

Original Article

Effectiveness of Self-Compassion Training on Symptoms of Irritable Bowel Syndrome

Ezzatollah Ahmadi^{1*} , Behzad Shalchi¹ , Zahra Ansourzadeh² 

¹ Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

² Master of General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

*Corresponding Author:
Ezzatollah Ahmadi;
Department of Psychology,
Faculty of Educational
Sciences and Psychology,
Azarbaijan Shahid Madani
University, Tabriz, Iran.

Email:
amiraliahmadi91@yahoo.com,
ahmadi.e@azaruniv.ac.ir

Received: 11 Nov, 2019
Accepted: 26 May, 2020

Abstract

Background and Objectives: Irritable Bowel Syndrome is one of the most common gastrointestinal diseases that involve a considerable part of society. In this regard, the present study aimed to investigate the effectiveness of self-compassion training on symptoms of Irritable Bowel Syndrome.

Methods: This quasi-experimental study was conducted using a pre- and post-test design with control and experiment groups. The study population included high school female students in Khosrowshahr, East Azerbaijan, Iran. The sample consisted of 30 students who achieved the highest score in the screening test for Irritable Bowel Syndrome. They were selected by purposive sampling method and randomly assigned into experimental (n=15) and control groups (n=15). Data were collected using the Irritable Bowel Syndrome Questionnaire and analyzed through univariate analysis of covariance.

Results: The results showed that self-compassion training significantly reduced the symptoms of Irritable Bowel Syndrome ($P < 0.05$).

Conclusion: Applying self-compassion training improves the symptoms of irritable bowel syndrome in individuals.

Keywords: Compassion; Irritable bowel syndrome; Symptoms; Training.

DOI: 10.29252/qums.14.4.1

اثربخشی آموزش شفقت به خود بر علائم سندرم روده تحریک پذیر

عزت‌اله احمدی^{۱*}، بهزاد شالچی^۱، زهرا منصورزاده^۲

چکیده

زمینه و هدف: سندرم روده تحریک پذیر یکی از بیماری‌های شایع گوارشی است که بخش قابل توجهی از جامعه را درگیر می‌کند. در این راستا، پژوهش حاضر اثربخشی آموزش شفقت به خود بر علائم سندرم روده تحریک پذیر را بررسی کرده است.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان خسروشهر بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی بودند که در آزمون غربالگری سندرم روده تحریک‌پذیر بیشترین نمره را به‌دست آوردند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ نفر برای هر گروه). داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه علائم سندرم روده تحریک‌پذیر (EISSS: Extra-intestinal symptoms severity scale) جمع‌آوری و با تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر شفقت به خود، باعث کاهش معنی‌دار علائم سندرم روده تحریک‌پذیر شده است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: آموزش شفقت به خود به بهبود علائم سندرم روده تحریک‌پذیر منجر می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش؛ سندرم روده تحریک‌پذیر؛ شفقت؛ علائم.

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

^۲ کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

عزت‌اله احمدی؛ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

amiraliahmedi91@yahoo.com
ahmadi.e@azaruniv.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۰۶

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Ahmadi E, Shalchi B, Ansourzadeh Z. Effectiveness of Self-Compassion Training on Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. Qom Univ Med Sci J 2020;14(4):1-10. [Full Text in Persian]

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome (IBS)) یکی از بیماری‌های شایع گوارشی است. گرچه از نظر ارگانیک این بیماری علل خاصی ندارد، دردهای مزمن شکمی، اسهال، یبوست یا نفخ موجود، کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱).

سندرم روده تحریک‌پذیر نوعی اختلال کارکردی روده است که مشخصه آن تغییر در اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی است (۲). بر اساس معیار روم-چهار (Rome IV) این سندرم به‌عنوان یک اختلال عملکردی روده تعریف می‌شود که در آن درد یا ناراحتی شکمی عودکننده با دفع ادرار یا تغییر در عادات روده‌ای همراه است (۳). علائم سندرم روده تحریک‌پذیر معمولاً هرازگاهی ظاهر و سپس ناپدید می‌شوند و اغلب با اختلالات کارکردی دیگری نظیر فیبرومیالژی (Fibromyalgia)، سردرد، کمردرد و علائم ادراری-تناسلی شباهت‌هایی دارند (۲). تأثیرات روانی و هزینه‌های این بیماری تهدیدی برای منابع بهداشتی و سلامتی بیماران است (۴).

در حال حاضر درمانی وجود ندارد که به‌طور هم‌زمان تمام علائم سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر را درمان کند (۵) و معمولاً رویکرد درمانی استفاده‌شده به شدت اختلال وابسته است (۶). تا به امروز تحقیقات و اقدامات درمانی زیادی پیرامون سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شده است. طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی شامل هیپنوتراپی (Hypnotherapy)، بازخورد زیستی (Biofeedback)، درمان شناختی‌رفتاری (Cognitive Behavior Therapy) (فردی و گروهی) (۷)، آموزش تنش‌زدایی (Relaxation Training) (۸) و درمان روان‌پویایی بین‌فردی (Psychodynamic Interpersonal Therapy) (۹) در درمان سندرم روده تحریک‌پذیر به کار گرفته شده است. در این بین، تا سال‌های متمادی درمان شناختی‌رفتاری به‌عنوان مؤثرترین درمان روان‌شناختی سندرم روده تحریک‌پذیر مطرح بوده است (۱۰). برخی از مطالعات اخیر نشان می‌دهند درمان شناختی‌رفتاری در

کاهش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر همیشه مؤثر نیست. همچنین درمان شناختی‌رفتاری و آرام‌سازی در کاهش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با رویکردهای استاندارد برتری ندارد (۴).

امروزه موج سوم درمان‌های شناختی‌رفتاری با ایجاد فضای متفاوت، سعی در ایجاد نگرشی نو به زندگی انسان دارد. بررسی تأثیر شیوه‌های نوین قطعاً یکی از راه‌های ایجاد تغییرات مطلوب روان‌شناختی خواهد بود. یکی از این روش‌های مداخله‌گرایانه و جدید در درمان‌های روان‌شناختی، شفقت به خود (Self-Compassion) است (۱۱). Gilbert این درمان را با هدف کمک به ترویج سلامت روانی و هیجانی با تشویق افراد نسبت به شفقت به خود و دیگران شکل داد. نخستین اصول درمان متمرکز بر شفقت، از سیستم‌های عمومی تنظیم احساسات شامل سیستم تهدید و حفاظت از خود، سیستم هیجانات و سیستم حمایت اجتماعی برخاسته است. جلسات درمان از ارتباط بین این سیستم‌ها و افکار و رفتار انسان تشکیل شده است (۱۲).

در درمان مبتنی بر شفقت افراد می‌آموزند از احساسات دردناک خود اجتناب نکنند و آن‌ها را سرکوب نکنند (۱۳). خودشفقتی می‌تواند از طریق تقلیل پاسخ‌های دفاعی، حالات هیجانی و خودسرزنی و نیز افزایش تبعیت از توصیه‌های پزشکی، خودتنظیمی را بهبود بخشد (۱۴). همچنین خودشفقتی می‌تواند نوعی سیستم مراقبتی بیولوژیکی را در فرد فعال سازد که باعث تنظیم استرس و رفتارهای مشفقانه شود و اثرات سودمند زیستی و روان‌شناختی را برای فرد در برابر استرس‌های اجتماعی ایجاد کند (۱۵).

با آموزش سیستم‌های شفقت به خود که باعث افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی می‌شود، می‌توان سیستم تهدید (مربوط به احساساتی مانند دفاع، ناامنی و تحریکات اتونومیک) را خنثی و سیستم مراقبت (مربوط به احساساتی مانند امنیت، دل‌بستگی و سیستم مخدر اکسی‌توسین) را فعال کرد (۱۶).

پژوهش‌ها نشان داده است شفقت به خود با پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات بین‌شخصی، افسردگی و استرس کم همراه است (۱۷). ادبیات پژوهشی حاکی از اثربخشی این شیوه درمانی بر کاهش علائم اختلالات و بهبود

غیرروده‌ای سندرم روده تحریک پذیر استفاده شد. این پرسش‌نامه ۱۵ سؤال دارد که هدف آن سنجش شدت علائم غیرروده‌ای سندرم روده تحریک پذیر است. طیف نمره‌گذاری آن از نوع هفت‌گزینه‌ای است (گزینه‌های «گاهی اوقات=۰» تا «همیشه=۶»). نمره بالا نشان‌دهنده شدت علائم بیشتر است. نسخه فارسی پرسش‌نامه اعتبار و پایایی قابل قبولی (آلفای کرونباخ=۰/۸۴) دارد (۲۱).

روش اجرا

بعد از هماهنگی لازم و انتخاب نمونه آماری در نهایت افرادی که معیار ورود به آزمایش را داشتند، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل به تصادف گمارده شدند. ضمن توجه شرکت‌کنندگان و بیان اهداف و ارائه برنامه جلسات بر اساس درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۲)، پیش‌آزمون اجرا شد. مدت جلسات درمانی هشت جلسه دوساعته بود و به‌صورت گروهی و یک بار در هفته اجرا شد. همچنین اطمینان‌بخشی به آزمودنی‌ها در زمینه محرمانه‌ماندن اطلاعات و داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش، از نکات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. پس از اتمام دوره آموزش، از دو گروه تحت درمان و گروه کنترل پس‌آزمون گرفته شد. سپس داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS به شیوه آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، تعداد آزمودنی‌ها در مجموع ۳۰ دانش‌آموز دختر در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۱۶/۲۶ و کنترل ۱۶/۴۰ سال بود.

جدول شماره ۲ میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات گروه آزمایش و کنترل را در متغیر سندرم روده تحریک پذیر در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمره گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کمتر شده است. به‌منظور بررسی معنی‌دار بودن یا نبودن تفاوت میانگین

عملکرد افراد است (۱۸). همچنین افراد مبتلابه اختلال جسمانی در مقایسه با افراد سالم خودشفقتی کمتری دارند (۱۹). مطالعه اخیر نشان می‌دهد آموزش کوتاه‌مدت شفقت به خود، نواحی مغزی مرتبط با استرس نظیر آمیگدال و سینگولیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. باوجود این، اهمیت تأثیر آموزش تکنیک‌های شفقت بر پاسخ‌های رفتاری مرتبط با استرس و عصب زیست‌شناختی کمتر شناخته شده است (۲۰)؛ بنابراین، با توجه به عوامل عصب زیست‌شناختی و روان‌شناختی در شکل‌گیری و تداوم سندرم روده تحریک پذیر و نبود پژوهش در زمینه اثربخشی آموزش شفقت به خود بر علائم سندرم روده تحریک پذیر، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این پرسش است که آیا آموزش شفقت به خود بر علائم سندرم روده تحریک پذیر مؤثر است.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر به شیوه شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل تمام دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهرستان خسروشهر بود که در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر با دامنه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ نفر برای هر گروه). با توجه به برگزاری آزمون اولیه بین ۱۲۸۰ دانش‌آموز، معیار ورود شامل کسب نمرات بالا (چارک سوم به بالا)، تأیید سندرم روده تحریک‌پذیر و رد اختلالات گوارشی دیگر توسط پزشک معتمد و حضور در جلسات آموزش بود. همچنین معیار خروج در پژوهش حاضر شامل کسب نمره کم، تأییدنشدن سندروم روده تحریک‌پذیر یا تأیید اختلالات گوارشی دیگر توسط پزشک و تمایل نداشتن به حضور در جلسات آموزش بود. با در نظر گرفتن معیار ورود و خروج و با توجه به امکانات تیم تحقیق، تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه انتخاب شد.

ابزار

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه علائم

خلاصه محتوای جلسه‌ها بر اساس درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت

جلسه اول

برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی و تمایز شفقت با تأسف برای خود، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.

جلسه دوم

آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه سوم

آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، 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 شرم، آموزش همدردی و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه چهارم

مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی با توجه به مباحث آموزشی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد غیرمشفق یا دارای شفقت، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق، آموزش بخشایش و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه پنجم

معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل‌مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف، تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.

جلسه ششم

مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه هفتم

مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فردی در آن موقعیت.

جلسه هشتم

آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها به منظور مقابله با شرایط متفاوت زندگی به روش‌های مختلف و در نهایت جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

استفاده شود. قبل از آزمون کوواریانس، لازم است برخی پیش‌فرض‌های آن بررسی شود. برای این منظور جداول شماره ۳ و ۴ در زیر آورده شده است.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد آزمون لون از ۰/۰۵ بیشتر است ($Sig=0/34$ ؛ $P \geq 0/05$) که بیانگر همگنی واریانس‌هاست.

جدول شماره ۱: فراوانی جنسیت و میانگین سنی آزمودنی‌ها		
گروه	جنسیت	فراوانی میانگین سنی
آزمایش	دختر	۱۶/۲۶ ۱۵
کنترل	دختر	۱۶/۴۰ ۱۵

نمرات دو گروه باید از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره

جدول شماره ۲: داده‌های توصیفی سندرم روده تحریک‌پذیر گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سندرم روده تحریک‌پذیر	پیش‌آزمون	۴۴/۵۳	۳/۹۳	۳۸	۵۰
	پس‌آزمون	۳۹/۶۷	۳/۷۹	۳۱	۴۷
کنترل	پیش‌آزمون	۴۵/۶۰	۳/۶۲	۴۰	۵۱
	پس‌آزمون	۴۵/۷۳	۳/۶۹	۴۰	۵۱

جدول شماره ۳: آزمون لون برای همگنی واریانس دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آماره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	P
سندرم روده تحریک‌پذیر	۰/۹۳	۱	۲۸	۰/۳۴

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر سندرم روده تحریک‌پذیر

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	P
سندرم روده تحریک‌پذیر	آزمایش	۴۰/۰۷	۰/۵۵	-۵/۲۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۴۵/۳۳	۰/۵۵		

جدول شماره ۵: تحلیل کوواریانس برای سنجش اثرات بین گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	ضریب تا
سندرم روده تحریک‌پذیر	۱۹۲/۸۶	۱	۱۹۲/۸۶	۴۳/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴

بیمارانی که از سندرم روده تحریک‌پذیر رنج می‌برند، بخش سینگولیت مغز که با فرایندهای توجه و گزینش پاسخ مرتبط است فعالیت بیشتری نشان می‌دهد و فعالیت این قسمت از مغز با احساس ناخوشایند درد همراه است (۲). همچنین تمرکز توجه انتخابی بر فرایندهای فیزیولوژیکی و احساس‌های بدنی علاوه بر تداوم اختلال، باعث ادراک افراطی نشانگان می‌شود (۱۹). این بیماران میزان زیاد گوش‌به‌زنگی و توجه انتخابی بیشتری به نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر از خود نشان می‌دهند (۲۴).

نتایج پژوهش در حیطه آموزش شفقت نشان داده است آموزش کوتاه‌مدت شفقت به خود، نواحی مغزی مرتبط با استرس نظیر آمیگدال و سینگولیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۰). درحقیقت آموزش شفقت هم بر فعالیت سینگولیت و هم بر فرایندهای توجه این بیماران تأثیر می‌گذارد.

همچنین نتایج اخیر پژوهش‌های علوم اعصاب و تصویربرداری مغزی نشان‌دهنده این مسئله است که تمرین تصویرسازی شفقت برای دیگران و خود، به تغییراتی در قشر پیشانی، دستگاه ایمنی بدن و بهزیستی عمومی بدن منجر می‌شود. از آنجا که استرس و اضطراب با راه‌اندازی سیستم تهدید و حفاظت از خود در مغز

در نتیجه استفاده از آزمون کوواریانس بلامانع است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین نمره سندرم روده تحریک‌پذیر در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل کمتر است؛ بنابراین، با توجه به نتایج می‌توان این‌گونه اظهار کرد که درمان مبتنی بر شفقت بر علائم سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر است.

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشهود است، با توجه به سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده از متغیر سندرم روده تحریک‌پذیر ($P=0/001$, $F=43/28$) که از $0/01$ کمتر است، می‌توان گفت که تفاوت معنی‌داری در گروه کنترل و آزمایش وجود دارد؛ بنابراین، فرض تحقیق مبنی بر اثربخشی آموزش شفقت بر سندرم روده تحریک‌پذیر تأیید می‌شود.

بحث

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد درمان مبتنی بر شفقت بر علائم سندرم روده تحریک‌پذیر دانش‌آموزان دختر تأثیر داشته است. با توجه به فقر ادبیات پژوهشی در این حوزه، نتیجه پژوهش حاضر با یافته سید جعفری (۲۳) همسو است. شواهد نشان می‌دهد در

اگر به یک هدف نرسند، بهتر می‌توانند هدف جایگزینی را برای خود قرار دهند. تنظیم خود در هر مرحله‌ای می‌تواند با هیجان‌ات منفی از خط خارج شود. افرادی که می‌توانند هیجان‌ات خود را با توجه به مشکلات پزشکی و درمانی مدیریت کنند، به‌طور مؤثرتری می‌توانند رفتارهای ارتقادهنده سلامتی داشته باشند. افرادی که خودشفقتی بیشتری دارند به‌صورت مؤثرتری می‌توانند اهداف سلامتی را انتخاب کنند و در راستای رسیدن به اهدافشان تلاش کنند (شامل پیگیری درمان‌های پزشکی و تبعیت از دستورات درمانی) و مسیر رسیدن به هدف را ارزیابی کنند (۲۹).

مؤلفه دیگر شفقت به خود، خودمهربانی است که به پاسخ‌دهی صبورانه و توأم با پذیرش فرد به‌جای خودانتقادی و خودسرزنشی به بی‌کفایتی، ناکامی و مشکلات اشاره می‌کند. این نوع پاسخ‌دهی، هیجان‌های منفی را خنثی و به فرد کمک می‌کند حوادث فشارزا را به شیوه خودحمایتی، تعبیر و تفسیر کند (۳۰). این در حالی است که مبتنی بر الگوی زیستی-روانی-اجتماعی، مواجهه با استرس‌های ملایم روان‌شناختی، سیستم حرکتی هیجانی را در بیماران روده تحریک‌پذیر فعال می‌سازد و پاسخ‌دهی آنان را نسبت به تحریکات روده‌ای افزایش می‌دهد و بیماران نشانه‌های بیشتری از بیماری و حتی اغلب در مواجهه با استرس‌های جزئی نیز درد شدیدی را در ناحیه کولون تجربه می‌کنند (۳۱)؛ بنابراین، اگر افراد یاد بگیرند با خود مهربانانه رفتار کنند، سیستم حرکتی هیجانی به‌آسانی در برابر استرس‌ها تحریک نخواهد شد و در نتیجه درد شدید را تجربه نخواهند کرد.

مؤلفه دیگر شفقت به خود، با عنوان اشتراکات انسانی اشاره می‌کند که تمام انسان‌ها نقص دارند، اشتباه می‌کنند و شکست را تجربه می‌کنند. افراد با ویژگی خودشفقتی در اثر تجربه شکست، خود را منزوی نمی‌کنند، بلکه می‌پذیرند که حوادث و مشکلات بخشی از تجربه انسانی است. ارزیابی مشکلات از این چشم‌انداز، ادراک تهدید (به‌عنوان منبع استرس) و موانع کمک‌خواهی در مواقع ضروری را کاهش می‌دهد (۳۰). از این نظر، افرادی که تحت آموزش شفقت‌ورزی قرار می‌گیرند، یاد می‌گیرند بر احساس شرم، گناه و خشم غلبه کنند که از هیجان‌های غالب در این بیماری است تا بیماری را از دیگران مخفی نگه دارند (۳۲). از

باعث می‌شود بدن در حالت دفاعی قرار بگیرد و با فعال‌شدن آمیگدالا و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، واکنش‌های دفاعی مثل جنگ یا گریز فعال می‌شود، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با تمریناتی از قبیل شفقت‌ورزی، ریتم تنفس تسکین‌دهنده، تصویرسازی مشفقانه، تمرین صندلی مشفق و به‌کاربردن خود خردمند، خود قدرتمند و خود ملایم، به تعویض سیستم فعال در مغز فرد منجر شود، بدین‌صورت که باعث می‌شود از سیستم تهدید و حفاظت از خود که منبع احساسات دشوار و دردناک است به سیستم تسکین‌دهنده رضایت و امید برگردیم که ما را قادر می‌سازد تعادل خود را دوباره به‌دست آوریم و آرامش درونی را تجربه کنیم. بدین‌صورت، با تمرین تکنیک‌های ذکرشده بدن از حالت واکنش‌های دفاعی رها و از میزان ترشح کورتیزول کاسته می‌شود که این تغییرات می‌تواند به بهبود وضعیت بدنی و سلامت جسمی در افراد منجر شود (۲۵).

نواحی آمیگدال، هیپوکامپ و قشر پیش‌پیشانی از یک‌سو می‌توانند عملکرد روده را تعدیل کنند و از سویی دربرگیرنده تنظیم هیجان‌ات مثل خلق، اضطراب، عواطف منفی، درد و رفتارهای شناختی مثل حل مسئله و طراحی و جست‌وجوی اطلاعات هستند و درنهایت در پرورش رفتارهای اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی مؤثر هستند (۲۶)

شواهد نشان می‌دهد افراد با خودشفقتی زیاد به‌دنبال مواجهه با استرس‌ورهای آزمایشگاهی، فعالیت کم سیستم اعصاب سمپاتیک و پاسخ‌های برانگیخته و هیجانی کاهش‌یافته‌ای نشان می‌دهند (۲۷). Cosley و همکاران (۲۹) دریافتند شفقت برای دیگران می‌تواند ظرفیت دریافت حمایت اجتماعی را فراهم کند و به پاسخ فیزیولوژیکی سازگارانه نسبت به استرس منجر شود.

علاوه بر اثرگذاری عصب زیست‌شناختی، شفقت به خود می‌تواند از طریق مکانیسم‌های روان‌شناختی بر سندروم روده تحریک‌پذیر اثرگذار باشد. برای مثال، مطالعات سعیدی و همکاران (۲۹) نشان می‌دهد افرادی که توجه ذهن آگاهانه و غیرقضاوتی همراه با پذیرش به تجارب خویش در زندگی دارند، بهتر می‌توانند به تنظیم خود در زندگی بپردازند. درواقع افراد با خودشفقتی بیشتر چون کمتر دفاعی می‌شوند، بهتر می‌توانند رفتار و اهدافشان را ارزیابی کنند و تصمیمات بهتری برای پیگیری اهدافشان بگیرند و

روان‌شناسان و روان‌پزشکان است که بیماران در فضای درمان مانند کلینیک‌های گوارش، برای بهبود بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر، درمان‌های روان‌شناختی را نیز دریافت کنند. باید توجه داشت که نتیجه پژوهش حاضر به دانش‌آموزان دختر دارای علائم سندرم روده تحریک‌پذیر محدود است. برخی تحقیقات نشان داده‌اند شفقت به خود در زنان کمتر (۳۴) و تغییر این مؤلفه در این جنس با سختی بیشتری همراه است؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی اثر جنسیت و نوع اختلال مورد توجه قرار گیرد. همچنین با توجه به تعداد اندک شرکت‌کنندگان به‌عنوان محدودیت تحقیق حاضر، توصیه می‌شود تحقیقات مشابه آتی با تعداد بیشتر شرکت‌کننده انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی گرفته شده است. از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش که در اجرای این مطالعه همکاری کردند صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم.

طرفی دیگر، رفتارهای اجتنابی کاهش می‌یابد که با علائم گوارشی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه دارد. کاهش رفتارهای اجتنابی علت بخش زیادی از اثرات درمانی بر این بیماران است (۳۳).

نتیجه‌گیری

بنابر نتایج مطالعه حاضر، آموزش متمرکز بر شفقت به خود به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم شناختی‌رفتاری در کاهش شدت بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اثرات مؤثر و مفیدی دارد و می‌توان از این شیوه برای درمان این بیماران استفاده کرد. از آنجا که بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر ابعاد زیستی‌عصبی و روان‌شناختی دارد و با توجه به نتیجه پژوهش حاضر، به‌منظور بهبود سریع بیماران و کاهش هزینه‌های درمانی پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های دارویی، از درمان‌های روان‌شناختی بخصوص درمان متمرکز بر شفقت استفاده شود که از درمان‌های جدید موج سوم درمان شناختی‌رفتاری است. این کار مستلزم همکاری پزشکان فوق تخصص گوارش،

References:

1. Frandemark A, Tornblom H, Jacobson S, Simren M. Work productivity and activity impairment in irritable bowel syndrome (IBS): a multifaceted problem. *Am J Gastroenterol* 2018;113(10):1540-9. [PMID: 30254230](#)
2. Owyang CH. Irritable bowel syndrome. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J, editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012. P. 2496-501. [Link](#)
3. Lacy BE, Patel NK. Rome criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome. *J Clin Med* 2017;6(11):E99. [PMID: 29072609](#)
4. Li L, Xiong L, Zhang S, Yu Q, Chen M. Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *J Psychosom Res* 2014;77(1):1-12. [Link](#)
5. Agah S, Taleb AM, Moeini R, Gorji N, Nikbakht H. Cumin extract for symptom control in patients with irritable bowel syndrome: a case series. *Middle East J Digest Dis* 2013;5(4):217. PMID: 24829694
6. Hayes SC, Shenk C. Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clin Psychol* 2004;11(3):249-54. [Link](#)
7. Blanchard EB, Lackner JM, Sanders K, Krasner S, Keefer L, Payne A, et al. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2007;45(4):633-48. [PMID: 16979581](#)
8. Blanchard EB, Lackner JM, Gusmano R, Gudleski GD, Sanders K, Keefer L, et al. Prediction of treatment outcome patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behav Res Ther* 2006;44(3):317-37. [PMID: 16413495](#)

9. Hyphantis T, Guthrie E, Tomenson B, Creed F. Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome. *Pain* 2009;145(1-2):196-203. [PMID: 19643544](#)
10. Ljotsson B, Hedman E, Linfors P, Hursti T, Linfors N, Anderson G, et al. Long-term follow up of internet-delivered exposure and mind fullness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2011;49(1):58-61. [PMID: 21092934](#)
11. Shahabi M, Aminyazdi SA, Mashhadi A, Hasani J. Predicting difficulties in emotion regulation based on developmental family function. *J Res Behav Sci* 2017;15(1):35-41. [Link](#)
12. 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;52:199-214. [PMID: 24215148](#)
13. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Aust Clin Psychol* 2017;3(1):47-54. [Link](#)
14. Terry ML, Leary MR. Self-compassion, self-regulation, and health. *Self Identity* 2011;10(3):352-62. [Link](#)
15. Arch JJ, Brown KW, Dean DJ, Landy LN, Brown KD, Laudenslager ML. Self-compassion training modulates alpha-amylase, heart rate variability, and subjective responses to social evaluative threat in women. *Psychoneuroendocrinology* 2014;42:49-58. [PMID: 24636501](#)
16. Rezaei N, Sohrabi A, Zoghipaidar MR. The effectiveness of compassion focused therapy on impulsiveness, interpersonal sensitivity and self mutilation in borderline personality disorder. *Knowl Res Appl Psychol* 2018;19(74):44-55. (In Persian) [Link](#)
17. Baker LP, McNulty JK. Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *J Pers Soc Psychol* 2011;100(5):853-73. [PMID: 21280964](#)
18. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Person* 2006;41(4):908-6. [Link](#)
19. van der Ven CE. Low self-compassion in patients with somatoform disorder. [Master Thesis]. Utrecht, Netherlands: Utrecht University; 2016. [Link](#)
20. Pace TW, Negi LT, Adame DD, Cole SP, Sivilli TI, Brown TD, et al. Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology* 2009;34(1):87-98. [PMID: 18835662](#)
21. Nemati K, Bagherian R, Kheir-Abadi G, Daghighzadeh H, Davazdah-Emami MH, Gholamrezaei A. Coping strategies training in the management of irritable bowel Syndrome. *J Isfahan Med Sch* 2010;28:225-35. (In Persian) [Link](#)
22. Gilbert P. 'Internal 'Social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. *Genes on the couch: explorations in evolutionary psychotherapy*. London: Routledge; 2000. P. 118-50. [Link](#)
23. Jafari SJ. Effectiveness of compassion-focused therapy on reducing stress, anxiety and depression, symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Quart J Educ Counsel Psychother* 2019;8:40-52. (In Persian) [Link](#)
24. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30(10):996-1002. [PMID: 15958280](#)
25. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30(10):996-1002. [PMID: 15958280](#)
26. Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, Varaste AR. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy on quality of life among female adolescents with high-risk behaviors. *J Ilam Univ Med Sci* 2018;26(3):158-68. (In Persian) [Link](#)
27. Kalantari M, Yazarlou M, Mehrabi A. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on

- quality of life in military personnel in a military unit. *Sci J Mil Psychol* 2018;8(30):5-17. (In Persian) [Link](#)
28. Homan KJ, Sirois FM. Self-compassion and physical health: exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychol Open* 2017;4(2):205510291772942. [PMID: 29379620](#)
29. Gaylord SA, Palsson OS, Garland EL, Faurot KR, Coble RS, Mann JD, et al. Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: results of a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2011;106(9):1678-88. [PMID: 21691341](#)
30. Saeedi Z, Ehsan HB, Alipour A. Self-control and health: the moderating effect of self-compassion. *Health Psychol J* 2016;5(19):88-102. (In Persian) [Link](#)
31. Sirois FM, Kitner R, Hirsch JK. Self-compassion, affect, and health behaviors. *Health Psychol* 2015;34(6):661-9. [Link](#)
32. Dickhaus B, Mayer EA, Firooz N, Stains J, Conde F, Olivas TI, et al. Irritable bowel syndrome patients show enhanced modulation of visceral perception by auditory stress. *Am J Gastroenterol* 2003;98(1):135-43. [PMID: 12526949](#)
33. Lackner JM, Quigley BM, Blanchard EB. Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing. *Psychosom Med* 2004;66(3):435-41. [PMID: 15184708](#)
34. Bonnert M, Olén O, Bjureberg J, Lalouni M, Hedman-Lagerlöf E, Serlachius E, et al. The role of avoidance behavior in the treatment of adolescents with irritable bowel syndrome: a mediation analysis. *Behav Res Ther* 2018;105:27-35. [PMID: 29614378](#)
35. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2003;2(3):223-50. [Link](#)