

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Self-healing Therapy on the Quality of Life of Women with Bulimia Nervosa

Zarabi Sh¹, Tabatabaei FS^{*1}, Latifi Z², Zare Zarehneystanak M¹

1. Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2. Department of Psychology, Payame Noor University, Isfahan, Isfahan, Iran

* **Corresponding author.** Tel: +989131163016, E-mail: f.tabatabaei49@yahoo.com

Received: Sep 27, 2021

Accepted: Mar 13, 2022

ABSTRACT

Background & aim: Bulimia nervosa, as a common psychological disorder, negatively affects the lives of people with this disorder and reduces their quality of life. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and self-healing on quality of life in women with bulimia nervosa.

Methods: This study was pretest-posttest quasi-experimental research with the control group. The statistical population of the study included all women with bulimia nervosa who had been referred to specialists and medical centers in Isfahan in 1398. 45 women were selected by purposive sampling and randomly placed in experimental and control groups. Data were collected via WHO Quality of Life questionnaire. Each of the experimental groups underwent 12 sessions of cognitive-behavioral group therapy, and self-healing group therapy, but the control group did not receive any training. Analysis of Mancova in SPSS-24 software was used to analyze the data.

Results: Based on the chi-square test, no significant difference was observed in terms of age, education, and disease duration between the three groups ($p < 0.05$). The results showed that the cognitive-behavioral and self-healing experimental groups were significantly different from the control group in all variables of quality of life ($p < 0.001$). Also, self-healing therapy increased the psychological, physical, and environmental dimensions of quality of life more than cognitive-behavioral therapy ($p < 0.05$).

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

Keywords: Cognitive-behavioral Therapy, Self-healing Therapy, Quality of Life, Bulimia Nervosa

مقایسه اثربخشی دو روش درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی

شراره ضرابی^۱، فاطمه سادات طباطبایی نژاد^{۱*}، زهره لطیفی^۲، محمد زارع نیستانک^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۳۱۱۶۳۰۱۶ ایمیل: f.tabatabaei49@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: اختلال پرخوری عصبی به عنوان یک اختلال شایع روانشناختی بر زندگی افراد مبتلا تاثیر منفی می گذارد و کیفیت زندگی آنها را کاهش می دهد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی انجام گرفت.

روش کار: این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه کننده به متخصصان و مراکز درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بودند که ۴۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار داده شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. یکی از گروه های آزمایش تحت درمان گروهی شناختی- رفتاری و گروه دیگر تحت درمان گروهی خودشفابخشی به مدت ۱۲ جلسه قرار گرفتند. گروه کنترل، آموزشی دریافت نکرد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون کوواریانس چند متغیری و نرم افزار SPSS-24 استفاده شد.

یافته ها: بر اساس آزمون مجذور کای تفاوت معناداری از لحاظ سن، تحصیلات و مدت بیماری بین سه گروه مشاهده نشد. نتایج نشان داد که گروه شناختی رفتاری و خودشفابخشی در مقایسه با گروه کنترل در تمامی ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معناداری داشتند ($p < 0.001$). همچنین درمان خودشفابخشی باعث افزایش بیشتر ابعاد روانی، جسمانی و محیطی کیفیت زندگی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری شده است ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این پژوهش می توان از درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی برای افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی استفاده کرد. اگر چه به نظر می رسد درمان خودشفابخشی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در این مورد، موثرتر باشد.

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، درمان خودشفابخشی، کیفیت زندگی، پرخوری عصبی

دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۰۵ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۲

مقدمه

اختلال خوردن^۱ به عنوان یک اختلال شایع روانشناختی دربرگیرنده مجموعه ای پیچیده و همگون از

نشانه های جسمی و روانشناختی از جمله افکار ناکارآمد در مورد غذا، وزن و شکل بدن، رفتارهایی مانند رژیم غذایی، پرخوری بیش از حد، روزه گرفتن، ورزش و فعالیت های جبرانی است که منجر به آشفتگی و

^۱ Eating Disorder

آسیب‌های قابل ملاحظه‌ای در فرد می‌شود (۱). اختلال پرخوری عصبی^۱ به عنوان دوره‌های مکرر پرخوری و مصرف زیاد مواد غذایی در یک بازه زمانی کوتاه همراه با از دست دادن احساس کنترل خود و سپس استفاده از رفتارهای جبرانی برای جلوگیری از افزایش وزن تعریف می‌شود (۲). در دنیا شیوع اختلال پرخوری عصبی در زنان بین ۰/۹ تا ۲/۹ و در مردان بین ۰/۱ تا ۰/۵ گزارش شده و در ایران، این میزان ۳/۲ درصد بیان شده است (۴،۳). اختلال پرخوری عصبی معمولاً با سایر اختلالات روانشناختی همراه بوده و افراد مبتلا حداقل وجود یک اختلال خلقی را در طول زندگی خود گزارش کرده‌اند (۵). این اختلال با مشکلات مختلفی مانند آسیب‌های جسمانی، بیولوژیک، روانشناختی و مختل شدن روابط اجتماعی همراه است که این عوامل در کنار هم منجر به کاهش کیفیت زندگی این افراد می‌گردد (۶-۸).

طی دهه‌های اخیر، کیفیت زندگی^۲ به عنوان یک شاخص بهبودی مهم در افراد مبتلا به اختلال خوردن به‌ویژه اختلال پرخوری عصبی در نظر گرفته شده است (۹). کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی نسبت به افراد سالم پایین‌تر است (۲). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به عنوان درک فرد از شرایط زندگی فعلی خود با توجه به بستر فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند تعریف می‌کند که با اهداف، انتظارات، نگرانی‌ها و استانداردهای فرد مرتبط است (۱۰). به عبارت دیگر، کیفیت زندگی ابزاری برای اندازه‌گیری بهزیستی کلی است که میزان رضایت افراد را از سلامت، آموزش، شغل، محیط زندگی و اجتماعی، روابط، امنیت و رفاه نشان می‌دهد (۱۱). افرادی که از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند سلامت جسمی و روانی بالایی داشته، احساس رضایت از زندگی بیشتری می‌کنند، در برخورد با چالش‌ها و

مشکلات زندگی احساس عزت نفس و خودکارآمدی کرده و توانایی بیشتری در مدیریت استرس و کنترل خود دارند (۱۲). با توجه به پایین آمدن کیفیت زندگی که به واسطه اختلال پرخوری عصبی ایجاد می‌شود و نیز تاثیر منفی کیفیت زندگی پایین بر شدت پرخوری عصبی و سایر حوزه‌های زندگی فرد (۱۳) استفاده از درمان‌های روانشناختی برای بهبود کیفیت زندگی این افراد، اهمیت فراوانی دارد. درمان روانشناختی خط اول برای درمان اختلال پرخوری عصبی که توسط پژوهشگران و محققان این حوزه مورد استفاده قرار گرفته است، درمان شناختی رفتاری است (۱۴،۱۵). این درمان شامل انواع درمان‌های مبتنی بر نظریه شناختی و یادگیری است که تمرکز مشترکی بر روابط بین افکار، احساس و رفتار داشته و به عنوان یک مداخله بالینی شواهدمحور بر نقش افکار، شناخت‌ها و رفتارهای ناسازگار در ایجاد و تداوم اختلالات روانی تاکید دارد و از طریق فرایندهای رفتاری (فعال سازی رفتاری و مواجهه سازی) و مولفه‌های شناختی (بازسازی شناختی و آزمایش‌های رفتاری) به دنبال کاهش آشفتگی و ناکارآمدی روانشناختی است (۱۶). مدل درمان شناختی رفتاری، روش موثری برای اختلال خوردن مبتنی بر اصول و باورهای ناکارآمد درباره وزن بدن و نارضایتی از شکل و وزن بدن است که باعث تداوم رفتارهای پرخوری شدید و افراطی و رفتارهای جبرانی و خودمحدودکننده می‌شود (۱۷). به اعتقاد ایلیز و همکاران، درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال خوردن موثر است (۱۸).

یکی دیگر از روش‌های درمانی که اخیراً توسط پژوهشگران داخلی و خارجی در حوزه‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است درمان خودشفابخشی^۳ است که با عناوین گوناگونی مانند خودمراقبتی یا خودیاری هم از آن یاد می‌شود (۱۹). خودشفابخشی

^۳ Self Healing

^۱ Bulimia Nervosa

^۲ Quality of Life

به طور رسمی توسط لوید و جانسون^۱ تحت عنوان کدهای شفا بخش ارائه شده و شامل خاطره‌یابی، شناخت ریشه‌های دوازده گانه علل اقدامات زیان بخش از جمله پر خوری عصبی و آموزش تمرینات خود آرام بخشی برای کاهش اثرات و تداوم استرس‌های فیزیولوژیک است. لوید^۲ معتقد است که ریشه بسیاری از مشکلات جسمانی و روانشناختی افراد، ناشی از استرس فیزیولوژیکی است که توسط خاطرات سلولی مخرب ایجاد شده و این خاطرات موجب انجام اقدامات زیانبخش علیرغم میل باطنی فرد می‌گردد (۲۰). تمرکز این رویکرد درمانی بر تلاش فرد جهت درمان خاطرات مخرب یا همان حافظه پنهان و ریشه‌یابی علل استرس فیزیولوژیک در ویژگی‌های شخصیتی علاوه بر شرایط محیطی است. در این درمان بر تعالی معنویت، داشتن سبک زندگی سالم، اصلاح گفتگوهای درونی، اصلاح ترس‌ها و باورهای ناسالم، مراقبه، دعا و انجام تمرینات مخصوص کدهای شفا بخشی تاکید شده است (۲۱). در مطالعات مختلفی بر اثربخشی درمان خودشفا بخشی در تسریع بهبود افسردگی، اضطراب، بهبود وضعیت کلی کیفیت زندگی، افزایش کیفیت زندگی اجتماعی و عملکردی و ارتقا سلامت روان تاکید شده است (۲۲، ۱۹).

انجام مداخله‌های موثر و بهنگام جهت رفع مشکلات زنان مبتلا به اختلال پر خوری عصبی ضروری است. درمان خودشفا بخشی به علت گستردگی تمرینات و اثر گذاری بر حوزه‌های مختلف زندگی به نظر می‌رسد می‌تواند درمان موثری برای زنان مبتلا به اختلال پر خوری عصبی باشد. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته تاکنون مطالعه‌ای به اثربخشی درمان خودشفا بخشی در افراد مبتلا به پر خوری عصبی نپرداخته است، بنابراین در این زمینه شاهد خلأ پژوهشی می‌باشیم، از سوی دیگر نتایج متناقضی در پژوهش‌های پیشین در زمینه اثربخشی درمان شناختی

رفتاری بر متغیر کیفیت زندگی یافت شده است. بر این اساس با توجه به جدید و نبودن درمان خودشفا بخشی برای تعیین اعتبار مقایسه‌ای و میزان اثربخشی مطلوب این مداخله، مقایسه این رویکرد با درمان شناختی رفتاری که از لحاظ بالینی و تجربی مورد تایید قرار گرفته است، ضروری به نظر می‌رسد. لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان خودشفا بخشی و درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال پر خوری عصبی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. از بین زنانی که به مراکز تغذیه و پزشکان متخصص شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند و توسط متخصصین، تشخیص اختلال پر خوری عصبی برای آنها داده شده بود، تعداد ۴۵ نفر بر اساس فرمول زیر (سطح معناداری ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸ در نظر گرفته شد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در یکی از گروه‌های آزمایش شناختی رفتاری، خودشفا بخشی و کنترل قرار داده شدند.

$$n=p(1-p) (z_{1-\alpha/2})^2/d^2$$

معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن رضایت آگاهانه و تحصیلات حداقل متوسطه، عدم دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی دیگر و نیز عدم ابتلا به سایر اختلالات روانشناختی بود. غیبت بیش از دو جلسه و انصراف از ادامه همکاری به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. پس از قرارگیری نمونه‌ها در گروه‌های پژوهش ابتدا پرسشنامه کیفیت زندگی توسط آنها تکمیل شد. سپس گروه‌های آزمایش هر کدام طی ۱۲ جلسه ۱ ساعته با پروتکل‌های درمان خودشفا بخشی و درمان شناختی

^۱ Loyd & Janson

^۲ Loyd

رفتاری تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل، مداخله‌ای را دریافت نکردند. پروتکل‌های درمانی پژوهش حاضر توسط دو نفر از اساتید این حوزه مورد بررسی قرار گرفت و از لحاظ ساختار درمانی، تناسب محتوایی با بیماران مبتلا به پرخوری عصبی، کفایت زمانی هر جلسه و تعداد کل جلسات هر درمان، مورد تایید قرار گرفت و توسط درمانگر به صورت گروهی اجرا شدند. یک هفته بعد از مداخله، سوالات بعد روانشناختی پرسشنامه کیفیت زندگی مجدداً توسط شرکت کنندگان پاسخ داده شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی که توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) ساخته شده است، استفاده شد. این پرسشنامه ۲۶ سوالی، چهار بُعد سلامت جسمانی

(۷ سوال با دامنه نمره بین ۷ تا ۳۵)، روانشناختی (۶ سوال با دامنه نمره بین ۶ تا ۳۰)، روابط اجتماعی (۳ سوال با دامنه نمره بین ۳ تا ۱۵) و محیط زندگی (۸ سوال با دامنه نمره بین ۸ تا ۴۰) را مورد سنجش قرار می‌دهد. هرچه نمره فرد بیشتر باشد بیانگر بالا بودن وضعیت فرد در ابعاد کیفیت زندگی و نمره کل کیفیت زندگی است. در ایران پایایی پرسشنامه در بعد سلامت جسمانی ۰/۷۷، روانشناختی ۰/۷۷، اجتماعی ۰/۷۵ و محیطی ۰/۸۴ گزارش شده است (۲۷). ضریب آلفای کرونباخ بعد روانشناختی کیفیت زندگی، جسمانی، اجتماعی و محیطی در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۷۲ بدست آمده است.

جدول ۱. پروتکل درمان شناختی رفتاری پرخوری عصبی میشل و همکاران (۲۸)

جلسه اول	معرفی شرکت کنندگان و بیان انتظاراتشان از درمان گروهی- ارائه اطلاعات پایه و بیان اهداف- کاربرگ خودکنترلی
جلسه دوم	بررسی تکالیف خانه- توضیح درباره نشانه‌های محرک‌های پرخوری و پیامدهای احتمالی رفتارهای پرخوری- ارائه راهکارها برای تغییر دادن رفتارهای پرخوری- کاربرگ تنظیم برنامه غذایی
جلسه سوم	بررسی تکالیف خانه- توضیح درباره ارتباط افکار، احساس و رفتار- بیان سبک‌های ناکارآمد- ارائه راهبردها برای شناسایی افکار اتوماتیک- کاربرگ بازسازی افکار
جلسه چهارم	بررسی تکالیف خانه- شناسایی نشانه و افکار مرتبط با مشکل پرخوری- ارزیابی افکار به دو شکل چالش با افکار مشکل دار با پرسشگری درباره آنها و چالش با افکار مشکل دار با آزمون‌ها- کاربرگ بازسازی افکار
جلسه پنجم	بررسی تکالیف خانه- بررسی زنجیره علت پاسخ پیامد و توضیح درباره اینکه چطور پیامدها خود در زنجیره رفتاری بزرگتر، علت می‌شود- ارائه راهبردها برای شکستن این زنجیره مخرب- کاربرگ شناسایی زنجیره رفتاری
جلسه ششم	بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه- بحث درباره مدیریت تکانش و ارائه راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر- کاربرگ فعالیت‌های خوشایند
جلسه هفتم	بررسی تکلیف خانه- توضیح درباره اینکه تصویر از چه مواردی متأثر می‌شود- بیان ارتباط تصویری تن و پرخوری- تغییر افکار ناکارآمد درباره تصویر تن- ارائه راهکارهایی برای بهبود تصویر تن- کاربرگ تغییر افکار درباره بدن
جلسه هشتم	بررسی تکلیف خانه- بیان عزت نفس و اینکه افراد چگونه خود را تعریف می‌کنند- به چالش کشیدن ساعت خودارزیابی‌های منفی افراد و اصلاح نقاط ضعف آنها- ارائه راهبردهایی برای بهبود عزت نفس- کاربرگ خودانگاره
جلسه نهم	بررسی تکلیف خانه- توضیح درباره استرس، عوامل استرس‌زا و مدیریت استرس- مدیریت استرس با استفاده از آرامش عضلانی و با کمک حل مسئله- ارائه راهبردهایی برای مدیریت استرس- کاربرگ کاهش استرس
جلسه دهم	بررسی تکلیف خانه- رفتار جرات مندی- ارائه موقعیتی که در آن جرات‌مند بودن مشکل است و انجام یک تکلیف گروهی در این زمینه- نمونه‌ای از گفتگوهای منفی درونی که مانع بروز رفتارهای جرات‌مندانه در فرد می‌شود- خودگویی افزایش جرات ورزی- کاربرگ افکار مرتبط با جرات‌مندی و غیر جرات‌مندی
جلسه یازدهم	بررسی تکلیف خانه- توضیح درباره اینکه وزن مناسب برای آنها چقدر است- ارائه راهبردهایی برای نگهداشتن یک وزن سالم- انجام ورزش و توجه به مواد غذایی مصرفی- کاربرگ غذاها و موقعیت‌های پرخطر
جلسه دوازدهم	بررسی تکلیف خانه- برنامه ریزی برای پیشگیری از عود- تمرین مواجهه با غذاها و موقعیت‌های پرخطر برای پرخوری و تقویت مثبت و دادن پاداش برای مواجهه مفید- برنامه‌ریزی برای یک سبک زندگی سالم

جدول ۲. پروتکل درمان خودشفابخشی لطیفی و مروی (۲۹)

جلسه	خلاصه جلسه
۱	آشنایی شرکت کنندگان با هم- توضیح درباره فرایند جلسات- معرفی استرس‌های موقعیتی و توضیح سیستم ایمنی تکلیف: بررسی حالات و تهیه کاملتر لیست نگرانی‌ها، مشکلات و استرس‌ها توسط اعضای گروه
۲	توضیح استرس‌های فیزیولوژیک، پنهان یا خاطرات سلولی مخرب و حافظه کاذب تکلیف: مشاهده خود و بررسی استرس‌های موجود و صحیح و آرام سازی شن حدافل یک بار در روز یا شنیدن فایل صوتی آرامش عضلانی تنفسی
۳	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب، آموزش مدیریت استرس‌های موقعیتی- خاطره یابی با توجه به شکست‌ها- تعارضات و ناکامی‌ها و سردرگمی‌های فرد تکلیف: بررسی مشکلات واقعی و ساختگی در زندگی خود توسط اعضای گروه شروع خاطره یابی تمرین عملی مراقبه با گل سرخ
۴	ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلولی در ۱۲ کد معرفی شده (کینه جویی- اقدامات زیان بخش- باورهای غلط و احساسات منفی مثلثی) تکلیف: شناخت دقیق تر در مورد کینه جویی بررسی ابعاد باورهای مخفی و خاطرات سلولی مخرب با فایل خاطره یابی با تمرکز بر گروه کینه جویی اجرای مراقبه یا تن آرامی عضلانی تنفسی
۵	بکاربردن تکنیک آسانسور شیشه ای، خاطره‌یابی یا حافظه‌یابی تروماها و حوادث بسیار اثر گذار زندگی در تمام دوره‌های زندگی و شوک‌ها با توجه به نگرش فرد تکلیف: اجرای تکنیک صندلی خالی در منزل با سایر خاطرات مخرب سلولی و بررسی سالم یا ناسالم بودن احساس‌ها و باورهای ناشی از آن، مطالعه مطالب بخشش و تفکر در مورد انتخاب بخشش، بررسی اقدامات زیان بخش خود
۶	توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فنون بخشش تکلیف: ادامه چالش ذهنی در مورد کاهش حس کینه توزی و انتقام، خودکاوای برای شناخت سندرم من بیچاره، بررسی افکار ناسالم و دروغ‌های باور شده و شناخت احساسات مشکل‌آفرین، اجرای مراقبه اسکن نورانی بدن
۷	تشریح و توضیح اقدامات زیان بخش و عادات غلط و مخرب و روش‌های تقویت اراده- آموزش حل مسئله و تغییر محیط به آزمودنی‌ها تکلیف: بررسی نقش سندرم من بیچاره در عادات مخرب، ثبت موفقیت‌ها و مهارت‌های به کار گرفته شده در راستای سه گروه بازدارنده، اجرای فن خاطره‌یابی معکوس
۸	معرفی کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل عشق، شادی، آرامش و بردباری تکلیف: شروع برنامه ایجاد و تقویت چهار کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت‌ها، اجرای مراقبه‌ها
۹	معرفی کدهای شفابخش پنجم تا نهم شامل مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خویشنداری و آموزش فن خاطره یابی معکوس تکلیف: ایجاد و تقویت نه کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت
۱۰	توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی با تمام وجود و اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته‌ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خود شفابخشی تکلیف: صرف وقت خاص تنهایی برای نیایش و برقراری ارتباط با خدا و سپاسگزاری (تقویت معنویت)، تمرینات سکوت و خلوت و ذهن آگاهی فکری و بدنی
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 حیطه‌های سلامت و بهداشت- صمیمیت و ارتباطات (والدین، همسر، فرزندان، بستگان و دیگران)- رشد علمی- رشد مالی- پیشرفت شغلی- بهبود خانه، محله و جامعه- فعالیت مفید اجتماعی

یافته ها

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

از میانگین، انحراف استاندارد، مجذور کای، آزمون کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۳. اطلاعات جمعیت شناختی در شرکت کنندگان به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

گروه	متغیر	شناختی رفتاری	خودشفا بخشی	گواه	χ^2	سطح معنی داری
سن (سال)	کمتر از ۳۰	۷	۶	۹	۱/۲۴۵	۰/۵۳۷
	بیشتر از ۳۰	۸	۹	۶		
سطح تحصیلات	سیکل	۳	۲	۲	۲/۱۹	۰/۹۰۱
	دیپلم	۴	۴	۶		
	لیسانس	۵	۷	۶		
	فوق لیسانس	۲	۲	۱		
مدت بیماری	کمتر از ۶ ماه	۹	۸	۷	۰/۵۳۶	۰/۷۶۵
	بیشتر از ۶ ماه	۶	۷	۸		

نتایج جدول ۳ نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای سن، تحصیلات و مدت بیماری تفاوت معناداری وجود نداشت. در جدول ۴ میانگین کیفیت زندگی برای گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. همچنان که جدول نشان می‌دهد

نمرات زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی و نمره کل کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر می‌باشد. همچنین نمرات پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون در دو گروه مورد مداخله، افزایش چشمگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. میانگین کیفیت زندگی در گروه‌های مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله

		کنترل		شناختی رفتاری		خودشفا بخشی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	بعد روانشناختی	۱۶/۴۶	۲/۲۳	۱۶/۰۶	۲/۲۸	۱۶/۶۶	۲/۱۹
	بعد جسمانی	۱۷/۷۳	۳/۵۷	۱۸/۱۳	۳/۴۴	۱۷/۶۰	۳/۳۹
	بعد اجتماعی	۷/۸۶	۲/۰۶	۸/۴۰	۲/۰۲	۸/۶۰	۱/۸۸
	بعد محیطی	۱۹/۰۶	۴/۳۶	۱۹/۳۳	۳/۷۱	۱۹/۹۳	۴/۱۶
	کیفیت زندگی کل	۶۱/۱۳	۹/۳۷	۶۱/۹۳	۷/۲۶	۶۲/۸۰	۸/۵۸
پس آزمون	بعد روانشناختی	۱۵/۸۶	۲/۳۲	۱۷/۸۶	۲/۰۳	۱۹/۸۰	۲/۰۷
	بعد جسمانی	۱۷/۳۳	۴/۶۵	۱۹/۰۶	۳/۶۱	۲۰/۲۰	۳/۹۴
	بعد اجتماعی	۷/۵۳	۲/۴۴	۹/۰۱	۲/۵۰	۹/۶۶	۲/۱۶
	بعد محیطی	۱۹/۰۱	۴/۶۷	۲۰/۴۶	۴/۲۰	۲۲/۴۶	۴/۶۱
	کیفیت زندگی کل	۵۹/۷۳	۹/۹۵	۶۶/۴۰	۸/۲۲	۷۲/۱۳	۹/۵۹

قبل از آزمون تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های کواریانس چندمتغیره مورد بررسی قرار گرفت. سطح معناداری نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای پژوهش، بالاتر از ۰/۰۵ بود که نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌های پژوهش بود. بر اساس نتایج آزمون لوین، برابری واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفت

($p > ۰/۰۵$). در آزمون ام باکس نیز، سطح معناداری برابر با ۰/۷۸۲ و معنادار نبود که نشان‌دهنده برقراری مفروضه همگنی واریانس کواریانس بود. با توجه به تأیید پیش‌فرض‌های پژوهش برای تحلیل یافته‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری برای

تعیین اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر کیفیت زندگی گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب ایتا	توان آماری
بعد روانشناختی	گروه	۱۰۳/۸۷	۲	۹۳/۵۱	۸۴/۲۸	۰۰۱/۰	۶۰۳/۰	۱
بعد جسمانی	گروه	۶۲/۰۰۸	۲	۰۰۴/۳۱	۸۲/۲۴	۰۰۱/۰	۵۶۶/۰	۱
بعد اجتماعی	گروه	۸۴/۱۴	۲	۴۲/۷	۷۵/۸	۰۰۱/۰	۳۱۵/۰	۹۵۸/۰
بعد محیطی	گروه	۳۳/۵۲	۲	۱۶/۲۶	۲۲/۱۳	۰۰۱/۰	۴۱۰/۰	۹۹۶/۰
کیفیت زندگی	گروه	۷۴/۸۴۵	۲	۸۷/۴۲۲	۶۵/۶۳	۰۰۱/۰	۷۵۶/۰	۱

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین بعد روانشناختی، جسمانی، اجتماعی و محیطی و نیز نمره کل کیفیت زندگی در گروه‌های مورد مطالعه، تفاوت معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). در ادامه تحلیل

آماره برای مقایسه بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی کیفیت زندگی در گروه شناختی رفتاری، خودشفابخشی و گواه

متغیر	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
بعد روانشناختی	شناختی رفتاری با کنترل	۲/۳۴	۰/۴۹۶	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با کنترل	۳/۷۵	۰/۴۹۹	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با شناختی رفتاری	۱/۴۰	۰/۴۹۸	۰/۰۲۳
بعد جسمانی	شناختی رفتاری با کنترل	۱/۲۸	۰/۴۱۳	۰/۰۱۱
	خودشفابخشی با کنترل	۲/۹۲	۰/۴۱۶	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با شناختی رفتاری	۱/۶۴	۰/۴۱۵	۰/۰۰۱
بعد اجتماعی	شناختی رفتاری با کنترل	۰/۹۶۶	۰/۳۴۲	۰/۰۲۲
	خودشفابخشی با کنترل	۱/۳۹	۰/۳۴۳	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با شناختی رفتاری	۰/۴۳۲	۰/۳۴۲	۰/۶۴۲
بعد محیطی	شناختی رفتاری با کنترل	۱/۳۵	۰/۵۲۰	۰/۰۳۹
	خودشفابخشی با کنترل	۲/۶۹	۰/۵۲۴	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با شناختی رفتاری	۱/۳۴	۰/۵۲۲	۰/۰۴۳
کیفیت زندگی	شناختی رفتاری با کنترل	۵/۸۲	۰/۹۴۳	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با کنترل	۱۰/۶۴	۰/۹۴۶	۰/۰۰۱
	خودشفابخشی با شناختی رفتاری	۴/۸۱	۰/۹۴۴	۰/۰۰۱

دو گروه خودشفابخشی و شناختی رفتاری مشاهده نشد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر که با هدف مقایسه اثربخشی روش‌های درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال پر خوری عصبی انجام شد، نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و درمان خودشفابخشی با گروه کنترل در ابعاد روانشناختی، جسمانی، اجتماعی و محیطی و نمره کل کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. گروه خودشفابخشی باعث افزایش بیشتر ابعاد روانشناختی، جسمانی و محیطی و نمره کل کیفیت زندگی در مقایسه با گروه شناختی رفتاری شده است، اما در بعد اجتماعی، تفاوت معناداری بین

بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی، تاثیر معنی‌داری داشت. یافته‌های مطالعات ابیلیز^۱ و همکاران، رضایی و همکاران، و لیناردون^۲ و همکاران روی افراد مبتلا به اختلال خوردن نیز نتایج مشابهی را نشان داد (۲۴-۲۳، ۱۸). در تبیین این یافته می‌توان چنین استدلال کرد که درمان شناختی رفتاری ابتدا افکار و باورهای غیرمنطقی و خودکار بیماران را که در ارتباط با شکل، وزن و اندازه بدن فرد، روابط اجتماعی، دیدگاه دیگران و رفتار پرخوری هستند، شناسایی می‌کند، سپس از طریق چالش و بازسازی شناختی به این افراد کمک می‌کند تا این افکار و باورهای منفی خود را تغییر داده و بتوانند نگرش مثبتی نسبت به زندگی شخصی و اجتماعی خود داشته باشند. همچنین استفاده از این روش باعث می‌شود افراد، مهارت شناختی و رفتاری متناسبی برای مواجهه با چالش و شرایط موجود کسب کنند. این تکنیک‌ها باعث می‌شود که تمایل آنها در استفاده از رفتار پرخوری برای اجتناب از افکار و احساسات آزاردهنده کاهش یابد، همچنین با تغییر نگرش منفی فرد نسبت به شکل و اندازه بدن یا به طور کلی تصویر تن به این افراد کمک می‌کند تا به گونه‌ای موثرتر در محیط‌های اجتماعی وارد شود و اعمال روزانه خود را انجام دهند. بر این اساس درمان شناختی رفتاری با تغییر ابعاد روانی، اجتماعی، جسمانی و محیطی فرد به نظر می‌رسد، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی این افراد کمک کند. درمان شناختی رفتاری با کاهش مشکلات روانشناختی مانند اضطراب، استرس، افسردگی و پرخاشگری، رفع و کاهش نگرانی افراد درباره شکل، اندازه و وزن خود از طریق بازسازی شناختی و تمرینات و فعالیت‌های تن آرامی، بهبود احساس عزت نفس و افزایش احساس خودارزشمندی در موقعیت‌های گوناگون، ایجاد خودپنداره مثبت و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت می‌تواند موجب

بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال خوردن شود (۱۸، ۳۰). علیرغم یافته‌های فوق، مطالعه ترهاریان^۳ و همکاران، تاثیر معنی‌دار درمان شناختی رفتاری را در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال خوردن نشان نداد. این تفاوت می‌تواند به این دلیل باشد که در پژوهش حاضر فقط زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مطالعه شده‌اند در حالی که در پژوهش ترهاریان و همکاران، افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی، اختلال پرخوری و اختلال خوردن ناشناخته مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. همچنین در پژوهش حاضر، درمان شناختی رفتاری به صورت حضوری اجرا شد در حالی که پژوهش فوق به صورت مجازی و اینترنتی انجام گرفت.

در خصوص تاثیر درمان گروهی خودشفابخشی بر کیفیت زندگی زنان شرکت‌کننده در مطالعه، نتایج نشان داد که درمان خودشفابخشی بر بهبود کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مبتلا به پرخوری عصبی، تاثیر معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های چارلسن و همکاران (۱۹)، لویزو و همکاران (۲۲) و زارعان و همکاران (۲۶) همسو می‌باشد. از دیدگاه درمان خودشفابخشی، ریشه بسیاری از مشکلات جسمانی و روانشناختی ناشی از استرس‌های فیزیولوژیکی است که ریشه در خاطرات سلولی مخرب دارند و این خاطرات باعث ایجاد استرس در بدن می‌شود. بر این اساس برای درمان باید این خاطرات مخرب تحت درمان قرار گیرند. کدهای شفابخش از طریق مهندسی خاطرات افراد، عادت‌هایی را که باعث باورهای غلط ناخودآگاه در خاطرات افراد می‌شود، از بین برده و موانع ناهشیاری را که سد راه سلامتی، موفقیت و شادکامی است، حذف می‌کند (۲۰، ۳۱). افرادی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم در معرض کدهای شفابخش قرار می‌گیرند سطح برانگیختگی آنها افزایش پیدا می‌کند، درد و رنج کمتری را تجربه می‌کنند و با برانگیختگی سیستم

^۱ Abilés^۲ Linardon^۳ Ter Huurne

عصبی خودمختار، پاسخ‌های سازگارانه‌ای به شرایط موجود می‌دهند و به همین دلیل استرس آنها کاهش می‌یابد (۳۲). از سوی دیگر آشنایی افراد شرکت‌کننده با سیستم عصبی و عملکرد موثر مغز در ایجاد استرس‌های فیزیولوژیک و غیرفیزیولوژیک، فرایند ترشح هورمون کورتیزول و فهم چگونگی روند تولید استرس در بدن باعث شده است تا افراد مبتلا متوجه شوند که در بسیاری از اوقات آنان برای تسکین موقت خود و فرار از رنج‌های درونی که ناشی از تداعی خاطرات منفی و مخرب سلولی است و همچنین آرام‌بخشی خود از استرس‌ها، شکست‌ها و ناکامی‌های بیرونی به رفتار خوردن عصبی پناه ببرند و در این راستا بدن به مکانیزم دفاعی ذخیره‌سازی چربی و قند در کبد می‌پردازد و با این عمل نه تنها روند افزایش وزن ادامه می‌یابد بلکه تصمیمات و اقدامات کنترل وزن نیز محکوم به شکست هستند. بنابراین آشنایی با چگونگی مواجهه با مشکلات زندگی روزمره، شناخت مشکلات واقعی و کاذب، پذیرش وضعیت موجود و تقویت اراده با تکنیک چهار عاملی (تصمیم، مراقبت، ارزیابی، تنبه و پاداش) در کنار اصلاح سبک زندگی در زمینه خوردن، آشامیدن، خواب و تحرکات بدنی احتمالاً در بهبود کیفیت زندگی این گروه اثر داشته است.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از تاثیر بیشتر درمان خودشفابخشی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در بهبود متغیر کیفیت زندگی بود. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته توسط محققان، تاکنون پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان خودشفابخشی و درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی پرداخته باشد، یافت نشد. شاید بتوان گفت علت اثرگذاری بیشتر این مداخله آن است که درمان خودشفابخشی، ابعاد مختلف زندگی فرد را مورد توجه قرار می‌دهد؛ مثلاً در بعد جسمانی بر سبک زندگی سالم، اصلاح سبک نادرست زندگی از جمله اصلاح الگوی خواب، خوردن و نوشیدن، ورزش کردن، تفریح و نظافت تاکید شده

است، در بعد روانشناختی با توجه به کدهای شفابخشی که در این روش درمانی دارای اهمیت است، به دنبال انجام این روش درمانی عشق، شادمانی، آرامش، بردباری، تواضع، احساس ارزشمندی و خویشن‌داری در انسان تقویت می‌شود، باورهای غلط در این کدها و اقدامات زیان‌بخش کاهش می‌یابد و از بین می‌روند. در بعد اجتماعی، ارتباطات و هیجانات مرتبط با آن به شیوه‌ای موثر و مناسب تنظیم و مدیریت می‌گردد. در بعد معنوی، انسان از طریق دعا و نیایش با خالق و ایجاد هدفمندی در زندگی که مبتنی بر تعالی معنوی است اعمال و صفات مخرب را در خود کم می‌کند و به ایجاد و ارتقای فضیلت‌های سالم می‌پردازد و در بعد اخلاقی به بررسی و درمان عادات ناسالم در رابطه با خود و دیگران و شناخت و بهبود ویژگی‌های غیراخلاقی می‌پردازد (۲۹).

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، استفاده از ابزار خودگزارشی و پرسشنامه است که می‌تواند موجب سودار شدن نتایج پژوهش شود. همچنین عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شرکت‌کنندگان پژوهش، عدم بررسی سایر متغیرهای جمعیت شناختی موثر مانند میزان درآمد، بیماری زمینه‌ای، تاهل و عدم استفاده از دوره پیگیری از جمله سایر محدودیت‌های مطالعه حاضر بودند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان خودشفابخشی در مقایسه با روش درمان شناختی رفتاری تاثیر بیشتری در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی داشته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگرانی که با بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی کار می‌کنند برای اثرگذاری بیشتر بر کیفیت زندگی آنها از اصول و تکنیک‌های درمان خودشفابخشی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1400053 می‌باشد. از

تمامی شرکت‌کنندگان که در انجام هرچه بهتر پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌گردد.

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی نایین با کد

References

- 1- Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence a treatment challenges. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. 2018;9:11-16.
- 2- Wu XY, Yin WQ, Sun, HW, Yang SX. The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: a systematic review of population-based studies. Plos One. 2019;14(10):1-17.
- 3- Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Current Psychiatry Reports. 2012;14(4):406-14.
- 4- Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. International Journal of Eating Disorders. 2000;28(3):265-71.
- 5- Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdereau F, Lang F, et al. Mood disorders in eating disorder patients: prevalence and chronology of ONSET. Journal of Affective Disorders. 2015;185(1):115-22.
- 6- Milano W, Milano L, Capasso A. Health consequences of bulimia nervosa. Biomedical Research and Clinical Practice. 2018;3(1):1-5.
- 7- Sathyapriya B, Lakshmanan P, Sumathy G, Koshy JM. Bulimia nervosa- a psychiatric eating disorder. Acta Scientific Medical. 2018;2(2):21-26
- 8- Scodellaro C, Pan Ké Shon JL, Legleye S. Disorders in social relationships: the case of anorexia and bulimia. Revue française de sociologie. 2017;58:7-40
- 9- Agh T, Kova'cs G, Supina D, Pawaskar M. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. Eating and Weight Disorders. 2016;21:353-64.
- 10- Damásio F, Pimenteira de Melo RL, da Silva JP. Meaning in life, psychological well-being and quality of life in teachers. Paidéia. 2013;23(54):73-82.
- 11- Yaya S, Ghosh Sh, Ghose B. Subjective happiness, health and quality of life and their sociocultural correlates among younger population in Malawi. Social Science. 2019;8(55):1-18
- 12- Tavares DE, Cruz Matias TG, dos Santos Ferreira PC, Pegorari MS. Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(11):3557-64.
- 13- Mitchison D, Dawson L, Hand L, Mond J. Quality of life as a vulnerability and recovery factor in eating disorders: a community-based study. BMC Psychiatry. 2016;16(32):1-15.
- 14- de Jong M, Schoorl M, Hoek HW. Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review. Eating Disorders. 2018;31(6):438-47.
- 15- Glasofer D, Devlin M. Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. Psychotherapy. 2013;50(4):537-42.
- 16- Santoft F. What makes cognitive behavioral therapy effective? an investigation of Psychological and inflammatory processes. Karolinska Institutet; 2019
- 17- Saekow J, Jones M, Gibbs E, Jacobi C, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley D, et al. Student bodies-eating disorders: a randomized controlled trial of a coached online intervention for subclinical eating disorders. Internet Interventions. 2015;2(4):419-28.
- 18- Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Obispo A, Gandara N, Luna, V, et al. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in morbidity obese candidates for bariatric surgery with and without binge eating disorder. Nutricion Hospitalaria. 2013;28:1523-29.
- 19- Charlson ME, Loizzo J, Moadel A, Neale M, Newman Ch, Olivo R, et al. Contemplative self-healing in women breast cancer survivors: a pilot study in underserved minority women shows improvement in quality of life and reduced stress. BMC Complementary and Alternative medicine. 2014;14(349):1-10.

- 20- Loyd A. The healing codes II: a step-by-step guide to whole-life healing. Publisher: Yellow Kite; 2019.
- 21- Loyd A, Janson B. Healing codes guide. Translation; Marvi M, Latifi Z. Esfahan: Oroj Publishers; 2018.
- 22- Loizzo JJ, Peterson JC, Charlson ME, Wolf EJ, Altemus M, Briggs WM, Caputo TA. The effect of a contemplative self-healing program on quality of life in women with breast and gynecologic cancers. *Alternative Therapies in Health & Medicine*. 2010;16(3):30-39.
- 23- Rezaei S, Abedi P, Maraghi E, Hamid N. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on quality of life in women with hypothyroidism in the reproductive age: a randomized controlled trial. *Thyroid Research*. 2020;13(6):1-6 [Persian].
- 24- Linardon J, Brennan L. The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2017;50(7):715-30.
- 25- Ter Huurne ED, de Haan HA, Postel MG, van der Palen J, Van DerNagel JE, DeJong CAJ. Web-based cognitive behavioral therapy for female patients with eating disorders: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2015;17:152-57.
- 26- Zarean F, Latifi Z. Effects of self-healing intervention on quality of life and mother-child interaction among female breadwinners. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2021;43:1-10 [Persian].
- 27- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006;4(4):1-12 [Persian].
- 28- Mitchell JE, Devlin MJ, Zwaan MD, Crow SJ, Peterson CB. Binge-eating disorder. New York: The Guilford Press; 2008.
- 29- Latifi Z, Marvi M. Healing in the treatment room guides psychologists and counselors in the application of healing codes. Tehran: Payame Noor Publications; 2020 [Persian].
- 30- Mason T, Crosby D, Kolotkin R, Grilo C. Correlates of weight-related quality of life among individuals with binge eating disorder before and after cognitive-behavioral therapy. *Eating Behaviour*. 2017;27:1-6.
- 31- Loyd A. The Memory Engineering. Publisher: Hodder & Stoughton; 2018.
- 32- Vignesh M, Jothi Priya A, Gayatri R. Scientific and therapeutic effects of self-healing. *Drug Invention Today*. 2019;11(10):1-4.