

مقاله اصلی

اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر علائم روان شناختی افراد مبتلا به درد نوروپاتی دیابتی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۵/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۷/۲۲

خلاصه

مقدمه

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود علائم روانشناختی افراد مبتلا به درد مزمن اعم از کاهش شدت تجربه شده، اضطراب سلامت و بهبود شفقت بر خود است.

روش کار

روش پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی (طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نابرابر) بود. این مطالعه یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده است که دارای یک گروه آزمایش و دریافت کننده مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و یک گروه کنترل بدون دریافت هیچ‌گونه مداخله‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به درد نوروپاتی مراجعه کننده به انجمن دیابت مشهد در سال بود. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۴ نفر از این شرکت کنندگان بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای اندازه گیری در این پژوهش، دو پرسشنامه شفقت بر خود (SCS) و اضطراب سلامت کوتاه (SHAI) هستند.

نتایج

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین گروه‌ها در سطح ۰/۰۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد و این بدان معنا است که برنامه درمان یکپارچه فراتشخیصی، میانگین اضطراب سلامت را در مرحله پس آزمون کاهش و میانگین شفقت بر خود را افزایش داده است.

نتیجه گیری: برنامه یکپارچه فراتشخیصی یکی از رویکردهای موفق در حوزه اضطراب سلامت و شفقت بر خود است.

کلمات کلیدی

درمان فراتشخیصی، روان شناختی، نوروپاتی دیابتی.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

فاطمه شکاریان یزد^۱

حسن توزنده جانی^۲

^۱ گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پایه، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

^۲ گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

Email: h.toozandehjani@yahoo.com

مقدمه

نوروپاتی دیابتی یکی از شایع‌ترین عوارض میکروواسکولار^۱ دیابت است که با توجه به ابزار تشخیصی بین ۳۰ تا ۵۰ درصد بیماران را دربر می‌گیرد (۱). در این بیماری الیاف عصبی به صورت تدریجی تحلیل می‌روند و در نهایت موجب نارسایی در اعصاب محیطی می‌شوند (۲). نوروپاتی دیابتی به طور مستقیم با درد مزمن و اختلالات همبود آن از قبیل افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی مرتبط است (۳). در بسیاری از بیماران مبتلا به نوروپاتی دیابتی، درد به عنوان یک علامت شایع است که بیشتر از ۳۰ درصد جمعیت دیابتی‌ها را دربر می‌گیرد (۴). درد نوروپاتی^۲ شامل طیف گسترده‌ای از شرایط ناهمگون^۳ می‌باشد که ناشی از ضایعات یا بیماری‌های سیستم حسی-تنی است و می‌تواند در سطح محیطی یا مرکزی رخ دهد و ممکن است در اثر درگیری فیبرهای عصبی ایجاد شود (۵). درد نوروپاتی^۲، اغلب شدید و دشوار است و منجر به یک وضعیت مزمن می‌شود که تأثیر منفی بر عملکرد کلی، کارکرد شغلی و کیفیت زندگی در بیماران می‌گذارد، همچنین منجر به بالا رفتن بار اقتصادی برای فرد و جامعه می‌شود (۳ و ۶). شیوع نوروپاتی دردناک دیابتی بین ۱۰ تا ۱۵ درصد تخمین زده شده است، که در برخی مطالعات تا ۲۶ درصد افزایش می‌یابد (۷). این شیوع بالای گزارش شده، درمان‌ها و مداخلات گوناگونی را می‌طلبد که بتوانند تا حدودی علایم ناشی از این اختلال را بهبود بخشند و کارکرد شغلی - اجتماعی فرد را ارتقا دهند. یکی از این عوامل مؤثر در بهبود مشکلات روان-شناختی شفقت به خود^۴ است.

شفقت به خود، گشوده بودن و همراه شدن با رنج‌های خود، تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود،

اتخاذ نگرش غیر قضاوتی و همراه با درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص این که فرد بخشی از تجربه بشری است (۸، ۹). ورن و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای به بررسی شفقت به خود در بیماران مبتلا به درد اسکلتی عضلانی پرداختند و دریافتند که شفقت به خود می‌تواند در سطح سازگاری افراد نسبت به درد مؤثر باشد. افزایش درد موجب بروز شکایت‌های روان‌شناختی فراوانی از جمله اختلال خواب و اختلالات همبود با آن می‌شود (۱۰). پژوهش‌های مختلفی به بررسی ارتباط بین اختلال خواب و بیماری دیابت پرداختند و نشان دادند صرف‌نظر از نوع اختلال میان کیفیت خواب و دیابت رابطه وجود دارد (۱۱، ۱۲ و ۱۳). طبق نظریه ملزاک (سال) عوامل روان-شناختی بر ادراک شدت درد تأثیر دارد و درد ممکن است با وجود معاینات بالینی سالم و طبیعی وجود داشته باشد (۱۴). پس می‌توان نتیجه گرفت که عوامل روان-شناختی در ادراک درد مؤثر هستند.

درمان‌های مختلفی برای مدیریت درد نوروپاتی پیشنهاد شده است (۱۵)، اما شواهد مبنی بر ای‌نکه کدام درمان بهتر و کارآمدتر است، هنوز در دسترس نیست. در دهه‌های اخیر مراقبت‌های مداوم در سطح انسولین درمان انتخابی در پیشگیری اولیه نوروپاتی دیابتی است. با توجه به این که درمان دارویی مداخله پرکاربرد در افراد مبتلا به این بیماری است، اما نگرانی بسیاری در مورد عوارض مختلف و احتمال اعتیاد و سوء مصرف به آن وجود دارد (۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹). همچنین، درمان‌های غیردارویی مثل اسپری نیترات موضعی، کپسایسین موضعی، تحریک الکتریکی اعصاب، طب سوزنی و... برای کنترل درد پیشنهاد شده است (۳).

با توجه به مشکلات جسمانی و روان‌شناختی افراد مبتلا به نوروپاتی دیابتی از جمله درد شدید و این که این افراد داروهای ضد درد زیادی مصرف می‌کنند که عوارض جانبی فراوانی دارند و نمی‌تواند اثرات روان-

¹ Microvascular

² Neuropathic pain

³ Heterogeneous

⁴ Self compassion

هیجان های خود در افراد مبتلا به اختلال های هیجانی، بی همتا و منحصر به فرد است. این درمان بر ماهیت سازگاران و کارکردی هیجان ها تاکید می کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش های ناسازگارانه برای تنظیم تجارب هیجانی دارد و به واسطه ی آن پردازش متناسب را تسهیل و پاسخ دهی هیجانی نامتناسب به نشانه های درونی (احشایی) و بیرونی را خاموش می کند (۲۲).

تاکنون مطالعات فراوانی به بررسی کارآمدی و اثربخشی برنامه یکپارچه فراتشخیصی (UP) به صورت فردی و گروهی، برای اختلالات روانی گوناگون شامل اضطراب و افسردگی (۲۳، ۲۴)، اختلال دوقطبی (۲۴)، اختلال شخصیت مرزی (۲۵)، پرداخته است. داورنلازما یا و همکاران (۲۰۱۴) در یک کارآزمایی بالینی، برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی را بر روی ۴۸ بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی در دو گروه (برنامه یکپارچه و درمان دارویی) بررسی کردند و نشان دادند که UP به نتایج معنادارتری در بهبود اختلالات اضطراب و افسردگی در مقایسه با گروهی که فقط دارو دریافت کرده بودند، منجر می شود (۲۶). این مطالعه و مطالعاتی از این دست، به خوبی اثربخشی این برنامه را برای اختلالات مختلف نشان داده اند، اما در بررسی ادبیات پژوهشی، مطالعه ای که با هدف بررسی تاثیر این درمان بر علائم روان شناختی افراد مبتلا به درد نوروپاتی انجام شده باشد، وجود ندارد.

با توجه به این که شیوع دیابت و درد نوروپاتی حاصل از آن، در جمعیت عمومی بالاست، نیاز به انجام مداخلات پزشکی و روان درمانی بیشتری در این بستر، ضروری است. تاکنون مداخله ای به بررسی اثربخشی این درمان بر بهبود علائم روانشناختی افراد مبتلا به درد مزمن اعم از کاهش شدت تجربه شده اضطراب سلامت و بهبود شفقت بر خود، نپرداخته است.

شناختی دخیل در ادراک درد را کنترل کند، استفاده از مداخلات روان شناختی کارآمد برای کاهش شدت درد ضروری به نظر می رسد. پژوهش های قبلی اثرگذاری عوامل روان شناختی در ادراک درد و اثربخشی روان درمانی بر کاهش ادراک درد را نشان داده اند (۱۵، ۲۰). در مطالعه ای انوری و همکاران (۲۰۱۴) به بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و پایبندی بر پذیرش درد اضطراب با درد و شدت درد در بیماران مرد مبتلا به درد پرداختند و نتایج حاکی از آن بود که درمان مذکور بر متغیرهای مربوط به درد اثر گذار بوده- اند (۲۰). همچنین، در مطالعه ای دیگر، نیز اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی را بر شدت تجربه درد بیماران مبتلا به سردرد مزمن را نشان دادند (۲۱). بر این اساس، روان درمانی می تواند گزینه مناسبی برای کاهش شدت ادراک درد در افراد مبتلا به نوروپاتی دیابتی باشد. درمان های روان شناختی متعددی نیز در طول سال- های متوالی ابداع شده است که اثرات خوبی بر درد مزمن داشته اند. هم اکنون با نسل سوم درمان های رفتاری مواجه هستیم که آن ها را می توان تحت عنوان کلی الگوهای مبتنی بر پذیرش نامید. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی و درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر از جمله این درمان ها هستند.

برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی با توجه به نرخ بالای همبودی علائم روانشناختی در اختلالات و بیماری های مختلف و نیز، وجوه مشترک بین اختلالات هیجانی به مانند عاطفه منفی، کمال گرایی، نشخوارذهنی، مشکلات تنظیم هیجانی، نگرانی و مشکل در خواب تدوین شد (۲۲). این مداخله نوعی درمان فراتشخیصی شناختی- رفتاری و هیجان محور است که برای اختلالات هیجانی به کار گرفته می شود. برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر (UP) ریشه در سنت شناختی- رفتاری دارد ولی در تاکید ویژه اش روی نحوه تجربه و پاسخ دهی به

روش کار

روش پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر) است. این مطالعه یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده است که دارای یک گروه آزمایش و دریافت‌کننده مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و یک گروه کنترل بدون دریافت هیچ‌گونه مداخله‌ای است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه افراد مبتلا به درد نوروپاتی مراجعه‌کننده به انجمن دیابت مشهد در سال ۱۳۹۸ هستند. حجم نمونه‌گیری با استفاده از یکی از مطالعات اخیر (۲۷) درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر محاسبه شد. بر این اساس، حجم نمونه هر گروه باید حداقل ده نفر باشد. از آن جا که مداخله نیازمند زمان است و احتمال ریزش نمونه وجود دارد، در این مطالعه، حجم نمونه برای هر گروه حداقل ۱۲ نفر برآورد شد.

پروتکل پژوهش

در این پژوهش، از برنامه یکپارچه فراتشخیصی استفاده شد (برنامه ۱۲ جلسه‌ای مداخله در جدول ۱ پیوست شده است). در ابتدا، از طریق تبلیغات در انجمن دیابت مشهد و بررسی پرونده‌های بیماران موجود در این انجمن، بیماران مبتلا به درد نوروپاتی، شناسایی شدند و از طریق یک مصاحبه بالینی توسط دانشجوی ارشد روان‌شناسی، ملاک‌های ورود به پژوهش بررسی شدند. سپس برای تعیین تشخیص نورولوژیست، زمان مناسبی به منظور مراجعه به کلینیک تعیین شد. بعد از دریافت تشخیص درد نوروپاتی، شرکت‌کنندگان در پژوهش، به یک جلسه معرفی و توضیح اهداف درمان دعوت شدند. در این جلسه، بعد از تکمیل فرم رضایت آگاهانه و تمایل به شرکت در پژوهش، تاریخ برگزاری جلسات درمانی به اطلاع آن‌ها رسانده شد و ارزیابی‌های اولیه (از طریق پرسشنامه‌ها) از بیماران دریافت شد. در همان جلسه فرآیند قرارگیری تصادفی افراد در گروه‌ها مشخص شد

که براساس برداشتن یک گوی از داخل کیسه‌ای بود که روی هر گوی "گروه اول" و "گروه دوم" نوشته شده بود. گروه اول همان گروهی بود که آموزش مهارت-های روان‌درمانی کوتاه مدت مبتنی بر مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر طی ۱۲ جلسه یک و نیم تا دو ساعته دریافت کرد، اما گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت کرد. در پایان دوره درمان، مجدداً هر دو گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. به منظور رعایت مسایل اخلاقی، جلسات درمانی برای بیماران که تقاضای ادامه جلسات را داشته باشند (در صورت لزوم)، ادامه پیدا کرد. شرکت در پژوهش برای آزمودنی‌ها داوطلبانه و با رضایت آگاهانه بود و راهنمایی‌های لازم برای آنان هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها، ارائه شد. ملاک‌های ورود به پژوهش، دریافت تشخیص درد نوروپاتی بر اساس نظر نورولوژیست، رضایت آگاهانه فرد، عدم اختلالات روان‌پزشکی شدید براساس نتایج مصاحبه بالینی، وضعیت جسمانی سالم و توانایی خواندن و نوشتن، عدم تاریخچه سوء‌مصرف دارو و مواد از حداقل یک‌سال قبل از مطالعه، تمایل به شرکت در پژوهش، را دربر می‌گرفتند. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز، شرکت در روان‌درمانی دیگر و یا دریافت هرگونه مداخله دیگر مربوط به درد، تمایل فرد به ادامه نیافتن اجرای پروتکل به هر دلیلی، مصرف مواد و یا دارو بدون تجویز پزشک (حین انجام مطالعه)، بودند.

ابزارهای پژوهش

ابزار گردآوری اطلاعات مربوط به علایم روانشناختی بیماران، از طریق پرسشنامه بود و به این منظور از پرسشنامه‌های اضطراب سلامت (SHAI)، شفقت بر خود (SCS)، استفاده شد.

مقیاس شفقت بر خود^۱ (SCS): خود گزارشی است و ۲۶ گویه دارد و به منظور سنجش ۳ مؤلفه دو بُعدی این سازه یعنی خود-مهربانی (۵ گویه)/ خود-

^۱ Self-compassion

آزمون t مستقل و خی دو (χ^2)، در جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

براساس متغیرهای جمعیت شناختی، میانگین سن شرکت کنندگان در پژوهش، $35,13 + 3,12$ بود. ۲۴ نفر در این پژوهش شرکت کردند که از این تعداد، ۱۵ نفر زن (۶۲,۵٪) و ۹ نفر مرد (۳۷,۵٪) بودند. یک نفر از هر دو گروه، به دلیل کامل نکردن ارزیابی‌ها و عدم شرکت در جلسات درمان از مطالعه خارج شدند. اطلاعات بین سن و جنس افراد شرکت کننده در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت. بیشتر درباره متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

به منظور مشخص شدن تغییرات متغیرهای هدف در افراد گروه کنترل و آزمایش، جدول ۳ ارائه شده است. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در شرایط متفاوت آزمایش در این جدول نشان داده شده است.

در این پژوهش، کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه-نگر (UP) مورد بررسی قرار گرفته است و فرضیه پژوهش مطابق با موضوع تحقیق طراحی شده است که برای سنجش آن‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. در بکارگیری روش‌های آماری پارامتری، ابتدا باید پذیره‌های آزمون مورد تأیید قرار بگیرد تا بتوان از آزمون مورد نظر استفاده کرد؛ بنابراین مهم‌ترین پذیره‌های روش تحلیل کوواریانس بررسی شد. پذیره همگنی واریانس‌ها ($P > 0,05$)، بهنجاری داده‌ها براساس آزمون کولموگروف-اسمیرنف ($P > 0,05$) و همگنی شیب‌های رگرسیون ($P > 0,05$) مورد بررسی و تأیید قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در جدول ۴ براساس متغیرهای شفقت بر خود و اضطراب سلامت نشان داده شده است.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین گروه‌ها در سطح $0,001$ تفاوت معناداری وجود دارد و این بدان

قضاوتی (۵ گویه)، تجربه مشترک بشری (۴ گویه) / انزوای ادراک شده (۴ گویه) و ذهن آگاهی (۴ گویه) / همانندسازی بیش از حد (۴ گویه) طراحی شده است. به صورت لیکرت ۵ نمره‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» نمره گذاری می‌شود. میانگین نمرات شش مولفه با هم جمع شده و یک نمره کلی شفقت بر خود حاصل می‌شود. خرده مقیاس‌های منفی یعنی خود-قضاوتی، انزوای ادراک شده و همانند سازی بیش از حد، بر عکس نمره گذاری می‌شوند (۲۸). این مقیاس از پایایی درونی و ثبات بازآزمایی بالایی برخوردار بوده است (۲۸، ۲۹).

پرسشنامه اضطراب سلامت کوتاه^۱ (SHAI): این

پرسشنامه توسط سالکوسکیس و همکارانش ساخته شده است. SHAI یک مقیاس خودسنجی با ۱۸ عبارت است و در رابطه با هر یک از عبارات مذکور، چهار گزینه مطرح است. نمرات به صورت ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. عبارات این آزمون در رابطه با نگرانی‌های مرتبط با سلامت، توجه به احساسات یا تغییرات بدنی و پیامدهای هولناک ابتلا به یک بیماری است. بررسی‌های متعددی نشان دادند که این مقیاس از همسانی درونی مناسبی برخوردار است (ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۵ متغیر بوده است) در همین بررسی‌ها، ضریب پایایی از طریق بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۰ به دست آمده است (۳۰، ۳۱). این پرسشنامه در ایران توسط پناهی و همکاران ترجمه و هنجاریابی شد که آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی این ابزار را به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۰ بدست آوردند (۳۲).

شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

با استفاده از نرم افزار SPSS – IBM.v.21، داده‌ها در ابتدا وارد شدند و از آزمون آماری تحلیل کوواریانس،

¹ Short health anxiety inventory

و طراحی تمرین های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و جلوگیری از اجتناب (مدول ۷)
 ۱۲ پیشگیری از عود، بازبینی کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی بیمار (مدول ۸)

معناست که پروتکل فراتشخیصی یکپارچه نگر، میانگین اضطراب سلامت را در مرحله ی پس آزمون کاهش و میانگین شفقت بر خود را افزایش داده است.

جدول ۱. پروتکل مداخله فراتشخیصی یکپارچه نگر

(۲۲)

جلسات	محتوای جلسات
۱	افزایش انگیزه، مصاحبه ی انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران، ارایه ی منطق درمان و تعیین اهداف درمان (مدول ۱)
۲	ارایه ی آموزش روانی، بازشناسی هیجان ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه ای تجارب هیجانی و مدل ARC (مدول ۲)
۳	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده ی تجارب هیجانی (هیجان ها و واکنش به هیجان ها) به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی (مدول ۳)
۴	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان ها، شناسایی ارزیابی های ناسازگارانه خودآیند و دام های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر (مدول ۴)
۵	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان (مدول ۵)
۶	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBs، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آن ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش های عمل جایگزین به واسطه ی رویارویی با رفتارها (مدول ۵)
۷	آگاهی و تحمل احساس های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه یا رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علائم (مدول ۶)
۱۱ تا ۸	رویارویی احساسی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویایی های هیجانی، آموزش نحوه ی تهیه ی سلسله مراتب ترس و اجتناب

جدول ۲- ویژگی های جمعیت شناختی گروه های

آزمایش و کنترل

پارامتر	گروه آزمایش	گروه کنترل	P
سن (بر حسب سال)	۳۴,۹۸ + ۳,۰۸	۳۵,۲۲ + ۳,۱۷	۰,۱۵
جنس			
زن	۷ (۵۸,۳۳)	۸ (۶۶,۶۷)	۰,۱۸
مرد	۵ (۴۱,۶۷)	۴ (۳۳,۳۳)	۰,۰۷

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و

پس آزمون متغیرهای شفقت بر خود و اضطراب سلامت

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل
پیش آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون
شفقت بر خود	۱۹/۵۰	۴۰/۰۸
	(۷/۰۹)	(۱۳/۳۲)
	(۸/۰۵)	(۱۱/۴۲)
اضطراب سلامت	۲۴/۳۳	۹/۹۱
	(۱۲/۲۷)	(۶/۶۱)
	(۶/۵۷)	(۶/۸۳)

جدول ۴- تحلیل کوواریانس تک متغیره شفقت بر

خود و اضطراب سلامت در مرحله ی پس آزمون

متغیر موقعیت منبع تغییرات	درجه میانگین	F	سطح معنادار
تغییرات آزادی مجذورات			

درد مزمن داشته باشد (۳۸). پس از یک طرف نشان داده شد که درمان‌های با محتوی پرتکلی که تاکید بر مولفه‌های شفقت بر خود دارند، می‌توانند این ویژگی را بهبود بخشند و از سوی دیگر نشان داده شد که شفقت بر خود در افراد مبتلا به درد مزمن می‌تواند نقشی تعیین کننده در سلامت آن‌ها داشته باشد.

در همه مدول‌های برنامه یکپارچه فراتشخیصی به ویژه با این موضوع رو به رو هستیم که فرد در شناخت و قضاوت نسبت به هیجانات خود، آگاهی و شناخت بیشتری به دست آورد که می‌تواند بیانگر تلاش برای افزایش توانایی فرد در همه مولفه‌های شفقت بر خود باشد. در مدول دوم به ویژه به تکنیک‌های ذهن آگاهی اشاره می‌شود که به عنوان یکی از ارکان اصلی شفقت بر خود مفهوم و معنا می‌یابد. بنابراین، می‌توان یافته‌های این مطالعه را نیز به این صورت تبیین نمود. بر این اساس، درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند در افزایش شفقت بر خود افراد مبتلا به درد نوروپاتی تاثیر مثبت و معنادار داشته باشد.

در راستای فرضیه پژوهش، نتایج نشان داد که برنامه یکپارچه فراتشخیصی یکپارچه در مرحله پس‌آزمون توانسته است که نمره اضطراب سلامت را در گروه آزمایش کاهش دهد. این نتیجه به دست آمده با سایر مطالعاتی که از درمان‌های مختلفی مثل درمان شناختی-رفتاری (۴۲-۳۹)، درمان شناختی-رفتاری اینترنتی (۴۳)، درمان شناختی ذهن آگاهانه (۴۷-۴۵)، درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی (۵۰-۴۸)، درمان متمرکز بر هیجان (۵۱) و سایر درمان‌ها (۵۲)، برای اثرگذاری بر مولفه اضطراب سلامت و کاهش علائم مرتبط با آن استفاده شده، همراستا و همسو است. در مطالعه‌ای که توسط موریس و همکاران (۲۰۱۹) در به بهره‌گیری از درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ویدئو کنفرانس انجام شد، یافته‌ها حاکی از آن بود که افراد در گروه آزمایش (دریافت کننده درمان شناختی-رفتاری)، اضطراب

معناداری			
پیش‌آزمون ۱	۰/۰۵۰	۰/۰۰۱۱۹/۹۹۴	۵۴۰/۳۵۵
شفقت پس‌آزمون گروه بر خود	۰/۵۵۰	۰/۰۰۱۲۴/۴۶۷	۶۶۱/۲۲۱
پیش‌آزمون ۱	۰/۷۲۵	۰/۰۰۱۵۲/۸۲۵	۶۸۷/۵۲۴
اضطراب پس‌آزمون گروه سلامت	۰/۴۹۷	۰/۰۰۱۱۹/۷۷۱	۲۵۷/۳۲۸

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اولیه مطالعه فعلی، بررسی اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر کاهش اضطراب سلامت افراد مبتلا به نوروپاتی دیابتی بود. نتایج نشان داد که به عنوان هدف اول، UP در کاهش اضطراب سلامت کارآمد بود. هدف دوم این مطالعه، بررسی اثربخشی ترکیب پروتکل یکپارچه بر افزایش شفقت بر خود بود. نتایج نشان داد که این درمان بر افزایش شفقت بر خود موثر بود.

درمان‌های مختلفی تاکنون به منظور افزایش شفقت بر خود افراد با اختلالات مختلف انجام شده است و با نتایج متفاوتی نیز همراه بوده‌اند (۳۶-۳۳). ویلسون و همکاران در مطالعه مروری و فراتحلیلی نشان دادند که درمان‌های مرتبط با شفقت بر خود یا درمان‌هایی که در پرتکل خود به مولفه‌های سازنده آن از جمله مهربانی با خود، قضاوت خود، انسانیت مشترک، انزوا، همانندسازی افراطی و ذهن آگاهی اشاره داشته‌اند، مناسب‌ترین درمان‌ها و مداخلات برای بهبود این ویژگی شخصیتی در افراد بهنجار یا با اختلالات مختلف هستند (۳۴). یک مطالعه طولی نشان داد که شفقت بر خود می‌تواند نقش معناداری در تجربه علائم افسردگی داشته باشد (۳۷). لوسی و همکاران نیز در سال ۲۰۱۹ نشان دادند که شفقت بر خود و انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند پیامدهای مثبتی برای افراد مبتلا به

هیجانی براساس تکنیک‌های ذهن آگاهی تاکید می‌شود و نیز در مدول ۷، بر آگاهی و تحمل احساس‌های هیجانی توجه می‌شود. در افراد مبتلا به درد نوروپاتی، آگاهی هیجانی و تحمل احساس‌های هیجانی با مشکلاتی مواجه است (۵۴) که براساس موارد گفته شده، برنامه یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود این موارد گام بر می‌دارد. پس، با توجه به نتایج این مطالعه، می‌توان گفت که پرتکل یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند بر بهبود اضطراب سلامت و کاهش سطح علائم تجربه شده آن اثر گذار باشد.

مطالعه فعلی دارای محدودیت‌هایی نیز بود. علائم همبودی با اختلال و بیماری اصلی که به صورت متوسط تا خفیف تجربه می‌شدند مثل وسواس، افسردگی، استرس پس از سانحه و ... در نتایج حاصل از مطالعه در نظر گرفته نشد. اندازه نمونه در این مطالعه هر چند که با سایر مطالعات برنامه یکپارچه هماهنگ بود پایین بود و این از عدم توانایی و هماهنگی با برنامه کاری و زندگی بعضی از مراجعان ناشی شد. ما مدت ۱۲ جلسه‌ای UP را در این مطالعه اجرا کردیم و بعضی مؤلفه‌ها از قبیل آگاهی هیجانی، باز ارزیابی شناختی فقط در یک جلسه به کار رفتند که می‌توانند در جلسات درمانی بیش تری مفید باشند. هم چنین مواجهه هیجانی می‌تواند در جلسات درمانی بیشتر و در فاصله‌های زمانی طولانی مدت مفید باشد. در نهایت، این که دوز و نوع داروهای مصرفی برای اختلال اصلی و یا اختلالات همبود متوسط تا خفیف در بین بیماران کاملاً مشابه نبودند.

مطالعات و پژوهش‌های مربوط به درمان‌های فراتشخیصی به خصوص برنامه یکپارچه‌ی بارلو و همکاران روز به روز بیشتر می‌شود. این مطالعه اولین کار آزمایشی بالینی کنترل‌شده بود که اثربخشی برنامه یکپارچه را به طور اختصاصی بر روی علائم روانشناختی بیماران مبتلا به نوروپاتی دیابتی را بررسی

سلامت، اضطراب کلی، افسردگی در مقایسه با گروه کنترل (دریافت کننده درمان متداول دارویی) بهبود متوسطی یافته بودند (۵۳). مطالعه سپتا و همکاران در سال ۲۰۱۹، نشان داد که درمان شناختی ذهن آگاهانه می‌تواند در بهبود علائم اضطراب مرتبط با درد موثر باشد (۴۵). ایلبرگ و همکاران در سال ۲۰۱۵ نیز به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی روی ۱۲۶ نفر از افراد دارای علائم شدید اضطراب سلامت پرداختند نیز یافته‌ها حاکی از آن بود که این درمان می‌تواند به عنوان مداخله‌ای سهل‌الوصول، موثر و قابل قبول برای افراد دارای علائم شدید اضطراب سلامت موثر باشد (۴۹). تاکنون مداخله‌های متنوعی نیز برای علائم روانشناختی مختلف در افراد مبتلا به درد نوروپاتی بهره گرفته شده است. در مطالعه‌ای انوری و همکاران (۲۰۱۴) به اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و پایبندی بر پذیرش درد اضطراب با درد و شدت درد در بیماران مرد مبتلا به درد پرداختند و نتایج حاکی از آن بود که درمان مذکور بر متغیرهای مربوط به درد اثر گذار بوده‌اند (۲۰). همچنین در مطالعه‌ای نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی را بر شدت تجربه درد بیماران مبتلا به سردرد مزمن را نشان دادند (۲۱).

این موارد نشان می‌دهند که از طرفی، درمان‌های شناختی-رفتاری و درمان‌های مکمل آن، که تحت عنوان "درمان‌های موج سوم" شناخته می‌شوند، می‌توانند بر الگوی تجربه علائم اضطراب سلامت موثر باشد و از طرف دیگر نیز، این درمان‌ها و مؤلفه‌های وابسته به آن‌ها نیز بر درد مزمن و نوروپاتیک موثر بوده‌اند. از آنجایی که پرتکل یکپارچه فراتشخیصی در سنت شناختی-رفتاری ریشه دارد و تاکید آن بر هیجان و نحوه تجربه و پاسخ‌دهی فرد به آن می‌باشد، یافته این مطالعه که همراستا با ادبیات پژوهشی است، دور از انتظار به نظر نمی‌رسد. در مدول سوم این پرتکل، بر آموزش آگاهی هیجانی و یادگیری مشاهده تجارب

کرد. نتایج نشان داد که این برنامه کاهش معنادار اضطراب سلامت و افزایش معنادار شفقت بر خود در پی دارد. برنامه UP دارای یک کتاب راهنمای درمانگر و یک کتاب مراجع می‌باشد که برای متخصصان و دانشجویان روانشناسی و هم چنین کسانی که از اختلالات هیجانی رنج می‌برند می‌تواند مفید و کارآمد باشد.

References

1. Booya F, Bandarian F, Larijani B, Pajouhi M, Nooraei M, Lotfi J. Potential risk factors for diabetic neuropathy: a case control study. *BMC neurology*. 2005 Dec 1;5(1):24.
2. Hoffman EM, Staff NP, Robb JM, Sauver JL, Dyck PJ, Klein CJ. Impairments and comorbidities of polyneuropathy revealed by population-based analyses. *Neurology*. 2015 Apr 21;84(16):1644-51.
3. Yamany AA, Sayed HM. Effect of low level laser therapy on neurovascular function of diabetic peripheral neuropathy. *Journal of Advanced Research*. 2012 Jan 1;3(1):21-8.
4. Pop-Busui R, Boulton AJ, Feldman EL, Bril V, Freeman R, Malik RA, Sosenko JM, Ziegler D. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes care*. 2017 Jan 1;40(1):136-54.
5. Abbott CA, Malik RA, van Ross ER, Kulkarni J, Boulton AJ. Prevalence and characteristics of painful diabetic neuropathy in a large community-based diabetic population in the UK. *Diabetes care*. 2011 Oct 1;34(10):2220-4.
6. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, Gilron I, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Kamerman PR. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*. 2015 Feb 1;14(2):162-73.
7. Bouhassira D, Letanoux M, Hartemann A. Chronic pain with neuropathic characteristics in diabetic patients: a French cross-sectional study. *PLoS One*. 2013 Sep 13;8(9):e74195.
8. Mohammadi R, Khanjani S, Rajabi M. Relation of distress tolerance and self-compassion with symptoms of borderline personality in people with border-line personality disorder referred to one of the military hospitals.
9. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In *Handbook of mindfulness and self-regulation 2015* (pp. 121-137). Springer, New York, NY.
10. Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras AM, Huh BK, Rogers LL, Keefe FJ. Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of pain and symptom management*. 2012 Apr 1;43(4):759-70.
11. Cho EH, Lee H, Ryu OH, Choi MG, Kim SW. Sleep disturbances and glucoregulation in patients with type 2 diabetes. *Journal of Korean medical science*. 2014 Feb 1;29(2):243-7.
12. Knutson KL, Van Cauter E. Associations between sleep loss and increased risk of obesity and diabetes. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008;1129:287.
13. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965 Nov 19;150(3699):971-9.
14. Gharaei AS, Azadfallah P, Tavallaei A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain experience in women with chronic pain.
15. Abbott CA, Carrington AL, Ashe H, Bath S, Every LC, Griffiths J, Hann AW, Hussein A, Jackson N, Johnson KE, Ryder CH. The North-West Diabetes Foot Care Study: incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community-based patient cohort. *Diabetic medicine*. 2002 May;19(5):377-84.
16. Fornasari D. Pharmacotherapy for neuropathic pain: a review. *Pain and therapy*. 2017 Dec 1;6(1):25-33.
17. Boulton AJ, Vinik AI, Arezzo JC, Bril V, Feldman EL, Freeman R, Malik RA, Maser RE, Sosenko JM, Ziegler D. Diabetic neuropathies: a statement by the American Diabetes Association. *Diabetes care*. 2005 Apr 1;28(4):956-62.
18. Waldfoegel JM, Nesbit SA, Dy SM, Sharma R, Zhang A, Wilson LM, Bennett WL, Yeh HC, Chelladurai Y, Feldman D, Robinson KA. Pharmacotherapy for diabetic peripheral neuropathy pain and quality of life: a systematic review. *Neurology*. 2017 May 16;88(20):1958-67.

19. Anvari MH, Ebrahimi A, Taher NH, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain.
20. Torrance N, Ferguson JA, Afolabi E, Bennett MI, Serpell MG, Dunn KM, Smith BH. Neuropathic pain in the community: more under-treated than refractory?. PAIN®. 2013 May 1;154(5):690-9.
21. Bouhassira D, Luporsi E, Krakowski I. Prevalence and incidence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in patients with cancer. Pain. 2017 Jun 1;158(6):1118-25.
22. Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, Bentley KH, Boettcher HT, Cassiello-Robbins C. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press; 2017 Nov 17.
23. Wilamowska ZA, Thompson-Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Depression and Anxiety. 2010 Oct;27(10):882-90.
24. Ellard KK, Bernstein EE, Hearing C, Baek JH, Sylvia LG, Nierenberg AA, Barlow DH, Deckersbach T. Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. Journal of affective disorders. 2017 Sep 1;219:209-21.
25. Lopez NE, Prendergast C, Lowy AM. Borderline resectable pancreatic cancer: definitions and management. World Journal of Gastroenterology: WJG. 2014 Aug 21;20(31):10740.
26. Sabour S, Kakabraee K. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, stress and indicators of pain in women with chronic pain.
27. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, Gallagher MW, Barlow DH. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. Behavior therapy. 2012 Sep 1;43(3):666-78.
28. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and identity. 2003 Apr 1;2(2):85-101.
29. Azizi A, Mohammadkhani P, Lotfi S, Bahramkhani M. The validity and reliability of the Iranian version of the Self-Compassion Scale. Practice in Clinical Psychology. 2013 Jul 10;1(3):149-55.
30. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. Cognitive Therapy and Research. 2007 Dec 1;31(6):871-83.
31. Salkovskis PM, RIMES KA, WARWICK HM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychological medicine. 2002 Jul 1;32(5):843.
32. Panahi S, Asghari Moghadam MA, Shaeeri MR, Eghtedar Nejjhad S. Psychometric properties of a Persian version of the Short Form of Health Anxiety Inventory in non-clinical Iranian populations. Q Educ Meas. 2010;1:21-46.
33. Baghaei N, Hach S, Khaliq I, Stemmet L, Krishnan J, Naslund J, Liang HN, Sharifzadeh H. Increasing self-compassion in young people through virtual reality. In2019 IEEE International Symposium on Mixed and Augmented Reality Adjunct (ISMAR-Adjunct) 2019 Oct 10 (pp. 404-407). IEEE.
34. Sherman KA, Roper T, Kilby CJ. Enhancing self-compassion in individuals with visible skin conditions: randomised pilot of the 'My Changed Body' self-compassion writing intervention. Health Psychology and Behavioral Medicine. 2019 Jan 1;7(1):62-77.
35. Wilson AC, Mackintosh K, Power K, Chan SW. Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. Mindfulness. 2019 Jun 15;10(6):979-95.
36. Horan KA, Taylor MB. Mindfulness and self-compassion as tools in health behavior change: An evaluation of a workplace intervention pilot study. Journal of Contextual Behavioral Science. 2018 Apr 1;8:8-16.
37. Carvalho SA, Trindade IA, Gillanders D, Pinto-Gouveia J, Castilho P. Self-Compassion and Depressive Symptoms in Chronic Pain (CP): A 1-Year Longitudinal Study. Mindfulness. 2020 Mar;11(3):709-19.
38. Davey AL. *Psychological flexibility, self-compassion and outcomes in chronic pain: empirical research project & systematic review* (Doctoral dissertation, King's College London).
39. Morriss RK, Patel S, Malins S, Guo B, Higon F, Brown P, Cope N, Kaylor-Hughes C, Simpson J, Stubbley M. Clinical and economic outcomes of remotely delivered Cognitive Behavior

- Therapy for repeat unscheduled care users with severe health anxiety: A multi-center randomized controlled trial.
40. Rush-Ossenbeck M, West-Olatunji C. Using a CBT-Based Therapeutic Community Program to Facilitate Healthy Relationships among Military Veterans and Their Families. Online Submission. 2014 Nov 12.
 41. Tyrer P. CBT for severe mental disorder: a good product that is in danger of being over-extended. *World Psychiatry*. 2014 Oct;13(3):252.
 42. Seivewright H, Green J, Salkovskis P, Barrett B, Nur U, Tyrer P. Cognitive-behavioural therapy for health anxiety in a genitourinary medicine clinic: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2008 Oct;193(4):332-7.
 43. Kladnitski N, Smith J, Uppal S, James MA, Allen AR, Andrews G, Newby JM. Transdiagnostic internet-delivered CBT and mindfulness-based treatment for depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Internet interventions*. 2020 Apr 1;20:100310.
 44. Hedman E, Andersson G, Andersson E, Ljotsson B, Rück C, Asmundson GJ, Lindfors N. Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2011 Mar;198(3):230-6.
 45. Sepanta M, Shirzad M, Bamdad S. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Catastrophizing and Anxiety associated with Pain in Adolescents with Leukemia. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 2019 Mar 17;6(1):27-34.
 46. Lovas DA, Barsky AJ. Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *Journal of anxiety disorders*. 2010 Dec 1;24(8):931-5.
 47. Zautra AJ, Davis MC, Reich JW, Sturgeon JA, Arewasikporn A, Tennen H. Phone-based interventions with automated mindfulness and mastery messages improve the daily functioning for depressed middle-aged community residents. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2012 Sep;22(3):206.
 48. Kelson J, Rollin A, Ridout B, Campbell A. Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: systematic review. *Journal of medical Internet research*. 2019;21(1):e12530.
 49. Eilenberg T, Fink P, Jensen JS, Rief W, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*. 2016;46(1):103.
 50. Herman M, Huffman R, Anderson K, Golden J. "ASPIRE" ACT Supplemental Preparation in Rural Education: An Initiative Designed to Bridge Deficits on the ACT College Entrance Examination. *NACTA Journal*. 2014 Sep 1;58(3):269.
 51. Timulak L, Keogh D. Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2020 Mar 1;50(1):1-3.
 52. Petricone-Westwood D, Jones G, Mutsaers B, Leclair CS, Tomei C, Trudel G, Dinkel A, Lebel S. A systematic review of interventions for health anxiety presentations across diverse chronic illnesses. *International journal of behavioral medicine*. 2019 Feb 15;26(1):3-16.
 53. Morriss J, van Reekum CM. I feel safe when i know: Contingency instruction promotes threat extinction in high intolerance of uncertainty individuals. *Behaviour research and therapy*. 2019 May 1;116:111-8.
 54. Dixit S, Maiya A. Diabetic peripheral neuropathy and its evaluation in a clinical scenario: a review. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2014 Jan 1;60(1):33.

Original Article

The effectiveness of unified protocol for transdiagnostic treatment on psychological symptoms in patients with diabetic neuropathy pain

Received: 14/08/2020 - Accepted: 18/10/2020

Fatemeh Shekarian Yazd¹

hasan Toozandehjani^{2*}

¹ Department of Clinical Psychology,
Faculty of Basic Sciences, Neyshabour
Branch, Islamic Azad University of
Neyshabour, Iran

² Department of Psychology, Neyshabur
Branch, Islamic Azad University,
Neyshabur, Iran.

Email: h.toozandehjani@yahoo.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of the unified protocol of transdiagnostic treatment on improving the psychological symptoms of people with chronic pain, including reducing the experienced severity of health anxiety and improving self-compassion.

Materials and Methods: The research method is quasi-experimental research (pre-test-post-test design with unequal control group). This study is a randomized controlled trial that has an experimental group receiving unified protocol of transdiagnostic treatment and a control group receiving no intervention. The statistical population of this study is all people with neuropathic pain who referred to Mashhad Diabetes Association in 2019. Twenty-four participants were assessed using two self-compassion questionnaires (SCS) and short health anxiety (SHA).

Results: The results of analysis of covariance showed that there was a significant difference between the groups at the level of 0.001, which means that the unified protocol of transdiagnostic treatment decreased the mean of health anxiety in the post-test phase and increased the mean of self-compassion.

Conclusion: The unified protocol of transdiagnostic treatment is one of the most successful approaches in the field of health anxiety and self-compassion.

Key words: Diabetic neuropathy, Psychological, Transdiagnostic treatment.

Acknowledgement: There is no conflict of interest.