

نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی

انجمن علمی کودکان استثنائی ایران

سال یازدهم، شماره ۱ (۳۳)، بهار ۱۳۹۹

صص ۲۷-۱۷

DOI: 10.22034/CECIRANJ.2020.220515.1337

پیش‌بینی سندرم خستگی مزمن مادران کودکان مبتلا به سرطان بر اساس همدلی و احساس گناه

صنم افسری*

شقایق زهرایی**

روشنک خدابخش پیرکلانی***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، پیش‌بینی سندرم خستگی مزمن در مادران کودکان مبتلا به سرطان بر اساس همدلی و احساس گناه تجربه شده در این افراد بود. روش پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلا به سرطان، در فاصله تابستان و پاییز سال ۱۳۹۸ بود که ۸۷ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس و از طریق پیمایش اینترنتی مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار سنجش شامل پرسشنامه‌های احساس گناه بین‌فردی (IGQ-67)، واکنش بین‌فردی (IRI) و خستگی مزمن چالد (CFS-11) بود. داده‌ها با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و با استفاده از نرم‌افزار آماری Spss-۲۱ تحلیل شدند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد، سندرم خستگی مزمن با احساس گناه کلی و ابعاد آن؛ شامل گناه بازمانده، گناه جدایی، گناه قدرت مطلق و گناه نفرت از خود و با دو بُعد دیدگاه‌گیری و تخیل از همدلی، رابطه مثبت و معناداری داشت. همچنین ابعاد گناه قدرت مطلق و تخیل توانستند ۶۰/۸ درصد از واریانس خستگی مزمن را پیش‌بینی نمایند. با توجه به نقش احساس گناه و همدلی در تجربه خستگی مزمن مادران کودکان مبتلا به سرطان، مداخلات روان‌شناختی مربوط به تنظیم و مدیریت هیجانات، می‌تواند نقش بسزایی در کاهش فرسودگی روان‌شناختی آن‌ها داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: احساس گناه، سندرم خستگی مزمن، کودکان مبتلا به سرطان، همدلی

Email: zahraei@alzahra.ac.ir

*کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

**نویسنده مسؤول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

***دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

مقدمه

یکی از مسائلی که سلامت جسمانی و روانی کودکان را تهدید می‌کند، ابتلا به بیماری دشوار و مزمنی، چون سرطان است. مطالعات نشان می‌دهد، میزان بروز جهانی سرطان کودکان ممکن است از چیزی که پیش‌تر فکر می‌شد به طرز معناداری بالاتر باشد. گزارشی که بر ثبت بیش از ۱۰۰ سرطان در ۶۸ کشور و در سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۰ تکیه دارد، نشان می‌دهد هر ساله تقریباً ۳۰۰ هزار مورد جدید سرطان در کودکان و نوجوانان زیر ۱۹ سال تشخیص داده می‌شود (آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان، ۲۰۱۶). تشخیص سرطان در کودکان، آثار مخربی بر بیمار، والدین و دیگر اعضای خانواده دارد. مطالعات بالینی و روان‌شناختی، میزان فزاینده‌ای از اضطراب، افسردگی و در کل کاهش سلامت روان را، در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند (فرو و بویل، ۲۰۱۵). پس از این که کودک مبتلا به سرطان تشخیص داده می‌شود، والدین استرس گسترده‌ای را تجربه می‌کنند که موجب مشکلات سازگاری روان‌شناختی در آن‌ها می‌شود (سیتز و همکاران، ۲۰۱۰). نگرانی حاصل از بار مالی و پیامد شغلی برای والدین، نگرانی در رابطه با آینده بیماری کودک و پیامدهای ضعف سلامت روانی ناشی از سرطان و درمان آن، ترس از عود مجدد بیماری در کودک پس از درمان (پاتل، وونگ، کیوواس و ون‌هورن، ۲۰۱۳)، تجربه مشاهده درد کشیدن کودک در روند درمان‌های تهاجمی، تغییر در ارتباطات خانوادگی به دلیل شرایط خاص فرزند و همین‌طور احساس گناه در قبال بیماری کودک (کاشانی و همکاران، ۲۰۱۴)، عوارض روش‌های درمانی استفاده شده برای کودک (مانند شیمی‌درمانی و رادیوتراپی)، مشکلات خلق‌وخوی کودک، مسؤلیت آگاهی دادن به کودک در مورد بیماری و رعایت رژیم درمانی در منزل و احساس ناامیدی و عدم قطعیت در رابطه با نتیجه درمان (جی و همکاران، ۲۰۱۲) سبب ناسازگاری‌های عاطفی و هیجانی بعدی در والدین می‌شود. همچنین تشخیص این بیماری و شروع درمان‌های مربوط به آن، اختلالات روانی-اجتماعی را در کودکان مبتلا و والدینشان سبب می‌شود (مک‌کارتی و همکاران، ۲۰۰۹). مسائده و جراح (۲۰۱۷)، در پژوهشی بر روی والدین کودکان مبتلا به سرطان، نشان دادند

که مادران در مقایسه با پدران به طور معناداری سطوح بالاتری از اختلال استرس پس از سانحه را نشان می‌دهند. همچنین مادران سطح استرس بیشتری را نسبت به پدران تجربه می‌کنند که این می‌تواند به دلیل ساختار وظایف متفاوت آن‌ها در بافت خانواده و همچنین تفاوت در واکنش روان‌شناختی آن‌ها باشد؛ به طور مثال، زنان سطح استرس روان‌شناختی بالاتری را تجربه می‌کنند و علائم جسمانی بیشتری در برابر استرس نشان می‌دهند (مسائده، کلیر، هال و الحلايقا، ۲۰۱۳). همچنین مادران به دلیل ارتباط بیشتر با فرزندان‌شان و در نتیجه فشار ناشی از نیازهای روزمره آنان، بیشتر از پدران در معرض آسیب‌های مربوط به سلامتی می‌باشند (حمیدی و محمدی خراسانی، ۱۳۹۶).

با توجه به موارد گفته شده، در صورتی که شرایط تنش‌زا ادامه پیدا کند و یا آن‌گونه که در بیماری سرطان شایع است، به شکل منفی پیش برود، می‌تواند اختلالات روانی و علائم جسمانی دیگری را در والدین و به‌ویژه مادران ایجاد کند. یکی از این اختلالات، سندرم خستگی مزمن^۱ است. این اختلال با خستگی ناتوان‌کننده و شدید و اختلالاتی در تمرکز و خواب مشخص می‌شود (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۳۹۳). بر اساس پژوهش‌ها، گروه‌های مراقبتی چون پزشکان و به‌ویژه پرستاران از گروه‌های در معرض خطر بالا در خصوص این اختلال می‌باشند (نصری، نجاریان، مهربانی‌زاده هنرمند و شکرکن، ۱۳۸۱). خانواده‌ها به‌ویژه والدین، جز مراقبت‌کنندگانی به‌شمار می‌آیند که از نظر وابستگی و رابطه عاطفی بسیار نزدیک بین آن‌ها با بیمار و همچنین از نظر تأثیری که بر وی می‌گذارند، از دسته مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای چون پزشکان و پرستاران جدا می‌شوند. نقش والدین به‌ویژه مادران، به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان مراقب اولیه و اصلی در این مواقع مطرح می‌شود (علویان، طیبی، بنی‌هاشم و عبدخدایی، ۱۳۹۵). مراقبت برای مادران هم، وابستگی هیجانی شدیدی با کودک بیمارشان ایجاد می‌کند. همچنین شامل طیفی از کارهای تکنیکی و هیجانی چون بازی کردن در نقش واسطه اطلاعات برای کودک و مدیریت کردن همکاری او با درمان می‌باشد (یونگ، دیکسون وودز، فیندلی و هنی، ۲۰۰۲). از این‌رو، بررسی احساسات و واکنش‌های این افراد در مواجهه با بیماری حائز اهمیت می‌باشد.

1. chronic fatigue syndrome

به این ترتیب، یکی از اصلی‌ترین منابع حمایت عاطفی برای کودکان مبتلا به سرطان، والدین آن‌ها به حساب می‌آیند. این در حالی است که توانایی والدین برای فراهم آوردن حمایت عاطفی، به چگونگی کنار آمدن آن‌ها با بیماری و عواقب آن بستگی دارد. از طرفی، با وجود کوشش والدین، اضطراب و پریشانی آن‌ها به کودکانشان انتقال می‌یابد؛ آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی کودکی که تحت درمان سرطان قرار دارد، منعکس کننده تأثیری است که بیماری بر والدین و خانواده او دارد (آلدرفر و همکاران، ۲۰۰۹). وضعیت روان‌شناختی والدین (مراقبین اصلی)، بر رفتارها و احساسات کودک اثر می‌گذارد. کودکان والدینی که فشار روانی کمتری را بروز می‌دهند و رابطه بهتری با فرزندانشان دارند، مشکلات رفتاری کمتری داشته و از برنامه‌های درمانی بهتر پیروی می‌کنند (ون در گیست و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، مطالعه روی عوامل مرتبط با بهزیستی این والدین، در جهت سلامت این افراد و فرزندانشان حائز اهمیت می‌باشد. مطالعات و پژوهش‌های زیادی مانند اسوین و ویل برن (۲۰۱۸)، دوآرته و پینه-گویا (۲۰۱۷)، بکر، ون لوتی، ون سون و وندر هیجند (۲۰۱۳)، اسپیلرز و همکاران (۲۰۰۸)، بر روی تأثیرات تشخیص سرطان بر روی خانواده کودک انجام گرفته است؛ اما بیشتر پژوهش‌ها بر روی استرس، استرس پس از سانحه و افسردگی در اعضای خانواده کودک مبتلا به سرطان متمرکز بوده‌اند و سندرم خستگی مزمن در این افراد به ندرت مورد مطالعه قرار گرفته است. به این ترتیب، هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی سندرم خستگی مزمن در مادران کودکان مبتلا به سرطان بر اساس همدلی و احساس گناه تجربه در آنان می‌باشد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر، توصیفی-تحلیلی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران کل کشور که در فاصله تابستان و پاییز ۱۳۹۸، دارای فرزند مبتلا به سرطان بودند، تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به صورت پیمایش اینترنتی انجام شد؛ به این صورت که پرسشنامه‌ها در فضای اینستاگرام و در صفحات با دنبال‌کننده‌های زیاد که محتوای متناسب با سرطان و یا کودکان مبتلا به سرطان منتشر می‌کردند، به اشتراک گذاشته شد. با توجه

یکی از ویژگی‌های مراقبت‌کنندگان، همدلی^۱ است که از جهت تأثیرات مثبتی که بر بیمار و مراقبت‌کننده می‌گذارد، بسیار دارای اهمیت است (روبوکس، کارستنی، پوکارد و فلاهالت، ۲۰۱۸). همدلی، نوعی توانمندی برای اخذ دیدگاه دیگری، جهت فهم بهتر افکار و احساسات او می‌باشد (دیموند^۲، ۱۹۴۹؛ به نقل از فیض‌آبادی، فرزاد و شهرآرای، ۱۳۸۷). پاسخ‌دهی به نیازهای اولیه نوزادی که در خانواده متولد می‌شود، از طریق همدلی اعضای خانواده، مراقبین وی و به‌ویژه مادر انجام می‌شود (علی‌قنوتی، شریفی، غضنفری، عابدی و نقوی، ۱۳۹۸). همدلی، محور مرکزی مراقبت بهداشتی محسوب می‌شود و با پیامدهایی مثبت برای بیمار، مانند رضایت بیمار، پذیرفتن درمان‌ها و بهبودی سلامت ارتباط دارد (دوآرته و پینتو-گوویا، ۲۰۱۷). همدل بودن، بر روی مراقبت‌کننده نیز اثرات مثبت دارد و موجب می‌شود وی به‌زیستی بیشتر و پریشانی کمتری را تجربه کند و همچنین احتمال تجربه فرسودگی روانی برای او کمتر می‌شود (گلیچگرچت و دیسیتی، ۲۰۱۳؛ محمودی و سلیمانی، ۱۳۹۶؛ امیرپور، زکی‌یی و کلهرنیا گلکار، ۱۳۹۴؛ بورگالت و همکاران، ۲۰۱۵).

از سویی همدلی، با احساس گناه^۳ ارتباط نزدیکی دارد. افرادی که از همدلی بیشتری برخوردارند، احساس گناه بیشتری را نسبت به افرادی که همدلی کمتری دارند، تجربه می‌کنند (لیث و بامیستر، ۱۹۹۸) و در صورتی که احساس گناه تجربه شده، ناسالم و بیش از حد باشد، همدلی می‌تواند اثرات منفی از جمله استرس بر فرد مراقبت‌کننده داشته باشد (دوآرته و پینتو-گوویا، ۲۰۱۷). بنابراین، یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش احساس گناه می‌باشد. احساس گناه، احساس خودآگاه و دردناکی است و در صورتی تجربه می‌شود که فرد باور داشته باشد خلاف ارزش‌ها و قوانین خود عمل کرده است (تیلمن-اوزبرن، کول و فلتون، ۲۰۱۰). همچنین احساس گناه، می‌تواند در اثر عمل کردن خلاف قوانین دیگران نیز القا شود؛ بنابراین فرد مراقبت‌کننده‌ای که باور دارد کمتر از انتظار دیگران از بیمارانش مراقبت می‌کند، ممکن است احساس ناخوشایند گناه را تجربه کند (اسپیلرز، ولیش، کیم، متیوز و بیکر، ۲۰۰۸). احساس گناه بیش از حد و یا غیرمنطقی، منجر به پریشانی، روابط ناسازگار و آسیب روانی می‌شود (مالتی، ۲۰۱۶).

3. guilt

1. empathy

2. Daymond, R. F.

شخصی می‌باشد (فیض‌آبادی، فرزاد و شهرآرای، ۱۳۸۷). دیدگاه‌گیری به‌عنوان سازه‌های شناختی و سه مقیاس دیگر به‌عنوان سازه‌هایی هیجانی در نظر گرفته می‌شوند (دوآرت و پینتو-گویا، ۲۰۱۷). دیویس، ضریب آلفای کرونباخ را برای هر چهار مقیاس بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۷ و پایایی آزمون-بازآزمون را برای مدت چهار هفته، بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش نمود (فیض‌آبادی، فرزاد و شهرآرای، ۱۳۸۷). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، برای زیرمقیاس دیدگاه‌گیری ۰/۵۷، مقیاس تخیل ۰/۷۳، مقیاس توجه همدلانه ۰/۵۹ و درماندگی شخصی ۰/۱۶ به‌دست آمد (به‌دلیل کم بودن آلفای کرونباخ زیرمقیاس درماندگی شخصی، از آن در نتیجه پژوهش استفاده نشد). نمره‌گذاری این شاخص به‌صورت طیف لیکرت پنج‌تایی می‌باشد. این شاخص نمره کلی و در نتیجه، حداقل و حداکثر نمره ندارد (فیض‌آبادی، فرزاد و شهرآرای، ۱۳۸۷).

پرسشنامه خستگی چالدردر^۳ (CFQ-11) این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۱۱ سؤالی است که علائم ذهنی و جسمانی مربوط به سندرم خستگی مزمن را اندازه‌گیری می‌کند و توسط چالدردر در سال ۱۹۹۳ ساخته شده است (چالدردر و همکاران، ۱۹۹۳). روایی درونی محاسبه شده با روش آلفای کرونباخ، برای ۱۱ ماده مقیاس، بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ می‌باشد (سلا و چالدردر، ۲۰۱۰). پایایی و روایی نسخه فارسی ۱۱ سؤالی این مقیاس پیدا نشد. پژوهشگر طی روند ترجمه و ترجمه برعکس، نسخه انگلیسی این مقیاس را به فارسی ترجمه کرد. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹ به‌دست آمد. نمره‌گذاری مقیاس به‌صورت طیف لیکرت چهارتایی می‌باشد و نمره کل این مقیاس بین ۰ تا ۳۳ است (سلا و چالدردر، ۲۰۱۰).

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ۸۷ نفر از مادران در دامنه سنی ۲۶ تا ۴۶ سال دارای فرزند مبتلا به سرطان در دامنه سنی ۱ تا ۱۸ بودند. سطح تحصیلات مادران از زیردیپلم تا فوق لیسانس بود. طول مدت بیماری فرزند از ۱ تا ۴۸ ماه و تعداد دفعات عود بیماری از ۰ تا ۵ بار بود.

به ملاک‌های ورودی (زن بودن و داشتن فرزند مبتلا به سرطانی که حداکثر ۱۸ سال داشته و حداقل یک‌بار تحت شیمی‌درمانی قرار گرفته باشد و در زمان انجام پژوهش، همچنان تحت درمان باشد) و با توجه به معیار خروجی (نداشتن تمایل به شرکت در پژوهش)، تعداد ۹۳ پرسشنامه تکمیل شد که از میان آن‌ها ۸۷ پرسشنامه قابلیت استفاده در پژوهش را داشتند. همچنین به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، رضایت همه شرکت‌کنندگان گرفته شد و به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست آمده به‌طور محرمانه نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند.

ابزار سنجش

پرسشنامه احساس گناه بین‌فردی^۱ (IGQ-67): این شاخص که توسط اوکانر و بر اساس نظریه ویس ساخته شده است، دارای ۶۷ گویه و چهار خرده مقیاس گناه بازمانده، گناه جدایی، گناه قدرت مطلق و گناه نفرت از خود می‌باشد (اوکانر، بری، ویس، بوش و سمپسون، ۱۹۹۷). پایایی آزمون توسط اوکانر و همکاران (۱۹۹۷)، با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس گناه بازمانده ۰/۸۵، گناه جدایی ۰/۸۲، گناه همه توانی یا قدرت مطلق ۰/۸۳ و گناه نفرت از خود ۰/۸۷ محاسبه شد. پایایی این آزمون در نسخه فارسی با روش بازآزمایی، برای کل مقیاس ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمد (عباسی رمی، یثربی و یعقوبی، ۱۳۹۴). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، برای زیرمقیاس گناه بازمانده ۰/۵۱، گناه جدایی ۰/۷۸، گناه قدرت مطلق ۰/۸۲ و گناه نفرت از خود ۰/۹۰ می‌باشد. نمره‌گذاری به‌صورت طیف لیکرت پنج‌تایی می‌باشد و چهار نمره از مؤلفه‌ها و یک نمره کلی از گناه بین‌فردی به‌دست می‌دهد که دامنه نمرات از ۶۷ تا ۳۳۵ می‌باشد (عباسی رمی، یثربی و یعقوبی، ۱۳۹۴).

شاخص واکنش‌پذیری بین‌فردی^۲ (IRI): شاخص واکنش‌پذیری بین‌فردی توسط دیویس در سال ۱۹۸۳ تدوین شده است. این شاخص که برای سنجش همدلی مورد استفاده قرار می‌گیرد، یک ابزار خودسنجی است و دارای ۲۸ گویه و چهار خرده مقیاس دیدگاه‌گیری، خیال، توجه همدلانه و درماندگی

3. Chalder Fatigue Questionnaire (CFQ-11)

1. Interpersonal Guilt Questionnaire (IGQ-67)
2. Interpersonal Reactivity Index (IRI)

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
خستگی مزمن	۲	۲۷	۱۵/۰۰	۵/۹۸
ابعاد همدلی	۲۲	۲۸	۲۴/۸۱	۱/۹۳
تخیل	۱۸	۲۳	۲۰/۶۷	۱/۵۵
توجه همدلانه	۲۳	۳۲	۲۸/۱۱	۲/۹۹
احساس گناه	۱۳۵	۲۴۲	۲۰۹/۳۴	۲۶/۶۲
ابعاد احساس گناه	۵۷	۸۴	۶۹/۳۵	۶/۸۶
گناه بازمانده	۳۰	۶۰	۴۹/۰۲	۸/۱۰
گناه جدایی	۲۸	۶۲	۵۰/۲۹	۸/۰۹
گناه قدرت مطلق	۲۰	۵۴	۴۰/۶۶	۱۰/۴۶
گناه نفرت از خود				

اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد، از بین ابعاد احساس گناه، بُعد گناه بازمانده و گناه نفرت از خود به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین و از بین ابعاد همدلی نیز توجه همدلانه و تخیل به ترتیب بیشترین و کمترین مقدار میانگین را دارا می‌باشند.

جدول ۲- ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیر احساس گناه با سندرم خستگی مزمن

متغیر	خستگی مزمن	احساس گناه	گناه بازمانده	گناه جدایی	گناه قدرت مطلق	گناه نفرت از خود
خستگی مزمن	۱					
احساس گناه	**۰/۵۵۰	۱				
گناه بازمانده	**۰/۳۵۴	**۰/۷۹۷	۱			
گناه جدایی	**۰/۳۵۴	**۰/۸۰۴	**۰/۴۹۸	۱		
گناه قدرت مطلق	**۰/۷۵۵	**۰/۶۸۹	**۰/۴۸۴	**۰/۳۶۸	۱	
گناه نفرت از خود	**۰/۳۰۹	**۰/۸۶۶	**۰/۶۱۱	**۰/۶۶۰	**۰/۳۷۸	۱

**معناداری در سطح ۰/۰۵ *معناداری در سطح ۰/۰۱

با توجه به نتایج آزمون همبستگی پیرسون و سطح معناداری در جدول ۲، مشاهده می‌شود که متغیر احساس گناه و ابعاد گناه بازمانده، گناه جدایی، گناه قدرت مطلق و گناه نفرت از خود، با متغیر سندرم خستگی مزمن رابطه مستقیم و معناداری دارند.

جدول ۳- ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیر همدلی با سندرم خستگی مزمن

متغیر	خستگی مزمن	دیدگاه‌گیری	تخیل	توجه همدلانه
خستگی مزمن	۱			
دیدگاه‌گیری	**۰/۲۶۳	۱		
تخیل	**۰/۳۳۷	-۰/۱۷۰	۱	
توجه همدلانه	-۰/۰۱۸	-۰/۰۷۴	-۰/۱۳۰	۱

**معناداری در سطح ۰/۰۱

با توجه به اطلاعات جدول ۳ مشاهده می‌شود که از بین ابعاد همدلی، بُعد دیدگاه‌گیری، بُعد تخیل و بُعد درماندگی شخصی دارای رابطه مثبت و معنادار با سندرم خستگی مزمن می‌باشند.

بیمار از رنجش دارند، همدلی، نقش بیمارگونه‌ای در آن‌ها ایفا می‌کند. با توجه به تعریف این بُعد از همدلی، به نظر می‌رسد بالا بودن نمرات دیدگاه‌گیری در مادران و تمایل به گرفتن زاویه دید کودکانشان در تحمل درد و رنج ناشی از این بیماری، می‌تواند اضطراب و پریشانی هیجانی زیادی برای این مادران ایجاد کند. از طرفی همان‌طور که توضیح داده شد، پریشانی هیجانی، اضطراب و حالات خلقی منفی، می‌تواند با نشانه‌های سندرم خستگی مزمن ارتباط داشته باشند. در تبیین ارتباط بُعد تخیل با سندرم خستگی مزمن، می‌توان به پریشانی روانی و اضطراب همراه با تجسم کردن درد و رنج فرزند، حساسیت و برانگیختگی فیزیولوژیکی همراه با این بُعد از همدلی اشاره کرد که در ادامه تبیین‌ها بیشتر به آن پرداخته خواهد شد.

در بررسی پیش‌بینی سندرم خستگی مزمن مادران بر اساس احساس گناه و همدلی، یافته‌های پژوهش نشان داد که احساس گناه قدرت مطلق و تخیل در مجموع ۶۰/۸ درصد از واریانس نمرات سندرم خستگی مزمن را در مادران کودکان مبتلا به سرطان پیش‌بینی می‌کنند. به‌طور کلی، برخلاف پژوهش‌های انجام شده روی نقش و ارتباط احساس گناه در اختلالات و نشانه‌های مختلف روانی مانند؛ افسردگی، وسواس، اضطراب و سایکوز (تیلمن - اوزبرن، کول و فلتون، ۲۰۱۰)، پژوهش‌های بسیار اندک و محدودی بر روی نقش و ارتباط این هیجان در سندرم خستگی مزمن متمرکز بوده‌اند. می‌توان گفت، با توجه به پژوهش‌ها، احساس گناه می‌تواند جنبه مثبت و جنبه منفی داشته باشد. نتایج برخی پژوهش‌ها، نشان‌دهنده سازگار و مثبت بودن این هیجان است؛ در صورتی که دسته دیگری از پژوهش‌ها با روشن ساختن ارتباط گناه با سازه‌های منفی، ناسازگار و بیمارگونه بودن این هیجان را نشان می‌دهد. به‌نظر می‌رسد، نتایج و یافته‌های متفاوت در پژوهش‌های مختلف، می‌تواند به‌دلیل وجود تنوع در جزئیات تعاریف و ابزارهای اندازه‌گیری احساس گناه، ایجاد شده باشد. از طرفی در پژوهش حاضر، احساس گناه با پرسشنامه احساس گناه بین‌فردی اندازه‌گیری شده که ارتباط بیشتری با سازه‌های منفی دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد از بین ابعاد احساس گناه بین‌فردی، تنها بُعد قدرت مطلق پیش‌بینی کننده مثبت و معنادار سندرم خستگی مزمن می‌باشد که این نیز با پژوهش دوارته و پینته - گویا (۲۰۱۷) مطابقت دارد. هرچند

جدا از فرزندشان و مسائل مربوط به او، احساس گناه کرده و به شکل ناخودآگاه مرزهای میان این زندگی‌های جداگانه را با نشانه‌های جسمانی و خستگی کم‌رنگ کنند. گناه نفرت از خود نیز، می‌تواند به شکل رعایت نکردن مسائل خودمراقبتی و تمرکز بر روی فرزند، سرزنش خود و تجربه اضطراب و هیجانات منفی، منجر به بروز نشانه‌های جسمانی شود. با توجه به تبیین‌های ذکر شده، می‌توان گفت افرادی که در مقیاس احساس گناه نمرات بیشتری کسب می‌کنند، حالات روانی و جسمانی منفی بیشتر و نشانه‌های سندرم خستگی بیشتری نیز نسبت به دیگران تجربه می‌کنند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که از بین ابعاد همدلی، ابعاد دیدگاه‌گیری، تخیل و درماندگی شخصی با سندرم خستگی مزمن در مادران ارتباط مثبت و معنادار دارند. پژوهش‌های کمی در این زمینه انجام شده است؛ اما یافته‌های این پژوهش با مطالعه دوارته و پینته - گویا (۲۰۱۷) بر روی پرستاران هم‌سو می‌باشد. از طرفی، بیشتر پژوهش‌ها نشان دهنده ارتباط مستقیم و معنادار همدلی با سلامت جسمانی و روانی است؛ بنابراین با یافته‌های این مطالعه غیرهم‌سو می‌باشند (بورگالت و همکاران، ۲۰۱۵؛ محمودی و سلیمانی، ۱۳۹۶؛ امیرپور، زکی‌بی و کلهرنیا گلکار، ۱۳۹۴). این عدم مطابقت، ممکن است به‌دلیل غیرانطباقی و بیمارگونه بودن همدلی در پژوهش حاضر و ارتباط آن با احساس گناه باشد. برای تبیین این نتایج، می‌توان به نقش همدلی در مادران مراقبت کننده پرداخت. همدلی که یکی از وجوه مرکزی مراقبت بهداشتی می‌باشد، همراه با پیامدهای مثبت برای بیمار است. همدلی، با احساس گناه ارتباط نزدیکی دارد؛ به‌طوری که افرادی که بیشتر همدل هستند، در مقایسه با افرادی که همدلی کمتری دارند، به احتمال بیشتری احساس گناه را تجربه می‌کنند. گناه و همدلی، هر دو با هم در دسته خصوصیات قرار می‌گیرند که در صورت سالم و انطباقی بودن، توانایی فائق آمدن بر بسیاری از موقعیت‌های دشوار اجتماعی را بدون صدمه به روابط بین‌فردی فراهم می‌آورند. با وجود این، همدلی و گناه در صورتی که با خطاهای شناختی همراه شوند، به‌صورت بیمارگونه و غیرانطباقی درمی‌آیند. زمانی که افراد با مشاهده رنج دیگران احساس همدلی می‌کنند، باور داشته باشند که آن‌ها موجب رنج و درد دیگری هستند و یا به غلط معتقد باشند که مقصود و عایدی از خلاص کردن

هستند که بیشتر بر روی دیگران و احساسات و شرایط بهزیستی آن‌ها تمرکز دارند تا احساسات خود فرد، ممکن است تجربه این احساسات در مادران، با توجه به شرایط ویژه فرزندانشان، منجر به متمرکز شدن بر کودک و سرکوب احساسات خود و در نتیجه، تضعیف سیستم ایمنی و آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به سندرم خستگی مزمن شود. مادران با احساسات همدلی و گناه بیشتر، احتمالاً آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به تجربه نشانه‌های سندرم خستگی مزمن داشته و بیشتر در معرض ابتلا به این اختلال قرار دارند.

بی‌شک هر مطالعه و پژوهشی در زمان اجرای آن دچار محدودیت‌هایی می‌باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، به محدودیت در تعداد نمونه‌های پژوهش و دسترسی به تعداد کمی از مادران می‌توان اشاره کرد. با توجه به تمام مطالب گفته شده، سلامتی روانی و جسمانی مراقبان غیررسمی و به‌ویژه مادران که مسؤولیت اصلی را در رابطه با کودکشان برعهده دارند، بسیار حائز اهمیت بوده و باید در کنار درمان بیمار، در رأس مسائلی باشد که بیمارستان‌ها و مراکز مراقبتی برای این افراد در نظر می‌گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود به دلیل فشار مضاعفی که این افراد تحمل می‌کنند، پژوهش‌های بیشتری و از جمله پژوهش‌های کیفی بر روی این موضوع انجام گردد. در راستای پیشنهادهای کاربردی، با تهیه بروشورهایی برگرفته از نتایج پژوهش، راهکارها و توصیه‌هایی برای کادر پزشکی و کارکنان بیمارستان، می‌توان در جهت بهینه‌سازی نحوه تعامل با این مادران تلاش کرد.

منابع

- امیرپور، ب.، زکی‌بی، ع.، و کلهرنیا گلکار، م. (۱۳۹۴). رابطه همدلی هیجانی متعادل و رضایت از زندگی با ناگویی خلقی در پرستاران، ماماها و کاردان‌های اتاق عمل. *نشریه توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۲(۲۹)، ۸-۱.
- حمیدی، ف.، و محمدی خراسانی، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی شناختی رفتاری والدین کودکان بیش فعال بر اختلالات رفتاری فرزندان. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی*، ۸(۲۲)، ۶۰-۵۰.
- سادوک، ب.، سادوک، و.، و روئیز، پ. (۱۳۹۳). *خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک بر اساس DSM-5* (جلد ۳-۱). مترجم مهدی گنجی. تهران: ساوالان.

احساس گناه زمانی که در خدمت دل‌بستگی و وابستگی‌های متقابل، یک هیجان بسیار سازگار به حساب می‌آید؛ اما با توجه به محتوای گویه‌های گناه قدرت مطلق و گسترده و اغراق‌آمیز بودن آن، بدیهی است که این بُعد از گناه می‌تواند غیرمنطقی و ناسازگار عمل کرده و آسیب‌پذیری مادران را نسبت به نشانه‌های سندرم خستگی مزمن افزایش دهد. از آنجایی که در شرایط این مادران، بهزیستی کودکانشان دچار اختلال شده، بدیهی به نظر می‌رسد که این حس مسؤولیت و نگرانی اغراق شده، آسیب بیشتری به آن‌ها رسانده و چون سلامت فرزندشان تحت کنترل آن‌ها نیست، این بُعد از احساس گناه، شکل مخرب و بیمارگونه‌تری به خود بگیرد. در رابطه با معنادار نشدن ابعاد دیگر احساس گناه در پیش‌بینی سندرم خستگی مزمن، می‌توان گفت با توجه به یافته‌های پژوهش‌های پیشین و عدم تطابق با یافته‌های این پژوهش، ممکن است محدودیت در تعداد نمونه این پژوهش در این مورد نقش داشته است. در مورد پیش‌بینی سندرم خستگی مزمن بر اساس همدلی، یافته‌ها نشان داد که تنها بُعد تخیل از همدلی، می‌تواند این اختلال را در مادران به‌طور مثبت و معنادار پیش‌بینی کند. این یافته با پژوهش دوآرته و پینته-گویا (۲۰۱۷) مطابقت دارد. پژوهش‌های چندانی در رابطه با نقش همدلی در سندرم خستگی مزمن انجام نشده است. با توجه به تعریف بُعد تخیل و طبیعت بیماری کودکان، تحمل دردهای فیزیکی و روانی، به‌نظر بدیهی می‌رسد که مادرانی که نمره بالایی در این خرده مقیاس گرفته‌اند، برانگیختگی روانی و در نتیجه اضطراب و مشکلات جسمانی بیشتری را تحمل کنند؛ در صورتی که احساسات همدلی و حساسیت نسبت به رنج دیگران بیشتر از میزانی خاص تجربه شود، می‌تواند عامل آسیب‌پذیری برای سندرم خستگی مزمن باشد. با توجه به مفهوم ابعاد دیگر همدلی، به‌ویژه بُعد توجه همدلانه-نگرانی برای افراد درمانده و احساسات همدلانه دیگر محور- و با توجه به نتایج پژوهش‌هایی چون دوآرته و پینته-گویا (۲۰۱۷) به‌نظر می‌رسد، این ابعاد می‌توانند سندرم خستگی مزمن را به‌صورت مثبت و معنادار پیش‌بینی کنند که در پژوهش حاضر، به دلیل محدودیت تعداد افراد شرکت‌کننده در پژوهش این نتیجه حاصل نشده است. در نهایت، سرکوبی منجر به بروز بیماری‌های متعدد جسمانی و تضعیف سیستم ایمنی می‌شود. از آنجایی که احساس گناه و همدلی احساساتی

- Cella, M., & Chalder, T. (2010). Measuring fatigue in clinical and community settings. *Journal of Psychosomatic Research*. 69(1), 17-22.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., & Wallace, E. P. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 37(2), 147-153.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 44(1), 113-126.
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing Research*. 35, 42-47.
- Ferro, M. A., & Boyle, M. H. (2015). The impact of chronic physical illness, maternal depressive symptoms, family functioning, and self-esteem on symptoms of anxiety and depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 43(1), 177-187.
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PloS one*. 8(4). e61526.
- International Agency of Research and Cancer. (2016). Retrieved from <https://www.acco.org/global-childhood-cancer-statistics/>
- Jee, R. A., Shepherd, J. R., Boyles, C. E., Marsh, M. J., Thomas, P. W., & Ross, O. C. (2012). Evaluation and comparison of parental needs, stressors, and coping strategies in a pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*. 13(3), e166-e175.
- Kashani, F. L., Vaziri, S., Esmaeil Akbari, M., Jamshidifar, Z., Mousavi, M., & Shirvani, F. (2014). Spiritual interventions and distress in mothers of children with cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 159(1), 224-227.
- Leith, K. P., & Baumeister, R. F. (1998). Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: Guilt-prone people are better at
- عباسی رمی، م.، یثربی، ک.، و یعقوبی، ع. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه احساس گناه بین‌فردی در دانشجویان. *روان‌شناسی معاصر*. ۱۰ (ویژه نامه)، ۱۰۱۳-۱۰۰۹.
- علویان، ر.، طیبی، ز.، بنی‌هاشم، ع.، و عبدخدایی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی والد-کودک بر کاهش نشانگان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، کاهش استرس ادراک شده مادران و بهبود رابطه والد-کودک. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۱۲ (۴۷)، ۴۶۱-۴۸۲.
- علی قنوتی، س.، شریفی، ط.، غضنفری، ا.، عابدی، م.، و نقوی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی بسته آموزشی تعامل والد-فرزند بر کیفیت دلبستگی کودکان دارای تعامل مادر-کودک ناکارآمد. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی*. ۱۰ (۲)، ۲۳۷-۱۴۹.
- فیض‌آبادی، ز.، فرزاد، و.، و شهرآرای، م. (۱۳۸۷). تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی آزمون فهرست واکنش‌های بین‌فردی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*. ۳۸ (۳)، ۱۷۸-۱۵۷.
- محمودی، ه.، و سلیمانی، ا. (۱۳۹۶). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس همدلی و خود-دلسوزی در پرستاران. *مدیریت پرستاری*. ۴ (۴)، ۷۸-۸۷.
- نصری، ص.، نجاریان، ب.، مهرابی‌زاده هنرمند، م.، و شکرکن، ح. (۱۳۸۱). مقایسه اثربخشی دو روش درمان روان‌شناختی در کاهش علائم نشانگان خستگی مزمن در پرستاران زن شهر تهران. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*. ۳ (۹)، ۸۸-۵۳.

References

- Alderfer, M. A., Mougianis, I., Barakat, L. P., Beele, D., DiTaranto, S., Hwang, W. T.,... & Kazak, A. E. (2009). Family psychosocial risk, distress, and service utilization in pediatric cancer: predictive validity of the Psychosocial Assessment Tool. *Cancer*. 115(S18), 4339-4349.
- Bakker, A., Van der Heijden, P. G., Van Son, M. J., & Van Loey, N. E. (2013). Course of traumatic stress reactions in couples after a burn event to their young child. *Health Psychology*. 32(10), 1076-83.
- Bourgault, P., Lavoie, S., Paul-Savoie, E., Grégoire, M., Michaud, C., Gosselin, E., & Johnston, C. C. (2015). Relationship between empathy and well-being among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*. 41(4), 323-328.

- Seitz, D., Besier, T., Debatin, K. M., Grabow, D., Dieluweit, U., Hinz, A., & et al. (2010). Posttraumatic Stress, Depression and Anxiety among Adult Long-Term Survivors of Cancer in Adolescents. *European Journal of Cancer*. 46(9), 1596-1606.
- Spillers, R. L., Wellisch, D. K., Kim, Y., Matthews, A., & Baker, F. (2008). Family caregivers and guilt in the context of cancer care. *Psychosomatics*. 49(6), 511-519.
- Sveen J., & Willebrand M. (2018). Feelings of guilt and embitterment in parents of children with burns and its associations with depression. *Burns*. 44(5), 1135-1140.
- Tilghman-Osborne, C., Cole, D. A., & Felton, J. W. (2010). Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*. 30(5), 536-546.
- Van der Geest, I. M., Van den Heuvel-Eibrink, M. M., Passchier, J., Van den Hoed-Heerschop, C., Pieters, R., & Darlington, A. S. E. (2014). Parenting stress as a mediator of parents' negative mood state and behavior problems in children with newly diagnosed cancer. *Psycho-Oncology*. 23(7), 758-765.
- Young B., Dixon-Woods M., Findlay M., & Heney D. (2002). Parenting in acrisis: conceptualizing mothers of children with cancer. *Social Science and Medicine*. 55(10), 1835-1847.
- perspective taking. *Journal of Personality*. 66(1), 1-37.
- Malti, T. (2016). Toward an integrated clinical-developmental model of guilt. *Developmental Review*. 39, 16-36.
- Masa'Deh, R., Collier, J., Hall, C., & Alhalaiqa, F. (2013). Predictors of stress of parents of a child with cancer: a Jordanian perspective. *Global Journal of Health Science*. 5(6), 81-99.
- Masa'Deh, R., & Jarrah, S. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder in Parents of Children with Cancer in Jordan. *Archives of Psychiatric Nursing*. 31(1), 8-12.
- McCarthy, M. C., Clarke, N. E., Vance, A., Ashley, D. M., Heath, J. A., & Anderson, V. A. (2009). Measuring psychosocial risk in families caring for a child with cancer: The psychosocial assessment tool (PAT2. 0). *Pediatric Blood & Cancer*. 53(1), 78-83.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Bush, M., & Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: The development of a new measure. *Journal of Clinical Psychology*. 53(1), 73-89.
- Patel, S. K., Wong, A. L., Cuevas, M., & Van Horn, H. (2013). Parenting stress and neurocognitive late effects in childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 22(8), 1774-1782.
- Robieux, L., Karsenti, L., Pocard, M., & Flahault, C. (2018). Let's talk about empathy! *Patient Education and Counseling*. 101(1), 59-66.

Empowering Exceptional Children Journal

Iranian council for exceptional children

Volume 11, Issue 1(33), Spring 2020

PP 17-27

Prediction of Chronic Fatigue Syndrome in mothers of children with cancer based on empathy and experienced guilt

Sanam Afsari¹

Shaghayegh Zahraei*²

Roshanak Khodabakhsh Pirkalani³

Abstract

The purpose of the present study was to predict the Chronic Fatigue Syndrome in mothers of children with cancer based on their empathy and guilt. The research method was correlational. The statistical population included all mothers who had children diagnosed with cancer between summer and autumn of 2019 from among whom 87 mothers were studied using convenient sampling method with an internet survey. The tools of this study were Interpersonal Guilt Questionnaire (IGQ-67), Interpersonal Response Questionnaire (IRI) and Chalder Chronic Fatigue Questionnaire (CFQ-11). The obtained data were analyzed using Pearson Correlation and Multiple Regression with SPSS21. The results of the data analysis showed that chronic fatigue syndrome had a positive and significant relationship with general guilt and its dimensions; including survivor guilt, separation guilt, omnipotence guilt, and self-hate guilt, and with two dimensions of empathy; perspective and Imagination. Also, the dimensions of omnipotence guilt and fantasy predicted 60/8 percent of variance of Chronic Fatigue Syndrome. According to the role of guilt and empathy in chronic fatigue experience of mothers of children with cancer psychological interventions related to emotion regulation and management can play an important role in reducing psychological burnout.

Keywords: Child cancer, Chronic Fatigue Syndrome, empathy, guilt

1. M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

*2. **Correspondent author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran