



Comparison the Effectiveness of Emotion-focused Therapy and Physical Exercise (yoga) on Experience of Shame and Self-efficacy in Women with Binge Eating

Maryam Sarooghi¹, Kourosh Goodarzi^{2*}, Mehdi Roozbahani, Zahra Tanha⁴

1- PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Motor Behavior, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Khorramabad branch, Islamic Azad University, Khorramabad, Iran.

Corresponding Author: Kourosh Goodarzi, Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Email: Ko.Goodarzy@iau.ac.ir

Received: 11 Aug 2023

Accepted: 9 Jan 2024

Abstract

Introduction: Binge eating as a common health problem in the world is associated with several negative health effects and consequences. The purpose of this study was to comparison the effectiveness of emotion-focused therapy and physical exercise (yoga) on experience of shame and self-efficacy in women with binge eating.

Methods: This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with heterogeneous control group and follow-up 2 month. The statistical population was all women with binge eating disorder in Tehran city in year of 2022-2023. In the first stage, 60 women were selected and then randomly divided into 2 experimental groups (each group 20 women) and one control group (20 women) were replaced and experimental groups underwent emotion-focused therapy and physical exercise (yoga), but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data binge eating scale of Gormally, internal shame of Cook, the other as shamer scale of Goss and weight efficacy life style questionnaire of Clark. Data analysis was performed using SPSS-24 software with analysis of variance with repeated measures and Bonferroni.

Results: The results of the study showed that of both interventions had a significant effect on internal shame ($P < 0.05$). But, therapeutic interventions were not significant in improving the external shame and self-efficacy. In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that emotion-focused therapy is more effective on internal shame ($P < 0.05$).

Conclusions: The emotion-focused therapy can reduce internal shame in women with binge eating, and its effect remains constant after two months. It can be useful in the treatment of binge eating.

Keyword: Emotion-focused therapy, Physical exercise (yoga), Internal shame, External shame, Self-efficacy, Binge eating.



مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و تمرین بدنی (یوگا) بر تجربه شرم و خودکارآمدی در زنان مبتلا به پر خوری

مریم ساروقی^۱، کوروش گودرزی^{۲*}، مهدی روزبهانی^۳، زهرا تنها^۴

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

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۳- استادیار، گروه رفتار حرکتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم‌آباد، ایران..

نویسنده مسئول: کوروش گودرزی، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

ایمیل: Ko.Goodarzy@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۲۰

چکیده

مقدمه: پر خوری به عنوان یک معضل بهداشتی شایع در جهان، با عوارض و پیامدهای منفی متعددی در حوزه سلامت همراه است. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و تمرین بدنی (یوگا) بر تجربه شرم و خودکارآمدی در زنان مبتلا به پر خوری بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل ناهمسان همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به اختلال پر خوری شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. در مرحله اول تعداد ۶۰ نفر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. سپس زنان گروه های آزمایش تحت درمان هیجان و تمرین بدنی قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس شدت پر خوری گومالی (Gormally) مقیاس شرم درونی کوک (Cook)، مقیاس شرم بیرونی گاس (Goss) و پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مؤثر بر وزن کلارک (Clark) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تحلیل داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور تاثیر معناداری بر بهبود تجربه شرم درونی داشته است ($P < 0.05$). اما مداخلات درمانی بر بهبود تجربه شرم بیرونی و خودکارآمدی معنادار نبود. افزون بر این نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که درمان هیجان مدار تاثیر بیشتری بر تجربه شرم درونی داشته است ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که درمان هیجان محور در بهبود تجربه شرم درونی زنان مبتلا به پر خوری مؤثر است و این نتایج در پیگیری نیز حفظ شده بودند. بنابراین پیشنهاد می شود که در درمان اختلال پر خوری رویکردهای درمانی که بر تنظیم هیجان تأکید می کنند، می توانند مؤثر واقع شوند و نتایج پایدار بمانند.

کلیدواژه ها: درمان هیجان مدار، تمرین بدنی (یوگا)، تجربه شرم درونی، تجربه شرم بیرونی، خودکارآمدی، پر خوری.

مقدمه

اختلال پرخوری، که اخیراً در کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-5) گنجانده شده است، با دوره های مکرر پرخوری مشخص می شود (۱). اختلال پرخوری شایع ترین اختلال خوردن است و شیوع تخمینی مادام العمر ۲ درصد (۲) و تا ۳۰ درصد در میان افراد دارای اضافه وزن دارد (۳). اختلال پرخوری تأثیر قابل توجهی بر عملکرد روانی اجتماعی افراد دارد و بر حوزه های شخصی، اجتماعی و شناختی آنها تأثیر می گذارد (۴). اخیراً، شیوع تخمینی اختلال پرخوری افزایش یافته است و بیمارانی که به دنبال کمک هستند علائم شدیدتری را نشان می دهند که احتمالاً مربوط به همه گیری کرونا ویروس است (۵). حدود ۳۳ تا ۴۸ درصد از بیماران افزایش علائم اختلال خوردن را گزارش کردند (۶). دلایل بالقوه این افزایش در طول همه گیری، انزوای اجتماعی و کاهش حمایت اجتماعی است (۷). دلایل بالقوه دیگر عبارتند از افزایش استرس، دسترسی محدود به مراقبت های بهداشتی و ناامنی غذایی بوده است (۸). در نهایت، افزایش قرار گرفتن در شبکه های اجتماعی مجازی منجر به افزایش قرار گرفتن در معرض لاغری ایده آل (۹) و افزایش پیام های چاقی هراسی شد، که منجر به رفتار رژیم غذایی (۸) و در نتیجه افزایش پرخوری شد (۳). از سوی دیگر، پرخوری ها با احساس عدم کنترل و احساس شرم همراه است، به طوری که پیشینه پژوهش نشان داده است که تجربه شرم مزمن با ایجاد و نگهداری اختلال پرخوری مرتبط است (۱۰). شرم را می توان به عنوان یک احساس خودارزیابی کننده تعریف کرد که با ارزیابی های منفی جهانی، یا درک آشکار شدن عیوب فرد مشخص می شود (۱۱). شرم را می توان بیشتر به عنوان تمرکز درونی، تجربه قضاوت منفی از خود و احساس بی کفایتی و حقارت (شرم درونی) یا تمرکز بیرونی، ادراک ارزیابی های منفی دیگران در مورد خود (شرم بیرونی) طبقه بندی کرد (۱۲).

در حالی که احساس گناه به طور مداوم در رابطه با الگوهای غذا خوردن ناسالم نقشی مرتبط دارد، شرم ممکن است نقش مشابهی داشته باشد (۱۳). بنابراین شرم به عنوان یک شاخص فراتشخیصی و عامل خطر برای آسیب شناسی روانی در نظر گرفته می شود و ممکن است به عنوان مکانیزمی برای بیماری های روانپزشکی عمل کند (۱۴). از سوی دیگر از عوامل مرتبط با پرخوری می تواند خودکارآمدی باشد؛ به طوری که تحقیقات نشان داده است که در بیمارانی که به دنبال جراحی چاقی بودند،

نمرات خودکارآمدی کل در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری به طور قابل توجهی کمتر از بیماران بدون اختلال پرخوری است و خودکارآمدی خوردن ممکن است عامل مهمی برای هدف قرار دادن در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری باشد که به دنبال جراحی چاقی هستند (۱۵). خودکارآمدی به عنوان ساختار اصلی نظریه شناختی-اجتماعی بندورا، به عنوان باور فرد نسبت به توانایی ها، پتانسیل ها و ظرفیت های خود برای سازمان دادن و انجام موفقیت آمیز یک رفتار خاص برای رسیدن دستاوردها و یا موفقیت های مشخصی تعریف شده است (۱۶). همچنین می توان گفت که خودکارآمدی خوردن باور به توانایی فرد در تنظیم غذا خوردن است (۱۷). بر اساس آنچه گفته شد اختلال پرخوری یک مشکل روانپزشکی جدی است که با عوارض قابل توجهی همراه است که متأسفانه اغلب ناشناخته و درمان نمی شود (۱۸) و اگرچه ثابت شده است که شرم واسطه ارتباط بین پرخوری و اختلالات همراه است، مداخلات برای کاهش شرم ممکن است برای کسانی که پرخوری می کنند مفید باشد (۱۹). برخی مداخلات روانشناختی که برای بهبود مشکلات ناشی از پرخوری به کار گرفته شده است، می توان به یوگا (۲۰)، ۲۱ و ۲۲ و درمان هیجان مدار اشاره کرد (۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷).

افراد مبتلا به اختلال پرخوری هیجانات شدیدتر و مشکلات قابل توجهی را در تنظیم هیجان نسبت به افراد بدون اختلال پرخوری تجربه می کنند (۲۸)، و تجربه هیجانات منفی یکی از بهترین پیش بینی کننده ها برای پرخوری است (۲۹). بنابراین، درمان های روان شناختی با تمرکز ویژه تر بر نقش هیجان و تنظیم هیجان می تواند در کاهش علائم اختلال پرخوری بسیار مؤثر باشد. شواهد اولیه برای مزایای درمان هیجان مدار برای اختلال پرخوری در حال ظهور است. Glisenti و همکاران (۲۴) از یک طرح سری موارد پایه چندگانه استفاده کرد که در آن درمان هیجان مدار فردی طی ۱۲ هفته برای شش شرکت کننده زن بالغ مبتلا به اختلال پرخوری، با پیگیری ها در ۲، ۴ و ۸ هفته پس از درمان اعمال شد. همه موارد بهبود قابل اعتماد از آسیب شناسی روانی پرخوری، کاهش قابل توجهی در دفعات پرخوری و بهبود قابل اعتماد با بهبود در تنظیم کلی هیجان را تجربه کردند. اخیراً، Glisenti و همکاران (۲۵) امکان سنجی و کارایی درمان هیجان مدار را برای اختلال پرخوری بررسی کردند که به موجب آن شرکت کنندگان به طور تصادفی به یک گروه کنترل فوری درمان هیجان مدار یا لیست انتظار درمان هیجان مدار اختصاص یافتند. شرکت کنندگانی

که درمان هیجان مدار فوری دریافت کردند، در مقایسه با شرکت کنندگان در گروه کنترل فهرست انتظار، بهبود قابل توجهی در پرخوری، تعداد روزهایی که دوره های پرخوری رخ داد و علائم پرخوری نشان دادند (۲۵).

از سوی دیگر می توان گفت که در حالی که مدل های درمانی مبتنی بر رژیم غذایی به نرخ های موفقیت بالایی برای کاهش وزن دست یافته اند، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد این پیشرفت ها اغلب فقط در کوتاه مدت پایدار بوده اند (۳۰). اما شواهد دلگرم کننده ای در رابطه با استفاده از درمان های مبتنی بر مدیتیشن و یوگا برای درمان پرخوری، به ویژه شامل خوردن آگاهانه، پدیدار شده است (۳۱). یوگا هزاران سال است که بخشی ضروری از فرهنگ شرق برای کاهش استرس و بهبود سلامت جسمانی بوده است (۳۲). گزارش شده است که افرادی که مدیتیشن انجام می دهند از سلامت روان بهتری برخوردار بودن (۳۳). یوگا یک تمرین مقدس محسوب می شود که در به دست آوردن قدرت بدنی، تعادل ذهنی و رشد معنوی موثر است (۳۴). یوگا شامل ورزش و آرامش ذهن است (۳۵). یوگا شامل انواع تکنیک ها و تمرین هایی است که شامل موقعیت های یوگا (آسانا)، استنشاق یا تمرینات تنفسی (پرانایاما)، مدیتیشن، خواندن مانترها، تغییرات سبک زندگی و تمرین برخی باورهای معنوی می شود (۳۶). لذا می توان گفت که یک شکل از ورزش که در کنار درمان استاندارد برای اختلال پرخوری مورد استفاده قرار گرفته است تصور می شود که یوگا این تغییرات مثبت را با فراهم کردن فرصتی برای افراد برای تجربه مستقیم بدن، و با انجام این کار، ارتقای ذهن آگاهی، شفقت به خود، ارتباط بدن، قدردانی از عملکرد، عاطفه مثبت، و پرورش حس اجتماعی تسهیل می کند (۲۰). بنابراین آنچه که مشخص است هم درمان هیجان مدار (۲۳، ۲۴، ۲۵ و ۲۶) و هم مداخله یوگا (۲۰، ۲۱ و ۲۲) بر بهبود مشکلات افراد مبتلا به پرخوری اثربخشی معنادار دارند. اما مقایسه اثربخشی این درمان ها کمتر بر روی زنان مبتلا به پرخوری بررسی شده است. افزون بر این، از نظر روش شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و یوگا در کاهش تجربه شرم و افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به پرخوری پرداخته است کمتر وجود دارد و این باعث می شود که نتوان درمان موثر و مورد نیاز این زنان را شناسایی کرد. لذا در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه این دو این درمان، می توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات روانشناختی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات

تجربی، یک درمان اثربخش تر را نسبت به درمان های دیگر را شناسایی کرد می توان به روانشناسان و درمانگرانی که در زمینه مشکلات افراد مبتلا به پرخوری فعالیت می کنند کمک کرد که از نتایج اینگونه تحقیقات استفاده کنند که چه نوع درمانی اثربخش تر است. به همین دلیل این پژوهش از تلویحات کاربردی در این زمینه، برای روانشناسان و درمانگران برخوردار است. لذا بر اساس آنچه گفته شد سوال این پژوهش آن است که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان هیجان مدار و تمرین بدنی (یوگا) بر تجربه شرم و خودکارآمدی در زنان مبتلا به پرخوری وجود دارد؟

روش کار

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل ناهمسان همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به اختلال پرخوری شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. به روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس تعداد ۶۰ نفر زن مبتلا به اختلال پرخوری انتخاب و در ادامه به صورت تصادفی ساده ۳ گروه جایگزین شدند (گروه آزمایش اول ۲۰ نفر، گروه آزمایش دوم ۲۰ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر). لازم به ذکر است که در این پژوهش از جدول کوهن برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. به این صورت که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم اثر ۰/۷۰ و توان آماری ۰/۹۱ برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه ها وجود دارد و در جهت تعمیم پذیری بیشتر نتایج حجم هر گروه ۲۰ نفر انتخاب شد. تشخیص اختلال پرخوری بر اساس مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-5 و کسب نمره ۱۶ و بالاتر در مقیاس شدت پرخوری Gormally و همکاران (۳۷)، عدم دارو درمانی برای لاغری قبل از ورود به پژوهش، عدم سوء مصرف مواد مخدر و دخانیات و همچنین مبتلا بودن به اختلالات روانپزشکی بر اساس گزارش خود فرد از ملاک های ورود به پژوهش بود. همچنین انجام ندادن تکالیف خانگی، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر مداخلات درمانی همزمان با پژوهش از ملاک های خروج از پژوهش بود. همچنین در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شده است که از جمله آنها می توان به کسب رضایت برای شرکت در مداخلات درمانی، دادن این اطمینان به آنان که پاسخنامه به صورت فردی تحلیل نخواهد شد و اطلاعات آنها به صورت گروهی خواهد بود و پاسخنامه

استفاده شده است و ضرایب برای کل نمونه ۰/۹۱، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ به دست آمده است (۴۴). در پژوهش های دیگر در ایران آلفای کرونباخ ۰/۸۱ (۴۵) و آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است (۴۶). در پژوهش های خارجی نیز برای بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۱ گزارش شده است (۴۷). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب آلفای کرونباخ در مرحله پیش آزمون ۰/۷۰، پس آزمون ۰/۷۲ و پیگیری ۰/۹۳ محاسبه و به دست آمده است.

مقیاس شرم بیرونی (The Other As Shamer Scale)

این مقیاس توسط Goss و همکاران در سال ۱۹۹۴ تهیه شده است که شامل ۱۸ سوال است و پاسخ ها بر روی یک طیف لیکرت چهارگزینه ای شامل هرگز ۰، نمره، به ندرت ۱، نمره، گاهی اوقات ۲، نمره، اغلب ۳، نمره و تقریباً همیشه ۴ قرار دارند (۴۸). سازندگان مقیاس برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و پایایی بازآزمایی پنج هفته ای آن ۰/۹۴ گزارش کرده اند و روایی سازه این مقیاس همبستگی متوسط با ارزیابی منفی از ترس و همبستگی بالاتر با سایر ابزارهای اندازه گیری شرم داشته است (۴۸). این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و آلفای کرونباخ، ضریب همبستگی و تحلیل عاملی تأییدی آن محاسبه شد و نتایج تحلیل عاملی تأییدی از ساختار ۳ عاملی شرم بیرونی در نمونه ایرانی حمایت کرد (۰/۹۴ RMESA؛ ۰/۹۴ NFI و ۰/۹۶ CFI) و مقیاس شرم بیرونی همبستگی مثبت و معناداری بین کمال گرایی ۰/۱۷ و عاطفه منفی ۰/۵۱ و همبستگی منفی و معناداری با شفقت به خود ۰/۲۱ داشت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و دست آمده است (۴۹). در پژوهش های خارجی آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۷ به دست آمده است (۴۹). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب آلفای کرونباخ در مرحله پیش آزمون ۰/۷۲، پس آزمون ۰/۷۶ و پیگیری ۰/۸۲ به دست آمده است.

پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مؤثر بر وزن (Weight Efficacy Life Style Questionnaire)

این پرسشنامه توسط Clark و همکاران در سال ۱۹۹۱ تهیه شده است و نمره گذاری بر اساس طیف لیکرتی پنج درجه ای است به این صورت که کاملاً مطمئن هستم ۴، نمره، مطمئن هستم ۳، نمره، نمی دانم ۲، نمره، مطمئن نیستم ۱، نمره، اصلاً مطمئن نیستم صفر نمره تعلق می گیرد (۵۱). نمره های بالاتر، اعتماد بیشتر به خود را در خودداری

هر فرد مجرمانه خواهد بود و در اختیار هیچ کسی قرار داده نخواهد شد و ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری اشاره کرد. همچنین از اصول اخلاقی در این پژوهش اخذ کد اخلاق به شناسه IR.IAU.B.REC.1401.018 و شماره طرح در سامانه دانشگاه ۱۶۲۵۲۴۴۹۷ مصوب تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۰۱ می باشد و این مقاله دارای کد کارآزمایی بالینی ثبت شده در یرت.ir به کد IRCT20230125057220N1 مصوب تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۱۰ است. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. همچنین برای بررسی مقایسه مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی بن فرونی و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس شدت پرخوری (Binge Eating Scale):

این مقیاس توسط Gormally و همکاران در سال ۱۹۸۲ تهیه شده است و شامل ۱۶ سوال است که به منظور اندازه گیری شدت خوردن در افراد مبتلا به پرخوری استفاده می شود (۳۷) و شامل ۱۴ سوال ۴ گزینه ای و ۲ سوال ۳ گزینه ای بوده که دامنه نمره دهی آن از کاملاً موافقم ۴ نمره تا کاملاً مخالفم ۰ نمره می باشد (۳۸). کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمره بالاتر از آن را شدت پرخوری را نشان می دهد (۳۹). در مطالعه ای خصوصیات روانسنجی نسخه ایرانی مقیاس را بررسی شده است و ضریب بازآزمایی ۰/۷۲ گزارش کرده اند (۴۰). در خارج کشور برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۹۱ به دست آمده است (۴۱). یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را محاسبه کرده اند (۴۲). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب آلفای کرونباخ در مرحله پیش آزمون ۰/۷۶، پس آزمون ۰/۸۰ و پیگیری ۰/۹۰ محاسبه و به دست آمده است.

مقیاس شرم درونی (Internalized Shame Scale):

این مقیاس توسط Cook در سال ۱۹۸۸ تهیه شده است (۴۳) و شامل ۳۰ ماده و پاسخ به هر سوال این مقیاس به صورت ۵ درجه ای از نوع لیکرتی است؛ به این صورت که هرگز ۰، نمره، خیلی کم ۱، نمره، گاهی اوقات ۲، نمره، اغلب ۳، نمره و همیشه ۴ نمره تعلق می گیرد. سازنده مقیاس ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس های کمرویی و عزت نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است (۴۳). در ایران برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ

کردن از خوردن در موقعیت خاص نشان می‌دهند. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ پرسشنامه را بررسی و ضرایب در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ به دست آورده اند و روایی همزمان آن با مقیاس توانایی خودمهارگری خوردن Glynn & Ruderman (۵۲) ضریب همبستگی ۰/۶۷ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۵۱). این پرسشنامه در ایران توسط Babaei و همکاران (۵۳) ترجمه و هنجاریابی شده است و برای پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده و ضریب ۰/۹۲ به دست آمده است (۵۳). در ایران در یک پژوهش دیگر برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۲ محاسبه و به دست آمده است (۵۴). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب آلفای کرونباخ در مرحله پیش آزمون ۰/۷۰، پس آزمون ۰/۷۲ و پیگیری ۰/۹۳ به دست آمده است.

جلسات درمانی

ساختار جلسات درمان هیجان‌مدار اقتباس از گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲)؛ به نقل از اردکانی، (۱۳۹۹) به این صورت می‌باشد: جلسه اول: آشنایی اعضای گروه، بیان هدف، قوانین و انتظارات، اجرای پیش آزمون؛ جلسه دوم: آشنایی با اصول کلی درمان هیجان‌مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی؛ جلسه سوم: تمرکز بیشتر بر هیجانات اولیه و ثانویه، نیازهای دلبستگی؛ جلسه چهارم: توجه به توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی؛ جلسه پنجم: شناسایی و بیان نیازهای طرد شده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده اند؛ جلسه ششم: آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی، تاکید بر پذیرش تجربیات؛ جلسه هفتم: تسهیل بیان نیازها، خواسته‌ها، انتظارات و هیجانات؛ جلسه هشتم: ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین افراد؛ جلسه نهم: ارزیابی تغییراتی که در طول درمان اتفاق افتاده و تقویت آنها؛ جلسه دهم: جمع بندی، مروری بر جلسات قبلی، اجرای پس آزمون، تعیین زمان برای انجام مرحله پیگیری. ساختار جلسات درمان شفقت به خود برگرفته از نظریه گیلبرت (۲۰۱۴) به این صورت می‌باشد: جلسه اول: آشنایی اعضای گروه، بیان هدف و قوانین و انتظارات، اجرای پیش آزمون؛ جلسه دوم: آشنایی با اصول کلی درمان و مفهوم

سازی شفقت؛ جلسه سوم: آموزش ذهن آگاهی، تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی، آموزش همدلی؛ جلسه چهارم: آشنایی با نحوه شفقت نسبت به دیگران و شفقت با خود، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب‌گرایانه و شرم؛ جلسه پنجم: مرور جلسات قبل، ترغیب افراد به بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا غیرمشفق؛ جلسه شش: مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق، بخشش، پذیرش بدون قضاوت؛ جلسه هفتم: مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی سبک‌ها و روش‌های شفقت. جلسه هشتم: مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت؛ جلسه نهم: مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته با هدف اجرای آنها در زندگی روزمره؛ جلسه دهم: جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، مروری بر جلسات قبلی، اجرای پس آزمون، تعیین زمان برای انجام مرحله پیگیری.

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار شدت پرخوری گروه هیجان‌مدار ۲۳/۱۳ و ۱/۸۰۷؛ میانگین و انحراف معیار شدت پرخوری گروه یوگا ۲۲/۲۰ و ۱/۷۸۱؛ میانگین و انحراف معیار شدت پرخوری گروه کنترل ۲۲/۶۷ و ۱/۷۵۹ بود که میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه از نظر شدت پرخوری برابر با $F=1/028$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/367$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر شدت پرخوری می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار سن گروه هیجان‌مدار ۳۱/۰ و ۳/۳؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه یوگا ۳۱/۴ و ۳/۴؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۱/۵ و ۲/۸ بود که میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه از نظر سن برابر با $F=0/123$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/885$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن افراد شرکت کننده می‌باشد.

مریم ساروقی و همکاران

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار تجربه شرم و خودکارآمدی در گروه های آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		هیجان مدار	یوگا	کنترل	هیجان مدار	یوگا	کنترل
شرم درونی	پیش آزمون	۷۸/۷۳	۷۲/۱۳	۷۱/۷۳	۶/۰۲۹	۸/۹۹۹	۹/۱۰۶
	پس آزمون	۴۷/۴۷	۵۹/۵۳	۶۷/۳۳	۷/۰۳۹	۱۰/۸۱۶	۸/۸۳۷
	پیگیری	۴۸/۰۷	۵۹/۹۳	۶۸/۳۳	۶/۹۰۲	۱۰/۵۵۹	۸/۷۷۲
شرم بیرونی	پیش آزمون	۵۳/۶۰	۴۹/۴۰	۴۸/۴۰	۵/۷۹۲	۶/۳۳۴	۵/۴۳۵
	پس آزمون	۳۴/۶۰	۴۲/۱۳	۴۴/۹۳	۵/۹۹۷	۷/۰۹۰	۵/۰۲۱
	پیگیری	۳۹/۴۷	۴۳/۰۰	۴۶/۲۰	۴/۲۴۰	۷/۴۴۵	۶/۰۶۲
خودکارآمدی	پیش آزمون	۲۴/۹۳	۲۸/۹۳	۳۸/۰۰	۳/۸۴۵	۳/۴۵۳	۳/۸۳۶
	پس آزمون	۴۹/۰۷	۴۸/۶۰	۴۱/۶۰	۳/۷۱۲	۳/۴۱۸	۵/۰۲۶
	پیگیری	۴۶/۵۳	۴۶/۱۳	۴۰/۷۳	۴/۷۱۹	۴/۶۲۷	۳/۹۹۰

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار تجربه شرم و خودکارآمدی گروه های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل اندازه گیری و سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) را نشان می دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس ها می باشد که ابتدا پیش فرض ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می باشد. جهت بررسی همگنی واریانس ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی دار نبود

($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس ها تایید شد. داده های تحقیق فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. با توجه به اینکه پیش فرض های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است، می توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای تجربه شرم و خودکارآمدی برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس ها حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون گرین هاوس-گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی مداخلات آموزشی استفاده شد که نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجربه شرم و خودکارآمدی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
شرم درونی	گروه	۷/۰۰۳	۰/۰۰۲	۰/۲۵۰	۰/۹۰۹
	زمان	۲۴۱/۳۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵۲	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۶۲/۰۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷	۰/۹۹۹
شرم بیرونی	گروه	۱/۹۹۶	۰/۱۵۳	۰/۰۸۶	۰/۳۸۴
	زمان	۱۶۸/۵۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۳۷/۳۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۰	۰/۹۹۹
خودکارآمدی	گروه	۰/۴۷۹	۰/۶۲۳	۰/۰۲۲	۰/۱۲۳
	زمان	۴۷۲/۹۶۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱۸	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۷۶/۱۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴	۰/۹۹۹

تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر تجربه شرم و خودکارآمدی برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۳ آمده است.

نتایج جدول ۲ نشان داد که درمان هیجان مدار و یوگا بر بهبود تجربه شرم درونی تاثیر معنادار دارد. اما درمان هیجان مدار و یوگا بر شرم بیرونی و خودکارآمدی تاثیر معناداری نداشته است. در ادامه مقایسه ی دو به دوی میانگین

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی تجربه شرم و خودکارآمدی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
شرم درونی	پیش آزمون	۷۴/۲۰۰	پیش آزمون-پس آزمون	۱۶/۰۸۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵۸/۱۱۱	پیش آزمون-پیگیری	۱۵/۴۲۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵۸/۷۷۸	پس آزمون-پیگیری	-۰/۶۶۷	۰/۰۶۴
شرم بیرونی	پیش آزمون	۵۰/۴۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۹/۹۱۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۴۰/۵۵۶	پیش آزمون-پیگیری	۷/۵۷۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴۲/۸۸۹	پس آزمون-پیگیری	-۲/۳۳۳	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	پیش آزمون	۳۰/۶۲۲	پیش آزمون-پس آزمون	-۱۵/۸۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۴۶/۴۲۲	پیش آزمون-پیگیری	-۱۳/۸۴۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴۴/۴۶۷	پس آزمون-پیگیری	۱/۹۵۶	۰/۰۰۱

اثرات درمانی در طول زمان ماندگار نبوده است. اما اثرات درمانی بر تجربه شرم بیرونی و خودکارآمدی در طول زمان ماندگار نبوده است. همچنین از آنجایی که مشخص نشده است کدام روش درمانی اثربخش تر بوده است، لذا در ادامه برای بررسی تفاوت تاثیر درمان هیجان مدار و یوگا بر تجربه شرم و خودکارآمدی از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه تاثیر گروه های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول ۴ آمده است.

به منظور مشخص نمودن اینکه نمرات تجربه شرم و خودکارآمدی در کدام مرحله با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین پرداخته شده است. همان طور که جدول ۵- نشان می دهد تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) معنادار است که این معنادار بودن نشان دهنده آن است که درمان هیجان مدار و یوگا بر تجربه شرم درونی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی تجربه شرم و خودکارآمدی برای بررسی درمان اثربخش تر

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
شرم درونی	درمان هیجان مدار	۵۸/۰۸۹	تفاضل هیجان مدار- یوگا	-۵/۷۷۸	۰/۱۷۱
	یوگا	۶۳/۸۶۷	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۱۱/۰۴۴	۰/۰۰۲
	کنترل	۶۹/۱۳۳	تفاضل یوگا- گروه کنترل	-۵/۲۶۷	۰/۲۴۵
شرم بیرونی	درمان هیجان مدار	۴۲/۵۵۶	تفاضل هیجان مدار- یوگا	-۲/۲۸۹	۰/۷۷۹
	یوگا	۴۴/۸۴۴	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۳/۹۵۶	۰/۱۶۵
	کنترل	۴۶/۵۱۱	تفاضل یوگا- گروه کنترل	-۱/۶۶۷	۰/۹۹۹
خودکارآمدی	درمان هیجان مدار	۴۰/۱۷۸	تفاضل هیجان مدار- یوگا	-۱/۰۴۴	۰/۹۹۹
	یوگا	۴۱/۲۲۲	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	۰/۰۶۷	۰/۹۹۹
	کنترل	۴۰/۱۱۱	تفاضل یوگا- گروه کنترل	۱/۱۱۱	۰/۹۹۹

این نشان دهنده آن است که درمان هیجان مدار موفق اثربخشی بیشتری نسبت به یوگا بر تجربه شرم درونی داشته است. همچنین نتایج جدول ۴ نشان داد که گرچه

با توجه به جدول ۴ نتایج نشان داد که در متغیر شرم درونی تفاوت میانگین گروه هیجان مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه یوگا با گروه کنترل است که

است، از طریق عادی‌سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه کنند و این خود باعث بهبود سلامت روان و کاهش اضطراب در آنها خواهد شد؛ بنابراین زمانی که زنان مبتلا به پرخوری بتوانند به مشکل خود نگاهی مناسب داشته باشند و خود و دیگران را راحت‌تر ارزیابی کنند، احساس شرم در آنها کمتر گزارش می‌شود. همچنین می‌توان بیان کرد، از آنجا که درمان هیجان مدار تأثیر مثبت بر کاهش اضطراب و افسردگی فرد دارد، فرد بینش بهتری درباره واقعیت خود به دست می‌آورد و احساس شرم درونی کمتری را احساس می‌کند.

از آنجایی که این پژوهش تنها بر روی زنان مبتلا به پرخوری شهر تهران صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به زنان دارای اختلال پرخوری در سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی اشاره باید احتیاط لازم توسط پژوهشگران و استفاده کنندگان از نتایج این پژوهش صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد و به بتوان رفع محدودیت این پژوهش کمک کرد. اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه اثربخشی درمان هیجان مدار و یوگا بر کاهش سایر مشکلات زنان مبتلا به پرخوری مانند افسردگی، ترس از ارزیابی منفی، افکار منفی تکرار شونده و غیره صورت گیرد. همچنین مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت تر و طولانی تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری درمان هیجان مدار و یوگا بر روی زنان مبتلا به پرخوری پرداخته شود. از آنجایی که در این پژوهش تعداد هر گروه ۲۰ نفر بود در راستای رفع این محدودیت پژوهشی پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران در آینده از حجم نمونه گسترده‌تری استفاده کنند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌ها و مداخلات درمانی در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی مورد استفاده قرار گیرد. در این راستا پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی با برگزاری کارگاه‌های روانشناختی مانند درمان هیجان مدار به کاهش مشکلات ناشی از شرم در زنان مبتلا به اختلال پرخوری کمک شود.

درمان هیجان مدار نسبت به یوگا بر تجربه شرم بیرونی و خودکارآمدی اثربخشی بیشتری داشته است، اما این تفاوت معنادار نبوده است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و تمرین بدنی (یوگا) بر تجربه شرم و خودکارآمدی در زنان مبتلا به پرخوری بود. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور تأثیر معناداری بر بهبود تجربه شرم درونی داشته است. اما مداخلات درمانی بر بهبود تجربه شرم بیرونی و خودکارآمدی معنادار نبود. افزون بر این نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که درمان هیجان مدار تأثیر بیشتری بر تجربه شرم درونی داشته است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی همسویی و همخوانی دارد (۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷). در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان هیجان مدار بر شرم درونی می‌توان گفت که هدف از درمان هیجان مدار شناسایی و پذیرش احساسات، پذیرش احساسات منفی ناسازگار و افزایش آگاهی و بیان این احساسات و یادگیری تحمل و تنظیم تجارب دردناک زمینه‌ای در فرد است (۲۵). در درمان هیجان مدار یک درمان رابطه‌ای است که فرض می‌شود که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجانات خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد می‌شود که این می‌تواند به توانمندی فردی و روانشناختی در فرد منجر شود (۵۷). به عبارتی این رویکرد هیجان مدار شرایطی را فراهم می‌آورد که افراد دلبستگی امن را تجربه کنند تا بتوانند در پناه این دلبستگی به حل و فصل تعارضات روانی خویش بپردازند و با احتمال بیشتری پایگاه هویتی موفق را به دست آورند. این نتایج نشان دهنده این مینا است که مدل درمانی هیجان مدار تا چه اندازه در کاهش هیجانات منفی مانند شرم تأثیر دارد. تکنیک‌های درمان هیجان مدار به افراد مبتلا به پرخوری کمک می‌کند تا از انعطاف پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شوند و نگاه مشفقانه‌ای به خود و دیگران داشته باشند. افراد در این مداخله یاد می‌گیرند، در تجربه اتفاق‌های ناخوشایند از تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی

نتیجه گیری

پر خوری به عنوان یک معضل بهداشتی شایع در جهان، با عوارض و پیامدهای منفی متعددی در حوزه سلامت همراه است. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و تمرین بدنی (یوگا) بر تجربه شرم و خودکارآمدی در زنان مبتلا به پر خوری بود. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور تاثیر معناداری بر بهبود تجربه درونی داشته است. اما مداخلات درمانی بر بهبود تجربه شرم بیرونی و خودکارآمدی معنادار نبود. افزون بر این نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که درمان هیجان مدار تاثیر بیشتری بر تجربه شرم درونی داشته است. بنابراین نتایج نشان داد که درمان هیجان محور در بهبود تجربه شرم درونی زنان مبتلا به پر خوری مؤثر است و این نتایج

در پیگیری نیز حفظ شده بودند. بنابراین پیشنهاد می شود که در درمان اختلال پر خوری رویکردهای درمانی که بر تنظیم هیجان تأکید می کنند، می توانند مؤثر واقع شوند و نتایج پایدار بمانند.

سپاسگزاری

از همه شرکت کنندگان که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5, No. 5. Washington, DC: American psychiatric association. 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Current opinion in psychiatry, 2016; 29(6): 340-345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
3. Melisse B, Berg EVD, Jonge, MD, Blankers M, Furth, EV, Dekker J, Beurs, ED. Efficacy of Web-Based, Guided Self-help Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced for Binge Eating Disorder: Randomized Controlled Trial. Journal of Medical Internet Research, 2023; 25(1): 1-10. <https://doi.org/10.2196/40472>
4. Vicent M, González C, Quiles M. J, Sánchez-Meca J. Perfectionism and binge eating association: a systematic review and meta-analysis. Journal of Eating Disorders, 2023; 11(1): 101-125. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00817-9>
5. Termorshuizen JD, Watson HJ, Thornton LM, Borg S, Flatt RE, MacDermid CM, Bulik C M. Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~ 1,000 individuals in the United States and the Netherlands. International Journal of Eating Disorders, 2020; 53(11): 1780-1790. <https://doi.org/10.1002/eat.23353>
6. Fernández-Aranda F, Casas M, Claes L, Bryan DC, Favaro A, Granero R, Treasure J. COVID-19 and implications for eating disorders. European Eating Disorders Review, 2020; 28(3): 239-245. <https://doi.org/10.1002/erv.2738>
7. Niu Y, Xu F. Deciphering the power of isolation in controlling COVID-19 outbreaks. The Lancet Global Health, 2020; 8(4): 452-453. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30085-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30085-1)
8. Murphy R, Calugi S, Cooper Z, Dalle Grave R. Challenges and opportunities for enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) in light of COVID-19. The Cognitive Behaviour Therapist, 2020; 13(1): 14-21. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000161>
9. Sabik NJ, Falat J, Magagnos J. When self-worth depends on social media feedback: Associations with psychological well-being. Sex Roles, 2020; 82(2): 411-421. <https://doi.org/10.1007/s11199-019-01062-8>
10. O'Loughlin E, Galligan R, Grant S. Childhood maltreatment, shame, psychological distress, and binge eating: testing a serial mediational model. Journal of eating disorders, 2023; 11(1): 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00817-9>
11. Matos M, Galhardo A, Moura-Ramos M, Steindl SR, Bortolon C, Hiramatsu Y, Ferreira C. Measuring shame across five countries: dimensionality and measurement invariance of the external and internal shame scale. Current Psychology, 2023; 42(9): 7161-7170. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02019-5>

12. Ferreira C, Moura-Ramos M, Matos M, Galhardo A. A new measure to assess external and internal shame: Development, factor structure and psychometric properties of the external and internal shame scale. *Current Psychology*, 2022; 41(4): 1892-1901. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00709-0>
13. Nechita DM, David D. Shame facets as predictors of problematic eating behaviors: An ecological momentary assessment study. *Behaviour Research and Therapy*, 2023; 1(2): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104381>
14. Davies A, Wellard-Cole L, Rangan A, Allman-Farinelli M. Validity of self-reported weight and height for BMI classification: A cross-sectional study among young adults. *Nutrition*, 2020; 71(1): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.110622>
15. Chao AM, Abene J, Allison KC, Pearl RL, Wadden TA, Williams NN, Tronieri J.S. Binge eating disorder and eating self-efficacy in adults seeking bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 2022; 12(4): 1-10. <https://doi.org/10.1111/cob.12531>
16. Sezgintürk M, Sungur S. A multidimensional investigation of students' science self-efficacy: The role of gender. *İlköğretim Online*, 2020; 19(1): 208-218. <https://doi.org/10.17051/ilkonline.2020.653660>
17. Lombardo C, Cerolini S, Alivernini F, Balleio A, Violani C, Fernandes M, Lucidi F. Eating self-efficacy: validation of a new brief scale. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2021; 26(1): 295-303. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00854-2>
18. Grilo CM, Juarascio A. Binge-Eating Disorder Interventions: Review, Current Status, and Implications. *Current Obesity Reports*, 2023; 1(2): 1-11.
19. Davis HA, Keel, PK, Tangney JP, Smith GT. Increases in shame following binge eating among women: Laboratory and longitudinal findings. *Appetite*, 2022; 178(1): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.05.018>
20. Trethewey E, Evans S, McIver S, O'Brien J, Lowndes J, Pepin G, O'Shea M. One size may not fit all: A mapping review of yoga-based interventions for the treatment of eating disorders. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2023; 1(2): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101779>
21. Raisi A, Zerbini V, Piva T, Murri MB, Menegatti E, Caruso L, Mandini S. Treating Binge Eating Disorder With Physical Exercise: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2023; 1(1): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2023.03.010>
22. Borden A, Cook-Cottone C. Yoga and eating disorder prevention and treatment: A comprehensive review and meta-analysis. *Yoga for Positive Embodiment in Eating Disorder Prevention and Treatment*, 2022; 1(1): 97-134. <https://doi.org/10.4324/9781003201731-8>
23. Glisenti K, Strodl E, King R. The role of beliefs about emotions in emotion-focused therapy for binge-eating disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2023; 53(2): 117-124. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09555-6>
24. Glisenti K, Strodl E, King R. Emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A review of six cases. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2018; 25(6): 842-855. <https://doi.org/10.1002/cpp.2319>
25. Glisenti K, Strodl E, King R, Greenberg L. The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 2021; 9(1): 1-15. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
26. Osoro A, Villalobos D, Tamayo JA. Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2022; 29(3): 815-836. <https://doi.org/10.1002/cpp.2690>
27. Thompson S, Girz L. Overcoming shame and aloneness: Emotion-focused group therapy for self-criticism. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2020; 19(1): 1-11. <https://doi.org/10.1080/14779757.2019.1618370>
28. Kenny TE, Singleton C, Carter JC. Testing predictions of the emotion regulation model of binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 2017; 50(11): 1297-1305. <https://doi.org/10.1002/eat.22787>
29. Svaldi J, Tuschen-Caffier B, Trentowska M, Caffier D, Naumann E. Differential caloric intake in overweight females with and without binge eating: Effects of a laboratory-based emotion-regulation training. *Behaviour Research and Therapy*, 2014; 56(1): 39-46.

- <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.02.008>
30. McIver S, O'Halloran P, McGartland M. Yoga as a treatment for binge eating disorder: a preliminary study. *Complementary Therapies in Medicine*, 2009; 17(4): 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2009.05.002>
 31. Klein J, Cook-Cottone C. The effects of yoga on eating disorder symptoms and correlates: A review. *International Journal of Yoga Therapy*, 2013; 23(2): 41-50. <https://doi.org/10.17761/ijyt.23.2.2718421234k31854>
 32. Sahni PS, Singh K, Sharma N, Garg R. Yoga an effective strategy for self-management of stress-related problems and wellbeing during COVID19 lockdown: A cross-sectional study. *PloS one*, 2021; 16(2): 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245214>
 33. Basu-Ray I, Metri K, Khanra D, Revankar R, Chinnaiyan KM, Raghuram N, Hongasandra NR. 2022. A narrative review on yoga: a potential intervention for augmenting immunomodulation and mental health in COVID-19. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 2022; 22(1): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12906-022-03666-2>
 34. Hendriks T, Pritikin J, Choudhary R, Danyluck C. Exploring the relationship between character strengths and meditation: A cross-sectional study among long-term practitioners of Sahaja Yoga meditation. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 2022; 7(1): 31-45. <https://doi.org/10.1007/s41042-021-00052-0>
<https://doi.org/10.1007/s41042-021-00053-z>
 35. Matko K, Berghöfer A, Jeitler M, Sedlmeier P, Bringmann HC. Who benefits most? Interactions between personality traits and outcomes of four incremental meditation and yoga treatments. *Journal of Clinical Medicine*, 2022; 11(15): 1-10. <https://doi.org/10.3390/jcm11154553>
 36. Dalpati N, Jena S, Jain S, Sarangi PP. Yoga and meditation, an essential tool to alleviate stress and enhance immunity to emerging infections: A perspective on the effect of COVID-19 pandemic on students. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*, 2022; 1(1): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2022.100420>
 37. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 1982; 7(1): 47-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
 38. Adams G, Turner H., Hoskins J, Robinson A, Waller G. Effectiveness of a brief form of group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: Case series in a routine clinical setting. *International Journal of Eating Disorders*, 2021; 54(4): 615-620. <https://doi.org/10.1002/eat.23470>
 39. Nasehi M, Moeini F, Rahnejat A, Taheri N, Roostaei M, Nazemi M, Rezaei M. Effectiveness of Group Compassion Therapy on Improving Symptoms and Quality of Life in Bulimia Nervosa. *Paramedical Sciences and Military Health* 2020; 15 (1): 35-42. (In Persian).
 40. Kehtari Harzangh L, Poursharifi H, Heshmati R. Comparison of Impulsivity and Experiential Avoidance in Obese Individuals With and Without Binge Eating Disorder. *IJPCP* 2019; 25 (1) :84-95. (In Persian) <https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.1.84>
 41. Ugarte Pérez C, Cruzat-Mandich C, Quiñones Bergeret Á, Díaz-Tendero D, Gallegos M, Gil AA, Cepeda-Benito A. Comparative efficacy of remotely delivered mindfulness-based eating awareness training versus behavioral-weight loss counseling during COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 2023; 14 (1): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1101120>
 42. Palmieri S, Mansueto G, Marchant AP, Sassaroli S, Caselli G, Ruggiero GM, Spada MM. The Metacognitions about Binge Eating Questionnaire: Investigation of the association between specific metacognitions and Binge Eating Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2023; 1(1): 1-15. <https://doi.org/10.1002/cpp.2839>
 43. Cook, DR. 1988. Measuring shame: The internal shame scale. *Alcoholism treatment quarterly*, 1988; 4(2): 197-215. https://doi.org/10.1300/J020v04n02_12
 44. Rajabi G, Abasi GA. Examining the relationship between self-criticism, social anxiety and fear of failure with internalized shame in students. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 2012; 1(2): 171-182.
 45. Amini P, Hasanzadeh R. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Internalized Shame of Abused Women. *Women and Family Studies*, 2021; 14(52), 57-68. (In Persian).
 46. Moosavian E, Rahimi C, Mohammadi N,

- Aflakseir A.. Effectiveness of Experiential-Dynamic Emotion Regulation (EDER) and Mindful Self Compassionate (MSC) Eclectic Therapy in people with Introjective Depression. Journal of Modern Psychological Researches, 2021; 16(61), 211-228. (In Persian)
47. Murthy VE, Stapleton A, McHugh L. 2021. Self and rules in a sample of adults experiencing homelessness: Relationships to shame, well-binge, and psychological inflexibility. Journal of Contextual Behavioral Science, 2021; 21(2): 88-97. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.06.003>
48. Goss K, Gilbert P, Allan S. An exploration of shame measures-I: The other as Shame scale. Personality and Individual differences, 1994; 17(5): 713-717. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90149-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90149-X)
49. Foroughi A, Khanjani S, Kazemeyni M, Tayeri F. Factor Structure and Psychometric Properties of Iranian Version of External Shame scale. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2015; 2 (2) :50-57. (In Persian).
50. Turk F, Kellett S, Waller G. Determining the potential link of self-compassion with eating pathology and body image among women: a longitudinal mediational study. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2021; 2(5): 1-9. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01144-1>
51. Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi JS. Self-efficacy in weight management. Journal of consulting and clinical psychology, 1991; 59(5): 739-748. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.5.739>
52. Glynn SM, Ruderman AJ. The development and validation of an eating self-efficacy scale. Cognitive therapy and research, 1986; 10(4): 403-420. <https://doi.org/10.1007/BF01173294>
53. Babaei S, Khodapanahi K, Sadeghpour S Validation and Validation of Weight Affecting Lifestyle Questionnaire. Journal of Behavioral Sciences, 2008; 2(1), 75-81. (In Persian)
54. Fathi Z, Latifi Z. Comparing the Effectiveness of Body Appreciation Training and Self-Healing Training for Food Cravings and Weight Control Self-Efficacy among Overweight Women. Positive Psychology Research, 2023; 8(4): 75-94. (In Persian).
55. Geller SM, Greenberg LS. Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy. American Psychological Association.
56. Iyengar, G. Yoga in Motion book 2: Intermediate course of asanas and pranayama based on the educational program of B.K.S. Yoga Institute. Iyengar Translated by Sepideh Samimi, Tehran, Chiman Publications, published in the original language in 2003. (In Persian).
57. Elliott R, Shahar B. Emotion-focused therapy for social anxiety. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.): Clinical handbook of emotion-focused therapy (pp. 337-360. American Psychological Association. 2019. <https://doi.org/10.1037/0000112-015>