

The Efficacy of Compassion-Focused Therapy on Emotional Regulation and Psychological Health in Obese Women

Masoumeh Roshany Golanbar¹, Roya Rashidi¹, Hadi Smkhani Akbarinejhad^{2*}

¹Ares International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran

²Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Article Info:

Received: 4 Mar 2024

Revised: 9 May 2024

Accepted: 12 May 2024

ABSTRACT

Introduction: Obesity has a negative effect on women's psychological health. This study aimed to determine the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on the emotional regulation and psychological health of obese women. **Materials and Methods:** This study was semi-experimental with a pretest-posttest and follow-up with a control group design. The statistical population of the study included all obese women who were referred to experts and obesity and nutrition clinics in Tabriz, Iran in 2023. In total, 30 people were selected by the available sampling method and randomly divided into two experimental and control groups (15 people each). The experimental group received the treatment specific to their group in 8 sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Both groups answered the Difficulty Regulating Emotions Gratz and Romer and Goldberg's general health questionnaires before, after, and 3 months after the intervention. Analysis of findings was conducted through repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test. **Results:** In the pretest, the mean and standard deviation of CFT for emotional regulation were (97.8 ± 3.7) and for psychological health were (50.60 ± 3.43) ; and in the control group, for emotional regulation were (99 ± 2.9) and for psychological health were (52.9 ± 3.5) . CFT, compared to the control group, in the post-test, increased emotional regulation and psychological health. In the follow-up phase, the effect of CFT on emotional regulation and psychological health was lasting. **Conclusion:** CFT can probably improve the emotional regulation and psychological health of obese women.

Keywords:

1. Self-Compassion
2. Emotions
3. Mental Health
4. Obesity

*Corresponding Author: Hadi Smkhani Akbarinejhad

Email: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی

معصومه روشنی گلنبر^۱، رویا رشیدی^۱، هادی اسمخانی اکبری نژاد^{۲*}^۱ پردیس بین‌المللی ارس، دانشگاه تهران، تهران، ایران^۲ گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله:

پذیرش: ۲۳ اردیبهشت ۱۴۰۳

اصلاحیه: ۲۰ اردیبهشت ۱۴۰۳

دریافت: ۱۴ اسفند ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: چاقی تأثیر منفی بر سلامت روانشناختی زنان دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی صورت گرفت. **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به متخصصین و کلینیک‌های چاقی و تغذیه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. در مجموع، ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند؛ اما گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. هر دو گروه، قبل، بعد و ۳ ماه بعد از مداخله به پرسشنامه‌های دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر و سلامت عمومی گلدبرگ پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار درمان متمرکز بر شفقت برای تنظیم هیجان ($97/80 \pm 3/7$) و برای سلامت روانشناختی ($50/60 \pm 3/43$) بود؛ و در گروه کنترل برای تنظیم هیجان ($99/00 \pm 2/9$) و برای سلامت روانشناختی ($52/9 \pm 3/5$) بود. درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون، تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی را افزایش داد. در مرحله پیگیری، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم هیجان و سلامت روان‌شناختی ماندگار بود. **نتیجه‌گیری:** درمان متمرکز بر شفقت احتمالاً می‌تواند تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی را بهبود ببخشد.

واژه‌های کلیدی:

- ۱- دلسوزی به خود
- ۲- هیجانات
- ۳- سلامت روان
- ۴- چاقی

*نویسنده مسئول: هادی اسمخانی اکبری نژاد

پست الکترونیک: Hadiakbarinejad@yahoo.com

مقدمه

مقابله‌ای مناسب برای حل چالش‌ها استفاده می‌کنند و امیدواری بیش‌تری نسبت به زندگی دارند (۱۵). با توجه به افزایش مبتلایان به چاقی، افزایش هزینه‌های اقتصادی و زیان‌های مالی ناشی از آن، به نظر می‌رسد که تغییر در رفتار خوردن و الگوهای فکری همراه آن ضروری باشد. چون چاقی هم جسم و هم روان را درگیر می‌کند، باید در درمان و پرداختن به مشکلات افراد مبتلا، هم مداخلات دارویی و هم مداخلات روانشناختی را مورد توجه قرار داد. درمورد مداخلات روانشناختی، می‌توان به انواع رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی، از جمله درمان متمرکز بر شفقت^۴ اشاره کرد. درمان متمرکز بر شفقت از درمان‌های جدید و موثر برای مشکلات و اختلالات روانشناختی به شمار می‌آید. این نوع درمان نسل سوم که از درمان‌های سنتی شناختی- رفتاری به صاف‌تر و موثرتر است، می‌تواند در اختلالات روانشناختی که در چاقی نیز شایع می‌باشند موثر باشد (۱۶).

درمان متمرکز بر شفقت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از افراد، به‌ویژه آن‌هایی که شرم و خود انتقادی بالایی دارند، هنگام دریافت درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود-حمایت‌گر مشکلاتی داشتند (۱۷). تمرکز این درمان بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده است (۱۸). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این‌رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، به آن‌ها کمک می‌کنند. اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (۱۸). دو هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خود جهت داده و افزایش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود اطمینانی، مهربانی و خود تسکینی است که می‌توانند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدید شدگی عمل کنند. فعالیت‌های اصلی این درمان، ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی است (۱۶). مطالعات نشان می‌دهند که این درمان بر پریشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک‌شده افراد مبتلا به اختلال پر خوری، رفتار خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجانی، استرس ادراک‌شده و نشخوار فکری زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن، گرایش به گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن، نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن اثربخش است (۲۲-۱۹).

اگرچه از نظر تئوری آموزش و درمان‌های موج سوم رفتاری نظیر درمان متمرکز بر شفقت برای چاقی

چاقی^۱ تجمع غیرطبیعی و یا بیش از حد چربی است که به‌طور عمده در اثر دریافت انرژی بیش‌تر از نیاز بدن به وجود می‌آید (۱). در آخرین مطالعه انجام شده در ایران، شیوع چاقی در زنان ۳۸ و در مردان ۱۷/۹ درصد گزارش شده است که نشان می‌دهد میزان چاقی در زنان بیش‌تر از مردان است (۲). چاقی مبتلایان را مستعد ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی، سرطان و دیابت می‌کند و بر سلامت روانشناختی^۲ آن‌ها تأثیر منفی گذاشته و آن‌ها را درگیر اضطراب و افسردگی می‌کند (۳،۴). همچنین چاقی بر مسائلی چون عملکرد شغلی و اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد و کیفیت و رضایت زندگی مبتلایان را کاهش می‌دهد (۵). علاوه بر اینکه عوامل ژنتیکی و زیستی بر میزان خوردن غذا تأثیر می‌گذارند، عوامل روانشناختی نظیر هیجان‌های استرس، اضطراب و افسردگی نیز در این امر دخیل هستند (۶). بدتنظیمی هیجان عامل مهم در تشدید اختلال‌های خوردن از جمله پرخوری افراطی و چاقی است (۷). بسیاری از افراد از غذا خوردن به‌عنوان راهبردی برای مقابله با هیجان‌ها و تجربیات منفی استفاده می‌کنند (۸)؛ بنابراین، تنظیم هیجان^۳ یکی از ابعاد بسیار مهم در آسیب‌شناسی چاقی محسوب می‌شود و از این‌رو، باید یکی از معیارهای مهم تشخیصی و درمانی در مداخلات روانشناختی افراد مبتلا به چاقی در نظر گرفته شود (۹).

هیجان‌ها در پاسخ دهی رفتاری، فرآیند تصمیم‌گیری، ارتقاء حافظه برای وقایع مهم و تسهیل تعاملات بین فردی نقش مهمی را ایفا می‌کنند. تنظیم هیجان به‌عنوان فرآیندهایی که از طریق آن افراد هیجان‌شان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود و مکانیسمی است که افراد به واسطه آن (دانسته یا ندانسته) هیجان‌شان را برای رسیدن به پیامد مورد نظر تغییر می‌دهند (۱۰، ۱۱). دشواری در تنظیم هیجان یا بدتنظیمی هیجان فرآیندی واحد و همگون نیست، بلکه از طریق ساز و کارهای مختلفی تحقق می‌یابد. اختلال در نظم‌جویی هیجان غالباً با دشواری و عدم توانایی در مقابله با تجربه و پردازش هیجان‌ها مشخص می‌شود (۱۲). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی در زنان مبتلا به چاقی رابطه معنی‌داری وجود دارد و آن‌ها از سلامت روانشناختی پایین‌تر برخوردارند (۱۳).

سلامت روانشناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و شامل آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خود مختاری، کفایت، ارتباط با دیگران و شناخت توانمندی‌ها جهت تحقق ظرفیت‌های خود است (۱۴). افراد دارای سلامت روانشناختی بالا مشکلات روانشناختی، عاطفی و شخصیتی کم‌تری دارند، شادتر هستند، از راهبردهای

¹ Obesity

² Psychological health

³ Emotional regulations

⁴ Compassion-focused therapy

چون ۱) دارای چاقی و اضافه وزن بیش‌تر از ۲۵ کیلوگرم (بر متر مربع ۲) سن بین ۳۰ تا ۵۰، ۳) متأهل بودن (۴) داشتن حداقل سواد دیپلم (۵) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش (۶) شرکت کامل در جلسات درمانی و ملاک‌های خروج از مطالعه چون ۱) ابتلا به بیماری جدی چون ام.اس، سرطان و... (۲) استفاده از داروهای روانپزشکی (۳) برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی همزمان با اجرای این پژوهش انتخاب و با استفاده از گمارش تصادفی (به‌شيوه بلوک سازی) به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم افزار تعیین حجم نمونه G Power 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر = ۰/۳۹؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۶۸؛ Repetitions = ۲؛ Critical F = ۱/۱۹۹؛ Noncentrality parameter $\lambda = ۰/۸۹$ ؛ Numerator df = ۱؛ Denominator df = ۲۹؛ Pillai V = ۰/۲۹؛ power = ۰/۸۰. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی جمع‌آوری‌شده از نمونه‌ها شامل سن، شاخص توده بدنی و تحصیلات بود.

ابزار پژوهش

مقیاس بد تنظیمی هیجان گراتز و رومر: مقیاس بد تنظیمی هیجان توسط گراتز و رومر در سال (۲۰۰۴) ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت می‌باشد. پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره بندی می‌شوند. سوالات ۱، ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر آن ۱۸۰ است؛ که نمره بالاتر نشان دهنده بد تنظیمی هیجان بیش‌تر است. نتایج مربوط به پایایی در پژوهش گراتز و رومر نشان می‌دهند که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس) است (۲۳). روایی این مقیاس در پژوهش گراتز و رومر مناسب گزارش شده است (۲۳). پژوهش‌آمینیان روایی همزمان این مقیاس با پرسش‌نامه هیجان‌خواهی زاکرمن قابل قبول گزارش شده است (I = ۰/۲۶) (۲۴). در پژوهش آمینیان پایایی به دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد و به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸ به دست آمد. همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد (۲۴). پایایی کل این مقیاس در پژوهش مرادی کلارده و همکاران توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید (۲۵). پایایی کل این مقیاس در پژوهش حاضر

موثر به نظر می‌رسد، اما هنوز یافته قابل اتکایی درباره این روش درمانی در ایران در دسترس نیست، از این‌رو بررسی اثربخشی آموزش درمان متمرکز بر شفقت برای مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به چاقی می‌تواند چنین خلأهایی را پر کند و نتیجه آن به‌عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیش‌تر و نیز طراحی مداخلات متناسب شده برای این افراد ثمر بخش باشد. امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل موثر بر غنی سازی زندگی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روانشناختی و یافتن رویکردهای درمانی موثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را در بر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آن‌ها را که معتقدند درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی موثر می‌باشد، مورد بررسی قرار دهد. در خصوص اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم هیجان زنان مبتلا به چاقی پژوهش کم و درباره اثربخشی آن بر سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی پژوهشی صورت نگرفته تا بتوانیم تناقضات موجود را بررسی کنیم؛ از این‌رو، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به متخصصین و کلینیک‌های چاقی و تغذیه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد. پس از کسب رضایت از متخصصین و مسئولین کلینیک‌های چاقی و تغذیه، پرسشنامه‌های دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر^۵ و سلامت عمومی گلدبرگ^۶ در بین ۳۲۳ زن مبتلا به چاقی که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد (توضیح اینکه پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها در حضور پژوهشگران تکمیل شدند) و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۲۰۱ نفر) (توضیح اینکه در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان دهنده سلامت روانشناختی ضعیف‌تر است)، ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه

⁵ Gratz & Romer

⁶ Goldberg

درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان متمرکز بر شفقت را به صورت گروهی طبق برنامه گیلبرت و سیموس^۸ (۱۶) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۴ استفاده شد. در این پژوهش از آزمون تی مستقل، خی‌دو و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. در پژوهش حاضر، سطح معنی‌داری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان مبتلا به چاقی در جدول ۲ ارائه شده است. در پژوهش حاضر ریزش نمونه نداشته‌ایم. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه $40/40 \pm 4/03$ سال و میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی آن‌ها $33/07 \pm 3/76$ کیلوگرم بود. همچنین، از بین ۳۰ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش، ۳ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۱۰ نفر دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۴ نفر دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و شاخص توده بدنی و فراوانی مشاهده شده آزمودنی‌ها در متغیر سطح تحصیلات مقایسه شده است. نتایج نشان

توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه گردید. پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ: این ابزار که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است، ۲۸ سوال دارد که از ۴ مقیاس فرعی الف) علائم جسمانی، ب) علائم اضطرابی، ج) کارکرد اجتماعی و د) افسردگی تشکیل شده که هر مقیاس دارای ۷ پرسش می‌باشد. این پرسشنامه به صورت ۴ درجه‌ای از ۰ (اصلاً) تا ۳ (خیلی بیش‌تر از حد معمول) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره فرد در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۸۴ است که نشان می‌دهد هرچه نمره فرد بیش‌تر باشد وضعیت سلامت روانی وی پایین‌تر خواهد بود (۲۶). گلدبرگ و ویلیامز^۷ (۲۷) در تحلیل ۴۳ مطالعه، حساسیت آن را ۸۴ درصد و ویژگی آن را ۸۲ درصد گزارش نمودند. پالاهنگ و همکاران (۲۸) در اعتباریابی این پرسشنامه روی ۶۱۹ نفر از ساکنان بالاتر از ۱۵ سال شهر کاشان، حساسیت، ویژگی، کارایی و میزان اشتباه طبقه بندی در گروه مردان را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۱۹ و برای زنان را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۶۴ گزارش کرد. در پژوهش علی‌پور و همکاران پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شده است (۲۹). در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شده است.

روش اجرا

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۳ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت و گویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره، یک دانشجوی دکتری مشاوره و یک مشاور با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و ۳ ماه پس از اتمام

جدول ۱- محتوای جلسات و پروتکل درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	شرح جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با یکدیگر، تعریف مفاهیم مربوط به موضوع پژوهش و آسیب پذیری روانی ناشی از ویتلیگو و اثرات آن بر افراد و مفهوم سازی درمان متمرکز بر شفقت
دوم	آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تمرین عملی همدلی
سوم	شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
چهارم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به تغییرات
پنجم	پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	ایجاد احساسات ارزشمند و متعالی و ارتقای آن در افراد تا بتوانند برخورد مناسب، موثر و کارآمدی با محیط داشته باشند
هفتم	آموزش مسئولیت‌پذیری به عنوان یکی از مولفه‌های درمان متمرکز بر شفقت برای ایجاد احساسات و دیدگاه‌های جدید و کارآمدتر
هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های جلسات قبل برای کمک به آزمودنی‌ها جهت مقابله به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت و متغیر زندگی

وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمرات تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی در گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله یکسان بوده و بعد از مداخله در گروه آزمایش کاهش داشته و این کاهش تا سه ماه پس از درمان و در مرحله پیگیری دارای ثبات است.

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد درمان متمرکز بر شفقت منجر به بهبود معنادار تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی شده است.

می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن، شاخص توده بدنی و تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$).

در بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک نشان دادند که پیش فرض طبیعی بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح ($P > 0/05$) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام‌باکس، از آنجایی که F متغیرهای تنظیم هیجان ($F = 2/834$) و سلامت روانشناختی ($F = 2/321$) به ترتیب در سطح ۰/۶۱۷ و ۰/۴۴۲ معنی‌دار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به اینکه مقدار کرویت موخلی (۰/۵۰۰) متغیر تنظیم هیجان در سطح خطای داده‌شده (۰/۳۴۷) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵۵۰) متغیر سلامت روانشناختی در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۴۳) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار، و فراوانی یافته‌های توصیفی زنان مبتلا به چاقی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)
آزمون: *تی مستقل، *خی‌دو
* $P < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

P	گروه کنترل	گروه آزمایش	متغیر
۰/۳۷۴	۴۱/۳±۰۷/۳۴	۳۹/۴±۷۳/۶۳	سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)
۰/۷۷۷	۳۳/۳±۲۷/۳۰	۳۲/۴±۸۷/۲۹	شاخص توده بدنی (سال) (میانگین ± انحراف معیار)
۰/۰۵۵	۱ (۶/۲) درصد ۶ (۳۷/۵) درصد ۷ (۴۳/۸) درصد ۲ (۱۲/۵) درصد	۲ (۱۳/۳) درصد ۴ (۲۶/۷) درصد ۷ (۴۶/۷) درصد ۲ (۱۳/۳) درصد	سطح تحصیلات دیپلم فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس و بالاتر

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیر تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان مبتلا به چاقی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
تنظیم هیجان	آزمایش	۹۷/۳±۸۰/۷۲	۹۱/۳±۲۰/۴۵	۹۱/۳±۲۷/۳۲	$P < 0/001$	$P < 0/001$
	کنترل	۹۹/۲±۰/۸۸	۹۹/۳±۴۰/۹۱	۹۹/۳±۳۳/۸۲	$P > 0/8$	
سلامت روانشناختی	سطح معنی‌داری بین گروهها	$P > 0/657$	$P < 0/004$	$P < 0/004$	-	-
	آزمایش	۵۰/۳±۶۰/۴۳	۴۴/۳±۸۷/۹۴	۴۴/۳±۹۳/۸۵	$P < 0/001$	$P < 0/001$
	کنترل	۵۲/۳±۹۳/۴۵	۵۲/۳±۸۷/۴۷	۵۲/۳±۸۰/۵۵	$P > 0/9$	
سطح معنی‌داری بین گروهها	$P > 0/487$	$P < 0/019$	$P < 0/021$	-	-	

تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P > 0.05$)؛ در صورتی که در گروه آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0.05$)، اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P > 0.05$). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی زنان مبتلا به چاقی صورت گرفته نمرات آن‌ها در تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی بهبود یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و تغییری نکرده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری نشان داده شده است. در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صرفاً

همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ در بعد اثر بین‌گروهی و همچنین مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳ مشهود است، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود داشته است؛ به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه آزمایش منجر به بهبود معنی داری هم در تنظیم هیجان و هم سلامت روانشناختی شده است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معنی داری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنی دار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری

جدول ۴- تحلیل اندازه‌گیری مکرر نمره نمرات تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	MS	F	مقدار اتا	P-value
تنظیم هیجان	اثر درون گروهی	۱۹۲/۲۰۰	۲	۹۶/۱۰۰	۲۶۸/۴۸۳	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۱۷۶/۸۱۸	۱	۱۷۶/۸۱۸	۳۹۵/۰۱۶	۰/۷۳	۰/۰۰۱
	اثر بین گروهی	۸۳۵۲۱/۰۰۰	۱	۸۳۵۲۱/۰۰۰	۵/۴۰۳	۰/۷۹	۰/۰۰۱
سلامت روانشناختی	اثر درون گروهی	۱۶۸/۲۰۰	۲	۸۴/۱۰۰	۲۸۹/۵۲۵	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۱۱۴/۸۱۷	۱	۱۱۴/۸۱۷	۲۵۶/۵۰۵	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	اثر بین گروهی	۲۲۳۵۰۲/۵۰۰	۱	۲۲۳۵۰۲/۵۰۰	۹۴۶/۸۹۲	۰/۷۷	۰/۰۰۱

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	سطح معنی داری
تنظیم هیجان سلامت روانشناختی	پیش‌آزمون	۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
		۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	-۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
		۰/۰۰	۱/۰۰۰
	پیگیری	-۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
		۰/۰۰	۱/۰۰۰
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۲/۹۰	۰/۰۰۰۱
		۲/۹۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	-۲/۹۰	۰/۰۰۰۱
		۰/۰۰	۱/۰۰۰
	پیگیری	-۲/۹۰	۰/۰۰۰۱
		۰/۰۰	۱/۰۰۰

تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده افراد مبتلا به اختلال پرخوری، رفتار خوردن هیجانی، بد تنظیمی هیجانی، استرس ادراک شده و نشخوار فکری زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن، گرایش به گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن و نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکار آمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن اثربخش است که نتایج پژوهش حاضر به نوعی با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد (۲۲-۱۹).

یکی از حوزه‌های مورد تأکید در درمان مبتنی بر شفقت همدلی و گسترش علاقه به دیگران است که در جلسات درمانی مورد تأکید قرار گرفتند. گسترش بخشش و همدلی با دیگران نهایتاً منجر به افزایش شبکه حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۳۰). اثرگذاری این درمان بر تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیمار باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح شده سبب افزایش سرزندگی که به نوبه خود باعث افزایش تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی در زنان مبتلا به چاقی در طی گذراندن آموزش می‌شود. همچنین به کارگیری مداخلات ذهن آگاهانه و تمرینات آرام بخشی یکی دیگر از حوزه‌های مورد تأکید در این درمان بود. اثرگذاری این روش‌ها بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته نشان داده شده است. به نظر می‌رسد ها و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خود-بخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثر گذار است (۳۱).

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه زنان مبتلا به چاقی ۳۰-۵۰ ساله شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به زنان چاق جوان‌تر و مسن‌تر را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد که به دلیل خود گزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به نظر می‌رسد. علاوه بر این‌ها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی هم‌تا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به لزوم توجه به سلامت جسمانی و روانشناختی زنان مبتلا به چاقی، پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روانشناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان به‌صورت فردی و گروهی در زمینه بهبود تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی استفاده شود.

درمان متمرکز بر شفقت با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته است به زنان

مشخص می‌شود که آیا بین میانگین‌ها در دو گروه در سطوح مختلف سنجش تفاوت وجود دارد یا خیر؛ اما نمی‌تواند مشخص کند که این تفاوت مربوط به کدام مراحل سنجش بوده است. به همین دلیل از مقایسه‌های دوتایی بین گروه‌ها استفاده می‌شود. یعنی تفاوت نمرات در مراحل سنجش را در دو گروه با هم مقایسه می‌کند. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد که این نشان‌دهنده این است که تا زمانی که درمان صورت گرفته بین دو گروه مداخله و گواه تفاوت معنی‌داری از نظر میانگین‌ها وجود داشته و در واقع مداخله‌ای که بر روی گروه مداخله انجام گرفته، باعث این تفاوت شده است. اما بررسی نتایج در پس‌آزمون-پیگیری نشان داد که تفاوتی بین این دو مرحله در مقایسه بین گروه مداخله و گواه وجود نداشته است که این از یک سو نشان‌دهنده حفظ اثر درمان در طول زمان و از سوی دیگر تفاوت بین دو گروه به مداخله‌ای بر می‌گردد که بر روی گروه مداخله اعمال شده است؛ زیرا با اتمام درمان تفاوتی مشاهده نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی تأثیر دارد و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره هیجان و سلامت روانشناختی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابل بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات هیجان و سلامت روانشناختی بهبود یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات هیجان و سلامت روانشناختی افراد در گروه آزمایش مثبت بود.

تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به دلیل در دسترس نبودن کافی نتایج اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو می‌باشد. همچنین، لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهم‌سویی را مورد بحث قرار دهیم.

کاووسی و همکاران وطن‌پناه و همکاران، کریمی و همکاران و طاهر پور و همکاران در پژوهش‌های خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت بر پریشانی روانشناختی،

طرح، مفهوم‌سازی، اجرا، تحلیل و تفسیر داده‌ها، تهیه پیش‌نویس، بازبینی و اصلاح، ویراستاری و نهایی‌سازی مقاله مشارکت یکسانی داشته‌اند. این پژوهش با حمایت مالی هیچ نهاد یا سازمانی انجام نشده و با هزینه شخصی صورت گرفته است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TABRIZU.REC.1402.088) بود.

مبتلا به چاقی کمک کنند تا مشکلات برآمده از آن را بهتر پذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند، که متعاقباً تنظیم هیجان و سلامت روانشناختی آن‌ها بهبود پیدا کرده است.

تشکر و قدردانی

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد. نویسندگان این مقاله در طراحی، مدیریت

منابع

1. Johnson VR, Anekwe CV, Washington TB, Chhabria S, Tu L, Stanford FC. A Women's health perspective on managing obesity. *Prog Cardiovasc Dis*. 2023; 78: 11-16.
2. Naghashpour M, Shakerinejad Q, Haghhighizadeh M.H, Haji Najaf S, Jarvandi F. Prevalence of obesity and its relationship with demographic indicators in people over 18 years refer to Khuzeestan University Jihad Clinic. *Jundishapur Medical Scientific Journal*. 2011; 1(70): 21-35. [Persian].
3. Steinbeck KS, Lister NB, Gow ML, Baur LA. Treatment of adolescent obesity. *Nat Rev Endocrinol*. 2018; 14: 331-44.
4. Lindberg L, Hagman E, Danielsson P, Marcus C, Persson M. Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: a nationwide study in Sweden. *BMC Medicine*. 2020; 1: 30.
5. Santana CO, Hill J, Azevedo LB, Gunnarsdottir T, Prado WL. The association between obesity and academic performance in youth: a systematic review: Obesity and academic performance. *Obes Rev*. 2017; 10: 1191-99.
6. Dakanalis A, Mentzelou M, Papadopoulou SK, Papandreou D, Spanoudaki M, Vasios GV, et al. The Association of Emotional Eating with Overweight/Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. *Nutrients*. 2023; 15(5): 1173.
7. Trompeter N, Bussey K, Forbes MK, Hay P, Goldstein M, Thornton C, et al. Emotion Dysregulation and Eating Disorder Symptoms: Examining Distinct Associations and Interactions in Adolescents. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2022; 50(5): 683-94.
8. Steward T, Picó-Pérez M, Mata F, Martínez-Zalacáin I, Cano M, Contreras-Rodríguez O, et al. Emotion Regulation and Excess Weight: Impaired Affective Processing Characterized by Dysfunctional Insula Activation and Connectivity. *PloS one*. 2016; 11(3): e0152150.
9. Kristeller JL, Jordan KD. Mindful Eating: Connecting with the Wise Self, the Spiritual Self. *Front Psychol*. 2018; 9: 1271.
10. Myers DG, Diener ED. The Scientific Pursuit of Happiness. *Perspect Psychol Sci*. 2018; 13(2): 218-25.
11. Sheppes G, Suri G & Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2015; 11: 379-405
12. Bardeen JR, Tull MT, Dixon-Gordon KL, Stevens EN, Gratz KL. Attentional control as a moderator of the relationship between difficulties accessing effective emotion regulation strategies and distress tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2015; 37(1): 79-84.
13. Micanti F, Iasevoli F, Cucciniello C, Costabile R, Loiarro G, Pecoraro G, et al. The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eat Weight Disord* 2017; 22(1): 105-15.
14. Joe GW, Lehman WEK, Rowan GA, Knight K, Flynn PM. The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2019; 102: 23-32.
15. Qi D, Wu Y. Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the Minimum Living Security System on recipients' psychological health and wellbeing. *Social Science & Medicine*. 2018; 205: 26-36.
16. Gilbert P, Simos G. *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge. 2020: 17.
17. Akbarpor M, Sharifiyan Ghazijahani M, Smkhani akbarinejad H. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Compassion-Focused Therapy on Resilience and Psychological Well-Being of Subjects with Multiple Sclerosis. *Shefaye Khatam*. 2021; 9(4): 60-70. [Persian].
18. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2023; 326:168-92.
19. kavousi L, Abbasi G, Mirzaian B. The effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychological Distress, Self-Concept, and Social Support for People with Binge Eating Disorder. *IJPN*. 2021; 9(3): 50-62. [Persian].
20. Vatanpanah S, Khalatbari J, Tayebi A, Sabet M.

The effectiveness of compassion-focused therapy on emotional eating behavior, emotional dysregulation, perceived stress and rumination in women with chronic obesity. *AFTJ*. 2023; 4(2): 115-28. [Persian].

21. Karimi Ah A A, Abbasi G, Ghanad zadeghan H. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Guilt and Shame in Women with Eating Disorders. *JHPM*. 2023; 13(1): 14-24. [Persian].

22. TaherPour M, Sohrabi A, Zemestani M. Effectiveness of compassion-focused therapy on depression, anxiety, stress, and weight self-efficacy in patients with eating disorder. *JSUMS*. 2019; 26(4): 505-13. [Persian].

23. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26(1): 41-54.

24. Aminian M. Investigating the relationship between emotional dysregulation, negative events of life and body image with nutritional disorders in women and girls in Ahvaz. The dissertation of MA in Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch. 2009: 67. [Persian].

25. Moradi Kellardeh P, Narimani M, Aghajani S, Moradi Kellardeh A. Development of a Conceptual Model of the Relationship between Affective and Emotional Composite Temperament and Overeating Behavior in Adolescents According to the Role of Emotion Regulation Strategies. *Shefaye Khatam*. 2024; 12(1): 1-12. [Persian].

26. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979; 9(1): 139-45.

27. Goldberg DP, Williams P. A Users' Guide to The General Health Questionnaire. London: GL Assessment. 1988; 23.

28. Palahang H, Nasr M, Brahani MN, Shahmohammadi D. Epidemiology of Mental Illnesses in Kashan City. *IJPCP* 1996; 2(4): 19-27. [Persian].

29. Alipor A, Aliakbari Dehkordi M, Hasanzadeh Pashang S, Faraji R. The Effect of Emotional Intelligence Training on Mental Health of the Patients Hospitalized in Cardiology Department of Shahid Modares Hospital, Tehran, Iran. *Shefaye Khatam*. 2016; 4(3): 41-50. [Persian].

30. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2006; 4(4): 1-12. [Persian].

31. 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.