

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

جواد سید جعفری^۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر است.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود که به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به کلینیک روان‌شناختی روان یار تشکیل می‌دادند. پس از هماهنگی‌های لازم ۳۰ بیمار با شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 18 تجزیه و تحلیل شدند. در ابتدا با استفاده از آمار توصیفی، میانگی و انحراف استاندارد محاسبه شد. همچنین برای بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در تمامی متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر روی بیماری‌های روان‌تنی دیگر بخصوص مال‌تیل اسکلروزیس بررسی شود. همچنین تاثیر این درمان با درمان‌های دیگر مانند: شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی مقایسه شود.

کلمات کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، سندرم روده تحریک پذیر، استرس، اضطراب، افسردگی

مقدمه

اختلالات گوارشی کارکردی دسته‌ای از بیماری‌های روان‌تنی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سؤال‌برانگیز و دوره‌های طولانی مدت و غیرقابل پیش‌بینی بیماری و تأثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند، (چانک و همکاران، ۲۰۰۶). در بین ۲۵ اختلال گوارشی کارکردی، سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آن‌هاست (لاکتر، ۲۰۰۵). سندرم روده تحریک‌پذیر یک بیماری شایع پزشکی است که با درد و ناراحتی مزمن، مکرر و شکمی مشخص می‌شود که منجر به عادات روده‌ای تغییر یافته در غیاب بیماری‌های گوارشی

دیگر می‌شود (دفریس و بیلی، ۲۰۱۷). این بیماری که با بیش حساسیتی احشایی نامعمول شناخته می‌شود با هیجان‌ناپذیری، استرس و اضطراب رابطه دارد (پلاسیس و بوناز، ۲۰۱۷). و به نظر می‌رسد که در آن، تغییر در اضطراب مختص دستگاه گوارش مقدم بر تغییر در شدت علائم است (لیوتسن، هیسر، اندرسون، لیندفورس، هارستی و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات بسیاری به بررسی نقش عوامل روان‌شناختی در سندرم روده تحریک‌پذیر پرداخته است. استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران شایع بوده و با شروع و شدت علائم ارتباط زیادی دارد. شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در نقاط جغرافیایی مختلف با هم متفاوت است؛ این میزان در جوامع غربی بین ۹ تا ۲۲ درصد ولی در ایران بین ۶ تا ۲۵ درصد گزارش شده است (کریمنینی و همکاران، ۲۰۰۵؛ صالح‌پور و همکاران، ۲۰۰۸). تبیین علل روان‌شناختی بیماری‌های گوارشی ما را در وهله اول به جهتی سوق می‌دهد که شایع‌ترین بیماری گوارشی یعنی سندرم روده تحریک‌پذیر را از نقطه نظر ریشه‌های روان‌شناختی بررسی می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده است که از لحاظ طیف شخصیتی، برون‌گرایی و گشودگی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر کمتر از افراد سالم است (محو، ۱۳۸۶). به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر حساسیت و وجدان کاری بالاتری دارند، که البته این خصیصه با وجدان بودن نه به جهت مثبت بودن کلمه که صفت شایسته‌ای است، بلکه مفهوم حساسیت افراطی آن‌ها را در این خصوص نشان می‌دهد (محو، ۱۳۸۶).

درجات بالای استرس، نگرانی و اضطراب در این بیماران منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. این افراد در مقایسه با افراد سالم کیفیت زندگی مخربی دارند و در مقایسه با گروه به‌هنگار سه برابر بیشتر غیبت از کار دارند (ال-جوتسون، ۲۰۱۱). افزون بر این، رفتارهای اجتنابی با علائم گوارشی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه دارد، و کاهش یافتن رفتارهای اجتنابی علت بخش بزرگی از اثرات درمانی بر این بیماران است (بونرت، الن، بیوریبرگ، لالونی، هدمن-لاگروف و همکاران، ۲۰۱۸).

طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی شامل آرام‌سازی برای کاهش استرس یا کاهش علائم ناشی از استرس، فعال‌سازی رفتاری با وجود درد (بونرت، الن، بیوریبرگ، لالونی، هدمن-لاگروف و همکاران، ۲۰۱۸؛ پالرمو، لاو، فالیس، برومبگ، جسن-فیدایک و تائی، ۲۰۱۶؛ گریس و وارکبورگر، ۲۰۱۳)، هیپنوتراپی (بلانچارد، ۲۰۰۷)، بازخورد زیستی (بلانچارد، ۲۰۰۷ و الاتانجی و همکاران، ۲۰۰۴) درمان‌شناختی-رفتاری (کراسک و همکاران، ۲۰۱۱، رمه و همکاران، ۲۰۱۰، حقایق و همکاران، ۱۳۹۱، بلانچارد، ۲۰۰۷، محوی، ۱۳۸۶، لاکتر، ۲۰۰۶، بونمی و همکاران، ۲۰۰۴)؛ آموزش تنش‌زدایی (بلانچارد، ۲۰۰۷، بویسه و همکاران، ۲۰۰۳، کیفر و همکاران، ۲۰۰۲) و روان‌پویایی بین‌فردی (گوتتری و همکاران، ۲۰۰۹)، برای درمان سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده شده است.

یکی از درمان‌های جدید در موج سوم درمان‌های رفتاری درمان متمرکز بر شفقت (CFT) است که می‌تواند در زمینه کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر کمک‌کننده باشد. نف (۲۰۰۹) خود-شفقتی را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه‌ی فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. از این‌رو گیلبرت (۲۰۰۹) به استفاده از این سازه در جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد.

CFT بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پی‌آمدها و نتایج پیش‌بینی نشده متمرکز است (اشوورث و همکاران، ۲۰۱۱، CFT). بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان‌شناختی است. براساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت‌ورزی با نظام‌های مغزی تکامل یافته‌ای مرتبط

است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای دلبستگی، امنیت، تسکین‌بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت است (دپو و مورونه استورویپنسکی، ۲۰۰۵). اصول پایه در درمان CFT به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیان نیز آرام شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). افزون بر آن، در درمان CFT، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد، ۲۰۱۴). در تمرین‌های خود-شفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش به‌سزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ نف و گریمر، ۲۰۱۳).

در پژوهش‌های مختلفی کارایی CFT در کاهش هیجانات منفی و تفکرات پارانوئیدی (لینکولن، هوهنهاس، هارتمن، ۲۰۱۳)، کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین (هریوت و همکاران، ۲۰۱۱)، کاهش شرم، خودانتقادی و اضطراب اجتماعی (بوئرسما و همکاران، ۲۰۱۵)، کاهش نشخوار و خودسرزنش‌گری در افراد مبتلا به افسردگی (لویس و یوتلی، ۲۰۱۵)، و بهبود اختلالات خوردن (گال و همکاران، ۲۰۱۴) بررسی و تأیید شده است. با توجه به بررسی انجام شده، پژوهشی در حیطه اثربخشی درمان CFT بر کاهش استرس، اضطراب و نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر صورت نگرفته است.

در ارتباط با سندرم روده تحریک‌پذیر، یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که استفاده از روش‌های ترکیبی، ادغام درمان دارویی رایج با روش‌های روان‌درمانی، به‌خصوص شناختی-رفتاری، پاسخ قابل توجهی در مهار علائم این سندرم داشته است (هیمن مانکز، ۲۰۰۲). لذا درمان‌هایی که بر پایه تکنیک‌های شناختی-رفتاری بنا شده‌اند، چالش‌های جدیدی را در زمینه نظریه‌های درمانی سندرم روده تحریک‌پذیر به همراه داشته است. از طرف دیگر با نگاهی گذرا بر پیشینه تحقیق، ضرورت تبیین بیش از پیش بعد روان‌شناختی این بیماری مطرح است. نتایج تحقیقات ادوارد و بويس (۲۰۰۲) نشان داده‌اند که روش‌های روان‌درمانی شناختی-رفتاری به همراه درمان دارویی در درمان سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به دارودرمانی به نتایج متفاوتی دست یافته است. نتایج مطالعه زندیدل و همکاران (۲۰۰۶)، نشانگر آن است که سندرم روده تحریک‌پذیر با استرس‌های شدید همراه بوده است و بیمارانی که دائماً درصدد درمان خود بوده‌اند، علائم روان‌شناختی شدیدتری نشان داده‌اند.

55 درصد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارای حداقل یک اختلال روان‌پزشکی دیگر نیز هستند (بلانچارد، ۲۰۰۰). این بیماری می‌تواند در قسمت‌های مختلف زندگی از جمله خواب، شغل، عملکرد جنسی، تفریحات و مسافرت تأثیر بگذارد (زامان، ۲۰۰۲). مبتلایان سه برابر افراد غیر مبتلا از محل کار و مدرسه غیبت می‌کنند (اگراوال و همکاران، ۲۰۰۶). ارتباط جالب توجه بین روده تحریک‌پذیر و اضطراب، حکایت از آن دارد که عوامل شناختی-رفتاری و فیزیولوژیک را جملگی باید در این سندرم دخیل دانست، در افرادی که معتقدند مشکل روده‌ای دارند، استرس یا اضطراب می‌تواند این درک را افزایش دهد و ممکن است این مسئله با عوارض واقعی در روده، همراه باشد. درک و احساس اختلال معدی-روده‌ای، به نوبه خود، اضطراب را شدت بخشیده و بیمار ممکن است برای مقابله با این مشکل، دست به رفتارهای از قبیل رفتارهای اجتنابی، تغییر عادت در استفاده از توالت، و استفاده داروهای مانند ملین‌ها بزند. ارزیابی، معمولاً الگویی از تعامل بین اشتغال ذهنی، تغییرات رفتاری و درک کاربرد تغییر یافته‌ی معده-روده‌ای را نشان می‌دهد (لاتی میر، ۱۹۸۱؛ فورد، ۱۹۸۶).

بر اساس موارد ذکر شده ضرورت انجام این پژوهش در جامعه ایران احساس می‌شود. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی بود که به شیوه پیش‌آزمونپس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی روان‌یار تشکیل می‌دادند. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئول کلینیک و صحبت با بیماران در مورد فرآیند پژوهش ۳۰ بیمار با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود بیماران به این پژوهش شامل: تأیید بیماری توسط پزشک، مدارک پزشکی (CT اسکن) و تأییدیه روان‌پزشک، دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات درمانی و نداشتن هرگونه اختلال روانی تشخیص داده شده که از طریق مصاحبه ساختاریافته نسخه شماره پنج مورد سنجش قرار گرفت بود. همچنین ملاک‌های خروج بیماران از پژوهش شامل: بی‌تمایلی به ادامه فرآیند درمان، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان، دریافت مشاوره فردی یا گروه در مورد بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر و مصرف دارو به صورت هم‌زمان با فرآیند درمانی پژوهش بود.

ابزار

مقیاس DASS توسط لایبوند در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است. این مقیاس شدت علائم استرس، اضطراب و افسردگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، البته نه الزاماً ارزیابی اختلالات قابل تشخیص و کدگذاری شده که در طبقه‌بندی‌های رسمی DSM و ICD ذکر شده‌اند. هنری و کراوفورد در سال ۲۰۰۵ فرم کوتاه مقیاس را به لحاظ روایی سازه مورد مطالعه قرار دادند. آن‌ها به وجود یک عامل عمومی و سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس در این مقیاس اشاره نمودند. در ایران صاحبی، اصغری و سالاری (۱۵) در پژوهشی فرم کوتاه مقیاس DASS را اجرا کردند و در تحلیل عاملی سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را به دست آوردند. هم‌بستگی افسردگی و اضطراب ۶۰/۱، اضطراب و استرس ۶۷/۰، و افسردگی و استرس ۶۴/۱ به دست آمد. هم‌سانی درونی مقیاس DASS با استفاده از آلفای کرونباخ برای افسردگی ۷۷/۰، اضطراب ۷۹/۰ و استرس ۷۸/۰ به دست آمد.

پس از تکمیل مقیاس DASS توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه، جلسات درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۲ ساعته به شیوه گروهی و هفتگی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. برنامه درمانی جلسات بر اساس طرح درمانی گیلبرت (۲۰) تدوین گردید. پس از اتمام جلسات درمانی، دو گروه به وسیله مقیاس DASS ارزیابی مجدد شد. پس از پایان مرحله پس‌آزمون، پژوهش‌گر جهت رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش، جلسات درمانی را برای گروه کنترل نیز اجرا نمود. شرح مختصری از روند اجرای جلسات درمانی CFT در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 تجزیه و تحلیل شدند. در ابتدا با استفاده از آمار توصیفی، میانگی و انحراف استاندارد محاسبه شد. همچنین برای بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش

استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۱: شرح مختصری از جلسات درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت	
جلسه	روند جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون - آشنایی درمان‌گر و اعضای گروه با یکدیگر، گفت‌وگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
چهارم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان شفقت‌ورز یا غیر شفقت‌ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
پنجم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفت‌وگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفت‌وگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
هفتم	پیدا کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز.
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

جدول ۲: مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استرس، اضطراب و افسردگی

متغیرها		گروه آزمایش		گروه کنترل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس				
پیش آزمون	۲۹/۳۳	۳/۶۹	۳۸/۸۱	۱/۵۱
پس آزمون	۲۱/۷۳	۲/۷۱	۴۳/۷۴	۲/۴۲
اضطراب				
پیش آزمون	۱۸/۵۳	۲/۹۲	۲۶/۷۶	۱/۰۰
پس آزمون	۱۲/۶۷	۲/۵۶	۳۰/۵۴	۰/۸۹
افسردگی				
پیش آزمون	۲۰/۸۷	۴/۴۷	۴۱	۹/۷۴
پس آزمون	۱۳/۱۳	۳/۱۳	۳۹/۸	۹/۹۵

میانگین و انحراف معیار نمره استرس، اضطراب و افسردگی گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به جدول ۲ میانگین گروه آزمایش و کنترل در متغیر استرس به ترتیب ۲۹/۳۳ و ۸۱/۳۸ بوده‌اند. پس از ارائه درمان میانگین این دو گروه در متغیر استرس به ترتیب ۲۱/۷۳ و ۷۴/۴۳ شده‌اند. میانگین گروه آزمایش کاهش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد و گروه کنترل کمی افزایش داشته است. در متغیر اضطراب به ترتیب ۱۸/۵۳ و ۷۶/۲۶ بوده‌اند. پس از ارائه درمان میانگین این دو گروه در متغیر اضطراب به ترتیب ۱۲/۶۷ و ۳۰/۵۴ شده‌اند. میانگین گروه آزمایش کاهش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد و گروه کنترل کمی افزایش داشته است. در متغیر افسردگی به ترتیب ۲۰/۸۷ و ۴۱ بوده‌اند. پس از ارائه درمان میانگین این دو گروه در متغیر افسردگی به ترتیب ۱۳/۱۳ و ۳۹/۸ شده‌اند. میانگین گروه آزمایش کاهش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد و گروه کنترل کمی کاهش داشته است.

اثرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
استرس	۱۵۵۱/۴۶	۱	۱۵۵۱/۴۶	۴۹/۸۱	۰/۰۰۱
اضطراب	۱۱۱۸/۳۳	۱	۱۱۱۸/۳۳	۴۰/۷۵	۰/۰۰۱
افسردگی	۱۰۸۰۶/۵۷	۱	۱۰۸۰۶/۵۷	۶۲/۴۹	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان داد که با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در تمامی متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. ($p < 0/05$) به عبارتی با اطلاعات موجود در مورد F در متغیر استرس ۴۹ متغیر اضطراب ۴۰ و متغیر افسردگی ۶۲ می‌توان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را اثبات نمود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. بر اساس نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شده است. پژوهش‌های مشابه داخلی و خارجی در مورد هم‌سو بودن و ناهم‌سو بودن یافت نشد. بنابراین یافته‌های این پژوهش را با یافته‌های پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بیماری‌های روان‌تنی دیگر و همچنین اثربخشی درمان‌های موج سوم دیگر مانند: روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مقایسه می‌کنیم. در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بیماری‌های روان‌تنی دیگر با یافته‌های پژوهش سعادتی، رستمی و دربانی ۱۳۹۲، فتواتی، بهرامی، گودرزی و روزبهانی ۱۳۹۷، سلیمی، ارسلان، زهراکار، داورنیا و شاکرمی ۱۳۹۷ لوکر و کورتن ۲۰۱۳، براهلر و همکاران ۲۰۱۳، اشورث و همکاران ۲۰۱۳، رایس ۲۰۱۳، لیویس و یوتلی ۲۰۱۵ و ایمری و تروپ ۲۰۱۲ هم‌سو است. در زمینه اثربخشی درمان‌های موج سوم دیگر با یافته‌های فرخزادیان، احمدیان و عندلیب ۱۳۹۸، عزیزی و محمدی ۲۰۱۸، زمردی و رسول زاده ۲۰۱۳، پورمحسنی و اسلامی ۲۰۱۷ و لجستون و همکاران ۲۰۱۰ هم‌سو است.

در تبیین این یافته در ابتدا باید به ارتباط واضح بین این بیماری و عوامل روان‌شناختی و عصب‌شناختی اشاره کرد. عوامل روان‌شناختی و سیستم عصبی خودمختار به سبب‌شناسی سندرم روده تحریک‌پذیر مربوط هستند. ارتباط بین بیماری‌های گوارشی و اختلالات روان‌شناختی به ارتباط خاص بین مغز و روده برمی‌گردد که اصطلاحاً محور مغز-روده نامیده می‌شود. نواحی آمیگدال، هیپوکامپ و قشر پیش‌پیشانی، می‌توانند عملکرد روده را تعدیل کنند و از سویی دربرگیرنده تنظیم هیجانات مثل خلق، اضطراب، عواطف منفی و درد و رفتارهای شناختی مثل حل مسئله و طراحی کردن و جست‌وجوی اطلاعات باشند و نهایتاً در پرورش رفتارهای اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی مؤثر باشند (پلیسیرو و همکاران، ۲۰۱۰).

در تبیین علل روان‌شناختی سندرم روده تحریک‌پذیر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که از لحاظ طیف شخصیتی، برون‌گرایی و گشودگی در افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر کمتر از افراد سالم است و همچنین این افراد از ویژگی

با وجدان بودن به شکل افراطی برخوردار هستند (مجوی و همکاران، ۲۰۱۱). از این رو طبق مطالب ذکر شده و ارتباطی که بین این بیماری، اضطراب، استرس، افسردگی و به طور کلی عوامل روان‌شناختی وجود دارد باید برای درمان آن و از بین بردن عوامل ریشه‌ای و روان‌شناختی این بیماری از یک درمان روان‌شناختی مناسب استفاده کرد که در این پژوهش برای بهبود این عوامل از درمان متمرکز بر شفقت استفاده شد. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره نمود که فرایندهای اصلی درمان متمرکز بر شفقت می‌توانند در کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر باشند.

فرایندهای اصلی این درمان به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز، آرام شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). افزون بر آن، در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد، ۲۰۱۷). در تمرین‌های خود-شفقتی بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ نف و گریمر، ۲۰۱۳). افزون بر آن، شفقت به خود مستلزم پذیرش فعال و صبورانه‌ی احساسات سخت است (هیز، ۲۰۰۸). افراد عموماً از طریق احساسات جسمانی «مبارزه، پرواز یا یخ زدن» از وجود واکنش‌های سخت آگاه می‌شوند؛ این فعال‌سازی سیستم عصبی دلسوزانه (که برای اکثریت افراد زنجیرهایی از رویدادهاست که با افزایش در تنفس آغاز شده و افزایش ضربان قلب، گرفتگی عضلات و غیره را به دنبال خواهد داشت) به این معناست که بدن در حال واکنش نشان دادن به یک تهدید است (مثلاً یک محرک آزارنده مانند استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های روده تحریک‌پذیر و حال خود را برای مقاومت و دفاع در برابر آن یا اجتناب از آن آماده می‌کند (نف و مک‌گی، ۲۰۱۰).

در انتها باید به این موضوع اشاره کرد که هر مطالعه‌ای محدودیت‌های دارد؛ اجرای پژوهش حاضر بر روی مراجعین کلینیک روان‌یار انجام شده است که این امر می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را به افراد دیگر کاهش دهد. نحوه نمونه‌گیری نیز از نوع در دسترس بوده است که باید به آن توجه کرد. با توجه به نتایج پژوهش و تجربیات پژوهش‌گر در حین کار بر روی بیماران مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر روی بیماری‌های روان‌تنی دیگر به‌خصوص مالتیپل اسکلروزیس بررسی شود. همچنین تأثیر این درمان با درمان‌های دیگر مانند: شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی مقایسه شود.

سپاس‌گزاری:

بدین وسیله از تمام عوامل کلینیک روان‌یار و بیماران محترم مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که در این پژوهش همکاری و مشارکت کرده‌اند سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

سلیمی آرمان، ارسلان ده فرشته، زهراکار کیانوش، داورنیا رضا، شاکرمی محمد. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. (افق دانش. ۱۳۹۷. ۲۴): ۲ (۱۲۵-۱۳۱)

فرخزادیان علی اصغر، احمدیان فریبا، عندلیب لیلیا. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت علائم و کیفیت زندگی سربازان مبتلا به نشانه‌گان روده تحریک‌پذیر. (مجله طب نظامی. ۱۳۹۸. ۲۱): ۱ (۴۴-۵۲)

محوى شیرازی، مجید (1386). مقایسه سطح سلامت روانی و رگه‌های شخصیتی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماری التهاب روده و افراد سالم و اثر بخشی روش‌های دارو درمانگری و روان درمانگری رفتاری شناختی در درمان سندرم روده تحریک‌پذیر. رساله- دکتری روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

- agarwal,a whorwel,pj.(2006) irritable bowel syndrome:diagnosis and management .bmj 332(7536):280-283
- Azizi A, mohamadi J. Mindfulness Efficacy on the Perception of the Disease and the Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. SJIMU. 2018; 25 (6):1-9
- Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011;12(02):128-39.
- Blanchard, E. B., Lackner, J. M., Sanders, k., Krasner, S., Keefer, I., Payne, A., Gudleski, G. D., kats, I., Rowell, D., Sykes, M. Kuhn, E., Gusman, O. R., Carosella, A. M., Firth, R., Tulloch, L. D. (2007). A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome .*Behavior research and therapy*, 45, 633-648
- Bonnert, M., Olén, O., Bjureberg, J., Lalouni, M., Hedman-Lagerlöf, E., Serlachius, E. & Boersma, K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2015;45(2):89-98.
- Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2013;52(2):199-214.
- Chang, L., Toner, B., Fukdo, S. H., Guthrie, E., Locke, G. R., Noton, J. N., Sperber, D. A., (2006). Gender, Age, Society, Culture and the Patient's Perspective in the Functional Gastrointestinal Disorders. *Journal of Gastroenterology*, 130, 1435-1446.
- Craske, M. G., Taylor, B. W., Labus, J. Naliboff, B. D., (2001). A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interceptive exposure to visceral sensations. *behavior research and therapy*. 49, 413-421.
- Defrees, D.N. & Baile, J. (2017). Irritable Bowel Syndrome Epidemiology Pathophysiology Diagnosis and Treatment. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 44 (4), 655-671.
- Depue RA, Morrone-Strupinsky JV. A neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behav Brain Sci*. 2005;28(3):313-50.
- Edward,b Louis,k(1999) psychological treatment in IBS patient,best practice and research.clinical gastroemterology,13(3):473-487
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41
- Gilbert, P. (2009). An introduction to compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15,199-208
- Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *ClinPsychol Psychother*. 2014;21(1):1-12.
- Hayes, S.C. (2008). *The roots of compassion*. Keynote speech delivered at the International ACT Conference, Chicago.

- Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. Acompassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *Br J Clin Psychol*. 2011;53(1):78-94
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to Work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3, 47-54
- Imrie S, Troop NA. A pilot study on the effects and feasibility of compassion-focused expressive writing in day hospice patients. *Palliat Support Care*. 2012;10(2):115-22.
- Ljótsson B, Andréewitch S, Hedman E, Rück C, Andersson G, Lindefors N. Exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome—an open pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2010;41(3):185-90
- Ljótsson, B. (2018). The role of avoidance behavior in the treatment of adolescents with irritable bowel syndrome: A mediation analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 105, 27-35.
- Lackner, j. m., Gurtman, M. G. (2005). Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients a circumplex analysis. *journal of psychosomatic research*,58,523-532
- Ljótsson, B., Hesser, H., Andersson, E., Lindfors, P., Hursti, T., Ruck, C. & Hedman, E. (2013). Mechanisms of change in an exposure-based treatment for irritable bowel syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (6), 1113-1126.
- Ljotsson, B., Hedman, E., Linfors, P., Hursti, T., Linfors, N., Anderson, G., Ruck, CH., (2011). Long-term follow up of internet-delivered exposure and mind fulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behavior research and therapy*, 49, 58-61
- Latimer,p saran,s campbell,d.et al(1981).colonic motor and myoelectrical activity:a comparative study of normal subject,psychoneurotic patients,and patients with irritable bowel syndrome.gastroenterology,80,893-901
- Lincoln TM, Hohenhaus F, Hartmann M. Canparanoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. *Cognitive Therapy and Research*. 2013;37(2):390-402.
- Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychol Med* 2015; 45(5): 927-45.
- Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother*. 2013;86(4):387-400
- Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychol Med*. 2015;45(5):927-45.
- Neff, K. D. (2009). The role of selfcompassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44
- Neff, K. D., & McGhee, P. (2010). Selfc ompassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*,9, 225 – 240
- Pellissier, S. & Bonaz, B. (2017). The Place of Stress and Emotions in the Irritable Bowel Syndrome. *Vitamins and Hormones*, 103, 327-354.
- Palermo, T.M., Law, E.F., Fales, J., Bromberg, M.H., Jessen-Fiddick, T. & Tai, G. (2016). Internet-delivered cognitive-behavioral treatment for adolescents with chronic pain and their parents: A randomized controlled multicenter trial. *Pain*, 157 (1), 174-185.

- Pourmohseni-Koluri F, Eslami F. The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness on mental health and quality of life of patients with irritable bowel syndrome. *Hlth Psy*, 2017; 5(20); 48-67.
- Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a nonclinical sample. *Mindfulness*. 2011;2(1):33-6.
- Zndedel, n nsani, m (2006). IBS and psychological disorder in university students, scientific journal of the Iranian association of gastroenterology and hematology. 11(1):22-26
- Zomorodi S, Rasoulzadeh Tabataba'i S. Comparison of effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapy in improving quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Cli Psy Stud*. 2013; 4(13): 63-88.



The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Reducing Stress, Anxiety, Depression, and Symptoms in Patients With Irritable Bowel Syndrome

Javad Seyed Jafari¹

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of compassion-focused therapy on reducing stress, anxiety, depression and symptoms of patients with irritable bowel syndrome.

Methodology: The present study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with control group. The study population consisted of all patients with irritable bowel syndrome referred to psychiatric psychiatric clinic. Thirty patients were selected by convenience sampling and were randomly assigned into two groups of 15 individuals. The data were analyzed using SPSS 18 software. At first, descriptive statistics, mediation and standard deviation were calculated. Also to evaluate the effectiveness of focused self-care therapy on reducing stress, anxiety, depression and symptoms. Covariance analysis test was used for patients with irritable bowel syndrome.

Findings: The results showed that by adjusting pre-test scores, there was a significant difference between the experimental and control groups in the post-test in all research variables ($p < 0.05$).

Conclusion: Based on the results, it can be said that compassionate treatment has reduced stress, anxiety and depression in people with irritable bowel syndrome. In future research, it is suggested that the impact of compassion-focused treatment on other psychosomatic diseases, especially Multiple Sclerosis, be compared.

Keywords: Compassion-Focused Treatment, Irritable Bowel Syndrome, Stress, Anxiety, Depression