

اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۲/۱۹

خلاصه

مقدمه: توجه به مسائل روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان می تواند در بهبود وضعیت آنها موثر باشد، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان منطقه ۱ شهر تهران، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۲۸ نفر انتخاب شد و با استفاده از جایگزینی تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. بدین ترتیب ابتدا پرسشنامه های تحمل ابهام (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴) و اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰) به عنوان پیش آزمون اجرا شد سپس گروه آزمایش تحت مداخله رویکرد هیجان-مدار به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند و در پایان از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد و داده های پژوهش با استفاده از کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج کواریانس نشان داد که رویکرد هیجان مدار بر بهبود تحمل ابهام و اضطراب مرگ تاثیر مثبت و معنی داری دارد ($p \leq 0/001$).

نتیجه گیری: درمان هیجان مدار بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان می-گذارد بنابراین با استفاده از رویکرد هیجان مدار می توان سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس را بهبود بخشید.

کلمات کلیدی: سرطان پستان، تحمل ابهام، اضطراب مرگ، درمان هیجان مدار

هنگامه ساقی ها^۱

فرامرز سهرابی^{*۱}

عبدالله معتمدی^۱

گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

Email: sohrabi@atu.ac.ir

مقدمه

روانی در بیماران شود؛ یکی از مسائل روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان، عدم تحمل ابهام^۱ است (۷)؛ عدم تحمل ابهام نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد (۸). افرادی که نمی‌توانند ابهام را تحمل کنند، موقعیت‌های ابهام‌آمیز را تنش برانگیز، منفی و فشارزا توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و اگر در این موقعیت‌ها قرار بگیرند، کارکردشان دچار مشکل می‌شود (۹). فورنهام و ریچستر^۲ (۱۰) معتقدند که افراد با تحمل ابهام پایین استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، در حالیکه افراد با تحمل ابهام بالا ممکن است به موقعیت‌های جدید و پیچیده جذب شود. افراد با تحمل ابهام کم ممکن است به محرک‌های مبهم با اضطراب، اجتناب و انکار برخورد کنند (۱۱). تان^۳ و همکاران (۱۲) در پژوهشی نشان دادند که تحمل ابهام با اضطراب در بیماران سرطانی مرتبط است.

یکی دیگر از مسائل روان شناختی مطرح در بیماران سرطانی، اضطراب مرگ^۴ است (۱۳). با پیشرفت بیماری سرطان پستان در زنان، بیماران در معرض انواع گوناگونی از ناراحتی‌ها قرار می‌گیرند که این

در حال حاضر سرطان یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و سایر نقاط دنیا است. سرطان‌ها، طیف وسیعی از بیماری‌هایی هستند که بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی، دومین علت مرگ-ومیر در جوامع است (۱). در بین انواع سرطان، سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین سرطان در زنان جهان، بعد از سرطان ریه و معده است (۲). سرطان پستان یک سوم از کل سرطان‌های موجود در زنان را تشکیل می‌دهند و عامل عمده مرگ ناشی از سرطان در زنان ۲۰ الی ۵۹ سال است (۳). این بیماری موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیمار و خانواده‌شان می‌شود و فشارهای عصبی ناشی از تشخیص سرطان، زمینه را برای بروز بسیاری از اختلالات روانی فراهم می‌نماید (۴)، که دامنه این اختلالات از افسردگی، اضطراب، عدم سازگاری با بیماری تا اختلالات احساسی و ترس از عود بیماری و مرگ متفاوت است (۵).

تشخیص بیماری‌های تهدیدکننده زندگی همانند سرطان، بر کیفیت زندگی افراد تأثیر عمیقی گذاشته و اضطراب و فشار روانی بالایی را وارد می‌کند (۶) که این خود می‌تواند باعث بوجود آمدن مسائل

³ Tan
⁴death anxiety

¹ Intolerance of Uncertainty
² Furnham & Ribchester

مشکلات اغلب به صورت اضطراب، افسردگی و ناامیدی نمایان می‌شود (۱۴). یکی از تنش‌هایی که انسان به‌طور مداوم در زندگی تجربه می‌کند، اضطراب مرگ است که مهمترین نگرانی زندگی آدمی و هسته اصلی تمام اختلالات اضطرابی را تشکیل می‌دهد. اضطراب مرگ به‌عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ همراه با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر به فرآیند مردن یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهند، تعریف می‌شود. از آنجاییکه مرگ هرگز تجربه نشده و هیچکس آن را به‌وضوح لمس نکرده، همه به‌نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند (۱۵). اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان بیشتر از افراد عادی است (۱۶).

مطابق با پژوهش‌های انجام شده، شیوع آشفتگی‌های روان‌شناسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بالا بوده و در این بیماران خطر بالایی برای ابتلا به افسردگی و اضطراب وجود دارد (۱۷). بنابراین چنانچه تمهیدات خاصی جهت برطرف شدن این مشکلات اندیشیده نشود، اثرات مخرب و پیامدهای جسمی-روانی نامطلوبی را به دنبال خواهد داشت، مرور پژوهش‌ها نشان دهنده این است که درمان‌های مختلفی بین روانشناسان بر مشکلات روانی بیماران

خاص مانند سرطان پستان پیشنهاد می‌شود. برخی از انواع درمان‌ها می‌تواند به تنظیم افکار و اعمال برقراری ارتباط بهتر، مهارت‌های حل مساله و مدیریت علائم بیماری کمک کند، یکی از رویکردهای مطرح نوین در این میان، درمان مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار است. رویکرد هیجان‌مدار یکی از رویکردهایی که هم بر ارتباط خانواده و هم بر هیجان‌ات فردی تمرکز دارد است (۱۸).

رویکرد هیجان‌مدار برای کاهش تاثیرات بیماری در ابعاد روان‌شناختی و خانوادگی مطرح شده است. در رویکرد هیجان‌مدار تمرکز بر تاثیر اطرافیان و همچنین هیجان بر رفتارهای بیماران است (۱۹). رویکرد درمان هیجان - مدار یک رویکرد یکپارچه نگر، برای مقابله با انواع اختلالات اضطرابی، گسترده ای از تروماها و پریشانی‌های ناشی از اتفاق‌های زندگی می‌باشد (۲۰). از سال ۱۹۹۰ واژه درمان متمرکز بر هیجان، هم برای درمان‌های فردی و هم درمان‌های زوجی به کار گرفته شد. در این رویکرد درمانی، آنچه مطرح است این است که هیجان‌ها خودشان به‌طور ذاتی پتانسیل تطبیقی دارند که اگر فعال شوند می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا حالات هیجانی مشکل‌آفرین یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند.

¹ Emotional Focused Therapy (EFT)

این دیدگاه از هیجان بر این باور است که هیجان یک سیستم تطبیقی و ذاتی است که به بقا و پیشرفت ما کمک می‌کند. هیجان‌ها بیانگر ضروری‌ترین نیازهای انسان‌ها هستند و به سرعت افراد را در ارتباط با بهزیستی هشدار می‌دهند. آنها همچنین افراد را آماده می‌کنند و راهنمای آنها در این شرایط مهم برای اقدام نسبت به برآوردن نیازها هستند بنابراین هیجان‌ها برای یک حالت اولیه از پردازش در عمل، تنظیم شده‌اند (۱۹).

در واقع رویکرد هیجان مدار یک رویکرد ساختار یافته کوتاه مدت است که در فرایند آن هیجان‌ها بیماران مبتلا به سرطان پستان، پردازش و تنظیم می‌شوند تا در نتیجه پاسخ‌های سازگارتری تبدیل شوند (۲۱)، پاسخ‌های هیجانی محدود شده یا طاقت‌فرسا می‌توانند در یک محیط امن درمانی به شکلی واضح بروز پیدا کنند. همچنین هیجان وسیله‌ای است که توسط درمانگر برای ایجاد تغییر در بیماران به کار برده می‌شوند؛ هیجان‌ها به فرد این فرصت را می‌دهند که درونی‌ترین جنبه‌های خود را برای هر چیز خارج از خود بیان کنند (۲۲). رویکرد هیجان مدار یک رویکرد تجربی و سیستمی است و عوامل درون روانی و بین فردی را با یکدیگر ترکیب کرده است (۲۳).

بررسی پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که رویکرد هیجان مدار بر اضطراب بیماران مبتلا به ام اس (۲۴)، تحمل پریشانی بیماران نابارور (۲۵)، افسردگی و شادکامی بیماران (۲۶) موثر بوده است. پژوهش پاسکوال-لیون، یریومنکو، ساواشیم و واروار (۲۷) با عنوان تأثیر درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری هیجانی نشان از موفقیت آمیز بودن درمان هیجان مدار داشت. اما پژوهشی که به تحمل ابهام و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته باشد، یافت نشد. با توجه به این شکاف پژوهشی موجود و همچنین علاوه بر اهمیت بعد پزشکی، لزوم پرداختن به بعد روان شناختی بیماران مبتلا سرطان پستان، این پژوهش به دنبال یافتن پاسخ علمی به این سوال اساسی است که درمان مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است؟

روش

این پژوهش از نوع هدف کاربردی و از نوع داده‌ها، یک پژوهش کمی است. در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان منطقه ۱ شهر تهران تشکیل دادند. از جامعه مذکور با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب

شد. سپس با استفاده از جایگزینی تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. حین اجرای پژوهش ۱ نفر از گروه آزمایش ریزش پیدا کرد و بنابراین به ۱۴ نفر تقلیل پیدا کرد و یک نفر نیز از گروه کنترل حذف شد و بدن ترتیب تعداد نمونه-های پژوهش ۲۸ نفر شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از مبتلا بودن به سرطان پستان، داشتن علاقه و رغبت برای شرکت در پژوهش و داشتن حداقل مدرک دیپلم. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مثبت اندیشی و مصرف قرص‌های روانپزشکی. بدین ترتیب ابتدا برای هر دو گروه (آزمایش و کنترل) پیش‌آزمون پرسشنامه تحمل ابهام و اضطراب مرگ اجرا شد، سپس درمان با رویکرد هیجان‌مدار به مدت ۸ جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه آموزشی اعمال نشد بلافاصله بعد از اتمام درمان هیجان‌مدار برای گروه آزمایش، پس‌آزمون تحمل ابهام و اضطراب مرگ برای هر دو گروه اجرا شده و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و روش کواریانس به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد. به منظور رعایت مسایل اخلاقی پژوهش، رضایت‌نامه-ای تهیه شد که در آن به صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود. ابتدا به بیماران شرکت‌کننده رضایت‌نامه از طرف محقق قرائت شد و در صورت

تمایل در پژوهش شرکت نمودند. یکی از مواردی که به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد این بود که به آنها اطمینان داده شد که هیچ‌گونه سوءاستفاده شخصی در این پژوهش وجود ندارد و همچنین بعضی از شرکت‌کنندگان تمایل داشتند که نتیجه پاسخدهی خود را به پرسش‌نامه بدانند و گزارش تفسیر پرسش‌نامه‌های افراد به زبانی ساده در اختیار آنها قرار گرفت. همچنین درباره محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آنها به بیماران توضیحات لازم داده شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس تحمل ابهام: این مقیاس توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. این آزمون ۲۷ سؤال دارد که مربوط به غیرقابل قبول بودن بلا تکلیفی و ابهام است و معمولاً منجر به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل می‌شوند. این آزمون با یک مقیاس لیکرتی پنج درجه ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۴، ۳، ۲، ۱ و ۵ نمره می‌گیرند. نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده تحمل ابهام پایین و نمره پایین نیز نشان‌دهنده عدم تحمل بالا است، به عبارتی هر چقدر نمره پایین‌تر باید نشان‌دهنده قدرت تحمل ابهام بالا است. در نسخه اولیه به زبان

نمرهٔ بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. در فرهنگ اصلی ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳ و روایی همزمان آن براساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (۳۰).

بسته درمانی هیجان مدار: رویکرد هیجان مدار، رویکردی امید بخش و یکپارچه نگر و برگرفته و تلفیقی از نظریه دلبستگی، ساختاری و سیستمی در درمان در طی سه مرحله و نه گام درمانی بوده و نیز آمیزه‌ای از رویکردهای تجربه‌گرا و گشتالت، در درمان فردی است. رویکرد هیجان مدار به شرح جدول ۱ که بر اساس مدل گرینبرگ و جانسون طراحی شده است، اعمال شد.

فرانسوی همسانی درونی ($a/091 =$) و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته ($r/0 = 78 =$) به دست آمده است. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایت‌بخش گزارش شده است (۲۸). مقیاس بلا تکلیفی در سال ۲۰۰۲ توسط بوهر و دوگاس مجدداً اعتباریابی شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴. گزارش شده است (۲۹).

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر: تمپلر این پرسشنامه را در سال ۱۹۷۰ ساخت و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می‌سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشان‌دهندهٔ وجود اضطراب در فرد است. به این ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که

جدول ۱. خلاصه جلسات براساس درمان هیجان مدار

شماره جلسات	شرح کلی مداخله
اول/عمومی	برقراری رابطه حسنه از طریق همدلی و فنون حضور خود بودن، پل پرش، درک، اکتشاف، ردگیری، اعتبار بخشی و همدلی آینه وار
دوم	تاگشایی مشکل مراجع و مشاهده پردازش هیجانی او از طریق گوش دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع
سوم	همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش و تحمل و تنظیم هیجان

تاگشایی هیجان اصلی مراجع از طریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با دلستگی با هویت	چهارم
کشف و شناسایی هیجان‌ات اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی مارکرهای خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی خالی	پنجم
ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجان‌ات اصلی زیربنایی، سازگار/ناسازگار و یا سالم/ناسالم	ششم
شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجان‌ات اولیه و ثانویه و تجربه ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی	هفتم هشتم
ادامه شناسایی و کار بر روی نشانگرهای نمودار شده و کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از هنرهای بیانگر مثل کار با بدن، کار با تریان، موسیقی، حرکت و ...	نهم
کوچینگ مراجع در حین بازنمایی ابژه‌ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای	دهم
ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شود	یازدهم
تثیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده	دوازدهم

نتایج

کواریانس آورده شده است. شایان ذکر است که قبل از تحلیل کواریانس، مفروضه‌های آزمون با استفاده از آزمون لوین و کالموگراف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان از بلا مانع بودن استفاده از تحلیل کواریانس داشت.

در این پژوهش ۲۸ زن مبتلا به سرطان پستان در دو گروه کنترل و آزمایش شرکت کرده بودند که میانگین سن گروه کنترل ۴۹/۳۲ (با انحراف معیار ۶/۳۴) و میانگین سن گروه آزمایش برابر با ۴۸/۱۲ (با انحراف معیار ۶/۷۸) بود. در ادامه، یافته‌های

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات تحمل ابهام پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
مدل تصحیح شده	1718.993	2	859.496	74.102	.000	.856
عرض از مبدا	75.389	1	75.389	6.500	.017	.206
پیش آزمون	904.671	1	904.671	77.997	.000	.757
گروه (متغیر مستقل)	790.919	1	790.919	68.189	.000	.732
خطا	289.972	25	11.599			
کل	197065.000	28				
کل تصحیح شده	2008.964	27				

گروه کنترل و آزمایش در میزان تحمل ابهام بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی دار می‌باشد. بنابراین به این نتیجه می‌توان رسید که درمان مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر تحمل ابهام بیماران مبتلا به سرطان پستان تاثیر دارد.

در جدول ۲ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۷۹۰,۹۱۹ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون F ۶۸,۱۸۹ می‌شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، بین دو

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات اضطراب مرگ پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
مدل تصحیح شده	122.917	2	61.458	44.751	.000	.782
عرض از مبدا	.093	1	.093	.068	.797	.003
پیش آزمون	44.024	1	44.024	32.056	.000	.562
گروه (متغیر مستقل)	102.612	1	102.612	74.717	.000	.749
خطا	34.333	25	1.373			
کل	2301.000	28				
کل تصحیح شده	157.250	27				

در جدول ۳ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۱۰۲,۶۱۲ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون F ۷۴,۷۱۷ می‌شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و آزمایش در میزان اضطراب مرگ بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی دار می‌باشد. بنابراین به این نتیجه می‌توان رسید که درمان مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان تاثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر تحمل ابهام بیماران مبتلا به سرطان پستان تاثیر دارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مرتبطی مثل کریمی افشار و همکاران (۳۱)، فقیه و کاظمی (۲۵)، پاسکال و همکاران (۲۷)، دیلون و تیمولاک و گرینبرگ (۲۶) و ویسمن و همکاران (۳۲) همسو بود.

پژوهش کریمی افشار و همکاران (۳۱) نشان داد که مداخله تنظیم هیجان بر تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر دارد. فقیه و کاظمی (۲۵) در پژوهشی نشان دادند که اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی تاثیر دارد. در پژوهشی دیگر پاسکال و همکاران (۲۷) به بررسی تاثیر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف پذیری هیجانی پرداخته شد که نتایج درمان موفقیت‌آمیز بودن درمان هیجان‌مدار را نشان داد. دیلون و همکاران (۲۶) در پژوهشی نشان دادند که درمان هیجان‌مدار بر افسردگی و شادکامی موثر است و می‌تواند تحمل ابهام را برای افراد آسانتر کند.

مک لاین و همکاران (۳۳) ابهام را به‌عنوان نداشتن اطلاعات کافی درباره موقعیت تعریف کرده است، همچنین به اعتقاد او تحمل ابهام به تمایل افراد برای تفسیر موقعیتهای مبهم که منبعی برای خطر و ناراحتی هستند، اشاره دارد. افراد به موقعیتهای مبهم که اغلب جدید، پیچیده و حل‌نشده و پیش‌بینی‌ناپذیرند و آنها را دچار شک و تردید می‌کنند، پاسخ‌های شناختی، هیجانی و رفتاری می‌دهند که ممکن است این واکنش‌ها منفی یا مثبت باشند. سرطان صرفاً یک رویداد یا پایانی معین نیست، بلکه یک موقعیت دائمی مبهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری، درمان و مسائل روان‌شناختی مربوط به آنها مشخص می‌گردد (۳۴). در تبیین تاثیر رویکرد هیجان‌مدار بر تحمل ابهام بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌توان گفت که یکی از مفروضه‌های رویکرد هیجان‌مدار این است که جلوگیری از ابراز هیجان‌های اولیه موجب آسیب زدن به مرزگذاری سالم، خشم ناشی از احترام قائل شدن به خود و سوگواری در مواقع لازم می‌شود و اینکه پردازش کافی و مناسب هیجان‌های حل نشده منجر به تدبیل و استحاله آن می‌شود. گرینبرگ پیشنهاد نمود که در خلال درمان گاهی لازم است مراجعان را به صحبت کردن درباره خیال‌پردازی‌هایشان درباره انتقام‌گیری ترغیب نمود (۳۵). برخی پژوهشگران دریافته‌اند که درمان متمرکز بر هیجان که در آن از گفتگو با صندلی خالی به عنوان روش اصلی حل مشکلات ناتمام استفاده می‌شود، یک مداخله موثر در درمان افسردگی، مشکلات بین فردی، تروما و تحمل ابهام است. بنابراین اجرای صندلی خالی در رویکرد هیجان‌مدار موجب رهاشدگی از احساس‌های درخودفرورفتگی شد (۲۷).

همچنین در رویکرد هیجان‌مدار، بیماران مبتلا به سرطان پستان، مهارت‌هایی را برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد فردی فرا می‌گیرند و به این ترتیب ذخایر رفتارهای مناسب اجتماعی را در اطرافیان افزایش دهد. پایه و اساس روش درمان هیجان‌مدار، خودسازی و رشد فردی بوده و تعادل فرد هدف اصلی درمان می‌باشد (۳۶). طبق این

دیدگاه هرگونه نقص و اشکال در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر مسائل روانی همچون تحمل ابهام آسیب‌پذیر سازد. رویکرد هیجان‌مدار این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازشها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد و به این ترتیب بتواند ابهام‌ها را نیز تحمل بکند.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان تاثیر دارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مرتبطی مثل کریمی افشار و همکاران (۳۱)، فقیه و کاظمی (۲۵)، پاسکال و همکاران (۲۷)، دیلون و تیمولاک و گرینبرگ (۲۶)، ویسمن و همکاران (۳۲) و گیدین و همکاران (۳۶) همسو بود.

پژوهش پاسکال و همکاران (۲۷) نشان داد که رویکرد هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری روانی و هیجانی بیماران موثر است. ویسمن و همکاران (۳۲) پژوهشی با عنوان اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر اضطراب و کیفیت زندگی جانبازان مبتال به اختلال استرس پس از سانحه انجام دادند. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد درمان هیجان‌مدار بهبود قابل ملاحظه‌ای را در کیفیت زندگی و اضطراب و افسردگی ایجاد کرد. گیدین و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که درمان هیجان‌مدار باعث بهبود کیفیت زندگی و اضطراب می‌شود.

در تبیین این نتیجه از پژوهش می‌توان گفت که بیماران مبتلا به سرطان پستان به دلیل نوع بیماری دچار مشکلات جسمی، روانی و ذهنی زیادی هستند و به دلیل همین باورهای ناکارآمدی در مورد زندگی دارند و سلامت روانی پایینتری دارند. می‌توان گفت که در این بیماران نگرش‌ها، احساسات و آگاهی بالایی از خود وجود نداشته و بطور کل بیماران مبتلا به سرطان پستان به دلیل نداشتن پذیرش وضعیت خود، احساسات و برداشت‌های مثبت از خویش نداشتن، تصویر ذهنی منفی از خویش دارند و در ابعاد ذهنی رشد ضعیفی دارند، که همه این عوامل باعث بوجود آمدن اضطراب مرگ در بیماران می‌شود. در واقع یکی از مسائل روان‌شناختی مطرح در بیماران سرطانی، اضطراب مرگ است (۱۳). با پیشرفت بیماری سرطان پستان در زنان، بیماران در معرض انواع گوناگونی از ناراحتی‌ها قرار می‌گیرند که این مشکلات اغلب به صورت اضطراب، افسردگی و ناامیدی نمایان می‌شود (۱۴). یکی از تنش‌هایی که بیماران به‌طور مداوم در زندگی تجربه می‌کنند، اضطراب مرگ است که مهمترین نگرانی زندگی آدمی و هسته اصلی تمام اختلالات اضطرابی را تشکیل می‌دهد. پژوهشی نشان داد که اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان بیشتر از افراد عادی است (۱۶).

درمان هیجان‌مدار یک درمان کوتاه مدت نظام دار است که مربوط به فعال‌سازی و سازماندهی مجدد طرح‌واره‌های هیجانی می‌شود (۳۸). درمان پردازشی تجربه‌ای با هیجان‌مدار با تلفیق اصول و راهبردهای وجودی انسان‌گرا در آموزه‌های شناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه‌گرایی و تعقل‌گرایی را به هم نزدیک نمود. روان‌درمانی هیجان‌مدار بر این اصل کلیدی که همه چیز جاری و در حرکت است، استوار است. این رویکرد تاکید می‌کند که فرایند تجربه، ویژگی‌های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار

می دهد (۳۹). این رویکرد، یک درمان رابطه‌ای است که درمان‌های گشتالتی و مراجع محور را با هم تلفیق می کند. این درمان به هیجان‌ها به عنوان مسئله محوری در عملکرد روانشناختی، یان کارگری و تغییر نگاه می کند. این رویکرد فرض می کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجان‌ها خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدانه خالص به آن دسترسی می یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد می شود. که البته نتایج این تحقیقات نشان داد که درمان هیجان مدار می تواند بر کاهش علائم مثبت و منفی اضطراب اثر گذار باشد، در نتیجه بر اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان پستان نیز تاثیر مثبت می گذارد.

مهمترین محدودیت پژوهش این بود که امکان نمونه گیری تصادفی در مرحله اول نمونه گیری فراهم نبود و به همین دلیل ابتدا نمونه اصلی به صورت در دسترس انتخاب شد و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. علی رغم تلاش پژوهشگران در همسان نمودن شرکت کنندگان از نظر متغیرهای سن و میزان تحصیلات، می بایست اثر مداخله گریهایی همچون تأثیر خرده فرهنگ‌ها و شرایط اجتماعی و اقتصادی آزمودنی‌ها را در نظر داشت. به دلیل شرایط کرونا و مشکلات اجرایی، شرایط اجرای آزمون پیگیری جهت سنجش ماندگاری نتایج مهیا نشد. با توجه به محدودیتی در شیوه نمونه گیری وجود داشت، پیشنهاد می شود تحقیق مشابه در جوامع دیگر و با جامعه آماری بزرگ تر به منظور تعمیم دهی بهتر با روش نمونه گیری تصادفی نتایج انجام گردد. تحقیقات دیگری باهدف بررسی ماندگاری نتایج درمان و مقایسه روش‌های درمانی مختلف بر اساس دوره‌های زمانی بلندمدت و کوتاه مدت انجام شود.

References

1. shayan A, khalili A, rahnavardi M, masoumi S Z. The relationship between sexual function and mental health of women with breast cancer. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2016; 24 (4) :221-228
2. Kurian AW, Ward KC, Howlader N, Deapen D, Hamilton AS, Mariotto A, Miller D, Penberthy LS, Katz SJ. Genetic testing and results in a population-based cohort of breast cancer patients and ovarian cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2019 May 20;37(15):1305.
3. Jafarizadeh F, bahrainian M. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological flexibility and resilience of women with breast cancer. *EBNESINA*. 2019; 21 (3) :23-30
4. Arnaboldi P, Lucchiari C, Santoro L, Sangalli C, Luini A, Pravettoni G. PTSD symptoms as a consequence of breast cancer diagnosis: clinical implications. *SpringerPlus*. 2014 Dec;3(1):1-7.
5. Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Seah DS, Schapira L, Come SE, Partridge AH. Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: a cross-sectional study. *Psychosomatics*. 2018 May 1;59(3):251-8.
6. Heidarian A, Zahrakar K, Mohsenzade F. The Effectiveness of Mindfulness Training on Reducing Rumination and Enhancing Resilience in Female Patients with Breast Cancer: a Randomized Trial. *ijbd*. 2016; 9 (2) :52-59

7. Hill EM, Hamm A. Intolerance of uncertainty, social support, and loneliness in relation to anxiety and depressive symptoms among women diagnosed with ovarian cancer. *Psycho-oncology*. 2019 Mar;28(3):553-60.
8. Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Brief report: Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2004 Dec;28(6):835-42.
9. Bottesi G, Ghisi M, Sica C, Freeston MH. Intolerance of uncertainty, not just right experiences, and compulsive checking: Test of a moderated mediation model on a non-clinical sample. *Comprehensive psychiatry*. 2017 Feb 1; 73:111-9.
10. Furnham A, Ribchester T. Tolerance of ambiguity: A review of the concept, its measurement and applications. *Current psychology*. 1995 Sep;14(3):179-99.
11. McLain DL, Kefallonitis E, Armani K. Ambiguity tolerance in organizations: definitional clarification and perspectives on future research. *Frontiers in psychology*. 2015; 28: 6-344.
12. Tan HJ, Marks LS, Hoyt MA, Kwan L, Filson CP, Macairan M, Lieu P, Litwin MS, Stanton AL. The relationship between intolerance of uncertainty and anxiety in men on active surveillance for prostate cancer. *The Journal of urology*. 2016 Jun;195(6):1724-30.
13. Curran L, Sharpe L, MacCann C, Butow P. Testing a model of fear of cancer recurrence or progression: the central role of intrusions, death anxiety and threat appraisal. *Journal of behavioral medicine*. 2020 Apr;43(2):225-36.
14. Kangas M, Milross C, Bryant RA. A brief, early cognitive-behavioral program for cancer-related PTSD, anxiety, and comorbid depression. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2014 Nov 1;21(4):416-31.
15. Naderi F, Roushani KH. The relations between spiritual intelligence, social intelligence and death anxiety in Ahwaz WomanSeniles.
16. Atalay IB, Ozturk R, Yapar A, Simsek MA, Engin EE, Gungor BS. Prevalence and predictive factors of anxiety, depression and death anxiety in patients over 50-years of age at the tertiary care cancer center. *Annals of Medical Research*. 2019;26(11):2635-41.
17. Kuba K, Esser P, Mehnert A, Hinz A, Johansen C, Lordick F, Götze H. Risk for depression and anxiety in long-term survivors of hematologic cancer. *Health Psychology*. 2019 Mar;38(3):187.
18. Greenberg LS, Elliott R, Pos A. Special topic: Emotion-focused therapy. *European Psychotherapy*. 2007;7(1).
19. Besharat M A, Salehi M, tostamian A, Ghorbani N. Comparing the Effectiveness of Couple-oriented Emotional-Cognitive-Behavioral Intervention and Patient-oriented Cognitive-Behavioral Intervention on Improving the Quality of Marital Relationship in Women with Rheumatoid Arthritis: A Pilot Study. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2015; 3 (2) :95-104
20. Ivanova I, Watson J. Emotion-focused therapy for eating disorders: enhancing emotional processing. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2014 Oct 2;13(4):278-93.
21. Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. Guilford Publications; 2019.
22. Etemadi A, BarAbadi H. The effectiveness of group emotion-oriented couple therapy on marital satisfaction of couples referring to the Education Counseling Center of District 2 of Mashhad, *Bi-Quarterly Journal of Clinical Psychology Research and Counseling*, 2015; 4 (1): 56-68.
23. Lucre K, Clapton N. The Compassionate Kitbag: A creative and integrative approach to compassion- focused therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2021; 94:497-516.
24. Sanagouy Mohrar Gh, Shirazi M, Mohammadi R, Maghsoudlou F. The effectiveness of emotion-focused therapy on reducing the symptoms of anxiety and depression in patients with multiple

- sclerosis (multiple sclerosis). *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 2017; 61 (6.1), 190-200.
25. Faqih S, Kazemi H. The effectiveness of emotion-focused couple therapy on the tolerance of infertile couples in Isfahan. *Community Health*, 2019; 12 (1): 22-29.
 26. Dillon A, Timulak L, Greenberg LS. Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*. 2018 May 4;28(3):406-22.
 27. Pascual-Leone A, Yeryomenko N, Sawashima T, Warwar S. Building emotional resilience over 14 sessions of emotion focused therapy: Micro-longitudinal analyses of productive emotional patterns. *Psychotherapy Research*. 2019 Mar 4;29(2):171-85.
 28. Foreeston M H, Rheaume J, Letarete H, Degas M J, & Ladouceur R. why do people worry? *Personality and individual differences*, 1994; 21: 799-802.
 29. Buhr K, Dugas MJ. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behav Res Ther*. 2002; (47): 215- 230
 30. Rajabi Gh, Bohrani M. Factor analysis of death anxiety scale questions. *Journal of Psychology*, 2002; 20: 345-331.
 31. KarimiAfshar E, Shabaniyan G, Taleshi L, Tavakoli V. The effectiveness of emotion regulation intervention on resilience and death anxiety in women with breast cancer. *Journal of Health Psychology*, 2019; 7 (25): 95-105.
 32. Weissman N, Batten S V, Rheem K D, Wiebe S A, Pasillas R. M, Potts W., ... & Dixon, L. B. The effectiveness of emotionally focused couple's therapy with veterans with PTSD: A pilot study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 2008; 17(1), 25-41.
 33. McLain DL. Evidence of the properties of an ambiguity tolerance measure: The multiple stimulus types ambiguity tolerance scale-II (MSTAT-II). *Psychological reports*. 2009 Dec;105(3):975-88.
 34. Zebrack BJ. Cancer survivor identity and quality of life. *Cancer practice*. 2000 Sep;8(5):238-42.
 35. Greenberg L S. *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association. 2015.
 36. Watson J C & Greenberg L S. *Emotion-focused therapy for generalized anxiety*. American Psychological Association. 2017.
 37. Ghedin S, Semi A, Caccamo F, Caldironi L, Marogna C, Piccione F, ... & Vidotto G. Emotionally focused couple therapy with neurodegenerative diseases: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 2017; 45(1), 15-26.
 38. Arastoo AA, Ahmadi A, Zahednejad Sh. The comparison of effect of 8 weeks aerobic and yoga training on physiological cost index in multiple sclerosis patients. *Sci Med J*, 2011; 10(2):153-162.
 39. Akbari H. The Effectiveness of Training Emotional-Experimental Therapy Strategies on Reducing Test Anxiety of Female High School Students in Tehran, *Educational Psychology*, 2015; 37: 187-205.

Original Article

The effectiveness of Emotion-Focused therapy on tolerating the ambiguity and anxiety of death of breast cancer patients

Received: 09/11/2020 - Accepted: 09/03/2021

Hengameh Saghiha¹
Faramarz Sohrabi^{1*}
Abdollah Motamedi¹

¹Department of Psychology,
Allameh Tabatabai University,
Tehran, Iran

Email: sohrabi@atu.ac.ir

Abstract

Introduction: Paying attention to the psychological issues of cancer patients can be effective in improving their condition. The aim of this study was to determine the effectiveness of Emotion-Focused therapy on tolerating the ambiguity and anxiety of death of breast cancer patients.

Material and methods: The method of the present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. From the population of all women with breast cancer in District 1 of Tehran, 28 people were selected using the available sampling method and were randomly assigned to the experimental and control groups. Thus, first the Ambiguity Tolerance Questionnaire (Freeston et al., 1994) and Death Anxiety Questionnaire (Templer, 1970) were performed as a pretest. Post-test was performed for both groups and the research data were analyzed using covariance.

Results: The results of covariance showed that Emotion-Focused therapy has a positive and significant effect on improving ambiguity tolerance and death anxiety ($p \leq 0.001$).

Conclusion: Emotion-Focused therapy the ambiguity and anxiety of death of patients with breast cancer, so using the emotional approach can improve the mental health of patients with inflammatory bowel disease.

Key words: Breast Cancer, Ambiguity Tolerance, Death Anxiety, Emotion-Focused therapy