

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر کیفیت زندگی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان

محمدرضا خدابخش*، آرزو حبیبی کیلک

گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۴/۰۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۱۲

شماره ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران: IRCT20230910059391N1

چکیده

زمینه و هدف: مراقبین بیماران مبتلا به سرطان با چالش‌ها و عوامل استرس‌زای زیادی روبرو هستند و همواره در معرض خطرات قابل توجه مرتبط با بار مراقبت قرار می‌گیرند که این اثرات منفی بر جنبه‌های مختلف زندگی آنها قابل مشاهده است. بر اساس پیشینه، درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار هر کدام بر کیفیت زندگی مؤثر است، اما در زمینه کاربرد این درمان‌ها و مقایسه آن‌ها در جامعه مورد تحقیق شکاف پژوهشی وجود دارد، لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بود.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری دو ماهه می‌باشد. 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 شاخص کیفیت زندگی ($SF=36$) جهت جمع‌آوری اطلاعات و به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. پروتکل‌ها شامل درمان شناختی رفتاری (یونگ و همکاران، ۲۰۰۸) به صورت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار و درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ، ۲۰۱۰) به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار بودند؛ در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تعقیبی بونفرنی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر برخی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است ($p<0/05$). براساس نتایج مقایسه‌های زوجی به دست آمده، میانگین نمرات عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و درد گروه درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری بیشتر از افراد گروه گواه است ($p<0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات سایر متغیرها در بین گروه‌ها معنی‌دار نمی‌باشد ($p>0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش هر دو درمان بر کیفیت زندگی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان تأثیر معناداری دارند و بنابراین می‌توان در یاری رساندن به جامعه مذکور این مداخلات را به کار گرفت.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، درمان هیجان‌مدار، درمان شناختی رفتاری، مراقبین بیماران مبتلا به سرطان

*نویسنده مسئول: محمدرضا خدابخش، نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، گروه روانشناسی

Email: mr_khodabakhsh@yahoo.com

"نشریه علمی پژوهشی ارمغان دانش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یک نشریه با دسترسی آزاد است و تمامی مقالات منتشر شده در این نشریه به صورت دسترسی آزاد منتشر می‌شوند."

مقدمه

سرطان باعث تباهی در سطوح فیزیکی، عاطفی و اجتماعی برای افرادی که از آن رنج می‌برند و خانواده‌های آنها می‌شود. قرار گرفتن در نقش حمایتی به عنوان یک مراقب می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی (QOL)^(۱) و سلامتی مراقبین داشته باشد که با خطر نادیده گرفتن نیازهای خود و تجربه پریشانی همراه می‌باشد (۱). مراقبین خانوادگی ممکن است از سایر اعضای خانواده و دوستان خود حمایت کافی دریافت نکنند و به نظر می‌رسد که نیازهای مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در حاشیه مانده است و این مسئله اثرات منفی مانند؛ تنش، استرس، ناامیدی و از کار افتادگی را بر زندگی مراقبین به جای گذاشته و باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود (۲). فرسایش در کیفیت زندگی ممکن است به دلیل چالش‌های سلامت روان ناشی از نیازهای طاقت‌فرسای مراقبت، عوارض هیجانی مرتبط با شاهد رنج بیمار بودن، احساس ناامیدی و ناتوانی در میان چشم‌اندازهای تاریک بهبودی بیمار، کمبود سیستم‌های حمایتی برای تخلیه هیجانی و به حاشیه راندن مراقبت از خود به نفع نگرانی‌های متمرکز بر بیمار در کنار سایر متغیرهای دیگر باشد (۳). با توجه به فرسودگی قابل توجه مراقبین غیر رسمی، پژوهش‌ها در مورد کیفیت زندگی آنها در

چند سال اخیر در حوزه سلامت اهمیت پیدا کرده

است (۴).

به طور مثال کیفیت زندگی مراقبین بیماران با سرطان پیشرفته با مدت زمان مراقبت روزانه، رابطه مراقب و بیمار و سن بیمار مرتبط بود. کیفیت زندگی مراقبین با بار مراقبتی رابطه منفی و با حمایت اجتماعی رابطه مثبت داشت. علاوه بر این حمایت اجتماعی بین بار مراقب و کیفیت زندگی آنها نقش واسطه‌ای را ایفا می‌کرد (۵). در مروری سیستماتیک از معیارهای کیفیت زندگی مورد استفاده در مراقبین سرطانی به این نتیجه رسیدند که تعداد کمی از این موارد از نظر روان‌سنجی ارزیابی شده‌اند و پاسخ‌دهی در تغییر سبک زندگی و فشارهای مراقبین نیز پایین است، با توجه به این مسائل بررسی‌ها در مورد کیفیت زندگی در حوزه سلامت، حائز اهمیت می‌باشد (۶).^۱

با در نظر گرفتن این مسأله که مراقبین غیررسمی از سطح بالایی از بار مسئولیت رنج می‌برند که می‌تواند هم بر سلامت و بهزیستی خود آنها تأثیر منفی بگذارد و هم به لحاظ پیامدهایی که دارد می‌تواند بر سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان اثر گذارد و بنابراین باید برای ارایه مراقبت

1-Quality of life(QOL)

2-Emotional Focused Therapy

بهتر از بیماران سرطانی و برطرف کردن نیازهای مراقبین آنها، ارزیابی نیازهای حمایتی مراقبین الزامی می‌باشد (۷).

درمان هیجان‌مدار (EFT) یکی از درمان‌هایی است که در مداخلات درمانی در سال‌های اخیر مطرح می‌باشد. این درمان می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی تعریف شود که در آن درمان‌گر به بیمار یاری می‌رساند تا بتواند با استفاده از راهبردهای آگاهی‌دهنده، پذیرش، ابراز، به کارگیری، تغییر هیجانات و تجربه اصلاح هیجانات مسیر درمان را سپری کند. این درمان بر این فرض مبتنی است که مؤثرترین راه تغییر هیجانات ناسازگار از طریق فعال‌سازی احساسات سازگارتر می‌باشد، نه از راه به چالش کشیدن روش‌های تفکری که فرد دارد (۸). از سوی دیگر در رویکرد شناختی رفتاری (CBT) (۹)، مخصوصاً در تکنیک‌های حل مسأله سودمند شناخته می‌شوند. 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 (۹-۱۱). از نگاهی کلی بررسی‌های متعدد پژوهشی نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود قابل توجهی در عملکرد و کیفیت زندگی افراد می‌شود و به اندازه سایر روان‌درمانی‌های دیگر یا داروهای روان‌پزشکی، کارآمد و گاهی مؤثرتر است.

این درمان به مراجعین یاری می‌رساند که تا مهارت‌های خود را افزایش داده و افکار، احساس و رفتار مشکل‌ساز رابه چالش بکشند (۱۲).^۱

مطالعه حاضر با توجه 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 مورد توجه قرارداد. از آن‌جا که مراقبین بیماران مبتلا به سرطان به دلیل مواجهه طولانی با استرس، ترس و نگرانی در معرض مسایل و مشکلات شدید 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 این گروه پاسخ می‌دهد.^۲ از دیگر جنبه‌های نوآورانه این پژوهش، تأکید بر گروهی

1-Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

خاص از جامعه، یعنی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان است. این گروه معمولاً به طور 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 به کار گرفته شود. لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر کیفیت زندگی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بود.

روش بررسی

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس آزمون 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.^۱ 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 مقیاس تسکینی عملکرد (PPS)^(۱) 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 به وسیله 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 ادامه شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، دریافت هم‌زمان مشاوره فردی یا

1-Performance palliative scale (PPS)

مصرف داروی روانپزشکی و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود.

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، مصاحبه 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 پیش‌آزمون 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. در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)^(۱) یکی از ابزارهای معتبر ارزیابی کیفیت زندگی است که از

زمان انتشار آن در سال ۱۹۹۰ تا هم اکنون در بیش از ۴۰۰۰ مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است این ابزار دارای ۳۶ سوال است و پاسخ‌دهی به آن برای افراد عادی بین ۵ تا ۱۵ دقیقه طول خواهد کشید (۱۳). این ابزار در ایران نیز به صورت مکرر به وسیله محققان برای مطالعه کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف مورد استفاده واقع شده است (۱۷-۱۴). این پرسشنامه دارای ۸ دسته سوال است که به بررسی کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی می‌پردازند. هر سوال از صفر تا صد نمره‌گذاری شده و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت بهتر در آن مورد می‌باشد. روایی و پایایی پرسشنامه SF-36 در بررسی‌های متعددی بررسی شده و همچنین پژوهش‌های متعدد از آن استفاده کرده‌اند. در یک مطالعه ثبات درونی این پرسشنامه با بررسی آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۴ بوده است (۱۸).^۱ در ایران نیز معتمد و همکاران در شیراز پایایی آن را بررسی نموده و آلفای کرونباخ پرسشنامه فارسی را ۰/۸۷ برآورد نموده‌اند. برای اجرای درمان هیجان‌مدار از پرتکل ۸ جلسه‌ای و بر اساس بسته درمان مبتنی بر

1-36-Item Short Form Survey (SF-36)

رویکرد هیجان‌مدار گرینبرگ (۱۹) با مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه و به صورت هفته‌ای یک بار (جدول ۱) و برای اجرای درمان شناختی رفتاری از بسته درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری یونگ (۲۰) شدند.

طی ۱۰ جلسه، هفته‌ای یک بار و در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۱: خلاصه طرح درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ، ۲۰۱۰)

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 آشفتگی‌ها	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
۵	کار با صندلی خالی و تجربه هیجانات جدید	شناخت و تجربه احساس ارزشمندی	استفاده از فنون کار با صندلی خالی، مواجهه با جنبه‌های مختلف خود، تجربه احساس ارزشمندی	نوشتن تجربه‌های جدید هیجانی و تحلیل آنها
۶	انگیزه‌آفرینی برای تداوم درمان	ایجاد اعتماد به هیجانات جدید و تجربه واکنش‌های نوین	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 درمان شناختی رفتاری یونگ و همکاران (۲۰۰۸)

شماره	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 شناختی رفتاری	تفکر و یادداشت در مورد انتظارات از درمان و مسائلی که نیاز به رسیدگی دارند
۲	صورت‌بندی مشکلات و معرفی مدل شناختی رفتاری	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	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	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	استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین برای شناسایی باورهای زیربنایی، تحلیل و بررسی چگونگی فعال شدن این باورها	شناسایی موقعیت‌های خاص که باورهای زیربنایی را فعال می‌کنند
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	تمرین خودگویی‌های مثبت و ثبت افکار جایگزین مثبت در طول هفته
۶	آموزش مهارت‌های جرأت‌ورزی و حل مسئله	تقویت مهارت‌های جرأت‌ورزی و حل مسئله	استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری 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	شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و هسته‌ای، زیرسؤال بردن این باورها به روش سقراطی	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	توسعه مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، درجه‌بندی افکار	تدوین برنامه‌ای برای به کارگیری مهارت‌ها و افکار مثبت در موقعیت‌های آینده
۹	آموزش مهارت‌های ارتباطی و گوش دادن فعال	بهبود مهارت‌های ارتباطی و پاسخ‌دهی کلامی	آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر، تمرین گوش دادن فعال و سبک ارتباطی و گوش دادن فعال	انجام فعالیت‌های تکمیلی مرتبط با مهارت‌های ارتباطی و گوش دادن فعال
۱۰	آموزش مهارت‌های خودآگاهی و هوشیاری	تقویت خودآگاهی و هوشیاری نسبت به افکار	آموزش مهارت‌های خودآگاهی، هوشیاری و تحلیل افکار و احساسات	انجام فعالیت‌های تکمیلی برای تقویت خودآگاهی

یافته‌ها

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

در اطلاعات توصیفی مربوط به سن افراد، در

گروه هیجان‌مدار ۳۳/۳ درصد از افراد ۲۰ تا ۳۰ سال،

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. همچنین در اطلاعات مربوط به نسبت مراقبین با افراد مبتلا به سرطان، در گروه CBT، ۳۳/۵ درصد مادر، ۱۶/۵ درصد خواهر، ۳۵ درصد همسر و ۱۵ درصد فرزندان بودند. در گروه EFT، ۴۱/۷ درصد مادر، ۱۳/۲ درصد خواهر، ۳۱ درصد همسر، ۱۴/۱ درصد فرزندان و در گروه گواه ۲۸/۲ درصد مادر، ۱۲/۸ درصد خواهر، ۳۶ درصد همسر و ۲۳ درصد را فرزندان تشکیل دادند.

با توجه به جدول ۳ نتایج آزمون لوین معنی‌دار نمی‌باشد. از این رو فرض صفر مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تایید قرار می‌گیرد.

در جدول ۴ نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، سطح معنی‌داری آماره محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود.

با توجه به جدول ۵ آزمون کرویت مچلی به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد که نشان دهنده تخطی از مفروضه کرویت می‌باشد. عدم برقراری این مفروضه موجب افزایش احتمال خطای نوع دوم می‌شود؛ بنابراین مقادیر معنی‌داری به دست آمده ($p < 0.05$) در آزمون چند متغیره مورد اطمینان نمی‌باشد و به همین دلیل برآوردهای گرین هوس - گیزر و هین - فلت را که درجات آزادی را تعدیل می‌نمایند، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در جدول ۶ نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری در طی مراحل درمان، ارایه 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.

با توجه به نتایج مقادیر F به دست آمده مربوط به اثرات تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری)، برای تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد ($p < 0.01$). معنی‌داری اثرات تعاملی نشان دهنده وجود تفاوت بین روند تغییرات

نمرات کیفیت زندگی گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری در طی مراحل اندازه‌گیری است.

براساس نتایج به دست آمده در گروه درمان هیجان‌مدار تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های کیفیت زندگی، به جز مؤلفه محدودیت جسمانی، معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$) با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات عملکرد جسمانی، انرژی، سلامت عاطفی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش و میانگین نمرات محدودیت هیجانی کاهش یافته است. برای متغیر عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی و درد تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار نمی‌باشد و تنها تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار است. در گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های کیفیت زندگی، به جز مؤلفه سلامت عاطفی، معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$). با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات عملکرد جسمانی، انرژی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش و میانگین

نمرات محدودیت جسمانی، محدودیت هیجانی و درد کاهش یافته است. در گروه گواه نیز تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($p > 0/05$).

در جدول ۷ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی جهت بررسی میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری، ارائه شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، مقادیر F مربوط به مولفه‌های عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی و درد معنی‌دار هستند ($p < 0/05$).

در جدول ۸ مقایسه‌های زوجی جهت بررسی میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری آورده شده است. براساس نتایج به دست آمده میانگین نمرات عملکرد جسمانی گروه درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری بیشتر از افراد گروه گواه است ($p < 0/05$). میانگین نمرات عملکرد اجتماعی گروه درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری بیشتر از افراد گروه گواه است ($p < 0/01$). میانگین نمرات درد گروه درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری بیشتر از افراد گروه گواه است ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات سایر متغیرها در بین گروه‌ها معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0/05$).

جدول ۳: نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
پیش‌آزمون عملکرد جسمانی	۲/۳۵۶	۲	۴۲	۰/۱۰۷
پس‌آزمون عملکرد جسمانی	۰/۶۶۱	۲	۴۲	۰/۵۲۱
پیگیری عملکرد جسمانی	۰/۹۵۹	۲	۴۲	۰/۳۹۱
پیش‌آزمون محدودیت جسمانی	۳/۱۵۶	۲	۴۲	۰/۰۵۵
پس‌آزمون محدودیت جسمانی	۲/۴۷۲	۲	۴۲	۰/۰۹۷
پیگیری محدودیت جسمانی	۱/۸۱۵	۲	۴۲	۰/۱۷۵
پیش‌آزمون محدودیت هیجانی	۰/۴۹۹	۲	۴۲	۰/۶۱۰
پس‌آزمون محدودیت هیجانی	۰/۴۱۲	۲	۴۲	۰/۶۶۵
پیگیری محدودیت هیجانی	۰/۴۷۱	۲	۴۲	۰/۶۲۸
پیش‌آزمون انرژی	۰/۵۴۲	۲	۴۲	۰/۵۸۶
پس‌آزمون انرژی	۰/۵۴۴	۲	۴۲	۰/۵۸۵
پیگیری انرژی	۰/۹۳۱	۲	۴۲	۰/۴۰۲
پیش‌آزمون سلامت عاطفی	۲/۰۲۸	۲	۴۲	۰/۱۴۴
پس‌آزمون سلامت عاطفی	۲/۱۵۵	۲	۴۲	۰/۱۲۹
پیگیری سلامت عاطفی	۱/۳۳۶	۲	۴۲	۰/۲۷۴
پیش‌آزمون عملکرد اجتماعی	۱/۱۵۵	۲	۴۲	۰/۳۲۵
پس‌آزمون عملکرد اجتماعی	۰/۶۰۴	۲	۴۲	۰/۵۵۱
پیگیری عملکرد اجتماعی	۰/۱۱۱	۲	۴۲	۰/۸۹۶
پیش‌آزمون درد	۰/۵۲۸	۲	۴۲	۰/۵۹۳
پس‌آزمون درد	۰/۹۶۷	۲	۴۲	۰/۳۸۸
پیگیری درد	۰/۹۰۰	۲	۴۲	۰/۴۱۴
پیش‌آزمون سلامت عمومی	۲/۰۵۹	۲	۴۲	۰/۱۴۰
پس‌آزمون سلامت عمومی	۱/۸۴۱	۲	۴۲	۰/۱۷۱
پیگیری سلامت عمومی	۰/۴۳۳	۲	۴۲	۰/۶۵۱

جدول ۴: نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	کالموگروف - اسمیرنوف	سطح معنی داری	کالموگروف - اسمیرنوف	سطح معنی داری	کالموگروف - اسمیرنوف	سطح معنی داری
عملکرد جسمانی	۰/۱۶۳	۰/۱۶۴	۰/۱۸۶	۰/۰۷۷	۰/۱۵۵	۰/۲۰۶
محدودیت جسمانی	۰/۱۴۵	۰/۲۷۱	۰/۱۷۳	۰/۱۲۰	۰/۱۴۷	۰/۲۵۷
محدودیت هیجانی	۰/۱۵۵	۰/۲۱۰	۰/۱۹۹	۰/۰۶۹	۰/۰۹۴	۰/۷۱۹
انرژی	۰/۰۹۸	۰/۷۴۳	۰/۱۱۳	۰/۵۷۵	۰/۱۴۱	۰/۳۰۴
سلامت عاطفی	۰/۱۸۵	۰/۰۷۹	۰/۱۳۲	۰/۳۸۰	۰/۱۳۸	۰/۳۲۵
عملکرد اجتماعی	۰/۲۰۳	۰/۰۵۲	۰/۱۱۵	۰/۴۷۳	۰/۱۸۸	۰/۰۷۳
درد	۰/۱۴۹	۰/۱۸۸	۰/۱۸۳	۰/۰۸۷	۰/۱۲۹	۰/۳۳۷
سلامت عمومی	۰/۱۵۳	۰/۲۱۹	۰/۱۲۷	۰/۴۲۳	۰/۰۹۲	۰/۸۱۱

جدول ۵: نتیجه آزمون کرویت مجلی

متغیر	آماره مجلی	خی دو	df	سطح معنی‌داری
عملکرد جسمانی	۰/۵۶۲	۲۳/۶۴۵	۲	۰/۰۰۱
محدودیت جسمانی	۰/۸۰۸	۸/۷۲۱	۲	۰/۰۱۳
محدودیت هیجانی	۰/۷۷۵	۱۰/۴۶۵	۲	۰/۰۰۵
انرژی	۰/۷۷۸	۱۰/۳۰۹	۲	۰/۰۰۶
سلامت عاطفی	۰/۷۵۹	۱۱/۳۲۳	۲	۰/۰۰۳
عملکرد اجتماعی	۰/۷۰۲	۱۴/۵۳۱	۲	۰/۰۰۱
درد	۰/۶۰۵	۲۰/۵۸۳	۲	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۰/۶۹۸	۱۴/۷۴۳	۲	۰/۰۰۱

جدول ۶: نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی چند متغیری برای مقایسه کیفیت زندگی گروه‌های گواه و آزمایش

اثر	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۷۸۲	۶/۲۵۶	۱۶	۱۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۵۶	۹/۴۱۳	۱۶	۱۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴
اثر هتلینگ	۲/۷۶۷	۱۳/۱۴۲	۱۶	۱۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰
بزرگترین ریشه روی	۲/۷۱۳	۲۶/۴۵۲	۸	۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱
اثر پیلایی	۱/۲۱۰	۴/۳۳۶	۳۲	۳۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۲
لامبدای ویلکز	۰/۱۵۸	۵/۷۸۷	۳۲	۲۸۵/۵۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶۹
اثر هتلینگ	۳/۱۶۹	۷/۴۷۸	۳۲	۳۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴۲
بزرگترین ریشه روی	۲/۳۶۸	۲۳/۶۷۵	۸	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳

جدول ۷: نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه‌ها

منبع تعییرات	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	عملکرد جسمانی	۵۷۷/۴۳۷	۲	۲۸۸/۷۱۹	۴/۳۲۰	۰/۰۲۰
	محدودیت جسمانی	۱۰/۷۷۰	۲	۵/۳۸۵	۰/۶۶۸	۰/۵۱۸
	محدودیت هیجانی	۶/۰۵۹	۲	۳/۰۳۰	۰/۶۰۸	۰/۵۴۹
	انرژی	۶۰/۳۷۰	۲	۳۰/۱۸۵	۲/۰۰۹	۰/۱۴۷
	سلامت عاطفی	۶۴/۴۱۵	۲	۳۲/۲۰۷	۱/۹۷۸	۰/۱۵۱
	عملکرد اجتماعی	۳۹/۱۲۶	۲	۱۹/۵۶۳	۵/۳۷۹	۰/۰۰۸
	درد	۲۱۰/۵۰۴	۲	۱۰۵/۲۵۲	۴/۲۴۶	۰/۰۲۱
	سلامت عمومی	۹۰/۷۱۱	۲	۴۵/۳۵۶	۳/۰۴۸	۰/۰۵۸
خطا	عملکرد جسمانی	۲۸۰۷/۲۰۰	۴۲	۶۶/۸۳۸		
	محدودیت جسمانی	۳۳۸/۵۳۳	۴۲	۸/۰۶۰		
	محدودیت هیجانی	۲۰۹/۱۵۶	۴۲	۴/۹۸۰		
	انرژی	۶۳۱/۱۵۶	۴۲	۱۵/۰۲۸		
	سلامت عاطفی	۶۳۸/۹۵۶	۴۲	۱۶/۲۸۵		
	عملکرد اجتماعی	۱۷۲/۷۵۶	۴۲	۳/۶۳۷		
	درد	۱۰۴۱/۱۵۶	۴۲	۲۴/۷۸۹		
	سلامت عمومی	۶۲۴/۸۸۹	۴۲	۱۴/۸۷۸		

جدول ۸: آزمون تعقیبی بن فرونی

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
عملکرد جسمانی	گواه	درمان هیجان مدار	-۱/۰۶۷	۱/۷۲۴	۱
		درمان شناختی رفتاری	-۴/۸۲۲	۱/۷۲۴	۰/۰۲۳
		درمان شناختی رفتاری	-۳/۷۵۶	۱/۷۲۴	۰/۱۰۵
محدودیت جسمانی	گواه	درمان هیجان مدار	-۰/۲۸۹	۰/۵۹۹	۱
		درمان شناختی رفتاری	-۰/۶۸۹	۰/۵۹۹	۰/۷۶۹
		درمان شناختی رفتاری	-۰/۴۰۰	۰/۵۹۹	۱
محدودیت هیجانی	گواه	درمان هیجان مدار	۰/۵۱۱	۰/۴۷۰	۰/۸۵۰
		درمان شناختی رفتاری	-۰/۳۳۳	۰/۴۷۰	۱
		درمان شناختی رفتاری	-۰/۱۷۸	۰/۴۷۰	۱
انرژی	گواه	درمان هیجان مدار	-۱/۲۲۲	۰/۸۱۷	۰/۴۲۷
		درمان شناختی رفتاری	۰/۳۳۳	۰/۸۱۷	۱
		درمان شناختی رفتاری	۱/۵۵۶	۰/۸۱۷	۰/۱۹۲
سلامت عاطفی	گواه	درمان هیجان مدار	-۱/۶۸۹	۰/۸۵۱	۰/۱۶۱
		درمان شناختی رفتاری	-۰/۹۳۳	۰/۸۵۱	۰/۸۳۷
		درمان شناختی رفتاری	۰/۷۵۶	۰/۸۵۱	۱
عملکرد اجتماعی	گواه	درمان هیجان مدار	-۰/۷۷۸	۰/۴۰۲	۰/۱۷۹
		درمان شناختی رفتاری	-۱/۳۱۱	۰/۴۰۲	۰/۰۰۷
		درمان شناختی رفتاری	-۰/۵۳۳	۰/۴۰۲	۰/۵۷۵
درد	گواه	درمان هیجان مدار	-۰/۱۷۸	۱/۰۵۰	۱
		درمان شناختی رفتاری	-۲/۷۳۳	۱/۰۵۰	۰/۰۳۸
		درمان شناختی رفتاری	-۲/۵۵۶	۱/۰۵۰	۰/۰۵۸
سلامت عمومی	گواه	درمان هیجان مدار	-۱/۴۸۹	۰/۸۱۳	۰/۲۲۳
		درمان شناختی رفتاری	-۱/۹۱۱	۰/۸۱۳	۰/۰۷۱
		درمان شناختی رفتاری	-۰/۴۲۲	۰/۸۱۳	۱

بحث

بر کیفیت زندگی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان

مراقبین بیماران سرطانی با میزان و شدت

بود.

شدیدی از آشفتگی‌های روانشناختی مانند کاهش

نتایج بررسی نشان داد که هر دو درمان

کیفیت زندگی مواجه هستند. آنها اغلب با سطوح بالایی

شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر برخی از

از استرس، فشار عاطفی و خستگی جسمانی روبرو

مؤلفه‌های کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به

هستند که می‌تواند در کل منجر به کاهش کیفیت زندگی

سرطان مؤثر است. براساس نتایج به دست آمده در

شود (۲۱)، لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثر

گروه درمان هیجان مدار تفاوت بین میانگین نمرات

بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار

مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه‌های کیفیت زندگی، به جز مؤلفه محدودیت جسمانی، معنی‌دار می‌باشد. با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات عملکرد جسمانی، انرژی، سلامت عاطفی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش و میانگین نمرات محدودیت هیجانی کاهش یافته است. در گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های کیفیت زندگی، به جز مؤلفه سلامت عاطفی، معنی‌دار می‌باشد. با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات عملکرد جسمانی، انرژی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش و میانگین نمرات محدودیت جسمانی، محدودیت هیجانی و درد کاهش یافته است. یافته‌های این مطالعه با بخش‌هایی از نتایج پژوهش‌های قبلی هم‌خوانی داشته و از برخی قسمت‌های بررسی‌ها در پژوهش‌های گذشته حمایت می‌کند که در ادامه عنوان می‌گردد. در تبیین اثرگذاری درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌هایی از کیفیت زندگی مراقبین می‌توان عنوان کرد که CBT در اصطلاح کلی روش درمانی است که با تغییر تفکر، باور و رفتار افراد، شناخت اشتباه را اصلاح کرده و احساسات بد و رفتارهای منفی را از بین می‌برد. انواع روش‌های درمان روانشناختی، مفاهیم شناختی غیرمنطقی را از طریق فناوری اصلاح و تغییر عوض می‌کند و این

اصلاح شناختی را با اصلاح رفتار پیوند می‌دهد، در واقع ارتباطی بین این دو برقرار می‌شود که جایگزین دور باطل اولیه می‌گردد، علایم منفی کاهش یافته و از بین می‌رود و در نتیجه باعث افزایش دانش در مورد نشانه‌های اختلال و بهبود آگاهی‌های مرتبط با کیفیت زندگی می‌گردد (۲۲). در درمان شناختی رفتاری به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود که از الگوهای همیشگی واکنش‌های فیزیولوژیکی، شناختی، رفتاری و هیجانی خود به عوامل استرس‌زای بیرونی مرتبط با زندگی خود آگاه باشند و افکار خودکار منفی و رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد را شناسایی کنند. راهبردهای شناختی و رفتاری مختلف برای کمک به آنها برای مدیریت احساسات منفی ارائه می‌گردد، از جمله؛ شناخت پاسخ‌های فیزیولوژیکی خاص به استرس، مدیریت افکار ناکارآمد و استفاده از خودگویی‌های مثبت. در فعال‌سازی رفتاری هم، شرکت‌کنندگان تشویق می‌شوند تا سلسله مراتبی از فعالیت‌های لذت‌بخش و اهداف قابل دستیابی را تعیین کنند و در طول درمان آنها را انجام دهند. همچنین ارزش‌های ناکارآمد خود را به چالش بکشند و از طریق استفاده از پیوستار شناختی و بررسی مزایا و معایب قوانین و ارزش‌ها را اصلاح کنند. این فرایند کشف و تجربه‌ی هدایت شده به صورت چرخه‌ای از آموزش، آزمایش و تمرین بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی افراد در حوزه روانشناختی اثرگذار می‌باشد (۲۳). در رابطه با تأثیر CBT این طور عنوان می‌شود که ممکن است کیفیت زندگی به کاهش علایم

افسردگی نسبت داده شود و با توجه به کسب راهبردهای رفتاری و تکنیک‌های شناختی برای مقابله با پریشانی روانی، این درمان به بیماران کمک می‌کند تا دیدگاه مفیدتر و واقعی‌تری را نسبت به شرایط موجود اتخاذ کنند و خود را با شرایط ناخوشایند زندگی به صورتی بهتر وفق دهند (۲۴). در تبیین رویکرد شناختی رفتاری نتایج نشان می‌دهد که تحریف‌های شناختی بین عوامل روانی اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران نقش واسطه‌ای را ایفا می‌کند. شناسایی تحریف‌های شناختی به عنوان مکانیزم بالقوه‌ای است که از طریق آن عوامل روانی اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد. سوگیری‌ها و تحریف‌های شناختی با حالات عاطفی منفی و پیامدهای سلامت ضعیف‌تر مرتبط هستند. درمان شناختی رفتاری به عنوان یک درمان خاص با هدف قرار دادن تحريفات شناختی اثربخشی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، استرس، اضطراب و افسردگی درک شده با تحریف‌های شناختی در بیماران نشان می‌داد این عوامل روانی اجتماعی با سوگیری‌ها و تحریف‌های شناختی که مرتبط هستند، مطابقت دارند. به طور خاص، مداخلاتی که کاهش استرس، مدیریت اضطراب و افسردگی را هدف قرار می‌دهند ممکن است در کاهش تحريفات شناختی و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مؤثر باشند و درمان شناختی رفتاری (CBT) با تمرکز بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و به چالش کشیدن تحريفات شناختی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی، یک رویکرد درمانی مؤثر

است (۲۵). همانطور که گفته شد نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار بر مؤلفه‌هایی از کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان تأثیر داشته است. در تبیین یافته‌های مذکور می‌توان گفت هیجان اساس سازگاری می‌باشد و به مراقبین کمک می‌شود تا داده‌های موقعیتی پیچیده را به صورت تکراری مورد پردازش قرار دهند و به صورت خودکار در جهت فعالیت متناسب با نیازهای مهم خود اقدام کنند. درمان هیجان‌مدار، به عنوان یک رویکرد تجربی فرآیندی، ترکیبی است از روش‌های درمانی گشتالتی و دیگر روش‌های انسان‌نگری که در چارچوب روابط تمرکز یافته بر افراد مطرح می‌باشد. استفاده از تکنیک‌هایی مانند شناسایی احساس‌های ضد و نقیض، قرار دادن بیماران در موقعیت گفتگوی صندلی خالی، آرام‌سازی، شکستن احساس ناقص بودن و آموزش فرآیند انتقال در درمان موجب می‌شود که بیماران عملکرد بهتری در روند مربوط با کیفیت زندگی داشته باشند. مسأله اصلی درمان این است که هیجان بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود می‌باشد و در این راستا، اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان، یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روان شناختی و بهبود کیفیت زندگی می‌گردد (۲۶). در درمان هیجان‌مدار افراد درگیر فرآیند ارزیابی مجدد و تفسیر مجدد تجربیات گذشته خود در چارچوب مرحله کنونی زندگی خود در درمان می‌شوند. این فرآیند باعث

تقویت حس خودکنترلی، درکی عمیق از معنای زندگی، و احساس کاهش نارضایتی و خستگی از شرایط زندگی فعلی فرد می‌شود. مکانیسم‌های زیربنایی مزایای این درمان در این هفته است که رویکرد هیجان‌مدار تعاملات اجتماعی را ارتقا بخشیده، باعث ایجاد احساس نزدیکی و تحریک عکس‌العمل می‌شود. در نتیجه، در افراد به طور کلی باعث ایجاد افزایش احساس معنا و رضایت از زندگی می‌شود. بر اساس این یافته‌ها درمان هیجان‌مدار می‌تواند روشی غیر دارویی و امیدوارکننده برای پیامدهای روانشناختی باشد (۲۷). درمان هیجان‌مدار با به کارگیری راهبردهای مثبت تنظیم هیجان از جمله پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی به صورت مجدد و ارزیابی مجدد مثبت و با کاهش خودسرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری، از تشدید و عود مسایل افراد جلوگیری کرده و باعث افزایش بهبود در کیفیت زندگی آنها می‌شود (۲۸، ۲۹). در تبیین درمان هیجان‌مدار می‌توان این گونه عنوان کرد که توانایی افراد در کنترل و تنظیم هیجانات خود به آنها این یاری را می‌رساند که بتوانند تجربه‌ی هیجانی خود را تغییر بدهند و آن را به سمت رفتارهای سالم‌تری سوق دهند. مهارت‌های مختلف تنظیم هیجان اثرات متفاوتی بر سلامت روان دارند. به عنوان مثال، تمرکز بر خود نشخوارکننده و سرکوب هیجانی، از جمله راهبردهای تنظیم هیجانی هستند که با احتمال کمتری می‌توانند به طور مؤثر عاطفه را تنظیم کنند و اغلب توانایی برانگیختگی فیزیولوژیکی را افزایش دهند. این درمان

با کمک به بهبود تنظیم هیجانات، سلامت روانی فرد را بهبود می‌بخشد و به تبع سلامت جسمی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی او را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۰). در این مطالعه، با توجه به تأکید بر بعد شناختی و رفتارها در درمان شناختی رفتاری و نقش هیجانات در درمان هیجان‌مدار و با توجه به این که پژوهشی برای مقایسه این دو رویکرد درمانی در این حوزه یافت نشده و در جهت شفافیت میزان اثربخشی دقیق‌تر این رویکردها، به تعیین و بررسی مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان پرداخته شد.

محدودیت‌های پژوهش شامل: عدم تمایل مردان به شرکت در پژوهش بود که به صورت پیش‌بینی نشده در روند اجرا صورت گرفت، در واقع جامعه پژوهشی در نظر گرفته شده از ابتدا شامل هر دو جنس بود که به دلیل عدم تمایل مردان در شرکت، تنها با همکاری شرکت‌کنندگان زن انجام گرفت، بنابراین انجام پژوهش بر روی مراقبین زن تعمیم نتایج به مردان مراقب بیماران مبتلا به سرطان را با محدودیت مواجه می‌کند. محدود بودن به شهر مشهد و افراد مراقبی که به دلیل داشتن بیماران مبتلا به سرطان، با مرکز مکسا در ارتباط بودند، که بر این اساس در تعمیم نتایج به سایر افراد مراقبی که به این مرکز مراجعه نکرده‌اند، باید جانب احتیاط رعایت شود. یکی دیگر از محدودیت‌های اصلی، عدم کنترل مدت زمان ابتلای بیمار به سرطان است، زیرا مدت

بیماری می‌تواند نقش مهمی در شدت و ماهیت علایم مراقبین داشته باشد. همچنین، جنسیت فرد مبتلا به سرطان در این مطالعه کنترل نشده است؛ این عامل ممکن است بر تجربه و نحوه تعامل مراقبین با بیمار تأثیر بگذارد، زیرا نقش‌های جنسیتی در جوامع مختلف به شکل‌های متفاوتی بروز می‌یابد. دیگر محدودیت مربوط به مدت زمان مراقبت از بیمار است که می‌تواند شدت علایم را در مراقبین تحت تأثیر قرار دهد. نقش مراقبین (مثلاً همسر، فرزند یا والد) نیز کنترل نشده می‌باشد، زیرا انواع نقش‌های مراقبتی می‌توانند تجربه و واکنش‌های متفاوتی ایجاد کنند. 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.

لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی بر روی مردانی که نقش مراقبین بیماران مبتلا به سرطان را ایفا می‌کنند نیز انجام شده و با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. پژوهش در گروه‌های دیگر مراقبین، مانند؛ مراقبین بیماری‌های خاص (مثل بیماران مبتلا به دیابت)، مراقبین افراد سالمند، مراقبین کودکان مبتلا به سرطان یا بیماری‌های خاص و همچنین مراقبین بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های سخت و مزمن

مانند؛ ناتوانی‌های جسمی، معلولیت‌های ذهنی یا مشکلات روانی انجام شود و نتایج به دست آمده با نتایج این پژوهش مورد مقایسه قرار گیرد. پژوهش‌های آینده می‌توانند علاوه بر مقایسه دو رویکرد شناختی رفتاری و هیجان‌مدار، سایر روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد یا ذهن‌آگاهی را نیز در این جامعه آماری ارزیابی کرده و اثربخشی آن‌ها را مورد بررسی و مقایسه قرار دهند. با توجه به اثربخشی دو رویکرد درمانی مورد بررسی، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی 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 به صورت سازگار می‌تواند رویکردی جامع‌تر و مؤثرتر برای کاهش علایم مراقبین ارایه دهد. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود با برنامه‌ریزی جهت آموزش عواملی که می‌تواند در سوگ، آشفتگی‌های روانشناختی، علایم مرتبط با آشفتگی‌های خواب، راهبردهای کنار آمدن و کیفیت زندگی نقش داشته باشد، تلاش شود میزان سلامت روان را در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان افزایش داد. با توجه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار، پیشنهاد می‌شود از این شیوه‌های درمانی در کلینیک‌ها و مراکزی که به نوعی با بیماران سرطانی و مراقبین در ارتباط هستند، بیشتر استفاده شود. برای ارزیابی اثربخشی بلندمدت درمان‌های شناختی رفتاری و هیجان‌مدار، لازم است

اجرای این پژوهش را برعهده داشتند، صمیمانه تشکر نموده و مراتب قدردانی را به عمل می‌آوریم.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این تحقیق بدون هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمان خصوصی و یا دولتی به انجام رسیده است.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی با کد اخلاق پژوهش IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1402.032 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول راهنمایی و جهت‌دهی پژوهش را بر عهده داشت است و نویسنده دوم محقق اصلی و پیگیر این پژوهش بوده و در امر آموزش و اجرای پروتکل‌ها همکاری داشتند.

پیگیری‌های طولانی‌مدت انجام شود. پیشنهاد می‌شود شرکت‌کنندگان پس از پایان درمان به مدت ۶ ماه تا یک سال پیگیری شوند تا پایداری نتایج مورد بررسی قرار گیرد. توصیه می‌شود دوره آموزش مهارت‌های مبتنی بر درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار را به صورت برنامه ریزی شده در خانواده‌های درگیر بیماری سرطان اجرایی کنند. به منظور ارتقای بهداشت روانی در جامعه، پیشنهاد می‌گردد که سازمان‌ها و مؤسسات درمانی از طرح‌های آموزشی روانی، مانند درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار استقبال نموده، با مجریان این طرح‌ها کمال همکاری را به عمل آورده و روند درمان را تسریع نمایند.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش هر دو درمان بر سوگ، آشفتگی‌های روان‌شناختی، علایم مرتبط با آشفتگی‌های خواب، راهبردهای کنار آمدن و کیفیت زندگی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان تأثیر معنی‌داری دارند و بنابراین می‌توان در یاری رساندن به جامعه مذکور این مداخلات را به کار گرفت.

تقدیر و تشکر

از زحمات و همکاری پرسنل مرکز خدمات بنیاد نیکوکاری کنترل سرطان ایرانین(مکسا) شهر مشهد که نقش تسهیل‌کننده و هماهنگ‌کننده جهت

REFERENCES

- 1.Zaleta AK, Miller MF, Fortune EE, Olson JS, Rogers KP, Hendershot K, et al. CancerSupportSource™-Caregiver: Development of a distress screening measure for cancer caregivers. *Psycho-oncology* 2023; 32(3): 418–28.
- 2.Barnhart WR, Ellsworth DW, Robinson AC, Myers JV, Andridge, RR, Havercamp SM. 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* 2020; 13(1): 100837.
- 3.Soto-Guerrero S, Palacios J, Langer P, Carrasco C, Tupper-Satt L, González-Otaíza M, et al. 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* 2023; 33: 1–9.
- 4.Guerra-Martín MD, Casado-Espinosa MDR, Gavira-López Y, Holgado-Castro C, López-Latorre I, Borrallo-Riego Á. Quality of Life in Caregivers of Cancer Patients: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023; 20(2): 1570.
- 5.Zhang Y, Li J, Zhang Y, Chen C, Guan C, Zhou L, et al. Mediating effect of social support between caregiver burden and quality of life among family caregivers of cancer patients in palliative care units. *European Journal of Oncology Nursing: the Official Journal of European Oncology Nursing Society* 2024; 68: 102509.
- 6.Guijarro-Requena, M. D., Marín-Campaña, M. N., Pulido-Lozano, M. I., Romero-Carmona, R. M., & Luque-Romero LG. Mejora de la calidad de vida en cuidadores informales de personas dependientes mediante talleres educacionales. *Enfermería Global* 2022; 21(1): 43–73.
- 7.Thana K, Lehto R, Sikorskii A, Wyatt G. Informal caregiver burden for solid tumour cancer patients: a review and future directions. *Psychology & Health* 2021; 36(12): 1514–35.
- 8.Shahar B. New developments in emotion-focused therapy for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Medicine* 2020; 9(9): 2918.
- 9.Fincham GW, Strauss C, Montero-Marin J, Cavanagh K. Effect of breathwork on stress and mental health: A meta-analysis of randomised-controlled trials. *Scientific Reports* 2023; 13(1): 432.
- 10.Kendall PC, Ney JS, Maxwell CA, Lehrbach KR, Jakubovic RJ, McKnight DS, et al. Adapting CBT for youth anxiety: Flexibility, within fidelity, in different settings. *Frontiers in Psychiatry* 2023; 14: 1067047.
- 11.Matthys W, Schutter DJLG. Moral thinking and empathy in cognitive behavioral therapy for children and adolescents with conduct problems: a narrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2023; 26(2): 401–15.
- 12.American Psychiatric Association A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 13.SooHoo NF, McDonald AP, Seiler JG, McGillivray GR. Evaluation of the construct validity of the DASH questionnaire by correlation to the SF-36. *The Journal of Hand Surgery* 2002; 27(3): 537–41.
- 14.Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study. *Payesh* 2005; 4(2): 113-20.
- 15.Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. *Journal of Hayat* 2004; 10 (3): 61-7.
- 16.Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in kashan. *IJPCP* 2008; 14(1): 56-61.
- 17.Motamed N, Ayatollahi SA, Zare N, Sadeghi Hasanabadi A. Reliability and validity of Sf-36 questionnaire in the staff of shiraz medical school 2001. *J Adv Med Biomed Res* 2002; 10(38): 38-46.
- 18.Failde I, Ramos I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53(4): 359–65.
- 19.Greenberg LS. Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. *Focus* 2010; 8(1): 32–42.
- 20.Young JE, Rygh JL, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. 4th ed. In: Barlow HD(editor). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* 2008; 250–305.
- 21.Soong RY, Low CE, Ong V & et al. Exercise interventions for depression, anxiety, and quality of life in older adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *JAMA network open* 2025; 8(2): e2457859-e2457859.

- 22.Zhou S, Wang Y, Wang Q, Yang G, Ren H, Bao Y. A meta-analysis of the effects of cognitive behavioral therapy on quality of life and negative emotions of informal cancer caregivers. *Frontiers in Psychiatry* 2022; 13: 979158.
- 23.Lau BHP, Chow AYM, Wong DFK, Chan JSM, Chan CHY, Ho RTH, et al. Study protocol of a randomized controlled trial comparing integrative body–mind–spirit intervention and cognitive behavioral therapy in fostering quality of life of patients with lung cancer and their family caregivers. *Journal of Evidence-Informed Social Work* 2018; 15(3): 258–76.
- 24.Qiu H, Ren W, Yang Y, Zhu X, Mao G, Mao S, et al. Effects of cognitive behavioral therapy for depression on improving insomnia and quality of life in Chinese women with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008; 28(9): 2665-2673.
- 25.Xia, S. Effect of cognitive behavioral stress management on anxiety, depression, and quality of life in colorectal cancer patients post tumor resection: a randomized, controlled study. *Irish Journal of Medical Science* 2023; 192(4): 1637-1644.
- 26.Badawy DWBM. Psychosocial factors and cognitive distortions contributing to self-reported quality of life in female university students with irritable bowel syndrome. *Migration Letters* 2024; 21(S1): 72-84.
- 27.Jamalomidi N, Hassani F, Kochakentezar R. Comparison of the effectiveness of emotional focused therapy with cognitive behavioral therapy on the quality of life in obese women with polycystic ovary syndrome. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences* 2021; 64(4): 3356-68.
- 28.Lin CL, Chen R, Kustanti CY, Chu H, Lee CK, Banda KJ, et al. 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* 2024; 14: 04123.
- 29.Dillon A, Timulak L, Greenberg LS. Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research* 2018; 28(3): 406–22.
- 30.Yavari B, Rahiminejad Rudaki E, Safavi G, Sayadi PS, Kharghani S. The effectiveness of emotional therapy on rumination and quality of life of women experienced Spouse betrayal. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences* 2024; 66(6): 78-89.

Comparative Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on the Quality of Life in Cancer Caregivers

Khodabakhsh MR*, Habibi Kilak A

Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Received Date: 03 May 2025 Accepted Date: 04 Oct 2025

Abstract

Background & aim: Background & Aim: Caregivers of cancer patients encounter multifaceted stressors and significant caregiving burdens, which can detrimentally impact various dimensions of their well-being. While both Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Emotion-Focused Therapy (EFT) are recognized as effective interventions for enhancing quality of life (QoL), there remains a paucity of comparative research regarding their relative efficacy within this specific population. This study aimed to compare the effectiveness of CBT and EFT on the quality of life of cancer caregivers.

Methods: A quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and a two-month follow-up was employed. The study population consisted of caregivers receiving services from the Mashhad Cancer Control Charity Foundation (MACSA). Using purposive sampling, 45 participants were selected and randomly assigned to three groups: CBT ($n=15$), EFT ($n=15$), and a control group ($n=15$). Data were collected using the Short Form-36 (SF-36) Health Survey. The CBT protocol comprised ten 90-minute weekly sessions (based on Young et al., 2008), while the EFT protocol included eight 90-minute weekly sessions (based on Greenberg, 2010). Data were analyzed using repeated-measures ANOVA, followed by Bonferroni post-hoc tests, via SPSS version 27.

Results: Findings indicated that both CBT and EFT significantly improved certain dimensions of quality of life compared to the control group ($p < 0.05$). Post-hoc pairwise comparisons revealed that the CBT group exhibited significantly higher mean scores in physical functioning, social functioning, and pain management compared to the control group ($p < 0.05$). However, no significant differences were observed between the experimental groups (CBT vs. EFT) or in other QoL domains.

Conclusion: Both CBT and EFT are effective interventions for enhancing the quality of life in cancer caregivers. These findings suggest that clinicians can integrate these therapeutic modalities into support programs to mitigate the psychological and physical burdens faced by this population.

Keywords: Quality of life, Emotion-focused therapy, Cognitive behavioral therapy, Cancer caregivers, Caregiver burden.

*Corresponding author: Khodabakhsh MR, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Email: mr_khodabakhsh@yahoo.com

Please cite this article as follows: Khodabakhsh MR, Habibi Kilak A. Comparative Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on the Quality of Life in Cancer Caregivers. Armaghane-danesh 2025; 30(6): 795-814.

The scientific research journal Armaghan Danesh, affiliated with Yasuj University of Medical Sciences, is an open-access publication. All articles published in this journal