

اثربخشی درمان هیجان مدار بر پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری در افراد مبتلا به سرطان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۵

خلاصه

مقدمه

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان تاثیر درمان هیجان مدار بر پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری در افراد مبتلا به سرطان، انجام شد.

روش کار

پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون دو گروهی و جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به سرطان بالای ۲۵ سال در شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. به منظور انتخاب نمونه و با در نظر گرفتن افت نمونه، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر از افراد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مراکز شیمی درمانی انتخاب شدند و در مرحله بعد این تعداد را به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم کرده و به صورت تصادفی یکی گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مورد درمان هیجان مدار قرار گرفتند ولی گروه کنترل برنامه همیشگی خود را دنبال نمودند. پس از پایان دوره مجدد دو گروه مورد پس آزمون قرار گرفتند. پس از جمع آوری داده ها ۳ نفر از گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از دو جلسه و دو نفر از گروه گواه به دلیل عدم شرکت در پس-آزمون از پژوهش حذف شدند و اطلاعات مربوط به ۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۳ نفر گروه کنترل مورد تحلیل قرار گرفت. ابزار استفاده شده در پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) و پرسشنامه ترس از پیشرفت بیماری هرشباخ (۲۰۱۰). به منظور تجزیه و تحلیل داده از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده گردید.

نتایج

نتایج نشان داد درمان هیجان مدار موجب کاهش معنادار سطح پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

نتیجه گیری

بر اساس این نتایج می توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار می تواند برای بهبود وضعیت روانی بیماران سرطانی، به ویژه در مقابله با هیجان های پیچیده ای که در فرایند بیماری تجربه می شوند، مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی

درمان هیجان مدار، پریشانی روانشناختی، ترس از پیشرفت بیماری، سرطان

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

آتنا نوبخت نمینی^{*۱}

پریسا ترک زهرانی^۲

آرمین اسدیان^۳

^۱ گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

^۲ گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۳ گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: 0023757711@iau.ir

مقدمه

امروزه سرطان به عنوان یکی از چالش‌های اصلی سلامت در قرن بیست و یکم شناخته می‌شود؛ چرا که عامل کلیدی ابتلا به بیماری‌ها و مرگ‌ومیر در سطح جهانی است (حیبی کیلک و همکاران، ۱۴۰۴). سازمان جهانی بهداشت نیز سرطان را یکی از دلایل عمده مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌ها معرفی کرده که علی‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر در شیوه‌های درمانی، همچنان ماهیتی پیچیده و تا حد زیادی درمان‌ناپذیر دارد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲). آمارهای جهانی نشان می‌دهد که در سال ۲۰۲۰ بیش از ۱۰ میلیون نفر در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست داده‌اند (سانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). در ایران گزارش‌های رسمی وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۲، نشان دهنده این است که تعداد موارد جدید ابتلا به سرطان به ۱۴۱۶۴۱ مورد رسیده است؛ که به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۷۳ نفر بوده و این بیانگر روند افزایشی ابتلا به این بیماری در کشور است (محولاتی و همکاران، ۱۴۰۴).

بیماران مبتلا به این عارضه، با علائم ناتوان‌کننده‌ای دست‌وپنج نرم می‌کنند که منجر به اختلال در عملکردهای روزمره آنان، به‌ویژه در مراحل انتهایی بیماری می‌شود (سوتو-گرو و همکاران، ۲۰۲۳) و فراتر از تبعات جسمی، تشخیص و فرآیند درمان سرطان، بار روانی قابل توجهی را برای بیماران به همراه دارد. یکی از مهمترین پیامدها، پریشانی روانشناختی است که به‌عنوان واکنشی چندوجهی نسبت به شرایط استرس‌زا و ناراحت‌کننده تعریف می‌شود (برامندیان و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارتی پریشانی روان شناختی، ناراحتی خاص و رنج هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌های خاص و درخواست‌های آسیب‌زا تجربه می‌شود (هو و همکاران، ۲۰۲۲) و ممکن است با نشانه‌های فیزیولوژیکی مانند بی‌خوابی، سردرد و نداشتن انرژی همراه باشد که احتمالاً این نشانه‌ها در فرهنگ‌های گوناگون متفاوت است (ریتز و همکاران، ۲۰۲۰).

این پریشانی شامل طیفی از واکنش‌های هیجانی مانند اضطراب، افسردگی، استرس، بیقراری و حتی بروز علایم اختلالات روانپزشکی است که میتواند سلامت روان بیماران را تهدید نماید (تارتور^۲ و همکاران، ۲۰۲۴) و مانع سازگاری مؤثر فرد با بیماری و روند درمان گردد و در مجموع کیفیت زندگی او را به شدت کاهش دهد (گراسی^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که حدود ۵۰ تا ۸۵ درصد بیماران سرطانی درجاتی از پریشانی روانشناختی را تجربه می‌کنند (سلیمانی و همکاران، ۲۰۲۲) که این امر علاوه بر رنج روانی و کاهش کیفیت زندگی مستقیماً روند درمان و پابندی به پروتکل‌های درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (محولاتی و همکاران، ۱۴۰۴).

زندگی با بیماری‌های عودکننده‌ای مانند سرطان برای بسیاری از بیماران ترس‌هایی درباره آینده به وجود می‌آورد، بیماران مجبورند با پیچیدگی‌ها و عودهای بیماری، افزایش محدودیت در عملکرد، پیشرفت بیماری و کاهش امید به زندگی مقابله کنند، البته برای بیماران مبتال به بیماریهای مزمن جسمی غیر عادی نیست که از ترس مرتبط با جنبه‌های مختلف بیماری خود رنج ببرند. بیمارانی که با تهدید واقعی و مستمر مواجهه می‌شوند عکس‌العمل آنها نه غیر منطقی است نه نامناسب؛ این نوع ترس به ترس از پیشرفت بیماری نسبت داده می‌شود در نتیجه ترس از اینکه بیماری پیشرفت خواهد کرد را با همه عواقب آن ترس از پیشرفت می‌نامیم؛ بنابراین ترس از پیشرفت بیماری در میان مهمترین عوامل استرس‌زا برای بیماران مبتلا به این بیماری‌ها قرار دارد ترس از پیشرفت بیماری به‌طور مداوم به‌عنوان برجسته‌ترین و پایدارترین نگرانی که توسط بازماندگان سرطان آشکار شده است شناسایی می‌شود (بوتوو و همکاران، ۲۰۱۹)؛ منافی و دهشیری، ۱۳۹۶). ترس از پیشرفت بیماری بر یک‌سوم مبتلایان به سرطان تأثیر منفی می‌گذارد و منجر به برخی رفتارهای ناسازگار مرتبط با سلامت می‌شود (گودرزی‌مهر و همکاران، ۱۴۰۴).

² Tartour³ Grassi¹ Sung

همکاران، ۲۰۲۳). حییی کیلک و همکاران (۱۴۰۴) نشان دادند که درمان هیجان‌مدار باعث کاهش آشفتگی‌های روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. ساقیها و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که درمان هیجان‌مدار بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. با توجه به افزایش روزافزون افراد مبتلا به سرطان و مشکلات روانشناختی که به دنبال ابتلا به این بیماری برای افراد پیش می‌آید ضرورت دارد که به مشکلات روانشناختی و درمانهای موثر بر آن در بیماران سرطانی بیشتر توجه شود. اگرچه درمان‌های دارویی و مداخلات پزشکی بخش اصلی درمان سرطان را تشکیل می‌دهند، اما برنامه‌ریزی برای مراقبت جامع بدون توجه به ابعاد روانشناختی ناقص خواهد بود. پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری نه تنها رنج روانی بیمار را افزایش می‌دهند، بلکه می‌توانند در کیفیت همکاری بیمار با درمان، تصمیم‌های مراقبتی، و حتی امید به زندگی نقش داشته باشند. با توجه به اهمیت این موضوع پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان هیجان‌مدار بر پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری در افراد مبتلا به سرطان اثربخش است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به سرطان بالای ۲۵ سال در شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. به منظور انتخاب نمونه و با در نظر گرفتن افت نمونه، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از افراد مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز شیمی‌درمانی انتخاب شدند. ملاکهای ورود این پژوهش شامل سرطان توسط پزشک متخصص تشخیص داده‌شده باشد، بیماری در مرحله اول تا سوم باشد، ۲ هفته از درمان‌های تهاجمی مانند جراحی و شیمی‌درمانی گذشته باشد، رده سنی ۲۵ تا ۵۰ سال باشد و ملاک‌های خروج شامل داشتن سابقه بیماری روانپزشکی توسط روانپزشک و مصرف داروی روانپزشکی، مبتلا بودن به بیماریهای جسمی همزمان و شرکت همزمان در درمانهای روانشناختی بود.

با توجه به مشکلات روانشناختی که این بیماران تجربه می‌کنند در راستای تسهیل روند درمان پزشکی و افزایش کیفیت زندگی این افراد، مداخلات روانشناختی برای این بیماران ضرورت دارد. پرداختن به جنبه‌های روانشناختی سرطان تنها یک موضوع حمایتی نیست، بلکه بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت مؤثر و جامع محسوب می‌شود. با این حال، هرچند در سال‌های اخیر توجه به روان-سرطان افزایش یافته است، اما همچنان بسیاری از بیماران به درمان‌های روانشناختی دسترسی محدود دارند یا مداخلات موجود به اندازه کافی بر نیازهای هیجانی خاص این گروه تمرکز نمی‌کنند. یکی از درمانهایی که می‌تواند در این زمینه اثر بخش باشد، درمان هیجان‌مدار است.

این درمان یکی از مداخلات مؤثر روان‌درمانی است که تمرکز تلفیقی بر انگیزش، شناخت، رفتار و ارتباط دارد. اما تمرکز اصلی در این رویکرد بر هیجان بوده و هیجان را مسیر اولیه و ورودی تغییرات در نظر می‌گیرد. درمان متمرکز بر هیجان، درمانی در جهت درونی کردن و پذیرش هیجان‌های بنیادین مراجعان برای مدت طولانی است (گرینبرگ و پاسکوال-لئون، ۲۰۲۴). در این درمان، درمانگر بیمار را در جهت راهبردهای آگاهی‌دهنده، پذیرش، ابراز، به کارگیری، تغییر عواطف و تجربه اصلاح هیجان‌ات و احساساتی راهنمایی می‌کند که با کمک درمانگر امکان‌پذیر می‌باشد. درمان هیجان‌مدار مبتنی بر این فرض است که کارآمدترین راه برای تغییر هیجان‌ات ناسازگار از طریق تغییر روشی که شما فکر می‌کنید یا یادگیری یک مهارت جدید نیست، بلکه از طریق فعال‌سازی هیجان‌ات سازگارتر می‌باشد (لین و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع رویکرد هیجان‌مدار یک رویکرد ساختار یافته کوتاه مدت است که در فرایند آن هیجان‌ات بیماران مبتلا به سرطان، پردازش و تنظیم می‌شوند تا در نتیجه پاسخ‌های سازگارتری تبدیل شوند (جانسون، ۲۰۱۹). پاسخ‌های هیجانی محدود شده یا طاقت‌فرسا می‌توانند در یک محیط امن درمانی به شکلی واضح بروز پیدا کنند. هیجان‌ات به فرد این فرصت را می‌دهند که درونی‌ترین جنبه‌های خود را برای هر چیز خارج از خود بیان کنند (لاکر^۱ و

¹ Lucre

مقدماتی هرشاخ و همکاران همسانی درونی پرسشنامه و پایایی بازآزمایی گزارش شده است. در ایران نیز در پژوهش منافی و دهشیری (۱۳۹۶) پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ برای واکنش عاطفی ۰/۸۶، خانواده ۰/۷۲، شغل ۰/۷۶، از دست دادن استقلال ۰/۷۱ و آلفای کرونباخ کل ۰/۹۱ به دست آمد.

پروتکل درمان هیجان مدار: این پروتکل شامل ۸ جلسه بود و بر اساس بسته درمان مبتنی بر رویکرد هیجانمدار گرینبرگ (۲۰۰۶) اجرا شد. مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود و به صورت هفته‌ای یک بار انجام شد.

خلاصه جلسات درمان هیجانمدار (گرینبرگ و همکاران،

(۲۰۰۶)

جلسه	هدف درمانی	تمرکز هیجانی ویژه سرطان	تکنیک‌ها	تکلیف خانگی
۱	ایجاد اتحاد و تبیین مدل درمان	پذیرش تجربه هیجانی در بیماری؛ ترس و بی‌اعتمادی به بدن	همدلی فعال، بازتاب احساسات	ثبت لحظات ترس یا ناامیدی
۲	شناسایی هیجان‌های مرتبط با بیماری	ترس از پیشرفت، احساس فقدان کنترل رابطه با بدن	تمرکز هیجانی، نقشه هیجان‌ها	نوشتن موقعیت‌هایی که ترس فعال می‌شود
۳	آگاهی هیجانی و پذیرش بدنی	مبتلا؛ احساس خشم یا نارضایتی از آن	مراقبه هیجانی	تمرین حضور با بدن بدون قضاوت
۴	کار با ترس از آینده	ترس از مرگ، دغدغه عزیزان	گفت‌وگوی دوصندلی (خود ترسان در برابر خود پذیرنده)	نوشتن گفت‌وگوی درونی با ترس
۵	پردازش اندوه و فقدان	سوگ از دست دادن	تکنیک تخلیه هیجانی	نامه به بدن یا نقش از دست

پس از انتخاب ۳۰ نفر نمونه، این افراد به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه جای‌دهی شدند. گروه آزمایش تحت درمان هیجان‌مدار به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار ماند و تا زمان پس‌آزمون هیچ مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. سپس برای هر دو گروه پس‌آزمون اجرا گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها ۳ نفر از گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از دو جلسه و دو نفر از گروه گواه به دلیل عدم شرکت در پس‌آزمون از پژوهش حذف شدند و اطلاعات مربوط به ۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۳ نفر گروه کنترل مورد تحلیل قرار گرفت. ابزار استفاده شده در پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲)

: این مقیاس توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۲) برای شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی تدوین شده است. مقیاس دارای ۱۰ آیتم بوده که پریشانی روان‌شناختی را به صورت سازه‌ای تک بعدی مورد بررسی قرار می‌دهد. مقیاس بر روی یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از هیچ وقت=۰ تا همیشه=۴ قرار دارد. حداکثر نمره برای این آزمون ۴۰ و حداقل نمره ۰ است. کسلر و همکاران (۲۰۰۲) میزان روایی محتوای مقیاس را ۰/۷۵ و ضریب پایایی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. این مقیاس در ایران توسط یعقوبی (۱۳۹۴) مورد روایی قرار گرفت. روایی محتوایی این مقیاس توسط یعقوبی ۰/۷۰ به دست آمد. همچنین برای بررسی پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که این میزان در نمونه ایرانی ۰/۹۳ گزارش شده است.

پرسشنامه ترس از پیشرفت بیماری هرشاخ (۲۰۱۰): این

پرسشنامه در آلمان طراحی و تدوین شد و نسخه پایانی آن شامل ۴۰ گویه بود و ۵ خرده مقیاس داشت (واکنش عاطفی، خانواده، شغل، از دست دادن استقلال و مقابله با اضطراب) (منافی و دهشیری، ۱۳۹۶). پاسخگویی به آن طیف لیکرت از ۰ تا ۵ درجه‌ای از هرگز تا بیشتر اوقات را شامل می‌شود. نمره کل از طریق جمع نمرات خرده مقیاسها به جز خرده مقیاس مقابله محاسبه می‌شود (کاو ککینوس، و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه

۲۳/۰۸ درصد)، افراد با سن ۳۶-۴۵ سال ۶ نفر (۴۶/۱۵ درصد)، افراد با سن ۴۶-۵۰ سال ۴ نفر (۳۰/۷۷ درصد)، بودند. برحسب جنسیت گروه آزمایش زنان ۷ نفر (۵۸/۳۳ درصد)، مردان ۵ نفر (۴۱/۶۷ درصد)، گروه گواه زنان ۷ نفر (۵۳/۸۵ درصد)، مردان ۶ نفر (۴۶/۱۵ درصد)، بودند. همچنین، برحسب وضعیت تاهل گروه آزمایش، افراد مجرد ۷ نفر (۵۸/۳۳ درصد)، افراد متأهل ۵ نفر (۴۱/۶۷ درصد) گروه گواه، افراد مجرد ۶ نفر (۴۶/۱۵ درصد)، افراد متأهل ۷ نفر (۵۳/۸۵ درصد) بودند. از نظر سطح تحصیلات گروه آزمایش، افراد با تحصیلات دیپلم زیر دیپلم ۲ (۱۶/۶۷ درصد)، افراد با تحصیلات لیسانس ۵ نفر (۴۱/۶۷ درصد)، افراد با تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر ۵ نفر (با ۴۱/۶۶ درصد)، گروه گواه، افراد با تحصیلات دیپلم زیر دیپلم ۲ (۱۵/۳۸ درصد)، افراد با تحصیلات لیسانس ۶ نفر (۴۶/۱۵ درصد)، افراد با تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر ۵ نفر (با ۳۸/۴۶ درصد) بودند.

اطلاعات جدول ۱ داده‌های مربوط به میانگین و انحراف معیار (را در دو گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

سلامتی، هدایت شده رفته	نقش‌های اجتماعی	تجربه	۶
بازسازی	هیجانی،	دسترسی به قدرت، امید، معنای جدید	
ثبت لحظات امید یا ارتباط	حمایتی	اصلاح کننده	
بازسازی	یادداشت رؤیا	از «بدن» آسیب پذیر»	۷
شناختی مبتنی بر هیجان	یا هدف آینده	به «بدن همراه من»	
پدیرش	مرور مسیر	پدیرش	
بیماری،	هیجانی،	تثبیت تغییر و	۸
معنا بخشی و جهت آینده	برنامه تنظیم هیجان	پایان درمان	

یافته ها

یافته‌های توصیفی مربوط به از ۲۵ نفر از افراد بیماران سرطانی که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۳ نفر) جایگزین شدند. برحسب سن گروه آزمایش افراد ۲۵-۳۵ سال ۳ نفر (۲۵ درصد)، افراد با سن ۳۶-۴۵ سال ۵ نفر (۴۱/۶۷ درصد)، افراد با سن ۴۶-۵۰ سال ۴ نفر (با ۳۳/۳۳ درصد)، گروه گواه افراد ۲۵-۳۵ سال ۳ نفر (با

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پریشانی روانشناختی، ترس از پیشرفت بیماری

گروه				آماره	متغیر
گروه گواه		گروه آزمایش			
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
۲۵/۷۷	۲۸/۶۹	۱۸/۵۰	۳۰/۶۷	میانگین	پریشانی روانشناختی
۲/۲۴۷	۱/۲۵۱	۱/۲۴۳	۱/۸۷۵	انحراف معیار	
۱۲۳/۹۲	۱۲۴/۹۲	۱۱۲/۶۷	۱۲۴/۵۰	میانگین	ترس از پیشرفت بیماری
۲/۹۵۷	۲/۹۵۷	۱/۹۶۹	۳/۲۰۵	انحراف معیار	

متغیر است، و کاهش انحراف معیار نشان‌دهنده همگنی بیشتر پاسخ‌ها پس از مداخله درمان هیجان مدار است. در مقابل، گروه کنترل از میانگین ۲۸/۶۹ انحراف معیار ۱/۲۵۱ در پیش‌آزمون به ۱۲۳/۹۲ انحراف معیار ۲/۲۴۷ در پس‌آزمون رسیده است، که تغییر اندکی ۲/۹۲ واحد را نشان می‌دهد. این تفاوت بارز بین دو

براساس داده‌های جدول ۱، در گروه آزمایش، متغیر پریشانی روانشناختی میانگین پیش‌آزمون ۳۰/۶۷ انحراف معیار ۱/۸۷۵ بوده که پس از مداخله درمان هیجان مدار به ۱۸/۵۰ انحراف معیار ۱/۲۴۳ کاهش یافته است. این کاهش ۱۲/۴۷ واحدی نشان‌دهنده بهبود قابل توجه در استفاده از این

معیار ۲/۹۵۷ در پیش آزمون به ۱۲۳/۹۲ انحراف معیار ۲/۹۵۷ در پس آزمون رسیده است، که تغییر اندکی ۱ واحد را نشان می دهد. این تفاوت بارز بین دو گروه، احتمالاً به تأثیر مثبت مداخله درمان هیجان مدار در گروه آزمایش اشاره دارد.

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پریشانی روانشناختی، ترس از پیشرفت بیماری را در بیماران سرطانی مورد مطالعه نشان می دهد.

گروه، احتمالاً به تأثیر مثبت مداخله درمان هیجان مدار در گروه آزمایش اشاره دارد. همچنین در گروه آزمایش، متغیر ترس از پیشرفت بیماری میانگین پیش آزمون ۱۲۴/۵۰ انحراف معیار ۳/۲۰۵ بوده که پس از مداخله به ۱۱۲/۹۲ انحراف معیار ۱۱/۸۳ کاهش یافته است. این کاهش ۱۱/۸۳ واحدی نشان دهنده بهبود قابل توجه در استفاده از این متغیر است، و کاهش انحراف معیار نشان دهنده همگنی بیشتر پاسخها پس از مداخله درمان هیجان مدار است. در مقابل، گروه کنترل از میانگین ۱۲۴/۹۲ انحراف

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پریشانی روانشناختی، ترس از پیشرفت بیماری در بیماران سرطانی مورد مطالعه

متغیر	۱	۲
پریشانی روانشناختی	۱	
ترس از پیشرفت بیماری	۰/۵۱۲	۱

پس از بررسی مفروضه‌های شاخص تورم واریانس بین متغیرهای پریشانی روانشناختی، ترس از پیشرفت بیماری، آزمون خطی بودن، آزمون هم خطی بودن چندگانه، همگنی واریانسها و همگنی شیب رگرسیون مشخص شد استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای تجزیه و تحلیل داده ها مانعی ندارد.

برای بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری در افراد مبتلا به سرطان ابتدا تحلیل مانکوا روی داده‌ها انجام گرفت. نتایج مانکوا در جدول ۳ آمده است.

ضرایب همبستگی بین متغیرها پریشانی روانشناختی، ترس از پیشرفت بیماری در بازه ۰/۵۱۲ قرار دارند که نشان دهنده همبستگی متوسط است. ولی از ضریب همبستگی از ۰/۷۰ فراتر نمی روند، که بیانگر نبود همبستگی قوی بین دو متغیر پریشانی روانشناختی، ترس از پیشرفت بیماری است. نتایج این ماتریس حاکی از آن است که هر یک از متغیرها جنبه‌ای نسبتاً مستقل از رفتار بیماران سرطانی را اندازه گیری می کنند و همپوشانی بیش از حد بین آنها وجود ندارد. این استقلال نسبی نشان می دهد که هر متغیرهای پریشانی روانشناختی، ترس از پیشرفت بیماری می تواند به صورت جداگانه در تحلیلها مورد بررسی قرار گیرد.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری گروه آزمایش و گروه کنترل

اثر	آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلابی	۰/۸۹۹	۸۹/۰۷۴	۲	۲۰	۰/۰۰۰۵	۰/۸۹۹
لمبدای ویلکز	۰/۰۱۰	۸۹/۰۷۴	۲	۲۰	۰/۰۰۰۵	۰/۸۹۹
اثر هتلینگ	۸/۹۰۷	۸۹/۰۷۴	۲	۲۰	۰/۰۰۰۵	۰/۸۹۹
بزرگترین ریشه روی	۸/۹۰۷	۸۹/۰۷۴	۲	۲۰	۰/۰۰۰۵	۰/۸۹۹

تفاوت معنی داری وجود دارد. برای تعیین متغیری که بیشترین تفاوت را دارند، تحلیل کوواریانس تک متغیره برای هر متغیر پریشانی روانشناختی در پس آزمون با کنترل نمرات پیش آزمون

همان طور که نتایج نشان می دهد، در مرحله پس آزمون بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری از حمایت

انجام شد. لذا، به منظور بررسی تفاوت میانگین های متغیرهای پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری پس از مداخله، تحلیل کوواریانس تک-متغیری (آنکوا) بر روی نمره های پس آزمون پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری انجام

شد و نمره های پیش آزمون به عنوان کوواریته کنترل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس تک-متغیری برای هرمتغیر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت پس آزمون متغیرهای وابسته پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری در گروه آزمایش و گروه گواه

شاخص ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
پریشانی روانشناختی	۳۰۸/۵۷۹	۱	۳۰۸/۵۷۹	۱۰/۳۲۷	۰/۰۰۴	۰/۳۳۰
ترس از پیشرفت بیماری	۶۷۴/۰۳۶	۱	۶۷۴/۰۳۶	۱۵۸/۷۷۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸۳

همان طور که نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می دهد، نسبت Fتحلیل کوواریانس متغیر پریشانی روانشناختی برابر با ۱۰/۳۲۷ و سطح معنی داری کمتر از $p < ۰/۰۱$ به دست آمده است که نشان می دهد میانگین نمرات پس آزمون متغیر پریشانی روانشناختی در گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معنی دار دارد. با توجه به میانگین های تعدیل شده (پس از آزمون)، گروه آزمایش کاهش قابل توجهی در متغیر پریشانی روانشناختی نشان داده است. بنابراین، مداخله درمان هیجان مدار بر کاهش پریشانی روانشناختی مورد مطالعه در بیماران سرطانی تأثیر معنی داری داشته است. سبت F تحلیل کوواریانس متغیر ترس از پیشرفت بیماری برابر با ۱۵۸/۷۷۲ و سطح معنی داری کمتر از $p < ۰/۰۱$ به دست آمده است که نشان می دهد میانگین نمرات پس آزمون متغیر ترس از پیشرفت بیماری در گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معنی دار دارد. با توجه به میانگین های تعدیل شده (پس از آزمون)، گروه آزمایش کاهش قابل توجهی در متغیر ترس از پیشرفت بیماری نشان داده است. بنابراین، مداخله درمان هیجان مدار بر کاهش ترس از پیشرفت بیماری مورد مطالعه در بیماران سرطانی تأثیر معنی داری داشته است. بنابراین، مداخله درمان هیجان مدار تأثیر معنی داری بر پریشانی روانشناختی و ترس از پیشرفت بیماری در بیماران سرطانی داشته است.

به سرطان انجام شد. یافته های به دست آمده از تحلیل داده ها نشان داد که شرکت در جلسات درمان هیجان مدار موجب کاهش معنادار سطح پریشانی روان شناختی و ترس از پیشرفت بیماری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. این نتایج بیانگر آن است که درمان هیجان مدار می تواند راهکاری مؤثر برای بهبود وضعیت روانی بیماران سرطانی باشد، به ویژه در مقابله با هیجان های پیچیده ای که در فرایند بیماری تجربه می شوند. نتایج حاضر با پژوهشهای حبیبی کیلک و همکاران (۱۴۰۴) ساقیها و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود.

سرطان یکی از بیماری هایی است که علاوه بر تهدید جسمانی، چالش های عمده ای بر سلامت روان فرد وارد می کند. تشخیص بیماری، گذر از مراحل درمان، نگرانی از عود یا پیشرفت بیماری، و مواجهه با تغییرات جسمی همگی منبعی برای پریشانی روانی و ترس مداوم به شمار می روند (سوتو- گرو، ۲۰۲۳). در این شرایط، هیجانان نقش محوری در کیفیت سازگاری بیمار دارند. نظریه زیرساختی درمان هیجان مدار بر این اصل استوار است که هیجانان نه تنها پاسخ های ناخوشایند نیستند که باید مهار شوند، بلکه منابع درونی برای شناخت و معنا دادن به تجربه انسانی محسوب می شوند. در این درمان، افراد یاد می گیرند هیجان های خود را شناسایی، پذیرش و ابراز کنند و از این طریق به تنظیم هیجانی مؤثرتری برسند.

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، کاهش پریشانی روان شناختی در گروه آزمایش را می توان به افزایش توانایی شرکت کنندگان در تشخیص هیجانان و کاهش سرکوب

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثر درمان هیجان مدار بر کاهش پریشانی روان شناختی و ترس از پیشرفت بیماری در بیماران مبتلا

تجربه‌ی زنده‌ی احساس بیمار توجه می‌کند؛ به همین دلیل، این روش درمانی در بیماران جسمی که از کنترل مستقیم بر پیشرفت بیماری خود ناتوانند، مؤثر واقع می‌شود.

به طور کلی می‌توان بیان کرد که در افراد مبتلا به سرطان فرایندهای شناختی نامنظم و افزایش نارسایی‌های شناختی بر پیامدهای رفتاری تأثیر می‌گذارند طوری که میتواند منجر به مشکلات قابل توجهی شود. این افراد از طریق درمان هیجان-مدار بار روانی و مشکلات خود را به وسیله افزایش هیجانات مثبت کاهش دهند (پورمند و همکاران، ۲۰۲۴). به طور کلی، درمان هیجان‌مدار، نه تنها به کاهش نشانه‌های روانی کمک می‌کند بلکه موجب افزایش احساس معنا و امید در زندگی بیماران می‌شود. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در جلسات درمان به تدریج توانستند هیجاناتی مانند خشم، ترس و غم را به احساس‌های سازگارانه‌تری مانند پذیرش، آرامش و اعتماد تبدیل کنند. چنین تحولی معمولاً منجر به فعال‌سازی سیستم‌های عصبی تنظیم هیجان و کاهش پاسخ‌های فیزیولوژیک استرس‌زا مانند ترشح مداوم کورتیزول می‌شود، امری که می‌تواند به بهبود عملکرد سیستم ایمنی نیز کمک کند.

از سوی دیگر، کاهش پریشانی روان‌شناختی و ترس از پیشرفت بیماری می‌تواند تأثیر چشمگیری بر تبعیت درمانی و تعامل بیمار با تیم پزشکی داشته باشد. بیماران آرام‌تر و با تنظیم هیجانی بهتر، تمایل بیشتری به رعایت دستورات درمانی، حضور منظم در جلسات و ارتباط باز با پزشکان دارند. بدین ترتیب، اثرات درمان هیجان‌مدار صرفاً به حوزه روان‌شناختی محدود نمی‌ماند بلکه می‌تواند در فرایند کلی درمان جسمی نیز نقش مثبت ایفا کند.

به طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار با فراهم کردن فرصت بازشناسی و پردازش هیجانات، موجب کاهش پریشانی روان‌شناختی و ترس از پیشرفت بیماری در افراد مبتلا به سرطان می‌شود. این رویکرد با تمرکز بر تجربه‌های هیجانی عمیق و نه صرفاً تغییر شناختی، توانسته است به بیماران کمک کند تا از حالت درماندگی روانی و نگرانی مزمن در مورد آینده بیماری، به نوعی سازگاری هیجانی و روانی دست یابند. بنابراین، این رویکرد درمانی می‌تواند به عنوان یکی از شیوه‌های مداخله

هیجانی نسبت داد. بیماران سرطانی معمولاً به دلیل ترس از بروز هیجانات منفی و باورهای فرهنگی یا شخصی در مورد ضعف، از ابراز هیجانات پرهیز می‌کنند. این سرکوب هیجانات در بلندمدت موجب تشدید اضطراب، افسردگی و احساس بی‌قدرتی می‌شود. درمان هیجان‌مدار با فراهم کردن محیطی امن برای تجربه و ابراز هیجان، زمینه‌ی کاهش فشار روانی و بازسازی شناختی بیماران را ایجاد می‌کند. به عبارتی تمرکز در درمان هیجان‌مدار بر روی هیجانات می‌باشد (حبیبی کیلک و همکاران، ۱۴۰۴). طوری که از هیجان به عنوان وسیله‌ای برای هدایت و تحریک فرد به سمت فعالیت‌ها و پاسخ‌های جدید استفاده می‌شود. در این رویکرد با انعکاس و شدت هیجان، حرکت فرد از تأثیر هیجان‌های ثانویه از قبیل تحریک و عصبانیت به سمت احساسات عمیق بنیادی و هیجانات اولیه از قبیل ترس و ناراحتی سوق داده خواهد شد (کالیانا و پاندا، ۲۰۲۳). آگاهی از هیجانات اولیه و زیربنایی نقش مهمی در کاهش پریشانی روان‌شناختی افسردگی دارد؛ چراکه در بسیاری از موارد علت پریشانی روان‌شناختی، هیجانات زیربنایی ناشناخته نظیر درماندگی است. هیجانات ثانویه، هیجاناتی هستند که در واکنش به هیجانات اولیه به وجود می‌آیند و در بسیاری از موارد فرد نسبت به علت اصلی این هیجانات آگاهی ندارد. بر این اساس در درمان هیجان‌مدار پس از آن که فرد هیجانات خود را بدون اجتناب در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کند، درنهایت کمتر از افکار تکراری همچون نشخوار فکری جهت اجتناب از آنها استفاده می‌کند و در توالی این مسیر آشفته‌گی روان‌شناختی کاهش پیدا می‌کند (موناکو و همکاران، ۲۰۲۲).

در مورد کاهش ترس از پیشرفت بیماری نیز، به نظر می‌رسد درمان هیجان‌مدار با تقویت پذیرش واقعیت بیماری و کمک به پردازش هیجانات مرتبط با آینده، موجب کاهش افکار فاجعه‌آمیز بیماران شده است. به عبارت دیگر، زمانی که بیمار احساسات خود را به جای اجتناب از آن‌ها تجربه و بیان می‌کند، میزان اضطراب پیش‌بینی‌کننده آینده بیماری کاهش می‌یابد. درمانگر در این رویکرد نه صرفاً به تغییر شناختی بلکه به

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

حمایت مالی

هیچگونه حمایت مالی در انجام پژوهش دریافت نشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

روان‌شناختی مؤثر در برنامه‌های روان‌درمانی بیماران مبتلا به سرطان مورد توجه متخصصان روان‌شناسی سلامت و روان‌درمانگران قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

به شرکت کنندگان در این پژوهش توضیح داده شد که اطلاعات جمع‌آوری شده از آن‌ها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و تنها پژوهشگر به آن‌ها دسترسی خواهد داشت. همچنین، بیان شد که مشارکت در پژوهش به‌طور کامل اختیاری است و شرکت کنندگان می‌توانند در هر مرحله از پژوهش انصراف دهند.

منابع

- حبیبی کیلک، آرزو؛ خدابخش، محمدرضا؛ و باقرزاده گل‌مکانی، زهرا (۲۰۱۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجانمدار بر آشفته‌گی‌های روانشناختی در مراقبین بیماران مبتال به سرطان. مجله علوم روانشناختی، ۲۴(۱۴۸)، ۲۴۵-۲۶۵.
- ساقی‌ها، هنگامه؛ سهرابی‌اسمرود، فرامرز؛ و معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان. ۶۳(۶)، ۳۰۴۸-۳۰۶۱.
- گودرزی مهر رویا، افلاک سیر عبدالعزیز، هادیان‌فرد حبیب، رحیمی چنگیز. (۱۴۰۴). اثربخشی برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روانشناختی، نظم جویی هیجانی و ترس از پیشرفت بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله علوم روانشناختی ۲۴(۱۵۵)، ۵۵-۷۱.
- محولاتی، آزاده؛ ترشیزی، مهدیه؛ طاهریان، مریم، رفیعی؛ شفیق، میترا؛ و آذربایجانی؛ مسعود. (۱۴۰۴). اثربخشی معنویت‌درمانی خداسو بر پریشانی روان‌شناختی و خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان. مطالعات اسلامی در حوزه سلامت، ۹(۱)، ۴۷-۵۸.
- منافی، سیده فاطمه؛ و دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۶). ترس از پیشرفت بیماری در بیماران مبتلا به سرطان و مولتیپل اسکروزیس و رابطه آن با مشکلات عاطفی. روانشناسی سلامت. ۶(۲۲)، ۱۳۰-۱۱۵.
- یعقوبی، حمید (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی. ۴(۶): ۴۵-۵۷.

- Brumandian M, Mohammadi M, Rahimi S. (2020). Psychological distress and its impact on patients with chronic illness: A review. *J Clin Psychol*. 9(3):123-34.
- Butow, P., Shaw, J., Vaccaro, L., Sharpe, L., Dhillon, H., Smith, B., & PoCoG FCR Interest Group. (2019). A research agenda for fear of cancer recurrence: a Delphi study conducted in Australia. *Psycho-Oncology*, 28(5), 989-996.
- Grassi L, Caruso R, Riba MB, Sabato S, Nanni MG, Watson M, et al. (2023). Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*.;8(2):101155.
- Greenberg L. Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2006; 8 (1): 32-42

- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2024). Changing emotion with emotion. In A. C. Samson, D. Sander, & U. Kramer (Eds.), *Change in emotion and mental health* (pp. 325–344).
- Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., ... & Henrich, G. (2010). Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Supportive care in cancer*, 18(4), 471-479.
- Ho, S., Cook, K. V., Chen, Z. J., Kurniati, N. M. T., Suwartono, C., Widyarini, N., Wong, P. T. P., & Cowden, R. G. (2022). Suffering, psychological distress, and well-being in Indonesia: A prospective cohort study. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 38(5):879–890.
- Johnson SM. *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families*. Guilford Publications; 2019
- Kalpana, L., & Panda, S. (2023). Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on Depression and Quality of Life in Spouse Caregivers of Inpatients with Substance Use Disorders. *Journal of Research and Health*, 13(4), 255-262.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(6): 959-976.
- Lin, C. L., Chen, R., Kustanti, C. Y., Chu, H., Lee, C. K., Banda, K. J., Sung, C. M., Niu, S. F., Liu, S. Y., & Chou, K. R. (2024). The effectiveness of emotion-oriented approaches on psychological outcomes and cognitive function in older adults: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of global health*, 14, 04123
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and psychotherapy*, 86(4), 387–400.
- Mónaco, E., Goldman, R. N., & Montoya-Castilla, I. (2022). “The scientific flourishing of Emotion Focused Therapy”: a bibliometric analysis of EFT articles in Web of Science databases. *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, 21(3), 269–292
- Pourmand, Z., Jahangir, P., & Reza khani, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Emotion-Focused Therapy on the Burden of Caregivers of Individuals with Dementia. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 6(4), 126-134.
- Reiter, K., Ventura, J., Lovell, D., Augustine, D., Barragan, M., Blair, T., Chesnut, K., Dashtgard, P., Gonzalez, G., Pifer, N., & Strong, J. (2020). Psychological Distress in Solitary Confinement: Symptoms, Severity, and Prevalence in the United States, 2017–2018. *American journal of public health*, 110(S1):S56–S62.
- Soleimani M, Shariatnia K, Akbari M.(2022). Psychological distress in cancer patients: Prevalence and interventions. *Iran J Oncol*. 17(2):102-12.
- Soto-Guerrero, S., Palacios, J., Langer, P., Carrasco, C., Tupper-Satt, L., González-Otaíza, M., RodríguezNúñez, A., & Pérez-Cruz, P. E. (2023). Objective burden, caregiver psychological distress, and patient religion and quality of life are associated with high-intensity burden of care among caregivers of advanced cancer patients in a Latino population. *Palliative & supportive care*, 1–9. Advance online publication.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 71(3):209-49.
- Tartour A, Chivese T, Eltayeb S, Elamin FM, Fthenou E, Ahmed MS, et al. (2024). Prenatal Psychological Distress and 11β-HSD2 Gene Expression in Human Placentas: Systematic Review and Meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 166: 107060.
- World Health Organization. Cancer. Available online: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer> (accessed on 3 March 2022)

Original Article

The Effectiveness of Existential Group Therapy on Emotional Regulation in Adolescents from Vulnerable and Orphaned Backgrounds at the Welfare Center of Zanjan

Received: 10/05/2025 - Accepted: 06/09/2025

Atena Nobakht Namini^{1*}
Parisa tork zahrani²
Armin Asadian³

¹ Department of Psychology, WT.C. ,
Islamic Azad University, Tehran , Iran.
(Corresponding author)

² Department of Psychology, WT.C. ,
Islamic Azad University, Tehran , Iran.

³ Department of Psychology, WT.C. ,
Islamic Azad University, Tehran , Iran.

Corresponding author: Atena Nobakht
Namini, Department of Psychology,
WT.C., Islamic Azad University, Tehran,
Iran.

Email: 0023757711@iaui.ir

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of determining the effect of emotion-focused therapy on psychological distress and fear of disease progression in people with cancer.

Methods: The study was a quasi-experimental study with a two-group pre-test-post-test design and the statistical population included all people with cancer over 25 years of age in Tehran in 1404. In order to select the sample and considering sample dropout, 30 people with cancer referring to chemotherapy centers were selected using the convenience sampling method, and in the next stage, this number was divided into two groups of 15 people and randomly assigned to one as the experimental group and the other as the control group. The experimental group received emotion-focused therapy for 8 sessions of 90 minutes, while the control group followed their usual program. After the end of the retest period, the two groups were post-tested. After data collection, 3 people from the experimental group were excluded from the study due to missing more than two sessions and 2 people from the control group due to not participating in the post-test, and information related to 12 people from the experimental group and 13 people from the control group was analyzed. The tools used in the study were: Kessler et al.'s Psychological Distress Questionnaire (2002) and Hershbach's Fear of Disease Progression Questionnaire (2010). Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used to analyze the data.

Results: The results showed that emotion-focused therapy significantly reduced the level of psychological distress and fear of disease progression in the experimental group compared to the control group.

Conclusion: Based on these results, it can be concluded that emotion-focused therapy can be used to improve the mental state of cancer patients, especially in dealing with complex emotions experienced during the disease process.

Keywords: Emotion-focused therapy, psychological distress, fear of disease progression, cancer

conflict of interest: There is no conflict of interest.