

اثربخشی درمان شفقت محور (CFT) بر استرس ادراک شده‌ی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر: یک مطالعه‌ی تجربی

مأنده ماضی^۱، امراه ابراهیمی^۲، حامد دقاقزاده^۳، حسن آقائی^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سندرم روده‌ی تحریک پذیر، یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی گوارش است که استرس، نقش محوری در آن دارد. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شفقت محور (CFT یا Compassion-focused therapy) بر استرس ادراک شده‌ی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر بود.

روش‌ها: این پژوهش، در قالب یک طرح پژوهشی آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه مورد و شاهد انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر مراجعه کننده به مطب متخصصان گوارش و درمانگاه اختلالات عملکردی گوارش، مرکز تحقیقات روان‌تنی اصفهان بود. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. گروه مورد، ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان شفقت محور Gilbert را دریافت کردند و گروه شاهد تنها تحت درمان دارویی معمول گوارش بودند. جهت اندازه‌گیری استرس ادراک شده، از مقیاس استرس ادراک Cohen (Perceived stress scale-14 items یا PSS-14) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با روش ANCOVA تک متغیری و چند متغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: درمان شفقت محور همراه با دارو، نسبت به درمان دارویی صرف، دارای اثربخشی بیشتری بر کاهش استرس ادراک شده‌ی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر می‌باشد و این تفاوت معنی‌دار است ($F = 5/031, P < 0/010$).

نتیجه‌گیری: از مداخله‌ی درمانی شفقت محور جهت کاهش استرس ادراک شده در بیماران سندرم روده‌ی تحریک پذیر در شهر اصفهان، می‌توان استفاده نمود و این راهکار درمانی، برای جمعیت ایرانی نیز توصیه پذیر است.

واژگان کلیدی: شفقت؛ روان‌درمانی؛ استرس ادراک شده؛ سندرم روده‌ی تحریک پذیر

ارجاع: ماضی، مؤنده، ابراهیمی، دقاقزاده، حامد، آقائی، حسن. اثربخشی درمان شفقت محور (CFT) بر استرس ادراک شده‌ی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر: یک مطالعه‌ی تجربی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۹؛ ۳۸ (۵۸۸): ۶۰۸-۶۰۲.

را تشکیل می‌دهند (۵). افراد مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر، علایم مهمی از اختلالات روان‌شناختی و آشفتگی‌های روانی را در خود گزارش کرده‌اند و به طور متقابل نیز افراد با اختلالات روانی نظیر اختلالات اضطرابی و حملات هراس، علایم روده‌ای - معده‌ای منطبق با سندرم روده‌ی تحریک پذیر را گزارش کرده‌اند. بنابراین، حدس زده می‌شود که آشفتگی‌های روانی، ممکن است به عنوان عامل اساسی در شروع یا تشدید علایم بیماری نقش به‌سزایی داشته باشد. یکی از عوامل روان‌شناختی که می‌تواند با این بیماری در ارتباط

مقدمه

سندرم روده‌ی تحریک پذیر (Irritable bowel syndrome یا IBS)، یک بیماری عملکرد روده‌ای است که با علایمی نظیر درد شکمی یا احساس ناراحتی و تغییر در عادات روده در غیاب بیماری ساختاری تعریف می‌شود (۱). شیوع این بیماری در جهان بین ۲۰-۵ درصد متفاوت است (۲-۴). این سندرم، ماهیتی مزمن دارد و در افراد جوان شایع‌تر است. بیشتر موارد جدید آن قبل از ۴۵ سالگی تشخیص داده می‌شود؛ به گونه‌ای که مبتلایان به آن، ۵۰-۲۰ درصد بیماران ارجاعی

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد علوم و تحقیقات تهران (اصفهان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: امراه ابراهیمی؛ دانشیار، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

باشد، استرس ادراک شده است (۶-۷).

استرس ادراک شده (Perceived stress)، حالت یا فرایند روان‌شناختی است که طی آن، فرد به‌زیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند (۸). اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی متعددی بر روی علائم بیماران دارای سندرم روده‌ی تحریک پذیر مورد ارزیابی قرار گرفته است که درمان شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy یا CBT) (۹-۱۱)، ذهن‌آگاهی (۱۲-۱۴)، رفتاردرمانی دیالکتیکی (۷)، بازخورد عصبی (Neurofeedback) (۵) و تکنیک‌های رهایی ذهن (۱۵) از این دسته‌اند. یکی از درمان‌هایی که به تازگی مورد توجه روان‌درمانگران قرار گرفته است، درمان شفقت محور (CFT) یا Compassion-focused therapy می‌باشد. اصول و پایه‌ی درمان شفقت محور، به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی، باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی آرام می‌شود (۱۶). Gilbert در جلسات درمانی خود از سازه‌ی درمان مبتنی بر شفقت استفاده نمود و این درمان را که می‌تواند به عنوان درمان اصلی و حتی درمان مکمل باشد، پایه‌ریزی نمود و در نهایت، نظریه‌ی درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرد (۱۷).

این درمان، جریان شفقت را در سه جهت به رسمیت می‌شناسد: شفقتی که ما می‌توانیم نسبت به دیگران احساس کنیم، شفقتی که ما می‌توانیم از دیگران به خودمان احساس کنیم و شفقتی که ما می‌توانیم به سمت خودمان هدایت کنیم (۱۶). در CFT، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه‌ی خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۱۸). این رویکرد درمانی، مبتنی بر شواهد (Evidence-based) است. مطالعات، اثربخشی آن را در کاهش استرس بیماران حاد (۱۹)، میزان نشخوار ذهنی و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه (۲۰)، بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به Multiple sclerosis (MS) (۲۱) نشان داده است. در برخی کارآزمایی‌های بالینی مشابه نیز اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی بر دردهای مزمن (۲۲)، دردهای لگنی (Pelvic pain) (۲۳) و ارتقای بهبود هیجانی بیماران روان‌پزشکی (۲۴) مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین، در پژوهش‌های دیگری، رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری بین شفقت خود با شدت درد، فاجعه‌آفرینی درد، عواطف منفی و همچنین، رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار با خودکارآمدی درد و عواطف مثبت در زنان دچار درد اسکلتی-عضلانی، به دست آمده است (۲۵).

با توجه به میزان شیوع بالا، مزمن بودن، عدم درمان قطعی، تعامل عوامل روان‌شناختی و میزان ناراحتی که IBS برای فرد تولید می‌کند، از یک سو و مطالعات اندکی که اثربخشی درمان شفقت محور را بر روی بیماران سندرم روده‌ی تحریک پذیر مورد بررسی قرار داده است، مطالعه‌ی حاضر انجام شده است. هدف از انجام این مطالعه، پاسخ به این پرسش است که «آیا درمان شفقت محور (CFT) بر استرس ادراک شده‌ی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر تأثیر دارد؟».

روش‌ها

در قالب یک کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه شاهد، ۳۰ بیمار مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر از مراجعین به مطب متخصصان گوارش و کلینیک مرکز تحقیقات روان تنی اصفهان در ۶ ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۵ به شیوه‌ی در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۱۸-۴۰ سال، تحصیلات بالاتر از سیکل، ابتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر بر اساس تشخیص فوق تخصص گوارش بر مبنای ملاک‌های Rome-III، حداقل سه سال درمان دارویی بدون بهبودی مطلوب و رضایت به شرکت در مطالعه بودند. معیارهای خروج از مطالعه، شامل ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی جدی نظیر اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک، اختلالات شناختی جدی و سایر اختلالات گوارشی ارگانیک، دریافت هم‌زمان روان‌درمانی دیگر و عدم تمایل به ادامه‌ی شرکت در جلسات درمانی به مدت دو جلسه می‌شد.

شرکت کنندگان به صورت تصادفی‌سازی محدود (Restricted randomization) از نوع قانون تخصیص تصادفی (Random allocation rule) در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. درمانگران و همچنین، ارزیابان از نوع گروه دیگر آگاه نبودند. گروه مورد، ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای بسته‌ی درمانی شفقت محور Gilbert (۱۷) را بر اساس جدول ۱ دریافت کردند و گروه شاهد، در لیست انتظار قرار گرفتند. هر دو گروه درمان دارویی تجویز شده را دریافت می‌کردند. بعد از اتمام پژوهش، به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، جلسات درمانی برای گروه شاهد (لیست انتظار) نیز برگزار شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) و روش‌های آماری تحلیل ANCOVA استفاده شد. این پژوهش، تحت کد پایان‌نامه‌ی ۲۲۰۱۹۴۲۰۷۰۲۳۸۲۰۷ دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان تصویب شد.

روند انتخاب نمونه‌ها و تخصیص آن‌ها به گروه‌های مورد و شاهد در شکل ۱ منعکس شده است.

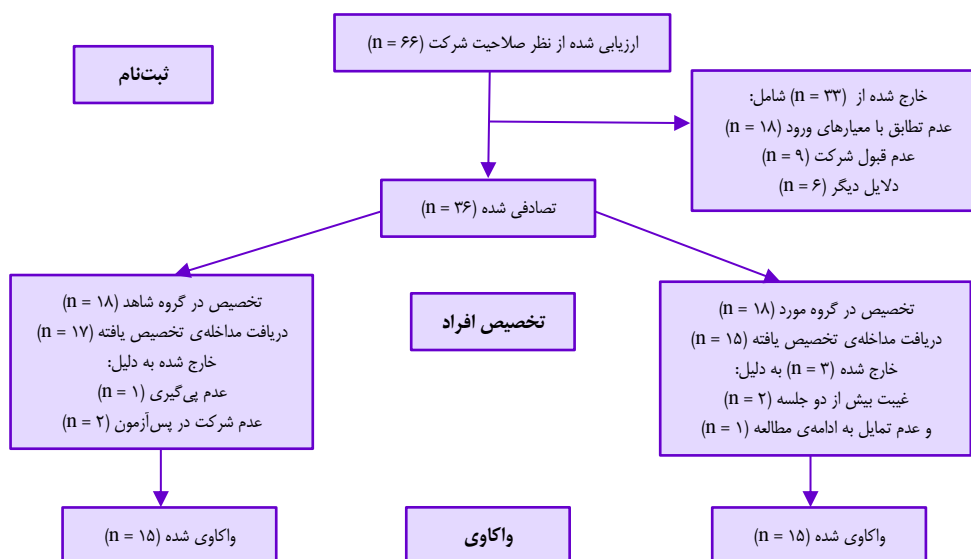
جدول ۱. شرح جلسات درمانی شفقت محور

جلسات	محتوا
جلسه‌ی اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره‌ی هدف از تشکیل جلسات و ساختار کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه‌ی درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان شفقت محور و تمایز شفقت با تأسف برای خود
جلسه‌ی دوم	توضیح و تشریح شفقت: این که شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فایز آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت
جلسه‌ی سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک این که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه، آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت
جلسه‌ی چهارم	ترغیب آموذنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان شفقت ورز با غیر شفقت ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران
جلسه‌ی 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
جلسه‌ی ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعدی وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر
جلسه‌ی هفتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی شفقت ورز می‌تواند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه‌ی شفقت ورز
جلسه‌ی هشتم	جمع‌بندی، نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون

ابزار سنجش متغیرها

مقیاس استرس ادراک شده (Perceived stress scale): این پرسش‌نامه که جهت سنجش میزان استرس ادراک شده‌ی شخص در طول یک ماه گذشته است، دارای ۱۴ سؤال می‌باشد و بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای صفر (هرگز) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره

می‌گیرد و مجموع نمرات به عنوان نمره‌ی استرس ادراک شده در نظر گرفته می‌شود. ضریب پایایی همسانی درونی مقیاس، از طریق Cronbach's alpha در دامنه‌ی ۰/۸۶-۰/۸۴ و روایی هم‌زمان از طریق ضریب همبستگی با پرسش‌نامه‌ی نشانه‌های شناختی بین ۰/۷۶-۰/۵۲ گزارش شده است (۲۶).



شکل ۱. جریان انتخاب بیماران و تخصیص به گروه‌های مورد و شاهد

مستقل باعث شده است میانگین تعدیل شده‌ی استرس ادراک شده ($P = 0.033$, $SE = 1/870$, $\Delta\bar{x} = 4/196$) در گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد کاهش یابد. بدین ترتیب، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر شفقت، استرس ادراک شده را در بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر کاهش می‌دهد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شفقت محور بر استرس ادراک شده‌ی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نتایج نشان داد درمان شفقت محور بر استرس ادراک شده‌ی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر تأثیر دارد.

یکی از چالش‌های مشترک و معمول بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر، به ویژه بیمارانی که با مسایل درمانی و پزشکی متعددی رو به رو هستند، نحوه‌ی درک استرس و چگونگی مقابله با آن است (۷). استرس، واکنش در مقابل یک تهدید ادراک شده (واقعی یا خیالی) نسبت به سلامت روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی فرد است که منجر به یک سلسله پاسخ‌ها و سازگاری‌های فیزیولوژیک می‌شود. واکنش‌های فیزیولوژیک پیش‌گفته، مستلزم درگیری وسیع سیستم عصبی خودکار و سایر قسمت‌های ارگانیک نظیر غدد داخلی و سیستم ایمنی می‌باشد (۲۷).

نتایج این تحقیق، به طور غیر مستقیم با یافته‌های علی قنواتی و همکاران (۲۰)، Braehler، و همکاران (۲۴)، قطور و همکاران (۲۸)، Pace و همکاران (۲۹)، مبتنی بر تأثیر درمان شفقت محور بر علائم و نشانه‌های بیماری‌های حاد و مزمن جسمانی، هم‌خوانی دارد و از آن‌ها حمایت می‌کند.

در تبیین این یافته‌ها، باید به ساز و کار درمان شفقت محور توجه داشت. در واقع، این رویکرد درمانی که از جمله درمان‌های موج سوم رفتاری است، به جای تلاش برای حذف یا اجتناب از درد و احساسات مرتبط، آن را به رسمیت می‌شناسد و به عنوان تجربه‌ی مشترک انسانی به آن نگاه می‌کند.

یافته‌ها

شرکت کنندگان گروه مورد شامل ۴ مرد (۲۷ درصد) و ۱۱ زن (۷۳ درصد)، ۴ نفر مجرد (۲۷ درصد) و ۱۱ نفر متأهل (۷۳ درصد) و گروه شاهد شامل ۲ مرد (۱۴ درصد) و ۱۳ زن (۸۵ درصد)، ۵ نفر مجرد (۳۳ درصد) و ۱۰ نفر متأهل (۶۷ درصد) و میانگین سنی گروه‌های مورد و شاهد به ترتیب $33/27 \pm 6/76$ و $31/87 \pm 6/72$ سال بود. تفاوت معنی داری بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پیش‌گفته بین دو گروه دیده نشد ($P > 0.050$).

بر اساس جدول ۲، شاخص‌های Shapiro-Wilk استرس ادراک شده در هیچ یک از دو گروه و در هیچ یک از مراحل در سطح $P < 0.05$ معنی دار نبود. بنابراین، می‌توان گفت توزیع داده‌های مربوط به استرس ادراک شده در هر دو مرحله و در هر دو گروه، طبیعی است. بنابراین، شرایط لازم برای استفاده از آزمون ANCOVA وجود داشت.

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد و شاخص Shapiro-Wilk استرس ادراک شده در مراحل پیش و پس از آزمون

زمان گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
	استرس ادراک شده	شاخص Shapiro-Wilk	استرس ادراک شده	شاخص Shapiro-Wilk
مورد	$40/53 \pm 5/45$	$0/948$	$31/70 \pm 5/35$	$0/927$
شاهد	$38/80 \pm 5/68$	$0/989$	$35/78 \pm 4/55$	$0/958$

مقادیر به صورت میانگین \pm انحراف معیار آمده است.

* کله‌ی مقادیر از نظر آماری معنی دار نبود.

پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، آزمون ANCOVA انجام شد. نتایج تحلیل‌ها در جدول ۳ نشان داد ارزش F در سطح $P < 0.050$ معنی دار است ($\eta^2 = 0/157$, $Partial \eta^2 = 0/033$, $P = 0/033$). این بدان معنی است که درمان مبتنی بر شفقت، باعث ایجاد تفاوت معنی داری بین دو گروه مورد و شاهد شده است. استفاده از آزمون تعقیبی Bonferroni نشان داد که اجرای متغیر

جدول ۳. تحلیل One-way ANCOVA

مدل	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P
مدل تصحیح شده	۱۲۸/۸۳۰	۲	۶۴/۴۱۵	۲/۵۱۹	۰/۰۹۹
ثابت	۵۱۴/۵۵۲	۱	۵۱۴/۵۵۲	۲۰/۱۱۹	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون استرس	۴/۷۹۷	۱	۴/۷۹۷	۰/۱۸۸	۰/۶۶۸
گروه	۱۲۸/۶۷۸	۱	۱۲۸/۶۷۸	۵/۰۳۱	۰/۰۳۳
خطا	۶۹۰/۵۳۶	۲۷	۲۵/۵۷۵		
کل	۳۵۰۲۵/۰۰۰	۳۰			

حلی برای کاهش رنج خود باشند، نقش مهمی در درک استرس و کاهش شدت آن دارد.

به بیان دیگر، با آموزش و تمرین این رویکرد، بیماران درد جسمانی خود را به عنوان یک مسأله می‌بینند و برای حل این مسأله تلاش می‌کنند. از این طریق، با پذیرش درد و مهربانی با خود، بار هیجانی ناشی از بیماری کاهش می‌یابد و بیمار یاد می‌گیرد به حل مسأله از طریق شیوه‌های مؤثر بپردازد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به روش ارزیابی متغیر وابسته که تنها پرسش‌نامه بود، اشاره کرد. از سوی دیگر، این پژوهش محدود به سندرم روده‌ی تحریک پذیر است. از این رو، لازم است در تعمیم نتایج به سایر اختلالات عملکردی گوارش، احتیاط شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شفقت محور به عنوان یک روش جدید در مداخلات روان‌شناختی، می‌تواند باعث کاهش استرس ادراک شده در بیماران دچار سندرم روده‌ی تحریک پذیر باشد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، کارایی درمان شفقت محور در سایر بیماری‌های سایکوسوماتیک مورد ارزیابی قرار گیرد و علاوه بر شاخص معنی‌داری آماری، از شاخص معنی‌داری بالینی نیز استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی با کد مصوب ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۴۲۰۲۲ می‌باشد. بدین وسیله، از مدیریت و کارکنان مرکز تحقیقات روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کلیه‌ی همکاران در کلینیک‌های گوارش شهر اصفهان و مرکز شهید منتظری بهزیستی که در پیشبرد اهداف تحقیق همکاری‌های لازم را نمودند، قدردانی می‌شود.

هدف از درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، کمک به بهبود هیجانی و روانی افراد به وسیله‌ی تشویق کردن آن‌ها به مشفق بودن با خودشان و دیگران است. شفقت، با خود و دیگران، یک پاسخ هیجانی است و جنبه‌ی مهمی از سلامت را تشکیل می‌دهد. ارتقای شفقت، در واقع افزایش سلامت هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی است. می‌توان گفت که در درمان شفقت محور، عدم قضاوت نسبت به درد و رنج و تلاش برای کاهش رنج، تأکید شده است. در بیماری سندرم روده‌ی تحریک پذیر، دردهای شکمی و دردهای ناشی از بیماری، جزء جدایی‌ناپذیر بیماری به حساب می‌آید. دردهای جسمانی فرد را از زندگی عادی و روزمره‌ی خود باز می‌دارد؛ به همین دلیل، فرد با استرس‌های ثانویه‌ای در زندگی خود رو به رو می‌شود که این موضوع، خود منجر به افزایش درد در بیمار می‌گردد. یافته‌های این پژوهش در حمایت از چارچوب نظری این درمان، به نوعی با یافته‌های مطالعات انوری و همکاران (۲۲) و نیز رضائیان و همکاران (۲۳) همسو و هماهنگ است.

همچنین، در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد، درمان شفقت محور همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌نماید. بنابراین، به نظر می‌رسد که به واسطه‌ی این خودتنظیمی هیجانی، افسردگی و اضطراب فرد کاهش می‌یابد (۳۰). در تبیین دیگر، می‌توان به ماهیت و محتوای تمرین‌های شفقت بر آرام‌سازی، ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش به‌سزایی در آرامش فرد و کاهش استرس دارد. این تبیین و نتایج حاضر، با یافته‌های مطالعه‌ی Hewett و همکاران همسو می‌باشد (۳۱). از آن جایی که در جلسات درمانی به بیماران آموزش داده می‌شود تا درد خود را قضاوت نکنند، آن را تنها به عنوان رنج پاک خود بپذیرند و به هنگام درد با استفاده از تکنیک‌هایی که به آن‌ها آموزش داده شده است، با خود مهربان باشند و به خودشان اهمیت دهند، از خود مراقبت کنند و در جستجوی راه

References

- Hayat Bakhsh Abbasi M, Safizadeh H, Zahedi MJ, Darvish Moghadam S, Shafiei Pour S, Mohammad Bagheri Rafsanjani A, et al. Assessment of quality of life in patients with irritable bowel syndrome: A cross-sectional study in south-east Iran. *Govaresh* 2016; 20(4): 243-9. [In Persian].
- Monnikes H. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2011; 45(Suppl): S98-101.
- Fedorak RN, Vanner SJ, Paterson WG, Bridges RJ. Canadian Digestive Health Foundation Public Impact Series 3: Irritable bowel syndrome in Canada. Incidence, prevalence, and direct and indirect economic impact. *Can J Gastroenterol* 2012; 26(5): 252-6.
- Iri R, Sheikhesmaeili F, Fattahi N, Reshadat R, Saeedi B, Shahabbaspoor Z, et al. Epidemiological study of irritable bowel syndrome and its related factors in Sanandaj from 2013 to 2014: A population-based study. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2017; 22(1): 61-71. [In Persian].
- Khosrorour S. Investigating the effect of neurofeedback in decreasing anxiety and symptom severity of patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Stud Med Sci* 2018; 28(10): 647-58. [In Persian].

6. Ghorbani Taghliabad B, Tasbihsazan Mashhadi R. The relationship between cognitive emotion regulation mechanisms and lifestyle with perceived stress in patients with irritable bowel syndrome. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2016; 11(39): 17-26. [In Persian].
7. Azizi A, Mohamadi J. Effectiveness of dialectical group behavior therapy on perceived stress and depression in patients with irritable bowel syndrome. *J Ardabil Univ Med Sci* 2016; 16(1): 95-104. [In Persian].
8. Sorati P. The mediating role of perceived stress in the relationship between social problem solving styles and quality of work life among the teachers. *J Res Behav Sci* 2017; 15(4): 427-34. [In Persian].
9. Reme SE, Kennedy T, Jones R, Darnley S, Chalder T. Predictors of treatment outcome after cognitive behavior therapy and antispasmodic treatment for patients with irritable bowel syndrome in primary care. *J Psychosom Res* 2010; 68(4): 385-8.
10. Chilcot J, Moss-Morris R. Changes in illness-related cognitions rather than distress mediate improvements in irritable bowel syndrome (IBS) symptoms and disability following a brief cognitive behavioural therapy intervention. *Behav Res Ther* 2013; 51(10): 690-5.
11. Lotfi Kashani F, Behzadi S, Yari M. The efficacy of cognitive-behavior group therapy on quality of life and anxiety among patients with irritable bowel syndrome. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch* 2013; 22(4): 301-6. [In Persian].
12. 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. *Health Psychology* 2017; 5(20): 48-67. [In Persian].
13. Hashemi F, Gorji Y. Effectiveness of group mindfulness based stress reduction consultation of severity of physical symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Medical-Surgical Nursing Journal* 2016; 5(1): 32-9. [In Persian].
14. Ljotsson B, Andreevitch S, Hedman E, Ruck C, Andersson G, Lindfors N. Exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome--an open pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41(3): 185-90.
15. Ramazani S, Alipour A, Elmimanesh N. effectiveness emotional freedom techniques (EFT) on stress of women with irritable bowel syndrome (IBS). *Journal of Modern Psychological Researches* 2019; 13(52): 103-20. [In Persian].
16. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol* 2014; 53(1): 6-41.
17. Gilbert P, Irons C. *Compassion Focused Therapy*. In: Palmer S, editor. *The Beginner's Guide to Counselling and Psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2015. p. 127.
18. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist* 2017; 3(1): 47-54.
19. Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *Br J Clin Psychol* 2014; 53(1): 78-94.
20. Alighanavati S, Bahrami F, Godarzi K, Rouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer. *Health Psychology* 2018; 7(27): 152-68. [In Persian].
21. Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *Horizon Med Sci* 2018; 24(2): 125-31. [In Persian].
22. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshat-Doost H, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. *J Isfahan Med Sch* 2014; 32(295): 1156-65. [In Persian].
23. Rezaeian M, Ebrahimi A, Zargham M. The effect of acceptance and commitment therapy on catastrophic and disabling pain in chronic pelvic pain in females. *Researches of Cognitive and Behavioral Science* 2015; 4(2): 17-30. [In Persian].
24. 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.
25. Salehi S, Sajjadian I. The relation between self-compassion with intensity, catastrophizing, and self-efficacy of pain and affect in women with musculoskeletal pain. *J Anesth Pain* 2018; 8(4): 72-83. [In Persian].
26. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24(4): 385-96.
27. Moghadam M, Rashidzadeh S, Shamsalizadeh N, Fallahi B. The impact of stress management training on the coping style and perceived stress in medical students. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2014; 19(3): 52-60. [In Persian].
28. Ghorzi Z, Pouryahya S, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The effect of compassion-focused therapy (CFT) on resiliency of women with multiple sclerosis (MS). *Armaghane-danesh* 2018; 23(3): 350-63. [In Persian].
29. 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.
30. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol* 2013; 69(1): 28-44.
31. Hewett ZL, Ransdell LB, Gao Y, Petlichkoff LM, Lucas S. An examination of the effectiveness of an 8-week bikram yoga program on mindfulness, perceived stress, and physical fitness. *J Exerc Sci Fit* 2011; 9(2): 87-92.

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Perceived Stress in Patients with Irritable Bowel Syndrome; An Experimental Study

Maedeh Mazi¹, Amrollah Ebrahimi², Hamed Daghighzadeh³, Hassan Aghaee¹

Original Article

Abstract

Background: Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common functional gastrointestinal disorders in which stress plays a central role. The aim of this study was to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on severity of perceived stress in patients with IBS.

Methods: The research was performed in the form of a pretest-posttest quasi-experimental design with control and experimental groups. Statistical population included all patients with IBS referred to the functional Gastroenterology Clinic of Psychosomatic Research Center of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, in 2016. Based on the research purpose, 30 patients with IBS were selected through available sampling method, and then randomly divided into two equal experimental and control groups. CFT were held for the experimental group in 8 sessions that any session consisted of 90 minutes. Patients in control group were in waiting list, and they only received routine medical treatment. In order to assess perceived severity of stress, Cohen Perceived Stress Scale-14 items (PSS 14) was used. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) method via SPSS software.

Findings: CFT with medication had more effect on perceived stress reduction in patients with IBS than mere drug treatment ($F=5.031$; $P < 0.01$).

Conclusion: CFT can be used to reduce perceived stress in patients with IBS, and this approach is justified for the Iranian population.

Keywords: Compassion; Psychotherapy; Irritable bowel syndrome; Psychological stress

Citation: Mazi M, Ebrahimi A, Daghighzadeh H, Hassan Aghaee H. **The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Perceived Stress in Patients with Irritable Bowel Syndrome; An Experimental Study.** J Isfahan Med Sch 2020; 38(588): 602-8.

1- Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Tehran (Isfahan) Science and Research Branch, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Gastroenterology and Liver Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Amrollah Ebrahimi, Associate Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir