

Research Article

Effectiveness of Mental Toughness on Distress Tolerance and Mental Vitality in Parents of Children with Leukemia

F. Razavian¹, S. Imani^{2*} & M. Nourbakhsh³

1. MSc student, Department of clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: s_imani@sbu.ac.ir
3. Associate Professor of Pediatric Hematology and Oncology, Department of Pediatrics, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Aim: The aim of this study was the effectiveness of mental toughness on distress tolerance and mental vitality in parents of children with leukemia. **Method:** the research method was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up with control group. The statistical population included all parents of children with leukemia who were admitted to Imam Khomeini Hospital in Tehran in 1399. The sample consisted of 30 parents of children with leukemia located in Imam Khomeini Hospital who were selected by purposive sampling and randomly divided into two experimental and control groups. To conduct the research, first both groups were pre-tested using distress tolerance and the mental vitality questionnaires and then the experimental group was trained for 8 sessions per week for a 150-minute session. They were subjected to mental toughness. at the end of the experimental group training sessions, both groups completed the distress and vitality Tolerance questionnaire in two stages, one stage immediately after the end of the training and one stage after three months of training, and the data were analyzed using a mixed ANOVA of repeated measures. **Results:** findings of this study showed that there is a significant difference between the experimental and control groups during the research stages. **Conclusion:** the results show that mental toughness training due to training can improve the mental vitality and distress.

Key words: *Mental Toughness, Distress Tolerance, Mental Vitality, Leukemia*

Citation: Razavian, F., Imani, S., & Nourbakhsh, M. (2021). Effectiveness of Mental Toughness on Distress Tolerance and Mental Vitality in Parents of Children with Leukemia. *Quarterly of Applied Psychology, 15*(3):403-422.

اثربخشی آموزش استواری روانی بر تحمل‌پیشانی و سرزندگی ذهنی والدین کودکان مبتلا به سرطان خون

فروغ السادات رضویان^۱، سعید ایمانی^{۲*} و سیدمحمدکاظم نوربخش^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: s_imani@sbu.ac.ir
۳. دانشیار خون و سرطان کودکان، گروه بیماری‌های کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش استواری روانی بر تحمل‌پیشانی و سرزندگی ذهنی والدین کودکان مبتلا به سرطان خون انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه والدین کودکان مبتلا به سرطان خون بود که در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان امام خمینی تهران بستری بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از والدین کودکان مبتلا به سرطان خون واقع در بیمارستان امام خمینی بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای انجام پژوهش ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه تحمل‌پیشانی و سرزندگی ذهنی به عمل آمد و سپس گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه هر هفته یک جلسه ۱۵۰ دقیقه‌ای تحت آموزش استواری روانی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات آموزشی، هر دو گروه در دو مرحله، یک مرحله بلافاصله پس از پایان آموزش و یک مرحله بعد از گذشت سه ماه از آموزش مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط تحلیل شد. یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که آموزش استواری روانی می‌تواند منجر به ارتقای سرزندگی ذهنی و تحمل‌پیشانی شود.

کلید واژه‌ها: استواری روانی، تحمل‌پیشانی، سرزندگی ذهنی، سرطان خون

مقدمه

امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و سرطان یک گروه از بیماری‌هاست که با رشد کنترل نشده و گسترش سلول‌های غیرطبیعی همراه است (مورهان، راسین، گیلچر، تام فوهر-مادسن و اسپالت، ۲۰۲۰). سرطان خون به عنوان شایع‌ترین سرطان دوران کودکی در دنیا شناخته شده و همچنین شایع‌ترین سرطان دوران کودکی در ایران بوده است (خنجری، حق دوست اسکویی، اسحقیان درچه و حقانی، ۱۳۹۲). سالانه در جهان از هر صد هزار کودک، ۳ - ۴ کودک و سالانه در ایران ۱۰۰ تا ۱۱۰ هزار نفر به سرطان مبتلا می‌شوند که ۲۵۰۰ نفر آن‌ها کودک است (خدادادی سنگده و قمی، ۱۳۹۶). از این‌رو بیماری سرطان در جهان رو به افزایش است و تشخیص سرطان در دوران کودکی یک تجربه آسیب‌زا برای مراقبان آن‌ها است (ماسادح، ۲۰۱۵) و این موضوع فشار روانی زیادی را به فرد و خانواده وارد کرده و سرطان کودکان یکی از عوامل ناتوان‌کننده افراد خانواده است (کوماریانو و همکاران، ۲۰۲۱). و از آنجایی که والدین به‌عنوان اولین منبع مراقبتی و حمایتی برای کودکان سرطانی محسوب می‌شوند، نوع نگرش والدین نسبت به بیماری و اختلالات عاطفی ناشی از آن تأثیر ویژه‌ای در امر مراقبت از کودک دارد (ماجمودار و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از مسائلی که والدین کودکان مبتلا به سرطان را درگیر خود می‌سازد، تحمل پریشانی است.

تحمل پریشانی، متغیر تفاوت‌های فردی بوده که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند؛ همچنین تحمل پریشانی به طور فزاینده‌ای، به عنوان ساختاری مهم در رشد و بینشی جدید درباره شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و نیز پیشگیری و درمان مشاهده شده است (بمیس و همکاران، ۲۰۱۵). به عبارت دیگر تحمل پریشانی، توانایی تحمل و قبول عواطف منفی است؛ به طوری که حل مسائل می‌تواند از طریق آن صورت بگیرد (فیروزی و فیض‌آبادی، ۱۳۹۹). تحمل والدین کودکان مبتلا به سرطان خون از جمله مسائلی است که می‌تواند تحت‌الشعاع بیماری فرزندشان باشد. تحمل پریشانی نقش مهمی در ارتقای سلامت دارد و این سازه شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان و مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی است (بونفیلس، ماینر، لئوهارد و لیساکر، ۲۰۱۸). در پژوهشی که توسط تان، موردیفی، لویز و لئونگ (۲۰۲۰) انجام شد، نتایج نشان داد که مشکلات اجتماعی، عاطفی و شناختی به طور معنی‌داری با پریشانی روانشناختی والدین کودکان مبتلا به سرطان ارتباط دارند. همچنین اسرافیلی (۱۳۹۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که مؤلفه‌های عملکرد خانواده و معنی‌داری زندگی با تحمل ناکامی همبستگی دارد و این دو متغیر پیش‌بینی‌کننده معناداری برای تحمل ناکامی در مادران کودکان مبتلا به سرطان هستند.

بنابراین والدین کودکان مبتلا به سرطان نسبت به دیگر افراد جامعه با فشارهایی مواجه هستند که از نظر شدت متفاوت است. با توجه به شرایط ایجاد شده متعاقب تشخیص سرطان کودکی، نقش ویژه والدین، به عنوان مراقبان اصلی؛ در سازگاری کودکی تأثیرگذار است (بجانی-قبرا، هیندس، اینسل، رید، مور و بدگر، ۲۰۱۹). یکی از مؤلفه‌های مؤثر در سازگاری کودکی مبتلا به سرطان، سرزندگی ذهنی والدین است.

سرزندگی ذهنی^۱ ساختار پیچیده‌ای دارد که به کارکرد و تجربه عملکرد بهینه مربوط می‌شود (ستیزی و دنیز، ۲۰۱۹). رایان و فردریک سرزندگی ذهنی را وجود سرشار انرژی، اشتیاق و سرحال بودن، خسته و فرسوده نبودن و عدم تحلیل رفتگی توصیف کرده‌اند و نشان داده‌اند وقتی سرزندگی ذهنی کم باشد، تحریک‌پذیری و خستگی ظاهر می‌شود و برای انجام کارهای زندگی از تمام توان استفاده نمی‌شود. در مقابل وقتی سرزندگی ذهنی زیاد است، انرژی کافی برای انجام فعالیت‌ها در دسترس است و خلق در وضعیت مناسبی قرار دارد و انجام تکالیف به خوبی پیش می‌رود (برجی و ترجمان، ۲۰۲۰). بنابراین سرزندگی ذهنی حاکی از وجود سرشار انرژی مثبت روانی است و فرد سرزنده مملو از زندگی است. آن‌ها در واقع سرزندگی را انرژی‌ای که از خود نشئت می‌گیرد، تعبیر می‌کنند و آن را احساسی از انرژی می‌دانند که منبع آن درونی و نه تهدیدات خاص محیطی است. از نظر آن‌ها سرزندگی ذهنی با حالت‌های شیدایی تفاوت دارد، زیرا سرزندگی احساس سرحال بودن و پر انرژی بودن است، نه مجبور بودن و هدایت شدن، بنابراین سرزندگی جلوه‌ایی از سلامت و بهزیستی روانی است (عربزاده، ۱۳۹۶). در پژوهشی که توسط مورهان و همکاران (۲۰۲۰) انجام شد، نتایج نشان داد که والدین کودکان سرطانی میزان کمتری از نشاط و سلامت روانی را دارا بودند، همچنین والدین کودکان سرطانی میزان استرس و ناراحتی روانی بیشتری نسبت به جمعیت هنجار جامعه از خود نشان دادند. بارگر-لازار و موسک (۲۰۲۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شخصیت والدین نقش پیش‌بینی‌کننده‌ای بر بهزیستی ذهنی آن‌ها دارد و ارزیابی عملکرد شخصیت والدین و سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند به ما کمک کند تا والدینی را که از نظر عاطفی از ثبات کمتری برخوردار هستند را شناسایی کرده و مداخلات روانشناختی مناسب را برای آن‌ها انجام دهیم. از عواملی که تأثیر قابل ملاحظه‌ای در سرزندگی و تحمل پربشانی والدین کودکان سرطانی دارد، نحوه مقابله آن‌ها با استرس ناشی از بیماری است. یکی از مداخلات مؤثر در مقابله با استرس ناشی از بیماری، استواری روانی^۲ است.

^۱ mental vitality

^۲ mental toughness

استواری روانی از مجموعه‌ای از متغیرهای روان‌شناختی تشکیل شده که در شرایط دشوار و چالش‌انگیز یاری‌کننده افراد در برابر اثرات مضر تنیدگی و اضطراب است تا عملکرد مطلوب و تعالی‌بخش داشته باشند (کلاف، ایرل و سی ول، ۲۰۰۲). اساس و پایه‌ی طراحی مدل استواری روانی کلاف و همکاران (۲۰۰۲)، کار کوباسا (۱۹۷۹) در مورد سرسختی بود. سه بعد تعهد، مبارزه‌جویی و مهار مربوط به متغیر سرسختی بود و کلاف و همکاران در سال ۲۰۰۲ با اضافه کردن بعد چهارم یعنی اعتماد، ترکیب جدیدی به نام مدل استواری روانی به وجود آوردند. بعد تعهد، به معنی موفقیت فرد در مواجهه با مشکلات به رغم وجود موانع و سختی‌ها است. فرد متعهد پیگیرانه و مصرانه برای حل مشکل و نیل به موفقیت تلاش می‌کند. در بعد مبارزه‌جویی فرد، با توجه به تجربه‌های نهادینه شده قبل، بارور شدن «خود» هویتی‌اش را منوط به پیگیری و دنبال کردن چالش‌های جدید می‌داند. بعد مهار شامل مهار هیجانی و مهار زندگی است. منظور از مهار هیجانی این است که فرد تحت تأثیر هیجان‌های مخربی مانند اضطراب بیش از اندازه یا غم فرسوده نمی‌شود و این توانایی را دارد که این نوع هیجان‌ها را مهار و بررسی کند. مهار زندگی بیان‌کننده تسلط فرد بر زندگی خویش است. بعد اعتماد نیز به دو قسمت یعنی اعتماد به توانایی‌های خود و اعتماد بین فردی تقسیم می‌شود: اعتماد به توانایی‌های خود حاکی از ایمان و اعتقاد به نیروها و قابلیت‌های درونی خود است که در شرایط دشوار می‌تواند به آن‌ها اعتماد کند. اعتماد بین فردی بیانگر اعتماد به خود در روابط اجتماعی و قدرت ابراز وجود در محیط‌های جمعی است (فاتحی دهقانی و یوسفی، ۱۳۹۶). روزنبرگ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش ارتقا‌تاب‌آوری به والدین کمک می‌کند تا پس از تشخیص بیماری جدی فرزندشان، با بیماری کنار بیایند و تحمل خود را بالا ببرند. هوشیان (۱۳۹۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی موجب افزایش تحمل آشفتگی و کاهش نشانگان افسردگی مادران کودکان مبتلا به سرطان می‌گردد. همچنین محمودفخه، خادمی و تسبیح‌سازان (۱۳۹۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان سرطانی مؤثر است و در پیگیری یک ماه پس از مداخله نیز پایدار باقی مانده است.

پژوهش‌های مختلف اثربخشی مداخلاتی از جمله ذهن آگاهی، درمان پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیک را بر تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی نشان داده است. براساس دیدگاه نظری، می‌توان گفت از آنجا که آموزش استواری روانی بر تعدیل استرس و کنترل هیجان‌ها، پذیرش چالش‌های زندگی و... همراه است می‌تواند سدی در برابر استرس ایجاد کند و این که

¹ Rsenberg

فرد با ویژگی شکست‌ناپذیری روانی می‌تواند از سلامت خوبی برخوردار شود. با توجه به این موضوع که هیچ پژوهشی به بررسی آموزش استواری روانی نپرداخته است در این پژوهش پروتکل نوینی در آموزش استواری روانی به عنوان برنامه آموزشی برگرفته از مدل کلاف (۲۰۰۰) که سه بعد سرسختی روان‌شناختی را به انضمام بعد اعتماد مطرح شده است، که به بررسی تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی والدین کودکان مبتلا به سرطان خون بپردازد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف فرضیه‌های زیر انجام شد.

۱. آموزش استواری روانی بر تحمل پریشانی والدین کودکان مبتلا به سرطان خون مؤثر است.
۲. آموزش استواری روانی بر سرزندگی ذهنی والدین کودکان مبتلا به سرطان خون مؤثر است.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی است. این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. در این پژوهش آموزش استواری روانی به‌عنوان متغیر مستقل و تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه والدین کودکان مبتلا به سرطان خون از گروه ALL^۱ که در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان امام خمینی تهران بستری بودند. که از این بین به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر با رعایت ملاک‌های ورود و خروج پژوهش برای شرکت در دوره آموزش استواری روانی انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. پس از مشخص شدن گروه آزمایش و کنترل، از آن‌ها خواسته شد به پرسشنامه تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی پاسخ دهند، سپس گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۱۵۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) در معرض آموزش استواری روانی قرار گرفت، بدین ترتیب که جلسات آموزشی با تمرکز بر ایجاد احساس توانمندی اعضا و با استفاده از پروتکل آموزش استواری روانی که توسط پژوهشگر طراحی شده بود، برگزار شد؛ و پس از آموزش، در پایان جلسات، از والدین هر دو گروه، پرسشنامه‌های تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی گرفته شد و پس از گذشت سه ماه از آموزش نیز، والدین در متغیر مربوطه مجدداً ارزیابی شدند.

^۱ acute lymphoid leukemia

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی! مقیاس تحمل پریشانی یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده است و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس است. تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): با سؤالات ۱-۳ و ۵ اندازه‌گیری می‌شود. جذب^۳ (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی): با سؤالات ۲-۴ و ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود. ارزیابی^۴ (آبرآورد ذهنی پریشانی): با سؤالات ۶-۷-۹-۱۰-۱۱ و ۱۲ اندازه‌گیری می‌شود و تنظیم^۵ (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سؤالات ۸-۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (۱- کاملاً موافق ۲- اندکی موافق ۳- نه موافق و نه مخالف ۴- اندکی مخالف ۵- کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند، که هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ امتیاز دارند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالاست (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). برای بدست آوردن تحمل پریشانی کلی نمره تمام سؤالات با هم جمع می‌شود و برای بدست آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمره سؤال‌های هر بعد مطابق آن چه که در بالا ذکر شد با هم جمع می‌شوند. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۶۷ و بازآزمایی را ۰/۷۹ گزارش نمودند. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای کل آزمون ۰/۸۲ است.

۲. پرسشنامه سرزندگی ذهنی^۶. رایان و فردریک^۷ (۱۹۹۷) مقیاس سرزندگی را برای ارزیابی سرزندگی معرفی کردند. این مقیاس ۸ سؤال دارد و هر فرد بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف حالت خود را مشخص می‌کند که به کاملاً موافق نمره ۷ و کاملاً مخالف نمره ۱ داده می‌شود. بر اساس این روش از تحلیل، نمره‌های به دست آمده جمع شده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت می‌شوند. میزان امتیازهای زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال ۱۰ پرسشنامه وجود داشته باشد باید امتیازهای زیر ضریب ۱۰ شوند. نمره بین ۷ تا ۱۶: میزان سرزندگی ذهنی در حد پایینی می‌باشد، نمره بین ۱۶ تا ۳۲: میزان

¹ DTS

² tolerance

³ absorption

⁴ assessment

⁵ regulation

⁶ SVQ

⁷ Ryan & Frederick

سرزندگی ذهنی در حد متوسطی است و نمره بالاتر از ۳۲: میزان سرزندگی ذهنی در حد بالایی است. این پرسش‌نامه را ابوالقاسمی (۱۳۸۲) در ایران هنجاریابی کرد و اعتبار صوری و محتوایی آن را در پژوهش عریضی، عابدی و تاجی (۱۳۸۶) به تأیید پنج استاد روان‌شناسی رسید. ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۱ است (عریضی، جوانمرد و نوری، ۱۳۹۳). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای کل آزمون ۰/۷۱ است.

۳. آموزش استواری روانی. جلسات آموزشی گروهی استواری روانی توسط پژوهشگر طراحی شده بود و برای گروه آزمایش در نه جلسه، هر جلسه ۱۵۰ دقیقه در هفته یک‌بار به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول: در این جلسه ساختار جلسات و اهداف برنامه آموزشی و برقراری رابطه درمانی؛ و پر کردن پرسشنامه سرزندگی ذهنی و تحمل پریشانی انجام شد. همچنین شناسایی نقاط قوت و ضعف در هشت حیطه استواری روانی، شناسایی موقعیت‌ها و دسته‌بندی آن‌ها انجام گردید.

جلسه دوم: تعدیل استرس و هیجان والدین برای آماده شدن جهت درمان. در این جلسه به والدین آموزش علائم رفتاری، هیجانی استرس و علائم پرخاشگری و کنترل آموزش داده شد و از والدین خواسته شد تکالیف خانگی مربوط به کاهش استرس را تا جلسه بعد انجام دهند.

جلسه سوم: پذیرش چالش‌ها و نحوه برخورد با آن. در این جلسه به والدین راهبردهای مؤثر در مقابله با چالش‌ها و اصلاح مشکلات آموزش داده می‌شود و در پایان جلسه از والدین خواسته شد تکالیف خانگی مربوط به اجرای تکنیک‌ها بر روی خود در مقابل چالش‌ها را تا جلسه آینده انجام دهند.

جلسه چهارم: ارتقای توانایی تعهد در فرد برای محکم‌تر شدن از نظر روانی. در این جلسه به والدین درک تعهد و تمرین کردن تعهد و نحوه بالا بردن ویژگی تعهد در خود آموزش داده شد و از والدین خواسته شد تکالیف خانگی مربوط به تعیین اهداف را برای جلسه آینده انجام دهند.

جلسه پنجم: کنترل احساسات، هیجان‌ها و زندگی در شرایط بیماری فرزند. در این جلسه والدین با مفهوم کنترل هیجانی آشنا می‌شوند، تکنیک‌هایی جهت کنترل هیجان آموزش داده می‌شود و از والدین خواسته شد تکالیف خانگی مربوط به کنترل هیجانی و پر کردن جدول تفکر اسناد تا جلسه آینده انجام دهند.

جلسه ششم: اعتقاد به توانایی‌های خود و بهره‌گیری از این توانایی‌ها در اجتماع و موقعیت‌های مربوط به بیماری فرزند. در این جلسه به والدین تکنیک‌های افزایش اعتمادبه‌نفس آموزش داده می‌شود و از والدین خواسته شد تکالیف خانگی مربوط به عملکرد چالش‌ها و وضعیت‌های سخت با استفاده از آموزش‌های مرتبط با اعتمادبه‌نفس را تا جلسه آینده انجام دهند.

جلسه هفتم: اعتماد بین فردی، در این جلسه نیاز است که ابتدا روی هیجان‌ات افراد کار شود و آنان به توانایی لمس تجربه هیجان‌اتی که فکر می‌کنند برایشان ناخوشایند است برسند.

جلسه هشتم: جمع‌بندی، مرور یادگیری‌ها انجام گشته و نقاط ابهام برای شرکت‌کنندگان توسط پرسش و پاسخ رفع شد و اعضا با یکدیگر تجارب حاصل از این جلسات را به اشتراک گذاشتند.

جلسه نهم: جمع‌بندی، در این جلسه شرکت‌کنندگان به ارزیابی خود از دوره و یادگیری و اهداف از حالا به بعد خود پرداختند.

شیوه اجرا

پس از هماهنگی با بیمارستان امام خمینی، ۳۰ نفر از والدین که دارای کودکان مبتلا به سرطان خون بودند، انتخاب شدند. پیش از شروع آموزش، درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به والدین کودکان توضیح داده شد. جلسه‌های درمان به صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش برگزار شد. گروه آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها

بررسی متغیر جمعیت شناختی سن نشان داد که میانگین سن گروه آزمایش ۳۳/۷۳ با انحراف معیار ۳/۶۳۴ و میانگین سن گروه کنترل ۳۶/۲۷ با انحراف معیار ۶/۶۲۸ بود. میزان تی مستقل بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های دو گروه در متغیر سن والدین برابر با $t = -1/298$ test است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیستند ($P = 0/205$) که نشان دهنده هم‌تا بودن دو گروه از نظر سن والدین است. همچنین در گروه آزمایش ۱ نفر (۶/۷ درصد) ابتدایی، ۱ نفر (۶/۷ درصد) درسد، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دیپلم، ۰ نفر (۰ درصد) فوق دیپلم، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) لیسانس، ۰ نفر (۰ درصد) فوق لیسانس بودند. در گروه کنترل، ۱ نفر (۶/۷ درصد) ابتدایی، ۱ نفر (۶/۷ درصد) درسد، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق لیسانس بودند. میزان خ‌ی دو بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در متغیر تحصیلات والدین برابر با $\text{Chi-Square} = 3/667$ است

که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیستند ($P=0/598$) که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر تحصیلات والدین است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

گروه کنترل		گروه آموزش استواری روانی		مرحله سنجش	متغیرهای وابسته
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۳۵۶	۶/۵۳	۱/۸۰۷	۷/۵۳	پیش آزمون	تحمل پریشانی
۱/۴۰۴	۶/۴۰	۲/۱۲۷	۱۰/۳۳	پس آزمون	هیجانی
۱/۴۰۷	۶/۴۷	۲/۰۷۷	۱۰/۲۰	پیگیری	
۱/۰۱۴	۵/۸۰	۲/۴۴۴	۷/۴۰	پیش آزمون	جذب شدن توسط
۱/۱۲۵	۵/۸۷	۲/۱۰۰	۱۰/۵۳	پس آزمون	هیجانان منفی
۰/۹۶۱	۵/۷۳	۲/۱۳۱	۱۰/۴۰	پیگیری	
۳/۳۴۸	۱۴/۹۳	۳/۰۹۴	۱۵/۰۰	پیش آزمون	ارزیابی ذهنی
۳/۴۲۷	۱۴/۸۰	۳/۷۷۷	۲۲/۴۷	پس آزمون	پریشانی
۳/۳۸۵	۱۴/۸۰	۳/۷۱۶	۲۲/۳۳	پیگیری	
۰/۷۷۵	۶/۲۰	۰/۹۰۰	۵/۶۷	پیش آزمون	تنظیم تلاش‌ها در
۱/۱۸۷	۶/۵۳	۱/۰۳۳	۹/۲۷	پس آزمون	راستای کاهش
۰/۹۸۶	۶/۴۰	۱/۵۱۲	۹/۰۰	پیگیری	پریشانی
۲/۱۳۴	۱۹/۵۳	۵/۲۴۰	۱۹/۲۰	پیش آزمون	سرزندگی ذهنی
۲/۱۶۵	۱۹/۶۰	۴/۳۶۷	۲۴/۹۳	پس آزمون	
۲/۲۶۱	۱۹/۴۰	۴/۲۰۳	۲۴/۶۷	پیگیری	

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در افراد نمونه را نشان داده است. برای استفاده از آماره استنباطی، تحلیل واریانس مکرر پیش فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که متغیرهای وابسته نرمال بودند. پیش فرض همگنی واریانس‌ها (پس آزمون) با آزمون لوین بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P>0/05$) مورد تایید قرار گرفت. نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنی‌دار نبود و این به معنی برقراری

مفروضه تساوی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس می‌باشد. همچنین از آزمون کرویت موجلی مقدار سطح معناداری برای متغیرهای وابسته برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به گونه‌ای دقیق‌تر شرط همگنی ماتریس کواریانس اطمینان حاصل نشد و لذا تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون جایگزین محافظه‌کارانه گرین هاوز-گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج در جدول ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۲. تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر تحمل پریشانی و

سرزندگی ذهنی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آماری
تحمل پریشانی	درون گروهی	۱۸/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۲۱/۸۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۸	۰/۹۹۹
جذب شدن توسط هیجانانگ منفی	بین گروهی	۲۶/۴۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶	۰/۹۹۹
	درون گروهی	۱۳/۹۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲	۰/۹۹۸
ارزیابی ذهنی پریشانی	زمان×گروه	۱۳/۸۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۱	۰/۹۵۶
	گروه	۵۲/۶۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳	۰/۹۹۹
تنظیم تلاش‌ها	درون گروهی	۱۳/۱۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۹	۰/۹۴۰
	زمان×گروه	۱۴/۰۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵	۰/۹۵۴
سرزندگی ذهنی	بین گروهی	۳۶/۶۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷	۰/۹۹۹
	درون گروهی	۷۶/۳۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲	۰/۹۹۹
سرزندگی ذهنی	زمان×گروه	۵۵/۶۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵	۰/۹۹۹
	گروه	۲۱/۷۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷	۰/۹۹۴
سرزندگی ذهنی	درون گروهی	۱۱/۱۵۷	۰/۰۰۲	۰/۲۸۵	۰/۹۰۴
	زمان×گروه	۱۱/۳۶۷	۰/۰۰۲	۰/۲۸۹	۰/۹۰۹
	بین گروهی	۱۰/۴۱۱	۰/۰۰۳	۰/۲۷۱	۰/۸۷۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، تحلیل واریانس تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی برای عامل بین گروهی ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار است. این بدین معنا است که در تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی بین دو گروه آزمایش و کنترل در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی از تأثیر آموزش استواری روانی است. برای بررسی تفاوت‌ها در مراحل پیش آزمون و

پس‌آزمون و پیگیری در هریک از متغیرها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی

مقدار احتمال	تفاوت میانگین	تفاوت مراحل	میانگین تعدیل شده	متغیرهای پژوهش
۰/۰۰۱	-۱/۳۳۳*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۷/۰۳	تحمل
۰/۰۰۱	-۱/۳۰۰*	پیش‌آزمون-پیگیری	۸/۳۷	پریشانی
۰/۹۹۹	۰/۰۳۳	پس‌آزمون-پیگیری	۸/۳۳	جذب شدن
۰/۰۰۱	-۱/۶۰۰*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶/۶۰	هیجانان
۰/۰۰۱	-۱/۴۶۷*	پیش‌آزمون-پیگیری	۸/۲۰	منفی
۰/۳۲۹	۰/۱۳۳	پس‌آزمون-پیگیری	۶/۰۷	ارزیابی ذهنی
۰/۰۰۱	-۳/۶۶۷*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۴/۹۷	پریشانی
۰/۰۰۱	-۳/۶۰۰*	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۸/۶۳	تنظیم
۰/۹۹۹	۰/۰۶۷	پس‌آزمون-پیگیری	۱۸/۵۷	تلاش‌ها در
۰/۰۰۱	-۱/۹۶۷*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۵/۹۳	کاهش
۰/۰۰۱	-۱/۷۶۷*	پیش‌آزمون-پیگیری	۷/۹۰	پریشانی
۰/۱۷۷	۰/۲۰۰	پس‌آزمون-پیگیری	۷/۷۰	سرزندگی
۰/۰۰۵	-۲/۹۰۰*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۹/۳۷	ذهنی
۰/۰۱۱	-۲/۶۶۷*	پیش‌آزمون-پیگیری	۲۲/۲۷	
۰/۲۲۴	۰/۲۳۳	پس‌آزمون-پیگیری	۲۲/۰۳	

به منظور مشخص نمودن اینکه تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی در کدام مرحله با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. جدول ۳ نشان می‌دهد که اثربخشی آموزش استواری روانی بر تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی داری داشته است. همان که که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون» و «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری» بیشتر و معنادارتر از «تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری» است که نشان‌دهنده آن است که آموزش استواری روانی در مرحله پیگیری ماندگار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه «آموزش استواری روانی بر تحمل پریشانی والدین کودکان مبتلا به سرطان خون مؤثر است»، همانگونه که نتایج تحلیل نشان داد بیانگر تأثیر آموزش استواری روانی بر تحمل پریشانی والدین کودکان مبتلا به سرطان خون بوده است. با توجه به یافته‌های تحقیق، پژوهشی مبنی بر آموزش استواری روانی بر تحمل پریشانی انجام نشده است اما نتایج این تحقیق با یافته‌های تان، موردینی، لویز و لئونگ (۲۰۲۰)، روزنبرگ و همکاران (۲۰۱۹)، هوشیان (۱۳۹۹) و اسرافیلی (۱۳۹۹) مبنی بر افزایش تحمل پریشانی همسو است.

تحمل پریشانی نقش مهمی در ارتقای سلامت روان دارد و این سازه شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان و مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی است (بونفیلس و همکاران، ۲۰۱۸). استواری روانی مجموعه‌ای از متغیرهای روان‌شناختی مثبت است که افراد را در برابر اثرات مضر تنیدگی و اضطراب در شرایط دشوار و چالش‌انگیز یاری می‌کند تا عملکرد مطلوب و تعالی‌بخش داشته باشند (کلاف و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها نشان داده است که والدینی که تحمل پریشانی کمتری دارند با شدت بیشتری به استرس و پریشانی پاسخ می‌دهند، همچنین این افراد توانایی‌های مقابله‌ای ضعیفی نسبت به پریشانی نشان می‌دهند (بمیس و همکاران، ۲۰۱۵)، در پژوهش‌های مختلف به این نتیجه رسیدند که افرادی که استواری روانی بالایی دارند افرادی معاشرتی و خوش‌مشراب هستند که قادر هستند خود را آرام و ریلکس نگهدارند، آن‌ها در بسیاری از موقعیت‌های دشوار زندگی نسبت به دیگران دارای کمترین سطح اضطراب هستند، احساس بالایی از خود اعتقادی و عقیده‌راسخ دارند و قادرند امیال خود را کنترل کنند، آن‌ها نسبتاً از سختی‌ها و رقابت‌ها تأثیر نمی‌پذیرند (گاسیاردی، ۲۰۲۰). بنابراین در تبیین این امر می‌توان گفت که والدینی که استواری روانی بالایی دارند نسبت به والدین دیگر که استواری روانی کمتری دارند سطح اضطراب پایین‌تری دارند، آن‌ها می‌توانند هیجان‌ات خود و کودکانشان را تشخیص دهند، احساسات، هیجان‌های زندگی در شرایط بیماری فرزند، خود را کنترل کرده و در شرایط دشوار مبیاماری ظرفیت پذیرش خود را بالا ببرند و هیجان‌ات منفی را از خود دور کنند و همچنین می‌توانند برخورد درست و مناسب با چالش‌هایی که در زندگی با آن‌ها رو به‌رو می‌شوند را داشته باشند. به عبارت دیگر می‌توان گفت استواری روانی بالای والدین یا به عبارت دیگر داشتن تعهد، کنترل و استقبال از مبارزه‌طلبی‌های زندگی می‌تواند سدی در برابر استرس و کاهش تحمل پریشانی ایجاد کند و این‌که والدین با ویژگی

¹ Gicciardi

استواری روانی می‌توانند از سلامت روانی خوبی برخوردار شوند و از دیدگاه عملی آموزش استواری روانی به والدین کودکان مبتلا به سرطان خون منجر به سلامت روان و افزایش تحمل‌پریشانی آنان و در نهایت سلامت روانی و جسمانی فرزند مبتلا به سرطان خون آنان شود.

در بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه «آموزش استواری روانی بر سرزندگی ذهنی والدین کودکان مبتلا به سرطان خون مؤثر است»، همانگونه که نتایج تحلیل نشان داد بیانگر تأثیر آموزش استواری روانی بر سرزندگی ذهنی والدین کودکان مبتلا به سرطان خون بوده است. با توجه به یافته‌های تحقیق، پژوهشی مبنی بر آموزش استواری روانی بر سرزندگی ذهنی انجام نشده است اما نتایج این تحقیق با یافته‌های بارگر-لازار و موسک (۲۰۲۰)، مورهان و همکاران (۲۰۲۰) و محمودفخه، خادمی و تسبیح‌سازان (۱۳۹۸) مبنی بر افزایش سرزندگی ذهنی همسو است.

سرزندگی ذهنی ساختار پیچیده‌ای دارد که به کارکرد و تجربه عملکرد بهینه مربوط می‌شود و به معنای سرشار انرژی، اشتیاق و سرحال بودن و خسته نبودن است (ستسی و دنیز، ۲۰۱۹). سرزندگی ذهنی به درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است. تحقیقات در مورد سرزندگی ذهنی قلمروهایی از شخصیت، انگیزش و عوامل شناختی (ادراک، اعتمادبه‌نفس، خوش‌بینی) را نشان داده است که همه این عوامل در رضایت افراد از زندگی تأثیرگذار هستند. بنابراین میزان سرزندگی روانی در افراد می‌تواند بر تمام جنبه‌های زندگی فرد تأثیرگذار باشد (تاف، فکت، برینخوف و سیگرسیت، ۲۰۱۷). زمانی که والدین با تشخیص سرطان کودک خود مواجه می‌شوند، معمولاً احساس گناه می‌کنند. بستری شدن‌های طولانی‌مدت به منظور درمان می‌تواند مانع ادامه زندگی طبیعی شود. والدینی که فرزند مبتلا به سرطان دارد، به علت نیاز به مراقبت دائمی و فراهم کردن شرایط ویژه این کودکان و رویارویی با استرس‌هایی از جمله مشاهده درد و رنج کودک، پیگیری مداخلات درمانی، ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمانی، بازگشت نشانه‌های وخامت بیماری و عوارض جانبی ناخوشایند شیمی‌درمانی بر ظاهر کودک، کارکرد روانی - اجتماعی طبیعی خود را از دست داده و توانایی سازگاری آن‌ها افت می‌کند (ماسادح و جراح، ۲۰۱۶). استواری روانی از مجموعه‌ای از متغیرهای روان‌شناختی تشکیل شده است که در شرایط دشوار و چالش‌انگیز یاری‌کننده افراد در برابر اثرات مضر تنیدگی و اضطراب است تا عملکرد مطلوب و تعالی‌بخش داشته باشند (کلاف و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین افراد دارای استواری روانی، هم در موقعیت‌های منفی و هم در موقعیت‌های مثبت قادر هستند به طور مؤثری مقابله نمایند (ویسرام، ۲۰۱۲). در تبیین این امر می‌توان گفت والدینی که استواری روانی بالاتری دارند، می‌توانند سطح خود را از نظر تعهد به

اهداف و تحمل مشکلات بالا برده و برای خود یک زندگی پربار و با معنا ایجاد کنند، همچنین این افراد به ارزش‌های ذهنی فردی و زندگی خود پایبند بوده و با دیدگاهی امیدوارانه در شرایط سخت اقدام می‌کنند. والدینی که استواری روانی در آن‌ها بالا است و آموزش‌های استواری روانی را به کار می‌برند، با انرژی مثبت ذهنی به توانایی‌های خود اعتماد می‌کنند و امید به حل مشکلات و دستیابی به موفقیت دارند، آن‌ها این توانایی را دارند که هیجان‌های منفی را از ذهن خود مهار کرده و بر زندگی خویش تسلط پیدا کنند و جلوه‌ایی از سلامت و بهزیستی روانی را در خود پرورش دهند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، کمبود منابع فارسی و کتب ترجمه شده در زمینه استواری روانی بود. همچنین نتایج این تحقیق بر روی والدین کودکان مبتلا به سرطان خون ۳ تا ۱۲ سال انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بیشتر در سایر گروه‌ها و جوامع دیگر صورت گیرد تا بتوان در مورد میزان استفاده از آموزش استواری روانی بهتر قضاوت کرد، و نیز در پژوهش‌های بعدی، به بررسی تأثیر آموزش استواری روانی بر افزایش عزت‌نفس، تنظیم هیجان، تاب‌آوری، سازگاری والدین کودکان سرطان خون بپردازند. از آنجا که آموزش استواری روانی بر روی والدین کودکان مبتلا به سرطان خون انجام شده و نتایج به دست آمده اثربخشی این آموزش را نشان می‌دهد، لذا بکارگیری آموزش استواری روانی در مراکز درمانی مرتبط با والدین بیماران کودکان مبتلا به سرطان خون می‌تواند در جهت بهبود فاکتورهای روان‌شناختی مهم نظیر تحمل پریشانی و سرزندگی ذهنی مؤثر باشد.

موازین اخلاقی

پیروری از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط والدین کودکان مبتلا به سرطان خون و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، والدین در مورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. به والدین اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

سپاسگزاری

لازم است از مسئولان محترم بیمارستان امام خمینی شهر تهران و نیز شکیبایی و همکاری تمامی والدین شرکت کننده در پژوهش حاضر تقدی و سپاسگزاری شود.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روان شناسی بالینی است و همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم سازی، روش شناسی، گردآوری داده ها، تحلیل آماری داده ها، پیش نویس، ویراستاری و نهایی سازی نوشته داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اسرافیلی، هاجر (۱۳۹۹). رابطه عملکرد خانواده و معنیداری زندگی با تحمل ناکامی در مادران دارای کودکان سرطانی. ششمین همایش ملی تازه های روانشناسی مثبت نگر. [پیوند]
- خدادادی سنگده، جواد و قمی، میلاد (۱۳۹۶). اثربخشی روان درمانی وجودی به شیوه‌ی گروهی بر افزایش بهزیستی روان شناختی مادران دارای کودکان سرطانی. فصلنامه علمی مطالعات روانشناختی، ۱۳(۴)، ۱۲۵-۱۴۰. [پیوند]
- خنجری، صدیقه؛ حقدوست اسکویی، فاطمه؛ اسحقیان درچه، اعظم و حقانی، حمید (۱۳۹۲). کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به لوسمی و عوامل مرتبط با آن. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران)، ۲۶(۸۲)، ۱-۱۰. [پیوند]
- ریبسی، حمیرا؛ شریفی، طیبه؛ غضنفری، احمد و چرامی، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفقت ورزی بر داغ اجتماعی و تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی. مجله علوم روانشناختی، ۱۹(۹۳)، ۱۱۹۷-۱۲۰۰. [پیوند]
- عربزاده (۱۳۹۶). رابطه نیازهای اساسی روان شناختی با سرزندگی ذهنی در سالمندان. مجله سالمندی ایران، ۱۲(۲)، ۱۷۹-۱۷۰. [پیوند]
- فاتحی دهقانی، امیرعباس و یوسفی، فریده (۱۳۹۶). نقش واسطه ای پایداری روانی در رابطه بین شیوه های والدگری و تبلور وجودی، روان شناسی تجربی: روان شناسان ایرانی، ۱۴(۵۴)، ۱۰۷-۱۲۰. [پیوند]

فیروزی، منیژه و فیض آبادی، زهرا (۱۳۹۹). تحمل آشفتگی مادر و بروز مشکلات برون‌سازی-درون‌سازی در کودکان مبتلا به سرطان. *نشریه پرستاری کودکان*، ۶(۴)، ۲۹-۲۱. [پیوند]

محمودفخه، هیمین؛ خادمی، علی و تسبیح‌سازان، رضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان سرطانی. *مجله پرستاری کودکان*، ۵(۴)، ۷۱-۷۸. [پیوند]

هوشیان، نگین (۱۳۹۹). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش تحمل آشفتگی و بهبود افسردگی مادران کودکان سرطانی. *اولین کنفرانس علمی پژوهشی روانشناسی، مشاوره، علوم تربیتی و علوم اجتماعی*. [پیوند]

- Bajjani-Gebara, J., Hinds, P., Insel, K., Reed, P., Moore, K., & Badger, T. (2019). Well-being, self-transcendence, and resilience of parental caregivers of children in active cancer treatment: where do we go from here?. *Cancer nursing*, 42(5), E41-E52. [link]
- Bemis, H., Yarboi, J., Gerhardt, C. A., Vannatta, K., Desjardins, L., Murphy, L. K., ... & Compas, B. E. (2015). Childhood cancer in context: sociodemographic factors, stress, and psychological distress among mothers and children. *Journal of pediatric psychology*, 40(8), 733-743. [link]
- Bonfils, K. A., Minor, K. S., Leonhardt, B. L., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognitive self-reflectivity moderates the relationship between distress tolerance and empathy in schizophrenia. *Psychiatr Re*, 265, 1-6. [link]
- Borji, M., & Tarjoman, A. (2020). Investigating the effect of religious intervention on mental vitality and sense of loneliness among the elderly referring to community healthcare centers. *Journal of religion and health*, 59(1), 163-172. [link]
- Bürger Lazar, M., & Musek, J. (2020). Well-being in parents of children with cancer: The impact of parental personality, coping, and the child's quality of life. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(5), 652-662. [link]
- Clough, P., Earle, K., & Sewell, D. (2002). Mental Toughness: The Concept And Its Measurement. *Solutions In Sport Psychology*, 32-43. [link]
- Gucciardi, D. F. (2020). Mental toughness: taking stock and considering new horizons. *Handbook of Sport Psychology*, 101-120. [link]
- Koumariou, A., Symeonidi, A. E., Kattamis, A., Linardatou, K., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2021). A review of psychosocial interventions targeting families of children with cancer. *Palliative & Supportive Care*, 19(1), 103-118. [link]
- Majmudar, I. K., Engel, L., Muscara, F., Stevenson, C., McCarthy, M., Anderson, V., & Mihalopoulos, C. (2020). Exploring health state utility values of parents of children with a serious illness. *Quality of Life Research*:

- an International *Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. [\[link\]](#)
- Masadeh R & Jarrah S. (2016). Post-traumatic stress disorder in parents of children with cancer in Jordan. *Archives of Psychiatric Nursing*; 31(1):8-12. [\[link\]](#)
- Masadeh R. (2015). Perceived Stress in parents of children with chronic Disease a comparative study. *Journal European Science*, 1(11):1-18. [\[link\]](#)
- Morhun, J. M., Racine, N. M., Guilcher, G. M. T., Tomfohr-Madsen, L. M., & Schulte, F. S. M. (2020). Health-related quality of life and well-being in parents of infants and toddlers with cancer. *Current Oncology*, 27(2), e206. [\[link\]](#)
- Rosenberg, A. R., Bradford, M. C., Junkins, C. C., Taylor, M., Zhou, C., Sherr, N., ... & Joyce, P. (2019). Effect of the Promoting Resilience in Stress Management Intervention for Parents of Children With Cancer (PRISM-P): A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 2(9), e1911578-e1911578. [\[link\]](#)
- Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*, 65(3), 529-565. [\[link\]](#)
- Satici, S. A., & Deniz, M. E. (2019). Adolescents' Self-Perception and School Satisfaction: Assessing the Mediating Role of Subjective Vitality. *Egitim ve Bilim*, 44(197). [\[link\]](#)
- Simons, J. & Gaher, R. (2005). "The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure". *Motivation and Emotion*, 29, 83-102. [\[link\]](#)
- Tan, X. W. I., Mordiffi, S. Z., Lopez, V., & Leong, K. (2020). Psychological Distress in Parents of Children with Cancer: A Descriptive Correlational Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 94. [\[link\]](#)
- Tough, H., Fekete, C., Brinkhof, M. W., & Siegrist, J. (2017). Vitality and mental health in disability: Associations with social relationships in persons with spinal cord injury and their partners. *Disability and health journal*, 10(2), 294-302. [\[link\]](#)
- Visram, A. (2012). Impact of Mental Toughness Training on Psychological and Physical Predictors of Illness and Injury (Doctoral dissertation, University of Massachusetts, Amherst). [\[link\]](#)
- Zhang, A., Ji, Q., Currin-McCulloch, J., Solomon, P., Chen, Y., Li, Y., ... & Nowicki, J. (2018). The effectiveness of solution-focused brief therapy for psychological distress among Chinese parents of children with a cancer diagnosis: a pilot randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2901-2910. [\[link\]](#)

مقیاس سرزندگی

میزان توانایی من: ۱=حداقل توانایی من ۷= حداکثر							گزینه‌ها
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
							۱. من احساس می‌کنم فردی سرزنده و فعال هستم.
							۲. من تصور نمی‌کنم خیلی پر انرژی و فعال باشم.
							۳. گاهی اوقات به اندازه احساس سرزنده بودن می‌کنم که دلم می‌خواهد فریاد بکشم و پرواز کنم.
							۴. من دارای نیرو و نشاط هستم.
							۵. من به استقبال روزهای آینده می‌روم.
							۶. من همیشه احساس هوشیاری و آمادگی می‌کنم.
							۷. من احساس داشتن توانمندی و انرژی می‌کنم.
							۸. من به طور کلی در زندگی احساس سرزندگی می‌کنم.

پرسشنامه تحمل پریشانی

کاملاً مخالف	کاملاً موافق	کاملاً مخالف	کاملاً موافق	سؤالات
کاملاً مخالف	کاملاً موافق	کاملاً مخالف	کاملاً موافق	
				۱. داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیر قابل تحمل است.
				۲. وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می‌توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.
				۳. من نمی‌توانم احساس پریشانی یا آشفتگی‌ام را کنترل کنم.
				۴. احساسات پریشانی من آن قدر زیاد است که کاملاً بر من غلبه می‌کنند.
				۵. هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.
				۶. من به خوبی سایر مردم می‌توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.

۷. احساسات پریشانی یا آشفتگی‌ام قابل قبول نیست.

۸. من هر کاری را انجام می‌دهم تا احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.

۹. دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنند.

۱۰. پریشان یا آشفته بودن همه برای من آزمایشی سخت است.

۱۱. وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می‌کنم از خودم خجالت می‌کشم.

۱۲. از احساسات پریشانی یا آشفتگی‌ام وحشت دارم.

۱۳. من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی‌ام انجام می‌دهم.

۱۴. وقتی پریشان یا آشفته می‌شوم، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.

۱۵. وقتی احساس پریشانی می‌کنم به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی‌توانم بکنم.
