



اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک درد و کمال‌گرایی مردان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۷/۲۰- تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۰۱

چکیده

مقدمه: بیماری‌های گوارشی بار اقتصادی و فشار روانی زیادی را به جامعه و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کنند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک درد و کمال‌گرایی مردان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

روش کار: پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مرد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل داد. با روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی‌سازی در دو گروه مساوی ۳۰ نفری جایگزین شدند. گردآوری داده‌ها با کمک فرم تجدیدنظر شده درد مک‌گیل و پرسشنامه باور غیرمنطقی جونز انجام شد. داده‌ها با کمک روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آزمون‌های مربوط به رعایت پیش‌فرض‌های آماری و واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمره کل کمال‌گرایی و ادراک درد در افراد دو گروه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). این تفاوت در مرحله پیگیری سه ماهه نیز پابرجا بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه می‌تواند چشم‌انداز امیدوارکننده‌ای از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر سازه‌های روان‌شناختی مبتلایان به بیماری مزمن طبعی به ویژه سندرم روده تحریک‌پذیر ترسیم نماید.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، کمال‌گرایی، ادراک درد، سندرم روده تحریک‌پذیر

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

زهره غفاری جاها^۱

ناصر امینی^{*۱}

عزت دیره^۱

کامران میرزایی^۲

^۱گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه

آزاد اسلامی، واحد بوشهر، بوشهر، ایران

^۲گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

Email: n.amini@iaubushehr.ac.ir

مقدمه

اختلالات گوارشی کارکردی گروهی از بیماری‌های پزشکی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سؤال‌برانگیز، دوره‌های طولانی مدت و غیرقابل پیش‌بینی و تأثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند (۱).

بیماری‌های گوارشی بار اقتصادی و فشار روانی زیادی را به جامعه و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کنند و ۵ تا ۲۵ درصد جمعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲).

یکی از شایع‌ترین و پُر عارضه‌ترین بیماری‌های گوارشی، سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر می‌باشد که با «درد مزمن شکم، تغییرات اجابت مزاج و عدم علل عضوی برای این علائم» مشخص می‌شود (۳). این بیماری، علت ۲۵ الی ۵۰ درصد از موارد ارجاع به متخصصین گوارشی و دومین علت غیبت از محل کار پس از سرماخوردگی به‌شمار می‌رود (۴).

تأکید اصلی پژوهش‌ها طی دهه‌های اخیر، تمرکز بر نقش شاخص‌های روان‌شناختی در بروز و پیشرفت علائم بیماری‌های مزمن بوده است (۵). بیشتر مبتلایان به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر از ناراحتی‌های روان‌شناختی و تجربه درد رنج می‌برند. ادامه این تجارب منفی نشانه‌ی سازگاری پایین است و به کاهش پذیرش بیماری و تشدید علائم و بعضاً ترک درمان می‌انجامد (۶).

در این خصوص، سارافینو^۱ به نقل از ندیم (۷) باور دارد آن دسته از بیماران مزمنی که دچار علائم مرتبط با شدت درد باشند، به مشکلات بعدی، بیشتر مبتلا می‌شوند و احتمال عود علائم بیماری و نیز مرگ آن‌ها در ماه‌های آتی

پس از ابتلای به بیماری از کسانی که استرس و هیجانات منفی کمتری دارند، بیشتر است.

درد از شایع‌ترین مشکلات بهداشتی است که افراد را وادار به درخواست کمک از نظام‌های مراقبتی، بهداشتی و درمانی می‌نماید و نه تنها با ناراحتی ایجاد شده توسط درد، بلکه به واسطه‌ی پیامدهای تنیدگی‌زای دیگری که دارد، ابعاد گوناگون زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به همین دلیل بعد از حفظ جان بیمار، تسکین و کنترل درد از مهم‌ترین اولویت‌ها می‌باشد (۸). «انجمن بین‌المللی مطالعه‌ی درد»، درد را یک احساس ناخوشایند و تجربه عاطفی مرتبط با آسیب بافتی حاد یا بالقوه تعریف می‌کند (۷).

از دیگر سو، در سبب‌شناسی علائم بیماریاران مزمن طبی، ویژگی‌های شخصیتی نقش اساسی را ایفا می‌کنند. یکی از ویژگی‌های شخصیتی مؤثر در این زمینه، کمال‌گرایی^۷ است (۹). همزمان با گسترش علاقه به مفهوم کمال‌گرایی، مفهوم‌سازی چند بُعدی مفیدی از آن ارائه شده است. بعدی از کمال‌گرایی که با عنوان کمال‌گرایی بهنجار، انطباقی یا کمال‌گرایی استانداردهای فردی شناخته می‌شود، با ویژگی‌هایی همچون استانداردهای فردی سطح بالا (در مورد توانایی‌های فردی، انتظار بالا از عملکرد فردی و اهداف بسیار بالا) شناخته می‌شود و با ویژگی‌های سبک‌های مقابله‌ای فعال، مدیریت هیجانات، سازمان‌فکری و اعتماد به نفس بالا رابطه مثبت دارد (۱۰).

تحقیقات چندی در خصوص مکانیسم تأثیرگذاری کمال‌گرایی بر سلامت روان صورت گرفته است. برخی از این تحقیقات نشان داده‌اند که کمال‌گرایی می‌تواند به عنوان واسطه نقش مهمی بر سلامت روانی مبتلایان به

¹ Functional gastrointestinal disorders

² Irritable bowel syndrome

³ Psychological indices

⁴ Sarafino

⁵ Pain

⁶ International Association for the Study of Pain (IASP)

⁷ Perfectionism

درد مزمن، دیابت و ... رو به افزایش است (۱۷)، اما تقریباً مطالعات بسیار اندکی این روش درمانی را در درمان علایم روان‌شناختی در بیماران مزمن به ویژه مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر بررسی کرده‌اند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک درد و کمال‌گرایی مردان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش که با کد اخلاق IR.BPUMS.REC.1399.044 تصویب شد از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری ۳ ماهه صورت گرفت. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ساکن شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود که جهت دریافت خدمات درمانی به بیمارستان میلاد مراجعه نمودند.

با توجه به اینکه بیماران جدید نیز مراجعه می‌کردند بنابراین تعداد جمعیت متغیر بود اما در زمان انجام این مطالعه تعداد افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارای پرونده پزشکی ۱۷۹ نفر بودند.

با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف، حجم نمونه‌ای به اندازه ۳۰ نفر ($n=30$) (برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر) محاسبه شد و سپس، این ۳۰ نفر به شیوه تصادفی به گروه‌های ۱۵ نفری گمارش شدند. لازم به ذکر است که حجم نمونه در این تحقیق با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸ در نظر گرفته شد.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از تأیید پروپوزال پژوهش، به بیمارستان میلاد شهر تهران مراجعه شد، بعد از هماهنگی با مسئولین و ملاقات با بیماران و ارائه توضیح در خصوص پژوهش، با روش نمونه‌گیری در

بیماری‌های مزمن ایفا کند (۱۱). رویکردهای درمانی که برای این سندرم مورد استفاده قرار گرفته‌اند، از یک‌سو، درمان‌های دارویی نظیر داروهای ضدافسردگی و از سوی دیگر، مداخلات روان‌شناختی مانند درمان‌های شناختی-رفتاری، روان‌تحلیل‌گری بین‌فردی، آموزش تکنیک آرام‌سازی و هیپنوتراپی هستند (۱۲). در این بین تا سال‌های متمادی درمان شناختی-رفتاری به عنوان مؤثرترین درمان روان‌شناختی برای بیماران دارای سندرم روده تحریک‌پذیر مطرح بوده است. با این وجود نتایج دو مطالعه بزرگ اخیر حاکی از عدم نتایج مثبت درمان شناختی-رفتاری به طور کلی برای کاهش نشانگان این سندرم بوده است (۲).

یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان مبتنی بر شفقت است. زمانی که فرد در زندگی به بیماری سخت و سایر ناتوانی‌ها مبتلا و تحمل آن سخت می‌گردد، شفقت شامل حال فرد می‌شود (۱۳). نف (۱۴)، اخیراً ساختار شفقت به خود را به شکل قالب سلامتی خویش‌پذیری پیشنهاد کرده است. شفقت به خود، یک موضع با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود است و شامل سه مؤلفه مهربانی با خود، احساسات مشترک انسانی و ذهن آگاهی می‌شود (۱۵).

شفقت به خود علاوه بر آن که فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. بنابراین، تأثیر تجربه‌های هیجانی منفی از قبیل افسردگی و اضطراب‌ها به حداقل می‌رسد (۱۶). در حالی که شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش‌های درمانی بر اختلالات متعدد روان‌شناختی و بیماری‌های مزمن مانند

¹ Compassion Focused Therapy

² Neff

³ Self-Kindness

⁴ Common Humanity

⁵ Mindfulness

درد، ادراک ارزیابی درد، و دردهای متنوع) می‌باشد. دورکین و همکاران (۱۸) فرم تجدیدنظر شده درد مک گیل را تدوین کرده‌اند. در فرم تجدیدنظر شده ۱۵ گویه از شماره‌های پیشین حفظ شده‌اند. این گویه‌ها به ۱۵ گویه توصیف کننده درد حسی و عاطفی اضافه شده و با اصلاح چارچوب پاسخ و تبدیل آن به مقیاسی با دامنه ۰ تا ۱۰ میزان پاسخگویی در مطالعات طولی را افزایش داده‌اند. روایی و پایایی این مقیاس نیز توسط دورکین و همکاران (۱۸) بالا گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود چهار زیرمقیاس درد حسی، درد عاطفی، درد نوروپاتی و دردهای متنوع بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است. این مقیاس در ایران مورد بررسی قرار گرفته و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است. برای نمونه خسروی و همکاران در پژوهش خود آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۸۵ و آلفای کرونباخ هر چهار زیرمقیاس را بالای ۰/۸۰ گزارش نمودند.

۲- پرسشنامه باورهای غیرمنطقی: این پرسشنامه خود گزارشی در سال ۱۹۶۸ به وسیله جونز^۱ تدوین شده است و انواع باورهای غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۱۰۰ سؤال با ۱۰ مؤلفه شامل ضرورت تأیید و حمایت دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، بیش‌نگرانی توأم با اضطراب، اجتناب از مشکلات، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر، و کمال‌گرایی است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. دامنه نمرات اکتسابی بین ۱۰۰ تا ۵۰۰ است. به گونه‌ای که نمره بالا بیانگر باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد و نمره پایین نشان‌دهنده باورهای منطقی و کارآمد است.

دسترس و مبتنی بر هدف از بین‌بیمارانی که مایل به مشارکت در تحقیق حاضر بودند، با رعایت ملاک‌های ورود و خروج تعداد نمونه مورد نظر انتخاب و با روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. ابتدا مرحله پیش‌آزمون اجرا شد. سپس، طی جلسات معینی در یکی از اتاق‌های این بیمارستان و طی روزهای مختلف به گونه‌ای که آزمودنی‌های گروه‌های مورد مطالعه نتوانند با هم ملاقات داشته و یا به تبادل اطلاعات بپردازند، برنامه‌های مذکور آموزش داده شد. سپس یک هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی مرحله پس‌آزمون انجام شد. و سه ماه بعد نیز دوره پیگیری انجام شد.

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه می‌شود. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح می‌شود. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده خواهد شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل شد. پس از اخذ موافقت و امضای رضایت‌نامه شفاهی پرسشنامه‌های خود گزارشی در بین آزمودنی‌ها توزیع شد و پس از تکمیل جمع‌آوری شد (مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه). جمع‌آوری داده‌ها با کمک ابزارهای زیر انجام شد:

۱- فرم تجدیدنظر شده درد مک‌گیل: این مقیاس از برجسته‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که به وسیله ملزاک و بر روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می‌برده‌اند، تدوین شده است. این مقیاس دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف (سه بعد حسی درد، ادراک عاطفی

¹ Jones

روش روایی صوری و روایی همگرا استفاده نمود که در محاسبه همبستگی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز با آزمون افسردگی بک، ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برابر با ۰/۸۲ بود. ساعتچی و همکاران (۲۱) روایی این پرسشنامه را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برآورد کرده اند.

در این پژوهش تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-۲۲ انجام شد. علاوه بر روش‌های آمار توصیفی، و پیش‌فرض‌های آماری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

سازنده پرسشنامه پایایی کل آن را به روش بازآزمایی، برابر ۰/۹۲ و پایایی مؤلفه‌ها را بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۰ گزارش کرده است. پژوهش‌های متعدد، روایی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده‌اند.

پایایی آن در هنجاریابی ایرانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ گزارش شده است که نشان از پایایی مطلوب این پرسشنامه دارد (۱۹). دوناپوش (به نقل از عبدالله‌پور و همکاران (۲۰)) در هنجاریابی مقدماتی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز، برای بررسی روایی آزمون از دو

جدول (۱) خلاصه محتوای برنامه آموزش مبتنی بر شفقت به خود (منبع: (۲۲))

جلسه	مختصری از شرح جلسه
اول	آشنایی با اعضاء، معارفه‌ی اعضاء با یکدیگر و برقراری ارتباط اولیه، مروری بر قوانین گروه و ساختار و اهداف جلسه، ارائه پیش‌آزمون، ارائه تعریف شفقت، رنج، التیام، معرفی دلایل رنج انسان
دوم	خلاصه‌ای از جلسه قبل، معرفی سیستم تنظیم هیجان به والدین، انجام تمرین مهربانی کردن با خود و دیگران در جلسه، آموزش ویژگی‌های فرد مهربان، ارائه تکلیف: بررسی اینکه کدام سیستم فعال‌تر بوده در طول هفته
سوم	بازخورد جلسه قبل، آشنایی با مغزهای انسان، ارائه تکلیف لینک شدن با مغز تحلیلی و دیدن تحلیل‌ها، معرفی سه ویژگی مغز بچه‌ها
چهارم	بازخورد جلسه قبل صحبت در مورد تکلیف مغز آگاه، ویژگی‌های مغز آگاه، معرفی حساسیت، آموزش حساسیت به رنج خود، دیدن رنج خود و ارتباط برقرار کردن با خود و دادن تکلیف، زدن عینک رنج بینی که هم رنج خود و هم رنج دیگران را ببیند، تکلیف دیدن رنج در هر لحظه و همدردی و همدلی کردن با رنجتان
پنجم	بررسی تکلیف‌های جلسه قبل، معرفی تحمل پریشانی و مراقبت از بهزیستی، ارائه استعاره گدا برای همدردی، همدلی و قضاوتی نبودن، ارائه تکلیف بررسی ارزش‌های هر فرد در زندگی خودش و بالا بردن تحمل پریشانی در لحظات زندگی
ششم	بازخورد تکلیف جلسه قبل، معرفی مسیرهای مهم زندگی، ارزش‌ها، معرفی استدلال مهربانانه، انجام تمرین دو صندلی، تمرین ارتباط با جنبه‌های مختلف خود، برخورد خود مهربان با خود عصبانی و مضطرب تکلیف: این هفته استدلال تو در مورد خودت و دیگران باید مهربانانه باشد پس موقعیت‌هایی که نسبت به رنج خود و دیگران استدلال، توجه و احساس شفقت‌آمیز داشتید را ثبت کنید.
هفتم	بازخورد جلسه قبل در خصوص استدلال مهربانانه، تمرین ذهن آگاهی و معرفی توجه مهربانانه، تمرین مهربانی گرفتن از دیگران برای احساس مهربانانه، معرفی احساس مهربانانه، تکلیف: تجربه مهربانی دادن به دیگران، ثبت موقعیت‌هایی که مهارت‌های مهربانی را نسبت به رنج خود و دیگران به کار خواهید گرفت.
هشتم	بازخورد تکلیف جلسه قبل، آموزش تصویرسازی مکان امن، تمرین خود مهربان، معرفی رفتار مهربانانه، نوشتن نامه شفقت‌آمیز، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از مباحث، برگزاری پس‌آزمون.

نتایج

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره کل کمال گرایی در بین افراد گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۱۰/۸۷ و در مراحل پس‌آزمون و

پیگیری به ترتیب برابر با ۸/۲۴ و ۸/۰۰ می‌باشد. اما میانگین نمره این متغیر در افراد گروه گواه از مرحله پیش‌آزمون به

مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد (به ترتیب ۱۲/۱۲ در برابر ۱۲/۷۶ و ۱۲/۲۶). اطلاعات توصیفی مربوط به ادراک درد در مراحل مختلف سنجش به تفکیک افراد پاسخ‌دهنده در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲) داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش‌آزمون M ± SD	پس‌آزمون M ± SD	پیگیری M ± SD
کمال گرایی	CFT	۱۵	۳/۷۷±۱۰/۸۷	۲/۴۵±۸/۲۴	۱/۸۸±۸/۰۰
	گواه	۱۵	۳/۱۶±۱۲/۱۲	۲/۱۹±۱۲/۷۶	۱/۱۳±۱۲/۲۶
ادراک درد	CFT	۱۵	۷/۵۳±۵۳/۸۱	۴/۸۸±۴۹/۰۲	۴/۸۹±۴۹/۰۰
	گواه	۱۵	۸/۲۳±۵۳/۵۹	۸/۴۲±۵۳/۷۲	۸/۵۱±۵۳/۷۹

در بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مطالعه محقق شده است، زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح $p < 0/05$ معنادار نیست. در آزمون ام باکس، متغیرهای کمال گرایی ($F=1/013$) و ادراک درد ($F=0/886$) به ترتیب در سطح $0/316$ و $0/541$ معنادار نبودند. بنابراین، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار است. همچنین، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به معنادار نبودن مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از $0/05$ ، واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

در آخر، آزمون کرویت موجلی نشان داد به ترتیب مقدار کرویت موجلی ($0/287$) متغیر کمال گرایی و مقدار کرویت موجلی ($0/179$) ادراک درد در سطح خطای داده شده ($0/219$) معنادار نیست. لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس این پیش فرض نیز برقرار است. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین دو گروه در مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیرهای کمال گرایی و ادراک درد تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، و به این معنی است که در طول سه مرحله آزمون، میان گروه گواه و آزمایش تفاوت درون گروهی و تفاوت بین گروهی وجود دارد. در نهایت درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود نمره کمال گرایی و ادراک درد اثربخش بوده است.

جدول ۳) نتایج اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	TF آماره	داری معنی	ضریب تأثیر	توان آماری
کمال‌گرایی	مراحل	۱/۶۰۳	۰/۱۰۹	۰/۳۱۸	۰/۵۴۷
	گروه*مراحل	۸/۰۶۵	۰/۰۶۶	۰/۵۱۶	۰/۶۰۸
	گروه	۱۱/۲۳۱۱	۰/۱۵۱	۰/۲۲۲	۰/۶۶۱
ادراک درد	مراحل	۳۱/۱۰۸	۰/۰۰۵	۰/۵۲۶	۰/۵۹۹
	گروه*مراحل	۹۱/۶۵۴	۰/۰۰۴	۰/۷۶۶	۰/۸۷۹
	گروه	۴۳/۴۵۸	۰/۰۰۴	۰/۶۰۸	۰/۷۳۴

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک درد و کمال‌گرایی مردان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد. نخستین یافته پژوهش با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان‌دهنده که روش مداخله استفاده شده (درمان مبتنی بر شفقت) در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری سه ماهه بر بهبود میانگین نمره ادراک درد تأثیر معناداری داشته است.

در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک درد در مردان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌توان به نتایج پژوهش‌های لاو^۱ و همکاران (۲۳)، هرمان^۲ و همکاران (۲۴) و روتلیدگ^۳ و همکاران (۲۵) همسو می‌باشد.

در درمان مبتنی بر شفقت پذیرش افکار و رفتارهای ناسازگارانه یا درد ادراک شده نقش کلیدی دارد و براین اساس باورهای افراد در مورد بیماری یا درد ناشی از آن اغلب بر چگونگی مقابله و سازگاری آن‌ها با بیماری تأثیر می‌گذارد. درمان مبتنی بر شفقت به نحوه فزاینده‌ای در بیماری‌های روان-تنی یا درد ناشی از کم‌درد مزمن که تا حد زیادی می‌تواند با عوامل روانی مرتبط باشد، برای کمک به کنترل بهتر واکنش‌های افراد در قبال حوادث

استرس‌زای زندگی به کار می‌رود و مقابله مؤثر با استرس‌ها می‌تواند ادراک بیماری را تحت تأثیر قرار دهد.

همچنین، درمان مبتنی بر شفقت با تغییر در فرایندهای فکری به واسطه بازسازی شناختی به ارتقاء ادراک بیماری منجر می‌گردد. آگاهی از تغییرات شناختی و رفتاری در حین جلسات و کسب توانایی در جهت کنترل افکار و رفتارها توسط خود فرد از دلایل مهم کاهش شدت درد ادراک شده می‌باشد.

از سویی دیگر، شرکت در جلسات گروهی آموزش درمان مبتنی بر شفقت سبب شده که افراد تا حدود زیادی نتایج مثبت روابط اجتماعی را تجربه کرده و با شرکت در جلسات و استفاده از نظرات و راه‌حل‌های دیگران دیدگاه‌های وسیع‌تری نسبت به مسائل مطرح شده در گروه از جمله بیماری و شدت درد ادراک شده پیدا کنند. در واقع، تئوری‌های زیرلایه این مداخلات قائل به ارتباط بین افکار، احساسات (احساسات عاطفی، حس‌های بدنی)، و رفتار هستند و مداخلاتی که هدف تغییر در بازنمایی‌های ادراکی را دارند بایستی پایه کار خود را بر تکنیک‌های شفقت‌ورزی استوار نمایند.

همچنین، می‌توان گفت به باور پژوهشگر، درمان مبتنی بر شفقت بر دستگاه‌های مسئول پاسخ‌دهی به تجربه هیجانی مانند دستگاه روانی-تنی (ادراک تنش عضلانی و احساسات ناشی از آن)، سیستم‌های شناختی (نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی و تعمیم‌دهی مفرط) و دستگاه حرکتی

¹ Law² Herman³ Rutledge

آگاهی (به عنوان یکی از ابعاد درمان شفقت به خود) در مقابل همانندسازی افراطی به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می انجامد و باعث می شود جنبه های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند که به کارگیری این فرایندها سبب کاهش رنج درونی و کمال گرایی بیماران مزمن می گردد.

نخستین محدودیت مطالعه حاضر مربوط به نمونه گیری در دسترس و انتخاب جمعیت مطالعه تنها از بین بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مراجعه کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران بود، لذا باید در تعمیم نتایج به سایر مبتلایان به بیماری مزمن و نیز بیماران سایر شهرها احتیاط نمود.

در این مطالعه گردآوری داده ها با ابزار خود گزارشی انجام شد که ممکن است با پاسخدهی همراه با سوگیری و تحریف همراه باشد، بنابراین پیشنهاد می شود در مطالعات آینده جمعیت بزرگ تری از زنان و مردان دارای سندرم روده تحریک پذیر انتخاب و در کنار پرسشنامه برای گردآوری داده ها از مصاحبه بالینی نیز استفاده شود. پیشنهاد می شود مقایسه اثربخشی این روش در سایر بیماران مزمن به ویژه دردهای مزمن انجام شود و تأثیر این رویکرد درمانی در مورد سایر متغیرهای روان شناختی بیماران دارای سندرم روده تحریک پذیر نیز ارزیابی گردد.

تشکر و قدردانی

از مدیریت بیمارستان میلاد شهر تهران به دلیل فراهم نمودن شرایط اجرای پژوهش و همچنین، تمامی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که در این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

تضاد منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است

رفتار درد و نشانگان از کار افتادگی) تأثیر می گذارد و سبب کاهش درد می شود. باورهای شناختی مخرب فرد بیمار یعنی باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی مانند جنبش هراسی، فاجعه آمیزسازی و استفاده از راهبرهای مقابله ای هیجان مدار و اغب ناسازگارانه منجر به رفتارهای اجتنابی و در نتیجه احساس ناکارآمدی و درماندگی در مواجهه با درد شده و همین امر با باز شدن کانال های حسی درد در نواحی نخاعی و افزایش تجربه درد بیشتر می گردد.

مطابق با نظریه کنترل دروازه ای درد، ممکن است درد بر فرایندهای ذهنی مرتبط با احساس، شناخت، هیجان و رفتار تأثیرگذار باشد، به گونه ای که این دروازه نه تنها با درون دادهای پیرامونی تحریک شود بلکه با کنترل آن نیز به کمک مراکز عالی مغزی که مسئول افکار، هیجانات و رفتارها هستند، نیز صورت گیرد (۲۶) و همین بازسازی شناختی و تفسیر مجدد درد همراه با مهربانی به خود موجب انتقال کمتر اطلاعات حسی-حرکتی درد شده و در نهایت درد ادراک شده پایین می آید.

در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کمال گرایی مردان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می توان به نتایج پژوهش های ورهیل^۱ و همکاران (۲۷) و لئوپولد^۲ و همکاران (۲۸) اشاره کرد که با یافته مطالعه حاضر همسو می باشد.

نتیجه گیری

مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی ها و بی کفایتی های خود است. اعتراف به اینکه همه انسان ها دارای نقص هستند، اشتباه می کنند و درگیر رفتارهای ناسالم و بیماری می شوند این فرایند سبب می شود تا افراد نسبت به خود کمتر ایراد گرفته و از میزان کمال گرایی آن ها کاسته شود. از طرفی ذهن

¹ Verhiel

² Leopold

References

1. Pirkhaefi A, Roozbehani M, Rastgoo S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the physical symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Health Psychology* 2018; 7 (28): 66-52. (Persian)
2. Zomorodi S, Rasoulzadeh Tabatabai S.K. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapy on improving the quality of life of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Psychology Studies* 2013; 4 (13): 88-63. (Persian)
3. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016; 150(6):1393-1407.
4. Defrees DN, Bailey J. Irritable Bowel Syndrome: Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Prim Care* 2017; 44(4):655-671.
5. White. Cognitive-behavioral therapy for chronic medical diseases (practical guide to evaluation and treatment). Translated by Reza Moloudi, Katayoun Fattahi and Laden Fati. Tehran: Arjmand Publishin, 2017.
6. Peter J, Fournier C, Durdevic M, et al. A Microbial Signature of Psychological Distress in Irritable Bowel Syndrome. *Psychosom Med* 2018; 80(8):698-709.
7. Sarafino, Edward. *Health Psychology*. Translated by Abolhassan Nadim; Seyed Ali Ahmadi Abhari; Ardabili, Hassan; Jazayeri, Abolghasem; Shafi'i, Forough; Ghavamian, Parivash et al. Tehran: Roshd Publishing, 2019.
8. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth* 2019; 123(2):273-283.
9. Oxtoby C. Managing perfectionism. *Vet Rec* 2018; 183(3):106-110.
10. Oros LB, Iuorno O, Serppe M. Child Perfectionism and its Relationship with Personality, Excessive Parental Demands, Depressive Symptoms and Experience of Positive Emotions. *Span J Psychol* 2017; 13(20):20-29.
11. Leone EM, Wade TD. Measuring perfectionism in children: a systematic review of the mental health literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018; 27(5):553-567.
12. Buss D. The evolution of happiness. *American Psychologist* 2000; 55(1):5-23.
13. Santerre-Baillargeon, Rosen, Steben, Paquet, Macabena Perez & Bergeron
14. Neff KD. Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self-Identity* 2003; 2:223-50.
15. McLean L, Steindl SR, Bambling M. Compassion-Focused Therapy as an Intervention for Adult Survivors of Sexual Abuse. *Journal of child sexual abuse* 2018; 27(2):161-175.
16. Homan KJ. A mediation model linking attachment to God, self-compassion, and mental health. *Mental Health, Religion & Culture* 2014; 17(10):977-89.
17. Izadi, Raziéh., And Abedi, Mohammad Reza. Acceptance and commitment treatment. Isfahan: Jangal Publications, 1396.
18. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain* 2009;144:35-42.
19. Hasheminejad, Roghayeh. Predicting perfectionism based on emotional intelligence and dysfunctional beliefs in students of Islamic Azad University, North Tehran Branch. Master Thesis, Family Counseling, Islamic Azad University, North Tehran Branch, 2017.
20. Abdollahpour M, Hafezi F, Ehteshamzadeh P, Naderi F, Pasha R. Comparing the Effectiveness of Narrative Therapy and ACT, in Quality of Life and Existential Anxiety on Elders. *Journal of applied psychological research*. 2019; 10(3):133-146. (Persian)
21. Saatchi, Mahmoud; Kamkari, Kambiz; Asgarian, Mahnaz. *Psychological tests*. Tehran: Editing Publishing, 2010.
22. Gilbert, Paul. *Compassion-focused treatment*. Translated by Mehrnoosh Esbati. Tehran: Ibn Sina Publishing, 2006.
23. Law EF, Tham SW, Aaron RV, Dudeney J, Palermo TM. Hybrid cognitive behavioral therapy intervention for adolescents with co-occurring migraine and insomnia: A single-arm pilot trial. *Headache*. 2018; 58(7):1060-73.
24. Herman PM, Anderson ML, Sherman KL, Balderson B, Turner JA, Cherkin DC. Cost-Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care among Adults with Chronic Low-Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2017; 42(20):1511-20.

25. Rutledge T, Atkinson JH, Chircop-Rollick T, Andrea JD, Garfin S, Patel S, et al. Randomized Controlled Trial of Telephone-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Versus Supportive Care for Chronic Back Pain. *Clin J Pain* 2018; 34(4):322-27.
26. Sarafino, Edward. *health Psychology*. Translated by Abolhassan Nadim; Seyed Ali Ahmadi Abhari; Ardabili, Hassan; Jazayeri, Abolghasem; Shafi'i, Forough; Ghavamian, Parivash et al. Tehran: Roshd Publishing, 2019.
27. Verhiel SHWL, Greenberg J, Zale EL, Chen NC, Ring DC, Vranceanu AM. What role does positive psychology play in understanding pain intensity and disability among patients with hand and upper extremity conditions?. *Clin Orthop Relat Res*. 2019; 477(8):1769-76.
28. Leopold SS. Editor's Spotlight/Take 5: What role does positive psychology play in understanding pain intensity and disability among patients with hand and upper-extremity conditions?. *Clin Orthop Relat Res* 2019; 477(8):1765-68.

*Original Article***The effectiveness of compassion-based therapy on pain perception and perfectionism Men with irritable bowel syndrome**

Received:11/10/2020 –Accept:21/12/2020

Zohreh Ghafarjahaned¹Naser Amini^{1*}Ezat Deyreh¹Kamran Mirzaei²

¹Department of Psychology,
Faculty of Humanities, Islamic
Azad University, Bushehr Branch,
Bushehr, Iran

²Department of Social Medicine,
School of Medicine, Bushehr
University of Medical Sciences,
Bushehr, Iran

Email: n.amini@iaubushehr.ac.ir

Abstract

Introduction: Gastrointestinal diseases impose a great economic burden and psychological pressure on society and the health care system. This study aims to evaluate the effectiveness of compassion-based therapy on pain perception and perfectionism in men with irritable bowel syndrome.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest, posttest and follow-up design with a control group. The statistical population of the study consisted of all male patients with irritable bowel syndrome referred to Milad Hospital in Tehran in 1397-98. By available and purpose-based sampling method, 30 people were selected and randomly replaced in two equal groups of 30 people. Data were collected using the revised McGill Pain Form and the Jones Irrational Belief Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation), tests related to statistical presuppositions and repeated measures variance with SPSS statistical software version 26.

Results: The results showed that in the post-test stage, there was a statistically significant difference between the mean total score of perfectionism and pain perception in the two groups ($P < 0.05$). This difference was also persistent in the quarterly follow-up phase ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings of this study can provide a promising outlook for the effectiveness of compassion-based therapy on the psychological structures of patients with chronic medical disease, especially irritable bowel syndrome.

Key words: Compassion-Based Therapy, Perfectionism, Pain Perception, Irritable Bowel Syndrome

Acknowledgement: There is no conflict of interest.