

اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی یکپارچه بر فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت مادران کودکان مبتلا به سرطان*
 محمد صالح آشنا^۱، محمدعلی بشارت^۲، سعید ملیحی‌الذاکرینی^۳، زهره رافعی^۴

The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on positive metacognitions and meta-emotions in mothers of children with cancer

Mohammad Saleh Ashena¹, MohammadAli Besharat², Saied Malihialzuckerini³, Zohreh Rafezi⁴

چکیده:

زمینه: پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر متغیرهای مختلفی تأثیر دارد. اما پیرامون اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت مادران کودکان مبتلا به سرطان شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران کودکان مبتلا به سرطان که در بیمارستان‌های محک، شهدای تجریش، بهرامی و حضرت علی‌اصغر در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران تحت درمان بودند، تشکیل داد. ۳۱ نفر از مادران به با روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش حاضر عبارتند از، پرسشنامه فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت (بیر، ۲۰۱۱) و جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو، ۲۰۱۱). گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس انجام شد. **یافته‌ها:** درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود مؤلفه‌های اعتماد به خاموش‌سازی افکار و احساسات، اعتماد به تفسیر احساسات خود به عنوان نشانه جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله، اعتماد به نفس در تنظیم سلسله مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی مادران تأثیر معنی‌دار داشت ($P \leq 0/001$). **نتیجه‌گیری:** مادرانی که در جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه شرکت کردند بهبود قابل ملاحظه‌ای در فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت داشتند. **واژه کلیدیها:** درمان فراتشخیصی یکپارچه، فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت، سرطان.

Background: Previous studies have shown that Unified transdiagnostic therapy affects different variables. However, there is a research gap regarding the effectiveness of Unified transdiagnostic therapy on the Positive Metacognitions and Meta-Emotions in mothers of children with cancer. **Aims:** The purpose of this study was to determine the effectiveness of Unified transdiagnostic therapy on Positive Metacognitions and Meta-Emotions in mothers of children with cancer. **Method:** This research was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with control group. The statistical population consisted of all mothers of children with cancer who were referred to Mahak, Shohada Tajrish, Bahrami, Hazrate Ali Asghar hospitals, in 2019 in Tehran. 31 mothers were selected by available sampling method and randomly assigned to the experimental group and the control group. The present research tools are Positive Metacognitions and Positive Meta-Emotions Questionnaire (Beer, 2011) and Unified Transdiagnostic Therapy (Barlow, 2011). The experimental group received the Unified Transdiagnostic Therapy for 12 sessions, each for 90 minutes. Data analysis was performed by covariance analysis method. **Results:** Unified transdiagnostic therapy on improving the components of confidence in extinguishing perseverative thought and emotions, confidence in interpreting own emotions as cues, restraining from immediate reaction and mind-setting for problem-solving and confidence in setting flexible and feasible hierarchies of goals had a significant effect ($P \leq 0/001$). **Conclusions:** Mothers who participated in Unified transdiagnostic therapy sessions had significant improvements in Positive Metacognitions and Meta-Emotions. **Key Words:** Unified transdiagnostic therapy, positive metacognitions and meta-emotions, cancer.

Corresponding Author: besharat@ut.ac.ir

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۱ Ph.D Student in Health Psychology, Department of Health Psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

^۴ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۴ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

مقدمه

تورنکوست، مانسون و هالسترون، ۲۰۱۸). در این میان خانواده و دوستانی که از افراد مبتلا به سرطان پیشرفته مراقبت می‌کنند استرس بسیار بالایی را به خاطر فشارهای بدنی و روانی و اقتصادی تجربه می‌کنند. این فشارهای بالای مراقبتی ریسک بدتر شدن سلامت جسمی، افسردگی بالینی، اضطراب، اختلال در خواب، مشکلات مالی و کیفیت کیفیت زندگی را به همراه دارند. آنها همچنین در معرض خطر حمایت اجتماعی ناشیست و انزوای اجتماعی هستند (بنسون و همکاران، ۲۰۱۹).

روند مراقبت در بیمارستان به سمت مراقبت در منزل برای بیماران مبتلا به سرطان، بار مراقبتی را به خانواده وارد می‌کند (پاپاستاورو، کارلامیس و تسنگری، ۲۰۱۲). مادران دارای کودک بیماری مزمن به علت اینکه به طور مستقیم درگیر مشکلات فرزند خود هستند و بار اصلی مراقب از کودک بر عهده آنهاست، با عوارض روانی بیشتری مواجه می‌شوند. درگیری خانوادگی و اختلالات روانشناختی مادرانه می‌تواند منجر به رفتار ناسازگار شود، اثری که ممکن است در کودکان مبتلا به بیماری مزمن تقویت شود (کادام، ایرتن و اوگلمن، ۲۰۱۳). تحقیقات نشان داده‌اند که سطوح بالای بار مراقبتی، سال‌ها پس از پایان درمان باقی مانده است. علائم پریشانی روانی، از قبیل علائم استرس پس از سانحه، تنهایی، درماندگی و عدم اطمینان بیشتر در والدین کودکان مبتلا به سرطان گزارش می‌شود (کیچکولدو، پولات، توفکچی و بیولت، ۲۰۱۶).

یکی از عوارض روانشناختی که مادران کودکان مبتلا سرطان با آن مواجه هستند مشکلات هیجانی و شناختی می‌باشد (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۹) در این میان توجه به فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت می‌تواند به بهبود عملکرد رفتاری، انعطاف‌پذیری، خودنظم‌دهی رفتاری آنان کمک شایانی کند. فراشناخت مثبت^۲ یک توالی خودنظم‌دهی از فرآیندهایی است که مشتمل بر خاموش‌سازی تداوم چالش، تفسیر احساسات خود به عنوان نشانه، بازداشتن از واکنش سریع و تنظیم ذهن برای حل مسئله و تمرکز بر تکلیف، تنظیم سلسله مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی می‌باشد (بیر، ۲۰۱۱؛ به نقل از رحمانیان و موسوی، ۱۳۹۳). چنین فراشناختی به طور معمول به شناسایی الگوی فرآیندهای فراشناختی و فراهیجانی شامل فعالیت‌های خودتنظیمی عملکرد اجرایی کوتاه و پایدار می‌پردازد و

بر اساس آمار بهداشت سازمان بهداشت جهانی^۱، تعداد کودکان مبتلا به سرطان افزایش یافته است و برآوردها نشان داده‌اند که از تعداد ده میلیون در سال ۲۰۰۰ به پانزده میلیون در سال ۲۰۲۰ رسیده‌اند (روحانی، مدانلو، شیرنوبی فراهانی، اصلی و پوراسینقلی، ۲۰۱۸). تقریباً ۶۰ درصد این افزایش در کشورهای در حال توسعه اتفاق افتاده است. سرطان در هر سنی قابل توجه است ولی مرگ و میر ناشی از آن در کودکان بین سن ۱۵-۳ سال بیشتر از سایر بیماران است. سرطان اطفال مشتمل بر گروهی از بدخیمی‌هاست که هر یک اپیدمیولوژی - آسیب‌شناسی و میزان مرگ و میر مخصوص به خود را دارند. این بیماری که تنوع بیشتری نسبت به بزرگسالان دارد، شایع‌ترین علت مرگ و میر سنین بین ۱-۱۶ سالگی در کشورهای غربی است. شیوع سرطان در هر دو جنس در دوران قبل بلوغ برابر است و در نوجوانی نسبت دختر به پسر ۲ به ۱ افزایش می‌یابد. (ویسر و گنث، ۲۰۰۴؛ کای و همکاران، ۲۰۱۸) به نقل از اکبری‌نیا، منشی و یوسفیان، ۱۳۹۸). سرطان از دومین علت عمده مرگ و میر در کودکان زیر ۱۴ سال ایران است. علاوه بر این سرطان مسئول ۱۳ درصد از مرگ و میرهای کودکان زیر ۱۰ سال است. در ایران میزان شیوع سرطان در کودکان به طور فزاینده‌ای از ۹ به ۱۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ افزایش یافته است که البته با پیشرفت سرویس‌های بهداشت عمومی و روش‌های درمانی میزان زنده ماندن کودکان مبتلا به سرطان افزایش یافته است (روحانی و همکاران، ۲۰۱۸). درمان پیشرفته برای سرطان کودکان اغلب با دو تا سه سال بستری شدن مکرر و طولانی همراه است. این روند یک تجربه فوق‌العاده استرس‌زا برای کل خانواده ایجاد می‌کند. داشتن یک کودک مبتلا به سرطان، ممکن است به یک بحران خانوادگی منجر شود یا یکپارچگی آن را تهدید کند (ژانگ، لیو، بو، ژو و ژائو، ۲۰۱۹). برخی خانواده‌ها با این وضعیت به خوبی سازگار هستند، در حالی که دیگران به شدت مشکلات جدی را تجربه می‌کنند (به عنوان مثال، طلاق، اختلال در امور روزمره خانواده)، (ژانگو و همکاران، ۲۰۱۹). زمانی که یک کودک با بیماری سرطان تشخیص داده می‌شود و تحت درمان قرار می‌گیرد تمام اعضای خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرند و زندگی آنها وارونه می‌شود (گاردلینگ،

2. positive metacognition

1. World Health Organization

درمان بر ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها تأکید می‌کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیرانطباقی تجارب هیجانی، شناختی و رفتاری دارد (فارکیونه، فیرولمه، الارد و بوسوا، ۲۰۱۲). در این فرآیند مداخلات به صورت ترکیبی انجام می‌گیرد که منجر به پردازش مجدد تجارب هیجانی، شناختی و رفتاری می‌شود (قنبری هاشم‌آبادی، فدائی و کیمیایی، ۱۳۹۷). منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در خصوص وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی بوده است که عمدتاً با هدف مورد آماج قرار دادن این عوامل سبب‌ساز طراحی شدند. پروتکل‌های فراتشخیصی به منظور مورد هدف قرار دادن فرآیندهای شناختی و رفتاری درگیر در طیف وسیعی از اختلال‌های روانشناختی طراحی شده‌اند، از جمله می‌توان به پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه گروه بارلو (۲۰۰۷) اشاره کرد که برای افراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی یک قطبی با قابلیت کاربردپذیری بالقوه برای سایر اختلال‌های هیجانی ارائه گردید (آلن و بارلو، ۲۰۰۷). تدوین پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه با توجه به نتایج پژوهش‌هایی است که نشانگر اشتراکات و مشابهت‌های موجود بین اختلال‌های هیجانی به ویژه وجود ویژگی‌های مشترک یا عوامل فراتشخیصی و مشکلات مشترک این اختلال‌ها می‌باشد. نرخ بالای همانندی بین این اختلال‌ها و میزان بهبودی بالا در اختلال‌های همانند با اختلال اصلی تحت درمان، دلیل ایجاد درمان فراتشخیصی است (بوسوا، فارکیونه، فیرولمه، آلارد و بارلو، ۲۰۱۰). پروتکل درمان یکپارچه فراتشخیصی، یک درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر رویارویی می‌باشد که در درجه نخست روی تغییر دادن پاسخ‌های غیرانطباقی به تجارب هیجانی تأکید می‌کند. این روش درمانی با ادغام مؤلفه‌های مشترک درمان شناختی - رفتاری برای اختلال‌های هیجانی و شناختی و با استفاده از آخرین پیشرفت‌ها در حوزه علم هیجان و درمان‌های موج سوم، تلاش می‌کند تا فرآیندهای اصلی سبب‌ساز اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار دهد (بوسوا و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخ دادن به این سؤال است که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر مؤلفه‌های فراشناخت‌ها و فرایجان‌های مثبت مادران کودکان مبتلا به سرطان تأثیری دارد؟

به دنبال تغییر پردازش فراشناختی متمرکز بر مشکل، به حل مشکل و یا برآمدن از تکلیف و از این دست می‌باشد. فرایجان منعکس‌کننده و حمایت‌گر هیجان‌ات فرد برای ارتقای سلامتی است، چرا که فرایجان مثبت زمینه پذیرش هیجان‌ات خود را فراهم می‌کند، یعنی فرایجانی که دارای طبیعت مثبت است و می‌تواند فرآیندهای ذهن آگاهی و پذیرش روانشناختی را توضیح دهد که باعث بهبود سلامتی می‌شود (بیر، ۲۰۱۱؛ به نقل از رحمانیان و موسوی، ۱۳۹۳). به طور کلی می‌توان اظهار داشت که فراشناخت‌ها و فرایجان‌های مثبت یکی از فرآیندهای شناختی مرتبه بالاتر است که به طور مستقیم و غیرمستقیم بر رفتار تأثیر می‌گذارد. فراشناخت‌ها و فرایجان‌های مثبت با استرس درک شده، مقابله ناسازگار، فراشناخت‌های ناسازگار، اضطراب و افسردگی رابطه منفی دارند و با راهبردهای سازگارانه همبستگی مثبت دارند (کومار و راشمی، ۲۰۱۸).

هیجان‌ات مثبت عملکرد شناختی را تسهیل می‌کند و عدم حضور آنها با اختلالات روان‌پزشکی همراه است. اکثر مطالعات بر تنظیم احساسات منفی متمرکز شده‌اند، در حالی که بیشتر افراد درگیر تنظیم هیجان‌ات و عواطف مثبت هستند (کوش و همکاران، ۲۰۱۸). درک بهتر مکانیسم‌های درگیر در تنظیم هیجان‌ات مثبت مهم است زیرا نه تنها به بهبودی مشکلات شناختی کمک می‌کند و در کاهش اختلالات خلقی تأثیر دارد، بلکه تفکر خلاق، تصمیم‌گیری، حل مسئله و مرزهای اجتماعی را نیز تسهیل می‌کند (کوش و دیگران، ۲۰۱۸). تحقیقات نشان داده‌اند که فراشناخت‌ها و فرایجان‌های مثبت بیش از فراشناخت‌ها و فرایجان‌های منفی می‌تواند استرس را پیش‌بینی کند. یافته‌های تحقیقات جدید استفاده از فراشناخت مثبت به عنوان یک عامل روانشناختی مفید برای درک جنبه‌های تطبیقی و مثبت رشد انسانی حمایت می‌کنند. از این رو، فراشناخت‌ها و فرایجان‌های مثبت باید به طور مداوم مورد بررسی قرار گیرد تا بتواند یک پایگاه تجربی محکم ایجاد کند (کیم و جون، ۲۰۱۵).

از درمان‌های مفید در زمینه تنظیم شناخت و هیجان می‌توان از درمان فراتشخیصی یکپارچه^۱ نام برد. پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه یک درمان فراتشخیصی متمرکز بر هیجان می‌باشد، این

^۱. Unified transdiagnostic Treatment

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر مادران کودک مبتلا به سرطان شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که در ابتدا تعداد ۳۶ نفر با روش نمونه گیری در دسترس با رعایت ملاک های ورود به پژوهش انتخاب شده و با جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند که بعد از ریزش نمونه تعداد ۳۱ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۶ نفر گروه گواه) در پژوهش باقی ماندند. گروه نمونه شامل ۱۲ نفر از بیمارستان محک، ۶ نفر بیمارستان شهدای تجریش، ۷ نفر بیمارستان بهرامی و ۶ نفر از بیمارستان حضرت علی اصغر بودند. ملاک های ورود به پژوهش عبارتند بودند از: داشتن رضایت آگاهانه، سن کودکان که باید بین هفت تا دوازده سال می بود و همچنین کودکان باید برای بیماری سرطانشان تحت درمان می بودند. ملاک های خروج از پژوهش عبارت بودند از: مادرانی که فرزندشان قطع درمان شده یا ترخیص شده اند، عدم ابتلای دیگر اعضای خانواده به سرطان یا دیگر بیماری های مزمن، غیبت بیش از دو جلسه و یا انصراف از شرکت در دوره. همچنین برای اطمینان از تطبیق شرایط ورود به مطالعه اعضای نمونه، به جز بررسی شرایط روانشناختی و خانوادگی توسط پژوهشگر، پرونده درمانی کودکان این مادران توسط پزشک متخصص بررسی شد.

جهت رعایت اخلاق پژوهشی همه شرکت کنندگان آگاه شدند که اطلاعات به منظور اهداف پژوهشی گردآوری می شود و اطلاعات پاسخ دهندگان محرمانه خواهد بود. همچنین به آنها یادآوری شد که در صورت تمایل می توانند، از نتایج پژوهش آگاه شوند. همچنین به گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از پایان درمان گروه آزمایشی به آنها هم در صورت تمایل، آموزش داده می شود. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که ابتدا هر دو گروه قبل از هر گونه مداخله در شرایط یکسان به پرسشنامه فراشناخت ها و فراهیجان های مثبت پاسخ دادند و سپس مداخله مبتنی بر مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر، برنامه ای دوازده جلسه ای به صورت هفته ای دو جلسه، هر جلسه طی ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه برنامه ای دریافت نکردند. و در انتهای آموزش هم هر دو گروه به پرسشنامه ها پس آزمون پاسخ دادند. در پژوهش حاضر مداخله فراتشخیصی یکپارچه نگر به عنوان متغیر مستقل و فراشناخت ها و فراهیجان های مثبت به عنوان متغیر

وابسته اعمال شدند. تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

ابزار

پرسشنامه فراشناخت ها و فراهیجان های مثبت^۱ (بیر، ۲۰۱۱): گویه های این پرسشنامه بیانگر باورهای فراشناختی در مورد فرآیندهای شناختی و هیجانی به هنگام مواجهه با موقعیت های چالش برانگیز را می سنجند. این پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال به صورت لیکرت ۴ درجه ای بوده بود که از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود. گویه های عامل ۱ دارای نمرات معکوسی نسبت به بقیه هستند. گویه های این پرسشنامه به سه خرده مقیاس اختصاص یافته اند که عبارتند از الف: اعتماد به خاموش سازی افکار و هیجانات پایدار؛ ب: اعتماد به تفسیر هیجانات خود به عنوان نشانه، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله؛ ج: اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف انعطاف پذیر و عملی^۴. برای نمره گذاری پرسشنامه، به هر گویه از ۱ کاملاً مخالفم تا ۴ کاملاً موافقم نمره تعلق می گیرد. نمرات زیرمقیاس ها نیز با محاسبه میانگین مجموع نمرات هر زیرمقیاس به دست می آید که عبارتند از: الف) عامل اول: اعتماد به خاموش سازی افکار و هیجانات پایدار (۱، ۲، ۴، ۱۰، ۱۳، ۱۶)؛ ب) عامل دوم: اعتماد به تفسیر هیجانات خود به عنوان نشانه، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله (۵، ۷، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۷). ج) عامل سوم: اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف انعطاف پذیر و عملی (۳، ۶، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸) گویه های عامل ۱ دارای نمرات معکوسی نسبت به بقیه هستند و نمره کل از مجموع عامل های دوم و سوم منهای عامل اول بدست می آید (بیر، مونتا و جیووانی، ۲۰۱۰) ساختار سه عاملی پرسشنامه را تأیید کردند و پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس اعتماد به خاموش سازی افکار و هیجانات پایدار ۰/۵۱ تا ۰/۸۱، اعتماد به تفسیر هیجانات خود به عنوان نشانه، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله ۰/۴۵ تا ۰/۷۲ و اعتماد به تنظیم سلسله

1. The Positive Metacognitions and Positive Meta-Emotions Questionnaire (PMCEQ)

2. Confidence in Extiguishing Perseverative Thought and Emotions

3. Confidence in Interpreting Own Emotions as Cues, Restraining From Immediate Reaction and Mind-Setting For Problem-Solving

4. Confidence in Setting Flexible and Feasible Hierarchies of Goals

در هر دو گروه آزمایش و گواه شاغلین بیشتر بودند. تعداد ۶۰/۰ درصد گروه آزمایش شاغل و ۴۰/۰ درصد خانه‌دار بودند و همچنین در گروه گواه تعداد ۶۸/۸ درصد شاغل و ۳۱/۳ درصد خانه‌دار بودند.

در جدول ۲ آمار توصیفی متغیر اصلی سؤال پژوهش (مؤلفه های فراشناخت و فراهیجان مثبت) به تفکیک گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است. نتایج جدول زیر نشان می‌دهد که بعد از مداخله فراتشخیصی یکپارچه نگر در مادران کودکان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش میانگین مؤلفه اعتماد به خاموش سازی افکار و هیجان‌ها پایدار کمتر و در مؤلفه های اعتماد به تفسیر هیجان‌ها خود به عنوان نشانه، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله، اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی به مقدار قابل توجهی افزایش یافته است. این در حالی است که این تغییرات در گروه گواه مشاهده نمی‌شود. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت معنی‌دار بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه به استنباط آماری خواهیم پرداخت.

مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی ۰/۵۷ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. رحمانیان و موسوی (۱۳۹۳) ضرایب پایایی همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در کل پرسشنامه فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت ۰/۸۳ و نیز از طریق دونیمه‌سازی ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در جدول ۱ خلاصه جلسات درمانی فراتشخیصی یکپارچه‌نگر آورده شده است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). این جلسات برای گروه آزمایش اجرا شده است.

یافته‌ها

در ابتدا اطلاعات توصیفی دموگرافیک شرکت‌کنندگان به صورت زیر می‌باشد. در گروه آزمایش ۸۰/۰ درصد از افراد گروه آزمایش در محدوده سنی ۳۱ تا ۴۵ سال بودند و در گروه گواه ۸۱/۳ درصد در این محدوده سنی قرار داشتند. در گروه آزمایش ۵۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان تحصیلات دیپلم، ۳۳/۳ درصد لیسانس و ۱۳/۳ درصد فوق لیسانس داشتند و در گروه گواه ۵۶/۳ درصد افراد تحصیلات دیپلم، ۳۷/۵ درصد لیسانس و ۶/۳ درصد فوق لیسانس داشتند. در گروه آزمایش ۶۶/۷ درصد متأهل و ۳۳/۳ درصد جدا شده بودند و همچنین در گروه گواه ۶۸/۸ درصد متأهل، ۲۵/۰ درصد جدا شده و ۶/۳ درصد بیوه بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱)

شماره جلسات	هدف	محتوا
۱	افزایش انگیزه	مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران، ارائه منطبق درمان و تعیین اهداف درمان.
۲	ارائه آموزش روانی	بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC ^۱ (سابقه، پاسخ‌ها، نتایج)
۳ و ۴	آموزش آگاهی هیجانی	یادگیری مشاهده‌ی تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به خصوص با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی.
۵	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی	ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
۶	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
۷	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS ^۲	آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ^۲ ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها.
۸	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی (احشایی، فیزیولوژیک) به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
۹ و ۱۰	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت	آگاهی یافتن از منطبق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
۱۱ و ۱۲	پیشگیری از عود	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی بیمار.

1. Antecedents, Responses, Consequences

2. Emotion Driven Behaviors

مؤلفه	مرحله	گروه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
اعتماد به خاموش سازی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۳/۲۱	۰/۳۹
		کنترل	۱۶	۳/۱۴	۰/۱۸
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۱/۹۰	۰/۴۲
		کنترل	۱۶	۳/۱۹	۰/۵۶
اعتماد به تفسیر هیجانها	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۱/۹۹	۰/۵۱
		کنترل	۱۶	۲/۱۸	۰/۳۴
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۳/۱۸	۰/۴۴
		کنترل	۱۶	۲/۰۰	۰/۳۵
اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۲/۲۷	۰/۲۶
		کنترل	۱۶	۲/۱۹	۰/۴۳
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۳/۱۲	۰/۳۵
		کنترل	۱۶	۲/۱۳	۰/۴۶

با استفاده از تحلیل آزمون تحلیل کوواریانس به آزمون فرضیه پژوهش می پردازیم. قبل از اجرای آزمون، پیش فرض های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت، بدین ترتیب از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر پژوهش و از آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس ها متغیرهای پژوهش استفاده شد.

با استفاده از تحلیل آزمون تحلیل کوواریانس به آزمون فرضیه پژوهش می پردازیم. قبل از اجرای آزمون، پیش فرض های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت، بدین ترتیب از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر پژوهش و از آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس ها متغیرهای پژوهش استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

شاخص	کالموگروف - اسمیرنوف	Sig
اعتماد به خاموش سازی	۰/۱۲	۰/۲۰
اعتماد به تفسیر هیجانها	۰/۱۳	۰/۱۷
اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف	۰/۱۴	۰/۱۵

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شده است. به دلیل آن که سطح معنی داری در

آزمون ذکر شده از ۰/۰۵ بزرگتر است می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات متغیرهای وابسته نرمال است ($p \geq 0.05$). همچنین با توجه به نتایج جدول ۴ و آزمون لون و از آنجایی که سطح معنی داری آماره F تمامی مؤلفه ها بزرگتر از ۰/۰۱ می باشد، بنابراین واریانس خطای دو گروه با هم برابر بوده و تفاوتی بین آنها مشاهده نمی شود. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر و متغیرها بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کوواریانس برای اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر به صورت جداگانه انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۵ مشاهده می شود. نتایج نشان می دهد که مداخله بر سه مؤلفه اعتماد به خاموش سازی افکار و هیجانها پایدار ($F=58.80, P \leq 0.001$)، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله ($F=73.16, P \leq 0.001$) اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف انعطاف پذیر و عملی ($P \leq 0.001, F=60.79$) تأثیر مثبت و معنی دار داشته است.

شاخص	کالموگروف - اسمیرنوف	Sig
اعتماد به خاموش سازی	۰/۱۲	۰/۲۰
اعتماد به تفسیر هیجانها	۰/۱۳	۰/۱۷
اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف	۰/۱۴	۰/۱۵

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شده است. به دلیل آن که سطح معنی داری در

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
اعتماد به خاموش سازی	۲/۵۵	۱	۲۹	۰/۱۲
اعتماد به تفسیر هیجانها	۰/۳۴	۱	۲۹	۰/۵۷
اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف	۰/۹۶	۱	۲۹	۰/۳۳

جدول ۵. نتایج خلاصه تحلیل کوواریانس تک متغیره مؤلفه‌های فراشناخت و فراهیجان

متغیر	شاخص منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا
اعتماد به خاموش‌سازی	آزمایش	۱۳/۴۵	۱	۱۳/۴۵			
	خطا	۶/۴۱	۲۸	۰/۲۳	۵۸/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	کل	۲۲۳/۹۲	۳۱	-			
اعتماد به تفسیر هیجان‌ات	آزمایش	۱۱/۱۱	۱	۱۱/۱۱			
	خطا	۴/۲۵	۲۸	۰/۱۵	۷۳/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	کل	۲۲۰/۱۱	۳۱	-			
اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف	آزمایش	۶/۷۷	۱	۶/۷۷			
	خطا	۳/۱۲	۲۸	۰/۱۱	۶۰/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	کل	۲۲۳/۴۲	۳۱	-			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود مؤلفه‌های فراشناختی و فراهیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بود. یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود مؤلفه‌های فراشناخت و فراهیجان شامل: اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجان‌ات پایدار، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله، اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی بود. با توجه به یافته‌های پژوهش، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در پرسشنامه نسبت به گروه گواه تفاوت داشت. تفاوت به لحاظ آماری معنادار بود و به این معنا که مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، تأثیر معناداری بر بهبود مؤلفه‌های فراشناخت و فراهیجان دارد. این یافته‌ها همسو با نتایج کاسترو کاماچو، راتر، کوانت، کونزالز، مورنو و آمتاج (۲۰۱۹)، گروسمن و انرایک (۲۰۱۹)، استیل، فارکیونه، کاسیلو - رایینز، آمتاج، سبی و زاوالا (۲۰۱۸)، ساکیریس و برله (۲۰۱۹)، شرم‌ان و ارنریش (۲۰۱۹)، وارکوویتسکی، شیریل، ریگر (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخش بودن درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و افزایش تنظیم هیجانی، کاهش اجتناب تجربی و تحمل پریشانی مطابقت دارد. همچنین با پژوهش‌های نتایج فیروزی و بیرانوندی (۱۳۹۷)، شفیع، عظیمی، امیدی و نادمی (۱۳۹۶)، احدی، نصری و درتاج و همکاران (۱۳۹۷)، قنبری هاشم‌آبادی و دیگران (۱۳۹۷)، زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر افزایش تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی، ابعاد تنظیم هیجان، کاهش میزان نشخوار فکری و اجتناب تجربی، تمایز یافتگی

خود و دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی، اضطراب همسو بود.

یکی از درمان‌هایی که در سال‌های اخیر در میان تحولات جدید در حوزه درمان‌های شناختی - رفتاری در مقابل درمان‌های اختصاصی برای اختلال‌های هیجانی تدوین شده است درمان فراتشخیصی با رویکرد یکپارچه است که توسط بارلو و همکاران مطرح گردیده است. رویکرد فراتشخیصی مؤلفه‌های زیربنایی آسیب روانی را مورد هدف قرار می‌دهد و می‌تواند برای اختلال‌ها و مشکلاتی که زیربنای یکسان و مشابهی دارند کاربرد داشته باشد. این درمان که برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی و شناختی خصوصاً افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی می‌تواند گزینه‌ای مقصدانه و شاید قدرتمند در مقایسه با پروتکل‌های درمانی موجود کنونی برای تشخیص بالینی خاص باشد (فیروزی و بیرانوندی، ۱۳۹۷). فراهیجان به طور مستقیم و غیرمستقیم بر فراشناخت تأثیر دارد. این مساله به عنوان یک اصل در روانشناسی پذیرفته شده است که هر چه نمود هیجان‌ات در رفتار بیشتر باشد، قدرت تصمیم‌گیری درست فرد را مختل می‌کند این امر به دو طریق اتفاق می‌افتد، نخست اینکه رفتار و واکنش هیجانی باعث می‌شود فرد کمتر از منطق و شناخت استفاده کند، دوم اینکه، هیجان‌ات شناخت را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند، به این معنی که باعث می‌شود فرد عمل اشتباه خود را با منطق و افکار تحت تأثیر قرار گرفته فراهیجان‌ات (به ویژه فراهیجان‌ات منفی از قبیل خشم، اضطراب و عدم پذیرش) توجیه کند (بابایی نادینلویی، میکاییلی منیع، پزشکی، بافنده و عبدی، ۱۳۹۶). فراشناخت باعث می‌شود تا هیجان‌های فراخوانده شده بر اثر محرک‌های محیطی تحت‌نظارت این فرآیندها

هیجان‌های خودآیند ناسالم و نشخوارهای فکری آنها دارد (زمستانی و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین در تبیین یافته‌های این پژوهش باید به این نکته اشاره کرد که بر اساس پژوهش‌ها درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر برای انواع اختلال‌های مختلف هیجانی به کار می‌رود، ریشه در سنت شناختی رفتاری دارد و یک درمان شناختی - رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است. با این که سنت شناختی - رفتاری دارد ولی، در تأکید ویژه‌ای روی نحوه تجربه و پاسخ‌دهی به هیجان‌های خود در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی، بی‌همتا و منحصر به فرد است. این درمان بر ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها تأکید می‌کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیر انطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی دارد (فارکیونه و همکاران، ۲۰۱۲). رویکرد فراتشخیصی با وجود زمان کمی که از پژوهش و کاربرد بالینی آن می‌گذرد توجه ویژه‌ای را به خود جلب کرده است (هاروی، واتکینز، منسل و شافرن، ۲۰۰۴). درمان‌های فراتشخیصی، اثربخشی خود را در درمان اختلال‌های هیجانی و شناختی نشان داده‌اند (نورتون، هایز، اسپرینگر، ۲۰۰۸). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که برنامه درمانی فراتشخیصی یکپارچه‌نگر باعث بهبود فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت در مادران دارای کودک سرطان می‌شود. با توجه به نتایج پژوهش و اثربخش بودن مداخله فراتشخیصی یکپارچه نگر می‌توان از این روش درمانی به عنوان یکی از درمان‌های مؤثر و غیر دارویی که در تنظیم شناخت‌ها و هیجان‌ها نقش داشته دارد، استفاده کرد.

از جنبه‌های نوآوری این پژوهش این می‌باشد که پرسشنامه فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت برای اولین بار در ایران در این پژوهش استفاده شده است البته لازم به ذکر است که بررسی ویژگی‌های روانسنجی آن توسط رحمانیان و موسوی (۱۳۹۳) انجام شده است و همچنین تاکنون اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و دیگر درمان‌های متداول روانشناختی بر روی متغیر فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت بررسی نشده است ضمناً تا زمان انجام این پژوهش از درمان فراتشخیصی یکپارچه بر روی جامعه مادران کودکان مبتلا به سرطان استفاده نشده است.

پیشنهاد می‌شود اگرچه پرسشنامه فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت بسیار مفید و دارای روانسنجی ایرانی می‌باشد لذا بهتر است پرسشنامه‌هایی که سؤالات آنها برای فرهنگ کشور ما بومی‌سازی

قرار گیرند و هنگام تظاهر بیرونی، شکل مدیریت شده و سازماندهی شده‌تری به خود بگیرند. به عبارت دیگر هیجان‌ها تحت کنترل فرد قرار گرفته و هر لحظه به وسیله دانش فراشناختی فرد مورد نظارت، بازبینی و کنترل قرار می‌گیرد (اصغری شریانی و عطادخت، ۱۳۹۸). با توجه به کارکرد درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر در زمینه چرخه تأثیر هیجان بر شناخت و رفتار و شناسایی این فرآیند می‌توان به اثربخشی این درمان در بر فراشناخت‌ها و فراهیجان‌ها پی برد.

همچنین در تبیین تأثیرگذاری درمان فراتشخیصی یکپارچه بر افزایش مؤلفه‌های فراشناخت و فراهیجان می‌توان اظهار داشت که با افزایش میزان بقا در کودکان مبتلا به سرطان، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از نقش بسیار مهم والدین در مراقبت این کودکان آگاه شده‌اند. پژوهش‌ها نشان داده است که داشتن یک کودک مبتلا به سرطان می‌تواند به بی‌ثباتی عاطفی - هیجانی، ایجاد اختلال در تنظیم هیجانی، عدم اطمینان و تنش در میان اعضای خانواده به ویژه والدین منجر شود (گوروتنهویز و لست، ۲۰۱۰)، آنها علاوه بر واکنش عاطفی و هیجانی فرزندشان نسبت به بیماری، واکنش خود را نیز دارند؛ در همان زمان، این پدر و مادر باید از اعضای دیگر خانواده مانند دیگر کودکان در خانواده نیز مراقبت کنند. در نتیجه به این بار و فشار عاطفی - هیجانی، بار مراقبتی کودک بیمار و دیگر اعضای خانواده نیز افزوده می‌شود (هوکسترا و برز، جاسپرز، کامپس و کلیپ، ۲۰۱۱). لذا برای کاهش این تنش و عدم نظم هیجانی شناختی، نیاز به مداخله‌هایی است که این موضوع را تحت تأثیر قرار دهند و والدین کودک بیمار را در حیطه بازیابی و ترمیم روانشناختی مورد درمان و حمایت قرار دهند.

از جمله دلایلی که باعث شد نمرات مؤلفه‌های فراشناخت و فراهیجان مادران بهبود بیابد، ماهیت درمان فراتشخیصی یکپارچه و ساختار درمان آن بود. در پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه توجه ویژه‌ای به بالا بردن خودآگاهی هیجانی - شناختی و شناخت روابط بین هیجان، شناخت و رفتار شده است (بارلو و دیگران، ۲۰۱۱). در این درمان به مراجعان آموزش داده می‌شود تا هیجان‌های بنیادین خود را بشناسند و سپس هیجان‌های پرتکرار و قالبشان را ثبت کنند و چرخه تأثیر هیجان بر شناخت و رفتار را شناسایی کنند آنها می‌آموزند که شناخت‌های ناسالمشان را بشناسند و آنها را اصلاح کنند. این آگاهی منجر به شناخت بهتر سه عامل شناخت، رفتار و هیجان می‌گردد، در واقع این درمان تأثیر زیادی در اصلاح

- دختر. *مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، (۱۰)، ۲۰، ۷۳-۶۲.
- اکبری‌نیا، معصومه؛ منشی، غلامرضا؛ یوسفیان، سعید (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی کودک محور بر افسردگی و اضطراب پس از دارو درمانی کودکان سرطانی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱(۷۶)، ۴۳۹-۴۳۱.
- فیروززی، منیژه و بیرانوندی، مهتاب (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم شناختی هیجان بیماران قلبی - عروقی. *فصلنامه یافته دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، (۲)، ۲۰، ۱۰۲-۹۳.
- قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی؛ فدائی، محمد و کیمیایی، سید علی (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تمایز یافتگی خود و دشواری تنظیم هیجان در مراجعان دارای نشانگان اضطرابی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، (۱)، ۶۱، ۱۱-۱.
- Allen, L.B., McHugh, R.K., Barlow, D.H. (2007). *Emotional disorders: A unified Protocol, Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 4th ed. New York: Guilford Press, 216-49.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Benson, J.J., Oliver, D.P., Washington, K.T., Rolbiecki, A.J., Lombardo, C.B., Garza, J.E., Demiris, G. (2019). Online Social Support Groups for Informal Caregivers of Hospice Patients with Cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, (44), 1-8.
- Beer, Nils, & Moneta, Giovanni B. (2010). Construct and concurrent validity of the Positive Metacognitions and Positive Meta-Emotions Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 977-982.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-13.
- Castro-Camacho, L., Rattner, M., Quant, D.M., González, L., Moreno, J.D., Ametaj, A. (2019). A Contextual Adaptation of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Victims of the Armed Conflict in Colombia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 351-65.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Therapy*, 43(3), 666-78.

شده‌اند استفاده شود. از آنجا که درمان فراتشخیصی یکپارچه مبتنی بر تشخیص‌ها و اختلال‌ها نیست و مستقیماً هیجانها و تنظیماتشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد لذا از آنجایی که مادران کودکان مبتلا به سرطان با اختلال‌ها و سوابق روانشناختی مختلف به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند، این درمان می‌تواند درمانی کارا و اثربخش برای این مادران باشد بنابراین پیشنهاد می‌شود که این درمان برای تمام مادران کودکان مبتلا به سرطان و همچنین مادران کودکان مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج استفاده شود تا هیجان‌ها، شناخت‌ها روش‌های مقابله و همچنین میزان پذیرش آنها را هر چه بیشتر تحت تأثیر مثبت قرار دهد. با توجه به اینکه این درمان را میتوان به صورت گروهی اجرا کرد، پیشنهاد می‌شود این مداخله به طور گسترده در مراکز درمانی، خیریه‌ها و مؤسساتی که این مادران را تحت پوشش درمانی و یا حمایت قرار دارند آموزش داده شود.

منابع

- احمدی، حسن؛ نصری، مریم و درتاج، فریبرز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشخوار فکری و اجتناب شناختی در بیماران دیابتی. *فصلنامه مطالعات روانشناختی دانشگاه الزهراء*، (۲)، ۵۶-۴۲.
- اصغری شریانی، عباس و عطادخت، اکبر (۱۳۹۸). نقش تئوری ذهن و فراشناخت در پیشبینی ضعف نظم‌جویی هیجان در دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال فزون‌کنشی / کمبود توجه. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۴)، ۱۹۱-۱۸۱.
- بابایی نادیلویی، کریم؛ میکاییلی منبع، فرزانه؛ پزشکی، هانا؛ بافنده، حسن و عبدی، حنا (۱۳۹۶). رابطه ذهن‌آگاهی و فراهیجان در پیشبینی تنظیم هیجانی - شناختی پرستاران تازه کار. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۰(۱۰۵)، ۲۲-۱۱.
- رحمانیان، زاهده و واعظ موسوی، محمد کاظم (۱۳۹۳). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه فراشناخت و فراهیجان مثبت در ورزشکاران. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، (۳)، ۴۴-۶۲، ۱.
- زمستانی، مهدی و ایمانی، مهدی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان. *فصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱۱(۱)، ۳۲-۲۱.
- شفیعی، الهام؛ عظیمی، عاطفه؛ امید، عبدالله و نادمی، آرش (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجانی بر ابعاد تنظیم هیجانی و سازگاری فردی و اجتماعی در دانشجویان

- family functioning as a predictor of quality of life in parents of children with cancer. *Journal of pediatric nursing*, (4), 1-7.
- Sakiris, N., Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751.
- Sherman, J.A., Ehrenreich May, J. (2019). Changes in risk factors during the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents. *Behavior Therapy*. doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.002
- Steele, S.J., Farchione, T.J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 104, 211-6.
- Varkovitzky, R., Sherrill, A.M., Reger, G. (2017). Effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Among Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. *Behavior Modification*, 42(2), 210-30.
- Zhang, M.F., Lyu, Q.Y., Bu, X.Q., Zhou, X.Z., Zhao, X. (2019). A qualitative study exploring coping strategies in Chinese families during children's hospitalization for cancer treatment. *Journal of Pediatric Nursing*, (48), 27-34.
- Gargling, J., Tornqvist, E., Mansson, M.E., Hallstrom, I.K. (2018). Impact of age – appropriate preparations for children with cancer undergoing radiotherapy on parents and family functioning, parents' anxiety and hospital costs – a feasibility study. *Journal of pediatric nursing*, (43), 51-58.
- Grootenhuys, M.A., Last, B.F. (2010). Predictors of parental emotional adjustment to childhood cancer. *Psycho-oncology*, (2), 115-28.
- Grossman, R., Ehrenreich-May, J. (2019). Using the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and behavioral practice*, 27(2), 184-201
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hoekstra-Webers, J., Jaspers, J.P., Kamps, W.A., Klip, E.C. (2011). Psychological adaptation and social support of parents of pediatric cancer patients: a prospective longitudinal study. *Journal of pediatric psychology*, 26(4), 225-35.
- Kadan, G., Erten, H., Ogelman, H.G. (2013). The relation between acceptance/ rejection levels perceived by pediatric patients regarding their mothers and acceptance / rejection levels of mothers. *Uluslararası Hakemli Aile Couck ve Egitim Dergisi*, 1, 104-17.
- Kucukoglu, S., Polat, S., Tufekci, F.G., Bulut, H.K. (2016). Acceptance–rejection levels of the Turkish mothers toward their children with cancer. *Collegian*, 23(2), 217-23.
- Norton, P.J., Hayes, S.A., Springer, J.R. (2008). Transdiagnostic, cognitive-behavioral group therapy for anxiety: Outcome and process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 266-79.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H. (2012). How do informal caregivers of patients with cancer cope: A descriptive study of the coping strategies employed. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 258- 63.
- Kim, Y., Jun, Y. (2015). *The Role of Positive Meta-cognition and Negative Meta-cognition in Employment Stress among College Students*. International Conference on Studies in Humanities and Social Sciences (ICSHSS'15) July 29-30, (Thailand).
- Kumar, J.K., Rashmi, R. (2018). Role of Positive Metacognitions and Meta-Emotions in Marital Satisfaction. *International Journal of Scientific Research and Reviews*, 7(3), 196-203.
- Koush, Y., Pichon, S., Eickhoff, S.B., Ville, D.V., Vuilleumier, P., Scharnowski, F. (2018). Brain networks for engaging oneself in positive-social emotion regulation. *NeuroImage*, 189, 106-115.
- Rohani, C., Modanloo, S.H., Shirnabadi Farahani, A., Vasli, P., Poursosseingholi, A. (2018). General