

Research Paper

The Effectiveness Of Supportive Psychotherapy On Chronic Fatigue, Failure And Resilience In Mothers Of Children 5-7 Age With Leukemia

Shadi Valizadeh¹, Ali Khademi^{2*}, Majid Mahmoud Alilou³, Azim Mehrvar⁴

Citation valizadeh S, khademi A, mahmodalilo M, mehrvar A. The effectiveness of supportive psychotherapy on chronic fatigue, failure and resilience in mothers of children 5-7 age with leukemia. Early Childhood Health And Education URL: <http://jeche.ir/article-1-116-fa.html>



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Psychotherapy, fatigue, feeling of failure, resilience, cancer

Received: 20 Mar 2023

Accepted: 09 Jun 2023

Available: 21 Jun 2023

Introduction: Mothers in caring for children with cancer face many challenges, including chronic fatigue, feeling of failure and low endurance; Therefore, they need support. Therefore, the aim of the present study was to determine the effectiveness of supportive psychotherapy on chronic fatigue, sense of failure and resilience in mothers of children with leukemia.

Research Method: This research was a semi-experimental method and a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the present study was all mothers with children with leukemia in Tehran province who referred to Tehran Hospital in 2019 and was selected using the purposeful sampling method in the amount of 24 people, 12 people in the experimental group and 12 people in the experimental group was placed in the control group. Fatigue questionnaires of Falman et al (2009), Gilbert and Allen's sense of failure 1998), and Connor and Davidson's resilience (2003) were used to collect data. Then, the experimental group received supportive psychotherapy sessions for eight 90-minute sessions once a week, and during this time, the control group went through their normal daily schedule. To analyze the research data, the statistical method of univariate and multivariate covariance was used through SPSS.21 software.

Results: The results of the research showed that supportive psychotherapy has an effect on chronic fatigue, sense of failure and resilience of mothers with children with leukemia. In fact, supportive psychotherapy reduces chronic fatigue and feelings of failure and increases their resilience.

Discussion: According to the findings of the research, it can be said that psychotherapy increases endurance and reduces fatigue and the feeling of failure in cancer patients, and it can be used as an efficient method

1 Phd Student, Department Of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

2 Associate Professor, Department Of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

(Ali.Khademi56@Yahoo.Com)

3 Professor, Department Of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University Of Tabriz, Tabriz, Iran

4 Associate Professor, Army Medical Sciences, Mahak Hospital, Tehran, Iran

مقاله پژوهشی

اثربخشی روان‌درمانی حمایتی بر خستگی، احساس شکست و تاب‌آوری مادران کودکان ۵ تا ۷ سال مبتلاء به سرطان خون
شادی ولی زاده^۱، علی خادمی^{۲*}، مجید محمودعلیلو^۳، عظیم مهرور^۴

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، شکست، خستگی، روان‌درمانی حمایتی، سرطان، کودکان.

مقدمه: مادران در مراقبت از کودکان مبتلاء به سرطان با چالش‌های زیادی از جمله خستگی مزمن، احساس شکست و تاب‌آوری پایین مواجه هستند؛ بنابراین نیاز به حمایت دارند. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روان‌درمانی حمایتی بر خستگی، احساس شکست و تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلاء به سرطان خون بود.

روش: این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی مادران دارای فرزند ۵ تا ۷ سال مبتلاء به سرطان خون استان تهران در سال ۱۳۹۹ مراجعه کننده به بیمارستان تهران کلینیک تشکیل دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به حجم ۲۴ نفر انتخاب شدند که ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خستگی فالمن و همکاران (۲۰۰۹)، احساس شکست گیلبرت و آلن (۱۹۹۸) و تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. سپس گروه آزمایش جلسات روان‌درمانی حمایتی را به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یکبار دریافت نمودند و در این مدت گروه کنترل برنامه عادی روزانه خود را گذراندند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره از طریق نرم‌افزار SPSS.21 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانی حمایتی بر خستگی، احساس شکست و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلاء به سرطان خون تأثیر دارد ($P < 0/05$). در واقع روان‌درمانی حمایتی باعث کاهش خستگی مزمن و احساس شکست شده و میزان تاب‌آوری آن‌ها را افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان بیان داشت که روان‌درمانی موجب افزایش تاب‌آوری و کاهش خستگی و احساس شکست در بیماران سرطانی می‌گردد و می‌توان از آن به عنوان روشی کارآمد بهره برد.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۱۲/۲۹

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۳/۱۹

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۳/۳۱

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (ali.khademi56@yahoo.com)

۳. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۴. دانشیار، علوم پزشکی ارتش، بیمارستان محک، تهران، ایران

مقدمه

تشخیص بیماری سرطان^۱ می‌تواند استرس‌های روانشناختی قابل توجهی برای فرد و خانواده‌اش ایجاد کند (پاریخ^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). متأسفانه علی‌رغم این پیشرفت‌ها در زمینه تشخیص سرطان، میزان بروز سرطان خون در کودکان از سال ۱۹۸۰ در جهان رو به افزایش بوده (استویوا-فوجر^۳ و همکاران، ۲۰۱۷؛ هونگر^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). در ایالات متحده از سال ۱۹۷۵ به طور متوسط ۰/۷ درصد در سال افزایش یافته است. با در نظر گرفتن درصد تغییر سالانه طی ۳۵ سال بین ۱۹۷۵ تا ۲۰۱۲، ۲۰ درصد کلی تغییر برای لوسمی حاد لنفوبلاستیک^۵، ۳۳ درصد و برای لوسمی میلوئید حاد^۶، ۴۲ درصد تخمین زده شد (هوالدر^۷ و همکاران، ۲۰۱۳). متأسفانه آمار دقیقی از شیوع سرطان در کودکان ایران در دست نیست، ولی آنچه مشخص است این است که یکی از شایع‌ترین اختلالات منجر به مرگ کودکان در ایران نیز سرطان است (خزاعلی و همکاران، ۲۰۲۱). سرطان دوران کودکی شامل مجموعه‌ای از تومورهای خوش‌خیم و بدخیم است که ناشی از اختلال رشد و تکامل سلولی می‌باشد (فیشر^۸ و همکاران، ۲۰۱۳). با وجود پیشرفت‌های زیاد در درمان این بیماری، هنوز هم این تشخیص برای اعضای خانواده کودک بسیار سهمگین بوده و تغییرات عمده‌ای در زندگی ایشان ایجاد می‌کند (اسچویتدر و پوسزاتی^۹، ۲۰۱۳). تغییرات ایجادشده در شرایط کودک و تأثیر عوارض داروهای مصرفی و بیماری بر وضعیت جسمانی وی موجب مشکلات روان‌شناختی شدید در مادران، خصوصاً در ماه‌های اولیه پس از تشخیص، خواهد شد (خزاعلی و همکاران، ۲۰۲۱). از آن جا که سرطان‌های دوران کودکی به عنوان بیماری‌های تهدیدکننده زندگی هستند، نقش والدین به خصوص مادران، به طور فزاینده‌ای به عنوان مراقب اولیه و اصلی مطرح می‌شود (اسلوو و جاکوبی^{۱۰}، ۲۰۱۰). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مادران و پدران کودکان نجات یافته از سرطان به طور معناداری سطح بالاتری از نشانگان استرس را در مقایسه با والدین کودکان سالم نشان می‌دهند (کانگاز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴؛ کلیکا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس آنچه بیان شد سرطان تهدیدی برای سلامت جوامع بشری محسوب شده و می‌تواند علاوه بر تأثیرات جسمی، مشکلات روانشناختی را برای مادران این کودکان داشته باشد (میچام و موریسون^{۱۳}، ۲۰۱۳)؛ بنابراین با توجه به روند طولانی پروسه درمان سرطان خون در کودکان و درگیری آن‌ها با این حالت، مشکلات روانشناختی برای آن‌ها به وجود آمده که می‌تواند منجر به خستگی^{۱۴}، احساس شکست در زندگی و تاب‌آوری^{۱۵} پایین منجر شود (کومارینو^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱؛ مجبودار^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۰). خستگی به وسیله کمبود معنا یا هدف در زندگی ایجاد می‌شود (فالمن^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۹) و هنگامی که فردی در فعالیت‌هایی که برای او با ارزش نیست، شرکت داده می‌شود، خستگی را برای او به دنبال می‌آورد (خانا^{۱۹}، ۲۰۱۰). خستگی یک احساس طاقت‌فرسایی از فرسودگی و کمبود انرژی است که انجام هرگونه فعالیت فیزیکی و شناختی را مختل می‌نماید (ویلیامسون^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۱). خانواده‌ها به ویژه والدین، جز مراقبت‌کنندگانی به شمار می‌آیند که از نظر وابستگی و رابطه عاطفی بسیار نزدیک بین آنها با بیمار و همچنین از نظر تأثیری که بر وی می‌گذارند، از دسته مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای چون پزشکان و پرستاران جدا می‌شوند. نقش والدین به ویژه مادران، به طور فزاینده‌ای به عنوان مراقب اولیه و اصلی در این مواقع مطرح می‌شود و مادران به دلیل ارتباط بیشتر با فرزندانشان و در نتیجه فشار ناشی از نیازهای روزمره آنان، در معرض آسیب‌های مربوط به سلامتی می‌باشند و احساس خستگی بیشتری می‌کنند (افسری و همکاران، ۲۰۲۰).

۱. Cancer
۲. Parikh, D
۳. Steliarova-Foucher, E
۴. Hunger SP
۵. Acute Lymphoblastic Leukemia
۶. Acute Myeloid Leukemia
۷. Howlader, N
۸. Fisher, R
۹. Schweitzer, R., Griffiths, M
۱۰. Swallow VM, Jacoby A
۱۱. Kangas, M
۱۲. Klika R
۱۳. Meacham, C. E., & Morrison, S. J
۱۴. Tiredness
۱۵. Resilience
۱۶. Koumariou, A
۱۷. Majmudar, I. K
۱۸. Fahlman, SA
۱۹. Khanna, R
۲۰. Williamson, A

ناامیدی و احساس شکست یک وضعیت وخیم است که منجر به افزایش یأس، افسردگی و نهایتاً فقدان اشتیاق به زندگی شده و منجر به ارزیابی‌های منفی بیشتری از موقعیت‌های جدید و تأثیرگذاری کمتر راهبردهای کنارآمدن گردد و به صورت احساس منفی درباره آینده است (اوسی^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). احساس شکست در زندگی ابتدا باعث ناامیدی شده؛ بعد از آن دو وضعیت پیش می‌آید که در آن‌ها یا وی می‌تواند درصد جبران آن برآمده و از نو شروع کند و یا اینکه به سمت افسردگی می‌رود و مشکلات روانشناختی دیگری به وجود می‌آید (تیلور^۲، ۲۰۱۰). به طوری که کاهش احساس شکست در دوران تجارب مربوط به سرطان در کودکان می‌تواند، مشکلات روانشناختی را در مادران تسهیل نماید (آلدو و نلون-هوکسما^۳، ۲۰۱۰). تا^۴ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند مشکلات اجتماعی، عاطفی و شناختی به طور معنی‌داری با پریشانی روانشناختی والدین کودکان مبتلا به سرطان ارتباط دارند و این مادران بیشتر احساس ناامیدی کرده و شکست را تجربه می‌کنند. بجانی-قبر^۵ و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه دیگری نشان دادند که والدین کودکان مبتلا به سرطان نسبت به دیگر افراد جامعه با فشارهایی مواجه هستند که از نظر شدت متفاوت است. با توجه به شرایط ایجاد شده متعاقب تشخیص سرطان کودک، نقش ویژه والدین، به عنوان مراقبان اصلی؛ در سازگاری کودک تأثیرگذار است و این والدین احساس شکست بیشتری را تجربه می‌کنند.

یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت روان در افراد تاب‌آوری است. تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که فرد علیرغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند (محمدزاده و جهان‌داری، ۲۰۱۹). در پژوهشی گودموندسوتیر^۶ و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که تاب‌آوری والدین در رابطه با رنجی که از سرطان متحمل شدند، از نظر میزان تاب‌آوری خانواده متفاوت است. در تحقیق دیگری روزنبرگ^۷ و همکاران (۲۰۱۳) راجع به پیامدهای تاب‌آوری و روانی-اجتماعی در والدین با فرزند مبتلا به سرطان، دریافتند که این والدین با بازده ضعیف روانی-اجتماعی از تاب‌آوری کمتری برخوردارند.

مادرانی که کودک مبتلا به سرطان خون دارند، مانند همه مادران انتظار و آرزوهای متعددی برای آینده کودکشان دارند و حتی برنامه‌ریزی‌های متعددی برای آینده فرزند خود انجام می‌دهند. ابتلای کودک به سرطان موجبات احساس گناه و تقصیر، احساس شکست و محرومیت ناشی از بیماری کودک را در مادر ایجاد می‌کند که طبیعتاً غم و اندوه و افسردگی را به دنبال دارد (بونیفیل^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). از سویی تاب‌آوری می‌تواند فرآیند بیماری و در نهایت، منجر شدن به سلامت را تحت تأثیر قرار دهد و سلامت ذهنی، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را بهبود بخشد (فرناندا^۹ و همکاران، ۲۰۱۵). بحران‌های ناشی از سرطان سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح در مادرانی که کودک سرطانی دارند، می‌شود؛ اما بیشترین حالت در این دوره برای بیمار حس خستگی و احساس شکست است. به طوری که سرطان نسبت به سایر بیماری‌های مزمن، تأثیر بیشتری بر روی خستگی و احساس شکست دارد؛ شاید به دلیل آن است که تشخیص سرطان منجر به احساس اضطراب، ترس و عدم اعتماد به نتیجه درمان می‌شود و همچنین درمان جدی این بیماری منجر به ایجاد نارحتی، تغییرات ظاهری و مشکلات روحی می‌شود و مداخلات مختلفی برای کاهش این مشکلات به کار گرفته شده است که در این پژوهش روان‌درمانی حمایتی مورد بررسی قرار گرفته است.

روان‌درمانی حمایتی^{۱۰} بر اساس نظریه روان‌کاوی و بر اساس رویکرد وینستون و همکاران به منظور کمک به بیمار در جهت مواجهه با بحران‌های ناشی از مسائل اجتماعی و یا بیماری‌های جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این درمان شیوه اصلی مورد استفاده در طب عمومی و توانبخشی است و اغلب برای تقویت اقدامات خارج از روان‌درمانی نظیر تجویز دارو برای سرکوب علائم، استراحت برای خارج کردن بیمار از تحریکات مفرط و یا بستری کردن برای ارائه محیط درمانی ساختاریافته، محافظت و کنترل بیمار به کار می‌رود (سادوک و سادوک^{۱۱}، ۲۰۰۹). روان‌درمانی حمایتی را می‌توان به عنوان درمان اصلی یا کمکی به کار برد. در دیدگاه کلی روان‌درمانی حمایتی (اغلب به عنوان بخشی از رویکرد درمانی تلفیقی) از لحاظ سبب شناختی بیشتر بر وقایع بیرونی تأکید می‌شود تا رویدادهای درون روانی و بخصوص به تأثیرات محیط استرس‌زا و روابط بین فردی بر روی خود به شدت آسیب دیده توجه می‌شود (وردلی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۳). توجه به سرمنشاء واژه حمایت به ما در فهم درست این شیوه درمانی کمک می‌کند. این کلمه از ریشه به معنای حمل کردن است. در واقع درمانگر، بیمار را حمل می‌کند، او را یاری می‌کند تا بالا بیاید، و او

۱. Avci, IA
۲. Taylor, PJ
۳. Aldao A, Nolen-Hoksema S
۴. Tan, B
۵. Bajjani-Gebara J
۶. Gudmundsdottir, E
۷. Rosenberg, AR
۸. Bonifield C.
۹. Fernanda Cal S
۱۰. Supportive Psychotherapy
۱۱. Sadock & Sadock
۱۲. Verdelli H

را از افتادن یا غرق شدن حفظ می‌کند. این بدان معنا است که برخی بیماران آنچنان اسیر شرایط روانی خود شده‌اند که نیازمند نوعی کمک روانی برای بقای خویش هستند. به بیانی دیگر، حمایت، فرآیند تعامل اجتماعی است. این تعامل نخست با برقراری ارتباط همدلانه و ایجاد یک شبکه ایمنی برای سامانه مددجو پدید می‌آید و سپس براساس معنی خاصی که از بیماری و درمان برای وی صورت می‌گیرد، توانمندی لازم را در زمینه‌های مختلف جسمی، روحی- روانی و اجتماعی کسب می‌نماید. روان‌درمانی حمایتی درمانی است مستلزم تلفیق دقیق و ظریف هنر و تکنیک که اجرای آن می‌تواند هم بهبودی بخش و هم زیانبار باشد. در بین انواع درمان‌های حاضر، مزایای تشکیل گروه‌های حمایتی نیز عبارتند از: سادگی و طبیعی بودن شرایط، موثر و کارآمد بودن، نیاز کمتر به نیروی متخصص و مقرون به صرفه بودن است. کاوه و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی تحت عنوان تأثیر روان‌درمانی حمایتی گروهی بر امیدواری مادران کودکان سرطانی موثر بوده است. همچنین این درمان بر سازگاری روانشناختی و ابعاد آن شامل سازگاری در خانه، سازگاری اجتماعی، عاطفی و سازگاری بهداشتی موثر بوده است. با این حال این درمان بر سازگاری شغلی مادران دارای کودک سرطانی اثر نداشت. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که می‌توان از روان‌درمانی حمایتی گروهی برای ارتقای سازگاری و امیدواری مادران دارای فرزند سرطانی بهره برد (کاوه و همکاران، ۲۰۱۷). ترکمن (۲۰۱۱) در پژوهش دیگری نشان داد که روان‌درمانی حمایتی باعث کاهش احساس شکست در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌شود. همچنین قمی و خدادای سنگده (۲۰۱۶) در مطالعه دیگری نشان داد که روان‌درمانی می‌تواند بر امیدواری مادران دارای کودک سرطانی تأثیر داشته باشد و بررسی مطالعات در این زمینه نشان داد که هیچ کدام از آن‌ها به بررسی روان‌درمانی حمایتی بر روی سه متغیر خستگی، احساس شکست و تاب‌آوری انجام نشده است و پژوهش بیشتری در این زمینه نیاز است.

اگرچه پژوهش‌های زیادی به بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی مادران کودکان دارای مشکلات جسمانی پرداخته‌اند، با این حال ویژگی‌های روانشناختی و مقایسه مداخلات موثر در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان خون با توجه به این مهم که در کشور ما مادران مراقبین اصلی کودکان بیمار هستند و معمولاً بیشترین فشار را در این زمینه متحمل می‌شوند، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. چنین مطالعاتی با مشخص نمودن مشکلات این مادران و ارائه راهکار می‌توانند به روانشناسان و مددکاران کمک نماید تا به هنگام برخورد با این مادران دغدغه‌های مشکلات اصلی آن‌ها را دریافته و بتوانند کمک قابل توجهی در راستای ارتقای سلامت آن‌ها انجام دهد. همچنین این نتایج می‌تواند زمینه را برای سیاست‌گذاری‌های مناسب در زمینه سلامت و بهداشت روانی والدین و اطرافیان افراد مبتلا به سرطان فراهم سازد. با توجه به شیوع زیاد و مخرب و پرهزینه بودن سرطان در کودکان و مشکلات روان‌شناختی والدین در این زمینه، توجه خاص به پژوهش‌های نظری و کاربردی در این زمینه، ضروری است. لذا با توجه به موارد ذکر شده و خلاء اطلاعاتی در این زمینه، پژوهش حاضر بر آن است تا گامی در راستای افزایش آگاهی‌های لازم در این خصوص بردارد، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر روان‌درمانی بر خستگی، احساس شکست و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان خون انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه مورد مطالعه مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان خون در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ مراجعه کننده به بیمارستان تهران کلینیک بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش روش نمونه‌گیری هدفمند است. با توجه به اینکه حجم نمونه در تحقیقات مداخله‌ای در هر گروه حداقل ۱۲ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۴۰۰). حجم نمونه ۲۴ نفر در نظر گرفته شد که به طور تصادفی، در دو گروه آزمایش ۱۲ نفر و گروه کنترل ۱۲ نفر قرار داده شدند. نمونه از میان مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان خون و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، داشتن سن ۲۰ سال، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و رضایت برای شرکت در پژوهش و جلسات درمانی بود. ملاک خروج نیز عدم امکان یا رضایت برای ادامه حضور در پژوهش یا غیبت بیش از دو جلسه بود.

جهت انجام مطالعه، ملاحظات اخلاقی پژوهش در نظر گرفته شد که شامل دادن اطمینان خاطر جهت محرمانه بودن نتایج پرسشنامه‌ها، گرفتن رضایت نامه و داشتن کد اخلاق برای شرکت در پژوهش، اطلاع‌رسانی راجع به رعایت اصول رازداری و اطمینان دهی راجع به در دسترس بودن درمانگران، در صورت نیاز مراجعین بعد از اتمام پژوهش بود. سپس ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در اختیار آن‌ها قرار داده شد. از هر دو گروه کنترل و آزمایش، پیش‌آزمون گرفته شد و پس از آن برای گروه آزمایش، یک جلسه توجیهی فردی بیست دقیقه‌ای برای افراد در رابطه با فرآیند درمان گذاشته شد و توضیحات لازم داده و رضایت آن‌ها کسب شد.

ب) ابزار

– **پرسشنامه احساس خستگی:** پرسشنامه چندبعدی خستگی روانی توسط فالمن و همکاران (۲۰۰۹) طراحی شد که اولین و تنها مقیاس کامل اندازه‌گیری حالت خستگی است. این فرم ۲۹ عبارت دارد و دارای ۵ خرده‌آزمون است که عبارتند از عدم مشارکت (۱۰ سوال)، تحریک بالا (۵ سوال)، تحریک پایین (۵ سوال)، عدم توجه (۴ سوال) و ادراک زمان (۵ سوال). برای نمره‌گذاری به هر سوال امتیازاتی به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای کاملاً مخالفم (=۱)، مخالفم (=۲)، نسبتاً مخالفم (=۳)، احساسی ندارم (=۴)، نسبتاً موافقم (=۵)، موافقم (=۶) و کاملاً موافقم (=۷) اختصاص داده شده است. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۲۹ و ۲۰۳ است. پایایی این پرسشنامه توسط فالمن و همکاران (۲۰۰۹) به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است و روایی صوری و محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پرسشنامه مذکور برای اولین بار در ایران استفاده شد که پس از ترجمه و انطباق‌یابی تعیین اعتبار صوری و محتوایی آن توسط ۱۲ نفر از اساتید متخصص در رشته‌های روانشناسی و کودکان استثنایی ضریب پایایی این پرسشنامه ارزیابی گردید که نتایج حاکی نشان داد که از لحاظ آماری در رده عالی و قابل اعتماد قرار می‌گیرد. همچنین نتایج حاصل از پایایی بر اساس روش آلفای کرونباخ برای سوالات احساس خستگی ۰/۸۹ محاسبه شد که حاکی از پایایی قابل قبول آن است (جوادی‌پور و همکاران، ۲۰۱۴).

۲- **پرسشنامه احساس شکست:** پرسشنامه احساس شکست توسط گیلبرت و آلن (۱۹۹۸) تهیه شده است. این پرسشنامه با ۱۶ آیتم احساس شکست را با یک نمره که به معنای احساس شکست در مبارزه و از دست رفتن جایگاه فرد است، اندازه‌گیری می‌کند. هر کدام از سوالات که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (نمره ۱) تا تقریباً همیشه (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۱۶ و ۸۰ است. این مقیاس دارای همسانی درونی بسیار بالا با ضرایب آلفا در هر دو گروه (۰/۹۴ برای زنان و ۰/۹۳ برای مردان)، به علاوه با اطمینان ۰/۹۴ برای دانش‌آموزان ۰/۹۳ در گروه افسرده هست (گیلبرت و آلن، ۱۹۹۸). همچنین در پژوهش ترصفی و همکاران (۲۰۱۵)، ضریب پایایی روش آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۱، در جامعه زنان ۰/۹۱ و مردان ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین همبستگی بالایی بین پرسشنامه‌های ناامیدی و افسردگی بک با پرسشنامه احساس شکست و نیز سه خرده‌مقیاس آن به دست آمد.

۳- **پرسشنامه تاب‌آوری:** پرسشنامه تاب‌آوری مورد استفاده در این پژوهش توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۵ سوال است که سازه‌ی تاب‌آوری را در افراد مختلف می‌سنجد و شامل ۵ مؤلفه تصور از شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی است (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). این پرسشنامه به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم صفر تا کاملاً موافقم ۴ نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره بین صفر تا ۱۰۰ است. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمده است (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). همچنین روایی سازه مقیاس جدید تاب‌آوری بر اساس تحلیل عاملی تأییدی برای هر ده سؤال بار عاملی بین ۴۴ تا ۹۳ درصد بارگذاری شده است که این حاکی از روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای این مقیاس است و همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد (بیگدلی و همکاران، ۲۰۱۳).

ج) معرفی برنامه مداخله‌ای

بسته روان‌درمانی حمایتی: جلسات روان‌درمانی حمایتی (با اقتباس از کتاب راهنمای روان‌درمانی حمایتی وینستون^۲ و همکاران، ۲۰۱۷) به شرح جدول (۱) اجرا شد. به طوری که آزمودنی‌های گروه آزمایش، در هشت جلسه شصت دقیقه‌ای که به مدت ده هفته و هر هفته دو جلسه به طول انجامید، تحت روان‌درمانی حمایتی قرار گرفتند و در همین زمان گروه کنترل هیچ گونه درمانی را دریافت نکردند. جلسات درمانی توسط یک مدرس با مدرک دکتری روانشناسی که سابقه پژوهش در حوزه روان‌درمانی حمایتی و مدارک لازم در این زمینه را داشتند، برگزار شد.

جدول ۱: محتوای جلسات روان‌درمانی حمایتی

جلسه	اهداف	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی افراد با یکدیگر	آشنایی افراد با یکدیگر و درمانگر، بیان هدف تشکیل جلسات در مدت برنامه جلسات و شرایط برنامه، تشویق به بحث گروهی و قوانین گروه، توضیح در مورد بیماری سرطان و اثرات آن بر خانواده، آموزش آرمیدگی از طریق تنفس و آموزش ثبت افکار
دوم	پرورش اتحاد درمانی	آموزش ابراز علاقه، ابراز همدلی، ابراز درک، نظرات تداوم بخش، سبک گفت و شنودی، ترمیم اتحاد نامناسب، آموزش رابطه موقعیت با محرک، فکر، احساس با تمرکز بر احساس، آموزش اطمینان بخشی از طریق رفع سوتفاهم و تردیدهای به وجود آمده و از طریق نشان ساختن توانایی‌ها و پتانسیل بالقوه و ارائه تکلیف

۱. Gilbert & Allen, C

۲. Winston A

سوم	جایگزینی افکار	تحلیل باورهای مخرب، ارائه تکلیف درباره باورهای غیرمنطقی و بیرون کشیدن باورهای غیرمنطقی از افکار خودکار، جایگزینی باور تجدید نظر شونده
چهارم	پرورش ارزش و منزلت	تحسین، اطمینان بخشی، هنجارسازی، همگانی سازی، تشویق، برانگیختن، ایجاد تغییرات موثر در جهت حذف عوامل استرس زا، ارائه راهکار برای تخلیه هیجانی
پنجم	مهارت سازی رفتار انطباقی	توصیه، تدریس و مشاوره، الگوسازی رفتار انطباقی و سازشی
ششم	اضطراب و کاهش آن	سبک گفت و شنودی، در میان گذاشتن دستور کار، ملایم سازی کلامی، نام گذاری مشکل، هنجارسازی، قالب بندی مجدد، توجیه
هفتم	توسعه آگاهی	روشنگری، رویارویی، تفسیر
هشتم	جمع بندی	مرور و جمع بندی مطالب جلسات قبلی، تمرین مهارت های آموزش داده شده، تاکید بر تمرین و به کار گیری آن ها در زندگی روزمره

تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌های گروه روان‌درمانی حمایتی به ترتیب برابر با ۴۴/۷۸ و ۵/۰۹ بود؛ همچنین میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل به ترتیب برابر با ۴۴/۱۱ و ۶/۰۳ است. از لحاظ وضعیت اشتغال نیز در گروه روان‌درمانی حمایتی ۸ نفر خانه دار و ۷ نفر شاغل بودند. در گروه کنترل نیز ۹ نفر خانه دار و ۶ نفر دارای شاغل بودند. از لحاظ وضعیت تحصیلی نیز در گروه روان‌درمانی حمایتی نیز ۸ نفر دیپلم و فوق دیپلم و ۷ نفر دارای لیسانس بودند. در گروه کنترل نیز ۷ نفر دیپلم و فوق دیپلم و ۸ نفر دارای تحصیلات لیسانس بودند.

میانگین و انحراف معیارهای متغیرهای خستگی مزمن، احساس شکست و تاب‌آوری به تفکیک گروه و نوع آزمون در جدول (۲) نشان داده شده است. به طوری که مندرجات جدول (۲) نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات خستگی مزمن و مؤلفه‌های آن و احساس شکست در گروه آزمایش (روان‌درمانی حمایتی) کاهش یافته؛ اما در گروه کنترل تغییر زیادی ایجاد نشده است. همچنین در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات تاب‌آوری در گروه آزمایش (روان‌درمانی حمایتی) افزایش یافته؛ اما در گروه کنترل تغییر زیادی ایجاد نشده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها

متغیرها	مؤلفه	مرحله	گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار)	گروه کنترل میانگین (انحراف معیار)
خستگی مزمن	عدم مشارکت	پیش‌آزمون	۳۵/۸۶ (۱/۸۰)	۳۴/۶۰ (۲/۰۹)
		پس‌آزمون	۳۱/۲۶ (۱/۴۸)	۳۴/۰۶ (۲/۳۴)
	تحریک بالا	پیش‌آزمون	۱۹/۴۰ (۱/۲۴)	۲۰/۳۳ (۱/۷۵)
		پس‌آزمون	۱۶/۶۶ (۱/۷۱)	۲۰/۵۳ (۱/۵۵)
	تحریک پایین	پیش‌آزمون	۲۰/۳۳ (۱/۵۸)	۲۰/۳۰ (۱/۷۱)
		پس‌آزمون	۱۶/۴۰ (۰/۹۸)	۲۰/۶۶ (۱/۶۳)
عدم توجه	پیش‌آزمون	۱۷/۷۳ (۰/۷۰)	۱۷/۳۷ (۰/۶۱)	
	پس‌آزمون	۱۳/۴۶ (۱/۲۴)	۱۷/۲۶ (۰/۸۸)	

		ادراک زمان	پیش آزمون	۲۰/۶۰ (۱/۲۹)	۲۰/۸۰ (۱/۷۴)
			پس آزمون	۱۶/۱۳ (۱/۱۲)	۲۱/۲۶ (۱/۲۲)
		نمره کل	پیش آزمون	۱۱۳/۹۳ (۲/۶۰)	۱۱۳/۴۰ (۴/۰۱)
			پس آزمون	۹۳/۹۳ (۴/۲۳)	۱۱۳/۸۰ (۳/۹۴)
تاب‌آوری	تصور از شایستگی فردی	پیش آزمون	پیش آزمون	۲۷/۵۳ (۲/۸۲)	۲۷/۰۶ (۲/۵۲)
		پس آزمون	پس آزمون	۳۱/۲۶ (۲/۲۵)	۲۷/۶۶ (۲/۸۹)
	تحمل عاطفه منفی	پیش آزمون	پیش آزمون	۲۰/۹۳ (۱/۶۶)	۲۱/۲۰ (۱/۷۴)
		پس آزمون	پس آزمون	۲۳/۸۶ (۳/۴۴)	۲۱/۶۰ (۳/۳۳)
	پذیرش مثبت تغییر	پیش آزمون	پیش آزمون	۱۹/۰۱ (۱/۹۶)	۱۹/۰۶ (۱/۳۸)
		پس آزمون	پس آزمون	۲۱/۲۶ (۲/۳۷)	۱۹/۵۳ (۲/۰۶)
	کنترل	پیش آزمون	پیش آزمون	۹/۳۳ (۱/۱۱)	۸/۹۳ (۱/۰۹)
		پس آزمون	پس آزمون	۱۰/۲۶ (۱/۷۵)	۹/۲۰ (۱/۸۵)
	تأثیرات معنوی	پیش آزمون	پیش آزمون	۴/۲۰ (۰/۸۶)	۴/۸۶ (۱/۵۹)
		پس آزمون	پس آزمون	۶/۳۳ (۱/۳۹)	۴/۷۳ (۱/۴۸)
	نمره کل	پیش آزمون	پیش آزمون	۸۱/۰۱ (۳/۳۱)	۸۱/۱۳ (۳/۲۷)
		پس آزمون	پس آزمون	۹۳/۰۱ (۵/۹۶)	۸۲/۷۳ (۷/۱۳)
احساس شکست	نمره کل	پیش آزمون	پیش آزمون	۴۰/۷۳ (۲/۱۲)	۴۱/۳۳ (۱/۹۵)
		پس آزمون	پس آزمون	۳۹/۰۶ (۲/۱۲)	۴۱/۶۶ (۲/۰۲)

قبل از آزمون تحلیل کواریانس، جهت رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، برای نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالومگروف-اسمیرنوف استفاده شد که یافته‌ها نشان داد، داده‌ها نرمال است ($P > 0.05$). همچنین بر اساس آزمون لوین نشان داد که متغیرهای احساس شکست، تاب‌آوری و خستگی معنی‌دار نیستند و لذا یکسانی واریانس‌ها برقرار است ($P > 0.05$). از سویی پیش‌شرط دیگر خطی بودن همبستگی متغیر پیش‌آزمون و متغیر مستقل است که مقدار F تعامل متغیر مستقل و همپراش در متغیرهای پژوهش معنادار است و می‌توان گفت که همبستگی متغیر همپراش و مستقل رعایت شده است ($P > 0.05$). لذا با توجه به محقق شدن پیش‌فرض‌ها، می‌توان برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

مقدار F محاسبه شده برای مؤلفه‌های عدم مشارکت ($F = 12/26, P < 0.002$)، تحریک بالا ($F = 25/26, P < 0.001$)، تحریک پایین ($F = 70/38, P < 0.001$)، عدم توجه ($F = 78/15, P < 0.001$) و ادراک زمان ($F = 104/03, P < 0.001$) می‌باشد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض روان‌درمانی حمایتی قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش روان‌درمانی حمایتی، بر خستگی مزمن و مؤلفه‌های (عدم مشارکت، تحریک بالا، تحریک پایین، عدم توجه و ادراک زمان) تأثیر دارد و خستگی مزمن را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

همچنین مقدار مقدار F محاسبه شده برای مؤلفه‌های شایستگی فردی ($F = 14/59, P < 0.001$) و تأثیرات معنوی ($F = 6/57, P < 0.01$) معنی‌دار است که بیانگر تفاوت اثر شرایط آزمایش بر متغیر وابسته می‌باشد. ولی در مؤلفه تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و کنترل ($P > 0.05$) است و معنادار نمی‌باشد. در واقع میانگین گروه آزمایش که در معرض روان‌درمانی حمایتی قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری افزایش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی حمایتی، بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های (تصور از شایستگی فردی و تأثیرات معنوی) تأثیر دارد و تاب‌آوری را به طور معناداری افزایش می‌دهد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره متغیره روی نمرات متغیر خستگی مزمن و تاب‌آوری

متغیرها	مؤلفه	مجموع	DF	میانگین	F	P value	اندازه
---------	-------	-------	----	---------	---	---------	--------

اثر		مجذورات		مجذورات				
۰/۳۴	۰/۰۰۲	۱۲/۲۶	۴۸/۲۶	۱	۴۸/۲۶	عدم مشارکت	آزمایش	
۰/۵۲	۰/۰۰۱	۲۵/۲۶	۷۱/۷۶	۱	۷۱/۷۶	تحریک بالا		
۰/۷۴	۰/۰۰۱	۷۰/۳۸	۱۳۰/۷۴	۱	۱۳۰/۷۴	تحریک پایین		
۰/۷۷	۰/۰۰۱	۷۸/۱۵	۹۵/۴۹	۱	۹۵/۴۹	عدم توجه		
۰/۸۱	۰/۰۰۱	۱۰۴/۰۳	۱۶۲/۱۲	۱	۱۶۲/۱۲	ادراک زمان		
-	-	-	-	-	-	-	خطا	خستگی مزمن
-	-	-	۳/۹۳	۲۳	۹۰/۵۴	عدم مشارکت		
-	-	-	۲/۸۴	۲۳	۶۵/۳۲	تحریک بالا		
-	-	-	۱/۸۵	۲۳	۴۲/۷۲	تحریک پایین		
-	-	-	۱/۲۲	۲۳	۲۸/۱۰	عدم توجه		
-	-	-	۱/۵۵	۲۳	۳۵/۸۴	ادراک زمان		
-	-	-	-	۳۰	۳۲۱۸۰/۰۱	عدم مشارکت	کل	
-	-	-	-	۳۰	۱۰۵۶۶/۰۱	تحریک بالا		
-	-	-	-	۳۰	۱۰۴۹۲/۰۱	تحریک پایین		
-	-	-	-	۳۰	۷۲۲۵/۰۱	عدم توجه		
-	-	-	-	۳۰	۱۰۷۲۷/۰۱	ادراک زمان		
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۱۴/۵۹	۵۶/۸۶	۱	۵۶/۸۶	شایستگی فردی	آزمایش	
۰/۱۳	۰/۰۰۷	۳/۵۷	۴۲/۸۰	۱	۴۲/۸۰	تحمل عاطفه منفی		
۰/۰۸	۰/۱۴	۲/۲۵	۱۱/۰۳	۱	۱۱/۰۳	پذیرش مثبت تغییر		
۰/۰۷	۰/۲۰	۱/۷۳	۵/۱۹	۱	۵/۱۹	کنترل		
۰/۲۲	۰/۰۱	۶/۵۷	۱۵/۳۱	۱	۱۵/۳۱	تأثیرات معنوی		
-	-	-	-	-	-	-	خطا	تاب‌آوری
-	-	-	۳/۸۹	۲۳	۸۹/۶۰	شایستگی فردی		
-	-	-	۱۱/۹۸	۲۳	۲۷۵/۵۹	تحمل عاطفه منفی		
-	-	-	۴/۸۸	۲۳	۱۱۲/۳۶	پذیرش مثبت تغییر		
-	-	-	۲/۹۹	۲۳	۶۸/۹۷	کنترل		
-	-	-	۲/۳۲	۲۳	۵۳/۵۷	تأثیرات معنوی		
-	-	-	-	۳۰	۲۶۳۳۴/۰۱	شایستگی فردی	کل	
-	-	-	-	۳۰	۱۵۸۶۴/۰۱	تحمل عاطفه منفی		
-	-	-	-	۳۰	۱۲۶۴۶/۰۱	پذیرش مثبت تغییر		

-	-	-	-	۳۰	۲۹۴۲/۰۱	کنترل		
-	-	-	-	۳۰	۹۹۶/۰۱	تأثیرات معنوی		
-	-	-	-					

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول (۴)، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد ($F=11/12$ ، $P<0/002$). به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی حمایتی، بر احساس شکست مادران کودکان مبتلا به سرطان خون تأثیر دارد و آن را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره روی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر احساس شکست

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۳/۸۲	۱	۳/۸۲	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۰۰۱
گروه	۴۹/۵۶	۱	۴۹/۵۶	۱۱/۱۲	۰/۰۰۲	۰/۲۹
خطا	۱۲۰/۲۶	۲۷	۴/۴۵			
کل	۴۹۰۵۵/۰۱	۳۰				

بحث و نتیجه‌گیری :

هدف پژوهش حاضر اثر بخشی روان‌درمانی حمایتی بر خستگی مزمن، احساس شکست و تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به سرطان خون بود. یافته پژوهش نشان داد که روان‌درمانی حمایتی بر کاهش خستگی مزمن مادران تأثیر دارد. در واقع روان‌درمانی حمایتی باعث کاهش خستگی مزمن در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های مقتدر و همکاران (۲۰۱۶) و ریاحی و همکاران (۲۰۱۱) مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هدف روان‌درمانی حمایتی تغییر ناخودآگاه فرد نیست؛ بلکه هدف برای مراجع، ارزیابی «خود» در هر جلسه درمان است، تا او به آگاهی و بینش لازم برسد. در واقع در این روش درمانی، تمرکز بر بهبود یا افزایش اعتماد به نفس، مهارت‌های سازشی و شناسایی رفتارهای نادرست از طریق تبیین الگوهای بین فردی می‌باشد. در این برنامه نیاز افراد گروه به حمایت و توجه، با همدلی، احترام، اطمینان بخشی و توجه بدون قید و شرط از سوی درمانگر برآورده شد. همچنین تکیه بر حفظ اسرار، فضایی را برای مادران فراهم شد تا احساس امنیت نموده و بر ترس خود چیره شدند و مسایل خود را با اطمینان بازگو نمایند. این شیوه، راه تخلیه هیجانی و نیز آموزش و آگاه‌سازی را تسهیل می‌کند و باعث کاهش خستگی مزمن در مادران می‌شود (ریاحی و همکاران، ۲۰۱۱). در واقع حمایت اجتماعی به میزان برخوردارگی از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. این حمایت فقط یکی از چندین عنصر درمانی است که بکار می‌رود و مکانیزم اصلی درمان حساب نمی‌شود. توجه به سرمنشاء واژه حمایت به ما در فهم درست این شیوه درمانی کمک می‌کند. در واقع درمانگر، بیمار را حمل می‌کند، او را یاری می‌کند تا بالا بیاید، نگاهش می‌دارد و او را از افتادن یا غرق شدن حفظ می‌کند (وردی و همکاران، ۲۰۳۳). این بدان معنا است که برخی بیماران آنچنان اسیر شرایط روانی خود شده‌اند که نیازمند نوعی کمک روانی برای بقای خویش هستند. به بیانی دیگر، حمایت، فرآیند تعامل اجتماعی است. این تعامل نخست با برقراری ارتباط همدلانه و ایجاد یک شبکه ایمنی برای سامانه مددجو پدید می‌آید و سپس براساس معنی خاصی که از بیماری و درمان برای وی صورت می‌گیرد، توانمندی لازم را در زمینه‌های مختلف جسمی، روحی- روانی و اجتماعی کسب می‌نماید. در واقع این حمایت می‌تواند میزان خستگی را در مادران کمتر کند (مقتدر و همکاران، ۲۰۱۶).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که روان‌درمانی حمایتی بر کاهش احساس شکست مادران تأثیر دارد. در واقع روان‌درمانی حمایتی باعث کاهش احساس شکست در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های ترکمن (۲۰۱۱) و کاوه و همکاران (۲۰۱۷) مطابقت دارد. روان‌درمانی حمایتی در خصوص آن گروه از بیماران روانی به کار می‌رود که هم به لحاظ عاطفی و هم به لحاظ روابط انسانی دچار مشکل جدی هستند و امید نمی‌رود که بهبودی اساسی یابند. این

گروه صرفاً به دلیل ناتوانی های خود بدون دریافت کمک بیرونی قادر نیستند به راحتی زندگی را ادامه دهند. تحمل استرس های زندگی را ندارند و گاهی حتی برای چیزهای بسیار ساده و پیش پا افتاده توقع کمک دارند. دوستان و بستگانی که بتوانند منبع حمایت عاطفی باشند یا در دسترس نیستند و یا نمی توانند از عهده نیازهای فراوان بیمار برآیند. در واقع روان‌درمانی حمایتی که به منظور کمک به بیماران در جریان بحران های ناشی از مسایل اجتماعی یا بیماری جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین به منظور رفع ناراحتی های ناشی از بیماری روانی و جسمی طولانی یا نقص های فیزیکی بکار برده می‌شود و می‌تواند میزان احساسات شکست در این مادرانی که دارای کودک مشکل‌دار هستند، کاهش دهد (ترکمن، ۲۰۱۱). در واقع حمایت‌های روان‌شناختی از مادرانی که دارای کودک سرطانی هستند، می‌تواند تا حدودی میزان احساسات شکست را در آن‌ها بهبود بخشد و از آنجایی روان‌درمانی حمایتی نقش مهم حمایت را بر مادران دارد و افراد نزدیک می‌توانند در این زمینه حمایت‌های لازم را ارائه دهند؛ بنابراین روان‌درمانی حمایتی به عنوان درمان روان‌شناختی نقش مهمی در کاهش شکست در مادران دارد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که روان‌درمانی حمایتی بر افزایش تاب‌آوری مادران تأثیر دارد. در واقع روان‌درمانی حمایتی باعث افزایش تاب‌آوری در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاوه و همکاران (۲۰۱۷) و قمی و خدادای سنگده (۲۰۱۶) مطابقت دارد. خانواده‌های کودکان مبتلا به سرطان به علت مراقبت طولانی مدت از بیماران و تحمل فشارهای روانی فراوان، افراد آسیب‌پذیر و نیازمند توجه هستند. به علت غیرقابل پیش‌بینی بودن طبیعت بیماری، فعالیت‌های خانواده‌های و مادران این کودکان قابل برنامه‌ریزی نیست و مادران آنان اغلب اوقات به دلیل محدودیت شرکت فرزندان در زندگی، احساس فشار می‌کنند (کاوه و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به مشکلات و مسائل مختلف این بیماران و درگیری خانواده‌های آنان با چالش‌های فراوان، یکی از جنبه‌های بهبود روند درمانی پس از تشخیص و شروع مصرف دارو، ارائه خدمات آموزشی-حمایتی به بیماران و سپس به مراقبان و خانواده‌های آنان، با هدف بالا بردن سطح آگاهی خانواده‌ها و مراقبان نسبت به بیماری و موقعیت بیمارانشان، افزایش مهارت‌های اجتماعی برای ارتباطات مؤثرتر با بیماران، پذیرش بیماری، تخلیه هیجانی و ابراز احساسات، توجه به خود، تقویت جنبه‌های خوشبینانه و ابعاد معنوی در خود است و در این زمینه روان‌درمانی حمایتی با توجه به داشتن جنبه‌های حمایت‌گراانه از مادران می‌تواند میزان تاب‌آوری را در آن‌ها بهبود بخشد (قمی و خدادای سنگده، ۲۰۱۶).

بر اساس یافته پژوهش و با توجه به وضعیت خستگی مزمن و احساس شکست مادران دارای فرزند سرطانی پیشنهاد می‌شود که نهادهای مسئول شرایط مداخله‌های روان‌شناختی رایگان از جمله افزایش روان‌درمانی حمایتی همراه با حمایت‌های اقتصادی، آموزشی، فرهنگی مناسب را برای این خانواده‌ها فراهم آورند تا والدین کودک سرطانی در ادراک وضعیت اجتماعی خود، ارزیابی مثبتی داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی تعداد مادران بیشتر و مدت زمان طولانی‌تری برای مداخله در نظر گرفته شود و پیگیری نیز انجام شود تا اثرات درمان مبتنی بر شفقت در بلندمدت مشخص گردد. این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که یافته‌های پژوهش بر اساس مقیاس نگرش‌سنجی بود و ممکن است به دلایلی ناخودآگاه شرکت‌کنندگان در پژوهش از پاسخ دادن طفره روند و این ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره بیندازد. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی مادران کودکان مبتلا به سرطان خون انجام شده است؛ لذا در تعمیم نتایج به مادران سایر بیماران باید احتیاط نمود.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه ارومیه می‌باشد. همچنین مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه ارومیه مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۰۶ به کد اخلاق شماره IR.IAU.URMIA.REC.1399.020 می‌باشد.

حامی مالی: اعتبار برای مطالعه گزارش شده، از منابع شخصی تأمین شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقاله برعهده داشتند.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچگونه تضاد منافع نداشته است و نتایج به صورت شفاف بیان شده است.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران از کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

-Afsari S, Zahraei SH, Khodabakhsh Pirkalani R. (2020). Prediction of Chronic Fatigue Syndrome in mothers of children with cancer based on empathy and experienced guilt. *Empowering Exceptional Children*, 11(1): 17-27. [Persian] <https://doi.org/10.22034/ceciranj.2020.220515.1337>

- Aldao A, Nolen-Hoksema S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behavior research and therapy*, 48: 974-983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Avci IA, Okanli A, Karabulutlu E, Bilgili N. (2009). Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(4):299-303. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.03.011>
- Bajjani-Gebara J, Hinds P, Insel K, Reed P, Moore K, Badger T. (2019). Well-being, self-transcendence, and resilience of parental caregivers of children in active cancer treatment: where do we go from here? *Cancer nursing*, 42(5): E41-E52. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000662>
- Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. The Relation of Attachment Styles, Emotion Regulation, and Resilience to Well-being among Students of Medical Sciences . *Iranian Journal of Medical Education* 2013; 13 (9) :721-729 URL: <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-2694-en.html>
- Bonfils, K. A., Minor, K. S., Leonhardt, B. L., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognitive self-reflectivity moderates the relationship between distress tolerance and empathy in schizophrenia. *Psychiatry research*, 265, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.042>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>.
- Fahlman SA, Mercer KB, Gaskovski P, Eastwood AE, Eastwood JD. (2009). Does a lack of life meaning cause boredom? Results from psychometric, longitudinal, and experimental analyses. *Journal Society Clinical Psychology*, 28(3): 307-340.
- Fernanda Cal S, Ribeiro de Sa L, Glustak ME, Santiago MB. (2015). A systematic review. *Cogent Psychology*, 2(1024928): 1-9. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2009.28.3.307>
- Fisher, R., Puztai, L., & Swanton, C. (2013). Cancer heterogeneity: implications for targeted therapeutics. *British journal of cancer*, 108(3), 479–485. <https://doi.org/10.1038/bjc.2012.581>
- Ghomi M, Khodadadeh Sangadeh J. The Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Increasing Hopes of Mothers of Children with Cancer. *Socialworkmag* 2016; 5 (3):14-22 <http://socialworkmag.ir/article-1-161-fa.html>
- Gilbert P, Allen S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological medicine*, 28(3): 585-598 . <http://dx.doi.org/10.1037/a0022935>
- Gudmundsdottir, E., Schirren, M., & Boman, K. K. (2011). Psychological resilience and long-term distress in Swedish and Icelandic parents' adjustment to childhood cancer. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 50(3), 373–380. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.489572>
- Howlader N, Noone A, Krapcho M, Garshell J, Neyman N, Altekruse SF, et al. (2013). Previous Version: SEER cancer statistics review, 1975–2010. *Natl. Cancer Inst*, 21:12. https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2012/
- Hunger SP, Teachey DT, Grupp S, Aplenc R. (2020). Childhood leukemia. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Kastan MB, Doroshow JH, Tepper JE, editors. *Abeloff's Clinical Oncology*. Philadelphia: Elsevier, pp. 1748-1764.e4 .
- Javadpour F, keshavarzi S, choobineh A, aghabeigi M. Validity and reliability Of Occupational Fatigue/Exhaustion Recovery scale (OFER-15) among Iranian working population. *ioh* 2014; 11 (6) :75-83 URL: <http://ioh.iuums.ac.ir/article-1-1308-en.html>
- Kangas M, Milross C, Bryant RA. (2014). A brief, early cognitive-behavioral program for cancer-related PTSD, anxiety, and comorbid depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4): 416-31 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.002>
- Kaveh H, Fekri A, Fekri A, Karimi F. (2017). The effect of group supportive psychotherapy on life expectancy and psychological adjustment of mothers of children with cancer. 2nd International Congress of Humanities, Cultural Studies, Tehran, 45-78. [Persian]
- Khanna R. (2010). *Burden of Care and Health-Related Quality of Life among Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder*. USA: West Virginia University Libraries.
- Khazaeli K, Khazaeli Z, Jalili N, Gharebaghy S. Effect of Maternal Depression on the Participation of Children With Leukemia in Life Activities. *jrehab* 2021; 22 (2) :182-195 <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2822-en.html>
- Klika R, Tamburini A, Galanti G, Mascherini G, Stefani L. (2018). The role of exercise in pediatric and adolescent cancers: A review of assessments and suggestions for clinical implementation. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 3(1): 7 . <https://doi.org/10.3390/jfmk3010007>

- Koumariou A, Symeonidi AE, Kattamis A, Linardatou K, Chrousos GP, & Darviri C. (2021). A review of psychosocial interventions targeting families of children with cancer. *Palliative & Supportive Care*, 19(1): 103- 118. <https://doi.org/10.1017/s1478951520000449>
- Majmudar, I. K., Engel, L., Muscara, F., Stevenson, C., McCarthy, M., Anderson, V., & Mihalopoulos, C. (2020). Exploring health state utility values of parents of children with a serious illness. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 29(7), 1947–1959. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02466-w>
- Meacham, C. E., & Morrison, S. J. (2013). Tumour heterogeneity and cancer cell plasticity. *Nature*, 501(7467), 328–337. <https://doi.org/10.1038/nature12624>.
- Moghtader L, Akbari B, Haghgoo Siahgurbani M. The Effect Of Group Supportive And Training Psychotherapy On Anxiety, Depression, Stress And Quality Of Life In Mothers Of Children With Autism Spectrum Disorders. *Studies In Medical Sciences* 2016; 27 (2) :167-177 <http://Umj.Umsu.Ac.Ir/Article-1-3383-En.Html>
- Mohammadzadeh M, jahandari P. The Relationship of Resilience and Emotional Regulation with Life Expectancy among Soldiers. *MCS* 2019; 6 (3) :198-206. <http://mcs.ajaums.ac.ir/article-1-262-en.html>
- Parikh, D., De Ieso, P., Garvey, G., Thachil, T., Ramamoorthi, R., Penniment, M., & Jayaraj, R. (2015). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in breast cancer patients--a systematic review. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 16(2), 641–646. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.2.641>
- Riahi, F., Khajeddin, N., Izadi Mazidi, S., Eshrat, T., & Naghdi Nasab, L. (2012). The Effect of Supportive and Cognitive-Behavior Group Therapy on Mental Health and Irrational Beliefs of Mothers of Autistic Children. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 10(6), 637-645. [doi: 10.22118/jsmj.2012.55124j](https://doi.org/10.22118/jsmj.2012.55124j)
- Rosenberg AR, Wolfe J, Bradford MC, Shaffer ML, Yi-Frazier JP, Curtis JR, Syrjala KL, Baker KS. (2013). Resilience and Psychosocial Outcomes in Parents of Children With Cancer. *Pediatr Blood Cancer*, 61: 552–557. <https://doi.org/10.1002/pbc.24854>
- Sadock BJ, Sadock VA. (2009). *Comprehensive Text Book of Psychiatry*, 9th Edition Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkin.
- Schweitzer, R., Griffiths, M., & Yates, P. (2012). Parental experience of childhood cancer using Interpretative Phenomenological Analysis. *Psychology & health*, 27(6), 704–720. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.622379>
- Steliarova-Foucher, E., Colombet, M., Ries, L. A. G., Moreno, F., Dolya, A., Bray, F., Hesselting, P., Shin, H. Y., Stiller, C. A., & IICC-3 contributors (2017). International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *The Lancet. Oncology*, 18(6), 719–731. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30186-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30186-9)
- Swallow VM, Jacoby A. (2010). Mothers' evolving relationships with doctors and nurses during the chronic childhood illness trajectory. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6): 755–764.
- Isabel Tan, X. W., Mordiffi, S. Z., Lopez, V., & Leong, K. (2020). Psychological Distress in Parents of Children with Cancer: A Descriptive Correlational Study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 8(1), 94–102. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_46_20
- Taylor PJ. (2010). The role of defeat and entrapment in suicide. Unpublished doctoral dissertation, University of Manchester Manchester, England.
- Turkman M. (2011). Comparison of the effectiveness of group optimism training and group supportive psychotherapy on depression, anxiety and quality of life in women with breast cancer. Master Thesis, Allameh Tabatabai University, Faculty of Psychology and Educational Sciences.
- Verdeli H, Cougherty K, Bolton P, Specimen L, Ndogoni L, Bass J, Neugebauer R, Weissman MM. (2003). Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country Experience in rural Uganda. *World Psychiatry*, 2: 114-120. <https://doi.org/10.1080%2F10503307.2019.1587192>
- Williamson, A., Lombardi, D. A., Folkard, S., Stutts, J., Courtney, T. K., & Connor, J. L. (2011). The link between fatigue and safety. *Accident; analysis and prevention*, 43(2), 498–515. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2009.11.011>
- Winston A, Rosenthal R, Pinsker H. (2017). Learning Supportive Psychotherapy. Available at: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781615370962>.

