



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Psychological Well-being and Happiness of Mothers of Children with Thalassemia Major

Jamaloddin Begjani¹, Mahdia Alidadi Soleimani², Akram Sadat Sadat Hosseini³,
Hamed Zare^{4*}, Hadi Ranjbar⁵

1- Associate Professor of Nursing Education, Department Pediatric Nursing and NICU, School of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran.

2- Master of Pediatric Nursing, Jiroft University of Medical Sciences, Iran.

3- Associate Professor of Nursing Department Pediatric Nursing and NICU, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

4- Master of Intensive Care, Genetic and Environmental Adventures Research Center, School of Abarkouh Paramedicine, Shahidsadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

5- Assistant Professor of Nursing, Mental Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute, Iran.

Corresponding Author: Hamed Zare, Master of Intensive Care, Genetic and Environmental Adventures Research Center, School of Abarkouh Paramedicine, Shahidsadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Email: zare69.hz@gmail.com

Received: 2 Sep 2023

Accepted: 9 Dec 2023

Abstract

Introduction: Thalassemia is a chronic disease that poses serious clinical and psychological challenges. It may affect the mental state of parents of children with thalassemia. Regarding that Mothers of children with thalassemia major have a lot of care responsibility, this research was done to study the effectiveness of acceptance & commitment-based method of therapy on the happiness and psychological well-being of Mothers of children with thalassemia major

Methods: The present study is a semi-experimental type of with a control and follow-up group. The statistical population of the study was the mothers of children with thalassemia major who referred to the center of special diseases in Kerman province in 1400. Samples were selected voluntarily using available sampling method that consisted of 30 people in each group. After that, treatment based on acceptance and commitment was performed on the experimental group. The control group receive routine care. After the training, the post-test was taken separately from the two groups one day apart, and a month later, the control and intervention groups were evaluated again. The data collection tools were Ruff Psychological Wellbeing and Oxford Happiness.

Results: Psychological well-being of mothers of children with thalassemia major in two groups were not significantly different before the intervention. After the intervention, significant difference was seen in the intervention group. ($p < 0.05$ The effect of acceptance and commitment therapy on the happiness of mothers of children with thalassemia major", followed ($p < 0.05$) and this effect was maintained for one month after the intervention.

Conclusions: The results showed that acceptance and commitment therapy is effective on happiness and psychological well-being of mothers of children with thalassemia major.

Keywords: Thalassemia major, Happiness, Psychological well-being, Acceptance, commitment-based therapy.



بررسی تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روانشناختی و شادکامی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور

جمال الدین بگجانی^۱، مهدیه علیدادی سلیمانی^۲، اکرم السادات سادات حسینی^۳، حامد زارع^{۴*}، هادی رنجبر^۵

۱- دانشیار آموزش پرستاری، گروه پرستاری کودکان و NICU، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد پرستاری کودکان، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، ایران.

۳- دانشیار پرستاری، گروه پرستاری کودکان و NICU، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- کارشناس ارشد مراقبت های ویژه، مرکز تحقیقات ژنتیک و مخاطرات محیطی، دانشکده پیراپزشکی ابرکوه، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۵- دکترای پرستاری، استادیار مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

نویسنده مسئول: حامد زارع، کارشناس ارشد مراقبت های ویژه، مرکز تحقیقات ژنتیک و مخاطرات محیطی، دانشکده پیراپزشکی ابرکوه، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

ایمیل: zare69.hz@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۶/۱۱

چکیده

مقدمه: تالاسمی یک بیماری مزمن است که چالش های جدی بالینی و روانی را به همراه دارد. ممکن است بر وضعیت روانی والدین کودکان مبتلا به تالاسمی تأثیر بگذارد. با توجه به اینکه مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور مسئولیت مراقبت زیادی دارند، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه آماری پژوهش، مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز بیماری های خاص استان کرمان در سال ۱۴۰۰ بودند که نمونه ها به صورت داوطلبانه و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس که شامل ۳۰ نفر در هر گروه بود، انتخاب شدند. مداخله برای گروه آزمایش انجام شد. گروه کنترل مراقبت های معمول را دریافت می کنند. پس از پایان آموزش، پس از آزمون به طور جداگانه از دو گروه به فاصله یک روز گرفته شد و یک ماه بعد مجدداً گروه کنترل و مداخله مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها بهزیستی روانی راف و شادی آکسفورد بود.

یافته ها: بهزیستی روان شناختی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور در دو گروه قبل از مداخله تفاوت معنی داری نداشت. بعد از مداخله، در گروه مداخله تفاوت معناداری داشت. ($p < 0.05$) تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور به دنبال داشت ($p < 0.05$) و این تأثیر تا یک ماه پس از مداخله حفظ شد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و بهزیستی روان شناختی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور مؤثر است.

کلیدواژه ها: تالاسمی ماژور، شادکامی، بهزیستی روانشناختی، پذیرش، درمان مبتنی بر تعهد.

مقدمه

امروزه بیماری های مزمن علت عمده ی مسائل بهداشتی در همه گروه های سنی، طبقات اجتماعی - اقتصادی و فرهنگ های مختلف است. یکی از این بیماری های مزمن تالاسمی است که سلامت کودکان را تهدید می کند (۱). این بیماری یکی از مشکلات بهداشت جهانی و شایع ترین آنمی ارثی جهان است (۲). بیشترین شیوع این اختلال در کشور های حوزه ی مدیترانه، بخش هایی از غرب و شمال آفریقا، شبه قاره ی هند و جنوب شرق آسیا مشاهده شده است، ایران نیز جزء کشورهای است که با شیوع نسبتا بالای تالاسمی روبرو است تالاسمی علاوه بر مشکلات جسمی ناشی از بیماری و رسوب آهن در بافت ها، عوارض سایکولوژیکی نظیر اختلالات عاطفی، ناامیدی و مشکل در برقراری ارتباطات اجتماعی نیز دارد (۳). به طور کلی در این بیماری بار روانی بر بسیاری از جنبه های زندگی تأثیر می گذارد که علاوه بر این بر سلامت روان سایر اعضای خانواده نیز تأثیرات نامطلوبی می گذارد (۴، ۵). مادران کودکان تالاسمی نیز از تنش ها به دور نیستند و یا دیانتی معتقد است که والدین کودکان مبتلا به تالاسمی برای مراقبت های روزانه و مادام العمر فرزندشان رنج زیادی را متحمل می شوند، احساس عصبانیت، شوک، گناه، افسردگی از مهم ترین تنش های روانی و رنج های این والدین است (۶، ۷). وجود کودک ناتوان سبب می شود زمان بیشتری صرف مراقبت از کودک و زمان کمتری صرف اشتغال و فعالیت های اجتماعی شود، بنابراین محدودیت استفاده از سازوکارهای سازگاران ی مادر، می تواند تأمین کننده ی سلامت روان مادر و کودک باشد (۸). در سال های اخیر گروهی از پژوهشگران حوزه ی روانشناسی مثبت نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه ی مفهوم سلامت روان برگزیده اند، این گروه هدف نهایی خود را شناسایی سازه ها و شیوه هایی می داند که بهزیستی و شادکامی انسان را فراهم می کند (۹، ۱۰). بهزیستی روانشناختی حالتی از عملکرد موفقیت آمیز کارکردهای روانی، داشتن ارتباط مؤثر و پربار با دیگران، توانایی سازگاری و انطباق با تغییرات و ناملازمات زندگی، داشتن احساس و عملکرد مثبت، ارتقاء عملکرد اجتماعی می باشد (۱۱، ۱۲). افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده

هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می (۱۳). علاوه بر بهزیستی روانشناختی، شادکامی نیز از جمله موضوعاتی است که از دیرباز اندیشمندان نظیر ارسطو، زنون و اپیکور به آن پرداخته اند و یکی از مفاهیمی است که با بهزیستی روانشناختی ارتباط دارد (۱۲). شادکامی به عنوان یکی از متغیرهای موجود در روانشناسی مثبت نگر، نمایانگر تجربه هیجانی شادی، خوشنودی، سرخوشی و سایر هیجان های مثبت و رضایت از زندگی است (۱۴). شادمانی بر سلامتی جسم و ذهن تأثیر دارد خلق شاداب و سرزنده، سیستم ایمنی بدن را فعال می کند و باعث تفاوت درنگرش به زندگی و خویشتن می شود (۱۵). از جمله اثرات شادکامی افزایش قدرت تفکر، کیفیت زندگی، ارتباطات، افزایش حس نوع دوستی و کمک به افراد، افزایش قدرت حل مسئله و موفقیت است (۱۶). بنابراین، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف درمان گر بالابردن انعطاف پذیری روان شناختی مراجعین است (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی و شادکامی است. همچنین این درمان در بهبود بیماری های روانی از جمله افسردگی، وسواس، اضطراب و افزایش انعطاف پذیری، نقش مهمی دارد (۱۸) پژوهش های مختلف گواه بر تأثیر زیاد این درمان در تغییر انعطاف پذیری روانی و توجه آگاهانه، کاهش فشارهای روانی و اضطراب سلامتی (۲)، افزایش شادکامی و بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی مادران کودکان سرطانی (۱۹، ۲۰)، افزایش پذیرش والدین و بهبود رفتارهای میان فردی بین والد و فرزند است (۲۱). با توجه به این که تشخیص بیماری تالاسمی در والدین اضطراب زیادی به وجود می آورد و این میزان از فشار روانی، در کنار مسئولیت نگهداری و مراقبت شبانه روزی از فرزند در بیمارستان و منزل، فشار مضاعفی بر والدین به ویژه مادر وارد می کند از این رو بهره مندی از مداخلات روانشناختی در جهت بهزیستی روانشناختی و افزایش شادکامی این مادران ضروری است این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی انجام شد.

تکمیل گردید. محتوای مداخله درمانی با استفاده از منابع آموزشی و علمی معتبر در پایگاه‌های علمی استخراج شد که از نظر علمی به تأیید اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران رسید. جهت رعایت اصول اخلاقی پس از انجام پس‌آزمون، یک جزوه حاوی موضوعات و محتویات ارائه‌شده به گروه مداخله به گروه کنترل ارائه شد که محتوی آن در جدول ۱ نشان داده شده است. در این مطالعه موارد اخلاقی مورد توجه پژوهش‌گر و تیم تحقیق قرار گرفته و رعایت شده است و شامل: اخذ اجازه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی کرمان و دریافت معرفی‌نامه و ارائه آن به مرکز بیماری‌های خاص استان کرمان جهت انجام پژوهش، کسب موافقت مسئولین مرکز بیماری‌های خاص استان کرمان جهت حضور و انجام پژوهش در این مرکز، اخذ کد اخلاق از کمیته ی مشترک اخلاق سازمانی دانشکده پرستاری و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، بر اساس کدهای اخلاق ارتقای سلامت انسانها همراه با رعایت کرامت انسانی و حقوقی ایشان رعایت شد، و ایمنی آزمودنی‌ها در طول و بعد از اجرای پژوهش، حفظ شد، قبل از آغاز پژوهش، اقدامات اولیه جهت به حداقل رساندن زیان احتمالی وارده به آزمودنی‌ها انجام گرفت. اجرای پژوهش بر روی آزمودنی‌ها منطبق با اصول علمی پذیرفته‌شده و پژوهش‌های قبلی بود. کسب رضایت آگاهانه و آزادانه از مادران کودکان مورد مطالعه به شکل کتبی اخذ شد. هر همراه بیمار هر لحظه می‌توانست بیمار خود را از مطالعه خارج کند. پژوهشگر مسئول رعایت اصل رازداری برای جلوگیری از انتشار آن بود. در پایان پژوهش، هر فردی که به‌عنوان آزمودنی به مطالعه وارد شد، این حق را داشت که درباره‌ی نتایج مطالعه آگاه شده و از مداخلات یا روش‌هایی که سودمندی‌شان در آن مطالعه نشان داده می‌شود بهره مند شود. در اختیار قرار دادن نتایج حاصل از پژوهش به مرکز مورد مطالعه در صورت درخواست آن‌ها، استفاده از مطالب معتبر، ذکر دقیق منابع و رعایت امانت‌داری در نقل قول‌ها نیز انجام شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی با رویکرد پیش‌آزمون - پس‌آزمون می‌باشد که در مرکز بیماری‌های خاص استان کرمان انجام شد. نمونه پژوهش شامل مادران کودکان مبتلابه تالاسمی ماژور که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند. پس از دریافت کد اخلاق مبتلا به تالاسمی ماژور دارای معیارهای زیر در این مطالعه مشارکت داشته‌اند: مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور بدون سابقه‌ی مشکلات جسمانی و رفتاری، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم شرکت در دوره‌های روان‌شناختی دیگر در گذشته و حال، دارا بودن سطحی از سواد که بتواند مداخله مورد نظر را درک کرده، پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده و انجام تکالیف مربوط به جلسات آموزشی، عدم وجود بیماری جسمی و روانی در فرزند دیگر یا در سایر اعضای خانواده، معیارهای خروج: غیبت بیش از دو جلسه در مدت آموزش، بروز هرگونه ناتوانی که حضور مادران در جلسات درمانی را با مشکل مواجه ساخت.

مداخله شامل «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»، برگرفته از پروتکل و تعهد هایز (۲۰۱۱) بود که در ۸ جلسه به مدت ۴ هفته دو بار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه و ارائه یک جزوه آموزشی مشتمل بر مباحث ارائه‌شده در جلسات درمانی در گروه آزمون انجام شد. جلسات به صورت حضوری با ۲۳ گروه ۱۵ نفره (۳۰ نفر گروه مداخله) با توجه به ظرفیت محدود سالن آموزش محیط پژوهش با رعایت پروتکل بهداشتی پیشگیری از کرونا (فاصله بین نمونه‌ها ۱/۵ متر و پوشیدن ماسک توسط مادران و پژوهشگر، استریل کردن صندلی‌ها قبل از ورود نمونه‌ها)، توسط پژوهشگر که دوره تکمیلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را گذرانده ارائه شد. در این مطالعه گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در دوره پیش‌آزمون توسط هر دو گروه آزمون و کنترل بلافاصله پس از اتمام مداخله و ۴ هفته پس‌از آن توسط هر دو گروه کنترل و آزمون از طریق مراجعه مجدد به محیط پژوهش

جدول ۱: خلاصه جلسات پروتکل درمانی پذیرش و تعهد هایز و همکاران

جلسه	محتوی
جلسه اول	خوشامدگویی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها الزامی است: به‌موقع آمدن، عدم غیبت، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، بیان موضوع پژوهش و اهداف آن، ارائه مطالب آموزشی پیرامون مفهوم پذیرش و تمرین جسمی سازی برای درک بهتر مفهوم پذیرش.
جلسه دوم	بررسی خلاصه جلسه قبل، صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه و شناخت موضوع قضاوت آموزش این مطلب که اعضا در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را صرفاً مشاهده کنند و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار، ارائه تکنیک‌هایی جهت خنثی‌سازی افکار، تکرار افکار منفی به شیوه‌ی طنزآمیز یا تکرار افکار در قالب اشعار کودکانه، تمرین گردش بردن ذهن و تمرین نوشتن افکار روی کارت.
جلسه سوم	پرورش ذهن آگاهی به‌منظور برقراری ارتباط با لحظه‌ی کنونی، ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی (انجام کارهای روزمره با تمام وجود، پیاده‌روی روزانه به طریق ذهن آگاهی)
جلسه چهارم	شناخت خود زمینه‌ای. استعاره شطرنج، بررسی تکالیف
جلسه پنجم	معرفی ارزش‌های جهان و شرح تفاوت ارزش و هدف و تعیین الویت بندی ارزش‌ها، تعیین الگوی مناسب بالارزش‌ها، مراجع روی ارزش‌ها و اهداف خود فکر کنند و آن‌ها را برای جلسه بعد بنویسند، بررسی تکالیف مرتبط با ذهن آگاهی
جلسه ششم	پیگیری تکالیف مربوط بالارزش‌ها و شفاف‌سازی نکات تاریک و برنامه‌ریزی ارزش‌مدار هدف و عمل
جلسه هفتم	بررسی تکالیف مربوط به ارزش‌ها و توضیح اینکه تمام اعمال انجام‌شده در خصوص ارزش‌ها نوعی عملکرد متعهدانه بوده است.
جلسه هشتم	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام آموزش، صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه.

کرونباخ برای زیر مقیاس‌های آن خودمختاری (۰/۷۵)، تسلط بر محیط (۰/۷۵)، رشد شخصی (۰/۶۱)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۷۱)، هدفمندی در زندگی (۰/۷۲) و پذیرش خود (۰/۷۸) می‌باشد (۲۵). پرسشنامه شادکامی آکسفورد: هیلز و آرگیل (۲۰۰۱) ضریب آلفا کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۰ به دست آوردند همبستگی پیروسون بین فهرست شادکامی آکسفورد با فهرست افسردگی بک و زیر مقیاس‌های برون‌گرایی و نوروزگرایی به ترتیب برابر با ۰/۴۸، ۰/۴۵ و ۰/۳۹- بود که روایی هم‌گرا و واگرایی فهرست شادکامی آکسفورد را تأیید کرد. نتایج تحلیل عاملی با استخراج ۵ عامل رضایت از زندگی، عزت‌نفس، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت توانستند بالارزش ویژه بزرگ‌تر از ۱ در مجموع ۴۹/۷ درصد واریانس کل را تبیین کنند (۱۶).

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که سطح تحصیلات مادران در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند (p=۰/۹۷۷). سطح تحصیلات دبیرم بیشترین فراوانی تحصیلات در دو گروه داشت. وضعیت شغل مادران در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند (p=۰/۷۶۶). اکثر مادران در دو گروه خانه دار بودند. وضعیت بیماری مزمن در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد (p=۰/۷۱۸). اکثر مادران در دو گروه بدون بیماری مزمن بودند. جنسیت کودکان در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد (p=۰/۷۸۱). اکثر کودکان در

ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه دموگرافیک، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی رایف و شادکامی آکسفورد بود.

فرم دموگرافیک شامل سؤالات سن مادر، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، مبتلا بودن مادر به بیماری مزمن، تعداد فرزندان، رتبه فرزند مبتلابه تالاسمی و ... بود.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی رایف دارای ۱۲۰ پرسش بود (۲۲). ولی در بررسی‌های بعدی در سال ۲۰۰۲ فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی پیشنهاد گردید. در این پژوهش از فرم ۸۴ سؤالی استفاده شد که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بهتر فرد پاسخ‌دهنده بود و برعکس (۱۲).

مقیاس شادکامی آکسفورد: شامل ۲۹ سؤال و دربرگیرنده ۵ زیر مقیاس رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت می‌باشد. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی سطح شادکامی بهتر فرد پاسخ‌دهنده بود و برعکس (۲۳، ۲۴).

روش تعیین روایی و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی رایف: بر روی یک گروه ۱۱۰۸ نفری از افراد ۲۵ ساله و بالاتر اجرا کردند. تحلیل عوامل این پرسشنامه شش بعدی را مورد تأیید و حمایت قرارداد ضرایب قابلیت اعتماد پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی در این تحقیق از دو روش آلفای کرونباخ نیز ضریب همسانی درونی ۰/۹۱ محاسبه شد و ضریب آلفا

جمال الدین بگجانی و همکاران

تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($p > 0.05$).
جدول ۲ نشان می دهد که در دو گروه قبل مداخله تفاوت معناداری با یکدیگر از نظر ابعاد پرسشنامه ریف ندارند ($p > 0.05$).

دو گروه دختر بودند. مراقبت کنندگان در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد ($p = 0.554$). اکثر مراقبت کنندگان کودکان در دو گروه مادرانشان بودند. دو گروه از نظر سن مادر و تعداد فرزند آنها تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($p > 0.05$). دو گروه از نظر سن کودک و رتبه تولد آنها

جدول ۲. مقایسه نمره پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف قبل مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

Pvalue	کنترل میانگین رتبه	مداخله میانگین رتبه	ابعاد پرسشنامه
0/800	31/07	29/93	پذیرش
0/829	30/98	30/02	روابط مثبت با دیگران
0/492	32/03	28/97	خودمختاری
0/692	29/62	31/38	تسلط بر محیط
0/941	30/33	30/67	هدفمندی در زندگی
0/899	30/22	30/78	رشد شخصی

و رشد شخصی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ($p < 0.05$).
به طوری که در گروه مداخله وضعیت مادران بهتر بود.

جدول ۳ نشان می دهد که در دو گروه بعد مداخله از نظر ابعاد پذیرش، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی

جدول ۳. مقایسه نمره پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف بلافاصله بعد مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

Pvalue	کنترل میانگین رتبه	مداخله میانگین رتبه	ابعاد پرسشنامه
0/000	29/08	41/48	پذیرش
0/000	30/98	31/92	روابط مثبت با دیگران
0/528	32/03	28/97	خودمختاری
0/772	31/15	39/70	تسلط بر محیط
0/000	16/88	44/12	هدفمندی در زندگی
0/000	21/30	39/70	رشد شخصی

جدول ۴ نشان می دهد که در دو گروه یک ماه بعد مداخله از نظر ابعاد پذیرش، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند

جدول ۴ نشان می دهد که در دو گروه یک ماه بعد مداخله از نظر ابعاد پذیرش، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند

جدول ۴. مقایسه نمره پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف یک ماه بعد مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

Pvalue	کنترل میانگین رتبه	مداخله میانگین رتبه	ابعاد پرسشنامه
0/000	22/67	38/33	پذیرش
0/000	18/45	42/55	روابط مثبت با دیگران
0/602	29/33	31/67	خودمختاری
0/409	32/35	28/65	تسلط بر محیط
0/000	22/52	38/48	هدفمندی در زندگی
0/007	24/47	36/53	رشد شخصی

جدول ۵ نشان می دهد که در دو گروه قبل مداخله از نظر ابعاد پرسشنامه آکسفورد تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($p > 0.05$).

جدول ۵: مقایسه نمره پرسشنامه شادکامی آکسفورد قبل مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

ابعاد پرسشنامه	مداخله میانگین رتبه	کنترل میانگین رتبه	Pvalue
رضایت از زندگی	۲۵/۴۲	۳۱/۵۸	۰/۰۵۲
حرمت خود	۲۷/۸۸	۳۳/۱۳	۰/۲۲۲
بهزیستی فاعلی	۳۴/۲۷	۲۶/۷۳	۰/۰۸۹
رضایت خاطر	۲۸/۱۵	۳۲/۸۵	۰/۲۸۰
خلق مثبت	۲۸/۹۷	۳۲/۰۳	۰/۴۷۸
مجموع	۲۸/۷۰	۳۲/۳۰	۰/۴۲۳

جدول ۶: نشان می دهد که در دو گروه در بلافاصله بعد مداخله از نظر ابعاد رضایت از زندگی، حرمت خود و نمره کل پرسشنامه آکسفورد تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ($p < 0.05$). به طوری که، نمره گروه مداخله به طور معناداری بهتر بود.

جدول ۶: مقایسه نمره پرسشنامه شادکامی آکسفورد بلافاصله بعد مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

ابعاد پرسشنامه	مداخله میانگین رتبه	کنترل میانگین رتبه	Pvalue
رضایت از زندگی	۴۱/۵۵	۱۹/۴۵	۰/۰۰۰
حرمت خود	۴۲/۳۳	۱۸/۶۷	۰/۰۰۰
بهزیستی فاعلی	۳۴/۲۷	۲۶/۷۳	۰/۰۸۹
رضایت خاطر	۲۸/۱۵	۳۲/۸۵	۰/۲۸۰
خلق مثبت	۲۸/۹۷	۳۲/۰۳	۰/۴۷۸
مجموع	۴۱/۵۵	۱۹/۴۵	۰/۰۰۰

جدول ۷ نشان می دهد که در دو گروه در یک ماه بعد مداخله از نظر همه ابعاد پرسشنامه آکسفورد تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ($p < 0.05$). به طوری که، نمره گروه مداخله به طور معناداری بهتر بود.

جدول ۷: مقایسه نمره پرسشنامه شادکامی آکسفورد یک ماه بعد مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

ابعاد پرسشنامه	مداخله میانگین رتبه	کنترل میانگین رتبه	Pvalue
رضایت از زندگی	۳۵/۵۸	۲۵/۴۲	۰/۰۲۳
حرمت خود	۳۸/۰۵	۲۲/۹۵	۰/۰۰۱
بهزیستی فاعلی	۳۹/۱۲	۲۱/۸۸	۰/۰۰۰
رضایت خاطر	۳۵/۶۲	۲۵/۳۸	۰/۰۲۰
خلق مثبت	۳۶/۹۲	۲۴/۰۸	۰/۰۰۳
مجموع	۴۰/۹۰	۲۰/۱۰	۰/۰۰۰

بعد مداخله از نظر ابعاد پذیرش، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند و در گروه مداخله وضعیت مادران بهتر بود. همچنین، دو گروه یک ماه بعد مداخله تفاوت معناداری با

بحث

یافته ها نشان داد که دو گروه در قبل مداخله تفاوت معناداری از نظر ابعاد پرسشنامه ریف نداشتند با این حال،

مادران به مانند استرس، اضطراب و اختلالات روانی دیگر را به دنبال داشته باشد.

در راستای هدف دیگر این مطالعه «تعیین تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور» یافته ها نشان داد که دو گروه قبل مداخله تفاوت معناداری از نظر ابعاد پرسشنامه آکسفورد نداشتند با این حال، در بعد مداخله از نظر ابعاد رضایت از زندگی، حرمت خود و نمره کل پرسشنامه آکسفورد تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند و نمره گروه مداخله به طور معناداری بهتر بود. اما در رضایت خاطر و خلق مثبت تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. یک ماه بعد مداخله تفاوت بین همه ابعاد در بین دو گروه معنادار بود و وضعیت گروه آزمون بهتر از گروه کنترل بود.

در همین راستا، ساساکی و همکاران (۲۰۲۱) در یک مطالعه کارآزمایی بالینی تاثیر یک برنامه مراقبتی مبتنی بر تعهد و پذیرش «مادر شادکام» بر سلامتی آنها مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که جهت بهبود شادکامی و در نتیجه آن سلامتی مادران اجرای برنامه مراقبتی مبتنی بر تعهد و پذیرش یک استراتژی موثر است (۲۹). یافته های این مطالعه همسو با نتایج مطالعه حاضر است. به طوری که در مطالعه حاضر، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت بهبود شادکامی مادران استفاده شد و نتایج بیانگر ارتقای شادکامی آنها به خصوص در یک ماه بعد مداخله بود. محمود فخره و همکاران (۱۳۹۷) نیز در مطالعه خود نشان دادند که این درمان بر تمام خرده مقیاس های شادکامی معنی دار بوده و به طور معنی داری موجب افزایش زیر مقیاس ها خود شده است؛ و در یک ماه پس از مداخله نیز پایدار باقی مانده است (۱۹). نتایج این مطالعه نیز همسو با یافته مطالعه حاضر است. در مطالعه فدایی و همکاران (۲۰۲۱)، پروتکل آموزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش منجر به ارتقای شادکامی مادران کودکان دارای اختلالات فیزیکی شد. در مطالعه آنها، همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سازگاری روانی مادران را به دنبال داشت. در واقع، مادران از طریق آموزش های مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی و مهارت مقابله با مشکلات روانی مراقبت از کودکان دارای اختلالات جسمی را فراگرفتند و این امر سازگاری روانی آنها را به دنبال داشته است. در نتیجه سازگاری روانی مادران، شادکامی مادران نیز ارتقا می یابد در واقع، سازگاری روانی به عنوان یک متغیر واسطه ای برای بهبود شادکامی مادران

یکدیگر داشتند و در گروه مداخله وضعیت مادران بهتر بود. در همین راستا، محمدی نژاد و نیک نژاد (۱۳۹۹)، مطالعه ای را با عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و تاب آوری مادران دارای دختر ناشنوا در شهر اصفهان» انجام دادند. مطالعه آنها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به ارتقا و افزایش سطح بهزیستی روانی و تاب آوری در مادران گروه آزمون شد (۲۶). یافته مطالعه محمدی نژاد و همکاران (۱۳۹۹) همسو با نتایج مطالعه حاضر است. به طوری که در دو مطالعه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود بهزیستی روانی مادران را به دنبال داشت. در مطالعه دیگری که توسط سیادت و همکاران (۱۳۹۸)، و با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و نگرش معنوی در مادران دارای فرزند اوتیسم انجام شد، یافته ها نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش معنادار بهزیستی روان شناختی و نگرش معنوی در مادران دارای فرزند اوتیسم می شود (۲۷). نتایج این مطالعه نیز همسو با یافته مطالعه حاضر است. در مطالعه حاضر مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور وارد مطالعه شدند و نتایج در بعد مداخله بیانگر این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبودی و ارتباط بهزیستی روانی در همه ابعاد به جز ابعاد تسلط بر محیط و خودمختاری می شود. ارتقا ابعاد بهزیستی روانی در یک ماه بعد مداخله نیز حفظ شده بود و مادران در گروه مداخله وضعیت بهتری نسبت به گروه کنترل داشتند. مارینو و همکاران (۲۰۲۱) نیز در مطالعه خود تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهزیستی روان شناختی والدین دارای کودکان اوتیسم را مورد بررسی قرار دادند. مطالعه آنها مبین ارتقا بهزیستی روان شناختی والدین بود. به طوری که آنها در مطالعه خود پیشنهاد دادند که درمان مبتنی بر پذیرش به عنوان یک پروتکل به والدین کودکان دارای مشکلات ذهنی و جسمی به طور روتین جهت ارتقای مهارت های مراقبتی آموزش داده شود (۲۸). بر اساس نتایج مطالعات فوق می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک استراتژی موثر در بهبودی و ارتقا بهزیستی روان شناختی مادران دارای ناتوانی های جسمی و ذهنی است. در واقع، مادران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مهارت ها و توانمندی های مربوط به مقابله و سازگاری با شرایط بحرانی و سخت مراقبت از کودکان را فرامی گیرند. این امر می تواند کاهش پاسخ های عاطفی نامناسب

عمل نموده است (۳۰).

• در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب می شود که والدین در افکار و رفتارهای خود تجدید نظر کنند و برای آنها ارزش قایل شوند. مادران یاد می گیرند که پس از پذیرش شرایط در جهت اصلاح و تغییر افکار خود تلاش نمایند و تجربه های ناخوشایند درونی را کنترل و مدیریت نمایند. در نتیجه این امر، تاثیر این تجربیات ناخوشایند و احساسات و تفکرات منفی بر زندگی فرد کاهش می یابد که در نتیجه آن ارتقای شادکامی مادران را به دنبال دارد. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند نگرش های ناکارآمد مادران را تعدیل نماید و به آنها توانایی مقابله و تحمل ناکامی و یاس و ناامیدی را می دهد. مجموعه این پاسخ های عاطفی منفی می تواند زندگی فرد را به طور قابل توجهی تحت تاثیر قرار دهد که بر اساس مطالعات فوق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک روش مناسب برای کاهش این افکار و رفتارها هست که مادران نحوه مقابله با آنها را فرا می گیرند و این امر افزایش شادکامی آنها را به دنبال دارد (۳۱-۳۳). از محدودیت های این مطالعه می توان به عدم همکاری بسیاری از مادران و ادامه ندادن جلسات اشاره کرد که علیرغم این محدودیت ها، با توضیحات تیم تحقیق در مورد اهداف مطالعه، ریزش در نمونه گیری نداشتیم و مشارکت کنندگان همکاری داشتند.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند منجر به بهبود بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور شود. هر چند تاثیر این روش بر ابعاد خودمختاری و تسلط بر محیط معنادار نبود. بر این اساس پیشنهاد می شود که در مراکز مراقبتی و درمانی راهکارهایی برای ارتقاء خودمختاری و تسلط بر محیط توسط مسئولان، از جمله معرفی موثر مراکز درمانی و تیم مراقبت و درمان و جلب همکاری بیمار و خانواده اتخاذ گردد. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتقای شادکامی مادران را به دنبال داشت و این اثر تا یک ماه بعد از مداخله نیز حفظ گردید.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش کودکان می باشد که با کد اخلاق 1399.150IR.TUMS.FNM.REC در دانشگاه علوم پزشکی تهران ثبت شده است. بدینوسیله از همکاری صمیمانه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در تامین مالی این پژوهش، تمامی بیماران و عزیزانی که ما را در اجرای این مطالعه یاری نمودند، قدردانی می شود.

Reference

1. Mirhaghjou, SN, Shasti, S., Reza Masouleh, S., Emami Sigarodi, A., & Atrkar Roshan, Z. Study the Life Skills of 11-19 year old Children affected by Thalassemia referring to Educational and Remedial Centers in Rasht city from their Mothers' Point of View 2009-2010. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery(Persian)*. 2010;20(1):16-21..
2. Hoffmann D, Halsboe, L., Eilenberg, T., Jensen, J. S., & Frostholm, L. A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. *Journal of contextual behavioral science*. 2014;3(3):189-95. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.004>
3. Imani E, Asadi Nooghabi, F., Hosseini Teshnizi, S., Yosefi, P., & Salari, F. Comparison quality of life in patients with thalassemia major based on participating in group activities, Bandar Abbas. *Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion Organization(Persian)*. 2013;10(2):1-10.
4. Azzizadehforouzi . M, Ramazani T, Safarizadeh M, Alimirzaei R, Rahbarifar S, Fatemi M. . Relationship between quality of life and psychological disorders of patients with thalassemia. *Sci J Iran Blood Transfus Organ(Persian)*. 2015;11(4):362-72.
5. Caocci G, Efficace, F., Ciotti, F., Roncarolo, M. G., Vacca, A., Piras, E., ... & Mandelli, F. Health related quality of life in Middle Eastern children with beta-thalassemia. *BMC blood disorders*. 2012;12(1):6. <https://doi.org/10.1186/1471-2326-12-6>
6. Widayanti CG. The perceived role of god in health and illness: the experience of javanese mothers caring for a child with thalassemia. *Jurnal Psikologi*. 2011;9(1):1-10.
7. Astedt-Kurki P, Paunonen, M., & Lehti, K. Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. *Journal of*

- advanced nursing,. 1997;25(5):908-14.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025908.x>
8. Behrouzian F, & Khajehmougahi, N. Relationship of coping mechanism of mothers with mental health of their major thalassemic children. . Scientific Journal of Iran Blood Transfus Organ(Persian). 2014;10(4):387-93..
 9. Ryan RM, & Deci, E. L. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual review of psychology. 2001;52(1):141-66..
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
 10. Karademas EC. Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. Personality and Individual Differences. 2007;43(2):277-87.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.031>
 11. Nel L. The psychofortological experiences of masters degree students in professional psychology programmes: an interpretative phenomenological analysis: University of the Free State; 2011.
 12. Jafari . TML. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy based on mindfulness on quality of life and psychological well-being of mothers of children with cancer. Tehran,Iran: Islamic Azad University Shahre Qods Branch; 2016.
 13. Myers DG, & Diener, E. Who is happy? Psychological science. 1995;6(1):10-9.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x>
 14. Khoshkounesh A.A.GH. K, H. The relationship between happiness and mental health. Journal of Clinical Psychology Andishe and Raftar(Persian). 2008;2(7):41-52.
 15. BaBamiri . M, Vatankhah M, Masumi Jahandizi H, Nematı M, Darvishi M. The Relationship between Coping Styles, Negative Automatic Thoughts, and Hope with Happiness in Addicts of Ahvaz Drug Abuse Rehabilitation Clinics in 2011. . J Adv Med Biomed Res(Persian). 2013;21(84):82-91.
 16. Hills P, & Argyle, M. Emotional stability as a major dimension of happiness. Personality and individual differences. 2001;31(8):1357-64.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00229-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00229-4)
 17. Hayes SC, Strosahl, K. D. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy. 2004;35(4):639-65.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
 18. Forman EM, Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behavior modification. 2007;31(6):772-99.
<https://doi.org/10.1177/0145445507302202>
 19. Mahmudfakhe H, & Khademi, A. . The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Psychological Well-being and Happiness of Mothers of Children with Cancer.. Journal of Pediatric Nursing (Persian). 2019;5(4):63-70.
 20. Baratian A, Kazemi, A. S., Khajeh, N., Haghani Zemeidani, M., & Davarniya, R. The effect of acceptance and commitment (ACT) therapy on the quality of life of mothers with a child cancer. Armaghane danesh(Persian). 2017;22(5): 637-50.
 21. Whittingham K, Sanders, M. R., McKinlay, L., & Boyd, R. N. Parenting intervention combined with acceptance and commitment therapy: a trial with families of children with cerebral palsy. Journal of Pediatric Psychology. 2016;41(5): 531-42.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv118>
 22. Ryff. CD. Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. . Journal of Personality and Social Psychology. 1989;57:1069-81.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
 23. Callaghan M. Nursing morale: what is it like and why?. Journal of Advanced Nursing. 2003;42(1):82-9.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02582.x>
 24. Rafiei M, Mosavipour, S., & Aghanajafi, M. Happiness, mental health, and their relationship among the students at Arak University of Medical Sciences in 2010. Journal of Arak University of Medical Sciences(Persian). 2012;15(3):15-25.
 25. Ryff. CD, & Keyes, C. L. M. The structure of psychological well-being revisited. . Journal of Personality and Social Psychology,. 1995;69:716-27.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
 26. Mohammadinejad. M, Niknejadi.,F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Psychological Well-being and Resilience of Mothers with a Deaf Daughter in

- the City of Isfahan. Knowledge & Research in Applied Psychology(Persian). 2020;21(2):22-31.
27. Siyadat. M, Khajevand Khoshli .,A., Akbari .,H. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-being and Spiritual Attitude in Mothers with Autistic Children Journal of Rehabilitation Research in Nursing(Persian). 2019;5(4):59-64.
 28. Marino F, Failla C, Chilà P, Minutoli R, Puglisi A, Arnao AA, et al. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy for Improving Psychological Well-Being in Parents of Individuals with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. Brain Sciences. 2021;11(7):880. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070880>
 29. Sasaki N, Imamura K, Nishi D, Watanabe K, Sekiya Y, Tsuno K, et al. Internet-based acceptance and commitment therapy programme «Happiness Mom» for well-being: a protocol for a randomised controlled trial. BMJ open. 2021;11(2):e042167. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042167>
 30. Fadae Z, Royan M, Ziaee F, Namazi R, Seyed Jafari j, Moussavi S. Evaluating the Effectiveness of a Parent Training Protocol Based on an Acceptance and Commitment Therapy on happiness and Mental adjustment among Mothers with Slow Paced Children. International Journal of Pediatrics. 2021:-.
 31. Gould ER, Tarbox J, Coyne L. Evaluating the effects of acceptance and commitment training on the overt behavior of parents of children with autism. Journal of Contextual Behavioral Science. 2018;7:81-8. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.06.003>
 32. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. Psychiatric clinics. 2017;40(4):751-70. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
 33. Zemestani M, Mozaffari S. Acceptance and commitment therapy for the treatment of depression in persons with physical disability: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation. 2020;34(7):938-47. <https://doi.org/10.1177/0269215520923135>