

Original Paper

Effectiveness of group acceptance and commitment therapy on parental self-efficacy among mothers of children with cancer

Elham Akbari (M.A), M.A in Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-4928-3876

***Nahid Havassi Soumar (Ph.D)**, Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: havassi.n2020@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-6482-4629

Simin Ronaghi (Ph.D), Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-1684-5027

Abstract

Background and Objective: Parents of children with cancer are more susceptible to psychological problems such as anxiety, depression, stress, and generally, mental health risks. This study was done to determine the effectiveness of group acceptance and commitment therapy on self-efficacy among mothers of children with cancer.

Methods: This quasi-experimental study was conducted on 30 mothers of children with cancer referring to Children's Medical Center in Tehran, Iran during 2017. Mothers were non-randomly assigned into intervention and control groups. For gathering the data, the parental self agency measure of Dumka and colleagues (PSAM; 1996) was used. The group acceptance and commitment therapy was offered to subjects in the interventional group for 2-hour in 10 sessions, but the control group's mothers did not receive any intervention.

Results: Mean scores of self-efficacy among mothers of children with cancer were 31.40 ± 6.40 and 53.87 ± 13.35 in pre-test and post-test, respectively ($P < 0.05$). Mean scores of self-efficacies among mothers in the control group were 30.07 ± 5.73 and 29 ± 7.58 in pre-test and post-test, respectively. This difference was not significant.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy significantly improves parental self-efficacy among mothers of children with cancer.

Keywords: Parental self-efficacy, Acceptance and commitment therapy, Cancer

Received 20 May 2018

Revised 21 Oct 2018

Accepted 23 Oct 2018

Cite this article as: Elham Akbari, Nahid Havassi Soumar, Simin Ronaghi. [Effectiveness of group acceptance and commitment therapy on parental self-efficacy among mothers of children with cancer]. J Gorgan Univ Med Sci. 2020 Winter; 21(4): 68-73. [Article in Persian]

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر خودکارآمدی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان

ORCID ID: 0000-0003-4928-3876

ORCID ID: 0000-0002-6482-4629

ORCID ID: 0000-0003-1684-5027

الهام اکبری، کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

* دکتر ناهید هواسی سومار، استادیار گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

دکتر سیمین رونقی، استادیار گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: والدین کودکان مبتلا به سرطان بیشتر از والدین کودکان سالم در معرض مشکلات روان‌شناختی از قبیل اضطراب، افسردگی، استرس و به‌طور کلی تهدید سلامت روان هستند. این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر خودکارآمدی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه شبه‌تجربی روی ۳۰ مادر دارای فرزند مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز طبی کودکان در شهر تهران طی سال ۱۳۹۶ انجام شد. مادران به طور غیرتصادفی در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و مداخله قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه خودکارآمدی والدینی دومکا و همکاران سال ۱۹۹۶ استفاده شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه دو ساعته به شیوه گروهی برای گروه مداخله اجرا گردید و برای مادران گروه کنترل مداخله‌ای ارائه نشد.

یافته‌ها: میانگین نمره خودکارآمدی والدین دارای کودک مبتلا به سرطان در پیش‌آزمون $31/4 \pm 6/4$ و پس‌آزمون $53/87 \pm 13/35$ تعیین شد و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/05$). میانگین نمره خودکارآمدی والدین گروه کنترل در پیش‌آزمون $30/07 \pm 5/73$ و در پس‌آزمون $29 \pm 7/58$ تعیین گردید که این تفاوت از نظر آماری معنی‌داری نبود.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری باعث بهبود خودکارآمدی والدینی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان می‌گردد.

کلید واژه‌ها: خودکارآمدی والدینی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سرطان

* نویسنده مسؤل: دکتر ناهید هواسی سومار، پست الکترونیکی havassi.n2020@gmail.com

نشانی: کرج، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، گروه روان شناسی بالینی، تلفن ۰۲۶-۳۴۱۸۲۲۲۲

وصول مقاله: ۱۳۹۷/۲/۳۰، اصلاح نهایی: ۱۳۹۷/۷/۲۹، پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۸/۱

مقدمه

سرطان از بیماری‌های مزمن و یکی از علل اصلی مرگ در کودکان است (۱). به طوری که دومین علت مرگ در کودکان یک تا ۱۴ ساله محسوب می‌شود (۲). در ایالات متحده آمریکا، سالانه بیش از ۸۵۰۰ مورد جدید سرطان در کودکان کمتر از ۱۵ سال تشخیص داده می‌شود (۳). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی انتظار می‌رود؛ آمار ابتلای ۱۰ میلیون نفری کودکان در سال ۲۰۰۰، به ۱۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد که ۶۰ درصد آن مربوط به کشورهای کمتر توسعه یافته جهان است (۴). این بیماری حدود ۴ درصد از مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و ۱۳ درصد از کودکان ۵ تا ۱۵ ساله را در جمعیت ایرانی تشکیل می‌دهد (۵).

بیماری سرطان 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 به‌خصوص مادران این کودکان بیشتر از والدین کودکان سالم دچار مشکلات روانی هستند (۶).

خانواده استرس بیشتری را متحمل می‌شوند (۸). به نظر می‌رسد که مادران کودکان سرطانی از خودکارآمدی پایینی برخوردار هستند. خودکارآمدی یکی از سازه‌های مهم در نظریه شناختی - اجتماعی Bandura است و به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی‌های خود در کنترل افکار، احساسات، فعالیت‌ها و نیز عملکرد مؤثر در موقعیت‌های استرس‌زاست (۹). خودکارآمدی والدینی (Parental Self-efficacy) یک ساختار شناختی مهم در ارتباط با عملکرد والدین است. خودکارآمدی

والدینی به ارزیابی والدین نسبت به توانایی خود در ایفای نقش والدینی گفته می‌شود. والدین به منظور احساس خودکارآمدی نیازمند دانش و اطلاعات در زمینه روش‌های موثر مراقبت از کودک هستند. آنها بایستی به توانایی‌های خود اعتماد کرده و مطمئن باشند که عملکردشان تاثیر مثبتی بر رفتارهای کودکان می‌گذارد (۱۰). خودکارآمدی والدینی علاوه بر تأثیری که بر نحوه تعامل مادر و کودک دارد؛ شیوه انضباطی مادر، باور مادر در مورد روش‌های والدگری و حتی حساسیت و پاسخگویی او را نیز پیش‌بینی می‌کند. بنابراین مادرانی که در نقش والدگری خود احساس خودکارآمدی می‌کنند؛ روابط گرم و منظم با کودکان خود دارند و برعکس مادرانی که احساس خودکارآمدی ندارند؛ در رابطه خود با کودکان دچار مشکل هستند (۱۱).

یکی از مدل‌های درمانی که به نظر می‌رسد در بهبود خودکارآمدی والدینی مادران کودکان سرطانی موثر واقع شود؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance & Commitment Therapy) است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط Hayes ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی رفتاری پدید آمد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با یک برنامه تحقیقی تحت عنوان نظریه نظام ارتباطی (Relational Frame Theory) در ارتباط است (۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شوند و شامل شش اصل اساسی گسلش (Defusion)، پذیرش (Acceptance)، تماس با لحظه حاضر (Contact with the Present Moment)، مشاهده خود (Observing Self)، ارزش‌ها (Values) و عمل متعهدانه (Committed Action) است (۱۳). گسلش شناختی بدین معناست که بپذیریم افکار ما از ما جدا هستند و چیزی بیش از وقایع خصوصی موقت نیستند. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساسات، 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. ارزش‌ها و عمل متعهدانه بدین معنی هستند که فرد آنچه را که برای او مهم‌ترین و عمیق‌ترین است؛ تشخیص دهد و بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم کند و برای رسیدن به آنها متعهدانه و مؤثر عمل کند (۱۴).

روش بررسی

این مطالعه از نوع شبه‌تجربی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده گردید. در این طرح مداخله درمانی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) به عنوان متغیر مستقل و (خودکارآمدی والدینی) به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه مورد مطالعه شامل همه مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان بود که کودکان آنها در مرکز طبی کودکان تهران طی سال ۱۳۹۶ دارای پرونده و تحت مراقبت بودند. نمونه این پژوهش متشکل از ۳۰ مادر دارای فرزند مبتلا به سرطان بودند که پس از مصاحبه مقدماتی، غربالگری و بر اساس ملاک‌های ورود و عدم ورود به مطالعه، به شیوه در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن کودک مبتلا به سرطان، تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت آگاهانه در مطالعه، حداقل سطح تحصیلات سیکل، عدم دریافت سایر مداخلات روانشناختی در خارج از جلسات درمان بودند. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل داشتن اختلال روان پزشکی شدید و سایکوز بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی، مصرف هر نوع داروی آرامبخش، الکل و مواد مخدر بودند. همچنین غیبت بیش از یک جلسه از ده جلسه درمانی سبب خروج از مطالعه می‌گردید. پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین مرکز طبی کودکان، برای اجرای مطالعه، اطلاعیه فراخوان ثبت نام و تشکیل جلسات درمانی از سوی پژوهشگر به منظور نام‌نویسی از مادران متقاضی شرکت در جلسات، در اختیار مسئولین مرکز مربوطه قرار گرفت. پس از نام‌نویسی از متقاضیان حضور در پژوهش، مصاحبه اولیه‌ای با هر یک از آنها توسط روان‌شناس بالینی به عمل آمد و ۶۰ نفر از آنان

مورد بررسی قرار گرفته و نتایج سودمندی حاصل شده است. Datta

در مطالعات مختلفی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد بررسی قرار گرفته و نتایج سودمندی حاصل شده است. Datta

در مطالعات مختلفی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد بررسی قرار گرفته و نتایج سودمندی حاصل شده است. Datta

برای شرکت کنندگان گروه کنترل به منظور رعایت مسایل اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش، پس از اتمام مطالعه، کارگاه دو روزه رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد برگزار گردید.

در این پژوهش از پرسشنامه خوداثربندی (خودکارآمدی) والدینی (Parental Self Agency Measure-PSAM) برای گردآوری داده‌ها استفاده گردید. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط Dumka و همکاران برای ارزیابی سطوح کلی خودکارآمدی والدینی ساخته شده است. این آزمون کارآیی و ناامیدی والدین را هنگام مواجهه با موقعیت‌های کودک، توانایی حل تعارضات والد - کودک و تلاش و مقاومتشان را در والدگری ارزیابی می‌کند. آزمون دارای ۱۰ گویه و در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای است که پنج گویه (گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۶ و ۸) به صورت معکوس و بقیه به صورت مستقیم نمره داده می‌شوند. نمره بالا در این آزمون خودکارآمدی والدینی بالا و نمره پایین خود اثربندی پایین را نشان می‌دهد. این محققان همخوانی درونی این مقیاس را در مادران انگلیسی زبان که سطح اقتصادی متوسطی داشتند؛ با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند (۱۸). در پژوهش عاشوری و همکاران (۱۹) روایی این مقیاس ۰/۷۹ و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۷ محاسبه گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، نمودار و جداول و در سطح استنباطی با توجه به تایید شدن مفروضه‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) توسط نرم افزار آماری SPSS-20 در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ استفاده شد.

انتخاب شدند. در مرحله بعد این ۶۰ نفر واجد شرایط شرکت در مطالعه، پرسشنامه خودکارآمدی والدینی را تکمیل نمودند. پس از بررسی پرسشنامه‌ها، ۳۰ نفر از مادرانی که دارای کمترین نمرات کسب شده نسبت به سایرین بودند (موارد خودکارآمدی پایین تر والدین)؛ به عنوان آزمودنی انتخاب شدند و با گمارش غیرتصادفی در گروه‌های ۱۵ نفری کنترل و مداخله جایگزین شدند.

سپس جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه مداخله در ۱۰ جلسه دو ساعته به شیوه گروهی و با توالی هر هفته یک جلسه اجرا گردید. برای شرکت کنندگان گروه کنترل، مداخله‌ای ارایه نشد و در لیست انتظار برای آموزش‌های بعدی قرار گرفتند. از نظر رعایت اخلاق در پژوهش موارد زیر رعایت شد.

الف) پژوهشگر خود را به واحدهای پژوهش معرفی نمود و در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی ارایه کرد. ب) محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد. ج) عقاید، فرهنگ و مذهب واحدهای مورد پژوهش محترم شمرده شد. د) بر آزاد بودن افراد برای حضور در ادامه پژوهش تاکید شد. ه) حریم شخصی شرکت کنندگان حفظ شد و به آنها در مورد بی خطر بودن مداخله اطمینان داده شد. و) در ثبت اطلاعات و آمار به دست آمده از پژوهش در زمان جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آنها و استفاده از منابع دقت و امانتداری علمی به عمل آمد.

پکیج جلسات درمانی در این مطالعه بر اساس کتاب «راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» تالیف Hayes و Strosahl و ترجمه علی‌زاده موسوی و پیرجاوید (۱۷) تدوین شد. مختصری از شیوه اجرای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول یک آمده است. به منظور اجرای پس آزمون، پس از پایان جلسات، مجدداً مادران دو گروه به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند.

جدول ۱: ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	شرح جلسات
۱	اجرای پیش‌آزمون، معرفی برنامه درمانی، معرفی رهبر گروه، ارایه اطلاعات کلی برنامه توضیح ساختار برنامه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی، معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مرور و بررسی تاریخچه مشکل مراجع و ارزیابی آن، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان پذیر است. توضیح فلسفه مداخله بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، مقدمه ای بر درماندگی خلاق و استفاده از استعاره دو کوه
۲	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل، ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی که فرد انجام داده است. تجربه این نکته که هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است. رساندن مراجع به ناامیدی خلاق، شفاف سازی ارزش‌های مراجع، ادامه درماندگی خلاق و استفاده از استعاره چاله
۳	تمرین‌های مربوط به شفاف سازی ارزش‌ها، تأکید بر شناسایی و آگاهی، تمرین‌های ذهن آگاهی، ادامه شفاف سازی ارزش‌ها، استفاده از استعاره پلی گراف
۴	تمرین‌های آگاهی از احساسات بدنی همراه با بحث پیرامون آنها، بحث درباره موانع و تمرین کاوش امکان پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش‌ها، ارایه مقدمه‌ای برای تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، تمرین‌های مرتبط با رضایت و نارضایتی از رنج‌های زندگی، استفاده از استعاره مهمان و گدا.
۵	تمرین‌های آگاهی از احساسات بدنی همراه با بحث پیرامون آنها، بیان گسلس و استفاده از استعاره اتوبوس
۶ و ۷	ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، تمرین‌های ذهن آگاهی (نفس کشیدن یا آگاهی بدنی)، اشارات و راهنمایی کمتر درمانگر در حین تمرین، خود به عنوان زمینه و استفاده از استعاره صفحه شطرنج
۸ و ۹	بحث پیرامون مراحل فعالیت و چرخه فعالیت، معرفی ارزش‌ها و دادن تکلیف ارزش‌ها، ادامه بحث پیرامون رضایت داشتن از رنج، تمرین‌های ذهن آگاهی در حین راه رفتن
۱۰	تمرین‌های شفاف سازی ارزش‌ها، ایجاد انگیزه یعنی فعالیت معطوف به هدف به همراه پذیرش تجارب ذهنی، مرور کل برنامه، جمع‌بندی و اختتام، اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

میانگین سنی گروه کنترل $۳۶/۶۰ \pm ۲/۸۷$ سال و گروه مداخله $۳۷/۲۷ \pm ۲/۸۶$ سال بود. بیشتر افراد گروه مداخله را افراد با تحصیلات کارشناسی (۶ نفر) و بیشترین افراد گروه کنترل را افراد با تحصیلات دیپلم (۴ نفر) و کارشناسی (۴ نفر) تشکیل داده بودند. میانگین نمره خودکارآمدی والدین دارای کودک مبتلا به سرطان در پیش‌آزمون $۳۱/۴۰ \pm ۶/۴۰$ و پس‌آزمون $۵۳/۸۷ \pm ۱۳/۳۵$ تعیین شد و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$). میانگین نمره خودکارآمدی والدین گروه کنترل در پیش‌آزمون ($۳۰/۰۷ \pm ۵/۷۳$) و پس‌آزمون ($۲۹ \pm ۷/۵۸$) از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت.

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودکارآمدی والدینی در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در مقایسه با مادران گروه کنترل گردید که برخی از مطالعات (۱۵ و ۲۳-۲۰) همخوانی دارد.

در مطالعه محمدی و همکاران (۲۰) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود خودکارآمدی، تاب‌آوری و کاهش استرس بیماران دیابتی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد. در مطالعه Datta و همکاران (۱۵) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس و بهبود بهزیستی در بیماران سرطانی موثر بود. در مطالعه Brown و همکاران (۲۱) درمان گروهی پذیرش و تعهد بر بهبود استرس و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین سبب افزایش اعتماد به نفس والدین در رفتارهای مدیریتی، انطباق خانوادگی و کاهش اختلالات والدینی در والدین کودکان مبتلا به مشکلات استخوانی گردید. در مطالعه Woidneck و همکاران (۲۲) درمان گروهی پذیرش و تعهد موجب بهبود علائم اختلال پس‌از سانحه نوجوانان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد. در مطالعه Kowalkowski (۲۳) میزان استرس و افسردگی مادران کودکان اوتیستیک پس از دریافت مداخله گروهی پذیرش و تعهد کاهش یافت.

در تبیین نتایج می‌توان گفت Hayes معتقد است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای آن که بر روی بر طرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید؛ به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده؛ 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 معنی‌بخش انعطاف‌پذیر و سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوی تجربیات روانشناختی تأکید دارد. هدف فنون درمانی به‌لکار رفته در این شیوه درمانی، افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست؛ بلکه اهداف این فنون درمانی بر کاهش اجتناب از تجربیات روان‌شناختی

و افزایش آگاهی از آنها به خصوص تمرکز بر لحظه حال، بدون پیش‌گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیرارزیابانه استوار است. در این فرآیند فرد می‌آموزد تا خودش را از درد و حالت‌های آشفتگی به‌منظور کاهش این تجربیات بر رفتار دور نگه دارد. اهداف درمان، بهبود کارکرد از طریق افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۲۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارزش‌ها را به‌عنوان کیفیت‌های انتخاب شده اعمال هدفمندانه افراد به‌منظور حل مشکلاتشان 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 مسؤولیت تغییرات رفتاری را بپذیرند. در این درمان مراجعان مورد چالش واقع می‌شوند تا به آنچه در حوزه‌های مختلف زندگی برایشان مهم است؛ توجه کنند. کار بر روی ارزش‌ها، انگیزه مراجعان را برای مشارکت در درمان افزایش می‌دهد (۲۳). جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران کودکان مبتلا به سرطان کمک نمود تا از یک زندگی غنی و پرمحتوا در کنار رنجی که برای آنها وجود دارد؛ برخوردار شوند. این درمان به مادران کودکان مبتلا به سرطان کمک کرد؛ بر زمان حال متمرکز شده؛ ارزش‌ها و اهداف زندگی خود را مشخص کنند و آنچه را نمی‌توانند تغییر دهند؛ بپذیرند و در نتیجه از خودکارآمدی والدینی بالاتر برخوردار شوند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم تعمیم‌پذیری نتایج این مطالعه به دیگر شهرها اشاره نمود. خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده و عدم وجود مرحله پیگیری و در نتیجه در دست نبودن اطلاعاتی از تداوم تغییر و یا ثبات نتایج از محدودیت‌های دیگر مطالعه محسوب می‌شوند. این مطالعه فقط بر روی مادران کودکان مبتلا به سرطان اجرا شد و اجرای مطالعه بر روی هر دو والد میسر نبود.

دو سطح نظری و عملی از دستاوردهای این مطالعه است. به‌طوری که در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تایید کند. در سطح عملی، یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود به‌منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد؛ روان‌شناسان و مشاوران از مؤلفه‌های درمانی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت روان مادران کودکان سرطانی بهره ببرند.

خانم الهام اکبری برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی بالینی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بود. بدین وسیله از زحمات مسؤولین مرکز طبی کودکان و همه مادران عزیزی که صمیمانه محققین را یاری نمودند؛ نهایت سپاس خود را اعلام می‌داریم.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری باعث بهبود خودکارآمدی والدینی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه (کد ایرانداک ۵۶۴۱۱۹۷)

References

- Peris-Bonet R, Salmerón D, Martínez-Beneito MA, Galceran J, Marcos-Gragera R, Felipe S, et al. Childhood cancer incidence and survival in Spain. *Ann Oncol*. 2010 May; 21 (Suppl 3): iii103-110. doi: 10.1093/annonc/mdq092
- Litzelman K, Catrine K, Gangnon R, Witt WP. Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Qual Life Res*. 2011 Oct; 20(8): 1261-69. doi: 10.1007/s11136-011-9854-2
- Ross JA, Olshan AF. Pediatric cancer in the United States: the Children's Oncology Group Epidemiology Research Program. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004 Oct; 13(10): 1552-54.
- Modanloo S, Rohani C, Farahani Shirin Abadi A, Pourhossein gholi A. [Assessment of family function among parents of children with cancer]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2015; 10(1): 56-65. [Article in Persian]
- Mehranfar M, Younesi J, Banihashem A. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reduction of Depression and Anxiety Symptoms in Mothers of Children With Cancer. *Iran J Cancer Prev*. 2012; 5(1): 1-9.
- Robinson KE, Gerhardt CA, Vannatta K, Noll RB. Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer. *J Pediatr Psychol*. 2007 May; 32(4): 400-10. doi: 10.1093/jpepsy/jsl038
- Panganiban-Corales AT, Medina MF Jr. Family resources study: part 1: family resources, family function and caregiver strain in childhood cancer. *Asia Pac Fam Med*. 2011 Oct; 10(1): 14. doi: 10.1186/1447-056X-10-14
- Jajormaneh F, Ghazavi Z, Mehrabi T, Najafi M. [The effect of stress management training program on self- efficacy mothers of children with thalassaemia]. *J Clin Nurs Midwifery*. 2016; 5(2): 84-93. [Article in Persian]
- Caprara GV, Pastorelli C, Regalia C, Scabini E, Bandura A. Impact of adolescents' filial self- efficacy on quality of family functioning and satisfaction. *J Res Adolesc*. 2005; 15(1): 71-97. doi.org/10.1111/j.1532-7795.2005.00087.x
- Sarabi Jamab M, Hassanabadi H, Mashhadi A, Asgharinekah SM. [The effectiveness of parent training on self efficacy of mothers of children with autism]. *J Fundam Ment Health*. 2011; 13(1): 84-93. [Article in Persian]
- Montigny F, Lacharité C. Perceived parental efficacy: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005 Feb; 49(4): 387-96. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03302.x
- Morshedi M, Davarniya R, Zaharakar K, Mahmudi M, Shakarami M. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reducing Couple Burnout of Couples]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016; 10(4): 76-87. [Article in Persian]
- Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*. 2011; 4: 41-49. doi: 10.2147/PRBM.S15375
- Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther*. 2006 Mar; 37(1): 3-13. doi: 10.1016/j.beth.2005.02.001
- 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 Dec; 31(4): 721-29. doi: 10.1007/s13187-015-0935-8
- Montgomery D. The effects of acceptance and commitment therapy on parents of children diagnosed with autism. Doctoral dissertation. College of Social and Behavioral Sciences. Walden University. 2015.
- Hayes SC, Strosahl KD. [A practical guide to acceptance and commitment-Therapy]. Translation by Alizadeh Mousavi E, Pirjavid F. 2nd ed. Tehran: Faraangizash Publishing. 2014; pp: 55-56. [Persian]
- Rezaei F, Ghazanfari F, Rezaeean M. [The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) in Parental stress and Self Efficacy of mothers and behavioral problems of students with educable mental retardation]. *J Torbat Heydariyeh Uni Med Sci*. 2017; 5(1): 7-16. [Article in Persian]
- Ashori M, Afrooz Gh, Arjmandnia AA, Pormohammadreza-tajrishi M, Ghobari-Bonab B. [The effectiveness of positive parenting program (Triple-P) on parental self-efficacy and mother-child interaction in children suffering from intellectual disability]. *J Shahid Sadoughi Uni Med Sci*. 2015; 23(5): 489-500. [Article in Persian]
- Mohammadi Khashouei M, Ghorbani M, Tabatabaei F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on self-efficacy, perceived stress and resiliency in type II diabetes patients. *Glob J Health Sci*. 2017; 9(5): 18-26. doi: 10.5539/gjhs.v9n5p18
- 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 randomised controlled trial. *Behav Res Ther*. 2015 Oct; 73: 58-66. doi: 10.1016/j.brat.2015.07.001
- Woidneck MR, Morrison KL, Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Among Adolescents. *Behav Modif*. 2014 Jul; 38(4): 451-76. doi: 10.1177/0145445513510527
- Kowalkowski JD. The impact of a group-based acceptance and commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder. Doctoral dissertation. Department of Psychology. Eastern Michigan University. 2012.
- 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. [Article in Persian]