

اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق بر بهبود علائم جسمانی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو (پیگیری یکساله)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: کولیت اولسراتیو، یک بیماری التهابی مزمن با ماهیت ناشناخته و عودکننده است. استفاده از مداخلاتی که بتواند در پیشگیری از عود و یا بهبود علائم جسمانی مؤثر واقع شود، تأثیر زیادی در بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران خواهد داشت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یکساله بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو شهر کرج بودند که جهت درمان در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ به کلینیک گوارش بیمارستان باهنر مراجعه داشتند. نمونه‌ای به حجم ۳۴ نفر از افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه گواه) قرار گرفتند. گروه آزمایش در دوازده جلسه آموزش ذهن مشفق گیلبرت (۲۰۱۰) شرکت کردند و برای گروه گواه یک کارگاه آموزشی سه‌ساعته درباره بیماری کولیت اولسراتیو برگزار گردید. ابزار گردآوری اطلاعات، فرم اطلاعات اولیه جمعیت‌شناختی (تهیه‌شده توسط محقق) و شاخص فعالیت کولیت اولسراتیو لیچتیگر (۱۹۹۴) بود. داده‌ها با نرم‌افزار spss نسخه ۲۰ و آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و t وابسته تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش ذهن مشفق بر بهبود علائم جسمانی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو در پایان مداخله ($p < ۰/۰۱$) مؤثر بوده است و این نتایج در دوره پیگیری نیز تداوم داشت ($p < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی آموزش ذهن مشفق بر علائم جسمانی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو، استفاده از این مداخله می‌تواند به عنوان درمان مکمل در کنار درمان‌های پزشکی جهت ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه، مورد توجه واقع شود.

کلمات کلیدی: آموزش ذهن مشفق، علائم جسمانی، کولیت اولسراتیو

مینا امامی گوهری^۱، محمدرضا صیرفی^۲،
امیرعباس واعظی^{۳*}، طاهره رنجبری
پور^۴، مریم مشایخ^۵

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه
روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد
اسلامی، کرج، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج،
دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۳ استادیار، گروه بیماری‌های داخلی،
دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج،
دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۵ استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج،
دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

نویسنده مسئول:

استادیار، گروه بیماری‌های داخلی، دانشگاه
علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۰۹۱۲۳۶۱۵۰۷۱

Email: Avaezi60@gmail.com

مقدمه

بیماری التهابی روده، شامل گروهی از بیماری‌های مزمن دستگاه گوارش هستند که از شایع‌ترین آن‌ها بیماری کرون و کولیت اولسراتیو می‌باشد. کرون می‌تواند در هر ناحیه‌ای از دستگاه گوارش رخ دهد، اما کولیت اولسراتیو در روده بزرگ متمرکز می‌شود. تمام ضخامت دیواره روده اغلب در کرون متأثر است، در حالی که در کولیت اولسراتیو تنها لایه مخاطی درگیر می‌شود.^۱ این بیماری‌ها دارای دوره‌های متناوب حمله و نهفتگی می‌باشند. بین علائم کرون و کولیت اولسراتیو تفاوت وجود دارد.^{۲،۳} علائم معمول کولیت اولسراتیو، اسهال خونی، درد شکمی، نیاز فوری به سرویس بهداشتی و ناتوانی در دفع می‌باشد. در برخی موارد، تظاهرات خارج روده‌ای نیز ممکن است وجود داشته باشد.^۴ شروع این بیماری در سنین ۱۵ - ۳۰ سالگی است.^۵ در سال ۲۰۱۲ بروز سالانه بیماری التهابی روده، کولیت اولسراتیو، و کرون در ایران به ترتیب ۲/۷۰، ۳/۱۱ و ۰/۴۱ در هرصد هزار نفر و شیوع سالانه به ترتیب ۳۵/۵۲، ۴۰/۶۷ و ۵/۰۳ در هر صد هزار نفر گزارش شده است.^۶ تا به امروز درمان قطعی برای بیماری التهابی روده وجود نداشته است و از آن جا که انتظار زندگی در این بیماران تقریباً به اندازه افراد عادی است، بیمار مبتلا باید بقیه عمر خود را با یک بیماری مزمن و غیر قابل پیش‌بینی سپری کند و لذا بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی این بیماران اغلب آسیب می‌بیند و جنبه‌های مختلف زندگی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد.^۷ این بیماری، در گروه قابل توجهی از بیماران سبب اختلال در روابط بین فردی، غیبت از کار، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی خودداری از حضور در جمع و مسافرت به علت ترس از بروز علائم می‌شود.^۸ این گونه آشفتگی‌های روان‌شناختی با افزایش فعالیت بیماری، عود بیماری و نیز افزایش استفاده از سرویس‌های خدمات پزشکی همراه است.^۹ از دیگر عوامل روان‌شناختی که در راه‌اندازی، تشدید و عود علائم کولیت اولسراتیو نقش دارد، استرس روان‌شناختی است.^{۱۰،۱۱} بین سیستم عصبی روده‌ای و ارتباطات نخاعی و خودمختار آن با سیستم عصبی مرکزی، شبکه بسیار پیچیده و غنی عصبی وجود دارد که اصطلاحاً محور مغز - روده نامیده می‌شود.^{۱۲} استرس روان‌شناختی و هیجانی می‌تواند از طریق این محور مستقیم و غیر مستقیم بر عملکردهای حسی، حرکتی و ترشحی مجرای گوارشی اثر بگذارد.

مشخص شده که استرس روانی آستانه ادراک درد را کاهش می‌دهد و از این طریق می‌تواند علائم دردناک بیماری از جمله درد شکمی را تشدید کند.^{۱۳} استرس، آزاد شدن عامل آزادکننده کورتیکوتروپین را از هیپوتالاموس تحریک می‌کند و سبب ترشح هورمون آدرنو کورتیکوتروپین از هیپوفیز پیشین می‌شود. هم‌چنین استرس، ترشح کورتیزول را از قشر غده فوق کلیه تحریک کرده و نیز مستقیماً سیستم عصبی خود مختار را فعال می‌سازد و به سبب تحریک حرکات روده بزرگ، علائمی مانند اسهال و افزایش تعداد دفعات اجابت مزاج تشدید می‌گردد.^{۱۴} خط اول درمان در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده، درمان دارویی است، اما رویکرد دارویی بدون محدودیت نیست. گزارش گردیده که حدود ۴۰ درصد بیماران به طور مرتب داروهای خود را قطع می‌کنند و در یک سوم بیماران حتی زمانی که مطابق با داروهای تجویز شده عمل می‌کنند، باز هم علائم فعال (شعله‌ور شدن) وجود دارند. این محدودیت‌ها یکی از دغدغه‌هایی است که محققان و پزشکان را وادار کرده است، در پی شیوه‌های دیگری از مدیریت علائم و بهبود عملکرد روان‌شناختی باشند.^{۱۵} شفقت مهارتی است که می‌توان از طریق آموزش و تمرین کردن این مهارت، سیستم‌های فیزیولوژی، عصبی و ایمنی افراد را تحت تأثیر قرار داد.^{۱۶} محور اصلی درمان متمرکز بر شفقت، پرورش ذهن مشفق است؛ در حقیقت درمان‌گر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد.^{۱۷} شفقت دارای سه جنبه است: مهربان بودن با خود در برابر قضاوت کردن خود و محکوم کردن خود، آگاهی از احساسات مشترک انسانی در برابر شرم و تنهایی و در نهایت هوشیاری در برابر همانندسازی فزاینده.^{۱۸} شواهد نشان می‌دهد که خود شفقت‌ورزی با پاسخ تطبیقی و سازگاران به بیماری همراه است.^{۱۹} مطالعات دیگر حاکی از آن است که سطوح بالای خود شفقت‌ورزی با سطوح پایین‌تر شدت درد و ناخشنودی، عاطفه منفی و فاجعه‌سازی درد و با سطوح بالای عاطفه مثبت در بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی - عضلانی مداوم همراه، پابندی پزشکی بهتر و کاهش تنیدگی^{۲۰} و بهبودی عملکرد ایمنی در بیماران مرتبط^{۲۱} است. نتایج تحقیقات دیگر نشان دادند که تصویرسازی مشفقانه تغییرپذیری ضربان قلب را افزایش می‌دهد و میزان کورتیزول را در افراد با میزان پایینی از خود انتقادگری کاهش می‌دهد.^{۲۲} در مراقبه مبتنی بر شفقت (برای مدت شش هفته)، نیز

فرآیند پژوهش، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطرح شونده و همچنین دادن اطمینان خاطر در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان هر دو گروه اخذ شد. افراد شرکت کننده به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه شامل ۱۷ نفر) قرار داده شدند و پیش از آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. پس از اجرای پیش آزمون، برای گروه آزمایش، آموزش ذهن مشفق در ۱۲ جلسه سه ساعته گروهی و به صورت هر هفت روز یک جلسه، توسط پژوهشگر برگزار شد. گروه شاهد مداخله‌ای دریافت نکردند و فقط جهت رعایت اخلاق پژوهش برای ایشان، یک کارگاه ۱۸۰ دقیقه‌ای در باب اطلاعات اولیه بیماری کولیت اولسراتیو برگزار شد. پس از اتمام جلسات آموزشی، مجدداً از اعضای هر دو گروه، پس از آزمون به عمل آمد. در فاصله بین مرحله پس آزمون تا اجرای مرحله پیگیری، جهت حفظ اثرات درمانی برای گروه آزمایش جلسات نگهدارنده برگزار گردید. بعد از گذشت یک سال از اجرای پس آزمون، مجدداً هر دو گروه در مرحله پیگیری نیز حضور یافتند و مجدداً توسط ابزار مطالعه که پیش تر توضیح داده شد، مورد ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است این پژوهش با کد اخلاق ۰۲۲. ۱۳۹۷. IR.IAU.K.REC مصوب گردیده است. داده‌ها با استفاده از نسخه نرم افزار SPSS - ۲۰ و به روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (جهت بررسی اثربخشی آموزش) و آزمون t وابسته (جهت بررسی پایداری اثر آموزش) تحلیل شد. خلاصه جلسات آموزشی براساس راهنمایی «پرورش ذهن مشفق» در جدول ۱ آورده شده است. ابزار پژوهش شامل فرم اطلاعات اولیه جمعیت شناختی بود که توسط خود پژوهشگر ساخته شد و قبل از شروع آموزش و در فرآیند غربالگری اعضای نمونه بکار رفت و شامل اخذ اطلاعاتی در زمینه نام و نام خانوادگی، جنس، سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل بود.

شاخص فعالیت کولیت اولسراتیو (Lichtiger Colitis Activity Index)

شاخص فعالیت بالینی لیچتیگر برای اندازه‌گیری پاسخ‌دهی بیماران به درمان به وسیله لیچتیگر (۱۹۹۴) معرفی شد^{۲۵}. این شاخص بر سنجش فراوانی اسهال روزانه، وجود اسهال شبانه، مشاهده خون در مدفوع، بی‌اختیاری مدفوع، دردها یا کرامپ‌های شکم، بهزیستی

بهبود عملکرد سیستم ایمنی، غدد و پاسخ‌های رفتاری به استرس دیده شد^{۲۳}. بنابراین با توجه به نتایج مطالعات ذکر شده، فرض بر این است که آموزش ذهن مشفق بر بهبود علائم جسمانی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو نیز مؤثر واقع شود. از آنجا که تاکنون اثربخشی این آموزش بر علائم جسمانی بیماران کولیت اولسراتیو بررسی نشده، یکی از اهداف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش ذهن مشفق بر بهبود علائم جسمانی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو بود. همچنین هدف دیگر این پژوهش بررسی اثر ماندگاری آموزش ذهن مشفق بر علائم جسمانی این بیماران بعد از یک سال بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون به همراه پیگیری یک ساله با گروه شاهد بود. جامعه پژوهش حاضر، شامل تمامی بیماران کولیت اولسراتیو مراجعه کننده به کلینیک گوارش بیمارستان باهنر (امام علی) شهر کرج در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ بود. حجم نمونه پیشنهادی در پژوهش‌های مداخله‌ای حداقل پانزده نفر بوده که^{۲۴} با احتساب ریزش احتمالی هفده نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی هجده تا شصت سال، داشتن تحصیلات سیکل به بالا، تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات درمانی و آگاه بودن از روند و شرایط مطالعه، داشتن تشخیص قطعی ابتلا به کولیت اولسراتیو براساس اندوسکوپی، شدت بیماری خفیف تا متوسط طبق نمره مایو (Mayo Score)، عدم بستری در بیمارستان به علت شعله ور شدن بیماری و عفونت شدید طی یک سال گذشته، عدم تغییر دارو درمانی محسوس شامل تبدیل داروهای خوراکی به داروهای تضعیف کننده بالقوه سیستم ایمنی در یک سال گذشته، نبود هرگونه علائم روانپزشکی و مصرف داروهای روان پزشکی در یک سال گذشته، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن مانند سرطان، دیابت، بیماری‌های محدود کننده و... که امکان پیگیری بیماری را طی مراحل مداخله با مشکل مواجه می‌کرد و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۱ جلسه و دریافت خدمات مشاوره فردی و خارج از جلسات گروه درمانی در نظر گرفته شد. آزمودنی‌ها به صورت هدفمند از میان بیماران انتخاب شدند. پس از ارائه توضیحات لازم در خصوص

نمره بین ۲ و ۱۰ بیانگر این است که یک پاسخ مثبت به درمان صورت گرفته ولی بیماری خاموش نشده است. در پژوهش سجادی‌نژاد (۱۳۹۱)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۶ به دست آمده^{۲۶}. در پژوهش هان، مک کول و استین (۱۹۹۸) ضریب همبستگی پیرسون بین نمره شاخص فعالیت بیماری لیپتیگر و پرسشنامه بیماری‌های التهابی روده، ۰/۷۰ گزارش شده است^{۲۷}.

کلی، حساسیت غیرطبیعی به لمس یا فشار دادن شکم و استفاده از داروهای ضد اسهال، مبتنی است. این ابزار ۸ گویه دارد که هر یک از گویه‌ها برحسب تعداد گزینه‌های پاسخ، از حداقل ۱- تا حداکثر ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره‌ای که فرد در این شاخص کسب کند، ۲۱ خواهد بود. در این ابزار کسب نمره بالاتر از ۱۰ بیانگر عدم پاسخ‌دهی به درمان، نمره کم‌تر و مساوی ۲ به معنای درمان موفق و

جدول ۱: راهنما و محتوای جلسات ذهن شفقت ورز

جلسه	عنوان و محتوای کلی جلسه	تکلیف
جلسه اول	آشنایی اعضا و درمانگر با یکدیگر، بیان انتظارات گروه و اعضا از یکدیگر، شرح قوانین گروه، ایجاد ارتباط درمانی، گوش سپردن به روایت‌های بیماران و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی)، توضیح مختصری از مدل درمانی CMI، آموزش تمرین تنفس آرامش بخش ریتمیک و اجرای آن در گروه	تمرین تنفس آرامش بخش ریتمیک
جلسه دوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و یا شفقت گر)، تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن، تعریف شفقت	پاسخ به سوالات "تمرین چقدر به خودتان شفقت ورز هستید؟"
جلسه سوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟ ویژگیها و مهارت‌های آن، چگونگی تاثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن‌ها با هم	شناسایی افکار و رفتار خود انتقادگر
جلسه چهارم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ آموزش مفهوم بهوشیاری، منطق آن و نحوه اجرای تمرین‌های آن (تمرکز بر تنفس و ردیابی احساسات و افکار و مشاهده صرف آن‌ها بدون هیچ واکنشی)	تمرین بهوشیاری در ردیابی افکار و احساسات
جلسه پنجم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن، آموزش تمرین تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت گر)	تمرین تصویربرداری ذهنی جلسه همراه با یک فرد شفقت‌ورز و توجه به ویژگی‌های عینی و جزیی آن
جلسه ششم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ پرورش خود (Self) شفقت ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت پذیری در ایجاد شفقت، آموزش نحوه تصویرپردازی در مورد خود شفقت ورز	تصویرپردازی ذهنی خود شفقت ورز
جلسه هفتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ تمرکز بر خود شفقت ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس، رفتار، بهوشیاری)	ادامه تصویرپردازی ذهنی خود شفقت ورز
جلسه هشتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ یادآوری مهارت‌های شفقت و توضیح نقش شفقت در هدایت نحوه تفکر و واکنش‌ها، آموزش افکار و رفتار شفقت گر در مقابل انتقادگر	ثبت روزانه ذهن شفقت ورز (افکار خودانتقادگر/ رفتار شفقت گر)

جلسه نهم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ تمرین صندلی خالی گشتالت (گفتگو بین خود انتقادگر، خود انتقاد شونده، خود شفقت گر)	تمرین گفتگوی درونی بین سه خود تعریف شده
جلسه دهم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ آموزش نامه نگاری شفقت ورز	تصور کنید خود شفقت ورزتان به شما نامه‌ای می‌نویسد، مکالمه را تجسم کرده و آن را یادداشت کنید
جلسه یازدهم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ ترس از شفقت به خود، شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش شفقت به خود و کار بر روی آن‌ها	تمرکز بر موانع موجود در پرورش شفقت به خود و تمرین شفقت نسبت به آن‌ها
جلسه دوازدهم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دست آوردهایشان از گروه	ادامه به تمرین‌های تصویرپردازی و برگه ثبت روزانه ذهن شفقت گر

جدول ۲: نتایج یافته‌های توصیفی متغیرهای کیفی جمعیت شناختی

متغیر	فراوانی گواه	درصد گواه	فراوانی ذهن مشفق	درصد ذهن مشفق
جنس	۸	۴۷/۱	۷	۴۶/۷
زن	۹	۵۲/۹	۸	۵۳/۳
سن	۰	۰	۱	۶/۷
۲۰ سال و پایین تر	۵	۲۹/۴	۲	۱۳/۳
۳۰-۲۱ سال	۸	۴۷/۱	۵	۳۳/۳
۴۰-۳۱ سال	۲	۱۱/۸	۴	۲۶/۷
۵۰-۴۱ سال	۲	۱۱/۸	۳	۲۰
تحصیلات	۰	۰	۱	۶/۷
زیر دیپلم	۴	۲۳/۵	۵	۳۳/۳
دیپلم	۳	۱۷/۶	۱	۶/۷
فوق دیپلم	۷	۴۱/۲	۶	۴۰
لیسانس	۳	۱۷/۶	۱	۶/۷
فوق لیسانس	۰	۰	۱	۶/۷
دکتر	۵	۲۹/۴	۶	۴۰
متاهل	۱۲	۷۰/۶	۹	۶۰
مجرد				
متاهل				

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه گواه و آزمایش

گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	انحراف معیار	میانگین
ذهن مشفق	۱۱/۱۳	۵/۱۹	۶/۹۳	۴/۶۱	۵/۸۷
گواه	۱۱/۱۸	۵/۱۰	۱۱/۴۷	۵/۳۷	۱۱/۵۹

جدول ۴: اثرات بین آزمودنی برای بررسی تأثیر آموزش بر متغیرهای وابسته

منبع تغییر	مجموع مجذور	df	میانگین مجذور	F	P	اتا
مدل تصحیح شده	۶۹۰/۳۱۸	۲	۳۴۵/۱۵۹	۷۲/۷۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳
تعامل	۱/۷۲۴	۱	۱/۷۲۴	۰/۳۶۳	۰/۵۵۱	۰/۰۱
پیش آزمون	۵۶۹/۷۲۲	۱	۵۶۹/۷۲۲	۱۲۰/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
گروه	۱۱۸/۳۳۹	۱	۱۱۸/۳۳۹	۲۴/۹۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶
خطا	۱۳۷/۶۸۲	۲۹	۴/۷۴۸			
کل	۳۴۲۰/۰۰	۳۲				
مدل تصحیح شده کل	۸۲۸/۰۰	۳۱				

جدول ۵: آزمون t وابسته برای مقایسه پس آزمون و پیگیری

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون t	درجه آزادی	سطح معناداری
پس آزمون	۶/۹۳	۴/۶۱	۳/۵۵۲	۱۴	۰/۰۰۳
پیگیری	۵/۸۷	۳/۹۸			

یافته‌ها

نتایج یافته‌های توصیفی متغیرهای کیفی جمعیت شناختی در جدول (۲) نشان داده شده است. جدول (۳)، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آموزش ذهن مشفق و گواه را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همچنین پیش فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک انجام شد و نتایج نشان داد که تمام متغیرها در هر دو گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. به منظور اثربخشی آموزش ذهن مشفق بر بهبود علائم جسمانی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو از تحلیل کوواریانس تک متغیره

استفاده شد. در این پژوهش پیش فرض همگنی واریانس‌ها ($P = ۰/۹۷$ ، $F = ۰/۷۸۰$) همگی شیب رگرسیون ($P = ۰/۷۸۰$ ، $F = ۰/۷۸۰$) و نیز رابطه خطی بین متغیر کمکی (پیش آزمون) و متغیر وابسته رعایت شده است. جدول (۴) نشان می‌دهد اثر گروه در مورد علائم جسمانی در سطح کم‌تر از ۰/۰۱ معنادار است ($P = ۰/۰۰۰۱$ ، $F = ۲۴/۹۲۶$)، $P = ۰/۰۰۰۱$ ، $F = ۲۴/۹۲۶$) و همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین علائم جسمانی در پس آزمون کاهش پیدا کرده است. ضریب اتا نیز نشان می‌دهد که ۴۶ درصد از تغییرات حاصل در پس آزمون علائم جسمانی ناشی از آموزش گروهی ذهن مشفق است. همچنین جهت بررسی پایداری اثر آموزش ذهن مشفق بر بهبود

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان به تحقیق لون اشتاین، به نقل از سجادی نژاد^{۳۳}، که راجع به تأثیر استرس بر بیماری کولیت اولسراتیو انجام گرفت اشاره‌ای داشت. او عنوان می‌کند براساس مفاهیم پاتوفیزیولوژیک، واکنش‌پذیری بیش از حد سیستم ایمنی و افزایش نفوذپذیری روده در ترکیب با هم، فعال‌سازی سلول‌های ایمنی اجرایی را در دیواره روده تشدید می‌بخشد و استرس روی زنجیره‌ای از این وقایع اثرگذار است. همچنین بیمارانی که استرس شدیدی را تجربه می‌کنند به دلیل برخی واسطه‌های رفتاری مثل فراموشی مصرف داروهای پیشگیرانه یا مهار کننده بیماری التهابی روده، بد خوابی و یا مصرف داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی که بالقوه التهاب روده را تشدید می‌کند، بیماریشان تشدید می‌شود.^{۳۳}

همچنین نتایج پژوهش کروکی و همکاران نشان داد که سطوح هورمون آدرنو کورتیکوتروپین، بتا آندروفین و IL۶ در بیماران غیر بستری به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل سالم بود و نیز سطوح IL۶ به دنبال آزمون استرس محاسبه ذهنی به طور معناداری در بیماران کولیت اولسراتیو در مقایسه با داوطلبان سالم افزایش داشت. این محققان نتیجه گرفتند که اعصاب، سیستم غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی بیماران کولیت اولسراتیو حساسیت بیش از حد دارد و این حساسیت زیاد با استرس‌های حاد نظیر استرس محاسبه ذهنی افزایش می‌یابد.^{۱۲} شفقت، مهارتی است که می‌توان از طریق آموزش و تمرین کردن این مهارت، سیستم‌های فیزیولوژی، عصبی و ایمنی افراد را تحت تأثیر قرار داد.^{۱۶} شفقت به خود، یک شکل سالم از خودپذیری است که بیان‌گر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی فرد است.^{۳۴} در چارچوب درمان، افراد از طریق انواع مداخلات می‌آموزند که ذهن شفقت‌ورز را پرورش داده و درکشان از رنجی که احساس می‌کنند را گسترش دهند.^{۳۵،۳۴} درمان متمرکز بر شفقت که آموزش ذهن مشفق یک بخش اصلی آن را تشکیل می‌دهد.^{۳۶} با تکنیک تصویرپردازی مشفقانه، سیستم‌های خاص مغزی به ویژه سیستم پذیرش و آرام‌بخشی (اوکسی توسین / اندروفین) را تحریک می‌کند. آموزش ذهن مشفق در فرآیند درمان موجب تنظیم فیزیولوژیکی شده و تمرین‌هایی که این درمان به کار می‌برد، منجر به بروز انواع الگوهای خاص عاطفه مثبت شده و به افزایش احساس امنیت، اطمینان، بهزیستی و تعادل سیستم تهدید منتهی می‌شود.^{۳۷} در تمرین‌های خود شفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی و شفقت به خود

علائم جسمانی بیماران کولیت اولسراتیو پس از یک‌سال، با توجه به این که متغیرها در مقیاس نسبی اندازه‌گیری شده‌اند و توزیع داده‌ها نرمال است، از آزمون t وابسته برای تحلیل استفاده شد. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین پس آزمون و پیگیری در سطح کم‌تر از ۰/۰۱ معنادار است ($P = ۰/۰۰۳$ ، $t = ۳/۵۵۲$)، نگاهی به میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات علائم جسمانی در پیگیری پایین‌تر است، بدین معنا که اثرات آموزش ذهن مشفق بر بهبود علائم جسمانی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو ماندگاری داشته و حتی از پس آزمون تا مرحله پیگیری، باعث کاهش علائم جسمانی نیز شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی اثر بخشی آموزش ذهن مشفق بر بهبود علائم جسمانی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو بود. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه در بهبود علائم جسمانی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان داد که میانگین گروه آزمایش در علائم جسمانی کمتر از میانگین گروه گواه بود؛ بنابراین می‌توان گفت که آموزش ذهن مشفق موجب بهبود علائم جسمانی در افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو شده است. همچنین در نتایج پیگیری یک‌ساله، تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات پیگیری در گروه آزمایش معنادار بود، اما در گروه گواه، تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات پیگیری معنادار نبود. مطالعه‌ای که یافته‌های آن به طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، مشاهده نشد اما یافته‌های این تحقیق به طور غیرمستقیم با نتایج برخی مطالعات که اثربخشی شفقت‌ورزی را بر شدت درد و ناخشنودی، عاطفه منفی و فاجعه‌سازی درد، پایداری پزشکی بهتر و کاهش تنیدگی^{۲۰}، شاخص عملکرد ایمنی^{۲۱}، افزایش تغییرپذیری ضربان قلب، کاهش کورتیزول^{۲۲}، بهبود عملکرد سیستم ایمنی، غدد و پاسخ رفتاری به استرس^{۲۳}، کاهش فشار خون سیستول^{۲۸} سازگاری با درد اسکلتی عضلانی^{۲۹}، اختلالات روانی کمتر، بهزیستی روانی بیشتر و تاب‌آوری بالاتر در مقابل استرس^{۳۰}، کاهش هیجانات منفی، تأثیرات منفی در مورد خود و تحریک سمپاتیک و نیز افزایش احساسات مثبت و فعالیت‌های پاراسمپاتیک^{۳۱}، کاهش افسردگی، احساس شرم و ترس از ارزیابی منفی^{۳۲} بررسی کرده‌اند، همسو می‌باشد.

تأکید می‌شد که تأثیر بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت^{۳۸،۳۹}. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که برخی از مداخلات روان‌شناختی مانند آموزش تن آرامی بر روی تغییرات مرتبط با استرس در سیستم ایمنی اثر می‌گذارد و برای مثال سطوح $TNF\alpha$ در خون پیرامونی کاهش یافته و تنظیم می‌شود و بدین لحاظ می‌تواند بر روی علائم بیماری التهابی روده اثرگذار باشد^{۴۰}. همچنین نتایج تحقیقات تورنتون و آندرسون، حاکی از آن است که برخی از متغیرهای روان‌شناختی از جمله شخصیت می‌تواند واکنش‌های فیزیولوژیک افراد و من جمله واکنش‌های ایمنی شناختی افراد در برابر استرس را تعدیل کند^{۴۱}. یکی از ویژگی‌های شخصیتی که در پژوهش‌های راجع به بیماران التهابی روده مشاهده شده، ناگویی هیجانی است. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، ظرفیت همدردی محدودی با حالت‌های هیجانی دیگران دارند و در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران مشکل دارند که همین امر موجب انزوا و گوشه‌گیری و فاصله گرفتن این افراد از اجتماع می‌شود و در نتیجه کیفیت زندگی این افراد از حالت طبیعی خارج می‌شود. همچنین افرادی که دارای ناگویی هیجانی در زندگی خود هستند، در حقیقت پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌های ضعیفی دارند که همین امر، موجب اثر منفی بر سیستم جسمانی و روان‌شناختی شده و سلامت روانی آن‌ها کاهش می‌دهد و در نتیجه دفعات عود بیماری بیش‌تر شده و هزینه‌های درمانی آن‌ها بالا می‌رود^{۴۲}. از آن‌جا که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی (ناسازگار) به صورت مستقیم توان پیش‌بینی علائم جسمانی را دارد^{۴۳} و نظریه‌های مربوط به اختلال علائم جسمانی، اختلال در فرآیند تنظیم هیجان را یکی از عوامل مؤثر در پیشرفت و درمان علائم در نظر دارد^{۴۵} و از طرفی کانو و فوکودو، به این نکته اشاره می‌کنند که افراد با ناگویی هیجانی به سبب نقص در سیستم تنظیم هیجان، پاسخ‌های طولانی‌تری به محرک‌های درد نشان می‌دهند^{۴۶}، به نظر می‌رسد که آموزش ذهن مشفق به آزمودنی‌ها سبب رشد هوشمندانه و توانایی کنترل عاقلانه هیجان شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های

خوشایند سبب تنظیم هیجان‌ات آزمودنی‌ها گشته و از این طریق نیز بر بهبود علائم جسمانی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو مؤثر واقع شده است. علاوه بر نکات فوق شکل اجرای آموزش ذهن مشفق در قالب گروه درمانی نیز فواید ویژه‌ای دارد که احتمالاً به بهبود علائم جسمانی بیماران کمک کرده است. بیتس (۲۰۰۵) بیان می‌کند که آموزش همدلی و شفقت نسبت به اعضای گروه و یکدیگر و اجرای عملی آن در گروه، فضای گروه را جهت تمرکز بر روی شفقت به خود مستعد و آماده می‌کند^{۴۷}. هم چنین به اشتراک گذاشتن تنش‌ها و نگرانی‌ها در باب موضوع شفقت توسط اعضای گروه به عادی سازی و حل مسائل بسیار کمک می‌کند^{۴۸}. مهم ترین محدودیت های پژوهش عبارت بودند از: در نظر نگرفتن اختلالات همبود روان پزشکی، گوارشی و اختلالات جسمانی مزمن و همچنین استفاده از پرسشنامه خودگزارشی که تعمیم یافته‌ها را دشوار می‌سازد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو در سایر جوامع و در نمونه های بزرگ تر، متنوع و با ویژگی های جمعیت شناختی متفاوت اجرا شود. در بررسی علائم جسمانی، وضعیت سیستم فیزیولوژی، غدد و ایمنی این بیماران نیز بررسی گردد. و در نهایت در برنامه ریزی مناسب درمانی توسط مدیران نظام سلامت برای این بیماران، مداخلات روانشناختی مانند آموزش ذهن مشفق به عنوان درمان مکمل در کنار درمان های پزشکی گنجانده شود.

سپاسگزاری

این مقاله بر گرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله در رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است که با کد اخلاق به شماره ی ۰۲۲. ۱۳۹۷. IRI AUKREC مصوب گردیده است. بدین وسیله از جناب آقای دکتر موسویان، سرکار خانم دکتر زمانی و جناب آقای دکتر خلیلی و تمام شرکت کنندگان که در اجرای این پژوهش با ما همکاری کردند نهایت قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Molodecky NA, Soon S, Rabi DM, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology* 2012;142(1): 46-54.
2. Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 2002;347: 417-29.
3. Koukos G, Polytarchou C, Kaplan JL, et al. A microRNA signature in pediatric ulcerative colitis: deregulation of the miR-4284/CXCL5 pathway in the intestinal epithelium. *Inflamm bowel dis* 2015;21: 996-1005.
4. Feuerstein JD, Cheiftz AS. Ulcerative colitis: Epidemiology, diagnosis and management. *Mayo clin Proc* 2014;89: 1553-63.
5. Valdez R, Appelman HD, Bronner MP, et al. Diffuse duodenitis associated with ulcerative colitis. *The Am J of surg pathol* 2000;24(10): 1407-13.
6. Yantiss RK, Odze RD. Diagnostic difficulties in inflammatory bowel disease pathology. *Histopathology* 2006;48(2): 116-132.
7. Malekzadeh M, Vahedi H, Gohari K, et al. Emerging epidemic of inflammatory bowel disease in a middle-income country: a nation-wide study from Iran. *Arch Iran med* 2016;19: 1-15.
8. Aminpur R, Ghorbani M. The effectiveness of acceptance and commitment Therapy on stress coping strategies in women with ulcerative colitis. *Govaresh* 2015;20: 34-42. [In Persian]
9. Minagawa T, Ikeuchi H, Kuwahara R, et al. Functional outcomes and quality of life in elderly patients after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis. *Digestion* 2020;101(6): 737-742.
10. Bitton A, Sewitch MJ, Peppercorn MA. Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study. *The American journal of gastroenterology* 2003;98: 2203-2208.
11. Mawdsley JE, Rampton DS. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut* 2005;54: 1481-1491.
12. Kuroki T, Ohta A, Aoki Y, et al. Stress maladjustment in the pathoeiology of ulcerative colitis. *Journal of gastroenterology* 2007;42: 522-527.
13. Drossman DA, Ringle Y. Psychological factors in ulcerative colitis and crohn's disease. In: Sartor R, Sandborn W, Editors. *Kirsner's inflammatory bowel disease*. 6th ed. Philadelphia: WB. Saunders, 2004. pp. 340-356.
14. Hisamatsu T, Inoue N, Yajima T, et al. Psychological aspects of inflammatory bowel disease. *Journal of gastroenterology* 2007;42: 34-40.
15. Schoultz M, Atherton I, Watson A. Mindfulness-based cognitive therapy for inflammatory bowel disease patients: findings from an exploratory pilot randomized controlled trial. *Trials* 2015;16:37-9.
16. Ahmadvour Dizaji J, Zahrakar K, Kiamanesh A. Comparative efficacy of compassion-focused therapy (CFT) and wellbeing therapy (WT) on psychological capital in female college students with romantic failure. *Journal of woman and culture*, 2017; 9(31), 7-21.[In Persian]
17. Salimi A, Arsalandeh F, Zahrakar K, et al. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *The Horizon of Med Sci* 2018; 24(2): 125-131.[In Persian]
18. Voci A, Veneziani CA, Fuochi, et al. Relating mindfulness, heartfulness, and psychological wellbeing: the role of self-compassion and gratitude. *Mindfulness* 2019;10(2): 339-351.
19. Brion JM, Leary MR, Drabkin AS. Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of health psychology* 2014; 19(2): 218-229.
20. Sirois FM, Hirsch JK. Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness* 2019;10(1): 46-54.
21. Rein G, Atkinson M, McCraty R. The physiological and psychological effects of compassion and anger. *Journal for the advancement of medicine* 1995;8: 87-105.
22. Rockliff H, Gilbert P, McEwan K, et al. A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Journal of clinical neuropsychiatry* 2008;5: 132-139.
23. Pace TW, Negi LT, Adame DD. Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology* 2008;08.
24. Van Voorhis CRW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample size. *Tutorials in Quantitative Methods for psychology*. 2007;3(2): 43-50.
25. Lichtiger S, Present DH, Kornbluth A, et al. Cyclosporine in severe ulcerative colitis refractory to steroid therapy. *The New England Journal of Medicine* 1994;330(26): 1841-1845.
26. Sajadinejad M.S. comparison of psychological adjustment and D personality type in patients with ulcerative colitis and normal people and comparison of the effectiveness of cognitive behavioral stress management training and optimistic training on psychological adjustment immune cognitive indexes and their physical symptoms. [thesis]/ university of Isfahan: faculty of Educational Sciences and psychology 2012. [In Persian]

27. Han SW, McColl E, Steen N. The inflammatory bowel disease questionnaire: a valid and reliable measure in ulcerative colitis patients in the North East of England. *Scand journal of gastroenterol* 1998;33: 961-966.
28. Saeidian K, Sohrabi A, Zemestani, M. Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Blood Pressure and Quality of Life in Women with Hypertension. *Scientific Journal of Ilam university medical sciences* 2018;27(1): 161-162. [In Persian]
29. Wren AA, Somers TJ, Wright MA, et al. Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *J pain and symptom manage*, 2012;43(4): 759-770.
30. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev* 2012;32: 545-552.
31. Kirschner H, Kuyken W, Larl A. Compassion for the self: psychological correlates of a new concept in psychophysiology. NJ USA: WILEY- BLACK WELL, 2013.
32. Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and Practice* 2013;86(4): 387-400.
33. Sajjadinezhad SS. A comparison of psychological adjustment and type D personality in ulcerative colitis patients and normal and comparison of the effects of cognitive- behavioral stress management and optimize trading on their psychological adjustment. immunological markers and somatic symptoms, PhD Thesis university of Isfahan. Faculty of Educational Science and psychology. Department of psychology, 2012. [In Persian]
34. Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness* 2016;7(1): 264-274.
35. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 2009;15: 199-208.
36. Vrabel KR, Wampold B, Quintana DS, et al. The Modum-ED trial protocol: comparing compassion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in treatment of eating disorders with and without childhood trauma: Protocol of a randomized trial. *Frontiers in psychology* 2019;10: 16-38.
37. Gilbert, P. The CBT Distinctiv features series. Compassion focused therapy: Distinctive features. Routledge. Taylor & Francis Group, 2010.
38. Gilbert, P. The origins and nature of compassion-focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology* 2014;53(1): 6-41.
39. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychol* 2013;69(1): 28-44.
40. Yarnell LM, Stafford RE, Neff KD, et al. Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity* 2015;14(5): 499-520.
41. Niess JH, Mönnikes H, Dignass AU, et al. Review on the influence of stress on immune mediators, neuropeptides and hormones with relevance for inflammatory bowel disease. *Digestion* 2002;65(3): 131-140.
42. Thornton LM, Andersen BL. Psychoneuroimmunology examined: The role of subjective stress. *Cellscience* 2006;2(4): 66-91.
43. Mohajerani S, Haghayegh SA, Adibi P. Relationship between alexithymia, illness perception and resilience with quality of life of patients with ulcerative colitis. *Govaresh* 2017;22: 28-38. [In Persian]
44. Okur Güney ZE, Sattel H, Witthöft M, et al. Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PloS one* 2019;14(6): 217-277.
45. Koechlin H, Coakley R, Schechter N, et al. The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *J Psychosom Res* 2018;107: 38-45.
46. Kano M, Fukudo S. The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsycho Social medicine* 2013;7(1): 1.
47. Bates T. The expression of compassion in group psychotherapy. Inp. Gilbert (Ed), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge, 2005, 369-386.
48. Noorbala, Fatemeh et al. Effectiveness compassionate mind training on depression, anxiety, and self-criticism in a group of Iranian depressed patients. *Iranian journal of psychiatry* 2013;8(3) 113.

Mina Emami Gohari¹,
MohammadReza Seirafi²,
Amir Abbas Vaezi^{3*}, Tahereh
Ranjbaripoor⁴, Maryam
Mashayekh⁵

¹ Ph.D. student in Health
Psychology, Department of
Psychology, Karaj Branch,
Islamic Azad University,
Karaj, Iran

² Assistant Professor,
Department of Psychology,
Karaj Branch, Islamic Azad
University, Karaj, Iran

³ Assistant Professor,
Department of Internal
Medicine, Alborz University of
Medical Sciences, Karaj, Iran

⁴ Assistant Professor,
Department of Psychology,
Karaj Branch, Islamic Azad
University, Karaj, Iran

⁵ Assistant Professor,
Department of Psychology,
Karaj Branch, Islamic Azad
University, Karaj, Iran

Effectiveness of Compassionate Mind Group Training on Improvement of Physical Symptoms of People With Ulcerative Colitis (One Year Follow-Up)

Received: 12 Feb 2022 ; Accepted: 30 Aug 2022

Abstract

Background: Ulcerative colitis (UC) is an inflammatory chronic disease of unknown etiology that is characterized by periods of remission and relapses. Interventions that are able to prevent disease relapse or improve the physical symptoms, will have a huge impact on mental health and quality of life in patients with ulcerative colitis.

Methods: This quasi-experimental study had a pretest-posttest-follow-up design with a control group and a one-year follow-up. The population included patients with UC who visited the Gastrointestinal Clinic at Bamonar Hospital, Karaj, Iran in Fall 2018 and Winter 2019. 34 UC patients were selected using purposeful sampling and were randomly assigned to two equal-size control and experimental groups. The experimental group attended twelve three-hour sessions of compassionate mind training (Gilbert 2010) and the Control group had a three-hour workshop on UC with no psychological interventions. Demographic Information Questionnaire (designed by the first author) and Lichtiger Colitis Activity Index were used. Data were analyzed by single factor covariance analysis and dependent t-test.

Results: Results showed compassionate mind training was significantly effective in improving the physical symptoms in UC patients, both at the end of the interventions ($P < 0.01$) and at the end of the 1-year follow-up ($P < 0.01$).

Conclusion: Given that compassionate mind training was effective in improving the physical symptoms of UC patients, this intervention can be used as a complementary therapy in addition to medical treatments in order to improve mental health services and establish policies regarding this matter.

Keywords: Compassionate mind training, Physical symptoms, Ulcerative Colitis

*Corresponding Author:

Assistant Professor,
Department of Internal
Medicine, Alborz University of
Medical Sciences, Karaj, Iran

Tel: 09123615071
E-mail: Avaezi60@gmail.com