Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2023; Vol 8(3), winter, pp 47 - 63

The effectiveness of supportive psychotherapy on chronic fatigue, failure and resilience in mothers of children with leukemia

Shadi Valizadeh[1], Ali Khademi[2*], Majid mahmodalilo[3], Azim Mehrvar[4]

1. PhD student in Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran
3. Professor of Psychology, Tabriz University
4. Associate Professor, Army Medical Sciences, Mahak Hospital, Tehran, Iran

*** Corresponding Author:** Ali Khademi, **Email:** ali.khademi56@yahoo.com, **Tel:** 09141016425

Received: 11 January 2023 **Accepted:** 28 January 2023

Abstract

Background & Aim: 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 child with leukemia.

Material & Methods: 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 were 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. were placed in the control group. Fatigue questionnaires of Falman et al., Gilbert and Allen's sense of failure, and Connor and Davidson's resilience 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 at a significance level of $P<0.01$.

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 ($P<0.05$). In fact, supportive psychotherapy reduces chronic fatigue and feelings of failure and increases their resilience.

Conclusion: 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.

Keywords: Psychotherapy, fatigue, feeling of failure, resilience, cancer.

How to cite this article: Valizadeh SH, Khademi A, mahmodalilo M, Mehrvar A. The effectiveness of supportive psychotherapy on chronic fatigue, failure and resilience in mothers of children with leukemia. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2022; Vol 8(3), winter, pp 47 – 63. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-521-fa.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

بررسی تأثیر روان‌درمانی بر خستگی، احساس شکست و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به سرطان خون

شادی ولی زاده[1]، علی خادمی*[2]، مجید محمود علیلو[3]، عظیم مهرور[4]

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

۲. دانشیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۳. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

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

* نویسنده مسئول: علی خادمی، ایمیل: ali.khademi56@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۴۱۰۱۶۴۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۱ **تاریخ پذیرش:**۱۴۰۱/۱۱/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: مادران در مراقبت از کودک 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 با هدف تعیین تأثیر روان‌درمانی حمایتی بر خستگی، احساس شکست و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به سرطان خون انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به شیوه نیمه تجربی و از نوع طرح پیش‌آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان خون استان تهران در سال ۱۳۹۹ مراجعه‌کننده 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، احساس شکست گیلبرت و آلن و تاب‌آوری کانر و دیویدسون 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 کوواریانس تک متغیره و چندمتغیری از طریق نرم‌افزار SPSS.21 در سطح معناداری P<۰/۰۱ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که رواندرمانی حمایتی بر خستگی، احساس شکست و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به سرطان خون تأثیر دارد (P<۰/۰۵). در واقع رواندرمانی حمایتی باعث کاهش خستگی مزمن و احساس شکست شده و میزان تاب-آوری 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 مادران داری کودک مبتلا به سرطان می‌گردد و می‌توان از آن به عنوان روشی کارآمد بهره برد.

واژه‌های کلیدی: روان درمانی، خستگی ، احساس شکست، تاب‌آوری، سرطان.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

تشخیص بیماری سرطان می‌تواند استرس‌های روانشناختی قابل توجهی برای فرد و خانواده‌اش ایجاد کند (۱). متأسفانه علی‌رغم این پیشرفت‌ها در زمینه تشخیص سرطان، میزان بروز سرطان خون در کودکان از سال ۱۹۸۰ در جهان رو به افزایش بوده (۲، ۳ و ۴). 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، درصد کلی تغییر برای لوسمی حاد لنفوبلاستیک ۳۳ درصد و برای لوسمی میلوئید حاد ۴۲ درصد تخمین زده شد (۵). 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 (۶). سرطان دوران کودکی شامل مجموعه‌ای از تومورهای خوش‌خیم و بدخیم است که ناشی از اختلال رشد و تکامل سلولی می‌باشد (۷). 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 (۸). 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 (۶). 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 (۹). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مادران و پدران کودکان نجات‌یافته از سرطان به‌طور معناداری سطح بالاتری از نشانگان استرس را در مقایسه با والدین کودکان سالم نشان می‌دهند (۱۰، ۱۱). 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 (۱۲)؛ 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[1]، احساس شکست در زندگی و تاب‌آوری[2] پایین منجر شود (۱۳ و ۱۴).

خستگی به وسیله کمبود معنا یا هدف در زندگی ایجاد می‌شود (۱۵) و هنگامی که فردی در فعالیت‌هایی که برای او با ارزش نیست، شرکت داده می‌شود، خستگی را برای او به دنبال می‌آورد (۱۶). خستگی یک احساس طاقت‌فرسایی از فرسودگی و کمبود انرژی است که انجام هرگونه فعالیت

1 Tiredness
2 Resilience

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

فیزیکی و شناختی را مختل می‌نماید (۱۷). 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 (۱۸).

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 تأثیرگزاری کمتر راهبردهای کنارآمدن گردد و به صورت احساس منفی درباره آینده است (۱۹). احساس شکست در زندگی ابتدا باعث ناامیدی شده؛ بعد از آن دو وضعیت پیش می‌آید که در آن‌ها یا وی می‌تواند درصدد جبران آن برآمده و از نو شروع کند و یا اینکه به سمت افسردگی می‌رود و مشکلات روانشناختی دیگری به وجود می‌آید (۲۰). به طوری که کاهش احساس شکست در دوران تجارب مربوط به سرطان در کودکان می‌تواند، مشکلات روانشناختی را در مادران تسهیل نماید (۲۱). Tan و همکاران (۲۲) 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. Bajjani-Gebara و همکاران (۲۳) در مطالعه دیگری نشان دادند که والدین کودکان مبتلاء 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 می پردازد که فرد علیرغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند (۲۴). در پژوهشی Gudmundsdottir و همکاران (۲۵) دریافتند که تاب‌آوری والدین در رابطه با رنجی که از سرطان متحمل شدند، از نظر میزان تاب‌آوری خانواده متفاوت است. در تحقیق دیگری Rosenberg و همکاران (۲۶) 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.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

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 طبیعتا غم و اندوه و افسردگی را به دنبال دارد (۲۷). از سویی تاب آوری می‌تواند فرآیند بیماری و در نهایت، منجر شدن به سلامت را تحت تاثیر قرار دهد و سلامت ذهنی، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را بهبود بخشد (۲۸). 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 بر اساس نظریه روانکاوی و بر اساس رویکرد Viniston 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 علایم، استراحت برای خارج کردن بیمار از تحریکات مفرط و یا بستری کردن برای ارائه محیط درمانی ساختاریافته، محافظت و کنترل بیمار به کار می‌رود (۲۹). 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 تاکید می‌شود تا رویدادهای درون روانی و بخصوص به تاثیرات محیط استرس‌زا و روابط بین فردی بر روی خودِ به شدت آسیب دیده توجه می‌شود (۳۰). 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 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

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

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 (۳۱) در پژوهشی تحت عنوان تأثیر رواندرمانی حمایتی گروهی بر امید به زندگی و سازگاری روانشناختی مادران کودکان سرطانی انجام دادند. نتایج نشان داد که روان‌درمانی حمایتی گروهی بر افزایش امیدواری مادران کودکان سرطانی موثر بوده است. همچنین این درمان بر سازگاری روانشناختی و ابعاد آن شامل سازگاری در خانه، سازگاری اجتماعی، عاطفی وسازگای بهداشتی موثر بوده است. با این حال این درمان بر سازگاری شغلی مادران دارای کودک سرطانی اثر نداشت. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که می‌توان از روان‌درمانی حمایتی گروهی برای ارتقای سازگاری و امیدواری مادران دارای فرزند سرطانی بهره برد (۳۱). ترکمن (۳۲) در پژوهش دیگری نشان داد که روان درمانی حمایتی باعث کاهش احساس شکست در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌شود. همچنین قمی و خدادای سنگده (۳۳) در مطالعه دیگری نشان داد که رواندرمانی می‌تواند بر امیداوری مادران دارای کودک سرطانی تأثیر داشته باشد و بررسی مطالعات در این زمینه نشان داد که هیچ‌کدام از آن‌ها به بررسی رواندرمانی حمایتی بر روی سه متغیر خستگی، احساس شکست و تاب-آوری 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 قابل‌توجهی 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

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

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 ذکرشده 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 تعیین تأثیر روان درمانی بر خستگی، احساس شکست و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به سرطان خون انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی (پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه موردمطالعه مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان خون در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ مراجعه‌کننده 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. 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 رضایت‌نامه و داشتن کد اخلاق برای شرکت در پژوهش، اطلاع‌رسانی راجع به رعایت اصول رازداری و اطمینان دهی راجع به دردسترس 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، پیش آزمون 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. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه احساس خستگی: پرسشنامه چندبعدی خستگی روانی توسط Fahlman و همکاران (۱۵) در سال ۲۰۱۳ طراحی شد که اولین و تنها مقیاس کامل اندازه‌گیری حالت خستگی است. این فرم ۲۹ عبارت دارد و دارای ۵ خرده آزمون است که عبارتند از عدم مشارکت (۱۰ سوال)، تحریک بالا (۵ سوال)، تحریک پایین (۵ سوال)، عدم توجه (۴سوال) و ادراک زمان (۵ سوال). برای نمره‌گذاری به هر سوال امتیازاتی به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای کاملا مخالفم

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

(=۱)، مخالفم (=۲)، نسبتا مخالفم (=۳)، احساسی ندارم (=۴)، نسبتا موافقم (=۵)، موافقم (=۶) و کاملاً موافقم (=۷) اختصاص داده شده است. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۲۹ و ۲۰۳ است. 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 قابل‌اعتماد 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 (۳۴).

۲- پرسشنامه احساس شکست: پرسشنامه احساس شکست توسط Gilbert و Allen تهیه شده است (۳۵). 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. هرکدام 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 دانش آموزان ۰/۹۳ در گروه افسرده هست (۳۵).

۳-پرسشنامه تاب‌آوری: پرسشنامه تاب‌آوری مورد استفاده در این پژوهش توسط کونور و دیویدسون (۳۶) 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 (۳۶). 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 (۳۶). 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 (۳۷).

مداخله رواندرمانی حمایتی: بسته رواندرمانی حمایتی: جلسات روان‌درمانی حمایتی با اقتباس از کتاب راهنمای روان درمانی حمایتی وینستون و همکاران (۳۸) به شرح جدول شماره ۱ اجرا شد. به طوری که آزمودنی‌های گروه آزمایش، در هشت جلسه شصت‌دقیقه‌ای که به مدت ده هفته و هر هفته دو جلسه به طول انجامید، تحت رواندرمانی حمایتی قرار گرفتند و در همین زمان گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکردند. جلسات درمانی توسط یک

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مدرس با مدرک دکتری روانشناسی که سابقه پژوهش در حوزه رواندرمانی حمایتی و مدارک لازم در این زمینه را داشتند، برگزار شد.

جدول شماره 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 توانایی ها و پتانسیل بالقوه و ارائه تکلیف
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 اگاهی	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 چندمتغیری انجام شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌های گروه روان درمانی 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 روان درمانی 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 روان درمانی 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 شماره ۲ نشان داده شده است. به طوری که مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

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

قبل از آزمون تحلیل کواریانس، جهت رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، برای نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگروف- اسمیرنوف استفاده شد که یافته‌ها نشان داد، داده‌ها نرمال است ($P>0/05$). همچنین بر اساس آزمون

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

لوین نشان داد که متغیرهای احساس شکست، تاب‌آوری و خستگی معنی‌دار نیستند و لذا یکسانی واریانس‌ها برقرار است (P>۰/۰۵). 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>۰/۰۵). لذا با توجه به محقق شدن پیش‌فرض‌ها، می‌توان برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

مقدار F محاسبه شده برای مؤلفه‌های عدم مشارکت (P<۰/۰۰۲، F=۱۲/۲۶)، تحریک بالا (P<۰/۰۰۱، F=۲۵/۲۶)، تحریک پایین (P<۰/۰۰۱، F=۷۰/۳۸)، عدم توجه (P<۰/۰۰۱، F=۷۸/۱۵) و ادراک زمان (P<۰/۰۰۱، F=۱۰۴/۰۳) می‌باشد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض روان‌درمانی حمایتی قرارگرفته‌اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است. ازاین‌رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش روان درمانی 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 F محاسبه‌شده برای مؤلفه‌های شایستگی فردی (P<۰/۰۰۱، F=۱۴/۵۹) و تأثیرات معنوی (P<۰/۰۱، F=۶/۵۷) معنی‌دار است که بیانگر تفاوت اثر شرایط آزمایش بر متغیر وابسته می‌باشد. ولی در مؤلفه تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و کنترل (P>۰/۰۵) است و معنادار نمی‌باشد. در واقع میانگین گروه آزمایش که در معرض روان‌درمانی حمایتی قرار گرفته‌اند، به‌طور 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 شماره ۳: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره متغیره روی نمرات متغیر خستگی مزمن و تاب‌آوری

متغیرها		مؤلفه	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	P value	اندازه اثر
خستگی مزمن	آزمایش	عدم مشارکت	۴۸/۲۶	۱	۴۸/۲۶	۱۲/۲۶	۰/۰۰۲	۰/۳۴
		تحریک بالا	۷۱/۷۶	۱	۷۱/۷۶	۲۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲
		تحریک پایین	۱۳۰/۷۴	۱	۱۳۰/۷۴	۷۰/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴
		عدم توجه	۹۵/۴۹	۱	۹۵/۴۹	۷۸/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷
		ادراک زمان	۱۶۲/۱۲	۱	۱۶۲/۱۲	۱۰۴/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	عدم مشارکت	۹۰/۵۴	۲۳	۳/۹۳	–	–	–
		تحریک بالا	۶۵/۳۲	۲۳	۲/۸۴	–	–	–
		تحریک پایین	۴۲/۷۲	۲۳	۱/۸۵	–	–	–
		عدم توجه	۲۸/۱۰	۲۳	۱/۲۲	–	–	–
		ادراک زمان	۳۵/۸۴	۲۳	۱/۵۵	–	–	–

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

		عدم مشارکت	۳۲۱۸۰/۰۱	۳۰	–	–	–	–
		تحریک بالا	۱۰۵۶۶/۰۱	۳۰	–	–	–	–
	کل	تحریک پایین	۱۰۴۹۲/۰۱	۳۰	–	–	–	–
		عدم توجه	۷۲۲۵/۰۱	۳۰	–	–	–	–
		ادراک زمان	۱۰۷۲۷/۰۱	۳۰	–	–	–	–
		شایستگی فردی	۵۶/۸۶	۱	۵۶/۸۶	۱۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸
		تحمل عاطفه منفی	۴۲/۸۰	۱	۴۲/۸۰	۳/۵۷	۰/۰۷	۰/۱۳
	آزمایش	پذیرش مثبت تغییر	۱۱/۰۳	۱	۱۱/۰۳	۲/۲۵	۰/۱۴	۰/۰۸
		کنترل	۵/۱۹	۱	۵/۱۹	۱/۷۳	۰/۲۰	۰/۰۷
		تأثیرات معنوی	۱۵/۳۱	۱	۱۵/۳۱	۶/۵۷	۰/۰۱	۰/۲۲
		شایستگی فردی	۸۹/۶۰	۲۳	۳/۸۹	–	–	–
		تحمل عاطفه منفی	۲۷۵/۵۹	۲۳	۱۱/۹۸	–	–	–
تاب‌آوری	خطا	پذیرش مثبت تغییر	۱۱۲/۳۶	۲۳	۴/۸۸	–	–	–
		کنترل	۶۸/۹۷	۲۳	۲/۹۹	–	–	–
		تأثیرات معنوی	۵۳/۵۷	۲۳	۲/۳۲	–	–	–
		شایستگی فردی	۲۶۳۳۴/۰۱	۳۰	–	–	–	–
		تحمل عاطفه منفی	۱۵۸۶۴/۰۱	۳۰	–	–	–	–
	کل	پذیرش مثبت تغییر	۱۲۶۴۶/۰۱	۳۰	–	–	–	–
		کنترل	۲۹۴۲/۰۱	۳۰	–	–	–	–
		تأثیرات معنوی	۹۹۶/۰۱	۳۰	–	–	–	–

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۴، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی-های گروه وجود دارد (F=۱۱/۱۲، P<۰/۰۰۲). به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش قرارگرفته‌اند، به‌طور چشمگیری کاهش داشته است. ازاین‌رو می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی حمایتی، بر احساس شکست مادران کودکان مبتلا به سرطان خون تأثیر دارد و آن را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد.

جدول شماره 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

هدف پژوهش حاضر اثربخشی رواندرمانی حمایتی بر خستگی مزمن، احساس شکست و تاب‌آوری در مادران

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

کودکان مبتلا به سرطان خون بود. یافته پژوهش نشان داد که روان درمانی حمایتی بر کاهش خستگی مزمن مادران تأثیر دارد. در واقع روان درمانی حمایتی باعث کاهش خستگی مزمن در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های مقتدر و همکاران (۳۹) و ریاحی و همکاران (۴۰) 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 اعتمادبه‌نفس، 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 نیزآموزش و آگاه‌سازی را تسهیل می کند و باعث کاهش خستگی مزمن در مادران می‌شود (۴۰). در واقع حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگرآن 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 می-کند. 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 (۳۰). 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 می-تواند میزان خستگی را در مادران کمتر کند (۳۹).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که روان درمانی حمایتی بر کاهش احساس شکست مادران تأثیر دارد. در واقع روان درمانی حمایتی باعث کاهش احساس شکست در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های ترکمن (۳۲) وکاوه و همکاران (۳۱) مطابقت دارد. رواندرمانی حمایتی در خصوص آن گروه از بیماران روانی به کار می رود که هم به لحاظ عاطفی و هم به لحاظ روابط انسانی دچار مشکل جدی هستند و امید نمی رود که

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

بهبودی اساسی یابند. این گروه صرفا به دلیل ناتوانی‌های 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 نمی‌توانند از عهده نیازهای فراوان بیمار برآیند. در واقع رواندرمانی حمایتی که به منظور کمک به بیماران در جریان بحران‌های ناشی از مسایل اجتماعی یا بیماری جسمی مورداستفاده قرار می‌گیرد . همچنین به منظور رفع ناراحتی‌های ناشی از بیماری روانی و جسمی طولانی یا نقص‌های فیزیکی بکار برده می‌شود و می‌تواند میزان احساسات شکست در این مادرانی که دارای کودک مشکل‌دار هستند، کاهش دهد (۳۲). 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 روان درمانی 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 (۳۱) و قمی و خدادادی سنگده (۳۳) مطابقت دارد. خانواده های کودکان مبتلا به سرطان بـه علـت مراقبت طولانی مدت از بیماران و تحمل فشارهای روانی فراوان، افراد آسیب‌پذیر و نیازمنـد توجـه هستند. به علت غیرقابل پیش‌بینی بودن طبیعت بیماری، فعالیت‌های خانواده‌های و مادران این کودکان قابل‌برنامه‌ریزی نیست و مادران آنان اغلب اوقات بـه دلیل محدودیت شـرکت فرزندان در زندگی، احساس فشار می‌کنند (۳۱). با توجه به مشکلات و مسـائل مختلـف 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 موقعیـت بیمارانشان، افزایش مهـارت‌های اجتماعی برای ارتباطات مؤثرتر با بیماران، پذیرش بیماری، تخلیه هیجانی و ابراز احساسات، توجه بـه خـود ، تقویـت جنبه-های خوش‌بینانه و ابعاد معنوی در خود است و در این زمینه روان درمانی حمایتی با توجه به داشتن جنبه‌های حمایت-گرانه از مادران می‌تواند میزان تاب‌آوری را در آن‌ها بهبود بخشد [۳۳].

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. ازآنجایی‌که یافته‌های پژوهش بر اساس مقیاس نگرش‌سنجی بود و ممکن

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

است به دلیلی ناخودآگاه شرکت‌کنندگان در پژوهش از پاسخ دادن طفره روند و این ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره بیاندازد. اجرا نشدن مرحله پیگیری برای بررسی ماندگاری درمان به عنوان یک محدودیت در پژوهش حاضر مطرح بود. 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.

نتیجه‌گیری

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.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه ارومیه می‌باشد و پژوهشگران از کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند. 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.

تعارض منافع

نویسندگان در انجام این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافعی نداشته‌اند.

References

1. Parikh D, De Ieso P, Garvey G, Thachil T, Ramamoorthi R, Penniment M, Jayaraj R. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in breast cancer patients- A systematic review. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2015; 16(2):641-6.
2. American Cancer Society. Global cancer facts & figures 4th edition [Internet]. 2018 [Updated 2018]. Available from: https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-cancer-facts-and-figures-4th-edition.pdf
3. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LA, Moreno F, Dolya A, Bray F, et al. International incidence of childhood cancer, 2001–10: A population-based registry study. The Lancet Oncology. 2017; 18(6):719-31.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

4. Hunger SP, Teachey DT, Grupp S, Aplenc R. Childhood leukemia. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Kastan MB, Doroshow JH, Tepper JE, editors. Abeloff's Clinical Oncology. Philadelphia: Elsevier; 2020. pp. 1748-1764.e4.
5. Howlader N, Noone A, Krapcho M, Garshell J, Neyman N, Altekruse SF, et al. Previous Version: SEER cancer statistics review, 1975–2010. Natl. Cancer Inst. 2013; 21(1):12.
6. Khazaeli K, Khazaeli Z, Jalili N, Gharebaghy S. Effect of Maternal Depression on the Participation of Children With Leukemia in Life Activities. Archives of Rehabilitation. 2021; 22 (2): 182-95. [Persian]
7. Fisher R, Pusztai L, Swanton C. Cancer heterogeneity: implications for targeted therapeutics. British Journal Cancer. 2013; 108(1): 479-85.
8. Schweitzer R, Griffiths M, Yates P. Parental experience of childhood cancer using Interpretative Phenomenological Analysis. Psychology & H9.ealth. 2012; 27(6):704-20.
9. Swallow VM, Jacoby A. Mothers' evolving relationships with doctors and nurses during the chronic childhood illness trajectory. Journal of Advanced Nursing. 2010; 36(6): 755-64.
10. Kangas M, Milross C, Bryant RA. A brief, early cognitive-behavioral program for cancer-related PTSD, anxiety, and comorbid depression. Cognitive and Behavioral Practice. 2014; 21(4): 416-31
11. Klika R, Tamburini A, Galanti G, Mascherini G, Stefani L. The role of exercise in pediatric and adolescent cancers: A review of assessments and suggestions for clinical implementation. Journal of Functional Morphology and Kinesiology. 2018; 3(1): 1-19.
12. Meacham CE, Morrison SJ. Tumor heterogeneity and cancer cell plasticity. Nature. 2013; 501: 328-37.
13. Koumarianou A, Symeonidi AE, Kattamis A, Linardatou K, Chrousos GP, & Darviri C. A review of psychosocial interventions targeting families of children with cancer. Palliative & Supportive Care. 2021; 19(1): 103-18.
14. Majmudar IK, Engel L, Muscara F, Stevenson C, McCarthy M, Anderson V, Mihalopoulos C. 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; 2020.
15. Fahlman SA, Mercer KB, Gaskovski P, Eastwood AE, Eastwood JD. Does a lack of life meaning cause boredom? Results from psychometric, longitudinal, and experimental analyses. Journal Society Clinical Psychology. 2009; 28(3): 307-40.
16. Khanna R. Burden of Care and Health-Related Quality of Life among Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder. USA: West Virginia University Libraries; 2010.
17. Williamson A, Lombardi DA, Folkard S, Stutts J, Courtney TK, Connor JL. The links between fatigue, safety and performance. Accid AnalPrev. 2011; 43(1): 498-515.
18. Afsari S, Zahraei SH, Khodabakhsh Pirkalani R. Prediction of Chronic Fatigue Syndrome in mothers of children with cancer based on empathy and experienced guilt. Empowering Exceptional Children. 2020; 11(1): 17-27. [Persian]
19. Avci IA, Okanli A, Karabulutlu E, Bilgili N. Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. European Journal of Oncology Nursing. 2009; 13(4):299-303.
20. Taylor PJ. The role of defeat and entrapment in suicide. Unpublished doctoral dissertation, University of Manchester – Manchester, England; 2010.
21. Aldao A, Nolen-Hoksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. Behavior research and therapy. 2010; 48(1): 974-83.
22. Tan XW I, Mordiffi SZ, Lopez V, Leong K. Psychological Distress in Parents of Children with Cancer: A Descriptive Correlational Study. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2020; 8(1): 94.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

23. Bajjani-Gebara J, Hinds P, Insel K, Reed P, Moore K, Badger T. Well-being, self-transcendence, and resilience of parental caregivers of children in active cancer treatment: where do we go from here? Cancer nursing. 2019; 42(5): E41-E52.
24. Mohammadzadeh M, jahandari P. The Relationship of Resilience and Emotional Regulation with Life Expectancy among Soldiers. Military Caring Sciences Journal. 2019; 6 (3): 198-206. [Persian]
25. Gudmundsdottir E, Schirren M, Boman KK. Psychological resilience and long-term distress in Swedish and Icelandic parents' adjustment to childhood cancer. Acta Oncologica. 2011; 50(3): 373-80.
26. Rosenberg AR, Wolfe J, Bradford MC, Shaffer ML, Yi-Frazier JP, Curtis JR, Syrjala KL, Baker KS. Resilience and Psychosocial Outcomes in Parents of Children With Cancer. Pediatr Blood Cancer 2013; 61(1): 552-57.
27. Bonfils KA, Minor KS, Leonhardt BL, Lysakern PH. Metacognitive self-reflectivity moderates the relationship between distress tolerance and empathy in schizophreni. Psychiatr Re. 2018; 265(1): 1-6.
28. Fernanda Cal S, Ribeiro de Sa L, Glustak ME, Santiago MB. A systematic review. Cogent Psychology. 2015; 2(1024928): 1-9.
29. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Text Book of Psychitary, 9th Edition Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkin; 2009.
30. Verdeli H, C ougherty K, Bolton P, Specimen L, Ndogoni L, Bass J, Neugebauer R, Weissman MM. Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country Experience in rural Uganda. World Psychiatry. 2003; 2(2): 114-20.
31. Kaveh H, Fekri A, Fekri A, Karimi F. 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, 2017; 45-78. [Persian]
32. Turkman M. 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; 2011
33. 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. [Persian]
34. Javadpour F, keshavarzi S, choobineh A, aghabeigi M. Validity and reliability Of Occupational Fatigue/Exhaustion Recovery scale (OFER-15) among Iranian working population. Iran Occupational Health. 2014; 11(6): 75-83. [Persian]
35. Gilbert P, Allen S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. Psychological medicine. 1998; 28(3): 585-98.
36. Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003; 18(2):76-82.
37. 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): 721-29.
38. Winston A, Rosenthal R, Pinsker H. Learning Supportive Psychotherapy. Available at: https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi. books.9781615370962; 2017.
39. Moghtader L, Akbari B, Haghgoo Siahgurabi M. The effect of supportive and educational group psychotherapy on anxiety, depression, stress and quality of life of mothers of children with autism spectrum disorders. Stud Med Sci. 2016; 27(2):167-77. [Persian]
40. Riahi F, Khajeddin N, Izadi Mazidi S, Eshrat T, Naghdi Nasab L. The effect of Supportive and Cognitive- Behavior Group Therapy on Mental Health and Irrational Believes of Mothers of Autistic Children. Jundishapur Medical Scientific Journal. 2011; 10(6): 637-45. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]