Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 34, No. 4, Winter 2024 ORIGINAL ARTICLE

The effectiveness of self-compassion therapy on eating habits and guilt in women with persistent dietary failures

Atefeh Mohammadi [1], ***Mansoor Alimehdi*** [2]
[1] *MA, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran*
[2] *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran*

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.4.10.5]
[DOI: 10.61186/iau.34.4.440]

Abstract

Background: Overweight and obesity are among the health problems that most people resort to diets to eliminate. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of self-compassion therapy on eating habits and guilt in women with a series of dietary breakdowns.
Materials and methods: The present study was an analytical-descriptive study. The statistical population of the study was all women who had experienced successive dietary failures and referred to nutrition consultants in Tehran. The statistical sample of the study included 36 women with diet failure experiences who were tested by purposive sampling method based on specific inclusion and exclusion criteria. The statistical sample of the study was divided into two equal groups of control (n = 18) and experimental (n = 18) groups. To collect data, two questionnaires, including Garner and Garfinkel attitude towards eating and Kugler and Jones guilt, were used. Analysis of covariance in two stages of pre-test and post-test in SPSS software was used to analyze the data. Significance level in this study was considered as 0.05.
Results: ‹he treatment method of self-compassion treatment significantly reduced the attitude of eating in the experimental group (P<0.01). Also, the level of guilt in them significantly decreased (P<0.01).
Conclusion: According to the research results, it can be concluded that compassion treatment method is able to reduce psychological disorders that cause failure in diets.
Keywords: *Self-compassion, Eating attitude, Guilt, Diet.*

Cited as: Mohammadi A, Alimehdi M. The effectiveness of self-compassion therapy on eating habits and guilt in women with persistent dietary failures. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2024; 34(4): **440-449.**

Correspondence to: Mansoor Alimehdi
Tel: *+98 9127276290*
E-mail: Alimehdi.mansoor@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-4642-8454
Received: 6 Jun 2023; **Accepted:** 7 Aug 2023

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۴، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۴۴۰ تا ۴۴۹

Original Article

اثربخشی روش درمان مبتنی بر شفقت به خود بر نگرش خوردن و احساس گناه زنان با شکست‌های مداوم در رژیم غذایی

عاطفه محمدی[۱]، منصور علی مهدی[۲]

[۱] کارشناسی‌ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
[۲]استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *اضافه وزن و چاقی از جمله مشکلات سلامتی است که اغلب افراد برای رفع آن دست به رژیم‌های غذایی می‌زنند. هدف از انجام تحقیق حاضر بررسی اثربخشی درمان شفقت به خود بر نگرش به خوردن و احساس گناه زنان دارای تجربه شکست‌های متوالی در رژیم غذایی بود.*

روش بررسی: *تحقیق حاضر از نوع تحلیلی-توصیفی بود. جامعه آماری تحقیق کلیه زنانی بود که با تجربه چندین شکست متوالی در رژیم غذایی به مشاوران تغذیه در شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه آماری تحقیق شامل ۳۶ زن دارای تجربه شکست در رژیم غذایی بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس معیارهای ورود و خروج مشخص وارد آزمون شدند. نمونه آماری تحقیق به تعداد مساوی در دو گروه کنترل (۱۸ نفر) و آزمایش (۱۸ نفر) تقسیم شدند. برای گردآوری داده‌ها از دو پرسشنامه نگرش به خوردن گارنر و گارفینکل و احساس گناه کوگلر و جونز استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نرم‌افزار SPSS استفاده شد. سطح معنی‌داری در این تحقیق ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.*

یافته‌ها: *روش درمان شفقت به خود، میزان نگرش به خوردن گروه آزمایش را به‌طور معنی‌داری کاهش داد ($P\leq ۰/۰۱$). همچنین میزان احساس گناه در آن‌ها به‌طور معنی‌داری کاهش یافت ($P\leq ۰/۰۱$).*

نتیجه‌گیری: *با توجه به نتایج تحقیق می‌توان چنین نتیجه گرفت که به کمک روش درمان شفقت به خود می‌توان اختلالات روان‌شناختی که سبب شکست در رژیم‌های غذایی می‌شود را کاهش داد.*

واژگان کلیدی: *شفقت به خود، نگرش به خوردن، احساس گناه، رژیم غذایی.*

مقدمه

یکی از مهم‌ترین مشکلات مربوط به سلامتی، مسئله اضافه‌وزن (Overweight) و چاقی (Obesity) است. این مسئله در دنیای امروز به اندازه‌ای شایع است که جای مشکلاتی چون فقر غذایی و بیماری‌های عفونی را که پیش از این شایع بود، گرفته است (۱). در میان علل مربوط به مرگ و میر، اضافه‌وزن در رتبه دوم قرار دارد و سالانه سبب مرگ چیزی حدود ۳۰۰ هزار نفر در جهان می‌شود. علاوه بر این، اضافه‌وزن و چاقی خود می‌توانند زمینه را برای بروز بسیاری از بیماری‌ها فراهم نماید (۲). تورنر، توماس، واگنر و موزلی (۳) در مطالعه خود چاقی را تعامل پیچیده عوامل محیطی، روانی، فرهنگی، متابولیکی، اجتماعی و ژنتیکی معرفی کردند. چاقی با رژیم غذایی و فعالیت‌های فیزیکی مربوط است و همراهی این دو مورد همراه با وراثت سبب ایجاد چاقی و مشکل در سلامت عمومی افراد می‌شوند. کالری زیاد و کاهش فعالیت‌های فیزیکی از جمله عوامل افزایش

آدرس نویسنده مسئول: تهران،گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، منصور علی مهدی (**email**: Alimehdi.mansoor@gmail.com)
ORCID ID: 0000-0002-4642-8454
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۳/۱۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۵/۱۶

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.4.10.5]
[DOI: 10.61186/iau.34.4.440]

وزن می‌باشند. بیماری‌هایی چون سکته مغزی، سکته قلبی، انواعی از سرطان‌های بدخیم، پرفشاری خون، دیابت، ناباروری و سنگ صفرا در زمره بیماری‌هایی قرار دارند که به‌طور مستقیم با چاقی در ارتباط است (۴). همچنین منظور از چاقی در سطح فیزیولوژیکی، تجمع بیش از اندازه و غیرمعمول چربی در بافت‌های چربی در بدن است که می‌تواند سلامتی شخص را با تهدید روبه‌رو کند. اما باید ذکر کرد که اندازه‌گیری چربی به شکل مستقیم راحت نیست و عموما از روش‌های اندازه‌گیری جایگزین مثل روش نمایه توده بدن (Body Mass Index) به‌منظور تعیین چاقی و اضافه‌وزن در افراد استفاده می‌گردد (۵).

چاقی در زمره بیماری‌هایی قرار دارد که شیوع آن در طی چند دهه اخیر شتاب زیادی داشته است (۶). براساس یک بررسی همه‌گیرشناسی به کمک یک مقیاس گسترده، مشخص گردید که چاقی با اختلال افسردگی اساسی، افکار و اقدام‌های خودکشی در زنان برخلاف مردان همبستگی دارد. ازاین‌رو می‌توان گفت که کاهش سلامتی و پیامدهای اجتماعی-روانی و هزینه‌های اقتصادی چاقی برای بسیار قابل‌ملاحظه است. به‌گونه‌ای که احتمال استخدام و ارتقاء شغلی زنان چاق کمتر است و سبب تأثیرات منفی در عملکرد شغلی آن‌ها می‌شود (۷). مسائل مرتبط با بحران‌های اجتماعی و تصویر بدنی و کیفیت زندگی پایین‌تر که در نتیجه کاهش عملکرد فیزیکی و سرزندگی به وجود می‌آید، عموما افراد چاق را تحت تأثیر می‌گذارد. بسیاری از افراد برای فرار و خلاصی از این مشکل، گاه به رژیم‌های غذایی روی می‌آوردند. افراد زیادی هستند که با این رویکرد به وزن مناسب می‌رسند، اما بسیار دیده می‌شود افرادی که در پی تمایل به پرخوری، رژیم‌های غذایی خود را می‌شکنند و این فرآیند بارها برای آن‌ها تکرار می‌شود (۸).

عموما افرادی که با چاقی و اضافه‌وزن مبتلا هستند، مشکلاتی در زمینه‌های نگرش به خوردن و سلامت روان دارند (۹). هسته اصلی همه اختلالات خوردن را نگرش به خوردن تشکیل می‌دهد. منظور از نگرش به خوردن، نگرش‌ها و رفتارهای سالم و ناسالمی می‌باشد که دربرگیرنده دامنه‌ای از عادات رژیمی به‌منظور از دست دادن یا نگهداری وزن ایده‌ال است (۱۰). ازاین‌رو می‌توان گفت که نگرش به خوردن شامل دامنه وسیعی از نگرش سالم به خوردن تا نگرش ناسالم به خوردن می‌باشد. ولی عموما از آن برای باورها، احساسات، افکار و رفتارهای ناسالم و نامناسب استفاده می‌شود (۱۱). نگرش به خوردن نقش بسیار ارزشمندی در بهبود سلامت، بهزیستی و کیفیت زندگی و کاهش بیماری‌هایی چون بیماری دیابت، قلبی-عروقی، پرفشار خونی، سکته مغزی و سرطان دارد (۱۲).

علاوه بر این افرادی که به چاقی مبتلا هستند و عموما در تلاش‌های خود برای حل این مشکل، با شکست مواجه می‌شوند، از احساس گناه (guilt feeling) نیز رنج می‌برند. احساس گناه مؤلفه‌ای می‌باشد که سلامتی روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. احساس گناه فقط از نادیده گرفتن معیارهای مذهبی، اخلاقی و اجتماعی ناشی نمی‌شود. بلکه می‌تواند در پی کوتاهی در برخورد با یک وظیفه و یا احساس ناراحتی از انجام دادن یک کار نادرست نیز به وجود بیاید (۱). احساس گناه نه یک وضعیت فکری، بلکه یک حالت هیجانی است. احساس گناه دربردارنده دامنه‌ای از ناامیدی، غم و اندوه، لکه‌دار شدن، ننگین و بدنام شدن است. در احساس گناه، شخص خود را ارزیابی می‌کند. در تفکر اسلامی، احساس گناه ناشی از وقوف فرد به عدم تطابق کردارش با هنجارها و احکام یک نظام اخلاقی مقدس است. در روانکاوی، احساس گناه از فعالیت شدید فرامن سرزنش کننده حاصل می‌شود. این فرامن براساس محدودیت‌های مذهبی، اخلاقی و اجتماعی به وجود می‌آید و شخص را به دلیل اشتباهاتش تنبیه می‌نماید. در رابطه با ارتباط میان سلامت روان و احساس گناه، تناقضات زیادی وجود دارد که عموما از کاربرد مقیاس‌های مختلف سنجش احساس گناه حاصل می‌شود و تانگنی (Tangney) گناه را یک سازه مثبت سلامتی است. هاردر و کوگر (۱۹۹۵) نیز آن را یک سازه منفی منعکس‌کننده درد درونی و تنش حاصل از پیامدهای منفی معرفی می‌کنند (۱۳). بارونی و اروین (۱۴) نشان دادند که اختلال خوردن و احساس گناه با یکدیگر رابطه دارند. در حقیقت احساس گناه فقط شامل درد و رنج‌های هیجانی نمی‌شود. بلکه با عذاب وجدان و اضطراب ناشی از افکار ناراحت‌کننده همراه است. احساس سردی، تنهایی و گریه از جمله مظاهر احساس گناه و ابعاد هیجانی آن است.

بیشتر افراد به‌عنوان نخستین راهکار، دست به رژیم‌های غذایی و کنترل خوردن می‌کنند. اما باید توجه داشت که اضافه‌وزن پدیده‌ای چندعاملی و پیچیده است و در پیامدها و علل آن عوامل روان‌شناختی، زیستی و اجتماعی نقش دارند. ازاین‌رو کنترل و درمان آن محدود به یک رشته نیست. شناسایی درمان‌های به لحاظ تجربی حمایت شده می‌تواند سبب تثبیت بیشتر نقش مداخله‌های روان‌شناختی به‌عنوان قسمتی از رویکردهای میان‌رشته‌ای به‌منظور کنترل و درمان چاقی با تغییر در نگرش نسبت به مواردی چون رژیم غذایی و بهبود آن کمک کند (۱۵). یکی از درمان‌های مداخله‌ای روان‌شناختی است که می‌تواند به افرادی که با مشکل چاقی مواجه هستند و هر باره در رژیم گرفتن شکست می‌خورند،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.4.10.5]
[DOI: 10.61186/iau.34.4.440]

درمان مبتنی بر شفقت (Compassion-Focused Therapy) است. منظور از شفقت در روان-شناسی بودائی توجه به رنج خود و دیگران است. شفقت شامل حساسیت به تجربه رنج می‌شود و همراه با تمایل قوی به‌منظور تسکین آن است. در زمان‌هایی که فرد دچار درد و شکست می‌شود، شفقت به خود بیشتر نمود پیدا می‌کند. شفقت شامل همراه گردیدن با رنج‌ها، ایجاد حس مهربانی و مراقبت از خود، ایجاد نگرش غیرقضاوتی به همراه درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص تجربه شخصی به‌عنوان بخشی از تجربه بشری است (۱۶). درمان مبتنی بر شفقت براساس رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان‌شناختی است. با توجه به درمان مبتنی بر شفقت، قابلیت‌ها و انگیزش‌های شفقت‌ورزی در ارتباط با نظام‌های مغزی تکامل‌یافته‌ای هستند که خود زیربنای رفتارهای خودمهربانی هستند. کارکردهای طبیعی شفقت شامل مهیا ساختن موقعیت‌هایی به‌منظور هم‌بستگی، ایجاد رفتارهای مهرجویانه، تسکین‌بخشی، امنیت، ترغیب و تمایل به انجام رفتارهای درست، مشارکت و حمایت است (۱۷). مطالعه در زمینه میزان اثرگذاری این روش درمانی، در کاهش پیامدها و عوارض هیجانی، شناختی و عصب روان‌شناختی در مقایسه با سایر روش‌های درمانی کمتر است که می‌تواند در پژوهش‌های آتی مد نظر قرار گیرد، ازاین‌رو پژوهش حاضر موضوعی نسبتاً جدید است که می‌تواند هم در زمینه درمان و هم در زمینه شناخت دقیق‌تر مؤثر باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روش درمان مبتنی بر شفقت به خود بر نگرش خوردن و احساس گناه زنان با شکست‌های مداوم در رژیم غذایی انجام می‌شود. فرضیه پژوهش حاضر این است که روش درمان مبتنی بر شفقت به خود بر نگرش خوردن و احساس گناه زنان با شکست‌های مداوم در رژیم غذایی موثر است.

مواد و روشها

تحقیق حاضر در دسته تحقیقات کاربردی جای می‌گیرد. همچنین این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی و به‌صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه کنترل و گروه آزمایش بود. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه زنانی بود که به مشاوران تغذیه در شهر تهران مراجعه می‌کردند و چندین بار شکست در اجرای رژیم غذایی را تجربه کرده بودند. نمونه آماری با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. حجم نمونه ۳۶ نفر بود که در دو گروه کنترل و مداخله به تعداد مساوی (۱۸ نفر) قرار گرفتند. از جمله معیارهای ورودی که برای آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد، می‌توان به داشتن سن ۴۵-۲۰ سال، داشتن حداقل چهار بار تجربه شکست در رژیم غذایی، زن بودن، عدم داشتن سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی و داشتن حداقل مدرک سیکل بود. همچنین معیارهای خروج شامل انصراف از ادامه پژوهش و استفاده از روش‌های درمانی دیگر در طول مطالعه بود. با توجه به طرح آزمایشی تحقیق، گروه کنترل هیچ کدام از آموزش‌های مبتنی بر روش درمانی را دریافت نکردند. اما گروه آزمایش تحت روش درمان شفقت به خود قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت هشت جلسه آموزش یک و نیم ساعته درمان شفقت به خود قرار گرفتند. اهداف جلسات را می‌توان در جدول ۱ مشاهده کرد. میزان نگرش به خوردن و احساس گناه در همه آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS استفاده شد. سطح معنی‌داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

لازم به ذکر است که اصول اخلاقی چون رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، جلب رضایت و تمایل آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، حق انتخاب آن‌ها برای ادامه و یا انصراف از شرکت در جلسه‌های مداخله یا پاسخگویی به پرسشنامه‌ها در برخورد با بیماران و حفظ اسرار آن‌ها به‌عنوان ملاحظات اخلاقی در این تحقیق رعایت شد. این تحقیق با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1400.333 ثبت شد.

در تحقیق حاضر از پرسشنامه‌های زیر به‌منظور جمع‌آوری داده-های مورد نیاز استفاده شد:

پرسشنامه نگرش به خوردن

پرسشنامه نگرش به خوردن توسط گارنر و گارفینکل در سال ۱۹۷۹ تهیه شده است و به‌عنوان یک ابزار خودسنجی برای بازخوردها و رفتارهای بیمارگونه خوردن استفاده می‌شود. فرم ۴۰ ماده‌ای یا ۲۶ ماده‌ای آن قابل استفاده است (۱۸). اما در این پژوهش از فرم ۲۰ ماده‌ای آن که توسط بابایی و همکارانش در سال ۲۰۰۷ اعتبارسنجی شده است، استفاده شد. پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس است که سؤالات مربوط به اولین خرده مقیاس یعنی رژیم لاغری، به اجتناب از غذاهای چاق‌کننده و اشتغال ذهنی به لاغر بودن مربوط است. خرده مقیاس دوم، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا است و شامل سؤالاتی است که افکار مربوط به غذا و به همان نسبت پرخوری را می‌سنجد. سومین خرده مقیاس تحت عنوان مهار دهانی، مهار خود و فشاری که فرد از سوی دیگران برای افزایش وزن ادراک می‌کند را شامل می‌شود. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت (از همیشه تا هرگز) است که برای عبارت «همیشه»

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.4.10.5]
[DOI: 10.61186/iau.34.4.440]

نمره ۳، «بیشتر اوقات» نمره ۲، «خیلی اوقات» نمره ۱ و سه گزینه باقیمانده شامل «گاهی اوقات»، «به ندرت» و «هرگز» نمره صفر تعلق می‌گیرد. امتیاز هر بعد، از مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد و امتیاز کلی پرسشنامه از مجموع امتیازات همه سؤالات حاصل می‌شود که از صفر تا ۶۰ متغیر است. اعتبار و پایایی این ابزار خودسنجی در سطح وسیعی ارزیابی شده و فرم ۲۶ آیتمی آن اجرا می‌شود. همچنین نوبخت در سال ۱۳۷۷ اعتبار محتوا و پایایی پرسشنامه نگرش‌های خوردن را مورد بررسی قرار داده و ضریب پایایی آن را با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون محاسبه کرده است. براساس نتایج حاصل ضریب همبستگی بین نمره‌های حاصل از اجرای دو مرحله این پرسشنامه در گروه مورد مطالعه ۰/۹۱ بود که پایایی مطلوبی را نشان داد. همچنین گارنر و همکارانش در سال ۱۹۸۳ اعتبار همزمان و اعتبار پیشبین و به همین نسبت پایائی آن را تأیید کردند (۱۹).

پرسشنامه احساس گناه

پرسشنامه احساس گناه یکی از ابزارهای خودسنجی است که توسط کوگلر و جونز (۱۹۸۸) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است که احساس گناه را می‌سنجد. دامنه پاسخ به هر کدام از ۲۱ عبارت از ۱ (کاملا مخالف) تا ۵ (کاملا موافقم) است. اما تعدادی از عبارات جهت‌گیری معکوس دارند که در نمره‌گذاری نیز این مطلب لحاظ شده است (۲۰). در ایران روایی محتوا و صوری آن توسط نظیری (۱۳۷۴) و به وسیله نظر خواهی از ۱۵ نفر از اساتید روانپزشک و کارشناسان ارشد روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت که همگی این افراد اعتبار محتوا و صوری آن را مورد تأیید قرار دادند. نظیری در سال ۱۳۷۴ ضریب اعتبار این پرسشنامه را به روش باز آزمایی و با فاصله ۳ هفته، برای نمره کلی ۰/۸۳ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر جهت بررسی اعتبار پرسشنامه احساس گناه روی یک نمونه ۱۰۰ نفری از دانشجویان به طور همزمان پرسشنامه افسردگی بک و احساس گناه داده شد. نتایج حاصله نشان داد که اعتبار این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ است و ضریب اعتبار این پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۵۷ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. نتایج حاصل نشان داد که این مقیاس از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است (۲۱).

یافته‌ها

براساس یافته‌های دموگرافیک بیشتر آزمودنی‌ها در رده سنی ۴۰-۳۵ سال بودند. همچنین میانگین سنی شرکت-کنندگان ۴/۳۴±۳۶/۲۱ به دست آمد. ۶۹/۴۴ درصد آزمودنی‌ها متاهل بودند. همچنین بیشتر شرکت‌کنندگان معادل ۳۰/۶۵ درصد دارای میزان تحصیلات فوق دیپلم بودند. میزان شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش را می‌توان در جدول ۲ و برای دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه کنترل و آزمایش مشاهده کرد. براساس نتایج جدول ۲ می‌توان گفت میانگین نگرش به

جدول ۱. اهداف جلسه درمانی متمرکز بر شفقت

جلسه	متد درمانی
اول	برقراری رابطه درمانگری، تعیین هدف و قواعد اساسی درمان، انعقاد قرارداد اولیه، تکمیل فرم تاریخچه، تکلیف و بازخورد
دوم	توضیح و تشریح شفقت، آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس و آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، بررسی سکون‌های احساسی به کمک جعبه تفکر، تنفس با ضرب آهنگ آرامش‌بخش و تمرین سه دایره هیجانات، تکلیف و بازخورد
چهارم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی خود به‌عنوان «شفقت ورز» یا «غیر شفقت ورز» بر پایه مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت ورز»، بررسی ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران
پنجم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت چون شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره آزمودنی‌ها
ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، تصویربرداری شفقت ورز ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خودانتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز به کمک تکنیک صندلی خالی گشتالت و...
هفتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز، پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه، آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین، بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و همچنین ارزیابی کل جلسات

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.4.10.5]
[DOI: 10.61186/iau.34.4.440]

خوردن افراد در گروه آزمایش بعد از انجام آزمون کاهش پیدا کرد، اما در گروه کنترل تفاوتی مشاهده نشد. میانگین احساس گناه شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش پس از آزمون کاهش پیدا کرد، این در حالی است که در گروه کنترل تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای در احساس گناه آن‌ها در طول روند آزمون و پس از آن وجود نداشت.

در ادامه پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. آزمون تحلیل کوواریانس دارای مفروض‌هایی چون نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و برابری همگنی کوواریانس است که شرط استفاده از این آزمون هستند. در این پژوهش برای بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و برای همگنی کواریانس‌ها از آزمون کرویت موچلی استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها را می‌توان در جدول ۳ مشاهده کرد. براساس جدول ۳ می‌توان گفت که سطح معنی‌داری برای آزمون لون بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری در نظر گرفته شده برای آزمون (۰/۰۵) است. همچنین سطح معنی‌داری برای آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بزرگتر از ۰/۰۵ است. از این رو می‌توان گفت که فرضیات آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و لون که به ترتیب نرمال بودن متغیرها و همگنی واریانس‌ها بود، تائید می‌شود. همچنین سطح معنی‌داری آزمون کرویت موچلی بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری در نظر گرفته شده برای این آزمون (۰/۰۵) است. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه همگنی کواریانس‌ها رعایت شده است.

در ادامه و پس از بررسی پیش فرض‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس انجام گرفت. به‌منظور انجام این آزمون، اثر مرحله پیش‌آزمون میان دو گروه آزمایش و کنترل برداشته شد. در جدول ۴ می‌توان نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری درباره متغیرهای نگرش به خوردن و احساس گناه را مشاهده کرد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل در مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون نگرش به خوردن و احساس گناه با کنترل پیش‌آزمون‌های آن‌ها حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p\leq$۰/۰۵).

برای تشخیص اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت وجود دارد، از کواریانس‌های یک راهه در متن مانکوا استفاده شد. نتایج مربوط به آزمون کوواریانس یک راهه در جدول ۵ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، با نتایجی که برای متغیرهای نگرش به خوردن (F=۳۷/۰۱ و $p\leq$۰/۰۱) و کیفیت زندگی (F=۵۳/۶۴ و $p\leq$۰/۰۱) به دست آمد، می‌توان

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	شاخص توصیفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نگرش به خوردن	کنترل	میانگین	۵۴/۴۴	۵۵/۰۲
		انحراف استاندارد	۴/۱۲	۴/۳۲
	آزمایش	میانگین	۵۴/۵۳	۴۴/۳۲
		انحراف استاندارد	۳/۵۴	۵/۰۵
احساس گناه	کنترل	میانگین	۹۶/۸	۹۵/۳۸
		انحراف استاندارد	۲/۵۹	۴/۶۲
	آزمایش	میانگین	۹۳/۷۳	۶۱/۶۰
		انحراف استاندارد	۱۰/۰۶	۹/۱۲

جدول ۳. نتایج آزمون لوین و کولموگروف-اسمیرنوف و کرویت موچلی

متغیرها	مراحل آزمون	آزمون لوین		آزمون کولموگروف-اسمیرنف		آزمون کرویت موچلی	
		F	P	آماره	P	آماره	P
نگرش به خوردن	پیش آزمون	۰/۸۹۵	۰/۳۵۲	۰/۱۵۵	۰/۰۸		
	پس آزمون	۰/۲۲۴	۰/۶۲۵				
احساس گناه	پیش آزمون	۰/۰۷۵	۰/۱۰۸	۰/۱۳۵	۰/۳۲۴		
	پس آزمون	۰/۶۰۱	۰/۰۶۱				
نگرش به خوردن و احساس گناه و گروه	پیش آزمون	۰/۱۰۶	۰/۸۰۴	۰/۲۴۹	۰/۱۱۲	۰/۴۳۱	۰/۰۶
	پس آزمون	۰/۲۳۱	۱/۴۹۸				

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.4.10.5]
[DOI: 10.61186/iau.34.4.440]

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس به روی میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون متغیرهای نگرش به خوردن و احساس گناه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	f	df فرضیه	dfخطا	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
لامبدای ویلکز	۰/۱۶۷	۲۱/۳۸	۳	۲۵	۰/۰۱	۰/۴۰۴	۱

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات کنترل اضطراب، کیفیت زندگی و معنای زندگی

شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
نگرش به خوردن	۷۵۶۸/۴۹۷	۱	۳۷۸۴/۲۴۸	۳۷/۰۱۸	۰/۰۱	۰/۱۰۳	۲۴/۰۳۵
احساس گناه	۳۵۰۹/۷۵۱	۱	۱۷۵۴/۸۷۵	۵۳/۶۴۷	۰/۰۱	۰/۳۷۲	۳۴/۲۹۳

بیان کرد که تفاوت میزان نمرات نگرش به خوردن و احساس گناه بین گروه‌های مورد پژوهش، معنی‌دار است، بنابراین هر دو متغیر در سطح معنی‌دار کوچکتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی‌دار هستند و این به این معنی است که روش درمان شفقت به خود بر کاهش نگرش منفی به خوردن و احساس گناه زنان با تجربه شکست در رژیم غذایی مؤثر است. به علاوه اندازه اثر نشان می‌دهد که حدود ۱۰ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر نگرش به خودن و حدود ۳۷ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر احساس گناه مربوط به روش درمان شفقت به خود است و این به این معنی است که این روش درمانی در بهبود نگرش به خوردن و کاهش احساس گناه زنان با تجربه متوالی شکست در رژیم غذایی مؤثر است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش درمان شفقت به خود بر روی نگرش به خوردن و احساس گناه زنان با شکست-های متوالی در رژیم غذایی بود. برای این منظور داده‌ها از دو گروه کنترل و آزمایش کسب شد و به‌وسیله روش تحلیل کوواریانس تجریه و تحلیل شدند. نتایج تحقیق نشان داد که درمان شفقت به خود بر روی احساس گناه زنان دارای تجربه شکست‌های متوالی در رژیم غذایی اثربخش است. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج محمودپور، دهقانپور، ایجادی و محمدی (۲۲)،، کلاپتون، ویلیامز، گریفیت و جونز (۲۳)، دمهری، رستمی و سعیدمنش (۲۴) و هلد و اونز (۲۵) همسو است.

هلد و اونز (۲۵) نشان دادند که تکنیک‌های شفقت درمانی بر احساس گناه افراد بی‌خانمان اثربخش است. همچنین تحقیق دمهری و همکاران (۲۴) نشان دادند که ایجاد حس شفقت به خود سبب کاهش هیجان شرم در آزمودنی‌ها می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که منظور از شفقت به خود، داشتن نگاه مهربانانه نسبت به خود، توجه به تجربه‌ها به‌عنوان بخش مشترک در زندگی افراد، خودآگاهی و بهشیاری نسبت به احساسات و افکار دردناک بدون درگیر شده با آن و... است (۲۶). یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های شفقت به خود که سبب می‌شود تا شخص پردازش سازگارانه‌تری نسبت به رخدادهایی که در آن‌ها احساس گناه دارد، داشته باشد، بخشیدن خود است. این امر به این معنا است که زنان با تجربه شکست‌های متوالی در رژیم غذایی با افزایش شفقت به خود می‌توانند شناخت‌های ناسازگار خود را که سبب ایجاد احساس گناه در آن‌ها می‌شود را بار دیگر بازبینی نمایند و با دوست داشته شدن، درک شدن و مراقبت به جای خودانتقادی جایگزین کنند (۲۷).

احساس گناه نوعی هیجان خودآگاه است که درنتیجه تفکر نسبت به خود و خودارزیابی منفی شخص به وجود می‌آید. اگر فرد از تنظیم هیجانی مناسبی برخوردار نباشد، با ایجاد بازخوردهایی به خود در رابطه با رفتار، نیت‌ها و افکار، این احساس را افزایش می‌دهد (۲۸). ازاین‌رو با توجه به اینکه شفقت به خود سبب تنظیم هیجان‌های مناسب فرد نسبت به خود می‌شود، استفاده از درمان شفقت به خود در این پژوهش سبب گردیده است تا زنان بازخورد بهتر و مناسب‌تری نسبت به رفتار خود در خوردن و شکست رژیم غذایی داشته باشند و از شدت احساس گناه آن‌ها کاسته شود.

از جمله مؤلفه‌های سازنده شفقت به خود، مهربانی با خود می-باشد و اصل درمان شفقت به خود برای افرادی طراحی شده است که دارای مشکلات روانی همراه با خودانتقادی و شرم هستند (۲۹). علاوه بر این تقویت آگاهی به مهربانی در زنان دارای شکست‌های متوالی در رژیم غذایی سبب می‌گردد تا

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.4.10.5]
[DOI: 10.61186/iau.34.4.440]

آن‌ها در روابط بین فردی که مورد انتقاد و سرزنش سایرین بودند، به خود و دیگران فرصت دهند تا بار دیگر ارتباطات خود را جبران و بازسازی کنند و شفقت به خود را در روابط با خود و روابط اجتماعی با دیگران تقویت کنند. آموزش شفقت به خود در زنان با شکست‌های متوالی در رژیم غذایی، با شفقت ورزی فردی و مهربانی نسبت به خود در خلال دوران درد و رنج، شکست و نا امیدی و جلوگیری از سخت‌گیری نسبت به خود در هنگام بروز شکست در رژیم غذایی و یا مشاهده جنبه‌های نامطلوب و دوست نداشتنی از شخصیت فردی باعث می‌شود تا زنان دارای شکست در رژیم غذایی، با ایجاد همدلی و صمیمیت در زندگی شخصیشان، آشفتگی‌های بین فردی را کاهش دهند و افزایش احساس دلبستگی، اعتماد و گذشت در خود انتقادی را افزایش دهد.

از طرف دیگر، درمان شفقت به خود سبب می‌گردد تا میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد بالاتر رود و فرد نگاه مشفقانه‌تری نسبت به خود و دیگران پیدا کند. افرادی که میزان شفقت به خود در آن‌ها افزایش پیدا می‌کند، یاد می-گیرند تا در تجربه اتفاق‌های ناخوشایند و رفتارهای نامناسب، احساس منفی کمتری را تجربه نمایند که این امر به نوبه خود، سبب افزایش سلامت روان در آن‌ها می‌شود (۳۰). ازاین‌رو زمانی که زنان دارای شکست‌های متوالی در رژیم غذایی بتوانند نسبت به خطاهای خود که همان شکستن رژیم غذایی است، نگاه مشفقانه‌تری داشته باشند و خود را راحت‌تر ببخشند، کمتر احساس شرم و گناه می‌کنند. علاوه بر این می‌توان چنین تبیین کرد که درمان شفقت به خود تأثیر مثبتی بر مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب ناشی از شکستن رژیم در زنان دارای شکست متوالی در رژیم غذایی می‌شود و همین امر سبب می‌گردد تا آن‌ها بینش بهتری نسبت به واقعیت خود پیدا نمایند و احساس گناه کمتری کنند.

همچنین نتایج تحقیق نشان داد که درمان شفقت به خود بر روی نگرش به خوردن زنان دارای تجربه شکست‌های متوالی در رژیم غذایی اثربخش است. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج شاو و کاسیدی (۳۱)، موسویچ، کروکر، کووالسکی و دلونگیس (۳۲) و کربی، تلهگن و استایندل (۳۳) همسو است. شاو و کاسیدی (۳۱) نشان دادن که رفتارهای شفقت به خود و آگاهانه بر رفتارهای خوردن و نگرش به خوردن اثرگذار هستند و شرکت‌کنندگانی که نسبت به خود دلسوز و مهربان هستند و همچنین رفتارهای غذایی آگاهانه انجام می‌دهند، کمتر احتمال دارد که به اختلال خوردن بالقوه مبتلا شوند. همچنین نتایج تحقیق موسویچ و همکارانش (۳۲) نشان داد که مداخلات کوتاه‌مدت خوددلسوزی می‌تواند سطوح شفقت به خود را افزایش دهد و سبب کاهش رفتارها و نگرش‌های خوردن شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد چاق از رفاه پایین‌تر، سطوح پایین‌تر رفتار غذایی مناسب و شفقت به خود و نمرات بالاتری در نگرش‌های خوردن برخوردار هستند که نشان‌دهنده تمایل بیشتری به خوردن است (۳۱). شفقت به خود دارای شش خرده مقیاس است که افزایش مقیاس‌هایی چون مهربانی نسبت به خود، اشتراکات انسانی و خودآگاهی و کاهش خرده مقیاس‌هایی چون قضاوت خود و انزوا می‌تواند به فرد کمک شایان توجهی کند. مهربانی و دلسوزی نسبت به خود در هنگام مقابله با حملات لحظه‌ای در رابطه با خوردن و افزایش خودآگاهی درنتیجه روش درمان شفقت به خود سبب می‌گردد تا فرد در برابر نگرش‌های خوردن از احساسات خود محافظت کند و کمتر به سوی شکست رژیم غذایی کشیده شود. علاوه بر این شایستگی که در نتیجه درمان شفقت به خود در فرد احساس می‌شود، سبب می‌شود تا به زنان در تنظیم احساسات خود نسبت به خوردن کمک زیادی کند (۳۴). همچنین دلسوزی و مهربانی نسبت به خود ممکن است احتمال درک تجربیات منفی را به‌عنوان تجربیان طاقت‌فرسا کاهش دهد (یعنی ذهن‌آگاهی) و به نوبه خود، استفاده از علائم (یعنی پرخوری) را به‌عنوان رفتارهای مقابله‌ای برای خنثی کردن یا اجتناب از احساسات ناخواسته کاهش دهد و در عین حال تقویت حس شایستگی برای غلبه و کنترل بر رفتارهای ناخواسته را در فرد به دنبال داشته باشد. ذهن آگاهی که بر ارتباط ذهن و بدن متمرکز است، سبب تسهیل تنظیم احساسات و تصویر مثبت بدن و نگرش‌های مثبت نسبت به خوردن و رژیم غذایی می‌شود (۳۵).

زمانی که فرد نسبت به خود شفقت بیشتری احساس کند، کمتر خود را قضاوت می‌کند و درک می‌نماید که افراد زیادی هستند که همچون وی تجربه این شکست‌ها را در رژیم غذایی دارند. ازاین‌رو مهربانانه‌تر با خود رفتار می‌کند و همین امر سبب می‌گردد تا نگاه و نگرش بهتری نسبت به خوردن پیدا کند و سعی نکند با گول زدن خود رژیم غذایی را بشکند. همچنین فرد با نگاه مهربانانه‌ای که نسبت به خود پیدا می-کند، خود را در شکست‌های قبلی در رژیم غذایی می‌بخشد و همین امر سبب افزایش امید و تلاش او و درنتیجه تأثیر مثبت بر نگرش‌های خوردن او و کمک به حفظ رژیم غذایی می‌گردد.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.4.10.5]
[DOI: 10.61186/iau.34.4.440]

به‌طور کلی نتایج این تحقیق نشان داد که درمان شفقت به خود بسیار خوب برای مقابله با نگرش‌های منفی به خوردن و احساس گناه در افرادی که با شکست‌های متوالی در رژیم غذایی روبه‌رو بودند، اثر می‌کند. تحقیق حاضر نیز همچون سایر تحقیقات دارای محدودیت‌هایی است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کاهش روایی داده‌ها تحت تاثیر سوءگیری مطلوبیت اجتماعی در پی استفاده از پرسشنامه، عدم ارتباط مستقیم بین پژوهشگر و آزمودنی‌ها به خاطر رعایت پروتکل‌های بهداشتی دوران اپیدمی کرونا، عدم تعمیم نتایج به سایر بیماری‌ها و عدم کنترل سلایق و علایق افراد اشاره کرد. با توجه به نتایج حاصل شده پیشنهاد می‌گردد که به جای استفاده از پرسشنامه و شیوه خودگزارشی، از روش مصاحبه بالینی برای گردآوری داده‌ها استفاده شود. با توجه به نتایج این تحقیق، می‌توان از درمان‌های روان‌شناختی چون درمان شفقت به خود در کنار درمان‌های دارویی و تغذیه‌ای که دکتران تغذیه برای افراد چاق تجویز می‌کنند، در فرایند درمان چاقی استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

از همه آزمودنی‌هایی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، بسیار سپاسگزاریم.

REFERENCES

1. Björntorp P, Ed. International textbook of obesity. New York: John Wiley & Sons Ltd; 2001.

2. Moradi F, Shariat F, Mirzaeian K. Identifying the effects of training of obesity prevention and weight management the knowledge of clients to neighborhood health house in the city of Tehran. Iran J Health Edu Health Promot 2013; 1:33-40. [In Persian]

3. Turner SL, Thomas AM, Wagner PJ, Moseley GC. A collaborative approach to wellness: diet, exercise, and education to impact behavior change. J Am Acad Nurse Pract 2008;20:339-44.

4. Davaran M, Kafie MM, Maddah M, Ebrahimi FS, Davaran SH, Soltani SR, Saghebi SK. Relationship of body mass index with psychological characteristics (on mmpi-2) in obese patients. J Guilan Uni of Med Sci 2011: 82: 15-23. [In Persian]

5. Shields M, Connor Gorber S, Tremblay MS. Estimates of obesity based on self-report versus direct measures. Health Rep 2008;19:61-76.

6. Foster G. The behavioral approach to treating obesity. Am Heart J 2006;151:625-7.

7. Perri MG, Corsica JA, Eds. Treatment of Obesity. In: Kennedy P, editor. Handbook of Clinical Health. New York: John Wiley & Sons; 2003. p.181-202.

8. Fedradi J, Madah shorcheh R, Nemati M. Comparison of motivational structure and eating styles in women with overweight and obesity and normal weight. Journal of Fundamentals of Mental Health 2011: 12: 170-81. [In Persian]

9. Chan KL, Lee CSC, Cheng CM, Hui LY, So WT, Yu TS, et al. Investigating the Relationship Between Weight-Related Self-Stigma and Mental Health for Overweight/Obese Children in Hong Kong. J Nerv Ment Dis 2019 ;207:637-641.

10. Hamamci M, Karasalan Ö, İnan LE. Can personality traits, obesity, depression, anxiety, and quality of life explain the association between migraine and disordered eating attitudes? Arq Neuropsiquiatr 2020;78:541-548.

11. Güngör BB, Akgül Aİ, Taymur İ, Demirci H, İnel A. Evaluation of Eating Attitudes, Anger and Impulsivity in Atypical and Non-Atypical Depression and Assessment of Comorbidity of Binge Eating. Psychiatr Danub 2020;32:105-114.

12. Mendes AL, Ferreira C, Trindade IA. The central role of self-reassurance to explain body and eating attitudes. Eat Weight Disord 2019; 24:861-868.

13. Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, Jencius S. Shame- and guilt-proneness: relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. J Anxiety Disord 2010; 24:811-5.

14. Burney J, Irwin HJ. Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. J Clin Psychol 2000; 56:51-61.

15. Glenny AM, O'Meara S, Melville A, Sheldon TA, Wilson C. The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. Int J Obes Relat Metab Disord 1997; 21:715-37.

16. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self Identity 2003; 2:223-50.

17. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol 2014; 53:6-41.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.4.10.5]
[DOI: 10.61186/iau.34.4.440]

18. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med 1979; 9:273-9.

19. Nobakht M. Epidemiological study of eating disorders in second year female high school students in Tehran [MSc Thesis]. Mashhad: Ferdowsi University; 1999. [In Persian]

20. Kugler K, Jones WH. On conceptualizing and assessing guilt. J Pers Soc Psychol 1992; 62:318.

21. Naziri, Gh. Feeling guilty in information processing in OBS patients and the effect of parenting on perfectionism in this group [MSc Thesis]. Shiraz: Shiraz University; 2000. [In Persian]

22. Mahmoudpour A, Dehghanpour, S, Ijadi S, Mohamadi Sh. The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Behavior of Distress and Guilt of Mothers with Children with Physically Disabilities, Iran J Couns Assoc 2021; 20: 271-89.

23. Clapton NE, Williams J, Griffith GM, Jones RS. 'Finding the person you really are … on the inside': Compassion focused therapy for adults with intellectual disabilities. J Intellect Disabil 2018; 22:135-153.

24. Damhari F, Rostami M, Saeidmanesh M. The Effectiveness of Compassion Therapy on Guilt, Perfectionism and Shame Scheme in Children of Law Enforcement. Mil Psychol 2021;12: 59-74. [In Persian]

25. Held P, Owens GP. Effects of self-compassion workbook training on trauma-related guilt in a sample of homeless veterans: a pilot study. J Clin Psychol 2015; 71:513-26.

26. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self Identity 2003; 2:85-101.

27. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. Clin Psychol Psychother 2006; 13:353-79.

28. Montayne A. Fitspirational Images, Body Image, Disordered Eating, and Compulsive Exercise PhD Dissertation]. Edwardsville: Southern Illinois University at Edwardsville; 2017.

29. Shiraliniya Kh, Cheldavi R, Amanolahi K. The Effectiveness of Self-Compassion Therapy on Depression and Anxiety in Divorced Women, J Clin Psychol 2018;1: 9-19. [In Persian]

30. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self Identity 2010; 9:225-40.

31. Shaw R, Cassidy T. Self-Compassion, Mindful Eating, Eating Attitudes and Wellbeing Among Emerging Adults. J Psychol 2022; 156:33-47.

32. Mosewich AD, Crocker P RE, Kowalski KC, Delongis A. Applying self-compassion in sport: an intervention with women athletes. J Sport Exerc Psychol 2013; 35:514-24.

33. Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. Behav Ther 2017; 48:778-792.

34. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. Mindfulness 2015; 6:444-54.

35. Turk F, Waller G. Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2020; 79:101856.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.4.10.5]

[DOI: 10.61186/iau.34.4.440]