

## Development and Effectiveness of Emotion-based Therapy on the Components of Psychological Adaptation to Cancer in the Elderly

Leila Orang\*  
Hayedeh Saberi\*\*  
Afsaneh Taheri\*\*\*

### Introduction

Elderly is a process that is genetically visible during the life of living things and decreases in the organism over time, which reduces the activities of the organs of the body. Although it is not an aging disease and most of the elderly can be seen in other age groups, the elderly process is facilitating physical diseases, including cancer. The formation of tumors becomes. These cells grow very rapidly and usually cause severe pain by pressing on healthy tissues and nerve fibers, blocking fluid flow in the body, and disrupting the activity of the organs.

### Method

The present semi-experimental research design was used with a pre-test-then-test with the control group. The research community is all the 60 to 75-year-olds residing in Tehran in 2021 who have been diagnosed with Stage 1 and Stage 2 cancer, of which 30 elderly women were referred to medical centers for treatment. The semi-trial design was used to determine the effectiveness of the emotion therapy. The pre-test was first implemented and then accidentally performed in one of the two experimental groups of excitement treatment, and the control group received no training and was implemented at the end of the post-test training. Research Criteria: Over 60 years old, getting a cancer diagnosis, mental consciousness, lack of participation in another therapeutic program, wanting to cooperate, elderly with cancer, tendency to attend intervention, and exit criterion unwilling to

---

\* PhD Student in Health Psychology, Rudehen Unit, Islamic Azad University, Rudehen, Iran

\*\* Assistant Professor of Psychology, Rudehen Unit, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

Corresponding Author: [hayedesaberi@yahoo.com](mailto:hayedesaberi@yahoo.com)

\*\*\* Assistant Professor of Psychology, Rudehen Unit, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

participate in intervention. The selected sample was accessible through random selection into two groups of tests and certificates. The emotion-based treatment package was developed and presented in the format of 10 sessions, each 90 minutes long, and content validity was used to validate it. The research tool was the questionnaire on psychological adaptation to cancer by Watson et al. (1988). Cronbach's alpha was used for data analysis using conventional descriptive statistics (average and standard deviation) and inferential statistics (repeated measurement variance analysis).

### Results

The results of the study showed that the emotional intervention package was able to significantly increase mental compatibility with cancer. In addition, the excitement intervention package was followed up after the post-test execution, and the results showed that there was no tangible post-test change after two months ( $p < 0.001$ ).

### Discussion

Therefore, excitement-based treatment with recovery experiences and changing the meaningful meanings of any experience has a corrective training for stabilized emotional strategies that enhance the use of efficient and positive strategies and better adaptation to the disease by breaking the inefficient strategy and better adaptation to the disease. Since this study was conducted on older women with cancer in Tehran, it is recommended that other cultural and gender groups be aware of the generalization of the results.

**Keywords:** Emotion-Based Therapy, cancer, components of mental adaptation

---

**Author Contributions:** In the study of Dr. Hayedeh Saberi, the second author, as a supervisor, supervised and strategic the overall process of research and formulation and finalization of paper reform. Soheila Orang, the first author in the formulation of the research design, has been the process of collecting, analyzing and interpreting the findings and writing of the text of the article. The third author was performed as a thesis advisor professor.

**Acknowledgments:** The authors thank all dear teachers who have helped us in this research.

**Conflicts of interest:** The authors declare there is no conflict of interest in this article.

**Funding:** This research is not sponsored by any institution and all costs have been borne by the authors

---

## تدوین و اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر مؤلفه‌های سازگاری روانی با بیماری سرطان در سالمندان

لیلا اورنگ\*

هایده هائری\*\*

افسانه طاهری\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تدوین و اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر مؤلفه‌های سازگاری روانی با بیماری سالمندان مبتلا به سرطان انجام شد. طرح پژوهش حاضر آمیخته (ترکیبی) می‌باشد. در بخش کیفی به روش روایت پژوهی و در بخش کمی، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش سالمندان زن مبتلا به سرطان در شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند که از این جامعه ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. تدوین بسته درمان مبتنی بر هیجان در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی و ارائه شد. برای اعتباریابی آن از اعتبار محتوایی استفاده شد. ابزار پژوهش را پرسشنامه سازگاری روانی با بیماری (Watson et al.) مورد استفاده قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس آمیخته بهره برده شد. نتایج پژوهش در بخش کیفی نشان داد که چهار مقوله اصلی چالش‌های حمایتی، چالش‌های جسمی و فیزیولوژیکی، چالش‌های معنوی و چالش‌ها هیجانی با نه مقوله محوری استخراج شد. سپس بر اساس مقوله‌های به دست آمده و مطالعات کتابخانه‌ای بسته مداخله مبتنی بر هیجان برای سالمندان مبتلا به سرطان تدوین و اعتبار آن توسط متخصصان درمان هیجان محور مورد تأیید قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بسته مداخله‌ای هیجان مدار توانست با (سطح معنی‌داری،

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

\*\* استادیار روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول)

hayedesaberi@yahoo.com

\*\*\* استادیار روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

( $p=0/001$ ) سازگاری روانی با بیماری سرطان را افزایش دهد. به علاوه بسته مداخله‌ای هیجان مدار پس از اجرای پس‌آزمون، پیگیری شد و نتایج نشان داد که تغییر محسوس در پس‌آزمون بعد از دو ماه ایجاد نشده است. می‌توان نتیجه گرفت بسته مداخله مبتنی بر هیجان بر سازگاری با بیماری و مؤلفه‌های آن در زنان سالمند مبتلا به سرطان اثر بخش است.

**کلید واژگان:** درمان مبتنی بر هیجان، سازگاری روانی با بیماری، سالمندان، سرطان

### مقدمه

سالمندی فرایندی است که در جریان ریش زندگی موجودات زنده، به طور ژنتیکی نمایان می‌شود و تغییرات کاهشی را در ارگانسیم به وجود می‌آورد که این تغییرات موجب کاهش فعالیت‌های ارگان‌های بدن می‌گردد (American Cancer Society, 2011) پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۵۰ حدود ۰/۱۴ از جمعیت کره زمین را سالمندان تشکیل خواهند داد (World Health Organization, 2019). هر چند سالمندی بیماری نیست و بیشتر بیماری‌های سالمندان را می‌توان در دیگر گروه‌های سنی نیز مشاهده کرد، با این حال فرایند سالمندی تسهیل‌گر بیماری‌های جسمی از جمله سرطان است. ضعف سیستم ایمنی و جهش ژنتیک که در طول زمان ایجاد می‌شود از مهمترین عوامل شیوع سرطان در سالخورده‌گان می‌باشد. اکثر افرادی که به سرطان مبتلا می‌شوند یک دوره فشار روانی را تجربه می‌کنند. سرطان و درمان‌های آن دارای عوارضی از جمله ضعف، خستگی، بی‌حالی، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، کم‌خونی و اختلال در تغذیه است که تمامی این موارد موجب کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شوند (Billiard et al., 2013). شیوع اختلالات روانپزشکی در محیط‌های سرطانی<sup>۱</sup> ۴۰ تا ۳۰ درصد گزارش شده است (Poon et al., 2017). هنگامی که بیماران نقصی را در سلامت جسمی‌شان تجربه می‌کنند، نه تنها از نظر جسمی (بیماری سرطان) دچار مشکل شده بلکه از نظر روانی نیز درگیر بحران‌های روانی مانند سازگاری با این بیماری می‌شوند در واقع سازگاری روانی‌شان دشوارتر می‌شود (Rahimzadegan et al., 2022).

سازگاری روانی<sup>۲</sup> به یکی از فرآیندهای روانشناختی اطلاق می‌شود که در آن، فرد با خواسته‌ها (تمایلات) و چالش‌های زندگی روزمره، مقابله می‌کند یا آنها را به کنترل خود در

1- oncologic settings

2- Mentaladjustment

می‌آورد (Antoni et al., 2019). سازگاری روانی را به عنوان «پاسخ‌های شناختی و رفتاری‌ای که بیمار نسبت به تشخیص سرطان می‌دهد» تعریف می‌کنند. فردی از سازگاری روانی برخوردار است که در پاسخ به محرک‌هایی که بر او وارد می‌شود، بهترین تعامل را نشان دهد (Duman, et al., 2020). سازگاری با بیماری، داشتن نگرشی مثبت به خود و جهان باوجود داشتن مشکلات جسمی می‌باشد در واقع نگرش فرد، نگاهی است که وی نسبت به بیماری و علائم آن دارد و زمانی که این نگرش مثبت باشد، بیمار دستورالعمل‌های درمانی و پیشگیرانه را نیز بهتر دنبال خواهد کرد و در نتیجه سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در وی افزایش می‌یابد (Moghadam et al., 2018). سازگاری در سرطان به مجموعه نگرش‌ها و عملکردهایی گفته می‌شود که فرد به منظور حفظ سلامت و تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر استرس‌های ناشی از ابتلا به سرطان به کار می‌گیرد (Bayramy et al., 2017). سازگاری روانی-اجتماعی با سرطان متأثر از سه دسته گسترده از عوامل سرطان - محور (نوع سرطان، مرحله سرطان، پیش‌آگهی و جایی که بیمار در معرض تشخیص، درمان و عود مجدد سرطان قرار می‌گیرد)، بیمار-محور (مرحله تکاملی، منابع مقابله درون فردی و حمایت اجتماعی بین فردی مثل حمایت خانواده) و جامعه-محور (شامل کلیه دیدگاه‌های اجتماعی و عمومی در مورد سرطان و علت آن و همچنین تأثیر جامعه بر مسائلی نظیر در دسترس بودن درمان) تعیین شده است (Karahroudi et al., 2016). که منجر به ایجاد حس رفاه جسمی و عاطفی، حس کنترل، و داشتن منابع مناسبی برای ارتباط با نیازها، نگرانی‌ها و تعاملات اجتماعی است (Derman & Deatrick, 2016).

رویکرد مبتنی بر هیجان یکی از مداخلات مؤثر روان‌درمانی است که تمرکز تلفیقی بر انگیزش، شناخت، رفتار و ارتباط دارد. اما تمرکز اصلی در این رویکرد بر هیجان بوده و هیجان را مسیر اولیه و ورودی تغییرات در نظر می‌گیرد. درمان متمرکز بر هیجان، درمانی در جهت درونی کردن و پذیرش هیجان‌های بنیادین مراجعان برای مدت طولانی است (Subarniati et al., 2020). این درمان به عنوان یک درمان فرا تشخیصی بر این فرض استوار است که احساسات اساساً منابع سازگاری در عملکرد انسان سالم هستند و دسترسی، فعال سازی و پردازش احساسات برای نتیجه موفقیت آمیز در روان‌درمانی بسیار مهم است (Pos & Choi, 2019). فرایند درمان با برجسته سازی نیازها، پیدا کردن هیجان‌های اولیه و پذیرش و تغییر هیجان‌های حل نشده دردناک، کشف معانی و احساسات مبهم طراحی می‌شود. آگاهی، مالکیت و عاملیت

موجب تسلط بر هیجان شده و فرد قادر به تحمل و تجربه هیجان‌های اجتنابی می‌شود. لذا به نظر میرسد برای سازگاری با سرطان درمان مبتنی بر هیجان فرصتی برای حل و فصل تروماهای گذشته می‌باشد. همچنین فرد با روایت داستان سرطان و بیان توالی زمانی از اولین نشانه‌ها تا تشخیص و درمان به کشف هیجان‌های خود دست می‌یابد. (Elliott, et al. (2013) بیان می‌کنند درمان مبتنی بر هیجان با پرده برداشتن از افکار، احساسات، حس‌های بدنی و تبدیل حس‌های مبهم به کلمات، از هیجان‌های خود آگاهی پیدا کرده و نیازهای نهفته در آن‌ها را دریابد. آگاهی از نیازها فرد را در اکتشاف ارزش‌ها یاری می‌کند و ارزش‌ها به زندگی معنا می‌بخشد. برقراری رابطه امن با درمانگر، آگاهی و کشف هیجان‌ها، ابراز و تجربه وقفه‌های هیجانی، پذیرش و عمق دادن به تجارب، معنایابی و قابگیری مجدد هیجان‌های موجب عاملیت، مالکیت و یکپارچگی می‌شود. بر این اساس مطالعات (Karimi Afshar et al. (2018), Mehri Nejad (2019) بر تأثیر هیجان‌ها در روند درمان سرطان تأکید می‌کنند. در درمان مبتنی بر هیجان، آگاهی و بینش از هیجان‌های اولیه جایگزین انکار می‌شود و با مالکیت بر هیجان و تجارب گذشته، فرد به پذیرش می‌رسد که جای اجتناب را می‌گیرد. آگاهی و بینش هیجانی فرد را از ارزش‌هایش مطلع می‌سازد که می‌تواند معنایی برای تجارب گذشته خویش بیابد و این معنایابی جای ناامیدی و درماندگی حاصل از بیماری و تروماها را می‌گیرد و با رابطه ایمنی که با درمانگر به دست آورده خلا تنهایی و عدم حمایت را پر می‌کند. فرد خود را عامل و مسئول دانسته و خود مدیریتی و همکاری با تیم پزشکی وی افزایش می‌یابد. یافته‌های مطالعات (Palos and Vîscu (2014 بیان می‌کند، تغییر هیجانی و یکپارچگی با خود، موجب تغییر دیدگاه نسبت به دیگران و دنیا می‌گردد و ارتباط فرد با دیگران کیفیت مطلوب‌تری پیدا می‌کند.

سرطان فشار روانی زیادی با خود دارد و این بیماری بر سبک زندگی و سلامت روان‌شناختی سالمندان اثرات منفی دارد. از سویی پژوهش‌های زیادی به بررسی درمان‌های مختلف از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup>، شناختی رفتاری<sup>۲</sup>، معنادرمانی<sup>۳</sup> و ذهن آگاهی<sup>۴</sup> بر سازگاری روانی با سرطان در سالمندان پرداخته است. اما تاکنون پژوهشی که درمان مبتنی بر هیجان را در

1- acceptance and commitment therapy

2- cognitive behavioral therapy

3- logo therapy

4- mindfulness

سالمندان سرطانی مورد بررسی قرار داده باشد انجام نشده است. بنابراین با توجه به اهمیت بعد هیجانی در سالمندان مبتلا به سرطان و مشکلات هیجانی آنان، تدوین بسته مداخله‌ای هیجان محور برای سالمندان مبتلا به سرطان می‌تواند به اثربخشی مداخلات روانشناختی در این گروه کمک کند. در این راستا هدف پژوهش حاضر تدوین درمان مبتنی بر هیجان و اثربخشی آن بر سازگاری روانی در زنان سالمند مبتلا به سرطان است.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر آمیخته از نوع اکتشافی (کیفی-کمی) است. پژوهش حاضر بر آن بود که با رویکرد آمیخته به بررسی این مسأله بپردازد که روایت سالمندان از ابتلا به سرطان چگونه است؟ و بسته مداخله مبتنی بر هیجان در سالمندان مبتلا به سرطان چه ابعادی را شامل می‌شود؟ در گام بعدی به این پرسش پرداخته شد که آیا درمان درمان هیجان مدار بر مؤلفه‌های اضطراب مرگ و تنظیم هیجان سالمندان مبتلا به سرطان اثربخش است؟. در مرحله کیفی با استفاده از روش روایت پژوهی به بررسی شرح حال سالمندان مبتلا به سرطان با استفاده از ابزار مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته پرداخته شد. در بخش کیفی جامعه پژوهش را زنان سالمند ۶۰ تا ۷۵ ساله ساکن تهران در سال ۱۳۹۹ که تشخیص سرطان مرحله ۱ و ۲ گرفته‌اند، تشکیل دادند و فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. گام‌های تعیین شده در این روش عبارت بود از: ۱) تعیین مسأله پژوهش، ۲) تدوین هدف و سوالات پژوهش، ۳) مرور ادبیات پژوهش، ۴) انتخاب مشارکت کنندگان، ۵) گردآوری داده‌های کیفی، ۶) تحلیل و تفسیر داده‌های کیفی، ۷) نوشتن و ارزیابی یک مطالعه (Abul Maali al-Hasani, 2018). پس از نوشتن و ارزیابی مطالعه کیفی به روش روایت پژوهی، برنامه مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان در سالمندان مبتلا به سرطان بر اساس ابعاد به دست آمده در مصاحبه تدوین شد و در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان در زمینه تنظیم شناختی هیجان با مدرک دکترا و دارای تجربه بالینی قرار گرفت. شاخص نسبت روایی محتوای برنامه با روش لاوشه سنجش و مورد تأیید قرار گرفت. در بخش کمی، از روش طرح نیمه تجربی با پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. هم چنین جامعه پژوهش

در بخش کمی را زنان سالمند ۶۰ تا ۷۵ ساله ساکن تهران در سال ۱۳۹۹ که تشخیص سرطان مرحله ۱ و ۲ گرفته‌اند، تشکیل داده‌اند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان سالمند مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه انتخاب شده به صورت در دسترس و گزینش تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه جایگزینی شدند. جهت انجام اثربخشی درمان مبتنی برهیجان، از طرح نیمه آزمایشی استفاده شد. بدین صورت ابتدا پیش‌آزمون اجرا شد و سپس به صورت تصادفی بر روی یکی از دو گروه آزمایش، درمان هیجان مبتنی برهیجان اجرا گردید و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد و در پایان آموزش، پس از آزمون اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های متداول آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته) و برای سنجش اعتبار پرسشنامه‌ها از آلفای کرونباخ استفاده شد. در پایان برای آگاهی از پایداری اثر درمان به فاصله دو ماه، پیگیری از آزمودنی‌ها بعمل آمد. همچنین در این پژوهش در مورد ملاحظات اخلاقی از جمله: آزادی آزمودنی‌ها برای ترک جلسات مداخله یا عدم شرکت در پژوهش و محرمانه بودن هویت آزمودنی‌ها توافق صورت گرفت. ملاک ورود به پژوهش سن بالاتر از ۶۰ سال، گرفتن تشخیص سرطان، هشیاری ذهنی، عدم شرکت همزمان در برنامه‌ی درمانی دیگر و تمایل به حضور در مداخله بود. ملاک خروج از پژوهش نداشتن ملاک‌های تعیین شده برای ورود بود. یافته‌های کسب شده از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین  $\pm$  انحراف معیار سنی گروه آزمایش  $2/31 \pm 67/43$  و در گروه کنترل  $3/04 \pm 68/70$  سال بود. در گروه آزمایش ۲ نفر زیر دیپلم (معادل ۱۳/۳۳ درصد)، ۴ نفر دیپلم (معادل ۲۶/۶۶ درصد)، ۴ نفر فوق دیپلم (معادل ۲۶/۶۶ درصد) و ۵ نفر لیسانس (معادل ۳۳/۳۳ درصد) بودند. در گروه گواه نیز ۳ نفر زیر دیپلم (معادل ۲۰ درصد)، ۵ نفر دیپلم (معادل ۳۳/۳۳ درصد)، ۳ نفر فوق دیپلم (معادل ۲۰ درصد) و ۴ نفر لیسانس (معادل ۲۶/۶۶ درصد) بودند.

### ابزارهای پژوهش

مقیاس سازگاری روانی با سرطان: برای اندازه‌گیری سازگاری روانی با سرطان به کار میرود مقیاس سازگاری روانی با سرطان با ۴۰ گویه (Watson et al., 1989) است. این آزمون ۵ خرده‌مقیاس دارد که عبارتند از روحیه مبارزه، نامیدی و درماندگی، اشتغال ذهنی اضطراب‌آمیز،



تقدیرگرایی و اجتناب. پاسخ ازمودنی‌ها به صورت طیف لیکرت از اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند تا کاملاً در مورد من صدق می‌کند متغیر است. پاسخ ازمودنی‌ها به صورت مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از "اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند تا کاملاً در مورد من صدق می‌کند" متغیر است. نمره بالای هر زیر مقیاس نشان دهنده استفاده بیشتر از آن راهبرد مقابله‌ای است.

Patto et al., (1394) اعتبار این پرسشنامه را با توجه به ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و ابعاد درماندگی، اجتناب شناختی، دل‌مشغولی، تقدیر گرایی و روحیه مبارزه به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۷۶، ۰/۹۰، ۰/۷۷، ۰/۸۰، به دست آوردند (Allahyari et al., 2015). همچنین همبستگی معنادار میان خرده مقیاس سازگاری روانی با سرطان با افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۵۰ و ۰/۶۴ به دست آمد که نشانگر معنی داری ارتباط این متغیرهاست. بنابراین روایی و پایایی این مقیاس مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش اعتبار نمره کل این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمده است.

### تدوین پروتکل درمان مبتنی بر هیجان برای زنان سالمندان مبتلا به سرطان

به کمک روش کیفی، ابتدا مدل مفهومی مشکلات زنان سالمندان مبتلا به سرطان به دست آمد و سپس پروتکل درمانی، بر اساس مدل درمان مبتنی بر هیجان برای مشکلات احصاء شده، تدوین شد. برای بررسی اعتبار درونی بسته آموزشی از ۱۰ نفر از متخصصان درمان مبتنی بر هیجان خواسته شد تا درباره محتوای بسته آموزشی تدوین شده، دیدگاه‌های خود را در قالب مرتبط، متوسط و نامرتب ارائه دهند. از آنجا که مقدار پذیرفته برای شاخص CVR برابر با ۰/۹۹ است، اگر شاخص CVR برای گزینه ای کمتر از ۰/۹۹ باشد، باید آن مورد بازنگری یا حذف شود. با توجه به بررسی صورت گرفته، هیچ یک از کدها کمتر از حد معیار مربوط نبود. از آنجا که مقدار محاسبه شده در شاخص روایی بسته مداخله ای به کمک نسبت روایی محتوا CVR برابر ۱ محاسبه شد، شاخص CVR روایی محتوا تأیید و شاخص CVI نیز ۱ محاسبه شد. خلاصه جلسات در ۱۰ جلسه و در جدول ۱ گزارش شده است.

### روند اجرای پژوهش

جهت انجام اثربخشی درمان هیجان مدار، از طرح نیمه تجربی استفاده شد. ابتدا پژوهش

Table1  
formulation of excitement-based treatment protocol for elderly with cancer

ظظرو افاز	جلسه	محتوای جلسات
گام اول	جلسه اول	برقراری ارتباط درمانی با همدلی و حضور، شنیدن روایت سفر سرطانی مراجع، انتظارات و نگرانی‌های مراجع از درمان، بیان قوانین درمان، پیش‌آزمون.
	جلسه دوم	مفهوم سازی مشکلات قبل و بعد بیماری سرطان، ارزیابی سبک پردازش هیجانی و پردازشهای خرد، ارزیابی مارکر هویتی و دلبستگی، موانع سازگاری با بیماری سرطان، شناسایی چرخه تعامل منفی و موانع دلبستگی. مواجهه و شناسایی اضطراب مرگ،
	جلسه سوم	بیان تجارب دردناک و ترومای سرطان و اضطراب مرگ، برجسته سازی هیجان‌های اولیه، ثانویه و ایزاری، آگاهی از وجود هیجان و نام گذاری، توجه به حس‌های بدنی و به کلام درآوردن هیجان‌ات و دردهای جسمی.
	جلسه چهارم	کار با اجتناب، خودبازداری، احساس گناه و خودسرزنش‌گری. دنبال کردن ادراک خود و بیماری. تمایز بین هیجانها حمایت از احساس محق بودن برای داشتن نیاز. تجربه هیجان‌های ثانویه و تبدیلی و ادراک نیاز نهفته در آنها.
گام دوم (نتیجه ناقص)	جلسه پنجم	برجسته سازی و تقویت بیان کامل هیجان اولیه سازگار و بیان نیازها، شناسایی وقفه‌ها و دوبارگی عمق بخشی با فنون صندلی (دو صندلی برای دوبارگی و صندلی خالی برای کار ناتمام). ابراز و صحبت درباره ی ترومای سرطان و اضطراب مرگ و توجه به نیازهای اولیه
	جلسه ششم	شناسایی و کار روی وقفه‌ها و موانع دسترسی به هیجانها، ابراز نیازهای برآورده نشده از سوی منبع دلبستگی و اعتبار بخشی به آنها، تمرکز بر بدن و اعضای درگیر بیماری، آگاهی مراجع از ارتباط هیجان و بدن. جهت دهی مجدد به تجربه درونی سرطان.
گام سوم (نتیجه کامل)	جلسه هفتم	تنظیم هیجان با توسعه تجربه کردن، احساس عاملیت و مالکیت هیجانی، تاکید بر اهمیت آنها، تقویت بیان نیازهای هیجانی.فراخوانی حضور منبع دلبستگی در مواقع دشوار، باز کردن فضا جهت کاهش نگرانی و دستیابی به احساس امنیت، حمایت از ظهور و درک جدید از خود پس از بیماری
	جلسه هشتم	تامل و کشف رابطه بین بدن، هیجان، تعلقات درونی، سازگاری با بیماری، پذیرش و کشف معنای جدید برای سرطان و پذیرش مرگ به‌عنوان بخشی از زندگی، چهارچوب بندی مجدد روابط و تعاملات با تمرکز بر خود
	جلسه نهم	حمایت از خلق معنای جدید از بیماری، کشف راههای جدید برای سازگاری با موانع ایجاد شده بعد سرطان، خلق روایت جدید از زندگی با بیماری و مرگ
	جلسه دهم	اعتباربخشی به احساسات و خود جدید، تعمیم تجارب درمانی به رویدادها در آینده. مقایسه خود قبل و بعد درمان. پس‌آزمون. پایان درمان

پیش‌آزمون اجرا شد و سپس به صورت تصادفی به یکی از دو گروه آزمایشی درمان هیجان مدار اجرا گردید و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد و در پایان آموزش پس

آزمون اجرا شد. ملاک ورود به پژوهش سالمند مبتلا به سرطان، تمایل به حضور در مداخله و همچنین توانایی صحبت کردن و دارا بودن هشیاری و ملاک خروج پژوهش عدم تمایل به حضور در مداخله و نداشتن ملاک‌های تعیین شده برای ورود بود. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لاوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، تحلیل رگرسیون جهت بررسی شیب خط رگرسیون، همچنین از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۲۳- مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

### یافته‌ها

Table 2.  
Pre -test descriptive, post -test and research variables

Variable	group	pre-test		Past-test		Follow -up	
		Average	The standard deviation	Average	The standard deviation	Average	The standard deviation
Despair	experiment	24 .80	4.98	14.86	2.69	15.73	2.84
	Control	25.60	3.21	24.53	3.58	24.66	4.15
Wasted	experiment	23.20	3.21	15.13	1.68	16.06	1.53
	Control	23.13	3.14	23.21	3.07	23.60	3.29
Cognitive avoidance	experiment	12.80	1.01	9.73	0.88	10.33	1.29
	Control	12.60	0.91	12.53	0.83	12.80	0.77
Credit	experiment	12.73	0.88	12.46	0.83	12.40	0.91
	Control	12.93	1.62	12.74	1.22	12.93	1.09
The spirit of struggle	experiment	10.13	1.35	13.53	0.74	12.86	0.99
	Control	10.33	1.54	10.20	1.20	10.22	1.23
The overall score of mental compatibility with the disease	experiment	65.53	8.87	85.33	14.86	82.33	13.73
	Control	66.40	9.84	66.68	9.68	66.60	9.37

همان گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، در تمامی متغیرهای بالا، در پیش‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش نمرات به همدیگر نزدیک بوده، اما شاهد تفاوت زیادی در میانگین پس‌آزمون

و مرحله پیگیری دو گروه می‌باشیم. در ابتدا مفروضه همبستگی بین متغیرهای پژوهش با کمک آزمون کرویت بارتلت و مفروضه همگنی واریانس متغیر ترکیبی با کمک آزمون ام باکس مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد آزمون کرویت بارتلت معنادار است که نشان دهنده‌ی همبستگی کافی بین میانگین گروه‌ها و زمان‌ها این متغیر است. همچنین نتایج آزمون ام باکس معنادار است که حاکی از عدم همگنی واریانس این متغیر ترکیبی در گروه‌های مورد پژوهش است. در جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل واریانس بین گروهی ارائه شده است نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مختلط از طریق آزمون‌های لامبدای ویلکز و اثر پیلای به جز در مورد مؤلفه‌ی تقدیرگرایی، برای سایر مؤلفه‌های سازگاری روانی با بیماری سرطان، معنادار است و درصد مطلوبی از واریانس آن‌ها توسط آزمون چندمتغیره تبیین می‌شود. معنادار بودن آزمون چندمتغیره، بدین معنا است حداقل یکی از آزمون‌های بین گروهی یا درون گروهی معنادار است. نتایج آزمون لوین در اکثر مراحل ارزیابی مؤلفه‌های سازگاری روانی با بیماری سرطان، غیرمعنادار است که حاکی از همگنی واریانس این متغیرها در گروه‌های پژوهش است. بنابراین، شرایط برای اجرای آزمون بین گروهی فراهم است.

Table 3  
Intergroup effect test of components of psychological adaptation to cancer

The dependent variable	source of variance	SS	Df	MSE	F	Sid	Eta Squared
Despair	group	940.90	1	940.90	24.21	0.001	0.46
	error	1088.00	28	38.80	30.18		
Wasted	group	603.21	1	603.21		0.001	
	error	559.51	28	19.98			
Cognitive avoidance	group	64.17	1	64.17	38.32	0.001	0.57
	error	46.88	28	1.67			
Credit	group	2.51	1	2.51	1.07	0.30	0.03
	error	65.06	28	2.32			
The spirit of struggle	group	80.27	1	80.27	25.12	0.001	0.47
	error	89.15	28	3.18			
The overall score of mental compatibility with the disease	group	2777.77	1	2777.77	8.05	0.008	0.22
	Error	9652.71	28	344.74	3		

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، روش مداخله به جز در مورد مؤلفه‌ی تقدیرگرایی، بر سایر مؤلفه‌های سازگاری روانی با بیماری سرطان تأثیر معناداری دارد و با توجه به نتایج مجذور

اتا، روش مداخله توانست درصد قابل توجهی از واریانس این مولفه‌ها را تبیین کند. در واقع، بین گروه مداخله و گروه کنترل در اکثر مؤلفه‌های سازگاری روانی با بیماری سرطان تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه، به بررسی آزمون اثر درون گروهی برای تعیین میزان تأثیرگذاری زمان بر مؤلفه‌های سازگاری روانی با بیماری سرطان پرداخته می‌شود. پیش از آن، جهت اطلاع از یکسانی کواریانس‌های مراحل سه گانه اندازه‌گیری‌های انجام شده (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری) در هر متغیر، از آزمون کرویت موخلی استفاده شد که نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

Table 4.

The test of sphericity of the homogeneity of the covariances of the components of mental adaptation to the disease

Variable	mauchly's amount	chi square	Df	Sig
Despair	0.50	18.45	2	0.001
Wasted	0.70	9.46	2	0.009
Cognitive avoidance	0.91	2.46	2	0.29
Credit	0.96	1.10	2	0.57
The spirit of struggle	0.85	4.38	2	0.11
The overall score of mental compatibility with the disease	0.20	42.24	2	0.001

همان‌گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، نتایج آزمون کرویت موخلی به جز در مورد مؤلفه‌ی ناامیدی، دل‌مشغولی و نمره کل سازگاری روانی با بیماری سرطان، در مورد سایر مؤلفه‌های سازگاری روانی با بیماری سرطان، غیرمعنادار است که نشان دهنده‌ی آن است که کواریانس‌های اندازه‌گیری‌های هر کدام از این مؤلفه‌ها در مراحل سه‌گانه ارزیابی یکسان هستند. بنابراین، جهت بررسی آزمون اثر درون گروهی، برای مؤلفه‌هایی که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود، آزمون مفروضه کرویت و برای مؤلفه‌هایی که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار نبود، آزمون جایگزین گرینهاوس گیسر گزارش می‌شود که نتایج در جدول ۵ نشان داده شده است.

طبق جدول ۵ زمان تأثیر معناداری بر دو مؤلفه‌ی پس سازگاری روانی با بیماری به جز تقدیرگرایی، دارد و توانست درصد قابل توجهی از واریانس آن‌ها را تبیین کند. در واقع، بین حداقل دو مرحله از مراحل ارزیابی این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج جدول فوق مبنی بر تأثیر زمان بر مؤلفه‌های سازگاری روانی با بیماری، جهت اطلاع از محل و میزان دقیق تفاوت، مقایسه دو به دوی مراحل سه‌گانه ارزیابی انجام شد که نتایج در جدول ۶ آورده شده است.

Table 5.  
In -Group Effect Testing Mental Adjustment Components with Cancer Disease

Variable	Test	Source of change	SS	df	MS	F	Sig	Partial Eta Squared
Despair	Greenhaus Gasir	Time	555.000	1.33	414.88	116.20	0.001	0.80
		Time × Group	44.15	1.44	30.61	76.05	0.001	0.73
		Error	133.73	37.45	3.57			
Wasted	Greenhaus Gasir	Time	2/75/55	1.54	178.63	97.30	0.003	0.77
		Time × Group	310.48	1.54	201.73	109.64	0.001	0.19
		Error	79.27	43.19	1.83			
Cognitive avoidance	Croatian	Time	39.26	2	19.63	34.89	0.001	0.55
		Time × Group	40.56	2	20.27	36.03	0.001	0.56
		Error	31.51	56	0.56			
Credit	Croatian	Time	0.86	2	0.43	10.01	0.27	0.03
		Time × Group	0.46	2	0.23	0.54	0.58	0.01
		Error	24.00	56	0.42			
The spirit of struggle	Croatian	Time	46.06	2	23.03	38.95	0.001	0.58
		Time × Group	51.48	2	25.74	42.54	0.001	0.60
		Error	33.11	56	0.59			
The overall score of mental compatibility with the disease	Greenhaus Gasir	Time	1776.02	1.11	1590.27	45.84	0.001	0.62
		Time × Group	1642.02	1.11	1470.29	42.39	0.001	0.60
		Error	1084.62	31.27	34.68			

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۵ میانگین مؤلفه‌های نامیدی، دل مشغولی، اجتناب شناختی، روحیه مبارزه و نمره کل سازگاری روانی با بیماری در پیش‌آزمون به صورت معناداری، متفاوت از پس‌آزمون است که نشان دهنده‌ی آن است که مداخله دارای تأثیر معنادار بر این مؤلفه‌ها در بازه زمان است. اما بین میانگین مؤلفه تقدیرگرایی، در پیش‌آزمون به صورت معناداری، متفاوت از پس‌آزمون نیست که نشان دهنده‌ی آن است که مداخله دارای تأثیر غیرمعنادار بر کاهش این مؤلفه‌ها در بازه زمان است. همچنین بین میانگین پیش‌آزمون و مرحله

پیگیری مؤلفه‌های ناامیدی، دل‌مشغولی و اجتناب شناختی تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی از آن است که مداخله توانست در بلندمدت نیز باعث تغییر این مؤلفه‌ها به صورت معناداری گردد. از سوی دیگر، طبق نتایج جدول ۶ تعامل زمان و گروه نیز تأثیر معناداری بر هیچ کدام از مؤلفه تقدیرگرایی نداشت اما این تأثیرات بر مؤلفه‌های ناامیدی، دل‌مشغولی، اجتناب شناختی، روحیه مبارزه و نمره کل سازگاری روانی با بیماری معنی دار بوده است.

Table 6.  
comparing the components of mental adaptation to the disease in the three stages of evaluation

Variable	Time1	Time2	mean difference	standard error	Sig
Despair	Pre-test	Pas-test	5.50	0.48	0.001
		Follow up	1.26	0.43	0.001
	Pas-test	Follow up	-0.50	0.22	0.003
Wasted	Pre-test	Pas-test	4.00	0.35	0.001
		Follow up	3.33	0.86	0.001
	Pas-test	Follow up	0.67	0.20	0.003
Cognitive avoidance	Pre-test	Pas-test	1.57	0.20	0.001
		Follow up	1.13	0.21	0.001
	Pas-test	Follow up	-0.43	0.16	0.005
Credit	Pre-test	Pas-test	0.23	0.18	0.61
		Follow up	0.16	0.15	0.84
	Pas-test	Follow up	0.97	0.17	0.06
The spirit of struggle	Pre-test	Pas-test	-1.63	0.25	0.001
		Follow up	-1.36	0.20	0.001
	Pas-test	Follow up	0.26	0.15	0.31
The overall score of mental compatibility with the disease	Pre-test	Pas-test	-10.13	1.40	0.001
		Follow up	-8.50	1.32	0.001
	Pas-test	Follow up	1.63	0.38	0.001

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر سازگاری روانی با بیماری سالمندان مبتلا به سرطان انجام شد که نتایج حاکی از اثربخشی این درمان بر سازگاری روانی با

بیماری سالمندان مبتلا است. این نتایج با یافته‌های Fathi Aghdam (2021) همسو است. در تبیین این یافته، ابتلا به سرطان بسیار ناراحت‌کننده است و موقعیتی استرس‌زا برای همه افراد به‌خصوص، افراد درگیر با این بیماری ایجاد می‌کند. در پژوهش Basharpour et al. (2018) نتایج نشان داد این درمان، تأثیر مثبتی بر کاهش شاخص‌های فیزیولوژیک زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان دارد که با پژوهش (Bigdeli et al., 2023) و (Rajei et al., 2024) در جهت اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان همسو می‌باشد.

به نظر می‌رسد که در بیماران مبتلا به سرطان، درد حاصل از مراحل درمان و باورهای مرتبط با از دست رفتن زندگی و تناسب اندام، بخش مهم و مرکزی از زندگی این بیماران است و بیماران، افکار منفی را واقعی قلمداد می‌کنند. در این روش درمانی به بیماران با تشخیص سرطان کمک می‌شود تا افکار را بدون قضاوت و بدون درآمیختگی شناختی بنگرند (Lauwerier et al., 2015) و بیماری و درد را به عنوان بخشی از وجود خود مشاهده کنند و با استفاده از روش‌های مبتنی بر هیجان به جای اجتناب هیجانی منفی از افکار و باورهای نگران‌کننده، این افکار را مشاهده کنند و اضطراب حاصل از مراحل درد و بیماری را به عنوان بخشی از فرایند درمان بپذیرند (Hoseini et al., 2019). همچنین استفاده از برخی راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان همچون ارزیابی مجدد شناختی در مواجهه با استرس، در بسیاری از مواقع علاوه بر کاستن از هیجانات منفی، می‌تواند هیجانات مثبت را افزایش دهد. معمولاً بیماران دچار سرطان با مشکلات روان‌شناختی متعددی نظیر استرس، اضطراب، افسردگی و نوسانات خلقی روبه‌رو هستند (Zettle et al., 2011). وجود این مشکلات به دلیل عدم شناسایی هیجانات، کوشش در زمینه مهار و کنترل هیجانات و افکار مربوط به آنهاست (Schreier et al., 2018). این روش درمانی با مؤلفه برجسته سازی نیازها، پیدا کردن هیجان‌های اولیه و پذیرش و تغییر هیجان‌های حل نشده دردناک، کشف معانی و احساسات مبهم به بیماران کمک می‌کند تا به جای سعی در کنترل و مهار هیجانات، آنها را کمتر تهدیدکننده ببینند و بپذیرند (Esfahani et al., 2020). قرار گرفتن در فرایند درمان مبتنی بر هیجان به این بیماران کمک کرد تا بیماری و دردهای ناشی از آن را بخش کوچکی از خود ببینند و در کنار آشنایی با افکار و هیجانات منفی خود، به این افکار و هیجانات نچسبند. این مطالعه نشان می‌دهد که درمان‌های روان‌شناختی بر مؤلفه‌های روانی مرتبط با بیماری‌های سرطان تأثیرگذار است و درمان مبتنی بر هیجان می‌تواند به بیمار در دیدن افکار



منفی و شرایط بیماری خود به عنوان بخشی قابل پذیرش کمک کند. بهره‌گیری از رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان توانسته است به بهبود تنظیم شناختی هیجان بیماران سرطان کمک کند و اضطراب درد این بیماران را کاهش دهد. به نظر می‌رسد شرکت در جلسات درمانی مبتنی بر بر هیجان باعث می‌شود تا بیماران با احساس و افکار خود آشنا شوند، بتوانند هیجانات منفی خود را نظاره کنند، افکار منفی خود را شناسایی کنند، روش‌های کاهش نگاه قضاوتی به این افکار را بیاموزند، در یک تیم درمانی، به راحتی افکار و نگرانی‌های خود را بیان کنند و با کمک یکدیگر با استرس‌های محیط درمانی به صورت فعال سازگار شوند. پژوهش حاضر بر روی زنان سالمند مبتلا به سرطان در شهر تهران صورت گرفته است. لازم به ذکر است با توجه به اینکه مرحله پیگیری در بررسی تداوم تأثیر مداخله درمانی وجود نداشته است، یافته‌ها باید با احتیاط بیشتری تفسیر شود. لذا در تعمیم نتایج به سایر جوامع باید احتیاط لازم به عمل آید روش نمونه‌گیری در این پژوهش غیر تصادفی و در دسترس بود که این امر می‌تواند قابلیت تعمیم را با مشکل مواجه کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش مطالعاتی موردی برای بررسی روند تغییرات مبتنی بر تکنیک‌های درمانی استفاده شود؛ همچنین انجام این روش درمانی در بیماران ماستکتومی با توجه به تغییرات فیزیکی ملموس پیشنهاد می‌شود.

---

**سهم مشارکت نویسندگان:** در پژوهش حاضر دکتر هایده صابری نویسنده دوم، به عنوان استاد راهنما، نظارت و راهبردی روند کلی پژوهش و تدوین و نهایی‌سازی اصلاحات مقاله را بر عهده داشته‌اند. سهیلا اورنگ نویسنده اول در تدوین طرح تحقیق، فرآیند گردآوری، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و نگارش متن مقاله را بر عهده داشته و در مجموع نتیجه‌گیری از یافته‌ها و بسط و تفسیر به صورت مشترک و با بحث و تبادل نظر کلیه همکاران و با همراهی دکتر افسانه طاهری نویسنده سوم، به عنوان استاد مشاور پایان‌نامه، انجام شد.

**تضاد منافع:** نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

**منابع مالی:** پژوهش حاضر از هیچ موسسه و نهادی حمایت مالی دریافت نکرده و کلیه هزینه‌ها در طول فرآیند اجرای پژوهش بر عهده پژوهشگران بوده است.

**تشکر و قدردانی:** پژوهش حاضر بدون همکاری مشارکت کنندگان امکان‌پذیر نبود؛ بدینوسیله از کلیه مشارکت کنندگان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

---

## References

- Ahmadifard, M., Sadeghi, M., & Gholamrezaei, S. (2019). The effect of integrative approach logotherapy and hope therapy on the body image fear and social adjustment in the women with breast cancer. *IJPN*, 7(1), 66-74. URL: <http://ijpn.ir/article-1-1265-fa.html> [Persian]
- American Cancer Society. (2011-2012). *Cancer fact & figures*. Atlanta: American cancer society.
- Antoni, M. H., Diaz, A., Taub, C., Fisher, H., Carver, C. S., Lippman, M., & Blomberg, B. B. (2019). Brief stress management interventions after surgery improve psychological adaptation and immune cell signaling in breast cancer patients. *Journal Behavior Immunity*, 76(1), 67-76.
- Basharpoor, S., Amani, Sh., Narimani, M., & Heidary, F. (2018). The effectiveness of narrative exposure therapy on improving the stress physiological indexes in women with cancer. *Health Psychology*, 7(1), 133-45. [Persian]
- Bayramy, M., Zeinali, S., Asfoori, M., & Esfahani, A. (2017). Efficacy of Group Logo Therapy on Coping Strategies with Stress and Adjustment to Illness in Leukemia Patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 4(5), 22-8. [Persian]
- Bigdeli, Roja, Chin Ave, M., & Jafari, D. (2023). Comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and acceptance and commitment-based therapy on anxiety and life satisfaction of people with diabetes. *New Psychological Research Quarterly*, 18(72), 71-82. Doi: [10.22034/jmpr.2024.17339](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.17339) [Persian]
- Billiard, J., Dennison, J. B., Briand, J., Annan, R. S., Chai, D., Colón, M., ... & Duffy, K. J. (2013). Quinoline 3-sulfonamides inhibit lactate dehydrogenase A and reverse aerobic glycolysis in cancer cells. *Cancer & Metabolism*, 1(1), 1-17
- Derman, Y. E., & Deatrick, J. A. (2016). Promotion of well-being during treatment for childhood cancer: a literature review of art interventions as a coping strategy. *Cancer Nurs*, 39(6), E1-E16.
- Duman, M., Durgun Ozan, Y., & Doğan Yüksekol, Ö. (2020). Relationship between the religious attitudes of women with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *The journal of Palliat Supp Care*, 19(1), 62-8.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L., & Freire, E. (2013). *Research on humanistic-experiential psychotherapies*
- Esfahani, A., Zeinali, S., & Kiani, R. (2020). Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Pain-Related Anxiety and Cognitive Emotion Regulation in Breast Cancer Patients: A Clinical Trail. *J Arak Uni Med Sci*, 23(2), 138-149. URL: <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-6144-fa.html> [Persian]

- Greer, S., Moorey, S., & Watson, M. (1989). Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3), 373-377.
- Hoseini, Z. S., Jahan, J., deihimi, M., Sayyah, S. S., Ranjbar Sudejani, Y., & Habibi, M. (2019). H et al. Compare the Effectiveness of Systemic-Structurally Oriented Couple Therapy and the Teaching of the Pluralistic Family Communication Model on Marital Satisfaction in Women with Breast Cancer. *Journal qfcra public register QJCR*; 18(69), 106-132. URL: <http://irancounseling.ir/journal/article-1-391-fa.html> [Persian]
- Jafari S, Mohtashami J, Alaee Karahroudi F, Mansouri S, Rassouli M.(2016). Perceived Social Support and Its Correlated Factors in Adolescents with Chronic Disease. *Hayat*; 22(1):65-78. [Persian]
- Karimi Afshar, E., Shabaniyan, G., Saed Taleshi, L., & Manzari Tavakoli, V. (2018). The effectiveness of emotion regulation intervention on resilience and death anxiety of women with breast cancer. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 7(25), 95-105. [Persian]
- Keyvan S, Khezri Moghadam N, Rajab A. (2018). The effectiveness of mindfulnessbased stress reduction(MBSR)on psychosocial adjustment to illness in patient with type 2 diabetis. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*; 17(2), 105-16. <http://ijld.tums.ac.ir/article-1-5668-en.html>
- Lauwerier. F., Caes. I., Van Damme. S., & Goubert. L. (2015). Accentanc: What's in a name? A content analysis of accentacne instruments in individuals with chronic pain. *The Journal of pain*. 16(4), 306-17. Doi: [10.1016/j.jpain.2015.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.01.001)
- Mehri Nejad, S. A. (2019). Predicting self-efficacy of women with breast cancer based on quality of life, religious orientation, resilience, death anxiety, psychological hardiness and perceived social support. *Iranian Journal of Health Psychology*, 2(1), 65-78.
- Palos, R., & Viscu L. (2014) Anxiety, automatic negative thoughts, and unconditional selfacceptance in rheumatoid arthritis: A preliminary study. *ISRN Rheumatology* (317259): 1-5. Doi: [10.1155/2014/317259](https://doi.org/10.1155/2014/317259)
- Poon, D. M., Chan, K., Lee, S. H., Chan, T. W., Sze, H., Lee, E. K., ... & of Uro-Oncology, H. K. S. (2018). Differences in clinical outcome between docetaxel and abiraterone acetate as the first-line treatment in chemo-naïve metastatic castration-resistant prostate cancer patients with or without the ineligible clinical factors of the COU-AA-302 study. *Prostate International*, 6(1), 24-30.
- Pos, A. E., & Choi, B. H. (2019). Relating process to outcome in emotion-focused therapy. (book).
- Rahimzadegan, S., Basharpour, S., Mikaeili, N., & Narimani, M. (2022). Predicting psychological adjustment to the Disease in cancer patients based on self-compassion and health locus of control. *Jamanaben Narottambhai Motiram Patel Science College SJNMP*; 8(1), 1-14. URL: <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-487-fa.html> [Persian]

- Rajaei, M., Nasri, M., Dertaj, F., & Shahabizadeh, F. (2024). The effectiveness of emotional therapy on cognitive fusion and emotional self-regulation of spouses of veterans. *New Psychological Research Quarterly*, 19(73). Doi: 10.22034/jmpr.2023.56106.5526 [Persian]
- Schreier, A. M., Johnson, L. A., Vohra, N. A., Muzaffar, M., & Kvale, B. (2018). Post-treatment symptoms of pain anxiety, sleep disturbance, and fatigue in breast cancer survivors. *Pain Manag Nurs*, 20(2). Doi:10.1016/j.pmn.2018.09.005
- Suhron, M., Yusuf, A., Subarniati, R., Amir, F., & Zainiyah, Z. (2020). How does forgiveness therapy versus emotion-focused therapy reduce violent behavior schizophrenia post restrain at East Java, Indonesia?, *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 9(4), 314-319. <http://doi.org/10.11591/ijphs.v9i4.20538>
- World Health Organization (2019). Ageing and Life Course. p. 2004. Available from: <https://www.who.int/ageing/en/>
- Zettle, R., Rains, J., & Haves, S. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behav Modif*, 35(3), 265-83. Doi: 10.1177/0145445511398344

