

## مدل پیش‌بینی سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری بر اساس رفتارهای ارتقادهنده سلامت با میانجی‌گری شفقت به خود در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

فرزانه فروزان‌فر<sup>۱</sup>، شیدا جبل‌عاملی<sup>۲</sup>، محمد سلطانی‌زاده<sup>۳</sup>، سیدمحمدحسن امامی<sup>۴</sup>، مجتبی انصاری شهیدی<sup>۵</sup>  
۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.  
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.  
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.  
۴. استادتمام، مرکز تحقیقات گوارش پورسینای حکیم، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
۵. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۲۳)

## Model of Predicting Psychosocial Adaptation to Disease According to Health-Promoting Behaviors with the Mediation Role of Self-Compassion in the Patients with Irritable Bowel Syndrome

Farzaneh Forozanfar<sup>1</sup>, \*Sheida Jabal Ameli<sup>2</sup>, Mohammad Soltani Zadeh<sup>3</sup>, Seyyed Mohammad Hasan Emami<sup>4</sup>, Mojtaba Ansari Shahidi<sup>5</sup>

1. Ph.D Student in Psychology (Health), Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
4. Professor, Poursina Hakim Gastroenterology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
5. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Original Article

(Received: Feb. 07, 2022 - Accepted: Nov. 14, 2022)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** The present study was conducted to offer the model of predicting psychosocial adaptation to disease according to health-promoting behaviors with the mediation role of self-compassion in the patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). **Method:** The research method was descriptive-correlational and path analysis. The statistical population of the study included the patients with IBS who referred to therapy centers and gastroenterologists in the city of Isfahan in the autumn and winter of 2020-21. The statistical population included 340 patients with IBS who were selected through Convenience sampling method. The applied instruments included Psycho-Social Adaptation to Disease Scale (PSADS) (Drogits, 1986), Health Promoting Lifestyle Questionnaire (HPLQ) (Walker et al, 1987) and Self-Compassion Questionnaire (SCQ) (Neff, 2003). The data analysis was conducted via path analysis and Bootstrap test. **Findings:** The results showed that health-promoting behaviors and self-compassion have significant relationship with psychosocial adaptation to disease ( $p < 0.01$ ). Moreover, health-promoting behaviors and self-compassion have direct significant effect on psychosocial adaptation to disease ( $p < 0.01$ ). Furthermore, the results of Bootstrap showed that self-compassion has a significant mediation role in the relationship of health-promoting behaviors with psychosocial adaptation to disease ( $p < 0.01$ ). Finally, the model had a suitable goodness of fit. **Conclusion:** According to the results of the research, self-compassion has a significant mediating role between health-promoting behaviors and psychosocial adaptation to illness.

**Keywords:** Health-Promoting Behaviors, Psychosocial Adaptation to Disease, Irritable Bowel Syndrome, Self-Compassion.

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل پیش‌بینی سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری بر اساس رفتارهای ارتقادهنده سلامت با میانجی‌گری شفقت به خود در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر صورت پذیرفت. روش: روش پژوهش، توصیفی - همبستگی و تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بودند که در فصل پاییز و زمستان سال ۱۴۰۰ به مراکز درمانی و متخصصین گوارش شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۳۴۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل مقیاس سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری (دروگیتس، ۱۹۸۶) (PSADS)، پرسشنامه رفتارهای ارتقادهنده سلامت (والکر و همکاران، ۱۹۸۷) (HPLQ) و پرسشنامه شفقت به خود (نِف، ۲۰۰۳) (SCQ) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل مسیر و آزمون بوت استرپ صورت گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد رفتارهای ارتقادهنده سلامت، شفقت به خود و سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری دارای رابطه معنادار است ( $p < 0.01$ ). همچنین رفتارهای ارتقادهنده سلامت و شفقت به خود بر سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری دارای اثر مستقیم معنادار است ( $p < 0.01$ ). علاوه بر این نتایج بوت استرپ نشان داد که شفقت به خود در رابطه بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت با سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری دارای نقش میانجی‌گری معنادار است ( $p < 0.01$ ). همچنین مدل از برازش مناسبی برخوردار بود. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش، شفقت به خود دارای نقش میانجی معنادار بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت با سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری است.

**کلیدواژه‌ها:** رفتارهای ارتقادهنده سلامت، سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری، سندرم روده تحریک‌پذیر، شفقت به خود.

\*نویسنده مسئول: شیدا جبل‌عاملی

\*Corresponding Author: Sheida Jabal Ameli

Email: jabalameli-sh@gmail.com

## مقدمه

اعم از خوشایند و ناخوشایند مستلزم نوعی سازش‌یافتگی مجدد است. بر این اساس بروز بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر نیز نیازمند سازش‌یافتگی با این بیماری است تا بیمار بتواند با شرایط جدید کنار آمده و با پذیرش آن تلاش نماید تا روند درمانی خود را پیگیری نماید.

سازش‌یافتگی با بیماری به مجموعه نگرش‌ها و عملکردهایی اطلاق می‌گردد که فرد برای بقا سلامت، تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر تنش‌هایی که به علت ابتلا به بیماری ایجاد می‌گردد، اتخاذ می‌کند. طی چند دهه گذشته، مفهوم سازش‌یافتگی با بیماری، بسیار مورد توجه قرار گرفته است. این موضوع نه تنها در روان‌پزشکی، بلکه در سایر حیطه‌های پزشکی نیز مشهود بوده است (ایرانزو و همکاران، ۲۰۱۹). تشخیص بیماری‌های مزمن مثل سندروم روده تحریک‌پذیر آغازگر فرآیند ارزیابی‌های متوالی و مستمر است تا بیمار با نیازها و محدودیت‌های تحمیل شده از طرف بیماری سازش‌یافتگی شود. سازش‌یافتگی خوب به بیمار این امکان را می‌دهد تا تغییراتی را که سلامتی‌اش را تضمین می‌کند، اعمال کند (لی، کیم و لی، ۲۰۱۹). افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر باید روش زندگی خود را بر اساس بیماری تغییر دهند. فرد به اجبار و بنا به طبیعت بیماری باید بخشی از آزادی‌های زندگی خود، مانند میزان و نوع مصرف مواد غذایی و گاهی میزان فعالیت بدنی‌اش را محدود کند، این بیماران مشکلات زیادی در تطبیق خود با برنامه درمانی سندروم روده تحریک‌پذیر پیدا

اختلال‌های گوارشی کارکردی، دسته‌ای از بیماری‌های پزشکی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سوال‌برانگیز و دوره‌های طولانی‌مدت و غیرقابل پیش‌بینی بیماری و تاثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند. پزشکان و متخصصان گوارشی همیشه با بیمارانی که شکایات غیراختصاصی از قبیل تهوع، استفراغ، درد شکمی، اسهال و یبوست که توجیه جسمانی و کالبدشناختی ظاهری ندارند، دچار چالش می‌شوند (انجی و همکاران، ۲۰۱۸). سندرم روده تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> شایع‌ترین تشخیص در بین بیماری‌های گوارشی به‌شمار می‌رود و علت ۲۵ تا ۵۰ درصد از موارد ارجاع به متخصصین گوارش است. نشانگان روده تحریک‌پذیر مشکلی است که عمدتاً روده بزرگ را مورد تأثیر قرار می‌دهد (تاپ و همکاران، ۲۰۱۷). روده بزرگ بخشی از دستگاه گوارش است که عمل اجابت مزاج را انجام می‌دهد. واژه نشانگان سندرم به معنای گروهی از نشانه‌ها است، سندرم روده تحریک‌پذیر از جمله نشانگان است، چرا که گروهی از نشانه‌ها را تولید می‌کند. مثلاً سندرم روده تحریک‌پذیر باعث گرفتگی، آروغ زدن، دفع گاز، اسهال و یبوست می‌شود. به علت نبود یک اساس زیست‌شناختی مشخص، تشخیص‌گذاری نشانگان روده تحریک‌پذیر بر اساس ارزیابی نشانه‌ها و ملاک‌های بالینی انجام می‌گیرد (رائو، یو و فیدوا، ۲۰۱۵). هر گونه تغییر در زندگی انسان،

1. Functional digestive disorders
2. Irritable Bowel Syndrome

مورد توجه روزافزون است. برای حفظ و ارتقای سلامتی، تصحیح و بهبود سبک زندگی ضروری است. شیوه زندگی سالم یک زندگی متعادل است که در آن شخص به طور آگاهانه دست به انتخاب‌های سالم می‌زند. اهمیت سبک زندگی بیشتر از آن جهت است که روی کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها موثر هستند (چیانگ و همکاران، ۲۰۲۱). فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی را از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل و بیماری‌ها انجام می‌دهد. طی گذشته، تغییر و تحولات زیادی در حیطه سلامت روی داده است که شامل تغییر و تحولات جمعیتی، تغییر الگوی بیماری‌ها، تحولات فرهنگی، سیاسی و اجتماعی است (کندی و همکاران، ۲۰۱۸). رفتارهای ارتقا سلامت با دربرداشتن تغذیه، رفتارهای اجتماعی مناسب و تغذیه در کاهش میزان ابتلا به بیماری‌ها و مرگ ناشی از آن تأثیری انکارناپذیر دارد (کلروزی، پیشگویی و طاهریان، ۱۳۹۴).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند منجر به رفتارهای ارتقا سلامت را افزایش دهد، شفقت به خود<sup>۱</sup> است. این در حالی است که نتایج پژوهش ایزدی و سجادیان (۱۳۹۶)؛ کهتری، حشمتی و پورشریفی (۱۳۹۷)؛ باقری پناه و همکاران (۱۳۹۹)؛ تائو، هی و ژو (۲۰۲۱)؛ گلر و همکاران (۲۰۲۱)؛ زنگ و همکاران (۲۰۲۱)؛ ساتاک و آرائو

می‌کنند (پیکوئاراس و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به سیر مزمن بیماری، سازش‌یافتگی روانی اجتماعی با این بیماری ضروری به نظر می‌رسد. در حقیقت مواجه‌شدن با یک بیماری مزمن، برای همه افراد خانواده موقعیت دشواری را ایجاد می‌کند، چرا که سازش‌یافتگی با شرایط جدید زندگی معمولاً مشکل و زمان بر است (اولونسو، زاکارس و فرس، ۲۰۱۸). در این بین راهبردهایی وجود دارند که می‌توانند سازش‌یافتگی با بیماری را در افراد بیمار افزایش داده و روند بهبودی آنان را تسریع بخشند. رفتارهای ارتقا سلامت<sup>۲</sup> از جمله متغیرهایی است که می‌تواند در روند بهبودی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بسیار موثر باشد (فولادی و همکاران، ۱۳۹۷).

انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از بهترین راه‌هایی است که مردم با کمک آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند (چانگ و همکاران، ۲۰۱۷). چنانکه نتایج پژوهش‌های رضایی، اسماعیلی و طبایان (۱۳۹۵)؛ نژادمقدم و سلیمی (۱۳۹۸) و مرادی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داده است که رفتارهای مرتبط با سلامت می‌تواند منجر به افزایش سازش‌یافتگی افراد در زمینه‌های مختلف شود. بر این اساس یکی از نیازهای ضروری افراد مبتلا به بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن، افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامت<sup>۳</sup> در آنان است (رضایی، اسماعیلی و طبایان، ۱۳۹۵). ارتقاء سلامت با توجه به نقش محوری آن در مراقبت‌های بهداشتی

1. chronic disease
2. Health-promoting behaviors
3. Health-promoting behaviors

به خود با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است اما به معنای خودمحوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست (فینالی، کین و ریز، ۲۰۱۷). داشتن احساس شفقت به خود دلالت بر این دارد که فرد سعی می‌کند از تجربه رنج جلوگیری کند که این امر باعث شکل‌گیری سبک‌های فعال مقابله در جهت پیشبرد و حفظ سلامتی می‌شود. افراد خودشفقت‌ورز در مواجهه با استرس اجتناب کمتری دارند و بیشتر از راهبردهای مسأله مدار استفاده می‌کنند (برنر و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به افزایش تعداد افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و مشکلات عمده آن‌ها در زمینه بروز مشکلات روانی همچون رفتارهای ارتقادهنده سلامت و شفقت به خود در بهبود عملکرد روانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با این بیماری، به نظر می‌رسد که بسیاری از این افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح چنین مشکلاتی برخوردار نیستند. همچنین با توجه به اهمیت سلامت افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر و نیز با توجه به کمبود تحقیقات در مورد عوامل مؤثر بر سازش‌یافتگی روانی و اجتماعی با بیماری، پژوهشگر می‌خواهد به این مسئله بپردازد و از سوی دیگر با در نظر گرفتن این نکته که در زمینه موضوع مورد بحث در پژوهش حاضر مطالعه‌ای صورت نگرفته است، وجود خلاء‌های بسیاری در ادبیات پژوهشی این حوزه، انجام مطالعات

(۲۰۲۰)؛ استفان (۲۰۱۹)؛ سانبال و گانری (۲۰۱۹)؛ جیونگ و همکاران (۲۰۱۷) و باتیستا و همکاران (۲۰۱۵) نشان داده‌اند که شفقت به خود می‌تواند نقش میانجی را در رابطه بین متغیرهای مرتبط با سلامت نیز ایفا نماید. علاوه بر این پالمر و همکاران (۲۰۱۹)؛ لاترن، بلاث و پارک (۲۰۱۹)؛ بلاث و ایزنلوهر - ماول (۲۰۱۷)؛ تاننام و همکاران (۲۰۱۷) در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که شفقت به خود می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد گردد. همچنین هومن و سیروئیس (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند که خودشفقتی بر کاهش تنش و ارتقا رفتارهای سلامتی اثربخش است. شفقت به خود یک نوع راهبرد در بین انواع راهبردهای مختلف تنظیم هیجان است که در آن از تجربه‌کردن هیجان‌های نامطلوب و آزاردهنده جلوگیری نمی‌شود بلکه سعی می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه و مشفقانه مورد پذیرش واقع شوند. بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر شکل می‌دهند و فرد راه‌هایی جدید برای مقابله پیدا می‌کند. مفهوم شفقت به خود به معنای تجربه‌پذیری و متأثر شدن از ناراحتی دیگران، طوری که فرد مشکلات و رنج‌های خویش را قابل تحمل‌تر نماید تعریف شده است (لوپز و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین این مفهوم به معنی شکبیا و مهربان‌بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیرقضاوتگرانه نسبت به آنها است. علاوه بر این، دانستن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد، جزیی از مسایلی است که سایر افراد آن را تجربه می‌کنند. شفقت

بیشتر را ضروری می‌سازد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دلیل پر کردن این خلأ پژوهشی و فراهم آوردن دانش لازم در این زمینه از اهمیت زیادی برخوردار است. پژوهش حاضر تلاشی در جهت ارتقای دانش موجود در این زمینه است. به همین منظور پژوهش حاضر با درصدد پاسخگویی به این مسئله است که آیا داده‌ها با مدل طراحی شده سازش‌یافتگی روانی اجتماعی بر اساس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با میانجی‌گری شفقت به خود در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر برازش دارد؟

#### روش

روش پژوهش توصیفی - همبستگی و تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بودند که در فصل پاییز و زمستان سال ۱۴۰۰ به مراکز درمانی و متخصصین گوارش شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین جامعه آماری ۳۴۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انتخاب و از آنها درخواست شد به سوالات پرسش‌نامه‌های پاسخ دهند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی چهار ماه گذشته، محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و داشتن حداقل تحصیلات سیکل در مطالعه بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش معیار خروج نیز پاسخگویی ناقص و مخدوش و بروز حوادث پیش‌بینی نشده همانند شدت گرفتن حاد علائم بیماری بود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها تعداد

۱۹ پرسشنامه به دلیل پاسخگویی ناقص و یا مخدوش حذف شد. پس از این فرایند تعداد ۱۹ پرسشنامه به شکل مجدد اجرا شد تا تعداد نمونه ۳۴۰ نفر شود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش کسب و از کلیه مراحل انجام پژوهش آگاه شدند. علاوه بر این به این افراد اطمینان داده شده که اطلاعات آن‌ها به شکل محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت بی‌نام منتشر خواهد شد. بررسی یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر حاضر در پژوهش  $4/59 \pm 36/15$  سال و بیشترین سطح تحصیلات نیز مربوط به سطح تحصیلات دیپلم (۲۱۱ نفر معادل ۶۲ درصد) بود.

در پژوهش حاضر، جهت تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش تحلیل مسیر و نرم‌افزار SPSS و Amos نسخه ۲۳ استفاده شد. ابزار سنجش

۱) مقیاس سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری<sup>۱</sup> (PSADS): مقیاس سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری در سال ۱۹۸۶ توسط دروگیتس<sup>۲</sup> جهت ارزیابی چگونگی سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری، در جریان بیماری طبی و یا تاثیرات باقی مانده از بیماری طراحی شده است. این مقیاس دارای ۴۶ سوال و هفت خرده‌مقیاس: نگرش نسبت بیماری (۸ سوال)، محیط کار (۶ سوال)، محیط خانوادگی (۸ سوال)، روابط جنسی (۶ سوال)، توسعه روابط فامیلی (۵

1. Psychosocial-Social Adaptation to Disease Scale

2. Drogits

است که به‌وسیله نف (۲۰۰۳) برای سنجش میزان شفقت خود ساخت و اعتباریابی شده است. این مقیاس دارای ۶ زیر مقیاس مهربانی نسبت به خود (۵-گویه)، قضاوت در مورد خود (۵-گویه)، احساسات مشترک انسانی (۴-گویه)، منزوی‌سازی (۴-گویه)، ذهن‌آگاهی (۴-گویه) و بزرگ‌نمایی (۴-گویه) در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره تقریباً هرگز (نمره ۱) تا تقریباً همیشه (نمره ۵) است و مجموع نمره در شش مقیاس میزان کلی شفقت نسبت به خود را نشان می‌دهد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ بوده و نمره بیشتر نشانه شفقت بیشتر نسبت به خود است. ضریب همبستگی عامل‌های شش‌گانه این مقیاس و شفقت خود (مقیاس کل) در سطح ۰/۰۰۱ مورد تأیید قرار گرفته است (نف، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط نف (۲۰۰۳) پایایی و روایی بالایی را برای آن نشان داده‌اند. همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ به دست آمده است. همچنین دو هفته پس از اجرای آزمون از سایر آزمودنی‌ها، بازآزمون به عمل آمد و پایایی بازآزمایی ۰/۹۳ گزارش شد. برای بررسی روایی همگرا از مقیاس حرمت خود روزنبرگ استفاده شد که ۰/۵۹ به دست آمد. هم‌چنین روایی افتراقی از طریق اجرای مقیاس شخصیت خودشیفته محاسبه و همبستگی معنادار میان نمرات این دو مقیاس (خودشفقت ورزی و شخصیت خودشیفته) به دست نیامد که حاکی از

سوال)، محیط اجتماعی (۶ سوال) و اختلال‌های روانشناختی (۷ سوال) است. گزینه سوالات براساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت شامل اصلاً=صفر، کمی=یک، تا حدودی= دو و کاملاً= سه تنظیم شده است. از مجموع نمرات هر مولفه و تقسیم بر تعداد سوالات آن، میانگین نمره‌ی سازش‌یافتگی هر مولفه و از مجموع نمرات کل سوالات و تقسیم بر تعداد سوالات، میانگین نمره سازش‌یافتگی کل به دست می‌آید. نمرات بالاتر، وضعیت نامناسب سازش‌یافتگی را نشان می‌دهد. طبقه‌بندی امتیاز سازش‌یافتگی کل با منطق ۰/۳۳٪ به سه دسته سازش‌یافتگی زیاد (کمتر از یک)، سازش‌یافتگی متوسط (۱-۲) و سازش‌یافتگی کم (بیشتر از دو) انجام شد. روایی سازه (به میزان ۰/۸۸) و پایایی این مقیاس (به میزان ۰/۸۶)، مطلوب گزارش شده است (دروگتیس، ۱۹۸۶). همچنین این مقیاس از روایی محتوایی (به میزان ۰/۸۴) و پایایی مطلوبی (به میزان ۰/۸۴) برای استفاده در ایران برخوردار است (فقهی، سعادت‌جو و دستجردی، ۱۳۹۲). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های نگرش نسبت به بیماری، محیط کار، محیط خانوادگی، روابط جنسی، توسعه روابط فامیلی، محیط اجتماعی و اختلال‌های روان‌شناختی و نمره کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۸۴ و ۰/۸۹ محاسبه شد.

۲) پرسشنامه شفقت به خود (SCQ):  
پرسشنامه شفقت به خود یک مقیاس ۲۶ سوالی

عبارت است که شش بعد را اندازه‌گیری می‌نماید. این شش بعد عبارتند از: تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی، رشد معنوی. نمره‌گذاری گویه‌های این پرسشنامه بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای طیف لیکرت انجام می‌شود و هر یک از گزینه‌ها نمرات ۱ الی ۴ را به خود اختصاص می‌دهند (هرگز: ۱؛ گاهی اوقات: ۲؛ اغلب: ۳؛ همیشه و به طور معمول: ۴). حداقل نمره پرسشنامه ۴۹ و حداکثر نمره ۱۹۶ می‌باشد. نمرات بالاتر حاکی از رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بیشتر است. در پژوهش والکر و هیل-پروسکی (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی این پرسشنامه ۰/۹۴. گزارش گردید. همچنین والکر و هیل-پروسکی (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ را برای ۶ خرده مقیاس این آزمون محاسبه نمودند. چو، جائه، چو و چو (۲۰۱۴) نیز در تحقیق خود آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۹۱ گزارش نمودند. در ایران در پژوهش محمدی زیدی، پاکپور حاجی‌آقا و محمدی زیدی (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس‌ها، از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بود. نتایج آزمون - بازآزمون، از ثبات پرسشنامه سبک زندگی سلامت و زیرمقیاس‌های آن خبر می‌داد. تحلیل عاملی تاییدی مدل ۶ عاملی گویای برازشی در حد قابل قبول بود. در مطالعه محمدی زیدی، پاکپور حاجی‌آقا و محمدی زیدی (۱۳۹۰) تعداد گویه‌های این مقیاس از ۵۲ به ۴۹ کاهش یافت زیرا که تعداد ۳ سوال به دلیل پایین بودن بار

روایی افتراقی بالا است (نف، ۲۰۰۳). شایان ذکر است فرم فارسی پرسشنامه همانند فرم کوتاه انگلیسی دارای ۲۶ گویه است که در طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از ۱ تقریباً هرگز تا ۵ تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس توسط خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) در ایران هنجاریابی شده است. با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی ساختار شش عاملی پرسشنامه تأیید شد و شش عامل بدست آمد و روایی مقیاس کل نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. همچنین در پژوهش خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، به‌شیری یا ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می‌باشند. روایی محتوایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی زیرمقیاس‌های مهربانی نسبت به خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، منروی‌سازی، ذهن‌آگاهی، بزرگ‌نمایی و نمره کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۴، ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۷۳ و ۰/۷۹ محاسبه شد.

۳) پرسشنامه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت (HPLQ): پرسشنامه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت توسط والکر و هیل-پروسکی (۱۹۸۷) طراحی شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۴۹

آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری، رفتارهای ارتقا سلامت و شفقت به خود برقرار است ( $p < 0/05$ ). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری، رفتارهای ارتقا سلامت و شفقت به خود رعایت شده است ( $p < 0/05$ ). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

عاملی در پژوهش آن‌ها از نسخه اصلی حذف گردید. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر در زیرمقیاس‌های تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی، رشد معنوی و نمره کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ به دست آمد.

### یافته‌ها

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون همبستگی پیرسون، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج

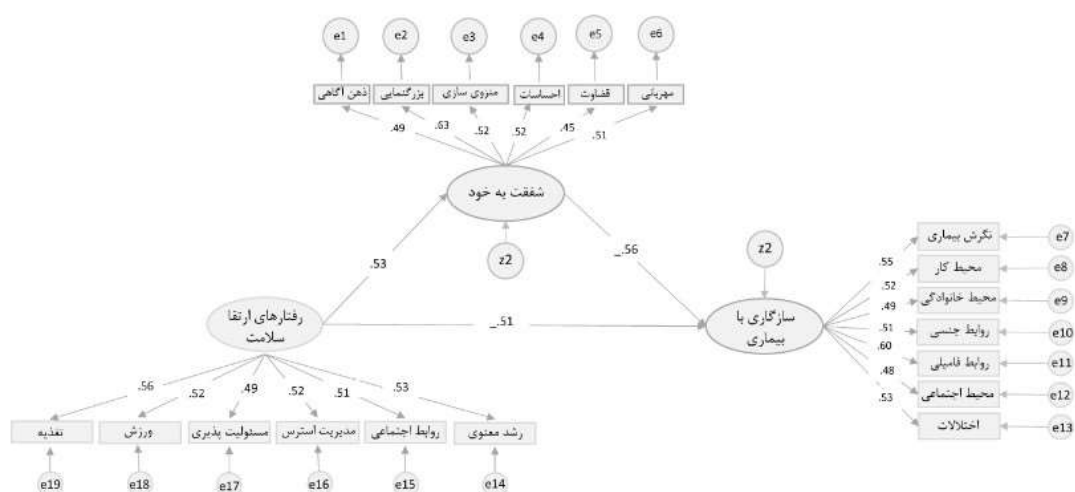
جدول ۱. ماتریس همبستگی بین سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری، رفتارهای ارتقا سلامت و شفقت به خود

متغیرها	سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی	رفتارهای ارتقا سلامت	شفقت به خود
سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی	۱		
رفتارهای ارتقا سلامت	۰/۶۷**	۱	
شفقت به خود	۰/۵۹**	۰/۵۸**	۱
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

استاندارد مسیرهای تحلیل مسیر پیش‌بینی سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری بر اساس رفتارهای ارتقا سلامت با میانجی‌گری شفقت به خود در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر پرداخته می‌شود.

با توجه به ضریب همبستگی پیرسون در جدول ۲ مشخص است بین متغیرهای پژوهش به صورت دو به دو رابطه معنادار وجود دارد. لازم به ذکر است که با توجه به شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری، کسب نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشانگر سازش‌یافتگی کمتر است. حال پس از اطمینان از وجود همبستگی بین مولفه‌ها به بررسی جدول ضرایب رگرسیونی غیر استاندارد و





شکل ۱. الگوی ساختاری مدل پیش‌بینی سازش‌یافتگی روانی-اجتماعی با بیماری بر اساس رفتارهای

ارتقا سلامت با میانجی‌گری شفقت به خود

جدول ۲. ضرایب رگرسیونی مسیرهای مدل پیش‌بینی سازش‌یافتگی روانی-اجتماعی با بیماری بر اساس رفتارهای

ارتقا سلامت با میانجی‌گری شفقت به خود

مسیرهای مدل	ضرایب غیراستاندارد	خطای استاندارد	مقدار بحرانی (t)	ضرایب استاندارد	مقدار تعیین ضریب
رفتارهای ارتقا سلامت ← شفقت به خود	۰/۸۴۹	۰/۱۴	۶/۰۷	۰/۵۳۲	۰/۲۸۳
رفتارهای ارتقا سلامت ← سازش‌یافتگی روانی-اجتماعی با بیماری	۰/۶۱۵	۰/۱۱	-۵/۵۹	-۰/۵۱۴	۰/۲۶۴
شفقت به خود ← سازش‌یافتگی روانی-اجتماعی با بیماری	-۱/۰۳	۰/۱۶	-۶/۴۲	-۰/۵۶۳	۰/۳۱۷

تبیین کند. برای تعیین کفایت برازندگی مدل پیشنهادی، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. پیش از ارائه توضیحات مربوط به جدول ۳ اشاره به چند نکته ضروری است. از نظر کلی یک الگوی مناسب از لحاظ شاخص‌های برازش باید دارای  $\chi^2$  دو غیرمعنادار، نسبت  $\chi^2$  دو به درجه آزادی کمتر از ۳، شاخص نیکویی برازش ((GFI)، شاخص برازش تطبیقی ((CFI) و شاخص برازندگی هنجار شده ((NFI) بیشتر از ۰/۹۵، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته ((AGFI) بالاتر از ۰/۹۰، شاخص برازندگی

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، رفتارهای ارتقا سلامت بر شفقت به خود ( $\beta = -0.532, p < 0.05$ ) و سازش‌یافتگی روانی-اجتماعی با بیماری ( $\beta = -0.514, p < 0.05$ ) بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته به ترتیب ۲۸/۳ و ۲۶/۴ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. در نهایت شفقت به خود بر سازش‌یافتگی روانی-اجتماعی با بیماری ( $p < 0.05$ )، بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته ۳۱/۷ درصد از واریانس این متغیر را

تطبیقی مقتصد (PCFI) بالاتر از ۰/۵۰؛ شاخص  
برازش افزایشی ((IFI بزرگتر از ۰/۹، و تقریب  
ریشه میانگین مجذورات خطا ((RMSEA  
کوچکتر از ۰/۰۹ باشد. ذکر این نکته بسیار  
ضروری است که اصلی‌ترین فاکتور قضاوت  
برازش مدل، توجه به تقریب ریشه میانگین  
مجذورات خطا ((RMSEA است. چرا که این  
عامل از تعداد حجم نمونه تاثیر نمی‌پذیرد.

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی در پژوهش

RMSEA	NFI	PCFI	CFI	TLI	IFI	AGFI	GFI	p	CMIN/df	df	CMIN
۰/۰۷۹	۰/۹۶۹	۰/۷۱۹	۰/۹۵۸	۰/۹۵۵	۰/۹۵۷	۰/۹۲۷	۰/۹۵۸	۰/۱۳	۱/۱۴	۲۲۳	۲۵۴/۲۲

جدول ۴. نتایج آزمون بوت استراپ برای بررسی مسیر غیرمستقیم

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	حد پایین	حد بالا	فاصله اطمینان	اثرات غیرمستقیم
رفتارهای ارتقا سلامت	شفقت به خود	سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری	-۰/۱۰۹	-۰/۱۴۷	۰/۹۵	۰/۲۴۲

میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۷۹ (مقدار مطلوب کوچکتر از ۰/۰۹) است. این یافته‌های نشانگر برازش مناسب مدل پیشنهادی است. برای بررسی نقش میانجی‌گری شفقت به خود در رابطه رفتارهای ارتقا سلامت با سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از آزمون بوت استراپ<sup>۱</sup> و سوبل<sup>۲</sup> استفاده شد.

با توجه به نتایج جدول ۴ و در نظر گرفتن اینکه صفر در محدوده بالا و پایین نمرات قرار نگرفته است، نقش میانجی‌گری شفقت به خود در رابطه رفتارهای ارتقا سلامت با سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تایید می‌شود. این در حالی است که نتایج آزمون سوبل نیز برای بررسی

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳ ملاحظه می‌شود که در مدل پیشنهادی تحقیق برای کل نمونه آزمودنی‌ها شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (CMIN/df) برابر با ۱/۱۴ (مقدار مطلوب کوچکتر از ۳)؛ شاخص نیکویی براز (GFI) برابر با ۰/۹۵۸ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) برابر ۰/۹۲۷ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۰)؛ شاخص برازندگی فزاینده (IFI) برابر با ۰/۹۵۷ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ شاخص توکرلويس (TLI) برابر با ۰/۹۵۵ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۵۸ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ شاخص برازندگی تطبیقی مقتصد (PCFI) برابر با ۰/۷۱۹ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۵۰)؛ شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) برابر با ۰/۹۶۹ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ و شاخص جذر

1. Bootstrap  
2. Sobel test

راه‌هایی است که افراد با کمک آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثر رفتارهای ارتقا سلامت بر شفقت به خود و سازش‌یافتگی روانی- اجتماعی با بیماری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌توان بیان نمود رفتارهای ارتقادهنده سلامت سبب می‌شود تا افراد به طور هدفمند و از روی آگاهی به انتخاب‌های سالم روی آورد. فرد از طریق انتخاب نوع سبک زندگی و رفتارهای فزاینده سطح سلامتی و بهداشت، همچنین پیشگیری از بیماری‌ها، به اقدامات و فعالیت‌هایی از قبیل رعایت خواب کافی و فعالیت وافی، رژیم غذایی مناسب، ورزش، کنترل وزن بدن، اجتناب از استعمال دخانیات و الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها دست می‌زند (چیانگ و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین رفتارهای ارتقادهنده سلامت می‌تواند بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را به رعایت رفتارهای خودمراقبتی بیشتر رهنمون ساخته و از این طریق سبب شود تا آنان توجه و شفقت بیشتری را نسبت به خود داشته باشند. در تبیینی دیگر باید گفت رفتارهای ارتقادهنده سلامت با افزایش رفتارهای بالا برنده سلامت، احتمال درگیری فرد با بیماری یا آسیب را به حداقل می‌رساند و این رفتارها به نوبه خود در راستای حفظ یا افزایش سطح رفاه، خودشکوفایی و خرسندی افراد عمل می‌کند (چانگ و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین رفتارهای ارتقادهنده سلامت سبب می‌شود تا

نقش میانجی‌گری شفقت به خود در رابطه رفتارهای ارتقا سلامت با سازش‌یافتگی روانی- اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ۳/۱۶ به دست آمد که تایید کننده نتایج آزمون بوت استراپ بودند.

### نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل پیش‌بینی سازش‌یافتگی روانی- اجتماعی با بیماری بر اساس رفتارهای ارتقا سلامت با میانجی‌گری شفقت به خود در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر صورت پذیرفت. یافته اول پژوهش حاضر نشان داد که رفتارهای ارتقا سلامت بر شفقت به خود و سازش‌یافتگی روانی- اجتماعی با بیماری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارای اثر مستقیم معنادار بوده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته رضایی، اسماعیلی و طبیبیان (۱۳۹۵) مبنی بر تاثیر آموزش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بر سرزندگی، لذت و سازگاری زنان مبتلا به دیابت؛ با نتایج پژوهش نژادمقدم و سلیمی (۱۳۹۸) مبنی بر نقش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در کیفیت زندگی و سازش‌یافتگی تحصیلی دانش‌آموزان؛ و با گزارش مرادی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر نقش رفتارهای مرتبط با سلامت روانشناختی با سازگاری با بیماری در بیماران قلبی عروقی همسو بود. علاوه بر این چانگ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده‌اند که انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از بهترین

(استفان، ۲۰۱۹). چنانکه در این شفقت خود چنین نکته‌ای نهفته است که رنج و درد بخشی طبیعی از وضعیت بشر است که برای هر فردی به گونه‌ای متفاوت بروز پیدا می‌کند (نظیر ابتلا به بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر). بر این اساس این بیماران به چنین نگرشی می‌رسند که وجود این فرایند و روندها (همانند بیماری) دلیلی بر ایجاد و شکل‌گیری آسیب‌های رفتار، هیجانی و روان‌شناختی نیست، چرا که وجود این رنج‌ها جهان شمول بوده و هر فردی بسته به شرایط خود، انواع آنها را تجربه می‌کند. مجموع این عوامل سبب می‌شود تا بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، استثنابودن خود در جهت کسب و ادراک رنج را باطل شده ادراک نموده و بر این اساس آسیب روان‌شناختی کمتر همچون بار روانی مربوط به بیماری را تجربه می‌کنند که این روند نیز می‌تواند به سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری و علائم آن شود. در تبیینی دیگر باید بیان نمود که شفقت به خود افراد را مشتاق می‌کند تا به درگیر شدن مثبت با موضوع رنج و گشودگی روانی و هیجانی نسبت به آن اقدام نمایند (گلر و همکاران، ۲۰۲۱). این فرایند باعث می‌شود بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به جای اجتناب، مشتاقانه به سمت افکار، هیجانانگیز و عواطف منشعب شده از وجود بیماری، حرکت نمایند. در نتیجه این افراد، با آغوش باز و همراه با ذهن‌آگاهی بیماری خود و مشکلات مرتبط با آن را پذیرفته و در نتیجه

بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با توجه به مفاهیمی همانند خودشکوفایی و خرسندی، مشکلات و مصائب مربوط به بیماری خود را پذیرفته و سازش‌یافتگی روانی و اجتماعی بهتری را با بیماری خود برقرار نمایند.

همچنین نتایج نشان داد که شفقت به خود در عین حالی که تاثیر مستقیم بر سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر داشته است، توانسته نقش میانجی معناداری را در رابطه رفتارهای ارتقا سلامت با سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری این بیماران داشته باشد. یافته حاضر با نتایج پژوهش ایزدی و سجادیان (۱۳۹۶) نقش میانجی شفقت به خود در رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری؛ با یافته کهرتی، حشمتی و پورشریفی (۱۳۹۷) مبنی بر نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین اجتناب تجربه‌ای و سرکوبگری عاطفی با افسردگی؛ با گزارش باقری‌پناه و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر نقش میانجیگر شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌پذیری روان‌شناختی و دل‌بستگی به خدا در دانشجویان؛ با کاوش گلر و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر نقش میانجی معنادار شفقت به خود در رابطه بین اضطراب دل‌بستگی و قدردانی از بدن در بیماران همسو بود.

در تبیین این یافته باید گفت که در شفقت به خود بر کسب آگاهی و ایجاد بازشناسی در راستای تفهیم فرایند درد و رنج تکیه می‌شود

محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، کنترل عوامل ذکر شده، بکارگیری روش نمونه‌گیری تصادفی (جهت افزایش قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها) و دیگر بیماری‌ها اجرا شود. با توجه به نقش میانجی معنادار شفقت به خود در رابطه بین رفتارهای ارتقا سلامت با سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر لازم است که درمانگران بالینی با بکارگیری روش‌های درمانی روان‌شناختی کارآمد همانند درمان مبتنی بر شفقت، سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر را بهبود بخشند.

#### سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد بود. بدینوسیله از تمامی بیماران حاضر در پژوهش و مسئولین مراکز درمانی و متخصصین گوارش شهر اصفهان که در انجام پژوهش همکاری کامل داشتند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

نشانی‌های جسمانی آزاردهنده کمتری را تجربه می‌کنند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که شفقت به خود مانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افراد دارای شفقت به خود بالا از آنجا که با سخت‌گیری کمتر خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است؛ چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک تورم خود دفاعی. از آنجایی که شفقت به 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 مقابله سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند. بر این اساس شفقت به خود احتمالاً می‌تواند منشأ تغییرات، از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر نقش میانجی این متغیر را در رابطه رفتارهای ارتقا سلامت با سازش‌یافتگی روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر توجیه نماید.

محدود بودن دامنه پژوهش به بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان و وجود برخی متغیرهای زمینه‌ای موثر همانند وضعیت مالی خانواده‌ها، موقعیت اجتماعی آنها، تجربه‌های بیماری قبلی و نمونه‌گیری غیرتصادفی بکار رفته از

## منابع

- ایزدی، ن.، سجادیان، ا. (۱۳۹۶). رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری: نقش میانجی‌گری شفقت خود و خودقضاوتی، *روان پرستاری*، ۵(۲)، ۱۵-۲۲.
- باقری‌پناه، م.، گل‌افروز، م.، بلورساز مشهدی، ه.، مویدی‌مهر، م.، خروشی، م. (۱۳۹۹). بررسی نقش میانجی‌گر شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌پذیری روان‌شناختی و دلبستگی به خدا در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال ۱۳۹۵، *پژوهش در دین و سلامت*، ۶(۱)، ۷۴-۸۶.
- خسروی، ص.، صادقی، م.، یابنده، م.ر. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS)، *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۴(۱۳)، ۴۷-۵۹.
- رضایی، ز.، اسماعیلی، م.، طباییان، س.ر. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر سرزندگی، لذت و سازگاری زنان مبتلا به دیابت، *مجله علوم پزشکی جندی شاپور*، ۱۵(۵)، ۵۹۰-۵۸۱.
- فقهی، ح.، سعادت‌جو، س.، و دستجردی، ز. (۱۳۹۲). بررسی سازش‌یافتگی روانی اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت شهرستان بیرجند در سال ۱۳۹۲. *مراقبت‌های نوین*، ۱۰(۴)، ۲۴۹-۲۵۶.
- فولادی، ن.، محمدخانی، ش.، شهیدی، ع.، ابراهیمی دریانی، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود و ارتقای سلامت جسمی روانی بیماران مبتلا به سندرم روده
- تحریک پذیر، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۶(۳)، ۳۲۳-۳۱۲.
- کلروزی، ف.، پیشگوی، ا.ح.، طاهریان، ا. (۱۳۹۴). بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب نظامی. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۴(۲)، ۷-۱۵.
- کهرتی، ل.، حشمتی، ر.، پورشریفی، ح. (۱۳۹۷). بررسی روابط ساختاری افسردگی بر مبنای اجتناب تجربه‌ای و سرکوبگری عاطفی: نقش میانجی شفقت بر خود، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۴(۳)، ۲۹۶-۲۸۴.
- محمدی زیدی، ع.، پاکپور حاجی آقا، ا.، محمدی زیدی، ب. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت. *مجله دانشکده علوم پزشکی مازندران*، ۲۱(۱)، ۱۱۳-۱۰۳.
- مرادی، ع.، حسنی، ج.، برجعلی، م.، عبدالله‌زاده، ب. (۱۳۹۸). مدل‌یابی روابط ساختاری کارکردهای اجرایی و انعطاف‌پذیری روانشناختی و باورهای بیماری در سازگاری با بیماری و سلامت روانشناختی در بیماران قلبی عروقی، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۲)، ۱۵۹-۱۴۷.
- نژادمقدم، ح.، سلیمی، م. (۱۳۹۸). نقش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در کیفیت زندگی مدرسه و سازش‌یافتگی تحصیلی دانش آموزان دوره متوسطه، *راهبردهای آموزش*، ۱۲(۱)، ۱۴۳-۱۳۶.

- Alonso-Stuyck, P., Zacarés, J. J., & Ferreres, A. (2018). Emotional separation, autonomy in decision-making, and psychosocial adjustment in adolescence: A proposed typology. *Journal of Child and Family Studies*, 27(5), 1373-1383.
- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: the Role of Self-compassion and Social Support. *European Psychiatry*, 30, 28-32.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*. 57, 108-118.
- Brenner, R. E., Vogel, D. L., Lannin, D. G., Engel, K. E., Seidman, A. J., & Heath, P. J. (2018). Do self-compassion and self-coldness distinctly relate to distress and well-being? A theoretical model of self-relating. *Journal of Counseling Psychology*, 65(3), 346-350.
- Chiang, Y., Lee, H., Chu, T., Wu, C., Hsiao, Y. (2021). The relationship between spiritual health, health-promoting behaviors, depression and resilience: A longitudinal study of new nurses. *Nurse Education in Practice*, 56, 1032-1036.
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PloS one*, 10(7), 133-138.
- Geller, S., Handelzalts, J.E., Levy, S., Barron, D., Swami, V. (2021). Self-compassion mediates the relationship between attachment anxiety and body appreciation in women and men: Evidence from Israel. *Personality and Individual Differences*, 179, 110-114.
- Homan, K.J., & Sirois, F.M. (2017). Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychology Open*, 4(2), 2055-2061.
- Iranzo, B., Buelga, S., Cava, M. J., & Ortega-Barón, J. (2019). Cyberbullying, psychosocial adjustment, and suicidal ideation in adolescence. *Psychosocial Intervention*, 28(2), 75-81.
- Joeng, J.R., Turner, S.L., Kim, E.Y., Choi, S.A., Lee, Y.J., Kim, J.K. (2017). Insecure attachment and emotional distress: Fear of self-compassion and self-compassion as mediators. *Personality and Individual Differences*, 112, 6-11.
- Kennedy, A.B., Cambron, J.A., Dexheimer, J.M., Trilk, J.L., Saunders, R.P. (2018). Advancing health promotion through massage

- therapy practice: A cross-sectional survey study. *Preventive Medicine Reports*, 11, 49-55.
- Lathren, C., Bluth, K., Park, J.(2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences*, 143, 36-41.
- Lee, K. S., Kim, H. Y., & Lee, M. H. (2019). Factors influencing psychosocial adjustment in hemodialysis patients. *Korean Journal of Adult Nursing*, 31(1), 38-49.
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325-331.
- Ng, Q. X., Soh, A. Y. S., Loke, W., Lim, D. Y., & Yeo, W. S. (2018). The role of inflammation in irritable bowel syndrome (IBS). *Journal of inflammation research*, 11, 345.
- Piqueras, J. A., Mateu-Martínez, O., Cejudo, J., & Pérez-González, J. C. (2019). Pathways into psychosocial adjustment in children: modeling the effects of trait emotional intelligence, social-emotional problems, and gender. *Frontiers in psychology*, 10, 507.
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74, 210-220.
- Rao, S.S.C., Yu, S., & Fedewa, A. (2015). Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 41(12), 1256-1270.
- Satake, Y., Arao, H. (2020). Self-compassion mediates the association between conflict about ability to practice end-of-life care and burnout in emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 53, 1009-1015.
- Ştefan, C.A. (2019). Self-compassion as mediator between coping and social anxiety in late adolescence: A longitudinal analysis. *Journal of Adolescence*, 76, 120-128.
- Sünbül, Z.A., Güneri, O.Y. (2019). The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 139, 337-342.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., Hood, K.K. (2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*. 33(10), 1540-1541.



- Tao, J., He, K., Xu, J. (2021). The mediating effect of self-compassion on the relationship between childhood maltreatment and depression. *Journal of Affective Disorders*, 291, 288-293.
- Tap, J., Derrien, M., Törnblom, H., Brazeilles, R., Cools-Portier, S., Doré, J., Simrén, M. (2017). Identification of an intestinal microbiota signature associated with severity of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 152(1), 111-123.
- Walker, S.N., Hill-Polerecky, D.M. (1997). Psychometric evaluation of Health Promoting Lifestyle Profil II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Lincoln.
- Zeng, P., Wang, P., Nie, J., Ouyang, M., Lei, L. (2021). Gratitude and cyberbullying perpetration: The mediating role of self-compassion and moral disengagement. *Children and Youth Services Review*, 119, 105-110