MEJDS. 2020; 10:149.

Published online 2020 Oct. **Research Article**

The Effects of Self-Compassion Therapy on Depression, Self-Care Behaviors, and Quality of Life in Patients With Irritable Bowel Syndrome

Khalifesoltani F[1], *Hajializadeh K[2], Ahadi H[3]

Author Address
1. Department of psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran;
3. Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.
***Corresponding author's email:** Ph_alizadeh@yahoo.com

Received: 2020 July 13; **Accepted:** 2020 August 16

Abstract

Background & Objectives: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is the most frequent diagnosis among gastrointestinal diseases. Anxiety and depression are prevalent among individuals with IBS and are strongly associated with the onset and severity of symptoms. The Quality of Life (QoL) is an essential part of medical evaluation and health status assessment of patients with IBS. A crucial goal of controlling IBS is to empower patients to perform self-care. Self-care is affected by important psychological factors considered by researchers in this field, such as anxiety and depression. Self-Care improves QoL and reduces the cost of treatment. The present study aimed to determine the effects of self-compassion therapy on depression, self-care behaviors, and QoL among patients with IBS.

Methods: This was an applied and quasi-experimental research with a pretest-posttest-follow-up and a control group design. The statistical population of this study included all patients with IBS, referring to Khorshid Hospital in Isfahan City, Iran, from September to November 2019. Of them, 30 volunteers were selected to participate in the study by convenience sampling method. They were randomly divided into the intervention and control groups. The study inclusion criteria included the diagnosis of IBS based on Roman II criteria according to a gastroenterologist and not receiving psychological treatment for the past three months. The study exclusion criteria included symptoms, such as gastrointestinal bleeding, blood in the stool, fever, 10% weight loss over the past 6 months, a family history of colon cancer, or severe psychiatric illnesses in the first-degree relatives or neighbors. Self-Compassion therapy was performed for the experimental group in 4 sessions (one 90-min session per week); however, the control group received no training. The required data were obtained using the Beck Depression Inventory-II (Beck, 1996), the Self-Care Questionnaire (Alizadeh Aghdam et al., 2016), and the Quality of Life Scale (Ware & Sherborne, 1992). The obtained data were analyzed using repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) in SPSS. The significance level of the tests was considered as 0.05.

Results: The current research results suggested that self-compassion therapy significantly improved the scores of depression (group effect: p=0.004; the effect of time: p<0.001; the effect of time*group: p<0.001), self-care behaviors (group effect: p=0.022; time effect: p<0.001; time effect*group: p<0.001), and QoL (group effect: p=0.006; time effect: p<0.001; time effect*group: p<0.001) in the experimental group at posttest and follow-up; however, the scores of depression, self-care behaviors, and QoL remained unchanged in the controls. Additionally, the scores of depression decreased in the experimental group at posttest, compared to the pretest (p<0.001). Furthermore, depression scores in the follow-up stage were significantly different from those of the pretest stage (p<0.001). There was also a significant difference between the posttest and follow-up values in the test group (p=0.035). The posttest QoL scores of the experimental group were higher than those of the pretest stage (p<0.001). The follow-up scores of QoL significantly differed from those of the pretest stage (p<0.001). We also detected a significant difference between the scores of the posttest and follow-up stages (p=0.011). The collected results revealed that the scores of self-care behaviors in the experimental group were higher in the post-test stage, compared to those of the pretest (p<0.001). Moreover, the scores of self-care behaviors in the follow-up stage were significantly different from those of the pretest stage (p<0.001). There was a significant difference between the posttest and follow-up scores in this regard (p=0.035). The present research findings demonstrated that the effectiveness of self-compassion treatment failed to last until the follow-up phase concerning depression, QoL, and self-care behaviors; the relevant values significantly reduced in the follow-up.

Conclusion: It can be concluded that self-compassion therapy was effective on depression, self-care behaviors, and QoL among the explored patients with IBS.

Keywords: Self-Compassion, Depression, Self-Care behaviors, Quality of life, Irritable bowel syndrome.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.217.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۴۹.

انتشار برخط مهرماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر

فخری‌السادات خلیفه سلطانی[۱]، *کبری حاجی علیزاده[۲]، حسن احدی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Ph_alizadeh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۳ تیر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۶ مرداد ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر می‌تواند تأثیر نامطلوبی بر کیفیت زندگی بیماران بگذارد. مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری تمامی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به بیمارستان خورشید شهر اصفهان بین ماه‌های شهریور تا آبان ۱۳۹۸ بودند. از بین آن‌ها، تعداد ۳۰ نفر داوطلب واجد شرایط وارد به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از مقیاس افسردگی بک ـ ویرایش دوم (بک، ۱۹۹۶) و پرسشنامهٔ خودمراقبتی (علیزاده اقدم و همکاران، ۱۳۹۵) و پرسشنامهٔ کیفیت زندگی (ویر و شربورن، ۱۹۹۲) جمع‌آوری شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به‌طور معناداری منجربه بهبود افسردگی (اثر گروه: $p=$۰/۰۰۴، اثر زمان: $p<$۰/۰۰۱، اثر زمان*گروه: $p<$۰/۰۰۱)، رفتارهای خودمراقبتی (اثر گروه: $p=$۰/۰۲۲، اثر زمان: $p<$۰/۰۰۱، اثر زمان*گروه: $p<$۰/۰۰۱) و کیفیت زندگی (اثر گروه: $p=$۰/۰۰۶، اثر زمان: $p<$۰/۰۰۱، اثر زمان*گروه: $p<$۰/۰۰۱) در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری می‌شود؛ اما نمرات افسردگی و رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در گروه گواه تغییری ندارد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: شفقت، افسردگی، رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی، سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.217.6]

۱ مقدمه

سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر[1] شایع‌ترین تشخیص در بین بیماری‌های گوارشی به‌شمار می‌رود و علت ۲۵تا۵۰درصد از موارد ارجاع به متخصصان گوارش است (۱). اضطراب و افسردگی در بین این افراد شایع است و با شروع و شدت نشانه‌ها ارتباط زیادی دارد. نشانگان رودهٔ تحریک‌پذیر مشکلی است که عمدتاً رودهٔ بزرگ را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۲). امروزه بررسی کیفیت زندگی[2]، بخش اساسی ارزیابی پزشکی و سنجش وضعیت سلامتی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر به‌شمار می‌رود (۳). کیفیت زندگی مفهومی مهم نزد بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر است و به‌عنوان مفهومی چندبعدی شامل عملکرد جسمانی، روانی‌اجتماعی و بهبودی، در نظر گرفته می‌شود. ابتلا به عوارض مزمن سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر، کاهش امید به زندگی و مرگ‌ومیر ناشی‌از آن بار اقتصادی زیادی را برای فرد و خانواده به‌همراه دارد (۴).

یکی از اهداف مهم در کنترل بیماری سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر، توان‌مندسازی بیماران در خودمراقبتی[3] است (۵). سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر بیماری مزمنی است که به رفتارهای خودمراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیاز دارد. مدیریت مؤثر سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر نیازمند اجرای رفتارهای خودمراقبتی پیچیده ازقبیل تغییر سبک زندگی، کنترل تغذیه‌ای، ورزش منظم، استفاده از داروها، کنترل و ثبت سطح گلوکز و مراقبت از پاها است و نتایج درمانی دیابت به‌طور زیادی به رفتارهای خودمراقبتی بیماران وابسته است (۶). خودمراقبتی از عوامل روان‌شناختی مهمی تأثیر می‌پذیرد. از عوامل روان‌شناختی که مدنظر پژوهشگران این حوزه قرار گرفته است، می‌توان به اضطراب و افسردگی اشاره کرد. خودمراقبتی موجب ارتقای کیفیت زندگی می‌شود و در کاهش هزینه‌های درمانی نیز مؤثر است. از طرف دیگر خودمراقبتی تحت‌تأثیر باورها، نگرش‌ها و اعتقادات فردی و همچنین ارزش‌ها و فرهنگ جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، قرار دارد (۷).

در مطالعات بسیاری به بررسی نقش عوامل روان‌شناختی در سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر پرداخته شده است. استرس و اضطراب و افسردگی در این بیماران شایع است و با شروع و شدت علائم ارتباط زیادی دارد (۸). باید به نقش عوامل روانی به‌خصوص افسردگی در ایجاد یا تشدید سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر توجه ویژه‌ای داشت (۹). یافته‌های پژوهش پینتو و همکاران نشان می‌دهد که ۵۰درصد مبتلایان به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر دچار اضطراب و افسردگی هستند. برخی بیماران سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر که به مراکز فوق‌تخصصی، ارجاع می‌شوند، از اضطراب، افسردگی، ترس مرضی و جسمی‌سازی رنج می‌برند (۱۰). این گروه از بیماران به‌ندرت علائم کامل بیماری روانی مدنظر را دارند. علاوه بر این، آن گروه از بیماران سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر که به پزشک مراجعه نمی‌کنند، از نظر وجود مشکلات روانی قابل افتراق از افراد سالم نیستند (۱۱). بیماران دچار بیماری سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر احتمال بیشتری دارد که در گذشته تحت سوءاستفادهٔ فیزیکی یا جنسی قرار گرفته باشند یا الگوی رفتاری یادگیری‌شده‌ای از دوران کودکی داشته باشند. در مطالعه‌ای دیده شده است که بیماران دچار بیماری سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر درمقایسه با افراد سالم روان‌نژندی بیشتری را نشان می‌دهند (۱۲).

برای بهبود افسردگی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر راهکارهای بسیاری وجود دارد که یکی از این راهکارها درمان مبتنی‌بر شفقت خود است (۱۳). متغیر شفقت خود دارای سه جنبه است: مهربانی با خود درمقابل قضاوت دربارهٔ خود؛ احساس اشتراکات انسانی درمقابل انزوا؛ هوشیاری درمقابل همانندسازی فزاینده (۱۳). کالینز و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان متمرکز بر خودشفقتی می‌تواند اضطراب و افسردگی را در سالمندان مبتلا به دمانس کاهش دهد (۱۴). برایانز و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند که درمان متمرکز بر آموزش شفقت خود در میان افراد دارای مشکلات روان‌شناختی ازجمله نشانه‌های افسردگی مؤثر است (۱۵). نتایج پژوهش سعیدیان و همکاران نشان داد، درمان متمرکز بر شفقت بر میزان فشارخون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون زیاد، مؤثر است (۱۶). نتایج پژوهش کاظمی و همکاران مشخص کرد، درمان مبتنی‌بر شفقت بر احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی و قندخون در بیماران مبتلا به دیابت تأثیر دارد (۱۷).

باتوجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر و مشکلات عمدهٔ آن‌ها در زمینهٔ افسردگی و رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران، به‌نظر می‌رسد که بسیاری از مبتلایان به این سندرم شناخت و مهارت کافی را برای مدیریت صحیح چنین مشکلاتی ندارند. در صورت آموزش صحیح نظریهٔ شفقت و درمان مبتنی‌بر شفقت به بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر می‌توان چنین مشکلاتی را کاهش داد. ضرورت انجام‌دادن مطالعهٔ حاضر، کمبود منابع پژوهشی در زمینهٔ اثربخشی درمان شفقت در این بیماران بود. بررسی‌های انجام‌شده نشان داد، تعداد معدودی مطالعات آزمایشی و کنترل‌شده در داخل کشور وجود دارد که از درمان‌های کلاسیک و سنتی در رفع، بهبود و اختلال بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر استفاده کرده‌اند. ازطرفی، درمان شفقت با استفاده از روش‌های مختلف درپی بهبود تقویت یادگیری مشاهده‌ای و الگوسازی است؛ بنابراین رویکرد مذکور از دیدگاه متفاوت به مسائل می‌نگرد. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، تحقیقی کاربردی و از نظر روش تحقیق از نوع تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون– پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر تشکیل دادند که بین ماه‌های شهریور تا آبان ۱۳۹۸ به بیمارستان خورشید شهر اصفهان مراجعه کردند. نمونهٔ مطالعه‌شده ۳۰ بیمار مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر و واجد شرایط

[1]. Irritable bowel syndrome
[2]. Quality of life
[3]. Self-Care

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.217.6]

داوطلب بودند که وارد مطالعه شدند و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. تعداد نمونهٔ پژوهش براساس اندازهٔ اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰، برای هر گروه ۱۵ نفر به‌دست آمد. معیارهای ورود بیماران شامل تشخیص سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر براساس معیارهای روم دو[1] با تشخیص متخصص گوارش و دریافت‌نکردن درمان‌های روان‌شناختی طی سه ماه گذشته بود (۱۸). معیارهای خروج شامل داشتن علائمی مانند خونریزی گوارشی، وجود خون در مدفوع، تب، کاهش ۱۰ درصد وزن در طی شش ماه گذشته، داشتن سابقهٔ سرطان کولون در خانواده، داشتن بیماری‌های شدید روان‌پزشکی و فامیل درجهٔ اول یا همسایه‌بودن بیماران بود. طول مدت مداخله دو ماه بود و گروه‌های آزمایش و گواه جهت شرکت در جلسه‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. بیماران هر دو گروه درمان معمول سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر را توسط متخصص گوارش دریافت کردند؛ ولی گروه آزمایش علاوه‌بر درمان معمول، تحت برنامه‌های درمان متمرکز بر شفقت که در پروتکلی اجرایی طراحی شد، قرار گرفت؛ بنابراین، برای گروه آزمایش طی چهار جلسه (هفته‌ای یک‌جلسه به‌مدت ۹۰ دقیقه) آموزش شفقت اجرا شد و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد.

جدول ۱. جلسات درمان متمرکز بر شفقت

شمارهٔ جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مدنظر
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی‌بر شفقت	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، آشنایی با مفهوم کلی شفقت به خود و همدلی	تنفس آرام‌بخش ریتمیک	آشنایی کلی با خودشفقت‌ورزی
دوم	آشنایی با رفتار و افکار خودانتقادگر	آموزش خودانتقادی و انواع آن، ترغیب‌کردن آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود به‌عنوان انتقادگر یا شفقت‌گر، بیان علل خودانتقادی و پیامدهای آن، ارائهٔ راهکارهایی برای کاهش خودانتقادی	پاسخ به سؤالات تمرین چگونه به خود واکنش نشان می‌دهید	مقابله با افکار خودانتقادی
سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود	آموزش پذیرش اشتباهات بدون قضاوت، بیان دلایل اشتباه‌کردن، بیان معایب و پیامدهای نبود بخشش، ارائهٔ راهکارهایی برای بخشش خود در زمان خطاکردن	تهیهٔ دفترچه و ثبت اشتباهات روزانه	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود
چهارم	درک و توانایی تحمل شرایط دشوار	آموزش ذهن‌آگاهی و مهارت‌های آن همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره‌شدن بر آن‌ها، آموزش پذیرش شکست، پرورش و درک نقایص و مشکلات‌داشتن دیگران	یادداشت‌های روزانه دربارهٔ شفقت به حال خود	پرورش حس اشتراکات انسانی درمقابل احساسات خودتخریب‌گرایانه
پنجم	قدردانی از خود	آموزش خودارزش‌مندی و مزایای آن، بیان معایب خودارزش‌مندی و عزت‌نفس، آموزش روش‌های تقویت حس خودارزش‌مندی ضعیف	تمرین قدردانی از خود و ذکر ده ویژگی از ویژگی‌های مثبت خود	رشد احساس خودارزش‌مندی
ششم	ایجاد احساس خوشایند	آموزش ایجاد تصاویر دلسوزانه و آرام‌سازی ازطریق تصویرپردازی ذهنی (تصویر رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌ورز). آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت‌ورزی و به‌کارگیری این روش‌ها درزندگی روزمره	تمرین تصویرپردازی ذهنی	پرورش افکار شفقت‌ورزانه به خود
هفتم	آشنایی با رفتار شفقت‌گر	آموزش مفاهیم شفقت‌ورزی مانند خرد، توجه، تفکر منطقی، گرمی، حمایت و مهربانی، آموزش صفات خودشفقتی انگیزه، حساسیت، همدردی و مهربانی	تمرین نوشتن عبارات مهرانگیز به خود	پرورش افکار شفقت‌ورزانه به خود
هشتم	شناسایی احساسات متناقض	آموزش گفت‌وگوی درونی بین سه خود تعریف‌شده، برقراری ارتباط بین ابعاد مختلف وجود خود.	تمرین صندلی خالی گشتالت	آگاهی از افکار و احساسات متناقض
نهم	درک و پذیرش خود	آموزش نوشتن نامهٔ دلسوزانه به خود	تمرین نوشتن نامهٔ دلسوزانه	پذیرش خود
دهم	مرور مباحث آموزش‌داده‌شده	دریافت بازخورد از اعضای گروه دربارهٔ اصول آموزش‌داده‌شده، مرور و جمع‌بندی مطالب گذشته	مرور تمرینات گذشته	به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: ۱. تمامی افراد به‌طور کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل

[1]. Rome II

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.217.6]

در پژوهش مشارکت کردند؛ ۲. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ ۳. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ ۴. برای اطمینان از روند کار، تمامی پرسشنامه‌ها توسط خود پژوهشگر اجرا شد. پژوهشگر متعهد شد که برای رعایت اصول اخلاقی، پس از پایان پژوهش این مداخله را برای گروه گواه نیز انجام دهد. این پژوهش دارای کد کمیتهٔ اخلاق به شمارهٔ IR.HUMS.REC.1398.311 از دانشگاه علوم‌پزشکی هرمزگان و کد IRCT به شمارهٔ IRCT20191217045761N1 از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران است.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

ـ مقیاس افسردگی بک ـ ویرایش دوم[1]: این مقیاس توسط بک در سال ۱۹۹۶ و برای سنجش شدت افسردگی تدوین شد. این مقیاس ۲۱ سؤال دارد و هر سؤال شامل چهار گزینه با دامنهٔ نمره‌گذاری بین ۰ تا ۳ است. مجموع نمرات بین ۰ تا ۶۳ متغیر است و امتیاز بیشتر، شدت بیشتر افسردگی را نشان می‌دهد. نقطهٔ برش در مقیاس افسردگی بک، ۱۳ است. پایایی بازآزمایی یک‌هفته‌ای آن ۰/۹۳ و همسانی درونی ازطریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بود (۱۹). همچنین در بررسی روایی سازه برپایهٔ روش محاسبهٔ روایی همگرا، به محاسبهٔ ضریب همبستگی نمرات حاصل از ویرایش دوم مقیاس افسردگی بک و مقیاس افسردگی پرسشنامهٔ نشانگان مختصر[2] پرداخته شد که نشان‌دهندهٔ همبستگی معادل ۰/۸۷ بود (۱۹). در پژوهش محمدخانی و همکاران، برای بررسی همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفای ۰/۹۰ برای کل پرسشنامه به‌دست آمد (۲۰).

ـ پرسشنامهٔ خودمراقبتی: برای بررسی میزان خودمراقبتی، پرسشنامه‌ای ۱۳ سؤالی به‌کار رفت که توسط علیزاده اقدم و همکاران در سال ۱۳۹۵ تهیه شد. ابعاد این پرسشنامه شامل تغذیهٔ سالم، فعالیت جسمانی، مدیریت استرس، مصرف دخانیات، آگاهی و مسئولیت‌پذیری درقبال وضعیت سلامتی می‌شود. امتیازدهی به گزینه‌های سؤالات پرسشنامه با مقیاس لیکرت پنج‌تایی صورت می‌گیرد؛ به این شکل که عدد ۱ نمرهٔ کمتر و عدد ۵ نمرهٔ بیشتر را نشان می‌دهد. کمترین نمره ۱۳ و بیشترین نمره ۶۵ است. امتیازدهی به پرسشنامه به این صورت است که از ۱۳ تا ۲۹ ضعیف، از ۳۰ تا ۴۷ متوسط و از ۴۸ تا ۶۵ در حد خوب است. روایی هم‌زمان و پایایی، به‌روش آلفای کرونباخ، به‌ترتیب برابر با ۰/۷۸ و ۰/۸۳ بود (۲۱).

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی[3]: این پرسشنامهٔ خودگزارشی که عمدتاً برای بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود، توسط ویر و شربورن در سال ۱۹۹۲ ساخته شد. دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمروی عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را ارزیابی می‌کند. نمرهٔ آزمودنی در هریک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است. نمرهٔ بیشتر به‌منزلهٔ کیفیت زندگی بهتر است. روایی و پایایی (آلفای کرونباخ) نسخهٔ اصلی پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۰ به‌دست آمد (۲۲). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهش جعفری و همکاران به تأیید رسید و ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های ۸ گانهٔ آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصلهٔ زمانی یک‌هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شد (۲۳).

درمان متمرکز بر شفقت در ده جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه و نیم براساس بستهٔ آموزشی گیلبرت اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید که از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۴). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی تأیید شد و سپس در این پژوهش استفاده گردید. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان متمرکز بر شفقت، ارائه شده است.

برای توصیف داده‌ها، از جداول فراوانی استفاده شد و نیز شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار محاسبه شد. برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (جهت نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. همچنین برای مقایسه دوبه‌دوی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری، آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. برای مقایسهٔ جنسیت، وضعیت تأهل، گروه سنی و سطح تحصیلات از آزمون خی‌دو استفاده شد. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، تعداد آزمودنی‌های نمونه و همچنین جدول فراوانی و درصد بود که برای تمامی متغیرهای مطالعه‌شده در این پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان داد که دو گروه از نظر توزیع جنسیت، وضعیت تأهل، گروه سنی و سطح تحصیلات تفاوت معناداری ندارد.

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمرهٔ افسردگی و کیفیت زندگی و خودمراقبتی در دو گروه آموزش نظریهٔ شفقت و گواه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس و کرویت موچلی و لوین، بررسی شد. ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس رد نشد. همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شد و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها نشان داد فرض برابری واریانس‌ها رد نشد. درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیر کیفیت زندگی معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها

[1]. Beck Depression Inventory-II

[2]. Brief Symptom Inventory

[3]. Quality of Life Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.217.6]

(فرض کرویت) رد شد (Mauchly's W=۰/۳۹، $p<$۰/۰۰۱)؛ ازاین‌رو از آزمون گرین‌هاوس‌گیزر برای بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. باتوجه به مقادیر احتمال به‌دست‌آمده، میانگین آزمون‌ها از نظر اثربخشی آموزش نظریهٔ شفقت بر متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری دارد. شایان ذکر است که آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر ۰/۱۴ ($p<$۰/۰۰۱) تفاوت معناداری را میان نمرات اثربخشی آموزش نظریهٔ شفقت بر بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و خودمراقبتی در دو گروه آزمایش و گواه نشان داد.

جدول ۲. مقایسهٔ فراوانی و مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیرهای دموگرافیک		درمان متمرکز بر شفقت تعداد (فراوانی)	گواه تعداد (فراوانی)	مقدار احتمال
جنس	زن	۱۱ (۷۳/۳)	۴ (۲۶/۷)	۰/۳۳۵
	مرد	۴ (۲۶/۷)	۱۱ (۷۳/۳)	
تأهل	مجرد	۰ (۰)	۱ (۶/۷)	۰/۸۸۴
	متأهل	۱۵ (۱۰۰)	۱۴ (۹۳/۳)	
گروه سنی	کمتر از ۳۰ سال	۲ (۱۳/۳)	۰ (۰)	۰/۴۳۲
	۳۰تا۳۹ سال	۱۳ (۸۶/۷)	۱۰(۶۶/۷)	
	۴۰تا۴۹ سال	۰ (۰/۰)	۵ (۳۳/۳)	
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱ (۶/۷)	۰ (۰/۰)	۰/۰۸۵
	کمتر از دیپلم	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳)	
	فوق‌دیپلم	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	
	کارشناسی	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	

جدول ۳. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آموزش شفقت	۱۳/۳۳	۱/۲۳	۹/۷۳	۱/۲۷	۱۰/۳۳	۱/۵۴
	گواه	۱۲/۷۳	۱/۲۷	۱۲/۲۰	۱/۲۶	۱۲/۸۰	۱/۲۰
کیفیت زندگی	آموزش شفقت	۱۵۸	۶/۳۶	۱۶۷/۴۰	۶	۱۶۶/۴۰	۵/۹۴
	گواه	۱۶۰	۴/۵۹	۱۶۰/۵۳	۴/۷۰	۱۶۰/۴۶	۴/۷۷
خودمراقبتی	آموزش شفقت	۳۱	۳/۸۱	۳۶/۶۶	۳/۹۵	۳۵/۹۳	۳/۶۹
	گواه	۳۰/۶۰	۴/۱۳	۳۱/۲۶	۴	۳۱/۴۶	۳/۹۶

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
افسردگی	زمان	۶۷/۲۸	۱/۴۶	۴۶/۴۶	۱۶۰/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۵
	زمان*گروه	۴۷/۰۲	۱/۴۶	۳۲/۲۱	۱۱۱/۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۱۱/۸۲	۴۰/۸۷	۰/۲۸			
	گروه	۴۶/۹۴	۱	۴۶/۹۴	۹/۹۹	۰/۰۰۴	۰/۲۶
	خطا	۱۳۱/۵۱	۲۸	۴/۶۹			
کیفیت زندگی	زمان	۴۴۶/۰۶	۱/۳۵	۳۲۹/۷۵	۱۵۵/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۴
	زمان*گروه	۳۵۶/۰۶	۱/۳۵	۲۶۳/۲۲	۱۲۳/۷۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۸۰/۵۳	۳۷/۸۷	۲/۱۲			
	گروه	۲۹۱/۶۰	۱	۲۹۱/۶۰	۲۲/۳۸	۰/۰۰ ۶	۰/۶۳
	خطا	۲۴۱۴/۱۳	۲۸	۸۶/۲۱			
رفتارهای خودمراقبتی	زمان	۱۸۵/۰۸	۱/۳۸	۱۳۳/۹۶	۱۲۴/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۱
	زمان*گروه	۱۰۶/۰۲	۱/۳۸	۷۶/۷۳	۷۱/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	خطا	۴۱/۵۵	۳۸/۶۸	۱/۰۷			
	گروه	۲۶۳/۵۱	۱	۲۶۳/۵۱	۵/۸۷	۰/۰۲۲	۰/۱۷
	خطا	۱۲۵۶/۹۷	۲۸	۴۴/۸۹			

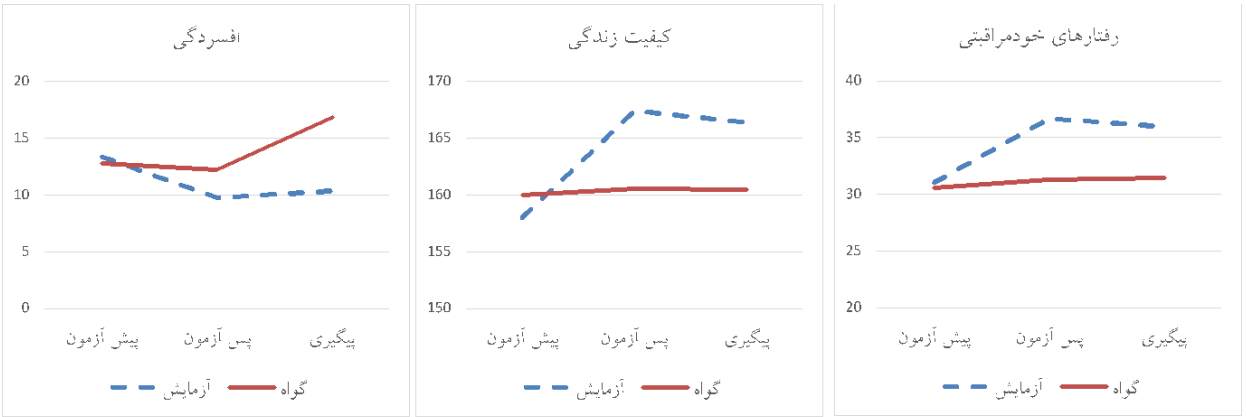
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.217.6]

نتایج جدول ۴ نشان داد که تحلیل واریانس متغیر افسردگی برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p=۰/۰۰۴$) معنادار است؛ همچنین تحلیل واریانس برای اثر متقابل زمان و گروه معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). تحلیل واریانس متغیر کیفیت زندگی برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p=۰/۰۰۶$) نیز معنادار است و تحلیل واریانس برای اثر متقابل زمان و گروه معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین تحلیل واریانس متغیر رفتارهای خودمراقبتی برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p=۰/۰۲۲$) معنادار است و تحلیل واریانس برای اثر متقابل زمان و گروه معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). برای بررسی تفاوت‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در هریک از متغیرها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار p
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۰۶	۰/۶۰	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۱/۴۶	۰/۶۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۶۰	۰/۵۴	۰/۰۳۵
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	−۳/۱۰	۰/۷۲	<۰/۰۰۱
		پیگیری	−۲/۷۰	۰/۷۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰	۰/۷۱	۰/۰۱۱
رفتارهای خودمراقبتی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	−۳/۱۶	۰/۷۰	<۰/۰۰۱
		پیگیری	−۲/۹۰	۰/۶۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۶	۰/۷۵	۰/۰۳۵



نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری میانگین متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در گروه‌های آزمایش و گواه

نتایج جدول ۵ و نمودار ۱ نشان داد، نمرات متغیر افسردگی در گروه آزمایش، در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۰۱$). نتایج مشخص کرد که افسردگی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده می‌شود ($p=۰/۰۳۵$). نتایج نشان داد، نمرات متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش، در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۰۱$). کیفیت زندگی نیز در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری دیده می‌شود ($p=۰/۰۱۱$). نتایج مشخص کرد، نمرات متغیر رفتارهای خودمراقبتی در گروه آزمایش، در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۰۱$) و رفتارهای خودمراقبتی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده می‌شود ($p=۰/۰۳۵$). نتایج حاکی‌از این بود که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در مرحلهٔ پیگیری برای هر سه متغیر افسردگی، کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی ماندگار نبوده است و در پیگیری به‌طور معناداری کاهش یافته است.

۴ بحث

مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر انجام شد. نتایج نشان داد، درمان متمرکز بر شفقت اثربخشی زیادی بر بهبود افسردگی داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهد که افسردگی در مرحلهٔ پیگیری در گروه درمان

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.217.6]

متمرکز بر شفقت درمقایسه با گروه گواه کاهش معناداری داشته است. نتایج این پژوهش با مطالعهٔ کالینز و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان متمرکز بر خودشفقتی بر کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان مبتلا به دمانس همسوست (۱۴). همچنین نتایج این پژوهش با تحقیق برایانز و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان متمرکز بر آموزش شفقت خود در کاهش مشکلات روان‌شناختی ازجمله نشانه‌های افسردگی همسوست (۱۵).

در تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان متمرکز بر شفقت به‌جای اینکه بی‌رحمانه دربارهٔ خود قضاوت کنید و به‌دلیل ناتوانی‌ها و ایرادهایتان از خود انتقاد کنید، شفقت بر خود موجب می‌شود هنگام مواجهه با مشکلات شخصی با خود مهربان باشید و خود را درک کنید؛ به‌طورکلی، چه کسی گفته است که شما باید کامل باشید؟ شما می‌توانید به‌شیوه‌ای خود را تغییر دهید که بتوانید سالم‌تر و شادتر باشید؛ اما این اتفاق به این دلیل می‌افتد که برای انسان‌بودن خود ارزش قائل شوید و آن را بپذیرید. اوضاع همیشه بر وفق مرادتان نیست. شما با وقایع غیرمترقبه مواجه می‌شوید، زیان می‌بینید، اشتباه می‌کنید، حد و حدود خود را زیر پا می‌گذارید، نمی‌توانید به آمال خود دست یابید. وضعیت انسان این‌گونه است؛ این واقعیتی است که شامل حال همهٔ ما می‌شود. به‌جای اینکه مدام درمقابل این واقعیت جبهه بگیرید، هرچه قلب خود را بیشتر به روی آن بگشایید بیشتر می‌توانید در تجربهٔ زندگی به حال خود و همهٔ هم‌نوعان خود شفقت کنید (۱۳).درمان متمرکز بر شفقت باعث پذیرش خود واقعی فرد می‌شود؛ همچنین سبب بهبود افسردگی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر می‌گردد و توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط بیماری سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر را برای بیماران فراهم می‌کند.

باتوجه به یافته‌های به‌دست‌آمده ملاحظه می‌شود که درمان متمرکز بر شفقت اثربخشی زیادی بر بهبود کیفیت زندگی داشته است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در مرحلهٔ پیگیری در گروه درمان متمرکز بر شفقت درمقایسه با گروه گواه افزایش معناداری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش سعیدیان و همکاران که مشخص کردند درمان متمرکز بر شفقت بر میزان فشارخون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون زیاد مؤثر بوده، همسوست (۱۶).

در تبیین این یافته می‌توان گفت ازآنجاکه آموزش مبتنی‌بر شفقت خود می‌تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می‌توانند طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش‌رو مقابلهٔ سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فایق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند؛ به‌عبارتی کیفیت زندگی آن‌ها افزایش خواهد یافت. آموزش احتمالاً می‌تواند منشأ تغییرات، ازجمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد. این امر به‌نوبهٔ خود باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. آموزش مبتنی‌بر شفقت خود سبب می‌شود افراد چگونگی شناسایی ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آن‌ها اقدام کنند و از روابط اجتماعی خویش، از کارکردن و تفریحات خویش لذت ببرند. این امر باعث کاهش فشار روانی و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۱۴). ماهیت آموزش گروهی، خود می‌تواند تأثیر مثبتی بر افزایش کیفیت زندگی داشته باشد؛ زیرا جمع‌شدن افراد در گروه و اینکه تک‌تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند، خود در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیهٔ منفی و درنتیجه افزایش قبول واقعیت و کنارآمدن با آن مؤثر است؛ پس آموزش مبتنی‌بر شفقت خود می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی یا توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط ناگوار شود.

آموزش شفقت خود باعث می‌شود که بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر با خود به همان اندازه مهربان باشند که با دیگران هستند. همچنین آموخته‌های این درمان سبب می‌شود افراد به‌صورت واقعی رفتار کنند و خود ایده‌آل و خود بایدی را که از سوی دیگران به آن‌ها تحمیل شده است، کنار بگذارند و به این ترتیب آرامش بیشتری به‌دست آورند (۱۳). ازآنجاکه مؤلفهٔ مهربانی با خود اشاره دارد به گرایش فرد به اینکه در مواجهه با ابعادی از شخصیتش که برایش دوست‌داشتنی نیست، به‌جای برخورد انتقادی یا قضاوت توأم با سخت‌گیری به مراقبت از خود و درک خود بپردازد (۱۴)، باعث می‌شود بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر با کاستی‌هایشان به ملایمت و آرامی رفتار کنند، با خودشان به زبانی صحبت کنند که از لحاظ هیجانی لحنی حمایتگرانه دارد و به‌جای سرزنش‌کردن و حمله به خود برای نقص‌هایی که دارند، پذیرش گرم و نامشروط درقبال خود نشان دهند. همچنین زمانی‌که شرایط زندگی سخت و ناراحت‌کننده می‌شود، بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر به‌جای آنکه صرفاً با تمرکز بر کار بیرونی به کار خود ادامه دهند و برای کنترل یا حل‌کردن مشکل تلاش کنند، بر درون متمرکز می‌شوند تا خود را تسلی دهند. شفقت بر خود عبارت است از اینکه فرد در گذار از فشار روانی‌اش چنانچه رنجی را که تجربه می‌کند، بهبود بخشد (۱۵).

باتوجه به یافته‌های به‌دست‌آمده ملاحظه می‌شود که درمان متمرکز بر شفقت اثربخشی زیادی بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی داشته است. این نتایج نشان می‌دهد که رفتارهای خودمراقبتی در مرحلهٔ پیگیری در گروه درمان متمرکز بر شفقت درمقایسه با گروه گواه افزایش معناداری نداشته است. نتایج این مطالعه با پژوهش کاظمی و همکاران که نشان دادند درمان مبتنی‌بر شفقت بر احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی و قندخون در بیماران مبتلا به دیابت مؤثر بوده، همسوست (۱۷).

در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی می‌توان گفت ازآنجاکه آموزش مبتنی‌بر شفقت خود می‌تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می‌توانند طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش‌رو مقابلهٔ سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فایق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند؛ به‌عبارتی باعث توجه بیشتر افراد به سلامتی‌شان می‌شود. این امر سبب می‌شود که رفتارهای خودمراقبتی آن‌ها افزایش یابد. آموزش احتمالاً می‌تواند منشأ تغییرات، ازجمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر به‌نوبهٔ خود باعث افزایش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر می‌شود (۱۶). آموزش مبتنی‌بر شفقت خود سبب می‌شود افراد طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آن‌ها اقدام کنند و از روابط اجتماعی خویش، از کارکردن و تفریحات خویش لذت ببرند. این امر سبب کاهش فشار روانی و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.217.6]

افزایش خودمراقبتی می‌شود. ماهیت آموزش گروهی، خود می‌تواند تأثیر مثبتی بر افزایش خودمراقبتی داشته باشد؛ زیرا جمع‌شدن افراد در گروه و اینکه تک‌تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند، خود در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیهٔ منفی و درنتیجه افزایش قبول واقعیت و کنارآمدن با آن مؤثر است. پس آموزش مبتنی‌بر شفقت خود می‌تواند باعث خودمراقبتی یا توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط ناگوار شود.

خودشفقت‌ورزی شامل مراقبت‌کردن و دلسوزی‌کردن درقبال خود، نگرش غیرارزیابانه دربارهٔ خود در مواجهه با سختی‌ها یا نارسایی‌های ادراک‌شده است. خودشفقت‌ورزی زیاد، با بهزیستی روان‌شناختی همراه است و از افراد درمقابل استرس حمایت می‌کند؛ همچنین به‌معنای پذیرش احساسات آسیب‌پذیر، مراقبت و مهربانی درقبال خود، نگرش غیرارزیابانه به نارسایی‌ها و شکست‌های خویش و بازشناسی تجربیات فرد است (۱۴). درمان خود با شفقت موجب آشکارشدن محدودیت‌ها و شناسایی رفتارهای ناسالم می‌شود که فرد را برای اقدام به تحول قادر می‌سازد و تغییر برای ارتقای بهزیستی را تشویق می‌کند؛ بنابراین براساس آنچه گفته شد، می‌توان انتظار داشت که درمان مبتنی‌بر شفقت خود بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر تأثیر داشته باشد.

پژوهش حاضر همانند هر پژوهش دیگری محدودیت‌هایی داشت؛ بیان آن‌ها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادهای پژوهش را تصریح کند و پژوهشگران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روایی درونی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. محدودیت‌های اساسی پژوهش حاضر به قرار زیر بود: محدودبودن نتایج پژوهش به بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر. این پژوهش تنها در بین جمعیت بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر شهر اصفهان صورت گرفت؛ ازاین‌رو در تعمیم نتایج به دیگر مناطق و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه نمونهٔ دیگر نیز انجام گیرد و نتایج آن ارزیابی شود و با نتایج این پژوهش مقایسه شود. توصیه می‌شود این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن ارزیابی شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش پس از آموزش گروهی به‌صورت مشاورهٔ فردی نیز پیگیری شود. باتوجه به تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان از درمان متمرکز بر شفقت به‌صورت گروهی بهره گیرند. وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، بیمارستان‌ها و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره با اجرای کارگاه‌های درمان متمرکز بر شفقت، زمینه را برای آشنایی هرچه بیشتر روان‌شناسان، پزشکان و پرستاران با مفاهیم درمان متمرکز بر شفقت فراهم کنند.

۵ نتیجه‌گیری

درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر مؤثر است؛ بنابراین درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند روشی مناسب برای بهبود افسردگی، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی باشد و می‌توان از این روش برای بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر استفاده کرد.

۶ تشکروقدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان که در این پژوهش ما را یاری رساندند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام‌خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه نیز درمان مؤثرتر اجرا شد.

References

1. Tap J, Derrien M, Törnblom H, Brazeilles R, Cools-Portier S, Doré J, et al. Identification of an intestinal microbiota signature associated with severity of irritable bowel syndrome. Gastroenterology. 2017;152(1):111-23. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.09.049
2. Rao SS, Yu S, Fedewa A. Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Therapeut. 2015;41(12):1256-70. DOI: https://doi.org/10.1111/apt.13167
3. Verma SK, Luo N, Subramaniam M, Sum CF, Stahl D, Liow PH, et al. Impact of depression on health-related quality of life in patients with diabetes. Ann Acad Med Singapore. 2010;39(12):913-30.
4. Puvvada RC, Muthukumar VA. Impact of patient counselling on the knowledge, attitude, practice and quality of life in patients with hypertension with diabetes mellitus-II. Hypertension. 2018;14(1):16-24.
5. Lee YJ, Shin SJ, Wang RH, Lin KD, Lee YL, Wang YH. Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. Patient Educ Counsel. 2016;99(2):287-94. Doi: https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.021
6. Kauric-Klein Z, Peters RM, Yarandi HN. Self-efficacy and blood pressure self-care behaviors in patients on chronic hemodialysis. West J Nurs Res. 2017;39(7):886-905. Doi: https://doi.org/10.1177%2F0193945916661322

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.217.6]

7. Woda A, Belknap RA, Haglund K, Sebern M, Lawrence A. Factors influencing self-care behaviors of African Americans with heart failure: A photovoice project. Heart & Lung. 2015;44(1):33-8. Doi: https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.09.001
8. Ross S, Bossis A, Guss J, Agin-Liebes G, Malone T, Cohen B, et al. Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial. J Psychopharmacol. 2016;30(12):1165-80. Doi: https://doi.org/10.1177%2F0269881116675512
9. Bai YM, Su TP, Li CT, Tsai SJ, Chen MH, Tu PC, et al. Comparison of pro-inflammatory cytokines among patients with bipolar disorder and unipolar depression and normal controls. Bipolar disorders. 2015;17(3):269-77. Doi: 10.1111/bdi.12259
10. Pinto C, Lele MV, Joglekar AS, Panwar VS, Dhavale HS. Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. JAPI. 2000;48(6):33-45.
11. Fischer A, Schröder J, Vettorazzi E, Wolf OT, Pöttgen J, Lau S, et al. An online programme to reduce depression in patients with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. The Lancet Psychiatry. 2015;2(3):217-23. Doi: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00049-2
12. Murri MB, Respino M, Innamorati M, Cervetti A, Calcagno P, Pompili M, et al. Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. Schizophr Res. 2015;162(1-3):234-47. Doi: https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.01.003
13. Sommers-Spijkerman MP, Trompetter HR, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2018;86(2):101-10. Doi: https://doi.org/10.1037/ccp0000268
14. Collins RN, Gilligan LJ, Poz R. The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. Clin Gerontologist. 2018;41(5):474-86. Doi: 10.1080/07317115.2017.1397830
15. Breines JG, Thoma MV, Gianferante D, Hanlin L, Chen X, Rohleder N. Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. Brain Behav Immun. 2014;37(1):109-14. Doi: https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.11.006
16. Saidian K, Sohrabi A, Zemestani M. Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Blood Pressure and Quality of Life in Women with Hypertension. SJIMU. 2019; 27(1):161-9. [Persian] http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-4288-en.html
17. Kazemi A, Ahadi H, Nejat H. Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Loneliness, Self-care Behaviors and Blood Sugar in Diabetes Patients. IJRN. 2020; 6 (3):42-49. [Persian] http://ijrn.ir/browse.php?a_id=493&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=1
18. North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. World J Gastroenterol. 2007;13(14):2020-30. doi: 10.3748/wjg.v13.i14.2020
19. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory–II. Psychol Assess. 1996; 3(2):54-70. Doi: 10.1037/t00742-000
20. Mohammadkhani P, Dobson KS, Massah Choolaby O, Asari S. Determine the rule of gender in relation between sexual desire and quality of life in patients with major depression. Journal of Rehabilitation. 2011;12(1):27-33. [Persian] Doi: http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-280&ftxt=1
21. Alizadeh Aghdam MB, Koohi K, Gholizadeh M. The relationship of Self-care and Health Literacy with Mental Health among Citizens of Tabriz City. Health_Based Research. 2017;2(4):381-394. [Persian] http://hbrj.kmu.ac.ir/article-1-146-en.html
22. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical care. 1992;1(2):473-83.
23. Jafari H, Lahsaeizadeh S, Jafari P, Karimi M. Quality of life in thalassemia major: reliability and validity of the Persian version of the SF-36 questionnaire. J Postgrad Med. 2008;54(4):273-85. DOI: 10.4103/0022-3859.41432
24. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Adv Psychiatr Treat. 2009;15(3):199-210. DOI: 10.1192/apt.bp.107.005264

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.217.6]