

August-September 2025, Volume 20, Issue 3

The Effect of Resilience Training on Psychological Well-Being and Emotions of Caregivers of Children with Acute Leukemia

Vahid Naseri Salahshour¹, Mahboobeh Sajjadi^{2*}, Somayeh Khademi³

1- Research Center for Social Factors Affecting Health, Saveh School of Medical Sciences, Saveh, Iran.

2- Associate Professor of Nursing, Clinical Research Development Center, Amiralmomenin Hospital, School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

3- Master of Science in Internal-Surgical Nursing, Faculty Member, School of Nursing and Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran.

Corresponding Author: Mahboobeh Sajjadi, Associate Professor of Nursing, Clinical Research Development Center, Amiralmomenin Hospital, School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Email: sajadimahbobeh@yahoo.com

Received: 2025/07/2

Accepted: 2025/08/1

Abstract

Introduction: Cancer is one of the chronic diseases whose diagnosis in children can have profound psychological and emotional effects on their families. Therefore, this study aimed to investigate the effect of resilience training on the psychological well-being and emotional state of families of children diagnosed with leukemia.

Methods: This study was a randomized clinical trial intervention that was conducted on 62 caregivers of children with leukemia referred to Amir Kabir Educational and Medical Center. Participants were divided into two intervention groups (31 people) and control groups (31 people) using simple random assignment. Before the study, the Ryff Psychological Well-Being Scale (RSPWB) and the Positive and Negative Affect Questionnaire (PANAS) were completed by the samples of both groups and then the study began. The samples of the intervention group underwent resilience training during 9 1-hour sessions in a group (once a week). During this period, the control group samples did not receive any intervention. After 9 weeks, the questionnaires were completed again by the samples of the two groups. Finally, the data were analyzed with SPSS version 16 software and using descriptive and inferential statistical tests.

Results: The study results indicated that there was no significant difference in psychological well-being scores, positive emotions, and negative emotions between the two groups before the intervention ($P > 0.05$). However, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly better performance in psychological well-being components (total mean: 197.73), positive emotions (mean: 37.2), and negative emotions (mean: 23.93) compared to the control group (mean: 184.53). positive emotions) mean: 32(, negative emotions)mean: 24.73) ($P < 0.05$).

Conclusion: Resilience training is an effective method for increasing psychological well-being and positive emotions in caregivers of children with leukemia.

Keywords: Resilience, Caregivers, Psychological Well-Being, Leukemia, Cancer, Children.

تأثیر آموزش تاب آوری بر بهزیستی روانشناختی و عواطف مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی حاد

وحید ناصری سلحشور^۱، محبوبه سجادی^{۲*}، سمیه خادمی^۳

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.

۲- دانشیار پرستاری، مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امیرالمومنین، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۳- کارشناس ارشد پرستاری داخلی-جراحی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.

نویسنده مسئول: محبوبه سجادی، دانشیار پرستاری، مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امیرالمومنین، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

ایمیل: sajadimahbobeh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۱۰

چکیده

مقدمه: سرطان یکی از بیماری‌های مزمن است که تشخیص آن در فرزندان اثرات نامطلوب روانی و عاطفی فزاینده‌ای را بر خانواده خواهد داشت، لذا هدف این مطالعه بررسی تأثیر آموزش تاب آوری بر بهزیستی روانشناختی و عواطف خانواده‌های کودکان مبتلا به لوسمی بود.

روش کار: این پژوهش یک مداخله‌ای از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود که بر روی ۶۲ نفر از مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امیر کبیر شهر اراک انجام شد. نمونه‌ها با استفاده از روش تخصیص تصادفی ساده در دو گروه مداخله (۳۱ نفر) و کنترل (۳۱ نفر) قرار گرفتند. قبل از مطالعه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB) و پرسشنامه عواطف مثبت و منفی (PANAS) توسط نمونه‌های هر دو گروه تکمیل شده و سپس مطالعه آغاز شد. نمونه‌های گروه مداخله طی ۹ جلسه ۱ ساعته و به صورت گروهی (یک بار در هفته) تحت آموزش تاب آوری قرار گرفتند. در این مدت نمونه‌های گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمی‌کردند. پس از ۹ هفته پرسشنامه‌ها مجدداً توسط نمونه‌های دو گروه تکمیل شد. نهایتاً داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که بین نمره بهزیستی روانشناختی، عواطف مثبت و منفی در دو گروه، قبل از مداخله اختلاف معنی داری وجود نداشت ($P > 0.05$)، اما پس از مداخله، گروه مداخله‌ای در مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی ($M \pm SD: 53/184$)، عواطف مثبت ($M \pm SD: 4/6 \pm 2/37$) و عواطف منفی ($M \pm SD: 3/5 \pm 93/23$) نسبت به گروه کنترل ($M \pm SD: 6/19 \pm 73/197$)، عواطف مثبت: $2/8 \pm 32$ ، عواطف منفی: $7/6 \pm 73/24$ به طور معنی‌داری عملکرد بهتری نشان داد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: آموزش تاب آوری روش موثری برای افزایش بهزیستی روان شناختی و عواطف مثبت در مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی می‌باشد. با توجه به فشارهای روانی شدید و فرسایش عاطفی که مراقبین این بیماران تجربه می‌کنند، گنجاندن برنامه‌های آموزش تاب‌آوری در خدمات روان اجتماعی مراکز درمانی کودکان مبتلا به سرطان می‌تواند گامی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی مراقبین و ارتقاء عملکرد مراقبتی آنان باشد. پیشنهاد می‌شود این مداخلات به صورت ساختارمند در واحدهای حمایتی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرد و در برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی خانواده‌ها گنجانده شود.

کلیدواژه‌ها: تاب آوری، مراقبین، بهزیستی روان شناختی، لوسمی، سرطان، کودکان.

تفسیر مثبت است؛ و در یادآوری عناصر و محتوای خوشایند از حافظه نقش مهمی ایفا می کند (۹).

تاب آوری ویژگی شخصیتی است که فرد با استفاده از آن می تواند جهش وار از سختی ها بگذرد، متعادل شود و در برخورد با شرایط سخت و نامطلوب به خود شکوفایی برسد (۱۰). افراد دارای تاب آوری بالا در شرایط استرس زا و موقعیت های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ می کنند و دارای سازگاری روانشناختی هستند (۱۱). تاب آوری با تسهیل عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی به تعامل لذت آور با محیط اشاره داشته و با ویژگی هایی چون شوق و اشتیاق، افزایش انرژی و آگاهی مشخص می شود. در مقابل عاطفه منفی به تجارب افراد از درماندگی، نارضایتی و حوادث ناخوشایند اشاره دارد و با ویژگی هایی چون گناه، ترس، خشم و اضطراب مشخص می شود (۱۲). مهارت تاب آوری یک فرآیند پویای روانشناختی است و پاسخ افراد در موقعیت های بحرانی را تحت تاثیر قرار می دهد؛ با توجه به این نقش کلیدی که در تنظیم هیجانات، حفظ سلامت روان، و مقابله مؤثر با استرس های مزمن ایفا می کند، بررسی این سازه در والدین کودکان مبتلا به بیماری های سخت و ناتوان کننده همچون لوسمی، از اهمیت بالایی برخوردار است. والدین این کودکان در معرض تنش های مزمن، فرسودگی هیجانی، و احساس درماندگی هستند و چنانچه فاقد مهارت های مقابله ای مؤثر باشند، ممکن است کیفیت مراقبت از فرزند، روابط خانوادگی، و سلامت روانی خود آن ها دچار آسیب جدی شود. با وجود شناخت فزاینده نسبت به اهمیت تاب آوری، هنوز شواهد تجربی کافی درباره تأثیر آموزش آن بر شاخص های روانشناختی در این جمعیت خاص وجود ندارد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش تاب آوری بر بهزیستی روانشناختی و عواطف مثبت و منفی والدین کودکان مبتلا به لوسمی طراحی شده است تا ضمن پر کردن این خلأ پژوهشی، گامی در جهت ارائه مداخلات هدفمند و کاربردی برای حمایت از این گروه آسیب پذیر برداشته شود.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله ای از نوع کارآزمایی بالینی بود. نمونه های این پژوهش خانواده های دارای کودکان مبتلا به لوسمی مراجعه کننده به بخش خون

سرطان یکی از بیماری های مزمن است که تشخیص آن در فرزندان اثرات نامطلوب روانی و عاطفی فزاینده ای را بر خانواده خواهد داشت. علیرغم پیشرفت های فراوان در عرصه تشخیص و درمان سرطان، این بیماری همچنان احساس درماندگی و ترس عمیقی را در فرد و خانواده ایجاد می کند (۱). از لحاظ آماری و اپیدمیولوژیکی سرطان های پیش از ۱۵ سالگی در دسته سرطان های کودکان جای گرفته است و شایع ترین آن ها سرطان خون است (۲). در مطالعه دهکردی و همکاران که به روزرسانی وضعیت لوسمی در کودکان زیر ۱۴ سال در ایران را بررسی کرده اند، نرخ بروز ناخالص لوسمی برابر با ۲۹/۲۹ در هر یک میلیون کودک گزارش شده است (۳).

ابتلای کودک به سرطان، نه تنها فشارهای جسمی و مالی به خانواده تحمیل می کند، بلکه والدین را در معرض تنش های روانی شدیدی نیز قرار می دهد. در چنین شرایطی، آموزش شیوه های مقابله ای مؤثر می تواند نقش مهمی در کاهش آسیب های روانی ایفا کند. در سال های اخیر، رویکرد روان شناسی مثبت نگر با تمرکز بر سازهایی نظیر «تاب آوری» و «بهزیستی روان شناختی» توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است (۴). ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در راستای تحقق توانایی های واقعی بالقوه فرد می داند و احساس آن را حس مثبت و رضایتمندی از زندگی در حوزه های مختلف تعریف می کند (۵). نتایج بررسی ها نشان داده اند بهزیستی روانشناختی و مؤلفه های آن در هر برهه ای از زندگی و در رابطه با ویژگی های جمعیت شناختی وضعیت متفاوتی دارند و این عوامل قادرند سطح بهزیستی روانشناختی را تحت تأثیر قرار دهند (۶).

متغیر دیگری که در خانواده های دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن اهمیت ویژه ای دارد، «عواطف» است. تحقیقات نشان دادند که عواطف یا تجربه هیجانی، واجد دو بعد مثبت و منفی است و عدم تعادل در این دو می تواند پیامدهای روان شناختی جدی داشته باشد (۷). بک مان در پژوهشی نشان داد که عواطف منفی والدین اثرات منفی و خطرناکی بر کودکان دارد. این اثرات شامل مشکلات رفتاری نظیر پرخاشگری، هراس، اعتماد به نفس پایین، افسردگی، افزایش تحریک پذیری و وسواس می باشد (۸). در مقابل عاطفه مثبت بر پایه ادراک خوشایند، توجه و

بیمارستان امیرکبیر شهر اراک بودند که بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و سپس با استفاده از روش تخصیص تصادفی ساده (جدول اعداد تصادفی) در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. بعد از هماهنگی و کسب مجوز، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه سازی والدین و کسب اجازه از آن ها، رضایت والدین برای شرکت در این پژوهش جلب شد. مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1397.197 صادره از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اراک مورد تصویب قرار گرفته و در پایگاه ثبت کار آزمایشی های بالینی ایران نیز با شماره IRCT20161223031522N9 به ثبت رسیده است. قبل از شروع مداخله هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش آزمون قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه های مورد نظر را تکمیل نمایند. پرسشنامه های مورد استفاده شامل: مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف (PANAS) و پرسشنامه عواطف مثبت و منفی (RSPWB) بودند.

معیارهای ورود

داشتن توانایی برقراری ارتباط کلامی
تمایل جهت همکاری در مطالعه و امضاء فرم رضایت آگاهانه
محدوده سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال (۱۳)
عدم ابتلا به اختلالات روانی تشخیص داده شده
تشخیص لوسمی به صورت قطعی و با فاصله زمانی حداقل ۳ ماه پیش از شروع مداخله
نداشتن اعتیاد به سیگار و مواد مخدر

معیارهای خروج

انصراف بیمار از ادامه همکاری در مطالعه
ارجاع به سایر مراکز درمانی به منظور پیگیری و ادامه روند درمان
شرکت در کلاس های کنترل خشم، مدیریت استرس و دوره های آموزشی مشابه در ۶ ماه گذشته
- کلیه افراد به صورت داوطلبانه و با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند و هر زمان که تمایل به خروج از مطالعه داشتند، می توانستند از مطالعه خارج شوند.
- در طول انجام مطالعه هزینه ای به شرکت کنندگان تحمیل نشد.
- هدف از انجام پژوهش برای مسئولین بخش انکولوژی کودکان توضیح داده شد.
- نحوه انجام طرح و پیگیری های لازم به شرکت کنندگان

توضیح داده شد.

- پرسشنامه ها به صورت محرمانه، بدون نام و بر اساس کد تکمیل شدند.
- در استفاده از منابع علمی نهایت دقت در رعایت حقوق ادبی و حفظ امانت در برگرداندن مطالب به زبان فارسی با ذکر منبع صورت گرفت.
تعداد نمونه مورد مطالعه با استفاده از فرمول زیر و بر اساس مطالعه مشابه (۱۴) و با احتمال ریزش ۱۰٪ نمونه ها در مجموع ۶۲ نفر و در هر گروه ۳۱ نفر محاسبه شد.

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot \sigma^2}{d^2}$$

$$n = \frac{1/96^2 \times 1.4^2}{0/5^2} = 27/70 \approx 28$$

$$\alpha = 0.05 \Rightarrow z_{1-\alpha} = 1.645$$

مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف از ۵۴ ماده و مولفه های: پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط تشکیل شده است. این پرسشنامه ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روان شناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد و بنابراین دارای ۶ زیرمقیاس (هر زیرمقیاس شامل ۹ عبارت) است. این پرسشنامه برای بزرگسالان تهیه شده است. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً موافقم) مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق یا مخالف است (روایی نسخه فارسی پرسشنامه در مطالعه بیانی، کوچکی و بیانی (۱۵) مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ بدست آمد. پرسشنامه مقیاس عواطف مثبت و منفی نیز مقیاسی متشکل از ۱۰ عاطفه مثبت و ۱۰ عاطفه منفی است. که بصورت مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۱ تا ۵ پاسخ داده می شوند (ضریب آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی مقیاس عواطف مثبت و منفی در یک دوره دوماهه برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ محاسبه شده است (۱۶). بشارت با تحلیل دو عامل عاطفه مثبت و عاطفه منفی، روایی سازه ی نسخه فارسی

وحید ناصری سلخسور و همکاران

اتمام دوره آموزش از گروه مداخله و گروه کنترل پس از آزمون به عمل آمده و سپس داده های جمع آوری شده با روش آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. محتوای برنامه ی آموزشی اجرا شده توسط پژوهشگر به شرح زیر بود:

مقیاس عواطف مثبت و منفی را مورد تأیید قرار داده است. مدت جلسات درمانی شامل ۹ جلسه ۱ ساعته بوده و به صورت گروهی و دو بار در هفته اجرا می شد. در طی این جلسات گروه مداخله تحت آموزش تاب آوری قرار گرفته به گروه کنترل هیچ نوع آموزشی داده نمی شد. پس از

روش اجرا	محتوای آموزشی	اهداف جلسه	روز هفته	تاریخ برگزاری	جلسه
جلسه توجیهی گروهی	معرفی برنامه تکمیل پرسشنامه های پایه	پیش آزمون و آشنایی	یکشنبه	۱۳۹۷/۱۲/۰۵	۱
سخنرانی تعاملی	تعریف تاب آوری ویژگی های افراد تاب آور	معرفی تاب آوری	سه شنبه	۱۳۹۷/۱۲/۰۷	۲
کارگاه عملی	خوش بینی، عزت نفس شناخت استعدادها و علایق	عوامل حمایتی درونی	یکشنبه	۱۳۹۷/۱۲/۱۲	۳
بحث گروهی	حمایت اجتماعی مسئولیت پذیری	عوامل حمایتی بیرونی	سه شنبه	۱۳۹۷/۱۲/۱۴	۴
تمرین زوجی	ارتباطات اجتماعی مدیریت استرس	راهکارهای تاب آوری ۱	یکشنبه	۱۳۹۷/۱۲/۱۹	۵
تدوین برنامه فردی	هدف گذاری امیدواری	راهکارهای تاب آوری ۲	سه شنبه	۱۳۹۷/۱۲/۲۱	۶
تمرین انفرادی	خودآگاهی اعتماد به نفس	راهکارهای تاب آوری ۳	یکشنبه	۱۳۹۷/۱۲/۲۶	۷
مدیتیشن هدایت شده	خوش بینی خودمراقبتی	راهکارهای تاب آوری ۴	سه شنبه	۱۳۹۷/۱۲/۲۸	۸
جلسه پرسش و پاسخ	رزیابی نهایی جمع بندی مطالب	پس آزمون و جمع بندی	یکشنبه	۱۳۹۸/۰۱/۰۴	۹

روش های آمار توصیفی مانند محاسبه شاخص های عددی (میانگین و...)، آزمون های آماری t مستقل (جهت آزمون متغیر های کمی) و نیز آزمون «کای دو» (برای مقایسه دو متغیر های کیفی دو گروه) استفاده شد. برای مقایسه دو گروه با یکدیگر نیز از آزمون تحلیل تک متغیری و آنالیز واریانس در اندازه گیری های مکرر استفاده شد.

نهایتاً اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و به کمک آزمون های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها، ابتدا نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از کولموگروف-اسمیرنوف و نمودارهای Q-Q مورد بررسی قرار گرفت. پس از اطمینان از برقراری مفروضه نرمالیتی از

یافته ها

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناسی مشارکت کنندگان

متغیر	مداخله		کنترل	سطح معناداری
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
جنس	مرد	۸ (۱۳/۵۶)	۱۰ (۱۶/۹۵)	۰/۸۳
	زن	۲۲ (۳۷/۲۹)	۱۹ (۳۲/۲۰)	
	کل	۳۰ (۵۰/۸۵)	۲۹ (۴۹/۱۵)	
سن	میانگین	۴۴/۲۳	۴۷/۵۳	۰/۸۶
	انحراف معیار	۱۶/۲	۱۸/۶	

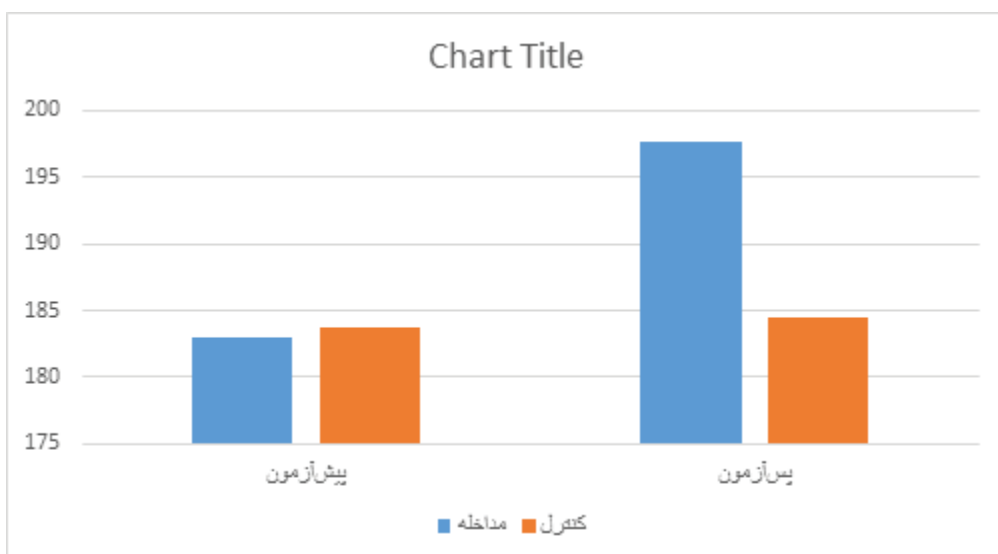
تحصیلات	۰/۹۳	بیسواد	۴ (۶/۷۸)	۲ (۳/۳۸)
		ابتدایی	۱۰ (۱۶/۹۶)	۱۲ (۲۰/۳۵)
		دبیرستان و دیپلم	۹ (۱۵/۲۵)	۱۰ (۱۶/۹۵)
		تحصیلات دانشگاهی	۷ (۱۱/۸۶)	۵ (۸/۴۷)
		کل	۳۰ (۵۰/۸۵)	۲۹ (۴۹/۱۵)
	۰/۶۴	متاهل	۲۶ (۴۴/۰۷)	۲۷ (۴۵/۷۷)
		بیوه	۳ (۵/۰۸)	۲ (۳/۳۸)
		مطلقه	۱ (۱/۷۰)	۰ (۰)
		کل	۳۰ (۵۰/۸۵)	۲۹ (۴۹/۱۵)
		بیکار	۲ (۳/۳۹)	۳ (۵/۰۸)
شغل	۰/۸۷	کارمند	۱۰ (۱۶/۹۶)	۱ (۱/۶۹)
		آزاد	۷ (۱۱/۸۶)	۱۰ (۱۶/۹۵)
		سایر	۱۱ (۱۸/۶۴)	۱۵ (۲۵/۴۳)
		کل	۳۰ (۵۰/۸۵)	۲۹ (۴۹/۱۵)

۳۲.۲۰٪ و دارای تحصیلات دانشگاهی ۲۰.۳۳٪ بودند. از نظر وضعیت تأهل، اکثریت نمونه‌ها متأهل (۸۹.۸۴٪) بودند و درصد کمی بیوه (۸.۴۶٪) یا مطلقه (۱.۷۰٪) بودند. در زمینه وضعیت شغلی، بیشترین فراوانی مربوط به دسته سایر مشاغل (۴۴.۰۷٪) و سپس افراد شاغل آزاد (۲۸.۸۱٪) بود. تنها ۸.۴۷٪ از افراد بیکار و ۱۸.۶۵٪ کارمند بودند.

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۴۵.۵۰ سال با انحراف معیار ۱۴.۴۷ بود و دامنه سنی آن‌ها بین ۳۶ تا ۵۴ سال قرار داشت. بالاترین فراوانی مربوط به افراد ۴۵ ساله بود. از نظر جنسیت، بیشتر آزمودنی‌ها زن بودند (۶۹.۴۹٪) و مابقی مرد بودند (۵۱/۳۰٪). بررسی سطح تحصیلات نشان داد بیشترین فراوانی مربوط به افراد با تحصیلات ابتدایی (۳۷.۳۱٪) بود. افراد بی‌سواد ۱۰.۱۶٪، دارای تحصیلات دبیرستانی/دیپلم

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه (N=۵۹)

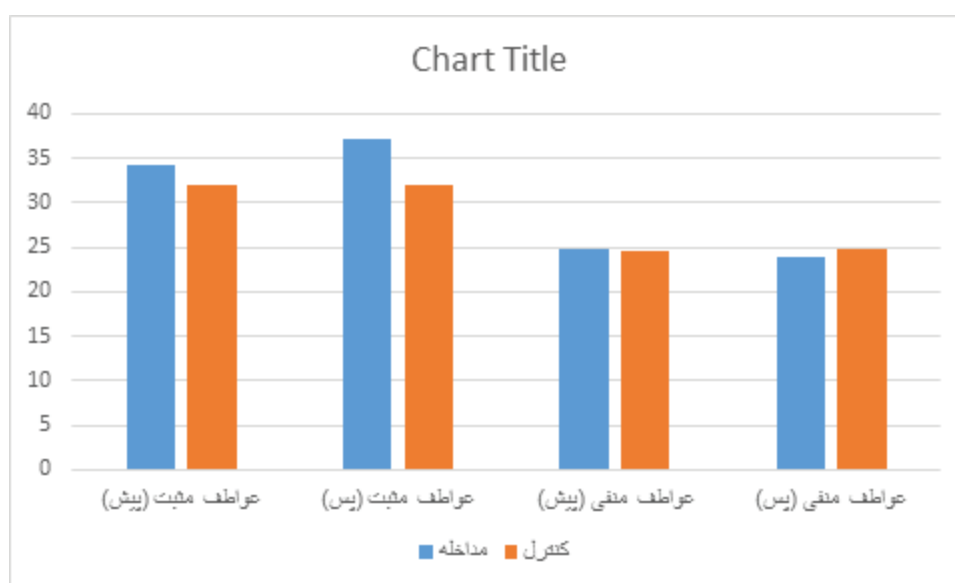
متغیر	گروه مداخله				گروه کنترل				اندازه اثر
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
بهزیستی روانشناختی	۲۹/۱۳	۵/۷	۳۱/۵۳	۶	۲۹/۶۷	۱/۴	۳۰/۲	۳/۷	۰,۱۵۶
	۳۰/۴۷	۲/۷	۳۲/۳۳	۲/۶	۳۰/۳۳	۳/۱	۳۰/۶	۲/۹	۰,۱۲۰
	۳۲/۲	۷/۳	۳۴/۶	۷/۳	۳۲/۲۷	۶/۰۹	۳۲/۶	۶/۳	۰,۱۴۱
	۳۲	۵/۷	۳۴/۶۷	۵/۹	۳۱/۹۳	۳/۹	۳۲/۲۷	۴/۱	۰,۱۴۷
	۲۹/۶۷	۵/۵	۳۲/۳۳	۶/۲	۲۹/۲	۴/۵	۲۹/۵۳	۴/۶	۰,۱۹۱
	۲۹/۴۷	۴	۳۲/۲۷	۴/۴	۳۰/۲۷	۲/۴	۲۹/۳۳	۳/۷	۰,۱۸۵
	۱۸۲/۹۳	۲۰/۳	۱۹۷/۷۳	۱۹/۶	۱۸۳/۶۷	۱۳/۴	۱۸۴/۵۳	۱۲/۶	-
عواطف	۳۴/۲۷	۵/۸	۳۷/۲	۶/۴	۳۲/۰۷	۸/۷	۳۲	۸/۲	۰,۲۱۱
	۲۴/۷۳	۵/۸	۲۳/۹۳	۵/۳	۲۴/۶۷	۷/۵	۲۴/۷۳	۶/۷	۰,۰۴۸



نمودار ۱: مقایسه نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های مداخله و کنترل

می‌شود گروه مداخله افزایش ۱۴٫۸ امتیازی معنادار داشته است ($p < ۰.۰۰۱$) گروه کنترل تغییر محسوسی نداشته است.

نمودار فوق نشان‌دهنده تغییرات نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه مطالعه است. همانطور که مشاهده



نمودار ۲: مقایسه میانگین نمرات عواطف مثبت و منفی در گروه‌های مداخله و کنترل

محسوسی نداشته (۳۲٫۰۷ به ۳۲) و عواطف منفی ۰٫۰۶ امتیاز افزایش یافته (۲۴٫۶۷ به ۲۴٫۷۳). مقایسه بین گروهی نشان‌دهنده تأثیر معنادار مداخله بر بهبود عواطف مثبت است.

نمودار فوق تغییرات عواطف مثبت و منفی را نشان می‌دهد. در گروه مداخله عواطف مثبت ۲٫۹۳ امتیاز افزایش یافته (از ۳۴٫۲۷ به ۳۷٫۲) عواطف منفی ۰٫۸ امتیاز کاهش یافته (از ۲۴٫۷۳ به ۲۳٫۹۳) در گروه کنترل عواطف مثبت تغییر

جدول ۳. آزمون تک متغیره پس از MANOVA برای مقایسه میانگین مؤلفه های بهزیستی روان شناختی و عواطف مثبت و منفی

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
خودمختاری	۲۶/۱۳	۱	۲۶/۱۳	۱۰/۵۵	۰/۰۰۳
تسلط محیطی	۱۹/۲	۱	۱۹/۲	۷/۸	۰/۰۰۹
رشد شخصی	۳۲/۰۳	۱	۳۲/۰۳	۹/۴	۰/۰۰۵
ارتباط مثبت	۴۰/۸۳	۱	۴۰/۸۳	۹/۸	۰/۰۰۴
هدفمندی زندگی	۴۰/۸۳	۱	۴۰/۸۳	۱۳/۵	۰/۰۰۱
پذیرش خود	۱۰۴/۵	۱	۱۰۴/۵	۱۲/۹	۰/۰۰۱
مثبت	۶۷/۵	۱	۶۷/۵	۱۵/۳	۰/۰۰۱
منفی	۵/۶	۱	۵/۶	۲/۹	۰/۱

یافته با نتایج حاصل از مطالعه امگونی و همکاران، مرادی و همکاران و حسینی قمی و همکاران مبنی بر موثر بودن تاب آوری در ارتقاء بهزیستی روان شناختی، در یک راستاست (۱۴، ۱۷، ۱۸). برخی پژوهش ها نیز هرچند بطور مستقیم تأثیر تاب-آوری بر بهزیستی روان شناختی را مطرح نکردند، اما متغیرهایی را در ارتباط با تاب آوری بررسی نمودند که به نحوی در حیطه بهزیستی روانشناختی قرار دارند. بعنوان مثال سلیگمن معتقد بود که آموزش تاب آوری به افراد در یک آموزش کلاسی منظم می تواند دیدگاه آنان را نسبت به زندگی رشد داده و بهبود بخشد، افسردگی را محدود و کنترل کند و سازگاری را افزایش دهد. در مطالعه ای دیگر پور سردار و همکاران دریافتند که آموزش تاب آوری باعث افزایش سلامت روان و رضایت از زندگی می شود. افراد دارای تاب آوری بالا در شرایط استرس زا و موقعیت های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ می کنند و دارای سازگاری روانشناختی هستند (۱۹).

در جلسات آموزش تاب آوری ما به آموزش متغیرهای بسیاری پرداختیم، برخی از این آموزش ها بطور مستقیم در ارتباط با مولفه های بهزیستی روانشناختی بودند که از آن جمله می توان به آموزش هدفمندی در زندگی، برقراری ارتباط مثبت، خودآگاهی و پذیرش خود، اشاره کرد. مابقی آموزش ها هم بطور غیر مستقیم با متغیر اصلی پژوهش در ارتباط بودند، برای مثال آموزش راهکارهای افزایش عزت نفس، مسئولیت پذیری فردی و پذیرش نقش های معنی دار، پذیرفتن تغییر، خود آگاهی و پرورش اعتماد به نفس همگی به نحوی در خودمختاری و رشد شخصی دخیل هستند. اختیار نمودن منبع کنترل درونی در بالا بردن سطح خودمختاری و منبع کنترل بیرونی در پذیرش تغییر در افراد سهیم است. در رابطه با عدم افزایش نمرات در زیرمقیاس

نتایج تحلیل های تک متغیری نشان می دهد که بین تفاضل میانگین نمرات پیش - پس آزمون «خودمختاری»، «رشد شخصی»، «ارتباط مثبت»، «هدفمندی زندگی» و «پذیرش خود» در آزمودنی ها در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت وجود دارد، به طوری که بر اساس اطلاعات جدول ۳ میانگین این پنج مؤلفه در مراقبینی که تحت آموزش مهارت تاب آوری قرار گرفته اند، در پس -آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش داشته است. بنابراین می توان گفت «آموزش تاب آوری» موجب افزایش بهزیستی روان شناختی شده است، در حالی که آموزش تاب آوری نقشی بر مؤلفه «تسلط محیطی» ندارد.

همچنین نتایج آزمون تک متغیره نشان می دهد که با احتساب آلفای میزان شده بنفرونی (۰/۰۲۵) اختلاف بین گروه ها، در متغیر «عواطف مثبت» معنی دار است. به عبارت دیگر، نتیجه آزمون حاکی از آن است که «آموزش تاب آوری» بر «عواطف مثبت» موثر بوده است، اما اختلاف بین گروه ها در متغیر «عواطف منفی» معنی دار نیست. به عبارت دیگر، نتیجه آزمون حاکی از آن است که «آموزش تاب آوری» در کاهش «عواطف منفی» تأثیری نداشت.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهزیستی روان شناختی و عواطف مثبت در خانواده های کودکان مبتلا به لوسمی بود. نتایج نشان داد که آموزش تاب آوری بر افزایش بهزیستی روان شناختی مراقبین موثر است. این نتیجه بیانگر این است که نمونه های گروه مداخله که تحت آموزش بودند نسبت به گروه کنترل سطح بالایی از بهزیستی روان شناختی را درار بودند. این

عمیقی چون اضطراب، غم، و احساس گناه در والدین ایجاد می‌کنند. در مقابل، برخی مطالعات تجربی نشان داده‌اند که در زمان طولانی‌مدت تاب‌آوری بالا می‌تواند احساسات منفی را کاهش دهد. مطالعه‌ی دیون دوم و همکاران نشان داد که تاب‌آوری بالاتر با کاهش علائم اضطراب و افسردگی ارتباط دارد (۲۱) و که البته این امر موجب کاهش عواطف منفی در طی زمان خواهد شد. مطالعه‌ی مک‌کنا نیز بیان می‌کند تاب‌آوری با بهبود کیفیت زندگی، کاهش فشار احساسی و کاهش علائم مربوط به استرس روانی ارتباط دارد (۲۲). به‌طور کلی، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری می‌تواند نقش مؤثری در ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و افزایش عواطف مثبت مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی ایفا کند. با این حال، عدم تأثیر معنادار بر کاهش عواطف منفی ممکن است ناشی از ماهیت مزمن و فشارزای مراقبت از کودک بیمار باشد که به عوامل عمیق‌تر روانی و محیطی وابسته است. این یافته‌ها بر ضرورت توسعه مداخلات روان‌شناختی جامع‌تر تأکید دارند که علاوه بر تقویت مؤلفه‌های مثبت روانی، به مهار و کاهش مؤثر هیجانات منفی نیز بپردازند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آینده، آموزش تاب‌آوری با مؤلفه‌هایی چون تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی، و حمایت اجتماعی تلفیق شود تا اثربخشی آن در کاهش بار روانی مراقبین بهبود یابد.

محدود بودن تعداد نمونه پژوهش یکی از محدودیت‌های پژوهش بود که تعمیم نتایج را به کل جامعه با مشکل مواجه می‌کند. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که آزمودنی‌های تحقیق فقط از میان مراقبینی که کودک آنان در مرکز درمانی امیر کبیر شهر اراک بستری بود انتخاب شدند، بنابراین نمی‌توان نتایج را به کل استان یا کشور تعمیم داد. عدم انجام پیگیری، محدودیت زمانی برای ارائه آموزش‌ها و عدم کنترل اثر پیش‌آزمون از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با حجم نمونه‌ی بالاتری و در سطح وسیع‌تری انجام گیرد تا نتایج قابلیت تعمیم بالاتری پیدا کند. در صورت امکان جلسات بیشتری برگزار شده و نتایج پیگیری شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش و شواهد موجود در مطالعات

تسلط محیطی باید خاطر نشان شد که مراقبین دارای کودک مبتلا به لوسمی به میزان زیادی در برنامه مراقبت از این کودکان با شکست مواجه می‌شوند. بطور کلی بنظر می‌رسد که آموزش تاب‌آوری تکنیک‌هایی در اختیار افراد می‌گذارد که در مواجهه با شرایط سخت راهبرد مقاومتی خاصی داشته باشند تا از شرایط سخت جان سالم بدر ببرند و با وجود شرایط سخت احساس بهزیستی نمایند (۲۰).

در رابطه با فرضیه دوم نیز نتایج حاکی است که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش عواطف مثبت می‌شود. از آنجا که عاطفه مثبت پایه ادراک خوشایند، توجه و تفسیر مثبت است؛ بنابراین در یادآوری عناصر و محتوای خوشایند از حافظه نقش مهمی ایفا می‌کند. افرادی که از سطح تاب‌آوری بالایی برخوردارند، میزان عاطفه مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند. این نتیجه با این یافته‌ی اصغری نکاح همسو است که افراد تاب‌آور دارای رفتارهای خودشکنانه نیستند، از نظر عاطفی آرام‌اند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار و ناخوشایند را دارند (۲۰). ربیعی و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی تاب‌آوری بر کاهش تنش والد‌گری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم نشان دادند که افراد دارای تاب‌آوری بالا، در مواجهه با رویدادهای هیجانی با ماهیت خنثی و نامعلوم، بیشتر تمایل به نشان دادن هیجانات مثبت داشتند (۱۶). به اعتقاد آنها این امر ممکن است به علت توانایی این افراد برای کنار آمدن موفقیت‌آمیز به هنگام روبرو شدن با موقعیت‌های دشوار، به خصوص موقعیت‌هایی با ماهیت بین‌فردی باشد. مرادی‌کیا و همکاران در مطالعه‌ی دیگر نشان دادند که سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت‌سرنهاندن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند (۴).

اما نتیجه‌ی فرعی که از پژوهش بدست آمد نشان داد که تاب‌آوری عواطف منفی را کاهش نمی‌دهد. در تبیین این یافته باید در نظر داشت که کودکان مبتلا به لوسمی بدلیل تغییر در رفتار، و بروز نقایص احساسی، تأثیر منفی زیادی در والدین گذاشته و آنها را تحت فشارهای زیادی قرار می‌دهند که نتیجه آن ایجاد عواطف منفی شدید در والدین می‌باشد. این نتیجه ممکن است به شرایط خاص و پرفشار مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی مربوط باشد. حضور مستمر در محیط‌های درمانی، مشاهده درد و ناتوانی کودک، و ترس از پیش‌آگهی بیماری، همگی از عواملی‌اند که عواطف منفی

سیاسگزاری

این نتایج حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1397.197 می باشد. در پایان، مجریان طرح مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، کارمندان آن واحد، اساتید ارجمند مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امیر المومنین، مسئولین و پرستاران بیمارستان امیرکبیر و تمامی مراقبین محترمی که صمیمانه و صبورانه ما را در به پایان رسیدن این پروژه یاری نمودند اعلام می داریم.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار داشتند که هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

پیشین، می توان نتیجه گرفت که آموزش تابآوری رویکردی اثربخش برای ارتقاء بهزیستی روان شناختی و افزایش عواطف مثبت در مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی است. با در نظر گرفتن فشارهای روانی قابل توجهی که والدین این کودکان تجربه می کنند، آموزش مهارت های تابآوری می تواند به آن ها کمک کند تا بهتر با استرس های مزمن کنار بیایند و در برابر دشواری های زندگی، واکنش های سازگارانه تری از خود نشان دهند. از آنجا که تابآوری یک توانمندی قابل آموزش است، توصیه می شود این نوع مداخلات به عنوان بخشی از خدمات حمایتی روان شناختی در مراکز درمانی و آموزشی ادغام شود. چنین مداخلاتی نه تنها می تواند کیفیت زندگی مراقبین را بهبود بخشد، بلکه از طریق تقویت سلامت روان خانواده ها، پیامدهای روانی درمان کودک را نیز به طور غیرمستقیم ارتقاء می دهد.

Reference

1. Woźniak K, Iżycki D. Cancer: a family at risk. *Prz Menopauzalny*. 2014;13(4):253-61. <https://doi.org/10.5114/pm.2014.45002>
2. Schmidt JA, Hornhardt S, Erdmann F, Sánchez-García I, Fischer U, Schüz J, et al. Risk Factors for Childhood Leukemia: Radiation and Beyond. *Front Public Health*. 2021;9:805757. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.805757>
3. Hasanpour Dehkordi A, Askarpour H, Pordanjani FK, Khazaei Z, Pordanjani SR. Crude incidence, age-specific incidence, and standardized incidence rates of leukemia in children under 14 years of age in Iran: an updated meta-analysis. *Przegl Epidemiol*. 2021;75(4):546-55. <https://doi.org/10.32394/pe.75.51>
4. Moradikia H, Sattarpour Iranaghi F, Emamgholian S. Compare The Effectiveness of Emotion Regulation and Resilience Training on Psychological Well-Being of Mothers of Students with Intellectual Disability. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2017;5(3):213-23. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.213>
5. Chow HP. Psychological well-being and scholastic achievement among university students in a Canadian Prairie City. *Social Psychology of Education*. 2007;10:483-93. <https://doi.org/10.1007/s11218-007-9026-y>
6. Erfanian M, Mitchell A, Aletta F, Kang J. Psychological well-being and demographic factors can mediate soundscape pleasantness and eventfulness: A large sample study. *Journal of Environmental Psychology*. 2021;77:101660. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2021.101660>
7. Mohammadi N. The factor structure of state and trait forms of positive and negative affect scales. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2011;5(1):21-6.
8. Beckman PJ. Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American journal of mental retardation: AJMR*. 1991;95(5):585-95.
9. Madan CR, Scott SME, Kensinger EA. Positive emotion enhances association-memory. *Emotion*. 2019;19(4):733-40. <https://doi.org/10.1037/emo0000465>
10. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(11). <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>
11. Waugh CE, Sali AW. Resilience as the Ability to Maintain Well-Being: An Allostatic Active Inference Model. *J Intell*. 2023;11(8). <https://doi.org/10.3390/jintelligence11080158>
12. Lü W, Wang Z, Liu Y, Zhang H. Resilience as a mediator between extraversion, neuroticism and happiness, PA and NA. *Personality and Individual Differences*. 2014;63:128-33. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.015>

13. Heuser C, Schneider JN, Heier L, Ernstmann N, Nakata H, Petermann-Meyer A, et al. Family resilience of families with parental cancer and minor children: a qualitative analysis. *Front Psychol.* 2023;14:1251049. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1251049>
14. Hoseini ghomi t, salimi baještani h. Effectiveness of Resilience Training on Stress of Mothers Whose Children, Suffer from Cancer in Imam Khomeini Hospital of Tehran T. Hosseini Ghomi*/ H. Salimi Baještani**1. *Health Psychology.* 2013;1(4):97-109.
15. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2008;14(2):146-51.
16. Nejad EmH, Besharat MA, Haddadi P, Abdolmanafi A. Mediation Effects of Positive and Negative Affects on the Relationship Between Perfectionism and Physical Health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2011;30:176-81. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.035>
17. Moradi M, Bagherpour M, Hasanvand M, Rezapour M, Shahabzadeh S. The mediating role of self-Esteem and positive & negative affects in relationship of resilience and psychological well-Being. 2016.
18. Seligman MEP. *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*: Knopf Doubleday Publishing Group; 2006.
19. Seligman ME. *Learned optimism: How to change your mind and your life*: Vintage; 2006.
20. Henshall C, Davey Z, Jackson D. Nursing resilience interventions-A way forward in challenging healthcare territories. *J Clin Nurs.* 2020;29(19-20):3597-9. <https://doi.org/10.1111/jocn.15276>
21. Dionne-Odom JN, Azuero A, Taylor RA, Wells RD, Hendricks BA, Bechthold AC, et al. Resilience, preparedness, and distress among family caregivers of patients with advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2021;29(11):6913-20. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06265-y>
22. McKenna O, Fakolade A, Cardwell K, Langlois N, Jiang K, Pilutti LA. Towards conceptual convergence: A systematic review of psychological resilience in family caregivers of persons living with chronic neurological conditions. *Health Expect.* 2022;25(1):4-37. <https://doi.org/10.1111/hex.13374>