

Research Paper

The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on strategies cognitive emotion regulation in mothers of children with cancer

MohammadSaleh Ashena¹, MohammadAli Besharat², Saied Malihialzuckerini³, Zohreh Rafezi⁴

1. Ph.D in Health Psychology, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Citation: 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. J of Psychological Science. 2021; 20(104): 1383-1402.



ORCID



URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1104-fa.html>

doi [10.52547/JPS.20.104.1383](https://doi.org/10.52547/JPS.20.104.1383)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Unified transdiagnostic therapy, Cognitive Emotion Regulation, mother of children with cancer

Background: Studies have shown that Unified transdiagnostic therapy is unique in this emphasis on how to experience and respond to emotions. However, there is not any research on the effectiveness of Unified transdiagnostic therapy on the Cognitive Emotion Regulation in mothers of children with cancer so far.

Aims: The purpose of this study was to determine the effectiveness of Unified transdiagnostic therapy on Cognitive Emotion Regulation in mothers of children with cancer.

Methods: This research was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with the control group. The statistical population consisted of all mothers of children with cancer who were referred to Mahak, Shohada Tajrish, Bahrami, Hazrate Ali Asghar hospitals, in 2019 in Tehran. 31 mothers were selected by available sampling method and randomly assigned to 15 cases in the experimental group and 16 cases in the control group. The present research tools are the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) short form (Garnefski & Kraaij, 2006) and Unified Transdiagnostic Therapy (Barlow, 2011). The experimental group received the Unified Transdiagnostic Therapy for 12 sessions, each for 90 minutes. Data analysis was performed by the univariate analysis of covariance analysis method and using SPSS23 software.

Results: The results showed Unified transdiagnostic therapy in the experimental group has increased using adaptive strategies compared to the control group include acceptance, positive refocusing, refocus on planning, positive reappraisal, and putting into perspective and also, it has led to a significant reduction in using maladaptive strategies include, self-blame, rumination, catastrophizing, and other-blame ($P \leq 0.001$).

Conclusion: Unified transdiagnostic therapy increases using adaptive strategies and decreases using maladaptive strategies in mothers of children with cancer that this process will help improve the mental health of these mothers.

Received: 05 Jan 2021

Accepted: 24 Jan 2021

Available: 23 Oct 2021

* **Corresponding Author:** MohammadAli Besharat, Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

E-mail: besharat@ut.ac.ir

Tel: (+98) 2161117488

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

The World Health Organization estimates that by 2022, approximately 15 million people worldwide will be affected by cancer, and more than 80% of them will become long-term survivors of their disease. They will experience pain and other negative experiences during their illness (Duffy et al., 2019). Advanced treatment for pediatric cancer is often associated with two to three years of frequent and prolonged hospitalization. This process creates an extremely stressful experience for the whole family. Having a child with cancer may lead to a family crisis or threaten its integrity. Some families are well adapted to this situation, while others experience severe problems. For example, divorce and disruption of daily family affairs (Zhang et al., 2019). Parents of children with cancer face emotional, psychological and mental challenges in order to cope with their child's illness (Majdalani et al., 2018). The greater the negative impact of the child's condition on his family life, the greater the impact on the psychological performance of parents, especially mothers. Research has shown that high levels of care burden, remain for years after treatment is completed. Symptoms of psychological distress, such as symptoms of post-traumatic stress, loneliness, helplessness, and increased insecurity, have also been reported in parents of children with cancer (Kucukoglu, Polat, Tufekci & Bulu, 2016). The burden of care is defined as the sensory, psychological and social response of the caregiver (Zarit, 2004). In addition, timely identification of care burden, in caregivers has a crucial role in promoting their health, because burden of care is the most important factor determining the quality of life of caregivers. On the other hand, there is a direct and significant relationship between the quality of life of children and mothers (Klassen et al., 2011). Mothers of children with cancer are often afraid to experience their own severe negative emotional states, which is understandable because their negative emotional states are often very strong, although their efforts to avoid these states often have inconsistent consequences And increases negative emotional states in them (Baer, 2003).

Emotion regulation is the ability to adjust the parameters of an emotional experience, which includes two unique non-reciprocal responses. Self-regulation of emotions is a rapid and reactive reaction to the onset of an emotional challenge, while conscious emotion regulation is a long-term, more obvious reciprocal reaction. The ability to perform conscious emotion regulation, mind holding, and conscious control is an important skill (Grabell et al., 2019). Emotion regulation involves the use of behavioral and cognitive strategies to change the duration or intensity of an emotion experience (Kring and Sloan, 2009). Cognitions or cognitive processes help people regulate their emotions and feelings and not be overwhelmed by the intensity of emotions (Gross and Thompson, 2007).

In this regard, Garnefski, Kraaij and spinhoven (2001) proposed nine different strategies for cognitive emotion regulation, which are divided into two categories: adaptive (positive) and maladaptive (negative) strategies. Adaptive strategies include: acceptance (thinking with acceptance content), positive reappraisal (focusing on the positive side of events), refocusing on planning (thinking about the stages of overcoming or changing the negative event), positive refocusing (thinking about the aspect Positive aspects of the event or personal promotion), putting into perspective (thinking about the insignificance of the event or emphasizing its relativity compared to other events). Inconsistent strategies also include: self-blame (thinking with the content of blaming and self-blame), other-blame (thinking with the content of blaming and blaming others for what happened), mental rumination (mental preoccupation with feelings and thoughts related to the event Negative) and catastrophizing (thinking with the content of horror of the accident). Research has shown that using different strategies has different consequences. It seems that overuse of incompatible strategies or underuse of adaptive strategies can be the underlying causes of emotional problems. Incompatible emotion regulation strategies increase the risk of emotional problems and psychological damage, while adaptive strategies act as a protective factor (Yaghoubi and Waqef, 2019, Ashena et al., 2016).

One of the useful therapies in the field of emotion regulation is Integrated transdiagnostic treatment, which has been introduced in response to the limitations of specific cognitive-behavioral therapies, in which the same principles and treatment protocols are used for different types of emotional disorders. An integrated treatment protocol is designed for people with emotional disorders, especially those with mood and anxiety disorders, and is rooted in a cognitive-behavioral tradition, and is a transdiagnostic cognitive-behavioral therapy focused on emotion. Although it has a cognitive-behavioral tradition, in its special emphasis on how to experience and respond to their emotions in people with emotional disorders, it is unique. This treatment emphasizes the adaptive and functional nature of emotions and mainly tries to identify and correct non-adaptive attempts to regulate emotional experiences, thereby facilitating appropriate processing. Also disproportionate emotional response to internal symptoms (visceral) And extinguishes external signs (Farchione et al., 2012). The rationale for the formation of transdiagnostic therapies is based on theoretical concepts and experimental results regarding the existence of common factors between emotional disorders, which were mainly designed to target these causative factors (Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard & Barlow, 2010). Transdiagnostic protocols are designed to target cognitive and behavioral processes involved in a wide range of psychological disorders, including Integrated transdiagnostic Treatment Protocol (Barlow, 2011), which is designed for people with emotional disorders. The high rate of association between these disorders and the high rate of recovery in disorders associated with the main disorder being treated is the reason for transdiagnostic treatment. The Integrated Transdiagnostic Therapy Protocol is a coping-based cognitive-behavioral therapy that focuses primarily on changing nonconforming responses to emotional experiences. This treatment tries to target the main processes that cause emotional disorders by integrating the common components of cognitive-behavioral therapy for emotional disorders and using the latest advances in the field of emotion science and third wave therapies.

(Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard & Barlow, 2010).

With this explanation, the lack of research on the effect of this treatment on mothers with children with cancer can be felt more than ever. Parents of children with cancer, especially mothers, due to the burden of care and more emotional interaction with children, as well as the stress of the imposed conditions of the child's illness, suffer from cognitive dysfunction and as a result of non-functional and disruptive exposure to the acute issue of the child., Causes more problems for both parent and child (Domit, Rahi, Saab and Majdalani, 2018). Due to the special emphasis of this treatment on emotions, in this study, an attempt has been made to evaluate its different dimensions by examining the effectiveness of integrated transdiagnostic treatment on "cognitive emotion regulation" strategies in the community of mothers with children with cancer. Given the above, the present study seeks to answer the question of whether integrated transdiagnostic therapy has an effect on cognitive emotion regulation strategies of mothers of children with cancer?

Method

The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the present study was the mothers of children with cancer in Tehran who referred to hospitals in the city in 1398, which according to the integrated statistical system of Mahak Hospital was 10460 patients. At first, 36 people were selected by available sampling method in accordance with the inclusion criteria and were randomly assigned to the experimental and control groups. After the sample fell, 31 people (15 in the experimental group, 16 in the control group) Remained in research. The sample group included 12 people from Mahak Hospital, 6 people from Shohada Tajrish Hospital, 7 people from Bahrami Hospital and 6 people from Hazrat Ali Asghar Hospital. The criteria for entering the study were: 1- Having informed consent. 2- The age of the children, which should have been in the age range of 7 to 12 years. 3. Children should have received specialized medical treatment for cancer at the time of the study. Exclusion criteria were: 1- Completion or suspension

of the treatment process of children and their discharge from the hospital. 2- Other family members do not have cancer or other chronic diseases. 3- Absence from more than two sessions or Withdrawal of sample members from the treatment process. Also, in order to ensure the compliance of the inclusion criteria of the sample members, in addition to the researcher examining the psychological and family conditions, the medical records of the children of these mothers were reviewed by a specialist physician. In order to observe the ethical principles of confidentiality in the research, all participants were assured that the information will be collected for research purposes and the information of the respondents will be confidential. They were also reminded that they could be informed of the research results if they wished. Also, according to the ethical principles of justice in the research, the control group was assured that after the end of the research process, they will be offered the desired psychological treatment if they wish. The research method was that first both groups answered the questionnaire of cognitive emotion regulation strategies before any intervention in the same conditions. Then, the intervention based on integrated meta-diagnostic treatment was performed as a twelve-session program including two sessions per week for the experimental group. The duration of each session was 90 minutes. The control group did not receive any intervention. At the end of the training, both groups answered the post-test questionnaires. In the present study, integrated meta-diagnostic intervention was applied as an independent variable and cognitive emotion regulation was applied as a dependent variable. Data analysis was performed by univariate analysis of covariance using SPSS software version 23.

Results

The results show that after the integrated transdiagnostic intervention in mothers of children with cancer, in the experimental group, the mean of components of adaptive strategies increased significantly. Also the maladaptive components have decreased on average. These changes are not observed in the control group. For a more detailed study, we will make a statistical inference of the

significant difference between the pre-test and post-test of the experimental and control groups.

To test this hypothesis and control the differences of the subjects in the pre-test, one-way analysis of covariance was used. First, to test the assumptions of analysis of covariance, the results of Kolmogorov-Smirnov test to check the normality of the data, Levene test to measure the equality of variance and homogeneity of regression slope were performed, and then a table of effect tests between subjects was presented. The Kolmogorov-Smirnov test was used to investigate the assumption that the distribution of scores of variables was normal. Due to the fact that the significance level in the mentioned test was greater than 0.05, it can be concluded that the distribution of scores of dependent variables is normal ($p \leq 0.05$). Also, according to the results of Levene test and since the significance level of F statistic of all components was greater than 0.01, so the error variance of the two groups is equal and no difference is observed between them. Also, the value of F is not significant for the variables ($p \leq 0.05$). Therefore, it can be concluded that the null hypothesis is not rejected and the regression homogeneity slope assumption is observed. To find out which variable or variables differ between the two groups, one-way analysis of covariance for the effectiveness of integrated transdiagnostic treatment was performed separately, the results of which are shown in Table 3. The results show that the F value calculated for the subscales of cognitive emotion regulation, self-blame ($P \leq 0.001$, $F = 48.13$), acceptance ($P \leq 0.001$, $F = 45.32$), rumination ($P \leq 0.001$, $F = 25/14$), Positive refocusing ($P \leq 0.001$, $F = 31.33$), Planning refocusing ($P \leq 0.001$, $F = 66.36$), positive reappraisal ($P \leq 0.001$, $F = 43/86$), putting into perspective ($P \leq 0.001$, $F = 34/66$), catastrophizing ($P \leq 0.001$, $F = 54.88$) and blaming others ($P \leq 0.001$, $F = 49/27$). Considering that it is ($P \leq 0.5$), the calculated value of F is significant, which indicates the difference between the effect of the test conditions on the dependent variable (positive and negative components of cognitive emotion regulation).

Conclusion

The main purpose of this study was the effectiveness of integrated transdiagnostic therapy on cognitive

emotion regulation of mothers with children with cancer. According to the research findings, the mean post-test scores of the experimental group in the subscales of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire were significantly different from the control group. In other words, integrated transdiagnostic intervention has had a significant effect on increasing the use of adaptive strategies and reducing the use of maladaptive strategies. These findings are consistent with the results of the research of Kamacho et al. (2019), Sakiris & Berle(2019), Sherman and Ernrich (2019), Jarvy Steele et al., (2018) and Varkovitzky & Sherrill, (2018). The results of this study are in line with the results of the studies of the mentioned researches, including: the effect of integrated transdiagnostic therapy on reducing anxiety symptoms, increasing the use of adaptive emotional regulation strategies and reducing the use of maladaptive emotional regulation strategies, reducing symptoms of emotional disorders, depressive symptoms and emotional regulation problems. The transdiagnostic approach targets the underlying components of psychological trauma and can be applied to disorders and problems that have the same underlying underpinning. This treatment for people with emotional and cognitive disorders, especially people with anxiety and mood disorders can be an economical and powerful option compared to other diagnostic treatment protocols (Ashena, Besharat, Malihi Al-zuckerini and Rafezi,

2020). As can be seen, this therapeutic approach has a significant effect on the improvement of emotional disorders and emotion regulation (Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Thompson-Hollands & Carl, 2012). The transdiagnostic approach has received special attention despite the short time that has elapsed since its research and clinical application (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004). Transdiagnostic therapies have been shown to be effective in treating emotional disorders (Norton, Hayes & Springer, 2008).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author, from the Islamic Azad University, Karaj Branch in the field of health psychology. The approval date of this plan is 31/12/2018 and its research code is 950336194. The code of ethics of this research (IR.IAU.K.REC.1398.071) on 4/9/2019 from the National Ethics Committee in Biomedical Research of the Ministry Health, treatment and medical education of Iran, was obtained.

Funding: This research is in the form of a doctoral dissertation without financial support.

Authors' contribution: The first author is the main researcher of this research. The second author is the supervisor and the third and fourth authors are the doctoral dissertation advisor professors.

Conflict of interest: The authors have no conflict of interest in this study.

Acknowledgments: This study was a small empathy and support for children with cancer and their families. I sincerely thank them and all those who helped in this research, and I also wish them good health.

مقاله پژوهشی

اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی یکپارچه بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان مبتلا به سرطان

محمد صالح آشنا^۱، محمدعلی بشارت^{۲*}، سعید ملیحی الذاکرینی^۳، زهره رافضی^۴

۱. دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در تأکید ویژه‌اش روی نحوه تجربه و پاسخدهی به هیجان‌ها بی‌همتا و منحصر به فرد است. اما پیرامون اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم شناختی هیجان‌ها مادران کودکان مبتلا به سرطان پژوهشی صورت نگرفته است.

هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم شناختی هیجان‌ها مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران کودکان مبتلا به سرطان که در بیمارستان‌های محکم، شهدای تجریش، بهرامی و حضرت علی‌اصغر در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران تحت درمان بودند، تشکیل داد. ۳۱ نفر از مادران به با روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر گروه گواه جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش حاضر عبارت بودند از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) فرم کوتاه (گارفنسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) و پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو، ۲۰۱۱). گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۳ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه به افزایش استفاده از راهبردهای سازش‌یافته شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری در مقایسه با گروه گواه شد و همچنین به کاهش معنادار استفاده از راهبردهای سازش‌نیافته شامل: فاجعه‌سازی، ملامت خویش، نشخوارگری و ملامت دیگران منجر شد ($P \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر باعث افزایش استفاده از راهبردهای انطباقی هیجانی و کاهش استفاده از راهبردهای غیر انطباقی در مادران کودکان مبتلا به سرطان می‌شود که این فرآیند به بهبود سلامت روان این مادران کمک شایانی خواهد کرد.

کلیدواژه‌ها:

درمان فراتشخیصی یکپارچه، تنظیم شناختی هیجان، مادران کودکان مبتلا به سرطان

دریافت شده: ۱۳۹۹/۱۰/۱۶

پذیرفته شده: ۱۳۹۹/۱۱/۰۵

منتشر شده: ۱۴۰۰/۰۸/۰۱

* نویسنده مسئول: محمدعلی بشارت، استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

رایانامه: besharat@ut.ac.ir

تلفن: ۰۲۱-۶۱۱۷۴۸۸

مقدمه

بر اساس تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۲ به طور کلی در حدود ۱۵ میلیون نفر در جهان تحت تأثیر بیماری سرطان^۱ قرار می‌گیرند و بیش از ۸۰٪ آنها به بازماندگان طولانی مدت بیماری خود تبدیل می‌شوند. کودکان مبتلا به سرطان در حین بیماری خود، درد و دیگر تجربیات منفی را تجربه خواهند می‌کنند (دافی و همکاران، ۲۰۱۹). درمان پیشرفته برای سرطان کودک اغلب با دو تا سه سال بستری شدن مکرر و طولانی همراه است. این روند یک تجربه فوق العاده استرس‌زا برای همه اعضای خانواده ایجاد می‌کند. داشتن یک کودک مبتلا به سرطان، ممکن است به یک بحران خانوادگی منجر شود یا یکپارچگی آن را تهدید کند. برخی خانواده‌ها با این وضعیت به خوبی سازگار هستند، در حالی که دیگران به شدت مشکلات جدی را تجربه می‌کنند. به عنوان مثال، طلاق و اختلال در امور روزمره خانواده (ژانگ، لو، بو، ژو و ژائو، ۲۰۱۹). والدین کودکان مبتلا به سرطان برای اینکه بتوانند با بیماری فرزندشان کنار بیایند با چالش‌های عاطفی، روانی و ذهنی روبرو هستند (مجدلانی، دومیت، راهی و ساب، ۲۰۱۸).

درگیری خانوادگی و اختلالات روانشناختی مادران می‌تواند منجر به رفتار ناسازگار شود، اثری که ممکن است در کودکان مبتلا به بیماری مزمن تقویت شود (کادام، ارتن و اگلیمان، ۲۰۱۳). آسیب‌پذیری روانی اجتماعی کودک که تحت معالجه سرطان قرار دارد، ناشی از تأثیر این بیماری بر خانواده وی است (کازاک و همکاران، ۲۰۰۹). اعضای خانواده کودک که از سرطان رنج می‌برد، چالش‌های مختلفی را تجربه می‌کنند. در یک خانواده فعالیت‌های روزانه ممکن است تغییر کند، و اهداف آینده ممکن است تجدید نظر شود (کادام، ارتن و اگلیمان، ۲۰۱۳؛ کازاک و همکاران، ۲۰۰۹). هرچه تأثیر منفی وضعیت کودک در زندگی خانواده خود بیشتر باشد، تأثیر آن بر عملکرد روانشناختی والدین به ویژه مادران نیز بیشتر خواهد شد. تحقیقات نشان داده‌اند که سطوح بالای بار مراقبتی، سال‌ها پس از پایان درمان باقی می‌ماند. همچنین علائم پریشانی روانی، از قبیل علائم استرس پس از سانحه، تنهایی، درماندگی و عدم اطمینان بیشتر در والدین

کودکان مبتلا به سرطان گزارش می‌شود (کیچکولدو، پولات، توفکچی و بیولت، ۲۰۱۶).

البته در سی سال اخیر پیشرفت در زمینه درمان سرطان کودکان موجب افزایش میزان نجات یافتگان از این بیماری شده است (میلر، ۲۰۱۰)، اما پیامدهای روانشناختی سرطان، برای کودکان و خانواده‌هایشان تنش‌آور و دردناک باقی مانده است (لین، ۲۰۰۷). زمانی که یک بیماری مثل سرطان، زندگی کودک را تهدید می‌کند، همه اعضای خانواده درگیر خواهند شد (نولبریس، انسکار و هلستروم، ۲۰۰۷). سازمان بهداشت جهانی (WHO) نقش مراقبت‌کننده از کودک بیمار به ویژه در مورد کودکان مبتلا به سرطان و دیگر بیماری‌های مزمن را با اهمیت تشخیص داده است (بکوی، آراتول و ریچتر، ۲۰۲۰). بار مراقبتی به صورت واکنش حسی، روانی و اجتماعی مراقبت‌کننده، تعریف می‌شود (زاریت، ۲۰۰۴) که از عدم تعادل بین نیازهای مراقبتی با دیگر وظایف مراقب ناشی می‌شود، این عدم تعادل مربوط به نقش‌های اجتماعی شخصی، وضعیت جسمی، عاطفی و منابع مالی مراقبت‌کننده می‌باشد (لو، وانگ، یانگ و فنگ، ۲۰۰۹). علاوه بر آن شناسایی به موقع بار مراقبتی در مراقبین، نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقای سلامت آنها دارد زیرا بار مراقبتی مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی مراقبین معرفی می‌شود. از طرفی ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین کیفیت زندگی کودکان و مادران وجود دارد؛ زیرا یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کودکان، سلامت والدین می‌باشد که می‌تواند تحت تأثیر بار مراقبتی قرار گیرد (کلاس و همکاران، ۲۰۱۱). مادران کودکان مبتلا به سرطان اغلب از تجربه حالت‌های عاطفی منفی شدید خود می‌ترسند، این ترس قابل درک است، زیرا حالت‌های عاطفی منفی آن‌ها اغلب خیلی شدید است، اگرچه تلاش آن‌ها برای اجتناب از این حالت‌ها، معمولاً نتایج ناسازگارانه‌ای به بار می‌آورد و حالت‌های هیجانی منفی را در آنها افزایش می‌دهد (باثر، ۲۰۰۳).

هیجان‌ها^۳ به دلایل مختلف از جمله کارکردهای تکاملی، اجتماعی - ارتباطی، تصمیم‌گیری، نقش تأثیرگذار آنها در سلامت و بیماری مورد توجه و مطالعه محققان روانشناسی بوده است. هیجان‌ها، پاسخ‌های چند بعدی متشکل از مؤلفه‌های تجربی، رفتاری و فیزیولوژیک هستند (بشارت

1. Cancer

2. World Health Organization(WHO)

3. Emotions

و بزازیان، ۱۳۹۳). هیجان‌ها در فرآیند روانشناختی انسان‌ها نقش تعیین کننده‌ای دارند. توانایی افراد برای تنظیم شناخت، هیجان و اعمال، یک مهارت زندگی مهم و ضروری برای رشد کودکان و والدین است. افراد با خود تنظیمی بهتر می‌توانند به پیامدهای مثبت‌تری در زندگی برسند و احتمال ایجاد مشکلات ارتباطی و اجتماعی و سلامت روانی کمتر است. (امامدوست، تیموری، خوی‌نژاد و رجایی، ۱۳۹۹). تنظیم هیجان، توانایی تعدیل پارامترهای یک تجربه عاطفی است که شامل دو نوع پاسخ غیر متقابل منحصر به فرد است. تنظیم خودکار احساسات یک واکنشی سریع و واکنشی در شروع یک چالش عاطفی است، در حالی که تنظیم هیجان آگاهانه یک واکنش متقابل و طولانی مدت و آشکارتر است. توانایی اجرای تنظیم هیجانی آگاهانه، نگه داشتن ذهن و کنترل آگاهانه، مهارت مهمی است که در کودکی پدیدار می‌شود که عملکرد بعدی در همه زمینه های دانشگاهی، رفتاری و اجتماعی به ویژه ظرفیت تنظیم احساسات منفی را پیش‌بینی می‌کند (گرابل، هوپیرت، فیشرن، هلیوتکوسکی و جونز، ۲۰۱۹).

تنظیم هیجان شامل استفاده از راهبردهای رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان و یا شدت تجربه یک هیجان می‌باشد (کرینگ و سولوآن، ۲۰۰۹). تنظیم هیجان از طریق شناخت‌ها در زندگی روزمره افراد مشاهده می‌شود. شناخت‌ها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجان‌ها مغلوب نشوند (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷).

در همین راستا، گارنفسکی، کرایچ و اسپینسهاون (۲۰۱۱)، نه راهبرد متفاوت تنظیم شناختی هیجان را مطرح کردند که به دو دسته راهبردهای سازگارانه (مثبت) و ناسازگارانه (منفی) تقسیم می‌شوند. راهبردهای سازگارانه شامل: پذیرش (تفکر با محتوای پذیرش)، تمرکز مجدد مثبت (تمرکز بر وجه مثبت اتفاقات)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (فکر کردن درباره مراحل فائق آمدن بر واقعه منفی یا تغییر آن)، ارزیابی مجدد مثبت (تفکر درباره جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی)، دیدگاه‌گیری (تفکر مربوط به کم اهمیت بودن واقعه یا تأکید بر نسبت آن در مقایسه با سایر وقایع) می‌باشد. راهبردهای ناسازگارانه نیز متشکل از: سرزنش خود (تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش خود)، سرزنش دیگران (تفکر با

محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران به خاطر آنچه اتفاق افتاده است)، نشخوار ذهنی (اشتغال ذهنی درباره احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه منفی) و فاجعه انگاری (تفکر با محتوای وحشت از حادثه) می‌باشد. تحقیقات نشان داده است که استفاده از راهبردهای متفاوت، پیامدهای متفاوتی را به دنبال دارد. به نظر می‌رسد استفاده بیش از حد فرد از راهبردهای ناسازگار یا استفاده کم از راهبردهای سازگار می‌تواند از عوامل زیربنایی مشکلات هیجانی باشد. استراتژی‌های تنظیم هیجان ناسازگار خطر بروز مشکلات هیجانی و آسیب‌های روانشناختی را افزایش می‌دهند، در حالی که راهبردهای سازگارانه به عنوان فاکتور محافظتی عمل می‌کنند (یعقوبی و واقف، ۱۳۹۹، آشنا و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از کاربردهای مفید در زمینه تنظیم هیجان‌ها درمان فراتشخیصی یکپارچه^۱ است که در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی - رفتاری اختصاصی معرفی شده است و در آن اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای انواع اختلال‌های مختلف هیجانی به کار می‌رود. پروتکل درمان یکپارچه^۲ افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی به خصوص افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی و اضطرابی طراحی شده ریشه در سنت شناختی رفتاری دارد و یک درمان شناختی - رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است. با این که سنت شناختی - رفتاری دارد ولی، در تأکید ویژه‌اش روی نحوه تجربه و پاسخدهی به هیجان‌های خود در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی، بی‌همتا و منحصر به فرد است. این درمان بر ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها تأکید می‌کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیرانطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی دارد و به واسطه آن پردازش متناسب را تسهیل و پاسخدهی هیجانی نامتناسب به نشانه‌های درونی (احشایی) و بیرونی را خاموش می‌کند (فارکیونه و همکاران، ۲۰۱۲).

منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در خصوص وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی بوده است که عمدتاً با هدف مورد آماج قراردادن این عوامل سبب‌ساز طراحی شدند (بویسه، فارکیونه، الارد و بارلو، ۲۰۱۰). پروتکل‌های فراتشخیصی به منظور مورد هدف قرار دادن فرآیندهای شناختی و رفتاری درگیر در طیف وسیعی از اختلال‌های روانشناختی طراحی شده‌اند، از جمله می‌توان به پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو، (۲۰۱۱) اشاره کرد که برای

¹. Unified transdiagnostic therapy

². Unified Protocol

افراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی یک قطبی با قابلیت کاربردپذیری بالقوه برای سایر اختلال‌های هیجانی ارائه گردید. تدوین پروتکل درمانی یکپارچه با توجه به نتایج پژوهش‌هایی است که نشانگر اشتراکات و مشابهت‌های موجود بین اختلال‌های هیجانی به ویژه وجود ویژگی‌های مشترک یا عوامل فراتشخیصی و مشکلات مشترک این اختلال‌ها (مثل: عاطفه منفی، کمال‌گرایی، نشخوار ذهنی مشکلات تنظیم هیجانی، نگرانی و مشکل در خواب) است. نرخ بالای همبندی بین این اختلال‌ها و میزان بهبودی بالا در اختلال‌های همبند با اختلال اصلی تحت درمان، دلیل ایجاد درمان فراتشخیصی است. پروتکل درمان یکپارچه فراتشخیصی، یک درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر رویارویی است که در درجه نخست روی تغییر دادن پاسخ‌های غیرانطباقی به تجارب هیجانی تأکید می‌کند. این روش درمانی با ادغام مؤلفه‌های مشترک درمان شناختی - رفتاری برای اختلال‌های هیجانی و با استفاده از آخرین پیشرفت‌ها در حوزه علم هیجان و درمان‌های موج سوم، تلاش می‌کند تا فرآیندهای اصلی سبب‌ساز اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار دهد (بویسه، فارکیونه، الارد و بارلو، ۲۰۱۰).

در پژوهشی که کاماچو و همکاران (۲۰۱۹) بر روی خانواده‌های قربانیان درگیری‌های مسلحانه در کلمبیا انجام دادند، نتایج مشخص کرد که درمان فراتشخیصی بارلو و همکاران باعث کاهش علائم افسردگی، اضطراب و افزایش تنظیم هیجانی و همینطور افزایش کیفیت زندگی در این جمعیت می‌شود. در فراتحلیل و مرور سیستماتیک که ساکیس و برله (۲۰۱۹) انجام دادند این نتایج بدست آمد که در ۱۵ مطالعه و ۱۲۴۴ شرکت‌کننده، کاهش بسیار معنادار در علائم اضطراب، افسردگی، اختلال اضطراب عمومی، اختلال وسواس اجباری، اختلال هراس با و بدون آگورافوبیا، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال شخصیت مرزی مشاهده شد. علاوه بر این، نتایج نشان دهنده افزایش استفاده از راهبردهای تطبیقی تنظیم هیجانی و کاهش استفاده از استراتژی‌های ناسازگار تنظیم هیجانی بود که این نتایج باعث برجسته شدن مداخله فراتشخیصی به عنوان یک مداخله مبتنی بر تنظیم هیجانی مؤثر شده است. شرمان و ارنریش (۲۰۱۹) در پژوهشی که به دنبال بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نوجوانان دچار اختلال‌های هیجانی بودند، نتایجی که بدست آوردند نشان داد که این

1. obsessive compulsive disorder

درمان بر کاهش اجتناب تجربی و همچنین کاهش علائم اضطراب و افسردگی و افزایش تنظیم هیجانی و تحمل‌پذیری اثر داشته است. در پژوهشی که ژاوی استیله و همکاران، (۲۰۱۸) بر روی ۱۷۹ بزرگسال ۶۶- ۱۸ سال دچار اختلالات هیجانی همبند با اختلالات روان‌پزشکی مختلف، انجام دادند، مشخص شد که درمان فراتشخیصی یکپارچه در مقایسه با درمان‌های تشخیص محور، باعث کاهش بیشتری در علائم اختلالات هیجانی، اضطراب و افسردگی شده است. در پژوهشی که وارکوویتسکی، شریل و رگار، (۲۰۱۸) انجام دادند مشخص شد که درمان فراتشخیصی یکپارچه، باعث کاهش معنادار علائم استرس پس از سانحه، نشانه‌های افسردگی و مشکل تنظیم هیجانی در سربازان دچار اختلال پس از سانحه شد. در پژوهش پگاه‌پور و همکاران (۱۳۹۸) به مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و مواجهه‌سازی بازداری پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به وسواس فکری - عملی پرداختند. نتایج نشان داد که اثربخشی درمان فراتشخیصی در مقایسه با درمان مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ در بهبود اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به^۱ OCD به طور معناداری بیشتر است. در پژوهش هومن و همکاران (۱۳۹۴) مشخص شد که درمان فراتشخیصی باعث کاهش علائم افسردگی و اضطراب و همچنین افزایش تنظیم شناختی هیجان (افزایش راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی) و عملکرد عمومی (سازگاری اجتماعی و شغلی) در زنان دارای اختلالات همبود افسردگی و اضطراب شد.

با این توضیحات می‌توان خلا انجام چنین پژوهش‌هایی را در مورد مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بیش از پیش احساس کرد. والدین کودکان مبتلا به سرطان به ویژه مادران به دلیل بار مراقبتی و تعامل عاطفی - هیجانی بیشتر با کودکان و همچنین فشار روانی شرایط تحمیلی بیماری کودک، دچار بد تنظیمی شناختی و در نتیجه مواجهه غیرکاربردی و مختل‌کننده با موضوع حاد بیماری فرزند می‌شود که همین شرایط، والد و کودک را توانمند دچار مشکلات افزون‌تری می‌کند (دومیت، راهی، ساب و مجدلانی، ۲۰۱۸). با توجه به تأکید ویژه این درمان بر هیجان‌ات در این پژوهش کوشش شده است تا با بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر مؤلفه‌های هیجانی در جامعه مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان، ابعاد متفاوت آن سنجیده و ارزیابی شود. با توجه به آنچه بیان شد،

دهندگان محرمانه خواهد بود. همچنین به آنها یادآوری شد که در صورت تمایل می‌توانند، از نتایج پژوهش آگاه شوند. همچنین طبق اصول اخلاقی عدالت محوری در پژوهش به گروه گواه اطمینان داده شد که پس از پایان درمان گروه آزمایشی به آنها هم در صورت تمایل، آموزش داده می‌شود. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که ابتدا هر دو گروه قبل از هرگونه مداخله در شرایط یکسان به پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پاسخ دادند و سپس مداخله مبتنی بر مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر، برنامه‌ای دوازده جلسه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه، هر جلسه طی ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه برنامه‌ای دریافت نکردند. و در انتهای آموزش هم هر دو گروه به پرسشنامه‌های پس‌آزمون پاسخ دادند. در پژوهش حاضر مداخله فراتشخیصی یکپارچه نگر به عنوان متغیر مستقل و تنظیم شناختی هیجان به عنوان متغیر وابسته اعمال شدند. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

ب) ابزار

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۱ (CERQ) فرم کوتاه (گارنفسکس و کرایچ، ۲۰۰۶): یک پرسشنامه خودسنجی است که نسخه اصلی این پرسشنامه شامل ۹ زیر مقیاس و دارای ۳۶ گویه است. فرم کوتاه آن شامل ۱۸ سؤال و ۹ زیر مقیاس است. پذیرش^۲، توجه مجدد بر برنامه ریزی^۳، توجه مجدد مثبت^۴، ارزیابی مجدد مثبت^۵ و دیدگاه‌گیری (نگاه از چشم‌انداز متفاوت)^۶، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، سرزنش خود^۷، سرزنش دیگران^۸، نشخوار ذهنی^۹ و فاجعه‌آمیز پنداری^{۱۰} راهبردهای منفی تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. سازندگان این پرسشنامه پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (فاسم‌زاده نساجی، پیوسته‌گر، حسینیان، موتابی و بنی‌هاشمی، ۱۳۸۹). همچنین در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ محاسبه شد. (بشارت و بزاریان، ۱۳۹۳). در

پژوهش حاضر در پی پاسخ دادن به این سؤال است که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان مبتلا به سرطان تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر مادران کودک مبتلا به سرطان شهر تهران که در سال ۱۳۹۸ به بیمارستان‌های سطح شهر مراجعه کرده‌اند، بودند که براساس سیستم آماری یکپارچه بیمارستان محک تعداد بیماران ۱۰۴۶۰ نفر بود. در ابتدا تعداد ۳۶ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شده و با جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند که بعد از ریزش نمونه، تعداد ۳۱ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۶ نفر گروه گواه) در پژوهش باقی ماندند. گروه نمونه شامل ۱۲ نفر از بیمارستان محک، ۶ نفر بیمارستان شهدای تجریش، ۷ نفر بیمارستان بهرامی و ۶ نفر از بیمارستان حضرت علی اصغر بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن رضایت آگاهانه، قرار داشتن کودکان در بازه‌ی سنی ۷ تا ۱۲ سال و همچنین تحت درمان بودن کودکان در زمان انجام پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: مادرانی که فرزندشان قطع درمان شده یا ترخیص شده‌اند، ابتلای دیگر اعضای خانواده به سرطان یا دیگر بیماری‌های مزمن، غیبت بیش از دو جلسه و یا انصراف از شرکت در دوره. همچنین برای اطمینان از تطبیق شرایط ورود به مطالعه اعضای نمونه، به جز بررسی شرایط روانشناختی و خانوادگی توسط پژوهشگر، پرونده درمانی کودکان این مادران توسط پزشک متخصص بررسی شد.

پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1398.071 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به تصویب رسیده است. همچنین جهت رعایت اصول اخلاقی رازداری در پژوهش به همه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به منظور اهداف پژوهشی گردآوری می‌شود و اطلاعات پاسخ

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

2. Acceptance

3. Refocus of Planing

4. Positive Refocusing

5. Positive Reappraisal

6. Putting into Perspective

7. Self- Blam

8. Other-Blam

9. Focus on Thought/ Rumination

10. Catastrophizing

بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش نیافته) تقسیم می شوند. در جدول ۱ خلاصه جلسات درمانی فراتشخیصی یکپارچه نگر (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). این جلسات برای گروه آزمایش اجرا شده است.

این پژوهش از فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان استفاده شده است. پاسخ های این پرسشنامه در یک پیوستار پنج درجه ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع آوری می شود. برای نمره گذاری پرسشنامه ابتدا نمره هر گزینه به این صورت مشخص می شود: هرگز = ۱، گاهی = ۲، معمولاً = ۳، اغلب = ۴، همیشه = ۵. سپس نمره هر یک از زیرمقیاس های ۹ گانه با جمع نمره های دو ماده هر زیرمقیاس محاسبه می شود حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره

جدول ۱. پروتکل جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱)

| ماژول | عنوان | شرح محتوای جلسات و اهداف رفتاری آن ها | تکالیف |
|-------------|---|--|--|
| ماژول ۱ | افزایش انگیزه برای شرکت در درمان | مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیمار، ارائه ای منطق درمان و تعیین اهداف درمان. ارائه کتاب کار و برگه های ثبت تکلیف جهت ثبت تکالیف هر جلسه. | مشخص کردن مزایا و معایب تغییر، اهداف عینی و گام های احتمالی درمان بر اساس برداشت شخصی با توجه به مباحث گفته شده در جلسه اول. |
| ماژول ۲ | آموزش روانشناختی و جستجوی تجربه هیجانی | اهداف رفتاری: افزایش آمادگی و انگیزه برای تغییر رفتاری و تقویت خودکارآمدی یا باور به توانایی شخصی برای دستیابی موفقیت آمیز. بازشناسی هیجان ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه ای تجارب هیجانی و مدل ARC ^۱ (سابقه، پاسخ ها، نتایج). اهداف رفتاری: آگاهی نسبت به الگوهای پاسخدهی هیجانی فردی و عوامل ایجاد کننده و نگهدارنده این الگوها. | تمرین مهارت های آموخته شده شامل: پایش و جستجوی چند تجربه هیجانی، تعیین عوامل نگهدارنده (مثل، ماشه چکان های معمول و یا وابستگی های محیطی) و الگوهای پاسخدهی هیجانی فرد در چند نمونه از تجارب هیجانی فردی. |
| ماژول ۳ و ۴ | آموزش آگاهی هیجانی | یادگیری مشاهده ی تجارب هیجانی (هیجان ها و واکنش به هیجان ها) به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی. اهداف رفتاری: کسب مهارت های مشاهده عینی تجربه های هیجانی در هنگام وقوع و در لحظه انجام، شناسایی افکار، احساس های جسمی و رفتارهایی که در ناراحتی ها نقش دارند و درک مفهوم ذهن آگاه بودن. ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان ها، شناسایی ارزیابی های ناسازگارانه اتوماتیک و دام های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر. | تمرین مهارت های آموخته شده شامل: مشخص کردن نحوه واکنش و پاسخ به هیجان ها و همچنین تمرین آگاهی غیرقضاوتی و متمرکز بر حال در چند تجربه هیجانی. |
| ماژول ۵ | بازارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی | اهداف رفتاری: شناسایی نقش ارزیابی های خودکار ناسازگارانه در ایجاد تجربه های هیجانی، شناسایی الگوهای تفکر، یادگیری روش های اصلاح تفکر ناسازگارانه و انعطاف در خودارزیابی های هیجانی. آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها. | تمرین مهارت های آموخته شده شامل: شناسایی الگوهای هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان (EDB) و نحوه تأثیر آن در تداوم ناراحتی، در چند نمونه از تجارب هیجانی فردی. |
| ماژول ۶ و ۷ | شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS ^۲ | اهداف رفتاری: شناخت نحوه تأثیر الگوهای هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان (EDB) و نقش آن ها در تداوم ناراحتی و استفاده از آن ها برای تغییر الگوهای فعلی پاسخ های هیجانی. | |

2. Emotion Driven Behaviors

1. Antecedents, Responses, Consequences

| ماژول | عنوان | شرح محتوای جلسات و اهداف رفتاری آنها | تکالیف |
|---------------|---|---|---|
| ماژول ۸ | آگاهی و تحمل احساس های جسمانی | افزایش آگاهی از نقش احساس های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه یا رویارویی احشایی (فیزیولوژیک) به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علائم. اهداف رفتاری: شناسایی نقش احساس های بدنی در افکار و رفتارها و تأثیر متقابل آنها در احساس های بدنی و افزایش تحمل نسبت احساس های بدنی در جریان مواجهه های درونزاد. | تمرین مهارت های آموخته شده شامل: شناسایی ماشه چکان های درونی (شامل احساس های بدنی) و بیرونی هیجانی، افزایش تحمل هیجانی؛ درک و ایجاد بافتار جدید هیجانی؛ بررسی و ثبت سلسله مراتب اجتناب هیجانی شامل مجموعه ای از موقعیت و مواجهه ها بصورت سلسله مراتبی؛ در چند نمونه از تجارب هیجانی فردی. |
| ماژول ۹ و ۱۰ | رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت | آگاهی یافتن از منطبق رویایی های هیجانی، آموزش نحوه ی تهیه ی سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب. اهداف رفتاری: طرح ریزی سلسله مراتب اجتناب هیجانی شامل مجموعه ای از موقعیت ها و مواجهه ها بصورت سلسله مراتبی، افزایش تحمل نسبت به هیجان ها و یادگیری بافتارهای جدید و استفاده از آنها در تجربیات رفتاری هیجانی جدید. | تمرین مهارت های آموخته شده شامل: تمرین های مواجهه درونزاد با هدف برانگیختن احساس های بدنی مشابه با احساس و ناراحتی، هدف این تمرین ها شناسایی نقش احساس های بدنی در افکار و رفتارها و تأثیر متقابل آنها در احساس های بدنی است. |
| ماژول ۱۱ و ۱۲ | پیشگیری از عود | مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی بیمار. اهداف رفتاری: استفاده از تکنیک های آموزش داده شده در مراحل قبل برای بهبود پیشرفت در دستیابی به اهداف کوتاه مدت و بلند مدت. | شناسایی راه های تداوم نتایج درمانی و مشکلات احتمالی آتی؛ تمرین روش های کاربردی برای استفاده روزمره از تکنیک های درمانی برای بهبود پیشرفت در دستیابی به اهداف کوتاه مدت و بلند مدت. |

یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر شامل موارد زیر بود. در گروه آزمایش ۸۰٪ درصد از افراد گروه آزمایش در محدوده سنی ۳۱ تا ۴۵ سال بودند و در گروه گواه ۸۱٪ درصد در این محدوده سنی قرار داشتند. در گروه آزمایش ۵۳٪ درصد شرکت کنندگان تحصیلات دیپلم، ۳۳٪ درصد لیسانس و ۱۳٪ درصد فوق لیسانس داشتند و در گروه گواه ۵۶٪ درصد افراد تحصیلات دیپلم، ۳۷٪ درصد لیسانس و ۶٪ درصد فوق لیسانس داشتند. در گروه آزمایش ۶۶٪ درصد متأهل و ۳۳٪ درصد جدا شده بودند و همچنین در گروه گواه ۶۸٪ درصد متأهل، ۲۵٪ درصد جدا شده و ۶٪ درصد بیوه بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال در هر دو گروه آزمایش و گواه شاغلین بیشتر بودند. تعداد ۶۰٪ درصد گروه آزمایش شاغل و ۴۰٪ درصد خانه دار بودند و همچنین در گروه گواه تعداد ۶۸٪ درصد شاغل و ۳۱٪ درصد خانه دار بودند.

در جدول ۲ آمار توصیفی متغیر اصلی پژوهش (مؤلفه های تنظیم شناختی هیجان) به تفکیک گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است. نتایج جدول زیر نشان می دهد که بعد از مداخله فراتشخیصی یکپارچه نگر در مادران کودکان مبتلا به سرطان در

گروه آزمایش میانگین مؤلفه پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه گیری به مقدار قابل توجهی افزایش یافته است. این در حالی است که این مؤلفه های ملامت خویشتن، نشخوارگری، فاجعه سازی، ملامت دیگران میانگین کاهش داشته است. این تغییرات در گروه گواه مشاهده نمی شود. برای بررسی دقیق تر تفاوت معنی دار بین پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و گواه به استنباط آماری خواهیم پرداخت.

جدول ۲. آمار توصیفی نمره‌های مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان گروه‌های آزمایش و گواه

| مؤلفه | گروه | مرحله | فراوانی | میانگین | انحراف معیار |
|---------------------------|--------|-----------|---------|---------|--------------|
| ملاحت خویشتن | آزمایش | پیش آزمون | ۱۵ | ۷/۱۳ | ۱/۴۱ |
| | | پس آزمون | ۱۵ | ۴/۱۳ | ۱/۴۱ |
| | گواه | پیش آزمون | ۱۶ | ۶/۳۱ | ۱/۶۲ |
| | | پس آزمون | ۱۶ | ۶/۹۴ | ۱/۸۸ |
| پذیرش | آزمایش | پیش آزمون | ۱۵ | ۳/۸۷ | ۱/۲۵ |
| | | پس آزمون | ۱۵ | ۶/۸۰ | ۱/۹۷ |
| | گواه | پیش آزمون | ۱۶ | ۴/۳۸ | ۱/۶۷ |
| | | پس آزمون | ۱۶ | ۳/۶۹ | ۱/۶۲ |
| نشخوارگری | آزمایش | پیش آزمون | ۱۵ | ۷/۲۷ | ۱/۵۸ |
| | | پس آزمون | ۱۵ | ۴/۱۳ | ۱/۷۷ |
| | گواه | پیش آزمون | ۱۶ | ۶/۸۱ | ۱/۶۴ |
| | | پس آزمون | ۱۶ | ۶/۹۴ | ۲/۰۸ |
| تمرکز مجدد مثبت | آزمایش | پیش آزمون | ۱۵ | ۴/۶۰ | ۱/۵۰ |
| | | پس آزمون | ۱۵ | ۷/۱۳ | ۱/۷۳ |
| | گواه | پیش آزمون | ۱۶ | ۴/۱۳ | ۱/۴۵ |
| | | پس آزمون | ۱۶ | ۴/۳۷ | ۱/۴۱ |
| تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی | آزمایش | پیش آزمون | ۱۵ | ۴/۰۷ | ۱/۵۸ |
| | | پس آزمون | ۱۵ | ۷/۴۰ | ۲/۱۶ |
| | گواه | پیش آزمون | ۱۶ | ۴/۷۵ | ۱/۷۳ |
| | | پس آزمون | ۱۶ | ۴/۲۵ | ۱/۵۳ |
| ارزیابی مجدد مثبت | آزمایش | پیش آزمون | ۱۵ | ۳/۶۷ | ۱/۳۵ |
| | | پس آزمون | ۱۵ | ۷/۱۳ | ۱/۶۰ |
| | گواه | پیش آزمون | ۱۶ | ۴/۸۱ | ۱/۷۲ |
| | | پس آزمون | ۱۶ | ۴/۴۴ | ۱/۷۵ |
| دیدگاه‌گیری | آزمایش | پیش آزمون | ۱۵ | ۴/۲۰ | ۱/۰۸ |
| | | پس آزمون | ۱۵ | ۷/۰۷ | ۱/۷۱ |
| | گواه | پیش آزمون | ۱۶ | ۴/۶۹ | ۱/۷۰ |
| | | پس آزمون | ۱۶ | ۴/۰۶ | ۱/۴۴ |
| فاجعه‌سازی | آزمایش | پیش آزمون | ۱۵ | ۷/۸۰ | ۱/۶۱ |
| | | پس آزمون | ۱۵ | ۴/۳۳ | ۱/۸۸ |
| | گواه | پیش آزمون | ۱۶ | ۷/۶۹ | ۱/۴۹ |
| | | پس آزمون | ۱۶ | ۸/۰۰ | ۱/۷۹ |
| ملاحت دیگران | آزمایش | پیش آزمون | ۱۵ | ۸/۲۰ | ۱/۵۷ |
| | | پس آزمون | ۱۵ | ۴/۵۳ | ۱/۸۸ |
| | گواه | پیش آزمون | ۱۶ | ۷/۳۱ | ۱/۶۶ |
| | | پس آزمون | ۱۶ | ۸/۰۶ | ۱/۸۱ |

بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون لون برای سنجش برابری واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون انجام شده است و سپس جدول آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها ارائه شده است. برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع

جهت بررسی این فرضیه و کنترل تفاوت‌های آزمودنی‌ها در پیش آزمون از آزمون تحلیل کواریانس یک راه استفاده شد. در ابتدا جهت بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای

صورت جداگانه انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۳ مشاهده می شود. نتایج نشان می دهد که مقدار F محاسبه شده برای خرده مقیاس های تنظیم شناختی هیجان، ملامت خویشتن، (F= ۴۸/۱۳، P≤ ۰/۰۰۱) پذیرش (F= ۴۵/۳۲، P≤ ۰/۰۰۱) نشخوارگری (F= ۳۱/۳۳، P≤ ۰/۰۰۱) تمرکز مجدد مثبت (F= ۶۶/۳۶، P≤ ۰/۰۰۱) ارزیابی مجدد مثبت (F= ۴۳/۸۶، P≤ ۰/۰۰۱) دیدگاه گیری (F= ۳۴/۶۶، P≤ ۰/۰۰۱) فاجعه سازی (F= ۵۴/۸۸، P≤ ۰/۰۰۱) ملامت دیگران (F= ۴۹/۲۷، P≤ ۰/۰۰۱) است و با توجه به اینکه (P≤ ۰/۰۰۵) است در نتیجه مقدار F محاسبه شده معنادار است که بیانگر تفاوت اثر شرایط آزمایش بر متغیر وابسته (مؤلفه های مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان) است.

نمرات متغیرها از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شده است. به دلیل آن که سطح معنی داری در آزمون ذکر شده از ۰/۰۵ بزرگ تر بود می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات متغیرهای وابسته نرمال است (p≥ ۰/۰۵). همچنین با توجه به نتایج آزمون لون و از آنجایی که سطح معنی داری آماره F تمامی مؤلفه ها بزرگ تر از ۰/۰۱ بود، بنابراین واریانس خطای دو گروه با هم برابر بوده و تفاوتی بین آنها مشاهده نمی شود. همچنین مقدار F تعامل متغیر همپراش برای متغیرها معنادار نیست (p≥ ۰/۰۵). از این رو می توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد نشده و پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر یا متغیرها بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کواریانس یک راه برای اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر به

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای متغیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

| متغیر | شاخص منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درج آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اتا | توان آزمون |
|---------------------------|-------------------|---------------|-----------|-----------------|-------|--------------|------|------------|
| ملامت خویشتن | پیش آزمون | ۳۲/۹۵ | ۱ | ۳۲/۹۵ | ۱۹/۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱ | ۰/۹۹ |
| | آزمایش | ۸۲/۰۳ | ۱ | ۸۲/۰۳ | ۴۸/۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۴۷/۷۲ | ۲۸ | ۱/۷۰ | - | - | - | - |
| | کل | ۱۱۰/۷۰۰ | ۳۱ | - | - | - | - | - |
| پذیرش | پیش آزمون | ۳۷/۰۱ | ۱ | ۳۷/۰۱ | ۱۸/۲۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۹ | ۰/۹۸ |
| | آزمایش | ۹۱/۹۸ | ۱ | ۹۱/۹۸ | ۴۵/۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۵۶/۸۲ | ۲۸ | ۲/۰۳ | - | - | - | - |
| | کل | ۱۰۰/۵۰۰ | ۳۱ | - | - | - | - | - |
| نشخوارگری | پیش آزمون | ۲۸/۴۲ | ۱ | ۲۸/۴۲ | ۹/۹۱ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۶ | ۰/۸۶ |
| | آزمایش | ۷۲/۰۶ | ۱ | ۷۲/۰۶ | ۲۵/۱۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۸۰/۲۵ | ۲۸ | ۲/۸۷ | - | - | - | - |
| | کل | ۱۱۳/۵۰۰ | ۳۱ | - | - | - | - | - |
| تمرکز مجدد مثبت | پیش آزمون | ۳۲/۰۴ | ۱ | ۳۲/۰۴ | ۲۲/۷۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵ | ۱/۰۰ |
| | آزمایش | ۴۴/۱۴ | ۱ | ۴۴/۱۴ | ۳۱/۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۳۹/۴۵ | ۲۸ | ۱/۴۱ | - | - | - | - |
| | کل | ۱۱۴/۱۰۰ | ۳۱ | - | - | - | - | - |
| تمرکز مجدد بر برنامه ریزی | پیش آزمون | ۵۷/۱۷ | ۱ | ۵۷/۱۷ | ۳۶/۸۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷ | ۱/۰۰ |
| | آزمایش | ۱۰۲/۹۴ | ۱ | ۱۰۲/۹۴ | ۶۶/۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۰ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۴۳/۴۳ | ۲۸ | ۱/۵۵ | - | - | - | - |
| | کل | ۱۲۱/۱۰۰ | ۳۱ | - | - | - | - | - |
| ارزیابی مجدد مثبت | پیش آزمون | ۳۰/۳۰ | ۱ | ۳۰/۳۰ | ۱۶/۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۷ | ۰/۹۸ |
| | آزمایش | ۸۰/۴۷ | ۱ | ۸۰/۴۷ | ۴۳/۸۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۵۱/۳۷ | ۲۸ | ۱/۸۳ | - | - | - | - |
| | کل | ۱۱۶/۰۰۰ | ۳۱ | - | - | - | - | - |
| دیدگاه گیری | پیش آزمون | ۹/۷۲ | ۱ | ۹/۷۲ | ۴/۳۸ | ۰/۰۰۴ | ۰/۱۴ | ۰/۵۲ |

| متغیر | شاخص منبع تغییرات | مجموع مجدورات | درج آزادی | میانگین مجدورات | F | سطح معناداری | تا | توان آزمون |
|--------------|-------------------|---------------|-----------|-----------------|-------|--------------|------|------------|
| فاجعه سازی | آزمایش | ۷۶/۹۴ | ۱ | ۷۶/۹۴ | ۳۴/۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۶۲/۱۵ | ۲۸ | ۲/۲۲ | - | - | - | - |
| | کل | ۱۰۸۵/۰۰ | ۳۱ | - | - | - | - | - |
| سلامت دیگران | پیش آزمون | ۴۱/۷۵ | ۱ | ۴۱/۷۵ | ۲۱/۰۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۳ | ۰/۹۹ |
| | آزمایش | ۱۰۸/۹۳ | ۱ | ۱۰۸/۹۳ | ۵۴/۸۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۵۵/۵۸ | ۲۸ | ۱/۹۸ | - | - | - | - |
| | کل | ۱۴۰۳/۰۰ | ۳۱ | - | - | - | - | - |
| | پیش آزمون | ۳۰/۴۹ | ۱ | ۳۰/۴۹ | ۱۲/۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱ | ۰/۹۳ |
| | آزمایش | ۱۱۹/۹۸ | ۱ | ۱۱۹/۹۸ | ۴۹/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۶۸/۱۸ | ۲۸ | ۲/۴۳ | - | - | - | - |
| | کل | ۱۴۴۷/۰۰ | ۳۱ | - | - | - | - | - |

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر تنظیم شناختی هیجان مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بود. با توجه به یافته‌های پژوهش، میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش در خرده مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان نسبت به گروه کنترل تفاوت معنادار داشت. به این معنا که مداخله فراتشخیصی یکپارچه نگر، تأثیر معناداری بر افزایش استفاده از راهبردهای سازش یافته و کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه هیجان داشته است. این یافته‌ها همسو با نتایج حاصل از پژوهش‌های کاماچو و همکاران (۲۰۱۹)، ساکیس و برله (۲۰۱۹)، شومان و ارنیش (۲۰۱۹)، ژاروی استیله و همکاران، (۲۰۱۸) و وارکویتسکی، شریل، رگار، (۲۰۱۸) مبنی بر کاهش علائم اضطراب، افزایش استفاده از راهبردهای تطبیقی تنظیم هیجانی و کاهش استفاده از استراتژی‌های ناسازگار تنظیم هیجانی، کاهش در علائم اختلالات هیجانی، نشانه‌های افسردگی و مشکل تنظیم هیجانی همسو است.

با افزایش میزان بقا در کودکان مبتلا به سرطان، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از نقش بسیار مهم والدین در مراقبت این کودکان آگاه شده‌اند. والدین نه تنها نقش خاصی در مراقبت کودک در حین درمان سرطان دارند، همچنین به طور منظم در زمان اتمام درمان نیز تماس نزدیک با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی خواهند داشت. علاوه بر آن مراقبت از کودک زندگی معمول آنها و همچنین نقش‌های والدینی تغییر می‌یابد، بنابراین عملکرد خانواده برای مدت زمان کوتاه یا طولانی متحول می‌گردد. پژوهش‌ها نشان داده است که داشتن یک کودک مبتلا به سرطان

می‌تواند به بی‌ثباتی عاطفی - هیجانی، ایجاد اختلال در تنظیم هیجانی، عدم اطمینان و تنش در میان اعضای خانواده به ویژه والدین منجر شود (گوروتنهویز، و لست ۲۰۱۰). آن‌ها علاوه بر واکنش عاطفی و هیجانی فرزندشان نسبت به بیماری، واکنش اختصاصی خود را نیز دارند، در همان زمان، والدین باید از دیگر اعضای خانواده نیز مراقبت کنند. در نتیجه به این بار و فشار عاطفی - هیجانی، بار مراقبتی کودک بیمار و دیگر اعضای خانواده نیز افزوده می‌شود (هوکسترا و برز، جاسپرز، کامپز و کلیپ، ۲۰۱۱).

لذا برای کاهش این تنش و عدم نظم شناختی هیجان، نیاز به مداخله‌هایی است که این موضوع را تحت تأثیر قرار دهند و والدین کودک بیمار را در حیطه بازیابی و ترمیم روانشناختی مورد درمان و حمایت قرار دهند. یکی از درمان‌هایی که در سال‌های اخیر در میان تحولات جدید در حوزه درمان‌های شناختی - رفتاری در مقابل درمان‌های اختصاصی برای اختلال‌های هیجانی تدوین شده است درمان فراتشخیصی با رویکرد یکپارچه است که توسط بارلو و همکاران مطرح گردیده است. رویکرد فراتشخیصی مؤلفه‌های زیربنایی آسیب روانی را مورد هدف قرار می‌دهد و می‌تواند برای اختلال‌ها و مشکلاتی که زیربنای یکسان و مشابهی دارند کاربرد داشته باشد. این درمان که برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی و شناختی خصوصاً افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی می‌تواند گزینه‌ای مقتصدانه و قدرتمند در مقایسه با پروتکل‌های درمانی موجود کنونی برای تشخیص بالینی خاص باشد (آشنا، بشارت، ملیحی‌الذاکرینی و رافضی، ۱۴۰۰). این درمان بر ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها تأکید می‌کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیرانطباقی برای تنظیم

تجارب هیجانی دارد و به واسطه آن پردازش متناسب را تسهیل و پاسخدهی هیجانی نامتناسب به نشانه‌های درونی (احشایی) و بیرونی را خاموش می‌کند. همان‌طور که مشخص است این رویکرد درمانی در بهبود اختلالات هیجانی و تنظیم هیجان‌ات تأثیر بسزایی دارد (فارکیونه، الارد، بویسه، تامسون و کارل، ۲۰۱۲). رویکرد فراتشخیصی با وجود زمان کمی که از پژوهش و کاربرد بالینی آن می‌گذرد توجه ویژه‌ای را به خود جلب کرده است (هاروی، واتکینز، منسل و شافران، ۲۰۰۴). درمان‌های فراتشخیصی، اثربخشی خود را در درمان اختلال‌های هیجانی نشان داده‌اند (نورتون، هایز و اسپیرینگر، ۲۰۰۸).

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که بار مراقبتی در سلامت جسم و روان مراقب‌کننده تأثیر دارد و کیفیت زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به عبارت دیگر یک ارتباط مستقیم و معنادار بین کیفیت زندگی کودک و مادر وجود دارد. بنابراین مطالعات در این زمینه مشخص می‌کنند که افزایش مراقبت‌های بهداشتی والدین در بهبود عملکرد کودک بیمار و خانواده نقش دارد (آشنا، مسچی و حسین‌زاده تقوایی، ۲۰۱۶). همچنین مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد. به عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا برای آنها اطلاق می‌گردد. بنابراین نقش شناخت‌ها در تنظیم هیجانی بسیار با اهمیت می‌باشد. و نکته اساسی در اثرگذاری درمان بر تنظیم هیجان‌ات این می‌باشد که در بخشی از این درمان بر ارزیابی و ارزیابی‌های مجدد شناختی به طور خاص تأکید می‌شود و سعی در انعطاف‌پذیری در تفکر دارد. بنابراین این نکته هم به تبیین دلیل اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان صحت می‌گذارد. باید گفت پر واضح است که این مادران به دلیل محدودیت و مشکلات خود در ارزیابی‌های شناختی و به تبع آن در استفاده صحیح و بجای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان دچار مشکل هستند (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷).

همچنین، با اشاره به اینکه درمان فراتشخیصی با افزایش آگاهی هیجانی شناختی فرد از خود و پیرامونش خودنگری را افزایش و باعث استفاده از طیفی از مهارت‌های مقابله‌ای می‌شود. افزایش آگاهی از حس‌های درد و پاسخ به استرس همان‌گونه که رخ می‌دهند، می‌توانند افراد را قادر کنند تا

انواعی از پاسخ‌های مقابله‌ای را به کار ببرند. مهارت خودنگری می‌تواند منجر به افزایش شناخت نشانه‌های جسمی - روانی شود. آگاهی از همه حوادث شناختی و هیجانی همان‌گونه که رخ می‌دهند شامل آنهایی که می‌توانند نشانه اولیه‌ای از بدتنظیمی و پریشانی هیجانی و عود افسردگی باشند را افزایش می‌دهد. بنابراین درمان فراتشخیصی می‌تواند در زمانی که کاربرد مهارت‌هایی که قبلاً یاد گرفته شده‌اند به احتمال زیاد در پیشگیری از مشکل، مؤثر خواهند بود، شناخت نشانه‌های اولیه یک مشکل را افزایش دهند (بائر، ۲۰۰۳).

در تبیین دیگر درمان فراتشخیصی مبتنی بر تمرکز بر لحظه حاضر و حالت بدون قضاوت در مورد افکار و احساسات و پذیرش آن‌هاست. پژوهش‌ها نشان داده است که تمرکززدایی می‌تواند سطوح نشخوار افسرده‌ساز را به وسیله‌ی آموزش راه‌های سازگارانه‌تر مربوط به تفکر به بیماران کاهش دهد ایده‌ی اصلی تمرکززدایی مطرح کردن تغییرات اساسی در دیدگاه‌ها، باورها و الگوهای شناختی نا آشکار شخص است که رابطه‌ی بیماران افسرده با افکار و احساسات منفی را شکل می‌دهد. تمرکززدایی شامل فاصله گرفتن، دوری، انفصال، مجاز دانستن، پذیرش و رها کردن افکار و خلیقات منفی است. مادران در برنامه‌ی فراتشخیصی تمرکززدایی از افکار و هیجان‌ات و هر چیز دیگری که ممکن است رخ دهد را در طول جلسات تمرین می‌کنند. این‌ها یک فرد را قادر می‌سازد تا تمرکززدایی را تمرین کند. وقتی مهارت تمرین شود پذیرش تسهیل می‌گردد و با زندگی روزمره بیمار ادغام می‌شود (سگال، تیاسداله و ویلیامز، ۲۰۰۲). در تبیین دیگر با اشاره به اینکه درمان فراتشخیصی مبتنی بر ذهن آگاهی است می‌توان تأثیر این درمان بر تنظیم شناختی هیجان را اینگونه تبیین کرد که مادران با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی، مهارت‌های تنظیم هیجانی را افزایش می‌دهند. یکی از این مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی، ارزیابی مجدد است که از طریق آن، یک موقعیت یا رویداد از نو شکل می‌گیرد اما این بار در قالبی مثبت‌تر و با بار هیجانی کمتر (گروسمن، ۲۰۰۲).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که برنامه درمانی فراتشخیصی یکپارچه باعث تنظیم شناختی هیجان در مادران مبتلا به سرطان می‌شود. به این صورت که موجب افزایش استفاده از راهبردهای مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای منفی می‌شود. این پژوهش در ارتباط با اثربخشی مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر صورت گرفت و نتایج حاکی

از معناداری اثربخشی درمان بر تنظیم هیجان‌ات مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان شد. با توجه به اینکه مادران دارای کودک مبتلا سرطان گروهی هستند که دچار آسیب‌های هیجانی هستند، اجرای این مداخلات جهت تنظیم هیجان‌ات آنها برای کاهش این آسیب‌ها، اثربخش به نظر می‌رسد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، با توجه به شرایط خاص جامعه پژوهش و عدم دسترسی آزادانه به کلیه افراد این جامعه، علی‌رغم حضورشان در محیط‌های بیمارستانی، امکان انجام پژوهش بر روی مادران کودکان دارای یک نوع خاص از سرطان وجود نداشت و از این موضوع و همچنین متغیرهای درمانی و امید به زندگی متفاوت در انواع مختلف سرطان، تعمیم پذیری نتایج را نسبت به یک نوع خاص از سرطان‌ها و یا انواع دیگر سرطان‌ها که در این پژوهش جز نمونه نبودند محدود می‌کند. از جمله پیشنهادهای کاربردی این پژوهش این است که با توجه به شیوع روزافزون بیماری‌های مزمن در کشور و مراجعه خانواده‌های این کودکان برای درمان به مراکز درمانی لازم است که بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز درمانی برنامه‌های درمانی روانشناختی از جمله پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه را در کنار درمان‌های خود قرار دهند، همچنین از آنجایی که والدین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان‌ها دارای ویژگی‌های شخصیتی، روانشناختی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مختلفی هستند و همچنین فرزندان آنها به انواع مختلفی از سرطان دچار هستند لذا درمان‌های روانشناختی مبتنی بر تشخیص در مورد آنها لازمه دسته‌بندی دقیق‌تر، مراحل و هزینه‌های بیشتر است که به همین دلیل ممکن است مراکز درمانی از ارائه آنها به مراجعه کنندگان صرف نظر کنند. در نتیجه، درمان یکپارچه‌ای که مبتنی بر تشخیص نیست، می‌تواند ارائه‌ای عام‌تر، در دسترس‌تر و گروهی داشته باشد. از نوآوری‌های این پژوهش می‌توان به

این مورد اشاره کرد که این درمان جدید برای اولین بار در جامعه کودکان مبتلا به سرطان و مادران آنها مورد استفاده قرار گرفته است. آموزش مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های مؤثر و غیر دارویی در تنظیم هیجان‌ات نقش داشته باشد. و با توجه به اینکه این درمان را می‌توان به صورت گروهی اجرا کرد، پیشنهاد می‌شود این مداخله به طور گسترده در مراکز درمانی، خیریه‌ها و مؤسساتی که این مادران را تحت پوشش درمانی و یا حمایت قرار دارند مورد استفاده قرار گیرد. همچنین انجام مطالعات بیشتر برای بررسی سایر عوامل مؤثر جهت ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی و ارائه راهکارهای ارتقای سلامت روان در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان ضروری به نظر می‌رسد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول، از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در رشته روانشناسی سلامت می‌باشد. تاریخ تصویب این طرح مورخ ۱۳۹۷/۱۰/۱۰ و کد پژوهشی آن ۹۵۰۳۳۶۱۹۴ می‌باشد. کد اخلاق این پژوهش در تاریخ ۱۳۹۸/۶/۱۳ از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره IR.IAU.K.REC.1398.071 اخذ شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم استادان مشاور رساله دکتری می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: این پژوهش، همدلی و همراهی کوچکی با کودکان مبتلا به سرطان و خانواده‌های آنها بود. سلامتی، تن‌پوش تن‌هایشان و آرامش، رهاورد همیشگی‌شان باد. صمیمانه از همراهی آنها و تمام کسانی که در انجام این پژوهش، یاری نمودند، تشکر می‌کنم.

References

- Allen L.B., Mchugh R.K., Barlow D.H. (2007). *Emotional disorders: A unified protocol. In: Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 4th ed. New York: Guilford Press, 216-49. [\[Link\]](#)
- Anniko, M., Fielding, L.B. (2010). A single subject design study testing an emotion-focused transdiagnostic treatment for stress-related ill health. Sweden: *Orebro University*. [\[Link\]](#)
- Ashena M, Besharat M A, Malihialzuckerini S, Rafezi Z. (2020). The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on positive metacognitions and meta-emotions in mothers of children with cancer. *Journal of psychological science*, (97)20., 22-13. (Persian). [\[Link\]](#)
- Ashena M, Meschi F, Hosseinzadetaghvayi, M. (2016). The study of the Relationship Between Coping Styles, Acceptance and Action in Parents of Cancer-Stricken Children. *The Socail Sciences*, 11(14), 3579-3586. [\[Link\]](#)
- Ashena M, Meschi F, Hosseinzadetaghvayi, M. (2016). Relationship between Cognitive Emotion Regulation and Acceptance and Action in Parents of Cancer-Stricken Children. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research (IJBR)*, 7(2), 629-641. [\[Link\]](#)
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: sience and practice*, 10, 125-143. [\[Link\]](#)
- Bekui, BA., Aziato, L., Ohene, L.A., Richter, M.S. (2020). Psychological and spiritual wellbeing of family caregivers of children with cancer at a teaching hospital in Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. (13). [\[Link\]](#)
- Besharat, mohammad ali, & Bazzazian, saeideh. (2015). Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. *Advances in Nursing & Midwifery*, 24(84), 61-70. (Persian). [\[Link\]](#)
- Boisseau, C.L., Farchione, T.J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-13. [\[Link\]](#)
- Boswell, J.F., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Murray, H.W., Fortune, M.R., Barlow, D.H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior Therapy*, 44(3), 417-31. [\[Link\]](#)
- Bullis, J.R., Fortune, M.R., Farchione, T.J., Barlow, D.H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1920-7. [\[Link\]](#)
- Castro-Camacho, L., Rattner, M., Quant, D.M., González, L., Moreno, J.D., Ametaj, A. (2019). A Contextual Adaptation of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Victims of the Armed Conflict in Colombia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 351-65. [\[Link\]](#)
- Doumit M., Rahi, AC., Saab, R., Majdalani, M. (2018). Spirituality among parents of children with cancer in a Middle Eastern country. *European Journal of Oncology Nursing*, 39, 21-7. [\[Link\]](#)
- Duffy, E., Dias, N., Hendricks-Ferguson, V., Hellsten, M., Skeens-Borland, M. Thornton, C. et al. (2019). Perspectives on Cancer Pain Assessment and Management in Children. *Oncology Nursing*, 35(3), 261-73. [\[Link\]](#)
- EmamDoost Z, teymouri S, khoynjad G, rajaei A. (2020). 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*. 655-647(89)19. [\[Link\]](#)
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Therapy*, 43(3), 666-78. [\[Link\]](#)
- Ghasemzadeh Nasaji S., (2010). Effectiveness of cognitive-behavioral intervention on coping responses and cognitive emotion regulation strategies. *International Journal of Behavioral Sciences*, 4(1), 35-43. (Persian). [\[Link\]](#)
- Grabell, A.S., Huppert, T.J., Fishburn, F.A., Li, Y., Hlutkowsky, C.O., Jones, H.M.,. (2019). Neural correlates of early deliberate emotion regulation: Young children's responses to interpersonal scaffolding. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 40, 2-9. [\[Link\]](#)
- Gross, J.J., Thompson, R.A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations. Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 3-24. [\[Link\]](#)
- Grossman, D. (2002). Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a

- German sample. *Journal of alternative & complementary medicine*, 8(6), 716-30. [Link]
- Grootenhuis, M.A., Last, B.F. (2010). Predictors of parental emotional adjustment to childhood cancer. *Psycho-oncology*, (2), 115-28. [Link]
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press. [Link]
- Hasanpoor, P., Aghausefi, A., Zamir, O., Alipour, A. (2019). The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Experiential Avoidance and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and its Comparison with Exposure and Prevention Response Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 11(3), 25-38. (Persian). [Link]
- Hoekstra-Weebers, J., Jaspers, J.P., Kamps, W.A., Klip, E.C. (2011). Psychological adaptation and social support of parents of pediatric cancer patients: a prospective longitudinal study. *Journal of pediatric psychology*, 26(4), 225-35. [Link]
- Hooman F, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Davodi I. The Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Anxiety, Depression, Cognitive Strategies of Emotional Regulation, and General Performance in Women with Comorbid Anxiety and Depression. *JABS*. 2016; 5 (4):551-563. (Persian). [Link]
- Jamie, A., Sherman, J., Ehrenreich, M. (2019). Changes in Risk Factors during the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder in Adolescents. Behavior Therapy. Available online 19 December 2019. In press, *Journal Pre-proof*. [Link]
- Jarvisteele, S., Farchione, T.J., Robbins, C.C., Ametaj, A., Sophia, S.S., Zavala, D., Barlow, H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211-216. [Link]
- Kadan, G., Erten, H., Ogelman, H.G. (2013). The relation between acceptance/ rejection levels perceived by pediatric patients regarding their mothers and acceptance / rejection levels of mothers. *Uluslararası Hakemli Aile Couck ve Egitim Dergisi*, 1, 104-17. [Link]
- kazak, A.E., Alderfer, M.A., Mougianis, I., Barakat, L.P., Beele, D., DiTaranto, S., Hwang, W.T. (2009). Family psychosocial risk distress and service utilization in pediatric cancer, Predictive validity of the Psychosocial Assessment Tool. *Cancer*, 115, 433-9. [Link]
- Klassen, A.F., Raina, P., McIntosh, C., Sung, L., Klaassen, R.J., O'donnell, M. (2011). Parents of children with cancer: which factors explain differences in health-related quality of life. *nt J Cancer*, 129(5), 1190-8. [Link]
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press. [Link]
- Kucukoglu, S., Polat, S., Tufekci, F.G., Bulut, H.K. (2016). Acceptance-rejection levels of the Turkish mothers toward their children with cancer. *Collegian*, 23(2), 217-23. [Link]
- Lin, L. (2007). *Living with uncertainty: The psychological adjustment and coping by parents of children with cancer in Taiwan*. A dissertation submitted to the faculty of the University of North Carolina at Chapel Hill in partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy in the School of Nursing. [Link]
- Lu, L., Wang, L., Yang, X., Feng, Q. (2009). Zarit Caregiver Burden Interview: development, reliability and validity of the Chinese version. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(6), 730-4. [Link]
- Maia, A.C., Nardi, A.E., Cardoso, A. (2014). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 172, 179-18. [Link]
- Majdalani, M., Doumit, M., Rahi, A.C., Saab, R. (2018). Spirituality among parents of children with cancer in a Middle Eastern country. *European Journal of Oncology Nursing*, 39, 21-7. [Link]
- Miller, K.S. (2010). *Factors Associated with Parents' Understanding of their Child's Cancer Prognosis*. Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. The Ohio State University. [Link]
- Nolbris, M., Enskär, H., Hellström, A.N. (2007). Experience of siblings of children treated for cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 106-112. [Link]
- Norton, P.J., Hayes, S.A., Springer, J.R. (2008). Transdiagnostic, cognitive-behavioral group therapy for anxiety: Outcome and process.

- International *Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 266-79. [[Link](#)]
- Sakiris, N., Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751. [[Link](#)]
- Schuppert, H.M., Timmerman, M.E., Bloo, J., Gemert, T.G., Wiersema, H.M., Minderaa, R.B., et al. (2012). Emotion Regulation Training for Adolescents With Borderline Personality Disorder Traits: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1314-23. [[Link](#)]
- Segal, Z.V., Teasdale, J.D., Williams, J.M. (2002). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. New York. The Guilford Press. [[Link](#)]
- Varkovitzky, R., Sherrill, A.M., Reger, G. (2018). Effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Among Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. *Behavior Modification*, 42(2), 210-30. [[Link](#)]
- Vranceanu, A.M., Talaei Khoei, M., Nemati Rezvani, H., Fischerauer, S.F., Ring, D., Chen, N. (2017). Emotion Regulation Strategies Mediate the Associations of Positive and Negative Affect to Upper Extremity Physical Function. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 85-93. [[Link](#)]
- Yaghoobi H, Vaghef L. (2020). The common and unique role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies in predicting emotional problems of nursing students. *Journal of psychological science*. 722-715(90)19. (Persian). [[Link](#)]
- Zarit S. H. (2004). Family care and burden at the end of life. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 170(12), 1811-1812. [[Link](#)]
- Zhang, M.F., Lyu, Q.Y., Bu, X.Q., Zhou, X.Z., Zhao, X. (2019). A qualitative study exploring coping strategies in Chinese families during children's hospitalization for cancer treatment. *Journal of Pediatric Nursing*, (48), 27-34. [[Link](#)]