



## The Effectiveness of "Compassion-Focused Therapy" on Guilt and Shame in Women with Eating Disorders

Seyed Ali Akbar Karimi Ah<sup>1</sup>, Ghodratollah Abbasi<sup>2\*</sup>, Hosein Ali Ghanad Zadegan<sup>3</sup>

1- Ph.D. student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

3- Assistant 3- Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Corresponding author:** Ghodratollah Abbasi, Associate Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Email:** gh\_abbasi@iausari.ac.ir

Received: 27 July 2023

Accepted: 12 Sep 2023

### Abstract

**Introduction:** Eating disorder is one of the worrisome factors of public health and several factors play a role in it, among which the main role of tendency to guilt and shame can be mentioned. The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of "Compassion-Focused Therapy" on tendency to guilt and shame in woman with eating disorders.

**Methods:** The current research was of semi-experimental type with pre-test, post-test with control group. The statistical population of this research included all women aged 18 to 40 years who visited an obesity treatment clinic in Tehran in 1401. 30 people were selected using the purposive sampling method and the convenience method. Then, using a simple random method of lottery, "Compassion-Focused Therapy" (15 people) and the control group (15 people) were assigned to the group. Data collection instruments, including demographic information, "Eating Attitude Test-26", "Self-Compassion Scale- Short Form" and "Guilt and Shame Proneness Scale". The validity of the instruments was not measured and it was limited to the previous researches. Reliability was measured by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient for the instruments. "Compassion-Focused Therapy" was implemented during 8 sessions of 90 minutes (during 2 months) for the intervention group, but no training was provided to the control group. The data was analyzed in SPSS.21.

**Results:** The implemented intervention caused changes in the tendency to guilt and shame scores of people with eating disorders in the later stages and follow-up in the intervention group, and the effect of this intervention was stable in the follow-up stage (2 months later) and the average still decreased. In other words, by adjusting the effect of these independent variables, the group effect shows that the average score after and follow-up has a significant difference ( $P=0.034$ ) and the group effect is also significant ( $P<0.001$ ).

**Conclusions:** "Compassion-Focused Therapy" reduces the tendency to guilt and shame of woman with eating disorders. It is suggested that clinical psychologists and therapists in their interventions, especially in the field of tendency to guilt and shame with eating disorders use the above therapy.

**Keywords:** Eating Disorders, Compassion-Focused Therapy, Tendency to Guilt, Tendency to Shame.



## اثربخشی «درمان متمرکز بر شفقت» بر گرایش به گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن

سیدعلی اکبر کریمی آه<sup>۱</sup>، قدرت اله عباسی<sup>۲\*</sup>، حسینعلی قنادزادگان<sup>۳</sup>

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

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

نویسنده مسئول: قدرت اله عباسی، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.  
ایمیل: gh\_abbasi@iausari.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۵

### چکیده

**مقدمه:** اختلال خوردن یکی از عوامل نگران کننده سلامت عمومی است و عوامل متعددی در آن نقش دارند، که از این میان می توان به نقش عمده گرایش به گناه و شرم اشاره کرد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "درمان متمرکز بر شفقت" بر گرایش به گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان سنین ۱۸ تا ۴۰ سال بود که در سال ۱۴۰۱ به یک کلینیک درمان چاقی در تهران مراجعه نموده بودند. تعداد ۳۰ تن با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و به روش در دسترس انتخاب شدند. سپس با استفاده از شیوه تصادفی ساده از نوع قرعه کشی در گروه، "درمان متمرکز بر شفقت" (Compassion-Focused Therapy) (۱۵ تن) و گروه کنترل (۱۵ تن) گمارده شدند. ابزارهای گردآوری داده ها، شامل اطلاعات جمعیت شناختی، "مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه" (Self- Compassion Scale- Short Form) و "مقیاس گرایش به گناه و شرم" (Guilt and Shame Proneness Scale) بود. رویی ابزارها سنجیده نشد و به پژوهش های پیشین اکتفا شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای "مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه" و "مقیاس گرایش به شرم و گناه" اندازه گیری شد. "درمان متمرکز بر شفقت" طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (در طول ۲ ماه بعد)، برای گروه مداخله اجرا گردید ولی به گروه کنترل هیچ آموزشی ارائه نشد. داده ها در نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۱ تحلیل شد.

**یافته ها:** مداخله اجرا شده باعث تغییرات نمره گرایش به گناه و شرم افراد دارای اختلال خوردن در مراحل بعد و پیگیری در گروه مداخله شده و اثر این مداخله در مرحله پیگیری (۲ ماه بعد) پایدار بوده است و همچنان میانگین کاهش داشته است. عبارت دیگر، با تعدیل اثر این متغیرهای مستقل، اثر گروه نشان می دهد که میانگین نمره بعد و پیگیری با هم تفاوت معناداری دارد ( $P=0/034$ ) و همچنین اثر گروه نیز معنادار است ( $P<0/001$ )

**نتیجه گیری:** "درمان متمرکز بر شفقت" باعث کاهش گرایش به گناه و شرم افراد دارای اختلال خوردن می شود. پیشنهاد می شود روانشناسان بالینی و درمانگران در مداخلات خود به ویژه در زمینه گرایش به گناه و شرم افراد مبتلا به اختلال خوردن از درمان فوق کمک بگیرند.

**کلیدواژه ها:** اختلال خوردن، درمان متمرکز بر شفقت، گرایش به گناه، گرایش به شرم.

## مقدمه

اختلال خوردن (eating disorder) در کشورهای توسعه یافته و نیز در کشورهای در حال پیشرفت گزارش شده است (۱). به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلال خوردن در جوانان شایع‌تر است. بعنوان مثال، در مطالعه‌ای بر روی تعدادی از کودکان و نوجوانان آمریکایی ۹-۱۴ ساله، ۷/۱ درصد از پسران و ۱۳/۴ درصد از دختران، علائم رفتاری مربوط به افراد مبتلا به اختلال خوردن را داشتند. شیوع انواع اختلال خوردن در طول عمر در بزرگسالان در جوامع غربی برای بی‌اشتهایی عصبی در حدود ۰/۶ درصد و برای پراشتهایی عصبی ۱ درصد است (۲). زنان بیشتر از مردان مبتلا به اختلال خوردن می‌شوند و شیوع این اختلالات خوردن در طول عمر در زنان ۰/۹ و ۱/۵ درصد و در مردان ۰/۳ و ۰/۵ درصد به ترتیب برای بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی است (۳).

گرایش به گناه، یکی از گرایشاتی است که مکرراً در افراد مبتلا به خوردن ایجاد می‌شود (۴). گرایش به گناه هیجانی خودآگاه است که با گرایشی دردناک ناشی از انجام دادن یا تصور انجام دادن کاری غلط همراه می‌باشد. گرایش به گناه زمانی رخ می‌دهد که فرد اسنادهای درونی ناپایدار و خاص درباره کنش‌هایش دارد که به این گرایش منفی درباره رفتارهای خاصی که مرتکب شده‌است، می‌انجامد (۵). گرایش به گناه یکی از عواطف درونی منفی است که همراه با سرزنش خود و میل به مجازات تعریف می‌شود (۶). در این زمینه، مطالعات نشان می‌دهد، نقش هیجانات و تجربه درونی آن‌ها و تأثیر هیجانات بر علائم اختلال خوردن مدنظر پژوهشگران بوده است (۷). یکی از هیجانات که در سبب شناسی و درمان اختلال خوردن همواره به آن توجه شده، هیجان گرایش به گناه است. گرایش به گناه هیجان خودآگاهی است که پیرو عصیان‌های شخصی برانگیخته می‌شود. مشخص شدن احساس گناه با ارزیابی‌های منفی از رفتار (احساس بد بودن رفتار) صورت می‌گیرد (۸).

یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتار خوردن انسان‌ها، شرم است. شرم یکی از هیجان‌های خودآگاه است (۹). شرم هیجانی عمیقاً ناخوشایند است و زمانی تجربه می‌شود که فرد به شکلی ناکارآمد و ناقص در حضور دیگران ظاهر شود و غالباً با احساس نیرومندی از خودمشغولی و میل به مخفی شدن همراه است (۱۰). بسیاری از نظریه پردازان در

حوزه هیجان بر این باورند که شرم شامل احساس منفی در رابطه با خود پایدار و کلی است. بنابراین، مفهوم نظری، اسنادهای درونی، پایدار، غیرقابل کنترل و کلی (من آدم کودنی هستم) منجر به گرایش به شرم می‌شود. لذا، افرادی که عملکرد ضعیف خود را به توانایی‌شان نسبت می‌دهند (عامل درونی، پایدار و غیرقابل کنترل) در معرض گرایش به شرم بیشتری هستند (۱۱).

تاکنون درمان‌های روانشناختی مختلفی برای ارتقاء متغیرهای مثبت و کاهش متغیرهای منفی در افراد مبتلا به اختلال خوردن به‌کاربرده شده است. در دهه‌های اخیر بسیاری از پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع‌تری برای مداخلات روانشناختی، به‌منظور بهبود شرایط افراد مبتلا به اختلال خوردن را تأیید کرده‌اند (۱۲). «درمان متمرکز بر شفقت» می‌تواند روش مناسبی برای ارتقاء کیفیت زندگی باشند. «درمان متمرکز بر شفقت»، به عنوان یک روش چند بعدی از انواع مهارت‌های آموزشی مرتبط با توجه، استدلال، تمرین تصویرسازی و مداخلات رفتاری استفاده می‌کند (۱۳).

با عنایت به بررسی‌های پژوهشگران مقاله حاضر، پژوهشی که دقیقاً به اثربخشی «درمان متمرکز بر شفقت» بر احساس گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن پرداخته باشد، یافت نگردید. به‌رغم این که اکثر پژوهش‌های مشابه انجام‌شده، اثربخشی «درمان متمرکز بر شفقت» را مورد تأیید قرار داده‌اند (۱۳-۳)، اما در این میان یکسری مطالعات نیز این اثربخشی این درمان‌ها را مورد تردید قرار داده‌اند (۱۴، ۱۵)؛ از طرف دیگر، اکثر مطالعات انجام‌شده در این حوزه، صرفاً مبتلا به اختلال خوردن را عامل مهم و تأثیرگذار لحاظ نموده‌اند (۱۳) و به سایر متغیرهای روانشناختی نظیر گرایش به گناه و شرم توجه چندانی صورت نگرفته است. بنابر پیشینه ناکافی در دسترس و از طرفی، میزان اهمیت مشکلات افراد مبتلا به اختلال خوردن و شیوع روزافزون آن در جامعه، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان متمرکز بر شفقت» بر احساس گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر به روش، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش

نمره دهی بصورت ۱ (تقریباً هرگز) و ۵ (تقریباً همیشه) انجام می شوند. حداقل نمره فرد ۱۲ و حداکثر ۶۰ می باشد. تفسیر نمره بدست آمده به شرح ذیل است: نمره ۱۲ تا ۲۴ شفقت به خود خیلی پایین، نمره ۲۵ تا ۳۶ شفقت به خود پایین، نمره ۳۷ تا ۴۸ شفقت به خود بالا، نمره ۴۹ تا ۶۰ شفقت به خود خیلی بالا را نشان می دهد.

Raes و همکاران (۱۷) روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» روی ۲۷۱ تن از دانشجویان هلندی زبان دانشگاه بلژیک بررسی و ۶ زیرمقیاس (هماندسازی افراطی، خود مهربانی، ذهن آگاهی، انزوا، انسانیت مشترک و خود قضاوتی) تایید شد. همچنین روایی سازه به روش روایی همگرا بین فرم بلند «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» و فرم کوتاه این مقیاس محاسبه و ۰/۹۷ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۸۶ گزارش شد. Brophy و همکاران (۱۹) در کشور آلمان، روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» را روی ۲۲۵۳ تن از مردان و زنان بزرگسال را محاسبه و ۶ زیرمقیاس (هماندسازی افراطی، خود مهربانی، زیرمقیاس ذهن آگاهی، انزوا، انسانیت مشترک و خود قضاوتی) گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه های فوق، ۰/۹۱ بدست آمده است.

خانجانی و همکاران (۲۰)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی برای «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» را روی ۲۱۰ تن از دانشجویان دانشگاه در شهر تهران محاسبه و ۶ زیرمقیاس (هماندسازی افراطی، خود مهربانی، ذهن آگاهی، انزوا، انسانیت مشترک و خود قضاوتی) بدست آوردند. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه های فوق، اندازه گیری و ۷۱ ۰/ گزارش نمودند. شهبازی و همکاران (۲۱) روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» را در بین ۱۷۸ تن از زندانیان شهر اهواز بررسی و ۶ زیرمقیاس (هماندسازی افراطی، خود مهربانی، ذهن آگاهی، انزوا، انسانیت مشترک و خود قضاوتی) را گزارش نمودند. بعلاوه، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه های فوق، ۰/۹۱ گزارش شد.

«مقیاس گرایش به شرم و گناه» (Guilt and Shame Proneness Scale) توسط Cohen و همکاران در پیتسبورگ

شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال خوردن در دوره سنی ۱۸ تا ۴۰ ساله سال ۱۴۰۱ در تهران (مراجعه کننده به یک کلینیک درمان چاقی در تهران) می باشند. از بین آن ها ۳۰ تن با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و با استفاده از شیوه تصادفی ساده از نوع قرعه کشی در ۲ گروه، «درمان متمرکز بر شفقت» (۱۵ تن) و گروه کنترل (۱۵ تن) به صورت همگن سازی انتخاب و گمارده شدند. تعداد نمونه لازم براساس مطالعات مشابه با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه ۱۸ تن، محاسبه شد (۱۶).

معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن توان ذهنی بهنجار (با بررسی پرونده پزشکی موجود در کلینیک درمان چاقی در تهران)، داشتن سواد خواندن و نوشتن، جنسیت مؤنث، دارا بودن سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال و عدم دریافت مداخله های درمانی مشابه همزمان یا قبل از شروع جلسات، کسب نمره کمتر از ۳۶ از دامنه نمره ۶۰-۱۲ از «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» (۱۷) (بعنوان زنان با شفقت به خود پایین) و نمره کمتر از ۳۲ از دامنه نمره ۸۰-۱۶ از «مقیاس گرایش به شرم و گناه» (۱۸) (گرایش به شرم و گناه بالا) بود.

معیارهای خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزشی بود.

داده ها توسط ابزارهای زیر جمع آوری شد.

پرسشنامه جمعیت شناختی که شامل سن و وضعیت تاهل در ۲ گروه بود.

«مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» (Self- Compassion Scale- Short Form) توسط Raes و همکاران (۱۷) در کشور بلژیک در سال ۲۰۱۱ طراحی شد. مقیاس شامل ۱۲ عبارت و ۶ زیرمقیاس هماندسازی افراطی (over-identification) با عبارت های ۱ و ۹؛ خود مهربانی (self-kindness) با عبارت های ۲ و ۶؛ ذهن آگاهی (mindfulness) با عبارت های ۳ و ۷؛ انزوا (isolation) با عبارت های ۴ و ۸؛ انسانیت مشترک (common humanity) با عبارت های ۵ و ۱۰؛ خود قضاوتی (self-judgment) با عبارت های ۱۱ و ۱۲ می باشد. نمره گذاری «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» بصورت لیکرت ۵ درجه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) تعریف شده است؛ بدین ترتیب که برای عبارت های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ نمره دهی معکوس از ۱ (تقریباً همیشه) تا ۵ (تقریباً هرگز) و برای عبارت های ۲، ۳، ۵، ۶، ۷ و ۱۰

ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۱ (۱۸) طراحی شد. این مقیاس دارای ۱۶ عبارت و ۴ زیرمقیاس (۲ مولفه برای گرایش به شرم و ۲ مولفه برای گرایش به گناه) است. گرایش به گناه دارای ۲ زیرمقیاس ارزیابی منفی (negative evaluation) شامل عبارت های ۱، ۹، ۱۴، ۱۶؛ انجام اعمال جبرانی به دنبال تخلف فرد (performing compensatory actions following a person's violation) شامل عبارت های ۲، ۱۱ و ۱۵؛ گرایش به شرم متشکل از زیرمقیاس های خودارزیابی منفی (negative self-evaluation) شامل عبارت های ۳، ۶، ۱۰ و ۱۳، رفتار دور از انتظار پس از افشای عمومی تخلفات (aloof behavior following public disclosure of wrong) شامل عبارت های ۴، ۷، ۱۲، ۸ است. در این مقیاس عبارت هایی در مورد موقعیت هایی که افراد در زندگی روزمره با آن ها مواجه می شوند و واکنش های آن ها به این موقعیت ها ارائه و سپس از شرکت کنندگان خواسته می شود خود را در آن موقعیت تصور کنند و میزان احتمال واکنش خود را در این شرایط روی مقیاس ۵ درجه ای از بندرت: ۱ تا خیلی زیاد: ۵ مشخص کنند. حداقل و حداکثر نمره بدست آمده از این مقیاس به ترتیب ۱۶ و ۸۰ می باشد. تفسیر نمره بدست آمده به این شرح است که نمره ۱۶ تا ۳۲ گرایش به شرم و گناه پایین، نمره ۳۳ تا ۴۸ گرایش به شرم و گناه متوسط، نمره ۴۸ تا ۸۰ گرایش به شرم و گناه بالا را نشان می دهد.

Cohen و همکاران (۱۸) در پژوهش خود روایی «مقیاس گرایش به شرم و گناه» را نسنجیدند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ نمونه (مشخصات و تعداد نمونه ها قید نشده) محاسبه و برای زیر مقیاس های بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۱ را گزارش کردند. پژوهش خارجی دیگری که روایی و پایایی «مقیاس گرایش به گناه و شرم» در آن سنجیده شده باشد، یافت نگردید.

جوکار و کمالی (۲۲) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس گرایش به شرم و گناه» را در بین ۳۶۷ تن از دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه شیراز محاسبه نمودند. نتایج وجود ۱۲ عبارت و ۲ زیرمقیاس گرایش به گناه و شرم (برخلاف نسخه اصلی که ۱۶ عبارت و ۴ زیرمقیاس را نشان داده بود) را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه های فوق، برای زیر مقیاس ها محاسبه و به ترتیب برای گرایش به گناه و شرم برابر با ۰/۸۳ و ۰/۵۱ گزارش کرده اند.

پژوهش داخلی دیگری که روایی و پایایی «مقیاس گرایش به شرم و گناه» در آن سنجیده شده باشد، یافت نگردید. در پژوهش حاضر، روایی ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر سنجیده نشد و به پژوهش های پیشین اکتفا شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» و «مقیاس گرایش به گناه و شرم» در بین نمونه های پژوهش حاضر (همان ۳۰ تن) محاسبه و به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۳ بدست آمد.

«درمان متمرکز بر شفقت» بر اساس برنامه درمانی برگرفته از کتاب «درمان متمرکز بر شفقت» (۲۳، ۲۴) ترجمه و تهیه گردید. روایی جلسات درمانی به روش محتوا توسط ۳ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، مورد بررسی و تایید قرار گرفت.

محتوای جلسات مداخله به شرح زیر است.

#### محتوای جلسات «درمان متمرکز بر شفقت»

جلسه اول: در این جلسه برقراری ارتباط و آشنایی اولیه اعضای گروه، بیان قوانین شرکت در جلسات، اهداف درمانی و پیش آزمون انجام شد.

جلسه دوم: در این جلسه به تعریف و تبیین ذهن، انواع افکار ذهنی و روش های غیر موثر در برخورد با مسائل و مشکلات پرداخته شد.

جلسه سوم: در این جلسه به معرفی ۳ سیستم تنظیم هیجانی (دفاع، انگیزه، امنیت) و ویژگی سیستم ها و نقش سیستم امنیت در بهزیستی روانشناختی پرداخته شد.

جلسه چهارم: در این جلسه مفاهیم رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با سیستم های تنظیم هیجان و ۳ مغز (قدیم، تحلیلگر و آگاه) بیان شد.

جلسه پنجم: در این جلسه ویژگی های فرد مشفق بیان شد و از شرکت کنندگان خواسته شد تا به بررسی شخصیت خود به عنوان فرد مشفق بپردازند (درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند).

جلسه ششم: در این جلسه به معرفی ۶ مهارت پرورش ذهن مشفق و اجرای تمرین تنفس ذهن آگاه پرداخته شد.

جلسه هفتم: در این جلسه تمرکز درمانی بر خود مهربان، استدلال مهربانانه و رفتارهای مهربانانه و تمرینات مربوطه مثل تصویرسازی در مورد انواع خود و خودمهربان و انجام تمرین های حساسیت به رنج وهمدردی و همدلی با خود و دیگران، یادداشت نامه های مشفقانه برای خود و دیگران



مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (در طول ۲ ماه) تحت مداخله «درمان متمرکز بر شفقت» قرار گرفتند. جلسات به صورت هفته ای ۱ جلسه برگزار شد. پژوهشگر اول پژوهش حاضر، جهت دریافت اطمینان از اینکه آموزش به خوبی و در سطح درک نمونه های پژوهش انجام شده یا خیر؟ از نمونه ها در پایان هر جلسه سوال می کرد که اگر هر کدام سوال و ابهامی داشتند، بیان و رفع سوال می شد.

همچنین بعنوان پس آزمون ۲ ماه بعد از پایان دوره آموزشی، از هر ۲ گروه (گروه مداخله و کنترل) خواسته شد که مجدداً «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» و «مقیاس گرایش به شرم و گناه» را تکمیل کنند. مقیاس ها در گروه های مداخله و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماه بعد در همان محل کلینیک درمان چاقی در تهران تکمیل شد. گروه کنترل نیز، برای آموزش در فهرست انتظار، قرار گرفتند و بعد از پایان فرآیند پژوهش، گروه کنترل نیز «درمان متمرکز بر شفقت» را دریافت کردند.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: کلیه نمونه ها به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل، در پژوهش مشارکت می نمودند. به نمونه ها این اطمینان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه بوده و فقط برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت و در جایی افشاء نخواهد شد و به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد.

برای بررسی داده ها از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و همچنین آمار استنباطی شامل جهت آزمودن فرضیه های پژوهش و تعیین معناداری تفاوت های مشاهده شده بین میانگین گروه های مداخله و کنترل در متغیرهای وابسته، از روش تحلیل آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره و یک راهه و همچنین آزمون تعقیبی بنفرونی، استفاده شد. داده ها در نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۱ تحلیل شد.

### یافته ها

داده های جمعیت شناسی نشان داد که میانگین (انحراف استاندارد) سنی شرکت کنندگان گروه مداخله ۳۱/۲۹ (۶/۷۱±) سال و گروه کنترل ۳۰/۵۳ (۷/۹۰±) سال بود. وضعیت تاهل در گروه مداخله به تعداد ۱۰ تن (۶۶/۶ درصد) مجرد و ۵

و ثبت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و شیوه عملکرد در آن موقعیت قرار گرفت.

جلسه هشتم: در این جلسه به مرور مطالب مطرح شده در جلسات قبل و جمع بندی جلسات پرداخته شد. سپس پس آزمون اجرا و تاریخ اجرای پرسشنامه جهت پیگیری با شرکت کنندگان هماهنگ شد.

برای جمع آوری داده ها، ابتدا مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری کسب گردید. سپس فهرستی از کلیه مراکز درمانی- دانشگاهی مانند کلینیک تخصصی تغذیه و رژیم درمانی ساری، مراکز درمانی مانند بیمارستان سینا و بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) و موسساتی که مورد مراجعه زنان مبتلا به اختلال خوردن شهر ساری، بود، توسط پژوهشگر اول پژوهش حاضر، جمع آوری شد. سپس مصاحبه فردی با زنان مبتلا به اختلال خوردن در یک کلینیک درمان چاقی در تهران، انجام شده و میزان تمایل و علاقه آن ها جهت شرکت در پژوهش ارزیابی شد. در مرحله بعد، جهت غربالگری و تشخیص زنان مبتلا به اختلال خوردن، پس از دریافت رضایت نامه کتبی از ایشان، «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» و «مقیاس گرایش به گناه و شرم» توزیع شد. در ادامه، زنان با شفقت به خود پایین و گرایش به شرم و گناه بالا به همان ترتیب که در معیارهای ورود (در فوق ذکر شد) قید شد، انتخاب شدند.

به این ترتیب، از میان زنان غربال شده ۳۰ تن بر اساس نمره بدست آمده از «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» و «مقیاس گرایش به شرم و گناه»، از نظر همتا بودن در معیارهای ورودی واجد شرایط بوده، انتخاب شدند. با توجه به نمره پیش آزمون نمره «مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» و «مقیاس گرایش به گناه و شرم»، زنان مبتلا به اختلال خوردن به روش تصادفی ساده بر اساس قرعه کشی در گروه مداخله (۱۵ تن) و گروه کنترل (۱۵ تن) تقسیم بندی شدند. شایان ذکر است که برای عدم تماس ۲ گروه، به هر ۲ گروه نمونه ها تاکید شد که در مدت انجام پژوهش، از ارتباط با گروه مقابل خودداری نموده و از این طریق، از عدم مواجهه ۲ گروه اطمینان حاصل شد. مداخله توسط یک روانشناس در مقطع دکتری تخصصی مشاوره و آموزش دیده در زمینه (پژوهشگر اول مقاله حاضر) «درمان متمرکز بر شفقت» در یک کلینیک درمان چاقی در تهران انجام شد. شایان ذکر است که همه نمونه ها به این مرکز دسترسی داشتند. گروه های مداخله به

تن (۳۳/۳ درصد) متاهل بودند. در گروه کنترل ۵ تن (۳۳/۳) بوده است. درصد) مجرد و تعداد افراد متاهل ۱۰ تن (۶۶/۶ درصد)

جدول ۱: شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی نمره متغیرهای پژوهش در ۲ گروه مداخله و کنترل

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گرایش به گناه	گروه مداخله	۳۰/۵۳	۵/۹۵	۲۸/۴۶	۵/۶۹
	گروه کنترل	۳۰/۰۶	۵/۷۳	۳۰/۲۰	۵/۴۳
گرایش به شرم	گروه مداخله	۳۱/۶۰	۵/۸۲	۲۹/۶۰	۵/۷۱
	گروه کنترل	۳۱/۲۰	۵/۹۳	۳۱/۲۶	۶/۱۴

از مداخله در ۲ گروه مداخله و کنترل با آزمون تی مستقل مقایسه و نتایج نشان داد که میانگین این ۲ متغیر قبل از مداخله در ۲ گروه تفاوت معنا داری ندارد ( $P < 0.05$ ).

جهت بررسی اثر مداخله بر گرایش به گناه و شرم بعد از مداخله و پیگیری از آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری استفاده شد. در این مدل نمره قبل از مداخله، به عنوان کوواریت در مدل تعریف گردید. از مودن باکس معنادار نیست و نشان می‌دهد که ماتریس واریانس و کواریانس گرایش به گرایش به گناه ( $P = 0.991$ ) و گرایش به شرم ( $P = 0.156$ ) و در ۲ سطح گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری ندارد. آزمون ماچلسی برای بررسی پیش فرض کرویت بودن ماتریس واریانس و کواریانس خطا انجام شد که این پیش فرض تایید نشد ( $P < 0.05$ ). لذا از روش تعدیل درجات آزادی Greenhouse-Geisser استفاده شد. نتیجه آنالیز کواریانس برای این ۲ متغیر در جدول ۲ ارائه شده است.

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره شرکت کنندگان در متغیرهای گرایش به گناه و شرم، نمونه آماری پژوهش ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می‌گردد، شرکت کنندگان در پژوهش در پیش آزمون و قبل از اعمال مداخلات، دارای نمره بالاتری در گرایش به گناه و شرم، بودند. با توجه به جدول ۱ میانگین نمره گروه مداخله در مرحله پس آزمون در گرایش به گناه و شرم به صورت شهودی کاهش داشته است. این یافته بدین معنا است که اجرای جلسات درمانی، باعث تغییر و کاهش نمره متغیرهای وابسته پژوهش شده است. در ادامه یافته‌ها مورد تحلیل استنباطی قرار گرفته و نتایج حاصل از آن ارائه شده است.

آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیروی متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال انجام شد. نتیجه نشان داد که متغیرها در هر ۳ مرحله اندازه گیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند ( $P < 0.05$ ). میانگین نمره‌های گرایش به گناه و شرم قبل

جدول ۲: آنالیز کواریانس اندازه‌های تکراری بر نمره‌های گرایش به گناه و شرم در مراحل بعد و پیگیری

متغیر وابسته	متغیر مستقل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	P-value
گرایش به گناه	نمره قبل از مداخله	۱۸۰۰/۶	۱	۱۸۰۰/۶	۱۸۳۹/۹	< 0.001
	تکرار	۱/۸	۱	۱/۸	۵/۰۱۴	0.334
گرایش به شرم	گروه	۷۸/۳	۱	۷۸/۳	۰/۰۱۲	< 0.001
	تعامل تکرار و گروه	۰/۱	۱	۰/۱	۰/۳۱۲	0.581
گرایش به شرم	تعامل تکرار و نمره قبل	۱/۹	۱	۱/۹	۵/۳۷۵	0.028
	نمره قبل از مداخله	۱۹۴۸/۸	۱	۱۹۴۸/۸	۲۳۷۲/۵	< 0.001
گرایش به شرم	تکرار	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۷۷۸	0.778
	گروه	۶۶/۱	۱	۶۶/۱	۸۰/۵۳۱	< 0.001
گرایش به شرم	تعامل تکرار و گروه	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۰۶۵	0.800
	تعامل تکرار و نمره قبل	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	۰/۰۵۸	0.811

حسینی مهر و همکاران (۲۶) در پژوهش خود با عنوان «اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی، نشان دادند که «درمان متمرکز بر شفقت» تأثیر معناداری بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی داشته است. این تأثیر در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. در تبیین اثربخشی «درمان متمرکز بر شفقت» بر گرایش به گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن می‌توان گفت که درمان فوق به افراد مهربانی، درک خود، پرهیز از گرایش بیش‌ازحد به انتقاد، قضاوت ناگوار نسبت به خود و موقعیتی که در آن قرار دارند را آموزش می‌دهد (۲۷). همچنین، نتایج پژوهش زمستانی و همکاران (۲۷) با عنوان اثربخشی «درمان متمرکز بر شفقت» بر نشانگان افسردگی، اضطراب، تنش و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن، نشان داد که درمان موجب کاهش علایم افسردگی، اضطراب، تنش و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن شده است. در تبیین این یافته چنین می‌توان ادعان داشت که «درمان متمرکز بر شفقت» سبب شفقت به خود و پذیرش مشکلات موجود در زندگی باعث می‌شود که افراد با وجود مشکلات موجود در زندگی صمیمیت بیشتری با دیگران داشته باشند (۳۰). لذا، افرادی که از شفقت بالایی نسبت به خود برخوردارند، بیشتر نسبت به خود و دیگران مهربان هستند و سعی در درک رویدادهای موجود در زندگی دارند. «درمان متمرکز بر شفقت» موجب تسهیل بیشتر بازخوردهای مثبت، توانایی برخورد با بازخوردهای خنثی و ایجاد نگرش مثبت در افراد می‌شود (۳۱). همچنین تقویت آگاهی به مهربانی در افراد دچار اختلال خوردن موجب شد آن‌ها در روابط بین فردی که مورد انتقاد یا سرزنش دیگران قرار گرفته بودند، به خود و دیگران فرصت بیشتری برای جبران و بازسازی مجدد ارتباط براساس اعتماد دوباره بدهند و شفقت نسبت به خود را در روابط اجتماعی، خانوادگی و روانشناختی تقویت کنند (۳۲).

بعلاوه، با توجه به یافته‌های دست آمده در پژوهش حاضر ملاحظه می‌شود که «درمان متمرکز بر شفقت» بر بهبود گرایش به گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن مؤثر بود. نتایج این یافته با پژوهش Carter و همکاران (۳۱) همسو بود. به این ترتیب که نتایج پژوهش Carter و همکاران (۳۱) با عنوان «درمان متمرکز بر

نتیجه انالیز کواریانس نشان می‌دهد که در متغیر اصلی گناه، نمره قبل از مداخله بر نمره بعد از مداخله و پیگیری گرایش به گناه اثر معناداری دارد. اثر تعامل تکرار و گروه معنا دار نیست که بیان می‌کند تغییرات در مراحل بعد از مداخله و پیگیری در ۲ گروه تفاوت ندارد و به گروه وابسته نیست و اثر تعامل تکرار و نمره قبل معنادار است و بدین معنا است که تغییرات در مراحل بعد و پیگیری به نمره قبل از مداخله وابسته است. با تعدیل اثر این متغیرهای مستقل، اثر گروه نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های بعد و پیگیری با هم تفاوت معناداری دارد ( $P=0/034$ ) و همچنین اثر گروه نیز معنا دار است ( $P<0/001$ ). لذا مداخله اجرا شده باعث تغییرات نمره گرایش به گناه در مراحل بعد از مداخله و پیگیری در گروه مداخله شده است و اثر این مداخله در مرحله پیگیری (۲ ماه بعد) پایدار بوده است و همچنان میانگین کاهش داشته است.

همچنین در متغیر اصلی شرم مشاهده می‌شود که نمره قبل از مداخله بر نمره بعد از مداخله و پیگیری گرایش به گناه اثر معناداری دارد. اثر متقابل تکرار و گروه و اثر متقابل تکرار و نمره قبل بر نمره گرایش به شرم اثر معناداری ندارند با تعدیل این اثرات، اثر گروه معنا دار است که نشان می‌دهد میانگین نمره بعد از مداخله و پیگیری در ۲ گروه تفاوت معناداری دارند. یعنی مداخله باعث تغییر در نمره گرایش به شرم در گروه مداخله شده است ولی اثر تکرار معنادار نیست و این نشان می‌دهد که اثر مداخله در مرحله پیگیری ماندگار نیست.

## بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان متمرکز بر شفقت» بر گرایش به گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن انجام شد. با عنایت به اینکه پژوهشی که دقیقاً به این عنوان پرداخته باشد، یافت نگردید، لذا، بحث با پژوهش‌های مشابه انجام شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که «درمان متمرکز بر شفقت» سبب کاهش گرایش به گناه مبتلا به اختلال خوردن مؤثر بود. نتایج این یافته با پژوهش غنچه و گل پور (۲۵)، حسینی مهر و همکاران (۲۶)، زمستانی و همکاران (۲۷)، هاشمی گلپایگانی و همکاران (۲۸)، Carter و همکاران (۲۹)، Vidal & Soldevilla (۳۰) و Carter و همکاران (۳۱) و عبدالکریمی و همکاران (۳۲) همسو بود. در این راستا،



درمانگران در مداخلات خود به‌ویژه در زمینه گرایش به گناه و شرم افراد مبتلا به اختلال خوردن از «درمان متمرکز بر شفقت» استفاده کنند. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به محدود شدن جامعه پژوهش به خانم های مبتلا به اختلال خوردن دوره ی سنی ۱۸ تا ۴۰ سال در شهر تهران اشاره کرد، لذا در تعمیم نتایج به زنان مبتلا به اختلال خوردن در سایر مناطق، شهرها و حتی سایر بیماری ها باید احتیاط شود.

### سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری سیدعلی اکبر کریمی آه رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری و به راهنمایی آقای دکتر قدرت اله عباسی در سایت با کد IR.IAU.SARI.REC.1399.154 به و کد اخلاق ۱۴۲۵۶۶۲۲ تاریخ ۱۳۹۹/۰۸/۲۰ به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری رسیده است. همچنین، از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، تشکر و قدردانی می شود.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

### References

- Ogden CL, Carroll MD, Fryar CD, Flegal KM. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011-2014. NCHS Data Brief. 2015 ;(219):1-8. PMID: 26633046.
- Dayan P, Sforzo G, Boisseau N, Pereira-Lancha L, Lancha A. A new clinical perspective: Treating obesity with nutritional coaching versus energy-restricted diets. Nutrition. 2019; 60 (?): 147-51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30586658/> <https://doi.org/10.1016/j.nut.2018.09.027>
- Tyson N, Frank M. Childhood and adolescent obesity definitions as related to BMI, evaluation and management options. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology. 2018; 48 (?): 158-164. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693417301207> <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.06.003>
- Luck T, Luck-Sikorski C. The wide variety of reasons for feeling guilty in adults: Findings from a large cross-sectional web-based survey. BMC Psychology. 2022; 10 (1): 1-20.

شفقت» برای شرم از وزن بالا: یک پژوهش آزمایشی با روش های ترکیبی» نشان داد «درمان متمرکز بر شفقت» تأثیر مثبتی بر کاهش شرم از وزن بالا، دارد. در تبیین این نتیجه، می توان گفت از آنجایی که «درمان متمرکز بر شفقت» می تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می توانند طرز شناخت ارزیابی های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می دهد تا با مشکلات پیش رو مقابله ی سالم داشته باشند، بر سختی-ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند. عبارتی، گرایش به شرم افراد مبتلا به اختلال خوردن آن ها بهبود خواهد یافت. «درمان متمرکز بر شفقت» باعث می شود طرز شناخت ارزیابی های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آن ها اقدام کنند و از روابط اجتماعی خویش، از کارکردن و تفریحات خویش لذت ببرند که این امر باعث کاهش گرایش به گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن می شود (۲۶).

### نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد «درمان متمرکز بر شفقت» سبب کاهش گرایش به گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن موثر بوده است. پیشنهاد می شود روانشناسان بالینی و

<https://doi.org/10.1186/s40359-022-00908-3>

- Lim RE, Hong J M. don't make me feel guilty! Examining the effect of a past moral deed on perceived irritation with guilt appeals in environmental advertising. Journal of Current Issues & Research in Advertising. 2022; 43 (4): 421-436. <https://doi.org/10.1080/10641734.2022.2122638>
- Dolezal L. Shame anxiety, stigma and clinical encounters. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2022; 28 (5): 854-860. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7613638/> <https://doi.org/10.1111/jep.13744>
- Norder SJ, Visvalingam S, Norton PJ, Norberg MM. A scoping review of psychosocial interventions to reduce internalized shame. Psychotherapy Research. 2023; 33 (2): 131-145. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2082340>
- Lear M.K, Lee E.B, Smith SM, Luoma JB. A systematic review of self-report measures of generalized shame. Journal of Clinical Psychology. 2022; 78 (7): 1288- 1330.

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34997972/>  
<https://doi.org/10.1002/jclp.23311>
9. Karimi Ah SA. [Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on reducing feelings of guilt, shame, self-criticism, distress Psychological and social isolation of people with eating disorders]. Doctoral thesis in Educational Psychology. Azad Islamic University of Sari Faculty of Humanities. 2023.
  10. Kashanki H. Guilt: Illness or healing. *Roish Psychology Journal*. 2016; 6 (1): 158- 176. <https://ensani.ir/fa/article/372698/>
  11. Askarian S, Savabi M, Aghah M. [Investigating guilt as the underlying factor of social and psychological harm in teenagers]. The 1st National Congress of Prevention of Social Harm. Esfrain. 2017. <https://civilica.com/doc/901387/>
  12. Kılıç A, Hudson J, McCracken L. M, Ruparelia R, Fawson S, Hughes LD. A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior Therapy*. 2021; 52(3): 607-625. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789420301179>  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001>
  13. Ebrahimifar M, Hosseinian S, Saffariyan Tosi M R, Abedi MR. [To compare of the effectiveness of training based on “Acceptance and Commitment Therapy” and “Compassion Focused Therapy” on self-efficacy, quality of relations and meaning in life in infertile women]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019; 8 (3): 10-18. <http://jhpm.ir/article-1-1001-fa.html>
  14. Ho CY, Ben CL, Mak WW. Nonattachment mediates the associations between mindfulness, well-being, and psychological distress: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Clinical Psychology Review*. 2022; 95: 102-175. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735822000605>  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102175>
  15. Bas M, Karaca KE, Saglam D, Arıtcı G, Cengiz E, Köksal S, Buyukkaragoz AH. Turkish version of the Intuitive Eating Scale-2: Validity and reliability among university students. *Journal of Appetite*. 2017; 114 (?): 391-397. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28432008/>  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.04.017>
  16. Buruck G, Dörfel D, Kugler J, Brom SS. Enhancing well-being at work: The role of emotion regulation skills as personal resources. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2016; 21 (4): 480-494. <https://psycnet.apa.org/record/2016-12558-001>  
<https://doi.org/10.1037/ocp0000023>
  17. Raes F, Pommier E, Neff K, Gucht D. Construction and factorial validation of a Short Form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2011; 18 (1): 250-255. [10.1002/cpp.702](https://doi.org/10.1002/cpp.702)  
<https://doi.org/10.1002/cpp.702>
  18. Cohen TR, Wolf ST, Panter AT, Insko CA. Introducing the GASP Scale: A new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011; 100 (5): 947- 966. doi:10.1037/a0022641  
<https://doi.org/10.1037/a0022641>
  19. Brophy K, Brähler E, Hinz A, Schmidt S, Körner A. The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 260 (1): 45-52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31493638/>  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.066>
  20. Khanjani S, Foroughi A, Sadghi K, Bahrainian S A. [Psychometric properties of Iranian version of Self-Compassion Scale (Short Form)]. *Journal of Pejouhandeh*. 2016; 21 (5):282-289. <http://pajoohande.sbm.ac.ir/article-1-2292-fa.html>
  21. Shahbazi M, Rajabi GH, Maghami E, Jelodari A. [Confirmatory factor analysis of the Persian version of the Self-Compassion Rating Scale revised]. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2015; 6(19):31-46. <https://www.sid.ir/paper/227521/en>
  22. Jokar B, Kamali F. [Examining the relationship between spirituality and emotion Shame and guilt]. *Culture in Islamic University*. 2014; 5(1): 3-21.
  23. Tirsch D, Schoendorff B, Silberstein LR. *The ACT Practitioner’s Guide to the Science of Compassion: Tools for Fostering Psychological Flexibility*. New Harbinger Publications. 2014. <https://www.amazon.com/Practitioners-Guide-Science-Compassion-Psychological/dp/1626250553>
  24. Najafi S, Khoeini F. [The effectiveness of group based Acceptance and Commitment Therapy on couples’ communication patterns]. National Congress of New Finds in the Humanities. 2019

- <https://civilica.com/doc/925854>
25. Ghancheh S, Golpour R. [The relationship of resilience and social support with social health in college students: the moderating role of self-compassion]. *Social Psychology Research*. 2022; 12 (45): 45-64. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1880387/>
  26. Hosseinimehr N, Khezri Moghadam N, Pourehsan S. [The effectiveness of Compassion Focused Training (CFT) on social self- efficacy, distress tolerance and self-criticism in adolescent girls under Welfare Organization Care]. *Positive Psychology Research*. 2021; 7 (26): 33-48. [https://ppls.ui.ac.ir/article\\_25862.html](https://ppls.ui.ac.ir/article_25862.html)
  27. Zemestani M, Sohrabi A, Taher Pur M. [The effectiveness of Compassion-Focused Therapy on symptoms of depression, anxiety, stress, and weight self-efficacy in people with eating disorders]. *Sabzevar University of Medical Sciences*. 2019; 26 (4): 505-513. <https://www.sid.ir/paper/82422/fa>
  28. Hashemi Golpayegani F, Hosseinian S, Rezaeian H, Pourshahriari M, Rasouli R. Psychometric properties of the guilt and shame experience scale in adolescents in Tehran. *Journal of Psychological Science*. 2022; 21(109): 53- 70. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1489-fa.html>  
<https://doi.org/10.52547/JPS.21.109.53>
  29. Carter A, Steindl SR, Parker S, Gilbert P, Kirby JN. Compassion-Focused Therapy to reduce body weight shame for individuals with obesity: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. 2023. 54 (5): 747-764. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789423000163>  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.02.001>
  30. Vidal J, Soldevilla JM. Effect of Compassion-Focused Therapy on self-criticism and self-soothing: A meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*. 2023; 62(1): 70-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36172899/>  
<https://doi.org/10.1111/bjc.12394>
  31. Carter A, Gilbert P, Kirby JN. Compassion-Focused Therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021; 28(1): 93-108. <https://doi.org/10.1002/cpp.2488>
  32. Abdul Karimi M, Gurban Shiroudi SH, Khalatbari J, Zarbakhsh MR. [The effectiveness of meta-diagnostic package based on Acceptance and Commitment Therapy, Therapy Focused on Compassion and Dialectical Behavior Therapy on emotion regulation and eating behavior of overweight and obese women]. *Psychological Sciences*. 2018; 17 (70): 651-662. <https://ensani.ir/fa/article/413338/>