DOI: *10.29252/rbs.19.2.369*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 19, Issue 2

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Self-Healing Therapy on the Distress Tolerance of Women with Bulimia Nervosa

Sharareh Zarabi[1], Fateme Sadat Tabatabaei Nejad[2], Zohre Latifi[3]

1. PhD Student, Department of Psychology, Naein Brench, Islamic Azad University, naein, Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, Naein Brench, Islamic Azad University, naein, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Binge eating disorder as a psychological disorder commonly leads to confusion and problems for people. A problem People with binge eating disorder is low capacity of distress tolerance, and this increases the tendency of an individual to Binge eating. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and self-healing therapy on Distress tolerance in women with bulimia nervosa.

Methods and Materials: This study was quasi-experimental (pre-test post-test with the control group). The statistical population of the present study included all women with bulimia nervosa who were referred to specialists and medical centers in Isfahan in 1398. 45 women were selected by purposive sampling and randomly placed in experimental and control groups. Data collection tools were Distress tolerance Simon and Gaher's (2005) questionnaires. Each of the experimental groups underwent 12 sessions of Michelle's cognitive-behavioral group therapy, and Marvi and Latifi's self-healing therapy, but the control group did not receive an educational certificate. Research data were analyzed using MANCOVA and chi-square test.

Findings: Based on the chi-square test, no significant difference was observed in terms of age, education, and disease duration between the three groups ($P < 0.05$). The results showed that the cognitive-behavioral and self-healing experimental groups were significantly different from the control group in the Distress tolerance variable ($P < 0.05$). Also, self-healing therapy has increased the Tolerance and absorption dimensions and Distress tolerance more than cognitive-behavioral therapy ($P < 0.05$).

Conclusions: According to this study, cognitive-behavioral therapy and self-healing can be used to increase the Distress tolerance of women with bulimia nervosa. However, self-healing treatment seems to be more than effective cognitive-behavioral therapy in this case.

Keywords: Cognitive-behavioral, self-healing, distress tolerance, bulimia nervosa.

Citation: Zarabi Sh, Tabatabaei Nejad F, Latifi Z,. **Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Self-Healing Therapy on the Distress Tolerance of Women with Bulimia Nervosa**. Res Behav Sci 2021; 19(2): 369-380.

* **Fatemeh Sadat Tabatabaei Nezhad,**
Email: f.tabatabaei49@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی

شراره ضرابی[1]، فاطمه سادات طباطبائی نژاد[2]، زهره لطیفی[3]

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

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

۳- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال پرخوری به‌عنوان یک اختلال شایع روان‌شناختی منجر به آشفتگی و مشکلات متعددی برای فرد می‌شود. یکی از مشکلات در افراد مبتلا به اختلال پرخوری ظرفیت تحمل پریشانی پایین است که این مسئله باعث افزایش تمایل فرد به پرخوری می‌گردد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش کمی و نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه) بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به متخصصان و مراکز درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ است که ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار داده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. هر یک از گروه‌های آزمایش ۱۲ جلسه تحت درمان گروهی شناختی رفتاری میشل و درمان خودشفابخشی مروی و لطیفی قرار گرفتند ولی گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس چند متغیری و مجذور کای استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس آزمون مجذور کای تفاوت معناداری از لحاظ سن، تحصیلات و مدت بیماری بین سه گروه مشاهده نشد ($P>۰/۰۵$). نتایج نشان داد که درمان خودشفابخشی در تمامی ابعاد تحمل پریشانی و درمان شناختی رفتاری در تمامی ابعاد به‌جز بعد تحمل در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری داشتند ($P<۰/۰۵$). همچنین درمان خودشفابخشی باعث افزایش بیشتر ابعاد تحمل، جذب و نمره کل تحمل پریشانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری شده است ($P=۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان از درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی برای افزایش تحمل پریشانی زنان مبتلا اختلال پرخوری‌عصبی استفاده کرد. اگرچه به نظر می‌رسد درمان خودشفابخشی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در این مورد مؤثرتر باشد.

واژه‌های کلیدی: شناختی- رفتاری، خودشفابخشی، تحمل پریشانی، پرخوری عصبی.

ارجاع: ضرابی شراره، طباطبایی نژاد فاطمه سادات، لطیفی زهره. **مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۲): ۳۶۹-۳۸۰.

*- **فاطمه سادات طباطبائی نژاد ،**

رایانامه: f.tabatabaei49@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]

[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]

مقدمه

اختلال خوردن به‌عنوان یک اختلال شایع روان‌شناختی دربرگیرنده مجموعه‌ای پیچیده و همگون از نشانه‌های جسمی و روان‌شناختی ازجمله افکار ناکارآمد در مورد غذا، وزن و شکل بدن، رفتارهای مانند رژیم غذایی، پرخوری بیش‌ازحد، روزه گرفتن، ورزش و فعالیت‌های جبرانی است که منجر به آشفتگی و آسیب‌های قابل‌ملاحظه‌ای در فرد می‌شود (۱). اختلال پرخوری عصبی به‌عنوان دوره‌های مکرر پرخوری و مصرف زیاد مواد غذایی در یک بازه زمانی کوتاه همراه با از دست دادن احساس کنترل خود و سپس استفاده از رفتارهای جبرانی برای جلوگیری از افزایش وزن تعریف می‌شود (۲). در دنیا نرخ شیوع اختلال پرخوری عصبی در زنان بین ۰/۹ تا ۲/۹ و در مردان این میزان برابر با ۰/۱ تا ۰/۵ گزارش شده است و در داخل کشور شیوع پرخوری عصبی ۳/۲ درصد بیان شده است (۳-۴). افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی به‌واسطه وجود رفتارهای پرخوری و جبرانی با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی گوناگونی روبه‌رو هستند و رنج شدیدی را در زندگی خود تحمل می‌کنند و عمدتاً در تحمل پریشانی مشکلات عدیده‌ای دارند (۵).

در تعدادی از پژوهش‌ها محققان دریافتند افراد مبتلا خوردن از نوع پرخوری عصبی در زندگی خود سطح بالایی از تنش هیجانی را احساس می‌کنند، توانایی کمتری در پذیرش هیجانات خود دارند، آگاهی هیجانی در این افراد کمتر است و به میزان زیادی از راهبردهای منفی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (۶-۷). تحمل پریشانی به‌عنوان یک سازه چندبعدی و مؤلفه مهم تنظیم هیجان شناخته می‌شود و به‌صورت ظرفیت افراد برای تحمل موقعیت‌ها و شرایط منفی و مقابله با عوامل هیجانی تعریف می‌گردد (۸-۹). تحمل پریشانی به تفاوت‌های فردی در ظرفیت تحمل شرایط درونی آزاردهنده مانند درد، هیجانات منفی و حساسیت بدنی اشاره دارد که با مفاهیم تحمل ابهام، تحمل ناامیدی، تحمل جسمی، تحمل شناختی، تحمل پریشانی برای حالات هیجانی منفی و تحمل عدم اطمینان مترادف است (۱۰). کاهش ظرفیت تحمل پریشانی به‌عنوان یک مؤلفه مهم تنظیم هیجان با ایجاد رفتارهای خوردن ناسالم ارتباط دارد (۸). استینکوف (۱۱) بیان کرد که ناتوانی در تحمل پریشانی در تمایل فرد برای خوردن مقدار زیادی مواد غذایی در پاسخ به هیجانات و شرایط منفی اثرگذار است. همچنین در مطالعات پیشین نشان داده شد که کاهش ظرفیت تحمل پریشانی با دامنه وسیعی از رفتارهای مشکل‌ساز و اختلالات روان‌پزشکی از جمله سیگار کشیدن، وابستگی و سوءمصرف مواد، اختلال خوردن، اختلال شخصیت مرزی، اختلالات اضطرابی ارتباط دارد (۷، ۱۲).

درمان روان‌شناختی خط اول برای درمان اختلال پرخوری عصبی که توسط پژوهش گران و محققان این حوزه مورداستفاده قرار گرفته است، درمان شناختی رفتاری است (۱۳). درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یک مداخله بالینی شواهد محور بر نقش افکار، شناخت‌ها و رفتارهای ناسازگار در ایجاد و تداوم اختلالات روانی تأکید دارد و در این روش درمانی خواهان کاهش آشفتگی و ناکارآمدی روان‌شناختی از طریق تغییر این افکار، شناخت‌ها و رفتاری فرد است و مبتنی بر سه فرضیه ۱) افکار و شناخت‌ها واسطه رفتار و احساسات هستند؛ ۲) شناخت-های معیوب منجر به آشفتگی و ناکارآمدی روان‌شناختی می‌گردد؛ ۳) این آشفتگی و ناکارآمدی روان‌شناختی از طریق اصلاح افکار و شناخت‌ها حذف یا تعدیل آن‌ها است (۱۴). مدل درمان شناختی رفتاری برای اختلال خوردن مبتنی بر اصول و باورهای ناکارآمد درباره وزن بدن و نارضایتی از شکل و وزن بدن است که باعث تداوم رفتارهای پرخوری شدید و افراطی و رفتارهای جبرانی و خود محدودکننده می‌شود (۱۵). درمان شناختی رفتاری بر حوزه‌های متعددی مانند اختلال پرخوری عصبی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان اثرگذار بوده است (۱۶-۱۷-۱۸). درمان شناختی رفتاری اگرچه در زمینه اختلالات خوردن اثربخش بوده است اما به‌واسطه تأکید فراوان بر جنبه-های شناختی و تغییر افکار خودکار منفی، به سایر ابعاد انسانی کمتر تمرکز داشته است، بنابراین در افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی، استفاده از یک رویکرد درمانی که ابعاد مختلف زندگی را موردتوجه قرار دهد احساس می‌شود.

یکی از روش‌های درمانی جدید که اخیراً توسط پژوهشگران داخلی و خارجی در حوزه‌های مختلفی مورداستفاده قرار گرفته است درمان خودشفابخشی است که با عناوین گوناگونی مانند خود مراقبتی یا خودیاری هم از آن استفاده شده است (۱۹-۲۰). درمان خودشفابخشی که جز رویکردهای فراتشخیصی می‌باشد، به‌طور رسمی توسط لوید و جانسون (۲۰۱۱) تحت عنوان کدهای شفابخش ارائه شده است و شامل خاطره یابی، شناخت ریشه‌های دوازده‌گانه علل اقدامات زیان‌بخش از جمله پرخوری عصبی و آموزش تمرینات خود آرام بخشی برای کاهش اثرات و تداوم استرس‌های فیزیولوژیک است. لوید (۲۱) معتقد است که ریشه بسیاری از مشکلات جسمانی و روان‌شناختی افراد ناشی از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]

استرس فیزیولوژیکی است که توسط خاطرات سلولی مخرب ایجاد شده است و این خاطرات سلولی مخرب موجب انجام اقدامات زیان‌بخش علیرغم میل باطنی فرد می‌گردد (۲۲). تمرکز این رویکرد درمانی بر تلاش فرد جهت درمان خاطرات مخرب یا همان حافظه پنهان و ریشه‌یابی علل استرس فیزیولوژیک در ویژگی‌های شخصیتی علاوه بر شرایط محیطی است، در این درمان بر تعالی معنوی، داشتن سبک زندگی سالم، اصلاح گفتگوهای درونی، اصلاح ترس‌ها و باورهای ناسالم، مراقبه، دعا و انجام تمرینات مخصوص کدهای شفابخش تأکید شده است (۲۳). در مطالعات مختلفی بر اثربخشی درمان خودشفابخشی در بهبود افسردگی، اضطراب، تحمل پریشانی، سبک زندگی (۲۰،۲۴-۲۵).

در تعدادی از تحقیقات پیشین حوزه درمان شناختی رفتاری نتایج حاکی از مؤثر بودن این رویکرد بر بهبود نگرانی، اجتناب شناختی و تحمل ابهام (۱۸) و تحمل پریشانی (۲۶) بوده است، اما در پژوهش کاپسون و همکاران (۲۷) بر بهبود تحمل پریشانی و مقاومت رفتاری افراد مصرف‌کننده سیگار تأثیر نداشته است. در زمینه کاربرد درمان خودشفابخشی، مطالعات پیشین بیانگر اثربخشی این رویکرد بر تحمل پریشانی (۲۴)، کاهش اضطراب و افسردگی (۲۸)، تحمل پریشانی، سرمایه روان‌شناختی و سردرد (۲۹) می‌باشد.

با توجه به مطالعات اخیر، به دلیل مشکلات عدیده‌ای که در افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی وجود دارد، وجود مداخله‌های مؤثر و بهنگام جهت رفع مشکلاتشان ضروری به نظر می‌رسد. درمان خودشفابخشی به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید و مؤثر نیازمند پژوهش‌هایی در داخل و خارج است، با توجه به بررسی‌های صورت گرفته تاکنون پژوهشی به اثربخشی درمان خودشفابخشی در افراد مبتلا به پرخوری عصبی نپرداخته است بنابراین به نظر می‌رسد این پژوهش می‌تواند اطلاعات ارزشمندی دراین‌باره برای پژوهش‌گران و متخصصان فراهم کند، درمان خودشفابخشی به علت گستردگی تمرینات و اثرگذاری بر حوزه‌های مختلف زندگی به نظر می‌رسد می‌تواند درمان مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی باشد و از سویی دیگر وجود نتایج متناقض در پژوهش‌های پیشین در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر متغیر تحمل پریشانی مشاهده شده است، بر این اساس با توجه به جدید و نو بودن درمان خودشفابخشی برای تعیین اعتبار مقایسه‌ای و میزان اثربخشی مطلوب این مداخله، مقایسه اثربخشی این روش درمانی با درمان شناختی رفتاری که از لحاظ بالینی و تجربی در چند دهه اخیر تأییدشده است احساس می‌شود، همچنین باوجود نتایج متناقض در مطالعات پیشین، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان خودشفابخشی و درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به مراکز تغذیه و پزشکان متخصص شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود که توسط متخصص مبتلا به اختلال پرخوری عصبی تشخیص داده شدند و به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب گردیدند. سپس این ۴۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در گروه آزمایش شناختی رفتاری، خودشفابخشی و گواه گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از رضایت آگاهانه، داشتن تحصیلات متوسطه، تشخیص اختلال پرخوری عصبی توسط متخصص و ملاک خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر بود. پس‌ازاینکه شرکت‌کنندگان در پژوهش در گروه‌های پژوهش گمارده شدند ابتدا پرسشنامه تحمل پریشانی را تکمیل کردند سپس گروه‌های آزمایش ۱۲ جلسه ۱ ساعته تحت مداخله درمانی قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. با پایان یافتن جلسات درمان شرکت‌کنندگان پژوهش در مرحله پس‌آزمون به سؤالات پرسش‌نامه تحمل پریشانی پاسخ دادند.

پرسشنامه تحمل پریشانی سیونز و گاهر (DTS):

یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۹) ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نامه‌ای تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است؛ که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق ۱ و کاملاً مخالف ۵ نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۹) ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل، جذب، ارزیابی، و تنظیم، به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]

گزارش شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه،۰/۶۱ بود، این مقیاس با پذیرش خُلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوانا رابطه منفی دارد که حاکی از روایی واگرا و همگرای این مقیاس است (۹). در پژوهش نوروزی (۲۶) آلفای کرونباخ کل مقیاس پرسش تحمل پریشانی برابر با ۰/۸۵ بود و آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های آن بین ۰/۶۰ تا ۰/۷۶ محاسبه شد.

پروتکل درمان شناختی رفتاری میشل و همکاران (۳۰).

جلسه اول: شرکت کننده خود را معرفی کرده و انتظاراتشان از درمان گروهی را مطرح می‌کنند- ارائه اطلاعات پایه در مورد درمان شناختی رفتاری پرخوری عصبی و بیان اهداف- توزیع کاربرگ خودکنترلی رفتار های خوردن.

جلسه دوم: درباره نشانه‌های محرک‌های پرخوری و پیامدهای احتمالی رفتارهای پرخوری- ارائه راهکارها برای تغییر دادن رفتارهای پرخوری -توزیع کاربرگ تنظیم برنامه غذایی.

جلسه سوم: توضیح درباره ارتباط افکار احساس و رفتار- بیان سبک‌های ناکارآمد و تفکر- ارائه راهبردهای برای شناسایی افکار خودکار- توزیع کاربرگ بازسازی افکار.

جلسه چهارم: شناسایی نشانه و افکار مرتبط با مشکل پرخوری- ارزیابی افکار به دو شکل چالش با افکار مشکل دار با پرسشگری درباره آن‌ها و چالش با افکار مشکل‌دار با آزمون‌ها- توزیع دوباره کاربرگ بازسازی افکار.

جلسه پنجم: بررسی زنجیره علت پاسخ پیامد و توضیح درباره اینکه چطور پیامدها خود در زنجیره رفتاری بزرگ‌تر علت می‌شود- ارائه راهبردهای برای شکستن این زنجیره مخرب- توزیع کاربرگ شناسایی زنجیره رفتاری.

جلسه ششم: بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه- بحث درباره مدیریت تکانش آموزش و ارائه راهکارهای برای خودکنترلی بیشتر- توزیع کاربرگ فعالیت‌های خوشایند.

جلسه هفتم: توضیح درباره اینکه تصویر از چه مواردی متأثر می شود- بیان ارتباط تصویری تن و پرخوری- تغییر افکار ناکارآمد درباره تصویر تن- ارائه راهکارهایی برای بهبود تصویر تن- کاربرگ تغییر افکار درباره بدن.

جلسه هشتم: بیان عزت نفس و اینکه افراد چگونه خود را تعریف می‌کنند- به چالش کشیدن ساعت خودارزیابی‌های منفی افراد و اصلاح نقاط ضعف آن ها- ارائه راهبردهایی برای بهبود عزت‌نفس- توزیع کاربرگ خودانگاره.

جلسه نهم: توضیح درباره استرس عوامل استرس‌زا و مدیریت استرس- مدیریت استرس با استفاده از آرامش عضلانی و با کمک حل مسئله- ارائه راهبردهای برای مدیریت استرس- توضیح کاربرگ کاهش استرس.

جلسه دهم: رفتار جرئت‌مندی چیست- ارائه موقعیتی که در آن جرئت‌مندی بودن مشکل است و انجام یک تکلیف گروهی در این زمینه- نمونه‌ای از گفتگوهای منفی درونی که مانع بروز رفتارهای جرئت‌مندانه در فرد می‌شود- خودگویی‌های پیشنهادی برای افزایش جرئت‌ورزی- کاربرد افکار مرتبط با جرئت‌مندی و غیر جرئت‌مندی.

جلسه یازدهم: توضیح درباره اینکه وزن مناسب برای آن‌ها چقدر است- ارائه راهبردهای برای نگه‌داشتن یک وزن سالم- ورزش سالم و توجه به مواد غذایی مصرفی- توزیع کاربرگ غذاها و موقعیت‌های پرخطر.

جلسه دوازدهم: برنامه ریزی برای پیشگیری از عود- تمرین مواجهه با غذاها و موقعیت‌های پرخطر برای پرخوری و تقویت مثبت و دادن پاداش برای مواجهه مفید- برنامه ریزی برای یک سبک زندگی سالم.

پروتکل درمان خودشفابخشی لطیفی و مروی (۲۲).

جلسه اول: آشنایی شرکت‌کنندگان با هم- توضیح درباره فرایند جلسات- معرفی استرس‌های موقعیتی و توضیح سیستم ایمنی بدن.

جلسه دوم: توضیح استرس‌های فیزیولوژیک، پنهان یا خاطرات سلولی مخرب و حافظه کاذب.

جلسه سوم: آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب؛ آموزش مدیریت استرس‌های موقعیتی - خاطره یابی با توجه به شکست ها-تعارضات و ناکامی‌ها و سردرگمی‌های فرد.

جلسه چهارم: ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلولی در ۱۲ کد معرفی‌شده (کینه جویی-اقدامات زیان‌بخش- باورهای غلط و احساسات منفی مثلثی).

جلسه پنجم: بکار بردن تکنیک آسانسور شیشه‌ای، تروماها و حوادث بسیار اثرگذار زندگی در تمام دوره‌های زندگی، شوک‌ها با توجه به نگرش فرد خاطره یابی یا حافظه یابی می‌شوند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]

جلسه ششم: توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فنون بخشش.

جلسه هفتم: اقدامات زیان‌بخش و عادات غلط و مخرب تشریح و توضیح داده می‌شود و روش‌های تقویت اراده- آموزش حل مسئله و تغییر محیط به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود.

جلسه هشتم: کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل: عشق-شادی-آرامش و بردباری معرفی می‌گردند.

جلسه نهم: معرفی کدهای شفابخش پنجم تا نهم شامل: مهربانی-خوبی-اعتماد-تواضع و خویشتن داری و آموزش فن خاطره یابی معکوس.

جلسه دهم: توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی با تمام وجود و اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته‌ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خود شفابخشی.

جلسه یازدهم: آموزش سبک زندگی متعادل: اصلاح سبک زندگی با شناخت عادات غلط و اقدامات زیان‌بخش (تصمیم-مراقبت-ارزیابی-تنبیه و پاداش)، اصلاح الگوی خواب و تنظیم خوراک، نحوه خوردن -نوشیدن و تفریح-مسافرت-ورزش - نظافت و بهداشت.

جلسه دوازدهم: بهبود کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت و بهداشت -صمیمیت و ارتباطات (والدین-همسر-فرزندان-بستگان و دیگران)- رشد علمی- رشد مالی - پیشرفت شغلی - بهبود خانه، محله و جامعه- فعالیت مفید اجتماعی.

روش آماری. از میانگین، انحراف استاندارد، آزمون کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی سن، تحصیلات و مدت بیماری شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر و مقایسه بین آن‌ها با آزمون مجذور کای در جدول ۱ آمده است، سپس در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیر تحمل پریشانی در دو گروه پژوهش ارائه شد.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی در مبتلایان به اختلال پرخوری عصبی و آزمون مجذور کای

		شناختی رفتاری	خودشفابخشی	گواه	χ^2	P
سن آزمودنی‌ها	کمتر از ۳۰ سال	۷	۶	۹	۱/۲۴۵	۰/۵۳۷
	بیشتر از ۳۰ سال	۸	۹	۶		
تحصیلات	سیکل	۳	۲	۲	۲/۱۹	۰/۹۰۱
	دیپلم	۴	۴	۶		
	لیسانس	۵	۷	۶		
	فوق‌لیسانس	۲	۲	۱		
مدت بیماری	کمتر از ۶ ماه	۹	۸	۷	۰/۵۳۶	۰/۷۶۵
	بیشتر از ۶ ماه	۶	۷	۸		

مفروضه‌های کوواریانس چندمتغیری به شرح زیر انجام شد، سطح معناداری نتایج آزمون شاپیرو ویلکز برای متغیرهای پژوهش بالاتر از ۰/۰۵ بود که نشان می‌دهد داده‌های پژوهش نرمال هستند، آزمون لوین حاکی از برابری واریانس است ($p>$۰/۰۵). در آزمون ام باکس سطح معناداری برابر با ۰/۹۱۰ است که معنادار نیست و می‌توان گفت مفروضه همگنی واریانس کوواریانس هم برقرار است با توجه به تأیید پیش‌فرض‌های پژوهش برای تحلیل یافته‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان خودشفابخشی بر کیفیت زندگی گزارش شده است.

با در نظر گرفتن نتایج جدول فوق، در ادامه تحلیل آماری، برای مقایسه بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیر تحمل پریشانی و ابعاد آن

گروه	متغیرها	گروه گواه		شناختی رفتاری		خودشفابخشی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	تحمل	۶/۸۰	۱/۷۸	۷/۰۰	۱/۵۵	۶/۹۳	۱/۳۸
	جذب	۷/۵۳	۱/۰۶	۷/۸۶	۱/۴۰	۷/۱۳	۱/۳۰
	ارزیابی	۱۳/۹۳	۲/۲۵	۱۴/۴۶	۳/۱۳	۱۳/۹۳	۲/۸۶
	تنظیم	۸/۱۳	۱/۳۵	۷/۸۶	۱/۵۰	۸/۴۶	۱/۲۴
	نمره کل تحمل پریشانی	۳۶/۴۰	۴/۴۵	۳۷/۲۰	۵/۹۴	۳۶/۴۶	۴/۶۷
پس‌آزمون	تحمل	۷/۰۰	۱/۷۳	۷/۹۳	۱/۷۰	۹/۲۶	۱/۸۶
	جذب	۷/۲۶	۱/۳۸	۸/۶۶	۱/۵۸	۹/۲۰	۱/۳۲
	ارزیابی	۱۴/۱۳	۲/۱۶	۱۶/۶۰	۲/۹۲	۱۶/۸۰	۲/۳۶
	تنظیم	۸/۰۶	۱/۹۰	۹/۰۶	۱/۴۸	۱۱/۰۰	۱/۸۵
	نمره کل تحمل پریشانی	۳۶/۴۶	۳/۳۳	۴۲/۲۶	۶/۱۳	۴۶/۲۶	۳/۶۱

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر تحمل پریشانی در گروه آزمایش شناخت رفتاری، خودشفابخشی و گواه

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	*P*	Eta	توان آماری
تحمل	گروه	۳۶/۲۸	۲	۱۸/۱۴	۹/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹	۰/۹۵۸
	خطا	۷۴/۰۶	۳۸	۱/۹۴				
جذب	گروه	۳۸/۶۰	۲	۱۹/۳۰	۱۶/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱	۰/۹۹۹
	خطا	۴۵/۱۰	۳۸	۱/۱۸				
تنظیم	گروه	۴۸/۲۵	۲	۲۴/۱۲	۱۳/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲	۰/۹۹۹
	خطا	۶۸/۸۳	۳۸	۱/۸۱				
ارزیابی	گروه	۵۸/۲۹	۲	۲۹/۱۴	۱۶/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷۱	۰/۹۹۹
	خطا		۳۸					
تحمل پریشانی کل	گروه	۷۱۴/۹۶	۲	۳۵۷/۴۸	۴۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵	۱
	خطا	۳۶۰/۸۷	۴۱	۸/۸۰				

جدول ٤. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی تحمل پریشانی در گروه شناختی رفتاری، خودشفابخشی و گواه

متغیر	مقایسه گروه‌ها	MD	SE	*p*
	شناختی رفتاری یا گواه	۰/۷۲۶	۰/۵۱۹	۰/۵۰۹
	خودشفابخشی با گواه	۲/۲۳۰	۰/۵۲۲	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با شناختی رفتاری	۱/۵۰۳	۰/۵۴۶	۰/۰۲۷
	شناختی رفتاری یا گواه	۱/۰۹۰	۰/۴۰۵	۰/۰۳۲
	خودشفابخشی با گواه	۲/۳۲۰	۰/۴۰۷	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با شناختی رفتاری	۱/۲۳۱	۰/۴۲۶	۰/۰۱۹
	شناختی رفتاری یا گواه	۲/۰۹۷	۰/۴۸۸	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با گواه	۲/۶۶۳	۰/۴۹۰	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با شناختی رفتاری	۰/۵۶۶	۰/۵۱۳	۰/۸۳۰
	شناختی رفتاری یا گواه	۱/۳۶۳	۰/۵۰۰	۰/۰۲۹
	خودشفابخشی با گواه	۲/۵۸۴	۰/۵۰۳	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با شناختی رفتاری	۱/۲۲۱	۰/۵۲۷	۰/۰۷۸
	شناختی رفتاری یا گواه	۵/۲۵	۱/۰۸۶	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با گواه	۹/۷۵	۱/۰۸۳	۰/۰۰۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]

یافته‌های گزارش شده جدول ۴ نشان داد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در ابعاد جذب، ارزیابی و تنظیم و نمره کل تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد و درمان شناختی رفتاری موجب بهبود تحمل پریشانی شده است ($p<۰/۰۵$). بین گروه خودشفابخشی و گروه گواه در ابعاد تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم و نمره کل تحمل پریشانی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد، بنابراین درمان خودشفابخشی باعث بهبود تحمل پریشانی گردیده است ($p<۰/۰۱$). از سویی دیگر درمان خودشفابخشی باعث افزایش بیشتر میانگین ابعاد تحمل و جذب و نمره کل تحمل پریشانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری شده است که حاکی معناداری بیشتر درمان خودشفابخشی در این ابعاد و نمره کل است ($p<۰/۰۵$)، اما در بعد ارزیابی و تنظیم تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود تحمل پریشانی زنان مبتلا به پرخوری عصبی است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بهشتی و همکاران (۱۸)، نوروزی (۲۶)، همسو است، اما نتایج پژوهش حاضر با پژوهش کاپسون و همکاران (۲۷) همسویی نداشت. کاپسون و همکاران (۲۷) در پژوهش خود بیان کردند که درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی و مقاومت رفتاری افراد سیگاری تأثیر نداشته است. در تبیین تفاوت یافته‌های دو پژوهش می‌توان به متفاوت بودن شرکت‌کنندگان دو پژوهش استناد کرد که در پژوهش فوق افراد سیگاری موردبررسی قرار گرفتند اما در پژوهش حاضر زنان مبتلا به پرخوری عصبی حضور داشتند. یکی دیگر از دلایل محتمل در تناقض نتایج دو پژوهش متفاوت بودن ماهیت افکار و مشکلات افراد شرکت‌کننده در دو مطالعه می‌باشد و دلیل سوم احتمالاً مربوط به تعداد جلسات درمان شناختی رفتاری در دو مطالعه هست که در مطالعه قبلی ۸ جلسه برگزار شد ولی در پژوهش حاضر زنان مبتلا به پرخوری عصبی ۱۲ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. نوروزی (۲۶) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که درمان شناختی رفتاری در بهبود تحمل پریشانی افراد مبتلا به تالاسمی ماژور مؤثر بوده است. درمان شناختی رفتاری می‌تواند از چالش کردن با افکار ناکارآمد و سوءبرداشت‌های نادرست به رفع ابهام و آشکار شدن این افکار و سوءبرداشت‌ها کمک کند، به‌گونه‌ای که باعث می‌شود این افراد به نحوی مؤثر با استرس‌های هیجانی و رفتارهای مشکل‌آفرین زندگی خود برخورد کنند و ظرفیت آن‌ها را برای بهبود و تداوم مراقبت‌های درمانی افزایش می‌دهد و همچنین از طریق افزایش احساس ارزشمندی و عزت‌نفس در زندگی و افزایش توانایی فرد در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر می‌تواند توانایی تحمل پریشانی را در افراد تحت درمان بهبود بخشد (۳۱-۳۲). افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی افکار و باورهای غیرمنطقی در ارتباط با ابعاد مختلف زندگی خود دارند و مشکلات خود را غیرقابل‌کنترل می‌دانند و توانایی خود را برای حل مشکلات دست می‌گیرند، بر این اساس درمان شناختی رفتاری به این افراد کمک می‌کنند تا ارتباط بین افکار و باورهای غیرمنطقی را با هیجانات و رفتارهای نامطلوب و ناکارآمد مشخص کنند، از مشکلات و معایب استفاده از رفتارهای پرخوری برای اجتناب و فرار از هیجانات و افکار غیرمنطقی آگاه می‌شوند و سپس از طریق بازسازی شناختی و تغییر و تعدیل این افکار و چالش با افکار به آن‌ها کمک می‌کند تا هیجانات خود را پیش‌بینی نمایند و شیوه‌های مؤثر تنظیم هیجانات را به کار ببرند و از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر استفاده کنند، به‌نحوی‌که خودکارآمدی آن‌ها را در برخورد با چالش‌ها و مشکلات زندگی افزایش می‌یابد بنابراین درمان شناختی رفتاری می‌تواند به بهبود تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی کمک کند.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان خودشفابخشی بر بهبود تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی تأثیر معناداری داشته است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش زارعان و همکاران (۲۴)، شهبازی و لطیفی (۲۸)، زارعان و لطیفی (۲۹) همسو بوده است. زارعان و همکاران (۲۹) در پژوهشی بیان کردند که درمان خودشفابخشی بر بهبود تحمل پریشانی همسران معتاد تأثیر معناداری داشته است. درمان خودشفابخشی از طریق آموزش مهارت‌های خودیاری و کاهش پاسخ‌های غیرارادی به ترس‌ها و باورهای غیرمنطقی و متوقف کردن سیستم عصبی چنگ و گریز، می‌تواند باعث تقویت سیستم ایمنی بدن، کاهش استرس فیزیولوژیکی و آرامش سلولی شود به‌نحوی‌که با اصلاح سبک زندگی فرد در ابعاد مختلف زندگی و ایجاد آرامش اجتماعی، روان‌شناختی و هیجانی، بهزیستی هیجانی انسان افزایش پیدا می‌کند، ناشکیبایی او در موقعیت-

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]

های گوناگون کاهش می‌یابد و سرسختی روان‌شناختی او را در برخورد با مسائل مختلف زندگی افزایش خواهد یافت بر این اساس درمان خودشفابخشی می‌تواند ظرفیت تحمل پریشانی را در انسان بهبود می‌بخشد (۲۴-۲۵). آشنا شدن افراد شرکت‌کننده با سیستم عصبی و عملکرد مغز در ایجاد استرس‌های فیزیولوژیک و غیر فیزیولوژیک، باعث می‌شود که درمان خودشفابخشی به زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی کمک می‌کند تا مشکلات کاذب، افکار و باورهای غیرمنطقی و غلط را که مانع درمان مؤثر می‌شود را شناسایی کنند و با آن‌ها به چالش می‌پردازند، این درمان منجر می‌شود که این افراد اقدامات زیان‌بخش زندگی خود که با هدف اجتناب و فرار از افکار و ترس‌های غیرمنطقی و خاطرات سلولی دوباره فعال شده را بشناسند و از طریق آموزش روش‌های تقویت اراده، آموزش فن خاطره یابی معکوس (خاطرات آرامش‌دهنده و شادی‌بخش در گذشته)، آموزش حل مسئله و تغییر شرایط و محیط، میزان استفاده فرد از این اقدامات زیان‌بخش کاهش پیدا می‌کند، همچنین این درمان به این افراد کمک می‌کند تا از طریق شناسایی و ابراز عاطفه فردی، آموزش فنون بخشش، بردباری همراه با شفقت و دعا و آموزش شیوه‌های عشق‌ورزی منجر به افزایش تاب‌آوری فرد می‌شود و توانایی او را برای تحمل شرایط گوناگون زندگی افزایش می‌یابد که می‌تواند ظرفیت تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی را ارتقا دهد.

نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که درمان خودشفابخشی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تأثیر بیشتری بر بهبود تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری داشته است. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته توسط محققان و مطالعه ادبیات پژوهشی پیشین تاکنون پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان خودشفابخشی و درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی پرداخته باشد، یافت نشده بود. درمان خودشفابخشی با اصلاح و مدیریت شیوه‌های تغذیه، خواب و ورزش کردن، تأکید بر عشق، شادمانی، بردباری، تواضع، احساس ارزشمندی و خویشتن‌داری، ارتباط مؤثر با دیگران، تنظیم هیجانات منفی، دعا و نیایش با خالق، ایجاد هدفمندی در زندگی و بهبود ویژگی‌های اخلاقی می‌تواند به ارتقای ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، معنویت و اخلاقی در فرد شود و توانایی تحمل شرایط گوناگون را ارتقا دهد (۲۲-۲۳). درمان خود شفابخشی با استفاده از راهکارهای درمانی به مقابله با باورهای غلط و ناسالم و احساسات منفی می‌پردازد و از طریق خودکاوی، این باورها و افکار نادرست و غلط را خواهد شناخت، سپس از طریق روش تفکر واقع‌بینانه تمام جوانب مثبت، منفی و خنثی این باورها و افکار را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و از این طریق افکار بدبینانه و منفی‌گرایانه خود را کنار میزند، بر این اساس درمان خود شفابخشی می‌تواند افکار و باورهای ناکارآمد را کاهش و حذف کند، از سویی دیگر درمان خودشفابخشی با افزایش توجه به مهربانی با خویشتن و پذیرفتن خود به‌عنوان فردی قابل‌پذیرش و ارزشمند همراه با جنبه‌های مثبت و منفی به بیماران کمک می‌کند تا با خود مهربان باشند و با کاهش فاصله بین خود واقعی و خود ایدئال کمتر خود را سرزنش کند، با پرورش عزت‌نفس، تقویت خودکارامدی و ارتقای ظرفیت تحمل مشکلات می‌تواند کمک فراوانی به این افراد نماید (۲۲). شاید بتوان گفت که علت اثرگذاری بیشتر این مداخله این است که درمان خودشفابخشی منشأ بسیاری از مشکلات افراد را تصاویر، خاطرات سلولی مخرب، باورها و ترس‌های کاذب می‌داند و زمانی که ریشه مشکلات و استرس فیزیولوژیک را برای زنان مبتلا به اختلال پرخوری مشخص می‌شود، می‌تواند باعث ایجاد آرامش سلولی و روان‌شناختی در او گردد، از سویی دیگر با تغییر دادن شرایط محیطی و سبک زندگی ناسالم و تمرکز بر نقش دعا و راز و نیاز با خداوند عملکرد فرد در ابعاد مختلف زندگی افزایش می‌یابد که می‌تواند باعث تقویت و بهبود توان‌بخشی و ارتقا ظرفیت تحمل شرایط و موقعیت‌های دشوار زندگی در او می‌شود؛ و همچنین درمان خودشفابخشی به علت گستردگی تمرینات و تأکید بر حوزه‌های مختلف زندگی نسبت به درمان شناختی رفتاری در بهبود ظرفیت تحمل پریشانی اثربخشی و کارآمدی بیشتری دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری و درمان خودشفابخشی بر بهبود تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مؤثر است و درمان خودشفابخشی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تأثیر بیشتری در بهبود تحمل پریشانی داشته است. لازم به ذکر است که این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود که عبارت‌اند از: استفاده از ابزار خودگزارشی و پرسش‌نامه که همواره می‌تواند موجب سودار شدن نتایج پژوهش شود، شرکت کردن زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان که باعث می‌شود تعمیم نتایج بااحتیاط صورت گیرد، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شرکت‌کنندگان بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی تفاوت‌های جنسیتی را در اثربخشی مداخله

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]

مدنظر قرار دهند و به مطالعه آن در سایر اختلالات خوردن را نیز موردتوجه قرار گیرد. ازآنجایی‌که درمان خودشفابخشی به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید و نو به جامعه علمی معرفی‌شده است پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران به بررسی اثربخشی این روش درمان در جوامع دیگر و متغیرهای دیگر اقدام کنند و با مقایسه سایر رویکردهای درمانی دیگر با درمان خودشفابخشی نتایج ارزشمندی در ارتباط با کارآمدی درمان خودشفابخشی در جوامع مختلف به دست آورند. همچنین پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگرانی که با بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی کار می‌کند برای اثرگذاری بیشتر بر ارتقای ظرفیت تحمل پریشانی آن‌ها از اصول و تکنیک‌های درمان خودشفابخشی استفاده کنند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترا رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی نائین با شماره نامه کد پژوهش در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه ۱۶۲۳۶۸۲۶۱ است. افزون بر این پژوهش حاضر با کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1400.053 به ثبت رسیده است. در پایان از تمامی عزیزان و شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در انجام هرچه بهتر پژوهش یاری کردند سپاس گذاریم.

References

1. Hail L, Le Grange, D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence an treatment challenges. Adolescent Health. Medicine and Therapeutics. 2018; 9: 11–16.
2. Wu XY, Yin WQ, Sun HW, Yang SX, Li XY, Liu HQ. The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: A systematic review of population-based studies. PLoS ONE. 2019; 14(10): 1-17.
3. Smink FR, van Hoeken D, Hoek, HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Current Psychiatry Reports. 2012;14 (4), 406–14.
4. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. International Journal Eating Disorder. 2000; 28: 265–271.
5. Juarascio A, Felton J, Borges A, Borges MA, Manasse SM, Murray H, etal. An investigation of negative affect, reactivity, and distress tolerance as predictors of disordered eating attitudes across adolescence. Journal of Adolescence. 2016; 49: 91–98.
6. Yiu K, Christensen K, Arlt J, Chen E. Distress tolerance across self-report, behavioral and psychophysiological domains in women with eating disorders and healthy controls. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2018; 61: 24-31.
7. Svaldi J, Griepenstroh J, Tuschen-Caffier B, Ehring T. Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? Psychiatry Research. 2012; 197(1-2), 103-111.
8. Emami A, Woodcock A. Swanson H. Pulvers K. Distress tolerance is linked to unhealthy eating through pain catastrophizing. Appetite. 2016; 1-26.
9. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion. 2005; 29(2), 83-102
10. Sommers, B. A Model Of Distress Tolerance In Self-Damaging Behaviors: Examining The Role Of Emotional Reactivity And Learned Helplessness. Andrews University, School of Education. 2017
11. Sitnikov L. Emotion Regulation Strategies In Binge Eating Disorder: Rumination, Distress Tolerance, And Expectancies For Eating. In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Specializing in Psychology. The University of Vermont. 2014
12. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress Tolerance and Psychopathological Symptoms and Disorders: A Review of the Empirical Literature among Adults. Psychological Bulletin. 2010; 136(4): 576–600.
13. de Jong M, Schoor L, Hoek HW. Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review. Eating disorders. 2018; 31(6): 438-447.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]

14. Teater B. Cognitive Behavioural Therapy. Owford, Blackwell. Edition first. 2013.
15. Saekow J, Jones M, Gibbs E, Jacobi C, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley D, et al. Student Bodies-eating disorders: A randomized controlled trial of a coached online intervention for subclinical eating disorders. Internet Interventions. 2015; 2(4):419-428.
16. Ohara Ch, Sekiguchi K, Takakura Sh, Endo Y, Tamura N, Kikuchi H, etal. Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for bulimia nervosa in Japan: a randomized controlled trial protocol. BioPsychoSocial Medicine. 2020; 14(2); 1-9.
17. Forkmann T, scherer A. Pawelzik M. Mainz V. Does cognitive behavior therapy alter emotion regulation in inpatients with a depressive disorder. Psychology Research and Behavior Management. 2014; 7: 147–153
18. Beheshti N, Zemestani M, Rezaei F. Comparing The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Focused on Intolerance of Uncertainty and Pharmacotherapy on Worry, Intolerance of Uncertainty, and Cognitive Avoidance in Patients With Generalized Anxiety Disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2018; 24(3):240-255. [in Persian]
19. Latifi Z, Soltani M, Mousavi Sh. Evaluation of the effectiveness of self-healing training on self-compassion, body image concern, and recovery process in patients with skin cancer. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2020; 40: 1-9.
20. Charlson ME, Loizzo J, Moadel A, Neale M, Newman C, Olivo E, Peterson, J. C. Contemplative self healing in women breast cancer survivors: a pilot study in underserved minority women shows improvement in quality of life and reduced stress. BMC complementary and alternative medicine. 2014; 14(349): 1-10.
21. Loyd A. The Healing Codes II: A step-by-step guide to whole-life healing. Publisher: Yellow Kite. 2019
22. Latifi Z, Marvi M. Healing in the treatment room Guide psychologists and counselors in the application of healing codes. Tehran, Payame Noor Publications. 2020. [in Persian]
23. Loyd A, janson B. Healing Codes Guide. Translation; Marvi M, Latifi Z. (2018). Esfahan, Oroj Publishers. 2010 [in Persian]
24. Zarean F, Latifi Z. The effectiveness of self-healing (the healing codes) training on psychological capital and distress tolerance in women with addicted husbands. Current Psychology. 2020; 25: 19-28
25. Latifi Z, Gharaghani R, Mardani Z. The Effectiveness of Self-Healing Training on Lifestyle and Symptom Management in Women with Hypertension. Health Research journal. 2020; 6 (1): 66-77. [in Persian].
26. Norouzi, Sh. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Self-efficacy and Distress Tolerance Patients With Major Thalassemia. The Thesis of M.A. in General Psychology, The University of Sistan Baluchestan Graduate School. 2017. [in Persian]
27. Kapson, H. Kapson, M. Haaga, D. Specificity of effects of cognitive behavior therapy on coping, acceptance, and distress tolerance in a randomized controlled trial for smoking cessation. Journal of Clinical Psychology. 2012; 68(12):1231-40.
28. Shahbazi N, Latifi Z. Effectiveness of Training of Self-Healing(Healing Codes) on Depression, Severity of Pain Perception Pain-Related Anxiety in Chronic Headache Patients. Quarterly Journal of Health Psychology. 2020; 9(3): 113-132. [in Persian].
29. Zarean F, Latifi Z, Mirmahdi R. The effectiveness of self-healing (the healing codes) training on psychological capital and distress tolerance in women with addicted husbands Quarterly Journal of Research on Addiction. 2020; 14(55): 193-213. [in Persian].
30. Mitchell JE, Devlin MJ, Zwaan MD, Crow SJ, Peterson CB. Binge-eating disorder. New York London: The Guilford Press. 2008
31. Tunsuchart K, Lerttrakarnnon P, Srithanaviboonchai K. Benefits of Brief Group Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Diabetes-Related Distress and HbA1c in Uncontrolled Type 2

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]

Diabetes Mellitus Patients in Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17: 1-10

32. Mason T, Crosby D, Kolotkin R, Grilo, C. Correlates of Weight-related Quality of Life among Individuals with Binge Eating Disorder Before and After Cognitive Behavioral Therapy. Eating Behaviour. 2017; 27: 1–6.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.11.0]

[DOI: 10.52547/rbs.19.2.369]