



Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Self-Control and Flexibility of Body Image in Obese Patients Volunteering for Sleeve and Gastric Bypass Surgery

Farzaneh Noroozi¹, Shohreh Ghorban Shiroodi ², Ali Reza Khalaj³

1. PhD Student in Health Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

2. (Corresponding author)* Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

3. Associate Professor, Fellowship in advanced laparoscopy and obesity, Shahed University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Obesity is a complex problem that can be caused by a large number of biological, psychological and social factors. The study aimed to examine the effectiveness of compassion-focused therapy on self-control and flexibility of body image in obese patients volunteering for sleeve and gastric bypass surgery.

Methods and Materials: The method of the study was semi-experimental with pretest, posttest, and follow-up with control group design. The research population included all obese patients who volunteered for sleeve and gastric bypass surgery referred to Tehran Obesity Treatment Center in 2020 and in the period from January to February. Among them, a 30-subject sample was selected by convenience sampling and were assigned randomly in two groups (15 subjects in each group). The experimental group received eight 90-minute sessions two days a week of compassion-focused treatment intervention, and the control group were on the waiting list. Collecting the data were gathered Tanji et al.'s self-control questionnaire (2004) and Sands et al.'s body image flexibility questionnaire (2013). Data were analyzed using SPSS software version 24 and statistical test of analysis of variance with repeated measures.

Findings: The results of repeated measure ANOVA showed the subjects of experimental group, after receiving intervention, had better self-control and flexibility of body image than subjects of control group.

Conclusions: Therefore, it seems that compassion-focused therapy significantly increased self-control and flexibility of body image of obese patients. Theoretical and practical implications have been discussed in this article.

Keywords: self-control, body image, compassion-focused therapy, obesity.

Citation: Noroozi F, Ghorban Shiroodi S, Khalaj A R. Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Self-Control and Flexibility of Body Image in Obese Patients Volunteering for Sleeve and Gastric Bypass Surgery. *Res Behav Sci* 2021; 18(4): 493-502.

* Shohreh Ghorban Shiroodi,
Email: drshohreshiroudi@gmail.com

تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن بیماران مبتلا به چاقی داوطلب جراحی اسلیو و بای پس معده

فرزانه نوروژی^۱، شهره قربان شیروودی^۲ ID، علیرضا خلج^۳

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۳- دانشیار، فلوشیب جراحی لاپاراسکوپی پیشرفته و چاقی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: چاقی یک مشکل پیچیده است که می‌تواند توسط تعداد زیادی از عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی به وجود آید. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن در بیماران مبتلا به چاقی داوطلب جراحی اسلیو و بای پس معده بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه حاضر نیز شامل تمامی بیماران مبتلا به چاقی داوطلب جراحی اسلیو و بای پس معده مراجعه‌کننده به مرکز درمان چاقی تهران در سال ۱۳۹۸ و در بازه زمانی دی‌ماه تا بهمن‌ماه بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ بیمار (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) که به شیوه در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی بین دو گروه جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت دو روز در هفته مداخله درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کردند و گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار داشتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خودمهارگری تانجی و همکاران (۲۰۰۴) و پرسشنامه انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن ساندز و همکاران (۲۰۱۳) بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد گروه آزمایش پس از مداخله، خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن بهتری نسبت به گروه کنترل نشان دادند.

نتیجه‌گیری: از این‌رو، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر شفقت به‌طور معناداری باعث افزایش خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن بیماران چاق می‌شود. ملاحظات نظری و عملی یافته‌های به‌دست‌آمده در این مقاله مورد بحث قرار گرفته است.

واژه‌های کلیدی: خودمهارگری، انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن، درمان مبتنی بر شفقت، چاقی.

ارجاع: نوروژی فرزانه، قربان شیروودی شهره، خلج علیرضا. تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن بیماران مبتلا به چاقی داوطلب جراحی اسلیو و بای پس معده. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۴): ۵۰۲-۴۹۳.

*- شهره قربان شیروودی

رایان نامه: drshohreshiroudi@gmail.com

مقدمه

چاقی یک مشکل پیچیده است که می‌تواند توسط تعداد زیادی از عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی به وجود آید (۱). به دلیل اینکه چاقی پیامدهای خطرناکی برای سلامت روانی و جسمی دارد، سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) این مشکل را یکی از ۱۰ مشکل شایع سلامت در جهان می‌داند. همزمان با صنعتی شدن جوامع و کاهش فعالیت جسمی، تغییرات عمده‌ای در شیوه زندگی و به تبع آن کیفیت زندگی انسان‌ها به وجود آمده است که منجر به رشد روزافزون اضافه‌وزن و چاقی، هزینه‌ها و تبعات مخاطره‌آمیز آن شده است (۲).

اگرچه چاقی با عوامل ژنتیکی، زیستی و محیطی مرتبط هست؛ اما عوامل روان‌شناختی نیز یک عامل مهم در نظریه‌های سبب‌شناختی چاقی مطرح شده است، از این رو ارتباط بین چاقی و آسیب‌شناسی روانی مورد توجه بسیاری از پژوهش‌ها در طول سال‌های گذشته بوده است (۳). چاقی افزون بر بیماری‌های جسمانی، می‌تواند با شیوع بالای اختلالات روانی نیز مرتبط باشد. برخی از این اختلالات مانند اختلالات خلقی از جمله افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات شخصیتی و نیز مصرف الکل و سیگار در افراد چاق یا دارای اضافه‌وزن بیشتر از افراد عادی است. چاقی و اضافه‌وزن نه تنها تأثیرات منفی‌ای (بروز بیماری‌ها و کاهش کارایی و فعالیت) در بعد جسمی دارد، بلکه از لحاظ روانی، اقتصادی و اجتماعی نیز مهم است (۳-۷).

خودمهارگری پایین یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به اضافه‌وزن است (۸). خودمهارگری توانایی تشخیص و تنظیم امیال و عواطف است که مشخصه آن اعمال اراده، خودنظم‌بخشی و توانایی به تعویق انداختن لذت یا پاداش است (۹). خودمهارگری با مفهوم تکانشوری نیز رابطه دارد و نشان‌دهنده میزان توانایی فرد در اندیشیدن به پیامدهای رفتار خویش است. ظرفیت بالای خودمهارگری به‌طور نیرومندی سازگاران است و افراد را قادر می‌سازد تا شادتر و سالم‌تر زندگی کنند. افراد دارای خودمهارگری بالا زندگی‌شان را بهتر مدیریت کرده و خلقیاتشان را بیشتر کنترل می‌کنند، به رژیم غذایی‌شان بیشتر پایبند می‌مانند و پشتکار دارند (۹، ۱۰). خودمهارگری بالا در ایجاد دامنه وسیعی از نتایج مثبت در زندگی نقش مؤثری دارد (۱۱). چاقی نقش معناداری در کاهش بهزیستی روان‌شناختی افرادی دارد که خودمهارگری پایین را گزارش کرده‌اند (۱۲). زنان چاق در کنترل تکانه‌های خود و خودمهارگری مشکل دارند

(۱۳). افراد چاق در واقع خودمهارگری پایینی داشته و این مسئله پایبندی آنان به رژیم غذایی‌شان را پایین می‌آورد (۱۴). بین خودمهارگری بالا و پرخوری کم و شاخص توده بدنی رابطه معناداری وجود دارد. هرچه خودمهارگری افراد پایین‌تر باشد، رفتارهای مخرب خوردن در آن‌ها افزایش می‌یابد و در نتیجه شاخص توده بدنی بالا می‌رود (۱۵).

یکی دیگر از مباحث مرتبط با چاقی، تصویر ذهنی از بدن در افراد چاق است. تصویر ذهنی از بدن را می‌توان به‌عنوان تجربه فرد از خود فیزیکی تعریف کرد (۱۶). نارضایتی از تصویر ظاهر فیزیکی بدن بیشتر در زنان و تقریباً در نیمی از مردان دیده می‌شود. دوسوم زنان و بیش از نیمی از مردان نارضایتی از وزن خود را گزارش می‌کنند. در زنان اضافه‌وزن در بخش‌های باسن، ران‌ها و شکم نارضایتی بیشتری ایجاد می‌کند (۱۷). پژوهش‌ها نشان داده است که تفاوت ادراک‌شده بین ظاهر بدن و تصویر بدنی ایدئال برای فرد، می‌تواند منجر به نارضایتی قابل‌ملاحظه شود (۱۸). مادامی‌که شیوع اضافه‌وزن و چاقی در حال افزایش است، انتظار می‌رود میزان نارضایتی از تصویر بدن نیز در افراد افزایش یابد (۱۷). افراد چاق و دارای اضافه‌وزن نارضایتی بیشتری از تصویر بدنشان نسبت به افراد عادی نشان می‌دهند (۱۹). زنانی که از تصویر ذهنی بدنشان ناراضی هستند اضطراب اجتماعی بیشتری را گزارش می‌کنند (۲۰). افرادی که دارای نمره شاخص توده بدنی بالایی دارند یا به‌عبارت‌دیگر چاق هستند، نگرانی بیشتری نسبت به تصویر بدن خود داشته و عزت‌نفس کمتری دارند و سبک زندگی سالمی را دنبال نمی‌کنند (۲۱).

اخیراً متخصصین بر ضرورت نقش مداخلات برای بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی تأکید دارند (۲۱). یکی از رویکردهای مطرح در زمینه درمان مسائل روان‌شناختی افرادی که نسبت به خود دیدگاه منفی دارند، درمان مبتنی بر شفقت است. گیلبرت (۲۲) می‌گوید، درمان مبتنی بر شفقت در نظام‌های تکامل و تحلیل کارکردی سیستم‌های انگیزش اجتماعی پایه (مثل زندگی در گروه‌ها، رتبه‌بندی‌ها و نظام سلسله‌مراتبی، جستجوی روابط جنسی، کمک‌شکارا و ایجاد اتحاد با آنان و مراقبت از خویشاوندان) نظام‌های کارکردی هیجانی مختلف (مثل پاسخ به تهدیدها، جستجوی منابع و حالت‌های رضایت و ایمنی) ریشه دارد. درمان از طریق شفقت قرن‌هاست توصیه شده است. دالای لاما بر این موضوع تأکید دارد که اگر می‌خواهید دیگران خوشحال شوند، بر شفقت

چاقی انجام شده است و همچنین از آنجایی که این گروه از افراد نیاز به مداخلات روان‌شناختی در کنار مداخلات پزشکی را دارند، هدف از پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر خودمهارگری، و انعطاف‌پذیری تصویر بدن بیماران مبتلا به چاقی داوطلب جراحی اسلیو و بای پس معده اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از منظر روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. از لحاظ هدف نیز از جمله تحقیقات کاربردی محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به چاقی داوطلب جراحی اسلیو و بای پس معده مراجعه‌کننده به مرکز درمان چاقی تهران در سال ۱۳۹۸ و در بازه زمانی دی‌ماه تا بهمن‌ماه بودند. تعداد ۳۰ بیمار از این جامعه به شیوه در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به تعداد مساوی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از: حداقل تحصیلات در سطح دیپلم؛ دامنه‌ی سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال؛ وجود اختلال‌های روانی ایجاب‌کننده درمان‌های فوری (مثل نشانه‌های روان‌پریشی و وابستگی به مواد)، رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: انصراف از درمان و غیبت بیش از دو جلسه در درمان. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از ابزار ذیل انجام شد.

پرسشنامه خودمهارگری (SCQ)^۱: این پرسشنامه

توسط تانجی، با مسیتر و بونی (۳۴) ساخته شده است. تعداد گویه‌ها ۳۶ عبارت است. مقیاس نمره‌گذاری از در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً شباهت ندارد تا شباهت خیلی زیاد دارد انجام گرفته است این پرسشنامه خرده مقیاس نداشته و یک نمره کلی دارد. این مقیاس در ایران در پژوهش آریین‌پور و همکاران (۳۵) پایایی آن ۰/۸۷ به دست آمد. در مطالعه خانزاده و همکاران (۱۳۹۰) ضریب بازآزمایی و آلفای کرونباخ فرم بلند مقیاس خودمهارگری مطلوب ارزیابی شده است. همچنین در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی مطلوب این ابزار اندازه‌گیری می‌باشد.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن

متمرکز شوید، اگر می‌خواهید شما خودتان را خوشحال کنید، بازهم بر شفقت متمرکز شوید (۲۳). اگرچه متخصصان قبول دارند که شفقت در مرکز رابطه بین مراجع-درمانگر یا پزشک-بیمار قرار دارد، اما اخیراً عناصر شفقت زیر ذره‌بین علوم روان‌شناختی و پژوهش‌های روانشناسی قرار گرفته است (۲۴-۲۶). با افزایش شواهدی که بر شفقت و تأثیر کاربست آن در نظام‌های ایمنی و عصب‌روانشناختی، می‌توان شفقت را به‌عنوان یک مهارت آموزش داد. درمان مبتنی بر شفقت به نظریه زیربنایی و فرآیند کاربرد مدل شفقت در روان‌درمانی اشاره دارد. آموزش ذهن خودشفقت ورز به فعالیت‌هایی اشاره دارد که برای ایجاد اسنادها و مهارت‌های مختص شفقت طراحی شده است، به‌ویژه آن‌هایی که بر تنظیم عواطف تأثیر می‌گذارند (۲۳).

در آموزش شفقت خود، درک خود به‌جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که مهربانی با خود، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی با احساس تنهایی رابطه مثبت دارد و شفقت خود اثر مستقیم بر احساس تنهایی دارد (۲۷). درمان مبتنی بر شفقت یک مدل چندگانه و رویکرد یکپارچه است که از روان‌شناسی بودائیت و تحولی، علوم عصب‌شناختی، اجتماعی و تکاملی مشتق شده است. نکته کلیدی این رویکرد، تأکید آن بر استفاده از آموزش ذهن شفقت‌ورز برای کمک به افراد در جهت ایجاد و کار بر روی تجارب محبت‌آمیز درونی، ایمنی‌بخش، تسکین‌دهنده است که از طریق شفقت و خودشفقت ورزی صورت می‌پذیرد (۲۳).

فراری و همکاران (۲۸) در یک پژوهش به فراتحلیل اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد این رویکرد بر کاهش اضطراب، افسردگی، رفتارهای پرخوری، نشخوار ذهنی و افزایش درمان مبتنی بر شفقت افراد اثربخش است. پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش ناراضی‌ت از بدن زنان (۲۹)، اختلال پرخوری (۳۰)، خودانتقادی (۳۱) و افزایش بهزیستی روانی افراد بزرگسال (۳۲، ۳۳) بودند.

با توجه به مطالب عنوان‌شده لزوم توجه به سلامت افراد جامعه، از جمله افراد مبتلا به چاقی، حائز اهمیت است. فرهنگ بومی کشور ایران، به‌نوعی است که در واقع کمتر به خود و من پرداخته می‌شود و بیشتر بر ما تأکید دارد. رفتارهای جمعی در کنار رفتارهای فرد و توجه به خود اهمیت دارد. از آنجایی که مطالعات کمی در کشور در زمینه کاهش مشکلات افراد مبتلا به

1. Self-control questionnaire

گزارش شده است.

جلسه‌ی اول: اجرای پیش‌آزمون، منطق درمانی مبتنی بر شفقت خود و تفهیم شفقت و شفقت به خود.
جلسه‌ی دوم: از بیماران خواسته می‌شود که سعی کنند نحوه تفکر و رفتار خود را نسبت به خودشان شناسایی کنند.
جلسه‌ی سوم: استفاده از مهارت تصویرپردازی شفقت‌گونه و استفاده از تکنیک تنفس تسکین‌بخش.

جلسه‌ی چهارم: استفاده از فن ذهن آگاهی برای بیماران.
جلسه‌ی پنجم: در این جلسه تکنیک نوشتن نامه شفقت‌ورزانه و ارتقاء شفقت خود به‌وسیله تخلیه هیجانی صورت گرفت.
جلسه‌ی ششم: در این جلسه آسیب‌شناسی عواملی که موجب ترس و دافعه بیماران به شفقت خود می‌شود بررسی شد.
جلسه‌ی هفتم: آموزش روش‌های مقابله با عوامل شفقت خود و استفاده از تکنیک آرام‌سازی.

جلسه‌ی هشتم: جمع‌بندی جلسات، ارائه پیشنهادها نهایی و تمرین و نهایتاً اجرای پس‌آزمون و قرار زمانی مشخص برای اجرای آزمون پیگیری.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی ارائه شده و سپس آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مطرح و نتایج این آزمون گزارش می‌گردد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن و خودمهارگری را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۱ مندرج است، میانگین در گروه کنترل در سه مرحله ارزیابی تفاوت چندانی ندارد، اما در گروه آزمایش تغییراتی به نظر می‌رسد. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون آماری مناسب استفاده شد. با توجه به فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری، همگنی واریانس‌ها و همچنین اصلاح اسپیلون با استفاده از آزمون گرین-هاوس گایزر برای خطی بودن روابط بین سه مرحله ارزیابی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را نشان می‌دهد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که اثرات اصلی گروه و زمان در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار هستند. معنی‌دار بودن اثر گروه به معنی وجود تفاوت کلی متغیرهای وابسته یعنی متغیر خودمهارگری و متغیر انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن در بین

(MIFBQ):^۱ این مقیاس توسط ساندز و همکاران (۳۶) برای سنجش انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن طراحی شد. فرم اولیه این پرسشنامه ۴۶ سؤال داشت که از سه نسخه موجود پرسشنامه پذیرش و عمل اقتباس شده بود. بعداً سازندگان این مقیاس آن را بازنویسی کرده و سؤالات مرتبط با تصویر بدنی را نگه داشتند. درنهایت این پرسشنامه ۱۲ سؤالی شد. مقیاس نمره‌گذاری این مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز صحت ندارد) تا ۷ (همیشه صحت دارد) نمره‌گذاری شد. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۲ و حداکثر ۸۴ می‌باشد. در پژوهش حاضر نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی بدن بالاتر است. در ایران اعتباریابی این پرسشنامه در پژوهش ایزدی، کریمی و رحمانی (۳۷) به روش بازآزمایی با فاصله ۳ هفته استفاده شد که نتایج نشان داد بین دو مرحله اجرا همبستگی معناداری وجود دارد و نشان‌دهنده پایایی بالای پرسشنامه است ($r = 0.72$). همچنین در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد که نشان پایایی مطلوب این ابزار است.

شیوه اجرا: پس از شناسایی بیماران داوطلب جراحی اسلیو و بای پس معده مراجعه‌کننده بر اساس ملاک‌ها ورود تعداد ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای آزمودنی‌ها توضیح داده شود و به آن‌ها گفته شد که شرکت در پژوهش داوطلبانه بوده و هیچ اجباری برای شرکت در پژوهش نیست. قبل از اجرای مداخله از آزمودنی‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد و پس از اتمام مداخله تمام آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های پس‌آزمون را پر کردند. درنهایت نیز پس از سه ماه آزمون پیگیری از آزمودنی‌ها به عمل آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آماره‌های انحراف استاندارد و میانگین و برای آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با رعایت پیش‌فرض‌های آن استفاده شد. فاصله اطمینان ۰/۹۵ و میزان خطای ۰/۰۵ در این پژوهش در نظر گرفته شد.

شرح مداخله: جلسات درمانی مبتنی بر شفقت خود بر اساس دیدگاه گیلبرت (۳۹) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ۲ روز در هفته برای گروه آزمایش به اجرا درآمد. خلاصه جلسات در ذیل

1. Questionnaire of mental image flexibility of the body

مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری تغییرات معناداری داشته است. معناداری تعامل زمان و گروه نیز نشان می‌دهد که تغییرات متغیرهای وابسته خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن حداقل در یکی از سطوح گروه آزمایش و کنترل در طول زمان تغییر کرده است.

دو گروه است. ضریب تأثیر نیز نشان می‌دهد که ۳۵ درصد تغییرات خودمهارگری و ۳۲ درصد تغییرات انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن ناشی از تأثیرات عضویت گروهی است. اثر اصلی زمان معنی‌دار است، این به معنای این است که متغیرهای وابسته خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن از

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن	کنترل	میانگین	۳۲/۴۷	۳۰/۵۳	۲۹/۴۷
		انحراف معیار	۴/۱۷	۲/۷۵	۲/۹۲
	درمان مبتنی بر شفقت	میانگین	۳۵/۸	۴۴/۳۳	۴۲/۷۳
		انحراف معیار	۶/۲	۵/۴۹	۵/۳۹
خودمهارگری	کنترل	میانگین	۶۵/۳۳	۶۱/۳۳	۶۳/۳۳
		انحراف معیار	۱۱/۲۸	۷/۲۴	۶/۸۳
	درمان مبتنی بر شفقت	میانگین	۶۳/۴۷	۸۴/۴	۸۶/۹۳
		انحراف معیار	۱۰/۴۶	۷/۸۶	۸/۱۷

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی

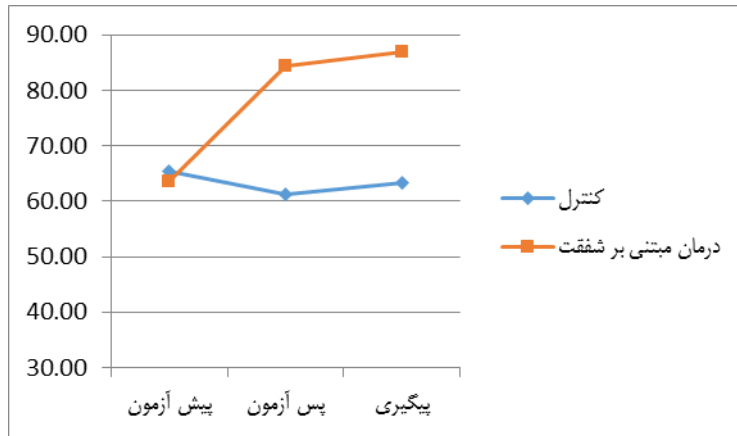
منابع تغییرات	MS	F	df	P	اندازه اثر	توان آزمون
خودمهارگری	۲۷۱۳/۸۷	۲۳/۷۸	۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱/۰۰
	۳۰۱۷/۲۹	۱۳۳/۶۲	۱/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	۱۴۰۳/۷۶	۶۱/۰۷	۲/۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن	۲۵۱۱/۲۶	۲۰/۵۴	۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱/۰۰
	۲۹۱۱/۱۳	۱۳۱/۱۲	۱/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
	۱۳۹۸/۵۹	۵۸/۷۲	۲/۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰

پذیری تصویر ذهنی از بدن در نمودار ۱ و ۲ نشان داده شده است.

نمودار تغییرات نمرات متغیرهای خودمهارگری و انعطاف-



نمودار ۱. نمودار تغییرات زمانی متغیر انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن



نمودار ۲. نمودار تغییرات زمانی متغیر خودمهارگری

و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند، اما حوادث منفی را کمتر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجان منفی را تجربه می‌کنند (۳۸). درمان مبتنی بر شفقت با به‌کارگیری تجربه‌ها، فعالیت‌هایی مانند یادگیری و یا رفتارهای جایگزین و سازگارانه‌تر را ایجاد می‌کند. علاوه بر آن این روش دارای منابع مقابله‌ای مناسب است که به افراد کمک می‌کند تا با رویدادهای منفی زندگی به‌خوبی مواجه شوند و با آن‌ها مقابله نمایند. همچنین این روش درمانی نقش مهم و مؤثری در حفظ سلامت دارد؛ زیرا در این روش افراد یاد می‌گیرند نسبت به خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هشیار بوده و به مسائل و مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبرو شوند (۳۳). از آنجایی که درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان کیفیت تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و با مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی مانند نوع‌دوستی، شادی و مهربانی با خود همراه است؛ لذا این روش درمانی از طریق افزایش توجه به خود و مهربانی با خود سبب ارتقای خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن آنان شده است. شفقت به خود به فعال‌سازی سیستم تسکین خود (که به لحاظ فیزیولوژیک به سیستم مراقبت‌دهی والدینی مرتبط است) کمک می‌کند و بنابراین به کاهش احساسات ترس و کناره‌گیری در افراد منجر می‌شود. در درمان مبتنی بر شفقت نیز ماهیت و کارکرد شفقت با نوع‌دوستی و مهربوبی مرتبط است (۲۵). در درمان مبتنی بر شفقت با فعال کردن سیستم تسکین بخش سعی می‌شود خلق منفی و راهبردهای مقابله‌ای

همان‌طور که نمودار شماره ۱ و ۲ نشان داده است، تغییرات متغیرهای وابسته خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون در گروه درمان مبتنی بر شفقت به‌طور مشهودی بهبود پیدا کرده است. درحالی‌که این تغییرات در گروه کنترل مشهود نیست و نمرات تقریباً یک ثابت نسبی از پیش‌آزمون تا پیگیری را داشته‌اند. با توجه به نتایج جدول ۱ و ۲ و همچنین با توجه به اطلاعات مندرج در نمودارهای ۱ و ۲، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن اثربخش بوده است و این اثربخشی نیز در مرحله پیگیری ثابت و پایدار مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی بدن بیماران مبتلا به چاقی داوطلب جراحی اسلیو و بای پس معده بود. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن بیماران مبتلا به چاقی اثر معنادار داشته است. نتایج پژوهش‌های پیشین با نتایج این پژوهش غیرهمخوان نبود و یافته‌های این مطالعه را تأیید می‌کرد (۲۸-۳۳).

خودشفقت ورزی در مواجهه با حوادث منفی واقعی، به یادآوردن حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین‌تر عواطف منفی در ارتباط است و منجر به تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی می‌شود. افرادی که خودشفقت ورزی بالایی دارند تمایل بیشتری برای پذیرش نقش

شخصی از هیجان‌ها خودآگاهی و ذهن آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آورند و خود کنترلی مناسب‌تری داشته باشند و افکار خودسرزنش‌گری و احساسات ناخوشایند کمتری داشته باشند. با توجه به بحث‌های مطرح شده و تبیین‌های بالا، به‌طور خلاصه می‌توان گفت که شفقت به خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده است. از این‌رو، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر شفقت در افزایش خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی بدن بیماران مبتلا به چاقی داوطلب جراحی اسلیو و بای پس معده تأثیر معناداری دارد. محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: استفاده از پرسشنامه خودگزارشی و عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی کسانی که در این پژوهش به ما یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. شایان ذکر است مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول بوده و در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن مطرح و با شناسه IR.IAU.TON.REC.1399.012 به تصویب رسیده است.

که منجر به افزایش خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری می‌گردد، کنترل شوند (۲۴).

درمان مبتنی بر شفقت سبب شده است آزمودنی‌ها با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی‌های فردی در رویارویی با موقعیت‌ها، با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط، فرایندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود اجازه دهند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. انسجام و تنظیم و مدیریت سازگارانه هیجان نیز باعث می‌گردد افراد احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند چگونه هیجان‌های خود را مدیریت کنند و این سازمان‌دهی ظرفیت روانی، ذهنی و کیفیت زندگی افراد را ارتقا می‌دهد. می‌توان گفت که در همین راستا نف (۳۹) بیان می‌کند که هشیاری، قرار دادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی، خودتنظیمی در ابعاد مختلف را موجب می‌شود. آموزش شفقت خود در این افراد سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به‌صورت مناسب، توانایی کنترل عاقلانه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تعدیل تنظیم هیجان‌های این افراد شده است. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم‌انداز

References

1. van der Valk ES, van den Akker EL, Savas M, Kleinendorst L, Visser JA, Van Haelst MM, et al. A comprehensive diagnostic approach to detect underlying causes of obesity in adults. *Obesity Reviews*. 2019;20(6):795-804.
2. Kahal H, Kilpatrick E, Rigby A, Coady A, Atkin S. The effects of treatment with liraglutide on quality of life and depression in young obese women with PCOS and controls. *Gynecological Endocrinology*. 2019;35(2):142-5.
3. Spinosa J, Christiansen P, Dickson JM, Lorenzetti V, Hardman CA. From socioeconomic disadvantage to obesity: the mediating role of psychological distress and emotional eating. *Obesity*. 2019;27(4):559-64.
4. Brunello G, Sanz-de-Galdeano A, Terskaya A. Not Only in My Genes: The Effects of Peers' Genotype on Obesity. *Journal of Health Economics*. 2020:102349.
5. Gangel MJ, Dollar J, Brown A, Keane S, Calkins SD, Shanahan L, et al. Childhood social preference and adolescent insulin resistance: Accounting for the indirect effects of obesity. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;113:104557.
6. Minos D, Butzlaff I, Demmler KM, Rischke R. Economic growth, climate change, and obesity. *Current obesity reports*. 2016;5(4):441-8.
7. Sinha I, Mondal N, Sen J. Effects of socio-economic, demographic and lifestyle variables on overweight and obesity among rural Rajbanshi post-menopausal women of India. *Anthropologischer Anzeiger; Bericht uber die biologisch-anthropologische Literatur*. 2018;75(3):251-62.

8. Kelly NR, Tanofsky-Kraff M, Vannucci A, Ranzenhofer LM, Altschul AM, Schvey NA, et al. Emotion dysregulation and loss-of-control eating in children and adolescents. *Health Psychology*. 2016;35(10):1110.
9. Baumeister RF, Tice DM, Vohs KD. The strength model of self-regulation: Conclusions from the second decade of willpower research. *Perspectives on Psychological Science*. 2018;13(2):141-5.
10. Englert C. The self-regulation of human performance: a critical discussion and future directions for self-control research. *Performance enhancement & health*. 2019;6(3-4):156-7.
11. Grandey AA, Frone MR, Melloy RC, Sayre GM. When are fakers also drinkers? A self-control view of emotional labor and alcohol consumption among US service workers. *Journal of occupational health psychology*. 2019;24(4):482.
12. Stutzer A, Meier AN. Limited self-control, obesity, and the loss of happiness. *Health Economics*. 2016;25(11):1409-24.
13. Nederkoorn C, Smulders FT, Havermans RC, Roefs A, Jansen A. Impulsivity in obese women. *Appetite*. 2006;47(2):253-6.
14. Konttinen H, Haukkala A, Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Jousilahti P. Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*. 2009;53(1):131-4.
15. Keller C, Hartmann C, Siegrist M. The association between dispositional self-control and longitudinal changes in eating behaviors, diet quality, and BMI. *Psychology & Health*. 2016;31(11):1311-27.
16. Thompson JK. Assessing body image disturbance: Measures, methodology, and implementation. In: Thompson JK, editor. *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington DC: American Psychological Association; 2001. p. 49-81.
17. Sarwer DB, Thompson JK, Cash TF. Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinics*. 2005;28(1):69-87.
18. Ferreira C, Pinto-Gouveia J, Duarte C. The validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2011;11(3):327.
19. Makara-Studzńska M, Zaborska A. Obesity and body image. *Psychiatria Polska*. 2009;43(1):109-14.
20. Cotter EW, Kelly NR. Stress-related eating, mindfulness, and obesity. *Health Psychology*. 2018;37(6):516.
21. Jankauskiene R, Baceviciene M. Body image concerns and body weight overestimation do not promote healthy behaviour: Evidence from adolescents in Lithuania. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(5):864.
22. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1):6-41.
23. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009;15(3):199.
24. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010;3(2):97-112.
25. Gilbert P. Compassion-focused therapy: Preface and introduction for special section. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1):1-5.
26. Neff K. *Self compassion*. London: Hachette UK; 2011.
27. Akin A. Self-efficacy, achievement goals, and depression, anxiety, and stress: a structural equation modeling. *World applied sciences journal*. 2008;3(5):725-32.
28. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A, Abbott MJ, Beath AP, Einstein DA. Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*. 2019;10(8):1455-73.

29. 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(3):444-54.
30. Kelly AC, Carter JC. Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*. 2015;88(3):285-303.
31. Krieger T, Reber F, von Glutz B, Urech A, Moser CT, Schulz A, et al. An internet-based compassion-focused intervention for increased self-criticism: A randomized controlled trial. *Behavior therapy*. 2019;50(2):430-45.
32. Ko CM, Grace F, Chavez GN, Grimley SJ, Dalrymple ER, Olson LE. Effect of seminar on compassion on student self-compassion, mindfulness and well-being: A randomized controlled trial. *Journal of American college health*. 2018;66(7):537-45.
33. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*. 2013;69(1):28-44.
34. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*. 2004;72(2):271-324.
35. Arian Poor M, Shahabi Zadeh F, Bahreinian A. The relationship between spiritual intelligence, self-control, anxiety and cell phone addiction. *First National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology*; 20 shahrivar 1397 P.; Iran: Tehran: Civilica; 2014.
36. Sandoz EK, Wilson KG, Merwin RM, Kellum KK. Assessment of body image flexibility: the body image-acceptance and action questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2013;2(1-2):39-48.
37. Izadi A, Karimi J, Rahmani M. Psychometric Analysis of Persian Version of Body Image flexibility Questionnaire (BI-AAQ) among University students *Journal of HAYAT*. 2013;19(3):56-69.
38. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*. 2007;92(5):887.
39. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003;2(3):223-50.