رویش روان شناسی، سال ۱۳، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۰۰، مهر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(7), 2024

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان

Comparing the Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy and Compassion-Based Therapy on Premature Bereavement and Psychological Distress of Caregivers of Cancer Patients

فائزه تورانی
دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
دکتر حکیمه آقایی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
دکتر شهناز نوحی
استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
دکتر سید موسی طباطبایی
استادیار گروه علوم شناختی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

Faezeh Tourani
PhD student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
Dr. Hakimeh Aghaee *
Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. hakimehaghaee85@gmail.com
Dr. Shahnaz Nouhi
Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
Dr. Seyed Mosa Tabatabaee
Assistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

چکیده
هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان‌های امام حسین و بهار شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۱ بودند. تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های سوگ پیش از موعد (MM-CGI) دهقانی و همکاران (۱۳۹۱)، پریشانی روانشناختی (K-10) کسلر (۲۰۰۳) بود. یکی از گروه‌های آزمایش درمان هیجان‌مدار را در ۱۰ جلسه ۱ ساعته و گروه آزمایش دیگر نیز درمان مبتنی بر شفقت را در قالب ۱۰ جلسه ۱ ساعته به صورت هفته‌ای دو بار دریافت کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی اثربخشی معنادار داشتند (p<۰/۰۵). همچنین درمان هیجان‌مدار در مقایسه با درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان اثربخشی بیشتری داشته است (p<۰/۰۱). نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار، مداخله کارآمدتری در مقایسه با درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بوده است.

واژه‌های کلیدی: *پریشانی روانشناختی، درمان مبتنی بر شفقت، درمان هیجان‌مدار، سوگ پیش از موعد، سرطان.*

Abstract
The present study aimed to compare the effectiveness of emotion-oriented therapy and compassion-based therapy on premature bereavement and psychological distress of caregivers of cancer patients. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population of the research was the caregivers of cancer patients admitted to Imam Hossein and Bahar hospitals in Shahrood City in 2022. 45 people were selected by available sampling and randomly divided into 3 groups (15 people in each group). The research tools included premature bereavement questionnaires (MM-CGI) by Dehghani et al. (2012), and psychological distress (K-10) by Kessler (2003). One of the experimental groups received emotion-oriented therapy in 10 1-hour sessions, and the other experimental group received compassion-based therapy in the form of 10 1-hour sessions twice a week. Analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data. The findings showed that emotion-oriented therapy and compassion-based therapy had a significant effect on premature bereavement and psychological distress (p<0.05). Also, emotion-oriented therapy has been more effective in reducing premature grief and psychological distress of caregivers of cancer patients compared to compassion-based therapy (p<0.01). The results showed that emotion-oriented therapy was a more efficient intervention compared to compassion-based therapy for reducing premature grief and psychological distress of caregivers of cancer patients.

Keywords: *Psychological Distress, Compassion-Based Therapy, Emotion-Focused Therapy, Premature Bereavement, Cancer.*

نوع مقاله : کاربردی | **دریافت : مرداد ۱۴۰۳** | **پذیرش: شهریور ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-15]

مقدمه

سرطان[1] یکی از جدی‌ترین بیماری‌های مزمن و از عوامل تهدیدکننده سلامت جامعه به شمار می‌رود و هزینه‌های اقتصادی زیادی را بر آن تحمیل می‌کند (تیان[2] و همکاران، ۲۰۲۴). سرطان شاخه‌ای از بیماری‌هاست که در آن گروهی از سلول‌های بدن دچار تکثیر غیرکنترل‌شده می‌شوند و می‌توانند در مراحل بعدی به دیگر بافت‌ها و ارگان‌ها مجاور حمله‌ور شوند و سرانجام موجب گسترش در کل بدن از طریق سیستم لنفاوی و عروق خونی شوند (اریانوس[3] و همکاران، ۲۰۲۴). بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی و اضطراب فوق‌العاده‌ای در مراحل اولیه معالجات خود رنج می‌برند. فشارهای روانی ناشی از سرطان برای خانواده و مراقبت کنندگان آنها به شدت چالش برانگیز هستند (تیو[4] و همکاران، ۲۰۲۳). تشخیص سرطان و به دنبال آن تحمل درمان‌های طولانی و فشرده معمولاً یک تجربه استرس‌زا به حساب می‌آید. این بیماری در سطح خانوادگی بر سلامت جسمی و روانی مراقبان نیز تاثیر می‌گذارد (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸).

برخی از مطالعات از این باور حمایت می‌کنند خانواده‌هایی که در رنج فرد مبتلا به سرطان شریک هستند ممکن است دچار سوگ پیش از موعد[5] شوند (اسکویی و همکاران، ۱۴۰۰). سوگواری به دنبال مرگ عزیزان، فرایندی طبیعی و لازم است که بسیاری از افراد آن را تجربه می‌کنند؛ ولی گروهی نیز مهارت‌ها و توانایی‌های لازم برای حل مشکل سوگ را ندارند که این می‌تواند منشأ بسیاری مشکلات دیگر گردد (اورارد[6] و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از انواع سوگ که خانواده‌های افراد با بیماری‌های خاص درگیر آن می‌باشند، سوگ پیش از موعد است (یو[7] و همکاران، ۲۰۲۱). سوگ پیش از موعد، غم ناشی از مرگ تدریجی یک فرد دوست داشتنی است که به هنگام وقوع فقدان حقیقی پایان می‌یابد و در ملایم کردن ضربه روحی پس از مرگ مفید می‌باشد (سبحانی، ۱۴۰۰). از سوی دیگر وقتی سال‌ها قبل از مرگ، جدایی اتفاق افتاده باشد، ممکن است هنگام مرگ واکنشی دیگر رخ دهد و احساس فقدان تشدید شود (گلیک[8] و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس مطالعات، تجربه روانشناختی مراقبان شامل افسردگی، اضطراب، عصبانیت، ترس، نگرانی و احساس پریشانی همراه است (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۷).

مواجهه با سرطان به خودی خود می‌تواند به عنوان یک حادثه تنش‌زا، جنبه‌های مختلف سلامت فردی بیمار از جمله سلامت جسمی، روانی و خانوادگی وی را به خطر بیاندازد و سبب ایجاد پریشانی روانشناختی[9] برای مراقبت‌کنندگان از بیماران مبتلا به سرطان گردد (بنی‌اسدی و همکاران، ۱۴۰۰). پریشانی روانشناختی برای توصیف دوره‌ای کوتاه‌مدت اما حاد از یک آشفتگی خاص روانی به کار می‌رود که ابتدا با مشخصه‌های افسردگی یا اضطراب تظاهر می‌کند و می‌تواند نوعی نابهنجاری تلقی شود که مسئول تفکر و رفتار ناسازگارانه بوده و نیازمند مداخله تخصصی است (سونگ[10] و همکاران، ۲۰۲۲) در این شرایط شور و شوق زندگی کاهش یافته، احساس دل‌شکستگی و ناامیدی به حاکمیتی غالب تبدیل می‌گردد (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰).

با توجه به این که مراقبت‌کنندگان گروهی هستند که از نظر جسمی و روحی آسیب‌پذیر می‌باشند، در صورت حل نشدن مشکلات آنها، این منبع مراقبتی دچار فرسودگی جسمی و روحی می‌شود و کارایی خود را برای انجام فعالیت‌های مراقبتی از دست می‌دهد (طاهرخانی و همکاران، ۱۴۰۰). برخی از انواع درمان‌ها می‌تواند به تنظیم افکار و اعمال برقراری ارتباط بهتر، مهارت‌های حل مساله و مدیریت علائم بیماری کمک کند. یکی از درمان‌های پیشنهادی درمان هیجان‌مدار[11] است (ثناگوی محرز و همکاران، ۱۳۹۸)، که با هدف قوی کردن خود، تنظیم‌هیجان و ایجاد معنی جدید در مراجع به کار گرفته می‌شود. در این درمان و بر پایه یک رابطه ایمن درمانی، با افزایش آگاهی و پردازش مجدد هیجان‌ها به رشد فردی و توانمندسازی فرد کمک می‌شود (الیوت و مک‌دونالد[12]، ۲۰۲۱). مطالعات نقندر و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران قلبی اثربخش است. همچنین

1 .cancer
2 .Tian
3 . Irenaeus
4 .Tu
5. Premature mourning
6. Everard
7. Yu
8. Glick
9. Psychological distress
10. Song
11. emotion-focused therapy
12. Elliott & McDonald

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-15]

یافته‌های پژوهش داچ و راتاناسیرپنگ[1] (۲۰۱۹) حاکی از اثربخش بودن درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی و بهبود آشفتگی زنان است. نتایج مطالعات حسین زاده و همکاران (۱۳۹۹)، فقیه و کاظمی (۱۳۹۷)، ونوگ[2] و همکاران (۲۰۲۱)، مارش[3] و همکاران (۲۰۲۱) نشان دهنده اثربخشی درمان هیجان مدار بر پریشانی روانشناختی و پژوهش‌های علی‌پور (۱۳۹۵) نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر واکنش به سوگ اثربخش است.

یکی دیگر از راه‌هایی که به نظر می‌رسد برای کاهش پیامدهای روانشناختی منفی مراقبین بیمار مبتلا به سرطان موثر باشد، استفاده از رویکرد درمانی متمرکز بر شفقت[4] است (طبیب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آنها کمک می‌کنند (جوهانسن[5] و همکاران، ۲۰۲۲). یه عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند (آیرون و لاد[6]، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده که افرادی که از شفقت بالاتری نسبت به خود برخوردارند، سطوح پایین افسردگی، اضطراب و نشخوار را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (کیارسی، عمادیان و حسن زاده، ۱۴۰۰). در این راستا نتایج مطالعات آذری و همکاران (۱۴۰۰)، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹)، باراندی و کازیا[7] (۲۰۲۲)، ورابل[8] و همکاران (۲۰۲۱) نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پریشانی روانشناختی و مطالعات عبدی (۱۳۹۸) نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر سوگ بود.

افزایش فشار بر مراقبت‌کنندگان از بیماران باعث کاهش و نقصان در امر مراقبت از بیمار و زمینه‌ساز بروز مسایلی همچون ادراک زیاد فشار مراقبتی، افت کیفیت‌زندگی و در نهایت، نادیده گرفتن بیمار و سهل‌انگاری در امر مراقبت از سوی مراقبان می‌گردد. با توجه به این که مراقبت‌کنندگان گروهی هستند که از نظر جسمی و روانی آسیب‌پذیر می‌باشند، در صورت حل نشدن مشکلات آنها، این منبع مراقبتی دچار فرسودگی جسمی و روحی می‌شود و کارایی خود را برای انجام فعالیت‌های مراقبتی از دست می‌دهد. بدین‌سان این موضوع دارای اهمیت است که درمان‌های موثر بر وضعیت روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی و شناسایی قرار گیرد تا بتوان با به کارگیری این درمان‌ها در سطح گسترده از بروز و یا تشدید مشکلات روانشناختی این مراقبت‌کنندگان پیشگیری به عمل آورده و در نهایت کیفیت‌زندگی ایشان را بهبود بخشید، با توجه به مطالب ارائه شده، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی، مراقبین بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی مراقبت‌کنندگان از بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان‌های امام حسین و بهار شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۱ بودند. با توجه به آن که دلاور (۱۳۹۱) حجم نمونه برای تحقیقات آزمایشی را ۱۵ نفر در هر گروه پیشنهاد کرده‌اند؛ تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، گذشت حداقل ۶ ماه از مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم دریافت وجه در قبال مراقبت، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، عدم وجود اختلالات روانپزشکی شناخته شده، عدم مصرف داروهای روانپزشکی طبق مصاحبه بالینی بود و ملاک‌های خروج از پژوهش، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از دو جلسه، فوت فرد مبتلا به سرطان و دریافت مداخلات روانشناختی دیگر بود. اخذ رضایت آگاهانه، رعایت اصل رازداری، آگاه کردن شرکت‌کنندگان از اهداف مطالعه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه، حق انصراف از مطالعه در هر زمان از ملاحضه اخلاقی رعایت شده در پژوهش بود. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول،

1. Dutch & Ratanasirpeng
2. Vanog
3 . march
4. Compassion-focused therapy
5. Johansen, Schelander, Westergaard
6. Iron & Lad
7. Barandi and Kazia
8. Worrabl

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-15]

در رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود با کد اخلاق (IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.006) است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. مشارکت کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش مشارکت نمودند و پژوهشگران خطری برای مشارکت‌کنندگان متصور نیستند. در نهایت، جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد

ابزار سنجش

پرسشنامه سوگ پیش از موعد (MM-CGI)[1]: این پرسشنامه توسط دهقانی نیشابوری در سال (۱۳۹۱) برای افرادی که فرزند بیمار دارند یا یکی از نزدیکان‌شان با بیماری سختی همچون سرطان درگیر است ساخته شد و دارای ۵۰ گویه است که میزان سوگ پیش از موعد را در فرد بررسی و ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از خیلی‌موافق تا خیلی‌مخالف می‌باشد. نمره گذاری گویه‌های ۸-۲۲-۲۳-۳۵-۴۷ معکوس است. امتیازات پرسشنامه از ۵۰ عبارت با یکدیگر جمع می‌شود، حداقل امتیاز ممکن ۵۰ و حداکثر ۲۵۰ است. نمره بین ۵۰ تا ۱۰۰ میزان سوگ پیش از موعد در فرد ضعیف است. نمره بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ میزان سوگ پیش از موعد در فرد متوسط است. نمره بالاتر از ۱۵۰ میزان سوگ پیش از موعد در فرد قوی است. روایی محتوایی پرسشنامه توسط اساتید دانشگاه فردوسی مشهد تایید شده است. همچنین پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ بالای ۸۵٪ به دست آمد. در پژوهش سبحانی (۱۴۰۰) پایایی پرسشنامه سوگ پیش از موعد به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه پریشانی روانشناختی (K-10)[2]: پرسشنامه پریشانی روانشناختی توسط کسلر[3] و همکاران در سال ۲۰۰۳ به صورت ۱۰ سوالی تنظیم شد. پاسخ سوالات به صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات=۴، بیشتر اوقات=۳، بعضی اوقات=۲، به ندرت=۱ و هیچ وقت=۰ است که بین ۴-۰ نمره‌گذاری می‌شود. بر این اساس حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره برابر ۴۰ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده پریشانی روانشناختی بیشتر است. اندرسون[4] و همکاران (۲۰۱۱) روایی ملاکی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۸ و پایایی را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. یعقوبی (۱۳۹۴) هم روایی سازه‌ای تاییدی پرسشنامه را مطلوب و همبستگی سوالات با کل آزمون را ۰/۷۴ گزارش کرده است؛ همچنین پایایی تصنیف و اسپیرمن_براون ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش رمضانی و بختیاری (۱۳۹۷) نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

گروه آزمایش ۱ بر مبنای درمان هیجان‌مدار لسلی گرینبرگ[5] (۲۰۱۰) در قالب ۱۰ جلسه ۱ ساعته، هفته‌ای دو بار آموزش دیدند که خلاصه آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار لسلی گرینبرگ (۲۰۱۰)

جلسات	محتوا
اول	آشنایی و بیان اهداف و روش انجام کار برقراری رابطه درمانی همدلانه و ایجاد تعهد در درمان خلق رابطه ایمن با پذیرش مثبت نامشروط
دوم	کشف تعاملات مشکل‌دار و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی آشفته‌ساز
سوم	ایجاد فضای امن ارتباطی اعضای گروه؛ کشف و شناسایی احساسات زیربنایی و ابراز نشده؛ کشف ترس‌ها و ناایمنی‌های اساسی.
چهارم	شکل‌دهی مجدد چرخه تعاملات، روشن ساختن پاسخ‌های هیجانی کلیدی.
پنجم	پذیرش احساسات تعریف نشده، شناسایی نیازهای دلبستگی انکار شده هیجانات تلفیق نیازها با تعاملات.
ششم	تملک هیجانات، افزایش پذیرش پاسخ‌های تعاملی جدید.
هفتم	بازسازی و تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی.

1. Premature bereavement questionnaire
2. Psychological distress questionnaire
3. Kessler
4. Anderson
5. Leslie Greenberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-15]

هشتم	شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و ثانویه و تجربه.
نهم	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی
دهم	بحث و نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون.

گروه آزمایش ۲ بر مبنای درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت[1] (۲۰۱۰) در قالب ۱۰ جلسه ۱ ساعته، هفته‌ای دو بار آموزش دیدند که خلاصه آن در جدول۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسات	شرح جلسات
اول	اجرای پیش آزمون،آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی بـا اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت.
دوم	مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و با شفقت‌گرا)؛ تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن.
سوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟ بررسی ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد؛ معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل با آنها.
چهارم	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)
پنجم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ پرورش خودشفقت‌ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت.
ششم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ آموزش نامه نگاری شفقت‌ورز.
هفتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ ترس از شفقت به خود؛ شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود
هشتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز.
نهم	کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی.
دهم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، اجرای پس آزمون.

یافته ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های پژوهش نشان داد که از لحاظ سن میانگین و انحراف معیار برای گروه درمان هیجان‌مدار، گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه به ترتیب ۴۵/۱±۳/۳، ۴۵/۴±۲/۷ و ۴۶/۴±۱/۴ بود. سطح تحصیلات دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس برای گروه درمان هیجان‌مدار به ترتیب ۹ (۶۰ درصد)، ۳ (۲۰ درصد)، ۲ (۱۳/۳ درصد) و ۱ (۶/۷ درصد)، برای گروه درمان مبتنی بر شفقت ۱۰ (۶۵/۲ درصد)، ۳ (۲۱/۵ درصد)، ۱ (۶/۶۵ درصد) و ۱ (۶/۶۵ درصد) و برای گروه گواه به ترتیب ۸ (۴۵/۷ درصد)، ۲ (۲۰/۹ درصد)، ۴ (۲۶/۷ درصد) و ۱ (۶/۷ درصد) بود. جنسیت مراقبان برای گروه درمان هیجان‌مدار ۹ (۶۰ درصد) زن و ۶ (۴۰ درصد) مرد، برای گروه درمان مبتنی بر شفقت ۱۰ (۶۵/۵ درصد) زن و ۵ (۳۴/۵ درصد) مرد و برای گروه گواه ۸ (۵۵/۵ درصد) زن و (۴۴/۵ درصد) مرد بود. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی به تفکیک گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

1. Gilbert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-15]

جدول۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه مطالعه شده در سه زمان

متغیر	مرحله	درمان هیجان‌مدار		درمان مبتنی بر شفقت		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سوگ پیش از موعد	پیش‌آزمون	۱۸۷/۸۰	۱۶/۹۱	۱۸۶/۸۰	۱۲/۹۵	۱۸۲/۶۰	۱۲/۳۵
	پس‌آزمون	۷۷/۵۳	۷/۷۴	۱۰۶/۶۰	۶/۸۸	۱۸۴/۴۰	۱۱/۵۴
	پیگیری	۷۸/۳۳	۷/۵۰	۱۰۷/۶۶	۶/۹۱	۱۸۴/۰۰	۱۱/۱۳
پریشانی روانشناختی	پیش‌آزمون	۳۰/۲۰	۳/۹۳	۲۹/۴۰	۴/۵۰	۳۱/۴۰	۳/۹۴
	پس‌آزمون	۱۰/۸۶	۲/۵۵	۱۷/۱۳	۲/۴۱	۲۹/۲۶	۳/۵۷
	پیگیری	۱۱/۱۳	۲/۱۶	۱۷/۲۰	۲/۲۴	۲۹/۱۳	۳/۵۴

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون پژوهش ارائه گردیده است. همان‌طور که ملاحظه می گردد، گروه درمان هیجان‌مدار میانگین سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. همچنین در درمان مبتنی بر شفقت نیز کاهش سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی نسبت به مرحله پیش‌آزمون مشاهده می‌شود. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. قبل از مقایسه اثربخشی دو مداخله بر متغیرهای وابسته، پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده برای آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی در هر سه گروه و در هر سه مرحله آزمون رعایت شده است ($P>۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون لوین نیز نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس پژوهش بین گروه‌ها در سه مرحله آزمون رعایت شده است ($P>۰/۰۵$). برای هر دو متغیر سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی نیز نتایج آزمون ام باکس و کرویت موچلی معنادار نبود ($P<۰/۰۵$). در جدول ۴ نتایج ازمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است.

جدول۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایش	MS خطا	درجه آزادی	آماره F	P	مجذور اتا
سوگ پیش از موعد	گروه‌ها	۵۷۳۰۱/۵۶	۲۲۶/۲۲	۲	۲۵۳/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۳
	مراحل	۱۱۶۲۰۸/۳۲	۱۳۰/۵۸	۴	۸۸۹/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵
	تعامل مراحل با گروه	۳۲۸۰۸/۷۲۳	۱۳۰/۵۸	۲	۲۵۱/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۳
پریشانی روانشناختی	گروه‌ها	۱۸۵۵/۲۰	۲۰/۴۴	۲	۹۰/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۲
	مراحل	۳۴۰۳/۸۸	۱۱/۲۴	۴	۳۰۲/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸
	تعامل مراحل با گروه	۶۵۹/۵۴	۱۱/۲۴	۲	۵۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل و گروه برای هر دو متغیر سوگ پیش از موعد و پریشانی روانشناختی معنادار است ($P۰/۰۵$). این نتایج نشان می‌دهد که در مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، عضویت در گروه‌های پژوهش و تعامل آنها تفاوت وجود دارد. برای بررسی نقاط تفاوت موجود از مقایسه زوجی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-15]

جدول ۵. نتایج آزمون مقایسات زوجی براساس تعدیل بونفرونی در متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مراحل		درمان هیجان‌مدار		درمان مبتنی بر شفقت	
			اختلاف میانگین	مقدار p	اختلاف میانگین	مقدار p
سوگ پیش از موعد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱۰/۲۶*	۰/۰۰۱	۸۰/۲۰*	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۰۹/۴۶*	۰/۰۰۱	۷۹/۱۳*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۸۰	۰/۱۷۰	-۱/۰۶	۰/۰۹۵
پریشانی روانشناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۹/۳۳*	۰/۰۰۱	۱۲/۲۶*	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۹/۰۶*	۰/۰۰۱	۱۲/۲۰*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۶	۱/۰۰۰	-۰/۰۶	۱/۰۰۰

*P<۰/۰۰۱

نتایج به دست آمده از جدول ۵ نشان می‌دهد که در دو گروه آموزشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پریشانی روانشناختی، سوگ پیش از موعد و مؤلفه‌های آن در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مشاهده نشد؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات متغیرهای پریشانی روانشناختی، سوگ پیش از موعد در مرحله پس‌آزمون در هم‌سنجی با پیش‌آزمون کاهش معنادار و این کاهش تا در مرحله پیگیری تداوم داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر سوگ پیش از موعد، پریشانی روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری بر کاهش سوگ پیش از موعد مراقبین بیماران مبتلا به سرطان دارد. این یافته با نتایج مطالعات نقندر و همکاران (۱۴۰۱)، عبدی (۱۳۹۸)، علی‌پور (۱۳۹۵)، الیوت و مک‌دونالد (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که افراد دچار سوگ پیش از موعد در خیلی از مواقع درگیری ذهنی شدیدی که عموماً شامل نشخوارهای ذهنی و عاطفی است را در رابطه با فرد بیمار تجربه می‌کنند. درمان هیجان‌مدار با افزایش آگاهی هیجانی باعث شد که مراقبین هیجانات منفی همچون خشم، احساس گناه، خود سرزنشی، اضطراب، استرس، افسردگی را کنترل نموده و میزان سازگاری و تاب‌آوری خود را بالا ببرند. درواقع درمان هیجان‌مدار با کمک به بهبود توانایی نمادی‌سازی هیجانات، منجر به این می‌شود تا عکس‌العمل‌های روانشناختی غیرعادی کم شوند و توانایی افراد برای خود مراقبتی و خود نظم‌دهی بهبود یابد که این مساله سبب کاهش شدت هیجانات منفی می‌شود (عبدی، ۱۳۹۸). از دیگر سو در درمان هیجان مدار تمرکز درمانگر نه‌تنها بر به آگاهی درآوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، که ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد، بنابراین در مقایسه با درمان مبتنی بر شفقت، درمان هیجان‌مدار، هیجان پشت سوگ پیش از موعد که عموماً غم و شرم است را نمایان کرده و فرد را از آن آگاه می‌سازد. و درمان مبتنی بر هیجان فرد را از هیجان آگاه کرده و با تجربه کردن هیجان و پردازش هیجان به پذیرش و معنایابی کمک کند و به تبع آن درگیری شدن با سوگ پیش از موعد کاهش پیدا می‌کند (الیوت و مک‌دونالد، ۲۰۲۱).

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری بر کاهش پریشانی روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان دارد. این یافته با نتایج مطالعات آذری و همکاران (۱۴۰۰)، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹)، حسین زاده و همکاران (۱۳۹۹)، فقیه و کاظمی (۱۳۹۷)، باراندی و کازیا (۲۰۲۲)، ورابل و همکاران (۲۰۲۱)، ونوگ و همکاران (۲۰۲۱)، مارش و همکاران (۲۰۲۱)، داچ و راتاناسیرینگ (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رسالت درمان هیجان‌مدار علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجانات است. آگاهی از هیجانات اولیه و زیربنایی نقش مهمی در کاهش پریشانی روانشناختی دارد. چراکه در بسیاری از موارد علت پریشانی روانشناختی، هیجانات زیربنایی ناشناخته نظیر درماندگی است. تغییر هیجان یا احساسات با استفاده از تکنیک‌های درمانی خاص مانند همدلی آینه‌وار، کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و بازنمایی تجربه‌ای احساسات دردناک مراجع مرتبط با دلبستگی یا هویت که به تحریک احساسات و پردازش آن منجر می شود، کمک می‌کند (خلعتبری و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-15]

همکاران، ۱۳۹۹). بر این اساس در درمان هیجان‌مدار پس ازآن که فرد هیجانات خود را بدون اجتناب در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کند، در نهایت کمتر از افکار تکراری همچون نشخوار فکری جهت اجتناب از آنها استفاده می‌کند و در توالی این مسیر پریشانی روانشناختی کاهش پیدا می‌کند (ونوگ و همکاران، ۲۰۲۱).

در واقع در روش‌های درمان گروهی هیجان‌مدار تلاش می‌شود تا در جریان درمان، مراقبین بیماران تشویق شوند تا افکار ناراحت کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را برطرف نمایند. پرداختن به این موضوعات در جلسات آموزشی گروهی هیجان مدار منجر به بهبود پریشانی روانشناختی می‌گردد. همچنین درمان هیجان‌مدار، آشفتگی‌های مراقبین بیماران را که توسط حالت‌های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی، عدم توجه به نیازها و خواسته‌های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه هیجانی نامناسب ایجاد شده و ادامه پیدا کرده، مورد شناسایی قرار داده و به پیام‌های قابل درک و سازنده تبدیل نموده است که به نوبه خود سهم مهمی در کاهش سوگ پیش از موعد داشته و در نهایت از آنجایی که تأکید درمان هیجان‌مدار بر تجربه، رویارویی، رشد و کمال، خودانگیختگی، عمل و لحظه‌های اینجا و اکنون بوده اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت داشته است.

عدم نمونه‌گیری تصادفی، نمونه محدود به شهر شاهرود و محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج به دست آمده، محدودیت عمده پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جمعیت‌های دیگر نیز موردمطالعه قرار گیرند و در جهت بالا بردن تعمیم‌پذیری نتایج به دست آمده جمعیت هایی مورد مطالعه قرار گیرند که امکان نمونه‌گیری تصادفی و در نتیجه بالابردن قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، فراهم باشد. ازلحاظ کاربردی علاوه بر اینکه روانشناسان و مشاوران می‌توانند برپایه نتایج به دست آمده از دو مداخله درمان مبتنی بر هیجان و درمان متمرکز بر شفقت با اولویت درمان مبتنی بر هیجان در جهت کاهش سوگ پیش از موعد، پریشانی روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان استفاده کنند، همچنین متولیان سلامت جامعه نیز می‌توانند بر پایه نتایج بدست آمده آموزش‌های بر پایه هر دو مداخله در جهت بهبود سوگ پیش از موعد، پریشانی روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان تولید و در رسانه‌های دیداری و شنیداری عمومی و یا از طریق بیمارستان‌ها و سازمان‌های خدمت رسان در دسترس قرار دهند.

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

تقدیر و تشکر: پژوهشگران از تمامی کسانی که با مشارکت خود به اجرای پژوهش کمک کردند و همچنین از مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان امام حسین (ع) و بیمارستان بهار که با همکاری خود به اجرای پژوهش کمک کردند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

منابع

اسکویی، پ.، فرحبخش، ک. و مرادی، ا. (۱۴۰۰). ماندن در سوگ : مطالعه پدیدارشناسانه تجربه سوگ نابهنجار بعد از مرگ عضوی از خانواده. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۲۲(۴)، ۴۲-۲۸. JSRP.2020.1906125.2544/۱۰.۳۰۴۸۶

احمدی، ع.، وزیری، ش.، آهی، ق.، لطفی کاشانی، ف. و اکبری، م. (۱۴۰۰). مقایسه تأثیر مداخله مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی و استرس) بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۱)، ۴۶-۳۶. http://jdisabilstud.org/article-1-2500-fa.html

آذری، و.، کاظمیان مقدم، ک. و محرابی زاده هنرمند، م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و اسنادهای ارتباطی زنان متقاضی طلاق. *پژوهش های روانشناختی*، ۱(۲۳)، ۹۹-۸۰. ۲۰.۱۰۰۱.۱.۱۰۱۹۹۶۱۶.۱۴۰۰.۲۳.۱.۴.۸

بنی‌اسدی، ف.، پورشریفی، ح.، برجعلی، ا. و مفید، ب. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان پروستات. *طب پیشگیری*، ۸(۱)، ۲۲-۱۲. http://jpm.hums.ac.ir/article-1-484-fa.html

ثناگوی محرر، غ.، شیرازی، م.، محمدی، ر. و مقصودلو، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان هیجان مدار بر کاهش علایم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اسکلروز (ام. اس. چندگانه). *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱(۱)، ۲۰۰-۱۹۰. MJMS.2019.14605/۱۰.۲۲۰۳۸

حسین زاده، ز.، قربان شیرودی، ش.، خلعتبری، ج. و رحمانی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار در مقایسه با رویکرد واقعیت‌درمانی بر انعطاف پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج‌ها. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۴(۲)، ۱۲۲-۱۰۱. doi: 10.52547/apsy.14.2.101

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-15]

خلعتبری، آ.، قربان شیرودی، ش.، زربخش، م. و تیزدست، ط. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۹(۳۶)، ۲۴-۷. https://doi.org/10.30473/hpj.2020.53961.4884

دلاور، ع. (۱۳۹۱). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. انتشارات ارسباران.

دهقانی نیشابوری، م. (۱۳۹۱). *گروه درمانی هیجان مدار برای مادران کودکان مبتلا به سرطان: سهم سبک‌های مقابله ای و سنگ پیش از موعد در بهزیستی روانشناختی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

رمضانی، ب. و بختیاری، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در خانه سالمندان. *سالمندشناسی*، ۳(۴)، ۳۲-۴۱. URL: http://joge.ir/article-1-276-fa.html

سبحانی، م. (۱۴۰۰). نقش واسطه ای معنای زندگی در رابطه بین سبک دلبستگی فرد و سوگ پیش از موعد در والدین کودکان با بیماری های خاص. *مطالعات اسلامی در حوزه سلامت*، ۵(۳)، ۵۸-۴۵. https://sid.ir/paper/1028614/fa

طاهرخانی، م.، محمدی، ف.، رشوند، ف. و مطلبی، آ. (۱۴۰۰). پیش بینی کننده های فشار مراقبتی در مراقبین سالمندان تحت درمان با دیالیز. سالمند: *مجله سالمندی ایران*، ۱۶(۴)، ۴۸۲-۴۹۷. URL: http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2173-fa.html

طبیب‌زاده، ف.، سلیمانی، ا. و قربان شیرودی، ش. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان. *رویش روان شناسی*، ۹(۱۲)، ۷۵-۸۴. URL: http://frooyesh.ir/article-1-2388-fa.html

عدیلی، د. و دهقانی آرانی، ف. (۱۳۹۷). رابطهٔ فشار مراقبتی با کیفیت زندگی بیمار در مراقبین زنان با سرطان پستان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۲(۲)، ۳۰-۳۹. URL: http://rph.khu.ac.ir/article-1-3152-fa.html

عبدی، ف. (۱۳۹۸). *اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شدت واکنش سوگ، احساس ناکامی و افسردگی زنان دارای تجربه سوگ*. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره گرایش خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی محقق اردبیلی.

علی‌پور، م. (۱۳۹۵). *اثربخشی گروه‌درمانی هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و آثار سوگ در زنان مبتلا به سوگ نابهنجار*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

فقیه، ص. و کاظمی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر تحمل پریشانی زوجین نابارور شهر اصفهان. *سلامت جامعه*، ۱۲(۱): ۲۹-۲۲. CHJ.2018.110652.1068/۱۰.۲۲۱۲۳

کیارسی، ز.، عمادیان، ع. و حسن زاده، ر. (۱۴۰۰). مقایسه درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. *رویش روان شناسی*،۱۰(۸)، ۱۸۵-۱۹۶. URL: http://frooyesh.ir/article-1-2834-fa.html

لسلس، س. گ. (۲۰۰۵). *درمان هیجان‌مدار: اصول و مبانی*. ترجمه اکبری، ح. و رفیع، ط. (۱۳۹۶). انتشارات بات.

نقندر، م.، مرغزاری، م. و طالقانی، ع. (۱۴۰۱). تاثیر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران عروق کرونر قلب. *فصلنامه ایده های نوین روانشناسی*، ۱۲(۱۶)، ۱-۱۵. URL: http://jnip.ir/article-1-703-fa.html

یعقوبی، ح. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (K۱۰-). *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۶(۴)، ۴۵-۵۷. JAPR.2016.57963/۱۰.۲۲۰۵۹

Anderson, L. S., Grimsrud, A., Myer, L., Williams, D. R., Stien, D. J., & Seedat S. (2011). The psychometric properties of the K10 and K6 scales in screening for mood and anxiety disorders in the South African Stress and Health study. *International Journal Methods Psychiatr Research*, 20(4), 215-223.DOI: 10.1002/mpr.351

Baharandi B, Kazei K. (2022). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Ambiguity Tolerance and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychol*, 6(1), 13-26. doi:10.22126/jap.2020.5148.1409

Dutch, M. S., & Ratanasiripong, P. (2019). Marriage family therapist's attitudes toward evidencebased treatments and readiness for change. *Journal of Psychotherapy Integration*, *27*(4), 540-547.DOI: 10.1037/a0040054

Evrard, R., Dollander, M., Elsaesser, E., Lorimer, D. (2021). Exceptional necrophanic experiences and paradoxical mourning: Studies of the phenomenology and the repercussions of frightening experiences of contact with the deceased. *L'Évolution Psychiatrique*, 86(4), 1-24.https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2021.09.001

Elliott, R., Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 414-28.DOI: 10.1002/jclp.23069

Glick, D., Motta, M., Wiegand, D., Range, P. (2018). Anticipatory grief and impaired problem solving among surrogate decision makers of critically ill patients: A cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 49(11), 1-15. DOI: 10.1016/j.iccn.2018.07.006

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2010). Fears of compassion: Development of three self-report measures. Psychology and Psychotherapy: Theory, *research and practice*, 84(3), 239 -255.DOI: 10.1348/147608310X526511

Irons, C., Lad, S. (2019). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47–54.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-15]

Irenaeus, S., Garmo, H., Gedeborg, R., Robinson, D., Stattin, P., Beckmann, K. (2024). Patterns of treatment in men with intermediate-, high-, and very high-risk prostate cancer according to their modelled life expectancy. *European Urology*, 1(85), 1265-1276. https://doi.org/10.1016/S0302-2838(24)01003-0

Johannsen, M., Schlander, C., Vestergaard, I. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults – Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 314(9), 46-53.DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114683

Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, SL. T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2003). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.DOI: 10.1017/s0033291702006074

Marsh, I. C., Chan, S. W., & MacBeth, A. (2021). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011-1027. DOI: 10.1007/s12671-017-0850-7

Song, Q., Liu, C., Wang, J., Yin, G. (2022). Course and predictors of psychological distress among colorectal cancer survivors with ostomies: A longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, 59(9), 21-29.DOI: 10.1016/j.ejon.2022.102170

Tian, S., Huangfu, L., Deng, J., Shi, L., & Lu, L. (2024). Associations of sleep pattern with survival and life expectancy of cancer patients. *Sleep Medicine*, 1(115), 92-104. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.11.281

Tu, T., Tran, T., Kwon, H., & Cho, H. (2023). Frailty-adjusted life expectancy and survival in older lung cancer patients: A large-scale electronic health-record based study. *Annals of Oncology*, 34(40, 165-177. https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.10.573

Vrabel, K., Wampold, B., Quintana, D., Goss, K., Waller, G., Hoffart, A. (2019). 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*, 18(10), 16-38.doi: 10.3389/fpsyg.2019.01638

Wnuk, S., Greenberg, L., Dolhanty, J. (2021). Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 23(3), 253-261.DOI: 10.1080/10640266.2014.964612

Yu, W., Lu, Q., Lu, Y., Yang, H., Zhang, L. (2021). Anticipatory Grief among Chinese Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer: A Cross-Sectional Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(4), 369-376.doi: 10.4103/apjon.apjon-214

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-15]