



Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Treatment Adherence and Perceived Stress in Irritable Bowel Syndrome Patients

Azadeh Amiri Moghadam Shirvan¹, Mansooreh Nikoogoftar^{2*}, Hassan Ahadi³

1. Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran. Email: a.amirimoghadamm@iaukishint.ac.ir
2. Corresponding author, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran. Email: m.nikoogoftar@pnu.ac.ir
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran. Email: drhahadi5@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:

Received: 10 Oct 2021

Revised: 20 Nov 2021

Accepted: 29 Nov 2021

Published Online: 25 Jul 2023

Keywords:

Adherence to Therapy, Compassion-Focused Therapy, Irritable Bowel Syndrome, Perceived Stress.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to investigate the efficacy of compassion-focused therapy on Irritable Bowel Syndrome (IBS) patients' treatment adherence and perceived stress. It was a quasi-experimental study consisting of a pre-test, a post-test, a control group, and a two-month follow-up period. In 2019, the statistical population of the present study included IBS patients referred to Bandarabbas therapy centers and gastroenterologists. Using the available sampling technique, 32 IBS patients were randomly assigned to the experimental and control groups. During two and a half months, the experimental group received ten 75-minute sessions of compassion-focused therapy. Perceived Stress Scale (PSS) and Adherence to Treatment Questionnaire (ATQ) were among the questionnaires utilized. The data were analyzed using statistical software version 23 and repeated-measurement ANOVA and Bonferroni follow-up tests. The results showed that compassion-focused therapy has a significant effect on IBS patients' treatment adherence and perceived stress ($P < 0.001$). According to the findings of the present study, compassion-focused therapy can be used as an efficient therapy to increase treatment adherence and decrease perceived stress in IBS patients by employing techniques such as increasing positive experiences, training compassion expression, and identifying incorrect evaluations.

Cite this article: Amiri Moghadam Shirvan, A., Nikoogoftar, M., & Ahadi, H. (2023). Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Treatment Adherence and Perceived Stress in Irritable Bowel Syndrome Patients. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(2), 163-177. doi: 10.22059/japr.2023.332122.644037.



Publisher: University of Tehran Press

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.332122.644037>

© The Author(s).



اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پیروی از درمان و استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر*

آزاده امیری مقدم شیروان^۱، منصوره نیکوگفتار^{۲*}، حسن احدی^۳

۱. گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران. رایانامه: a.amirimoghadamm@iaukishint.ac.ir
 ۲. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. رایانامه: m.nikoogoftar@pnu.ac.ir
 ۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران. رایانامه: drhahadi5@gmail.com

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۰۸/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۰۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۵/۰۳

کلیدواژه‌ها:

استرس ادراک‌شده، پیروی از درمان، درمان مبتنی بر شفقت، سندرم روده تحریک‌پذیر.

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پیروی از درمان و استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفت. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بودند که به مراکز درمانی و متخصصان گوارش شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. در این پژوهش، ۳۲ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جای‌دهی شدند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت را طی ۲/۵ ماه در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس استرس ادراک‌شده (PSS) و پرسشنامه پیروی از درمان (ATQ) بود. داده‌ها به شیوه تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرنی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۳ تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر شفقت، بر پیروی از درمان و استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر شفقت با بهره‌گیری از فوونی مانند افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش ابراز شفقت و شناسایی ارزیابی‌های غلط می‌تواند به‌عنوان یک درمان کارآمد برای افزایش پیروی از درمان و کاهش استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مورد استفاده قرار گیرد.

استناد: امیری مقدم شیروان، آ.، نیکوگفتار عظیم، م.، و احدی، ح. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پیروی از درمان و استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۴(۲)، ۱۷۷-۱۶۳. doi: 10.22059/japr.2023.332122.644037

ناشر: انتشارات دانشگاه

© نویسندگان.

تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.332122.644037>

* مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش است.

۱. مقدمه

سندرم روده تحریک پذیر^۱، از نظر تشخیصی شایع ترین بیماری دستگاه گوارشی محسوب می شود و ۲۵ تا ۵۰ درصد از علل مراجعه به متخصصان گوارش به شمار می رود. سندرم روده تحریک پذیر اختلالی است که عمدتاً روده بزرگ را مورد تهاجم قرار می دهد (تاپ و همکاران^۲، ۲۰۱۷). علائم این بیماری درد و گرفتگی در ناحیه شکم، آروغ زدن، دفع گاز، اسهال و یبوست است (نگ و همکاران^۳، ۲۰۱۸). به دلیل نبود یک پایه زیست شناختی معلوم، تشخیص گذاری سندرم روده تحریک پذیر بر مبنای ارزیابی نشانه ها و ملاک های بالینی صورت می پذیرد. با این اوصاف، هر فردی که طی دوازده هفته، با احساس درد در ناحیه شکمی و دارای حداقل دو مورد از سه ویژگی زیر باشد، این سندرم را دارد: آغاز نشانه ها توأم با تغییر در دفعات اجابت مزاج، تغییر در شکل مدفوع و برطرف شدن درد با اجابت مزاج (مک گاون و هارر^۴، ۲۰۲۱). علت سندرم روده تحریک پذیر به طور کامل معلوم نشده است، اما عوامل مختلفی در بروز آن سهیم هستند، از جمله: التهاب موضعی، فزونی حساسیت احشایی، تحلیل رفتن سلول های غدد درون ریز دستگاه گوارشی، وجود شار یا فلوی غیرعادی روده و فاکتورهای روان شناختی (هالموس و همکاران^۵، ۲۰۱۸). براساس گزارش های آماری بیماری های جهاز هاضمه در ایران، میزان شیوع سندرم روده تحریک پذیر از ۳/۵ الی ۵/۸ درصد اعلام شده است (حسینی و کیانی، ۱۳۹۸). بیمارانی که به سندرم روده تحریک پذیر مبتلا هستند، علاوه بر دردهای فیزیولوژیک در ناحیه شکم و روده ها، علائم روان شناختی نامطلوبی مانند اضطراب^۶، افسردگی^۷ و استرس^۸ دارند (مرولد و جانسون^۹، ۲۰۱۸). این فرایند موجب می شود بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، علاوه بر تحمل مشکلات فیزیولوژیکی دیرپا، مستعد ابتلا به آسیب های روان شناختی و هیجانی باشند (کولیر، کلانسی و برودی^{۱۰}، ۲۰۲۰).

در افراد دارای بیماری های مزمن نظیر سندرم روده تحریک پذیر، پیروی از درمان^{۱۱}، از مهم ترین عوامل فرایند درمانی به شمار می رود که می تواند سیر درمانی بیماران را سرعت بخشد (دی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۲). هدف هر دارویی که به بیمار تجویز می شود، دستیابی به نتایج درمانی دلخواه و مدیریت بهینه بیماری است (قانعی قشلاق و همکاران، ۱۳۹۴). در این میان آنچه به کاهش عوارض و مرگ و میر بیماران مزمن کمک می کند، پیروی از درمان است که عاملی کلیدی در امر مداوا محسوب می شود (وان گادچر و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۱). گون، اوهیاناگی و کوبایاشی^{۱۴} (۲۰۲۱) پیروی از درمان، به میزان انطباق رفتار فرد با توصیه های تندرستی و درمان های دارویی اطلاق می شود. در بیماران مختلف، عدم پیروی از درمان با پیامدهایی نظیر بستری شدن های پیاپی در بیمارستان، عدم بهره مندی از منافع درمان، افزایش هزینه های درمانی و ویژگی های متعدد پزشکی همراه است (کاسکان و باگسیوان^{۱۵}، ۲۰۲۱). به علاوه مشاهده شده سطح مرگ و میر بیمارانی که به درمان هایشان متعهد نیستند، دو برابر سایر بیماران است (پیترزوسکی و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۱). هر اندازه افراد در پیروی از دستورهای درمانی مصر باشند، بهبود سندرم روده تحریک پذیر تسریع و تسهیل خواهد شد.

از گذشته های دور، ارتباط میان بیمار و متخصصان بالینی از طریق پیروی از توصیه های درمانی شکل می گرفت و پیروی نکردن از توصیه های درمانی، همواره مشکلی مهم و چندجانبه به شمار می رفت که خود عامل اصلی بروز پیامدهای

1. irritable bowel syndrome

2. Tap et al.

3. Ng et al.

4. McGowan & Harer

5. Halmos et al.

6. anxiety

7. depression

8. stress

9. Meerveld & Johnson

10. Collyer, Clancy, & Borody

11. Adherence to treatment

12. Dey et al.

13. von Gaudecker et al.

14. Gon, Ohyanagi, & Kobayashi

15. Coskun & Bagcivan

16. Pietrzykowski et al.

ناخوشایند، عود مجدد بیماری و نقصان کیفیت زندگی بیماران بود (چاپارو و همکاران^۱، ۲۰۱۳) که متأسفانه این موضوع ضررهای اقتصادی زیادی را نیز به بیمار تحمیل می‌کند. در عرصه درمان و کنترل این بیماری، باور بر آن است که استفاده از رویکرد تلفیقی زیستی-روانی-اجتماعی اثربخش‌تر است؛ به‌نحوی که با تغییر در سبک زندگی این قبیل بیماران و تعهد به اجرای دستورهای درمانی می‌توان به کاهش شیوع بیماری و افزایش کنترل سندروم روده تحریک‌پذیر دست یافت (واندروالک و همکاران^۲، ۲۰۱۶).

احساس درد ناشی از سندروم روده تحریک‌پذیر آن‌قدر شدید است که کیفیت زندگی افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب بروز استرس در آنان می‌شود (لfter و همکاران^۳، ۲۰۱۹). به عقیده تارگونیک و همکاران^۴ (۲۰۱۵)، استرس واکنشی است که فرد در مقابل تهدید منابع و توانمندی‌هایش توسط محیط از خود بروز می‌دهد. به بیانی دیگر، استرس نوعی فشار جسمی یا روانی است که سبب تغییراتی در سیستم عصبی خودمختار می‌شود که این تغییرات، اعمال فیزیولوژیک بدن را دگرگون می‌کند (ایدمن و همکاران^۵، ۲۰۱۷). باید یادآوری کرد که استرس به‌دلیل ارزیابی کلی شخص از اهمیت و سختی چالش‌های محیطی و شخصی ایجاد می‌شود؛ بنابراین هردو عامل فردی و محیطی در تعبیر به استرس‌آوردن موقعیت‌ها یا وقایع، حائز اهمیت هستند. در حقیقت عوامل موقعیتی تأثیرگذار، بستر لازم را فراهم می‌سازند و عوامل فردی، عناصری هستند که فرد در واکنش به یک موقعیت از خود نشان می‌دهد (گاندھی و همکاران^۶، ۲۰۱۴). نحوه ادراک و تفسیر فرد از عوامل محیطی و شخصی و ارزیابی از موقعیت، استرس‌زا یا غیراسترس‌زا بودن را القا می‌کند. باید در ذهن داشت که استرس ادراک‌شده نباید به‌صورت بازتابی از استرس عینی مدنظر قرار گیرد (پیلیسییر و بوناز^۷، ۲۰۱۷).

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به کار گرفته شده است. یکی از روش‌های درمانی کارآمد روان‌شناختی، درمان مبتنی بر شفقت^۸ است که کارآزمایی بالینی آن در پژوهش‌های پژوهشگران مختلف نشان داده شده است؛ چنان‌که گالینا و همکاران^۹ (۲۰۲۲)، کیلیچ و همکاران^{۱۰} (۲۰۲۱)، پالم و همکاران^{۱۱} (۲۰۱۹)، لاترن، بلاث و پارک^{۱۲} (۲۰۱۹) و بلاث و ایزنلوهر-ماول^{۱۳} (۲۰۱۷) در یافته‌های پژوهشی خود نشان دادند شفقت و درمان متمرکز بر شفقت قادر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی، استرس، افسردگی و افزایش سلامت روان‌شناختی افراد است. این در حالی است که موسوی و همکاران (۱۴۰۰)، تنگچی و همکاران (۱۴۰۰)، آقایی خواجه لنگی و همکاران (۱۳۹۹)، کاظمی، احدی و نجات (۱۳۹۹)، ایزنلو و همکاران (۱۳۹۸)، پورحسینی دهکردی، سجادیان و شعرافچی (۱۳۹۸) و سیدجعفری و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب، استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی و بهبود تحمل پریشانی، رفتارهای خودمراقبتی، تاب‌آوری، امید به زندگی و پیروی از درمان افراد مبتلا به بیماری‌های فیزیولوژیکی مزمن مانند سردردهای تنشی^{۱۴}، لوپوس اریتماتوز سیستمیک^{۱۵}، اسکروز چندگانه^{۱۶}، دیابت، سرطان پستان و بیماری عروق کرونری^{۱۷} مؤثر بوده است. در درمان مبتنی بر شفقت لازم است شخص آگاهی خالی از قضاوت و عینی نسبت به هیجان‌های خود داشته باشد. به عقیده پژوهشگران، شفقت‌ورزی واقعی رویارویی و نه اجتناب با افکار و هیجان‌هایی است که دردناک به‌نظر می‌رسد

1. Chaparro et al.
2. van der Valk et al.
3. Lefter et al.
4. Targownik et al.
5. Edman et al.
6. Gandhi et al.
7. Pellissier & Bonaz
8. Compassion-focused Therapy
9. Galiana et al.
10. Kılıç et al.
11. Pullmer et al.
12. Lathren, Bluth & Park
13. Bluth & Eisenlohr-Moul
14. tension headaches
15. systemic lupus erythematosus
16. multiple sclerosis
17. coronary artery disease

(باری، لافین و داکت^۱، ۲۰۱۵). همچنین شفقت‌ورزی، به فعال‌سازی سیستم تسکین فرد یاری می‌رساند و به این ترتیب، موجب کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در اشخاص می‌شود (دورکین و همکاران^۲، ۲۰۱۶). گیلبرت^۳ (۲۰۱۴) از این سازه در فضای جلسه‌های درمان بهره‌گیری کرد و در نهایت درمان متمرکز بر شفقت را ارائه داد. اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت این است که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این حالت، ذهن انسان همان‌طور که به عوامل بیرونی عکس‌العمل نشان می‌دهد، در رویارویی با این عوامل درونی نیز به آرامش می‌رسد (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر شفقت بر چهار جنبه تجارب پیشین و مرتبط با تاریخچه زندگی، ترس‌های اساسی، راهبردهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی‌نشده تمرکز دارد. درمان مبتنی بر شفقت، بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان‌شناختی پایه‌گذاری شده است. مطابق این رویکرد، انگیزه‌ها و استعدادهای شفقت‌ورزی با سیستم‌های مغزی تکامل‌یافته‌ای که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع‌دوستی و مهرورزی هستند، ارتباط دارند. به‌طور طبیعی کارکرد شفقت یا دلسوزی، توجه به رفتارهای مهرجویانه، فراهم‌سازی موقعیت‌هایی برای به‌هم‌پیوستن، احساس امنیت، تسکین‌بخشیدن، مشارکت‌کردن، ترغیب و حمایت از خود و دیگران است (بیئومونت و همکاران^۴، ۲۰۱۶).

در حوزه ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که سندرم روده تحریک‌پذیر از جمله اختلالاتی است که با درد و ناراحتی شکمی و تغییر در عادات اجابت مزاج خودنمایی می‌کند. این عوامل کیفیت زندگی بیماران را بسیار تحت تأثیر قرار می‌دهند (بانرجی و همکاران^۵، ۲۰۱۷). با توجه به اینکه درد و رنج این بیماری برای سالیان متمادی بیمار را درگیر می‌کند و سلامت روانی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی کارآمد مانند درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به بهبود وضعیت روان‌شناختی و هیجانی این بیماران منجر شود. علاوه‌براین، شکاف و خلأ پژوهشی را نیز می‌توان در به‌کارگیری درمان مبتنی بر شفقت برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تبیین کرد؛ چنان‌که این درمان برای متغیرهای پیروی از درمان و استرس ادراک‌شده بیماران ذکر شده به کار گرفته نشده است. براین اساس با توجه به لزوم به‌کارگیری روش‌های مداخله‌ای و درمان مناسب و بهنگام، و از سوی دیگر با مشاهده کارآمدی درمان مبتنی بر شفقت در بهبود اختلالات روان‌شناختی جامعه‌های آماری گوناگون (به‌خصوص افراد مبتلا به بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن) و سرانجام عدم انجام پژوهشی مشابه، بر آن شدیم تا به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پیروی از درمان و استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بپردازیم؛ بنابراین مسئله اصلی پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پیروی از درمان و استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. فرضیه‌های تحقیق بدین صورت بودند:

۱. درمان مبتنی بر شفقت، بر پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اثر دارد.
۲. درمان مبتنی بر شفقت، بر استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اثر دارد.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود که به مراکز درمانی و متخصصان گوارش شهر بندرعباس بین ماه‌های آبان تا دی ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. در این پژوهش ۳۲ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جای‌دهی شدند. بدین صورت که با مراجعه به مراکز درمانی و متخصصان گوارش شهر بندرعباس، مراجعه‌کنندگان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شناسایی شدند و از آنان برای شرکت در پژوهش حاضر دعوت شد. از میان آنان ۴۰ بیمار داوطلب انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۲۰

1. Barry, Loflin, & Doucette
 2. Durkin et al.
 3. Gilbert
 4. Beaumont et al.
 5. Banerjee et al.

بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ بیمار در گروه گواه). سپس گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت را طی ۲/۵ ماه در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. این در حالی بود که گروه گواه، آموزشی دریافت نکردند. پس از شروع مداخله ۴ بیمار در گروه آزمایش و ۴ بیمار در گروه گواه، از ادامه مداخله انصراف دادند. براین اساس تعداد نهایی نمونه ۳۲ نفر بود (۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر براساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش، دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی طی سه ماه گذشته، محدوده سنی ۲۵ تا ۵۰، حداقل تحصیلات سیکل، موافقت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده درمانی و همچنین مصاحبه بالینی) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش داشتن بیش از دو جلسه غیبت، داشتن علائم خون‌ریزی گوارشی، وجود خون در مدفوع و تب، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف و نداشتن تمایل به ادامه حضور در فرایند پژوهش بود. برای رعایت اخلاق، رضایت بیماران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از همه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. به هر دو گروه نیز اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

۲-۲. ابزار پژوهش

۲-۲-۱. مقیاس استرس ادراک شده^۱ (PSS)

مقیاس استرس ادراک شده توسط کوهن، کاکارک و مرملستین^۲ (۱۹۸۳) تهیه شده است. مقیاس استرس ادراک شده مشتمل بر ۱۴ آیتم است و هر آیتم براساس یک مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای (هرگز: نمره صفر، تقریباً هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و بسیاری از اوقات: نمره ۴) پاسخ داده می‌شود (سعادت، اصغری و جزایری، ۱۳۹۴). دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۵۶ است. کسب نمرات بالاتر نشانه استرس بیشتر است. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس، از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۶-۰/۸۴ در دو گروه از دانشجویان به‌دست آمده است (سعادت، اصغری و جزایری، ۱۳۹۴). استرس ادراک شده به‌طور معناداری با نشانه‌های افسردگی و جسمی رویدادهای زندگی، اضطراب اجتماعی و رضایت اندک از زندگی و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی همبسته است (کوهن، کاکارک و مرملستین، ۱۹۸۳). این مقیاس توسط قربانی و همکاران^۳ (۲۰۰۲) در پژوهشی بین فرهنگی هنجاریابی شد و میزان آلفای کرونباخ برای آزمودنی‌های ایرانی ۰/۸۱ و برای آزمودنی‌های آمریکایی ۰/۸۶ به‌دست آمد. علاوه براین، پژوهشگران ذکر شده روایی محتوایی پرسشنامه استرس ادراک شده را مطلوب گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

۲-۲-۲. پرسشنامه پیروی از درمان^۴ (ATQ)

پرسشنامه پیروی از درمان توسط مورسکی و همکاران^۵ (۲۰۰۸) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای هشت گویه است و به‌صورت بلی=۱ و خیر=صفر پاسخ داده می‌شود. گویه‌های ۵ و ۸ برعکس سایر گویه‌ها نمره‌گذاری می‌شوند. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه با هم جمع می‌شود. دامنه نمرات کلی آن بین صفر تا ۸ است که برای نمره بیشتر از ۲ پیروی کم از درمان، نمره ۱ و ۲ پیروی متوسط از درمان و نمره صفر پیروی زیاد از درمان در نظر گرفته شد؛ بنابراین کسب نمره زیاد در این پرسشنامه بیانگر پیروی اندک از درمان و کسب نمره کم نشان‌دهنده پیروی زیاد از درمان است. مورسکی و همکاران (۲۰۰۸) میزان روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین آنان میزان پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست آوردند. این پرسشنامه برای نخستین بار توسط بکاییان (۱۳۹۲) به نقل از کوشیار و همکاران، (۱۳۹۱) به زبان فارسی برگردانده و بررسی شد. پایایی مقیاس پیروی از درمان به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد که حاکی از پایایی مطلوب این پرسشنامه است. در پژوهش کوشیار و همکاران (۱۳۹۱) ضمن سنجش روایی

1. Perceived Stress Scale (PSS)

2. Cohen, Kamarck, & Mermelstein

3. Ghorbani et al.

4. Adherence to Treatment Questionnaire (ATQ)

5. Morisky et al.

صوری و محتوایی این ابزار توسط استادان متخصص، پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش شد. پایایی پرسشنامه این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

۲-۳. روند اجرای پژوهش

برای انجام پژوهش، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز درمانی انجام گرفت. سپس بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شناسایی شدند و نمونه‌گیری صورت گرفت. معیار تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر، تشخیص مندرج در پرونده پزشکی بیمار توسط متخصص بود. به این صورت که به بیماران واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز درمانی متخصصان گوارش، اطلاعات مختصری درباره طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه اجرای درمان داده شد. در نهایت افراد واجد شرایط، به عنوان گروه نمونه در پژوهش حضور یافتند. بیماران هر دو گروه، درمان معمول سندرم روده تحریک‌پذیر به وسیله متخصص گوارش را دریافت کردند، ولی گروه آزمایش، علاوه بر درمان معمول، تحت برنامه درمان مبتنی بر شفقت که در پروتکل اجرایی طراحی شده بود، قرار گرفتند. گروه آزمایش، درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۴) را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه به مدت ۲/۵ ماه در گروه‌های چهارنفره دریافت کردند. این در حالی بود که گروه گواه هیچ مداخله روان‌شناختی‌ای در طول اجرای پژوهش دریافت نکرد. برای رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت بیماران برای شرکت در برنامه مداخله کسب شد و افراد از همه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. به هر دو گروه نیز اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. پس از اتمام پژوهش، از گروه گواه برای دریافت مداخله دعوت شد. تعداد ۴ بیمار در جلسات مداخله حضور یافتند و درمان مبتنی بر شفقت را به شکل رایگان دریافت کردند.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، معارفه افراد با یکدیگر، بیان ضرورت شفقت در زندگی
جلسه دوم	تعریف شفقت، شناخت و توضیح درمورد فرایند شفقت و اثرگذاری شفقت بر کارکرد روزانه، تکلیف خانگی و نوشتن شفقت تجربه‌شده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده
جلسه سوم	آموزش راه‌هایی برای افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی صحنه‌های شادی‌بخش و غفلت از نگرانی
جلسه چهارم	آموزش راه‌های شفقت، آموزش آگاهی از تجربیات منفی، آموزش درجهت تلاش برای به دست گرفتن کنترل زندگی، تغذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجعه به موقع به پزشک و عدم استفاده از مواد مخدر
جلسه پنجم	آموزش در راستای شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی شفقت، آموزش راهبردی و تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان
جلسه ششم	آموزش درجهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از شفقت، آموزش ابراز شفقت، اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش، آرمیدگی و عمل معکوس
جلسه هفتم	توجه آگاهانه به شفقت خود، توجه کامل به رفتار مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاوت و ابراز صحیح هیجان
جلسه هشتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز شفقت، آموزش ارزیابی و توجه به پیامدها و تلاش برای ابراز مناسب و نامناسب شفقت
جلسه نهم	آموزش تغییر شفقت منفی از طریق عمل برخلاف شفقت تجربه‌شده
جلسه دهم	جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون

منبع: گیلبرت، ۲۰۱۴ به نقل از احمدی، شالچی و منصورزاده، ۱۳۹۹

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین^۲ به منظور بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی^۳ درجهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها^۱ و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته^۲ و آزمون تعقیبی

1. Shapiro-Wilk test
2. Levine test
3. Mauchly's Test

بونفرنی^۳ برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد افراد نمونه دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال بودند که در گروه آزمایش، میانگین سنی $3/62 \pm 38/22$ و در گروه گواه $4/47 \pm 41/36$ سال بود. همچنین در گروه آزمایش ۹ مرد (۵۶/۲۵ درصد) و ۷ زن (۴۳/۷۵ درصد) حضور داشتند. در گروه گواه نیز ۷ نفر (۴۳/۷۵ درصد) مرد و ۹ نفر (۵۶/۲۵ درصد) زن بودند.

۳-۲. توصیف شاخص‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد پیروی از درمان و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیروی از درمان	گروه آزمایش	۴/۴۳	۱/۵۹	۲/۷۵	۱/۴۳	۳/۰۶	۱/۵۶
	گروه گواه	۵/۵۰	۱/۰۹	۵/۶۲	۱/۰۸	۵/۶۲	۱/۰۲
استرس ادراک‌شده	گروه آزمایش	۳۹/۶۸	۵/۹۴	۳۱/۳۷	۷/۴۷	۳۲/۳۱	۷/۲۶
	گروه گواه	۳۶/۲۵	۵/۷۳	۳۵/۵۶	۶/۴۹	۳۵/۹۲	۶/۲۳

۳-۳. آزمون‌های نرمال

قبل از ارائه تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۳، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجش شد. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای پیروی از درمان ($F=0/14$; $P=20$) و استرس ادراک‌شده ($F=0/17$; $P=18$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز با آزمون لوین سنجش شد که نتایج آن معنادار نبود. این یافته نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر پیروی از درمان ($F=0/13$; $P=71$) و استرس ادراک‌شده ($F=0/42$; $P=52$) رعایت شده است. از طرفی نتایج آزمون t مشخص کرد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (پیروی از درمان و استرس ادراک‌شده) معنادار نبوده است ($p>0/05$). این در حالی بود که مطابق نتایج آزمون موچلی، پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای پیروی از درمان ($Mauchly W=0/89$; $P=19$) و استرس ادراک‌شده ($Mauchly W=0/93$; $P=39$) رعایت شده است.

۳-۴. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای پیروی از درمان و استرس ادراک‌شده

متغیرها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
پیروی از درمان	مراحل	۱۰/۹۳	۲	۵/۴۷	۲۳/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱
	گروه‌بندی	۱۱۲/۶۶	۱	۱۱۲/۶۶	۲۲/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۱۵/۰۲	۲	۷/۵۱	۳۲/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۱
	خطا	۱۴/۰۴	۶۰	۰/۲۳				
استرس ادراک‌شده	مراحل	۳۸۹/۳۳	۲	۱۹۴/۶۶	۴۲/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
	گروه‌بندی	۱۴۵/۱۱	۱	۱۴۵/۱۱	۱۳/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲۷۸/۵۸	۲	۱۳۹/۲۹	۳۰/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
	خطا	۲۷۴/۰۸	۶۰	۴/۵۶				

1. data sphericity
2. mixed variance analysis
3. Bonferroni follow-up test

نتایج آزمون واریانس آمیخته در جدول ۳ براساس ضریب F محاسبه شده، تأثیر عامل عضویت گروهی (درمان مبتنی بر شفقت) هم بر نمرات پیروی از درمان و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر معنادار است ($p > 0.001$)؛ بنابراین نتیجه گرفته می شود عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی نیز بر پیروی از درمان و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می دهد عضویت گروهی (درمان مبتنی بر شفقت) به ترتیب ۴۲ و ۴۹ درصد از تفاوت در نمرات پیروی از درمان و استرس ادراک شده را تبیین می کند. در نهایت نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان نیز بر نمرات پیروی از درمان و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر معنادار است ($p > 0.001$). به این ترتیب نوع درمان دریافتی در مراحل مختلف ارزیابی نیز بر پیروی از درمان و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر به میزان ۵۷ و ۶۸ درصد تأثیر معنادار داشته است. همچنین توان آماری، حاکی از دقت آماری زیاد و کفایت حجم نمونه است. در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات پیروی از درمان و استرس ادراک شده آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی آمده است.

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمرات پیروی از درمان و استرس ادراک شده آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف معیار	معناداری
پیروی از درمان	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۷۸	۰/۱۴	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۰/۶۳	۰/۱۲	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۷۸	۰/۱۴	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۰/۱۵	۰/۰۹	۰/۲۶
استرس ادراک شده	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۵۰	۰/۶۹	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۴	۰/۵۸	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۴/۵۰	۰/۶۹	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۰/۵۰	۰/۱۸	۰/۱۳

همان گونه که نتایج جدول ۴ نشان می دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پیروی از درمان و استرس ادراک شده تفاوت معنادار وجود دارد. این به آن معناست که درمان مبتنی بر شفقت توانسته به شکل معناداری، نمرات پس آزمون و پیگیری پیروی از درمان و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را نسبت به مرحله پیش آزمون دچار تغییر کند. یافته دیگر این جدول نشان داد بین میانگین نمرات مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می توان چنین تبیین کرد که نمرات پیروی از درمان و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که در مرحله پس آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ کند. در یک جمع بندی می توان گفت درمان مبتنی بر شفقت توانسته به تغییر معنادار میانگین نمرات پیروی از درمان و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مرحله پس آزمون بینجامد و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثبات خود را حفظ کرده است.

۴. بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پیروی از درمان و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام گرفت. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر پیروی از درمان و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تأثیر معنادار داشته و توانسته به افزایش پیروی از درمان و کاهش استرس این بیماران منجر شود. یافته اول مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش پیروی از درمان این بیماران، با نتایج پژوهش های زیر همخوان است: تفنگچی و همکاران (۱۴۰۰) با اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن، کاظمی، احدی و نجات (۱۳۹۹) با اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی و قند خون در بیماران مبتلا به دیابت، و ایزانلو و همکاران (۱۳۹۸) با تأثیر درمان مبتنی بر شفقت ورزشی بر پیروی از درمان افراد با بیماری عروق کرونری. در تبیین این یافته می توان گفت درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می کند که

تصاویر، افکار، عوامل و رفتارهای آرامش‌بخش بیرونی باید درونی شوند. در این صورت ذهن انسان همان‌طور که درمورد عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در رویارویی با این درونیات نیز واکنش نشان می‌دهد و آرام می‌گیرد. درمان مبتنی بر شفقت در پی سهولت‌بخشیدن به تغییر از طریق ایجاد ذهن مشفق است (تفنگچی و همکاران، ۱۴۰۰). ذهن مشفق و مهربان می‌تواند همدلی درونی این بیماران را نسبت به خود افزایش دهد و سبب شود این بیماران با خود مهربان‌تر رفتار کنند. سرانجام این روند موجب می‌شود بیماران نسبت به پیگیری سیر درمانی خود راسخ‌تر شوند. همچنین باید اشاره کرد که درمان مبتنی بر شفقت، با بهره‌گیری از بعد اشتیاق که به پذیرش رنج و درگیر شدن با آن اشاره دارد و سپس التیام‌بخشی که به ایجاد خردمندی و مهارت‌های آن اشاره می‌کند، به کاهش یا پیشگیری از رنج و دلایل آن کمک می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۴). درعین‌حال با تأکید بر شناخت‌ها، هیجان‌ها، احساس‌ها و رفتارهای شفقت‌ورزانه، بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را ترغیب می‌کند که نسبت به خود مراقبت بیشتری اعمال کنند؛ چرا که شفقت به خود، بر فرایندی تمرکز دارد که فرد نسبت به خود و دیگران مهربان‌تر عمل کند. مهربانی با خود نیز به رفتارهای خودمراقبتی و بهداشتی بیشتر منجر می‌شود که به افزایش پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌انجامد.

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با نتایج پژوهش‌های زیر هم‌راستا است: موسوی و همکاران (۱۴۰۰) با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پیشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک، آقایی خواجه‌لنگی و همکاران (۱۳۹۹) با اثربخشی درمان شفقت‌محور بر عاطفه مثبت و منفی و امید بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه، سیدجعفری و همکاران (۱۳۹۹) با اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، پورحسینی دهکردی، سجادیان و شعربافچی (۱۳۹۸) با اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان و کیلیچ و همکاران (۲۰۲۱) با اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس و اضطراب بیماران با شرایط مزمن جسمانی. در تبیین این یافته می‌توان گفت خودشفقت‌ورزی بر پذیرش خود و قبول تجربه خود در قالب شفقت با خویشتن و بر هوشیاری (ذهن‌آگاهی) تأکید می‌ورزد (کیلیچ و همکاران، ۲۰۲۱). درواقع مهربانی با خود سبب درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به نقایص و بی‌کفایتی‌های خود می‌شود. اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای کاستی‌هایی هستند و اینکه ممکن است دچار اشتباه شوند و درگیر رفتارهای ناسالم شوند، همگی مشخصه احساسات مشترک انسانی هستند. ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت خود، سبب آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌شود تا جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشوند و ذهن را هم مشغول نسازند. به‌کارگیری این فرایندها در مجموع به کاهش رنج درونی، پریشانی روان‌شناختی و استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر کمک می‌کند. در ادامه باید اشاره کرد که براساس نتایج پژوهش‌های پیشین، افرادی که شفقت زیادی به خود دارند، نسبت به افرادی که شفقت کمتری به خود دارند، از سلامت روان‌شناختی بیشتری برخوردارند (گالیانا و همکاران، ۲۰۲۲)؛ زیرا در آن‌ها درد اجتناب‌ناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می‌کنند، با سرزنش خود افراطی، احساس انزوا و همانندسازی مفرط و به‌واسطه افکار و هیجان‌ها تداوم نمی‌یابد. این نگرش حمایت‌مندی از خود، با شماری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات درون‌فردی و حل مسئله سازنده در دشواری‌های مربوط به بیماری ارتباط دارد و موجب می‌شود بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با استفاده از حمایت‌های اجتماعی اطراف خود، از استرس کمتری رنج ببرند. در تبیینی دیگر باید افزود از آنجا که در مداخله مبتنی بر شفقت، از تکنیک‌های فرایند تنظیم سیستم هیجانات و تأثیر بر سطوح هورمون‌های مغزی استفاده می‌شود، با تحت تأثیر قراردادن هیجانات و هورمون‌های برخاسته از آن، رفتار و سبک زندگی افراد نیز دستخوش تغییر می‌شود (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹). براین‌اساس به کمک درمان مبتنی بر شفقت، بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با به‌کارگیری ذهن‌آگاهی و مهارت حل مسئله می‌توانند چرخه معیوب انتقاد از خود و داشتن انتظارات زیاد از خود را بشکنند و با دیدگاهی جدید و دلسوزانه به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل‌قبولی را برای خود ترسیم کنند؛ به‌طوری‌که دستیابی به آن‌ها مستلزم سختی و آزار کمتری باشد. به این ترتیب انتظار می‌رود در اثر درمان مبتنی بر شفقت در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، استرس ادراک‌شده کاهش یابد.

محدود بودن دامنه تحقیق به بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شهر بندرعباس، عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار بر پیروی از درمان و استرس ادراک شده بیماران مانند شرایط خانوادگی، اجتماعی و شغلی و عدم بهره گیری از روش نمونه گیری تصادفی (به دلیل شرایط خاص بیماران و عدم تمایل بعضی از آنان برای شرکت در پژوهش) از محدودیت های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، این پژوهش در سایر استان ها و مناطق، دیگر بیماران (مانند بیماران مبتلا به سرطان، سکته قلبی، تالاسمی، میگرن و...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پیروی از درمان و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، در سطح کاربردی پیشنهاد می شود در کنار توجه فیزیولوژیکی و درمانی، به فرایند روانی و هیجانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نیز توجه کافی صورت گیرد تا درمانگران با به کارگیری درمان مبتنی بر شفقت برای این افراد، برای افزایش پیروی از درمان و کاهش استرس آنان گامی عملی برداشته باشند.

منابع

- آقای خواجه لنگی، ح.، نشاط دوست، ح.، نجفی، م.، و ماضی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شفقت محور بر عاطفه مثبت و منفی و امید بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه. *روان شناسی بالینی*. ۱۲(۳)، ۱۱-۱. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18595.1724>
- احمدی، ع.، شالچی، ب.، و منصورزاده، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر علائم سندرم روده تحریک پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. ۱۴(۴)، ۱۰-۱. <http://dx.doi.org/10.29252/qums.14.4.1>
- ایزائلو، م.، پیوندی، پ.، برجلی، ا.، صیرفی، م.، و محسن زاده، ی. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر شفقت ورزی بر پیروی از درمان و مؤلفه های تیپ شخصیتی D در افراد با بیماری عروق کرونری. *پرستاری قلب و عروق*. ۱۸(۱)، ۱۸۱-۱۷۰. <http://journal.icns.org.ir/article-1-648-fa.html>
- پورحسینی دهکردی، ر.، سجادیان، ا.، و شعر بافچی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. *روان شناسی سلامت*. ۱۸(۳)، ۵۲-۳۷. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.35444.4050>
- تفنگچی، م.، رئیس، ز.، قمرانی، ا.، و رضایی جمالی، ح. (۱۴۰۰). تدوین بسته ارتقای تحمل پریشانی و مقایسه اثربخشی آن با درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن. *مجله علوم روان شناختی*. ۲۰(۱۰۰)، ۶۳۴-۶۲۱. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1047-fa.html>
- حسینی، م.، و کیانی، ر. (۱۳۹۸). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *روان شناسی سلامت*. ۱۸(۳)، ۲۲-۷. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.6312>
- سعادت، س.، اصغری، ف.، و جزایری، ر. (۱۳۹۴). رابطه خودکارآمدی تحصیلی با استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و حمایت های اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه گیلان. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. ۱۵(۱۲)، ۷۸-۶۷. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3531-fa.html>
- سیدجعفری، ج.، برجلی، ا.، شرافتی، ش.، پناهی، م.، دهناشی لاطان، ت.، و عبودیت، س. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله علوم روان شناختی*. ۱۹(۹۲)، ۹۵۵-۹۴۵. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.92.1.1>
- قانع قشلاق، ر.، عبادی، ع.، ویسی رایگانی، ع.، ا.، نوروزی تبریزی، ک.، دالوندی، ا.، و محمودی، ح. (۱۳۹۴). تعیین روایی ملاک مقیاس تبعیت از رژیم دارویی موریسکی در بیماران دیابتی نوع دو. *پژوهش توان بخشی در پرستاری*. ۱(۳)، ۳۲-۲۴. <http://ijrm.ir/article-1-98-fa.html>
- کاظمی، ا.، احدی، ح.، و نجات، ح. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی و قند خون در بیماران مبتلا به دیابت. *پژوهش توان بخشی در پرستاری*. ۶(۳)، ۵۰-۴۲. <http://ijrm.ir/article-1-493-fa.html>
- کوشیار، ه.، شوروزی، م.، دلیر، ز.، و حسینی، م. (۱۳۹۱). بررسی رابطه سواد سلامت با تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به دیابت ساکن جامعه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۲۲(۱)، ۱۴۳-۱۳۴. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-3439-fa.html>

موسوی، س.، خواجه‌وند خوشلی، ا.، اسدی، ج.، و عبدالعزاده، ح. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *مجله علوم روان‌شناختی*. ۲۰(۹۹)، ۴۶۰-۴۵۳.
<http://psychologicalscience.ir/article-1-860-fa.html>

References

- Aghaei Khajelengi, H., Neshatdost, H., Najafi, M., & Mazi, M. (2020). Effectiveness of compassion focused therapy on the positive/negative affect and hope in multiple sclerosis patients. *Journal of Clinical Psychology*, 12(3), 1-11. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18595.1724> (In Persian)
- Ahmadi, E., Shalchi, B., & Mansourzadeh, Z. (2020). Effectiveness of self-compassion training on symptoms of irritable bowel syndrome. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 14(4), 1-10. <http://dx.doi.org/10.29252/qums.14.4.1> (In Persian)
- Banerjee, A., Sarkhel, S., Sarkar, R., & Dhali, G. K. (2017). Anxiety and depression in irritable bowel syndrome. *Indian Journal of Psychology Medicine*, 39(6), 741-745. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_46_17
- Barry, C. T., Loflin, D. C., & Doucette, H. (2015). Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self-esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males. *Personality and Individual Differences*, 77, 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.036>
- Beaumont, E., Irons, C., Rayner, G., & Dagnall, N. (2016). Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism?. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36(1), 4-10. <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000023>
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.04.001>
- Chaparro, M., Ordás, I., Cabré, E., Garcia-Sanchez, V., Bastida, G., Peñalva, M., ... & Gisbert, J. P. (2013). Safety of thiopurine therapy in inflammatory bowel disease: long-term follow-up study of 3931 patients. *Inflammatory bowel diseases*, 19(7), 1404-1410. <https://doi.org/10.1097/MIB.0b013e318281f28f>
- Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Collyer, R., Clancy, A., & Borody, T. (2020). Faecal microbiota transplantation alleviates symptoms of depression in individuals with irritable bowel syndrome: A case series. *Medicine in Microecology*, 6, 100029. <https://doi.org/10.1016/j.medmic.2020.100029>
- Coskun, S., & Bagcivan, G. (2021). Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: Relationship with health literacy. *Applied Nursing Research*, 57, 151368. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151368>
- Dey, A., Lahiri, A., Jha, S. S., Sharma, V., Shanmugam, P., & Chakrabarty, A. K. (2022). Treatment adherence status of the TB patients notified from private sector and its associated factors: Findings of a secondary data analysis from West Bengal, India. *The Indian Journal of Tuberculosis*, 69(3), 334-340. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2021.06.001>
- Durkin, M., Beaumont, E., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgment, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today*, 46, 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.030>
- Edman, J. S., Greeson, J. M., Roberts, R. S., Kaufman, A. B., Abrams, D. I., Dolor, R. J., & Wolever, R. Q. (2017). Perceived stress in patients with common gastrointestinal disorders: associations with quality of life, symptoms and disease management. *Explore*, 13(2), 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.12.005>
- Galiana, L., Sansó, N., Muñoz-Martínez, I., Vidal-Blanco, G., Oliver, A., & Larkin, P. J. (2022). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Mediating Role of Self-Compassion in the Prediction of Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Burnout and Wellbeing. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(1), 112-123.

- <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.004>
- Gandhi, S., Sangeetha, G., Ahmed, N., & Chaturvedi, S. K. (2014). Somatic symptoms, perceived stress and perceived job satisfaction among nurses working in an Indian psychiatric hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 12, 77-81. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.06.015>
- Ghanei Gheshlagh, R., Ebadi, A., Veisi Raygani, A.K., Nourozi Tabrizi, K., Dalvandi, A., & Mahmoodi, H. (2015). Determining Concurrent Validity of the Morisky Medication Adherence Scale in Patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 1(3), 24-32. <http://ijrn.ir/article-1-98-en.html> (in Persian)
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 37(5), 297-308. <https://doi.org/10.1080/00207590244000098>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gon, Y., Ohyanagi, N., & Kobayashi, A. (2021). The association between control level and self-reported treatment adherence across different treatment types in Japanese asthma patients. *Respiratory Investigation*, 59(1), 454-463. <https://doi.org/10.1016/j.resinv.2021.02.003>
- Halmos, E.P., Biesiekierski, J.R., Newnham, E.D., Burgell, R.E., Muir, J.G., & Gibson, P.R. (2018). Inaccuracy of patient-reported descriptions of and satisfaction with bowel actions in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, 30(2), e13187. <https://doi.org/10.1111/nmo.13187>
- Hoseini, M., Kiani, R. (2019). The Effectiveness of Group Reality Therapy on Anxiety Sensitivity Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). *Health Psychology*, 8(3), 7-22. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.6312> (in Persian)
- Izanloo, M., Peyvandi, P., Borjali, A., Reza Sirafi, M., & Mohsenzadeh, Y. (2019). The effect of compassion-focused therapy (CFT) on adherence to treatment and components of type D personality in people with coronary heart disease. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1), 170-181. <http://journal.icns.org.ir/article-1-648-fa.html> (in Persian)
- Kazemi, A., Ahadi, H., & Nejat, H. (2020). Effectiveness of compassion focused therapy on loneliness, self-care behaviors and blood sugar in diabetes patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 6(3), 42-49. <http://ijrn.ir/article-1-493-en.html> (In Persian)
- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparelia, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2021). A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior Therapy*, 52(3), 607-625. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001>
- Kooshyar, H., Shoovazi, M., Dalir, Z., & Hosseini, M. (2013). Health Literacy and its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Community-Residing Elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 22(1), 134-143. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-3439-en.html> (in Persian)
- Lathren, C., Bluth, K., & Park, J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences*, 143, 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.02.008>
- Lefter, R., Ciobica, A., Guenne, S., Compaore, M., Kiendrebeogo, M., Stanciu, C., & Trifan, A. (2019). Characterization of memory, anxiety, depression and social behaviour in a rat model of irritable bowel syndrome generated by chronic stress contention. *European Neuropsychopharmacology*, 29(1), S526-S529. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.11.781>
- McGowan, A., & Harer, K.N. (2021). Irritable Bowel Syndrome and Eating Disorders: A Burgeoning Concern in Gastrointestinal Clinics. *Gastroenterology Clinics of North America*, 50(3), 595-610. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2021.03.007>
- Meerveld, B. G., & Johnson, A. C. (2018). Mechanisms of Stress-induced Visceral Pain. *Journal of Neurogastroenterol Motility*, 24(1), 7-18. <https://doi.org/10.5056/jnm17137>
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertens*, 10(5), 348-354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>

- Mousavi, S. M., Khajevand Khoshli, A., Asadi, J., & Abdollahzadeh, H. (2021). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus. *Journal of Psychological Science*, 20(99), 453-460. <http://psychologicalscience.ir/article-1-860-en.html> (in Persian)
- Ng, Q. X., Soh, A. Y. S., Loke, W., Lim, D. Y., & Yeo, W. S. (2018). The role of inflammation in irritable bowel syndrome (IBS). *Journal of Inflammation Research*, 11, 345-350. <https://doi.org/10.2147/JIR.S174982>
- Pellissier, S., & Bonaz, B. (2017). The place of stress and emotions in the irritable bowel syndrome. *Vitamins and Hormones*, 103, 327-354. <https://doi.org/10.1016/bs.vh.2016.09.005>
- Pietrzykowski, L., Kasprzak, M., Michalski, P., Kosobucka, A., Fabiszak, T., & Kubica, A. (2021). The influence of patient expectations on adherence to treatment regimen after myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 105(1), 426-431. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.030>
- Pourhoseini Dehkordi, R., Sajjadian, I., Sherbafchi, M. (2019). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Perceived Stress and Psychological Distress in the Women Suffering from Breast Cancer. *Health Psychology*, 8(31), 37-52. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.35444.4050> (in Persian)
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., & Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74, 210-220. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.006>
- Saadat, S., Asghari, F., & Jazayeri, R. (2015). The relationship between academic self-efficacy with perceived stress, coping strategies and perceived social support among students of University of Guilan. *Iranian Journal of Medical Education*, 15(12), 67-78. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3531-en.html> (in Persian)
- Seyyedjafari, J., Borjali, A., Sherafati, S., Panahi, M., Dehnashi, T., & Oboodyat, S. (2020). The effectiveness of compassion - focused therapy on resilience and life expectancy in type diabetes mellitus 2. *Journal of Psychological Science*, 19(92), 945-956. <http://psychologicalscience.ir/article-1-705-en.html> (in Persian)
- Tap, J., Derrien, M., Törnblom, H., Brazeilles, R., Cools-Portier, S., Doré, J., & Simrén, M. (2017). Identification of an intestinal microbiota signature associated with severity of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 152(1), 111-123. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.09.049>
- Targownik, L. E., Sexton, K. A., Bernstein, M. T., Beatie, B., Sargent, M., Walker, J. R., & Graff, L. A. (2015). The relationship among perceived stress, symptoms, and inflammation in persons with inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 110(7), 1001-1012. <https://doi.org/10.1038/ajg.2015.147>
- Tofangchi, M., Raeisi, Z., Ghomrani, A., & Rezaee, H. (2021). Developing the distress tolerance promotion package and comparing its effectiveness with compassion-focused therapy on self-criticism, fear of negative evaluation, and anxiety in women with chronic tension-type headaches. *Journal of Psychological Science*, 20(100), 621-634. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1047-en.html> (in Persian)
- van der Valk, M. E., Mangen, M. J. J., Severs, M., van der Have, M., Dijkstra, G., van Bodegraven, A. A., ... & COIN study group and the Dutch Initiative on Crohn and Colitis. (2016). Evolution of Costs of Inflammatory Bowel Disease over Two Years of Follow-Up. *PloS one*, 11(4), e0142481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142481>
- von Gaudecker, J. R., Buelow, J. M., Miller, W. R., Tanner, A. L., & Austin, J. K. (2021). Social determinants of health associated with epilepsy treatment adherence in the United States: A scoping review. *Epilepsy & Behavior*, 124, 108328. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108328>