

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۷

خلاصه

مقدمه

زنان مبتلا به سرطان پستان علاوه بر مداخله و حمایت پزشکی و دارویی، به مداخله روانشناختی نیز نیاز دارند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار

روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۳۵ نفر نمونه پژوهشی از جامعه زنان مبتلا به سرطان پستان منطقه ۵ شهرستان تهران در سال ۱۴۰۰ به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. یافته‌های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه‌های تاب‌آوری و امیدواری در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری شد و با استفاده از روش کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری و امیدواری در گروه آزمایش تفاوت پیدا کرد و نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر بهبود تاب‌آوری و امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری

بنابراین می‌توان از درمان هیجان‌مدار به منظور تاب‌آوری و امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان استفاده کرد.

کلمات کلیدی

سرطان پستان، درمان هیجان‌مدار، تاب‌آوری، امیدواری.
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

پوپک رحیمی^۱

مریم امام جمعه^۲

زهرا درویشی بداق^۳

مژگان غفاری شهیر^{۴*}

^۱ گروه روانشناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

^۲ گروه مشاوره خانواده، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۳ گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

^۴ گروه مشاوره خانواده، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

*گروه مشاوره خانواده، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: mo.ghafari2@gmail.com

مقدمه

سرطان یکی از کشنده ترین بیماری‌هایی است که بشر تاکنون با آن مواجه شده است و علیرغم سال‌ها تحقیق در این زمینه همچنان یکی از مشکلات بهداشتی اصلی است که مسئول بیش از ۱۰ میلیون مرگ در سال است (۱). بروز سرطان پستان در میان تومورهای بدخیم زنان ایرانی به شدت افزایش یافته است. حتی در زنان در سراسر جهان، سرطان پستان با بیشترین میزان بروز و مرگ و میر، حدود ۱۱٫۶ درصد از کل مرگ و میرهای ناشی از سرطان را تشکیل می‌دهد (۲). مطابق با گزارش مرکز آمار ایران، سالانه بالغ بر ۵۱۰۰۰ مورد جدید ابتلا به سرطان در کشور شناسایی و ۳۵۰۰۰ مرگ ناشی از آن در کشور رخ می‌دهد که سرطان پستان با روند رو به رشدی ۱۲/۶ درصد تمام موارد سرطانها در ایران (۳) و ۷۶ درصد سرطان‌های شایع زنان ایران را تشکیل می‌دهد (۴). به نحوی که مجموع مبتلایان به سرطان پستان در ایران ۴۱ هزار نفر گزارش شده و سالانه بیش از ۷ هزار بیمار جدید به این تعداد، اضافه می‌گردد (۵).

هر چند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب الوقوع محسوب نمی‌شود، اما طبیعت مزمن این بیماری و شرایط جسمی بیماران، بر درک از خود، درک از دنیا و مدیریت زندگی بیمار، اثر می‌گذارد و سبب می‌شود که بسیاری از آنان برای خود آینده‌ای متصور نبوده و نگاه مثبتی به آینده و دنیای پیرامون خود نداشته باشند (۶). مطالعات نشان داده که چنین تشخیصی، موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیق نظیر اضطراب، افسردگی شدید، غم، ناامیدی و عصبانیت در بیمار و خانواده وی می‌گردد (۷) که بیمار را برای مقابله با آنها و تغییرات شخصیتی همراه سرطان، نیازمند تاب‌آوری و امیدواری می‌کند (۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که از عوامل موثر بر بهبود وضعیت بیماران مزمن مانند سرطان پستان، داشتن تاب‌آوری است (۹-۱۰). توانایی مقابله ذهنی یا احساسی با یک بحران اضطرابی یا بازگشت سریع به وضعیت قبل از بحران به عنوان تاب‌آوری روانی شناخته می‌شود

(۱۱). افراد با تاب‌آوری بالا به طور موثرتری با حوادث آسیب‌زا کنار می‌آیند و سطوح پایین‌تری از علائم روانپزشکی را نسبت به افراد با تاب‌آوری پایین تجربه می‌کنند (۱۲). تاب‌آوری، یکی از مهمترین توانایی‌های انسان جهت سازگاری مؤثر با عوامل خطر، مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیخته و توانایی برقراری مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زاست و به ویژگی‌هایی اشاره دارد که در سرعت و میزان بهبودی بعد از رویارویی با تنش موثرند (۱۳). بر این اساس، تاب‌آوری ممکن است به افراد کمک کند تا ترس از عود سرطان کمتری را در توانایی خود در کاهش علائم روانپزشکی تجربه کنند (۱۴).

یکی از مشکلات بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، از دست دادن امید است (۱۵). این در حالی است که امید یکی از عوامل مهم و موثر بر بهبود وضعیت بیماران مبتلا به سرطان پستان است (۱۶). امید مفهومی است که در دو دهه اخیر احتمالاً بیشترین پژوهش‌ها را به سوی خود جلب کرده است. امید فرایندی است که به افراد اجازه می‌دهد تا اهدافی را طراحی کرده و آن را پیگیری کنند (۱۷). امید، توانمندی استفاده از مسیرهای مطلوب در جهت دستیابی به اهداف و برانگیخته شدن در جهت استفاده از راه‌های بهینه است (۱۸). در تعریفی امید را مجموعه‌ای ذهنی می‌دانند که مبتنی بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است. امید، سلامت جسمی و روانی را که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خود گزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، رضایت از زندگی، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقادهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیشینی می‌کند (۱۹). مطالعات قبلی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تأیید کرد که سطح امیدواری می‌تواند تغییر کند و مداخلات برای افزایش امید نیز می‌تواند رویه و کیفیت زندگی را بهبود بخشد (۲۰).

تمرکز می‌کند؛ درعین‌حال همزمان رویکردی سیستمی است؛ زیرا بر الگوهای تعاملی افراد متمرکز است (۲۵).

در درمان هیجان‌مدار، هیجان‌دارای نقشی محوری در تعاملات هستند. این رویکرد درمانی افراد را تشویق می‌کند تا در مورد هیجان‌دار خود صحبت کنند، در مورد موضوع مرتبط در جلسات درمانی بحث کرده و بر بازسازی هیجان‌دار به صورت پیوندهای دلبستگی ایمن تأکید می‌کند. پاسخ‌های هیجانی می‌توانند به برآورده شدن نیازهای فرد منجر شده و در نتیجه اساسی‌ترین هدف چنین درمانی بهبود آگاهی فرد از هیجان‌دار است (۲۶). به عبارتی در این رویکرد درمانی، تجارب هیجانی افراد شناسایی می‌شود و در نهایت با پردازش و سازماندهی مجدد، الگوهای تعاملی که منجر به درماندگی بیماران شده‌اند، بهبود می‌یابند (۲۷). تأکید درمان هیجان‌مدار بر روش دلبستگی‌های سازگارانه، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای فرد است. به نظر می‌رسد که بیماران به جای ابراز هیجان‌دار واقعی، هیجان‌داری را بیان می‌کنند که برای آن‌ها کمتر تهدیدکننده باشد (۲۸).

بررسی پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که رویکرد هیجان‌مدار بر پرخاشگری زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۹)، اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس (۳۰)، تحمل پریشانی بیماران نابارور (۳۱)، افسردگی و شادکامی بیماران (۳۲) موثر بوده است. پژوهش مک‌لین و هیلز (۳۳) در یک مطالعه موردی نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر امید به زندگی و کاهش دردهای فیزیولوژیکی بیماران مبتلا به سرطان بدخیم موثر است. نتایج پژوهش پاسکوال-لیون، یریومنکو، ساواشیم و واروار (۳۴) نشان از موفقیت آمیز بودن درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری هیجانی داشت. اما پژوهشی که به تاب‌آوری و امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته باشد، یافت نشد. با توجه به این شکاف پژوهشی موجود و

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 ناامیدی وجود دارد (۲۱). 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 (۲۲). 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 مطرح‌نویین در این میان، درمان هیجان‌مدار است. درمان هیجان‌مدار یکی از رویکردهایی است که هم بر ارتباط خانواده و هم بر هیجان‌دار فردی تمرکز دارد (۲۳). درمان هیجان‌مدار در اوایل دهه ۱۹۸۰ در پاسخ به فقدان مداخلات هیجانی فعال و کارآمد مطرح شد. این فقدان بیشتر در حوزه انسانگرایی احساس شد؛ چراکه آن روزها مداخلات رفتاری عنصر غالب درمانی به‌شمار می‌رفت (۲۴).

درمان هیجان‌مدار برای کاهش تاثیرات بیماری در ابعاد روان‌شناختی و خانوادگی مطرح شده است. در درمان هیجان‌مدار تمرکز بر تاثیر دلبستگی و همچنین هیجان بر رفتارهای بیماران است. در درمان هیجان‌مدار، هیجان‌دار به‌عنوان بنیادی برای ساختن خود در نظر گرفته می‌شود و منبعی مهم از اطلاعات را با استفاده از ارزیابی خودکار و پیش‌آگاهانه محرک‌ها فراهم می‌کنند. در این رویکرد درمانی، رویکردهای مراجع‌محور، گشتالت و سیستمی با تفکر ساختی، اشتیاق و تعهد و نگاهی به روابط که به بهترین نحو در نظریه دلبستگی بیان شده است، با هم ترکیب می‌شوند. این رویکرد، رویکردی ساختارگرا است و بر ساخته و تجربیات حال فرد به‌خصوص آنهایی که منشأ هیجانی دارد،

به منظور رعایت مسایل اخلاقی پژوهش، رضایت نامه‌ای تهیه شد که در آن به صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود. ابتدا به بیماران شرکت کننده رضایت نامه از طرف محقق قرائت شد و در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمودند. یکی از مواردی که به شرکت کنندگان توضیح داده شد این بود که به آنها اطمینان داده شد که هیچ گونه سوءاستفاده شخصی در این پژوهش وجود ندارد و همچنین بعضی از شرکت کنندگان تمایل داشتند که نتیجه پاسخدهی خود را به پرسش نامه بدانند و گزارش تفسیر پرسش نامه‌های افراد به زبانی ساده در اختیار آنها قرار گرفت. همچنین درباره محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آنها به بیماران توضیحات لازم داده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس تاب آوری: مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون یک ابزار خود گزارشی با ۲۵ سوال است که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست)، نمره گذاری می شود. این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۳۵) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه‌ی تاب آوری در سال ۲۰۰۳ تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این مقیاس، بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه‌ی تاب آوری برای اولین بار در ایران توسط محمدی هنجاریایی و نتایج پایایی و

همچنین علاوه بر اهمیت بعد پزشکی، لزوم پرداختن به بعد روان-شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان، این پژوهش به دنبال یافتن پاسخ علمی به این سوال اساسی است که درمان هیجان‌مدار بر تاب آوری و امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان چه تاثیری دارد؟

روش کار

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 ۵ شهر تهران تشکیل دادند. از جامعه مذکور با استفاده از روش نمونه-گیری دردسترس تعداد ۳۸ نفر انتخاب شد. سپس با استفاده از جایگزینی تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. حین اجرای پژوهش ۲ نفر از گروه آزمایش ریزش پیدا کرد و بنابراین به ۱۶ نفر تقلیل پیدا کرد و یک نفر نیز از گروه کنترل دچار افت شد و بدین ترتیب تعداد نمونه‌های پژوهش ۳۵ نفر شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند 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 بودند از غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان و مصرف قرص‌های روانپزشکی. بدین ترتیب ابتدا برای هر دو گروه (آزمایش و کنترل) پیش‌آزمون پرسشنامه تاب آوری و امیدواری اجرا شد، سپس درمان با رویکرد هیجان‌مدار به مدت ۱۲ جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه آموزشی اعمال نشد بلافاصله بعد از اتمام درمان هیجان‌مدار برای گروه آزمایش، پس‌آزمون تاب آوری و امیدواری برای هر دو گروه اجرا شده و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و روش کواریانس به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

اعتبار این پرسشنامه تایید شد (۳۶) و در این پژوهش نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

کرد. آفاجانی و همکاران این پرسشنامه را ترجمه کردند و پایایی آن را به روش ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۵ گزارش کردند (۳۷). در این پژوهش نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

بسته درمانی هیجان‌مدار: رویکرد هیجان‌مدار، رویکردی امید بخش و یکپارچه نگر و تلفیقی از نظریه دلبستگی، ساختاری و سیستمی است. فرایند جلسات درمان هیجان‌مدار به شرح جدول ۱ برای گروه آزمایش اجرا شد.

امیدواری: پرسشنامه امید میلر در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴۰ سوال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سوال افزایش یافت. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه ای از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) است. میلر روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را بر اساس آلفای کرونباخ بیشتر از ۸۰ گزارش

جدول ۱. خلاصه جلسات بر اساس درمان هیجان‌مدار

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

نتایج

در پژوهش حاضر ۳۵ زن مبتلا به سرطان پستان حضور داشتند. میانگین سنی و انحراف معیار زنان به تفکیک گروه در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی سن آزمودنی‌ها به همراه آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سن دو گروه

گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار P
گروه آزمایش	۴۳/۵۲	۵/۶۷	۰/۰۹۳
گروه گواه	۴۵/۷۸	۴/۸۹	

در جدول ۲ نتیجه آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سن زنان مبتلا به سرطان پستان شرکت در دو گروه آزمایش و گواه آورده شده است؛ همانطور که مشاهده می‌شود، تفاوت معنی داری در میانگین سنی دو گروه مشاهده نشد.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس باید برخی از پیش فرض‌های مهم این آزمون آماری مورد بررسی قرار بگیرد، چرا که عدم رعایت این مفروضه‌ها ممکن است نتایج تحقیق را با

سوگیری همراه سازد. پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس عبارتند از: نرمال بودن توزیع پراکندگی داده‌ها - برابری واریانس‌های خطا - همگن بودن خطوط رگرسیون، این سه مفروضه قبل از تحلیل کواریانس برای این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. هر سه مفروضه آزمون تحلیل کواریانس برقرار بود. یعنی استفاده از تحلیل کواریانس برای تحلیل داده‌های این پژوهش مناسب بود.

جدول ۳. نتایج توصیفی نمرات تاب‌آوری به همراه نتایج تحلیل کواریانس

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مقایسه پس آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش	۴۴/۴۵	۶/۳۲	۶۲/۶۷	۱۰/۱۲	<۰/۰۰۱
گواه	۴۶/۲۳	۷/۱۲	۴۵/۸۹	۸/۳۴	

با توجه به جدول ۳ مشخص است که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه گواه تغییرات محسوسی در هر متغیر تاب‌آوری نشان می‌دهند. به طوریکه، میانگین نمره گروه آزمایش از ۶/۳۲ ± ۴۴/۴۵ در مرحله پیش آزمون به ۱۰/۱۲ ± ۶۲/۶۷ در مرحله

پس آزمون افزایش پیدا کرد. در حالی که برای گروه گواه تقریباً تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجه تحلیل کواریانس ارایه شده در این جدول نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون، میانگین

نمرات پس‌آزمون دو گروه در میزان تاب‌آوری اختلاف آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$).

جدول ۴. نتایج توصیفی نمرات امیدواری به همراه نتایج تحلیل کواریانس

گروه	میانگین	انحراف معیار	پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون
			میانگین	انحراف معیار	
آزمایش	۱۰۷/۱۳	۱۱/۲۱	۱۳۷/۴۳	۱۲/۳۴	<0/001
گواه	۱۰۹/۱۳	۱۱/۳۴	۱۱۰/۴۵	۱۰/۳۲	

با توجه به جدول ۴ مشخص است که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه گواه تغییرات محسوسی در هر متغیر امیدواری کرده است. به طوریکه، میانگین نمره گروه آزمایش از $11/21 \pm 107/13$ در مرحله پیش‌آزمون به $12/34 \pm 137/43$ در مرحله پس‌آزمون افزایش پیدا کرد. در حالی که برای گروه گواه تقریباً تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجه تحلیل کواریانس ارایه شده در این جدول نشان داد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین نمرات پس‌آزمون امیدواری دو گروه اختلاف آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است و می‌تواند به طور معنی‌داری آن را افزایش دهد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مرتبطی مانند هدایتی و همکاران (۲۹)، ثناگویی محرر و همکاران (۳۰)، فقیه و کاظمی (۳۱)، مک‌لین و هیلز (۳۳) پاسکوال-لیون و همکاران (۳۴) همسو بود.

در تبیین این نتایج می‌توان عنوان کرد با توجه به اینکه هیجان‌ها از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد حفظ و قطع رابطه با دیگران سازنده باشند (۳۸)، اما تعدیل و تنظیم آنها از طریق آموزش تنظیم

هیجان می‌تواند نقش موثری بر افزایش تاب‌آوری داشته باشد؛ زیرا هیجانها به عنوان راه‌حلی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کند (۳۹). به عبارت دیگر چون هیجان‌ها نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند و تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجان‌ها، با عزت نفس و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط است، باعث مراقبت مؤثر در موقعیتهای استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیتهای اجتماع را به همراه دارد. بنابراین درمان هیجان‌مدار با آگاه نمودن فرد از هیجان‌ها مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها نقش مهمی در کاهش علائم سلامت روان دارد (۴۰).

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 می‌دهد. پایه و اساس روش درمان هیجان‌مدار، خودسازی و رشد فردی بوده و تعادل فرد هدف اصلی درمان می‌باشد (۴۱). 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. رویکرد هیجان‌مدار به دلیل برخوردار بودن از

برچسب‌زنی هیجانی، شدت بخشی، به ادراک تازه ای از خویش دست می‌یابد و توانایی کنار آمدن با هیجانات را در خارج از جلسات درمان پیدا می‌کند. این که افراد یاد بگیرند که می‌توانند در مواقع نیاز هیجانات خود را ابراز کنند و گاهی بتوانند آنها را کنترل کنند، می‌تواند از احساسات منفی آنها نسبت به رویداد کم کند و آن را قابل هضم نماید. در واقع نحوه مدیریت هیجان‌ها چه قبل رویداد، چه در زمان رویداد و چه بعد آن بسیار حائز اهمیت است. رویکرد هیجان‌مدار به هیجان‌ها به عنوان مسئله محوری در عملکرد روانشناختی نگاه می‌کند. این رویکرد فرض می‌کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجانات خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد، می‌شود. البته نتایج این تحقیقات نشان داد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند بر کاهش افسردگی و فرسودگی و در نتیجه بر افزایش امیدواری اثر گذار باشد.

استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی، عدم توجه به درجه و سطح بیماری سرطان پستان، ابزار پرسشنامه به تنهایی و عدم استفاده از آزمون پیگیری از محدودیت‌های این پژوهش بودند. لذا تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش، مستلزم اجرای پژوهش‌هایی در جامعه و نمونه‌های مختلف و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خواهد بود، بر همین مبنا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های تصادفی استفاده شده، همچنین در کنار پرسشنامه، از مصاحبه نیز جهت تعمیق نتایج استفاده شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به سطح بیماری سرطان پستان (یک تا چهار) توجه شود.

تکنیک‌هایی نظیر درک، اکتشاف، ردگیری، اعتبار بخشی و همدلی آینه وار، کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش و تحمل و تنظیم هیجان، آگاهی از هیجانات و ابراز مناسب هیجانات می‌تواند موجب تعدیل هیجانات مثبت و منفی و به دنبال آن تعدیل قضاوت و ادراک مثبت از خویش در بیماران مبتلا به سرطان پستان شده (۴۲) و این امر می‌تواند در افزایش تاب‌آوری آنها مؤثر باشد.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است و می‌تواند به طور معنی داری آن را افزایش دهد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مرتبطی مانند فقیه و کاظمی (۳۱)، دلیون و همکاران (۳۲)، مک لین و هیلز (۳۳) پاسکوال-لیون و همکاران (۳۴) همسو بود.

یکی از مسائل مهم در بیماران مبتلا به سرطان پستان، فقدان امید و نداشتن انگیزه برای ادامه زندگی است. غالباً افرادی که در زندگی خود بیماری مزمن و کشنده را تجربه می‌کنند، دچار فقدان انگیزه و امید به آینده و زندگی می‌شوند. یکی از مشکلات بیماران مبتلا به سرطان پستان، فقدان اعتماد به نفس است که باعث ایجاد افسردگی و کاهش امید به زندگی می‌شود که می‌تواند ناشی از هیجانات حل نشده و ابراز نشده باشد؛ افرادی که دچار بیماری مزمن مانند سرطان پستان شده‌اند، برای به دست آوردن امید، باید ابتدا بتوانند، هیجان‌های ابراز نشده را به کمک تکنیک‌های درمان هیجان‌مدار ابراز کنند و با کنار آمدن با هیجانات، نگرش تازه ای به ادامه زندگی داشته باشند. در نهایت، مراجع از طریق آگاهی از هیجانات، بیان هیجانات تازه، تنظیم هیجانات و ابراز هیجان مناسب، با استفاده از تکنیک‌هایی چون القای هیجان،

References

1. Singh V, Sheikh A, Abourehab MA, Kesharwani P. Dostarlimab as a miracle drug: rising hope against cancer treatment. *Biosensors*. 2022 Aug 8;12(8):617.
2. Li Y, Kong X, Xuan L, Wang Z, Huang YH. Prolactin and endocrine therapy resistance in breast cancer: The next potential hope for breast cancer treatment. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*. 2021 Nov;25(22):10327-48.
3. Ahmadifard M, Sadeghi M, Gholamrezaei S. The effect of integrative approach logo-therapy and hope therapy on the body image fear and social adjustment in the women with breast cancer. *IJPN*. 2019; 7 (1) :66-74
4. Yavari P, Mosavizadeh MA, Khodabakhshi R, Madani H, Mehrabi Y. Reproductive characteristics and the risk of breast cancer: a case-control study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2006 Feb 10; 1(3):11-9.
5. Enayatrad M, Salehiniya H. An investigation of changing patterns in breast cancer incidence trends among Iranian women. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2015; 22(1):27-35.
6. Sabariego C, Brach M, Herschbach P, Berg P, Stucki G. Cost-effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for dysfunctional fear of progression in cancer patients. *The European Journal of Health Economics*. 2011 Oct 1; 12(5):489-97.
7. Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008 Apr 16; 2008(2):CD005537. doi: 10.1002/14651858.CD005537.
8. Emami M, Askarizade G, Faziltpour M. Effectiveness of Cognitive – Behavioral Stress Management Group Therapy on Resilience and Hope in Women with Breast Cancer *Positive Psychology Research*, 2018; 3 (4): 1-13.
9. Liang MZ, Tang Y, Knobf M, Molassiotis A, Chen P, Hu GY, Sun Z, Yu YL, Ye ZJ. Resilience index improves prediction of 1-year decreased quality of life in breast cancer. *Journal of Cancer Survivorship*. 2022 Aug 6:1-0.
10. Boškailo E, Franjić D, Jurić I, Kiseljaković E, Marijanović I, Babić D. Resilience and quality of life of patients with breast cancer. *Psychiatria Danubina*. 2021 Oct 19;33(suppl 4):572-9.
11. Bonanno GA, Brewin CR, Kaniasty K, Greca AML. Weighing the costs of disaster. *Psychol Sci Publ Interest*. 2010;11(1):1- 49.
12. Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Rosenvinge JH, Martinussen M. Resilience predicting psychiatric symptoms: a prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clin Psychol Psychother*. 2006;13:194- 201. 10.1002
13. Sabariego C, Brach M, Herschbach P, Berg P, Stucki G. Cost-effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for dysfunctional fear of progression in cancer patients. *The European Journal of Health Economics*. 2011 Oct 1; 12(5):489-97.
14. Koral L, Cirak Y. The relationships between fear of cancer recurrence, spiritual well- being and psychological resilience in non- metastatic breast cancer survivors during the COVID- 19 outbreak. *Psycho- Oncology*. 2021 Oct;30(10):1765-72.
15. Shah M, Ferguson A, Corn PD, Varadhan R, Ariely D, Stearns V, Smith BD, Smith TJ, Corn BW. Developing workshops to enhance hope among patients with metastatic breast cancer and oncologists: a pilot study. *JCO Oncology Practice*. 2021 Jun;17(6):e785-93.
16. Li P, Guo YJ, Tang Q, Yang L. Effectiveness of nursing intervention for increasing hope in patients with cancer: a meta-analysis. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2018 Aug 9;26.
17. Feldman DB, Kubota M. Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college grade-point average. *Learning and Individual Differences*. 2015; 37: 210-6.
18. Du H, Bernardo AB, Yeung SS. Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational selfesteem. *Personality and Individual Differences*. 2015; 83: 228-33.
19. Mathew J, Dunning C, Coats C, Whelan T. The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*. 2014; 70: 66-71.
20. Costa DT, Silva DM, Cavalcanti ID, Gomes ET, Vasconcelos JL, Carvalho MV. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Revista brasileira de enfermagem*. 2019 Jun 27;72:640-5.
21. 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.
22. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, Griffin P, Jacobs L, Irwin B. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2018 Dec;19(1):1-1.
23. Greenberg LS, Elliott R, Pos A. Special topic: Emotion-focused therapy. *European Psychotherapy*. 2007;7(1).

24. 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
25. Greenberg LS, Watson JC. Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement.* 2022 Apr;54(2):152.
26. Soltani M, Shairi MR, Roshan R, Rahimi CR. The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International journal of fertility & sterility.* 2014 Jan;7(4):337.
27. Greenman PS, Johnson SM. United we stand: Emotionally focused therapy for couples in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology.* 2012 May;68(5):561-9.
28. Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging & mental health.* 2002 Aug 1;6(3):275-81.
29. Hedayati M, Hajjalizadeh K, Hedayati M, Fathi E. An Investigation of the Effectiveness of Emotionally-Focused Couple's Group Therapy (EFCT) on Relational Aggression of Couples with Breast Cancer in Wives: A Semi-Experimental Study. *ijbd* 2021; 13 (4) :40-56
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. McLean LM, Hales S. Childhood trauma, attachment style, and a couple's experience of terminal cancer: Case study. *Palliative & supportive care.* 2010 Jun;8(2):227-33.
34. 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.
35. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson resilience scale (CD- RISC). *Depression and anxiety.* 2003;18(2):76-82.
36. Mohammadi M, Jazayeri A, Rafiei A, Jokar B, Poorshahbaz A. Investigation of family and individual variables in individuals at risk of drug abuse. *Rehabilitation Journal.* 2005; 6(1): 31-36.
37. Aghajani M J, Rahbar T, Moghtader L. The Relationship of hopefulness and hardiness with general health in women with breast cancer. *Jour Guilan Uni Med Sci.* 2018; 26 (104): 41 -9.
38. Roustae R, Hajifaraji M, Dezhkam M, Houshiarrad A, Mehrabi Y, Zowghi T. Prevalence of eating disorders and some of the factors related to them among high school female students in the city of Tehran, 2010. *Iran J Nutr Sci Food Technol.* 2013; 8(1): 135-44.
39. Guerrieri R, Stanczyk N, Nederkoorn C, Jansen A. Rewardsensitive women overeat in a varied food environment, but only when hungry. *Eat Behav.* 2012; 13(4): 317-33
40. Jasinska AJ, Yasuda M, Burant CF, Gregor N, Khatri S, Sweet M, et al. Impulsivity and inhibitory control deficits are associated with unhealthy eating in young adults. *Appetite.* 2012; 59(3): 738-47.
41. Watson J C & Greenberg L S. Emotion-focused therapy for generalized anxiety. *American Psychological Association.* 2017.
42. Connolly-Zubot A, Timulak L, Hession N, Coleman N. Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2020 Jun;50(2):113-22.

Original Article

The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Resilience and Hope of Patients with Breast Cancer

Received: 22/10/2021 - Accepted: 16/04/2022

Poupak Rahimi¹
Maryam Emamjomeh²
Zahra Darvishi Bodagh³
Mozhgan Ghafari Shahir^{*4}

¹Department of Clinical Psychology,
Qazvin Branch, Islamic Azad
University, Qazvin, Iran.

² Family Counseling Department,
Central Tehran Branch, Islamic Azad
University, Tehran, Iran.

³ Department of Psychology, Borujerd
Branch, Islamic Azad University,
Borujerd, Iran.

⁴ Family Counseling Department,
Science and Research Unit, Islamic
Azad University, Tehran, Iran.

* Family Counseling Department,
Science and Research Unit, Islamic
Azad University, Tehran, Iran.

Email: mo.ghafari2@gmail.com

Abstract

Introduction: In addition to medical and pharmaceutical intervention and support, women with breast cancer also need psychological intervention. This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of emotion focused therapy (EFT) on the resilience and hope of breast cancer patients.

Method: The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. 35 people as a research sample from the community of women with breast cancer in Region 5 of Tehran city in 2021 were selected using the available method and were randomly replaced in two experimental and control groups. The required findings were collected using resilience and hope questionnaires in two pre-test and post-test sessions and were analyzed using the covariance method.

Results: The findings of the research showed that the mean scores of the post-test of resilience and hope were different in the experimental group, and the results of covariance analysis showed that EFT is effective in improving the resilience and hope of breast cancer patients ($p < 0.001$).

Conclusion: Therefore, EFT can be used to increase the resilience and hope of breast cancer patients.

Keywords: breast cancer, Emotion Focused Therapy (EFT), resilience, hope.

Conflict of interest: There is no conflict of interest.