



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت محور بر انسجام روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان

محمدحسین سلطانی^۱

^۱ کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز

Mohammdsoltani873@gmail.com

۰۹۱۳۲۵۹۶۷۵۰

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور بر انسجام روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان صورت گرفت. طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز پرتودرمانی شهید رمضان‌زاده شهر یزد در سال ۱۴۰۳ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراجعین به مرکز پرتودرمانی، تعداد ۳۲ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به منظور ارزیابی انسجام روانی مادران از مقیاس انسجام روانی (آنتونوسکی، ۱۹۹۳) استفاده شد. مدت مداخلات برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه بود. نتایج داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور موجب افزایش انسجام روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش شده است. اندازه اثر به دست آمده حاکی از این بود که ۳۴ درصد از تغییرات و بهبود انسجام روانی مادران در گروه آزمایش را می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور نسبت داد. در نهایت با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور بر انسجام روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان می‌توان گفت که بسیاری از مادران هنگام تشخیص بیماری فرزند خود دچار انکار واقعیت می‌شوند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور، از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب به افزایش انسجام روانی و بهبود رضایت از زندگی آنها منتهی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: انسجام روانی مادران، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور، کودکان سرطانی.



مقدمه

ظهور یک بیماری در بین یکی از اعضای خانواده باعث تغییرات اساسی در ساختار خانواده می‌شود. هنگامی که این بیماری سرطان باشد، وضعیت وخیم‌تر می‌شود (جان^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). سرطان یک بیماری تهدیدکننده زندگی است که سالانه بیش از ۷/۶ میلیون نفر را به کام مرگ می‌برد (پیترز^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). سرطان در دوران کودکی با سرطان در دوران بزرگسالی متفاوت است. در حالت اول سرطان بیشتر از بافت‌های جنینی ریشه می‌گیرد در حالی که در بزرگسالی سرطان اغلب به دلیل درگیر شدن بافت اپی‌تلیال ایجاد می‌شود. در مقایسه با سرطان‌های دوران کودکی زمان نهفتگی نسبتاً کوتاهی دارد، احتمال پیشگیری از آن بسیار کم است و ممکن است، تغییرات ژنتیکی نقش مهمی در آسیب‌شناسی آن بازی کند. تشخیص سرطان در مراحل اولیه دشوار است. به این دلیل که علائم و نشانه‌های آن ویژه و اختصاصی نیست و شباهت زیادی با سایر اختلالات دوران کودکی دارد (جاسم^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). این بیماری در ایران، دومین علت مرگ و میر در کودکان کمتر از ۱۴ سال می‌باشد و حدود ۰/۴ مرگ و میر کودکان کمتر از ۵ سال و ۰/۱۳ از کودکان ۵ تا ۱۰ ساله را به خود اختصاص می‌دهد (مدانلو و همکاران، ۲۰۱۵). در ایالات متحده آمریکا سالانه بیش از ۲۲۰۰ مورد جدید سرطان در کودکان کمتر از ۱۵ سال تشخیص داده می‌شود (راس و اولشان^۴، ۲۰۱۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سرطان بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد، والدینی که فرزند مبتلا به سرطان دارند پربشانی زیادی را تجربه می‌کنند و نسبت به والدینی که فرزندان سالم دارند انسجام کمتر و تعارض و اختلاف بیشتری دارند (هینن^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). در این بین، بیماری‌های مزمن دوران کودکی، سرطان به دلیل میزان شیوع بالا و تأثیرش بر زندگی کودک و خانواده، برجسته‌تر است (دیناپولی^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). بیماری‌های مزمن در یک کودک همه جنبه‌های زندگی خانوادگی و همه اعضای خانواده را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (هینن و همکاران، ۲۰۲۴). 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 تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (جان و همکاران، ۲۰۲۴).

زمانی که والدین با تشخیص سرطان کودک خود مواجه می‌شوند، معمولاً احساس گناه می‌کنند. بستری شدن‌های طولانی مدت به منظور درمان می‌تواند مانع ادامه زندگی طبیعی شود. مادرانی که فرزند مبتلا به سرطان دارند، به علت نیاز به مراقبت دائمی و فراهم کردن شرایط ویژه این کودکان و رویارویی با استرس‌هایی از جمله مشاهده درد و رنج کودک، پیگیری مداخلات درمانی، ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمانی، بازگشت نشانه‌های وخامت بیماری و عوارض جانبی ناخوشایند شیمی درمانی بر ظاهر کودک، کارکرد روانی-اجتماعی طبیعی خود را از دست می‌دهند و توانایی سازگاری آنها افت می‌کند. احتمالاً به همین دلیل است که میانگین اختلالات روانی در مادران کودکان مبتلا به سرطان بالاتر از مادران دارای کودک عادی است (ماسادح و جراح^۷، ۲۰۱۶). از همین رو، یکی از حوزه‌هایی که تحت‌تأثیر فشارهای ناشی از حضور کودک مبتلا به سرطان در خانواده قرار می‌گیرد، انسجام روانی مادران است. انسجام روانی، نوعی جهت‌گیری شخصی به زندگی است که به عنوان منبعی درونی بر سلامت جسمانی و روانی تأثیر می‌گذارد (مدهو^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). آنتونوسکی^۹ (۱۹۹۳) احساس انسجام را به عنوان سازه‌ای تعریف کرده است که جهت‌گیری کلی فرد و احساس اعتماد و پویایی مداوم و گسترده را در زندگی و دنیای پیرامون وی نشان می‌دهد. این سازه شخصی شامل سه مولفه درک‌پذیری (توانایی در فهم این که موقعیتی که در آن قرار دارد، درک شدنی یا پیش‌بینی شدنی است)، توانایی مدیریت (به درک فرد از توانایی‌هایش برای مقابله با موقعیت‌های دشوار و استرس‌آمیز اشاره دارد) و احساس معناداری (به توانایی یافتن معنا در زندگی روزمره و مشکلات پیش‌رو اشاره دارد)، است (حسینی و عبدخدایی، ۱۳۹۵).

مادران کودکان مبتلا به سرطان نسبت به دیگر اقشار جامعه با فشارهایی مواجه هستند که از نظر شدت و حدت متفاوت است. بنابراین، آنها نسبت به افراد دیگر جامعه مشکلات بیشتری را پیش رو دارند (ساواردوتیر^{۱۰}، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان می‌دهد، احساس انسجام، افراد را قادر

¹ Jun

² Peters

³ Jassim

⁴ Ross & Olshan

⁵ Hinnen

⁶ Dinapoli

⁷ Masa'deh & Jarrah

⁸ Madhu

⁹ Antonovsky

¹⁰ Svavarsdottir



می سازد در برابر استرس از خود مقاومت بیشتری نشان دهند و سلامت جسمی و روانی خود را حفظ کنند (گلدبرگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۷، فرگوسن^۲ و همکاران ۲۰۱۶ و الفاسی^۳ و همکاران، ۲۰۱۶).

تاکنون روش های درمانی گوناگونی جهت کاهش مشکلات روان شناختی مادران کودکان مشکل دار به کار گرفته شده اند که در دو طیف روش های درمان دارویی و روش های درمان روانی-اجتماعی قرار دارند (امجدیان و همکاران، ۱۴۰۱). یکی از مداخلاتی که به نظر می رسد در توانمندسازی مادران دارای کودکان سرطانی موثر باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ (ACT) با رویکرد شفقت محور است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان موج سوم رفتار درمانی است که آشکارا اذعان می کند که افکار به جای تغییر شکل، محتوا یا فرکانس خود به تغییرات عملکردی نیاز دارند (هالیس-واکر و کلوزیمو^۵، ۲۰۱۱). پژوهش ها نشان داده است که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش معنادار تلاش ها برای شرکت در فعالیت های دشوار در حین تجربه احساسات دشوار می شود (بیکر و مک نالتی^۶، ۲۰۱۱). مادران کودکان مبتلا به سرطان که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت محور استفاده می کنند، موفق می شوند با افکار عاطفی خود رابطه جدیدی ایجاد کنند، به این معنی که افکار هیجانی به صورت افکار ساده تجربه می شوند و هیجان و اضطراب به سادگی به عنوان احساسات احساس می شود، که به آنها اجازه می دهد به جای صرف زمان زیاد برای فکر کردن و اجتناب از کاهش استرس، روی آنچه واقعا مهم و ارزشمند است تمرکز کنند (مکیت و جاملی^۷، ۲۰۱۲).

از طرفی شفقت به خود^۸ یک وضعیت ذهنی مثبت و یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه های نامطلوب خود و زندگی می باشد (استفان و هافمن^۹، ۲۰۱۹) شفقت به خود؛ گشوده بودن و همراه شدن با رنج های خود، تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیردورانه و همراه با درک و فهم نسبت به بی کفایتی ها و شکست های خود و تشخیص اینکه تجربه فرد بخشی از تجربه بشری است، تعریف می شود (سان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). از نظر مداخلات درمانی، درمان شفقت محور چندوجهی است که بر اساس پیشرفت های مهم و قابل توجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، رفتار درمانی دیالکتیکی، درمان هیجان مدار و رفتار درمانی عقلانی هیجانی و بسیاری از رویکردهای دیگر و با هدف کاهش مولفه هایی مانند شرم، خودانتقادی و شفقت با خود گسترش یافته است (استفان و هافمن، ۲۰۱۹). در راستای اثربخشی این مداخله، یزدان پور و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شفقت محور بر انسجام روانی مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال یادگیری اثربخش است. در پژوهش دیگری فرمن^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۷) به مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی در بهبود بیماران پرداختند، نتایج نشان داد که هر دو درمان باعث بهبود مشکلات کارکردی، رضایت از زندگی، افسردگی و اضطراب در بیماران شد. امروزه مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت محور به عنوان یک درمان موثر برای افسردگی و اضطراب که هر دو در بیماران سرطانی و خانواده های آنها شیوع بالایی دارد، شناخته شده است؛ همچنین بر اساس پژوهش ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی و خلق بیماران سرطانی دارد (فروس^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۳). اما در مورد والدین و به صورت ویژه مادران کودکان مبتلا به سرطان، پژوهش ها غالبا بر اندازه گیری جنبه هایی مانند اضطراب و افسردگی یا استرس پس از سانحه متمرکز بوده اند و کمتر به دامنه وسیع تری از خروجی های سلامت روان مانند انسجام روانی و رضایت از زندگی توجه نموده اند (محمدعلی و صداقت، ۱۳۹۶). بر همین اساس بررسی و شناسایی مداخله ها و آموزش های کارآمد برای بهبود انسجام روانی این مادران می تواند به روان شناسان و متخصصان این حوزه در جهت ارائه مداخله های موثر کمک نماید. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت محور بر انسجام روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان بود.

¹ Goldberg

² Ferguson

³ Elfassi

⁴ Acceptance and Commitment Therapy

⁵ Hollis-Walker & Colosimo

⁶ Baker & McNulty

⁷ MacBeth & Gumley

⁸ Compassion for yourself

⁹ Stefan & Hofmann

¹⁰ Sun

¹¹ Forman

¹² Feros



روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون یا گروه کنترل و با گمارش تصادفی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز پرتودرمانی شهید رمضان‌زاده شهر یزد در سال ۱۴۰۳ بود. تعداد نمونه شامل ۳۲ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراجعین به مرکز پرتودرمانی شهید رمضان‌زاده انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس اعضای گروه آزمایش، جلسات مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی دریافت کردند. در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی از سوی روان‌شناس دریافت نکردند.

ابزار پژوهش

مقیاس انسجام روانی (SOC):^۱ مقیاس انسجام روانی آنتونوسکی (۱۹۹۳) شامل ۲۹ سوال است که هر سوال روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از نمره ۱ (هرگز این احساس را نداشته‌ام) تا نمره ۷ (همیشه این احساس را داشته‌ام) است. مجموع نمرات انتخاب شده برای هر گزینه، به عنوان نمره فرد در مقیاس تلقی می‌شود. در این پرسشنامه حداقل و حداکثر نمره قابل اخذ برای هر شرکت‌کننده بین ۲۹ تا ۲۰۳ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده انسجام روانی بهتر در فرد می‌باشد. سازندگان پایایی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ در نمونه‌های مختلف گزارش داده‌اند و در تایید روایی معیار مقیاس همیشگی آن را با چهار مولفه جهت‌گیری عمومی به خود و محیط خود، عوامل استرس‌زا، سلامتی و نگرش‌ها و رفتار ۰/۱۱ تا ۰/۵۰ و با حداقل سطح معناداری ۰/۰۵ گزارش داده‌اند (آنتونوسکی، ۱۹۹۳). در ایران علی‌پور و شریف (۱۳۹۱) این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند و ضمن تایید روایی محتوایی بالای ۰/۷۰ برای گویه‌ها توسط متخصصان روان‌شناسی، مقدار آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۹ بدست آمد.

روند اجرای پژوهش

پس از هماهنگی با مرکز درمانی و کسب مجوزهای لازم و معرفی والدین توسط پزشک و جلب رضایت شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف پژوهش 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 سوالات را بخوانند و پاسخ‌های مربوطه را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سوالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. سپس مادران دارای فرزند سرطانی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. افراد گروه آزمایشی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شفقت‌محور را به شیوه گروهی دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

در این پژوهش ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از: تشخیص متخصص برای فرزندان به عنوان مبتلا به سرطان که یک سال از این تشخیص گذشته باشد، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روان‌شناختی و عدم دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی بود و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل 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 درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور می‌باشد که در ادامه آورده شده است.

¹ Sense of Coherence (SOC)



جدول ۱: شرح مختصری از جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور (هیز و همکاران، ۲۰۱۵؛ نف و پومیر، ۲۰۱۳).

شماره جلسه	محتوای جلسات
۱	آشنایی شرکت‌کنندگان با موضوع پژوهش، بررسی بیماری سرطان در کودکان، بررسی طول مدت بیماری و اقدامات انجام شده در مورد کودکان هریک از والدین و روند بهبودی کودک؛ توضیح کلی در زمینه انسجام روانی در زندگی و انجام پیش‌آزمون و پاسخ به پرسشنامه‌ها.
۲	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد، تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مساله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، پذیرش وقایع شخصی دردناک یعنی بیماری کودک) و توضیح خلاصه در خصوص شفقت به خود و عناصر آن (مهربانی، احساسات مشترک بشری). (ارایه تکلیف: شما چقدر با خودتان مهربان هستید؟ چه زمانی به خودتان مهربان نبودید و چرا؟ و برای مهربان بودن با خود چه کارهایی انجام داده‌اید؟)
۳	بررسی تکالیف جلسه قبل، تماشای بدون قضاوت و پذیرش افکار، امیال و احساسات، توضیح ترکیب درمان (تجربه، تمرین و استعاره)، ارزیابی ارزش‌ها (بررسی مهم‌ها و دردناک‌های زندگی)، تعریف شفقت. (ارایه تکلیف: تمرین فاصله گرفتن از افکار، اولویت‌بندی حوزه‌های مهم زندگی، تمرین شفقت‌وری به خود).
۴	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مدیریت احساسات، برجست زدن به افکار و احساسات، شفقت نسبت به خود، آموزش نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی به افراد، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش و تن‌آرامی و دریافت بازخورد. (ارایه تکلیف: یادداشت موارد شفقت به خود و یادداشت ده مورد از ویژگی‌های مثبت خود).
۵	بررسی تکالیف جلسه قبل، 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، (ارایه تکلیف: تمرین تماشای افکار، احساسات و امیال، تمرین نامه نگاری شفقت‌ورز).
۶	بررسی تکالیف جلسه قبل، جا باز کردن برای احساسات، هیجانات ادراکات، تمایلات و سبب تجارب شخصی بدون مبارزه با آنها، تفهیم آمیختگی و گسش و انجام تمارینی برای گسش، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جز محتوای ذهنی هستند. (ارایه تکلیف: تمرین در تماس بودن با ارزش‌ها، پاسخ به این سوال که چقدر نسبت به خود، خودشفقت ورز هستید؟).
۷	بررسی تکالیف جلسات قبل، توضیح عمل متعهدانه (هدف‌گذاری بر اساس ارزش‌ها و انجام اقدامات موثر برای تحقق اهداف و ماندن در مسیر ارزش‌ها)، تمرین ذهن‌آگاهی و تاکید بر زمان حال بودن و افزایش آگاهی و انسجام روانی، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر.
۸	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه، آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرهای رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، تمرین عملی آموخته‌های قبلی و رایله بازخورد به وسیله گروه و درمانگر، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

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

یافته‌ها

شاخص‌های آماری مربوط به نمرات انسجام روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آورده شده است:



جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
انسجام روانی مادران	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶	۷۰/۴۱	۶/۴۶
		کنترل	۱۶	۶۸/۰۵	۵/۷۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶	۹۳/۴۵	۱۳/۴۵
		کنترل	۱۶	۹۶/۱۲	۷/۶۴

بر اساس جدول ۲، میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیر انسجام روانی مادران نزدیک به همدیگر است ولی در پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش بالاتر است. برای این که مشخص شود تفاوت معنادار است یا خیر از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شده است. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته در دو گروه، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

جدول ۳: آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	گروه‌ها	آماره کلموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
انسجام روانی مادران	آزمایش	۰/۵۹۳	۰/۸۷۵۶
	کنترل	۰/۵۹۱	۰/۸۵۶

بر اساس جدول ۳، توزیع نمرات انسجام روانی مادران در دو گروه آزمایش و کنترل در سطح ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$) تفاوت معنی‌داری ندارند و مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات برقرار است. به منظور بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل، از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۴: آزمون لوین برای همسانی واریانس‌های دو گروه در متغیر انسجام روانی مادران

متغیر	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
انسجام روانی مادران	۱	۳۰	۰/۲۵۶	۰/۶۱۵

بر اساس جدول ۴، همسانی واریانس‌ها در نمرات انسجام روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان در سطح ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$) برقرار است. بر اساس جدول ۴، سطح معناداری اثر متقابل (گروه-انسجام روانی مادران) بزرگتر از ($\alpha=0/05$) می‌باشد. بنابراین فرضیه همگنی شیب رگرسیون پذیرفته می‌شود. با توجه به برقرار بودن این مفروضه معنی برای استفاده از تحلیل کوواریانس وجود ندارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات انسجام روانی مادران در گروه‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۵۶۹۰/۲۶	۱	۵۶۹۰/۲۶	۱۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
گروه‌ها	۴۵۰۱/۶۳	۱	۴۵۰۱/۶۳	۱۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۲
گروه*انسجام						
روانی مادران	۴۴/۱۳	۱	۴۴/۱۳	۰/۱۴	۰/۷۰۸	—
خطا		۲۹	۲۹۵/۹۶	—	—	—
مجموع		۳۲	—	—	—	—

بر اساس نتایج جدول ۵، با توجه به مقدار $F(15/14)$ و سطح معنی‌داری ($P<0/001$) به لحاظ انسجام روانی مادران بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اندازه اثر به دست آمده نشان می‌دهد که ۳۴ درصد از تفاوت بین دو گروه را می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور نسبت داد.



بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور بر انسجام روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان صورت گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور بر انسجام روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان اثربخشی معناداری دارد. این یافته‌ها از جهاتی با نتایج پژوهش‌های وینگر^۱ و همکاران (۲۰۱۶)، یزدان‌پور و همکاران (۱۴۰۳)، یوسفی و همکاران (۱۴۰۳) و محمدعلی و صداقت (۱۳۹۶) همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور بر انسجام روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان می‌توان گفت که احساس انسجام هسته‌ای اصلی پردازش اطلاعات پیچیده به وسیله انسان است که تعارضات را حل کرده و استرس را تحمل‌پذیر می‌کند (آرودی‌سوتر و همکاران، ۲۰۱۵). لذا، درمانی که بتواند تحمل استرس را در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان افزایش دهد، احساس انسجام را در آنها بالا می‌برد. در واقع می‌توان گفت انسجام روانی تا حدود زیادی به قابلیت و توانایی مدیریت کردن عوامل استرس روانی برمی‌گردد و فرد می‌تواند به شکل موثری استرس‌ها و عوامل فشارزا را مدیریت کند (ژانگ و سیلوراستین^۲، ۲۰۲۲). در همین رابطه و به باور نظریه‌پردازان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور، یک عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی اغراق‌آمیز از تجارب درونی مانند؛ افکار، احساسات و هیجانات و عدم تمایل به تجربه آنهاست که به تلاش برای کنترل یا فرار از آنها منجر می‌شود و می‌تواند در عملکرد شخص مداخله کند (راس و اولشان، ۲۰۱۸). در همین راستا، در مطالعه کشدن و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند، تجربه‌ی عاطفی مثبت و احساس انسجام و رضایت کمتری از زندگی دارند و احساس می‌کنند، زندگی آنها بی‌معناست. اما هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انسجام و انعطاف‌پذیری روانی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن‌آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و مراجع تشویق می‌شود تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربه‌ها به صورت 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 اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند و این امر موجب بهبود زندگی به ویژه در حوزه روانی آن خواهد شد.

در تبیین اثربخشی درمان شفقت‌محور بر مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌توان گفت درمان شفقت‌ورزی به مادران کمک می‌کند تا به جای پرهیز از هیجان‌های دردناک، آنها را بشناسند و نسبت به آن هیجان‌ها شفقت و تحمل داشته باشند. انسجام روانی به معنای تلاش افراد برای تاثیرگذاری روی چگونگی، طول دوره یا شدت فرآیندهای تجربی، رفتاری یا جسمی هیجان‌ها است که نقش مهمی در سازگاری با وقایع اضطراب‌زای زندگی دارد. در واقع درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی مانند ابزاری در جهت جایگزینی هیجانات مثبت به جای پریشانی و هیجانات منفی عمل می‌کند، به نظر می‌رسد کاهش احساس گناه و افزایش تحمل فرد نسبت به پریشانی، در اثر تنظیم هیجانی حاصل از این رویکرد امری امکان‌پذیر باشد. والدین متمرکز بر شفقت نه تنها انگیزه‌ای برای کاهش رنج و تهدید در محیط کودک دارد، بلکه فرصتی برای کاوش و رشد اجتماعی، عاطفی و رفتاری فراهم می‌کند. این موارد زمانی تسهیل می‌شوند که والدین خود احساس امنیت کنند. در واقع وقتی والدین احساس خطر و نامطمئن می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که به صورت تدافعی درگیر شوند و به طور بالقوه تکانشی پاسخ دهند (کایربای^۳، ۲۰۱۹). در واقع نظم‌جویی هیجان، اصل اساسی در شروع و ارزیابی و برآورد ذهنی پریشانی محسوب می‌شود. لذا، پذیرش این عقیده در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان که پریشانی و خودانتقادی شدید را تجربه می‌کنند، تاثیرگذار است و به آنها کمک می‌کند با خود مهربانانه‌تر رفتار کنند و در مقابله با پریشانی‌ها روش‌های موثرتری به کار بگیرند (انگبرستون^۴، ۲۰۲۰).

هاینس معتقد است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای اینکه بر روی حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز کند، به مراجعین کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های تحت کنترل خود را بپذیرد و خود را از کنترل قوانین کلامی که باعث ایجاد مشکلات آنها شده است، خلاص نمایند و به آنها اجازه

¹ Winger

² Zhang & Silverstein

³ Kirby

⁴ Engbretson



می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. این درمان اساساً فرایند محور است و آشکارا بر ارتقاء پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر و سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربه‌های روان‌شناختی تأکید می‌کند. هدف فنون درمانی به کار رفته در این شیوه درمانی، افزایش تفکر واقع‌بینانه، موثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست، بلکه اهداف این فنون درمانی بر کاهش اجتناب از تجربه‌های روان‌شناختی و افزایش انسجام روانی و آگاهی به ویژه تمرکز بر لحظه حال، بدون پیش گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیر ارزیابانه استوار است. در این مداخله افراد آموزش می‌بینند تا خود را از درد و حالت‌های آشفتگی به منظور کاهش این تجربه‌ها بر رفتار دور نکه دارند. در واقع در این روش، اهداف درمان، بهبود کارکرد از طریق افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد (براتیان و همکاران، ۱۳۹۶).

اضافه بر این، به باور هاینس (۲۰۰۴) پذیرش افکار به عنوان افکار، احساسات به عنوان احساسات و هیجانات به عنوان هیجانات، به همان شکلی که هستند، نه بیشتر و نه کمتر، منجر به تضعیف آمیختگی‌های شناختی می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به او اجازه رشد خزانه رفتاری آنها را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد، برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد و بدین ترتیب به یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی یعنی انجام روانی-ذهنی دست پیدا کند.

نتیجه‌گیری

در نهایت مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور به مادران کودکان مبتلا به سرطان می‌کند تا از یک زندگی غنی و پرمحتوا در کنار رنجی که برای آنها وجود دارد، برخوردار شوند. این درمان به مادران کودکان سرطانی کمک می‌کند، بر زمان حال متمرکز شوند، ارزش‌ها و اهداف زندگی خود را مشخص کنند، آنچه را نمی‌توانند تغییر دهند، بپذیرند و در نتیجه از کیفیت زندگی و انسجام روانی بهتری برخوردار شوند.

این پژوهش به مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود. از آنجا که این مطالعه بر روی مادران کودکان مبتلا به سرطان شهر یزد انجام شد، لذا در تممیم نتایج آن به سایر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده در پژوهش، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است که توجه به آن ضروری می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور با دقت بالاتر، در مطالعه‌ای گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر و بر روی پدران با هدف مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی اجرا شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده مطالعه پیگیری نیز در طرح پژوهش گنجانده شود تا امکان ارزیابی پایداری تغییرات مثبت در شرکت‌کنندگان فراهم شود. بر اساس یافته‌های پژوهش به درمانگران پیشنهاد می‌شود از مولفه‌های درمانی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن بهره ببرند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- امجدیان، فرزانه؛ جعفری، اصغر، و قمری، محمد (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش شفقت‌خود و درمان هیجان‌مدار در کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری. *روانشناسی افراد/استثنایی*. ۱۲(۴۷)، ۱۱۵-۱۴۹.
- براتیان، امین؛ کاظمی، آمنه سادات؛ خواجه، نازنین؛ حقانی زمیذانی، مجتبی، و داورنیا، رضا (۱۳۹۶). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان. *ارمغان دانش*. ۲۲(۵)، ۶۵۰-۶۳۷.
- حسینی، مریم، و عبدخدایی، محمدسعید (۱۳۹۵). تأثیر آموزش شادکامی به شیوه شناختی-رفتاری فوردایس بر میزان احساس انسجام روانی بیماران دیابتی نو دو، *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- علی‌پوراحمد، و شریف، نسیم (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه حس انسجام در دانشجویان. *پژوهنده*. ۱۷(۱)، ۵۶-۵۰.



محمدعلی، مریم، و صداقت، مستوره (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان. *روان شناسی بالینی*، ۲۹(۲)، ۳۶-۳۹.

یزادن پور، مهلا؛ سپاه منصور، مژگان، و حسن‌زاده، رمضان (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه و فرزندپروری شفقت محور بر انسجام روانی مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال یادگیری رویش روان شناسی؛ ۱۳(۱): ۱۸۱-۱۹۰.

یوسفی، عادل؛ نریمانی، محمد، و حاجلو، نادر (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت به خود ذهن آگاه بر پریشانی روان‌شناختی و کیفیت خواب زنان شاغل مبتلا به سردرد میگرنی. *رویش روان شناسی*؛ ۱۳ (۵): ۴۴-۳۳.

- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*, 36(6), 725- 733.
- Arvidsdotter T, Marklund B, Taft C, Kylen S. (2015). Quality of life, sense of coherence and experiences with three different treatments in patients with psychological distress in primary care: a mixed-methods study. *BMC Complement Altern Med* ;15:132.
- Baker, L. R., & McNulty, J. K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of personality and social psychology*; 100(5):841-853.
- Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., & Valentini, V. (2021). Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Current oncology reports*, 23, 1-7.
- Elfassi Y, Braun- Lewensohn O, Krumer- Nevo M, Sagy S. (2020). Community sense of coherence among adolescents as related to their involvement in risk behaviors. *Journal of Community Psychology*.2 (2):22-29
- Engbretson, A. M., Poehlmann-Tynan, J. A., Zahn-Waxler, C. J., Vigna, A. J., Gerstein, E. D., & Raison, C. L. (2020). Effects of Cognitively-Based Compassion Training on parenting interactions and children's empathy. *Mindfulness*, 11, 2841- 2852.
- Ferguson S, Browne J, Taylor J, Davis D. (2020). Sense of coherence and women 's birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*.158-65.
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-oncology*, 22(2), 459-464.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*, 31(6), 772-799.
- Goldberg A, Scharf M, Wiseman H. (2020). Sense of coherence and parenting representation among parents of adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*.22 –35.
- Hayes SC.(2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*; 35(4): 639–65.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes, and Outcomes. In *The Act in Context* Routledge.
- Hinnen, C., Von Haeseler, E., Tijssens, F., & Mols, F. (2024). Adverse childhood events and mental health problems in cancer survivors: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 32(1), 80.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual differences*, 50(2), 222-227.
- Jassim, G. A., Doherty, S., Whitford, D. L., & Khashan, A. S. (2023). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Jun, X., Feng, L., Fangyun, W., Xuexing, W., Linlin, L., Zhihui, L., & Zhijin, L. (2024). Development and validation of the head and neck cancer psychosocial distress scale (HNCPPDS) to identify patients at high risk for psychological problems: a multicenter study. *Scientific Reports*, 14(1), 18591.
- Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. (2006). experiential avoidance as a eneralized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavi Rese Ther*; 44(9): 1301-20.
- Kirby, J. N. (2019). Nurturing Family Environments for Children: Compassion-Focused Parenting as a Form of Parenting Intervention. *Education Sciences*, 10(1), 1-10.



- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552.
- Madhu SV, Siddiqui A, Desai NG, Sharma SB, Bansal AK. (2019). Chronic stress, sense of coherence and risk of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*.2 (5):08-20.
- Masa'deh, R., & Jarrah, S. (2017). Post-traumatic stress disorder in parents of children with cancer in Jordan. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), 8-12.
- Modanloo, S., Rohani, C., & Farahani Shirin Abadi, A. (2015). Assessment of family function among parents of children with cancer. *Iranian Journal of Nursing Research*, 10(1), 56-65.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and identity*; 12(2): 160-176.
- Peters, L., Brederecke, J., Franzke, A., de Zwaan, M., & Zimmermann, T. (2020). Psychological distress in a sample of inpatients with mixed cancer—a cross-sectional study of routine clinical data. *Frontiers in psychology*, 11, 591771.
- Ross JA, Olshan AF. (2018). Pediatric cancer in the United States: the children's oncology group epidemiology research program. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention Journal*; 13(1): 1552-54.
- Stefan, S. I., & Hofmann, S. G. (2019). Integrating metta into CBT: How loving kindness and compassion meditation can enhance CBT for treating anxiety and depression. *Clinical Psychology in Europe*, 1(3), 1-15.
- Sun, S., Pickover, A. M., Goldberg, S. B., Bhimji, J., Nguyen, J. K., Evans, A. E., ... & Kaslow, N. J. (2019). For whom does Cognitively Based Compassion Training (CBCT) work? An analysis of predictors and moderators among African American suicide attempters. *Mindfulness*, 10, 2327-2340.
- Svavarsdottir, E. K. (2005). Gender and emotions: Icelandic parents experiencing childhood cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5), 531-538.
- Winger, J. G., Adams, R. N., & Mosher, C. E. (2016). Relations of meaning in life and sense of coherence to distress in cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-oncology*, 25(1), 2-10.
- Zhang, X., & Silverstein, M. (2022). Intergenerational emotional cohesion and psychological well-being of older adults in rural China: A moderated mediation model of loneliness and friendship ties. *The Journals of Gerontology: Series*, 77(3), 525-535.