



## Develop and evaluate the effectiveness of emotion-based therapy on cognitive emotion regulation and death anxiety in the elderly with cancer

Leila Orang<sup>1</sup> | Heideh Saberi<sup>2</sup> | Afsana Taheri<sup>3</sup>

DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.63.4.0

### Abstract

The aim of this study was to develop and evaluate the effectiveness of emotion-based therapy on cognitive emotion regulation and death anxiety in the elderly with cancer. The design of the present study was mixed, which in the qualitative part was by narrative research method and in the quantitative part was quasi-experimental with pre-test-post-test design and follow-up with the control group. The statistical population of the study consisted of all elderly women with cancer in Tehran in 1401-1400, from which 30 people were selected as the research sample by available sampling method. The package was compiled and presented in the form of 10 90-minute sessions, and content validation was used to validate it. The research instruments were death anxiety and cognitive emotion regulation questionnaires and the analysis method was performed by repeated measures analysis of variance. The results of the research in the qualitative part showed that the four main categories of supportive challenges, physical and physiological challenges, spiritual challenges and emotional challenges were extracted with nine central categories. Then, based on the obtained categories and library studies, an emotion-based intervention package for the elderly with cancer was developed and its validity was approved by emotion-based treatment specialists. The results showed that the emotion-oriented intervention package could significantly reduce death anxiety and negative emotion regulation and increase positive emotion regulation. In addition, the emotion-oriented intervention package was followed up after the post-test, and the results showed that there was no significant change in the post-test after two months. It can be concluded that the emotion-based intervention package is effective on death anxiety and cognitive emotion regulation in elderly women with cancer.

**Keywords:** Emotion-Based Therapy, Death Anxiety, Cognitive Emotion Regulation.

1. PhD student in Psychology, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Roudhen Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Corresponding Author: Professor of Psychology, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Roudhen Islamic Azad University, Tehran, Iran. [h.saberi@riau.ac.ir](mailto:h.saberi@riau.ac.ir)
3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Roudhen Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Cite this Paper:** Orang<sup>1</sup> S & Saberi<sup>2</sup> H, Taheri<sup>3</sup> A. Develop and evaluate the effectiveness of emotion-based therapy on cognitive emotion regulation and ..., The Women and Families Cultural-Educational, 63(2), 135-153.





۶۳

سال هجدهم  
تابستان ۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۱۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۹/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۲

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۰۴

صص: ۱۵۳-۱۳۵

شابا چپ: ۴۶۴۵- ۴۹۵۵  
الکترونیکی: ۲۶۴۵- ۵۲۶۹



فصلنامه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده

تدوین درمان مبتنی بر هیجان و اثربخشی آن بر نظم‌جویی شناختی هیجان و اضطراب مرگ در زنان سالمند مبتلا به سرطان

سهیلا اورنگ<sup>۱</sup> | هایده صابری<sup>۲</sup> | افسانه طاهری<sup>۳</sup>

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تدوین درمان مبتنی بر هیجان و اثربخشی آن بر نظم‌جویی شناختی هیجان و اضطراب مرگ در زنان سالمند مبتلا به سرطان انجام شد. طرح پژوهش حاضر آمیخته (تربیتی) بود که در قسمت کیفی، به روش روایت پژوهی و در قسمت کمی، شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری باگروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه سالمندان زن مبتلا به سرطان در شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند که از این جامعه ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. تدوین بسته در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام و ارائه شد و برای اعتباریابی آن از اعتبار محتوایی استفاده شد. در بخش کمی، ابزار پژوهش را پرسشنامه‌های اضطراب مرگ و تنظیم شناختی هیجان تشکیل دادند و روش تجزیه تحلیل با آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر انجام 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 بدست آمده و مطالعات کتابخانه ای، بسته مداخله مبتنی بر هیجان برای سالمندان مبتلا به سرطان، تدوین و اعتبار آن توسط متخصصان درمان هیجان مدار مورد تأیید قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بسته مداخله ای هیجان مدار توانست بطور معنی داری اضطراب مرگ و تنظیم منفی هیجان را کاهش و تنظیم مثبت هیجان را افزایش دهد. به علاوه بسته مداخله‌ای هیجان مدار، پس از اجرای پس آزمون، پیگیری شد و نتایج نشان داد که تغییر محسوسی در پس آزمون بعد از دو ماه ایجاد نشده است. می‌توان نتیجه گرفت بسته مداخله مبتنی بر هیجان بر اضطراب مرگ و تنظیم شناختی هیجان در زنان سالمند مبتلا به سرطان اثر بخش است.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، سرمایه روان‌شناختی، توانمندسازی، استرس، زنان سرپرست.

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲- نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

hayedesaberi@yahoo.com

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۴- پژوهش حاضر با شناسه کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1399.349 مستخرج از رساله دکتری است.

استناد: اورنگ، سهیلا؛ صابری، هایده؛ طاهری، افسانه. تدوین درمان مبتنی بر هیجان و اثربخشی آن بر نظم‌جویی شناختی هیجان و

اضطراب مرگ در زنان سالمند مبتلا به سرطان؛ ۶۳(۲)، ۱۵۳-۱۳۵. DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.63.5.1

© نویسنده‌گان

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع)

این مقاله تحت لیسانس آفرینندگی مردمی (Creative Commons License- CC BY) در دسترس شما قرار گرفته است.



## 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 (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). پیش بینی می‌شود که در سال ۲۰۵۰ حدود ۰/۱۴ از جمعیت کره زمین را سالمندان تشکیل خواهند داد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). سرطان دومین علت مرگ زنان در سطح جهان است و به طور کلی، ۵۶ درصد از موارد جدید و ۶۴ درصد از مرگ‌های ناشی از سرطان در زنان در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، بدلیل افزایش امید به زندگی، ۹/۹ میلیون مورد جدید سرطان در زنان و ۵/۵ میلیون مرگ ناشی از سرطان در رخ دهد (توره<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). سرطان رشد مهار نشده و منتشر شونده سلول‌های نابهنجار است که موجب شکل‌گیری تومورها می‌گردد. وضعیت جسمانی و ظاهر بیماران مبتلا به سرطان تحت تأثیر تغییرات بیماری (مانند ریزش مو، از دست دادن عضوی مانند قطع عضو یک فرد و غیره) است (صدری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹) و 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 (بیلیارد<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). هر چند فشار روانی را می‌توان به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، با این حال موجب کاهش کیفیت زندگی می‌شود.

مطالعات وانگ<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۰)، پدرام و همکاران (۱۳۸۹) و ساری<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۹) بیان می‌کنند که تشخیص سرطان اضطراب زیادی در فرد ایجاد می‌کند. اضطراب، واکنشی در برابر خطری نامعلوم، درونی و مبهم است (کای<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰) و یکی شایع‌ترین نوع آن، اضطراب مرگ است. اضطراب مرگ احساس وحشت، ترس یا نگرانی شدید ناشی از اندیشیدن به مرگ،

1. World Health Organization
2. Torre L
3. Sadri, E
4. Billiard, J
5. Wang, Y
6. Sari, D
7. Kyei K

جدا شدن از دنیا یا اتفاقی که بعد از زندگی می‌افتد، است (خادمی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اضطراب مرگ در سالمندان و افرادی که با بیماری مزمن درگیر هستند از شیوع بیشتری برخوردار است (چنج<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). شیوع بالای اضطراب مرگ در میان سالمندان به این دلیل است که آنها از مشکلات جسمی فراوان، بیماری‌های مزمن، اختلالات حرکتی، ناتوانی‌های جسمی و وابستگی به دیگران، بازنشستگی و تنهایی متعاقب رنج می‌برند (بیرگیت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). این اضطراب زمانی به عنوان یک آشفتگی هیجانی تلقی می‌گردد که از حد طبیعی خارج شود و فرد را درمانده کند.

روگر<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۶) و ساینی<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند اضطراب مرگ می‌تواند موجب ناامیدی و درماندگی شود که به دنبال آن هیجانات منفی زیادی بروز می‌کنند. در واقع اضطراب مرگ از جنس هیجان است. هیجان‌ها در طول تکامل انسان برای بقا ایجاد شده‌اند و آنچه را که برای بهزیستی اهمیت دارد شناسایی می‌کنند (ویمز و پینا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). در واقع هیجان‌ها به افراد می‌گویند که چه چیزی مهم است و چه رفتاری در راستای آن انجام دهند. فرد مبتلا به سرطان که هیجان‌های منفی را تجربه می‌کند ممکن است دچار بدکارکردی هیجانی شود. نظم جویی هیجان، فرایند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی روانی و فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (دریکسون<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). تنظیم شناختی هیجان‌ها به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌ها و برانگیختگی‌های منفی را کنترل کنند (عابدی و همکاران، ۱۴۰۱). در واقع نظم جویی شناختی هیجانی شامل فرایندهای دوگانه‌ای است که هم در بیان مناسب هیجان‌ها و هم در کنترل آن دخالت سازنده‌ای دارند (کاتری و گروس<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰). رویکردهای مختلفی در جهت کسب بینش و حل و فصل مشکلات هیجانی تدوین شده‌اند که یکی از مهمترین آنها، درمان مبتنی بر هیجان<sup>۹</sup> است.

- 
- 1 . Khademi, F
  - 2 . Cheng, F
  - 3 . Birgit, M
  - 4 . Roger, J
  - 5 . Saini, P
  - 6 . Weems, C & Pina, A
  - 7 . Driscoll, C
  - 8 . McRae, K., & Gross, J
  - 9 . Emotion-focused therapy

درمان متمرکز بر هیجان، درمانی در جهت درونی کردن و پذیرش هیجان‌های بنیادین مراجعان برای مدت طولانی است (ساهرون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). 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، فعال‌سازی و پردازش احساسات برای نتیجه موفقیت‌آمیز در روان درمانی بسیار مهم است (پز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). گرینبرگ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۰). بازدارنده‌ی بیش از حد هیجان همراه با سرکوب، انکار هیجان، برانگیختگی و آشفتگی هیجانی که فرد با رفتارهای تکانشی، آن هیجان‌ها را نشان می‌دهد، را بدکار کردی هیجانی می‌دانند. اما متناسب با این رویکرد، راه برای تغییر احساسات ناسازگار اصلی و بدکار کردی هیجانی از طریق عقل یا یادگیری مهارت نیست، بلکه از طریق فعال کردن احساسات سازگار اولیه در جلسه درمان است (گرینبرگ، ۲۰۱۴). فرایند درمان با برجسته‌سازی نیازها، پیدا کردن هیجان‌های اولیه و پذیرش و تغییر هیجان‌های حل نشده دردناک، کشف معانی و احساسات مبهم طراحی می‌شود. کریمی افشار و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای بر تاثیر هیجان‌ها در روند درمان سرطان تاکید کردند. واستل<sup>۴</sup> (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان در تنظیم هیجان افرادی را مورد بررسی قرار داد. المدیاء<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر هیجان مداخله‌ای مناسب برای درمان این نگرانی‌های افراد مبتلا به سرطان است. پیلیا<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر هیجان بر اضطراب زنان مبتلا به سرطان اثربخش است. مطالعات کیم و پارک<sup>۷</sup> (۲۰۱۶) و عابدی<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۲۲) نشان می‌دهند تنظیم هیجان‌ها موجب کاهش اضطراب مرگ می‌شود. یافته‌های مطالعات ساینی و همکاران (۲۰۱۶) و پالوس و ویسکو<sup>۹</sup> (۲۰۱۴) بیان می‌کند، تغییر هیجانی، 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

1. Suhron, M
2. Pos, A
3. Greenberg, L
4. Wastell, C
5. Almeida, S
6. Pillai, S
7. Kim. S & Park, K
8. Abedi, N
9. Palos R, & Vîscu L

مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup>، شناختی رفتاری<sup>۲</sup>، معنادرمانی<sup>۳</sup> و حضور ذهن<sup>۴</sup> بر سازگاری روانی با سرطان و کاهش اضطراب مرگ در سالمندان پرداخته است. اما تاکنون پژوهشی که درمان مبتنی بر هیجان را در 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 مداخله ای هیجان محور برای سالمندان مبتلا به سرطان می تواند به اثربخشی مداخلات روانشناختی در این گروه کمک کند. در این راستا هدف پژوهش حاضر تدوین درمان مبتنی بر هیجان و اثربخشی آن بر نظم جویی شناختی هیجان و اضطراب مرگ در زنان سالمند مبتلا به سرطان است.

## روش پژوهش

روش پژوهش حاضر آمیخته از نوع اکتشافی (کیفی- کمی) است. پژوهش حاضر بر آن بود که با رویکرد آمیخته به بررسی این مساله 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 می شود؟ در گام بعدی به این پرسش پرداخته شد که آیا درمان درمان هیجان مدار بر مؤلفه های اضطراب مرگ و تنظیم هیجان سالمندان مبتلا به سرطان اثربخش است؟. در مرحله کیفی با استفاده از روش روایت پژوهی به بررسی 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 گرفته اند، تشکیل دادند و فرایند نمونه گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. گام های 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 داده های کیفی، ۶: تحلیل و تفسیر داده های کیفی، ۷: نوشتن و ارزیابی یک مطالعه (ابوالمعالی الحسنی، ۱۳۹۸). 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 بدست آمده در مصاحبه تدوین شد و در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان در زمینه تنظیم شناختی هیجان با مدرک دکترا

1 . Acceptance and commitment therapy

2 . Cognitive behavioral therapy

3 . Logo therapy

4 . Mindfulness

و دارای تجربه بالینی قرار گرفت. شاخص نسبت روایی محتوای برنامه با روش لاوشه سنجش و مورد تأیید قرار گرفت. دربخش کمی، از روش طرح نیمه تجربی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. هم‌چنین 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 بر هیجان، 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 بر هیجان اجرا گردید و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد و در پایان آموزش، پس‌آزمون 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.

## ابزار پژوهش

**مقیاس نظم‌جویی شناختی هیجان<sup>۱</sup>:** برای سنجش نظم‌جویی شناختی هیجان، از پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون<sup>۲</sup> در سال (۲۰۰۱) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال است. نمره‌دهی پاسخ‌ها بر اساس لیکرت پنج‌درجه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) صورت گرفته است. پایین‌ترین سطح نمره در این آزمون ۳۶ و بالاترین نمره ۱۸۰ است. ضریب همسانی درونی مقیاس با محاسبه آلفای کرونباخ در

1 . Cognitive Emotion Regulation Questionnaire(CERQ)

2 . Garnefski, N & Kraaij, V

پژوهش گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲)، ۰/۸۷ به دست آمد. روایی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان در پژوهش بشارت (۱۳۹۰) به روش روایی سازه با روش همزمان محاسبه و مورد و رابطه آن با پرسشنامه واکنش پذیری نسبت به ناکامی ۰/۷۵ تا ۰/۸۹، ضرایب همبستگی آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها را از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹، ضرایب همبستگی آزمون-بازآزمون برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه را از ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ و روایی محتوایی هیجان براساس ضرایب توافق کندال برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۲ گزارش کرده است.

**مقیاس اضطراب مرگ:** برای سنجش اضطراب مرگ از مقیاس اضطراب مرگ تمپلر<sup>۲</sup> (۱۹۷۰) استفاده می‌شود. این مقیاس دارای ۱۵ سوال به صورت لیکرت است که نگرش آزمودنی‌ها به مرگ را می‌سنجد. دامنه نمرات از ۰ تا ۱۵ است که نمره بالا نشانه اضطراب بالاتر است. این مقیاس یک پرسشنامه استاندارد بوده و بر اساس بافت فرهنگی و اجتماعی کشور ایران برای بررسی اضطراب مرگ در حوزه‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و هنجاریابی شده است. ضریب اعتبار ۰/۶۲ و ضریب الفای کرونباخ (همسانی درونی) برای کل پرسشنامه ۰/۷۳ بدست آمده است. همچنین ضریب همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ و مقیاس نگرانی مرگ ۰/۴۰ و با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۴۳ محاسبه شد. این ابزار توسط رجیب و بحرانی (۱۳۸۰) ترجمه و هنجاریابی شده است.

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

به کمک روش کیفی، ابتدا مدل مفهومی مشکلات زنان سالمند مبتلا به سرطان بدست 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 نامرتبط 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 آموزشی مقابل با استرس شغلی به کمک نسبت روایی محتوا CVR برابر ۱ محاسبه

1. Death Anxiety Questionnaires

2. Templer, D



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.

جدول ۱. تدوین پروتکل درمان مبتنی بر هیجان

فاز	جلسه	عنوان	محتوای جلسات
گام اول	جلسه اول	برقراری پیوند درمانی	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 مشکل	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 هیجان‌ات	بیان تجارب دردناک و ترومای سرطان و اضطراب مرگ، برجسته سازی هیجان‌های اولیه، ثانویه و ابزاری، آگاهی از وجود هیجان و نام گذاری، توجه به حس‌های بدنی و به کلام درآوردن هیجان‌ات و دردهای جسمی.
گام دوم (نتیجه ناقص)	جلسه چهارم	رویارویی با هیجان	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.
	جلسه پنجم	تقویت هیجان‌ات اولیه	برجسته سازی و تقویت بیان کامل هیجان اولیه سازگار و بیان نیازها، شناسایی وقفه‌ها و دوپارگی عمق بخشی با فنون صندلی (دو صندلی برای دوپارگی و صندلی خالی برای کار ناتمام). ابراز و صحبت درباره‌ی ترومای سرطان و اضطراب مرگ و توجه به نیازهای اولیه
	جلسه ششم	جهت دهی به تجربه درونی هیجان	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.

فصلنامه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده

محتوای جلسات	عنوان	جلسه	فاز
تنظیم هیجان با توسعه تجربه کردن، احساس عاملیت و مالکیت هیجانی، تأکید بر اهمیت آنها، تقویت بیان نیازهای هیجانی. فراخوانی حضور منبع دل بستگی 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	توسعه درک تجربه هیجان	جلسه هفتم	گام سوم (نتیجه کامل)
تامل و کشف رابطه بین بدن، هیجان، تعلقات درونی، سازگاری با بیماری، پذیرش و کشف معنای جدید برای سرطان و پذیرش مرگ به عنوان بخشی از زندگی، چهارچوب بندی مجدد روابط و تعاملات با تمرکز بر خود	پذیرش هیجان و کشف معنای جدید	جلسه هشتم	
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	سازگاری و خلق روایت جدید	جلسه نهم	
اعتباربخشی به احساسات و خود جدید، تعمیم تجارب درمانی به رویدادها در آینده. مقایسه خود قبل و بعد درمان. پس از مومن. پایان درمان	اعتبار بخشی و تعمیم تجارب درمان به زندگی	جلسه دهم	

یافته‌ها

جدول ۱. اطلاعات توصیفی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مرحله پیگیری
		انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	
اضطراب مرگ	آزمایش	۲۷/۰۰	۱/۳۶	۱۹/۶۰	۱/۸۸	۲۰/۸۰
	کنترل	۲۶/۶۰	۱/۴۴	۲۶/۰۷	۰/۹۶	۲۶/۲۶
تنظیم منفی شناختی هیجان	آزمایش	۷۲/۳۳	۶/۲۶	۶۱/۸۸	۶/۰۳	۶۲/۹۳
	کنترل	۷۳/۶۶	۹/۶۵	۷۳/۰۰	۹/۸۴	۷۳/۷۳
تنظیم مثبت شناختی هیجان	آزمایش	۶۳/۷۳	۷/۸۴	۷۳/۷۱	۸/۸۱	۷۰/۳۸
	کنترل	۶۵/۶۶	۷/۷۶	۶۶/۲۶	۶/۹۷	۶۵/۴۶

همان گونه که نتایج جدول (۱) 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 هستیم. در ابتدا مفروضه همبستگی بین متغیرهای پژوهش با کمک آزمون کرویت بارتلت و مفروضه همگنی واریانس متغیر ترکیبی با کمک آزمون ام‌باکس مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد آزمون کرویت بارتلت<sup>۱</sup> در مورد، معنادار است که نشان دهنده همبستگی کافی بین میانگین گروه‌ها و زمان‌ها این متغیر است. همچنین نتایج آزمون ام‌باکس<sup>۲</sup> معنادار است که حاکی از عدم همگنی واریانس این متغیر ترکیبی در گروه‌های مورد پژوهش است. در ادامه، جهت بررسی تحلیل واریانس چندمتغیره مختلط، از آنجا که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار نبود، آزمون اثر پیلای گزارش می‌گردد که نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مختلط از طریق آزمون اثر پیلای برای متغیرهای پژوهش، معنادار است و درصد چشمگیری از واریانس آن توسط آزمون چندمتغیره تبیین می‌شود. معنادار بودن آزمون چندمتغیره، بدین معنا است حداقل یکی از آزمون‌های بین گروهی یا درون گروهی معنادار است. لذا، ابتدا به بررسی آزمون بین گروهی برای تعیین میزان تاثیرگذاری روش مداخله بر اضطراب مرگ و تنظیم شناختی هیجان پرداخته می‌شود. پیش از آن، جهت اطلاع از پیش فرض همگنی واریانس متغیر وابسته در بین گروه‌های پژوهش، از آزمون لوین و برای پیش فرض همگنی واریانس متغیر وابسته در درون گروه‌های پژوهش از آزمون کرویت موخلی استفاده گردیده که نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: آزمون لوین و کرویت موخلی همگنی واریانس اضطراب مرگ و تنظیم هیجان

آزمون کرویت موخلی			آزمون لوینز						متغیر
			مرحله پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		
Sig	df	$\chi^2$	Sig	F	Sig	F	Sig	F	
۰/۳۰	۲	۲/۳۸	۰/۶۲	۰/۲۰	۰/۱۰	۰/۱۶	۰/۷۰	۰/۱۴	اضطراب مرگ
۰/۰۶	۲	۱۰/۱۰	۰/۰۶	۳/۷۲	۰/۱۵	۲/۱۲	۰/۱۷	۱/۹۶	تنظیم شناختی منفی هیجان
۰/۰۱	۲	۵۰/۷۲	۰/۷۹	۰/۰۶	۰/۹۷	۰/۰۱	۰/۹۸	۰/۰۱	تنظیم شناختی مثبت هیجان

1 . Bartlett's sphericity test

2 . Box's M test

طبق نتایج جدول (۲)، نتایج آزمون لوین در اکثر مراحل ارزیابی اضطراب مرگ، غیرمعنادار است که حاکی از همگنی واریانس این متغیر در گروه‌های پژوهش است. بنابراین، شرایط برای اجرای آزمون بین گروهی فراهم است. نتایج آزمون کرویت موخلی<sup>۱</sup> در مورد اضطراب مرگ، غیرمعنادار است که نشان دهنده‌ی آن است که کواریانس‌های اندازه‌گیری‌های هر کدام از این مولفه‌ها در مراحل سه‌گانه ارزیابی یکسان هستند. بنابراین، جهت بررسی آزمون اثر درون گروهی، برای مولفه‌هایی که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود، آزمون مفروضه کرویت استفاده می‌شود در ادامه، در جدول ۷ نتایج حاصل از تحلیل واریانس بین گروهی ارائه شده است.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس برای بررسی اثر بسته مداخله‌ای هیجان مدار بر اضطراب مرگ و تنظیم هیجان در گروه کنترل و آزمایش

متغیر وابسته	منبع واریانس	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذورات
اضطراب مرگ	گروه	۳۳۲/۵۴	۱	۳۳۲/۵۴	۹۸/۱۷	۰/۰۱	۰/۷۷
	خطا	۹۴/۸۴	۲۸	۳/۳۸			
تنظیم شناختی منفی هیجان	گروه	۱۳۶۱/۱۱	۱	۱۳۶۱/۱۱	۷/۵۵	۰/۰۱	۰/۲۱
	خطا	۵۰۴۶/۸۴	۲۸	۱۸۰/۲۴			
تنظیم شناختی منفی هیجان	گروه	۱۳۵۳/۳۴	۱	۱۳۵۳/۳۴	۱۰/۵۷	۰/۰۳	۰/۲۷
	خطا	۳۵۸۲/۳۱	۲۸	۱۲۷/۹۴			

همان‌گونه که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، روش مداخله بر اضطراب مرگ تاثیر معناداری دارد و با توجه به نتایج مجذور اتا، روش مداخله توانست درصد چشمگیری از واریانس اضطراب مرگ را تبیین کند. جهت بررسی آزمون اثر درون گروهی، برای مولفه‌هایی که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود، آزمون مفروضه کرویت استفاده می‌شود که نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

1 . Porous sphericity test

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر بسته مداخله ای هیجان مدار بر اضطراب مرگ و تنظیم هیجان در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	آزمون	منبع واریانس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذورات
اضطراب مرگ	مفروضه کرویت	زمان	۲۶۸/۹۵	۲	۱۳۴/۴۷	۷۷/۹۴	۰/۰۱	۰/۷۳
		زمان × گروه	۲۰۶/۴۲	۱/۸۴	۱۰۳/۲۱	۵۹/۸۱	۰/۰۱	۰/۶۸
		خطا	۶۶۷۹/۶۸	۵۶	۱/۷۲			
تنظیم شناختی منفی هیجان	گرینهاوس گیسر	زمان	۵۴۰/۰۸	۱/۵۲	۳۵۴/۳۷	۵۳/۶۰	۰/۰۱	۰/۶۵
		زمان × گروه	۴۶۷/۸۲	۱/۵۲	۳۰۶/۹۵	۴۶/۴۳	۰/۰۱	۰/۶۲
		خطا	۲۸۲/۰۸	۴۲/۶۷	۶/۶۱			
تنظیم شناختی مثبت هیجان	گرینهاوس گیسر	زمان	۱۱۳۰/۰۲	۱/۰۸	۱۰۴۳/۶۷	۳۸/۱۶	۰/۰۱	۰/۵۹
		زمان × گروه	۱۰۵۶/۶۸	۱/۰۸	۹۷۵/۹۴	۳۸/۱۶	۰/۰۱	۰/۵۷
		خطا	۷۷۵/۲۸	۳۰/۳۱	۲۵/۵۷			

طبق جدول ۴، زمان تاثیر معناداری بر اضطراب مرگ دارد و توانست درصد قابل توجهی از واریانس آن را تبیین کند. در واقع، بین حداقل دو مرحله از مراحل ارزیابی این متغیر تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج جدول فوق مبنی بر تاثیر زمان بر اضطراب مرگ، جهت اطلاع از محل و میزان دقیق تفاوت، مقایسه دو به دو مراحل سه‌گانه ارزیابی انجام شد که نتایج در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. مقایسه‌ی اضطراب مرگ و تنظیم هیجان در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	زمان ۱	زمان ۲	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig
اضطراب مرگ	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۹۶	۰/۳۵	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۳/۲۶	۰/۳۶	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۷۰	۰/۲۸	۰/۰۲

متغیر	زمان ۱	زمان ۲	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig
تنظیم شناختی منفی هیجان	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۶۰	۰/۷۲	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۴/۶۶	۰/۵۳	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۹۳	۰/۴۵	۰/۰۴
تنظیم شناختی مثبت هیجان	پیش آزمون	پس آزمون	-۷/۹۶	۱/۱۳	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۶/۹۶	۱/۱۸	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۹۹	۰/۲۷	۰/۰۱

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۵، میانگین اضطراب مرگ در پیش آزمون به صورت معناداری، بیشتر از پس آزمون است که نشان دهنده‌ی آن است که مداخله مبتنی بر هیجان دارای تاثیر معنادار بر کاهش اضطراب مرگ در بازه زمان است. همچنین بین میانگین پیش آزمون و مرحله پیگیری اضطراب مرگ، تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی از آن است که مداخله مبتنی بر هیجان توانست در بلندمدت نیز باعث کاهش اضطراب مرگ به صورت معناداری شد. همچنین بین میانگین پس آزمون و مرحله پیگیری اضطراب مرگ، تفاوت معناداری یافت شد که حاکی از آن است که مداخله مبتنی بر هیجان توانسته به صورت پیوسته باعث کاهش این متغیر به صورت معناداری شد.

## نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین درمان مبتنی بر هیجان و اثربخشی آن بر نظم جویی شناختی هیجان و اضطراب مرگ در زنان سالمندان مبتلا به سرطان انجام شد و نتایج نشان داد درمان مبتنی بر هیجان بر تنظیم شناختی و اضطراب مرگ سرطان اثربخش بود.

در خصوص اثر بخشی درمان مبتنی بر اضطراب مرگ می توان نتایج مشابهی یافت. همسو با یافته‌های کریمی افشار و همکاران (۱۳۹۷)، ثناگوی محررو همکاران (۱۳۹۷)، پیلیا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۲)، کیم و پارک<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) و عابدی<sup>۳</sup> و همکاران و (۲۰۲۲) یزدانفر و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت که هر اضطرابی با علایم مشخصی خود را بروز می دهد

1. Pillai, S
2. Kim, S & Park, K
3. Abedi, N

و ریشه واقعی آن، پنهان است. درمان مبتنی بر هیجان از علایم ظاهری فراتر می‌رود. هیجان‌های اصیل تر پنهان را نمایان کرده و آنها را تعدیل می‌کند. از سویی اضطراب مرگ از جنس هیجان است و شامل نشانه‌های بدنی، هیجانی و شناختی است. درمان مبتنی بر هیجان بر روی بعد هیجانی اضطراب تمرکز کرده و با حل و فصل آن، هیجان اضطراب کاهش می‌یابد. از سویی دیگر، اضطراب مرگ پیش بینی مرگی است که بزودی اتفاق می‌افتد و عملاً رویارویی فرد مبتلا به سرطان با مرگ را نشان می‌شود. بنا بر این رویکرد، احتمال دارد زیربنای اضطراب غم و و اندوه از دست دادن زندگی و دیگران باشد و یا شرم زندگی نزیسته را در بر گیرد. درمان مبتنی بر هیجان، هیجان پشت اضطراب که عموماً غم و شرم است را نمایان کرده و فرد را از آن آگاه می‌سازد. همچنین در مواجهه با مرگ اضطراب مرگ آگاهی در برابر مرگ اندیشی قرار می‌گیرد. آگاهی از مرگ این جسارت را به افراد می‌دهد تا به گونه ای زندگی کنند که گویا مرگ در یک قدمی است. مرگ اندیشی فرد را با اضطراب مواجهه مرگ قریب الوقوع قرار داده که می‌خواهد زندگی را بگیرد و افراد مرگ اندیش دچار نشخوار با مرگ شده و از آن رنج می‌برند. درمان مبتنی بر هیجان پا را فراتر از مرگ اندیشی، به مراجع توان مرگ آگاهی بجای مرگ اندیشی را می‌دهد. برخی روانشناسان معتقدند بنیادی ترین اضطراب، اضطراب مرگ است و ریشه ی تمامی اضطراب‌هاست. لذا رویارویی با نیستی و فناپذیری زندگی، شناخت‌های کارآمد را مختل کرده و فرد را در دور باطل نشخوار می‌اندازد. در این میان هیجان‌های متعارض ایجاد می‌شود و درمان مبتنی بر هیجان فرد را از هیجان آگاه کرده و با تجربه کردن هیجان و پردازش هیجان به پذیرش و معنایابی کمک کند و به تبع آن میزان اضطراب مرگ کاهش پیدا می‌کند. با توجه به اضطراب مرگ ناشی از بیماری سرطان و تکیه درمان مبتنی بر هیجان در کاهش اضطراب به نظر منطقی می‌رسد که این مداخله با تمرکز بر حل و فصل هیجان‌ات ناشی از مرگ و کمک به فرد در رویارویی ذهن آگاهانه با آن میزان اضطراب مرگ را کاهش دهد.

در خصوص اثر بخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان می‌توان نتایج مشابهی یافت. همسو با یافته‌های با یافته‌هایاندرزیان، خویی نژاد و اکبری (۱۴۰۱)، شکری، رحمانی و ابوالقاسمی (۱۴۰۱) و سوادکوهی و قربانی نژاد (۱۳۹۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تنظیم هیجان در نگاه فولکمن به دو روش هیجان مدار و مساله تقسیم می‌شود. در مواجهه هیجان مدار با سرطان این سوال در ذهن افراد سالمند نقش می‌بندد که من چگونه میتوانم ازین بیماری جان سالم بدر ببرم. اما

در رویکرد مساله مدار این پرسش در ذهن بوجود می‌آید که حال برای گذر از این بیماری چه راهبردهایی باید اتخاذ کرد. در حالت هیجان مدار فرد گرفتار در بیماری اشفته و نگران به دنبال فرار از موقعیت است. اما از مواجهه مساله مدار سالمندان مبتلا با مدیریت هیجانهای منفی به دنبال بهترین راهبردهای تایید شده برای گذار از بیماری هستند. لذا دو نوع راهبرد تنظیم هیجان مثبت و منفی در تنظیم هیجان وجود دارد که رویکرد مبتنی بر هیجان با تمرکز بر هیجانها و شناخت‌های ناکارآمد سعی در اصلاح راهبردهای مواجهه ای سالمندان مبتلا دارد. از سویی همان طور که پژوهش نشان می‌دهد درمان مبتنی بر هیجان به بهبود راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان انجامید. درمان مبتنی بر هیجان با کمک به کم کردن هیجان و عینی کردن استفاده از نتایج هر راهبرد، امکان شناخت و آگاهی از هر راهبرد و پیامد آن را ایجاد می‌نماید. لذا آگاهی ایجاد شده نسبت به هیجان تجربه شده به اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان میانجامد. از منظر دیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از تجربه سلسله تروماها و تجارب گذشته شکل گرفته در موقعیت‌های مختلف تکرار می‌شوند. بنابراین درمان مبتنی بر هیجان با بازفرینی تجارب معنا دار گذشته و تغییر معناهای اکتساب شده از هر تجربه، حالتی آموزشی اصلاحی برای راهبردهای هیجانی تثبیت شده دارد که با درهم شکستن راهبرد ناکارآمد امکان استفاده از راهبردهای کارآمد و مثبت را افزایش دهد. همچنین به علت ماهیت درمان مبتنی بر هیجان که بر هیجان تمرکز دارد، مولفه‌های این مداخله در اصلاح و تنظیم هیجان و راهبردهای هیجانی اثربخش خواهد بود.

بطور کلی پژوهش حاضر نشان داد بسته مداخله ای مبتنی بر هیجان به بهبود تنظیم هیجان سازگارانه و کاهش تنظیم هیجان ناسازگارانه و اضطراب مرگ اثربخش است. به نظر می‌رسد بسته تدوین شده مبتنی بر هیجان با ایجاد فضایی امن برای حل و فصل زخم‌ها و آسیب‌های گذشته، آگاهی، ابراز و پذیرش هیجان‌های سرکوب شده به ساخت معنای تازه‌ای برای زندگی کمک کرده و با نگاهی متفاوت می‌توانند هیجان‌ناشی از آشفتگی روانی و اضطراب بیماری را تنظیم کنند. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه در دسترس و محدود بودن نمونه به زنان سالمند مبتلا به سرطان و عدم امکان کنترل برخی محدودیت‌های مربوط به طرح‌های نیمه آزمایشی اشاره کرد. نتایج این تحقیق می‌تواند برای مراکز بالینی، بیمارستان‌های روانی، درمانگران و پژوهشگران نیز مفید و سودمند باشد. در آخر پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی بسته



تدوین شده هیجان محور با دیگر بسته‌های مداخله‌ای در سالمندان سرطانی مورد مقایسه قرار گیرد.

### قدردانی

از سالمندان، کادر درمان و همکاران روانشناسی که در انجام این پژوهش با پژوهشگران همکاری کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم.

### تعارض منافع

در این پژوهش تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

## منابع

- ابوالعالی الحسنی، خدیجه. (۱۳۹۸). پژوهش تحلیل روایتی در نوجوانی. تهران، نشر علم.
- ازندریانی، مهری و دیگران. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری زوجین. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۶ (۲): ۱۶۰-۱۵۳.
- بشارت، محمدعلی؛ بزازیان، سعیده. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم هیجان در نمونه ای از جامعه ایرانی. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی؛ ۲۴(۸۴): ۶۱-۷۰.
- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم؛ آیین پرست، ندا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. نشریه زن و جامعه؛ ۱(۴): ۶۱-۷۵.
- شکری مریم، رحمانی محمد علی، ابوالقاسمی شهنام. تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر بخشودگی، خودتنظیمی هیجانی و دلزدگی زناشویی زوجین متقاضی طلاق مراجعه کننده به اورژانس‌های اجتماعی خانواده. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت. ۱۴۰۱؛ ۶(۱): ۱۵۵-۱۴۵
- صدری دمیرچی، رضانی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان. مجله روانشناسی پیری، ۲(۱): ۱۲-۱
- کوهی، فرزانه و کریمی، جهانگیر. (۱۳۹۴). رابطه سیستم‌های مغزی رفتاری و ناگویی هیجانی با نشانه‌های اختلال جسمانی شکل در دانشجویان دختر. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۹(۳): ۲۱-۱
- گوران سوادکوهی، لادن، قربان نژاد، علی. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش تنظیم هیجانی و افسردگی زوجین متقاضی طلاق. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی؛ ۶(۲۴): ۲۸-۳۹.
- Abedi, N. M., Marghzari, M., & Taleghani, A. (2022). The Effect Of Emotion-Focused Therapy On Action Flexibility And Death Anxiety In Patients With Coronary Artery Disease.
- Almeida, S. N., Elliott, R., Silva, E. R., & Sales, C. (2022). Emotion-focused therapy for fear of cancer recurrence: A hospital-based exploratory outcome study. *Psychotherapy*.
- 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.
- Birgit, M., Tak, L. M., Rosmalen, J. G. & Voshaar, R. C. O. (2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: Asystematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, 58-65.
- Cheng, Fung Kei. (2017). Buddhist Insights into Life and Death: Overcoming Death Anxiety. *Athens Journal of Social Sciences*. 4(1): 67-88.
- Driscoll, C.; Laing, J.; Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 34(6): 482-495.
- Gailliot, M., Schmeichel, B. J., Baumeister, R.F. (2016). Self-regulatory processes defend against the threat of death: Effects of self-control depletion and trait self-control on thoughts and fears of dying. *Journal of personality and social psychology*, 91(1), 49-62.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, 40(8), 1659-1669.

- Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy, 51*(3), 350.
- Khademi, F., Moayedi, S., & Golitaleb, M. (2021). The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(1), 346.
- Kim, S., & Park, K. S. (2016). A Meta-Analysis on Variables related to Death Anxiety of Elderly in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing, 28*(2), 156-168
- Kyei, K. A., Oswald, J. W., Njoku, A. U., Kyei, J. B., & Vanderpuye, V. (2020). Anxiety and depression among breast cancer patients undergoing treatment in Ghana. *African Journal of Biomedical Research, 23*(2), 227-232.
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion, 20*(1), 1.
- Mehri nejad A, SHariati H, Hoseini abad M(2010) . Stress in Breast Cancer .10- Daneshvar (Raftar) Clinical Psy. & Personality / Shahed University / 17th 2010 No.43
- Palos R, & Viscu L (2014) Anxiety, automatic negative thoughts, and unconditional selfacceptance in rheumatoid arthritis: A preliminary study. *ISRN Rheumatology 2014*(317259): 1-5. doi: 10.1155/2014/317259. .
- Pillai, S., Connolly, A., Hession, N., & Timulak, L. (2022). 'Why Mutilate Me Before I Die': An Emotion-Focused Conceptualization of Breast Cancer Clients' Experiences of Anxiety and Depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 1-22*.
- Pos, A.E.; Choi, B.H. Relating Process to Outcome in Emotion-Focused Therapy. In *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy*; Greenberg, L.S., Goldman, R.N., Eds.; American Psychological Association: Washington, DC, USA, 2019; pp. 171–191.
- Roger, J. S., Michele, Y. W, Sue, R., Gail, J., & Josephine, M. C. (2016). Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ? *Journal of Research in Developmental Disabilities, 49*(12), 47–59.
- Sadri Damirch, E., Esmaeili Ghazivaoioii, F., Fathi, D., Mehraban, S., & Ahmadboukani, S. (2019). Effectiveness of group psychotherapy based on admission and commitment to body dysmorphic obsessive-compulsive disorder in women with breast cancer. *Iranian Rehabilitation Journal, 17*(4), 351-358.
- Saini, P., Patidar, A. B., Kaur, R., Kaur, M., Kaur, J. (2016). Death Anxiety and Its Associated Factors among Elderly Population of Ludhiana City Punjab. *Indian Journal of Gerontology, 30*(1), 101-110.
- Saini, P., Patidar, A. B., Kaur, R., Kaur, M., & Kaur, J. (2016). Death Anxiety and Its Associated Factors among Elderly Population of Ludhiana City Punjab. *Indian Journal of Gerontology, 30*(1), 101-110.
- Sari, D. K., Dewi, R., & Daulay, W. (2019). Association between family support, coping strategies and anxiety in cancer patients undergoing chemotherapy at General Hospital in Medan, North Sumatera, Indonesia. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, 20*(10), 3015.
- 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, 9*(4), 314-319.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology, 82*, 165–177 .
- Torre LA, Islami F, Siegel RL, Ward EM, Jemal A.(2017). Global cancer in women: burden and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.26*(4):444-57
- Wang, Y. H., Li, J. Q., Shi, J. F., Que, J. Y., Liu, J. J., Lappin, J. M., ... & Bao, Y. P. (2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular psychiatry, 25*(7), 1487-1499. Word Health

- Organization.(2016).Definition of an older or elderly person.Available at:[www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html).Accessed:11 june2016
- Wastell, C. (2020). *Understanding trauma and emotion: Dealing with trauma using an emotion-focused approach*. Routledge.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy for generalized anxiety*. American Psychological Association.
- Weems, C. F., & Pina, A. A. (2010). The assessment of emotion regulation: Improving construct validity in research on psychopathology in youth—An introduction to the special section. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 1-7.
- World Health Organization (2019). Ageing and Life Course. p. 2004. Available from : <https://www.who.int/ageing/en/>.