Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
2025, Volume 13, No. 2: 1-14.

Original article

Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the parent–child relationship and quality of life in mothers of children with cancer

seyede Narges Golestan[1], Alireza Rajaei[1], Hamid Farhangi[2], Mohammad Hossein Bayazi[1]

1. Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran
2. Department of Pediatrics, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: Alireza Rajaei, Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. e-mail: rajaei.46@iautj.ac.ir

Received: 28 August 2024 Revised:1 January 2025 Accepted: 7 January 2025

Keywords:
Child-parent relationship, Life quality, Acceptance and commitment therapy

Abstract

Background & Aim: Mothers of children with cancer often experience various psychological problems. This study aimed to examine the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT) on the parent–child relationship and quality of life in mothers of children with cancer.

***Methods*:** This semi-experimental study employed a pretest–posttest design. The participants were 30 mothers of children with cancer who were referred to Dr. Sheikh Hospital in Mashhad in 2021. Participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups (15 participants in each group). The experimental group received acceptance and commitment-based therapy, while the control group did not receive any intervention. Data were collected using Pianta's Parent–Child Relationship Scale (1992) and the WHO Quality of Life Questionnaire (1996). Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) with SPSS version 26.

***Results*:** Findings showed that acceptance and commitment-based therapy significantly improved the parent-child relationship ($F = 161.24$, $p < 0.05$) and increased the quality of life of mothers of children with cancer ($F = 54.39$, $p < 0.05$). Moreover, there was no significant difference between posttest and follow-up scores in the experimental group ($p > 0.05$), indicating the persistence of the intervention's effects on the parent-child relationship and quality of life.

***Conclusion*:** Given that acceptance and commitment-based therapy improved the parent-child relationship and quality of life among mothers of children with cancer, it is recommended that this therapeutic method be used to help reduce the psychological problems of this group.

How to Cite this Article: Golestan SN, Rajaei A, Farhangi H, Bayazi MH. Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the parent–child relationship and quality of life in mothers of children with cancer. J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci. 2025;13(2):1-14.DOI: 10.61882/jmsthums.13.2.1

Copyright © 2025 Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه
دوره۱۳. شماره ۲. تابستان ۱۴۰۴

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتباط والد کودک و کیفیت زندگی در مادران کودکان دچار سرطان

سیده نرگس گلستان[۱]، علیرضا رجایی[۱]، حمید فرهنگی[۲]، محمدحسین بیاضی[۱]

۱. گروه روانشناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران
۲. گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت:
۱۴۰۳/۰۶/۰۷
تاریخ بازنگری:
۱۴۰۳/۱۰/۱۲
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۳/۱۰/۱۸

کلیدواژه‌ها:
ارتباط والد-کودک، کیفیت زندگی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه محفوظ است.

چکیده

زمینه و هدف: مادران دارای کودک سرطانی از مشکلات روان‌شناختی متعددی رنج می‌برند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی در مادران کودکان دچار سرطان انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون، بر روی ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان دکتر شیخ مشهد در سال ۱۴۰۱ انجام شد. افراد به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل مقیاس رابطه والد- کودک پیانتا (۱۹۹۲) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل کواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 تحلیل گردید.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت ارتباط والد-کودک (P< ۰/۰۵ , ۱۶۱/۲۴ =F) و افزایش کیفیت زندگی در مادران کودکان دچار سرطان مؤثر است (P< ۰/۰۵ , ۵۴/۳۹ =F). همچنین، بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشت (P>۰/۰۵)؛ که نشان‌دهنده تأثیر ماندگاری مداخله آموزشی بر روی ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی مادران کودکان دچار سرطان تأثیر دارد، استفاده از این روش درمانی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن توصیه می‌گردد.

نویسنده مسئول: علیرضا رجایی، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
آدرس پست الکترونیک: rajaei.46@iautj.ac.ir

مقدمه

سرطان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های شایع و ناتوان‌کننده قرن حاضر و دومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلب و عروق است (۱). اگرچه از دیدگاه علم پزشکی، سرطان در یک فرد خاص رخ می‌دهد، ولی خانواده‌های بیماران سرطانی به‌خصوص مادران نیز رویدادهای پراسترس و وضعیت‌های پیوسته و دنباله‌داری از اضطراب را تجربه می‌کنند که می‌تواند بسیار دردآور و ناراحت‌کننده باشد (۲). به نظر می‌رسد سرطان بر ارتباط والد- کودک و کیفیت زندگی در مادران کودکان دچار سرطان مؤثر باشد. ازاین‌رو بررسی عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری سرطان و درمان آن‌ها می‌تواند از اهمیت زیادی برخوردار باشد.

در بیماری‌های مزمن کودکان مانند سرطان، والدین مراقبت‌های جسمانی و روانی کودک را برای مدت طولانی بر عهده می‌گیرند که درنتیجه آن محرک‌های تنش‌زایی مانند بار فیزیکی، بار مالی، تغییر در نقش والدینی، رنجش سایر اعضای خانواده، مشکل در سازگاری روانی، روابط والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). در میان بیماری‌های مزمن دوران کودکی، تأثیر سرطان بر زندگی کودک و سایر اعضای خانواده، قابل‌توجه‌تر است (٤). والدین دارای فرزند مبتلا به سرطان، پریشانی زیادی را تحمل می‌کنند و نسبت به سایر والدین از انسجام کمتر و تعارض و اختلاف بیشتری برخوردارند (٥). در پژوهشی که لیمن (LiMin) و همکاران (۲۰۱۲) بر روی والدین دارای فرزند سرطانی انجام دادند، دریافتند که سلامت جسمانی و روانی والدین و فرزندان آن‌ها به دنبال تشخیص سرطان با تأثیرات منفی همراه بوده است؛ در این بین مادران در مقایسه با پدران تحت تأثیر سلامت روان بیشتر و از و کیفیت زندگی روانی پایین‌تری برخوردار بودند (٦).

ارتباط والد-کودک نقش بسیار مهم و حیاتی در زندگی انسان ایفا می‌کند و آن ایجاد و حفظ روابط بین والدین و فرزندان می‌باشد. ارتباط والد-کودک به‌طور قابل‌توجهی به درک و پذیرش متقابل بین والدین و فرزند کمک می‌کند (۷). کارنس هولت (Carnes-Holt) معتقد است تعامل والد-کودک نخستین معرف دنیای کودک است و یک رابطه مهم و حیاتی برای ایجاد امنیت و عشق است (۸). تعامل والد- کودک نقش حیاتی در زندگی ایفا می‌کند و آن ایجاد و حفظ روابط بین والدین و فرزندان است. تعامل والد-فرزند باعث تعامل قوی بین والدین و کودک شده و به‌طور قابل‌توجهی به درک و پذیرش متقابل بین والدین و فرزند کمک می‌کند (۷).

کیفیت زندگی نیز مفهومی چندبعدی است و شامل درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علائق فردی هست و هدف آن به دست آوردن رفاه، چه یک فرد یا یک جمعیت، با توجه به عناصر مثبت و منفی در کل وجود آن‌ها در یک مقطع زمانی خاص است (۹). بررسی کیفیت زندگی در تحقیقات سلامتی مبتلایان به سرطان از این لحاظ حائز اهمیت است که به پژوهشگران کمک می‌کند تا وضعیت زندگی افراد و نیز خطراتی که بیماری بر کیفیت زندگی دارد تعیین شود تا بتواند نکات مبهم فراوانی را روشن کنند (۱۰). همچنین فعالیت‌های خود را در جهت ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی این بیماران تنظیم کنند (۱۱).

امروزه مداخلات روان‌شناختی با هدف ارتقای سازگاری بهتر فرد با موقعیت معین نشان داده‌اند که در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی تأثیر مثبت دارند (۱۲). در این راستا نیز در چند دهۀ اخیر پیشرفت‌های شایان توجهی در گسترش مداخلات روانی- اجتماعی بر روی بیماران دچار سرطان انجام‌گرفته است (۱۳). ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان و اهمیت بالای این مؤلفه‌ها در زندگی فردی و اجتماعی، ضرورت بررسی رویکردهای درمانی مؤثر در جهت ارتقای سطح این مؤلفه‌ها را دوچندان نموده است.

درمان‌های روان‌شناختی مختلفی بر بهبود آسیب‌های روان‌شناختی مؤثر هستند که یکی از این درمان‌ها می‌تواند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باشد. رویکرد درمانی تعهد و

پذیرش شامل پذیرش فعال و آگاهانه افکار، هیجانات و حس‌های بدنی منفی که در طی زندگی فرد ایجادشده، است بدون تلاش‌های غیرضروری برای تغییر شکل و فراوانی آن‌ها، مخصوصاً موقعی که اعمال چنین تغییری موجب آسیب روان‌شناختی می‌شود (۱٤).

فرایندهای بنیادی درمان تعهد و پذیرش شامل پذیرش، ذهن آگاهی، زندگی در لحظه اکنون، گسلش شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشند. بر طبق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درگیر شدن با هیجانات، می‌تواند باعث بدتر شدن آن‌ها شود؛ بنابراین، این روش درمانی یک رویکرد بافت گرا است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییراتی که لازم است متعهد شود (۱۵). در این رویکرد درمانی از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و ناهم‌آمیزی شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود (۱٦). پژوهش‌های متعددی همچون مرمرچی نیا و ذوقی (۱۷) و آنونزیاتا (Annunziata) و همکاران (۱۸) بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آسیب‌های روان‌شناختی تأکید دارند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که ازجمله مشکلات روان‌شناختی مادران دارای کودک سرطانی، کاهش سطح کیفیت روابط والد کودک و نیز کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد؛ بنابراین توجه به‌سلامت روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان می‌تواند مهم باشد. همچنین، بررسی‌ها نشان داد که تاکنون پژوهشی که به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتباط والد کودک و کیفیت زندگی در مادران کودکان دچار سرطان انجام‌نشده است. علاوه بر این با توجه به روند فزاینده این بیماری در جوامع مختلف و تحقیقات اندک در این زمینه ضروری است تا با انجام پژوهشی در جامعه سرطانی، به بالا بردن سطح کیفیت زندگی و ارتباط مؤثر والد-کودک مادران دارای فرزند سرطانی کمک شود. از دیدگاه اجتماعی نیز انجام چنین پژوهشی لازم و ضروری است تا با شناخت و کاربست روش درمانی مؤثر، از آسیب‌های روانی بیماران سرطانی که تبعات اجتماعی زیادی دارد جلوگیری و برای درمان آن‌ها اقدام لازم صورت پذیرد؛ بنابراین، با توجه به اهمیت توجه و درمان آسیب‌های روانی مادران دارای کودک سرطانی، این پژوهش بررسی کردیم که آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتباط والد کودک و کیفیت زندگی در مادران کودکان دچار سرطان اثربخش است؟

روش‌ها

این پژوهش کاربردی به‌صورت نیمه آزمایشی (Quasi experimental) بر روی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان خون به تعداد ۱۲ نفر انجام گرفت که جهت درمان به بیمارستان دکتر شیخ مشهد در سال ۱٤۰۱ مراجعه می‌کردند. در این مطالعه، روش نمونه‌گیری هدفمند بود که در آن به مادران دارای کودک سرطانی مراجعه‌کننده به بیمارستان پرسشنامه‌ای رابطه والد و کودک و کیفیت زندگی ارائه شد و کسانی که نمره بالاتر از خط برش را کسب نمودند ٤۲ نفر مشخص شدند، سپس از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر بر طبق Corey (۱۹) انتخاب گردید. سپس مشارکت‌کننده‌ها به‌صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش (۱۵نفری) و گواه (۱۵ نفری) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دامنه سنی ۲۵ تا ٤۵ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، نداشتن بیماری حاد همراه با سرطان و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج مطالعه نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمانی، عدم همکاری در راستای انجام درمان و معلولیت جسمی بود.

شیوه اجرای پژوهش

در این پژوهش، در ابتدا اطلاعات لازم در مورد اهداف، طول مدت پژوهش و نحوه همکاری در طول مطالعه به افراد داده شد و پس از کسب رضایت کتبی آگاهانه از آن‌ها، به‌عنوان واحد پژوهش انتخاب شدند و این اطمینان به مشارکت‌کننده‌ها داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند.

پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و مقیاس رابطه والد- کودک در اختیار آن‌ها قرار گرفت و پیش‌آزمون انجام شد؛ سپس درمان مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش بر روی گروه آزمایش اجرا شد

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی تعهد و پذیرش

جلسه	هدف	محتوا
اول	معارفه، آشنایی با مقدمات و بنیان‌های اساسی درمان و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی	آشنایی با اهداف درمان- بیان «داستان درد» هر یک از اعضا از زبان خود و مفهوم‌سازی مشکل، بررسی اجتناب‌های تجربه‌ای مراجعین و ایجاد ناامیدی خلاق با استعاره‌های "جیپ زرد، استخر توپ، مرد در چاه و..." و درنهایت فرمول‌بندی و توضیح درمان اکت و توضیح چارچوب RFT با "استعاره لیموترش و تأثیر زبان و فکر بر بدن" برای مراجعین
دوم	آمادگی پذیرش شرایط جدید زندگی و پذیرفتن بیماری فرزندشان	توضیح مفهوم پذیرش با استفاده از استعاره‌های "جک ولگرد، نوزاد در هواپیما، تمرین شفقت، استعاره یویو و استعاره خانه در کنار جاده". توضیح "چرخه فکر و حس و رفتار" برای مراجعین و اینکه چطور افکار، رفتارهای ما را کنترل می‌کنند.
سوم	گسستگی شناختی	در این جلسه بعد از اینکه مراجعین در طول هفته با افکارشان آشنا شدند، با استفاده از استعاره های "برگ شناور در رودخانه و افکار شناور در اتاق" و با "تمرین‌های حواست به راه رفتنت" باشد و "تمرین دست‌ها به عنوان افکار" و استعاره "مسافران اتوبوس" و استعاره "ترشی"، به مراجعین آموزش داده شد که از چسبیدن به این افکار دوری کنند و اجازه ندهند این افکار مربوط به بیماری فرزندشان آن‌ها را کنترل کنند.
چهارم	شناسایی نقش ارزش‌ها و عمل	با استفاده از استعاره‌های "ساعت خبری پرمخاطب"، تمرین "لحظات خوب با چشمان باز و بسته"، تمرین "نوشتن خود زندگینامه و ده گام برای رسیدن به ارزش‌ها" و استعاره "تابلوی امتیازها"، سعی شد که به مراجعین مفهوم ارزش و اهداف آموزش داده شود و مراجعین در مسیر ارزش‌ها و اهداف دیگرشان قرار گیرد تا به این ترتیب برای کنار آمدن با شرایط جدید زندگی‌شان آماده شوند.
پنجم	خود به عنوان زمینه به جای خود مفهوم‌سازی شده	در این جلسه سعی شد که مادران از درگیر شدن بیش از حد با مسائل جدید به عنوان تماشاچی بودن پیش بروند و برای این هدف از استعاره‌های "صفحه شطرنج، تماشای تلویزیون و محاکمه خود مفهوم‌سازی شده" و استعاره "شاهزاده و گدا" استفاده شد.
ششم	ذهن آگاهی و زندگی در لحظه حال	در این جلسه "زندگی در لحظه الان و اکنون" تمرین شد و با استفاده از "تمرین‌های راه رفتن ذهن آگاهی، تمرین قاصدک، تنفس ذهن آگاهانه و تمرین آگاهی از تجارب"، سعی شد زندگی ذهن آگاهانه با تمرین روی تنفس و حواس پنج‌گانه به مادران آموخته شود.
هفتم	عمل متعهدانه	در این جلسه سعی شد که با تمرین و استعاره "حباب‌ها و حرکت در جاده و کارخانه دوچرخه‌سازی"، مفهوم عمل متعهدانه ایجاد شود.
هشتم	نگهداری مادام‌العمر تغییرات، پیشگیری از عود. خداحافظی با اعضا	بررسی تک بحث پیرامون پیشامدهای منفی و آمادگی برای عود- مرور درمان- تدوین طرحی برای آینده- مرور عمل متعهدانه به عنوان یک «تکلیف مادام‌العمر»

و درنهایت پس از اجرای درمان از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. بعد از گذشت دو هفته از انجام پژوهش، درمان بر روی گروه گواه نیز انجام شد. بعد از گذشت سه ماه از اجرای پژوهش به‌منظور پیگیری با مراجعین تماس گرفته شد و از آن‌ها مجدداً آزمون گرفته شد. این مطالعه به تائید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام با کد IR.IAU.TJ.REC.1400.002 رسید.

ابزار پژوهش

مقیاس رابطه والد و کودک (PCRS): این مقیاس ۳۳ ماده‌ای توسط پیانتا در سال ۱۹۹۲ ساخته شد و رابطه ادراک والدین را

با کودکشان موردسنجش قرار می‌دهد. مقیاس رابطه والد و کودک شامل مؤلفه‌های تعارض، صمیمیت، وابستگی و رابطه مثبت کلی می باشد. نمره‌گذاری مقیاس خود گزارش دهی رابطه والد- کودک بر اساس طیف ٥ درجه‌ای لیکرت از یک (قطعاً صدق نمی‌کند) تا ٥ (قطعاً صدق می‌کند) می‌باشد (۲۰). این پرسشنامه توسط ابارسی و همکاران ترجمه‌شده است و روایی محتوی آن نیز توسط متخصصان ارزیابی شد و آلفای کرونباخ حوزه‌های تعارض (۰/۸٤)، صمیمیت (۰/٦۹)، وابستگی (۰/٤٦) و رابطه مثبت کلی (۰/۸۰) به دست آمد (۲۱).

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) در سال ۱۹۹٦ ساخته شد و دارای ٤ زیرمقیاس شامل حیطه سلامت روانی، سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و وضعیت محیط می‌باشد (۲۲). نسخه ایرانی این پرسشنامه توسط نجات و همکاران در سال ۱۳۸٥ اعتبارسنجی شد و مقادیر آلفای کرونباخ در چهار زیرمقیاس از ۰/۷٥ تا ۰/۸٤ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه است. علاوه بر این، همبستگی بالای سؤالات پرسشنامه با حیطه اصلی خود حاکی از روایی قابل قبول عوامل ساختاری این ابزار در ایران در گروه‌های سالم و بیمار می‌باشد (۲۳). در این پرسشنامه نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است.

در جلسات درمان تعهد و پذیرش، از پروتکل درمانی ۸ جلسه‌ای ولز و سورل (Vowles & Sorrell) (۲٤)، استفاده گردید که خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه‌شده است. داده‌های جمع‌آوری‌شده با آزمون تحلیل کوواریانس و به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه‌وتحلیل شد.

نتایج

نتایج اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های موردمطالعه در جدول ۲ ارائه‌شده است. همچنین میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی در جدول ۳ نشان داده‌شده است

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه گواه
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
سن	۲۰-۲٥ سال	(۲۰)۳	(۲٦)٤
	۲٥- ۳۰ سال	(٤۰)٦	(۲٦)٤
	۳۰- ۳٥ سال	(۲۰)۳	(۲۰)۳
	۳٥- ٤۰ سال	(۲۰)۳	(۲٦)٤
مدرک تحصیلی	کاردانی و پایین‌تر	(۲٦)٤	(٤٦)۷
	کارشناسی	(٥۳)۸	(۳۳)٥
	کارشناسی ارشد و بالاتر	(۲۰)۳	(۲۰)۳
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	(٦۰)۹	(٤٦)۷
	آزاد	(۲۰)۳	(۲۰)۳
	کارمند دولتی	(٦)۱	(۱۳)۲
	کارمند بخش خصوصی	(۱۳)۲	(۲۰)۳
وضعیت تأهل	متأهل	(۹۳)۱٤	(۸٦)۱۳
	مطلقه و همسر فوت‌شده	(٦)۱	(۱۳)۲

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های ارتباط والد کودک و کیفیت زندگی در گروه‌های موردمطالعه

متغیر		گروه	نوبت سنجش	میانگین	انحراف معیار
ارتباط والد-کودک	تعارض	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۲/۲۴	۳/۳۷
			پس‌آزمون	۳۴/۶۲	۴/۵۲
		گواه	پیش‌آزمون	۴۱/۲۲	۲/۱۴
			پس‌آزمون	۴۰/۴۵	۳/۴۷
	وابستگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۱/۴۲	۳/۶۴
			پس‌آزمون	۲۷/۶۴	۲/۹۱
		گواه	پیش‌آزمون	۲۹/۱۴	۲/۲۹
			پس‌آزمون	۲۹/۶۷	۳/۵۷
	صمیمیت	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۴/۶۵	۴/۵۹
			پس‌آزمون	۱۷/۱۴	۷/۸۸
		گواه	پیش‌آزمون	۱۴/۱۵	۶/۲۲
			پس‌آزمون	۱۴/۲۹	۳/۵۹
	رابطه مثبت کلی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۴/۶۵	۴/۵۹
			پس‌آزمون	۳۳/۱۴	۷/۸۸
		گواه	پیش‌آزمون	۲۴/۱۵	۶/۲۲
			پس‌آزمون	۲۴/۹۷	۳/۵۹
کیفیت زندگی		آزمایش	پیش‌آزمون	۴۲/۲۴	۷/۳۷
			پس‌آزمون	۶۰/۶۲	۶/۵۲
		گواه	پیش‌آزمون	۴۳/۲۲	۸/۱۴
			پس‌آزمون	۴۴/۴۵	۷/۴۷

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن متغیرهای تحقیق بررسی شد. همان‌طور که نتایج جدول ٤ نشان می‌دهد، سطح معنی‌داری همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد. آزمون ام.باکس برای پیش‌فرض همسانی کوواریانس‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه بررسی گردید. نتایج بیانگر همسانی کوواریانس‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه بود (P=۰/۰۸۹، F=۱/۲۵، Box=۵۹/۲۶). آزمون لوین جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها انجام شد (ارائه شده در جدول ۵)، نتایج فرض همگنی واریانس‌های نمره متغیرهای پژوهش را تائید کرد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نمره ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی در جدول ٦ بیان شده است. نتایج نشان داد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون ارتباط والد-کودک به‌عنوان متغیر هم‌پراش، اثر اصلی متغیر مستقل بر نمره‌های ارتباط والد- کودک پس‌آزمون معنادار است (Partial η^2 = ۰/۸٦، ۰/۰۵ , P< ۱٦۱/۲٤ =F). همچنین با توجه به نتایج جدول ٦، با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون کیفیت زندگی، اثر اصلی متغیر مستقل بر نمره‌های کیفیت زندگی پس‌آزمون معنادار است (Partial η^2 = ۰/۸۹، P< ۰/۰۵ , F= ٥٤/۳۹)؛ بنابراین می‌توان گفت که این روش درمانی باعث افزایش کیفیت ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی مادران کودکان دچار سرطان می‌شود.

جدول ۴. آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای نرمال بودن متغیرهای تحقیق

متغیر	گروه	شاخص	Z	p-value	نتیجه
ارتباط والد-کودک	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۱۵۸	۰/۰۸۹	نرمال
		پس‌آزمون	۰/۱٤۱	۰/۰۹۷	نرمال
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۱۲۹	۰/۰۸٦	نرمال
		پس‌آزمون	۰/۱٦٥	۰/۱۱۱	نرمال
کیفیت زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۱٥۹	۰/۰۹٤	نرمال
		پس‌آزمون	۰/۲۱۷	۰/۰۸۷	نرمال
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۱۲٤	۰/۰۸۹	نرمال
		پس‌آزمون	۰/۱٤٥	۰/۰۷۹	نرمال

جدول ۵. نتایج آزمون پیش‌فرض همگنی کوواریانس‌های متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	F	df1	df2	p-value
ارتباط والد-کودک	۰/٥٤	۱	۲٦	۰/٥۰٦
کیفیت زندگی	۰/٥۲	۱	۲٦	۰/٥۰۷
آزمون Box's M				
آمارهٔ Box's M	٥۹/۲٦			
F	۱/۲٥			
P	۰/۰۸۹			

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نمره ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتای سهمی
ارتباط والد-کودک	پیش‌آزمون	۱۲۲۳/٤۳	۱	۱۲۲۳/٤۳	۱۲۸/٦۱	۰/۰۰۱	۰/۷٤٤
	گروه	۱۷۲۲/٤۷	۱	۱۷۲۲/٤۷	۱٦۱/۲٤	۰/۰۰۱	۰/۸٦
	خطا	۲٤۹/٦۲	۲۷	۹/۲٤٥			
	کل	۷٤۸۱۱	۳۰				
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱٤٤۸/٤۳	۱	۱٤٤۸/٤۳	٥۲/٦۳	۰/۰۰۱	۰/۸٦
	گروه	۲۲٦۱/٤۷	۱	۲۲٦۱/٤۷	٥٤/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	خطا	٤۷۸/۲۲	۲۷	۱۷/۷۱۱			
	کل	۷٤۸۱۱	۳۰				

در جدول ۷ نیز تغییرات ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی مادران کودکان دچار سرطان در مرحله پیگیری نشان داده شده است. با توجه به نتایج آزمون تی وابسته، بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تفاوت معناداری مشاهده نشد (۰/۰٥ <P)؛ که نشان‌دهنده تأثیر ماندگاری مداخله آموزشی بر روی ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان می‌باشد.

جدول ۷. تغییرات ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا سرطان در مرحله پیگیری

متغیر	میانگین و انحراف معیار		t	df	p-value
	پس‌آزمون	پیگیری			
ارتباط والد- کودک	۷۰/۵۵ ±۱۳/۴۵	۷۲/۹ ±۱۲/۱۸	۰/۷۴۲	۱۴	۰/۶۱۲
کیفیت زندگی	۶۰/۶۲ ± ۶/۵۲	۱۲/۴۸ ± ۹/۶۳	۱/۳۴۲	۱۴	۰/۰۸۹

بحث

در مطالعه حاضر تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی در مادران کودکان مبتلا به سرطان بررسی شد. نتایج مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتباط والد-کودک مادران کودکان دچار سرطان مؤثر است. به عبارتی با استفاده از رویکرد درمان تعهد و پذیرش، کیفیت ارتباط والد-کودک بین مادران و کودکان دچار سرطان افزایش یافت. نتایج پژوهش‌های مصباح، حجت خواه وگل محمدیان (۲۵)، مونتگومری (۲۶) و ویتینگام و همکاران (۲۷) با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشند. می‌توان چنین استدلال نمود که ارتباط والد- کودک نقش بسیار مهم و حیاتی در زندگی انسان ایفا می‌کند و به‌طور قابل‌توجهی به درک و پذیرش متقابل بین والدین و فرزند کمک می‌کند (۷). به‌طورکلی رابطه والد- کودک، شامل ترکیبی از رفتارها، احساسات و انتظارات منحصربه‌فردی است که بین والدین و فرزندشان وجود دارد (۲۸). به اعتقاد دارلینگ (۱۹۹۹) والدگری، فعالیتی پیچیده و شامل بسیاری از رفتارهای اختصاصی می‌شود که هر یک از والدین به طور جداگانه و یا با جلب مشارکت یکدیگر از این مهارت‌ها استفاده می‌کنند تا رفتار کودک خود را تحت تأثیر قرار دهند (۲۹). بسیاری از والدین، به جز آن‌هایی که به موقع می‌توانند به نیاز کودکان پاسخ داده و توقع و کنترل معقولی بر رفتار آن‌ها داشته باشند، در عمل فرزندانی بیمار تربیت می‌کنند (۳۰). یکی از مهم‌ترین عوامل محیطی مؤثر بر رشد روانی اجتماعی، رابطه والدین با کودکان می‌باشد به‌طوری‌که کیفیت این روابط در سال‌های اولیه‌ی کودکی اساس رشد شناختی، هیجانی و اجتماعی آینده را پایه‌گذاری می‌کند. ازآنجایی‌که مادران داری فرزند سرطانی به‌واسطه آسیب‌های روانی که در آن‌ها ایجاد می‌شود ممکن است رابطه مؤثر و مفیدی با کودک نداشته باشند و چون این کودکان زمان زیادی را با خانواده می‌گذرانند، بنابراین دو عامل باید رعایت شود، یکی ارتباطات صمیمی و وقت گذاشتن اعضای خانواده برای هم به‌ویژه زمانی که استرس و فشار وجود دارد و دیگری ارتباط مناسب بین زن و شوهر تا امنیت کامل برای خانواده فراهم شود (۳۱). ازآنجایی‌که در این خانواده‌ها این مهم دچار مشکل شده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، حس متعالی از خود در فرد ایجاد می‌کند و از طریق فرآیندهای گسلش و ذهن‌آگاهی به این مادران کمک می‌شود که رابطه مؤثر و مفیدی با کودک داشته باشند. مزیت اصلی این حس متعالی ایجادشده به‌واسطه این درمان آن است که خود زمینه‌ای است که در آن محتوای هوشیاری تهدیدکننده نیست. به‌عبارت‌دیگر خود به‌عنوان زمینه، پذیرش واقعیت را حمایت می‌کند.

هدف مداخله درمان پذیرش و تعهد این است که به مراجعه‌کنندگان کمک کند جنبه‌های کیفی خود به‌عنوان زمینه را به طور مستقیم تجربه کنند (۱۵). وقتی درمان پذیرش و تعهد آمیختگی با خود مفهوم‌سازی شده را تهدیدی برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌بیند، پس می‌کوشد ارتباط با انواع دیگری از تجربه خود را ارتقاء بخشد. یکی از این‌ها "معنا و حسی از خود" به‌عنوان زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساسات بدنی و خاطرات رخ می‌دهند (۱۴, ۱۵). در نظریه‌ی چارچوب رابطه‌های ذهنی، اعتقاد بر این است که یک حس متعالی از خود منجر به حسی ازاینجا، اکنون در مقابل آنجا، می‌شود. مادامی‌که فرد نحوه‌ی دستیابی به این بخش از وجودش را بیاموزد قادر خواهد شد تا تغییرات

بیشتری را در رابطه‌ی خود با افکار و احساسات ناخواسته‌اش ایجاد کند (۳۲). از این طریق، در این پژوهش، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتباط والد کودک مادران کودکان دچار سرطان مؤثر واقع شد.

در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی مادران کودکان دچار سرطان مؤثر است. درواقع کیفیت زندگی مادران کودکان دچار سرطان بعد از مداخله آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش افزایش یافته است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات رضایی و همکاران (۳۳)، نصیری و همکاران (۳٤)، Sundaresan و همکاران (۳۵)، Feros و همکاران (۳٦) همخوانی داشت. در تبیین آن می‌توان چنین استدلال نمود که کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی شامل رضایت مالی، عاطفی، جسمی و اجتماعی است (۳۷). کیفیت زندگی یک سازه چندبعدی و پویا است که از مجموع عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و محیطی تشکیل‌شده است که می‌تواند درک فرد از موقعیت خود در زندگی و رضایتمندی او از ابعاد مختلف حیات را منعکس کند (۳۸). درواقع می‌توان گفت کیفیت زندگی درجه اهمیتی است که زندگی فرد برای وی دارد و غالباً براساس معیارهایی چون داشتن یک زندگی عادی و شاد، رضایت از دستیابی به اهداف شخصی و ظرفیت روحی سنجیده می‌شود (۳۹). افراد دارای فرزند سرطانی از کیفیت زندگی بالایی برخوردار نیستند و عوامل و جنبه‌های مختلف زندگی آنان دچار مشکل می‌باشد. کیفیت زندگی یک متغیر ذهنی، از ادراک فرد از جایگاه خود در زندگی است و با توجه به بستر فرهنگی و نظام ارزشی مرتبط با اهداف، استانداردها و آرزوهای هر فرد می‌باشد (٤۰) و به معنای احساس رضایت از موقعیت‌ها و ارتباطات، تعلق‌خاطر، داشتن انرژی و لذت بردن از خوشی‌های زندگی، احساس ارزنده بودن و استقلال و انطباق مؤثر داشتن، امید، احساس رفاه و ایفای نقش‌هایی است که برای فرد مهم‌اند (٤۱). سرطان می‌تواند تأثیرات نامطلوبی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی مبتلایان داشته باشد (٤۲). طوری که این بیماری کیفیت زندگی افراد مبتلا را در ابعاد عملکرد جسمانی، نقش فیزیکی و عملکرد اجتماعی مخدوش می‌کند (٤۳). بیم از مرگ، هراس از عدم استقلال و وابستگی به دیگران، وحشت از تغییر یا بروز ناهنجاری‌های احتمالی ظاهری در بدن، و سپس اختلال و آشفتگی در روابط بین فردی و عوارض جسمانی مرتبط با ماهیت و نوع درمان سرطان می‌توانند منجر به کاهش کیفیت زندگی فرد در ابعاد مختلف شوند (٤٤). در پژوهش‌هایی که توسط Sundaresan و همکاران (۲۰۱۵) انجام شد، ابعاد مختلف کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کلی افراد مبتلا به بیماری سرطان نامطلوب گزارش شد (۳۵). از طرفی با توجه به تغییرات ناخواسته و نامطلوب ایجادشده در مسئولیت‌ها و فعالیت‌های روزانه افراد مبتلا به سرطان، احساساتی همچون اضطراب و کاهش عزت نفس بیمار و کم ارزشی و یا بی‌لیاقتی به وجود می‌آید (٤۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعان کمک می‌کند تغییرات در دنیا را به طور مستقیم آن‌گونه که هست، تجربه کنند نه آن‌گونه که به‌وسیله‌ی عمل زبانی ساخته می‌شود. ارتباط مؤثر، باز و غیر دفاعی با زمان حال دو ویژگی دارد: نخست اینکه مراجعان یاد می‌گیرند به آنچه در محیط و در تجربه درونی دارد توجه کند و دیگری اینکه آموزش می‌بینند تا آنچه وجود دارد را بدون قضاوت یا ارزشیابی، توصیف کنند (۱٤, ۱۵). این درمان مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال را تشویق می‌کند؛ چیزی که "خود به عنوان یک فرآیند دانستن" نامیده شده است (۱۵). در این روش درمانی در ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و در مقابل آن، اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. سپس بیمار یاد می‌گیرد که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی، ناخواسته ممکن است اثر معکوس داشته باشد و موجب تشدید آن‌ها شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم، بر آگاهی فرد در لحظه‌ی حال افزوده می‌شود، یعنی سعی می‌شود فرد از تمام

حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه‌ی حال آگاه شود. در مرحله‌ی سوم، فرد آمادگی پیدا می‌کند که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) انجام می‌شود، که فرد در ذهن خودش ساخته است. پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی مانند افکار و احساسات منفی مرتبط به حوادث نزدیک سازد (٤٦). لذا در این پژوهش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجبات ارتقای سطح کیفیت زندگی مادران کودکان دچار سرطان را فراهم آورد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که توجه به آن‌ها میزان تعمیم و تکیه‌بر گستره یافته‌ها را هموار خواهد نمود. عدم امکان شرکت مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان از شهرستان‌ها و روستاهای اطراف به علت بعد مسافت که نمونه را محدود به شهر مشهد نموده است و قابلیت تعمیم پذیری را کاهش می‌دهد. نمونه پژوهش حاضر منحصر به منطقه جغرافیایی خاص و به‌صورت داوطلبانه و مبتنی بر هدف بوده است. شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. با توجه به اینکه بیماری سرطان و عواقب سوء آن برای مادران می‌تواند تمام افراد خانواده را تحت تأثیر قرار دهد اعضای خانواده این افراد نیز موردبررسی تحت درمان مداخلات روانشناسی قرار گیرند و اثربخشی این درمان‌ها بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث افزایش کیفت ارتباط والد-کودک و نیز کیفیت زندگی در مادران کودکان دچار سرطان شده است، بنابراین با توجه به نتایج پژوهش، استفاده از این رویکرد درمانی می‌تواند موجب ارتقای ارتباط والد-کودک و کیفیت زندگی در مادران کودکان دچار سرطان فراهم آورد. پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی و روان‌شناختی از این رویکرد درمانی جهت افزایش سطح ارتباط والد کودک و کیفیت زندگی مادران کودکان دچار سرطان استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه به تائید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام با کد IR.IAU.TJ.REC.1400.002 رسید. نویسندگان مقاله از تمامی افراد به‌ویژه مادران که وقت خود را صرف کمک به اجرای این پژوهش نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نمایند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم‌پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع‌آوری داده‌ها، یا تجزیه‌وتحلیل و تفسیر داده‌ها: همه نویسندگان

(۲) تهیه پیش‌نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان

(۳) تائید نهایی دست‌نوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

References

1. Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M, MacIntyre MF, et al. The global burden of cancer 2013. JAMA oncology. 2015;1(4):505-27.

https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.0735

2. Trill MD. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. European Journal of Cancer Supplements. 2013;11(2):216-24.

https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.009

3. Golics CJ, Basra MKA, Finlay AY, Salek S. The impact of disease on family members: a critical aspect of medical care. Journal of the Royal Society of Medicine. 2013;106(10):399-407.

https://doi.org/10.1177/0141076812472616

4. Santo EARdE, Gaíva MAM, Espinosa MM, Barbosa DA, Belasco AGS. Taking care of children with cancer: evaluation of the caregivers' burden and quality of life. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19:515-22.

https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300010

5. Rosenberg AR, Dussel V, Kang T, Geyer JR, Gerhardt CA, Feudtner C, et al. Psychological distress in parents of children with advanced cancer. JAMA pediatrics. 2013;167(6):537-43.

https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.628

6. Wu LM, Sheen JM, Shu HL, Chang SC, Hsiao CC. Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. Journal of advanced nursing. 2013;69(1):158-66.

https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06003.x

7. Popov LM, Ilesanmi RA. Parent-child relationship: Peculiarities and outcome. Review of European studies. 2015;7(5):253-63.

https://doi.org/10.5539/res.v7n5p253

8. Carnes-Holt K. Child–parent relationship therapy for adoptive families. The Family Journal. 2012;20(4):419-26.

https://doi.org/10.1177/1066480712451242

9. Van Malderen L, Mets T, Gorus E. Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: A systematic review. Ageing research reviews. 2013;12(1):141-50.

https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.03.007

10. Distefano M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C, et al. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. Gynecologic oncology. 2008;111(1):144-50.

https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.06.034

11. Tabari F, Zakeri Moghadam M, Bahrani N, Monjamed Z. Evaluation of the quality of life in newly recognized cancer patients. Hayat. 2007;13(2):5-12.

URL: http://hayat.tums.ac.ir/article-1-174-en.html

12. Lechner SC, Antoni MH, Lydston D, LaPerriere A, Ishii M, Devieux J, et al. Cognitive–behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. Journal of psychosomatic research. 2003;54(3):253-61.

https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00480-4

13. Hopko DR, Bell JL, Armento M, Robertson S, Mullane C, Wolf N, et al. Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. Behavior Therapy. 2008;39(2):126-36.

https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.007

14. Hayes SC, Bissett RT, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb IS, Cooper LD, et al. The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. The psychological record. 1999;49:33-47.

https://doi.org/10.1007/BF03395305

15. Hayes SC, Pierson H. Acceptance and commitment therapy. Encyclopedia of cognitive behavior therapy. 2005:1-4.

https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_1

16. Lee EB, An W, Levin ME, Twohig MP. An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. Drug and alcohol dependence. 2015;155:1-7.

https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004

17. Marmarchinia M, Zoghi Paidar MR. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope and happiness of female adolescents under welfare protection. Journal of Applied Psychology. 2017;11(3):157-74.

https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20084331.1396.11.3.1.2

18. Annunziata A, Green J, Marx B. Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety. 2016.

https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00263-9

19. Corey G. Theory and practice of group counseling: Cengage Learning; 2015.

20. Driscoll K, Pianta RC. Mothers' and Fathers' Perceptions of Conflict and Closeness in Parent-Child Relationships during Early Childhood. Journal of Early Childhood & Infant Psychology. 2011(7).

https://psycnet.apa.org/record/2013-00755-001

21. Abareshi Z, Tahmasian K, Mazaheri MA, Panaghi L. The impact of psychosocial Child Development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three. 2009.

https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20080166.1388.3.3.5.5

22. Organization WH. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: Who. 1993.

23. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of school of public health and institute of public health research. 2006;4(4):1-12.

http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html

24. Vowles KE, Sorrell JT. Life with chronic pain: An acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook). Unpublished manuscript. 2007.

25. Hojatkhah SM, Mesbah I, Golmohammadian M. The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment on improvement of the parent-child relationship in mothers with mental retardation children. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2018;8(2):84-100.

https://doi.org/10.22067/ijap.v8i2.68383

26. Montgomery D. The effects of acceptance and commitment therapy on parents of children diagnosed with autism. 2015.

https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/591

27. Whittingham K, Sheffield J, Boyd RN. Parenting acceptance and commitment therapy: a randomised controlled trial of an innovative online course for families of children with cerebral palsy. BMJ open. 2016;6(10).

https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012807

28. Shao Y, Kang S, editors. The link between parent–child relationship and learning engagement among adolescents: The chain mediating roles of learning motivation and academic self-efficacy. Frontiers in Education; 2022: Frontiers.

https://doi.org/10.3389/feduc.2022.854549

29. Nancy D. Parenting style and its correlates. Retrieved February. 1999;8:2003.

30. Zeltser F. A psychologist shares the 4 styles of parenting-and the type that researchers say is the most successful. CNBC https://www cnbc com/2021/06/29/childpsychologist-explains-4-types-of-parenting-andhow-to-tell-which-is-right-for-you html. 2021.

31. Dehghani A, Rezaei Dehnavi S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life among patients under MMT. Horizon of Medical Sciences. 2018;24(3):246-52.

http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-2855-en.html

32. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior therapy. 2013;44(2):180-98.

https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002

33. Rezaei A, Sharifi T, Ghazanfari A, Aflaki E, Bahre Dar MJ. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment, compassion-based therapy and combination therapy on depression, anxiety quality of life in patients with lupus. Health Psychology. 2020;9(33):127-44.

https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23221283.1399.9.33.8.5

34. Nasiri S, Ghorbani M, Adibi P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life in patients with functional gastro intestinal disorder. Journal of Clinical Psychology. 2015;7(4):93-105.

35. Sundaresan P, Sullivan L, Pendlebury S, Kirby A, Rodger A, Joseph D, et al. Patients' perceptions of health-related quality of life during and after

adjuvant radiotherapy for T1N0M0 breast cancer. Clinical oncology. 2015;27(1):9-15.

https://doi.org/10.1016/j.clon.2014.09.007

36. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. Psycho-oncology. 2013;22(2):459-64.

https://doi.org/10.1002/pon.2083

37. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Reprint of: Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Fertility and sterility. 2019;112(4S1).

https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.08.082

38. Mohit MA. Quality of life in natural and built environment–an introductory analysis. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013;101:33-43.

https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.07.176

39. Susniene D, Jurkauskas A. The concepts of quality of life and happiness–correlation and differences. Engineering Economics. 2009;63(3).

40. Estoque RC, Togawa T, Ooba M, Gomi K, Nakamura S, Hijioka Y, et al. A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a “QOL-Climate” assessment framework. Ambio. 2019;48:619-38.

https://doi.org/10.1007/s13280-018-1090-3

41. Connell J, O'Cathain A, Brazier J. Measuring quality of life in mental health: are we asking the right questions? Social science & medicine. 2014;120:12-20.

https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.026

42. Nayak MG, George A, Vidyasagar M, Mathew S, Nayak S, Nayak BS, et al. Quality of life among cancer patients. Indian journal of palliative care. 2017;23(4):445.

https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_82_17

43. Sitlinger A, Zafar SY. Health-related quality of life: the impact on morbidity and mortality. Surgical Oncology Clinics. 2018;27(4):675-84.

https://doi.org/10.1016/j.soc.2018.05.008

44. Peate I. Alexander's nursing practice e-book: hospital and home: Elsevier Health Sciences; 2019.

45. Niveau N, New B, Beaudoin M. How should self-esteem be considered in cancer patients? Frontiers in psychology. 2021;12:763900.

https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763900

46. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. 2009;52009:77-101.

https://www.researchgate.net/publication/230745913_New_directions_in_cognitive_behavior_therapy_Acceptance-based_therapies