

## Original Article

### Effectiveness of Emotion Regulation Training on Social Isolation and Self-criticism in Adolescents with Cancer Parents

Zahra Tanha Najafabadi, Mohammad Shakarami\*

Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

\* **Corresponding Author.** Tel: +989131674984 E-Mail: mo.shakarami@iau.ac.ir

#### Article info

##### Article history:

Received: Nov 30, 2024

Accepted: May 05, 2025

##### Keywords:

Social Isolation

Emotion Regulation

Self-criticism

Adolescents

Parents with Cancer

#### ABSTRACT

**Background:** Having a parent diagnosed with cancer imposes additional emotional stress on adolescents. One effective method for improving this situation is emotional management training. This study aimed to determine the effectiveness of emotion regulation training on social isolation and self-criticism in adolescents with parents suffering from cancer.

**Methods:** This was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and one-month follow-up design with a control group. The study population included all adolescents aged 13 to 18 with parents diagnosed with cancer who were under the coverage of the Qamar-Bani-Hashem Charity Institute in Najafabad, Isfahan Province, in spring 2024. A total of 30 adolescents who met the research criteria were selected through convenient sampling and randomly assigned to experimental and control groups, 15 people for each group. The research instruments included Russell and colleagues' social isolation questionnaire and Thompson and Zuroff's levels of self-criticism scale. The emotion regulation training protocol was delivered in 8 sessions of 90 minutes each for the experimental group. Data was analyzed using repeated measures ANOVA and SPSS version 27.

**Results:** It was found that emotion regulation training reduced social isolation and self-criticism in adolescents with parents diagnosed with cancer ( $P < 0.05$ ), with a significant difference observed across all three stages. The effect remained stable during the follow-up stage.

**Conclusion:** Considering the findings, emotion regulation training can be used to support adolescents with a parent suffering from cancer, aiming to improve their emotional and mental condition.

How to cite this article: Tanha Najafabadi Z, Shakarami M. Effectiveness of Emotion Regulation Training on Social Isolation and Self-criticism in Adolescents with Cancer Parents. Journal of Health & Care. 2025;27(1):42-53.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Journal web address: [https:// hcjournal.arums.ac.ir/](https://hcjournal.arums.ac.ir/)

## اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر انزوای اجتماعی و خودسرزنشگری نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان

زهرا تنها نجف آبادی، محمد شاکرمی\*

گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۳۱۶۷۴۹۸۴ ایمیل: mo.shakarami@iau.ac.ir

### چکیده

**زمینه و هدف:** ابتلای والدین نوجوانان به بیماری سرطان، فشار هیجانی مضاعفی را بر آنها وارد می کند که یکی از راههای مفید در بهبود این وضعیت، آموزش مدیریت هیجانی است. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر انزوای اجتماعی و خودسرزنشگری نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری یک ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری، تمامی نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال دارای والدین مبتلا به سرطان تحت پوشش انجمن خیریه قمرینی هاشم شهرستان نجف آباد استان اصفهان در بهار ۱۴۰۳ بود. تعداد ۳۰ نفر از این نوجوانان که ملاکهای ورود به پژوهش را داشتند، با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفره قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه های انزوای اجتماعی راسل و همکاران و سطوح خودانتقادی تامپسون و زاروف بود. پروتکل آموزش تنظیم هیجان گراس طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش اجرا گردید. داده ها به روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نرم افزار SPSS-27 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** نتایج نشان داد آموزش تنظیم هیجان به نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان، انزوای اجتماعی و خودسرزنشگری را در آنها کاهش داده ( $p < 0/05$ ) و به ترتیب تاثیر ۱۴ و ۱۵ درصدی بر متغیرهای فوق داشته و این تاثیر در مرحله پیگیری نیز همچنان ماندگار بوده است.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج، درمانگران می توانند از آموزش تنظیم هیجان برای کمک به نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان جهت بهبود سازگاری با شرایط بیماری والدین در خانواده استفاده نمایند.

**واژه های کلیدی:** انزوای اجتماعی، تنظیم هیجان، خودسرزنشگری، نوجوان، والدین مبتلا به سرطان

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۱۵

دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۰

### مقدمه

مبتلا شده و نزدیک به ۷ میلیون نفر، جان خود را از دست می دهند (۲). این بیماری، نه تنها بر سلامت و کیفیت زندگی فرد مبتلا تاثیر می گذارد، بلکه پیامدهایی برای خانواده های این افراد که با آنان زندگی می کنند نیز به همراه دارد (۴،۳) زیرا مراقبت

بیماری سرطان، یک بیماری مزمن، غیرواگیر، ناتوان کننده، شایع و از علل اصلی مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است (۱)، بطوری که سالانه حدود ۱۱ میلیون نفر به سرطان

از بیمار مبتلا به سرطان به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر خانواده و اطرافیان وی تاثیر گذاشته (۵) و مشکلات ساختاری برای خانواده ایجاد می‌کند و منجر به بروز مشکلات رفتاری و عاطفی در کودکان و نوجوانان می‌گردد (۶،۷).

بر اساس مدل خانواده- بیمار رولاند<sup>۱</sup>، نوجوانان دارای والد بیمار، استرس روانی بالایی را تجربه می‌کنند که ناشی از کیفیت پایین شیوه‌های فرزندپروری والد بیمار و کاهش سطح دلبستگی والد است. این استرس منجر به بروز انواع مشکلات جسمانی، اجتماعی و هیجانی مثل انزوای اجتماعی و نگرانی در نوجوان می‌شود (۸). علاوه بر این، تغییر نقش و افزایش وظایف نوجوان اعم از نگهداری از والد بیمار، رسیدگی به کارهای منزل، مراقبت از خواهر یا برادر کوچک‌تر منجر به تغییر روال عادی زندگی شده و نوجوان را دچار مشکلات روانشناختی و اجتماعی می‌کند (۹). این موارد، علاوه بر حساسیت خود دوره نوجوانی است که بحران هویت از شاخصه‌های اصلی آن بوده و نوجوانان را با مشکلات روانی، اجتماعی، ارتباطی و رفتاری مواجه کرده (۱۰) و باعث بی‌ثباتی روانشناختی در آنان می‌شود (۱۱). به طوری که نتایج تحقیقات، حاکی از آسیب‌پذیری بیشتر نوجوانان در برابر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، انزوای اجتماعی، احساس تنهایی و خودسرزنشگری است (۱۲-۱۴).

درگیری نوجوان با بیماری والد منجر به فاصله‌گیری نوجوان از سایر دوستان یا اعضای خانواده (به دلیل انکار بیماری) و کاهش روابط اجتماعی و عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی یا گروهی می‌شود که از آن به عنوان انزوای اجتماعی نام برده می‌شود (۱۵-۱۸). نگرانی مداوم در مورد وضعیت سلامت جسمانی والد بیمار می‌تواند موجب بروز اضطراب و افسردگی در نوجوانان شود که این شرایط تمایل آن‌ها به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی را کاهش دهد. همچنین به

دلیل درگیر شدن خانواده با مسائل مربوط به بیماری و تغییر نقش‌ها و مسئولیت‌های افراد خانواده ممکن است حمایت عاطفی و اجتماعی خانواده از نوجوان کاهش یابد که این امر می‌تواند به انزوای اجتماعی منجر شود (۱۹). این احساس انزوا و تنهایی در نوجوان بر سلامت جسمانی و روانی او از جمله خودسرزنشگری، تاثیر می‌گذارد (۲۱).

خودسرزنشگری ناشی از سرطان، نوعی انتقاد از خود و درون فکری‌های غیرمشفقانه در زمینه مقصر دانستن خود در بیماری و یا عدم مراقبت مناسب و بی‌توجهی نسبت به عضو مبتلا به سرطان خانواده است (۲۲) که زمینه ساز احساس شرم در فرد می‌شود (۲۳). براساس مدل تجربه مراقبت خانواده از فرد مبتلا به سرطان<sup>۲</sup>، خانواده این بیماران با پدیده‌های مختلفی از جمله احساس خودسرزنشگری مواجه می‌شوند و این خودسرزنشگری، ناشی از احساس عدم کارآمدی، وقت کافی نگذاشتن برای بیمار، ناتوانی در کمک به بیمار و مقصر دانستن خود در بیماری فرد می‌باشد (۲۲). برخی از نوجوانان دارای والد مبتلا به سرطان ممکن است تصور کنند که رفتارهای گذشته‌ی آن‌ها در بیمار شدن والدشان موثر بوده و به همین دلیل، احساس گناه کرده و به سرزنش رفتارهای خود می‌پردازند (۲۵). باتوجه به اینکه بیماری والدین یک منبع استرس دائمی برای نوجوان محسوب شده و منجر به افزایش افکار منفی درباره‌ی خود می‌شود، آموزش تنظیم هیجان می‌تواند امکان دسترسی به نیاز، آرزو، اهداف و تمایلات فردی را برای نوجوان فراهم کرده و او را قادر به بازسازی تجارب ناخواسته کند (۲۴).

تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرایندهایی تعریف کرد که افراد از طریق آن‌ها می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند، چه زمانی این هیجان‌ها را داشته باشند و چگونه آن‌ها را تجربه و یا ابراز کنند، تاثیر

<sup>۱</sup> Roland's Patient-family Model

<sup>۲</sup> Cancer Family Caregiving Experience Model

نوجوانان در این بافت، تاثیرپذیری بیشتری از خانواده داشته و آسیب پذیری از بیماری والدین در آنها بیشتر نمود پیدا می کند که این مساله ضرورت پرداختن به پژوهش حاضر را بیشتر نشان می دهد. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر انزوای اجتماعی و خودسرزنشگری نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال دارای والدین مبتلا به سرطان انجام شد.

### روش کار

پژوهش حاضر به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری یک ماهه همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال دارای والدین مبتلا به سرطان تحت پوشش انجمن خیریه قمر بنی هاشم شهرستان نجف آباد استان اصفهان بود. بر اساس فرمول برآورد حجم نمونه کوهن برای مقایسه دو گروه، در سطح معناداری ۰/۰۵ و با اندازه اثر ۰/۸۰، برای رسیدن به توان آزمون ۰/۹۰ برای هر گروه حداقل به ۱۲ نفر نیاز است. بر همین مبنا و جهت جلوگیری از ریزش، نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند، بدین صورت که ابتدا به هر یک از ۳۰ آزمودنی، یک شماره اختصاص داده شد و سپس با قرعه کشی، شماره ها در یکی از دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن پدر یا مادر مبتلا به سرطان، تحت پوشش انجمن خیریه قمر بنی هاشم نجف آباد بودن، پر کردن فرم رضایت آگاهانه توسط خود آزمودنی و یکی از والدین آنها، عدم حضور آزمودنی در درمان های موازی روانشناختی و عدم ابتلای نوجوان به اختلال روانشناختی براساس مصاحبه بالینی انجام شده توسط روانشناس بالینی بود. عدم انجام تکالیف ارایه شده و غیبت بیش

بگذارند (۲۵) و شامل مدیریت هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات است (۲۶). طبق پژوهش ها، تنظیم هیجان بر سازگاری نوجوانان تاثیر مثبت داشته و می تواند تاثیر مستقیم بر تعامل فرد با همسالان و اجتماع داشته باشد (۲۷). ضمن اینکه مهارت های تنظیم هیجان منجر به افزایش کارکرد مناسب در افراد می شود (۲۸). در همین راستا پژوهش تروی<sup>۳</sup> و همکاران، نشان داد که مهارت های تنظیم هیجانی می تواند به رها شدن سریع فرد از هیجانات منفی ناشی از حوادث استرس زا کمک کند (۲۹). پژوهش های میکلسن<sup>۴</sup> و همکاران، اوتولی و همکاران<sup>۵</sup> و اپلبام<sup>۶</sup> نیز نشان دادند درمان تنظیم هیجان بر تمایز هیجان، تحمل آشفتگی و استرس مراقبین بیماران مبتلا به سرطان اثر مثبت دارد (۳۰-۳۲).

از آنجا که نقص در تنظیم هیجان با اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی، بزهکاری و رفتار پرخطر ارتباط دارد (۳۳) و تحقیقات انجام شده نشان می دهد تمرکز آنها بیشتر بر خود افراد مبتلا به سرطان و والدین کودکان مبتلا به سرطان بوده (۳۴) و تحقیقاتی که به نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان پرداخته باشد اندک است؛ همچنین با توجه به شیوع روزافزون بیماری سرطان در استان اصفهان، شایسته است علاوه بر توجه به آثار زیان بار ابتلا به بیماری سرطان بر خود بیمار، به اعضای خانواده وی از جمله نوجوانان این خانواده ها نیز توجه شود و جهت کاهش پیامدهای روانشناختی این بیماری بر نوجوانان تلاش گردد. علاوه بر این براساس مدل تجربه مراقبت خانواده از فرد مبتلا به سرطان، عوامل بافتی، فرهنگی و خانوادگی بر سلامت روان مراقبین فرد بیمار اثرگذار هستند و با توجه به بافت فرهنگی سنتی شهرستان نجف آباد که در آن بر ارتباط نزدیک و همدلی بین والدین و فرزندان تاکید می گردد،

<sup>3</sup> Troy

<sup>4</sup> Mikkelsen

<sup>5</sup> O'Toole

<sup>6</sup> Applebaum

از یک جلسه در جلسات آموزشی، به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند.

روش انجام کار بدین صورت بود که پس از اخذ کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.1403.132) و مجوزهای لازم، محقق در موسسه خیریه قمرینی‌هاشم حضور یافته و اطلاع رسانی در مورد ثبت نام نوجوانانی که تمایل به شرکت در پژوهش دارند، انجام گرفت. سپس از بین داوطلبین، ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، بصورت تصادفی و با روش قرعه کشی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. برای گروه آزمایش، ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزش تنظیم هیجان بر اساس مدل گراس<sup>۷</sup> (۲۰۰۷)، هفته‌ای یکبار توسط روانشناس بالینی اجرا شد (جدول شماره ۱) اما گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و کنترل، قبل و بعد از اجرای جلسات آموزشی، به پرسشنامه‌های انزوای اجتماعی و خودسرزنشگری پاسخ دادند.

پرسشنامه‌ی انزوای اجتماعی توسط راسل<sup>۸</sup> و همکاران (۱۹۸۰) به صورت ۲۰ سوال چهار گزینه‌ای تهیه شده و شامل ۱۰ جمله‌ی مثبت و ۱۰ جمله‌ی منفی است. روش نمره گذاری به صورت هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی اوقات=۳ و اغلب=۴ است و سوالات ۱، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ بصورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. دامنه‌ی نوسان امتیازات بین ۲۰ تا ۸۰ بوده و نمره بالاتر به معنای بالا بودن احساس انزوای اجتماعی است. پایایی پرسشنامه فوق با استفاده از آلفای کرونباخ توسط سازندگان، ۰/۹۴ محاسبه شده است (۳۵). این پرسشنامه در مطالعات مختلفی در ایران مورد استفاده قرار گرفته است؛ به عنوان مثال، زنجیران و همکاران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کردند (۳۶). در پژوهش حاضر نیز، مقدار آلفای کرونباخ آن، ۰/۸۵ محاسبه گردید.

پرسشنامه سطوح خودسرزنشگری توسط تامپسون و زاروف<sup>۹</sup> در سال ۲۰۰۴ و با ۲۲ سوال تهیه شده است و دو مولفه سطح خودانتقادی درونی و خود انتقادی مقایسه‌ای را اندازه می‌گیرد (۳۷). نمره گذاری به صورت طیف لیکرتی ۷ درجه‌ای از صفر (اصلاً توصیف‌کننده من نیست) تا ۶ (بسیار خوب توصیف‌کننده من است) می‌باشد. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده سطح بالاتر خود انتقادی در فرد است. تامپسون و زاروف در مطالعه خود با نمونه‌ای متشکل از ۱۴۴ نفر، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های خودانتقادی مقایسه‌ای، خودانتقادی درونی شده و نمره کل مقیاس را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۶ و ۰/۸۵ گزارش کردند. در ایران در مطالعه‌ی شریعتی و همکاران، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ و روایی این مقیاس با اجرا بر روی ۴۶۸ دانشجو با روش تحلیل عاملی و ضریب همبستگی گویه‌ها با نمره‌ی کل، مطلوب گزارش شده است (۳۸). مشاک و همکاران (۱۴۰۰) نیز در پژوهش خود، پایایی این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ بدست آوردند (۳۹). آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۸۲ محاسبه گردید.

شایان ذکر است به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، برای تمامی شرکت کنندگان، هدف از پژوهش و شرایط اجرا توضیح داده شد و فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش توسط آن‌ها و یکی از والدینشان تکمیل گردید. همچنین پس از اطمینان از اثربخشی جلسات آموزشی برای گروه آزمایش، این جلسات برای نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان گروه کنترل نیز اجرا شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 انجام گرفت.

<sup>7</sup> Groos Model

<sup>8</sup> Russell D

<sup>9</sup> Thompson & Zarouf

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش تنظیم هیجان

| جلسات | عنوان جلسات      | هدف                                              | محتوا جلسات                                                                                                                               |
|-------|------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | آشنایی           | آشنایی با برنامه درمانی                          | آشنایی و شروع رابطه متقابل، بیان اهداف، شرح مراحل مداخله و قواعد شرکت در جلسات                                                            |
| دوم   | انتخاب موقعیت    | ارائه آموزش هیجانی                               | شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده، اطلاعات در مورد ابعاد مختلف هیجان و اثرات بلندمدت و کوتاه مدت هیجان                                |
| سوم   | انتخاب موقعیت    | ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا | گفتگو راجع به هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آنها، نقش هیجان‌ها در ایجاد ارتباط با دیگران و تاثیر گذاری روی آنها                |
| چهارم | اصلاح موقعیت     | ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان         | طرح مثال‌هایی از تجارب واقعی، جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، آموزش راهبرد حل مسئله، آموزش مهارت‌های بین فردی، متوقف کردن نشخوار فکری |
| پنجم  | گسترش توجه       | تغییر توجه                                       | آموزش توجه                                                                                                                                |
| ششم   | ارزیابی شناختی   | تغییر ارزیابی‌های شناختی                         | شناسایی ارزیابی‌های غلط و تاثیرات آن روی حالت‌های هیجانی                                                                                  |
| هفتم  | تعدیل پاسخ       | تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان        | مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده‌های محیطی و آموزش تخلیه هیجانی و آرمیدگی                                 |
| هشتم  | ارزیابی و کارکرد | ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد                  | ارزیابی رسیدن به اهداف، کاربرد مهارت‌های آموخته شده در خارج از جلسات، بررسی و رفع موانع در انجام تکلیف                                    |

## یافته‌ها

شده است و عدم معناداری آزمون کای-دو در جدول نشان می‌دهد هر دو گروه در متغیرهای ذکر شده، همسان بودند.

بر اساس نتایج، میانگین سنی گروه آزمایش ۱۴/۹۳ و گروه کنترل ۱۴/۷۳ سال بود. توزیع فراوانی سن و جنسیت دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی و نتایج آزمون کای دو جهت بررسی همسانی گروه‌ها

| متغیر | گروه آزمایش |      | گروه کنترل |      | نتیجه آزمون آماری |              |
|-------|-------------|------|------------|------|-------------------|--------------|
|       | تعداد       | درصد | تعداد      | درصد | آماره $\chi^2$    | سطح معناداری |
| جنس   | دختر        | ۸    | ۷          | ۴۶/۷ | ۰/۱۳۳             | ۰/۷۱۵        |
|       | پسر         | ۷    | ۸          | ۵۳/۳ |                   |              |
| سن    | ۱۳ سال      | ۵    | ۵          | ۳۳/۳ | ۱/۷۳              | ۰/۸۸۵        |
|       | ۱۴ سال      | ۲    | ۳          | ۱۳/۳ |                   |              |
|       | ۱۵ سال      | ۲    | ۱          | ۶/۷  |                   |              |
|       | ۱۶ سال      | ۲    | ۳          | ۲۰   |                   |              |
|       | ۱۷ سال      | ۳    | ۳          | ۲۰   |                   |              |
|       | ۱۸ سال      | ۱    | ۰          | ۰    |                   |              |
|       |             |      |            |      |                   |              |
|       |             |      |            |      |                   |              |

واریانس‌های دو گروه را نشان می‌دهد که با توجه به نتایج و عدم معناداری این آزمون‌ها برای متغیرها ( $p > ۰/۰۵$ )، هر دو پیش فرض رعایت شده اند.

جدول ۳، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و همچنین نتیجه بررسی پیش فرض‌های نرمال بودن و همگنی

جدول ۳. اطلاعات توصیفی و بررسی نرمال بودن و همگنی متغیرهای پژوهش

| متغیر     | مرحله  | گروه  | اطلاعات توصیفی |              | شاپیرو- ویلک |              | لون     |
|-----------|--------|-------|----------------|--------------|--------------|--------------|---------|
|           |        |       | میانگین        | انحراف معیار | آماره W      | سطح معناداری | آماره F |
| پیش آزمون | آزمایش | ۴۳/۴۰ | ۱۰/۳۲          | ۰/۹۵۱        | ۰/۵۳۷        | ۰/۵۹         | ۰/۸۱۱   |
|           | کنترل  | ۴۳/۴۷ | ۸/۱۸           | ۰/۸۷۸        | ۰/۰۶۷        |              |         |
| پس آزمون  | آزمایش | ۳۳/۶۷ | ۷/۰۲           | ۰/۸۹۸        | ۰/۰۸۸        | ۰/۳۴۶        | ۰/۵۶۰   |
|           | کنترل  | ۴۳/۴۷ | ۸/۹۴           | ۰/۸۷۶        | ۰/۰۶۴        |              |         |
| پیگیری    | آزمایش | ۳۲/۷۳ | ۶/۲۶           | ۰/۹۱۳        | ۰/۱۴۹        | ۰/۰۸۲        | ۰/۷۷۶   |
|           | کنترل  | ۴۲/۴۷ | ۹/۰۴           | ۰/۸۹۱        | ۰/۰۵۹        |              |         |
| پیش آزمون | آزمایش | ۶۰/۳۳ | ۱۹/۱۳۰         | ۰/۹۲۵        | ۰/۲۳۳        | ۰/۷۱۴        | ۰/۴۰۵   |
|           | کنترل  | ۶۰/۵۳ | ۱۸/۳۷          | ۰/۹۰۱        | ۰/۰۶۵        |              |         |
| پس آزمون  | آزمایش | ۴۰/۸۰ | ۱۲/۵۶۰         | ۰/۹۰۳        | ۰/۱۰۶        | ۱/۹۶         | ۰/۱۷۲   |
|           | کنترل  | ۶۰/۷۳ | ۱۷/۹۳۰         | ۰/۸۷۱        | ۰/۰۵۴        |              |         |
| پیگیری    | آزمایش | ۴۰/۴۷ | ۱۳/۶۵۸         | ۰/۹۳۹        | ۰/۳۶۹        | ۰/۱۹۵        | ۰/۶۶۳   |
|           | کنترل  | ۶۰/۲۷ | ۱۷/۱۲۵         | ۰/۸۹۷        | ۰/۰۵۷        |              |         |

افزایش می‌دهد، برای دقت بیشتر محاسبات و تعیین دقیق تر مقدار آماره F بحرانی از ضریب هوین- فیلد استفاده شد (زیرا مقدار اپسیلون بیشتر از ۰/۷۵ بود).

جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس تفاوت بین گروه‌ها از آزمون ماچلی استفاده شد که نتیجه حاکی از عدم رعایت این پیش فرض بود. باتوجه به اینکه عدم رعایت این پیش فرض، احتمال خطای نوع اول را

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

| متغیر          | منبع  | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|----------------|-------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|
| انزوای اجتماعی | زمان  | ۵۸۶/۴۶        | ۱/۵۴       | ۳۸۰/۲۰          | ۵۰/۲۰   | ۰/۰۰۰        | ۰/۶۴       |
|                | تعامل | ۴۷۰/۴۶        | ۱/۵۴       | ۳۰۵/۰۳          | ۴۰/۲۷   | ۰/۰۰۰        | ۰/۵۹       |
|                | گروه  | ۳۲۰/۱۳        | ۱          | ۳۲۰/۱۳          | ۴/۸۰    | ۰/۰۳۷        | ۰/۱۴       |
| خودسرزنشگری    | زمان  | ۱۹۴۹/۴۲       | ۱/۴۸       | ۱۳۱۶/۱۱         | ۶۱/۸۹   | ۰/۰۰۰        | ۰/۶۸       |
|                | تعامل | ۱۹۳۳/۹۵       | ۱/۴۸       | ۱۳۰۵/۶۷         | ۶۱/۳۹   | ۰/۰۰۰        | ۰/۶۸       |
|                | گروه  | ۱۳۲۸/۸۹       | ۱          | ۱۳۲۸/۸۹         | ۴/۹۶    | ۰/۰۳۴        | ۰/۱۵       |

(انزوای اجتماعی و خودسرزنشگری) ناشی از اثر مستقیم متغیر مستقل (آموزش تنظیم هیجان) بود که بر این اساس، تاثیر آموزش بر متغیر انزوای اجتماعی، ۱۴ درصد و بر خودسرزنشگری ۱۵ درصد بوده است. این مطلب نشان می‌دهد تاثیر آموزش بر خودسرزنشگری بیشتر از انزوای اجتماعی بوده است. ضمن اینکه، کوچک بودن این مقادیر اثر، اهمیت پرداختن به سایر متغیرهای تاثیرگذار دخیل در خودسرزنشگری و انزوای اجتماعی را نشان می‌دهد.

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول فوق، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در اثر زمان، تعامل و گروه برای هر دو متغیر انزوای اجتماعی و خودسرزنشگری معنادار بود ( $p < ۰/۰۵$ )، یعنی بین دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل سنجش، تفاوت وجود داشت که بررسی این تفاوت‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفت (جدول ۵). همچنین مقادیر اندازه اثر در جدول ۴ نشان می‌دهد چه مقدار از تغییرات متغیرهای وابسته



| متغیر          | مرحله     | گروه I | گروه J | تفاوت میانگین (I-J) | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|----------------|-----------|--------|--------|---------------------|----------------|--------------|
| انزوای اجتماعی | پیش آزمون | آزمایش | کنترل  | -۰/۰۶۷              | ۳/۴۰۰          | ۰/۹۸۴        |
|                | پس آزمون  | آزمایش | کنترل  | -۹/۸۰۰              | ۲/۹۳۵          | ۰/۰۰۲        |
|                | پیگیری    | آزمایش | کنترل  | -۹/۷۳۳              | ۲/۸۳۹          | ۰/۰۰۲        |
| خود سرزنشگری   | پیش آزمون | آزمایش | کنترل  | -۰/۲۰۰              | ۶/۸۴۸          | ۰/۹۷۷        |
|                | پس آزمون  | آزمایش | کنترل  | -۱۹/۹۳۳             | ۵/۶۵۲          | ۰/۰۰۱        |
|                | پیگیری    | آزمایش | کنترل  | -۱۹/۸۰۰             | ۵/۶۸۷          | ۰/۰۰۲        |

در اجتماع (۲۶) و تفاوت بین روابط بین فردی دلخواه و فعلی فرد می‌باشد (۲۹) و به همین خاطر در جلسات آموزشی به نوجوانان، نحوه آگاهی از هیجانات منفی و شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها بر حالات هیجانی و راهکارهای کاهش آنها آموزش داده شد تا نوجوانان بتوانند در ارتباط با دیگران این هیجانات و ادراکات را مدیریت نموده و تعاملاتشان با سایر افراد دلخواه را ایجاد نمایند. درواقع در تنظیم هیجان به نوجوانان آموزش داده شد کدام هیجان را در چه زمانی داشته باشند و چگونه آن را بیان کنند. این مهم باعث شد نوجوانان در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از تجربه‌ی هیجانات منفی و رفتارهای ناسازگارانه بصورت مطلوب تر از گذشته عمل کرده و روابط عاطفی و اجتماعی خود را به نحو بهتری گسترش دهند (۲۵).

در پژوهش حاضر به تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر انزوای اجتماعی و خودسرزنشگری نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان پرداخته شد. نتایج نشان داد که آموزش تنظیم هیجان بر انزوای اجتماعی نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال دارای والدین مبتلا به سرطان، تاثیر معناداری دارد. اگرچه در مروری بر متون انجام شده، پژوهش مشابهی در این جامعه آماری یافت نشد اما نتایج مطالعات انجام شده، اثربخشی این روش آموزشی را در انزوای اجتماعی و احساس تنهایی نوجوانان دختر (۴۰)، سازگاری زناشویی و احساس تنهایی در زنان وابسته به مواد (۴۱) و احساس تحمل پریشانی دانشجویان دختر خوابگاهی، نشان داد (۴۲). در تبیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر انزوای اجتماعی نوجوانان دارای والد مبتلا به سرطان می‌توان بیان کرد، یکی از مشکلات این نوجوانان ادراک منفی از رفتار سایر افراد جامعه، ترس از ظاهر شدن

یافته دیگر پژوهش حاضر، نشان دهنده اثربخش بودن آموزش تنظیم هیجان بر خودسرزنشگری نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های غلامی و همکاران در مورد اثربخشی این آموزش بر تنظیم شناختی هیجان و خودانتقادی دختران نوجوان با تجربه‌ی سوگ طلاق والدین (۴۳)، یآوری و همکاران در زمینه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان (۴۴) و همایونی و همکاران در خصوص اثربخشی این آموزش بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، همسو می‌باشد (۴۵).



دامنه‌ی سنی قرار دارند، بایستی با احتیاط انجام شود. لذا به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثربخشی روش تنظیم هیجان در دختران و پسران بپردازند و پژوهش‌های مشابهی را در شهرهای دیگر و روی نوجوانانی که والدین مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن دارند، انجام دهند تا به تقویت نتایج حاصل شده کمک شود.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش آموزش تنظیم هیجان در بهبود خودسرزنشگری و انزوای اجتماعی نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان موثر است، بنابراین پیشنهاد می‌گردد مدارس، کلینیک‌های روانشناختی، سازمان بهزیستی و سایر نهادهایی که با نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان کار می‌کنند، از این روش آموزشی برای توانمندسازی روانشناختی این نوجوانان استفاده نمایند.

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1403.132 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری مدیر و کارکنان انجمن خیریه حضرت قمربنی‌هاشم (ع) شهرستان نجف آباد که پژوهشگران را در انجام این مطالعه یاری نمودند، صمیمانه تشکر نمایند.

در تبیین اثربخشی روش آموزش تنظیم هیجان بر خودسرزنشگری نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان می‌توان بیان کرد، خودسرزنشگری باعث شده که نوجوانان، عملکرد خود را ناقص بدانند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خودشان تعریف کنند که در نهایت باعث شکست آنها شده و به سرزنش بیشتر خود منجر شده است (۲۳) و شاخص‌هایی همچون احساس بی‌ارزشی، گناه و شکست را در آنها پرورش داده اند (۴۶). به همین سبب در جلسات آموزشی به نوجوانان کمک شد با شناخت هیجاناتشان و چگونگی برخورد با ناتوانی در مقابله موثر با هیجانات و مدیریت صحیح آن‌ها بتوانند از ایجاد خودسرزنشگری جلوگیری کنند. نوجوانان با استفاده از آموزش فنون آرمیدگی و عمل معکوس و توجه آگاهانه به توجه فعلی یاد گرفتند چگونه با افکار منفی خودکار که موجب سرزنشگری در آنها می‌شود، مقابله نمایند. همچنین با یادگیری مدیریت هیجانات، توانستند حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت کنند که این حمایت موجب احساس رضایت در آنها شده و آستانه تحمل و تاب‌آوری شان را در برابر آسیب‌ها و مشکلات زندگی ارتقا دهد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان مقایسه جنسیت شرکت‌کنندگان به دلیل نداشتن دسترسی به تعداد بیشتری از نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان بود. محدودیت دیگر پژوهش، استفاده از نوجوانان از یک بافت فرهنگی مشابه است که تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش به سایر فرهنگ‌ها را با احتیاط همراه می‌کند. نهایتاً با توجه به اینکه در این پژوهش تنها افراد در بازه‌ی سنی ۱۳ تا ۱۸ سال شرکت داشتند، تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی که از نظر توانمندی‌های شناختی در سطح متفاوتی نسبت به این

## References

- 1- Cronin KA, Scott S, Firth AU, Sung H, Henley SJ, Sherman RL, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, part 1: national cancer statistics. *Cancer*. 2022;128(24):4251-84.
- 2- Sung H, Ferlay J, Siegel R, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A. GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2020;71(3):209-49
- 3- Mestdagh F, Steyaert A, Lavand'homme P. Cancer pain management: a narrative review of current concepts, strategies, and techniques. *Current Oncology*. 2023;30(7):6838-54.
- 4- Finley J. Caregiver Café: providing education and support to family caregivers of patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2018;22(1):91-96.
- 5- Tu T, Tran T, Kwon H, Cho H. Frailty-adjusted life expectancy and survival in older lung cancer patients: a large-scale electronic health-record based study. *Annals of Oncology*. 2023;34(40):165-77.
- 6- Given BA. Safety of care by caregivers of cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*. 2019;35(4):374-79.
- 7- Lim HA, Tan JY, Chua J, Yoong RKL, Lim SE, Kua EH, et al. Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. *Singapore Medical Journal*. 2017;58(5):258-61.
- 8- Ullrich A, Marx G, Bergelt C, Benze G, Zhang Y, Wowretzko F, et al. Supportive care needs and service use during palliative care in family caregivers of patients with advanced cancer: a prospective longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29(3):1303-15.
- 9- Nordentoft S, Dieperink KB, Johansson SD, Jarden M, Piil K. Evaluation of a multimodal rehabilitative palliative care programme for patients with high-grade glioma and their family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2021;36(3):815-29.
- 10- Perrotta G. Borderline personality disorder: definition, differential diagnosis, clinical contexts and therapeutic approaches. *Annals of Psychiatry and Treatment*. 2020;4(1):43-56.
- 11- Mridha M, Hossain M, Khan S, Hanif A, Hasan M, Mitra D, et al. Prevalence and associated factors of depression among adolescent boys and girls in Bangladesh: findings from a nationwide survey. *British Medical Journal Open*. 2021;11(1):1-16.
- 12- Kodish I, Rockhill C, Varley C. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2022;4(13):439-52.
- 13- Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2018;2(3):223-28.
- 14- Garrosa E, CarmonaCobo I, Moreno Jimenez B, SanzVergel A. Emotional impact of workplace incivility and verbal abuse at work: daily recovery influence. *Annals of Psychology*. 2014;31(1):190-98.
- 15- Rusu P, Bodenmann G, Kayser K. Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2019;36(1):359-76.
- 16- Manczak E M, Donenberg G, Emerson E. Can mother–daughter communication buffer adolescent risk for mental health problems associated with maternal depressive symptoms? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019;47:509-19.
- 17- Banerjee D, Rai M. Social isolation in Covid-19: the impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(6):525-27.
- 18- Davies K, Maharani C A, Chandola M, Todd C, Pendleton N. The longitudinal relationship between loneliness, social isolation, and frailty in older adults in England: a prospective analysis. *The Lancet Healthy Longevity*. 2020;2(2):70-77.
- 19- Groos JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*. 1998;2:271-99.
- 20- Chen JK, Astor RA. School violence in Taiwan: examining how Western risk factors predict school violence in an Asian culture. *Interpersonal Violence*. 2016;25(8):1388-410.
- 21- Zavaleta D, Samuel K, Mills CT. Measures of social isolation. *Social Indicators Research*. 2017;131(1):367-91.
- 22- Mohamed Hussin NA, Mohd Sabri NS. A qualitative exploration of the dynamics of guilt experience in family cancer caregivers. *Supportive Care in Cancer*. 2023;31(12):659.

- 23- Gilbert P. Compassion-focused therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010;3:97-201.
- 24- Pierrehumbert B, Bader M, Miljkovitch R, Mazet P, Amar M, Halfon O. Strategies of emotion regulation in adolescents and young adults with substance dependence or eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2020;9(6):384-94.
- 25- Gross JJ. *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press; 2020.
- 26- Rubin K, Wojslawowicz J, Rose-Krasnor L, Booth-LaForce C, Burgess K. The best friendships of shy/withdrawn children: prevalence, stability, and relationship quality. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2006;34:139-53.
- 27- Ghezelsaflo M, Hemmati-Pouya S. The effectiveness of emotion regulation training on emotional, social, and academic adjustment of 10-14 year old boys with behavioral disorders. *Quarterly Journal of Applied Psychology*. 2017;12(2):183-202. [Persian]
- 28- Smith K, Mason T, Anderson N, Lavender J. Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: the differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eating Behaviors*. 2019;32:18-22.
- 29- Troy AS, Mauss IB. Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. In: Southwick SM, Litz BT, Charney D, Friedman MJ, editors. *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
- 30- Mikkelsen MB, Elkjær E, Mennin DS, Fresco DM, Zachariae R, Applebaum A, et al. The impact of emotion regulation therapy on emotion differentiation in psychologically distressed caregivers of cancer patients. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2021;34(4):479-85.
- 31- O'Toole MS, Mennin DS, Applebaum A, Weber B, Rose H, Fresco DM, et al. A randomized controlled trial of emotion regulation therapy for psychologically distressed caregivers of cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Cancer Spectrum*. 2020;4(1):74.
- 32- Applebaum AJ, Panjwani AA, Buda K, O'Toole MS, Hoyt MA, Garcia A, et al. Emotion regulation therapy for cancer caregivers- an open trial of a mechanism-targeted approach to addressing caregiver distress. *Translational Behavioral Medicine*. 2020;10(2):413-22.
- 33- Jaureguizar J, Bernaras E, Bully P, Garaigordobil M. Perceived parenting and adolescents' adjustment. *Psicologia: Research and Review*. 2018;48(6):1540-53.
- 34- Greenberg L. Emotion-focused therapy of depression. *Person- Centered & Experiential Psychotherapies*. 2017;16(2):106-17.
- 35- Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980;39(3):472-80.
- 36- Zanjiran S, Keyani L, Zare M, Shayeghian Z. The effectiveness of group logotherapy on the sense of loneliness of elderly women resident in nursing home. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;16(3):60-67. [Persian]
- 37- Thompson R, Zuroff DC. The levels of self-criticism scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*. 2004;36(2):419-30.
- 38- Shariati M, Hamid N, Hashemi SE, Beshlideh K, Marashi SA. The effectiveness of compassion-focused therapy on depression and self-criticism of female university students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015;17(1):43-50. [Persian]
- 39- Mashak R, Naderi F, Chinaveh M. The comparison of effectiveness of religion-based cognitive behavior and positive psycho therapies on self-criticism and distressing psychological of infertile women in Ahvaz city. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2021;16(3):59-73. [Persian]
- 40- Keshavarz Afshar H, Salmani F, Gholamali Lavasan M. The effectiveness of emotion regulation training for mothers on the feelings of loneliness and responsibility of adolescent girls. *Scientific Journal the Women and Families Cultural-Educational*. 2022;61(17):287-304. [Persian]
- 41- Taghvaeinia A. The effectiveness of emotion regulation training on marital adjustment and feelings of loneliness in women with substance-dependent spouses. *Etiad Pajohi*. 2023;16(66):7-24. [Persian]

- 42- Raees Shahraki M, Shakarami M. The effectiveness of emotion regulation training on loneliness and distress tolerance in female dormitory students. *Quarterly Journal of Applied Research in Counseling*. 2024;19(1):1-73. [Persian]
- 43- Gholami S, Keshavarzi F, Mohammadkhani P, Hassani F. The effectiveness of emotion-focused therapy on cognitive emotion regulation strategies and self-criticism in adolescent girls experiencing grief from parental divorce. *Journal of Modern Psychological Research*. 2021;17(67):187-96. [Persian]
- 44- Yavari Y, Khoshakhlagh H, Sharbafchizadeh M. Evaluation of the effectiveness of emotional regulation psychotherapy on self-blame, distress tolerance, self-conscious emotion and conflict resolution styles in cancer patients in Isfahan in 1398. *Nurse and Physician in war*. 2022;10(35):85-95. [Persian]
- 45- Homayouni S, Taghavi MR, Goodarzi MA, Hadianfard H. The efficacy of emotion-focused therapy on worry and self-criticism in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 2022;21(109):1-18. [Persian]
- 46- Elliott R, Macdonald J. Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2021;77(2):414-28.