

Research Paper

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility, marital satisfaction, and parent-child interaction in mothers of children with cancer

Maryam Zolfagharnia¹ , Saba Azizrousta² , Marziyeh Mahmoudi³ , Faranak Saeedi Moghadam⁴ ,
Vahid Savabi Niri^{*2} 

1. M.A. in General Psychology, Ardabil Branch, Payame Noor University, Ardabil, Iran

2. M.A. in Clinical Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

3. M.A. in General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Zahedan University, Zahedan, Iran

4. M.A. in General Psychology, Zarrinshahr Branch, Payame Noor University, Zarrinshahr, Iran

Citation: Zolfagharnia M, Azizrousta S, Mahmoudi M, Saeedi Moghadam F, Savabi Niri V. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility, marital satisfaction, and parent-child interaction in mothers of children with cancer. J Child Ment Health. 2025; 12 (3):35-51.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1471-en.html>



 [10.61882/jcmh.12.4.3](https://doi.org/10.61882/jcmh.12.4.3)

ARTICLE INFO

Keywords:

Acceptance and
commitment therapy,
cancer,
cognitive flexibility,
marital satisfaction,
parent-child interaction

Received: 24 Nov 2024

Accepted: 5 Dec 2025

Available: 7 Dec 2025

ABSTRACT

Background and Purpose: Childhood cancer significantly affects the mental health and family relationships of mothers, affecting marital satisfaction and parent-child interactions. This study aimed to evaluate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on cognitive flexibility, marital satisfaction, and parent-child interaction among mothers of children with cancer.

Method: The present study employed a quasi-experimental method with a pretest-posttest design, including one experimental group and one control group. The statistical population included all mothers of children with cancer in Ardabil City in 2024. A sample of 36 mothers was selected from this population through convenience sampling and randomly assigned to the experimental and control groups. Data were collected using the most recently validated Iranian versions of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI; Dennis & Vander Wal, 2010), the Enrich Marital Satisfaction Scale (EMSS; Enrich, 1989), and the Child-Parent Relationship Scale (CPRS; Pianta, 1992). The experimental group received eight 90-minute sessions of Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al., 2011). The data obtained were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS -27.

Results: Findings indicated that ACT significantly increased perceived behavioral control ($F=33.84$), perceived alternative options ($F=38.72$), behavior justification perception ($F=31.07$), marital satisfaction ($F=54.14$), positive relationships ($F=39.32$), and decreased conflict ($F=60.42$) and dependency ($F=44.57$) among mothers of children with cancer ($p < 0.01$).

Conclusion: Based on the results, ACT increases the ability to manage psychological stress and promotes emotional resilience by strengthening mindfulness and commitment to values. Therefore, this intervention is suggested as an effective strategy for improving mental health and the quality of family relationships of parents with a child with cancer.



* **Corresponding author:** Vahid Savabi Niri, M.A. in Clinical Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

E-mail: V.savabi@gmail.com

Tel: (+98) 4533728020

2476-5740/ © 2024 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

A child's cancer diagnosis is a life-altering event that places considerable strain on the entire family, especially mothers (1). As primary caregivers, mothers must manage medical responsibilities, provide emotional support, and meet family needs, demands that can negatively affect their mental health and marital relationships (2, 3, 12). Cognitive flexibility helps mothers better manage stress, remain emotionally available to their children, and foster stronger parent-child interactions, which are essential for the family's psychological well-being (7, 9, 18). In such circumstances, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has appeared as a promising approach for enhancing coping mechanisms and improving psychological health under stressful conditions (23, 24). As a mindfulness-based therapy, ACT emphasizes helping individuals accept difficult emotions, stay present in the moment, and act following personal values (24), an approach particularly beneficial for mothers exposed to prolonged stress and emotional burden (25, 26).

ACT is grounded in six core processes: acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, self-as-context, values, and committed action (27). These principles encourage individuals to embrace rather than resist challenging emotions (28), fostering an open and receptive mindset that allows mothers to continue in their caregiving roles without being overwhelmed by stress or self-criticism (29, 30). Despite many studies (22-26) in this field, there is still a shortage of research that simultaneously examines psychological, marital, and parenting outcomes within this population. In particular, the effectiveness of ACT, one of the newer psychotherapeutic approaches, has received limited attention in this context. Therefore, the present study was conducted to find the effectiveness of ACT in improving cognitive flexibility, marital satisfaction, and parent-child interaction among mothers of children with cancer.

Method

The present study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest format, including one experimental group and

one control group. The statistical population consisted of all mothers of children with cancer (hematologic and bone marrow malignancies) in Ardabil city in 2024. Out of 50 eligible records, 36 mothers were selected and randomly assigned to the experimental group (18 participants) and the control group (18 participants). Inclusion criteria were receiving a child's cancer diagnosis by a pediatric hematology and oncology specialist, not having received prior psychological interventions, willingness to take part in the study, and personal consent. Exclusion criteria included worsening of the child's illness or pain, absence from more than two sessions, and unwillingness to continue participation. Participants were selected from the Shammim Mehr Support Center in Ardabil through convenience sampling according to the inclusion and exclusion criteria. The mean age $\pm$ standard deviation of mothers in the experimental group was 36.83 ± 8.71 years, and in the control group, it was 37.49 ± 7.02 years. Chi-square test results showed no significant differences between the experimental and control groups in terms of education, number of children, duration of marriage, and income ($p > 0.05$).

The data collection instruments included the Cognitive Flexibility Inventory (CFI; 32, 33), the ENRICH Marital Satisfaction Scale (EMSS; 34, 35), and the Child-Parent Relationship Scale (CPRS; 36, 37). The experimental group received eight 90-minute sessions of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) according to Hayes et al. (38), while the control group received no intervention. Ethical considerations, including keeping participants' privacy, ensuring confidentiality, and obtaining informed consent, were fully seen. Finally, the collected data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS 27.

Results

The mean and standard deviation of pretest-posttest scores for cognitive flexibility, marital satisfaction, and parent-child interaction among mothers of children with cancer in the experimental and control groups are presented in Table 1.

Table 1. Descriptive Indices of the Study's Variables in Experimental and Control Groups

Variables		Groups	M	SD	S-W	P
Perceived controllability	Pre-test	Experimental Group	21.22	1.05	0.111	0.069
		Control Group	21.11	1.36	0.113	0.084
	Post-test	Experimental Group	23.44	1.45	0.115	0.055
		Control Group	21.27	1.50	0.116	0.062
Perceived alternatives	Pre-test	Experimental Group	26.88	1.36	0.101	0.056
		Control Group	26.83	1.74	0.096	0.055
	Post-test	Experimental Group	29.11	1.25	0.114	0.074
		Control Group	26.78	1.69	0.102	0.082
Behavioral justification	Pre-test	Experimental Group	5.33	0.79	0.117	0.061
		Control Group	5.27	0.95	0.089	0.052
	Post-test	Experimental Group	7.11	1.17	0.100	0.080
		Control Group	5.38	1.20	0.102	0.066
Marital satisfaction	Pre-test	Experimental Group	108.83	5.31	0.096	0.071
		Control Group	108.61	5.40	0.087	0.059

Conflict	Post-test	Experimental Group	116.12	6.04	0.098	0.060
		Control Group	108.28	5.88	0.101	0.089
	Pre-test	Experimental Group	44.50	2.04	0.115	0.075
		Control Group	44.39	2.66	0.108	0.063
Positive relationships	Post-test	Experimental Group	41.50	2.14	0.119	0.082
		Control Group	44.38	2.03	0.097	0.057
	Pre-test	Experimental Group	39.66	1.94	0.087	0.051
		Control Group	39.55	1.69	0.116	0.097
Dependency	Post-test	Experimental Group	42.33	1.75	0.101	0.085
		Control Group	39.72	1.90	0.095	0.057
	Pre-test	Experimental Group	12.44	1.61	0.110	0.063
		Control Group	12.38	1.74	0.103	0.079
	Post-test	Experimental Group	10.16	1.35	0.094	0.081
		Control Group	12.50	1.81	0.093	0.076

Note. *M* = Mean, *SD* = Standard Deviation, *S-W* = Shapiro-Wilk

According to Table 1, the posttest means scores of the experimental group showed increases in perceived controllability, perception of alternative options, behavior justification, marital satisfaction, and positive parent-child relationships, while scores for conflict and dependency decreased among mothers of children with cancer. To find the effectiveness of ACT on cognitive flexibility, marital satisfaction, and parent-child interaction among mothers of children with cancer, a MANCOVA was conducted. Before running the analysis, the essential assumptions, including normality of data distribution, homogeneity of variances, and linearity between the covariate and dependent variables, were examined and confirmed. Results of the MANCOVA indicated that the independent variable had a significant effect on the dependent variables; in other words, the experimental and control groups differed significantly in at least one of the variables of cognitive flexibility, marital satisfaction, and parent-child interaction. Based on the calculated effect size, 74% of the total variance between the experimental and control groups was attributable to the independent variable. Additionally, the statistical power of the test was 1, showing an adequate sample size.

According to the results of the univariate ANCOVA, the *F*-statistics for perceived controllability ($F = 33.84$), perceived alternatives ($F = 38.72$), perceived justification ($F = 31.07$), marital satisfaction ($F = 54.14$), conflict ($F = 60.42$), positive relations ($F = 39.32$), and dependency ($F = 44.57$) were all significant at the $p < 0.001$ level. These findings show significant differences between the groups in all these variables. The calculated effect sizes further showed that 55% of perceived controllability, 59% of perceived alternatives, 53% of perceived justification, 66% of marital satisfaction, 69% of conflict, 59% of positive relations, and 62% of dependency were attributable to the influence of the independent variable. Therefore, it can be concluded that ACT led to increases in perceived controllability, perceived alternatives, perceived justification, marital satisfaction, and

positive relations, as well as reductions in conflict and dependency among mothers of children with cancer.

Conclusion

The present study aimed to find the effectiveness of ACT on cognitive flexibility, marital satisfaction, and parent-child interaction among mothers of children with cancer. The findings show that ACT can significantly improve cognitive flexibility (perceived controllability, perceived alternatives, and perceived justification), marital satisfaction, and parent-child interaction (positive relations, conflict, and dependency) in these mothers.

The core processes of ACT, including acceptance, cognitive defusion, mindfulness, and commitment to personal values, play a fundamental role in enhancing cognitive flexibility. Through these techniques, mothers learn to accept rather than avoid or suppress the difficult emotions associated with their child's illness. By engaging in these central ACT processes, they learn to acknowledge challenging emotions without allowing them to dominate their behavior. Such acceptance reduces the likelihood of avoidance or emotional withdrawal, which are common reactions that can create emotional distance in the parent-child relationship. Instead, ACT encourages mothers to remain mindful and aligned with their personal values, which typically include providing emotional support and care for their child. This study was limited to mothers of children with cancer, and other family members, such as fathers, were not included in the analysis, which restricts the generalizability of the findings. Other limitations include the focus on a specific cultural context and the use of self-report instruments that may be influenced by cognitive or emotional biases. The short duration of the study also did not allow for the examination of long-term intervention effects. Future research is recommended to expand the scope of other family members and to include more diverse samples across different regions to enhance the generalizability of the results.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study was conducted independently and is not part of an approved thesis or research project. It was conducted with the full consent of the participants. The study received approval from the Ardabil City Health Department under permit number 19/178/3655, dated 14 June 2024. Ethical guidelines outlined by the American Psychological Association's publication manual and the Iranian Psychology Organization's code of ethics—such as confidentiality, data privacy, and obtaining written informed consent—were strictly adhered to throughout the study.

Funding: This study was conducted without any financial support from any specific organization.

Authors' Contributions: In this study, the first author contributed to the conceptualization and writing of the article. The second and third authors managed data collection and analysis. The fourth and fifth

authors helped in the literature review, coordination with treatment centers, and manuscript editing.

Conflict of interest: The authors declare no conflicts of interest associated with this study, and the results have been reported transparently and without bias.

Data availability statement: The data generated in this study are available from the corresponding author which shall be provided to other researchers upon their reasonable request.

Consent for publication: All authors have given their full permission for the publication of this article.

Acknowledgments: The authors wish to acknowledge and thank all the patients, the staff of the Shammim Mehr Support Center, and the Negah Psychology and Counseling Clinic in Ardabil who helped them in conducting this study.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی، رضایت زناشویی، و تعامل والد- کودک مادران دارای کودک مبتلا به سرطان

مریم ذوالفقار نیا^۱، صبا عزیز روستا^۲، مرضیه محمودی^۳، فرانک سعیدی مقدم^۴، وحید صوابی نیری^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، واحد اردبیل، دانشگاه پیام نور، اردبیل، ایران

۲. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه زاهدان، ایران

۴. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، واحد زرین شهر، دانشگاه پیام نور، زرین شهر، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

انعطاف پذیری شناختی،
تعامل والد- کودک،
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
رضایت زناشویی،
سرطان

زمینه و هدف: سرطان کودکان یکی از مسائل تأثیرگذار بر سلامت روان و روابط خانوادگی مادران است که می تواند رضایت زناشویی و تعاملات والد-فرزند را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی، رضایت زناشویی، و تعامل والد- کودک مادران دارای کودک مبتلا به سرطان انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر شبه تجربی و طرح آن به صورت پیش آزمون- پس آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان شهر اردبیل در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۶ مادر از جامعه آماری ذکر شده بود که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. ابزار گردآوری شامل آخرین نسخه اعتباریابی شده در ایران سیاهه انعطاف پذیری شناختی (دنيس و وندروال، ۲۰۱۰)، مقیاس رضایت زناشویی (انریچ، ۱۹۸۹)، و مقیاس تعامل والد- کودک (پیاننا، ۱۹۹۲) بود. گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۱) را دریافت کردند. داده های به دست آمده با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره توسط SPSS-27 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معناداری موجب افزایش ادراک مهارپذیری ($F=33/84$)، ادراک گزینه های مختلف ($F=38/72$)، ادراک توجیه رفتار ($F=31/07$)، رضایت زناشویی ($F=54/14$)، روابط مثبت ($F=39/32$)، کاهش تعارض ($F=60/42$)، و وابستگی ($F=44/57$) مادران دارای کودک مبتلا به سرطان شد ($P<0/01$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج به دست آمده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت ذهن آگاهی و تعهد به ارزش ها، توانایی مدیریت فشارهای روانی و ارتقای تاب آوری عاطفی را افزایش می دهد. بنابراین این مداخله به عنوان راهکاری مؤثر در بهبود سلامت روان و کیفیت روابط خانوادگی پیشنهاد می شود.

دریافت شده: ۱۴۰۳/۰۹/۰۴
پذیرفته شده: ۱۴۰۴/۰۹/۱۴
منتشر شده: ۱۴۰۴/۰۹/۱۶

* نویسنده مسئول: وحید صوابی نیری، کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

رایانامه: V.savabi@gmail.com

تلفن: ۰۴۵-۳۳۷۲۸۰۲۰

مقدمه

تشخیص سرطان^۱ در کودکان رویدادی تغییردهنده زندگی است که نه تنها کودک، که کل خانواده را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). در میان اعضای خانواده، مادران اغلب بار سنگین مسئولیت‌های مراقبتی را بر دوش می‌کشند و باید پیچیدگی‌های مراقبت‌های پزشکی، حمایت عاطفی، و نیازهای روزانه خانواده را مدیریت کنند (۲). به عنوان مراقبان اصلی، مادران کودکان مبتلا به سرطان اغلب با سطوح بالای تنیدگی، اضطراب، و افسردگی^۲ مواجه می‌شوند؛ نیازهای مربوط به مراقبت ممکن است زندگی اجتماعی، روابط زناشویی^۳، و سلامت شخصی آنها را نیز مختل کند (۳). کشاکش‌های^۴ منحصر به فردی که این مادران با آن مواجه‌اند، نیاز به حمایت‌های روانی و عاطفی ویژه را برجسته می‌کند (۴). مقاله منتشر شده در مجله لنست^۵ (۵) بیان می‌کند بین سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۵۰، پیش‌بینی می‌شود ۱۳/۷ میلیون مورد جدید سرطان کودکان در جهان رخ دهد که ۶/۱ میلیون مورد (۴۴/۹ درصد) در سطح کنونی عملکرد سیستم‌های بهداشتی تشخیص داده نخواهند شد. اگر اقداماتی برای بهبود دسترسی به درمان انجام نشود، ۱۱ میلیون کودک جان خود را از دست خواهند داد که ۸۴ درصد از این مرگ‌ها در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط پایین رخ خواهد داد. سرطان کودکان در ایران با نرخ استاندارد شده سنی ۱۱۹،۵۶ به ازای هر یک میلیون نفر در گروه سنی ۰ تا ۱۹ سال شناسایی شد. لوسمی^۶ شایع‌ترین نوع سرطان در مناطق پرخطر شامل اصفهان، یزد و تهران بودند، در حالی که مناطق کم‌خطر در شمال غرب ایران قرار داشتند (۶).

در این شرایط، انعطاف‌پذیری شناختی^۷ به عنوان یک مهارت حیاتی ظاهر می‌شود که می‌تواند مادران را در مسیر پیچیده مراقبت از کودک همراهی کند (۷). انعطاف‌پذیری شناختی به مادران کمک می‌کند تا با

ذهنیتی متعادل به نقش مراقبتی خود پردازند، تنیدگی را کاهش دهند، تنظیم هیجانی بهتری داشته باشند، و پویایی‌های سالم‌تری در خانواده ایجاد کنند (۸). برای مادران کودکان مبتلا به سرطان، این ویژگی به آنها کمک می‌کند که ضمن مدیریت تنیدگی خود^۸، از نظر عاطفی برای فرزندان‌شان در دسترس باشند و محیطی پایدار و حمایت‌گراانه ایجاد کنند (۹). درک نقش انعطاف‌پذیری شناختی در این زمینه ضروری است، زیرا که می‌تواند بینش‌هایی برای تدوین راهبردهای حمایتی مؤثر که موجب بهزیستی و تاب‌آوری^۹ این مادران در شرایط فشار عاطفی و مسئولیت‌های مراقبتی می‌شود، ارائه دهد (۱۰). نتایج پژوهشی (۱۱) مشخص کرد بیماران مبتلا به سرطان تیروئید با انعطاف‌پذیری شناختی پایین‌تر، سطوح بالاتری از افسردگی و اضطراب را تجربه کردند و کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. انعطاف‌پذیری پایین با اجتناب تجربی و همجوشی شناختی بیشتر همراه بود که به‌طور معناداری با کاهش کیفیت زندگی مرتبط بود.

برای مادرانی که معمولاً مسئولیت‌های اصلی مراقبتی را بر عهده دارند، فشارهای عاطفی و جسمی این نقش می‌تواند بر بهزیستی شخصی آنها تأثیر بگذارد و به تبع آن، پویایی‌های رابطه زناشویی‌شان را مختل کند (۱۲). توازن میان الزامات دشوار مراقبت پزشکی، مدیریت تنش‌های روزمره و رسیدگی به نیازهای عاطفی فرزند بیمار و سایر اعضای خانواده، اغلب فرصت کمی برای تقویت رضایت زناشویی^{۱۰} باقی می‌گذارد (۱۳). این فشار می‌تواند به کاهش رضایت زناشویی، مشکلات ارتباطی و احساس دوری بین همسران منجر شود که همگی ممکن است حمایتی را که والدین در این دوران سخت باید برای یکدیگر فراهم کنند، تضعیف کند (۱۴). رضایت زناشویی برای مادران کودکانی که به سرطان مبتلا هستند، اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. رضایت زناشویی سالم می‌تواند زیربنای باثباتی ایجاد کند که تاب‌آوری، کاهش تنیدگی مراقبتی، و محیطی حمایت‌گراانه

6. Leukemia
7. Cognitive Flexibility
8. Managing your stress
9. Resilience
10. Marital Satisfaction

1. Cancer Diagnosis
2. Stress, anxiety, and depression
3. Marital relations
4. Challenges
5. Lancet Journal

را برای کودک و کل خانواده فراهم آورد (۱۵). برای مادران داشتن پیوند قوی زناشویی به عنوان منبعی از حمایت عاطفی ضروری عمل می کند و به آنها کمک می کند تا کشاکش های مراقبتی را در حالی مدیریت کنند که از سلامت روانی و بهزیستی خود مراقبت می کنند (۱۶). در مطالعه ای (۱۴) با مشارکت ۱۳۰ خانواده دارای کودکان مبتلا به سرطان، فشار مالی و تنیدگی جمعی به طور مداوم با تنظیم زناشویی ضعیف تر مرتبط بودند. همچنین وقایع منفی زندگی و درمان باعث کاهش تنظیم زناشویی در طول زمان و سطوح پایین تر آن در پایان سال اول درمان شدند.

تلاش برای تعادل بین مسئولیت های مراقبتی و نیاز به تقویت تعامل والد- کودک^۱ می تواند طاقت فرسا باشد، زیرا که فشارهای جسمی و روانی مراقبت، اغلب زمان و انرژی لازم برای لحظات تعاملی مثبت با کودک را محدود می کند (۱۷). با وجود این برقراری ارتباطی قوی بین والد و فرزند در این دوران بسیار مهم است و به ایجاد ثبات روانی، احساس امنیت، و آرامش برای مادر و فرزند کمک می کند تا بتوانند با تنیدگی درمان و بهبودی بهتر کنار بیایند (۱۸). تعامل مؤثر والد-کودک نقش حیاتی در افزایش سلامت روانی مادر و فرزند ایفا می کند (۱۹). برای مادران کودکانی که به سرطان مبتلا هستند، تقویت این تعاملات مثبت می تواند تأثیرات منفی تنیدگی مراقبتی را کاهش دهد و منبعی از تاب آوری و نزدیکی عاطفی فراهم کند که به نفع کل خانواده خواهد بود (۲۰). درک پویایی های منحصر به فرد تعامل والد و فرزند در این زمینه می تواند نشان دهد که چگونه مادران نقش دو گانه مراقبتی و پشتیبان احساسی خود را مدیریت می کنند و اهمیت راهبردهای حمایتی هدفمند برای تقویت این پیوند را برجسته کند (۲۱). در همین ارتباط نتایج پژوهشی دیگر (۱۹) مشخص کرد ارتباط والد-کودک، به ویژه در کودکان مبتلا به سرطان پیشرفته، تأثیر زیادی بر تنظیم رفتاری و هیجانی آنها دارد.

مراقبت و زندگی با کودک مبتلا به سرطان می تواند تاب آوری، سلامت عاطفی، و روابط خانوادگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان را تحت فشار قرار دهد (۲۲). در این شرایط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ به عنوان روی آوردی نویدبخش برای بهبود مکانیزم های مقابله ای و افزایش سلامت روانی در شرایط تنیدگی مطرح شده است (۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان نوعی از درمان مبتنی بر ذهن آگاهی^۳، بر کمک به افراد برای پذیرش احساسات دشوار، حضور در لحظه و عمل در راستای ارزش های شخصی تأکید دارد؛ روی آوردی که به ویژه برای مادرانی که در معرض تنیدگی و فشار عاطفی طولانی مدت هستند، سودمند است (۲۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شش فرآیند اصلی پذیرش، فاصله گذاری شناختی، حضور در لحظه، خود به عنوان زمینه، ارزش ها، و عمل متعهدانه^۴ استوار است (۲۵). این اصول افراد را تشویق می کند که به جای مقابله با احساسات دشوار، آنها را بپذیرند و در نتیجه ذهنیتی پذیرنده را ایجاد می کنند که به مادران کمک می کند بدون غلبه تنیدگی یا انتقاد از خود، در نقش مراقبتی خود پا یدار بمانند (۲۶). برای مثال راهبرد های پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به مادران کمک کند که اضطراب و ترس های خود در مورد بیماری فرزند خود را بپذیرند، بدون آنکه این احساسات بر رفتار آنها حاکم شوند (۲۷). با تقویت انعطاف پذیری شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابزارهایی در اختیار مادران قرار می دهد تا فراز و نشیب های مراقبتی را با تاب آوری و ثبات بیشتری مدیریت کنند (۲۸). برای مادران کودکانی که به سرطان مبتلا هستند، افزایش انعطاف پذیری شناختی از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به بهبود تنظیم هیجانی، کاهش فرسودگی مراقبتی، و تقویت روابط سالم خانوادگی منجر شود. با ارتقای ذهن آگاهی و تشویق مادران به تمرکز بر اقدامات مبتنی بر ارزش ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به آنها کمک کند که ضمن ایجاد محیطی حمایت گرانه برای

4. Acceptance, Cognitive Defusion, Present-Moment Awareness, Self-as-Context, Values, Committed Action

1. Parent-Child Interaction

2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

3. Mindfulness-based therapy

فرزند خود، به نیازهای سلامت روانی خود نیز توجه کنند (۲۹). این روی آورد جامع نسبت به بهزیستی، اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا که به کشاکش‌های منحصر به فردی که این مادران با آن مواجه‌اند، پاسخ می‌دهد و به آنها کمک می‌کند تا نقش مراقبتی خود را با نیاز به تاب‌آوری شخصی و ثبات عاطفی متعادل کنند (۳۰).

مراقبت از کودک مبتلا به سرطان فرایندی دشوار و تشنگر است که فشارهای روانی و عاطفی قابل توجهی را بر والدین، به‌ویژه مادران به‌عنوان مراقبان اصلی، وارد می‌کند. این فشارها شامل مواجهه با روند درمان‌های پیچیده، نگرانی‌های مربوط به پیش‌آگهی بیماری، و نیاز به حفظ تعادل روانی و عاطفی در خانواده است. پیامدهای این وضعیت نه تنها سلامت روانی مادران را تهدید می‌کند، که می‌تواند به کاهش رضایت زناشویی، اختلال در تعاملات والد-کودک، و تضعیف عملکرد خانوادگی منجر شود. با وجود مطالعات متعدد (۲۶-۲۲) در این حوزه، همچنان کمبود پژوهش‌هایی وجود دارد که به‌صورت جامع و هم‌زمان به اثرات روان‌شناختی، زناشویی، و والدگری در این گروه بپردازند. به‌ویژه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از روی آورد نوین روان‌درمانی، در این زمینه، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در این راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت زناشویی، و تعامل والد- کودک مادران دارای کودک مبتلا به سرطان انجام شد.

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این مطالعه کاربردی و شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان (خون و مغز استخوان) شهر اردبیل در سال ۱۴۰۳ بود. پس از بررسی پرونده مادران دارای کودک مبتلا به سرطان، مادرانی که

دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند به‌عنوان نمونه نهایی پژوهش انتخاب شدند. از بین ۵۰ پرونده، ۳۶ مادر انتخاب، و به‌صورت تصادفی- سی (به شکل قرعه‌کشی) در گ- گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه گواه (۱۸ نفر) جایدهی شدند. حجم نمونه بر اساس نتایج نرم افزار جی‌پاور^۱ (۳۱) و در نظر گرفتن نکات مطرح‌شده برای حجم نمونه در تحلیل کوواریانس تعیین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دریافت تشخیص بیماری کودک توسط فوق تخصصی خون و سرطان کودکان، عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی به لحاظ محتوا و علاقمندی به شرکت در مطالعه و رضایت شخصی بودند. همچنین، تشدید درد و بیماری، غیبت بیش از دو جلسه، و عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش به‌عنوان ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان در نظر گرفته شدند. لازم به ذکر است افراد نمونه از مرکز حمایتی شمیم مهر اردبیل به صورت در دسترس و برحسب ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. میانگین و انحراف معیار سنی مادران گروه آزمایش $36/83 \pm 8/71$ سال و بیماران گروه گواه $37/49 \pm 7/02$ سال بود. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر تحصیلات، تعداد فرزندان، مدت زمان ازدواج، و درآمد تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$).

(ب) ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی^۲. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی نخستین بار توسط دنیس و وندروال (۳۲) در سال ۲۰۱۰ برای سنجش نوعی انعطاف‌پذیری شناختی که برای موفقیت در به کشاکش کشیدن و جایگزین کردن افکار سازش‌نا یافته با افکار متعادل‌تر و انطباقی الزامی است، ساخته شده است و شامل ۲۰ گویه با مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای ۱ تا ۷ است که نمره کل آن بین ۲۰ تا ۱۴۰ متغیر است. نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و توانایی بهتر در مدیریت افکار و تطابق با موقعیت‌های مختلف است. این بدین معنا است که فرد بهتر

می‌تواند افکار سازش‌نا یافته را مهار کرده و با نگرش‌های سازنده جایگزین کند. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی یعنی ادراک مهارپذیری^۱، ادراک گزینه‌های مختلف^۲، و ادراک توجیه رفتار^۳ را ارزیابی می‌کند. دنیس و وندروال (۳۲) روایی این مقیاس را با تحلیل عاملی اکتشافی تأیید کردند و اعتبار آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک گزینه‌های مختلف، و ادراک مهارپذیری به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۲ و ۰/۸۴ گزارش کردند. همچنین پایایی بازآزمایی برای این سه بخش به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ گزارش شد. در پژوهش انجام شده در ایران (۳۳)، ضریب آلفای کرونباخ برای ادراک مهارپذیری، ادراک گزینه‌های مختلف، و ادراک توجیه رفتار به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۰ گزارش شد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب این مقیاس در جامعه ایرانی است و روایی سازه آن نیز مبتنی بر سه عاملی بودن پرسشنامه بوده است. در مطالعه حاضر، روایی محتوایی این پرسشنامه توسط متخصصان روان‌شناسی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر برای ادراک مهارپذیری، ادراک گزینه‌های مختلف، و ادراک توجیه رفتار به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۱ و ۰/۸۶ به دست آمد.

۲. مقیاس رضایت زناشویی انریچ^۴: این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۹۸۹ در آمریکا برای استفاده پژوهشگران و درمانگران مسائل زناشویی ساخته شد و در سال ۱۹۹۸ جهت تعیین اعتبار و روایی، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت. فرم کوتاه ۴۷ گویه‌ای این پرسشنامه توسط اولسون (۳۴) تهیه شد. حداقل نمره پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ ۴۷ و حداکثر ۲۳۵ است (هر گویه ۱ تا ۵ نمره دارد). نمره پایین‌تر نشان‌دهنده رضایت زناشویی بالاتر و نمره بالاتر بیانگر رضایت کمتر از زندگی

زناشویی است. بنابراین، کسب نمره بالا به معنای مشکلات و نارضایتی بیشتر در رابطه زناشویی است و برعکس. این پرسشنامه دارای آلفای کرونباخ کمتر از ۰/۷۰ است و برای کل پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌ها ضرایب بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۰ گزارش شد (۳۴). اولسون (۳۴) اعتبار پرسشنامه را برای خرده‌مقیاس‌های این ابزار متفاوت و از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه را در فاصله ۴ هفته بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش کرده است. در مطالعه‌ای ایرانی (۳۵) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۴ به دست آوردند. در مطالعه حاضر، روایی محتوایی این پرسشنامه توسط متخصصان روان‌شناسی از طریق شاخص و نسبت روایی محتوا، محاسبه مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و ابعاد آن نیز تأیید شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای این مقیاس به دست آمد.

۳. مقیاس تعامل والد- کودک^۵: این مقیاس با ۳۰ گویه برای ارزیابی کیفیت روابط والد- کودک ساخته شده است. گویه‌های این مقیاس بر مبنای نظریه دلبستگی و پیشینه پژوهشی درباره روابط مادر- کودک طراحی شده‌اند (۳۶). در این مقیاس به منظور ارزیابی کیفیت روابط مادر- کودک از مادران خواسته می‌شود که این ۳۰ گویه را در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی کنند. هر گویه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (از ۱ تا ۵). بنابراین حداقل نمره کل ۳۰ و حداکثر ۱۵۰ است. پیناتا (۳۶) با تحلیل عاملی به سه عامل اصلی در این مقیاس دست یافت. عامل نخست: تعارض^۶ (۱۲ گویه)، عامل دوم: روابط مثبت^۷ (۱۰ گویه)، و عامل سوم: وابستگی^۸ (۴ گویه). عامل تعارض جنبه‌های منفی رابطه مانند کشمکش با یادگیری، عصبانی شدن نسبت به یادگیری، نافرمانی و عدم پذیرش مهارگری، و غیرقابل پیش‌بینی بودن را در بر می‌گیرد؛ عامل روابط مثبت به روابط نزدیک و صمیمی والد-

5. Child-parent relationship scale (CPRS)

6. Conflict

7. Positive Relationship

8. Dependency

1. Controllability perception

2. Perception of different options

3. Perception of justification of behavior

4. Enrich Marital Satisfaction Scale (EMSS)

کودک تاکید دارد؛ و عامل وابستگی، میزان وابستگی نابهنجار کودک و مادر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پیناتا همبستگی درونی این عوامل را به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ۰/۵۰ گزارش کرده است (۳۶). روایی محتوا و اعتبار این مقیاس در ایران (۳۷) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج گزارش شده حاکی از ضرایب اعتبار ۰/۸۸ تا ۰/۸۲ داشت. در مطالعه حاضر، روایی محتوایی این پرسشنامه توسط متخصصان روان‌شناسی با استفاده از شاخص و نسبت روایی محتوا مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ برای تعارض، روابط مثبت و وابستگی به‌دست آمد.

(ج) معرفی برنامه مداخله‌ای: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روی آورده‌های نوین روان‌درمانی است که در اواخر دهه ۱۳۶۰ توسط هیز و همکاران طراحی شد (۳۸). این درمان بر پایه نظریه‌ای به نام «چارچوب رابطه‌ای» شکل گرفته است و هدف اصلی آن افزایش انعطاف‌پذیری

روان‌شناختی افراد از طریق پذیرش تجربه‌های درونی، فاصله‌گیری از افکار منفی، تمرکز بر لحظه حال، شناسایی ارزش‌های زندگی، و اقدام متعهدانه در راستای آن ارزش‌ها است. در این روی آورد به جای سرکوب یا تغییر افکار و احساسات ناخوشایند، بر پذیرش آنها و عمل آگاهانه تأکید می‌شود. ساختار مفهومی این درمان شامل شش فرایند اصلی است که در تعامل با یکدیگر، فرد را در جهت داشتن زندگی معنادار هدایت می‌کنند. این روی آورد اثربخشی خود را در درمان انواع اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات تنشی نشان داده است (۳۸). پژوهشگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۹۰ دقیقه گروهی در کلینیک روان‌شناسی و مشاوره نگاه شهر اردبیل انجام دادند. در جدول ۱، شرح مختصر محتوای جلسات مداخله ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳۸)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	برقراری رابطه درمانی	آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش	پیش‌آزمون و بستن قرارداد درمانی
۲	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار	ارزیابی میزان تأثیر درمان‌ها، بحث در مورد موقتی و کم‌اثر بودن درمان-ها با استفاده از تمثیل	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (واکاوی ارتباط ذهن و بدن)
۳	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آنها	پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (تاب-آوری داشتن)
۴	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن	آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (تمرینات ذهن آگاهی)
۵	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی	بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (برقراری تماس با لحظه حال)
۶	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.	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (دقت در تمامی ابعاد وجودی خویشتن)
۷	توضیح مفهوم ارزش‌ها	ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (شناسایی ارزش‌های فرد در زندگی)
۸	جمع‌بندی جلسات	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها	اجرای پس‌آزمون

(د) روش اجرا: برای انجام این مطالعه، تمامی مجوزهای لازم از گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل اخذ شد و ملاحظات اخلاقی مطابق با اصول اخلاق پژوهش رعایت شد. این مطالعه در نیمه نخست سال ۱۴۰۳ در شهر اردبیل انجام شد و محل اجرای پژوهش مرکز حمایتی شمیم مهر و کلینیک روان‌شناسی نگاه بود. جامعه هدف شامل مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان بود که به مرکز حمایتی شمیم مهر مراجعه کرده بودند. از میان این افراد، ۳۶ مادر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، به‌طور تصادفی (از طریق قرعه‌کشی) در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه گواه (۱۸ نفر) جایدهی شدند. برای ترغیب شرکت‌کنندگان به حضور در پژوهش، توضیحات کامل درباره اهداف و روند مطالعه ارائه شد، و مزایا و اهمیت مشارکت آنان در پژوهش تشریح شد. رضایت‌نامه آگاهانه از همه شرکت‌کنندگان دریافت شد و تعهد داده شد که اطلاعات آنان کاملاً محرمانه خواهد ماند. همچنین، پیگیری و هماهنگی‌های لازم برای حضور منظم شرکت‌کنندگان انجام شد تا هیچ‌یک از مادران از جلسات غایب نشوند. مداخله شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

اساس پروتکل هیز و همکاران (۳۸) بود که توسط یک روان‌شناس متخصص دارای مجوز رسمی در کلینیک روان‌شناسی نگاه اجرا شد. این مداخله در قالب ۸ جلسه گروهی، هر جلسه ۹۰ دقیقه، و به صورت دو جلسه در هفته برگزار شد. به منظور رعایت نکات اخلاقی بعد از اتمام پس آزمون برای گروه گواه چند جلسه مداخله تشکیل شد. در انتها داده‌های به دست آمده با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره توسط SPSS-27 تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون انعطاف-پذیری شناختی، رضایت زناشویی، و تعامل والد-کودک مادران دارای کودک مبتلا به سرطان در گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنادار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است ($P>0/05$).

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	P
ادراک مهارپذیری	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۱/۲۲	۱/۰۵	۰/۱۱۱	۰/۰۶۹
	پس‌آزمون	گواه	۲۱/۱۱	۱/۳۶	۰/۱۱۳	۰/۰۸۴
ادراک گزینه‌های مختلف	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۳/۴۴	۱/۴۵	۰/۱۱۵	۰/۰۵۵
	پس‌آزمون	گواه	۲۱/۲۷	۱/۵۰	۰/۱۱۶	۰/۰۶۲
ادراک توجیه رفتار	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۶/۸۸	۱/۳۶	۰/۱۰۱	۰/۰۵۶
	پس‌آزمون	گواه	۲۶/۸۳	۱/۷۴	۰/۰۹۶	۰/۰۵۵
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۹/۱۱	۱/۲۵	۰/۱۱۴	۰/۰۷۴
	پس‌آزمون	گواه	۲۶/۷۸	۱/۶۹	۰/۱۰۲	۰/۰۸۲
	پیش‌آزمون	آزمایش	۵/۳۳	۰/۷۹	۰/۱۱۷	۰/۰۶۱
	پس‌آزمون	گواه	۵/۲۷	۰/۹۵	۰/۰۸۹	۰/۰۵۲
	پیش‌آزمون	آزمایش	۷/۱۱	۱/۱۷	۰/۱۰۰	۰/۰۸۰
	پس‌آزمون	گواه	۵/۳۸	۱/۲۰	۰/۱۰۲	۰/۰۶۶
	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰/۸۳	۵/۳۱	۰/۰۹۶	۰/۰۷۱
	پس‌آزمون	گواه	۱۰/۶۱	۵/۴۰	۰/۰۸۷	۰/۰۵۹
	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱/۱۲	۶/۰۴	۰/۰۹۸	۰/۰۶۰

گواه	۱۰۸/۲۸	۵/۸۸	۰/۱۰۱	۰/۰۸۹
تعارض	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۴/۵۰	۲/۰۴
گواه	۴۴/۳۹	۲/۶۶	۰/۱۰۸	۰/۰۶۳
پس‌آزمون	آزمایش	۴۱/۵۰	۲/۱۴	۰/۰۸۲
گواه	۴۴/۳۸	۲/۰۳	۰/۰۹۷	۰/۰۵۷
روابط مثبت	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۹/۶۶	۱/۹۴
گواه	۳۹/۵۵	۱/۶۹	۰/۱۱۶	۰/۰۹۷
پس‌آزمون	آزمایش	۴۲/۳۳	۱/۷۵	۰/۰۸۵
گواه	۳۹/۷۲	۱/۹۰	۰/۰۹۵	۰/۰۵۷
وابستگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۴۴	۱/۶۱
گواه	۱۲/۳۸	۱/۷۴	۰/۱۰۳	۰/۰۷۹
پس‌آزمون	آزمایش	۱۰/۱۶	۱/۳۵	۰/۰۸۱
گواه	۱۲/۵۰	۱/۸۱	۰/۰۹۳	۰/۰۷۶

برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت زناشویی، و تعامل والد-کودک مادران دارای کودک مبتلا به سرطان از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت زناشویی و تعامل والد-کودک در گروه‌ها برابر است ($P > 0/005$). نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($Box\ M = 15/11, F = 0/42, p = 0/991 > 0/005$). میزان

معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنا-داری رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت زناشویی، و تعامل والد-کودک نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است ($df = 27, p < 0/005$). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی‌بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۴۷	۸/۸۵۶	$< 0/001$	۰/۷۴	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۵۳	۸/۸۵۶	$< 0/001$	۰/۷۴	۱
آزمون اثر هتلینگ	۲/۹۵۲	۸/۸۵۶	$< 0/001$	۰/۷۴	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۲۵۹	۸/۸۵۶	$< 0/001$	۰/۷۴	۱

با توجه به جدول ۳، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت زناشویی، و تعامل والد-کودک تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۴

درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار

است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا استفاده

شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴: تحلیل کواریانس تک‌متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
ادراک مهارپذیری	۳۸/۶۰۹	۱	۳۸/۶۰۹	۳۳/۸۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
ادراک گزینه‌های مختلف	۴۶/۶۱۰	۱	۴۶/۶۱۰	۳۸/۷۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۹
ادراک توجیه رفتار	۲۵/۵۱۰	۱	۲۵/۵۱۰	۳۱/۰۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۳
رضایت زناشویی	۵۳۰/۳۴۰	۱	۵۳۰/۳۴۰	۵۴/۱۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
تعارض	۸۲/۴۰۲	۱	۸۲/۴۰۲	۶۰/۴۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
روابط مثبت	۵۶/۸۴۷	۱	۵۶/۸۴۷	۳۹/۳۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۹
وابستگی	۵۱/۶۴۸	۱	۵۱/۶۴۸	۴۴/۵۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۲

با توجه به مندرجات جدول ۴، آماره F برای ادراک مهارپذیری ($F=۳۳/۸۴$)، ادراک گزینه‌های مختلف ($F=۳۸/۷۲$)، ادراک توجیه رفتار ($F=۳۱/۰۷$)، رضایت زناشویی ($F=۵۴/۱۴$)، تعارض ($F=۶۰/۴۲$)، روابط مثبت ($F=۳۹/۳۲$)، وابستگی ($F=۴۴/۵۷$) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنا-داری وجود دارد. می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش ادراک مهارپذیری، ادراک گزینه‌های مختلف، ادراک توجیه رفتار، رضایت زناشویی، و روابط مثبت، همچنین کاهش تعارض و وابستگی در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت زناشویی، و تعامل والد- کودک مادران دارای کودک مبتلا به سرطان انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به طور قابل توجهی انعطاف‌پذیری شناختی (ادراک مهارپذیری، ادراک گزینه‌های مختلف، ادراک توجیه رفتار) را در مادران کودکان مبتلا به سرطان افزایش دهد و مهارت‌های ضروری را برای مقابله با مشکلات عاطفی و روانی مراقبت در اختیار آنها بگذارد. یافته به‌دست آمده در راستای مطالعات انجام شده

پیشین قرار دارد (۲۲، ۲۵). انعطاف‌پذیری شناختی عامل مهمی در تاب‌آوری است و به مادران این امکان را می‌دهد که تنیدگی را بهتر مدیریت کرده، سلامت روان خود را حفظ کنند، و نقش مراقبتی خود را مؤثرتر ایفا کنند (۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت پذیرش و ذهن‌آگاهی، به مادران توانایی می‌دهد تا موقعیت‌های حساس و سخت را با ثبات عاطفی بیشتری روبرو شوند و کیفیت کلی زندگی و توانایی آنها برای حمایت از خانواده را بهبود می‌بخشد (۲۴).

فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله پذیرش، فاصله‌گذاری شناختی، ذهن‌آگاهی و تعهد به ارزش‌های شخصی، نقش اساسی در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی دارند (۲۷). این تکنیک‌ها به مادران کمک می‌کنند تا به جای اجتناب یا سرکوب احساسات دشوار و تنش‌های ناشی از بیماری فرزندشان، آنها را بپذیرند و با آنها مواجه شوند (۳۰). این پذیرش فعال موجب کاهش تنیدگی روانی مرتبط با مراقبت می‌شود و به مادران امکان می‌دهد تا در لحظه حاضر باشند و به‌صورت عاطفی در دسترس و همراه فرزندانشان باقی بمانند. تعهد به ارزش‌های شخصی به مادران این فرصت را می‌دهد که اقداماتی را که سلامت روانی خود و خانواده‌شان را تقویت می‌کند، شناسایی و در اولویت قرار دهند و بدین ترتیب محیطی حمایت‌گر و پرورشی برای مراقبت فراهم کنند (۲۶).

در مورد مادران کودکان مبتلا به سرطان، افزایش انعطاف پذیری شناختی از طریق این فرایندها می تواند به کاهش احساس ناتوانی، اضطراب و فرسودگی کمک کرده و تاب آوری لازم برای تحمل فشارهای مراقبتی بلندمدت را فراهم سازد. این توانمندی بهبود یافته، سلامت روانی مادران را تقویت کرده و موجب بهبود روابط زناشویی و کیفیت تعامل والد- کودک می شود، که در نهایت به ارتقای پویایی و عملکرد مثبت خانواده منجر می شود.

از دیگر سو نتایج این پژوهش نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به طور مؤثری رضایت زناشویی را در مادران کودکان مبتلا به سرطان بهبود بخشد. نقش مراقبتی این مادران، همراه با تنیدگی های عاطفی و جسمی مرتبط با بیماری فرزند، معمولاً روابط زناشویی را تحت فشار قرار می دهد و ممکن است به کاهش رضایت زناشویی و مشکلات ارتباطی منجر شود (۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تأکید بر پذیرش احساسات دشوار و تمرکز بر ارزش های شخصی و خانوادگی، به مادران کمک می کند تا به جای فرار از احساسات تنشگر، با آنها روبرو شوند و روابط زناشویی خود را به شیوه ای حمایت گرانه و هماهنگ بهبود بخشند (۲۶). این درمان از طریق فرآیندهایی مانند پذیرش و ذهن آگاهی، به مادران این امکان را می دهد که با احساسات منفی به شکلی سازنده برخورد کنند و از واکنش های عاطفی ناپایدار یا اجتنابی پرهیز کنند (۳۰). به جای تمرکز بر مشکلات یا اختلافات، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران کمک می کند تا به ارزش های مشترک و اولویت های زناشویی خود توجه کنند و به این ترتیب فضای ارتباطی بهتری برای همدلی و درک متقابل ایجاد کنند (۲۲). این بهبود در مهارت های ارتباطی و حل مسئله، به طور مستقیم به تقویت پیوند زناشویی کمک می کند، زیرا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران این امکان را می دهد تا تنیدگی های مرتبط با بیماری کودک را در فضایی همدلانه تر با همسر خود به اشتراک بگذارند (۲۵).

همچنین یافته های این مطالعه مشخص کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبت قابل توجهی بر کیفیت تعاملات والد و فرزند در میان مادران کودکان مبتلا به سرطان دارد. براساس نتایج به دست آمده مادران گروه آزمایش پس از دریافت مداخلات مرتبط، از تعارض و وابستگی کمتری رنج می بردند و روابط مثبت بهتری را تجربه می کردند. مراقبت از کودکی با بیماری جدی می تواند تجربه ای احساسی و طاقت فرسا باشد که اغلب منجر به سطوح بالای تنیدگی، اضطراب، و خستگی عاطفی در مادران می شود (۱۸). این فشارهای عاطفی می تواند توانایی مادران را برای مشارکت کامل و مثبت در تعامل با فرزندانشان محدود کنند و کیفیت رابطه والد و فرزند را تحت تأثیر قرار دهند (۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ترویج انعطاف پذیری شناختی و پذیرش، به مادران ابزارهایی می دهد تا این احساسات شدید را به طور مؤثرتری مدیریت کنند و به آنها اجازه می دهد در تعاملات خود با فرزندشان از نظر عاطفی حاضر و درگیر باشند (۲۷). از طریق فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مادران می آموزند که احساسات دشواری را که با بیماری فرزندشان مرتبط است، بدون اینکه این احساسات بر رفتار آنها غالب شوند، بپذیرند (۳۰). این پذیرش، احتمال اجتناب یا کناره گیری عاطفی را که واکنش های رایج هستند و می توانند فاصله احساسی در رابطه والد و فرزند ایجاد کنند، کاهش می دهد (۲۳). این هماهنگی به آنها این امکان را می دهد که حتی در میان تنیدگی های مراقبتی، با گرما، پاسخگویی و حضور عاطفی به تعاملات خود با فرزندشان نزدیک شوند (۲۹).

در مجموع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرات مثبتی بر افزایش انعطاف پذیری شناختی، ارتقای رضایت زناشویی، و بهبود کیفیت تعامل والد- کودک در میان مادران کودکان مبتلا به سرطان نشان داد. با تقویت مهارت های پذیرش، ذهن آگاهی و تعهد به ارزش های شخصی، این درمان به مادران کمک کرد تا تنش ها و فشارهای روانی ناشی از مراقبت از کودک بیمار را بهتر مدیریت کنند و روابط خانوادگی خود را بهبود بخشند. این مداخلات نه تنها تنش های ارتباطی را کاهش داد، که حضور

عاطفی مادران در تعامل با فرزندانشان را تقویت کرد و به آنها امکان داد به‌طور مؤثرتری از خانواده حمایت کنند. یافته‌ها اهمیت به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای افزایش تاب‌آوری و بهبود سلامت روان در خانواده‌هایی که با بیماری‌های جدی کودکان مواجه هستند را برجسته می‌سازد. در هر صورت این پژوهش محدودیت‌هایی نیز دارد. تمرکز بر مادران کودکان مبتلا به سرطان خون و مغز استخوان و محدود شدن به یک بافت فرهنگی خاص، قابلیت تعمیم نتایج را محدود می‌کند. روش نمونه‌گیری در دسترس و انتخاب شرکت‌کنندگان تنها از مرکز حمایتی شمیم مهر نیز تنوع نمونه را کاهش داد. علاوه بر این، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر پاسخ‌های ذهنی و اجتماعی شرکت‌کنندگان قرار گرفته و دقت نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. کوتاه بودن دوره مداخله و نبود پیگیری بلندمدت نیز می‌تواند پایداری اثرات درمان را محدود کند. با وجود این محدودیت‌ها، یافته‌ها نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌طور مؤثر انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت زناشویی و تعامل والد- کودک را بهبود بخشد.

بر اساس این نتایج، پیشنهاد می‌شود این روی‌آورد به‌صورت عملی و ساختاریافته در مراکز درمانی کودکان، به‌ویژه بیمارستان‌های تخصصی و کلینیک‌های روان‌شناسی، به‌عنوان بخشی از خدمات روان‌شناختی والدین ارائه شود. این مداخلات می‌توانند هم‌زمان با روند درمان کودک، در قالب جلسات گروهی یا فردی اجرا شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود این برنامه برای سایر گروه‌های والدینی با کودکان دارای بیماری‌های مزمن و انواع دیگر سرطان نیز بررسی و ارزیابی شود تا اثربخشی آن در زمینه‌های مختلف تأیید شود. پژوهش‌های آتی می‌توانند با گسترش حجم نمونه، افزایش مدت زمان پیگیری، و استفاده از ابزارهای چندمنبعی (نظیر ارزیابی‌های رفتاری و گزارش مراقبان) اعتبار نتایج را افزایش داده و اثرات

بلندمدت درمان را بررسی کنند. در نهایت، توجه دقیق به نوع سرطان کودکان (سرطان خون و مغز استخوان) در طراحی، اجرا و تحلیل پژوهش اهمیت ویژه‌ای دارد و باید در تمامی مراحل پژوهشی مشخص و گزارش شود تا نتایج پژوهش قابلیت تعمیم و کاربرد بیشتری پیدا کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروری از اصول اخلاق پژوهش: این مطالعه به‌صورت مستقل اجرا شده است و حاصل پایان‌نامه و طرح پژوهشی مصوب نیست و با رضایت کامل شرکت‌کنندگان پژوهش انجام شد. مطالعه پیش‌رو با مجوز اداره بهداشت شهر اردبیل با شماره نامه ۳۶۵۵/۱۷۸/۱۹ مورخه ۱۴۰۳/۰۳/۲۴ انجام شد. همچنین ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان‌شناسی آمریکا و کدهای اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی ایران ایران مانند اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، دریافت و رضایت کتبی از افراد نمونه در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: پژوهش حاضر بدون هیچ‌گونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: در پژوهش حاضر نویسنده یکم در نگارش و ایده‌پردازی مقاله شرکت داشت. نویسندگان دوم و سوم در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها نقش داشتند. نویسندگان چهارم و پنجم نیز در جمع‌آوری پیشینه، هماهنگی با مراکز درمانی و ویرایش مقاله کمک کردند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض در منافع را به دنبال نداشته است و نتایج آن به‌صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری، گزارش شده است.

در دسترس بودن داده‌ها: داده‌های این پژوهش در اختیار نویسنده مسئول مقاله قرار دارد، که در صورت درخواست منطقی برای سایر علاقمندان ارسال خواهد شد.

رضایت برای انتشار: نویسندگان برای انتشار این مقاله رضایت کامل خود را اعلام کردند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان لازم می‌دانند از تمامی بیماران، مسئولین مرکز حمایتی شمیم مهر، و کلینیک روان‌شناسی و مشاوره نگاه شهر اردبیل که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر نمایند.

References

1. Luo YH, Xia W, He XL, Zhang JP, Li HC. Psychological interventions for enhancing resilience in parents of children with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29(11):7101-10. [\[Link\]](#)
2. Canter KS, McIntyre R, Babb R, Ramirez AP, Vega G, Lewis A, Bottrell C, Lawlor C, Kazak AE. A community-based trial of a psychosocial eHealth intervention for parents of children with cancer. *Pediatric blood & cancer*. 2022;69(1): e29352. [\[Link\]](#)
3. Brosnan P, Davis KA, Mazzenga M, Oberoi AR, Sharkey CM, Buchbinder D, Alderfer MA, Long KA. Psychosocial care providers' perspectives: Barriers to implementing services for siblings of children with cancer. *Pediatric blood & cancer*. 2022;69(2): e29418. [\[Link\]](#)
4. Tan XW, Mordiffi SZ, Lopez V, Leong K. Psychological distress in parents of children with cancer: a descriptive correlational study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2021;8(1):94-102. [\[Link\]](#)
5. Atun R, Bhakta N, Denburg A, Frazier AL, Friedrich P, Gupta S, Lam CG, Ward ZJ, Yeh JM, Allemani C, Coleman MP. Sustainable care for children with cancer: a Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology*. 2020;21(4): e185-224. [\[Link\]](#)
6. Jorjani G, Roshandel G, Taherian MR, Mirbehbahani N, Moaddabshoar L, Ahmadi A, Salavati F, Nazari SS, Vahidi M, Etemad K. Epidemiology and geographical patterns of common childhood cancers in Iran: Evidence from the National Cancer Registry. *Cancer Epidemiology*. 2024; 93:102685. [\[Link\]](#)
7. Billiet T, Elens I, Sleurs C, Uyttebroeck A, D'Hooge R, Lemiere J, Deprez S. Brain connectivity and cognitive flexibility in nonirradiated adult survivors of childhood leukemia. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2018;110(8):905-13. [\[Link\]](#)
8. Szymanski KA, Pincus JE, King TZ. Relationships between cognitive flexibility performance and adaptive behavior outcomes in pediatric brain tumor survivors. *The Clinical Neuropsychologist*. 2024:1-30. [\[Link\]](#)
9. Thorsell Cederberg J, Weineland Strandskov S, Dahl J, Ljungman G. Children's and adolescents' relationship to pain during cancer treatment: a preliminary validation of the Pain Flexibility Scale for Children. *Journal of Pain Research*. 2017;1171-8. [\[Link\]](#)
10. Aleksonis HA, Thourani N, King TZ. 9 Exploration of Predictors of Cognitive Flexibility Performance in Long-Term Survivors of Childhood Brain Tumor. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2023;29(1):11-2. [\[Link\]](#)
11. Lv J, Zhu L, Wu X, Yue H, Cui X. Study on the correlation between postoperative mental flexibility, negative emotions, and quality of life in patients with thyroid cancer. *Gland Surgery*. 2021;10(8):2471. [\[Link\]](#)
12. Wijnberg-Williams BJ, Van de Wiel HB, Kamps W, Hoekstra-Weebers JE. Effects of communication styles on marital satisfaction and distress of parents of pediatric cancer patients: a prospective longitudinal study. *Psycho-Oncology*. 2015;24(1):106-12. [\[Link\]](#)
13. Burns W, Pélouquin K, Rondeau É, Drouin S, Bertout L, Lacoste-Julien A, Krajcinovic M, Laverdière C, Sinnett D, Sultan S. Cancer-related effects on relationships, long-term psychological status and relationship satisfaction in couples whose child was treated for leukemia: A PETALE study. *PloS one*. 2018;13(9): e0203435. [\[Link\]](#)
14. Lavi I, Fladeboe K, King K, Kawamura J, Friedman D, Compas B, Breiger D, Gurtovenko K, Lengua L, Katz LF. Stress and marital adjustment in families of children with cancer. *Psycho-oncology*. 2018;27(4):1244-50. [\[Link\]](#)
15. Krok D, Telka E, Morón M. Marital satisfaction, partner communication, and illness acceptance among couples coping with breast cancer: A dyadic approach. *Psycho-Oncology*. 2023;32(8):1240-7. [\[Link\]](#)
16. Hatta S, Woon LS, Nik Sumayyah NM, Mohamad Nasir S. Psychosocial determinants of marital satisfaction among gynecologic cancer survivors in Malaysia. *Frontiers in Psychiatry*. 2021; 12:744922. [\[Link\]](#)
17. Seo W, Buyuktur AG, Choi SW, Sedig L, Park SY. Challenges in the parent-child communication of health-related information in pediatric cancer care. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*. 2021;5(1):1-24. [\[Link\]](#)
18. Tillery R, Willard VW, Howard Sharp KM, Klages KL, Long AM, Phipps S. Impact of the parent-child relationship on psychological and social resilience in pediatric cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2020;29(2):339-46. [\[Link\]](#)
19. Keim MC, Lehmann V, Shultz EL, Winning AM, Rausch JR, Barrera M, Jo Gilmer M, Murphy LK, Vannatta KA, Compas BE, Gerhardt CA. Parent-child communication and adjustment among children with advanced and non-advanced cancer in the first year following diagnosis or relapse. *Journal of Pediatric Psychology*. 2017;42(8):871-81. [\[Link\]](#)
20. Murphy LK, Heathcote LC, Prussien KV, Rodriguez EM, Hewitt JA, Schwartz LE, Ferrante AC, Gerhardt CA, Vannatta K, Compas BE. Mother-child communication

- about possible cancer recurrence during childhood cancer survivorship. *Psycho-Oncology*. 2021;30(4):536-45. [\[Link\]](#)
21. Son H, Kim N. Therapeutic Parent-Child Communication and Health Outcomes in the Childhood Cancer Context: A Scoping Review. *Cancers*. 2024;16(11):2152. [\[Link\]](#)
 22. Bautista AB, Ruiz FJ, Suárez-Falcón JC. Acceptance and commitment therapy in parents of children with cancer at psychosocial risk: A randomized multiple baseline evaluation. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023; 29:109-21. [\[Link\]](#)
 23. Kalateh SN, Rajaei A, Farhangi H, Bayazi MH. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on identity crisis and distress tolerance in mothers of children with cancer. *Journal of Education and Health Promotion*. 2024;13(1):190. [\[Link\]](#)
 24. Jin X, Li H, Chong YY, Mann KF, Yao W, Wong CL. Feasibility and preliminary effects of acceptance and commitment therapy on reducing psychological distress and improving the quality of life of the parents of children with cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-oncology*. 2023;32(1). [\[Link\]](#)
 25. Wright SR, Graham CD, Houghton R, Ghiglieri C, Berry E. Acceptance and commitment therapy (ACT) for caregivers of children with chronic conditions: A mixed methods systematic review (MMSR) of efficacy, process, and acceptance. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023; 27:72-97. [\[Link\]](#)
 26. Parmar A, Esser K, Barreira L, Miller D, Morinis L, Chong YY, Smith W, Major N, Church P, Cohen E, Orkin J. Acceptance and commitment therapy for children with special health care needs and their parents: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(15):8205. [\[Link\]](#)
 27. Allison KR, Patterson P, McDonald FE, Bibby K, Ciarrochi J, Tracey D, Hayes LL, Wright A, Konings S, Davis E, Hulbert-Williams NJ. Truce: feasibility and acceptability of an acceptance and commitment therapy-based intervention for adolescents and young adults impacted by parental cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023; 28:91-101. [\[Link\]](#)
 28. Li S, Chen Z, Yong Y, Xie J, Li Y. Effectiveness of acceptance and commitment therapy-based interventions for improving the psychological health of parents of children with special health care needs: A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*. 2023;152:426. [\[Link\]](#)
 29. Kanstrup M, Wicksell RK, Kemani M, Wiwe Lipsker C, Lekander M, Holmström L. A clinical pilot study of individual and group treatment for adolescents with chronic pain and their parents: Effects of acceptance and commitment therapy on functioning. *Children*. 2016;3(4):30. [\[Link\]](#)
 30. Ruiz FJ, Luciano C, Flórez CL, Suárez Falcón JC. Investigating the Effectiveness of ACT (Acceptance and Commitment Therapy) Treatment on Mothers of Children with Cancer. *Clinical Cancer Investigation Journal*. 2024;13(1). [\[Link\]](#)
 31. Sheykhangaftshe FB, Abbaspour A, Savabi Niri V, Bikas Yekani M, Keramati S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on alexithymia, pain intensity, and emotional regulation in children with irritable bowel syndrome. *J Child Ment Health* 2024; 11(2): 6. [Persian] [\[Link\]](#)
 32. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010; 34:241-5. [\[Link\]](#)
 33. Mazaheri Tehrani F, Kokali M, Savabi Niri V, Bikas Yekani M. The Effectiveness of Reality Therapy on Cognitive Flexibility and Self-Differentiation in Mothers with Children with Special Learning Disorders. *J Child Ment Health* 2022; 9 (1):6. [Persian] [\[Link\]](#)
 34. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. *Journal of Family Psychology*. 1993;7(2):176. [\[Link\]](#)
 35. Gholami F, Ghanizadeh A, Dehbozorgi G. Comparison of Marital Satisfaction, Parenting Styles and Attachment Styles in Parents of Children with and without Nail Biting. *J Child Ment Health* 2020; 7 (1):168-180. [Persian] [\[Link\]](#)
 36. Pianta RC. Child-parent relationship scale. Unpublished measure, University of Virginia. 1992;427. [\[Link\]](#)
 37. Shahmiveh Isfahani A, Abedi A, Faramarzi S, Yarmohamadiyan A. Dimension Exploration of Multi-dimensional Model of Parenting of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its Effect on Parent-Child Interaction: A Mix Methods Research. *J Child Ment Health* 2020; 7(2):241-256. [Persian] [\[Link\]](#)
 38. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press; 2011. [\[Link\]](#)