تأثیر آموزش گروهی ذهن مشفق بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو (پیگیری یک ساله)

مینا امامی گوهری[1]، محمدرضا صیرفی*[2]، امیرعباس واعظی[3]، طاهره رنجبری پور[4]، دکتر مریم مشایخ[5]

[1]دانشجو دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
[2]استادیار،گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
[3]استادیار،گروه بیماری های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
[4]استادیار،گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
[5]استادیار،گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

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

چکیده

زمینه وهدف: در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی آموزش ذهن مشفق بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن بررسی شده است، اما در خصوص احتمال اثربخشی این آموزش بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو شکاف تحقیقاتی وجود دارد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن مشفق برکیفیت زندگی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو (UC) صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ساله 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 نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۷نفردرگروه آزمایش و ۱۷نفر در گروه گواه) جایگزین شدند. گروه آزمایش، ۱۲جلسه‌ی ۱۸۰ دقیقه ای آموزش ذهن مشفق را دریافت کردند و برای گروه گواه یک کارگاه آموزشی ۱۸۰ دقیقه ای برگزار گردید که در آن اطلاعات اولیه‌ای راجع به بیماری کولیت اولسراتیو ارائه گردید ولی هیچ مداخله ای انجام نشد. آزمودنی ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران التهابی روده – فرم‌کوتاه در سه مرحله پیش‌آزمون – پس آزمون و پیگیری یک ساله ارزیابی شدند و سپس داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و t وابسته تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که آموزش ذهن مشفق بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو در پایان مداخله ($p<۰/۰۱$) و پیگیری ($p<۰/۰۱$) مؤثر بوده است.

نتیجه گیری: آموزش ذهن مشفق به عنوان یک مداخله مؤثر و درمان مکمل می‌تواند درکنار درمان‌های پزشکی در جهت بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو به کار برده شود.

کلمات کلیدی: آموزش ذهن مشفق، کولیت اولسراتیو، کیفیت زندگی

نویسنده مسئول:
گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۰۹۱۲۵۰۷۲۵۵۱
E-mail: Msf_3@yahoo.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.169]

مقدمه

بیماری‌های مزمن مهم‌ترین مشکل سلامت عمومی هستند[۱] و شیوع آن ها در جهان رو به افزایش است[۲]. یکی از انواع بیماری های مزمن، بیماری‌های التهابی روده (IBD) است. بیماری‌های التهابی روده، دسته‌ای از بیماری‌های ایدیوپاتیک و مزمن روده‌ای هستند که شامل دو بیماری کرون (CD) که می‌تواند تمام قسمت های دستگاه گوارش را درگیر کند و کولیت اولسراتیو (UC) که به روده بزرگ محدود است، می‌باشد[۳]. کولیت اولسراتیو با التهاب مخاطی ممتد همراه است. این التهاب از راست روده شروع و به مناطق مجاور گسترش می‌یابد. علایم معمول این بیماری 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]. در سال ۲۰۱۲ بروز سالانه کولیت اولسراتیو، بیماری التهابی روده و کرون در ایران به ترتیب ۳/۱۱ و ۲/۷۰ و ۰/۴۱ در هر ۱۰۰ هزار نفر و شیوع سالانه به ترتیب ۴۰/۶۷، ۳۵/۵۲ و ۵/۰۳ در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است[۵]. بیماری های التهابی روده، با یک تغییر مزمن در شرایط زندگی همراه هستند که منجر به پیامدهای مهمی در کیفیت زندگی این بیماران می‌شود[۶]. در پژوهش‌های مختلفی سطح کیفیت زندگی این بیماران نسبت به جمعیت عمومی و افراد سالم پایین‌تر گزارش شده است[۷]. کیفیت زندگی، مفهومی ذهنی و شخصی است که بر پایه خوشحالی و رضایت فرد با عواملی که بر رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و عملکردی تاثیر می‌گذارد، بنا می‌شود[۸]. در بررسی کیفیت زندگی، ارزیابی نگرش فرد درباره‌ی عملکردش در چندین بعد از زندگی و ارزیابی این که به باور فرد، کدام یک از عوامل؛ نقش بیش‌تری در کیفیت زندگی وی دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است[۹]. این بیماری، در گروه قابل توجهی از بیماران سبب غیبت از کار، اختلال در روابط بین فردی، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت از حضور در جمع و مسافرت به علت ترس از ایجاد علایم می‌شود[۱۰]. هم چنین در این بیماران نگرانی‌ها و دغدغه‌های متعددی مانند ترس از دست دادن کنترل روده‌ای، نگرانی راجع به تصویر بدنی، انزوا و تنهایی، احساس سربار دیگران بودن، ناتوانی از شکوفا ساختن بالقوه و احساس کثیفی ایجاد می‌شود که اکثر این نگرانی‌ها ماهیت روان شناختی دارند[۱۱]. در حقیقت بیماری مزمن روده‌ای با علائم احتمالی مانند بی اختیاری مدفوع و فقدان کنترل روده‌ای ممکن است برای فرد مبتلا منبع ارزیابی اخلاقی و احساس بی ارزشی بوده و در بیماران احساس داغ و ننگ ایجاد کند[۱۲]. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، به ویژه آن‌هایی که همراه با علایم احشایی و قابل رویت هستند، بیش‌تر مستعد تجربه شرم می‌باشند[۱۳].

شرم یکی از مهم‌ترین هیجان‌های خودآگاه است که تأثیر چشمگیری بر احساس فرد از خود، بهزیستی و آسیب پذیری نسبت به اختلال‌های روانی و شخصیت دارد[۱۴]. این که علائم بیماری از نظر افراد مبتلا به بیماری التهابی روده شرم آور است، موجب دوری گزینی و کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود[۱۵].

یکی از رویکردهای موثر برای کاهش احساس شرم و راهبردهای ایمنی طلبی آن، یعنی سطوح خود انتقادی، رویکرد شفقت است[۱۶]. درمان متمرکز بر شفقت توسط Paul Gilbert و در پاسخ به این مشاهده بنیان نهاده شد که بسیاری از افراد، به ویژه آن-هایی که احساس شرم و خود انتقادی بالایی دارند، در حین درمان-های سنتی، دشواری‌هایی در ایجاد صدای درونی خود حمایتگر و مهربانانه تجربه می‌کردند. شفقت مهارتی است که می‌توان از طریق آموزش و تمرین کردن این مهارت، سیستم‌های فیزیولوژی، عصبی و ایمنی افراد را تحت تأثیر قرار داد[۱۷]. 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[۱۸]. شفقت به خود دارای سه جنبه است: مهربان بودن با خود در برابر قضاوت کردن خویشتن و خود محکوم‌گری، آگاهی از احساسات مشترک انسانی در برابر حس تنهایی و شرم، هوشیاری در برابر همانندسازی فزاینده[۱۹]. نتایج مطالعات حاکی از آن است که نمرات بالاتر در شفقت به خود منجر به سطوح بالاتر در حالت‌های ذهنی مثبت مانند رضایت از زندگی، شادی، ارتباط اجتماعی و احساسی، اعتماد به نفس، خوش بینی، کنجکاوی، عاطفه‌ی مثبت و قدردانی می‌شود[۲۰-۲۲]. از سوی دیگر، افرادی که از شفقت به خود بالاتری برخوردارند، سطوح پایین‌تری از حالت‌های ذهنی مانند اضطراب و افسردگی، استرس، نشخوار، سرکوب افکار، کمال گرایی و شرم را تجربه می‌کنند[۲۰،۲۳-۲۸]. هم چنین

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.169]

پژوهشگرانی مانند Vasconcelos و همکاران[۲۹] و Brophy و همکاران[۲۴] معتقدند که شفقت به خود از طریق مدیریت پاسخ فرد به حوادث استرس زا و ناخوشایند، تاب آوری را تقویت می‌کند. نتایج مطالعات نشان داده که آموزش ذهن مشفق در کاهش اضطراب، افسردگی و شرم اثربخش است[۳۰]. بنابراین با توجه به نتایج مطالعات ذکر شده، فرض به این است که آموزش ذهن مشفق برای افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو در جامعه ایرانی نیز مفید واقع شود. از آن جایی که به نظر می‌رسید اثربخشی آموزش ذهن مشفق بر کیفیت زندگی این بیماران در ایران تاکنون بررسی نشده است و به واسطه این شکاف در پیشینه مطالعاتی، یکی از اهداف این پژوهش بررسی اثر بخشی آموزش ذهن مشفق بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو بود. همچنین هدف دیگر این پژوهش بررسی اثر ماندگاری آموزش ذهن مشفق بر بهبود کیفیت زندگی این بیماران بعد از یک سال بود.

مواد و روش ها

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ساله با گروه گواه بود. جامعه پژوهش حاضر، شامل تمامی بیماران کولیت اولسراتیو مراجعه کننده به کلینیک گوارش بیمارستان باهنر شهر کرج در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ بود. با توجه به این که حجم نمونه پیشنهادی در پژوهش‌های مداخله‌ای حداقل ۱۵ نفر است[۳۱]؛ حجم نمونه پژوهش حاضر در هر گروه با احتساب ریزش احتمالی ۱۷ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن تحصیلات سیکل به بالا، تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات درمانی و آگاهی از روند و شرایط پژوهش، دریافت تشخیص قطعی ابتلا به کولیت اولسراتیو براساس ملاک‌های آندوسکوپیک، شدت بیماری در سطح خفیف تا متوسط براساس مایو اسکور (Mayo Score)، عدم بستری در بیمارستان به علت شعله ور شدن بیماری و عفونت شدید طی یک سال گذشته، عدم تغییر درمانی شدید شامل تبدیل داروهای خوراکی به داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی در یک سال گذشته، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و عدم سابقه بستری در بخش‌های روانپزشکی طی یک سال گذشته، عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی و یا طرح‌های پژوهشی با مضمون مشابه در ۶ ماه گذشته، عدم ابتلا به اختلالات جسمی مزمن مانند سرطان، دیابت و... که امکان پیگیری بیماری را طی مراحل مداخله مشکل می‌ساخت، عدم ابتلا به بیماری پزشکی جدی و محدود کننده‌ای که موجب کاهش کیفیت زندگی و سلامت روانی فرد می‌شد و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از یک جلسه، دریافت خدمات مشاوره فردی و خارج از جلسات گروه درمانی و همچنین وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده، در نظر گرفته شد.

آزمودنی‌ها به صورت هدفمند از میان بیماران انتخاب شدند. پس از ارائه توضیحات لازم در خصوص 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 گواه (هر گروه ۱۷ نفر) قرار داده شدند و پیش آزمون برای هر دو گروه اجرا شده پس از اجرای پیش آزمون، برای گروه آزمایش، آموزش ذهن مشفق در ۱۲ جلسه ۱۸۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی و با توالی هر هفته یک جلسه، توسط پژوهشگر برگزار شد. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند اما جهت رعایت اخلاق پژوهش و اثرات غیر اختصاصی درمان (مانند شرکت در گروه و مواجهه با درمانگر و شکل‌گیری انتظار درمان)، در این مرحله برای اعضای گروه گواه، یک کارگاه ۳ ساعته برگزار شد که در آن اطلاعات اولیه‌ای راجع به بیماری کولیت اولسراتیو ارائه گردید. پس از اتمام جلسات آموزشی، مجدداً از اعضای هر دو گروه، پس آزمون به عمل آمد. در فاصله بین مرحله پس آزمون تا اجرای مرحله پیگیری، جلسات نگه دارنده جهت حفظ اثرات درمانی برای گروه آزمایش، 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 مورد ارزیابی قرار گرفتند.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.169]

داده‌ها با استفاده از نسخه نرم افزار SPSS – 20 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 بر اساس راهنمایی «پرورش ذهن مشفق»[۳۲] در جدول۱ آورده شده است.

ب) ابزار

فرم اطلاعات اولیه جمعیت شناختی: این فرم که توسط خود پژوهشگر ساخته شد، قبل از شروع آموزش و در فرآیند غربالگری اعضای نمونه بکار رفت و شامل اخذ اطلاعاتی در زمینه نام، جنس، سن، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران التهابی روده – فرم کوتاه (IBDQ-9): این پرسشنامه توسط Alcala و همکاران به منظور سنجش کیفیت زندگی متأثر از IBD طراحی شد[۳۳]. پرسشنامه دارای ۹ سوال و ۴ خرده مقیاس شامل اختلالات مربوط به دستگاه گوارش، علائم سیستمیک، علائم هیجانی و اجتماعی است. سوالات بر روی طیف لیکرت ۷ درجه ای از۱ (بدترین وضعیت) تا ۷ (بهترین وضعیت) و حداقل و حداکثر نمره از ۹ تا ۶۳ است. نمره کل آزمودنی از جمع نمرات مولفه ها به دست می آید. Alcala و همکاران ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده مقیاس ها ۰/۷۶گزارش کردند. در ایران نیز این مقیاس توسط غلامرضایی و همکاران هنجاریابی شده است و ثبات درونی به شیوه آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۶ بود[۳۴].

جدول ۱. راهنمای ذهن شفقت ورز (گیلبرت ۲۰۱۰)

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 CMT، 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 شفقت‌گر)	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 خودِ شفقت ورز	تصویرپردازی ذهنی خودِ 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 خودِ شفقت ورز
جلسه هشتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ یادآوری مهارت های شفقت و توضیح نقش	ثبت روزانه ذهن شفقت ورز (افکار

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.169]

	شفقت در هدایت نحوه تفکر و واکنش ها، آموزش افکار و رفتار شفقت گر در مقابل انتقادگر	خودانتقادگر/ رفتار شفقت گر)
جلسه نهم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ تمرین صندلی خالی گشتالت (گفتگو بین خودِ انتقادگر، خودِ انتقاد شونده، خودِ 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 آن ها
جلسه دوازدهم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه	ادامه به تمرین‌های تصویرپردازی و برگه ثبت روزانه ذهن شفقت گر

یافته ها

نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۱۱/۰۶ ± ۴۰/۱۳ و در گروه گواه میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۲/۸۳± ۳۶/۹ سال است. از ۱۵ نفر گروه آزمایشی، ۱ نفر (۶/۷ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۱ نفر (۶/۷ درصد) تحصیلات فوق دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) تحصیلات کارشناسی، ۱ نفر (۶/۷ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد و ۱ نفر (۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دکتری بوده‌اند. همچنین از ۱۷ نفر گروه گواه، ۴ نفر (۲۳/۵ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۳ نفر (۱۷/۶ درصد) تحصیلات فوق دیپلم، ۷ نفر (۴۱/۲ درصد) تحصیلات کارشناسی و ۳ نفر (۱۷/۶ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بوده‌اند. در گروه آزمایش، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) زن و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) مرد بوده‌اند و در گروه گواه ۹ نفر (۵۲/۹ درصد) زن و ۸ نفر (۴۷/۱ درصد) مرد بوده‌اند. همچنین در گروه آزمایش، ۶ نفر (۴۰ درصد) مجرد و ۹ نفر (۶۰ درصد) متأهل بوده‌اند و در گروه گواه ۵ نفر (۲۹/۴ درصد) مجرد و ۱۲ نفر (۷۰/۶ درصد) متأهل بوده‌اند.

در جدول ۲ شاخص های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار آزمودنی ها در متغیر کیفیت زندگی به تفکیک در سه مقطع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ذهن مشفق	۳۲/۶۰	۸/۱۸	۴۷/۶۷	۷/۴۶	۴۹/۶۷	۷/۱۳
کنترل	۳۴/۸۲	۹/۲۱	۳۴/۰۶	۹/۶۵	۳۳/۵۳	۱۰/۱۰

جدول ۳ نشان می دهد که تمام متغیرها در هر دو گروه ذهن مشفق و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال است.

جدول ۳. آزمون شاپیرو–ویلک برای بررسی نرمال‌بودن داده‌ها در گروه ها

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
ذهن مشفق	۰/۹۶۶	۰/۸۱۲	۰/۸۹۳	۰/۰۹۱	۰/۹۰۱	۰/۱۱۷

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/aums.12.2.169]

کنترل	۰/۹۱۷	۰/۱۷۴	۰/۹۶۶	۰/۷۹۵	۰/۹۴۵	۰/۴۵۳

سپس به منظور بررسی اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در این پژوهش پیش فرض همگنی واریانسها ((F=۰/۰۰۸، P=۰/۹۳)، همگنی شیب رگرسیون (F=۰/۸۷۰، P=۰/۳۵۹) و نیز رابطه خطی بین متغیر کمکی (پیش آزمون) و متغیر وابسته رعایت شده است. جدول ۴ نشان می دهد که اثر گروه در مورد کیفیت زندگی در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است (F=۹۹/۵۲۸، P=۰/۰۰۰۱، Eta=۰/۷۷). این بدین معناست که آموزش گروهی ذهن مشفق بر کیفیت زندگی تأثیر معنادار داشته است. نگاهی به جدول میانگین ها نشان می دهد که میانگین کیفیت زندگی در پس آزمون افزایش پیدا کرده است. بنابراین می توان گفت آموزش گروهی ذهن مشفق باعث افزایش کیفیت زندگی شده است. ضریب اتا نیز نشان می دهد که ۷۷ درصد از تغییرات حاصل در پس آزمون کیفیت زندگی ناشی از آموزش گروهی ذهن مشفق است.

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	۳۱۲۶/۰۲۱	۲	۱۵۳۶/۰۱۱	۷۳/۱۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴
تعامل	۱۶۵/۱۶۰	۱	۱۶۵/۱۶۰	۷/۷۲۷	۰/۰۰۹	۰/۲۱
پیش آزمون	۱۶۵۰/۴۲۱	۱	۱۶۵۰/۴۲۱	۷۷/۲۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
گروه	۲۱۲۷/۳۲۸	۱	۲۱۲۷/۳۲۸	۹۹/۵۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷
خطا	۶۱۹/۸۵۴	۲۹	۲۱/۳۷۴			
کل	۵۶۰۷۲/۰۰	۳۲				
مدل تصحیح شده کل	۳۷۴۵/۸۷۵	۳۱				

سپس جهت بررسی تأثیر پایداری آموزش گروهی ذهن مشفق بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو از آزمون t وابسته استفاده شد. در این روش بین نمره پس آزمون و نمره پیگیری آزمون t وابسته گرفته می شود تا معلوم شود که آیا نمرات از مرحله پس آزمون تا مرحله پیگیری تفاوتی کرده یا خیر. با توجه به اینکه متغیرها در مقیاس نسبتی اندازه گیری شده اند و توزیع داده ها نرمال است می توان از آزمون t وابسته استفاده کرد.

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

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون t	درجه آزادی	سطح معناداری
پس آزمون	۴۷/۶۷	۷/۴۶	-۳/۵۶۸	۱۴	۰/۰۰۳
پیگیری	۴۹/۶۷	۷/۱۳			

جدول ۵ نشان می دهد که تفاوت بین پس آزمون و پیگیری معنادار است (t=-۳/۵۶۸، P=۰/۰۰۳). این بدین معناست که نمرات از پس آزمون تا پیگیری متفاوت شده اند. نگاهی به میانگین ها نشان می دهد که نمرات کیفیت زندگی در پیگیری بالاتر است و نشان دهنده این است که اثرات درمان ذهن مشفق ماندگاری داشته و حتی از پس آزمون تا پیگیری نیز باعث افزایش کیفیت زندگی شده است. بنابراین، فرضیه تأیید می شود.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.169]

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن مشفق بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو صورت گرفته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش ذهن مشفق بر بهبود کیفیت زندگی بیماران کولیت اولسراتیو موثر است. مطالعه-ای که یافته‌های آن به طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، مشاهده نشد.

یافته‌های این تحقیق به طور غیرمستقیم با نتایج مطالعات انجام شده توسط؛ Salimi و همکاران[۱۸]، Voci و همکاران[۱۹]، Noorbala و همکاران[۳۵]، Kolts و همکاران[۳۶]، Gilbert و Irons[۱۶]، Gilbert و Procter[۳۷]، Terry و Leary[۳۸]، Irons و Lad[۳۹]، Duarte و همکاران[۴۰]، Saeedi و همکاران[۴۱]، Brophy و همکاران[۲۴]، Baker و همکاران[۲۳] و Collins و همکاران[۴۲] همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو از افت کیفیت زندگی محسوسی رنج می‌برند که اغلب به خاطر دوره‌های عود غیرقابل پیش بینی و همچنین نوسانات زیاد در شدت علائم جسمانی بیماری است[۴۳] و به علت مزمن بودن این بیماری، مشکلات فیزیکی، اجتماعی، روانی و اقتصادی قابل توجهی برای فرد بیمار ایجاد می‌شود[۴۴]. این بیماران هم از مشکلات روده‌ای و گرفتاری‌های خارج روده‌ای و هم از اثرات منفی بیماری بر اعتماد به نفس و زندگی اجتماعی رنج می‌برند[۴۵]. علائمی مانند بی اختیاری مدفوع و فقدان کنترل روده‌ای ممکن است برای فرد بیمار، منبع ارزیابی اخلاقی و احساس بی ارزشی بوده و در بیماران احساس شرم ایجاد کند[۴۶]. غلبه بر چنین نگرانی‌ها و مشکلاتی به راهبردهای مقابله‌ای مناسب و انطباق شایسته با شرایط را نیاز دارد، در حالی که مطالعات متعدد نشان می‌دهد که افراد مبتلا به این بیماری بیش‌تر از راهبردهای مقابله‌ای منفعلانه و ناسازگارانه مانند اجتناب سود می‌جویند[۴۳]. در آموزش ذهن مشفق تاکید بر تجربه هیجانات ناخوشایند و عدم سرکوب یا فرار از آن‌ها می‌باشد[۳۷]. آموزش ذهن مشفق یک بخش اصلی از درمان متمرکز بر شفقت را تشکیل می‌دهد و دو هدف اصلی دارد. اولین هدف این است که به بیماران کمک شود، سیستم آرامش بخش خود را ارتقا دهند و از آن استفاده کنند تا سیستم‌های انگیزشی و حالت‌های عاطفی خود (مثلاً ترس، خشم یا انزجار) را تنظیم کنند. هدف دوم آن است که با استفاده از تکنیک‌ها و کار گروهی به بیماران کمک شود یک سیستم انگیزشی شفقت آمیز را به دست آورده و ظرفیت‌های خود برای شفقت داشتن نسبت به دیگران، دریافت شفقت از دیگران و خودشفقتی را افزایش دهند[۴۷]. افراد از طریق انواع مداخلات، می-آموزند که ذهن شفقت ورز را پرورش داده و درکشان را از رنجی که احساس می‌کنند، گسترش دهند[۳۲]، در تمرین‌ها، بر تن آرامی، ذهن آرامی و شفقت به خود تأکید می‌شود که تأثیر بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت[۴۸و۴۹].

خودشفقتی باعث می‌شود بیمار، چشم انداز گسترده تری نسبت به مشکلات خود داشته باشد، چالش‌های زندگی و شکست‌های فردی را به عنوان بخشی از زندگی خود در نظر گرفته، در هنگام درد و رنج به جای احساس انزوا، بیش از پیش با دیگران رابطه برقرار کند و به جای سرکوب کردن، قضاوت کردن و اجتناب از افکار و هیجانات و احساسات، بر آگاهی خود بیفزاید. این عوامل به بیمار کمک می‌کند تا ذهنی گشوده‌تر داشته، توانایی بیش‌تری برای تغییر دادن شناخت‌ها و پاسخ‌های رفتاری مناسب با بستر کسب نماید و راهبردهای مقابله‌ای موثرتری به کار ببرد که این امر، باعث می‌شود حالات هیجانی سازش نایافته مانند اضطراب، افسردگی و تنیدگی در وی کاهش یابد[۵۰]. در این آموزش، افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو علاوه بر آن که در معرض القای مولفه‌های خودشفقتی قرار گرفتند، به صورت ضمنی در معرض این باور بودند که حادثه‌ی توصیف شده (بیماری) صرفاً یک تجربه بوده است و تمرکز آنان را از ارزیابی منفی معطوف بر خود که اغلب در احساس شرم اتفاق می‌افتد، برداشته و بر تجربه یاد شده تمرکز شد. با توجه به آن که شفقت به خود همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند[۵۱]، به نظر می‌رسد که به واسطه این خود تنظیمی هیجانی نیز احساس شرم در افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو کاهش یافته و بر بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر واقع شده باشد. نتایج مطالعات Gilbert و Procter نیز حاکی از آن است که با افزایش میزان شفقت به خود، تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیش‌تر و حمایت از خود ایجاد می‌شود، قابلیت

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/aums.12.2.169]

پذیرش ناراحتی‌ها بالا می‌رود و آشفتگی‌های عاطفی کاهش می‌یابد که این مسئله نیز می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران موثر بوده باشد[۳۷]. علاوه بر نکات فوق شکل اجرای آموزش ذهن مشفق در قالب گروه درمانی نیز فواید ویژه‌ای دارد که احتمالاً به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کرده است. Bates 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[۵۲]. هم چنین به اشتراک گذاشتن تنش‌ها و نگرانی‌ها در باب موضوع شفقت توسط اعضای گروه به عادی سازی و حل مسائل بسیار کمک می‌کند[۳۵]. در مورد حل تکالیف نیز، وقتی اعضا در مورد نگرانی‌ها، مشکلات، راه حل‌ها، بینش‌ها و تلاش‌هایشان در هر تکلیف با یکدیگر تبادل نظر می‌کنند کمک شایانی به حل آن تکلیف می‌شود. در مجموع اجرای آموزش ذهن مشفق در قالب گروه درمانی به دلیل ساختار حمایتگری که دارد احتمالاً توانسته در بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر واقع شود. و در نهایت می‌توان به این نکته نیز اشاره کرد که از آن جا که شفقت به خود یک صفت (رگه) است و نه یک حالت، تمرین‌هایی که جهت پرورش آن به کار برده می‌شوند (مانند تصویرپردازی ذهنی و بهوشیاری) نیز بر اثر تمرین و تکرار اثرگذار خواهند بود و بنابراین تغییر و ارتقای این خصیصه نیازمند گذر زمان و تمرین است. Gilbert در توجیه این موضوع بیان می‌کند که در طول این مدت شفقت به خود باعث می‌شود که افراد به جای نتیجه، بر روی تلاش‌هایشان تمرکز کنند و یاد بگیرند که به تلاش‌های خود (هر چقدر کوچک) اهمیت دهند و صرف نظر از این که هنوز چقدر با اهدافشان فاصله دارند، قدردان زحمات خود باشند[۳۵]. بنابراین به نظر می‌رسد برگزاری جلسات آموزش هفتگی به مدت سه ماه و سپس پیگیری ماهانه به مدت یک سال، در تثبیت مطالب و تکنیک-ها و درونی شدن آن‌ها در بیماران موثر واقع شده و لذا در بهبود و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران مفید بوده است. در ارتباط با محدودیت های های پژوهش حاضر باید ذکر کرد که با توجه به ویژگی های آموزش گروهی در تعمیم نتایج این تحقیق به پژوهش های مشابهی که اجرای آن ها گروهی نیست، باید احتیاط شود. هم چنین استفاده از پرسش نامه خودسنجی یکی دیگر از محدودیت های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می شود 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. هم چنین با توجه به اثرات مثبت آموزش ذهن مشفق و همین طور فواید عضویت گروهی، پیشنهاد می گردد که با تشکیل انجمن های حمایتی و برگزاری کلاس های آموزشی روان شناسی جهت ارتقا و بهبود کیفیت زندگی این بیماران اقدام گردد.

سپاس گزاری

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 می آید.

این پژوهش برگرفته از پایان نامه دکترای تخصصی نویسنده نخست در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است. لازم به ذکر است در این پژوهش، پژوهشگر بعد از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق IR.IAU.K.REC.1397.022 فرآیند پژوهش را انجام داد.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ موسسه و سازمان دولتی یا خصوصی انجام شده است.

نقش هریک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسندگان دوم و سوم اساتید راهنما و نویسندگان سوم و چهارم اساتید مشاور می باشند.

تعارض در منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.169]

References

1. Venugopal R, Narasimha Murthy NS, Gopinath D. Factors influencing compliance to treatment among people with chronic illness in an urban area of south India. Int J Biol Med Res. 2012;3 (2):1495 -7.
2. Van Houtum L, Rijken M, Heijmans M, et al. Patient-perceived self-management tasks and support needs of people with chronic illness: generic or disease specific?. Ann Behav Med. 2015;49 (2): 221-9.
3. Chiba M, Sugawara T, Komatsu M, et al. Onset of ulcerative Colitis in the second trimester after emesis gravid arum: treatment with plant-based diet. Inflammatory bowel diseases 2018;24 (5):e8-e9.
4. Feuerstein JD, Cheifetz AS. Ulcerative Colitis: Epidemiology, Diagnosis, and Management. Mayo Clin Proc. 2014;89:1553-63.
5. 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):1-15. [In Persian]
6. Thais karla V, santos BM, Henrique Margues dos CH. Quality of life of patients with inflammatory bowel disease. Journal of coloproctology 2017;37 (4):279-284.
7. Luo H, Sun Y, Li Y, et al. Perceived stress and inappropriate Coping behaviors associated with poorer quality of life and prognosis in patients with ulcerative colitis. Journal of Psychosomatic Research 2018;113:66-71.
8. lakey, B., et al. Pretreatment malnutrition and quality of life associated with prolonged length of hospital stay among patients with gynecological cancer. A cohort study. BMC Cancer 2010;10:232.
9. Carlsen K., Munkholm P., Burisch J. Evaluation of Quality of Life in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: What Is Health-Related Quality of Life?. In: Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. Baumgart D. (Ed). Springer, Cham; 2017. p. 279-289.
10. 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.
11. Kiebles JL, Doerfler B. & keefer L. Preliminary Evidence Supporting a framework of psychological adjustment to inflammatory bowel disease. Inflammatory Bowel Disease 2010;16 (10): 1685-1695.
12. Cooper J M, Collier J, James V, et al. Beliefs about personal control and self-management in 30-40 year olds living with inflammatory bowel disease: a qualitative study. International Journal of Nursing studies 2010;47 (12): 1500-1509.
13. Trindade I, Ferreira C, Pinto-Gouveia J. Chronic Illness Related shame: Development of a new Scale and novel Approach for IBD patient's Depressive Symptomatology. Clin Psychol Psychother. 2017;24 (1): 255- 263.
14. Matos M, pinto-Gouveia J, Gilbert P, et al. The other as shamer scale-2: development and validation of a short version of a measure of external shame. Personality and Individual Differences 2015;74: 6-11.
15. Hughes LD, Lindsay J, Lomer MC, et al. Psychosocial impact of food and nutrition in people with Inflammatory Bowel Disease: A qualitative study. Gut 2013;62 (S1).
16. Gilbert P, & Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for and self-attaching. In: compassion: conceptualizations, research and use in psychotherapy. P. Gilbert (Ed). London: Routledge; 2005.
17. Ahmadpour J, Zahrakar Z, 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]
18. Salimi A, Arsalandeh F, ZahraKar K, et al. The effectiveness of compassion–focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. Horizon Med sci. 2018;24 (2): 125-131.
19. Voci A, Veneziani CA, Fuochi G. Relating Mindfulness, Heartfulness, and Psychological Well-Being: the Role of self- compassion and Gratitude. Mindfulness 2019;10 (2): 339-351.
20. Smith JM, Bright KS, Mader J, et al. A pilot of a mindfulness based stress Reduction Intervention for Female caregivers of Youth who are Experiencing Substance Use Disorders. Addictive Behaviors 2020;4 (12): 103-118.
21. Heffernan M, Griffin M, Mc Nulty S, et al. Self-Compassion and Emotional Intelligence in Nurses. International Journal of Nursing Practice 2010;16: 366-373.
22. Hollis – Walker L, & Colosimo K. Mindfulness, Self-Compassion, and Happiness in Non-Meditators: A Theoretical and Empirical Examination. Personality and Individual Differences 2011;50: 222-227.
23. Baker DA, Caswell HL, Eccles FJ. Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. Epilepsy & Behavior 2019; 90: 154-161.
24. Brophy k, Brahler E, Hinz A, et al. The role of self–compassion in the relationship between attachment, depression and quality of life. Journal of affective disorders 2020;260: 45-52.
25. Pulmer R, Chung J, Samson L, et al. A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. Journal of adolescence 2019;74: 210-220.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.169]

26. Zhang, H. & Wang Y. Bullying victimization and depression among young Chinese adults with physical disability: Roles of gratitude and self-compassion. Children and Youth Services Review 2019;103 (1).

27. MacBeth A, & Gumley A. Exploring Compassion: A meta-analysis of the Association between self-compassion and psychopathology. Clinical psychology Review 2012;32 (6): 545- 552.

28. Neff K.D. & Lamb L. M. Self–compassion. In: S. The encyclopedia of positive psychology. Shane, J Lopez (Ed). Oxford: Blackwell Publishing ltd; 2009. p. 864-867.

29. Vasconcelos P, Oliveira C, & Nobre P. Self-Compassion, Emotion Regulation, and Female sexual pain: A comparative Exploratory Analysis. The journal of sexual Medicine 2020;17 (2): 289-299.

30. Jazaieri H, Jinpa GT, MC Gonigal K, et al. Enhancing compassion cultivation training program. Journal of Happiness studies 2013;14 (4):1113-1126.

31. 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.

32. Gilbert P. The Compassionate mind Foundation. 2010. Available from: www.compassionatemind.co.uk.

33. Alcala MJ, Casellas F, Fontanet G, et al. Shortened questionaire on quality of life for inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis. 2014;10 (4): 383-391.

34. Gholamrezaei A, Haghdani S, shemshaki H, et al. Linguistic Validation of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire-short From (IBDQ-9) in Iranian Population. J Isfahan Med Sch. 2011;28: 1850-9. [In Persian]

35. Noorbala F, Borjali A, Ahmadian-Attari MM, 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): 113-7. [In Persian]

36. Kolts L.R.L, Bell T, Levy JB. and Irons C. Experiencing Compassion Focused Therapy from the inside out. New York: The Guilford Press; 2018.

37. Gilbert P, & Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and Self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach clinical psychology & Psychotherapy 2006;13 (6): 353-379.

38. Terry ML, & Leary MR. Self-compassion, Self-regulation and health. Self and Identity. 2011;10 (3): 352-362.

39. Irons, C. & Lad, S. Using compassion-focused therapy to works with shame and self-criticism in complex trauma. Australian clinical psychologist 2017;3 (1).

40. Duarte J, Pinto-Gouveia J., & Cruz B., Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. International Journal of Nursing studies 2016;60: 1-11.

41. Saeedi Z, Chorbani N, Sarfaraz MR, et al. The relationship between self-compassion, self-esteem and regulation of self-conscious emotions. Journal of research in Psychological Health 2012;6 (3): 1-9.

42. Collins RN, Gilligan LJ, & Poz R. The evaluation of compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis clinical Gerontologist 2018;41(5):474-486.

43. Voth J, Sirois FM. The role of self-blame and responsibility in adjustment to inflammatory bowel disease. Rehabil Psychol. 2009;54(1): 99-108.

44. Sainsbury A, Heatley RV. Review article: Psychosocial Factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol ther. 2005;21(5): 499-508.

45. Abedi Manesh N, Somi MH, ostadrahimi A, et al. Assessing of Health-Related Quality of Life and stress levels in patients with ulcerative colitis, and its relation with clinical and Demographic Factors. Govaresh. 2011;16: 151-7.[In Persian]

46. Cooper JM, Collier J, James V, et al. Beliefs about personal control and self–management in 30 – 40 year living with inflammatory bowel disease: a qualitative study. International Journal of Nursing studies 2010;47:1500-1509.

47. Vrabel KR, Wampold B, Quintana DS, et al. The modum ED trial protocol: comparing compassion-focused therapy and cognitive-Behavioral therapy in treatment of Eating Disorders with and without childhood trauma: protocol of a randomized trial. Frontiers in psychology 2019;10: 16-38.

48. Gilbert P. The origins and nature of compassion-focused therapy. Br J clin psychol. 2014;53 (1): 6-41.

49. Neff KD, Germer Ck. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. J clin Psychol. 2013;69 (1): 28-44.

50. Kashdan TB, & Ciarrochi J. The context press mindfulness and acceptance practice series. Mindfulness and acceptance, and positive psychology: the seven foundations of well-being Oakland, CA, US: context press/New Harbinger publications; 2013.

51. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, et al. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. Behaviour Research and Therapy 2014;58: 43-51.

52. Bates T. The expression of compassion in group psychotherapy. In: Conceptualizations, research and use in psychotherapy. Gilbert P (Ed). London: Routledge; 2005. p. 369-386.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.169]

AUMJ Alborz University of Medical Sciences Journal

Alborz University of Medical Sciences Journal, Spring 2023, Vol. 12, No. 2: 169 - 179 *Original Article*

The effect of compassionate mind group training in improvement of quality of life in patients with Ulcerative Colitis (one year follow-up)

Mina Emami Gohari [1], MohammadReza Seirafi [*2], Amir Abbas Vaezi [3], Tahereh Ranjbaripoor [4], Maryam Mashayekh[5]

[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

***Corresponding Author:**
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
Tel: 09122093679
E-mail: Msf_3@yahoo.com

Received: 12 Feb 2022; Accepted:15 Mar 2023

Abstract

Background: Several studies have demonstrated the efficacy of compassionate mind training for the quality of life in patients with chronic diseases. However, it remains to evaluate the effectiveness of this approach on patients with Ulcerative Colitis (UC). This study set out to assess the efficacy of compassionate mind training on improving patients' quality of life with Ulcerative Colitis.

Methods: This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest-follow-up design with a control group and a one-year follow-up. The statistical population included UC patients who visited the Gastrointestinal Clinic at Bahonar Hospital 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 180-mins sessions of compassionate mind training and the Control group had a 180-min workshop on UC with no psychological interventions. Patients were assessed using inflammatory Bowel Disease Questionnaire-short form in 3 stages: pre-test, post-test and 1-year follow-up. Data were analyzed by single factor covariance analysis and dependent t-test.

Results: Results showed compassionate mind training was significantly effective in improving the quality of life 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: Compassionate mind training can be used as an effective psychological intervention and a complementary therapy to improve the quality of life in UC patients in addition to medical treatments.

Keywords: Compassionate mind training, Ulcerative Colitis, Quality of life

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.169]