

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر سوگ در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان

Comparison of the efficacy of cognitive behavioral therapy and emotional focused therapy on grief in caregivers of cancer patients

Arezoo Habibi Kilak

PhD student, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Dr. Mohammadreza Khodabakhsh *

Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

mr_khodabakhsh@yahoo.com

Dr. Zahra Bagherzadeh Golmakani

Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

آرزو حبیبی کیلک

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

دکتر محمدرضا خدابخش (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

دکتر زهرا باقرزاده گلمکانی

استادیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

Abstract

This study aimed to compare the efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) and emotion-focused therapy (EFT) on grief in caregivers of cancer patients. This semi-experimental research utilized a pretest-posttest control group design with a two-month follow-up. The statistical population included all caregivers of cancer patients who received services from the Iranian Cancer Charity Foundation in Mashhad during the last three months of 2023. The sample consisted of 45 caregivers, who were selected purposefully and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The intervention groups received 10 sessions of 90-minute CBT based on Young's model (2001) and 8 sessions of 90-minute EFT based on Greenberg's model (2006), once a week. Data were collected using Holm et al.'s (2019) Grief Predictors Scale (AGS). Results indicated a significant difference between the experimental and control groups, with both CBT and EFT significantly reducing grief scores in caregivers ($p < 0.05$). Furthermore, EFT was found to be more effective than CBT in alleviating grief in caregivers ($p < 0.05$). The results showed that emotion-oriented therapy was probably a more efficient intervention than cognitive behavioral therapy for improving the bereavement of caregivers of patients and, can guide therapists in treatment selection.

Keywords: Emotion-oriented therapy, Cognitive-behavioral therapy, Caregivers of Cancer Patients, Grief.

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر سوگ مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بود که از خدمات بنیاد نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان مشهد در سه ماه آخر سال ۱۴۰۲ برای بیماران خود به مردم می‌شدند. نمونه شامل ۴۵ نفر بود که به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های مداخله درمان شناختی رفتاری یونگ (۲۰۰۱) را طی ۹۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و درمان هیجان مدار گرینبرگ (۲۰۰۶) را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفت‌بار داده‌اند. نتایج نشان داد بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت؛ هر دو درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار باعث کاهش نمرات سوگ مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مؤثر شد ($p < 0.05$). همچنین براساس نتایج بدست آمده درمان هیجان مدار در بهبود سوگ مراقبین بیماران مبتلا به سرطان اثربخشی بیشتری از درمان شناختی رفتاری دارد ($p < 0.05$). نتایج نشان می‌داد که درمان هیجان مدار، احتمالاً مداخله کارآمدتری در مقایسه با درمان شناختی رفتاری برای بهبود سوگ مراقبین بیماران بوده است.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان مدار، درمان شناختی رفتاری، مراقبین بیماران مبتلا به سرطان، سوگ.

مقدمه

سرطان یکی از علل اصلی مرگ از طریق بیماری است و درمان قطعی آن با وجود پیشرفت‌های تشخیصی و درمانی هنوز حل نشده باقی مانده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۲). در مجموع حدود ۱۹ میلیون مورد جدید سرطان در سراسر جهان در سال ۲۰۲۰ گزارش شده است. تعداد موارد جدید سرطان انتظار می‌رود تا سال ۲۰۴۰ از ۲۷ میلیون نفر فراتر رود و این در حالی است که تعداد مرگ و میرهای ناشی از سرطان در سراسر جهان تقریباً ۱۰ میلیون نفر است؛ به عبارتی ۱/۸ درصد از مردان و ۱/۱۱ درصد از زنان در سراسر دنیا به علت سرطان جان خود را از دست خواهند داد (سانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). بیماران مبتلا به سرطان اغلب مستعد عوارض جانی مانند تهوع، خستگی و سوءتفذیه هستند که بر کیفیت زندگی‌شان اثر می‌گذارد و در نتیجه بار سنگینی را بر دوش مراقبین^۲ خانواده از لحاظ زمان، انرژی و منابع مالی بر جای می‌گذارد (تولین^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). عوارض این بیماری توسط افراد مبتلا به صورت مجزا تجربه نمی‌شود. هر بیمار سرطانی شریک زندگی، یکی از اعضای خانواده یا دوست فردی دیگر می‌باشد و بنابراین سرطان نیز به صورت رابطه‌ای تجربه می‌شود. محققان ارتباط قدرتمندی بین کیفیت روابط افراد و پیامدهای سلامت روان و جسم، از جمله در بیماری سرطان مطرح کرده‌اند (ایاز^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). تعریف مراقب خانواده شامل هر عضو از خانواده، دوست یا شریکی است که رابطه معناداری را با بیمار حفظ می‌کند و تا حدی مراقبت را فراهم می‌آورد (دکلاین^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). از طرفی مراقبین بیماران سرطانی، از زمان تشخیص بیماری و خامت آن، یک سری واکنش‌های استرس روانی و فیزیولوژیکی، از جمله انتظار مرگ که منجر به نوعی سوگ^۶ پیش‌بینی شده می‌شود را نیز تجربه می‌کنند. شدت غم و اندوه در مراقبین خانواده قبل از مرگ یکی از عزیزان، به عنوان سوگ قبل از مرگ شناخته می‌شود (سینگر^۷ و همکاران، ۲۰۲۲).

با توجه به پیامدهای مطرح، لزوم درمان و اجرای مداخلات درمانی برای کاهش اینگونه استرس‌های جسمانی و روانی مراقبان خانواده‌های بیماران مبتلا به سرطان ضروری و مهم به نظر می‌رسد (کیم و همکاران^۸، ۲۰۲۰). یکی از مداخلات درمانی که اخیراً توجه روانشناسان را به خود جلب کرده، درمان هیجان‌مدار^۹ است. درمان هیجان‌مدار یا درمان مبتتنی بر هیجان یک رویکرد یکپارچه و ترکیبی مشتمل از دیدگاه نظریه‌های دلستگی و انسانگرایانه است. با توجه به نقش عمدۀ هیجانات در نظریه دلستگی، این درمان نقش مهم هیجان و ارتباطات هیجانی در الگوهای ارتباطی ارگانیسم را با در نظر گرفتن هیجانات به عنوان عامل اساسی تغییر بر جسته می‌سازد، و هدف آن شناسایی هیجانات و تبدیل آنها به پیامهای قابل درک و رفتارهای سازنده است (کانروی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). تغییر در درمان هیجان‌مدار زمانی اتفاق می‌افتد که درمانگران به بیماران کمک می‌کنند تا عناصر مرتبط با مسائل مخرب را تغییر دهند. هنگامی که چرخه‌ی منفی مختل می‌شود، و پاسخ‌ها شروع به تغییر می‌کنند، چرخه‌ی مثبت‌تری پدیدار می‌شود که به مراجعین کمک می‌کند که به سمت سازگاری حرکت کنند. این درمان سبب می‌شود افراد تحت درمان فraigیرند که چه هیجان‌هایی را باید بروز دهند و اینکه چگونه و در چه زمانی این هیجانات را ابراز کنند (مرزبان و همکاران، ۲۰۲۴). در همین راستا شربانی و گرینبرگ (۲۰۲۲) اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر روی سوگ و داغداری مراقبین را تایید کرده‌اند؛ همچنین موحدی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار را در زندگی اطرافیان افراد مبتلا به سرطان موثر گزارش کرده‌اند. بهوندی و همکاران (۱۴۰۰) نیز به مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کیفیت خواب اطرافیان افراد مبتلا به سرطان پرداخته و اثربخشی مثبت این رویکرد را گزارش کرده‌اند.

درمان مطرح دیگر، درمان شناختی رفتاری^{۱۱} است؛ یکی از درمان‌هایی که به خوبی طیف گسترده‌ای از مشکلات سلامت روان در کودکان و بزرگسالان را پشتیبانی می‌کند. این رویکرد به مراجعین در دستیابی به الگوهای فکری متعادل‌تر و موثرتر از طریق روش‌هایی مانند یادآوری موقعیت، شناسایی افکار و احساسات مرتبط، ارزیابی مجدد الگوهای تفکر و مفروضات، شناسایی خطاهاشی شناختی و باورهای تحریف‌شده کمک می‌کند. در نتیجه مولفه‌هایی مانند احساس کنترل، و پیش‌بینی‌پذیری برای بیمار در یک محیط کنترل شده، انتظار نتایج فاجعه‌بار، تجارت مکرر تروما و غیره ترمیم می‌گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۲}، ۲۰۲۲). این درمان پشتوانه تحقیقاتی قدرتمندی برای انواع اختلالات اضطرابی مانند اختلال هراس، آگورافوبیا، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب احتیاجی در بزرگسالانی که

¹ Sung

² Caregivers

³ Tolin

⁴ Ayaz

⁵ de Kline

⁶ Grief

⁷ Singer

⁸ Kim

⁹ Emotional focused therapy

¹⁰ Connroy

¹¹ Cognitive behavioral therapy

¹² American Psychiatric Association

در مراقبت‌های بالینی روتين تحت درمان قرار می‌گیرند؛ در کاهش علائم اضطراب و همچنین افسردگی، با اندازه‌های اثر درون گروهی قابل ملاحظه پس از درمان و در مرحله پیگیری، مؤثر بوده است (اوست^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). در همین راستا هاراهاپ و والویو (۲۰۲۳) در مطالعه‌ای تاثیر درمان شناختی رفتاری را در مراقبین بیماران سلطانی در بهبود پتانسیل سلامت و رفاه طولانی مدت مراقبین نشان دادند؛ همچنین زمردی و رسول‌زاده (۱۳۹۲) به برتری اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی مراقبین افراد مبتلا به سرطان در مقایسه با درمان‌های دیگر اشاره کرده‌اند. باباپور و همکاران (۱۳۹۸) نیز اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر کیفیت زندگی و خستگی روانی مراقبین بخش سرطان اثربخش گزارش کرده‌اند.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر سوگ در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان از اهمیت بسیاری برخوردار است، زیرا هر یک از این دو رویکرد درمانی بر اساس مکانیسم‌های متفاوتی با جنبه‌های مختلف سوگ مقابله می‌کنند. مراقبین بیماران سلطانی به دلیل ارتباط نزدیک با بیمار و تحمل فشارهای روانی شدید، معمولاً دچار سوگ پیچیده و مشکلات روان‌شناختی می‌شوند. درمان شناختی رفتاری می‌تواند با تمرکز بر اصلاح الگوهای فکری منفی و رفتارهای ناکارآمد، به این افراد کمک کند تا با تغییر دیدگاه‌های خود درباره فقدان، از شدت احساسات منفی و ناتوانی در پذیرش سوگ بکاهند. در مقابل، درمان هیجان‌مدار با پردازش هیجانات سرکوب‌شده و تجربه مستقیم احساسات، امکان می‌دهد تا مراقبین به شکل سازنده‌تری با احساسات غم و فقدان خود مواجه شوند و آن‌ها را بپذیرند. ضرورت دیگر مقایسه این دو رویکرد درمانی در این است که نوع واکنش افراد به سوگ و نحوه مواجهه با فقدان می‌تواند بسیار متنوع باشد. برخی از مراقبین ممکن است به دلیل افکار مداوم و الگوهای شناختی نیازمند روش شناختی رفتاری باشند تا بتوانند این افکار را تغییر داده و از گیر افتادن در دور باطل تفکرات منفی جلوگیری کنند. از سوی دیگر، برای افرادی که سوگ آن‌ها به دلیل سرکوب یا عدم تجربه هیجانات اولیه عمیق‌تر شده است، رویکرد هیجان‌مدار می‌تواند مؤثر باشد، زیرا این رویکرد بر پردازش هیجانات اصلی و ابراز صحیح احساسات تمرکز دارد. بنابراین، بررسی و مقایسه اثربخشی هر یک از این رویکردها در کاهش سوگ می‌تواند به تعیین مناسب‌ترین درمان برای مراقبین با نیازهای متفاوت کمک کند. در نهایت، مقایسه اثربخشی این دو رویکرد نه تنها به غنای دانش علمی درباره درمان سوگ کمک می‌کند، بلکه در تعیین روش‌های مداخلاتی مؤثرتر نیز نقش حیاتی دارد. با توجه به این که سوگ مزمن و پردازش نشده می‌تواند به مشکلات روان‌شناختی جدی‌تری مانند افسردگی و اضطراب منجر شود، شناسایی بهترین روش درمانی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی مراقبین و پیشگیری از مشکلات بلندمدت کمک کند. یافته‌های چنین پژوهشی می‌تواند به متخصصان روان‌شناسی و روان‌درمانی کمک کند تا مداخلات درمانی مناسب‌تری برای مراقبین بیماران مبتلا به سرطان طراحی و اجرا کنند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر سوگ مراقبین بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بود که از بنیاد نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) شهر مشهد برای بیماران سلطانی خود در سه ماه آخر سال ۱۴۰۲ خدمات دریافت می‌کردند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر بود که پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری، ۱۵ نفر)، (گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار، ۱۵ نفر) و گروه گواه، ۱۵ نفر قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل رضایت آگاهانه، نقش داشتن به عنوان مراقب اصلی برای فرد مبتلا به سرطان (به عنوان فردی از اعضای خانواده)، داشتن نمره PPS^۲ بین ۷۰ تا ۵۰ برای بیمار مبتلا به سرطان که مورد مراقبت قرار می‌گیرد؛ این نمره میزان ناخوشی افراد مبتلا به سرطان در کنترل عوارض پریشانی جسمی را نشان می‌دهد که توسط مرکز مکسا در اختیار پژوهشگر قرار گرفت، داشتن حداقل سیکل، سن بین ۲۰ تا ۵۵ سال، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی به سوالات و امكان شرکت در جلسات و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، دریافت مشاوره فردی همزمان و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. پیش از شروع جلسات آموزشی توضیحات کاملی درباره اهداف اصلی مطالعه، حفظ کامل اطلاعات افراد و تحلیل کلی نمرات به دست آمده به مشارکت‌کنندگان داده شد. همچنین در طول جلسات به افراد اطمینان داده شد که هر زمان احساس مطلقی نداشتند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. علاوه بر رضایت آگاهانه و محرومانه نگاه‌داشتن اطلاعات مشارکت‌کنندگان، امکان دریافت هریک از مداخله‌ها برای گروه گواه از دیگر ملاحظات اخلاقی

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر سوگ در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان
Comparison of the efficacy of cognitive behavioral therapy and emotional focused therapy on grief in caregivers of cancer ...

پژوهش حاضر بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از نوع آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس سوگ پیش‌بینی‌کننده^۱ (AGS): این مقیاس توسط هولم^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۹ معرفی شد و شامل ۱۳ گویه می‌باشد که غم و اندوه پیش‌بینی‌کننده را در مقیاس لیکرت اندازه‌گیری می‌کند که از ۱ (به شدت مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) متغیر است. با جمع‌بندی گویه‌ها نمره کل بین ۱۳ تا ۶۵ به دست خواهد آمد. نمرات بالاتر نشان دهنده غم و اندوه پیش‌بینی بالاتر در مراقبین بیماران سرطانی می‌باشد. این مقیاس به طور خلاصه برای مراقبین بیماران سرطانی طراحی گردیده است. به علاوه، این مقیاس شامل دو خرده مقیاس با عنوانین "واکنش‌های رفتاری" موارد ۱ تا ۸ و "واکنش‌های عاطفی" موارد ۹ تا ۱۳ است که واکنش‌های رفتاری و عاطفی سوگ در مراقبین شرکت کننده را نشان می‌دهد. در نسخه اصلی برای پایابی میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و ۰/۸۲ برای هر مولفه را گزارش کرده است و همچنین شاخص روایی محتوایی برابر با ۰/۷۹ گزارش شده است (هولم و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران نجفی و همکاران (۱۴۰۲) ضمن تایید روایی درونی ۰/۹۸ از طریق همبستگی درونی طبقاتی، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها و کل ابزار به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۴ برآورد شده است.

روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا از بنیاد نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) در شهر مشهد مجوز لازم جهت همکاری اخذ گردید. سپس پرونده الکترونیکی بیماران مبتلا به سرطان این مرکز در جهت دسترسی به مراقبین آنان در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. در ادامه با تماس تلفنی پژوهشگر، مصاحبه‌ی اولیه با هر یک از مراقبین به عمل آمده و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ نفر انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. پس از جایگزینی تصادفی در گروه‌ها فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. باهدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، به هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها و قبل از اجرای جلسات درمان شرکت‌کنندگان هر سه گروه از طریق پرسشنامه‌ی مقیاس سوگ پیش‌بینی‌کننده هولم و همکاران (۲۰۱۹) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه‌های آزمایش در جلسات درمان شناختی رفتاری تحت مداخله ۱۰ دقیقه‌ای و درمان هیجان مدار تحت مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. گروه گواه نیز مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مداخله شرکت‌کنندگان هر سه گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین بعد از دو ماه از گذشت مداخله نیز مجدداً هر سه گروه با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

درمان هیجان مدار: جلسات درمان هیجان مدار بر اساس بسته درمان هیجان مدار گرینبرگ^۳ (۲۰۰۶) بود. این رویکرد شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که در هفته دو جلسه اجرا شد و شامل جلسات زیر می‌شود.

جدول ۱. خلاصه طرح جلسات درمان هیجان مدار (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسه	عنوان جلسه	هدف	محظوظ	تکلیف
۱	آشنایی اولیه	آشنایی با اعماقی گروه و برقراری روابط حسن	معرفی اعضا و درمانگر، بررسی انگیزه و انتظارات خود از درمان و یادداشت برداری از آنها	بررسی انتظارات خود از درمان و یادداشت برداری از آنها
۲	شناسایی مشکلات و پردازش هیجانی	شناسایی و نامگذاری هیجان‌ها و آگاهی از هیجان‌ها	گوش دادن به مراجعین، شناسایی و نامگذاری انواع هیجان‌ها، توضیح عملکرد هیجانات، توجه به احساسات بدنی مرتبط با هیجان	تمکیل کاربرگ روزنگار هیجانی
۳	آگاهی از هیجان‌ها	برون‌سازی هیجان‌ها و شناسایی احساسات اولیه و ثانویه	کمک به گروه برای بروون‌سازی هیجان‌ها و احساسات، کشف چرخه شکل‌گیری احساسات اولیه و نیازهای تأثیرگذاری بر هیجان	یادداشت احساسات اولیه و ثانویه که تجربه کرده‌اند
۴	پذیرش، تنظیم و تحمل	پذیرش و ارزش‌گذاری به هیجانات و احساسات واکنشی	پذیرش و تنظیم احساسات واکنشی مانند خشم، ناکامی و تندی، ارزش‌گذاری به احساسات مرتبط با آشوبگی‌های روانی	تمرین پذیرش و تحمل احساسات واکنشی با استفاده از تمرینات

1 Anticipatory Grief Scale

2 Holm

3 Greenberg

۵	کار با صندلی خالی و تجربه هیجانات جدید	شناخت و تجربه احساس	استفاده از فنون کار با صندلی خالی، مواجهه با جنبه‌های مختلف خود، تجربه احساس ارزشمندی ارزشمندی
۶	انگیزه‌افرینی برای تداوم درمان	ایجاد اعتماد به هیجانات	یادگیری اعتماد به هیجانات جدید، تجربه و اکنش‌های جدید به انگیزه‌های آشکار شده، ادامه شناسابی جدید و تجربه و اکنش‌های
۷	پردازش بیشتر هیجان‌ها و بیان ارتباطات جدید	پردازش کامل تر هیجانات و مراجعین به ارتباطات جدید، بیان واضح تر نیازها و نوین	بیان اشتیاق به نوع جدیدی پردازش بیشتر هیجانات اولیه، شفافسازی اشتیاق به گروه و نوشتن آنها
۸	ایجاد راه حل‌های جدید و اختتام درمان	خلق و طراحی راه حل‌های حکایت جدید از مشکلات و جمع‌بندی نهایی از فرآیند از ارتباطات	ایجاد و طراحی راه حل‌های جدید برای مشکلات، بیان حکایت جدید از مشکلات و جمع‌بندی نهایی از فرآیند احتمام درمان و جمع‌بندی نهایی
			آماده‌سازی خلاصه‌ای از تغییرات و پیشرفت‌های حاصل شده در طول درمان و آراء آن در جلسه پایانی

درمان شناختی رفتاری: جلسات درمان شناختی رفتاری بر اساس بسته درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری یونگ^۱ (۲۰۰۱) بود. این رویکرد شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که در هفته دو جلسه اجرا شد و شامل جلسات زیر می‌شود.

جدول ۲. خلاصه طرح جلسات درمان شناختی رفتاری (یونگ و همکاران، ۲۰۰۱)

شماره	عنوان جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی	آشنایی با مراقبین و برقراری رابطه درمانی، معرفی نوع درمان	معرفی اعضا و درمانگ، طرح مسائل اصلی مراقبین، توضیح اجمالی در مورد درمان شناختی رفتاری	تفکر و یادداشت در مورد انتظارات از درمان و مسائلی که نیاز به رسیدگی دارند
۲	صورت‌بندی مشکلات و معرفی مدل شناختی رفتاری	شناسایی مشکلات کلی و ادغام مثلث شناختی در استراتژی‌های درمانی	بررسی مشکلات کلی مراقبین، معرفی مثلث شناختی و تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی	تکمیل برگه ثبت افکار ناکارآمد
۳	کار با افکار خودآیند	تحلیل و چالش با افکار خودآیند و تغییر آنها	بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، چالش با افکار خودآیند	ادame تکمیل برگه ثبت افکار ناکارآمد و شناسایی افکار خودآیند مشابه
۴	بازشناسایی باورهای زیربنایی	شناسایی و تحلیل باورهای زیربنایی و نحوه فعل شدن آنها	استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین برای شناسایی باورهای زیربنایی، تحلیل و بررسی چگونگی فعل شدن این باورها	شناسایی موقعیت‌های خاص که باورهای زیربنایی را فعل می‌کنند
۵	توسعه آگاهی و جایگزینی افکار مثبت	جای افکار منفی و تقویت خودگویی‌های مثبت	افزایش آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، استفاده از تکنیک‌های رفتاری برای جایگزینی افکار مثبت	تمرین خودگویی‌های مثبت و ثبت افکار جایگزین مثبت در طول هفته
۶	آموخته مهارت‌های جرأت‌ورزی و حل مسئله	تقویت افکار مثبت و تقویت جرأت‌ورزی	استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری برای تقویت جرأت‌ورزی، آموخته مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله	تمرین مهارت‌های جرأت‌ورزی در موقعیت‌های واقعی و ثبت نتایج
۷	شناسایی و تحلیل باورهای غیرشرطی و هسته‌ای	تحلیل و ضعیف‌سازی باورهای غیرشرطی و هسته‌ای	شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و هسته‌ای، زیرسؤال بردن این باورها به روش سقراطی	تکمیل پرسشنامه درجه‌بندی باورهای منفی و تحلیل نتایج
۸	توسعه باورهای مثبت و آمادگی برای زندگی آینده	تقویت باورهای مثبت و آمادگی برای به کارگیری مهارت‌های آموخته شده	توسعه مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتیاطی، درجه‌بندی افکار	تدوین برنامه‌ای برای به کارگیری مهارت‌ها و افکار مشیت در موقعیت‌های آینده

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر سوگ در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان
Comparison of the efficacy of cognitive behavioral therapy and emotional focused therapy on grief in caregivers of cancer ...

۹	آموزش مهارت‌های ارتباطی و پاسخ‌دهی کلامی	بهبود مهارت‌های ارتباطی مؤثر، تمرين گوش دادن فعال و سیک پاسخ‌دهی کلامی	آموزش مهارت‌های ارتباطی و گوش دادن فعال
۱۰	آموزش مهارت‌های خودآگاهی و هوشیاری و هوشیاری	آموزش مهارت‌های خودآگاهی، هوشیاری و برای تقویت خودآگاهی تحیل افکار و احساسات	آموزش مهارت‌های خودآگاهی و تقویت خودآگاهی هوشیاری نسبت به افکار

یافته ها

در اطلاعات مربوط به آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار سن افراد، گروه گواه برابر با ($35/40 \pm 9/642$)، گروه درمان هیجان مدار برابر با ($36/9 \pm 666$) و میانگین سن گروه درمان شناختی رفتاری برابر با ($34/07 \pm 9/422$) بود. در بررسی مدت ابتلا در میان مشارکت‌کنندگان، گروه گواه، $26/7$ درصد از افراد به مدت 6 ماه تا 1 سال مبتلا بودند، 40 درصد به مدت 1 تا 2 سال، $13/3$ درصد به مدت 2 تا 3 سال و 20 درصد از 3 سال تا 4 سال و 3 ماه. در گروه درمان هیجان مدار، 20 درصد از افراد به مدت 6 ماه تا 1 سال، $46/7$ درصد به مدت 1 تا 2 سال، $26/7$ درصد به مدت 2 تا 3 سال و $6/7$ درصد از 3 سال تا 4 سال و 3 ماه مبتلا بودند. در گروه درمان شناختی رفتاری، $13/3$ درصد از افراد به مدت 6 ماه تا 1 سال، $53/3$ درصد به مدت 1 تا 2 سال، 20 درصد به مدت 2 تا 3 سال، و $13/3$ درصد از 3 سال تا 4 سال و 3 ماه مبتلا بودند. جنسیت تمام مشارکت‌کنندگان در هر سه گروه زن بود. در اطلاعات مربوط به تحصیلات، در گروه هیجان مدار $26/7$ درصد سیکل، 7 درصد دیپلم و $26/7$ درصد لیسانس داشتند. در گروه شناختی رفتاری 20 درصد سیکل، 60 درصد دیپلم و 20 درصد لیسانس داشتند؛ و گروه گواه 20 درصد سیکل، $66/7$ درصد دیپلم و $13/3$ درصد لیسانس داشتند.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات سوگ در گروه‌های پژوهش به تفکیک مراحل آزمون

گروه	متغیر	پیش آزمون	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
گواه	واکنش‌های رفتاری	$24/07$	$5/97$	$24/20$	$6/12$	$24/40$	$6/03$	$24/07$	$5/97$	$24/27$	$4/93$	$16/33$
سوگ	واکنش‌های عاطفی	$40/27$	$9/52$	$40/33$	$9/59$	$40/67$	$9/61$	$40/27$	$9/52$	$40/27$	$4/74$	$20/33$
درمان هیجان مدار	واکنش‌های رفتاری	$14/93$	$4/74$	$13/39$	$5/15$	$12/47$	$4/08$	$14/93$	$4/74$	$14/93$	$7/94$	$32/13$
سوگ	واکنش‌های عاطفی	$37/93$	$9/29$	$33/87$	$8/15$	$32/13$	$7/94$	$37/93$	$9/29$	$30/23$	$4/54$	$27/53$
درمان شناختی رفتاری	واکنش‌های رفتاری	$16/40$	$3/22$	$15/80$	$3/29$	$15/67$	$3/37$	$16/40$	$3/22$	$16/40$	$5/62$	$42/20$
سوگ	واکنش‌های عاطفی	$46/87$	$5/99$	$44/07$	$5/91$	$40/486$	$0/001$	$46/87$	$5/99$	$46/87$	$0/491$	$0/491$

در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات سوگ به تفکیک برای افراد گروه‌های گواه، درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری، در سه مرحله سنجش نشان داده شده است. برای بررسی پیش‌فرض‌ها مقادیر آماره شاپیرو ویلکز در نمرات پیش آزمون ($P < 0.02$) و پس آزمون ($P < 0.088$) و $P < 0.05$ به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در متغیرها معنی دار نمی‌باشد که بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است. با توجه به نتایج آزمون لوین ($F = 0/433$ و $F = 0/652$)، سطح معناداری بدست آمده بیشتر از 0.05 می‌باشد، بنابراین می‌توان گفت پیش‌فرض همگونی واریانس در گروه‌ها از تجانس برخوردار است ($P < 0.05$). آزمون کرویت ماقچلی به لحاظ آماری معنی دار نشد که نشان‌دهنده عدم تنخطی از مفروضه کرویت است ($M = 1/12$ و $P < 0.025$). در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس جهت بررسی و مقایسه تاثیر درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر سوگ مراقبین بیماران مبتلا به سرطان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع	درجه	آزادی	مجذورات	مجذورات	میانگین	F	سطوح	اندازه اثر	معناداری
واکنش‌های رفتاری	مراحل آزمون	$72/104$	2	$36/052$	$40/486$	$0/001$	$0/491$	$0/001$	$0/491$	$0/001$	$0/491$
تعامل مراحل آزمون و گروه	$72/104$	$1/404$	$51/37$	$40/486$	$0/001$	$0/491$	$0/491$	$0/001$	$0/491$	$0/001$	$0/491$
عضویت گروهی	$72/104$	$1/507$	$47/86$	$40/486$	$0/001$	$0/491$	$0/491$	$0/001$	$0/491$	$0/001$	$0/491$

واکنش‌های عاطفی	مراحل آزمون	۲۸/۱۰۴	۲	۱۴/۰۵	۳۶/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
واکنش‌های رفتاری	تعامل مراحل آزمون و گروه	۲۸/۱۰۴	۲۸/۱۰۴	۱/۳۰۵	۲۱/۰۵۴	۳۶/۰۳۵	۰/۰۰۱
واکنش‌های رفتاری	عضویت گروهی	۲۸/۱۰۴	۱/۳۹۳	۲۰/۱۷	۳۶/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
واکنش‌های رفتاری	مراحل آزمون	۴۹/۷۶۳	۴	۱۲/۴۴	۱۳/۹۷۱	۱۳/۹۷۱	۰/۴۰۰
واکنش‌های رفتاری	تعامل مراحل آزمون و گروه	۴۹/۷۶۳	۲/۸۰	۱۷/۷۲	۱۲/۹۷۱	۱۲/۹۷۱	۰/۴۰۰
واکنش‌های عاطفی	عضویت گروهی	۴۹/۷۶۳	۳/۰۱۳	۱۶/۵۱	۱۳/۹۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۰
واکنش‌های عاطفی	مراحل آزمون	۲۷/۱۴۱	۴	۶/۷۸	۱۷/۴۰۰	۱۷/۴۰۰	۰/۴۵۳
واکنش‌های رفتاری	تعامل مراحل آزمون و گروه	۲۷/۱۴۱	۴	۶/۷۸	۱۷/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
واکنش‌های رفتاری	عضویت گروهی	۲۷/۱۴۱	۲/۶۰۹	۱۰/۴۰	۱۷/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
واکنش‌های رفتاری	مراحل آزمون	۲۷/۱۴۱	۲/۷۸	۹/۷۳	۱۷/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
واکنش‌های عاطفی	تعامل مراحل آزمون و گروه	۷۴/۸۰۰	۸۴	۰/۸۹	۱۷/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
واکنش‌های عاطفی	عضویت گروهی	۷۴/۸۰۰	۵۸/۹۴	۱/۶۲۹	۱/۱۸۲	۶۳/۲۷	۱/۱۸۲
واکنش‌های عاطفی	مراحل آزمون	۷۴/۸۰۰	۲۲/۷۵۶	۸۴	۰/۳۹۰	۵۴/۷۸	۰/۵۹۸
واکنش‌های عاطفی	تعامل مراحل آزمون و گروه	۳۲/۷۵۶	۳۲/۷۵۶	۵۴/۷۸	۰/۵۹۸		

در جدول ۴ نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی برای مقایسه سوگ گروههای گواه، درمان هیجان‌دار و درمان شناختی رفتاری، نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴ مقادیر F مربوط به اثرات تعاملی بین گروههای و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروههای در طی مراحل اندازه‌گیری)، برای هر دو مولفه سوگ در سطح آلفای $1 - 0.01 < \alpha < 0.1$ معنی‌دار می‌باشد ($p < 0.01$). معنی‌داری اثرات تعاملی نشان-دهنده وجود تفاوت بین روند تغییرات نمرات سوگ گروههای گواه، درمان هیجان‌دار و درمان شناختی رفتاری در طی مراحل اندازه‌گیری است. به منظور مقایسه زوجی میانگین نمرات در طی مراحل اندازه‌گیری، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت تعیین تفاوت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	متغیر وابسته	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
واکنش‌های رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۱۳۳	-۰/۲۶۶	۱
گواه	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۳۳۳	-۰/۴۴۲	۱
واکنش‌های عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۲۰۰	-۰/۳۰۰	۱
درمان هیجان‌دار	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۰۶۷	-۰/۲۰۹	۱
واکنش‌های عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۰۶۷	-۰/۲۹۷	۱
واکنش‌های عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۱۳۳	-۰/۱۵۵	۱
واکنش‌های رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۲	-۰/۲۶۶	۰/۰۰۱
واکنش‌های رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۲/۶۶	-۰/۴۴۲	۰/۰۰۱
درمان شناختی	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۶۶۷	-۰/۳۰۰	۰/۰۹۵
رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۱/۹۳۳	-۰/۲۰۹	۰/۰۰۱
واکنش‌های عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۲/۴۶۷	-۰/۲۹۷	۰/۰۰۱
واکنش‌های عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۵۳۳	-۰/۱۵۵	۰/۰۰۱
واکنش‌های رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۲/۰۶۷	-۰/۲۶۶	۰/۰۰۱
واکنش‌های رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۲/۸۰۰	-۰/۴۴۲	۰/۰۰۱
رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۷۳۳	-۰/۳۰۰	۰/۰۵۶
واکنش‌های عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۶۰۰	-۰/۲۰۹	۰/۰۱۹
واکنش‌های عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۷۳۳	-۰/۲۹۷	۰/۰۱۳
واکنش‌های عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۱۳۳	-۰/۱۵۵	۱

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر سوگ در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان
Comparison of the efficacy of cognitive behavioral therapy and emotional focused therapy on grief in caregivers of cancer ...

در جدول ۹ مقایسه‌های زوجی جهت بررسی تفاوت بین نمرات سوگ در طی مراحل درمان، برای هر یک از گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده در گروه‌های درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($p < 0.05$) با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات سوگ در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافته است. در گروه گواه نیز تفاوت بین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر سوگ در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سوگ مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. این یافته با قسمت‌هایی از نتایج مطالعات قبلی شافله و همکاران (۲۰۲۲)، کومیشکه-کونروپ و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری می‌توان بیان کرد که رویکرد CBT در درمان سوگ در درجه اول بر مسائل روانشناسی مرتبط با فقدان تمرکز دارد، اما این پروتکل انعطاف‌پذیر است به طوری که مداخلات اصلی را می‌توان با انواع واکنش‌هایی که مراجع در برابر سوگ و غم و اندوه تجربه می‌کند، تنظیم نمود. بر اساس درک فراتاشیخی و اکنش‌ها نسبت به سوگ، درمانگر مداخلات خاصی را برای هدف قرار دادن فرایند‌هایی که به ویژه با مشکلات مراجع مرتبط است، تنظیم می‌کند. با تطبیق مداخلات برای مراجعین، این درمان را می‌توان یک نوع درمان فراتاشیخی در نظر گرفت (شافله و همکاران، ۲۰۲۲). فرمول‌بندی موردی در درمان شناختی رفتاری می‌تواند مبنایی را برای انتخاب مداخلات مؤثر فراهم آورد. سه مداخله اصلی عبارت‌داز قرار گرفتن در مواجهه، بازسازی شناختی و فعال‌سازی رفتاری؛ مقابله با از دست دادن و درد ناشی از آن (قرار گرفتن در مواجهه)، حفظ بازیابی اعتماد به خود، سایر افراد، زندگی و آینده (بازسازی شناختی) و درگیر شدن در فعالیت‌های مغایدی که سازگاری با موقعیت جدید را ارتقا می‌دهند (فعال‌سازی رفتاری). درمانگر این مداخلات را با تأکید بر اینکه سه تکلیف یا مهارت مهم در برابر سوگ را هدف قرار می‌دهد معرفی می‌کند (کومیشکه-کونروپ و همکاران، ۲۰۲۳). این رویکرد معتقد است که شناخت‌ها یا افکار تا حد زیادی بر الگوهای رفتاری ما در موقعیت‌های مختلف زندگی تأثیر می‌گذارد. به طور مثال ما زمانی احسان اضطراب می‌کنیم که یک وضعیت را به عنوان تهدید درک کنیم. زمانی که یک شناخت تهدیدآمیز در ما شکل می‌گیرد، احتمالاً تمایل به فرار یا اجتناب از آن وضعیت در آینده را داریم. در چنین مواردی، CBT با پیوند دادن افکار به موقعیت‌ها و احساسات، جمع‌آوری شواهد، شناسایی تحریف‌های شناختی، کشف فرضیات و باورهای زیربنایی، فرد را از الگوهای اجتنابی عادتی آگاه می‌سازد. این درمان افراد را از آسیب‌های ناشی از اجتناب و در ادامه آموزش راهبردهای مبتنی بر مواجهه مطلع می‌کند. این رویکرد مانع از فرار افراد از موقعیت‌های دردناک و افکار مرتبط با سوگ و غم و اندوه و درنتیجه دوری از اجتناب می‌گردد (سلیمی روسری و همکاران، ۲۰۲۴). از نگاهی دیگر، یکی از عوامل خطر در ارتباط با مواجهه با یک ترومای پیچیده مانند سوگ، اجتناب تجربی است. افراد معمولاً نوعی بیزاری از تحمل احساسات، افکار، خاطرات و سایر تجارب خصوصی (مانند احساسات فیزیکی و هیجانات منفی) را به دلیل فشار روانی قابل توجه تروما دارند. این بیزاری باعث تلاش‌های آسیب‌زا برای مقاومت، فرار و اجتناب از موقعیت‌هایی می‌گردد که در دراز مدت سلامت روان افرد را تهدید می‌کند. افراد با غم و اندوه ناشی از سوگ، به دلیل درد و رنج تجربه شده از فراق، سعی می‌کنند از موقعیت‌ها و احساساتی که آنها را به یاد غم و اندوه می‌اندازد اجتناب کنند. درمان CBT این یاورها و افکار ناکارآمد را هدف قرار می‌دهد و آموزش‌هایی در ابطه نحوه برخورد با شرایط برانگیزندگی تروما فراهم می‌آورد. CBT افراد را الگوهای اجتنابی عادتی از طریق تکنیک‌های مختلف آگاه می‌کند و به آنها آموزش می‌دهد به صورت قصدمند این الگوها را تغییر دهند. از این طریق فرد استفاده از راهبردهای موثرتر را به جای فرار و راههای اجتنابی یاد می‌گیرد و با افکار و موقعیت‌های دردناک مواجه می‌شود و به صورت مؤثر با آنها مقابله می‌کند (ایسما و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه آن بود که درمان هیجان‌مدار بر سوگ مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. این یافته با قسمت‌هایی از نتایج مطالعات قبلی تیمولاک و کیوگ (۲۰۲۰) و شربانی و گرینبرگ (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین نتایج به دست آمده از اثربخشی درمان هیجان‌مدار باید گفت یکی از مفروضات رویکرد EFT این است که این درمان از بیان هیجانات اولیه‌ای که به مرز سالم خشم ایجاد شده از پذیرش خود و فرد از دست رفته آسیب می‌زند، در موقع لزوم جلوگیری می‌کند؛ به عبارتی این واقعیت مطرح می‌باشد که پردازش کافی و مناسب هیجانات حل نشده منجر به دگرگونی آنها می‌گردد. در طول این درمان گاهی اوقات تشویق مراجعین برای بیان تخیلات‌شان در مورد تعارضات بین فردی ضروری است. برخی محققان یافته‌اند که درمان هیجان‌مدار که در آن تکنیک صندلی خالی برای گفتگو به عنوان روش اصلی حل مسأله و مشکلات ناتمام است، یک مداخله مؤثر در درمان افسردگی، مشکلات بین‌فردی و تروما می‌باشد. بنابراین در تبیین اثر بخشی این درمان همچنین می‌توان این طور استدلال کرد که این تکنیک باعث رسیدن فرد به رهایی می‌گردد. از آنجایی که مراجعین سطح پایین عزت نفس را تجربه می‌کنند، پذیرش این احساسات و استفاده از این تکنیک به نوبه خود می‌تواند به مراجعین برای به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات مثبت کمک کند. بنابراین می‌توان بیان کرد که این

روش درمانی به مراجعین درگیر با مشکلات سوگ باری می‌رساند که هیجانات منفی خود را به جای اجتناب از آنها بپذیرند و بر افکار خود ساخته منفی از طریق تسهیل تنظیم مؤثر هیجانی غلبه کنند (تیمولاک و کیوگ، ۲۰۲۰).

یافته دیگر پژوهش نشان دهنده اثربخشی بیشتر درمان هیجان مدار نسبت به درمان شناختی رفتاری بود. این یافته با مطالعات سلیمی رودسری و همکاران (۲۰۲۴)، ایسمام و همکاران (۲۰۲۰)، تیمولاک و کیوگ (۲۰۲۰) همسو بود. در رابطه با تبیین اثربخشی بیشتر درمان هیجان مدار می‌توان بیان کرد که به نظر می‌رسد هنگام کار با سوگ در EFT، بیشتر موضع‌گیری به صورت کلی است و تکنیک‌ها به طور مستقیم اعمال می‌شوند. یکی از جنبه‌های مهم کمک به فردی که با سوگ درگیر است، خلق یک رابطه امن و ایجاد اتحاد به وسیله مشارکت و با هدف کار بر روی سوگ به عنوان فرایندی از هیجان حل نشده است و اینکه تکالیف درمانی معمولاً شامل ایجاد ارتباط با افراد چه در تخیل و چه در تکنیک صندلی خالی خواهد بود. ایجاد یک اتحاد درمانی از این جهت مهم است که دو نفر با هم غلبه بر مشکل کار می‌کنند. در سوگ این مؤلفه شامل هدف مشترک برای کمک به مراجع در غمی که تجربه می‌کند و ارتباطی درک شده از فرایند برانگیختگی و ابراز هیجانات می‌باشد. در کار با اندوه ناسازگار، اهمیت تمایز هیجانات و عواطف پیچیده و مسدود شده همچنین باید به عنوان یک هدف مشترک درک شود. نسبت به سایر موارد، در کار با سوگ و فردی که در حال تجربه سوگواری است، نیاز بیشتری به تسهیل دسترسی و ابراز غم و اندوه سازگار احساس می‌شود و این امر به دنبال احساسات شفابخش شامل شفقت برای درد و رنج و گرفتن تصویری مثبت از دیگری اتفاق می‌افتد. در درمان EFT این حالت‌ها را می‌توان با تکالیف اجرایی تجربی و تسهیل ساخت معنایی ایجاد نمود (شربانی و گرینبرگ، ۲۰۲۲).

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی شناختی رفتاری و هیجان مدار در کاهش سوگ مراقبین بیماران مبتلا به سلطان مؤثر هستند. با این حال، درمان هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری نشان داده است. این یافته حاکی از آن است که پردازش و ابراز هیجانات در مواجهه با سوگ، تأثیر عمیق‌تری بر بهبود وضعیت روان‌شناختی مراقبین دارد. بنابراین، درمان هیجان مدار می‌تواند به عنوان روش اولویت‌دار برای مراقبین بیماران مبتلا به سلطان در مدیریت سوگ و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

این مطالعه با وجود نتایج قابل توجه، دارای محدودیت‌هایی است که می‌تواند بر تعیین‌پذیری و دقت نتایج تأثیرگذار باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از نمونه‌گیری غیرتصادفی بود. بنابراین شایسته است که پژوهشگران در پژوهش‌های آتی جهت بالا بردن اعتبار نتایج پژوهشی و قدرت تعیین‌دهی به جامعه از نمونه‌گیری تصادفی استفاده نمایند. یکی دیگر از محدودیت‌های اصلی، عدم کنترل مدت زمان ابتلای بیمار به سلطان است، زیرا مدت بیماری می‌تواند نقش مهمی در شدت و ماهیت سوگ مراقبین داشته باشد. همچنین، جنسیت فرد مبتلا به سلطان در این مطالعه کنترل نشده است؛ این عامل ممکن است بر تجربه سوگ و نحوه تعامل مراقبین با بیمار تأثیر بگذارد، زیرا نقش‌های جنسیتی در جوامع مختلف به شکل‌های متفاوتی بروز می‌پاید. دیگر محدودیت مربوط به مدت زمان مراقبت از بیمار است که می‌تواند شدت استرس و سوگ را تحت تأثیر قرار دهد. نقش مراقبین (مثلًا همسر، فرزند یا پرستار) نیز کنترل نشده، در حالی که انواع نقش‌های مراقبتی می‌توانند تجربه و واکنش‌های متفاوتی به سوگ ایجاد کنند.

با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، کنترل متغیرهای همچون مدت ابتلا به سلطان، جنسیت بیمار، و مدت زمان مراقبت در نظر گرفته شود تا بتوان به نتایجی دقیق‌تر و تعیین‌پذیرتر دست یافت. همچنین، پژوهش‌های آینده می‌توانند به تفکیک اثربخشی این درمان‌ها بر اساس نقش‌های مختلف مراقبتی پردازند، تا مشخص شود آیا نوع ارتباط مراقب با بیمار (مثلًا رابطه خانوادگی یا حرفاخی) بر اثربخشی درمان‌ها تأثیر می‌گذارد یا خیر. این اصلاحات می‌تواند به غنای نتایج و ارائه راهکارهای دقیق‌تر و کاربردی‌تر در حوزه درمان سوگ مراقبین بیماران سلطانی کمک کند.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشاپور است. کد اخلاق پژوهش با شماره کارآزمایی بالینی IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1402.032 ثبت شده است. همچنین کد کارآزمایی بالینی این مطالعه IRCT20230910059391N1 است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان دریابه رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسانه افراد، اطمینان داده شد.

تشکر و قدردانی: از زحمات و همکاری پرسنل مرکز خدمات بنیاد نیکوکاری کنترل سلطان ایرانیان (مکسا) شهر مشهد که نقش تسهیل‌کننده و هماهنگ‌کننده جهت اجرای این پژوهش را برعهده داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منابع

- بابپور، ج، زینالی، ش، عظیمی، ف، چاووشی، س. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی پرستاران بخش سلطان: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *آموزش پرستاری*. ۸(۴)، ۳۲-۲۶.
- محمدی، م، محمد خانی، ش، حسنی، ج، و مقدسین، م. (۱۳۹۷). رابطه راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سلطان سینه. *مجله علمی پژوهشی یافته*. ۴۰(۴)، ۵۰-۴۰.
- بهوندی، ن، خیاطان، ف، گلپور، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان با درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به عالم سردد اولیه. *محله علمی پژوهشی یافته*. ۴۰(۴)، ۴۴-۳۱.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر سوگ در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان
Comparison of the efficacy of cognitive behavioral therapy and emotional focused therapy on grief in caregivers of cancer ...

- زمردی، س.، و رسول زاده طباطبائی، س. (۱۳۹۲). مقایسه اثر بخشی درمانگری شناختی- رفتاری و درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم رووده تحریک پذیر. *مطالعات روان‌شناسی پالینی*, ۱۸-۶۳(۱۳۴). https://jcps.atu.ac.ir/article_544.html
- American Psychiatric Association, A. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Washington, DC: American psychiatric association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.978089042578>
- Ayaz, T., Fredrickson, S., O'Mary, K., Panchbhavi, M. A., & Panchbhavi, V. K. (2022). Differences in cancer amputee survival based on marital status: an analysis of the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) database. *Journal of psychosocial oncology*, 40(2), 203–214. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1887429>
- Coelho, A., de Brito, M., Teixeira, P., Frade, P., Barros, L., & Barbosa, A. (2020). Family Caregivers' Anticipatory Grief: A Conceptual Framework for Understanding Its Multiple Challenges. *Qualitative health research*, 30(5), 693–703. <https://doi.org/10.1177/1049732319873330>
- Conroy, J., Perryman, K., Robinson, S., Rana, R., Blisard, P., & Gray, M. (2023). The coregulatory effects of emotionally focused therapy. *Journal of Counseling & Development*, 101(1), 46-55. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jcad.12453>
- de Kleine, R. A., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2024). Advancements in Cognitive Behavioral Therapy. *The Psychiatric clinics of North America*, 47(2), xiii-xv. <https://doi.org/10.1016/j.pscc.2024.03.001>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry research*, 288, 113031. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Epstein, J., Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Beaton, D. E., & Guillemin, F. (2015). Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *Journal of clinical epidemiology*, 68(4), 360–369. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.013>
- Ghorbankhani, M., Salehi, K., Khodaie, E., Moghadazadeh, A., & Dehghani, M. (2022). A System of Indicators for Assessing the Teacher Readiness in Primary Education: a Systematic Review. *Research in School and Virtual Learning*, 10(1), 109-125. <https://doi:10.30473/etl.2022.61342.3646>
- Ghorbankhani, M., Mousavian, S., Shahriari Mohammadi, A., & Salehi, K. (2024). Enhancing disaster preparedness: Developing competencies for military physicians in risk reduction. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 103, 104321. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2024.104321>
- Holm, M., Alvariza, A., Fürst, C. J., Öhlen, J., & Årestedt, K. (2019). Psychometric evaluation of the anticipatory grief scale in a sample of family caregivers in the context of palliative care. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1110-4>
- Kim, E. Y., Oh, S., & Son, Y. J. (2020). Caring experiences of family caregivers of patients with heart failure: A meta-ethnographic review of the past 10 years. *European journal of cardiovascular nursing*, 19(6), 473–485. <https://doi.org/10.1177/1474515120915040>
- Komischke-Konnerup, K. B., O'Connor, M., Hoijtink, H., & Boelen, P. A. (2023). Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief Reactions: Treatment Protocol and Preliminary Findings From a Naturalistic Setting. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2023.11.001>
- Marzban, A., Akbari, M., Moradi, M., & Fanian, N. (2024). The effect of emotional freedom techniques (EFT) on anxiety and caregiver burden of family caregivers of patients with heart failure: A quasi-experimental study. *Journal of education and health promotion*, 13, 128. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_609_23
- Molassiotis, A., & Wang, M. (2022). Understanding and Supporting Informal Cancer Caregivers. *Current treatment options in oncology*, 23(4), 494–513. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00955-3>
- Öst, L.-G, et al. (2023). Cognitive behavior therapy for adult anxiety disorders in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(3), 272–290. <https://doi.org/10.1037/cps0000144>
- Psychotherapy Integration. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000078>
- Salimi Roodzary, A., Ghorban Shiroudi, S., & Rahmani, M. . (2024). Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Experiential Avoidance in Individuals Grieving Due to COVID-19. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 5(3), 91-99. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.3.10>
- Schaeuffele, C., Homeyer, S., Perea, L., Scharf, L., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2022). The unified protocol as an internet-based intervention for emotional disorders: Randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 17(7), Article e0270178. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270178>
- Singer, J., Roberts, K. E., McLean, E., Fadalla, C., Coats, T., Rogers, M., Wilson, M. K., Godwin, K., & Lichtenthal, W. G. (2022). An examination and proposed definitions of family members' grief prior to the death of individuals with a life-limiting illness: A systematic review. *Palliative medicine*, 36(4), 581–608. <https://doi.org/10.1177/02692163221074540>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 50(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09426-7>
- Tolin, D. F., Lord, K. A., & Knowles, K. A. (2024). Cognitive-Behavioral Therapy Enhancement Strategies. *The Psychiatric clinics of North America*, 47(2), 355–365. <https://doi.org/10.1016/j.pscc.2024.02.005>
- World Health Organization. Cancer. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (accessed on 3 March 2022)
- Young JE, Weinberger AD, Beck AT.(2001). *Cognitive therapy for depression*. In: Barlow DH. editor. Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. New York: Guilford Press; 2001. pp: 264-308