



مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی بر بهبود خودتنظیمی هیجانی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۴

خلاصه

مقدمه: سرطان کودکان یک بحران چندبعدی است که پیامدهای روانی سنگینی بر خانواده‌ها به ویژه مراقبین اصلی می‌گذارد. این بار مراقبت در محیط‌های انکولوژی اطفال، چالش‌های روانی قابل توجهی را مطرح می‌کند که نیازمند مداخلات مؤثر و مبتنی بر شواهد هستند. هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر خودتنظیمی هیجانی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان بود.

روش کار: این پژوهش کاربردی و طرح آن از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-گروه کنترل و دوره پیگیری است. جامعه آماری شامل کلیه مراقبین کودکان مبتلا به سرطان (از بدو تولد تا ۱۷ سال) مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی مرکز بهداشتی-درمانی افضلی‌پور کرمان در سال‌های ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. نمونه شامل ۳۶ مراقب (۳۰ زن و ۶ مرد) بود که با نمونه‌گیری دردسترس و مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان فراتشخیصی، درمان کارآمدی هیجانی و گروه کنترل قرار گرفتند. مداخله برای دو گروه آزمایشی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش، پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و کرایچ (CERQ) بود و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS26 تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که هر دو نوع درمان موجب افزایش معنادار راهبردهای انطباقی و کاهش راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان در مراقبین کودکان مبتلا به سرطان شدند ($p < 0/05$). این تغییرات در پس‌آزمون و مرحله پیگیری سه‌ماهه نسبت به پیش‌آزمون پایدار بود، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: هر دو رویکرد درمانی اثربخشی مشابهی در بهبود خودتنظیمی هیجانی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان نشان دادند و تفاوت معناداری میان آن‌ها مشاهده نشد. این یافته بیانگر آن است که هر دو روش در ارتقای خودتنظیمی هیجانی مراقبین قابل کاربرد بوده و می‌توان آن‌ها را بر اساس نیازها و ترجیحات فردی انتخاب کرد.

کلمات کلیدی: خودتنظیمی هیجانی، درمان فراتشخیصی، درمان کارآمدی هیجانی، سرطان، مراقبین

سمانه بابایی^۱

سیمین بشردوست^{۲*}

مینا مجتبیایی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد

رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد

اسلامی، رودهن، ایران.

(نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد

اسلامی، رودهن، ایران.

نویسنده مسئول: سیمین بشردوست، استادیار، گروه روان

شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Email: sibashardoust@iau.ac.ir

مقدمه

سرطان کودکان از پیچیده‌ترین و چندبعدی‌ترین چالش‌های نظام سلامت جهانی به‌شمار می‌آید؛ بیماری‌ای که پیامدهای آن فراتر از مرزهای زیست‌پزشکی، حوزه‌های روانی، اجتماعی و اقتصادی خانواده و جامعه را نیز دربرمی‌گیرد. اگرچه پیشرفت‌های چشمگیری در تشخیص زودهنگام و درمان، به‌ویژه در کشورهای توسعه‌یافته، گزارش شده است، این بیماری همچنان بار سنگینی بر دوش نظام‌های سلامت و خانواده‌ها می‌گذارد (مالانگوا و منگی، ۲۰۲۲). ابتلای کودک به سرطان همچون بحرانی همه‌جانبه، مسیر طبیعی زندگی خانواده را مختل کرده و به منبعی پایدار از فشارهای روان‌شناختی، مالی و اجتماعی بدل می‌شود (نیوگوت، مستر و جرج، ۲۰۲۰).

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱ (۲۰۲۲)، هر ساله نزدیک به ۴۰۰ هزار کودک در جهان به انواع سرطان مبتلا می‌شوند که لوسمی، تومورهای مغزی و لنفوم‌ها در صدر فهرست شیوع قرار دارند. تفاوت‌های ساختاری و اقتصادی کشورها نقش تعیین‌کننده‌ای در پیامدهای درمانی دارد؛ به‌گونه‌ای که در کشورهای با درآمد بالا، نرخ بقا به بیش از ۸۰ درصد می‌رسد، در حالی که در کشورهای با درآمد متوسط و پایین این رقم کمتر از ۴۰ درصد است (وارد، یه‌جی‌ام، باکتن، فریزر آل، گیراردی‌اف، آتون‌آر، ۲۰۱۹). در ایران نیز، طبق آمار انجمن خون و سرطان کودکان، سالانه ۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰ کودک مبتلا شناسایی می‌شوند که بیشترین شیوع مربوط به لوسمی است و نرخ پایین بقا، ضرورت توجه به این مسئله را دوچندان می‌کند (سعیدی، نعمتی، لطفی و همکاران، ۱۴۰۴؛ جورجانی، روشندل، طاهریان و همکاران، ۱۴۰۳؛ قره‌داغی و کچوئی). فرایند مراقبت از کودک مبتلا با فشارهای روانی فزاینده‌ای برای والدین و مراقبان همراه است؛ نگرانی از آینده درمان، ترس از مرگ فرزند، مشکلات مالی و مختل شدن تعادل زندگی روزمره تنها بخشی از این چالش‌ها هستند (کوماریانو، سیمونیدی، کاتامیس، لینارداتو، کروئوسوس و دارویری، ۲۰۲۰). چنین فشارهایی نه تنها کیفیت زندگی مراقبان را پایین می‌آورد، بلکه

می‌تواند کیفیت مراقبت و حتی پیامدهای درمانی کودک را نیز تحت تأثیر قرار دهد (نورمحمدی، لطفی، نظری، قلجایی، ۲۰۲۵؛ فیاض مظاهری تهرانی، پناغی، باقریان، ۱۳۹۹؛ مورهد، ایکین، راوینران، کلارک و ویلان، ۲۰۱۹).

مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۳۰ تا ۶۰ درصد والدین کودکان مبتلا به سرطان، علائم اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (هاوارد شارپ، روو، راسل، لانگ، فیس، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش‌های داخلی نیز این موضوع را تأیید می‌کند؛ برای مثال، احمدی، رسولی، کرمی، عباس‌زاده و پورمنصوری (۱۳۹۷) گزارش کردند که بیش از نیمی از والدین در سطوح بالای اضطراب و افسردگی قرار دارند و کیفیت زندگی‌شان به‌شدت کاهش یافته است. همچنین، یافته‌های قره‌داغی و کچوئی (۱۴۰۳) و رنس، استور، گروتنهایس و همکاران (۲۰۲۲) نشان می‌دهد که استرس ادراک‌شده در مادران کودکان سرطانی به‌طور معناداری بالاتر از مادران کودکان سالم است. این فشارها به دوره درمان محدود نمی‌شود و حتی سال‌ها پس از پایان آن یا فوت کودک، می‌تواند موجب مشکلاتی همچون اختلال استرس پس از سانحه^۲، تضعیف روابط زناشویی، اختلال کارکرد خانواده و آسیب‌های اجتماعی-اقتصادی گردد (تن، موردی، لویز، ۲۰۲۰؛ روزر، اردمن میشل وینتر، مادر، ۲۰۱۹؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۷).

یکی از عوامل کلیدی که می‌تواند ظرفیت سازگاری والدین را تقویت و تاب‌آوری آن‌ها را افزایش دهد، خودتنظیمی هیجانی است؛ سازه‌ای که در مدیریت استرس، کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی نقش‌های اساسی ایفا می‌کند. این مفهوم مجموعه فرایندهایی را شامل می‌شود که طی آن فرد هیجان‌های خود را شناسایی، درک، تعدیل و هدایت می‌کند تا رفتار او در راستای اهداف سازگارانه باشد (گروس، ۲۰۱۵). گارنفسکی، کرایج و اسپینهوفن (۲۰۰۲)، نه راهبرد متفاوت خودتنظیمی هیجانی را مطرح کرده‌اند که به دو دسته سازگارانه و ناسازگارانه تقسیم می‌شوند. غلبه راهبردهای ناسازگار یا

2 Post-traumatic stress disorder

1 World health organization (WHO)

استفاده اندک از راهبردهای سازگار می تواند بستر شکل گیری مشکلات هیجانی شود. تحقیقات بیانگر آن است که راهبردهای ناسازگار، خطر بروز مشکلات روان شناختی را افزایش می دهند، درحالی که راهبردهای سازگار کارکردی حمایتی دارند (میکایلی، سلمانی و شارعی، ۲۰۲۵؛ عقیلی و طباطبایی، ۱۴۰۱؛ آشنا بشارت، ملیحی الذاکرینی، رافضی، ۱۴۰۰ و یعقوبی و واقف، ۱۳۹۹). ضعف در این مهارت با افزایش اضطراب و افسردگی، افت روابط بین فردی و کاهش تاب آوری مرتبط است و در مقابل، مهارت بالاتر در مدیریت هیجانات با افزایش خودکارآمدی، کاهش فرسودگی مراقبتی و ارتقای کیفیت مراقبت از کودک همراه می شود (کمپاس، بروس، جیسر، بتیس، ۲۰۱۷؛ کامبز، هایمبرگ، کوبان، هنکل، ۲۰۱۶؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۷). نتایج داخلی نیز رابطه مثبت و معنادار میان خودتنظیمی هیجانی با تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی را تأیید کرده اند (محمودی نودژ، امیرفخرایی، سماوی، ۱۴۰۲؛ کاشفی مهر، مصرآبادی، ۱۴۰۲؛ کاظمی جوجیلی و خانزاده، ۱۴۰۱؛ عقیلی و طباطبایی ۱۴۰۱؛ عظیمی، امیدی، شفیعی، نادمی، ۱۳۹۶؛ زمستانی و ایمانی، ۱۳۹۵).

در سال های اخیر، مداخلات متنوعی برای تقویت خودتنظیمی هیجانی توسعه یافته است. یکی از رویکردهای نوین، درمان فرانتشخیصی^۱ (TDT) است که به دلیل انعطاف پذیری بالا و تمرکز بر مکانیسم های مشترک اختلالات هیجانی، جایگاه روبه رشدی^۲ یافته است (فرانک و دیویدسون^۲، ۲۰۱۶). این درمان با ترکیب اصول شناختی-رفتاری، مواجهه تدریجی، بازسازی شناختی و آموزش مهارت های هیجانی، اثربخشی خود را به ویژه در افراد دارای همبودی اضطراب-افسردگی نشان داده است (بارلو و فارچیونه، بولیس، گالگرو همکاران، ۲۰۱۷؛ فارچیونه و فیرهولم، الارد، بوسوا، هولاندوکارل، ۲۰۱۲؛ بواسو فارچیونه، فیرهولم، الارد و بارلو، ۲۰۱۰). پژوهش هایی مانند زاویه د استیل و همکاران (۲۰۱۸) و شرمین و وارن-رایس

(۲۰۱۹)، حاکی از برتری TDT بر برخی درمان های خاص تشخیصی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی و افزایش خودتنظیمی هیجانی است. شواهد داخلی نیز مؤید اثرگذاری این رویکرد هستند (سلطانیان و فرهادی ۱۴۰۴؛ صادقی هفشجانی، نیک منش، کرد و کهرآزنی ۱۴۰۴؛ رهایی، سجادیان و کریمیان، ۱۴۰۳؛ زندکریمی و علوی، ۱۴۰۱؛ خواجه زاده و سبحانی، ۱۴۰۰؛ امامدوست، تیموری، خوی نژاد، رجایی، ۱۳۹۹؛ جعفری شالکوهی، اسدی مجره، اکبری، ۱۳۹۹؛ احمدی، خیراتی، غباری بناب، ۱۳۹۸؛ هومن، مهرابی زاده، هنرمند، زرگر، ۲۰۱۶؛ محمدی، بیرشک و غرابی، ۱۳۹۲).

در کنار آن، درمان کارآمدی هیجانی^۳ (EET)، به عنوان یکی از رویکردهای موج سوم، با هدف ارتقای توانایی شناسایی، پذیرش و هدایت هیجان ها در شرایط تنش زا طراحی شده است (مک کی و وست، ۲۰۱۵^۴). این درمان بر دو محور اصلی استوار است: پذیرش تجربه های هیجانی بدون اجتناب یا سرکوب، و اقدام براساس ارزش ها حتی در حضور هیجانات دشوار. نتایج نشان می دهد که EET می تواند آگاهی هیجانی، کاهش اجتناب هیجانی و انعطاف پذیری روان شناختی را افزایش دهد و اثرات منفی استرس های مزمن را بکاهد (دولکوس، ویلیامز، بوگدان، هول، برنهام، دولکوس، ۲۰۲۱)؛ عرب بایرافی، رضایی و سبحانی (۱۴۰۳)؛ شارعی، کسائی اصفهانی، سلمانی (۱۴۰۳) و آقایی، اعظمی، ابراهیم اوغلی، بوداکی، (۱۴۰۲) و شکرالهی و همکاران (۱۴۰۰)، نیز گزارش کرده اند که اجرای هشت جلسه EET سبب کاهش اضطراب، افزایش تاب آوری و بهبود خودتنظیمی هیجانی در مبتلایان به بیماری های مزمن شده است. همچنین، نیک نژادی، موسوی و فراهانی (۱۴۰۲) نشان دادند که این رویکرد علاوه بر کاهش فرسودگی مراقبتی، موجب بهبود روابط بین فردی و افزایش احساس شایستگی هیجانی مراقبان می شود. مرور نظام مند راسکین، یانگ، شوگر و نوفچ (۲۰۲۰) نیز تأکید می کند که مداخلات مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی،

3 Emotion efficacy therapy

4 McKay & West

1. Transdiagnostic Treatment

2 Frank & Davidson

کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مؤثر باشند؛ با این حال، تفاوت این دو رویکرد از نظر سازوکارهای زیربنایی اثرگذاری، میزان تأثیر بر خودتنظیمی هیجانی و به‌ویژه تداوم و پایداری تغییرات درمانی، همچنان به‌طور کافی بررسی نشده است. افزون بر این، مطالعات پیشین عمدتاً بر بررسی اثربخشی منفرد مداخلات تمرکز داشته و کمتر به مقایسه هم‌زمان آن‌ها در بستر فشار روانی مزمن و شرایط خاص مراقبت از کودک مبتلا به سرطان پرداخته‌اند. بنابراین، خلأ پژوهشی موجود نه صرفاً در فقدان شواهد درباره اثربخشی این دو رویکرد، بلکه در نبود شواهد مقایسه‌ای و طولی درباره برتری نسبی آن‌ها در ارتقای خودتنظیمی هیجانی مراقبین نهفته است. از این رو، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از طرح مقایسه‌ای و ارزیابی طولی، درصدد است اثربخشی TDT و EET را بر خودتنظیمی هیجانی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان مقایسه کرده و با بررسی تداوم تغییرات در طول زمان، شواهد دقیق‌تری درباره تفاوت الگوی اثرگذاری و پایداری نتایج این دو مداخله فراهم سازد؛ امری که می‌تواند به انتخاب و طراحی مداخلات روان‌شناختی مؤثرتر و مبتنی بر شواهد برای این گروه آسیب‌پذیر کمک کند.

روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه کمی با هدف ارزیابی اثربخشی یک مداخله درمانی بود که با طرح نیمه‌آزمایشی شامل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری سه‌ماهه) اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه مراقبین کودکان مبتلا به سرطان (از بدو تولد تا ۱۷ سال) (۳۰ زن و ۶ مرد) بود که طی سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به بخش آنکولوژی مرکز خدمات بهداشتی-درمانی افضلی‌پور کرمان مراجعه کرده بودند. در آغاز مطالعه، اهداف و اهمیت پژوهش برای مراقبین تشریح شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه، از آنان برای تکمیل ابزارهای پژوهش و شرکت در مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته توسط روان‌شناس بالینی دعوت به عمل آمد. این مصاحبه با هدف بررسی معیارهای ورود و خروج، ارزیابی اولیه وضعیت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان و اطمینان از نداشتن سابقه اختلالات روان‌پزشکی شدید، اختلال شناختی عمده یا وابستگی فعال به

از جمله EET، می‌تواند کیفیت زندگی مراقبین بیماران مزمن را به شکل چشمگیری ارتقا دهد، به‌ویژه در فرهنگ‌هایی که بار مراقبتی بالاست.

در این میان، درمان فراتشخیصی (TDT) و درمان کارآمدی هیجانی (EET)، اگرچه هر دو بر بهبود عملکرد هیجانی تأکید دارند، از نظر مبانی نظری، اهداف درمانی و سازوکارهای تغییر، تفاوت‌های قابل توجهی با یکدیگر دارند. درمان فراتشخیصی عمدتاً بر این فرض استوار است که بسیاری از اختلالات هیجانی، صرف‌نظر از تشخیص بالینی خاص، در فرایندهایی مشترک مانند اجتناب هیجانی، واکنش‌پذیری هیجانی، تفسیرهای شناختی ناکارآمد و دشواری در تحمل هیجان‌های منفی ریشه دارند (کارل، گلگر، سوئرزاولا، بنتلی و بارلو، ۲۰۱۴). در مقابل، درمان کارآمدی هیجانی (EET)، اگرچه با TDT در تأکید بر فرایندهای هیجانی و کاهش اجتناب هیجانی همپوشانی دارد، بر این اصل تأکید بیشتری دارد که کارآمدی هیجانی صرفاً به معنای کاهش یا کنترل هیجان‌های منفی نیست؛ بلکه شامل توانایی فرد برای شناسایی، پذیرش، تحمل، تجربه و هدایت مؤثر هیجان‌ها در جهت اهداف و ارزش‌های شخصی است (مک‌کی و وست، ۲۰۱۵). در این رویکرد، هیجان به‌عنوان تجربه‌ای اجتناب‌ناپذیر و دارای کارکرد در نظر گرفته می‌شود و هدف درمان، حذف هیجان‌های ناخوشایند یا کنترل مستقیم آنها نیست، بلکه افزایش توانایی فرد برای پاسخ انعطاف‌پذیرانه به هیجان‌ها و انتخاب رفتارهای سازگارانه در حضور هیجان‌های دشوار است.

با وجود شواهد موجود درباره اثربخشی مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان در کاهش مشکلات روان‌شناختی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان، خلأ قابل توجهی در زمینه مقایسه مستقیم و نظام‌مند درمان تنظیم هیجان (EET) و درمان تحمل پریشانی (TDT) در این جمعیت مشاهده می‌شود. یافته‌های فسخودی، کربلایی، رضابخش و قلیچی (۱۴۰۰) و نیز کارل، گلگر، سوئرزاولا، بنتلی و بارلو (۲۰۱۴) نشان می‌دهند که هر دو رویکرد می‌توانند در بهبود مؤلفه‌های مرتبط با تنظیم هیجان و

مواد انجام شد. ارزیابی شرکت کنندگان بر اساس ملاک های تشخیصی DSM-5-TR صورت گرفت و مصاحبه توسط روان شناس بالینی دارای صلاحیت حرفه ای انجام شد. همچنین، در جریان مصاحبه، توانایی شناختی و عملی شرکت کنندگان برای درک محتوای جلسات، انجام تکالیف درمانی و مشارکت منظم در فرایند پژوهش بررسی شد.^۱ معیارهای ورود به پژوهش ۱: مراقب اصلی کودک مبتلا به سرطان (اعم از والد یا فرد مسئول مراقبت روزانه) ۲/ سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۰ سال. ۳/ حداقل سه ماه سابقه مراقبت از کودک بیمار ۴/ برخورداری از سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل ابزارهای پژوهش ۵/ تمایل و توانایی شرکت در جلسات درمانی و پیگیری سه ماهه ۶/ نداشتن سابقه تشخیص رسمی اختلال روان پریشی، اختلال شناختی عمده، یا وابستگی فعال به مواد ۷/ عدم شرکت همزمان در سایر درمان های روان شناختی یا دارویی تأثیرگذار بر هیجانات در طول پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش ۱: عدم حضور در بیش از دو جلسه درمانی متوالی ۲/ تغییر وضعیت درمانی کودک (پایان یا تشدید بیماری، فوت کودک) ۳/ بروز بحران یا اختلال روانی جدید در مراقب طی دوره پژوهش ۴/ انصراف داوطلبانه از ادامه همکاری. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (CERQ)، نسخه ۳۶ سؤالی گارنفسکی، کرایچ و اسپینهوون، (۲۰۰۱) و بسته های مداخله درمانی مبتنی بر دو رویکرد فراتشخیصی (Transdiagnostic Treatment; TDT) و کارآمدی هیجانی (Emotional Efficacy Therapy; EET) بودند که با هدف بررسی تفاوت در اثرگذاری و نحوه پردازش هیجان در مراقبین مورد استفاده قرار گرفتند. در مرحله نخست، ۴۸ مراقب واجد شرایط به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های پژوهش گمارده شدند. همه شرکت کنندگان پس از امضای فرم رضایت نامه آگاهانه، در چارچوب پروتکل های درمانی پژوهش شرکت کردند. طی فرآیند مداخله درمانی، ۱۲ نفر به دلایلی همچون تغییر یا پایان درمان سرطان کودک، پیشرفت بیماری یا فوت، و/یا عدم تمایل به ادامه همکاری از

پژوهش خارج شدند. در نهایت، داده های ۳۶ شرکت کننده (۱۲ نفر در هر گروه) (۳۰ زن و ۶ مرد) وارد تحلیل آماری شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. ابتدا آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و شاخص های پراکندگی برای متغیرهای اصلی در سه مرحله (پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری) و ویژگی های جمعیت شناختی هر گروه محاسبه شد. به منظور بررسی پیش فرض های آزمون های پارامتریک، آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن توزیع داده ها، آزمون لون برای همگنی واریانس ها، آزمون ام. باکس برای همگنی ماتریس کوواریانس و آزمون موخلی برای فرض کرویت اجرا شد. تمامی آزمون ها غیرمعنادار بودند که نشان دهنده برقراری پیش فرض ها محسوب می شد. برای آزمون فرضیات پژوهش، ابتدا تحلیل چندمتغیری واریانس (MANOVA) جهت ارزیابی اثرات گروه و زمان بر دو نوع راهبرد خودتنظیمی هیجانی (انطباقی و غیرانطباقی) انجام شد. سپس، برای بررسی جزئی تر الگوهای تغییر، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (Repeated Measures ANOVA) اجرا شد. در ادامه، آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه میانگین ها استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی گارنفسکی و کرایچ (CERQ)

توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهوون (۲۰۰۱) با هدف سنجش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در مواجهه با رویدادهای منفی تدوین شد. این ابزار دارای ۳۶ ماده و ۹ خرده مقیاس چهارماده ای شامل ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران است. پاسخ دهی به ماده ها بر اساس مقیاس پنج درجه ای انجام می شود و نمره هر خرده مقیاس از ۴ تا ۲۰ متغیر است؛ نمره بالاتر بیانگر استفاده بیشتر از راهبرد مورد نظر است. در مطالعه گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، ساختار نه عاملی و همسانی

گسترش فعالیت‌ها بر اساس اهداف SMART | پیگیری مواجهه‌های موفق | جدول فعالیت ارزش‌محور؛ دفتر ثبت تجارب | اجرای دو فعالیت متفاوت و گزارش اثر هیجانی |

۶ | آموزش پاسخ سازگار در بحران | حل مسئله مرحله‌ای

تکنیک STOP-BREATHE-RESPOND | تمرین Grounding در فشار بالا | فرم حل مسئله؛ کارت یادآور STOP | اجرای پاسخ سازگار و ثبت تجربه |

۷ | یکپارچه‌سازی و پیشگیری از عود | مرور همه مهارت‌های آموخته‌شده

طراحی نقشه هشدار شخصی | شبیه‌سازی موقعیت‌های مستعد عود | نقشه هشدار؛ تمرین نقش‌آفرینی | اجرای مهارت‌ها در موقعیت شبیه‌سازی شده

۸ | مرور مسیر درمان و برنامه نگهداری | جمع‌بندی پیشرفت‌ها

تثبیت مسئولیت‌پذیری مراجع

زمان‌بندی جلسات پیگیری | فرم مرور پیشرفت؛ برنامه نگهداری | اجرای برنامه نگهداری یک‌ماهه + گزارش کتبی۔

ج) درمان کارآمدی هیجانی (EET)

پروتکل «درمان کارآمدی هیجانی (EET)» که توسط مک‌کی و وست (۲۰۱۶) تدوین شده، یک مداخله کوتاه‌مدت ساختارمند ۸ جلسه‌ای است که بر ترکیب مهارت‌های دیالکتیکی-رفتاری، مبتنی بر پذیرش و خودتنظیمی هیجانی تکیه دارد. هدفش افزایش توانایی فرد در تجربه، پذیرش و هدایت هیجان‌ها در راستای ارزش‌هاست.

جدول ۲. گزیده‌ای از جلسات درمان کارآمدی هیجانی

(EET)

۱ | آشنایی با درمان و ساختار جلسات

افزایش آگاهی از هیجان | معرفی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان، آموزش آناتومی هیجان، آگاهی از هیجان | تمرین تماشای هیجان، معرفی چهار مولفه هیجان (افکار، احساسات، حس‌های بدنی، تمایلات رفتاری) | ثبت روزانه چهار مولفه هیجان در کاربرگ، استفاده از فهرست واژگان احساسات | جزوه «چیزی که می‌توانید انتظار داشته باشید»، برگه تماشای هیجان، فهرست واژگان |

۲ | پذیرش ذهن آگاهانه و مواجهه

آموزش پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب هیجانی و پیامدهای آن، موج‌سواری بر هیجان | تمرین هدایت‌شده پذیرش ذهن آگاهانه، آموزش موج‌سواری، مواجهه با هیجان | تمرین روزانه پذیرش ذهن آگاهانه (۱۰ دقیقه) همراه با مواجهه هیجانی | کاربرگ پذیرش ذهن آگاهانه، جزوه موج‌سواری بر هیجان |

درونی مطلوب ابزار تأیید شد و ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۷۱/۰ تا ۸۱/۰ گزارش گردید. نسخه فارسی این پرسشنامه نیز توسط سامانی و صادقی (۱۳۸۹) ترجمه و اعتباریابی شده و از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار گزارش شده است. در پژوهش حاضر از فرم بزرگسالان CERQ برای ارزیابی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مراقبین کودکان مبتلا به سرطان استفاده شد.

ب) درمان یکپارچه فراتشخیصی

این برنامه درمانی براساس کتاب نقشه راه فراتشخیصی^۱ فرانک و دیویسون، صورت گرفت. تعداد جلسات ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. شرح جلسات در جدول آمده است.

جدول ۱. گزیده‌ای از جلسات درمان فراتشخیصی فرانک و دیویسون (TDT)

۱۱ | ارزیابی مشکلات و آموزش مدل CORE-RESPONSE |

فرمول‌بندی موردی بر اساس مکانیسم هسته (بنیادی) و مکانیسم پاسخ ترسیم زنجیره محرک-هیجان-رفتار-پیامد | آموزش روان شناختی هیجان و نقش اجتناب | پرسشنامه‌های استاندارد؛ قالب فرمول‌بندی موردی؛ نقشه زنجیره مشکل | ثبت روزانه موقعیت محرک، واکنش، شدت هیجان |

۲ | تحلیل اجتناب تجربه‌ای و فعال‌سازی رفتاری پایه | توضیح رابطه اجتناب ↔ پایداری مشکل

آموزش سه کاناله هیجان-فکر-رفتار | انتخاب یک فعالیت ارزش‌محور کوچک | فرم سه کاناله؛ مثال‌های شخصی؛ فهرست ارزش‌ها | اجرای یک فعالیت انتخابی و ثبت اثر بر خلق |

۳ | مواجهه تدریجی و پذیرش هیجان دشوار | طراحی سلسله‌مراتب مواجهه آموزش تنفس دیافراگمی | تمرین پذیرش حسی-بدنی هیجان‌ها | مواجهه خیالی؛ مواجهه واقعی کنترل‌شده | مواجهه با موقعیت کم‌تا متوسط + ثبت تجربه |

۴ | بازسازی شناختی و تجربه هیجانی اصلاحی | شناسایی افکار ناکارآمد گفت‌وگوی سقراطی | اجرای صندلی منتقد ↔ صندلی حامی | فرم بازسازی شناختی؛ تکنیک صندلی‌ها | نوشتن گفت‌وگوی دو صدای درونی درباره موقعیت فشارزا |

۵ | تثبیت تغییرات و فعال‌سازی پیشرفته | مرور پیشرفت‌های شناختی-هیجانی

۳| عمل مبتنی بر ارزش ها (مرحله اول)

روشن سازی ارزش ها، شناسایی موانع هیجانی | تمرین وایت برد ارزش ها و موانع، تمرین «هیولا در اتوبوس»، مواجهه تصویری | تمرین مواجهه تصویری با موقعیت آشفته ساز و عمل مبتنی بر ارزش | کاربرگ ارزش ها، کاربرگ مزایا و معایب |

۴| عمل مبتنی بر ارزش ها (مرحله دوم)

| تثبیت انتخاب ارزش ها و مواجهه با موانع هیجانی | تمرین کامل «هیولا در اتوبوس» در محیط واقعی یا تصویری | ادامه تمرین مواجهه (تصویری یا واقعی) با انتخاب عمل مبتنی بر ارزش | برگه ثبت تمرین مهارت ها، کارت «عمل مبتنی بر ارزش»

۵| مقابله ذهن آگاهانه و کاهش فعال سازی هیجانی

| آموزش تن آرامی و خود آرام سازی، ترکیب با مواجهه | تمرین هدایت شده تن آرامی، استفاده از حس های بدنی خوشایند برای کاهش تنش | تمرین روزانه پذیرش ذهن آگاهانه + تن آرامی یا خود آرام سازی در مواجهه | جزوه مقابله ذهن آگاهانه، فهرست تکنیک های آرام سازی |

۶| ادغام مهارت ها در موقعیت های پیچیده

| ترکیب پذیرش، عمل مبتنی بر ارزش و مقابله | تمرین چرخه کامل مهارت ها بر اساس سناریوهای فردی | تمرین ترکیبی در موقعیت واقعی، ثبت تجارب | برگه چرخه مهارت ها، کاربرگ ثبت تجربه |

۷| مرور و تثبیت شایستگی هیجانی

| مرور تمام مهارت ها، شناسایی نقاط قوت و نیاز به بهبود | تمرین انتخاب مهارت مناسب برای موقعیت های خاص | تمرین روزانه در زندگی واقعی با انتخاب آگاهانه مهارت ها | جزوه مرور مهارت ها، فرم خودارزیابی |

۸| برنامه ریزی برای آینده و پیشگیری از عود

مرور مسیر درمان، برنامه نگهداری | طراحی «جعبه ابزار هیجانی» شخصی | استفاده از ابزارها در شرایط چالش برانگیز آینده | جزوه برنامه نگهداری، فرم برنامه پیشگیری از عود |

یافته ها

در پژوهش حاضر ۳۶ نفر از مراقبین کودکان مبتلا به سرطان در سه گروه (هر گروه ۱۲ نفر) درمان فراتشخیصی، درمان کارآمدی هیجانی و گروه کنترل جای گرفتند. در گروه درمان فراتشخیصی میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان به ترتیب ۳۶/۰۸ و ۶/۵۸ سال، در گروه درمان کارآمدی هیجانی به ترتیب برابر با ۳۷/۷۵ و ۷/۷۹ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۴/۱۷ و ۶/۱۳ سال بود. در هر سه گروه مورد مطالعه ۲ نفر از شرکت کنندگان مرد و ۱۰ نفر زن بودند. در گروه درمان فراتشخیصی ۱ نفر از شرکت کنندگان کارمند، ۲ نفر دارای

شغل آزاد و ۹ نفر خانه دار بودند. در گروه درمان کارآمدی هیجانی ۳ نفر از شرکت کنندگان کارمند، ۴ نفر دارای شغل آزاد و ۵ نفر خانه دار بودند. در گروه کنترل ۱ نفر از شرکت کنندگان کارمند، ۱ نفر دارای شغل آزاد و ۱۰ نفر خانه دار بودند. در گروه درمان فراتشخیصی میزان تحصیلات ۴ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم و ۳ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه درمان کارآمدی هیجانی میزان تحصیلات ۲ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۳ نفر دیپلم و ۷ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۲ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم و ۳ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه درمان فراتشخیصی نوع سرطان ۱۰ نفر از کودکان مبتلا به سرطان خون، ۱ نفر لنفوم و ۱ نفر سایر انواع سرطان بود. در گروه درمان کارآمدی هیجانی نوع سرطان، ۸ نفر از کودکان مبتلا به سرطان خون، ۱ نفر لنفوم و ۳ نفر سایر انواع سرطان بود. در گروه کنترل نوع سرطان، ۱۱ نفر از کودکان مبتلا به سرطان خون و ۱ نفر سارکوما بود. جدول میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی خودتنظیمی هیجانی در شرکت کنندگان گروه های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی خودتنظیمی هیجانی

متغیر	عامل/مولفه	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
راهبردهای انطباقی	درمان	± ۲۵/۰۰	± ۳۸/۵۰	± ۳۴/۲۹	
	فراتشخیصی	± ۶/۲۵	± ۵/۱۹	± ۶/۵۱	
درمان	کارآمدی هیجانی	± ۴/۷۳	± ۴/۹۹	± ۶/۳۷	
	گروه کنترل	± ۲۵/۵۸	± ۲۵/۶۲	± ۲۴/۷۵	
راهبردهای غیر انطباقی	درمان	± ۵۷/۱۷	± ۴۱/۹۲	± ۴۰/۵۸	
	فراتشخیصی	± ۷/۶۱	± ۶/۸۹	± ۵/۹۷	
درمان	کارآمدی هیجانی	± ۸/۲۲	± ۷/۰۵	± ۶/۵۴	
	گروه کنترل	± ۵۶/۲۸	± ۵۴/۶۷	± ۵۵/۳۳	
راهبردهای هیجانی	درمان	± ۰/۸۹۴	± ۰/۹۶۹	± ۰/۹۴۶	
	فراتشخیصی	± ۷/۷۵	± ۷/۶۹	± ۷/۶۳	

میانگین (انحراف استاندارد)

مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون مفروضه های برابری ماتریس های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

متغیر	برابری ماتریس واریانس			برابری ماتریس کوواریانس ها		
	شاخص	χ^2	p	M.Box	F	p
راهبردهای انطباقی	موخلی	۱/۹۸	۰/۳۷۲	۹/۲۵	۰/۶۷	۰/۷۸۴
راهبردهای غیر انطباقی	موخلی	۰/۱۳	۰/۹۳۹	۵/۶۴	۰/۴۱	۰/۹۶۲

منطبق بر نتایج جدول ۲ ارزش شاخص آماره ی ام.باکس برای هیچ یک از راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی خودتنظیمی هیجانی معنادار نبود. این مطلب بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده ها داده ها بود. به علاوه نتایج آزمون موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای برای هیچ یک از راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی خودتنظیمی هیجانی در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته بیانگر آن است که مفروضه ی کرویت برای سطوح متغیر وابسته برقرار بوده است. پس از ارزیابی مفروضه های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها، داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شد. جدول ۳ نتایج تحلیل چندمتغیری در مقایسه اثر درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی بر خودتنظیمی هیجانی را نشان می دهد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر خودتنظیمی هیجانی

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	P	η^2	توان آزمون
راهبردهای انطباقی	۰/۳۴۹	۱۱/۱۰	۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱۰	۱/۰۰
راهبردهای غیر انطباقی	۰/۶۴۱	۳/۹۸	۶۴	۰/۰۰۶	۰/۱۹۹	۰/۸۸۶

انطباقی	فراتشخیصی	(۰/۱۳۲)	(۰/۹۰۱)	(۰/۵۷۵)
درمان	درمان	۰/۸۹۲	۰/۸۶۶	۰/۸۷۸
کارآمدی	کارآمدی	(۰/۱۲۶)	(۰/۰۵۹)	(۰/۰۸۳)
هیجانی	هیجانی			
گروه کنترل	گروه کنترل	۰/۹۲۸	۰/۹۵۵	۰/۹۱۳
راهبردهای غیر انطباقی	فراتشخیصی	(۰/۳۵۹)	(۰/۷۱۸)	(۰/۲۴۱)
درمان	درمان	۰/۸۹۱	۰/۹۳۰	۰/۹۵۶
کارآمدی	کارآمدی	(۰/۱۲۱)	(۰/۳۸۳)	(۰/۷۳۵)
هیجانی	هیجانی			
گروه کنترل	گروه کنترل	۰/۹۰۹	۰/۹۳۹	۰/۹۲۴
راهبردهای غیر انطباقی	فراتشخیصی	(۰/۲۰۵)	(۰/۴۹۲)	(۰/۳۱۸)
درمان	درمان	۰/۹۵۳	۰/۹۴۶	۰/۹۱۳
کارآمدی	کارآمدی	(۰/۶۸۵)	(۰/۵۷۸)	(۰/۲۳۳)

جدول ۱ نشان می دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات راهبردهای انطباقی خودتنظیمی هیجان در مراحل پس آزمون و پیگیری افزایش و میانگین نمرات راهبردهای غیر انطباقی آن کاهش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد. در این پژوهش به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها، مقادیر شاپیرو-ویلک مربوط به راهبردهای خودتنظیمی هیجان مورد بررسی قرار گرفت، همچنان که جدول ۱ نشان می دهد. ارزش شاپیرو-ویلک مربوط به هر دو عامل خودتنظیمی هیجانی در هر سه گروه و در هر سه مرحله اجرا غیر معنادار بود. این مطلب بیانگر توزیع نرمال عامل های خودتنظیمی هیجانی در گروه ها و مراحل اجراست. در پژوهش حاضر برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس های خطای متغیر وابسته در بین گروه ها از آزمون لون^۱ استفاده شد و نتایج نشان داد تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به سطوح متغیر وابسته در سه گروه و در سه مرحله اجرا معنادار نیست. این یافته نشان می دهد مفروضه همگنی واریانس های خطا در بین داده های پژوهش برقرار بود. به علاوه مفروضه های همگنی ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره ام.باکس و شرط کرویت یا مفروضه برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از آزمون موخلی

منطبق بر نتایج جدول ۳ اثر اجرای متغیرهای مستقل بر راهبردهای انطباقی ($\eta^2 = 0/349$) لامبدای ویلکز، $0/410$ ، $\eta^2 = 0/001$ ($F = 11/10$ ، $P = 0/001$) و راهبردهای غیرانطباقی ($0/641$) لامبدای ویلکز، $0/199$ ، $\eta^2 = 0/006$ ، $P = 0/006$ ($F = 3/98$ ، $P = 0/006$)

خودتنظیمی هیجانی معنادار است. در ادامه جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در مقایسه اثر اجرای درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی بر راهبردهای خودتنظیمی هیجانی را نشان می دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در مقایسه اثر متغیرهای مستقل بر خودتنظیمی هیجانی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
راهبردهای انطباقی	اثر گروه	۱۱۱۷/۸۰	۱۷۶۳/۱۶	۱۰/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
	اثر زمان	۸۵۴/۲۲	۵۵۲/۰۰	۵۱/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۰۹۶/۱۵	۱۳۵۶/۰۵	۱۳/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۷
راهبردهای غیرانطباقی	اثر گروه	۱۴۸۱/۱۳	۱۳۶۹/۲۸	۱۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۰
	اثر زمان	۲۱۵۶/۰۶	۲۰۴۱/۲۵	۳۴/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۰۸۷/۳۷	۳۸۹۷/۲۲	۴/۶۰	۰/۰۰۲	۰/۲۱۸

جدول ۴ نشان می دهد که اثر تعاملی گروه × زمان برای راهبردهای انطباقی ($\eta^2 = 0/447$)، $0/001$ ، $P = 0/001$ ($F = 13/34$) و راهبردهای غیرانطباقی ($0/218$)، $0/002$ ، $P = 0/002$ ($F = 4/60$)

خودتنظیمی هیجانی معنادار است. در ادامه جدول ۵ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی بر خودتنظیمی هیجانی در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای عامل های خودتنظیمی هیجانی

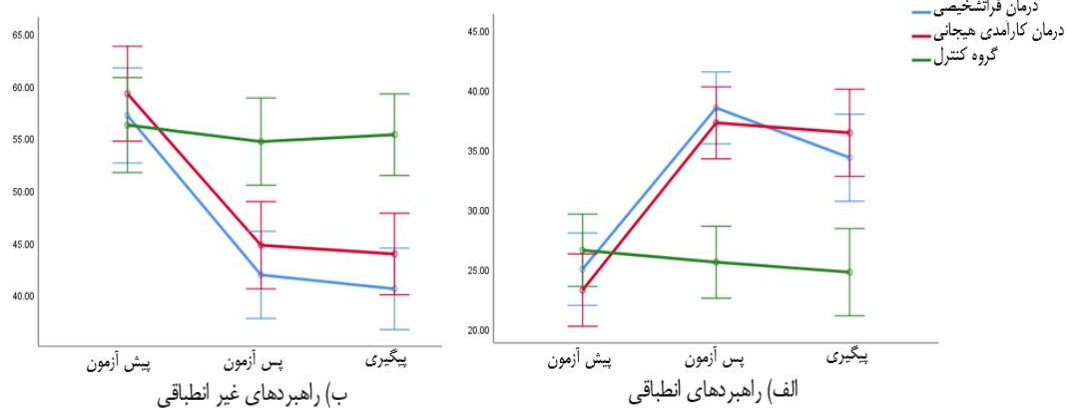
متغیر	زمان ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
راهبردهای انطباقی	پیش آزمون	پس آزمون	-۸/۸۳	۱/۱۲
	پیش آزمون	پیگیری	-۶/۸۹	۰/۹۶
	پس آزمون	پیگیری	۱/۹۴	۱/۱۲
راهبردهای غیر انطباقی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۰/۴۴	۱/۷۶
	پیش آزمون	پیگیری	۱۰/۹۴	۱/۸۵
	پس آزمون	پیگیری	۰/۵۰	۱/۸۲
متغیر	تفاوت گروه ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
راهبردهای انطباقی	درمان فراتشخیصی	درمان کارآمدی هیجانی	۰/۳۱	۱/۷۲
	درمان فراتشخیصی	گروه کنترل	۶/۹۷	۱/۷۲
	درمان کارآمدی هیجانی	گروه کنترل	۶/۶۷	۱/۷۲
راهبردهای غیر انطباقی	درمان فراتشخیصی	درمان کارآمدی هیجانی	-۲/۷۵	۰/۴۰
	درمان فراتشخیصی	گروه کنترل	-۸/۸۶	۰/۴۰
	درمان کارآمدی هیجانی	گروه کنترل	-۶/۱۱	۰/۴۰

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۵ نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات راهبردهای خود تنظیمی هیجانی در مراحل پیش آزمون-پس آزمون و پیش آزمون-پیگیری به

لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون-پیگیری غیرمعنادار است. نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۵ نشان می دهد که تفاوت

آن دو گروه افزایش داده است. نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۵ نشان می دهد که تفاوت اثر دو شیوه درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی بر هیچ یک از راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی خودتنظیمی هیجانی معنادار نیست. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که بین اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی بر راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی خودتنظیمی هیجانی در مراقین کودکان مبتلا به سرطان تفاوت معنادار وجود ندارد.

شکل ۱ نمودارهای مربوط به راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی خودتنظیمی هیجانی در گروه های پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.



شکل ۱: نمودارهای مربوط به راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی خودتنظیمی هیجانی در گروه های پژوهش در سه مرحله اجرا.

همراه داشته باشد. یکی از یافته های مهم پژوهش حاضر، عدم مشاهده تفاوت معنادار بین اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی بود. بر این اساس، در نمونه مورد مطالعه شواهد کافی برای برتری یکی از دو رویکرد نسبت به دیگری در بهبود خودتنظیمی هیجانی به دست نیامد. با این حال، با توجه به حجم نمونه محدود، این یافته نباید به عنوان شواهد قطعی از هم ارزی دو درمان تفسیر شود.

این یافته بیانگر آن است که این درمان ها توانسته اند راهبردهای انطباقی خودتنظیمی هیجان مانند بازسازی مثبت، تمرکز بر برنامه ریزی و پذیرش را افزایش داده و در مقابل، به کارگیری راهبردهای غیرانطباقی مانند نشخوارگری، فاجعه انگاری و ملامت خویش را کاهش دهند. همچنین نتایج پیگیری سه ماهه

میانگین راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی خودتنظیمی هیجانی در دو گروه درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی در مقایسه با گروه کنترل معنادار است. به طوری که میانگین نمرات راهبردهای غیرانطباقی خودتنظیمی هیجانی در هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش و میانگین نمرات راهبردهای انطباقی خودتنظیمی هیجانی در آن دو گروه افزایش یافته است. این یافته همسو با روند تغییر میانگین ها در نمودارهای شکل ۱ نشان می دهد که درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی در دوره درمان و سه ماه پس از اتمام دوره درمان منجر به کاهش پایدار استفاده از راهبردهای غیرانطباقی خودتنظیمی هیجانی در هر دو گروه آزمایش شده و در مقابل استفاده از راهبردهای انطباقی را در شرکت کنندگان

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر خودتنظیمی هیجانی مراقین کودکان مبتلا به سرطان انجام شد. تمرکز بر این گروه از آن رو حائز اهمیت است که مراقین، به ویژه والدین، به طور مزمن با فشارهای هیجانی شدید، عدم قطعیت در روند درمان، احساس درماندگی، فرسودگی روانی و نوسانات مکرر هیجانی مواجه اند؛ شرایطی که می تواند منجر به کاهش معنادار خودتنظیمی هیجانی و در نتیجه افزایش استفاده از راهبردهای مقابله ای ناکارآمد شود. از این منظر، مداخله در سطح مراقین نه تنها نقشی درمانی و پیشگیرانه ایفا می کند، بلکه می تواند به طور غیرمستقیم پیامدهای حمایتی مثبتی برای کودک بیمار نیز به

نشان داد که این تغییرات پایدار بوده و صرفاً محدود به دوران مداخله نیستند. موفقیت هر دو رویکرد را می‌توان با سازوکارهای مشترک آن‌ها توضیح داد. درمان فراتشخیصی با تمرکز بر کاهش اجتناب تجربه‌ای، آموزش بازسازی شناختی و مواجهه تدریجی به مراقبین کمک می‌کند تا چرخه معیوب اضطراب-افسردگی-اجتناب هیجانی را بشکنند و شیوه‌های سازگارانه‌تری برای خودتنظیمی هیجانی بیاموزند. از سوی دیگر، درمان کارآمدی هیجانی با تأکید بر پذیرش ذهن آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزش‌ها و کاهش فعال‌سازی هیجانی، موجب می‌شود مراقبین هیجان‌ها را به‌جای سرکوب یا اجتناب، تجربه و هدایت کنند. در نهایت می‌توان اینطور تبیین نمود که تمرکز بر فرآیندهای مشترک هیجانی، از جمله افزایش پذیرش هیجان، کاهش اجتناب هیجانی، ارتقای آگاهی هیجانی و تعدیل واکنش‌های تکانشی، نقشی تعیین‌کننده در بهبود سازگاری روان‌شناختی، افزایش تاب‌آوری هیجانی و کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی دارد. افزون بر این، نتایج نشان می‌دهد که حتی در شرایط استرس‌زای شدید و مزمنی نظیر مراقبت از کودک مبتلا به سرطان، ظرفیت سازگاری هیجانی امری ایستا نیست و می‌تواند از طریق مداخلات روان‌شناختی هدفمند، آموزش‌پذیر و ارتقا یابد.

یافته‌های حاضر با نتایج مطالعات بین‌المللی همسو است. برای مثال، پژوهش بارلو و همکاران (۲۰۱۷) و فارچیونه و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که درمان فراتشخیصی در کاهش علائم هیجانی و بهبود خودتنظیمی در بیماران اضطرابی اثربخش است. همچنین، نتایج مطالعات دولکوس و همکاران (۲۰۲۱)؛ راسکین و همکاران (۲۰۲۰) و کارل و همکاران (۲۰۱۴) تأیید می‌کند که درمان کارآمدی هیجانی می‌تواند انعطاف‌پذیری هیجانی و تاب‌آوری را در جمعیت‌های تحت استرس مزمن افزایش دهد. در ایران نیز، پژوهش‌هایی همچون عقیلی و طباطبایی (۱۴۰۱)؛ آشنا و همکاران (۱۴۰۰)؛ عظیمی و همکاران، (۱۳۹۶) و زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵) ارتباط مثبت میان خودتنظیمی هیجانی، تاب‌آوری و سلامت روان والدین را نشان داده‌اند. همسویی یافته‌های حاضر با برخی مطالعات پیشین از اعتبار بیرونی نتایج

حمایت می‌کند؛ بااین‌حال، با توجه به نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه محدود و انجام پژوهش در یک مرکز درمانی، تعمیم یافته‌ها به سایر مراقبین کودکان مبتلا به سرطان در ایران باید با احتیاط صورت گیرد.

عدم مشاهده تفاوت معنادار میان اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی در بهبود خودتنظیمی هیجانی را می‌توان با هم‌پوشانی قابل توجه در فرایندها و مکانیسم‌های تغییر این دو رویکرد تبیین کرد. هر دو مداخله، علی‌رغم تفاوت در چارچوب نظری و تأکیدهای درمانی، بر افزایش آگاهی نسبت به هیجان‌ها، شناسایی و اصلاح الگوهای ناکارآمد پاسخ‌دهی هیجانی، افزایش پذیرش تجربه‌های هیجانی و تقویت مهارت‌های سازگارانه برای مدیریت هیجان تمرکز دارند؛ بنابراین، ممکن است از مسیرهای متفاوت اما همگرایی به تغییر در خودتنظیمی هیجانی منجر شوند. افزون بر این، ساختار نسبتاً مشابه جلسات، تمرین‌های عملی، تکالیف خانگی و فرصت تکرار و تعمیم مهارت‌ها می‌تواند میزان مواجهه شرکت‌کنندگان با مؤلفه‌های مؤثر درمانی را در دو گروه به یکدیگر نزدیک کرده باشد. از سوی دیگر، در جمعیت مراقبین کودکان مبتلا به سرطان، عواملی همچون دریافت حمایت اجتماعی، تجربه همدلی، اشتراک تجربه‌های مشابه و کاهش احساس انزوای روان‌شناختی در بستر مداخله گروهی می‌تواند به‌عنوان عوامل مشترک و غیراختصاصی درمان، بخشی از تغییرات مشاهده‌شده را توضیح دهند. همچنین، احتمال دارد حساسیت ابزار سنجش و حجم نمونه برای آشکارسازی تفاوت‌های ظریف میان دو مداخله کافی نبوده باشد؛ به‌ویژه زمانی که هر دو درمان در سطح کلی اثربخشی مطلوبی ایجاد کرده‌اند. بنابراین، عدم تفاوت معنادار را نباید به معنای یکسان بودن کامل دو درمان تلقی کرد، بلکه می‌توان آن را بیانگر هم‌ارزی نسبی دو رویکرد در ارتقای خودتنظیمی هیجانی در نمونه مورد مطالعه دانست؛ به‌گونه‌ای که تفاوت احتمالی در مکانیسم‌های اختصاصی یا پیامدهای ثانویه ممکن است در شاخص‌های دیگری یا در پیگیری‌های طولانی‌تر آشکار شود.

نتیجه گیری کلی

به طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی می‌توانند به شکل مؤثری خودتنظیمی هیجانی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان را بهبود بخشند. اثرات مثبت این مداخلات پایدار بوده و با کاهش استراتژی‌های غیرسازگارانه و تقویت راهبردهای انطباقی، کیفیت زندگی و عملکرد مراقبین را ارتقا می‌دهند. استفاده از این رویکردها در چارچوب خدمات روان‌شناختی استاندارد، به ویژه در شرایط محدودیت منابع، می‌تواند به حمایت مؤثر و کم‌هزینه از خانواده‌های درگیر بیماری‌های مزمن کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران می‌باشد. موضوع رساله در شورای پژوهشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با کد رهگیری ۱۶۲۸۲۲۶۲۸ در تاریخ ۱۴۰۲/۸/۷ به تصویب کمیته تخصصی گروه مربوطه رسید."

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان و مسئولانی که در اجرای این پژوهش همکاری و مساعدت نمودند، صمیمانه سپاس‌گزاری می‌شود.

حمایت مالی

هیچگونه حمایت مالی در انجام پژوهش دریافت نشد.

تعارض در منافع

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

یافته‌های این مطالعه دارای پیامدهای کاربردی مهمی است. با توجه به فشارهای روانی گسترده‌ای که مراقبین کودکان مبتلا به سرطان تجربه می‌کنند، به‌کارگیری مداخلات کوتاه‌مدت، ساختارمند و مبتنی بر شواهد می‌تواند بخشی از خدمات روان‌شناختی استاندارد در مراکز درمانی و حمایتی باشد. این مداخلات نه تنها کیفیت زندگی مراقبین را ارتقا می‌دهند، بلکه با کاهش اضطراب و افسردگی آن‌ها، بر کیفیت مراقبت از کودک بیمار نیز اثر مثبت خواهند داشت. در شرایطی که منابع نظام سلامت ایران محدود است، استفاده از مداخلات گروهی کوتاه‌مدت همچون TDT و EET می‌تواند راهکاری کم‌هزینه و اثربخش برای حمایت روان‌شناختی از خانواده‌های درگیر بیماری‌های مزمن باشد.

با وجود نتایج ارزشمند، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. نخست، حجم نمونه محدود و تمرکز بر یک مرکز درمانی، قابلیت تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد. دوم، متغیرهای مهمی چون حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و شدت بیماری کودک کنترل نشده‌اند. سوم، مدت پیگیری تنها سه ماه بود و نمی‌توان درباره پایداری نتایج در بلندمدت اظهارنظر قطعی داشت. برای پژوهش‌های آینده، پیشنهاد می‌شود: مطالعات با حجم نمونه بزرگ‌تر و در مراکز درمانی متنوع انجام شود. اثر متغیرهای میانجی (مانند حمایت اجتماعی و کیفیت روابط خانوادگی بطور جدی تر) بررسی شود. دوره‌های پیگیری طولانی‌تر (شش ماهه یا یک‌ساله) طراحی گردد تا پایداری اثرات بهتر سنجیده شود. کارایی این مداخلات در ترکیب با سایر رویکردهای حمایتی مانند مشاوره خانواده یا گروه‌های خودیاری که می‌تواند دیدگاه جامع‌تری از اثربخشی آن‌ها ارائه دهد نیز بررسی شود.

1. References

- Aghaei M H, Azami Aghdash S, Ebrahimoghli R, Bodaghi S (2023). Healthcare Providers' Experiences of Psychological Support for People with Cancer in Ardabil, Iran; Acontent Analysis Study. IJPCP; 29 (2) :202-215. [Persian].
- Aghili, S. M., & Ahmadi Tabatabaei, F (2022). The effectiveness of emotion regulation training on self-interpretation, emotional creativity and interpersonal emotion regulation in girls with body deformity disorder. Journal of Modern Psychological Research 2022, 17(67), 177-441. [Autumn 2022]. [Persian].

4. Ahmadi, T., Kheiraty, H., & Ghubari Bonab, B. The effectiveness of mindfulness-based training on cognitive emotion regulation and cognitive flexibility in mothers of children with learning disabilities. *Empowering Exceptional Children* 2019, 10(3), 71–84. [Persian].
5. Ahmadi M, Rassouli M, Karami M, Abasszadeh A, Poormansouri S. Care burden and its Related Factors in Parents of Children with Cancer. *IJN* 2018, 31 (111) :40-51 [Persian].
6. Arab Bafrani, H. R., Rezayi, H. and Sobhani, A. (2024). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Pain Anxiety and Resilience in Patients with Migraine. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences* 2024, 14(1), 151-170.
7. Ashena M S, Besharat M A, Malihialzuckerini S, Rafezi Z. The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy on Strategies Cognitive Emotion Regulation in Mothers of Children with Cancer. *Journal of Psychological Science* 2021, 20(104), 1383-1402.
8. [Persian].
9. Azimi A, Omid A, Shafiei E, Nademi A (2018). The Effectiveness of Transdiagnostic, Emotion- focused Treatment for Emotional Regulation and Individual-social Adjustment in Female Students. *J Arak Uni Med Sci* 2018, 20 (10) :62-73 [Persian].
10. Banisafar A, Ahi Q, Mansouri A, Bahreynian A. Investigating the effectiveness of narrative therapy on resilience and emotional regulation of cancer patients with low psychological toughness. *Journal of Psychological Science* 2024. 23(133), 183-196. [Persian].
11. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial». *JAMA Psychiatry* 2017, 74(9), 875–884.
12. Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. The Development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice* 2010, 17(1), 102–113.
13. Carl, J. R., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. A Preliminary Investigation of the Effects of the Unified Protocol on Emotion Regulation in Anxious and Depressed Individuals. *Journal of Anxiety Disorders* 2014, 28(8), 658–662.
14. Combs, H., Heimberg, R. G., Koban, L., & Henkel, V. Emotion Regulation in Caregivers. *Journal of Health Psychology* 2016, 21(11), 2422–2433.
15. Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., et.al. Coping, Emotion Regulation, and Psychopathology in Childhood and Adolescence: A Meta-analysis and Narrative Review. *Psychological Bulletin* 2017, 143(9), 939–991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
16. Dolcos, S., Hu, Y., Williams, C., Bogdan, P. C., Hohl, K., Berenbaum, H., & Dolcos, F. Cultivating Affective Resilience: Proof of Principle Evidence of Translational Benefits from a Novel Cognitive Emotional Training Intervention. *Frontiers in Psychology* 2021, 12, 585536.
17. Emam Doost Z, Teymouri S, Khoynejad G, Rajaei A. Comparison the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and reality therapy on cognitive emotion regulation in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Psychological Science* 2020. 19(89), 647-655.
18. Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., & Carl, J. R. Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy* 2021, 43(3), 666–677.
19. Fayyaz, Elham, Mazaheri Tehrani, Mohammad Ali, Panaghi, Leili, & Bagherian, Fatemeh. The Lived experience of primary caregivers of childhood cancer in the end of life: A qualitative study. *Razi Journal of Medical Sciences (Jornal of Iran University of Medical Sciences)* 2021, 27(11), 1-14. SID.
20. Frank, R. I., & Davidson, J. *The Transdiagnostic Road Map to Case Formulation and Treatment Planning: Practical guidance for clinical decision making*. Oakland, CA: New Harbinger, 2016.
21. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation, and Emotional Problems. *Personality and Individual Differences* 2001, 30(8), 1311–1327.
22. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. *Manual for the Use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiden University, 2002.
23. Gharehdaghi M, Kachooei M. Comparison of parents with cancer and healthy children in terms of marital intimacy, parental self-efficacy and cognitive-emotional regulation strategies. *Rooyesh* 2024. 13(5), 229-238. URL:
24. Gross, J. J. Emotion regulation: Current Status and Future Prospects». *Psychological Inquiry* 2015, 26(1), 1–26.

25. Hooman, F., Mehrabizadeh Honarmand, M., & Zargar, Y. The Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Anxiety, Depression, Cognitive Strategies of Emotional Regulation, and General Performance in Women with Comorbid Anxiety and Depression. *Journal of Applied Behavioral Science (JABS)* 2016, 5(4), 551–563
26. Howard Sharp, K. M., Rowe, A. E., Russell, K., Long, A., & Phipps, S. Predictors of Psychological Functioning in Children with Cancer: Disposition and Cumulative Life Stressors. *Psycho-Oncology* 2015, 24(7), 779–786.
27. Jafari Shalkoohi, Atieh, Asadi Majareh, Samereh, & Akbari, Bahman. The Effectiveness of Mindfulness Training on Resiliency and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Pregnant Women. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2020, 21(2 (80), 43-53.
28. Jorjani, G., Roshandel, G., Taherian, M. R., Mirbehbahani, N., Moaddabshoar, L., Ahmadi, A., et.al. Epidemiology and Geographical Patterns of Common Childhood Cancers in Iran: Evidence from the National Cancer Registry. *Cancer Epidemiology* 2024, 93, 102685.
29. Kazemi Jujili M, Khanzadeh M. Structural Model of the Relationship between Resiliency and Academic Achievement with the Mediating Role of Self-Regulation Strategies and Self-Esteem in High School Students with Cerebral Palsy. *JOEC* 2022; 22 (2): 5URL [Persian].
30. Khajehzadeh, P., & Sabahi, P. Effectiveness of mindfulness education on emotion regulation and distress tolerance in sub- Clinical Examples of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2021, 13(4). 1-14. Persian].
31. Mahmodi nodezh, M, Amirfakhraei, A. and Samavi, A. Efficacy of Emotional Self-Regulation Training on the Life Quality and Resilience of Those Recuperated from Covid 19. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences* 2023, 66(3), [Persian].
32. Malangwa, G.; Mangi, E. J.. Psychological Distress Factors among Caregivers of Children Receiving Cancer Therapy, at Muhimbili National Hospital. *East African Health Research Journal* 2022, 6(1), 70-77.
33. McKay, D., & West, S. Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Review of Outcomes and Process Variables. *Cognitive and Behavioral Practice* 2016, 23(4), 450–467.
34. McKay, M., & West, S. «The Emotion Efficacy Therapy Manual». Context Press.2015.
35. Mikaeili, N., Salmani, A. and Sharei, A. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Parenting Self-Efficacy and Distress Tolerance in Mothers with Insecure Attachment Styles. *Journal of Family Relations Studies* 2025, 5(3), 1-11.
36. Mohammadi Abolfazel, Birashk, Behrooz, & Gharraee, Banafsheh. Comparative Effectiveness of Group Transdiagnostic Treatment for Subclinical Symptoms of Anxiety and Depression; 3 Month Follow-up. *Psychological Research* 2013, 16(1 (31), 7-23. SID.
37. Moorhead, S. A., et al. Stress in Cancer Caregivers. *Palliative and Supportive Care* 2019, 17(6), 694–701. [Persian].
38. Neugebauer, C., & Mastergeorge, A. M. The Family Stress Model in the Context of Pediatric Cancer: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies* 2021, 30(5), 1099–1122.
39. Nourmohammadi, J., Lotfi, M., Nazari Rad, M., & Ghaljaei, F. Psychosocial Challenges of Parents of Children Undergoing Chemotherapy: A Systematic Review. *Journal of Comprehensive Pediatrics* 2025, 16(4), e163837. [Persian].
40. Rahaei, F., Sajjadian, I. and karimian, M. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Perceived Stress and Care Burden of Mothers with Children with Cancer. *Counseling and psychotherapy culture* 2024, 15(60), 27-52. [Persian].
41. Ruskin, D., Young, M., Sugar, C., & Nofech-Mozes, J. Mindfulness and Acceptance Interventions for Parents of Children and Adolescents Diagnosed with Chronic Medical Conditions: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2020, 27(2), 109-122.
42. Rensen, N., Steur, L., Grootenhuis, M., Twisk, J., van Eijkelenburg, N., van der Sluis, I., et.al. Parental Sleep, Distress, and Quality of Life in Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia: A Longitudinal Report from Diagnosis up to Three Years Later. *Cancers* 2022, 14(11), 2779.
43. Roser, K., Erdmann, F., Michel, G., Winther, J. F., & Mader, L. The Impact of Childhood Cancer on Parents' Socio-economic Situation: A Systematic Review. *Psycho-Oncology* 2019, 28(6), 1207–1226.
44. Sadeghi Hafshejani, S., Nikmanesh, Z., Kord Tamini, B. and Kahrzei, F. The Effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Meta-Worry and Emotional Flexibility of Adolescent Girls with Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Psychological Studies* 2025, 21(3), 61-76.
45. Saeedi E, Nemati S, Lotfi F, Domingues A, Abdi S, Pirnejad H, et.al. IRANCANSURV: A comprehensive analysis of childhood cancer survival in Iran. *Int J Cancer*. 2026 Feb 15;158(4):866-872. doi: 10.1002/ijc.70100. Epub 2025 Sep 1. PMID: 40888340.]

46. Samani, S., & Sadeghi, L. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal of Psychological Models and Methods* 2010, 1(1), 51-62. SID.
47. Shadi Zavareh B, Azmoudeh M, Kashefimehr B, Mesrabadi J. Comparison of the effectiveness of positive resilience training with metalization-based training in improving emotional self-regulation and parent-child interaction among mothers of mentally retarded children. *IJPN* 2024; 11 (6) :87-100
48. Sharei A, Kasacei Esfahani A, Salmani A. The Effect of Mindfulness Therapy on Emotion Regulation, Cognitive Self-Awareness, and Tendency to High-Risk Behaviors in Orphaned and Poorly Monitored Adolescents: A Quasi-Experimental Study. *JRUMS* 2025; 23 (9) :812-827
- Sherman, R., & Warren-Rice, A. Unified Protocol vs Disorder-Specific Therapy. *Journal of Anxiety Disorders* 2019, 65, 26–34.
49. Shokrolahi M, Hashemi S E, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaimi A. Comparison of the effectiveness of emotion focused therapy (EFT) and cognitive analytic therapy (CAT) on anxiety sensitivity, pain catastrophizing, experiential avoidance and cognitive emotion regulation in Patients with chronic pain and alexithymia. *RBS* 2022; 19 (4) :739-752.
- Soltanian M, Farhadi H. The effectiveness of integrated trans diagnostic therapy on mental well-being, emotional adequacy and emotional self-efficacy in high school adolescents with symptoms of nomophobia. *RBS* 2024; 22 (4) :666-676.
50. Tan, X. W. I., Mordiffi, S. Z., & Lopez, V. Psychological Distress in Parents of Children with Cancer: A Descriptive Correlational Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 2020, 8(1), 94–102.
51. Vranceanu, A. M., Talaei-Khoei, M., Nemati-Rezvani, H., Fischerauer, S. F., Ring, D., & Chen, N. Emotion Regulation Strategies Mediate the Associations of Positive and Negative Affect to Upper Extremity Physical Function. *Comprehensive Psychiatry* 2017, 72, 85–93.
52. Ward, Z. J., Yeh, J. M., Bhakta, N., Frazier, A. L., Girardi, F., & Atun, R. Global Childhood Cancer Survival Estimates and Priority-Setting: A Simulation-Based Analysis. *Lancet Oncology* 2019, 20(7), 972–983.
53. World Health Organization. Childhood cancer fact sheet. Retrieved September 27, 2025, from
54. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 2013, 310(20), 2191–2194.
55. Yaghoubi H, Vaghef L. The common and unique role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies in predicting emotional problems of nursing students. *Journal of Psychological Science* 2020, 19(90), 715-722. [Persian].
56. Zandkarimi, G., & Alavi, Z. S. Effectiveness of Integrated Transdiagnostic Therapy on Sensation Seeking and Fear of Negative Evaluation among Female Students Injured by Instagram Space. *Applied Research in Behavioral Sciences Quarterly* 2022, 13(49), 85–105 [Persian].
57. Zarei Faskhodi B, Karbalaee Mohammad Meygoni A, Rezaabakhsh H, Ghelichi L. Comparing the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders and Emotion Efficacy Therapy on Reducing the Symptoms of Anxiety Among Adults with Stuttering. *MEJDS* 2022; 12 :12-12
- Zemestani, M., & Imani, M. Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *BJCP* 2016, 11(1), 21–32

*Original Article***Comparative Effectiveness of Transdiagnostic Treatment and Emotion-Efficacy Therapy in Improving Emotional Self-Regulation among Caregivers of Children with Cancer**

Received: 23/05/2026 - Accepted: 26/08/2026

Samaneh Babaei¹
 Simin Bashardoust^{2*}
 Mina Mojtabaei³

¹ Ph.D. Student in Psychology ,
 Department of Psychology , Ro.C.,
 Islamic Azad University , Roudehen ,
 Iran.

^{2*} Assistant Professor , Department of
 Psychology , Ro.C., Islamic Azad
 University , Roudehen , Iran.
 (Corresponding author)

³ Associate Professor, Department of
 Clinical Psychology , Ro.C., Islamic
 Azad University , Roudehen , Iran.

Corresponding author: Simin
 Bashardoust, Assistant Professor,
 Department of Psychology , Ro.C.,
 Islamic Azad University , Roudehen ,
 Iran.

Email: sibashardoust@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: Childhood cancer constitutes a multidimensional crisis that places a substantial psychological burden on families, particularly on primary caregivers. Caregiving responsibilities in pediatric oncology settings pose significant psychological challenges, underscoring the necessity for effective, evidence-based interventions. The primary objective of the present study was to investigate and compare the effectiveness of Transdiagnostic Treatment and Emotion Efficiency Therapy on the emotional self-regulation of caregivers of children diagnosed with cancer.

Methods: This applied research employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, a control group, and a three-month follow-up. The statistical population consisted of all caregivers of children with cancer (from birth to 17 years old) referring to the Oncology Department of Afzalipour Medical Center in Kerman during 2023–2024. The sample comprised 36 caregivers (30 women and 6 men) who were selected through convenience sampling and a semi-structured clinical interview, then randomly assigned to three groups: Transdiagnostic Treatment, Emotion Efficiency Therapy, and control. Interventions for the two experimental groups were conducted in eight 90-minute sessions, while the control group received no therapy. Data were collected using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski & Kraaij, 2001) and analyzed through Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) and Repeated Measures ANOVA using SPSS 26.

Results: Both treatments led to a significant increase in adaptive emotion regulation strategies and a reduction in maladaptive strategies among caregivers ($P < 0.05$). These improvements persisted during the posttest and the three-month follow-up period, whereas no significant changes were observed in the control group. **Conclusion:** Both therapeutic approaches demonstrated comparable effectiveness in improving emotional self-regulation among caregivers of children with cancer, with no statistically significant difference observed between them. These findings suggest that both interventions are effective and feasible for enhancing caregivers' emotional self-Regulation and may be selected based on individual needs and preferences.

Keywords: Cancer, Caregivers, Emotion Efficiency Therapy (EET), Emotional Self-Regulation, Transdiagnostic Treatment (TDT).