

اثربخشی و مقایسه شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری در حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت

فاطمه جلاپور^۱، حمد حاتمی^۲، هادی هاشمی رازینی^۳، ریتا لیاقت^۴

^۱ گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

امروزه مقایسه اثربخشی روش های درمانی جهت کاهش مشکلات روانی بیماران مبتلا به دیابت مورد توجه روانشناسان مختلف قرار دارد. این تحقیق با هدف مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری در حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان پاستور شهرستان بوم بود. روش پژوهش از نظر هدف کاربردی، از نظر شیوه اجرا آزمایشی از نوع تمام آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران دیابتی مراجعه کننده به بیمارستان پاستور شهر بوم در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند با تعداد کل ۱۵۲ نفر بود. روش نمونه گیری در دسترس بود. از جامعه آماری، ۴۵ نفر انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (۱۵ نفر گروه درمان شناختی رفتاری، ۱۵ نفر شفقت درمانی و ۱۵ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. آزمودنی ها قبل، بعد از آموزش و در مرحله پیگیری به پرسشنامه حساسیت اضطرابی اشپیل برگر (۱۹۸۳)، پاسخ دادند. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی، تحلیل شد. یافته های پژوهش نشان داد که شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری باعث کاهش حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت می شوند. تاثیر شفقت درمانی از شناختی رفتاری بیشتر بود و اثر خود را در طول زمان حفظ کرد. نتیجه گیری: نتایج نشان داد که شفقت درمانی تاثیر بیشتری بر کاهش حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو داشته است.

واژه های کلیدی: حساسیت اضطرابی، درمان شناختی-رفتاری، شفقت درمانی.

مقدمه

دیابت، یک اختلال سوخت و سازی در بدن است که شیوع آن پیوسته در حال افزایش است. تخمین زده شده است حدود ۲۸۵ میلیون بیمار مبتلا به دیابت در سطح جهان وجود دارد که تقریباً ۷۰٪ آنها متعلق به کشورهای در حال توسعه می باشد (هرمان، مونتجو، تروم، گوسنز و بایک، ۲۰۱۸). در این بیماری توانایی تولید هورمون انسولین در بدن از بین می رود یا بدن در برابر انسولین مقاوم شده و بنابراین انسولین تولیدی، نمی تواند عملکرد طبیعی خود را انجام دهد. دیابت با افزایش ریسک بیماری های قلبی عروقی ارتباط مستقیمی دارد؛ لذا تشخیص زودرس و درمان مشکلات روانشناختی ناشی از این مساله بسیار حیاتی است (ماراسچین، ۲۰۱۲).

در ایران نیز بررسی ها، حاکی از افزایش شمار مبتلایان به دیابت است. طبق تخمین های فدراسیون بین المللی دیابت، ایران تا سال ۲۰۳۰ به یکی از پرشیوع ترین مناطق جهان به لحاظ دیابت تبدیل خواهد شد (میرزایی، رحمانیان، میرزایی و نجارزاده، ۲۰۲۰). در کنار افزایش قابل ملاحظه بیماری، اخیراً جنبه های روانشناختی آن نیز نظر بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است. از دلایل این مسأله می توان به ماهیت بیماری اشاره کرد چرا که دیابت یک بیماری خود مدیریتی است و مؤلفه های رفتاری و هیجانی بسیار قوی دارد (فانا، اسماعیلی، اسماعیلی، بندریان، اصفهانی و همکاران، ۲۰۲۱). تاکنون پژوهش های متعددی رابطه بیماری دیابت را با عوامل روانشناختی مورد بررسی قرار داده اند. در کنار شواهدی که حاکی از بالا بودن انواع رویدادهای استرس زا و اختلالات اضطرابی در این بیماران است، همواره بر رابطه بین دیابت و افسردگی نیز تأکید شده است (ویکاکسانا، هرتانتی، فردیانا و پرامونو، ۲۰۲۰). توأم شدن مؤلفه های رفتاری و هیجانی با دیابت، سیر و پیش آگهی بیماری را بدتر ساخته و با پیامدهای نامطلوبی از جمله کاهش رفتار های خود مراقبتی، قند خون، بروز بیشتر عوارض بیماری و مرگ و میر همراه است (گورمو، گلا و آگا، ۲۰۱۸). شیوع اختلالات اضطرابی در افراد مبتلا به دیابت، ۲۰ درصد بیشتر از افراد غیردیابتی برآورد می شود (فانا و همکاران، ۲۰۲۱). اضطراب قادر است با فعال کردن محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال سبب افزایش طولانی مدت سطح هورمون های استرس یعنی کورتیزول، اپی نفرین، گلوکاکون و هورمون رشد شده و در نتیجه منجر به افزایش قند خون یا تشدید قند خون بالا شود (فوکوکو، ناریتا، فوجیتا، موری، ساتو و همکاران، ۲۰۱۹).

اگرچه رایج ترین درمان برای دستیابی به کنترل مطلوب، در دیابت استفاده از انسولین است، اما حتی زمانی که برنامه های کنترلی (شامل انسولین، ورزش و تغذیه) نیز رعایت شده باشند باز هم تضمینی برای کنترل قند خون وجود ندارد به این دلیل که هنوز ظهور اختلالات روانی و استرس می توانند باعث افزایش قند خون شوند (لوموناکا، گودینز، بریل، شرسزا، منصور و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین مدیریت بهتر دیابت زمانی اتفاق می افتد که مؤلفه های روانشناختی و پیشگیری و درمان اختلالات روانی هم به دارو درمانی اضافه شوند. انواع مختلف مداخلات روانشناختی وجود دارند که می توانند به کنترل بهتر قند خون کمک کنند. از طرفی در یک دور باطل، بیماری دیابت نیز سبب بروز مشکلات روان شناختی چون افسردگی، اضطراب و تنیدگی در افراد می شود (گورمو و همکاران، ۲۰۱۸). از ویژگی های بالینی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت، می توان حساسیت اضطرابی بالا اشاره کرد.

^۱ Herman, de Montjoye, Tromme, Goossens & Baeck

^۲ Maraschin

^۳ Wicaksana, Hertanti, Ferdiana & Pramono

^۴ Gurmu, Gela & Aga

^۵ ukuoka, Narita, Fujita, Morii, Sato

^۶ Lomonaco, Godinez Leiva, Bril, Shrestha

حساسیت اضطرابی نشان دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی به عنوان اموری آزار دهنده و خطرناک است (زولنسکی، گاری، آلان، فاریس، رینز، ۲۰۱۸). حساسیت اضطرابی^۷ به ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای بدنی، روانشناختی و اجتماعی منجر می‌شود (فاستینو و همکاران، ۲۰۲۰). حساسیت اضطرابی نشان دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی به عنوان اموری آزاردهنده و خطرناک است (مکنلی، ۲۰۰۲). حساسیت اضطرابی^۸ به ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای بدنی، روانشناختی و اجتماعی منجر می‌شود (دیکون، آبرامویتز، وودز و تولین، ۲۰۰۳). افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند اکثر اوقات به نشانه‌های اضطرابی واکنش منفی نشان می‌دهند، در مقابل افرادی که حساسیت اضطرابی پایینی دارند با وجود اینکه این نشانه‌ها را به طور ناخوشایند تجربه می‌کنند، اما آنها را تهدیدآمیز تلقی نمی‌کنند (مکنلی، ۲۰۰۲). افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا نه تنها رویدادهای استرس‌زا، بلکه رویدادهای عادی را هم فاجعه‌بار قلمداد می‌کنند، در حالی که افرادی که حساسیت اضطرابی پایینی دارند این رویدادها را نامطلوب تلقی کرده ولی در مورد آنها فاجعه‌سازی نمی‌کنند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ارزیابی فرد از یک موقعیت استرس‌زا در پیامدهای بعدی آن نقش تعیین‌کننده دارد. ادراک دو نفر از یک رویداد خاص به دو شکل متفاوت است و این امر بستگی به ارزیابی آن‌ها از موقعیت دارد، به نظر می‌رسد که حساسیت اضطرابی این ارزیابی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (هال و همکاران، ۲۰۰۴).

مطالعات متعدد حساسیت اضطرابی را یک عامل آسیب‌پذیری مهم می‌دانند که در ایجاد و تداوم اختلالات روانی نقش مهمی دارد (وارن، ذوالفقاری، فرسندو، بنت، پوغو، وادیمبا و همکاران، ۲۰۲۱). سطوح بالای حساسیت اضطرابی منجر به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات، به ویژه اطلاعات مربوط به موضوعات دارای بار تهدیدی جسمی، روانشناختی و اجتماعی می‌شود. بنابراین افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند، محرک‌های تهدیدکننده بیشتری را ادراک می‌کنند و رفتارهای اجتنابی و مقابله‌ای بیشتری را نشان خواهند داد. افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند زمانی که با دشواری‌هایی در تنظیم عملکردهای هیجانی خود مواجه می‌شوند، کمتر قادر به شناسایی و پذیرش هیجانات‌شان هستند و در موقعیت‌های هیجانی مبهم تمایل بیشتری به نشان دادن هیجانات منفی دارند، در نتیجه مبتلایان به دیابت با حساسیت اضطرابی بالا و نقص در تنظیم هیجان، تهدید بیشتری را ادراک کرده و تلاش خواهند کرد رفتار اجتنابی بیشتری از خود نشان دهند که این امر منجر به تشدید اختلال در آن‌ها می‌گردد (هورنستین، پاتر و هیمبرگ، ۲۰۱۸). برای درمان مشکلات روانشناختی ناشی از بیماری دیابت روش‌های درمانی مختلفی وجود دارد که گاه این روش‌های درمانی در مبانی نظری تفاوت‌های عمده‌ای دارند که از جمله این روش‌ها می‌توان درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت^۹ نام برد.

درمان شناختی- رفتاری ترکیبی از نظریه‌ها و فنون رفتار درمانی و شناخت درمانی است. رویکردهای رفتاری و شناختی هر دو

^۷ Zvolensky, M. J., Garey, L., Allan, N. P., Farris, S. G., Raines, A. M., Smits, J. A., ... & Schmidt

^۸ Faustino

^۹ McNally

^{۱۰} Deacon, Abramowitz, Woods & Tolin

^{۱۱} Warren, Zolfaghari, Fresnedo, Bennett, Pogue, Waddimba

^{۱۲} Horenstein, Potter & Heimberg

^{۱۳} Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

^{۱۴} Compassion-Focused Therapy (CFT)

تا حدی از سنت تجربی برآمده‌اند و تأکید آن روی افزایش مهارت‌های شناختی و کاهش فعالیت‌های شناختی ناسازگارانه می‌باشد و از تکالیف رفتاری هم برای تغییر رفتار استفاده به عمل می‌آورد و این روشها با توجه به پیشرفت بیماران در هر جلسه برای آنها بکار گرفته می‌شود (فیرکی، سجاتار و لروان ، ۲۰۲۲). منشأ روش درمان شناختی- رفتاری به روش شناخت درمانی بک (۱۹۷۶ به نقل از بک، ۲۰۴۰)، بر می‌گردد که به طور عمده برای درمان افسردگی ابداع شده بود. بر اساس نظریه شناختی بک (۲۰۲۰)، افراد افسرده به افکار غلط و غیر منطقی می‌پردازند و همین امر علت اصلی مشکلات آنان است. بنابراین، مهمترین مرحله در این روش درمانی، کمک به مراجع برای شناخت افکار غلط و تصورات ناسازگارانه ی مؤلد مشکل اوست (بک، ۲۰۲۰).

خودشفقت‌ورزی سازه‌ای است که ریشه در فلسفه بودیسم دارد، این سازه تجربیات شخصی فرد را در قالب تجربیات معمول انسانی می‌بیند؛ رنج و شکست و بی‌کفایتی را به عنوان بخشی از شرایط انسان پذیرفته و همه انسان‌ها را شایسته مهرورزی می‌داند (نف ، ۲۰۱۱). شفقت‌ورزی به عنوان هیجان مثبتی که فرد نسبتاً به خود دارد تعریف شده که مانع پیامدهای منفی خود قضاوت‌گری، منزوی‌سازی و نشخوار فکری می‌شود. مطابق با نظر نف (۲۰۰۳)، در الگوی مهرورزی، فردی که تجاربی از درد و رنج و ناکامی دارد، برای کاهش درد و رنج خود باید از سه راهبرد زیر استفاده کند. نف (۲۰۰۳) شفقت را به عنوان سازه‌ای می‌بیند که از سه جزء مهربانی، ویژگی مشترک انسانی و مراقبه حضور در لحظه تشکیل شده است. تجربه نشان می‌دهد که افراد نسبت به خودشان تا همکارانی که برای آنها اهمیت قائل هستند یا افراد غریبه سخت‌گیرتر و نامهربان‌تر هستند. در حالی که چنین سخت‌گیری نسبت به خود، ممکن است در ترس از خودخواهی یا خود مرکزبینی ریشه داشته باشد (ویلسون، ماکینتوش، پاور و چان ، ۲۰۱۹). مشفق‌بودن نسبت به خود منجر به خود مرکزبینی نخواهد شد. بلکه، شفقت به خود منجر به افزایش شفقت و دغدغه نسبت به همکاران می‌شود. شفقت به خود باعث می‌شود فرد تجربیات خود را درمنظر تجربیات مشترک انسانی ببیند و دریابد که رنج، شکست و نقص اقتضای انسان بودن است و همه ی افراد -که من هم یکی از آنها هستم- ارزش شفقت‌کردن دارند. کمتر قضاوت کردن نسبت به خود، منجر به کمتر قضاوت کردن نسبت به همکاران می‌شود، پس مانند مقایسه خود با همکاران نیازی به افزایش یا دفاع از ارزش خود وجود ندارد. شفقت به خاطر اینکه خود برتر یا شایسته‌تر است او را بزرگ نمی‌کند، بلکه افراد، ارتباطشان با یکدیگر و برابری شان را تشخیص می‌دهند. (بلاث و نف، ۲۰۱۸). داشتن شفقت به خود، منجر به بخشیدن شکست‌ها و نقاط ضعف خود و احترام گذاشتن به خود به عنوان یک انسان- بنابراین محدود و ناکامل- می‌شود. در واقع شفقت به خود یک انسجام متعادل میان دغدغه برای خود و دغدغه برای همکاران است. حالتی که محققان آن را برای عملکرد روانی بهینه ضروری می‌دانند (سیروس، کیتنر و هیرچ ، ۲۰۱۵).

بر اساس مطالب ذکر شده استفاده از درمان شناختی رفتاری و اثرات آن برای درمان بیماری دیابت با توجه به نرخ رشد این بیماری در کشورمان که در حال افزایش است و با توجه به اینکه که کمتر مورد توجه محققان ایران قرار گرفته است، لزوم انجام پژوهش در بکارگیری مقایسه ای رویکرد های مبتنی بر روان درمانی اثربخش و سودمند همچون شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری دیده می‌شود تا بتوان بهترین گزینه جهت کاهش حساسیت های اضطرابی این بیماران بدست آورد، با توجه به موارد فوق، سوال اصلی پژوهش این است که آیا شفقت درمانی و یا درمان شناختی رفتاری هر کدام به تنهایی باعث کاهش

^{۱۹}qri, A. M., Sjattar, E. L., & Irwan

^{۲۰}Beck

^{۲۱}Neff

^{۲۲}Wilson, Mackintosh, Power & Chan

^{۲۳}Bluth

^{۲۴}Sirois, Kitner & Hirsch

حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت می شوند؟ آیا بین میزان اثربخشی شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت تفاوت وجود دارد؟

روش

روش تحقیق مورد استفاده در این پژوهش از نظر هدف کاربردی، از نظر نحوه گردآوری داده ها آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری، ماهیت داده ها کمی و داده ها در مقیاس فاصله ای هستند. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت وابسته به بیمارستان پاستور شهر بم در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند با تعداد کل ۱۵۲ نفر بودند. از این تعداد به روش نمونه گیری در دسترس، تعداد ۴۵ نفر از بیماران دیابتی انتخاب و به صورت کاملاً تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. گروه اول با روش مداخله ای درمان شناختی رفتاری، گروه دوم با روش مداخله ای شفقت درمانی و گروه سوم با عنوان گروه کنترل به روش مداخله ای مبتنی بر زمان حال یا مورد مداخله قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش: بیمار با تشخیص دیابت نوع دو براساس پرونده پزشکی، حداقل ۶ ماه از تشخیص دیابت گذشته باشد، رضایت کتبی و موافقت شرکت کنندگان به منظور شرکت در جلسات درمان مبتنی بر شفقت و یا درمان شناختی رفتاری، دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، تحصیلات حداقل دیپلم. و مهمترین معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: شرکت در روان درمانی در طی شش ماه اخیر بر اساس خوداظهاری، ابتلا به بیماری جسمی دیگری همچون میگرن، فشار خون، ام اس بر اساس پرونده پزشکی و خوداظهاری، وجود اختلالات روانی عمده (همچون افسردگی شدید، اضطراب شدید، اختلالات شخصیت، اختلال سایکوتیک و دوقطبی) بر اساس پرونده پزشکی و خوداظهاری مراجعین، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آزمایشی برای گروه های آزمایش و احراز نشدن هر یک از معیارهای ورود به پژوهش. جهت سنجش میزان حساسیت اضطراب آزمودنی ها از پرسش نامه حساسیت اضطراب استفاده می شود که توسط اشپیل برگر در سال (۱۹۸۳)، به عنوان یک ابزار خود سنجی به شکل دو فرم جداگانه ساخته شد و دارای ۴۰ آیتم است که به پاسخ دهنده امکان می دهد که احساسات خود را با نمره ۱ برای عدم اضطراب و نمره ۴ برای اضطراب بالا رده بندی نماید. در طی سال های اخیر، این مقیاس به عنوان متداول ترین آزمون برای ارزیابی اضطراب در پژوهش های مختلف در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته است. صادقی (۱۳۹۲) گزارش می دهد که ضریب اعتبار این مقیاس را برای مقیاس حالت ۹۳ درصد و برای مقیاس صفت ۹۰ درصد محاسبه کرده است.

برنامه آموزش متمرکز بر خود شفقت ورزی

برای تهیه برنامه آموزش متمرکز بر خود شفقت ورزی، به بررسی ادبیات پژوهشی مربوطه در این زمینه پرداخته شد و در نهایت این برنامه با منابعی همچون نظریه گیلبرت (۲۰۰۹)، کتاب های متعدد^۱ شفقت درمانی، مقاله های مرور^۲ پنج سال اخیر طراحی و تدوین شد و روایی محتوای آن تعیین شد.

جدول ۱. شرح محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، آشنایی با مفاهیم کلی شفقت به خود و همدلی	تمرین تنفس آرامبخش ریتمیک	آشنایی کلی با خود شفقت ورزی

دوم	آشنایی با رفتار و افکار خود انتقادگر	آموزش خود انتقادی و انواع آن، ترغیب آزمودنی ها به بررسی شخصیت خود به عنوان خود انتقادگر یا شفقت گر، بیان علل خود انتقادی و پیامدهای آن، ارائه راهکارهایی برای کاهش خود انتقادی	پاسخ به سوالات تمرین "چگونه به خود واکنش نشان می دهید؟"	مقابله با افکار خود انتقادگری
سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود	آموزش پذیرش اشتباهات بدون قضاوت، بیان دلایل اشتباه کردن، بیان معایب و پیامدهای عدم بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشش خود در زمان خطا کردن	تهیه دفترچه وثبت اشتباهات روزانه	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود
چهارم	درک و توانایی تحمل شرایط دشوار	آموزش ذهن آگاهی و مهارت های آن همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس. آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره شدن بر آنها، آموزش پذیرش شکست، پرورش و درک اینکه همکاران نیز نقایص و مشکلاتی دارند.	یادداشت های روزانه درباره شفقت به حال خود	پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خود تخریب گرانه
پنجم	قدردانی از خود	آموزش خود ارزشمندی و مزایای آن، بیان معایب خودارزشمندی پایین و عزت نفس، آموزش روش های تقویت حس خود ارزشمندی	تمرین قدردانی از خود و ذکرده مورد از ویژگیهای مثبت خود	رشد احساس خودارزشمندی
ششم	ایجاد احساسات خوشایند	آموزش ایجاد تصاویر دلسوزانه و آرام سازی از طریق تصویر پردازی ذهنی (تصویر رنگ، مکان و ویژگیهای شفقت ورز) آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت ورزی و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره	تمرین تصویر پردازی ذهنی	پرورش افکار شفقت ورزانه به خود
هفتم	آشنایی با رفتار شفقت گر	آموزش مفاهیم شفقت ورزی مانند خرد، توجه، نفکر منطقی، گرمی، حمایت و مهربانی، آموزش صفات خود شفقتی مانند انگیزه، حساسیت، همدردی و مهربانی	تمرین نوشتن عبارات مهربانگیز به خود	پرورش افکار شفقت ورزانه به خود
هشتم	شناسایی احساسات متناقض	آموزش گفتگوی درونی بین سه خود تعریف شده (گفتگوی بین خودانتقادگر، خود انتقادشونده و خود دلسوز یا شفقت گر) در این تمرین هر فرد بین ابعاد مختلف وجود خود مکالمه هایی ترتیب می دهد و با هر سه بخش انتقادگر، انتقاد شونده و شفقت گر خود ارتباط برقرار کند	تمرین صندلی خالی گشتالت	آگاهی از افکار و احساسات متناقض
نهم	درک و پذیرش خود	آموزش نوشتن نامه دلسوزانه به خود، بیمار به خاطر اشتباهی که مرتکب شده اند از طرف یک شخصیت دلسوز برای خود نامه می نویسند و کمبودها و ضعف هایی	تمرین نوشتن نامه دلسوزانه	پذیرش خود

		اشاره می کنند که درباره خود احساس می کنند.		
دهم	مرور مباحث آموزش داده شده	دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع بندی مطالب گذشته	مرور تمرینات گذشته	به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

برنامه آموزش درمان شناختی رفتاری

برای تهیه برنامه آموزش درمان شناختی رفتاری، به بررسی ادبیات پژوهشی مربوطه در این زمینه پرداخته شد و در نهایت این برنامه با منابع مختلف و معتبر تهیه و روایی محتوایی آن مورد تایید اساتید متخصص قرار گرفت.

جدول ۲. شرح محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
اول	آشنایی با اهداف گروه	آشنایی با دوره آموزشی، مقررات جلسه، تعریف دقیق درمان شناختی - رفتاری		آشنایی کلی با درمان شناختی رفتاری
دوم	دسته بندی، باورها و شناسایی افکار خودآیند منفی	شناسایی مقاومت های احتمالی و روش های پیشگیری از آنها، تمرین ریلکسشن، نوشتن حوادث زندگی بر اساس توالی A(رویداد) B(افکارمنفی) C(پیامد)	تمرین ریلکسشن، نوشتن حوادث زندگی بر اساس توالی A(رویداد) B(افکارمنفی) C(پیامد)	شناخت باورها و شناسایی افکار خودآیند منفی
سوم	مثبت بودن و تفکرات مثبت	مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر ب: آشنایی با روش پیکان عمودی، استفاده از عبارت تاکیدی مثبت	آشنایی با روش پیکان عمودی، استفاده از عبارت تاکیدی مثبت	مثبت بودن و تفکرات مثبت
چهارم	درجه اعتقاد به باورها	مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: باورها را می توان تغییر داد ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت، ترسیم چگونگی ارتباط باورهای منفی باهم	تحلیل واقعیت، ترسیم چگونگی ارتباط باورهای منفی باهم	اعتقاد به باورها
پنجم	نقشه شناختی	مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تهیه فهرست اصلی باورها ب: نقشه شناختی، تاثیر افکار و باورهای مثبت	تهیه فهرست اصلی باورها ب: نقشه شناختی، تاثیر افکار و باورهای مثبت	رسیدن به یک نقشه شناختی
ششم	تجدید نظر و تغییر باورها	مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: پذیرش و قبول اینکه باورها و افکار منفی قابل تغییر هستند و این امکان وجود دارد که افراد در	(۱) پذیرش و قبول اینکه باورها و افکار منفی قابل تغییر هستند و این امکان وجود دارد که افراد در مورد باورها تجدید	تغییر باورها

	مورد باورها تجدید نظر کنند، آزمون باورها، تحلیل واقعیت	نظر کنند، آزمون باورها، تحلیل واقعیت	
هفتم	مثبت اندیشی	مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمندی ب: تحلیل همسانی، جایگزین افکار منفی با افکار و باورهای مثبت و درجه اعتقاد به باورهای مثبت	(۱) تحلیل سودمندی (۲) تحلیل همسانی، جایگزین افکار منفی با افکار و باورهای مثبت و درجه اعتقاد به باورهای مثبت
هشتم	طرحواره چیست	مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: آشنایی با ریشه ها و خود طرحواره ها	تحلیل منطقی تمامی طرحواره ها
نهم	سلسله مراتب باور مخالف	مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تهیه سلسله مراتب ب: باور مخالف	(۱) تهیه سلسله مراتب ۲: باور مخالف
دهم	تمرین تکنیک های رفتاری	مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تمرین های برای تاب آوری	تمرین های آرایه شده در منزل پیاده شده
یازدهم	تنبیه و پاداش	مرور تکلیف جلسه قبل، سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود - خود پاداش دهی ب: روش نگهدارنده	تنبیه خود - خود پاداش دهی - روش نگهدارنده
دوازدهم	جمع بندی نهایی	مرور تکلیف، مرور برنامه ایی برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان، برنامه اختتامیه	پاسخ به سوالات تمرین "چگونه به خود واکنش نشان می دهید؟"
			شناخت افکار و برخورد مناسب با آن ها

یافته ها

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار متغیر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان داده شده است.

جدول ۳: شاخص های توصیفی متغیر حساسیت اضطرابی شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری و گواه (N=۴۵)

متغیر	گروه	شاخص توصیفی	مرحله		
			پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
اضطراب آشکار	شفقت درمانی	انحراف معیار \pm میانگین	۵۸/۶۰ \pm ۵/۲۷	۴۷/۴۰ \pm ۴/۸۲	۴۵/۹۳ \pm ۴/۸۶
	شناختی رفتاری	انحراف معیار \pm میانگین	۵۹/۰۱ \pm ۵/۳۱	۵۲/۶۶ \pm ۵/۳۴	۵۰/۴۰ \pm ۵/۶۱
	گواه	انحراف معیار \pm میانگین	۵۹/۰۶ \pm ۴/۴۳	۵۸/۲۰ \pm ۴/۲۶	۵۸/۷۳ \pm ۴/۰۴
اضطراب	شفقت درمانی	انحراف معیار \pm میانگین	۵۹/۸۰ \pm ۴/۸۸	۴۸/۲۰ \pm ۴/۶۳	۴۵/۶۰ \pm ۴/۵۴

۵۰/۵۳ ± ۵/۳۷	۵۲/۹۳ ± ۵/۳۹	۵۹/۴۰ ± ۴/۶۵	انحراف معیار ± میانگین	شناختی رفتاری	پنهان
۵۹/۶۶ ± ۴/۷۱	۵۸/۸۰ ± ۴/۷۲	۶۰/۰۱ ± ۴/۹۷	انحراف معیار ± میانگین	گواه	

با توجه به جدول ۳، میانگین نمرات متغیر حساسیت اضطرابی در گروه‌های آموزش شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است. این تغییرات مؤید آن است که در گروه‌های درمانی، نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در متغیر اضطراب آشکار و اضطراب پنهان بیماران مبتلا به دیابت کاهش داشته است. هم-چنین در دوره پیگیری نتایج نشان داد، نمرات متغیرها نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییرات زیادی نداشته‌اند. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. در این مطالعه یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش و گواه) بود. لذا طرح مورد استفاده طرح درون-بین آزمودنی است (پالانت، ۲۰۰۷). در این بخش نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای تمامی گروه‌ها ارائه می‌شود سپس در بخش بعد فرضیه‌های پژوهش مطرح شده و با استفاده از مقایسه‌های زوجی گروه‌ها به این فرضیه‌ها پاسخ داده می‌شود. قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و فرض کرویت (فرضیه همگنی و تشابه واریانس‌ها در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری) بررسی شد. جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با توجه به اینکه تعداد آزمودنی‌ها در هر گروه کمتر از ۵۰ نفر بود از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که تمامی متغیرهای پژوهش در هر یک از زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود که این به معنی نرمال بودن داده‌ها می‌باشد ($P > 0/05$). همچنین جهت بررسی کرویت یا برابری واریانس تفاوت‌ها از آزمون موچلی استفاده شد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که آماره W موچلی برای متغیر اضطراب آشکار (۰/۶۲۵) و اضطراب پنهان (۰/۵۰۵) معنی‌دار است ($P < 0/05$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است. بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت باعث می‌شود آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F ، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر و هاین-فیلد تصحیح می‌کنند. برای اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، استیونس (۱۹۹۶) پیشنهاد می‌کند اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هاین-فیلد استفاده شود و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ و یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده شود. بنابراین برای متغیر اضطراب پنهان از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر و برای متغیر اضطراب آشکار از تصحیح هاین-فیلد استفاده شد. مایلز و بانیارد (۲۰۰۷)، پیشنهاد می‌کنند در صورتی که تعداد نمونه‌ها در گروه‌ها برابر باشند، واریانس متغیر وابسته در این گروه‌ها برابر در نظر گرفته می‌شود و نیازی به اجرای آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها نیست. در پژوهش حاضر نیز تعداد افراد هر

^۱Withi- Between Subject Analyze of Variance

^۲Pallant

^۳Greenhouse-Geisser

^۴Huynh-Feldt

^۵Stevens

^۶Miles and Banyard

سه گروه برابر می‌باشد و هر گروه دارای ۱۵ نفر عضو است. بنابراین با توجه به نظر مایلز و بانیارد (۲۰۰۷)، واریانس متغیرها در گروه‌ها همگن بوده و نیازی به اجرای آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها نیست.

جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد. با در نظر گرفتن مقادیر اپسیلون در جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. لازم به ذکر است که سطح $P < 0.05$ برای رد فرض صفر در نظر گرفته شد. برای بررسی اندازه اثر نیز از مجذور اتای جزئی استفاده شد. مقدار مجذور اتای جزئی (۰/۰۱) و کمتر نشانگر اثر کم، (۰/۰۴) تا (۰/۰۹) اثر متوسط و (۰/۱۰) و بیشتر نشانگر اثر زیاد است. همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، اثر تعامل مراحل و گروه بر اضطراب آشکار ($\eta^2 = 0.949$, $p < 0.001$, $F = 390.712$) و اضطراب پنهان ($\eta^2 = 0.905$, $p < 0.001$, $F = 199.280$) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین مجذور اتا برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۱ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است. در ادامه نتایج بررسی فرضیه‌های پژوهش گزارش می‌شوند.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایش	درجه آزادی	MS خطا	آماره F	P	مجذور اتا
اضطراب آشکار	گروه‌ها	۱۴۶۰/۰۴۴	۲	۷۳۰/۰۲۲	۱۰/۲۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۷
	مراحل	۱۳۵۸/۹۳۳	۱/۵۶۵	۸۶۸/۳۵۴	۱۵۵۴/۷۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۷۴
	تعامل مراحل با گروه	۶۸۳/۰۲۲	۳/۱۳۰	۲۱۸/۲۲۴	۳۹۰/۷۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
اضطراب پنهان	گروه‌ها	۱۵۷۹/۳۰۴	۲	۷۸۹/۶۵۲	۱۱/۳۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
	مراحل	۱۵۵۹/۷۴۸	۱/۳۳۷	۱۱۶۶/۱۷۱	۷۷۹/۴۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
	تعامل مراحل با گروه	۷۹۷/۵۴۱	۲/۶۷۵	۲۹۸/۱۴۷	۱۹۹/۲۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۵

همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط ساده نشان داد که اثر اصلی عامل درون گروهی بر اضطراب آشکار ($\eta^2 = 0.974$) و اضطراب پنهان ($\eta^2 = 0.949$, $p < 0.001$, $F = 1554.712$) و اضطراب آشکار ($\eta^2 = 0.974$, $p < 0.001$, $F = 779.462$) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. بنابراین نتایج نشان می‌دهد صرف‌نظر از گروه، در طول زمان اضطراب آشکار و اضطراب پنهان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کاهش یافته است. با توجه به اینکه مجذور اتا برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۱ می‌باشد، نشان می‌دهد تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. در ادامه نتایج اثر اصلی عامل بین گروهی نیز بر اضطراب آشکار ($\eta^2 = 0.327$, $p < 0.001$, $F = 10.205$) و اضطراب پنهان ($\eta^2 = 0.351$, $p < 0.001$, $F = 11.341$) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. بنابراین نتایج نشان می‌دهد صرف‌نظر از زمان،

^۲Partial eta squared

بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر اضطراب آشکار و اضطراب پنهان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به اینکه مجذور اتا برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۱ می‌باشد، نشان می‌دهد تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است.

فرضیه اول: شفقت درمانی در کاهش حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوموثر است. جهت بررسی تفاوت گروه آموزشی شفقت درمانی با گروه گواه در اضطراب آشکار و اضطراب پنهان در جدول ۵ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش (شفقت درمانی) و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب آشکار و اضطراب پنهان

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین گروه‌ها	خطای استاندارد	P
اضطراب آشکار	پیش‌آزمون	-۰/۴۶۷	۱/۸۳۵	۱
	پس‌آزمون	-۱۰/۸۰۰	۱/۷۶۳	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱۲/۸۰۰	۱/۷۸۳	<۰/۰۰۱
اضطراب پنهان	پیش‌آزمون	-۰/۲۰۰	۱/۷۶۷	۱
	پس‌آزمون	-۱۰/۶۰۰	۱/۷۹۹	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱۴/۰۶۷	۱/۷۸۶	<۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ تفاوت میانگین گروه شفقت درمانی با گواه در مرحله پیش‌آزمون در اضطراب آشکار (-۰/۴۶۷) و اضطراب پنهان (-۰/۲۰۰) معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۵$). این یافته نشان می‌دهد که بین دو گروه شفقت درمانی و گواه در مرحله پیش-آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها همگن هستند. تفاوت میانگین گروه شفقت درمانی با گواه در مرحله پس‌آزمون در اضطراب آشکار (-۱۰/۸۰۰) و اضطراب پنهان (-۱۰/۶۰۰) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که میانگین گروه آموزش شفقت درمانی در مرحله پس‌آزمون به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه گواه است. تفاوت میانگین گروه شفقت درمانی با گواه در مرحله پیگیری در اضطراب آشکار (-۱۲/۸۰۰) و اضطراب پنهان (-۱۴/۰۶۷) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که میانگین گروه آموزش شفقت درمانی در مرحله پیگیری به صورت معنی-داری کمتر از میانگین گروه گواه است. با توجه به این یافته، فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین بهبود حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در دو گروه آزمایش و گواه، بعد از آموزش شفقت درمانی وجود دارد و شفقت درمانی بر بهبود حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اثربخش است.

فرضیه دوم: درمان شناختی رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو موثر است. جهت بررسی تفاوت گروه درمان شناختی رفتاری با گروه گواه در اضطراب آشکار و اضطراب پنهان در جدول ۶ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در اضطراب آشکار و اضطراب پنهان

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین گروه‌ها	خطای استاندارد	P
اضطراب آشکار	پیش‌آزمون	-۰/۰۶۷	۱/۸۳۵	۱
	پس‌آزمون	-۵/۵۳۳	۱/۷۶۳	۰/۰۰۹
	پیگیری	-۸/۳۳۳	۱/۷۸۳	<۰/۰۰۱
اضطراب پنهان	پیش‌آزمون	-۰/۶۰۰	۱/۷۶۷	۱
	پس‌آزمون	-۵/۸۶۷	۱/۷۹۹	۰/۰۰۷
	پیگیری	-۹/۱۳۳	۱/۷۸۶	<۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۶ تفاوت میانگین گروه درمان شناختی رفتاری با گواه در مرحله پیش‌آزمون در اضطراب آشکار (-۰/۰۶۷) و اضطراب پنهان (-۰/۶۰۰) معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۵$). این یافته نشان می‌دهد که بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و گواه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها همگن هستند. تفاوت میانگین گروه درمان شناختی رفتاری با گواه در مرحله پس‌آزمون در اضطراب آشکار (-۵/۵۳۳) و اضطراب پنهان (-۵/۸۶۷) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که میانگین گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه گواه است. تفاوت میانگین گروه درمان شناختی رفتاری با گواه در مرحله پیگیری در اضطراب آشکار (-۸/۳۳۳) و اضطراب پنهان (-۹/۱۳۳) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که میانگین گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه گواه است. با توجه به این یافته، فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین بهبود حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در دو گروه آزمایش و گواه، بعد از درمان شناختی رفتاری وجود دارد و درمان شناختی رفتاری بر بهبود حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اثربخش است.

فرضیه سوم: بین اثربخشی شیوه شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت وجود دارد. جهت بررسی مقایسه گروه‌های آموزشی شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری در اضطراب آشکار و اضطراب پنهان در جدول ۷ نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۷. نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در اضطراب آشکار و اضطراب پنهان

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین گروه شفقت درمانی با شناختی رفتاری	خطای استاندارد	P
اضطراب آشکار	پیش‌آزمون	-۰/۴۰۰	۱/۸۳۵	۱
	پس‌آزمون	-۵/۲۶۷	۱/۷۶۳	۰/۰۱۴
	پیگیری	-۴/۴۶۷	۱/۷۸۳	۰/۰۴۹
اضطراب پنهان	پیش‌آزمون	۰/۴۰۰	۱/۷۶۷	۱
	پس‌آزمون	-۴/۷۳۳	۱/۷۹۹	۰/۰۳۶
	پیگیری	-۴/۹۳۳	۱/۷۸۶	۰/۰۲۵

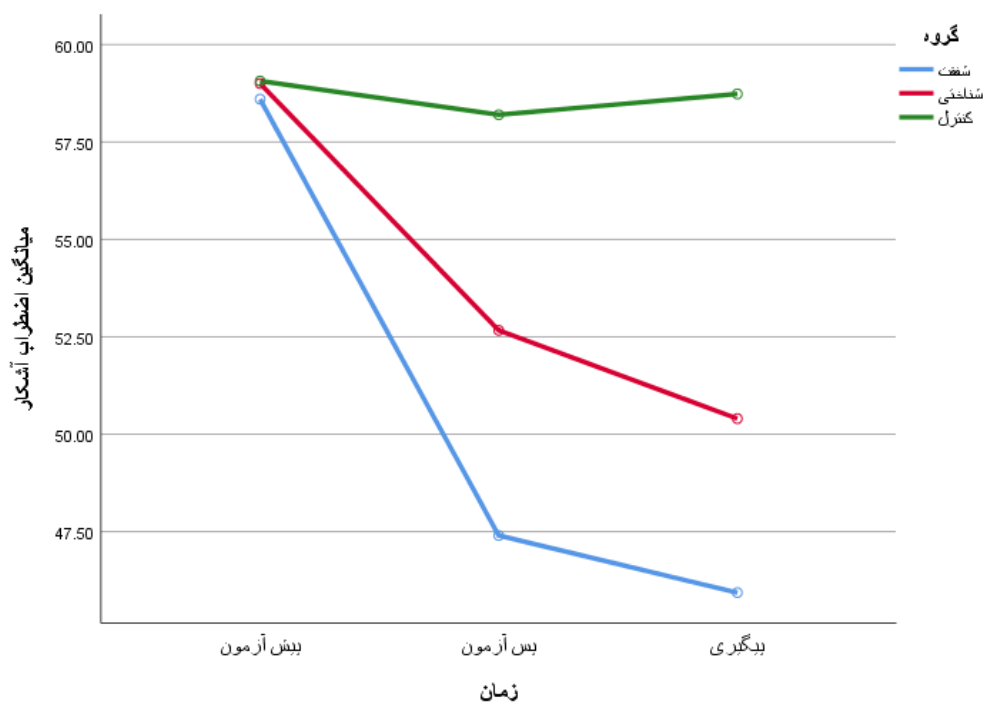
با توجه به جدول ۷ تفاوت میانگین گروه شفقت درمانی با شناختی رفتاری در مرحله پیش‌آزمون در اضطراب آشکار ($-۰/۴۰۰$) و اضطراب پنهان ($۰/۴۰۰$) معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۵$). این یافته نشان می‌دهد که بین دو گروه شفقت درمانی و شناختی رفتاری در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها همگن هستند. تفاوت میانگین گروه شفقت درمانی با شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون در اضطراب آشکار ($-۵/۲۶۷$) و اضطراب پنهان ($-۴/۷۳۳$) در سطح $۰/۰۵$ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که میانگین گروه آموزش شفقت درمانی در مرحله پس‌آزمون به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه شناختی رفتاری است. تفاوت میانگین گروه شفقت درمانی با شناختی رفتاری در مرحله پیگیری در اضطراب آشکار ($-۴/۴۶۷$) و اضطراب پنهان ($-۴/۹۳۳$) در سطح $۰/۰۵$ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که میانگین گروه آموزش شفقت درمانی در مرحله پیگیری به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه شناختی رفتاری است. با توجه به این یافته فرضیه سوم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت تفاوت معناداری بین اثربخشی آموزش شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو وجود دارد؛ و آموزش شفقت درمانی اثربخشی کوتاه مدت و بلند مدت بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری بر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارد.

فرضیه چهارم: اثربخشی درمان شناختی رفتاری و شفقت درمانی بر کاهش حساسیت اضطراب در طی زمان پابرجا می‌ماند. جهت بررسی پایداری اثربخشی درمان شناختی رفتاری و شفقت درمانی بر حساسیت اضطراب از آزمون مقایسات زوجی با تعدیل بونفرونی در جدول ۸ نشان داده شده است.

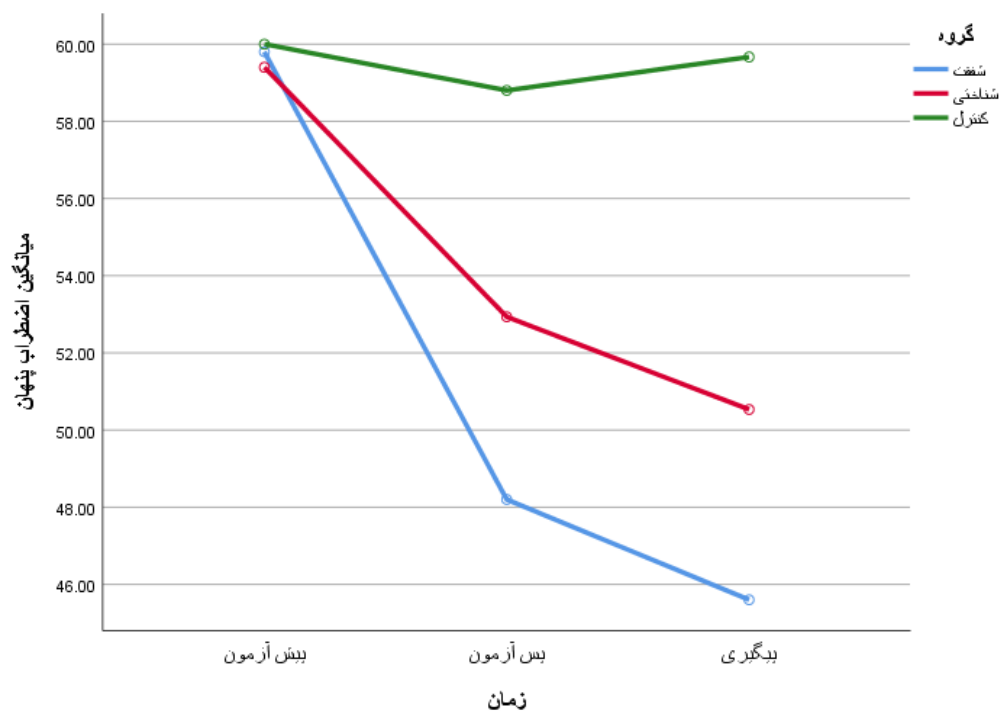
جدول ۸. نتایج آزمون مقایسات زوجی براساس تعدیل بونفرونی در حساسیت اضطراب در سه مرحله به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مراحل	شفقت درمانی		شناختی رفتاری		گواه	
		اختلاف میانگین	Sig	اختلاف میانگین	Sig	اختلاف میانگین	Sig
اضطراب آشکار	پیش‌آزمون	۱۱/۲۰۰	<۰/۰۰۱	۶/۳۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۷	۰/۰۰۷
	پیگیری	۱۲/۶۶۷	<۰/۰۰۱	۸/۶۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۳	۰/۷۳۴
	پس‌آزمون	۱/۴۶۷	<۰/۰۰۱	۲/۲۶۷	<۰/۰۰۱	-۰/۵۳۳	۰/۰۰۳
اضطراب پنهان	پیش‌آزمون	۱۱/۶۰۰	<۰/۰۰۱	۶/۴۶۷	<۰/۰۰۱	۱/۲۰۰	۰/۰۲۰
	پیگیری	۱۴/۲۰۰	<۰/۰۰۱	۸/۸۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۳	۱
	پس‌آزمون	۲/۶۰۰	<۰/۰۰۱	۲/۴۰۰	<۰/۰۰۱	-۰/۸۶۷	<۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعدیل بونفرونی نشان داد، در گروه آموزش شفقت درمانی تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو وجود دارد؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات حساسیت اضطرابی در مرحله پس-آزمون در هم‌سنگی با پیش‌آزمون کاهش معنادار و این کاهش تا در مرحله پیگیری تداوم داشته است و در نمودارهای ۱ و ۲ مشاهده می‌شود؛ بعد از آموزش شفقت درمانی حساسیت اضطرابی (اضطراب آشکار و اضطراب پنهان) بیماران کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز این کاهش ادامه داشته است. نتایج آزمون تعدیل بونفرونی نشان داد، در گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو وجود دارد؛ به-طوری‌که میانگین نمرات حساسیت اضطرابی در مرحله پس‌آزمون در هم‌سنگی با پیش‌آزمون کاهش معنادار و این کاهش تا در مرحله پیگیری تداوم داشته است و در نمودار ۱ و ۲ مشاهده می‌شود؛ بعد از درمان شناختی رفتاری حساسیت اضطرابی (اضطراب آشکار و اضطراب پنهان) بیماران کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز این کاهش ادامه داشته است.



نمودار ۲. روند تغییر نمره اضطراب آشکار بیماران مبتلا به دیابت نوع دو گروه‌ها مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۲. روند تغییر نمره اضطراب پنهان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو گروه‌ها مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی و مقایسه شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری در حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت بود. همان طور که یافته ها نشان می دهد، شفقت درمانی در کاهش حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوموثر است. علاوه بر این درمان شناختی رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو موثر است. همچنین بین اثربخشی شیوه شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت وجود دارد. به گونه ای که شفقت درمانی موثرتر از درمان شناختی رفتاری است. این یافته همچنین نشان داد اثربخشی درمان شناختی رفتاری و شفقت درمانی بر کاهش حساسیت اضطراب در طی زمان پابرجا می ماند. این یافته پژوهش همسو با پژوهش خیاطان و همکاران (۱۴۰۰) بود. این همسویی از این جهت است که معتقدند روش شفقت درمانی در بهبود علائم روان شناختی دیابت نوع دو، مؤثرتر از روش شناختی-رفتاری عمل می کند. همچنین نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش کاظمی و همکاران (۱۳۹۹) نیز به نوعی همسو است. کاظمی و همکاران (۱۳۹۹) اثربخشی شفقت درمانی را بر پیامدهای روان شناختی بیماران با دیابت نوع دو تأیید کردند اما معتقدند اثربخشی آن با روش شناختی-رفتاری تفاوت معناداری ندارد. از سویی این یافته با نتایج پژوهش های این یافته با نتایج پژوهش های خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹)، سیدجعفری و همکاران (۱۳۹۹) و فریز و همکاران (۲۰۱۶) از جهت تأکید بر اثربخشی شفقت درمانی بر حساسیت اضطرابی بیماران با دیابت نوع دو همسو است.

در تبیین این یافته می توان اذعان کرد، که بیمار مبتلا به دیابت به سبب حساسیت بیمار و مشکلات ناشی از آن اغلب نگران است و این نگرانی اضطراب را برای او به همراه دارد. بروز اضطراب فقط به یک نقطه ختم نمی شود و پیامدها ناگوار دیگر هم دارد. در واقع بیمار وقتی اضطراب و نگرانی داشته باشد در انجام بسیار از فعالیت ها و ارتباطات اجتماعی منفعل و ناتوان می شود. در حقیقت آشفستگی ها ناشی از اضطراب موانعی برای یک زندگی آرام محسوب می شوند، که می تواند در برهم زدن تنظیمات هیجانی و تشدید علائم بیمار مؤثر باشد. در واقع تنظیم هیجانات در زندگی بسیار مهم و کلیدی می باشد و نیازمند توانایی در ایجاد و حفظ تعادل خود هنگام برخورد با چالش ها و ناملایمات است (خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۹). در پی اضطراب و عدم تنظیم هیجانی بیمار به مرور سرخورده می شود و خلق افسرده به سراغ او می آید. در واقع مجموعه این تغییرات به صورت دور باطل در تشدید یکدیگر و ایجاد مشکلات برای بیمار نقش اساسی دارند. افراد همراه با شفقت درد و نقص کمتر را نسبت به سایرین تجربه می کنند و دیدگاه حمایت گرانه باعث کمتر شدن احساس افسردگی و اضطراب و افزایش رضایت آنها از زندگی می شود. بنابراین مبنا در درمان مبتنی بر شفقت، آموزش ذهن مشفق نسبت به خود و دیگران است. در این تکنیک به درمانجو مهارت ها و خصوصیات شفقت آموخته می شود. آموزش ذهن مشفق به درمانجویان کمک می کند، تا الگوها شناختی و هیجانی مشکل ساز خود را تغییر دهد. با تغییرات ایجاد شده در الگوی ذهنی مخرب، بیمار نسبت به خود و دیگران مهربان تر می شود و حساسیت بر کاستی ها و ناملایمات نیز کم تر می شود. این تغییرات آرامش ذهنی و کاهش اضطراب و نگرانی را برا بیمار به همراه دارد (خیاطان و همکاران، ۱۴۰۰). در درمان شفقت ورزی اضطراب به عنوان هیجان مثبتی که فرد نسبت به خود دارد تعریف شده که مانع پیامدهای منفی خود قضاوت گری، منزوی سازی و نشخوار فکری می شود (سیدجعفری و همکاران، ۱۳۹۹). در واقع افرادی که شفقت خود بالایی دارند تمایل بیش تری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند، می توانند انفعالات منفی را با آنچه که هستند در ارتباط ببینند، اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهات کمتر هیجان های منفی مانند اضطراب را تجربه می کنند. بنابراین دور از انتظار نیست که با وجود اثربخشی هر دو روش شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر حساسیت اضطرابی، اما شفقت درمانی تاثیر بیشتری داشته باشد.

در تبیینی دیگر می توان گفت، در تبیین عملکرد این درمان، می توان گفت که شفقت درمانی با ایجاد محیطی پذیرا و حمایت کننده با استفاده از روش هایی مثل به تعویق انداختن قضاوت درباره درمان جویان، خودافشاگری کمک کننده، توجه کردن به

استعاره‌ها در شیوه‌ی خودبیانگری درمانجو، توجه به موضوعات و خلاصه کردن، باعث ارضای نیازهای اعضا شده و ایجاد روابط موفقیت آمیز با همکاران را در آنها افزایش می‌دهد و این امر به نوبه خود باعث کاهش تنش و اضطراب اعضا و بهبود عملکرد آنان می‌شود (وندام، ۲۰۱۱). همچنین در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که در شفقت درمانی به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود تا رفتارشان را مورد ارزیابی قرار دهند و ببینند که آیا این رفتار برای آنها کاربردی و مفید می‌باشد یا خیر و برای انجام رفتارهای بهتر برنامه‌ای واقع بینانه تنظیم کنند. در شفقت درمانی گفته می‌شود که رفتار غیرمسئولانه افراد، باعث بروز اضطراب و استرس می‌شود نه اینکه اضطراب باعث غیرمسئول بودن فرد بشود. بنابراین، شفقت درمانی می‌تواند در یادگیری رفتارهای مسئولانه در فرد موثر باشد و در نتیجه از بروز استرس در فرد جلوگیری کند (شاهرو و همکاران، ۲۰۱۲).

یافته‌های بدست آمده از این پژوهش همچنین نشان داد درمان شناختی رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های حسن‌نیا و همکاران (۱۴۰۱)، رضائی کوخدان و همکاران (۱۴۰۰)، سعیدی و همکاران (۱۴۰۰)، فتاحی و همکاران (۱۳۹۹)، صمدزاده (۱۳۹۳)، مندورفا و همکاران (۲۰۲۲)، یانگ و همکاران (۲۰۲۰)، الوانی و همکاران (۲۰۱۵) و سافرون و همکارا (۲۰۱۴) از جهت تأکید بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری بیماران با دیابت نوع دو همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که حساسیت اضطرابی یک متغیر شناختی و تابع تفاوت‌های فردی است که به وسیله ترس از احساسات اضطرابی (ترس از ترس) مشخص می‌شود و نشان‌دهنده گرایش به فاجعه‌سازی درباره پیامدهای چنین احساساتی است (مندورفا و همکاران، ۲۰۲۲). سوگیری در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب از پیامدهای حساسیت اضطرابی است که خود زمینه را برای ابتلای فرد به اختلال‌های روانی از جمله اضطراب فراهم می‌سازد. در واقع حساسیت اضطرابی منجر به ارزیابی منفی و ترس از همه علائم معمولی اضطراب، واکنش شدید و افزایش شدت علائم اضطراب می‌گردد (الوانی و همکاران، ۲۰۱۵). در مبتلایان به دیابت حساسیت اضطرابی باعث می‌شود تا نشانه‌های مرتبط با اضطراب را با عنوان نشانه‌هایی از آسیب قریب الوقوع ارزیابی کنند. احساساتی مانند ضربان قلب سریع، گیجی، عرق کردن را به عنوان نشانه‌ای از حمله قلبی و بی‌ثباتی روانی و شرمساری تفسیر می‌کنند؛ بنابراین یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تفسیرهای منفی و اضطراب وجود دارد که به صورت بادوام و پایدار فرد را در حالت گوش به زنگی نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب قرار می‌دهد (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین در مبتلایان به دیابت حساسیت اضطرابی باعث سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب شده که نقش مهمی در ایجاد و تداوم اضطراب آسیب شناختی بر عهده دارد که به شکل اجتناب‌های رفتاری، ترس از ارزیابی منفی و نمودارهای فیزیولوژیکی دیده می‌شود. یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده آن است که پروتکل درمان شناختی رفتاری واحدپردهای همین عوامل محوری را مدنظر قرار می‌دهد. درمان شناختی رفتاری واحدپردهای از طریق مواجهه سازی با موقعیت‌های اضطراب‌زا، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، تمرین خیالی یا واقعی با موقعیت‌های اجتماعی موجب کاهش علائم حساسیت اضطرابی همچون کاهش ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از نشانه‌های قلبی - عروقی در مبتلایان به دیابت می‌شود (رضائی کوخدان و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین با تصحیح شناخت می‌توان به کاهش اضطراب کمک کرد و لذا می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری بر حساسیت اضطرابی بیماران موثر است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت سه درمانگر مختلف برای درمان شناختی رفتاری، شفقت درمانی و مداخله پلاسیبو در گروه کنترل آموزش دیدند، امکان تفاوت در توانایی‌های این درمانگران و در نتیجه اثرات متفاوت درمانی به دلیل اثر هائورن (تفاوت ناشی از توانایی‌های درمانگران و تعصب آنان در مفید جلوه دادن مداخله مورد نظر)، وجود دارد، لذا امکان سوگیری احتمالی در افزایش نتایج می‌باشد. بر همین اساس با توجه به تجربیات و یافته‌های بدست‌آمده، تکرار پژوهش‌های مشابه روی تعداد بیشتر با همگنی بالاتر و پیگیری این افراد در فواصل زمانی مشخص و به مدت طولانی‌تر، می‌تواند نتایج قوی‌تر و راهکارهای عملی‌تری را در این زمینه حاصل نماید.

منابع

- Beck, J. S. (2020). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. Guilford Publications.
- Bluth, K., & Neff, K. D. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*, 17(6), 605-608.
- Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index-Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behaviour research and therapy*, 41(12), 1427-1449.
- Fana, S. E., Esmaeili, F., Esmaeili, S., Bandaryan, F., Esfahani, E. N., Amoli, M. M., & Razi, F. (2021). Knowledge discovery in genetics of diabetes in Iran, a roadmap for future researches. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 20(2), 1785-1791.
- Faustino, B., Vasco, A. B., Silva, A. N., & Marques, T. (2020). Relationships between emotional schemas, mindfulness, self-compassion and unconditional self-acceptance on the regulation of psychological needs. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 23(2).
- Figri, A. M., Sjattar, E. L., & Irwan, A. M. (2022). Cognitive Behavioral Therapy for self-care behaviors with type 2 diabetes mellitus patients: A systematic review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 102538.
- Fukuoka, Y., Narita, T., Fujita, H., Morii, T., Sato, T., Sassa, M. H., & Yamada, Y. (2019). Importance of physical evaluation using skeletal muscle mass index and body fat percentage to prevent sarcopenia in elderly Japanese diabetes patients. *Journal of diabetes investigation*, 10(2), 322-330.
- Gilbert P. (2009). Outline and Session by session Record of Compassion Focused Therapy: Module in the context of a Local DBT Program. /www.compassionatemind.co.uk.
- Gurmu, Y., Gela, D., & Aga, F. (2018). Factors associated with self-care practice among adult diabetes patients in West Shoa Zone, Oromia Regional State, Ethiopia. *BMC health services research*, 18(1), 1-8.
- Herman, A., de Montjoye, L., Tromme, I., Goossens, A., & Baeck, M. (2018). Allergic contact dermatitis caused by medical devices for diabetes patients: a review. *Contact Dermatitis*, 79(6), 331-335.
- Horenstein, A., Potter, C. M., & Heimberg, R. G. (2018). How does anxiety sensitivity increase risk of chronic medical conditions?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(3), 110.
- Kline, R. (2016). Data preparation and psychometrics review. *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed., pp. 64-96). New York, NY: Guilford.

- Lomonaco, R., Godinez Leiva, E., Bril, F., Shrestha, S., Mansour, L., Budd, J., & Cusi, K. (2021). Advanced liver fibrosis is common in patients with type 2 diabetes followed in the outpatient setting: the need for systematic screening. *Diabetes Care*, 44(2), 399-406.
- Maraschin, J. D. F. (2012). Classification of diabetes. *Diabetes*, 12-19.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological psychiatry*, 52(10), 938-946.
- Miles, J. & Banyard, P. (2007). *Understanding and Using Statistics in Psychology: A Practical Introduction*. London: SAGE.
- Mirzaei, M., Rahmaninan, M., Mirzaei, M., & Nadjarzadeh, A. (2020). Epidemiology of diabetes mellitus, pre-diabetes, undiagnosed and uncontrolled diabetes in Central Iran: results from Yazd health study. *BMC public health*, 20(1), 1-9.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1-12.
- Pallant, j. (2007). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for windows*. Philadelphia: Open university Press.
- Rovai, A. P., Baker, J. D., & Ponton, M. K. (2013). *Social science research design and statistics: A practitioner's guide to research methods and IBM SPSS*. Watertree Press LLC.
- Sirois, F. M., Kitner, R., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychology*, 34(6), 661.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences (3rd Ed)*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Warren, A. M., Zolfaghari, K., Fresnedo, M., Bennett, M., Pogue, J., Waddimba, A., ... & Powers, M. B. (2021). Anxiety sensitivity, COVID-19 fear, and mental health: results from a United States population sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(3), 204-216.
- Wicaksana, A. L., Hertanti, N. S., Ferdiana, A., & Pramono, R. B. (2020). Diabetes management and specific considerations for patients with diabetes during coronavirus diseases pandemic: A scoping review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 1109-1120.
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979-995.

Zvolensky, M. J., Garey, L., Allan, N. P., Farris, S. G., Raines, A. M., Smits, J. A., ... & Schmidt, N. B. (2018). Effects of anxiety sensitivity reduction on smoking abstinence: An analysis from a panic prevention program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(5), 474.

The effectiveness of Comparison compassion therapy and cognitive-behavioral therapy in anxiety sensitivity in patients with diabetes

Fatemeh Jalayer¹, Mohammad Hatami^{2*}, Hadi Hashemi Razini³, Rita Liyaghat⁴

¹ Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Jalayer7529@gmail.com

² Associate professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. Hatami513@gmail.com

³ Assistant professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. Hadihashemirazini@yahoo.com

⁴ Assistant professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Dr.liyaghat@gmail.com

* **Corresponding author:** Mohammad Hatami, Associate professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. Hatami513@gmail.com

Abstract

This study aimed to compare the efficacy of compassionate and cognitive behavioral therapy in anxiety sensitivity in patients with diabetes referred to Pasteur Hospital in Bam. The research method was causal comparative and quasi-experimental and pre-test, post-test. The statistical population of this study included all diabetic patients referred to Pasteur Shahrhom hospital was 152. The sampling method was purposive. From the statistical population, 45 participants were selected and randomly divided into three groups (15 in Cognitive Behavioral Therapy group, 15 in Compassion Therapy and 15 in control group). participants responded to the and anxiety sensitivity (1985) questionnaires, before and after training. Data were analyzed using covariance method and Tukey's post hoc test. The results showed that cognitive-behavioral compassion therapy and decreased anxiety sensitivity. Compassion therapy had more effect than cognitive-behavioral therapy, and retained its effect over time.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Compassion Therapy, Anxiety Sensitivity