Journal of Psychological Science

Print ISSN: 1735-7462 Online ISSN: 2676-6639

Homepage: http://www.psychologicalscience.ir

Comparing the efficacy of cognitive behavioral therapy and emotional focused therapy on psychological distress in caregivers of cancer patients

Arezoo Habibi Kilak[1], Mohammadreza Khodabakhsh[2], Zahra Bagherzadeh Golmakani[3]

1. Ph.D Candidate in Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: arezoo.habibi051@gmail.com
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: mr_khodabakhsh@yahoo.com
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: z.golmakan@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 31 August 2024
Received in revised form 28 September 2024
Accepted 04 November 2024
Published Online 22 June 2025

Keywords:
psychological distress, emotion-oriented therapy, cognitive-behavioral therapy, caregivers of cancer patients

ABSTRACT

Background: Caregivers of cancer patients are at significant risk due to the challenges and stressors associated with caregiving, which can lead to various psychological effects, including psychological distress. According to existing literature, both cognitive-behavioral therapy (CBT) and emotion-focused therapy (EFT) are effective in addressing psychological distress. However, there is a research gap in comparing the effectiveness of these therapies in alleviating psychological distress within the specific population of caregivers.

Aims: The present study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy in reducing psychological distress among caregivers of cancer patients.

Methods: This semi-experimental study employed a pre-test, post-test design with a control group and a two-month follow-up. The study population included all caregivers of cancer patients who received services from the Iranian Cancer Control Charity Foundation (MAKSA) in Mashhad during the last three months of the year 1402 (2023). A total of 45 eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups: two experimental groups (30 participants, 15 in each) and a control group (15 participants). The Kessler Psychological Distress Scale (Kessler et al., 2002) was used for data collection, serving as the pre-test, post-test, and follow-up measure. The intervention protocols included a 10-session, 90-minute weekly CBT program (Young et al., 2001) and an 8-session, 90-minute weekly EFT program (Greenberg, 2006), while the control group received no intervention. Data were analyzed using repeated measures two-way ANOVA and Bonferroni post-hoc tests with SPSS software.

Results: The findings indicated a significant difference between the experimental groups and the control group; both CBT and EFT significantly reduced psychological distress among the caregivers of cancer patients ($p< 0.05$). Furthermore, the results revealed that EFT was more effective than CBT in improving psychological distress in these caregivers ($p< 0.05$).

Conclusion: Based on the findings of this study, both cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy can effectively reduce psychological distress among caregivers of cancer patients. These results can guide therapists in selecting appropriate therapeutic approaches for this population.

Citation: Habibi Kilak, A., Khodabakhsh, M.R., & Bagherzadeh Golmakani, Z. (2025). Comparing the efficacy of cognitive behavioral therapy and emotional focused therapy on psychological distress in caregivers of cancer patients. *Journal of Psychological Science*, 24(148), 245-265. 10.52547/JPS.24.148.245

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 148, 2025
© The Author(s). **DOI**: 10.52547/JPS.24.148.245

✉ **Corresponding Author:** Mohammadreza Khodabakhsh, Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
E-mail: mr_khodabakhsh@yahoo.com, Tel: (+98) 9365861050

Extended Abstract

Introduction

The role of caregivers in the management and support of patients with cancer is increasingly recognized as a critical element in the overall treatment and well-being of these patients (Hoellen et al., 2019). Caregivers often face unique and intense challenges that can significantly impact their psychological health. These challenges stem from the multifaceted demands of caregiving, which include physical, emotional, and logistical burdens (Fisher et al., 2020). As a result, caregivers of cancer patients are frequently at risk for various psychological disturbances, including stress, anxiety, and depression. Understanding and addressing these psychological impacts is essential for improving both the quality of care provided and the caregivers' well-being.

Cancer caregiving presents a distinctive set of stressors that are not commonly encountered in other caregiving situations (Ng et al., 2023). The progression of cancer, coupled with the complex treatment regimens, can lead to heightened emotional strain for caregivers. The ongoing demands for medical attention, emotional support, and the management of daily living activities can overwhelm caregivers, resulting in significant mental health challenges (Oliveira et al., 2022). Research has consistently shown that caregivers of cancer patients experience elevated levels of psychological distress compared to the general population, highlighting the need for effective therapeutic interventions tailored to their unique needs (Given, 2019).

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Emotion-Focused Therapy (EFT) are two prominent therapeutic approaches that have been utilized to address psychological issues (Bajwah et al., 2020; Rezaei et al., 2024). CBT focuses on identifying and altering maladaptive thought patterns and behaviors that contribute to psychological distress. It aims to help individuals develop more adaptive ways of thinking and coping, thereby reducing symptoms of anxiety, depression, and stress. In contrast, EFT emphasizes the role of emotions in shaping psychological experiences and aims to help individuals process and regulate their emotions more effectively (Schwartz et al., 2021). By fostering a deeper understanding and acceptance of one's emotional responses, EFT seeks to alleviate emotional distress and enhance overall psychological resilience (Kent et al., 2016).

Despite the established efficacy of both CBT and EFT in treating various psychological issues, there remains a gap in the research specifically addressing their effectiveness in alleviating psychological distress among caregivers of cancer patients (Bajwah et al., 2020). The majority of existing studies have focused on general populations or specific patient groups, leaving a need for targeted research exploring these interventions within the caregiving context. This study seeks to bridge this gap by comparing the effectiveness of CBT and EFT in reducing psychological distress among cancer caregivers.

The significance of this research lies in its potential to provide valuable insights into the relative benefits of these therapeutic approaches for caregivers. By systematically comparing CBT and EFT, this study aims to determine which of these interventions is more effective in alleviating the psychological burdens faced by caregivers. The findings could inform clinical practice, offering practitioners evidence-based recommendations for selecting the most appropriate therapeutic approach for caregivers of cancer patients.

Furthermore, understanding the relative effectiveness of CBT and EFT in this context can contribute to the broader field of caregiving research. It can provide a foundation for developing more specialized and tailored interventions that address the specific psychological challenges faced by caregivers. This, in turn, could lead to improved support systems and resources for caregivers, ultimately enhancing their well-being and their ability to provide effective care.

In summary, this study addresses a critical need for research into effective therapeutic interventions for caregivers of cancer patients. By comparing CBT and EFT, it aims to advance our understanding of how best to support this vital but often overlooked group. The results of this research have the potential to make a meaningful impact on the field of caregiver support

and contribute to more effective and targeted mental health interventions.

Method

The present study employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and control group, along with a two-month follow-up. The study population consisted of all caregivers of cancer patients who received services from the Iranian Cancer Control Charity Foundation (MAKSA) in Mashhad during the last three months of 2023. From this population, 45 individuals who met the inclusion criteria were selected using purposive and convenient sampling methods. These participants were then randomly assigned to three groups of 15 each: the cognitive-behavioral therapy (CBT) experimental group, the emotion-focused therapy (EFT) experimental group, and the control group.

Inclusion criteria were as follows: informed consent, being the primary caregiver for a cancer patient (as a family member), having a cancer patient with a PPS (Palliative Performance Scale) score between 50 and 70 (indicating the level of illness and distress control, provided by MAKSA to the researcher), a minimum education level of middle school completion, age between 20 to 55 years, not participating in other simultaneous therapeutic programs, and having the physical and psychological readiness to participate in the sessions. Exclusion criteria included a lack of willingness to continue participation, absence from more than two sessions, receiving individual counseling or psychiatric medication simultaneously, and failure to complete questionnaires at the pre-test, post-test, and follow-up stages.

Initially, the necessary permission was obtained from the Iranian Cancer Control Charity Foundation (MAKSA) in Mashhad to collaborate on the study. The electronic records of cancer patients at this center were then made available to the researcher to identify and reach out to their caregivers. Subsequently, the researcher conducted initial telephone interviews with the families of the patients to secure the cooperation of each caregiver.

Before the commencement of the cognitive-behavioral therapy (CBT) and emotion-focused therapy (EFT) group sessions, a 45-minute orientation session was held separately for the experimental and control groups. During this session, the general principles, rules, and objectives of the groups were thoroughly discussed. Following the administration of the pre-test, the therapy sessions were conducted over a period of two and a half months.

After the intervention sessions concluded, the questionnaire was administered again to the participants. The control group members were contacted and invited to visit the center to complete the questionnaire. The follow-up assessment was conducted two months later. For data analysis, two-way repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests were employed, using SPSS software, in accordance with the statistical assumptions.

Results

Regarding the age distribution in the emotion-focused therapy (EFT) group, 33.3% of participants were between 20 and 30 years old, 33.3% were between 31 and 40 years old, 26.7% were between 41 and 50 years old, and 6.7% were over 50 years old. In the cognitive-behavioral therapy (CBT) group, 46.7% of participants were between 20 and 30 years old, 20% were between 31 and 40 years old, 26.7% were between 41 and 50 years old, and 6.7% were over 50 years old.

Regarding educational levels, in the EFT group, 26.7% of participants had completed middle school, 46.7% had a high school diploma, and 26.7% held a bachelor's degree. In the CBT group, 20% of participants had completed middle school, 60% had a high school diploma, and 20% held a bachelor's degree.

The analysis of variance (ANOVA) has several important assumptions that were addressed before conducting the main analysis. To assess the normality of the data, the distribution was examined using skewness and kurtosis values, as well as the Shapiro-Wilk test. According to George and Mallery (2010), if the skewness and kurtosis statistics fall within the range of -2 to +2, this indicates a univariate normal distribution. The normality of the data was further assessed using the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests.

Overall, the skewness and kurtosis indices suggested that the variables in the study had a normal (or near-

normal) distribution. Additionally, the results of the Shapiro-Wilk test showed that the assumption of normal distribution for the variables could not be rejected ($p > 0.001$). The significance levels for all variables were greater than 0.001, indicating that there was no significant deviation from the normal distribution. Therefore, it can be concluded that the distribution of the main variables is normal or close to normal.

The assumption of homogeneity of variances was also examined. The results indicated that the Levene's test for homogeneity of variances had a significance level greater than 0.05 ($p > 0.05$), which suggests that the dispersion of the dependent variables across the groups (the independent variable) was homogeneous and approximately equal. Furthermore, the assumption of homogeneity of variance-covariance matrices was satisfied, and the homogeneity of variances for these variables was also confirmed.

Additionally, the assumption of homogeneity of regression slopes was met, indicating that the relationship between the covariate and the dependent variable was similar across all groups. The significance levels in all cases were greater than 0.05 ($p > 0.05$), suggesting that the interaction effects of the variables were not significant, and thus the regression slopes were homogeneous, confirming this assumption as well.

However, the Mauchly's test of sphericity was statistically significant, indicating a violation of the sphericity assumption. The violation of this assumption increases the risk of Type II error, rendering the p-values obtained from multivariate tests unreliable. Therefore, the Greenhouse-Geisser and Huynh-Feldt corrections, which adjust the degrees of freedom, were used to interpret the results.

Table 1. The results of the multivariate within-subject effects test to compare the psychological disturbance of the control and experimental groups

	Trace	Value	F	Df	Df Error	Sig	Effect Size
Repeat	Pillai's trace	0.513	21.607	2	41	0.001	0.513
	Wilks' lambda	0.487	21.607	2	41	0.001	0.513
	Hotelling's Trace	1.054	21.607	2	41	0.001	0.513
	Roy's largest root	1.054	21.607	2	41	0.001	0.513
Repeat * Group	Pillai's trace	0.505	7.093	4	84	0.001	0.252
	Wilks' lambda	0.539	7.413	4	82	0.001	0.266
	Hotelling's Trace	0.772	7.717	4	80	0.001	0.278
	Roy's largest root	0.644	13.527	2	42	0.001	0.392

In Table 1, the results of the multivariate tests for assessing the differences in mean scores of psychological distress among the control, Emotion-Focused Therapy (EFT), and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) groups across the treatment phases are presented. The data in the table indicate that all multivariate tests are statistically significant. This finding signifies the presence of a main effect related to the factor of repetition (pre-test, post-test, and follow-up), as well as an interaction effect between the groups and the repetition (i.e., differences among groups across the measurement phases).

Table 2. The Bonferroni test results

Group	Stage	Stage	Mean Differences	SD	Sig
Control	Pre-Test	Post- Test	-0.067	0.266	1
		Follow up	-0.133	0.498	1
	Post- Test	Follow up	-0.067	0.390	1
Emotion-Focused Therapy (EFT)	Pre-Test	Post- Test	1.800	0.266	0.001
		Follow up	2.733	0.498	0.001
	Post- Test	Follow up	0.933	0.390	0.063
Cognitive Behavioral Therapy (CBT)	Pre-Test	Post- Test	1.333	0.266	0.001
		Follow up	0.867	0.498	0.268
	Post- Test	Follow up	-0.467	0.390	0.713

Table 2 presents the pairwise comparisons for assessing differences in psychological distress scores across the treatment phases for the control, Emotion-Focused Therapy (EFT), and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) groups. According to the results, in the EFT group, the difference between the mean scores at the pre-test stage and the post-test and follow-up stages is statistically significant ($p< 0.05$). Comparison of the mean scores across the three stages reveals a significant reduction in psychological distress from the pre-test to both the post-test and follow-up stages. However, the difference between the post-test and follow-up scores is not statistically significant ($p> 0.05$), indicating the stability of the treatment effects over time.

In the CBT group, the difference between the mean scores at the pre-test and post-test stages is statistically significant ($p< 0.05$). Analysis shows a significant reduction in psychological distress from the pre-test to the post-test stage. Conversely, the differences between the pre-test and post-test scores and the follow-up scores are not statistically significant ($p> 0.05$), suggesting that the effects of CBT on psychological distress are maintained after the treatment ends.

In the control group, the differences between the pre-test scores and the post-test and follow-up scores, as well as between the post-test and follow-up scores, are not statistically significant ($p> 0.05$). This indicates that there was no significant change in psychological distress scores over the course of the study for participants in the control group.

Conclusion

This study aimed to compare the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Emotion-Focused Therapy (EFT) on psychological distress among caregivers of cancer patients. The results demonstrated that both CBT and EFT were effective in reducing psychological distress in these caregivers. However, the findings also revealed that the effectiveness of EFT was significantly greater than that of CBT. Due to the novelty of this research and the lack of similar studies, direct comparisons with other studies are not feasible. Nonetheless, these results align with certain aspects of previous studies, such as the effectiveness of CBT in reducing mental and psychological distress as reported by Kalpana and Panda (2023), Abdulaziz et al. (2024), and Monaco et al. (2022).

The effectiveness of CBT can be attributed to its emphasis on helping individuals recognize the strong connections between thoughts, emotions, motivations, and behaviors in response to challenges, often through real-life examples. A key feature of CBT is that it allows caregivers to test or explore the evidence for their beliefs and assumptions through behavioral experiments. Understanding different emotional responses, attitudes, and the useful information they provide are crucial skills that individuals develop through cognition. Behavioral techniques, such as mindful breathing exercises and mindfulness practices, help individuals stay in the present moment and avoid ruminative thinking, especially when faced with unpleasant events. These exercises, practiced daily and in response to adverse situations, contribute to this process (Kalpana & Panda, 2023). The statistically and clinically significant reduction in depression, anxiety, stress, and psychological distress can be attributed to the cognitive restructuring techniques and emotion regulation skills taught in CBT, which enhance self-awareness and adaptive thinking patterns.

Regarding the effectiveness of EFT, it can be explained by its focus on emotions. EFT uses emotions as a tool to guide and motivate individuals toward new activities and responses. This approach helps individuals move from secondary emotions, such as agitation and anger, toward deeper fundamental and primary emotions, such as fear and sadness, through reflection and emotional intensity. Awareness of primary and underlying emotions plays a crucial role in reducing psychological distress and depression, as these are often caused by unrecognized underlying emotions, such as helplessness. Secondary emotions are those that arise in response to primary emotions, and individuals are often unaware of the root cause of these emotions. In EFT, once individuals understand, process, and regulate their emotions in a safe therapeutic environment without avoidance, they are less likely to engage in repetitive thoughts like rumination to avoid these

emotions, leading to a reduction in psychological distress and depression (Monaco et al., 2022).

One limitation of this study was the use of non-random sampling. Future researchers should consider using random sampling to enhance the validity and generalizability of the results. To optimize the utilization of the present study's findings, it is advisable that therapists and counselors in the field of therapy familiarize themselves with these results, as they could equip them with powerful tools to address the life challenges faced by caregivers. Another limitation was the lack of participation from male caregivers. Future research should address this issue. Finally, given the effectiveness of both treatment protocols in this study, it is recommended that these therapies be employed by health professionals and therapists to treat or prevent the worsening of psychological distress symptoms among caregivers, thereby reducing the risk factors for more severe disorders and issues.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the doctoral dissertation of the first author in the field of Psychology at Azad University, Nishapur Branch. The research has been ethically approved with the registration code IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1402.032. To ensure adherence to ethical principles, data collection was conducted only after obtaining the informed consent of the participants. Additionally, participants were assured of the confidentiality of their personal information and that results would be presented without any identifying details.

Funding: This research was conducted as part of a doctoral dissertation and did not receive any financial support.

Authors' contribution: The first author was the principal investigator and overseer of the study. The second author provided guidance and direction for the research, while the third author assisted with the training and implementation of the protocols.

Conflict of interest: The authors declare that there are no conflicts of interest associated with this article. The manuscript is derived from a specialized doctoral thesis.

Acknowledgments: We sincerely thank and appreciate the efforts and cooperation of the staff at the Iranian Cancer Control Foundation (Meksa) in Mashhad, who played a facilitative and coordinating role in the execution of this research.

مجله علوم روانشناختی

شاپا چاپی: ۷۴۶۲-۱۷۳۵ شاپا الکترونیکی: ۶۶۳۹-۲۶۷۶

Homepage: http://www.psychologicalscience.ir

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان‌مدار بر آشفتگی‌های روانشناختی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان

آرزو حبیبی کیلک[1]، محمدرضا خدابخش[2]✉، زهرا باقرزاده گل‌مکانی[3]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

مشخصات مقاله

نوع مقاله:
پژوهشی

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۰
بازنگری: ۱۴۰۳/۰۷/۰۷
پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۱۴
انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱

کلیدواژه‌ها:
آشفتگی‌های روانشناختی،
درمان هیجان‌مدار،
درمان شناختی‌رفتاری،
مراقبین بیماران مبتلا به سرطان

چکیده

زمینه: مراقبین بیماران مبتلا به سرطان به دلیل چالش‌ها و عوامل استرس‌زا در معرض خطرات مرتبط با بار مراقبین قرار می‌گیرند که اثرات روانشناختی زیادی از جمله آشفتگی‌های روانشناختی را در پی دارد. بر اساس پیشینه، درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار هر کدام بر آشفتگی‌های روانشناختی مؤثر است، اما در زمینه کاربرد این درمان‌ها و مقایسه آن‌ها در آشفتگی‌های روانشناختی در جامعه مورد تحقیق شکاف پژوهشی وجود دارد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر آشفتگی‌های روانشناختی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بود که از خدمات بنیاد نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) شهر مشهد در سه ماه آخر سال ۱۴۰۲ برای بیماران خود بهرمند می‌شدند. از جامعه آماری مذکور تعداد ۴۵ نفر دارای شرایط ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. سپس به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره، (۳۰ نفر در ۲ گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه) جایگزین شدند. از مقیاس پریشانی روانشناختی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲) جهت جمع‌آوری اطلاعات و به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. پروتکل‌ها شامل درمان شناختی رفتاری (یونگ و همکاران، ۲۰۰۱) به صورت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار و درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ، ۲۰۰۶) به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار بودند؛ در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت؛ و هر دو درمان شناختی رفتاری و هیجان‌مدار باعث کاهش آشفتگی‌های روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مؤثر شد ($p< ۰/۰۵$). همچنین براساس نتایج بدست آمده درمان هیجان‌مدار در بهبود آشفتگی‌های روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان اثربخشی بیشتری از درمان شناختی رفتاری دارد ($p< ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش با هر دودرمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار، می‌توان آشفتگی‌های روانشناختی را در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بهبود داد. یافته‌های مذکور می‌تواند برای انتخاب نوع درمان، یاریگر درمانگران باشد.

استناد: حبیبی کیلک، آرزو؛ خدابخش، محمدرضا؛ و باقرزاده گل‌مکانی، زهرا (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان‌مدار بر آشفتگی‌های روانشناختی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۸، ۲۴۵-۲۶۵.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۸، ۱۴۰۴. DOI: 10.52547/JPS.24.148.245

© نویسندگان.

✉ **نویسنده مسئول:** محمدرضا خدابخش، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. رایانامه: mr_khodabakhsh@yahoo.com

تلفن: ۰۹۳۶۵۸۶۱۰۵۰

مقدمه

سرطان[1] به عنوان بیماری قرن بیست‌ویکم در نظر گرفته می‌شود، زیرا عامل اصلی بیماری و مرگ و میر در جهان است (انجمن ملی سرطان، ۲۰۲۲). بنا بر نظر سازمان جهانی بهداشت، می‌توان از سرطان به عنوان یک علت مهم مرگ به واسطه‌ی بیماری نام برد که درمان آن با تمام روند درمانی پیشرفته هنوز لاینحل مانده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۲). بیماران مبتلا به سرطان از علائم ناتوان‌کننده‌ی مختلفی رنج می‌برند که باعث اختلال عملکردی در طول دوران بیماری و اکثر در آخرین مراحل زندگی‌شان می‌شود. بنابراین آنها برای مدیریت فعالیت‌های خود مراقبتی مختلف، نیاز به حمایت دیگران دارند (سوتو- گررو، ۲۰۲۳). مراقب[2] فردی است که به صورت رسمی یا غیر رسمی به کسی که برای فعالیت‌های زندگی روزمره خود نیاز به کمک دارد، یاری می‌رساند یا از او مراقبت می‌کند. تفاوت اصلی بین مراقبین رسمی و غیر رسمی پیوند عاطفی بین فرد مراقب و شخص دریافت‌کننده مراقبت است. در کشورهای در حال توسعه، این بیشتر معمول است که اعضای خانواده یا دوستان با برقراری پیوندهای عاطفی با شخصی که از او مراقبت می‌کنند، نقش یک مراقب غیر رسمی را بر عهده می‌گیرند تا مسئولیت مراقبت را برای این بیماران به دلیل عدم حمایت سیستم مراقبت‌های بهداشتی به دوش کشند (پنگ و همکاران، ۲۰۲۳). مراقبین بیماران مبتلا به سرطان[3]، کسانی هستند که مراقبت‌های بدون جبران را برای بیماران سرطانی ارائه می‌دهند و عمدتاً اعضای خانواده آنها می‌باشند. آنها نه تنها به بیماران در فعالیت‌های روزمره‌شان کمک می‌کنند همچنین حمایت عاطفی کافی را نیز برای آنها فراهم می‌آورند (چوا، ۲۰۲۰). در یک جامعه خانواده محور، مراقبین خانواده در افشای تشخیص سرطان برای بیماران به این دلیل که شوک و ترسی را که بیمار احساس می‌کند کاهش دهند، یاری‌دهنده هستند و از سوی دیگر نقش آنها در تصمیم‌گیری‌های درمانی و یادگیری مهارت‌های حرفه‌ای برای مراقبت از بیماران حتی حیاتی به نظر می‌رسد (ملاسیوتیس و ونگ، ۲۰۲۲). داشتن این چنین وظایف دشواری در میان مراقبین افراد سرطانی اغلب باعث خستگی جسمانی و بار روانی می‌شود که خود منجر به آشفتگی‌های روانشناختی[4] قابل توجهی می‌گردد (چلیک و همکاران، ۲۰۲۲). آشفتگی روانشناختی (افسردگی و اضطراب) یکی از مسائل عمده در رابطه با بار مراقبتی در مراقبین می‌باشد (کافمن و همکاران، ۲۰۱۹).

بیش از نیمی از مراقبین غیر رسمی بیماری‌های مزمن خود را دارند و وضعیت سلامتی آنها می‌تواند با استرس و نیازهای مراقبت بدتر شود (بارنهات و همکاران، ۲۰۲۰). در سطح جهانی دو نفر از هر پنج مراقب از نظر افسردگی به صورت مثبت با نرخ شیوعی حدودا سه برابر بیشتر از جمعیت عمومی غربالگری می‌شوند (بداسو و همکاران، ۲۰۲۲). افسردگی در جمعیت بالینی مراقبین؛ احتمالاً گسترده است و مستلزم مطالعه بیشتری می‌باشد (پراساد و همکاران، ۲۰۲۳). افراد با آشفتگی روانشناختی بالا از افسردگی، اضطراب و استرس قابل ملاحظه‌ای که عملکرد روانی و اجتماعی آنها را کاهش می‌دهد رنج می‌برند (کالپانا و پاندا، ۲۰۲۳؛ گردل و همکاران، ۲۰۱۹). آشفتگی روانشناختی به عنوان شکلی از ناراحتی روانی است که ممکن است بر احساسات، رفتارها و عملکرد روزانه فرد تأثیر بگذارد. این به عنوان یک عامل تعیین‌کننده حیاتی کیفیت زندگی برای مراقبان مبتلا به سرطان می‌باشد. چنین مراقبینی اغلب با سطوح بالای آشفتگی روانشناختی از جمله اضطراب و افسردگی دست و پنجه نرم می‌کنند (نئو وهمکاران، ۲۰۲۳). مراقبین بیماران سرطانی با میزان و شدت شدیدی از آشفتگی‌های روانشناختی مانند کاهش کیفیت زندگی نیز مواجه هستند. آنها اغلب با سطوح بالایی از استرس، فشار عاطفی و خستگی جسمانی روبرو هستند که می‌تواند در کل منجر به اضطراب، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی شود (کریمی مقدم و همکاران، ۲۰۲۳). قرار گرفتن در نقش حمایتی به عنوان یک مراقب می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی و سلامتی مراقبین داشته باشد. آنها در واقع در معرض خطر نیازهای نادیده گرفته شده و تجربه آشفتگی می‌باشند (زالتا و همکاران،۲۰۲۳). علائم آشفتگی مراقبین و عملکرد فیزیکی به خطر افتاده آنها نه تنها کیفیت زندگی خودشان را کاهش می‌دهد، بلکه ممکن است توانایی‌شان را برای کمک به فرد بیمار مختل کند (سگرین و همکاران، ۲۰۲۰؛ بادگر و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به اینکه مراقبین غیررسمی از سطح بالایی از بار مسئولیت رنج می‌برند و این بر سلامت و بهزیستی آنها و در نتیجه روی پیامدهایی که در بیماران سرطانی ایجاد می‌شود تأثیر منفی می‌گذارد، برای

1. Cancer
2. Caregiver
3. Caregivers of cancer patients
4. psychological distress

ارائه مراقبت مؤثر از بیماران سرطانی و رفع نیازهای مراقبین آنها، ارزیابی نیازهای حمایتی مراقبین مهم می‌باشد (تانا و همکاران، ۲۰۲۱). به عبارتی از آنجایی که وضعیت سلامت هیجانی، رفتاری، جسمی و روانی مراقبین خانواده ممکن است به صورت جدی بر روند درمان و بهبود بیماران مبتلا به سرطان اثر گذارد، باید علاوه بر مراقبت از بیماران، به وضعیت سلامت جسمی و روانی مراقبین توجه کافی مبذول گردد (ژائو و همکاران، ۲۰۲۱). مداخلات روانی اجتماعی اعمال شده بر روی اعضای خانواده که از بیماران مبتلا به سرطان در طول دوره بیماری مراقبت می‌کنند، منجر به بهبود علائم افسردگی، سطح استرس، بار مراقبت، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، مهارت‌های مقابله‌ای و سطح آگاهی می‌گردد (یلدیز و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از مداخلات درمانی مطرح در رویکردهای روان‌درمانی درمان هیجان‌مدار[1](EFT) می‌باشد. این درمان می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی تعریف می‌شود که در آن درمانگر بیمار را در جهت راهبردهای آگاهی‌دهنده، پذیرش، ابراز، به کارگیری، تغییر عواطف و تجربه اصلاح هیجانات و احساساتی راهنمایی می‌کند که با کمک درمانگر امکان‌پذیر می‌باشد. درمان هیجان‌مدار مبتنی بر این فرض است که کارآمدترین راه برای تغییر هیجانات ناسازگار از طریق تغییر روشی که شما فکر می‌کنید یا یادگیری یک مهارت جدید نیست، بلکه از طریق فعال‌سازی هیجانات سازگارتر می‌باشد (شاهر، ۲۰۲۰). رویکرد هیجان‌مدار مداخلات امیدوارکننده‌ای در بهبود نتایج روانشناختی و عملکرد شناختی کلی در افراد بزرگسال داشته است (لین و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر در رویکردهای درمانی مختلف، درمان شناختی رفتاری[2](CBT) به صورت تضمین شده‌ای قابل توجه می‌باشد (کولیزی و همکاران، ۲۰۲۰؛ سینگ و همکاران، ۲۰۲۲). درمان شناختی رفتاری یک روش ساختاریافته و راه حل محور است که بر روی کاهش فشار عاطفی مؤثر است. این درمان تکنیک‌های شناختی و رفتاری را ترکیب می‌کند تا به افراد کمک کند که از رفتارها و الگوهای فکری منفی آگاه شده و آنها را تغییر دهند تا استرس در آنها کاهش یافته و سلامت هیجانی‌شان بهبود یابد (موناکو و همکاران، ۲۰۲۲؛ چاند و همکاران، ۲۰۲۳). در رویکرد CBT، به ویژه تکنیک‌های حل مسأله سودمند شناخته شده‌اند. این تکنیک‌ها شامل آموزش به افراد برای شناسایی، بررسی و حل مشکلات به صورت مؤثرتر می‌باشد؛ بنابراین استرس افراد کاهش یافته و توانایی مقابله با موقعیت‌های چالش‌برانگیز در آنها بهبود می‌یابد (فینچام و همکاران، ۲۰۲۳؛ عبدالعزیز و همکاران، ۲۰۲۴؛ کندال و همکاران، ۲۰۲۳؛ ماتیز و شوتر، ۲۰۲۳؛ هالدر و ماهاتو، ۲۰۲۳). در عین حال، رویکرد CBT یک مبنای نظری قوی داشته باشد و پژوهش‌های زیادی اثربخشی آن را در کاهش علائم بیماری و بهبود و افزایش سلامت روان در بیماران مختلف تأیید کرده است (پاردوس-گاسکون، ۲۰۲۱). یافته‌ها حاکی از این است که آموزش‌های روانشناختی که مبتنی بر شناخت می‌باشند بر افزایش شیوه‌های مقابله با استرس و کاهش میزان ناامیدی والدین کودکان مبتلا به سرطان تأثیر دارد (آی و اکانلی، ۲۰۲۲). در پژوهشی با عنوان تأثیر مداخله شناختی رفتاری بر بار مراقبین در مادران کودکان مبتلا به سرطان، نشان داده شد که از نظر آماری بهبود معناداری در اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار با استفاده از مداخله شناختی رفتاری ایجاد شد (چاوهان و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعه حاضر با پرداختن به تفاوت‌های اثربخشی دو رویکرد روان‌درمانی معتبر، یعنی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار، در شرایط خاص مراقبین بیماران سرطانی، شکاف‌های موجود در پژوهش‌های پیشین را هدف قرار می‌دهد. از آن‌جا که مراقبین بیماران مبتلا به سرطان به دلیل مواجهه طولانی با استرس، ترس و نگرانی در معرض آشفتگی‌های شدید روانشناختی قرار دارند، مطالعه تطبیقی میان این دو رویکرد درمانی، اطلاعات جامعی برای بهبود راهکارهای درمانی و انتخاب مناسب‌ترین روش مداخله فراهم می‌آورد. یکی از نوآوری‌های مهم این پژوهش، بررسی هم‌زمان تأثیرات دو رویکرد درمانی است که به‌ندرت در یک چارچوب واحد مقایسه می‌شوند. در حالی که درمان شناختی-رفتاری بیشتر بر اصلاح الگوهای فکری ناسازگار تمرکز دارد، درمان هیجان‌مدار به پردازش و تنظیم هیجانات اساسی و سرکوب‌شده می‌پردازد. این مطالعه با مقایسه مستقیم این دو رویکرد در زمینه مراقبین بیماران سرطانی، به پرسش‌های مهمی درباره اثربخشی و سودمندی هر یک از این روش‌ها در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس این گروه پاسخ می‌دهد. از دیگر جنبه‌های نوآورانه این پژوهش، تأکید بر گروهی خاص از جامعه، یعنی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان است. این

[1]. Emotional focused therapy

[2]. Cognitive-behavioral therapy

گروه معمولاً به‌طور مستقیم در معرض فشارهای روانی قرار دارند، اما پژوهش‌های جامع و کافی در مورد مداخلات درمانی مؤثر برای آن‌ها وجود ندارد. پژوهش حاضر با توجه به ویژگی‌ها و نیازهای روانشناختی خاص این گروه، به غنای ادبیات علمی در این حوزه می‌افزاید. در نهایت، نوآوری دیگر این مطالعه در تطبیق یافته‌های نظری با کاربرد عملی است. نتایج این پژوهش می‌تواند به‌طور عملی در طراحی برنامه‌های درمانی و مداخلات حمایتی برای مراقبین به کار رود و به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان کمک کند. به این ترتیب، این پژوهش نه تنها به توسعه دانش نظری در روان‌درمانی کمک می‌کند، بلکه تأثیرات عملی و کاربردی نیز دارد که می‌تواند مستقیماً در بهبود خدمات روانشناختی مرتبط با بیماری‌های مزمن به‌کار گرفته شود. بر این اساس، با توجه به اینکه در درمان شناختی رفتاری تأکید بر بعد شناختی و رفتاری و در درمان هیجان‌مدار این تأکید بر نقش هیجانات می‌باشد و پژوهشی برای مقایسه این دو رویکرد درمانی در این حوزه یافت نشده و از آنجا که مراقبین بیماران مبتلا به سرطان نقش اساسی را به عنوان خانواده در حمایت و مراقبت از بیماران ایفا می‌کنند و با مد نظر قرار دادن تأثیر گریزناپذیر متقابل بیماران بر سلامت جسمانی و روانی اعضای خانواده، در جهت آشکارسازی میزان اثربخشی دقیق‌تر این رویکردها، و همچنین تفاوت رویکرد نظری هر دو مداخله و به منظور مقایسه اثرگذاری هر یک از این دو رویکرد، پژوهشگران به دنبال پاسخ به این سوال پژوهش بودند که آیا اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر آشفتگی‌های روانشناختی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان با هم تفاوت دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بودند که از بنیاد نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) شهر مشهد برای بیماران سرطانی خود در سه ماه آخر سال ۱۴۰۲ خدمات دریافت می‌کردند. از جامعه آماری مذکور تعداد ۴۵ نفر دارای شرایط ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس وارد پژوهش شدند. سپس به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره؛ به این شکل که گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری، ۱۵ نفر، در گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار، ۱۵ نفر و در گروه گواه، ۱۵ نفر جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه، داشتن نقش مراقبت‌کننده اصلی نسبت به فرد مبتلا به سرطان (به عنوان فردی از اعضای خانواده)، داشتن نمره عوارض پریشانی جسمی PPS[1] بین ۵۰ تا ۷۰ برای بیمار مبتلا به سرطان که مورد مراقبت قرار می‌گیرد (این نمره میزان ناخوشی افراد مبتلا به سرطان در کنترل عوارض پریشانی جسمی را نشان می‌دهد که توسط مرکز مکسا در اختیار پژوهشگر قرار گرفت)، داشتن حداقل سیکل، سن بین ۲۰ تا ۵۵ سال، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، و آمادگی جسمانی و روانی برای شرکت در جلسات و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل و رضایت به ادامهٔ شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، دریافت همزمان مشاوره فردی یا مصرف داروی روانپزشکی و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود.

ب) ابزار

مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر[2](K10): این مقیاس توسط کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۲ ساخته شده و دارای ۱۰ ماده می‌باشد. این ابزار از نوع لیکرت پنج درجه‌ای است که از صفر (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌گردد. در نسخه اصلی نشان داده‌اند که این مقیاس از اعتبار (۰/۹۳ آلفای کرونباخ) و روایی افتراقی مناسبی برخوردار است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه با هم جمع می‌گردد. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۴۰ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر پریشانی روانشناختی خواهد بود و بالعکس. روایی و پایایی در نسخه اصلی توسط پدیدآورندگان مورد بررسی قرار گرفته است و ضمن تایید روایی آن نسبت به گزارش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ اقدام شده است. اعتبار نسخه فارسی به روش ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۱ در پژوهش (یعقوبی، ۱۳۹۴). گزارش شده است در مطالعه حاضر نیز مقدار پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای کل ابزار برابر با ۰/۸۴ برآورد شد.

[1]. Performance Palliative Scale

[2]. Kessler Psychological Distress Scale

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

پروتکل درمان شناختی رفتاری: جلسات درمان شناختی‌رفتاری بر اساس بسته درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری یونگ و همکاران (۲۰۰۱) بود. این مداخله طی ۱۰ جلسه، هفته‌ای یک بار و در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد.

جدول ۱. خلاصه طرح جلسات درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۶)

شماره جلسه	عنوان جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی اولیه	آشنایی با اعضای گروه و برقراری روابط حسنه	معرفی اعضا و درمانگر، بررسی انگیزه و انتظارات، تعریف مفاهیم اولیه درمان هیجان‌مدار، بحث در مورد اهداف پژوهشی و درمانی	بررسی انتظارات خود از درمان و یادداشت‌برداری از آنها
۲	شناسایی مشکلات و پردازش هیجانی	شناسایی و نامگذاری هیجان‌ها و آگاهی از احساس‌های بدنی مرتبط	گوش دادن به مراجعین، شناسایی و نامگذاری انواع هیجان‌ها، توضیح عملکرد هیجانات، توجه به احساسات بدنی مرتبط با هیجان	تکمیل کاربرگ روزنگار هیجانی
۳	آگاهی از هیجان‌ها	برون‌سازی هیجان‌ها و شناسایی احساسات اولیه و ثانویه	کمک به گروه برای برون‌سازی هیجان‌ها و احساسات، کشف چرخه شکل‌گیری احساسات اولیه و نیازهای تحقق نیافته دلبستگی	یادداشت احساسات اولیه و ثانویه که تجربه کرده‌اند
۴	پذیرش، تنظیم و تحمل هیجان‌ها	پذیرش و ارزش‌گذاری به هیجانات واکنشی و مرتبط با آشفتگی‌های روانی	پذیرش و تنظیم احساسات واکنشی مانند خشم، ناکامی و تندی، ارزش‌گذاری به احساسات مرتبط با آشفتگی‌های روانی	تمرین پذیرش و تحمل احساسات واکنشی با استفاده از تمرینات مشخص
۵	کار با صندلی خالی و تجربه هیجانات جدید	شناخت و تجربه احساس ارزشمندی از طریق مواجهه با هیجانات جدید	استفاده از فنون کار با صندلی خالی، مواجهه با جنبه‌های مختلف خود، تجربه احساس ارزشمندی با شناخت جدید از خود	نوشتن تجربه‌های جدید هیجانی و تحلیل آنها
۶	انگیزه‌آفرینی برای تداوم درمان	ایجاد اعتماد به هیجانات جدید و تجربه واکنش‌های نوین نسبت به انگیزه‌ها	یادگیری اعتماد به هیجانات جدید، تجربه واکنش‌های جدید به انگیزه‌های آشکار شده، ادامه شناسایی هیجانات اولیه و ثانویه	تمرین واکنش‌های جدید به انگیزه‌ها و یادداشت تغییرات احساسی
۷	پردازش بیشتر هیجان‌ها و بیان ارتباطات جدید	پردازش کامل‌تر هیجانات و بیان اشتیاق به نوع جدیدی از ارتباطات	پردازش بیشتر هیجانات اولیه، شفاف‌سازی اشتیاق مراجعین به ارتباطات جدید، بیان واضح‌تر نیازها و انگیزه‌ها	بیان تجربیات جدید ارتباطی به گروه و نوشتن آنها
۸	ایجاد راه‌حل‌های جدید و اختتام درمان	خلق و طراحی راه‌حل‌های نو برای مشکلات مراجعین و جمع‌بندی نهایی	ایجاد و طراحی راه‌حل‌های جدید برای مشکلات، بیان حکایت جدید از مشکلات و جمع‌بندی نهایی از فرآیند درمان	آماده‌سازی خلاصه‌ای از تغییرات و پیشرفت‌های حاصل شده در طول درمان و ارائه آن در جلسه پایانی

جدول ۲. خلاصه طرح جلسات درمان شناختی‌رفتاری (یونگ و همکاران، ۲۰۰۱)

شماره جلسه	عنوان جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی	آشنایی با مراقبین و برقراری رابطه درمانی، معرفی نوع درمان	معرفی اعضا و درمانگر، طرح مسائل اصلی مراقبین، توضیح اجمالی در مورد درمان شناختی‌رفتاری	تفکر و یادداشت در مورد انتظارات از درمان و مسائلی که نیاز به رسیدگی دارند
۲	صورت‌بندی مشکلات و معرفی مدل شناختی‌رفتاری	شناسایی مشکلات کلی و ادغام مثلث شناختی در استراتژی‌های درمانی	بررسی مشکلات کلی مراقبین، معرفی مثلث شناختی و تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی، ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد	تکمیل برگه ثبت افکار ناکارآمد
۳	کار با افکار خودآیند	تحلیل و چالش با افکار خودآیند و تغییر آنها	بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی	ادامه تکمیل برگه ثبت افکار ناکارآمد و شناسایی افکار خودآیند مشابه
۴	بازشناسایی باورهای زیربنایی	شناسایی و تحلیل باورهای زیربنایی و نحوه فعال شدن آنها در موقعیت‌های خاص	استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین برای شناسایی باورهای زیربنایی، تحلیل و بررسی چگونگی فعال شدن این باورها در موقعیت‌های مراقبین	شناسایی موقعیت‌های خاص که باورهای زیربنایی را فعال می‌کنند و یادداشت آنها
۵	توسعه آگاهی و جایگزینی افکار مثبت	جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی و تقویت خودگویی‌های مثبت	افزایش آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، استفاده از تکنیک‌های رفتاری برای جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی	تمرین خودگویی‌های مثبت و ثبت افکار جایگزین مثبت در طول هفته

شماره جلسه	عنوان جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۶	آموزش مهارت‌های جرأت‌ورزی و حل مسئله	تقویت مهارت‌های جرأت‌ورزی و حل مسئله	استفاده از تکنیک‌های شناختی‌رفتاری برای تقویت جرأت‌ورزی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله	تمرین مهارت‌های جرأت‌ورزی در موقعیت‌های واقعی و ثبت نتایج
۷	شناسایی و تحلیل باورهای غیرشرطی و هسته‌ای	تحلیل و ضعیف‌سازی باورهای غیرشرطی و هسته‌ای از طریق زیرسؤال بردن آنها	شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و هسته‌ای، زیرسؤال بردن این باورها به روش سقراطی، درجه‌بندی باورهای منفی روی پرسشنامه صفرتا ۱۰۰ درجه	تکمیل پرسشنامه درجه‌بندی باورهای منفی و تحلیل نتایج
۸	توسعه باورهای مثبت و آمادگی برای زندگی آینده	تقویت باورهای مثبت و آمادگی برای به کارگیری مهارت‌های آموخته‌شده در زندگی روزمره	توسعه مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، درجه‌بندی افکار جایگزین مثبت	تدوین برنامه‌ای برای به کارگیری مهارت‌ها و افکار مثبت در موقعیت‌های آینده زندگی
۹	آموزش مهارت‌های ارتباطی و گوش دادن فعال	بهبود مهارت‌های ارتباطی و پاسخ‌دهی کلامی	آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر، تمرین گوش دادن فعال و سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد، بحث گروهی	انجام فعالیت‌های تکمیلی مرتبط با مهارت‌های ارتباطی و گوش دادن فعال
۱۰	آموزش مهارت‌های خودآگاهی و هوشیاری	تقویت خودآگاهی و هوشیاری نسبت به افکار و احساسات	آموزش مهارت‌های خودآگاهی، هوشیاری و تحلیل افکار و احساسات، بحث گروهی	انجام فعالیت‌های تکمیلی برای تقویت خودآگاهی و هوشیاری در طول روز

ج) روش اجرا

ابتدا از بنیاد نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) در شهر مشهد مجوز لازم جهت همکاری اخذ گردید. سپس پرونده الکترونیکی بیماران مبتلا به سرطان این مرکز جهت دسترسی به مراقبین آنان در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. در ادامه با تماس تلفنی پژوهشگر با خانواده بیماران، مصاحبه‌ی اولیه در راستای اخذ همکاری با هر یک از مراقبین انجام شد. سپس به منظور اجرای گروهی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار، قبل از شروع جلسات درمانی یک جلسه توجیهی به مدت ۴۵ دقیقه برای اعضای گروه‌های آزمایشی و گواه به صورت مجزا برگزار شد و اصول کلی، قوانین و اهداف گروه به صورت کامل مورد بحث قرار گرفت. بعد از انجام پیش‌آمون جلسه‌ها در طی دو ماه و نیم به اجرا درآمد. پس از اتمام جلسه‌های مداخله، پرسشنامه به طور مجدد به شرکت‌کنندگان داده شد و با افراد گروه گواه تماس گرفته شد و از آنها دعوت گردید تا جهت پاسخ به پرسشنامه به مرکز مراجعه نمایند. آزمون پیگیری نیز پس از دو ماه اجرا گردید. آزمون پیگیری نیز پس از دو ماه تثبیت جهت تحلیل داده‌ها متناسب با مفروضه‌های آماری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بون‌فرنی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

یافته‌ها

در اطلاعات مربوط به سن افراد، در گروه هیجان‌مدار ۳۳/۳ درصد از افراد ۲۰ تا ۳۰ سال، ۳۳/۳ درصد ۳۱ تا ۴۰ سال، ۲۶/۷ درصد ۴۱ تا ۵۰ و ۶/۷ درصد بیش از ۵۰ سال داشتند. در گروه شناختی رفتاری ۴۶/۷ درصد ۲۰ تا ۳۰ سال، ۲۰ درصد ۳۱ تا ۴۰ سال، ۲۶/۷ درصد ۴۱ تا ۵۰ سال و ۶/۷ درصد بیش از ۵۰ سال داشتند. در اطلاعات مربوط به تحصیلات، در گروه هیجان‌مدار ۲۶/۷ درصد سیکل، ۴۶/۷ درصد دیپلم و ۲۶/۷ درصد لیسانس داشتند. در گروه شناختی رفتاری ۲۰ درصد سیکل، ۶۰ درصد دیپلم و ۲۰ درصد لیسانس داشتند. در رابطه با نسبت بیمار و مراقب آمار به این شکل بود که در گروه شناختی رفتاری ۳۳/۵ درصد مادر، ۱۶/۵ درصد خواهر، ۳۵ درصد همسر و ۱۵ درصد فرزند بود؛ در گروه هیجان‌مدار ۴۱/۷ درصد مادر، ۱۳/۲ درصد خواهر، ۳۱ درصد همسر و ۱۴/۱ درصد فرزند بود؛ در گروه گواه نیز ۲۸/۲ درصد مادر، ۱۲/۸ درصد خواهر؛ ۳۶ درصد همسر و ۲۳ درصد فرزند بود.

در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات آشفتگی روانشناختی به تفکیک برای افراد گروه‌های گواه، درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری، در سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می‌گردد در گروه گواه میانگین نمرات در پیش آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه‌های آزمایش، شاهد کاهش نمرات در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون هستیم. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون و بررسی پیش فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است. آزمون تحلیل واریانس چند مفروضه‌ی مهم دارد

که پیش از تحلیل اصلی، به آنها پرداخته شد. در بررسی نرمال بودن داده‌ها، توزیع نرمال با کمک مقادیر کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. در مورد کجی و کشیدگی، چنانچه مقادیر این آماره ها بین ۲- و ۲+ باشد نشان دهنده نرمال بودن توزیع تک متغیره است (جرج و مالری، ۲۰۱۰)، آزمون‌های آماری جهت سنجش نرمال بودن شامل آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون شاپیرو-ویلک است. در مجموع، نتایج بدست آمده از شاخص‌های کجی و کشیدگی نشان داد که متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال (یا نزدیک به نرمال) برخوردار هستند. همچنین، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که فرض توزیع نرمال متغیرها را نمی توان رد کرد (p> ۰/۰۰۱). سطح معنی داری بدست آمده برای تمامی متغیرها بیشتر از مقدار ۰/۰۰۱ است که نشان می دهد انحراف از توزیع نرمال مشاهده نشد. در مجموع نتایج بدست آمده نشان از این دارد که توزیع متغیرهای اصلی، انحراف از توزیع نرمال ندارد و می توان توزیع متغیرهای پژوهش را نرمال یا نزدیک به نرمال ارزیابی کرد. در بررسی آزمون همگنی واریانس‌ها نیز، نتایج نشان داد که همگنی لوین سطح معنی داری بیشتر از مقدار ۰/۰۵ است (p> ۰/۰۵) است که بیانگر این است که پراکندگی متغیرهای وابسته در سطوح گروه ها (متغیر مداخله گر) همگن و تقریبا یکسان است. و همچنین به دلیل برقرار بودن مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس، همگنی واریانس این متغیرها نیز مورد قبول قرار گرفت. به‌علاوه، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز رعایت شد؛ یعنی رابطه بین همپراش و متغیر وابسته برای هرگروه مشابه است. بر اساس نتایج، سطح معنی داری بدست آمده در تمامی موارد بیشتر از مقدار ۰/۰۵ است (p> ۰/۰۵) بودکه بیانگر این موضوع است که اثر تعاملی متغیرها رد می شود و در نتیجه شیب‌های رگرسیونی در تمامی موارد همگن هستند و این مفروضه نیز مورد تایید قرار گرفت. آزمون کرویت ماچلی به لحاظ آماری معنی دار شد که نشان دهنده تخطی از مفروضه کرویت می‌باشد. عدم برقراری این مفروضه موجب افزایش احتمال خطای نوع دوم می شود بنابراین مقادیر معنی‌داری بدست آمده (p values) در آزمون چند متغیره مورد اطمینان نمی باشد از این رو برآوردهای گرین هوس-گیزر و هین-فلت را که درجات آزادی را تعدیل می نمایند مورد استفاده قرار می‌گیرد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات آشفتگی روانشناختی در سه مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
آشفتگی روانشناختی	گواه	پیش آزمون	۲۱/۵۳	۹/۱۳	۰/۴۲۲	-۱/۱۹۶
		پس آزمون	۲۱/۶۰	۸/۹۰	۰/۲۷۵	۰/۴۲۲
		پیگیری	۲۱/۶۷	۸/۰۴	-۰/۰۶۸	۰/۲۷۵
	درمان هیجان مدار	پیش آزمون	۱۵/۲۷	۷/۹۳	۰/۴۴۲	۰/۴۴۶
		پس آزمون	۱۳/۴۷	۷/۴۳	۰/۱۴۶	۰/۲۶۲
		پیگیری	۱۲/۵۳	۷/۲۲	۰/۰۵۹	-۰/۵۹۲
	درمان شناختی رفتاری	پیش آزمون	۲۳/۵۳	۸/۹۵	۰/۰۳۷	-۱/۴۳۴
		پس آزمون	۲۲/۲۰	۹/۵۳	-۰/۵۹۲	-۰/۵۹۲
		پیگیری	۲۲/۶۷	۸/۹۹	-۱/۴۳۴	-۱/۴۳۴

جدول ٤. نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی چند متغیری برای مقایسه آشفتگی روانشناختی گروه‌های گواه و آزمایش

اثر		مقادیر	F	درجه‌آزادی اثر	درجه‌آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
تکرار	اثر پیلایی	۰/۵۱۳	۲۱/۶۰	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱۳
	لامبدای ویلکز	۰/۴۸۷	۲۱/۶۰	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱۳
	اثر هتلینگ	۱/۰۵	۲۱/۶۰	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱۳
	بزرگترین ریشه روی	۱/۰۵	۲۱/۶۰	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱۳
تکرار *گروه	اثر پیلایی	۰/۵۰	۷/۰۹	۴	۸۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵۲
	لامبدای ویلکز	۰/۵۳	۷/۴۱	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۶۶
	اثر هتلینگ	۰/۷۷	۷/۷۱	۴	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷۸
	بزرگترین ریشه روی	۰/۶۴	۱۳/۵۲	۲	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۲

در جدول ۴ نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات آشفتگی روانشناختی گروه‌های کنترل، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری در طی مراحل درمان، ارائه شده است. اطلاعات مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که تمامی آزمون‌های چندمتغیری معنی‌دار هستند که این موضوع بیانگر وجود اثر اصلی مربوط به عامل تکرار (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و همین طور اثر تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری) است.

جدول ۵. نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی تک متغیری برای مقایسه آشفتگی روانشناختی گروه‌های گواه و آزمایش

منبع		مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تکرار	به فرض کرویت	۳۵/۹۷۰	۲	۱۷/۹۸	۱۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
	گرین هوس-گیزر	۳۵/۹۷۰	۱/۴۰۲	۲۵/۶۵	۱۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
	هین-فلت	۳۵/۹۷۰	۱/۵۰۵	۲۳/۹۰	۱۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
	کران پایین	۳۵/۹۷۰	۱	۳۵/۹۷	۱۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
تکرار *گروه	به فرض کرویت	۳۵/۸۰	۴	۸/۹۵	۷/۶۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
	گرین هوس-گیزر	۳۵/۸۰	۲/۸۰۴	۱۲/۷۷	۷/۶۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
	هین-فلت	۳۵/۸۰	۳/۰۰۹	۱۱/۸۹	۷/۶۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
	کران پایین	۳۵/۸۰	۲	۱۷/۹۰	۷/۶۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
خطا	به فرض کرویت	۹۸/۸۸	۸۴	۱/۱۷			
	گرین هوس-گیزر	۹۸/۸۸	۵۸/۸۷	۱/۶۸			
	هین-فلت	۹۸/۸۸	۶۳/۱۹۴	۱/۵۶			
	کران پایین	۹۸/۸۸	۴۲	۲/۳۵			

در جدول ۵ نتایج آزمون اثرات درون‌آزمودنی تک متغیری برای مقایسه آشفتگی روانشناختی گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری، نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول، مقادیر F مربوط به اثرات تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری)، برای آشفتگی روانشناختی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد ($p<$ ۰/۰۱). معنی‌داری اثرات تعاملی نشان دهنده وجود تفاوت بین روند تغییرات نمرات سوگ گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری در طی مراحل اندازه‌گیری است. به منظور مقایسه زوجی میانگین نمرات در طی مراحل اندازه‌گیری، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ٦. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی

گروه	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۰۶۷	۰/۲۶۶	۱
		پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۴۹۸	۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۳۹۰	۱
درمان هیجان‌مدار	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۸۰	۰/۲۶۶	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۷۳	۰/۴۹۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۹۳۳	۰/۳۹۰	۰/۰۶۳
درمان شناختی رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۳۳	۰/۲۶۶	۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۸۶۷	۰/۴۹۸	۰/۲۶۸
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۴۶۷	۰/۳۹۰	۰/۷۱۳

در جدول ۶ مقایسه‌های زوجی جهت بررسی تفاوت بین نمرات آشفتگی روانشناختی در طی مراحل درمان، برای هر یک از گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده در گروه درمان هیجان‌مدار تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($p<$ ۰/۰۵) با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات آشفتگی روانشناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($p>$ ۰/۰۵) که نشان دهنده ثبات اثرات درمان با گذشت زمان می‌باشد. در گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد ($p<$ ۰/۰۵) با مقایسه میانگین نمرات مشاهده می‌شود که میانگین نمرات آشفتگی روانشناختی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پیش آزمون و پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($p>$ ۰/۰۵). در گروه کنترل نیز تفاوت بین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($p>$ ۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر آشفتگی‌های روانشناختی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر آشفتگی‌های روانشناختی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بود. همچنین یافته‌ها نشان دادکه اثربخشی گروه درمان هیجان‌مدار به طور معنی‌داری بیشتر از افراد گروه شناختی رفتاری است. با توجه به جدید بودن این پژوهش و عدم وجود مطالعات مشابه، نتایج را نمی‌توان به طور مستقیم با سایر مطالعات مقایسه کرد. با این حال، یافته‌های این مطالعه با بخش‌هایی از نتایج مطالعات قبلی مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش آشفتگی‌های ذهنی و روانی کالپانا و پاندا (۲۰۲۳)، عبدالعزیز و همکاران (۲۰۲۴)، موناکو و همکاران (۲۰۲۲) همخوانی دارد.

در تبیین اثر بخش بودن درمان شناختی رفتاری می‌توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری کمک می‌کند تا فرد ارتباط برجسته بین فکر، احساس، انگیزه و رفتارش را نسبت به چالش‌ها، معمولا از طریق نمونه‌هایی از زندگی واقعی تشخیص دهد. یکی از ویژگی‌های مهم CBT این است که مراقبین می‌توانند شواهد برای باورها و مفروضات خود را از طریق آزمایش‌های رفتاری بررسی یا کاوش کنند. نوع واکنش به استرس معمول و موقعیت‌های چالش‌برانگیز، هیجانات و نگرش‌های متفاوت و اطلاعات مفید ارائه شده همگی توانایی‌های حیاتی هستند که افراد از طریق شناخت به دست آورده‌اند (موناکو و همکاران، ۲۰۲۲). تکنیک‌های رفتاری مانند، تمرین تنفس آگاهانه و تمرین توجه به ذهن از طریق فعالیت‌های رفتاری فرد را قادر می‌سازد با اجتناب از نشخوار فکری، لحظه حال را حفظ کند. تمرینات به صورت روزانه و در مواجه با اتفاقات ناخوشایند به این امر کمک می‌کند (کالپانا و پاندا، ۲۰۲۳). اثرات سودمند کاهش معنی‌دار افسردگی، اضطراب، استرس و آشفتگی روانی از نظر آماری و بالینی را می‌توان به تکنیک‌های بازسازی شناختی و مهارت‌های تنظیم هیجان آموزش داده شده در CBT نسبت داد که درآن خودآگاهی و الگوهای تفکر انطباقی افزایش می‌یابند. علاوه بر این با توجه به مشاهده پیشرفت‌های قابل توجهی در همه‌ی حوزه‌های مهارت حل مسأله از جمله اعتماد به نفس، سبک رویکرد اجتنابی و کنترل شخصی، می‌توان بیان کرد که تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری به مراقبین کمک می‌کندکه به طور فعالانه با مشکلات برخورد کنند، راه‌حل‌ها را به طور منطقی ارزیابی کنند و برای اجرای راهبردهای مقابله‌ای احساس قدرت کنند. این رویکرد تکنیک‌های شناختی و رفتاری را ترکیب کرده و به مراقبین کمک می‌کند تا از الگوهای فکری و رفتاری منفی آگاه شوند و آنها را تغییر دهند، بنابراین استرس کاهش می‌یابد و بهزیستی عاطفی بهبود می‌یابد (عبدالعزیز و همکاران، ۲۰۲۴).

همچنین در تبیین نتایج به دست آمده از اثربخشی درمان هیجان‌مدار می‌توان گفت تمرکز در درمان هیجان‌مدار بر روی هیجانات می‌باشد. طوری که از هیجان به عنوان وسیله‌ای برای هدایت و تحریک فرد به سمت فعالیت‌ها و پاسخ‌های جدید استفاده می شود. در این رویکرد با انعکاس و شدت هیجان، حرکت فرد از تأثیر هیجان‌های ثانویه از قبیل تحریک و عصبانیت به سمت احساسات عمیق بنیادی و هیجانات اولیه از قبیل ترس و ناراحتی سوق داده خواهد شد (کالپانا و پاندا، ۲۰۲۳). آگاهی از هیجانات

اولیه و زیربنایی نقش مهمی در کاهش پریشانی روانشناختی افسردگی دارد؛ چراکه در بسیاری از موارد علت پریشانی روانشناختی و افسردگی، هیجانات زیربنایی ناشناخته نظیر درماندگی است. هیجانات ثانویه، هیجاناتی هستند که در واکنش به هیجانات اولیه به وجود می‌آیند و در بسیاری از موارد فرد نسبت به علت اصلی این هیجانات آگاهی ندارد. بر این اساس در درمان هیجان‌مدار پس ازآن که فرد هیجانات خود را بدون اجتناب در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کند، در نهایت کمتر از افکار تکراری همچون نشخوار فکری جهت اجتناب از آنها استفاده می‌کند و در توالی این مسیر آشفتگی روانشناختی و افسردگی کاهش پیدا می‌کند (موناکو و همکاران، ۲۰۲۲).

از طرفی در رابطه با اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار می‌توان بیان کرد که به نظر می‌رسد EFT شامل دو جنبه می‌باشد: یکی تأکید بر رابطه درمانی، که نیاز هست به طور مداوم از مراجع به صورت بازخورد دریافت شود، و دیگر اعتباربخشی به تمام عواطف و احساسات دریافت‌شده از مراجع و اینها باعث تجربیات عاطفی سریع و مباحث گسترده در طول جلسات می‌شود (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۱). این امر می‌تواند از طریق یکپارچگی میان " بودن" و " اقدام کردن" توسط درمانگر EFT انجام شود. درمانگر آن دسته از تجارب درونی مراجع را دنبال می‌کند که به طور مدام تغییر می‌کنند و از طرفی حفظ یک ارتباط همدلانه با تجربه مراجع باعث این درک می‌شود که می‌تواند بار مراقب را کاهش دهد. توضیح دیگر این است که این رویکرد بر رشد شخصی و کاهش تعارضات امنیت‌جویی در روابط بین‌فردی نیز تأکید دارد. به طور کل EFT بر نقش هیجانات در الگوهای ناسازگار مداوم در میان مراقبین تمرکز دارد. هدف این درمان آشکارسازی احساسات آسیب‌پذیر و تسهیل توانایی مراقبین برای ابراز ایمن می‌باشد. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجانات در یک بستر ایمن باعث ایجاد الگوهای تعامل جدیدتر و سالمتر و درنتیجه بهبود بار مراقبین می‌شود (اردستانی بالائی و همکاران، ۱۴۰۰). مراقبین با کمک درمانگر احساسات آسیب‌پذیر و منفی خود را شناسایی می‌کنند و یاد می‌گیرند که استفاده از هیجانات مثبت می‌تواند منجربه تسکین روانی گردد. آنها احساسات منفی را شناسایی می‌کنند و برای کاهش آن تلاش می‌کنند. بر اساس این رویکرد، هیجانات زمانی به وجود می‌آیند که ورودی‌های درونی و بیرونی برای فعال کردن یک برنامه هیجانی پردازش شده‌اند (مثل غم یا شادی). اینها باعث راه‌اندازی تغییرات فیزیولوژیکی (احساسات ذهنی و تکانه‌های رفتاری) در جهت آماده‌سازی فرد برای پاسخ انطباقی به چالش‌ها یا فرصت‌های محیطی می‌گردد. هیجانات اقداماتی را بدون دیکته کردن پیشنهاد می‌دهند، به این دلیل که هیجانات همیشه شفاف نیستند. پاسخ‌های هیجانی گرایش دارند بیان شوند و یا بیان نشده باقی بمانند (حیدریان و همکاران، ۱۳۹۹). مراقبین با فرایندهای شناختی نامنظم و افزایش نارسایی‌های شناختی بر پیامدهای رفتاری تأثیر می‌گذارند طوری که می‌تواند منجر به مشکلات قابل توجهی شود که اصلاح آن زمانبر است. از طریق آموزش EFT مراقبین می‌توانند بار روانی و مشکلات خود را به وسیله افزایش هیجانات مثبت کاهش دهند. این رویکرد می‌تواند به مراقبین کمک کند تا روابط بین‌فردی خود را تقویت و کنترل کنند و بار مراقبتی کمتری را تجربه نمایند (پورمند و همکاران، ۲۰۲۴).

هر پژوهشی در کنار بدیع بودن و داشتن نقاط قوت، دارای برخی محدودیت‌ها نیز می‌باشد. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نبود. از جمله محدویت‌های پژوهش حاضر، تفاوت‌های فردی مراقبین بود؛ مراقبین بیماران مبتلا به سرطان از نظر سن، جنسیت، رابطه با بیمار (همسر، فرزند، دوست) و سابقه سلامت روانی تفاوت‌هایی داشتند. این تفاوت‌ها می‌تواند نتایج درمان را تحت تأثیر قرار دهد. عدم کنترل کافی بر این عوامل ممکن است موجب سوگیری در نتایج شود. همچنین فقدان پیگیری طولانی‌مدت در پژوهش می‌تواند مانعی برای ارزیابی ماندگاری و پایداری نتایج درمان‌ها باشد. مراقبین بیماران مبتلا به سرطان ممکن است علاوه بر روش‌های درمانی، از حمایت‌های اجتماعی، دارویی و یا روش‌های درمانی جایگزین دیگر نیز بهره‌مند شوند. این عوامل خارجی می‌توانند تأثیرات درمان‌ها را تحت تأثیر قرار دهند و کنترل کامل آن‌ها در پژوهش دشوار است. باتوجه به این موارد به‌منظور افزایش قابلیت تعمیم نتایج، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده حجم نمونه‌های بزرگ‌تری انتخاب شود. همچنین تنوع بیشتر در شرکت‌کنندگان از نظر ویژگی‌های فردی و اجتماعی می‌تواند به دقت نتایج کمک کند. برای ارزیابی اثربخشی بلندمدت درمان‌های شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار، لازم است پیگیری‌های طولانی‌مدت انجام شود. پیشنهاد می‌شود شرکت‌کنندگان پس از پایان درمان به‌مدت ۶ ماه تا یک سال پیگیری شوند تا پایداری نتایج مورد بررسی قرار گیرد. پژوهش‌های آینده می‌توانند علاوه بر مقایسه دو رویکرد

شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار، سایر روش‌های درمانی مانند پذیرش و تعهد (ACT) یا ذهن‌آگاهی (Mindfulness) را نیز ارزیابی کرده و اثربخشی آن‌ها را در گروه‌های مختلف بررسی کنند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، تاثیر عوامل فردی مانند نوع رابطه با بیمار، مدت زمان مراقبت و سابقه مشکلات روانشناختی مراقبین، و همچنین عوامل اجتماعی مانند حمایت خانواده و شبکه‌های اجتماعی به‌طور دقیق‌تری مورد ارزیابی قرار گیرد. این اطلاعات می‌تواند به بهبود مداخلات درمانی و شخصی‌سازی آن‌ها کمک کند. با توجه به تفاوت‌های دو رویکرد درمانی مورد بررسی، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با هدف طراحی مداخلات ترکیبی که از نقاط قوت هر دو روش بهره‌مند شوند، انجام گیرد. ترکیب درمان شناختی-رفتاری برای اصلاح افکار ناسازگار و درمان هیجان‌مدار برای پردازش هیجانات می‌تواند رویکردی جامع‌تر و مؤثرتر برای کاهش آشفتگی‌های روانشناختی مراقبین ارائه دهد. در راستای استفاده بهینه از نتایج پژوهش حاضر شایسته است درمانگران و مشاوران در حیطه درمان به منظور بهبود آشفتگی روانشناختی مراقبین بیماران سرطانی در جریان نتایج این پژوهش قرار بگیرند. زیرا نتایج این پژوهش می‌تواند آنان را به ابزارهایی قوی در امر بهبود مشکلات زندگی مراقبین مجهز سازد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به عدم همکاری مردان به عنوان مراقبین خانوادگی نیز اشاره نمود. شایسته است در پژوهش‌های آتی این مسأله مورد توجه قرار گرفته و بررسی شود. در انتها، با توجه به اثربخشی هر دو پرتکل درمان در این پژوهش، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود این دو درمان توسط متخصصین و درمانگران حوزه سلامت بر روی مراقبین بیماران در جهت درمان و یا جلوگیری از تشدید علائم آشفتگی روانشناختی و درنتیجه کاهش عوامل زمینه‌ساز اختلالات و مشکلات حادتر به کار گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. کد اخلاق پژوهش با شماره IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1402.032 ثبت شده است. همچنین کد کارآزمایی بالینی این مطالعه IRCT20230910059391N1 است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

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

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی و پیگیر این پژوهش بوده است و نویسنده دوم راهنمایی و جهت‌دهی پژوهش را بر عهده داشت و نویسنده سوم در امرآموزش و اجرای پروتکل‌ها همکاری داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافعی وجود ندارد. این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی است.

تشکر و قدردانی: از زحمات و همکاری پرسنل مرکز خدمات بنیاد نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) شهر مشهد که نقش تسهیل‌کننده وهماهنگ‌کننده جهت اجرای این پژوهش را برعهده داشتند، صمیمانه تشکرو قدردانی می‌نماییم.

منابع

ابراهیمی، سهیلا، احمدی، خدابخش، و فرخی، نورعلی. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان مدار بر سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز. *مجله آموزش پرستاری*. ۱۱ (۳)، ۹۶- ۸۵.
https://www.magiran.com/paper/2454078

اردستانی بالائی، زهرا، بنی سی، پریناز، و زمردی، سعیده. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی, پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان. *پویش درآموزش علوم تربیتی و مشاوره*، ۷(۱۴)، ۱۴۷-۱۶۸.
https://sid.ir/paper/951022/fa

حیدریان، سارا، صیرفی، محمدرضا، کلهرنیا، مریم، جمهری، فرهاد، و بقولی، حسین. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر اضطراب و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۲)، ۲۳۸۰-۲۳۹۰.
https://sid.ir/paper/950307/fa

یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (k-10). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۵۷-۴۵، (۴)۶، ۱۳۹۴.
https://doi.org/10.22059/japr.2016.57963

References

Abdelaziz, E. M., Alsadaan, N., Alqahtani, M., Elsharkawy, N. B., Ouda, M. M. A., Ramadan, O. M. E., Shaban, M., & Shokre, E. S. (2024). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Psychological Distress among Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: The Role of Problem-Solving Appraisal. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, *14*(1), 46. https://doi.org/10.3390/bs14010046

Ardestani Balayi, Z., Bani Si, P., & Zomorodi, S. (2021). The effectiveness of emotion-focused therapy on psychological well-being, social acceptance, and social competence of teachers. *Puyesh in Educational Sciences and Counseling*, *7*(14), 147–168. (In Persian). https://sid.ir/paper/951022/fa

Ay, E., & Okanli, A. (2022). The Effect of Cognitive Behavioral Approach-Based Psychoeducation on the Levels of Coping with Hopelessness and Stress of Parents of Children with Cancer. *The American Journal of Family Therapy*, *52*(2), 193–212. https://doi.org/10.1080/01926187.2022.2079573

Badger, T. A., Sikorskii, A., Segrin, C., & Given, C. W. (2021). Supportive health education reduces health care utilization and costs in Latinas with breast cancer and their caregivers. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *29*(3), 1225–1233. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05593-9

Bajwah, S., Oluyase, A. O., Yi, D., Gao, W., Evans, C. J., Grande, G., Todd, C., Costantini, M., Murtagh, F. E., & Higginson, I. J. (2020). The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *The Cochrane database of systematic reviews*, *9*(9), CD012780. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012780.pub2

Barnhart, W. R., Ellsworth, D. W., Robinson, A. C., Myers, J. V., Andridge, R. R., & Havercamp, S. M. (2020). Caregiving in the shadows: National analysis of health outcomes and intensity and duration of care among those who care for people with mental illness and for people with developmental disabilities. *Disability and health journal*, *13*(1), 100837. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100837

Bedaso, A., Dejenu, G., & Duko, B. (2022). Depression among caregivers of cancer patients: Updated systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, *31*(11), 1809–1820. https://doi.org/10.1002/pon.6045

Celik, E., Aslan, M. S., Sengul Samanci, N., Karadag, M., Saglam, T., Cakan Celik, Y., Demirci, N. S., & Demirelli, F. H. (2022). The Relationship between Symptom Severity and Caregiver Burden in Cancer Patients under Palliative Care: A Cross-Sectional Study. *Journal of palliative care*, *37*(1), 48–54. https://doi.org/10.1177/08258597211045780

Chand, S. P., Kuckel, D. P., & Huecker, M. R. (2023). Cognitive Behavior Therapy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Chauhan, V. S., Chatterjee, K., Srivastava, K., Sharma, S., & Saini, R. K. (2023). Impact of cognitive behavioural intervention on Caregiver burden in mothers of children diagnosed with cancer. *Medical journal armed forces India*, *79*(2), 201-206. https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2021.05.008

Chua, G. P., Ng, Q. S., Tan, H. K., & Ong, W. S. (2020). Caregivers of cancer patients: what are their information-seeking behaviours and resource preferences? *Ecancermedicalscience*, *14*, 1068. https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1068

Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *International journal of mental health systems*, *14*, 23. https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9

Ebrahimi, S., Ahmadi, K., & Farrokhi, N. (2022). Effectiveness of emotion-focused therapy on psychological capital and post-traumatic growth in women with multiple sclerosis. *Journal of Nursing Education*, *11*(3), 85–96. (In Persian). https://www.magiran.com/paper/2454078

Fincham, G. W., Strauss, C., Montero-Marin, J., & Cavanagh, K. (2023). Effect of breathwork on stress and mental health: A meta-analysis of randomised-controlled trials. *Scientific reports*, *13*(1), 432. https://doi.org/10.1038/s41598-022-27247-y

Fisher, C. L., Wright, K. B., Hampton, C. N., Vasquez, T. S., Kastrinos, A., Applebaum, A. J., Sae-Hau, M., Weiss, E. S., Lincoln, G., & Bylund, C. L. (2021). Blood cancer caregiving during COVID-19: understanding caregivers' needs. *Translational behavioral medicine*, *11*(5), 1187–1197. https://doi.org/10.1093/tbm/ibab021

Gerdle, B., Åkerblom, S., Brodda Jansen, G., Enthoven, P., Ernberg, M., Dong, H. J., Stålnacke, B. M., Äng, B. O., & Boersma, K. (2019). Who benefits from multimodal rehabilitation - an exploration of pain, psychological distress, and life impacts in over 35,000 chronic pain patients identified in the Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation. *Journal of pain research*, *12*, 891–908. https://doi.org/10.2147/JPR.S190003

Given C. W. (2019). Family Caregiving for Cancer Patients: the State of the Literature and a Direction for Research to Link the Informal and Formal Care Systems to Improve Quality and Outcomes. *Seminars in oncology nursing*, *35*(4), 389–394. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.06.014

Greenberg L. Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry. 2006; 8 (1): 32-42. https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32

Halder, S., & Mahato, A. K. (2019). Cognitive Behavior Therapy for Children and Adolescents: Challenges and Gaps in Practice. *Indian journal of psychological medicine*, *41*(3), 279–283. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_470_18

Heydarian, S., Searafi, M. R., Kalhorinia, M., Jomhari, F., & Bagooli, H. (2020). The effectiveness of emotion-focused therapy on anxiety and psychological well-being in patients with type 2 diabetes. *Journal of Medical Sciences Faculty of Mashhad University of Medical Sciences*, *63*(2), 2380–2390. (In Persian). https://sid.ir/paper/950307/fa

Hoellen, F., Wagner, J. F., Lüdders, D. W., Rody, A., & Banz-Jansen, C. (2019). Anxiety in caregiving partners of breast cancer patients. *Archives of gynecology and obstetrics*, *300*(4), 993–1005. https://doi.org/10.1007/s00404-019-05253-2

Kalpana, L., & Panda, S. (2023). Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on Depression and Quality of Life in Spouse Caregivers of Inpatients with Substance Use Disorders. *Journal of Research and Health*, *13*(4), 255-262. http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-2240-en.html

Karimi Moghaddam, Z., Rostami, M., Zeraatchi, A., Mohammadi Bytamar, J., Saed, O., & Zenozian, S. (2023). Caregiving burden, depression, and anxiety among family caregivers of patients with cancer: An investigation of patient and caregiver factors. *Frontiers in psychology*, *14*, 1059605. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1059605

Kaufman, J. E., Lee, Y., Vaughon, W., Unuigbe, A., & Gallo, W. T. (2019). Depression Associated With Transitions Into and Out of Spousal Caregiving. *International journal of aging & human development*, *88*(2), 127–149. https://doi.org/10.1177/0091415018754310

Kendall, P. C., Ney, J. S., Maxwell, C. A., Lehrbach, K. R., Jakubovic, R. J., McKnight, D. S., & Friedman, A. L. (2023). Adapting CBT for youth anxiety: Flexibility, within fidelity, in different settings. *Frontiers in psychiatry*, *14*, 1067047. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1067047

Kent, E. E., Rowland, J. H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W. Y., Shelburne, N., Timura, C., O'Mara, A., & Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, *122*(13), 1987–1995. https://doi.org/10.1002/cncr.29939

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, *32*(6), 959–976. https://doi.org/10.1017/s0033291702006074

Lin, C. L., Chen, R., Kustanti, C. Y., Chu, H., Lee, C. K., Banda, K. J., Sung, C. M., Niu, S. F., Liu, S. Y., & Chou, K. R. (2024). The effectiveness of emotion-oriented approaches on psychological outcomes and cognitive function in older adults: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of global*

health, *14*, 04123. https://doi.org/10.7189/jogh.14.04123

Matthys, W., & Schutter, D. J. L. G. (2023). Moral Thinking and Empathy in Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Conduct Problems: A Narrative Review. *Clinical child and family psychology review*, *26*(2), 401–415. https://doi.org/10.1007/s10567-023-00429-4

Molassiotis, A., & Wang, M. (2022). Understanding and Supporting Informal Cancer Caregivers. *Current treatment options in oncology*, *23*(4), 494–513. https://doi.org/10.1007/s11864-022-00955-3

Mónaco, E., Goldman, R. N., & Montoya-Castilla, I. (2022). "The scientific flourishing of Emotion-Focused Therapy": a bibliometric analysis of EFT articles in Web of Science databases. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *21*(3), 269–292. https://doi.org/10.1080/14779757.2022.2096105

National Cancer Institute. (2022). What Is Cancer? *Available online*: https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what is cancer

Ng, J. H. Y., Luk, B. H. K., & Lee, N. P. M. (2023). Gender differences in cancer spousal caregiving: A systematic review. *Palliative & supportive care*, *21*(5), 880–889. https://doi.org/10.1017/S1478951523000731

Oliveira, C., Fonseca, G., Areia, N. P., Sotero, L., & Relvas, A. P. (2022). Caring for people who take care: What is already done? *Palliative & supportive care*, *20*(5), 720–730. https://doi.org/10.1017/S147895152100119X

Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., & van-der Hofstadt-Román, C. J. (2021). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, *21*(1), 100197. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.001

Peng, Y., Xu, Y., Yue, L., Chen, F., Wang, J., & Sun, G. (2023). Resilience in Informal Caregivers of Patients with Heart Failure in China: Exploring Influencing Factors and Identifying the Paths. *Psychology research and behavior management*, *16*, 1097–1107. https://doi.org/10.2147/PRBM.S405217

Pourmand, Z.., Jahangir, P.., & Rezakhani, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Emotion-Focused Therapy on the Burden of Caregivers of Individuals with Dementia. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, *6*(4), 126-134. https://doi.org/10.61838/kman.jarac.6.4.15

Prasad, F., Hahn, M. K., Chintoh, A. F., Remington, G., Foussias, G., Rotenberg, M., & Agarwal, S. M. (2024). Depression in caregivers of patients with schizophrenia: a scoping review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *59*(1), 1–23. https://doi.org/10.1007/s00127-023-02504-1

Rezaei, M., Keyvanloo Shahrestanaki, S., Mohammadzadeh, R., Aghili, M. S., Rajabi, M., Abbasi, M., Khachian, A., Momen, R., Khavassi, M., & Aghaei, S. (2024). Caregiving consequences in cancer family caregivers: a narrative review of qualitative studies. *Frontiers in public health*, *12*, 1334842. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1334842

Schwartz, K., Beebe-Dimmer, J., Hastert, T. A., Ruterbusch, J. J., Mantey, J., Harper, F., Thompson, H., Pandolfi, S., & Schwartz, A. G. (2021). Caregiving burden among informal caregivers of African American cancer survivors. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, *15*(4), 630–640. https://doi.org/10.1007/s11764-020-00956-x

Segrin, C., Badger, T. A., Sikorskii, A., Pasvogel, A., Weihs, K., Lopez, A. M., & Chalasani, P. (2020). Longitudinal dyadic interdependence in psychological distress among Latinas with breast cancer and their caregivers. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *28*(6), 2735–2743. https://doi.org/10.1007/s00520-019-05121-4

Shahar B. (2020). New Developments in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of clinical medicine*, *9*(9), 2918. https://doi.org/10.3390/jcm9092918

Singh, V., Kumar, A., & Gupta, S. (2022). Mental Health Prevention and Promotion-A Narrative Review. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 898009. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.898009

Soto-Guerrero, S., Palacios, J., Langer, P., Carrasco, C., Tupper-Satt, L., González-Otaíza, M., Rodríguez-Núñez, A., & Pérez-Cruz, P. E. (2023). Objective burden, caregiver psychological distress, and patient religion and quality of life are associated with high-intensity burden of care among caregivers of advanced cancer patients in a Latino population. *Palliative & supportive care*, 1–9. Advance online publication. https://doi.org/10.1017/S1478951523000834

Teo, I., Ng, S., Bundoc, F. G., Malhotra, C., Ozdemir, S., Steel, J. L., Finkelstein, E. A., & COMPASS Group (2023). A prospective study of psychological distress among patients with advanced cancer and their caregivers. *Cancer medicine*, *12*(8), 9956–9965. https://doi.org/10.1002/cam4.5713

Thana, K., Lehto, R., Sikorskii, A., & Wyatt, G. (2021). Informal caregiver burden for solid tumour cancer patients: a review and future directions. *Psychology & health*, *36*(12), 1514–1535. https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1867136

World Health Organization. Cancer. *Available online*: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer (accessed on 3 March 2022)

Yaghoubi, H. (2015). Psychometric properties of the 10-item Kessler Psychological Distress Questionnaire (K-10). *Journal of Applied Psychological Research*, *6*(4), 45–57. (In Persian). https://doi.org/10.22059/japr.2016.57963

Yıldız, M., Terzioğlu, C., & Ayhan, F. (2024). Psychosocial interventions aimed at family members caring for patients with cancer in the palliative period: A systematic review. *International journal of nursing knowledge*, *35*(2), 136–151. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12423

Young JE, Weinberger AD, Beck AT. (2001). Cognitive therapy for depression. In: Barlow DH. Editor. Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. *New York: Guilford Press; 2001. pp: 264-308*

Zaleta, A. K., Miller, M. F., Fortune, E. E., Olson, J. S., Rogers, K. P., Hendershot, K., & Ash-Lee, S. (2023). CancerSupportSource™ -Caregiver: Development of a distress screening measure for cancer caregivers. *Psycho-oncology*, *32*(3), 418–428. https://doi.org/10.1002/pon.6092

Zhao, J., Zeng, Z., Yu, J. *et al.* (2021) Effect of main family caregiver's anxiety and depression on mortality of patients with moderate-severe stroke. *Sci Rep 11, 2747*. https://doi.org/10.1038/s41598-021-81596-8