The Effectiveness of Acceptance and Commitment on Premature Bereavement, Overt and Covert Anxiety, and Tolerance of Failure in Mothers with Cancerous Children

Seyed Mojtaba Aghili[1*], Maliheh Mirshekar[2], Ensiyeh Babaee[1]

[1]Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran
[2]Department of Psychology, Payam Noor University, Gorgan, Iran

Article Info:

Received: **6 Jan 2023** ***Revised:*** **6 May 2023** ***Accepted*****: 23 July 2023**

ABSTRACT

Introduction: In the process of caring for a child with cancer, parents face problems that affect their psychological health. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy to premature bereavement, overt and hidden anxiety, and failure tolerance of mothers with children suffering from cancer. ***Materials and Methods:*** The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The statistical population of the research was all mothers with children with leukemia hospitalized in Taleghani Hospital in Gorgan City in 2022. Thirty people were selected as a sample and randomly placed in 2 experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group was treated based on acceptance and commitment, and the control group did not receive any intervention until the end of the study. The research tools included Nishabouri's premature bereavement questionnaires, Spielberger's overt and covert anxiety questionnaires, and Harrington's failure tolerance questionnaire. ***Results:*** The results of data analysis showed that the treatment based on acceptance and commitment is effective on premature bereavement, overt and hidden anxiety, and failure tolerance of mothers with cancerous children. ***Conclusion:*** This study indicates that the treatment based on acceptance and commitment leads to the reduction of premature mourning, and overt hidden anxiety, and increases the tolerance of failure of mothers with children suffering from cancer.

Keywords:

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Anxiety
3. Neoplasms

***Corresponding Author:** Seyed Mojtaba Aghili

Email: *dr_aghili1398@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/shefa.11.3.57]

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوگ پیش از موعد، اضطراب آشکار و پنهان و تحمل ناکامی در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان

سید مجتبی عقیلی[1*]، ملیحه میرشکار[2]، انسیه بابایی[1]

[1]گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
[2]گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۱۶ دی ۱۴۰۱ اصلاحیه: ۱۶ اردیبهشت ۱۴۰۲ پذیرش: ۱ مرداد ۱۴۰۲

چـــــکیده

مقدمه: والدین در روند مراقبت از کودک مبتلا به سرطان با مشکلاتی مواجه می‌شوند که روند سلامت روانشناختی آن‌ها را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوگ پیش از موعد، اضطراب آشکار و پنهان و تحمل‌ناکامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان بود. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان خون بستری در بیمارستان طالقانی شهر گرگان در سال ۱۴۰۱ بود که تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های سوگ پیش از موعد دهقانی‌نیشابوری، اضطراب آشکار و پنهان اشپیل‌برگر و پرسشنامه تحمل‌ناکامی هارینگتون بود. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوگ پیش از موعد، اضطراب آشکار و پنهان و تحمل‌ناکامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان اثربخش است. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش سوگ پیش از موعد، اضطراب پنهان آشکار و افزایش تحمل ناکامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان می شود.

واژه‌های کلیدی:
۱-درمان‌مبتنی‌برپذیرش‌وتعهد
۲-اضطراب
۳-نئوپلاسم‌ها

***نویسنده مسئول:** سید مجتبی عقیلی

پست الکترونیک: *dr_aghili1398@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/shefa.11.3.57]

مقدمه

یکی از مسائلی که سلامت جسمانی و روانی کودکان را تهدید می‌کند، ابتلا به بیماری دشوار و مزمنی، چون سرطان[1] است. مطالعات نشان می‌دهد، میزان بروز جهانی سرطان کودکان ممکن است از چیزی که پیش‌تر فکر می‌شد به طرز معنی‌داری بالاتر باشد (۱). سرطان پیش از ۱۵ سالگی از نظر اپیدمیولوژی، سرطان اطفال نامیده می‌شود و شایع‌ترین نوع آن در کودکان سرطان خون است (۲). سرطان‌های کودکان شیوعی بین ۶ /۴-۰/۵ درصد کل سرطان‌ها را تشکیل می‌دهد و در ایران نیز حدود ۲/۵ درصد کودکان مبتلا به سرطان هستند (۳). تشخیص سرطان در کودکان، آثار مخربی بر بیمار، والدین و دیگر اعضای خانواده دارد. مطالعات بالینی و روانشناختی، میزان فزاینده‌ای از اضطراب[2]، نگرانی، ترس از عود و مرگ کودک و در کل کاهش سلامت‌روان را در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند (۴). در طی فرایند تشخیص و درمان سرطان کودکان، افراد خانواده (به ویژه مادر که مراقب اصلی کودک است) با بسیاری از مشکلات روانشناختی و روانپزشکی مواجه می‌شوند (۵).

والدین در روند مراقبت از کودک مبتلا به سرطان با مشکلات فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی متعددی مواجه می‌شوند که روند سلامت روانشناختی[3] و زندگی اجتماعی آنها را نیز تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. در بیشتر مطالعاتی که بر روی مادران کودکان سرطانی انجام شده است اختلال در سلامت‌روانی مادر و بروز اضطراب، افسردگی[4] و استرس پس از سانحه[5] مورد توجه قرار گرفته است (۶).

مرگ قسمتی لاینفک از موجودیت انسان است، در نتیجه بدیهی است که در برخی مراحل زندگیمان موضوعی برای غم و نگرانی باشد (۷)؛ اما یکی دیگر از جنبه‌های زندگی مادران سوگ[6] است. سوگ به طور ویژه به فرایند تجربهٔ مرگ یا برای همیشه از دست دادن یکی از عزیزان بر می‌گردد. یکی از انواع سوگ که والدین کودکان با بیماری‌های خاص درگیر آن هستند، سوگ پیش از موعد[7] می‌باشد (۸). سوگ پیش از موعد، غم ناشی از مرگ تدریجی یک فرد دوست داشتنی است که به هنگام وقوع فقدان حقیقی پایان می‌یابد و در ملایم کردن ضربه روحی پس از مرگ مفید باشد (۹). از سوی دیگر وقتی سال‌ها قبل از مرگ جدایی اتفاق افتاده باشد، ممکن است هنگام مرگ واکنشی دیگر رخ دهد و احساس فقدان تشدید شود (۱۰). بیمارستان برای بیمار و خانواده وی محیطی ترسناک و پر از صحنه‌ها، چهره‌ها و صداهای ناآشنا است که باعث اضطراب زیادی در کودک و والدین می‌شود. از آنجا که والدین منبع اطمینان و امنیت برای کودک هستند اضطراب والدین مستقیماً به کودک منتقل می‌گردد (۱۱).

یکی از حالات ایجادکننده اضطراب داشتن کودک بیمار است که باعث ایجاد اضطراب جسمانی و روانی بر خانواده و به ویژه مادر شده در نتیجه والدین کودک بیمار اضطراب زیادی را متحمل می‌شوند (۱۲). در حیطه سنجش اضطراب، کتل[8] بر اهمیت تمایز قائل شدن میان اضطراب به‌عنوان ویژگی شخصیتی (اضطراب پنهان[9]) و اضطراب به‌عنوان یک حالت هیجانی (اضطراب آشکار[10]) تاکید نموده است (۱۳). اضطراب پنهان ویژگی فردی پایدار و نسبتاً باثباتی است که فرد را مستعد تجربه اضطراب در اکثر مکان‌ها و موقعیت‌ها می‌کند و در مقابل، اضطراب آشکار بیانگر تفاوت‌های فردی گذرا و موقتی در احساسات ذهنی است (۱۴). مطالعات مختلف استرس روان‌شناختی ناشی از بار سرطان را برای خانواده بیمار، برابر و یا حتی بالاتر از خود بیمار گزارش کرده‌اند. رویارویی با تقاضاهای مراقبتی ناآشنا و ایجاد اختلال در فعالیت‌های معمول زندگی به ایجاد دیسترس و تحمیل فشار روانی بر مراقبین منجر می‌شود (۱۵). اهمیت پرداختن به موضوع استرس مراقبین از آنجاست که کودک با توجه به مرحله تکاملی خود می‌تواند اضطراب و تنش را از والدین دریافت کند و به‌راحتی تحت تأثیر اثرات نامطلوب استرس و اضطراب آن‌ها قرار گیرد. چنانچه مادران مراقب این کودکان بتوانند در شرایط پرتنش احساس کفایت و توانمندی کنند، به‌خوبی خواهند توانست کودک بیمار خود را مورد حمایت قرار داده و روند درمان را برای او تسهیل کنند (۱۶). نتایج مطالعات نشان می‌دهد مراقبت از کودک مبتلا به سرطان تنش زیادی برای والدین به همراه دارد. به نحوی که سبب پیدایش مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی نظیر استرس و عدم تحمل ناکامی[11] خانواده وی می‌شود (۱۷).

با توجه به شرایط ایجاد شده متعاقب تشخیص سرطان کودک و نقش ویژه مادر، به‌عنوان مراقب اصلی، تحمل‌ناکامی مادر جزو عواملی است که در سازگاری کودک اثر گذار است (۱۸). ناکامی حسی می‌باشد که در نتیجه بوجود آمدن مانعی در رسیدن به هدفی است که فرد آن را مطلوب می‌داند، ایجاد می‌شود (۱۹). در واقع تحمل‌ناکامی تفاوت‌های فردی در ظرفیت

[1] Cancer
[2] Anxiety
[3] Psychological Health
[4] Depression
[5] PTSD
[6] Mourn
[7] Premature mourning
[8] Kattle
[9] Hidden Anxiety
[10] Obvious Anxiety
[11] Tolerate Failure

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.61186/shefa.11.3.57]

ادراک شده برای تحمل وخامت (مثال هدف‌های بی نتیجه زندگی) را نشان می‌دهد. محققان بیان کردند که تحمل‌ناکامی توانایی افراد در برابر ناکامی‌های غیرقابل پیش‌بینی است؛ بدونه اینکه به شیوه‌های ناپسند رفتاری دست بزنند (۲۰). تحمل‌ناکامی توانایی مقاومت در برابر موانع و موقعیت‌های استرس‌زا را افزایش می‌دهد. تحمل ناکامی پایین، به رفتار ضد اجتماعی[12] یا رفتار ناسازگار دیگری، مانند عصبانیت، اضطراب منتهی می‌شود که با سرزندگی و تاب‌آوری[13] ارتباط معکوس دارد (۲۱). بر اساس نظر کارشناسان افرادی که از درجه بالاتری از سلامت‌روانی برخوردارند در هنگام مواجهه با شرایط یا رویدادهایی که با ارزش‌های اساسی، اهداف و ترجیحاتشان در تعارض است، فلسفه تحمل را به کار می‌گیرند. این بدان معنی است که این دسته از افراد زمانی که در شرایط دشوار و توأم با ناکامی قرار می‌گیرند، تحمل را به‌عنوان وسیله‌ای در جهت دستیابی به اهداف مطلوبشان در پیش می‌گیرند (۲۲).

نتایج یک مطالعه نشان داده است که مادران کودکان مبتلا به سرطان از زمان تشخیص بیماری تا مراحل درمان و توانبخشی، نیازمند دریافت خدماتی برای رفع مشکلات روانشناختی هستند (۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[14] یک رویکرد درمانی رفتاری موج سوم است که معنای زندگی، اعتبار و ارزش زندگی افراد با ناراحتی را فراهم می‌کند (۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از درمان‌های نسل سوم به علت تأکید بر چرخه‌های کارکردی و در نظرگرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، موجب تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی این درمان نسبت به دیگر درمان‌ها است (۲۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را قادر می‌کند با پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند، پریشانی هیجانی را مستقیماً هدف قرار دهد. در واقع این درمان با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[15] عملکرد فرد را بهبود می‌بخشد تا پریشانی فرد را کم کند (۲۵). اجتناب از احساسات ناخوشایند (اجتناب تجربه‌ای) رنج روان‌شناختی را دوام می‌بخشد. آمادگی برای تجربه‌کردن احساسات ناخوشایند و اجتناب نکردن از آن‌ها که به‌عنوان پذیرش به آن اشاره شده است و تشویق به آن فرایندی کلیدی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۲۶).

در این راستا نتایج مطالعات میرباقری و دهکردی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم سوگ افراد داغدیده از کرونا اثربخش است (۲۷). نویدی و همکاران دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و اضطراب سلامت دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب‌سلامت اثربخش است (۲۸). درتاج و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل‌پریشانی در بیماران مبتلا به اماس می‌شود (۲۹). پژوهش توکلی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش بر کاهش اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون تأثیر معنی‌دار داشت (۳۰). عقیلی و کشیری دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش تحمل بلاتکلیفی شده است (۳۱). اینگلند[16] در پژوهشی دریافتند که روش مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم اضطراب در مکالمه و گفتگوی عمومی اثربخش است (۳۲). شپارد[17] و همکاران در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی‌روانشناختی بیماران اماس اثربخش است (۳۳). ایفرت[18] و همکاران پژوهشی با عنوان درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای اختلالات اضطرابی به انجام رساندند، نتایج کاهش معنی‌داری را در میزان اجتناب، افسردگی و اضطراب را نشان داد (۳۴). هافمن[19] و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اختلال سوگ در زنان نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند به‌عنوان یک درمان مناسب برای افسردگی و سوگ نابهنجار باشد (۳۵).

سال‌هاست که بیماری سرطان افراد بسیار زیادی را مورد آسیب قرار داده است و دومین علت جهانی مرگ و میر پس از بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد (۳۶). از آنجا که عملکرد خانواده نقش مهمی در یک زندگی سالم دارد و به خصوص در مواقعی که یکی از اعضای خانواده نیازمند به کمک بیشتر جهت سازگاری با محیط است، به نظر می‌رسد که عملکرد سالم خانواده در این زمان می‌تواند نقش حمایتی و تعیین کننده‌ای را داشته باشد. زمانی که والدین، به خصوص مادر در شرایط بحران احساس توانمندی کند، می‌تواند کودک بیمار خود را هم مورد حمایت قرار دهد و بهبود روند درمان را برای او امکان‌پذیر سازد. با توجه به مسائل و مشکلات خانواده‌های دارای کودک با نیازهای مراقبتی ویژه و با در نظر گرفتن ماهیت مزمن بیماری که تمامی مراحل رشد و تکامل را تحت تأثیر قرار می‌دهد و همچنین با توجه به آنچه مطرح شد پایش وضعیت هیجانی و روانشناختی خانواده، به خصوص مادران و بررسی تأثیر بیماری بر ابعاد هیجانی و روانشناختی زندگی مادران حائز اهمیت و ضرورت ویژه‌ای دارد؛ لذا این پژوهش در پی پاسخ‌دهی به این سؤال است که

[12] Anti-social Behavior
[13] Resilience
[14] Acceptance and Commitment Therapy
[15] Psychological Flexibility
[16] England
[17] Sheppard
[18] Eifert
[19] Hoffman

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.61186/shefa.11.3.57]

آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوگ پیش از موعد، اضطراب آشکار و پنهان و تحمل ناکامی در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه‌آماری تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان‌خون بستری در بیمارستان طالقانی شهر گرگان در سال ۱۴۰۱ بودند. از جامعه ذکر شده با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. از آنجایی که دلاور حجم نمونه برای تحقیقات آزمایشی را ۱۵ نفر در هر گروه پیشنهاد کرده‌اند (۳۷)؛ پس از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه پیام نور و هماهنگی با واحد پژوهش بیمارستان طالقانی تعداد ۳۰ مادر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص بیماری سرطان‌خون کودک توسط پزشکان و بستری شدن کودک در بیمارستان طالقانی شهر گرگان، کودکان دارای سنین ۵ تا ۷ سال، تمایل به شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم برای مادران، عدم مصرف داروهای ضد اضطراب توسط مادران بودند و ملاک‌های خروج از پژوهش، عدم تمایل به شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه و فوت کودک مبتلا به سرطان بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با رعایت مفروضه‌های آن و نرم‌افزار تحلیل داده‌های SPSS 22 استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱) پرسشنامه سوگ پیش از موعد[20]: این پرسشنامه توسط دهقانی نیشابوری در سال ۱۳۹۱ برای افرادی که فرزند بیمار دارند یا یکی از نزدیکان‌شان با بیماری سختی همچون سرطان درگیر است ساخته شد و دارای ۵۰گویه است که میزان سوگ پیش از موعد را در فرد بررسی و ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از خیلی موافق تا خیلی مخالف است (۳۸). نمره‌گذاری گویه‌های ۸-۲۲-۲۳-۳۵-۴۷ معکوس است. امتیازات پرسشنامه از ۵۰ عبارت با یکدیگر جمع می‌شود، حداقل امتیاز ممکن ۵۰ و حداکثر ۲۵۰ است. نمره بین ۵۰ تا ۱۰۰ میزان سوگ پیش از موعد در فرد ضعیف است. نمره بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ میزان سوگ پیش از موعد در فرد متوسط است. نمره بالاتر از ۱۵۰ میزان سوگ پیش از موعد در فرد قوی است. روایی محتوایی پرسشنامه توسط اساتید دانشگاه فردوسی مشهد تأیید شده است. همچنین پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ بالای ۸۵ درصد به دست آمد. در پژوهش سبحانی پایایی پرسشنامه سوگ پیش از موعد به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد (۹).

۲) پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان[21]: پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان توسط اشپیل‌برگر[22] در سال ۱۹۸۳ ساخته شده و شامل ۴۰ سؤال است که مقیاس اول شامل ۲۰ سؤال بوده که اضطراب موقعیتی (آشکار) را اندازه‌گیری کرده و ۲۰ سؤال که اضطراب سرشتی (پنهان) را اندازه‌گیری می‌کند. اشپیل‌برگر و همکاران در سال ۱۹۸۳ پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش نمودند (۳۹). نمره‌گذاری این مقیاس شامل امتیازی بین ۱ تا ۴ است. امتیاز ۴ نشان‌دهندهٔ بالاترین میزان اضطراب و امتیاز ۱ نشان‌دهندهٔ پایین‌ترین میزان اضطراب است. دامنه نمره برای هر مقیاس بین ۷۵ تا ۳۲در نظر گرفته شد به گونه‌ای که امتیاز از ۲۰ تا ۳۲ در سطح خفیف قرار می‌گیرد، امتیاز بین ۴۲ تا ۳۲ در سطح متوسط به پایین، ۴۳ تا ۵۳ امتیاز در سطح متوسط به بالا، ۵۴ تا ۶۴ امتیاز نسبتاً شدید، ۶۵ تا ۷۵در سطح شدید و ۷۶ به بالا در سطح اضطراب بسیار شدید قرار می‌گیرد. در پژوهش غلامی بورنگ و همکاران پایایی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و از طریق آزمون مجدد پس از هفت روز ۰/۸۸ بوده است (۴۰).

۳) پرسشنامه تحمل‌ناکامی[23]: این پرسشنامه توسط هارینگتون[24] در سال ۲۰۰۵ ساخته شده و دارای ۳۵ گویه است. نمرات پایین نشان‌دهنده تحمل‌ناکامی بالا است. پایایی این پرسشنامه توسط سازنده آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه شد (۴۱). نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد شاخص‌های مقیاس تحمل ناکامی بر روی عوامل از قبل طراحی شده توسط سازنده آن بار عاملی بالاتر از ۰/۳۰ دارند و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریباً برابر ۰/۰۴ است. بنابراین پرسشنامه با چهار عامل از برازش قابل قبولی برخوردار است. همچنین همبستگی خرده مقیاس‌های تحمل‌ناکامی با نمره کل مقیاس بالاتر از ۰/۳۸ و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند (۴۲). این مقیاس در ایران توسط

[20] Premature Bereavement Questionnaire
[21] Overt nd Covert Anxiety Questionnaire
[22] Spielberger
[23] Failure Tolerance Questionnaire
[24] Harrington

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.61186/shefa.11.3.57]

بابارئیسی و علی مهدی ترجمه و اعتباریابی شد (۳۹). نتایج ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که پایایی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۴ و برای مؤلفه عدم تحمل‌ناراحتی ۰/۶۱، مؤلفه استحقاق ۰/۷۱، مؤلفه عدم‌تحمل عاطفی ۰/۵۰ و مؤلفه پیشرفت ۰/۵۲ است و آلفای کرونباخ محاسبه شده برای مقیاس کل ۰/۸۷ به دست آمد (۴۳).

معرفی برنامه مداخله‌ای

ساختار محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس کتاب فورمن و هربرت[25] برای ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تهیه شد که محتوای آن در جدول ۱ ارائه شده است (۴۴).

روند اجرای پژوهش

پس از دریافت کد اخلاق (IR.PNU.REC.1401.398) از واحد پژوهش دانشگاه پیام‌نور و هماهنگی با مسئولین بیمارستان طالقانی شهر گرگان، با همکاری مددکار و مشاور بیمارستان، رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، ضمن آگاه‌سازی والدین و کسب اجازه از آنها، رضایت مادران برای شرکت در این پژوهش جلب شد. پس از آن مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان خون به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. ضمن توجیه مادران و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کنند. قبل از شروع مداخله هر دو گروه مورد مطالعه به‌عنوان پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و از مادران خواسته شد تا به پرسشنامه‌های سوگ پیش از موعد، اضطراب آشکار و پنهان و تحمل ناکامی پاسخ دهند و گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، اما در طی این جلسات به گروه گواه هیچ نوع آموزشی داده نشد. پس از اتمام دوره آموزش، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. لازم به ذکر است که پس از اتمام پس‌آزمون به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی، جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه گواه هم برگزار شد. مدت جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی و هفته‌ای دو بار اجرا شد. جلسه‌ها به شکل گروهی در اتاق مشاوره و مددکاری بیمارستان طالقانی

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضا با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره فرایند سوگ پیش از موعد، تحمل ناکامی و اضطراب آشکار و پنهان.
دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات از درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ ایجاد درماندگی خلاق.
سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها؛ توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و ... و اینکه پذیرش یک فرآیند همیشگی است، نه مقطعی. توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آنها از طریق پذیرش؛ تعریف مقابله و راهبردهای کارآمد و ناکارآمد؛ احساس کارآیی و کنترل.
چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف.
پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود (توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند).
ششم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد؛ شناسایی "ارزش های زندگی" و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آنها؛ استفاده از تکنیک‌های "ذهن آگاهی" با تأکید بر زمان حال.
هفتم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد؛ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها؛ بحث از موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود و اجرای پس‌آزمون.

[25] Foreman and Herbert

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.61186/shefa.11.3.57]

که از لحاظ محیط، فضا و تجهیزات مناسب است، برگزار شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل حضور داوطلبانهٔ اعضا در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تکمیل کردن پرسشنامه‌ها با میل و رغبت توسط اعضا، برنامه‌ریزی مناسب برای اجرای جلسات، محرمانه ماندن اطلاعات و نام افراد در پژوهش کاملاً رعایت شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که بیشتر شرکت‌کنندگان سن بین ۳۶ تا ۴۰ سال، دارای تحصیلات لیسانس و یک فرزند بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار سوگ پیش از موعد، اضطراب آشکار و پنهان و تحمل‌ناکامی برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد که پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار داشته است. نتایج آزمون شاپیرو- ویلکز نشان داد بدلیل آنکه سطوح معنی‌داری ارائه شده در هر دو مرحله و برای متغیرها بیش از ۵ درصد شده است. لذا متغیرهای مورد مطالعه از توزیع طبیعی برخوردار خواهد بود. نتایج آزمون لون نشان داد که که فرض همگنی واریانس نیز برای تمامی متغیرهای سوگ پیش از موعد (F=۱/۱۸)، اضطراب آشکار و پنهان (F=۲/۱۵) و تحمل ناکامی (F=۱/۵۶) برقرار است (P<۰/۰۵). نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول ۳ گزارش شده است.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که F به دست آمده، با درجه آزادی ۲۱ در سطح P<۰/۰۵ معنی‌دار است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری داشتند (P<۰/۰۵)، بنابراین گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنی‌دار دارند، نتایج آزمون آماری آزمون تحلیل واریانس تک متغیره برای درک دقیق‌تر و بررسی تأثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در سوگ پیش از موعد، اضطراب آشکار و پنهان و تحمل‌ناکامی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون،

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیر سوگ پیش از موعد، اضطراب آشکار و پنهان و تحمل‌ناکامی

متغیر	گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	گروه گواه	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو_ویلک	سطح معنی‌داری
سوگ پیش از موعد	پیش‌آزمون	۱۱/۶۲	۶/۲۹	پیش‌آزمون	۱۱/۷۴	۶/۵۵	۰/۸۵۱	۰/۵۳
	پس‌آزمون	۷/۳۱	۵/۴۲	پس‌آزمون	۱۲/۱۶	۶/۶۲	۰/۹۱۶	تصحیح نشده
اضطراب آشکار و پنهان	پیش‌آزمون	۱۰/۴۷	۳/۰۱	پیش‌آزمون	۱۰/۳۲	۳/۲۹	۰/۸۶۷	۰/۴۹
	پس‌آزمون	۷/۸۱	۲/۱۶	پس‌آزمون	۱۱/۵۴	۲/۷۴	۰/۸۷۸	۰/۸۰
تحمل ناکامی	پیش‌آزمون	۱۸/۵۸	۴/۱۱	پیش‌آزمون	۱۸/۳۶	۴/۳۸	۰/۹۳۴	۰/۷۵
	پس‌آزمون	۱۲/۱۹	۲/۲۴	پس‌آزمون	۱۸/۳۵	۴/۴۱	۰/۹۸۲	۰/۶۲

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۹۳	۳۹/۷۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹
لامبدای ویلکز	۰/۱۷	۳۹/۷۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹
اثر هتلینگ	۵/۳۱	۳۹/۷۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹
بزرگترین ریشه روی	۵/۳۱	۳۹/۷۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹

تصحیح نشده

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.61186/shefa.11.3.57]

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس نمرات سوگ پیش از موعد، اضطراب آشکار و پنهان و تحمل‌ناکامی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
سوگ پیش از موعد	پیش‌آزمون	۳۶۱/۴۷	۱	۳۶۱/۴۷	۹۱/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گروه	۲۵۷/۱۱	۱	۲۵۷/۱۱	۵۹/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴
	خطا	۳۹/۱۴	۱۱	۳/۹۱			
اضطراب آشکار و پنهان	پیش‌آزمون	۷۳۵/۹۱	۱	۷۳۵/۹۱	۹۲/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گروه	۱۲/۲۳	۱	۱۲/۲۳	۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	خطا	۸۶/۲۱	۱۱	۷/۰۱			
تحمل ناکامی	پیش‌آزمون	۳۷۸۹/۴۵	۱	۳۷۸۹/۴۵	۷۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	گروه	۵۹۹/۵۹	۱	۵۹۹/۵۹	۱۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	خطا	۴۷۸/۳۱	۱۱	۴۶/۱۰			

ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوگ پیش از موعد، اضطراب آشکار و پنهان و تحمل‌ناکامی در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش سوگ پیش از موعد، اضطراب آشکار و پنهان و تحمل‌ناکامی در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات میرباقری و دهکردی، نویدی و همکاران، درتاج و همکاران، توکلی و همکاران، اینگلند، شپارد و همکاران، ایفرت و همکاران و هافمن و همکاران همسو بود (۳۵-۲۷).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی تفکر انعطاف‌پذیر را در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان افزایش داده؛ به آنان آموخته از توجیهات جایگزین استفاده کنند؛ چهارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را بپذیرند. از دیگر سو، چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجان‌ها و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت پذیرش و تعهد است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روانشناختی مثبت می‌شود؛ بهبود توانایی فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها را در پی دارد. بنابراین آموزش پذیرش و تعهد با بهبود این توانایی‌ها و ترغیب مشارکت آنها در فعالیت‌های فردی و اجتماعی، می‌تواند در جهت بهبود انعطاف‌پذیری آنها مفید و مؤثر واقع شود و افراد را آگاه می‌سازد که اگرچه نمی‌توانند حوادث قطعی زندگی‌شان مانند از دست دادن فرزند بیمارشان را تغییر دهند، اما می‌توانند یاد بگیرند تا روش مقابله با آ ها را تغییر دهند و در مقابل آن رویداد واکنش مناسب نشان دهند (۳۵). به طور کلی بیرون راندن مرگ از شمار مسائل مربوط به زندگی و بی‌اعتنایی به جنبه‌های مردن، انزوا و دوری‌گزینی، باعث رنج و تشدید ترس در افراد می‌شود و هیچگونه آرامشی برای انسان به ارمغان نخواهد آورد. اینگونه رفتارها از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی اجتناب محسوب می‌شود. این درمان به جای تغییردادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه فرد با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از فنون پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آنها و فنون ذهن‌آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطافپذیری روانشناختی، هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود و اضطراب مرگ و سوگ پیش از موعد را بهبود می‌بخشد (۲۷).

در فرآیند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف‌پذیری رواشناختی به‌عنوان اساس سلامت روانشناختی شناخته می‌گردد و به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های مناسب با موقعیت است. در

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.61186/shefa.11.3.57]

حوزه‌هایی که قابل تغییر مثل رفتار آشکار می‌باشد، بر تغییر متمرکز است (۳۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکیه بر اصولی نظیر بیان همدلی، اجتناب از بحث کلامی، حمایت از کارآیی شخصی مراجع و حرکت با مقاومت‌های او، دو سوگرایی، تردید و ترس بیمار از مواجه شدن با موقعیت‌های اضطراب‌انگیز بیمار را کاهش می‌دهد. در واقع، افزایش انگیزه درونی و آمادگی فرد برای تغییر، افزایش مشارکت فعال‌تر، ماندگاری و پایبندی بیشتر به برنامه درمان، تقویت رفتار مثبت، مشارکت در تنظیم برنامه کار، بررسی سود و زیان تغییر، تعیین ارزش‌های اصلی زندگی، افزایش تضاد بین ارزش‌ها، ارائه اطلاعات، تاکید بر حس خودمختاری و آزادی عمل در طی جلسات درمان برای مادران منجر به کاهش اضطراب در آنان گردید (۴۵).

همچنین در این روش درمانی، درمانگر با شناسایی و ارزش دادن به پاسخ‌های هیجانی منفی و نامطلوب و بسط دادن آن پاسخ‌های نامطلوب به مسائل بی‌اهمیت و پیش پا افتاده مانند ترس و درماندگی میزان پرخاشگری مادران را که ناشی از ناتوانی در پاسخ‌گویی به موقعیت‌های فشارزا است را کاهش دهد و در نتیجه میزان تحمل‌ناکامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان را در موقعیت‌های فشارزا افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که افراد از نیازها و خواسته‌های خود بیشتر آگاه شوند، و می‌توانند با پیش‌بینی و کنترل آگاهانه پاسخ‌های هیجانی منفی و جایگزین کردن پاسخ‌های هیجانی مطلوب به جای پاسخ‌های هیجانی منفی میزان تحمل ناکامی را در موقعیت‌های فشارزا افزایش دهند (۴۶). به طور کلی با اجرای مؤلفه‌های درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث ذهن‌آگاهی و پذیرش مشکلات به‌عنوان واقعیت و اقدام و تعهد، مخصوصاً از طریق روشن‌سازی ارزش‌ها، با انجام تمرین‌ها و استعاره‌هایی در این مورد که در پروتکل نیز ذکر شده، به‌عنوان منبعی از انگیزش برای تغییر رفتار شرکت‌کنندگان پژوهش جهت مسیر ارزش‌هایشان در نظر گرفته می‌شود. ارزش‌ها به‌عنوان انگیزه‌های برای رفتار عمل می‌کنند و باعث تسهیل پذیرش تجارب و احساسات دردناک می‌شوند و زندگی که بنیان آن براساس ارزش‌های فردی باشد باعث تحمل‌ناکامی، عملکرد خوب و احساس خوب بودن در افراد می‌شوند (۲۹).

محدود بودن جامعه آماری پژوهش به مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان شهر گرگان، پژوهش را از تعمیم دادن نتایج به سایر افراد و موقعیت‌ها باز می‌دارد. متغیرهایی از جمله، زمان ابتلا، درجه سرطان، سابقه خانوادگی سرطان در خانواده و نوع درمان، در پژوهش حاضر لحاظ نگردید. در راستای محدودیت‌های پژوهش حاضر توصیه می‌شود پژوهش در نمونه بزرگتری انجام شود تا قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد. پیشنهاد می‌گردد بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی سایر متغیرهای مهم و تأثیرگذار در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان مانند فشار مراقبتی انجام شود. غربالگری و شناسایی مادران دارای اضطراب در مراحل اولیه تشخیص و درمان فرزندان‌شان و ارجاع آنها به روانشناس نیز می‌تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود با فراهم کردن فعالیت‌های گروهی به صورت سازمان‌یافته و نیمه سازمان‌یافته در اجرای مداخله‌های درمانی مختلف از جمله گروه درمانی، زمینه‌های ایجاد سلامت روان برای مراقبان بیماران مبتلا به سرطان را ایجاد کرد.

تشکر و قدردانی

نگارندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با سعه صدر، همکاری نموده و ما را در انجام و ارتقاء کیفی این پژوهش یاری دادند، اعلام نمایند.

منابع

1. Chung S, Mueller S, Green K. Multimorbidity patterns and risk of hospitalisation in children: A population cohort study of 3.6 million children in England, with illustrative examples from childhood cancer survivors. The Lancet Regional Health Europe, 2022; 20(10): 43-52.

2. Fatemeh D, Narges S, Mehrdad A. Determining the effect of active listening on the life expectancy of mothers of children with cancer. Journal of Cancer Care. 2020; 1(3): 53-59.

3. Abdulahi F, Narges S, Maryam M. Investigating the effect of reality therapy on the hope of mothers of children with cancer. Pediatric Nursing Journal. 2021; 7(3): 36-42.

4. Tan C, Lau S, Latiff Z, Lee C. Information needs of Malaysian parents of children with cancer: A qualitative study. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 2022; 9(3): 143-152.

5. Siyah Posh Keliai S, Rezakhani S. Increasing hope and anger management of mothers with children with cancer through life skills training, Contemporary Psychology Quarterly, 2019; 14(2): 83-90.

6. Khazaali K, Khazaali Z, Jalili N, Gorbaghi S. The role of maternal depression in the participation of a child with leukemia in daily life activities. Journal of rehabilitation. 2021; 22(2): 182-195.

7. Farahbakhsh S, Mehrinejad A, Moazedian A. Structural Model of Quality of Life in Patients with Breast Cancer: The Role of Psychological Hardiness, Religious Orientation, Perceived Social Protection and Self-Efficacy with Mediation of Resilience and Death Anxiety. Shefaye Khatam. 2019; 8(1): 86-98.

8. Yu W, Lu Q, Lu Y, Yang H, Zhang L. Anticipatory

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/shefa.11.3.57]

Grief among Chinese Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer: A Cross-Sectional Study. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 2021; 8(4): 369-376.

9. Sobhani M. The mediating role of meaning in life in the relationship between personal attachment style and premature bereavement in parents of children with special diseases. Islamic Studies in Health, 2021; 5(3): 45-58.

10. Glick D, Motta M, Wiegand D, Range P. Anticipatory grief and impaired problem solving among surrogate decision makers of critically ill patients: A cross-sectional study. Intensive and Critical Care Nursing, 2018; 49(11): 1-15.

11. Manochehri R, Sadat Hosseini A. Investigating the effect of spiritual care based on Newman's theory on the anxiety of mothers with children with cancer. Islamic Studies in Health, 2021; 5(1), 1-12.

12. Lykke C, Ekholm O, Schmiegelow K. Anxiety and Depression in Bereaved Parents after Losing a Child due to Life-Limiting Diagnoses: A Danish Nationwide Questionnaire Survey. Journal of Pain and Symptom Management, 2019; 58(4): 596-604.

13. Spielberger C. State-trait anxiety inventory. The Corsini encyclopedia of psychology. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc. 2010.

14. Eshaghi Moghaddam Kate Shamshir F, Abdollahi M H, Shahgholian M. Comparison of Early Maladjusted Schemas, Hidden Anxiety, and Cognitive Regulation of Emotion in Normal and Delinquency Juveniles. Shefaye Khatam. 2015; 3(4): 31-40.

15. Bekar P, Erkul M, Efe E. The effect of using a kaleidoscope during central venous catheter dressing changes on pain and anxiety in children with cancer: A randomised controlled trial. European Journal of Oncology Nursing, 2022; 57(4): 102-114.

16. Ghorbani A, Qezlbash S, Alizadeh H, Khosravi M. The effect of spiritual group therapy on depression, anxiety and stress of family caregivers of children with cancer. Complementary Medicine Quarterly. 2021; 11(3): 196-209.

17. Ellis A, Salgari G, Miklowitz D, Loo SK. Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. Psychiatry research, 2018; 267(1): 2010-2014.

18. Firouzi M, Faizabadi Z. Toleration of mother's disturbance and occurrence of externalizing-internalizing problems in children with cancer. Pediatric Nursing Journal. 2020; 6(4): 21-29.

19. Arreola I, Castro K. Chapter 1 - Cancer vs immune tolerance—the challenge of fighting self. Immunotherapy in Resistant Cancer: From the Lab Bench Work to Its Clinical Perspectives, 2021; 8(3): 1-9.

20. Barari Baziarkheli Z, Ebrahimi S. Prediction of psychological helplessness and tolerance of failure based on emotional failure in women with breast cancer. Iranian Nursing Journal. 2021; 34(129): 96-108.

21. Eck K, Warren P, Flory K. A variable centered and person-centered evaluation of emotion regulation and distress tolerance: links to emotional and behavioral concerns. Journal of youth and adolescence, 2021; 46(1): 136-50.

22. Khosravi N, Kushki S, Orki M, Nemat T. The structural pattern of personality traits and emotional cognitive regulation with distress tolerance in mothers with children with cancer: the mediating role of coping strategies. Nurse and doctor in battle, 2019; 7(24): 81-72.

23. Najafi Khorramabad H, Jayervand H, Sadatemarashian F. The Effectiveness of Self-Determination Theory Training and Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Cyberbullying in Students with Internet Gaming Disorder. Shefaye Khatam. 2022; 10(2): 10-21.

24. Mirzai Dostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on death anxiety and mental health of women with AIDS in Abadan city. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019; 25(1): 2-13.

25. Ferreira M, Mariano L, Rezende J, Caramelli P. Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 2022; 309(7): 297-308.

26. Fishbein J, Judd C, Genung S. Arch J. Intervention and mediation effects of target processes in a randomized controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy for anxious cancer survivors in community oncology clinics. Behaviour Research and Therapy, 2022; 153(6): 104-113.

27. Mir Bagheri F, Ali Akbari Dehkordi M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the symptoms of bereavement of people bereaved by Corona, the 8th national conference of modern studies and research in the field of educational sciences, psychology and counseling in Iran, Tehran. 2022.

28. Navidi Pashthiri S, Hassanzadeh R, Emadian S. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on tolerance of failure and health anxiety in nursing and midwifery students with health anxiety. A biannual journal of adolescent and youth psychological studies. 2022; 3(1): 137-150.

29. Dartaj A, Ali Akbari Dehkordi M, Naser Moqdasi A, Alipour A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance, pain perception and interleukin 12 in patients with multiple sclerosis.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/shefa.11.3.57]

Applied Psychology Quarterly, 2021; 15(1): 49-72.

30. Tawakli Z, Tajri B, Radfar S, Jamhari F, Khosravi A. The effectiveness of behavioral therapy based on acceptance on hidden anxiety, overt anxiety and blood pressure of cardiovascular patients referred to Baqiyat Hospital.... Scientific Research Quarterly of Psychological Sciences. 2020; 19(96): 1655-1666.

31. Aghili M, Kashiri S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Uncertainty Intolerance, Turmoil Tolerance, and Sexual Function in Betrayed Women. Shefaye Khatam. 2022; 10(3): 57-67.

32. England E, Herbert J, Forman E, Rabin S, Juarascio A, Goldstein S. Acceptance-based exposure therapy for public speaking anxiety. J Contextual Behav Sci, 2021; 1(9): 66– 72.

33. Sheppard S, Forsyth J, Hickling, E, & Bianchi J. A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention. International Journal of MS Care, 2020; 12(4): 200-206.

34. Eifert D, Sotack F. The effectiveness of commitment and acceptance therapy on anxiety disorders. Contextual Behav Sci, 2019; 147(2): 35-47.

35. Hoffman B, Papas R, Chatkoff D, Kerns R. Metaanalysis of psychological interventions for chronic low back pain. Health Psychology, 2019; 26(1): 1-9.

36. Einy S, Hashemi Z. The Role of Religious Coping, Spiritual Intelligence, and Spiritual Well-being in Predicting the Perceived Stress of Patients with Cancer. Shefaye Khatam. 2020; 8(3): 70-79.

37. Delaware A. Research method in psychology and educational sciences. Arsbaran Publications. 2012.

38. Dehghani, M. Group therapy for mothers of children with cancer: The contribution of coping styles and premature bereavement to psychological well-being. Master's thesis. Mashhad Ferdowsi University. Faculty of Education and Psychology. 2012.

39. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene E, Vagg P, Jacobs G. Manual for the state-trait anxiety scale. 1983.

40. Gholami Burang F, Mehram B, Karsheki H. Construction and validation of anxiety scale from research for students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017; 23(1): 78-93.

41. Harrington N. The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2005; 12(5): 374-87.

42. Mahmoudpour A, Dehghanpour S, Zafik Dan F. Prediction of distress tolerance based on attachment styles, failure tolerance and religious attitude in divorced women. Development of psychology. 2020; 9(4): 93-102.

43. Arborist A, Safi Khani A. The relationship between social support and stress coping strategies with failure tolerance in Shiraz University students. Development of psychology. 2019; 8(10): 125-132.

44. Forman E, & Herbert J. General princioles And Empirically supported techniques of behavior therapy. In J.E. Fisher (ED.), New Directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies in Cognitive behavior therapy (pp. 77-101). New York, NY: Researchgate. 2008.

45. Forman E, & Herbert J. General princioles And Empirically supported techniques of behavior therapy. In J.E. Fisher (ED.), New Directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies in Cognitive behavior therapy (pp. 77-101). New York, NY: Researchgate. 2008.

46. Abbasi H, Karimi B, Jafari D. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on failure tolerance and dysfunctional attitudes of mothers of intellectually disabled students. Psychology of exceptional people, 2016; 6(24): 81-108.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.61186/shefa.11.3.57]