

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان

امین براتیان^۱، آمنه سادات کاظمی^۲، نازنین خواجه^۳، مجتبی حقانی زمیانی^۴، رضا داورنیا^{۵*}

^۱گروه مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران، ^۲گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، ^۳گروه روان شناسی تربیتی، پژوهشگاه رشد معارف، آکادمی تحصیلات تاجیکستان، دوشنبه، تاجیکستان، ^۴گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، ^۵گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۹

چکیده

زمینه و هدف: سرطان یکی از بیماری‌های مزمن است. علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی، درمان سرطان و افزایش تعداد بهبود یافتگان از سرطان، همچنان از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌مانند است. والدین کودکان مبتلا به سرطان بیشتر از والدین کودکان سالم در معرض مشکلات روان شناختی از قبیل اضطراب، افسردگی، استرس و به طور کلی تهدید سلامت روان می‌باشند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی که به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد، از میان مادران کودکان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به موسسه حمایت از کودکان سرطانی (محک) شهر تهران در سال ۱۳۹۵، ۳۰ نفر از مادران به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر زیر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ارزیابی کیفیت زندگی آزمودنی‌ها با بهره‌گیری از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی انجام گرفت. شرکت کنندگان گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه و به شیوه گروهی در معرض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، در حالی که آزمودنی‌های گروه کنترل درمانی دریافت ننمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کوواریانس تک متغیری (آنکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون $70/40 \pm 6/40$ و در مرحله پس‌آزمون $92/87 \pm 13/35$ بود. در گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی قبل از مداخله $69/07 \pm 5/73$ و بعد از مداخله $68 \pm 7/58$ بود. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری باعث بهبود کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون شده بود ($F=45/25$ و $p < 0/01$).

نتیجه گیری: مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان سرطانی مؤثر بود. این روش درمانی به عنوان گزینه درمانی مؤثر و مناسب جهت کاهش مشکلات روان شناختی والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن توصیه می‌گردد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سرطان، کیفیت زندگی

*نویسنده مسئول: رضا داورنیا، تهران، دانشگاه خوارزمی، گروه مشاوره

Email: rezadavarniya@yahoo.com

مقدمه

سرطان به عنوان مشکل عمده سلامت قرن تلقی می‌شود و رشد روز افزون آن در دو دهه گذشته و اثرات مضر آن بر جنبه‌های بدنی، روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی انسانی بیش از همیشه باعث نگرانی کارشناسان است. سرطان یک بیماری تهدیدکننده زندگی است که سالانه بیش از ۷/۶ میلیون نفر را به کام مرگ می‌برد(۱). سرطان در دوران کودکی با سرطان در دوران بزرگسالی متفاوت است. در حالت اول سرطان بیشتر از بافت‌های جنینی ریشه می‌گیرد در حالی که در بزرگسالی سرطان اغلب به دلیل درگیر شدن بافت اپی‌تلیال ایجاد می‌شود. در مقایسه با سرطان‌های دوران بزرگسالی، سرطان دوران کودکی زمان نهفتگی نسبتاً کوتاهی دارد، احتمال پیشگیری از آن بسیار کم است و ممکن است، تغییرات ژنتیکی نقش مهمی در آسیب‌شناسی آن بازی کند. تشخیص سرطان در مراحل اولیه دشوار است. به این دلیل که علایم و نشانه‌های آن اختصاصی نیست و شباهت زیادی با سایر اختلالات دوران کودکی دارد(۲). این بیماری در ایران، دومین علت مرگ و میر در کودکان کمتر از ۱۴ سال می‌باشد و حدود ۰/۴ مرگ و میر کودکان کمتر از ۵ سال و ۰/۱۳ از کودکان ۵ تا ۱۰ ساله را به خود اختصاص می‌دهد(۳). در ایالات متحده آمریکا، سالانه بیش از ۸۵۰۰ مورد جدید سرطان در کودکان کمتر از ۱۵ سال تشخیص داده می‌شود(۴).

تحقیق‌ها نشان داده است که داشتن یک کودک مبتلا به سرطان می‌تواند به بی‌ثباتی عاطفی،

عدم اطمینان و تنش در میان اعضای خانواده به ویژه والدین منجر شود(۶ و ۵). این بیماری با توجه به طولانی مدت بودن درمان، خانواده‌ها را دچار تنش مستمر می‌کند و سلامت روان کل خانواده به ویژه والدین را به خطر می‌اندازد. والدین به خصوص مادران این کودکان بیشتر از والدین کودکان سالم دچار مشکلات روانی هستند(۷). هوکستر-ویبرز و همکاران دریافتند که مادران کودکان مبتلا به سرطان با الگوی واکنشی منفعلانه در معرض خطر فشارهای روانی قرار می‌گیرند(۸). مادرانی که کودک مبتلا به سرطان دارند، با یک تجربه به ستوه آورنده در خانواده خود روبرو می‌شوند، هنگام تشخیص دچار شوک و ناباوری می‌گردند، مجبور به زندگی کردن با یک بار مضاعف هستند، بیماری فرزند، خانواده آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در مجموع کیفیت زندگی آنها کاهش می‌یابد(۹ و ۱۰). پانگانیان-کراس و مدینا در مطالعه خود بر روی ۹۰ خانواده دارای کودک مبتلا به سرطان، نشان دادند که بیش از نیمی از خانواده‌ها دارای عملکرد نامناسب بوده و کشمکش‌های شدیدی را در مراقبت از کودک آنها را تجربه کردند(۱۱). مراقبین بیماران مبتلا به سرطان، ممکن است در روند مراقبت با مشکلات فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی متعددی مواجه شوند و زندگی خانوادگی، زناشویی، شغلی، سلامت و زندگی اجتماعی آنها تحت تأثیر منفی بار ناشی از مراقبت در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان قرار گیرد(۱۲) که منجر به کاهش کیفیت زندگی مراقب و

و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرآیند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شوند و عبارتند از: گسلش، پذیرش، تماس با لحظه حاضر، مشاهده خود، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (۲۱). این درمان شش اصل اساسی دارد؛ گسلش برای جلوگیری از درآمیختگی شناختی است. درآمیختگی شناختی بدین معنا می‌باشد که فرد، خود و افکارش را درآمیخته یکی می‌داند. گسلش شناختی بدین معنی می‌باشد که بپذیریم افکار ما از ما جدا هستند و چیزی بیش از وقایع خصوصی موقت نیستند. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساس‌ها، حواس، امیال و دیگر تجربه‌های خصوصی ناخوشایند، بدون تلاش برای تغییر آنها، فرار از آنها یا توجه مجدد به آنها است. تماس با لحظه حاضر عبارت است از آوردن کامل آگاهی به تجربه اینجا و اکنون با گشودگی، علاقه، پذیرش، تمرکز روی آن و درگیری کامل با آنچه که در حال انجام است. مشاهده خود عبارت است از آگاهی مداوم از خود، که تغییر نمی‌کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم است. از این دیدگاه، تجربه افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها، امیال، حواس، تصویرها، نقش‌ها یا حتی بدن فیزیکی چیزی متفاوت از خود فرد است. این پدیده‌ها تغییر می‌کنند،

کیفیت مراقبت شده و در نتیجه کیفیت زندگی بیمار تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۳).

کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند که با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم مرتبط است (۱۴). کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی با احساس خوب بودن در زندگی فرد دارد (۱۵). یک توافق کلی در بین پژوهشگران مبنی بر این که سازه کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی (کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی) و عوامل ذهنی (بهنیستی درونی) است، وجود دارد. عوامل ذهنی بیشتر بر رضایت از زندگی تأکید دارد، در حالی که عوامل عینی بیشتر بر نیازهای مادی و مشارکت در فعالیت‌ها و روابط بین فردی متمرکز هستند (۱۶). عوامل متعددی مانند؛ سن، فرهنگ، جنس، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، بیماری و محیط اجتماعی و به طور کلی عوامل رفتاری، شغلی و منابع سازگاری بر کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارند (۱۷).

یکی از مداخلات درمانی جهت بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان سرطانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی فرآیند مدار است که به عنوان یکی از روان‌درمانی‌های موج سوم شناخته می‌شود (۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکلی از تجزیه و تحلیل رفتار بالینی است که در روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۹). در درمان مبتنی بر پذیرش

اما خود فرد پیوسته ثابت است. ارزش‌ها و عمل متعهدانه بدین معنا هستند که فرد آنچه را که برای او مهم‌ترین و عمیق‌ترین است، تشخیص دهد، بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم کند و برای رسیدن به آنها متعهدانه و مؤثر عمل کند (۲۲). به طور کلی درمان‌گران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعه‌کنندگان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (۲۳). نتایج پژوهش در بررسی کاربردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده است، مداخلاتی که اجتناب تجربه‌ای را کاهش می‌دهند و به افراد برای شناخت و تعهد نسبت به پیگیری اهداف ارزشمند کمک می‌کنند، در بهبود مشکلات گوناگون در زندگی سودمند هستند (۲۴).

در برخی پژوهش‌ها، کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علایم روان پریشی بیماران (۲۵)، بهبود دردهای مزمن کودکان (۲۶)، کاهش استرس و افزایش بهزیستی مبتلا به سرطان (۲۷)، کاهش اضطراب سلامتی (۲۸)، بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی (۲۹)، بهبود علایم روان شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو (۳۰)، بهبود افسردگی جانبازان (۳۱) و بهبود اضطراب و وسواس (۳۲) بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. گراهام و همکاران در مطالعه خود تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در درمان افسردگی اساسی، اضطراب و استرس افراد

مبتلا به سبکته مغزی بررسی نمودند. نتایج حاکی از مؤثر بودن این روش درمانی بود (۳۳). نیک نژادی، خزری مقدم و عابدی در مطالعه خود گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بر بیش‌فعالی شده بود (۳۴). بروان و همکاران نشان دادند که درمان گروهی پذیرش و تعهد بر استرس روان شناختی والدین، انعطاف‌پذیری روان شناختی والدین، اعتماد به نفس پدر و مادر در رفتارهای مدیریتی، انطباق خانوادگی و کاهش اختلالات والدینی در والدین کودکان مبتلا به مشکلات استخوانی مؤثر است (۳۵). با توجه به این که مراقبت از کودک سرطانی، مشکلات روان شناختی بسیاری را برای والدین آنها و به خصوص مادران این فرزندان ایجاد می‌کند، لذا طراحی مداخلات روانشناختی جهت کاهش مشکلات روانشناختی مادران این کودکان و افزایش سلامت روان آنها ضروری به نظر می‌رسد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان طراحی و انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مداخله نیمه تجربی است که به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه این پژوهش را کلیه مادران دارای کودک مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مؤسسه حمایت از کودکان سرطانی (محک) شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. پس از هماهنگی با مدیریت و

حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمودند. پکیج جلسه‌های درمانی در این مطالعه بر اساس پژوهش اسماعیلی و همکاران (۳۸) تنظیم گردید. پس از اتمام جلسات درمانی، دو گروه به وسیله پرسشنامه پژوهش مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از پایان مرحله پس‌آزمون، پژوهشگر جهت رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و همچنین تشکر و قدردانی از همکاری گروه کنترل، جلسه‌های درمانی را برای آنها نیز اجرا نمود. شرح مختصری از روند اجرای جلسه‌ها در جدول ۱ ارایه شده است.

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دارای ۲۶ گویه است. دو گویه این مقیاس برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد است که تنها در جمع کل نمره‌ها لحاظ می‌شود. به طور کلی این پرسشنامه چهار مقیاس دارد که چهار دامنه از زندگی را ارزیابی می‌کند که عبارتند از: سنجش سلامت جسمانی (۷ گویه)، سلامت روانی (۶ گویه)، روابط اجتماعی (۲ گویه) و محیط زندگی (۸ گویه). نمره هر گویه در دامنه از ۱ (خیلی کم، هرگز، خیلی ناراضی ام) تا ۵ (خیلی زیاد، همیشه، خیلی راضی ام) قرار دارد. در این پرسشنامه سوالات، ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۱۴). در این پرسشنامه هر فرد در هر حیطه نمره‌ای بین صفر تا ۱۰۰ دریافت می‌کند و در نهایت نمره ۵۶ و بالاتر برای حیطه‌های جسمانی و محیط زندگی، ۵۸ و بالاتر برای حیطه روانی و ۵۹ و بالاتر برای حیطه اجتماعی نشان

مسئولین موسسه محک و اعلام فراخوان برگزاری جلسه‌های درمانی برای مادران، از میان مادران واجد شرایط شرکت در مطالعه (۵۲ نفر) بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، ۳۰ نفر از مادرانی که دارای نمرات کمتری در پرسشنامه کیفیت زندگی بودند و کیفیت زندگی پایین تری نسبت به سایرین داشتند، به شیوه در دسترس انتخاب و با جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. لازم به ذکر است برای طرح‌های تجربی، حجم نمونه با تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر آزمودنی کفایت می‌کند (۳۶). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به مطالعه نداشتن اختلال روان پزشکی شدید و سایکوز بر اساس DSM-IV-TR، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و عدم دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی در طول دوره درمان و ملاک‌های خروج از مطالعه نیز سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی، مصرف هر نوع داروی آرام‌بخش، الکل و مواد مخدر و غیبت بیش از یک جلسه از هشت جلسه درمانی در نظر گرفته شد. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی رعایت گردید که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد (۳۷). پس از تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی به وسیله شرکت کنندگان هر دو گروه، جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه دو ساعته به شیوه گروهی و هفتگی برای شرکت کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، در

دهنده کیفیت زندگی بهتر است (۳۹). در نتایج گزارش شده به وسیله گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس های چهار گانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران نیز نصیری برای پایایی مقیاس از سه روش باز آزمایی (با فاصله سه هفته‌ای)، تصنیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود (۱۴). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه، ۰/۷۲ به دست آمد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: شرح مختصری از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

تعداد جلسه‌ها	شرح جلسه‌ها
جلسه اول	اجرای پیش آزمون- آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و محورهای اصلی آن
جلسه دوم	مروری بر مباحث جلسه اول، هدف اصلی این جلسه ایجاد درماندگی خلاق می‌باشد؛ یعنی مراجع در نهایت به این بینش برسد که تاکنون هر نوع تلاشی که برای حل مشکلات انجام داده بی فایده بوده و از این پس به جای سرزنش خود شیوه های جدیدی را به کار بگیرد تا موقعیت را تغییر دهد، با استفاده از تمثیل (انسان در چاه، مسابقه طناب کشی با هیولا، ببر گرسنه) به مراجع می‌آموزیم که اجتناب یا هر شیوه کنترل دیگر، فقط اهمیت و نقش آنچه او از آن اجتناب می‌کند، را تقویت می‌کند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه سوم	هدف اصلی در این جلسه آموزش و تفهیم این موضوع می‌باشد که کنترل، خود مساله است نه راه حل. تبیین اینکه وقایع درونی را نمی‌توان مانند وقایع بیرونی کنترل کرد و آموزش تشخیص کنترل وقایع شخصی مثل افکار و خاطرات و تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بهبودی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها و عدم کنترل آنها با استفاده از تمثیل (پلی گراف و عاشق شدن)، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه چهارم	هدف اصلی در این جلسه آموزش تمایل جایگزینی بهتر برای کنترل می‌باشد. آموزش پذیرش تمام رویدادهای درونی و توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب با استفاده از تمثیل مهمان ناخوانده و گیر کردن پای گربه در کلاف. تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل (تمثیل شیر، شیر، شیر)، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه پنجم	بیان مفهوم گسلس شناختی با استفاده از تمثیل های اتوبوس و رژه رفتن سربازان که هدف نهایی ایجاد فاصله بین مراجع و افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی اش هست و در نهایت مراجع واکنش های درونی را در یک سطح مشاهده گر می‌بیند و با آنها آمیخته نمی‌شود، مثال: متوجه شدم که دارم مضطرب می‌شوم.
جلسه ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل شطرنج و استعاره خانه با مبلمان، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. در این تمرینات، شرکت کنندگان آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. زمانی که شرکت کنندگان در می‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیال پردازی ها سرگردان شده، در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آنها، توجه خود را به زمان حال باز می‌گردانند. بنابراین شرکت کنندگان آموزش می‌بینند تا به افکار و احساسات خود توجه کنند، ولی به محتوای آن نچسبند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و نیازها، روشن نمودن ارزش‌های مراجع، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر و کمک به مراجع تا بر زندگی کردن به شیوه مؤثر متمرکز شود، در حقیقت در این جلسه بین ارزش به عنوان احساس و ارزش به عنوان یک عمل تمایز قائل می‌شویم، اجرایی تمرین هایی برای شناسایی ارزش‌های مراجع مثل تمرین تشییع جنازه خود و ارائه فرم درجه بندی سنجش ارزش‌ها، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، یعنی مراجع بین تمایل و خواستن تمیز قائل شود، با استفاده از تمثیل گدای دم در، این کار به طور تجربی انجام می‌شود و نهایتاً مراجع به این نتیجه برسد که خودداری کردن از تمایل آرامش ذهن را افزایش نخواهد داد، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

در جدول ۲، اطلاعات مربوط به سن و مدت تأهل مادران شرکت کننده در پژوهش ارائه شده است. بر اساس اطلاعات جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه آزمایش $30/45 \pm 2/20$ سال و برای گروه کنترل $29/55 \pm 2/91$ سال می‌باشد. میزان مدت تأهل گروه آزمایش $8/30 \pm 1/65$ سال و میانگین مدت تأهل گروه کنترل $8/55 \pm 1/46$ سال بوده است.

جدول ۳، اطلاعات توصیفی متغیر کیفیت زندگی را به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

با توجه به اطلاعات جدول ۳، میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون $70/40$ و در مرحله پس‌آزمون $92/87$ می‌باشد. بر این اساس ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر کیفیت زندگی در مقایسه با گروه کنترل تغییراتی داشته است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشند یا خیر، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل؛ نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و خطی بودن می‌باشد، که ابتدا به بررسی این پیش فرض‌ها پرداخته می‌شود. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از بررسی این پیش فرض در مورد متغیر کیفیت زندگی در جدول ۴ آمده است.

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیر کیفیت زندگی در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیر نرمال می‌باشد.

برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به این که مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد، در متغیر کیفیت زندگی معنی‌دار نبود ($p > 0/05$)، پیش فرض برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی تأیید گردید.

نتایج بررسی پیش فرض خطی بودن نیز حاکی از آن بود که احتمال مقدار F در عامل خطی بودن، از $0/05$ بیشتر نشده است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیر همراه و متغیر وابسته رابطه خطی وجود دارد و پیش فرض خطی بودن برقرار رعایت شده است.

با توجه به این که پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج این آزمون در جدول ۵ ارائه گردیده است.

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی ($F = 45/35$ و $p < 0/01$) نشان می‌دهد. با توجه

به مقادیر میانگین این متغیر برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون (۷۰/۴۰) و پس‌آزمون (۹۲/۸۷)، مشاهده می‌شود که اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش میانگین نمرات کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در پس‌آزمون گردیده است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است، کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان را افزایش دهد. ستون اندازه اثر در جدول نیز نشان می‌دهد که میزان تأثیر درمان، ۶۲ درصد بوده است، بدین معنا که ۶۲ درصد تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش ناشی از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد سن و مدت تأهل آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۳۰/۴۵	۳/۲۰	۲۹/۵۵	۲/۹۱
مدت تأهل	۸/۳۰	۱/۶۵	۸/۵۵	۱/۴۶

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیر کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۷۰/۴۰	۶/۴۰	۶۹/۰۷	۵/۷۳
پس‌آزمون	۹۲/۸۷	۱۳/۳۵	۶۸	۷/۵۸

جدول ۴: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیر کیفیت زندگی

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	مقدار Z	سطح معنی‌داری	مقدار Z	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۰/۶۵۵	۰/۷۸۵	۰/۹۳۱	۰/۳۵۱
پس‌آزمون	۰/۷۳۱	۰/۶۵۹	۰/۶۴۹	۰/۷۹۳

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان نمرات کیفیت زندگی

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۸۳۳/۸۷	۱	۸۳۳/۸۷	۹/۱۱	۰/۰۰۵	-
متغیر مستقل (آموزش)	۴۱۴۸/۴۱	۱	۴۱۴۸/۴۱	۴۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲
خطا	۲۴۶۹/۸۶	۲۷	۹۱/۴۷			
مجموع	۲۰۲۰۲۷	۳۰				

بحث

سرطان به عنوان یکی از مشکلات عمده سلامت قرن تلقی می‌شود و رشد روز افزون آن در دو دهه گذشته و اثرات مضر آن بر جنبه‌های بدنی، روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی انسانی بیش از همیشه باعث نگرانی کارشناسان است. سرطان یک بیماری تهدید کننده زندگی است که سالانه بیش از ۷/۶ میلیون نفر را به کام مرگ می‌برد (۱). هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بود. نتایج تحلیل کواریانس نشان دهنده اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان سرطانی بود. نتایج حاصل از این مطالعه با یافته‌های تحقیق‌های داتا و همکاران که اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش استرس و بهبود بهزیستی بیماران سرطانی تأیید کردند (۲۷)، جدیدی و همکاران که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی شده بود (۲۹)، نیک‌نژادی و همکاران که در مطالعه خود گزارش کردند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بر بیش فعالی شده بود (۳۴) و بروان و همکاران که نشان دادند درمان گروهی پذیرش و تعهد بر استرس روان‌شناختی والدین، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین، اعتماد به نفس پدر و مادر در رفتارهای مدیریتی، انطباق خانوادگی و کاهش اختلالات والدینی در والدین

کودکان مبتلا به مشکلات استخوانی مؤثر واقع شده است (۳۵) همخوان می‌باشد. همچنین نتایج به دست آمده با یافته‌های تحقیق‌های قاسمی و همکاران (۴۰)، فتحی احمد سرایی و همکاران (۴۱)، ویکسل (۴۲) و صبور و همکاران (۴۳) همسو و در راستای تحقیق‌های آنها می‌باشد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت به باور نظریه پردازان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی اغراق‌آمیز از تجارب درونی مانند؛ افکار، احساسات و هیجانات و عدم تمایل به تجربه آنهاست که به تلاش برای کنترل یا فرار از آنها منجر می‌شود و می‌تواند در عملکرد شخص مداخله کند (۴۴). بر اساس نتایج مطالعه کشدن و همکاران افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند، تجربه‌های عاطفی مثبت و رضایت از زندگی کمتری را تجربه می‌کنند و احساس می‌کنند، زندگی آنها بی‌معناست. اما، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و مراجع تشویق می‌شود تا درحالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربه‌ها به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آنها را

بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی شان، در هنگام ظهور بپذیرد. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیر قابل اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند و این امر به بهبود کیفیت زندگی به ویژه در حوزه روانی آن منتهی خواهد شد (۴۵).

هایس معتقد است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای آنکه بر روی بر طرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به مراجعه‌کنندگان کمک می‌کند تا هیجان‌ات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات آنها گردیده است، خلاص نمایند و به آنها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. این درمان اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقاء پذیرش تجربیات روانشناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنا بخش انعطاف‌پذیر و سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربه‌های روانشناختی تأکید می‌کند. هدف فنون درمانی به کار رفته در این شیوه درمانی، افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست، بلکه اهداف این فنون درمانی بر کاهش اجتناب از تجربه‌های روانشناختی و افزایش آگاهی از آنها به خصوص تمرکز بر لحظه حال، بدون پیش گرفتن روشی بی کشمکش و غیر ارزیابانه استوار است. در این فرآیند بیمار می‌آموزد تا خودش را از درد و حالت‌های آشفتگی به منظور کاهش این تجربه‌ها بر رفتار دور

نگه دارد. اهداف درمان، بهبود کارکرد از طریق افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد (۴۶).

در واقع به باور هایس (۴۷) پذیرش افکار به عنوان افکار، احساسات به عنوان احساسات و هیجان‌ات به عنوان هیجان‌ات، همانگونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر، منجر به تضعیف آمیختگی‌های شناختی می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری آنها را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد، برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد و بدین ترتیب یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی یعنی بعد معنوی که به هدف و معنایی که شخص برای زندگی در نظر می‌گیرد و ارزش‌هایی که در زندگی دنبال می‌کند، اشاره دارد نیز، بهبود می‌یابد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان اضافه کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارزش‌ها را به عنوان کیفیت‌های انتخاب شده اعمال هدفمندانه افراد جهت حل مشکلات آنها، تعریف می‌کند و به مراجعین یاد می‌دهد تا بین انتخاب و قضاوت‌های مستدل تمایز قائل شوند و ارزش‌ها را انتخاب نمایند. فرایندهای گسلش، پذیرش، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به مراجعان کمک می‌کنند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرند. در این درمان مراجعان

این روند می‌توان تفاوت‌های فردی موجود بین آزمودنی‌ها را در نظر گرفت و یافته‌های به دست آمده را با توجه به آن تفسیر کرد. پیشنهاد می‌شود، در تحقیق‌های بعدی مطالعه پیگیری نیز در طرح پژوهش گنجانده شود تا امکان ارزیابی پایداری تغییرات مثبت در شرکت‌کنندگان فراهم شود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد، مشاوران و روان‌درمانگران از مؤلفه‌های درمانی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن بهره ببرند.

نتیجه گیری

مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان سرطانی مؤثر بود. این روش درمانی به عنوان گزینه درمانی مؤثر و مناسب جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن توصیه می‌گردد.

تقدیر و تشکر

گروه پژوهشی لازم می‌دانند تا از مسئولین محترم مرکز محک و تمامی مادران عزیزی که صمیمانه محققین را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند. این مطالعه با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

مورد چالش واقع می‌شوند تا به آنچه در حوزه‌های مختلف زندگی برایشان مهم است، توجه کنند. کار بر روی ارزش‌ها، انگیزه مراجعه‌کنندگان را برای مشارکت در درمان افزایش می‌دهد. جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران کودکان سرطانی کمک نمود تا از یک زندگی غنی و پرمحتوا در کنار رنجی که برای آنها وجود دارد، برخوردار شوند. این درمان به مادران کودکان سرطانی کمک کرد، بر زمان حال متمرکز شوند، ارزش‌ها و اهداف زندگی خود را مشخص کنند، آنچه را نمی‌توانند تغییر دهند، بپذیرند و در نتیجه از کیفیت زندگی بهتری برخوردار شوند.

این پژوهش نیز به مانند سایر تحقیق‌ها با محدودیت‌هایی روبرو می‌باشد. از آنجا که این پژوهش بر روی مادران کودکان سرطانی شهر تهران انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر مناطق و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده، از محدودیت‌های این پژوهش است که توجه به آن ضروری می‌باشد. عدم وجود مرحله پیگیری و در نتیجه در دست نبودن اطلاعاتی از تداوم تغییر و یا ثبات نتایج محدودیت دیگر مطالعه حاضر است.

پیشنهاد می‌شود به‌منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با دقت بالاتر، در مطالعه‌های گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود. پژوهشگران در آینده از حجم نمونه گسترده‌تری استفاده کنند. با

REFERENCES

1. Mohamad Karimi M, Shariatnia K. Effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in Tehran. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2017; 15 (2):107-18.
2. Zokaei Ashtiani M, Seyed Mousavi PS, Panaghi L. The comparison of marital conflict and child's perception of parental conflict in children with and without cancer. *JPEN* 2017; 3(3): 46-54.
3. Modanloo S, Rohani C, Farahani Shirin Abadi A, Pourhossein gholi A. Assessment of family function among parents of children with cancer. *IJNR* 2015; 10(1): 56-65.
4. Ross JA, Olshan AF. Pediatric cancer in the United States: the children's oncology group epidemiology research program. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention Journal* 2004; 13(1): 1552-54.
5. Grootenhuis MA, Last BF. Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature. *Support Care Cancer* 1997; 5(6):466-84.
6. Grootenhuis MA, Last BF. Predictors of parental emotional adjustment to childhood cancer. *Psychooncology* 1997; 6(2): 115-28.
7. Robinson KE, Gerhardt CA, Vannatta K, Noll RB. Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer. *J Pediatr Psychol* 2007; 32(4): 400-10.
8. Hoekstra-Weebers JE, Wijnberg-Williams BJ, Jaspers JP, Kamps WA, van de Wiel HB. Coping and its effect on psychological distress of parents of pediatric cancer patients: a longitudinal prospective study. *Psychooncology* 2012; 21(8): 903-11.
9. Fletcher PC. My child has cancer: finding the silver lining in every mother's nightmare. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2011; 34(1): 40-55.
10. Khoury MN, Huijjer HA, Doumit MA. Lebanese parents' experiences with a child with cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2013; 17(1): 16-21.
11. Panganiban-Corales AT, Medina MFJR. Family resources study: part 1: family resources, family function and caregiver strain in childhood cancer. *Asia Pac Fam Med* 2011; 31; 10(1):14.
12. Borneman T, Chu DZ, Wagman L, Ferrell B, Juarez G, McCahill LE, Uman G. Concerns of family caregivers of patients with cancer facing palliative surgery for advanced malignancies. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30(6): 997-1005.
13. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing* 2003; 32(2): 218-23.
14. Sanai B, Davarniya R, Bakhtiari Said B, Shakarami M. The effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing couple burnout and improvement of the quality of life of married women. *Armaghane Danesh* 2015; 20(5): 416-32.
15. Wu SY, Li HY, Tian J, Zhu W, Li J, Wang XR. Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Ind Health* 2011; 49(2): 158-65.
16. Sadeghi S, Ghaderi Z, Jahedi S. The effectiveness of gestalt therapy and cognitive therapy on improvement of life quality of war veterans. *Armaghane Danesh* 2012; 16 (6): 517-26.
17. Zhang L, Gallagher R, Neubeck L. Health-related quality of life in atrial fibrillation patients over 65 years: a review. *Eur J Prev Cardiol* 2014; 22(8): 987-1002.
18. Plumb JC, Stewart I, Dahl J, Lundgren T. In search of meaning: values in modern clinical behavior analysis. *Behav Anal* 2009; 32(1):85-103.
19. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2012; 112-4.
20. Forman EM, Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear. In: O'Donohue WT, Fisher JE (editors). *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2009; 263-8.
21. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag* 2011; 4: 41-9.
22. Morshedi M, Davarniya R, Zaharakar K, Mahmudi M, Shakarami M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing couple burnout of couples. *IJNR* 2016; 10(4): 76-87.
23. Bloy S, Oliver JE, Morris E. Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies* 2011; 9(3): 347-59.
24. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prev Sci* 2008; 9(3):139-52.
25. Shawyer F, Farhall J, Thomas N, Hayes SC, Gallop R, Copolov D, Castle DJ. Acceptance and commitment therapy for psychosis: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2017; 210(2):140-8.

26. Pielech M, Vowles KE, Wicksell R. Acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain: Theory and Application. *Children (Basel)* 2017 Jan 30;4(2).
27. Datta A, Aditya C, Chakraborty A, Das P, Mukhopadhyay A. The potential utility of acceptance and commitment therapy (ACT) for reducing stress and improving wellbeing in cancer patients in kolkata. *J Cancer Educ* 2016; 31(4): 721-9.
28. Eilenberg T. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety. *Dan Med J* 2016; 63(10): B5294.
29. Jadidi GA, Kazemi-Zahrani H. Investigation of the effect of acceptance and commitment psychotherapy (ACT) on quality of life of adult women suffering from obesity. *Open J Med Psychol* 2016; 5: 27-34.
30. Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles, and quality of life in patients with type-2 diabetes. *J Health* 2016; 7(2): 236-53.
31. Karlin BE, Walser RD, Yesavage J, Zhang A, Trockel M, Taylor CB. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: comparison among older and younger veterans. *Aging Ment Health* 2013; 17(5): 555-63.
32. Lillis J, Kendra KE. Acceptance and commitment therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *J Contextual Behav Sci* 2014; 3(1): 1-7.
33. Graham CD, Gillanders D, Stuart S, Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT) based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies* 2014; 13(3): 230-48.
34. Niknezhadi M, Khezrimoghadam N, Abedi M. Evaluating the effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life in parents of children with attention deficit disorder and hyperactivity. *Iranian Journal of Positive Psychology* 2015; 1(2): 85-91.
35. Brown FL, Whittingham K, Boyd RN, McKinlay L, Sofronoff K. Does stepping stones triple P plus acceptance and commitment therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomized controlled trial. *Behav Res Thera* 2015; 73: 58-66.
36. Farahani HA, Arizi HR. Translated: Methods in behavioral sciences. Cozby PC (editor). 1th ed. Tehran: Nashr Ravan Publishing; 2008; 77-8.
37. World Medical A. World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310(20): 2191-4.
38. Esmali A, Alizadeh M, Khanizadeh Balderlou K. The effectiveness of group Psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer. *J Urmia Univ Med Sci* 2016; 27(5): 365-74.
39. Shahkarami M, Zahrakar K, MoradiZadeh S, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of group-based cognitive-behavioral stress management in improving life quality in wives of addicts undergoing treatment with methadone. *JHC* 2015; 1(2): 12-21.
40. Ghasemi F, Dehghan F, Farnia V, Tatari F, Alikhani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on life expectancy of female cancer patients at Tehran's Dehshpour institute in 2015. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17(8): 4113-16.
41. FathiAhmadsaraei N, NeshatDoost HT, Manshaee GR, Nadi MA. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life among patients with type 2 diabetes. *Iran J Health Educ Health Promot* 2016; 4(1): 31-9.
42. Wicksell RK, Kanstrup M, Kemani MK, Holmström L, Olsson GL. Acceptance and commitment therapy for children and adolescents with physical health concerns. *Curr Opin Psychol* 2015; 2: 1-5.
43. Sabour S, Kakabraee K. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, stress and indicators of pain in women with chronic pain. *IJRN* 2016; 2(4): 1-10.
44. Hayes SC, Masuda A, Bissett RT, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP and ACT: how empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Behavior Therapy* 2004; 35(1): 35-54.
45. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behav Res Ther* 2006; 44(9): 1301-20.
46. Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy based on reducing anxiety and depression in students with social phobia. *J Ardabil Univ Med Sci* 2014; 14(4): 412-23.
47. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 2004; 35(4): 639-65.

The Effect of Acceptance and Commitment (ACT) Therapy on the Quality of Life of Mothers with a Child Cancer

Baratian A¹, Kazemi AS², Davarniya R^{3*}, Haghani Zemeidani M⁴

¹Department of Counseling, University of Tehran, Tehran, Iran, ²Department of Psychology, Tehran Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, ³Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran, ⁴Department of Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran,

Received: 30 Apr 2017 Accepted: 31 Aug 2017

Abstract:

Background and aim: Cancer is classified as a chronic disease. In spite of medical advances, cancer treatment and an increase in the number of cancer patients, it remains unique in terms of frustration and deep fear in the person. Parents of children with cancer are more likely to experience psychological problems than those of healthy children, such as anxiety, depression, and stress and, in general, mental health threats. The aim of this study was to evaluate the effect of acceptance and commitment therapy on the quality of life of mothers with a child with cancer.

Methods: In the present quasi-experimental study, a pretest-posttest with control group, among mothers of children with cancer who referred to the Cancer Children's Support Center in Tehran in 1395, 30 mothers were selected as on the basis of entry and exit criteria and was randomly assigned to experimental and control groups (each subgroup of 15 people). The quality of life of the subjects was assessed using the World Health Organization Quality of Life questionnaire (ANKOVA). Participants in the experimental group were exposed to acceptance and commitment treatment for 8 sessions, while patients in the control group received no treatment. Data were analyzed using one-variable covariance test (ANCOVA).

Results: The mean and standard deviation of quality of life scores in the pre-test group and in the post-test were 70.4 ± 6.40 and 92.97 ± 13.35 respectively. In the control group, the mean and standard deviation of quality of life scores before and after the intervention were 69.07 ± 5.73 and 68 ± 7.58 . The results of one-variable covariance analysis indicated that acceptance and commitment therapy significantly improved the quality of life of the experimental group in the post-test ($F = 45.35, p < 0.01$).

Conclusion: Admission and commitment based interventions were effective in improving the quality of life of mothers of cancerous children. The treatment is recommended as an effective and appropriate treatment option to reduce the psychological problems of parents of children with chronic diseases.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Cancer, Quality of Life

Corresponding author: Davarniya R, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran,

Email: rezadavarniya@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Baratian A, Kazemi AS, Davarniya R, Haghani Zemeidani M. The Effect of Acceptance and Commitment (ACT) Therapy on the Quality of Life of Mothers with a Child Cancer. *Armaghane-danesh* 2017; 22 (5): 637-650.