

اثر بخشی آموزش خود شفابخشی بر بهزیستی، رضایت، تصویر بدن و تحمل پریشانی زنان مبتلا به

اختلال پر خوری عصبی

Effectiveness Of Self-Healing Therapy On Well, Being-Satisfaction, Body Image And Anxiety Tolerance Of Women With Bulimia Nervosa

Zohreh Latifi (corresponding Aauthor)
Associate Professor, group of Psychology, Payame Noor
University
Email: Latifizohre@gmail.com
Sharareh Zarabi
PhD student in General Psychology, group of Psychology,
Islamic Azad University, Naein, Iran
Fatemeh alsadat Tabatabaei
Assistant Professor group of Psychology, Islamic Azad
University, Naein, Iran
Mohammad Zareh Neystanak
Assistant Professor group of Psychology, Islamic Azad
University, Naein, Iran

زهره لطیفی (نویسنده مسئول)

دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، ایران

Email: Latifizohre@gmail.com

شراره ضرابی

دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران

فاطمه سادات طباطبایی نژاد

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران

محمد زارع نیستانک

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران

چکیده

Abstract

Aim: Purpose: This study aimed to determine the effect of self-healing training on quality of life (well-being-satisfaction), body image and tolerance of anxiety in people with bulimia nervosa. Method: 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. 30 women were selected by purposive sampling and randomly placed in experimental and control groups. Data collection tools were Simmons and Gahr (2005) Distress Tolerance Questionnaire, WHOQOL-BREF Quality of Life-Short Questionnaire and Littleton et al. (2005) Fear of Body Image Questionnaire. The experimental group underwent 12 sessions of self-healing training but the group did not receive a training certificate. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. Results: The results showed that self-healing training has a significant effect on increasing the quality of life of people with binge eating disorder ($P = 0.05$). In addition, self-healing training has a significant effect on increasing the quality of life of people with binge eating disorder ($P = 0.05$). Also, self-healing training has a significant effect on increasing the anxiety tolerance of people with binge eating disorder ($P = 0.05$). Conclusion: According to this study, self-healing training can be used to increase stress tolerance, increase quality of life (welfare-satisfaction) and reduce fear of body image in women with bulimia nervosa.

Keyword: Self-healing, quality of life, body image, bulimia nervosa, distress tolerance.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش خود شفابخشی بر کیفیت زندگی (بهزیستی-رضایت)، تصویر بدن و تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال پر خوری عصبی انجام گرفت. روش: این پژوهش نیمه آزمایشی با گروه های آزمایش. گروه گواه و طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به پر خوری عصبی مراجعه کننده به متخصصان و مراکز درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بودند که ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، کیفیت زندگی- فرم کوتاه (WHOQOL-BREF) و پرسش نامه ترس از تصویر بدنی لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) بود. گروه آزمایش ۱۲ جلسه تحت آموزش خودشفابخشی قرار گرفتند ولی گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون کوواریانس چند متغیری استفاده شد. یافته ها: نتایج نشان داد که آموزش خودشفابخشی بر افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال پر خوری تاثیر معنی داری دارد ($P=0/05$). بعلاوه، آموزش خودشفابخشی بر افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال پر خوری تاثیر معنی داری دارد ($P=0/05$). همچنین آموزش خودشفابخشی بر افزایش تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال پر خوری تاثیر معنی داری دارد ($P=0/05$). نتیجه گیری: با توجه به این پژوهش می توان از آموزش خودشفابخشی برای افزایش تحمل پریشانی، افزایش کیفیت زندگی (بهزیستی- رضایت) و کاهش ترس از تصویر بدنی زنان مبتلا اختلال پر خوری عصبی استفاده کرد.

کلیدواژه: خودشفابخشی، کیفیت زندگی، تصویر بدن، پر خوری عصبی، تحمل پریشانی

مقدمه

امروزه یکی از مسائل دامن‌گیر جامعه، به خصوص در میان زنان، وجود افرادی است که به هر دلیل دچار اختلال پرخوری عصبی هستند. پدیده ارتقای جمعیت دچار اضافه وزن یکی از بااهمیت‌ترین چالش‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی در قرن ۲۱ به حساب می‌آید (شیرخانزاده، حاتمی، احدی و صرامی‌فروشانی، ۱۴۰۰). ایران نیز همگام با کشورهای دیگر در حال توسعه‌ی جهان، با روند سریع رشد جمعیت اختلالات خوردن مواجه است. به‌طور کلی اختلالات خوردن^۱ به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی با آشفتگی در الگوی خوردن مشخص می‌شود و شامل مجموعه‌ای پیچیده و همگون از نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی است که منجر به آشفتگی و آسیب‌های قابل ملاحظه‌ای در فرد می‌شود (هال و لی‌گرنگ،^۲ ۲۰۱۸). در این میان پرخوری عصبی^۳ به‌عنوان یک اختلال شایع خوردن مشخص می‌شود (زم، ساجاری و سیجاری،^۴ ۲۰۱۸)؛ که طبق آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ عبارت است از دوره‌های پرخوری و رفتارهای جبرانی نامناسبی که، به‌طور متوسط حداقل یک‌بار در هفته و به مدت حداقل ۳ ماه روی دهد (سادوک، سادوک و روئیز،^۶ ۱۴۰۰). طبق مطالعه سازمان بهداشت جهانی^۷ که در ۱۴ کشور دنیا و بر روی ۱۴۱۲۴ نفر انجام شد، میانگین سنی افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی، ۲۰/۶ سال تخمین زده شده است (آپولیناریو، سیچیری، لوپز، موراس و ویگا،^۸ ۲۰۲۲). در بین انواع مختلف اختلالات خوردن افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی خطر بالایی در هم‌ابتلائی به اختلالات روان‌شناختی دارند و ۹۴/۵ درصد از افراد مبتلا به اختلال پرخوری حداقل یک بار مبتلا به یک اختلال روان‌پریشی دیگر شده‌اند؛ و ۸۰ تا ۹۰ درصد این موارد حداقل وجود یک اختلال خلقی را در طول زندگی خود گزارش کرده‌اند (گالمیک، دچلت، لامبرت و تاوالاسی،^۹ ۲۰۱۸). لذا پیامدهای اختلال پرخوری عصبی بسیار متغیر است و شامل آسیب‌ها و مشکلات متوسط تا شدیدی در طول زندگی فرد می‌شود (میلانو، میلانو و کاپاسو،^{۱۰} ۲۰۱۸). برای نمونه افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی از مشکلات زنان و زایمان، اختلالات هورمونی، فشار خون بالا، دیابت و سندرم روده تحریک‌پذیر رنج می‌برند؛ هم‌چنین به خاطر تصویر منفی از بدن خود، از ظاهر خود ناراضی می‌باشند؛ دچار بدتنظیمی هیجانی هستند و گرایش بیشتری به سمت مصرف مواد افیونی و الکل دارند (آنیسا، الحسینی، آلسویدن و آلفنای،^{۱۱} ۲۰۱۸). لذا اختلال پرخوری در کل باعث اختلال در کارکرد روزانه

¹. eating disorder

². Hail & Grange

³. bulimia nervosa

⁴. Zam, Saijari & Sijari

⁵. DSM-5

⁶. Sadock & Rouiz

⁷. world health organization (WHO)

⁸. Appolinario, Sichieri, Lopes, Moraes & Veiga

⁹. Galmiche, Déchelotte, Lambert & Tavalacci

¹⁰. Milano & Capasso

¹¹. Anitha, Alhussaini, Alsuwedan & Alnefaie

از قبیل مشکلاتی در خواب شده و منجر به کاهش کیفیت زندگی و بار اقتصادی و اجتماعی روانی برای این افراد و جامعه می شود (اسمری برده زرد، خانجانی، موسوی اصل و دولت شاهی، ۱۴۰۰).

در طی دهه های اخیر کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص بهبودی در افراد مبتلا به اختلالات خوردن به ویژه اختلال پر خوری عصبی، از اهمیت حیاتی برخوردار بوده است و پژوهش های قابل توجهی را در این حوزه به دنبال داشته است (اگ، کواس، سوپینا و پاواسکار، ۲۰۱۶^۱). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به عنوان درک افراد از جایگاه خود در زندگی در بستر رضایت از زندگی در نظر گرفته می شود و با اهداف و نگرانی های شخص ارتباط مستقیم دارد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۸). از میانه دهه ۱۹۹۰ پژوهشگران مختلفی به بررسی تاثیر اختلال خوردن بر کیفیت زندگی پرداخته اند (وینکلر، ارنفرد، لارسن، رودر، گودکس، لیچنشتاین و همکاران، ۲۰۲۲^۲). تعدادی از پژوهشگران گزارش کردند که افراد مبتلا به اختلال پر خوری عصبی نسبت به افراد دیگر کیفیت زندگی ضعیف تری دارند (پانا-پزارو، موران، لاوادو-گارسیا، بیتو-فرناندز، دومینگو-مارتین، هرتا-گنزالز و همکاران، ۲۰۲۱^۳). از طرف دیگر یافته های مطالعات دیگر نشان داده است که تغییر در سطح کیفیت زندگی پیش بینی کننده تغییرات نشانه های اختلال خوردن خواهد شد (وو، یین، سان و یانگ، ۲۰۱۹^۴) و در نتیجه ارتباط منفی بین کیفیت زندگی و شدت اختلال خوردن یافت شده است (میچسن، مند، باسی، گریفیتی، ترامپتر، لانرگان و همکاران، ۲۰۲۰^۵). طبق یافته های اخیر محققین، افرادی که از کیفیت زندگی غنی برخوردار هستند در برخورد با رویدادهای ناگوار زندگی، در عوض رفتارهای جبرانی نامناسب؛ راهبردهای مقابله ای کارآمدتری را به کار می گیرند (هولوباوا، پراسکو، اوسیسکوا و گرامبل، ۲۰۱۸^۶)، و رفتارهای پر خوری کمتری در آن ها مشاهده می شود (هالسم، شان، گیلدر، مالن، اسودو و فوجیکا، ۲۰۱۸^۷). یکی از مؤلفه های دیگر تاثیرگذار در انواع مختلف اختلال خوردن به ویژه پر خوری عصبی، آشفتنگی تصویر بدن^۸ یا تن انگاره است؛ که از برجسته ترین عوامل خطر در سبب شناسی و عود اختلال خوردن می باشد (لوور، بایر، هارتمن و وکس، ۲۰۱۷^۹).

تصویر بدن ساختار پیچیده ای است که به صورت تصویر ذهنی افراد از بدن خود و نحوه ای که افراد شکل و اندازه بدن خود را در نظر می گیرند، تعریف می شود (شورکا، امیرکافی و گاروسی، ۲۰۱۹^{۱۰}). مطالعات مختلف حاکی از آن است که نارضایتی از تصویر بدنی با کاهش کیفیت زندگی، بهزیستی، رضایت از زندگی، عزت

¹. Agh, Kova'cs, Supina & Pawaskar

². Winkler, Arnfred, Larsen, Røder, Gudex, Lichtenstein & et all

³. Panea-Pizarro, Moran, Lavado-García, Beato-Fernández, Domínguez-Martin, Huerta-González & et all

⁴. Wu, Yin, Sun & Yang

⁵. Mitchison, Mond, Bussey, Griffiths, Trompeter & Lonergan

⁶. Holubova, Prasko, Ociskov & Grambal

⁷. Halsethm, Shan, Gilder, Malone, Acevedo & Fujioka

⁸. body-image

⁹. Lewer, Bauer, Hartmann & Vocks

¹⁰. Shoraka, Amirkafi & Garrusi

نفس، و افزایش افسردگی و اضطراب، ناامیدی و بدبینی، خطر خودکشی و تمایل به جراحی‌های زیبایی مختلف همراه است (کری و پرستون،^۱ ۲۰۱۹؛ فلورز، کامگو، زاپاتا و الواردو،^۲ ۲۰۱۷). یکی دیگر از سازه‌های مرتبط با مطالعات پرخوری عصبی در تمایل فرد برای خوردن مقدار زیاد مواد غذایی در پاسخ به هیجانات منفی، مفهوم تحمل پریشانی است (والندا، کاستکا، سانتانگلو و کاپارسکا،^۳ ۲۰۲۱). تحمل پریشانی به‌عنوان یک سازه چندبعدی و مهم در حوزه‌ی تنظیم هیجان شناخته می‌شود و به صورت ظرفیت افراد برای تحمل موقعیت‌های منفی و مقابله با فشارهای هیجانی تعریف می‌گردد (ماتینگلی، یوسف، مانینگ، گریم و هال،^۴ ۲۰۲۲). کاهش تحمل پریشانی با شکل‌دهی رفتارهای خوردن ناسالم ارتباط دارد (امامی، وودکوک، سوانسون، کاپهان و پولورس،^۵ ۲۰۱۶). محققان نیز دریافتند افراد مبتلا به پرخوری عصبی، شفقت کمتری به خود می‌ورزند و از رفتارهای خودزنی^۶ رنج می‌برند (دی-الیورا و کرداس،^۷ ۲۰۲۲).

تاکنون اثربخشی درمان‌های زیادی برای این اختلال شامل: داروهای ضدافسردگی، مانند درمان داوربی با سبوترامین^۸، ترکیب درمان شناختی رفتاری^۹ با فلوکستین، درمان بین‌فردی^{۱۰} و درمان دیالکتیکی^{۱۱} بررسی شده است؛ اما این درمان‌ها با محدودیت‌هایی برای این اختلال روبه‌رو هستند. اثرات بلندمدت دارودرمانی و تأثیر قطع دارو هنوز مشخص نیست و نبود این اطلاعات، امنیت و تأثیر دارودرمانی برای درمان این اختلال را زیر سؤال می‌برد و نیز انجمن روان‌پزشکی آمریکا هشدار داده است که مصرف طولانی‌مدت داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین با افزایش وزن مرتبط است (اسمری‌برده‌زرد و همکاران، ۱۴۰۰). بر اساس شیوع قابل توجه، همبودی با اختلالات دیگر و پیامدهای ناشی از اختلال پرخوری عصبی، استفاده از روش‌های روان‌درمانی مؤثر برای کمک به این افراد اهمیت قابل توجهی دارد. روش آموزشی که در پژوهش حاضر استفاده شد، آموزش خودشفابخشی^{۱۲}، رویکرد جدیدی است که به‌تازگی به دنیای علم روان‌شناسی معرفی گردیده است (لطیفی و مروی، ۱۳۹۹). این رویکرد یکی از رویکردهای جدید روان‌شناسی مثبت‌نگر است که تحقیقات آن از سال ۲۰۰۱ شروع و به‌طور رسمی در سال ۲۰۱۶ توسط لوید و جانسون^{۱۳} در آمریکا تحت عنوان کدهای شفابخش ارائه شده است (لطیفی، قرقانی و مردانی، ۱۳۹۹). این رویکرد با تأکید بر نقشی که خود فرد در حل

1. Carey & Preston

2. Flores, Kamego, Zapata & Alvarado

3. Walenda, Kostecka, Santangelo & Kucharska

4. Mattingley, Youssef, Manning, Graeme & Hall

5. Emami, Woodcock, Swanson, Kapphahn & Pulvers

6. self-mutilation

7. De-Oliveira & Cordás

8. sibutramine

9. cognitive-behavioral therapy (CBT)

10. interpersonal therapy (IPT)

11. dialectical behavioral therapy (DBT)

12. self-healing

13. Loyd & Johnson

مشکلاتش ایفا می‌کند، سعی می‌نماید تا با آموزش مهارت‌های خاطره‌یابی، شناخت ویژگی‌های شخصیتی مشکل آفرین، کاهش اقدامات زیان‌بخش، آموزش مهارت‌های خود آرام‌بخشی، دعا و تمرینات کدهای شفابخش به افراد کمک کند تا مشکلات خود را که با استرس‌های موقعیتی و فیزیولوژیکی همراه است، بهبود بخشند (لوید، ۲۰۱۹). تمرکز این رویکرد بر تلاش فرد جهت رفع خاطرات و تصاویر مخرب سلولی-حافظه پنهان-حافظه کاذب شناخت باورهای دروغ و شناخت ترس‌های پنهان، رفع ویژگی‌های شخصیتی ناسالم و اصلاح سبک زندگی می‌باشد (زارعان، لطیفی و میرمهدی، ۱۳۹۹). آموزش خودشفابخشی سعی می‌کند تا سبک زندگی سالم را ترویج دهد و با اصلاح باورهای ناسالم و غیرمنطقی، کمک کند خود فرد، مشکلاتش را حل کند (ایرانی، لطیفی و سلطانی‌زاده، ۱۴۰۰). تاکنون تأثیر این رویکرد بر پریشانی روان‌شناختی زنان (نصراصفهانی، حیاتی و لطیفی، ۱۴۰۱)، کیفیت زندگی کارکنان اورژانس اجتماعی (لطیفی، شفیع و سلطانی‌زاده، ۱۴۰۰)، کیفیت زندگی و خواب سالمندان (جهان‌تیغ، لطیفی و سلطانی‌زاده، ۱۴۰۰)، شفقت به خود، نگرانی از تصویر بدن و روند بهبودی بیماری در زنان مبتلا به سرطان پوست (سلطانی، لطیفی و موسوی، ۱۳۹۸)، تحمل پریشانی و سردرد همسران معتادان (زارعان و لطیفی، ۲۰۲۰)، بهبود بهزیستی روان‌شناختی (تامسون، دیسو، اسوارتزمان، دابسن و دراپیو،^۱ ۲۰۲۰)، کیفیت زندگی و تعاملات والد-کودک مادران سرپرست خانواده (زارعان و لطیفی، ۲۰۲۱) مورد تأیید قرار گرفته است؛ هم‌چنین فتحی (۱۴۰۰) طی مطالعه‌ای به اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر تصویر بدن و نگرانی‌های اضافه وزن در دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن دبیرستانی شهر اصفهان اظهار داشتند. اما تاکنون تأثیر این رویکرد به‌طور مشخص در زنان مبتلا به اختلال پر خوری عصبی مورد بررسی قرار نگرفته است.

از آن‌جایی که افراد مبتلا به اختلال پر خوری با مشکلات متعدد جسمانی و روان‌شناختی در زندگی شخصی خود مواجه هستند؛ استفاده از رویکردهای درمانی و آموزشی مؤثر و باثبات در جهت افزایش کیفیت زندگی و احساس توانمندی این افراد دارای اهمیت بسیار زیادی است. با توجه به شرایط و نیازهای روان‌شناختی زنان مبتلا به پر خوری، تاکنون در کمتر مطالعه‌ای تلاش شده تا با بکارگیری مداخلات معتبر از ابعاد و ظرفیت‌های این روش‌ها برای مسائل و نیازهای این افراد استفاده شود. در پژوهش حاضر رویکرد خودشفابخشی انتخاب شد؛ با توجه به این ضرورت که خودشفابخشی یک توانایی درمانی در ذات وجود افراد به وجود می‌آورد و به جسم و ذهن انسان کمک می‌کند تا تمامیت و عاملیت وجود خود را بازیابد و در پیگیری بهداشت روان در سال‌های بعدی و استقلال خود نقش بسزایی داشته باشد (وو، سو، تانگ، پن و لین،^۲ ۲۰۲۱). لذا به نظر می‌رسد که رویکرد خودشفابخشی بیشتر تأکید بر ایفای نقش خود فرد در حل مشکلات و اصلاح سبک زندگی شخص دارد. بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا آموزش خودشفابخشی بر کیفیت

1. Thompson, D'iuso, Schwartzman, Dobson & Drapeau

2. Wu, Hsu, Tung, Pan & Lin

زندگی (بهبودی و رضایت)، تصویر بدن و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی اثربخشی دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به چند مرکز تغذیه و پزشکان متخصص شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود که توسط متخصص مبتلا به اختلال پرخوری عصبی تشخیص داده شدند و به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب گردیدند. سپس این ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند 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. پس از اینکه شرکت‌کنندگان در پژوهش در گروه‌های پژوهش گمارده شدند ابتدا پرسشنامه تحمل پریشانی، کیفیت زندگی - فرم کوتاه و پرسش‌نامه ترس از تصویر بدنی را تکمیل کردند سپس گروه‌های آزمایش ۱۲ جلسه ۱ ساعته تحت مداخله آموزشی قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. با پایان یافتن جلسات آموزش شرکت‌کنندگان پژوهش در مرحله پس‌آزمون به سوالات پرسش‌نامه تحمل پریشانی، کیفیت زندگی - فرم کوتاه و پرسش‌نامه ترس از تصویر بدنی پاسخ دادند.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه^۱: این مقیاس دارای ۲۹ سؤال است که به ارزیابی ۴ حیطه از کیفیت زندگی می‌افزاید. این حیطه‌ها شامل: سلامت جسمانی، سلامت روان شناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران هستند (سازمان بهداشتی، ۲۰۰۶). به نقل از نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی، محمد و مجد زاده، (۱۳۸۵). سوالات پرسشنامه پنج گزینه‌ای هستند و نمره‌گذاری آنها بین ۱ تا ۵ می‌باشد. ونومی^۲ در بررسی پایایی درونی این آزمون، ضرایب ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ اعلام کرده‌اند. همچنین ناتالی^۳ در گروه بیماران مزمن، پایایی این آزمون را ۰/۹۰ و در گروه افراد سالم ۰/۸۶ به دست آورد. در ایران، رحیمی (۱۳۸۲) ضریب پایایی آزمون را ۰/۸۹ برآورد کرد. نصیری (۱۳۸۵) ضریب پایایی توصیفی و همسانی درونی (α) آن را در یک نمونه ۳۰۲ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز به ترتیب است ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش نموده است. ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ به دست آمده و نتایج مربوط به روایی همزمان آن با مقیاس سلامت عمومی^۴ رضایت بخش اعلام شده است. هم‌چنین مطالعه آزمایشی توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) جهت بررسی روایی ظاهری و ارزیابی پایایی از طریق آزمون مجدد، نشان داد که

1. the world health organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire

2. Venumi

3. Natali

4. general health questionarie (GHQ)

پرسشنامه ترجمه شده فارس^۱ دارای روایی و پایایی قابل قبولی می باشد (نجات، منتظری، هلاکویی و محمد، ۱۳۸۵). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای بعد روان‌شناختی، کیفیت زندگی، جسمانی، اجتماعی و محیطی به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۷۲ بدست آمده است.

پرسشنامه ترس از تصویر بدنی لیتلتون^۲: این مقیاس به بررسی نگرانی فرد از ظاهرش می پردازد و برای نخستین بار توسط لیتلتون و همکاران ساخته و اعتباریابی شد. این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال است و دانش آموزان در پاسخ به هر سؤال باید به یک مقیاس ۵ درجه لیکرتی پاسخ دهند که طیف پاسخ ها به صورت: ۱) (هرگز)، ۲) (به ندرت)، ۳) (گاهی)، ۴) (اغلب)، ۵) (همیشه) می‌باشد. نمره‌ی کل پرسشنامه بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که نمرات بالاتر بیانگر نارضایتی بیشتر از تصویر بدنی است، این ابزار دو عامل دارد که عامل اول نارضایتی از ظاهر، واریسی کردن و مخفی شدن نقایص ادراک شده را در بر می‌گیرد و عامل دوم تداخل نگرانی درباره‌ی ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می‌دهد، لیتلتون و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را برای کل سؤالات، عامل اول و عامل دوم به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۷۶ گزارش کردند. پایایی این ابزار در ایران نیز در مطالعه‌ی بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) ۰/۹۵ برآورد شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برابر با ۰/۹۵ محاسبه شد.

پرسشنامه تحمل پریشانی^۳ سیونز و گاهر (DTS): یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی است. که در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافق ۱ و کاملاً مخالف ۵ نمره گذاری می شود و دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) 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 گزارش شد. همبستگی درون طبقه ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود، این مقیاس با پذیرش خُلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری جوانا رابطه منفی دارد که حاکی از روایی واگرا و همگرایی این مقیاس است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش حاکی، ترکان و سبقت‌الهی (۱۳۹۹) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) نیز، میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۷۹ گزارش کردند. آلفای کرونباخ برای تحمل، ارزیابی جذب، تنظیم و نمره کلی تحمل پریشانی در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۷۷ و ۰/۸۹ محاسبه شد.

پس از اعلام تمایل به شرکت در این تحقیق و توضیح اهداف و چگونگی برگزاری جلسات، قبل از شروع دوره آموزشی پیش‌آزمون، و بعد از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون و ۴۵ روز پس از انجام آخرین جلسه آزمون پیگیری اجرا شد. در تمام جلسات ضمن تاکید بر راز داری از همه افراد گروه خواسته می شد که در بحث، مشارکت فعال

1. Iranian quality of life questionnaire

2. littleton fear of body image questionnaire

3. distress tolerance scale

داشته و تجربیات شخصی خود را با دیگران در میان بگذارند. خود کاوی و یافتن خاطرات سلولی مخرب و چگونگی کاهش اثرات سوء این خاطرات از اصلی ترین موارد جلسات بود که با استفاده از تکنیک های متعدد و متناسب با سلیقه هر فردی باید اجرا می شد. شرکت کنندگان ملزم بودند در جلسه و در فاصله بین جلسات تمرینات را فردی انجام دهند و حتما به سوالات تاملی مریبی دوره پاسخ دهند. داشتن خلوت و تفکر جزء اساسی تمرینات بود، از مشارکت کنندگان خواسته شد برای تفهیم بهتر مطالب همزمان آموزش را به اعضای خانواده یا ۲ نفر از دوستان خود شروع کنند و چالش های پیش آمده را در جلسه مطرح نمایند. در هر جلسه مروری بر مباحث جلسات قبل صورت گرفته و بر انجام تکالیف تاکید می شد، چون این دوره فرد را با زندگی شخصی خود و دیگران به شدت مرتبط می کرد و هر کس قصه زندگی خود را بازبینی می نمود جلسات برای شرکت کنندگان بسیار جذاب بود. خلاصه جلسات درمانی بر اساس پروتکل لطیفی، مروی، و لوید (۱۳۹۶) که به صورت گروهی اجرا شد به شرح جدول ۱ است.

جدول ۱- پروتکل آموزش خودشفابخشی لطیفی و مروی (۱۳۹۶)

جلسه	خلاصه جلسه
۱	آشنایی شرکت کنندگان با هم- توضیح درباره فرایند جلسات- معرفی استرس های موقعیتی و توضیح سیستم ایمنی بدن
۲	توضیح استرس های فیزیولوژیک، پنهان یا خاطرات سلولی مخرب و حافظه کاذب
۳	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب؛ آموزش مدیریت استرس های موقعیتی - خاطره یابی با توجه به شکست ها- تعارضات و ناکامی ها و سردرگمی های فرد
۴	ریشه یابی خاطرات مخرب سلولی در ۱۲ کد معرفی شده (کینه جویی-اقدامات زیان بخش- باورهای غلط و احساسات منفی مثلثی)
۵	بکاربردن تکنیک آسانسور شیشه ای، تروماها و حوادث بسیار اثر گذار زندگی در تمام دوره های زندگی، شوک ها با توجه به نگرش فرد خاطره یابی یا حافظه یابی می شوند
۶	توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فنون بخشش
۷	اقدامات زیان بخش و عادات غلط و مخرب تشریح و توضیح داده می شود و روش های تقویت اراده- آموزش حل مسئله و تغییر محیط به آزمودنی ها آموزش داده می شود.
۸	کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل: عشق-شادی-آرامش و بردباری معرفی می گردند.
۹	معرفی کدهای شفابخش پنجم تا نهم شامل: مهربانی-خوبی-اعتماد-تواضع و خویشانداری و آموزش فن خاطره یابی معکوس
۱۰	توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی با تمام وجود و اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خود شفابخشی
۱۱	آموزش سبک زندگی متعادل: اصلاح سبک زندگی با شناخت عادات غلط و اقدامات زیان بخش (تصمیم-مراقبت-ارزیابی-تنبیه و پاداش)، اصلاح الگوی خواب و تنظیم خوراک، نحوه خوردن-نوشیدن و تفریح-مسافرت-ورزش - نظافت و بهداشت.
۱۲	بهبود کیفیت زندگی در حیطه های 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

در نهایت، از میانگین، انحراف استاندارد، آزمون کواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی سن، تحصیلات و مدت بیماری شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر و مقایسه بین آنها با آزمون مجذور کای در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- اطلاعات جمعیت شناختی در مبتلایان به اختلال پر خوری عصبی و آزمون مجذور کای

سطح معنی‌داری	χ^2	گواه	خودشفاف‌بخشی		
۰/۵۳۷	۱/۲۴۵	۹	۶	کمتر از ۳۰ سال	سن آزمودنی‌ها
		۶	۹	بیشتر از ۳۰ سال	
۰/۹۰۱	۲/۱۹	۲	۲	سیکل	تحصیلات
		۶	۴	دیپلم	
		۶	۷	لیسانس	
		۱	۲	فوق لیسانس	
۰/۷۶۵	۰/۵۳۶	۷	۸	کمتر از ۶ ماه	مدت اختلال
		۸	۷	بیشتر از ۶ ماه	

نتایج جدول فوق نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای سن، تحصیلات و مدت بیماری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$).

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی (بهزیستی- رضایت)، تصویر بدن و تحمل پریشانی برای گروه-های آزمایش آزمایش و گروه گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

جدول ۴- میانگین و انحراف استاندارد متغیر تحمل پریشانی و ابعاد آن

گروه آزمایش		گروه گواه		متغیرها	گروه	گروه
میانگین	انحراف	میانگین	انحراف			
۱/۳۸	۶/۹۳	۱/۷۸	۶/۸۰	تحمل	پیش آزمون	متغیر تحمل پریشانی
۱/۳۰	۷/۱۳	۱/۰۶	۷/۵۳	جذب		
۲/۸۶	۱۳/۹۳	۲/۲۵	۱۳/۹۳	ارزیابی		
۱/۲۴	۸/۴۶	۱/۳۵	۸/۱۳	تنظیم		
۴/۶۷	۳۶/۴۶	۴/۴۵	۳۶/۴۰	نمره کل تحمل پریشانی		

۱/۸۶	۹/۲۶	۱/۷۳	۷/۰۰	تحمل	پس آزمون
۱/۳۲	۹/۲۰	۱/۳۸	۷/۲۶	جذب	
۲/۳۶	۱۶/۸۰	۲/۱۶	۱۴/۱۳	ارزیابی	
۱/۸۵	۱۱/۰۰	۱/۹۰	۸/۰۶	تنظیم	
۳/۶۱	۴۶/۲۶	۳/۳۳	۳۶/۴۶	نمره کل تحمل پریشانی	
۲/۰۶	۹/۸۶	۱/۸۸	۷/۱۳	تحمل	پیگیری
۱/۸۴	۹/۴۰	۱/۶۸	۷/۱۴	جذب	
۲/۷۳	۱۷/۲۶	۱/۹۱	۱۳/۶۶	ارزیابی	
۱/۹۹	۱۱/۴۶	۱/۹۳	۷/۸۰	تنظیم	
۴/۸۲	۴۸/۰۰	۳/۲۳	۳۵/۷۳	نمره کل تحمل پریشانی	
۷/۵۸	۶۰/۸۰	۷/۶۱	۵۹/۸۶	پیش آزمون	متغیر ترس از تصویر بدنی
۶/۵۳	۵۵/۸۶	۸/۴۲	۵۹/۴۶	پس آزمون	
۶/۶۹	۵۴/۸۰	۸/۷۲	۶۰/۰۱	پیگیری	
۲/۱۹	۱۶/۶۶	۲/۲۳	۱۶/۴۶	پیش آزمون	متغیر کیفیت زندگی
۲/۰۷	۱۹/۸۰	۲/۳۲	۱۵/۸۶	پس آزمون	
۲/۳۴	۱۹/۹۳	۲/۶۱	۱۵/۳۳	پیگیری	

مفروضه های کواریانس 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 ($p > 0.05$). در آزمون ام باکس سطح معناداری برابر با ۰/۹۱۰ است که معنادار نیست و می‌توان گفت مفروضه همگنی واریانس کواریانس هم برقرار است با توجه به تایید پیش فرض‌های پژوهش برای تحلیل یافته‌ها از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس برای متغیر تحمل پریشانی، تصویر بدنی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گواه گزارش شده است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس برای متغیر کیفیت زندگی، تصویر بدنی و تحمل پریشانی در گروه آزمایش و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب ایتا	توان آماری
کیفیت زندگی	گروه	۱۰۸/۲۱	۱	۱۰۸/۲۱	۵۸/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۰۲	۱
	خطا	۴۵/۸۹	۲۵	۱/۸۳				
	کل	۹۷۹۳	۳۰					
تصویر بدنی	گروه	۱۴۹/۶۲	۱	۱۴۹/۶۲	۳۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۸	۱
	خطا	۱۲۳/۵۱	۲۵	۴/۹۴				

کل							
۳۰	۱۰۱۴۵۲	۱	۷۰۷/۱۲	۱	۰/۷۹۹	۰/۰۰۱	۹۹/۴۰
۲۵	۱۷۷/۸۳	۲	۷۱۴/۹۶	۱	۰/۶۶۵	۰/۰۰۱	۴۰/۶۱
۳۰	۵۲۳۹۵	۲	۳۵۷/۴۸	۱	۰/۷۹۹	۰/۰۰۱	۹۹/۴۰
کل		خطا		خطا			
۳۰	۱۰۱۴۵۲	۴۱	۳۶۰/۸۷	۸/۸۰			

نتایج تحلیل کواریانس بیانگر آن است که آموزش خودشفابخشی بر بهبود کیفیت زندگی، تصویر بدنی و تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی تاثیر معنی داری دارد ($p=0/001$). با در نظر گرفتن نتایج آزمون فوق، در ادامه تحلیل آماری، میانگین تعدیل شده متغیرهای کیفیت زندگی، تصویر بدنی و تحمل پریشانی در گروه گواه با آزمایش در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶- میانگین تعدیل شده متغیرهای کیفیت زندگی، تصویر بدنی و تحمل پریشانی در گروه گواه با آزمایش

متغیر	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۳/۸۱	۰/۴۹۶	۰/۰۰۱
تصویر بدنی	-۴/۴۸	۰/۸۱۴	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	-۴/۴۸	۰/۸۱۴	۰/۰۰۱

نتایج بدست آمده از میانگین تعدیل شده نشان داد که نمره کیفیت زندگی آزمودنی های گروه آزمایش که تحت آموزش خودشفابخشی قرار گرفته بودند، نسبت به گروه گواه ۳/۸۱ واحد افزایش داشته است، بنابراین آموزش خودشفابخشی در نسبت به گروه گواه تاثیر معنی داری داشته است ($p=0/001$). نمره تصویر بدنی آزمودنی های گروه آزمایش که تحت آموزش خودشفابخشی قرار گرفته بودند نسبت به گروه گواه ۴/۴۸ واحد کاهش داشته است. بنابراین آموزش خودشفابخشی بر کاهش ترس از تصویر بدنی افراد مبتلا به اختلال پرخوری تاثیر معنی داری داشته است ($p=0/001$). همچنین نمره تحمل پریشانی آزمودنی های گروه آزمایش که تحت آموزش خودشفابخشی قرار گرفته بودند نسبت به گروه گواه ۹/۷۴ واحد افزایش داشته است. بنابراین آموزش خودشفابخشی بر افزایش تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال پرخوری تاثیر معنی داری داشته است ($p=0/001$).

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان خود شفابخشی بر کیفیت زندگی (بهزیستی- رضایت)، تصویر بدن و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی درمان

خود شفابخشی بر کیفیت زندگی (بهزیستی - رضایت)، تصویر بدن و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی بوده است. در مقایسه‌ی یافته‌های پژوهش حاضر با سایر مطالعات داخلی و خارجی، با توجه به آن‌که تاکنون تأثیر آموزش خودشفابخشی بر جمعیت افراد مبتلا به پرخوری عصبی مورد بررسی قرار نگرفته است؛ نمی‌توان مستقیماً استنادی به همسویی و یا ناهم‌سویی این بخش از نتایج با مطالعات گذشته، داشت که البته این موضوع به نحوی جنبه نوآوری پژوهش را نیز نشان می‌دهد. اما می‌توان نتایج مربوط به تأثیر خودشفابخشی بر متغیر کیفیت زندگی را با یافته‌های مطالعات دیگر مبنی بر اثربخشی خودشفابخشی بر بهبود کیفیت زندگی (جنگی جهان‌تیغ و همکاران، ۱۴۰۰؛ وو و همکاران، ۲۰۲۱؛ نصرافهانی و همکاران، ۱۴۰۱؛ لطیفی و همکاران، ۱۴۰۱ و ۱۳۹۹؛ زارغان و لطیفی، ۲۰۲۱)، با مطالعه حاضر همسو دانست. در تمامی پژوهش‌های مذکور خودشفابخشی به عنوان نوعی درمان اثربخش و التیام‌بخش به ویژه جهت ارتقاء کیفیت زندگی و بهزیستی افراد یا بیماران مبتلا به بیماری‌های با نشانه‌های جسمانی به کار گرفته شده است. در تبیین علت تأثیر بسته خودشفابخشی بر متغیر کیفیت زندگی به طور کلی به نظر می‌رسد که فرایند درمان فرصتی برای ارتباط ایمن بین زنان مبتلا به پرخوری عصبی و درمانگر ایجاد کرده است تا فرد بتواند از همی ظرفیت‌های روان‌شناختی و جسمانی خود جهت بهبود کیفیت زندگی خویش به صورت پویاتری استفاده کند. بنابراین یادگیری و کاربرد کدهای نه گانه شفابخش از طریق ترمیم خاطرات افراد، موانع رضایت از زندگی را بازشناسی و کاهش می‌دهد احتمالاً زنان مبتلا به پرخوری عصبی که به صورت منظم و گروهی، کدهای شفابخش را تمرین کرده‌اند، موفق شده‌اند تا درد و رنج کمتری را تجربه، و پاسخ‌های جبرانی سازگارانه‌تری را به شرایط موجود بدهند؛ به عنوان مثال به جای ریزه‌خواری و پرخوری بی اختیار، با آگاهی از علل احتمالی این روش خویشنداری بیشتری را تجربه کنند. آشنا شدن افراد شرکت‌کننده در جلسات آموزشی خودشفابخشی با سیستم عصبی و عملکرد مغز و فهم چگونگی روند تولید استرس‌های فیزیولوژیک و غیرفیزیولوژیک، فرایند ترشح هورمون کورتیزول در بدن موجب شده است، تا زنان مبتلا، متوجه شوند که در بسیاری از اوقات آنان برای تسکین موقت و فرار از رنج‌های درونی که ناشی از تداعی خاطرات منفی و مخرب سلولی است، به رفتارهای جبرانی نامناسب از جمله رفتار پرخوری عصبی پناه می‌برند و در این راستا بدن به مکانیزم دفاعی ذخیره‌سازی چربی و قند در کبد پرداخته و نه تنها روند افزایش وزن ادامه می‌یابد، بلکه تصمیمات و اقدامات کنترل وزن نیز محکوم به شکست هستند.

در مقایسه‌ی یافته‌های پژوهش حاضر با سایر مطالعات می‌توان این‌طور بیان نمود که نتایج مربوط به اثربخشی خودشفابخشی بر متغیر تصویر بدن و کاهش آشفتگی (نگرانی) از تن‌انگاره با یافته‌های مطالعات دیگر مبنی بر اثربخشی خودشفابخشی بر بهبود خودارزشمندی (لطیفی و همکاران، ۱۴۰۱)، کاهش اشتیاق نسبت به غذا و افزایش خودکارآمدی مربوط به کنترل وزن زنان دارای اضافه وزن (فتحی، ۱۴۰۰)، افزایش شفقت به خود و کاهش نگرانی از تصویر بدن و انزوا بیماران مبتلا به سرطان پوست (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۸)، با مطالعه

حاضر همسویی نشان می‌دهد. در تمامی این پژوهش‌های مذکور خودشفابخشی به عنوان درمانی مؤثر و کاهش‌دهنده نگرانی جهت تصویر بدن به کار گرفته شده است. در جهت تبیین یافته‌ی این بخش از پژوهش و همسویی یافت شده با نتایج پژوهش‌های پیشین این‌گونه به نظر می‌رسد که می‌توان به وجود هنجارهای پرفشار حاکم بر اجتماع حاضر اشاره کرد که به ظاهر افراد بسیار بها می‌دهد و نگرش‌ها و قضاوت‌های سطحی افراد جامعه را بیشتر به سمت معیارهای جسمانی و مادی سوق داده است. درونی‌سازی الگوهای رسانه نیز منجر به تقویت باورهای ناکارآمد افراد در مورد خوردن و نگرانی از بدشکلی بدنی می‌شود و از این طریق، علائم اختلالات خوردن نیز در آنها شدت می‌یابد (کاظمی، آقامحمدی و خانزاده، ۱۴۰۱). سرعت تغییرات اجتماعی بین‌فرهنگی در دهه‌های اخیر، لزوم توجه به نقش عوامل روانی-اجتماعی را در نگرش‌های خوردن و رفتارهای غذایی نسل جدید، برجسته می‌سازد (خوش‌سرور و میکائیلی، ۱۴۰۰). بنابراین به نظر می‌رسد که اختلال پرخوری عصبی یک نگرانی عمده در حوزه بهداشت روان در دوران کنونی به شمار می‌رود، که مطالعه بررسی عوامل زمینه ساز و تداوم بخش آن‌ها به منظور طراحی برنامه‌های درمان و آموزش بهداشتی به ویژه در جمعیت زنان ضروری به نظر می‌رسد (غلامی حسنارودی، کچویی و فاتحی، ۱۴۰۰).

در مقایسه‌ی یافته‌های پژوهش حاضر مربوط به اثربخشی خودشفابخشی بر تحمل پریشانی با یافته‌های مطالعات دیگر مبنی بر اثربخشی خودشفابخشی بر بهبود پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) (تامسون و همکاران، ۲۰۲۰)، بهبود سلامت روان زنان با پریشانی روان‌شناختی (نصراصفهانی و همکاران، ۱۴۰۱)، کاهش فرسودگی و بهبود انعطاف‌پذیری عاطفی کارکنان اورژانس اجتماعی (لطیفی و همکاران، ۱۴۰۰)، کاهش پریشانی مردان وابسته به مواد مخدر (ایرانی و همکاران، ۱۴۰۰)، افزایش تحمل ناکامی (پریشانی) والدین خانواده‌های تک‌والدی (وهاب، ۱۴۰۰)، افزایش ظرفیت روان‌شناختی و تحمل پریشانی در زنان همسر معنادان (زارعان و لطیفی، ۲۰۲۰)، افزایش سرسختی و تحمل پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو (مصلحی، ۱۳۹۸)، افزایش تحمل پریشانی روان‌شناختی و ناتوانی جسمانی زنان مبتلا به سرطان (لویزو و همکاران، ۲۰۱۰)، با مطالعه حاضر همسویی نشان می‌دهد. هم‌چنین این نتایج با بخشی از مطالعه‌ی پژوهشی دیگر، ناهمسویی نشان می‌دهد. به طوری که محققین بر این باورند که طبق نتایج کسب شده در بیماران مبتلا به ام‌اس، آموزش خودشفابخشی توانست، ارتباط فرد با خود، با طبیعت و عواطف مثبت گروه شرکت‌کننده را به طور معناداری افزایش دهد؛ ولی بر کاهش عواطف منفی تاثیر معناداری دیده‌نشده (ترکیان، ۱۴۰۰). در تبیین این ناهمسویی می‌توان به جنسیت و اختلال متفاوت نمونه‌های پژوهش مذکور با پژوهش حاضر اشاره داشت. در تبیین اثربخشی خودشفابخشی بر تحمل پریشانی نیز می‌توان اظهار داشت که در گروه آزمایش خودشفابخشی، راهکارهای درمانی کاهش اقدامات زیان‌بخش؛ تقویت اراده، پشتکار و پایداری، میزان تحمل عاطفی افراد را افزایش داد؛ به این دلیل که پایین بودن تحمل عاطفی افراد می‌تواند بیانگر اراده ضعیف فرد برای تغییر عادت باشد. فرد می‌داند

که تحمل عاطفی پایینی دارد، ولی گاهی خود فرد و شرایط محیط می‌تواند مانع از ادامه حرکت فرد در مسیر کنترل وزن و رفتار پرخوری باشد. راهکار مطرح‌شده در جلسات درمانی این بود که فرد عادات نادرست خود را شناسایی کند و آن‌ها را بپذیرد. عوامل تقویت‌کننده‌ی عادات نادرست را بشناسد و آن‌ها را با تقویت‌کننده‌های مثبت جایگزین کند و در آن واحد، تمرکز خود را فقط متوجه یک عادت نادرست کند؛ و به همین ترتیب عادات نادرست خود را کم کند. یکی از مؤثرترین روش‌ها در بالا بردن تحمل پریشانی افراد، راهکارهایی برای درمان تحت کنترل در آوردن و ایجاد محدودیت می‌باشد. راهکارهایی نیز برای درمان غمگینی و پریشانی، مانند شادمانی در مقابل غمگینی و پریشانی وجود دارد. آموزش خودشفابخشی با اصلاح و مدیریت تمام ابعاد زندگی انسان از جمله شیوه‌های تغذیه، خواب و ورزش کردن، تاکید بر عشق، شادمانی، بردباری، تواضع، احساس ارزشمندی و خویشتن‌داری، ارتباط موثر با دیگران، تنظیم هیجان‌ات منفی، دعا و نیایش با خالق، ایجاد هدفمندی در زندگی و بهبود ویژگی‌های اخلاقی توانسته است، به ارتقای ابعاد جسمانی، روانشناختی، اجتماعی، معنویت و اخلاقی در فرد شود و توانایی تحمل شرایط گوناگون استرس‌زا را فراهم نماید.

در نتیجه‌گیری پایانی پژوهش حاضر می‌توان گفت که آموزش خودشفابخشی می‌تواند راهبردی انسانی و کم‌کارسان برای زنان مبتلا به پرخوری عصبی باشند. لازم به ذکر است که این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود که عبارت‌اند از: استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی که همواره می‌تواند موجب سودار شدن نتایج پژوهش شود، شرکت کردن زنان مراجعه‌کننده به چند مرکز درمانی شهر اصفهان که باعث می‌شود تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شرکت‌کنندگان. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی تفاوت‌های جنسیتی را در اثربخشی مداخله مد نظر قرار دهند و به مطالعه آن در سایر اختلالات خوردن را نیز مورد توجه قرار گیرد. از آنجایی که آموزش خودشفابخشی به عنوان یک رویکرد درمانی جدید و نو به جامعه علمی معرفی شده 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 می‌کنند برای اثرگذاری بیشتر بر ارتقای ظرفیت تحمل پریشانی آنها از اصول و تکنیک‌های درمان خودشفابخشی استفاده کنند.

منابع

- اسمری‌برده‌زرد، یوسف، خانجانی، سجاد، موسوی‌اصل، اسماعیل، و دولت‌شاهی، بهروز. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان محور بر اضطراب، افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در اختلال پرخوری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷(۱)، ۲-۱۵.
- ایرانی، زهرا؛ لطیفی، زهره؛ و سلطانی‌زاده، محمد. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر حس انسجام در مردان وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه علمی اعتبار‌پژوهی*، ۱۵(۶۱)، ۲۶۱-۲۸۲.

بساک نژاد، سودابه؛ و غفاری، مجید. (۱۳۸۶). رابطه بین ترس از بدریختی بدنی و اختلالات روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۲)،

- ترکیان، سمیرا. (۱۴۰۰). بررسی تاثیر آموزش خودشفابخشی (سلف هیپننگ) بر بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوپزیس. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد اصفهان.
- جنگی جهان تیغ، لاله؛ لطیفی، زهره؛ و سلطانی زاده، محمد. (۱۴۰۰). اثر بخشی آموزش خودشفابخشی بر کیفیت زندگی سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۷(۴)، ۳۴۵-۳۵۹.
- خاکی، سعیده؛ ترکان، هاجر؛ و سبقت الهی، وحید. (۱۳۹۹). مقایسه اضطراب درد، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد عادی. *فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی*، ۱۱(۴۲)، ۷۱-۸۱.
- خوش سرور، سحر؛ و میکائیلی، نیلوفر. (۱۴۰۰). نقش مقایسه‌ی اجتماعی، حساسیت بین فردی و انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی نگرش‌های خوردن آشفته در دانشجویان زن. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۱(۴۳)، ۱۴۱-۱۶۶.
- زارعان، فهیمه؛ لطیفی، زهره؛ و میرمهدی، سیدرضا (۱۳۹۹). اثر بخشی آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد همسران معتادان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۱۹۳-۲۱۲.
- سادوک، بنجامین جیمز.، سادوک، ویرجینا. و روئیز، پدرو. (۱۴۰۰). خلاصه *روان‌پزشکی: علوم رفتاری-روان‌پزشکی بالینی*. جلد اول. ترجمه فرزین رضائی، تهران: انتشارات ارجمند.
- سلطانی، مژگان، لطیفی، زهره.، و موسوی، شکوه. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش خودشفابخشی بر شفقت به خود، نگرانی از تصویر تن و روند بهبود بیماری در زنان مبتلا به سرطان پوست. *نشریه پوست و زیبایی*، ۱۰(۴)، ۲۳۴-۲۲۲.
- فتحی، زهرا. (۱۴۰۰). *اثر بخشی آموزش قدردانی از بدن و خودشفابخشی بر تصویر بدن و نگرانی‌های اضافه وزن در دانش آموزان دختر دارای اضافه وزن دبیرستانی شهر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی مثبت گرا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.
- کاظمی، زینب؛ آقامحمدی، سمیه؛ و خانزاده، مصطفی. (۱۴۰۱). مدل ساختاری علائم اختلالات خوردن در زنان بر اساس درونی‌سازی الگوهای رسانه، باورهای مربوط به خوردن و نگرانی از بدشکلی بدنی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۴۶).
- لطیفی، زهره؛ شفیع، لادن؛ و سلطانی زاده، محمد. (۱۴۰۰). تاثیر آموزش خودشفابخشی بر فرسودگی شغلی کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری عاطفی کارکنان اورژانس اجتماعی. *فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا*، ۲۳(۲)، ۲۲-۳۴.
- لطیفی، زهره، قرقانی، ریحانه، و مردانی، زهرا. (۱۴۰۱). اثر بخشی آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به پرفشاری خون. *مجله افق دانش*، ۲۸(۲).
- لطیفی، زهره؛ و مروی، مهدی. (۱۳۹۹). *شفا در اتاق درمان، راهنمای روانشناسان و مشاوران در کاربرد کدهای شفابخش*. تهران، انتشارات پیام نور.
- عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ و شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۱(۱)، ۱۳-۱۸.
- غلامی حسناوردی، مطهره.، کجویی، محسن.، و فاتحی، نازنین. (۱۴۰۰). نقش میانجی عزت نفس در رابطه بین عملکرد خانواده با نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان در دوران قرنطینه خانگی ناشی از ویروس کرونا کووید-۱۹. *فصلنامه خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۵ پیاپی)، ۷۳-۵۶.
- مصلحی، ریحانه. (۱۳۹۸). *بررسی تأثیر خود شفا بخشی بر بهزیستی هیجانی و سرسختی روان شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ شهرستان شاهین شهر*، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور اصفهان.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی، کوروش؛ و محمد، کاظم. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- نصراصفهانی، ملیحه؛ حیاتی، مژگان؛ و لطیفی، زهره. (۱۴۰۱). اثر بخشی رویکرد خودشفابخشی بر تحریف‌های شناختی و بخشودگی بین فردی زنان دچار پریشانی روانشناختی. *مجله خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۲).
- وهاب، مرضیه. (۱۴۰۰). *اثر بخشی آموزش خودشفابخشی بر میزان کمال گرایی چند بعدی و تحمل ناکامی والدین دانش آموزان تک والدی مقطع ابتدایی*. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور واحد اصفهان.

- Anitha, L., Alhussaini, A., Alsuwedan, H., & Alnefaie, H. F. (2018). Bulimia nervosa and body dissatisfaction in terms of self-perception of body image. *IntechOpen*. DOI: 10.5772/intechopen.84948.1.
- Appolinario, J. C., Sichieri, R., Lopes, C. S., Moraes, C. E., & Veiga, G. D. (2022). Correlates and impact of DSM-5 binge eating disorder, bulimia nervosa and recurrent binge eating: a representative population survey in a middle-income country. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02223-z>
- Carey, M., & Preston, C. (2019). Investigating the components of body image disturbance within eating disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-15.
- De-Oliveira, J., & Cordás, T. A. (2022). The manifestation of emotional distress: Correlations between self-compassion and self-mutilation in Brazilian women with disordered eating behavior. *L'encephale*, 48(1), 20-25.
- Emami, A. S., Woodcock, A., Swanson, H. E., Kapphahn, T., & Pulvers, K. (2016). Distress tolerance is linked to unhealthy eating through pain catastrophizing. *Appetite*, 107, 454-459.
- Flores, F., Kamego, M., Zapata, M., & Alvarado, G. (2017). Association between body image dissatisfaction and depressive symptoms in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39, 316-322.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413.
- Halseth, A., Shan, K., Gilder, K., Malone, M., Acevedo, L., & Fujioka, K. (2018). Quality of life, binge eating and sexual function in participantstreated for obesity with sustained release naltrexone/bupropion. *Obesity Science & Practice*, 10, 141-153.
- Hail, L., & Le-Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: prevalence an treatment challenges. *Journal of Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 11-16.
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., & Grambal, A. (2018). Quality of life and coping strategies of outpatients with a depressive disorder in maintenance therapy -a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 73-82.
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S. (2017). Different facets of body image disturbance in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, 9, 1-24.
- Loyd, A. (2019). *The Healing Codes II; A step-by-step guide to whole-life healing*; Publisher: Yellow Kite.
- Loizzo, J. J., Peterson, J. C., Charlson, M. E., Wolf, E. J., Altemus, M., Briggs, W. M., & Caputo, T. A. (2010). The effect of a contemplative self-healing program on quality of life in women with breast and gynecologic cancers. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 16(3), 30-39.
- Mattingley, S., Youssef, G. J., Manning, V., Graeme, L., & Hall, K. (2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 300, 492-504.
- Milano, W., Milano, L., & Capasso, A. (2019). Health consequences of bulimia nervosa. *Biomedical Research Clinical Practice*, 3(1), 1-5.
- Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., & Hay, P. (2020). DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: Prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine*, 50(6), 981-990.
- Panea-Pizarro, I., Moran, J. M., Lavado-García, J., Beato-Fernández, L., Domínguez-Martin, A. T., Huerta-González, S., Novo, A., Pedrera-Zamorano, J. D., & López-Espuela, F. (2021). Health-related quality of life in Spanish women with eating disorders. *Nutrients*, 13(2), 403. doi: 10.3390/nu13020403
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.

Shoraka, H., Amirkafi, A., & Garrusi, B. (2019). Review of body image and some of contributing factors in Iranian population. *International Journal of Prevention Medicine*, 10(19), 1-8.

Thompson, K., D'iuso, D., Schwartzman, K. S., Dobson & Drapeau, M. (2020). Changes in depressed patients' self-statements. *Journal Psychotherapy Research*, 30(2), 170-182 .

Walenda, A., Kostecka, B., Santangelo, P. S., & Kucharska, K. (2021). Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 25.
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00166-6>

World Health Organisation. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Winkler, L. A., Arnfred, S. M. H., Larsen, P. V., Røder, M. E., Gudex, C., Lichtenstein, M. B., Adair, C. E., Clausen, L., Sjøgren, J. M., & Støvring, R. K. (2022). Validating the danish version of the eating disorder quality of life scale (EDQLS) in anorexia nervosa. *Eat Weight Disorder*. doi: 10.1007/s40519-021-01310-5. Epub ahead of print. PMID: 34978053.

Wu, X. Y., Yin, W. Q., Sun, H. W., & Yang, S. X. (2019). The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *Journal of Plos one*, 14(10), 1-17.

Zam, W., Saijari, R., & Sijari, Z. (2018). Overview on eating disorders. *Progress in Nutrition*, 20(2), 29-35.

Zarean, F., & Latifi, Z. (2020). The effectiveness of self-healing (the healing codes) training on psychological capital and distress tolerance in women with addicted husbands. *Current Psychology*, 25, 19-28.

Zarean, F., & Latifi, Z. (2021). Effects of self-healing intervention on quality of life and mother-child interaction among female breadwinners. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43, 101334.