۸۸/۰۷	۴۱/۴۴

بر اساس جدول ۲ میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری باور خوردن و خودانتقادی در گروه آزمایش در مقایسه با میانگین‌های پیش‌آزمون کاهش و میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی در گروه آزمایش در مقایسه با میانگین پیش‌آزمون افزایش پیدا کرده است؛ درحالی‌که تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش نیز از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون لون (همگنی واریانس خطاها) و آزمون ماچلی[1] (همگنی واریانس‌ها در طرح‌های با اندازه‌گیری مکرر) انجام شد. در آزمون لون پیش‌فرض همگنی واریانس خطا در مورد متغیرهای پژوهش در همه مراحل پژوهش برقرار بود (p>۰/۰۵). پیش‌فرض آزمون ماچلی (شرط کرویت[2]) یا همگونی ماتریس واریانس برای متغیرهای باور خوردن و خودکارآمدی برقرار بود (p>۰/۰۵)، اما با توجه به معناداری آزمون ماچلی برای متغیر خودانتقادی که نشانگر ناهمگونی ماتریس واریانس میان شرکت‌کنندگان است (P<۰/۰۵)، برای این متغیر از آزمون محافظه‌کارانه گرین-هاوس-گایسر[3] استفاده شد. همچنین، میزان کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در هر دو گروه آزمایش و کنترل در دامنه ۲ و ۲- قرار

1. Mauchlys test
2. sphericity
3. Greenhouse-Geisser Test

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]

داشت که بیانگر نرمال بودن توزیع نمرات است. یافته‌های مرتبط با شاخص‌های چندمتغیری نشان داد که F مشاهده شده آزمون‌های اثر پیلایی[1] (p=۰/۳۵ و F=۸/۳۶)، لامبدای ویکلز[2] (p=۰/۶۵ و F=۹/۰۷)، اثر هتلینگ[3] (p=۰/۵۲ و F=۹/۷۹) و بزرگترین ریشه روی[4] (p=۰/۴۹ و F=۱۸/۷۵) برای تعامل اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است که حاکی از وجود تفاوت معنادار در حداقل یکی از متغیرهای مورد مقایسه (باورخوردن، خودانتقادی، خودکارآمدی) است. در جدول ۳ یافته‌های تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر گزارش می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (۲×۳)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان
	درون آزمودنی: اثر زمان	۸۶۹۲۴۳/۰۷	۲	۴۳۴۶۲۱/۵۳	۱۹/۵۳	P<۰/۰۰۱	۰/۲۵	۱
باور خوردن	بین آزمودنی: اثر گروه	۲۶۴۶۲۸۱/۲۵	۱	۲۶۴۶۲۸۱/۲۵	۴/۷۶	P<۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۵۷
	درون آزمودنی× بین آزمودنی	۹۰۷۸۹۳/۷۰	۲	۴۵۳۹۴۶/۸۵	۲۰/۴۰	P<۰/۰۰۱	۰/۲۶	۱
	درون آزمودنی: اثر زمان	۳۰۲/۵۴	۱/۵۵	۱۹۴/۹۸	۴/۹۲	P<۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۷۲
خود انتقادی	بین آزمودنی: اثر گروه	۱۲۷۴/۶۷	۱	۱۲۷۴/۶۷	۱۱/۱۱	P<۰/۰۰۱	۰/۱۶	۰/۹۰
	درون آزمودنی× بین آزمودنی	۵۳۴/۱۴	۱/۵۵	۳۴۴/۲۴	۸/۶۹	P<۰/۰۰۱	۰/۱۳	۰/۹۲
	درون آزمودنی: اثر زمان	۹۳۶۵/۲۳	۲	۴۶۸۲/۶۱	۱۱/۴۱	P<۰/۰۰۱	۰/۱۶	۰/۹۹
خودکارآمدی	بین آزمودنی: اثر گروه	۳۵۷۸۵/۸۰	۱	۳۵۷۸۵/۸۰	۹/۸۱	P<۰/۰۰۱	۰/۱۴	۰/۸۶
	درون آزمودنی× بین آزمودنی	۱۳۶۹۲/۹۰	۲	۶۸۴۶/۴۵	۱۶/۶۸	P<۰/۰۰۱	۰/۲۲	۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که برای باور خوردن اثر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) با میزان F مشاهده‌شده ۱۹/۵۳ در سطح ۰/۰۰۱، اثر گروه (گروه‌های آزمایش و گواه) با میزان F مشاهده‌شده ۴/۷۶ در سطح ۰/۰۵ و تعامل اثر زمان و گروه با میزان F مشاهده‌شده ۲۰/۴۰ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار گزارش شده است. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که برای خودانتقادی اثر زمان با میزان F مشاهده‌شده ۴/۹۲ در سطح ۰/۰۱، اثر گروه با میزان F مشاهده‌شده ۱۱/۱۱ در سطح ۰/۰۰۱ و تعامل اثر زمان و گروه با میزان F مشاهده‌شده ۸/۶۹ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار گزارش شده است. همچنین برای خودکارآمدی اثر زمان با میزان F مشاهده‌شده ۱۱/۴۱ در سطح ۰/۰۰۱، اثر گروه با میزان F مشاهده‌شده ۹/۸۱ در سطح ۰/۰۰۱ و تعامل اثر زمان و گروه با میزان F مشاهده‌شده ۱۶/۶۸ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار گزارش شده است. این یافته‌ها بیانگر آن است که تعامل گروه و زمان معنادار است و اثر مداخله بر متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌ها و مراحل زمانی مختلف متفاوت بوده است که در ادامه با استفاده از آزمون تبعی بنفرونی، یافته‌ها به‌صورت دقیق‌تر گزارش می‌شوند.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زمان‌ها به تفکیک گروه‌ها

متغیر	زمان		آزمایش			گواه		
			تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
باور خوردن	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۲۵/۵۳	۴۱/۶۷	P<۰/۰۰۱	۱۵/۹۳	۲۸/۸۰	P>۰/۰۵
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳۳۶/۹۳	۵۶/۳۶	P<۰/۰۰۱	-۸/۳۶	۲۳/۳۲	P>۰/۰۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۱۱۱/۴۰	۴۵/۶۵	P>۰/۰۵	-۲۴/۳۰	۲۲/۹۸	P>۰/۰۵
خود انتقادی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۳۳	۲/۳۲	P<۰/۰۵	-/۶۰	۰/۲۴	P>۰/۰۵
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۴۳	۲/۱۲	P<۰/۰۱	-۱/۲۰	۰/۶۴	P>۰/۰۵

1. Pillai,s Trace
2. Wilk,s Trace
3. Hotelling,s Trace
4. Roy,s Largest Root

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]

	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۰	۱/۲۳	P>۰/۰۵	-۰/۶۰	۰/۶۲	P>۰/۰۵
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳۳/۰۶	۶/۵۷	P<۰/۰۰۱	۲/۲۳	۳/۶۵	P>۰/۰۵
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳۴/۴۳	۶/۶۵	P<۰/۰۰۱	۴/۰۶	۲/۷۲	P>۰/۰۵
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۳۶	۵/۷۵	P>۰/۰۵	۱/۸۳	۴/۷۸	P>۰/۰۵

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که نمرات پس‌آزمون و پیگیری باور خوردن در گروه آزمایش نسبت به نمرات پیش‌آزمون به‌صورت معنادار کاهش پیدا کرده است (P<۰/۰۰۱)؛ درحالی‌که بین نمرات باور خوردن گروه گواه در زمان‌های مختلف تفاوت معناداری به دست نیامد (P>۰/۰۵). همچنین، نمرات پس‌آزمون (P<۰/۰۵) و پیگیری (P<۰/۰۱) خود انتقادی در گروه آزمایش نسبت به نمرات پیش‌آزمون به‌صورت معنادار کاهش پیدا کرده است؛ درحالی‌که بین نمرات خود انتقادی گروه گواه در زمان‌های مختلف تفاوت معناداری به دست نیامده است (P>۰/۰۵). بر اساس نتایج جدول فوق نمرات پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی در گروه آزمایش نسبت به نمرات پیش‌آزمون به‌صورت معنادار افزایش پیدا کرده است (P<۰/۰۰۱)؛ درحالی‌که بین نمرات خودکارآمدی گروه گواه در زمان‌های مختلف تفاوت معناداری به دست نیامد (P>۰/۰۵). بنابراین درمان مهرورزی و سبک زندگی بر متغیرهای وابسته اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان ترکیبی مهرورزی به خود و سبک زندگی بر باور هسته‌ای خوردن، خودانتقادی و خودکارآمدی وزن در زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان داد که درمان ترکیبی درمان شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی بر کاهش باورهای هسته‌ای خوردن مؤثر است. نتایج این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های کادریو و همکاران (۲۰۲۳)، تیلور (۲۰۲۰) و اردشیرزاده و همکاران (۱۴۰۱) بود که در پژوهش خود اثربخشی درمان شفقت به خود و سبک زندگی را بر کاهش باورهای منفی نشان داده‌اند. بنابراین، در تبیین این یافته با تکیه بر نظریه شناختی بک (۱۹۷۹)، می‌توان اذعان داشت که تجربیات منفی اولیه می‌تواند منجر به ایجاد باورهای اصلی و ارزیابی‌های منفی سختگیرانه از عملکرد خود شود. به عنوان مثال، ناکامی در درمان کاهش وزن می‌تواند باور منفی "من یک شکست خورده هستم" را تولید و هیجان منفی استرس را راه‌اندازی کند (بریتون و همکاران، ۲۰۱۹). در بعد شناختی، استرس با ترشح کورتیزول از غده آدرنال می‌تواند راهبردهای خودتنظیم‌گری کنترل خوردن را تضعیف کند (سونگ و همکاران، ۲۰۱۹). این تضعیف عملکرد منجر به اختلال در مدار هیپوتالاموس–هیپوفیز–آدرنال و کورتیزول می‌شود (هاگان و همکاران، ۲۰۲۰). مواجهه همزمان با هیجان‌های منفی متعدد منجر به انتخاب راهبردهای ناسازگارانه مانند رفتار خوردن برای مدیریت هیجان می‌شود. رفتار پرخوری متقابلاً بر ارزیابی بیش از حد، باور منفی و انگ وزن مانند من چاقم اثر منفی می‌گذارد و توانایی شناختی مانند توجه، تمرکز و حل مسئله را کاهش می‌دهد. در نتیجه، تصمیم‌گیری برای انتخاب سبک زندگی سالم را مختل می‌کند. مدل درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) با آموزش شفقت به خود و فعالسازی سیستم پاراسمپاتیک با تمرکز بر تفکر تهدیدشده به افراد کمک می‌کند تا با پذیرش خود با عقاید نامعقول و هیجان خودشکن خود مقابله کنند و فلسفه جدیدی از عقاید معقول را ایجاد و جایگزین باورها و هیجان‌های منفی کنند تا عملکرد مناسبی مانند انتخاب سبک زندگی سالم داشته باشند (سرپل و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر می‌توان اذعان داشت که آموزش ارتباط مشفقانه با خود و اصلاح سبک زندگی به افراد گروه آزمایش کمک کرد تا هیجان‌های خود را در موقعیت‌های مختلف بشناسند، افکار مثبت را جایگزین افکار منفی کنند و رنج‌ها را بعنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی بپذیرند تا با تجربه هیجان مثبت روابط سازگارانه‌تری با خود و جامعه داشته باشند. بنابراین، می‌توان گفت ترکیب این دو مداخله درمانی قدرت تأثیر بالایی در کاهش باورهای هسته‌ای و بهبود عملکرد دارد.

یافته دیگر پژوهش حاضر، اثربخشی درمان ترکیبی درمان شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی را بر کاهش خودانتقادی نشان می‌دهد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های ویلیامز و لوینسون (۲۰۲۲) و سرپل و همکاران (۲۰۲۰) بود. فتح الهزاده و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه‌ای را با عنوان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شده و خودانتقادی زنان آزاردیده عاطفی انجام دادند. یافته آنها نشان داد که آموزش گروهی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که انسان‌ها تکامل یافته‌اند تا احساس خوبی در ذهن دیگران ایجاد کنند، به همین دلیل در موقعیت‌های دشوار به جای

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]

نقد به عوامل بیرونی خود را سرزنش می‌کنند. بنابراین، خودانتقادی به عنوان مکانیسمی خشن و تنبیهی برای برقراری ارتباط با خود در موقعیت‌های تهدید به ویژه در مواجهه با موانع مفهوم‌سازی شده است که توسط شرم هدایت می‌شود و بر عملکرد تأثیر می‌گذارد (سرپل و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، انتقادهای پی در پی از خود منجر به پیدایش هیجان منفی، راهبرد ایمنی خوردن و در نتیجه شکست در درمان کاهش وزن می‌شود. شکست در درمان، عاملی است که سرعت چرخه انتقاد از خود را شدت می‌بخشد. وجود هیجان‌های منفی شدت‌یافته مانع از بررسی عوامل شکست می‌شود. با آنکه از دیدگاه برونفن برنرعلت شکست‌ها چند عاملی و سیستمی است و مجموع عوامل زیستی، عوامل محیطی، فردی و بین‌فردی در بروز شکست‌ها نقش دارند. اما، فرد سایر عوامل را نادیده می‌گیرد و فقط به کاستی خود به شدت حمله می‌کند. گرچه، ممکن است تصور فرد از انتقاد از خود ریشه در تمایل به اصلاح خود داشته باشد؛ لکن، این استراتژی معمولاً با تمرکز بر معایب خود نتیجه عکس می‌دهد که یک پیش‌بینی‌کننده شناخته شده در ارزیابی بیش از حد وزن است (متوس و همکاران، ۲۰۲۳). درمان شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی از طریق شبکه‌های مغزی، آزادسازی اندورفین و اکسی‌توسین و فعال کردن عصب واگ به فرد کمک می‌کند تا با پرورش خود، به افکار و احساسات دردناک خود توجه کند، رفتار جرأت‌مندانه را تمرین کند، شکستها را بررسی کند و با استفاده از مهارت‌های حل مسئله در موقعیت‌های پرتنش واکنش مناسبی بروز دهد. از سوی دیگر، اصلاح سبک زندگی با تأکید بر مؤلفه‌های جسمی و روان‌شناختی می‌تواند منجر به کنترل رژیم غذایی شود و از شکست ناشی از عدم موفقیت در درمان و پیامدهای شکست از جمله انتقاد از خود جلوگیری کند (دورلینگ و همکاران، ۲۰۱۹).

یافته دیگر پژوهش حاضر بر اثربخشی درمان شفقت به خود و سبک زندگی بر افزایش خودکارآمدی وزن اشاره دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های بژوکمن و همکاران (۲۰۲۲)، تیلور (۲۰۲۰) و کاراکا و همکاران (۲۰۱۸) بود. خودکارآمدی به عنوان باور یک فرد به ظرفیت خود برای مدیریت و انجام وظایف تعریف می‌شود که می‌توان ادراک از خود در مورد توانایی‌ها را به عنوان بخشی از پایه و اساس موفقیت شخصی توصیف کرد (بژوکمن و همکاران، ۲۰۲۲). به طور کلی، هر چه افراد بیشتر انتظار داشته باشند که می‌توانند عملی را به طور شایسته انجام دهند و موفق شوند هنگام روبرو شدن با مشکلات بیشتر مایلند تلاش و استقامت به خرج دهند. بنابراین، میزان تلاشی که فرد به کار می‌گیرد بر انتخاب فعالیت و کیفیت تفکر تحلیلی، واکنش‌های هیجانی و تصمیمات کارآمد اثرگذار است. اما، احساس کارایی ضعیف منجر به اجتناب از فعالیت، تصمیمات ناکارآمد و بروز افکار و هیجان منفی می‌شود (دورلینگ و همکاران، ۲۰۱۹). در تبیین این یافته می‌توان به این موضوع اشاره کرد که درمان شفقت به خود با تنظیم سه‌گانه سیستم مغز (سیستم تسکین، سیستم تهدید و سیستم سائق) و اصلاح سبک زندگی می‌تواند منجر به تنظیم هیجان و افزایش خودکارآمدی وزن در افراد شود (تیلور، ۲۰۲۰). مطالعات همسو نشان داده‌اند که سطح بالای خودکارآمدی می‌تواند یک عامل مثبت در تغییر رفتار خوردن و سبک زندگی سالم باشد (کاراکا و همکاران، ۲۰۱۸). در این چارچوب نظری عوامل شخصی، رفتار و تأثیر محیطی به طور متقابل با هم تعامل دارند (فلو و همکاران، ۲۰۱۹). ازاین‌رو، می‌توان اذعان داشت در پژوهش حاضر درمان ترکیبی شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی توانست در گروه آزمایش به افزایش خودکارآمدی منجر شود. مکانیسم اثر مداخله ترکیبی شفقت به خود و اصلاح سبک زندگی بر ارتقاء خودکارآمدی بر افزایش پتانسیل شناختی ناشی از احساس آرامش همراه با رابطه مشفقانه با خود و فعالیت سیستم پاراسمپاتیک تأکید دارد که منجر به انتخاب سبک زندگی سالم، رژیم غذایی کم کالری، تنظیم هیجان، مدیریت خواب، فعالیت فیزیکی و سازگار شدن با استرسورهای محیطی می‌شود. بعبارت دیگر تنظیم هیجان و احساس کارآیی بالاترکیفیت تفکر و تصمیم‌گیری برای انتخاب محیط‌ها و فعالیت‌های شایسته را بهبود می‌بخشد. بنابراین، برای پیشگیری و کنترل پایدار چاقی و افزایش خودکارآمدی، بکاربست درمان ترکیبی با تأثیری پرقدرت همراه با آموزش‌های فردی و اجتماعی حائز اهمیت است.

بنابرآنچه مطرح شد می‌توان نتیجه گرفت که بدنه اصلی درمان شفقت به خود بر تنظیم هیجان، برقراری رابطه مشفقانه با خود، کار روی حافظه ضمنی برای مواجهه با رنج در زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود تاکید دارد تا جلوی خودانتقادی و باورهای منفی از شکست در درمان چاقی را بگیرد و با افزایش خودکارآمدی به اصلاح سبک زندگی کمک کند. از سوی دیگر، اصلاح سبک زندگی به دنبال مدیریت استرس، تقویت روابط و حمایت‌های بین‌فردی و کنترل رژیم غذایی است که هم‌راستا با درمان شفقت به خود با خاستگاه‌های مشترک می‌تواند منجر به کاهش مشکلات‌روان‌شناختی و افزایش خودکارآمدی و اصلاح سبک زندگی شوند. بنابراین، با توجه به چندعاملی بودن چاقی، استفاده از درمان‌های تلفیقی نیز ضروری به نظر می‌رسد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بوده است. نتایج بدست آمده از نمونه پژوهش حاضر که فقط از زنان تشکیل شده بود را باید با احتیاط به سایر گروه‌ها تعمیم داد. نمونه‌گیری غیرتصادفی و لحاظ نکردن نقش عوامل اقتصادی و فرهنگی می‌تواند به عنوان محدودیت‌های

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]

پژوهش حاضر مطرح گردد. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده ضمن رفع محدودیت‌های ذکر شده از روش نمونه‌گیری تصادفی جهت افزایش اعتبار بیرونی استفاده شود، انتخاب نمونه از هر دو جنس و با محیط اجتماعی اقتصادی فرهنگی مختلف که در بروز چاقی نقش دارند در درمان لحاظ گردد تا بر دقت نتایج به دست آمده و تعمیم‌دهی یافته‌ها افزوده شود. نتایج حاصل از این مطالعه و مطالعات همسو می‌تواند در مراکز درمان چاقی با بهره‌گیری از روش‌های نوین درمان‌های روان‌شناختی در کنار سایر درمان‌ها در راستای بهبود چاقی و افزایش بهینه‌سازی آگاهی در رفتار خوردن مورد استفاده قرار گیرد.

پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکترا بود. بدین منظور از تمامی اساتید، کارکنان دانشگاه، همکاران، دوستان و شرکت‌کنندگان ارجمندی که پژوهشگران را در انجام پژوهش یاری رساندند تشکر به عمل می‌آید.

منابع

اردشیرزاده، م؛ بختیارپور، س؛ همایی، ر؛ افتخار صعادی، ز. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با شفقت‌درمانی بر افکار خودآیند منفی و احساس تنهایی در زنان مطلقه. *سلامت جامعه، ۱۶(۱)*، ۴۲-۵۲. https://www.sid.ir/paper/992239/fa

سعادتی شامیر، ا؛ مذبوحی، س؛ مرزی، ش. (۱۳۹۷). اعتباریابی مقیاس خودانتقادی/خوداعتمادی در بین معلمان. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، ۹(۳۴)*، ۱۳۳-۱۴۷. https://www.sid.ir/paper/214620/fa

شایقیان، ز؛ وفایی، م. (۱۳۸۸). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه باورهای اختلال خوردن. تازه‌های علوم شناختی، ۱۱(۲)، ۳۸-۴۶. https://www.sid.ir/paper/403915/fa

فتح اله زاده، ن؛ مجلسی، ز؛ مظاهری، ز؛ رستمی، م؛ نوابی نژاد، ش. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خودانتقادی زنان آزاردیده عاطفی. *مطالعات روان‌شناختی، ۱۳(۲)*، ۱۵۱-۱۶۹. DOI: 10.22051/psy.2017.12381.1274

میرز، ا. (۲۰۱۳). مقدمه‌ای بر آمار و SPSS در روان‌شناسی. ترجمه: اکبر رضایی، ۱۳۹۷، تهران، آیدین.

موسویان، ل؛ حسن‌پور دهکردی، ع؛ دریس، ف؛ صالحی تالی، ش. (۱۳۹۹). تاثیر مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر اصلاح سبک زندگی بر کسر تخلیه بطن چپ در بیماران پس از عمل جراحی عروق کرونر. *مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۹(۱): ۵۹۹-۶۰۶.* http://78.39.35.47/article-1-1249-fa.html

نویدیان، ع؛ عابدی، م.ر؛ باغبان، ا؛ فاتحی‌زاده، م.ا؛ پورشریفی، ح. (۱۳۸۸). اعتبار و روایی پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن در افراد دارای اضافه وزن و چاق. مجله علوم رفتاری، ۳(۳)، ۲۱۷-۲۲۲. https://www.sid.ir/paper/129624/fa

Barlow, J.H. (2001). Research Findings of the Living with Long-term Illness (Lill) Project. Partnerships for Successful Self-Management Conference, *Royal College of Physicians, London.* https://doi.org/10.1177/001789690206100408

Bj¨orkman, S., Wallengren, O., Laurenius, A., Eliasson, B., Larsson, I. (2022). Locus of control and self-efficacy in relation to 12-month weight change after non-surgical weight loss treatment in adults with severe obesity – A clinical cohort study. *Obesity Medicine, 32, 100409.* https://doi.org/10.1016/j.obmed.2022.100409

Britton, G.I., Neale, S.E., Davey, G.C.L. (2019). The effect of worrying on intolerance of uncertainty and positive and negative beliefs about worry. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 62, 65-71.* https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.09.002

Burke, L.E., Ewing, L.J., Ye, L., Styn, M., Zheng, Y., Music, E., et al. (2015). The SELF trial: A self-efficacy-based behavioral intervention trial for weight loss maintenance. *Obesity, 23(11), 2175–2182.* https://doi.org/10.1002/oby.21238

Carraca, E.V., Santos, I., Mata, J., Teixeira, P.J. (2018). Psychosocial pretreatment predictors of weight control: a systematic review update. *Obes Facts, 11(1), 67–82.* https://doi.org/10.1159/000485838

Clark, M.M., Abrams, D.B., Niaura, R.S., Eaton, Ch.A., Rossi, J.S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of consulting and clinical psychology, 59*(5), 739-744. https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.5.739

Cooper, M., Guarda, A.S., Petterway, F., Schreyer, C.C. (2021). Change in normative eating self-efficacy is associated with six-month weight restoration following inpatient treatment for anorexia nervosa. *Eating Behaviors, 42, 101518.* https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101518

Cooper, M., Cohen-Tovée, E., Todd, G., Wells, A., Tovée, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behaviour Research and Therapy, 35*(4), 381-388. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00115-5

Dorling, J., Bhapkar, M., Das, S.K., Racette, S.B., Apolzan, J.W., Fearnbach, S.N., Redman, L.M., et al. (2019). Change in self-efficacy, eating behaviors and food cravings during two years of calorie restriction in humans without obesity. *Appetite, 143, 104397.* https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104397

Fløl0, T.N., Tell, G.S., Kolotkin, R.L., Aasprang, A., Norekvål, T.M., Våge, V., Andersen, J.R. (2019). Eating self-efficacy as predictor of long-term weight loss and obesity-specific quality of life after sleeve gastrectomy: A prospective cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 15(5), 161–167.* https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.12.011

Gilbert, p. (2017). Compassion: Concepts, research and applications. *Taylor & Francis.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]

Gilbert, P. (2009). The Compassionate Mind. London, UK: Constable & Robinson Ltd.
Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *Br J Clin Psychol, 43(1), 31-50.* http://dx.doi.org/10.1348/014466504772812959
Hagan, K.E., Alasmar, A., Exum, A., Chinn, B., Forbush, K.T. (2020). A systematic review and meta analysis of attentional bias toward food in individuals with overweight and obesity. *Appetite, 151, 104710.* https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104710
Haley, E.N., Dolbier, Ch.L., Carels, R.A., Whited, M.C. (2022). A brief pilot self-compassion intervention for women with overweight/obesity and internalized weight bias: Feasibility, acceptability, and future directions. *Eating Behaviors, 23, 59-63.* https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.12.001
Johnson, V.R., Anekwe, Ch.V., Washington, T.B., Chhabria, Sh., Tu, L., Cody Stanford, F. (2023). A Women's health perspective on managing obesity. *Progress in Cardiovascular Diseases, In Press, Journal Pre-proof.* https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.04.007
Kadriu, F., Claes, L., Witteman, C., Woelk, M., Krans, J. (2023). The effect of imagery rescripting on core beliefs and eating disorder symptoms in a subclinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 78, 101804.* https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101804
Kolts, R.L., Bell, T., Bennett-Levy, J., Irons, C.h. (2018). Experiencing Compassion-Focused Therapy from the Inside Out, A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists. *Guilford Publications, New York, London.* https://lccn.loc.gov/2018014465
Matos, M., Coimbra, M., Ferreira, C. (2023). When body dysmorphia symptomatology meets disordered eating: The role of shame and self-criticism. *Appetite, 186, 106552. https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106552*
Mercy, U.C., Elenwa, F., Ogunsola, A.S., Eniola, O.A.,Yunusa, I., Karaye, I.M. (2022). Sex differences in the association between short sleep duration and obesity among US adults: findings from NHANES, 2015–2020. *Sleep Medicine, 92, 59-63. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.03.004*
Porter, A.C., Zelkowitz, R.L., Cole, D.A. (2018). The unique associations of self-criticism and shame-proneness to symptoms of disordered eating and depression. *Eating Behaviors, 29, 64-67. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.02.008*
Primack, C. (2021). Obesity and Sleep. *Nursing Clinics of North America, 56(4), 565-572. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.07.012*
Pronk, N.P., Eneli, I., Economos, C.D., Bradley, D., Fassbender, J., Calancie, L., & et.al. (2022). Using Systems Science for Strategic Planning of Obesity Prevention and Treatment: The Roundtable on Obesit Solutions Experience. *Current Problems in Cardiology, 101240. https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2022.101240*
Serpell, L., Amey, R,, Kamboj, S.(2020). The role of self-compassion and self-criticism in binge eating behaviour. *Appetite,144, 104470. https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104470*
Song, Sh., Zhang, Y., Qiu, J., Li, X., Ma, K., Chen, Sh., Chen, H. (2019). Brain structures associated with eating behaviors in normal-weight young females. *Neuropsychologia, 133, 107171. https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2019.107171*
Sullivan-Myers, C., Sherman, K.A., Beath, A.P., Cooper, M.J.W., Duckworth, T.J. (2023). Body image, self-compassion, and sexual distress in individuals living with endometriosis. *Journal of Psychosomatic Research, 167, 111197.* https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111197
Taylor, J. (2020). Looking Beyond Lifestyle: A Comprehensive Approach to the Treatment of Obesity in the Primary Care Setting. *The Journal for Nurse Practitioners,16(1), 74-78. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.09.021*
Thomas, Y.T., O'Donovan, G., Newman, C.B., Faynshtayn, N.G., McGregor, A.J. (2022). Exploring Obesity as a Gendered Contagion: Impact on Lifestyle Interventions to Improve Cardiovascular Health. *Clinical Therapeutics, 44(1), 23-32. https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2021.11.011*
Turk, F., Kellett, S., Waller, G. (2023). Testing a low intensity single-session self-compassion intervention for state body shame in adult women: a dismantling randomized controlled trial. *Behavior Therapy, In Press, Journal Pre-proof.* https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.04.001
Williams, B.M., Levinson, Ch.A. (2022). A model of self-criticism as a transdiagnostic mechanism of eating disorder comorbidity: A review. *New Ideas in Psychology, 66, 100949. https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2022.100949*
World Health Organisation. World Obesity Day: Understanding the social consequences of obesity. Available from: *http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable diseases/obesity/news/news/2017/10/world-obesity-dayunderstanding-the-social-consequences-of obesity. Accessed 30/01/2019. WHO, Copenhagen*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.7.9]