

# Quarterly Journal of Health Psychology

Open  
Access

## ORIGINAL ARTICLE

### Comparison of the Effectiveness of Transdiagnostic Treatment and Emotion Efficacy Therapy in Improving Distress Tolerance in Caregivers of Children with Cancer

Samaneh Babaei<sup>1</sup>, Simin Bashardoust<sup>2\*</sup> , Mina Mojtabaie<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

#### Correspondence

Simin Bashardoust

Email: [sibashardoust@riau.ac.ir](mailto:sibashardoust@riau.ac.ir)

#### How to cite

Babaei, S., Bashardoust, S., Mojtabaie, M. (2026). Comparison of the Effectiveness of Transdiagnostic Treatment and Emotion Efficacy Therapy in Improving Distress Tolerance in Caregivers of Children with Cancer. Quarterly Journal Of Health Psychology, 15(1). 141-160.

#### ABSTRACT

**Objective:** Childhood cancer profoundly affects not only the diagnosed child but also the entire family system. Primary caregivers, especially parents, face persistent emotional strain, uncertainty regarding treatment outcomes, and overwhelming caregiving demands. According to the World Health Organization (2023), nearly 400,000 children worldwide are diagnosed annually, most commonly with leukemia, brain tumors, and lymphomas. In Iran, the incidence rate is estimated at 12–15 per 100,000 children under fifteen (Ministry of Health, 2022). The chronic, life-threatening nature of pediatric cancer exposes caregivers to severe psychological distress, including anxiety, depression, post-traumatic stress, and burnout, which often persist beyond treatment and reduce caregiving effectiveness, potentially impacting child recovery (Rensen et al., 2022). Although some caregivers gradually adapt, many remain psychologically vulnerable, highlighting the need to strengthen modifiable resilience factors. One essential factor is Distress Tolerance (DT)—the capacity to endure aversive emotional states without avoidance. As a transdiagnostic construct, DT strongly relates to emotion regulation (Leyro et al., 2010). Low DT contributes to emotional exhaustion under chronic stress (Dekadt et al., 2021). Therefore, this study aimed to compare the efficacy of Transdiagnostic Treatment and Emotion Efficacy Therapy in improving caregivers' distress tolerance through a quasi-experimental pretest–posttest–follow-up design. **Method:** This quasi-experimental study used a pretest–posttest–three-month follow-up design with three parallel groups: transdiagnostic treatment (TDT), emotion efficiency therapy (EET), and a control group. Participants were 36 primary caregivers of children with cancer (12 per group), recruited through convenience sampling from the pediatric oncology ward of Afzalipour Hospital in Kerman, Iran, during 2023–2024. Inclusion criteria were age 18–60 years, being the child's primary caregiver, and absence of severe

psychiatric disorders based on clinical interview. Exclusion criteria included withdrawal from the study, missing more than two intervention sessions, or changes in caregiving responsibility. The TDT intervention was conducted according to Frank and Davidson's protocol and included eight weekly 90-minute group sessions focusing on emotion regulation, cognitive restructuring, and distress tolerance skills. The EET intervention also consisted of eight weekly sessions emphasizing mindfulness, emotional acceptance, and values-based behavioral strategies. The control group received no psychological intervention during the study period. Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA) to examine between-group differences and repeated measures ANOVA to assess changes over time. Bonferroni post hoc tests were applied for pairwise comparisons. Statistical assumptions were evaluated using the Shapiro–Wilk, Mauchly's, and Box's M tests ( $P > 0.05$ ). **Results:** Significant main effects of group and time, as well as group  $\times$  time interactions, were found for all distress tolerance components and the total score ( $P \leq 0.005$ ). Both the transdiagnostic treatment (TDT) and emotion efficiency therapy (EET) groups showed significantly greater improvements than the control group (Bonferroni,  $P \leq 0.019$ ), with large effect sizes (partial  $\eta^2 = 0.20$ – $0.64$ ). No significant differences were observed between the two interventions ( $P > 0.05$ ). Improvements achieved at post-test were maintained at the three-month follow-up, with no significant post-test–follow-up differences.

**Table 1.** Mean and Standard Deviation of Distress Tolerance Components and Total Score in Three Groups Across Three Measurement Times

Component	Group	Pre-test M	Pre-test SD	Post-test M	Post-test SD	Follow-up M	Follow-up SD
Total Score	TDT	32.92	7.34	52.67	8.64	49.25	6.84
	EET	33.89	5.30	51.58	7.44	50.50	6.79
	Control	34.58	6.21	36.25	5.58	35.33	5.21
Absorption	TDT	5.58	1.62	9.75	1.86	9.00	1.34
	EET	5.67	2.10	9.42	1.78	10.25	1.96
	Control	6.00	2.04	6.92	1.83	6.58	1.62
Appraisal	TDT	14.74	3.19	23.58	4.38	21.67	3.70
	EET	16.17	3.35	21.50	4.27	20.08	3.89
	Control	16.25	3.49	15.75	2.73	15.60	2.71
Regulation	TDT	6.00	2.17	8.92	1.50	9.17	1.80
	EET	5.50	2.15	9.33	2.10	9.83	1.95
	Control	5.83	2.10	6.50	1.98	6.17	2.03

*Note.* M = Mean; SD = Standard deviation

**Conclusion:** The findings indicate that both Transdiagnostic Treatment (TDT) and Emotion Efficiency Therapy (EET) significantly improve distress tolerance among caregivers of children with cancer, with effects maintained over time. Improvements across all dimensions of distress tolerance suggest enhanced emotional resilience, more adaptive coping, and greater acceptance of emotional experiences under chronic caregiving stress. The lack of significant differences between the two interventions implies that shared therapeutic mechanisms—such as increased emotional awareness, reduced experiential avoidance, and greater engagement in values-consistent behaviors—may play a central

role in strengthening distress tolerance. Clinically, these results support the flexible integration of both approaches into psychosocial services in pediatric oncology settings, with intervention choice guided by therapist expertise, caregiver preferences, and contextual considerations. Enhancing caregivers' distress tolerance may also indirectly reduce emotional exhaustion and psychological burden, thereby supporting more effective caregiving and potentially improving child-related outcomes. Overall, both TDT and EET appear to be effective and sustainable interventions for promoting emotional resilience in caregivers facing chronic stress. Future studies should employ randomized multicenter designs with larger samples and longer follow-up periods to further clarify mechanisms of change and improve generalizability.

### **KEYWORDS**

Cancer; Caregivers, Distress Tolerance, Emotional Efficacy Therapy (EET), Transdiagnostic Treatment (TDT).

### **Ethical Considerations**

#### **Compliance with ethical guidelines**

This study was conducted in accordance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki (2013). Participants were caregivers referred to the hospital's psychology unit, where the researcher worked as a clinical psychologist. Participation was voluntary, and the intervention was provided as part of routine psychological care. All participants received verbal and written information about the study and provided written informed consent. Confidentiality and anonymity were ensured, and participants could withdraw at any time without affecting their clinical services. The study protocol was approved by the relevant administrative authorities of Afzalipour Hospital, and formal ethics committee approval was not required due to the noninvasive nature of the intervention.

#### **Funding**

The study received no external funding; administrative support was provided by Afzalipour Medical Center, Kerman University of Medical Sciences

#### **Authors' Contributions**

All authors contributed to study design, data analysis, and manuscript preparation, while the first author conducted data collection and implemented the intervention.

#### **Conflict of Interest**

The authors declare no financial or personal conflict of interest.

#### **Acknowledgments**

The authors sincerely thank the caregivers of children with cancer for their kind participation.

نشر به علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

## مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر بهبود تحمل پریشانی در مراقبین کودکان مبتلا به سرطان

سمانه بابایی<sup>۱</sup>، سیمین بشردوست<sup>۲\*</sup>، مینا محتبایی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر تحمل پریشانی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان بود.

**روش:** این مطالعه از نوع کاربردی با طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. جامعه آماری شامل مراقبین کودکان مبتلا به سرطان در رده سنی تولد تا هفده سال بود که طی سال‌های ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ به بخش آنکولوژی مرکز افضلی‌پور کرمان مراجعه کرده بودند. از میان این افراد، ۳۶ مراقب شامل ۳۰ زن و ۶ مرد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از احراز ملاک‌های ورود، از جمله مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان فراتشخیصی، درمان کارآمدی هیجانی و گروه کنترل قرار گرفتند. مداخلات درمانی در گروه‌های فعال طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود و داده‌ها با تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل موجب افزایش معنادار تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن شدند و این اثرات در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند. همچنین اثر متقابل گروه و زمان معنادار بود که نشان‌دهنده تفاوت روند تغییرات در گروه‌هاست. آزمون‌های تعقیبی بنفرونی بیان کرد که دو گروه درمانی در مقایسه با کنترل بهبود بیشتری داشتند، اما بین دو رویکرد تفاوت معناداری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها حاکی از آن است که هر دو روش درمانی در بهبود تحمل پریشانی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان اثربخش و قابل استفاده‌اند و می‌توان آن‌ها را با توجه به نیازها و ترجیحات فردی انتخاب کرد.

### واژه‌های کلیدی

تحمل پریشانی، درمان فراتشخیصی، درمان کارآمدی هیجانی، سرطان، مراقبین.

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.  
<sup>۳</sup> دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

نویسنده مسئول:

سیمین بشردوست

رایانامه:

sibashardoust@riau.ac.ir

استاد به این مقاله:

بابایی، سمانه، بشردوست، سیمین، محتبایی، مینا (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر بهبود تحمل پریشانی در مراقبین کودکان مبتلا به سرطان. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۵(۱)، ۱۶۰-۱۴۱.

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>

## مقدمه

سرطان کودکان یکی از پیچیده‌ترین و چندوجهی‌ترین بحران‌های سلامت معاصر است که درهم‌تنیدگی ابعاد پزشکی، روان‌شناختی و اجتماعی آن، مرزهای بیمارگونه را از بدن کودک فراتر برده و پیامدهایی عمیق بر شبکه اصلی حمایت‌گر وی — به‌ویژه والدین و مراقبین اولیه — برجای می‌گذارد؛ بحرانی که بنا بر گزارش انجمن سرطان آمریکا<sup>۱</sup>، نه‌تنها به چالش‌های درمانی محدود نمی‌شود، بلکه ساختار روانی و کارکرد اجتماعی خانواده را نیز به‌طور بنیادین تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۲۴؛ مرکز تحقیقات سرطان ایران، ۱۴۰۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> (WHO, 2023)، سالانه حدود ۴۰۰ هزار کودک در سراسر جهان به انواع سرطان مبتلا می‌شوند که شایع‌ترین آن‌ها لوکمی، تومورهای مغزی و لنفوم هستند. در ایران نیز طبق آمار ثبت سرطان وزارت بهداشت، میزان بروز سرطان در کودکان زیر ۱۵ سال حدود ۱۲ تا ۱۵ مورد در هر صد هزار نفر گزارش شده است (وزارت بهداشت، ۱۴۰۱). این بیماری که اغلب ماهیت تهدیدکننده حیات دارد، نه‌تنها چالش بزرگی در عرصه درمان است، بلکه فشار روانی-اجتماعی گسترده‌ای بر ساختار خانواده وارد می‌سازد (جوسی و گوالی، ۲۰۲۵؛ وارد، دستتیس، رایبیز، کوهلر، جمال، ۲۰۱۹؛ آقایی، اعظمی، ابراهیم‌اوغلی، بوداقتی، ۱۴۰۲؛ حسینی، بیات، محمدی). روند درمان طولانی‌مدت، نیازهای پیچیده مراقبتی و عوارض جسمی و روانی ناشی از بیماری، تجربه‌ای فرسایشی را برای والدین و مراقبین رقم می‌زند. شواهد حاصل از مرور نظام‌مند بانزیگر، روزر، مادر و هاریو (۲۰۲۰) نشان می‌دهد که والدین کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه با والدین کودکان سالم، به طور معناداری سطوح بالاتری از اضطراب، افسردگی و علائم اختلال استرس پس از سانحه<sup>۳</sup> را تجربه می‌کنند (قره‌داغی و کچویی، ۱۴۰۳؛ رنسن، استور، گروتین‌هویس و همکاران، ۲۰۲۲). مراقبین غالباً با چرخه پیچیده از تنیدگی مزمن، نگرانی نسبت به آینده، و اختلال در تعادل زندگی روزمره مواجه‌اند (ون وارمردام، زابیه، کوردی‌اک، سوئردار، ناتان، گوپتا، ۲۰۱۹؛ سجادی، وامقی، غازی‌نور، خدایی‌اردکانی، ۲۰۱۳). این تنیدگی روانی نه تنها کیفیت زندگی مراقبین را کاهش می‌دهد، بلکه بر کیفیت مراقبت از کودک و پیامدهای درمانی وی نیز تأثیر می‌گذارد (جوسی و گوالی، ۲۰۲۵؛ آقایی و

همکاران، ۱۴۰۲).

اثرات این تنیدگی، صرفاً موقتی نیست؛ پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این پیامدها حتی چند سال پس از بهبود کودک ادامه دارند (مس، میسیاگ، کلاشتسیک، کریش، ۲۰۲۲؛ ون وارمردام و همکاران، ۲۰۱۹). با این حال، برخی مطالعات طولی محدود نشان داده‌اند که بخشی از مراقبین، در گذر زمان و با بهره‌گیری از منابع مقابله‌ای و حمایت اجتماعی، به سطحی از سازگاری پایدار دست می‌یابند (سلطانی‌اصل‌هریس، باباپورخیرالدین، پورشریفی، بخشی‌پوررودسری، قاسمی، ۱۳۹۹). این تفاوت‌ها اهمیت بررسی عوامل فردی و محیطی مؤثر بر سازگاری مراقبین را برجسته می‌سازد.

یکی از سازه‌های کلیدی در تبیین این فرایند، «تحمل پریشانی»<sup>۴</sup> (DT) است. توانایی فرد در تجربه و تاب‌آوری هیجانات منفی شدید بدون اتخاذ رفتارهای اجتنابی یا واکنش‌های آسیب‌زا (لیرو، زولنسکی و برنشتاین، ۲۰۱۰). شواهد نشان می‌دهد که ظرفیت پایین تحمل پریشانی، پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ناکارآمد مقابله‌ای، فرسودگی مراقبتی و کاهش کیفیت زندگی است (جعفری و احمدزاده، ۱۴۰۲؛ دکادت، لائن، سلوس، گیسیکس، فانتستینلانت و کولبراندت، ۲۰۲۱؛ زولنسکی، برنشتاین و ویوجانویک، ۲۰۱۰). در زمینه مراقبت از کودکان مبتلا به سرطان، این مفهوم اهمیت دوچندان پیدا می‌کند، زیرا مواجهه مکرر مراقبین با محرک‌های استرس‌زای غیرقابل کنترل، احتمال فرسایش منابع روانی را افزایش می‌دهد (قربانی، قزلباش، علیزاده، خسروی، ۱۴۰۰؛ شمسی، عزیززاده فروزی، ایرانمنش، ۱۳۹۵؛ لمبرت، گیرگیس؛ لیکاتلینس، استیسی، ۲۰۱۸).

پژوهش‌های اخیر تأکید دارند که سطوح پایین تحمل پریشانی به‌عنوان شاخص مهم تنظیم هیجان، پیش‌بینی‌کننده قدرت‌مند پیامدهایی چون فرسودگی مراقبتی، علائم افسردگی و اضطراب در مراقبین بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی جدی است. به‌عنوان نمونه، مطالعه دکادت و همکاران (۲۰۲۱) روی ۲۲۳ مراقب بیماران مبتلا به سرطان نشان داد که نمرات پایین مقیاس تحمل پریشانی با افزایش قابل ملاحظه فرسودگی هیجانی، احساس خستگی شدید و علائم روان‌پزشکی مرتبط بود. البته، برخی پژوهش‌ها قدرت پیش‌بینی‌کنندگی تحمل پریشانی را در حضور متغیرهای آمیخته، مانند معنویت یا حمایت اجتماعی، محدود گزارش کرده‌اند. یافته‌های مشابه در ایران توسط

1. American Cancer Society  
2. World Health Organization (WHO)  
3. Post-Traumatic Stress Disorder

4. Distress Tolerance

بیماری‌های مزمن و به‌ویژه سرطان آزموده‌اند، که یک محدودیت قابل توجه در انتقال شواهد به این بافت خاص محسوب می‌شود. در کنار آن، «درمان کارآمدی هیجانی»<sup>۳</sup> (EET) که توسط مک‌کی و وست (۲۰۱۶) توسعه داده شد، به‌طور هدفمند برای ارتقای تحمل پریشانی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی طراحی شده است. این مداخله ریشه در رویکردهای موج سوم، به‌ویژه درمان پذیرش و تعهد (ACT)<sup>۴</sup> و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)<sup>۵</sup> دارد، با ادغام اصول ذهن‌آگاهی و اقدام ارزش‌محور، به افراد کمک می‌کند تا با تجربه‌های هیجانی ناخوشایند روبه‌رو شوند بدون آن‌که در دام الگوهای اجتنابی گرفتار شوند (کونرادی، میوز، رودنبرگ، دینگمانسه، و مورن، ۲۰۲۳). شواهد اولیه حاکی از آن است که EET به‌طور معنی‌داری تاب‌آوری هیجانی و شاخص‌های کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد، به‌ویژه در جمعیت‌هایی که با تنیدگی مزمن مواجه هستند. نتایج بیانگر آن است که EET می‌تواند آگاهی هیجانی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد و اثرات منفی استرس‌های مزمن را بکاهد (میکاییلی‌سلمانی و شاری، ۱۴۰۴؛ اسدالله نجفی، امین جعفری و مروی، ۱۴۰۲؛ کاشفی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۱؛ ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۰؛ صدیقی‌ارفی، رشیدی و تابش، ۲۰۲۱). همچنین مرور نظام‌مند راسکین، یانگ، شوگر و نوفج (۲۰۲۰) تأکید می‌کند که مداخلات مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی، از جمله EET، می‌تواند کیفیت زندگی مراقبین بیماران مزمن را به شکل چشمگیری ارتقا دهد، به‌ویژه در فرهنگ‌هایی با بار مراقبتی بالا. با این حال، مشابه درمان فراتشخیصی، تعداد کمی از پژوهش‌ها این درمان را به طور مستقیم در حوزه مراقبت از بیماران سرطانی یا مراقبین آنان آزموده‌اند. پژوهش‌های مستقیم بر اثربخشی آن در حوزه مراقبین کودکان مبتلا به سرطان بسیار محدود است.

با این حال، مشابه درمان فراتشخیصی، تعداد معدودی از پژوهش‌ها این درمان را مستقیماً در حوزه مراقبت از بیماران سرطانی یا مراقبین آنان آزموده‌اند. پژوهش‌های موجود در جمعیت‌های دیگر نشان داده‌اند که این درمان‌ها به طور معناداری تحمل پریشانی، انعطاف‌پذیری هیجانی و کاهش اجتناب هیجانی را بهبود می‌بخشند (کونرادی و همکاران، ۲۰۲۳؛ تیمولاک، کئو، مک‌الوانی، اشمیت، هِشِن، تیمولاکووا، جیننگز و وارد، ۲۰۲۰؛

محمودپور، آل‌کثیر، احمد بوکانی، ۱۴۰۳) گزارش شده است. آنان با استفاده از «مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده» نشان دادند که حمایت اجتماعی، چه به‌صورت مستقیم و چه از طریق تعدیل تأثیرات منفی استرس، با کاهش فشار روانی و سازگاری همراه است. نقش آن در مدل پیش‌بینی تحمل پریشانی زمانی برجسته می‌شود که سایر عوامل شخصیتی و محیطی کنترل شود (تمنایی‌فر و سلیمانیان، ۱۴۰۳؛ محمودپور و همکاران، ۱۴۰۳؛ جوانمردی، شفیع آبادی، پوشنه، ۱۴۰۳؛ باقری، اصغرنژاد، نصراللهی، ۱۴۰۰؛ کانوی، ناراکون-گینی، هریس، ۲۰۱۸). این یافته‌ها نشان می‌دهد این سازه در شبکه‌ای پیچیده‌ای از عوامل روانی-اجتماعی عمل می‌کند. با وجود اهمیت این متغیر، مرور نظام‌مند فو، ژائو، تونگ، چی، (۲۰۱۷) نشان می‌دهد که مداخلات تخصصی برای ارتقای تحمل پریشانی در مراقبین بیماران سرطانی هنوز کمیاب و غالباً فاقد شواهد تجربی کافی هستند. طی یک دهه اخیر، گرایش به سمت مداخلات «فراشخیصی» به‌عنوان یک رویکرد نوین و انعطاف‌پذیر در روان‌درمانی افزایش یافته است. درمان فراتشخیصی که نخستین بار توسط فرانک و دیویدسون<sup>۱</sup> در قالب «نقشه راه فراتشخیصی»<sup>۲</sup> تبیین شد، با تمرکز بر مکانیسم‌های مشترک بین اختلالات هیجانی، چارچوبی منسجم برای کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و سایر واکنش‌های هیجانی ناسازگار فراهم می‌آورد (فرانک و دیویدسون، ۲۰۱۶).

این رویکرد با یکپارچه‌سازی اصول شناختی-رفتاری با مواجهه تدریجی، بازسازی شناختی و مهارت‌آموزی هیجانی، اثربخشی خود را در طیفی از جمعیت‌های بالینی، به‌ویژه در همبدهای اضطراب-افسردگی نشان داده است (الهای، لوین، اوبراین، آرمور، ۲۰۱۸؛ بلاج، فارل، هوک، ون تونگرن، پنیرتی و دیویس، ۲۰۱۷؛ موهومبا، چوگانی، اولیاشک و کانان، ۲۰۱۷؛ کایزر، میلیچ، لینام، وچارنیگو، ۲۰۱۲). شواهد داخلی نیز مؤید اثرگذاری این رویکرد هستند (کارگر، وزیری، لطفی کاشانی، نصری و شهبایی‌زاده، ۱۴۰۲؛ کاشفی‌زاده، طاهر، حسین‌خانزاده، حاج‌ابوطالبی، ۱۴۰۱؛ خواجه‌زاده و سبحی، ۱۴۰۰؛ ابراهیمی، شهبایی‌زاده، اسماعیلی، آهی، ۱۴۰۰؛ جعفری شالکوهی، اسدی‌مجره، اکبری، ۱۳۹۹؛ فروزنده و انتظاری، ۱۳۹۹؛ احمدی، خیراتی، غباری‌بناب، ۱۳۹۸). با وجود اثربخشی قابل توجه، مطالعات اندکی این رویکرد را بر مراقبین کودکان مبتلا به

3. Emotion Efficacy Therapy

4. Acceptance and Commitment Therapy

5. Dialectical Behavioral Therapy

1. Frank &amp; Davidson

2. The Transdiagnostic Road Map

پیگیری سه‌ماهه، ۶ نداشتن سابقه تشخیص رسمی اختلال روان‌پریشی، اختلال شناختی عمده، یا وابستگی فعال به مواد، ۷. عدم شرکت هم‌زمان در سایر درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی تأثیرگذار بر هیجانات در طول پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش شامل: ۱. عدم حضور در بیش از دو جلسه درمانی متوالی، ۲. تغییر وضعیت درمانی کودک (پایان یا تشدید بیماری، فوت کودک)، ۳. بروز بحران یا اختلال روانی جدید در مراقب طی دوره پژوهش، ۴. انصراف داوطلبانه از ادامه همکاری))، ارزیابی وضعیت روان‌شناختی و اطمینان از توانایی همکاری شرکت‌کنندگان در فرآیند درمان انجام شد. ابزار مورد استفاده پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS) بود که نخستین بار توسط سیمونز و گاهر<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) طراحی و اعتباریابی شده است. در مرحله نخست، ۴۸ مراقب واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های پژوهش گمارده شدند. همه شرکت‌کنندگان پس از امضای فرم رضایت‌نامه آگاهانه، در چارچوب پروتکل‌های درمانی پژوهش شرکت کردند. طی فرآیند مداخله درمانی، ۱۲ نفر به دلایلی همچون تغییر یا پایان درمان سرطان کودک، پیشرفت بیماری یا فوت، و/یا عدم تمایل به ادامه همکاری از پژوهش خارج شدند. در نهایت، داده‌های ۳۶ شرکت‌کننده (۱۲ نفر در هر گروه) وارد تحلیل آماری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. ابتدا آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های پراکندگی برای متغیرهای اصلی در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هر گروه محاسبه گردید.

به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک، آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها، آزمون ام-باکس برای همگنی ماتریس کوواریانس و آزمون موخلی برای فرض کرویت اجرا شد. برای آزمون فرضیات پژوهش، ابتدا تحلیل واریانس چندمتغیری<sup>۲</sup> (MANOVA) جهت بررسی اثرات گروه و زمان بر مؤلفه‌های تحمل پریشانی شامل جذب، ارزیابی، تنظیم و نمره کل اجرا شد. سپس، برای بررسی جزئی‌تر الگوهای تغییر، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر<sup>۳</sup> اجرا شد. در ادامه، آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه میانگین‌ها استفاده شد.

حسنی‌راد، باوی و حیدری، ۲۰۲۵؛ ابراهیمی و همکاران، ۲۰۲۱). از سوی دیگر، بارلو، فارچیونه، بولیس، کالاگر و همکاران (۲۰۱۷) و هوایی، کاظمی، حبیب‌اللهی، ایزدی‌خواه (۱۳۹۵) نشان داده‌اند که پروتکل فراتشخیصی با هدف‌گیری فرآیندهای هیجانی مشترک، قادر به ارتقاء تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی-هیجانی در بیماران کلینیکی است.

با این وجود، هیچ‌یک از این مطالعات به شرایط خاص مراقبین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن و پراسترس مانند سرطان نپرداخته‌اند. مرور نظام‌مند دکادت و همکاران (۲۰۲۱) و تحلیل میتش و شیلام (۲۰۲۳) نیز ضمن تأکید بر اهمیت مداخلات هدفمند برای این جمعیت، به صراحت نبود مطالعات مقایسه‌ای، طولی و با طراحی سخت‌گیرانه در بررسی اثرات نسبی این دو رویکرد درمانی را به عنوان شکاف کلیدی ادبیات شناسایی کرده‌اند. بنابراین، با وجود شواهد رو به رشد که بیانگر نقش درمان‌های روان‌شناختی نوین در بهبود تحمل پریشانی است، اکثر پژوهش‌های موجود یا بر جمعیت‌های عمومی و بیماران فردی متمرکز بوده‌اند یا فاقد مقایسه مستقیم میان درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی. به همین دلیل، مطالعه حاضر با طراحی مقایسه‌ای و ارزیابی طولی، با هدف پوشش این خلأ علمی و ارائه شواهد تجربی در جمعیت مراقبین کودکان مبتلا به سرطان انجام شده است.

## روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش یک مطالعه کمی و کاربردی با هدف ارزیابی اثربخشی یک مداخله درمانی بود که با طرح شبه‌آزمایشی شامل گروه کنترل و دوره پیگیری سه‌ماهه اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه مراقبین کودکان مبتلا به سرطان (از بدو تولد تا ۱۷ سال) بود که طی سال‌های ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ به بخش آنکولوژی مرکز خدمات بهداشتی-درمانی افضلی‌پور کرمان مراجعه کرده بودند. در آغاز مطالعه، اهداف و اهمیت پژوهش برای مراقبین تشریح شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه، از ایشان برای تکمیل ابزارهای پژوهش و شرکت در مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته توسط روان‌شناس بالینی دعوت به عمل آمد. این مصاحبه با هدف بررسی معیارهای ورود و خروج ((معیارهای ورود به پژوهش شامل: ۱. مراقب اصلی کودک مبتلا به سرطان (اعم از والد یا فرد مسئول مراقبت روزانه)، ۲. سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۰ سال، ۳. حداقل سه ماه سابقه مراقبت از کودک بیمار، ۴. برخورداری از سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل ابزارهای پژوهش، ۵. تمایل و توانایی شرکت در جلسات درمانی و

1. Simons & Gaher

2. Multivariate analysis of variance

3. Repeated Measures ANOVA

## ابزارهای پژوهش

## مقیاس تحمل پریشانی

مقیاس تحمل پریشانی<sup>۱</sup> (DTS)، یک ابزار خودسنجی است که توسط (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) برای ارزیابی میزان توانایی فرد در مقابله و تحمل پریشانی هیجانی طراحی شده است. این مقیاس چهار بُعد تحمل پریشانی را اندازه‌گیری می‌کند: (۱) تحمل پریشانی هیجانی (آیتم‌های ۱، ۳ و ۵)، (۲) جذب شدن توسط هیجان‌های منفی (آیتم‌های ۲، ۴ و ۱۵)، (۳) ارزیابی ذهنی پریشانی (آیتم‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲)، و (۴) تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (آیتم‌های ۸، ۱۳ و ۱۴). مقیاس DTS شامل ۱۵ ماده است که بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (از «خیلی کم» = ۱ تا «خیلی زیاد» = ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره کل بین ۱۵ تا ۷۵ قرار دارد؛ نمرات پایین‌تر بیانگر تحمل پریشانی کمتر هستند. در مطالعه سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد و روایی همگرایی و ملاکی مطلوب ارزیابی شد.

## نسخه فارسی این مقیاس توسط کشاورز، محمدی و خلعتبری

(۱۳۹۷) اعتباریابی شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۰۸ به دست آمد

که قابلیت اعتماد بالایی آن در جامعه ایرانی را تأیید می‌کند.

## درمان فراتشخیصی (TDT)

این برنامه درمانی براساس کتاب نقشه راه فراتشخیصی<sup>۲</sup> فرانک و دیویسون، صورت گرفت. تعداد جلسات ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. شرح جلسات در جدول ۱ آمده است.

## درمان کارآمدی هیجانی (EET)

پروتکل «درمان کارآمدی هیجانی» (EET) که توسط مک‌کی و وست (۲۰۱۶) تدوین شده، یک مداخله کوتاه‌مدت ساختارمند ۸ جلسه‌ای است که بر ترکیب مهارت‌های دیالکتیکی-رفتاری، مبتنی بر پذیرش و تنظیم هیجان تکیه دارد. هدفش افزایش توانایی فرد در تجربه، پذیرش و هدایت هیجان‌ها در راستای ارزش‌ها است.

## جدول ۱. گزینه‌ای از جلسات درمان فراتشخیصی فرانک و دیویسون (TDT)

۱۱   ارزیابی مشکلات و آموزش مدل CORE-RESPONSE   فرمول‌بندی موردی بر اساس مکانیسم هسته (بنیادی) و مکانیسم پاسخ
ترسیم زنجیره محرک-هیجان-رفتار-پیامد   آموزش روان‌شناختی هیجان و نقش اجتناب   پرسشنامه‌های استاندارد؛ قالب فرمول‌بندی موردی؛ نقشه زنجیره مشکل   ثبت روزانه موقعیت محرک، واکنش، شدت هیجان
۱۲   تحلیل اجتناب تجربه‌ای و فعال‌سازی رفتاری پایه   - توضیح رابطه اجتناب ↔ پایداری مشکل
آموزش سه کاناله هیجان-فکر-رفتار   انتخاب یک فعالیت ارزش محور کوچک   فرم سه کاناله؛ مثال‌های شخصی؛ فهرست ارزش‌ها   اجرای یک فعالیت انتخابی و ثبت اثر بر خلق
۱۳   مواجهه تدریجی و پذیرش هیجان دشوار   - طراحی سلسله‌مراتب مواجهه
آموزش تنفس دیافراگمی   تمرین پذیرش حسی-بدنی هیجان‌ها   مواجهه خیالی؛ مواجهه واقعی کنترل شده   مواجهه با موقعیت کم‌تا متوسط + ثبت تجربه
۱۴   بازسازی شناختی و تجربه هیجانی اصلاحی   - شناسایی افکار ناکارآمد
گفت‌وگوی سقراطی   اجرای صندلی منتقد ↔ صندلی حامی   فرم بازسازی شناختی؛ تکنیک صندلی‌ها   نوشتن گفت‌وگوی دو صدای درونی درباره موقعیت فشارزا
۱۵   تثبیت تغییرات و فعال‌سازی پیشرفته   - مرور پیشرفت‌های شناختی-هیجانی
گسترش فعالیت‌ها بر اساس اهداف SMART   پیگیری مواجهه‌های موفق   جدول فعالیت ارزش محور؛ دفتر ثبت تجارب   اجرای دو فعالیت متفاوت و گزارش اثر هیجانی
۱۶   آموزش پاسخ سازگار در بحران   - حل مسئله مرحله‌ای
تکنیک STOP-BREATHE-RESPOND   تمرین Grounding در فشار بالا   فرم حل مسئله؛ کارت یادآور STOP   اجرای پاسخ سازگار و ثبت تجربه
۱۷   یکپارچه‌سازی و پیشگیری از عود   مرور همه مهارت‌های آموخته شده
طراحی نقشه هشدار شخصی   شبیه‌سازی موقعیت‌های مستعد عود   نقشه هشدار؛ تمرین نقش‌آفرینی   اجرای مهارت‌ها در موقعیت شبیه‌سازی شده
۱۸   مرور مسیر درمان و برنامه نگهداری   جمع‌بندی پیشرفت‌ها
تثبیت مسئولیت‌پذیری مراجع زمان‌بندی جلسات پیگیری   فرم مرور پیشرفت؛ برنامه نگهداری   اجرای برنامه نگهداری یک‌ماهه + گزارش کتبی__

## جدول ۲. گزیده‌ای از جلسات درمان کارآمدی هیجانی (EET)

<p><b>۱  آشنایی با درمان و ساختار جلسات</b></p> <p>افزایش آگاهی از هیجان   معرفی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان، آموزش آناتومی هیجان، آگاهی از هیجان   تمرین تماشای هیجان، معرفی چهار مؤلفه هیجان (افکار، احساسات، حس‌های بدنی، تمایلات رفتاری)   ثبت روزانه چهار مولفه هیجان در کاربرگ، استفاده از فهرست واژگان احساسات   جزوه «چیزی که می‌توانید انتظار داشته باشید»، برگه تماشای هیجان، فهرست واژگان  </p>
<p><b>۲  پذیرش ذهن‌آگاهانه و مواجهه</b></p> <p>آموزش پذیرش ذهن‌آگاهانه، معرفی اجتناب هیجانی و پیامدهای آن، موج‌سواری بر هیجان   تمرین هدایت‌شده پذیرش ذهن‌آگاهانه، آموزش موج‌سواری، مواجهه با هیجان   تمرین روزانه پذیرش ذهن‌آگاهانه (۱۰ دقیقه) همراه با مواجهه هیجانی   کاربرگ پذیرش ذهن‌آگاهانه، جزوه موج‌سواری بر هیجان  </p>
<p><b>۳  عمل مبتنی بر ارزش‌ها (مرحله اول)</b></p> <p>روشن‌سازی ارزش‌ها، شناسایی موانع هیجانی   تمرین وایت‌برد ارزش‌ها و موانع، تمرین «هیولا در اتوبوس»، مواجهه تصویری   تمرین مواجهه تصویری با موقعیت آشفته‌ساز و عمل مبتنی بر ارزش   کاربرگ ارزش‌ها، کاربرگ مزایا و معایب  </p>
<p><b>۴  عمل مبتنی بر ارزش‌ها (مرحله دوم)</b></p> <p>تثبیت انتخاب ارزش‌ها و مواجهه با موانع هیجانی   تمرین کامل «هیولا در اتوبوس» در محیط واقعی یا تصویری   ادامه تمرین مواجهه (تصویری یا واقعی) با انتخاب عمل مبتنی بر ارزش   برگه ثبت تمرین مهارت‌ها، کارت «عمل مبتنی بر ارزش»  </p>
<p><b>۵  مقابله ذهن‌آگاهانه و کاهش فعال‌سازی هیجانی</b></p> <p>آموزش تن‌آرامی و خودآرام‌سازی، ترکیب با مواجهه   تمرین هدایت‌شده تن‌آرامی، استفاده از حس‌های بدنی خوشایند برای کاهش تنش   تمرین روزانه پذیرش ذهن‌آگاهانه + تن‌آرامی / خودآرام‌سازی در مواجهه   جزوه مقابله ذهن‌آگاهانه، فهرست تکنیک‌های آرام‌سازی  </p>
<p><b>۶  ادغام مهارت‌ها در موقعیت‌های پیچیده</b></p> <p>ترکیب پذیرش، عمل مبتنی بر ارزش و مقابله   تمرین چرخه کامل مهارت‌ها بر اساس سناریوهای فردی   تمرین ترکیبی در موقعیت واقعی، ثبت تجارب   برگه چرخه مهارت‌ها، کاربرگ ثبت تجربه  </p>
<p><b>۷  مرور و تثبیت شایستگی هیجانی</b></p> <p>مرور تمام مهارت‌ها، شناسایی نقاط قوت و نیاز به بهبود   تمرین انتخاب مهارت مناسب برای موقعیت‌های خاص   تمرین روزانه در زندگی واقعی با انتخاب آگاهانه مهارت‌ها   جزوه مرور مهارت‌ها، فرم خودارزیابی  </p>
<p><b>۸  برنامه‌ریزی برای آینده و پیشگیری از عود</b></p> <p>مرور مسیر درمان، برنامه نگهداری   طراحی «جمعه ابزار هیجانی» شخصی   استفاده از ابزارها در شرایط چالش‌برانگیز آینده   جزوه برنامه نگهداری، فرم برنامه پیشگیری از عود  </p>

## یافته‌ها

دیپلم، ۵ نفر دیپلم و ۳ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه درمان کارآمدی هیجانی میزان تحصیلات ۲ نفر از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۳ نفر دیپلم و ۷ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۲ نفر از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم و ۳ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه درمان فراتشخیصی نوع سرطان ۱۰ نفر از کودکان سرطان خون، ۱ نفر لنفوم و ۱ نفر سایر انواع سرطان بود. در گروه درمان کارآمدی هیجانی نوع سرطان ۸ نفر از کودکان سرطان خون، ۱ نفر لنفوم و ۳ نفر سایر انواع سرطان بود. در گروه کنترل نوع سرطان ۱۱ نفر از کودکان سرطان خون و ۱ نفر سارکوما بود. جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در شرکت‌کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

در پژوهش حاضر ۳۶ مراقب کودکان مبتلا به سرطان در سه گروه (هر گروه ۱۲ نفر) درمان فراتشخیصی، درمان کارآمدی هیجانی و گروه کنترل جای گرفتند. در گروه درمان فراتشخیصی میانگین انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۶/۰۸ و ۶/۵۸ در گروه درمان کارآمدی هیجانی به ترتیب برابر با ۳۷/۷۵ و ۷/۷۹ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۴/۱۷ و ۶/۱۳ بود. در هر سه گروه مورد مطالعه ۲ نفر از شرکت‌کنندگان مرد و ۱۰ نفر زن بودند. در گروه درمان فراتشخیصی ۱ نفر از شرکت‌کنندگان کارمند، ۲ نفر دارای شغل آزاد و ۹ نفر خانه‌دار بودند. در گروه درمان کارآمدی هیجانی ۳ نفر از شرکت‌کنندگان کارمند، ۴ نفر دارای شغل آزاد و ۵ نفر خانه‌دار بودند. در گروه کنترل ۱ نفر از شرکت‌کنندگان کارمند، ۱ نفر دارای شغل آزاد و ۱۰ نفر خانه‌دار بودند. در گروه درمان فراتشخیصی میزان تحصیلات ۴ نفر از شرکت‌کنندگان زیر

**جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) مؤلفه ها و نمره کل تحمل پریشانی**

متغیر	عامل / مولفه	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تحمل پریشانی هیجانی	درمان فراتشخیصی	۲/۱۵ ± ۶/۵۸	۱/۹۳ ± ۱۰/۴	۱/۸۳ ± ۹/۴۲	
	درمان کارآمدی هیجانی	۱/۵۰ ± ۶/۶۱	۲/۱۰ ± ۱۱/۳	۱/۹۷ ± ۱۰/۳۳	
جذب‌شدن توسط هیجان‌های منفی	گروه کنترل	۲/۰۲ ± ۶/۵۰	۲/۵۷ ± ۷/۰۸	۱/۶۵ ± ۷/۰۰	
	درمان فراتشخیصی	۱/۶۲ ± ۵/۵۸	۱/۸۶ ± ۹/۷۵	۱/۳۴ ± ۹/۰۰	
ارزیابی ذهنی پریشانی	درمان کارآمدی هیجانی	۲/۱۰ ± ۵/۶۷	۱/۷۸ ± ۹/۴۲	۱/۹۶ ± ۱۰/۲۵	
	گروه کنترل	۲/۰۴ ± ۶/۰۰	۱/۸۳ ± ۶/۹۲	۱/۶۲ ± ۶/۵۸	
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	درمان فراتشخیصی	۳/۱۹ ± ۱۴/۷۴	۴/۳۸ ± ۲۳/۵	۳/۷۰ ± ۲۱/۶۷	
	درمان کارآمدی هیجانی	۳/۳۵ ± ۱۶/۱۷	۴/۲۷ ± ۲۱/۵	۳/۸۹ ± ۲۰/۰۸	
نمره کل	گروه کنترل	۳/۴۹ ± ۱۶/۲۵	۲/۷۳ ± ۱۵/۷	۲/۷۱ ± ۱۵/۶۰	
	درمان فراتشخیصی	۲/۱۷ ± ۶/۰۰	۱/۵۰ ± ۸/۹۲	۱/۸۰ ± ۹/۱۷	
تحمل پریشانی هیجانی	درمان کارآمدی هیجانی	۲/۱۵ ± ۵/۵۰	۲/۱۰ ± ۹/۳۳	۱/۹۵ ± ۹/۸۳	
	گروه کنترل	۲/۱۰ ± ۵/۸۳	۱/۹۸ ± ۶/۵۰	۲/۰۳ ± ۶/۱۷	
جذب‌شدن توسط هیجان‌های منفی	درمان فراتشخیصی	۷/۳۴ ± ۳۲/۹۲	۸/۶۴ ± ۵۲/۶	۶/۸۴ ± ۴۹/۲۵	
	درمان کارآمدی هیجانی	۵/۳۰ ± ۳۳/۸۹	۷/۴۴ ± ۵۱/۵	۶/۷۹ ± ۵۰/۵۰	
تحمل پریشانی هیجانی	گروه کنترل	۶/۲۱ ± ۳۴/۵۸	۵/۵۸ ± ۳۶/۲	۵/۲۱ ± ۳۵/۳۳	
	درمان فراتشخیصی	(۰/۱۷۵) - ۰/۹۰۳	(۰/۷۰۸) - ۰/۹۵	(۰/۲۱۲) - ۰/۹۱۰	
ارزیابی ذهنی پریشانی	درمان کارآمدی هیجانی	(۰/۷۱۶) - ۰/۹۵۵	(۰/۹۱۹) - ۰/۹۷	(۰/۵۳۷) - ۰/۹۴۳	
	گروه کنترل	(۰/۲۵۱) - ۰/۹۱۶	(۰/۱۴۴) - ۰/۸۹	(۰/۳۵۰) - ۰/۹۲۷	
جذب‌شدن توسط هیجان‌های منفی	درمان فراتشخیصی	(۰/۱۵۷) - ۰/۹۰۰	(۰/۳۷۷) - ۰/۹۳	(۰/۳۲۱) - ۰/۹۲۴	
	درمان کارآمدی هیجانی	(۰/۱۴۶) - ۰/۸۹۷	(۰/۲۹۹) - ۰/۹۲	(۰/۵۴۰) - ۰/۹۴۳	
ارزیابی ذهنی پریشانی	گروه کنترل	(۰/۷۳۴) - ۰/۹۵۷	(۰/۱۳۷) - ۰/۸۹	(۰/۳۶۳) - ۰/۹۲۸	
	درمان فراتشخیصی	(۰/۹۶۱) - ۰/۹۷۶	(۰/۰۴۳) - ۰/۸۵	(۰/۴۷۱) - ۰/۹۳۸	
هیجانی	درمان کارآمدی	(۰/۳۵۴) - ۰/۹۲۷	(۰/۸۵۱) - ۰/۹۶	(۰/۶۸۲) - ۰/۹۵۳	

میانگین (انحراف استاندارد)

شاپیرو - ویلک (سطح معناداری)

(۰/۶۰۲) - ۰/۹۴۸	(۰/۱۹۸) - ۰/۹۰	(۰/۱۲۶) - ۰/۸۹۲	گروه کنترل	
(۰/۱۶۱) - ۰/۹۰۰	(۰/۵۷۵) - ۰/۹۴	(۰/۶۵۷) - ۰/۹۵۱	درمان فراتشخیصی	تنظیم تلاش‌ها
(۰/۴۴۸) - ۰/۹۳۶	(۰/۲۴۱) - ۰/۹۱	(۰/۱۱۷) - ۰/۸۹۰	درمان کارآمدی هیجانی	برای تسکین پریشانی
(۰/۷۳۱) - ۰/۹۵۶	(۰/۹۶۶) - ۰/۹۷	(۰/۳۵۴) - ۰/۹۲۸	گروه کنترل	
(۰/۱۳۷) - ۰/۸۹۵	(۰/۹۳۳) - ۰/۹۷	(۰/۱۰۱) - ۰/۸۸۴	درمان فراتشخیصی	نمره کل
(۰/۷۵۶) - ۰/۹۵۸	(۰/۵۲۸) - ۰/۹۴	(۰/۲۹۰) - ۰/۹۲۰	درمان کارآمدی هیجانی	
(۰/۳۵۱) - ۰/۹۲۷	(۰/۶۶۰) - ۰/۹۵	(۰/۲۲۴) - ۰/۹۱۲	گروه کنترل	

#### جدول ۴. نتایج آزمون مفروضه‌های برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

برابری ماتریس کوواریانس خطا			برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها			متغیر
P	$\chi^2$	شاخص موخلی	P	F	M.Box	
۰/۶۷۲	۰/۸۰	۰/۹۷۵	۰/۳۹۲	۱/۰۶	۱۴/۶۵	تحمل پریشانی هیجانی
۰/۸۶۲	۰/۲۹	۰/۹۹۱	۰/۱۲۸	۱/۴۷	۲۰/۳۴	جذب‌شدن توسط هیجان‌های منفی)
۰/۷۲۲	۰/۶۵	۰/۹۸۰	۰/۵۷۸	۰/۸۷	۱۲/۰۴	ارزیابی ذهنی پریشانی
۰/۰۷۹	۵/۰۸	۰/۸۵۳	۰/۹۹۷	۰/۱۹	۲/۶۸	تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی)
۰/۵۶۵	۱/۱۴	۰/۹۶۵	۰/۸۵۴	۰/۵۹	۸/۱۴	نمره کل

حاضر برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیر وابسته در بین گروه‌ها از آزمون لون<sup>۱</sup> استفاده شد و نتایج نشان داد تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به سطوح متغیر وابسته در سه گروه و در سه مرحله اجرا معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های پژوهش برقرار بود. به علاوه مفروضه‌های همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره ام-باکس و شرط کرویت یا مفروضه برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از آزمون موخلی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

منطبق بر نتایج جدول ۴ ارزش شاخص آماره ام-باکس برای هیچ یک از مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی معنادار نبود. این مطلب بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس

جدول ۳ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد. در این پژوهش به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو-ویلک مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی مورد بررسی قرار گرفت، همچنان که جدول ۱ نشان می‌دهد. ارزش شاپیرو-ویلک مربوط به مؤلفه ارزیابی ( $p = ۰/۴۳$ ) در گروه درمان فراتشخیصی در مرحله پس‌آزمون معنادار بود. اگرچه این مطلب بیانگر توزیع غیر نرمال آن مؤلفه در آن گروه و در مرحله یاد شده است، با وجود این با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای شاخص شاپیرو-ویلک و مقاومت آزمون‌های آماری تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها، می‌توان انتظار داشت که این مقدار انحراف از مفروضه نتایج تحلیل را بی اعتبار نسازد. در پژوهش

اطمینان از برقراری آنها، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. جدول ۵ نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی بر تحمل پریشانی را نشان می‌دهد.

متغیرهای وابسته در بین داده‌ها بود. به علاوه نتایج آزمون موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای برای هیچ یک از مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای سطوح متغیر وابسته برقرار بوده است. پس از ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر تحمل پریشانی

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	P	$\eta^2$	توان آزمون
تحمل پریشانی هیجانی	۰/۶۲۹	۴/۱۸	۴ و ۶۴	۰/۰۰۵	۰/۲۰۷	۰/۹۰۲
جذب‌شدن توسط هیجان‌های منفی	۰/۶۱۱	۴/۴۶	۴ و ۶۴	۰/۰۰۳	۰/۲۱۸	۰/۹۲۲
ارزیابی ذهنی پریشانی	۰/۵۰۹	۶/۳۹	۴ و ۶۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵	۰/۹۸۵
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	۰/۴۷۷	۷/۱۷	۴ و ۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰۹	۰/۹۹۳
نمره کل	۰/۴۱۵	۸/۸۴	۴ و ۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۶	۰/۹۹۹

و نمره کل تحمل پریشانی (۰/۴۱۵ = لامبدای ویلکز، ۰/۳۵۶ =  $\eta^2$ ،  $F = ۸/۸۴$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ ) معنادار است. در ادامه جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر اجرای درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی بر تحمل پریشانی را نشان می‌دهد.

جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های تحمل (۰/۶۲۹ = لامبدای ویلکز،  $\eta^2 = ۰/۲۰۷$ ،  $F = ۴/۱۸$ ،  $P = ۰/۰۰۵$ )، جذب (۰/۶۱۱ = لامبدای ویلکز،  $\eta^2 = ۰/۲۱۸$ ،  $F = ۴/۴۶$ ،  $P = ۰/۰۰۳$ )، ارزیابی (۰/۵۰۹ = لامبدای ویلکز،  $\eta^2 = ۰/۲۸۵$ ،  $F = ۶/۳۹$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ )، تنظیم (۰/۴۷۷ = لامبدای ویلکز،  $\eta^2 = ۰/۳۰۹$ ،  $F = ۷/۱۷$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ )،  $\eta^2 = ۰/۳۵۶$ )

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر تحمل پریشانی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	$\eta^2$
تحمل پریشانی هیجانی	اثر گروه	۱۲۸/۲۲	۱۴۷/۳۶	۱۴/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵
	اثر زمان	۱۰۰/۳۵	۱۰۹/۴۶	۳۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
	اثر تعاملی گروه × زمان	۶۳/۰۶	۲۴۵/۵۶	۴/۲۴	۰/۰۰۴	۰/۲۰۴
جذب‌شدن توسط هیجان‌های منفی	اثر گروه	۷۷/۸۵	۹۹/۸۳	۱۲/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۴
	اثر زمان	۱۴۷/۳۵	۱۰۱/۳۸	۴۷/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
	اثر تعاملی گروه × زمان	۶۴/۲۶	۲۲۳/۳۹	۴/۷۵	۰/۰۰۲	۰/۲۲۳
ارزیابی ذهنی پریشانی	اثر گروه	۳۵۰/۱۳	۵۳۸/۴۲	۱۰/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۹۴
	اثر زمان	۲۰۶/۷۲	۳۷۵/۲۵	۱۸/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵
	اثر تعاملی گروه × زمان	۳۰۱/۰۴	۷۲۴/۴۴	۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۴

تنظیم پریشانی	تلاش‌ها برای تسکین اثر گروه	۹۲/۶۸	۲۴۳/۵۳	۶/۲۸	۰/۰۰۵	۰/۲۷۶
	اثر زمان	۱۲۲/۷۲	۷۴/۵۰	۵۴/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲
	اثر تعاملی گروه× زمان	۵۶/۶۱	۱۴۸/۷۲	۶/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶
نمره کل	اثر گروه	۲۲۸۴/۲۳	۱۹۰۸/۴۴	۱۹/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
	اثر زمان	۲۲۶۶/۹۲	۱۲۸۴/۹۷	۵۸/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۴۵۶/۸۹	۲۵۱۶/۰۶	۹/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر زمان‌ها بر تحمل پریشانی

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
تحمل هیجانی	پیش‌آزمون	۰/۰۶	۰/۴۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۳۶	۰/۴۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۶۹	۰/۴۹	۰/۴۹۲
جذب‌شدن توسط هیجان‌های منفی	پیش‌آزمون	۰/۹۴	۰/۴۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۸۶	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۰۸	۰/۴۴	۱/۰۰
ارزیابی ذهنی پریشانی	پیش‌آزمون	۰/۵۶	۰/۷۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۳۹	۰/۸۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۱۷	۰/۸۲	۰/۴۹۲
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	پیش‌آزمون	۰/۴۷	۰/۲۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۶۱	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۱۴	۰/۴۱	۱/۰۰
نمره کل	پیش‌آزمون	۰/۰۳	۱/۳۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۲۲	۱/۴۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۸۱	۱/۵۶	۰/۷۶۷

جدول ۶ نشان می‌دهد که علاوه بر اثر گروه و اثر زمان، اثر تعاملی گروه× زمان برای مؤلفه‌های تحمل ( $\eta^2 = 0/204$ )، جذب ( $F = 4/24$ ،  $P = 0/004$ )، ارزیابی ( $F = 4/75$ ،  $P = 0/001$ ،  $\eta^2 = 0/294$ )، تنظیم ( $F = 6/29$ ،  $P = 0/001$ ،  $\eta^2 = 0/276$ )، تحمل پریشانی ( $F = 9/55$ ،  $P = 0/001$ ،  $\eta^2 = 0/376$ ) معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای متغیرهای مستقل مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی را به صورت معنادار

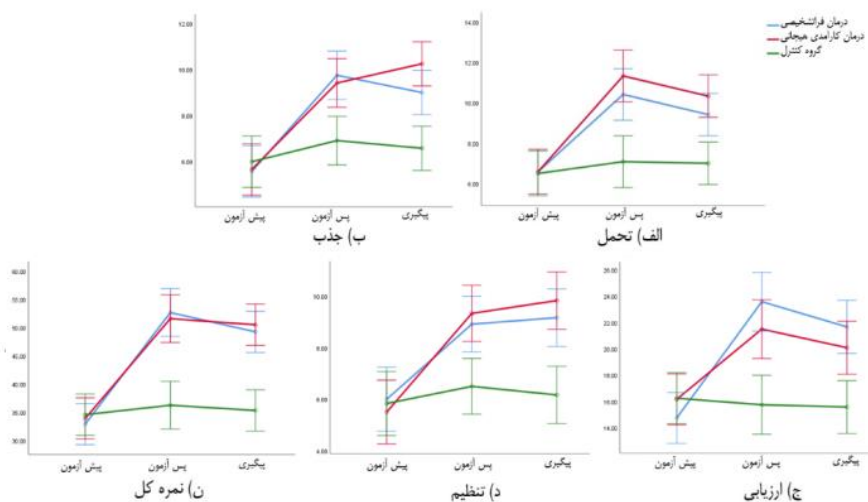
تحت تأثیر قرار داده است. در ادامه جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی نمرات مربوط به تحمل پریشانی در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد. نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون - پیگیری غیرمعنادار است. همچنین نتایج آزمون

درمان کارآمدی هیجانی بر تحمل پریشانی بعد از اتمام دوره اجرا پابرجا مانده است. نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو شیوه درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی بر هیچ یک از مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی معنادار نیست. بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که بین اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی بر تحمل پریشانی در مراقبین کودکان مبتلا به سرطان تفاوت معناداری وجود ندارد. شکل ۱ نمودارهای مربوط به تحمل پریشانی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

بنفرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی دو گروه درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی در مقایسه با گروه کنترل به لحاظ آماری معنادار است. به طوری که اجرای درمان فراتشخیصی و درمان کارآمدی هیجانی باعث شده تا میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در هر دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون افزایش یابد. همسو با نتایج مربوط به اثرات گروه در آزمون بنفرونی، روند تغییر میانگین نمرات تحمل پریشانی در نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از درمان فراتشخیصی و

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها بر تحمل پریشانی

متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
تحمل پریشانی هیجانی	درمان فراتشخیصی	درمان کارآمدی هیجانی	۰/۵۰	۰/۶۸۶
	درمان فراتشخیصی	گروه کنترل	۰/۵۰	۰/۰۰۱
جذب‌شدن توسط هیجان‌های منفی	درمان کارآمدی هیجانی	گروه کنترل	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	درمان فراتشخیصی	درمان کارآمدی هیجانی	۰/۴۱	۱/۰۰
	درمان فراتشخیصی	گروه کنترل	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	درمان کارآمدی هیجانی	گروه کنترل	۰/۴۱	۰/۰۰۱
ارزیابی ذهنی پریشانی	درمان فراتشخیصی	درمان کارآمدی هیجانی	۰/۷۵	۱/۰۰
	درمان فراتشخیصی	گروه کنترل	۰/۹۵	۰/۰۰۱
	درمان کارآمدی هیجانی	گروه کنترل	۰/۹۵	۰/۰۰۱
	درمان فراتشخیصی	درمان کارآمدی هیجانی	۰/۶۴	۱/۰۰
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	درمان فراتشخیصی	گروه کنترل	۰/۶۴	۰/۰۱۹
	درمان فراتشخیصی	درمان کارآمدی هیجانی	۰/۶۴	۰/۰۰۹
نمره کل	درمان فراتشخیصی	درمان کارآمدی هیجانی	۱/۷۹	۱/۰۰
	درمان فراتشخیصی	گروه کنترل	۱/۷۹	۰/۰۰۱
	درمان کارآمدی هیجانی	گروه کنترل	۱/۷۹	۰/۰۰۱



شکل ۱. نمودارهای مربوط به تحمل پریشانی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا

## نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر تحمل پریشانی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان انجام شد. تمرکز بر این گروه از آن رو حائز اهمیت است که مراقبین، به‌ویژه والدین، به‌طور مزمن با فشارهای هیجانی شدید، عدم قطعیت در روند درمان، احساس درماندگی، فرسودگی روانی و نوسانات مکرر هیجانی مواجه‌اند؛ شرایطی که می‌تواند منجر به کاهش معنادار تحمل پریشانی و در نتیجه افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد شود. از این منظر، مداخله در سطح مراقبین نه‌تنها نقشی درمانی و پیشگیرانه ایفا می‌کند، بلکه می‌تواند به‌طور غیرمستقیم پیامدهای حمایتی مثبتی برای کودک بیمار نیز به همراه داشته باشد. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که هر دو رویکرد درمانی، در مقایسه با گروه کنترل، موجب افزایش معنادار تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن شدند و این بهبود در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. این یافته حاکی از آن است که تمرکز بر فرآیندهای مشترک هیجانی، از جمله افزایش پذیرش هیجان، کاهش اجتناب هیجانی، ارتقای آگاهی هیجانی و تعدیل واکنش‌های تکانشی، نقشی تعیین‌کننده در بهبود سازگاری روان‌شناختی، افزایش تاب‌آوری هیجانی و کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی دارد. افزون بر این، نتایج نشان می‌دهد که حتی در شرایط استرس‌زای شدید و مزمنی نظیر مراقبت از کودک مبتلا به سرطان، ظرفیت سازگاری هیجانی امری ایستا نیست و می‌تواند از طریق مداخلات روان‌شناختی هدفمند، آموزش‌پذیر و ارتقا یابد.

یافته‌های پژوهش حاضر با بدنه‌ی گسترده‌ای از مطالعات پیشین همخوانی دارد. پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان‌های فراتشخیصی، تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و مداخلات هیجان‌محور را در افزایش تحمل پریشانی گزارش کرده‌اند (گرینبرگ و مک‌کینون گرینبرگ، ۲۰۱۳؛ گراس، ۲۰۱۵؛ روبینسون، دولهانتی و گرینبرگ، ۲۰۱۶؛ بلاچ و همکاران، ۲۰۱۷؛ موهامبو و همکاران، ۲۰۱۷؛ الهای و لوین، ۲۰۱۹؛ گالیگو و همکاران، ۲۰۲۰). در بافت پژوهش‌های داخلی نیز نتایج مطالعات اسلامی و همکاران (۱۴۰۲)؛ قزلسفلو و نجف‌زاده (۱۴۰۱)؛ کاشفی‌زاده و همکاران (۱۴۰۱)؛ خواجه‌زاده و صباحی (۱۴۰۰)؛ ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۰) و فروزنده و انتظاری (۱۳۹۹) بر نقش کلیدی مداخلات هیجان‌محور در ارتقای تحمل پریشانی و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی تأکید دارند.

در راستای درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، یافته‌های میکاییلی و همکاران (۲۰۲۵) و هوایی و همکاران (۱۳۹۵) نشان

می‌دهد که این رویکرد با افزایش توانایی تجربه، تنظیم و هدایت هیجان‌های دشوار، بدون توسل به اجتناب یا واکنش‌های مخرب، موجب بهبود تحمل پریشانی می‌شود. همچنین، همسو با یافته‌های سلطانی‌هریس و همکاران (۱۳۹۹) و پورحجازی و همکاران (۱۳۹۹)، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کاهش استفاده از راهبردهای اجتنابی و افزایش مواجهه‌ی آگاهانه با هیجان‌های منفی، نقشی اساسی در افزایش تحمل پریشانی مراقبین ایفا می‌کند. این موضوع در مراقبین کودکان مبتلا به سرطان از اهمیت مضاعفی برخوردار است، زیرا ماهیت تهدیدآمیز و مزمن بیماری آنان را بیش از سایر گروه‌ها مستعد اجتناب هیجانی و سرکوب تجربه‌های هیجانی می‌سازد.

از منظر تبیینی، اثربخشی مشاهده‌شده در هر دو مداخله را می‌توان در چارچوب نظریه‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی تحلیل کرد. اگرچه درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی از نظر ساختار، ترتیب جلسات و زبان درمانی تفاوت‌هایی دارند، اما هر دو بر سازوکارهای تغییر مشترکی متکی هستند؛ از جمله افزایش آگاهی هیجانی، پذیرش تجربه‌های درونی، اصلاح باورهای ناکارآمد درباره هیجان و کاهش واکنش‌های تکانشی در مواجهه با پریشانی. این فرآیندها به‌تدریج توانایی فرد را برای باقی ماندن در موقعیت‌های هیجان‌برانگیز، بدون توسل به اجتناب یا رفتارهای ناسازگارانه، افزایش داده و در نهایت منجر به ارتقای تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری هیجانی می‌شوند.

یکی از یافته‌های قابل توجه این مطالعه، نبود تفاوت معنادار بین دو رویکرد درمانی بود. این همپوشانی نتایج را می‌توان به مشابهت مکانیزم‌های تغییر در هر دو رویکرد نسبت داد؛ بدین معنا که هر دو مداخله بر پذیرش فعال هیجان‌ها، مواجهه‌ی تدریجی و منظم با موقعیت‌های هیجانی، بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر تأکید دارند. اگرچه مبانی نظری و نحوه‌ی سازماندهی جلسات در این دو درمان متفاوت است، اما خروجی‌های بالینی نسبتاً مشابهی ایجاد می‌کنند؛ یافته‌ای که پیش‌تر در فراتحلیل بارلو و همکاران (۲۰۱۷) و مرور نظام‌مند دکادت و همکاران (۲۰۲۱) نیز گزارش شده است. شایان ذکر است که برخی پژوهش‌ها تفاوت‌هایی به نفع رویکردهای خاص گزارش کرده‌اند، با این حال این تفاوت‌ها غالباً به نوع نمونه، شدت نشانه‌ها یا متغیر پیامد وابسته بوده و در متغیر تحمل پریشانی همواره پایدار نبوده‌اند.

از حیث کاربرد بالینی، یافته‌های پژوهش حاضر در کنار شواهد موجود، بر ضرورت گنجانیدن مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان در برنامه‌های حمایتی بیمارستان‌ها و انجمن‌های مرتبط با سرطان تأکید دارد (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۰؛ کانوی و

نسبت داد که بیانگر هم‌ارز بودن این رویکردها در تقویت ظرفیت‌های مقابله‌ای مراقبین است. بر این اساس، انتخاب نوع مداخله می‌تواند با توجه به شرایط فردی مراقبین، ترجیحات آنان، امکانات اجرایی و زمینه‌های فرهنگی صورت گیرد. در مجموع، یافته‌های این پژوهش بر ضرورت توجه هم‌زمان به سلامت روان مراقبین در کنار درمان‌های پزشکی کودکان مبتلا به سرطان تأکید دارد و می‌تواند مبنایی علمی برای طراحی و اجرای سیاست‌های حمایتی در نظام سلامت فراهم سازد.

### ملاحظات اخلاقی

این پژوهش براساس اصول اخلاقی مندرج در بیانیه هلسینکی (ویرایش ۲۰۱۳؛ انجمن پزشکی جهان، ۲۰۱۳) انجام شد. پژوهشگر به‌عنوان روان‌شناس ثابت تیم درمان در بخش انکولوژی اطفال بیمارستان فعالیت داشته و بر اساس پروتکل روتین بخش، والدین بیماران برای دریافت حمایت روان‌شناختی به واحد روان‌شناسی معرفی می‌شدند. مداخلات ارائه‌شده در این پژوهش جزئی از خدمات معمول بالینی بوده و هدف از انجام مطالعه، ارزیابی علمی اثربخشی همین خدمات در قالب پژوهشی خدمات‌محور بود. مشارکت در بخش پژوهشی کاملاً داوطلبانه بود و پیش از شروع، همه شرکت‌کنندگان به‌صورت شفاهی و کتبی از اهداف، مزایا و هرگونه خطر احتمالی آگاه شدند و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی آنان اخذ شد. محرمانه بودن اطلاعات و ناشناس بودن داده‌ها به‌طور کامل رعایت شد و به مراقبین اطلاع داده شد که می‌توانند در هر زمان، بدون هیچ پیامد منفی بر روند درمان کودک، همکاری خود را متوقف کنند. پروتکل پژوهش پس از بررسی و تأیید مراجع بالینی و اداری بیمارستان، با توجه به ماهیت غیرتهاجمی و درمان‌محور مداخله، بی‌نیاز از دریافت کد رسمی از کمیته اخلاق پزشکی تشخیص داده شد.

### تعارض منافع

این مطالعه بدون دریافت هرگونه حمایت مالی از نهادهای دولتی یا خصوصی انجام شده است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافع در انجام و انتشار نتایج این پژوهش وجود ندارد.

### سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله، صمیمانه از تمامی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان که با همکاری، صبر و اعتماد خود زمینه اجرای این پژوهش را فراهم کردند، قدردانی می‌نمایند.

همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به مشابهت اثربخشی دو رویکرد درمانی، انتخاب میان آن‌ها می‌تواند بر اساس شرایط فردی مراقبین، ترجیحات درمانگر، امکانات اجرایی و محدودیت‌های منابع صورت گیرد. این انعطاف‌پذیری، به‌ویژه در بافت نظام سلامت ایران که با محدودیت منابع و فشار روانی بالای مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مواجه است، مزیتی مهم محسوب می‌شود (سجادی و همکاران، ۲۰۱۳).

از نظر تبیین مکانیزم تغییر، هر دو مداخله با کاهش اجتناب هیجانی و رفتاری، فعال‌سازی ارزش‌های فردی و تسهیل تجربه‌ی هیجان‌های منفی در بستری امن، چرخه‌ی معیوب تنش-اجتناب را مختل می‌کنند. این فرآیندها نه‌تنها به کاهش ناراحتی هیجانی کوتاه‌مدت منجر می‌شوند، بلکه ظرفیت کلی تحمل پریشانی را نیز در بلندمدت ارتقا می‌دهند؛ فرآیندی که در نظریه‌ی تحمل پریشانی زولونسکی و همکاران (۲۰۱۰) تشریح شده است. با توجه به ماهیت مزمن فشار روانی وارد بر مراقبین کودکان مبتلا به سرطان، تداوم اثرات درمانی در دوره پیگیری یکی از ارزشمندترین یافته‌های این مطالعه تلقی می‌شود؛ امری که با دیدگاه‌های معاصر در باب تحمل پریشانی به‌عنوان مهارتی آموزش‌پذیر همخوانی دارد (زولونسکی و همکاران، ۲۰۲۱).

با وجود نکات قوت مطالعه، از جمله استفاده از طرح شبه‌آزمایشی همراه با پیگیری و به‌کارگیری پروتکل‌های مداخله‌ای استاندارد، محدودیت‌هایی نیز وجود دارد. حجم نمونه‌ی نسبتاً کوچک و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ممکن است توان شناسایی تفاوت‌های ظریف میان دو درمان را کاهش داده و تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کرده باشد. از این رو، انجام پژوهش‌های آینده با حجم نمونه‌ی بزرگ‌تر، طراحی چندمرکزی، دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و استفاده از رویکردهای ترکیبی کمی - کیفی برای درک عمیق‌تر تجربه‌ی زیسته‌ی مراقبین پیشنهاد می‌شود. افزون بر این، بررسی اثربخشی ترکیب این دو رویکرد یا مقایسه آن‌ها با سایر مداخلات نظیر معنادرمانی یا مداخلات مبتنی بر حمایت اجتماعی می‌تواند مسیرهای جدیدی برای ارتقای سلامت روان مراقبین فراهم آورد. با این حال، نتایج پژوهش حاضر در کنار شواهد داخلی و خارجی نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در ارتقای تحمل پریشانی مراقبین کودکان مبتلا به سرطان اثربخش بوده و از پایداری مناسبی برخوردارند. نبود تفاوت معنادار بین دو درمان را می‌توان به اشتراک در مبانی نظری و سازوکارهای تغییر آن‌ها

## References

- Aghaei Mirhosein, E., Azami Aghdash, S., Ebrahimoghli, R., & Bodaghi, S. (2023). Experiences of caregivers providing psychological support to cancer patients in Ardabil: A content analysis study [In Persian]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 29(2), 202–215. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.29.2.4573.1> [in Persian].
- Ahmadi, S., Hosseini, M., & Shafiei, M. (2022). Psychological outcomes of parents of children with cancer: The role of stress and coping. *Journal of Child and Family Studies*, 31(5), 1280–1292. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02287-0>
- Ahmadi, T., Kheirati, H., & Ghobari Bonab, B. (2019). Effectiveness of mindfulness-based training on cognitive emotion regulation and cognitive flexibility in mothers of children with learning disabilities. *Empowering Exceptional Children*, 10(3), 125–138. <https://doi.org/10.22034/ceciranj.2020.167363.1124> [in Persian].
- American Cancer Society. (2024). *Cancer facts & figures 2024*. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/2024-cancer-facts-figures.html>
- Asadollah Najafi, M., Aminjafari, B. and Marvi, M. (2023). The Effect of Group Self-Healing Training on Distress Tolerance, Emotional Reactivity and Anxiety in Women with Breast Cancer. *Health Psychology*, 12(47), 19–32. <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.66318.5692> [in Persian].
- Bagheri M J, Asghar Nezhad Farid A A, Nasrollahi B (2022). Investigating the Relationship of Distress Tolerance and Quality of Life with the Mediating Role of Psychological Wellbeing in the Elderly Living in Tehran City, Iran. *MEJDS*;12:261-261. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2731-en.html> [in Persian].
- Bänziger, J., Roser, K., Mader, L., & Harju, E. (2020). Post-traumatic stress in parents of long-term childhood cancer survivors and the Swiss general population. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice*, 2(3), e24. <https://doi.org/10.1097/OR9.000000000000024>
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2018). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: *Therapist guide* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Bloch, J. H., Farrell, J. E., Hook, J. N., Van Tongeren, D. R., Penberthy, J. K., & Davis, D. E. (2017). The effectiveness of a meditation course on mindfulness and meaning in life. *Spirituality in Clinical Practice*, 4(2), 100–119.
- Conradi, H. J., Meuwese, D., Rodenburg, L., Dingemans, P., & Mooren, T. (2023). Effectiveness and feasibility of structured emotionally focused family therapy for parents and adolescents: Protocol of a within-subjects pilot study. *PLOS ONE*, 18(6), e0287472. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287472>
- Conway, C. C., Naragon-Gainey, K., & Harris, M. T. (2021). The structure of distress tolerance and neighboring emotion regulation abilities. *Assessment*, 28(4), 1050–1064. <https://doi.org/10.1177/1073191120954914>
- Decadt, I., Laenen, A., Celus, J., Geyskens, S., Vansteenlandt, H., & Coolbrandt, A. (2021). Caregiver distress and quality of life in primary caregivers of oncology patients in active treatment and follow-up. *European Journal of Cancer Care*, 30(3), e13399. <https://doi.org/10.1111/ecc.13399>
- Ebrahimi, M., Shahhabizadeh, F., Esmaeili, A. A., & Ahi, G. (2021). The effectiveness of transdiagnostic-based emotion efficiency therapy on emotional distress, nursing stress, and health anxiety of anxious nurses: Simultaneous follow-up with the COVID-19 pandemic. *Iranian Journal of Nursing Research*, 16(5), 19–31. <http://ijnr.ir/article-1-2502-fa.html> [in Persian].
- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477–484.
- Eslami, M., Khoshakhlagh, H., Rezaei Dehnavi, S., & Zareh Neyestanak, M. (2024). Comparing the effectiveness of unified transdiagnostic treatment

- of Barlow and acceptance and commitment therapy on rumination and intolerance of uncertainty in corona victims' wives. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 13(2), 137-162. <https://doi.org/10.22108/cbs.2024.141161.1895> [in Persian].
- Foroozandeh, E., & Entezari, S. (2020). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on resilience and difficulties in emotion regulation among divorced women in Tehran. *Women Studies*, 11(31), 25-42. <https://doi.org/10.30465/ws.2020.5123> [in Persian].
- Fu, F., Zhao, H., Tong, F., & Chi, I. (2017). A systematic review of psychosocial interventions to cancer caregivers. *Frontiers in Psychology*, 8, 834. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00834>
- Gallego, A., McHugh, L., Villatte, M., & Lappalainen, R. (2020). Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance, and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.003>
- Ghezelsefloo, M., Nejatifar, S., & Aghaziarati, A. (2022). The efficacy of unified transdiagnostic treatment on distress tolerance and emotion regulation of students with internalized behavioral problems. *Journal of Psychological Science*, 21(111), 525-541. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1448-fa.html> [in Persian].
- Ghorbani, A., Ghezelnash, S., Alizadeh Mirashrafi, H., & Kh., M. (2021). *Effect of spiritual group therapy on depression, anxiety, and stress of the mothers of children with cancer* [Persian]. *Complementary Medicine Journal*, 11(3), 196-209: <http://dx.doi.org/10.32598/cmja.11.3.66.3> [in Persian].
- Greenberg, L. S., & McKinnon, R. (2013). Emotion-focused therapy for anxiety and mood disorders: Theoretical foundations and clinical applications. *American Psychological Association*.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Hasani Rad, S., Bavi, S., & Heidari, A. R. (2025). The efficacy of emotion-focused therapy on distress tolerance and resilience in female students with aggression symptoms. *Women's Health Bulletin*, 12(2), 137-145. <https://doi.org/10.30476/whb.2025.104405.1319> [in Persian].
- Havaei, A., Kazemi, H., Habibollahi, A., & Izadikhaah, Z. (2016). The effectiveness of emotion-regulation intervention on distress tolerance and emotion-regulation problems in women with tension-type headache. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 24 (10), 840-851. Retrieved from <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-3694-fa.html> [in Persian].
- Hosseini, M., Biat, S., & Mohammadi, M. (2019). Childhood cancer incidence in Iran: National registry data. *Iranian Journal of Pediatric Hematology and Oncology*, 9(1), 1-10. [in Persian].
- [Iranian National Cancer Research Center. \(2023\). National cancer registry report \(1402\). Ministry of Health and Medical Education. https://cancer.research.ac.ir/2598/cmja.11.3.66.3](https://doi.org/10.1097/MPH.000000000000308) [in Persian].
- Jafari A, Ahmadzadeh N (2024). The Relationship between Psychological Distress and Cognitive-Attentional Syndrome of Mothers and Psychological Adjustment of Adolescents with Cancer in COVID-19 Pandemic with the Mediating Role of Emotion Regulation: A Descriptive Study. *JRUMS*; 22 (10) :1071-1088 URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-6995-fa.html> [in Persian].
- Jafari Shalkoohi, A., Asadi Majareh, S., & Akbari, B. (2020). The effectiveness of mindfulness training on resiliency and cognitive emotion regulation strategies in pregnant women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 21(2), 43-53. Retrieved from <https://sid.ir/paper/379622/en> [in Persian].
- Javanmardi, F., Shafi Abadi, A., & Poshaneh, K. (2024). Prediction of distress tolerance model in the elderly based on perceived support, experiential avoidance, and spiritual intelligence with the mediating role of mindfulness. *The Women and Families Cultural-Educational*, 19(66), 283-310. <https://doi.org/10.1001.1.26454955.1403.19.66.5.4> [in Persian].
- Jose, J. M., & Gawali, G. (2025). Exploration of psychosocial issues of parents in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/MPH.000000000000308>

## 5

- Kaiser, A. J., Milich, R., Lynam, D. R., & Charnigo, R. J. (2012). Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive Behaviors*, 37(10).
- Kashefizadeh M, Taher M, Hosseinkhanzadeh A, Haj Aboutalebi N. (2022). The efficacy of motivational interview on intentional self-regulation, distress tolerance and psychological flexibility in men with substance abuse disorder undergoing maintenance therapy. *Journal of Psychological Science*. 21(117), 1815-1832. doi: [10.52547/JPS.21.117.1815](https://doi.org/10.52547/JPS.21.117.1815) URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-1849-en.html> [in Persian].
- kargar, K. , vaziri, S. , lotfi kashani, F. , Nasri, M. and Shahabizadeh, F. (2023). Efficacy of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Emotional Expression and Sexual Function in Infertile Women's. *Health Psychology*, 12(46), 23-40. <https://doi.org/10.30473/hpj.2023.64543.5580> [in Persian].
- Keshavarz, R., & Khalatbari, J. (2018 [1397]). The effectiveness of self-compassion therapy on distress tolerance, emotion regulation, and anxiety sensitivity in divorced women [In Persian]. *Family Pathology*, 4(1), 17–32. Retrieved from <http://fpcej.ir/article-1-170-fa.html> [in Persian].
- Khajehzadeh, P., & Sabahi, P. (2021). Effectiveness of mindfulness education on emotion regulation and distress tolerance in sub-Clinical Examples of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 13(4). 1-14. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.21199.1950> [in Persian].
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136(4), 576–600. <https://doi.org/10.1037/a0019712>
- Mahmoudpour, A. , Alkasir, F. and ahmadboukani, S. (2024). Predict of Social Adjustment in the Elderly based on Distress Tolerance, Emotion Regulation and Perceived Social Support. *Psychological Achievements*, 31(2), 161-184. doi: [10.22055/psy.2023.43200.2980](https://doi.org/10.22055/psy.2023.43200.2980) [in Persian].
- Maleki, B. (2021). The relationship between cognitive emotion regulation and coronavirus anxiety in the elderly: The mediating role of distress tolerance. *Aging Psychology*, 7(4), 317–330. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6705.1550> [in Persian].
- McKay, D., & West, R. (2016). *Emotion efficacy therapy: Skills for managing emotions*. Routledge.
- Mess, E., Misiąg, W., Klaszczyk, T., & Kryś, K. (2022). Depressive and anxiety disorders of parents of children with cancer. *Journal of Clinical Medicine*, 11(19), 5670. <https://doi.org/10.3390/jcm11195670>
- Mikaeili, N. , Salmani, A. and Sharei, A. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Parenting Self-Efficacy and Distress Tolerance in Mothers with Insecure Attachment Styles. *Journal of Family Relations Studies*, 5(3), 1-11. <https://doi.org/10.22098/jfrs.2025.17963.1255>
- Mithesh, M., & Sheelam, P. K. (2023). Caregivers' mental health in cancer journey: A review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 20(3), 225–235. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2023.20.3.2443>
- Muhomba, M., Chugani, C. D., Uliaszek, A. A., & Kannan, D. (2017). Distress tolerance skills for college students: A pilot investigation of a brief DBT group skills training program. *Journal of College Student Psychotherapy*, 31(3), 247–256. <https://doi.org/10.1080/87568225.2017.1294469>
- Poorhejazi M, Khalatbari J, Ghorban Shiroudi S, Khodabakhshi-Koolae A(2022). Studying the Effectiveness of a Treatment Package Designed Based on McMaster Transdiagnostic Therapy Model (Focused on Compassion and Mindfulness) on Family Function and Distress Tolerance of Women With Marital Conflict. *MEJDS*; 12 :69-69 URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2312-fa.html> [in Persian].
- Ruskin, D., Young, M., Sugar, C., & Nofech-Mozes, J. (2020). Mindfulness and acceptance interventions for parents of children and adolescents diagnosed with chronic medical conditions: A systematic review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 27(2), 109-122. <https://doi.org/10.1089/acm.2020.0191>
- Rensen, N., Steur, L., Grootenhuis, M., Twisk, J., van Eijkelenburg, N., van der Sluis, I., Dors, N., van den Bos, C., Tissing, W., Kaspers, G., & van Litsenburg, R. (2022). Parental sleep, distress, and quality of life in childhood acute lymphoblastic leukemia: A longitudinal report from diagnosis up to three years later. *Cancers*, 14(11), 2779. <https://doi.org/10.3390/cancers14112779>

- Robinson, A. L., Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2015). Emotion-focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(1), 75–82.
- Sajjadi, H., Vameghi, M., Ghazinour, M., & Khodaeiardekani, M. (2013). Caregivers' quality of life and quality of services for children with cancer: A review from Iran. *Global Journal of Health Science*, 5(3), 173–182. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n3p173>
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A. A., & Barlow, D. H. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A review of evidence and future directions. *Journal of Anxiety Disorders*, 52, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.09.002>
- Sedighi Arfaee, F., Rashidi, A., & Tabesh, R. (2021). The distress tolerance in the elderly: The role of experiential avoidance, rumination, and mindfulness. *Aging Psychology*, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6108.1498> [in Persian].
- Shamsi Ala, A., Azzizadeh Foruzi, M., & Iranmanesh, S. (2016). Investigation of psychosocial risks in parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 2(3), 44–55. Retrieved from <http://jpen.ir/article-1-98-fa.html> [in Persian].
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 41–54. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-3262-3>
- Soltani Asl Haris, S., Babapour Kheyradin, J., Poursharifi, H., Bakhshipour Roodsari, A., & Ghasemi, A. (2020). The mediating role of perceived social support and locus of control in the relationship between education level and psychological adjustment of mothers of children with cancer. *Research in Behavioral Sciences*, 18(1), 1–10. Retrieved from <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-776-fa.html> [in Persian].
- Tamannaefar, M. R., & Soleimani, Z. (2024). The mediating role of resilience and self-efficacy in the relationship between perceived social support and psychological distress in breast cancer patients. *Feyz Medical Sciences Journal*, 28(1), 76–85. <https://doi.org/10.48307/FMSJ.2024.28.1.77> [in Persian].
- Timulak, L., Keogh, D., McElvaney, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, K., Jennings, C., & Ward, F. (2020). Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB Open Research*, 3, 7. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.12993.1>
- Van Warmerdam, J., Zabih, V., Kurdyak, P., Sutradhar, R., Nathan, P. C., & Gupta, S. (2019). Prevalence of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta-analysis. *Pediatric Blood & Cancer*, 66(6), e27677. <https://doi.org/10.1002/psc.27677>
- Ward, E., DeSantis, C., Robbins, A., Kohler, B., & Jemal, A. (2014). Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 64(2), 83–103. <https://doi.org/10.3322/caac.21219>
- World Health Organization. (2022). *Childhood cancer fact sheet*. Retrieved September 27, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Zendedel, K., Nahvijoo, A., Rashidian, H., Tourang, F., Zare, Z., & Lotfi, F. (2024). *A comparative report on cancer statistics in Iran and the world: 2019 data and 15-year projections*. <https://nih.tums.ac.ir/uploads/2024/Oct/19/pdf> [in Persian].
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406–410. <https://doi.org/10.1177/0963721410385780>
- Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T (2021). Distress Tolerance: Theory, Measurement, and Relations to Psychopathology. *Curr Dir Psychol Sci*. Author manuscript; available in PMC. *Published in final edited form as:* *Curr Dir Psychol Sci*. 2010 Dec 14;19(6):406–410. doi: [10.1177/0963721410388642](https://doi.org/10.1177/0963721410388642).