

Research Paper

Effects of a Crisis Intervention Model Combined With Acceptance & Commitment Therapy on Distress Tolerance, Resilience, and Death Anxiety in Mothers of Children With Cancer




Nazanin Jafarzadeh¹ , *Shahnaz Khaleghipour² 

1. Department of Clinical Psychology, Nae. C., Islamic Azad University, Naein, Iran.
2. Department of Psychology, Nae. C., Islamic Azad University, Naein, Iran.



Citation Jafarzadeh, N., & Khaleghipour, Sh. (2025) [Effectiveness of a Crisis Intervention Model Enriched With Acceptance and Commitment Approach on Distress Tolerance, Resilience, and Death Anxiety in Mothers of Children With Cancer (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, 6(3), 388-405. <https://doi.org/10.32598/JECHE.6.3.348.1>

 <https://doi.org/10.32598/JECHE.6.3.348.1>

Received: 09 Feb 2025

Revised: 21 May 2025

Accepted: 07 Sep 2025

Available Online: 01 Oct 2025

ABSTRACT

Background and Aim Mothers of children diagnosed with cancer experience intense psychological distress due to their children's disease, which can negatively affect their quality of life and mental health. The present study aimed to evaluate the effectiveness of crisis intervention combined with acceptance and commitment therapy (ACT) on resilience, distress tolerance, and death anxiety among mothers of children diagnosed with cancer.

Research Methods This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test design. Participants were 30 mothers of children with cancer in Shahrekord, Iran, in 2024, who were selected via purposive and convenience sampling and randomly assigned to intervention (n=15) and control (n=15) groups. The measurement tools included the Connor-Davidson Resilience Scale, Simons and Gaher's Distress Tolerance Scale, and Templer's Death Anxiety Scale. The intervention groups received crisis intervention (based on Roberts' model) plus ACT for six weeks. Data analysis was conducted in SPSS software, version 27 using the analysis of covariance (ANCOVA).

Results Multivariate ANCOVA results showed a significant group effect on the variables in overall ($P=0.009$, $\eta^2=0.38$). The univariate ANCOVA results confirmed group differences in all variables including resilience ($P=0.001$, $\eta^2=0.53$), distress tolerance ($P=0.001$, $\eta^2=0.48$), and death anxiety ($P=0.001$, $\eta^2=0.31$).

Conclusion Crisis intervention combined with ACT seems to be effective in enhancing resilience and distress tolerance and reducing death anxiety among mothers of children with cancer, and can be employed by clinicians.

Keywords Death anxiety, Acceptance & commitment therapy, Distress tolerance, Resilience, Crisis intervention, Cancer, Mothers

* Corresponding Author:

Shahnaz Khaleghipour, Associate Professor.

Address: Department of Psychology, Nae. C., Islamic Azad University, Naein, Iran.

Tel: +98 (923) 3506348

E-Mail: sh.khaleghipour@iau.ac.ir



Copyright © 2025 The Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Pediatric cancer is one of the most emotionally and physically distressing experiences for families, especially mothers who often serve as the child's primary caregiver. The psychological burden stemming from the diagnosis, treatment, and uncertainty surrounding the illness may lead to anxiety, distress tolerance deficits, and death anxiety among mothers. Resilience, defined as a dynamic process of positive adaptation to challenging life experiences, has been identified as a key protective factor in such contexts. Moreover, distress tolerance (the ability to endure negative internal states) and death anxiety (the fear related to the loss of self or loved ones) are crucial components influencing the caregiver's psychological stability.

Recent psychological studies emphasize the role of therapeutic models such as acceptance and commitment therapy (ACT) in improving psychological flexibility, emotional regulation, and alignment with personal values, especially under chronic stress. On other hand, crisis intervention offers structured short-term support tailored to individuals facing emotional and cognitive problems due to unexpected traumatic events. Although both approaches have individually demonstrated efficacy, limited attention has been paid to their combination for supporting mothers of children with cancer. Therefore, the present study aims to evaluate the impact of a crisis intervention program combined with ACT on three key psychological constructs: resilience, distress tolerance, and death anxiety in mothers of children with cancer in Iran.

Research Methods

This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test design. The study population included all mothers children with cancer in Shahrekord, Iran, in 2024. Using G*Power software, the required sample size was calculated to be 30 (15 per group), considering $\alpha=0.05$, test power=0.80, and effect size=0.25. Participants were selected via purposive and convenience sampling and randomly assigned to intervention and control groups. The intervention group received a ten-session structured crisis intervention (based on Roberts' seven-stage model) plus ACT for six weeks. The used instruments included the Connor-Davidson Resilience Scal, Simons & Gaher's Distress Tolerance Scale, and Templer's Death Anxiety Scale. The data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS software, version 27. Assump-

tions including normality (Shapiro-Wilk), homogeneity of variance (Levene's test), and regression slope consistency were verified prior to ANCOVA.

Results

Descriptive and inferential statistics indicated that the integrative intervention had a significant positive impact on the psychological indicators of mothers. In the post-test stage, the intervention group showed notable improvements in the mean scores of resilience (from 37.27 to 62.25) and distress tolerance (from 36.47 to 54.07), and a reduction in death anxiety score (from 12.73 to 6.56) compared to the control group. Multivariate ANCOVA results showed a significant group effect on the variables in overall (Wilks' Lambda=0.528, $P=0.009$, $\eta^2=0.38$). The univariate ANCOVA results confirmed group differences in all variables including resilience ($F=27.26$, $P=0.001$, $\eta^2=0.53$), distress tolerance ($F=37.12$, $P=0.001$, $\eta^2=0.48$), and death anxiety ($F=9.25$, $P=0.001$, $\eta^2=0.31$).

Conclusion

The present study confirmed the effectiveness of a combined crisis intervention-ACT program in enhancing resilience and distress tolerance, and reducing death anxiety among mothers of children with cancer in Iran. The intervention program worked by activating coping strategies, decreasing experiential avoidance, and fostering psychological flexibility, helping parents adapt to their child's health crisis. These results align with ACT's theory of value-based living and the core principles of crisis-focused therapy, suggesting the model's potential for broader application in similar populations.

There were several limitations in the study including small sample size, the use of purposive sampling limited to mothers from specific treatment centers, lack of a follow-up phase, and not assessing the moderating variables such as personality traits or social support. These factors may restrict generalizability of the findings.

Theoretically, this study supports the combination of ACT with crisis intervention for managing acute psychological distress among mothers of children with cancer. Practically, it highlights the potential for applying such approaches in family counseling centers, pediatric oncology units, and parent-support programs. Future research is encouraged to employ longitudinal designs with diverse groups, assess the intervention's effects on psychological distress of fathers or other family members, and compare ACT-crisis intervention with alternative therapies such as CBT or mindfulness therapy. Implementing resilience

training workshops, educating healthcare staff about parental death anxiety, and designing family-centered therapeutic programs can further increase the intervention's practical impact.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was conducted in compliance with ethical standards approved by the Research Ethics Committee of [Islamic Azad University, Isfahan \(Khorasgan\) Branch](#) (Code: IR.IAU.KHUISF.REC.1403.121). All participants were informed about the study objectives and procedures, and their informed consent was obtained. Confidentiality of their data was also observed.

Funding

This article was extracted from the master's thesis of Nazanin Jafarzadeh at the Faculty of Psychology, [Islamic Azad University, Naain Branch](#). This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors contributions

Design, investigation, and writing: Nazanin Jafarzadeh; supervision, editing & review: Shahnaz Khaleghipour

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all the mothers who participated in this study for their time and cooperation.



مقاله پژوهشی

اثربخشی مدل مداخله در بحران غنی شده با رویکرد پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، تاب‌آوری و اضطراب مرگ در مادران کودکان مبتلا به سرطان

نازنین جعفرزاده^۱، شهناز خالقی‌پور^۲

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Jafarzadeh, N., & Khaleghipour, Sh. (2025) [Effectiveness of a Crisis Intervention Model Enriched With Acceptance and Commitment Approach on Distress Tolerance, Resilience, and Death Anxiety in Mothers of Children With Cancer (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, 6(3), 388-405. <https://doi.org/10.32598/JECHE.6.3.348.1>

doi <https://doi.org/10.32598/JECHE.6.3.348.1>

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۱ بهمن ۱۴۰۳

تاریخ اصلاح: ۳۰ اردیبهشت ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۶ شهریور ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۴

زمینه و هدف: پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مدل تدوین شده مداخله در بحران غنی شده با رویکرد پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ مادران کودکان مبتلا به سرطان بود. این گروه از مادران در معرض فشارهای روانی قرار دارند که کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مداخله در بحران با تمرکز بر پذیرش هیجانات رویکردی مؤثر در کاهش مشکلات روانی محسوب می‌شود. **روش پژوهش:** مطالعه حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل مادران کودکان مبتلا به سرطان در شهرکرد در سال ۱۴۰۲ بود. برای برآورد حجم نمونه، باتوجه به سطح معنی‌داری (۰/۰۵)، توان آزمون (۰/۸۰) و حجم اثر متوسط با نرم‌افزار جی‌پاور تعداد ۳۰ نفر تعیین گردید. نمونه‌گیری به روش در دسترس با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج انجام شد و شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) و پروتکل محقق‌ساخته مداخله در بحران غنی شده با رویکرد پذیرش و تعهد بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ برای بررسی مفروضه‌های آماری از آزمون شاپیرو ویلک، همسانی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون و برای بررسی فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: مطابق نتایج پژوهش، مداخله در بحران غنی شده با درمان پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ اثربخش بود. نتایج آنکوا چندمتغیره، اثر گروه را بر متغیرهای کلی معنادار نشان داد ($F(2, 27) = 10.9, P = 0.009$). نتایج آنکوا تک متغیره، تفاوت‌های گروهی را در تمام متغیرها از جمله تاب‌آوری ($F(2, 27) = 10.1, P = 0.001$)، تحمل پریشانی ($F(2, 27) = 10.1, P = 0.001$) و اضطراب مرگ ($F(2, 27) = 10.1, P = 0.001$) تأیید کرد.

نتیجه‌گیری: مدل تدوین شده مداخله در بحران با رویکرد پذیرش و تعهد می‌تواند یک درمان مؤثر باشد برای مادران کودکان مبتلا به سرطان که شرایط روانی دشواری را تجربه می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب مرگ، پذیرش و تعهد، تحمل پریشانی، تاب‌آوری، مداخله در بحران، سرطان، مادران

* نویسنده مسئول:

دکتر شهناز خالقی‌پور

نشانی: نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نایین، گروه روانشناسی.

تلفن: ۳۵۰۶۳۴۸ (۹۲۳) +۹۸

رایانامه: sh.khaleghipour@iau.ac.ir



Copyright © 2025 The Author(s).

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

اضطراب مرگ^{۱۵} یکی از مهم‌ترین جنبه‌های روانی مطرح در تجربه والدین کودکان مبتلا به سرطان است؛ مفهومی که با ترس شدید از مرگ خود یا افراد مهم زندگی همراه است (یان و همکاران^{۲۰۲۴}). در مواجهه با بیماری‌هایی چون سرطان، تجربه اضطراب مرگ و ترس‌های مرتبط افزایش می‌یابد و می‌تواند اختلالات هیجانی متعددی را در فرد و خانواده پدید آورد (یان و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۴). از آن‌جاکه در شرایط بحرانی، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی مناسب می‌تواند به تنظیم هیجانات و تسهیل فرآیند تطابق روانی کمک کند، به‌کارگیری مداخله در بحران با رویکرد پذیرش و تعهد مطرح می‌شود. بحران از نگاه روان‌شناختی، موقعیتی تهدیدآمیز، شدید و غیرمنتظره است که باعث اختلال در تعادل هیجانی و شناختی فرد شده و راهکارهای معمول مقابله‌ای، ناکارآمد می‌گردند (سیفی و همکاران، ۱۴۰۲؛ کارلسون و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۴).

طبق نظریه کاپلان^{۱۸} (۱۹۶۴)، بحران زمانی آشکار می‌شود که فرد با مانعی روبه‌رو شود که با منابع روانی موجود قابل حل نباشد، در نتیجه، وارد دوره‌ای از آشفتگی، سردرگمی و ناتوانی در تصمیم‌گیری می‌شود. بحران‌ها ممکن است فردی، خانوادگی یا اجتماعی باشند و به اقدامات فوری درمانی نیاز دارند. درمان‌های بحران‌محور در صورت اجرا به‌موقع می‌توانند شدت هیجانات منفی را کاهش دهند و عملکرد روانی را به سطح پیشین بازگردانند (فورد^{۱۹}، ۲۰۲۱). درمان «مداخله در بحران»^{۲۰} به‌عنوان یکی از روش‌های کوتاه‌مدت، ساختاریافته و روان‌شناختی، طراحی شده تا به افراد در دوره‌های بحرانی کمک کند تا عملکرد روانی خود را بازبند و از پیامدهای منفی بلندمدت جلوگیری کنند (مارشال^{۲۱}، ۲۰۲۳). این مداخلات با بررسی شدت بحران، شناخت منابع فردی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تقویت تاب‌آوری روانی تلاش می‌کنند تعادل روانی فرد را احیا کنند (صدفی و همکاران، ۱۳۹۹).

مدل‌هایی چون رویکرد شش‌مرحله‌ای جیمز و همکاران^{۲۲} (۲۰۱۳) یا مدل هفت‌مرحله‌ای رابرتز و همکاران^{۲۳} (۲۰۰۵)، ابزارهایی مؤثر برای ارزیابی و درمان فرد در بحران هستند. ترکیب این نوع مداخله با درمان پذیرش و تعهد^{۲۴} می‌تواند اثربخشی مداخله را چندین برابر کند. درمان پذیرش و تعهد از درمان‌های موج سوم رفتاری است که در دهه ۱۹۸۰ هاینز^{۲۵} ارائه کرد و

سرطان^۱ کودکان یکی از تهدیدهای جدی برای سلامت جسمانی و روانی خانواده‌هاست. مطالعات اپیدمیولوژیک^۲ نشان می‌دهد میزان بروز جهانی سرطان کودکان به‌طرز معنی‌داری از برآوردهای پیشین بالاتر است (اسمیت^۳، ۲۰۲۰). شایع‌ترین نوع سرطان کودکان، سرطان خون^۴ است و در ایران نیز حدود ۲ درصد کودکان به سرطان مبتلا هستند (ابوالقاسمی، ۱۴۰۱). تشخیص بیماری در کودک پیامدهای روانی قابل توجهی برای اعضای خانواده، به‌ویژه مادران در پی دارد. یافته‌های روان‌شناختی حاکی از افزایش اضطراب، نگرانی، ترس از مرگ کودک و کاهش سلامت روانی والدین در مواجهه با بیماری‌های مزمن کودکان است (پینکوارت^۵، ۲۰۱۹). مادران، به‌عنوان مراقب اصلی کودک، طی فرآیند تشخیص و درمان با چالش‌های روانپزشکی قابل توجهی مواجه می‌شوند (خدادادی سنگده و قمی، ۱۳۹۵). یکی از متغیرهای محافظتی مهم در شرایط سخت، تاب‌آوری^۶ است؛ فرآیندی پویا که به‌سازگاری مثبت در مواجهه با آسیب‌های روان‌شناختی منجر می‌شود (گونزالس مندز و همکاران^۷، ۲۰۲۳؛ کامارگو و همکاران^۸، ۲۰۲۵). براساس دیدگاه سوسویک و همکاران^۹ (۲۰۱۷) تاب‌آوری می‌تواند نقش سپر روانی در برابر آسیب‌ها ایفا کند.

در نظریه‌های جدید، تاب‌آوری به‌عنوان سازه‌ای چندبعدی شناخته می‌شود که دربرگیرنده عوامل شخصیتی و مهارت‌هایی نظیر حل مسئله فعالانه است (عزیز و همکاران^{۱۰}، ۱۴۰۳). درواقع، مراقبت مؤثر از کودک بیمار نیازمند سطوح بالایی از تاب‌آوری مادران است تا کیفیت مراقبت بهداشتی کاهش نیابد (واکیل و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۵؛ سلیمان‌خان و همکاران، ۱۴۰۲). عامل روان‌شناختی دیگر تحمل پریشانی^{۱۲} است که نقش بسزایی در واکنش مادران به بحران دارد (اکبرزاده و همکاران، ۱۴۰۰). این سازه به توانایی فرد در تحمل حالات ناخوشایند درونی و رویدادهای بیرونی دشوار اطلاق می‌شود (لیو و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۳)؛ و در ادبیات پژوهشی اخیر به‌عنوان ساختاری مهم در شروع و درمان آسیب‌های روانی مطرح شده است. تحمل پریشانی هیجانی شامل مؤلفه‌هایی چون پذیرش هیجانات، تنظیم آن‌ها و اجتناب از واکنش‌های ناکارآمد نسبت به آشفتگی‌های درونی است (لیرو و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۳).

1. Cancer
2. Epidemiological Studies
3. Smith, M. A. & et al.
4. Leukemia
5. Piquart, M.
6. Resilience
7. González-Méndez, R & et al.
8. Camargo, C & et al.
9. Suszek, H, S. M & et al.
10. Aziz, S. R., & et al.
11. Wakeel, F & et al.
12. Distress tolerance
13. liu, X., Z& et al.
14. leyro, T. M & et al.

15. Death anxiety
16. Yan, Y & et al.
17. Carlsson, K & et al.
18. Caplan, G.
19. Ford, J. D.
20. Crisis Intervention
21. Marshall, C.
22. James, R. K., & et a.
23. Roberts, A. & et a.
24. Acceptance and Commitment Therapy
25. Hayes, S. C.

پژوهش **جوکار و همکاران (۱۴۰۳)** نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر شایستگی اجتماعی کودکان اثربخش می‌باشد. در همین راستا، مطالعه **جعفری و همکاران (۱۴۰۰)** نشان داد اجرای مداخلات گروهی پذیرش و تعهد توانسته است میزان اضطراب، افسردگی و استرس والدین را کاهش داده و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشد. نتایج پژوهش **ابراهیمی‌صدر و محمودعلیلو (۱۴۰۰)** نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران با مولتیپل اسکلروزیس^{۳۳} اثربخش است. پژوهش **فروغی و همکاران (۱۴۰۲)** نشان داد درمان پذیرش و هیجان بر تنظیم هیجان منفی، تحمل آشفتگی و تاب‌آوری زنان مبتلا به میگرن اثربخش بوده است. پژوهش **هایلند و همکاران^{۳۴} (۲۰۲۳)** نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم هیجان اثربخش می‌باشد. نتایج پژوهش **سالاری و همکاران (۱۴۰۱)** نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. پژوهش **هاندریچ و همکاران^{۳۵} (۲۰۲۱)** تأثیر این درمان را در کاهش اضطراب‌های وجودی و ارتقای معنا در زمان مرگ و تنهایی تأیید کردند. پژوهش **لاو و همکاران^{۳۶} (۲۰۱۹)** نشان داد مداخلات روان‌شناختی به تقویت توانمندی‌های مقابله‌ای در والدین کودکان با بیماری مزمن منجر می‌گردند.

باتوجه به نقش کلیدی مادران در مراقبت روانی و جسمی از کودکان مبتلا به سرطان، توجه به وضعیت روان‌شناختی آنان نه تنها از منظر فردی، بلکه از دیدگاه سلامت خانواده و جامعه، ضرورتی انکارناپذیر دارد. مؤلفه‌هایی چون تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ، از جمله عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و عملکرد روانی مادران در مواجهه با بحران بیماری کودک هستند. اگرچه مطالعات متعددی در زمینه مداخله در بحران و اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد انجام شده‌اند، اما پژوهشی که به‌طور خاص ترکیب این دو رویکرد را در قالب یک مدل مداخله‌ای هدفمند و ساختاریافته بر سه مؤلفه روان‌شناختی مذکور در مادران کودکان سرطانی بررسی کند، تاکنون گزارش نشده است. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدل مداخله در بحران غنی‌شده با رویکرد پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری، ارتقای تحمل پریشانی و کاهش اضطراب مرگ در مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام شد.

فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از: مداخله در بحران غنی‌شده با رویکرد پذیرش و تعهد موجب افزایش معنی‌دار تحمل پریشانی در مادران کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه کنترل می‌شود. مداخله در بحران غنی‌شده با رویکرد پذیرش و تعهد موجب افزایش معنی‌دار تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه کنترل می‌شود. مداخله در بحران غنی‌شده با رویکرد پذیرش و تعهد موجب کاهش معنا دار اضطراب مرگ در مادران کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

مبتنی بر اصولی همچون گسلس شناختی، پذیرش هیجان‌ها، تمرکز بر لحظه حال، خود مشاهده‌گر، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه است. این رویکرد با هدف ارتقای انعطاف‌پذیری روانی، فرد را ترغیب می‌کند که علی‌رغم وجود هیجان‌ها منفی، در راستای ارزش‌های فردی حرکت کرده و زندگی معنی‌داری را تجربه کند (**هایز و همکاران، ۲۰۱۲**).

در چنین بستری، مادران کودکان مبتلا به سرطان در وضعیت بحرانی روانی قرار می‌گیرند که مداخله‌ای تلفیقی از اصول بحران‌درمانی و پذیرش و تعهد می‌تواند در ارتقای مؤلفه‌های روان‌شناختی مهمی چون تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ مؤثر باشد. باتوجه به بار روانی سنگین ناشی از مراقبت از کودکان مبتلا به سرطان یا بیماری‌های مزمن، تحقیقات متعددی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی به‌ویژه رویکرد پذیرش و تعهد را مورد بررسی قرار داده‌اند. پژوهش **کویی و همکاران^{۳۷} (۲۰۲۴)** نشان می‌دهد تاب‌آوری خانوادگی به‌عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده، تأثیر فشار مراقبتی را بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن کاهش می‌دهد و سلامت روانی آنان را حفظ می‌کند. مطالعه **گو و همکاران^{۳۸} (۲۰۲۵)** نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد بر کاهش استرس کودکان با نیازهای خاص اثربخش است. مطالعه **گوموس و انسل^{۳۹} (۲۰۲۳)** نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس والدین کودکان با نیازهای خاص مؤثر است.

پژوهش **جین و همکاران^{۴۰} (۲۰۲۵)** نشان می‌دهد مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری باعث کاهش اضطراب، افسردگی و استرس در والدین کودکان مبتلا به سرطان می‌شود و کیفیت زندگی آنان را بهبود می‌بخشد. پژوهش **باستیس و همکاران^{۴۱} (۲۰۲۳)** نشان می‌دهد اجرای دو جلسه مداخله آنلاین پذیرش و تعهد در والدینی که در معرض خطر روان‌شناختی قرار دارند، به کاهش افکار منفی تکرارشونده و افزایش زندگی مبتنی بر ارزش‌ها منجر گردیده است. نتایج پژوهش **ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۱)** نشان داد روان‌درمانی حمایتی بر خستگی، احساس شکست و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به سرطان خون تأثیر دارد. پژوهش **محمدی آریا و همکاران (۱۴۰۰)** نشان داد بین نگرش والدین در مقابله با بیماری کووید-۱۹^{۴۱} و مشکلات رفتاری کودکان رابطه معنی‌دار مشاهده شد. پژوهش **رویژ و همکاران^{۴۲} (۲۰۲۴)** نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افزایش رضایت از زندگی در مادران کودکان مبتلا به سرطان منجر می‌شود.

26. Cui, P & et al.
27. Guo, Y & et al.
28. Gümüş, E. Ç & et al.
29. Jain, R & et al.
30. Bautista, A. B & et al.
31. COVID-19
32. Ruiz, F. J & et al.

33. Multiple Sclerosis
34. Hyland, P & et al.
35. Heidenreich, T & et al.
36. Law, E & et al.

روش پژوهش

طرح پژوهش و شرکت کنندگان

این پژوهش با روش نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل با هدف بررسی اثربخشی مداخله در بحران غنی‌شده با رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای تحمل پریشانی، تاب‌آوری و اضطراب مرگ مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان انجام شده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلا به سرطان در شهر شهرکرد در سال ۲۰۲۴ بوده است. برای تعیین حجم نمونه موردنیاز، از نرم‌افزار جی‌پاور^{۳۷} نسخه ۳،۱ استفاده شد.

در این برآورد، سطح معنی‌داری^{۳۸} (α) برابر با ۰/۰۵، توان آزمون^{۳۹} ۰/۸۰ و اندازه اثر^{۴۰} ۰/۲۵ در نظر گرفته شد. براساس این تنظیمات، حداقل حجم نمونه موردنیاز برای اجرای آزمون تحلیل واریانس با دو گروه (آزمایش و کنترل) برابر با ۳۰ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) تعیین شد. این حجم نمونه برای شناسایی اثرات مداخله درمانی با قدرت آماری مطلوب کفایت داشته است. نمونه‌ی پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و براساس معیارهای ورود انتخاب شده است. شرکت‌کنندگان پس از انتخاب اولیه به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر گمارش شدند. گروه آزمایش برنامه مداخله بحران غنی‌شده با رویکرد پذیرش و تعهد را دریافت کرد، درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. پیش‌آزمون پیش از شروع مداخله و پس‌آزمون پس از پایان جلسات درمانی در هر دو گروه اجرا شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن فرزند مبتلا به سرطان، سن کمتر از ۵۰ سال، تمایل به مشارکت داوطلبانه و امضای رضایت‌نامه آگاهانه، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و عدم وجود اختلال روان‌پزشکی حاد بوده است.

معیارهای خروج شامل عدم شرکت کامل در جلسات آموزشی یا عدم انطباق با شرایط ورود در طول اجرای پژوهش بوده‌اند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه تاب‌آوری^{۴۱} (۲۰۰۳)

پرسش‌نامه تاب‌آوری را کونور و دیویدسون^{۴۲} در سال ۲۰۰۳ طراحی کرده‌اند. این ابزار با هدف سنجش میزان تاب‌آوری افراد در موقعیت‌های تنش‌زا و بحران‌های زندگی تدوین شده

- 37. GPower 3.1 software
- 38. Significance level
- 39. Statistical power
- 40. Effect size
- 41. Resilience Scale
- 42. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T.

و شامل ۲۵ گویه است که در قالب طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین (۰) تا (۱۰۰) متغیر می‌باشد. خرده‌مقیاس‌های اصلی این ابزار شایستگی شخصی^{۴۳}، اعتماد به عملکرد^{۴۴}، پذیرش تغییرات مثبت^{۴۵}، کنترل فردی^{۴۶}، و تأثیرات معنوی^{۴۷} می‌باشد. در مطالعه کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب پایایی درونی برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۹ گزارش شد که نشان‌دهنده انسجام درونی بالا بین گویه‌هاست. ساختار عاملی نشان‌دهنده هم‌خوانی مفهومی گویه‌ها با ابعاد نظری تاب‌آوری است و مؤید روایی سازه ابزار در جمعیت‌های بالینی و عمومی می‌باشد. در پژوهش رضایی پاندیری و همکاران (۱۴۰۰) ضریب پایایی پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی سازه با شاخص‌های تحلیل تأیید عاملی مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد ساختار پنج‌عاملی پرسش‌نامه با داده‌های نمونه پژوهش برازش مناسبی دارد که این امر مؤید روایی سازه ابزار در جمعیت مورد مطالعه است.

مقیاس تحمل پریشانی^{۴۸} (۲۰۰۵)

مقیاس تحمل پریشانی را سیمونز و گاهر^{۴۹} در سال ۲۰۰۵ طراحی کرده و شامل ۱۵ گویه است که براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ در نوسان می‌باشد. این پرسش‌نامه چهار مؤلفه اصلی را دربر می‌گیرد: ارزیابی ذهنی پریشانی^{۵۰}، میزان توجه به هیجانات منفی^{۵۱}، تنظیم هیجانات^{۵۲}، و اقدامات تسکین‌دهنده^{۵۳}. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. در مطالعه سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روایی سازه از طریق همبستگی با مقیاس‌های اضطراب و افسردگی مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه محمودپور و همکاران (۱۴۰۰) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و همبستگی معنادار بین نمرات پرسش‌نامه و سایر مقیاس‌های مرتبط با سلامت روانی و هیجانی مشاهده شد که نشان‌دهنده روایی همگرا مطلوب است. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ بود و روایی ابزار از طریق همبستگی مثبت با مقیاس‌های اضطراب و افسردگی، به‌عنوان شاخص روایی همگرا مورد تأیید قرار گرفت.

- 43. Personal competence
- 44. Performance confidence
- 45. Positive change acceptance
- 46. Personal control
- 47. Spiritual influences
- 48. Distress Tolerance Scale
- 49. Simons, J. S., & Gaher, R. M.
- 50. Subjective appraisal of distress
- 51. Attention to negative emotions
- 52. Emotion regulation
- 53. Relief-oriented actions

مقیاس اضطراب مرگ^{۵۴} (۱۹۷۰)

مقیاس اضطراب مرگ را تمپلر^{۵۵} در سال ۱۹۷۰ طراحی کرده و از ۱۵ ماده دو گزینه‌ای (بلی/خیر) تشکیل شده است. هر پاسخ «بلی» نشان دهنده وجود اضطراب مرگ و برابر با ۱ نمره است و پاسخ «خیر» معادل صفر است. در نتیجه، نمره کلی فرد در این مقیاس بین (۰) تا (۱۵) متغیر است؛ نمرات بالاتر بیانگر اضطراب برای مرگ خود و دیگران می‌باشند. در مطالعه تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی ۰/۸۳ و روایی همگرا مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه شریف‌نیا و همکاران (۱۳۹۴) ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و روایی همگرا و واگرا برای تمام عامل‌ها مورد پذیرش بود. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ به دست آمد. روایی مقیاس از طریق روایی همگرا و با بررسی همبستگی آن با مقیاس‌های مرتبط با اضطراب و افسردگی مورد تأیید قرار گرفت.

برنامه مداخله‌ای

مدل مداخله در بحران غنی‌شده با رویکرد پذیرش و تعهد^{۵۶}

مدل مداخله در بحران غنی‌شده با رویکرد پذیرش و تعهد، برنامه‌ای تلفیقی، ساختاریافته و کوتاه‌مدت است که با هدف کمک به افراد در شرایط روانی بحرانی توسط کارلسون و همکاران (۲۰۲۴) طراحی و اعتبارسنجی شده است. این مداخله، با اتکا به نظریه «مداخله در بحران» و درمان «پذیرش و تعهد»، تلاش دارد تا نه تنها ثبات هیجانی فوری را برای فرد فراهم آورد، بلکه او را در مسیر کشف معنای زندگی، پذیرش تجربه‌های درونی و اقدام براساس ارزش‌های شخصی هدایت کند. پایه نظری این مداخله، از دیدگاه رابرتز^{۵۷} (۲۰۰۵)، بنیان‌گذار الگوی مداخله در بحران برگرفته شده است. در این نظریه، بحران به‌عنوان دورهای از آشفتگی هیجانی تعریف می‌شود که در آن فرد به‌طور موقت توانایی خود را برای مقابله مؤثر با عوامل استرس‌زا از دست می‌دهد.

چارچوب مدل هفت‌مرحله‌ای شامل ایجاد رابطه درمانی، بررسی علائم بحران، مداخله شناختی-هیجانی، تقویت منابع مقابله‌ای و بازگرداندن تعادل روانی است. این رویکرد، مداخله‌ای حمایتی، زمان‌مند و ساختاریافته می‌باشد و تأکید می‌کند بحران‌ها فرصت‌هایی برای رشد روان‌شناختی و بازتعریف هویت فردی هستند، اگر به‌درستی مدیریت شوند. در تلفیق با این نظریه، درمان پذیرش و تعهد که هیز و همکاران در سال ۲۰۰۴ طراحی کرده‌اند، مکملی برای ارتقای انعطاف‌پذیری روانی در دل

54. Death Anxiety Scale

55. Templer, D. I.

56. Crisis Intervention Enriched with Acceptance and Commitment Approach

57. Oberts, A. R.

بحران‌ها محسوب می‌شود. این رویکرد بر این باور استوار است که اجتناب از تجربه‌های درونی ناخوشایند نه تنها کمکی به کاهش رنج نمی‌کند، بلکه موجب تداوم آن می‌شود. درمان پذیرش و تعهد با اتکا به شش مؤلفه «کلیدی پذیرش، گسلش شناختی، تمرکز بر لحظه حال، خودزمینه‌ای، وضوح ارزش‌ها و اقدام متعهدانه» به افراد می‌آموزد چگونه در دل تجربه‌های دشوار، معنای زندگی را بازسازی کرده و براساس ارزش‌های شخصی تصمیم‌گیری کنند.

برنامه تلفیقی حاضر، مجموعه‌ای متشکل از ۱۰ جلسه است که هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه زمان دارد و طی ۵ هفته، با ۲ جلسه در هفته اجرا شد. جلسات در محیطی امن، نیمه‌ساختاریافته و تحت هدایت روان‌درمانگر متخصص برگزار شد. از جلسه نخست که با ایجاد رابطه درمانی و بیان تجربه‌های بحرانی آغاز می‌شود، تا جلسه یازدهم که جمع‌بندی تجربیات، تثبیت مهارت‌ها و تدوین برنامه مراقبتی پس از درمان را شامل می‌شود، فرد به‌تدریج از وضعیت آشفتگی روانی فاصله می‌گیرد و مسیر زندگی خود را براساس ارزش‌ها و معنای شخصی بازتعریف می‌کند. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که اجرای درمان پذیرش و تعهد در شرایط بحرانی به کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش تاب‌آوری هیجانی، خودآگاهی و کیفیت زندگی منجر می‌گردد (گو و لان، ۲۰۲۵). در جدول شماره ۱ خلاصه‌ای از جلسات درمان ارائه شده است.

شیوه اجرا

جهت اجرای این پژوهش، ابتدا طرح تحقیق شامل اهداف، شیوه‌های مداخله و ابزارهای اندازه‌گیری، برای بررسی و تأیید در اختیار کمیته اخلاق دانشگاه قرار گرفت. پس از ارزیابی‌های لازم، مجوز رسمی اجرای مراحل پژوهش صادر گردید. همچنین هماهنگی‌های لازم با مراکز درمانی منتخب جهت شناسایی و جذب مشارکت‌کنندگان به عمل آمد. در راستای رعایت اصول اخلاق پژوهش، از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه اخذ شد. شرح کاملی از اهداف مطالعه، نحوه اجرای جلسات درمانی و کاربرد داده‌ها به ایشان ارائه گردید تا با آگاهی کامل در پژوهش مشارکت نمایند. محرمانگی اطلاعات شخصی آنان تضمین شد و تأکید گردید که در هر مرحله از پژوهش، حق خروج داوطلبانه برای ایشان محفوظ است. فرآیند جمع‌آوری داده‌ها پس از انتخاب نمونه‌ها از میان مادران کودکان مبتلا به سرطان، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. شرکت‌کنندگان به‌صورت داوطلبانه در جلسات درمانی شرکت کردند. مداخلات درمانی براساس پروتکل تلفیقی مداخله در بحران و رویکرد پذیرش و تعهد در قالب ۱۰ جلسه گروهی طراحی و توسط درمانگر متخصص اجرا گردید. هر جلسه دارای اهداف و تکنیک‌های روان‌شناختی مشخصی بود که باتوجه‌به چارچوب نظری مداخله تنظیم شده بودند.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله در بحران غنی‌شده با رویکرد پذیرش و تعهد محقق‌ساخته (۲۰۲۴)

| جلسه | اهداف | روند اجرا |
|-------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول | ارزیابی اولیه و ایجاد فضای درمانی امن | ایجاد فضای اعتماد، تعریف مسئله سرطان کودک از دیدگاه مادر، بررسی احساس تنش و کنترل هیجانی با فن گوش‌دهی فعال، همدلی و پذیرش، ارزیابی شدت بحران، تحلیل پیامدهای روانی و جسمی، واکنش به پریشانی و شناسایی عوامل محرک بحران |
| دوم | تقویت مهارت‌های سازگاری و منابع درونی/بیرونی | کشف احساسات پنهان، تقویت آمادگی روانی جهت سازگاری با وضعیت موجود، شناسایی و فعال سازی منابع حمایتی بیرونی، پالایش هیجانات منفی (ترس، گناه، خشم)، ارزیابی راه‌حل‌های مقابله‌ای، فعال‌سازی مکانیسم‌های دفاعی و تمرین تخلیه هیجانی |
| سوم | دستیابی به تعادل روانی | آموزش مهارت‌های تطابقی، طراحی مسیر دستیابی به اهداف جدید، بازگرداندن فرد به حالت پیش از بحران و ارتقای رشد فردی (استقلال، عزت‌نفس)، استراتژی تماس چندسویه حمایتی، به‌کارگیری منابع مقابله‌ای |
| چهارم | معرفی رویکرد پذیرش و تعهد | ارزیابی اضطراب نسبت به آینده کودک، شناسایی نیازهای خاص مادر، آموزش مفاهیم پایه رویکرد پذیرش و تعهد (پذیرش، تمهد، ارزش‌ها)، استعاره چوب جادویی برای کشف آرزوها و ارزش‌ها، استعاره چاه و ببر گرسنه برای شناسایی اضطراب‌های عمیق |
| پنجم | تمرین حضور ذهن و پذیرش | تمرین ذهن‌آگاهی، اسکن بدن، تمرین عینیت‌بخشی به هیجانات دردناک، ایجاد تماس غیر تدافعی با تجربیات ناخوشایند درونی |
| ششم | گسلس و فاصله گرفتن از محتوای ذهنی | تمرین جداکردن هویت فرد از محتوای ذهنی، استفاده از استعاره هیولا برای نمایش پیچیدگی ذهن، تمرین توجه غیر قضاوت‌گرایانه به افکار مزاحم |
| هفتم | ذهن‌آگاهی و بافتار انگاشتن خویشتن | تمرین مشاهده افکار و احساسات به‌عنوان پدیده‌های گذرا با استعاره برگ‌های شناور روی آب، بازگشت به موضع مشاهده‌گری، استعاره آسمان و شرایط جوی برای نمایش جریان افکار |
| هشتم | افزایش تمایل به تجربه | حذف دلایل فکری محدودکننده، تجزیه مسئله اضطرابی مانند ترس از مرگ به اجزای قابل تجربه، تمرین با استعاره آدم‌آهنی برای مواجهه با ترس‌های بنیادین |
| نهم | حفظ تمرکز بر مسیرهای مثبتی بر ارزش | تعیین اهداف براساس ارزش‌های فردی، طراحی برنامه عملیاتی، تعهد علنی نسبت به پیگیری فعالیت‌های ارزش‌مدار در زندگی روزمره |
| دهم | توسعه پشتیبانی اجتماعی و پیشگیری از بازگشت | ایجاد شبکه حمایت اجتماعی، تشکیل گروه‌های مشارکتی، تبادل تجربیات، ارزیابی پیشرفت روانی و کیفیت زندگی، بررسی احتمال بازگشت به الگوهای ناکارآمد و طراحی برنامه پیشگیرانه |

کودکان مبتلا به سرطان بودند. در گروه آزمایش، میانگین سنی مادران ۳۸/۶ سال با انحراف معیار ۴/۲ بود. ۷۶ درصد آنان دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین، میانگین مدت ابتلای کودک به سرطان در این گروه حدود ۱۴/۲ ماه بود. در گروه کنترل نیز میانگین سنی ۳۹/۱۰ سال با انحراف معیار ۴/۶، سطح تحصیلات دانشگاهی ۷۰ درصد و مدت ابتلای کودک در این گروه حدود ۱۲/۶ ماه بود. بررسی این ویژگی‌ها نشان داد دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری نداشتند و از نظر آماری هم‌ارز بودند. این هم‌ارزی اولیه، امکان بررسی دقیق‌تر تأثیر مداخله روان‌شناختی را فراهم می‌سازد.

در **جدول شماره ۲**، میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون محاسبه گردید. این مقایسه اولیه، تصویری کلی از تغییرات احتمالی در متغیرهای تحمل پریشانی، تاب‌آوری و اضطراب مرگ ارائه می‌دهد و زمینه‌ساز تحلیل‌های آماری دقیق‌تر مانند تحلیل کواریانس است.

جدول شماره ۲ شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار را برای سه متغیر اصلی پژوهش (تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ) در دو گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. براساس داده‌های **جدول**، در گروه آزمایش پس از اجرای مداخله، افزایش قابل توجهی در میانگین نمرات تاب‌آوری و تحمل پریشانی و کاهش چشمگیری در اضطراب مرگ مشاهده شد. در مقابل، گروه کنترل تغییرات

داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های استاندارد شامل پرسش‌نامه تحمل پریشانی، پرسش‌نامه تاب‌آوری و پرسش‌نامه اضطراب مرگ در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گردآوری شد. پیش از انجام تحلیل آماری، مفروضه‌های مرتبط با کاربرد آزمون تحلیل کواریانس^{۵۸} بررسی گردیدند تا اعتبار نتایج حاصل از تحلیل تضمین شود. برای سنجش نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلک^{۵۹} استفاده شد. همچنین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها در بین گروه‌های مورد مطالعه، آزمون لون^{۶۰} اجرا گردید. در راستای تأیید مفروضه همگنی شیب رگرسیون^{۶۱}، تعامل میان متغیر مستقل و متغیر هم‌پراش^{۶۲} تحلیل شد که نتایج آن حاکی از برقراری این شرط پیش‌نیاز برای اجرای تحلیل کواریانس بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS^{۶۳} نسخه ۲۷ انجام شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان و فراهم‌سازی زمینه‌ای برای تحلیل‌های استنباطی ارائه شده‌اند. شرکت‌کنندگان شامل مادران

58. Analysis of Covariance
59. Shapiro-Wilk Test
60. Levene's Test
61. Covariate
62. Regression Slope
63. Statistical Package for the Social Sciences

جدول ۲. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| گروه‌ها | متغیرها | میانگین \pm انحراف معیار |
|---------|------------------------|----------------------------|
| آزمایش | پیش‌آزمون تاب‌آوری | ۳۷/۲۷ \pm ۲/۶۵ |
| | پس‌آزمون تاب‌آوری | ۶۲/۲۵ \pm ۲/۴۱ |
| کنترل | پیش‌آزمون تاب‌آوری | ۳۸/۴۳ \pm ۲/۳۲ |
| | پس‌آزمون تاب‌آوری | ۳۷/۵۰ \pm ۲/۷۵ |
| آزمایش | پیش‌آزمون تحمل پریشانی | ۳۶/۴۷ \pm ۲/۹۹ |
| | پس‌آزمون تحمل پریشانی | ۵۴/۰۷ \pm ۲/۰۶ |
| کنترل | پیش‌آزمون تحمل پریشانی | ۳۶/۴۰ \pm ۲/۷۱ |
| | پس‌آزمون تحمل پریشانی | ۳۷/۱۳ \pm ۲/۴۸ |
| آزمایش | پیش‌آزمون اضطراب مرگ | ۱۲/۷۳ \pm ۱/۵۰ |
| | پس‌آزمون اضطراب مرگ | ۶/۵۶ \pm ۱/۰۷ |
| کنترل | پیش‌آزمون اضطراب مرگ | ۱۱/۴۷ \pm ۱/۴۵ |
| | پس‌آزمون اضطراب مرگ | ۱۱/۲۷ \pm ۱/۶۶ |

جدول شماره ۳، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک را برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پس‌آزمون در متغیرهای تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، سطح معنی‌داری برای تمامی متغیرها در هر دو گروه بیشتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌شود. این نتیجه نشان‌دهنده مناسب بودن داده‌ها برای انجام تحلیل‌های پارامتریک از جمله آزمون تحلیل کواریانس است. در **جدول شماره ۴** در ادامه بررسی مفروضه‌های آماری، آزمون لون برای سنجش همگنی واریانس‌ها در مرحله پیش‌آزمون ارائه شد.

معنی‌داری را در این متغیرها تجربه نکرد. این تفاوت‌ها زمینه‌ساز تحلیل‌های استنباطی بعدی از جمله آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی مداخله درمانی است. پیش از انجام تحلیل‌های استنباطی مانند آزمون تحلیل کواریانس، بررسی مفروضه‌های آماری ضروری است تا اعتبار نتایج حاصل از تحلیل تضمین گردد. یکی از این مفروضه‌ها، نرمال بودن توزیع داده‌ها در مرحله پس‌آزمون است که با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این آزمون در **جدول شماره ۳** ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

| گروه‌ها | متغیرها | آماره | سطح معنی‌داری |
|---------|--------------|-------|---------------|
| آزمایش | تاب‌آوری | ۰/۹۷۰ | ۰/۳۱۸ |
| کنترل | تاب‌آوری | ۰/۹۶۸ | ۰/۲۹۷ |
| آزمایش | تحمل پریشانی | ۰/۹۷۴ | ۰/۳۷۵ |
| کنترل | تحمل پریشانی | ۰/۹۶۹ | ۰/۲۸۹ |
| آزمایش | اضطراب مرگ | ۰/۹۵۸ | ۰/۱۹۶ |
| کنترل | اضطراب مرگ | ۰/۹۵۱ | ۰/۱۶۵ |

جدول ۴. نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها در مرحله پیش‌آزمون در متغیرهای پژوهش

| اثر | متغیر وابسته | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | F | سطح معنی‌داری |
|------|--------------|--------------|--------------|-------|---------------|
| گروه | تاب‌آوری | ۱ | ۲۸ | ۰/۳۷ | ۰/۵۴ |
| گروه | تحمل پریشانی | ۱ | ۲۸ | ۳/۵۳ | ۰/۰۷ |
| گروه | اضطراب مرگ | ۱ | ۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ |

می‌شود، سطح معنی‌داری برای تعامل بین گروه و پیش‌آزمون در هر سه متغیر (تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ) بیشتر از ۰/۰۵ است. بنابراین، فرضیه همگنی شیب رگرسیون برقرار بوده و پیش‌فرض لازم برای اجرای تحلیل کواریانس تأیید می‌شود. این نتیجه امکان تفسیر دقیق‌تر اثر مداخله را در تحلیل‌های استنباطی فراهم می‌سازد. پس از تأیید مفروضه‌های آماری، جهت تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش شامل اثربخشی مداخله در بحران غنی‌شده با رویکرد پذیرش و تعهد بر افزایش معنی‌دار تحمل پریشانی، تاب‌آوری و کاهش اضطراب مرگ در مادران کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه کنترل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در **جدول شماره ۶** و **۷** ارائه شده است. تحلیل کواریانس چندمتغیره به منظور بررسی تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ بین گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا شد.

جدول شماره ۴، نتایج آزمون لون را برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها در مرحله پیش‌آزمون نشان می‌دهد. مقدار F سطح معنی‌داری برای هر سه متغیر پژوهش (تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ) به گونه‌ای است که سطح معنی‌داری در تمامی موارد بیشتر از ۰/۰۵ بوده و بنابراین، تفاوت معنی‌داری میان واریانس‌های دو گروه مشاهده نمی‌شود. این نتایج تأیید می‌کنند که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است و شرایط لازم برای اجرای تحلیل کواریانس فراهم شده است.

در راستای بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل کواریانس، پس از تأیید نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها، مفروضه سوم یعنی همگنی شیب رگرسیون نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج مربوط به این بررسی در **جدول شماره ۵** گزارش شده است.

جدول شماره ۵، نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش به منظور بررسی تعامل بین متغیر گروه و نمرات پیش‌آزمون انجام شده است. همان‌طور که مشاهده

جدول ۵. نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

| متغیر وابسته | منبع تعامل | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنی‌داری |
|--------------|----------------|---------------|------------|-----------------|------|-----------|
| تاب‌آوری | گروه×پیش‌آزمون | ۱۴/۶۲ | ۱ | ۱۴/۶۲ | ۰/۹۷ | ۰/۳۳۴ |
| تحمل پریشانی | گروه×پیش‌آزمون | ۱۶/۸۳ | ۱ | ۱۶/۸۳ | ۱/۱۲ | ۰/۲۹۸ |
| اضطراب | گروه×پیش‌آزمون | ۶/۴۱ | ۱ | ۶/۴۱ | ۰/۸۵ | ۰/۳۶۸ |

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها

| آزمون | مقدار | F | df خطا | فرضیه df | معنی‌داری | اندازه اثر | توان آماری |
|--------------------------------|-------|------|--------|----------|-----------|------------|------------|
| اثر پیلای ^۱ | ۰/۳۷۲ | ۴/۸۶ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۹ | ۰/۳۸ | ۰/۸۷ |
| لامبدای ویلکز ^۲ | ۰/۵۲۸ | ۴/۸۶ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۹ | ۰/۳۸ | ۰/۸۷ |
| اثر هتلینگ ^۳ | ۰/۶۷۹ | ۴/۸۶ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۹ | ۰/۳۸ | ۰/۸۷ |
| بزرگترین ریشه‌روی ^۴ | ۰/۶۷۹ | ۴/۸۶ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۹ | ۰/۳۸ | ۰/۸۷ |

1. Pillai's Trace, 2. Wilks' Lambda, 3. Hotelling's Trace, 4. Roy's Largest Root

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

| متغیر وابسته | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|--------------|-----------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|------------|
| تاب‌آوری | پیش‌آزمون | ۸۳/۷۸ | ۱ | ۸۳/۷۸ | ۲/۱۱ | ۰/۰۸۱ | ۰/۰۱ |
| | گروه | ۳۰۸/۵۷ | ۱ | ۳۰۸/۵۷ | ۲۷/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ |
| تحمل پریشانی | پیش‌آزمون | ۴۶/۹۶ | ۱ | ۴۶/۹۶ | ۲/۱۴ | ۰/۵۷ | ۰/۰۰۲ |
| | گروه | ۶۷۳/۱۴ | ۱ | ۶۷۳/۱۴ | ۳۷/۱۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| اضطراب مرگ | پیش‌آزمون | ۲۸/۵۲ | ۱ | ۲۸/۵۲ | ۱/۹۴ | ۰/۲۱۷ | ۰/۰۰۸ |
| | گروه | ۲۷۶/۰۵ | ۱ | ۲۷۶/۰۵ | ۹/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱۰ |

با رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است به‌طور معنادار موجب بهبود شاخص‌های روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به سرطان شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله در بحران غنی‌شده با رویکرد پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در مادران کودکان مبتلا به سرطان بود. در مورد فرضیه اول نتایج پژوهش نشان داد اجرای مداخله در بحران با رویکرد پذیرش و تعهد موجب افزایش معنادار تاب‌آوری روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به سرطان شده است. این یافته حاکی از آن است که مداخله مذکور توانسته است منابع مقابله‌ای مادران را فعال کرده و ظرفیت سازگاری آنان را در مواجهه با فشارهای روانی ارتقا بخشد. یافته حاضر با نتایج مطالعات کویی و همکاران (۲۰۲۴) هم‌راستا است که نشان دادند تاب‌آوری خانوادگی نقش محافظتی در کاهش فشار مراقبتی والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن ایفا می‌کند. همچنین با مطالعه ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۱) همسویی دارد که اثربخشی روان‌درمانی حمایتی در ارتقای تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان خون را تأیید کردند. افزون بر این، مرور نظام‌مند لاو و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد درمان‌های روان‌شناختی از مؤثرترین رویکردهای موجود در توانمندسازی روانی والدین کودکان دارای بیماری مزمن محسوب می‌شوند.

در تمامی این مطالعات، بر این نکته تأکید شده است که تاب‌آوری صرفاً یک ویژگی ذاتی و پایدار نیست، بلکه قابلیت است که در بستر مداخلات روان‌شناختی قابل ارتقاء، تقویت و بازآفرینی است. تاب‌آوری روانی به توانایی فرد برای سازگاری مؤثر با موقعیت‌های بحرانی و تنش‌زا اشاره دارد. در شرایطی مانند ابتلای فرزند به سرطان، مادران با حجم قابل توجهی از اضطراب، ناامیدی، ترس‌های وجودی و احساسات پیچیده مواجه می‌شوند؛ وضعیتی که در بسیاری موارد، فراتر از ظرفیت‌های معمول روانی آن‌هاست (کامارگو و همکاران، ۲۰۲۵).

جدول شماره ۶ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیره را بر میانگین نمرات پس‌آزمون سه متغیر تاب‌آوری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. مطابق یافته‌ها، تمامی شاخص‌های چندمتغیری از جمله اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، به سطح معنی‌داری ۰/۰۰۹ رسیده‌اند که کمتر از ۰/۰۵ بوده و بیانگر تفاوت معنادار بین گروه‌ها پس از اجرای مداخله است. اندازه اثر برابر با ۰/۳۸ بیانگر تأثیر نسبتاً بزرگ مداخله بوده و حاکی از تغییرات چشمگیر در متغیرهای روان‌شناختی مورد بررسی است. توان آماری برابر با ۰/۸۷ نیز نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه برای تشخیص تفاوت‌ها با احتمال پایین خطای نوع دوم می‌باشد. این نتایج تأیید می‌کنند مداخله طراحی شده در گروه آزمایش به بهبود معنادار در ترکیب متغیرهای روان‌شناختی پژوهش منجر شده است.

در ادامه و به‌منظور بررسی دقیق‌تر تأثیر مداخله بر هر یک از متغیرهای پژوهش به‌صورت جداگانه، تحلیل کواریانس تک‌متغیره اجرا شد که نتایج آن در جدول شماره ۷ ارائه شده است.

در جدول شماره ۷، مطابق فرضیه‌های پژوهش، اثر گروه بر هر سه متغیر به‌طور معنی‌داری مشاهده شده است. در متغیر تاب‌آوری، مقدار F برابر با ۲۷/۲۶ و سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون بوده و اندازه اثر ۰/۵۳ بیانگر تأثیر قوی مداخله است. در متغیر تحمل پریشانی نیز مقدار F معادل ۳۷/۱۲ و سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد مداخله اثر مثبت قابل توجهی داشته و اندازه اثر ۰/۴۸ مؤید اثربخشی بالا بر این شاخص روان‌شناختی است. در مورد اضطراب مرگ، مقدار F برابر با ۹/۲۵ و سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ نشان‌دهنده کاهش معنادار اضطراب مرگ در گروه آزمایش بوده و اندازه اثر ۰/۳۱ نیز حاکی از اثربخشی مطلوب مداخله در این زمینه است. در مجموع مداخله در بحران غنی‌شده

64. Analysis of Covariance (ANCOVA)

در پژوهش حاضر، چارچوب «مداخله در بحران» به عنوان پایه اولیه درمان، با هدف بازگرداندن تعادل هیجانی، سازمان‌دهی منابع روانی و فراهم‌سازی فضای ایمن درمانی طراحی شد. مادران در آغاز درمان، فرصت یافتند واکنش‌های هیجانی خود را بشناسند، از حمایت تخصصی بهره‌مند شوند و درک اولیه‌ای از الگوهای مقابله‌ای مؤثر به دست آورند.

افزودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ساختار مداخله، موجب شد مادران به‌جای تلاش برای انکار یا اجتناب از درد روانی، بتوانند تجربه‌های ناخوشایند را با آگاهی و پذیرش فعال لمس کنند. اجتناب ذهنی که اغلب به تداوم اضطراب و کاهش تحمل پریشانی منجر می‌شود، در طی جلسات درمانی کاهش یافت و تعهد به رفتارهای ارزش‌محور افزایش پیدا کرد. این فرآیند، زمینه‌ساز رشد ذهن‌آگاهی و حضور آگاهانه در لحظه شد؛ عواملی که نقش بسزایی در افزایش ظرفیت تحمل پریشانی دارند.

نتایج این فرضیه با ادبیات نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم‌سوست که بر تقویت مهارت‌های روانی برای مواجهه با تجارب هیجانی سخت تأکید دارد. در شرایط بحران، فرد نیازمند نوعی سازوکار درونی برای توقف چرخه اجتناب، کاهش قضاوت‌های خودآزاد، و جایگزینی رفتارهای همسو با ارزش‌های فردی است؛ مفاهیمی که در این مداخله به‌خوبی عملیاتی شدند (هایلند و ویلکس، ۲۰۲۳).

در مورد فرضیه سوم پژوهش نتایج نشان داد مداخله در بحران با رویکرد پذیرش و تعهد توانسته به‌طور معنی‌داری اضطراب مرگ مادران کودکان مبتلا به سرطان را کاهش دهد. این یافته بیانگر آن است که رویکرد مذکور از طریق ارتقای آگاهی هیجانی، کاهش اجتناب ذهنی و افزایش معناگرایی در زیستن، نقش مؤثری در تنظیم اضطراب‌های وجودی ایفا می‌کند. اضطراب مرگ، یکی از عمیق‌ترین و چالش‌برانگیزترین ابعاد روانی در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های سخت تلقی می‌شود. مادران در چنین شرایطی علاوه بر ترس از از دست دادن فرزند، با افکار وجودی مرتبط با فناپذیری، بی‌عدالتی و درماندگی در برابر شرایط پیش‌بینی‌ناپذیر مواجه هستند. این اضطراب‌ها اگر مهار نشوند، می‌توانند موجب اختلالات اضطرابی، افسردگی و از هم‌گسیختگی هیجانی شوند.

در این پژوهش، چارچوب «مداخله در بحران» با هدف ایجاد ثبات روانی اولیه، شناسایی نیازهای فوری و فعال‌سازی منابع حمایتی طراحی شد. این چارچوب امکان مواجهه ایمن با بحران را فراهم کرده و مادران را در فرآیند تنظیم هیجانی اولیه یاری داده است. در گام دوم، اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچون پذیرش افکار وجودی، زیستن در لحظه، تعهد به ارزش‌های فردی و تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به ساختار درمانی اضافه گردید.

بر همین اساس، مداخله طراحی شده در این پژوهش با هدف ایجاد پشتیبانی فوری و ارتقای سازوکارهای بلندمدت مقابله‌ای در مادران اجرا گردید. «مداخله در بحران» به عنوان چارچوب اولیه، با تمرکز بر شناسایی واکنش‌های هیجانی، ایجاد احساس ایمنی روانی و فعال‌سازی منابع حمایتی، شرایط ورود مادران به فرآیند درمان را تسهیل نمود.

در گام دوم، عناصر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل پذیرش درد روانی، کاهش اجتناب ذهنی و تعهد به رفتارهای ارزش‌محور به مداخله اضافه شد؛ که در مجموع موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و در پی آن، ارتقای سطح تاب‌آوری مادران گردید. از منظر نظری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌کند افراد را از چرخه اجتناب، انکار و درماندگی هیجانی خارج ساخته و آنان را به سوی مواجهه پذیرا، کنش معنامدار و زیستن همسو با ارزش‌ها سوق دهد.

در شرایط بحران، این مدل درمانی ظرفیت آن را دارد که از واکنش‌های هیجانی صرف فراتر رفته و مادران را به کنش‌گرایی معنادار تبدیل کند. ترکیب این رویکرد با ساختار مداخله در بحران، فضای درمانی منسجم و انسان‌محوری ایجاد کرده است که در آن مادران توانسته‌اند با کاهش اضطراب و افزایش وضوح ذهنی، از منابع روانی خود بهره بگیرند و در مسیر سازگاری با شرایط دشوار فرزندشان قدم بردارند (عزیز و همکاران، ۱۴۰۳).

فرضیه دوم تحلیل نتایج نشان داد مداخله در بحران با رویکرد پذیرش و تعهد، به‌طور معنی‌داری موجب افزایش تحمل پریشانی در مادران کودکان سرطانی شده است. این یافته بیانگر آن است که رویکرد مذکور توانسته با ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، مادران را در مواجهه با هیجانات شدید و موقعیت‌های آشفته یاری دهد. یافته حاضر با نتایج برخی مطالعات پیشین هم‌راستا است. برای نمونه، پژوهش فروغی و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تحمل پریشانی را در بیماران مبتلا به دردهای مزمن ارتقاء دهد. همچنین، یافته‌های پژوهش رویز و همکاران (۲۰۲۴) تأیید کردند که حضور در جلسات گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به کاهش اجتناب ذهنی و افزایش پذیرش هیجانی در والدین کودکان مبتلا به سرطان منجر شده است.

این مطالعات بیانگر آن است که اصول این درمان در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا، نقش تقویت‌کننده دارند. تحمل پریشانی یکی از شاخص‌های کلیدی سلامت روان در شرایط تنش‌زاست که تعریف آن به توانایی افراد برای حضور در تجربه‌های ناخوشایند، بدون تلاش برای اجتناب فوری یا واکنش‌های ناپایدار عاطفی بازمی‌گردد. در مواجهه با بیماری فرزند، مادران درگیر احساساتی مانند ترس، اندوه، سردرگمی و درماندگی هستند که می‌تواند موجب بروز علائم شدید اضطرابی و رفتاری شود.

خانواده‌های کودکان دارای بیماری مزمن، می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای سلامت روانی این گروه ایفا کند.

بنابراین یکی از پیشنهادات پژوهشی، انجام پژوهش‌های آینده‌نگر با طراحی طولی برای بررسی اثرات مداوم درمان مداخله در بحران با رویکرد پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و تحمل پریشانی در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام شود. تعمیم مداخله درمانی به پدران یا سایر اعضای خانواده، با هدف سنجش میزان اثربخشی در ساختارهای روانی غیر از مادران و بررسی نقش متقابل خانوادگی در مدیریت بحران سلامت کودک انجام شود. مقایسه اثربخشی مداخله در بحران با رویکرد پذیرش و تعهد با سایر رویکردهای روان‌درمانی، تحلیل کیفی تجربیات مادران شرکت‌کننده، با رویکرد پدیدارشناسی یا تحلیل روایت و بررسی نقش سبک‌های مقابله‌ای، نوع بیماری کودک، و سطح حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌گر بر اثربخشی درمان مورد بررسی قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) قرار گرفته و پس از ارزیابی‌های لازم، مجوز رسمی اجرای مراحل پژوهش با شناسه (IR.IAU.KHUISF. REC.1403.121) صادر گردید. تمامی اصول اخلاقی مرتبط با انجام پژوهش، از جمله رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، حفظ محرمانگی اطلاعات، رعایت حقوق انسانی و احترام به کرامت فردی، به‌طور کامل رعایت شده است.

حامی مالی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه نازنین جعفرزاده دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین بوده و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

تهیه، طراحی و نگارش مقاله: نازنین جعفرزاده؛ ناظر علمی و ویرایش محتوایی مقاله: شهناز خالقی‌پور.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

یافته‌های این فرضیه با نتایج پژوهش ابراهیمی صدر و محمود علیلو (۱۴۰۰) هم‌راستا هستند که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات منجر شده است. همچنین، مطالعه هاندریچ و همکاران (۲۰۲۱) تأثیر این درمان را در کاهش اضطراب‌های وجودی و ارتقای معنا در زمان مرگ و تنهایی تأیید کردند. این مطالعات نشان‌دهنده ظرفیت درمان پذیرش و تعهد در مواجهه با تجربه‌های فراگیر وجودی و اضطراب‌های مرتبط با مرگ هستند. در مجموع، تأیید فرضیه سوم نشان می‌دهد تلفیق مداخله در بحران با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند رویکردی مؤثر برای کاهش اضطراب مرگ مادران در شرایط دشوار سلامت فرزند باشد. این رویکرد با کاهش اجتناب ذهنی، بازتعریف افکار وجودی و تقویت زیستن ارزش‌مدار، زمینه‌ساز تنظیم هیجانی و ارتقای تاب‌آوری در برابر بحران‌های عمیق روانی می‌گردد (کارلسون و همکاران، ۲۰۲۴).

محدودیت‌های پژوهش حجم نمونه محدود و گزینش هدفمند بود به‌صورتی که شرکت‌کنندگان تنها شامل مادران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی خاص بودند که ممکن است قابلیت تعمیم نتایج را به جمعیت‌های گسترده‌تر کاهش دهد. تمرکز این پژوهش فقط بر مادران بوده است و مطالعه فقط به بررسی مؤلفه‌های روانی در مادران پرداخته و نقش دیگر اعضای خانواده در فرآیند مواجهه با بیماری مورد بررسی قرار نگرفته است. همچنین اثرات پایدار درمان تلفیقی در طول زمان بررسی نشده است، بنابراین نمی‌توان با قطعیت درباره دوام تغییرات روان‌شناختی حاصل از درمان اظهار نظر کرد. اثر سطح حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شخصیت که می‌توانند بر اثربخشی درمان تأثیر بگذارند، به‌صورت مستقل مورد تحلیل قرار نگرفته‌اند.

در راستای یافته‌های پژوهش، یکی از پیشنهادهای کاربردی آن است که مداخله در بحران غنی‌شده با رویکرد پذیرش و تعهد در مراکز مشاوره خانواده، به‌ویژه برای والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن یا تهدیدکننده حیات، به‌صورت ساختاریافته اجرا شود. همچنین، توسعه خدمات روان‌شناختی بحران‌محور در بیمارستان‌های کودکان و تشکیل تیم‌های تخصصی مداخله در بحران در بخش‌های سرطان کودک، با رویکردی ترکیبی برای تنظیم هیجانات والدین در مراحل تشخیص، درمان و بستری، ضروری به نظر می‌رسد. آموزش هدفمند پرسنل درمانی شامل روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و پرستاران برای شناسایی نشانگان اضطراب مرگ و کاهش پریشانی روانی والدین، می‌تواند اثربخشی مداخلات را افزایش دهد. برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های تاب‌آوری برای والدین و طراحی دوره‌های روان‌درمانی کوتاه‌مدت با هدف ارتقای تحمل پریشانی، تاب‌آوری روانی و معنایابی تجربه بیماری فرزند، از دیگر اقدامات پیشنهادی است. همچنین، تولید محتوای آموزشی و روان‌درمانی متناسب با نیاز

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همراهی و همکاری ارزشمند والدین گرامی که با مشارکت مؤثر خود نقش مهمی در پیشبرد و تحقق اهداف این پژوهش ایفا کردند، صمیمانه سپاس گزاری می‌شود.

References

- Abolghasemi, H. (2023). [About 3,000 Iranian children diagnosed with cancer annually; 2% of total cancer cases (Persian)]. Retrieved from: [\[Link\]](#)
- Akbarzadeh, F., Sadeghi, N., & Radmehr, M. (2022). [The effects of self-encouragement training on distress tolerance among the mothers of hospitalized children (Persian)]. *Journal of Multidisciplinary Care*, 11(1), 32-36. [\[DOI:10.34172/jmdc.2022.06\]](#)
- Aziz, S. R., Yusoff, M. S. B., & Roslan, N. S. (2025). Mapping the multidimensional factors of medical student resilience development: A scoping review. *BMC Medical Education*, 25, 744. [\[DOI:10.1186/s12909-025-07290-9\]](#) [\[PMID\]](#)
- Bautista, A. B., Ruiz, F. J., & Suárez-Falcón, J. C. (2023). Acceptance and commitment therapy in parents of children with cancer at psychosocial risk: A randomized multiple baseline evaluation. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 109-121. [\[DOI:10.1016/j.jcbs.2023.06.004\]](#)
- Camargo, C., Silva, T., & Oliveira, R. (2025). Psychological resilience and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Middle East Current Psychiatry*, 32(1), 45-60. [\[DOI:10.1186/s43045-025-00123-6\]](#)
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books. [\[Link\]](#)
- Carlsson, K., Strosahl, K. D., & Roberts, L. W. (2024). *Crisis integration with acceptance and commitment therapy: Theory and practice*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. [\[DOI:10.1176/appi.books.9781615379613\]](#)
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. [\[DOI:10.1002/da.10113\]](#) [\[PMID\]](#)
- Cui, P., Yang, M., Hu, H., Cheng, C., Chen, X., & Shi, J., et al. (2024). The impact of caregiver burden on quality of life in family caregivers of patients with advanced cancer: A moderated mediation analysis of the role of psychological distress and family resilience. *BMC Public Health*, 24, Article 817. [\[DOI:10.1186/s12889-024-18321-3\]](#) [\[PMID\]](#)
- Ebrahimi Sadr, F., & Mahmoudalilou, M. (2022). [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on death anxiety and hopelessness in patients with multiple sclerosis (Persian)]. *New Ideas in Psychology*, 17, 45-62. [\[Link\]](#)
- Ford, J. D. (2021). *Crises in the psychotherapy session: Transforming critical moments into turning points*. Washington, DC: American Psychological Association. [\[DOI:10.1037/0000225-007\]](#)
- Forooghi, F., Gholamzadeh Jofreh, M., Kazemian Moghadam, K., & Abedi, P. (2024). [Effectiveness of ACT on emotion regulation, distress tolerance, and resilience in women with migraine (Persian)]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 31(5), 733-746. [\[Link\]](#)
- González-Méndez, R., Marrero, H., & Romei, V. (2023). Editorial: Mechanisms underlying psychological resilience and post-traumatic growth. *Frontiers in Psychology*, 14, 1230055. [\[DOI:10.3389/fpsyg.2023.1230055\]](#) [\[PMID\]](#)
- Guo, Y., He, H., & Lan, J. (2025). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on parental stress in parents of special children: A meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 19, 80. [\[DOI:10.1186/s13034-025-00944-y\]](#) [\[PMID\]](#)
- Gümüş, E. Ç., & Öncel, S. (2023). Effects of Acceptance and Commitment Therapy-based interventions on the mental states of parents with special needs children: Randomized controlled trial. *Current Psychology*, 42, 19429-19442. [\[DOI:10.1007/s12144-022-03760-1\]](#)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. New York: Guilford Press. [\[DOI:10.1037/17335-000\]](#)
- Hyland, P., & Willcox, C. A. (2023). Which emotion regulation strategies are mediating the outcome of acceptance and commitment therapy? *Psychotherapy Research*. Advance Online Publication, 6. [\[DOI:10.1080/10503307.2025.2556836\]](#) [\[PMID\]](#)
- Heidenreich, T., Noyon, A., Worrell, M., & Menzies, R. (2021). Existential approaches and cognitive behavior therapy: Challenges and potential. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 209-234. [\[DOI:10.1007/s41811-020-00096-1\]](#) [\[PMID\]](#)
- Jafari, M., Narimani, M., & Khosravi, A. (2022). [Effectiveness of group-based ACT on anxiety, depression, stress, and quality of life (Persian)]. *Counselling Psychology Quarterly*. [\[DOI:10.1080/09515070.2023.2254726\]](#)
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2013). *Crisis Intervention Strategies*. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning. [\[Link\]](#)
- Jin, X., Li, H., Yao, W., & Wong, C. L. (2025). Acceptance and Commitment Therapy for Parents of Children With Cancer: An RCT. *Pediatrics*, 156(4), e2025071134. [\[DOI:10.1542/peds.2025-071134\]](#) [\[PMID\]](#)
- Jokar, L., Khayatan, F., & Golparvar, M. (2025). [Comparing the Effectiveness of Schema-Based Parenting Package Based on Transactional Analysis with Parenting Based on Acceptance and Commitment Therapy in Mothers on the Children's Social Competence (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, 6(2), 205-220. [\[Link\]](#)
- Khodadadi Sangdeh, J., & Ghomi, M. (2017). The effectiveness of group existential psychotherapy on enhancing psychological well-being in mothers of children with cancer. *Journal of Psychological Studies*, 13(4), 125-140. [\[DOI:10.22051/psy.2017.9785.1145\]](#)
- Liu, X., Zhou, A. Y., Zhang, A. J., Guan, Y., & Xie, Q. (2023). Distress tolerance as a mechanism of mindfulness for depression and anxiety: Cross-sectional and diary evidence. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(2), 100345. [\[DOI:10.1016/j.ijchp.2023.100345\]](#) [\[PMID\]](#)
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 867-878. [\[DOI:10.1016/j.cpr.2010.06.003\]](#) [\[PMID\]](#)

- Law, E., Fisher, E., Eccleston, C., & Palermo, T. M. (2019). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3), CD009660. [DOI:10.1002/14651858.CD009660.pub4] [PMID]
- Mahmoudpour, A., Shariatmadar, A., Borjali, A., & Shafiabadi, A. (2022). [Psychometric Properties of DTS in the Elderly (Persian)]. *Journal of Educational Measurement*, 12(46), 49-64. [DOI:10.22054/jem.2022.65915.3341]
- Marshall, C. (2023). Crisis intervention: A vital approach to addressing mental health emergencies. OMICS International. Retrieved from: [Link]
- Mohhamadiarya, A., Khavari, Z., Tahmasebi, S., & Hosseinzadeh, S. (2022). [Parents' covid-19 knowledge and preschool children's mental health (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, 3(2), 109-132. [Link]
- Pinquart, M. (2019). Meta-analysis of anxiety in parents of young people with chronic health conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(8), 959-969. [DOI:10.1093/jpepsy/jsz024] [PMID]
- Rezaeipandari, H., Mohammadpoorasl, A., Morowatisharifabad, M. A., & Shaghghi, A. (2022). Psychometric properties of the Persian version of abridged Connor-Davidson Resilience Scale 10 (CD-RISC-10) among older adults. *BMC Psychiatry*, 22, 493. [DOI:10.1186/s12888-022-04138-0] [PMID]
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., & Suárez Falcón, J. C. (2024). Investigating the effectiveness of ACT (Acceptance and Commitment Therapy) treatment on mothers of children with cancer. *Clinical Cancer Investigation Journal*, 13(1), 29-33. [DOI:10.51847/jsayjAAjvp]
- Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339. [DOI:10.1093/brief-treatment/mhi030]
- Sadafi, M., Masjed-Saraee, M. R., & Afrooz, G. A. (2021). [Parenting stress and coping strategies in mothers of children with autism (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, 2(2), 63-77. [Link]
- Salari, N., Khazaie, H., & Mohammadi, M. (2023). ACT and its effects on cancer patients' anxiety and depression. *Current Psychology*. [DOI:10.1007/s12144-021-01934-x]
- Seifi, A., Aghajani, A., & Jafarian Yasar, H. (2024). [Teaching methods to modify aggression in hyperactive children (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, 5(3), 9. [DOI:10.32592/jeche.5.3.104.]
- Suszek, H., Kopacz, E., & Ogińska-Bulik, N. (2017). The Protective Factors for Resilience Scale (PFRS): Development of the scale and preliminary psychometric analyses. *Cogent Psychology*, 4(1), 1400415. [DOI:10.1080/23311908.2017.1400415]
- Sharif Nia, H., Pahlevan Sharif, S., Goudarzian, A. H., Haghdoost, A. A., Ebadi, A., & Soleimani, M. A., et al. (2016). [An evaluation of psychometric properties of the Templer's Death Anxiety Scale-Extended among a sample of Iranian chemical warfare veterans (Persian)]. *Journal of Hayat*, 22(3), 229-244. [Link]
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). Development of distress tolerance scale. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102. [DOI:10.1007/s11031-005-7955-3]
- Smith, M. A., Ward, Z. J., Yeh, J. M., & Scott, A. M. (2020). Estimating the total incidence of global childhood cancer: A simulation-based analysis. *The Lancet Oncology*, 21(4), 483-495. [DOI:10.1016/S1470-2045(18)30909-4] [PMID]
- Soleimankhan, S., Johari Fard, R., & Hafezi, F. (2024). [Attachment-based play therapy for self-regulation and resilience in ADHD students (Persian)]. *Journal of Childhood Health and Education*, 4(4), 103-118. [Link]
- Templer, D. I. (1970). Construction and validation of the Death Anxiety Scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177. [DOI:10.1080/00221309.1970.9920634] [PMID]
- Valizadeh, S., Khademi, A., Alilou, M., & Mehrvar, A. (2023). [The effectiveness of supportive psychotherapy on chronic fatigue, sense of failure and resilience in mothers of children with leukemia (Persian)]. *Journal of Early Childhood Health and Education*, 4(1), 51-65. [DOI:10.32592/jeche.4.1.51]
- Wakeel, F., Corcino-Davis, Y., Everman, S., Manz, P. H., & Ledis, G. (2025). Exploring maternal resilience among predominantly low-income and minoritized women. *Maternal and Child Health Journal*, 29, 194-204. [DOI:10.1007/s10995-025-04044-3] [PMID]
- Yan, Y., Chen, Y., Ou, M., Gong, Y., Yang, R., & Liu, X., et al. (2024). The mediating role of meaning in life between experiential avoidance and death anxiety among cancer patients: A cross-sectional study. *BMC Cancer*, 24, 663. [DOI:10.1186/s12885-024-12433-0] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank