

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر رضایت از زندگی

مادران کودکان مبتلا به سرطان

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۵/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۷/۰۵

مریم محمدعلی*، مستوره صداقت**

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان صورت گرفت. جامعه پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان محک شهر تهران بود.

روش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. به روش نمونه گیری در دسترس از بین مراجعان به مرکز درمانی محک ۳۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به منظور ارزیابی رضایت از زندگی از پرسشنامه دنیور استفاده شد. مدت مداخلات برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بود.

یافته‌ها: داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش رضایت از زندگی در مادران کودکان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش شده است. اندازه اثر به دست آمده حاکی از این بود که ۳۴ درصد بهبود و افزایش رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش را می توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت داد.

نتیجه گیری: در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی در مادران کودکان سرطانی می توان گفت که بسیاری از مادران در هنگام تشخیص بیماری فرزندشان دچار انکار واقعیت می شوند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب به بهبود رضایت از زندگی منتهی می شود.

واژه‌های کلیدی: رضایت از زندگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کودکان سرطانی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

از بیمار دارد. نایاک^۴ (۶) در مطالعه خود به بررسی کیفیت زندگی در خانواده بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته پرداخت. داده‌ها از طریق مصاحبه با خانواده که مراقب بیمار بودند، جمع‌آوری شد؛ یافته‌ها نشان داد که اعضای خانواده کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد عادی دارند.

در پژوهشی که توسط لیمن^۵ (۷) بر روی والدین دارای فرزند مبتلا به سرطان خون انجام شده، نتایج نشان داد که تشخیص سرطان، تأثیرات منفی بر سلامت جسمانی و روانی والدین و فرزندان آنها به دنبال داشته است. همچنین مادران در مقایسه با پدران از سطوح پایین‌تری از سلامت روان و کیفیت زندگی روانی برخوردار بودند و میزان افسردگی و اضطراب بیشتری تجربه می‌کردند. یکی از جدیدترین رویکردهای درمانی در این مورد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ (ACT) است. این رویکرد درمانی با درمان شناختی-رفتاری سنتی متفاوت است. تقریباً یک دهه قبل، هیز^۷ نسل سومی از درمان‌های رفتاری را بعنوان نماینده درمان‌هایی که در بیست سال گذشته شکل گرفتند، مطرح نمود و بر نقش پذیرش و توجه آگاهانه برای ایجاد تغییر تأکید کرد^۸. پذیرش به تمایل فعال برای تجربه کردن هیجانات، حس‌های بدنی و افکار بدون تلاش برای کنترل یا دستکاری آنها اشاره دارد^۹. در ACT انگیزه اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است^۸؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز به فرد تحمیل شود. انعطاف‌پذیری ایجاد شده از طریق پذیرش و حضور ذهن^۸ به بیمار کمک می‌کند که نسبت به احساسات بدنی خود واکنش کمتری نشان دهد^۹. هدف نهایی درمان ACT، کمک به فرد برای به دست آوردن حس جهت‌مندی زندگی به نحوی که ارزش‌های زندگی او را

ظهور یک بیماری در بین یکی از اعضای خانواده منجر به تغییرات اساسی در ساختار خانواده می‌شود. هنگامی که این بیماری سرطان باشد، وضعیت بدتر می‌شود^۱. تحقیقات نشان می‌دهد سرطان بر ابعاد جسمانی، عاطفی، اجتماعی و کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد، والدینی که فرزند مبتلا به سرطان دارند پریشانی زیادی را تجربه می‌کنند و نسبت به والدینی که فرزندان سالم دارند انسجام کمتر و تعارض و اختلاف بیشتری دارند^۲. در میان بیماری‌های مزمن دوران کودکی، سرطان به دلیل میزان شیوع بالا و تأثیرش بر زندگی کودک و خانواده، برجسته‌تر است^۱. بیماری مزمن در یک کودک همه جنبه‌های زندگی خانوادگی و همه اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد^۳. در دهه گذشته، تیم‌هایی که به کودکان مبتلا به سرطان خدمات ارائه می‌دادند، کوشیدند تا تشخیص و درمان سرطان در کودکان به عنوان یک رویداد پس از سانحه برای والدین، در نظر گرفته شود. سرطان علاوه بر خود بیمار، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی خانواده بیمار و مراقب را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد^۱.

رضایت از زندگی، عبارت است از برداشت فرد از سطح رفاه و شادی. در اصل رضایت از زندگی، یک ارزیابی ذهنی از کیفیت زندگی است و معمولاً به شادی حاصل از تحقق نیازها و خواسته‌ها که باعث لذت می‌شوند، اشاره دارد. همان‌طور که الستون^۱ و دادلی^۲ (۴) توضیح داده‌اند رضایت از زندگی توانایی لذت بردن از تجربیات همراه با درجه‌ای از شور و هیجان است. شدت و دامنه پریشانی که هنگام تشخیص سرطان تجربه می‌شود از شخصی به شخص دیگر متفاوت است. واکنش‌های رایج شامل شوک، غمگینی، ترس، اضطراب، عصبانیت، خجالت و احساس گناه می‌باشد، این پریشانی تأثیر منفی بر کیفیت زندگی بیمار دارد^۵.

بایکان^۳ (۳) طی تحقیقات خود دریافت که رضایت از زندگی والدین کودکان دچار بیماری‌های مزمن، از والدین کودکان عادی پایین‌تر است. از آنجایی که خانواده به عنوان اولین منبع مراقبتی و حمایتی برای بیماران سرطان محسوب می‌شود، نوع نگرش خانواده نسبت به بیماری و اختلالات عاطفی ناشی از آن تأثیر ویژه‌ای در امر مراقبت

1- Alston

2- Dudley

3- Baykan

4- Nayak

5- Limin

6- Acceptance and Commitment Therapy

7- Hayes

8- mindfulness

شامل شود و سپس عمل کردن در راستای آن ارزش هاست (۷).

مطالعات مختلفی به بررسی درمان مبتنی بر اثربخشی پذیرش و تعهد در متغیرهای مختلف پرداخته اند از جمله اینکه در پژوهشی وترل^۱ (۱۰) به مطالعه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان رفتاری - شناختی در بیمارانی با درد مزمن پرداختند. یافته های پژوهشگران نشان داد که درد، افسردگی، اضطراب ناشی از درد، در بیماران گروه مداخله ACT بهبود یافته بود؛ تفاوت معناداری بین گروه های 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 (۱۱) به مقایسه اثربخشی ACT 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 ساز و کار عمل دو درمان متفاوت بود. تغییر در مشاهده و توصیف تجربیات از نتایج شناخت درمانی بود درحالیکه اجتناب تجربی، عمل همراه با آگاهی و پذیرش از نتایج پذیرش و تعهد درمانی بود. امروزه ACT به عنوان یک درمان مؤثر برای افسردگی و اضطراب که هر دو در بیماران سرطانی و خانواده های آنان شیوع بالایی دارد، شناخته شده است؛ همچنین بر اساس پژوهش ها ACT تأثیر مثبتی نیز بر کیفیت زندگی و خلق بیماران سرطانی دارد (۵). اما در مورد والدین کودکان مبتلا به سرطان، پژوهش ها غالباً بر اندازه گیری جنبه های سلامت روان مانند اضطراب، افسردگی یا استرس پس از سانحه متمرکز بوده اند و کمتر به دامنه ی وسیع تری از خروجی های سلامت روان مانند رضایت از زندگی توجه نموده اند (۱۲). پژوهش حاضر قصد دارد به این پرسش پاسخ دهد که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است یا خیر؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و با گمارش تصادفی بود.

آزمودنی ها: جامعه پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان محک شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بود. تعداد نمونه شامل ۳۲ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان بودند که به روش نمونه گیری در دسترس از بین مراجعان به مرکز درمانی محک انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس اعضای گروه آزمایش، جلسات مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی دریافت کردند. در حالی که گروه گواه هیچ درمانی از سوی روانشناس دریافت نکردند.

ابزار

۱- مقیاس رضایت از زندگی دینر: این مقیاس جهت سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه و به عنوان شاخص احساس شادمانی در پژوهش ها مورد استفاده قرار می گیرد (۱۳). این مقیاس متشکل از ۴۸ ماده است نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت ۷ گزینه ای از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۷) نمره گذاری می شود. همچنین از ۵ گزاره که مؤلفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه گیری می کند، تشکیل شده است. آزمودنی ها اظهار دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی اند و یا چقدر به زندگی آرمانی نزدیک است. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که از ۳ عامل تشکیل شده است. ۱۰ سوال آن با رضایت از زندگی مرتبط بوده که پس از بررسی های متعدد در نهایت به ۵ سوال کاهش یافته و به عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت. اعتبار^۳ و پایایی^۴ مقیاس رضایت از زندگی در مطالعات متعدد بررسی شده است. دینر و دیگران ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۲ و ضریب آلفای آن را ۰/۸۷ برآورد نمودند. شیماک^۵ پایایی مقیاس رضایت از زندگی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ملیت های آمریکایی، آلمانی، ژاپنی مکزیکی و چینی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۶۱ گزارش کرده اند. در ایران پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ برآورد گردید و اعتبار سازه این

1- Wetherell

2- Forman

3- validity

4- reliability

5- Schimmack

گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. افراد گروه آزمایشی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) را به شیوه گروهی دریافت کردند و گروه گواه هیچ درمانی از سوی روانشناس دریافت نکردند. در این پژوهش معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه عبارت از تشخیص متخصص برای فرزندان به عنوان بیماران مبتلا به سرطان که یک سال از این تشخیص گذشته باشد، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانشناختی و عدم سوءمصرف مواد بود و ملاک‌های خروج از مطالعه نیز فوت فرزند و عدم توانایی مادران برای ادامه مشارکت در پژوهش بود. قبل از شروع جلسات درمانی و پس از اتمام جلسات نیز از هر دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد. ساختار جلسات بر اساس پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد که در ادامه آورده شده است (۱۵).

مقیاس نیز با استفاده از روش اعتبار همگرا مورد تأیید قرار گرفت (۱۴). پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش از نسخه پنج سوالی با طیف لیکرت از مقیاس ۱ تا ۷ درجه‌ای به ترتیب از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم استفاده شده است.

روند اجرای پژوهش: بعد از هماهنگی با مراکز درمانی و کسب مجوز و معرفی والدین توسط پزشک و جلب رضایت آزمودنی‌ها، ابتدا هدف تحقیق برای آنها بیان شد و از آنها خواسته شد تا در این برنامه درمانی شرکت کنند. ابتدا در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سوالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. سپس مادران دارای فرزند سرطانی به صورت تصادفی در

شماره جلسه	محتوای جلسات
۱	آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ بررسی بیماری سرطان در کودکان، بررسی طول مدت بیماری و اقدامات انجام گرفته در مورد کودکان هر یک از والدین و روند بهبودی کودک؛ توضیح در مورد مفهوم رضایت از زندگی، سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و انجام پیش‌آزمون و پاسخ به پرسشنامه‌ها.
۲	شامل انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی و انجام تمرین مربوطه. بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT؛ ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد؛ تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل. کمک به والدین برای تشخیص راهبرد ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن، پذیرش وقایع شخصی دردناک (یعنی بیماری کودک)، دریافت بازخورد.
۳	آشنایی با مفاهیم جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و شناسایی ارزشهای افراد؛ تصریح ارزشها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع. به تصریح ارزش‌ها در والدین.
۴	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی. آموزش نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی به افراد، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک پیامدهای آن. آموزش گام‌های پذیرش و تن‌آرامی و دریافت بازخورد.
۵	معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد چالش برای تغییر رفتار بر اساس آن.
۶	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمرینی برای گسلش. توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان 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.
۷	ذهن آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن و افزایش آگاهی روانی، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر.
۸	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه. آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزشها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، تمرین عملی آموخته‌های قبلی و ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر. جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ آورده شده است:

شاخص‌های آماری مربوط به نمرات رضایت از زندگی در

جدول (۱) آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون	گروه	تعداد	میانگین	معیار
رضایت از زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۱۶	۱۲/۸۱	۲/۴۹
		کنترل	۱۶	۱۲/۶۱	۲/۹۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۶	۱۶/۴۵	۲/۹۶
		کنترل	۱۶	۱۲/۹۲	۲/۸۶

خیر از تحلیل کواریانس یک متغیره استفاده شده است. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته در دو گروه، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد

بر اساس جدول یک، میانگین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیر رضایت از زندگی نزدیک بهم است ولی در پس آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش بالاتر است. برای این که مشخص شود این تفاوت معنادار است یا

جدول (۲) آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	گروه‌ها	آماره کلموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی داری
رضایت از زندگی	آزمایش	۰/۵۹۲	۰/۸۷۵
	کنترل	۰/۵۹۶	۰/۸۶۹

است. به منظور بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل، از آزمون لوین استفاده شد.

بر اساس جدول دو، توزیع نمرات رضایت از زندگی دو گروه آزمایش و کنترل در سطح ۹۵ درصد ($\alpha = 0/05$) تفاوت معنی‌دار ندارند و مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات برقرار

جدول (۳) آزمون لوین برای همسانی واریانس‌های دو گروه در رضایت از زندگی

متغیر	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی داری
رضایت از زندگی	۱	۳۰	۰/۲۵۷	۰/۶۱۶

زندگی) بزرگتر از $\alpha = 0/05$ می باشد، بنابراین فرضیه همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته می‌شود. با توجه به برقرار بودن این مفروضه معنی برای استفاده از تحلیل کواریانس وجود ندارد.

بر اساس جدول سه، همسانی واریانس‌ها در نمرات رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان موسسه محک تهران در سطح ۹۵ درصد ($\alpha = 0/05$) برقرار است. بر اساس جدول چهار، سطح معنی داری اثر تقابل (گروه* رضایت از

جدول (۴) نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات رضایت از زندگی در گروه‌ها

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر
پیش آزمون	۵۶۹۲/۲۸	۱	۵۶۹۲/۲۸	۱۹/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸
گروه‌ها	۴۵۰۲/۶۸	۱	۴۵۰۲/۶۸	۱۵/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳
گروه* رضایت از زندگی	۴۴/۱۴	۱	۴۴/۱۴	۰/۱۴	۰/۷۰۷	-
خطا	۸۶۱۲/۴۰	۲۹	۲۹۶/۹۷	-	-	-
مجموع	۴۰۵۸۳۵	۳۲	-	-	-	-

بین دو گروه تفاوت معنا داری وجود دارد. با توجه به جدول یک، میانگین رضایت از زندگی گروه آزمایش در پس آزمون

بر اساس نتایج جدول چهار، با توجه به مقدار $F (15/16)$ و سطح معنی داری ($P < /$) به لحاظ رضایت از زندگی

براساس مطالعات، افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند، تجربه های عاطفی مثبت و رضایت از زندگی کمتری را تجربه می‌کنند و احساس می‌کنند زندگیشان بی معناست اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربی (و بنابراین با افزایش پذیرش) بر خروجی‌ها (از جمله رضایت از زندگی) تأثیر می‌گذارد (۱۱).

همچنین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری مفراط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری صورت می‌گیرد و فرد تشویق می‌شود تا درحالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیاتش بطور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آنها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان، 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. در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفاف سازی ارزش‌های ارتباطی و تعمق برای عمل به صورت سازگار، به افراد این فرصت را می‌دهد که به شیوه‌ای عمل نمایند که آنان را به سمت رضایت از زندگی هدایت نماید. این درمان دو هدف عمده دارد: الف) افزایش پذیرش افکار و احساسات غیرمفید و مسئله ساز که قابل کنترل نیست یا لازم نیست که کنترل شوند. ب) متعهد شدن و عمل کردن در زندگی بر اساس ارزش‌های انتخاب شده. ACT به مراجعان مهارت‌هایی را می‌آموزد تا افکار و احساسات ناخوشایند را همان‌طور که هستند، در نظر بگیرند. اجتناب کمتر و انعطاف بیشتر در پاسخگویی به اضطراب و دیگر هیجانات ناخوشایند، فضایی را برای افراد به وجود می‌آورد که حتی هنگامی که افکار و احساسات ناخوشایندی دارند، بر مبنای اهدافشان عمل کنند (۱۹).

پذیرش افکار، احساسات و هیجانات به عنوان هیجانات همانگونه که هستند، 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 اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را

از میانگین رضایت از زندگی گروه کنترل در پس‌آزمون (۱۲/۹۲) بزرگتر است. اندازه اثر به دست آمده حاکی از این است که ۳۴ درصد تفاوت بین دو گروه را می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت داد.

بحث

نتایج پژوهش مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی مؤثر است با نتایج پژوهش‌های وترل (۱۰) که نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش درد، افسردگی، اضطراب ناشی از درد مؤثر است، همخوان می‌باشد. فرمن و همکاران (۱۱) نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مشکلات کارکردی، رضایت از زندگی، افسردگی و اضطراب مؤثر است.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی در مادران کودکان سرطانی می‌توان گفت که تشخیص سرطان و فرایند درمان آن، تأثیر منفی در محیط خانواده به جا می‌گذارد و عکس‌العمل اولیه مادران در ارتباط با تشخیص سرطان در فرزندانشان، اغلب با ضربه و شوک پیچیده‌ای همراه است (۱۶). تحقیقات نشان می‌دهند که همانطور که بیماری پیشرفت می‌کند، سلامت جسمی مراقبان بیمار نیز کاهش می‌یابد. مشکلات روانی شامل اضطراب، افسردگی پریشانی روانی در والدین کاملاً شایع است. مشکلات اجتماعی آنان بیشتر با عوامل اقتصادی، حمایت اجتماعی و رابطه‌ای مرتبط است. روابط خانوادگی و روابط زناشویی نیز می‌تواند تیره و تار گردد و افسردگی والدین می‌تواند روابط زناشویی آنان و رضایت از زندگی را در آنان تحت تأثیر قرار دهد (۱۷).

بسیاری از والدین در هنگام تشخیص بیماری فرزندشان دچار انکار واقعیت می‌شوند و از روروی با واقعیت اجتناب می‌ورزند (۱۶). در واقع افراد به هنگام مواجهه با حوادث و وقایع دردناک از جمله بیماری‌های صعب‌العلاجی مانند سرطان دچار اجتناب تجربی می‌شوند. اجتناب تجربی فرایندی است که در آن فرد عمداً سعی دارد که شکل یا فراوانی تجربیات خصوصی (شامل احساسات بدنی، هیجانی، افکار، خاطرات و زمینه‌های رفتاری) و بافتی که آنها در آن رخ داده‌اند را بدون توجه به عواقب رفتاری، شناختی، عاطفی و اجتماعی که ممکن است منتج شود، تغییر دهد (۱۸).

- 10- Wetherell JLA, Niloofar & Rutledge , Thomas & Sorrell , John T. & Petkus ,Andrew J & Solomon , Brittany C. & Lehman , David H. & Liu , Lin & Lang , Ariel J. & Stoddard, Jill A. A randomized , controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. . International Association for the Study of Pain. 2011.
- 11- Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA.A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. Behavior Modification. 2007.
- 12- Klassen AF, Klaassen RDDP, Sheila & Yanofsky, Rochelle & O Donnell, Maureen & Scott, Amie & Sung , Lillian. Impact of Caring for a Child With Cancer on Parents Health-Related Quality of Life . J Clin Oncol. 2008.
- 13- Diener E, Emmons R & Larsen R & Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. J Personal Assess. 1985.
- 14- Bayani A, Ashor M & Godarzi H. Validity and reliability of the Satisfaction with Life Scale. J Dev Psychol. 2005.
- 15- Rajabi S, Yazdkhast F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anexity and Depressionin Women with MS Who Where Referred to the MS Association. J Clin Psychol. 2014.
- 16- Kristen ER, B.S .Cynthia,A .Gerhardet. Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer. J Pediatr Psychol. 2007.
- 17- Grant, Sun M, Fujinami V, Sidhu R, Otis-Green R, Juarez S, et al. Family Caregiver Burden, Skills Preparedness, and Quality of Life in Non-Small-Cell Lung Cancer. 2013.
- 18- Ciarrochi, Bilich J, Godsell L ,Clair. Psychological flexibility as a mechanism of change in Acceptance and Commitment Therapy. In Ruth Baer s (Ed), Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processes of Change. 2010.
- 19- Eifert, Georg HF, John P. Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. Cognitive and Behavioral Practice. 2009.

به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد و بدین ترتیب به هدف و معنایی که شخص برای زندگی در نظر می گیرد و ارزشهایی که در زندگی دنبال می کند، دست یابد و در نتیجه میزان رضایت از زندگی در فرد افزایش می یابد (۱۸).

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به محدود شدن جامع آماری به مادران کودکان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به موسسه محک اشاره داشت، لذا تعمیم پذیری یافته ها به سایر جوامع و جنسیت ها و سنین باید با احتیاط انجام گردد. این پژوهش بدلیل محدودیت زمانی پژوهشگر فاقد مرحله پیگیری بوده و مشخص نیست اثرات درمانی تا چه حد در بلند مدت دوام خواهد داشت. بررسی اثربخشی این رویکرد را در سایر جوامع برای گروه های مختلف و سایر مؤلفه های روان شناختی به سایر پژوهشگران توصیه می گردد. بعلاوه پیشنهاد می گردد سایر روشها و رویکردهای آموزشی-درمانی نیز اجرا و با روش استفاده شده در این مطالعه مورد مقایسه قرار گیرد .

منابع

- 1- Santo, Gaiva EARDE, Espinosa MAM, Barbosa MM, Belasco DA. Taking Care of Children With Cancer: Evaluation of the Caregivers Burden and Quality of Life. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011.
- 2- Barakat, Lamia PM, Paige LS, Lisa A. Quality of life of adolescents with cancer: family risks and resources. 2010.
- 3- Kostak MAA, Gulcan. Hopelessness and Depression Levels of Parents of Children with Cancer. 2013.
- 4- Sandhu KG, Nidhi. Life Satisfaction and Role Efficacy as Predictors of Transactional Styles. 2013.
- 5- Feros, Danielle LL, Ciarrochi L, Blackledge J, John T. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. 2011.
- 6- Nayak MGG, Anice & Vidyasagar , M.S & Kamath , Asha. Quality of life of family caregivers of patients with advanced cancer. J Nurs Health Sci. 2014.
- 7- LiMin Wu, Ming & Hsiu-Lan , Shu-Chen & Chih-Cheng. Predictors of Anxiety and Resilience in Adolescents undergoing Cancer Treatment. J Advan Nurs. 2012.
- 8- Ruiz FJ. Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. 2012.
- 9- Lundgren TD, JoAnne & Yardi , Nandan & Melin , Lennart. Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. 2008.