رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۷، شماره پیاپی۱۰۰، مهر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(7), 2024

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شفقت به خود بر عزت‌نفس و تجربه شرم در زنان مبتلا به پرخوری

Comparison the effectiveness of emotion-focused therapy and self-compassion-focused therapy on self-esteem and shame in women with binge eating

مریم ساروقی
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
دکتر کورش گودرزی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
دکتر مهدی روزبهانی
استادیار، گروه رفتار حرکتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
دکتر زهرا تنها
استادیار، گروه روانشناسی، واحد خرم آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم آباد، ایران.

Maryam Sarooghi
Ph.D. Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
Dr. Kourosh Goodarzi *
Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran. Ko.Goodarzy@iau.ac.ir
Dr. Mehdi Roozbahani
Assistant Professor, Department of Motor Behavior, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
Dr. Zahra Tanha
Assistant Professor, Department of Psychology, Khorramabad Branch, Islamic Azad University, khorramabad, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شفقت به خود بر عزت‌نفس و تجربه شرم در زنان مبتلا به پرخوری بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به اختلال پرخوری شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. ابتدا ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل جایگزین شدند. ابزارهای این پژوهش شامل شدت پرخوری گومالی و همکاران(BES,۱۹۸۲)، عزت‌نفس روزنبرگ (RSEs,۱۹۸۹)، شرم درونی کوک (Cook,۱۹۹۸) و شرم بیرونی گاس (Goss,۱۹۹۴) بود. از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد بین میانگین عزت‌نفس و تجربه شرم در هر دو گروه هیجان‌مدار و شفقت‌به‌خود در مرحله پس‌آزمون و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۵)، یعنی این دو مداخله به شکل معناداری نسبت به گروه کنترل باعث افزایش عزت‌نفس و کاهش تجربه شرم شده‌اند. همچنین نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه اثربخشی دو مداخله هیجان‌مدار و شفقت‌به‌خود نشان داد تفاوت معنی‌داری بین این دو مداخله در افزایش عزت‌نفس و کاهش تجربه شرم نمونه مورد مطالعه مشاهده نشد(P>۰/۰۵). بنابراین می‌توان گفت باوجود اثربخشی هر دو مداخله بر افزایش عزت‌نفس و کاهش شرم زنان مبتلا به پرخوری؛ ارجحیت یک مداخله بر دیگری از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد.

واژه‌های کلیدی: *درمان هیجان‌مدار، شفقت‌به‌خود، شرم، عزت‌نفس، پرخوری.*

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and self-compassion-focused therapy on self-esteem and shame experienced in women with binge eating. The present study is a semi-experimental pre-test post-test design with a two-month follow-up. The statistical population was all women with binge eating disorder in Tehran city in the year 2023. First 45 people were selected and then replaced by a simple random method in 2 experimental groups and 1 control group. The tools of this research included Gomali et al.'s binge eating severity (BES, 1982), Rosenberg's self-esteem (RSEs, 1989), Cook's internal shame (1998), and Goss' external shame (1994) scales. Variance analysis with repeated measures was used for data analysis. The results showed that there was a significant difference between the mean of self-esteem and the shame experience in both emotion-focused and self-compassion groups in the post-test and control groups (P<0.05). That is, two interventions have significantly increased self-esteem and reduced shame experience compared to the control group. Also, the results of the Bonferroni test for comparing the mean effectiveness of the two groups showed no significant difference between them in increasing self-esteem and reducing shame in these individuals (P>0.05). Therefore, it can be concluded that despite the effectiveness of both interventions in increasing self-esteem and reducing shame in women with binge eating disorders, the superiority of one intervention over the other is not statistically significant.

Keywords: *Emotion-Focused Therapy, Self-Compassion, Shame, Self-Esteem, Binge-Eating.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : دی ۱۴۰۲** **پذیرش: اسفند ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

برای اولین‌بار در سال ۱۹۵۹، استونکارد، مشاهدات بالینی خود مبنی بر اینکه برخی افراد چاق، دوره‌های پرخوری مضطرب کننده و غیرقابل‌کنترل دارند را منتشر نمود. او نوعی اختلال خوردن با این ویژگی مطرح کرد: مقدار زیادی از غذا که در مدت زمان کوتاهی مصرف می‌شود. او اشاره کرد که پرخوری با یک رویداد تسریع کننده خاص همراه بوده و پریشانی و احساس گناه به دنبال آن دارد. چهل سال بعد مشاهدات بالینی استونکارد منجر به توصیف اختلال پرخوری[۱] شد (میتچل، ۲۰۰۸؛ به نقل از فرزانه و همکاران، ۱۳۹۰). شیوع جهانی این اختلال برای سال‌های ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۰ در زنان بالغ ۰/۰۶- تا ۱/۸ درصد و در مردان بالغ ۰/۳ تا ۰/۷ درصد برآورد شده است و معمولاً با چاقی و بیماری‌های جسمی و روانی همراه است و افراد مبتلا به آن اختلالات قابل‌توجهی را در کیفیت زندگی تجربه می‌کنند و در عین حال، اغلب این اختلال تشخیص داده نمی‌شود (گیل[۲] وهمکاران، ۲۰۲۲).

یکی از پیامدهای پرخوری، پایین آمدن عزت‌نفس در افراد پرخور است، به‌طوری‌که عزت‌نفس پایین آسیب‌شناسی غذاخوردن را در طول زمان پیش‌بینی می‌کند. مبانی نظری در مورد اختلالات خوردن از این فرض حمایت می‌کند که عزت‌نفس پایین یک عامل تأثیرگذار در شروع و حفظ اختلالات خوردن است (کراوس[۳]و همکاران، ۲۰۲۳). عزت‌نفس بخشی از یک سیستم درونی است که مرتباً میزان‌پذیرش اجتماعی فرد را کنترل می‌کند و وقتی پذیرش اجتماعی در معرض تهدید قرار گیرد، عزت‌نفس کاهش می‌یابد و از آنجاکه بیشتر افراد مبتلا به اختلال خوردن خود را نامطلوب می‌دانند ممکن است در کاهش عزت‌نفس آنها موثر باشد (ایل[۴]و همکاران، ۲۰۱۴).

از سوی دیگر، پرخوری‌ها بااحساس عدم کنترل و احساس شرم همراه است، به‌طوری‌که پیشینه پژوهش نشان داده است که تجربه شرم مزمن با ایجاد و نگهداری اختلال پرخوری مرتبط است (اولوگلن[۵] و همکاران، ۲۰۲۳). شرم را می‌توان به‌عنوان یک احساس خود ارزیابی‌کننده تعریف کرد که با ارزیابی‌های منفی، یا درک آشکارشدن عیوب فرد مشخص می‌شود؛ این هیجان را می‌توان بیشتر به‌عنوان تمرکز درونی، تجربه قضاوت منفی از خود و احساس بی‌کفایتی و حقارت (شرم درونی) یا تمرکز بیرونی، ادراک ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد خود (شرم بیرونی) طبقه‌بندی کرد (فریرا[۶] و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین؛ میتوان گفت، اختلال پرخوری یک مشکل روانپزشکی جدی است که با عوارض قابل‌توجهی همراه است که متأسفانه اغلب ناشناخته و درمان نمی‌شود (گریلو و ژواراسیو[۷]، ۲۰۲۳).

افراد مبتلا به اختلال پرخوری هیجانات شدیدتر و مشکلات قابل‌توجهی را در تنظیم هیجان نسبت به افراد بدون اختلال پرخوری تجربه می‌کنند (کنی[۸]و همکاران، ۲۰۱۷)، بنابراین؛ درمان‌های روان‌شناختی با تمرکز ویژه بر نقش هیجان و تنظیم هیجان می‌تواند در کاهش علائم اختلال پرخوری بسیار مؤثر باشد.از مداخلات روان‌شناختی با تمرکز بر هیجانات فرد که برای بهبود مشکلات ناشی از پرخوری به کار گرفته شده است، می‌توان به درمان شفقت‌به‌خود (کلی و کارتر[۹]، ۲۰۱۵؛ کاوسی و همکاران، ۱۴۰۰) و درمان هیجان‌مدار اشاره کرد (گلیسنتی[۱۰]و همکاران، ۲۰۲۳؛ گلیسنتی و همکاران، ۲۰۲۱؛ اوسورو[۱۱]و همکاران، ۲۰۲۲؛ تامپسون و گیرز[۱۲]، ۲۰۲۰).

گیلبرت[۱۳] (۲۰۱۴)، بر اساس روان‌شناسی رشد، علم عصب‌شناسی عاطفی و نظریه تکاملی شکل جامعی از رفتار درمانی تجربی را تحت عنوان"درمان شفقت‌به‌خود"ابداع نمود و اساس مفهوم شفقت را ملاطفت همراه با آگاهی عمیق از رنج افراد و سایر موجودات زنده و همچنین آرزو یا تلاش برای رهایی از آن بیان کرد. بدین ترتیب شفقت شامل مجموعه‌ای از عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی است که در توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر به همراه ملاطفت و مراقبت دخالت دارند.

پایه درمان هیجان‌مدار که توسط پرفسور گرینبر و همکارانش معرفی شد همان درمان تجربه‌گرا است. درمان تجربه‌گرا شکلی از درمان هیجان‌مدار است که هدف آن کمک به مراجعان برای بهبود هوش هیجانی‌شان به منظور کنار آمدن با مشکلات خود در هماهنگی بیشتر

1.binge -eating
2. Giel
3. Krauss
4. Ille
5.O'Loghlen
6.Ferreira
7.Grilo & Juarascio
8. Kenny
9 .Kelly & Carter
10.Glisenti
11. Osoro
12.Thompson & Girz
13. Gilbert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

با خود و دیگران است. این رویکرد نوانسان‌گرایانه و براساس تجزیه و تحلیل در معانی و مشارکت هیجانات در تجربه انسانی و تغییر هیجانات در فرایند درمان بنا شده است. این شکل تمرکز بر هیجانات، درمانگر و مراجع را به سمت استراتژی‌هایی هدایت می‌کند که آگاهی، پذیرش، بیان، استفاده و تنظیم هیجانات و همچنین تجربه هیجانی اصلاحی با درمانگر را ارتقا می‌دهد (گرینبرگ، ۲۰۱۷).

باوجود مطالعات انجام شده بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شفقت‌به‌خود روی اختلال پرخوری، طبق بررسی‌های محقق مطالعه‌ای مبنی بر مقایسه اثربخشی این دو مداخله در کاهش تجربه شرم و افزایش عزت‌نفس زنان مبتلا به پرخوری گزارش نشده است. از طرفی به دلیل ویژگی خاص نمونه مورد پژوهش یعنی افراد مبتلا به اختلال پرخوری و همچنین وجود شباهتها و تفاوتهای بین این دو مداخله، مقایسه اثربخشی آنها می‌تواند گامی در جهت ارائه الگوی درمان روانشناختی کارآمدتر به‌منظور بهبود نشانه‌های روانشناختی شرم و عزت‌نفس در این افراد باشد. به این معنی که براساس متون موجود؛ افراد مبتلا به اختلال پرخوری از غذا خوردن به‌عنوان راهکاری برای مقابله با تجربیات منفی و پریشانی هیجانی از جمله شرم، عزت‌نفس پایین و... استفاده میکنند(پیادهایای[1]و همکاران، ۲۰۱۸؛ جاسمی و همکاران، ۱۴۰۰). هر دو مداخله روانشناختی مطرح شده در این پژوهش عمدتا بر تجربه هیجانی، بجای اجتناب از آنها تمرکز دارد (گلیستنی و همکاران، ۲۰۲۱، کلی و کارتر،۲۰۱۵) و به درمانجو کمک میکنند تا در فرایند درمان و پس از آن، با هیجانات خود روبرو شود؛ با این تفاوت که در درمان هیجانمدار، هیجانات ناسازگار مراجع مانند شرم به دلیل آگاهی از هیجانات، روبرویی و تجربه هیجانی در فرایند درمان به هیجانات سازگار تبدیل می‌شود(گرینبرگ،۲۰۱۲)، اما در درمان شفقت‌به‌خود فرد می‌آموزد که ذهنی مشفق داشته و به رنج و پریشانی هیجانی خود بدون قضاوت و با مهربانی، توجه کرده و با تعهد برای کاهش این رنج هیجانی اقدام نماید (گیلبرت،۲۰۱۰).

نتیجه این مطالعه می‌تواند به روان‌شناسان در انتخاب درمان اثربخش‌تر و کارآمدتر برای رفع مشکلات افراد مبتلا به پرخوری در هنگام بروز هیجانات ناسازگارشان از جمله شرم و همچنین عزت‌نفس پایین، کمک نماید. به همین دلیل این پژوهش از تلویحات کاربردی برای روان‌شناسان و درمانگران برخوردار است؛ لذا بر اساس آنچه گفته شد هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شفقت به خود بر تجربه شرم و عزت‌نفس در زنان مبتلا به پرخوری بود.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به اختلال پرخوری شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر زن مبتلا به اختلال پرخوری انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند (هر گروه۱۵ نفر). اختلال پرخوری بر اساس مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-5 و کسب نمره ۱۶ و بالاتر در مقیاس شدت پرخوری گومالی[2] (۱۹۸۲)، تشخیص داده شد. عدم دارودرمانی برای لاغری، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و مبتلا نبودن به اختلالات روانپزشکی بر اساس گزارش خود فرد، از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر مداخلات درمانی همزمان با پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. پس از اخذ کد اخلاق به شناسه IR.IAU.B.REC.1401.018 از کمیته اخلاق واحد و کد کارآزمایی بالینی IRCT20230125057220N1؛ برای دو گروه آزمایش هرکدام به مدت ۱۰ هفته و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، یکی مداخله هیجان‌مدار و دیگری مداخله شفقت به خود اجرا شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. پروتکل هیجان‌مدار اقتباس از گلر و گرینبرگ (۲۰۱۲؛ به نقل از اردکانی، (۱۳۹۹) بود و پروتکل درمان شفقت به خود برگرفته از نظریه گیلبرت (۲۰۱۴) تنظیم و اجرا شد. بعد از اتمام جلسات، از سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد. همچنین بعد از مدت ۶۰ روز مرحله پیگیری انجام شد و شرکت‌کنندگان به سؤالات پرسشنامه‌ها مجدداً به‌عنوان مرحله پیگیری پاسخ دادند. دوره پیگیری مذکور به دلایلی همچون امکان ریزش شرکت‌کنندگان با طولانی‌تر شدن دوره پیگیری و افزایش اثرهای انتقالی با افزایش مدت‌زمان پیگیری، ۶۰ روزه انتخاب شد. فرایند، اهداف و بی‌ضرر بودن و سودمندی مطالعه و صلاحیت و تخصص مداخله‌کنندگان به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد، همچنین علاوه بر اخذ رضایت‌نامه کتبی، به آنها توضیح داده شد که شرکت در پژوهش اختیاری بوده و امکان خروج آزادانه از پژوهش را دارند. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری،

1. Upadhyay
2. Gormally

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

اطلاعات گردآوری شده با آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار آماری spss نسخه ۲۲ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس شدت پرخوری[۱](BED): این مقیاس که توسط گومالی و همکاران در سال ۱۹۸۲ تهیه شده، شامل ۱۶ سؤال است (گومالی و همکاران، ۱۹۸۲). دامنه نمره از کاملا موافقم (۴ نمره) تا کاملا مخالفم (۰ نمره) می‌باشد؛ برای نتیجه آزمون مجموع نمرات سوال‌ها محاسبه می‌شود. کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمره بالاتر از آن شدت پرخوری را نشان می‌دهد (آدامز[۲] و همکاران، ۲۰۲۱). در خارج کشور دوارتی[۳] و همکاران (۲۰۱۵)، برای محاسبه روایی‌محتوای[۴] آزمون، حساسیت[۵] ۸۱/۸ درصد و معنی‌داری[۶] ۹۷/۸ درصد را برای این پرسشنامه نشان دادند و همچنین پایایی مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴، نشان داده شد. در ایران نیز روایی خصوصیات روانسنجی این مقیاس توسط موتابی و همکاران (۲۰۰۹) بررسی شد، برای محاسبه روایی‌محتوا، حساسیت آزمون ۸۴/۶ درصد و میزان معنی‌داری ۸۰ درصد گزارش شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ درصد برای بررسی پایایی آزمون را گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی ابزار فوق با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس شرم بیرونی[۷](OAS): این مقیاس توسط گاس[۸] و همکاران در سال ۱۹۹۴ تهیه شده و شامل ۱۸ سؤال است و نمره‌گذاری این مقیاس به صورت لیکرتی ۵ درجه‌ای می‌باشد، نمره بالاتر نشانه شرم بیشتر است (فروغی و همکاران، ۱۳۹۴). برای روایی سازه، در نمونه ایتالیای آزمون همبستگی آن با آزمون افسردگی بک بررسی و میزان همبستگی ۰/۴۸ -r=۰/۳۰ با p<0/01 گزارش شد (بالاسامو[۹] و همکاران،۲۰۱۵). سازندگان مقیاس، بررسی پایایی مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و پایایی بازآزمایی پنج‌هفته‌ای ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (گاس و همکاران،۱۹۹۴؛ به نقل از فروغی و همکاران، ۱۳۹۴). این مقیاس در ایران هنجاریابی شده، روایی همگرا و واگرای آن همبستگی مثبت و معنادار با کمالگرایی (۰/۱۷) و عاطفه منفی (۰/۵۱) با شرم بیرونی و همبستگی منفی معنادار با شفقت‌به‌خود (۰/۲۱) را نشان داد، به منظور محاسبه پایایی آزمون، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده‌است (فروغی و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر ضریب پایایی ابزار فوق با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس شرم درونی[۱۰](ISS): این مقیاس توسط کوک[۱۱] تهیه شده است (کوک، ۱۹۸۸) و شامل ۳۰ ماده است، نمره‌گذاری این مقیاس به صورت لیکرتی ۵ درجه‌ای می‌باشد و نمره بالاتر نشانه شرم بیشتر است (عسگریان و رضایی خیرآبادی، ۱۴۰۰). درخارج ایران سازنده مقیاس روایی همزمان را ۰/۷۵ و ۰/۷۹ گزارش کرده است و پایایی با آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت‌نفس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش شده‌است(کوک، ۱۹۹۳؛ به نقل از شیرخانی و همکاران، ۱۴۰۱). در ایران نتایج حاصل از بررسی روایی نشان داد شاخص روایی محتوایی بالاتر از ۰/۷۰ بوده و پایای مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد (همایونی و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی ابزار فوق با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس عزت‌نفس[۱۲](RSEs): این مقیاس توسط روزنبرگ[۱۳] (روزنبرگ، ۱۹۸۹) در ۱۰ ماده معرفی شد که عزت‌نفس کلی را اندازه‌گیری می‌کند (کیلکیویکز[۱۴] و همکاران، ۲۰۲۰). نمره‌گذاری به صورت لیکرتی ۴ درجه‌ای می‌باشد نمرات بالا عزت‌نفس بالا و نمرات پایین عزت‌نفس پایین را گزارش می‌دهند (یوبا[۱۵] و همکاران، ۲۰۲۰). در خارج از کشور روایی همگرایی مقیاس با مقیاس حمایت اجتماعی زیمت(۱۹۸۸) بررسی و ضریب همبستگی ۰/۴۷ و معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ به دست آمده (لی[۱۶] و همکاران، ۲۰۱۸). پایایی این مقیاس

1. Binge Eating Scale
2.Adams
3. Duarte
4 . concurrent validity
5. sensitivity
6. specificity
7.The Other As Shamer Scale
8.Goss
9. Balsamo
10. Internalized Shame Scale
11. Cook
12 . self-esteem scale
13. Rosenberg
14. Kielkiewicz
15. Uba
16. Li

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ به‌دست‌آمده است (مارتینز-رامون[1]، ۲۰۲۲). در ایران روایی همزمان آزمون برآورد شد و با مقیاس عزت‌نفس کوپر اسمیت همبستگی مثبت معنادار (۰/۶۱) و بین عزت‌نفس با اضطراب (۰/۴۳-) و افسردگی (۰/۵۴-)، همبستگی منفی معنادار به‌دست آمد (محمدی۱۳۸۴)، پایند و همکاران (۱۴۰۲)، پایایی مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۸۸نشان دادند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی ابزار فوق با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته ها

داده‌های جمعیت‌شناختی پژوهش نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار سن در افراد گروه هیجان‌مدار ۳۱/۰ و ۳/۳؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان شفقت‌به خود ۳۱/۳ و ۳/۴؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۱/۵ و ۲/۸ بود که باتوجه به آماره F حاصل از مقایسه میانگین‌ها، می‌توان گفت سن افراد در سه گروه همتا می‌باشد. در جدول شماره ۱ اطلاعات توصیفی متغیرهای عزت‌نفس و شرم درونی و بیرونی ارائه شده در ضمن نتایج مرتبط به نرمال بودن داده‌ها نیز با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرها به همراه نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو - ویلک		
					مقدار آماری	درجات آزادی	سطح معناداری
عزت‌نفس	پیش‌آزمون	درمان شفقت به خود	۱۸/۸	۲/۳۳	۰/۹۹۲	۱۵	۰/۲۰۹
		درمان هیجان‌مدار	۱۸/۳۳	۲/۰۹	۰/۹۴۷	۱۵	۰/۴۸۳
		کنترل	۲۱/۰۶	۲/۴۳	۰/۹۴۵	۱۵	۰/۴۵۵
	پس‌آزمون	درمان شفقت به خود	۲۶/۹۳	۲/۵۷	۰/۸۸۳	۱۵	۰/۵۴
		درمان هیجان‌مدار	۲۷/۸۶	۱/۶۴	۰/۸۳۵*	۱۵	۰/۰۱۱
		کنترل	۲۳/۲۰	۲/۸۳	۰/۹۳۱	۱۵	۰/۲۸۰
	پیگیری	درمان شفقت به خود	۲۶/۲۶	۲/۱۲	۰/۹۳۸	۱۵	۰/۳۶۰
		درمان هیجان‌مدار	۲۶/۸۶	۱/۹۵	۰/۹۲۲	۱۵	۰/۲۰۴
		کنترل	۲۳/۱۳	۲/۴۱	۰/۸۹۸	۱۵	۰/۰۸۹
شرم درونی	پیش‌آزمون	درمان شفقت به خود	۷۶/۴۰	۸/۴۰	۰/۹۶۳	۱۵	۰/۷۵۱
		درمان هیجان‌مدار	۷۸/۷۳	۶/۰۲	۰/۹۱۷	۱۵	۰/۱۷۲
		کنترل	۷۱/۷۳	۹/۱۰	۰/۹۲۸	۱۵	۰/۲۵۳
	پس‌آزمون	درمان شفقت به خود	۵۱/۲۰	۴/۹۸	۰/۹۱۲	۱۵	۰/۱۴۴
		درمان هیجان‌مدار	۴۷/۴۶	۷/۰۳	۰/۹۲۰	۱۵	۰/۹۳
		کنترل	۶۷/۳۳	۸/۸۳	۰/۹۴۶	۱۵	۰/۴۶۰
	پیگیری	درمان شفقت به خود	۵۷/۸۶	۴/۴۰	۰/۹۵۶	۱۵	۰/۶۲۴
		درمان هیجان‌مدار	۵۳/۹۳	۷/۴۲	۰/۹۴۱	۱۵	۰/۳۹۶
		کنترل	۶۸/۳۳	۸/۷۷	۰/۹۴۲	۱۵	۰/۴۰۲
شرم بیرونی	پیش‌آزمون	درمان شفقت به خود	۵۱/۳۳	۵/۰۳	۰/۹۵۱	۱۵	۰/۵۴۳
		درمان هیجان‌مدار	۵۳/۶	۵/۷۹	۰/۹۴۰	۱۵	۰/۳۸۲
		کنترل	۴۸/۸	۴۳/۵	۰/۹۳۸	۱۵	۰/۳۶۳
	پس‌آزمون	درمان شفقت به خود	۳۶/۰۶	۴/۴۴	۰/۹۳۲	۱۵	۰/۲۹۷
		درمان هیجان‌مدار	۳۴/۶	۴/۹۹	۰/۹۴۹	۱۵	۰/۵۰۵
		کنترل	۴۴/۹۳	۵/۰۲	۰/۹۶۱	۱۵	۰/۷۰۶

1. Martínez-Ramón

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو - ویلک		
					مقدار آماری	درجات آزادی	سطح معناداری
	پیگیری	درمان شفقت به خود	۳۹/۶	۴/۱۳	۰/۹۶۸	۱۵	۰/۸۳۴
		درمان هیجان‌مدار	۳۹/۴۶	۴/۲۴	۰/۹۳۱	۱۵	۰/۲۸۳
		کنترل	۴۶/۲	۶/۰۶	۰/۹۴۴	۱۵	۰/۴۴۰

*p≤۰/۰۵

جدول ۱ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل در طول مطالعه تغییرات بیشتری داشته‌اند، نتایج آزمون شاپیرو- ویلک نیز نشان می‌دهد که در مراحل مختلف مطالعه به تفکیک گروه‌ها توزیع داده‌ها نرمال است (p≥۰/۰۵)، به جزء پس‌آزمون متغیر عزت‌نفس در گروه هیجان‌مدار که در این مورد نیز چون کجی و پخی آن به ترتیب برابر با ۰/۰۲۱ و ۱/۷۹- بود، و در دامنه ۲ تا ۲- قرار گرفته بود، می‌توان بیان داشت این توزیع نیز نرمال است. جهت تحلیل داده از آزمون میکس آنوا (تحلیل عاملی به همراه اندازه‌گیری مکرر) استفاده شده. پیش‌فرض‌های همگنی شیب‌خط رگرسیون‌ها، همگونی خطای واریانس‌ها، و همچنین همگونی ماتریکس کواریانس برقرار بود (p≥۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی در متغیر عزت‌نفس، شرم درونی، و شرم بیرونی نشان‌داد شرط کرویت تنها در متغیر شرم درونی برقرار نبود، به همین جهت برای تحلیل این متغیر نتایج آزمون تعدیل شده گرین هوس-گیزر[1] استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون گرین هوس-گیزر

متغیر	منبع	درجات آزادی	مجذور میانگین	میزان اف	سطح معناداری	اتا
عزت‌نفس	مراحل	۲	۶۰۱/۲۰	۲۰۹/۸۷*	۰/۰۰۱	۰/۸۳۳
	مراحل*گروه	۴	۶۹/۲۴	۲۴/۱۷*	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
	خطا	۸۴	۲/۸۶			
	بین گروه	۲	۴۵/۳۴	۴/۵۱*	۰/۰۱۷	۰/۱۷۷
	خطا	۴۲	۱۰/۰۳			
شرم درونی	مراحل	۱/۴۳	۷۰۸۲/۱۳	۱۹۸/۳۰*	۰/۰۰۱	۰/۸۲۵
	مراحل*گروه	۲/۸۶	۱۱۵۱/۳۰	۳۲/۲۳*	۰/۰۰۱	۰/۶۰۶
	خطا	۶۰/۱۷	۳۵/۷۱			
	بین گروه	۲	۱۰۴۴/۱۵	۹/۲۰*	۰/۰۰۱	۰/۳۰۵
	خطا	۴۲	۱۱۳/۴۶			
شرم بیرونی	مراحل	۲	۱۹۲۰/۸۲	۲۱۹/۲۱*	۰/۰۰۱	۰/۸۳۹
	مراحل*گروه	۴	۲۷۲/۲۴	۳۱/۰۷*	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷
	خطا	۸۴	۸/۷۶			
	بین گروه	۲	۲۴۸/۶۲	۴/۱۹*	۰/۰۲۲	۰/۱۶۷
	خطا	۴۲	۵۹/۲۳			*p≤۰/۰۵

نتایج ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد در هر سه متغیر در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معنادار بوده است. اثر تعاملی مراحل و گروه‌ها نیز در هر سه متغیر معنادار بود که نشان می‌دهد هر سه گروه در طی سه مرحله رفتار مشابهی نداشته‌اند. اثرات بین‌گروهی در هر سه متغیر نیز معنادار است، عزت‌نفس (p=۰/۰۱۷ و F=۴/۵۱)، شرم درونی (p=۰/۰۰۱ و F=۹/۲۰)، شرم بیرونی (p=۰/۰۲۲ و F=۴/۱۹) که نشان می‌دهد حداقل بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد که جهت مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون بنفرونی استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

1. Geisser-Greenhouse

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جدول ۳. نتایج آزمون بنفرونی جهت مقایسه درون گروهی و بین گروهی

متغیر	مراحل سنجش		شفقت‌به‌خود		هیجان‌مدار		کنترل	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
عزت‌نفس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۱۳*	۰/۰۰۱	-۹/۵۳*	۰/۰۰۱	-۲/۱۳*	۰/۰۲۲
		پیگیری	-۷/۴۶*	۰/۰۰۱	-۹/۵۳*	۰/۰۰۱	-۲/۰۶*	۰/۰۰۶
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۶۷	۰/۸۵۴	۱	۰/۱۵۲	۰/۰۶	۱
	گروه‌ها		اختلاف میانگین		خطای انحراف استاندارد		معناداری	
	شفقت‌به‌خود	هیجان‌مدار	-۰/۳۵		۰/۶۶۸		۱	
		کنترل	۱/۵۳		۰/۶۶۸		۰/۰۸	
	هیجان‌مدار	کنترل	۱/۸۹*		۰/۶۶۸		۰/۰۲۱	
شرم درونی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۵/۵*	۰/۰۰۱	۳۱/۲۶*	۰/۰۰۱	۴/۴۰*	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۸/۵۳*	۰/۰۰۱	۲۴/۸۰*	۰/۰۰۱	۳/۴۰*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۶/۶۶*	۰/۰۰۱	-۶/۴۶*	۰/۰۰۲	-۱	۰/۴۸۴
	گروه‌ها		اختلاف میانگین		خطای انحراف استاندارد		معناداری	
	شفقت‌به‌خود	هیجان‌مدار	۱/۷۷		۲/۲۴		۱	
		کنترل	-۷/۳۱*		۲/۲۴		۰/۰۰۷	
	هیجان‌مدار	کنترل	-۹/۰۸*		۲/۲۴		۰/۰۰۱	
شرم بیرونی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۵/۲۶*	۰/۰۰۱	۱۹*	۰/۰۰۱	۳/۴۶*	۰/۰۰۷
		پیگیری	۱۱/۷۳*	۰/۰۰۱	۱۴/۱۳*	۰/۰۰۱	۲/۲۰*	۰/۰۴
	پس‌آزمون	پیگیری	-۳/۵۳۳*	۰/۰۰۱	-۴/۸۶*	۰/۰۰۱	-۱/۲۶	۰/۷۵۳
	گروه‌ها		اختلاف میانگین		خطای انحراف استاندارد		معناداری	
	شفقت‌به‌خود	هیجان‌مدار	-۰/۲۲		۱/۶۲		۱	
		کنترل	-۴/۱۷*		۱/۶۲		۰/۰۴۱	
	هیجان‌مدار	کنترل	-۳/۹۵*		۱/۶۲		۰/۰۵	

*p≤۰/۰۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، متغیر عزت‌نفس در هر سه گروه افزایش پایداری داشته که این افزایش در مراحل مختلف اندازه‌گیری در دو گروه شفقت‌به‌خود و هیجان‌مدار بیشتر بوده است، با این‌وجود، تنها گروه هیجان‌مدار توانسته است افزایش معناداری را در مقایسه با کنترل داشته باشد (p≤۰/۰۵) و دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته‌اند (p≥۰/۰۵). متغیر شرم درونی و بیرونی در هر سه گروه کاهشی بوده و این کاهش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در دو گروه مداخله بیشتر بوده است، اما این پایداری در مرحله پیگیری حفظ نشده است، با این‌وجود، گروه شفقت‌به‌خود و هیجان‌مدار نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته‌اند (p≤۰/۰۵) ولی دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته‌اند (p≥۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شفقت‌به‌خود بر عزت‌نفس و تجربه شرم در زنان مبتلا به اختلال پرخوری بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌داد مداخله شفقت‌به‌خود تأثیر معناداری بر افزایش عزت‌نفس و کاهش تجربه شرم در افراد نمونه نسبت به گروه کنترل داشته‌است. این یافته با نتایج پژوهش اندرسن و راسموسن[1] (۲۰۱۷) و پایند و همکاران (۱۴۰۲)، درمتغیر عزت‌نفس و با نتایج پژوهش بهومتنی و مسمن[2] (۲۰۲۲) و فتح‌الله‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) در متغیر شرم همسو بود. در تبیین این یافته

1. Andersen & Rasmussen
2. Bhuptani & Messman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

می‌توان گفت؛ شفقت‌به‌خود، مؤلفه شناختی نیرومندی دارد و از نگرش‌های فرد به خود و دیگران تأثیر می‌پذیرد. این رویکرداز طریق ایجاد و افزایش رابطه مشفقانه درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، یا خودانتقادی، به فعال‌سازی نظام تسکین در فرد کمک می‌کند و بنابراین؛ به کاهش اجتناب از هیجانات منفی در افراد منجر می‌شود. ازآنجاکه بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مؤلفه بهشیاری و ذهن‌آگاهی و بی‌قضاوت بودن نسبت به این حالات خود، با کاهش نشخوارگری افراد، موجب کاهش هیجان‌ها و ارزیابی‌های منفی نسبت به خود شده (وادزورث و همکاران[1]، ۲۰۱۸) که این باعث کاهش تجربه شرم و افزایش عزت‌نفس در افراد می‌شود.

علاوه بر این یافته‌های پژوهش درخصوص تاثیر مداخله هیجان‌مدار بر دو متغیر پژوهش، نشان‌داد این مداخله تأثیر معناداری بر افزایش عزت‌نفس و کاهش تجربه شرم در افراد نمونه پژوهش نسبت به گروه کنترل داشته است. این یافته با نتایج پژوهش بنی‌هاشمی (۱۴۰۰) در متغیر عزت‌نفس و با نتایج پژوهش تامپسون و گریز (۲۰۲۰) و گلیسنتی و همکاران، (۲۰۲۳) در متغیر شرم همسو است.در تبیین یافته‌های به‌دست‌آمده در اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افزایش عزت‌نفس و کاهش تجربه شرم در این افراد می‌توان گفت براساس مدل هیجان‌مدار، هیجان تجربه را از طریق طرح‌های هیجانی سازمان‌دهی می‌کند که از تجربه هیجانی زیسته فرد تشکیل شده‌است. وقتی شخص مبتلا به پرخوری، احساس کند که در فرایند درمان هیجان‌مدار همدلانه به وی گوش داده می‌شود و مورد حمایت و درک قرار می‌گیرد، عزت‌نفس او در برابر مشکلش افزایش یافته و ارزیابی ذهنی وی از ارزش خود به‌عنوان یک شخص بهبود پیدا می‌کند (گلیسنتی و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین از آنجاکه درمان هیجان‌مدار بر روی باورهای نادرست نسبت به هیجانات و ابراز آن در افراد و بطور خاص در افراد با اختلال پرخوری مؤثر است و باتوجه به اینکه تجربه شرم ناسازگار نیز از جمله هیجاناتی است که این افراد با آن روبرو هستند، با استفاده از این مداخله کاهش شرم را در آنها می‌توان مشاهده کرد (گلیسنتی و همکاران، ۲۰۲۳).

یافته مهم دیگر پژوهش نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در افزایش عزت‌نفس و کاهش شرم زنان مبتلا به پرخوری در دو مداخله هیجان‌مدار و شفقت‌به‌خود وجود ندارد. باتوجه به اینکه دربررسی‌های انجام شده توسط محقق درخصوص مقایسه اثربخشی این دو مداخله بر روی نمونه مورد پژوهش یا دو متغیر مورد مطالعه، پژوهشی یافت نشد؛ در تبیین نتیجه بدست آمده مبنی‌بر عدم تفاوت اثربخشی این دو مداخله می‌توان به مفاهیم پایه‌ای و نظری آنها اشاره کرد. افرادی که مبتلا به اختلالات خوردن هستند عمدتا سطوح بالاتر هیجانات شدید، آگاهی، وضوح و پذیرش کمتر هیجانات و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان معیوب را دارا هستند (موسوی و همکاران، ۱۴۰۰) و مهم‌ترین هدف درمان هیجان‌مدار، رسیدن به تجربه هیجانات ناسازگار به‌منظور تبدیل آنها، با کار بر روی فرایندهای زیربنایی و افکار مرتبط با هیجانات ناخوشایند به‌وسیله آگاهی و بیان درست تجربیات درونی است. از طرفی در درمان شفقت‌به‌خود نیز فرد با کسب آگاهی به خود و لحظه، یاد می‌گیرد که از هیجانات دردناک و رنج خود اجتناب نکند؛ بلکه با مهربانی و احساس اشتراکات انسانی و بدون قضاوت، به آنها نزدیک شود (وادزورث و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین میتوان ادعا کرد هر دو مداخله در فرایند درمان خود، با کار روی هیجانات به شیوه‌ای نسبتا متفاوت باعث میشوند که مراجع بجای اجتناب از هیجاناتش و پناه بردن به خوردن هیجانی به عنوان سیستم دفاعی معیوب؛ با هیجانات خود مواجه شده بنابراین از پریشانی هیجانی‌اش کاسته و احساس ارزشمندی وی افزایش یابد.

براساس نتایج پژوهش و باتوجه به مطالب مطرح شده، می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله هیجان‌مدار و شفقت‌به‌خود در افزایش عزت‌نفس و کاهش تجربه شرم در زنان مبتلا به اختلا پرخوری، بطور مشابه موثر هستند و باتوجه به مهارت درمانگر و ویژگی درمانجو می‌توان از هریک از دو مداخله مذکور برای کمک به فرد و بهبود نشانه‌های روانشناختی عزت‌نفس و تجربه شرم او استفاده کرد.

از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش روش نمونه‌گیری دردسترس پژوهش است، زیرا در این روش نمونه تصادفی انتخاب نمی‌شود و جامعهٔ آماری تنها محدود به زنان مبتلا به اختلال پرخوری شهر تهران است، لذا در تعمیم‌پذیزی نتایج این پژوهش به کل افراد می‌بایستی احتیاط لازم به به عمل آید. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در شهرها و فرهنگ‌های دیگر اجرا شود تا بتوان به رفع این محدودیت‌ها کمک کرد. همچنین مقایسه اثربخشی دیگر مداخلات روان‌شناختی با رژیم‌های درمانی و برنامه‌های ورزشی می‌تواند گامی مؤثر در انتخاب بسته درمانی کارامد و پایدار برای کمک به این افراد باشد.

1. Wadsworth

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

منابع

اردکانی، ا.(۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر اضطراب اجتماعی و وابستگی بین فردی زنان مراجعه کننده به خانه‌های سلامت. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*. دوره۴. شماره۸. URL: http://jnip.ir/article-1-265-fa.html

بنی‌هاشمی، ع. (۱۴۰۰). تأثیر درمان هیجان‌مدار بر سلامت روان شناختی و عزت‌نفس افراد در معرض طلاق. *مجله علوم پزشکی رازی*. ۲۸ (۱۱):-۵۶ ۶۵. http://rjms.iums.ac.ir/article-1-6822-fa.html

پاینده، ف، محمدخانی، پ و برجعلی، م. (۱۴۰۲). بررسی نقش میانجی نشخوار فکری بین عزت‌نفس و شفقت‌به‌خود با اضطراب در نوجوانان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۸(۷۰)، ۱۱-۲۲. https://dorl.net/dor/20.1001.1.27173852.1402.18.70.21.6

جاسمی‌زرگانی، م، صیرفی، م.ر، تقدیسی، م.ح، ملیحی، س، تقوی، ح. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خوردن آگاهانه مبتنی بر ذهن آگاهی وزن، خودکارآمدی، تنظیم هیجان و تغذیه زنان مبتلا به چاقی، *مجله روانشناسی بالینی* . سال سیزدهم، شماره ۱ (پیاپی ۴۹) doi: 10.22075/jcp.2021.22373.2059

شیرخانی، م، آقامحمدیان شعرباف، ح.ر، معینی‌زاده، م. (۱۴۰۱). پیش‌بینی شدت نشانگان وسواسی- جبری براساس تجارب تروماتیک دوران کودکی: نقش میانجی‌گری شرم. *رویش روان شناسی*.; ۱۱ (۴) :۴۸-۳۹ URL: http://frooyesh.ir/article-1-3611-fa.html

عسگریان، زا و رضایی خیرآبادی، م. (۱۴۰۰). پیش‌بینی شرم درونی شده نوجوانان بر اساس اضطراب اجتماعی، رابطه با والدین، عزت‌نفس و خودکارآمدی. *نشریه علمی و تخصصی رویش روان شناسی*. ۱۰(۲)، ۱۱۲-۱۰۳. URL: http://frooyesh.ir/article-1-2492-fa.html

فتح‌اله‌زاده، ن، مجلسی، ز، مظاهری، ز، رستمی، م، نوابی‌نژاد، ش. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خود انتقادی زنان آزار دیده عاطفی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳(۲)، ۱۵۱- ۱۶۸. doi:10.22051/PSY.2017.12381.1274

فرزانه، ه، مهرابی زاده هنرمند، م، خواجه الدین، ن، و زرگر، ی. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر پرخوری عصبی در زنان مراجعه کننده به انجمن پرخوری اهواز. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۰(۴ (مسلسل ۷۳))، ۴۱۷-۴۲۵. SID. https://sid.ir/paper/12782/fa.

فروغی، ع.ا، خانجانی، س، کاظمینی، م، طیری، ف.(۱۳۹۴). ساختار عاملی و ویژگیهای روانسنجی نسخهٔ ایرانی مقیاس شرم بیرونی. *مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت*. سال دوم، شماره ۲ . صفحات: ۵۷-۴۹. URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-151-fa.html

کاوسی، ل، عباسی، ق.ا، میرزائیان، ب.(۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر پریشانی روان‌شناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک‌شده افراد مبتلا به اختلال پرخوری. *روان پرستاری*. ۹ (۳):۶۲-۵۰ URL: http://ijpn.ir/article-1-1758-fa.html.

محمدی، ن. (۱۳۸۴). بررسی مقدمات اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس حرمت خود روزنبرگ. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۱(۴). SID.https://sid.ir/paper/512632/fa

موسوی، م، بخشی پور،ا و مهدیان، ح. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر سازگاری اجتماعی زنان دچار افسردگی و تعارضات زناشویی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۳(۴)، ۲۸۵-۲۹۸. URL: http://jhpm.ir/article-1-1555-fa.html

همایونی، م، کیخسروانی، م، پولادی ریشهری، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر احساس شرم‌درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان خشونت‌دیده. *رویش روان شناسی*. ۱۱(۷) :۳۳-۴۴. URL: http://frooyesh.ir/article-1-3776-fa.html

Adams G، Turner H، Hoskins J، Robinson A، Waller G. Effectiveness of a brief form of group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: Case series in a routine clinical setting. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(4):615-20. https://doi.org/10.1002/eat.23470

Andersen, B., Rasmussen, P.H. (2017).Transdiagnostic group therapy for people with self- critic and low self esteem, based on compassion focused therapy principles. *J of Compassionate Health Care*. doi.org/10.1186/s40639-017-0043-1

Bhuptani, P. H., & Messman, T. L. (2022). Self-compassion and Shame Among Rape Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17-18), NP16575-NP16595. https://doi.org/10.1177/08862605211021994

Balsamo M, Macchia A, Carlucci L, Picconi L, Tommasi M, Gilbert P, Saggino A.(2015). Measurement of external shame: an inside view. *J Pers Assess*;97(1):81-9. doi:10.1080/00223891.2014.947650

Cook,DR.(1988) Measuring shame: The internal shame scale. *Alcoholism treatment quarterly*; 4(2): 197-215. https://doi.org/10.1300/J020v04n02_12

Duarte, C, Pinto-Gouveia, J, Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment:Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors*.doi:10.1016/j.eatbeh. 2015.03.007. Epub 2015 Mar 27.

Ferreira C, Moura-Ramos M, Matos M, Galhardo A. (2022). A new measure to assess external and internal shame: Development, factor structure and psychometric properties of the external and internal shame scale. *Current Psychology*, 41(4): 1892-1901. doi:10.1007/s12144-020-00709-0

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, Schmidt U, Zipfel S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 8(1): 16-21. https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y

Gilbert P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1): 6-41. https://doi.org/10.1111/bjc.12043

Gilbert P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2): 97-112. https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/ijct.2010.3.2.97

Glisenti K, Strodl E, King R. (2023) The role of beliefs about emotions in emotion-focused therapy for binge-eating disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53(2): 117-124. https://doi.org/10.1007/s10879-022-09555-6

Glisenti K, Strodl E, Greenberg L.(2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*,9(1): 1-15.https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1): 47-55. https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7

Greenberg L.S.(2017). Emotion-Focused Therapy, Revised Edition, *American Psychological Association***.** https://doi.org/10.1037/15971-000

Greenberg LS. (2012). Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy. *American Psychological Association*. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/13485-000

Grilo CM, Juarascio A. (2023) Binge-Eating Disorder Interventions: Review, Current Status, and Implications. *Current Obesity Reports*, 1(2): 1-11. https://doi.org/10.1007/s13679-023-00517-0

Ille R, Schöggl H, Kapfhammer P, Arendasy M, Sommer M, Schienle A. (2014) Self-disgust in mental disorders-symptom-related or disorder-specific.*Comprehensive psychiatry*, 55(4): 938-943. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.12.020

Kelly AC, Carter JC. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. Psychology and psychotherapy: Theory, *research and practice*, 88(3): 285-303. https://doi.org/10.1111/papt.12044

Kenny TE, Singleton C, Carter JC. (2017). Testing predictions of the emotion regulation model of binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 50(11): 1297-1305. https://doi.org/10.1002/eat.22787

Kielkiewicz, K., Mathúna, C. Ó., & McLaughlin, C. (2020). Construct Validity and Dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale and Its Association with Spiritual Values Within Irish Population. *Journal of religion and health*, 59(1), 381-398. https://doi.org/10.1007/s10943-019-00821-x

Krauss S, Dapp LC, Orth U. (2023). The link between low self-esteem and eating disorders: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychological science*, 1(2): 1-10. https://doi.org/10.1177/21677026221144255

Li, J., Han, X., Wang, W., Sun, G., & Cheng, Z. (2018). How social support influences university students' academic achievement and emotional exhaustion: The mediating role of self-esteem. *Learning and Individual Differences*, 61(1), 120-126.dio: 10.1016/j.lindif.2017.11.016

Martínez-Ramón JP, Morales-Rodríguez FM, Ruiz-Esteban C, Méndez I. (2022). Self-Esteem at University: Proposal of an Artificial Neural Network Based on Resilience, Stress, and Sociodemographic Variables. *Frontiers in Psychology*, 13(2): 1-10. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.815853

Mootabi, F., Moloodi, R., Dezhkam, M., & Omidvar, N. (2009). Standardization of the binge eating scale among Iranian Obese population. *Iranian Journal of Psychiatry*,*4*(4),143-146. SID.https://sid.ir/paper/302317/en

Osoro A, Villalobos D, Tamayo JA. (2022). Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(3): 815-836. https://doi.org/10.1002/cpp.2690

O'Loghlen E Galligan R, Grant S. (2023). Childhood maltreatment, shame, psychological distress, and binge eating: testing a serial mediational model. *Journal of eating disorders*, 11(1): 1-12. doi:10.21203/rs.3.rs-2769149/v1

Rosenberg M. (1989). Determinants of self-esteem-a citation classic commentary on society and the adolescent self-image by Rosenberg, M. Current *Contents/Social & Behavioral Sciences*; 1(11): 16-16. https://garfield.library.upenn.edu/classics1989/A1989T475800001

Thompson S, Girz L. (2020). Overcoming shame and aloneness: Emotion-focused group therapy for self-criticism. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 19(1): 1-11. https://doi.org/10.1080/14779757.2019.1618370

Uba, I., Yaacob, S. N., Juhari, R., & Talib, M. A. (2020). Does Self-Esteem Mediate the Relationship between Loneliness and Depression among Malaysian Teenagers?. *Editorial Board*, 179(1), 179-188. https://www.researchgate.net/publication/236136086

Upadhyay, J., Farr, O., Perakakis, N., Ghaly, W., & Mantzoros, C. (2018). Obesity as a disease. *Medical Clinics*, 102(1), 13-33. DOI: 10.1016/j.mcna.2017.08.004

Wadsworth LP, Forgeard M, Hsu KJ, Kertz S, Treadway M, Björgvinsson T. (2018).Examining the Role of Repetitive Negative Thinking in Relations Between Positive and Negative Aspects of Self-compassion and Symptom Improvement During Intensive Treatment. *Cognitive Therapy and Research*,42(3): 236-49. doi:10.1007/s10608-017-9887-0.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]