

تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری بر مقابله با بیماری فرزند در بعد درک مادران از وضعیت سلامتی فرزند مبتلا به سرطان خود: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده

فاطمه حسین‌زاده^۱، مولود رادفر^{۲*}، فاطمه مقدم تبریزی^۳، حمیدرضا خلخالی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۹/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۱/۲۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سرطان پس از بیماری‌های قلبی عروقی دومین عامل شایع مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته و سومین عامل مرگ‌ومیر در کشورهای کمتر توسعه‌یافته است که مشکلات عدیده جسمی و روحی را به دنبال دارد. تاب‌آوری یکی از راهبردهای مناسب برای مقابله با بیماری در افراد مبتلا است. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری بر درک مادران از وضعیت سلامتی فرزند مبتلا به سرطان خود در مرکز آموزشی درمانی مطهری ارومیه در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده می‌باشد که روی ۴۸ نفر از مادران دارای کودک سرطانی در مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه در سال ۱۳۹۶ با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ (GHQ5-28) و پرسشنامه مقابله با بیماری فرزند توسط والدین Coping Health Inventory for Parents (CHIP) بود. جهت بررسی فرضیات پژوهش از آزمون‌های تی مستقل و اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSSV20 در بازه زمانی ۶ جلسه درمانی استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین درک وضعیت سلامتی، قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخله در گروه مداخله آموزشی، به ترتیب برابر با $(۱۴/۸۰ \pm ۵/۴۶)$ ، $(۱۹/۴۴ \pm ۲/۶۳)$ و $(۲۲/۷۲ \pm ۵/۹۱)$ و در گروه کنترل $(۹/۴۱ \pm ۳/۸۸)$ ، $(۸/۳۷ \pm ۱/۶۳)$ و $(۱۰/۹۵ \pm ۲/۰۱)$ می‌باشد. برای بررسی نمره میانگین درک وضعیت سلامتی در ۳ مقطع زمانی بین دو گروه مداخله و کنترل از آنالیز اندازه‌گیری مکرر استفاده شد با توجه به نتایج به‌دست‌آمده میانگین نمرات درک وضعیت سلامت در گروه مداخله در طول زمان تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه کنترل نشان داد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان حمایت مؤثر برای مادران دارای کودک سرطانی در جهت درک وضعیت سلامتی فرزندشان کمک‌کننده باشد.

کلیدواژه‌ها: سرطان، تاب‌آوری، کودکان، گروه‌درمانی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۲۸، خرداد ۱۳۹۹، ص ۲۲۳-۲۲۳

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده نازلو، پردیس دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: mradfar1343@gmail.com

مقدمه

مبتلا به سرطان تشخیص داده می‌شوند. سرطان کودکان یکی از بیماری‌هاست که به خانواده‌ها و جوامع بی‌شماری در تمام نقاط جهان مربوط می‌شود. با دسترسی به مراقبت‌های کافی، بیش از ۸۰ درصد کودکان مبتلا به سرطان می‌توانند زنده بمانند و زندگی

سرطان دومین علت مرگ جهانی است و مسئول مرگ سالانه ۹،۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۸ است. در جهان، حدود یک‌ششم مرگ‌ها ناشی از سرطان است. هر سال حدود ۳۰۰،۰۰۰ کودک

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۵ General Health Questionnaire

می‌کنند بین پزشکان و کادر درمان، فرزند بیمار و سایر اعضا خانواده ارتباط برقرار کرده و وضعیت موجود را مدیریت می‌کنند، بنابراین باید درک صحیحی از وضعیت سلامتی فرزندشان داشته باشند. در واقع آگاهی دقیق از وضعیت سلامتی کودک ممکن است به خانواده‌ها کمک کند که با استفاده از راهبردهای مناسب مقابله‌ای، درمان تهاجمی را با حفظ کیفیت زندگی کودک حفظ کنند(۱۳).

یکی از راهبردهای مناسب برای مقابله با بیماری در افراد تاب‌آوری است(۱۴). تاب‌آوری باعث می‌شود افراد به استراتژی‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای متفاوت دست پیدا کنند. در واقع تاب‌آوری مخالف آسیب‌پذیری است و والدینی که دارای تاب‌آوری بالا هستند رابطه نزدیک‌تری با فرزندانشان دارند. مجهز بودن مادران دارای کودک سرطانی به سبک‌های مقابله‌ای مناسب مانند تاب‌آوری می‌تواند آن‌ها را به درک منطقی از بیماری فرزندش و پذیرش بیماری و در نهایت به انجام رفتارهای منطقی دور از هیجان نابجا کمک کند(۱۵). در واقع تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که فرد علیرغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود بخشد و بر مشکلات غلبه کند و درک بهتری از موقعیت داشته باشد(۱۴). تحقیق در مورد درک افراد از پیش‌آگهی سلامتی محدود است، تمرکز مطالعات بیشتر بر بزرگسالان مبتلا به سرطان در مقایسه با والدین کودکان مبتلا به سرطان می‌باشد(۱۳). طبق مطالعه واندر^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۵ والدین دارای کودکان سرطانی از تاب‌آوری پایین‌تر، اضطراب و اختلاف خانوادگی بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند(۱۶). پژوهشی که در سال ۲۰۱۵ توسط زنگ‌جی و همکاران در خصوص رابطه بین تاب‌آوری و عملکرد روانی اجتماعی والدین دارای کودک سرطانی در چین انجام شد با توجه به استراتژی‌های مقابله‌ای، بین تاب‌آوری زیرشاخه‌ها در پرسشنامه CHIP رابطه معنی‌داری داشت: به طوری که در زیرشاخه درک وضعیت سلامتی یا بیماری کودک از طریق ارتباط با والدین یا مشورت با پزشکان افرادی که دارای تاب‌آوری کمتری بودند نمره ۱۴/۶۱ و افرادی که تاب‌آوری بالاتری بودند نمره ۱۷/۹۳ را کسب نمودند(۱۷).

از جمله روش‌های دیگر مؤثر در کاهش مشکلات روحی و روانی والدین کودک بیمار استفاده از درمان‌های روان‌شناختی گروه‌درمانی می‌باشد، مطالعات مختلف اثربخشی این روش درمانی را در این زمینه مورد بررسی قرار داده‌اند(۱۸) گروه‌درمانی یک شیوه درمانی است که گروه کوچکی از اعضا و یک

سالم داشته باشند(۱). واژه سرطان کودکان، به مواردی از سرطان‌ها اطلاق می‌شود که در کودکان زیر ۱۵ سال تشخیص داده شود. ۱۲ نوع بدخیمی شایع در کودکان با اپیدمیولوژی و پاتولوژی و میزان مرگ‌ومیر متفاوت در این گروه از بیماری‌ها قرار می‌گیرند (۲). این بیماری در ایران، دومین علت مرگ‌ومیر کودکان کمتر از ۱۴ سال می‌باشد و حدود ۴ درصد از مرگ‌ومیر کودکان کمتر از ۵ سال و ۱۳ درصد از کودکان ۵ تا ۱۰ ساله را به خود اختصاص می‌دهد(۳). سالانه از زمان تولد تا حدود ۱۹ سالگی در سراسر جهان بیش از ۱۷۵۰۰ کودک به انواع سرطان مبتلا می‌شوند(۴). در ایالات متحده آمریکا، سالانه بیش از ۸۵۰۰ مورد جدید سرطان در کودکان کمتر از ۱۵ سال تشخیص داده می‌شود(۵). در کشور ایران نیز طی مطالعات انجام‌شده شیوع سرطان در دختران و پسران به ترتیب ۱۸/۷ درصد و ۱۹/۹ درصد گزارش شده است(۶). طبق مطالعه زری هاشمی فراوانی سرطان‌های در کودکان ۱۸۳۳ نفر با میانگین سنی ۷/۱ بود سرطان‌های خون با ۳۱/۸۶ شایع‌ترین مورد بود و سرطان‌های غدد لنفاوی ۱۵/۵ استخوان ۱۱/۹ مغز ۹/۷ بافت نرم ۵/۵ کلیه ۳/۷ و چشم ۳ موارد بعدی را تشکیل می‌دادند(۷). یکی از سخت‌ترین تجربه‌ها برای والدین در زندگی، داشتن کودک مبتلا به سرطان است(۸). در سرطان به دلیل ماهیت مزمن، کودک بیمار و والدین با تنش‌های زیادی مواجه می‌شوند(۹). سرطان کودک کیفیت زندگی، سلامت روانی و فیزیکی، فعالیت‌های روزانه زندگی، پویایی خانواده و ایفای نقش هر یک از اعضای خانواده را می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد(۱۰). در میان اعضای خانواده، مادر نخستین عضوی است که با کودک نه‌تنها در دوران جنینی، بلکه در این جهان رابطه مستقیم و تنگاتنگ دارد و از این‌روی در فرآیند ابتلای کودک به سرطان و در پیگیری‌های درمانی، مادر بیش از دیگران درگیر تجارب هیجانی شده و بیش از همه نیازمند تاب‌آوری و مراقبت روان‌شناختی است(۱۱). در پژوهشی که توسط لی مین^۱ و همکاران بر روی والدین دارای فرزندان مبتلا به سرطان خون انجام‌شده، نتایج نشان می‌دهد که تشخیص سرطان، تأثیرات منفی را هم بر سلامت جسمانی و روانی والدین و هم فرزندان آن‌ها به دنبال داشته است. همچنین مادران از سطوح پایین‌تری از سلامت روان برخوردار هستند و میزان افسردگی و اضطراب در مادران بیشتر از پدران بوده است(۱۲).

یک چالش عمده برای والدین دارای کودک سرطانی به دست آوردن اطلاعات دقیق برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد درمان و درک وضعیت سلامتی فرزندشان است. والدین نقش منحصر به فرد به‌عنوان دروازه‌بان‌هایی هستند که اکثر اطلاعات پزشکی را دریافت

² vander

¹ Li-Min

با چند درمانگر دارای تخصص در گروه‌درمانی شامل می‌شود. گروه‌درمانی به‌منظور ارتقای رشد روانی و کاهش مشکلات روانی صورت می‌گیرد. این اهداف از طریق اکتشاف شناختی و عاطفی تعاملات میان اعضا و بین اعضا و درمانگر حاصل می‌شود (۱۹). گروهی بودن جلسات باعث تسهیل شکستن موانع دفاعی و انزوای والدین می‌گردد (۲۰).

در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان به دلیل مواجهه با فشار زیاد، داشتن رابطه مستقیم با فرزند بیمارش که ممکن است در انتظار مرگ باشد، حضور مکرر در مراکز درمانی که بار فشار روانی زیادی برای آن‌ها ایجاد می‌کند باعث می‌کند درک ایشان از بیماری فرزندشان مختل شود و داشتن روحیه مقابله با مشکلات به مادران دارای کودکان بیمار کمک می‌کند که ارزیابی‌های مثبت‌تری در مورد زندگی و درک مناسب‌تری از وضعیت سلامتی کودکشان داشته باشند. همین عوامل باعث می‌شود تعامل سازنده‌تری بین مادر و کودک فراهم شود و مادر با آرامش بیشتری نقش والدگری خود را ایفا کند و راحت‌تر بتواند با استرس‌هایی که به‌واسطه نقش والدینی به وی تحمیل می‌شود، کنار آید. با توجه به آنچه ذکر شد، این پژوهش باهدف تعیین تأثیر تاب‌آوری بر درک مادران از وضعیت سلامتی فرزند مبتلا به سرطان خود در مرکز آموزشی درمانی مطهری ارومیه در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی از نوع موازی می‌باشد که روی مادران دارای کودک سرطانی در مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه در سال ۱۳۹۶ با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. بدین ترتیب که پژوهش‌گر هرروز به بخش و درمانگاه خون اطفال مرکز آموزشی درمانی مراجعه کرد و از افرادی را که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند، تعداد ۴۸ نفر نمونه انتخاب کرد. روش انتساب به گروه‌ها به‌صورت در دسترس و تصادفی بود بدین‌صورت که ۲۴ کارت A و ۲۴ کارت B را در پاکتی قرار داده شد و کاملاً مخلوط داده شد (کارت A معرف گروه مداخله و کارت B معرف گروه کنترل می‌باشد)، به این صورت ۲۴ نفر در گروه کنترل و ۲۴ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند.

در این مطالعه معیارهای ورود به مطالعه عبارت‌اند از: مادرانی که بیش از شش ماه از بیماری فرزندشان نگذشته باشد، افراد دارای General Health Questionnaire (GHQ) پایین ۲۳ باشند، داروی روان‌گردان یا دخانیات مصرف نکنند، فرزند بیمار دیگری نداشته باشند، پدر و مادر کودک با هم زندگی کنند، از بیماری

فرزند خود مطلع باشند، ماه گذشته در برنامه‌های مشابه شرکت ننموده باشند، در ۶ ماه گذشته فرد یا افرادی از بستگان خود را از دست نداده باشند، ساکن شهر ارومیه باشند و درنهایت آشنا به زبان فارسی و یا ترکی باشند. معیارهای خروج از طرح شامل مبتلا شدن کودک به بیماری دیگر و عدم شرکت در بیش از یک جلسه از جلسات مداخله بود.

با توجه به مطالعه فاطمه ربیعی و همکاران (۲۱) که در گروه مداخله میانگین استرس والدین ۱۰۵ و انحراف معیار ۱۲ در گروه کنترل میانگین استرس والدین ۱۲۰ و انحراف معیار ۱۰ می‌باشد و با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۵ درصد تعداد حداقل نمونه برای مطالعه ۲۰ نفر در هر گروه (جمعاً ۴۰ نفر محاسبه شد. ریزش نمونه‌ها ۲۰ درصد در نظر گرفته شد که با احتساب آن تعداد ۴۸ نفر جمعاً وارد مطالعه شدند.

ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ (GHQ-28) و پرسشنامه مقابله با بیماری فرزند توسط والدین CHIP ۳ بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل سن کودک، جنسیت، سن مادر، تحصیلات مادر، رتبه تولد کودک، وضعیت اقتصادی، محل سکونت و علت بستری، تشخیص بیماری، مدت‌زمان تشخیص بیماری، آدرس و شماره تماس بود.

جهت بررسی وضعیت روانی مادران از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ (GHQ-28) استفاده گردید. این ابزار اولین بار در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ تنظیم گردیده است که شامل ۴ خرده مقیاس و ۲۸ سؤال می‌باشد و هر خرده مقیاس دارای ۷ سؤال است که مربوط به علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است. نمره‌گذاری این ابزار به دو شکل سنتی و لیکرت صورت می‌گیرد که در این مطالعه نوع لیکرت با مقادیر (۰، ۱، ۲، ۳) استفاده شد. دامنه نمره هر حیطه صفر تا ۲۱ بوده و نمره کل بین صفر تا ۸۴ قرار می‌گیرد. نمره بیشتر مؤید سلامت عمومی کمتر است و نمره بیشتر از ۲۳ افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد (۲۲).

از پرسشنامه مقابله با بیماری فرزند توسط والدین (CHIP) به‌منظور سنجش درک وضعیت سلامتی فرزند توسط والدین استفاده شد. این پرسشنامه توسط همیلتون و همکاران ۴ در سال ۱۹۹۱ ساخته شده است که از ۴۵ گویه و ۳ خرده مقیاس (حفظ یکپارچگی خانواده، همیاری و تعریف خوش بینانه موقعیت، حفظ حمایت اجتماعی، عزت‌نفس و ثبات روانی و درک وضعیت سلامتی

⁴ Hamilton & etal

³ Coping Health Inventory for Parents

والدین تشکیل شد و سپس به موازات هدف پژوهش، برنامه مداخله‌ای تنظیم‌شده در رابطه با تاب‌آوری در سه بعد: آشنایی با مفهوم تاب‌آوری و ویژگی‌های افراد تاب‌آور، عوامل حمایتی داخلی و خارجی، آشنایی با راه‌های ایجاد تاب‌آوری خلاصه شد و در مدت ۶ جلسه، هر جلسه به مدت ۶۰ الی ۹۰ دقیقه به گروه مداخله، اجرا شد. در پایان هر جلسه تکلیفی جهت کار در منزل برای مادران ارائه شد که در جلسه بعدی بررسی و امتیازدهی شد. پس از پایان جلسات مداخله‌ای، پرسشنامه مقابله با بیماری فرزند برای سنجش درک وضعیت سلامتی فرزند در پایان آخرین جلسه، و ۳ ماه بعد از مداخله تکمیل شد. در طول ۳ ماه محقق با مادران در ارتباط بود و به نیازهای آنان پاسخ داد. این ارتباط در مراجعه‌های بعدی مادران به مرکز آموزشی درمانی و همچنین از طریق تماس تلفنی هر دو هفته یکبار از طرف محقق برقرار شد. مادران نیز هر موقع که نیاز داشتند در ساعات مشخص شده از طرف محقق می‌توانستند تماس تلفنی یا حضوری برقرار نمایند. جهت پر کردن مجدد پرسشنامه، به افراد گروه‌ها به‌صورت تلفنی اطلاع داده شد که در همان محل در یک ساعت مشخص جمع شوند. افرادی هم که نتوانستند در این محل و در آن زمان مقرر حاضر شوند پس از تماس تلفنی و هماهنگی با آنها قرار ملاقات با ایشان جهت ارائه پرسشنامه و پر کردن آیت‌های آن، گذاشته شد. ضمناً پس از اتمام طرح اعضای گروه کنترل در یک جلسه گروهی مداخله گروه‌درمانی شرکت نمودند.

یا بیماری کودک از طریق ارتباط با والدین دیگر یا مشورت با پزشکان تشکیل شده است که به‌منظور سنجش مقابله با بیماری فرزند توسط والدین بکار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «غیر سودمند»، «اندکی سودمند»، «تاحدی سودمند» و «کاملاً سودمند» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی هر خرده مقیاس، سوالات مربوط به هر یک از خرده مقیاس‌ها را با همدیگر جمع نموده و ستون عدم انجام رفتار نادیده گرفته می‌شود. (۲۳، ۲۴). در این مطالعه از سوالات مربوط به درک وضعیت سلامتی کودک استفاده شد و میانگین نمرات محاسبه شد.

در ایران در پژوهش وفایی و همکاران روایی و پایایی پرسشنامه CHIP بر روی ۷۲ نفر از مادران بررسی و تأیید شده است (۲۵). در بررسی گلدبرگ اعتبار تصنیفی برای کل پرسشنامه سلامت عمومی را ۰/۹۵ گزارش کردند (۲۶). در مطالعه اردکانی و همکاران قابلیت اطمینان این پرسشنامه در محدود ۰/۹۱-۰/۸۱ گزارش شده است (۲۷).

جلسات به‌صورت گروهی در سه گروه ۸ نفری و هفتگی در محل سالن اجتماعات مرکز آموزشی درمانی و بین ساعت ۱۵ تا ۱۷ برگزار شد. به هر کدام از گروه‌ها زمان مشخص از نظر روز و ساعت در هفته جهت شرکت در مداخله اعلام شد یک جلسه برای گرفتن پیش‌آزمون مقیاس درک وضعیت سلامتی فرزند توسط

جلسه	محتوای هر جلسه
اول	عنوان: الف: ارائه رهنمودهایی برای مشارکت اعضاء و تشریح چگونگی انجام کار، آشنایی با قوانین گروه ب: خودآگاهی ۱. معرفی پژوهشگر ۲. معرفی اعضاء ۳. توضیح خطوط کلی جلسات برای اعضاء ۴. اجرای پیش‌آزمون ۵. خودآگاهی و آگاهی به توانمندی‌های خود ۶. تکلیف خانگی
دوم	عنوان: الف: ارزشمندی ۱. آشنایی با مفهوم عزت‌نفس ۲. شناسایی علل و عوامل مؤثر در تقویت عزت‌نفس ۳. اهمیت و تأثیر عزت‌نفس در زندگی ۴. شناسایی ضعف‌های خود ۵. تکلیف خانگی
سوم	عنوان: الف: ارتباط مؤثر و پیوند جویی، همیاری ب: ایجاد دل‌بستگی‌های مثبت ۱. ارتقای توانایی افراد در برقراری ارتباط ۲. برقراری و حفظ ارتباط با دیگران ۳. برقراری روابط اجتماعی و دوست‌یابی ۴. احساس تعلق داشتن و بالزش بودن و تمایل به مشارکت کردن ۵. آشنایی با عوامل حمایتی خارجی و داخلی ۶. راه‌های ایجاد دل‌بستگی‌های مثبت مانند مشارکت در یک یا چند فعالیت سرگرم‌کننده سالم مانند حضور در باشگاه ورزشی، عضویت در گروه‌های مذهبی، کلاً سهای هنری و انجمن‌های علمی ۷. تکلیف خانگی
چهارم	عنوان: الف: آشنایی با مفهوم آینده‌نگری ب: مفهوم خودکارآمدی (راه‌های حل مسئله) ۱. تعیین هدف و چگونگی دستیابی به آن ۲. تمیز دادن اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت ۳. به‌کارگیری توانایی‌های خود و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف

۴.	راه‌های مراحل حل یک مسئله	
۵.	تفکر در مورد حل مسئله و درک وضعیت سلامتی کودک	
۶.	تکلیف خانگی	
		موضوع: الف: خوش‌بینی
ب: معنویت		
۱.	تعریف خوش‌بینی	
۲.	تأثیر خوش‌بینی در زندگی	
۳.	راه‌های تقویت خوش‌بینی	
۴.	راه‌های ایجاد موقعیت‌های خوش بینانه	پنجم
۵.	تعریف معنویت و تأثیر آن در زندگی	
۶.	راه‌های ایجاد معنویت	
۷.	تکلیف خانگی	
		موضوع: الف: کنترل هیجانات
ب: پس‌آزمون		
۱.	نشانه‌های خشم و اضطراب و استرس	
۲.	علل و پیامدهای خشم و اضطراب و استرس	ششم
۳.	مدیریت خشم، اضطراب و استرس	
۴.	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون	

یافته‌ها

جنسیت کودک، تحصیلات مادر، رتبه تولد کودک، درآمد، محل سکونت همگن بودند و اختلافی بین دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ متغیرهای کیفی مادران دارای کودک سرطانی در دو گروه وجود ندارد ($P > 0.05$) (جدول ۱).
طبق جدول فوق اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ سن کودک سرطانی و میانگین سن مادران وجود ندارد؛ جدول شماره دو بیانگر مقایسه میانگین سن کودک و سن مادر در دو گروه مداخله و کنترل می‌باشد (جدول ۲).

در این پژوهش جهت ارائه گزارش نتایج از روش‌های آماری توصیفی مشتمل بر (جداول آماری، معیار پراکندگی و تمرکز) و استفاده از آزمون تی برای مشخصات جمعیت شناختی کمی و کای دو برای مشخصات کیفی مادران دارای کودک سرطانی در دو گروه مداخله و کنترل همچنین استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر برای بررسی نمره میانگین در ۳ مقطع زمانی بین دو گروه مداخله و کنترل استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSSV20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه دو گروه از نظر داشتن

جدول (۱): مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی کیفی نمونه‌های مورد بررسی در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$X^2 = 0.17$ $df = 1$ $P = 0.67$	۵۰	۱۲	۵۶	۱۳	جنسیت کودک پسر
$P = 0.47$	۵۰	۱۲	۴۴	۱۱	دختر
	۴۱/۷	۱۰	۴۰	۱۰	تحصیلات مادر ابتدایی
	۴۵/۸	۱۱	۴۴	۱۱	متوسطه
	۱۲/۵	۳	۱۶	۴	دانشگاهی
$X^2 = 1.64$ $df = 1$ $P = 0.44$	۵۰	۱۲	۶۸	۱۶	رتبه تولد کودک اول
	۲۵	۶	۱۶	۴	دوم
	۲۵	۶	۱۶	۴	سوم و بالاتر
$P \text{ Fisher} = 0.38$	۳۷/۵	۹	۵۶	۱۳	درآمد کمتر از یک میلیون
	۵۸/۳	۱۴	۳۶	۹	بین یک تا دو میلیون
	۴/۲	۱	۸	۲	بیشتر از دو میلیون

محل سکونت	شهر	۱۸	۷۶	۱۹	۷۹/۲	$X^2 = ۰/۰۷$
روستا	۶	۲۴	۵	۲۰/۸	$P = ۰/۷۹$	

جدول (۲): مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی کمی نمونه‌های مورد بررسی در دو گروه مداخله و کنترل

P value	متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		آماره آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۰/۶۲	سن کودک	۷/۸۴	۴/۴۵	۸/۴۶	۴/۲۶	$t = ۰/۴۹$ و $df = 47$
۰/۸۵	سن مادر	۳۴/۴۴	۷/۴۷	۳۴/۰۸	۶/۰۷	$t = ۰/۱۸$ و $df = 47$

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات درک وضعیت سلامتی یا بیماری کودک در مادران دارای کودک سرطانی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

درک وضعیت سلامتی	قبل از مداخله		بعد از مداخله		سه ماه بعد از مداخله	
	انحراف معیار ± میانگین					
مداخله	۱۴/۸۰ ± ۵/۴۶	۱۹/۴۴ ± ۲/۶۳	۲۲/۷۲ ± ۵/۹۱			
کنترل	۹/۴۱ ± ۳/۸۸	۸/۳۷ ± ۱/۶۳	۱۰/۹۵ ± ۲/۰۱			

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج بدست آمده در زمینه درک وضعیت سلامتی بیماری فرزند حاکی از تفاوت معنی‌دار بین دو گروه مداخله و کنترل در پس‌آزمون بوده است. لذا فرضیه پژوهش مبنی بر این‌که تأثیر تاب‌آوری بر درک مادران از وضعیت سلامتی فرزند مبتلا به سرطان خود تأثیر دارد، تأیید می‌شود.

سرطان کودکی کیفیت زندگی، سلامت روانی و فیزیکی، فعالیت‌های روزانه زندگی، پویایی خانواده و ایفای نقش هر یک از اعضای خانواده را می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد (۱۰). این وضعیت خانواده را با یک تجربه به ستوه‌آورنده روبرو می‌کند، هنگام تشخیص دچار شوک و ناباوری می‌گردند و مجبور به زندگی کردن با یک بار مضاعف می‌شوند (۲۸). تاب‌آوری باعث می‌شود افراد به استراتژی‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای متفاوت دست پیدا کنند. مادرانی که دارای تاب‌آوری بالایی هستند، از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر در مقابله با مشکلات روزمره خود استفاده می‌کنند و توانایی‌های فردی در مراقبت از کودک بیمار در این مادران بیشتر است. بنابراین از تاب‌آوری نه‌تنها برای مقابله با مشکلات و رویدادهای نامطلوب، بلکه برای پاسخ به فشارهای روزمره زندگی می‌توان استفاده کرد (۱۵).

انسان وقتی با مشکل بزرگی مواجه می‌شود، در ابتدا دست به انکار می‌زند. در مطالعه ویلز و همکاران (۲۹) اکثریت مادران هرچند در ابتدا انکار و امتناع داشتند و بر این باور بودند که کودک آن‌ها سرطان ندارد ولی بالاخره با موضوع کنار آمدند. صحبت با

مادرهای دیگر دارای فرزند مبتلا به سرطان به سازگاری آن‌ها و درک وضعیت سلامتی فرزندشان کمک می‌کرد.

در پژوهش حاضر اکثریت مادران به دلیل سطح تحصیلات پایین و کمبود اطلاعات در مورد سیستم پزشکی و درمان دچار ناآگاهی در خصوص درک وضعیت سلامتی یا بیماری کودکشان بودند در این مطالعه به‌منظور ایجاد درک وضعیت سلامتی یا بیماری کودک در جلسات گروه‌درمانی بر لزوم ارتباط با والدین یا مشورت با پزشکان تأکید شد. تعاملات انسانی اثربخش بر وجود ارتباطات خوب بین والدین و کادر مراقبتی در بیمارستان و لزوم توجه بیشتر کادر پزشکی نسبت به کودک بیمار و والدین او تأکید دارد و با برآورده شدن نیازهای روحی و عاطفی کودک در روند درمان به‌صورت غیرمستقیم تأثیر می‌گذارد. در مطالعه ویلز هم اکثریت مادران هرچند در ابتدا انکار و امتناع داشتند و بر این باور بودند که کودک آن‌ها سرطان ندارد ولی بالاخره با موضوع کنار آمدند. صحبت با مادرهای دیگر دارای فرزند مبتلا به سرطان به آن‌ها به سازگاری من کمک می‌کرد؛ "یه روز که پسر من به بیمارستان برده بودم با خانواده‌ای آشنا شدم که یکسال از بیماری فرزندشون می‌گذشت، از قیافه و حال و روز من فهمید که اوایل بیماری فرزندم هست کلی با من حرف زد و گفت که ما هم می‌تونیم با این بیماری بجنگیم از اون موقع نور امیدی در دلم روشن شد و به قول معروف ته دلم قرص شد بعد از شرکت در این جلسات که همگی مادران کودکان سرطانی بودن، من با تجربه‌های مختلفی روبرو شدم که واقعاً باعث شد با این شرایط سازگار بشوم. در این

اجتماعی عوامل تهدید کننده سلامت روانی مادران تعدیل خواهد شد و مشکلات روانی مدیریت خواهد شد.

کاربرد یافته‌ها

با توجه به اینکه نتایج مطالعه بیانگر تأثیر مثبت تاب‌آوری بر مقابله با بیماری کودک در مادران می‌باشد می‌توان از این برنامه جهت افزایش توان مقابله و سازگاری و نهایتاً ارتقای سلامت روان مادران استفاده کرد.

کاربرد در حرفه پرستاری: اجرای این روش توسط پرستاران به‌صورت عملی در مراکز درمانی موجب ارتقاء نقش اساسی پرستاران در زمینه حمایت روانی از مادران دارای کودک مبتلا به سرطان خواهد شد. همچنین سبب ارتقاء هویت حرفه‌ای پرستار به‌عنوان عضو کلیدی تیم درمان می‌شود.

کاربرد در آموزش پرستاری: گنجانیدن مبحث مداخلات گروه‌درمانی اجتماعی در برنامه درسی دانشجویان در زمینه بهداشت روان سبب افزایش دانش جامعه پرستاری در این زمینه خواهد شد. کاربرد برای بیماران: بکارگیری این روش سبب ارتقاء سلامت روانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان شده و موجب افزایش تاب‌آوری و مقابله با مشکلات ناشی از بیماری فرزندشان خواهد شد.

محدودیت‌های پژوهش

- احتمال عدم حضور و در نتیجه ریزش نمونه‌ها به دلیل محدودیت‌های زمانی در اجرای طرح بود که با جابجا کردن ساعت حضور بنا به توافق خود نمونه‌ها، این مشکل رفع گردید.

- عدم دسترسی به مکانی جهت تشکیل جلسات گروهی بود که این مشکل پس از پیگیری‌های مکرر با دستور ریاست مرکز آموزشی درمانی با اختصاص اتاق مذکور رفع گردید.

- انگیزه و تفاوت‌های فردی از قبیل: بهره هوشی، مطالعات شخصی، طرز فکر، باورها، شرایط اجتماعی و خانوادگی، رسانه‌ها در بین افراد متفاوت است و بر پاسخگویی آنان مؤثر خواهد بود که خارج از کنترل پژوهشگر می‌باشد و امکان وجود آن در گروه کنترل نیز وجود داشت.

- حالات روحی و روانی واحدهای مورد پژوهش در هنگام پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه می‌تواند در نتایج پژوهش تأثیر بگذارد که قابل کنترل نیست.

- ریشه‌های فرهنگی واحدهای مورد پژوهش و خانواده‌هایشان ممکن است بر نتایج تأثیر گذار باشد که قابل کنترل نیست.

مطالعه درمورد ضرورت حمایت‌های عاطفی از خانواده و بستگان خیلی نزدیک و همچنین دلداری از سوی اطرافیان ارتباط با والدین یا مشورت با پزشکان اشاره شده است که با نتایج مطالعه ویلز^۱ (۲۹) هم راستا بود. همچنین در این مطالعه مشخص شد که در خصوص میزان میانگین درک وضعیت سلامتی، قبل از مداخله و بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری گروه مداخله و کنترل وجود دارد که نتایج آن با مطالعه میلر و همکاران^۲ همسو می‌باشد (۱۳).

مطالعه‌ای که توسط باتاچاریا و همکاران^۳ (۳۰) در سال ۲۰۱۶ در هند انجام شد نیز ثابت کننده این موضوع است که مادران دارای کودک سرطانی به دلیل کمبود اطلاعات از سیستم پزشکی و یا سطح تحصیلات پایین، قادر به دریافت تصویر جامع در مورد وضعیت و نتایج درمان‌ها نبودند. همچنین طبق مطالعه جدیدی و همکاران (۳۱) نیز مادران برای برآوردن نیازهای خود در بیمارستان، به کمک احتیاج دارند و این نیازها فقط تا حدودی برآورده می‌شود. بنابراین همکاری متقابل والدین و تیم مراقبتی و درمانی جهت تسریع روند بهبودی کودک بستری با توجه به نیازهای والدین لازم و ضروری است.

یافته‌های این مطالعه ممکن است به دلیل داشتن فرصت ارتباط با همتایان از طریق شرکت در یک گروه باشد که این ارتباطات در خارج از گروه و حتی پس از پایان بود. در واقع افراد در گروه‌های درمانی مسائل زیادی را در بازخوردهایی که از هم دریافت می‌کنند یاد خواهند گرفت. تجربیات عنوان شده در این مطالعه با نظریه استوارت در زمینه حمایت گروهی به نقل از فوکوئی (۳۲) و همچنین استدلال تاترو^۴ و یالوم^۵ مورد تأیید می‌باشد (۳۳، ۳۴). همچنین مطالعه خدادادی و همکاران بیانگر آن است درمان وجودی به شیوه‌ی گروهی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان سرطانی مؤثر می‌باشد (۳۵) در مطالعه سلیمی و همکاران نیز جلسه‌های امید درمانی گروهی باعث افزایش تاب آور مادران در گروه تحت مداخله شده بود (۳۶).

این مطالعه نشان داد که مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان حمایت مؤثر برای مادران دارای کودک سرطانی در جهت مقابله با بیماری و درک وضعیت سلامتی فرزندشان کمک کننده باشد. کارکنان مراقبت بهداشتی باید به مادران دارای کودک بیمار آموزش‌های لازم را ارائه بدهند، به این ترتیب اثرات روانی

⁴ Tatrow

⁵ yalom

¹ Wills

² Miller & etal

³ Bhattacharya & etal

ارومیه می‌باشد. در پایان از زحمات معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تمام مادران محترم مشارکت کننده در پژوهش، ریاست و پرسنل محترم مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه و تمامی کسانی که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته شده از پایان نامه کارشناسی ارشد روان پرستاری با کد اخلاق ir.umsu.rec.1396.154 ، کد کارآزمایی بالینی IRCT20140212016564N12 در دانشگاه علوم پزشکی

References:

1. Who. Cancer [Internet]. [cited 2020 Aug 7]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/cancer>.
2. Mirzaie M, Yazdi F, Navidi Z. Survey personal and disease characteristics of children with cancer hospitalized in 17 shahrivar hospital, rasht. Journal of holistic nursing and midwifery 2009;19(1):51-5.
3. State report on registration of cancer cases. Islamic republic of iran ministry of health and medical education. Globocan, iarc. 2012.
4. Ma'arefvand M, Khatamsaz Z. Coping strategies of the parents of the children with cancer. Quarterly journal of social work 2014;3(3):3-9.
5. Panganiban-corales AT, Medina MF. Family resources study: part 1: family resources, family function and caregiver strain in childhood cancer. Asia Pac Fam Med 2011;10(1):14.
6. Amani o, mazaheri ma, nejati v, shamsian bs. Effect of cognitive rehabilitation on executive functions in adolescent survivors of leukemia: a randomized and controlled clinical trial. Arch Rehabil 2017;18(1):73-82.
7. Hashemi z. The incidence of cancer in children between zero and fifteen years in the country in 2004. Tehran: Central library of shahid beheshti university of medical sciences; 2014.
8. Besharat A, Zamani N, Moafi A, Bahram Ehsani H. The mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between harm avoidance and psychological well-being in parents of children with cancer. Quarterly journal of health psychology 2016;5(17): 7-22.
9. Janbraili M, Valizadeh S. The relationship between maternal adaptation and understanding of the disease in children with cancer. 6th international congress on child and adolescent psychiatry. Tabriz: Tabriz University Of Medical Sciences; 2013.
10. Jones BL. the challenge of quality care for family caregivers in pediatric cancer care. Seminars in Oncology Nursing: Elsevier; 2012.
11. Litzelman k, catrine k, gangnon r, witt wp. Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. Qual Life Res 2011;20(8):1261-9.
12. Wu lm, sheen jm, shu hl, chang sc, hsiao cc. Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. J adv nurs 2013;69(1):158-66.
13. Miller ks, vannatta k, vasey m, yeager n, compas be, gerhardt ca. Health literacy variables related to parents' understanding of their child's cancer prognosis. Pediatr Blood Cancer 2012 ;59(5):914-8.
14. Atadokht A, Norozi H, Ghaffari O. The effect of social problem-solving training on psychological well-being and resiliency of students with learning difficulties. 2014.
15. Hadizad t, sajadi f, movallali g, reza soltani p. Effectiveness of resiliency training in improving mother-child relationship in mothers of children with mental retardation. Iran Rehabil J 2016;14(3):171-8.
16. Vander haegen m, luminet o. Stress, psychosocial mediators and cognitive mediators in parents of

- child cancer patients and cancer survivors: attention and working memory pathway perspectives. *J Psychosoc Oncol* 2015;33:504-50.
17. Ye Zj, Guan HJ, Wu LH, Xiao MY, Luo DM, Quan XM. Resilience and psychosocial function among mainland chinese parents of children with cancer: a cross-sectional survey. *Cancer Nurs* 2015;38(6):466-74.
18. Parvin N, Alavi A, Alidost E, Forozandeh N, Hosseinzadeh S, Kamkhah AF, et al. The effects of group therapy on mental health condition in mothers of thalassemic patients. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2008;10(3):37-43.
19. Corey MS, Corey G, Corey C. *Groups: process and practice*. Cengage learning; 2013.
20. Nejati A, Moosavi R, Roshan R, Mahmodigharai J. Effectiveness of child-parent relationship therapy (cppt) on the improvement of mothers' parenting of children 8 - 11 years with adhd. *J Clin Psychol* 2016;8(29):37-49.
21. Rabiee Kenari F, Jadidian A, Solgi M. Effectiveness of resilience training on reduction of parental stress of autistic childrens mothers. *J ILAM UNIV MED SCI* 2015;23(4):95-105.
22. Ekstein d, schachter sc. *Use of complementary and alternative medicine in epilepsy. Epilepsy and the interictal State*: John Wiley & Sons, Ltd; 2015. P. 241-51.
23. Ionio C, Salvatici E, Confalonieri E, Milani L, Mascheroni E, Riva E, et al. Mothers and fathers facing their children's phenylketonuria. *Children's health care* 2017; 47(1):1-18.
24. Almeida AC, Pereira MG. Psychometric properties of the Portuguese version of the coping health inventory for parents (chip) of adolescents with chronic illness. *J Pediatr Nurs* 2016;31(5):528-36.
25. Aguilar-vafaie ME. Coping-health inventory for parents: assessing coping among Iranian parents in the care of children with cancer and introductory development of an adapted Iranian coping-health inventory for parents. *Children's health care* 2008;37(4):237-60.
26. Goldberg Dp, Gater R, Sartorius N, Ustun Tb, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the ghq in the who study of mental illness in general health care. *Psychol med* 1997;27(01):191-7.
27. Ardakani a, seghatoleslam t, habil h, Jameei f, rashid r, zahirodin a, et al. Construct validity of symptom checklist-90-revised (scl-90-r) and general health questionnaire-28 (ghq-28) in patients with drug addiction and diabetes, and normal population. *Iran j public health* 2016;45(4):451.
28. Fletcher PC. My child has cancer: finding the silver lining in every mother's nightmare. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2011;34(1):40-55.
29. Wills bs. The experiences of hong kong chinese parents of children with acute lymphocytic leukemia. *J Pediatr Nurs* 1999;14(4):231-8.
30. Bhattacharya K, Pal S, Acharyya R, Dasgupta G, Guha P, Datta A. Depression and anxiety in mothers of children with cancer and how they cope with it: a cross-sectional study in eastern india. Advisory board, associate editors associations between low self-control and editorial board members iii-v and aggression among malaysian male prisoners 79-86 information for authors vi. 2016.
31. Jadidi R, Hekmatpou D, Eghbali A, Memari F. The experiences of parents of children with leukemia: a qualitative research. *J Arak Univ Med Sci* 2013;15(68):28-40.
32. Fukui S, Koike M, Ooba A, Uchitomi Y. The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for japanese women with primary breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003;30(5):823-30.
33. Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast

- cancer patients: a meta-analysis. *J Behav Med* 2006;29(1):17-27.
34. Yalom I. *Existential psychotherapy basic books*. New york; 1980.
35. Khodadadi Sangdeh J. The effectiveness of existential group psychotherapy on increasing psychological well-being mothers of children with cancer. *Journal of psychological studies* 2018;13(4):125-40.
36. Salimi A, Ababsi A, Zaharakar K, Tameh B, Davarniya R. The effect of group based hope therapy on resiliency of mothers of children with autism spectrum disorder. *Armaghane-danesh* 2017;22(3):350-63.

THE EFFECT OF RESILIENCE-BASED GROUP THERAPY ON MOTHERS' PERCEPTIONS OF CHILD'S HEALTH STATUS WITH CANCER: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Fatemeh Hoseinzadeh¹, Moloud Radfar^{2*}, Fatemeh Moghaddamtabrizi³, Hamidreza Khalkhali⁴

Received: 12 Dec, 2019; Accepted: 16 Apr, 2020

Abstract

Background & Aims: Cancer is the second most common cause of mortality after cardiovascular disease. Resilience is one of the best strategies to cope with diseases in patients. This study aimed to determine the effect of resilience-based group therapy on mothers' perceptions of child's health status with cancer.

Materials & Methods: This randomized clinical trial was carried out on 48 mothers of children with cancer in Shahid Motahhari hospital of Urmia in 2017. Samples were randomly divided into two groups using Excel (RANDBETWEEN function). The data were collected using a demographic questionnaire, General Health Questionnaire (GHQ-28), and Coping Health Inventory for Parents (CHIP). Analysis of variance (ANOVA) test was utilized. P-value of less than 0.05 was considered significant.

Results: The mean score of health status perception in the intervention group over time was significantly different compared to the control group ($p < 0.001$). The mean and standard deviation of health status perception scores in intervention and control groups were 22.72 (5.91) and 10.95 (2.01), respectively.

Conclusion: Resilience-based group therapy intervention can be helpful as an effective support for mothers of children with cancer to understand their child's health status.

Keywords: Cancer, Resuscitation, Children, Group therapy

Address: Nursing and Midwifery School, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +98 4432754961

Email: mradfar1343@gmail.com

¹ M.Sc. Student of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Associate Professor of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor of Reproductive Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Associate Professor of Biostatistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran