

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و روان درمانی مثبت نگر بر خودانتقادگری در زنان مبتلا به چاقی

Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Positive Psychotherapy on Self-criticism in Women with Obesity

Nava Almasi

Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Dr. Bahman Akbari *

Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

bahmanakbari@iau.ac.ir

Dr. Samereh Asadi Majreh

Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

نوا الماسی

گروه روان شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

دکتر بهمن اکبری (نویسنده مسئول)

گروه روان شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

دکتر سامره اسدی مجره

گروه روان شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

Abstract

This research aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and positive psychotherapy on self-criticism in women with obesity. The present research method was a type of quasi-experimental study with a pre-test, post-test design, and a control group with a two-month follow-up period. The population of this research included women with obesity in Rasht in the year 2025, that among them 53 students were selected by purposive sampling, and randomly assigned to two experimental group and a control group. The research questionnaire was the Levels of Self-Criticism Scale (Thompson & Zurov, 2004) (LOSC). Repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test were used to analyze the data. The results showed that the pre-test scores of comparative self-criticism and internal self-criticism in both interventions had a significant difference with the post-test and follow-up scores ($P>0.05$). Also, the results showed that there was no significant difference between the two treatments for comparative self-criticism; and there was a significant difference between the two treatments for internal self-criticism ($P<0.05$), indicating greater effectiveness of compassion therapy compared to positive therapy. Therefore, it can be concluded that both treatments are effective in reducing self-criticism in women with obesity; But compassion-focused therapy was more effective.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Positive Psychotherapy, Self-criticism, Obesity, Women.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و روان درمانی مثبت نگر بر خودانتقادگری در زنان مبتلا به چاقی انجام شد. روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه این پژوهش شامل زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز تغذیه خصوصی در سال ۱۴۰۴ بود که از بین آنها، ۵۳ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تخصیص یافتند. ابزار این پژوهش، پرسشنامه خودانتقاد (تامسون و زوروف، ۲۰۰۴) (LOSC) بود. برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات پیش آزمون خودانتقادگری درونی و مقایسه ای با نمرات پس آزمون و پیگیری در هر دو مداخله، تفاوت معناداری داشت ($P<0.05$). همچنین نتایج نشان داد بین دو درمان، برای خودانتقادگری مقایسه ای تفاوت معناداری وجود نداشت؛ و بین دو درمان برای خودانتقادگری درونی تفاوت معناداری وجود داشت ($P<0.05$)؛ که نشان دهنده اثربخشی بیشتر شفقت درمانی نسبت به درمان مثبت نگر بود. بنابراین، می توان نتیجه گرفت هر دو درمان بر کاهش خودانتقادگری در زنان مبتلا به چاقی مؤثر می باشد؛ اما درمان متمرکز بر شفقت مؤثرتر است.

واژه های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، روان درمانی مثبت نگر، خودانتقادگری، چاقی، زنان.

مقدمه

چاقی^۱ در عصر حاضر یکی از مهم‌ترین مشکلات بشری است که سلامتی جسمی و روانی انسان‌ها را به خطر می‌اندازد. این‌که چاقی اغلب با بیماری مرتبط است، حداقل از زمان بقراط، ۲۵۰۰ سال پیش، مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، آگاه‌سازی عموم از خطر اضافه وزن، به عنوان مشکلی با ابعاد مهم بهداشت عمومی در اوایل قرن بیستم صورت گرفت؛ و اکنون چاقی از طریق نشریات و سازمان‌ها هویت خاص خود را ایجاد کرده است (بری^۲، ۲۰۲۵). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، چاقی یکی از ۱۰ مشکل شایع سلامتی در جهان است و شیوع چاقی در همه گروه‌های سنی و در اغلب کشورها در حال افزایش است (سازمان بهداشت جهانی^۳، ۲۰۲۴). چاقی باعث تشدید و ایجاد بسیاری از بیماری‌ها در افراد می‌شود. چنین شرایطی می‌تواند شامل بیماری‌هایی مانند دیابت نوع دو، فشار خون بالا، اختلال چربی خون، بیماری قلب، آپنه انسدادی خواب، آسم، بیماری رفلکس اسید مری، بیماری دژنراتیو مفاصل کمر، باسن، زانو و پاها، ناباروری و سندرم تخمدان پلی کیستیک، انواع بدخیمی‌ها و افسردگی باشد (خالقی و همکاران، ۲۰۲۵). از آنجا که اضافه وزن و چاقی نه تنها تهدیدکننده سلامت جسمانی است، بلکه پیامدهای منفی روانی، اقتصادی، اجتماعی را موجب می‌شود و مستلزم هزینه‌های پزشکی است؛ از این رو باید مورد توجه قرار گیرد (مک‌گوان^۴ و همکاران، ۲۰۲۵).

طیف گسترده‌ای از پژوهش‌ها، پرخوری را به‌عنوان یک استراتژی جبرانی برای مقابله با انتقاد از خود نشان داده‌اند (ماتوس^۵ و همکاران، ۲۰۲۳؛ ویلیامز و لوینسون، ۲۰۲۲). بنابراین، خودانتقادگری^۶ یکی از متغیرهای مهم مرتبط با چاقی است که نقش مهمی در ایجاد و تداوم مشکلات مختلف سلامت روان ایفا می‌کند (ویدال و سولدویا^۷، ۲۰۲۳)؛ و به‌عنوان یک عامل مرتبط با اختلال خوردن، با همبودی افسردگی، اضطراب و عدم شفقت به خود، به پرخوری و حفظ چاقی کمک می‌کند (ویلیامز^۸ و لوینسون، ۲۰۲۲؛ سرپل^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). خودانتقادگری به مجموعه رفتارهایی اطلاق می‌شود که در آن فرد عیوب و کاستی‌های خود را بسیار محسوس می‌داند و دائماً خود را سرزنش می‌کند. به تعریفی، خودانتقادگری را می‌توان به‌عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خویش تعریف کرد (لاسری و گویرتز-میدان^{۱۰}، ۲۰۲۲). خودانتقادی به دو صورت دیده می‌شود. نخست خودانتقادی مبتنی بر مقایسه با دیگران و دوم خودانتقادی درونی که به استانداردهای داخلی فرد وابسته است. خودانتقادی مقایسه‌ای از نگاه منفی به خود در نتیجه مقایسه با دیگران است. تمرکز اصلی این سطح، روی مقایسه بی‌دلیل با افرادی است که به نظر می‌رسند برتر، منتقد یا خصمانه هستند و در نهایت باعث نارضایتی و ناراحتی از مواجهه و ارزیابی شدن توسط دیگران می‌شود. خودانتقادی درونی از مقایسه با استانداردهای داخلی شکل می‌گیرد. این استانداردها آن‌قدر قوی هستند که برآورده شدن‌شان دشوار یا غیرممکن به نظر می‌رسد؛ اما از دید فرد خودانتقادگر، عدم دستیابی به این استانداردها به عنوان ضعف یا نقص تلقی می‌شود و همچنین مجازاتی که افراد برای عدم رسیدن به این استانداردها برای خود در نظر می‌گیرند، اغلب به طرز نامعقولی شدید است (تامپسون و زوروف^{۱۱}، ۲۰۰۴). در این راستا، سرپل و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند خودانتقادگری بالا در ایجاد و تداوم پرخوری عصبی نقش دارد؛ و شرکت‌کنندگان با خودانتقادگری پایین، کالری کمتری مصرف کردند، غذای مصرف‌شده را کمتر لذت‌بخش ارزیابی کردند و تمایل کمتری به ادامه خوردن گزارش دادند.

ازجمله درمان‌هایی که می‌تواند در بهبود خودانتقادگری مؤثر واقع شود، درمان شفقت‌ورزی است (پل^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴؛ غفاری و همکاران، ۲۰۲۵). مدل‌های متمرکز بر تکامل و سنت‌های بودایی باستانی، شفقت را به‌عنوان یک انگیزه اجتماعی می‌دانند که به‌عنوان حساسیت به رنج در خود و دیگران، با تعهد به تلاش برای کاهش و پیشگیری از آن، تعریف می‌شود (گیلبرت^{۱۳}، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر شفقت^{۱۴} که توسط گیلبرت ارائه شد، برای هدف قرار دادن صریح خودانتقادی توسعه داده شده است (ماتوس و همکاران، ۲۰۲۳). از

1 Obesity

2 Bray

3 World Health Organization

4 McGowan

5 Matos

6 self-criticism

7 Vidal & Soldevilla

8 Williams & Levinson

9 Serpell

10 Lassri & Gewirtz-Meydan

11 Thompson & Zuroff

12 Pl

13 Gilbert

14 Compassion-based therapy

آن‌جایی که سیستم‌های سه‌گانه سیستم امنیت، سیستم دفاعی و سیستم انگیزشی در رابطه نزدیک با سیستم‌های دلبستگی هستند، بنابراین در این رویکرد تأکید بر آموزش ذهن مشفق است و بر این نکته تأکید دارد که برای خوشحالی خود و دیگران و در نتیجه کاهش شرم و خودانتقادی بر شفقت تمرکز کنید (گیلبرت و پروکتر^۱، ۲۰۰۶). در همین راستا، کاهش خودانتقادی و فرآیندهای تغییر در خودانگی وزن، شاخص توده بدنی و خوردن هیجانی، پس از مداخله گروهی درمان شفقت برای زنان دارای اضافه وزن و چاقی در مطالعات علی‌پور و همکاران (۱۴۰۲)، و پالمیرا^۲ و همکاران (۲۰۱۹)، نشان داده شده است. واکلین^۳ و همکاران (۲۰۲۲)، در یک مطالعه فراتحلیل، تأثیر مداخلات مرتبط با شفقت را بر خودانتقادی مورد بررسی قرار دادند. جستجوی سیستماتیک در ادبیات پژوهش، ۲۰ کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده دارای معیارهای ورود را شناسایی؛ و اطلاعات ۱۳۵۰ شرکت‌کننده استخراج شد. یافته‌های متاآنالیز خواهد امیدوارکننده‌ای از اثربخشی مداخلات مرتبط با شفقت برای کاهش متوسط تا قابل توجه خودانتقادی در نمونه‌های آماری مختلف نشان داد. مطالعه فراتحلیل ویدال و سولدوبا (۲۰۲۳) نیز حاکی از نتایج مشابهی بود. علاوه بر این، غفاری و همکاران (۲۰۲۵)، و پل و همکاران (۲۰۲۴) در مطالعات پژوهشی مجزا، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت را بر خودانتقادی نشان دادند. همچنین امیرپور و همکاران (۱۴۰۳)، و رستم‌پور و همکاران (۱۴۰۳)، در مطالعاتی نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش خودانتقادی در شرکت‌کنندگان اثربخش بود. اگرچه برنامه‌های مدیریت وزن زیادی در حال حاضر قابل دسترس هستند؛ اما به عقیده دوارته^۴ و همکاران (۲۰۲۱)، بسیاری از آن‌ها محکوم به شکست یا عود هستند؛ زیرا متغیرهای روان‌شناختی را در پای‌بندی و رعایت این برنامه‌ها در نظر نمی‌گیرند. لذا، افزودن مداخلات روان‌شناختی همچون درمان متمرکز بر شفقت بر پیامدهای هیجانی، غذایی و اضافه وزن می‌تواند اثربخشی برنامه را افزایش دهد.

در برخی مطالعات نیز، تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر به‌عنوان رویکرد تازه‌ای در روان‌شناسی، بر خودانتقادی نشان داده شده است (چاف و مونگرین^۵، ۲۰۲۴؛ دنگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). روان‌درمانی مثبت‌نگر، مطالعه علمی هیجانات مثبت، صفات فردی مثبت و ساختارهایی است که این رشد را موجب می‌شوند. در رویکرد مثبت‌نگر برخلاف سایر رویکردها که تمرکزشان بر مشکلات و ضعف‌هاست، بر افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی تأکید و توجه می‌شود (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین از منظر روان‌شناسی مثبت، عدم وجود نشانه‌های بیماری روانی، شاخص سلامتی نیست؛ بلکه سازگاری، شادکامی و شکوفایی قابلیت‌های خود، نشانه سلامت است. بنابراین روان‌شناسی مثبت‌گرا، بر وجود ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فردی تأکید دارد و جنبه‌های مثبت روانی فرد را در نظر می‌گیرد (سلیگمن، ۲۰۱۹). روان‌درمان‌گران مثبت‌نگر علاقه‌مند به رشد شخصی، تسلط محیطی، ایجاد و تقویت توانمندی‌ها، خودمختاری، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود با هدف کنترل نقاط ضعف و اصلاح جنبه‌های بد زندگی هستند؛ و برقراری نوعی توازن و تعادل را ضروری می‌دانند، توازنی که در آن نقاط قوت و ضعف افراد با هم در نظر گرفته و درک شود (کرن^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). طبق پژوهش چاف و مونگرین (۲۰۲۴)، مهربانی با خود و انتقاد از خود به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های منحصر به فرد و رایج بهزیستی ذهنی پس از مداخلات روان‌شناسی مثبت هستند. رستم‌پور و همکاران (۱۴۰۳)، در پژوهش خود نشان دادند درمان مثبت‌نگر تأثیر بسزایی بر خودانتقادی زنان دارد. مشاک و همکاران (۱۴۰۰) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند روان‌درمانی مثبت بر خودانتقادی زنان اثربخش است. همچنین طبق پژوهش دنگ و همکاران (۲۰۲۴) بهبود خودانتقادی از طریق مداخله روان‌شناسی مثبت امکان‌پذیر است.

اگرچه مطالعات صورت‌گرفته از اثربخشی درمان شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر برای متغیر خودانتقادی حمایت می‌کند؛ ولی شواهد فعلی هنوز برای ایجاد نتیجه‌گیری قطعی در مورد مقرون به صرفه بودن و کارآمدتر بودن این مداخلات در زنان مبتلا به چاقی کافی نیست. دلیل مقایسه‌ی دو درمان شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر آن است که با توجه به فقر پیشینه‌های پژوهشی در زمینه درمان‌های کارآمد در کمک به زنان مبتلا به چاقی، پژوهش‌های بیشتری در این زمینه مورد نیاز است و از آن‌جایی که یافتن درمان‌های کارآمدتر با انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای اثربخشی درمان‌ها حاصل می‌شود، در این میان براساس مطالعات، رویکردهای درمانی موردنظر در پژوهش حاضر یعنی درمان متمرکز بر شفقت به دلیل ایجاد حس مسئولیت‌پذیری و خودارزشمندی از یک سو و روان‌درمانی مثبت‌نگر به علت تمرکز بر نقاط قوت و توانمندی‌ها از سوی دیگر، می‌توانند در این زمینه موثر واقع شوند که برای اطمینان بیشتر و مشخص شدن نوع قوی‌تری از

1 Gilbert & Procter

2 Palmeira

3 Wakelin

4 Duarte

5 Chafe & Mongrain

6 Deng

7 Karen

مداخله در پژوهش حاضر به دنبال مقایسه اثرگذاری این مداخلات بر متغیر خود انتقادی هستیم. هر دو مزایای خود را دارند و انتخاب بین آن‌ها می‌تواند به نیازهای فردی و اهداف درمانی بستگی داشته باشد. افراد مبتلا به چاقی دچار شرم و خجالت زیادی بابت فرم بدن خود هستند، این مطالعه می‌تواند با آگاهی‌سازی افراد مبتلا به چاقی، آن‌ها را از پیامدهای جسمی و روانی آگاه کند و راه‌حل درمانی ارائه دهد، تا بتوانند زندگی بهتری داشته باشند. با توجه به آن‌چه گفته شد هدف مطالعه حاضر، مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر خودانتقادگری در زنان مبتلا به چاقی بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری مورد مطالعه در پژوهش حاضر، زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به مراکز تغذیه خصوصی در سال ۱۴۰۴ بود که از بین آن‌ها، ۵۳ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌روش تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تخصیص یافتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، ابتلا به چاقی (شاخص توده بدنی ۳۰ و بالاتر)، محدوده سن بین ۲۵-۳۵ سال، عدم بیماری مزمن و شدید جسمانی یا روانی (طبق پرونده بیمار و خودگزارشی)، و عدم اعتیاد به مواد مخدر و محرک (طبق پرونده بیمار و خودگزارشی)، بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه، عدم رغبت و همکاری با پژوهشگر در زمینه انجام تکالیف، شرکت در جلسات روان‌درمانی هم‌زمان یا در بازه زمانی ۳ ماه پیش از مطالعه بود. در جلسه اول، برای هر یک از شرکت‌کنندگان، هدف و روش انجام پژوهش توضیح داده شد. سپس ۶۰ نفر بر اساس معیارهای ورود و پس از تایید و امضاء فرم رضایت از شرکت در پژوهش، به روش گمارش تصادفی، در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل، قرار گرفتند. از هر سه گروه پیش‌آزمون شامل پرسشنامه خودانتقادی گرفته شد. سپس گروه اول به مدت دو ماه تحت درمان شفقت‌ورزی، شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار؛ و گروه دوم به مدت دو ماه تحت درمان مثبت‌نگر، شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار قرار گرفتند. پس از انجام فرایند مداخله درمانی، از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. همچنین پس از دو ماه جهت ارزیابی پیگیری مجدداً از شرکت‌کنندگان خواسته شد پرسشنامه خودانتقادی را تکمیل نمایند. قابل ذکر است به علت ریزش شرکت‌کنندگان، در نهایت در گروه درمان مبتنی بر شفقت و مثبت‌نگر هر کدام ۱۷ نفر، و در گروه کنترل ۱۹ نفر، در مجموع ۵۳ نفر باقی ماندند. از عوامل ریزش شرکت‌کنندگان، می‌توان به شرایط زندگی شخصی آن‌ها از جمله ابتلاء به بیماری‌های ویروسی، دوری راه، مسافرت و مشغله‌های دیگر اشاره داشت. قابل ذکر است اصول اخلاقی پژوهش که در این مطالعه رعایت شد، شامل نمونه‌گیری داوطلبانه (تمایل شرکت‌کنندگان به حضور در پژوهش)، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان و رعایت حریم خصوصی، آگاهی شرکت‌کنندگان از هدف پژوهش، آگاهی شرکت‌کنندگان از مزایا یا خطرات احتمالی، پیشگیری از هرگونه آسیب جسمی، روان‌شناختی یا اجتماعی بالقوه به شرکت‌کنندگان، آزادی شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش بدون جریمه و بازخواست، نظارت روان‌شناس بالینی، قرار دادن نتایج در اختیار شرکت‌کنندگان (در صورت تمایل)، تحلیل و تفسیر دقیق داده‌های به دست آمده از شرکت‌کنندگان و عدم اغراق در نتیجه‌گیری‌ها، می‌باشد. همچنین آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS26 در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

مقیاس سطوح خودانتقادی (LOSC): این مقیاس توسط تامسون و زوروف^۲ (۲۰۰۴) طراحی شده است. این مقیاس ۲۲ گویه دارد و دو مؤلفه خودانتقادگری مقایسه‌ای (۱۲ گویه) و خودانتقادگری درونی (۱۰ گویه) را مورد سنجش قرار می‌دهد. سنجش مقیاس در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای، از به‌شدت مخالفم (نمره صفر) تا به شدت موافقم (نمره ۶) انجام می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر خودانتقادی در فرد است. نمره برش برای این مقیاس ۶۰ در نظر گرفته شده است. تامسون و زوروف (۲۰۰۴) روایی و پایایی مقیاس سطوح خودانتقادی را بر روی نمونه‌ای شامل ۱۴۴ دانشجوی ارزیابی کرده‌اند. به این منظور تحلیل عوامل مقیاس گویه‌ای دو عامل خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی را نشان داد. آلفای کرونباخ مقیاس سطوح خودانتقادی برای خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۸۴ و خودانتقادی درونی ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین روایی ملاکی همگرا در مقایسه نمرات خرده‌مقیاس‌های این آزمون از طریق همبستگی

1 The Levels of Self-Criticism Scale (LOSC)

2 Thompson & zurov

پیرسون با مقیاس با خرده‌مقیاس روان‌نژندی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۵۴؛ و با خرده‌مقیاس ارزشمندی همان پرسشنامه ۰/۶۶- و ۰/۵۲- گزارش شده است. در ایران روایی و پایایی مقیاس سطوح خودانتقادی در پژوهش موسوی و قربانی (۱۳۸۵) بررسی گردیده است. نمرات پایایی با روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خودانتقادی درونی، ۰/۸۷ و خودانتقادی مقایسه‌ای، ۰/۵۵ گزارش شد. همچنین روایی همگرا از طریق همبستگی پیرسون رابطه بین مؤلفه‌های مقیاس خودانتقادی با ۱۴ خرده‌مقیاس پرسشنامه مشکلات شخصی و بین‌فردی را بین ۰/۲۵ تا ۰/۷۸، معنی‌دار نشان داد. نمرات آلفای کرونباخ، جهت بررسی پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر، برای مؤلفه خودانتقادی درونی، ۰/۹۷۳ و برای مؤلفه خودانتقادی مقایسه‌ای، ۰/۹۷۸ به دست آمد.

درمان مبتنی بر شفقت: مداخله مورد استفاده در پژوهش حاضر براساس طرح درمان متمرکز بر شفقت (۲۰۰۹) گیلبرت صورت گرفت. جلسات به‌صورت گروهی، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) اجرا گردید. مختصری از محتوای جلسات در جدول ۱ نشان داده شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	خلاصه جلسات درمانی
اول	برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و درمان متمرکز بر شفقت، گفتگو در مورد مشکلات چاقی و پرخوری، توضیح کوتاهی در مورد فواید اهداف جلسات درمانی
دوم	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، معرفی سه سیستم تنظیم هیجان؛ توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج آور کدام سیستم هیجانی فعال تر است.
سوم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه؛ آموزش تمرین تنفس آرامبخش و نحوه اجرای آن؛ معرفی مهارت‌های ذهن آگاهی، خوردن توجه آگاهانه به عنوان مثل: تمرین خوردن کشمش تکلیف: انجام تمرین تنفس آرامبخش در موقعیت‌های خارج از جلسه، خوردن توجه آگاهانه در خانه
چهارم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، توضیح خصوصیت‌های شش گانه شفقت مؤلفه‌های عد اشتیاق شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیر قضاوتی بودن، تحمل آشفتگی. به تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت پذیری توضیح این موضوع که برای اینکه مراجع به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارت‌هایی را یاد بگیرد. تکلیف: مراجع نمونه‌هایی از مولفه‌های بعد اشتیاق در زندگی‌اش را برای جلسه بعد بنویسد. بررسی ویژگی‌های فرد مشفق در خود
پنجم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، استفاده از ریتم تنفسی آرامبخش؛ آموزش نحوه تصویر مشفق؛ تمرین تصور بهترین حالت خود؛ اجرای تکنیک صندلی مشفق یا تکنیک سه صندلی سازی خود مشفق شدن را انجام دهد و به تفاوت این دو وضعیت تکلیف: مراجع بعد از نشخوار فکری، تمرین خود دقت کند؛ مراجع با استفاده از تمرین صندلی مشفقانه به مقابله با خود انتقادگری بپردازد.
ششم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، انجام ریتم تنفسی آرامبخش قبل از هر تمرین؛ تمرین مشفق به سمت شفقت نسبت به دیگران؛ تمرین دریافت شفقت از سوی دیگران؛ متمرکز کردن خود دیگران؛ تمرین شفقت‌ورزی به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفق ایده‌آل و کامل برای خود، اشارهای مختصر به مفهوم ترس از شفقت. در پایان این تمرین‌ها مراجع چند جمله درباره حسی که این تمرین‌ها به او داده بنویسد. مراجع تمرین‌های یادگرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به کار برد.
هشتم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه؛ آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود؛ جمع‌بندی جلسات گذشته و ارائه خلاصه‌ای از آن‌ها، بازخورد از دوره آموزشی و اجرای پس‌آزمون

درمان مثبت‌نگر: شیوه درمانی مورد استفاده، مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر بر اساس برنامه درمانی سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) بود. جلسات به‌صورت گروهی، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) اجرا گردید. مختصری از محتوای جلسات در جدول ۲ نشان داده شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مثبت‌نگر

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی افراد گروه و تشریح برنامه مثبت‌نگر، توضیحاتی در باب اضافه وزن و عوارض آن، هدف این جلسه متمرکز بر جهت دادن افراد در چارچوب روان‌درمانی مثبت است. در این جلسه مفروضه‌ها و نقش‌های روان‌درمان‌گر مثبت برای مراجعان روشن می‌شود و مسئولیت‌های افراد مورد بحث قرار می‌گیرد. چرخه پرما شامل احساسات مثبت، تعامل، روابط، معنا، و موفقیت توضیح داده می‌شود.
دوم	داستان‌های مثبت مرور می‌شود و توانمندی‌های درون داستان شناسایی و بحث می‌شود. به مراجع کمک می‌شود تا زمانی را که در گذشته از توانمندی‌های خودشان برای تجربه حس شادکامی در زندگی استفاده می‌کردند، شناسایی کنند.
سوم	روان‌درمانی مثبت برای کمک به مراجعان در پرورش توانمندی‌های بالا و هیجان‌های مثبت طراحی شده است. به همین منظور، درمان‌گران از مراجعان می‌خواهند که طرح خاصی برای به اجرا در آوردن توانمندی‌ها، فرمول‌بندی کنند. تکالیف جلسه برای مراجعان با دفترچه شکرگزاری شروع می‌شود که در آن باید روزانه سه چیز خوب که برای آن‌ها اتفاق می‌افتد را ثبت کنند.
چهارم	به مراجع کمک می‌شود نقش خاطرات، هم خوب و هم بد را در حفظ نشانه‌های بیماری روانی درک کنند. مراجعان در ابراز خشم، تلخی و دیگر هیجانات منفی یاری می‌شوند به مراجعان در مورد نوشتن سه خاطره بد و احساس‌های همراه با آن‌ها آموزش داده می‌شود.
پنجم	بخشش به عنوان ابزاری برای تغییر خشم و تلخی و پرورش عواطف خنثی یا مثبت معرفی شده است. مراجعان خاطره یک شخص که در حق‌شان بدی کرده است و احساسات مربوط به آن را توصیف نموده، برایش نامه‌ای می‌نویسند و متعهد می‌شوند که آن شخص را ببخشند. نامه لزوماً تحویل داده نمی‌شود.
ششم	در این جلسه درمان‌گران با مراجعان پیشرفت‌شان را در نوشتن نامه‌های بخشش، شکرگزاری، دفترچه‌های شکرگزاری و بکار بردن توانمندی‌هایشان در عمل براساس برنامه‌های فعالیت‌شان که در جلسه دوم آغاز گردید را بررسی می‌کنند. بازخورد مراجع به فرایند و پیشرفت درمانی نیز مورد بحث قرار می‌گیرد.
هفتم	خوش‌بینی و امید به تفصیل مورد بحث قرار می‌گیرند. شرکت‌کنندگان به زمان‌هایی فکر می‌کنند که چیزهای مهم از دست می‌رفتند اما فرصت‌های دیگری باز می‌شد. در این جلسه همچنین تمرین "دری بسته می‌شود، در دیگری باز می‌شود" ارائه می‌شود. مشتریان به سه در فکر می‌کنند که بسته می‌شوند و سپس می‌پرسند، چه درهایی باز شدند؟
هشتم	تمرین ارتباطات مثبت مانند چهار سبک پاسخ‌دهی و آموزش پنج ساعت جادویی برای بهبود روابط انجام می‌شود. دستاوردها و تجربیات درمانی مورد بحث قرار می‌گیرد و در مورد راه‌هایی برای حفظ تغییرات مثبت صحبت می‌شود.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۵۸ خانم مبتلا به چاقی در سه گروه، درمان مبتنی بر شفقت (۱۷)، درمان مثبت‌نگر (۱۷) و گروه کنترل (۱۹) نفر مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان متمرکز بر شفقت، ۲۹/۹۴ (۳/۵۲) سال؛ گروه درمان مثبت‌نگر، ۲۹/۴۱ (۳/۲۰) سال؛ و گروه کنترل، ۳۰/۳۶ (۳/۲۰) سال بود. مقایسه میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین سن در سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت ($F=0/380$, $p=0/690$). همچنین میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی گروه درمان متمرکز بر شفقت، ۳۴/۴۸ (۲/۷۸)؛ گروه درمان مثبت‌نگر، ۳۳/۹۵ (۲/۵۱)؛ و گروه کنترل، ۳۴/۵۷ (۲/۵۷) بود. مقایسه میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین شاخص توده بدنی در سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت ($F=0/695$, $p=0/740$). علاوه بر این، بین گروه‌ها از لحاظ سابقه ژنتیک چاقی در خانواده ($X^2=0/585$, $p=0/750$)، و همچنین وضعیت تأهل ($X^2=0/363$, $p=0/830$)، تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ که بیانگر آن است هر سه گروه در این متغیرها همگن هستند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودانتقادگری	شفقت‌درمانی	۴۸.۷۶	۳.۹۵	۳۴.۷۶	۲.۴۹	۳۴.۸۸	۲.۹۸
درونی شده	درمان مثبت‌نگر	۴۷.۰۰	۴.۵۱	۳۰.۲۹	۳.۴۶	۳۰.۳۵	۲.۸۹

کنترل	۴۷.۶۳	۴.۱۰	۴۹.۴۷	۳.۹۶	۴۹.۴۷	۴.۲۹
خودانتقادگری	شفقت درمانی	۶۰.۰۶	۵.۵۳	۴۲.۴۷	۴.۰۶	۳۸.۱
مقایسه‌ای	درمان مثبت‌نگر	۶۰.۲۴	۵.۷۳	۳۸.۸۸	۴.۰۸	۳.۴۲
	کنترل	۵۹.۷۴	۵.۸۰	۶۱.۶۳	۵.۳۹	۵.۱۶

مطابق با نتایج جدول ۳، میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری خودانتقادگری درونی و خودانتقادگری مقایسه‌ای، در شرکت‌کنندگان گروه‌های شفقت‌درمانی و درمان مثبت‌نگر در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشت؛ اما در گروه کنترل، بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشد. به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که سطح معنی‌داری به‌دست آمده برای متغیر خودانتقادگری درونی شده ($P = ۰/۷۳$ و $P = ۰/۹۷۰$)؛ و برای خودانتقادگری مقایسه‌ای ($P = ۰/۲۳$ و $P = ۰/۹۳۰$)؛ بود که بزرگتر از $۰/۰۵$ و بیانگر عدم معناداری و نتیجتاً نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش بود ($P > ۰/۰۵$). به منظور بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که با توجه به نمره معناداری ($P = ۰/۱۳$ و $P = ۲/۱۲$) برای خودانتقادگری درونی شده، و ($P = ۰/۳۲$ و $P = ۱/۵۱$) برای خودانتقادگری مقایسه‌ای که بزرگتر از $۰/۰۵$ می‌باشد، پیش‌فرض همگنی واریانس خطا در مورد متغیرهای پژوهش برقرار بود ($P > ۰/۰۵$). آزمون ام. باکس نیز با نمره ($P = ۰/۳$ و $F = ۱/۴۶$) معنی‌دار نیست؛ در نتیجه یکسانی ماتریس کواریانس برقرار است. همچنین پیش‌فرض آزمون ماوچلی یا همگونی ماتریس واریانس برای متغیر خودانتقادگری و مؤلفه‌های آن، برقرار بود ($P > ۰/۰۵$). بنابراین، با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های مذکور، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ ارائه گردیده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
خودانتقادگری درونی	اثرهای درون گروهی (اثر زمان)	۳۲۴۱.۹۶	۲.۰۰	۱۶۲۰.۹۸	۲۳۹.۴۴	$< ۰/۰۰۱$	۰.۸۳
	اثرهای بین گروهی (اثر گروه)	۴۹۰۱.۴۰	۲.۰۰	۲۴۵۰.۷۰	۸۸.۷۸	$< ۰/۰۰۱$	۰.۷۸
	خطا	۱۳۸۰.۲۱	۵۰.۰۰	۲۷.۶۰			
خودانتقادگری مقایسه‌ای	اثر تعاملی زمان در گروه	۲۴۳۲.۶۹	۴.۰۰	۶۰۸.۱۷	۸۹.۸۴	$< ۰/۰۰۱$	۰.۷۸
	اثرهای درون گروهی (زمان)	۵۶۶۷.۱۳	۲.۰۰	۲۸۳۳.۵۷	۲۶۳.۱۸	$< ۰/۰۰۱$	۰.۸۴
	اثرهای بین گروهی (اثر گروه)	۷۱۵۵.۷۲	۲.۰۰	۳۵۷۷.۸۶	۷۱.۷۲	$< ۰/۰۰۱$	۰.۷۴
	خطا	۲۴۹۴.۳۸	۵۰.۰۰	۴۹.۸۹			
	اثر تعاملی زمان در گروه	۳۸۰۰.۴۷	۴.۰۰	۹۵۰.۱۲	۸۸.۲۵	$< ۰/۰۰۱$	۰.۷۸

براساس جدول ۴، نتایج اثر زمان در نمرات خودانتقادگری درونی و مقایسه‌ای در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج به‌دست‌آمده اثر گروه نیز نشان داد که تفاوت میان گروه‌های درمان و کنترل از نظر میانگین نمرات خودانتقادگری درونی و مقایسه‌ای در کل مراحل مطالعه معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین اثر تعاملی زمان در گروه در متغیرهای خودانتقادگری درونی و مقایسه‌ای معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$). وقتی در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، اثر تعاملی زمان در گروه معنادار می‌شود، به این معنی است که روند تغییرهای متغیر وابسته در طول زمان بین گروه‌های مختلف، متفاوت است. به عبارت دیگر، اثر زمان بر متغیر وابسته به عضویت در گروه (مثلاً گروه آزمایش و کنترل) بستگی دارد و این دو متغیر به‌صورت هم‌زمان بر متغیر وابسته تأثیر می‌گذارند که برای بررسی بیشتر آن به مقایسه‌های زوجی پرداخته‌ایم. جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زمان‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی زمان‌ها

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودانتقادگری درونی شده	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	*۹.۶۲۱	۰.۶۰	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	*۹.۵۶۲	۰.۶۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰.۰۶	۰.۱۹	۱/۰۰
خودانتقادگری مقایسه‌ای	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	*۱۲.۳۴۹	۰.۷۷	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	*۱۲.۹۹۱	۰.۷۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	*۶۴۲.	۰.۱۹	۰/۱

نتایج جدول ۵ تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون؛ و بین پیش‌آزمون و پیگیری برای متغیر خودانتقادگری درونی و مقایسه‌ای را گزارش می‌دهد که نشان‌دهنده تفاوت معنادار نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش است ($P < ۰/۰۰۱$). بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت و درمان مثبت‌نگر بر خودانتقادگری درونی و مقایسه‌ای زنان مبتلا به چاقی مؤثر می‌باشند. همچنین، تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود، که حاکی از پایداری و ثبات اثرات مداخله در طول زمان است. جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها

متغیر	گروه مبنا	گروه مقایسه‌شده	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودانتقادگری درونی	شفقت‌درمانی	درمان مثبت‌نگر	*۳.۵۸۸	۱.۰۴	<۰/۰۰۱
	شفقت‌درمانی	کنترل	*۹.۳۸۹-	۱.۰۱	<۰/۰۰۱
	درمان مثبت‌نگر	کنترل	*۱۲.۹۷۷-	۱.۰۱	<۰/۰۰۱
خودانتقادگری مقایسه‌ای	شفقت‌درمانی	درمان مثبت‌نگر	۲.۴۵	۱.۴۰	۰/۲۶
	شفقت‌درمانی	کنترل	*۱۲.۶۱۳-	۱.۳۶	<۰/۰۰۱
	درمان مثبت‌نگر	کنترل	*۱۵.۰۶۴-	۱.۳۶	<۰/۰۰۱

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد تفاوت میانگین متغیر خودانتقادگری درونی و مقایسه‌ای بر اثر هر دو مداخله درمان مبتنی بر شفقت و درمان مثبت‌نگر معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه کنترل این اختلاف معنی‌دار نیست. همچنین اختلاف تأثیر درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان مثبت‌نگر در متغیر خودانتقادگری درونی و مقایسه‌ای معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر هر دو درمان منتهی به کاهش خودانتقادگری درونی و مقایسه‌ای شده‌اند؛ اما تأثیر روش درمان مبتنی بر شفقت، به‌طور معناداری بالاتر از درمان مثبت‌نگر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان مثبت‌نگر بر خودانتقادگری زنان مبتلا به چاقی انجام شد. نتایج نشان داد هر دو روش درمان مبتنی بر شفقت و درمان مثبت‌نگر منجر به کاهش معنادار خودانتقادگری شدند؛ اما تأثیر روش درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خودانتقادگری نسبت به درمان مثبت‌نگر در زنان مبتلا به چاقی بیشتر بوده است. یافته اول، یعنی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادگری با نتایج مطالعات غفاری و همکاران (۲۰۲۵)، پل و همکاران (۲۰۲۴)، ویدال و سولدویا (۲۰۲۳)؛ واکلین و همکاران (۲۰۲۲)، پالمیرا و همکاران (۲۰۱۹)، رستم‌پور و همکاران (۱۴۰۳)، امیرپور و همکاران (۱۴۰۳)، علی‌پور و همکاران (۱۴۰۲)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که زنان مبتلا به چاقی، به خاطر وضعیت بدن‌شان مستعد خودسرزنی و خودانتقادی هستند. در مقابل، در روش درمان مبتنی بر شفقت سعی می‌شود دیدگاهی مشفقانه و غیرقضاوتی نسبت به خود و نواقص و کمبودهای خود ایجاد شود (رستم‌پور و همکاران، ۱۴۰۳). خودانتقادی به‌عنوان مکانیسمی خشن و

تنبیهی برای برقراری ارتباط با خود در موقعیت‌های تهدید به‌ویژه در مواجهه با موانع مفهوم‌سازی شده است که توسط شرم هدایت می‌شود و بر عملکرد تأثیر می‌گذارد. بنابراین انتقادهای پی در پی از خود منجر به پیدایش هیجان منفی راهبرد ایمنی غذا خوردن و در نتیجه شکست در درمان کاهش وزن شده و متعاقباً سرعت چرخه انتقاد از خود را شدت می‌بخشد (علی‌پور و همکاران، ۱۴۰۳). درمان متمرکز بر شفقت برای درمان افرادی با سطوح بالای خودانتقادی توسعه داده شد (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶). تکنیک‌های درمان شفقت، مانند تصویرسازی دلسوزانه، خودانتقادی و پاسخ مبتنی بر تهدید را با تقویت خود دلسوز، کاهش نشخوار فکری و ارتقای تنظیم عاطفی، بازسازی می‌کنند. این با یافته‌هایی که نشان می‌دهند شفقت به خود، واسطه‌ی رابطه‌ی بین خودانتقادی و بهزیستی است و چرخه‌های شناختی منفی را مهار می‌کند، همسو است (غفاری و همکاران، ۲۰۲۵). در مداخلات مبتنی بر شفقت‌درمانی شرکت‌کنندگان می‌آموزند که به‌جای انکار و سرکوب احساسات دردناک آن‌ها را بپذیرند و با ذهن شفقت‌ورزی که حاصل فرایند درمان و تمرین‌های آن است، با این احساسات برخورد کنند. این وضعیت جدید، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مواجهه با شرایط دشوار ارتباط سالم با خود از طریق برونی‌سازی خود منتقد و برونی‌سازی خود شفقت‌ورز و همچنین قرار گرفتن در مسیر یک زندگی معنادار و بانشاط را برای فرد به ارمغان می‌آورد (امیرپور و همکاران، ۱۴۰۳). گیلبرت (۲۰۰۹) همچنین پیشنهاد می‌کند که می‌توانیم حداقل سه نوع سیستم تنظیم احساسات را از هم متمایز کنیم: سیستم تهدید و محافظت از خود؛ سیستم انگیزه و جستجوی منابع؛ و سیستم تسکین و رضایت. طبق نظریه گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶)، افراد بسیار خودانتقادگر به طور مداوم سیستم تهدید و محافظت از خود را فعال می‌کنند، در حالی که سیستم تسکین و رضایت را غیرفعال می‌کنند. در مواجهه با شکست‌ها، ناامیدی‌ها یا اشتباهات، آن‌ها به شدت و با تحقیر به خود واکنش نشان می‌دهند و قادر به خودآرامی نیستند. بنابراین، اگرچه کاهش خصومت خودمحور در کمک به افراد خودانتقادگر مهم است، درمان شفقت همچنین بر توسعه مهارت‌هایی برای ایجاد آرامش و گرمی تمرکز کرده است که می‌تواند به عنوان پادزهری برای احساس تهدید و خودانتقادی عمل کند (ویدال و سولدویلا، ۲۰۲۳).

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد درمان مثبت‌نگر بر خودانتقادگری زنان مبتلا به چاقی مؤثر است. این نتیجه با نتایج مطالعات چاف و مونگرین (۲۰۲۴)، دنگ و همکاران (۲۰۲۴)، رستم‌پور و همکاران (۱۴۰۳)، و مشاک و همکاران (۱۴۰۰)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مثبت می‌تواند از طریق چندین مکانیسم مرتبط با هم، خودانتقادی را کاهش دهد. در چارچوب روان‌درمانی مثبت، تمرین تمرکز بر نقاط قوت و ارزیابی مثبت به گونه‌ای طراحی شده است که توجه را از نقاط ضعف به نقاط قوت معطوف کند و به مراجعین کمک می‌کند تا یک خودنگری متعادل‌تر و امیدوارانه‌تر ایجاد کنند. دیدگاه مبتنی بر نقاط قوت ادعا می‌کند که هر کسی نقاط قوت قابل دسترسی اعم از شناختی، عاطفی، اجتماعی، عملی یا اخلاقی دارد. شناسایی و به‌کارگیری آن‌ها باعث می‌شود چالش‌ها قابل حل‌تر به نظر برسند (سلیگمن، ۲۰۱۹). توجه منظم به جنبه‌های مثبت خود و اعمال خود، وزنه تعادلی در برابر خودگویی‌های منفی ایجاد می‌کند. تمرکز بر نقاط مثبت، نقاط قوت شخصی را شناسایی و به کار می‌گیرد و خودکارآمدی و خودارزشمندی را افزایش می‌دهد و روایت را از تفکر متمرکز بر نقص به خودارزیابی رشدمحور تغییر می‌دهد (دنگ و همکاران، ۲۰۲۴). گنجاندن تجربیات، نقاط قوت و دستاوردهای مثبت، خلق و خوی کلی را افزایش می‌دهد، عاطفه مثبت بالا، تفکر را گسترش می‌دهد، و فضای کمتری برای خودگویی‌های تنبیهی ایجاد می‌کند (مشاک و همکاران، ۱۴۰۰). به‌طور کلی، هدف از این تمرین، افزایش خودکارآمدی با مستندسازی و استفاده از نقاط قوت؛ گسترش مجموعه استراتژی‌های مقابله و حل مسئله؛ کاهش انتقاد شدید از خود با تکیه بر قضاوت‌ها بر اساس شواهد موفقیت‌ها و منابع؛ و پرورش روایتی مثبت‌تر از خود که از رشد پشتیبانی می‌کند، می‌باشد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). تقویت معنا و هدف و زندگی مبتنی بر ارزش‌ها از هدف‌های دیگر روان‌درمانی مثبت می‌باشد. همسو کردن اعمال با ارزش‌های اصلی، حس هدفمندی ایجاد می‌کند که با تغییر چارچوب شکست‌ها به عنوان بخشی از رشد به سمت اهداف معنادار، از خودانتقادی جلوگیری می‌کند. همچنین تغییر چارچوب روایت و بازگویی داستان خود برای تأکید بر هدف و پیشرفت به جای نقص‌ها، دیدگاه دلسوزانه‌تری نسبت به خود ایجاد می‌کند (رستم‌پور و همکاران، ۱۴۰۳؛ مشاک و همکاران، ۱۴۰۰). فعالیت‌های درمان مثبت‌نگر مثلاً قدردانی، یادآوری رویدادهای خوشایند، تصویرسازی مثبت از آینده، مجموعه‌های فکر-عمل را گسترش می‌دهند و با نشخوار فکری و انتقاد از خود مقابله می‌کنند. تجربه منظم لحظات مثبت کوچک، مخزنی از عاطفه مثبت ایجاد می‌کند که در مواقع سخت‌تر، انتقاد از خود را کاهش می‌دهد (چاف و مونگرین، ۲۰۲۴).

درنهایت یافته‌های پژوهش نشان داد که بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مثبت‌نگر بر خودانتقادگری زنان مبتلا به چاقی تفاوت معنادار وجود دارد و درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان مثبت‌نگر از اثربخشی بیشتری برخوردار است. این یافته به‌طور مستقیم با نتایج مطالعات رستم‌پور و همکاران (۱۴۰۳)، و به‌طور مجزا با نتایج مطالعات غفاری و همکاران (۲۰۲۵)، پل و همکاران (۲۰۲۴)،

ویدال و سولدویا (۲۰۲۳)؛ واکلین و همکاران (۲۰۲۲)، پالمیرا و همکاران (۲۰۱۹)، امیرپور و همکاران (۱۴۰۳)، علی‌پور و همکاران (۱۴۰۲)، همسو است. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان مثبت‌نگر بر خودانتقادگری زنان مبتلا به چاقی می‌توان گفت خودانتقادگری به شدت با احساسات خشن و خودمحور مانند شرم، گناه و احساس بی‌ارزشی گره خورده است. در مقابل، مداخلات متمرکز بر شفقت مستقیماً ملایمت، گرمی و توجه ایمن به خود را پرورش می‌دهند که می‌تواند سیستم تهدید-دفاعی فعال شده توسط خودانتقادگری را دوباره تنظیم کند (رستم‌پور و همکاران، ۱۴۰۳؛ ویدال و سولدویا، ۲۰۲۳). روان‌شناسی مثبت، یک تقسیم‌بندی دوگانه بین آنچه که تجربیات، احساسات، رفتارهای مثبت یا منفی می‌داند، ایجاد کرده است. بنابراین، تمام تجربیات یا رفتارهای عاطفی، اگر مربوط به تجربیات خوشایند باشند، به عنوان مثبت و خوب، یا اگر منجر به تجربیات ناخوشایند شوند، به عنوان منفی یا بد طبقه‌بندی می‌شوند. این تمایز بین مثبت و منفی، مستقل از ویژگی‌های موقعیتی، چه درون فردی و چه بین فردی، ایجاد می‌شود و منجر به یک دیدگاه پیچیده از احساسات می‌شود، که در آن روان‌شناسی مثبت، خرد متعارف مبنی بر اینکه احساسات مثبت می‌تواند به همان اندازه که منفی می‌تواند مثبت باشد، منفی نیز باشد را نادیده می‌گیرد. عملکرد، هدف و اهمیت احساسات منفی در روان‌شناسی مثبت کاملاً نادیده گرفته می‌شود. بنابراین، چنین طبقه‌بندی دوگانه‌ای بین مثبت/منفی برای فرآیند زندگی نه مفید است و نه کاربردی؛ زیرا بدون پردازش تهدید و احساسات منفی، خودانتقادی باقیمانده مرتبط ممکن است ادامه یابد (ون زیل^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). مداخلات روان‌شناسی مثبت اغلب بر خودتأییدی یا ارزیابی مجدد مثبت تأکید دارند، که اگر فرد احساس کند که به خود اصلی‌اش حمله می‌شود یا اگر تشویق غیر واقعی به نظر برسد، می‌تواند ناخواسته باعث حالت تدافعی شود. درمان مثبت اغلب بر تغییر چارچوب یا افزایش عاطفه مثبت تأکید می‌کند، اما ممکن است به طور کافی به پویایی‌های احساسات آزاردهنده اساسی که خودانتقادگری را تقویت می‌کنند، نپردازد (الکساندر^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). رویکردهای متمرکز بر شفقت، یک سبک خود-رابطه‌ای سه مسیره را پرورش می‌دهند: خود-شفقت‌آمیز، دیگران-شفقت‌آمیز و خود-مشاهده‌گر. این موضع گسترده‌تر به افراد کمک می‌کند تا با گرمی، فاصله و کنجکاوی با خود ارتباط برقرار کنند و قضاوت‌های تند خود را کاهش دهند (واکلین و همکاران، ۲۰۲۲؛ گیلبرت و پروتکتر، ۲۰۰۶). اغلب افرادی که سطوح بالایی از خود انتقادگری و دیگر احساسات منفی را تجربه می‌کنند، به دلیل فعالیت بیش از حد سیستم تهدید و بازداری دو سیستم محرک و امنیت در تنظیم هیجانات با مشکلاتی مواجه هستند. خود انتقادگری می‌تواند نشان‌دهنده استفاده از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب و ناتوانی فرد در تنظیم هیجان‌ها باشد. بر این اساس در فرایند آموزش درمان مبتنی بر شفقت به واسطه‌ی استفاده از فنون و تمرین‌های متمرکز بر شکل‌دهی به یک ذهن شفقت‌ورز، بستر مناسبی برای تغییر جهت به سمت فعال‌سازی سیستم امنیت و تسکین بخش و تعادل بین سیستم‌های سه گانه تدارک دیده می‌شود. پیامد مثبت این امر کاهش خود انتقادگری در شرکت‌کنندگان خواهد بود (امیرپور و همکاران، ۱۴۰۳). درمان شفقت به خود از طریق شبکه‌های مغزی آزادسازی اندورفین و اکسی توسین و فعال کردن عصب واگ به فرد کمک می‌کند تا با پرورش خود به افکار و احساسات دردناک خود توجه کند، رفتار جرات‌مندانه را تمرین کند، شکست‌ها را بررسی کند و با استفاده از مهارت‌های حل مسئله در موقعیت‌های پرتنش واکنش مناسبی بروز دهد. تأکید بر مؤلفه‌های 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 (علی‌پور و همکاران، ۱۴۰۳). به‌طور کلی بررسی‌های بالینی اغلب کاهش بیشتری را در خودانتقادی با درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با مداخلاتی که عمدتاً بر عاطفه مثبت یا ارزیابی مجدد شناختی متمرکز هستند، نشان می‌دهند.

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد هر دو روش درمان متمرکز بر شفقت و درمان مثبت‌نگر بر خودانتقادگری زنان مبتلا به چاقی، در مرحله پس‌آزمون بهتر از گروه کنترل عمل کردند و در مرحله پیگیری نیز این اثر پایدار بود. همچنین تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله وجود داشت؛ و تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر خودانتقادگری زنان مبتلا به چاقی، بیشتر از درمان مثبت‌نگر بود.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود، از جمله این‌که نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد که غیرتصادفی است. جامعه مورد استفاده زنان بودند که با توجه به تفاوت میزان خودانتقادی در زنان و مردان، و همچنین تفاوت اثرات نگاه مشفقانه یا مثبت‌نگر بر زنان و مردان، ممکن است قابلیت تعمیم به مردان را نداشته باشد. محدودیت دیگر استفاده از پرسشنامه به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات بود که به علت خودگزارشی بودن و تأثیر شرایط محیطی مختلف بر میزان خودانتقادی، ممکن است از دقت بالا برخوردار نباشد. همچنین عدم بررسی سایر عوامل جمعیت‌شناختی تأثیرگذار همچون وضعیت اقتصادی، فرهنگی، بیماری‌های جسمانی همراه و ... از دیگر محدودیت‌های پژوهش

1 van Zyl

2 Alexander

حاضر بود. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آینده، در صورت امکان از نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. انجام مطالعه در جمعیت مردان و همچنین مطالعات مقایسه‌ای شامل هر دو جنسیت، در مطالعات آینده توصیه می‌شود. بهره‌گیری از روش‌های ارزیابی دقیق‌تر مانند مصاحبه بالینی و ابزار شناختی، به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات پیشنهاد می‌گردد. همچنین بررسی عوامل جمعیت‌شناختی تأثیرگذار، همچون بیماری‌های جسمانی همراه مانند تیروئید کم‌کار (مرتبط با چاقی)، سبک زندگی مرتبط با خواب و تغذیه، سطح میزان استرس (به علت ترشح کورتیزول و چاقی)، و مصرف قرص‌های دارای عوارض چاقی، همچون برخی قرص‌های روان‌پزشکی، قرص بارداری، کورتون و ... پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- امیرپور، ب؛ عسگری، ز؛ و احمدی‌فر، م. (۱۴۰۳). کاربست درمان مبتنی بر شفقت در کاهش خودانتقادی و احساس گناه والدینی مادران دارای فرزند با نشانگان فنیل کتونوری: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۱۰ (۲)، ۶۰-۷۳.
[20.1001.1.24236772.1403.10.2.6.5](https://doi.org/10.24236772.1403.10.2.6.5)
- موسوی، ا؛ و قربانی، ن. (۱۳۸۵). خودشناسی، خود انتقادی و سلامت روان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲ (۳)، ۷۵-۹۱.
<https://doi.org/10.22051/psy.2006.1688>
- مشاک، ر؛ نادری، ف؛ و چین‌آوه، م. (۱۴۰۰). اثربخشی روان درمانی مثبت برخورد شفقتی، خودانتقادی، ادراک رنج و پریشانی روانشناختی در زنان نابارور. *فصلنامه مدیریت/رتقای سلامت*، ۱۰ (۶)، ۱۲-۲۷.
<https://jhpm.ir/article-1-1353-fa.html>
- رستم‌پور برنجستانی، م؛ عباسی، ق؛ و میرزائیان، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خودانتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *مشاوره کاربردی*، ۱۰ (۲)، ۱-۱۸.
https://jac.scu.ac.ir/article_15940.html
- علی‌پور، گ؛ ابوالقاسمی، ع؛ و اکبری، ب. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان ترکیبی شفقت به خود و سبک زندگی بر باور اصلی غذا خوردن، انتقاد از خود و خودکارآمدی وزن در زنان چاق. *مجله رویش روان‌شناسی*، ۱۲ (۵)، ۶۳-۷۴.
<https://frooyesh.ir/article-1-4542-fa.html>
- Alexander, K. D., Harris, T. P., & Rottinghaus, P. J. (2024). The power and pitfalls of positive psychology: navigating critiques and criticisms. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 9(3), 1339-1355.
<https://doi.org/10.1007/s41042-024-00168-z>
- Bray, G. A. (2025). Obesity: a 100 year perspective. *International Journal of Obesity*, 49(2), 159-167.
<https://doi.org/10.1038/s41366-024-01530-6>
- Chafe, D., & Mongrain, M. (2024). Self-kindness and Self-Criticism as Unique and Common Predictors of Subjective Well-being Following Positive Psychology Interventions. *J Psychiatry Cogn Behav*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.29011/2574-7762.000070>
- Deng, Y., Zhang, J., Chen, H., Tian, S., Zhang, Y., & Hu, X. (2024). Benefiting Individuals High in Both Self-Criticism and Dependency Through an Online Multi-component Positive Psychology Intervention: Effects and Mechanisms. *Journal of Happiness Studies*, 25(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10902-024-00713-2>
- Duarte, C., Gilbert, P., Stalker, C., Catarino, F., Basran, J., Scott, S., ... & Stubbs, R. J. (2021). Effect of adding a compassion-focused intervention on emotion, eating and weight outcomes in a commercial weight management programme. *Journal of health psychology*, 26(10), 1700-1715. <https://doi.org/10.1177/1359105319890019>
- Ghafari, Z., Hoseinzadeh, M., & Hashemipour, M. (2025). Compassion-focused Therapy Effectively Reduces Self-criticism, Negative Thoughts, and Enhances Forgiveness in Women Post-marital infidelity. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 13(4), 347-354. <https://doi.org/10.32598/jpcp.13.4.1069.1>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
<https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Kern, M. L., Williams, P., Spong, C., Colla, R., Sharma, K., Downie, A., & Oades, L. G. (2020). Systems informed positive psychology. *The Journal of Positive Psychology*, 15(6), 705-715. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1639799>
- Khaleghi, A. A., Salari, N., Darvishi, N., Bokaei, S., Jafari, S., Hemmati, M., & Mohammadi, M. (2025). Global prevalence of obesity in the older adults: A meta-analysis. *Public Health in Practice*, 9(1), 100-85.
<https://doi.org/10.1016/j.puhp.2025.100585>
- Lassri, D., & Gewirtz-Meydan, A. (2022). Self-compassion moderates the mediating effect of self-criticism in the link between childhood maltreatment and psychopathology. *Journal of interpersonal violence*, 37(24), 23-34.
<https://doi.org/10.1177/08862605211062994>

- Matos, M., McEwan, K., Kanovský, M., Halamová, J., Steindl, S. R., Ferreira, N., ... & Gilbert, P. (2022). Compassion Protects Mental Health and Social Safeness During the COVID-19 Pandemic Across 21 Countries. *Mindfulness*, 13(4), 863–880. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01822-2>
- McGowan, B., Ciudin, A., Baker, J. L., Busetto, L., Dicker, D., Frühbeck, G., ... & Yumuk, V. (2025). Framework for the pharmacological treatment of obesity and its complications from the European Association for the Study of Obesity (EASO). *Nature Medicine*, 31(25), 3229–3232. <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03765-w>
- Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2019). Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness-and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *Journal of health psychology*, 24(8), 1056-1069. <https://doi.org/10.1177/1359105316686668>
- Pol, S. M., de Jong, A., Trompetter, H., Bohlmeijer, E. T., & Chakhssi, F. (2024). Effectiveness of compassion-focused therapy for self-criticism in patients with personality disorders: A multiple baseline case series study. *Personality and mental health*, 18(1), 69-79. <https://doi.org/10.1002/pmh.1597>
- Seligman, M. E. (2019). Positive psychology: A personal history. *Annual review of clinical psychology*, 15(1), 1-23. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653>
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774–788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Serpell, L., Amey, R., & Kamboj, S. K. (2020). The role of self-compassion and self-criticism in binge eating behaviour. *Appetite*, 144(1), 1-32. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104470>
- Thompson, R. & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
- van Zyl, L. E., Gaffaney, J., van der Vaart, L., Dik, B. J., & Donaldson, S. I. (2024). The critiques and criticisms of positive psychology: A systematic review. *The Journal of Positive Psychology*, 19(2), 206-235. <https://doi.org/10.1080/17439760.2023.2178956>
- Vidal, J., & Soldevilla, J. M. (2023). Effect of compassion-focused therapy on self-criticism and self-soothing: A meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 70-81. <https://doi.org/10.1111/bjc.12394>
- Wakelin, K. E., Perman, G., & Simonds, L. M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 1-25. <https://doi.org/10.1002/cpp.2586>
- 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(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2022.100949>
- World health organization (who). *Obesity and overweight* {internet}. 2024 {updated 2024 march 1}. Available from. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>