رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره۱۰، شماره پیاپی ۱۰۳، دی ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(10), 2025

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

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.

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.

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر سوگ مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون_ پس‌آزمون 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 بهرمند 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 ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و درمان هیجان‌مدار گرینبرگ (۲۰۰۶) را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک بار دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از مقیاس سوگ پیش‌بینی‌کننده (AGS) هولم و همکاران (۲۰۱۹) جمع‌آوری و به روش تحلیل واریانس آمیخته مورد تحلیل قرار گرفت. 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<۰/۰۵). همچنین براساس نتایج بدست آمده درمان هیجان‌مدار در بهبود سوگ مراقبین بیماران مبتلا به سرطان اثربخشی بیشتری از درمان شناختی رفتاری دارد (p<۰/۰۵). نتایج نشان می‌داد که درمان هیجان‌مدار، احتمالا مداخله کارآمدتری در مقایسه با درمان شناختی رفتاری برای بهبود سوگ مراقبین بیماران بوده است.

واژه‌های کلیدی: *درمان هیجان‌مدار، درمان شناختی‌رفتاری، مراقبین بیماران مبتلا به سرطان، سوگ.*

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.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : شهریور ۱۴۰۳** **پذیرش: آذر ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

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 درحالی‌ست که تعداد مرگ و میرهای ناشی از سرطان در سراسر جهان تقریبا 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[1] و همکاران، ۲۰۲۱). بیماران مبتلا به سرطان اغلب مستعد عوارض جانبی مانند تهوع، خستگی و سوءتغذیه هستند که بر کیفیت زندگی‌شان اثر می‌گذارد و در نتیجه بار سنگینی را بر دوش مراقبین[2] خانواده از لحاظ زمان، انرژی و منابع مالی بر جای می‌گذارد (تولین[3] 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[4] 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[5] و همکاران، ۲۰۲۴). از طرفی مراقبین بیماران سرطانی، از زمان تشخیص بیماری و وخامت آن، یک سری واکنش‌های استرس روانی و فیزیولوژیکی، ازجمله انتظار مرگ که منجر به نوعی سوگ[6] پیش‌بینی‌شده 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[7] 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[8]، ۲۰۲۰). یکی از مداخلات درمانی که اخیرا توجه روانشناسان را به خود جلب کرده، درمان هیجان‌مدار[9] است. درمان هیجان‌مدار یا درمان مبتنی بر هیجان یک رویکرد یکپارچه و ترکیبی متشکل از دیدگاه نظریه‌های دلبستگی و انسانگرایانه است. با توجه به نقش عمده هیجانات در نظریه دلبستگی، این درمان نقش مهم هیجان و ارتباطات هیجانی در الگوهای ارتباطی ارگانیسم را با در نظر گرفتن هیجانات به عنوان عامل اساسی تغییر برجسته می‌سازد، و هدف آن شناسایی هیجانات و تبدیل آنها به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده است (کانروی[10] 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 فراگیرند 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 کردند؛ 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[11] 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 خطاهای شناختی و باورهای تحریف‌شده کمک می‌کند. در نتیجه مولفه‌هایی مانند احساس کنترل، و پیش‌بینی‌پذیری برای بیمار در یک محیط کنترل‌شده، انتظار نتایج فاجعه‌بار، تجارب مکرر تروما و غیره ترمیم می‌گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا[12]، ۲۰۲۲). این درمان پشتوانه تحقیقاتی قدرتمندی برای انواع اختلالات اضطرابی مانند اختلال هراس، آگورافوبیا، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر دریافت کرده است و برای اختلالات اضطرابی 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 Conroy
11 Cognitive behavioral therapy
12 American Psychiatric Association

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

در مراقبت‌های بالینی روتین 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[1] و همکاران، ۲۰۲۳). در همین راستا هاراهاپ و والویو (۲۰۲۳) در مطالعه‌ای تاثیر درمان شناختی رفتاری را در مراقبین بیماران سرطانی 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 سرطانی 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 ناسالم 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 مؤثرتر 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 پردازش‌نشده 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 سرطانی 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 [2] بین ۵۰ تا ۷۰ 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 امکان شرکت در جلسات و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، دریافت مشاوره فردی همزمان و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. پیش از شروع جلسات آموزشی توضیحات کاملی درباره اهداف اصلی مطالعه، حفظ کامل اطلاعات افراد و تحلیل کلی نمرات به‌دست آمده به مشارکت‌کنندگان داده شد. همچنین در طول جلسات به افراد اطمینان داده شد که هر زمان احساس مطلوبی نداشتند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. علاوه بر رضایت آگاهانه و محرمانه نگاه‌داشتن اطلاعات مشارکت‌کنندگان، امکان دریافت هریک از مداخله‌ها برای گروه گواه از دیگر ملاحظات اخلاقی

1 Öst
2 Performance Palliatiave Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

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[1](AGS): این مقیاس توسط هولم[2] 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 (کاملا موافقم) متغیر است. با جمع‌بندی گویه‌ها نمره کل بین ۱۳ تا ۶۵ به دست خواهد آمد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده 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 عناوین "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 پایایی 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 ۰/۸۹، ۰/۸۱ 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 شرکت‌کننده 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 جداگانه درجلسات درمان شناختی رفتاری تحت مداخله ۱۰جلسه ۹۰ 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 مجددا با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین بعد از دو ماه از گذشت مداخله نیز مجددا هر سه گروه با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

درمان هیجان‌مدار: جلسات درمان هیجان‌مدار بر اساس بسته درمان مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار گرینبرگ[3](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 هیجان‌مدار (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسه	عنوان جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی اولیه	آشنایی با اعضای گروه و برقراری روابط حسنه	معرفی اعضا و درمانگر، بررسی انگیزه و انتظارات، تعریف مفاهیم اولیه درمان هیجان‌مدار، بحث در مورد اهداف پژوهشی و درمانی	بررسی انتظارات خود از درمان و یادداشت‌برداری از آنها
۲	شناسایی مشکلات و پردازش هیجانی	شناسایی و نامگذاری هیجان‌ها و آگاهی از احساس‌های بدنی مرتبط	گوش دادن به مراجعین، شناسایی و نامگذاری انواع هیجان‌ها، توضیح عملکرد هیجانات، توجه به احساسات بدنی مرتبط با هیجان	تکمیل کاربرگ روزنگار هیجانی
۳	آگاهی از هیجان‌ها	برون‌سازی هیجان‌ها و شناسایی احساسات اولیه و ثانویه	کمک به گروه برای برون‌سازی هیجان‌ها و احساسات، کشف چرخه شکل‌گیری احساسات اولیه و نیازهای تحقق نیافته دلبستگی	یادداشت احساسات اولیه و ثانویه که تجربه کرده‌اند
۴	پذیرش، تنظیم و تحمل هیجان‌ها	پذیرش و ارزش‌گذاری به هیجانات واکنشی و مرتبط با آشفتگی‌ها	پذیرش و تنظیم احساسات واکنشی مانند خشم، ناکامی و تندی، ارزش‌گذاری به احساسات مرتبط با آشفتگی‌های روانی	تمرین پذیرش و تحمل احساسات واکنشی با استفاده از تمرینات

1 Anticipatory Grief Scale
2 Holm
3 Greenberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

۵	کار با صندلی خالی و تجربه هیجانات جدید	شناخت و تجربه احساس ارزشمندی	استفاده از فنون کار با صندلی خالی، مواجهه با جنبه‌های مختلف خود، تجربه احساس ارزشمندی	نوشتن تجربه‌های جدید هیجانی و تحلیل آنها
۶	انگیزه‌آفرینی برای تداوم درمان	ایجاد اعتماد به هیجانات جدید و تجربه واکنش‌های نوین	یادگیری اعتماد به هیجانات جدید، تجربه واکنش‌های جدید به انگیزه‌های آشکار شده، ادامه شناسایی هیجانات اولیه و ثانویه	تمرین واکنش‌های جدید به انگیزه‌ها و یادداشت تغییرات احساسی
۷	پردازش بیشتر هیجان‌ها و بیان ارتباطات جدید	پردازش کامل‌تر هیجانات و بیان اشتیاق به نوع جدیدی از ارتباطات	پردازش بیشتر هیجانات اولیه، شفاف‌سازی اشتیاق مراجعین به ارتباطات جدید، بیان واضح‌تر نیازها و انگیزه‌ها	بیان تجربیات جدید ارتباطی به گروه و نوشتن آنها
۸	ایجاد راه‌حل‌های جدید و اختتام درمان	خلق و طراحی راه‌حل‌های نو برای مشکلات مراجعین و جمع‌بندی نهایی	ایجاد و طراحی راه‌حل‌های جدید برای مشکلات، بیان حکایت جدید از مشکلات و جمع‌بندی نهایی از فرآیند درمان	آماده‌سازی خلاصه‌ای از تغییرات و پیشرفت‌های حاصل شده در طول درمان و ارائه آن در جلسه پایانی

درمان شناختی رفتاری: جلسات درمان شناختی‌رفتاری بر اساس بسته درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری یونگ[1](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 شناختی‌رفتاری (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 درمانگر، طرح مسائل اصلی مراقبین، توضیح اجمالی در مورد درمان شناختی‌رفتاری	تفکر و یادداشت در مورد انتظارات از درمان و مسائلی که نیاز به رسیدگی دارند
۲	صورت‌بندی مشکلات و معرفی مدل شناختی‌رفتاری	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	ادامه تکمیل برگه ثبت افکار ناکارآمد و شناسایی افکار خودآیند مشابه
۴	بازشناسایی باورهای زیربنایی	شناسایی و تحلیل باورهای زیربنایی و نحوه فعال شدن آنها	استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین برای شناسایی باورهای زیربنایی، تحلیل و بررسی چگونگی فعال شدن این باورها	شناسایی موقعیت‌های خاص که باورهای زیربنایی را فعال می‌کنند
۵	توسعه آگاهی و جایگزینی افکار مثبت	جایگزینی افکار مثبت به 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	آموزش مهارت‌های جرأت‌ورزی و حل مسئله	تقویت مهارت‌های جرأت‌ورزی و حل مسئله	استفاده از تکنیک‌های شناختی‌رفتاری برای تقویت جرأت‌ورزی، آموزش 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 آموخته‌شده	توسعه مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، درجه‌بندی افکار	تدوین برنامه‌ای برای به کارگیری مهارت‌ها و افکار مثبت در موقعیت‌های آینده

1 Young

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

۹	آموزش مهارت‌های ارتباطی و گوش دادن فعال	بهبود مهارت‌های ارتباطی و پاسخ‌دهی کلامی	آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر، تمرین گوش دادن فعال و سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد، بحث گروهی	انجام فعالیت‌های تکمیلی مرتبط با مهارت‌های ارتباطی و گوش دادن فعال
۱۰	آموزش مهارت‌های خودآگاهی و هوشیاری	تقویت خودآگاهی و هوشیاری نسبت به افکار	آموزش مهارت‌های خودآگاهی، هوشیاری و تحلیل افکار و احساسات	انجام فعالیت‌های تکمیلی برای تقویت خودآگاهی

یافته ها

در اطلاعات مربوط به آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار سن افراد، گروه گواه برابر با (۹/۶۴۲±۳۵/۴۰)، گروه درمان هیجان مدار برابر با (۹/۶۶۶±۳۶) و میانگین سن گروه درمان شناختی رفتاری برابر با (۹/۴۲۲±۳۴/۰۷) بود. در بررسی مدت ابتلا در میان مشارکت-کنندگان، گروه گواه، ۲۶/۷ درصد از افراد به مدت ۶ ماه تا ۱ سال مبتلا بودند، ۴۰ درصد به مدت ۱ تا ۲ سال، ۱۳/۳ درصد به مدت ۲ تا ۳ سال و ۲۰ درصد از ۳ سال تا ۴ سال و ۳ ماه. در گروه درمان هیجان‌مدار، ۲۰ درصد از افراد به مدت ۶ ماه تا ۱ سال، ۴۶/۷ درصد به مدت ۱ تا ۲ سال، ۲۶/۷ درصد به مدت ۲ تا ۳ سال و ۶/۷ درصد از ۳ سال تا ۴ سال و ۳ ماه مبتلا بودند. در گروه درمان شناختی رفتاری، ۱۳/۳ درصد از افراد به مدت ۶ ماه تا ۱ سال، ۵۳/۳ درصد به مدت ۱ تا ۲ سال، ۲۰ درصد به مدت ۲ تا ۳ سال، و ۱۳/۳ درصد از ۳ سال تا ۴ سال و ۳ ماه مبتلا بودند. جنسیت تمام مشارکت‌کنندگان در هر سه گروه زن بود. در اطلاعات مربوط به تحصیلات، در گروه هیجان‌مدار ۲۶/۷ درصد سیکل، ۴۶/۷ درصد دیپلم و ۲۶/۷ درصد لیسانس داشتند. در گروه شناختی رفتاری ۲۰ درصد سیکل، ۶۰ درصد دیپلم و ۲۰ درصد لیسانس داشتند؛ و گروه گواه ۲۰ درصد سیکل، ۶۶/۷ درصد دیپلم و ۱۳/۳ درصد لیسانس داشتند.

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

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گواه	واکنش‌های رفتاری	۲۴/۰۷	۵/۹۷	۲۴/۲۰	۶/۱۲	۲۴/۴۰	۶/۰۳
	واکنش‌های عاطفی	۱۶/۲۷	۵/۰۳	۱۶/۲۰	۴/۹۷	۱۶/۳۳	۴/۹۳
	سوگ	۴۰/۲۷	۹/۵۲	۴۰/۳۳	۹/۵۹	۴۰/۶۷	۹/۶۱
درمان هیجان‌مدار	واکنش‌های رفتاری	۲۳	۵/۹۰	۲۱	۵/۱۵	۲۰/۳۳	۴/۷۴
	واکنش‌های عاطفی	۱۴/۹۳	۴/۷۴	۱۳	۴/۳۹	۱۲/۴۷	۴/۰۸
	سوگ	۳۷/۹۳	۹/۲۹	۳۳/۸۷	۸/۱۵	۳۲/۱۳	۷/۹۴
درمان شناختی رفتاری	واکنش‌های رفتاری	۳۰/۳۳	۴/۴۵	۲۸/۲۷	۴/۳۱	۲۷/۵۳	۴/۵۴
	واکنش‌های عاطفی	۱۶/۴۰	۳/۲۲	۱۵/۸۰	۳/۲۹	۱۵/۶۷	۳/۳۷
	سوگ	۴۶/۸۷	۵/۹۹	۴۴/۰۷	۵/۹۱	۴۳/۲۰	۵/۶۲

در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات سوگ به تفکیک برای افراد گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری، در سه مرحله سنجش نشان داده شده است. برای بررسی پیش‌فرض‌ها مقادیر آماره شاپیرو ویلکز در نمرات پیش آزمون (۰/۱۰۲ و P>۰/۰۵) و پس‌آزمون (۰/۰۸۸ و P>۰/۰۵) به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در متغیرها معنی‌دار نمی‌باشد که بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است. با توجه به نتایج آزمون لوین (F = ۰/۴۳۳ و P = ۰/۶۵۲)، سطح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان گفت پیش فرض همگونی واریانس در گروه‌ها از تجانس برخوردار است (P>۰/۰۵). آزمون کرویت ماچلی به لحاظ آماری معنی‌دار نشد که نشان‌دهنده عدم تخطی از مفروضه کرویت است (M = ۱/۱۲ و P<۰/۱۲۵). در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس ارائه شده است.

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

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
واکنش‌های رفتاری	مراحل آزمون	۷۲/۱۰۴	۲	۳۶/۰۵۲	۴۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
	تعامل مراحل آزمون و گروه	۷۲/۱۰۴	۱/۴۰۴	۵۱/۳۷	۴۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
	عضویت گروهی	۷۲/۱۰۴	۱/۵۰۷	۴۷/۸۶	۴۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

واکنش‌های عاطفی	مراحل آزمون	۲۸/۱۰۴	۲	۱۴/۰۵	۳۶/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
	تعامل مراحل آزمون و گروه	۲۸/۱۰۴	۱/۳۰۵	۲۱/۵۴	۳۶/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
	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	۰/۰۰۱	۰/۴۰۰
	تعامل مراحل آزمون و گروه	۴۹/۷۶۳	۲/۸۰	۱۷/۷۲	۱۳/۹۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۰
	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	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
	تعامل مراحل آزمون و گروه	۲۷/۱۴۱	۴	۶/۷۸	۱۷/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
	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
	تعامل مراحل آزمون و گروه	۷۴/۸۰۰	۸۴	۰/۸۹			
	عضویت گروهی	۷۴/۸۰۰	۵۸/۹۴	۱/۶۲۹			
واکنش‌های عاطفی	مراحل آزمون	۷۴/۸۰۰	۶۳/۲۷	۱/۱۸۲			
	تعامل مراحل آزمون و گروه	۳۲/۷۵۶	۸۴	۰/۳۹۰			
	عضویت گروهی	۳۲/۷۵۶	۵۴/۷۸	۰/۵۹۸			

در جدول ۴ نتایج آزمون اثرات درون‌آزمودنی برای مقایسه سوگ گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری، نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴ مقادیر F مربوط به اثرات تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری)، برای هر دو مولفه سوگ در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد (p<۰/۰۱). معنی‌داری اثرات تعاملی نشان-دهنده وجود تفاوت بین روند تغییرات نمرات سوگ گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار 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 بونفرونی جهت تعیین تفاوت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

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 پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد (p<۰/۰۵) با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات سوگ در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون 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 پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست (p>۰/۰۵).

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 روانشناختی 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 فراتشخیصی واکنش‌ها 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 فراتشخیصی در نظر گرفت (شاوفله و همکاران، ۲۰۲۲). فرمول‌بندی موردی در درمان شناختی رفتاری می‌تواند مبنایی را برای انتخاب مداخلات مؤثر فراهم آورد. سه مداخله اصلی عبارتنداز قرار گرفتن در مواجهه، بازسازی شناختی و فعال‌سازی رفتاری؛ مقابله با از دست دادن و درد ناشی از آن (قرار گرفتن در مواجهه)، حفظ یا بازیابی اعتماد به خود، سایر افراد، زندگی و آینده (بازسازی شناختی) و درگیر شدن در فعالیت‌های مفیدی 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 احساس اضطراب می‌کنیم که یک وضعیت را به عنوان تهدید درک کنیم. زمانی که یک شناخت تهدیدآمیز در ما شکل می‌گیرد، احتمالا 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 افرد از موقعیت‌های دردناک و افکار مرتبط با سوگ و غم و اندوه و درنتیجه دوری از اجتناب می‌گردد (سلیمی رودسری و همکاران، ۲۰۲۴). از نگاهی دیگر، یکی از عوامل خطر درارتباط با مواجهه با یک ترومای پیچیده مانند سوگ، اجتناب تجربی است. افراد معمولا 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 باورها و افکار ناکارآمد را هدف قرار می‌دهد و آموزش‌هایی در رابطه نحوه‌ی برخورد با شرایط برانگیزاننده‌ی 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 مواقع 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

روش درمانی به مراجعین درگیر با مشکلات سوگ یاری 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 هیجان‌مدار نسبت به درمان شناختی رفتاری بود. این یافته با مطالعات سلیمی رودسری و همکاران (۲۰۲۴)، ایسما و همکاران (۲۰۲۰)، تیمولاک و کیوگ (۲۰۲۰) همسو بود. در رابطه با تبیین اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار 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 معمولا 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 برای غلبه بر مشکل کار می‌کنند. در سوگ این مؤلفه شامل هدف مشترک برای کمک به مراجع در غمی که تجربه می‌کند و ارتباطی درک‌شده 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 سایرموارد، 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 هیجان‌مدار در کاهش سوگ مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مؤثر هستند. با این حال، درمان هیجان‌مدار 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 هیجان‌مدار می‌تواند به عنوان روش اولویت‌دار برای مراقبین بیماران مبتلا به سرطان 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 تعمیم‌پذیری و دقت نتایج تأثیرگذار باشد. از جمله محدویت‌های پژوهش حاضر، استفاده از نمونه‌گیری غیرتصادفی بود. بنابراین شایسته است که پژوهشگران در پژوهش‌های آتی جهت بالا بردن اعتبار نتایج پژوهشی و قدرت تعمیم‌دهی به جامعه از نمونه‌گیری تصادفی استفاده نمایند. یکی دیگر از محدودیت‌های اصلی، عدم کنترل مدت زمان ابتلای بیمار به سرطان است، زیرا مدت بیماری می‌تواند نقش مهمی در شدت و ماهیت سوگ مراقبین داشته باشد. همچنین، جنسیت فرد مبتلا به سرطان 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 می‌یابد. دیگر محدودیت مربوط به مدت زمان مراقبت از بیمار است که می‌تواند شدت استرس و سوگ را تحت تأثیر قرار دهد. نقش مراقبین (مثلاً 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 متغیرهایی همچون مدت ابتلا به سرطان، جنسیت بیمار، و مدت زمان مراقبت در نظر گرفته شود تا بتوان به نتایجی دقیق‌تر و تعمیم‌پذیرتر دست یافت. همچنین، پژوهش‌های آینده می‌توانند به تفکیک اثربخشی این درمان‌ها بر اساس نقش‌های مختلف مراقبتی بپردازند، تا مشخص شود آیا نوع ارتباط مراقب با بیمار (مثلاً رابطه خانوادگی یا حرفه‌ای) 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 سرطانی کمک کند.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است.کد اخلاق پژوهش با شماره 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 انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

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

منابع

باباپور، ج.، زینالی، ش.، عظیمی، ف.، چاووشی، س. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی پرستاران بخش سرطان: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *آموزش پرستاری*. ۸(۴)، ۳۲-۲۶. http://jne.ir/article-1-1042-fa.html

موحدی م.، محمد خانی، ش.، حسنی، ج.، و مقدسین، م. (۱۳۹۷). رابطه راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله علمی پژوهشی یافته*، ۲۰(۴)، ۵۰-۴۰. http://yafte.lums.ac.ir/article-۱-۲۶۹۲-fa.html

بهوندی، ن.، خیاطان، ف.، گل‌پرور، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان با درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه. *مجله علمی پژوهشی یافته*، ۲۳(۴)، ۴۴-۳۱. http://yafte.lums.ac.ir/article-1-3178-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

زمردی، س.، و رسول زاده طباطبایی، س. (۱۳۹۲). مقایسه اثر بخشی درمانگری شناختی- رفتاری و درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر.. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱۳)،۶۳-۸۸. 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.psc.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 Roodsary, 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.psc.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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]