



فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فقدان لذت‌جویی، معنا در زندگی، همدلی عاطفی، رابطه والد - کودک و کیفیت زندگی کودک، مادران کودکان مبتلا به سرطان سمانه بهرانی تنها^۱، هاجر ترکان^۲، سیدعلی کلاهدوزان^۳

۲۹

دوره ۸، شماره ۲، پیاپی ۲۹
تابستان ۱۴۰۴

مقاله علمی

تاریخ دریافت:
۱۴۰۴/۰۱/۲۹
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۴/۰۵/۲۷
صص: ۱۰۹-۱۳۶

شاپا چاپی: ۵۳۲۲-۲۶۷۶



Q4

چکیده

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فقدان لذت‌جویی، معنا در زندگی، همدلی عاطفی، رابطه والد - کودک و کیفیت زندگی کودک، مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام گرفت. پژوهش حاضر، یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با آزمون پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۶ نفر از بین مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بود که طی ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۲ به بیمارستان امید شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. از پرسشنامه فقدان لذت‌جویی اسنیت و همکاران (۱۹۹۵)؛ پرسشنامه معنا در زندگی استگر و همکاران (۲۰۰۶)؛ پرسشنامه همدلی عاطفی مهربان و اپستاین (۱۹۷۲)؛ مقیاس رابطه والد- فرزند پیناتا (۱۹۹۴)؛ مقیاس کیفیت زندگی کودکان وارنی، سید، کورتین (۲۰۰۳) برای گردآوری داده‌ها استفاده شد و داده‌های جمع‌آوری شده به کمک نرم‌افزار Spss-23 تحلیل شد؛ و توسط نرم‌افزار Spss (نسخه ۲۳) و با استفاده از روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های فقدان لذت‌جویی معنا در زندگی، همدلی عاطفی، رابطه والد - کودک و کیفیت زندگی کودک معنی‌دار است ($P < 0/01$) اما در گروه گواه معنی‌دار نیست. به‌صورت کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان مناسب جهت کاهش مشکلات ناشی از سرطان فرزندان در مادران است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فقدان لذت‌جویی، معنا در زندگی، همدلی عاطفی، رابطه والد - کودک و کیفیت زندگی کودک.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

samaneh13760712@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) اصفهان، ایران (نویسنده مسئول).

h.torkan@khuisf.ac.ir

۳. عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. akolahdouzan@gmail.com

مقدمه

سرطان به‌عنوان یک وضعیت جسمانی - روان‌شناختی مزمن روند لذت‌بخش زندگی کودکان را به چالش می‌کشد و به دلیل ماهیت چالش‌انگیز و پیامدهای ناگوار از بدو تشخیص و در طول پیگیری‌های درمانی، همواره با سطوح بالای ابهام و با فرازونشیب‌های هیجانی و روان‌شناختی برای کودک و خانواده همراه است (موسوی، قربانپور آرانی، حسین و جلالی، ۱۴۰۳). سرطان دوران کودکی به‌عنوان بیماری تهدیدکننده زندگی، والدین به‌ویژه مادران را به‌عنوان مراقبان اصلی، با مشکلات متعدد و پیچیده‌ای مواجه می‌سازد (خنجری، حق دوست اسکویی، اسحقیان درچه و حقانی، ۱۳۹۲) طبق پژوهش‌های انجام‌شده نتایج حاکی از آن است که مادران کودکان مبتلا به سرطان از افسردگی رنج می‌برند و با توجه به اینکه یکی از علائم افسردگی فقدان لذت‌جویی می‌باشد لذا به نظر می‌رسد، این مادران مشکل فقدان لذت‌جویی داشته باشند (قربانی، قزلباش، علیزاده و خسروی، ۱۴۰۰). فقدان لذت‌جویی نقش مهمی در نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی در قرن گذشته ایفا کرده است. والدین کودکان کم‌توان ذهنی در کلیه مؤلفه‌های فقدان لذت‌جویی، در مقایسه با والدین کودکان غیر کم‌توان ذهنی، نمرات کمتری کسب می‌کنند و فقدان لذت‌جویی بیشتر داشتند و پژوهش‌ها حاکی از آن است که مادران کودکان مبتلا به سرطان نیز از افسردگی رنج می‌برند با توجه به اینکه یکی از علائم افسردگی فقدان لذت‌جویی می‌باشد، لذا این مادران مشکل فقدان لذت‌جویی دارند (قربانی و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در شرایطی قرار می‌گیرند که باعث چشم‌پوشی آن‌ها از علایق و برنامه‌های لذت‌بخش خانواده مانند مسافرت و دیدوبازدید می‌گردد که این عوامل خود زمینه‌ای جهت عدم لذت‌جویی و بی‌معنایی را برایشان فراهم می‌گرداند (وناناتان، ریدادوی و مداگوندرا، ۲۰۲۱). دو شاخص مهم و مرتبط با مفهوم بهزیستی روان‌شناختی احساس معنا در زندگی و سرزندگی است. مطالعه رایان و فردریک مبنی بر ارتباط متغیرهای فوق است. برای مثال، وجود معنا در زندگی پیش‌بینی کننده بهزیستی

روان‌شناختی است (شنل ۱، ۲۰۰۹). فرانکل بیان داشت که رابطه معنا دار بین وجود معنا در زندگی و بهزیستی وجود دارد. وی تأکید داشت عدم وجود معنا در زندگی باعث خلأ وجودی و مشکلات روان‌شناختی در انسان می‌شود (ادحیه شاه ۲، ۲۰۱۷). یکی از عناصر کلیدی همه‌جانبه در مدل مراقبت اولیه زیستی روانی اجتماعی (نامبیسان ۳، ۲۰۱۱) که نقش مهمی در بهبود و سلامت افراد دارد همدلی است (راکل، هوفت، بارت، چونینگ، کریگ و نیو، ۲۰۰۹). همدلی ظرفیت شخص در احساس و ادراک کردن آنچه دیگری احساس می‌کند (وانگ، چن، شیائو، ما و ژانگ ۵، ۲۰۱۲). توانایی درک عواطف فرد دیگر و نشان دادن واکنش مناسب به آن است (ریف، کتلا و ویفرینک ۶، ۲۰۱۰). همچنین پاسخی عاطفی است که از درک یا فهم حالت یا شرایط هیجانی دیگری نشأت می‌گیرد و شبیه چیزی است که دیگری احساس می‌کند یا انتظار می‌رود که احساس کند (هاین، رودر و فینگرل ۷، ۲۰۱۸). همدلی دو مؤلفه مهم دارد. نخست، مؤلفه شناختی (درک احساسات دیگران مانند شناسایی و فهم آنچه فرد دیگر فکر یا احساس می‌کند بدون لزوم پاسخ عاطفی) و دوم، مؤلفه عاطفی (پاسخ هیجانی متناسب مشاهده‌گر به حالت هیجانی شخص دیگر مانند آگاه بودن و هم‌آوا شدن با احساسات شخص دیگر). مطالعات متعدد نشان داده است که همدلی با تنظیم هیجان مرتبط است (صیدی، احمدیان و صفاری نیا، ۱۴۰۱).

پژوهش‌ها نشان داده، مشکلات حاکم بر روابط والد-کودک، والدین را مستعد حالات خود سرزندی و تردید نسبت به توانایی و خودکارآمدی‌شان می‌کند و این امر نقش مهمی در ابعاد مختلف آموزشی کودک دارد (لئونگ، تسانگ، نگ و چوی ۸، ۲۰۱۷). خانواده اولین پایه‌گذار شخصیت، ارزش‌ها و معیارهای فکری است و رابطه والدین با فرزندان نقش مهمی در سلامت روان آن‌ها دارد؛ به این معنا که رابطه ولی-فرزندی، به‌طور ویژه رابطه مادر-کودک

-
- 1 Schnell
 - 2 Adhiya-Shah
 - 3 Nambisan
 - 4 Rakel, Hoefft, Barrett, Chewing, Craig, & Niu
 - 5 Wang, Chen, Xiao, Ma & Zhang
 - 6 Rieffe, Ketelaar & Wiefferink
 - 7 Hein, Röder & Fingerle
 - 8 Leung, Tsang, Ng, & Choi

از اهمیت به سزایی برخوردار است (حسن‌زاده، ۲۰۱۳)؛ بنابراین کیفیت تربیتی و روابط والد-کودک در سال‌های اولیه کودکی، مبنای تحول شناختی، اجتماعی و هیجانی آینده او را پایه‌گذاری می‌کند (لیپولد، دیویس، لاوسون و مک‌هیل، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، فشارهای روانی ناشی از بیماری کودک در برخی از والدین به حدی می‌رسد که آنان از آرامش بخشیدن به کودک ناتوان مانده و از به‌کارگیری تدابیری که باعث بهبود کیفیت زندگی کودک می‌گردد باز می‌مانند (رحیمی، فداکار سوقه، تبری و کاظم‌نژاد، ۲۰۱۳).

کیفیت زندگی کودکان را می‌توان به‌عنوان یک موقعیت چندبعدی در نظر گرفت که عملکردهای اجتماعی، هیجانی و جسمی کودک از زیرمجموعه‌های آن می‌باشد و در حقیقت مفهومی است که به تغییرات رشدی حساس می‌باشد بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی در بافت نظام فرهنگی و ارزشی است که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق وی می‌باشد. بدون فراهم کردن کیفیت زندگی و نیازهای اساسی در دوران کودکی، توقع داشتن یک زندگی باکیفیت در دوران بزرگسالی فرد واقع‌بینانه نیست (اوروجی اقدم، عطادخت و بشرپور، ۱۳۹۹).

تاکنون درمان‌های زیادی بر کیفیت زندگی و کاهش استرس متمرکز بوده‌اند یکی از درمان‌های جدید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. این درمان یکی از درمان‌های مرتبط با رفتاردرمانی موج سوم است (محمدی و صوفی، ۱۳۹۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، عواطف یا افکار درون خود را آزاردهنده می‌دانند و دائماً در تالش هستند تا این تجربیات درونی را تغییر دهند یا از شر آن خلاص شوند (برگر، گارسیا، کاتاگنوس و معبد، ۲۰۲۱). یکی از اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، یعنی کمک به خارج شدن بیمار از چرخه آمیختگی شناختی. البته نه با به چالش کشیدن یا تغییر افکار و احساسات او، بلکه از طریق فرآیندهای پذیرش و تعهد (ژائو، لای، ژانگ، کای، رن، شی، لو و یان، ۲۰۲۱). درمان مبتنی

1 Lippold, Davis, Lawson, & McHale
2 Berger, Garcia, Catagnus, & Temple
3 Zhao, Lai, Zhang, Cai, Ren, Shi, Luo, & Yan

بر پذیرش و تعهد بر آگاهی شخص، همراه با تعهد نسبت به عمل و پذیرش درد تأکید می‌کند؛ یعنی شخص بدون اینکه مانع حضور افکار مرتبط با بیماری در ذهن خود شود، آگاهانه آن‌ها را در افکار خود موردبررسی و ارزیابی قرار می‌دهد. هنگامی که این افکار و احساسات با گشودگی و پذیرش مشاهده شوند، حتی دردناک‌ترین آن‌ها کمتر تهدیدکننده و قابل‌پذیرش‌تر می‌شوند. در این درمان سعی بر این است که به بیمار یاد داده شود که هرگونه فعالیتی برای اجتناب یا کنترل این تجارب روانی بی‌فایده است؛ یا اثر منفی دارد و باید تجارب ایجادشده را بدون هیچ‌گونه واکنش برای حذف آن‌ها به‌طور کامل پذیرفت (باقری شیخانگفشه، فتحی آشتیانی، صوابی نیری، نخستین آصف، بوربور، ۱۴۰۱).

مطالعات مختلفی به بررسی درمان مبتنی بر اثربخشی پذیرش و تعهد در متغیرهای مختلف پرداخته‌اند از جمله اینکه در پژوهشی وترل^۱ به مطالعه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان رفتاری - شناختی در بیمارانی با درد مزمن پرداختند. یافته‌های پژوهشگران نشان داد که درد، افسردگی، اضطراب ناشی از درد، در بیماران گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش بهبودیافته بود؛ تفاوت معناداری بین گروه‌های درمانی از نظر بهبودی وجود نداشت، اما بیماران گروه درمانی تعهد و پذیرش هنگامی که گزارش درمانی را تکمیل نمودند نسبت به گروه درمان رفتاری شناختی، رضایت بیشتری داشتند. در پژوهشی فرمن^۲ و همکاران ۲ به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی در بهبود بیماران پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که هر دو درمان باعث بهبود مشکلات کارکردی، رضایت از زندگی، افسردگی و اضطراب در هر دو گروه شده، اما سازوکار عمل دو درمان متفاوت بود. تغییر در مشاهده و توصیف تجربیات از نتایج شناخت درمانی بود درحالی که اجتناب تجربی، عمل همراه با آگاهی و پذیرش از نتایج پذیرش و تعهد درمانی بود. امروزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک درمان مؤثر برای افسردگی و اضطراب که هر دو در بیماران سرطانی و خانواده‌های آنان شیوع بالایی دارد، شناخته شده است؛ همچنین بر اساس پژوهش‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبتی نیز بر کیفیت زندگی و خلق بیماران سرطانی دارد اما در مورد والدین کودکان مبتلا به سرطان، پژوهش‌ها غالباً بر اندازه‌گیری جنبه‌های سلامت

1 Wetherell

2 Forman

روان مانند اضطراب، افسردگی یا استرس پس از سانحه متمرکز بوده‌اند و کمتر به دامنه‌ی وسیع‌تری از خروجی‌های سلامت روان مانند بر فقدان لذت‌جویی، معنا در زندگی، همدلی عاطفی، رابطه والد - کودک و کیفیت زندگی کودک توجه نموده‌اند. از سویی متأسفانه مادران کودکان سرطانی طبق پژوهش‌های انجام‌شده از اضطراب و افسردگی ناشی از عدم پذیرش مشکل و بحران به وجود آمده رنج می‌برند. به دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دلیل این رنج در اصل وجود درد ناشی از بیماری فرزند نیست بلکه دلیل اصلی این رنج انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، اجتناب از تجربه درد یا فرار از درد و همجوشی شناختی است به همین دلیل انجام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای این مادران توصیه می‌شود.

در انتها با توجه به پیامدهای روان‌شناختی منفی سرطان ضرورت دارد مداخلات مؤثر شناسایی و مورد ارزیابی قرار بگیرد. در پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فقدان لذت‌جویی، معنا در زندگی، همدلی عاطفی، رابطه والد - کودک و کیفیت زندگی کودک، مادران کودکان مبتلا به سرطان موردنظر است؛ اما تاکنون پژوهشی در این راستا انجام نشده است که به دلیل عدم وجود مطالعات منسجم و کافی در این زمینه اهمیت پژوهش حاضر دوچندان می‌گردد. لذا، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فقدان لذت‌جویی، معنا در زندگی، همدلی عاطفی، رابطه والد - کودک و کیفیت زندگی کودک، مادران کودکان مبتلا به سرطان اثربخش است؟

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود. این طرح با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با آزمون پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلا به سرطان به همراه کودکانشان که به بیمارستان امید اصفهان در سال ۱۴۰۲ مراجعه نمودند بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power مبتنی بر آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری، برای انجام آزمون در سطح معناداری ۵ درصد ($\alpha=0/05$)، با توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta=0/2$)، و اندازه اثر متوسط ($d=0/25$) و تعداد تکرار ۲، برابر ۳۴ مورد (۲ گروه ۱۷ تایی) به دست آمد. با در نظر گرفتن ۱ نمونه‌ی مازاد در هر گروه به علت

مخدوش بودن احتمالی پرسشنامه‌ها یا ترک مطالعه توسط افراد، تعداد ۱۸ مادر در قالب دو گروه ۱۸ نفری برای مطالعه انتخاب شد. از بین مادرانی که فرزند آن‌ها به تشخیص پزشک متخصص، مبتلا به سرطان و در بیمارستان امید اصفهان تحت درمان بودند بعد ریزش که شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و مشکلات روان‌شناختی ناشی از بیماری فرزندشان بود به تعداد ۳۶ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) گمارده شدند که نتایج بر اساس این تعداد مورد تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود شامل حداقل شش ماه از تشخیص ابتلا به سرطان کودکان گذشته باشد، حداقل سواد لازم جهت خواندن و نوشتن، رده سنی مادران ۲۵-۴۵ سال بود و ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن عدم هرگونه اختلالات روان‌پزشکی شناخته‌شده، شرکت هم‌زمان در دوره‌های آموزشی یا روان‌شناختی و غیبت بیش از دو جلسه در دوره درمان بود. بدین صورت که پس از اعلام فراخوان جهت شرکت در جلسات مداخله‌ای، از داوطلبان پیش‌آزمون به عمل آمد.

نمونه شامل ۳۶ نفر از بین مادران دارای کودک مبتلا به سرطان که طی ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۲ به بیمارستان امید اصفهان مراجعه کردند، به روش در دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه‌ی فقدان لذت جویی

این پرسشنامه توسط اسنیت، همیلتون، مورلی، هومایان، هارگریوز و تریگول ساخته شد و حاوی ۱۴ سؤال و ۴ عامل تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، تفریح و سرگرمی و خوردن و آشامیدن است. محتوای عبارات این پرسشنامه شامل چهار حیطه می‌شود. علائق و سرگرمی‌ها عبارات ۱، ۲، ۹؛ تعامل اجتماعی عبارات ۷، ۸، ۱۳، ۱۴، ۳؛ تجربه حسی عبارات ۱۱، ۱۲، ۵، ۶ و خوراک و نوشیدنی عبارات ۴ و ۱۰. پاسخ‌های این پرسشنامه بر اساس یک طیف لیکرت ۲ نمره‌ای (از ۰ کاملاً مخالفم تا ۴ کاملاً موافقم) نمره‌گذاری شده است. دامنه‌ی نمره‌های این پرسشنامه بین ۰ تا ۵۶ است و نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی ظرفیت بالای لذت‌جویی و نمره‌ی پایین نشان‌دهنده‌ی فقدان لذت‌جویی است. این پرسشنامه در ایران توسط سیادتیان و قمرانی

(۱۳۹۲) ترجمه و هنجاریابی شده است. سیادتیان و قمرانی ضرایب پایایی عامل‌های این پرسشنامه را بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۶ و ضریب پایایی تنصیف آن را ۰/۸۶ گزارش کردند (سیادتیان و قمرانی، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد.

ب) پرسشنامه معنا در زندگی (MLQ)

پرسشنامه معنا در زندگی استگر و همکاران (۲۰۰۶) جهت ارزیابی وجود معنا و تلاش برای یافتن آن ارائه شده و اعتبار و پایایی و ساختار عاملی آن در پژوهش‌های مختلف با نمونه‌های متفاوت مورد بررسی قرار گرفته است. این پژوهشگران برای ساخت این ابزار ابتدا ۴۴ آیتم تهیه کردند و سپس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به دو عامل وجود معنا در زندگی و جستجوی معنا در زندگی با مجموع ۱۷ آیتم دست یافتند. سپس در یک تحلیل عاملی تأییدی با حذف ۷ گویه به ساختار مناسب دو عاملی با ۱۰ گویه دست یافتند که معنای زندگی و جستجوی آن را در زندگی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمرات هر دو زیر مقیاس بین ۵ تا ۳۵ متغیر بوده به طوری که نمرات بیشتر نشان‌دهنده بالا بودن معنا در زندگی و نمرات کمتر نشان‌دهنده پایین بودن معنا در زندگی است. در پژوهش استگر و همکاران (۲۰۰۸) ساختار دو عاملی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته است. سازندگان آزمون روایی همگرا را با آزمون‌های رضایت از زندگی و عاطفه مثبت بررسی کرده و ضریب همسانی درونی را برای هر دو زیر مقیاس بالای ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (استگر و همکاران، ۲۰۰۸). در مطالعه احمدی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب همسانی درونی دو زیر مقیاس وجود و جستجوی معنا به ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۷۸ به دست آمد (عاشوری و احمدیان، ۱۳۹۷). در مطالعه حاضر پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ محاسبه شد.

ج) مقیاس همدلی عاطفی

پرسشنامه همدلی عاطفی توسط مهربان و اپستاین در سال ۱۹۷۲ ساخته شد که این مقیاس ۳۳ گویه دارد و ۱۷ گویه آن همدلی را به صورت مثبت و ۱۶ گویه آن را به صورت منفی

ارزیابی می‌کند. این مقیاس شامل عوامل همدلی واکنشی، همدلی بیانی، همدلی مشارکتی، اثرپذیری عاطفی، ثبات عاطفی، همدلی نسبت به دیگران و کنترل است. گویه‌ها به صورت پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم از ۵ تا ۱ نمره‌گذاری می‌شوند. مهربان و ایستاین روی ۲۰۲ زن و مرد ضریب پایایی ۰/۸۴ را گزارش کرده‌اند. زرشقایی، نوری و عریضی نیز اعتبار مقیاس را به روش آزمون و بازآزمایی مناسب ارزیابی کرده‌اند. پایایی پایین پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۳ نیز گزارش شد.

د) مقیاس رابطه والد- فرزند

این مقیاس توسط بیاننا برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ گویه است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودک می‌سنجد. این مقیاس دارای حوزه‌های نزدیکی (۱۰ گویه)، وابستگی (۶ گویه)، تعارض (۱۷ گویه) و رابطه مثبت کلی (مجموع تمامی حوزه‌ها) است. این مقیاس یک پرسشنامه خود گزارش دهی است و برای سنجش رابطه والد - کودک در تمام سنین استفاده می‌شود. نزدیکی، بیانگر ادراک مادر از رابطه گرم، عاطفی و ارتباط نزدیک با فرزند خویش است. وابستگی، بیانگر ادراک مادر از میزان وابستگی بیش‌ازحد کودک به والدین است و تعارض بیانگر درجه‌ای است که مادر احساس می‌کند رابطه نامطلوب و منفی با فرزند خویش دارد. این پرسشنامه دارای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. شیوه نمره‌گذاری برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ انجام می‌شود. رابطه مثبت کلی که همان نمره کل است از مجموع نمرات حوزه نزدیکی و معکوس نمرات حوزه تعارض و وابستگی به دست می‌آید. دریکسول و بیاننا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در هر یک از مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده است (اصلائی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهش عاشوری و احمدیان نیز روایی این مقیاس ۰/۷۱ و ضریب پایایی آن در حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۸ و ۰/۸۱ به دست آمده. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

ه) مقیاس کیفیت زندگی کودکان (scales core generic™ 4.0 PedsQL)

این پرسشنامه مربوط به گروه سنی ۲ تا ۱۶ سال می‌باشد که توسط وارنی، سید، کورتین ۱ (۲۰۰۱) تهیه و تدوین گردید و یک ابزار ۲۳ گوی‌های است که کیفیت زندگی کودکان را در ۴ خرده‌مقیاس: عملکرد جسمانی (۸ گویه)، عملکرد عاطفی (۵ گویه)، عملکرد اجتماعی (۵ گویه) و عملکرد مدرسه (۵ گویه) اندازه‌گیری می‌کند، پرسش‌نامه ۲ فرم دارد، فرم خود سنجی آن برای کودکان ۸-۱۲ ساله به کار گرفته می‌شود و فرم گزارش دهی توسط والدین که برای همان کودکان به کار می‌رود. پرسشنامه به‌گونه‌ای طراحی شده است که هر عبارت وجود یک مشکل خاص را در یک ماه گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ‌ها به‌صورت لیکرت و ۵ گزینه‌ای شامل: هرگز (۴)، خیلی کم (۳)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۱) و همیشه (۰) می‌باشد. نمره به‌دست‌آمده برای هر زیرمقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه، ابتدا در هر عبارت به این صورت نمره داده شد. (هرگز: نمره ۱۰۰، خیلی کم: نمره ۷۵، گاهی اوقات: نمره ۵۰، اغلب: نمره ۲۵ و همیشه: نمره صفر). نمره کمتر از ۲۵ مطرح‌کننده کیفیت زندگی پایین، نمره بین ۲۵ تا ۷۵ مطرح‌کننده کیفیت زندگی بالا می‌باشد. جمع نمرات عبارات ۱ تا ۸ تقسیم‌بر ۸ زیرمقیاس عملکرد فیزیکی را نشان می‌دهد. جمع نمرات عبارات ۹ تا ۱۳ تقسیم‌بر ۵ زیرمقیاس عملکرد عاطفی را نشان می‌دهد. جمع نمرات عبارات ۱۴ تا ۱۸ تقسیم‌بر ۵ زیرمقیاس عملکرد اجتماعی را نشان می‌دهد و جمع نمرات عبارات ۱۹ تا ۲۳ تقسیم‌بر ۵ زیرمقیاس عملکرد تحصیلی را نشان می‌دهد. همچنین، جمع نمرات عبارات ۱ تا ۸ تقسیم‌بر ۸ زیرمقیاس کلی سلامت جسمانی و جمع نمرات عبارات ۹ تا ۲۳ تقسیم‌بر ۱۵ زیرمقیاس کلی سلامت روان‌شناختی را نشان می‌دهد. جمع تمام عبارات تقسیم‌بر ۲۳ نمره کل را نشان می‌دهد (محمدیان و همکاران، ۱۳۹۳). در مطالعه وارنی و همکاران ۲ (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ نسخه کودکان ۰/۸۸ و نسخه والدین ۰/۹۰ گزارش نمودند. در پژوهش

1 Varni et al

2 Varni et al

محمدیان و همکاران (۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی کودکان در کل ابزار ۰/۸۴ و در چهار زیر مقیاس عملکرد جسمانی ۰/۸۰، عملکرد عاطفی ۰/۸۶، عملکرد اجتماعی ۰/۸۳ و عملکرد مدرسه ۰/۸۸ به دست آمد.

ی) پروتکل شرح جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

در این شیوه درمانی، تلاش می‌شود تا به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در پژوهش حاضر، این مداخله درمانی بر اساس پروتکل درمانی وستراپ و رایت، ۲۰۱۷ بود که توسط ایری و مک وندی تدوین شده است. در پژوهش ایری و همکاران^۱ (۲۰۱۹) تأیید روایی محتوایی بسته درمانی و تطابق آن با اهداف پژوهش مشخص شده است.

جدول (۱) خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد (وستراپ و رایت، ۲۰۱۷)

جلسه	شرح جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

1 Iri et al

2 Westrup & Wright

جلسه	شرح جلسات
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات.
نهم	بررسی تمرین‌ها و تکالیف مربوط به جلسه گذشته ادامه آموزش مهارت‌ها.
دهم	بررسی تکالیف جلسه گذشته بررسی و مرور جلسه‌های گذشته و خالصه آموخته‌های جلسه‌های پیشین بررسی پیشرفت‌ها و مقدار دست‌یابی به اهداف درمانی بررسی چشم‌انداز مراجعان نسبت به آینده پایان درمان.

برخی مفاد اخلاقی در بخش اجرایی پژوهش حاضر، احترام به کرامت و حریم خصوصی افراد، محرمانه بودن داده‌های جمع‌آوری شده، توضیح اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها، کسب رضایت آگاهانه، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخلات، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آزمودنی‌ها بود. در نهایت داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای پژوهش، با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بنفرونی) جهت اثربخشی و ماندگاری گروه‌های درمان، به کمک نرم‌افزار SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه کنترل $36/2 \pm 60/87$ سال و گروه مداخله $37/2 \pm 27/86$ سال بود. 41/7 درصد افراد گروه آزمایش و 30 درصد شرکت‌کنندگان گروه کنترل دیپلم داشتند. میانگین و انحراف متغیرهای پژوهش در جدول 2 گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

کنترل		آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)		نوع آزمون	شاخص‌های آماری مقیاس
		انحراف معیار	میانگین		
فقدان لذت‌جویی	پیش آزمون	۶/۸۲	۵۱/۲۵	۶/۶۳	۵۳/۹۱
	پس آزمون	۶/۹۲	۵۰/۵۰	۲/۳۲	۴۱/۱۶
	پیگیری	۶/۹۰	۵۰/۵۰	۳/۳۶	۴۰/۳۳
همدلی عاطفی	پیش آزمون	۶/۸۲	۱۰۵	۷/۹۱	۱۰۳/۴۱
	پس آزمون	۶/۶۸	۱۰۴/۸۳	۸/۰۴	۱۱۱
	پیگیری	۶/۶۵	۱۰۴/۸۳	۷/۲۹	۱۱۱/۳۳
معنا در زندگی	پیش آزمون	۳/۵۳	۴۴/۸۳	۶/۰۶	۴۹
	پس آزمون	۴/۰۴	۴۴/۱۶	۷/۴۲	۴۹/۲۵
	پیگیری	۴/۰۲	۴۴/۱۶	۷/۷۳	۴۹/۸۳
رابطه والد-کودک	پیش آزمون	۹/۲۷	۱۱۴/۵۸	۱۰/۸۹	۱۱۷/۶۶
	پس آزمون	۹/۲۵	۱۱۴/۳۳	۹/۷۳	۱۲۷/۷۵
	پیگیری	۹/۲۷	۱۱۴/۳۳	۱۰/۰۳	۱۲۷/۵۰
کیفیت زندگی کودک	پیش آزمون	۱۰/۴۵	۵۹/۸۳	۱۷/۹۲	۵۷/۵۰
	پس آزمون	۱۰/۴۱	۵۹/۸۱	۱۷/۳۴	۵۶/۳۳
	پیگیری	۱۰/۰۸	۶۰/۶۶	۱۷/۴۹	۵۶/۵۰

طبق جدول (۲) نمره‌های همدلی عاطفی، معنا در زندگی، رابطه والد-کودک و کیفیت زندگی کودک در گروه آزمایش بر اثر مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است؛ و نمره فقدان لذت‌جویی در گروه آزمایش بر اثر مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر برای نمره‌های متغیرها در دو گروه

متغیر	گروه	F	درجه آزادی	مجدور اتا	معناداری
فقدان لذت‌جویی	آزمایش (درون‌گروهی)	۶۲/۱۳۲**	۱۱ و ۲	۰/۸۵۰	۰/۰۰۱
	گواه (درون‌گروهی)	۴/۰۶۸	۱۱ و ۲	۰/۲۷۰	۰/۰۵۱
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۶۶/۱۲۳**	۱/۰۹۴ و ۲	۰/۷۵۰	۰/۰۰۱
همدلی عاطفی	آزمایش (درون‌گروهی)	۳۰/۷۴۲**	۱۱ و ۲	۰/۷۳۶	۰/۰۰۱
	گواه (درون‌گروهی)	۰/۳۷۹	۱۱ و ۲	۰/۰۳۳	۰/۶۸۹
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۲۸/۳۷۴**	۱/۱۵۵ و ۲	۰/۵۶۳	۰/۰۰۱
معنا در زندگی	آزمایش (درون‌گروهی)	۰/۷۰۰	۱۱ و ۲	۰/۰۶۰	۰/۴۸۷
	گواه (درون‌گروهی)	۱/۹۱۳	۱۱ و ۲	۰/۱۴۸	۰/۱۷۱
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۰/۲۶۷	۱/۵۴۱ و ۲	۰/۰۱۲	۰/۷۶۷
رابطه والد-کودک	آزمایش (درون‌گروهی)	۹۱/۹۰۲	۱۱ و ۲	۰/۸۹۳	۰/۰۰۱
	گواه (درون‌گروهی)	۰/۳۷۱	۱۱ و ۲	۰/۰۳۳	۰/۵۵۵
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۱۴/۹۸۴**	۱/۸۴۳ و ۲	۰/۴۰۵	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی کودک	آزمایش (درون‌گروهی)	۷/۲۷۷	۱۱ و ۲	۰/۳۹۸	۰/۰۰۴
	گواه (درون‌گروهی)	۰/۹۴۱	۱۱ و ۲	۰/۰۵۷	۰/۴۳۲
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۵/۰۳۲*	۱/۶۵۷ و ۲	۰/۱۸۶	۰/۰۱۶

جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های فقدان لذت‌جویی معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$) اما در گروه گواه معنی‌دار نیست ($P = ۰/۰۵۱$) مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های فقدان لذت‌جویی، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$) و می‌توان گفت برنامه درمانی بر فقدان

لذت‌جویی مادران کودکان مبتلا به سرطان اثر داشته و آن را کاهش داده است. با توجه به مقدار مجذور آتا میزان این تأثیر ۷۵ درصد است

همچنین در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های همدلی عاطفی معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ اما در گروه گواه معنی‌دار نیست. ($P = 0/689$). مقایسه بین -گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های همدلی عاطفی، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ بنابراین می‌توان گفت برنامه درمانی بر همدلی عاطفی مادران کودکان مبتلا به سرطان اثر داشته و آن را افزایش داده است. با توجه به مقدار مجذور آتا میزان این تأثیر ۵۶/۳ درصد است.

هم‌چنین در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های رابطه والد-کودک معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ اما در گروه گواه معنی‌دار نیست. ($P = 0/555$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های رابطه والد-کودک، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ بنابراین می‌توان گفت برنامه درمانی بر رابطه والد-کودک مادران کودکان مبتلا به سرطان اثر داشته و آن را افزایش داده است. با توجه به مقدار مجذور آتا میزان این تأثیر ۴۰/۵ درصد است

هم‌چنین در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های کیفیت زندگی کودک معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ اما در گروه گواه معنی‌دار نیست. ($P = 0/555$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های کیفیت زندگی کودک، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ بنابراین می‌توان گفت برنامه درمانی بر کیفیت زندگی کودک، مادران کودکان مبتلا به سرطان اثر داشته و آن را افزایش داده است. با توجه به مقدار مجذور آتا میزان این تأثیر ۱۸/۶ درصد است

در گروه آزمایش و گواه تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های معنا در زندگی معنی‌دار نیست ($P > 0/05$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های معنا در زندگی بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار نیست ($P = 0/767$)؛ بنابراین می‌توان گفت برنامه درمانی معنا در زندگی، مادران کودکان مبتلا به سرطان اثر نداشته است.

جدول ۴. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین نمره‌های متغیرها

متغیر	زمان اندازه‌گیری	گروه آزمایش			گروه کنترل		
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری
فقدان لذت جویی	پیش آزمون-پس آزمون	*۱۲/۷۵۰	۱/۶۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰	۰/۳۷۲	۰/۲۰۶
	پیش آزمون-پیگیری	*۱۳/۵۸۳	۱/۶۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰	۰/۳۷۲	۰/۲۰۶
	پس آزمون-پیگیری	۰/۸۳۳	۰/۴۲۳	۰/۲۲۴			
همدلی عاطفی	پیش آزمون-پس آزمون	*-۷/۵۸۳	۱/۲۸۸	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷	۰/۲۷۱	۱/۰۰۰
	پیش آزمون-پیگیری	*-۷/۹۱۷	۱/۴۲۷	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷	۰/۲۷۱	۱/۰۰۰
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۳۳۳	۰/۴۶۶	۱/۰۰۰			
معنا در زندگی	پیش آزمون-پس آزمون	-۰/۲۵۰	۰/۷۷۰	۱/۰۰۰	۰/۶۶۷	۰/۴۸۲	۰/۵۸۲
	پیش آزمون-پیگیری	-۰/۸۳۳	۰/۸۱۵	۰/۹۸۵	۰/۶۶۷	۰/۴۸۲	۰/۵۸۲
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۵۸۳	۰/۵۵۷	۰/۸۵۲			
رابطه والد-کودک	پیش آزمون-پس آزمون	*-۳/۹۱۷	۰/۹۱۶	۰/۰۰۲	۰/۲۵۰	۰/۴۱۱	۱/۰۰۰
	پیش آزمون-پیگیری	*-۴/۱۶۷	۱/۰۹۰	۰/۰۰۲	۰/۲۵۰	۰/۴۱۱	۱/۰۰۰
	پس آزمون-پیگیری	۰/۲۵۰	۰/۳۱۳	۱/۰۰۰			
کیفیت زندگی کودک	پیش آزمون-پس آزمون	*۱/۱۶۷	۰/۳۸۶	۰/۰۳۵	-۰/۸۳۳	۰/۲۷۱	۰/۰۹۱
	پیش آزمون-پیگیری	*۱	۰/۳۸۹	۰/۰۳۹	-۰/۸۳۳	۰/۲۷۱	۰/۰۹۱
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۱۶۷	۰/۱۶۷	۱/۰۰۰			

مطابق نتایج جدول ۴ در گروه آزمایش، نمره فقدان لذت جویی، همدلی عاطفی، رابطه والد-کودک و کیفیت زندگی کودک در مرحله پس آزمون افزایش یافته است که این تغییر معنادار است ($P < ۰/۰۱$). در حالی که تفاوت میانگین دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری در گروه گواه معنادار نیست ($P < ۰/۰۱$). تفاوت نمرات معنا در زندگی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنی دار نیست.

همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد، در متغیرهای فقدان لذت جویی، همدلی عاطفی، رابطه والد-کودک و کیفیت زندگی کودک میانگین نمرات مرحله پس آزمون نسبت به پیگیری در گروه آزمایش معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$)؛ بنابراین می‌توان گفت که تأثیر آموزش بر تمامی

متغیرهای فقدان لذت‌جویی، همدلی عاطفی، رابطه والد-کودک و کیفیت زندگی کودک در افراد، سه ماه پس از آموزش نیز پایدار باقی مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فقدان لذت‌جویی، معنا در زندگی، همدلی عاطفی، رابطه والد - کودک و کیفیت زندگی کودک، مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش ظرفیت تجربه لذت و لذت‌جویی در مادران و افزایش معنا در زندگی، همدلی عاطفی، رابطه والد - کودک و کیفیت زندگی کودک در مادران کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است.

گونزالز-فرناندز و فرناندز-رودریگوئز در پژوهش مروری خود گزارش کردند که مشکلات هیجانی در بیماران سرطانی به‌شدت رواج دارد و به همین خاطر به درمانی نیاز است که در درمان این مشکلات اثربخش باشد (گونزالز-فرناندز، ۲۰۱۹). بر این اساس رویکرد بافتی مورد استفاده در درمان تعهد و پذیرش، آن را به‌طور ویژه برای کار با بیماران سرطانی مناسب می‌سازد (کریمی باغملک، جلوداری و ماهیگیر، ۱۳۹۸). در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان تعهد و پذیرش بر لذت‌جویی می‌توان اذعان نمود یک فرض‌بنیادی درمان پذیرش و تعهد آن است که رنج بردن یک بخش عادی و اجتناب‌ناپذیر از تجربه‌ی انسانی است. این اغلب تلاش افراد برای کنترل یا اجتناب از تجربیات دردناکشان است که باعث رنج کشیدن می‌شود. هدف درمان پذیرش و تعهد غلبه بر درد یا هیجان‌های مبارز نیست؛ بلکه هدف درمان پذیرش و تعهد در آغوش گرفتن و پذیرفتن زندگی و احساس کردن هر چیزی است که زندگی ارائه می‌کند (هیز، ۲۰۱۶).

(Hayes, 2016). درمان پذیرش و تعهد با انتخاب یک زندگی مبتنی بر چیزی که بیشترین اهمیت و ارزش را دارد، سبکی خارج از رنج کشیدن ارائه می‌دهد. به‌جای حذف افکار ناخوانده که اغلب منجر به رفتارهای وسواسی می‌شوند، درمان پذیرش و تعهد به مردم کمک می‌کند شیوه‌هایی برای رها کردن کشمکش با این افکار ناخوانده بیاموزند. یک شیوه‌ی

1 González-Fernández

2 Hayes

انجام این کار کمک به افراد در دیدن افکار و احساسات همان‌گونه که هستند است. افکار و احساسات می‌آیند و می‌روند و گاهی اوقات یک واکنش خوب در واقع واکنش نداشتن است. به‌طور کلی، درمان پذیرش و تعهد با شش فرآیند به کمک افراد می‌شتابد. در نخستین فرآیند، پذیرش شامل در آغوش گرفتن فعال و آگاهانه‌ی وقایع خصوصی است که توسط تجربه‌ی مرحله‌ی آخر سرطان ایجاد شده است بدون تلاش غیرضروری برای تغییر دادن آن، به‌ویژه وقتی انجام آن نتیجه‌ای جز آسیب روان‌شناختی ندارد. گسلش شناختی تلاش می‌کند تا عملکردهای نامطلوب افکار را به‌جای خود وقایع تغییر دهد (کریمی باغملک و همکاران، ۱۳۹۸). در به‌عنوان مثال، تکرار زیاد و با صدای بلند واژه «سرطان» تا جایی که این واژه هیچ معنایی نداشته باشد و فقط ادا کردن آوای صوتی آن باشد (تفکیک معنا از واژه). ذهن آگاهی یا بودن در حال به مادران دارای کودکان بیماران کمک می‌کند تا با داشتن تماس مداوم غیر قضاوتی با محیط خود، خود را کمتر درگیر افکار مربوط به پیامدها و آینده‌ی بیماری کودکانشان کنند و به همین شیوه، آرامش روان‌شناختی بیشتری را تجربه کنند. در خود به‌عنوان محتوا، مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان، خود را معادل با محتوای افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی که در لحظه‌ای خاص که کودکانشان تجربه می‌کنند در نظر می‌گیرند؛ در صورتی که محتوای این افکار و احساس‌ها و حس‌ها منفی باشد، فرد دچار رنج می‌شود؛ در چنین شرایطی، با استفاده از فنون به مادران دارای کودک بیمار آموزش داده می‌شود تا خود را به‌صورت جدای از این تجارب منفی در نظر بگیرد. در ارزش‌ها، به فرد (مادر دارای کودک مبتلا به سرطان) کمک می‌شود تا جهت‌های زندگی را که برای خود ارزشمند می‌داند بدون تحت تأثیر اجتناب، تبعیت اجتماعی یا گسلش قرار گرفتن، انتخاب کند؛ به‌عنوان مثال، از جمله ارزش‌های یکی از مادران در پژوهش حاضر، سفر کردن بود که به او آموزش داده شد می‌تواند با رعایت کردن نکات پزشکی برای فرزندش و یا کمک گرفتن از دیگری به انجام آن بپردازد. در واقع، تمام فرآیندهای پیشین درمان پذیرش و تعهد، مسیر را برای رسیدن به یک زندگی با ارزش و سازگارانه هموار می‌کنند. در نهایت، عمل متعهد شده، عملی است که در یک لحظه‌ی معین در زمان معینی به‌طور داوطلبانه باهدف ایجاد الگویی از اعمال در خدمت ارزش‌های شناسایی شده‌ی فرد صورت می‌گیرد و مداخلات مربوط به این

فرآیند عمدتاً از فنون رفتاردرمانی سنتی گرفته شده‌اند و منحصر به درمان پذیرش و تعهد نیستند (هیوز و همکاران، ۱، ۲۰۱۷). به عنوان مثال، دریا استفاده از فنون فعال‌سازی رفتاری تلاش کردند تا حضور خود در گردهمایی‌ها، رفتن به پارک و سینما و غیره را در راستای ارزش داشتن یک زندگی اجتماعی و دارای هیجان افزایش دهند. از این رو درمان تعهد و پذیرش توانست موجب افزایش ظرفیت تجربه لذت و لذت‌جویی در مادران را افزایش دهد.

در ارتباط با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنا در زندگی هیوز و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند، افراد که احساس معنا در زندگی نمی‌کنند، به علت نوع نگاهشان به خود و دنیا و آینده، حس کامل بودن و مفید بودن ندارند. این افراد از آنجاکه خود را غرق افکار و احساسات بی‌معنا و منفی می‌کنند، دارای تعاملات اجتماعی مناسبی نیستند؛ اما با شرکت در جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به نگرش یا رابطه متفاوت با افکار و احساسات و عواطف دست‌یافته و حس معناداری زندگی در آن‌ها افزایش می‌یابد هیوز و همکاران (۲۰۱۲)؛ بنابراین بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل نا مؤثر کاهش پیدا کند. به مادران آموخته می‌شود هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد. همچنین در این میان بر آگاهی روانی فرد در لحظه افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و به فرد آموخته می‌شود خود را از این تجارب ذهنی جدا کند. در نهایت آموزش‌های اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخصشان کند و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل نماید. این آموزش‌ها باعث کاهش احساس پوچی و افزایش وجود معنا در زندگی فرد می‌شود (فورمن و هربرت، ۲، ۲۰۰۹)؛ بنابراین تلاش در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش نسبت به حقایق زندگی و در نتیجه استفاده از راهکارهای مقابله‌ای سلسله مدار در مواجهه با پیشامدهای زندگی است؛ که این امر از طریق مکانیسم تمایل به قبول افکار، احساسات، خاطرات، علائم بدنی و میل‌های آزردهنده و منفی خود صورت می‌گیرد و به این مفهوم پی می‌بردند که این علائم آزردهنده مانع زندگی بامعنا و غنی نیستند بلکه بخش‌هایی از

1 Hughes et al

2 Forman & Herbert

یک زندگی معنا دار و غنی هستند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲).

درواقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگرش نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و درنهایت تعهد به هدفی اجتماعی‌تر را می‌توان جزء عوامل تأثیرگذار در این روش درمانی دانست که فرد در آن یاد می‌گیرد چگونه باور بازدارنده فکر را رها کند، از افکار مزاحم گسیخته شود، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را جایگزین نماید، وقایع درونی را به جای کنترل بپذیرد، ارزش‌هایش را تصریح کند و به آن‌ها بپردازد. با به‌کارگیری تکنیک‌های فرایند تصریح ارزش‌ها برای افراد گروه روشن می‌شود که در حقیقت آنچه انسان را از پای در می‌آورد، رنج‌ها و سرشت نامطلوب آن‌ها نیست (شرایط خاص کودکان‌شان و تأثیری که بر مادران داشته است) بلکه بی‌معنا شدن زندگی است که مصیبت‌بار است و معنا تنها در لذت، خوشی و شادمانی نیست، بلکه در رنج و مرگ هم می‌توان معنایی یافت؛ بنابراین وجود معنا در زندگی مستلزم آن است که ارزش‌ها، اهداف و معیارها به‌طور سنجیده و حساب‌شده‌ای در درون فرد پردازش، ارزیابی و باز ساختاردهی شود که این درمان توانست معنای زندگی را بازشناسی افکار مزاحم ایجاد نماید.

با توجه به یافته‌های حاصل‌شده از مداخلات بالینی تعهد و پذیرش شاهد تغییر در الگوهای اجتنابی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تغییر قضاوت‌ها، شناسایی اهداف و ارزش‌های مادران هستیم و درنهایت با افزایش همدلی عاطفی اجتناب تجربه‌ای و استرس مربوط به موقعیت‌های واقعی زندگی مادران که دارای کودکان مبتلا به سرطان هستند کاهش می‌یابد. همچنین مادران با تمرینات شفقت به خود می‌توانند با کاهش دادن قضاوت منفی از افکار و احساسات خودآگاه شوند و در فضایی امن، روش معمول واکنش به آن‌ها را تغییر دهند و در این فرآیند نسبت به خود مهربان باشند (ستتنو و فرناندز، ۲۰۲۰).

رابطه والد-فرزندی متشکل از ترکیبی از رفتارها، احساسات و انتظاراتی است که منحصر به پدر و مادر خاص و یک کودک خاص است (جعفر طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ بنابراین در تبیین اثربخشی این درمان بر بهبود رابطه والد-کودک می‌توان گفت رویکرد درمانی پذیرش و تعهد در طیفی وسیعی از مشکلات خانواده، والدین و فرزندان مؤثر بوده است. این

درمان می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی فرد و همچنین مشکلات بین فردی داشته باشد. در رابطه والد-فرزندی و یا میان فردی این درمان باهدف قرار دادن نحوه برخورد با مشکلات می‌تواند تأثیر مثبتی در کاهش آن‌ها داشته باشد، در رابطه والد-فرزندی که می‌تواند به هر دلیلی دچار تنش شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر نحوه پاسخ‌دهی فرد به این مشکلات، استرس و تنش‌های فرد را کاهش داده، اجتناب‌های وی را از بین می‌برد و بدون کناره‌گیری از فرزند خود به تعامل و پذیرش وی می‌رسد (حاتمی فر و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به والد این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند، تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. همچنین مادران در طی فرایند درمان به تقویت یک رابطه غیر قضاوت‌گرایانه با تجارب خود می‌پردازند و یاد می‌گیرند افکار، احساساتشان همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتند، می‌باشند و نه چیزی بیشتر از آن. در این حالت است که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بیجا در مورد شرایط موجود در خانواده کاهش می‌یابد (رونکان، ۲۰۱۲).

درنهایت نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی کودک در مادران کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است. در تبیین نظری این یافته‌ها باید بیان نمود آموزش تعهد و پذیرش که متضمن حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه‌به‌لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش بی‌قیدوشرط ذهن است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های موردنیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که این مادران به دلیل داشتن کودکان مبتلا به سرطان دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، نا‌ارزنده‌سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود، بلکه تأثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم در خود فرد و اطرافی‌شان می‌گذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله که در درمان تعهد و پذیرش،

نا همجوشی شناختی نام دارد با تأثیر بر روی این جنبه‌ها می‌تواند در نهایت بر کیفیت زندگی کودکان تحت درمان سرطان نیز تأثیرگذار باشند. به‌طور کلی ذهن آگاهی یکی از مفاهیم کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد که یافته‌ها نشان داده است مدیریت استرس قادر است در کاهش رنج روان‌شناختی، پذیرش و ارتقای کیفیت زندگی نقش مؤثری داشته باشد. همچنین فرایند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که تعهد را تسهیل می‌کند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به کودکان تحت درمان کمک کند اهدافی که به‌طور هدفمند و معنادار در زندگی‌شان برمی‌گزینند را به‌طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به‌منظور تسهیل روند عمل متعهدانه هدایت‌شده بر اساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند. اجرای مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به‌منظور پذیرش هیجانات، با به‌کارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزش کودکان تحت درمان توسط والدین برای رهایی از بند مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و کودکان و والدین را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به افزایش مؤلفه‌های کیفیت زندگی گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از ابزارهای خود گزارشی مربوط به درمان اشاره کرد که محدودیتی برای تفسیر نمرات درمان در این پژوهش محسوب می‌شود. همچنین به دلیل آنکه این پژوهش در نمونه‌ی خاصی اجرا شد در نتیجه در تعمیم‌پذیری نتایج درمان باید احتیاط شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که دوره‌های دیگر درمان همراه با دوره پیگیری تکرار شود (جدا از دوره‌ی پیگیری اول) که مشخص شود آیا بعد از گذشت زمان آیا نتایج به‌دست‌آمده ثابت می‌مانند یا خیر.

تعارض منافع

بین نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود نداشت و نویسندگان سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش داشتند.

حمایت مالی

این مطالعه با هزینه شخصی پژوهشگران انجام گرفته و در هیچ‌یک از مراحل انجام این پژوهش هیچ‌گونه منابع مالی دریافت نشده است.

ملاحظات اخلاقی

در پایان محققان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند. ضمناً هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد. لازم‌به‌ذکر است، این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.072 می‌باشد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

فهرست منابع

- اوروجی اقدم، زهرا؛ عطادخت، اکبر؛ بشرپور، سجاد (۱۳۹۹). «اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر ارتباط والد-کودک بر کیفیت زندگی کودکان پیش‌دبستانی»، *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۹ (۳)، ۹-۱.
- اصلانی، خالد؛ وارسته، مرضیه؛ امان‌الهی، عباس (۱۳۹۵). «اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷ (۲۸)، ۱۸۳-۲۰۱.
- ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). «کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»، *مجله علوم پزشکی فیض*، ۱۷ (۳)، ۲۷۵-۲۸۶.
- باقری شیخانگفته، فرزین؛ فتحی آشتیانی، علی؛ صوابی نیری، وحید؛ نخستین آصف، زهرا؛ بوربور، زینب (۱۴۰۱). «اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال استرس پس از ضربه در پرستاران دارای فرسودگی کووید-۱۹: یک مطالعه نیمه تجربی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۱ (۱۱)، ۱۱۱۵-۱۱۳۲.
- خنجری، صدیقه؛ حق‌دوست اسکویی، سیده فاطمه؛ اسحقیان درچه، اعظم؛ حقانی، حمید (۱۳۹۲). «کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به لوسمی و عوامل مرتبط با آن»، *نشریه پرستاری ایران*، ۲۶ (۸۲)، ۱-۱۰.
- رحیمی، شعله؛ فداکار سوقه، کلثوم؛ تبری، رسول؛ کاظم نژاد، لیلی احسان (۱۳۹۲). «بررسی ارتباط سلامت عمومی مادران با کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان»، *حیات*، ۱۹ (۲)، ۹۳-۱۰۸.
- سیادتیان، سید حسین؛ قمرانی، امیر (۱۳۹۲). «بررسی روایی و پایایی مقیاس فقدان لذت‌جویی Snait-Hamilton در دانشجویان دانشگاه اصفهان: یک بررسی مقدماتی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۲ (۱۰)، ۸۰۷-۸۱۸.
- صدیدی، ستار؛ احمدیان، حمزه؛ صفاری نیا، مجید (۱۴۰۱). «پیش‌بینی همدلی عاطفی بر اساس تنظیم هیجان و خودکنترلی در معلمان»، *فصلنامه علمی - پژوهشی تعلیم و تربیت*، ۳۸

(۳)، ۱۵۹-۱۷۶

عاشوری، محمد؛ احمدیان، زهرا (۱۳۹۷). «بررسی اثربخشی برنامه سال‌های باورنکردنی بر تعامل مادر و کودک با اختلال رفتاری»، *روانشناسی افراد استثنایی*، ۸(۳۰)، ۱۹۹-۲۱۷.
 کریمی باغملک، آیت‌اله؛ جلوداری، آرش؛ ماهیگیر، فروغ (۱۳۹۸). «اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و فقدان لذت‌جویی بیماران سرطانی مرحله‌ی آخر»، *روانشناسی بالینی*، ۱۱(۴)، ۳۳-۴۰.

قربانی، اعظم؛ قزلباش، سیما؛ علیزاده، هما؛ خسروی، مریم (۱۴۰۰). «تأثیر گروه‌درمانی معنوی بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی کودکان مبتلا به سرطان»، *فصلنامه طب مکمل*، ۱۱(۳)، ۱۹۶-۲۰۹.

محمدی، سید یونس؛ صوفی، افسانه (۱۳۹۸). «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سرطان»، *روانشناسی سلامت*، ۸(۳۲)، ۵۷-۷۲.

محمدیان، هاشم؛ اکبری، حسین؛ گیلاسی، حمیدرضا؛ قارلی پور، ذبیح‌اله؛ معظمی‌گودرزی، علی؛ آفاجانی، مهدی (۱۳۹۳). «اعتباریابی پرسش‌نامه کیفیت زندگی کودکان (PedsQL) در شهر کاشان»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۳)، ۱۰-۱۸.
 موسوی، مریم؛ قربانپور آرانی، حسین و جلالی، مریم (۱۴۰۳). «اثربخشی ادبیات درمانی بر بهبود روان‌رنجوری کودکان مبتلا به سرطان (مطالعه موردی: کودکان دارای بیماری سرطان شهر کاشان)». *کاشان‌شناسی*، ۱۷(۱)، ۱۹۱-۲۱۸.

Adhiya-Shah, K. (2017). Book review: the will to meaning: foundations and applications of logotherapy. *Frontiers in Psychology*, 8, 278868.

Ahmadi, s., Baghrey, f., Heidar, m., & Kashfi, a. (2017). Elderly and Meaning in Life: Field Study of Sources and Dimensions of Meaning in Old Women and Men. *Psychological Achievements*, 24(1), 1-22.

Berger, E., Garcia, Y., Catagnus, R., & Temple, J. (2021). The effect of acceptance and commitment training on improving physical

- activity during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 70-78.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*, 52009, 77-101.
- González-Fernández, S., & Fernández-Rodríguez, C. (2019). Acceptance and commitment therapy in cancer: review of applications and findings. *Behavioral Medicine*, 45(3), 255-269.
- Hassanzadeh, M., Hassanzadeh, M., & Cheraghi, M. (2013). *Investigating the relationship between parent-child relationship and social self-efficacy of adolescent girls and boys in Shiraz the second national conference of psychology - family psychology*.
- Hayes, S. (2016). *Acceptance and commitment therapy: Cognitive delusion*. Translated by Dusti P, Ahmadi F. Tehran: FaragirHegmataneh Press.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hein, S., Röder, M., & Fingerle, M. (2018). The role of emotion regulation in situational empathy-related responding and prosocial behaviour in the presence of negative affect. *International Journal of Psychology*, 53(6), 477-485.
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain: a systematic review and meta-analyses. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552-568.
- Iri, H., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., & Hafezi, F. (2019). Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Dialectical Behavioral Therapy on health anxiety, psychosocial adjustment and cognitive emotion regulation of divorced women. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 61(supplment1), 79-88.
- Leung, C., Tsang, S., Ng, G. S., & Choi, S. (2017). Efficacy of parent-child interaction therapy with Chinese ADHD children:

- randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 36-47.
- Lippold, M. A., Davis, K. D., Lawson, K. M., & McHale, S. M. (2016). Day-to-day Consistency in Positive Parent-Child Interactions and Youth Well-Being. *J Child Fam Stud*, 25(12), 3584-3592.
- Nambisan, P. (2011). Information seeking and social support in online health communities: impact on patients' perceived empathy. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 18(3), 298-304.
- Rakel, D. P., Hoefl, T. J., Barrett, B. P., Chewning, B. A., Craig, B. M., & Niu, M. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family medicine*, 41(7), 494.
- Rieffe, C., Ketelaar, L., & Wiefferink, C. H. (2010). Assessing empathy in young children: Construction and validation of an Empathy Questionnaire (EmQue). *Personality and individual differences*, 49(5), 362-367.
- Schnell, T. (2009). The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe): Relations to demographics and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 483-499.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of counseling psychology*, 53(1), 80.
- Steger, M. F., Kawabata, Y., Shimai, S., & Otake, K. (2008). The meaningful life in Japan and the United States: Levels and correlates of meaning in life. *Journal of Research in Personality*, 42(3), 660-678.
- Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical care*, 39(8), 800-812.
- Venunathan, A., Reethadevi, V., & Muthugounder, K. (2021). Childhood cancer–Angst and impact among the parents A cross-sectional survey. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 10(3), 15-21.
- Wang, F. M., Chen, J. Q., Xiao, W. Q., Ma, Y. T., & Zhang, M.

- (2012). Peer physical aggression and its association with aggressive beliefs, empathy, self-control, and cooperation skills among students in a rural town of China. *Journal of interpersonal violence*, 27(16), 3252-3267.
- Westrup, D., & Wright, M. J. (2017). *Learning ACT for group treatment: An acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Zhao, C., Lai, L., Zhang, L., Cai, Z., Ren, Z., Shi, C., Luo, W., & Yan, Y. (2021). The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: A meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 140, 110304.